Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
M.A. Rehabilitationswissenschaften

Masterarbeit

im Studiengang „Rehabilitationswissenschaften“

Schwerpunktbereich: Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie

# *„Seniorinnen und Senioren als Zielgruppe der Logopädie – Aktuelle und zukünftige Herausforderungen in der Versorgung“*

Vorgelegt von:
Inna Achmatow
Sülzgürtel 5a, 50937 Köln
Matrikelnummer: 7372481
E-Mail: inna.achmatow@gmail.com

Erstgutachter: Dr. Andrés Oliva y Hausmann
Zweitgutachterin: Dr. Judith Wenner

Köln, den 24.07.2024

# I. Inhaltsverzeichnis

**I. Inhaltsverzeichnis ..... II**

**II. Abbildungsverzeichnis ..... IV**

**III. Tabellenverzeichnis ..... IV**

**Zusammenfassung ..... 5**

**Abstract ..... 6**

**1 Problemstellung ..... 7**

**2 Logopädie als Therapiedisziplin ..... 8**

2.1 Logopädie in der Geriatrie ..... 9

**3 Stand der Forschung ..... 12**

3.1 Kündigungsabsicht ..... 14

3.2 Aktuelle und zukünftige Arbeit mit alten Menschen ..... 16

3.3 Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung und Qualifikation ..... 17

3.4 Altersdiskriminierung und Altersbild ..... 19

**4 Forschungsfragen ..... 20**

**5 Methodik ..... 21**

5.1 Untersuchungsdesign ..... 22

5.2 Stichprobe ..... 23

5.3 Erhebungsinstrumente ..... 23

5.4 Struktur des Fragebogens ..... 26

5.5 Erprobung des Fragebogens ..... 27

5.6 Auswertung des Fragebogens ..... 28

**6 Ergebnisse ..... 29**

6.1 Deskriptive Ergebnisse ..... 29

6.2 Explorative Datenanalyse ..... 33

6.3 Qualitative Ergebnisse ..... 38

**7 Diskussion ..... 38**

**8 Limitationen ..... 46**

**9 Ausblick und Implikationen ..... 50**

**10 Fazit ..... 54**

**Literaturverzeichnis ..... 56**

**Anhangsverzeichnis ..... 66**

**Eidesstattliche Erklärung ..... 93**

# II. Abbildungsverzeichnis


| | | |
|---|---|---|
| **Abbildung 1** | I2Q (Jiménez, 2002, zitiert nach Frick, 2014) | 24 |
| **Abbildung 2** | BSW-5-Rev für Erwerbstätige (Knispel et al., 2021) | 25 |
| **Abbildung 3** | Arbeitsorte der Befragten, die in Deutschland tätig sind (n = 87), gegliedert in Bundesländer | 31 |


# III. Tabellenverzeichnis


| | | |
|---|---|---|
| **Tabelle 1** | Übersicht der Variablen | 22 |
| **Tabelle 2** | Anpassung der Items der BSW-5-REV (Eigene Darstellung in Anlehnung an Knispel et al., 2021) | 25 |
| **Tabelle 3** | Beispielitems der Selbstbeurteilungsskala Gesellschaftliche Altersbilder (Eigene Darstellung in Anlehnung an Wiest et al., 2014) | 26 |
| **Tabelle 4** | Mittelwerte und Standardabweichungen der demografischen Daten und deskriptiven Ergebnisse | 33 |
| **Tabelle 5** | Korrelationstabelle der Prädikatoren und der abhängigen Variable | 34 |
| **Tabelle 6** | Hierarchische Regression der Prädiktorvariablen auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten (ohne Intention to quit) | 35 |
| **Tabelle 7** | Hierarchische Regression der Prädiktorvariablen auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten (einschl. Intention to quit) | 37 |

## Zusammenfassung

Der Bedarf an logopädischer Therapie im geriatrischen Bereich steigt stetig an, was vor allem auf den demografischen Wandel und den Anstieg von chronischen und Mehrfacherkrankungen zurückzuführen ist. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zu untersuchen, welche Faktoren die Bereitschaft von Logopäd*innen beeinflussen, zukünftig mit Senior*innen zu arbeiten. Zur Datenerhebung wurde eine Online-Umfrage über das Umfrage-Tool LimeSurvey durchgeführt, an der 96 aktive Logopäd*innen teilnahmen. Als statistisches Auswertungsverfahren wurden stufenweise multiple Regressionsanalysen gerechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass der aktuelle Anteil der Arbeit mit alten Menschen den größten Einfluss auf die Bereitschaft hat. Danach folgen geriatrischen Qualifikationen, die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf die Arbeit mit alten Menschen sowie die *Intention to quit*. Praktische Erfahrungen und Fortbildungen im geriatrischen Bereich könnten daher dazu beitragen, mehr Logopäd*innen für die Arbeit mit alten Menschen zu gewinnen. Das verwendete Modell zur Untersuchung der Einflussfaktoren erwies sich als gut geeignet, da es statistisch einen hohen Erklärungswert aufwies. Insgesamt bereichert diese Untersuchung die bislang lückenhafte Studienlage in diesem Bereich. Sie liefert wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse, auf deren Grundlage Maßnahmen ergriffen werden können, um der wachsenden Nachfrage nach logopädischer Behandlung in dieser Altersgruppe zu begegnen. Zukünftige Forschung sollte sich darauf konzentrieren, anhand einer größeren Stichprobe zusätzliche Einflussfaktoren zu ermitteln und entsprechende Interventionsmaßnahmen zu entwickeln, um die Bereitschaft von Logopäd*innen zur Arbeit mit alten Menschen zu steigern.

## Abstract

The demand for speech therapy in the geriatric field is steadily increasing, mainly due to demographic changes and the rise in chronic and multiple illnesses. The aim of this study was to investigate which factors influence the willingness of speech therapists to work with elderly patients in the future. Data was collected through an online survey using the LimeSurvey tool, with 96 active speech therapists participating. Stepwise multiple regression analyses were used as the statistical evaluation method. The results show that the current share of work with elderly people has the greatest influence on willingness. This is followed by geriatric qualifications, professional self-efficacy expectations regarding work with elderly people, and the *intention to quit*. Practical experiences and training in the geriatric field could therefore help to attract more speech therapists to work with elderly patients. The model used to investigate the influencing factors proved to be well-suited, as it statistically explained a high proportion of variance. Overall, this study enriches the previously limited body of research in this area. It provides scientifically-based insights on which measures can be taken to better meet the growing demand for speech therapy in this age group. Future research should focus on identifying additional influencing factors based on a larger sample and developing appropriate intervention measures to increase the willingness of speech therapists to work with elderly patients.

# 1 Problemstellung

In Deutschland lässt sich beobachten, dass die Anzahl alter Menschen zunimmt, während die Zahl von Kindern und Jugendlichen abnimmt. Infolgedessen ist von einer erheblichen Veränderung in der Bevölkerungsstruktur auszugehen (Randler et al., 2014). In der Literatur herrscht Konsens darüber, dass man bei Menschen ab einem Alter von 65 Jahren, teilweise bereits ab 60 Jahren, von dem Beginn des Alterns bzw. von alten Menschen spricht (Huseyn, 2021). Laut Statistischem Bundesamt wird die Personengruppe im Rentenalter in Deutschland zukünftig ein absolutes sowie relatives Wachstum verzeichnen (Destatis, 2021). Dies liegt u.a. daran, dass aufgrund von verbesserten Lebensumständen und Verbesserungen in der medizinischen Versorgung im Vergleich zu früheren Generationen, von einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung auszugehen ist. Die Zahl der über 67-Jährigen wird in Deutschland um 3,6 Millionen steigen. Der Anteil dieser Personengruppe an der Gesamtbevölkerung wird von 20% im Jahr 2020 auf 24% im Jahr 2035 zunehmen. Dadurch verschiebt sich die Relation zwischen der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter und der Bevölkerung im Rentenalter (Destatis, 2021).

Der beschriebene demografische Wandel wird das Gesundheitssystem Deutschlands zukünftig vor große Herausforderungen stellen (Beckert-Zieglschmid & Born, 2009). Es ist zu erwarten, dass es infolgedessen zu einer weiteren Zunahme von nicht heilbaren, chronischen Erkrankungen und Behinderungen kommt (Borgetto, 2013). Mit höherem Alter steigt das Risiko altersbedingter Erkrankungen und damit auch der Bedarf an logopädischer Behandlung, sodass immer mehr alte Menschen eine logopädische Therapie benötigen (Deutsches Ärzteblatt, 2017). Im Jahr 2007 wurden 15% aller Logopädie-Verordnungen für Menschen ab 60 Jahren ausgestellt, 2016 waren es bereits 23%. Diese Entwicklung lässt sich laut dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) auf den demografischen Wandel zurückführen (Deutsches Ärzteblatt, 2017). Nach statistischen Berechnungen wird der Anteil geriatrischer Patient*innen in der Logopädie in den nächsten Jahren erheblich zunehmen. Dabei wird gerade der Anteil der über 80-Jährigen besonders stark wachsen. Aufgrund der Verschiebung der Alterskohorten steht dieser steigenden Nachfrage ein schrumpfendes Arbeitskräftepotenzial gegenüber. Dies betrifft, neben vielen anderen Bereichen im Gesundheitswesen, auch die Logopädie (Sickert, 2011). Es besteht bereits ein Mangel an Logopäd*innen in Deutschland (Hilienhof, 2017). Laut einer Studie vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. sind auf 100 freie Stellen im Bereich der Sprachtherapie

nur 49 Arbeitssuchende zu finden (Burstedde et al., 2017). Somit gehört das Berufsfeld der Logopädie zu den zehn Berufen mit den größten Engpässen innerhalb Deutschlands (Burstedde et al., 2017; Hilienhof, 2017).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass durch die Alterung der Gesellschaft und den damit einhergehenden Anstieg von chronischen und Mehrfacherkrankungen, von einer Steigerung der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen auszugehen ist (Macrae & Douglas, 2008; Kruse et al., 2017). Gleichzeitig wird die Verfügbarkeit von qualifizierten Arbeitskräften, wie oben herausgearbeitet, abnehmen (Burstedde et al., 2017). Daher ist es essenziell wichtig, sich mit der Arbeitszufriedenheit medizinischer Fachkräfte zu befassen, um dem aktuellen und zukünftigen Personalmangel entgegenzuwirken (Enberg et al., 2007). Zielgerichtete Veränderungen der bisherigen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens werden benötigt, um eine adäquate Versorgung von chronisch kranken und mehrfacherkrankten sowie zum Teil pflegebedürftigen Patient*innen aktuell sowie zukünftig sicherzustellen (Kruse et al., 2017; Kuhlmey & Schaeffer, 2012). Um die Versorgung geriatrischer Patient*innen aus Sicht der Logopädie sowohl auf quantitativer als auch auf qualitativer Ebene zu gewährleisten, ist es notwendig, relevante Aspekte zu beleuchten, die die Bereitschaft mit dieser Personengruppe zu arbeiten, beeinflussen (Sickert, 2011; Bennett et al., 2017).

# 2 Logopädie als Therapiedisziplin

In Deutschland zählt die Logopädie nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes zu den Heilberufen, deren Tätigkeit die Heilung von Krankheiten und die medizinisch-helfende Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten umfasst (Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Logopäd*innen verfügen über Expertise zur Arbeit in fünf zentralen Störungsbereichen: Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen. Die Maßnahmen innerhalb dieser Bereiche erstrecken sich von Prävention über Früherkennung zu Beratung, Frühförderung bis zur Therapie und Behandlung (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2012). Derzeit gibt es in Deutschland insgesamt etwa 29.000 Beschäftigte in diesem Berufsfeld (Statistisches Bundesamt, 2017).

Gemeinsam mit dem dbl erarbeiteten andere EU-Länder und der europäische Dachverband für Logopädie „CPLOL“ (heute ESLA) die folgende Definition von Logopädie: „Die Logopädie ist sowohl ein wissenschaftlicher Fachbereich als auch eine

eigenständige Profession. Als interdisziplinäre wissenschaftliche Disziplin grenzt sie an Teilgebiete der Medizin, der Linguistik, der Pädagogik sowie der Psychologie und beschäftigt sich dabei mit der Ätiologie, Diagnostik und Intervention hinsichtlich sämtlicher Kommunikations- und Schluckstörungen“ (Scharff Rethfeldt & Heinzelmann, 2012, S. 38).

Laut Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (2023) umfasst die Logopädie Maßnahmen, die das Ziel verfolgen, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

In Deutschland liegen die exklusiven Rechte für diese Tätigkeiten nicht ausschließlich im Bereich der Logopädie. Während im Ausland im Wesentlichen nur eine Fachdisziplin für die Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen zuständig ist, existieren im deutschen Sprachheilwesen mehrere Berufsgruppen mit unterschiedlichen Ausbildungswegen, die dazu befähigen (Macha-Krau & Schrey-Dern, 2021). Dadurch zeichnet sich eine Vielfalt an zugelassenen Leistungserbringern in der Sprachtherapie ab. Dazu gehören beispielsweise medizinische Sprachheilpädagog*innen, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*innen oder klinische Linguist*innen (Breuer, 2013). In den folgenden Ausführungen werden die verschiedenen Berufe, die eine Zulassung zur Abgabe stimm-, sprech- und sprachtherapeutischer Leistungen erlauben, unter der Bezeichnung „Logopäd*innen“ inhaltlich mit einbezogen, auch wenn diese nicht immer wieder explizit benannt werden. In welchem Ausmaß die Logopädie im Bereich der Geriatrie Anwendung findet, wird im folgenden Unterkapitel näher beleuchtet.

## 2.1 Logopädie in der Geriatrie

Ältere Menschen sind einem deutlich höheren Risiko ausgesetzt logopädisch relevante Störungsbilder in Folge von verschiedensten Erkrankungen zu entwickeln (Huseyn, 2021). Sowohl in den Praxen als auch in den Kliniken zeichnet sich ab, dass sich die Krankheitsbilder und die Bedürfnisse der Betroffenen verändert haben (Schuster, 2016). Insbesondere die rasche und erhebliche Zunahme der Zahl Hochbetagter (80 Jahre und älter) hat einen deutlichen Anstieg der Zahl multimorbider Senior*innen zur Folge, deren Erkrankungen sich wechselseitig verstärken (Sickert & Fichtmüller, 2015; Schuster, 2016). Ältere Menschen sind beispielsweise einem höheren Risiko für Herz-Kreislauf- und muskuloskelettalen Erkrankungen,

Stoffwechselstörungen, Lungenerkrankungen sowie neurodegenerativen Veränderungen ausgesetzt (Schuster, 2016). Ebenso steigt auch das Risiko für Hörverlust und Stimmstörungen im Alter (Takizawa et al., 2016; Huseyn, 2021).

Demenzielle Erkrankungen haben im Hinblick auf die alternde Gesellschaft eine besondere Bedeutung, da ein erheblicher Zusammenhang zum Alter besteht (Schuster, 2016). Mit steigendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken (Kuhlmey & Schaeffer, 2012). Der Anteil von Menschen mit Demenz wächst stetig, die Neuerkrankungsrate liegt bei 300.000 Personen pro Jahr (Bur et al., 2019). Während bei den 80-Jährigen jede*r Sechste an Demenz leidet, ist bei den 90-Jährigen sogar jede*r Zweite betroffen (Schuster, 2016). Laut Huseyn (2021) beträgt die Prävalenz in der Altersgruppe der 85–89-Jährigen sogar 20-22%.

Die Symptome erstrecken sich dabei von Kommunikationsbeeinträchtigungen zu sprachlichen Schwierigkeiten bis zu Schluck- und Ernährungsstörungen (Bur et al., 2019). Dementsprechend bilden Patient*innen mit Demenz einen wichtigen Behandlungsschwerpunkt in der logopädischen Therapie alter Menschen (Sickert, 2011). Das übergeordnete Ziel ist die optimale Nutzung von Ressourcen und Adaption, um eine möglichst hohe kommunikative Selbständigkeit zu erhalten und in der Folge Aktivität aufrechtzuerhalten und Teilhabe zu fördern (Bur et al., 2019; Steiner & Haag, 2012). Die Behandlung muss dabei kontinuierlich an den sich verändernden Zustand der Patient*innen angepasst werden (Bur et al., 2019).

Laut Huseyn (2021) stellt die Logopädie außerdem die wichtigste Ressource zur Behandlung von neurologisch bedingten Kommunikationsstörungen dar. Zu den klassischen neurologischen Störungsbildern im Alter, aus denen sich eine Indikation zur logopädischen Behandlung ergibt, gehören Hirndurchblutungsstörungen (Winter & Bischoff, 2019). Da das Alter als größter nicht-veränderbarer Risikofaktor für einen Schlaganfall gilt, nimmt die Prävalenz mit Alterung der Bevölkerung stetig zu (Sharrief & Grotta, 2019). In Folge der zumindest zeitweilig gestörten Hirndurchblutung kann es zu den logopädischen Störungsbildern Aphasie, Dysarthrie sowie Dysphagie kommen (Winter & Bischoff, 2019).

Eine Aphasie ist eine erworbene, d. h. sekundär entstandene Störung der Sprache. Die Symptome einer Aphasie können je nach Art und Schweregrad der Beeinträchtigung variieren und sich auf allen sprachlichen Ebenen äußern (Winter & Bischoff, 2019; Johansson, 2012). So können das Sprechen, Lesen, Schreiben ebenso wie das Sprachverständnis je nach Ausprägung der Aphasie ganz oder teilweise

eingeschränkt sein (Johansson, 2012). Je nach Schwere der Sprachstörung ist das Ziel der logopädischen Behandlung, Sprache zu reaktivieren, die vorhandenen sprachlichen Fähigkeiten zu erweitern und möglicherweise kompensatorische Strategien zu erarbeiten (Winter & Bischoff, 2019).

Bei der Dysarthrie handelt es sich um eine Störung des Sprechens, die sich in den Bereichen Atmung, Stimmgebung und Artikulation äußern kann. Es können zwar nur einzelne dieser Funktionskomponenten betroffen sein, zumeist handelt es sich aber um eine Kombination, die zu einem beeinträchtigten akustischen Erscheinungsbild des Sprechens führt. Schwerpunkt der logopädischen Behandlung sind hier die Verbesserung der Verständlichkeit bzw. der Erhalt der Restfunktionen (Winter & Bischoff, 2019).

Dysphagien (Schluckstörungen) stellen, mit einer hohen Prävalenz bei alten Menschen, ein häufig auftretendes Störungsbild nach Schlaganfall und bei neurologischen Erkrankungen, wie z.B. Parkinson und Demenz dar (Takizawa et al., 2016). Die Versorgung von Patient*innen mit Dysphagie gehört zu den wichtigsten logopädischen Aufgaben in der akuten Schlaganfallbehandlung (Winter & Bischoff, 2019). Je nach Grunderkrankung und Schwere der Symptomatik werden restituierende Verfahren, kompensatorische Maßnahmen oder adaptive Verfahren im Rahmen der logopädischen Behandlung durchgeführt (Warnecke et al., 2021). Durch restituierende Techniken sollen beeinträchtige Schluckfunktionen wiederhergestellt oder Restfunktionen gefördert werden. Kompensatorische Maßnahmen werden eingesetzt, um trotz bestehender funktioneller Beeinträchtigungen ein effektives und sicheres Schlucken zu ermöglichen. Adaptive Verfahren beinhalten die Nutzung externer Hilfen, die den Schluckakt von außen beeinflussen (Warnecke et al., 2021). Wenn eine Dysphagie unbehandelt bleibt oder nicht richtig behandelt wird, kann dies zu schwerwiegenden Komplikationen, wie Mangelernährung, Lungenentzündung und in schweren Fällen sogar zum Tod führen (Takizawa et al., 2016; Sharrief & Grotta, 2019).

Grundsätzlich zielt die logopädische Arbeit mit Senior*innen nicht nur darauf ab, bestehende Symptome zu verbessern, sondern auch darauf, Selbstständigkeit zu fördern, Inklusion und Teilhabe an der Gesellschaft sicherzustellen und Lebensqualität zu steigern (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2012). Dementsprechend ist der logopädischen Behandlung insgesamt eine fundamentale Rolle in der Gesundheitsversorgung der älteren Bevölkerung zuzuschreiben (Huseyn, 2021).

# 3 Stand der Forschung

Der Altenquotient bildet das Verhältnis der Personen im Rentenalter zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter ab, die zur Finanzierung, Sicherung, Versorgung und Pflege zur Verfügung stehen. Während im Jahr 1950 16 Personen im Rentenalter 100 Personen im Erwerbsalter gegenüberstanden, sind es im Jahr 2022 bereits 37 Personen, also mehr als doppelt so viele. Dies ist ein eindeutiger Beleg dafür, dass die Zahl der Senior*innen zunimmt, während die Zahl der Erwerbsfähigen sinkt (Destatis, 2023). Der Anstieg der Anzahl alter Menschen, die anfälliger für gesundheitliche Probleme sind, stellt das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen (Vogel et al., 2023).

Mit der Alterung der Bevölkerung und dem erheblichen Rückgang der Sterblichkeit im höheren Alter hat laut Ungar et al. (2024) auch ein Wandel des Profils der Patient*innen stattgefunden, die medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Während der Fokus früher auf akute und vereinzelte Erkrankungen gelegt wurde, sind die Patient*innen heutzutage meist von mehreren chronischen Erkrankungen betroffen, die sich negativ auf ihre körperlichen und kognitiven Funktionen auswirken (Ungar et al., 2024). Aufgrund der Vielfältigkeit des Alterungsprozesses müssen die Unterschiede der Betroffenen im Rahmen der medizinischen Versorgung identifiziert und berücksichtigt werden (Vogel et al., 2023).

Diese Entwicklung stellt eine besondere Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialsystem Deutschlands dar (Sickert & Fichtmüller, 2015). Altersassoziierte Erkrankungen werden immer mehr in den Vordergrund rücken, sodass es zu einer stetig steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, wie der Logopädie, kommen wird (Wallace et al., 2021). Bisher haben die Gesundheitssysteme laut Ungar et al. (2024) nur bedingt auf diesen umfassenden Wandel der Bevölkerungsgesundheit reagiert. Die Etablierung der Geriatrie als medizinisches Fachgebiet im Gesundheitssystem wird weiterhin als unzureichend angesehen (Ungar et al., 2024).

Zudem stellt die Geriatrie trotz des prognostizierten Personalbedarfs laut Enberg et al. (2007) grundsätzlich keinen präferierten Bereich für die zukünftige Arbeit dar. Auch Koh (2012) kommt zu dem Ergebnis, dass die Arbeit mit alten Menschen innerhalb der Gesundheitsberufe zunehmend als negativ bewertet wird. Laut Meiboom et al. (2015) weist die Geriatrie eine Reihe von Merkmalen aus, die die Arbeit mit alten Menschen unattraktiv macht. Am Beispiel von Medizinstudierenden wird aufgezeigt, dass Faktoren, wie der schlechte Gesundheitszustand, die Vielzahl medizinischer

Probleme sowie das atypische und oftmals chronische Krankheitsbild zu einer Überforderung führen können (Meiboom et al., 2015). Bereits im Jahr 2000 konnten Kearney et al. im Rahmen einer durchgeführten Umfrage unter onkologischen Fachkräften eine anhaltende negative Einstellung gegenüber älteren Menschen, unabhängig von Geschlecht, Beruf und klinischer Erfahrung, feststellen. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund, dass die Einstellung von Gesundheitsfachkräften gegenüber alten Menschen einen erheblichen Einfluss auf die Qualität der Versorgung dieser Zielgruppe hat, äußerst bedeutsam (Podhorecka et al., 2022).

Auch López-Hernández et al. (2021) schlussfolgern im Kontext mit Pflegearbeit, dass eine positive Einstellung das Interesse an der Arbeit mit alten Menschen erhöht und die Pflegequalität verbessert. In einer Befragung von angehenden Pflegekräften in Spanien konnten die Autor*innen sogar eine positive Einstellung gegenüber alten Menschen feststellen (López-Hernández et al. 2021). Eine in Portugal durchgeführte Studie von Castro et al. (2023) bestätigte wiederum, dass die Arbeit mit alten Menschen keinen attraktiven Arbeitskontext für angehende Krankenpfleger*innen bildet. In einer Online-Umfrage gaben lediglich 14.8% der befragten angehenden Pflegekräfte den Wunsch an, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten (Castro et al., 2023).

Laut Haron et al. (2013) handelt es sich um einen weltweiten Trend, dass alte Menschen einen unbeliebten Schwerpunkt in der Pflege darstellen. In der Umfrage der Autor*innen gaben 61% der 486 Befragten an, nicht im Bereich der Geriatrie arbeiten zu wollen (Haron et al., 2013). Auch Magan et al. (2023) kommen zu dem Ergebnis, dass nur wenige angehende Pflegekräfte planen, sich auf die Pflege von alten Menschen zu spezialisieren. Viele der Befragten führen ihr mangelndes Interesse an der Geriatrie auf eine bereits bestehende negative Einstellung gegenüber älteren Erwachsenen zurück (Mangan et al., 2023).

Da es an Forschung, die sich mit der Logopädie im Kontext mit alten Menschen beschäftigt, erheblich mangelt, befasst sich der Forschungsstand zu großen Teilen mit anderen Gesundheitsberufen, zu denen Parallelen gezogen werden könnten. In den folgenden Unterkapiteln werden mögliche Faktoren näher beleuchtet, die im Zusammenhang mit der logopädischen Versorgung von Senior*innen relevant sind. Es handelt sich um die Kündigungsabsicht (siehe Kapitel 3.1), die aktuelle Zusammenarbeit mit alten Menschen (siehe Kapitel 3.2), die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung und Qualifikation (siehe Kapitel 3.3) sowie um Altersdiskriminierung bzw. das als Altersbild (siehe Kapitel 3.4). Diese Konstrukte

werden theoretisch eingeführt und als mögliche Ursache für den bereits bestehenden sowie prognostizierten Mangel an Gesundheitsdienstleistungen, einschließlich der Logopädie, erörtert. Dies bildet die thematische Grundlage für die Ableitung der Forschungsfragen im darauffolgenden Kapitel (siehe Kapitel 4).

## 3.1 Kündigungsabsicht

In der Literatur lassen sich verschiedene Termini für die Kündigungsabsicht finden. Diese reichen von der *Intention to quit* zu beispielsweise der *Intention to leave*, der *Turnover Intention* bis zu der im Deutschen genutzten Wechselbereitschaft oder eben Kündigungsabsicht (Pemp, 2016). In Folge einer hohen Arbeitsunzufriedenheit kommt es zu einer höheren Kündigungsabsicht, die in der englischsprachigen Literatur mit dem Begriff *Intention to quit* beschrieben wird (Jiménez, 2002). Geringe Kündigungsabsichten stehen wiederum in einem signifikanten Zusammenhang mit einer hohen Arbeitszufriedenheit (Mertala et al., 2022). Aus Gründen der Einheitlichkeit wird in den nun folgenden Ausführungen ausschließlich die Bezeichnung *Intention to quit* genutzt. Unter diesem Begriff versteht man die erklärte Bereitschaft eines Mitarbeitenden, das Unternehmen innerhalb eines bestimmten Zeitraums zu verlassen (Lazzari et al., 2022). Für die vorliegende Arbeit ist dieser Aspekt von Interesse, da die potenzielle Abwanderung von Logopäd*innen die bereits bestehende Problematik einer unzureichenden Versorgung alter Patient*innen weiter verschärfen könnte. Eine Verringerung der Anzahl spezialisierter Fachkräfte erhöht das Risiko, dass Senior*innen nicht die logopädische Betreuung erhalten, die sie benötigen.

McLaughlin et al. (2008) befragten in Australien 18 Sprachtherapeut*innen mit Hilfe von Telefoninterviews zu ihrer Sicht hinsichtlich der Abwanderung aus dem Beruf. Im Rahmen dieser Befragung wurden als negative Aspekte der Tätigkeit u.a. hohe Fallzahlen und Arbeitsbelastung, der damit verbundene Zeitdruck sowie mangelnde Wertschätzung und Autonomie geäußert. Es wurden zudem mehrere spezifische Faktoren genannt, die die Entscheidung über den Verbleib bzw. Abgang im Beruf beeinflussten. Dazu gehörten außerberufliche Pflichten, die Arbeitszufriedenheit, der Mangel an alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten und die Arbeitsbelastung. Obwohl die in diesem Interview identifizierten Themen nicht kausal mit der Abwanderung von Sprachtherapeut*innen aus dem Beruf in Verbindung gebracht werden können, deuten diese auf mögliche Einflüsse auf die Entscheidung hin. (McLaughlin et al., 2008)

In einer Untersuchung des Masterstudiengangs Therapiewissenschaften an der Hochschule Fresenius 2017 in Deutschland zum Fachkräftemangel und zur Arbeitszufriedenheit in den Bereichen Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie konnte eine hohe Unzufriedenheit festgestellt werden (Hilienhof, 2017; Schwarzmann et al., 2018). Jede*r Vierte der rund 1000 Befragten ist zu dem Zeitpunkt bereits aus dem Beruf ausgestiegen, die Hälfte der befragten Logopäd*innen spielten mit dem Gedanken, den Beruf zu wechseln (Hilienhof, 2017). Davon schauten sich bereits 15% nach einer neuen Tätigkeit um, während 23% der Logopäd*innen, die darüber nachgedacht haben, den Beruf zu verlassen, dies bereits konkret planten. Lediglich 34% der befragten Logopäd*innen gaben an, dass sie ihren Beruf innerhalb des gesetzlichen Krankenversicherungssystems weiterhin ausüben möchten (Schwarzmann et al., 2018). Laut Schwarzmann et al. (2018) handele es sich dabei um markante Zahlen, die die Gesundheitspolitik in Zukunft vor Handlungsbedarf und Entscheidungen stellen werden. Im Rahmen der Untersuchung konnten die Gründe für einen Ausstieg oder einen Berufswechsel, sowie Ziele und Folgen dessen identifiziert werden. Angegebene Gründe für einen Ausstieg waren geringe Verdienstmöglichkeiten (76 %), mangelnde Perspektiven (70 %), fehlende Lobbyarbeit (62 %), steigende Bürokratie (53 %) sowie der Faktor Zeit (52 %). Bei den bereits ausgestiegenen Logopäd*innen, die befragt wurden, hatten sich in den neuen Beschäftigungsfeldern insbesondere die Bereiche Verdienstmöglichkeiten, Perspektiven, Zeit, Anerkennung, Autonomie und die Arbeitsinhalte deutlich verbessert (Schwarzmann et al., 2018).

Trotz steigender Anforderungen an die Berufsgruppe, liegen keine ausreichenden Konzepte zur Förderung der Arbeitszufriedenheit von Logopäd*innen vor (Boynton & McDaniel, 2020). Dabei hatten laut Scanlan et al. (2013) alle Maßnahmen zur Verbesserung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz einen signifikanten Einfluss auf eine mögliche *Intention to quit.*

In einer weiteren Studie von McLaughin et al. (2010) wurden die Gründe, warum australische Sprachtherapeut*innen ihren Arbeitsplatz oder ihren Beruf aufgeben, untersucht. Laut den Autor*innen seien die Ursachen dafür bei Angehörigen der Gesundheitsberufe, insbesondere im sprachtherapeutischen Bereich, noch nicht gründlich untersucht worden. Etwa 31% der australischen Sprachtherapeut*innen beabsichtigten, den Arbeitsplatz zu wechseln. 13% der Befragten zogen sogar einen Berufswechsel in Erwägung, um beispielsweise bessere Aufstiegsmöglichkeiten sowie eine bessere Bezahlung anzustreben (McLaughin et al., 2010).

Am Beispiel der Altenpflege zeigen Karantzas et al. (2012) auf, dass die Untersuchung der Gründe für eine mögliche *Intention to quit* unabdingbar ist, um der bereits bestehenden Personalfluktuation entgegenzuwirken. Bereits 2008 kommen McLaughlin et al. (2008) zu dem Ergebnis, dass es nur vereinzelte und unzureichende Belege für das Phänomen der Fluktuation in der Berufsgruppe der Sprachpathologie gibt. Die meisten Untersuchungen zu diesem Thema wurden an kleinen Stichproben aus begrenzten geografischen und beruflichen Kontexten durchgeführt, wodurch die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt ist (McLaughlin et al., 2008). Schwarzmann et al. (2018) schlussfolgern ebenfalls, dass im Bereich der Logopädie bisher nur wenige Studien zeigten, weshalb Therapeut*innen aus dem Beruf aussteigen. Da logopädische Leistungen mit wachsendem medizinischem Fortschritt und im Zuge des demografischen Wandels verstärkt benötigt werden, gilt es, eine Abwanderung von Logopäd*innen sowohl von ihrem Arbeitsplatz als auch allgemein aus dem Beruf in Zukunft zu verringern (Hilbert, 2018; Heritage et al., 2019).

## 3.2 Aktuelle und zukünftige Arbeit mit alten Menschen

Die Arbeit im geriatrischen Bereich des Gesundheitswesens scheint im Allgemeinen eine wenig beliebte Wahl zu sein (Enberg et al. 2007; Koh, 2012). Dem gegenüber steht, dass Logopäd*innen in Zukunft ein höheres Aufkommen geriatrischer Patient*innen verzeichnen werden, die eine logopädische Behandlung benötigen (Darling, 2016). Es konnten Belege dafür gesammelt werden, dass eine Tätigkeit und der Kontakt mit alten Patient*innen die Einstellung sowie die Bereitschaft mit dieser Zielgruppe zu arbeiten, fördern können (Chen et al., 2015; Mattos et al., 2015). Da der Bedarf an kompetenten Logopäd*innen, die bereit sind, im geriatrischen Bereich zu arbeiten, mit großer Sicherheit steigen wird, ist diesem Zusammenhang eine bedeutsame Rolle zuzuschreiben (Darling, 2016). Nicht nur für bereits Berufstätige, sondern auch für Personen, die sich in der Ausbildung eines Gesundheitsberufes befinden, ließ sich dies laut Guo et al. (2021) bestätigen. Auszubildende, die an Aktivitäten mit alten Menschen teilnahmen, wiesen eine höhere Bereitschaft auf, mit diesen im beruflichen Kontext tätig zu werden (Guo et al., 2021). Die Autor*innen betonen die Bedeutung eines strukturierten Lehrplans und die Einbindung von Aktivitäten mit alten Menschen, um die Bereitschaft, im geriatrischen Bereich zu arbeiten, zu erhöhen. Auch Mattos et al. (2015) schlussfolgern, dass positive Erfahrungen mit alten Patient*innen grundsätzlich dafür sorgen, eine Verbesserung der

Einstellung und der Bereitschaft zur Folge haben. Enberg et al. (2007) kommen zu dem Ergebnis, dass oftmals nicht die Zusammenarbeit mit alten Menschen selbst, sondern die damit verbundenen Arbeitsbedingungen Grund dafür sind, sich gegen die Arbeit mit dieser Zielgruppe zu entscheiden. In diesem Zusammenhang ist das Ergebnis von Zisberg et al. (2021) von Interesse. Laut den Autorinnen kann der Wunsch, mit alten Menschen zu arbeiten, auch trotz eines positiven Altersbilds gering ausfallen. Dies könnte ein zusätzlicher Hinweis darauf sein, dass neben der eigentlichen Zusammenarbeit mit alten Menschen auch weitere Faktoren in Betracht gezogen werden müssen, wenn es um die Entscheidung geht, ob sich Angehörige der Gesundheitsberufe für eine Tätigkeit in der Geriatrie entscheiden.

## 3.3 Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung und Qualifikation

Die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt die Kompetenz, die eine Person hinsichtlich der eigenen Fähigkeiten empfindet, um die mit dem Beruf verbundenen Aufgaben erfolgreich zu erfüllen (Rigotti et al., 2008). Zahlreiche empirische Untersuchungen belegen, dass eine optimistische Selbstwirksamkeitserwartung eine Grundbedingung dafür darstellt, beruflichen Anforderungen mit den notwendigen Ressourcen zu begegnen (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Bei der Bewältigung arbeitsbezogener Anforderungen spielt die entsprechende Erwartung eine wichtige Rolle für beruflichen Erfolg oder Misserfolg (Knispel et al., 2021).

Im Zusammenhang mit der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung ist die Bedeutsamkeit der beruflichen Qualifikation zu betonen. Mit Hilfe von akademischen und praktischen Maßnahmen können Wissen und Fähigkeiten erweitert werden und infolgedessen Selbstwirksamkeit erhöht werden (Huang et al., 2020).

Laut der World Health Organisation (WHO) (2015) sind Gesundheitsfachkräfte oft nicht ausreichend für die Gesundheitsbedürfnisse älterer Erwachsener ausgebildet. Obwohl die meisten Patient*innen innerhalb der Gesundheitssysteme älter sind, lassen Lehrpläne gerontologisches und geriatrisches Wissen in diesem Bereich häufig außer Acht (World Health Organisation, 2015).

Im Rahmen einer Umfrage unter australischen Sprachtherapeut*innen von Bennett et al. (2017) schlussfolgern die Autor*innen, dass es als umstritten gilt, ob eine ausreichende berufsbezogene Kompetenz vorliegt, um adäquat auf zukünftige Herausforderungen einer alternden Bevölkerung vorbereitet zu sein. In einer Online-

Umfrage der Bundesangestelltenkommission des dbl von Sickert (2011) zur Tätigkeit von Logopäd*innen im Bereich der Geriatrie wurden Informationen zur Arbeit und der Versorgung von älteren Patient*innen in Deutschland gesammelt. Nur gut die Hälfte der Teilnehmenden gab an, sich über Fort- oder Weiterbildungen für das Fachgebiet der Geriatrie qualifiziert zu haben. Knapp die Hälfte der Teilnehmenden sind dagegen für dieses Fachgebiet nicht speziell qualifiziert bzw. weitergebildet oder wurden lediglich im Laufe der Zeit eingearbeitet (Sickert, 2011). Die Autorin beschreibt dies als nicht befriedigendes Ergebnis und hebt hervor, dass diesbezüglich ein erheblicher Nachholbedarf bestehe. Es bleibt also fraglich, inwieweit Logopäd*innen auf die wachsende Gruppe alter Menschen vorbereitet sind und wie fundiert die Therapien sind, die den Betroffenen angeboten werden können (Sickert, 2011).

Am Beispiel des Störungsbildes der Demenz wird besonders betont, dass eine spezifische Qualifikation unabdingbar ist, um eine gezielte Behandlung gewährleisten zu können. Eine Einarbeitung reicht dazu nicht aus (Sickert, 2011; Schuster, 2016). Die logopädische Arbeit in diesem Bereich setzt ein hohes Maß an Fachwissen voraus, da sich die verschiedenen Demenzformen mit unterschiedlichen Symptomen äußern und eine individuell ausgerichtete und spezifische Behandlung unabdingbar machen (Schuster, 2016).

Bennett et al. (2017) erachten es als notwendig, die Kompetenz für die Arbeit mit alten Menschen zu verbessern und den Einsatzbereich von Logopäd*innen zu erweitern, um gezielt auf die Bedürfnisse der alternden Bevölkerung eingehen zu können. Es muss vermittelt werden, welche Besonderheiten alte Patient*innen aufweisen und wie die Entwicklung im hohen Alter verläuft. Dieses Wissen ist notwendig, um Rückschlüsse auf Therapiemethodik und Auswahl des Therapiematerials zu ziehen und sich dadurch bestmöglich auf diese Patientengruppe einzustellen (Sickert, 2011).

Auch wenn die Verbesserung der Kenntnisse und Fähigkeiten in der Versorgung alter Menschen laut der WHO (2015) für alle Gesundheitsberufe als notwendig angesehen wird, fehlen Informationen darüber, wie die Situation insbesondere unter Heil- und Hilfsmittelerbringenden, also auch unter Logopäd*innen, aussieht. Es mangelt an Wissen darüber, inwieweit diese Berufsgruppe geriatrisch qualifiziert bzw. auf den speziellen Versorgungsbedarf alter Menschen vorbereitet ist (Böhm et al., 2009). Ebenso mangelt es laut Hopstetter (2011) an Forschung, die die Selbstwirksamkeitserwartung von Logopäd*innen hinsichtlich ihrer beruflichen Fähigkeiten, untersucht.

## 3.4 Altersdiskriminierung und Altersbild

Falsche Vorstellungen über die Auswirkungen des Alterns können zu Altersdiskriminierung führen (Furlan et al., 2009). Altersdiskriminierung umfasst negative Einstellungen, Stereotypen und Verhaltensdiskriminierung basierend auf dem chronologischen Alter einer Person (Furlan et al., 2009).

In einer zunehmend alternden Gesellschaft wird dem Personal, das im Gesundheitssystem mit alten Menschen zusammenarbeitet, in diesem Kontext eine besonders große Rolle zugeschrieben (Podhorecka et al., 2022). Während Altersdiskriminierung in der gesamten Gesellschaft auftreten kann, sind Angehörige der Gesundheitsberufe, aufgrund ihres erhöhten Kontakts zu kranken und gebrechlichen alten Menschen, besonders anfällig für negative Einstellungen ihnen gegenüber (Kearney et al., 2000).

In einer qualitativen Studie aus Israel befragten Ben-Harush et al. (2016) medizinisches Fachpersonal in verschiedenen therapeutischen Einrichtungen zum Thema Altersdiskriminierung. Es konnte bei allen drei Fokusgruppen, bestehend aus Ärzt*innen, Pflegenden und Sozialarbeiter*innen Altersdiskriminierung festgestellt werden (Ben-Harush et al. 2016). Die Autor*innen vermuten, dass Angehörige der Gesundheitsberufe eine voreingenommene Einstellung gegenüber alten Menschen aufweisen würden, weil sie im beruflichen Kontext häufig mit besonders kranken und körperlich und kognitiv eingeschränkten Senior*innen konfrontiert würden (Ben-Harush et al., 2016).

In der Literaturarbeit von Koh (2012) werden als mögliche Gründe für eine negative Einstellung gegenüber alten Menschen allgemeine gesellschaftliche Sichtweisen und persönliche Erfahrungen angeführt. Alte Menschen werden stereotyp mit altersbedingten und paternalistischen Einstellungen sowie mit steigenden Kosten der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Verbindung gebracht (Koh, 2012).

Innerhalb des Gesundheitssystems kann Altersdiskriminierung verschiedene Formen annehmen. Dazu gehören negative Einstellungen des Gesundheitspersonals gegenüber alten Menschen oder dem Alterungsprozess, herablassendes Verhalten, die fehlende Einbindung älterer Menschen in ihre Behandlung sowie die Verwehrung des Zugangs zu medizinisch sinnvollen Maßnahmen (World Health Organisation, 2015).

Laut der WHO hat Altersdiskriminierung sowohl für ältere Menschen als auch für die Gesellschaft insgesamt schwerwiegende Folgen. Sie kann ein großes Hindernis für die Entwicklung guter politischer Maßnahmen darstellen und die Qualität der

Gesundheits- und Sozialfürsorge, die alte Menschen erhalten, negativ beeinflussen (World Health Organisation, 2015). Bereits bei akuten Erkrankungen kann sich Altersdiskriminierung nachteilig auf die Heilungschancen der Betroffenen auswirken (Furlan et al., 2009).

Negative gesellschaftliche Altersbilder können zudem zu einer Ausgrenzung und Abwendung von alten Menschen führen (Spuling et al., 2020). Even-Zohar & Werner konnten 2020 bei Studierenden der Logopädie altersdiskriminierende Einstellungen feststellen. Die Autorinnen schlussfolgern, dass diese Einstellungen sowohl die Wahrnehmung im Hinblick auf alte Menschen als auch die Entscheidung, mit ihnen zu arbeiten, beeinflussen können (Even-Zohar & Werner, 2020). Auch Venables et al. (2021) kommen im Bereich der Pflege zu dem Ergebnis, dass eine positive Einstellung alten Menschen gegenüber mit der Bereitschaft verbunden ist, mit diesen zu arbeiten. Angehende Pflegefachkräfte mit negativen Einstellungen zogen die Arbeit mit alten Menschen in der Studie von López-Hernández et al. (2021) nicht in Erwägung oder gaben diese zumindest nicht als ihre erste Wahl an.

Laut der WHO müssen insbesondere Gesundheitsfachkräfte darin geschult werden, die im Gesundheitswesen weit verbreiteten, altersbedingten Stereotypen zu überwinden (World Health Organisation, 2015). Am Beispiel von Pflegekräften schlussfolgert Koh (2012), dass mit der richtigen Vorbereitung und Unterstützung in der Ausbildung bereichernde Lernerfahrungen gemacht werden können, die qualitativ hochwertige Arbeit in der Zukunft begünstigen. Infolgedessen kann eine positive Einstellung zu alten Menschen innerhalb der beruflichen Praxis entwickelt werden (Koh, 2012). Die Verbesserung des Wissens über den Alterungsprozess führt laut Palsgaard et al. (2022) zu höheren Erwartungen an das Altern, was in der Folge Altersdiskriminierung senkt. Somit gilt die Verbesserung des Wissens der Beschäftigten im Gesundheitsweisen hinsichtlich alter Menschen als erfolgreiche Strategie zur Verringerung von Altersdiskriminierung (Palsgaard et al., 2022).

# 4 Forschungsfragen

Um den aus dem demografischen Wandel resultierenden Herausforderungen für die Logopädie entgegenzuwirken, ist es relevant, Faktoren zu identifizieren, die die Bereitschaft zur logopädischen Arbeit mit Senior*innen beeinflussen. Folglich werden in dem geplanten Forschungsvorhaben aufbauend auf dem Forschungsstand verschiedene potenzielle Einflüsse betrachtet. Dementsprechend wird untersucht, ob das

gesellschaftliche Altersbild, die *Intention to quit* bei Angestellten, die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf die Arbeit mit alten Menschen, geriatrische Qualifikationen und die aktuelle Zusammenarbeit mit alten Menschen einen Einfluss auf die Bereitschaft haben, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten.

Besonders aufgrund des beschriebenen Fachkräftemangels ist es zielführend, gezielt berufsspezifische Erkenntnisse zu sammeln und damit die Forschungs- und Publikationslandschaft zu erweitern. Die gesichtete Literatur setzt sich häufig auch, oder sogar ausschließlich, mit anderen Gesundheitsberufen auseinander oder weist keine Spezialisierung auf die Arbeit mit alten Menschen auf. Dementsprechend mangelt es an Studien, die konkrete Aussagen über mögliche Einflussfaktoren auf die Bereitschaft von Logopäd*innen, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, tätigen. Im Forschungsstand konnten aber Hinweise dafür gesammelt werden, welche Aspekte in diesem Zusammenhang relevant sein könnten. Ziel dieser Arbeit ist es, diese Zusammenhänge systematisch zu untersuchen und berufsspezifische Erkenntnisse aus den Ergebnissen abzuleiten. Unter Berücksichtigung der Problemstellung sowie des Forschungsstands wurden dazu folgende Forschungsfragen abgeleitet:

(1) Welche Zusammenhänge weisen die Variablen untereinander auf?

(2) Welchen Einfluss hat das gesellschaftliche Altersbild auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten?

(3) Welchen Einfluss hat die *Intention to quit* auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten?

(4) Welchen Einfluss hat die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf die Arbeit mit alten Menschen auf die Bereitschaft, zukünftig mit diesen zu arbeiten?

(5) Welchen Einfluss haben geriatrische Qualifikationen auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten?

(6) Welchen Einfluss hat der Anteil der Arbeit mit alten Menschen auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten?

# 5 Methodik

In den folgenden Ausführungen wird das Vorgehen der vorliegenden Forschungsarbeit erläutert. Dazu wird zunächst die wissenschaftliche Methodik vorgestellt, die zur Umsetzung des Forschungsprojektes dient (siehe Kapitel 5.1). Anschließend werden die Stichprobe und die Erhebungsinstrumente beschrieben (siehe

Kapitel 5.2 und 5.3). Die letzten drei Unterkapitel (siehe Kapitel 5.4 – 5.6) befassen sich mit der Struktur, der Erprobung und der Auswertung des Fragebogens.

## 5.1 Untersuchungsdesign

Bei dem vorliegenden Forschungsprojekt handelt es sich um ein nicht-experimentelles, exploratives Forschungsvorhaben, da auf der Basis von offenen Forschungsfragen verschiedene Aspekte eines Sachverhaltes beleuchtet und anschließend differenziert beschrieben werden. Dieses Untersuchungsdesign wurde ausgewählt, da es sich bei dem vorliegenden Thema um einen wenig erforschten Sachverhalt handelt. Das explorative Vorgehen zielt darauf ab, neue Hypothesen zu generieren und so zur Theoriebildung beizutragen (Döring, 2022).

Mit Hilfe des Online-Umfrage-Tools „LimeSurvey“ wurde zur Sammlung von quantitativen Daten ein Online-Fragebogen erstellt, der in digitaler Form verbreitet wurde (siehe Anhang 1). Die Fragebogenmethode wurde ausgewählt, da sie sich dazu eignet, Aspekte des subjektiven Erlebens und des vergangenen oder privaten Verhaltens zu erfassen, die nicht direkt beobachtbar sind. Aufgrund der Möglichkeit der Selbstadministration ist die Methode sehr effizient. Zudem gilt ein Fragebogen aus Sicht der Befragungspersonen als diskret und anonym, sodass persönliche Themen besser erhoben werden können (Döring, 2022). Die wissenschaftliche Nutzbarkeit des Fragebogens wurde vorab mit Hilfe der Think-Aloud-Methode (Döring, 2022) an einer Einzelperson getestet (siehe Anhang 2).

Es wird der Einfluss von fünf verschiedenen unabhängigen Variablen auf die übergeordnete abhängige Variable untersucht (Tab. 1).

**Tabelle 1**

*Übersicht der Variablen*

| **Variablenbezeichnung** | **Variableninhalt** |
|---|---|
| Unabhängige Variable 1 | Gesellschaftliches Altersbild |
| Unabhängige Variable 2 | *Intention to quit* |
| Unabhängige Variable 3 | Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung |
| Unabhängige Variable 4 | Geriatrische Qualifikationen |
| Unabhängige Variable 5 | Anteil der Arbeit mit alten Menschen |
| Abhängige Variable | Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten |

## 5.2 Stichprobe

Vor der Stichprobenauswahl wurde die Zielpopulation als beruflich aktive deutschsprachige Logopäd*innen, einschließlich weiterer Berufsfelder, die eine Kassenzulassung für Sprachtherapie erlauben, definiert. Die Rekrutierung der Teilnehmenden begann Mitte Oktober 2023 und wurde Ende November 2023 beendet.

Die Akquise wurde über das private Arbeitsumfeld, verschiedene logopädische Einrichtungen, Social-Media Plattformen (insbesondere Facebook) sowie über die beiden größten Berufsverbände durchgeführt. Der dbl ist mit etwa 10.000 Mitgliedern der mit Abstand größte Berufs- und Fachverband der freiberuflichen und angestellten Logopäd*innen in Deutschland (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., o.D.). Der Deutsche Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs) ist der Berufs- und Fachverband akademisch ausgebildeter Sprachtherapeut*innen und Logopäd*innen und umfasst über 3000 Mitglieder (Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie, o. D.).

Bereits im Vorfeld wurden die zuständigen Mitarbeitenden der Berufsverbände und der logopädischen Einrichtungen kontaktiert und durch die Darstellung des Nutzens des Forschungsvorhabens davon überzeugt, die Befragung an Mitglieder und Mitarbeitende weiterzuleiten. Eine entsprechende Einladung im PDF-Format informierte potenzielle Teilnehmende über den Inhalt, das Ziel und die Dauer der Umfrage. Sie beinhaltete zudem einen QR-Code, über den Interessierte direkt zur Umfrage gelangen konnten (siehe Anhang 3).

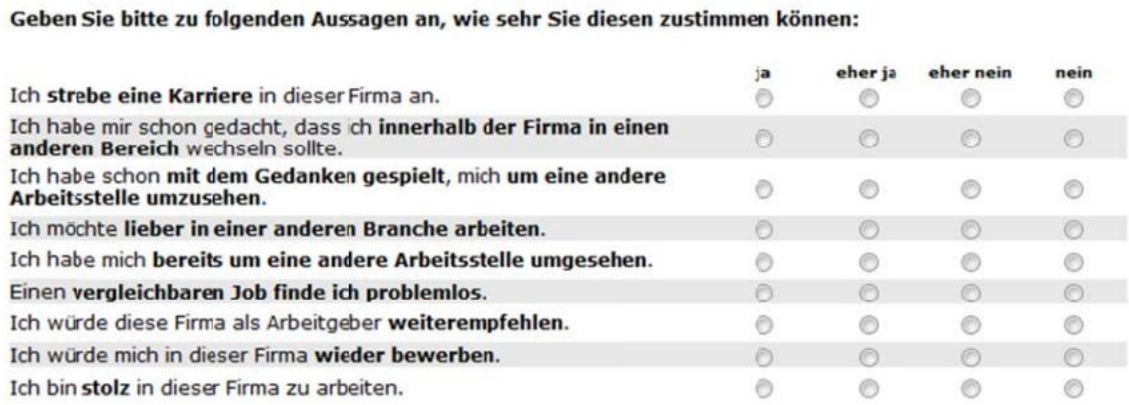
Der Umfang der Stichprobe wurde mit 40 Personen angesetzt und bildet die Mindeststichprobengröße für das geplante statistische Auswertungsverfahren. Dieser Wert wurde mit Hilfe einer G*Power Analyse ermittelt, bei der eine lineare multiple Regression ausgewählt wurde.

## 5.3 Erhebungsinstrumente

Zur Erhebung der *Intention to quit* von den Befragten, die im Angestelltenverhältnis tätig waren, wurde die gleichnamige „Intention to Quit-Skala“ (I2Q) von Jiménez (2002) genutzt. Diese beinhaltet in der vorliegenden Version neun Items, die verschiedene Aspekte der Kündigungsabsicht und einen möglichen Abteilungs- bzw. Berufswechsel erfragen (Abb. 1). Die Antwortskala variiert mit vier Abstufungen zwischen *ja* und *nein* (Jiménez, 2002). Für die Gesamtskala des I2Q konnte ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .82$ ermittelt werden.

**Abbildung 1**

*I2Q (Jiménez, 2002, zitiert nach Frick, 2014)*



**Geben Sie bitte zu folgenden Aussagen an, wie sehr Sie diesen zustimmen können:**

| | ja | eher ja | eher nein | nein |
|---|---|---|---|---|
| Ich **strebe eine Karriere** in dieser Firma an. | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Ich habe mir schon gedacht, dass ich **innerhalb der Firma in einen anderen Bereich** wechseln sollte. | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Ich habe schon **mit dem Gedanken gespielt**, mich **um eine andere Arbeitsstelle umzusehen.** | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Ich möchte **lieber in einer anderen Branche arbeiten.** | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Ich habe mich **bereits um eine andere Arbeitsstelle umgesehen.** | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Einen **vergleichbaren Job finde ich problemlos.** | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Ich würde diese Firma als Arbeitgeber **weiterempfehlen.** | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Ich würde mich in dieser Firma **wieder bewerben.** | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Ich bin **stolz** in dieser Firma zu arbeiten. | ○ | ○ | ○ | ○ |

Der relative Anteil der Arbeit mit alten Menschen wurde mit Hilfe von Analogskalen erhoben. Hierzu wurde mit drei Analogskalen zunächst erfragt, wie häufig jeweils mit Kindern bzw. Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen zusammengearbeitet wird. Die Einschätzung erfolgte mittels Schieberegler von 0 (sehr selten) bis 100 (sehr hoch). Die drei Einzelwerte wurden addiert, um einen Gesamtwert zu erhalten. Anschließend wurde der prozentuale Anteil des Einzelwerts, der die Zusammenarbeit mit alten Menschen repräsentiert, am Gesamtwert berechnet.

Auch das Vorliegen von geriatrischen Qualifikationen wurde mit einer Analogskala gemessen. Die Teilnehmenden schätzten mittels Schieberegler von 0 (sehr selten) bis 100 (sehr hoch) ein, wie häufig sie Fortbildungen besucht haben, die sich inhaltlich mit der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen beschäftigen.

Die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, wurde ebenfalls mit einer Analogskala gemessen. Teilnehmende schätzen ihre Bereitschaft mittels Schieberegler von 0 (sehr gering) bis 100 (sehr hoch) ein.

Zur Erfassung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf die Arbeit mit alten Menschen wurde die Skala zur Messung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung (BSW-5-Rev) in der Version für Erwerbstätige von Knispel et al. (2021) genutzt. Diese dient dazu, motivationale und fähigkeitsbezogene Aspekte der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung zu ermitteln. Die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt die Überzeugung, auf Basis der eigenen Fähigkeiten berufliche Anforderungen erfolgreich bewältigen zu können. Das Instrument erfragt auf ökonomische Weise mit fünf Items, in welchem Ausmaß Aussagen hinsichtlich der beruflichen Zuversicht im Rahmen der beruflichen Tätigkeit zugestimmt bzw. abgelehnt wird (Abb. 2). Dabei wird mit insgesamt vier

Antwortmöglichkeiten von *stimmt gar nicht* bis *stimmt genau* geantwortet (Knispel et al., 2021). Für die Gesamtskala des BSW-5-Rev konnte ein Cronbachs Alpha von α =.87 ermittelt werden.

**Abbildung 2**

*BSW-5-Rev für Erwerbstätige (Knispel et al., 2021)*

| | stimmt gar nicht | stimmt eher nicht | stimmt eher | stimmt genau |
|---|---|---|---|---|
| Ich weiß genau, dass ich die an meinen Beruf gestellten Anforderungen erfüllen kann, wenn ich nur will. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich weiß, dass ich die für meinen Beruf erforderlichen Fähigkeiten wirklich habe. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich weiß, dass ich genügend Interesse für alle mit meinem Beruf verbundenen Anforderungen habe. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Schwierigkeiten im Beruf sehe ich gelassen entgegen, da ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine beruflichen Absichten und Ziele zu verwirklichen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Um die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung konkret im Hinblick auf die Arbeit mit alten Menschen zu erfassen, wurden die ursprünglichen Items inhaltlich entsprechend ergänzt bzw. angepasst (Tab. 2).

**Tabelle 2**

*Anpassung der Items der BSW-5-REV (Eigene Darstellung in Anlehnung an Knispel et al., 2021)*

| **Item im Original:** | **Angepasstes Item:** |
|---|---|
| Ich weiß genau, dass ich die an meinen Beruf gestellten Anforderungen erfüllen kann, wenn ich nur will. | Ich weiß genau, dass ich die an die Arbeit mit alten Menschen gestellten Anforderungen erfüllen kann, wenn ich nur will. |
| Ich weiß, dass ich die für meinen Beruf erforderlichen Fähigkeiten wirklich habe. | Ich weiß, dass ich die für die Arbeit mit alten Menschen erforderlichen Fähigkeiten wirklich habe. |
| Ich weiß, dass ich genug Interesse für alle mit meinem Beruf verbundenen Anforderungen habe. | Ich weiß, dass ich genügend Interesse für alle mit der Arbeit mit alten Menschen verbundenen Anforderungen habe. |
| Schwierigkeiten im Beruf sehe ich gelassen entgegen, da ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann. | Schwierigkeiten bei der Arbeit mit alten Menschen sehe ich gelassen entgegen, da ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann. |
| Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine beruflichen Absichten und Ziele zu verwirklichen. | Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine beruflichen Absichten und Ziele in der Arbeit mit alten Menschen zu verwirklichen. |

Das gesellschaftliche Altersbild der Teilnehmenden wurde mit Hilfe einer Selbstbeurteilungsskala aus der Instrumentendokumentation des Deutschen Alterssurveys (DEAS) von Wiest et al. (2014) gemessen. Es wurden insgesamt 21 mögliche Veränderungen durch das Älterwerden vorgegeben und erfragt, inwieweit diese Veränderungen typisch erscheinen für das Älterwerden im Allgemeinen (Tab. 3). Thematisch werden die Fragen in die Kategorien körperlicher Verlust, sozialer Verlust, persönliche Weiterentwicklung, Selbstkenntnis und fünf Items der „Philadelphia Geriatric Center Morale Scale" (PGCMS) eingeteilt (Wiest et al., 2014). Die PGCMS ist eine Selbstbeurteilungsskala, die ihren Schwerpunkt auf emotionale Aspekte legt (Willkomm, 2013). Die Antwortmöglichkeiten variieren mit insgesamt vier Optionen zwischen *Trifft genau zu* und *Trifft gar nicht zu* (Wiest et al., 2014). Für die Gesamtskala zum gesellschaftlichen Altersbild konnte ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .71$ ermittelt werden.

**Tabelle 3**

*Beispielitems der Selbstbeurteilungsskala Gesellschaftliche Altersbilder (Eigene Darstellung in Anlehnung an Wiest et al., 2014)*

| **Kategorie:** | **Beispielitem:** Älter werden bedeutet für die meisten Menschen, … |
|---|---|
| Körperlicher Verlust | … dass ihr Gesundheitszustand schlechter wird |
| Sozialer Verlust | … dass sie nicht mehr so recht gebraucht werden |
| Persönliche Weiterentwicklung | … dass sich ihre Fähigkeiten erweitern |
| Selbstkenntnis | … dass sie besser mit körperlichen Schwächen umgehen können |
| PGCMS-Skala | … dass alles schlimmer wird |

## 5.4 Struktur des Fragebogens

Der Fragebogen beginnt mit allgemeinen Informationen zur Befragung und der Einwilligung zur Teilnahme, die eine Voraussetzung für die Fortsetzung der Umfrage darstellt. Inhaltlich gegliedert ist die Umfrage in drei verschiedene Teile.

Der erste Teil („Berufliches Profil“) beschäftigt sich mit dem beruflichen Werdegang sowie der aktuellen Arbeitssituation der Teilnehmenden. Es wird erfragt, welcher Berufsgruppe die oder der Teilnehmende angehört, welcher Bildungsweg bestritten wurde, wie viel Berufserfahrung gesammelt wurde und ob bzw. welche berufliche Schwerpunktsetzung vorliegt. Je nach Inhalt der Frage, werden teilweise Mehrfachnennungen zugelassen. Hinsichtlich der aktuellen beruflichen Situation wird

erfragt, in welchem Land bzw. Bundesland die befragten Logopädinnen und Logopäden tätig sind, in welchem Berufsstatus sie mit welcher Stundenanzahl tätig sind und welches Bruttoeinkommen sie monatlich erzielen. Vorab wird explizit darauf hingewiesen, sich bei diesen Angaben nur auf die ausgeübte Tätigkeit im Bereich der Logopädie und kein anderes Berufsfeld sowie auf die letzten sechs Monate zu beziehen. Abschließend wird im ersten Teil noch mittels Analogskala erhoben, mit welcher Wahrscheinlichkeit die befragten Personen auch noch in den nächsten fünf Jahren als Logopäd*innen tätig sein werden sowie die *Intention to quit* mit Hilfe des I2Q. Da das Messinstrument auf Berufstätige im Angestelltenverhältnis ausgerichtet ist, wird der I2Q bei Selbstständigen übersprungen.

Der zweite Teil des Fragebogens beschäftigt sich mit der therapeutischen Arbeit mit Senior*innen. Es wird zunächst mit Hilfe von Analog-Skalen erfasst, mit welcher Häufigkeit mit Kindern und Jugendlichen (bis 18 Jahre), mit Erwachsenen (18-60 Jahre) und mit alten Menschen (ab 60 Jahren) gearbeitet wird sowie die Häufigkeit von besuchten Fortbildungen, die sich inhaltlich mit der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen beschäftigen. Es wird dann die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten mit Hilfe einer Analogskala zur Wahrscheinlichkeit erfasst. Zuletzt folgen die oben beschriebenen Skalen zur Messung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung und zur Erfassung des gesellschaftlichen Altersbildes.

Im letzten Teil des Fragebogens werden abschließend persönliche Angaben, die das Geschlecht und Alter umfassen, erfragt.

## 5.5 Erprobung des Fragebogens

Das Ziel des Prätests besteht darin, mögliche Probleme der Befragungspersonen beim Beantworten zu identifizieren, um das Instrument dann entsprechend zu verbessern (Döring, 2022). Vor Aktivierung der Umfrage wurde die Nutzbarkeit mit Hilfe der Methode des lauten Denkens, der Think-aloud-Methode, überprüft (siehe Anhang 2). Bei dieser mündlichen Befragungsmethode werden Untersuchungsteilnehmende aufgefordert, all ihre Gedanken in Worte zu fassen, die während einer bestimmten Aktivität, in diesem Fall das Ausfüllen des Fragebogens, aufkommen (Döring, 2022).

Aus dem privaten Umfeld der Versuchsleitung wurde eine Probandin rekrutiert, die alle Kriterien zur Teilnahme erfüllte. Diese Kriterien sowie der gesamte Ablauf der Untersuchung wurden im Untersuchungsskript vorab verschriftlicht (siehe Anhang 2.1).

Die Untersuchung wurde am 9.10.2023 durchgeführt. Vor Beginn der Untersuchung und der Videoaufnahme wurde die Probandin mittels Einverständniserklärung darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig sei und dass sie die Untersuchung jederzeit unterbrechen oder beenden könne. Außerdem wurde ihr zugesichert, dass alle Aufnahmen und Ergebnisse vertraulich behandelt und die gewonnen Daten nur anonym ausgewertet würden. Nachdem die Probandin die Einverständniserklärung (siehe Anhang 2.2) unterschrieben hat, wurde sie dabei gefilmt, wie sie den Fragebogen in der inaktiven Version ausfüllt und laut mitdenkt. Ihre laut ausgesprochenen Gedanken wurden mit Hilfe eines Beobachtungsbogens von der Versuchsleiterin festgehalten (siehe Anhang 2.3). Diese ermöglichten Aufschlüsse zu potenziellen Schwierigkeiten während des Ausfüllens.

Insgesamt traten sieben Probleme auf, die notwendige Anpassungen des Fragebogens aufzeigten. Dabei handelte es sich überwiegend um formale Fehler, aber auch um inhaltliche Anpassungen, wie z.B. Ergänzungen bei Antwortmöglichkeiten oder die Erweiterung von Antwortfeldern. Mit einer Gesamtdauer von 16 Minuten und 15 Sekunden konnte die vorab geschätzte Bearbeitungsdauer von etwa 15 Minuten bestätigt werden. Im Zuge der Auswertung der Untersuchung wurden die Anpassungen des Fragebogens vorgenommen, sodass die Umfrage am 16.10.2023 aktiviert werden konnte.

## 5.6 Auswertung des Fragebogens

Die Auswertung der Ergebnisse wurde mit Hilfe des Programms IBM SPSS Statistics 29 durchgeführt. Zu Beginn wurden alle Teilnehmenden ausgeschlossen, die den Fragebogen nicht beendet hatten. Anschließend wurden die Skalen für das gesellschaftliche Altersbild, die *Intention to quit* und die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung berechnet. Diese Skalen wurden zudem auf ihre interne Konsistenz hin überprüft, um die Verlässlichkeit der Messungen zu gewährleisten. Anschließend wurden deskriptive Statistiken, wie Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet, um zentralen Tendenzen und die Streuung der erhobenen Variablen sowie die Charakteristik der Stichprobe zu analysieren.

Im nächsten Schritt wurden die Korrelationen zwischen allen erhobenen Variablen berechnet, um erste Einblicke in die Zusammenhänge und mögliche Interdependenzen zu erhalten. Als statistisches Auswertungsverfahren zur Analyse der weiteren Forschungsfragen wurde die multiple lineare Regressionsanalyse ausgewählt. Es

wurden stufenweise Regressionen gerechnet. Dieses Vorgehen ermöglicht es, zu bestimmen, in welchem Ausmaß die Ausprägung einer Zielvariablen durch eine Gruppe von erklärenden Variablen vorhergesagt werden kann. Dabei wird für jede unabhängige Variable berechnet, wie stark sie, im Kontext der anderen betrachteten unabhängigen Variablen, mit der abhängigen Variable korreliert (Döring, 2022).

# 6 Ergebnisse

In den folgenden Unterkapiteln werden zunächst die deskriptiven und inferenzstatistischen Ergebnisse der Befragung detailliert dargestellt (siehe Kapitel 6.1). Diese umfassen grundlegende Kennzahlen wie Mittelwerte, Standardabweichungen sowie die Häufigkeitsverteilungen der erhobenen Variablen. Darüber hinaus werden Zusammenhänge durch die Berechnung von Korrelationen zwischen allen Variablen dargelegt.

Im Anschluss daran werden mittels explorativer Datenanalyse die Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen präsentiert (siehe Kapitel 6.2). Hierbei wird darauf eingegangen, wie gut die Ausprägungen der abhängigen Variable durch die unabhängigen Variablen vorhergesagt werden können.

Abschließend werden die Anmerkungen der Teilnehmenden als qualitative Ergebnisse der Umfrage erörtert (siehe Kapitel 6.3). Diese bieten Einblicke in die persönlichen Erfahrungen und Meinungen der Befragten und ergänzen die quantitativen Ergebnisse.

## 6.1 Deskriptive Ergebnisse

Insgesamt wurde die Umfrage von 143 Menschen begonnen. 44 der Teilnehmenden wurden ausgeschlossen, da sie die letzte Seite der Umfrage nicht erreicht hatten. Nach Analyse der Teilnahmezeiten wurden drei weitere Personen ausgeschlossen, deren Gesamtzeit im Vergleich zum Durchschnitt deutlich kürzer ausfiel. Als Selektionskriterium wurde eine „klassische“ Data-Trimminggrenze aus der Experimentalpsychologie herangezogen (Mittelwert - 2 * Standardabweichung). Die endgültige Stichprobengröße betrug somit n = 96. Daraus ergibt sich eine Rücklaufquote, also die Anzahl der ausgefüllten Fragebögen nach Abschluss der Erhebungsphase, relativiert an der Anzahl aller ausgeteilten Fragebögen, von 67.13%. Laut Döring (2022) liegt die Rücklaufquote oft nur zwischen 5% und 40%. Dabei lag

der Anteil von Frauen mit 96.9% deutlich über dem der Männer mit 3.1%. Das durchschnittliche Alter der Proband*innen lag bei M = 37.79 (SD = 10).

76% der Teilnehmenden gaben an, dem Berufsfeld der Logopädie nach Ausbildung zugehörig zu sein. Davon haben elf Befragte (11.4%) zusätzlich ein Logopädie-Studium absolviert, während 18 (18.7%) ausschließlich studiert haben. Zwei der Teilnehmenden (2.1%) sind Sprachheilpädagog*innen und eine Person (1%) zusätzlich Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*in. An der Umfrage nahmen zudem zwei klinische Linguist*innen (2,1%) sowie vier Absolvent*innen anderer Gesundheitsstudiengänge teil (4,1%).

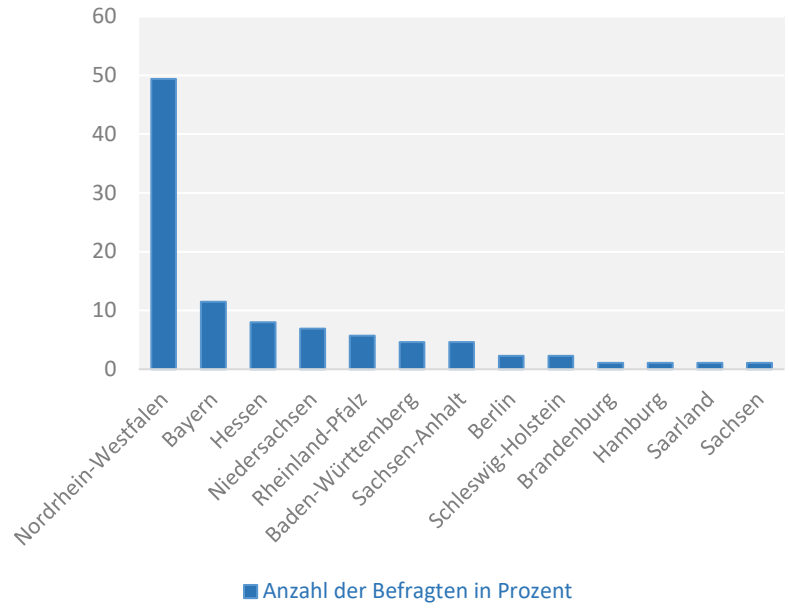
59.38% der Teilnehmenden haben einen privaten Bildungsweg absolviert, während 57.3% (z.T. zusätzlich) eine öffentliche Institution besucht haben. Mit 63.6% gaben die meisten Befragten an, 5-10 (31.3%) oder 10-20 (32.3%) Jahre Berufserfahrung aufzuweisen. 17.7% der Personen hatten weniger als fünf Jahre Berufserfahrung, 15.6% der Befragten 20-30 Jahre. 30-40 Jahre Berufserfahrung wiesen 3.1% auf.

Von 93 Befragten gaben 70.8% an, beruflich spezialisiert zu sein. Jeweils 72.1% davon sind auf neurogene Sprach- und Sprechstörungen und Schlucken bzw. Mundfunktionen im Erwachsenenalter spezialisiert. 27.9% haben sich auf Atmung und Stimme spezialisiert, 26.5% auf Sprach- und Sprechstörungen vor Abschluss der Sprachentwicklung und 25% auf Schlucken bzw. Mundfunktionen im Kindesalter. Jeweils 10.3% der befragten Personen gaben an, auf die Bereiche Hören, auditive Wahrnehmung und Lesen, Rechnen, Schreiben spezialisiert zu sein und 1.5% auf den Bereich Redefluss.

94 der Befragten gaben an, in welchem Land sie ihre berufliche Tätigkeit im Rahmen der Logopädie in den letzten sechs Monaten ausübten. 92.6% waren in Deutschland tätig, 6.4% in Österreich und 1.1% in der Schweiz. 49.4% der Befragten, die in Deutschland arbeiteten, waren in Nordrhein-Westfalen tätig, 11.5% in Bayern, 8% in Hessen und 6.9% in Niedersachsen. 5.7% gaben an, in Rheinland-Pfalz und jeweils 4.6% in Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt gearbeitet zu haben. In Berlin und Schleswig-Holstein arbeiteten jeweils 2.3% und in Brandenburg, Hamburg, Saarland und Sachsen jeweils 1.1% (Abb. 3). Keine der befragten Personen war beruflich in Bremen oder Mecklenburg-Vorpommern aktiv.

**Abbildung 3**

*Arbeitsorte der Befragten, die in Deutschland tätig sind (n = 87), gegliedert in Bundesländer*




Von allen 96 Befragten gaben 52.1% an, pro Woche durchschnittlich 30-40 Stunden zu arbeiten. 18.8% arbeiteten durchschnittlich 20-30 Stunden pro Woche, 16.7% mehr als 40 Stunden, 10.4% 10-20 Stunden und 2.1% weniger als zehn Stunden. Von 94 Teilnehmenden waren 76.6% angestellt, während 23.4% selbstständig waren.

Von 87 Befragten gaben 20,7% an, in den letzten sechs Monaten durchschnittlich 3000 bis 3500€ brutto monatlich aus ihrer Tätigkeit im Bereich der Logopädie verdient zu haben, 19,5% verdienten 2500 bis 3000€ und 18,4% 2000 bis 2500€. Insgesamt verdienten somit 58,6% der Befragten durchschnittlich zwischen 2000€ und 3500€ pro Monat. Darüber hinaus verdienten 10,3% mehr als 4000€, 9,2% zwischen 3500 und 4000€, 10,3% zwischen 1500 und 2000€, 6,9% zwischen 1000 und 1500€ und 4,6% weniger als 1000€.

95 der Befragten schätzten auf einer Analogskala von 0 (sehr gering) bis 100 (sehr hoch) ein, mit welcher Wahrscheinlichkeit sie auch in den nächsten fünf Jahren im Bereich der Logopädie tätig sein werden. Der Mittelwert liegt bei M = 80.19 (SD = 27.48).

Bei der Messung der *Intention to quit* mittels I2Q konnte für jedes Item je nach Antwort (nein bis ja) ein Minimalwert von 1 und ein Maximalwert von 4 erreicht werden. Bei den Befragten, die im Angestelltenverhältnis tätig waren, haben n = 61 vollständige Angaben gemacht. Befragte, die mehr als zwei fehlende Angaben getätigt haben, wurden exkludiert (n = 4). Bei zwei oder weniger fehlenden Angaben (n = 9)

wurden die fehlenden Werte mittels bedingter Mittelwertersetzung ausgeglichen, sodass letztendlich n = 70 Ergebnisse ausgewertet wurden, bei denen der Mittelwert M = 2.13 (SD = 0.6) beträgt.

94 der Befragten gaben mittels Analogskala an, wie häufig (0 = sehr selten, 100 = sehr häufig) sie mit Kindern und Jugendlichen, Erwachsen und alten Menschen arbeiten. Bei Kindern und Jugendlichen liegt der Mittelwert bei M = 53.39 (SD = 39.9). Der Mittelwert bei Erwachsenen liegt bei M = 54.47 (SD = 33.43) und bei alten Menschen beträgt der Mittelwert M = 68.28 (SD = 34.49). Der durchschnittliche Anteil der Zusammenarbeit mit alten Menschen im Verhältnis zu der Arbeit mit Kindern und Erwachsenen in Prozent beträgt M = 37.99 (SD = 21.17).

Bei der Frage, wie häufig Fortbildungen besucht wurden, die sich inhaltlich mit der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen beschäftigen, beträgt der Mittelwert bei 95 Befragten M = 57.25 (SD = 30.09).

Die Bereitschaft, in Zukunft mit alten Menschen zu arbeiten wurde von 93 Proband*innen mittels Analogskala (0 = sehr gering, 100 = sehr hoch) erfragt. Der Mittelwert beträgt M = 74.58 (SD = 26.76).

Bei der Messung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung mittels BSW-5-Rev konnte für jedes Item je nach Antwort (stimmt gar nicht bis stimmt genau) ein Minimalwert von 1 und ein Maximalwert von 4 erzielt werden. Es haben 91 der Befragten vollständige Angaben gemacht. Bei den Teilnehmenden, bei denen jeweils eine Angabe fehlte (n = 5) wurden die fehlenden Werte mittels bedingter Mittelwertersetzung ausgeglichen, sodass letztendlich n = 96 Ergebnisse ausgewertet wurden. Der Mittelwert beträgt M = 3.28 (SD = 0.6).

Das Messinstrument zum gesellschaftlichen Altersbild umfasst ebenfalls für jedes Item je nach Antwort (Trifft gar nicht bis trifft genau zu) einen Minimalwert von 1 und einen Maximalwert von 4. Befragte, die mehr als zwei fehlende Angaben getätigt haben, wurden exkludiert (n = 3). Bei zwei oder weniger fehlenden Angaben (n = 9) wurden die fehlenden Werte mittels bedingter Mittelwertersetzung ausgeglichen, sodass letztendlich n = 93 Ergebnisse ausgewertet wurden. Der Mittelwert beträgt M = 2.2 (SD = 0.3).

In der folgenden Tabelle werden alle Mittelwerte sowie Standardabweichungen der demografischen Daten und deskriptiven Ergebnisse zur Veranschaulichung zusammengefasst (Tab. 4).

**Tabelle 4**

*Mittelwerte und Standardabweichungen der demografischen Daten und deskriptiven Ergebnisse*

| Item | *M* | *SD* |
|---|---|---|
| Alter (n = 94) | 37.79 | 10 |
| Verbleibsabsicht in der Logopädie in 5 Jahren (n = 95) | 80.19 | 27.48 |
| Häufigkeit der Arbeit mit Kindern/Jugendlichen (n = 94) | 53.39 | 39.9 |
| Häufigkeit der Arbeit mit Erwachsenen (n = 94) | 54.47 | 33.43 |
| Häufigkeit der Arbeit mit alten Menschen (n = 94) | 68.28 | 34.49 |
| Relativer Anteil der Arbeit mit alten Menschen (n = 94) | 37.99 | 21.17 |
| *Intention to quit* (n = 70) | 2.13 | 0.6 |
| Geriatrische Qualifikationen (n = 95) | 57.25 | 30.09 |
| Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung (n = 96) | 3.28 | 0.6 |
| Gesellschaftliches Altersbild (n = 93) | 2.2 | 0.3 |
| Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten (n = 93) | 74.58 | 26.76 |

## 6.2 Explorative Datenanalyse

Um die Forschungsfrage 1 zu untersuchen, wurden zudem Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson gerechnet (Tab. 5). So konnte ein Bild über die Zusammenhänge der Prädiktoren untereinander und der Korrelation mit der abhängigen Variable erschlossen werden. Dies konnte genutzt werden, um die Daten in Bezug zur Forschungslage zu setzen und auf ihre Qualität zu überprüfen. Außerdem konnten so zu hohe Korrelationen der Prädiktorvariablen für die Regressionsanalysen ausgeschlossen werden. Bei höheren Korrelationen wäre die Gefahr der Multikollinearität zu hoch (Urban & Mayerl, 2018).

Es konnte eine signifikante Korrelation zwischen der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung und den geriatrischen Qualifikationen festgestellt werden. Zudem zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Anteil der Arbeit mit alten Menschen und der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung sowie den geriatrischen Qualifikationen. Darüber hinaus korreliert die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, signifikant mit den geriatrischen Qualifikationen, der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung und dem Anteil der Arbeit mit alten

Menschen. Laut Cohen (1988) handelt es sich bei allen vorliegenden Korrelationen um große Effekte. Ansonsten konnten keine weiteren Korrelationen zwischen den Prädiktorvariablen und der Zielvariable nachgewiesen werden.

**Tabelle 5**

*Korrelationstabelle der Prädikatoren und der abhängigen Variable*

| Variable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Gesellschaftliches Altersbild | | | | | |
| 2. *Intention to quit* | -.069 | | | | |
| 3. Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung | .123 | -.044 | | | |
| 4. Geriatrische Qualifikationen | .111 | -.103 | .625** | | |
| 5. Anteil der Arbeit mit alten Menschen | .032 | -.078 | .603** | .745** | |
| 6. Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten | .079 | -.234 | .674** | .735** | .747** |

*Anmerkung. ** p <.01.*

Für die Untersuchung der weiteren Forschungsfragen wurden multiple lineare Regressionen gerechnet. Vorab wurden die Voraussetzungen für Regressionen, wie Multikollinearität, Linearität, Normalverteilung der Residuen, Abwesenheit von Extremwerten und Homoskedastizität überprüft (Eid et al., 2017). Im Anschluss wurde dann zunächst eine hierarchische Regression mit drei Blöcken ohne die unabhängige Variable *Intention to quit* gerechnet (Tab. 6), da diese nur bei Proband*innen im Angestelltenverhältnis gemessen wurde.

In der hierarchischen Regression wurde hierzu im Modell 1 als erste unabhängige Variable das Altersbild aufgenommen. Das Modell 1 *(Gesellschaftliches Altersbild) (F* (1, 86) = 0.5, $p$ = .481) trug keinen signifikanten Erklärungswert bei.

Im nächsten Schritt wurden im Modell 2 zusätzlich die unabhängigen Variablen berufliche Selbstwirksamkeitserwartung sowie geriatrische Qualifikationen aufgenommen. Das Modell 2 *(Gesellschaftliches Altersbild, berufliche Selbstwirksamkeitserwartung, geriatrische Qualifikationen) (F* (3, 84) = 44.46, $p$ = <.001) wies einen signifikanten Erklärungswert auf, wobei die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung und die geriatrischen Qualifikationen als signifikante

Variablen identifiziert wurden. 60% der Varianz (mit einem korrigierten $R^2 = .6$) konnte mit Hilfe des Modells aufgeklärt werden.

**Tabelle 6**

*Hierarchische Regression der Prädiktorvariablen auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten (ohne Intention to quit)*

| Prädiktor | *$R^2$ (korr. $R^2$)* | *B* | *SE (B)* | ß | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| Schritt 1 | .006 (-.006) | | | | .481 |
| (Konstante) | | 58.17 | 22.92 | | .013 |
| Gesellschaftliches Altersbild | | 7.4 | 10.34 | .08 | .481 |
| Schritt 2 | .614 (.6) | | | | <.001 |
| (Konstante) | | 2.371 | 17.52 | | .893 |
| Gesellschaftliches Altersbild | | -3.04 | 6.65 | -.03 | .649 |
| Geriatrische Qualifikationen | | .47 | .08 | .52 | <.001 |
| Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung | | 15.98 | 3.95 | .35 | <.001 |
| Schritt 3 | .679 (.664) | | | | <.001 |
| (Konstante) | | 7.92 | 16.12 | | .624 |
| Gesellschaftliches Altersbild | | -2.06 | 6.10 | -.02 | .737 |
| Geriatrische Qualifikationen | | .27 | .09 | .3 | .003 |
| Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung | | 11.17 | 3.80 | .25 | .004 |
| Anteil der Arbeit mit alten Menschen | | .51 | .13 | .4 | <.001 |

*Anmerkung*. *N* = 88.

95% Konfidenzintervall.

Im letzten Schritt wurde zusätzlich zu den vorherigen Prädikatoren die Variable Anteil der Arbeit mit alten Menschen integriert. Modell 3 *(Gesellschaftliches Altersbild,*

*berufliche Selbstwirksamkeitserwartung, geriatrische Qualifikationen, Anteil der Arbeit mit alten Menschen)* (*F* (4, 83) = 43.92, *p* = .<001) konnte 66,4% der Varianz (mit einem korrigierten $R^2$ = .664) aufklären. Das Modell 3 wies einen signifikant höheren Erklärungswert auf als Modell 2. Hierbei erwiesen sich die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung, die geriatrischen Qualifikationen und der Anteil der Arbeit mit alten Menschen als signifikante Prädiktoren.

In der darauffolgenden Regression wurde erneut eine hierarchische Regression gerechnet. Diesmal wurde jedoch in Block 2 die *Intention to quit* inkludiert. Insgesamt wurden daher nur angestellte Teilnehmende für die Berechnung ausgewählt (Tab. 7). Das Modell 1 *(Gesellschaftliches Altersbild)* (*F* (1, 63) = 0.51, *p* = .480) trug keinen signifikanten Erklärungswert bei.

Modell 2 *(Gesellschaftliches Altersbild, berufliche Selbstwirksamkeitserwartung, geriatrische Qualifikationen, Intention to quit)* (*F* (4, 60) = 37.88, *p* = <.001) wies einen signifikanten Erklärungswert auf, wobei die geriatrischen Qualifikationen, die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung und die *Intention to quit* als signifikante Variablen identifiziert wurden. 69,7% der Varianz (mit einem korrigierten $R^2$ = .697) konnte mit Hilfe des Modells aufgeklärt werden.

Modell 3 *(Gesellschaftliches Altersbild, berufliche Selbstwirksamkeitserwartung, geriatrische Qualifikationen, Intention to quit, Anteil der Arbeit mit alten Menschen)* (*F* (5, 59) = 42.56, *p* = <.001) konnte 76,5% der Varianz (mit einem korrigierten $R^2$ = .765) aufklären. Das Modell 3 wies einen signifikant höheren Erklärungswert auf als Modell 2. Die Prädiktoren geriatrische Qualifikationen, berufliche Selbstwirksamkeitserwartung und *Intention to quit* und der Anteil der Arbeit mit alten Menschen wiesen einen signifikanten Erklärungswert auf.

Die hierarchischen Regressionen ergaben signifikante Beta-Koeffizienten für alle untersuchten Prädiktoren außer dem gesellschaftlichen Altersbild. Der Anteil der Arbeit mit alten Menschen wies den höchsten Beta-Wert auf, gefolgt von den geriatrischen Qualifikationen und der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung. Die *Intention to quit* wurde lediglich in der zweiten Regression berücksichtigt und wies den niedrigsten Beta-Wert unter den untersuchten Prädiktoren auf. Somit weist der Anteil der Arbeit mit alten Menschen den höchsten Erklärungswert für die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, auf.

**Tabelle 7**

*Hierarchische Regression der Prädiktorvariablen auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten (einschl. Intention to quit)*

| Prädiktor | $R^2$ (korr. $R^2$) | *B* | *SE (B)* | ß | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| Schritt 1 | .008 (-.008) | | | | .480 |
| (Konstante) | | 53.98 | 27.34 | | .053 |
| Gesellschaftliches Altersbild | | 8.91 | 12.55 | .09 | .480 |
| Schritt 2 | .716 (.697) | | | | <.001 |
| (Konstante) | | 12.98 | 19.62 | | .511 |
| Gesellschaftliches Altersbild | | 2.05 | 6.91 | .02 | .768 |
| Geriatrische Qualifikationen | | .56 | .08 | .59 | <.001 |
| Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung | | 13.98 | 3.97 | .31 | <.001 |
| *Intention to quit* | | -9.45 | 3.26 | -.2 | .005 |
| Schritt 3 | .783 (.765) | | | | <.001 |
| (Konstante) | | 20.49 | 17.4 | | .244 |
| Gesellschaftliches Altersbild | | 2.04 | 6.09 | .02 | .738 |
| Geriatrische Qualifikation | | .32 | .09 | .34 | .001 |
| Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung | | 9.94 | 3.62 | .22 | .008 |
| *Intention to quit* | | -10.07 | 2.88 | -.21 | <.001 |
| Anteil der Arbeit mit alten Menschen | | .53 | .13 | .41 | <.001 |

*Anmerkung*. $N = 65$.

95% Konfidenzintervall.

Beide Regressionen konnten dazu beitragen, die vorab formulierten Forschungsfragen zu beantworten. Für die Forschungsfrage 2 konnten keinerlei Effekte

gefunden werden. Bei den Forschungsfragen 3 bis 6 konnten die beschriebenen Einflüsse der unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable nachgewiesen werden.

### 6.3 Qualitative Ergebnisse

Zum Ende der Befragung erhielten die Teilnehmenden die Gelegenheit, Anmerkungen in einem offenen Textfeld festzuhalten. Dabei wurde die Wichtigkeit des Kontaktes zu den Angehörigen alter Menschen betont. Außerdem auch, dass die Einsamkeit der Patient*innen „groß und spürbar“ sei. Dementsprechend mache auch der soziale Kontakt zu der therapierenden Person einen Großteil der Behandlung aus. Es wird auch darauf hingewiesen, dass die Behandlung teilweise abgelehnt werde, weil sie nicht als notwendig empfunden werde oder dass die Kenntnis über das Therapieangebot sogar gänzlich fehle. Die Arbeit mit Senior*innen wird von einer befragten Person als „sehr herausfordernd und anspruchsvoll“ beschrieben. Themen, wie Krankheitsbewältigung und Ethik in der Logopädie, sollten demnach in den Fokus gerückt werden, da diese die Behandlung maßgeblich beeinflussen können. Der Umgang mit alten Menschen in Einrichtungen, z.B. durch das Personal, wird als demotivierend und wenig wertschätzend beschrieben. Es wird darauf hingewiesen, dass es häufig an einem Umfeld mangele, in dem neue Dinge gut umgesetzt werden können und es dementsprechend schwierig sei, pauschale Einschätzungen abzugeben.

## 7 Diskussion

Die vorliegende Forschungsarbeit konnte dazu beitragen, Antworten auf die vorab formulierten Forschungsfragen zu finden. Bei der befragten Stichprobe konnte eine hohe Bereitschaft, in Zukunft mit alten Menschen zu arbeiten, festgestellt werden. Diese konnte in ihrer vorliegenden Ausprägung in einen Kontext mit den anderen untersuchten Variablen gesetzt werden. Dabei konnten signifikante Korrelationen der Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten mit den geriatrischen Qualifikationen, der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung und dem Anteil der Arbeit mit alten Menschen festgestellt werden.

Der Zusammenhang mit den geriatrischen Qualifikationen könnte darauf hindeuten, dass Fachkräfte mit einschlägigen Fortbildungen möglicherweise eine höhere Bereitschaft haben, zukünftig in diesem Bereich tätig zu sein, oder dass diejenigen, die

bereit sind, zukünftig in diesem Bereich zu arbeiten, eher dazu neigen, sich entsprechende Qualifikationen anzueignen.

Die Korrelation mit der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung lässt vermuten, dass Logopäd*innen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung eher bereit dazu sein könnten, zukünftig die Herausforderungen der Arbeit mit alten Menschen anzunehmen. Umgekehrt könnte die Bereitschaft, in Zukunft mit dieser Zielgruppe zu arbeiten, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt und folglich die Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf die Arbeit mit alten Menschen erhöht haben.

Der Zusammenhang zwischen dem aktuellen Anteil der Arbeit mit alten Menschen und der Bereitschaft, diese Arbeit auch in Zukunft fortzusetzen, gibt Hinweise darauf, dass Logopäd*innen, die bereits einen großen Teil ihrer Arbeitszeit mit der Behandlung alter Menschen verbringen, dies auch zukünftig tun werden oder dass diejenigen, die die Arbeit mit alten Menschen in der Zukunft in Erwägung ziehen, sich bereits jetzt vermehrt auf die Zusammenarbeit mit Senior*innen konzentrieren.

Unter den unabhängigen Variablen konnte außerdem eine signifikante Korrelation zwischen der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung und den geriatrischen Qualifikationen festgestellt werden. Dies könnte darauf hinweisen, dass ein starkes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten im Zusammenhang mit der Arbeit mit alten Menschen dazu motiviert, vermehrt Fortbildungen zu absolvieren, die auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe zugeschnitten sind. Umgekehrt könnten geriatrische Qualifikationen dazu beitragen, das Vertrauen in die beruflichen Fähigkeiten zu stärken, was zu einer höheren beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung führt.

Es ließ sich außerdem ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Anteil der Arbeit mit alten Menschen und der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung finden. Logopäd*innen, die bereits mehr mit alten Menschen arbeiten, könnten folglich auch mehr Selbstvertrauen in ihre Fähigkeiten im geriatrischen Bereich haben. Dies könnte auf eine stärkende Wirkung regelmäßiger Erfahrungen auf die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung zurückzuführen sein. Andererseits könnten Logopäd*innen mit einer höheren beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf die Arbeit mit alten Menschen eher bereit sein, sich verstärkt dieser Zielgruppe zu widmen und bereits vermehrt mit ihnen zu arbeiten.

Der Anteil der Arbeit mit alten Menschen korreliert zudem signifikant mit den geriatrischen Qualifikationen. Logopäd*innen mit intensiverem Einsatz in der Arbeit

mit alten Menschen verfügen offenbar über mehr einschlägige Qualifikationen in diesem Bereich. Dies könnte bedeuten, dass eine erhöhte Praxis in der Geriatrie die Motivation zu spezifischen Fortbildungsmaßnahmen fördert. Auf der anderen Seite könnten Logopäd*innen, die häufiger Fortbildungen im geriatrischen Bereich besucht haben, auch eher bereit sein, ihr erlangtes Wissen in die Praxis umzusetzen und dementsprechend vermehrt mit alten Menschen zu arbeiten.

Abgesehen davon konnten keine weiteren Korrelationen zwischen den untersuchten Variablen festgestellt werden. Dass kein Zusammenhang zwischen der *Intention to quit* und der beruflichen Selbstwirksamkeit gefunden werden konnte, steht im Widerspruch zu den Ergebnissen anderer Forschenden. Park & Jung (2015) konnten in ihrer Arbeit Belege dafür sammeln, dass sich Mitarbeitende besonders dann für ihre Karriere und ihre derzeitige Organisation engagieren, wenn sie glauben, dass sie die ihnen übertragenen Aufgaben kompetent ausführen können. Auch Rigotti et al. (2008) schlussfolgern, dass Personen, die sich in der Lage fühlen und sich zutrauen, den Anforderungen ihrer Arbeit gerecht zu werden, mit ihrer Arbeit zufriedener sind als diejenigen, die das Gefühl haben, diesen Anforderungen nicht oder kaum gerecht werden zu können.

Dass das gesellschaftliche Altersbild weder mit der Variable Anteil der Arbeit mit alten Menschen noch mit der Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, korreliert, entspricht nicht den Ergebnissen, die von anderen Forschenden erzielt wurden (Even-Zohar & Werner, 2020; Lopéz-Hernández et al., 2021; Venables et al., 2021). Zisberg et al. (2021) schlussfolgern jedoch, dass selbst bei positiver Einstellung gegenüber alten Menschen der Wunsch, mit diesen zu arbeiten, gering sein kann und somit nicht von diesem Faktor beeinflusst wird. Dieses Ergebnis könnte als Erklärung für den vorliegenden ausbleibenden Einfluss herangezogen werden.

Zur Klärung der Forschungsfragen 2 bis 6 wurden hierarchische Regressionen gerechnet. Diese konnten zeigen, dass durch die vorliegenden Modelle ein signifikanter Teil der Varianz der abhängigen Variable aufgeklärt werden konnte. Im Genauen ergab sich, dass der aktuelle Anteil der Arbeit mit alten Menschen den größten Einfluss auf die Bereitschaft zur zukünftigen Arbeit mit alten Menschen hat. An zweiter Stelle stehen geriatrischen Qualifikationen, gefolgt von der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung. Die geringste Einflussstärke weist die *Intention to quit* auf. Dies bedeutet, dass der Anteil der Arbeit mit alten Menschen im Vergleich zu allen anderen untersuchten Variablen die bedeutendste Rolle dabei spielt, Veränderungen in

der Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, zu erklären. Infolgedessen kann angenommen werden, dass Logopäd*innen, die bereits einen großen Teil ihrer Arbeit mit alten Menschen verbringen, auch in Zukunft eine hohe Bereitschaft zeigen werden, in diesem Bereich tätig zu bleiben.

Es konnte zudem nachgewiesen werden, dass Proband*innen mit geriatrischen Qualifikationen eine höhere Bereitschaft aufweisen, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten. Die Anzahl der besuchten Fortbildungen im geriatrischen Bereich scheint also einen positiven Einfluss auf die Entscheidung auszuüben, in diesem Bereich tätig zu sein.

Auch bei der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung konnte ein Einfluss festgestellt werden. Je stärker diese ausgeprägt war, desto höher fiel die Bereitschaft der Befragten aus, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten. Die Ausprägung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung hat einen weniger starken Einfluss auf die Bereitschaft. Dennoch konnte nachgewiesen werden, dass auch diese eine Wirkung zeigt. Je ausgeprägter die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung ist, desto eher sind die Befragten bereit dazu, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten.

Bei der *Intention to quit* konnte ebenfalls ein Einfluss auf die Bereitschaft zur Arbeit mit alten Menschen festgestellt werden. Proband*innen, die weniger dazu neigen, den Beruf zu wechseln, zeigen tendenziell eine höhere Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten.

Im Gegensatz dazu konnte bei der Untersuchung des gesellschaftlichen Altersbildes kein signifikanter Einfluss auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, nachgewiesen werden. Das bedeutet, dass die allgemeinen gesellschaftlichen Vorstellungen über das Alter keine messbare Auswirkung auf die Entscheidung haben, zukünftig in diesem Arbeitsfeld tätig zu sein.

Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung des aktuellen Anteils der Arbeit mit alten Menschen, also inwieweit bereits mit Senior*innen gearbeitet wird. Ebenso verdeutlichen sie die Relevanz von geriatrischen Qualifikationen, der beruflichen Selbstwirksamkeit und der *Intention to quit* in Bezug auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten. Diese Aspekte spielen somit eine entscheidende Rolle bei der Motivation, sich für eine Tätigkeit mit alten Menschen bereitzuerklären. Mit Ausnahme des gesellschaftlichen Altersbildes handelt es sich bei den untersuchten Faktoren demzufolge um wesentliche Einflussgrößen, wenn es um die Fragestellung geht, ob Logopäd*innen sich für eine zukünftige Arbeit mit Senior*innen

bereiterklären. Im Umkehrschluss kann daher angenommen werden, dass die Bereitschaft geringer ausfällt, sollte einer oder mehrere dieser Einflussfaktoren geringer bzw. bei der *Intention to quit* größer ausgeprägt sein.

Bei der vorliegenden Stichprobe konnte durchschnittlich eine hohe Bereitschaft gemessen werden, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten. Dies steht nicht im Einklang mit den Ergebnissen anderer Forschenden, die die Geriatrie als nicht präferierten Bereich innerhalb der Gesundheitsberufe herausgestellt haben (Enberg et al., 2007; Koh, 2012). Dies könnte daran liegen, dass in der vorliegenden Forschungsarbeit explizit aktive Logopäd*innen befragt wurden und eine Übertragbarkeit aus anderen Gesundheitsberufen nicht uneingeschränkt angenommen werden kann. Zudem muss berücksichtigt werden, dass die Messung eine beträchtliche Streuung der Antworten aufgezeigt hat, sodass von erheblichen Unterschieden auszugehen ist. Einige Teilnehmende könnten eine sehr hohe Bereitschaft, andere hingegen eine eher geringe Bereitschaft angegeben haben. Dies könnte die Vermutung nahelegen, dass Logopäd*innen bestimmte Altersgruppen bevorzugen und dementsprechend häufig mit diesen arbeiten.

Bei der Variable Anteil der Arbeit mit alten Menschen konnte diese Variation in den Antworten ebenfalls festgestellt werden. Dies unterstreicht die Annahme, dass Logopäd*innen bestimmte Altersgruppen präferieren und ihre beruflichen Entscheidungen dementsprechend ausrichten könnten. Die Befragten der vorliegenden Stichprobe verbringen im Durchschnitt den größten Teil ihrer Arbeitszeit im Vergleich zu anderen Altersgruppen mit der Behandlung alter Menschen. Diese Arbeitsverteilung stimmt nicht mit den Angaben, die sich in der Literatur finden ließen, überein (Deutsches Ärzteblatt, 2017).

Die hohe Korrelation zwischen dem aktuellen Anteil der Arbeit mit alten Menschen und der Bereitschaft, auch zukünftig mit diesen zu arbeiten, deckt sich mit den Ergebnissen anderer Forschenden (Guo et al., 2021; Mattos et al., 2015). Der Kontakt mit alten Menschen im beruflichen Kontext erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sich Angehörige von Gesundheitsberufen dazu entscheiden, zukünftig mit dieser Zielgruppe zu arbeiten.

Die vorliegende Korrelation zwischen dem Anteil der Arbeit mit alten Menschen und den geriatrischen Qualifikationen könnte ein Indiz für die Notwendigkeit spezifischer Weiterbildung in diesem Bereich darstellen. In der Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass eine ausreichende Qualifikation für die Arbeit mit alten

Menschen notwendig ist, um den Besonderheiten dieser Altersgruppe gerecht zu werden (Bennett et al., 2017; Sickert, 2011).

Die durchschnittliche Anzahl der geriatrischen Qualifikationen unter den Befragten fiel moderat aus. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Sickert (2011), könnte dies als verhältnismäßig hoch angesehen werden. Hier konnten zwar ähnlich ausgeprägte Qualifikationen gemessen werden, die Umfrage hat jedoch nur Logopäd*innen eingeschlossen, die im Bereich der Geriatrie tätig sind.

Auch bei der Messung der geriatrischen Qualifikationen konnte eine beträchtliche Streuung der Antworten festgestellt werden. Dies bedeutet, dass große Unterschiede in der Häufigkeit der Teilnahme an geriatrischen Fortbildungen unter den befragten Logopäd*innen vorliegen. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass manche Befragte entsprechende Fortbildungen häufiger besuchen, während andere weniger häufig daran teilnehmen.

Die festgestellte Korrelation zwischen den geriatrischen Qualifikationen und der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung stimmt mit den Ergebnissen von Huang et al. (2020) überein. Die Autor*innen gehen davon aus, dass die Selbstwirksamkeitserwartung durch die Erweiterung von Wissen und Fähigkeiten erhöht werden kann. Bei den Befragten der vorliegenden Arbeit konnte eine hohe berufliche Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf die Arbeit mit alten Menschen gemessen werden. Daher liegt die Vermutung nahe, dass die Erweiterung der geriatrischen Qualifikationen durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen zu einer erhöhten beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung beitragen könnte.

Dass bei den angestellten Befragten in der vorliegenden Stichprobe eine eher niedrige *Intention to quit gemessen* wurde, widerspricht den im Forschungsstand erörterten Ergebnissen des Masterstudiengangs Therapiewissenschaften an der Hochschule Fresenius. Diese ließen eine deutlich höhere *Intention to quit* unter Logopäd*innen vermuten (Hilienhof, 2017; Schwarzmann et al., 2018). Schwarzmann et al. (2018) ziehen anhand dessen eine potenzielle zukünftige Abwanderung von Logopäd*innen in Erwägung, merken aber auch an, dass es sich bei der durchgeführten Studie um eine Momentaufnahme handelt und der daraus tatsächlich resultierende Einbruch der Anzahl an Logopäd*innen nicht konkret abzusehen ist. Da in der vorliegenden Befragung ebenfalls lediglich die *Intention to quit* gemessen wurde, aber nicht, wie viele Logopäd*innen tatsächlich kündigen oder den Beruf wechseln, kann der Zusammenhang zwischen der Absicht und der tatsächlichen Umsetzung nur

angenommen werden. Studien zeigten zwar, dass die *Intention to quit* ein starker Einflussfaktor auf die tatsächliche Verwirklichung dessen ist (Park & Jung, 2015). Jedoch fehlt es an Längsschnittstudien, die diesen Sachverhalt ausreichend untersuchen (Rahnfeld et al., 2016). Zudem muss berücksichtigt werden, dass die vorliegende Stichprobe aktive Logopäd*innen umfasst und somit keine Aussagen darüber getroffen werden können, wie viele Logopäd*innen bereits gekündigt haben oder aus dem Beruf ausgestiegen sind. Die gemessene niedrige *Intention to quit* bedeutet also nicht, dass es nicht dennoch zukünftig zu einer Kündigung oder sogar zu einer Abwanderung aus dem Beruf kommen könnte und so folglich auch weniger Senior*innen logopädisch versorgt werden können. Es konnte zwar eine sehr hohe subjektiv eingeschätzte Wahrscheinlichkeit, dass die Befragten in den nächsten fünf Jahren weiterhin in der Logopädie tätig sein würden, gemessen werden, jedoch bezog sich diese Angabe lediglich auf die nächsten fünf Jahre, sodass keinerlei Aussagen über diese Zeit hinaus getroffen werden können. Da die Befragten durchschnittlich erst Ende 30 Jahre alt sind und mehr als die Hälfte der Befragten weniger als 20 Jahre Berufserfahrung aufweisen, ist von deutlich mehr als fünf weiteren Jahren im Berufsleben auszugehen, in denen ein potenzieller Berufswechsel oder -ausstieg möglich wäre.

Da ein signifikanter Zusammenhang zwischen der *Intention to quit* und der Arbeitszufriedenheit als wissenschaftlich nachgewiesen gilt (Mertala et al., 2022; Scanlan et al., 2013), ist bei der vorliegenden Stichprobe in Folge der eher niedrigen *Intention to quit* von einer höheren Arbeitszufriedenheit auszugehen. Aufgrund dieses Zusammenhangs könnte die Arbeitszufriedenheit ebenfalls als Einflussfaktor auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, vermutet werden. Daher liegt es nahe, dass eine höhere Arbeitszufriedenheit von Logopäd*innen zu einer geringeren *Intention to quit* führt und dadurch die Bereitschaft steigert, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten.

Das gesellschaftliche Altersbild weist keine Relevanz auf, wenn es um den aktuellen Anteil der Arbeit mit alten Menschen, die *Intention to quit* und die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung von Logopäd*innen geht. Ebenso scheint es nicht zu beeinflussen, ob Logopäd*innen sich beruflich für die Arbeit mit alten Menschen weiterbilden und ob diese bereit sind, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu den Forschungsergebnissen, die innerhalb anderer Gesundheitsberufe, überwiegend im Bereich der Pflege, gefunden werden konnten. Es wurden Belege dafür gesammelt, dass ein Zusammenhang zwischen der Einstellung

gegenüber alten Menschen und der Bereitschaft, mit diesen zu arbeiten, vorliegt. Während positive Einstellungen die Chancen steigern, dass die Arbeit mit alten Menschen in Erwägung gezogen wird, senken negative Einstellungen diese Chancen erheblich (Venables et al., 2021; López-Hernández et al., 2021). Randler et al. (2014) kommen bei einer Befragung von Schüler*innen aus Deutschland zu dem grundlegenden Ergebnis, dass eine positive Einstellung gegenüber alten Menschen dazu beitragen kann, die Bereitschaft, mit diesen zu arbeiten, zu erhöhen. Dieser Forschungsarbeit liegt jedoch nur eine Studie zugrunde, die sich in diesem Zusammenhang explizit mit der Logopädie befasst und einen Zusammenhang zwischen positivem Altersbild und der Entscheidung, mit alten Menschen zu arbeiten, feststellt (Even-Zohar & Werner, 2020). Dementsprechend gestaltet es sich herausfordernd, das Ergebnis der vorliegenden Arbeit im Hinblick auf das gesellschaftliche Altersbild in einen konkreten wissenschaftlichen Kontext zu integrieren.

Bei der vorliegenden Stichprobe konnte ein eher positives Altersbild festgestellt werden. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass das genutzte Messinstrument von Wiest et al. (2014) das gesellschaftliche Altersbild erfasst und nicht das berufliche. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass sich keine Effekte finden ließen. Es ist somit nicht auszuschließen, dass das Ergebnis anders ausgefallen wäre, wenn sich die Items explizit mit alten Menschen im beruflichen Kontext befasst hätten. Dennoch ist es vor dem Hintergrund der Fragestellung dieser Arbeit eine wichtige Erkenntnis, dass bei der vorliegenden Stichprobe grundsätzlich kein negatives Bild von alten Menschen vorliegt, da ein Zusammenhang zwischen der gesellschaftlichen und der beruflichen Sicht auf alte Menschen denkbar ist. Schlussendlich liefert diese Arbeit keinen Nachweis dafür, dass das gesellschaftliche Altersbild die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, beeinflusst. Dennoch stimmt die wissenschaftliche Literatur überein, dass ein vertieftes Verständnis des Alterungsprozesses dazu beitragen kann, Altersdiskriminierung unter Gesundheitsfachkräften zu reduzieren und die Versorgung älterer Menschen zu verbessern (Castro et al., 2023; Palsgaard et al., 2022).

Insgesamt belegen die durchgeführten stufenweisen Regressionen mit einer Varianz von bis zu 76% eine hohe Erklärungskraft für die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten. Während das gesellschaftliche Altersbild keinen signifikanten Effekt zeigte, wurde bei den anderen Variablen jeweils ein bedeutender Einfluss festgestellt. Der aktuelle Anteil der Arbeit mit alten Menschen sowie die geriatrischen Qualifikationen weisen den größten Effekt auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten

Menschen zu arbeiten, auf. Dies bedeutet, dass sowohl die aktuelle Arbeitspraxis mit dieser Altersgruppe als auch die vorhandenen Qualifikationen im Bereich Geriatrie maßgeblich beeinflussen, wie stark die Bereitschaft ist, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten. Logopäd*innen, die bereits viel Zeit und Erfahrung in der Arbeit mit alten Menschen sammeln, zeigen tendenziell eine höhere Motivation für zukünftige Tätigkeiten in diesem Bereich. Gleichzeitig spielen auch die erworbenen geriatrischen Qualifikationen eine bedeutende Rolle. Je besser eine Person in der Geriatrie qualifiziert ist, desto größer scheint auch die Bereitschaft zu sein, erlangtes Wissen in Zukunft in die Praxis umzusetzen.

Trotz der starken Korrelation zwischen dem Anteil der Arbeit mit alten Menschen und der Bereitschaft, zukünftig mit diesen zu arbeiten, wurden keinerlei Effekte der anderen Variablen überdeckt. Dies unterstreicht die Tatsache, dass einzelne Variable nicht ausreichen, um die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, zu erklären und betont die Relevanz aller untersuchten Faktoren. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ein umfassender Ansatz notwendig ist, um die Bereitschaft zur zukünftigen Arbeit mit alten Menschen vollständig zu erfassen. Das vorliegende Modell zeigt sich insgesamt als gut geeignet, um dieses Phänomen zu beschreiben. Es erfasst wesentliche Einflussfaktoren und bietet eine solide Grundlage für das Verständnis der Entscheidungsprozesse von Logopäd*innen in Bezug auf die Arbeit mit alten Menschen.

# 8 Limitationen

Da der Umfragetitel bereits verrät, dass es sich um die Arbeit mit Senior*innen handelt und es sich um eine freiwillige Teilnahme an der Umfrage handelte, könnte die Vermutung herangezogen werden, dass Logopäd*innen teilgenommen haben, die sich bereits vermehrt für diese Zielgruppe interessieren. Diese Annahme wird durch die angegebene Häufigkeit, in der bereits mit alten Menschen gearbeitet wird, untermauert. Die Befragten gaben an, im Vergleich zu den anderen Altersgruppen, am häufigsten mit alten Menschen zu arbeiten. Außerdem konnte festgestellt werden, dass mehr als die Hälfte der absolvierten Fortbildungen der Teilnehmenden solche waren, die sich inhaltlich mit der Arbeit mit alten Menschen beschäftigt haben. Dies spiegelt sich auch in der therapeutischen Schwerpunktsetzung der Befragten wider. Von den Befragten, die eine Spezialisierung bejahten, war eine eindeutige Mehrheit (72.1%) sowohl auf neurogene Sprach- und Sprechstörungen als auch auf Schlucken bzw. Mundfunktionen

im Erwachsenenalter spezialisiert. Hierbei handelt es sich genau um die Störungsbilder, die zunehmend mit steigendem Alter auftreten (siehe Kapitel 2.1). In diesem Zusammenhang ist die Relevanz der gemessenen hohen Bereitschaft, in Zukunft mit alten Menschen zu arbeiten, besonders zu betonen. Aufgrund dessen und der zuvor beschriebenen Aspekte liegt die Vermutung nahe, dass die vorliegende Stichprobe grundsätzlich ein deutlich erhöhtes Interesse für die Zusammenarbeit mit alten Menschen aufgezeigt hat.

Im Zuge dieser Überlegungen sollte beachtet werden, dass keine ausreichenden Informationen darüber vorliegen, wie hoch der Anteil alter Menschen als Patient*innen im Verhältnis zur Gesamtzahl aller logopädischen Patient*innen ist. Im Jahr 2016 machten alte Menschen ab 60 Jahren etwa ein Viertel aller logopädischen Patient*innen aus (Deutsches Ärzteblatt, 2017). Vor dem Hintergrund dieser Angabe ist die Häufigkeit, mit der die vorliegende Stichprobe mit alten Menschen zusammenarbeitet, unverhältnismäßig groß. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass es sich hierbei um keine aktuelle Zahl handelt und von einem bereits vollzogenen sowie zukünftigen Anstieg dieser logopädischen Zielgruppe auszugehen ist (Destatis, 2021), sodass diese Unverhältnismäßigkeit mit einer aktuell höheren Anzahl dieser Patient*innengruppe wieder relativiert werden könnte.

Laut Döring (2022) können Personengruppen, die im Rahmen einer Umfrage befragt werden sollen, sich aber möglicherweise weniger angesprochen fühlen, explizit benannt werden. In der Einladung zur Umfrage (siehe Anhang 3) wurde dies umgesetzt, indem diese Personen mit dem Vermerk „Gerade auch dann, wenn Sie zu den Menschen gehören, die bisher selten mit alten Menschen zusammenarbeiten“ zusätzlich adressiert wurden. Dennoch ist davon auszugehen, dass es bei der vorliegenden Stichprobe zu einem Unterabdeckungs-Fehler kam. Das bedeutet, dass die Auswahlgesamtheit nicht alle Elemente der Grundgesamtheit enthält und diese also nur teilweise abdeckt (Döring, 2022). Es muss schließlich auch berücksichtigt werden, dass die Hälfte der Befragten in Nordrhein-Westfalen tätig war, sodass die vorliegenden Ergebnisse nicht auf Deutschland insgesamt verallgemeinert werden können. Die nichterfassten Personen in der Umfrage sind somit nicht zufällig verteilt, sondern ihre Charakteristik folgt einer Systematik - Wohnort und bereits vorhandenes Interesse an der Arbeit mit alten Menschen (Döring, 2022).

Zudem ist zu beachten, dass in großen Teilen auf Literatur zurückgegriffen wurde, die sich nicht explizit mit der Logopädie als Therapiedisziplin befasst. Es gilt

beispielsweise als fraglich, inwieweit Parallelen zur Pflege gezogen werden können. Während die Lehre in der Logopädie alle Altersgruppen potenzieller Patient*innen miteinschließt, liegt im Bereich der Pflege in Deutschland eine Dreiteilung in die allgemeine Pflege und die Kinder- und Altenpflege vor (Igl, 2017). Zwar wurde 2017 das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe verkündet, das eine für alle Pflegeberufe generalisierte, zweijährige Ausbildung vorsieht. Diese besteht aber nur für die ersten zwei Jahre. Danach kann diese weiterverfolgt werden, aber auch Spezialisierungen in Richtung Alten- und Kinderkrankenpflege angestrebt werden (Igl, 2017). Regelungen hinsichtlich der Pflegeausbildung in anderen Ländern können hiervon abweichen, sodass die Vergleichbarkeit zusätzlich erschwert wird. Grundsätzlich ist aber davon auszugehen, dass im Bereich der Pflege in der Regel deutlich früher entschieden werden muss, ob die Arbeit mit alten Menschen grundsätzlich überhaupt in Frage kommt.

Typischerweise bedient sich die Logopädie verschiedener Bezugswissenschaften. Dabei handelt es sich um unterschiedliche medizinische Fächer, verschiedene Fachdisziplinen der Linguistik sowie um psychologische Fachgebiete, aus denen neues Wissen für die logopädische Arbeit abgeleitet wird. Diese Erkenntnisse sind jedoch nicht immer allgemeingültig, da andere Ziele verfolgt werden als in den fachfremden Disziplinen (Siegmüller & Pahn, 2009). Somit können Forschungsergebnisse anderer Gesundheitsberufe lediglich Hinweise darauf geben, welche Faktoren im Zusammenhang mit der Bereitschaft, mit alten Menschen zu arbeiten, relevant sind. Von einer uneingeschränkten Übertragbarkeit ist jedoch nicht auszugehen.

Im Zusammenhang mit den Limitationen der vorliegenden Arbeit muss außerdem erwähnt werden, dass die abhängige Variable "Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten" lediglich mittels Analogskala gemessen wurde. Eine umfassendere Messung oder die Verwendung eines etablierten Messinstruments hätte hier zu präziseren Ergebnissen führen können. Ebenso wurde die unabhängige Variable "Geriatrische Qualifikationen" mittels Analogskala, die die Häufigkeit von besuchten Fortbildungen zu Themen im Zusammenhang mit alten Menschen abfragte, erfasst. Somit wurde lediglich die Frequenz der Fortbildungen erfasst, nicht jedoch das tatsächliche Wissen und die Fähigkeiten im Bereich der Arbeit mit alten Menschen. Zudem muss beachtet werden, dass die Einschätzungen subjektiv erfolgt sind, und es unklar bleibt, welche spezifischen Fortbildungen von den Befragten als solche wahrgenommen werden und welche nicht.

Die Untersuchung eines Geschlechtereffektes war in der vorliegenden Forschungsarbeit nicht möglich, da der Anteil von Frauen deutlich über dem der Männer lag. Eine höhere Antwortrate von Frauen bei Onlinestudien ist ein in der Literatur bekanntes Phänomen (Sax et al., 2003; Döring, 2022). Im Bereich der Logopädie sind laut dbl (o.D.b) aber auch mehr als 90% der Berufsangehörigen weiblich, sodass dieser Aspekt keinen Einfluss auf die Repräsentativität der Berufsgruppe hat.

Abschließend muss auch die soziale Erwünschtheit als möglicher Einflussfaktor auf die Forschungsergebnisse berücksichtigt werden. Diese beschreibt die Tendenz, Selbstauskunftsfragen so zu beantworten, dass die Aussagen weniger dem realen Verhalten und dafür viel mehr sozialen Norman und Erwartungen entsprechen (Döring, 2022). Es ist nicht auszuschließen, dass es in der Folge zu veränderten Antworten der Befragten kam. Beispielsweise könnte die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten vor dem Hintergrund des zuvor beschriebenen demografischen Wandels höher angegeben worden sein, als sie tatsächlich ist. Die Zusicherung der Anonymität und der vertraulichen Behandlung der erhobenen Daten diente jedoch als Maßnahme, um diesem Phänomen entgegenzuwirken.

Aufgrund der begrenzten Ressourcen, die im Rahmen der Verfassung einer Abschlussarbeit vorliegen, war keine größere Untersuchung mit mehr Teilnehmenden aus allen Bundesländern möglich. Somit können die erhobenen Daten nicht als repräsentativ für die Grundgesamtheit angenommen werden, da Verzerrungen aufgrund der Rekrutierung und der Interessen der Teilnehmenden möglich sind. Dennoch zeigen die verwertbaren Ergebnisse deutliche Effekte in Bezug auf die Einflussfaktoren auf die Bereitschaft, mit älteren Menschen zu arbeiten. Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass es nur wenige vergleichbare Forschungsarbeiten gibt, die sich explizit mit den spezifischen Herausforderungen der Versorgung von Senior*innen im Bereich der Logopädie beschäftigen. Dieses Forschungsdefizit unterstreicht die Bedeutung der vorliegenden Arbeit. Angesichts der demografischen Entwicklung und der steigenden Zahl alter Menschen ist die Untersuchung der logopädischen Versorgungssituation dieser Zielgruppe ist diesem Thema eine hohe Relevanz zuzuschreiben. Durch die gezielte Fokussierung auf diese Bevölkerungsgruppe trägt diese Forschungsarbeit wesentlich dazu bei, eine bestehende Lücke in der wissenschaftlichen Literatur zu adressieren und bietet wertvolle Erkenntnisse, die sowohl für die Forschung als auch für die praktische Anwendung von großer Bedeutsamkeit sind. Die sorgfältig geplante und

durchgeführten Methodik ermöglicht die Nachvollziehbarkeit sowie die Replikation des Vorgehens. Durch die Verwendung eines Fragebogens mit einer Bearbeitungsdauer von lediglich 15 Minuten zeichnet sich die vorliegende Forschungsarbeit durch ökonomische Effizienz aus und ermöglicht grundsätzlich eine Übertragbarkeit auf weitere Studien. Zudem ist davon auszugehen, dass eine hohe Objektivität erreicht werden konnte. Durch das standardisierte Vorgehen bei der anonymen Datenerhebung, -auswertung und -interpretation, ist eine Unabhängigkeit zwischen Forschungsergebnis und Versuchsleitung sichergestellt worden. Alle Befragten erhielten die gleichen Anweisungen und konnten somit nicht durch die befragende Person beeinflusst werden.

Trotz der beschriebenen Limitationen der vorliegenden Arbeit konnten bedeutende Ergebnisse erzielt werden, die einen wichtigen Beitrag zur Erweiterung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in diesem spezifischen Forschungsfeld darstellen. Diese Ergebnisse bieten wertvolle Einblicke in die logopädische Versorgung von Senior*innen und bieten eine solide Grundlage für weiterführende Forschungsvorhaben.

# 9 Ausblick und Implikationen

In der Literatur lassen sich mehrere Belege dafür finden, dass alte Menschen grundsätzlich als Zielgruppe in der Forschung zu wenig Beachtung finden. Beckert-Zieglschmid & Born (2009) schlussfolgern am Beispiel der Psychiatrie und Psychotherapie, dass dem höheren Lebensalter in der Forschungs- und Publikationslandschaft eine nicht ausreichende Bedeutung zukommt. Sharrief & Grotta (2019) kommen zu dem Ergebnis, dass alte Patient*innen häufig sogar aus klinischen Studien ausgeschlossen werden, sodass die Ergebnisse der Studien nicht auf diese Gruppe verallgemeinert werden können.

In der Logopädie fehlt es an wissenschaftlichen Erkenntnissen darüber, inwieweit und auf welchen Ebenen Veränderungen angestrebt werden müssen, um Logopäd*innen sowohl aus fachlicher als auch aus menschlicher Sicht zu befähigen und zu motivieren, mit alten Menschen zu arbeiten. Aufgrund der umstrittenen Vergleichbarkeit zwischen Logopädie und anderen Gesundheitsberufen ist die Erweiterung der Forschungslandschaft, die sich explizit mit der Logopädie in Deutschland befasst, dringend notwendig, um die aktuelle und zukünftige logopädische Versorgung alter Menschen verbessern zu können.

Für eine Repräsentation von ganz Deutschland sollte dabei bestenfalls eine auf alle Bundesländer gleichmäßig verteilte Stichprobe angestrebt werden. Zudem sollte

gewährleistet werden, dass nicht nur solche Logopäd*innen in Forschungsarbeiten integriert werden, die bereits vorab ein großes Interesse an alten Menschen aufweisen, da dies die Ergebnisse verzerren kann und Prognosen somit zusätzlich erschwert. Im Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit bzw. der *Intention to quit* wäre es aber beispielsweise wegweisend, auch die Logopäd*innen zu befragen, die einen Berufsausstieg in Erwägung ziehen und dementsprechend auch weniger Interesse an der Zukunft der Logopädie aufzeigen. Dadurch könnten wichtige Erkenntnisse darüber erlangt werden, welche Gründe für einen möglichen Berufsausstieg ausschlaggebend sind. In diesem Kontext könnte man auch wichtige Einblicke erhalten, inwiefern man zusätzlich die Arbeit mit alten Menschen attraktiver für die Therapeut*innen gestalten könnte. Dazu muss im ersten Schritt festgestellt werden, welche Faktoren diese Entscheidung beeinflussen, aber eben auch, inwieweit man diese Faktoren anpassen muss, um die Bereitschaft mit alten Menschen zu arbeiten, zu steigern.

Grundsätzlich wäre es für die Untersuchung der Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, sinnvoll, dieses Konstrukt detaillierter zu analysieren. Besonders zielführend wäre dafür die Entwicklung und Etablierung eines spezifischen Messinstruments, das dieses Konstrukt präziser erfasst. Dies würde nicht nur die Validität und Reliabilität zukünftiger Studien erhöhen, sondern auch tiefere Einblicke in die Faktoren ermöglichen, die die Bereitschaft zur Arbeit mit alten Menschen beeinflussen.

Da auch die geriatrischen Qualifikationen einen signifikanten Einfluss auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, aufwiesen, sollte diesem Aspekt in der Forschungslandschaft mehr Bedeutung zugeschrieben werden. Für weitere Forschungsarbeiten wäre empfehlenswert, diese zunächst einmal differenzierter zu erheben. Dies könnte beispielsweise durch das Überprüfen des Wissens und der Fähigkeiten in der logopädischen Zusammenarbeit mit alten Menschen erfolgen. Infolgedessen hätte man eine objektivere Einschätzung der geriatrischen Qualifikation und könnte dann spezifischer untersuchen, inwieweit diese mit der Bereitschaft, mit alten Menschen zu arbeiten, zusammenhängt.

In der Literatur herrscht bereits Konsens darüber, dass Lehrpläne so ausgearbeitet sein sollten, dass medizinisches Personal besser auf die Komplexität einer alternden Gesellschaft vorbereitet wird (Castro et al., 2023; Even-Zohar & Werner, 2020). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit unterstreichen die Relevanz geriatrischer Qualifikationen für die Tätigkeit mit alten Patient*innen. Vielfältige Lernmethoden und

Forschungsarbeiten zum Thema Alter könnten dafür sorgen, dass sich bereits angehende Therapeut*innen für die Arbeit mit alten Menschen entscheiden (Even-Zohar & Werner, 2020; Magan et al., 2023). Es wäre dementsprechend zudem auch sinnvoll, zu untersuchen, inwieweit die verschiedenen Ausbildungswege strukturiert werden müssten, um bereits hier eine höhere Qualifikation für die Arbeit mit alten Menschen zu erzielen. Darüber hinaus wäre es sinnvoll, zu erforschen, inwiefern entsprechende Fortbildungsmaßnahmen die Qualifikation im geriatrischen Setting auch nach Abschluss der Ausbildung verbessern können.

Bei der vorliegenden Thematik könnte es außerdem von Interesse sein, in diesem Kontext nicht das gesellschaftliche Altersbild zu messen, sondern ein berufsbezogenes. Dazu wäre ein Messinstrument auszuwählen, das sich explizit auf das berufliche Altersbild bezieht und dementsprechend eine differenzierte Sichtweise auf die berufliche Einstellung gegenüber alten Menschen bietet. Infolgedessen wäre die Untersuchung des Einflusses des beruflichen Altersbildes auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, möglich. Falls dabei Belege für einen Zusammenhang gesammelt werden könnten, könnte unter der Fragestellung, wie das berufliche Altersbild verbessert werden kann, weitere Forschung angestrebt werden. Bei Studierenden im Bereich der Sozialarbeit konnte beispielsweise durch eine Bildungsintervention zum Thema Altern ein Rückgang von negativen Altersstereotypen sowie ein positiveres Verhalten gegenüber alten Menschen erzielt werden (Even-Zohar & Werner, 2020). Inwieweit solche Effekte im Bereich der Logopädie zu erwarten sind, gilt es zu überprüfen.

Außerdem könnten einschlägige Erkenntnisse gesammelt werden, indem man genau die Logopäd*innen zu der vorliegenden Thematik befragt, die die Arbeit mit alten Menschen ablehnen. In einem explorativen Vorgehen, beispielsweise mit Hilfe von qualitativen Interviews, könnte untersucht werden, welche Beweggründe für diese Entscheidung vorliegen und inwiefern sich die Meinung ändern würde, wenn man diese anpasst.

In den Anmerkungen des Fragebogens wurde herausgestellt, dass das Umfeld eine wichtige Rolle dabei spielt, inwiefern neue Dinge umgesetzt werden können und weiterführende Forschung könnte sich daher auch darauf konzentrieren, den Einfluss der Umgebung genauer zu untersuchen. Es wäre beispielsweise von Interesse, in welcher Wohnsituation sich die Senior*innen befinden und mit welcher Unterstützung

von Angehörigen und weiteren Gesundheitsfachkräften zu rechnen ist und inwieweit diese Faktoren die Bereitschaft, mit alten Menschen zu arbeiten, beeinflussen.

Da die Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung bereits stattgefunden haben, zukünftig aber nochmal extremer werden, sollte überprüft werden, wie sich die in der vorliegenden Arbeit diskutierten Effekte langfristig verhalten. Zukünftige Interventionen sollten sich also explizit mit den Herausforderungen befassen, die medizinisches Fachpersonal mit der Arbeit mit alten Menschen verbindet (Ben-Harush et al., 2016). Dabei sollte auch das komplexe Zusammenspiel weiterer Aspekte betrachtet werden. Faktoren, wie die zunehmende Akademisierung des Berufs, neue Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Therapiemethoden oder bessere Optionen zur Spezialisierung könnten einen großen Einfluss auf die Bereitschaft, mit alten Menschen zusammen zu arbeiten, aber auch auf die Attraktivität des Berufes allgemein, haben. Die „Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates“ (Ewers et al., 2012) kommt ganz explizit im Hinblick auf die Logopädie in Deutschland zu dem Ergebnis, dass die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten im Bereich der Geriatrie nur wenig entwickelt und kaum empirisch validiert sind. Die Aufwertung der Logopädie als Therapieberuf könnte in der Folge dazu beitragen, einer Unterversorgung entgegenzuwirken (Schwarzmann et al., 2018).

Die getätigten Empfehlungen für zukünftige Forschungsarbeiten sind als Maßnahmen zu verstehen, die eine insgesamt repräsentativere Stichprobe sowie differenzierte Ergebnisse ermöglichen können. Insgesamt stellt die vorliegende Studie ein ökonomisches Mittel dar, um mögliche Einflussfaktoren auf die Bereitschaft, zukünftig mit alten Menschen zu arbeiten, zu ermitteln und zu untersuchen. Mit Hilfe von validen und reliablen Messinstrumenten konnte ein Einblick in die vorliegende Thematik gefunden werden. Da alte Menschen eine immer größer werdende therapeutische Zielgruppe in der Logopädie ausmachen werden, hat die Erforschung der Bereitschaft, mit diesen zu arbeiten, eine hohe Relevanz. Diese gilt als Voraussetzung, um auf die sich verändernden aktuellen und zukünftigen Anforderungen reagieren zu können. Auch für politische Entscheidungen ist es wichtig, die logopädische Versorgung von alten Menschen zu untersuchen und passende Maßnahmen aufzuzeigen, um einer Unterversorgung entgegenzuwirken.

# 10 Fazit

Mit der vorliegenden Arbeit konnte ein Beitrag zur Erforschung der logopädischen Versorgung geriatrischer Patient*innen in Deutschland geleistet werden. Dabei wurde der steigende Bedarf logopädischer Therapie mit Senior*innen beleuchtet und untersucht, welche Faktoren die Bereitschaft von Logopäd*innen beeinflussen, zukünftig mit dieser Zielgruppe zu arbeiten.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Bereitschaft zur zukünftigen Arbeit mit alten Menschen vom aktuellen Anteil der Arbeit mit diesen, den erworbenen geriatrischen Qualifikationen, der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung sowie von der *Intention to quit* beeinflusst wird. Diese Erkenntnis ist von großer Bedeutung für die vorliegende Problemstellung und bringt wichtige Implikationen für die Praxis mit sich. Praktische Erfahrungen und die Erweiterung der fachlichen Kompetenz im geriatrischen Bereich könnten folglich dazu beitragen, mehr Logopäd*innen für die Arbeit mit alten Menschen zu gewinnen und so dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Da der aktuelle Anteil der Arbeit mit alten Menschen den größten Einfluss auf die Bereitschaft zur zukünftigen Arbeit mit dieser Zielgruppe aufweist, wird diesem Faktor eine besonders hohe Relevanz zugeschrieben. Es kann daher eine klare Empfehlung ausgesprochen werden, berufliche Berührungspunkte mit Senior*innen so früh wie möglich zu etablieren, um die Entscheidung für eine Tätigkeit mit geriatrischen Patient*innen positiv zu beeinflussen.

Zudem ist es notwendig, gezielte Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf die Arbeit mit alten Menschen zu implementieren, um das Vertrauen von Logopäd*innen in die entsprechenden beruflichen Fähigkeiten zu stärken. Die Arbeitsbedingungen in der Logopädie sollten so gestaltet werden, dass die *Intention to quit* gering ausfällt und der Verbleib im Beruf begünstigt wird.

Das in dieser Arbeit genutzte Modell zur Untersuchung der Einflussfaktoren auf die Bereitschaft zur zukünftigen Arbeit mit alten Menschen hat sich als gut geeignet erwiesen, da es einen statistisch hohen Erklärungswert aufwies und somit einen bedeutenden Beitrag zur wissenschaftlichen Untersuchung dieses Konstrukts leistet.

Abschließend lässt sich festhalten, dass diese Forschungsarbeit wichtige Erkenntnisse zu den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in der Versorgung von Senior*innen in der Logopädie liefert. Die Ergebnisse zeigen auf, in welchen Bereichen Maßnahmen ergriffen werden können, um die Bereitschaft von

Logopäd*innen zur zukünftigen Arbeit mit alten Menschen zu erhöhen. Somit stellt die vorliegende Untersuchung einen Beitrag zu der bisher geringen Studienlage in diesem Kontext dar und bietet wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse, um einer Unterversorgung dieser therapeutischen Zielgruppe entgegen wirken zu können.

# Literaturverzeichnis

Beckert-Zieglschmid, C. & Born, A. (2009). Demografischer Wandel in Psychiatrie und Psychotherapie - Relevanz des Altersbezuges. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *59*(11), 423–427. https://doi.org/10.1055/s-0029-1237734

Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I., Alon, S., Leibovitz, A., Golander, H., Haron, Y., & Ayalon, L. (2016). Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. *European journal of ageing*, *14*(1), 39–48. https://doi.org/10.1007/s10433-016-0389-9

Bennett, M., Cartwright, J. & Young, J. (2017) Is the speech-language pathology profession prepared for an ageing population? An Australian survey. *International Journal of Speech-Language Pathology 21*(2):153-162. https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1413135

Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (Hrsg.) (2009). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrum für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts. https://www.gbe-bund.de/pdf/gesundh_krankh_alter.pdf

Borgetto, B. (2013). Die Zukunft der Logopädie. Erwartungen und Wünsche eines Gesundheitswissenschaftlers - von Prof. Dr. habil. Bernhard Borgetto. *Forum Logopädie*, *27*(1), 28.

Boynton, K. A. & McDaniel, T. (2020). Examining Job Satisfaction Through Five Job Facets of Public-school Speech-language Pathologists. *Global Engagement and Transformation*, *4*(1). https://scholarworks.iu.edu/journals/index.php/joget/article/view/29124

Bundesministerium für Gesundheit (2023). *Gesundheitsberufe – Allgemein*. Abgerufen am 7.11.2023, von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein

Bur, T., Dressel, K., Grosstück, K., Grün, H. D., Heim, S., Hübner, M., Knels, C., Lange, I., Schuster, P. & Sickert, S. (2019). Informationen zu Logopädie und Demenz des überregionalen Arbeitskreises Demenz. *Forum Logopädie 33*(5), 26-31.

Burstedde, A., Malin, L. & Risius, P. (2017). Fachkräfteengpässe in Unternehmen.

Rezepte gegen den Fachkräftemangel: Internationale Fachkräfte, ältere Beschäftigte und Frauen finden und binden. *Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V.* https://www.kofa.de/media/Publikationen/Studien/4_2017_Fachkr%C3%A4fteengp%C3%A4sse_in_Unternehmen_Rezept_gegen_Fachkr%C3%A4ftemangel.pdf

Breuer, C. (2013). Logopäden auf dem Feld der Sprachtherapie schon lange nicht allein. *Forum Logopädie 27*(1), 34-35.

Castro, C., Antunes, R., Simoes, A., Bernardes, C., & Fernandes, J. B. (2023). Nursing students' knowledge and attitudes toward older adults. *Frontiers in public health*, *11*, 1150261. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1150261

Chen, A. M., Kiersma, M. E., Yehle, K. S., & Plake, K. S. (2015). Impact of the Geriatric Medication Game® on nursing students' empathy and attitudes toward older adults. *Nurse Education Today, 35*(1), 38–43. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.05.005

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2. ed.).* Erlbaum. http://doi.org/10.4324/9780203771587

Darling, R. (2016). Knowledge of Aging and Attitudes Toward Older People by Communication Sciences and Disorders Students. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders, 43,* 50-63. https://doi.org/10.1044/cicsd_43_S_50

Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (o.D.). *Der dbs.* Abgerufen am 23. Juli 2024, von https://www.dbs-ev.de/verband/der-dbs/

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (o.D.a) *dbl: Der Verband*. Abgerufen am 23. Juli 2024, von https://www.dbl-ev.de/der-dbl/der-verband

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (o.D.b) *Logopädie.* Abgerufen am 23. Juli 2024, von https://www.dbl-ev.de/logopaedie

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2012). *Berufsleitlinien Logopädie*. https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Publikationen/0008_Berufsleitlinien.pdf

Deutsches Ärzteblatt (2017, 26. September). *Immer mehr Ältere erhalten logopädische Therapie.* Abgerufen am 29. März 2023, von https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/80552/Immer-mehr-Aeltere-erhalten-logopaedische-Therapie

Döring, N. (2022). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6. Aufl.). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64762-2

Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2017). *Statistik und Forschungsmethoden* (2. Auflage). Beltz Verlag.

Enberg, B., Stenlund, H., Sundelin, G. & Öhman, A. (2007). Work satisfaction, career preferences and unpaid household work among recently graduated health-care professionals - A gender perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *21*(2), 169–177. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00453.x

Even-Zohar, A., & Werner, S. (2020). The effect of educational interventions on willingness to work with older adults: A comparison of students of social work and health professions. *Journal of Gerontological Social Work*, *63*(1–2), 114–132. https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1712511

Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Huber, W., Sayn-Wittgenstein, F., Stemmer, R., Voigt-Radloff, S., & Walkenhorst, U. (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *137*(S 02), S37–S73. https://doi.org/10.1055/s-0032-1305035

Frick, M. (2014). *Längsschnittuntersuchung zum Zusammenhang von gesundem Führungsverhalten, der Gesundheit und der in von MitarbeiterInnen.* (Diplomarbeit, Psychologie). https://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/download/pdf/239765?originalFilename=true

Furlan, J. C., Craven, B. C., Ritchie, R., Coukos, L., & Fehlings, M. G. (2009). Attitudes towards the older patients with spinal cord injury among registered nurses: a cross-sectional observational study. *Spinal cord*, *47*(9), 674–680. https://doi.org/10.1038/sc.2009.23

Gemeinsamer Bundesausschuss (2023). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL).* Abgerufen am 7.11.2023, von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3109/HeilM-RL_2023-01-19_iK-2023-04-12.pdf

Guo, Y., Yang, L., Zhu, L., Wan, Y., Zhang, S., & Zhang, J. (2021). Willingness and associated factors of working with older people among undergraduate nursing students in China: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, *20*(1).

https://doi.org/10.1186/s12912-021-00639-7

Haron, Y., Levy, S., Albagli, M., Rotstein, R., & Riba, S. (2013). Why do nursing students not want to work in geriatric care? A national questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, *50*(11), 1558–1565. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.012

Heritage, B., Quail, M. & Cocks, N. (2019). How important is embeddedness in predicting Australian speech–language pathologists' intentions to leave their jobs and the profession? *International Journal of Speech-Language Pathology*, *21*(2), 189–200. https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1441439

Hilbert, J., Paulus, W., Scherfer, E., Remmert, D. & Schneider, S. (2018). Logopädische Therapie und Selbstständigkeit. Gutachten zur beruflichen und ökonomischen Situation von Selbstständigen in der Logopädie. *Interessensgemeinschaft selbstständiger LogopädInnen und SprachtherapeutInnen e.V.* https://www.logo-deutschland.de/wp-content/uploads/LD_Flyer_Langversion-final_1.pdf

Hilienhof, A. (2017). Fachkräftemangel: Therapeuten flüchten aus dem Beruf. *Deutsches Ärzteblatt, 114*(41). https://www.aerzteblatt.de/archiv/193871/Fachkraeftemangel-Therapeuten-fluechten-aus-dem-Beruf

Hopstetter. D. L. (2011). *Self-efficacy beliefs of speech-language therapists regarding their skills in collaboration to work with regular education teachers* (Dissertation, Indiana University of Pennsylvania). ProQuest Information & Learning. https://www.proquest.com/openview/d0bdc749827a0fd355ffc8ba3b7aee13/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750

Huang, T. L., Friesner, D., Ho, L. H., Yeh, S. L., Lai, C. L., & Teng, C. I. (2020). Relationship among upgrades in academic qualifications, practice accreditations, self-efficacy, outcome expectations and nurses' career interest. *Journal of nursing management*, *28*(3), 461–470. https://doi.org/10.1111/jonm.12915

Huseyn, E. (2021). Neurologically based communication problems and language and speech therapy in old age. *International Trends in Science and Technology. Conference Paper*, 28-37. https://doi.org/10.31435/rsglobal_conf/30052021/7576

Igl, G. (2017). Das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe – gelungene oder nur fast gelungene Reform der Pflegeberufe? *MedR* 35, 859–863. https://doi.org/10.1007/s00350-017-4752-4

Jiménez, P. (2002). Specific influences of job satisfaction and work characteristics on the intention to quit: Results of different studies. *Psychologische Beiträge*, *44*(4), 596–603.

Johansson, M. B. (2012). *Aphasia and Communication in Everyday Life. Experiences of Persons with aphasia, significant others, and speech-language pathologists.* (Dissertation, Uppsala University). Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the faculty of Medicine 776. https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:516701/FULLTEXT01.pdf

Karantzas, G. C., Mellor, D., McCabe, M. P., Davison, T. E., Beaton, P., & Mrkic, D. (2012). Intentions to quit work among care staff working in the aged care sector. *The Gerontologist*, *52*(4), 506–516. https://doi.org/10.1093/geront/gnr161

Kearney, N., Miller, M., Paul, J., & Smith, K. (2000). Oncology healthcare professionals' attitudes toward elderly people. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, *11*(5), 599–601. https://doi.org/10.1023/a:1008327129699

Koh, L. C. (2012). Student attitudes and educational support in caring for older people: A review of literature. *Nurse Education in Practice*, *12*, 16–20.

Knispel, J., Wittneben, L., Slavchova, V. & Arling, V. (2021). *Skala zur Messung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung (BSW-5- Rev)*. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). https://doi.org/10.6102/zis303

Kruse, A., Kuhlmey, A. & Naegele, G. (2017). Gerontologische Politikberatung: Möglichkeiten und Grenzen wissenschaftlicher Beratung = Gerontological policy advice Possibilities and limits of scientific counseling. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, *50*(5), 420–428. https://doi.org/10.1007/s00391-017-1268-5

Kuhlmey, A. & Schaeffer, D. (2012) *Die Herausforderung: Altern, Gesundheit, Versorgung*. In: Klein B. & Weller, M. (Hrsg.). Masterplan Gesundheitswesen 2020. Nomos.

Lazzari, M., Alvarez, J.M. & Ruggieri, S. (2022) Predicting and explaining employee turnover intention. *International Journal of Data Science and Analytics, 14*, 279-292. https://doi.org/10.1007/s41060-022-00329-w

López-Hernández, L., Martínez-Arnau, F. M., Castellano-Rioja, E., Botella-Navas, M., & Pérez-Ros, P. (2021). Factors Affecting Attitudes towards Older People in Undergraduate Nursing Students. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *9*(9), 1231.

https://doi.org/10.3390/healthcare9091231

Macha-Krau, H. & Schrey-Dern, D. (2021). *Emanzipationsgeschichte der Logopädie in Deutschland* (1. Auflage). Schulz-Kirchner

Macrae, M. & Douglas, J. M. (2008). Communication outcome 12 months following left-hemisphere stroke in the elderly. *Brain Impairment*, *9*(2), 170–178. https://doi.org/10.1375/brim.9.2.170

Magan, K. C., Ricci, S., & Hathaway, E. (2023). Factors influencing baccalaureate nursing students' attitudes toward older adults: An integrative review. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, *47*, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2023.03.012

Mattos, M. K., Jiang, Y., Seaman, J. B., Nilsen, M. L., Chasens, E. R., & Novosel, L. M. (2015). Baccalaureate Nursing students' knowledge of and attitudes toward older adults. *Journal of Gerontological Nursing, 41*(7), 46–56. https://doi.org/10.3928/00989134-20150429-01

McLaughlin, E., Lincoln, M., & Adamson, B. (2008). Speech-language pathologists' views on attrition from the profession. *International journal of speech-language pathology*, *10*(3), 156–168. https://doi.org/10.1080/17549500801923310

McLaughlin, E. G. H., Adamson, B. J., Lincoln, M. A., Pallant, J. F., & Cooper, C. L. (2010). Turnover and intent to leave among speech pathologists. Australian Health Review, 34(2), 227–233. https://doi.org/10.1071/AH08659

Meiboom, A. A., de Vries, H., Hertogh, C. M., & Scheele, F. (2015). Why medical students do not choose a career in geriatrics: a systematic review. *BMC medical education*, *15*, 101. https://doi.org/10.1186/s12909-015-0384-4

Mertala, S.-M., Kanste, O., Keskitalo-Leskinen, S., Juntunen, J. & Kaakinen, P. (2022). Job satisfaction among occupational therapy practitioners: A systematic review of quantitative studies. *Occupational Therapy In Health Care*, *36*(1), 1–28. https://doi.org/10.1080/07380577.2021.1964146

Palsgaard, P., Maino Vieytes, C. A., Peterson, N., Francis, S. L., Monroe-Lord, L., Sahyoun, N. R., Ventura-Marra, M., Weidauer, L., Xu, F., & Arthur, A. E. (2022). Healthcare Professionals' Views and Perspectives towards Aging. *International journal of environmental research and public health*, *19*(23), 15870. https://doi.org/10.3390/ijerph192315870

Park, I.-J., & Jung, H. (2015). Relationships among future time perspective, career and organizational commitment, occupational self-efficacy, and turnover intention.

*Social Behavior and Personality: An international journal*, *43*(9), 1547-1562. https://doi.org/10.2224/sbp.2015.43.9.1547

Pemp, S. (2016). *Wer traut sich zu kündigen? Eine Analyse des Zusammenhangs der beruflichen Selbstwirksamkeit und der Arbeitszufriedenheit auf die Kündigungsabsicht unter Berücksichtigung des Geschlechts.* (Diplomarbeit, Psychologie). https://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/content/titleinfo/6905106/full.pdf

Podhorecka, M., Pyszora, A., Woźniewicz, A., Husejko, J., & Kędziora-Kornatowska, K. (2022). Empathy as a Factor Conditioning Attitudes towards the Elderly among Physiotherapists-Results from Poland. *International journal of environmental research and public health*, *19*(7), 3994. https://doi.org/10.3390/ijerph19073994

Rahnfeld, M., Wendsche, J., Ihle, A., Müller, S. R., & Kliegel, M. (2016). Uncovering the care setting–turnover intention relationship of geriatric nurses. *European Journal of Ageing*, *13*(2), 159–169. https://doi.org/10.1007/s10433-016-0362-7

Randler, C., Vollmer, C., Wilhelm, D., Flessner, M. & Hummel, E. (2014). Attitudes towards the elderly among German adolescents. *Educational Gerontology*, *40*(3), 230–238. https://doi.org/10.1080/03601277.2013.802187

Rigotti, T., Schyns, B., & Mohr, G. (2008). A short version of the occupational self-efficacy scale: Structural and construct validity across five countries. *Journal of Career Assessment*, *16*(2), 238–255. https://doi.org/10.1177/1069072707305763

Sax, L. J., Gilmartin, S. K., & Bryant, A. N. (2003). Assessing response rates and nonresponse bias in web and paper surveys. *Research in higher education*, *44*(4), 409-432. https://doi.org/10.1023/A:1024232915870

Scanlan, J. N., Meredith, P. & Poulsen, A. A. (2013). Enhancing retention of occupational therapists working in mental health: Relationships between wellbeing at work and turnover intention. *Australian Occupational Therapy Journal*, *60*(6), 395–403. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12074

Schuster, P. (2016). Logopädie im Arbeitsfeld Demenz. Herausforderungen und Chancen – Aufgaben und Kompetenzen. *Forum Logopädie 30*(5), 12-17.

Scharff Rethfeldt, W. & Heinzelmann, B. (2012). Definition der Logopädie: Ergebnis internationaler Zusammenarbeit auf CPLOL-Ebene. *Forum Logopädie (26)*1, 38.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In M.

Jerusalem & D. Hopf (Hrsg.), Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. *Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft 44*, 28-53. https://doi.org/10.25656/01:3930

Schwarzmann, A., Gerlach, S., Rohde-Schweizer, R., Straßer, B., Paul, S. & Hammer, S. (2018). „Ich bin dann mal weg!“ Eine Studie zur Berufsflucht von LogopädInnen. *Forum Logopädie 32*(3), 22-27.

Sharrief, A. & Grotta, J. C. (2019). Stroke in the elderly. *Handbook of clinical neurology, 167*, 393–418. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804766-8.00021-2

Sickert, S. (2011). Tätigkeit von Logopäden im Bereich der Geriatrie - Ergebnisse der Umfrage der Bundesangestelltenkommission 2011. *Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.* https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Arbeitskreise/ak_geriatrie_20110601.pdf

Sickert, S. & Ficktmüller, A. (2015). Die geriatrische Komplexbehandlung. *Forum Logopädie 29*(4), 32-25.

Siegmüller, J. & Pahn, C. (2009). Akademisierung ist mehr als Lehre. Zur Entwicklung einer eigenen Wissenschaftstheorie und Forschungsidentität in der Logopädie. *Forum Logopädie 23*(2), 34-41.

Spuling, S., Wettstein, M. & Tesch-Römer, C. (2020). DZA-Fact Sheet. Altersdiskriminierung und Altersbilder in der Corona-Krise. *Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)*. https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/Fact_Sheet_Corona2_Altersbilder.pdf

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2021). Ausblick auf die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und den Bundesländern nach dem Corona-Jahr 2020. Erste mittelfristige Bevölkerungsvorausberechnung 2021 bis 2035. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html#_xpm6ngjra

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2023). Bevölkerung im Erwerbsalter sowie Seniorinnen und Senioren. https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-altenquotient.html

Steiner, J. & Haag, F. (2012). Demenzerkrankungen: Auftrag an die Logopädie.

*Sprache · Stimme · Gehör 36*(03), e60-e64. https://doi.org/10.1055/s-0032-1321741

Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J. & Speyer, R. (2016). A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. *Dysphagia 31*, 434–441. https://doi.org/10.1007/s00455-016-9695-9

Ungar, A., Cherubini, A., Fratiglioni, L., de la Fuente-Núñez, V., Fried, L. P., Krasovitsky, M. S., Tinetti, M. E., Officer, A., Vellas, B., & Ferrucci, L. (2024). Carta of Florence Against Ageism: No Place for Ageism in Healthcare. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences, 79*(3), glad264. https://doi.org/10.1093/gerona/glad264

Urban, D., & Mayerl, J. (2018). Angewandte Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Praxis (5. Aufl.). In *Studienskripten zur Soziologie*. https://doi.org/10.1007/978-3-658-01915-0

Venables, H., Wells, Y., Fetherstonhaugh, D., & Wallace, H. (2021). Factors associated with nursing students' attitudes toward older people: A scoping review. *Gerontology & geriatrics education*, *44*(1), 131–150. https://doi.org/10.1080/02701960.2021.2012466

Vogel, A., Guinemer, C., & Fürstenau, D. (2023). Patients' and healthcare professionals' perceived facilitators and barriers for shared decision-making for frail and elderly patients in perioperative care: a scoping review. *BMC health services research*, *23*(1), 197. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09120-4

Wiest, M., Richter, M., Krauel, F., Maurer, S., Henning, G., Lejeune, C., Rabe, C. & Engstler, H. (2014). German Ageing Survey, Deutscher Alterssurvey (DEAS): Documentation of instruments and variables 1996 – 2011. *Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA).* https://doi.org/10.5156/DEAS.1996-2011.D.001

Wallace, S. J., Mathew, A., Mandrusiak, A., & Hatton, A. (2021). A single, early aged care experience improves speech-language pathology students' attitudes towards older people, communication confidence, and career aspirations in aged care. *International journal of speech-language pathology*, *23*(3), 275–285. https://doi.org/10.1080/17549507.2020.1779346

Warnecke, T., Dziewas, R. & Langmore, S. (2021). *Neurogenic Dysphagia.* Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-42140-3

Willkomm, M. (2013). *Praktische Geriatrie: Klinik – Diagnostik – Interdisziplinäre*

*Therapie.* https://doi.org/10.1055/b-0034-57688

Winter, R. & Bischoff, B. (2019). Neurologie für Logopäden. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58310-4

World Health Organization (2015). World report on ageing and health. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zisberg, A., Shulyaev, K., & Van Son, C. (2021). Assessing attitudes and intention to work with older adults by American and Israeli nursing students: Adapting and testing a measure. *Nurse Education Today, 98*, 104735. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104735

# Anhangsverzeichnis

**Anhang 1 Fragebogen…… 67**
Anhang 1.1 Allgemeine Informationen für Teilnehmende……..... **67**
Anhang 1.2 Aufbau des Fragebogens……..... 70
**Anhang 2 Erprobung des Fragebogens……... 81**
Anhang 2.1 Untersuchungsskript……... 81
Anhang 2.2 Einverständniserklärung……. 89
Anhang 2.3 Beobachtungsbogen……..... 90
**Anhang 3 Einladung zur Umfrage…… 92**

# Anhang 1 Fragebogen

## Anhang 1.1 Allgemeine Informationen für Teilnehmende

**Universität zu Köln**

Humanwissenschaftliche Fakultät

Department für Heilpädagogik und Rehabilitation

**Zentrum für heilpädagogische Gerontologie**

**- Geschäftsführung -**
**Dr. Andrés Oliva y Hausmann**

**Universitätsstraße 91**
**50931 Köln**

www.gero.uni-koeln.de

Köln, 25. September 2023

**Allgemeine Informationen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer**

Herzlich Willkommen zu unserer Studie „Seniorinnen und Senioren als Zielgruppe der Logopädie“ Wir danken Ihnen für Ihr Interesse. Die Studie wird im Rahmen einer Abschlussarbeit des Master Rehabilitationswissenschaften erstellt. Nachfolgend haben wir Ihnen wichtige Informationen zu der Studie zusammengestellt.

**Titel der Studie**

Seniorinnen und Senioren als Zielgruppe der Logopädie

**Ziel der Studie**

Es soll erforscht werden, welche Herausforderungen bei der logopädischen Versorgung alter Menschen vorliegen und wie sich die Therapiedisziplin besser auf den steigenden Bedarf innerhalb dieser Zielgruppe vorbereiten kann.

**Untersuchungsleitung**

Inna Achmatow

E-Mail: iachmato@smail.uni-koeln.de

**Akademische Betreuung**

Dr. Andrés Oliva y Hausmann

E-Mail: olivayha@uni-koeln.de

**Ablauf der Studie**

Die Untersuchung besteht aus einer Online-Befragung. Die Teilnahme an der Befragung dauert etwa 15 Minuten. Der erste Teil der Befragung dient zur Erfassung Ihres beruflichen Werdegangs und Ihrer aktuellen sowie zukünftigen beruflichen Situation. Ihre persönliche Sicht auf alte Menschen sowie berufliche Berührungspunkte mit dieser Zielgruppe werden im zweiten Teil der Befragung erhoben. Im letzten Teil der Befragung werden wir Ihnen Fragen zu Ihrer Person stellen, die uns helfen, Ihre Angaben einzuordnen.

**Freiwilligkeit der Teilnahme**

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an dieser Studie beenden, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Die Einwilligung zur Teilnahme erteilen Sie auf der Webseite der Online-Befragung noch vor dem Start der Befragung.

**Anonymität und Datenschutz**

Die erhobenen Daten sowie persönliche Mitteilungen werden vertraulich behandelt. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Es werden ausschließlich Daten gespeichert, die im Zuge Ihrer Beschäftigung mit dem Fragebogen entstehen. Die Daten werden anonym gespeichert und können nicht Ihrer Person zugeordnet werden. Die IP-Adresse wird nicht gespeichert. Die Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie wird ebenfalls nur in anonymisierter Form erfolgen.

Für die Datenerhebung wird die Software LimeSurvey genutzt. Sie wird auf einem zugangsgeschützten Server der Universität zu Köln betrieben und entsprechend den Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verwaltet. Nach Ende der Befragung werden die anonymisierten Daten verschlüsselt auf einen zugangsgeschützten Computer der Universität zu Köln übertragen und dort aufbewahrt.

**Archivierung**

Zur Wahrung der Aufbewahrungspflicht für Abschlussarbeiten, werden die Unterlagen fünf Jahre nach Ablauf des Jahres, in dem das Prüfungsergebnis bekannt gegeben wurde, aufbewahrt. Darüber hinaus werden die anonymisierten Forschungsdaten mindestens fünf weitere Jahre auf einem zugangsgeschützten Computer archiviert.

**Recht auf Widerspruch**

Sie haben das Recht, der Nutzung Ihrer anonymisierten Daten später zu widersprechen. Dazu wird auf der letzten Seite der Befragung ein Widerrufscode zufällig erstellt, den außer Ihnen niemand kennt. Sollten Sie Ihr Widerspruchsrecht in Anspruch nehmen, senden Sie bitte diesen Code per E-Mail an die Projektleitung (Inna Achmatow, iachmato@smail.uni-koeln.de).

Nach Eingang Ihres Widerspruches werden nachfolgende wissenschaftliche Auswertungen ohne Ihre Angaben durchgeführt.

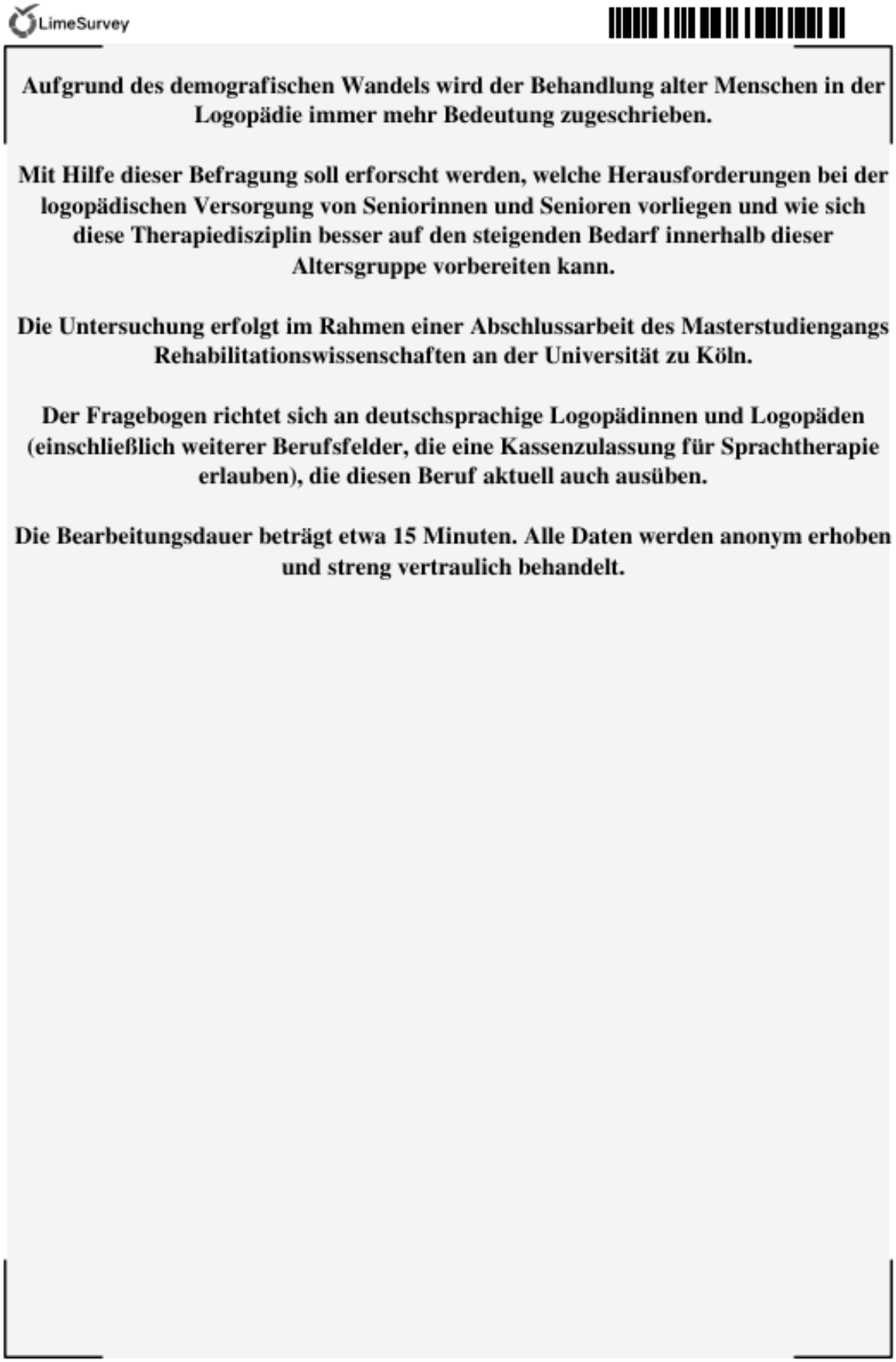
**Widerspruchs-Code**

Bitte notieren Sie hier Ihren Widerspruchs-Code.

**Offene Fragen**

Bitte wenden Sie sich mit offenen Fragen an die Untersuchungsleitung.

Anhang 1.2 Aufbau des Fragebogens



LimeSurvey

**Aufgrund des demografischen Wandels wird der Behandlung alter Menschen in der Logopädie immer mehr Bedeutung zugeschrieben.**

**Mit Hilfe dieser Befragung soll erforscht werden, welche Herausforderungen bei der logopädischen Versorgung von Seniorinnen und Senioren vorliegen und wie sich diese Therapiedisziplin besser auf den steigenden Bedarf innerhalb dieser Altersgruppe vorbereiten kann.**

**Die Untersuchung erfolgt im Rahmen einer Abschlussarbeit des Masterstudiengangs Rehabilitationswissenschaften an der Universität zu Köln.**

**Der Fragebogen richtet sich an deutschsprachige Logopädinnen und Logopäden (einschließlich weiterer Berufsfelder, die eine Kassenzulassung für Sprachtherapie erlauben), die diesen Beruf aktuell auch ausüben.**

**Die Bearbeitungsdauer beträgt etwa 15 Minuten. Alle Daten werden anonym erhoben und streng vertraulich behandelt.**

LimeSurvey

# Teil A: Einwilligung zur Teilnahme

Die Befragung wird im Rahmen einer Abschlussarbeit des Master Rehabilitationswissenschaft am Zentrum für Heilpädagogische Gerontologie der Universität zu Köln durchgeführt. Bitte nehmen Sie sich ein wenig Zeit für die Lektüre unserer Datenschutzbestimmungen, bevor Sie mit der Untersuchung beginnen.

Titel der Untersuchung {SURVEYNAME} Ziel der Untersuchung Es soll erforscht werden, welche Herausforderungen bei der logopädischen Versorgung alter Menschen vorliegen und wie sich die Therapiedisziplin besser auf den steigenden Bedarf innerhalb dieser Zielgruppe vorbereiten kann. Untersuchungsleitung und Kontakt {ADMINNAME} E-Mail: {ADMINEMAIL} Akademische Betreuung Dr. Andrés Oliva y Hausmann Zentrum für Heilpädagogische Gerontologie, Universität zu Köln, Universitätsstraße 91, D-50931 Köln Freiwilligkeit der Teilnahme Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an dieser Studie beenden, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Datenschutz Die erhobenen Daten sowie persönliche Mitteilungen werden vertraulich behandelt. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen. Es werden ausschließlich Daten gespeichert, die im Zuge Ihrer Beschäftigung mit dem Fragebogen entstehen. Die Speicherung der Daten erfolgt anonymisiert auf einem zugangsgeschützten Server der Universität zu Köln. Die gespeicherten Daten können nicht Ihrer Person zugeordnet werden. Die IP-Adresse wird nicht gespeichert. Die Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie wird ebenfalls nur in anonymisierter Form erfolgen. Archivierung

Zur Wahrung der Aufbewahrungspflicht für Abschlussarbeiten, werden die Unterlagen fünf Jahre nach Ablauf des Jahres, in dem das Prüfungsergebnis bekannt gegeben wurde, zugangsgeschützt aufbewahrt. Darüber hinaus werden die anonymisierten Forschungsdaten mindestens fünf weitere Jahre auf einem zugangsgeschützen Computer archiviert.

Recht auf Widerspruch Sie haben das Recht, der Nutzung Ihrer anonymisierten Daten später zu widersprechen. Zu diesem Zweck wird auf der letzten Seite der Befragung ein Widerrufscode zufällig erstellt, den außer Ihnen niemand kennt. Nach Eingang Ihres Widerspruches werden künftige wissenschaftliche Nutzungen der Forschungsdaten ohne Ihre Angaben durchgeführt. Für Ihre Unterlagen

Bitte laden Sie sich für Ihre Unterlagen die Studieninformation herunter.

Allgemeine Informationen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer (PDF)

**A1.** **Ich bin bereit, an der oben genannten Untersuchung teilzunehmen.**

**Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich die Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen beenden kann.**

**Ich habe die Möglichkeit erhalten, mir die Studieninformation herunterzuladen.**

- [ ] Ja, ich möchte an der Untersuchung teilnehmen.
- [ ] Nein, ich möchte an der Untersuchung nicht teilnehmen.

**A2.**

**A3.**

LimeSurvey

## Teil B: Wie Sie Schieberegler nutzen, um Ihre Einschätzung abzugeben.

In dieser Befragung werden Sie mit Aussagen konfrontiert, denen man mehr oder weniger zustimmen kann. Bitte drücken Sie Ihre Einschätzung durch Betätigung eines Schiebereglers aus. Je größer Ihre Zustimmung ist, desto näher sollten Sie den Regler in Richtung der Antwort „ja" bewegen.

Bitte beachten Sie, dass der Schieberegler für eine gültige Antwort berührt werden muss. Nur wenn Sie keine Einschätzung abgeben möchten, sollten Sie auf eine Berührung des Reglers verzichten.

**B1.** **Probieren Sie es doch direkt einmal aus. Wenn Sie sich mit dem Antwortformat vertraut fühlen, klicken Sie auf weiter.**

*{if(is_empty(BspSchieberegler_01),"Sie haben den Schieberegler noch nicht berührt. Es wurde keine Einschätzung abgegeben.", "Vielen Dank für Ihre Einschätzung.")}*

Ich singe gerne.|neinlja

**B2.** **invertiert**

**B3.** **2**

## Teil C: Teil 1 - Berufliches Profil

Im ersten Teil der Befragung möchten wir zunächst etwas über Ihr berufliches Profil erfahren.

Bitte gehen Sie kurz auf Ihren beruflichen Werdegang sowie auf Ihre aktuelle und zukünftige berufliche Situation ein.

## Teil D: Ihr beruflicher Werdegang

**D1.** **Welcher Berufsgruppe sind Sie zugehörig?**

- [ ] Logopäd*innen (Ausbildung)
- [ ] Sprachtherapeut*innen (Studium)
- [ ] Sprachheilpädagog*innen
- [ ] Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*innen
- [ ] Keine Antwort
- [ ] Sonstiges

Sonstiges

**D2.** **Welchen Bildungsweg haben Sie absolviert?**

- [ ] Ausbildung an einer öffentlichen Fachschule
- [ ] Ausbildung an einer privaten Fachschule

LimeSurvey

Öffentliches Hochschulstudium ☐

Privates Hochschulstudium ☐

Öffentliches Universitätsstudium ☐

Privates Universitätsstudium ☐

Keine Antwort ☐

Sonstiges ☐

Sonstiges

**D3. Wie viele Jahre Berufserfahrung konnten Sie bisher in dem oben angegebenen Beruf sammeln?**

Weniger als 5 Jahre ☐

5-10 Jahre ☐

10-20 Jahre ☐

20-30 Jahre ☐

30-40 Jahre ☐

Mehr als 40 Jahre ☐

**D4. Liegt bei Ihnen eine berufliche Spezialisierung/Schwerpunktsetzung vor?**

Ja ☐

Nein ☐

**D5. Welche berufliche Spezialisierung/Schwerpunktsetzung liegt vor?**

Sprach- und Sprechentwicklung vor Abschluss der Sprachentwicklung ☐

Neurologische Sprach- und Sprechstörungen ☐

Schlucken und Mundfunktionen im Kindesalter ☐

Schlucken und Mundfunktionen im Erwachsenenalter ☐

Atmung und Stimme ☐

Redefluss ☐

Hören und auditive Wahrnehmung ☐

Lesen, Schreiben, Rechnen ☐

LimeSurvey

Keine Antwort ☐

Sonstiges ☐

Sonstiges

## Teil E: Ihre aktuelle berufliche Situation

Der folgende Abschnitt erfragt, in welcher Form Sie Ihre Tätigkeit im Bereich der Logopädie aktuell ausüben.

Bitte beziehen Sie sich bei Ihren Angaben nur auf die von Ihnen ausgeübte Tätigkeit im Bereich der Logopädie und kein anderes Berufsfeld.

Bitte beziehen Sie sich außerdem ausschließlich auf die letzten sechs Monate.

**E1. In welchem Land üben Sie Ihre berufliche Tätigkeit aus?**

Deutschland ☐

Österreich ☐

Schweiz ☐

Sonstiges ☐

Sonstiges

LimeSurvey

**E2. In welchem Bundesland arbeiten Sie?**

- ☐ Baden-Württemberg
- ☐ Bayern
- ☐ Berlin
- ☐ Brandenburg
- ☐ Bremen
- ☐ Hamburg
- ☐ Hessen
- ☐ Mecklenburg-Vorpommern
- ☐ Niedersachsen
- ☐ Nordrhein-Westfalen
- ☐ Rheinland-Pfalz
- ☐ Saarland
- ☐ Sachsen
- ☐ Sachsen-Anhalt
- ☐ Schleswig-Holstein
- ☐ Thüringen
- ☐ Keine Antwort

**E3. Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche?**

- ☐ Weniger als 10 Stunden
- ☐ 10-20 Stunden
- ☐ 20-30 Stunden
- ☐ 30-40 Stunden
- ☐ Mehr als 40 Stunden

LimeSurvey

**E4. In welchem Berufsstatus sind Sie tätig?**

- [ ] Angestellt
- [ ] Selbstständig
- [ ] Freiberuflich
- [ ] Sonstiges

Sonstiges

**E5. Bitte schätzen Sie Ihr durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen, das Sie ausschließlich durch die Tätigkeit im logopädischen Bereich erzielen.**

- [ ] Weniger als 1000€
- [ ] 1000-1500€
- [ ] 1500-2000€
- [ ] 2000-2500€
- [ ] 2500-3000€
- [ ] 3000-3500€
- [ ] 3500-4000€
- [ ] Mehr als 4000€

## Teil F: Ihre Zukunft in der Logopädie

Bitte denken Sie nun über Ihre berufliche Zukunft nach. In der Annahme, dass Sie weiterhin in der Lage sind, eine Tätigkeit im logopädischen Bereich auszuüben (ungeachtet von Faktoren, wie gesundheitlichen Einschränkungen, Renteneinstieg oder Ähnlichem).

**F1. Wie hoch erachten Sie die Wahrscheinlichkeit, dass Sie auch in den nächsten fünf Jahren im Bereich der Logopädie tätig sein werden?**

*{if(is_empty(ZukunftinLogo_1),'Sie haben den Schieberegler noch nicht berührt. Es wurde keine Einschätzung abgegeben.', 'Vielen Dank für Ihre Einschätzung.')}*

|Sehr gering|Sehr hoch

LimeSurvey

## Teil G: Ihre Sicht auf Ihre aktuelle Arbeitssituation

Zum Abschluss des ersten Teils sind weitere Angaben notwendig, die Rückschlüsse auf Ihre Einstellung zu Ihrer beruflichen Tätigkeit erlauben. Nachfolgend lesen Sie verschiedene Aussagen, die sich mit Ihrer Arbeitszufriedenheit beschäftigen. Geben Sie bitte an, wie sehr Sie diesen zustimmen können.

**G1. Geben Sie bitte zu folgenden Aussagen an, wie sehr Sie diesen zustimmen können:**

| | Nein | Eher nein | Eher ja | Ja |
|---|---|---|---|---|
| Ich strebe eine Karriere in dieser Firma an. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich habe mir schon gedacht, dass ich innerhalb der Firma in einen anderen Bereich wechseln sollte. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich habe schon mit dem Gedanken gespielt, mich um eine andere Arbeitsstelle umzusehen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich möchte lieber in einer anderen Branche arbeiten. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich habe mich bereits um eine andere Arbeitsstelle umgesehen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Einen vergleichbaren Job finde ich problemlos. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich würde diese Firma als Arbeitgeber weiterempfehlen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich würde mich in dieser Firma wieder bewerben. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich bin stolz in dieser Firma zu arbeiten. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## Teil H: Teil 2 - Arbeit mit Seniorinnen und Senioren

Im zweiten Teil der Befragung ist von Interesse, mit welchen Patientinnen und Patienten Sie therapeutisch arbeiten und welche Sicht Sie auf alte Menschen haben.

Alte Menschen oder Seniorinnen und Senioren werden in der gesamten Befragung als Personen, die älter als 60 Jahre sind, definiert.

## Teil I: Ihre therapeutische Zielgruppe

**I1. Wie häufig arbeiten Sie mit Kindern und Jugendlichen (jünger als 18 Jahre)?**

*{if(is_empty(HaeufigkeitKinder_1),'Sie haben den Schieberegler noch nicht berührt. Es wurde keine Einschätzung abgegeben.', 'Vielen Dank für Ihre Einschätzung.')}*

|Sehr selten|Sehr häufig

**I2. Wie häufig arbeiten Sie mit Erwachsenen (18-60 Jahre)?**

*{if(is_empty(HaeufigkeitErwachsen_1),'Sie haben den Schieberegler noch nicht berührt. Es wurde keine Einschätzung abgegeben.', 'Vielen Dank für Ihre Einschätzung.')}*

|Sehr selten|Sehr häufig

LimeSurvey

**I3. Wie häufig arbeiten Sie mit alten Menschen (älter als 60 Jahre)?**

*{if(is_empty(HaeufigkeitAlte_1),"Sie haben den Schieberegler noch nicht berührt. Es wurde keine Einschätzung abgegeben.", "Vielen Dank für Ihre Einschätzung.")}*

|Sehr selten|Sehr häufig

**I4. Wie häufig haben Sie Fortbildungen besucht, die sich inhaltlich mit der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen beschäftigen?**

*{if(is_empty(FortbildungenAlte_1),"Sie haben den Schieberegler noch nicht berührt. Es wurde keine Einschätzung abgegeben.", "Vielen Dank für Ihre Einschätzung.")}*

|Sehr selten|Sehr häufig

## Teil J: Einschätzung Ihrer berufliche Zukunft

In Folge der stetig wachsenden Anzahl alter Menschen wird der Bedarf an logopädischer Behandlung steigen. Bitte denken Sie über Ihre persönlichen Wunsch nach, zukünftig mit Seniorinnen und Senioren zu arbeiten.

**J1. Wie hoch schätzen Sie Ihre Bereitschaft ein, in Zukunft mit alten Menschen zu arbeiten?**

*{if(is_empty(BereitschaftAlte_1),"Sie haben den Schieberegler noch nicht berührt. Es wurde keine Einschätzung abgegeben.", "Vielen Dank für Ihre Einschätzung.")}*

|Sehr gering|Sehr hoch

## Teil K: Ihre Zuversicht im Hinblick auf die Arbeit mit alten Menschen

Bitte machen Sie sich nun Gedanken darüber, inwieweit Sie sich für die Arbeit mit alten Menschen gewappnet fühlen.

Wenn Sie aktuell keine beruflichen Berührungspunkte haben, stellen Sie sich die Arbeit mit dieser Zielgruppe vor.

**K1. Im folgenden Abschnitt finden Sie einige Aussagen, die sich auf Ihre berufliche Zuversicht im Rahmen Ihrer Arbeit mit alten Menschen beziehen.**

**Bitte geben Sie zu jeder Aussage an, in welchem Ausmaß Sie dieser Aussage zustimmen bzw. diese ablehnen.**

**Dabei können Sie zwischen "stimmt gar nicht" bis "stimmt genau" abstufen.**

| | Stimmt gar nicht | Stimmt eher nicht | Stimmt eher | Stimmt genau |
|---|---|---|---|---|
| Ich weiß genau, dass ich die an die Arbeit mit alten Menschen gestellten Anforderungen erfüllen kann, wenn ich nur will. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich weiß, dass ich die für die Arbeit mit alten Menschen erforderlichen Fähigkeiten wirklich habe. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich weiß, dass ich genügend Interesse für alle mit der Arbeit mit alten Menschen verbundenen Anforderungen habe. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Schwierigkeiten bei der Arbeit mit alten Menschen sehe ich gelassen entgegen, da ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine beruflichen Absichten und Ziele in der Arbeit mit alten Menschen zu verwirklichen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

LimeSurvey

## Teil L: Ihre Sicht auf das Altern

Alle Menschen werden älter. Das Älterwerden ist mit Veränderungen in vielen Lebensbereichen verbunden. Im Folgenden lesen Sie einige mögliche Veränderungen.

Bitte geben Sie an, inwieweit diese Veränderungen aus Ihrer Sicht typisch sind für das Älterwerden im Allgemeinen. Denken Sie hierbei nur daran, wie die meisten Menschen normalerweise älter werden.

Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, wie gut diese Ihrer Meinung nach zutrifft.

**L1. Älter werden bedeutet für die meisten Menschen, ...**

| | Trifft gar nicht zu | Trifft eher nicht zu | Trifft eher zu | Trifft genau zu |
|---|---|---|---|---|
| ... dass sie nicht mehr so belastbar sind | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... dass sie körperliche Einbußen schlechter ausgleichen können | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... dass sie weniger vital und fit sind | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... dass ihr Gesundheitszustand schlechter wird | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... dass sie nicht mehr so recht gebraucht werden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... dass sie sich mit der Zeit häufiger langweilen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... dass sie weniger respektiert werden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... dass sie sich häufiger einsam fühlen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... dass sie weiterhin viele Pläne machen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... dass sie weiterhin in der Lage sind, neue Dinge zu lernen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... dass sie weiterhin viele Ideen realisieren können | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... dass sich ihre Fähigkeiten erweitern | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## Teil M: Teil 3 - Persönliche Angaben

Im letzten Teil der Untersuchung sind Angaben zu Ihrer Person von Interesse. Diese Informationen helfen dabei, die Ergebnisse abschließend einzuordnen.

Bitte ergänzen Sie die folgenden Informationen zu Ihrer Person.

LimeSurvey

## Teil N: Fragen zu Ihrer Person

**N1. Ihr Geschlecht:**

männlich ☐
weiblich ☐
divers ☐

**N2. Wie alt sind Sie?**

☐☐

## Teil O: Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Bitte denken Sie daran, unten auf "Absenden" zu klicken. Wenn Sie Ihre Teilnahmezusage später zurückziehen wollen...

Sie haben das Recht, auch zu einem späteren Zeitpunkt der Nutzung Ihrer Angaben zu widersprechen. Bitte notieren Sie sich zu diesem Zweck den Widerrufs-Code:

{widerrufsCode}

Wenn Sie sich zu einem späteren Zeitpunkt entscheiden, der Nutzung Ihrer Daten zu widersprechen, senden Sie bitte den Widerrufs-Code an die Projektleitung:

{ADMINNAME}, {ADMINEMAIL}

Nach Eingang Ihres Widerspruches werden künftige wissenschaftliche Nutzungen der Forschungsdaten ohne Ihre Angaben durchgeführt.

**O1. LOGO-44850415**

**O2. Möchten Sie an weiteren Untersuchungen des Zentrums für Heilpädagogische Gerontologie teilnehmen?**

**Bitte nennen Sie eine E-Mail-Adresse, zu der wir Ihnen Einladungen schicken dürfen.**

*Lassen Sie dieses Feld frei, wenn Sie keine Einladungen zu weiteren Untersuchungen wünschen.*

**O3. Gibt es noch Anmerkungen, Gedanken oder Erfahrungen zu der Behandlung alter Menschen, die Sie uns mitteilen möchten?**

**Vielen Dank für Ihr Interesse.**

# Anhang 2 Erprobung des Fragebogens

## Anhang 2.1 Untersuchungsskript

***Untersuchungsskript zur Überprüfung der Nutzbarkeit des Fragebogens zum Forschungsvorhaben „Seniorinnen und Senioren als Zielgruppe der Logopädie“, 9.10.2023***

Die Untersuchung beschäftigt sich mit der Nutzbarkeit eines Fragebogens, der die logopädische Versorgung von Seniorinnen und Senioren erforschen soll. Es wird ein Think-Aloud-Protokoll der Gedanken der Teilnehmerin erstellt, das Aufschlüsse zu möglichen Schwierigkeiten während des Ausfüllens erlauben soll. Die untersuchte Befragung wird internetgestützt durchgeführt. Sie besteht überwiegend aus geschlossenen Fragen zur eigenen Berufssituation und der Zusammenarbeit mit alten Menschen im beruflichen Kontext.

<u>Kriterien für die Auswahl der Probandin</u>

- Mindestalter 18 Jahre
- Berufstätig als Logopädin (einschließlich weiterer Berufsfelder, die eine Kassenzulassung für Sprachtherapie erlauben)
- Sichere Beherrschung der deutschen Sprache
- Normale oder korrigierte Sehstärke
- Fähigkeit, sich eine halbe Stunde am Stück zu konzentrieren

<u>Material</u>

- Handy als Aufnahmegerät + Stativ
- Materialien zur Übung der Think-Aloud-Methode
- Laptop (Startseite des Fragebogens)
- Stift und Klemmbrett
- Einverständniserklärung
- Informationsbogen
- Erfassungsbogen

Vorbereitung

Die Untersuchung soll in einer ruhigen und reizarmen Umgebung stattfinden. Die Teilnehmerin wird an einen Arbeitstisch gesetzt. Dort stehen zwei Stühle, von denen aus man bequem den Laptop bedienen kann. Ein weiterer Stuhl wird im hinteren Teil des Raumes platziert.

Neben der Teilnehmerin wird mit Hilfe eines Stativs eine Kamera so platziert, dass die Teilnehmerin und der vor ihr liegende Teil des Tisches sowie der Laptop von der Seite aufgenommen werden. Die Kamera soll dabei den Bildschirm und die Hände der Teilnehmerin filmen.

Die Versuchsleiterin platziert sich so hinter der Teilnehmerin, dass sie den Bildschirm sehen kann. Die Untersuchungsmaterialien werden mitsamt Klemmbrett und Stiften an dem Arbeitsplatz der Versuchsleiterin gelegt. Im Vorhinein wird für eine ausreichende Akkuladung der Geräte gesorgt. Zudem wird der Teilnahme-Code vorab vorbereitet. Bitte generieren Sie den Code nach dem folgenden Muster:

- IhrKürzel_LaufendeNummer_PROBE
- Beispiel: Leitet Inna Achmatow eine Erprobungsuntersuchung (Kürzel = IA) und handelt es sich um die erste Untersuchung, die sie leitet (LaufendeNummer = 1), dann lautet der Administrationscode: **IA_1_PROBE**

Es wird für eine gute Ausleuchtung des Tisches gesorgt, sodass die Kamera eine gute Aufnahme erzeugen kann. Im Raum befinden sich nur die Teilnehmerin und die Versuchsleiterin. Eine ruhige Arbeitsatmosphäre wird gewährleistet. Störungen von außen (Familienmitglieder, Mitbewohner, Telefonanrufe) werden vermieden.

Es wird ein weiterer Stuhl einige Meter entfernt im Rückraum des Teilnehmers platziert. Hierhin zieht sich die Untersuchungsleiterin während der Think-Aloud-Phasen zurück.

Zunächst nehmen beide Personen gemeinsam am Tisch Platz. Es wird das Datum, der Teilnahme-Code und die aktuelle Uhrzeit notiert. Die Kennung wird auf der Einverständniserklärung, dem Informationsbogen und dem Erfassungsbogen notiert.

Die Teilnehmerin erhält dann die Gelegenheit, sich mit dem Laptop vertraut zu machen. Falls nötig, wird die Funktionsweise des Gerätes anhand einer willkürlichen Internetseite erläutert.

Einführung der Teilnehmerin:

*„Die folgende Untersuchung beschäftigt sich mit einem Fragebogen. Er wurde entwickelt, um herauszufinden, welche Herausforderungen bei der logopädischen Versorgung von Seniorinnen und Senioren vorliegen und wie sich diese Therapiedisziplin besser auf den steigenden Bedarf innerhalb dieser Altersgruppe vorbereiten kann.*

*Mit Ihrer Hilfe wollen wir herausfinden, welche Teile der Befragung schon gut verständlich sind und welche Teile noch verbessert werden müssen.*

*Dabei interessieren wir uns eigentlich nicht für Ihre Antworten auf die Fragen des Fragebogens. Wichtig ist für uns nur, wie Sie mit dem Fragebogen zurechtkommen und ob Sie alle Fragen verstehen können.*

*Ich werden Sie gleich bitten, den Fragebogen Schritt für Schritt durchzuarbeiten und dabei laut auszusprechen, was sie denken. Ihre Aufgabe besteht also darin, laut zu denken.*

*Wie Sie dabei vorgehen und wie viel Zeit sie sich mit dem Fragebogen lassen, ist Ihnen überlassen. Um Ihren Umgang mit der Befragung später in Ruhe analysieren zu können, werde ich mit dieser Kamera eine Videoaufnahme erstellen.“*

Anonymität zusichern und Einverständnis einholen

Legen Sie dem Teilnehmer die Einverständniserklärung vor.

*„Vor Beginn der Untersuchung benötige ich Ihre schriftliche Zustimmung zur Teilnahme an der Untersuchung. Auf drei wichtige Dinge möchte ich Sie vorher hinweisen:*

- *Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig.*
- *Sie können die Untersuchung jederzeit unterbrechen oder auch beenden. Ihnen würden hierdurch keinerlei Nachteile entstehen.*
- *Wir sichern Ihnen völlige Anonymität zu. Alle Aufnahmen und alle Ergebnisse werden vertraulich behandelt. Die gewonnenen Daten werden nur anonym ausgewertet.*

*Sind Sie unter diesen Umständen bereit, an der Untersuchung teilzunehmen?“*

Wenn der Teilnehmer zustimmt, starten Sie die Videoaufnahme. Fordern Sie Ihn dann auf, die Einverständniserklärung zu unterschreiben. Händigen Sie ihm anschließend das Informationsschreiben aus. In diesem Schreiben sind die wichtigsten Informationen zu dieser Untersuchung dargestellt. Wenn der Teilnehmer seine Zustimmung verweigert, ist die Untersuchung höflich zu beenden.

Training / Warm Up / Lernen der Prozedur

Think-Aloud Instruktion:

*„Eine Besonderheit dieser Untersuchung besteht darin, dass wir nicht untersuchen, wie gut Sie sind, sondern wie gut die Befragung formuliert ist. Wir interessieren uns dafür, was Sie denken, während Sie sich mit der Befragung beschäftigen. Bitte denken Sie also laut, während Sie die Befragung durcharbeiten. Sprechen Sie alles laut aus, was Ihnen durch den Kopf geht.*
*Die Kamera wird aufnehmen, was Sie sagen. Während der Untersuchung werde ich nicht benötigt. Ich werde mich nach hinten setzen, sobald ich Ihnen alles erklärt habe. Sie können sich ungestört mit der Befragung beschäftigen.*
*Wenn Sie mal eine Weile ruhig sind, werde ich Sie daran erinnern, alle Gedanken laut auszusprechen. Sie können übrigens wirklich alles aussprechen, was Ihnen durch den Kopf geht. Denken Sie daran: Wir untersuchen hier nicht Sie, sondern die Befragung.“*

Ablauf vorstellen:

*„Natürlich ist es etwas ungewöhnlich, laut auszusprechen was man denkt. Darum gebe ich Ihnen zunächst einmal zwei einfache Aufgaben zum Aufwärmen.*
*So können Sie sich in Ruhe damit vertraut machen, immer laut auszusprechen, was Sie gerade denken. Erst danach beschäftigen wir uns mit unserer Befragung.*
*Wenn Sie bis hierhin Fragen haben, können Sie diese nun gerne an mich richten. Im weiteren Verlauf darf ich leider nicht mehr auf Fragen eingehen, sondern sie mir nur notieren, sodass wir sie später besprechen können.“*

Think-Aloud Aufwärmen – Verhalten des Versuchsleiters:

*Die Aufwärmübungen sollen die Teilnehmerin daran gewöhnen, während der Lösung einfacher Aufgaben stets laut mitzusprechen. Gelingt es der Teilnehmerin in diesen Aufgaben nicht oder nur unregelmäßig, ihre Gedanken zu verbalisieren, sollten Sie sie anschließend bitten darzustellen, wie er auf die verschiedenen (Teil-) Lösungen gekommen ist.*
*Verhalten Sie sich während der Übungsaufgaben bereits genauso, wie später in der eigentlichen Untersuchung! Ziehen Sie sich also nach dem Stellen der Aufgabe in den Rückraum des Teilnehmers zurück. Achten Sie darauf, sich nicht vom Teilnehmer in ein Gespräch verwickeln zu lassen.*

Think-Aloud Aufwärmen:

*Zeigen Sie der Teilnehmerin zunächst die verschiedenen Aufgaben, aus denen ausgewählt werden kann. Fordern Sie die Teilnehmerin dazu auf, sich aus den verschiedenen Aufgaben eine rauszusuchen, die als Übung zur Methode durchgeführt wird.*

*„Bitte suchen Sie sich jetzt zum Aufwärmen eine der Aufgaben aus, die ich Ihnen nun vorlege. Beginnen Sie mit der Aufgabe, wenn Sie sich bereit fühlen. Sprechen Sie dabei laut mit, was Sie denken."*

Ziehen Sie sich zurück und erwarten Sie die Antworten der Teilnehmerin. Halten Sie das grobe Vorgehen der Teilnehmerin auf dem Erfassungsbogen fest. Erinnern Sie sie ggf. nach 5 Sekunden Stille an das laute Mitsprechen:

*„Bitte sprechen Sie laut mit!"*

Beenden Sie die Übungsaufgabe mit freundlichen, bestätigenden Worten nach 5 Minuten, sofern die Teilnehmerin nicht schon vorher fertig ist. Sollte die erste Aufgabe für die Teilnehmerin zu schwer sein und es findet kein lautes Denken statt, dann sollte eine weitere Aufgabe ausgewählt und durchgeführt werden.

*„Okay. Danke! Das reicht erstmal zum Warmwerden."*

*ODER*

*„Ich merke gerade, dass die Aufgabe zu schwierig ist. Suchen Sie sich gerne eine andere Aufgabe aus und wir setzen die Aufwärmübung damit weiter fort."*

Es ist nicht nötig, die Lösung im Anschluss zu kommentieren. Wenn die Teilnehmerin allerdings explizit nach der Richtigkeit ihrer Lösung fragt, darf diese bewertet werden.

Start der Untersuchung

*„Nun haben Sie eine Vorstellung davon, wie wir uns das laute Denken vorstellen. Jetzt können wir mit der Untersuchung beginnen.“*

Der Fragebogen wird nun mit dem vorbereiteten Teilnahme-Code auf dem Laptop aufgerufen und die Teilnehmerin so platziert, dass sie an dem Laptop arbeiten kann.
*„Hier sehen Sie den Fragebogen zum Thema Seniorinnen und Senioren in der Logopädie. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig und in Ruhe und versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Es gibt kein richtig oder falsch bei der Beantwortung der Fragen.*
*Wie viel Zeit Sie sich mit dem Fragebogen lassen, ist Ihnen überlassen. Ich sitze einfach hinter Ihnen und warte, bis Sie mir mitteilen, dass Sie fertig sind.*
*Ihre Aufgabe besteht wieder darin, auszusprechen was Sie denken. Bitte sprechen Sie wieder laut aus, was Ihnen durch den Kopf geht. Zur Erinnerung: Es geht uns nicht um Ihre Antworten, sondern darum herauszufinden, wie gut Sie mit den verschiedenen Fragen zurechtkommen. Ich werde mich gleich wieder nach hinten zurückziehen. Haben Sie noch eine Frage?“*

Klären Sie ggf. offenen Fragen. Bitten Sie die Teilnehmerin dann zu beginnen. Ziehen Sie sich zurück. Protokollieren Sie besondere Vorkommnisse im Erfassungsbogen.

Rückfragen

Wenn der Teilnehmer fragt, ob er den Text vorlesen soll, antworten Sie:
*„Wichtig ist nur, dass Sie laut aussprechen, was Sie denken. Wie Sie die Fragen und Antwortmöglichkeiten lesen, können Sie selbst entscheiden.“*

Fragen zum Fragebogen oder Bitten um Erläuterung sollten während der Untersuchung nicht beantwortet werden:
*„Ich darf jetzt keine Fragen zum Fragebogen beantworten. Ich werde mir aber die Frage aufschreiben, sodass wir sie später besprechen können.“*

Besondere Vorkommnisse

Bieten Sie der Teilnehmerin Ihre Unterstützung an, wenn Sie den Eindruck gewinnen, dass sie in einer aussichtslosen Sackgasse steckt.
*„Ich merke, dass der Fragebogen hier sehr schlecht formuliert ist. Soll ich Ihnen bei diesem Schritt weiterhelfen?“*

Wenn die Teilnehmerin dies bejaht, gehen Sie zu Ihrem Platz am Tisch. Erläutern Sie die Frage/die Antwortmöglichkeiten in anderen Worten oder anhand von Beispielen. Wenn eine Frage trotz Hilfestellung nicht beantwortet werden kann, darf zur nächsten Frage weitergegangen werden. Wenn das Problem bei einer der Fragen besteht, die nicht übersprungen werden kann, darf die Untersucherin eine Antwort eingeben und weiterklicken.
Bei Problemen bei der technischen Handhabung (beispielsweise verschieben des Reglers): Kommen sie zum Untersuchungsplatz und zeigen sie die Handhabung anhand eines Beispiels. Stellen sie den Regler daraufhin wieder auf den Ausgangspunkt zurück.

Abschluss der Untersuchung

*„Ich danke Ihnen. Sie haben uns sehr weitergeholfen. Ich hoffe es hat Ihnen ein wenig Spaß gemacht.“*

Anhang 2.2 Einverständniserklärung

# Einverständniserklärung

**Titel der Untersuchung**

Seniorinnen und Senioren als Zielgruppe in der Logopädie

**Verantwortliche*r Wissenschaftler*in**

Inna Achmatow

**Teilnehmerkennung**

IA_1_PROBE

Hiermit erkläre ich meine Bereitschaft zur Teilnahme an der genannten Untersuchung.

**1. Freiwilligkeit der Teilnahme**

Ich bestätige, dass ich freiwillig an dieser Untersuchung teilnehme.

**2. Abbruchrecht**

Ich weiß, dass es mir freisteht, die Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen abzubrechen. Durch einen Abbruch entstehen für mich keine Nachteile.

**3. Gewährleistung der Anonymität**

Man hat mir völlige Anonymität zugesichert. Die Daten der Studie werden so gespeichert, dass kein Rückschluss auf meine Person möglich ist. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben - in vollkommen anonymisierter Form - für rein wissenschaftliche, nicht-kommerzielle Zwecke genutzt werden.

Ich erkläre mich mit allen Punkten einverstanden.

Köln, 9.10.23

Ort und Datum

## Anhang 2.3 Beobachtungsbogen

***Beobachtungsbogen zur Überprüfung der Nutzbarkeit des Fragebogens zum Forschungsvorhaben „Seniorinnen und Senioren als Zielgruppe der Logopädie“, 9.10.2023***

| | |
|---|---|
| Seite 1: Willkommen | - Keine besonderen Vorkommnisse |
| Seite 2: Einwilligung zur Teilnahme | - Erinnerung durch Versuchsleiterin, laut zu denken<br>- Nachfrage geklärt, ob Probandin laut lesen soll |
| Seite 3: Wie Sie Schieberegler nutzen | - Keine besonderen Vorkommnisse |
| Seite 4: Teil 1 – Berufliches Profil | - Keine besonderen Vorkommnisse |
| Seite 5: Ihr beruflicher Werdegang | - Technische Probleme mit der Maus, Probandin wechselt zu Touchpad des Laptops<br>- Fragen, welche Spezialisierung vorliegt:<br>1. Wo lässt sich Autismus finden? → Kann bei „Sonstiges“ eingetragen werden<br>2. Sind mit Sprach- und Sprechentwicklung Kinder gemeint? → um „vor Abschluss der Sprachentwicklung“ ergänzt, damit eindeutiger |
| Seite 6: Ihre aktuelle berufliche Situation | - Frage, wie viele Stunden pro Woche gearbeitet wird: Kurze Unsicherheit, ob Zeitstunden oder Therapieeinheiten gemeint sind<br>- Frage nach Bruttoeinkommen: Probandin wünscht sich mehr Antwortfelder → Um zwei ergänzt |
| Seite 7: Ihre Zukunft in der Logopädie | - Keine besonderen Vorkommnisse |
| Seite 8: Ihre Sicht auf ihre aktuelle Berufssituation | - Item „um eine andere Arbeitsstelle umgesehen“: Probandin bezieht dies auf „aktuell“ und antwortet dementsprechend |
| Seite 9: Teil 2 – Arbeit mit Seniorinnen und Senioren | - Keine besonderen Vorkommnisse |
| Seite 10: Ihre therapeutische Zielgruppe | - Frage zu Fortbildungen, die sich inhaltlich mit alten Menschen beschäftigen: ein „n“ zu viel in der Frage |
| Seite 11: Einschätzung Ihrer beruflichen Zukunft | - Keine besonderen Vorkommnisse |
| Seite 12: Ihre Zuversicht im Hinblick auf die Arbeit mit alten Menschen | - Beantwortung der Fragen schwierig, wenn man nicht mit alten Menschen arbeitet → Einleitungstext angepasst, ergänzt um „Wenn Sie aktuell keine |

| | |
|---|---|
| | beruflichen Berührungspunkte haben, stellen Sie sich die Arbeit mit dieser Zielgruppe vor.“<br>- Probandin muss immer wieder hoch scrollen, um Antwortoptionen zu sehen<br>- Beim letzten Item fehlt ein Leerzeichen |
| Seite 13: Ihre Sicht auf das Altern | - Probandin muss immer wieder hoch scrollen, um Antwortoptionen zu sehen<br>- Antwortmöglichkeiten sind im Messinstrument zuvor in anderer Reihenfolge → Alle Antwortmöglichkeiten in den Messinstrumenten einheitlich von „nein“ zu „ja“ ausgerichtet |
| Seite 14: Teil 3 – Persönliche Angaben | - Frage nach Alter: Probandin ist von Hinweisen irritiert, findet das Eingabefeld nicht<br>- Testet Funktion „Zurück“ erfolgreich |
| Seite 15: Vielen Dank für Ihre Teilnahme | - Kurze Unsicherheit, ob auf „Absenden“ gedrückt werden muss → Hinweis „Bitte denken Sie daran, unten auf Absenden zu klicken“ im Fragebogen ergänzt |

# Anhang 3 Einladung zur Umfrage

## Seniorinnen und Senioren als Zielgruppe der Logopädie

Universität zu Köln

Wissenschaftliche Befragung zur therapeutischen Versorgung alter Menschen

**Seniorinnen und Senioren bilden bereits heute eine große Zielgruppe innerhalb der Logopädie. Aufgrund des demografischen Wandels ist davon auszugehen, dass der Bedarf dieser Zielgruppe deutlich steigen wird. Demgegenüber steht ein bereits bestehender Mangel an Therapeutinnen und Therapeuten.**

Im Rahmen einer Abschlussarbeit des Masterstudiengangs Rehabilitationswissenschaften an der Universität zu Köln wird diese Thematik eingehend untersucht. Es soll herausgefunden werden, welche Herausforderungen bei der Versorgung alter Menschen vorliegen und wie sich die Logopädie besser auf den steigenden Bedarf innerhalb dieser Zielgruppe vorbereiten kann.

Wenn Sie deutschsprachig und als Logopädin oder Logopäde (einschließlich weiterer Berufsfelder, die eine Kassenzulassung für Sprachtherapie erlauben) tätig sind, laden wir Sie herzlich zur Online-Befragung ***Seniorinnen und Senioren als Zielgruppe der Logopädie*** ein. Gerade auch dann, wenn Sie zu den Menschen gehören, die bisher selten mit alten Menschen zusammenarbeiten.

Die Teilnahme ist anonym, freiwillig und dauert etwa 15 Minuten. Bitte nehmen Sie sich diese Zeit, um diese wissenschaftliche Forschung zu unterstützen. Der Fragebogen ist bis Ende November 2023 freigeschaltet.

*Nutzen Sie diesen QR-Code:*

*Projektleitung*

Inna Achmatow

E-Mail: iachmato@smail.uni-koeln.de

Universität zu Köln
Zentrum für Heilpädagogische Gerontologie
Universitätsstraße 91, D-50931 Köln

# Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass die vorliegende, an diese Erklärung angefügte Abschlussarbeit selbständig und ohne jede unerlaubte Hilfe angefertigt wurde, dass sie noch keiner anderen Stelle zur Prüfung vorgelegen hat und dass sie weder ganz noch im Auszug veröffentlicht worden ist. Die Stellen der Arbeit – einschließlich Tabellen, Karten, Abbildungen etc. – die anderen Werken und Quellen (auch Internetquellen) dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall als Entlehnung mit exakter Quellenangabe kenntlich gemacht.

Köln, 24.7.2024

Ort, Datum Unterschrift