

Der Direktzugang zur Logopädie - für eine bessere Versorgung

(überarbeitete Fassung des Positionspapieres der Verbände dba, dbI, dbS aus dem Jahr 2016)

(Stand: Oktober 2021)

Mit einem Direktzugang („Direct Access“) zur Logopädie haben Patient*innen die Möglichkeit, sich bei Bedarf unmittelbar bei der Logopäd*in vorzustellen.

Die Logopäd*in erhebt die Diagnose und entscheidet eigenverantwortlich, ob eine Therapie erforderlich ist und welche weiterführenden Diagnostiken dazu benötigt werden. Abweichend von vielen anderen europäischen Ländern können Personen mit Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen in Deutschland bisher ausschließlich auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung behandelt werden [1].

Die in § 125a verankerte Versorgungsform mittels der so genannten Blankoverordnung ist nur ein erster Schritt, der für den Bereich Logopädie nur wenige Neuerungen und somit keine wesentliche Veränderung bringt. Auf Grundlage des Versicherungsvertrages nach § 125 Abs. 1 SGB V [3] im Bereich „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“, der am 16.03.2021 in Kraft getreten ist, ist die Bestimmung der Dauer und der Frequenz der Therapie durch die Logopäd*in in Absprache mit der Ärztin/dem Arzt weiterhin möglich. Darüber hinaus liegt die Entscheidung über die Auswahl der Therapiemethode schon immer bei der Logopäd*in.

Logopäd*innen steht bereits jetzt die Möglichkeit außerhalb der GKV zu, nach Kenntnisüberprüfung durch das zuständige Gesundheitsamt, eine sektorale Heilpraktikererlaubnis für das Gebiet der Logopädie vom Gesundheitsamt nach Maßgabe des § 2 HeilpraktikerG in Verbindung mit § 2 Absatz 1 Buchstabe i. der 1. DVO-HeilpraktikerG zu erhalten [4].

Ferner ist die logopädische Erst- und Bedarfsdiagnostik fester und abrechenbarer Bestandteil der logopädischen Praxis. Die durch Gesetz vom 6. 5. 2019 (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) [2] in das SGB V eingefügte Regelung des § 125a SGB V bleibt, ähnlich wie auch zuvor schon die durch das HHVG [5] vorübergehend mittels § 64d SGB V (alte Fassung) ermöglichten Modellvorhaben, noch immer hinter der Forderung der Gesundheitsminister*innen der Länder zurück, die sich in der Gesundheitsministerkonferenz einstimmig für die Erprobung eines (indikationsbezogenen) Direktzugangs ausgesprochen haben [6].

Für eine zukunftsgerichtete Patient*innenversorgung

Die logopädischen Störungsbilder und die damit verbundenen Bedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen verändern sich und machen die Sicherung sowie die Stärkung der logopädischen Versorgung zwingend erforderlich. In einer aufgrund des demografischen Wandels alternden Gesellschaft erhöht sich der Anteil älterer und alter Patient*innen in der klinischen und ambulanten Versorgung [7]. Aufgrund des medizinischen Fortschritts steigt die Anzahl von Patienten*innen mit Mehrfacherkrankungen oder -behinderungen, die atem-, stimm-, sprech-, sprach-, schluck- und hörtherapeutisch behandelt werden müssen [8].

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, bedarf es nach Auffassung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen einer Neuordnung der Zuständigkeiten wie auch der Anpassung der Aufgabenverteilungen der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufe [9]. Der Direktzugang als niederschwelliges und dezentrales Angebot kann hier wesentlich dazu beitragen, den Beruf zukunftsfähig zu gestalten und eine flächendeckende und qualitativ hochwertige logopädische Versorgung abzusichern.

Es ist zu erwarten, dass auch der Behandlungserfolg an sich vom Direktzugang profitiert. Ergebnisse eines Modellversuchs in der Physiotherapie zeigen, dass Patient*innen, die Behandlungen selbst einfordern, stärker davon profitieren, als wenn diese von ärztlichen Fachpersonen verordnet werden. Die Patient*innen sind motivierter und zeigen mehr Eigeninitiative. Damit wird der Behandlungsverlauf effektiver und die Patientenzufriedenheit steigt [10]. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Logopädie ist anzunehmen.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass der Direktzugang zum einen eine qualitativ hochwertige teilhabe- und patient*innenorientierte Versorgung sichert und zum zweiten dem immer gravierenderen Fachkräftemangel entgegenwirkt. Lange Wartezeiten können durch den Direktzugang verhindert, Diagnostik und Beratung schneller durchgeführt werden.

Kompetenzen nutzen - Ressourcen schonen

Die direkte und vollständige Versorgungsverantwortung der Logopäd*innen schont die Ressourcen des Gesundheitssystems. Bereits heute folgt auf die (allgemeine) Feststellung der Therapiebedürftigkeit von ärztlicher Seite eine individuelle, hochspezifische Diagnostik und Beratung durch die Logopäd*innen. Diese ist maßgeblich für die anschließende Therapie.

Eine Leitsymptomatik ist weder spezifisch genug für die Therapieableitung noch zuverlässig und führt zu häufigen bürokratischen Änderungen für Ärzt*innen und Therapeut*innen [11].

Die von den Ärzt*innen festgestellte und auf der Verordnung notierte Leitsymptomatik ist dazu nicht ausreichend. Der Wegfall der ärztlich erstellten Diagnose der Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- oder Schluckstörungen wird sich daher nicht auf die Qualität der Therapie auswirken.

Die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen führt zudem zu einer erheblichen Reduktion der Gesamtkosten [12]. Folglich lässt der Direktzugang effektivere Behandlungsverläufe bei gleichzeitig sinkenden Kosten erwarten.

Grundlage für die vollumfassende Versorgungsverantwortung der Patient*innen sind weitreichende Kompetenzen in Bezug auf die (Differenzial-) Diagnostik und Diagnosestellung, Therapieableitung, Evidenzbasierung, Ergebnis- und Prozessevaluation, Dokumentation und Berichterstattung sowie im Bereich der Prävention und Beratung.

Diese Kompetenzen sind bereits heute gegeben: Im Studium ebenso wie in der berufsschulischen Ausbildung werden Kenntnisse über physiologische und pathologische Prozesse in Theorie und Praxis vermittelt, um störungs- und patient*innenspezifische Diagnose- und Therapieschritte für alle Altersstufen auswählen zu können [13]. Das professionelle logopädische Handeln erfolgt auf Grundlage wissenschaftlich begründeter, evidenzbasierter Verfahren [14]. Die Leistungserbringer*innen entscheiden eigenständig und eigenverantwortlich über Form und Inhalt der präventiven, diagnostischen, therapeutischen und beratenden Intervention. Sie verfügen über evidenzbasierte Entscheidungs- und Begründungssicherheit im Sinne eines clinical reasoning und über Methoden zur empirisch kontrollierten Diagnostik und Therapie. Disziplinübergreifendes Fachwissen, um gegebenenfalls eine fachärztliche Diagnostik und Mitbehandlung einleiten zu können, sind gegeben [15]. Die in der Ausbildung erworbenen medizinischen Kenntnisse befähigen zur eigenverantwortlichen Entscheidung, ob zur Abklärung organischer Befunde und gravierender Grunderkrankungen und zur Vermeidung von Patient*innenwohlgefährdung eine weiterführende ärztliche Diagnostik erforderlich ist. Auch Normalbefunde oder subklinische Normabweichungen können diagnostisch erfasst werden, so dass eine zuverlässige Aussage zum Therapiebedarf und zur Prognose getroffen werden kann.

Heilberufe attraktiver machen - Fachkräftemangel verhindern

Der Fachkräftemangel in der Logopädie ist bereits erheblich [16, 17].

Der therapeutischen Unterversorgung muss dringend gegengesteuert werden. Der Direktzugang erhöht die Handlungsautonomie der Therapeut*innen und führt zu einer größeren Freiheit in der Ausgestaltung von Therapien zu Gunsten der Therapieeffizienz (Therapiefrequenz, Möglichkeit der Intensivtherapie, Behandlungsdauer in Minuten u.a.). Dies steigert die berufliche Zufriedenheit [1] und verhindert den Wechsel von erfahrenen Therapeut*innen in fachfremde Berufe [18]. Durch die Übertragung von Kompetenzen im Zuge des Direktzugangs wird die fachliche Kompetenz der Leistungserbringer erkannt, was zu einer erhöhten Attraktivität des Berufes führen kann. Es ist davon auszugehen, dass der Direktzugang dazu beiträgt, dem wachsenden Mangel an therapeutischem Fachpersonal auch insbesondere in ländlichen Regionen entgegenzuwirken, mehr Schulabsolvent*innen für diesen Beruf zu gewinnen und die bestehenden Arbeitnehmenden in der Berufsausübung zu halten.

Der Weg zum Direktzugang

Der Direktzugang in der Logopädie ist internationaler Standard und wird im europäischen und außereuropäischen Ausland (z.B. Niederlande, Großbritannien, Schweden, Australien) erfolgreich umgesetzt. Wie schon erwähnt, haben sich in Deutschland die Gesundheitsminister*innen der Länder bereits 2015 für die Erprobung eines (indikationsbezogenen) Direktzugangs ausgesprochen [6]. Ein dementsprechender Modellversuch ist damit mehr als überfällig.

Die in § 125a SGB V geregelte Aufnahme der Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in die Regelversorgung stellt für den Bereich der Logopädie keine zu erwartende Verbesserung der Patient*innenversorgung und somit allenfalls eine Zwischenstation dar.

Sie manifestiert in diesem Bereich das bestehende System der ausschließlichen Ärzt*innen-zentrierung und liefert keinerlei Prognosen über Behandlungserfolge oder Einsparpotentiale im Gesundheitssystem. Dennoch wird eine Evaluation des Modellversuchs auch in Hinblick auf Kompetenzen, Kooperation mit der Ärzteschaft, die Delegation/Substitution ärztlicher Aufgaben, Gesundheitsökonomische Aspekte, Patient*innensicht und die Auswirkungen auf den Berufsalltag der Logopäd*innen befürwortet.

Die Berufsverbände haben sich bereits 2016 [19] zum Direktzugang positioniert. Nach 5 Jahren des Stillstandes der beruflichen Weiterentwicklung (weder in Handlungsverantwortung noch im Berufsgesetz), bei gleichzeitiger rasanter Professionsentwicklung, wird eine mutige Weichenstellung für eine effiziente Gesundheitsversorgung von morgen gefordert.

Quellenangaben

{Letzter Zugriff auf die angegebenen URL jeweils am 21.06.2021}

- [1] Darmann - Finck, I., Muths, S., Baumeister, A. & Reuschenbach, B. (2015). Evaluation der gesetzlich geregelten Modelle/Vorhaben in den Berufsfeldern der Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie. Abschlussbericht <https://docplayer.org/10747375-Abschlussbericht-september-2015.html>
- [2] Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung {Terminservice- und Versorgungsgesetz-TSVG) vom 6. Mai 2019 (§125a) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/T/TSVG_BGBL.pdf

- [3] Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und deren Vergütung {PDF, 244 KB} vom 25.3.2021 <https://www.gkv-spitzenverband.de/suche/suche?query=Vertrag+nach+%C2%A7125&default=true&pager.offset=10>
- [4] Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung {Heilpraktikergesetz} <https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/2.html>
- [5] Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung {Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz-HHVG} vom 4. April 2017 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/februar/hhvg.html>
- [6] 89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder (2016). Ergebnisniederschrift. https://www.gmkonline.de/documents/Ergebnisniederschrift_89_GMK_2016_Warnemunde.pdf
- [7] Geist, B. & Hielscher-Fastabend, M. (2011). Sprachtherapeutisches Handeln im Arbeitsfeld Geriatrie. Köln: Prolog.
- [8] Rausch, M / Thelen, I. / Beudert, I. (2014): Kompetenzprofil für die Logopädie. Langfassung. Frechen URL: http://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Der_Verband/20140828_Kompetenzprofil_Langfassung_.pdf
- [9] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2007/>
- [10] Rübiger, J. (2016). Modell Blankoverordnung. VPT Magazin, 2(03), 16-17.
- [11] Kargel, S., Barteis M. & Bilda, I. (2017). LoRe - Aufbau eines logopädischen Registers. Posterausstellung beim 46. Jahreskongress des DBL in Mainz. https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Fobis/kongress/2017/Kargel_Poster.pdf
- [12] Holdsworth, L. K.; Webster, V. S. & McFadyyn, A. I. (2007). A. What Are the Costs to NHS Scotland of Self-Referral to Physiotherapy? Results of a National Trial. Physiotherapy, 93 (1), 3 -11.
- [13] dbL e.V. & dbS e.V. (2013). Standards für den Erwerb klinisch-praktischer Kompetenzen in der Logopädie/Sprachtherapie. https://www.dbs-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GRUNDSATZPAPIER_dbl_dbs_Finale_Version_Klinisch_praktische_Kompetenzen.pdf
- [14] dbS e.V. (o.J.). Kompetenzprofil Akademische Sprachtherapie/Logopädie. https://www.dbs-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/Kompetenzprofil_Akademische_Sprachtherapie.pdf
- [15] Borgetto, B., & Siegel, A. (2009). Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie: Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns. Bern: Huber.

- [16] Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. {Hrsg.) (2015). Fachkräfteengpässe in Unternehmen: Fachkräfteengpässe in Unternehmen: Geschlechterunterschiede in Engpassberufen
https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2015/235132/Studie_Fachkraefteengpaeisse_20150714.pdf
- [17] Maihack, V. (2017). Fachkräftemangel in den Therapieberufen. Eine Bestandsaufnahme. LOGOS. 25 (4). 276-283.
- [18] Schwarzmann, A. - L.; Gerlach, S.; Rohde-Schweizer, R.; Straßler, B. & Hammer, S. (2018). „Ich bin dann mal weg!“ Eine Studie zur Berufsflucht von Logopädinnen. Forum Logopädie, 32 (3), 22-27.
- [19] Mahlzahl, M.; Kern, F.; Gerrlich, V. (2016). Für eine bessere Versorgung: Direktzugang zur Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (SSST) Ein Positionspapier von dba, dbl, dbs; abgerufen unter:
https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Positionspapiere/Positionspapier-Direktzugang-dblbadbs.pdf