



**Stellungnahme des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbf e.V.) vom 23.11.2016 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz), BT-Drucksache 18/10186**

**Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 64d (Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung)**

Aus Sicht des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie ist eine inhaltliche Erweiterung der Modellvorhaben hinsichtlich der Erprobung des Direktzugangs, wie er in anderen Ländern seit vielen Jahren gängige Gesetzeslage ist, zwingend notwendig:

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat in der 89. Sitzung den einstimmigen Beschluss gefasst, dass das BMG prüfen möge, ob durch Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der entsprechenden Gesetze über die jeweiligen Gesundheitsfachberufe die Voraussetzungen für Modellvorhaben geschaffen werden können, die es Physiotherapeuten, Ergotherapeuten sowie Logopäden im Rahmen eines Direktzugangs erlauben, Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung bei bestimmten vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Indikationen zu erbringen, soweit sie hierzu aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind. Damit sprechen sich die Gesundheitsminister der Länder einstimmig für die Erprobung eines (indikationsbezogenen) Direktzugangs aus. Die Voraussetzungen für die Umsetzungen des Beschlusses der GMK können unmittelbar mit der zu beratenden Änderung des § 64 d SGB V geschaffen werden.

Die Eröffnung des Direktzugangs zur Sicherung der therapeutischen Versorgung ist unter Berücksichtigung der alternden Gesellschaft mit sich ändernden Bedarfen und den vielfältigen Innovationen in der Medizin zwingend notwendig. Die Kompetenzen für die Übernahme entsprechender Tätigkeiten im Rahmen des Direktzugangs sind gegeben:

Das professionelle logopädische Handeln erfolgt auf Grundlage wissenschaftlich begründeter, evidenzbasierter Verfahren. Die Leistungserbringer 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 eine fachärztliche Diagnostik und Mitbehandlung einleiten zu können, sind gegeben. Die in der Ausbildung erworbenen medizinischen Kenntnisse befähigen dazu, eigenverantwortlich zu entscheiden, ob zur Abklärung organischer Befunde und gravierender Grunderkrankungen und zur Vermeidung von Patientenwohlgefährdung 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.

Die Befunderhebung erfolgt entsprechend der neuesten wissenschaftlichen Leitlinien und beinhaltet die störungsbezogene Anamnese, die Untersuchung der relevanten Funktionen mit standardisierten und informellen Verfahren, gegebenenfalls symptombezogene körperliche Untersuchungen oder z. B. bei Dysphagien oder Stimmstörungen auch apparative Untersuchungen.

Die umfassende Diagnose ermöglicht die logopädisch korrekte Definition des Störungsbildes, Aussagen zur Pathogenese und Prognose sowie zum eventuell vorhandenen ärztlichen Abklärungsbedarf. Aus der Abfolge der diagnostischen Maßnahmen werden die erforderlichen Interventionen abgeleitet.

Ein Beleg für die Relevanz der Sprachdiagnostik stellt die von den einschlägigen Fachgesellschaften konsentierete AWMF-Leitlinie zu Umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen dar. Der hier beschriebene diagnostische Algorithmus „Sprachentwicklungsstörung“ sieht als ersten Schritt die Verdachtsdiagnose auf eine nicht altersgerechte Sprachentwicklung vor, im zweiten Schritt die Hörüberprüfung und dann eine Weiterleitung zur Sprachdiagnostik, mit deren Hilfe über die Behandlungsbedürftigkeit entschieden werden kann. Die zur Verfügung stehenden Testverfahren sind Teil der Leitlinie.

Ausgehend von diesem diagnostischen Algorithmus könnte in einem Modellvorhaben zur Erprobung des Direktzugangs der Zugang über den Logopäden erfolgen, der im Falle eines auffälligen Befundes im Rahmen der Sprachdiagnostik das Kind an den Arzt z. B. zum Zwecke der obligatorischen Hörprüfung oder neurologischen Befundung überweist. In der Logopädie ist die eigenständige Befunderhebung durch den Logopäden fester und anerkannter Bestandteil der Leistung. Entsprechend ist die logopädische Diagnostik schon seit jeher fester Bestandteil der logopädischen Ausbildung und Prüfungsgegenstand im Rahmen des staatlichen Exams. Hierbei werden Kenntnisse über physiologische und pathologische Prozesse vermittelt, um störungs- und patientenspezifische Diagnose- und Therapieschritte für alle Altersstufen auswählen zu können. Die Leistungserbringer können daher verantwortlich entscheiden, ob eine weiterführende medizinische Befunderhebung erforderlich ist. Die logopädische Diagnostik erfüllt alle Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und damit auch den Anspruch der Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, so dass die Patientensicherheit gegeben ist. Parallel hierzu setzt sich der Verband für eine grundständige primärqualifizierende Ausbildung ein, die im Arbeitskreis Berufsgesetz von allen Berufsverbänden (dba, dbi, dbs) dem Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG e.V.) und Bundesverband Deutscher Schulen für Logopädie (BDSL e.V.) gefordert wird. Der Arbeitskreis hat eine erste Vorlage für eine Berufsgesetzrevision erarbeitet.

Durch die Übertragung von Kompetenzen im Wege des Direktzugangs wird die fachliche Kompetenz der Leistungserbringer anerkannt, was zu einer höheren Attraktivität des Berufes führen kann. Der Direktzugang kann daher dazu beitragen, dem wachsenden Mangel an Therapeuten entgegenzuwirken und die Bereitschaft zum Verbleib im Beruf zu steigern. Schließlich entspricht der Direktzugang auch den gelebten Arbeits- und Aufgabenteilungen im Ausland und ist damit erforderlich, um den Anschluss im internationalen Vergleich an Länder wie England und Australien zu finden.

Bleibe es bei dem im vorgelegten Entwurf vorgeschlagenen Modellvorhaben zur Blankoverordnung, dann würde das für den Bereich der Logopädie keine Weiterentwicklung der Versorgung bedeuten. Denn auf Grundlage der sektoralen Rahmenempfehlung „Stimm-, Sprech-, Sprach-Therapie“ nach § 125 Abs. 1 SGB V sind bereits heute Auswahl und Dauer der Therapie, sowie selbstständige Frequenzbestimmung der Behandlungseinheiten weitgehend möglich.

### **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8 § 125 Rahmenempfehlung und Verträge**

Der Deutsche Bundesverband für Logopädie befürwortet die Entkopplung der Vergütungsvereinbarungen von der Grundlohnsummenentwicklung ausdrücklich. Durch die Entkopplung werden die Vertragspartner in die Lage versetzt, eine der Leistung angemessene Vergütung zu vereinbaren.

Wir teilen ausdrücklich die Einschätzung, dass es den Vertragspartnern ermöglicht werden muss, die stetig gestiegenen Anforderungen im Heilmittelbereich durch eine flexible Preisanpassung zu begleiten. Kritisch wird jedoch die zeitliche Befristung auf 3 Jahre gesehen. Zwar ist vorgesehen, die Dauer von Schiedsverfahren zu begrenzen und diese zu beschleunigen, jedoch ist davon auszugehen, dass die zu erwartenden Schiedssprüche einer gerichtlichen Überprüfung zugeführt werden. Dies wiederum führt zu einer Verfahrensdauer von mehreren Jahren und einer Stagnation der Vergütung. Die vorgesehene Befristung konterkariert daher das Ziel der Vergütungsanhebung.

Der wissenschaftliche Fortschritt und die dadurch gestiegenen Anforderungen an die Ausstattung der Praxis sowie die Kompetenzen und Fortbildung der Leistungserbringer kann nur so angemessen vergütet werden.

Die bisherige Obergrenze für Vergütungsanpassungen durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität im Heilmittelbereich hat zu einer unzureichenden Versorgungssituation geführt. Aufgrund der Vergütungssituation in den letzten Jahren ist es zu einem gravierenden Mangel an Nachwuchskräften im therapeutischen Bereich gekommen.

Die Entwicklung wird sehr gut deutlich an dem Vergleich zwischen den Gehältern in einer sprachtherapeutischen Praxis und im öffentlichen Dienst:

Laut einer Erhebung der stimm-, sprech und sprachtherapeutischen Verbände lag das durchschnittliche Monatsgehalt einer in einer Praxis angestellten Therapeutin mit Berufserfahrung in den westlichen Bundesländern im Jahr 2005 bei ca. EURO 2.000,00 brutto. Zehn Jahre später, im Jahr 2015, bei ca. EURO 2.250,00 brutto. Im öffentlichen Dienst war das durchschnittliche Monatsgehalt einer vergleichbar qualifizierten Therapeutin im Jahr 2005 mit ca. EURO 2.100,00 brutto nur EURO 100,00 höher. Hingegen im Jahr 2016 erhält eine vergleichbar erfahrene Therapeutin im öffentlichen Dienst laut TVöD 2016b bereits EURO 2.944,00 brutto. Die Differenz liegt heute bereits bei EURO 694,00 bei absolut vergleichbarer Ausbildung, Leistung etc. Die deutlich bessere soziale Absicherung im öffentlichen Dienst ist dabei noch unberücksichtigt.

Angestellte Therapeutinnen sind auch von der allgemeinen Einkommensentwicklung in Deutschland in den letzten 10 Jahren abgekoppelt worden. Die Steigerung lag laut Statistischem Bundesamt in diesem Zeitraum bei ca. 20 % und damit eklatant über der Steigerung in den kassenzugelassenen Praxen, die nur bei ca. 12 % liegt.

Die Gehaltsentwicklung spiegelt die finanzielle Situation der niedergelassenen Praxen wider, die auf Grund der überproportional steigende Kosten für den Praxisbetrieb, keine höheren Gehälter zahlen können. Infolge ist die zeitnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten im ambulanten Bereich nicht mehr gewährleistet. Und der Fachkräftemangel ist in den Praxen schon heute schleichend angekommen.

Exemplarisch sei hier auf die Kosten für Miete und Energie hingewiesen, die laut Angaben des Statistischen Bundesamtes in den letzten 10 Jahren deutlich oberhalb der Grundlohnsummenentwicklung lagen (zum Vergleich: Grundlohnsummenanstieg 2001 bis 2016 ca. 24 % - Energiekosten 2000 bis 2016 ca. 100 %).

Ein weiterer Aspekt ist die Veränderung der Versorgungssituation von Patienten durch den medizinischen Fortschritt sowie durch medizin-technische Innovationen.

Vergütungen von Leistungen zu verändern oder neu einzuführen, konnte in den Verhandlungen mit den Krankenkassen nicht umgesetzt werden, da dies mit dem Verweis auf das durch die jeweilige Grundlohnsummensteigerung vorbestimmte finanzielle Volumen adäquate Vergütungsanpassungen bei den bestehenden Leistungen verhindert hätte.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kern'.

Frauke Kern  
Beisitz Freiberufler