

# Ohne Umwege zur Logopädin?

## Direct Access in der Logopädie in Deutschland

Anna Hiller, Lena Spitzer, Bernhard Borgetto

**ZUSAMMENFASSUNG.** In vielen Ländern können Patienten mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen direkt von Logopädinnen und Logopäden behandelt werden. Eine vorherige ärztliche Untersuchung ist keine Voraussetzung für eine Therapie. Dieser sogenannte „Direct Access“ zur Logopädie wird in Deutschland noch wenig diskutiert, da das Gesetz einen Direktzugang zu nicht-ärztlichen Heilberufen derzeit nicht zulässt. Ein Direct Access zur logopädischen Behandlung hätte jedoch viele Vorteile für Patienten, Therapeuten und das Gesundheitssystem. Aus der Physiotherapie im Ausland liegen bereits Studien zum Direct Access vor, die diese Hypothese stützen. Es müssen jedoch auch mögliche Nachteile und Gefahren eines Direktzugangs zur Logopädie berücksichtigt werden. Aus diesem Grund ist die Auseinandersetzung mit den für einen Direct Access zur Logopädie benötigten Kompetenzen der Therapeuten von Bedeutung.

Schlüsselwörter: Direct Access – Direktzugang – Logopädie – Kompetenzen

### Hintergrund

Der Begriff „Direct Access“ (Direktzugang) meint die Behandlung eines Patienten durch einen Therapeuten ohne Überweisung oder Verordnung durch einen Arzt (Borgetto 2013). Therapeuten, die im Direct Access tätig sind, werden als „First-Contact-Practitioner“ bezeichnet.

In vielen Ländern, wie z.B. Großbritannien oder Australien, können Patienten mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen ohne vorherige Konsultation eines Arztes direkt von Logopäden behandelt werden (RCSLT o.J., *Speech Pathology Australia* o.J.). In diesen Ländern sind die Aufgaben im Gesundheitswesen im Gegensatz zu Deutschland gleichmäßiger auf die verschiedenen Gesundheitsberufe verteilt. Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten übernehmen dort Aufgaben wie z.B. das Stellen der Diagnose oder die Entscheidung, ob eine Therapieindikation vorliegt.

In Deutschland ist der Direct Access zur Logopädie derzeit gesetzlich nicht möglich. Das Heilpraktikergesetz (§ 1 Abs. 1) besagt, „wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis“. Damit weist der Gesetzgeber darauf hin, dass nicht-ärztliche Heilberufe im Allgemeinen nur mit Erlaubnis eines Arztes oder aufgrund einer Zulassung als Heilpraktiker tätig werden dürfen. Die Entscheidung über Indikation,

Frequenz und Therapiedauer obliegt somit in der Regel dem Arzt. Aufgabe der Therapeuten ist es, der Entscheidung des Arztes nachzukommen und die Therapie gemäß den ärztlichen Vorgaben durchzuführen.

Diese Aufgabenverteilung wurde bereits vor einigen Jahren vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hinterfragt (SVR 2007). Grund dafür ist u.a. der demografische Wandel und die hierdurch bedingte Zunahme an älteren, chronisch Kranken und multimorbiden Patienten, die eine große Herausforderung für das Versorgungssystem darstellt (ebd.).

Es wird davon ausgegangen, dass sich im Zuge des demografischen Wandels Patientenbedürfnisse und -bedarfe verändern. Dem gegenüber stehen ein umfangreiches Aufgabenspektrum und ein komplexes Gesundheitssystem. Um eine optimale Versorgung der Patienten zu ermöglichen, müssen die Patientenbedürfnisse und die Behandlungsmöglichkeiten aufeinander abgestimmt werden.

Um dies auch zukünftig zu realisieren, plädiert der Sachverständigenrat für eine Neuordnung von Zuständigkeiten. Daraus ergeben sich die Notwendigkeit der adäquaten Qualifizierung der Gesundheitsberufe sowie eine Anpassung der Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen an der Gesund-

**Anna Hiller** (M.Sc.) beendete 2011 ihre Ausbildung zur Logopädin an der Medizinischen Hochschule in Hannover. 2015 erlangte sie ihren Masterabschluss im Studiengang Logopädie an der HAWK Hildesheim. Sie arbeitet seit 2011 in einer logopädischen Praxis, gibt Seminare zur Stimmprävention und ist als Honorarkraft an einer Berufsfachschule für Logopädie tätig.



**Lena Spitzer** (M.Sc.) absolvierte von 2003 bis 2006 ihre Ausbildung an der staatlichen Berufsfachschule für Logopädie in München. Im Anschluss folgte das Studium der Logopädie an der HAWK Hildesheim, das sie 2011 mit dem Master mit dem Schwerpunkt Forschung abschloss. Parallel arbeitete sie seit 2007 in logopädischen Praxen und zuletzt im Aphasie-Zentrum in Vechta. Seit 2010 ist sie zudem als Lehrbeauftragte u.a. an der HAWK tätig. Derzeit promoviert sie an der RWTH in Aachen zum Thema „Exekutivfunktionen bei Aphasie“.



**Prof. Dr. habil. Bernhard Borgetto** ist Medizin- und Gesundheitssoziologe. Er studierte Soziologie an der Universität Frankfurt/M., promovierte in Heidelberg und habilitierte sich 2004 an der Universität Bielefeld. Nach Tätigkeiten als wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Gießen und Freiburg ist er seit 2006 Professor für Gesundheitsförderung und Prävention an der HAWK Hildesheim und dort Studiendekan der Studiengänge Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Gleichzeitig ist er Leiter des Instituts für gesundheits- und sozialwissenschaftliche Forschung und Beratung e.V., München/Freiburg.



heitsversorgung beteiligten Berufen. Der *Sachverständigenrat* (2007) empfiehlt, die derzeitige Aufgabenverteilung in kleinen

Schritten zu verändern: Zunächst könnten ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe delegiert werden. In einem nächsten Schritt sollten regionale Modellprojekte initiiert, durchgeführt und evaluiert werden. Ziel der Projekte sollte die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Professionen und eine größere Eigenständigkeit von Pflege- und Therapeuten sein. Zeigt sich bei der Evaluation, dass die Projekte erfolgreich sind, sollten diese flächendeckend eingeführt werden (ebd.).

Eine Veränderung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen kann auf verschiedene Arten erfolgen. Zum einen können Tätigkeiten von einer Berufsgruppe auf eine andere übertragen werden. Zum anderen ist es möglich, dass sich eine Berufsgruppe auf bestimmte Aufgaben spezialisiert (ebd.). Beispiele hierfür gibt es aus Krankenhäusern, in denen derzeit bereits einige ärztliche Leistungen von nicht-ärztlichen Mitarbeitern je nach Qualifikation durchgeführt werden (Bergmann 2009). Hierzu gehören neben Blutentnahmen und Blutzuckermessungen auch verantwortungsvolle Aufgaben wie Schrittmacheranalysen oder Ultraschall- und Lungenfunktionsuntersuchungen durch entsprechend geschultes Pflegepersonal (ebd.).

Auch beim Direktzugang würden Aufgaben und Entscheidungen, die derzeit den Ärzten obliegen, an Therapeuten übergeben werden. Dies betrifft u. a.:

- Diagnosestellung ohne vorherige ärztliche Einschätzung
- Indikation der Therapie
- Entscheidung über Anzahl und Frequenz der Therapieeinheiten
- Beendigung, Fortführung oder Wiederaufnahme einer Therapie

Modellprojekte zum Direktzugang werden bereits in der Physiotherapie durchgeführt (BIG Krankenkasse o.J.). Dabei wird der Direktzugang nicht kritiklos hingenommen, sondern unter Ärzten, Therapeuten und Politikern sehr kontrovers diskutiert.

## Pro und Contra Direktzugang

Der Direct Access zu Therapeuten hat Vor- und Nachteile, die sich in unterschiedlichem Ausmaß auf Therapeuten, Ärzte, das Gesundheitssystem und nicht zuletzt die Patienten auswirken.

### Wahlmöglichkeiten des Patienten

Befürworter des Direktzugangs sehen die gesteigerte Wahlmöglichkeit der Patienten in Bezug auf ihre Behandlung als einen besonderen Vorteil des Direct Access. Die Patienten

können selbst darüber entscheiden, ob sie direkt einen Therapeuten oder zunächst einen Arzt aufsuchen möchten (Leemrijse et al. 2008). Somit wird der Patient von Beginn der Therapie in den Entscheidungsprozess einbezogen. Jette et al. (2006) sehen im Direct Access zudem den Vorteil, dass die Behandlung schneller beginnen kann, da zusätzliche Wartezeiten und Zusatzuntersuchungen bei Ärzten vermieden werden.

### Kosten für das Gesundheitssystem

Bedingt durch weniger Arztkontakte und Zusatzuntersuchungen erwarten Befürworter des Direct Access eine Reduzierung der Kosten therapeutischer Leistungen für das Gesundheitssystem (Boissonnault et al. 2010, Mitchell & de Lissovoy 1997). Leemrijse et al. (2008) verweisen zudem auf die Verringerung der Arbeitsbelastung der Fachärzte durch die Einführung des Direct Access, und die damit verbundene Entlastung des Gesundheitssystems.

Gegner des Direktzugangs befürchten hingegen eine Zunahme der Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen und die damit verbundene Steigerung der Kosten, wenn Patienten ohne Verordnung einen Therapeuten aufsuchen können (ebd.). Studien zum Direct Access zur Physiotherapie in Schottland und den USA zeigen hingegen, dass sich die Gesamtkosten für Patienten mit physiotherapeutischem Behandlungsbedarf im Direct Access reduzieren (Mitchell & de Lissovoy 1997, Holdsworth et al. 2006).

Mitchell & de Lissovoy (1997) werteten die Versicherungsdaten von 605 Patienten aus, die sich zwischen 1989 und 1993 in physiotherapeutischer Behandlung befanden. Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten, die mit Verordnung eines Arztes physiotherapeutisch behandelt wurden, 60 % mehr Behandlungseinheiten aufwiesen ( $p < 0,0001$ ). Die Kosten für die Behandlung dieser Patientengruppe war um 57 % höher ( $p < 0,0001$ ) als

die Kosten der Behandlungen von Patienten, die den Physiotherapeuten direkt aufsuchten. Die Autoren führen dies neben der gesteigerten Anzahl an Behandlungseinheiten auch auf die hohen Kosten für vermehrte Arztbesuche und Medikamente sowie Zusatzuntersuchungen (z.B. MRT) zurück.

Holdsworth et al. (2006) werteten 26 Arztpraxen in Schottland mit unterschiedlicher geographischer Lage (ländlich, semiurban, urban) und deren Patienten ( $n = 2985$ ) zwischen 2003 und 2005 aus und erhoben die Zugangsformen der Patienten zur Physiotherapie sowie Schweregrade der Erkrankung, Therapieziele und die Anzahl der Behandlungseinheiten.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Gruppe der Patienten im Direct Access signifikant weniger Zusatzuntersuchungen wie Röntgen etc. ( $p < 0,001$ ) und weniger Arztkontakte ( $p < 0,001$ ) in Anspruch nahm. Zudem wurden den Patienten der Direct Access-Gruppe signifikant weniger Medikamente verschrieben ( $p < 0,0001$ ), wodurch sich die Kosten für die Behandlung verringerten. Holdsworth et al. (2006) berichten, dass Patienten im Direct Access weniger Tage arbeitsunfähig sind ( $p = 0,048$ ) und laut Aussage der behandelnden Therapeuten die Behandlung seltener abrechnen oder Therapieeinheiten verpassen. Mögliche Ursachen hierfür werden jedoch nicht genannt.

Die Ergebnisse beider Studien zeigen, dass sich die Kosten für die physiotherapeutische Behandlung von Patienten im Direct Access reduzieren, da die Patienten weniger Medikamente und Zusatzuntersuchungen in Anspruch nehmen. Inwiefern sich die Ergebnisse auf die logopädische Behandlung übertragen lassen, wurde noch nicht untersucht. Zu berücksichtigen ist, dass die Ergebnisse der o.g. Studien lediglich die Kosten der Behandlung für das Gesundheitssystem betrachten, jedoch keinen Rückschluss auf die Therapieerfolge der Patienten zulassen. Die geringeren Kosten für die physiothera-

■ Tab. 1: Vorteile und Gefahren des Direct Access zur Logopädie in Deutschland

Vorteile des Direct Access	Gefahren des Direct Access
Gesteigerte Wahlmöglichkeit für Patienten in Bezug auf die Art ihrer Behandlung (medizinisch oder therapeutisch)	Mögliches Übersehen ernsthafter Erkrankungen
Geringere Kosten für das Gesundheitssystem	Mögliche unsachgemäße Behandlung durch fehlende medizinische Kenntnisse
Gesteigerte Eigenständigkeit der Therapeuten	Mögliche Überschreitung des therapeutischen Kompetenzbereichs
Anerkennung der fachlichen Kompetenzen der Therapeuten	

apeutische Therapie im Direct Access könnten demnach auch durch eine Unterversorgung der Patienten begründet sein, aus der eine Gesundheitsgefährdung resultieren kann.

### Gefahren des Direct Access

*Leemrijse et al. (2008)* gehen davon aus, dass durch den Direct Access die fachliche Kompetenz der Therapeuten anerkannt und durch die mit ihm verbundene Eigenständigkeit die therapeutische Kompetenz gestärkt wird. Sie benennen verschiedene Studien, die belegen, dass keine signifikanten Unterschiede bei der Diagnosestellung und Behandlung von Physiotherapeuten im Vergleich zu Ärzten bestehen, führen jedoch auch Studien an, die belegen, dass Physiotherapeuten bestimmte Anzeichen auf ernsthafte Erkrankungen nicht dokumentieren und somit keine ärztliche Untersuchung veranlassen (ebd.).

*Jette et al. (2006)* geben zu bedenken, dass ohne ärztliche Untersuchung mögliche ernsthafte Erkrankungen übersehen werden könnten, weil die Therapeuten nicht geübt sind medizinische Diagnosen zu erkennen. Kritiker des Direct Access sind zudem der Ansicht, dass es durch fehlende Diagnostikkenntnisse aufseiten der Therapeuten zu unsachgemäßen Behandlungen kommen könnte (*Mitchell & de Lissoy 1997*). In diesem Zusammenhang wird befürchtet, dass die im Direct Access tätigen Therapeuten außerhalb ihres Kompetenzbereiches behandeln und bei ernsthafte Erkrankungen zu spät eine ärztliche Untersuchung veranlassen (ebd.). Im Rahmen der Diskussionen um eine Umstrukturierung im Gesundheitswesen ist es deshalb notwendig, über die dafür notwendigen Kompetenzen nachzudenken und somit das Patientenwohl zu sichern.

### Kompetenzen von Therapeuten im Direct Access

Die benötigten Kompetenzen von Therapeuten unterscheiden sich im Direct Access von den derzeitig notwendigen Kompetenzen. Selbstverständlich werden weiterhin therapeutische Qualifikationen wie beispielsweise die Fähigkeit zur Gesprächsführung, Anamneseerhebung oder Therapieplanung und -durchführung benötigt. Ein First-Contact-Practitioner muss jedoch noch über weitere, derzeit nur teilweise vorhandene Kompetenzen verfügen.

Kritiker äußern die Befürchtung, dass die Kosten für die therapeutische Leistung im Direct Access stark ansteigen könnten (*Leemrijse et al. 2008*). Um dem entgegenzuwirken,

müssen Therapeuten, die im Direct Access tätig sind, über Kenntnisse des deutschen Versorgungssystems verfügen (*Vogel 2009*). Ihnen fällt die Aufgabe zu, Patienten einer adäquaten und ressourcenschonenden Behandlung bzw. Versorgung zuzuführen. Im Direct Access muss dies durch den Therapeuten geschehen, da der Patient vor der Behandlung ggf. keinen Arzt konsultiert. Zudem benötigen die Therapeuten die Fähigkeit, das jeweilige Budget bei der Interventionsplanung zu berücksichtigen, da die Verantwortung hierfür im Direct Access, je nach gesetzlicher Regelung, eben nicht bei einem Arzt, sondern bei den Therapeuten bzw. Einrichtungen selbst liegt (*SPAA 2001*).

Vor dem Hintergrund der Patientensicherheit benötigen Therapeuten im Direct Access diverse Kompetenzen, um Patienten ohne eine ärztliche Voruntersuchung zu behandeln. Spezifisches Fachwissen über Diagnostikverfahren ist die Voraussetzung, um ein geeignetes Testverfahren zur Diagnostik auszuwählen und anzuwenden (*Zalpour 2008*). Ein First-Contact-Practitioner in Deutschland sollte in der Lage sein, eine adäquate Diagnostik durchzuführen und daraus eine Diagnose abzuleiten (*SPAA 2001*). Im logopädischen Bereich beträfe dies nicht nur die bereits übliche logopädische Diagnostik, sondern auch das Abwägen von Differenzialdiagnosen (*Zalpour 2008*), um Krankheiten, die zunächst anderweitiger Behandlung bedürfen (z.B. medizinischer), zu erkennen. Hierzu gehört unter anderem der Ausschluss von laryngealen Tumoren bei Patienten mit einer Stimmstörung oder Dysphagie.

Zudem muss ein Logopäde im Direct Access abwägen, ob andere medizinische Untersuchungen, wie z.B. eine Videostroboskopie, notwendig sind. In diesem Fall müsste der Patient an einen Facharzt weitergeleitet werden. Da der Patient im Direct Access ohne ärztliche Voruntersuchung den Therapeuten aufsucht, haben differenzialdiagnostische Kompetenzen eine große Bedeutung, um die Behandlungssicherheit des Patienten zu gewährleisten und dem von *Jette et al. (2006)* befürchteten Übersehen ernsthafte Erkrankungen vorzubeugen.

In der Physiotherapie wird das Erkennen von sogenannten „red flags“, also Warnzeichen, bei denen ein Arzt konsultiert werden sollte, schon seit längerer Zeit diskutiert (ebd.). In der Logopädie gibt es viele Störungsbilder, bei denen das Erkennen von „red flags“ eine eher untergeordnete Rolle spielt, beispielsweise bei Sprachentwicklungsstörungen. Jedoch treten auch im logopädischen Behandlungsspektrum Störungen auf, bei denen besonders im Direct Access zunächst weitere

medizinische Untersuchungen indiziert sind, da die Patienten zuvor noch nicht in ärztlicher Behandlung waren (z.B. Dysphagien). Hier gilt es, auch für die Logopädie entsprechende Instrumente zu entwickeln.

Von Kritikern wird die Befürchtung geäußert, dass die im Direct Access tätigen Therapeuten außerhalb ihres Kompetenzbereiches behandeln und bei ernsthafte Erkrankungen zu spät eine ärztliche Untersuchung veranlassen (*Mitchell & de Lissoy 1997*). Eine bedeutende Kompetenz von Logopäden im Direct Access ist in diesem Zusammenhang das Wissen des Therapeuten um seine eigene Fachkompetenz und darum, wann diese überschritten wird (*SPAA 2001*). Ein logopädischer First-Contact-Practitioner muss fähig sein, die eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten einzuschätzen, zu erkennen, wann eine logopädische Behandlung nicht indiziert ist und diese ggf. an Mitglieder anderer Fachdisziplinen abzugeben, um eine bestmögliche Behandlung des Patienten zu gewährleisten (ebd.).

Der Fähigkeit eigenverantwortlich zu arbeiten (ebd.) und dabei Therapieziele selbstständig festzulegen sowie das Outcome der Intervention zu messen, kommt im Direktzugang eine besondere Rolle zu, da dies ausschließlich durch den Therapeuten geschieht und nicht mehr durch den verordnenden Arzt überprüft wird. Daher muss ein First-Contact-Practitioner in der Logopädie in Deutschland auch die Fähigkeit besitzen, differenzierte Entscheidungen im therapeutischen Prozess, unter der Verwendung von Clinical Reasoning Strategien, zu treffen (*McAllister & Margery 2005*) sowie mit komplexen Problemstellungen umzugehen und für diese Lösungen zu entwickeln (*Borgetto 2013*).

Ein First-Contact-Practitioner muss außerdem über die Fähigkeit verfügen, sich neue (wissenschaftliche) Informationen zu beschaffen, diese zu verstehen, zu bewerten und zu selektieren sowie auf dieser Basis die Intervention evidenzbasiert zu planen. Kompetenzen im Bereich der evidenzbasierten Praxis werden selbstverständlich auch derzeit schon benötigt bzw. gefordert. Im Direct Access kommt der evidenzbasierten Arbeit eine noch größere Rolle zu, denn Indikation der Therapie und Evaluation obliegen alleine dem Therapeuten. Ein logopädischer First-Contact-Practitioner muss somit seine Behandlungen und Arbeitsabläufe selbstständig evaluieren und nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten, um die Qualität seiner Behandlung zu gewährleisten (*SPAA 2001*).

## Ausblick

Im Zuge des demografischen Wandels und der dadurch entstehenden Herausforderungen wird derzeit über eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems diskutiert. Der Direktzugang zum Therapeuten ist eine Möglichkeit der Umstrukturierung, die bereits in anderen Ländern seit vielen Jahren genutzt wird.

Studien haben aufgezeigt, dass durch den Direktzugang Kosten gespart und Patienten zeitnah behandelt werden können. Gleichzeitig birgt der Direktzugang die Gefahr, dass Krankheiten aufgrund der fehlenden ärztlichen Eingangsuntersuchung nicht oder zu spät erkannt werden.

Um dieser Gefahr vorzubeugen, wäre es sinnvoll zu erforschen, welche spezifischen Kompetenzen für den Direktzugang notwendig sind. Dies betrifft vermutlich u. a. die differenzialdiagnostischen Kompetenzen.

Hier gilt es zu überlegen und zu diskutieren, wie die noch fehlenden oder unzureichenden Kompetenzen erlangt werden könnten, z.B. durch Fort- und Weiterbildung oder entsprechend ausgerichtete Module im Studium. Möglich wäre es, den Direktzugang nur den Therapeuten zu gewähren, die über eine ausreichende Zusatzqualifikation verfügen – sei es akademischer oder nichtakademischer Art.

Abgesehen von den Qualifikationen der Therapeuten fehlen derzeit noch die notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen für den Direktzugang in Deutschland. Unter den momentanen gesetzlichen Bedingungen ist eine logopädische Behandlung ohne ärztliche Verordnung im Allgemeinen nicht rechtens. In der Physiotherapie bestehen bereits erste Modellvorhaben, die den rechtlichen Rahmen für den Direktzugang gewährleisten und somit eine Erprobung des Direktzugangs ermöglichen (BIG Krankenkasse o.J.).

Die Studienergebnisse sowie die Argumentationen für und gegen den Direktzugang beziehen sich meist auf die physiotherapeutische Behandlung. In Bezug auf die Logopädie wird das Thema noch wenig beleuchtet

und offen ist, inwieweit von den bisherigen Studien- und Diskussionsergebnissen auf das logopädische Arbeiten geschlossen werden kann.

Um an den Diskussionen über eine Umstrukturierung der Aufgaben und einen möglichen Direktzugang teilnehmen zu können, wären spezifische Studien im logopädischen Bereich wünschenswert. Zu beantworten wäre z.B. die Frage, ob durch einen Direktzugang zum Logopäden ebenfalls Kosten eingespart werden könnten und ob mit Gefahren zu rechnen ist. Denkbar wäre auch, dass der Direktzugang nur bei bestimmten Störungsbereichen wie die der Sprachentwicklungsstörung sinnvoll ist.

## LITERATUR

- Bergmann, K. (2009). Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf/durch nichtärztliches Personal. *Medizinrecht* 27, 1-10
- BIG Krankenkasse (o.J.). *Physiotherapie Modellvorhaben*, www.big-direkt.de/leistungen/behandlung/physiotherapie\_modellvorhaben.html (28.07.2015)
- Boissonnault, W., Badtke, M. & Powers J. (2010). Pursuit and Implementation of hospital-based outpatient direct access to physical therapy service: an administrative case report. *Physical Therapy* 90, 100-109
- Borgetto B. (2013). Ausbildung, Akademisierung und Professionalisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe in Deutschland. In: Estermann, J., Page, J. & Streckeisen, U. (Hrsg.), *Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel“*, Winterthur 2012 (138-160). Zürich: LIT
- Holdsworth, L.K., Webster, V.S. & McFayden, A.K. (2006). Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. *Physiotherapy* 92, 26-33
- Jette, D., Ardleigh, K., Chandler, K. & McShea, L. (2006). Decision-making ability of physical therapists: physical therapy intervention or medical referral. *Physical Therapy* 86, 1619-1629
- Leemrijse, C., Svinkels, I. & Veenhof, C. (2008). Direct access to physical therapy in the Netherlands:

results from the first year in community-based physical therapy. *Physical Therapy* 88, 936-946

McAllister, S. & Margery, S. (2005). *Competency based assessment of speech pathology students' in the workplace*. University of Sydney, Communication Science & Disorders, <http://ses.library.usyd.edu.au/handle/2123/1130> (23.07.2015)

Mitchell, J. & de Lissoy, G. (1997). A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical Therapy* 77, 10-18

RCSLT – Royal College of Speech and Language Therapists (o.J.). *How to find a speech and language therapist*. [www.rcslt.org/speech\\_and\\_language\\_therapy/how\\_to\\_find\\_an\\_slt/howtofind](http://www.rcslt.org/speech_and_language_therapy/how_to_find_an_slt/howtofind) (31.05.2015)

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung* (Kurzfassung). [www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15](http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15) (28.07.2015)

SPAA – Speech Pathology Australia (2001). *Competency-based occupational standard (CBOS) for speech pathologists – entry level*. [www.speechpathologyaustralia.org.au/library/CBOS%20Entry%20Level%202001.pdf](http://www.speechpathologyaustralia.org.au/library/CBOS%20Entry%20Level%202001.pdf) (31.05.2015)

SPAA – Speech Pathology Australia (o.J.). *Information for the Community*. [www.speechpathologyaustralia.org.au/information-for-the-public/information-for-the-public](http://www.speechpathologyaustralia.org.au/information-for-the-public/information-for-the-public) (31.05.2015)

Vogel, H. (2009). *Welche Kompetenzen braucht ein Psychotherapeut? Überlegungen zu den Zielen der Psychotherapieausbildung*. Stuttgart: Schattauer

Zalpour, C. (2008). Der First-Contact-Practitioner in Deutschland. Eine Frage der Qualität und Qualifikation. *Pt Zeitschrift für Physiotherapeuten* 60, 103-111

### DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))

10.2443/skv-s-2015-53020150604

### Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. habil. Bernhard Borgetto  
 HAWK Hochschule für  
 Angewandte Wissenschaft und Kunst  
 Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit  
 Goschentor 1  
 31134 Hildesheim  
 borgetto@hawk-hhg.de

### SUMMARY. Direct access in speech and language therapy in Germany

In many countries patients with speech, voice or swallowing disorders have the opportunity to contact a speech and language therapist directly without a referral. So far, there has been little discussion of direct access to this health care profession in Germany. Laws currently prohibit contacting health care professionals without having seen a doctor first. Although direct access to speech and language therapy has many advantages for patients, therapists and the health care system, potential disadvantages and dangers for patients have to be considered. Therefore a close look at the competencies required by speech and language therapists working independently is essential.

KEYWORDS: Direct access – speech and language therapy – competencies