

Masterarbeit

zur Erlangung des Titels „Master of Science (M.Sc.)“

im Masterstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen
(Public Health) an der

Medizinischen Hochschule Hannover

Neue Regulierungsmodelle für den Zugang zur
Heilmittelversorgung:

Der Direktzugang zur Logopädie

1. Gutachterin: Frau Prof. Dr. M.-L. Dierks

2. Gutachterin: Frau Dr. E. Kuhlmann

vorgelegt von Liesa Kröger

Hannover, 23.09.2019

Neue Regulierungsmodelle für den Zugang zur Heilmittelversorgung:

Der Direktzugang zur Logopädie

Im deutschen Gesundheitssystem kommt der Heilmittelversorgung eine wichtige Rolle zu. Aufgrund demografischer Veränderungen wird eine weitere Bedeutungszunahme dieses Sektors prognostiziert. Die wachsenden Anforderungen an die Patientenversorgung erfordern eine Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe und ihrer Aufgaben- und Tätigkeitsfelder. Auch vor dem Hintergrund der Fachkräftesicherung gewinnen innovative Arbeits- und Organisationsformen an Relevanz und rücken in das Blickfeld der politischen Ebene. Der Direktzugang als ein mögliches Regulierungsmodell ist in diesem Zusammenhang ein aktuelles und viel diskutiertes Thema. Es mangelt hier jedoch noch an Untersuchungen und Ansätzen aus der Public-Health-Perspektive.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Möglichkeiten und Schwierigkeiten des Regulierungsmodells „Direktzugang“ aus Sicht der gesundheitspolitischen Akteure zu analysieren. Dabei sollen relevante Themen der deutschen Debatte identifiziert werden. Außerdem sollen die Konsequenzen dieses Modells auf Makro- und Mesoebene dargestellt werden. Hierfür wird der interdisziplinäre Multilevel-Ansatz des European Competencies Framework für the Public Health Workforce als theoretischer Rahmen zugrunde gelegt.

In dieser qualitativen explorativen Studie wurden ein narratives Literaturreview mit einer Dokumentenanalyse kombiniert. Aus internationalen Studien und nationalen Dokumenten wurden jeweils zentrale Kategorien abgeleitet. Die beiden Kategoriensysteme geben somit Aufschluss über die Schwerpunkte der internationalen und nationalen Perspektive auf den Direktzugang und ermöglichen eine vergleichende Sichtweise. Der Fokus lag auf Exploration der systemspezifischen Bedingungen der deutschen Diskussion um den Direktzugang.

Als charakteristisch für die deutsche Debatte zeigten sich vor allem die Themen „ärztliche Steuerung“, „Patientensicherheit“, die eng mit der „Qualifikation der Therapeut*innen“ in Verbindung steht und ökonomische Aspekte, wie „Wirtschaftlichkeitsverantwortung“ und „Mengenentwicklung“. Die Diskussion über den Direktzugang in Deutschland ist geprägt von der interessengeleiteten Perspektive der Akteure. In den Kategorien spiegeln sich die Arztzentrierung und die tradierten Rahmenbedingungen der Versorgung wider. Diese Strukturen auf Makro- und Mesoebene erschweren eine professionelle Entwicklung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe sowie die Entwicklung interdisziplinärer Arbeitsformen, die auf Kooperation und der Neuverteilung von Aufgaben basieren.

Die Ergebnisse zeigen einen maßgeblichen Handlungs- und Forschungsbedarf. Die Erprobung neuer Regulationsmodelle für die Heilmittelversorgung erfordert eine ganzheitliche Perspektive, die alle Akteure auf den Ebenen des Gesundheitssystems integriert.

**New regulatory models for access to allied health professions:
direct access to logopaedics**

The allied health professions play a relevant role in the German health care system. Due to demographic changes, one can predict a further increase in importance of this sector. The growing demands on patient care require further development of health professions and workforce management. Innovative forms of work and organization are also gaining in importance against the background of the securing of professionals. This is quickly becoming a focus of political attention. Direct access as a possible regulatory model is a current and much discussed topic in this context. There is, however, still a lack of theoretical approaches that are informed by public health.

The objective of the present approach is to analyze the possibilities and difficulties of the regulatory model "direct access" from the perspective of various health policy players. In the process, relevant topics of the German debate will be identified. In addition, the consequences of this model on the macro and meso level will be shown. On this backdrop, the present study applies a pragmatic approach which is informed by the policy framework developed by the European Public Health Association section on Health Workforce Research.

In this qualitative explorative study, a narrative literature review is combined with a document analysis. Central categories are derived from international studies and national documents. The two categories thus provide information on the focal points of the international and national perspective on direct access and provide a comparative perspective. The focus here rests with exploring the system-specific conditions of the German discussion on this model.

The topics of "physicians' control", "patient safety", which is closely related to the "qualification of the therapist", and economic aspects such as "responsibility for economic efficiency" and "volume development" were particularly characteristic of the German debate. The discussion about direct access in Germany is structured by the individual interests-led perspective of the different players. The categories represent the traditional medical culture of the German health care system. These macro- and meso-level structures complicate the professional development of therapeutic health professionals, as well as the development of workforce management in terms of interdisciplinarity, cooperation and task shifting.

The results show a significant need for action and further research. The scientific evaluation of new regulation models for the access to allied health professions requires a system perspective that integrates all actors at the levels of the health system.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VII
1. Einleitung	1
2. Hintergrund	4
2.1 Strukturelle Rahmenbedingungen	4
2.1.1 Rechtliche Grundlagen	6
2.1.2 Heilmittelrichtlinien und Heilmittelkatalog	6
2.1.3 Heilmittelverordnungen	7
2.1.4 Leistungserbringung und Vergütung	9
2.2 Direct Access	10
2.2.1 Nationale Entwicklungen	12
2.2.1.1 Ergebnisse der Modellprojekte	15
2.2.1.2 Implementierung des Direct Access	18
2.2.2. Internationale Entwicklungen	20
2.3 Das Heilmittel Logopädie in Deutschland	24
2.3.1 Definition Heilmittel	25
2.3.2 Definition Logopädie	27
2.3.3 Aktuelle berufliche und berufspolitische Situation	28
2.3.4 Qualifikation	34
2.3.4.1 Akademisierung	35
2.3.4.2 Forschung	42
2.4 Professionen	44
3. Theoretischer Rahmen	47
4. Methode	54
4.1 Narratives Literaturreview	55
4.2 Dokumentenanalys	56
4.3 Auswertung	58
5. Ergebnisse	61
5.1 Narratives Literaturreview	61
5.1.1 Notwendige Kompetenzen	62
5.1.2 Kooperation mit der Ärzteschaft	65
5.1.3 Gesundheitsökonomische Aspekte	67
5.1.4 Patientensicht	71
5.1.5 Zentrale Kategorien	73

5.2 Dokumentenanalyse.....	75
5.2.1 Ebene der Krankenkassen.....	78
5.2.2 Ebene des G-BA	80
5.2.3 Ebene der Politik.....	81
5.2.4 Ebene der Ärzteschaft	83
5.2.5 Ebene der Heilmittelerbringer	84
5.2.6 Zentrale Kategorien	87
5.3 Vergleich der Kategoriensysteme	91
6. Diskussion.....	94
6.1 Bedeutung des Direktzugangs für das Heilmittel Logopädie.....	94
6.2 Rahmenbedingungen für das Regulierungsmodell	99
6.3 Perspektiven für das deutsche Gesundheitssystem	105
6.4 Limitationen	107
7. Fazit und Ausblick	110
Literaturverzeichnis	VIII
Anhang.....	XXXII

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APTA	American Physical Therapy Association
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
ASPHER	Association of Schools of Public Health in the European Region
BA	Bundesagentur für Arbeit
BÄK	Bundesärztekammer
BALD	Bund für Ausbildung und Lehre in der Diätetik
BDSL	Bundesverband deutscher Schulen für Logopädie e. V.
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BIG gesund	Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit
BKK	Betriebskrankenkasse
BKQM	Bundeskommision für Qualitätsmanagement des dbI
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMJV	Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz
BVPRM	Berufsverband der Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
CPD	Continuing professional development
CPLOL	Comité Permanent de Liason des orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne
CR	Clinical Reasoning
CSP	Chartered Society of Physiotherapy
DA	Direct Access
dba	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*innen Lehrvereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V.
dbI	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
dbs	Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Lo- gopädie e. V.
DGSS	Deutsche Gesellschaft für Sprechwissenschaft und Sprecherziehung e. V.
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPMR	Deutschen Gesellschaft für physikalische und rehabilitative Medizin
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
Drs.	Drucksache

DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.
EBM	Evidence Based Medicine
EBP	Evidence Based Practice
Eco-FPHW	European Competencies Framework für the Public Health Workforce
EQR	Europäischen Qualifikationsrahmen
EUPHA	European Public Health Association
FCP	First Contact Practitioner
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GesinE	Gesundheitsberufe in Europa
GFR	Gesundheitsforschungsrat des Bundesministeriums für Bildung und Forschung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
HeilM-RL	Heilmittelrichtlinie
HHVG	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz
HM	Heilmittel
HME	Heilmittelerbringer*innen
HVG	Hochschulverbund Gesundheitsberufe
ICD	International Classification of Diseases
IFK	Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V.
IKK	Innungskrankenkasse
IKK BB	Innungskrankenkasse Brandenburg Berlin
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LogAPrO	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden
LogopG	Gesetz über den Beruf des Logopäden
NHS	National Health System
NPM	New Public Management
PfWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PQS	Primärqualifizierende Studiengänge
SGB	Sozialgesetzbuch
SHV	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V.

SPA	Speech Pathology Australia
StaBA	Statistisches Bundesamt
SVR-Gesundheit	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
VAST	Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen
Vdek	Verband deutscher Ersatzkassen
VDES	Verband Deutscher Ergotherapie Schulen e. V.
VDLS	Verband Deutscher Logopäden und Sprachtherapeutischer Berufe e. V
VLL	Verband für Leitende Lehrkräfte an Schulen für Physiotherapie Deutschland e. V.
VLLP	Verband Leitender Lehrkräfte an Podologieschulen e. V.
VPT	Verband Physikalische Therapie e. V.
WCPT	World Confederation for Physical Therapy
WD	Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages
WHO	World Health Organization
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Vergleich der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V	18
Tab. 2: Gestuftes Qualifikationskonzept im NHS	23
Tab. 3: Berufsgruppen und Interessenvertretungen im Bereich der Logopädie und Sprachtherapie	34
Tab. 4: EQR-Niveau der Abschlüsse in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen in ausgewählten EU-Ländern.....	42
Tab. 5: Dimensionen der Professionalisierung in der Logopädie.....	46
Tab. 6: Systemischer Rahmen für den Direktzugang in Deutschland.....	53
Tab. 7: Kriterien zur Auswahl der Studien.....	55
Tab. 8: Kriterien zur Auswahl der Dokumente	57
Tab. 9: Identifizierte Studien	61
Tab. 10: Notwendige Kompetenzen eines FCP	65
Tab. 11: Übersicht der Haupt- und Unterkategorien der Studien.....	74
Tab. 12: Identifizierte Dokumente	75
Tab. 13: Übersicht der Haupt- und Unterkategorien der Dokumente.....	88
Tab. 14: Gegenüberstellung der Kategoriensysteme.....	93
Tab. 15: Synthese der Studieninhalte	XXXV
Tab. 16: Synthese der Dokumenteninhalte.....	LXXVII
Tab. 17: Kodierleitfaden Studien.....	LXXX
Tab. 18: Kodierleitfaden Dokumente.....	LXXXI

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Derzeitiges System der Leistungserbringung und -vergütung in der Heilmittelversorgung	10
Abb. 2: Mögliches System der Leistungserbringung und -vergütung in der Heilmittelversorgung bei dem Direktzugang	11
Abb. 3: Leistungsausgaben der GKV von 1994-2018	26
Abb. 4: Heilmittelausgaben der GKV von 1994-2018	27
Abb. 5: Anteil der Leistungsbereiche am Umsatz im Bereich Heilmittel der GKV 2017.....	29
Abb. 6: Entwicklung des Fachpersonals im Bereich Sprachtherapie und Logopädie	29
Abb. 7: Zahl der Auszubildenden im Bereich der Logopädie pro Schuljahr	35
Abb. 8: Übersicht über generelles methodisches Vorgehen	54
Abb. 9: Vorgehen bei Analyse der Studienergebnisse.....	58
Abb. 10: Vorgehen bei der Dokumentenanalyse	59
Abb. 11: Ausgaben für die GKV-Leistungsbereiche 2017.....	XXXII
Abb. 12: Muster 14: Heilmittelverordnung zu Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	XXXIII
Abb. 13: Meilensteine in der Akademisierung der Logopädie.....	XXXIII
Abb. 14: Regionale Unterschiede bei sprachtherapeutischen Behandlungen und Kosten.....	XXXIV

1. Einleitung

Die aktuellen demographische und epidemiologische Entwicklung und die damit einhergehende Zunahme von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen mit einem vermehrten Behandlungsbedarf lassen auch die Bedeutung des Versorgungssegments „Heilmittel“ (HM) innerhalb des deutschen Gesundheitssystems steigen (SVR-Gesundheit, 2006; 2018). Die therapeutischen Gesundheitsfachberufe sind mittlerweile auf der politischen Agenda angekommen und werden zunehmend auch als wichtiges Public-Health-Thema anerkannt. Aus dieser Perspektive gewinnen die Themen „Governance“ und „staatliche Regulierung“ des Gesundheitsfachpersonals in der Debatte um Fachkräftesicherung in der allgemeinen Gesundheits- und auch HM-Versorgung an Bedeutung (Kuhlmann et al., 2018a; Barbazza et al., 2015; Maier, 2015; Dieleman & Hilhorst, 2011).

Ein Regulierungsmodell, das in Deutschland seit mehreren Jahren diskutiert wird, ist der Direktzugang („Direct Access“). Derzeit ist die ambulante HM-Erbringung zulasten der Kostenträger nur mit einer vertragsärztlichen Verordnung möglich. Das Regulierungsmodell widerstrebt den gültigen gesetzlichen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems. In vielen anderen europäischen Ländern (z. B. Großbritannien, Niederlande) ermöglicht der Direct Access die HM-Behandlung ohne ärztliche Weisung (BMBF, 2014).

Unter den Akteuren herrschen hierzu kontroverse Meinungen. In aktuellen Debatten fordern die sprachtherapeutischen Berufsverbände mit dem Direktzugang einen größeren Entscheidungsspielraum in der Behandlung von Patient*innen (dba et al., 2017). Aufgrund der aus dem Direktzugang resultierenden erweiterten Handlungsautonomie für Therapeut*innen, steht dieses Modell unweigerlich mit der Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe im Zusammenhang.

Während der politische Dialog in diesem Bereich bereits Fortschritte erzielt hat, mangelt es, trotz der Relevanz des Themas, noch immer an Untersuchungen und Ansätzen aus der Public-Health-Perspektive. Klassische Theorien zur Professionalisierung repräsentieren die therapeutischen Berufe oft nicht gut. In der deutschen Debatte ist insbesondere problematisch, dass die vorhandene Literatur häufig auf Ansätze der Mikroebene beschränkt ist, die die Rolle von (Gesundheits-)berufen als kollektive Akteure und die Position der Verbände in den Governance-Regelungen des deutschen Gesundheitssystems nicht erklären können (Kuhlmann, 2006).

Der Hauptvorteil eines Governance-Ansatzes in der Forschung über Gesundheitspersonal besteht in seiner Fähigkeit, verschiedene Ebenen und Akteure (Makro- und Mikroansätze) zu erforschen und systematisch miteinander zu verbinden (Kuhlmann et al., 2018). Vor diesem Hintergrund bezieht sich diese Arbeit auf einen systemischen Ansatz der European Public Health Association (EUPHA) und konzentriert sich dabei auf Fragen der Makro-Meso-Ebene sowie die Berufsverbände als Akteure.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Möglichkeiten und Schwierigkeiten des Regulierungsmodells „Direktzugang“ aus Sicht der gesundheitspolitischen Akteure zu analysieren. Es soll untersucht werden, welche Meinungsbilder in der nationalen Debatte vertreten werden und welche Themen eine zentrale Rolle spielen. Dabei soll auch hinterfragt werden, welche Konsequenzen der Direktzugang für die Makro-Mesoebene in Bezug auf Ökonomie und Versorgungsqualität hat.

Nachstehende Forschungsfragen sollen in dieser Untersuchung behandelt werden:

- Welche Möglichkeiten und Schwierigkeiten erwarten die Akteure des deutschen Gesundheitssystems hinsichtlich des Direktzugangs?
- Welche Themen spielen in der deutschen Debatte über den Direktzugang eine zentrale Rolle?
- Welche Konsequenzen hat der DA für die Makro-Mesoebene?
- Wie kann das deutsche Gesundheitssystem von internationalen Regulierungsmodellen profitieren?

Das zweite Kapitel gibt einen Überblick über den Hintergrund dieser Arbeit. Zunächst werden dafür die Rahmenbedingungen der HM-Versorgung in Deutschland kurz beschrieben. Dies umfasst sowohl die Struktur des deutschen Gesundheitssystems, als auch rechtliche Voraussetzungen sowie Grundlagen der Leistungserbringung und –vergütung. Daran schließt sich eine Begriffserklärung des Direktzugangs mit einer Zusammenfassung aktueller nationaler und internationaler Entwicklungen zu Regulierungsmodellen mit erweiterter Handlungsverantwortung für therapeutische Gesundheitsfachberufe an. Bei der folgenden Vorstellung des HM Logopädie liegt der Schwerpunkt auf der aktuellen beruflichen und berufspolitischen Situation sowie auf der Qualifikation der Berufsangehörigen. Zudem werden Grundlagen zu Professionen und Professionalisierung kurz erläutert.

Der theoretische Rahmen dieser Arbeit wird in Kapitel 3 vorgestellt. Dafür werden aktuelle theoretische Überlegungen zu Professionen und der staatlichen Regulierung aufgearbeitet und anschließend auf die hiesige Fragestellung fokussiert.

Im weiteren Schritt wird auf das auf der Basis der Forschungsfragen konstruierte methodische Vorgehen dieser Untersuchung detailliert eingegangen. Dies gliedert sich in zwei Arbeitsphasen, welche einerseits ein narratives Literaturreview als auch die Analyse von Dokumenten aus dem deutschen Kontext umfassen. Darauf folgt eine umfangreiche Darstellung der Ergebnisse (Kapitel 4).

In der Diskussion werden die Untersuchungsergebnisse kritisch reflektiert und vor dem Hintergrund der theoretischen Überlegungen interpretiert. Es werden ebenfalls perspektivische Ansätze für das deutsche Gesundheitssystem aufgezeigt. Zudem wird auf die Limitationen dieser Arbeit eingegangen. Abschließend wird ein Fazit aus den Ergebnissen dieser Arbeit gezogen sowie ein Ausblick auf potenzielle zukünftige Entwicklungen und Forschungsbedarfe gegeben (Kapitel 7).

2. Hintergrund

In diesem Kapitel werden relevante Begrifflichkeiten definiert. Um die Stellung der Logopädie im deutschen Gesundheitssystem nachvollziehen zu können, muss ein Blick auf die aktuelle Situation geworfen sowie auf die gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der logopädischen Leistungserbringung Bezug genommen werden. Anschließend wird das Konzept Direktzugang im nationalen sowie internationalen Kontext theoretisch aufgearbeitet. Dies umfasst sowohl eine Analyse der dafür notwendigen Voraussetzungen als auch der bisherigen politischen Entscheidungen in diesem Themenfeld.

Der Direktzugang geht mit einer großen Berufsautonomie einher, weshalb der Professionalisierungsprozess innerhalb der Logopädie dargelegt und von verschiedenen Perspektiven beleuchtet wird.

2.1 Strukturelle Rahmenbedingungen

„Mehr als andere Versorgungsbereiche wird die Hilfs- und HM-Versorgung durch eine hohe Zahl von Verträgen mit Leistungsanbietern auf der Verbandsebene und auf der Ebene der einzelnen Krankenkassen und im Ergebnis durch eine schwierig zu überblickende Vertragslandschaft geprägt“ (SVR-Gesundheit, 2006, S. 196). Als Heilmittelerbringer*innen (HME) trifft dies auch auf Logopäd*innen zu. Im Folgenden sollen die verschiedenen Gesetze und Richtlinien, die die logopädische Versorgung in Deutschland regulieren, kurz dargelegt werden.

Formgebend für die Struktur des Gesundheitssystems ist das Bismarck'sche Sozialversicherungsmodell, das auf der im Jahr 1883 gegründeten gesetzlichen Krankenversicherung beruht. Seither gelten Solidarität und Selbstverwaltung als oberste Prinzipien. So sind neben der weitreichenden staatlichen Regulierung legitimierte Organisationen der Zivilgesellschaft zentral in diesem System. Die Notwendigkeit der staatlichen Regulierung ergibt sich aus der Verpflichtung des Staates zur Daseinsvorsorge für die Bürger nach Art. 20 und 28 des Grundgesetzes, die auch eine ausreichende Versorgung im Krankheitsfall einschließt (Busse et al., 2017).

Das Strukturmerkmal der Solidarität ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Versicherungsbeiträge nicht nach einem individuellen Risiko, sondern nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten richten. Seit 2007 herrscht für alle Bürgerinnen und Bürger mit Wohnsitz in Deutschland eine Versicherungspflicht. Etwa 10 Prozent der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland sind Versicherte der Privaten Krankenversicherung (PKV). Dadurch, dass ca. 90 Prozent der deutschen Wohnbevölkerung in der GKV versichert sind, kommt den Grundsätzen der GKV eine zentrale und grundlegende Bedeutung für das gesamte Gesundheitssystem zu (Simon, 2017).

Die Versicherten der GKV erhalten die Leistungen in Form von Sachleistungen, wie Arzneimittel oder Hilfsmittel, und personenbezogenen Dienstleistungen, z. B. ärztliche Behandlung oder Heilmittel (HM). Die Leistungserbringenden erhalten ihre Vergütung von den Krankenkassen. Hierzu schließen die Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern ab, in denen sich die Leistungserbringer zur Behandlung und Versorgung der Versicherten und die Krankenkassen zur Zahlung vereinbarter Vergütungen verpflichten. Die Verantwortung für die Planung und Finanzierung der stationären Versorgung obliegt den Bundesländern. Die ambulante Versorgung wird durch die Krankenkassen und nichtstaatliche Leistungserbringer verhandelt, die im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben die Modalitäten der Leistungserbringung regeln (Klemperer, 2015).

Grundlegend ist ebenfalls das Prinzip der Selbstverwaltung. Die Gestaltung der Gesundheitspolitik obliegt in Deutschland nicht dem Staat allein. Staatliche Aktivitäten begrenzen sich auf die Rahmensetzung und die Rechtsaufsicht. Das Bundesministerium für Gesundheit ist für Gesetzesentwürfe, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften zuständig. Die aktive Ausführung und Umsetzung dieser Regelungen ist Aufgabe der selbstverwaltenden Organe. Durch dieses System der korporatistischen Steuerung werden Verbände und Organisationen der Kostenträger und Leistungserbringer in Regelungs- und Entscheidungsprozesse einbezogen. Selbstverwaltungsorgane haben dafür die Rechtsform der Körperschaften des öffentlichen Rechts erhalten (§ 4 Abs. 1 SGB V) und übernehmen als mittelbare Staatsverwaltung für ihren Bereich ausgelagerte staatliche Aufgaben (Simon, 2017). Zu den selbstverwaltenden Organen seitens der Leistungserbringer gehören die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und deren Bundesvereinigungen (KBV und KZBV). Auf Seiten der Ausgabenträger besteht die korporatistische Ebene aus den GKVen sowie dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (Busse et al., 2017).

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem wichtigsten Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung, sind Vertretungen des GKV-SV, der K(Z)BV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie Vertretungen der Patient*innen und unparteiische Mitglieder repräsentiert (Busse et al., 2017). Ihm kommt die bedeutsame Aufgabe zu, „die gesetzlichen Regelungen durch untergesetzliche Vorschriften dergestalt zu konkretisieren, dass sie im Alltag von Ärzt[*innen] und Krankenkassen umgesetzt werden können“ (Badtke, 2014, S. 75). „Durch die Formulierung von Qualitätskriterien kann der G-BA den Leistungskatalog der GKV fixieren und erweitern. Er bildet damit das für die Allokation im Gesundheitswesen relevanteste Entscheidungsorgan“ (SVR-Gesundheit, 2006, S. 54).

2.1.1 Rechtliche Grundlagen

Das SGB V gibt den gesetzlichen Rahmen für die Versorgung mit logopädischen Leistungen vor. Die Beziehung zwischen GKV und HME ist im § 125 SGB V festgelegt. „Zu den zur Zeit verfügbaren Steuerungselementen in der HM-Versorgung zählen Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkasse bzw. Verbänden der Ersatzkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 84 Abs. 8 SGB V) sowie Rahmenempfehlungen, die zwischen Spitzenorganisationen der HM-Anbieter auf der Bundesebene geschlossen werden (§ 125 SGB V)“ (SVR-Gesundheit, 2006, S. 183). Der GKV-SV und die Spitzenorganisationen der HME auf Bundesebene geben gemäß § 125 Abs. 1 SGB V gemeinsam Rahmenempfehlungen für eine einheitliche Versorgung mit HM ab. Diese Empfehlungen bilden die Grundlage für die Vertragsverhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Spitzenverbänden der HME, bei denen Preise und Einzelheiten über die jeweiligen HM-Leistungen festgelegt werden. Neben den gesetzlichen Regelungen des SGB V und Richtlinien des G-BA, wird die Versorgung mit logopädischen Leistungen von der Vertragspolitik der gesetzlichen Krankenkassen und den Berufsverbänden bedingt.

Gemäß § 11 Abs. 1 SGB V haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf die zur Behandlung einer Krankheit notwendigen Leistungen. Das Angebot an HM im Leistungskatalog der GKV wird durch die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des G-BA eingegrenzt und konkretisiert. Sie regelt die Verordnungsfähigkeit von HM durch Vertragsärzt*innen sowie, im Rahmen des Entlassmanagements, durch Krankenhäuser. Auf die HeilM-RL wird im folgenden Kapitel näher eingegangen.

2.1.2 Heilmittelrichtlinien und Heilmittelkatalog

Die HeilM-RL des G-BA ist ein zentraler Bestandteil der Rahmenbedingungen der HM-Versorgung und gilt bundesweit für alle Krankenkassen einheitlich (Schröder et al., 2005). „Zusammengefasst werden in [der] HeilM-RL die konkretisierten Voraussetzungen normiert, die erfüllt sein müssen, um eine bestimmte Leistung zulasten der Krankenkasse erbringen und abrechnen zu können“ (Badtke, 2014, S. 77). Sie regelt damit die Zusammenarbeit zwischen den verordnenden Ärzt*innen und dem die Leistung erbringenden Therapeut*innen (HME) über spezielle Inhalte und zielt gemäß § 1 der HeilM-RL auf die Sicherung und wirtschaftliche Versorgung der Versichertengemeinschaft mit HM ab (Nolte, 2017). Im Rahmen verschiedener gesetzlich vorgeschriebener Kostensenkungsmaßnahmen wurde im Jahr 1992 die HeilM-RL für die Vertragsärzt*innen der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Sie bezieht sich auf ärztliche Verordnungen für Masseur und Medizinische Ba-

demeister, Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie. Steigende Ausgaben der GKV in den Jahren 2002 und 2003 gaben Anlass zu einer Novellierung der Richtlinie mit dem Ziel der weiteren Kostendämpfung. Am 01. Juli 2004 trat die Neufassung als untergesetzliche Norm in Kraft (SVR-Gesundheit, 2006). Die aktuelle Fassung wurde zuletzt im September 2017 geändert. Sie gilt seit dem 1. Januar 2019 (G-BA, 2017a).

Die aktuelle Fassung setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Der erste Teil enthält in Richtlinien-texten allgemeine Regelungen der Leistungserbringung und der Zusammenarbeit der Akteure. Der zweite Teil ist der Heilmittelkatalog, der die Zuordnung der HM zu Indikationen enthält. Der Heilm-RL kann so entnommen werden, welche HM bei welchen Indikationen als verordnungsfähig und welche als nichtverordnungsfähig festgelegt wurden (Badke, 2014). Als Voraussetzung für die Verordnung neuer HM gilt, dass der G-BA diesen zuvor den therapeutischen Nutzen anerkannt und Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung gegeben hat. Für dieses Verfahren gilt die Verfahrensordnung des G-BA (G-BA, 2017b). Im Allgemeinen umfasst die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen nur Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V).

Der Heilmittelkatalog umfasst diagnosebezogene medizinische Inhalte. Die Erkrankungen und Störungen, die die Verordnung eines HM begründen, werden nach einem im Heilmittelkatalog beschriebenen System klassifiziert und als Indikationen bezeichnet (Waltersbacher, 2018). Dabei wird festgelegt, welche HM in welchen Mengen bei welchen Diagnosen (Diagnosegruppen) im Regelfall zu einer medizinisch angemessenen und wirtschaftlichen Versorgung führen, weswegen der Heilmittelkatalog im Regelfall als Leitfaden zur Verordnung dient. Die durch den Katalog vorgegebenen HM und verordnungsfähigen Mengen gründen auf praktischen Erfahrungswerten (G-BA, 2017b).

2.1.3 Heilmittelverordnungen

Die Versorgung der Versicherten mit HM steht unter dem Vorbehalt der vertragsärztlichen Verordnung. „Eine Verordnung ist eine Delegation originär ärztlicher Behandlungsmaßnahmen auf selbstständig arbeitende Hilfskräfte“ (Badtke, 2014, S. 54).

Die gesetzlichen Vorgaben, in welchem Ausmaß die ärztliche Weisung die HM-Behandlung bestimmt, divergieren innerhalb der heilmittelerbringenden Berufsgruppen. Besonders umfassend ist die HM-Abgabe in der Physiotherapie reguliert. „Größere Freiräume bestehen in

der Ergotherapie und – noch stärker – in der Logopädie“ (Borgetto & Siegel, 2009, S. 176). Seit Verabschiedung des Logopädengesetzes im Jahr 1980 haben Logopäd*innen das Recht auf Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung eine logopädische Diagnostik durchzuführen, anhand derer das therapeutische Vorgehen zu planen, und diese als Leistungsposition bei der GKV abzurechnen. In der Physiotherapie existiert die Abrechnungsposition der Diagnostik nicht und auch die physiotherapeutische Befunderhebung wird nicht gesondert durch die GKV vergütet. Die logopädische Berufsgruppe ist zudem hinsichtlich der anzuwendenden Maßnahmen, anders als in der Physiotherapie, nicht an die ärztliche Weisung gebunden. Bei Verordnungen für physikalische Therapie bestimmt die Ärztin oder der Arzt die spezifische therapeutische Methode. Für die Durchführung und Abrechnung einzelner Maßnahmen der physikalischen Therapie müssen Physiotherapeut*innen nach Abschluss ihrer regulären Ausbildung sogenannte Zertifikatskurse absolvieren (GKV-SV, 2005). HM-Verordnungen erfolgen grundsätzlich anhand der inhaltlichen und formalen Anforderungen der aktuell gültigen HeilM-RL (SVR-Gesundheit 2018). Eine Verordnung für Logopädie umfasst folgende Informationen (Abb. 12):

- Persönliche Daten der Patient*innen (Name, Geburtsdatum, Krankenkasse)
- Angaben zur verordnenden ärztlichen Fachperson
- Angaben zur Spezifizierung der Verordnung
 - Erst-/Folgeberordnung/Verordnung außerhalb des Regelfalls
 - Hausbesuch (ja/nein)
 - Einforderung eines Therapieberichtes (ja/nein)
- Verordnungsdatum und ggf. Behandlungsbeginn
- Indikationsschlüssel nach Heilmittelkatalog
- ICD 10-Code
- Diagnose und Leitsymptomatik
- Verordnete Menge der Therapieeinheiten
- Frequenz der Therapie
- Ggf. spezifische Therapieziele
- Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls.

Da bei der Verordnung von HM das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt, sind die Vertragsärzt*innen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung mit der möglichen Folge eines Regresses unterworfen. Die

verordnenden Ärzt*innen müssen dementsprechend die fachgruppenspezifische Richtgröße für das Volumen der verordneten HM beachten (Badtke, 2014). Auch HME müssen die Inhalte der Verordnung insoweit prüfen, „als [dass] sie nur auf der Basis einer gültigen Verordnung mit den für eine wirksame und wirtschaftliche HM-Therapie notwendigen ärztlichen Angaben leisten dürfen“ (Badtke, 2014, S. 56). Die Prüfpflicht bezieht sich auf inhaltliche und formelle Korrektheit, Plausibilität und Vollständigkeit. HME dürfen Leistungen, die unwirtschaftlich oder nicht notwendig sind, nicht erbringen. Die HM-Verordnung ist demnach lediglich bindend, wenn sie mit der HeilM-RL übereinstimmt (Badtke, 2014). Ist eine Verordnung fehlerhaft oder unvollständig ausgefüllt, muss diese durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt geändert werden. Angaben zur Therapiefrequenz kann der HME unter vorheriger Rücksprache mit der vertragsärztlichen Fachperson eigenständig ändern (SVR-Gesundheit, 2018, S. 634).

2.1.4 Leistungserbringung und Vergütung

Gemäß dem Sachleistungsprinzip nehmen Patient*innen logopädische Leistungen in Anspruch, ohne dafür eine Rechnung von dem Leistungserbringer zu erhalten (Hajen et al., 2017). Die Gesundheitsleistung Logopädie wird als Dienstleistung erbracht. Patient*innen, Ärzt*innen, Krankenkassen und Logopäd*innen sind Mitwirkende eines komplexen Versorgungsprozesses, „in dem die Beauftragung einer Leistung, ihre Erbringung und ihre Vergütung getrennt sind“ (Schuster, 2015, S. 20).

Die Abrechnung erfolgt vertragsgemäß am Ende eines Monats direkt mit den einzelnen Krankenkassen oder durch ein von dem jeweiligen Leistungserbringer beauftragtes Abrechnungszentrum (vdek, 2019). Die Versorgungsausgaben für HM setzen sich aus der Menge der erbrachten Leistungen (Mengenkomponente) und der dafür festgelegten Vergütung der Leistungserbringer (Preiskomponente) zusammen. Während die Verhandlung der Preiskomponente in Kollektivverträgen zwischen GKV und Berufsverbänden stattfindet, erfolgt die Verhandlung der Mengenkomponente in Form von Ausgabenvolumina zwischen den Krankenkassen und den KVen (Neubauer et al., 2011) (siehe Abb. 1).

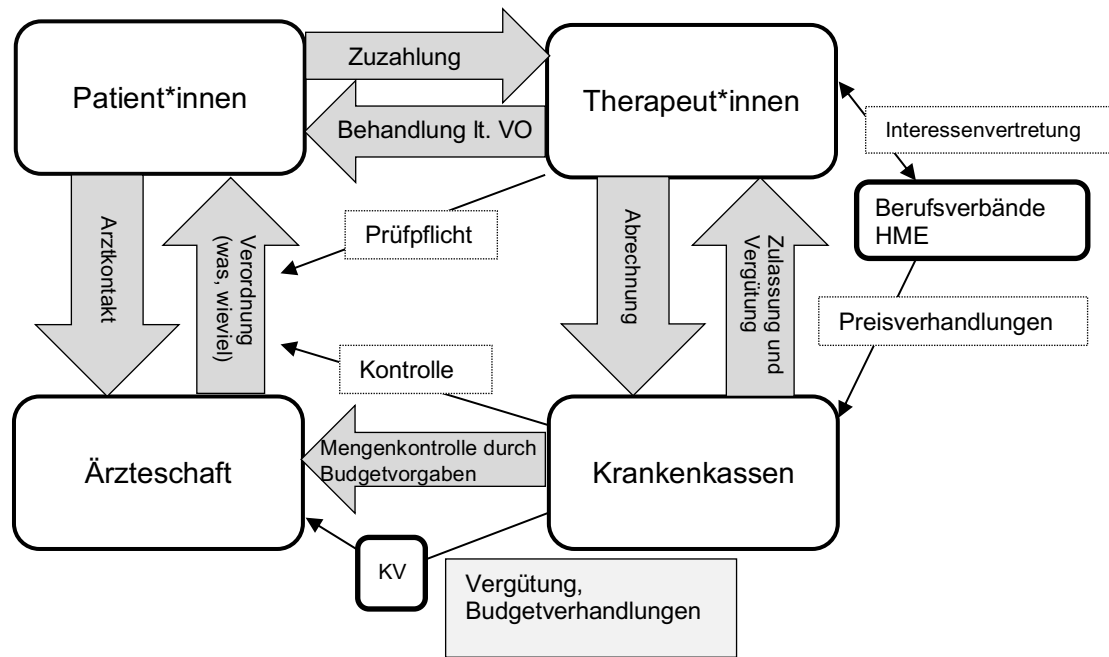


Abb. 1: Derzeitiges System der Leistungserbringung und -vergütung in der Heilmittelversorgung
 Quelle: eigene Darstellung (in Anlehnung an Schuster, 2015, S. 20)

2.2 Direct Access

Gemäß der gültigen HeilM-RL ist die Abgabe von HM-Leistungen zum aktuellen Zeitpunkt, wie im vorhergehenden Abschnitt beschrieben, lediglich auf Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung möglich. Dementgegen können Patient*innen bei dem Direktzugang, auch Direct Access (DA), ein therapeutisches HM ohne eine ärztliche Verordnung oder Überweisung erhalten (Zalpour, 2008). Der DA ist demzufolge ein offener Zugang zu Leistungen der Logopädie, der Physiotherapie oder der Ergotherapie. In der Literatur werden für den Direktzugang die Begriffe „Primärkontakt“, „open acces“, „first contact“, „self-referral“, „primary contact“, „first contact professional autonomy“ synonym verwendet (Mischker, 2018, S. 3). Bei dem DA würden Aufgaben und Entscheidungen, die derzeit der Ärzteschaft obliegen, an therapeutische HME übergeben werden (Abb. 2). 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

Therapeut*innen, die im DA tätig sind, definiert Zalpour (2008, S. 105) als „First Contact Practitioner“. Der Status des First-Contact-Practitioner (FCP) erlaubt diesen HME eine eigenständige Diagnostik, Behandlung und Prognose über den weiteren Erkrankungsverlauf der Patient*innen (Zalpur, 2008). Falls erforderlich, kann an ärztliches oder psychotherapeutisches Fachpersonal verwiesen werden (Mischker, 2018). Diese Definitionen sollen für die vorliegende Arbeit gelten.

Im Falle des DA würden, wie bereits erwähnt, ärztliche Aufgaben von HME übernommen. Die Diskussion um eine Verteilung der Aufgaben im Gesundheitssystem ist nicht neu. Bereits im Jahr 2007 plädierte der SVR-Gesundheit für eine Neuordnung von Zuständigkeiten. In seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 empfiehlt er diesbezüglich kleinschrittig vorzugehen und ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zu delegieren. Die Delegation meint in diesem Zusammenhang die „Übertragung der Durchführungskompetenz zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten in eigener Verantwortung ([Entscheidung] über das ‚Wie‘)“ (Schabram, 2010, S. 1). Ein weiterer Schritt wäre die Substitution ärztlicher Leistungen. Das bedeutet, dass die Entscheidungskompetenz bzw. Anordnungskompetenz (Entscheidung über das „Ob“) übertragen wird, wie es auch bei dem DA der Fall wäre (Link-Eichhorn, 2013; Schabram, 2010).

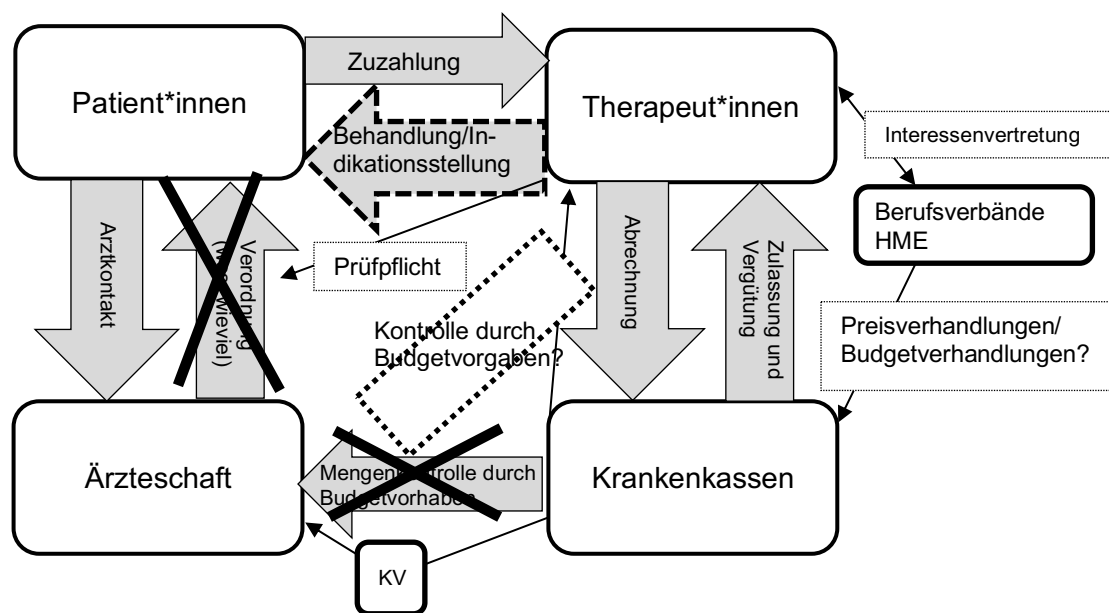


Abb. 2: Mögliches System der Leistungserbringung und -vergütung in der Heilmittelversorgung bei dem Direktzugang
 Quelle: eigene Darstellung (in Anlehnung an Neubauer, 2010, S. 16)

Sowohl in Deutschland als auch insbesondere im internationalen Kontext wird in Bezug auf die Delegation und Substitution im Gesundheitssystem und deren Umsetzung auf Makro-

und Mesoebene geforscht (z. B. Maier, 2015; Dreier et al., 2012; Redaelli et al. 2009). In verschiedenen Konzeptrahmen kommt dem „task shifting“ eine essentielle Rolle zu (wie Czabanowska et al., 2019; Kuhlmann et al., 2018; WHO, 2008). Zur Umstrukturierung der Tätigkeiten in Deutschland schlägt der SVR-Gesundheit (2018) die Initiierung und Evaluation von regionalen Modellprojekten mit dem Ziel der Stärkung der Interdisziplinarität innerhalb der Berufe und der Förderung der Eigenständigkeit der Gesundheitsfachberufe vor. Bei einem positiven Outcome sollten die Versorgungsformen im Anschluss flächendeckend eingeführt werden. Ein bereits durchgeführtes Modellprojekt zur Delegation im HM-Bereich in Deutschland wird im folgenden Unterkapitel vorgestellt. Vor dem Hintergrund aktueller Diskussionen über die Neuordnung rückt der Direktzugang als neues Regulationsmodell in den Fokus.

Es existiert insgesamt sehr wenig Literatur zum Direktzugang zur Logopädie. Jedoch wurden in Deutschland sowie im internationalen Kontext einige Studien zum Direktzugang zur Physiotherapie veröffentlicht, von denen die Logopädie profitieren kann. Im Hinblick auf die übergeordnete Betrachtung des Direktzugangs als Regulierungsmodell, sind auch diese Studien für die vorliegende Arbeit von großer Bedeutung. Jedoch müssen dabei berufsspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden.

2.2.1 Nationale Entwicklungen

Im Jahr 2005 sprach sich der SVR-Gesundheit für Maßnahmen zur Verbesserung der HM-Versorgung in Deutschland aus. 2007 forderte er dann eine Aufgabenverschiebung im Gesundheitssystem durch eine Dezentralisierung von Leistungen und das Schaffen von Entlastungsstrukturen für die Ärzteschaft (SVR-Gesundheit, 2007). Durch die Umsetzung von Aufgaben durch nicht-ärztliche Berufsgruppen sollen ebendiese aufgewertet und Effizienzreserven erschlossen werden (Nast et al., 2018). Seither wurden verschiedene Projekte bezüglich der Delegation von Leistungen, insbesondere mit Pflegepersonal oder medizinischen Fachangestellten in Deutschland initiiert (z. B. Schüler, 2013; Mergenthal et al., 2013). Der Direktzugang geht allerdings einen Schritt weiter, da er als Substitution einzelner ärztlicher Leistungen gilt. Eine seit Anbeginn praktizierte Form des DA für nicht-ärztliche Berufe ist die Schwangerenbetreuung bis nach der Entbindung durch Hebammen (Galert, 2016). Auch von Seiten der HME gab es zunehmend Forderungen nach einer größeren Verantwortung und mehr Handlungsspielräumen (z. B. Höppner, 2007).

In vielen Nationen hat sich das Regulationsmodell des Direktzugangs durchgesetzt. Deutschland gehört noch nicht zu den Ländern, in denen der Direktzugang zu heilmitteler-

bringenden Disziplinen innerhalb des Leistungskatalogs der GKV möglich ist. Allerdings ist der direkte Zugang über den Umweg der sektoralen Heilpraktikererlaubnis seit 2009 für Selbstzahler und Privatversicherte durch die Rechtsprechung erlaubt. Mit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts von dem 19. August 2009 (BVerwG 3 C 19.08) kann eine auf die jeweilige Berufstätigkeit beschränkte Heilpraktikererlaubnis bei dem zuständigen Gesundheitsamt beantragt werden. Absolvieren Therapeut*innen zusätzlich zur Berufs- eine Heilpraktikerausbildung, ist es möglich über die Grenzen der Berufsausbildung hinauszugehen und eine auf den jeweiligen Bereich beschränkte Heilpraktikererlaubnis zu erlangen, sodass eine eigenständige Leistungserbringung ohne ärztliche Zuweisung möglich ist (Berner, 2009). Die Regelungen hierzu sind nicht bundeseinheitlich und somit abhängig von den jeweiligen Bundesländern, was zu uneinheitlichen Zulassungsbedingungen und rechtlichen Grauzonen führt. Bestandteile der Prüfung sind die Diagnostik von Krankheiten sowie das Erkennen von sogenannten „Red Flags“ (absolute Kontraindikationen für nicht-ärztliche Leistungen) (Galert, 2016, S. 105). Zunächst war das Modell des Teilgebiets-Heilpraktikers nur Physiotherapeut*innen vorbehalten. Allerdings wurde durch ein Urteil des Verwaltungsgerichts Baden-Württemberg am 23. März 2017 bestätigt, dass diese Teilerlaubnis auch für die Logopädie zulässig ist (Az 9 S 1899/16). Auf diese Weise ist auf dem begrenzten Gebiet eine Leistungsabgabe in Form von Erstdiagnose und therapeutischer Behandlung ohne eine ärztliche Verordnung möglich. Dies eröffnet Patient*innen einen direkten Zugang zu sektoralen Heilpraktiker*innen.

Die heilpraktische Behandlung ist jedoch prinzipiell nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten. Sie ist deswegen lediglich eine Selbstzahler- oder PKV-Leistung und somit nur einem bestimmten Teil der Bevölkerung zugänglich (Galert, 2016). Dies ist ein Grund, warum die sektorale Heilpraktikererlaubnis von Berufsverbänden kritisch betrachtet wird. Er stelle das berufliche Selbstverständnis der Physiotherapie infrage und sei keine Alternative zum Direktzugang. Der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) sieht ihn als berufspolitische Sackgasse für die Forderung nach dem DA für alle Versicherten (IFK, 2019). Des Weiteren ist zu bedenken, dass die Erlaubnis zur sektoralen Heilkunde kein Qualifikationsnachweis ist, sondern lediglich ein Nachweis darüber, dass der Leistungserbringer über ausreichende Kompetenzen verfügt, den Patient*innen ohne ärztlichen Kontakt nicht zu schaden. Die Regelung hat auch seitens des Münsteraner Kreises, ein interdisziplinärer Zusammenschluss von Expertinnen und Experten auf dem Gebiet der komplementären und alternativen Medizin, Widerspruch forciert, da den weitreichenden Befugnissen bei der heilpraktischen Tätigkeit eine minimalistische Grundbildung jenseits der anerkannten wissenschaftstheoretischen Grundlagen gegenübersteht. Er plädiert aus diesem Grund für eine zusätzliche, fachspezifische Ausbildung auf Fachhochschulniveau, die Vertretungen der

nicht- oder teilakademischen Gesundheitsfachberufe zur Ausübung fachspezifischer Heilkunde qualifiziert (Münsteraner Kreis, 2017).

Parallel zu diesen Entwicklungen wurde den Empfehlungen des SVR-Gesundheit nachgegangen und durch den § 63 Abs. 3b SGB V des 2008 verabschiedeten Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) eine Möglichkeit geschaffen, Formen der Aufgabenverteilung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen von Modellvorhaben zu erproben. So war auch die Umsetzung von Modellvorhaben, in denen Physiotherapeut*innen mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes die „Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen“ können, gesetzlich legitimiert. Es wird betont, dass es sich bei den Modellvorhaben nicht um die Erprobung der sogenannten „Blankverordnung“ handelt, da Patient*innen eine reguläre HM-Verordnung erhalten, mit der sie dann in bestimmten Physiotherapiepraxen am Modellprojekt teilnehmen können (Grosch, 2015). Die Therapeut*innen können die Behandlung der Patient*innen in der Untersuchungsgruppe auf Basis der Diagnose, des Indikationsschlüssels und der Leitsymptomatik und im Rahmen der Vorgaben des Heilmittelkatalogs selbstständig gestalten. De facto entspricht das Vorgehen innerhalb der Modellgruppen der Projekte trotz der grundlegenden Vollverordnung den sogenannten Blankverordnungen. Eine Blankverordnung ist eine ärztliche Verordnung, die den behandelnden HME mehr Entscheidungsspielraum überlässt. Die therapeutische Behandlung erfolgt, wie bei der gültigen Form der HM-Verordnung, auf der Grundlage der Diagnose durch die kassenärztliche Fachperson. Die HME legen hingegen eigenständig die Art, Frequenz und Dauer der Therapie fest. Der Arztkontakt bleibt in diesem Modell verpflichtend. Die Versorgung zentriert sich hierbei weiterhin auf die ärztliche Fachkraft, welche als Ansprechperson fungiert und das Erfordernis der therapeutischen Intervention bestimmt. Zwar wird der Heilmittelkatalog in diesem Fall nicht außer Kraft gesetzt, aber HME können HM-Kombinationen verwenden, die der aktuelle Katalog nicht vorsieht, aus therapeutischer Sicht aber wirksam und sinnvoll erscheinen (Galert, 2016).

Bei der Betrachtung der Publikationen fällt auf, dass die unzureichende Differenzierung in dem Bereich zu einer allgemeinen divergenten Verwendung der Begrifflichkeit Blankverordnung in Bezug auf die Modellvorhaben führt. In dieser Arbeit wird aufgrund der erheblichen Ähnlichkeit der Designs beider Studien mit den Gegebenheiten der Blankverordnung ebenfalls selbiger Begriff genutzt.

Die Öffnung durch Modellprojekte zum DA als substitutives Konzept auf der oben genannten rechtlichen Grundlage ist nicht möglich, da es mit dem Arztvorbehalt gemäß § 15 Abs. 1 SGB V kollidieren würde. Dieser verbietet jegliche Modellprojekte zum DA im herkömmlichen Sinne.

2.2.1.1 Ergebnisse der Modellprojekte

Vor dem Hintergrund des § 63 Abs. 3b SGB V sind zwei Modellprojekte von verschiedenen physiotherapeutischen Berufsverbänden in Kooperation mit Krankenkassen durchgeführt worden. Ursprüngliches Ziel war die Erprobung eines direkten Zuganges, was die gesetzlichen Regelungen jedoch nicht zuließen.

2010 beschlossen der IFK und die Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG direkt gesund) in Zusammenarbeit mit der regionalen KV die gemeinsame Umsetzung eines Modellvorhabens zum Direktzugang zur Physiotherapie in Deutschland, welches am 01.06.2011 startete und zum 31.12.2017 endete (Nast et al., 2018). Die Evaluation erfolgte durch die Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Das Modellprojekt wurde in einer prospektiven randomisierten kontrollierten Studie durchgeführt, an der 40 HM-Praxen in den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Westfalen-Lippe und Berlin teilnahmen. Die Physiotherapeut*innen sollten mindestens über zwei Jahre Berufserfahrung und spezielle Weiterbildungsnachweise verfügen. Eingeschlossen wurden Patient*innen mit muskuloskelettalen Erkrankungen ab 18 Jahren. Von den 630 Teilnehmenden wurden 334 der Modellgruppe und 296 der Kontrollgruppe zugeordnet. Bei allen teilnehmenden Patient*innen wurde die Therapie ärztlich verordnet. Bei den Patient*innen der Modellgruppe wurde den behandelnden HME jedoch nur die Diagnose, aber nicht die ärztliche Anordnung kommuniziert. Für diese Gruppe entschieden die behandelnden Physiotherapeut*innen über Art, Frequenz und Dauer der Therapie. Die Kontrollgruppe erhielt die Leistungen der Regelversorgung (Nast et al., 2018).

Zum Ende der Studie lagen Daten zu 296 Patient*innen in der Kontroll- und 334 Patient*innen in der Modellgruppe vor. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte bezüglich der Art und Menge der HM deutliche Unterschiede in den Gruppen. In der Kontrollgruppe wurde zumeist „Allgemeine Krankengymnastik“ angewandt, während in der Modellgruppe ein Mix aus aktiven und passiven Methoden gewählt wurde.

In der Modellgruppe wurden trotz einer leicht höheren Behandlungsfrequenz insgesamt weniger HM-Einheiten abgegeben. Auch die Behandlungsdauer der Patient*innen im Mittel um zwei Wochen kürzer als in der Kontrollgruppe. War die Behandlung ärztlich detailliert verordnet, dauerte sie 11,8 Wochen, in der Modellgruppe war sie mit 9,7 Wochen signifikant kürzer. Im Vorher-nachher-Vergleich zeigten beide Gruppen „statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserungen hinsichtlich der schmerz-, lebensqualitäts- und funktionsbezogenen Parameter auf“ (Nast et al., 2018, S. 6). In der Modellgruppe waren die Verbesserungen zum Teil statistisch signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Die Zufriedenheit der Patient*innen unterschied sich zwischen den Gruppen nicht.

Im Hinblick auf die Kosten für die physiotherapeutischen HM zeigte sich nach sechs Monaten und bezogen auf den gesamten Behandlungszeitraum von 12 Monaten kein signifikanter Unterschied. Ebenso war die Zahl der Tage mit Arbeitsunfähigkeit vergleichbar. Für die Modellgruppe gibt die Studie Behandlungskosten von 221 Euro sowie für die Kontrollgruppe Behandlungskosten von 210 Euro an. In der Gesamtkostenbetrachtung war im Behandlungszeitraum somit ebenfalls kein signifikanter Unterschied festzustellen. Auch sechs Monate nach Behandlungsbeginn konnte kein signifikanter Unterschied verzeichnet werden. Die Kosten für ärztliche Leistungen waren bei Patient*innen, die die Blankoverordnung erhielten, um 22 Euro geringer. Die Autor*innen fassen zusammen, dass es trotz des erweiterten Freiraumes in der Physiotherapie nicht zu einer Kostenausweitung im Behandlungszeitraum gekommen ist. Die Behandlungsqualität und die Patientenzufriedenheit in beiden Gruppen ist vergleichbar. Ferner ist die Behandlung in der Modellgruppe schneller abgeschlossen (Nast et al., 2018). Der IFK schlussfolgert daraus, dass die ärztliche Weisung unerheblich für die physiotherapeutische Versorgung sei (Repschläger, 2018).

Den zweiten Modellversuch im Rahmen der genannten Rechtsgrundlage führten der Verband Physikalische Therapie (VPT) in Kooperation mit der IKK Brandenburg und Berlin (IKK BB) durch. Die Alice Salomon Hochschule Berlin war mit der wissenschaftlichen Auswertung des Projektes betraut. Dieses Projekt startete ebenfalls im Jahr 2011, wobei die ersten drei Jahre als Vorbereitungs- und Testphase dienten. Die Intervention umfasste die Jahre 2014 bis 2016. In den Bereichen Brandenburg und Berlin nahmen 27 HM-Praxen teil. Voraussetzung für die Physiotherapeut*innen waren eine dreijährige Berufserfahrung sowie der Nachweis über spezifische Fortbildungen. Als Einschlusskriterien für die Patient*innen wurde ein Alter von 18 bis 70 Jahre sowie die Diagnose einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes definiert. Die Patient*innen wurden als Matched Pairs (1:4) der Modell- oder der Kontrollgruppe zugeteilt. Die Modellgruppe wurde nach der Blankoverordnung behandelt. Dieser Gruppe waren 196 Personen zugeordnet. An der nachfolgenden Patientenbefragung nahmen 121 Personen teil. In der Kontrollgruppe erhielten 784 Patient*innen physiotherapeutische Versorgung konventionell nach einer Vollverordnung des Vertragsarztes (Räbiger, 2017a).

Auch in dieser Studie zeigte sich, dass die Behandelnden der Interventionsgruppe andere Maßnahmen einsetzten als in der Kontrollgruppe gemäß des HMK verordnet wurden. Die Zahl der Behandlungen war in der Modellgruppe fast dreimal so hoch wie in der Kontrollgruppe. Patient*innen mit Blankoverordnungen erhielten im Mittel 21,4 Behandlungseinheiten, solche mit Vollverordnungen aber nur 8,1 Anwendungen. Die Behandlung dauerte in der Modellgruppe mit 42 Tagen pro Patient*in im Median länger als in der Kontrollgruppe (17 Tage), was vermutlich auf die höhere Anzahl der Einheiten zurückzuführen ist. Die Zu-

friedenheit der Patient*innen, in der Bewertung des Behandlungsprozesses, war in der Gruppe, die nach der Blankoverordnung behandelt wurde, signifikant höher als in der Kontrollgruppe.

Auch andere positive Effekte werden genannt. Der gefühlte Gesundheitszustand verbesserte sich in der Interventionsgruppe stärker. Darüber schätzen die Patient*innen die Wirksamkeit der Behandlung höher ein (Räbiger, 2017b). Aufgrund der deutlich höheren Zahl an Behandlungen und einer längeren Behandlungsdauer, wurden in der Modellgruppe höhere Kosten verursacht. Diese lagen mit knapp 240 Euro im Median und mit einem Mittelwert von 270 Euro pro Patient*in deutlich über den Werten der herkömmlichen Versorgungspraxis mit einem Mittelwert von knapp 98 Euro und 90 Euro im Median. Laut Räbiger (2017c) gebe es jedoch Hinweise auf eine bessere Nachhaltigkeit der Behandlung in der Interventionsgruppe, die den erhöhten Kosten einen größeren Nutzen gegenüberstelle. Eine vollständige Kosten-Nutzen-Analyse sei allerdings nicht Ziel des Projektes gewesen. Die Mengenausweitung wird als bedarfsorientiertes Loslösen in der Therapieentscheidung von herkömmlichen Begrenzungen gedeutet. Das freiere Handeln und Entscheiden der HME führe so zu einer subjektiv größeren Wirksamkeit und Zufriedenheit auf Seiten der Patient*innen.

Betrachtet man beide Studien vergleichend fällt auf, dass die Ergebnisse sehr unterschiedliche Bilder liefern (Tab. 1).

In dem Modellversuch des VPT und der IKK BB stiegen die Behandlungskosten in der Modellgruppe, wohingegen sie in dem Modellprojekt des IFK und der BIG gesund nahezu gleich blieben. Eine Übereinstimmung ist hinsichtlich der therapeutischen Methoden erkennbar. Insgesamt wählten die Physiotherapeut*innen in den Modellgruppen andere Kombinationen von Verfahren und vermehrt Eigenübungen. Dies lässt auf ein eigenverantwortliches Handeln unter Berücksichtigung der Kompetenzen schließen. Zudem kann vermutet werden, dass dies einen stärkeren Einbezug sowie eine größere Eigenverantwortlichkeit der Patient*innen bedeutet.

Es ist auch festzustellen, dass der Modellversuch des VPT und der IKK BB keinen Vergleich der Gesamtkosten, der physiotherapeutischen Behandlung je nach Versorgungsart, wie beispielsweise Auswirkungen auf Häufigkeit der Arztkontakte oder Krankenhausaufenthalte, beinhaltet. Anzumerken ist hier, dass nur ein Teil des Versorgungsprozesses in dem Projekt abgebildet wurde und die Blankoverordnung beispielsweise bei Berücksichtigung der Kosten für ärztliche Konsultationen Auswirkungen auf die Gesamtkosten hätten haben können.

Tab. 1: Vergleich der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V

	Studie I	Studie II
<i>Durchführung</i>	Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) und der Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG direkt gesund)	Verbands Physikalische Therapie (VPT) und der Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin (IKK BB)
<i>Evaluation</i>	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften	Alice Salomon Hochschule Berlin
<i>Dauer</i>	2011-2017	2011-2016
<i>Region</i>	Westfahlen-Lippe, Berlin	Brandenburg, Berlin
<i>Teilnehmende HME</i>	40 Modellpraxen	27 Modellpraxen
<i>Teilnehmende Patient*innen</i>	Modellgruppe: 334 Kontrollgruppe: 296	Modellgruppe: 196 Kontrollgruppe: 784
<i>Anzahl der Anwendungen</i>	Modellgruppe: 15,8 Kontrollgruppe: 14,7	Modellgruppe: 21,4 Kontrollgruppe: 8,1
<i>Durchschnittl. Kosten der Behandlung pro Patient*in (Euro)</i>	Modellgruppe: 221 Kontrollgruppe: 210	Modellgruppe: 270 Kontrollgruppe: 98

Quelle: eigene Darstellung (zugrundeliegende Daten: Rübiger, 2017a; 2017b; 2017c; Nast et al., 2018)

2.2.1.2 Implementierung des Direct Access

Die Blankoverordnung ist bei der Interessenvertretung der Physiotherapie nicht unumstritten. In Bezug auf die Regulierung des Zuganges zu Physiotherapie sind sich die physiotherapeutischen Verbände uneinig. Der VPT sieht die Blankoverordnung als ersten Schritt zur Ausweitung der beruflichen Autonomie und als Übergangsmo­dell zum Direktzugang (VPT, 2016). Der IFK fordert den weitreichenden Reformansatz des Direktzugangs, ohne Blankoverordnung als Zwischenschritt (IFK, 2019).

Die Frage Blankoverordnung oder Direktzugang hat neben der berufspolitischen insbesondere eine makropolitische Dimension. Die Forderung nach der Erprobung des Direktzugangs durch Modellvorhaben wird nicht nur durch die HME selbst laut (SHV, 2016), sondern kommt auch von Seiten der Politik. Die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU-CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag veröffentlichte 2015 das Positionspapier „Heilmittelerbringer direkter in die Versorgung einbinden“ (CDU/CSU, 2015), in dem sie die Umsetzung der Blankoverordnung sowie die Evaluation des Direktzugangs als Ziel formuliert.

Bei der 88. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Jahr 2015 sprachen sich die Gesundheitsminister der Länder für die Übernahme eigenständiger Versorgungsverantwortung durch therapeutische Gesundheitsfachberufe aus. Sie forderten das Bundesgesundheitsmi-

nisterium (BMG) auf, zu prüfen, ob durch eine gesetzliche Änderung Modellvorhaben zulasten der GKV bei bestimmten Indikationen ermöglicht werden könnten (GMK, 2015). Ein Jahr später ging die GMK noch weiter und plädiert dafür, dass der Gesetzgeber eine rechtliche Grundlage für Modellvorhaben zur Erprobung des Direktzugangs schafft (GMK, 2016). Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates schloss sich der Bitte der GMK an und in seinem Entschließungsantrag plädierte dafür, über die Blankoverordnung hinaus gesetzliche Rahmenbedingungen für die modellhafte Erprobung des Direktzugangs zu schaffen (Gesundheitsausschuss des Bundesrates, 2016). Abgeordnete der der Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN forderten im November 2016 mit ihrem Antrag „Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen“ dazu auf, die Blankoverordnung in die Regelversorgung zu überführen sowie Voraussetzungen zur Erprobung des Direktzugangs zu schaffen (Deutscher Bundestag, 2016b).

Mit dem 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wurden „zur Stärkung der Verantwortung der Heilmittelerbringer“ unter § 64d SGB V Modelle zur Blankoverordnung vorgeschrieben, die verpflichtend bundesweit in allen Ländern durchgeführt werden sollen. Dabei sollen die Krankenkassen gemeinsam mit den Verbänden der HME die Durchführung der Modellprojekte vereinbaren. Die vertragsärztlich festgestellte Indikation und Diagnose bleibt weiterhin Voraussetzung für die therapeutische Leistung. Das BMG entschied sich demzufolge gegen einen weiteren Schritt und die Durchführung von Modellvorhaben zum Direktzugang. Die Ergebnisse der Modellprojekte sollten die Grundlage für die Entscheidung darstellen, ob die Blankoverordnung ein sinnvolles Steuerungsmodell für die Regelversorgung in Deutschland sein kann.

Nach Einführung des HHVG fordern Abgeordnete der Partei DIE LINKE unter anderem „[...] den Direktzugang zu HM-Praxen in Modellvorhaben in belastbarem Umfang zu erproben und rasch zu evaluieren“ (Deutscher Bundestag, 2018b, S. 2). Die Bundesregierung zeigt bezüglich des Direktzugangs eine ablehnende Haltung. Die Erprobung sei nicht geplant, da die diagnostische Tätigkeit im Kompetenzbereich der Ärzteschaft liege bzw. ärztlichen Sachverstand erfordere (Deutscher Bundestag, 2018d).

Am 11. Mai 2019 trat das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in Kraft. Die Bundesregierung verfolgte damit das Ziel einer schnelleren Terminvergabe und einer verbesserten Patientenversorgung. Im Rahmen dieser Gesetzesänderungen wurde der § 64d SGB V zur Durchführung von Modellvorhaben zur Blankoverordnung aufgehoben (Deutscher Bundestag, 2019c). Anstelle dessen soll die Blankoverordnung ohne die geplante vorherige Durchführung der Modellprojekte in die Regelversorgung überführt werden. Auf Bundesebene müssen bis zum 15. November entsprechende Verträge geschlossen werden. Ab 2021 könnten Blankoverordnungen ausgestellt werden (BMG, 2019).

Ebenso wie die Rahmenbedingungen der Modelle zur Erprobung erweiterter Versorgungsverantwortung der HME auf Meso- und Makroebene spielen die Einstellungen der Therapeut*innen und der Patient*innen hierzu eine wichtige Rolle. Beyerlein (2010) führte eine Befragung von rund 800 Physiotherapeut*innen in Süd- und Westdeutschland durch, um die Einstellungen und deren Einflussgrößen zum Direktzugang zu untersuchen. Dabei zeigte sich, dass 75,7 Prozent der Befragten den DA befürworteten. 61,8 Prozent schätzten ihre eigene Kompetenz ohne zusätzliche Weiterbildung als hinreichend ein, um innerhalb dieses Modells zu praktizieren. „Signifikanten Einfluss auf die Befürwortung und das Zutrauen zum DA haben Berufserfahrung, Fortbildung, Geschlecht, Status der beruflichen Tätigkeit, Arbeitsbereich, Arbeitszeit und der Anteil orthopädischer Patient[*innen]“ (Beyerlein, 2010, S. 1).

Bei einer im Raum Berlin durchgeführten Patientenbefragung sprachen sich knapp drei Viertel (73 Prozent) der insgesamt 110 Befragten für den Direktzugang zur Physiotherapie aus, vorausgesetzt die Konsultation erfolge mit bekanntem Krankheitsbild. Die Blankoverordnung befürworteten etwa 80 Prozent der Teilnehmenden. Unter den insgesamt 60 befragten Physiotherapeut*innen in Berlin fühlten sich 87 Prozent für das Versorgungsmodell der Blankoverordnung ausreichend qualifiziert, 77 Prozent für den DA (Meißner et al., 2010).

2.2.2. Internationale Entwicklungen

Gegensätzlich zu Deutschland wurde in vielen anderen europäischen und nicht-europäischen Ländern der Direktzugang eingeführt (Weeber, 2017; BMBF, 2014; Department of Health, Sørensen, 2009; 2008; Holdsworth et al., 2008). Dazu wurden einige Studien veröffentlicht, die erste Hinweise auf Chancen und Grenzen geben (Swinkles et al., 2014; Kroezen et al., 2011; Holdsworth et al., 2008). Auf sie wird in Kapitel 5 näher eingegangen.

Beispielländer mit Direct Access (Weeber, 2017):

- Australien
- USA (abhängig von Bundesstaat)
- Neuseeland
- Kanada
- Schweden
- Finnland
- Norwegen
- Niederlande
- Großbritannien

Im internationalen Kontext herrschen, verglichen mit Deutschland, jedoch völlig andere Ausbildungs- und Praxisbedingungen für therapeutische HM-Berufe (Borgetto, 2013), die auch mit einem divergierenden task-shifting innerhalb der Gesundheitssysteme im Zusammenhang stehen (Maier, 2015; Bury, Stokes, 2013b). Hinzu kommt, dass die gesetzlichen Grundlagen für die Ausbildungen der therapeutischen Gesundheitsfachberufe in Deutschland seit Langem nicht grundlegend aktualisiert wurden. „So stammt das Ergotherapeutengesetz aus dem Jahr 1976, das Gesetz über den Beruf des Logopäden von 1980 und die Berufszulassungsgesetze [...] für [...] Physiotherapeut[*innen] vom Ende der 1980er [...], ohne dass diese signifikante Aktualisierungen erfahren hätten“ (BMBF, 2014, S. 190). Diese Situation lässt sich in Frankreich, Großbritannien und den Niederlanden nicht finden (BMBF, 2014).

Der DA als globales Modell wird in 46 Bundesstaaten der USA praktiziert und wurde in Australien, trotz Gegenwehr der Mediziner, vor mehreren Jahrzehnten eingeführt (Beyerlein et al., 2011). Europaweit haben Schweden, Finnland, Schottland, Großbritannien und die Niederlande Erfahrungen mit dem Steuerungskonzept (Räbiger & Schmidt, 2018; BMBF, 2014). Die weltweiten Entwicklungen begannen im US-Bundesstaat Nebraska, in dem der DA seit dem Jahr 1957 zugelassen ist, und schwerpunktmäßig in den 1970er-Jahren in Australien (SVR-Gesundheit, 2018; Weeber 2017; APTA, 2016; Beyerlein et al., 2011). Angetrieben durch den Wunsch nach mehr Verantwortung entstand ein eigener Forschungszweig für den Bereich der therapeutischen Gesundheitsfachberufe. Im Zuge der Professionalisierung entwickelten die Berufsverbände einen Verhaltenskodex zur Patientensicherheit und Leitlinien zu den Themen beruflicher Haftung und Recht. Eines der ersten DA-Modelle entstand beim US-amerikanischen Militär, mit dem Ziel, die Versorgung verletzter Soldaten so zu optimieren, dass sie möglichst schnell wieder einsatzbereit waren (Weeber, 2017).

Ein im Jahr 2013 publizierter Survey über 23 von insgesamt 27 europäischen Mitgliedsstaaten der World Confederation for Physical Therapy (WCPT) zeigt, dass in 12 von 23 dieser Nationen ein direkter Zugang zu Physiotherapie möglich ist. Bury und Stokes (2013a) merken an, dass der DA häufiger im privaten Sektor, außerhalb der allgemeinen Gesundheitsversorgung stattfindet. Im gleichen Jahr veröffentlichen die Autorinnen eine Untersuchung mit globaler Perspektive. Das Ziel dieser Studie war es, den direkten Zugang zu physiotherapeutischen Leistungen in den Mitgliedsorganisationen WCPT im Kontext der Gesundheitssysteme aufzuzeigen. Die Ergebnisse machten deutlich, dass sowohl nationale Physiotherapieverbände (89 Prozent) als auch die Öffentlichkeit (84 Prozent) direkten Zugang befürworteten, wobei politische Entscheidungsträger (35 Prozent) und Ärzt*innen (16 Prozent) in deutlich geringerem Ausmaß für den DA plädierten (Bury, Stokes, 2013b).

Als erstes europäisches Land erhielt Schweden 2004 den vollständigen Direktzugang (Leinich, 2014). Finnland folgte ein Jahr später. Eine Untersuchung zur dortigen Implementierung des DA ergab, dass die Mehrzahl der befragten Physiotherapeut*innen die Umsetzung des Modells unproblematisch empfand. Einige sahen jedoch Schwierigkeiten in der notwendigen zusätzlichen Qualifizierung (Töytäri, 2019).

Ebenfalls Großbritannien hat den DA in weiten Teilen eingeführt (Middelton, 2017). Innerhalb des britischen Gesundheitssystems kann die Bevölkerung den DA als Leistung im Sinne der gesetzlich definierten Leistungserbringung im Rahmen des National Health Services (NHS) in Anspruch nehmen (BMBF, 2014). Jedoch ist es nicht jedem therapeutischen Leistungserbringer gestattet, einen direkten Zugang anzubieten. Im NHS sind die Gesundheitsfachberufe nach einem gestuften Qualifizierungsmodell organisiert (Tab. 2), das mit jeweilig erweiterten Handlungskonzepten einhergeht. Für die Physiotherapie existiert hier beispielsweise ein Karriererahmen, welcher zwischen Level 5 und 9 die Stufen „junior physiotherapist“, „senior physiotherapist“, „advanced physiotherapist/specialist physiotherapist“, „consultant physiotherapist“ und „director of physiotherapy“ (Tab. 2) vorsieht, denen jeweils spezifische Aufgaben und Kompetenzen zugeordnet sind (BMBF, 2014; CSP, 2013; NHS, 2010). Die in Großbritannien etablierte Ebene der Hilfsberufe, („assistants“ oder „support workers“), die therapeutischen Fachkräfte mit höherem Qualifikationslevel unterstützen, existiert in den Ländern Frankreich, Deutschland, Österreich sowie in den Niederlanden nicht (BMBF, 2014). Bei einer Befragung von in der Physiotherapie tätigen Migrierten im Rahmen der GesinE-Studie verglich eine Befragte „[...] das Aufgabenspektrum deutscher Physiotherapeut[*innen] mit dem eines ‚junior physiotherapist‘ oder teilweise sogar eines Assistenten, da man als ‚senior physiotherapist‘ oder ‚advanced practitioner‘ in GB über erweiterte Kompetenzen verfügt, die in [Deutschland] zu den Aufgaben von Ärzt*innen gehören“ (BMBF, 2014, S. 118). Hier zeigt sich, dass das task-shifting in Großbritannien weitaus stärker eingesetzt wird als in Deutschland.

Tab. 2: Gestuftes Qualifikationskonzept im NHS

Level 9	More Senior Staff	Aufgaben mit umfassender Verantwortung und Rechenschaftspflicht	Qualifikationsstufen für med. Fachpersonal
Level 8	Consultant Practitioner	Sehr hohe klinische Expertise, Verantwortung für Planungs- und Managementprozesse	
Level 7	Advanced Practitioner	Erweiterte Handlungskompetenz (z. B. FCP), hohes Maß an Können und Wissen durch Weiterqualifikation und Erfahrung	
Level 6	Senior Practitioner	Aufgaben mit höherer Autonomie und Verantwortung (Qualifikation durch Fortbildung oder Berufserfahrung)	
Level 5	Practitioner	Eigenständige Berufsausübung innerhalb der Gesundheitsfachberufe auf Grundlage einer Berufsausbildung (meist auf Bachelorebene)	
Level 4	Assistant Practitioner	Routine- oder standardisierte Aufgaben unter Aufsicht des medizinischen Fachpersonals	Helfer-/Assistenzqualifikationen
Level 3	Senior Healthcare Support Workers	Umfassendere (Planungs-)Aufgaben als Healthcare Support Workers (Qualifikation durch Weiterbildung oder Berufungsverfahren)	
Level 2	Healthcare Support Workers	Arbeiten unter Aufsicht des medizinischen Fachpersonals, Unterstützung bei Versorgungsaufgaben	
Level 1	Support Workers	Nicht-klinische Aufgaben, die geringe formale Bildung erfordern	

Quelle: eigen Darstellung (in Anlehnung an BMBF, 2014, S. 51)

Die Umsetzung gestufter Qualifikationsmodelle in den Gesundheitsfachberufen ist in Großbritannien, gefolgt von den Niederlanden, am weitesten vorangeschritten (BMBF, 2014). Es sind sowohl Helfer- und Assistenz Tätigkeiten als auch weiterführende fachliche Spezialisierungen möglich, die mit einer „erheblichen Kompetenz- und Autonomieerweiterung der Berufsangehörigen verbunden“ sind (BMBF, 2014, S. 188).

Länderabhängig nehmen jährlich ca. 40 bis 60 Prozent der Patient*innen in 40 Ländern den DA zur Physiotherapie in Anspruch (Leemrijse et al., 2008; Ojha et al, 2014; Bury & Stokes, 2013b). Der Direktzugang zur Physiotherapie wurde in den jeweiligen Ländern überwiegend auf der Grundlage von Modellvorhaben in die Gesundheitssysteme eingeführt (Sørensen, 2009; Department of Health, 2008; Holdsworth et al., 2008).

In den Niederlanden besteht seit 2006 die Möglichkeit eines direkten Zugangs zu physiotherapeutischen Leistungen. Die Option des Direktzugangs besteht inzwischen auch zu den Leistungen weiterer Gesundheitsfachberufe, z. B. Ergotherapie und Logopädie (BMBF, 2014). Für die dortige Bevölkerung besteht eine Versicherungspflicht. Jedem Nutzer des Gesundheitssystems steht ein Basisleistungspaket zu. Daneben können freiwillig verschiedene private Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. Die meisten Krankenversiche-

rungen erstatten die HM-Behandlungen in begrenztem Maße. Allerdings ist die Wahl der Leistungserbringer teilweise eingeschränkt. Unter chronischen Erkrankungen leidende Patient*innen benötigen weiterhin ärztliche Verordnungen für die Leistungserstattung. Das niederländische DA-Modell stützt sich auf spezifische Grundlagen in der Ausbildung des therapeutischen Fachpersonals. Das dortige Studium beinhaltet ein Pflichtmodell mit den Inhalten Differentialdiagnostik, Screening und Kooperation mit Hausärzt*innen, das die Leistungserbringer befähigt (aber nicht verpflichtet) den DA anzubieten (Räbiger, Schmidt, 2018). Therapeut*innen, die bereits vor dem 1. Januar 2016 ihre Ausbildung absolviert haben, müssen diese Qualifizierung in verpflichtenden Kursen erwerben, damit sie weiterhin im Qualitätsregister aufgeführt werden. Um die Möglichkeit des DA in der Bevölkerung bekannt zu machen, wurde eine nationale Werbekampagne initiiert (Swinkels et al., 2014).

Der gesetzlichen landesweiten Einführung dieses Regulierungsmodells ging auch hier eine mehrjährige Modellphase voraus. Leemrijse et al. (2008) sowie Swinkels et al. (2014) werten die Ergebnisse der Implementierung aus. Die Forschungsgruppe um Swinkels (2014) berichtete, dass eine steigende Anzahl der Patient*innen den DA in Anspruch nimmt. Leemrijse et al. (2008) beschreiben in einem Erfahrungsbericht wie sich die Physiotherapie durch die Einführung des Erstkontakts in den Niederlanden verändert hat. Ihre Evaluation ergab, dass Patient*innen im DA durchschnittlich weniger Therapieeinheiten erhielten und ihr Therapieziel schneller erreichten als Patient*innen, die ärztlich überwiesen wurden. Insgesamt konnte festgestellt werden, dass der Direktzugang die meisten im Vorfeld erwarteten Auswirkungen erfüllte. Angesichts der großen Inanspruchnahme, scheinere der Direktzugang dem Bedarf der Bevölkerung zu entsprechen. Die meisten Physiotherapeut*innen beurteilten den DA positiv und stellten eine größere Anerkennung und Verantwortung innerhalb des beruflichen Handelns heraus (Bossen et al., 2011). Dem gegenüber stünden leichte Unsicherheiten in der Therapieentscheidung und ein erhöhter administrativer Aufwand (Swinkels et al., 2014; Bossen et al., 2011).

2.3 Das Heilmittel Logopädie in Deutschland

In diesem Kapitel werden gesetzliche Grundlagen der Berufsausübung beschrieben. Zudem werden einige Angaben zur beruflichen und berufspolitischen Situation der Logopäd*innen in Deutschland gemacht. Darüber hinaus wird das Thema Qualifikation in diesem Berufsgebiet unter der Berücksichtigung aktueller Entwicklungen dargestellt.

In dieser Arbeit soll ein spezifischer Blick auf die Logopädie geworfen werden. Jedoch gibt es im Feld der therapeutischen Gesundheitsfachberufe oder HME zahlreiche Überschneidungen. Daher sollen hinsichtlich ausgewählter Themen Besonderheiten durch eine verglei-

chende Sichtweise herausgestellt werden. An einigen Stellen wird auf die gesamte Gruppe des HM-Bereiches Bezug genommen.

2.3.1 Definition Heilmittel

HM im Sinne des SGB V sind personalintensive, von entsprechend qualifizierten Therapeut*innen persönlich erbrachte nicht-ärztliche medizinisch-therapeutische Versorgungs- oder Dienstleistungen. Zu den von dem G-BA anerkannten HM zählen Maßnahmen der

- Physikalischen Therapie und Physiotherapie
- Podologischen Therapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (die meist unter dem Begriff Sprachtherapie zusammengefasst werden)
- Ergotherapie
- Ernährungstherapie (§ 2 Abs. 1 HeilM-RL).

HM dürfen nur von nach § 124 SGB V zugelassenen Anbietern erbracht werden (SVR-Gesundheit, 2006). Voraussetzung für die Abgabe der oben genannten HM zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ist eine vertragsärztliche HM-Verordnung, an die die jeweilige zugelassene therapeutische Fachkraft gebunden ist. Vertragsärzt*innen dürfen sie sowohl zu kurativen als auch zu präventiven Zwecken verordnen, wenn sie „notwendig sind, um

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern“ (§ 3 Abs. 1 HeilM-RL).

Die Datenlage zu der HM-Versorgung in Deutschland ist, verglichen mit Daten der Arzneimittelversorgung, dürftig. Jedoch hat sie sich in den letzten Jahren durch die Einführung des Heilmittel-Informationssystems verbessert (Borgetto & Sieger, 2009; Schröder et al., 2005).

Dem Gutachten des SVR-Gesundheit (2006) ist zu entnehmen, dass die HM-Ausgaben in dem Zeitraum von 1970 bis 2004 stark angestiegen sind. Es wird weiter betont, dass das Versorgungssegment der HM-Versorgung jedoch bisher „kaum im Zentrum gesundheitspoli-

tischer Initiativen“ stand (SVR-Gesundheit, 2006, S. 157). Erst in den letzten Jahren ist es im Rahmen von Diskussionen und durch Gesetzesentwürfe und Beschlüsse weiter in das Blickfeld der Politik gerückt.

Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen beliefen sich im Jahr 2017 insgesamt auf 218 Mrd. Euro. Davon machen Ausgaben für HM-Leistungen einen vergleichsweise kleinen Anteil von 2,9 Prozent aus. Dies entspricht 6,56 Mrd. Euro (Abb. 11). „In den letzten fünf Jahren stiegen die Leistungsausgaben insgesamt um knapp 19,2 Prozent, die Ausgaben für HM währenddessen um 23,8 Prozent“ (Waltersbacher, 2018, S. 9). Die folgenden Grafiken veranschaulichen die Entwicklung der Ausgaben der GKV für die gesamten Leistungen (Abb. 3) sowie speziell für die Heilmittelleistungen (Abb. 4). Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Abstände zwischen den Jahreszahlen nicht gleichmäßig sind. Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) hält lediglich Daten für die abgebildeten Jahre vor (GBE, 2019).

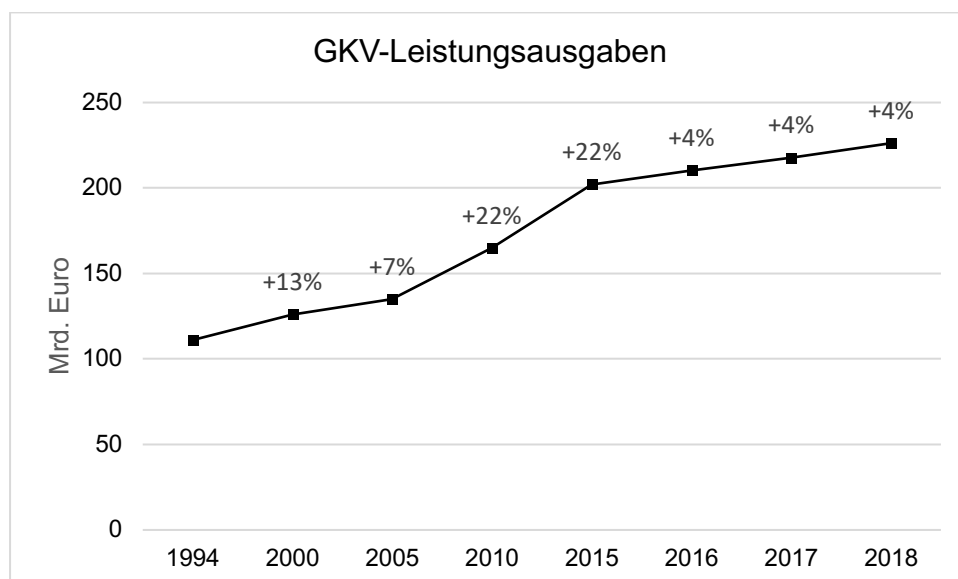


Abb. 3: Leistungsausgaben der GKV von 1994-2018
Quelle: eigene Darstellung (zugrundeliegende Daten: GBE, 2019, o. S.)

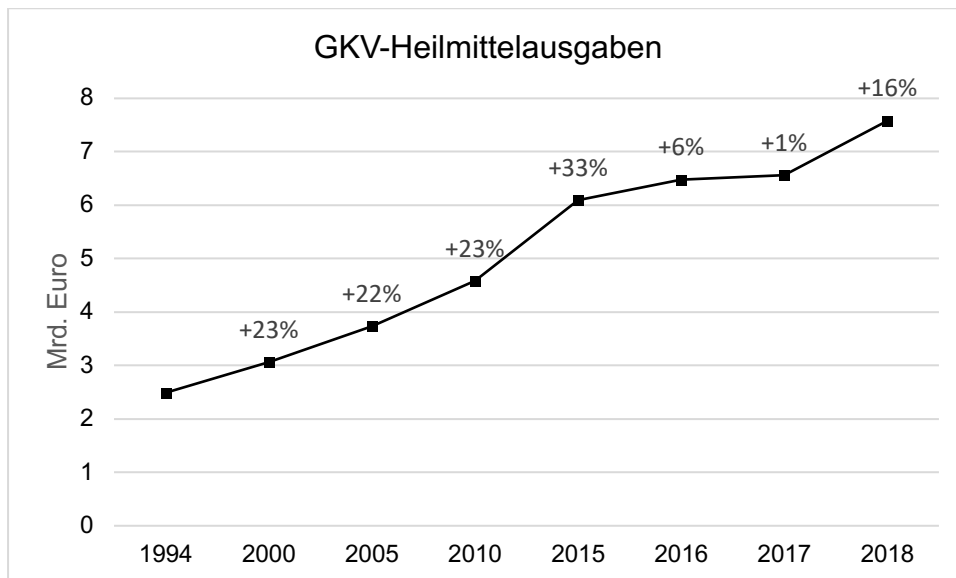


Abb. 4: Heilmittelausgaben der GKV von 1994-2018
 Quelle: eigene Darstellung (zugrundeliegende Daten: GBE, 2019, o. S.)

2.3.2 Definition Logopädie

Die Logopädie zählt in Deutschland, genauso wie die Ergo- und Physiotherapie zu den „Fachberufen des Gesundheitswesens bzw. zu den nicht-ärztlichen Heilberufen im Sinne von Artikel 74 Nr. 19 Grundgesetz, für die der Bund Regelungskompetenz besitzt“ (Kälble, 2012, S. 37). Das Tätigkeitsfeld umfasst die Diagnostik sowie die Therapie von Kommunikations- und Schluckstörungen (Schuster, 2015).

Der Deutsche Bundesverband für Logopädie erarbeitete 2011 gemeinsam mit andern EU-Ländern und der europäischen Dachorganisation CPLOL folgende Definition für 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 & Heinzemann, 2011, S. 1).

Die Logopädie umfasst Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und wird dazu eingesetzt, „die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden“ (§ 30 Abs. 1 HeilM-RL). Regelungen zur Berufsbezeichnung, Ausbildung, Zulassung und zur Berufsausbildung sind in dem 1980 verabschiedeten Gesetz über den Beruf des Logopäden und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPro) festgehalten (Badtke, 2014).

Das Sprachheilwesen in Deutschland unterscheidet sich dahingehend von der Situation in anderen Ländern, als dass im Ausland im Wesentlichen nur eine Fachdisziplin für die Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie zuständig ist. In Deutschland besitzen Logopäd*innen jedoch nicht die exklusiven Rechte für diese Tätigkeiten. Es existieren dahingehend mehrere Berufsgruppen auf Fachschulniveau mit unterschiedlichen Abschlüssen an Fachhochschulen und Universitäten (Grohnfeldt, 2012). Hierzu zählen medizinische Sprachheilpädagog*innen, Sprechwissenschaftler*innen, Atem-Sprech-Stimmlehrer*innen, Klinische (Patho-)Linguist*innen, Atem-Sprech- und Stimmlehrer*innen oder staatlich anerkannte Sprachtherapeut*innen (Breuer, 2013). In dieser Arbeit wird hauptsächlich Bezug auf die Berufsgruppe der Logopädie genommen.

2.3.3 Aktuelle berufliche und berufspolitische Situation

Im Folgenden wird die aktuelle Situation der Logopäd*innen in Deutschland dargestellt. Dazu wird auf die Ausbildungsmöglichkeiten und ferner auf Veränderungen innerhalb des Berufsfeldes in den letzten Jahren, insbesondere im Hinblick auf den Mangel an Fachkräften eingegangen.

Laut der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes (StaBA) sind im Jahr 2017 29.000 Menschen im sprachtherapeutischen Bereich beschäftigt. Die größte Gruppe in diesem Bereich macht die Logopädie aus, weswegen unter diesem Begriff alle ähnlichen Berufe subsummiert werden. Im Vergleich zur Physiotherapie mit ca. 238.000 Beschäftigten (2017) oder Ergotherapie (62.000 Beschäftigte) stellt die Logopädie die kleinste Teildisziplin der nicht-ärztlichen therapeutischen Berufe dar (StaBA, 2019a.) In den letzten Jahren ist sie jedoch rasant gewachsen. Den Heilmittel-Schnellinformationen des GKV-SV kann entnommen werden, dass der Bruttoumsatz durch sprachtherapeutische HM-Verordnungen im Jahr 2012 von 526.843 Euro auf 765.435 Euro im Jahr 2018, demnach um etwa 45 Prozent, angestiegen ist (GKV-SV, 2019a ; GKV-SV, 2013). Sprachtherapeutische Leistungen machen jedoch einen geringen Anteil der Gesamtausgaben der GKV für HM aus. 2017 betrug ihr Umsatzanteil 10,8 Prozent (Abb. 5). Sie bilden mit einem Anteil von 5,05 Prozent lediglich ein kleines Segment des gesamten Verordnungsumfanges, sind jedoch mit einem durchschnittlichen Preis von 307, 02 Euro für eine abgeschlossene Verordnung die teuersten Leistungen (Waltersbacher, 2018).

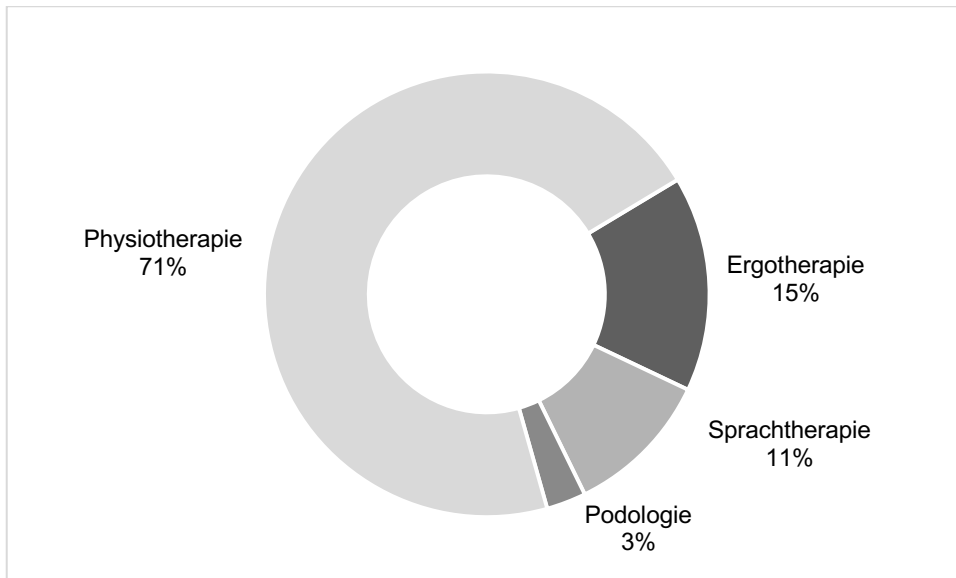


Abb. 5: Anteil der Leistungsbereiche am Umsatz im Bereich Heilmittel der GKV 2017
 Quelle: eigene Darstellung (in Anlehnung an Waltersbacher, 2018, S. 11)

Auch in Bezug auf die Entwicklung des Fachpersonals ist ein Wachstum festzustellen (Abb. 6). Im Jahr 2012 verzeichnete die Gesundheitspersonalrechnung 24.000 Sprachtherapeutinnen und -therapeuten (StaBA, 2019a). Laut der Bundesagentur für Arbeit (BA) erhöhen sich die Beschäftigungszahlen bis zum Jahr 2017 somit um 20,1 Prozent und sind damit stärker als in anderen Berufsgruppen gewachsen (Anstieg der Erwerbstätigen in Gesamtdeutschland im Zeitraum von 2012 bis 2017: 6,5 Prozent) (BA, 2017; BA, 2012).

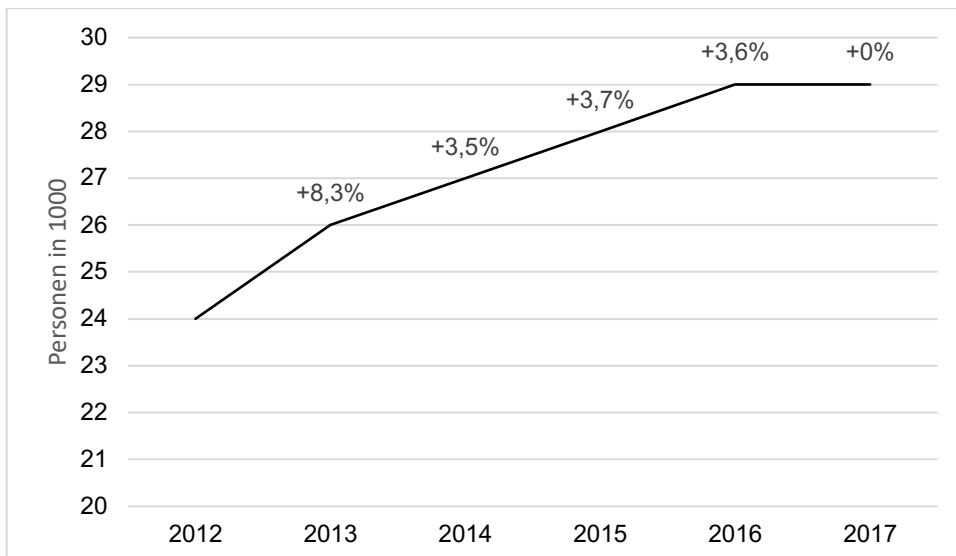


Abb. 6: Entwicklung des Fachpersonals im Bereich Sprachtherapie und Logopädie
 Quelle: eigene Darstellung (zugrundeliegende Daten: StaBA, 2019a)

Logopäd*innen arbeiten selbstständig oder angestellt in einer zugelassenen Praxis, in Rehabilitationseinrichtungen oder Kliniken. Laut VDLS (2019) sei bundesweit von etwa 9.600 logopädischen Praxen auszugehen. Im Heilmittelbericht 2018 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) werden 10.089 abrechnende sprachtherapeutische Leistungserbringer für das Jahr 2017 angegeben (Waltersbacher, 2018, S.4). Etwa 80 Prozent aller Beschäftigten sind in der ambulanten Versorgung tätig (StaBA, 2019a).

Im Bereich der HM und somit auch der Logopädie divergieren die Informationen über Beschäftigungs- und Ausbildungs-, aber auch Leistungs- und Strukturzahlen teilweise stark. In Deutschland besteht für keinen Gesundheitsfachberuf eine berufliche Registrierungspflicht (BMBF, 2014; Kuhlmann, 2006). Es liegt die Vermutung nahe, dass dafür einerseits die komplexen Verzahnungen verschiedener Berufsgruppen in der Sprachtherapie und andererseits das Fehlen einer zentralen Stelle, die diese Zahlen registriert und differenzierte Statistiken über die beruflichen Entwicklungen führt, verantwortlich sind. Eine gute Datenbasis ist für die Planung und Steuerung des Gesundheitsfachpersonals jedoch zwingend erforderlich (Kuhlmann, Batenburg et al., 2018). Bis 2002 existierte keine empirische Basis für HM-Daten. „Um mehr Transparenz über die Leistungsstrukturen der Heilmittelversorgung zu erhalten, haben die Spitzenverbände der GKV mit Unterstützung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK 2002 ein Heilmittel-Informationen-System projektiert [...]“ und später implementiert (Schröder et al., 2005, S. 123). Ergänzend dazu empfiehlt der SVR-Gesundheit jedoch im Jahr 2005 die Aufnahme von Struktur- und Leistungsdaten des HM-Bereichs in die Gesundheitsberichterstattung, um vor dem Hintergrund der Versorgungsforschung regionale Anbieterstrukturen und mögliche Versorgungsdefizite leichter überblicken und regional Versorgungsstrukturen schaffen und beeinflussen zu können (SVR-Gesundheit, 2006).

Obwohl ein Anstieg der Beschäftigungszahlen zu verzeichnen ist und eine Zunahme des Leistungsbedarfes, und somit auch des benötigten qualifizierten Personals, prognostiziert wird, nimmt die Knappheit der Ressource Arbeitskraft zu (BA, 2018a; BA, 2018b). Mit Blick auf die Zukunft ist von Bedeutung, dass dem wachsenden Behandlungsaufwand sinkende Zahlen der Ausbildungsabsolvierenden gegenüberstehen und es zu einer hohen Abwanderung aus den therapeutischen Gesundheitsfachberufen kommt (Hammer, 2018). Die „Fachkräfteengpassanalyse“ der BA ergibt einen erheblichen Fachkräfteengpass in den HME-Berufen und somit auch in der Logopädie. Das Verhältnis von Arbeitslosenzahlen zu offenen Stellen beträgt in der Physiotherapie 1:2,1 und in der Logopädie 1:2,7 (BA, 2018a). Angesichts einer Arbeitslosenquote von 0,9 Prozent in der Physiotherapie und 1,1 Prozent in der Logopädie spricht die Bundesregierung von einem Fachkräftemangel (BA, 2018a; Deutscher Bundestag, 2018a). Ein fortlaufender Anstieg des Fachkräftemangels wird prognostiziert (BMBF, 2014). Die daraus resultierenden Versorgungsdefizite werden aktuell sichtbar.

Zukünftig führt der Engpass an Fachpersonal vermutlich zu erheblichen Schwierigkeiten eine adäquate und flächendeckende logopädische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Die Studie „Ich bin dann mal weg!“ beschäftigt sich mit dem Fachkräftemangel und im Speziellen mit der Berufsflucht von Logopäd*innen (Schwarzmann et. al, 2018). Hierbei zeigte sich, dass 25 Prozent der 433 der Teilnehmenden bereits ihren Beruf verlassen haben, 50 Prozent denken zum Zeitpunkt der Untersuchung darüber nach aus dem Beruf auszuweichen. Als Gründe für einen Ausstieg wurden in der qualitativen Befragung insbesondere ein „geringe[r] Verdienst, Perspektivlosigkeit, Mangel an Entwicklungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen sowie [der] bürokratische[...] Aufwand“ angegeben (Schwarzmann et. al, S. 22). Die Mehrheit der teilnehmenden Therapeut*innen sei mit den Inhalten der praktischen Arbeit zufrieden. Jedoch wird die Berufsidentität und damit einhergehend der Stellenwert des Berufs sowie die eingeschränkte Autonomie als negativ beschrieben. Es bestehe ebenfalls Unzufriedenheit in Bezug auf die Steuerung und die unzureichende Vergütung bürokratischer Tätigkeiten. Die Ergebnisse lassen die Autor*innen vermuten, dass ein genereller Trend besteht, den therapeutischen Beruf zu verlassen und sich die Berufsverweildauer somit verkürzt. Zur Abwendung einer möglichen Unterversorgung bedürfe die Attraktivität der Therapeutenberufe einer Aufwertung (Schwarzmann et. al, 2018, S. 26). Eine Möglichkeit wird hier in dem Autonomie- und Selbstverantwortungsausbau gesehen. So sollte in diesem Zusammenhang das Regulierungsmodell des DA als Lösungsansatz diskutiert werden.

Auch Höppner und Beck widmen sich den Arbeitsbedingungen der HME in Deutschland, indem sie eine qualitative Analyse der etwa 900 von verschiedenen Therapeuten verfassten Brandbriefe vornehmen. Ziel der Untersuchung ist es, subjektives Erleben zur Förderung des besseren Verständnisses der HME im „Kontext der Versorgungsstrukturen und Steuerung von Versorgung“ (2019b, S. 18) abzubilden. Sie identifizieren dabei sieben Dimensionen: „Sicherung therapeutischer Fachkräfte“, „Wandel des Gesundheitswesens“, „Patientenversorgung“, „Leistungsbereitschaft“, „Organisation von Heilmittelerbringung“, „Forderungen und Zukunft“ (2019a, S. 13ff). In der Analyse zeigt sich, dass die heilmittelerbringenden Therapeut*innen den Anfragen der zu Behandelnden nicht mehr gerecht werden können und somit die Versorgung laut Verordnung nicht mehr erfüllen können. Dies führe zu einer Fehl- und Unterversorgung auf den jeweiligen Fachgebieten (2019a, S. 15). Höppner und Beck beschreiben zudem eine paradoxe Entwicklung bezüglich dem fortschreitenden Akademisierungsprozesses. So bestehe eine zunehmende Notwendigkeit der hochschulischen Ausbildung zum Zwecke der Qualitätssicherung, diese werde in der Praxis jedoch nicht anerkannt

(auf das Thema Akademisierung wird im folgenden Unterkapitel näher eingegangen). Ein weiterer Aspekt, der in den Briefen häufig Erwähnung findet, ist das Problem der Steuerung organisatorischer Aufgaben. Durch einen hohen bürokratischen Aufwand stünden die teilnehmenden HME unter starkem Stress. Die Autorinnen sprechen von einer „Sandwichposition“ der HME: Der Heilmittelauftrag werde zwar von Therapeut*innen angenommen, die Therapie erfolge aber vor dem Hintergrund eines ärztlich delegierten Versorgungsauftrags (2019a, S. 15, 2019b, S. 17). Aufgrund ihrer Ausbildung und des „therapeutischen State of the Art“ wissen sie um die Therapiebedarfe und die Fehl- und Unterversorgung, jedoch agieren sie zwangsläufig in „tradierten Strukturen gesundheitlicher Versorgung“ (2019b, S. 17).

Berufspolitische Interessenvertretungen setzen sich für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen mit dem langfristigen Ziel der Fachkräftesicherung ein. Über ihre berufsständigen Vertretungen können Berufsangehörige im begrenzten Maß Einfluss auf die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Berufsausübung nehmen (Klotz, 2019). Ein korporatives Selbstverwaltungsorgan, wie eine berufsständische Körperschaft, existiert für die Logopädie nicht. Der Zugang zur Ausbildung sowie deren Inhalte sind gesetzlich festgelegt und werden dementsprechend nicht durch die Organe der Interessenvertretung kontrolliert. Die Berufsgruppe wird somit nicht als unabhängiger Stakeholder im korporatistischen System anerkannt (Kuhlmann, 2006).

Da die Logopädie eine von mehreren Berufsgruppen ist, die Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie durchführen, sind einige Überschneidungen und Vermischungen bei der Betrachtung der berufsständigen Vertretungen zu verzeichnen (Tab. 3). In Deutschland existieren auf dem Gebiet der Logopädie verschieden Berufsverbände, was auf unterschiedliche Interessen innerhalb einer Berufsgruppe hinweist (Schulze-Krüdener, 1996). Die Mitgliedschaft in den Berufsverbänden ist nicht verpflichtend. Der größte Verband ist der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) (Schuster, 2015). Seine Aufgabenbereiche liegen in der Öffentlichkeitsarbeit und der Qualitätssicherung (z. B. durch die Entwicklung von Qualitätsstandards). Außerdem vertritt er die wirtschaftlichen Interessen freiberuflicher und angestellter Logopäd*innen, z. B. bei Preisverhandlungen mit den Kostenträgern (dbl, 2013a). Der Verband LOGO Deutschland ist mit der Interessenvertretung selbstständiger Logopäd*innen sowie Sprachtherapeut*innen vertraut (LOGO Deutschland, 2019a). Als jüngster der Verbände vertritt der Verband Deutscher Logopäden und Sprachtherapeutischer Berufe e. V. (VDLS) sowohl selbstständige als auch angestellte Logopäd*innen (VDLS, 2019).

Der Deutsche Bundesverband für akademische Sprachtherapie (dbs) und Logopädie richtet sich speziell an Berufstätige mit akademischer Qualifizierung (dbs, o. J.).

Die ebenfalls im Kontext der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie tätigen Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*innen sind in dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*innen (dba) organisiert (dba, o. J.).

Ein interdisziplinär angelegter Verband ist die Deutschsprachige Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde. Sie vertritt verschiedene Berufsgruppen im Bereich der Sprach- Sprech-, Schluck- und Stimmtherapie (Sprech- und Sprachwissenschaften, Medizin, Musikwissenschaften, Logopädie, Pädagogik, Psychologie) in wissenschaftlichen, diagnostischen und therapeutischen Belangen als Dachverband (DGSS, 2005).

Darüber hinaus existieren weitere berufsgruppenübergreifende Verbände für HME wie „Vereinte Therapeuten“ oder der Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV), der einige HME-Verbände – jedoch nicht aus dem Bereich der Logopädie – als Dachverband vertritt (Vereinte Therapeuten, o. J.; SHV, o. J.). Die logopädischen Berufsverbände führen Vertragsverhandlungen mit der GKV autark.

Die Rahmenverträge mit den Kostenträgern schließen der dbI, dbS und dbA, sowie LOGO Deutschland und der VDLS. „Auch Logopäd[*innen], die keinem Berufsverband angehören, erkennen im Zulassungsverfahren die Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen an und sind damit an Verhandlungsergebnisse der Berufsverbände gebunden“ (Schuster, 2015, S. 23). Als Spitzenorganisationen gelten derzeit: SHV (als Nachfolgeorganisation der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V.), dbA, dbS, dbI (Badtke, 2014; SHV, o. J.).

Auf internationaler Ebene wurde 1988 die Dachorganisation der europäischen Logopäd*innen „Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne (CPLOL) gegründet (CPLOL, 2017; Grohnfeld, 2012).

In Deutschland finden aktuell zunehmend politische Aktivitäten, wie Informationsveranstaltungen, Protestaktionen, Demonstrationen oder Politikergespräche statt, die selten von den Berufsverbänden, aber stärker von anderen multidisziplinären Vereinigungen initiiert werden. Sie zielen schwerpunktmäßig auf die Verbesserungen der Vergütungssituation, den Ausbau von Handlungsspielräumen und den Abbau bürokratischer Aufwände im Bereich der HM-Versorgung ab. Hier sind beispielhaft die Aktion „Therapeuten am Limit“ mit der Sammlung von etwa 1000 Brandbriefen, die Aktion „Pro Akademisierung“ oder die „Tour de Spahn“ zu nennen (dbI, 2013b).

Tab. 3: Berufsgruppen und Interessenvertretungen im Bereich der Logopädie und Sprachtherapie

<i>Berufsbezeichnung</i>	<i>Berufsverband</i>
Berufsgruppenspezifische Verbände	
Logopäd*innen	Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl) LOGO Deutschland e. V.
Staatlich anerkannte Sprachtherapeut*innen Medizinische Sprachheilpädagog*innen Diplom Sprechwissenschaftler*innen Klinische Linguist*innen Diplom Patholinguist*innen	Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs) Deutscher Bundesverband Klinischer Sprechwissenschaftler e. V. Deutscher Bundesverband Klinischer Linguisten e. V. Verband für Patholinguistik e. V.
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*innen	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen e. V.
Berufsgruppenübergreifende Verbände	
Logopädie und andere sprachtherapeutische Berufe	Verband Deutscher Logopäden und anderer Sprachtherapeutischer Berufe e. V. (VDLS)
Sprech- und Sprachwissenschaften, Medizin, Musikwissenschaften, Logopädie, Pädagogik, Psychologie	Deutschsprachige Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde
Physiotherapie, Ergotherapie, Podologie	Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV)
Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Podologie	Vereinte Therapeuten e. V.

Quelle: eigene Darstellung

2.3.4 Qualifikation

Mit der Einführung des Logopädengesetzes im Jahr 1980 wurde auch die einheitliche dreijährige Berufsausbildung durch die Logopädische Ausbildungs- und Prüfungsordnung (LogAPro) staatlich geregelt (Grohnfeldt, 2012). Gegen fachlichen Rat, die Ausbildung auf akademischem Niveau anzusiedeln, wurde zu diesem Zeitpunkt „die Fachschule als Ausbildungsort und ein mittlerer Bildungsabschluss als Zugangsvoraussetzung festgelegt“ (dbl, 2010, S. 7). Die dreijährige berufliche Ausbildung findet überwiegend an privaten Berufsfachschulen statt und orientiert sich an der staatlich vorgegebenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (Borgetto, 2013). Hierfür ist kein einheitlicher Standard festgelegt. Die Kosten für die Ausbildung an privaten Berufsfachschulen waren und sind in einigen Bundesländern noch immer von den Auszubildenden selbst zu tragen. Im Zuge der Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen wurde nach der Bundestagswahl 2017 die Umsetzung der unentgeltlichen Ausbildung in die Koalitionsvereinbarungen aufgenommen. Seitdem haben die Bundesländer Brandenburg, Bayern, Schleswig-Holstein, Saarland, Hamburg und Niedersachsen die Schulgeldfreiheit für die Ausbildungsgänge der Logopädie, Physiotherapie und

Ergotherapie eingeführt (up, 2019; Hamburg.de, 2019; dbl, 2019; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2019).

An den 80 Logopädieschulen in Deutschland erhalten jährlich knapp 1000 Logopäd*innen ihre Berufsurkunde. Das StaBA (2019b) weist für das Ausbildungsjahr 2017/18 bundesweit 34.488 Auszubildende in den drei Therapieberufen aus, davon entfallen 21.220 auf die Physiotherapie, 9.879 auf die Ergotherapie und 3.389 auf die Logopädie. Anhand der Datenübersicht des StaBA über Berufliche Schulen in Deutschland wird ein rückläufiger Trend der Auszubildenden in den letzten 10 Jahren deutlich (in der Physiotherapie um 15,4 Prozent, der Ergotherapie um 26 Prozent und der Logopädie um 12,6 Prozent) (StaBA, 2019b; StaBA, 2013) (Abb. 7).

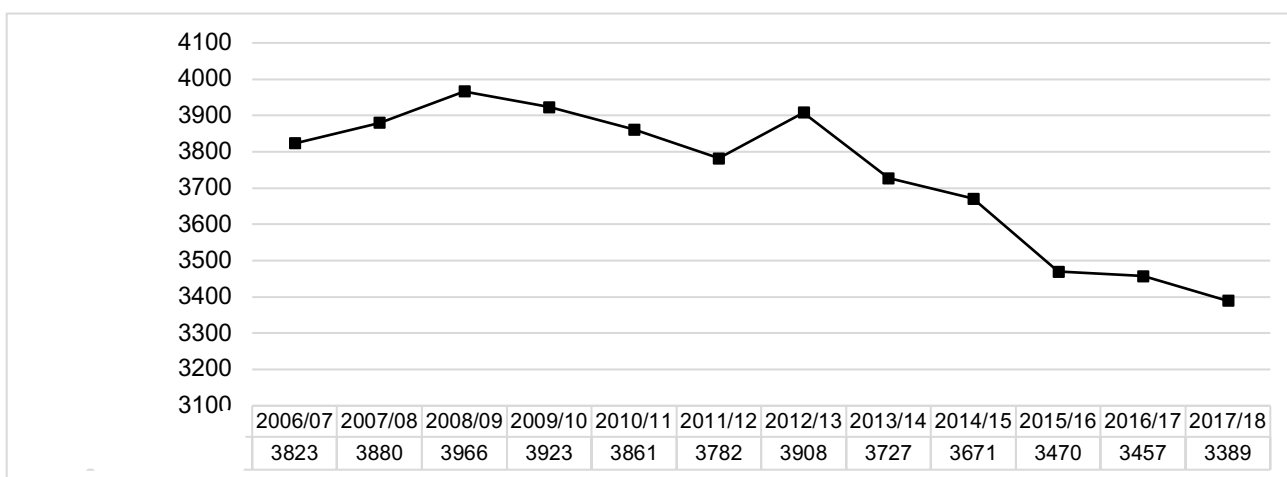


Abb. 7: Zahl der Auszubildenden im Bereich der Logopädie pro Schuljahr
Quelle: eigene Darstellung (zugrundeliegende Daten: s. u.¹)

2.3.4.1 Akademisierung

Der Begriff „Akademisierung“ steht vornehmlich für die Anhebung des grundständigen Qualifikationsniveaus in den jeweiligen Berufen, so der Gesundheitsforschungsrat des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (GFR) (Ewers et al., 2012). Der mit der Akademisierung verbundene Prozess bedeutet nicht nur den Aufbau von Studiengängen, sondern auch

¹ 2006/07: StaBA, 2007, S. 16,
2007/08: StaBA, 2013, S. 16,
2008/09: StaBA, 2010a, S. 16,
2009/10: StaBA, 2010b, S. 14,
2010/11: StaBA, 2011, S. 14,
2011/12: StaBA, 2012, S. 14,
2012/13: StaBA, 2014a, S. 88,
2013/14: StaBA, 2014b, S. 81,
2014/15: StaBA, 2017a, S. 82,
2015/16: StaBA 2017b, S. 89,
2016/17: StaBA, 2018, S. 89,
2017/18: StaBA, 2019b, S. 87.

eine konsequente Weiterentwicklung einer Disziplin (Höppner, 2016). Er umfasst somit ebenfalls den Auf- und Ausbau eigenständiger Forschung sowie wissenschaftlicher Karrierewege. Höppner (2007, S. 1) versteht die Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe als Qualitätssicherung im gesundheitlichen Versorgungssystem, die auch die professionelle Handlungsfähigkeit der Berufstätigen verbessern soll.

Erste Forderungen nach einer grundständigen akademischen Qualifikation im Bereich der Logopädie wurden bereits während der Entwicklungen des logopädischen Berufes in den 1970er Jahren laut, nach denen die Ausbildung auf Hochschulniveau in dem Berufsgesetz verankert werden sollte (Hoffschildt, 2013). Mit der Ansiedlung der Berufsausbildung auf Fachschulniveau wurde die Logopädie zu einem in Abhängigkeit zur Medizin stehenden Heil-Hilfsberuf erklärt (Grohnfeld, 2012).

Im Zuge der Veränderungen im Gesundheitswesen und beschleunigt durch internationale Optionen der akademischen Qualifikation fand die Akademisierung schließlich ihren Weg und ist in den letzten Jahren rasant fortgeschritten (Abb. 13). Seit Ende der 1990er Jahre sind Akademisierungsentwicklungen im Bereich der therapeutischen Gesundheitsfachberufe in Deutschland zu beobachten (Walkenhorst, 2011). Zu diesem Zeitpunkt wurden für die Berufe Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie die ersten Studiengänge, die einen akademischen Abschluss ermöglichen, eingeführt. Als Voraussetzung galt hier jedoch nach wie vor die Absolvierung einer fachschulischen Ausbildung, da die Studiengänge nicht grundständig organisiert waren. Die bisher wichtigste politische Maßnahme in Richtung der Anhebung des Qualitätsniveaus ist die Ergänzung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden (LogopG) und der LogAPro durch die sogenannte Modellklausel im Herbst 2009. Diese Öffnungsklausel bietet die Möglichkeit, neben der bisherigen berufsschulischen Ausbildung andere Formen der Ausbildung im Hochschulbereich, an deren Ende die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung steht, zu erproben. Seitdem können in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Hebammenwesen erstmals primärqualifizierende Studiengänge entwickelt und angeboten werden (Bundesanzeiger, 2009). Nach Einführung der Modellklausel sind verschiedene primärqualifizierende Studiengänge entstanden. Da für die Studiengänge keine einheitlichen Inhalte und Ziele festgelegt wurden, entwickelte sich eine heterogene Studienlandschaft mit sowohl grundständigen, als auch additiven und ausbildungsintegrativen Modellen, die an divergierende Curricula, Abschlüsse und Akkreditierungsverfahren geknüpft sind (Scharff Rethfeldt & Heinzelmann, 2013; Walkenhorst, 2011). Bei der Gestaltung der Studiengänge sind Abweichungen von den bestehenden Berufsgesetzen – zu diesem Zeitpunkt ist das Berufsgesetz der Logopädie 29 Jahre alt – nur im moderaten Maße möglich, was dazu führt, dass Eigenheiten der beruflichen und der akademischen Ausbildung aufeinanderprallen (Friedrichs und Schaub, 2011). Berufsrechtlich wird

nicht unterschieden, ob ein schulischer oder ein akademischer Berufsabschluss erworben wurde. In der klinischen Praxis sowie in der Lehre arbeiten sowohl akademisch als auch schulisch ausgebildete Therapeuten in gleichen Positionen (Hammer & Polchow, 2013).

Mittlerweile ist bundesweit von etwa 30 primärqualifizierenden Studiengangsangeboten für therapeutische Gesundheitsfachberufe an 19 Hochschulen in zehn Bundesländern auszugehen. Davon entfallen ca. sieben Studiengänge auf das Fach Logopädie (HVG & VAST, 2018, S. 10). Die nicht eindeutig bezifferbare Studiengangsanzahl resultiert aus der nicht überschaubaren Entwicklung in diesem Bereich, die insbesondere durch die Gründung privater Hochschulen und interdisziplinärer Verzahnungen in diesem Feld bestimmt wird. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls zu erwähnen, dass neben den Studiengängen der Logopädie seit vielen Jahren Studiengänge in der Sprachtherapie existieren, bei denen die Ausbildung nicht auf der Basis des Berufsgesetzes erfolgt, weshalb diese hier nicht eingeschlossen sind (HVG & VAST, 2018). Die Akademisierungsquote in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen liegt aktuell bei unter 5 Prozent. Bei den Physiotherapeut*innen als der größten Berufsgruppe wird der Anteil der Hochschulabsolvent*innen an allen Beschäftigten auf 2,75 Prozent geschätzt (ZVK, 2019). Für die Ergotherapeut*innen wird der Anteil mit etwa 4 Prozent angegeben (Stand 2015) (DVE, 2016). Für die Logopäd*innen als die kleinste der drei Berufsgruppen, liegen keine Schätzungen vor. Unter Einbezug der traditionell hochschulisch ausgebildeten Sprachtherapeut*innen wird mit einem Akademiker*innenanteil von ca. 30 Prozent gerechnet (Maihack, 2017).

Die beruflichen Interessenvertretungen im HM-Bereich setzen sich auch weiterhin für die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe auf Hochschulniveau ein. Im Jahr 2016 gründete sich der Arbeitskreis Berufsgesetz, bestehend aus Vertretenden der drei Berufsverbände dba, dbI und dbS sowie dem Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) und dem Bundesverband deutscher Schulen für Logopädie (BDSL). Die Vertretungen der Hochschulen und Verbände fordern die primärqualifizierende hochschulische Ausbildung für alle im Bereich der Sprachtherapie tätigen Berufsgruppen. Der Arbeitskreis entwirft Rahmenempfehlungen für ein grundständiges Studium (Malzahn et al., 2018). Auch der HVG und der Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (VAST) als Dachverbund der therapeutischen Schul- und Lehrerverbände der Physiotherapie (VLL), Ergotherapie (VDES), Logopädie (BDSL) sowie der Diätassistenz (BALD) und Podologie (VLLP) setzen sich gemeinsam mit den Berufsverbänden und dem SHV für eine vollständige hochschulische Berufsausbildung der in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie Tätigen ein (Lauer et al., 2017). Neben Interessenvertretungen von Seiten der betroffenen Berufe geben der SVR-Gesundheit, der GFR sowie der Wissenschaftsrat Stellungnahmen zum Akademisie-

rungsprozess u.a. der heilmittelerbringenden Berufe ab. Auf der Grundlage des erarbeiteten Konzeptpapiers „Forschung in den Gesundheitsfachberufen: Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland“ empfiehlt der GFR neben der Förderung der Forschung in den Gesundheitsfachberufen die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Fundierung sowie die Schaffung struktureller Studienbedingungen an den Hochschulen (Ewers et al., 2012). Der SVR-Gesundheit äußert sich in seinem Gutachten wie folgt zu der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe: „Um auch Angehörige nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, z. B. Absolvent[*innen] von Berufsfachschulen, [...] wissenschaftlich zu qualifizieren und zur Forschung sowie zur Nutzung von Studienergebnissen zu befähigen, sollten Universitäten und/oder Fachhochschulen vermehrt berufsbegleitende Studiengänge einrichten“ (SVR-Gesundheit, 2006, S. 200). Der Wissenschaftsrat (2012) empfiehlt – konform zu den Einschätzungen des GFR – das in komplexen Aufgabenbereichen der Therapieberufe tätige Fachpersonal künftig an Hochschulen auszubilden. Er befürwortet somit den Ausbau von grundständigen Studiengängen für die Gesundheitsfachberufe der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und -pfleger, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen sowie Hebammen und Entbindungspfleger*innen „[...] mit dem Ziel eines zur unmittelbaren Versorgungstätigkeit befähigenden pflege-, therapie- oder hebammenwissenschaftlichen Bachelor-Abschlusses“ (Ewers et al., 2012, S. 82).

Begründet werden diese Forderungen und Empfehlungen mit der Veränderung der Anforderungen im Gesundheitssystem und den damit einhergehenden Erwartungen an die HME. Durch die demografischen Entwicklungen komme dem Erhalt eigenständiger Aktivität sowie dem Aufschub von Inzidenz altersassoziierter Erkrankungen und Multimorbidität neben dem individuellen Lebenswert eine große gesundheitsökonomische Bedeutung zu (Höppner, 2007). Diese Veränderungen gehen mit einer zunehmenden Steigerung der Versorgungskomplexität und Notwendigkeit von Arbeitsteilung und Interprofessionalität in vielen Arbeitsbereichen einher (Kuhlmann et al., 2018; Wissenschaftsrat, 2012; Walkenhorst, 2011). Die Bewältigung der Aufgaben in den Disziplinen soll sich auf eine wissenschaftliche Basis stützen, für die erweiterte und neue Kompetenzen notwendig sind, die in der derzeitigen Berufsausbildung nicht vermittelt werden.

Die wissenschaftliche Forschung und Evidenz werden als Maßnahmen zur Entwicklung und Sicherung der Versorgungsqualität gesehen. Höppner (2007) stellt dabei die Forderung nach einem stärkeren Fokus auf präventive, ressourcen- und lebensweltorientierte Konzepte sowie Patientenbeteiligung. Die akademische Ausbildung nicht-ärztlicher Heilberufe befähigt zur Durchführung und Evaluation bedarfsorientierter Behandlungsansätze, bei denen Empowerment und Selbsthilfe von chronisch Kranken vordergründig sind. Um die Effektivität der Leistungen zu überprüfen, sei die Kompetenz des wissenschaftlichen Arbeitens uner-

lässlich. Somit verfolge die Akademisierung keinen Selbstzweck, sondern leiste vor dem Hintergrund des Bedarfs gesundheitlicher Versorgung einen bedeutenden Beitrag für die Qualitätsentwicklung in Prävention, Kuration und Rehabilitation sowohl für Patient*innen als auch aus einer systematischen Betrachtung des Gesundheitswesens (Höppner, 2007, S. 28).

HM werden nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V nur in den Heilmittelkatalog aufgenommen, wenn ihr therapeutischer Nutzen nach § 138 SGB V anerkannt wird. Basis dafür ist die wissenschaftliche Evaluation des Nutzens der Leistungen. Auch in § 135a SGB V wird der Einsatz evidenzbasierter Behandlungsmethoden zur Sicherung der Versorgungsqualität gefordert. Die Leistungen müssen daher laufend den wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst werden. Die unzureichende Evidenzlage der HM-Leistungen ist wiederholt in den Heilmittelreports der Krankenkassen beklagt worden (z. B. Müller et al., 2015). Um die Erwartungen der Kostenträger an Wirksamkeitsnachweise zu erfüllen, sind Forschung und wissenschaftliche Kompetenzen erforderlich (HVG & VAST, 2018; Adler & von den Knesebeck, 2010).

Im Oktober 2016 wurde die zum 31. Dezember 2017 befristete Modellphase aufgrund der aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit unzureichenden Möglichkeit der Evaluation längerfristiger allgemeiner und finanzieller Auswirkungen auf das Gesundheitswesen um weitere vier Jahre verlängert (Wolf et al., 2016). Somit ist mit einer Entscheidung über die Einführung primärqualifizierender Studiengänge als reguläres Studienangebot und die anstehende Reform der Berufsgesetze im Jahr 2021 zu rechnen.

Entscheidet sich der Gesetzgeber für die akademische Ausbildung, sind drei Szenarien möglich. Grundsätzlich kann zwischen der Teil- und der Vollakademisierung unterschieden werden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt das Modell der Teilakademisierung, bei der ca. 80 Prozent der Logopäd*innen an Fachschulen und 20 Prozent akademisch ausgebildet werden sollen (HVG & VAST, 2018). Hier gilt es dann zu definieren, welche Aufgaben den universitär ausgebildeten Kräften zukämen. Bei einer gleichberechtigten Teilakademisierung würden sich weder die Tätigkeiten noch die Entlohnungen der Fachschul- und Hochschulabsolvent*innen unterscheiden. Das Szenario der privilegierten Teilakademisierung beschreibt, dass Hochschulabsolvent*innen hinsichtlich der Patientenversorgung höherwertige oder komplexere Aufgaben zukommen. Dies könnte sich beispielsweise auf das privilegierte Recht des Direktzugangs beziehen. Die dritte Gestaltungsmöglichkeit umfasst eine Vollakademisierung der Ausbildung (Brenner & Reißler, 2013).

Eine Vollakademisierung würde eine Gleichstellung mit den internationalen Ausbildungsbedingungen für das Berufsfeld der Logopädie bedeuten. Im Vergleich mit internationalen Entwicklungen liegt der Standard der deutschen Ausbildungssituation formal um ca. 15-20 Jah-

re zurück (Schämann, 2002). Der Stellenwert der therapeutischen Gesundheitsfachberufe unterscheidet sich deutlich von den übrigen europäischen und angloamerikanischen Ländern (Walkenhorst, 2006). In diesem Feld tut sich aktuell sehr viel, jedoch hat sich die Forschung in einigen Ländern sehr viel schneller entwickelt.

Im inner- und außereuropäischen Ausland findet die Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsberufen, oft bereits seit vielen Jahrzehnten, größtenteils auf akademischem Niveau statt. Die berufliche Qualifizierung ist auf Bachelor-, in einigen Nationen auch auf Masterebene, angesiedelt. Reaktiv entstanden auf den Arbeitsmärkten entsprechende Stellen, z. B. in der Forschung, die in Deutschland nicht etabliert sind. Das Fehlen einer wissenschaftlichen Gemeinschaft führt dazu, dass Deutschland als Ausbildungsstandort in den Gesundheitsberufen für ausländische Studierende, aber auch für deutsche Schulabgänger unattraktiv ist (Friedrichs & Schaub, 2011). Logopäd*innen verfügen international über das Recht eigenständig Diagnosen zu stellen und autonom Behandlungen durchzuführen. Vor diesem Hintergrund ist der Beruf als „[eigene] Profession [...] anerkannt und als eigenständige Disziplin [...] etabliert“ (Scharff Rethfeldt, 2010, S.18). Dahingegen sind Berufsangehörige im nationalen Kontext auf die Verordnungen der Mediziner*innen angewiesen und stehen zu ihnen in einer direkten Abhängigkeit (Walkenhorst, 2006,). Das führt dazu, dass Deutschland nicht mit der weltweiten Entwicklung in Forschung und Lehre Schritt hält und insbesondere in Bezug auf die Integration wissenschaftlich basierten therapeutischen Wissens in die Patientenversorgung zurückfällt (HVG & VAST, 2018).

Aufgrund derzeitiger Diskussionen über die Ausbildungssituation im Gesundheitswesen beschäftigte sich auch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit dem Thema und gab die Studie „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE)“, die von dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) fachlich begleitet wurde, in Auftrag. Sie soll zur fachlichen und wissenschaftlichen Fundierung der „Diskussion in Deutschland über die Weiterentwicklung und Neuordnung der Gesundheitsberufsprofile und ihrer Qualifizierungswege im europäischen Kontext“ (BMBF, 2014, S. 19f) beitragen. Diese Studie bietet einen umfassenden Überblick über die Ausbildung, die Rahmenbedingungen sowie die Handlungsspielräume in den Gesundheitsfachberufen und gibt somit wichtige Informationen für die vorliegende Arbeit. Die Analyse erfolgt am Beispiel der Physiotherapie. Da jedoch zahlreiche Überschneidungen in den Rahmenbedingungen der Berufsausbildung und -ausübung für die Logopädie bestehen, wird hierauf Bezug genommen.

Teil der Studie sind Befragungen von Expert*innen sowie von Berufsmigrant*innen, die ihre Physiotherapie-Ausbildung in Deutschland absolviert, mindestens ein Jahr dort gearbeitet und anschließend in ein Vergleichsland migriert sind. So sahen beispielsweise die Migrierten

in Großbritannien im Hinblick auf die deutsche Ausbildung insbesondere Defizite bei der Vermittlung von wissenschaftlichem, evidenzbasiertem und reflektiertem Arbeiten (BMBF, 2014).

Für den Vergleich der Ausbildung und der Qualifikation der Berufsangehörigen legt die Studie den Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR), der als EU-weiter Orientierungsrahmen für die berufliche Bildung im sekundären und tertiären Sektor dient, zugrunde. Er umfasst insgesamt acht Bildungsniveaus, wobei das Niveau 6 dem Bachelor- und das Niveau 7 dem Masterabschluss, das Niveau 8 der Promotion zugeordnet ist. Eine zweijährige berufliche Erstausbildung entspricht dabei dem Niveau 3, eine drei- sowie 3,5-jährige Erstausbildungen dem Niveau 4. Fortbildungen werden auf Niveau 5 eingestuft. In Deutschland sind die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen (Pflege, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie, Hebammenwesen) innerhalb des EQR auf dem Niveau 4 angesiedelt. Die seit der Einführung der Modellklausel zugelassenen grundständigen Bachelorstudiengänge an den Hochschulen werden auf dem Niveau 6 abgeschlossen. „In Frankreich, Großbritannien und den Niederlanden ist die Ausbildung der Logopädie nahezu durchgängig auf Bachelor-niveau und damit auf Niveau 6 angesiedelt“ (BMBF, 2014, S. 40) (Tab. 4). Die Ausbildung in Großbritannien und den Niederlanden orientiert sich an fachspezifischen gestuften Qualifikations- und Handlungskonzepten einschließlich Assistenten- oder Helferqualifikationen in der Logopädie (BMBF, 2014).

Durchlässige und gestufte Bildungsstrukturen und eine akademische Ausbildung werden von den befragten Berufsangehörigen positiv bewertet, da sie weiterführende Entwicklungsmöglichkeiten und mehr Verantwortlichkeiten ermöglichen. Die befragten Expert*innen proklamieren darüber hinaus, dass die Physiotherapeut*innen aufgrund gesundheitspolitischer Veränderungen mehrheitlich unter zunehmendem Druck stünden, ihren Beitrag an der gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen nachzuweisen (BMBF, 2014). Daher fordern die Befragten verstärkt evidenzbasiertes und wissenschaftlich orientiertes Arbeiten ein. Zudem führe die stärkere Wissenschaftsorientierung nach ihrer Einschätzung zu einer erhöhten Anerkennung des Berufs bei anderen Berufen, bspw. in der Medizin, und zu einem erhöhten Selbstbewusstsein der Physiotherapeut*innen, was die Entwicklung einer evidenzbasierten Berufspraxis weiter vorantreiben würde. Jedoch erschwerten nach der Meinung der Expert*innen Defizite in der Finanzierung der HM-Leistungen die Akademisierung der Berufe in Deutschland und Frankreich, da ein universitärer Abschluss mit einer erhöhten Vergütung einherginge. Abschließend werden in der GesinE -Studie Verbesserungsbedarfe für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen formuliert. Hier wird mitunter die Vermittlung von „Kompetenzen zum wissenschaftlich orientierten Denken und Lernen und zum evidenzbasierten beruflichen Handeln“, die Herausbildung von kritischen und reflexiven Fähigkeiten

sowie die Stärkung interprofessioneller Kompetenzen empfohlen (BMBF, 2014, S. 191).

Tab. 4: EQR-Niveau der Abschlüsse in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen in ausgewählten EU-Ländern

Niveau	Deutschland	Frankreich	GB	Niederlande	Österreich
3	-	-	-	-	-
4	Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie (<i>Fachschul-</i> <i>ausbildung</i>)				
5		Physiotherapie			
6	Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie (<i>Hochschulabschluss</i>)	Logopädie, Ergotherapie	Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie	Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie	Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie

Quelle: eigene Darstellung (in Anlehnung an BMBF, 2014, S. 42)

Stand 2015

Auch der europäische Verband CPLOL fordert eine Vollakademisierung der sprachtherapeutischen Berufe. Im Rahmen der formulierten Mindeststandards für die logopädische Ausbildung spricht sich die CPLOL zur Erlangung der notwendigen Kompetenzen für ein akademisches Niveau gemäß der Bologna-Charta aus (CPLOL, 2007).

2.3.4.2 Forschung

Mit der Akademisierung geht der Aufbau von fachspezifischer Forschung einher. Der deutsche Wissenschaftsrat (2012) hat das Thema „Hochschulische Qualifikation für das Gesundheitswesen“ in sein Arbeitsprogramm aufgenommen und gab in diesem Zuge Empfehlungen für die Entwicklung von Forschung in den Gesundheitsfachberufen ab, auf die in diesem Abschnitt Bezug genommen wird. Der GFR setzt sich mit dieser Fragestellung auseinander und beauftragte im Jahr 2010 eine Expert*innengruppe aus der Pflege, der Physio- und Ergotherapie, der Logopädie, dem Hebammenwesen und weiteren medizinischen Disziplinen mit einer Analyse zur Situation und zu den Perspektiven der Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Die Arbeitsgruppe entwickelte ein Konzeptpapier, in dem der Forschungsbedarf für die einzelnen Berufe dargestellt und Anregungen und Vorschläge für die Wissenschaftsentwicklung der einzelnen Disziplinen vor dem Hintergrund einer verbesserten Gesundheitsversorgung vorgestellt werden. Auf der Basis dieses Papiers formuliert der GFR seine Empfehlungen. Er beschreibt in diesem Zusammenhang das Erfordernis, die thera-

piewissenschaftlichen Forschungspotentiale stärker zu nutzen. In Anbetracht der zukünftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung bezieht er sich insbesondere auf die anwendungsorientierte Forschung. Dabei sei sowohl die Evidenzbasierung der Interventionen, die Überprüfung deren Nutzens als auch die Versorgungsforschung mit Blick auf die Überführung in die Routineversorgung von Bedeutung (Ewers et al., 2012). Von verschiedenen Seiten wird für eine langfristige Wissensproduktion ein genuiner Forschungsbedarf konstatiert (Wissenschaftsrat, 2012; Ewers et al., 2012; Walkenhorst, 2006). Dies sei notwendig, da die Gesundheitsfachberufe sonst auf Ergebnisse aus dem Ausland oder anderer Professionen angewiesen seien (Hoffschildt, 2013).

Der Logopädieforschung kommt hier eine Sonderstellung zu: Da der Bereich der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie nicht nur in das Tätigkeits- und Forschungsfeld der Logopädie, sondern auch in das anderer Berufsgruppen mit verschiedenen grundständigen Qualifikationen fällt, können die akademische Sprachtherapie und die akademische Logopädie als Integrationswissenschaft verstanden werden, die sich auf die Behandlung in den oben genannten Störungsbereichen bezieht. Dadurch ist das Fachgebiet umfangreich von Interdisziplinarität geprägt (Grohnfeld, 2017). Die sprachtherapeutischen Berufe verfügen somit insgesamt über einen hohen Grad der Akademisierung, was dazu führt, dass die Logopädie gegenüber der Physio- oder Ergotherapie einen Vorsprung hinsichtlich der Theorieentwicklung hat. Sie „[...] kann vor dem Hintergrund ihrer zum Teil akademischen Ausprägung auf eine breite Theoriengrundlage blicken“ (Walkenhorst, 2006, S. 115).

„Auf Grund der engen Bezüge zu traditionell universitären Disziplinen existiert hier bereits eine breite Forschungsbasis. Es sind ebenfalls mehrere Lehrstühle für Logopädie an Universitäten etabliert; diese sind jedoch bisher fast ausnahmslos mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern besetzt, die selbst über keine oder nur sehr geringe logopädische Berufserfahrung verfügen“ (Wissenschaftsrat, 2012, S. 67).

Die Entwicklung der Forschung in diesen Berufen setzt nachhaltige Forschungsstrukturen an Hochschulen sowie tragfähige Förderstrukturen voraus (Ewers et al., 2012). Allerdings mangele es hier an personellen und finanziellen Ressourcen, die z. B. von Ministerien zur Verfügung gestellt werden (Walkenhorst, 2006).

Trotz der zahlreichen Kritikpunkte in Bezug auf die Weiterentwicklung der Qualifikation und Forschung auf dem Gebiet der HM-Therapien, kann festgestellt werden, dass sich das Wissen im Feld der Logopädie durch fachspezifische Forschung stark vergrößert hat. Die Verbreiterung des Fachwissens geht mit erhöhten Anforderungen an Berufsangehörige einher. So ist die Tendenz der Spezialisierung auf einzelne Störungsbilder als Konsequenz der Anforderungen nach einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu erkennen (Lauer, 2014). Zur Sicherung der Qualität logopädischer Versorgung ist vor dem Hintergrund der professionel-

len Weiterentwicklung die Entwicklung von Standards und Leitlinien essentiell. Sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene haben sich hier verschiedene Richtlinien und Frameworks etabliert (z. B. CPLOL, 2018; ASHA, 2016; BKQM, 2010). Die europäische Berufsorganisation CPLOL (2009) veröffentlicht Prinzipien zur kontinuierlichen professionellen Weiterentwicklung (Continuing professional development, CPD). CPD „[...] is defined as a range of learning activities whereby speech and language therapists (logopedists) maintain and enhance their professional competences throughout their professional careers to ensure good practice“ (CPLOL, 2009, S. 1). Im Zuge der Professionalisierungsbestrebungen wurden in den letzten Jahren auch einige Konzepte entwickelt, die mittels einer Verbesserung der Qualifikation der Berufsgruppe sowie einer stärkeren Evidenzbasierung auf eine Steigerung der Versorgungs- und Behandlungsqualität abzielen. Hier sind beispielhaft das Konzept der „reflective practitioner, die Evidence Based Practice (EBP), das Clinical Reasoning (CR) sowie das Shared Decision Making zu nennen (Klotz, 2019; Wissenschaftsrat, 2012; Borgetto & Siegel, 2009; Funk, 2008). Da sich diese Modelle auf das Mikrolevel beziehen, liegt hierauf in dieser Arbeit nicht der Fokus.

2.4 Professionen

Berufsständische und gesundheitspolitische Debatten stützen sich auf die Themen Akademisierung und Professionalisierung. Sie gelten als Voraussetzung und zugleich als Motor für die Ausweitung des berufspolitischen Einflusses. Professionalisierungsprozesse sind in Deutschland zumeist im sozialwissenschaftlichen Kontext erforscht worden. Nachfolgend werden einige Professionalisierungsansätze mit Bezug auf die Logopädie kurz vorgestellt. Dabei sollen die politische und institutionelle Ebene als Basis für die weiteren Überlegungen vordergründig sein.

Um den Stand der Professionalisierung in der Logopädie darzustellen, soll zunächst darauf eingegangen werden, welche Eigenschaften und Kompetenzen grundlegend für die Entwicklung einer Berufsgruppe zur Profession sind.

Die Professionalisierung ist ein Prozess, in dem Berufe versuchen, einen professionellen Status zu erlangen (Feldmann, 2002). Professionen sind eine besondere Art von Berufen. Estermann et al. (2013, S. 9) charakterisieren Professionen im Gesundheitswesen als „hochqualifizierte, an moderner Wissenschaft orientierte Berufe [...], die sich von ihrer Aufgabe her auf einen zentralen Wert der Gesellschaft (Gesundheit, Gerechtigkeit u.a.m.) beziehen und dabei mit Klient*innen befasst sind, die kritische Schwellen, Gefährdungen der Lebensführung oder ‚Krisen‘ zu bewältigen haben“. Sie fungieren auf ihrem Gebiet als hel-

fende und intervenierende Expert*innen. Die Gesundheitswissenschaftlerin Johanne Pundt (2006, S. 9) definiert eine Profession als einen „autonome[n], akademische[n] Beruf, der aber besonders ausgewiesen ist, da er für die gesellschaftliche Reproduktion ein zentrales Problem bearbeitet und das dafür erforderliche Wissen systematisch anwendet“.

Laut Voß (1994, S. 136f) verfügen Professionen über folgende Merkmale: Einen spezifischen Wissenskorporus (basierend auf einer hochschulischen Ausbildung), eine Berufsethik sowie eine altruistische Orientierung. Die berufliche Sozialisation umfasst demnach neben der Wissensvermittlung auch die Herausbildung und Vermittlung berufsspezifischer Werte, wie ethischer Einstellungen, und hat somit eine „habitus- und identitätsformend[e]“ Funktion (Estermann et al., 2013, S. 9). Als Grundlage für das professionelle Handeln fungiert ein implizierter Vertrag mit der Gesellschaft, in dem der Profession weitgehende Autonomie zugestanden, aber im Gegenzug eine Selbstregulierung erwartet wird (Coburn & Willis, 2000). Die Autonomie der Profession bezieht sich im Wesentlichen auf die Kontrolle über den Zugang zur und die inhaltliche Ausrichtung der Ausbildung (Estermann et al., 2013). Dabei kommt dem Berufsverband eine relevante Rolle zu. Auch die Festlegung und Durchsetzung der Interessen der Professionellen erfolgt vor allem durch eine Standesorganisation. Professionelle Berufsorganisationen nehmen hauptsächlich Aufgaben der Statuspolitik und der Kontrolle der Mitglieder wahr (Feldmann, 2002). Ein Berufsverband vertritt berufspolitische Interessen, überwacht die Kompetenz sowie das Verhalten der Mitglieder und gibt eine gemeinsame berufliche Identität sowie gemeinsame Wert- und Ethikvorstellungen vor und entwickelt diese weiter (Estermann et al. 2013; Feldmann, 2002).

Deutsche Professionstheorien beziehen sich häufig auf den spezifischen Ansatz von Oevermann (1999). Sie fokussieren das professionelle Handeln als ein wesentliches Merkmal einer Profession (z. B. Kostrzewa, 2003; Oevermann, 1999). „Dieser handlungstheoretische Ansatz [des professionellen Handelns] zielt auf die Herausbildung besonderer Handlungskompetenzen, die aufgrund der Struktur professionellen Handelns erforderlich sind“ (Borgetto, 2013, S. 142). Die Grundlage für das professionelle Handeln ist ein in einem langen Lernprozess systematisch erworbenes spezialisiertes Wissen, welches sich aus den Funktionen und Aufgaben des professionellen Handelns ableitet. Je komplexer die Aufgaben, desto komplexer das erforderliche Wissen und desto länger die notwendige Ausbildung (Feldmann, 2002). Professionelles Handeln zeichnet sich in seiner Kompetenz dadurch aus, dass Fachwissen auf einen Einzelfall angewendet werden kann, auch wenn dieser nicht vollständig den wissenschaftlichen Systematiken entspricht (Oevermann, 1999). Daran schließen sich Esterman et al. an. Sie bewerten die Kompetenz, mit fachlichen Unsicherheiten umzugehen und insbesondere dann Entscheidungen zu treffen, wenn ungenügende Grundlagen vorherrschen, als essentielles Charakteristikum professionellen Handelns (Es-

termann et al., 2013). Eine voraussetzende Leistung ist das individuelle Fallverstehen. Die Probleme der Klient*innen müssen mit wissenschaftlichen Kenntnissen abgeglichen werden. Dieses Fachwissen wird vor dem Hintergrund des individuellen konkreten Falls ständig kritisch reflektiert (Estermann et al., 2013).

Je höher der Professionalisierungsgrad eines Berufes, desto höher das Kompetenzniveau der Berufsangehörigen, was wiederum mit einem erweiterten Aufgabenfeld sowie einem höheren gesellschaftlichen Ansehen der Berufsgruppe einhergeht (Lauer, 2014).

Innerhalb einiger Gesundheitsfachberufe ist aktuell ein Trend in Richtung der Professionalisierung erkennbar. Die von der SVR-Gesundheit (2005) beschriebene Bedeutungszunahme dieser Disziplinen mache eine fachliche und berufspolitische Weiterentwicklung erforderlich. Als treibende Kräfte für eine systematische Entwicklung gelten die beruflichen Rahmenbedingungen, die Veränderungen im Gesundheitswesen und der Bevölkerung sowie die Entwicklungen des jeweiligen Berufsstandes mit seinem beruflichen Selbstverständnis (Wissenschaftsrat, 2012; Walkenhorst, 2011). Der Prozess der Professionalisierung beeinflusst sowohl die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe als auch deren Handlungsfelder.

Bislang existiert im Bereich der Professionalisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe wenig Forschung. Lauer (2014) und Klotz (2019) analysieren die Rahmenbedingungen und Handlungsfelder der Logopädie im Hinblick auf verschiedene Dimensionen des Professionalisierungsprozesses und geben erste Hinweise auf Veränderungen, die die institutionelle Ebene betreffen (Tab. 5).

Tab. 5: Dimensionen der Professionalisierung in der Logopädie

<i>Dimension Qualifikation</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Systematisierung des Wissens • Wissenschaftlich fundiertes Spezialwissen und Fachterminologie (z. B. Berufsleitlinien) • Hochschulausbildung/Akademisierung • Forschung
<i>Dimension Gesellschaft und Sozialwesen</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Verbindlicher Ethikkodex/Leerzeichen Berufsethos/Berufsidentität • Erbringung einer Leistung von hohem gesellschaftlichem Nutzen • Hohes Berufsprestige/ hoher sozialer Status • Autonomie bei gleichzeitiger Problemlösekompetenz
<i>Dimension Berufsvertretung</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Berufliche Autonomie/Entscheidungsspielräume bei der Berufsausübung • Organisierte berufliche Interessensvertretung • Selbstverwaltung • Exklusive Berechtigung der Berufsausübung/abgegrenzte Kompetenzdomäne

Quelle: eigene Darstellung (in Anlehnung an Lauer, 2014; Klotz, 2019)

3. Theoretischer Rahmen

Die europäische Berufsorganisation CPLOL charakterisiert die Logopädie in ihrer Definition als Profession. Im EU-Ausland zeigen sich stark divergierende Berufs- und Praxisbedingungen für die Logopädie. In den vorhergegangenen Ausführungen wurde deutlich, dass sich die Logopädie in Bezug auf die Professionsentwicklung sowie ihrer damit verbundenen Stellung in Deutschland stark von dem inner- und außereuropäischen Ausland unterscheidet.

Die Logopädie befindet sich im Transitionsprozess und entwickelt vor dem Hintergrund des institutionellen Wandels neue Steuerungsformen und Strategien zur professionellen Weiterentwicklung. Um ihre Autonomie auszuweiten, nutzen Logopäd*innen die Entwicklung der akademischen Qualifikation sowie die Ausweitung des Marktes für ihre Leistungen, z. B. auf das Feld der Prävention. Allerdings verfügt die Logopädie gemäß den professionssoziologischen Modellen nicht über die für eine Profession notwendigen Merkmale und wird daher als Gesundheitsfachberuf im traditionellen Sinne nicht als vollwertige Profession angesehen. Insbesondere die Berufsautonomie ist unter den vorherrschenden Rahmenbedingungen sehr eingeschränkt. Eine vollständige Professionalisierung ist unter der Abhängigkeit von einer anderen Disziplin nicht möglich (Kuhlmann, 2006). Wohingegen die Logopädie im internationalen Kontext über weitreichende Kompetenzen verfügt, wird sie in der deutschen Struktur nicht berufsspezifisch definiert, sondern als Heil- und Hilfsberuf der Ärzteschaft gesehen. Die fachlichen Interessenvertretungen verfügen nicht über das Selbstverwaltungsrecht und haben keinen Sitz im G-BA. Nach klassischer Definition ist die Logopädie somit nicht als Profession anerkannt. Diese Betrachtung ist problembehaftet, da so kein vorgegebener theoretischer Rahmen zugrunde gelegt werden kann. Dies macht die Adaption eines theoretischen Konzepts notwendig. Obwohl die Logopädie nicht als Profession anerkannt wird, bezieht sich diese Arbeit trotzdem auf professionstheoretische Ansätze, um die berufspolitische Perspektive zu betrachten.

Die Abwertung der Gesundheitsfachberufe wird theoretisch auch in älteren Konzepten deutlich. Versucht man die vorstehend genannten Kriterien der Professionstheorien generell zu übertragen, so wird mit Blick auf die Deprofessionalisierungstendenzen deutlich, dass nur wenige Berufe diese Kriterien erfüllen (können) (Schämann, 2005). Einige Autor*innen führen in diesem Zusammenhang den Begriff „Semiprofession“ an. Etzioni (1969, S. 5) definiert diesen wie folgt: „Their training is shorter, their status is less established, there is less of specialized body knowledge and they have less autonomy from supervision or societal control than the professions“. Der Begriff Semiprofession wird im Zusammenhang mit einigen Berufen eingeführt, die nicht über alle festgelegten Merkmale einer typischen Profession (wie Medizin und Jura) verfügen, bei denen die Zuordnung somit nicht eindeutig ist. Als Idealbild

der Profession gilt der frei praktizierende Arzt. Gemessen an dieser Profession werden Disziplinen, die diesem nicht entsprechen als Semiprofessionen definiert (Feldmann, 2002). Stichweh (1994, S. 297) versteht unter Semiprofessionen Berufe, die in Abhängigkeit zu bestehenden Professionen stehen, sich von deren Tätigkeiten ableiten und sich daher um sie angesiedelt haben. Semiprofessionen verfügen nicht über den Status einer Vollprofession. Sie beziehen sich demnach lediglich auf eine solche und arbeiten dieser zu. Dabei verfügen die semiprofessionellen Berufe über ein Fachwissen und sind bestrebt, als Vollprofession anerkannt zu werden, scheitern jedoch in mehrfacher Hinsicht an diesem Ziel. Eine Ursache im Scheitern dieses Ziels wird in dem hohen Frauenanteil, der in den Semiprofessionen zumeist herrscht, gesehen (Schämann, 2005).

Die Logopädie erfüllt die dargelegte Definition einer Semiprofession zu weiten Teilen (Schuster, 2015; Macha-Krau, 2013,). Macha-Krau (2013, S. 20) überträgt dies wie folgt: „So kann [...] die logopädische Arbeit als ausgelagerte Tätigkeit verstanden werden. Die Medizin selbst ist nicht an der Therapie von sprach-, sprech-, stimm- und schluckgestörten Klient*innen interessiert und delegiert diese Arbeit an Logopäd*innen“.

Der Begriff der Semiprofession, der auf dem traditionellen merkmalsorientierten Verständnis von Professionen gründet, wird von vielerlei Seite scharf kritisiert. Walkenhorst (2006, S. 117) hält die Diskussion über Semiprofessionen als „wenig brauchbar“, da sich diese Sichtweise ausschließlich an den Defiziten und strukturellen Merkmale einer Disziplin (wie z. B. der Berufsorganisation), nicht aber handlungs- und qualifikationsspezifischen Charakteristika orientiert. Der Defizitansatz impliziert außerdem Forderungen nach weitergehender traditioneller Professionalisierung, deren Realisierungschancen, gemessen an den gesellschaftlichen Verhältnissen, sehr skeptisch zu beurteilen sind (Feldmann, 2002). Der Defizitansatz birgt kein Handlungsfenster, keine Chance, der unzureichenden Position als Semiprofession zu entkommen.

In Gesundheitsberufen und insbesondere in der Logopädie ist der Anteil der Frauen sehr hoch. Von den 29.000 im sprachtherapeutischen Bereich tätigen Personen, sind etwa 27.000 weiblich und 2.000 männlich (StaBA, 2019a). Dies bedeutet einen Frauenanteil von ca. 93 Prozent. „Die Problematik der Professionalisierungsentwicklungen wird in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen – ähnlich wie der Pflege – in einer engen Beziehung zu der Tatsache gesehen, dass es sich bei den Berufen um ‚Frauenberufe‘ handelt“ (Walkenhorst, 2006, S. 117). Es wurde bereits erwähnt, dass der Frauenanteil in der Logopädie als ein möglicher Hinderungsgrund der Professionalisierungsentwicklung gesehen wird. Schämann (2005) führt an, dass als Semiprofessionen charakterisierte Disziplinen einen hohen Anteil an weiblichen Berufsangehörigen aufweisen. Sie bezieht sich dabei auch auf die the-

rapeutischen Gesundheitsfachberufe: Feminisierung sei eine der Hauptursachen für die Semiprofessionalität, da mit ihr eine hohe Fluktuation sowie ein angepasstes Sozialverhalten einhergehen, die eine Professionalisierung behindern. „Professionalisierungsbestrebungen von zumeist sozial ausgerichteten Berufen werden aufgrund der generellen Abwertung weiblicher Berufsarbeit stark eingedämmt bzw. gebremst“ (Schämann, 2005, S. 31f).

Auch Kuhlmann et al. (2016) sehen soziale Ungleichheiten als hindernde Faktoren des Wandels in den Professionen. Für sie bedeutet das Angebot von Gesundheitsdienstleistungen zwar einerseits die Umsetzung des Wohlfahrtsmodells in konkrete Handlungen, andererseits geht damit jedoch auch die Übertragung gesellschaftlicher Statusunterschiede auf die Ebene der Professionen einher. Die gesellschaftliche Geschlechterordnung sei ein gutes Beispiel, um die wichtige Rolle von Professionen in der modernen Gesellschaft herauszustellen. Rückblickend seien Professionalisierungsprozesse unweigerlich mit der sozialen Ausgrenzung von Frauen und „non-white men“ verbunden (Kuhlmann et al, 2016, S.33). Die Dominanz weniger elitärer Professionen, wie Jura und Medizin, würde durch die Anpassung von Frauen und auch Männern, denen der Status der Professionellen komplett verweigert oder die als Semiprofessionelle eingestuft wurden, verstärkt. Daran lässt sich erkennen, dass die Professionalisierung stark von der Geschlechterordnung in der Gesellschaft bestimmt war und in Teilen noch ist. Diese gesellschaftliche Ordnung schaffe eine Statusungleichheit für Frauen in traditionell von Männern dominierten Bereichen, wie auch der Medizin (Kuhlmann et al., 2016). Im Laufe der letzten Jahre habe sich durch veränderte Geschlechterverhältnisse und berufliche Migration die Sozialstruktur innerhalb der Berufe gewandelt, was dazu führte, dass die Professionalisierung als ein „white male project“ hinterfragt wird (Kuhlmann et al., 2016, S. 33).

Das tradierte Modell der elitären Professionalität im Gesundheitssystem sei in Zeiten einer Politik der Chancengleichheit und einer neuen Nachfrage nach Kompetenzmix und Aufgabenverlagerung nicht mehr vertretbar (Bourgeault & Merritt, 2015). Die internationalen Veränderungen innerhalb dieses Themenkomplexes werfen Fragen zur Logik der Professionalität als Organisationform im deutschen Gesundheitssystem auf (Kuhlmann et al., 2016). Daher soll die Professionalisierung und der Status der Professionen im Kontext des Gesundheitssystems aus einer übergeordneten Perspektive betrachtet werden. Die wechselseitige Verbindung zwischen Professionen und der staatlichen Regulierung bedingt unweigerlich systembezogene Entwicklungsprozesse. So soll eine Sichtweise aufgezeigt werden, die Handlungsfenster und Chancen für einen Wandel ermöglicht.

Die Verbindung zwischen Professionen und staatlicher Steuerung zu betrachten, kann dabei helfen, die Rolle der Professionen im Gesundheitssystem nachzuvollziehen (Kuhlmann et al., 2016).

Die Entwicklungen einer Profession müssen in der Perspektive des Systems analysiert werden, da die Berufsgruppen nicht autonom agieren, sondern auf komplexe Weise mit anderen Playern verknüpft sind. Der Prozess der Professionalisierung wird durch normative Rahmenbedingungen strukturiert. Zwischen dem Staat und den Professionen würden symbolische Beziehungen existieren, die an einer eigenständigen Entwicklung der Professionen zweifeln lassen, so Feldmann (2002, S. 2). Er kritisiert dabei die Vielzahl an bürokratischen Hürden, die ein Hemmnis für die Entwicklung von Professionen bedeuten. Auch Pundt (2006, S. 11) bezieht sich auf die Rolle staatlicher Rahmenbedingungen:

„Die Erfahrungen einiger Berufe im Gesundheitswesen zeigen, dass die Professionalisierungsabsichten nur dann umgesetzt werden können, wenn den Entscheidungsträgern nicht nur auf der akademischen, sondern auch auf der juristischen und politischen Ebene Zugeständnisse entlockt werden. So ist wiederholt darauf aufmerksam gemacht worden, dass den staatlichen Organisationen, als sogenannte ‚Professionalisierungsagenten‘, eine maßgebliche Rolle bei der Entwicklung und Etablierung von Professionen zugedacht wird“.

Als essentiell für die Durchsetzung der Professionalisierungsabsicht gilt ein strukturiertes Wissenssystem, das die Grundlage dafür bietet, den Einfluss auf andere Akteure auszuweiten und sich von anderen Berufen abzugrenzen. Diese Monopolisierung des Wissensgebiets bietet die Möglichkeit Autonomie zu erlangen und Macht ausüben zu können. Diese Macht kann nur durch eine Dominanz über andere Berufsgruppen entstehen (Kuhlmann et al., 2016). Neue Management- und Führungsmodelle argumentieren anders. Sie stellen die Rolle der Professionen innerhalb des Gesundheitssystems in den Fokus ihrer Betrachtungen.

Im Zuge des New Public Management (NPM) wurde die Selbstverwaltung gestärkt und die Machtverhältnisse verschoben sich von der Makroebene in Richtung der Mesoebene, so dass durch neue politische Regulationsprozesse Selbstverwaltungsorganen und Institutionen eine größere Verantwortung zukam (Dent, 2005). Ein wichtiger Bestandteil des NPM sind Professionalisierungsprozesse, die zu einer operationellen Akteur-zentrierten Steuerungsform auf dem Meso-Mikro-Level der Organisationen und Professionen beitragen. So ist die Beziehung zwischen dem Staat und den Professionen zwar flexibel, aber gleichzeitig durch nationale Steuerungsstrukturen bedingt. Daraus ergeben sich erhöhte Anforderungen an die Professionalisierungsentwicklung. Diese Anforderungen zeigen sich ebenfalls bei dem Blick auf die paradoxe Aufgabe der Professionen innerhalb des Systems (Kuhlmann et al., 2016). Sie fungieren als Mediatoren zwischen dem Staat und der Bevölkerung. Sie genießen meist stärkeres Vertrauen und sind somit in der Position, politische Entscheidungen

zu legitimieren. Sie sollen einerseits die Entscheidungen der Politik, andererseits die Bevölkerung unterstützen und arbeiten in diesem Sinne pro und contra der politischen Ebene (Bertilsson, 1990), weswegen ihnen eine zentrale Funktion innerhalb des Systemwandels zukommt. Aus diesem Grund besteht der Bedarf einer Novellierung des traditionellen theoretischen Konzepts im Handlungsfeld der Professionen (Kuhlmann et al., 2016).

Durch die Professionalisierung und Ausweitung der Dienstleitungen auf dem Gesundheitsmarkt wird der Bevölkerung der Zugang zu Gesundheitsleistungen ermöglicht. Auf diese Weise wird für sie das Konzept des Wohlfahrtsstaates konkret erfahrbar. Daraus ergibt sich wiederum die geteilte Verantwortung von Staat, Organisationen und Professionen für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. Daher hat der Staat ebenso ein Interesse an der Stärkung der Professionen (Kuhlmann et al., 2016). Dies weist noch einmal auf die kritische Beziehung zwischen Staat und Professionen hin (Kuhlmann, 2006; Bertilsson 1990). Diese Perspektive kann helfen, die Wichtigkeit der Rolle der Professionen als Vermittler zwischen Staat und Bürgern und als Motor des Wandels in der Politik des öffentlichen Sektors zu verstehen

Im Wesentlichen sind für den Entwicklungsprozess der Professionen zwei Aspekte essentiell. Zum einen bedarf es einer Identifikation und eines Abbaus von Determinanten zum anderen der Kompetenzförderung in den Professionen. Eine „integrierte Professionalisierung“ umfasst verschiedene Bereiche, wie den Abbau sozialer Ungleichheiten (z. B. in Bezug auf Geschlechter) oder beruflicher Grenzen (Kuhlmann et al., 2016, S. 34). Das Knüpfen neuer Verbindungen zwischen Professionen und Organisationen durch NPM-Systeme und die Einforderung von mehr Autonomie, um Determinanten der Weiterentwicklung auszuschalten, beschreiben die Autor*innen ebenfalls als Teil dieses Prozesses. Im Hinblick auf die Qualifizierung der Berufsangehörigen ist es essentiell, dass Professionals über die Fähigkeit verfügen, kritisch zu denken und Kompetenzen zu erlangen, die notwendig dafür sind, einen institutionellen Wechsel herbeizuführen und aktiv an der Gestaltung mitzuwirken (Suddaby & Viale, 2011).

Eine Weiterentwicklung setzt Veränderungen der Strukturen und Prozesse der Organisationen in der Gesundheitsversorgung, wie in Kliniken, in Gesundheitsberufen und bezüglich der Konzepte der Professionalisierung (z. B. Interdisziplinarität in der Bildung) voraus. Dies umfasst ebenfalls einen Wandel der Denkweise; sowohl der in der Medizin als auch im Management der Institutionen im Gesundheitssystem.

Die Umstrukturierung innerhalb der medizinischen Professionen ist wichtig, um besser auf die Bedürfnisse des Gesundheitssystems zu reagieren. Dies wiederum unterstreicht, wie

wichtig kritische soziale Kompetenzen im dezentralisierten Rollengefüge von Professionen sind. Diese Fähigkeiten machen einen Wandel erst möglich (Kuhlmann et al., 2016). Daher sollte der Schwerpunkt auf diesen chancenorientierten Ansätzen liegen, wohingegen von dem gegensätzlichen traditionellen Defizitansatz, der in den dargelegten klassischen Professionstheorien verfolgt wird, abgerückt werden sollte (Feldmann, 2002).

Der Prozess der Neuorientierung der Professionen geschieht auf der Makro-, Meso- und Mikroebene, wodurch neue Verbindungen geknüpft und bestehende verstärkt werden. Daraus ergibt sich das Erfordernis nach Multilevel-Konzepten. Diese Perspektive öffnet neue Wege zur Professionalisierung auf anderen Ebenen und ermöglicht neue Formen von Professionen.

Obwohl die verschiedenen Player unterschiedliche Vorstellungen von der Gestaltung des Prozesses haben, sind die Professionen und politischen Akteure im deutschen Gesundheitssystem durch die Forderung nach einem nachhaltigen öffentlichen Sektor und der Versorgungsverantwortung für die Bevölkerung verbunden (Kuhlmann et al., 2016).

Aber auch in der nationalen professionssoziologischen Debatte ist eine Entwicklung zu beobachten, die immer mehr therapeutische Berufe anerkennt. Sie sieht sich mit unterschiedlichen Positionen konfrontiert; jedoch setzen sich tradierte Modelle mit einer engen und konventionellen Sichtweise noch immer durch, was die Weiterentwicklung in diesem Bereich behindert. Dies zeigt sich auch darin, dass in der deutschen Literatur, insbesondere bezüglich des Themas Gender, in den Theorien Begriffe verwendet werden, die im internationalen Kontext seit Langem nicht mehr genutzt werden. Die deutsche Diskussion bezieht sich nicht auf internationale Modelle zur Professionalisierung und lässt diesbezüglich keine innovativen Herangehensweisen zu. In der internationalen Debatte haben in den letzten Jahren eine kritische Reflexion sowie eine erhebliche Ausweitung des Professionsbegriffs stattgefunden. Hierdurch sind insbesondere pflegerische und therapeutische Berufsgruppen in die theoretischen Konzepte integriert worden. Ebendieser Umstand ist für die deutsche Debatte eine Chance, da die Logopädie hier aktuell noch um den Professionsstatus bemüht ist.

Die komplexen Verbindungen zwischen Akteuren auf allen Ebenen des Gesundheitssystems führen dazu, dass die Professionalisierung eines Berufsfeldes eines Mehrebenenansatzes bedarf, der die Mitarbeit verschiedener Akteure innerhalb des Gesundheitssystems umfasst. Die etablierten theoretischen Konzepte für Professionen eignen sich vor diesem Hintergrund nicht, sondern erschweren vielmehr die Weiterentwicklung innerhalb der Gesundheitsberufe. Anstelle des isolierten Blicks auf Professionen besteht der Bedarf der Systemperspektive, bei der auch der institutionelle Kontext berücksichtigt wird. Die Abteilung Health Workforce

Research der European Public Health Association (EUPHA), eine wissenschaftlicher Dachverband für Verbände und Institute im Bereich Public-Health, nimmt eine systemische Perspektive ein. Sie plädiert für ein theoriebasiertes Forschungsprogramm, das durch die Integration aller hierarchischen Ebenen der Health Workforce Governance die Betrachtung systemischer Verbindungen sowie die Entwicklung innovativer Ansätze ermöglicht (Kuhlmann et al., 2018).

Dafür entwickeln Kuhlmann et al. (2018) ein Framework, das sowohl die Makroebene der nationalen und transnationalen Politik und Governance als auch die Organisationen des Gesundheitssystems auf der Mesoebene und die Professionalisierungsentwicklungen auf der Mikroebene einbezieht. Dieses Framework dient als Orientierung für diese Arbeit und wird an die vorliegende Fragestellung adaptiert. Dafür wurde die folgende Matrix erstellt (Tab. 6). Der Fokus soll hierbei nicht auf der Mikroebene liegen.

Tab. 6: Systemischer Rahmen für den Direktzugang in Deutschland

	Inhaltliche Dimension der Regulierung			
<i>Hierarchieebenen der Regulation</i>	<i>Systembezug</i>	<i>Sektoraler Bezug</i>	<i>Beruflicher Bezug</i>	<i>Soziologischer Bezug/Gender</i>
Transnational/ EU-Level/ global	Keine transnationale bzw. EU-Regulation für Berufserlaubnis, wie in der Medizin (EU Qualifikation Directive: EU, 2011)			
Makrolevel (Staat)	Therapeuten werden nicht anerkannt, haben keine Selbstverwaltung, keinen Sitz im G-BA Keine vollständige Akademisierung Rechtliche Rahmenbedingung: Arztvorbehalt			
Mesolevel (Institutionen/ Organisationen)	Durchaus steigender Bedarf für die Berufsgruppe aus PH-Perspektive	Versorgung erfolgt über Sektorgrenzen, abhängig von der Organisation und eher personen-zentriert	Delegation/Substitution Direktzugang	Logopädie als „Frauenberuf“, Semiprofession
Mikrolevel (Fachkräfte)	Spezialisierungen und skill-mix Interdisziplinäre Ausbildungs- und Arbeitsformen Qualifizierungskonzepte (wie „reflective practitioner“, EBP)			

Quelle: eigene Darstellung (in Anlehnung an Kuhlmann et al., 2018, S. 1)

4. Methode

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine qualitative explorative Studie, die sich auf Sekundärdaten bezieht. Dabei wurde ein narratives Literaturreview mit einer Dokumentenanalyse kombiniert.

Ein qualitativer Forschungsansatz, wie er hier gewählt wurde, eignet sich durch seinen offenen und explorativen Charakter besonders, um Zugang zu einem neuen Feld zu erhalten. Dies trifft auf das vorliegende Thema zu, da zu dem Direktzugang zur Logopädie zum jetzigen Zeitpunkt wenig Literatur vorliegt. Qualitative Methoden erlauben außerdem die Integration verschiedener Perspektiven, was demnach für die vorliegende Arbeit, wie Kapitel 2 und 3 dargestellt, von besonderer Relevanz ist (Meyer et al., 2012).

In diesem Kapitel erfolgt eine Beschreibung der methodischen Schritte, im darauffolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse dieser Methodenschritte dann dargestellt und aufeinander bezogen. Zur besseren Nachvollziehbarkeit wird das methodische Vorgehen dieser Arbeit zunächst kurz dargestellt, bevor nachfolgend im Spezifischen auf das narrative Literaturreview und die Dokumentenanalyse eingegangen wird (Abb. 8).

Als erster Schritt wurde ein narratives Literaturreview durchgeführt, das die internationale Debatte erfasst. Anschließend wurden zentrale Kategorien aus dem Studienmaterial abgeleitet. Im zweiten Schritt wurde die nationale Perspektive des DA anhand einer Dokumentenanalyse exploriert. Hierfür wurden öffentliche Dokumente der Akteure des deutschen Gesundheitssystems, die sich mit dem DA beschäftigen, ausgewählt und analysiert. Nachfolgend wurden auch hier zentrale Kategorien abgeleitet. Die beiden Kategoriensysteme ermöglichen eine vergleichende Sichtweise, wobei der Schwerpunkt auf der Exploration der systemspezifischen Bedingungen der deutschen Diskussion um den DA liegt.

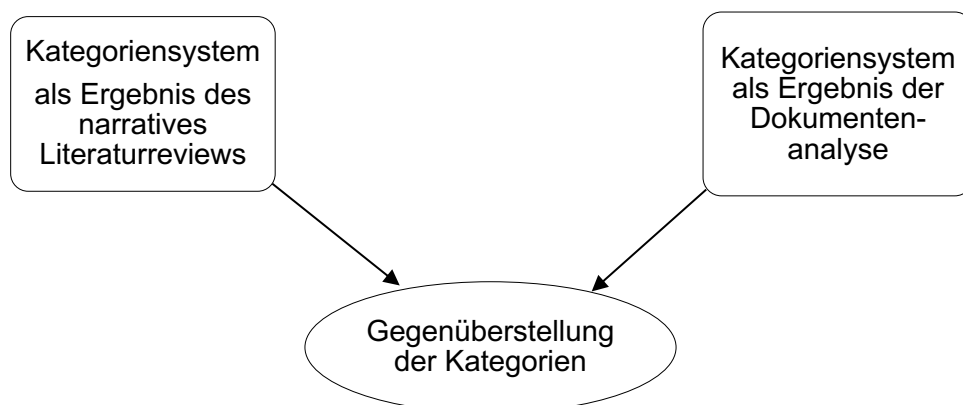


Abb. 8: Übersicht über generelles methodisches Vorgehen
Quelle: eigene Darstellung

4.1 Narratives Literaturreview

Es erfolgte eine Sichtung, Bewertung und Auswahl für die Bearbeitung des Themas relevanter Publikationen (Diaz-Bone & Wischer, 2015; Ressing et al., 2009). Dafür wurde in den digitalen wissenschaftlichen Datenbanken Speechbite, PEDro, Pubmed, Embase, Cochrane, Cochrane Deutschland und Google Scholar Literatur recherchiert, die den DA thematisiert (Flick, 2017). Die Recherche wurde durch eine Handsuche ergänzt, um auch graue Literatur ausfindig zu machen (Droste, 2008). Es wurden die Stichworte „Direktzugang“, „direkt access“, „first access“, „Primärzugang“, „primary access“, „Primärkontakt“, „open acces“, „first contact“, „self-referral“ " und „primary contact“. Diese Begriffe wurden dann mit den Worten „Logopädie“, „logopedia“, „Sprachtherapie“, „speech therapy“, „language therapy“, „Physiotherapie“, „physiotherapy“, „physical therapy, „Heilmittelerbringer“, „Heilmittelversorgung“ und „Heilmittel“ kombiniert. Da der DA als Regulierungsmodell zumeist im Kontext der Physiotherapie diskutiert wird, werden auch Stichworte aus diesem Themenbereich eingeschlossen. Eine Eingrenzung des Zeitraumes wurde nicht vorgenommen. Der Zeitraum begrenzt sich natürlich, da der DA erst seit Mitte der 1970er Jahre diskutiert wird (Abschnitt 2.2.2). Es wird ebenfalls keine örtliche Eingrenzung vorgenommen. So werden alle internationalen Untersuchungen einbezogen (Tab. 7).

Tab. 7: Kriterien zur Auswahl der Studien

<i>Zeitraum/Alter der Dokumente</i>	<i>Örtlicher Bezug</i>	<i>Eingeschlossene Stichworte</i>	<i>Wo wurde gesucht?</i>
Keine Eingrenzung (der DA wird seit den 1950er Jahren international diskutiert)	International (keine Eingrenzung)	Direktzugang direkt access Primärzugang first access primary access Primärkontakt primary contact open acces first contact self-referral Logopädie Logopedia Sprachtherapie speech therapy language therapy Physiotherapie physiotherapy physical therapy Heilmittelerbringer Heilmittelversorgung Heilmittel	Speechbite PEDro Pubmed Embase Cochrane Cochrane Deutschland Google scholar + Handsuche

Quelle: eigene Darstellung

Die wissenschaftlichen Publikationen, die diese Begriffe aufwiesen wurden in die Bewertung aufgenommen. Die Studien wurden anhand des Abstracts zunächst vorselektiert und diejenigen, die Effekte des DA untersuchten, ausgewählt. Insgesamt wurden 36 Studien identifiziert.

4.2 Dokumentenanalyse

Die qualitative Forschung zielt auf die Abbildung der Realität ab. In diesem Zusammenhang kommt der Dokumentenanalyse eine wichtige Rolle zu. Dokumente „[...] stellen eine spezifische Version von Realitäten dar, die für bestimmte Zwecke konstruiert wurde“ (Flick, 2017, S. 327). Sie bilden Meinungen, Einstellungen und Entscheidungsprozesse der verschiedenen Akteure auf institutioneller und regulatorischer Ebene ab (Wolff, 2017). Sie fungieren als „institutionalisierte Spuren“, weshalb sie für das Verständnis von Realitäten in institutionellen Kontexten sehr aufschlussreich sind (Flick, 2017, S. 331). Auf Grundlage der Dokumente sind Schlussfolgerungen über Aktivitäten, Absichten und Erwägungen ihrer Verfasser oder der repräsentierten Organisation möglich (Wolff, 2017). Dies gilt insbesondere für öffentliche Dokumente (Flick, 2017).

Für die Auswahl und Eingrenzung des Datenmaterials der vorliegenden Untersuchung wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt: Alter, regionaler bzw. geographischer Bezug sowie die Art der Dokumente (Gross, 2018; Diekmann, 2008). Die Einschlusskriterien sind in Tabelle 8 genauer aufgeführt. Diese sollen eine Auswahlssystematik und ferner die Repräsentativität, Themen- und Inhaltsrelevanz sowie Zweckmäßigkeit der Dokumente sicherstellen (Gross, 2018). Die Kriterien orientieren sich in dieser Arbeit an den im zweiten Kapitel dargestellten Hintergründen sowie den aus den vorhergegangenen Recherchen zum Direktzugang ermittelten Kriterien und zielt auf die Beantwortung der Forschungsfrage ab (Gross, 2018).

Die Dokumentenanalyse beschränkt sich auf das deutsche Gesundheitssystem. Ausgewählt wurden die folgenden Dokumente zu dem Themenkomplex Direktzugang: Gesetzestexte, Veröffentlichungen des BMG, Positionspapiere politischer Parteien oder verschiedener Akteure, wie Krankenkassen, Interessenvertretungen der Ärzteschaft oder der HM-Verbände. Auf diese Weise soll ein breites Meinungsbild verschiedener Akteure innerhalb des Gesundheitssystems zu dem DA als mögliches Regulierungsmodell aufgezeigt werden.

Der Schwerpunkt der Publikationen von Seiten der berufspolitischen Interessenvertretungen lag themenbedingt auf dem Feld der Logopädie. Aufgrund der thematischen Verflechtung

wurde die Recherche von Publikationen zum Direktzugang jedoch nicht ausschließlich auf dieses Feld begrenzt, sondern, im Falle relevanter Inhalte, auf das Gebiet der Physiotherapie ausgeweitet.

Die Recherche fokussierte sich auf den Zeitraum von Juli 2008 bis zum aktuellen Zeitpunkt (August 2019). Die Debatte um den Direktzugang steht in einem engen Zusammenhang mit dem im Jahr 2008 verabschiedeten PflWG, das die Erprobung von task-shifting-Modellen in Deutschland ermöglichte und somit auch die Diskussionen um neue Versorgungs- und Regulationsformen verstärkte (§ 63 Abs. 3b SGB V, siehe auch Kapitel 2.2.1). Daher wurde dies als Beginn der zeitlichen Eingrenzung gewählt. Die Diskussionen um die Einführung des DA halten nach wie vor an (Tab. 8).

Bei der Recherche wurden Stichworte um das Themenfeld des Direktzugangs genutzt. Hierzu wurde auch die Blankverordnung als wichtiger Aspekt in der Debatte um den DA einbezogen. Als Grundlage diente auch hier der in Kapitel 2 beschriebene Hintergrund. Es wurde, gemäß den Hinweisen von Diekmann (2008), mittels einer Handsuche auf den offiziellen Internetpräsenzen des BGM oder der jeweiligen Akteure recherchiert, da diese sich besonders für graue Literatur eignen (Droste, 2008).

Essentiell bei der Auswahl des Materials ist, den Quellen- bzw. Entstehungskontext, die Authentizität sowie Positionsgebundenheit der Dokumente zu überprüfen (Alaszewski, 2012). Hierzu ist anzumerken, dass alle eingeschlossenen Dokumente öffentlich zugänglich sind. Die Inhalte sind somit darauf ausgelegt, von der Öffentlichkeit wahrgenommen zu werden und dienen der Information der Bevölkerung, einer festgelegten Gruppe/Organisation oder sollen eine bestimmte Position hinsichtlich des Themas transportieren.

Tab. 8: Kriterien zur Auswahl der Dokumente

<i>Zeitraum/ Alter der Dokumente</i>	<i>Örtlicher Bezug</i>	<i>Art der Dokumente</i>	<i>Eingeschlossene Stichworte (Titel + Text)</i>	<i>Wo gesucht?</i>
Juli 2008 bis Juli 2019	Deutschland	Öffentlich: Stellungnahmen Pressemitteilungen Positionspapiere Gesetzestexte Gutachten	Direktzugang mit Synonymen (Kapitel...) Blankverordnung Versorgungsverantwortung	Internetpräsenzen der Akteure

Quelle: eigene Darstellung

4.3 Auswertung

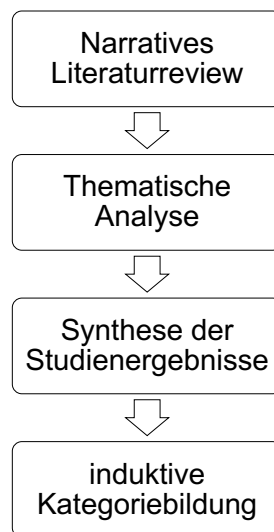


Abb. 9: Vorgehen bei Analyse der Studienergebnisse
Quelle: eigene Darstellung

Die obenstehende Abbildung (Abb. 9) visualisiert das Vorgehen der der Analyse der Studien. Die identifizierten Untersuchungen wurden nach ihren Ergebnissen betrachtet. Zur Strukturierung des relevanten Materials erfolgte dann die thematische Analyse der Ergebnisse (Clarke & Braun, 2013; Braun & Clarke, 2006; Boyatzis, 1998). So wurden zunächst die Kernergebnisse der ausgewählten Studien synthetisiert. Die Synthese der Kernergebnisse sowie das Vorkommen der einzelnen Kategorien in den jeweiligen Untersuchungen wurde elektronisch strukturiert (Tab. 15) und erfolgte auf der Basis eines Leitfadens (Tab. 17). Anschließend wurden induktiv sechs Haupt- sowie acht Unterkategorien gebildet.

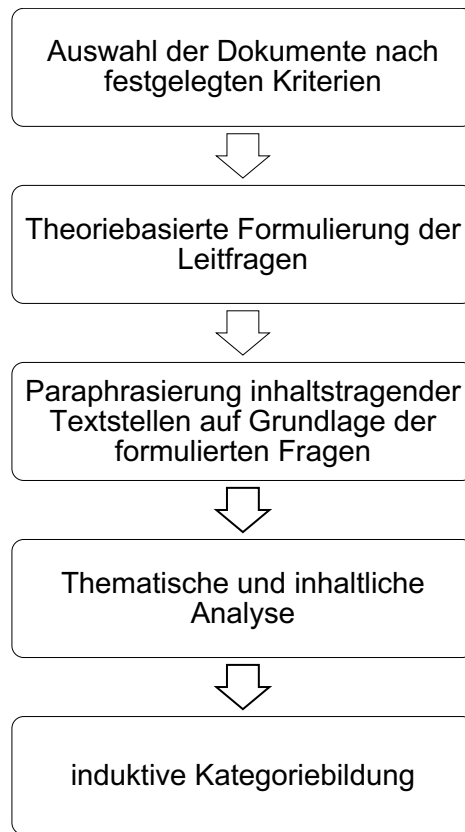


Abb. 10: Vorgehen bei der Dokumentenanalyse
Quelle: eigene Darstellung

Bei der Dokumentenanalyse wurde die thematische Analyse um eine weiterführende qualitative inhaltliche Analyse ergänzt (Flick, 2017; Diaz-Bone & Wischer, 2015, S. 96; Salheiser, 2014) (Abb. 10). Die Analyse soll der Strukturierung und Gewichtung einzelner Argumente und Positionen in der aktuellen deutschen Debatte zum Thema Direktzugang dienen. Zielsetzung war es zum einen, zu den zentralen Fragestellungen inhaltliche Ausprägungen zu identifizieren und zu analysieren. Zum anderen sollten in der Analyse abschließend übergreifende Themen formuliert und gruppiert werden.

Ein grundlegender Schritt der Auswertung ist die Reduktion des Materials durch die Exzerption für das Thema relevanter Inhalte (Alaszewski, 2012). Eine zusammenfassende Analyse umfasst eine Paraphrasierung des Materials, um wesentliche Elemente zu extrahieren und bietet sich an, wenn hauptsächlich die inhaltliche Ebene der Dokumente von Interesse ist. Sie bildet einen vorbereitenden Schritt für die induktive Kategoriebildung (Mayring, 2017).

Um über eine einfache Paraphrasierung hinauszukommen, wurden aus der Theorie Fragen abgeleitet, die nachfolgend an die Dokumente gestellt wurden (Böhm, 2017; Alaszewski, 2012). Das Lesen der Texte und die Reduktion des Inhalts erfolgte demnach im Hinblick auf die Beantwortung der Fragen.

Grundlegend für die Fragenentwicklung war der Hintergrund sowie die in der vorhergegangenen Phase identifizierten Studienergebnisse (Flick, 2017). Es wurden folgende Fragen formuliert:

- Welche Aspekte des DA werden angesprochen?
- Welche Argumente für oder gegen DA werden angegeben?
- Welche Absichten werden verfolgt?
- Welche Rollen spielen die Akteure im Gesundheitssystem bei der Umsetzung des DA?
- Welche Schritte sind für die Umsetzung notwendig?
- Welche Voraussetzungen müssen von Seiten der HME geschaffen werden?
- Welche Konsequenzen des Modells für Akteure im Gesundheitswesen (z. B. Patient*innen, HME, Ärzteschaft) werden erwähnt?
- Welche ökonomischen Auswirkungen sind zu erwarten?
- Welche Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung sind zu erwarten?
- Welche positiven und negativen Folgen sind zu erwarten?

Hier schloss sich die Strukturierung dieser reduzierten Dokumenteninhalte an. Die Synthese zentraler Themen wurde sowie das Vorkommen der Kategorien in den Untersuchungen wurde elektronisch strukturiert (Tab 16). Dafür erfolgte eine inhaltliche Analyse (Diaz-Bone & Wischer; Salheiser, 2014), im Rahmen derer wichtige Textstellen anhand eines Leitfadens (Tab. 18) kodiert wurden. Aus den kodierten Textstellen wurden anschließend Haupt- und Nebenkategorien abgeleitet (Flick, 2017; Mayring, 2017).

Die Dokumente sind unabhängig von dem hiesigen Untersuchungskontext, da sie für einen anderen Zweck entstanden sind. Aus diesem Sachverhalt resultiert ein hohes Maß an Objektivität (Alaszewski, 2012).

5. Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt zunächst spezifisch bezogen auf den jeweiligen Methodenschritt. So werden erst die internationalen Studienergebnisse aus dem narrativen Literaturreview nach festgelegten Themenblöcken zusammengefasst. Daraufhin werden die hieraus abgeleiteten zentralen Kategorien veranschaulicht.

Anschließend erfolgt die Zusammenfassung des Dokumentenmaterials nach den einbezogenen Akteuren des deutschen Gesundheitssystems sowie die Darstellung der hieraus entwickelten zentralen Kategorien. Anhand dieser beiden Kategoriensysteme lassen sich die zentralen Themen der nationalen und internationalen Debatte um den Direktzugang gegenüberstellen.

5.1 Narratives Literaturreview

Im Rahmen des Literaturreviews wurden folgende 36 Studien als relevant identifiziert:

Tab. 9: Identifizierte Studien

1	Beyerlein, 2010
2	Bossen et al., 2011
3	Bury & Stokes, 2013a
4	Bury & Stokes, 2013b
5	Childs et al., 2005
6	Crout et al., 1998
7	Daker-White et al., 1999
8	Department of Health, 2008
9	Domholdt & Durchholz, 1992
10	Durant et al., 1989
11	Durrell, 1996
12	Holdsworth et al., 2006
13	Holdsworth et al., 2007
14	Holdsworth et al., 2008
15	Holdsworth & Webster, 2004
16	Jette et al., 2006
17	Jette & Davis, 1991
18	Kennedy et al., 2010
19	Korthals-de Bos et al., 2003
20	Leemrijse et al., 2008
21	Leerar et al., 2007
22	Leinich, 2014
23	Mitchell & de Lissovoy, 1997
24	Moore et al., 2005
25	O’Cathain et al., 1995

26	Ojha et al., 2014
27	Oldmeadow et al., 2007
28	Pendergast et al., 2012
29	Piano et al., 2017
30	Robert & Stevens, 1997
31	Shoemaker, 2012
32	Snow et al., 2001
33	Sørensen, 2009
34	Stanton et al., 1985
35	Swinkels et al., 2014
36	Töytäri, 2019

Quelle: eigene Darstellung

Die relevanten Ergebnisse der identifizierten Studien werden im Folgenden strukturiert nach Themenblöcken zusammengefasst und auf die aktuellen Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems bezogen.

5.1.1 Notwendige Kompetenzen

In der Debatte um den Direktzugang wird eine angemessene Qualifikation der Leistungserbringer gefordert, um eine hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten (z. B. Jette et al., 2006). Dabei stellt sich die Frage, über welche spezifischen Kompetenzen die logopädische Berufsgruppe für die Ausübung des DA verfügen sollten. Hierzu wird insbesondere wieder auf Ausführungen auf dem Gebiet der Physiotherapie zurückgegriffen, da für die Logopädie bisweilen kaum Untersuchungen vorliegen.

Befürworter des DA bemängeln, dass vorhandene Kompetenzen der Therapeut*innen innerhalb des derzeitigen restriktiven Regulierungsmodells nicht abgerufen werden können (HVG & VAST, 2018). Mit Abschluss der Berufsausbildung sind HME dazu berechtigt, den direkten Zugang im Sinne des sektoralen HP anzubieten. „Die Fähigkeit, gesundheitliche Gefahren erkennen und abschätzen zu können, wird hierzulande als Voraussetzung für die Zulassung [...] angesehen, ist aber nicht Bestandteil der grundständigen schulischen Ausbildung der Heilmittelberufe“ (Räbiger & Schmidt, 2018, S. 15). Leemrijse et al. (2008) gehen davon aus, dass mit der Einführung des DA die fachliche Kompetenz der HME anerkannt und die erweiterte Handlungsverantwortung gestärkt wird. Trotz prinzipieller Erlaubnis des direkten Zuganges im Rahmen des sektoralen HP wird die Gefahr diskutiert, dass Krankheiten aufgrund der fehlenden ärztlichen Eingangsuntersuchung nicht oder zu spät erkannt werden, weil die Therapeut*innen in der Diagnosestellung nicht geübt sind und außerhalb ihres Kompetenzbereichs praktizieren. Dies könnte dazu führen, dass Behandlungen unsachgemäß durchgeführt werden (Jette et al., 2006; Mitchell & de Lissovoy, 1997). Leerar et al. (2007) führten

eine retrospektive Analyse von 160 Patientenakten durch, mit dem Ziel festzustellen, inwieweit Physiotherapeut*innen Red Flags bei Patient*innen mit Rückenschmerzen dokumentieren. 8 von 11 Red Flag-Fälle wurden notiert, jedoch wurde bei den restlichen drei Fällen eine unregelmäßige oder fehlende Dokumentation festgestellt (Leerar et al., 2007). Ausgehend von den Studienergebnissen der amerikanischen Forschungsgruppe um Jette (2006) untersuchte Beyerlein (2010) anhand von ausgewählten Fallvignetten, inwieweit Physiotherapeut*innen in Deutschland bei einem DA eine klinisch korrekte Entscheidung treffen. Er kam zu dem Ergebnis, dass nur etwa 54 Prozent der befragten Therapeut*innen die medizinisch-kritischen Fälle (Red Flags) vollständig richtig beantworteten, was laut dem Autor auf erhebliche Defizite in der Aus- und Weiterbildung schließen lasse (Beyerlein, 2010, S. 55).

Beyerlein (2010) erhob in seiner Studie außerdem die Einstellung der Physiotherapeut*innen zum DA sowie, inwieweit sie sich ein Praktizieren des Direktzugangs zutrauen würden. Er kam zu dem Ergebnis, dass 75,7 Prozent der Physiotherapeut*innen den DA befürworten und sich 61,8 Prozent zutrauen ihn zu praktizieren.

„Angesichts der eher bedrückenden Ergebnisse vor allem bei den medizinisch-kritischen Fällen fällt auf, dass sich immerhin 27,7 Prozent der Physiotherapeut*innen mit einer Berufserfahrung von maximal zwei Jahren den DA „ganz“ oder „voll und ganz“ zutrauen würden. Die Diskrepanz zwischen den Ergebnissen und dem eigenen Zutrauen gerade bei jüngeren Physiotherapeut*innen könnte auf eine Überschätzung der eigenen Fähigkeiten hinweisen“ (Beyerlein et al., 2011, S. 9).

Jedoch gibt es ebenfalls Studien, die die diagnostische Kompetenz von Physiotherapeut*innen herausstellen. Daker-White et al. (1999) konnten beispielsweise in ihrer Studie aufzeigen, dass keine signifikanten Unterschiede in der physiotherapeutischen Diagnosestellung und Behandlung orthopädischer Krankheitsbilder im Vergleich zur ärztlichen bestehen. Auch weitere US-amerikanische Studien über das klinische Wissen von physiotherapeutischem Fachpersonal hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung im Vergleich zu ärztlichem Fachpersonal konnten bei Therapeut*innen ein ähnliches Fachwissen nachweisen. Andere ärztliche Fachgruppen schnitten deutlich schlechter ab (Childs et al., 2005; Moore et al., 2005; Jette & Davis, 1991; Stanton et al., 1985).

Im Rahmen der Diskussionen um eine Umstrukturierung im Gesundheitssystem ist es deshalb notwendig, die dafür notwendigen Kompetenzen der HME im Sinne der Versorgungsqualität zu betrachten. Um der Gefahr vorzubeugen, dass ernsthafte Krankheiten nicht erkannt werden, ist die differentialdiagnostische Kompetenz unerlässlich. Da im Fall des Direktzugangs die prätherapeutische Diagnostik anstelle der ärztlichen Untersuchung und Diagnosestellung tritt, wird eine spezielle Qualifizierung der Therapeut*innen als erforderlich angesehen (Räbiger & Schmidt, 2018; Wich & Räbiger, 2016; Hiller et al., 2015). In den Niederlanden, wo der Direktzugang im Jahr 2006 eingeführt wurde, ist ein Screening- Modul im

Umfang von ca. 60 Stunden im Curriculum der Studiengänge für Therapieberufe obligatorisch enthalten (Wich & Rübiger, 2016). Nach Abschluss des Studiums sind alle Physio-/Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen berechtigt, den DA anzubieten. „Diese zusätzliche Qualifikation, die auch den Forderungen des Deutschen Ärztetages und einem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz nahekommt, fehlt hierzulande bisher sowohl in der berufsfach- als auch hochschulischen Ausbildung der Heilmittelberufe“ (Wich & Rübiger, 2016,159). Das spezifische Fachwissen über verschiedene Diagnostikmöglichkeiten ist die Voraussetzung, um ein geeignetes Verfahren auszuwählen, anzuwenden und daraus eine Diagnose abzuleiten (Zalpour, 2008).

Für das Feld der Logopädie ist hier anzumerken, dass die Diagnostik aktuell bereits einen großen Teil im Curriculum der logopädischen Berufsausbildung einnimmt und ebenfalls verschiedenen Standards unterliegt (Grohnfeld, 2017; BMJV, 2016a; BMJV, 2016b; BKQM, 2010). Im logopädischen Bereich beträfe die Entwicklung der Aus- und Weiterbildung somit zu geringen Teilen die bereits übliche Diagnostik, sondern eher das Abwägen von Differenzialdiagnosen, um Krankheiten, die ärztlicher Behandlung bedürfen, zu erkennen. Dieses Identifizieren von Red Flags spielt aufgrund des Spektrums an Störungsbildern in der Logopädie allerdings eine eher untergeordnete Rolle. Jedoch treten häufiger Störungen auf, bei denen besonders im Direct Access zunächst weitere medizinische Untersuchungen indiziert sind (z. B. bei neurologischen Erkrankungen) (Hiller et al., 2015). Dafür ist es essentiell, dass ein FCP seine eigenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten einschätzen kann, die Grenzen seiner eigenen Fachkompetenz reflektiert und sich inhaltlich von anderen Fachdisziplinen abgrenzt (SPA, 2001). Damit steht ebenfalls das Wissen über und die Integrierung von berufsethischen Aspekten in die berufliche Tätigkeit, insbesondere weil den HME im Falle eines Direktzugangs auch eine Entscheidungsmöglichkeit über die Allokation von Leistungen zukäme (Rübiger & Schmidt, 2018; Zalpour, 2008). Dies wiederum geht mit Wirtschaftlichkeitsverantwortung, die bei dem Direktzugang wahrscheinlich auf die HME überginge, einher. FCP sind in der Verantwortung, adäquate und zugleich ressourcenschonende Interventionen durchzuführen und dabei ihr jeweiliges Budget zu berücksichtigen, weshalb Kenntnisse über das deutsche Gesundheits- und Versorgungssystem unbedingt notwendig sind (SPA, 2001).

Da FCP ohne die ärztliche Verordnung eigenverantwortlich handeln, kommt der Interventionsplanung eine besondere Rolle zu. Dabei sollten Strategien professionellen Handelns (wie EBP und CR) in einem partizipativen wissenschaftsorientierten Entscheidungsprozess mit den Patient*innen grundlegend für die Lösung komplexer Problemstellungen sein (Borgetto, 2013; McAllister & Margery, 2005). Für die evidenzbasierte Behandlung müssen aktuelle Forschungsergebnisse beschafft und interpretiert werden. Dies setzt wissenschaftliche

Kenntnisse voraus, die nur in einer akademischen Ausbildung vermittelt werden können (siehe Kapitel 2.3.4).

Auch Zalpour (2008) sieht die Akademisierung und Professionalisierung als Voraussetzung für die gesundheitspolitische Etablierung des FCP-Status in Deutschland. Dazu würden ebenfalls die Verankerung notwendiger Kompetenzen insbesondere vor dem Hintergrund klinischer Erfahrungen (interne Evidenz) und wissenschaftlicher Expertise (externe Evidenz) gehören. Auf der Grundlage der Lernzieltaxonomie nach Bloom (1956) entwickelt Zalpour (2008) ein Modell für FCP, das für eine eigenverantwortliche Arbeit im deutschen Gesundheitssystem notwendige Kompetenzen umfasst (Tab. 10). Dabei bezieht er sich auf die folgenden drei Ebenen: Wissen („knowledge“), Fähigkeiten („skills“) und Einstellungen („attitude“). Die folgende Kategorisierung der zuvor beschriebenen Kompetenzen orientiert sich an Zalpours FCP-Taxonomie.

Tab. 10: Notwendige Kompetenzen eines FCP

Wissen	Fähigkeiten	Einstellungen
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine und spezielle Krankheitslehre • Anamnese • Differentialdiagnostik • Klinische Erfahrung • CR • Fachdisziplinarische Abgrenzung • Stellung im therapeutischen und medizinischen Team • Bezugswissenschaften • Epidemiologie/Statistik • Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Diagnostikverfahren • Interdisziplinäres Arbeiten • Differentialdiagnostik • Anamnese • Klinische Erfahrung • Fachdisziplinarische Abgrenzung • Stellung im therapeutischen und medizinischen Team • Forschung • Supraschematisches Denken und Handeln • Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> • Wissenschaftliche Fundierung • EBP • CR • Ethik • Interdisziplinarität • Internationalität • Berufs- und Gesundheitspolitik • Verantwortung

Quelle: eigene Darstellung (in Anlehnung an Zalpour, 2008, 108f)

5.1.2 Kooperation mit der Ärzteschaft

Ärzt*innen haben eine zentrale Rolle innerhalb des aktuellen HM-Versorgungsprozesses inne. Aus diesem Grund fordert der SVR-Gesundheit (2006) die Ärzteschaft dazu auf, sich in ihrer Aus- bzw. Weiter- und Fortbildung vertiefte Kenntnisse der Hilfsmittel- und HM-Versorgung anzueignen. Trotzdem bestehen an einigen Stellen Unsicherheiten, die sich in defizitären HM-Verordnungen zeigen. Verschiedene internationale Studien beschäftigen sich mit der Qualität der Verordnungen (Liu & Fletcher, 2006; Hulme et al., 1988; Ulli et al., 1984). Auch in einer neuen Studie wurde bestätigt, dass 30 Prozent aller Verordnungen nicht adäquate oder fehlende diagnostische Angaben aufwiesen (Liu & Fletcher, 2006). Die-

ses Problem wird auch in Deutschland deutlich. Dass HME der Prüfpflicht unterworfen sind und nur auf Grundlage korrekter HM-Verordnungen tätig werden dürfen, führt zu einem vermehrten bürokratischen Aufwand, sowohl für HME als auch für Arztpraxen, die Verordnungen korrigieren. Weitere Folgen sind Verzögerungen des Behandlungsbeginns oder unerlaubte Abweichungen von den Verordnungsinhalten in der therapeutischen Behandlungspraxis (Wich, Rübiger, 2016; BMBF, 2014). Diese Problematik wäre mit der Einführung des Direktzugangs hinfällig.

Die deutsche Ärzteschaft gilt jedoch als scharfer Kritiker des DA. Aus ärztlicher Sicht verfügen Therapeut*innen nicht über den notwendigen medizinischen Sachverstand. Weiterhin wird durch die Einführung des Direktzugangs eine Abnahme in der Kommunikation zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern durch zunehmende Konflikte befürchtet (Gründkemeyer & Zalpour, 2010; Jette et al. 2006; Snow et al. 2001; Crout et al. 1998). Ein Argument ist ebenfalls, dass Ärzt*innen durch den Arztvorbehalt eine wichtige mengenbegrenzende Funktion für die Leistungen der GKV zukommt (Küther, 2013). Die internationalen Erfahrungen zeigen aber auch, dass Teile der Ärzteschaft dem direkten Zugang zu HME positiv gegenüberstehen. Holdsworth et al. (2008) untersuchten die Akzeptanz von schottischen Ärzt*innen hinsichtlich des Direktzugangs. 96 Prozent der Befragten hatten Vertrauen in die fachlichen Kompetenzen der Physiotherapeut*innen. 70 Prozent befürworteten den DA, 63 Prozent der befragten Ärzteschaft waren bereit, weitere Aufgaben an die Therapeut*innen zu übertragen. Nur 11 Prozent der Teilnehmenden bemerkten einen leichten Rückgang ihrer Patientenzahlen (Holdsworth et al., 2008).

Die Einführung des DA in den Gesundheitssystemen anderer Nationen war unter anderem mit dem Ziel der Verringerung der ärztlichen Arbeitsbelastung verbunden. Holdsworth et al. (2007), Holdsworth & Webster (2004), Daker-White et al. (1999) und Mitchell & de Lissovoy, (1997) gaben Hinweise darauf, dass sich die Zahl der Arztkontakte, der Umfang der Zusatzdiagnostik sowie die Menge an verordneten Medikamenten bei Patient*innen, die den DA nutzten, verringerten. Weitere Untersuchungen ergaben eine Reduktion der Arbeitsbelastung, insbesondere derer der Allgemeinmediziner*innen, da einige Patient*innen keine ärztliche Konsultation in Anspruch nahmen (CSP, 2010; Durrell, 1996; O’Cathain et al., 1995). Leemrijse et al. (2008) verweisen zu Beginn des niederländischen Modellprojekts auf die Annahme, dass der DA mit einer Verringerung der Arbeitsbelastung der Fachärzt*innen und die damit verbundene Entlastung des Gesundheitssystems in Zusammenhang stehe. Die Evaluation zeigte jedoch keine signifikante Abnahme des allgemeinärztlichen Behandlungsvolumens an Erkrankungen, die physiotherapeutisch versorgt werden. Jedoch sind lediglich 13 Prozent der hausärztlichen Konsultationen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates

verbunden. Selbst wenn der DA eine Verringerung der ärztlichen Behandlungen zur Folge habe, könnte diese Zahl zu klein sein, um die Arbeitslast der Hausärzt*innen signifikant zu verringern (Swinkels et al., 2014). In den Niederlanden steht es der Bevölkerung frei den DA in Anspruch zu nehmen oder nicht. Trotz der Möglichkeit die HME direkt aufzusuchen nutzen einige Patient*innen physiotherapeutische Dienste mit ärztlicher Überweisung. Als Grund dafür gaben sie an es zu bevorzugen von hausärztlich und diagnostiziert zu werden, da dieser einen Überblick über alle ihre Gesundheitsprobleme habe (Leemrijse et al., 2008).

5.1.3 Gesundheitsökonomische Aspekte

Ein weiterer Aspekt, der neben Kompetenzerwerb und Akzeptanz als wesentliche Voraussetzung für die Einführung des Direktzugangs gilt, ist die Anpassung des Vergütungssystems in der HM-Versorgung. Wohingegen die therapeutischen HM in den Niederlanden über eine private Zusatzversicherung abgedeckt werden (Räbiger, Schmidt, 2018), gehören sie in Deutschland in den Leistungskatalog der GKV. Über die Regelleistungsvolumina nach § 84 SGB V kann die GKV das Volumen der ärztlichen Verordnungen für HM begrenzen und Vertragsärzt*innen bei Überschreitung dieser Richtgrößen in Regress zu nehmen. Bei dieser aktuellen restriktiven Budgetverwaltung funktioniert die Mengensteuerung demnach über die Ärzteschaft. Bei der Blankoverordnung greift dieser Mechanismus aufgrund der voraussetzenden ärztlichen Verordnungen teilweise weiterhin. Alle im Rahmen der ersten Modellversuche, nach § 63 Abs. 3b SGB V, verordneten physiotherapeutischen Leistungen waren nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterworfen, weshalb teilnehmende ärztliche Fachpersonen keine Regresse befürchten mussten.

Die Haftung für unwirtschaftliches Verhalten bei einer zu großen Mengenentwicklung soll auf die eigenverantwortlich handelnden HME übertragen werden. Die KBV schließt sich dem an. Sie hebt hervor, dass Blankoverordnungen nicht zu Lasten des Budgets der Ärzteschaft ausgestellt werden können und fordert, dass somit eine Haftung für die Therapiekosten ausgeschlossen werden müsse und „[...] die Ausgabenvolumina für Heilmittel um nicht vertragsärztlich veranlasste Therapiekosten bereinigt werden“ (Laschet, 2016, S. 1).

Bei dem Direktzugang entfällt die Mengensteuerung über die vertragsärztlichen Verordnungen gänzlich und „[...] es besteht ein zentrales Risiko darin, dass die Therapeut*innen zur Verbesserung ihrer Erträge den Behandlungsumfang über das medizinisch notwendige Niveau ausdehnen [...]“, weswegen der Spitzenverband der GKV hier auf eine alternative Lösung drängt (Neubauer et al., 2011, S. 18). Es stellt sich die Frage, wer in diesem Modell die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der Leistungen übernimmt. Im Falle der Einführung des Direktzugangs ginge die Wirtschaftlichkeitsverantwortung voraussichtlich vollständig auf

die heilmittelerbringenden Berufsgruppen über. Als problematisch ist hier allerdings zu bewerten, dass HME mangels öffentlich-rechtlicher Berufsvertretung keine Möglichkeit haben, selbst Wirtschaftlichkeitsvereinbarungen und -prüfungen durchzuführen. Es ist weiterhin noch völlig offen, in welcher Form eine Mengenbegrenzung erfolgen soll. Beispielsweise wären Regelleistungsvolumina bei den HME, Fallpauschalen als Vergütungssystem oder andere Anreiz- bzw. Sanktionssysteme möglich (Wich & Rübiger, 2016). Auch die Art und Weise der Vergütung der HME im Falle des DA ist bislang nicht ausgemacht. Sicher ist dennoch, dass die Krankenkassen die Budgetierung mit den HME selbst verhandeln würden. Neubauer (2010) hält ergänzende Erhöhungen der Zuzahlungen für Patient*innen für wahrscheinlich.

Es existieren verschiedene Lösungsmöglichkeiten für die Gestaltung der Vergütung der HME bei einer Implementierung des DA. Rübiger und Schmidt (2018, S. 15) plädieren für offene Entgeltsysteme, um „der Forderungen nach mehr Therapiefreiheit Rechnung zu tragen“.

Neubauer et al. (2011) erarbeiteten unter der Mitwirkung der KV-Hessen in einer Studie systematische Lösungsansätze zu Vergütungssystemen, die auf einem Direktzugang basieren. Die erste genannte Option bezieht sich auf die Erweiterung der Eigenverantwortung der HME bei bestehender Kontrolle der Patientenzahlen durch die vertragsärztlichen Leistungserbringen (Blankoverordnung) und wird daher nicht weiter ausgeführt. Als zweiter Ansatz wird der direkte Zugang als GKV-Leistung beschrieben. Hierbei entscheidet die therapeutische Fachkraft, ob neben der eigenen Diagnostik eine ärztliche Konsultation notwendig ist und nimmt dadurch eine Vorselektion der Patient*innen vor. Essentiell sei es bei diesem Modell, einer angebotsinduzierten Nachfrage, die entsteht, wenn HME den Leistungsumfang über das medizinisch notwendige Maß ausweiteten würden, vorzubeugen. Daher ist, wie bereits beschrieben, die Mengenkomponekte entsprechend zu beschränken. Dies könnte durch eine angepasste Kostenbeteiligung der Patient*innen erfolgen. Die Autoren ergänzen, dass auch eine Kombination aus dem Modell der Blankoverordnung und dem des DA denkbar wäre. Patient*innen müssten bei Inanspruchnahme des Direktzugangs eine höhere Kostenbeteiligung leisten, die der Mengensteuerung diene. Wer dagegen Sachleistungen bevorzugt, bleibe im Modell der Blankoverordnung (Neubauer et al., 2011). Der dritte Ansatz bezieht sich auf die Gestaltung der Vergütung auf der Basis von Selektivverträgen für die HM-Versorgung. Hierbei schließen Krankenkassen oder Krankenkassenarten Direktverträge mit HME. Auf diese Weise können therapeutische Leistungen unterschiedlich vergütet werden. „Durch Einbeziehung des Direktzugangs in diese Selektivverträge entsteht ein zusätzlicher Wettbewerbsparameter zwischen den einzelnen Krankenkassen. Dann entscheiden die Ver-

sicherten selbst, ob sie den Direktzugang nutzen wollen, indem sie zu den Krankenkassen wechseln, welche ihnen den Direktzugang ermöglichen“ (Neubauer et al., 2011, S. 17). Die Krankenkassen erhielten so ebenfalls die Möglichkeit, die Versicherten zu bestimmten Leistungsanbietern zu lenken.

Der Gefahr, dass Leistungserbringer den Behandlungsumfang über das notwendige Maß ausdehnen, kann den Autoren zufolge mit der Einführung von diagnoseabhängigen Behandlungspauschalen begegnet werden. Dem schließen sich Rübiger und Schmidt (2018) an: Gegensätzlich zur derzeitigen Einzelleistungsvergütung, wäre eine Leistungskomplexvergütung, die sich nicht an den therapeutischen Maßnahmen, sondern gestaffelt an dem Schweregrad der Erkrankung oder der Behandlungsdauer orientiert, denkbar. Sie sehen ein pauschalisiertes Vergütungssystem, ähnlich dem der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) ebenfalls als eine Vergütungsoption. Der HME würde hier pro Behandlungsfall ein festgelegtes Entgelt erhalten (Rübiger & Schmidt, 2018). Da jede Patientin und jeder Patient mit einem durchschnittlichen Behandlungsaufwand vergütet wird, bestehe ein starker Anreiz, die Behandlung möglichst effizient zu gestalten und den Leistungsumfang nicht über das Notwendige auszudehnen. Eine pauschale Fallvergütung setze ebenfalls Qualitätskontrollen voraus, die im Bereich der HM-Versorgung nicht einfach umzusetzen seien. Es bliebe jedoch das Problem der Fallzahl, über die die Behandlungsmenge ausgeweitet werden kann (Neubauer et al., 2011). Hier sprechen sich die Autoren für die Anpassung der Kostenbeteiligung der Versicherten aus: „Eine höhere, ausschließlich prozentuale Kostenbeteiligung der Versicherten verstärkt deren Kostenbewusstsein. Sie achten deshalb aus finanziellem Eigeninteresse darauf, dass der Behandlungsumfang das notwendige Niveau nicht überschreitet. Von ausgabensensibleren Patient[*innen] ist außerdem zu erwarten, dass sie motivierter und damit aktiver an einem raschen Therapieerfolg mitarbeiten“ (Neubauer et al., 2011, S. 18).

Der GKV-SV (2016) befürchtet im Falle einer Implementierung des DA eine erhebliche Kostensteigerung aufgrund einer Mengenausweitung von Behandlungen. Befürworter des Direktzugangs erwarten hingegen, bedingt durch weniger Arztkontakte und Zusatzuntersuchungen, eine Reduzierung der Kosten therapeutischer Leistungen für das Gesundheitssystem. Im internationalen Kontext geben verschiedene Studien erste Hinweise auf die gesundheitsökonomischen Konsequenzen des DA.

Die Evaluation des Modellprojekts zum DA in den Niederlanden kann die befürchtete Mengenausweitung nicht bestätigen. 13 Prozent der Patient*innen im Direktzugang erhielten nach der Erstuntersuchung und Aufnahme keine Behandlung, wohingegen dies bei nur 6 Prozent der Patient*innen der Fall mit ärztlicher Überweisung war. Daraus lässt sich schließen, dass die HME nicht jede Person behandeln, die vorstellig wird. Es zeigte sich weiterhin,

dass die durchschnittliche Anzahl der Behandlungen bei Patient*innen im Direktzugang geringer ausfiel als bei Patient*innen mit ärztlicher Überweisung (Swinkles et al., 2014). Zu beobachten war in dem Beobachtungszeitraum darüber hinaus jedoch ein stetiger Anstieg zugewiesener Patient*innen. Der Anteil der physiotherapeutischen Patient*innen in der niederländischen Bevölkerung lag 2005 bei 16,8 Prozent, 2013 bei 22 Prozent (Swinkels et al., 2014), weshalb eine langfristige Steigerung nicht ausgeschlossen werden kann (Leemrijse et al., 2008). Ursächlich könnte hier die Einführung des Direktzugangs sein. Die Autor*innen verweisen in diesem Zusammenhang allerdings auch auf den generellen Anstieg der Personen, die physiotherapeutische Leistungen nutzen, seit den 1970er Jahren. Möglich sei somit ebenfalls eine mit den demographischen und epidemiologischen Entwicklungen einhergehende Zunahme von Patient*innen (Swinkels et al., 2014). Auch Holdsworth & Webster (2004) sowie Pendergast et al. (2012) stützen mit ihren Studien die These, dass die Implementierung des direkten Zuganges nicht zwangsläufig mit einer Mengenausweitung einhergeht. Sie kamen gegenteilig zu dem Ergebnis, dass in diesem Modell weniger Behandlungen abgegeben worden sind. Zu einer ähnlichen Erkenntnis kamen auch die Modellprojekte zum DA in Norwegen und Großbritannien. Hier wurde eine Reduktion der Verordnung und Verabreichung von Medikamenten festgestellt, die sich positiv auf den Kostenfaktor auswirkt (Department of Health, 2008; Sørensen, 2009).

Studien zum DA zur Physiotherapie in Schottland und den USA zeigen, dass sich die Gesamtkosten für Patient*innen mit physiotherapeutischem Behandlungsbedarf im Direct Access reduzieren (z. B. Holdsworth et al., 2007; Mitchell & de Lissovoy, 1997).

Mitchell & de Lissovoy (1997) untersuchten retrospektiv die Auswirkungen eines Direktzugangs für Physiotherapeut*innen im US-Bundesstaat Maryland im Zeitraum von 1989 bis 1993. Dabei werteten sie die Versicherungsdaten von 605 Patient*innen aus, die sich in dem Zeitraum in physiotherapeutischer Behandlung befanden. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass diejenigen, die mit Verordnung eines Arztes behandelt wurden, 60 Prozent mehr Behandlungseinheiten aufwiesen und die Kosten um 57 Prozent höher waren als bei Patient*innen die den DA nutzten. Die Behandlungskosten derjenigen Probanden, die in dieser Studie durch den Direktzugang eine Behandlung erhalten haben, liegen im Jahr 1993 bei 1.004 US\$. Während die Behandlungskosten bei den Probanden, die zunächst einen Arzt oder eine Ärztin konsultierten, im selben Jahr bei 2.236 US\$ lagen. Die Autor*innen führen dies neben der gesteigerten Anzahl an Behandlungseinheiten auch auf die hohen Kosten für vermehrte Arztbesuche und Medikamente sowie Zusatzuntersuchungen in der Kontrollgruppe (wie apparative Diagnostik) zurück.

Eine schottische Studie untersuchte die Kosten des National Health Service (NHS) sowohl für den Direktzugang als auch für den Zugang mit vorherigem Arztkontakt. Dafür werteten

Holdsworth et al. (2006) 26 Arztpraxen in Schottland mit unterschiedlicher geographischer Lage und deren Patient*innen (n = 2985) zwischen 2003 und 2005 aus und erhoben die Zugangsformen der Patient*innen zur Physiotherapie sowie Schweregrade der Erkrankung, Therapieziele und die Anzahl der Behandlungseinheiten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Gruppe der Patient*innen im Direct Access signifikant weniger Zusatzuntersuchungen (z. B. apparative Diagnostik) und weniger Arztkontakte in Anspruch nahm. Darüber hinaus wurden den Patient*innen, die den DA in Anspruch nahmen, signifikant weniger Medikamente verschrieben, wodurch sich die Behandlungskosten verringerten. Zudem seien Patientengruppe weniger Tage arbeitsunfähig und nahmen regelmäßiger an der Therapie teil. Dies führt zu der Annahme, dass bei einem direkten Zugang zu physiotherapeutischer Leistung Einsparungen bei den Gesamtkosten möglich sind.

Bury und Stokes (2013a) unterstützen die Aussagen der oben genannten Studien. Bei ihrer Untersuchung in EU-Ländern, die einen DA implementiert haben, kamen sie zu dem Schluss, dass physiotherapeutische Behandlung innerhalb des Direktzugangs mit einer Verringerung von Behandlungseinheiten einhergeht, was sich reduzierend auf die Gesamtbehandlungskosten auswirkt. Verschiedene Reviews, die die Kosteneffektivität des Direktzugangs mit der verordnungsbasierten Regelversorgung für die Physiotherapie vergleichen, stützen die beschriebenen Ergebnisse (Piano et al., 2017; Ojha et al., 2014; Pendergast et al., 2012; Shoemaker, 2012).

Die Ergebnisse der genannten Studien zeigen, dass sich die Kosten für die physiotherapeutische Behandlung im DA reduzieren, da die Patient*innen weniger Medikamente und Zusatzuntersuchungen in Anspruch nehmen. Inwiefern sich die Ergebnisse auf die Logopädie übertragen lassen, wurde noch nicht untersucht.

5.1.4 Patientensicht

Auch aus Sicht der Patient*innen werden verschiedene Aspekte des Direktzugangs diskutiert.

Als großer Vorteil für Patient*innen wird die freie Wahl zwischen ärztlichem und therapeutischem Fachpersonal angesehen und wird schon seit Langem als Argument für den DA genannt (Coulter, 2002; Galley, 1977). Im Falle eines Direktzugangs können Patient*innen selbst darüber entscheiden, ob sie direkt therapeutische Leistungen in Anspruch nehmen oder zunächst eine ärztliche Konsultation beanspruchen (Leemrijse et al., 2008). Somit werden die Patient*innen von Beginn der Therapie in den Entscheidungsprozess einbezogen und es kommt auch ihnen eine vermehrte Handlungsverantwortung zu, die eine erweiterte Partizipation ermöglicht (Hiller et al., 2015). Im Jahr 2006 machten in den Niederlanden 28,4

Prozent der physiotherapeutisch Behandelten von dieser Möglichkeit Gebrauch (Leemrijse et al., 2008).

Ein wichtiges Argument aus Patientensicht ist überdies der schnelle Zugang zu HM-Leistungen. In den ersten Monaten nach der Einführung des DA in den Niederlanden wurden die Erfahrungen der Patient*innen mit dem Direktzugang und ihre Motive für die Nutzung untersucht. Dabei waren Zeiteinsparungen ein wichtiger Grund (Leemrijse et al., 2008). Mit dem Wegfall der vorherigen obligatorischen ärztlichen Konsultation, könnten Behandlungen schneller und unmittelbarer beginnen, da zusätzliche Wartezeiten und Zusatzuntersuchungen vermieden werden (Leinich, 2008; Jette et al., 2006; Mitchell & de Lissovoy, 1997; Robert & Stevens, 1997). Mit Implementierung des DA zeigte sich in Schweden eine Verringerung der Wartezeiten auf physiotherapeutische Versorgung (Leinich, 2008). Durch eine schnellere Anschlussbehandlung nach Krankenhausaufenthalt könnte zudem die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung verbessert werden. Je länger die Wartezeiten auf den Beginn der physiotherapeutischen Behandlung, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Patient*innen beim ersten Termin nicht erscheinen (Holdsworth et al., 2006). Anzumerken ist überdies, dass die Patientenzufriedenheit in verschiedenen Untersuchungen bei Nutzerinnen und Nutzern des DA höher war als bei denen, die die Behandlung mit ärztlicher Verordnung begonnen (Räbiger, 2017b; Kennedy et al., 2010; Daker-White, 1999).

Der direkte Weg zum HME hätte zur Folge, dass sich die Wartezeiten in Arztpraxen reduzieren könnten (Leemrijse et al., 2008; Jette et al., 2006). Einige Untersuchungen weisen auf eine schnellere Wiederherstellung nach Traumata hin (Daker-White et al. 1999, Robert & Stevens, 1997, Childs et al. 2005, Oldmeadow et al. 2007, Korthals-de Bos et al. 2003). Außerdem konnte in verschiedenen Studien eine insgesamt verkürzte Behandlungsdauer festgestellt werden (Leemrijse et al., 2008; Holdsworth & Webster, 2004; Robert & Stevens, 1997). Diese Tatsache lässt entweder auf höhere Wirksamkeit der Intervention oder leichtere Beschwerden der Patient*innen, die den DA nutzten, schließen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Verordnung und Verabreichung von Medikamenten. Hier ergaben Untersuchungen, dass dies bei Nutzerinnen des direkten Zuganges im Vergleich zu Personen, die eine ärztliche Konsultation in Anspruch nahmen, deutlich weniger erfolgte (Ojha et al., 2013; Sørensen, 2009; Department of Health, 2008).

Essentiell bei der Frage nach der Umsetzung des Direktzugangs ist überdies die Bereitschaft der Nutzerinnen und Nutzer dieses Versorgungskonzept in Anspruch zu nehmen. Bereits im Jahr 1989 untersuchten Durant et al. (1989) die Einstellung von Patient*innen

zum DA in Indiana. 82,8 Prozent der Befragten unterstützen den DA zur Physiotherapie, insbesondere, wenn sie im Vorfeld bereits HM-Behandlungen erhalten hatten. In einer retrospektiven Studie von Moore et al. (2005) im Gesundheitswesen des amerikanischen Militärs konnte gezeigt werden, dass 45,1 Prozent der Patient*innen die physiotherapeutische Behandlung ohne ärztliche Überweisung in Anspruch nahmen. Snow et al. (2001) führten eine Befragung über das Wissen sowie die Meinungen der Bevölkerung in Florida über den DA durch. 67,3 Prozent berichteten, das Modell des DA nicht zu kennen. 73,4 Prozent der Teilnehmenden gaben an, sie würden den Direktzugang nutzen, wenn ihnen die Option zur Verfügung stünde.

Es stellt sich hierbei die Frage, ob sich Patient*innen, die den Direktzugang nutzen von denen unterscheiden, die zuvor Arztkontakt haben. Holdsworth et al. (2006) kommen zu dem Schluss, dass sich Differenzen zwischen den Patientengruppen hinsichtlich des Krankheitsbildes, des Geschlechtes, des Bildungsstatus und des Alters zeigen. Die Tatsache, dass besonders junge Personen den DA in Anspruch nehmen, zeigen ebenfalls Leemrijse et al. (2008) sowie Pendergast et al. (2012). Insbesondere jüngere Patient*innen, Patient*innen mit höherem Bildungsabschluss und Patient*innen, die über ein großes Wissen über ihre Erkrankung oder die Therapie verfügen nutzen den direkten Zugang zur Physiotherapie (Swinkels et al., 2014; Leemrijse et al., 2008).

5.1.5 Zentrale Kategorien

Die genannten internationalen Studienergebnisse geben erste Hinweise auf mögliche Konsequenzen des Direktzugangs. Es wird gezeigt, dass sich die Wartezeit der Patient*innen auf ihre adäquate Versorgung durch den Wegfall der notwendigen ärztlichen Konsultation verringern können (Leinich, 2008; Jette et al., 2006; Mitchell & de Lissovoy, 1997; Robert & Stevens, 1997). Insbesondere aufgrund der Reduktion kostenintensiver apparativer Diagnostik ergeben die Studien gleiche oder geminderte Kosten für den direkten Zugang (Holdsworth et al., 2006; Mitchell & de Lissovoy, 1997). Eine konsistente Evidenz liegt ebenfalls für die höhere Zufriedenheit von Patient*innen vor, die den DA nutzen (Kennedy et al., 2010; Daker-White, 1999).

Durch Untersuchungen, die sich mit den Kompetenzen der Therapeut*innen in Hinblick auf das Erkennen kritischer Fälle befassen, ist die Frage, ob diese ausreichend für die mit dem DA einhergehende Diagnosestellung qualifiziert sind, verstärkt in das Blickfeld gerückt (z. B. Leerar et al., 2007; Beyerlein, 2010).

Die zentralen Themen, mit denen sich die ausgewählten internationalen Studien beschäftigen, werden anhand der folgenden aus dem Material abgeleiteten Kategorien deutlich:

Tab. 11: Übersicht der Haupt- und Unterkategorien der Studien

<i>Kategorien</i>	
Berufsalltag	Moore et al., 2005
Akzeptanz durch Therapeut*innen	Beyerlein, 2010; Crout et al., 1998; Domholdt & Durchholz, 1992
Anerkennung der Therapeut*innen	Bossen et al., 2011; Leemrijse et al., 2008
Zugang	
Behandlungsdauer	Daker-White et al., 1999; Holdsworth & Webster, 2004; Leemrijse et al., 2008; Korthals-de Bos et al., 2003; Oldmeadow et al., 2007; Robert & Stevens, 1997
Behandlungsbeginn	Holdsworth et al., 2006; Jette et al., 2006; Leemrijse et al., 2008; Leinich, 2014; Mitchell & de Lissovoy, 1997; Robert & Stevens, 1997; Töytäri, 2019
Patientensicherheit/ Kompetenz Therapeut*innen	Beyerlein, 2010; Childs et al., 2005; Daker-White et al., 1999; Jette et al., 2006; Jette & Davis, 1991; Learar et al., 2007; Moore et al., 2005; Sørensen, 2009
Akzeptanz der Patient*innen (Inanspruchnahme/Bekanntheit)	Bury & Stokes, 2013b; Durant et al., 1989; Kennedy et al., 2010; Leemrijse et al., 2008; Moore et al., 2005; Snow et al., 2001; Swinkels et al., 2014; Töytäri, 2019
Patiententypen	Holdsworth et al., 2006; Leemrijse et al., 2008; Pendergast et al., 2012; Swinkels et al., 2014
Entscheidungsfreiheit	Leemrijse et al., 2008
Kooperation mit Ärzeschaft	Bury & Stokes, 2013b; Holdsworth et al., 2008; Jette et al., 2006; Snow et al., 2001
Arbeitsbelastung der Ärzteschaft	Durrell, 1996; Daker-White et al., 1999; Holdsworth et al., 2007; Holdsworth & Webster, 2004; Mitchell & de Lissovoy, 1997; O’Cathain et al., 1995; Swinkels et al., 2014
Ökonomie	Bury & Stokes, 2013a; Holdsworth et al., 2006; Holdsworth et al., 2007; Holdsworth & Webster, 2004; Leemrijse et al., 2008; Leinich, 2014; Mitchell & de Lissovoy, 1997; Pendergast et al., 2012; Piano et al., 2017; Shoemaker, 2012
Arzneimittel	Department of Health, 2008; Ojha et al., 2014; Piano et al., 2017; Sørensen, 2009

Quelle: eigene Darstellung

Um den inhaltlichen Zusammenhang der Ober- und Unterkategorien deutlich zu machen, wurde in den Kategorien „Kooperation mit Ärzteschaft“ und „Ökonomie“ die Untergliederung einer Unterkategorie vorgenommen, obwohl keine weitere Unterkategorie folgt.

5.2 Dokumentenanalyse

Die Perspektiven der zentralen Akteure im deutschen Gesundheitssystem zu dem Thema Direktzugang sollen anhand verschiedener öffentlicher Dokumente dargestellt werden.

Unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Einschlusskriterien wurden 51 relevante Publikationen ausgewählt, die in der nachfolgenden Tabelle ausführlich aufgeführt werden.

Tab. 12: Identifizierte Dokumente

<i>Institution/Autorinnen und Autoren</i>	<i>Thema</i>	<i>Datum</i>	<i>Ggf. gesetzl. Bezug</i>
Krankenkassen			
GKV-SV	Positionspapier „Qualität der Heilmittelversorgung verbessern und finanzierbar halten“	8. Juni 2016	
GKV-SV	Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.	10. Januar 2019	TSVG
GKV-SV	Stellungnahme zum Entwurf des TSVG, hier: Änderungsantrag zur Heilmittelversorgung	10. Januar 2019	TSVG
vdek	Stellungnahme zum Entwurf des HHVG (Stand: 24. Juni 2016)	12. Juli 2016	HHVG
vdek	Stellungnahme zum Entwurf des TSVG (Stand: 23. Juli 2018)	15. August 2018	TSVG
AOK-Bundesverband	Stellungnahme zum Referentenentwurf des HHVG	11. Juli 2016	HHVG
AOK-Bundesverband	Stellungnahme zum HHVG sowie zu den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	28. November 2016	HHVG
AOK-Bundesverband	Stellungnahme am 16.01.2019 zu den Anträgen, Fraktion der FDP, Fraktion der AfD, Fraktion der FDP, Fraktion DIE LINKE, Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	09. Januar 2019	TSVG
AOK-Bundesverband	Stellungnahme zum Änderungsantrag des TSVG von CDU/CSU und SPD sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktion DIE LINKE	09. Januar 2019	TSVG
BKK-Dachverband	Stellungnahme zum TSVG sowie zu den Oppositionsanträgen	10. Januar 2019	TSVG
IKK	Stellungnahme zum Entwurf des TSVG	10. Januar 2019	TSVG
G-BA			
G-BA	Stellungnahme zum Referentenentwurf des BMG für das HHVG	12. Juli 2016	HHVG
G-BA	Stellungnahme zum Gesetzentwurf des HHVG sowie zu den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	25. November 2016	HHVG
G-BA	Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum TSVG und zum Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Heilmittel	10. Januar 2019	TSVG
Politik			
Deutsche Bundesregierung	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung	Aktuelle Fassung	
Deutsche Bundesregierung	Antwort auf Kleine Anfrage der Abgeordnete Wöllert, Vogler, Zimmermann (Zwickau), Höger, Weinberg, Zimmermann und der Frak-	09. Dezember 2015	

	tion DIE LINKE.		
Deutscher Bundestag	Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, unter anderem zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zum HHVG und zu dem Antrag der Abgeordneten Scharfenberg, Schulz-Asche, Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	15. Februar 2017	HHVG
Deutscher Bundestag	Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit unter anderem zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zum TSVG, dem Antrag der Abgeordneten Dr. Kessler, Ferschl, Achelwilm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. und zu dem Antrag der Abgeordneten Klein-Schmeink, Dr. Kappert- Gonther, Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	13. März 2019	TSVG
Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (WD)	Kurzinformation Physiotherapie und Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V	27. Februar 2018	
BMG	Eckpunktepapier: „Sicherung und Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung“	17. September 2018	
88. GMK	Ergebnisniederschrift	24./25. Juni 2015	
89. GMK	Ergebnisniederschrift	29./30. Juni 2016	
Fraktion CDU/CSU	Positionspapier „Heilmittelerbringer direkter in die Versorgung einbinden“	2015	
Abgeordnete Scharfenberg, Klein-Schmeink, Schulz-Asche, Dr. Terpe, Dr. Brantner, Dörner, Gehring, Schauws, Rößner, Wagner, Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Antrag	11. Mai 2016	HHVG
Abgeordnete Scharfenberg, Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Terpe, Dr. Brantner, Dörner, Gehring, Rößner, Schauws, Wagner, Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Antrag	09. November 2016	HHVG
Abgeordnete Klein-Schmeink, Dr. Kappert-Gonther, Schulz-Asche, Dr. Hoffmann, Dörner, Dr. Christmann, Gehring, Grundl, Ruffer, Schauws, Stumpp, Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Antrag	28. November 2018	TSVG

Abgeordnete Dr. Kessler, Ferschl, Achelwilm, Barrientos, Birkwald, Bull-Bischoff, Domscheit-Berg, Freihold, Gabelmann, Gohlke, Krellmann, Möhring, Müller (Potsdam), Pellmann, Dr. Sitte, Tatti, Weinberg, Zimmermann (Zwickau), Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE	Antrag	10. Oktober 2018	TSVG
Abgeordnete Wöllert, Vogler, Zimmermann (Zwickau), Höger, Weinberg, Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.	Kleine Anfrage	18. November 2015	HHVG
Professor Dr. Wolfgang Greiner	Stellungnahme als unabhängiger Einzelsachverständiger zum Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des TSVG	14. Januar 2019	TSVG
Prof. Dr. Günter Neubauer	Stellungnahme als unabhängiger Einzelsachverständiger zum Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD des TSVG	16. Januar 2019	TSVG
Ärzterschaft			
KBV	Pressemitteilung „Diagnose und Indikationsstellung durch den Arzt nutzen dem Patienten“	15. April 2016	
KBV	Stellungnahme zum Referentenentwurf des HHVG	11. Juli 2016	HHVG
KBV	Stellungnahme zum Regierungsentwurf des TSVG	10. Januar 2019	TSVG
BÄK	Beschlussprotokoll des 112. Deutschen Ärztetages	19. – 22. Mai 2009	PfWG
BÄK	Beschlussprotokoll des 118. Deutschen Ärztetages	12. – 15. Mai 2015	
BÄK	Stellungnahme zum Regierungsentwurf des TSVG und zum Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD	08. Januar 2018	TSVG
	Fachliche Empfehlungen zur Sicherung der Versorgungsqualität: Ein Diskussionsbeitrag zur Blanko-Verordnung und zum Direktzugang	o. D.	
Interessenvertretung HME			
SHV	Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung des HHVG sowie zu den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	25. November 2016	HHVG
SHV	Positionspapier „Modelle mit Mehrwert für Patienten“	Juli 2017	HHVG
dbl	Positionspapier „Direktzugang im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“	November 2016	
dbl	Stellungnahme zum Entwurf des HHVG	23. November 2016	HHVG
dbS	Pressemitteilung „Wichtige Änderungen im Heilmittelbereich auf der politischen Agenda. Mehr Geld und mehr Verantwortung?“	25. Juli 2016	HHVG
dba, dbl & dbS	Positionspapier „Für eine bessere Versorgung: Direktzugang zur Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (SSST) - Direktzugang als	15. August 2017	

Alternative zur Heilmittelverordnung“			
dba, dbI & dbS	Stellungnahme zum Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des TSVG, zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und dem Antrag der Fraktion DIE LINKE	10. Januar 2019	TSVG
LOGO Deutschland	Stellungnahme zum Referentenentwurf des BMG zum HHVG	12. Juli 2016	HHVG
LOGO Deutschland	Stellungnahme zum Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen CDU/CSU und SPD des TSVG	16. Januar 2019	TSVG
LOGO Deutschland	Stellungnahme zur Formulierungshilfe des Austauschänderungsantrags 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des TSVG	04. März 2019	TSVG
IKF	Stellungnahme zum Entwurf des HHVG	12. Juli 2016	HHVG
IFK	Thesenpapier Direktzugang	21. Februar 2019	TSVG

Quelle: eigene Darstellung

Die deutsche Debatte um den DA und die Erweiterung der Versorgungsverantwortung für HME wird auf verschiedenen Ebenen geführt. Die Zusammenfassung der einzelnen Dokumente wird zur Verdeutlichung der Meinungsbilder nach den jeweiligen Akteuren strukturiert.

5.2.1 Ebene der Krankenkassen

Anfänglich wird in den Dokumenten eine ablehnende Haltung gegenüber dem Versorgungskonzept der Blankverordnung deutlich (GKV-SV, 2016; vdek, 2016). Im späteren zeitlichen Verlauf sprechen sich die Krankenkassen jedoch für die Erprobung und auch die Einführung dieses Modells aus (AOK-Bundesverband, 2019a, AOK-Bundesverband, 2019b, GKV-SV, 2019b; GKV-SV, 2019c), da sie die Patientensicherheit hier weniger als im Versorgungsmodell des Direktzugangs gefährdet sehen (AOK-Bundesverband, 2019b). Für die Blankverordnung sei der Rechtsrahmen jedoch zu offen gestaltet, weswegen eine weitere Konkretisierung gefordert wird (IKK, 2019; GKV-SV, 2016).

Die Mehrzahl der Dokumente weist auf eine Ablehnung des DA hin. Lediglich der vdek (2018), die IKK (2019) und der BKK-Dachverband (2019) äußern sich positiv gegenüber dem Direktzugang (IKK, 2019, BKK, 2019; vdek, 2018). Trotz des Wunsches nach einem intensiveren Einbezug der Ärzteschaft in die Versorgungsprozesse im Rahmen der Blankverordnung, wird hier die Umsetzung substituierbarer Modelle in der HM-Versorgung gefordert (IKK, 2019). Auch der BKK-Dachverband (2019) sieht den Direktzugang als eine zukünftige Option und spricht sich für den Ausbau der Versorgungsverantwortung für nicht-ärztliches

Fachpersonal aus. Vorausgesetzt sei hierbei allerdings die Akademisierung der HME zur Sicherstellung notwendiger Qualifikationen (BKK, 2019; GKV-SV, 2019b; GKV-SV, 2019c). In vielen Dokumenten wird ebenfalls vor einer verfrühten Einführung der Blankoverordnung gewarnt. Vor der Implementierung sollten die Ergebnisse der Modellvorhaben abgewartet werden. Auf Grundlage dessen sollte überprüft werden, ob und inwieweit weitere Maßnahmen sinnvoll seien (AOK-Bundesverband, 2019b; GKV-SV, 2019d; AOK-Bundesverband 2016b; vdek, 2016).

An einigen Stellen wird darauf hingewiesen, dass der Sektor HM ein überproportional wachsender Leistungsbereich der GKV sei und dass im Zuge der Blankoverordnung eine erhebliche Mengenausweitung befürchtet werde. Mit Blick auf die voraussichtliche finanzielle Belastung sollte nach Meinung der Krankenkassen kein Abbau von Steuerungsinstrumenten erfolgen. Regulierungsformen, z. B. in Form von Mengenbegrenzungen, sollten belassen oder sogar verstärkt eingeführt werden, um eine wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen (GKV-SV, 2019d; IKK, 2019; ; GKV-SV, 2016). Es wird zudem gefordert, die finanzielle Verantwortung der Ärzteschaft nicht vollständig zu entziehen. Allerdings sollten HME hier stärker mit eingebunden werden, um falsche Anreize für eine Mengenausweitung oder ineffiziente Behandlungsergebnisse zu vermeiden (AOK-Bundesverband, 2019b). In der Mehrzahl der Dokumente wird dementsprechend für eine geteilte Wirtschaftlichkeitsverantwortung zwischen HME und Ärzteschaft plädiert (AOK-Bundesverband, 2019b; GKV-SV, 2019d; IKK, 2019).

Die Möglichkeit zu Abweichungen von den HeilM-RL, insbesondere hinsichtlich der Obergrenze der abzugebenden Behandlungseinheiten pro Patient*in, werden von vielen Kassen negativ bewertet. Zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgung müsse an den Vorgaben der HeilM-RL festgehalten werden (GKV-SV, 2019d; AOK-Bundesverband, 2016a, AOK-Bundesverband, 2016b). Wirtschaftlichkeit, medizinische Qualität und Patientensicherheit hätten für die GKV höchste Priorität (GKV-SV, 2016). Es dürfe daher nicht zu einer Vernachlässigung qualitätssichernder Maßnahmen oder zu einem Abbau von Wirtschaftlichkeitsinstrumenten kommen (AOK-Bundesverband, 2019b).

Aufgrund heterogener oder mangelnder Kompetenzen der HME befürchten einige Krankenkassen die Gefährdung der Patientensicherheit (AOK-Bundesverband, 2019b; GKV-SV, 2016). Daher wird die Novellierung der Ausbildung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe gefordert (AOK-Bundesverband, 2019a).

Einen großen Kritikpunkt in den Dokumenten auf dieser Akteursebene stellt die unzulängliche Möglichkeit ärztlicher Steuerung und Einflussnahme auf Versorgungsprozesse dar (AOK-Bundesverband, 2019b). Es wird dafür plädiert, die Ärzteschaft auch im Rahmen der

Blankverordnung stärker in das Versorgungsgeschehen zu involvieren (AOK-Bundesverband, 2019b, GKV-SV, 2019d; vdek, 2018). Ärztliche Fachkräfte sollten darüber hinaus die Möglichkeit haben, das Modell der Blankverordnung individuell abhängig von den Patientenbedürfnissen abwählen können (GKV-SV, 2019d; IKK, 2019).

5.2.2 Ebene des G-BA

Grundsätzlich zeigt der G-BA eine unterstützende Haltung gegenüber der Erprobung neuer Versorgungsstrukturen für die HM-Versorgung und die Schaffung einer Informationsgrundlage durch die Modellvorhaben für die Entscheidungen über die Überführung in die Regelversorgung (G-BA, 2016a; G-BA, 2016b). Bei der Evaluation neuer Regulierungsmodelle sollte ein größerer Schwerpunkt auf die patientenrelevanten Parameter Lebensqualität und Behandlungsdauer sowie -frequenz gelegt werden (G-BA, 2016a). Der G-BA sollte schnellstmöglich in die Erkenntnis einbezogen zu werden (G-BA, 2016a).

Die Möglichkeit der HME, im Rahmen der Blankverordnung von den Vorgaben der HeilM-RL abzuweichen, wird in den Dokumenten verschieden bewertet. Im Juli 2016 befürwortet der G-BA die Erprobung neuer HM innerhalb der Modellversuche, weil auf diese Weise der therapeutische Nutzen der Maßnahmen evaluiert werden könne (G-BA, 2016b). In dem im November 2016 veröffentlichten Dokument wird deutlich, dass der G-BA die Konkretisierung der möglichen Abweichungen von den HeilM-RL im Rahmen der Blankverordnung für zwingend notwendig hält (G-BA, 2019; G-BA, 2016a; G-BA, 2016b). Es werden umfangreiche Regelungen dazu gefordert, dass HME bezüglich der HM-Arten an die HeilM-RL gebunden sein sollten, da der medizinische Nutzen neuer HM noch nicht durch den G-BA anerkannt sei (G-BA, 2019).

Als Folge der gesetzlich erlaubten Abweichungen von den HeilM-RL hinsichtlich der Dauer und Frequenz befürchtet der G-BA Auswirkungen auf die Mengenentwicklung (G-BA, 2019). Als Kontrollmechanismus plädiert der G-BA für den Ausbau der finanziellen Verantwortung auf Seiten der HME (G-BA, 2016a).

Eine zwingende Voraussetzung für die Einführung der Blankverordnung – und im stärkeren Maße für den DA – sei eine Überarbeitung der Ausbildung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe. Der G-BA fordert die Schaffung von Ausbildungsstandards zur Sicherstellung bundeseinheitlicher Qualifikationen. Da dies bislang nicht vorliege, spricht sich G-BA zum Entstehungszeitpunkt der Dokumente gegen die Einführung der Blankverordnung aus (G-BA, 2016b).

5.2.3 Ebene der Politik

In der Diskussion um den DA wird die aus dem demographischen und epidemiologischen Wandel resultierende Notwendigkeit von Weiterentwicklung im HM-Bereich herausgestellt, da dieser Sektor für die Versorgung der Bevölkerung von großer Bedeutung sei (Deutscher Bundesrat, 2016; Deutscher Bundestag, 2016b). Im Hinblick auf Fachkräfteengpässe sei die Schaffung von Entlastungsstrukturen essentiell (Deutscher Bundesrat, 2016). Zur Verhinderung von Unterversorgung und Sicherstellung zukünftiger Versorgung sei eine Vernetzung der Strukturen (Deutscher Bundestag, 2016b; CDU/CSU, 2015; GMK, 2015) sowie eine Orientierung an interdisziplinären Arbeitsformen enorm wichtig (Deutscher Bundestag 2016a; Deutscher Bundestag, 2018b; Deutscher Bundestag, 2018c; Deutscher Bundestag, 2019b). In diesem Zusammenhang plädieren die CDU/CSU (2015), der Deutsche Bundestag (2016) und das BMG (2018) für die Neuverteilung von Aufgaben innerhalb des Gesundheitssystems, um HM direkter in die Versorgung einzubeziehen. Dabei wird auf positive Erfahrungen anderer Länder in Bezug auf die erhöhte Versorgungsverantwortung für HME im Sinne des DA hingewiesen (CDU/CSU, 2015; Deutscher Bundestag, 2015a). Die Bundesregierung vertritt diesbezüglich eine kritische Sichtweise. Der DA unterliege in anderen Ländern umfangreichen Einschränkungen. Positive Ergebnisse der Untersuchungen seien nicht ausschließlich auf dieses Versorgungskonzept zurückzuführen. Zudem ließen sich die internationalen Studienergebnisse nicht auf die deutschen Rahmenbedingungen übertragen (Deutscher Bundestag, 2015b).

Die Bundesregierung plane keine Einführung des DA (WD, 2017). Der geltende Arztvorbehalt gewährleiste die Patientensicherheit. Die ärztliche Aufgabe der Entscheidung über eine HM-Indikation könnte von Gesundheitsfachberufen nicht übernommen werden, da deren Kompetenzen dafür unzulänglich seien (Deutscher Bundestag, 2015b). Der ärztliche Vorbehalt sei darüber hinaus ein wichtiger Kontrollmechanismus für die Steuerung der Mengenausgaben der GKV. Die HME seien bereits umfangreich in die Versorgung eingebunden. Modellvorhaben zur Erprobung von Substitution ärztlicher Aufgaben im HM-Bereich widersprächen der gesetzlichen Systematik, weshalb die Bundesregierung den DA ablehne (WD, 2017; Deutscher Bundestag, 2015).

Entgegen der eindeutigen Positionierung der Bundesregierung wird in einigen Dokumenten die Einführung von Modellvorhaben zur Erprobung des DA und die Anpassung dafür notwendiger gesetzlicher Maßnahmen gefordert (Deutscher Bundestag, 2018c; Deutscher Bundesrat, 2016; GMK, 2016; Deutscher Bundestag 2016b; CDU/CSU, 2015). Als ein Grund wird der durch unzureichend oder inkorrekt ausgefüllten ärztlichen Verordnungen entstehende bürokratische Aufwand genannt (Deutscher Bundestag, 2019a ; Deutscher Bundestag,

2018c). Zudem sei der Direktzugang ein Ansatz für eine bessere, bedarfsgerechtere sowie zeitnahe Versorgung (Deutscher Bundestag, 2019a).

Sowohl mit Blick auf den DA als auch unabhängig davon äußern einige Akteure Kritik an der aktuellen Aus- und Weiterbildungssituation der HME (Deutscher Bundestag, 2019a; Deutscher Bundestag, 2018b, Deutscher Bundestag, 2018c; CDU/CSU, 2015; GMK, 2015). Hier werden Forderungen nach einer zeitnahen Reform der Ausbildung nach einheitlichen und internationalen Standards (Deutscher Bundestag, 2018b; Deutscher Bundestag, 2018c; CDU/CSU, 2015), der Novellierung der Berufsgesetze therapeutischer Gesundheitsfachberufe (GMK, 2015) und einer grundlegenden Akademisierung der heilmittelerbringenden Berufsgruppen gestellt (Deutscher Bundestag, 2019a). Die Standardisierung der Ausbildung sei eine unabdingbare Voraussetzung für den DA (Deutscher Bundestag, 2019a).

Hinsichtlich des Modells der Blankoverordnung werden ebenfalls verschiedene Positionen vertreten. Mit dem HHVG wurde im Jahr 2017 die Durchführung von Modellprojekten für jeden HM-Bereich in jedem Bundesland nach § 64d SGB V vorgeschrieben (Deutscher Bundestag, 2017). Es wird betont, dass im Rahmen dieser Vorhaben eine selbstständige Ausübung von Heilkunde ausdrücklich nicht vorgesehen sei (WD, 2017). Die Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN fordert in ihrem Antrag an die Bundesregierung die direkte Überführung der Blankoverordnung in die Regelversorgung (Deutscher Bundestag 2016b). Gegenätzlich dazu herrscht in anderen Dokumenten die Meinung vor, dass für die regelrechte Implementierung der Blankoverordnung noch nicht ausreichend Ergebnisse, insbesondere über ökonomische Faktoren, vorlägen (Deutscher Bundestag, 2019a). Trotzdem wurde im Jahr 2019 die Einführung der Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankoverordnungen) in die Regelversorgung gemäß dem neuen § 125a bei Indikationen, die der GKV-SV und die für die Wahrnehmung der Interessen der HME maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer miteinander vereinbaren, festgelegt (Deutscher Bundestag, 2019c). Der § 64d SGB V, zu Modellvorhaben zu Blankoverordnungen entfiel damit (Deutscher Bundestag, 2019c). In der aktuellen Fassung des SGB V ist es nach § 63 weiterhin möglich, Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchzuführen, solange es sich nicht um eine selbstständige Ausübung von Heilkunde handle.

Für das BMG (2018) sei in Bezug auf die Blankoverordnung von besonderer Wichtigkeit, dass Steuerungsfunktionen für die Mengenentwicklung eingeführt würden. Die Wirtschaftlichkeitsverantwortung könne allerdings nicht länger bei der Ärzteschaft liegen (BMG, 2018). Innerhalb der ersten vier Jahre sollen die Auswirkung auf die Mengenentwicklung sowie die Behandlungs- und Ergebnisqualität evaluiert werden (BMJV, 2019).

5.2.4 Ebene der Ärzteschaft

Der BVPRM und die DGPMR (o. J.) bewertet die aktuelle Patientenversorgung aufgrund des Engpasses in therapeutischen Gesundheitsfachberufen als problematisch. Für eine sinnvolle Gestaltung der Versorgung, sollten medizinische Berufsgruppen enger zusammenarbeiten. Die KBV sei offen für Verhandlungen hinsichtlich der Stärkung des HM-Bereiches, mit dem Ziel die Ärzteschaft zu entlasten (KBV, 2016). Oberste Priorität habe bei diesen Maßnahmen allerdings die Patientensicherheit (BVPRM & DGPMR, o. J.).

Bezüglich der Versorgungsmodelle Blankverordnung und DA sind unter den ärztlichen Akteuren heterogene Meinungen festzustellen. Der BVPRM und die DGPMR (o. J.) lehnen die Blankverordnung deutlich ab. Insbesondere für den Fall, wenn die Ärzteschaft weiterhin die Wirtschaftlichkeitsverantwortung tragen würde. Dies sei nicht sinngemäß, da Ärzt*innen bei dem Konzept keine Handhabe für die Qualität und Quantität der HM-Leistungen hätten. Die Verantwortung solle da getragen werden, wo Entscheidungsmacht liegt (BVPRM & DGPMR, o. J.). Konform dazu fordert die KBV die Befreiung der Ärzteschaft von der finanziellen Verantwortung, da Vertragsärzt*innen durch die Übertragung der Verantwortung für die Dauer und Frequenz der Behandlung auf die HME keinen Einfluss auf die Mengenentwicklung nehmen könnten. Sie macht ebenfalls deutlich, dass die Blankverordnung nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen dürfe (KBV, 2016; KBV, 2019). Auch im Falle des DA müssten die Haftungs- und Budgetverantwortung angepasst werden (KBV, 2015).

Für die BÄK stellen sowohl die Blankverordnung als auch der Direktzugang eine Gefahr für die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit dar. Da die Diagnose- und Indikationsstellung eine feste ärztliche Aufgabe sei, wird der Direktzugang strikt abgelehnt (KBV, 2016; BÄK, 2015; KBV, 2015; BÄK, 2009). Die Entscheidung über die Verordnung von HM basiere auf umfassenden medizinischen Kenntnissen, über die HME nicht verfügen. Deshalb sollte diese Aufgabe auch weiterhin im Verantwortungsbereich der Ärzteschaft liegen (BÄK, 2015; BÄK, 2009). Darüber hinaus sei die Behandlungsverantwortung grundsätzlich nicht teilbar und müsse in einer, der ärztlichen, Hand liegen. Die Einführung sektoraler selbstständiger Heilkunde stünde im klaren Widerspruch zu vorherrschenden gesetzlichen Normen des SGB V (KBV, 2015; BÄK, 2009). So widerstrebe der Direktzugang der unverzichtbaren ärztlichen Steuerungsfunktion und dem ärztlichen Vorbehalt (KBV, 2015). Die BÄK (2009) äußert die Befürchtung, dass sich die Verschiebung ärztlicher Aufgaben auf die Gesundheitsfachberufe zukünftig auch auf weitere Tätigkeitsbereiche erstrecken könnte.

Es wird weiterhin kritisiert, dass die Ärzteschaft in der Umsetzung der Modellprojekte zur Blankverordnung nicht ausreichend genug involviert sei und im Rahmen dieses Versor-

gungsmodells über zu wenig Entscheidungsspielraum verfüge. Zur Gewährleistung der Patientensicherheit sei es notwendig, die medizinisch-therapeutisch sachverständigen vertragsärztlichen Leistungserbringer stärker mit einzubeziehen (KBV, 2019; KBV, 2016). Ärztliche Fachkräfte sollten auch die Möglichkeit haben, das Modell bei bestimmten Krankheitsbildern abzuwählen (BÄK, 2019; KBV, 2016). Als ärztliche Interessenvertretung fordert die KBV in diesem Zusammenhang ein erweitertes Mitsprache- und Entscheidungsrecht bei Verhandlungen zu den Blankoverordnungen (KBV, 2019). Die Einschränkung, dass die Leistungsabgabe im Rahmen der Blankoverordnung ausschließlich nach den Vorgaben der HeilM-RL und für ausgewählte Indikationen erfolgen soll, befürworten die KBV (2009) und die BÄK (2019).

Fürsprecher des DA weisen auf die Vorteile des Modells in anderen Ländern hin. Der Zugang für Patient*innen sei leichter und die Zahl der Hausarztkontakte sinke (BVPRM & DGPMR, o. J.). Gegensätzlich dazu warnt die KBV vor Maßnahmen, die auf die Reduktion von Arztkontakten abzielen (BÄK, 2015).

Als unbedingte Voraussetzung für den DA sieht die BÄK (2015) die Überarbeitung der Ausbildung der heilmittelerbringenden Berufe. Die vorherrschende Heterogenität solle durch standardisierte Qualifikationskriterien abgebaut werden (BÄK, 2015; BVPRM & DGPMR, o. J.)

In einigen Dokumenten wird die wichtige Bedeutung von der Kommunikation zwischen der Ärzteschaft und den HME herausgestellt (KBV, 2016; BVPRM & DGPMR, o. J.). Klare Regelungen zu der Kooperation und dem Informationsaustausch seien erforderlich (KBV, 2019; KBV, 2016).

5.2.5 Ebene der Heilmittelerbringer

Viele Interessenvertretungen der HME sehen aufgrund aktueller Entwicklungen die Notwendigkeit eines Umdenkens bezüglich der Arbeitsorganisation im Gesundheitswesen (IFK, 2019; dba et al., 2017; dbl, 2016a ; IFK, 2016). Dabei wird auf das Gutachten des SVR-Gesundheit (2006) Bezug genommen. Die Aufgabenverteilung innerhalb der Gesundheitsberufe entspreche nicht den aktuellen Anforderungen des Gesundheitssystems (dbl, 2016a). Von besonderer Wichtigkeit sei die Intensivierung der Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe und die Förderung interdisziplinärer Kommunikation (IFK, 2016; dba et al., 2019). Es wird als sinnvoll erachtet, die Handlungs- und Verantwortungsspielräume der HME zu erweitern (dbl, 2016a; HVG, 2016; IFK, 2016; LOGO Deutschland, 2016).

Die geplanten Modellvorhaben sollten verstärkt auf den Bürokratieabbau abzielen, um einer rigiden Arbeitsweise der Krankenkassen und den erhöhten Aufwänden auf Seiten der HME, etwa durch inkorrekt ausgefüllte Verordnungsblätter, entgegenzuwirken (dba et al., 2019; LOGO Deutschland, 2016). Das hieraus resultierende Problem würde anhand der gesetzlichen Regelungen jedoch nicht gelöst (LOGO Deutschland, 2019c).

Die HVG (2016) plädiert für die Einführung der Blankverordnung in die Regelversorgung. Der Großteil der betrachteten Akteure sieht dies als ersten Schritt, empfindet die Maßnahmen der Blankverordnung jedoch als unzureichend für die Lösung der Versorgungsproblematik (dba et al., 2019; dbs, 2016; IFK, 2016). Die neuen gesetzlichen Regelungen würden keine Neuerungen für den Bereich der Logopädie bedeuten, da hier die erweiterte Versorgungsverantwortung bezüglich Diagnostik und Auswahl der Behandlungsmethode bereits in den Rahmenempfehlungen festgelegt ist (dba et al., 2019; LOGO Deutschland, 2019c; dba et al., 2017; dbl, 2016b; LOGO Deutschland, 2016). Die Erprobung der Blankverordnung führe darüber hinaus nicht zu einer Verbesserung der logopädischen Versorgung und manifestiere die vorherrschende Arztzentrierung, da die Indikationsstellung nach wie vor der Ärzteschaft vorbehalten sei. Die HM-Verbände hätten durch die neuesten gesetzlichen Änderungen kaum Handlungsspielräume und die Einbindung der KBV widerstrebe einer echten Erweiterung der Versorgungsverantwortung (LOGO Deutschland, 2019c).

Der IFK geht darüber hinaus und sieht in der Blankverordnung eine Perpetuierung des Abhängigkeitsverhältnisses der HME von ärztlichem Fachpersonal. Zudem wird befürchtet, dass der Ärzteschaft der Anreiz fehle, sich für bedarfsgerechte Ausgabenvolumina einzusetzen, falls die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung auf die therapeutischen Gesundheitsfachberufe überginge, die Ausgabenvolumina aber weiterhin zwischen der GKV und der Ärzteschaft verhandelt würden. Anstelle der Ärzt*innen hätten HME bei Mengenüberschreitungen finanzielle Sanktionen zu befürchten. Allein die Ärzteschaft würde von der Blankverordnung profitieren, da sie weiterhin die Entscheidungsmacht über HM-Versorgung hätte und für die Leistung der Erstdiagnose und ärztlichen Verlaufskontrolle weiter vergütet würde. Somit ginge das Konzept zulasten der Therapeut*innen (IFK, 2019). Zudem liefere es keine neuen Erkenntnisse über Behandlungserfolge oder Möglichkeiten der Kosteneinsparung im Gesundheitssystem (dba et al., 2017). Der IFK (2016) kritisiert, dass die rechtlichen Vorgaben zu restriktiv gestaltet seien. Es sollte im Rahmen der Blankverordnung zugunsten therapeutisch fachlicher Entscheidungen die Möglichkeit bestehen, in besonderen Fällen von der HeilM-RL abzuweichen (LOGO Deutschland, 2019b; SHV, 2017; LOGO Deutschland, 2016).

Für den Verband LOGO Deutschland (2019b) sei es nicht nachvollziehbar, dass die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit nicht länger bei der Ärzteschaft liegen kann. Der Übertrag der finanziellen Verantwortung auf die HME sei nicht sachgemäß, da diese nicht über ein Selbstverwaltungsorgan verfügen und die Indikationsentscheidung weiterhin bei der Ärzteschaft liege (LOGO Deutschland, 2019b). Laut SHV (2017) sollte die alleinige Wirtschaftlichkeitsverantwortung auf die Krankenkassen übergehen. Vergütungsabschläge für HME bei einer möglichen Mengenausweitung würden aufgrund des anhaltenden Ärztevorbehalts abgelehnt. Nur im Falle des DA seien die HME dafür verantwortlich zu machen (dba et al., 2019).

Die Erweiterung der Modellvorhaben um die Möglichkeit des DA sei notwendig und längst überfällig (dbl, 2016b; SHV, 2016). In allen vorliegenden Dokumenten dieser Akteursgruppe wird der Direktzugang gefordert (dba et al., 2019; LOGO Deutschland, 2019b; LOGO Deutschland, 2019c; dba et al., 2017; SHV, 2017; dbl, 2016a; dbl, 2016b; dbs, 2016; HVG, 2016; IFK, 2016; LOGO Deutschland, 2016; SHV, 2016). Es wird auf positive internationale Erfahrungen mit diesem Versorgungskonzept hinsichtlich Effizienz und Effektivität sowie das Plädoyer des Bundesrates für den DA hingewiesen (dbl, 2016a; HVG, 2016; IFK, 2016; SHV, 2016). Die Tatsache, dass der Bundesrat die Erprobung des DA einstimmig befürwortet, weise darauf hin, dass rechtliche Rahmenbedingungen Modellvorhaben dieser Art ermöglichen.

In den Dokumenten werden verschiedene Argumente für den DA genannt. Eine erhöhte Autonomie der HME führe zu einer deutlichen qualitativen Verbesserung der zukünftigen Patientenversorgung, schone Ressourcen des Gesundheitssystems, steigere die Attraktivität der HM-Berufe und wirke so dem Fachkräftemangel entgegen, was zur Sicherstellung der Versorgung beitrage (dba et al., 2019; dba et al., 2017; SHV, 2017; dbl, 2016a; dba, 2016b; LOGO Deutschland, 2016). Er habe zudem einen positiven Einfluss auf den Behandlungsverlauf und die Patientenzufriedenheit und stärke die Partizipation der Patient*innen (HVG, 2016).

Da die erforderlichen Kompetenzen sowohl in der fachschulischen als auch in der akademischen Ausbildung vermittelt würden, seien Logopäd*innen bereits zum aktuellen Zeitpunkt für den DA ausreichend qualifiziert (dba et al., 2017; dbl, 2016a). Die eigenständige Diagnostik sei seit jeher ein fester Bestandteil der logopädischen Berufspraxis (dbl, 2016b; LOGO Deutschland, 2016). Entscheidend für logopädische Therapie sei nicht die ärztliche Leitsymptomatik, sondern die logopädische Befunderhebung, weswegen sich der Wegfall des ärztlichen Kontakts nicht negativ auf die Qualität der Therapie auswirke (dba et al.,

2017). Der dbI spricht sich dafür aus, die Akademisierung stärker voranzutreiben und die Ausbildungskosten abzuschaffen (dba et al., 2019). Vor dem Hintergrund der Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe sei der DA als eine Anpassung des Versorgungssystems an die Bereitschaft der HME zur Übernahme einer höheren Versorgungsverantwortung und an ihre hohe Qualifikation zu sehen (HVG, 2016).

Der dbS (2016) macht auf die möglichen Konsequenzen des Direktzugangs aufmerksam. Im Falle des DA würde die Wirtschaftlichkeitsverantwortung auf die HME übergehen. Diese könnten dann auch mit Regressforderungen konfrontiert sein. Im Hinblick auf die finanziellen Aspekte wird in einigen Dokumenten Kritik deutlich. Es wird die Abschaffung der Budgetierung für HM-Leistungen gefordert. Instrumente der Mengensteuerung dürften nicht zulasten einer bedarfsgerechten Versorgung eingesetzt werden. Die Richtgrößen würden das Ordnungsverhalten der Mediziner*innen bestimmen. Nur ohne Wirtschaftlichkeitsdruck könnte die Versorgung sichergestellt und Kosten im Bereich der Pflege gespart werden (dba et al., 2019; LOGO Deutschland, 2019b). LOGO Deutschland bemängelt (2019b) in diesem Zusammenhang, dass HM ausschließlich als Kostenfaktor wahrgenommen werden. Ein genereller Anstieg der Kosten für HM-Leistungen sei ohnehin aufgrund des derzeitigen Mangels und der Vergütungserhöhungen für HME zu erwarten (LOGO Deutschland, 2019b).

5.2.6 Zentrale Kategorien

Die deutsche Debatte wird durch die Einführung gesetzlicher Regelungen, die mit der Erweiterung der Versorgungsverantwortung für HME in Berührung stehen, strukturiert (HHVG, TSVG).

Nur wenige Krankenkassen sprechen sich für die Erprobung des DA aus. Das Hauptargument gegen eine Erweiterung des therapeutischen Handlungsspektrums ist die potentielle Mengenausweitung durch den Wegfall der ärztlichen Steuerungsfunktion. Daher wird an den Vorgaben der HeilM-RL festgehalten, die Obergrenzen für die Leistungsabgabe garantieren sollen. Dies unterstützt auch der G-BA. Zur Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität spricht er sich für eine Höherqualifizierung der HME aus.

Auf der politischen Ebene zeigt sich eine Heterogenität der Positionen. Einzelne Parteien plädieren für die Einführung von Modellvorhaben für den Direktzugang und die Aufwertung therapeutischer Berufe. Dies wird auch bei der GMK und in Stellungnahmen des Bundesrates deutlich. Die Bundesregierung haftet jedoch an dem gesetzlich geregelten Arztvorbehalt, der eine Erprobung substituierender Modelle im Sinne der Ausübung selbständiger Heilkunde für HME nicht zulässt. Der Großteil ärztlicher Akteure befürwortet zwar die Stärkung therapeutischer Gesundheitsfachberufe, hält allerdings an dem ärztlichen Monopol der Diagnose- und

Indikationsstellung fest, da HME aufgrund ihrer Ausbildung nicht über die dafür notwendigen medizinischen Kenntnisse verfügen könnten, was sich im Falle des DA negativ auf die Patientensicherheit auswirken würde. Zudem sei die ärztliche Mengensteuerung unerlässlich. Ein Streitpunkt zwischen der Ärzteschaft und den Interessenvertretungen der HME ist ebenfalls die Wirtschaftlichkeitsverantwortung. Von Seiten der HME wird trotz der geplanten gesetzlichen Implementierung der Blankoverordnung die Einführung des DA gefordert, da nur dieser den aktuellen Anforderungen der Versorgungssituation entsprechen könne. Speziell für die Logopädie bringt die Blankoverordnung keine umfassenden Neuerungen. Zur Erweiterung der fachlichen Qualifikationen wird von der Mehrzahl dieser Akteure eine Akademisierung des Berufes gefordert.

Die zentralen Themen dieser Debatte spiegeln sich in den induktiven Kategorien wider. Im Zuge der Analyse wurden 12 Oberkategorien und 22 Unterkategorien induktiv gebildet (Tab. 13).

Tab. 13: Übersicht der Haupt- und Unterkategorien der Dokumente

<i>Kategorien</i>	
Gesetzliche Rahmenbedingungen	AOK- Bundesverband, 2019a; AOK- Bundesverband, 2016a; BÄK, 2019; BÄK, 2009; BMJV, 2019; dba et al., 2019; Deutscher Bundesrat, 2016; Deutscher Bundestag, 2019c; Deutscher Bundestag, 2017; Deutscher Bundestag, 2016b; Deutscher Bundestag, 2015a; GMK, 2016; GMK, 2015; GKV-SV, 2019b; GKV-SV, 2016; HVG, 2016; IFK, 2019; IFK, 2016; KBV, 2019; KBV, 2016; LOGO Deutschland, 2019c; LOGO Deutschland, 2016; SHV, 2016
HeilM-RL	AOK- Bundesverband, 2016a; AOK- Bundesverband, 2016b; BÄK, 2019; BMJV, 2019; BVPRM & DGPMR, (o. J.); dba et al., 2017; dba et al., 2019; G-BA, 2019; G-BA, 2016a; GKV-SV 2019c; GKV-SV, 2019d; IKK, 2019; KBV, 2016; KBV, 2019; LOGO Deutschland, 2016; LOGO Deutschland, 2019b; WD, 2017
Haftung	AOK- Bundesverband, 2019b; Deutscher Bundestag, 2015b
Versorgungsqualität	AOK- Bundesverband, 2019b; BÄK, 2015; BVPRM & DGPMR, (o. J.); CDU/CSU, 2015; Deutscher Bundestag, 2018c; dba et al., 2017; dbl, 2016a; dbl, 2016b; Deutscher Bundestag, 2016a; Deutscher Bundestag, 2016b; Deutscher Bundestag, 2015a; G-BA, 2016b; GKV-SV 2019c; GKV-SV, 2019d; GKV-SV, 2016; IFK, 2019; LOGO Deutschland, 2019b; SHV, 2016

Sicherstellung der Versorgung	BVPRM & DGPMR, (o. J.); CDU/CSU, 2015; dba et al., 2019; dba et al., 2017; dbl, 2016a; Deutscher Bundesrat, 2016; Deutscher Bundestag, 2018c; Deutscher Bundestag, 2016a; LOGO Deutschland, 2019b; SHV, 2016
Fachkräftemangel	BMG, 2018; BVPRM & DGPMR, (o. J.); dbl, 2016b; ; dba et al., 2019; ; dba et al., 2017; dbl, 2016a; Deutscher Bundestag, 2018a; Deutscher Bundestag, 2016a; IFK, 2019; IKK, 2019
Zugang	Deutscher Bundestag, 2018c; Deutscher Bundestag, 2016a; IKK, 2019
Behandlungsdauer/-frequenz	BVPRM & DGPMR, (o. J.); dba et al., 2017; Deutscher Bundestag, 2015a; G-BA, 2016a; GKV-SV 2019c; GKV-SV, 2019d; IKK, 2019; SHV, 2016
Behandlungsbeginn	BVPRM & DGPMR, (o. J.); dba et al., 2017
Arbeitsorganisation	
Interdisziplinarität	CDU/CSU, 2015; BVPRM & DGPMR, (o. J.); dba et al., 2019; dbl, 2016a; Deutscher Bundesrat, 2016; Deutscher Bundestag, 2019b; Deutscher Bundestag, 2016b; GMK, 2015; IFK, 2016; KBV, 2015; SHV, 2016;
Aufgabenneuverteilung	BÄK, 2009; dba et al., 2017; dbl, 2016a; dbl, 2016b; Deutscher Bundestag, 2016b; IFK, 2019; IFK, 2016; IKK, 2019
Kommunikation/Kooperation	AOK- Bundesverband, 2019b; AOK- Bundesverband, 2016a; BÄK, 2019; BVPRM & DGPMR, (o. J.); CDU/CSU, 2015; dba et al., 2019; Deutscher Bundestag, 2019a; Deutscher Bundestag, 2016b; GKV-SV, 2019d; GKV-SV 2019c; IFK, 2019; IFK, 2016; KBV, 2019; KBV, 2016; KBV, 2015; LOGO Deutschland, 2019b; LOGO Deutschland, 2019c; SHV, 2016; vdek, 2018; vdek, 2016
Berufsalltag	
Belastung der Therapeut*innen	dba et al., 2019; Deutscher Bundestag, 2019a; Deutscher Bundestag, 2018c; IFK, 2019; LOGO Deutschland, 2019c; LOGO Deutschland, 2016
Anerkennung der Therapeut*innen	BKK-Dachverband, 2019; dba et al., 2017; dbl, 2016a; dbl, 2016b, Deutscher Bundestag, 2018c
Qualifikation	
Kompetenzen Therapeut*innen	AOK- Bundesverband, 2019a; AOK- Bundesverband, 2019b; BÄK, 2015; BÄK, 2009; BMJV, 2019; BVPRM & DGPMR, (o. J.); CDU/CSU, 2015; dba et al., 2017; dbl, 2016a; HVG, 2016; dbl, 2016b; Deutscher Bundestag, 2019a; Deutscher Bundestag, 2018c; Deutscher Bundestag, 2016a; Deutscher Bundestag, 2016b; Deutscher Bundestag, 2015a; Deutscher Bundestag, 2015b; G-BA, 2016a; G-BA, 2016b; GKV-SV, 2016; IFK, 2019; IKK, 2019; LOGO Deutschland, 2019c

Novellierung der Ausbildung	AOK- Bundesverband, 2019a; BÄK, 2015; BVPRM & DGPMR, (o. J.); CDU/CSU, 2015; dbI, 2016b; Deutscher Bundestag, 2018a; Deutscher Bundestag, 2016a; Deutscher Bundestag, 2015a, Deutscher Bundestag, 2015b; G-BA, 2016b; GMK, 2015; GKV-SV, 2019b; GKV-SV, 2016; IFK, 2019
Akademisierung	BKK-Dachverband, 2019; dba et al., 2019; Deutscher Bundestag, 2019a; Deutscher Bundestag, 2018c; Deutscher Bundestag, 2016a; HVG, 2016
Ausbildungsgeld	dba et al., 2019; Deutscher Bundestag, 2019c; Deutscher Bundestag, 2018a; Deutscher Bundestag, 2018c
Wissenschaftlichkeit	dbI, 2016a; dbI, 2016b; Deutscher Bundestag, 2019a; SHV, 2016; vdek, 2018
Evidenzbasierung/ Evaluation	AOK- Bundesverband, 2016a; AOK- Bundesverband, 2016b; BÄK, 2015; BMG, 2018, BMJV, 2019; dba et al., 2019; dbI, 2016a; dbI, 2016b; Deutscher Bundesrat, 2016; Deutscher Bundestag, 2019a; Deutscher Bundestag, 2018a; Deutscher Bundestag, 2016a; Deutscher Bundestag, 2016b; Deutscher Bundestag, 2015b; G-BA, 2016a; G-BA, 2016b; GKV-SV 2019c; GKV-SV, 2019d; GKV-SV, 2016; IFK, 2019; IKK, 2019; SHV, 2016; vdek, 2016; WD, 2017
Internationale Erfahrungen	BVPRM & DGPMR, (o. J.); CDU/CSU, 2015; dba et al., 2017; dbI, 2016a; Deutscher Bundestag, 2015a; Deutscher Bundestag, 2015b; HVG, 2016; IFK, 2019; IFK, 2016; SHV, 2016
Ärzeschaft	
Entlastung/ Arbeitsbelastung Ärzeschaft	BÄK, 2015; BVPRM & DGPMR, (o. J.); Deutscher Bundesrat, 2016; KBV, 2019; KBV, 2016; KBV, 2015
Arztvorbehalt/ ärztliche Steuerung	AOK- Bundesverband, 2019b; BÄK, 2019; BÄK, 2015; BMJV, 2019; BVPRM & DGPMR, (o. J.); BÄK, 2009; BMJV, 2019; BVPRM & DGPMR, (o. J.); dba et al., 2019; dba et al., 2017; dbs, 2016; Deutscher Bundestag, 2018c; Deutscher Bundestag, 2015b; GKV-SV, 2019d; GKV-SV 2019c; GKV-SV, 2016; IFK, 2019; IKK, 2019; KBV, 2016; KBV, 2015; LOGO Deutschland, 2019b; vdek, 2018; WD, 2017
Patientenperspektive	
Partizipation	HVG, 2016; IFK, 2019; SHV, 2016
Patientenzufriedenheit	BVPRM & DGPMR, (o. J.); CDU/CSU, 2015; dba et al.; Deutscher Bundestag, 2015a; SHV, 2016
Patientensicherheit	AOK- Bundesverband, 2019b; BÄK, 2015; BÄK, 2009; BVPRM & DGPMR, (o. J.); dbI, 2016b; Deutscher Bundestag, 2015b; G-BA, 2016a; GKV-SV 2019c; GKV-SV, 2019d; GKV-SV, 2016; IFK, 2019; IKK, 2019; KBV, 2019; SHV, 2016; WD, 2017

Ökonomie	AOK- Bundesverband, 2019b; BMG, 2018; BMJV, 2019; BVPRM & DGPMR, (o. J.); CDU/CSU, 2015; dba et al., 2017; Deutscher Bundesrat, 2016; Deutscher Bundestag, 2019a; Deutscher Bundestag, 2016b; Deutscher Bundestag, 2015a; Deutscher Bundestag, 2015b; IFK, 2016; LOGO Deutschland, 2019b; SHV, 2016
Mengenentwicklung	AOK- Bundesverband, 2019b; AOK- Bundesverband, 2016a; AOK- Bundesverband, 2016b; BÄK, 2009; BMG, 2018; dba et al., 2019; Deutscher Bundestag, 2018c; Deutscher Bundestag, 2016a; Deutscher Bundestag, 2015a; G-BA, 2019; G-BA, 2016a; GKV-SV 2019c; GKV-SV, 2019d; GKV-SV, 2016; IFK, 2019; IKK, 2019; KBV, 2019; KBV, 2016; KBV, 2015; LOGO Deutschland, 2019b; vdek, 2016; WD, 2017
Wirtschaftlichkeitsverantwortung	AOK- Bundesverband, 2019b; AOK- Bundesverband, 2016a; BMG, 2018; BKK-Dachverband, 2019; BVPRM & DGPMR, (o. J.); dba et al., 2019; dbs, 2016; Deutscher Bundestag, 2015b; GKV-SV 2019c; GKV-SV, 2019d; IFK, 2019; IFK, 2016; IKK, 2019; KBV, 2019; KBV, 2016; KBV, 2015; LOGO Deutschland, 2016; SHV, 2016

Quelle: eigene Darstellung

Auch in diesem Schritt wurde in den Oberkategorien „Sicherstellung der Versorgung“ und „Wissenschaftlichkeit“ lediglich eine Unterkategorie eingeführt. Hierdurch soll der inhaltliche Zusammenhang der Oberkategorie mit der Unterkategorie herausgestellt werden.

5.3 Vergleich der Kategoriensysteme

Stellt man beide Kategoriensysteme gegenüber, fallen einige Übereinstimmungen, aber auch Unterschiede auf (Tab. 14). Aspekte aus der Perspektive der Patient*innen werden sowohl international als auch national diskutiert. In den ausländischen Studien scheint der Schwerpunkt hierbei auf der Akzeptanz und der Inanspruchnahme zu liegen, wohingegen in Deutschland die Patientensicherheit eine größere Rolle spielt. Weiterhin lassen sich Parallelen in Bezug auf die Anerkennung, die den Therapeut*innen durch den DA zuteil wird, erkennen. Auch diese Kategorie lässt sich sowohl im nationalen als auch im internationalen Kontext finden. Ein Aspekt, der ebenfalls in beiden Kategoriensystemen vorkommt, ist die Kooperation der HME mit der Ärzteschaft. Da dieses Thema in den deutschen Dokumenten von besonderer Wichtigkeit ist, wird es als eigene Oberkategorie dargestellt.

Parallelen fallen auch insbesondere in Bezug auf die Patientensicherheit und die damit in Verbindung stehende Qualifikation der Therapeut*innen auf. Im internationalen Kontext

scheint die Forschung in Bezug auf die notwendigen Kompetenzen eine wichtige Rolle einzunehmen. Hier werden zu Diagnosefähigkeiten und dem Erkennen von Red Flags spezifische wissenschaftliche Evaluationen durchgeführt (z. B. Leerar et al., 2007), wohingegen sich die deutsche Diskussion auf Argumente und Meinungen der verschiedenen Akteure bezieht. In Deutschland werden vermehrt Forderungen nach einer standardisierten und akademischen Ausbildung gestellt, was sich auch in der Strukturierung der Unterkategorien im Themenbereich „Qualifikation“ widerspiegelt. Sowohl in der deutschen als auch in der internationalen Debatte ist die Anerkennung der Therapeut*innen durch das Modell des DA ein zentrales Thema. Gegensätzlich zu den internationalen Studien, wird in deutschen Dokumenten die Belastung der HME besprochen.

Die Einführung substitutiver Modelle zur Entlastung der Ärzteschaft wird ebenfalls in beiden Debatten thematisiert. Auch die Aspekte, die sich auf den Zugang zu HM-Leistungen beziehen werden sowohl in den internationalen Studien als auch in den nationalen Dokumenten diskutiert. Im internationalen Kontext wird hier häufig aus der Patientenperspektive mit einem früheren möglichen Behandlungsbeginn argumentiert (z.B. Leinich, 2014). Die Behandlungsdauer wie auch die Menge abgegebener Leistungen finden in beiden Kategoriensystemen Erwähnung, wobei hier national ein stärkerer ökonomischer Bezug zu herrschen scheint.

Generell liegt der Fokus in der deutschen Diskussion vermehrt auf gesundheitsökonomischen Aspekten und der Mengenentwicklung, was auch bei Betrachtung der Kategorien auffällt. Hier zeigt sich anhand der Unterkategorien, dass die Debatte um finanzielle Konsequenzen des DA in Deutschland einen völlig anderen Schwerpunkt aufweist. Der Aspekt der möglichen Kosteneinsparungen durch den Wegfall von Arzneimitteln, der in internationalen Studien untersucht wurde, ist in nationalen Dokumenten nicht zu finden. Ein umfangreich und kontrovers diskutiertes Thema ist die Verantwortung der Akteure für die finanziellen Ausgaben der GKV im Bereich der HM und wie diese sich im Zuge von regulatorischen Veränderungen entwickeln könnte und sollte.

Verglichen mit der internationalen Perspektive nimmt die ärztliche Steuerung in der deutschen Debatte einen sehr großen Raum ein. Dies bezieht sich sowohl auf die Mengensteuerung als auch auf das Monopol der Therapieentscheidung und der stärkeren Kooperation mit der Ärzteschaft im Rahmen von Modellvorhaben.

Ein weiterer großer Unterschied zeigt sich darin, dass die gesetzlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in Deutschland eine übergeordnete Rolle spielen. Dies schlägt sich in dem Kategoriensystem nieder. Diskussionspunkte zu Gesetzesvorschriften sind in internationalen Publikationen wenig zu finden. Kategorien, die in der deutschen Debatte eine wichtige Rolle spielen, sind die Sicherstellung der Versorgung sowie die damit einhergehen-

de Fachkräftesicherung. Eine Themenähnlichkeit weist hier im internationalen Kontext lediglich die Kategorie „Anerkennung der Therapeut*innen“ auf. Im Vergleich zu den aus den internationalen Studien abgeleiteten Kategorien wird in den Kategorien der deutschen Dokumente die Diskussion um Wissenschaftlichkeit und Evidenz deutlich. Darüber hinaus finden Aspekte im Zusammenhang mit interdisziplinären und kooperativen Arbeits- und Organisationsformen in der deutschen Debatte häufig Erwähnung.

Tab. 14: Gegenüberstellung der Kategoriensysteme

<i>Kategorien national</i>	<i>Kategorien international</i>
Zugang Behandlungsdauer/-frequenz Behandlungsbeginn	Zugang Behandlungsdauer Behandlungsbeginn
Ökonomie Mengenentwicklung Wirtschaftlichkeitsverantwortung	Ökonomie Arzneimittel
Ärztenschaft Entlastung Ärzteschaft/Arbeitsbelastung Ärztenschaft Arztvorbehalt/ärztliche Steuerung	Ärztenschaft Kooperation mit Ärzteschaft Arbeitsbelastung der Ärzteschaft
Arbeitsorganisation Interdisziplinarität Aufgabenneuverteilung Kommunikation/Kooperation	
Qualifikation Kompetenzen der Therapeut*innen Novellierung der Ausbildung Akademisierung Ausbildungsgeld	Patientensicherheit/Kompetenz der Therapeuten
Patientenperspektive Partizipation Patientenzufriedenheit Patientensicherheit	Akzeptanz der Patient*innen (Inanspruchnahme/Bekanntheit) Patiententypen Entscheidungsfreiheit
Berufsalltag Belastung der Therapeut*innen Anerkennung der Therapeut*innen	Berufsalltag Akzeptanz durch Therapeut*innen Anerkennung der Therapeut*innen
Gesetzliche Rahmenbedingungen HeilM-RL Haftung	
Versorgungsqualität	
Sicherstellung der Patientenversorgung Fachkräftemangel	
Internationale Erfahrungen	
Wissenschaftlichkeit Evidenzbasierung/Evaluation	

*Oberkategorien sind fett gekennzeichnet

Quelle: eigene Darstellung

6. Diskussion

Die Arbeit verfolgt das Ziel, Meinungsbilder in der deutschen Debatte um den Direktzugang darzustellen, relevante Themen der Diskussion zu explorieren und Konsequenzen dieses Regulierungsmodells aus verschiedenen Perspektiven aufzuzeigen. Dafür wurden zentrale Kategorien aus internationalen und nationalen Publikationen abgeleitet. Dies bildete die Grundlage, um die Charakteristika der Diskussion um den DA im Kontext des deutschen Gesundheitssystems zu herauszuarbeiten. Der Fokus lag dabei auf der Betrachtung der Makro-Mesoebene. Es wurde untersucht, in welcher Weise das Regulierungsmodell des Direktzugangs auf verschiedenen hierarchischen Ebenen und vor dem Hintergrund unterschiedlicher inhaltlicher Dimensionen integriert ist. Hierbei wurde das pragmatische Governance-Framework der EUPHA angewendet (Kuhlmann et al., 2018).

Die Ergebnisse der Untersuchung sollen in diesem Kapitel diskutiert werden. Dabei ist von besonderem Interesse, was das Modell des DA für die Logopädie, auch im Hinblick auf die professionelle Weiterentwicklung des Berufes, bedeuten würde. Es soll auch hinterfragt werden, welche Rahmenbedingungen für die Einführung eines DA geschaffen werden müssten und welche Perspektiven sich für das deutsche Gesundheitssystem ergeben könnten.

6.1 Bedeutung des Direktzugangs für das Heilmittel Logopädie

Bereits seit einigen Jahren wird der Bedarf der Weiterentwicklung des HM-Bereiches diskutiert. Im Gutachten des SVR-Gesundheit (2006, S. 196) werden Heil- und Hilfsmittel als Versorgungselemente bezeichnet, denen sich Gesundheitspolitik und -berichterstattung vermehrt anzunehmen hätten, „[...] mit dem Ziel, die Effektivität und Effizienz der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln zu verbessern“. Aus demographischer und epidemiologischer Perspektive ergeben sich „[...] neue Anforderungen an das Gesundheitssystem und an die in ihm tätigen Berufsgruppen“ (Borgetto, 2013, S. 140). Diese Anforderungen weisen auf eine Bedeutungszunahme der therapeutischen und pflegerischen Gesundheitsfachberufe hin (Schwartz & Klein-Lange, 2003). Daraus ergibt sich sowohl das Erfordernis der fachlichen und berufspolitischen Weiterentwicklung als auch der systemischen Weiterentwicklung von Versorgungsprozessen (Adler & von dem Knesebeck, 2010).

Aufgrund fehlender Verordnungen von HM-Leistungen sowie regionaler Fachkräfteengpässe sind jedoch Versorgungsdefizite in diesem Bereich festzustellen (SVR-Gesundheit, 2006). Als mögliche Einflussfaktoren führt der SVR-Gesundheit unter anderem den „Kenntnisstand behandelnder Ärzt[*innen] zur Effektivität von Heilmitteln und seine Auswirkungen auf die

Indikationsstellung, die Qualifikation nicht-ärztlicher Therapeut*[innen], z. B. im Hinblick auf die Nutzung wissenschaftlicher Ergebnisse zu HM, die Umsetzung der HeilM-RL [sowie] finanzierungsrechtliche Rahmenbedingungen und Zuzahlungen“ an (SVR-Gesundheit, 2006, S. 192).

Diese Problematik wird auch in den analysierten Dokumenten deutlich. Durch die drohende Zunahme der Unterversorgung kommt dem Thema Fachkräftemangel eine enorme Wichtigkeit in der deutschen Debatte zu. Aus der aktuellen Situation ergibt sich die Notwendigkeit einer verbesserten Versorgungsplanung und vermehrte Maßnahmen zur Sicherung der Fachkräfte. Der Steuerung von Gesundheitspersonal wird aktuell, insbesondere mit Blick auf den demografischen und wirtschaftlichen Wandel, nicht ausreichend Beachtung geschenkt (Kuhlmann, Batenburg et al., 2018). Dies umfasst auch die Arbeitskräfte im Bereich der Logopädie. Eine Schwierigkeit in der Versorgungsplanung rührt aus der Tatsache, dass eine zentrale Registrierungsstelle für HME fehlt, die jedoch essentiell für eine integrierte Planung des Gesundheitspersonals ist (Kuhlmann, 2018). Die Steigerung der beruflichen Attraktivität durch den Ausbau von Handlungsverantwortung und -spielräumen sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen kann zum Erhalt des Fachpersonals beitragen (Schwarzmann et al., 2018). Ein fehlender Fortschritt bezüglich des Direktzugangs wird als ein Grund gesehen, warum therapeutische Berufe an Attraktivität verlieren. Die Zufriedenheit mit den Arbeitsinhalten sei hoch, jedoch sei die fehlende Autonomie ein Grund dafür, warum die berufliche Verweildauer sinke (Schwarzmann et al., 2018).

Die Belastung der HME durch Bürokratie und systemische Hürden ist in den deutschen Dokumenten als zentrale Kategorie identifiziert worden. Die Korrekturen fehlerhafter ärztlicher Verordnungen bedeuten für HME einen großen Arbeitsaufwand und potentielle finanzielle Einbußen (SVR-Gesundheit, 2018; Neubauer, 2010). Bei einer nicht HeilM-RL-konformen Verordnung besteht kein Anspruch auf Leistungsvergütung (Deutscher Bundestag, 2018c). Aus dieser Perspektive wird der DA als Verbesserung gesehen, da mit ihm die Regelungen zur Prüfpflicht für Verordnungen entfielen.

Aus Sicht der Patient*innen bietet der DA eine freiere Wahl und eine Möglichkeit zu erweiterter Partizipation. Verschiedene Akteure vertreten allerdings eine kritische Meinung und befürchten einen negativen Einfluss des Direktzugangs auf die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit (wie AOK-Bundesverband, 2019b; BÄK, 2015). Bei der Betrachtung der Kategorien werden diese Differenzen besonders deutlich. Wohingegen im internationalen Kontext die Akzeptanz und die Inanspruchnahme des DA als patientenrelevante Themen diskutiert werden, vermutlich weil der DA im Ausland bereits implementiert ist, ist in den deutschen Dokumenten eher der Sicherheitsaspekt vordergründig. Zur Sicherstellung der

Behandlungsqualität sei vor allem zu gewährleisten, dass HME über erforderliche Kenntnisse verfügen (BÄK, 2015). Als Voraussetzung für den DA wird daher in der deutschen Debatte an vielen Stellen die Überarbeitung der Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen gefordert (GKV-SV, 2019b). Einige Autor*innen, und insbesondere die HME selbst, plädieren für eine Ansiedlung der Ausbildung auf akademischer Ebene mit der gleichzeitigen Verankerung für den DA notwendiger Kompetenzen (Adler, von dem Knesebeck, 2010; Zalpour, 2008). Eine klinische Weiterbildung über potentielle Behandlungsrisiken und Red Flags werde den Ansprüchen an eine medizinisch sachgerechte Behandlung nicht ausreichend gerecht, so Küther (2014). Die fachschulische Ausbildung in Deutschland liegt weit hinter internationalen Ausbildungsstandards zurück. Die Logopädie-Ausbildung entspricht nicht den europäischen Leitlinien der CPLOL (2007). In Ländern mit vollständigem Direktzugang ist die Mindestanforderung zur Berufszulassung ein Bachelorabschluss (Weeber, 2017). Dies weist auf die Notwendigkeit der Weiterentwicklung in diesem Bereich hin. Der Unterschied zwischen der internationalen und nationalen Perspektive zeigt sich auch in der vorliegenden Untersuchung bei Betrachtung der zentralen Kategorien. In den deutschen Dokumenten wird die Weiterqualifizierung der HME auf verschiedenen Ebenen gefordert. Dies spiegelt sich in der Kategorie „Qualifikation“ mit ihren Unterkategorien wider. Dagegen werden die Themen Akademisierung und Ausbildung in der internationalen Debatte kaum angesprochen, was vermutlich in der Tatsache begründet ist, dass die Ausbildung bereits vereinheitlicht und akademisiert ist. Es wird lediglich über die konkreten, für den DA notwendigen Qualifikationen der Therapeut*innen diskutiert. Auch hier scheint die internationale Debatte fortgeschrittener zu sein, da sie sich verstärkt auf Forschungsergebnisse (z. B. Jette et al., 2006), anstatt, wie in der deutschen Debatte, auf Meinungen der Akteure bezieht.

Die Qualifizierung der Logopäd*innen durch eine akademische Ausbildung ist nicht nur vor dem Hintergrund der Sicherstellung erforderlicher Kenntnisse für den DA zu betrachten. Sie stellt darüber hinaus einen wichtigen Schritt für die Weiterentwicklung des Berufsfeldes dar. So wird die grundständige Akademisierung als Weg zur Professionalisierung gesehen. Der Prozess der Akademisierung wird in der Logopädie umfassend diskutiert und schreitet kontinuierlich voran. Die Qualitätsentwicklungen der Ausbildung können sich förderlich auf die Patientenversorgung und eine Schmälerung des Fachkräfteengpasses auswirken (HVG & VAST, 2018). Dabei bedarf es allerdings eines parallelen Aufbaus von Wissenschaft und Forschung. Ohne diesen fehlt es sowohl an wissenschaftlicher Fundierung als auch an wissenschaftlichem Nachwuchs. Weiterhin sollten Stellen auf dem Arbeitsmarkt für universitär qualifizierte Kräfte geschaffen werden, da in Deutschland aktuell keine konkreten Tätigkeitsfelder für diese Gruppe vorgesehen sind (Kuhlmann, 2006; Walkenhorst, 2006).

Friedrichs und Schaub (2011) sehen die Akademisierung ebenfalls als einen unterstützenden Bestandteil des übergeordneten Prozesses der Professionalisierung, da sich die akademischen Berufe als wissenschaftliche Disziplin etablieren. Hierbei muss die Disziplin ihre eigene Identität finden und sich von den Bezugswissenschaften abgrenzen. Eine universitäre Ausbildung kann zur Entwicklung eines modernen Berufsverständnisses und einem klaren Berufsprofil beitragen (Höppner, 2007). Dabei gilt es zu beachten, dass der Statusgewinn nicht nur die wissenschaftliche Arbeit erreicht, sondern auch den „Kernprozess“ umfasst. Andererseits kann sie zu einer Verunsicherung des Berufsstandes führen. Eine Koexistenz von fachschulischer und akademischer Ausbildung mit unterschiedlichen Studiengängen kann zu einer Aufspaltung der Berufsgruppe führen, da diese die Gefahr einer „Zwei-Klassen-Logopädie“ birgt. Aus diesem Grund plädieren eine Vielzahl von Autor*innen zu einer grundständigen universitären Ausbildung (z. B. HVG & VAST, 2018; Macha-Krau, 2013; Scharff Rethfeldt & Heinzelmann, 2013; Ewers et al., 2012; Schämman, 2005). Schämman (2005) gibt jedoch zu bedenken, dass sich mit dem Beginn der Akademisierung nicht automatisch auch Professionalität einstelle, da sich alte Denktraditionen nicht zwangsläufig durch das Studium verändern lassen. Bei den Bestrebungen nach Anerkennung als Profession müssen legitimationspolitische Interessen in den Hintergrund gerückt werden, da diese meist darauf abzielen, neue Handlungsfelder im Gesundheitssystem zu okkupieren und Entscheidungsmacht über die Ressourcenverteilung zu erlangen. Anstelle der Professionalisierung zur Verbesserung von Prestige und Konkurrenzabgrenzung muss die Qualitätsverbesserung zugunsten der Patientenversorgung das oberste Ziel sein (Pundt, 2006).

Akademisierung und Professionalisierung seien „die conditio sine qua non“ zur gesundheitspolitischen Etablierung des FCP-Status in Deutschland, so Zalpour (2008, S. 110). Taylor & Domholdt (1991) untersuchen die Bedingungen für einen legislativen Wandel zur Implementierung des DA in verschiedenen US-Bundesstaaten. Als eine wichtige Bedingung sehen sie die professionelle Autonomie der therapeutischen Fachkräfte. Anstelle der defizitorientierten merkmalthetheoretischen Konzepte zur Professionalisierung, die wenig Raum und Möglichkeiten zur Veränderung der aktuellen Situation bieten, sollte der Fokus auf innovative Theorien gelegt werden, sodass bei der Professionalisierungsdiskussion vorwiegend mit Kriterien der Qualität argumentiert werden kann (Walkenhorst, 2011). Die bisherigen Transformationsprozesse im HM-Bereich bedingen vielfältige Forschungs- und Praxisentwicklungsbedarfe (BMBF, 2014). Eine stärkere wissenschaftliche Orientierung der Ausbildung kann die Ausweitung der von den Kostenträgern geforderten Wirksamkeitsnachweise sowie die Entwicklung und Vermittlung von evaluierten therapeutischen Handlungskonzepten ermöglichen (Ewers et al., 2012; Adler & von den Knesebeck, 2010). In diesem Fall wirke sich der professionelle Wandel positiv auf die Behandlungs- und Versorgungsqualität aus. Die Professiona-

lisierung in der Logopädie steht im engen Zusammenhang mit der Weiterentwicklung von Standards, Leitlinien und Ethikkodizes, um mit internationalen Bedingungen gleichzuziehen.

Im Zuge der Professionalisierung verstärkt sich darüber hinaus der Einbezug von Konzepten, die die stärkere Beteiligung von Patient*innen am Versorgungsprozess fördern. Die Stärkung der Patientenorientierung und -partizipation wird als ein Aspekt der Unabhängigkeit von der Ärzteschaft gewertet, da die Patient*innen durch das vermittelte Wissen selbst die Möglichkeit erhalten, Interventionen zu wählen. Der zunehmende Einbezug von Patient*innen kann den Professionalisierungsprozess von Therapeut*innen und deren Stellung innerhalb des Systems allerdings nicht direkt beeinflussen, da die Patient*innen nicht als eigenständige Stakeholder betrachtet werden (Kuhlmann, 2006).

Die Voraussetzung für die Weiterentwicklung des Berufes als autonome Profession sei, dass die Grundlagen professionellen Handelns sowie die notwendigen Rahmenbedingungen adäquat umgestaltet werden (Borgetto, 2013).

Kuhlmann et al. (2016) bieten eine chancengerichtete Sichtweise auf das Feld der Professionen und zeigen damit neue Ansätze und Perspektiven für die Professionalisierung auf. Innerhalb der Profession ist eine fortschreitende Entwicklung bemerkbar, was jedoch bleibt, ist die historisch gewachsene Verleugnung des professionellen Status der Therapeut*innen. Demnach seien neue integrierte und inklusive Steuerungsformen notwendig, um tradierte Hierarchien und weitere Determinanten (z. B. Gender-Ungleichheiten) abzubauen und somit einen Wandel hin zu innovativen Modellen in der Versorgung, wie die Delegation von Leistungen, zu schaffen. Denn im Rahmen aktueller Entwicklungen erlange die Aufgabenverlagerung zunehmend an Wichtigkeit.

Daraus lässt sich ableiten, dass die Qualifizierung von Logopäd*innen zu kritischer Reflexion sowie der Aufbau von Forschung im weiteren Prozess der Professionalisierung von großer Bedeutung sind. Die Logopädie befindet sich zwar in einem Abhängigkeitsverhältnis, kann jedoch durch zunehmende Professionalisierung mehr Autonomie gewinnen. Die Prozesse der Professionalisierung treiben Veränderungen und Modernisierungen in der Gesundheitsversorgung durch neue kooperative und integrative Modelle für Professionen umfassen voran (Kuhlmann, 2006). Bei der Professionalisierung sollte nicht das Durchsetzen berufspolitischer Interessen, sondern die Rolle der Logopädie als Mediator zwischen Bevölkerung und Staat und als eine Säule im Gesundheitssystem zur Sicherung der Versorgung im Zentrum stehen. Der DA könnte ein neues Steuerungsmodell sein, das auf der Verlagerung von Aufgaben innerhalb des Systems und einem Ausbau beruflicher Autonomie basiert (Küther, 2013).

Die berufliche Autonomie in der Logopädie ist begrenzt. Zwar ist innerhalb der therapeutischen Tätigkeit ein freies Agieren möglich, die Voraussetzung dafür ist allerdings die ärztliche Weisung. Die negativen Auswirkungen dieses Steuerungsmechanismus gehen weit über die disziplinspezifischen Interessen der nicht-ärztlichen HME hinaus. Das deutsche Gesundheitssystem basiert auf der institutionellen Integration der Ärzteschaft in die regulatorischen Settings (Kuhlmann, 2016). Die ärztliche Steuerung ist ein zentrales Thema in der deutschen Debatte um den Direktzugang. Dies wird auch in den analysierten Dokumenten deutlich und findet sich dementsprechend in dem Kategorienkatalog wieder.

Dass der ärztlichen Steuerung im nationalen Rahmen in dieser Weise Bedeutung zukommt, zeigt wie stark die Arztzentrierung in dem deutschen Gesundheitssystem ist. Der Arztvorbehalt sichert die ärztliche Monopolstellung in Diagnostik- und Indikationsstellung. Der DA widerstrebt dem Prinzip des ärztlichen Vorbehalts von Grund auf. Ärzt*innen kritisieren, dass die Gatekeeper-Funktion des Arztes durch dieses Modell geschädigt werde. Sie argumentieren dabei mit weit unzureichenden fachlichen Kenntnissen der heilmittelerbringenden Berufe, obwohl der DA durch den sektoralen HP de facto zulässig ist (Lieschke, 2010). „Die zu fordernde Befähigung zur Erstdiagnose, aber auch die bei der Therapeutenausbildung nicht vermittelbare Fähigkeit, bei etablierter Diagnose die Indikatoren für alternative Therapieformen außerhalb der Heilmittelanwendungen verlässlich zu bewerten, sind als entscheidendes Hemmnis anzusehen, Therapeut[*innen] den Direktzugang zu gewähren“ (Küther, 2014, S. 178). Negative Aspekte an dem derzeitigen Regulierungsmodell sind aus ärztlicher Sicht der hohe bürokratische Aufwand, Regressprüfungen und möglicherweise -zahlungen (Neubauer, 2010). Dass den ärztlichen Funktionen in der deutschen Diskussion eine besondere Rolle zukommt, zeigt sich ebenfalls bei der Betrachtung der zentralen Kategorien.

6.2 Rahmenbedingungen für das Regulierungsmodell

Der ärztliche Vorbehalt fungiert als Mengensteuerungsinstrument. Nur ärztliche Fachpersonen können über den Zugang zu HM-Leistungen entscheiden (Osterloh, 2018). Daraus resultiert, dass hauptsächlich die Ärzteschaft für die Strukturierung der HM-Versorgungsprozesse im deutschen Gesundheitssystem verantwortlich ist. Weiterhin haben Mediziner*innen einen starken Einfluss in allen regulatorischen Gremien (Kuhlmann, 2006). Da sie den Sicherstellungsauftrag innehaben, regulieren sie den Markt (Kuhlmann, 2006). Dies führt zu einer starken inhaltlichen und ökonomischen Abhängigkeit der HME von der Ärzteschaft (Neubauer, 2010).

Anstatt, dass die geplanten Modellvorhaben und gesetzlichen Maßnahmen zur Erweiterung der Versorgungsverantwortung für HME diese traditionellen Strukturen aufbrechen, bauen

sie auf genau dieser hierarchischen Rollenverteilung auf. Trotzdem wehrt sich die Ärzteschaft gegen eine verstärkte Delegation ärztlicher Tätigkeiten an medizinische Gesundheitsfachberufe und fordert, die Mitsprache und die Kooperation mit der Ärzteschaft in diesen Modellen auszubauen (BÄK, 2019; BÄK, 2016). Ein stärkerer Einbezug von Mediziner*innen in die Modellprojekte, die eigentlich auf die Verschiebung ärztlicher Aufgaben abzielen ist nicht sinngemäß und hindert die Weiterentwicklung der Versorgungsprozesse.

Durch die Einführung des DA würden die durch die Verordnungsformalia entstehenden bürokratische Aufwände entfallen, wodurch Ressourcen eingespart werden könnten. Grundsätzlich befürwortet die KBV Maßnahmen zur Entlastung der Ärzteschaft. Die Entscheidungsmacht soll dabei allerdings weiterhin auf der Seite der Mediziner*innen liegen. Gesetzliche Restriktionen, die diese Strukturen schützen, behindern eine Neuordnung und Umverteilung von Aufgaben.

Ein weiteres Problem liegt darin, dass die HME aufgrund des Arztvorbehalts und der Abhängigkeit von ärztlichen Entscheidungen den Interessen der Ärzteschaft folgen. Dies umfasst auch den Bereich der Forschung und führt dazu, dass die Ärzteschaft ebenfalls die fachspezifische Forschung kontrolliert (Kuhlmann, 2006). Die Professionalisierung eines Berufes wird unter anderem von dem Aufbau und der Weiterentwicklung einer fachspezifischen Forschung bedingt. Aktuell führen Defizite in der korporatistischen Steuerung auf politischer Ebene zu Defiziten in der Regulation der HM-Leistungen, die wiederum den Aufbau einer fundierten Datenbasis verhindern (Kuhlmann, 2006).

In dieser Untersuchung konnte bei den deutschen Dokumenten im Vergleich zu den internationalen Studien eine große Relevanz des Themas Wissenschaftlichkeit festgestellt werden. Als Grund dafür wird vermutet, dass auf diesem Gebiet im nationalen Kontext kaum Forschung betrieben wird. Um eine fundierte Argumentationsgrundlage in der Debatte zu führen, ist die Nachfrage nach wissenschaftlichen Untersuchungen dementsprechend groß. Zudem könnte aufgrund mangelnder Routine, fehlender Grundlagenforschung und heterogenen Kenntnissen der Akteure eine Uneinigkeit über die Festlegung wissenschaftlicher Kriterien bestehen, weshalb diese Kategorien häufig Verwendung fanden.

Mit den Modellprojekten zur Blankoverordnung wurden erste Untersuchungen über Regulationsmodelle in der HM-Versorgung angestellt. Essentiell ist dabei, dass neben dem wirtschaftlichen auch der medizinische Nutzen sowie deren Bedeutung für die Gesundheitsversorgung evaluiert werden. Die Durchführung von Modellprojekten ist somit nur dann sinnvoll, wenn auch eine Nutzenbewertung von HM-Leistungen erfolgt. Aus der Perspektive der HME ergibt sich dann die Möglichkeit, die Finanzierungsschwierigkeiten in der Therapieforschung zu lösen. Wenn der Fokus auf den Nutzen gelegt werden kann, könnten diese Projekte ein

Schritt in Richtung der Wirksamkeitsforschung und Evaluation therapeutischer Leistungen sein. Die durchgeführten und geplanten Modellvorhaben belegen jedoch vor allem die Kosten der HM-Leistungen und sind nicht auf die Nutzenbewertung ausgelegt, woraus ein Ungleichgewicht der Daten resultiert. In diesem Fall können lediglich Effekte der Kostensenkung, nicht aber die Effizienz des Modells, bewertet werden. Im Sinne der Versorgungsqualität ist kritisch zu betrachten, dass der Schwerpunkt der Forschung im Rahmen der Modellvorhaben ausschließlich auf der Kostenreduktion zu liegen scheint. „Effizienz bedeutet Wirtschaftlichkeit bei vorhandener Effektivität. Änderungen des bestehenden Systems machen nur dann Sinn, wenn durch die Änderung entweder eine verbesserte Behandlungsqualität erreicht wird, oder bei mindesten gleich bleibender Qualität ein Ressourcen schonendes Vorgehen etabliert werden kann“ (Zalpour, 2008, S. 106).

Ökonomische Aspekte konnten sowohl in den internationalen Studien als auch in den nationalen Dokumenten als zentrale Kategorien identifiziert werden. In der deutschen Debatte wird dabei ein starker Fokus auf die Wirtschaftlichkeitsverantwortung und in diesem Zusammenhang auch auf die Mengenentwicklungen in der HM-Versorgung deutlich. Neben Themen um die ärztliche Steuerung wird die Diskussion über den DA in Deutschland von ökonomischen Argumenten beherrscht. Insbesondere in Bezug auf die Wirtschaftlichkeitsverantwortung fallen kontroverse Meinungen auf. Es wird gefordert, dass die finanzielle Verantwortung bei den Akteuren liegen solle, die die Entscheidungsmacht über die Indikation und die Mengenausgestaltung der HM-Behandlungen innehaben (BVPRM & DGPMR, o. J.). Im Falle des DA wäre ein Übertrag der Wirtschaftlichkeitsverantwortung auf die HME wahrscheinlich. Damit ginge auch die Verantwortung für die Allokation von Leistungen einher (Galert, 2016). Schwarzmann et al. (2018) merken hierzu an, dass die Allokationsfrage bereits zum jetzigen Zeitpunkt für HME relevant sei, da der Fachkräftemangel therapeutische Leistungserbringer dazu dränge, Patient*innen abzuweisen. Dieser Umstand verdeutlicht einerseits die vorherrschenden Versorgungsdefizite, zum anderen zeigt er, dass sich die Allokationsverantwortung im Falle des DA nicht erheblich verändern würde.

Die Vertretungen der GKV befürchten eine erhebliche und unangemessene Mengenausweitung therapeutischer Leistungen, falls der DA eingeführt würde, und fordern den Erhalt von Steuerungsinstrumenten und Mengenbegrenzungen (z. B. GKV-SV 2019c). Für die Krankenkassen ist das HM-Versorgungssystem ein aufwändiges Kontrollverfahren, das durch die Steuerung der Ärzteschaft jedoch auch die Ausgabenbegrenzung sichert (Neubauer, 2010). Zentrales Motiv für dieses restriktive Verhalten ist das große Interesse der Kostenträger an einem wirtschaftlichen und kritisch geprüften Einsatz aller verfügbaren Therapien und die Vermeidung von Kostenausweitungen für die GKV (Küther, 2014). Restriktionen in Bezug

auf die Mengen abgegebener HM-Leistungen können jedoch auch Versorgungsdefizite zur Folge haben. Aktuell wird die Mengenkomponekte über vertragsärztliche Leistungserbringende kontrolliert. Aus Patientensicht ist zu bemängeln, dass das Verordnungsverhalten für HM dadurch von dem Sachverstand und den Budgetvorhaben der ärztlichen Betreuung abhängig ist (Neubauer, 2010). Die Rahmenbedingungen zur Verordnung von HM unterscheiden sich zwischen den einzelnen KV-Bezirken (Abb. 14). Dies lässt vermuten, dass die bestehende Begrenzung der Mengenkomponekte von HM-Ausgaben über die vertragsärztlichen Verordnungen dazu führt, dass die Versorgung primär durch diese Rahmenvorgaben bestimmt wird und die medizinischen Notwendigkeiten dabei eine nachgeordnete Rolle einnehmen. Dadurch kann es zu starken regionalen Versorgungsunterschieden und damit potentiell zu Unter- oder Überversorgung kommen (Neubauer, et al., 2011).

Um die Mengenentwicklung zu regulieren könnten eingeschränkte Zugangsmöglichkeiten zum HME nach dem Beispiel der Niederlande einen Lösungsansatz darstellen. Das niederländische System des DA und dessen Voraussetzungen hinsichtlich Qualifikation, Qualitätssicherung, Vergütung, Freiwilligkeit der Teilnahme sowohl für HME als auch für Patient*innen können wertvolle Hinweise für eine potentielle Gestaltung dieses Modells in Deutschland geben. Aufgrund der divergenten Rahmenbedingungen ist es jedoch nicht direkt übertragbar (Wich & Rübiger, 2016).

Die Struktur des Gesundheitssystems bildet den Rahmen für die Versorgung mit HM. Auf Grundlage des WHO-Frameworks für die Qualität im Gesundheitswesen (WHO, 2006) vergleichen Lauerer et al. (2011) mittels einer Sekundärdatenanalyse das deutsche Gesundheitssystem mit anderen internationalen Systemen mit dem Ziel die qualitativen Stärken und Schwächen des hiesigen Systems zu identifizieren. Dabei kamen sie zu dem Ergebnis, dass es über eine gute Strukturqualität mit gut ausgebauten Versorgungsstrukturen sowie einer guten Verfügbarkeit materieller und personeller Ressourcen verfügt. Das Ausgabenniveau sei in Relation zu anderen Nationen hoch. Außerdem können Zuzahlungen Barrieren für einkommensschwache Gruppen darstellen. Aufgrund der heterogenen Ergebnisse hinsichtlich der Outcome-Qualität, stellen die Autor*innen die These auf, dass das deutsche Gesundheitssystem nicht zu den führenden Systemen zählt. Obwohl der Zugang zur Versorgung stark reglementiert ist, anders als in Großbritannien oder den Niederlanden, ist die Inanspruchnahme von Leistungen innerhalb des Systems hoch.

Das hohe Ausmaß an Reglementierungen steht in enger Verbindung mit strukturellen Gegebenheiten. Das in das deutsche Konzept des Wohlfahrtsstaates eingebettete Gesundheitssystem basiert auf Korporatismus und dem Einbezug von Ärzt*innen in regulatorische Set-

tings. Daher ist es mit Barrieren der korporatistischen Steuerung und dem Streben nach professioneller Weiterentwicklung konfrontiert (Kuhlmann, 2006).

Im Rahmen der Analyse der nationalen Dokumente zum DA fällt auf, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen der HM-Versorgung ein zentrales und viel diskutiertes Thema darstellen. Dabei wird ein weniger restriktiver Charakter des deutschen Gesundheitssystems vielfach gefordert (IFK, 2016; SHV, 2016). Der HVG und der VAST (2018) kritisieren, dass das derzeitige starre Korsett aktueller rechtlicher Rahmenbedingungen für HME die Umsetzung vorhandener Kompetenzen sowie die qualitative Weiterentwicklung therapeutischer Leistungen verhindere. Eine von dem HVG durchgeführte Befragung von PQS-Absolvent*innen an sieben deutschen Hochschulen zeigte, dass unter den Bedingungen der gültigen HeiM-RL die Kompetenzen der Studienabsolvent*innen in den Praxen und Kliniken nur zum Teil abgerufen werden (Räbiger & Blümke, 2018). Die HeiM-RL und die daran orientierten ärztlichen Verordnungen engen den Handlungsspielraum – insbesondere in der Physiotherapie – stark ein und verhindern somit eine Qualitätssteigerung zum Nutzen der Patient*innen (HVG & VAST, 2018). Auch Küther (2014) sieht rechtliche Rahmenbedingungen und medizinische Bedenken als wesentliche Hemmnisse, um therapeutischen Gesundheitsfachberufen einen Direktzugang zu gewähren. Verglichen mit den internationalen Bedingungen sind Modellprojekte zu dem DA als substitutives Modell aufgrund der rechtlichen Vorgaben in Deutschland schwer umzusetzen.

Es herrscht Einigkeit darüber, dass aufgrund der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitssystem, neue, integrative und partizipative Versorgungskonzepte, die auch mit der Anpassung der Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufen und einer adäquaten Qualifizierung des Gesundheitspersonals, einhergehen, notwendig sind. Nur so kann auf die sich wandelnden Bedürfnisse der Bevölkerung reagiert werden. Von verschiedenen Seiten wird in diesem Zusammenhang postuliert, dass das in Deutschland praktizierte Modell des Arztvorbehalts damit jedoch nur schwer vereinbar ist (Kuhlmann, 2006). Die Etablierung des Direktzugangs als neues Versorgungsmodell bedarf flexibler und neuer Steuerungsstrukturen.

Bereits 1991 untersuchen Taylor und Domholdt (1991) die Bedingungen für einen legislativen Wandel zum DA in verschiedenen US-Bundesstaaten. In den Fällen der erfolgreichen Einführung des DA seien weitreichende Öffentlichkeitsarbeit sowie Evaluationen des Modells vorangegangen. Diese Vorgehensweise zeigte sich auch in den Niederlanden (Swinkels et al., 2014). Essentiell sei zudem die Weiterentwicklung professioneller Autonomie der Therapeut*innen.

Maier analysiert die politischen Rahmenbedingungen für den Ausbau der Delegation ärztlicher Leistungen an Pflegepersonal und der damit verbundenen Ausweitung der Handlungs-

verantwortung in verschiedenen EU-Ländern. Dabei sei die Rolle der Governance und der Regulierung von entscheidender Bedeutung. Veraltete, konservative Steuerungsformen werden hier als Hemmnisse bewertet. Die Verbesserung der Leistung von Gesundheitssystemen hängt eng mit dem Gesundheitspersonal zusammen. Das regulatorische Umfeld müsse so gestaltet werden, dass es flexible Entwicklungen zulässt (Maier, 2015).

Bury und Stokes (2013a) heben die Bedeutung gezielter Lobby-Strategien hervor. Der wesentliche Einfluss von Interessenvertretungen auf gesundheitspolitische Entscheidungsträger kann als eine Chance und zugleich als Hindernis gesehen werden. Gesetzliche Regelungen, Positionen der Ärzteschaft und politischer Akteure und Entscheidungsträger können sowohl als hemmende als auch als fördernde Faktoren für den DA fungieren:

“Professional legislation, the medical profession, politicians, and policy makers are perceived to act as both barriers to and facilitators of direct access. Evidence for clinical effectiveness and cost-effectiveness and examples of good practice are seen as vital resources that could be shared internationally, and professional leadership has an important role to play in facilitating change and advocacy” (Bury & Stokes, 2013b, S. 1).

Dies stellt erneut die Relevanz der NPM-Modelle für die Implementation neuer Regulierungsmodelle heraus (Kuhlmann und Burau, 2017).

Diese Ergebnisse unterstreichen, dass die Etablierung des Direktzugangs einen Abbau tradierter hierarchischer Strukturen notwendig macht. Dies umfasst insbesondere institutionelle Veränderungen, in die alle Akteure des Systems einbezogen werden müssen. Konservative korporatistische Modelle fördern die ärztliche Profession häufig in einem größeren Ausmaß als die anderen Gesundheitsberufe. Wichtig für die Umsetzung des Direktzugangs ist, dass sowohl die Makro- und Mesoebene den Zugang zur Versorgung verbessern möchte als auch, dass Therapeut*innen auf Mikroebene zur Umgestaltung des Regulationsmodells bereit sind (Boissonault, 2010). Bei der Umsetzung von Planungs- und Steuerungsmodellen in der Gesundheitspolitik sollte daher mehr auf die Integration des Gesundheitspersonals geachtet werden. Die Fähigkeit des Gesundheitsfachpersonals neue Kompetenzen zu entwickeln und die Erbringung von Dienstleistungen entsprechend den Bedürfnissen der Patient*innen zu verbessern und ihre Rolle als politische Experten wurden bislang kaum berücksichtigt. Partizipative Ansätze und die Einbeziehung der Stakeholder können dazu beitragen gemeinsame politische Konzepte zu entwickeln (Kuhlmann, Batenburg et al., 2018). Dies erfordert jedoch den Abbau spezifischer bzw. die Integration vorhandener Interessen.

Dass die Akteure im nationalen Kontext stark divergierende Interessen vertreten und an diesen auch weitestgehend festhalten, spiegelt sich in den Ergebnissen der hiesigen Untersuchung wider. Kuhlmann und Burau (2017) zeigen hier einen Lösungsansatz auf. Maßnah-

men des NPM können dabei helfen, organisatorische Interessen zu fokussieren und persönliche oder berufsspezifische Forderungen zurückzustellen.

Die Umsetzung neuer Regulierungs- und Governance-Konzepte wird ebenfalls durch die Kompetenzen des Fachpersonals bedingt. Auch dies wird in den Ergebnissen der vorliegenden Dokumentenanalyse deutlich. Das Schließen von Wissenslücken wird hier als wichtiger Schritt erachtet: „Closing these knowledge gaps is therefore an important step towards future health workforce governance and policy implementation“ (Kuhlmann, Batenburg et al., 2018, S. 2). Die Kompetenzen des Gesundheitsfachpersonals sollten durch Weiterentwicklung der fachlichen Bildung im Sinne einer europaweiten Standardisierung und Anerkennung der Ausbildung gestärkt werden (Czabanowska et al., 2019; Kuhlmann, Batenburg et al., 2018). Als eine Möglichkeit bietet sich hier auch ein gestuftes Qualifikationskonzept nach dem Vorbild des NHS (Tab. 2). Die Stärkung von Aus- und Weiterbildungsprogrammen ist essentiell für eine teambasierte und hochwertige Versorgung.

6.3 Perspektiven für das deutsche Gesundheitssystem

Eine besondere Relevanz kommt hier ebenfalls der Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams zu (SVR-Gesundheit, 2014; Wissenschaftsrat, 2012). Die Eigenständigkeit der Gesundheitsfachberufe in der Ausübung ihrer Tätigkeit, ihre starke Beteiligung an den Prozessen der Gesundheitsversorgung und die interprofessionelle Verzahnung untereinander und mit ärztlichem Personal machen ein hohes Maß an interprofessioneller Kompetenz aller Beteiligten notwendig (Czabanowska et al., 2019; Wissenschaftsrat, 2012). In diesem Zusammenhang wird von verschiedenen Seiten die Etablierung multiprofessioneller, vorwiegend akademischer, Ausbildungskonzepte empfohlen, die einerseits auf die Vermittlung komplexer interdisziplinärer Kompetenzen als auch auf die Entwicklung einer Teamkultur abseits der bestehenden Hierarchieverhältnisse abzielen (Czabanowska, et al., 2019; Wissenschaftsrat, 2012; Adler & von dem Knesebeck, 2010).

“Furthermore, change in professional strategies and identities is not adequately linked to institutional change and not stimulated by macro-level regulation. Neither the health care nor the educational system in Germany is prepared for the new demands on coordination, integrated care and teamwork. There is a need for comprehensive regulation of the entire health workforce that is not governed by physicians' interests and SHI funds, but subject to public interests and control. It is such a model of regulation that would contribute to citizenship and modernisation of health care, and target the translation of new patterns of professionalism into varieties of 'citizen professionals'”. (Kuhlmann, 2006, 153)

Interprofessionelle Ausbildungen sind noch nicht ausreichend etabliert, da uniprofessionelle Konzepte häufig einflussreicher seien. Ein Ansatz bietet hier die sektorübergreifende Steue-

rung von Gesundheits- und Bildungssystem, um Integration und Koordination zu fördern und bestehende Hierarchiestrukturen zu überwinden (Kuhlmann, Batenburg et al., 2018; Plochg et al., 2009). Auf diese Weise können Interdisziplinarität, Teamarbeit und ein Professions- bzw. skill-mix als Alternativen zur Handlungsautonomie einzelner Berufsgruppen diskutiert werden (Walkenhorst, 2011; Schämamm, 2005). Es gibt zunehmend Belege für die Vorteile der beruflichen Entwicklung von Gesundheitsfachpersonal in neuen Rollen und substitutionelle Modelle für ärztliche Aufgaben werden verstärkt eingesetzt (z. B. Maier, 2015). Allerdings ist noch nicht bekannt, wie ein skill-mix effektiv eingesetzt werden kann (Kuhlmann, Batenburg et al., 2018).

Dieser interdisziplinäre Ansatz wird insbesondere auf internationaler Ebene unterstützt und zeichnet sich durch seine Multilevel-Herangehensweise aus (Czabanowska et al., 2019). Ein Zusammenschluss von internationalen Public-Health Organisationen „Association of Schools of Public Health in the European Region“ (ASPHER) und die WHO entwickelten im Rahmen des europäischen Aktionsplans zur Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste das „European Competencies Framework for the Public Health Workforce“ (Eco-FPHW). Dieses Framework dient der Unterstützung und Förderung von Organisationen und Fachkräften im Public-Health-Bereich. Es ist systemisch ausgelegt und soll Strategien zur Entwicklung und zum Kompetenzausbau auf allen Ebenen aufzeigen (Czabanowska et al., 2019). Die Anwendung soll dazu beitragen ein einheitliches Kompetenzniveau durch die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von Schlüsselkonzepten zu schaffen. Als Basis soll die Bewertung von Entwicklungen und Fähigkeiten auf individueller, fachlicher, organisatorischer/institutioneller, regionaler, nationaler und supranationaler Ebene ermöglicht werden (Czabanowska et al., 2019). Die Umsetzung dieses Rahmenkonzeptes umfasst dementsprechend alle Arbeitsebenen.

Kuhlmann et al. (2018) sehen eine große Herausforderung in der Entwicklung integrativer, auf den Bedürfnissen der Fachkräfte basierender Ansätze für das Gesundheitssystem, da dieses im Wesentlichen auf einer hierarchisch tradierten Struktur aufbaue, welche auf allen Ebenen sichtbar sei. Sie präge die Inhalte politischer Reformen, Organisationen und der Berufspraxis und sei somit auch stark mit dem Management des Gesundheitspersonals verankert (Kuhlmann, Batenburg et al., 2018).

Das Eco-FPHW soll jedoch neue Wege zur professionellen Weiterentwicklung aufzeigen. Durch die Ausrichtung an Standards können Aufgaben neu definiert werden. Es verkörpert neue Formen von Professionalität und Wissensentwicklung, die nicht auf traditionellen und elitären Konzepten basieren. Dieser innovative und integrierte Ansatz orientiert sich an den

Bedarfen der Bevölkerung und bietet Möglichkeiten zur Neustrukturierung von Aufgabenfeldern und Dienstleitungen. Somit trage das Framework dazu bei sich von klassischen Formen beruflicher Entwicklung und damit einhergehenden interessen- und machtbasierten Strategien zu lösen. Der PH-Rahmen verbindet verschiedene Ebenen des Gesundheitssystems, sodass anhand dessen Kompetenzen bewertet und gestärkt werden können und ein wechselseitiger Einfluss auf die politische Ebene entsteht (Czabanowska et al., 2019).

Die deutsche Debatte um das Regulationsmodell des Direktzugangs zur HM-Therapie wird, wie in der Analyse deutlich wurde, interessen- und machtbasiert geführt und ist stark von der hierarchischen Struktur des Gesundheitssystems geprägt.

Ein Multilevel-Ansatz, wie das vorgestellte Eco-FPHW der WHO, könnte Deutschland als Orientierungshilfe dienen, um von den bestehenden Perspektiven abzurücken und neue Arbeits- und Organisationsformen für die HM-Versorgung zu entwickeln. Hierbei wird häufig die Wichtigkeit der Integration aller Systemebenen hervorgehoben.

Diese Arbeit legt ihren Schwerpunkt auf die Meso- und die Makroebene. Die Mikroebene wird lediglich in einem sehr geringen Maß fokussiert. Folglich wird hier nicht der vollständige Rahmen betrachtet. Als nächster Schritt könnten die Bedürfnisse aus der Perspektive der Mikroebene in zukünftigen Forschungsvorhaben exploriert werden.

6.4 Limitationen

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollen vor allem einen Überblick über die Regulierung der HM-Versorgung in Deutschland aus einer Systemperspektive geben. Dabei werden verschiedene Meinungsbilder reflektiert und erste, richtungsweisende Erkenntnisse und kritische Überlegungen zur aktuellen Debatte um den Direktzugang aufgezeigt. Wie bei der Mehrheit qualitativer Studien ist die Reichweite und Übertragbarkeit dieser Untersuchung begrenzt. Das methodische Design ist auf die nähere Betrachtung der unter den Akteuren des deutschen Gesundheitssystems vorherrschenden Meinungsbilder über dieses ausgelegt. Hieraus ergeben sich verschiedene Limitationen.

Das methodische Vorgehen basiert auf einer festgelegten Systematik und ist an den Gütekriterien der Validität und der Reliabilität orientiert. Das Literaturreview wurde jedoch nicht systematisch, sondern rein narrativ durchgeführt.

Die Analyse der Dokumente und der Untersuchungen erfolgte zum Zwecke der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit auf der Grundlage von Leitfäden. Hierbei wurde jedoch nicht jeder Textbestandteil, sondern lediglich die vorher als relevant bewerteten Textteile, kodiert. Bezüglich einiger Themen kann auch innerhalb einer jeweiligen Akteurebene kein einheitliches Meinungsbild ausgemacht werden. Aufgrund der induktiven Vorgehensweise kann

zwar davon ausgegangen werden, dass die Kategorien die Debatte gut repräsentieren, jedoch nicht jeder Themen- und Meinungsbereich der Dokumente dezidiert wiedergegeben wird, weshalb die Arbeit nicht die allumfassende Darstellung der exakten Positionen und Interessen innerhalb aller gesundheitspolitischen Akteursgruppen zum Anspruch hat. Zudem muss bedacht werden, dass die Dokumente zwar vor ihrem Entstehungshintergrund betrachtet wurden, allerdings kann nicht der gänzliche zeitliche und politische Zusammenhang erfasst werden.

Im Rahmen des Vergleichs der internationalen und nationalen Kategorien wird der Fokus der deutschen Debatte auf gesetzliche Rahmenbedingungen deutlich. Hierzu ist anzumerken, dass diese Tatsache auch vornehmlich in der Art der Dokumente begründet liegen kann. Es ist nur sinngemäß und natürlich, dass politische und gesetzliche Rahmenbedingungen in Dokumenten der gesundheitspolitischen Akteure eine wichtigere Rolle spielen als in den internationalen Studien mit teilweise klinischem Schwerpunkt. Dies führt zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der zentralen Kategorien. Positiv ist allerdings zu bewerten, dass die Untersuchungsergebnisse kohärent zur dargelegten Theorie sind.

Die Studienergebnisse und Argumente in der Debatte um den DA beziehen sich zumeist auf die Physiotherapie. In der Logopädie wird das Thema noch wenig beleuchtet. Es bleibt hier offen, inwieweit von Ergebnissen über fachspezifische Kompetenzen der Physiotherapeut*innen, Kosteneinsparungen und mögliche Gefahren auf das Feld der Logopädie 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“ (Hiller et al., 2015, S. 31).

Trotz der aus den Hintergründen abgeleiteten Einschlusskriterien, stellt die hiesige Untersuchung lediglich einen kleinen Ausschnitt der weitläufigen internationalen und nationalen Debatte zu dem Direktzugang dar. Sie bezieht sich auf einen begrenzten Zeitraum. Hinsichtlich der identifizierten internationalen Literatur zum DA fällt auf, dass viele Publikationen zehn Jahre oder älter sind und dementsprechend nicht den aktuellen Zeitbezug herstellen. Auch einige nationale Dokumente sind nicht mehr aktuell, weshalb viele Aspekte aufgrund veränderter gesetzlicher Grundlagen nicht mehr relevant sind.

Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Übertragbarkeit der Studienergebnisse aus anderen Ländern, in denen der DA bereits eingeführt wurde, auf das deutsche Gesundheitssystem. Im europäischen und nicht-europäischen Ausland herrschen divergierende Ausbildungs- und Versorgungsbedingungen. Außerdem ist der DA in vielen Ländern auch nicht der

kompletten Bevölkerungsgruppe zugänglich. Hervorzuheben ist, dass die Mehrzahl der Untersuchungen zu diesem Thema in Ländern stattfand, in denen die Ausbildung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe akademisiert ist. Daher beziehen sie sich auf Bedingungen, die in Deutschland bisher nicht erfüllt sind (Walkenhorst, 2011). Hierin wird der vorherrschende strukturelle Widerspruch deutlich, der einen internationalen Vergleich hinken lässt. Darüber hinaus werden in dieser Arbeit die Entwicklungen auf dem Mikrolevel nicht oder nur begrenzt betrachtet. Dies führt dazu, dass eine Analyse des vollständigen systemischen Rahmens des Themenfeldes Direktzugang in Deutschland nicht stattfinden kann.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Limitationen muss darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse dieser Arbeit nicht repräsentativ sind. Eine Übertragung der in anderen Ländern durchgeführten Studien auf das deutsche Gesundheitssystem, ist nur sehr begrenzt möglich, jedoch können die Ergebnisse als wissenschaftliche Diskussionsgrundlage dienen und bieten Hinweise und erste Ansätze zur Umsetzung des DA als Regulationsmodell für die deutsche HM-Versorgung.

7. Fazit und Ausblick

Im Kontext der Aufgabenverschiebung im Gesundheitssystem innerhalb der Gesundheitsberufe rückt das Regulationsmodell des Direktzugangs zunehmend in das Zentrum gesundheitspolitischer Diskussionen. Verglichen mit internationalen Entwicklungen liegt Deutschland in Bezug auf die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen weit zurück. Dies betrifft insbesondere den Bereich der HM und somit auch den der Logopädie.

Modellen dieser Art kommt international ein größerer Stellenwert zu, was sich in dem Ausmaß der Handlungsverantwortung der Logopäd*innen in anderen Ländern, wie beispielsweise den Niederlanden oder Großbritannien zeigt. Eine Erprobung des Direktzugangs ist aufgrund des in Deutschland weiterhin vorherrschenden Arztvorbehalts nicht möglich (§ 15 Abs. 1 SGB V). Das Regulationsmodell des DA wurde auf der Basis von Modellprojekten in vielen Ländern etabliert (Sørensen, 2009; Department of Health, 2008; Holdsworth et al., 2008). Dazu zählen Australien, Teile der USA, Großbritannien und die Niederlande. Internationale Studien liefern vorwiegend Hinweise auf die Akzeptanz, Patientensicherheit, Wirksamkeit und Kosteneffizienz dieses Regulationsmodells.

Die deutsche Debatte ist insbesondere von der ärztlichen Steuerung in Form des Arztvorbehalts, ökonomischen Überlegungen zu Mengenentwicklungen und der Wirtschaftlichkeit wie auch von Argumenten in Bezug auf eine adäquate Qualifikation der HME vor dem Hintergrund der Patientensicherheit gekennzeichnet. Ein wesentliches Merkmal ist ebenfalls die erhebliche Relevanz rechtlicher Rahmenbedingungen und die kontroversen Sichtweisen auf diesen starren gesetzlichen Rahmen der HM-Versorgung. Die Tatsache, dass viele Aspekte in verschiedenen Positionspapieren, aufgrund der Veränderung gesetzlicher Grundlagen, nicht mehr relevant waren, weist darauf hin, dass viel Dynamik in diesem Themengebiet herrscht.

Charakteristisch in der deutschen Debatte über den DA ist darüber hinaus, dass neben sachorientierten Argumenten auch Partikularinteressen der verschiedenen Akteure eine maßgebliche Rolle spielen. Diese beziehen sich sowohl auf wirtschaftliche Aspekte als auch auf Statusfragen, die auf Seiten der Ärzteschaft mit dem Erhalt des Indikations- und Diagnosemonopols verbunden sind, auf Seiten der HME aber gerade dessen Relativierung und die Aufwertung des eigenen Berufsbildes und seiner Stellung im Gesundheitssystem zum Ziel haben. Internationale Untersuchungsergebnisse bestätigen, dass Mediziner*innen, politische Akteure und Berufsvertretungen als hemmende und fördernde Faktoren fungieren können und dass ihnen in der Diskussion um einen regulatorischen Wandel eine Schlüsselfunktion zukommt (Bury & Stokes, 2013b).

Aufgrund aktueller und zunehmender Anforderungen an das Gesundheitssystem ist es erforderlich den Sektor HM als relevantes Glied der Versorgungsprozesse weiterzuentwickeln und so eine Sicherstellung der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung zu gewährleisten. Die Gestaltung zukunftsfähiger Gesundheitsberufsprofile erfordert eine Loslösung bestehender Strukturen. Die Public-Health-Perspektive zeigt hierfür wichtige Ansatzpunkte auf. Sie stellt den Nutzen der Versorgungsleistung, der bisher wenig Einzug in die stark berufspolitisch geprägte Diskussion erhalten hat, in das Zentrum der Betrachtung. Sie kann auf diese Weise einen unterstützenden Beitrag zur Loslösung von spezifischen Interessen und tradierten Strukturen leisten und dabei unterstützen, verschiedene Perspektiven zu beleuchten, um zu vermeiden, dass sich die Regulierung von Versorgungsprozessen zu einem Spielball legitimationspolitischer Interessen transformiert.

Da sich der Wandel im Gesundheitssystem und berufsstrukturelle Veränderungen bedingen, besteht ein großer Bedarf an einer kohärenten Gesundheits-Bildungs-Politik. Eine professionelle Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe setzt eine Anpassung der Qualifizierung an europäische Verhältnisse voraus, indem eine weitreichende Standardisierung und Akademisierung der Ausbildungen in Deutschland stattfinden. Für die Implementierung von Bildungsprogrammen ist eine breite Forschungsbasis unerlässlich. Systematisch ausgelegte Evaluationen können als Entscheidungshilfe für die Weiterentwicklung und Neuausrichtung der Gesundheitsfachberufe dienen.

Um nachhaltige Veränderungen im Bereich der Gesundheitsberufe zu ermöglichen, muss die Entwicklung auch durch die Meso- und Makroebene unterstützt werden. Hier ist ein Umdenken im Sinne einer verstärkten Integration des Gesundheitspersonals in die staatliche Steuerung von großer Bedeutung. Dafür ist es notwendig, Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens zu entwickeln und an die Bedürfnisse der Fachkräfte anzupassen, Governance und Gesundheitspolitik aufeinander abzustimmen, die Auswirkungen des skills-mix und der Kompetenzen- und Aufgabenverschiebung über die Grenzen von Berufsgruppen und Sektoren zu untersuchen und zu hinterfragen, wie die Verknüpfung der politischen Steuerung mit der Ausbildung des Gesundheitspersonals optimiert werden kann. Hieran können dann interdisziplinär organisierte Ausbildungs- und Arbeitsformen ansetzen.

Aktuell hinkt der Vergleich mit internationalen Regulationsmodellen des DA jedoch. In der Untersuchung wird ein starker struktureller Widerspruch deutlich, da der Übertragung dieser Konzepte die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems entgegenstehen. Die internationale Perspektive trifft auf eine Landschaft, in der die Umsetzung substitutiver Modelle nicht möglich ist. Es zeigt sich, dass die Erfordernisse auf struktureller und instituti-

oneller Ebene nicht gegeben sind. Zudem fehlt es an den notwendigen Qualifikationen des therapeutischen Fachpersonals, da eine systematische Akademisierung nicht stattfindet.

Die in Deutschland durchgeführten Modellprojekte bieten keine geeignete Informationsgrundlage für die Implementation eines neuen Regulierungsmodells, weil sie lediglich bestimmte Akteure mit Partikularinteressen einbeziehen, der Staat als verantwortlicher Akteur jedoch fehlt. Die Evaluation und Implementation innovativer Modelle erfordert die Veränderung politischer Rahmenbedingungen und vor dem Hintergrund der komplexen Verzahnungen einzelner Akteure vor allem eine Systemperspektive, die alle Ebenen des Gesundheitssystems integriert.

Literaturverzeichnis

- Adler, G. & von dem Knesebeck, J.-H. (2010). Gesundheitsfachberufe. Auf akademischen Wegen. *Deutsches Ärzteblatt*, 107 (9), 386-390. Abrufbar unter: [https://www.aerzteblatt.de/archiv/67952/Gesundheitsfachberufe-Auf-akademischen-Wegen_\[18.09.2019\]](https://www.aerzteblatt.de/archiv/67952/Gesundheitsfachberufe-Auf-akademischen-Wegen_[18.09.2019])
- Alaszewski, A. (2012) Using documents in health research. In Saks, M. & Allsop, J. (Hrsg.), *Researching health: Qualitative, quantitative and mixed methods, second edition* London: Sage, 351-365.
- American Physical Therapy Association (APTA) (2016). *Levels of Patient Access to Physical Therapist Services in the States*. Abrufbar unter: [https://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/Advocacy/State/Issues/Direct_Access/DirectAccessbyState.pdf_\[18.09.2019\]](https://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/Advocacy/State/Issues/Direct_Access/DirectAccessbyState.pdf_[18.09.2019])
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2016). *Code of Ethics*. Abrufbar unter: [https://www.asha.org/Code-of-Ethics/_\[18.09.2019\]](https://www.asha.org/Code-of-Ethics/_[18.09.2019])
- AOK-Bundesverband (2016a). *Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des BMG am 19.07.2016 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - (HHVG))*. Abrufbar unter: [https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/positionen/stellungnahmen/aok_bv_stellungnahme_bt_anhoerung_301116.pdf \[18.09.2019\]](https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/positionen/stellungnahmen/aok_bv_stellungnahme_bt_anhoerung_301116.pdf [18.09.2019])
- AOK-Bundesverband (2016b). *Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 30.11.2016 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) (Drs. 18/10186) sowie zu den Anträgen der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlage zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen (BT-Drs. 18/8399) und Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen (BT-Drs. 18/10247)*. Abrufbar unter: [https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/positionen/stellungnahmen/aok_bv_stellungnahme_bt_anhoerung_301116.pdf \[18.09.2019\]](https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/positionen/stellungnahmen/aok_bv_stellungnahme_bt_anhoerung_301116.pdf [18.09.2019])
- AOK-Bundesverband (2019a). *Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 16.01.2019 zu den Anträgen Fraktion der FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Krebspatienten die Chance auf eigene Kinder ermöglichen, fertilitätsbewahrende Behandlung zur Regelleistung machen (BT-Drs. 19/2689), Fraktion der AfD: Aussetzung der Budgetierung für Ärzte (BT-Drs. 19/3393), Fraktion der FDP: Ambulante ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben (BT-Drs. 19/4833), Fraktion der FDP: Regionalisierung der Bedarfsplanung, Niederlassungsfreiheit als Regelfall (BT-Drs. 19/6417), Fraktion DIE LINKE: Flächendeckende Versorgung mit Physiotherapie und anderen Heilmitteln sichern (BT-Drs. 19/4887) und Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Bedarfsgerechte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen und therapeutische Berufe durch attraktive Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufwerten (BT-Drs. 19/6130)*. Abrufbar unter: [https://www.bundestag.de/resource/blob/586896/f75fab7b8d6409092030bdd2b9af1d5b/19_14_0053-2-3-_AOK-BV_OppAe_TSVG-data.pdf \[18.09.2019\]](https://www.bundestag.de/resource/blob/586896/f75fab7b8d6409092030bdd2b9af1d5b/19_14_0053-2-3-_AOK-BV_OppAe_TSVG-data.pdf [18.09.2019])

- AOK-Bundesverband (2019b). *Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 16.01.2019 zum Änderungsantrag von CDU/CSU und SPD (Drs. 19 (14) 51.4 von dem 04.01.2019) sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktion DIE LINKE (Drs. 19 (14) 51.1 von dem 13.12.2018) (Drs. 19 (14) 51.2 neu von dem 13.12.2018), (Drs. 19 (14) 51.3 von dem 13.12.2018)*. Abrufbar unter: https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/positionen/stellungnahmen/19_14_0053_2_2_aok_bv_aeae_koa_u-linke_tsvg_data.pdf [18.09.2019]
- Badtke, A.-C. (2014). *Die Heilmittelversorgung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Barbazza, E.; Langins, M.; Kluge, H. & Tello J. (2015). Health workforce governance: Processes, tools and actors towards a competent workforce for integrated health services delivery. *Health policy*, 19 (12), 1645-1654.
- Berner, B. (2009). Beschränkte Heilpraktikererlaubnis ist zulässig. Abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/67119/Beschraenkte-Heilpraktikererlaubnis-ist-zulaessig> [18.09.2019]
- Bertilsson, M. (1990). The welfare state, the professions and citizens. In Torstendahl, R. & Burrage, M. (Hrsg.), *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy*. London: Sage, 144–133.
- Berufsverband der Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (BVPRM) & Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPMR) (o. J.). *Fachliche Empfehlungen zur Sicherung der Versorgungsqualität: Ein Diskussionsbeitrag zur Blanko-Verordnung und zum Direktzugang*. Abrufbar unter: https://www.bvprm.de/upload/Dokumente/allgemein/Stellungnahme_BVPRM_und_DGPRM_zur_Blankoverordnung_und_zum_Direktzugang.pdf [18.09.2019]
- Beyerlein, C. (2010). *Direktzugang in der Physiotherapie – Wie entscheiden sich Physiotherapeuten im Management ihrer Patienten?*. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. Abrufbar unter: <https://d-nb.info/1008824771/34> [18.09.2019]
- Beyerlein, C.; Stieger, A. & von Wietersheim, J. (2011). Direktzugang in der Physiotherapie – Welche Faktoren beeinflussen die Einstellung zum Direktzugang?. *Manuelle Therapie*, 15, 3 – 9.
- BKK-Dachverband e. V. (2019). *Stellungnahme des BKK Dachverbandes e. V. von dem 10. Januar 2019 zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) sowie zu den Oppositionsanträgen*. Abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/587008/3529b152d221572b138b666a1e08516f/19_14_0053-24neu_bkk_tsvg-data.pdf?fbclid=IwAR1nFjqGsyDtTa27WJOGbSTcYZFD4r3FaKSWai4ggiltVgvl-6GxgYs8WZ0 [18.09.2019]
- Böhm, A. (2017). Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In Flick, U.; von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbeck: Rotwohlt, 475-485.
- Borgetto, B. (2013) Ausbildung, Akademisierung und Professionalisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe in Deutschland. In Estermann, J.; Page, J. & Strecken U. (Hrsg.). *Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel“, Winderhur 2012*. Zürich: Lit. Verlag, 138-160.

- Borgetto, B., & Siegel, A. (2009). *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie: Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns*. Bern: Huber.
- Bossen, D.; Swinkels, I. C. S.; Leemrijse, C. J. & Veenhof, C. (2011). Drie jaar directe toegankelijkheid fysiotherapie: vanuit het perspectief van de fysiotherapeut. [Three years of self-referral of physical therapy: from the perspective of the physical therapist.]. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 21 (4), 190–197.
- Bourgeault, I. & Merritt, K. (2015) Deploying and managing health human resources. In Kuhlmann, E.; Blank, R. B.; Bourgeault I. L. & Wendt, C. (Hrsg.), *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. Basingstoke: Palgrave, 306–324.
- Boyatzis, R. E. (1998) *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Brenner, S. & Reßler, W. (2013). Szenarien der Akademisierung. *Forum Logopädie*, 27 (1), 38.
- Breuer, C. (2013). Logopäden auf dem Feld der Sprachtherapie schon lange nicht allein. *Forum Logopädie*, 27 (1), 34-35.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2018a). *Fachkräfteengpassanalyse Juni 2018*. http://m.vpt.de/fileadmin/user_upload/news/pdf/BA-FK-Engpassanalyse-2018-06.pdf [18.09.2019]
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2018b). *Fachkräfteengpassanalyse Dezember 2018*. Abrufbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse.pdf> [18.09.2019]
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2017). *Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit*. 65. Jahrgang, Sondernummer 2. Der Arbeitsmarkt in Deutschland 2017. Abrufbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201712/ama/heft-arbeitsmarkt/arbeitsmarkt-d-0-201712-pdf.pdf> [18.09.2019]
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2012). *Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit*. 60. Jahrgang, Sondernummer 2. Arbeitsmarkt 2012. Abrufbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201212/ama/heft-arbeitsmarkt/arbeitsmarkt-d-0-pdf.pdf> [18.09.2019]
- Bundesanzeiger (2009). *Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten*. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2009, Teil I Nr. 64, Bonn.
- Bundesärztekammer (BÄK) (2019). *Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Regierungsentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) (Drs. 19/6337) und zum Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Thema Heilmittelversorgung (Ausschussdr. 19(14)51.4.)* Abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Politik/TSVG_GE_SN_BAEK_08012019.pdf [18.09.2019]

- Bundesärztekammer (BÄK) (2015). *Beschlussprotokoll des 118. Ärztetages von dem 12. bis 15.05.2015 in Frankfurt am Main*. Abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118._DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf [18.09.2019]
- Bundesärztekammer (BÄK) (2009). *Beschlussprotokoll des 112. Ärztetages von dem 19. bis 22.05.2009 in Mainz*. Abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/112DAETBeschlussprotokoll20090901.pdf [18.09.2019]
- Bundeskommission für Qualitätsmanagement des dbl (BKQM) (2010). *Aphasie. Leitfaden zur Diagnostik*. Abrufbar unter: https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/QM/leitfaden_aphasie.pdf [18.09.2019]
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2014). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich, GesinE – Studie*, Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung, Bonn. Abrufbar unter: https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf [18.09.2019]
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2012). *Wichtiger Schritt hin zum Bildungsraum Europa. Einigung bei der Einführung des Deutschen Qualifikationsrahmens*. Pressemitteilung 012/2012. Abrufbar unter: https://www.dqr.de/media/content/Pressemitteilung_2012_01_31-012.pdf [18.09.2019]
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019). *Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)*. Abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html> [18.09.2019]
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2018). *Eckpunktpapier. Sicherung und Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung*. Abrufbar unter: https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/heilberufe/180917_eckpunktepapier_heilmittel.pdf [18.09.2019]
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (2019). *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung*. Abrufbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/inhalts_bersicht.html [18.09.2019]
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV) (2016a). *Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO)*. Abrufbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/logapro/BJNR018920980.html> [18.09.2019]
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV) (2016b). *Gesetz über den Beruf des Logopäden*. Abrufbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/logopg/LogopG.pdf> [18.09.2019]
- Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. (IFK) (2019). *Thesenpapier „Direktzugang – mehr Autonomie für Physiotherapeuten“*. Abrufbar unter: https://ifk.de/fileadmin/Dokumente/2019-02-21_Thesenpapier_Direktzugang.pdf [18.09.2019]
- Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. (IFK) (2016). *Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetz – HHVG)*. Abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP18/HHVG/IFK_e.V..pdf [18.09.2019]

- Bury, T. & Stokes, E. (2013a). Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy*, 99 (4), 285-291.
- Bury, T. & Stokes, E. (2013b). A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession. *Physical Therapy. Journal of the American Physical Therapy Association*, 93 (4), 449-459.
- Busse, R., Blümel, M. & Sprangler, A. (2017). *Das deutsche Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen* (2. Aufl.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- CDU/CSU: AG Gesundheit (2015). *Heilmittelerbringer direkter in die Versorgung einbinden*. Abrufbar unter: https://www.dr-roy-kuehne.de/images/Berlin/Heilmittelerbringer_direkter_in_die_Versorgung_einbinden.pdf [18.09.2019]
- Chartered Society of Physiotherapy (CSP) (2013). *Physiotherapy framework. Putting physiotherapy behaviours, values, knowledge & skills into practice*. Abrufbar unter: https://www.csp.org.uk/system/files/documents/2018-06/csp_physiotherapy_framework_condensed_2013.pdf [18.09.2019]
- Chartered Society of Physiotherapy (CSP) (2010). *Submission to the Centre for Workforce Intelligence on the future physiotherapy workforce*. Abrufbar unter: https://www.csp.org.uk/system/files/csp_submission_CFWI_aug2010.pdf [18.09.2019]
- Childs, J.; Whitman, J.; Sizer, P.; Pugia, M.; Flynn, T. & Delitto, A. (2005) A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskeletal Disorder*, 32 (1), 1-7.
- Clarke, V. & Braun, V. (2013) *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage.
- Coburn, D. & Willis, E. (2000). The medical profession: knowledge, power, and autonomy. In Albrecht, G. L.; Fitzpatrick, R. & Scrimshaw, S. C. (Hrsg.), *Handbook of social studies in health and medicine*, London: Sage, 377-393.
- Comité Permanent de Liason des othophonistes-Logopèdes de l'UE. (2018). *A framework for ethical practice in Speech and Language Therapy*. Abrufbar unter: <https://cplol.eu/documents/official-documents/ethical-practice/1191-ethical-framework-eng-2018/file.html> [18.09.2019]
- Comité Permanent de Liason des othophonistes-Logopèdes de l'UE (CPLOL) (2017). *The Organisation*. Abrufbar unter: <https://cplol.eu/about-cplol/the-organisation.html> [18.09.2019]
- Comité Permanent de Liason des othophonistes-Logopèdes de l'UE (CPLOL) (2009). *Definition and Principles of Continuing Professional Development*. Abrufbar unter: https://cplol.eu/images/CPD_DefinitionPrinciples.pdf [18.09.2019]
- Comité Permanent de Liason des othophonistes-Logopèdes de l'UE (CPLOL) (2007). *Revision of the Minimum Standards for Education Completed by the Education Commission*. Abrufbar unter: https://cplol.eu/images/Revised_Min_Standards_2007_la.pdf [18.09.2019]
- Coulter, A. (2002). *The autonomous patient: ending paternalism in medical care*. London: TSO.

- Crout, K. L.; Tweedle, J. H. & Miller, D. J. (1998) Physical Therapists' opinions and practices regarding direct access. *Physical Therapy*, 78, 52–61.
- Czabanowska, K.; Shickle, D.; Burazeri, G.; Gershuni, O.; Otok, R. & Azzopardi-Muscat, N. (ASPHER) (2019). European Competencies Framework for the Public Health Workforce (Eco-FPHW). WHO Regional Office for Europe.
- Daker-White, G.; Carr, A. J.; Harvey, I.; Woolhead, G.; Bannister, G.; Nelson, I. & Kammerling, M. (1999). A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 643–650.
- Dent, M. (2005) Post-new public management in public sector hospitals? The UK, Germany and Italy. *Policy & Politics*, 33, 623–636.
- Department of Health (2008). Self-referral pilots to musculoskeletal physiotherapy and the implementations for improving access to other AHP services. Leeds: U.K. Government. Abrufbar unter: <http://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2008-2505/DEP2008-2505.pdf> [18.09.2019]
- Deutscher Bundesrat (2016). *Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG) (Beschluss-Drs. 490/16)*. Abrufbar unter: [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0401-0500/490-16\(B\).pdf?__blob=publicationFile&v=5](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0401-0500/490-16(B).pdf?__blob=publicationFile&v=5) [18.09.2019]
- Deutscher Bundestag (2019a). *Stellungnahme zu dem Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) von Professor Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld*. Abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/587344/2bbf059f1dbb4151b0d5d5b315c422c4/19_14_0053-38-_ESV-Prof-Dr-Greiner_TSVG-data.pdf [18.09.2019]
- Deutscher Bundestag (2019b). *Stellungnahme zum Regierungsentwurf des TSVG, insbesondere zu den sachfremden Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen CDU/CSU und SPD von Prof. Dr. Günter Neubauer, Institut für Gesundheitsökonomik München*. Abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/592544/61da9279a17bd84373ee3510c12b23c5/19_14_0058-25-_ESV-Prof-Dr-Neubauer_TSVG-II-data.pdf [18.09.2019]
- Deutscher Bundestag (2019c). *Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) (Drs. 19/6337, 19/6436), zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Michael Theurer, Christine Aschenberg-Dugnus, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Krebspatienten die Chance auf eigene Kinder ermöglichen, fertilitätsbewahrende Behandlung zur Regelleistung machen (Drs. 19/2689), zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Robby Schlund, Dr. Axel Gehrke, Detlev Spangenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD – Aussetzung der Budgetierung für Ärzte (Drs 19/3393), (Drs. 19/8351)*. Abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/083/1908351.pdf> [18.09.2019]

Deutscher Bundestag (2018a). *Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. A. Kessler, S. Ferschl, S. Gabelmann, weitere Abgeordnete und der Fraktion DIE LINKE, Einkommenssituation in der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie von dem 7.8. 2018 (Drs. 19/3749)*. Abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/037/1903749.pdf> [18.09.2019]

Deutscher Bundestag (2018b). *Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Doris Achelwilm, Simone Barrientos, Matthias W. Birkwald, Birke Bull-Bischoff, Anke Domscheit-Berg, Brigitte Freihold, Sylvia Gabelmann, Nicole Gohlke, Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Norbert Müller (Potsdam), Sören Pellmann, Dr. Petra Sitte, Jessica Tatti, Harald Weinberg, Katrin Werner, Sabine Zimmermann (Zwickau), Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE. Flächendeckende Versorgung mit Physiotherapie und anderen Heilmitteln sichern (Drs. 19/4887)*. Abrufbar unter: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/048/1904887.pdf> [18.09.2019]

Deutscher Bundestag (2018c). *Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Corinna Rüffer, Ulle Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Bedarfsgerechte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen und therapeutische Berufe durch attraktive Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufwerten (Drs. 19/6130)*. Abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/061/1906130.pdf> [18.09.2019]

Deutscher Bundestag (2018d). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNE – Heilmittelversorgung und Situation der Heilmittelerbringer nach dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (Drs. 19/3765), (Drs. 19/4094)*. Abrufbar unter: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/040/1904094.pdf> [18.09.2019]

Deutscher Bundestag (2017). *Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) (Drs. 18/10186), zu dem Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlage zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen (Drs. 18/8399), zu dem Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen (Dra 18/10247), zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen – Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches vorantreiben (Drs. 18/10252), zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Rüffer, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten (Drs. 18/3155), (Drs. 18/11205)*. Abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/112/1811205.pdf> [18.09.2019]

- Deutscher Bundestag (2016a). *Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Harald Terpe, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Ulle Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlage zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen (Drs. 18/8399)*. Abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/083/1808399.pdf> [18.09.2019]
- Deutscher Bundestag (2016b). *Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Tabea Rößner, Ulle Schauws, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen (Drs. 18/10247)*. Abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/102/1810247.pdf> [18.09.2019]
- Deutscher Bundestag (2015a). *Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann (Zwickau), Inge Höger, Harald Weinberg, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE. Direktzugang zur Physiotherapie*. Abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/067/1806794.pdf> [18.09.2019]
- Deutscher Bundestag (2015b). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Direktzugang zur Physiotherapie (Drs. 18/6794)*. Abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/069/1806974.pdf> [18.09.2019]
- Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrvereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba) (o. J.). *Über uns*. Abrufbar unter: https://www.dba-ev.de/Ueber_uns/Startseite_Ueber_uns.php [18.09.2019]
- Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrvereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba) ; Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V (dbl) & Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs) (2017). *Für eine bessere Versorgung: Direktzugang zur Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (SSST). Ein Positionspapier von dba, dbl, dbs*. Abrufbar unter: https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Positionspapiere/Positionspapier-Direktzugang-dblbadbs.pdf [18.09.2019]
- Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrvereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba) ; Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V (dbl) & Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs) (2019). *Stellungnahme zum Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) (Ausschussdr. 19(14)51.4), Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Bedarfsgerechte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen und therapeutische Berufe durch attraktive Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufwerten (BT-Drs. 19/6130), Antrag der Fraktion DIE LINKE. Flächendeckende Versorgung mit Physiotherapie und anderen Heilmitteln sichern (BT- Drs. 19/4887) zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 16. Januar 2019*. Abrufbar unter: https://www.dbs-ev.de/fileadmin/dokumente/News/Stellungnahme_tsvg_dba_dbl_dbs.pdf [18.09.2019]

- Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs) (2016). *Wichtige Änderungen im Heilmittelbereich auf der politischen Agenda. Mehr Geld und mehr Verantwortung?*. Abrufbar unter: <https://www.dbs-ev.de/start/newsergaenzungen/> [18.09.2019]
- Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs) (o. J.). *Unser Verein*. Abrufbar unter: <https://www.dbs-ev.de/wirueberuns/> [18.09.2019]
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl) (2019). *Logopädieausbildung: Übernahme der Kosten durch Bundesländer nimmt Fahrt auf*. Abrufbar unter: <https://www.dbl-ev.de/service/meldungen/meldung/news/logopaedieausbildung-uebernahme-der-kosten-durch-bundeslaender-nimmt-fahrt-auf/> [18.09.2019]
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl) (2016a). *Direktzugang im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. dbl - Positionspapier*. Abrufbar unter: https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Positionspapiere/Direktzugang_Stand_November_2016.pdf [18.09.2019]
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl) (2016b). *Stellungnahme des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl e.V.) von dem 23.11.2016 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz) (BT-Drs. 18/10186)*. Abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/482462/f1b51e4e4f5f83a1f8fd8628269ab749/18_14_0220-14-_HHVG_dbl-data.pdf [18.09.2019]
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl) (2013b). *Der Verband – wir über uns*. Abrufbar unter: <https://www.dbl-ev.de/der-dbl/der-verband.html> [18.09.2019]
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl) (2013c). *Heilmittel in Bewegung – Aktuelle Aktionen*. Abrufbar unter: <https://www.dbl-ev.de/service/heilmittel-in-bewegung-aktuelle-aktionen.html> [18.09.2019]
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl) (2010). *Berufsleitlinien Logopädie*. Abrufbar unter: https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Publikationen/0008_Berufsleitlinien.pdf [18.09.2019]
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) (2016). *DVE-Hochschulbefragung 2015. Aktuelle Zahlen zu Bachelorabsolventen in der Ergotherapie. ET und Rehabilitation*. 55 (11), 7-8.
- Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK) (2019). *Zahlen, Daten, Fakten zur Physiotherapie*. Abrufbar unter: https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen__Daten__Fakten/Zahlen_Daten_Fakten13.9.19.pdf [18.09.2019]
- Deutschsprachige Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e. V. (DGSS) (2005). *Gesellschaft*. Abrufbar unter: <http://www.dgss-ev.org/gesellschaft/> [18.09.2019]
- Diaz-Bone, R. & Wischer, C. (2015). *Methoden-Lexikon für die Sozialwissenschaften*. Wiesbaden: Springer.
- Diekmann, A. (2008). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek: Rowohlt.
- Dieleman, M. & Hilhorst, T. (2011). *Governance and human resources for health. Human Resources for Health*, 9, 29.

- Dreier, A.; Rogalski, H.; Oppermann, R. F. & Hoffmann, W. (2012). Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz. *Zeitschrift Für Evidenz Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 106, 9, 656-662.
- Droste, S. (2008). Informations- und Wissensmanagement. In Perleth, M.; A., Busse, R.; Gerhardus, A.; Gibis, B. & Lühmann, D. (Hrsg.) *Health Technology Assessment: Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 99-130.
- Durant, T. L.; Lord, L. J. & Domholdt, E. (1989). Outpatient Views on Direct Access to Physical Therapy in Indiana. *Physical Therapy*, 69, 850-857.
- Durrell, S. (1996). Expanding the scope of physiotherapy: clinical physiotherapy specialists in consultant's clinics. *Manual Therapy*, 1 (4), 210-213.
- Estermann, J.; Page, J. & Streckeisen, U. (2013). Alte und neue Gesundheitsberufe: Eine Einführung. In Estermann, J.; Page, J.; Streckeisen, U. (Hrsg.) *Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesellschaftswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel“, Winterhur 2012*. Zürich: Lit Verlag, 7-19.
- Etzioni, A. (1969), *The Semi-Professions and their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*, New York: Free Press.
- European Union (EU) (2011) *Directive 2011/95/EU of the European Parliament and of the Council of 13 December 2011 on standards for the qualification of third-country nationals or stateless persons as beneficiaries of international protection, for a uniform status for refugees or for persons eligible for subsidiary protection, and for the content of the protection granted (recast)*, 20 December 2011, Abrufbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:337:0009:0026:en:PDF> [18.09.2019]
- Ewers, M.; Grewe, T.; Höppner, H.; Huber, W.; Sayn-Wittgenstein, F.; Stemmer, R.; Voigt-Radloff, S. & Walkenhorst, U. (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137 (2), 29-76.
- Feldmann, K. (2002). *Professionalisierung und Interprofessionalisierung im Erziehungsbereich*. Abrufbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi_2Ov64N_iAhVnJ1AKHacCCDUQFjAAegQIBRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.feldmann-k.de%2Ftexte%2Fbildung-und-erziehung.28%2Farticles%2Fprofessionalisierung-im-erziehungsbereich.html%3Ffile%3Dtl_files%2Fkfeldmann%2Fpdf%2Fbildung-erziehung%2Ffeldmann_%2520professionalisierung.pdf&usg=AOvVaw3VEsCHfdxngd_WikOhBGtN [18.09.2019]
- Flick, U. (2017). *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. Reinbeck: Rowohlt
- Friedrichs, A. & Schaub, H. A. (2011). Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 28 (4), 2-6.
- Funk, M. (2008) Was es für den reflektierenden Praktiker bedarf. *Physiopraxis*, 6 (9), 10–12.
- Galert, J. (2016). *Gesundheits- und Berufspolitik für Physiotherapeuten und weitere Gesundheitsberufe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Galley, P. (1977). Physiotherapists as first-contact-practicioners – new challenges and responsibilities in Australia. *Physiotherapy*, 63 (8), 246-248.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2019). *Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von dem 10.01.2019 zur öffentlichen Anhörung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) (BT- Drs. 19/6337) und zum Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Heilmittel (Ausschussdrs. 19(4)51.4)*. Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4757/2019-01-14-PA-AfG-SN-TSVG-G-BA_.pdf [18.09.2019]

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2017a). *Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung von dem 19. Mai 2011, geändert am 21. September 2017*. Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1484/HeilM-RL_2017-09-21_iK-2018-01-01.pdf [18.09.2019]

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2017b). *Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Zweiter Teil. Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (Heilmittelkatalog)*. Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL_2017-09-21_iK-2018-01-01_Heilmittelkatalog.pdf [18.09.2019]

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016a). *Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses von dem 12.07.2016 zur Anhörung zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)*. Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4131/2016-07-19_SN_G-BA_UPM-zum-Referentenentwurf_HHVG.pdf [18.09.2019]

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016b). *Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von dem 25.11.2016 zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) (BT-Drs. 18/10186) sowie den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlagen zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen (BT-Drs. 18/8399) und Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen (BT-Drs. 18/10247)*. Abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4274/2016-11-25-PA-AfG-Stellungnahme-G-BA-Regierungsentwurf-HHVG.pdf> [18.09.2019]

Gesundheitsausschuss des Bundesrates (2016). *Empfehlungen der Ausschüsse zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG) Drs. 490/1/16), 949*. Sitzung des Bundesrates am 14. Oktober 2016. Abrufbar unter: https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0401-0500/490-1-16.pdf?__blob=publicationFile&v=5 [18.09.2019]

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2019). *Gesetzliche Krankenversicherung – Einnahmen und Ausgaben*. Abrufbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech?tk=700&tk2=2700&p_uid=gast&p_aid=84665037&p_sprache=D&cnt_ut=6&ut=2720 [18.09.2019]

Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) (2016) *Ergebnisniederschrift der 89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29./30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde*. Abrufbar unter: https://www.gmkonline.de/documents/Ergebnisniederschrift_89_GMK_2016_Warnemuen.de.pdf [18.09.2019]

Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) (2015). *Ergebnisniederschrift der 88. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 24./25. Juni 2015 in Bad Dürkheim*. Abrufbar unter: https://www.gmkonline.de/documents/Ergbnisniederschrift_extern.pdf [18.09.2019]

GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (2019a). *Heilmittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 8 SGB V. Bundesbericht Januar - Dezember 2018*. Abrufbar unter: https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2018_04/Bundesbericht-HIS_201804.pdf [18.09.2019]

GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (2019b). *Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes von dem 10.01.2019 zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Bedarfsgerechte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen und therapeutische Berufe durch attraktive Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufwerten (Drs. 19/6130)*. Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/GKV-SV_Stellungnahme_zu_19-6130.pdf [18.09.2019]

GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (2019c). *Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes von dem 10.01.2019 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE – Flächendeckende Versorgung mit Physiotherapie und anderen Heilmitteln sichern (Drs. 19/4887)*. Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/GKV-SV_Stellungnahme_zu_19-4887.pdf [18.09.2019]

GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (2019d). *Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes von dem 10.01.2019 zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), hier: Änderungsantrag zur Heilmittelversorgung*. Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/190110_Stn_GKV-SV_AeA_TSVG_Heilmittel.pdf [18.09.2019]

GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (2018). *GKV-Kennzahlen*. Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp [18.09.2019]

GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (2016). *Qualität der Heilmittelversorgung verbessern und finanzierbar halten. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes*. Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Heilmittelversorgung_GKV-SV_06-2016.pdf [18.09.2019]

GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (2013). *Heilmittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 8 SGB V. Bundesbericht Januar - Dezember 2012*. Abrufbar unter: https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2012_04/Bundesbericht-HIS_201204.pdf [18.09.2019]

GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (2005). *Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V von dem 1. August 2001. Anlage 3 von dem 17. Januar 2005. Anforderungen an die Abgabe und Abrechnung von besonderen Maßnahmen in der Physiotherapie*. Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/125_Anlage_3_212.pdf [18.09.2019]

Grohnfeldt, M. (2017). Zur Interdisziplinarität des Fachgebiets. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.) *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie, Band 2: Grundlagen*. Stuttgart: Kohlhammer, 11-18.

Grohnfeldt, M. (2012). *Grundlagen der Sprachtherapie und Logopädie*. München: Reinhardt.

- Grosch, M. (2015). Mehr Autonomie in der Physiotherapie. Modellvorhaben sollen den Weg zum Direktzugang bereiten. *Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 67 (7), 71.
- Gross, J. M. S. (2018). Document Analysis. In B. B. Frey (Hrsg.), *The SAGE Encyclopedia of Educational Research, Measurement, and Evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications, 544-548.
- Gründkemeyer, A. & Zalpour, C. (2010). First-Contact-Practitioner in Deutschland. *Physiotherapie*, 2 (10), 12-16.
- Hajen, L.; Paetrow, H. & Schumann, H. (2017). *Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hamburg.de. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. (2019). *Schulgeldfreiheit für Gesundheitsberufe erfolgreich eingeführt*. Abrufbar unter: <https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/12432260/2019-04-09-bgv-schulgeldfreiheit/> [18.09.2019]
- Hammer, S. & Polchow, S. (2013). Therapieberufe – quo vadis?, *Forum Logopädie*, 27 (1), 10-13.
- Hochschulverbund für Gesundheitsfachberufe e. V. (HVG) & Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (VAST) (2018). *Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) – Strategiepapier*. Abrufbar unter: https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Strategiepapier-2018_11_08.pdf [18.09.2019]
- Hochschulverbund für Gesundheitsfachberufe e. V. (HVG) (2016). *Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) (BT-Drs. 18/10186) sowie zu den dazugehörigen Anträgen der der Fraktion BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlage zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen (BT-Drs. 18/8399) und Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen (BT-Drs. 18/10247)*. Abrufbar unter: https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Stellungnahme_HVG_Anhoerung_HHVG.pdf [18.09.2019]
- Hoffschildt, C. (2013). Akademisierung ohne Ausnahme: Logopädie gehört an die Hochschule. *Forum Logopädie*, 27 (1), 6–7.
- Holdsworth, L. K. & Webster, V. S. (2004). Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future? *Physiotherapy*, 90 (2), 64-72.
- Holdsworth, L. K.; Webster, V. S. & McFadyyn, A. K (2008). Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. *Physiotherapy*, 94 (3), 236-243.
- Holdsworth, L. K.; Webster, V. S. & McFadyyn, A. K. (2007). A. What Are the Costs to NHS Scotland of Self-Referral to Physiotherapy? Results of a National Trial. *Physiotherapy*, 93 (1), 3 – 11.
- Holdsworth, L. K.; Webster, V. S. & McFadyyn, A. K. (2006). The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group: Self-referral to physiotherapy: deprivation and geographical setting. Is there a relationship? Results of a national trial. *Physiotherapy* 92 (1), 16-25.

- Höppner, H. (2007). *Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung und Effektivitätssteigerung gesundheitlicher Versorgung in Deutschland*. Abrufbar unter: https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/AkademisierungGEK_24082007.pdf [18.09.2019]
- Höppner, H. & Beck, E.-M. (2019a). Verärgerte Therapeuten. Eine qualitative Auswertung der Brandbriefe. *pt Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 71 (2), 12-15.
- Höppner, H. & Beck, E.-M. (2019b). Therapeutinnen am Limit verstehen. Fortsetzung der qualitativen Studie der Brandbriefe. *pt Zeitschrift für Physiotherapeuten*. 71 (4), 14-19.
- Hulme, J. B.; Bach, B. W. & Lewis, J. W. (1988). Communication between physicians and physical therapists. *Physical Therapy*, 68 (1), 26-31.
- IKK e. V. (2019). *Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung*. Abrufbar unter: https://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Stellungnahmen/2019-01-10_IKKeV_Stellungnahme_TSVG_GE_AEA.pdf [18.09.2019]
- Jette, D.; Ardleigh, K.; Chandler, K. & McShea, L. (2006). Decisionmaking ability of physical therapists: physical therapy intervention or medical referral. *Physical Therapy* 86 (12). 16191629.
- Jette, A. M. & Davis, K. D. (1991). A comparison of hospital-based and private outpatient physical therapy practices. *Physical Therapy*, 71 (5), 366–375.
- Kälble, K. (2012). Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen. Zum Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie. In Bollinger, B.; Gerlach, A. & Pfadenhauer, M. (Hrsg.) *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2019). *Terminservice- und Versorgungsgesetz. Stellungnahme der KBV zum Regierungsentwurf. Stand: 26. September 2018*. Abrufbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/TSVG_Stellungnahme_KBV_Regierungsentwurf.pdf [18.09.2019]
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016). *Stellungnahme von dem 11. Juli 2016 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG). Stand: 23. Juni 2016*. Abrufbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/Heil_und_Hilfsmittel_KBV_Stellungnahme_RefEntwurf.pdf [18.09.2019]
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2015). *Diagnose und Indikationsstellung durch den Arzt nutzen dem Patienten. Pressemitteilung*. Abrufbar unter: https://www.kbv.de/html/300_14991.php [18.09.2019]
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (o. J.). *Muster 14*. Abrufbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/HM_Muster_14.pdf [18.09.2019]
- Kennedy, D. M.; Robarts, S. & Woodhouse, L. (2010). Patients are satisfied with advanced partice physiotherapists in a role traditionally performed by orthopedic surgeons. *Physiotherapy Canada*, 62 (4), 298–305.
- Klemperer, D. (2015). *Sozialmedizin – Public- Health – Gesundheitswissenschaften: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Huber.

- Klotz, S. (2019). Professionalisierung und Handlungsfelder in den Gesundheitsfachberufen. In Haring, R. (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer, 803-811.
- Korthals-de Bos, I. B. C.; Hoving, J. L.; van Tulder, M. W.; Rutten-van Mölken, M. P. M. H.; Ader, H. J.; de Vet, H. C. W.; Koes, B. W.; Vondeling, H. & Bouter, L. M. (2003). Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 326 (7395), 911.
- Kostrzewa, D. (2003). *Das Arbeitsbündnis als Bestandteil professionellen Handelns in der Physiotherapie*. Köln: Edition vita activa.
- Kroezen, M.; van Dijk, L.; Groenewegen, P. P. & Francke, A. L. (2011). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Service Research*, 11 (1), 127.
- Kuhlmann, E. (2006) *Modernising Health Care: Reinventing Professions, the State and the Public*, Bristol: Policy Press.
- Kuhlmann, E.; Agartan, T. & von Knorring, M. (2016). Governance and professions. In Dent, M.; Bourgeault, I. L.; Denis, J.-L. & Kuhlmann, E. (Hrsg.), *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*. London: Routledge, 31-44.
- Kuhlmann, E.; Batenburg, R.; Wismar, M.; Dussault, G.; Maier, C. B.; Glinos, I. A.; Azzopardi-Muscat, N.; Bond, C.; Burau, V.; Correia, T.; Groenewegen, P. P.; Hansen, J.; Hunter, D. J.; Khan, U.; Kluge, H. H.; Kroezen, M.; Leone, C.; Santric-Milicevic, M.; Sermeus, W. & Ungureanu, M. (2018). A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe. *Health Research Policy and Systems*, 16 (1), 52. Abrufbar unter: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12961-018-0333-x> [18.09.2019]
- Kuhlmann, E. & Burau, V. (2017). Strengthening stakeholder involvement in health workforce governance: why we need to talk about power. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17 (1), 662.
- Kuhlmann, E.; Groenewegen, P. & Batenburg, R. (2018). *Consultation for the next EU Research and Innovation Programme Statement on behalf of the European Public Health Association (EUPHA) section 'Health Workforce Research'*. Abrufbar unter: https://eupha.org/repository/advocacy/EU_Consultation_2018-HWR_statement_for_circulation.pdf [18.09.2019]
- Küther, G. (2013) Argumente zum Akademisierungsprozess in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen aus Sicht des Fachgebietes Physikalische und Rehabilitative Medizin. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 23 (4), 213–220.
- Küther, G. (2014). Der Direktzugang zu Heilmittelerbringern in Deutschland. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 24 (4), 4.
- Laschet H. (2016) *KBV stellt Bedingungen für Blankoverordnungen*. Abrufbar unter: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/919490/heilmittel-kbv-stellt-bedingungen-blankoverordnungen.html [18.09.2019]
- Lauer, N. (2014). Gestern Arbeit – heute Beruf – morgen Profession?. *Forum Logopädie.*, 28 (3), 25-27.

- Lauer, N.; Malzahn, M.; Karrasch, D.; Maihack, V.; Longrée, A.; Reptschläger, U.; Kellermann, K.-H.; Preibsch, M.; Polster, J. & Rottenecker, J. (2017). *Zukunftsorientierte Patientenversorgung durch eine grundständige hochschulische Ausbildung der Therapieberufe*. Abrufbar unter: https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Positionspapier-Hochschulische-Ausbildung-in-den-Therapieberufen_15.12.17.pdf [18.09.2019]
- Lauerer, M.; Emmert, M., & Schöffski, O. (2011). *Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich*. Burgdorf: Herz.
- Leemrijse, C; Swinkels, 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 (8), 936–942.
- Leerar, P., Boissonnault, W. G.; Domholt, E. & Roddey, T. (2007). Documentation of Red Flags by Physical Therapists for Patients with Low Back Pain. *The Journal of Manual and Manipulative Therapy*, 15 (1), 42-49
- Leinich, T. (2014). *Evaluation der der Physiotherapie in Schweden: Hintergründe, Fakten, Analysen*. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
- Leinich, T. (2008). *Direct Access - Direkter Zugang zur Physiotherapie in Schweden: Evaluation*. München: Grin.
- Lieschke L. (2010). *Der Direktzugang – Patientenversorgung ohne Ärzte?*. Vortrag Forum Physiotherapie. 06. Mai 2010. Hauptstadtkongress Berlin.
- Link-Eichhorn, C. (2013). *Rechtliche Aspekte und Konsequenzen eines Direktzugangs zu Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. Vortrag in Idstein am 20.09.2013. Abrufbar unter: <https://docplayer.org/3081434-Rechtliche-aspekte-und-konsequenzen-eines-Direktzugangs-zu-physiotherapie-ergotherapie-und-logopaedie.html> [18.09.2019]
- Liu, H. & Fletcher, J. P. (2006). Analysis of Physicians' Referrals: Is Further Diagnosis Needed? *North American Journal of Sports Physical Therapy*, 1 (1), 10–15.
- LOGO-Deutschland e. V. (2019a). *Wir über uns*. Abrufbar unter: <https://www.logo-deutschland.de/wir-ueber-uns/> [18.09.2019]
- LOGO Deutschland e. V. (2019b). *Stellungnahme zum Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen CDU/CSU und SPD (19(14) 51.4)*. Abrufbar unter: <https://www.logo-deutschland.de/wp-content/uploads/Stellungnahme-von-LD-zum-TSVG.pdf> [18.09.2019]
- LOGO Deutschland e. V. (2019c). *Aktuelle Stellungnahme von LOGO Deutschland zum Änderungsantrag der Koalition zum TSVG*. Abrufbar unter: <https://www.logo-deutschland.de/aktuelle-stellungnahme-von-logo-deutschland-zum-aenderungsantrag-der-koalition-zum-tsvg/> [18.09.2019]
- LOGO Deutschland e. V. (2018). *Logopädische Therapie und Selbstständigkeit*. Abrufbar unter: https://www.logo-deutschland.de/wp-content/uploads/Gutachten_LD_Kurzfassung.pdf [18.09.2019]
- LOGO Deutschland e. V. (2016). *Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministerium für Gesundheit Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetz (HHVG)*. Abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP18/HHVG/LOGO_Deutschland.pdf [18.09.2019]

- Maier, C. B. (2015). The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U. S., Canada, New Zealand and Australia, *Health Policy*, 119 (12), 1627-1635.
- Maihack, V. (2017). *Arbeitskreis Berufsgesetz Logopädie/Sprachtherapie*. Abrufbar unter: <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Vortrag-Dr.-Volker-Maihack-AK-Berufsgesetz.pdf> [18.09.2019]
- Malzahn, M.; Karrasch, D. & Schubert, K. (2018). *Information an die Mitglieder der Berufsverbände Arbeitskreis Berufsgesetz (AK BerufsG)*. Abrufbar unter: https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Rahmenstudienordnung_Information_an_die_Berufsverbandsmitglieder_dba_dbl_dbs1.pdf [18.09.2019]
- Mayring, P. (2017). Qualitative Inhaltsanalyse. In Flick, U.; von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbeck: Rotwohlt, 468-475.
- McAllister, S. & Margery, S. (2005). Competency based assessment of speech pathology students' in the workplace. University of Sydney, Communication Science & Disorders. Abrufbar unter: <https://core.ac.uk/download/pdf/41230104.pdf> [18.09.2019]
- Meißner, A.; Zülow, R.; Hill, S.; Rübiger, J.; Schultz, D.; Wegener, A.; Krüger, S.; Schelten, M.; Senger, K.; Jachmann, N.; Höring, F. et al. (2010). Rezepte ohne Vorgaben. Idee der Blankoverordnung, *Physio Praxis*; 8 (7/8), 12-13.
- Mergenthal, K.; Beyer, M.; Güthlin, C., & Gerlach, F. M. (2013). Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107 (6), 386-393.
- Meyer, T.; Karbach, U.; Holmberg, C.; Güthlin, C.; Patzelt, C. & Stamer, M. (2012). Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. *Gesundheitswesen*, 74 (8/9), 510-515.
- Middelton, K. (2017). Give patients direct access to physiotherapy. They want it, and it would be benefit GPs too. *Britisch journal of sports medicine*, 51 (13), 1041.
- Mischker, A. (2018). *Ergebnisse des Modellvorhabens Physiotherapie gemäß § 63 Abs. 3b SGB V zwischen IFK und BIG direkt gesund*. Pressekonferenz am 12.03.2018. Abrufbar unter: <https://www.big-direkt.de/sites/default/files/2018-03/Fact%20sheets-Pressekonferenz.pdf> [18.09.2019]
- Mitchell, J. & Lissovoy, G. (1997). A Comparison of Resource Use and Cost in Direct Access Versus Physician Referral Episodes of Physical Therapy. *Physical Therapy*, 77 (1), 10-18.
- Moore, J. H; Goss, D. L.; Baxter, R. E.; DeBerardino, T. M.; Mansfield, L. T.; Fellows, D. W. & Taylor, D. C. (2005). Clinical diagnostic accuracy and magnetic resonance imaging of patients referred by physical therapists, orthopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. *Journal of Orthopedic & Sports Physical Therapy*, 35 (2), 67-71.
- Müller, R.; Rothgang, G. & Glaeske, G. (2015). BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2015. Abrufbar unter: <https://www.barmer.de/blob/37906/168499ade7c25bf26b6383a14c634f7e/data/pdf-barmer-gek-%20heil-und-hilfsmittelreport-2015.pdf> [18.09.2019]
- Münsteraner Kreis (2017). Münsteraner Memorandum Heilpraktiker. *Ein Statement der interdisziplinären Expertengruppe "Münsteraner Kreis" zu einer Neuregelung des Heilpraktikerwesens*. Abrufbar unter: <http://www.muensteraner-kreis.de/media/MuensteranerMemorandumHeilpraktiker.pdf> [18.09.2019]

- Nast I.; Scheermesser M.; Wirz M. & Schämänn A. (2018) *Ergebnisbericht der ZHAW nach § 65 SGB V zum Modellvorhaben Physiotherapie gemäß § 63 Abs. 3b SGB V*. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften; Institut für Physiotherapie, Forschung und Entwicklung. Abrufbar unter: <https://www.big-direkt.de/sites/default/files/2018-04/ZHAW%20Modellvorhaben%20Ergebnisbericht.pdf> [18.09.2019]
- National Health System (NHS) (2010). *Key Elements of the Career Framework*. Abrufbar unter: https://www.skillsforhealth.org.uk/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=163&cf_id=24 [18.09.2019]
- Neubauer, G. (2010). *Gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen für einen Direktzugang der Patienten*. Vortrag beim Forum Physiotherapie Hauptstadtkongress am 06. Mai 2010 in Berlin. Abrufbar unter: https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/events/HSK2010/HSK2010_Praesentation_Neubauer.pdf [18.09.2019]
- Neubauer, G.; Wick, A. & Minartz, C. (2011). Neuordnung der Heilmittelversorgung durch Direktzugang. Teil II: Auswirkungen auf die Physiotherapie. *Physiotherapie Med*, 16 (1), 15-19.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2019). *Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Schulgeldfreiheit in den Gesundheitsfachberufen*. Abrufbar unter: https://www.ms.niedersachsen.de/download/142279/Foerderrichtlinie_Gesundheitsfachberufe.pdf [18.09.2019]
- Nolte, R. S. (2017). *Umsetzung der Heilmittelrichtlinie (HMR) in der Physiotherapie*. Eine exemplarische Analyse. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Wissenschaft in der Medizin. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Abrufbar unter: https://epub.ub.uni-greifswald.de/frontdoor/deliver/index/docId/1873/file/diss_nolte_regina_susanne.pdf [18.09.2019]
- O’Cathain, A.; Froggett, M. & Taylor, M. P. (1995). General practice based physiotherapy. 1st use and effect on referrals to hospital orthopedic and rheumatology outpatient departments. *British Journal of General Practice*, 47, 314-318.
- Oevermann, U. (1999). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In Combe, A. & Helsper, A. (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität – Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (3. Aufl.) Frankfurt am Main: Suhrkamp, 70-182.
- Ojha, H.; Snyder, R. & Davenport, T. (2014). Direct Access Compared With Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review. *Physical Therapy*, 94 (1), 14-30.
- Oldmeadow, L. B.; Bedi, H. S.; Burch, H. T.; Smith, J. S.; Leahy, E. S. & Goldwasser, M. (2007). Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *The Medical Journal of Australia*, 186 (12), 625-628.
- Osterloh, F. (2018). Kein Direktzugang geplant. *Deutsches Ärzteblatt*, 115 (41), 1791-1792.
- Pendergast, J.; Kliethermes, S. A.; Freburger, J. K. & Duffy, P. A. (2012). A Comparison of Health Care Use for Physician-Referred and Self-Referred Episodes of Outpatient Physical Therapy. *Health Services Research*, 47 (2), 633-65.
- Piano, L.; Maselli, F.; Viceconti, A.; Gianola, S. & Ciuro, A. (2017). Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review. *Journal of Physical Therapy Science*, 29 (8), 1463-1471.

- Ploch T, Klazinga N, Starfield B. (2009). Transforming medical professionalism to fit changing health needs. *BioMed Central*, 64 (7), 1-7.
- Pundt, J. (2006). Professionalisierung im Gesundheitswesen – Einstimmung in das Thema. In Pundt, J. (Hrsg.): *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potentiale – Perspektiven*. Bern: Huber, 7-22.
- Räbiger, J. (2017a). Ergebnisse Blanko-Modell. VPT-Magazin (7), 12-13. Abrufbar unter: https://www.vpt.de/fileadmin/user_upload/news/heft_pdf/s10-modellvorhaben-blankoverordnung.pdf [18.09.2019]
- Räbiger, J. (2017b). Hohe Patientenzufriedenheit. In: VPT-Magazin (8), 12-13. Abrufbar unter: https://www.ikkbb.de/fileadmin/user_upload/doc/Leistungen/Heil_und_Hilfsmittel/17_09_12Artikel-VPT_BlankoVO_Teil_2_FINAL.pdf [18.09.2019]
- Räbiger, J. (2017c). Modell Blankoverordnung: Kosten-Nutzen-Betrachtung. In: VPT-Magazin (9), 10-12. Abrufbar unter: https://www.ikkbb.de/fileadmin/user_upload/doc/Leistungen/Heil_und_Hilfsmittel/17_10_17Artikel-VPT_Teil3.pdf [18.09.2019]
- Räbiger, J. & Blümke, C. (2018). *Ergebnisse der HVG-Absolventenbefragung. Primärqualifizierende Bachelor-Studiengänge für therapeutische Gesundheitsfachberufe (Physiotherapie, Ergotherapie u. Logopädie)*. Vortrag auf der HVG-Fachtagung am 08.07.2018. Abrufbar unter: https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Impulsvortrag_Ergebnisse_Absolventenbefragung.pdf [18.09.2019]
- Räbiger, J. & Schmidt, W. (2018). ‚Blanko-Verordnung‘ und ‚Direktzugang‘ – zwei Wege zu mehr Entscheidungsautonomie für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe. *Public Health Forum*, 26 (1), 14-16.
- Redaelli, M.; Stock, S.; Simic, D. & Wilm, S. (2009). *Internationales Literaturreview zur „Effektivität und Effizienz von nicht-ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten“*. Expertise im Auftrag der Bundesärztekammer. Abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Nicht-aerztliche-Berufe.pdf [18.09.2019]
- Repschläger, U. (2018). Modellvorhaben BIG direkt gesund und IFK. Ein Baustein auf dem Weg zu mehr Autonomie in der Physiotherapie. *Physiotherapie*, 36 (4), 5-9. Abrufbar unter: https://www.ifk.de/fileadmin/Dokumente/Magazin/2018/PT_Sonderdruck_Modellvorhaben.pdf [18.09.2019]
- Ressing, M.; Blettner, M. & Klug, S. J. (2009). *Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. Teil 6 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen*. Abrufbar unter: <https://www.uni-kiel.de/medinfo/lehre/seminare/methodik/Dtsch%20Arztebl%2006%20Systematische%20Übersichtsarbeiten%20und%20Metaanalysen.pdf> [18.09.2019]
- Robert, G. & Stevens, A. (1997). Should general practitioners refer patients directly to physical therapists? *British Journal of General Practice*, 47 (418), 314–318.
- Rottenecker, J. (2018). *Beschäftigungs- und Bildungssituation in den Therapieberufen*. HVG-
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit) (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Gutachten 2018. Abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf [18.09.2019]

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit) (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf [18.09.2019]
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit) (2007). *Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten 2007. Kurzfassung. Abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf [18.09.2019]
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit) (Hrsg.) (2006) *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen: Bd. 2. Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, Hilfs- und Heilmittel in der GKV, Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Salheiser, A. (2014). Natürliche Daten: Dokumente. In Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer, 1119-1134.
- Schabram, P. (2010). Delegation und Substitution: Vertragsärztliche Sicht. In Spickhoff, A. (Hrsg.), *Delegation und Substitution, wenn der Pfleger den Doktor ersetzt..* MedR Schriftenreihe Medizinrecht. Berlin: Springer, 1-16.
- Scharff Rethfeldt, W. (2010). *Weiterentwicklung und Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Nordwest-Region – insbesondere im Land Bremen*. Forschungsbericht zur Machbarkeitsstudie im Auftrag der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Freie Hansestadt Bremen. Aachen: Shaker.
- Scharff Rethfeldt, W.; Heinzelmann, B. (2011): *Definition der Logopädie: Ergebnis einer internationalen Zusammenarbeit auf CPLOL-Ebene*. Abrufbar unter: <https://www.dbl-ev.de/service/meldungen/meldung/news/definition-der-logopaedie-ergebnis-einer-internationalen-zusammenarbeit-auf-cplol-ebene> [18.09.2019]
- Scharff Rethfeldt, W.; Heinzelmann, B. (2013). Vergleich europäischer Standards und der deutschen Ausbildungssituation zur Primärqualifikation. *Forum Logopädie*, 27 (1), 22-24.
- Schröder, H.; Schwinger, A. & Waltersbacher, A. (2005). Heilmittel. In Swart, E. & Ihle, P. (Hrsg.), *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Bern: Huber, 123-136.
- Schüler, G. (2013). Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen (Projekt im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer). *Das Gesundheitswesen*, 75 (8/9), 503-509.
- Schulze-Krüdener, J. (1996). *Berufsverband und Professionalisierung. Eine Rekonstruktion der berufspolitischen Interessensvertretung von Diplom-Pädagoginnen und Diplom-Pädagogen*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Schuster, P. (2015). *Qualitätsmanagement in der Logopädie*. Apollon Schriftenreihe zur Gesundheitswirtschaft, Bremen: Apollon University Press.

- Schwartz, F. W. & Klein-Lange, M. (2003). Berufsfelder in der Krankenversorgung. In Schwartz, F. W.; Bandura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. & Walter, U. (Hrsg.) *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (2. Aufl.). München: Urban & Fischer Verlag, 271-275.
- 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.
- Shoemaker, M. (2012). Direct Consumer Access to Physical Therapy in Michigan: Challenges to Policy Adoption. *Physical Therapy*, 92 (2), 363-370.
- Simon, M. (2017). *Das Gesundheitssystem in Deutschland: eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Bern: Hogrefe.
- Snow, B. L.; Shamus, E. & Hill, C. (2001). Physical therapy as primary health care: public perceptions. *Journal of Allied Health*, 30 (1), 35-38.
- Sørensen, H. (2009). Direct access in physical therapy. The Norwegian model of practice for Manual Therapists (MT). Paper presented at the International Summit on Direct Access und Advanced Practice in Physical Therapy, Washington DC.
- Speech Pathology Australia (SPA) (2001). *Competencybased occupational standard (CBOS) for speech pathologists – entry level*. Abrufbar unter: https://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/SPAweb/Resources_for_Speech_Pathologists/CBOS/CBOS.aspx [18.09.2019]
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV) (2017). *Positionspapier. Modelle mit Mehrwert für Patienten*. Abrufbar unter: https://www.shv-heilmittelverbaende.de/wp-content/uploads/2017/08/Positionspapier-Modellvorhaben-Blankoverordnung-Stand-Juli-2017_final.pdf [18.09.2019]
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV) (2016). *Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetz – HHVG) (BT-Drs. 18/10186), Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlage zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen (BT-Drs. 18/8399), Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen (BT-Drs. 18/10247)*. Abrufbar unter: <https://dve.info/resources/pdf/dve/fachausschüsse/fachausschuss-selbstständige/2782-shv-stellungnahme-hhvg/file> [18.09.2019]
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV). (o. J.). *Wer wir sind und was wir tun*. Abrufbar unter: <https://www.shv-heilmittelverbaende.de/ueber-uns/> [18.09.2019]
- Stanton, P. E.; Fox, F. K.; Frangos, K. M.; Hoover, D. H. & Spilecki, G. M. (1985). *Assessment of resident physician's knowledge of physical therapy*. Abrufbar unter: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.836.9049&rep=rep1&type=pdf> [18.09.2019]
- Statistisches Bundesamt (StaBA) (2019a). GENESIS-Online Datenbank. Gesundheitspersonal. Abrufbar unter: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?language=de&sequenz=tabellen&selectionname=23621* [18.09.2019]

- Statistisches Bundesamt (StaBA) (2019b). Fachserie 11, Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2017/2018. Abrufbar unter:
https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00042739/2110200187004_korr27022019.pdf [18.09.2019]
- Statistisches Bundesamt (StaBA) (2018). Fachserie 11, Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2016/2017. Abrufbar unter:
https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00035077/2110200177004_Korr19042018.pdf [18.09.2019]
- Statistisches Bundesamt (StaBA) (2017a). Fachserie 11, Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2014/2015. Abrufbar unter:
https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00030296/2110200167004_korr08032017.pdf [18.09.2019]
- Statistisches Bundesamt (StaBA) (2017b). Fachserie 11, Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2015/2016. Abrufbar unter:
https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00030296/2110200167004_korr08032017.pdf [18.09.2019]
- Statistisches Bundesamt (StaBA) (2014a). Fachserie 11, Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2012/2013. Abrufbar unter:
https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012157/2110200137004.pdf [18.09.2019]
- Statistisches Bundesamt (StaBA) (2014b). Fachserie 11, Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2013/2014. Abrufbar unter:
https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00013709/2110200147004.pdf [18.09.2019]
- Statistisches Bundesamt (StaBA) (2013). Fachserie 11, Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2007/2008. Abrufbar unter:
https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00010183/2110200087004.pdf [18.09.2019]
- Statistisches Bundesamt (StaBA) (2012). Fachserie 11, Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2011/2012. Abrufbar unter:
https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00010185/2110200127004.pdf [18.09.2019]
- Statistisches Bundesamt (StaBA) (2011). Fachserie 11, Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2010/2011. Abrufbar unter:
https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00010184/2110200117004.pdf [18.09.2019]
- Statistisches Bundesamt (StaBA) (2010a). Fachserie 11, Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2008/2009. Abrufbar unter:
https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00006829/2110200097004.pdf [18.09.2019]
- Statistisches Bundesamt (StaBA) (2010b). Fachserie 11, Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2009/2010. Abrufbar unter:
https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00006830/2110200107004.pdf [18.09.2019]

- Statistisches Bundesamt (StaBA) (2007). Fachserie 11, Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2006/2007. Abrufbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00006827/2110200077004.pdf [18.09.2019]
- Stichweh, R. (1994). *Wissenschaft, Universität, Professionen. Soziologische Analysen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Suddaby, R. & Viale, T. (2011) Professionals and field-level change: Institutional work and the professional project. *Current Sociology*, 59 (4), 423–442.
- Swinkels I.; Kooijman, M. K.; Spreeuwenberg, P. M.; Bossen, D.; Leemrijse, C.; Van Dijk, C. E.; Verheij, R.; de Bakker, D. H. & Veenhof, C. (2014). An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands. *Physical Therapy*, 94 (12), 1785-1795.
- Swinkels, I.; Leemrijse, C.; Barten, J. A., Veenhof, C. (2014). *Direktzugang zur Physiotherapie in den Niederlanden*. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Abrufbar unter: <http://postprint.nivel.nl/PPpp5602.pdf> [18.09.2019]
- Töytäri, O. (2019). Direct access to physiotherapists, rationalising division of health-care work in Finland. Meeting Abstract. 15th Congress of the European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR). Berlin, 15.-17.04.2019. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
- Uili, R. M.; Shepard, K. F. & Savinar, E. (1984). Physician knowledge and utilization of physical therapy procedures. *Physical Therapy*, 64 (10), 1523-1530.
- Unternehmen Praxis (up) (2019). *Großer Frust: Schuldgeldfreiheit immer noch nicht bundesweit umgesetzt*. Abrufbar unter: <https://www.up-aktuell.de/aktuell/2019/04/grosser-frust-schuldgeldfreiheit-immer-noch-nicht-bundesweit-umgesetzt-43674.html> [18.09.2019]
- Verband der Ersatzkassen (vdek). (2019). *Abrechnungsverfahren für Heil- und Hilfsmittelerbringer*. Abrufbar unter: <https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/abrechnung.html> [18.09.2019]
- Verband der Ersatzkassen (vdek) (2018). *Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) von dem 23.7.2018*. Abrufbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/politik/stellungnahmen/2018-08-15_Stellungnahme_Terminservice-und-Versorgungsgesetz_vdek_final.pdf [18.09.2019]
- Verband der Ersatzkassen (vdek) (2016). *Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) von dem 24. Juni 2016*. Abrufbar unter: https://www.vdek.com/vertragspartner/hilfsmittel/_jcr_content/par/publicationelement/file.res/vdek-Stellungnahme%20zum%20HHVG.pdf [18.09.2019]
- Verband Deutscher Logopäden und Sprachtherapeutischer Berufe e. V. (VDLS) (2019). *Unsere Ziele*. Abrufbar unter: <https://www.vdls-ev.de/vdls-berufsverband/#ziele> [18.09.2019]
- Verband Deutscher Logopäden und sprachtherapeutischer Berufe e.V. (VDLS) (o. J.) *Zahlen – Daten – Fakten*. Abrufbar unter: <https://www.vdls-ev.de/praxisfuehrung-aussichten/> [18.09.2019]

- Verband Physikalischer Therapie (VPT) (2016). *Modell Blankverordnung*. Abrufbar unter: <https://www.vpt.de/nc/aktuelles/vpt-meldungen/archiv/meldung/modell-blankverordnung/> [18.09.2019]
- Vereinte Therapeuten e. V. (o. J.). *Unsere Ziele*. Abrufbar unter: <https://vereinte-therapeuten.de/unsere-ziele/> [18.09.2019]
- Voß, G. (1994) Berufssoziologie. In Kerber, H. & Schmieder, A. (Hrsg.), *Spezielle Soziologien. Problemfelder, Forschungsbereiche, Anwendungsorientierungen*. Reinbek: Rowohlt, 128-148.
- Walkenhorst, U. (2011). *Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe – Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang*. Abrufbar unter: https://www.bwpat.de/ht2011/ft10/walkenhorst_ft10-ht2011.pdf [18.09.2019]
- Walkenhorst, U. (2006). Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie auf dem Weg zur Professionalisierung. In Pundt, J. (Hrsg.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potentiale – Perspektiven*. Bern: Huber, 106-126.
- Waltersbacher (2018). *Heilmittelbericht 2018*. Abrufbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_hmb_2018.pdf [18.09.2019]
- Weeber, S. J. (2017). Der physiotherapeutische Direktzugang in Deutschland. Internationaler Vergleich ausbildungsinhaltlicher und struktureller Bedingungen. Wiesbaden: Springer.
- Wich, M. & Rübiger, J. (2016). Blankverordnung oder Direktzugang – Die Patienten müssen die Gewinner sein. *physioscience*, 12 (4), 158–160.
- Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (WD) (2018). *Kurzinformation Physiotherapie und Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V*. Abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/549546/4a26e5731ace4f814599ab60b66bb045/wd-9-015-18-pdf-data.pdf> [18.09.2019]
- Wissenschaftsrat (2012) *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Abrufbar unter: https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [18.09.2019]
- Wolf, U., Rübiger, J. & Warnke, A. (2016). Evaluationsbericht des BMG zu Modellstudiengängen. *physioscience*, 12 (4), 170-171.
- Wolff, S. (2017). Dokumenten- und Aktenanalyse. In Flick, U.; von Kardoff, E. & Steinke, *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbeck: Rotwohlt, 502-513.
- World Health Organization (WHO) (2008). *Task Shifting. Global Recommendations and Guidelines*. Abrufbar unter: <https://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf?ua=1> [18.09.2019]
- World Health Organization (WHO) (2006). *Quality of Care. A Process of Making Strategic Choices in Health Systems*. Abrufbar unter: https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf [18.09.2019]
- Zalpour, C. (2008). *Der First-Contact-Practitioner in Deutschland*. *Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 60 (1), 105-111.

Anhang

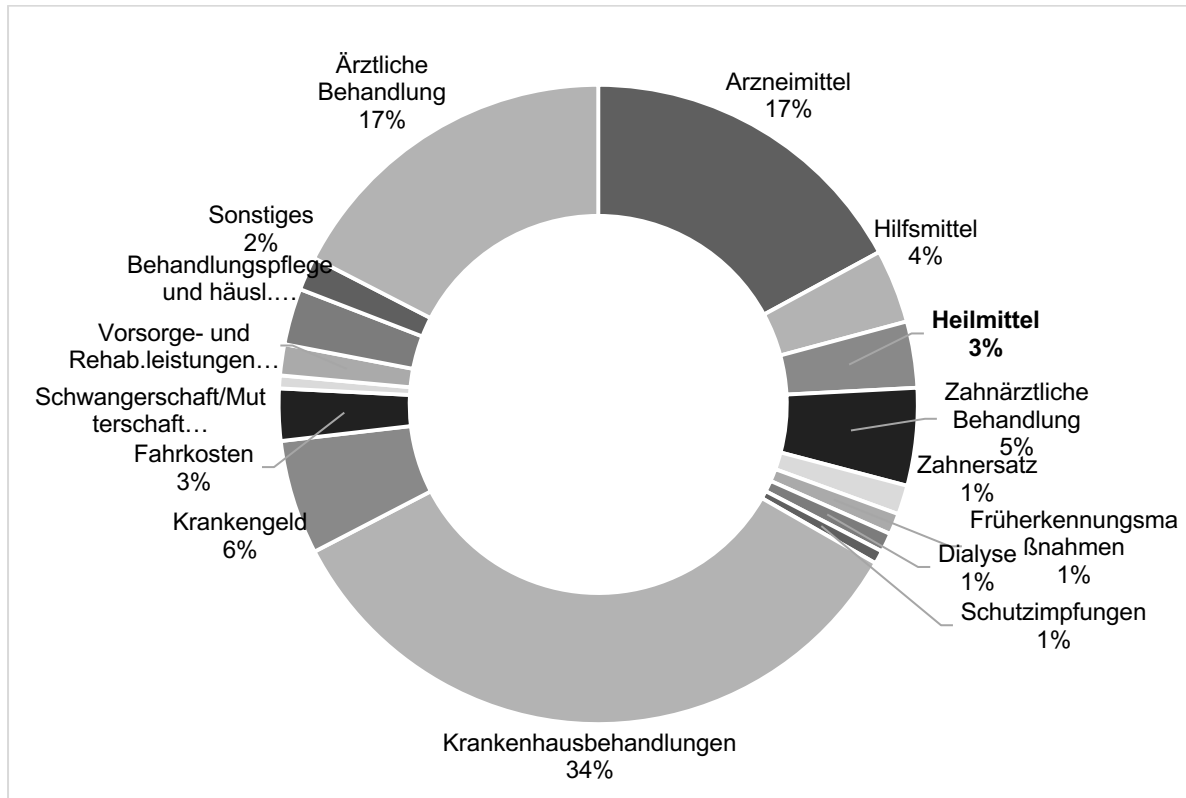


Abb. 11: Ausgaben für die GKV-Leistungsbereiche 2017
Quelle: eigene Darstellung (in Anlehnung an GKV-SV, 2018)

Heilmittelverordnung
Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie **14**

Gebührpflicht: Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebührfrei: Name, Vorname des Versicherten geb. am

Umfeld: Unfall-Etagen

BVG: Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung, Folgeverordnung, Gruppenverordnung, Verordnungsart, Verordnungsart, Verordnungsart, Verordnungsart

Indikationskategorie: Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

ICD-10-Code

Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund)

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)

Tonaudiogramm vom (bei pathologischem oder unsicherem Tonschwellenaudiogramm Tympanogramm und Sprachaudiogramm beifügen)

Das Tonaudiogramm ist bei Kindern in laufender Behandlung nach einem halben Jahr zu wiederholen.

Rechts Links

Amplitude, Randkantenverschiebung, Regularität, Kompletter Glottisschluss

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)

Lupenlaryngoskopie, Lupenstroboskopie

Rechts Links

Amplitude, Randkantenverschiebung, Regularität, Kompletter Glottisschluss

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes

Abb. 12: Muster 14: Heilmittelverordnung zu Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Quelle: KBV, o. J.

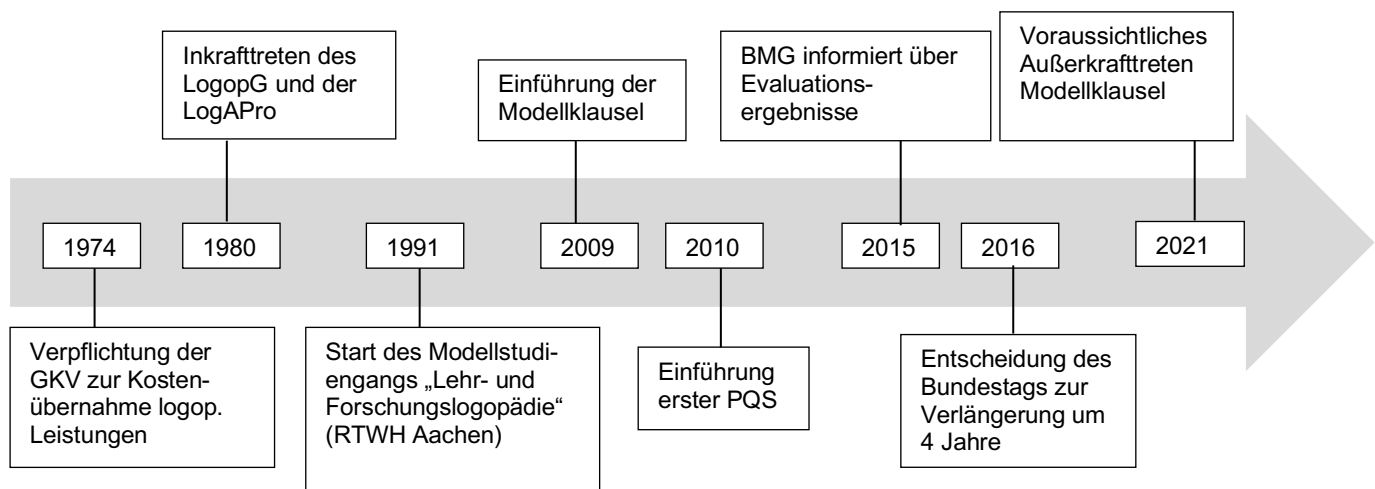


Abb. 13: Meilensteine in der Akademisierung der Logopädie
Quelle: eigene Darstellung (in Anlehnung an LOGO Deutschland, 2018)

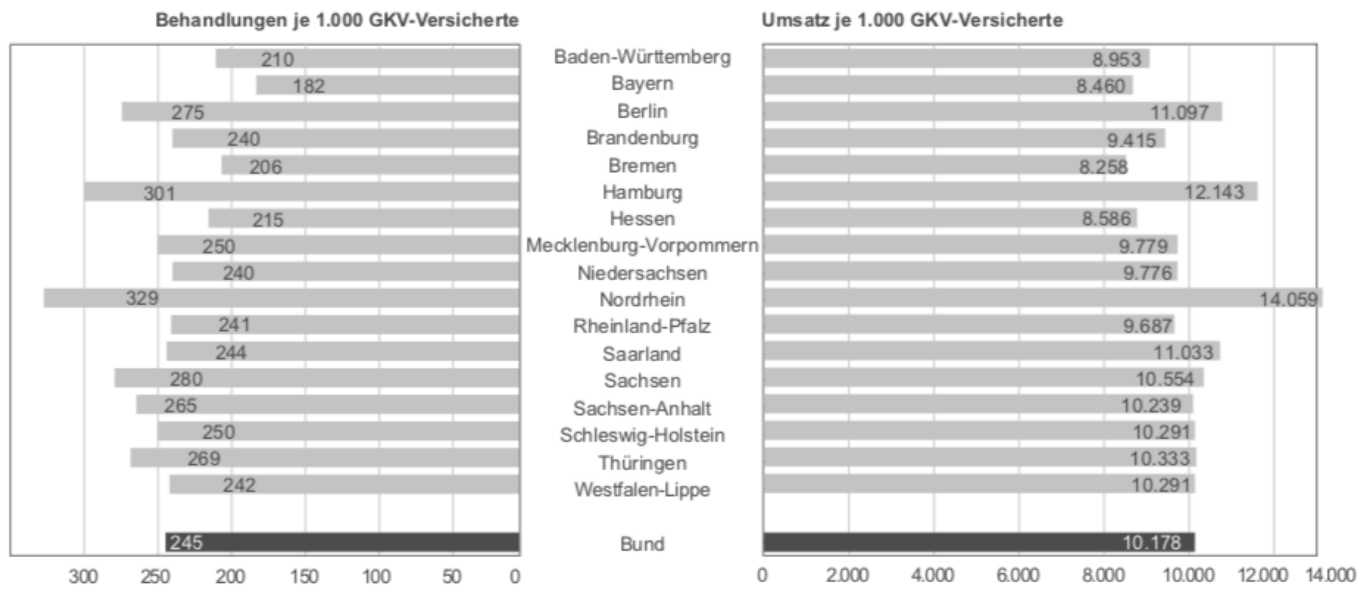


Abb. 14: Regionale Unterschiede bei sprachtherapeutischen Behandlungen und Kosten
 Quelle: Waltersbacher, 2018, S. 20

Tab. 15: Synthese der Studieninhalte

Beyerlein, 2010	Akzeptanz durch Therapeuten, Patientensicherheit (Kompetenzen)
Bossen et al., 2011	Anerkennung der Therapeuten, Berufsalltag
Bury & Stokes, 2013a	Ökonomie
Bury & Stokes, 2013b	Kooperation Ärzteschaft, Akzeptanz der Patienten
Childs et al., 2005	Patientensicherheit (Diagnosestellung)
Crout et al., 1998	Akzeptanz durch Therapeuten, Kooperation Ärzteschaft
Daker-White et al., 1999	Akzeptanz der Patienten, Behandlungsdauer, Patientensicherheit (Diagnosestellung), Arbeitsbelastung Ärzteschaft
Department of Health, 2008	Arzneimittel
Domholdt & Durchholz, 1992	Akzeptanz durch Therapeuten
Durant et al., 1989	Akzeptanz der Patienten
Durrel, 1999	Arbeitsbelastung Ärzteschaft
Holdsworth et al., 2006	Patiententypen, Ökonomie, Behandlungsbeginn
Holdsworth et al., 2007	Arbeitsbelastung Ärzteschaft, Ökonomie
Holdsworth et al., 2008	Kooperation Ärzteschaft
Holdsworth & Webster, 2004	Arbeitsbelastung Ärzteschaft, Ökonomie, Behandlungsdauer
Jette et al., 2006	Patientensicherheit (Kompetenzen) Behandlungsbeginn, Kosten, Kooperation Ärzteschaft
Jette & Davis, 1991	Patientensicherheit (Diagnosestellung)
Kennedy et al., 2010	Akzeptanz der Patienten
Korthals-de Bos et al., 2003	Behandlungsdauer
Leemrijse et al., 2008	Patiententypen, Entscheidungsfreiheit, Ökonomie, Behandlungsbeginn, Behandlungsdauer, Akzeptanz der Patienten, Anerkennung der Therapeuten, Arbeitsbelastung Ärzteschaft
Leerar et al., 2007	Patientensicherheit
Leinich, 2014	Behandlungsbeginn, Ökonomie
Mitchell & de Lissovoy, 1997	Arbeitsbelastung Ärzteschaft, Ökonomie, Behandlungsbeginn
Moore et al., 2005	Berufsalltag, Patientensicherheit (Diagnosestellung), Akzeptanz der Patienten
O'Cathain, 1995	Arbeitsbelastung Ärzteschaft
Ojha et al., 2014	Arzneimittel
Oldmeadow et al., 2007	Behandlungsdauer
Pendergast et al., 2012	Patiententypen, Ökonomie
Piano et al., 2017	Ökonomie, Arzneimittel
Robert & Stevens, 1997	Behandlungsbeginn, Behandlungsdauer
Shoemaker, 2012	Ökonomie
Snow et al., 2001	Akzeptanz der Patienten, Kooperation Ärzteschaft
Sørensen, 2009	Arzneimittel
Stanton et al., 1985	Patientensicherheit (Diagnosestellung)
Swinkels et al., 2014	Patiententypen, Akzeptanz der Patienten, Arbeitsbelastung Ärzteschaft
Töytäri, 2019	Behandlungsbeginn, Akzeptanz der Patienten

Quelle: eigene Darstellung

Zusammenfassung der Dokumente

Krankenkassen

GKV-Spitzenverband: Positionspapier „Qualität der Heilmittelversorgung verbessern und finanzierbar halten“, 8. Juni 2016

Die HM-Versorgung sei ein überproportional wachsender Leistungsbereich der GKV. Der GKV-SB begründet den Mengenanstieg unter anderem mit gesetzlichen und demografischen Änderungen. Diese führe zu einer überdurchschnittlich steigenden finanziellen Belastung der GKV. Weitere ausgabensteigernde gesetzliche Regelungen gingen mit einer Verstärkung dieses Trends einher. Laut dem GKV-SV dürfen sich die Entwicklungen der HM-Versorgung nicht ausschließlich auf Anhebungen der Vergütungen sowie den Abbau von Steuerungsinstrumenten stützen.

Der GKV-SV hält fest, dass sowohl bei der Blankoverordnung als auch bei dem Direktzugang die Gestaltung des Rechtsrahmens noch offen ist. Dies betreffe insbesondere den Einbezug der vertragsärztlichen Leistungserbringer sowie die Wirtschaftlichkeitsverantwortung. Dabei sei die Gewährleistung der medizinischen Effektivität und der Patientensicherheit von herausragender Bedeutung. Dies bedürfe einer Überarbeitung der Ausbildungen der HME in Hinblick auf die Vermittlung für den Direktzugang notwendiger Kompetenzen. Aufgrund der Heterogenität der Ausbildungen gehe der GKV-SV nicht davon aus, dass HME über ebendiese Kompetenzen verfügen. Hier wird insbesondere die Überarbeitung der Physiotherapieausbildung gefordert. Diese sollte so umfassend und hochwertig gestaltet sein, dass kostspielige Zertifikatfortbildungen für Physiotherapeut*innen zukünftig nicht mehr erforderlich sind. Sofern der Ausbildungsrahmen dies nicht zulasse, fordert der GKV-SV eine gesetzlich normierte Spezialisierung.

Vor der Schaffung weiterer gesetzlicher Regelungen zur Steuerung der HM-Versorgung sollten die Ergebnisse der zu dem Zeitpunkt laufenden Modellvorhaben abgewartet werden. Der DA sei derzeit berufsrechtlich nicht umsetzbar. Daher sei die Voraussetzung für die Durchführung von Modellprojekten zum Direktzugang die Änderung von Gesetzesgrundlagen für die Berufsausübung von HME. Hier hebt der GKV hervor, dass die Möglichkeiten und Voraussetzungen der Therapeut*innen für eine eigenverantwortliche Heilmittelerbringung zu klären seien. Zentrale Aspekte der HM-Versorgung sollten weiterhin Patientensicherheit, Effektivität und Wirtschaftlichkeit darstellen. Inwieweit die Ausbildung für eine eigenständige Therapieplanung ausreicht und eine wirtschaftliche Leistungserbringung ohne Mengenausweitungen sichergestellt, sei nicht absehbar. Zum Veröffentlichungszeitpunkt des Dokumentes hält der GKV-SV eine verbindliche Einführung der Blankoverordnung oder gar des Direktzugangs für wenig zielführend. Darüber hinaus wird eine stärkere Evidenzbasierung in

der HM-Erbringung gefordert. Hier sollten auch telemedizinische Angebote einbezogen werden.

Vdek: Stellungnahme zum Entwurf des HHVG (Stand: 24. Juni 2016), 12. Juli 2016

Gemäß § 63 Abs. 3b Satz 2 und 3 SGB V seien Modellvorhaben zur Blankoverordnung als „Kann“-Regelung bereits möglich. Der vdek spricht sich dafür aus, die Ergebnisse laufender Modellprojekte abzuwarten, um zu überprüfen, ob weitere Maßnahmen möglich und sinnvoll seien. Der vdek schlägt vor, bei der Entscheidung für weitere Evaluationen Mittel des Innovationsfonds § 92a SGB V zu nutzen.

Der vdek kritisiert, dass die verpflichtenden Modellvorhaben kassenartenübergreifend entwickelt werden sollen und befürchtet Konflikte zwischen einzelnen Kassenarten und Verbänden der HME.

Für die Verlagerung der Ausgabenverantwortung von Vertragsärzten auf die HME sei es notwendig, Ausgabenobergrenzen analog zu den Mechanismen der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit den HME zu vereinbaren. Hierfür sei ein kostspieliger Aufbau neuer Strukturen notwendig.

Insgesamt bewertet der vdek den Entwurf zu § 64d SGB V in der Umsetzung als problematisch und nicht erforderlich und schlägt vor diesen zu streichen.

AOK-Bundesverband: Stellungnahme zum Referentenentwurf des HHVG zur Anhörung des BMG, 11. Juli 2016

Die AOK macht ihre Verwunderung darüber deutlich, dass vor dem Vorliegen der Ergebnisse der Modellprojekte innerhalb des HHVG gesetzliche Festlegungen zu Modellvorhaben im HM-Bereich getroffen werden sollen. Dabei gehe der Gesetzesentwurf hinsichtlich folgender Punkte deutlich über die zu dem Zeitpunkt aktuellen Regelungen nach § 63 Abs. 3b SGB V hinaus:

- es handelt sich um eine „Soll-Vorschrift“
- eine verpflichtende kassenartenübergreifende Zusammenarbeit
- eine Festlegung auf die maßgeblichen Leistungserbringerverbände der HME als Vertragspartner
- eine Verpflichtung zu flächendeckenden Modellprojekten auf Landesebene bzw. mehreren Ländern

- eine Verpflichtung in jedem HM-Bereich ein Modellprojekt durchzuführen
- die Möglichkeit in den Vereinbarungen über das Modellvorhaben Abweichungen von den Vorgaben der HeilM-RL des G-BA festzulegen

Die oben genannten Vorgaben seien zu starr, um echte Modellprojekte durchzuführen. Durch die damit einhergehenden Ähnlichkeiten der Projekte sei kein Erkenntnisgewinn zu erwarten. Besonders kritisch bewertet die AOK die zulässige Abweichung von der HeilM-RL. Die Ergebnisse von Modellprojekten nach der neuen Fassung des § 64d SGB V, die z.B. von den HeilM-RL abweichende Therapiemethoden beinhalten, seien nicht mit der aktuellen HM-Versorgung vergleichbar. Hier sieht die AOK die Gefahr, dass das Modell der Blankoverordnung mit Hilfe dieses Passus unbemerkt in die Regelversorgung eingeführt werden könnte.

Die AOK kritisiert zudem, dass Modellvorhaben zur Blankoverordnung neben der Physiotherapie auch in den Bereichen Ergotherapie und Logopädie durchgeführt werden sollen. Dies sei wenig sinnvoll, da diese HME bereits über eine hohe Flexibilität hinsichtlich der Auswahl der therapeutischen Methode verfügen.

Den personellen, organisatorischen und finanziellen Aufwand bei der verpflichtende Durchführung kassenartenübergreifender Modellprojekte in jedem Bundesland in allen vier HM-Bereichen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie) bewertet die AOK als zu hoch. Hierbei würden mindestens 64 Modellvorhaben vereinbart, vorbereitet, durchgeführt und evaluiert werden müssen. Für eine belastbare Ergebnisgrundlage wäre eine große Zahl an teilnehmenden Patient*innen notwendig. Die Kosten für bürokratische Aufwände und die Evaluation seien zu hoch. Die AOK lehne die Einführung des neuen Gesetzesentwurfes daher ab.

AOK-Bundesverband: Stellungnahme zum HHVG (Drs. 18/10186) sowie zu den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Anhörung des Gesundheitsausschusses (Drs. 18/10247), 28. November 2016

Die AOK begrüßt die Entscheidung des Gesetzgebers, die in § 63 Abs. 3b SGB V zugrunde gelegte Anzahl der Modellvorhaben zu reduzieren und die Laufzeit auf drei Jahre zu verkürzen. Da zu diesem Zeitpunkt noch keine Ergebnisse der laufenden Modellvorhaben vorliegen, bewertet die AOK die Einführung weiterer Modellvorhaben zur Blankoverordnung jedoch als verfrüht. Sie hält die Durchführung weiterer Modellprojekte weder im Sinne einer Verbesserung der medizinischen Versorgung der Patient*innen für zielführend, noch vor dem Hintergrund eines nachhaltigen Einsatzes begrenzter finanzieller Mittel der GKV nachvollziehbar.

Es wird hier auf die Antwort des BMG auf eine kleine Anfrage (Drs. 18/6794) verwiesen, in der ebenfalls herausgestellt wird, dass die Ergebnisse laufender Modellvorhaben abgewartet werden sollten, bevor weitere Maßnahmen beschlossen werden.

Die AOK kritisiert darüber hinaus die starren Vorgaben für die Modellprojekte, auf Basis derer keine differenzierten Ergebnisse zu erwarten seien. Zudem seien die vorgesehenen Abweichungen von den Vorgaben der HeilM-RL zu hinterfragen. Modellprojekte, die sich nicht auf die HeilM-RL beziehen, seien nicht mit der aktuellen HM-Versorgung vergleichbar. Es wird weiterhin befürchtet, dass die Blankoverordnung auf diese Weise ungerechtfertigt flächendeckend implementiert wird. Der personelle, organisatorische und finanzielle Aufwand kassenübergreifender Modellprojekte in jedem Bundesland stehe nicht mit dem zu erwartenden Erkenntnisgewinn im Verhältnis.

Die AOK bewertet die bestehenden gesetzlichen Normen für die Durchführung von Modellvorhaben als ausreichend und lehnte die Einführung eines neuen § 64d SGB V aus den oben genannten Gründen weiterhin ab.

Vdek: Stellungnahme zum Entwurf des TSVG (Stand: 23. Juli 2018), 15. August 2018

Der vdek erwartet aufgrund der divergierenden regionalen Versorgungssituationen Schwierigkeiten in der Umsetzung gemeinsamer Modellvorhaben. Zudem sieht er keinen Erkenntnisgewinn, da die durchzuführenden Modellvorhaben identisch gestaltet sein sollen. Somit fordert er, dass auch überregionale und kassenindividuelle Modellvorhaben möglich sein sollten.

Darüber hinaus solle die Erprobung des Direktzugangs erlaubt werden. Hierbei sei eine vertragsärztliche Überprüfung der Diagnose innerhalb des Behandlungszeitraums sicherzustellen. Die Kooperation mit der Ärzteschaft im Rahmen der Modellvorhaben sei weiter zu konkretisieren.

AOK-Bundesverband: Stellungnahme am 16.01.2019 zu den Anträgen, Fraktion der FDP (Drs. 19/2689), Fraktion der AfD (Drs. 19/3393), Fraktion der FDP (Drs. 19/4833), Fraktion der FDP (Drs. 19/6417), Fraktion DIE LINKE (Drs. 19/4887), Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. 19/6130), zur Anhörung des Gesundheitsausschusses, 09. Januar 2019

Zu den Forderungen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Fraktion DIE LINKE, den Direktzugang in Modellprojekten zu erproben, nimmt AOK Stellung. Sie hebt hervor, dass die Blankoverordnung im TSVG in die Regelversorgung implementiert werden soll. Als Voraussetzungen werden hier die Schaffung notwendiger gesetzlicher Rahmenbedingungen

sowie die Novellierung der Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen genannt. Der Direktzugang sei nicht vorgesehen.

AOK-Bundesverband: Stellungnahme zum Änderungsantrag des TSVG von CDU/CSU und SPD (Drs. 19 (14) 51.4) sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktion DIE LINKE (Drs. 19 (14) 51.1) (Drs. 19 (14) 51.2), (Drs. 19 (14) 51.3) zur Anhörung des Gesundheitsausschusses, 09. Januar 2019

Die AOK kritisiert, dass bei den Änderungsvorschlägen für § 125 SGB V, die Interessen der HME zulasten der Versichertengemeinschaft durchgesetzt würden. Wettbewerbsaspekte, qualitätssichernde Maßnahmen und Wirtschaftlichkeitsinstrumente würden vernachlässigt.

Sie sieht die geordnete Einführung der Blankoverordnung unter Berücksichtigung von Patientensicherheit, Wirtschaftlichkeit, Entbürokratisierung und Digitalisierung als einzigen Weg zur Weiterentwicklung der HM-Versorgung. Hierbei spricht sie sich für eine föderalistische Vertragsgestaltung aus. Es sei dabei jedoch nicht sachgerecht, die Ärzteschaft bei der Blankoverordnung von der Wirtschaftlichkeitsverantwortung zu befreien, da die Entscheidung über therapeutische Indikation nach wie vor den Vertragsärztinnen und -ärzten vorbehalten bliebe. Aufgrund der Erweiterung des Entscheidungsspielraums der HME sei es prinzipiell notwendig, auch diese in die Wirtschaftlichkeitsverantwortung einzubeziehen. Die vollständig freie Auswahl von Art und Menge der Therapie, setze falsche Anreize für therapeutische Leistungserbringer und führe zu einem unwirtschaftlichen Verhalten. Eine adäquate gesetzliche Regelung zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung fehle jedoch. Wegen gegensätzlicher Interessen der Akteure sei die vertragliche Steuerung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nicht möglich. Die AOK sieht daher den Bedarf eines institutionellen Verfahrens durch externe Prüfstellen. Aufgrund der falschen Anreize befürchtet die AOK, dass HM-Versorgungen nicht effizient zum Abschluss gebracht würden, sondern hinsichtlich Anzahl und Inhalt abrechnungsoptimiert durchgeführt würden.

Weiterhin bewertet die AOK die direkte Überführung des Versorgungsmodells der Blankoverordnung ohne die vorherige Durchführung der bisher vorgesehenen Modellprojekte kritisch. Sie zweifelt daran, dass HME vor dem Hintergrund ihrer heterogenen Kompetenzprofile, Berufserfahrung und Spezialisierungen für die Übernahme der erhöhten Versorgungsverantwortung geeignet sind. Sie bemängelt, dass für therapeutische Leistungserbringer, aber auch für Patient*innen sowie für Ärzt*innen, die Option fehle, die Behandlung innerhalb dieses Modells abzulehnen. Zudem blieben Haftungsfragen offen.

Es wird weiter befürchtet, dass die Versorgung im Rahmen der Blankoverordnung von sehr unterschiedlicher Qualität sein werde. Dann sei allerdings keine Wirkungskontrolle oder Anpassung der Verordnung durch ärztliche Weisung mehr möglich. Mit der Blankoverordnung

werde die ärztliche Therapiesteuerung infrage gestellt. Bei kontroverser Meinung über die Behandlungsmaßnahmen hätten Ärzt*innen keine Handhabe, während nicht-ärztliche HME die Behandlung unreflektiert fortsetzen könnten.

IKK e.V.: Stellungnahme zum Entwurf des TSVG (Drs. 19/6337), 10. Januar 2019

Die IKK bewerten die flächendeckende Einführung der Blankoverordnung aufgrund fehlender Konkretisierung der Rahmenbedingungen als problematisch. Die erhöhte Versorgungsverantwortung der HME müsse auch mit einer erhöhten finanziellen Verantwortung einhergehen. Allerdings sollte die Wirtschaftlichkeitsverantwortung der Ärzteschaft nicht vollständig abgenommen werden.

Die Neuregelungen zur HM-Versorgung seien vor dem Hintergrund der politisch vorangetriebenen Erweiterung der Handlungsverantwortung der HME nachvollziehbar. Damit Versorgungsungleichheiten vermieden werden, sollte sich die Dauer der Behandlungen (Menge sowie Höchstzahl der Einheiten) jedoch an den Vorgaben der HeiM-RL und dem medizinischen Bedarf orientieren. In Hinblick auf die Patientensicherheit sollten ärztliche Leistungserbringer die Möglichkeit haben, das Modell der Blankoverordnung abzulehnen.

Anhand der Ergebnisse der durchgeführten Modellvorhaben zur Blankoverordnung sei erkennbar, dass sich die Behandlungsmenge, die Therapiedauer und damit auch die Ausgaben für HM erhöhen werden. Daher fordern die IKK auch bei der Blankoverordnung eine Regulierung der Behandlungsmengen und der Höchstzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung. Die IKK sprechen sich dafür aus, die Blankoverordnungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu unterziehen. Da die Veranlassung der Leistungsabgabe auch bei diesem Modell durch ärztliches Fachpersonal erfolgt, sei es sachgerecht, wenn diese eine wirtschaftliche Mitverantwortung tragen. Der Umfang dieser Verantwortung sei in § 106 b Abs. 4 Nr. 2 zu definieren.

Die IKK berichten über die Absicht der Bundesregierung wegen der vorherrschenden demographischen und epidemiologischen Entwicklung sowie zunehmender Fachkräfteengpässe im medizinischen Bereich Modellvorhaben für die flächendeckende Erprobung von Delegation und Substitution durchzuführen. Zwar seien hier erste Ansätze zu verzeichnen (Modellvorhaben zur Blankoverordnung), entscheidende Schritte, wie die Einführung substitutiver Modelle, blieben jedoch aus und müssten weiterentwickelt werden. Mit der geplanten Streichung von § 63 Abs. 3b Satz 2 und 3 entfielen Modellvorhaben für HM-Leistungen vollständig. Die Forderung der Einführung von Substitutionsmodellen würde nicht erfüllt. Daher plädiert die IKK für eine Änderung des § 63 Abs. 3 dahingehend, dass Krankenkassen und/oder ihre Verbände sowie HME und/oder ihre Verbände die Möglichkeit haben, im Re-

gelfall auf fünf Jahre befristete Modelle zur Substitution zu entwickeln und durchzuführen. Als Voraussetzung schlagen die IKK vor, dass die Ansätze mindestens zwei der nachfolgenden Ziele erfüllen sowie nach den Standards der evidenzbasierten Medizin Grad Ib angelegt und durchgeführt sein müssen. Die IKK formuliert für Modellvorhaben zu Substitutionskonzepten folgende Ziele: Evaluation geeigneter Qualifikationsniveaus der HME und der Patientensicherheit, Erprobung von Wirtschaftlichkeitsmodellen, Durchführung gesundheitsökonomischer Kostenanalysen, Aufbau geeigneter Controlling- und Vertragsmodelle sowie Schaffung von Evidenz für geeignete Therapiemaßnahmen des Heilmittelkataloges.

BKK Dachverband: Stellungnahme zum TSVG sowie zu den Oppositionsanträgen, 10. Januar 2019

Die Betriebskrankenkassen sprechen sich für eine umfassende Weiterentwicklung der HM-Erbringung aus. Sie fordern – nicht nur für die HM-Bereich – die vermehrte Übertragung von Kompetenzen an nicht-ärztliches Gesundheitsfachpersonal als Reaktion auf den demographischen Wandel, den medizinisch-technischen Fortschritt und die Veränderung von Versorgungsbedarfen in der Bevölkerung. Grundlegend sei dafür die Akademisierung der Ausbildung für HME. Für die BKK stellt der Direktzugang zu physiotherapeutischen Leistungen eine mögliche Perspektive dar. In diesem Fall sei es wichtig, die Wirtschaftlichkeitsverantwortung zu klären und Neuregelungen zu etablieren, durch die HME Verantwortung auf Augenhöhe mit ärztlichen Berufen zukommt.

GKV-SV: Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. 19/6130), 10. Januar 2019 und

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. (Drs. 19/4887), 10. Januar 2019

Aufgrund der identischen Stellungnahmen zu den Forderungen beider Parteien nach einer Evaluation des Direktzugangs werden beide Stellungnahmen in einem Abschnitt zusammengefasst.

Der GKV-Spitzenverband hebt hervor, dass das Versorgungsmodell der Blankoverordnung mit dem TSVG in die Regelversorgung übernommen werden solle. Es würden in dieser gesetzlichen Norm keine Aussagen zum Direktzugang getätigt. Der Prüfung der Erprobung des Direktzugangs sei die Überarbeitung der Ausbildungscurricula sowie die Regelung notwendiger gesetzlicher Rahmenbedingung vorausgesetzt.

GKV-Spitzenverband: Stellungnahme zum Entwurf des TSVG, hier: Änderungsantrag zur Heilmittelversorgung, 10. Januar 2019

Grundsätzlich begrüße der GKV-SV die Erweiterung der Versorgungsverantwortung von HME. Für ihn wäre es jedoch essentiell, die für die Blankoverordnung erforderlichen Rahmenbedingungen in den ursprünglich vorgesehenen Modellvorhaben evaluiert zu haben.

Der GKV-SV bemängelt bei dem Entwurf des TSVG die Zeitplanung und hält den Zielzeitbezug 31.03.2020 für nicht realistisch. Die Umstrukturierung der Versorgung in dem HM-Bereich und die damit einhergehenden Vertragsverhandlungen würden den zeitlichen Rahmen des Jahres 2019 überschreiten, weswegen der GKV-SV die Verlängerung der Fristen auf mindestens ein Jahr fordert.

Darüber hinaus bewertet er die Einbindung der KBV in die Regelungen zur Blankoverordnung als sinnvoll, da die grundsätzliche Behandlungsverantwortung weiterhin bei der Ärzteschaft liege. Als weiteres Argument wird angeführt, dass die HM-Behandlung zumeist lediglich einen Therapiebaustein darstelle und die Gestaltung der gesamten Behandlung kontinuierlicher ärztlicher Kontrolle bedürfe.

Mit der Implementierung der Blankoverordnung würde ein großer Teil der Behandlungsverantwortung auf die HME verlagert. Zur Gewährleistung der Patientensicherheit müsse vermieden werden, dass den HeilM-RL nun eingeschränkte Bedeutung zukommt, da diese die Basis für eine qualitativ hochwertige Versorgung seien. Soweit eine punktuelle Abweichung von den HeilM-RL möglich sein sollte, wäre es wichtig das Ausmaß der Abweichungen näher zu konkretisieren. In diesem Zusammenhang sollte unbedingt klargestellt werden, dass im Rahmen der Versorgung nach Blankoverordnung nur auf im HM-Katalog aufgeführte HM zurückgegriffen werden darf.

Zudem müsse ein kurzfristiger ärztlicher Kontakt bei längerfristigen Behandlungen oder bestimmten Warnsignalen sichergestellt sein.

Vor dem Hintergrund der erweiterten Versorgungsverantwortung sei es grundsätzlich nachvollziehbar, dass Vertragsärzt*innen in bestimmten Fällen den HME die Entscheidung über Auswahl, Dauer und Frequenz der Therapie überlassen. Im Sinne des Patientenschutzes sei beim Vorliegen wichtiger medizinischer Gründe allerdings die Option notwendig, dass die ärztliche Fachkraft von der Blankoverordnung absieht. Dies sollte im Gesetz klar formuliert werden.

Zur Vermeidung uneinheitlicher Leistungen zwischen der Versorgung nach HeilM-RL und nach Blankoverordnung, müsse die Dauer des Behandlungsintervalls weiterhin vertragsärztlich bestimmt werden. Die Entscheidung über die Dauer der Therapie solle sich für HME höchstens auf die Dauer einer Therapiesitzung beziehen. Nur so sei eine ärztliche Überprüfung des Behandlungserfolgs sowie eine kurzfristige Rückkoppelung bei schwerwiegenden Indikationen möglich. Zudem werde gewährleistet, dass sich die Behandlungsmengen auch weiterhin am medizinischen Bedarf orientieren. Demnach fordert der GKV-SV eine Änderung des § 73 Abs. 11. GKV-SV spricht sich dafür aus, dass die Behandlungsmengen, auch im Rahmen der Versorgung nach Blankoverordnung, indikationsspezifisch festgelegt werden, da es ohne normative Mengenvorhaben an einer Richtlinie für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlungsmengen fehlen würde. Falls die geforderte Mengenbeschränkung nicht entschieden würde, wäre bei Blankoverordnungen eine Regelung essentiell, die beschreibt, in welcher Form und in welchem Abstand die behandelnde Ärztin/ der behandelnde Arzt sowie auch der Kostenträger über den Behandlungsverlauf informiert werden

Wenn HME im Rahmen der Blankoverordnung über die Art des angewendeten HM entscheiden, sei auch bei ihnen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderlich. So sollte eine ggf. unwirtschaftliche Auswahl und Frequenz unmittelbar gegenüber ggf. auffälligen therapeutischen Leistungserbringern geprüft werden können. Hierfür sei eine Institutionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendig, die wiederum klarstellende gesetzliche Regelungen zu diesem Thema, z.B. wann eine Unwirtschaftlichkeit angenommen werde, voraussetzt. Der GKV plädiert im Falle einer geteilten Wirtschaftlichkeitsverantwortung dafür, dass der Ärzteschaft weiterhin die Bestimmung der Menge der HM-Behandlungen vorbehalten sein sollte. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Leistungserbringer könne gesetzlich weiterhin auf §§ 106ff fußen. Die Auswahl und Frequenz der HM-Therapie von Seiten der HME könne auf Grundlage der HeilM-RL erfolgen. Es werde die Einführung einer Schiedsstelle für die Festlegung von Vertragsinhalten begrüßt.

Der GKV-SV stellt zudem infrage, ob die vorgesehenen gesetzlichen Vorgaben ausreichen, die Wirtschaftlichkeit des Versorgungsmodells zu gewährleisten. Er fordert, dass lediglich diejenigen HME daran teilnehmen, die sich selbst dafür eingeschrieben haben. Er befürchtet weiterhin erhebliche Mehrausgaben für die GKV, da neben der Einführung der Blankoverordnung Vergütungssteigerungen im HM-Bereich zu erwarten seien.

Es wird befürwortet, die Auswirkungen der Erweiterung der Versorgungsverantwortung im HM-Bereich auf die Mengen- und Ausgabenentwicklung einmalig in den ersten vier Jahren

zu evaluieren. Dabei sollten auch die aus Patientensicht relevanten Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität berücksichtigt werden.

G-BA

G-BA: Stellungnahme zum Referentenentwurf des BMG für das HHVG, 12. Juli 2016

Der G-BA unterstützte die Absicht des Gesetzgebers, neue Versorgungsstrukturen in der HM Versorgung zu erproben und durch Konkretisierung der Regelungen zur Ausgestaltung des Modellvorhabens Informationen als Entscheidungsgrundlage zu generieren. In diesem Zusammenhang plädiert der G-BA jedoch dafür, die Durchführung von Modellvorhaben auf max. drei bis vier Jahre zu befristen, da dies ausreiche, um die Eignung des Modells für die Regelversorgung beurteilen zu können. Zudem sei bei Abweichungen von HeilM-RL im Rahmen der Modellvorhaben die höhere Verantwortung der HME insbesondere in Hinblick auf Mengenentwicklungen und auf Anforderungen an Qualifikation zu berücksichtigen.

Darüber hinaus fordert der G-BA eine Beteiligung an Erkenntnissen aus Modellprojekten in Form, um bei Bedarf Veränderungen der HeilM-RL vorzubereiten. Er verweist trotz der regionalen Unterschiede in der Ausgestaltung der Modellprojekte auf die Wichtigkeit der Vergleichbarkeit in der Evaluation. Die Beurteilung für Implementierung sei nur bei einer einheitlichen Evidenzgrundlage möglich. Relevant dafür seien vor allem Parameter aus Sicht der Patient*innen, wie Auswirkungen auf Lebensqualität sowie Behandlungsdauer und -frequenz.

Weiterhin merkt der G-BA die Notwendigkeit von Regelungen an, zu klären, inwieweit im Rahmen der Modellvorhaben von den HeilM-RL abgewichen werden kann. Dies betrifft insbesondere neue HM, also diejenigen, die in den HM-RL nicht als erlaubte HM definiert sind.

Der G-BA schlägt eine demensprechende Änderung des § 64d vor.

G-BA: Stellungnahme zum Gesetzentwurf des HHVG sowie zu den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. 18/8399 und 18/10247), 25. November 2016

Der G-BA spricht sich für die Erprobung neuer Strukturen in der HM-Versorgung aus. Zudem unterstützt er die Durchführung von Modellvorhaben für die Blankoverordnung als Informationsgrundlage für die mögliche Implementation des Modells. Er empfiehlt hier jedoch eine gesetzliche Konkretisierung, inwieweit Abweichungen von den HeilM-RL innerhalb der Modellvorhaben zulässig sind. Dies betrifft vor allem den Einsatz neuer HM, also diejenigen, die nicht in HeilM-RL festgelegt sind. Eine Intervention mit neuen HM sei innerhalb des Modellprojekts wünschenswert, jedoch sollte währenddessen der therapeutische Nutzen dabei eva-

liefert werden. Die Ergebnisse dessen seien an den G-BA zu übermitteln, damit der G-BA auf Grundlage der Wirksamkeitshinweise aus den Modellprojekten Vorbereitungen zur Weiterentwicklung der HeilM-RL treffen könne. Dementsprechend schlägt der G-BA eine Änderung des § 64d vor.

Aufgrund der großen Heterogenität der Qualifikationsniveaus in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen plädiert der G-BA für die Schaffung einheitlicher Ausbildungsstandards. Dies sei zwingende Voraussetzung für die Einführung der Blankverordnung und im stärkeren Sinne für den Direktzugang, weshalb der G-BA empfiehlt, die Blankverordnung zu diesem Zeitpunkt nicht in die Regelverordnung einzuführen. Weiter setze der DA die Überarbeitung von Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sowie die Entwicklung bundeseinheitlicher Standards unbedingt voraus. Der G-BA betont weiterhin, dass die diagnostische Kompetenz bisher ärztliche Aufgabe sei. Für die Einführung von Modellvorhaben zum Direktzugang sei zu klären, inwieweit die Kompetenz zur Diagnosestellung innerhalb der Ausbildung der HME vermittelt werden können.

G-BA: Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum TSVG (Drs. 19/6337) und zum Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Heilmittel (Drs. 19(4)51.4) zur öffentlichen Anhörung, 10. Januar 2019

Der GKV-SV und die für die Wahrnehmung der Interessen der HME maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sind bis zum 31. März 2020 dazu angehalten Vereinbarung über die Durchführung der Modellvorhaben zur Blankverordnung zu schließen. Der G-BA fordert die Änderung des § 125a SGB V, Abs. 1 hinsichtlich dessen, dass die Vertragspartner ihre Vereinbarung nach Abschluss unverzüglich an den G-BA mitteilen. Dies wird mit dem im §92 Abs.1 Satz2 Nr.6 SGBV i.V.m. §92 Abs.6 SGBV und § 138 SGB V niedergelegten Auftrag des G-BA begründet, Richtlinien zur Verordnung von HM zu beschließen und den therapeutischen Nutzen bei neuen HM zu prüfen. Die Wahrung dieses Auftrages verlange die Kenntnis über die HeilM-RL betreffende Vereinbarungen.

Abs. 2 soll dahingehend konkretisiert werden, dass HME nur in Hinblick auf die Festlegung der Dauer der Therapie und der Frequenz der Behandlungseinheiten von den HeilM-RL abweichen dürfen. Hier sei die Klarstellung notwendig, dass HME nicht über vollkommene Entscheidungsfreiheit verfügen, sondern an die für die jeweilige Indikation in der HeilM-RL vorgesehenen HM-Arten gebunden sind. HM, die nicht in HeilM-RL erwähnt sind, dementsprechende neue HM, dürften nicht angewandt werden, da der G-BA ihren therapeutischen Nutzen zu diesem Zeitpunkt nicht anerkannt hat. Wäre eine Anwendung dieser HM trotzdem möglich, würde § 138 SGB V in weiten Bereichen ins Leere laufen und es würde ein Wertungswiderspruch entstehen.

Die gesetzlich verankerten Abweichungen von den HMR in Bezug auf die Dauer und Frequenz würden sich insbesondere auf die Mengenentwicklung von HM-Leistungen auswirken.

Politik

AG Gesundheit der Fraktion CDU/CSU: Positionspapier „Heilmittelerbringer direkter in die Versorgung einbinden“, 2015

Für eine Verbesserung der Vernetzung innerhalb der Versorgungsstrukturen und der sektorübergreifenden Versorgung sei eine enge Kooperation aller beteiligten Gesundheitsberufe von enormer Wichtigkeit. Hierfür sei es notwendig, HME direkter in die Versorgungsverantwortung einzubeziehen.

Die Potentiale direkter Versorgung seien in anderen Ländern deutlich sichtbar. So seien Kosteneinsparungen insbesondere durch die Substitution anderer ambulanter und stationärer Leistungen, wie regelmäßige Arztkontakte, Arzneimitteltherapie, stationärer Aufenthalte oder bildgebender Diagnostik, möglich.

Hier wird auf die Zwischenergebnisse der Modellprojekte der BIG direkt gesund und dem IFK sowie der IKK Berlin- Brandenburg zusammen mit dem VPT Berlin-Brandenburg hingewiesen, die effektivere Behandlungsverläufe und eine Kostenreduktion durch eine Reduktion der Behandlungseinheiten vermuten ließen.

Es werden folgende Thesen aufgestellt: Durch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im HM-Bereich, einhergehend mit der Übertragung von Versorgungsverantwortung an die HME, entstünde sowohl ein Einsparpotential für die GKV als auch eine teilweise Kompensation von Versorgungsengpässen. Zudem führe sie durch die Optimierung des Behandlungsverlaufs zu einer höheren Patientenzufriedenheit.

Um notwendige Zusatzqualifikationen bezüglich Diagnosestellung, Kooperation mit der Ärzteschaft und Verordnungskompetenz zu vermitteln, seien die grundlegende Reform der Ausbildungsordnung der HM-Berufe nach modernen, internationalen Qualitätsstandards erforderlich.

Die Fraktion CDU/CSU fordere nach Abschluss der Modellvorhaben zur Blankoverordnung die regelrechte Umsetzung dieses Versorgungskonzepts. Ferner plädiere sie dafür, zu prüfen, ob die Einführung des Direktzugangs möglich sei, da dieser eine Qualitätssteigerung in der Versorgung zur Folge habe. Als Voraussetzung werde die Anpassung der Qualifikationen der HME gesehen. Zudem bedürfe es der Anpassung gesetzlicher Rahmenbedingun-

gen für die Durchführung von Modellvorhaben zum Direktzugang, da dieses Modell auf der Substitution ärztlicher Leistungen basiere.

Ergebnisniederschrift der 88. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder in Bad Dürkheim, 24./25. Juni 2015

Unter dem Tagesordnungspunkt „Stärkung der therapeutischen- und Assistenzberufe im Gesundheitswesen“ formuliert die GMK die Bitte an das BMG, die Berufsgesetze der therapeutischen Gesundheitsfachberufe und anderer medizinischer Assistenzberufe zu novellieren. Sie schlossen sich der Einschätzung des SVR-Gesundheit an, dass interdisziplinäre und multiprofessionelle Arbeitsformen in der zukünftigen Versorgung von enormer Wichtigkeit sein würden. Aus diesem Grund solle das BMG die berufsrechtlichen Voraussetzungen für Modellvorhaben schaffen, in denen eine vergrößerte Versorgungsverantwortung für HME erprobt wird, sofern diese durch ihre Ausbildung dazu qualifiziert seien.

Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann (Zwickau), Inge Höger, Harald Weinberg, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE. (Drs. 18/6794), 18. November 2015

In vielen anderen Ländern, wie Australien, Niederlande, Norwegen, Großbritannien und Kanada, sei der direkte Zugang zu physiotherapeutischen Leistungen in Modellprojekten oder bereits in der Regelversorgung möglich. Eine niederländische Studie zeige, dass im Rahmen des Direktzugangs Behandlungsziele besser erreicht würden und dafür weniger Behandlungseinheiten notwendig wären. In Schottland haben in einer Studie markante Kosteneinsparungen durch den Direktzugang aufgezeigt werden können.

Es wird ebenfalls auf die positiven Tendenzen der Zwischenergebnisse der Modellprojekte der BIG und dem IFK sowie der IKK Berlin und Brandenburg und des VPT hingewiesen. So würden eine größere Schmerzreduktion, bessere Funktionssteigerung und eine Zunahme der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patient*innen mit Blankoverordnung festgestellt.

Die Autorinnen und Autoren verweisen zudem auf eine Studie der TK, die beweise, dass ein Großteil der Rückenoperationen nicht notwendig wäre. Hieraus wird geschlossen, dass bei Einführung des Direktzugangs überflüssige Operationen und stationäre Aufenthalte vermieden werden könnten.

Auf Grundlage dessen formulieren die Verfasserinnen und Verfasser einen Fragenkatalog an die Bundesregierung. Grundsätzliche Inhalte sind Fragen zur stärkeren und direkteren Einbindung der HME in die Versorgung, zur Bestimmung eines konkreten Zeitpunktes für die

Umsetzung von Modellvorhaben und die Implementierung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistungen, zur Regelung notwendiger gesetzlicher Rahmenbedingungen, wie z.B. Haftungsfragen, sowie zur Einschätzung über die Akzeptanz abgebender Berufsgruppen. Weiterhin erbitten die Autorinnen und Autoren die Konsequenzen der Bundesregierung aus den nationalen und internationalen Studienergebnissen zur Blankoverordnung und dem Direktzugang darzulegen. Es wird zudem gefragt, ob Informationen über die Kostenreduktion durch den Wegfall von Mehrfachuntersuchungen oder der Kostensteigerung durch Mengenausweitung bei Direktzugang vorlägen und welche Konsequenzen werden daraus gezogen würden. Außerdem möchten die Verfasserinnen und Verfasser in Erfahrung bringen, ob die generelle Absicht der Erprobung eines Direktzugangs zu physiotherapeutischen Leistungen bestehe. Die Fragestellungen thematisieren darüber hinaus die Festlegung der allgemeinen Voraussetzungen für einen Direktzugang sowie die Klärung der notwendigen Qualifikationen der HME für Blankoverordnung und Direktzugang, die Auswirkung der Versorgungsmodelle auf die Vergütung der HME und die Eignung der aktuellen Ausbildung für die Vermittlung notwendiger Kompetenzen.

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. (Drs. 18/6794), (Drs. 18/6974), 09. Dezember 2015

Der ärztliche Vorbehalt für die Verordnung von HM in Deutschland solle die Patientensicherheit gewährleisten. Basis für die Behandlung einer Gesundheitsstörung sei eine qualifizierte Diagnostik, an die sich die Abwägung von Therapiealternativen und Kontraindikationen anschließe. Die hierfür erforderlichen Kompetenzen seien nicht Teil der Ausbildung von HME. Der Arztvorbehalt nehme zudem den wichtigen Kontrollmechanismus der Mengensteuerung innerhalb des Systems der GKV ein. Die vertragsärztlichen Leistungserbringer gewährleisten die Verordnung von HM-Leistungen lediglich in medizinisch notwendigen Fällen, da sie dem Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV unterworfen seien.

Der Direktzugang in anderen Ländern gründe auf einem divergierenden Verständnis der HM-Berufe und deren Ausbildungswesen- und -inhalten. Es wird betont, dass Leistungen im Rahmen des Direktzugang hier überwiegend eingeschränkt, z.B. an bestimmte Patientengruppen, in bestimmten Versorgungskontexten, abgegeben werden dürften.

Die Bundesregierung bezieht sich folgend auf den in der kleinen Anfrage formulierten Fragenkatalog.

Nach Auffassung der Bundesregierung seien HME bereits umfänglich in das Versorgungsgeschehen eingebunden. Es solle geprüft werden, ob und inwieweit weitere Maßnahmen

möglich und sinnvoll wären. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution sind lediglich in Verbindung mit Modellklauseln im Alten- und Krankenpflegegesetz erlaubt. Bei der Substitution ärztlicher Aufgaben übernehmen Angehörige der Gesundheitsfachberufe die Durchführungs- und somit auch die haftungsrechtliche Verantwortung. Regelungen dazu lägen im Aufgabenbereich der Länder.

Eine Bewertung der Ergebnisse der Modellprojekte zur Blankoverordnung würde bei Vorlage der Abschlussberichte vorgenommen werden. Ergebnisse aus internationalen Studien zum Direktzugang oder der Blankoverordnung seien nicht auf die nationalen Rahmenbedingungen übertragbar.

Die in US-amerikanischen und schottischen Studien festgestellte Kostenreduktion bei direktem Zugang zu Physiotherapie sei nicht abschließend auf die physiotherapeutische Behandlung zurückzuführen. Möglicherweise seien Unterschiede in den Gruppen auch auf unterschiedliche Patiententypen zurückzuführen. Demnach ließen die vorliegenden Studien keine endgültigen Aussagen zu den gesundheitsbezogenen und ökonomischen Auswirkungen des Direktzugangs zu. Die Studienergebnisse in Hinblick auf die Menge abgegebener Leistungen seien widersprüchlich. Es bliebe unklar, ob der Direktzugang zu einer Mengenausweitung führe.

Die Bundesregierung plane derzeit keine Einführung eines Direktzugangs. Da der HM-Behandlung im Rahmen der Blankoverordnung eine ärztliche Verordnung zugrunde liege, sei eine zusätzliche Qualifikation für HME nicht notwendig. Im Falle des Direktzugangs übernehmen HME die Diagnostik und Indikationsstellung für die HM-Behandlung. Diese Aufgaben sind als heilkundliches Handeln deklariert. Hierfür seien den ärztlichen Kompetenzen vergleichbare Kompetenzen einschließlich der Befähigung erforderlich, über die Einbindung weiteren ärztlichen Sachverstandes etwa im radiologischen, labormedizinischen oder neurologischen Bereich entscheiden zu können. Die Vermittlung dieser Fähigkeiten setze eine deutliche Veränderung und Erweiterung der Ausbildung für HME voraus.

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Harald Terpe, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Uille Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. 18/8399), 11. Mai 2016

Die Autorinnen und Autoren bemängeln die unzureichende Datenlage in Bezug auf die HM-Versorgung und dem dort tätigen Fachpersonal.

Trotz sinkender Ausbildungszahlen und Verknappung therapeutischer Versorgung im ländlichen Raum stiegen die GKV-Ausgaben für den HM-Bereich.

Im Sinne der Versorgungssicherheit sei eine verlässliche Infrastruktur mit geringen Wartezeiten auf HM-Leistungen zu garantieren. Grundlegend für eine Verbesserung der Versorgungsplanung sei eine solide und transparente Datenbasis. Ein Konzept der Bundesregierung, das auf die drohende Unterversorgung und Fehlsteuerung reagiert, sei überfällig.

Der Deutsche Bundestag fordere die Bundesregierung zu der Beauftragung einer Studie auf, die die Entwicklung der Fachkräfte- und Ausbildungszahlen, die regionale Verteilung, die Entwicklung der Ausbildungsstätten, die Einkommenssituation, das Leistungsangebot mit Versorgungsschwerpunkten sowie die Veränderung und Auswirkungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen innerhalb der GKV auf die HME untersuchen soll.

Zudem erhebt sie die Forderung nach der Einberufung einer von dem BMG geleiteten Arbeitsgruppe, bei der auch Vertretungen der relevanten HM-Verbände und des GKV-SV vertreten seien sollten. Diese solle sich mit den Themen Qualifizierung und Ausbildung der HME, Definition eigenständiger Tätigkeiten, Professionalisierung und Akademisierung und Qualitätssicherung auseinandersetzen.

Ergebnisniederschrift der 89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder in Rostock-Warnemünde, 29./30. Juni 2016

Unter dem Tagesordnungspunkt „Modellvorhaben zur Erprobung der Übernahme eigenständiger Versorgungsverantwortung durch Gesundheitsfachberufe“ fordert die 89. Gesundheitsministerkonferenz einstimmig zu prüfen, ob durch gesetzliche Änderung die Voraussetzungen für die modellhafte Erprobung des Direktzugangs geschaffen werden könnten.

Deutscher Bundesrat: Stellungnahme zum Entwurf des HHVG (Beschluss-Drs. 490/16), 14. Oktober 2016

Der Bundesrat befürworte die Intention der Bundesregierung, HME stärker in die Versorgungsverantwortung einzubeziehen. Aufgrund demographischer und epidemiologischer Entwicklungen sei von einem steigenden Bedarf an HM auszugehen.

Der Bundesrat bezieht sich auf die Einschätzung des SVR-Gesundheit, nach derer Interdisziplinarität in der Versorgung zukünftig essentiell an Bedeutung gewinne. Mit dem Ziel der Sicherstellung einer optimalen HM-Versorgung sowie der Entwicklung von Entlastungsstrukturen für die Ärzteschaft solle die Versorgungsverantwortung der HME erweitert werden.

Der Gesetzesentwurf für das HHVG werde dem jedoch nicht gerecht. Daher erbitte der Bundesrat die Schaffung von bundeseinheitlich gesetzlichen Grundlagen, die eine Erprobung

des Direktzugangs ermöglichen für das noch laufende Gesetzgebungsverfahren. So sollten Kosteneinsparpotentiale sowie Möglichkeiten und Grenzen dieses Versorgungskonzeptes evaluiert werden. Der G-BA solle damit beauftragt werden, Indikationen festzulegen, bei denen auf eine ärztliche Verordnung verzichtet werden könne. Die Ergebnisse der vorgeschlagenen Modellvorhaben zum Direktzugang könnten darüber hinaus Hinweise für die Weiterentwicklung berufsrechtlicher Grundlagen der Gesundheitsfachberufe und die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit geben.

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Tabea Rößner, Ulla Schauws, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. 18/10247), 09. November 2016

Eine gute Gesundheitsversorgung mache eine stärkere Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen notwendig. Hierfür sollte die Aufgabenteilung und -verteilung zwischen den Gesundheitsberufen überprüft und sinnvoll gestaltet werden.

Die Verfasserinnen und Verfasser befänden die gesetzlichen Regelungen des HHVG-Entwurfs in diesem Zusammenhang als nicht ausreichend. Die Kompetenzen der HME sollten mutig ausgebaut werden. So solle die Blankverordnung, die auf eine bessere Versorgungsqualität sowie eine wirtschaftlichere Versorgung abziele, in die Regelversorgung eingeführt werden. Darüber hinaus sei eine grundlegende Weiterentwicklung dieser Berufsgruppen nötig.

Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung bliebe weit hinter der Positionierung der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion zurück. Auch der Bundesrat plädiere für Modellvorhaben zur Erprobung des Direktzugangs.

Vor diesem Hintergrund forderten die Autorinnen und Autoren die Entwicklung eines Gesetzesentwurfes, der die Implementierung der Blankverordnung regelt, sowie die Schaffung der notwendigen Voraussetzungen für Modellprojekte zum Direktzugang.

Als Begründung für die Forderungen werden die steigende Bedeutung von HM-Leistungen für die Versorgungsqualität und die Vermeidung von hohen Folgekosten genannt. Im Sinne der zukünftigen Qualität und finanziellen Stabilität sei ein Ausbau der Handlungsverantwortung der HME unter Berücksichtigung spezifischer Kompetenzen wichtig. Als Grundlage diene hier eine umfassende Datenbasis. Die Forderungen nach der Einführung der Blankverordnung und der Erprobung des Direktzugangs seien Instrumente für die Stärkung der Kompetenzen der HME und der Weiterentwicklung der interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem Ziel, die Versorgungsqualität zu erhöhen.

Die Regierungsparteien sprächen sich im gemeinsamen Koalitionsvertrag von 2013 selbst für Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung und bei Erfolg für deren Überführung in die Regelversorgung aus. Auch der Bundesrat sowie die AG Gesundheit der CDU/CSU Fraktion befürworteten die Erprobung eines Direktzugangs.

Für die Verfasserinnen und Verfasser sei daher nicht nachvollziehbar, dass diese Aspekte in dem Entwurf des HHVG berücksichtigt wurden.

Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), (Drs. 18/11205), unter anderem zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zum HHVG (Drs. 18/10186) und zu dem Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. 18/10247), 15. Februar 2017

Der Bundestag wolle beschließen, den Gesetzentwurf auf Drs. 18/10186 anzunehmen und den Antrag auf Drs. 18/10247 abzulehnen.

In jedem Bundesland solle ein Modellvorhaben zur Erprobung einer möglichen Überführung der Blankoverordnung in die Regelversorgung durchgeführt werden.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages: Kurzinformation Physiotherapie und Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V, 27. Februar 2018

Die normativen Grundlagen für die Durchführung der Modellvorhaben seien in § 63 SGB V verankert. In den Modellvorhaben sei eine selbstständige Ausübung der Heilkunde, wie bei dem Modell des Direktzugangs, ausdrücklich nicht vorgesehen. Physiotherapeut*innen seien lediglich dazu legitimiert, die Art des HM, die Dauer sowie die Frequenz der physiotherapeutischen Leistung zu bestimmen und agierten auf Grundlage der sogenannten Blankoverordnung.

Zur Schaffung einer breiteren Informationsgrundlage für die Überführung der Blankoverordnung in die Regelversorgung würden Krankenkassen und Leistungserbringer mit Inkrafttreten des HHVG von dem 4. April 2017 gemäß § 64 d SGB V zu der Vereinbarung von Modellvorhaben zur HM-Versorgung verpflichtet. Es wird dabei betont, dass die vertragsärztliche Diagnose und Indikation auch hier die Voraussetzung für die HM-Leistung darstellen.

Der Direktzugang würde im Rahmen dessen nicht thematisiert. Modellvorhaben zu diesem Versorgungskonzept widersprächen aufgrund des festgelegten Arztvorbehalts der gesetzlichen Systematik.

Vor dem Hintergrund des Patientenschutzes und der Steuerungsfunktion von Mengenausgaben der GKV spreche sich die Bundesregierung gegen den Direktzugang aus.

BMG: Eckpunktepapier: „Sicherung und Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung“, 17. September 2018

HME seien ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Mit dem HHVG habe der Gesetzgeber die HM-Versorgung und die darin tätigen Berufe bereits gestärkt. Es bestehe jedoch aufgrund des Fachkräftemangels weiterhin Handlungsbedarf, weswegen weitere Reformschritte notwendig seien. Das BMG setze sich den Ausbau der Versorgungsverantwortung für HME zum Ziel. Dafür werden der GKV-SV und der SHV dazu verpflichtet, im Benehmen mit der KBV bis Ende März 2020 die Indikationen zu vereinbaren, bei denen eine Versorgung gemäß der Blankoverordnung erfolgen könne. Sachgemäß liege die Wirtschaftlichkeitsverantwortung bei der Blankoverordnung nicht länger bei Vertragsärztinnen und -ärzten. Daher müssen der GKV-SV und der SHV die Verantwortung der HME für die zukünftige Mengenentwicklung berücksichtigen. Darüber hinaus seien beide Institutionen damit beauftragt worden, die Auswirkungen der Blankoverordnung auf das Versorgungsgeschehen und die Ausgaben der GKV nach zu evaluieren.

Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Doris Achelwilm, Simone Barrientos, Matthias W. Birkwald, Birke Bull-Bischoff, Anke Domscheit-Berg, Brigitte Freihold, Sylvia Gabelmann, Nicole Gohlke, Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Norbert Müller (Potsdam), Sören Pellmann, Dr. Petra Sitte, Jessica Tatti, Harald Weinberg, Katrin Werner, Sabine Zimmermann (Zwickau), Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE., (Drs. 19/4887), 10. Oktober 2018

In den HM-Disziplinen sei bereits derzeit ein Fachkräfteengpass zu verzeichnen. Daher seien zeitnah weitergehende Maßnahmen nötig, um die zukünftige HM-Versorgung zu sichern. Hierzu gehörten eine Anhebung der Vergütung, die Umsetzung der Schulgeldfreiheit sowie die Modernisierung der Ausbildung.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung unter anderem dazu auf, den Direktzugang zu HM-Praxen in Modellvorhaben in belastbarem Umfang zu erproben und zu evaluieren.

Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Corinna Rüffer, Ulle Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs 19/6130), 28. November 2018

Die Autorinnen und Autoren kritisieren die Sicherstellung der HM-Versorgung. Die Steuerung durch Richtgrößen und Mengenbegrenzungen sei nicht bedarfsgerecht und die Datenlage über den tatsächlichen Versorgungsbedarf sei unzureichend. Sie bemängeln die insgesamt HM-Versorgungssituation sowie die kostenaufwändigen Aus- und Weiterbildungen der HM-Berufe.

Um die Versorgung mit HM bedarfsgerecht auszugestalten und allen Versicherten einen gleichberechtigten Zugang zu ermöglichen, bedürfe es einer Aufwertung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe, etwa durch den Direktzugang und einer einheitlichen akademischen Ausbildung. Daher fordere der Bundestag mitunter Modellversuche zum Direktzugang durchzuführen, gesetzliche Maßnahmen festzulegen, die die Vergütungsanpassung in der HM-Versorgung erlauben sowie die Akademisierung und die Abschaffung des Schulgeldes voranzutreiben.

In der Begründung der Forderungen wird auf das Gutachten des SV-Gesundheit aus dem Jahr 2018 hingewiesen, in dem die Versorgungskonzepte der Blankoverordnung und des Direktzugangs thematisiert würden. Als Argument würden hier unzureichend oder inkorrekt ausgefüllte ärztliche Verordnungen für HM-Therapien angeführt. Es bedürfe dringend größerer Handlungsspielräume für HME.

Laut der Verfasserinnen und Verfasser limitiere Jens Spahns Vorschlag, Indikationen festzulegen, bei denen die Blankoverordnung angewendet werden dürfe, die Kompetenzen der HME. Durch die Nichtbeachtung des Direktzugangs als ein optionales Versorgungsmodell bliebe ein Ansatz zu einer besseren, bedarfsgerechteren und zeitnahen Versorgung ungenutzt.

Eine Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe ist die Voraussetzung für die Aufwertung der jeweiligen Berufe. Die Einführung einer einheitlichen, primärqualifizierenden akademischen Ausbildung sei überfällig. Die dafür notwendigen Strukturen müssten zeitnah geschaffen werden.

Professor Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld: Stellungnahme unabhängiger Einzelsachverständiger zum Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des TSVG (Drs. 19(14)51.4) zu Drs. 19/ 6337), 14. Januar 2019

Der Verfasser hält fest, dass Veränderungen von Verordnungen auf Veranlassung der HME oder Abweichungen hinsichtlich therapeutischer Maßnahmen in der Behandlung nicht selten seien. Bereits seit 2008 seien Modellvorhaben zur Blankoverordnung in der Physiotherapie gemäß § 63 Abs. 3b Satz 2 SGB V gesetzlich erlaubt und seit 2017 durch das HHVG sogar vorgeschrieben (§ 64d SGB V).

Ergebnisse der Evaluationen solcher Modellvorhaben lägen derzeit noch nicht in ausreichendem Maße vor, um diese adäquat wissenschaftlich, insbesondere bezüglich der Kosten-Nutzen-Aspekte, beurteilen zu können.

Das Versorgungsmodell des Direktzugangs sei im Ausland, häufig im privaten Sektor, verbreitet. In Deutschland sei dies über den sektoralen Heilpraktiker möglich. Als mindeste Qualifikationsanforderung gelte international der Bachelorabschluss. Die Erweiterung der Versorgungsverantwortung sollte auch in Deutschland mit einer stärkeren Standardisierung und Akademisierung einhergehen.

Es wird auf die Empfehlungen des SVR-Gesundheit hingewiesen, die Blankverordnung vor der Implementierung umfänglich und insbesondere aus ökonomischer Sicht zu evaluieren. Zudem sei eine enge Kooperation mit der Ärzteschaft sinnvoll.

Prof. Dr. Günter Neubauer. Institut für Gesundheitsökonomik München: Stellungnahme als unabhängiger Einzelsachverständiger zum Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD des TSVG, 16. Januar 2019

Die Versorgung der steigenden Zahl an Patient*innen mit chronischen Erkrankungen erfolge nicht ausschließlich durch ärztliche Leistungserbringer, sondern auch durch die Delegation an andere Gesundheitsberufe. Die Blankverordnung weise hier in die richtige Richtung. Die zunehmende Multimorbidität verlange interprofessionelle Versorgungsansätze. Die Anhebung der Vergütungen für HME sei ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung.

Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) unter anderem zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zum TSVG (Drs. 19/6337, 19/6436), zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Doris Achelwilm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. (Drs. 19/4887) und zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. 19/6130), (Drs 19/8351) 13. März 2019

Der Bundestag wolle beschließen, den Gesetzentwurf auf Drs. 19/6337, 19/6436 anzunehmen. Der Antrag auf Drs. 19/4887 sowie der Antrag auf Drs. 19/6130 (siehe oben) würden abgelehnt.

Im Rahmen des Gesetzes solle eine festgelegte Anhebung der Vergütung erfolgen. Außerdem solle die Schulgeldfreiheit für staatliche Schulen der HM-Berufe zeitnah umgesetzt werden.

Die derzeit geltende Regelung nach § 64 SGB V, die Krankenkassen und HM-Verbänden erlaubt Modellvorhaben zur Blankverordnung durchzuführen, entfalle, da die Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankverordnungen) gemäß dem neuen § 125a bei Indikationen, die der GKV-SV und die für die Wahrnehmung der Interessen der HME

maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer miteinander vereinbaren, in die Regelversorgung übernommen werde.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung (aktuelle Fassung)

§ 63 Grundsätze

Den Krankenkassen und ihren Verbänden sei es im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung erlaubt, Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchzuführen oder nach § 64 zu vereinbaren. Modellvorhaben können auch von den KVen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden vereinbart werden.

Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben sei es, falls erfolgreich, möglich, von den Vorschriften des Kapitel 4 und Kapitel 10 des SGB V abzuweichen. Gegen diesen Grundsatz würde insbesondere nicht verstoßen, da durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachzuweisende Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen würden.

Die Modellvorhaben könnten vorsehen, dass ärztliche Tätigkeiten auf Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe übertragen würden. Voraussetzung dafür sei, dass die Berufsangehörigen aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handele.

Der G-BA lege hierfür in Richtlinien fest, bei welchen Grunderkrankungen welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die genannten Berufsangehörigen im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen könne. In die Entscheidung sollten die Stellungnahmen der BÄK sowie die maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe einbezogen werden.

Im Regelfall gelte für die Modellvorhaben eine längste Laufzeit von acht Jahren. Modellvorhaben, die von den Vorschriften des Zehnten Kapitels des SGB V abweichen, seien auf längstens fünf Jahre zu befristen.

§ 64 Vereinbarungen mit Leistungserbringern

Den Krankenkassen und ihren Verbänden sei es erlaubt mit den in der GKV zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 zu schließen.

Für den Fall, dass die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen sei, könnten die Verträge zudem Modellvorhaben nur mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden.

§ 65 Auswertung der Modellvorhaben

Die Krankenkassen seien dazu verpflichtet die Modellvorhaben von unabhängigen Sachverständigen wissenschaftlich begleiten und auswerten zu lassen. Die Ergebnisberichte seien zu veröffentlichen.

§ 125a Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

Mit bindender Wirkung schliesse der GKV-SV mit den für die Wahrnehmung der Interessen der HME maßgeblichen Spitzenorganisationen einen auf Bundesebene geltenden Vertrag über die HM-Versorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung. Dabei hätten die für einen HM-Bereich zuständigen Spitzenorganisationen den Vertrag gemeinsam und bis zum 15. November 2020 zu schließen. In den Verträgen würde eine Versorgungsform, bei der die HME aufgrund einer vertragsärztlich festgestellten Diagnose und der Indikation für eine HM-Behandlung selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können (Blankoverordnung) geregelt.

Die Richtlinie des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 schreibe dabei die für die jeweilige Diagnosegruppe verordnungsfähigen HM vor. Abweichungen von dieser Richtlinie seien nur in dem von den Vertragspartnern nach Abs. 2 Nummer 2 vereinbarten Umfang möglich.

Vor Abschluss der Vereinbarung sei der KBV Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Inhalte der Verträge sollten insbesondere folgende Punkte sein:

- Die Indikationen der G-BA-Richtlinie die für die Versorgung im Rahmen der Blankoverordnung geeignet sind
- Möglichkeiten der HME von den HM-Richtlinien abzuweichen
- Regelungen zur Abrechnung, sofern diese von § 125 Abs. 1 abweichen,
- Möglichkeiten zur Bestimmung der Dauer der Behandlung
- Richtwerte zur Versorgungsgestaltung durch die HME
- Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten
- Vorgaben zur Information der Ärztin/des Arztes durch den HME sowie zur Notwendigkeit erneuter ärztlicher Kontakte

Die Verträge seien zu veröffentlichen und dem G-BA zu übermitteln.

Der GKV-SV sei dazu verpflichtet, entsprechende Schnellinformationen und Richtwerte zur Versorgungsgestaltung im Rahmen der Blankoverordnung zu erstellen.

Die Vertragspartner müssten innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Verträge einen unabhängigen Dritten mit der Evaluation insbesondere der Auswirkungen der Blankoverordnung auf die Mengenentwicklung und somit auf die Finanzen der GKV sowie der Behandlungs- und Ergebnisqualität beauftragen.

Dem Bundesministerium für Gesundheit sei jährlich über die Ergebnisse Bericht zu erstatten.

Ärztenschaft

Berufsverband der Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin und der Deutschen Gesellschaft für physikalische und rehabilitative Medizin: Fachliche Empfehlungen zur Sicherung der Versorgungsqualität: Ein Diskussionsbeitrag zur Blankoverordnung und zum Direktzugang

Die Autoren fassen die Versorgungsrealität aus ihrer Perspektive zusammen. Sie bewerten die grundsätzliche Patientenversorgung als problematisch. Es bestehe ein nicht weiter zu tolerierender Engpass in Bezug auf die therapeutischen Berufe, sodass unter anderem ein zeitnaher Therapiebeginn und die Umsetzung der verordneten Behandlungsfrequenzen gefährdet seien.

Die Verfasser plädieren für eine verbesserte Zusammenarbeit der therapeutischen Berufsgruppen und den Einsatz für eine sinnvolle Gestaltung der medizinischen Versorgung.

Entscheidungen über die Frequenz und Dauer therapeutischer Behandlungen würden sich von indikationsspezifischen medizinischen Leitlinien oder Vorgaben der HeilM-RL ableiten. Einen Einfluss üben hingegen auch Empfehlungen der HME und Patientenwünsche.

Das Versorgungsmodell der Blankoverordnung würde unter aktuellen gesundheitspolitischen Bedingungen abgelehnt. Dies umfasst auch die Wirtschaftlichkeitsverantwortung, da die Ärztinnen und Ärzte selbst die Qualität und Quantität der HM-Versorgung nicht bestimmen können.

Die Autoren weisen darauf hin, dass der Direktzugang bereits in anderen europäischen Ländern praktiziert werde. Eventuelle Vorteile werden zusammengefasst. Patient*innen hätten für kleine Beschwerden einen leichteren Zugang zu qualifizierten Therapeut*innen, weswegen weniger Arztkonsultationen notwendig wären. Für weiterführende medizinisch notwendige Diagnostik oder beim Auftreten von Red Flags könnten ärztliche Behandlungen veranlasst werden. Dies führe zu einer Reduktion der hausärztlichen Inanspruchnahme bei dem Erhalt von fachärztlicher Behandlungssteuerung.

Die Verfasser sehen aktuell bestehende Probleme darin, dass Diagnostiken durch HME nicht standardisiert dokumentiert werden, weswegen die Einführung einer Dokumentations-

pflicht diskutiert werden könne. Aktuell hätten Therapieberichte keine ausreichende Relevanz. Aussagekräftige Therapieberichte seien für die Kommunikation zwischen ärztlichen und therapeutischen Leistungserbringern jedoch unerlässlich. Hier wird auf eine honorierte Berichtspflicht verwiesen. Zudem herrsche eine sehr heterogene Qualifizierung unter den HME.

Der Berufsverband der Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin und die deutsche Gesellschaft für physikalische und rehabilitative Medizin fordern die bedarfsgerechte und wirtschaftlich gesicherte Gestaltung der Patientenversorgung. Die Verantwortung für die Behandlung und die ökonomischen Konsequenzen müssten dort getragen werden, wo sie entschieden werden. Weiterhin sei es unerlässlich, die Verantwortung für die Verlaufskontrolle der Therapie zu definieren. Strenge Qualifikationskriterien hinsichtlich der Ausbildung und der Berufserfahrung der HME sind Voraussetzung für den Direktzugang. Indikationen und Red Flags, die auf eine notwendige ärztliche Behandlung hinweisen, sollten ebenfalls definiert werden. Die Versorgung multimorbider Patient*innen kann über den Direktzugang nicht sichergestellt werden, da sie multiprofessioneller Behandlungskonzepte bedürfe. Für alle geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung müsse die Patientensicherheit übergeordnete Priorität haben.

BÄK: Beschlussprotokoll des 112. Deutschen Ärztetages von dem 19. – 22. Mai 2009 in Mainz

Auf dem Deutschen Ärztetag 2009 positioniert sich die Ärzteschaft zu dem Direktzugang. Aus Gründen der Patientensicherheit würde dieses Versorgungsmodell abgelehnt. HM sollten Bestandteil der ärztlichen Therapie bleiben, die auf einer differenzierten Diagnostik, Indikationsstellung und Verordnung basiert.

Die Einführung des Direktzugangs unterlaufe sowohl die im SGB V verankerte notwendige ärztliche Steuerungsfunktionen als auch den ärztlichen Vorbehalt für Diagnostik und Indikationsstellung. Diese würden den therapeutischen Leistungserbringern übertragen, die jedoch nicht über die dafür notwendigen Kompetenzen verfügen würden. Aufgrund des Ausbildungsumfanges und des -curriculums verfügten HME nicht in der Weise wie die Ärzteschaft über umfassende diagnostische Fähigkeiten und vertiefte Kenntnisse in der Patientenbehandlung. Daraus ergäbe sich das Risiko einer unzureichenden Diagnostik durch HME, die mit Gefahren für Patient*innen verbunden sei. Es zudem befürchtet, dass sich die Verschiebung ärztlicher Aufgaben auf Gesundheitsfachberufe auch auf andere Tätigkeitsbereiche erstreckt.

Bei einer arbeitsteiligen Vorgehensweise ergäben sich zwangsläufig partielle Überschneidungen der Arbeitsfelder. Daher seien die oft als überflüssige und kostspielige Doppelstruktur dargestellte derzeitige Versorgungsgestaltung unbedingt notwendig.

Die Einführung sektoraler Kurierfreiheit stünde im klaren Widerspruch zu vorherrschenden gesetzlichen Normen des SGB V. Hier habe der Gesetzgeber verdeutlicht, dass selbst im Rahmen von Modellvorhaben keine selbstständige heilkundliche Tätigkeit durch Kranken- und Altenpfleger*innen oder Physiotherapeut*innen zulässig ist (§63 SGB V Abs. 3b). Der Direktzugang wäre hiermit nicht zu vereinbaren.

KBV: Pressemitteilung „Diagnose und Indikationsstellung durch den Arzt nutzen dem Patient[*innen]“, 15. April 2015

In der Pressemitteilung nimmt der Vorstand der KBV Stellung zu dem Positionspapier der CDU/CSU-Fraktion.

Die KBV sei offen für Gespräch über die Entlastung der Ärzteschaft sowie über die Zusammenarbeit mit anderen Professionen. Jedoch seien die im Positionspapier erwähnten Vorschläge nicht zielführend. Den ganzheitlichen Blick auf die Krankheitsgeschichte der Patient*innen hätten ausschließlich die ärztlichen Leistungserbringer, weshalb insbesondere die Diagnose- und Indikationsstellung ärztliche Aufgabe bleiben sollten. In Bezug auf die Haftungs- und Budgetverantwortung bestünde weiterhin Klärungsbedarf

Im Falle des Direktzugangs könnte die Ärzteschaft ihre unverzichtbare Steuerungsfunktion nicht mehr wahrnehmen. Hier sollte hinterfragt werden, wer dann die Verantwortung für die HM-Versorgung trage.

BÄK: Beschlussprotokoll des 118. Deutschen Ärztetages von dem 12. – 15. Mai 2015 in Frankfurt am Main

Unter dem Tagesordnungspunkt „Keine Aufwertung der HME zu Lasten der Behandlungsqualität“ wird die Politik dazu aufgefordert, die aktuellen Vorschläge zur Erweiterung der Versorgungsverantwortung der HME verantwortungsvoll und unter Berücksichtigung der Versorgungsqualität zu diskutieren.

Sowohl das Modell der Blankoverordnung als auch das des Direktzugangs könnten eine Gefahr für den Behandlungserfolg darstellen. Die Verantwortung für Patient*innen sei grundsätzlich nicht teilbar. Es bestehe ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Indikationsstellung und der therapeutischen und wirtschaftlichen Verantwortung. Eine Aufteilung habe negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit.

Es wird darüber hinaus eine Warnung vor der vorschnellen Umsetzung von Maßnahmen, die auf die Reduzierung der Arztkontakte abzielen, geäußert. Der 118. Ärztetag rät dazu, die Ergebnisse der zu diesem Zeitpunkt laufenden Modellprojekte abzuwarten. Als Voraussetzung wird zudem die Überarbeitung der Ausbildung durch die Anhebung von Standards und Qualifikationen gefordert.

Die deutsche Ärzteschaft lehne den Direktzugang zu HM im Sinne der GKV ab. Die Diagnostikstellung in ihren Grundsätzen sei der Ärzteschaft vorbehalten. Sie fungiere als Basis für die Planung der therapeutischen Versorgung. Die Leistungserbringung könne an die zuständigen Berufsgruppen delegiert werden, wobei jedoch die Verantwortung für Indikation und Verlauf in das ärztliche Aufgabenfeld fielen.

KBV: Stellungnahme zum Referentenentwurf des HHVG (Stand: 23. Juni 2016), 11. Juli 2016

Die KBV begrüße die eindeutige gesetzliche Vorschrift, dass auch in den vorgesehenen Modellvorhaben Diagnose- und Indikationsstellung ausschließlich dem vertragsärztlichen Leistungserbringern obliegen. Nur so könne die Abwägung aller relevanten medizinischen Aspekte und therapeutischer Optionen in der Differentialdiagnostik sichergestellt werden.

Die Absicht des Gesetzgebers, die Versorgungsverantwortung der HME zu stärken wird als nachvollziehbar und sinnvoll in Bezug auf die Entlastung der Ärzteschaft bewertet. Jedoch bemängelt die KBV die Kooperation zwischen ärztlichen und therapeutischen HME innerhalb der Modellprojekte zur Blankoverordnung. Vertragsärzt*innen müsse die Möglichkeit eingeräumt werden, HM auszuschließen oder die HM-Behandlung bei Bedarf zu beenden.

Im Gegensatz zu den durchgeführten Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V zwischen der IKK Brandenburg und Berlin und dem VPT sowie der BIG direkt und IFK sehe der Referentenentwurf keine Beschränkung der Blankoverordnung auf ausgewählte Indikationen vor. Dies sei ein weiterer Grund für die Notwendigkeit möglicher ärztlicher Interventionen in die Therapieplanung. Zudem sei die Rückmeldung des HME an die vertragsärztliche Fachperson unzulänglich geregelt. Es bedürfe klarer Regelungen zur Stärkung der Zusammenarbeit beteiligter Akteure. Eine Einbeziehung ärztlicher Leistungserbringer in die Durchführung der Modellvorhaben sowie eine Beteiligung der KBV an den Vereinbarungen sei dringend erforderlich.

Die KBV schlage eine gemeinsame Rahmenempfehlung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der HME, des GKV-Spitzenverbandes und der KBV an, um Mindestanforderungen zu

Inhalt, Durchführung und Evaluation der Modellvorhaben zu definieren. Dies solle die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Regelversorgung sichern.

Die KBV fordert die Übertragung der Wirtschaftlichkeitsverantwortung auf die HME für den Fall, dass HME im Rahmen der Modellvorhaben neben der Auswahl des HM auch die Entscheidung über Menge und Behandlungsfrequenz zukommt, da die Ärzteschaft dann nicht mehr über Steuerungsmöglichkeiten in Hinblick auf die Mengenentwicklung verfüge. Dies wäre weder sachgerecht noch akzeptabel. Entsprechend dazu sollte die ärztliche Haftung für die Wirtschaftlichkeit der HM-Versorgung entfallen. Die KBV empfinde die beabsichtigte Regelung, wonach die Leistungserbringer zukünftige Mengenentwicklungen lediglich berücksichtigen müssen, nicht ausreichend konsequent. Die Übertragung der Wirtschaftlichkeitsverantwortung könne beispielsweise in § 64 SGB V geregelt werden.

Die Tatsache, dass im Rahmen der Modellvorhaben die gesetzliche Möglichkeit der Abweichung von der HeilM-RL besteht, lasse vermuten, dass sich der Gesetzgeber über den Anpassungsbedarf der dortigen Regelungsinhalte bewusst ist. Die KBV plädiert in diesem Zusammenhang für die Überfärbung der HeilM-RL.

BÄK: Stellungnahme zum Regierungsentwurf des TSVG (Drs. 19/6337) und zum Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD (Drs. 19(14)51.4), 08. Januar 2019

Die BÄK begrüße die Einführung von Modellvorhaben zur Blankoverordnung bei ausgewählten Indikationen sofern sich die HM-Behandlung nach den Vorgaben der HeilM-RL erfolge. Hierbei müsse es der Ärztin oder dem Arzt allerdings vorbehalten sein, von der Versorgung nach dem Modell der Blankoverordnung abzusehen und selbst eine Entscheidung über die Art, Dauer und Frequenz der Therapie zu treffen. Die BÄK fordert hier die Ergänzung einer gesetzlichen Vorschrift. Ferner spreche sich die BÄK dafür aus, die Ärzteschaft an der Festlegung der Indikationen, die eine Behandlung im Rahmen der Blankoverordnung erhalten können, verbindlich zu beteiligen. Die vorgesehene Möglichkeit der Stellungnahme zu diesem Punkt wird als nicht ausreichend bewertet.

KBV: Stellungnahme zum Regierungsentwurf des TSVG (Stand: 26. September 2018), 10. Januar 2019

Die KBV befürworte die Stärkung der ambulanten HM-Versorgung, den gezielten Abbau bürokratischer Aufwände und die Ausweitung der Versorgungsverantwortung für HME bei ausgewählten Indikationen. Hieraus könne eine sinnvolle und notwendige Entlastung der Vertragsärzteschaft resultieren. Wichtig sei hierbei allerdings eine stärkere Einbindung der Vertragsärzt*innen in die Entwicklung des Versorgungsmodells der Blankoverordnung,

Die Intention die Beziehung der GKV und der HME auf Bundesebene zu reformieren und somit einheitliche Rahmenbedingungen zu schaffen sei nachvollziehbar.

Dass der G-BA gemäß § 92 ABS. 6 S. 6 NR. 3 SGB V mit der Überarbeitung der HeilM-RL hinsichtlich indikationsbezogener Behandlungsmengen beauftragt wurde, sei sehr sinnvoll, da sich dadurch der bürokratische Aufwand erheblich reduziere.

Die KBV spreche sich für die Festlegung aus, dass Blankoverordnungen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V unterliegen, da Vertragsärzt*innen durch die Übertragung der Verantwortung für die Dauer und Frequenz der Behandlung auf die HME keinen Einfluss auf die Mengenentwicklung nehmen könnten.

Als Bedingung für die Stärkung der Verantwortung der HME benennt die KVB die Gestaltung adäquater Rahmenbedingungen. Vor dem Hintergrund der Patientensicherheit sei hier der medizinisch-therapeutisch sachverständige vertragsärztliche Leistungserbringer in die Auswahl der Indikation einzubeziehen. Daher fordert die KBV als ärztliche Interessenvertretung in diesem Zusammenhang ein erweitertes Mitsprache- und Entscheidungsrecht.

Zur Sicherung einer guten Kooperation zwischen den Berufsgruppen sollten verbindliche Regelungen zum Informationsaustausch gesetzlich aufgenommen werden. So seien der Ärztin oder dem Arzt regelmäßig Informationen über Behandlungsverläufe oder -erfolge mitzuteilen. Zudem sei die Festlegung von Bedingungen, die einen ärztlichen Kontakt erfordern, zu definieren. Auch hier sei eine vertragsärztliche Perspektive unabdingbar.

Die KVB siehe die Notwendigkeit klarzustellen, dass HME im Rahmen der Blankoverordnung zwar das HM, die Anzahl der Behandlungseinheiten sowie die Frequenz selbständig festlegen können, sie sonst jedoch an die Vorgaben der HeilM-RL gebunden seien.

Interessenvertretung Heilmittelerbringer

IFK: Stellungnahme zum Entwurf des HHVG, 12. Juli 2016

Die demographischen und mobiditätsbedingten Entwicklungen würden ein Umdenken der Akteure des Gesundheitssystems bezüglich der Arbeitsorganisation in der Versorgung der Bevölkerung verlangen. Grundsätzlich begrüße der IFK daher die Maßnahmen zur Stärkung der HM-Versorgung, jedoch spreche sie sich gegen eine Überführung der Blankoverordnung in die Regelversorgung aus, da die Lösung der aus den beschriebenen Entwicklungen resultierenden Probleme nur durch den Direktzugang erreicht werden könne.

Internationale Erfahrungen würden einen Vorteil dieses Versorgungsmodells gegenüber der Regelversorgung hinsichtlich Effizienz und Effektivität zeigen. So seien Kosteneinsparungen durch die Reduktion von AU-Tagen, von Arzneimitteltherapien, bildgebenden Verfahren oder ärztlichen Interventionen möglich. Der IFK hebt hervor, dass eine Blankoverordnung eher zu einer Kostenexpansion führe. Zudem läge das Vorhaben der Erprobung der Blankoverordnung weit hinter den Forderungen der 89. GMK zurück.

Das Interesse der Krankenkassen an Modellvorhaben zu erhöhter Versorgungsverantwortung der HME könnte durch die Erstattung von Mehraufwendungen verstärkt werden. Darüber hinaus würde somit die Relevanz der intensiveren Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe hervorgehoben.

Der IFK merkt weiterhin an, dass die Ausgestaltung der Modellvorhaben stärker an wissenschaftlichen Kriterien festgemacht werden sollte. Dafür sollten primär die GKV sowie die Spitzenverbände der HME verantwortlich sein. Allerdings sei hier die Voraussetzung, dass der Entwurf des § 64 d Abs. 1 SGB V sehr viel weniger restriktiv formuliert werde.

LOGO Deutschland: Stellungnahme zum Referentenentwurf des BMG zum HHVG, 12. Juli 2016

Die gesetzlichen Regelungen zur Erweiterung der Versorgungsverantwortung der HME durch den § 64 d sei ein erster Schritt in die richtige Richtung. Für den Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ergebe sich dadurch jedoch nur eine kleine Verbesserung ergeben, da die hier bereits die Entscheidungsmöglichkeit über die Behandlungsmethode bestehe. Es würden ebenfalls keine Zertifikationspositionen existieren. Die logopädische Erstbefundung mit anschließender Auswahl der passenden Behandlungsform sei bereits in den Rahmenempfehlungen verankert.

Nach Auffassung von LOGO Deutschland sollten die Modellvorhaben zur Blankoverordnung sollten zur Entbürokratisierung beitragen, dadurch, dass sie der rigiden Absetzungspraxis der Krankenkassen sowie dem hohen Aufwand durch Verordnungskorrekturen entgegenwirke.

Weiterhin wird die Notwendigkeit gesehen, in Einzelfällen von den HeilM-RL abweichen zu dürfen. Dies solle gesetzlich verankert werden, da ansonsten therapeutisch indizierte Entscheidungen verhindert würden.

In § 63 Abs. 3b Satz 2 und 3 SGB V fänden bereits Modellprojekte für Physio- und Ergotherapie Erwähnung. LOGO Deutschland fordere hier auch die Nennung von LogopädInnen.

Aufgrund der Übertragung der Wirtschaftlichkeitsverantwortung, die mit der Blankverordnung einhergehe, plädiere LOGO Deutschland für eine Heilkundeübertragungsrichtlinie analog zur Pflege (Selbständige Ausübung von Heilkunde § 63 SGBV Abs. 3 C) für HME.

Darüber hinaus sei es sinnvoll, dass über die Regelungen der Blankverordnung hinausgehend im HHVG festgelegt würde, dass HME den (logopädischen) Befund, die entsprechende Leitsymptomatik, ggf. Ziele und Begründungen sowie weitere, für die Abrechnung erforderlichen Angaben selbständig und eigenverantwortlich ergänzen dürften.

Zudem wären es wünschenswert, wenn mit dem HHVG Modellvorhaben für den Direktzugang, aufgrund der bereits bestehenden Befundposition, möglicherweise exemplarisch im Bereich der Logopädie ermöglicht würden.

dbs: Pressemitteilung „Wichtige Änderungen im Heilmittelbereich auf der politischen Agenda. Mehr Geld und mehr Verantwortung?“, 25. Juli 2016

Der dbs sieht die vorgesehenen Modellvorhaben für die Blankverordnungen kritisch. Er fordere die generelle Loslösung der Sprachtherapie/Logopädie ärztlichen HM-Verordnung und damit die direkte Entscheidung über die Behandlungsnotwendigkeit durch die HME. Dies entspreche ebenfalls der Einstellung der Gesundheitsministerkonferenz.

Dabei seien die möglichen Konsequenzen zu beachten. Folgen des Direktzugangs könnten eine Anhebung der Vergütung sowie eine Erweiterung der Verantwortung im Gesundheitssystem sein. Falls HME über die Notwendigkeit logopädischer Behandlungen entscheiden dürften, würden die Krankenkassen Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der Verordnung sinngemäß einfordern. Somit könnten HME zukünftig auch in Regress genommen werden.

SHV: Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum HHVG (Drs. 18/10186), zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. 18/8399) sowie zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. 18/10247), 25. November 2016

Der SHV begrüßt die gesetzlichen Maßnahmen zur Stärkung der HM-Versorgung. Zur Sicherstellung der zukünftigen flächendeckenden Patientenversorgung sei jedoch die Ergänzung und Konkretisierung des Gesetzesentwurfes erforderlich.

So bleibe der Entwurf, trotz positiver internationaler Erfahrung in Bezug auf die Patientenzufriedenheit und die hohe Effektivität dieser Versorgungsform, hinter der Forderung der GMK nach der Erprobung des Direktzugangs zurück. Die Äußerung der Bundesregierung (02.11.2016) beziehe sich zu sehr auf formalrechtliche Überlegungen. Die Tatsache, dass sich der Bundesrat einstimmig die Erprobung des Direktzugangs ausspricht, sei ein Indiz,

dafür, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen Modellvorhaben hierzu erlauben. Die konkrete Ausgestaltung von Modellvorhaben zum Direktzugang und zu Blankoverordnungen könne dem verantwortungsvollen Umgang der GKV einerseits und der Spitzenverbände der Leistungserbringer andererseits überlassen werden. Dafür müsse der Entwurf des § 64 d Abs. 1 SGB V sehr viel weniger restriktiv formuliert werden. Der eine qualitative Versorgung und der Schutz der Patient*innen könne über Vertragsvereinbarungen gewährleistet werden.

dbl: Positionspapier „Direktzugang im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“, November 2016

In anderen Ländern sei der Direktzugang zu Logopädie bereits etabliert, wohingegen in Deutschland keine Behandlung ohne ärztliche Verordnung durchgeführt werden dürfe. Seit einigen Jahren werde der Direktzugang zu HME, insbesondere durch die Einführung von Modellvorhaben und der Positionierung der Landesgesundheitsminister, jedoch verstärkt diskutiert. Die Forderung nach einem Direktzugang würde auch von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation unterstützt.

Demnach werde die Notwendigkeit der stärkeren Einbeziehung und Verantwortung der HME innerhalb des Gesundheitssystems erkannt.

Der dbl sieht in der Einführung eines Direktzugangs zu Logopädie viele Vorteile bezüglich der Versorgungsstruktur sowie der fachlich adäquaten Versorgung, die einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitssystems leisten könnten.

Der Direktzugang wäre eine Möglichkeit zur Sicherstellung der therapeutischen Versorgung im Zuge zukünftiger Anforderungen durch den demographischen Wandel. Der dbl weist auf das Gutachten der SVR-Gesundheit hin, der feststellte, dass die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen nicht den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen entspreche. So schlage er eine Neuordnung der Zuständigkeiten und eine Anpassung der Aufgabenverteilungen der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufe vor. Hier werde die Chancen multiprofessioneller Versorgungsmodelle innovativen Arbeits- und Verantwortungsformen aufmerksam gemacht.

Die Berufsangehörige der Logopädie würden bereits derzeit über für den Direktzugang notwendige Fachkompetenzen verfügen, da ihre Tätigkeit von Eigenständigkeit und Eigenverantwortung gekennzeichnet sei und darüber hinaus wissenschaftlich fundiert und evidenzbasiert sei. So seien Logopädinnen und Logopäden in der Lage, Diagnostiken selbstständig durchführen, mögliche Behandlungsbedürftigkeit feststellen und ihr therapeutisches Vorgehen an Veränderungen im Therapieverlauf anpassen. Ferner verfügten sie über disziplin-

übergreifendes Fachwissen, das sie zu der Entscheidung über die Erforderlichkeit der Einbindung weiterer medizinischer Berufe in die Behandlung befähige.

Die Übertragung von Aufgaben im Rahmen des Direktzugangs erhöhe die Attraktivität des Berufs und könne somit zu der Sicherstellung der HM-Versorgung beitragen.

HVG: Stellungnahme zum Entwurf des HHVG (Drs. 18/10186), 22. November 2016

Der HVG befürworte sowohl die Erweiterung der Handlungsspielräume für HME als auch die Stärkung der Patientenpartizipation der Versorgung im Rahmen der Blankoverordnung. Insbesondere vor dem Hintergrund der Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe sei dies als eine Anpassung des Versorgungssystems an die Bereitschaft der HME zur Übernahme einer höheren Versorgungsverantwortung und an ihre hohe Qualifikation zu sehen. Aus diesem Grund schließe sich der HVG dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. 18/10247) an und plädiere dafür, das bereits erprobte Modell der Blankoverordnung ohne weitere Modellversuche in die Regelversorgung zu überführen.

Ferner sei die Einführung des Direktzugangs ein erstrebenswertes Ziel. Modellversuche in den Niederlanden und Schottland gäben Hinweise auf eine hohe Versorgungsqualität und eine mögliche Kostenreduktion. Eine Voraussetzung sei die Erweiterung der Kompetenzen der HME, insbesondere auf dem Gebiet der Diagnostik. In den Niederlanden sei die Ausbildung der HME ausschließlich an Hochschulen angesiedelt. Das Studium umfasse ein spezielles Modul zur Vermittlung der Kenntnisse zur Befunderhebung. Eine Akademisierung der Ausbildung sei auch für Deutschland denkbar und bereite HME fachlich auf die Erfordernisse des Direktzugangs und die damit verbundene Übernahme eigenverantwortlicher Aufgaben vor. Der HVG unterstützte daher die Forderung des Bundesrates (Drs. 490/16) die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Erprobung des Direktzugangs zu Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie zu schaffen.

dbl: Stellungnahme zum Entwurf des HHVG, 23. November 2016

Aus Sicht des dbl sei die inhaltliche Erweiterung der Modellvorhaben in Bezug auf die Erprobung des Direktzugangs zur Sicherung der HM-Versorgung zwingend notwendig. Der dbl bezieht sich auf den Beschluss der 89. GMK, die sich für die Erprobung dieses Versorgungskonzepts aussprechen. Die gesetzlichen Voraussetzungen könnten mit einer Änderung des § 64 d SGB V geschaffen werden.

Die Kompetenzen für die Übernahme der Tätigkeiten im Rahmen des Direktzugangs seien gegeben, da die logopädische Behandlung auf wissenschaftlichen evidenzbasierten Verfah-

ren sowie Entscheidungs- und Begründungssicherheit fußt. Dabei entschieden Logopädinnen und Logopäden eigenständig und eigenverantwortlich über Form und Inhalt der präventiven, diagnostischen, therapeutischen und beratenden Intervention. Zudem seien sie mit Methoden zur empirisch kontrollierten Diagnostik und Therapie vertraut. Das disziplinübergreifende Fachwissen sowie die in der Ausbildung erworbenen medizinischen Kenntnisse würden dazu befähigen, das Patientenwohl gefährdende Warnhinweise zu erkennen und entsprechende weiterführende ärztliche Konsultationen einzuleiten. Berufsangehörige seien auch in der Lage den logopädischen Behandlungsbedarf anhand der Befunde zuverlässig abzuleiten.

Die Befunderhebung erfolge entsprechend aktueller wissenschaftlicher Leitlinien und beinhaltet die Anamnese, die Untersuchung relevanter Funktionen mit standardisierten Verfahren oder auch apparative Untersuchungen. Die daraus abgeleitete logopädische Diagnose ermögliche Aussagen über die Prognose sowie den eventuellen ärztlichen Abklärungsbedarf.

Als Beleg für die Relevanz der logopädischen Diagnostik wird die AWMF-Leitlinie zu Umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen, die die Sprachdiagnostik als Grundlage für die Entscheidung über die Behandlungsbedürftigkeit vorsieht.

Im Falle eines Direktzugangs könnte dieser diagnostische Algorithmus erfolgen. Bei einem auffälligen Befund würde ein ärztlicher Kontakt erfolgen.

Die eigenständige Befunderhebung sei seit jeher ein fester Bestandteil der Ausbildung, der Prüfung im Rahmen des staatlichen Examens und der praktischen Berufstätigkeit. So würden in der Ausbildung Kenntnisse über physiologische und pathologische Prozesse vermittelt, um störungs- und patientenspezifische Diagnose- und Therapieschritte für alle Altersstufen auswählen zu können. Die logopädische Diagnostik erfülle alle Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und damit auch den Anspruch der Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Dies gewährleiste die Patientensicherheit.

Eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten im Zuge des Direktzugangs wäre eine Anerkennung der fachlichen Kompetenz der HME. Die könnte zu einer höheren Attraktivität des Berufes führen. Somit könne der Direktzugang dazu beitragen, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Außerdem würde so an internationale Arbeitsformen, bei denen Aufgabenteilung zentral ist, aufgeschlossen werden.

Der vorgelegte Entwurf über Modellvorhaben zur Blankoverordnung bedeute keine Weiterentwicklung für den Bereich der Logopädie, da auf Grundlage der sektoralen Rahmenempfehlung „Stimm-, Sprech-, Sprach-Therapie“ nach § 125 Abs. 1 SGB V bereits derzeit die Auswahl und Dauer der Therapie, sowie selbstständige Frequenzbestimmung der Behandlungseinheiten weitgehend möglich sei.

SHV: Positionspapier „Modelle mit Mehrwert für Patient[*innen]“, Juli 2017

Der SHV begrüße die flächendeckende Einführung von Modellvorhaben zur Blankoverordnung. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte müssten primär den Mehrwert für Patient*innen evaluieren und hohen wissenschaftlichen Standards genügen, weshalb hier das Design einer RCT-Studie gefordert werde.

Im Rahmen der Modellvorhaben müssten aus Sicht des SHV folgende weitere Aspekte untersucht werden:

- Eine Leistungsposition für die Befunderhebung in der Ergo- und Physiotherapie
- Eine längere Dauer der Behandlungseinheiten, insbesondere für physiotherapeutische Interventionen
- Interprofessionelle, möglichst digitale, Kommunikation
- Vor- und Nachteile der Blankoverordnung unter Berücksichtigung der Gesamtkosten
- Konsequenzen aus der Patientenperspektive

Der SHV plädiert weiterhin für eine Konkretisierung der Modellvorhaben hinsichtlich folgender Punkte:

- Eingrenzung der einzelnen Modellvorhaben auf Diagnosegruppen
- Die Auswahl therapeutischer Maßnahmen solle durch den HME erfolgen
- Die finanzielle Verantwortung für die Evaluation solle bei den Krankenkassen liegen
- Die Auswahl der Institution, welche die Evaluation vornimmt, solle im Einvernehmen beider Vertragspartnern erfolgen
- Die teilnehmenden Praxen sollten eine gesonderte Vergütung für den erhöhte Aufwand im Rahmen der Studie erhalten
- In der Auswahl der Praxen sollten verschiedene Settings und regionale Unterschiede berücksichtigt werden
- Die Auswahl der Therapieformen solle sich an der bestehenden Evidenz orientieren

- Die Anzahl der Modellvorhaben sollte sich gezielt an den wissenschaftlichen Anforderungen orientieren. Daher sollte sich die Umsetzung der Modellvorhaben auf mehrere Länder erstrecken.

Der SHV sei überzeugt, dass eine vermehrte Autonomie der HME unter Berücksichtigung dieser genannten Aspekte zu einer deutlichen Verbesserung der Patientenversorgung beitragen werde.

dba, dbI, dbs: Positionspapier „Für eine bessere Versorgung: Direktzugang zur Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (SSST) - Direktzugang als Alternative zur Heilmittelverordnung“, 15. August 2017

Anders als in im Ausland sei es Patient*innen in Deutschland nicht möglich, ohne ärztliche Verordnung eine Logopädin/einen Logopäden aufzusuchen. Die Verfasserinnen und Verfasser vertreten die Meinung, dass der DA eine qualitativ hochwertige und zukunftsgerichtete Patientenversorgung sichere, Ressourcen des Gesundheitssystems schone und dem Fachkräftemangel entgegenwirke.

Die neuen Regelungen des HHVG würden für den sprachtherapeutischen Bereich nur wenige Neuerungen bedeuten, da bereits derzeit die Auswahl, Dauer und Frequenz auf Grundlage der sektoralen Rahmenempfehlungen weitgehend erlaubt seien. Auch die Diagnostik sei eine eigenständige Abrechnungsposition. Das HHVG bliebe außerdem hinter den Forderungen der GMK zurück.

Aufgrund demographischer und epidemiologischer Veränderungen sei die Sicherung und Stärkung der logopädischen Versorgung zwingend erforderlich. Der dbI verweist hier auf das Gutachten des SVR-Gesundheit, in dem eine Neuordnung der Zuständigkeiten und eine Anpassung der Verteilung der Tätigkeiten der Gesundheitsberufe als Notwendigkeit für eine zukünftige bedarfsgerechte Versorgung beschrieben werde. Der Direktzugang als niedrigschwelliges und dezentrales Angebot könne wesentlich zu einer sicheren und qualitativ hochwertigen Versorgung beitragen. Patient*innen seien motivierter und zeigten mehr Eigeninitiative, was sich positiv auf den Behandlungsverlauf und die Patientenzufriedenheit auswirke.

Eine Erweiterung der Versorgungsverantwortung der HME schone die Ressourcen des Gesundheitssystems. Entscheidend für die logopädische Behandlung sei die hochspezifische Befunderhebung. Die ärztliche Leitsymptomatik sei dazu nicht ausreichend, weswegen sich der Wegfall des derzeit obligatorischen ärztlichen Kontakts nicht auf die Qualität der Therapie auswirke.

Zudem entfalle durch das Modell des Direktzugangs die Wartezeit auf einen Termin für eine ärztliche Behandlung. Somit könne die HM-Therapie schneller beginnen. Weiterhin führe die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen zu erheblich Kostenreduktionen. Insgesamt seien im Zuge des Direktzugangs effektivere Behandlungsverläufe sowie Kosteneinsparungen zu erwarten.

Spezifische und disziplinübergreifende Kenntnisse unter anderem bezüglich der Differenzialdiagnostik, der Therapieplanung, der Evidenzbasierung, der Evaluation, der Dokumentation und der Berichterstattung würden die Qualifikationsbasis für eine umfassende Behandlungsverantwortung bilden. Dieses Wissen würde sowohl im Studium als auch in der berufsschulischen Ausbildung vermittelt und befähige dazu, eine ärztliche Konsultation einzuleiten, falls dies notwendig wäre. So wäre eine Patientenwohlgefährdung auszuschließen.

Die vergrößerte Handlungsautonomie durch den Direktzugang steigere die Anerkennung und Zufriedenheit der Berufsangehörigen, was sich langfristig auf die Fachkräftesicherung auswirke.

Die Autorinnen und Autoren bewerten die Einführung von Modellvorhaben zum Direktzugang als überfällig. Gegensätzlich dazu bedeute die Erprobung der Blankoverordnung keine Verbesserung der logopädischen Versorgung und manifestiere die vorherrschende Arztzentrierung. Zudem liefere es keine neuen Erkenntnisse über Behandlungserfolge oder Möglichkeiten der Kosteneinsparung im Gesundheitssystem.

dba, dbi, dbs: Stellungnahme zum Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des TSVG (Drs. 19(14)51.4), dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. 19/6130) und dem Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drs, 19/4887), 10. Januar 2019

Die Neuregelung des § 125a SGB V sei nicht weitreichend genug, da der bereits seit langem geforderter DA keine Berücksichtigung fände. Dieser sichere eine qualitativ hochwertige und zukunftsgerichtete Patientenversorgung, schone die Ressourcen des Gesundheitssystems und leiste einen wichtigen Beitrag gegen den Fachkräftemangel. Der dbi spreche sich für die Einführung und Evaluation von Modellvorhaben zum Direktzugang und begrüße die Forderungen der Fraktion DIE LINKE sowie der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Die Blankoverordnungen seien grundsätzlich ein erster Schritt in die richtige Richtung, bedeuten jedoch für den Bereich der Logopädie kaum Neuerungen, da derzeit die Auswahl und Dauer der Therapie, sowie die selbstständige Frequenzbestimmung der Behandlungseinheiten weitgehend möglich seien. Zudem sei die logopädische Diagnostik als eigenständige Abrechnungsposition anerkannt.

Die Regelung Vergütungsabschläge bei einer Mengenausweitung einzuführen, lehnen die Verfasserinnen und Verfasser ab. Als Grund dafür wird angegeben, dass die grundsätzliche Entscheidung über die Notwendigkeit einer Therapie nicht im Verantwortungsbereich der HME liegt, sondern weiterhin ärztliche entschieden wird. Es sei daher nicht nachvollziehbar, warum bei Übernahme der von der ärztlichen Fachkraft als medizinisch notwendig erachteten Verordnung ein Vergütungsabschlag bei HME möglich sein soll. Dies sei lediglich im Falle des Direktzugangs sachgemäß.

Weiterhin wird die Abschaffung der Ausbildungskosten, sowohl für die schulische als auch für die hochschulische Ausbildung, als wichtiger Schritt zur Entgegnung des Fachkräftemangels gefordert (ausgenommen seien hier die Semesterbeiträge). Zudem sei es unerlässlich, die Akademisierung voranzutreiben, da das berufsqualifizierende Hochschulstudium in Europa Ausbildungsstandard sei. Die Anträge der der Fraktion DIE LINKE sowie der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN würden daher befürwortet.

Der dbl unterstütze ferner die Regelungen zum Anschluss der HM-Praxen an die Telemedizininfrastruktur zur Förderung der interdisziplinären Kommunikation.

Trotz getroffener gesetzlicher Maßnahmen sei eine Vielzahl der HM-Verordnungen weiterhin nicht HeilM-RL-konform ausgefüllt, was einem großen bürokratischen Aufwand der Logopädinnen und Logopäden zur Folge habe. Es sei nicht nachvollziehbar, warum Korrekturen in den Verantwortungsbereich der HME fallen sollten.

Darüber hinaus fordere der dbl, dass Instrumente der Mengensteuerung nicht zulasten einer bedarfsgerechten Versorgung eingesetzt werden dürften. Richtgrößen hätten erheblichen Einfluss auf das ärztliche Ordnungsverhalten und führe aus Angst vor drohenden Regressen, trotz medizinischer Indikation, zu einer mangelnden therapeutischen Versorgung.

LOGO Deutschland: Stellungnahme zum Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen CDU/CSU und SPD des TSVG (Drs. 19/6337) (Drs. 19(14) 51.4) zur öffentlichen Anhörung, 16. Januar 2019

Es sei nachvollziehbar, dass die Wirtschaftlichkeitsverantwortung für HME nicht bei der Ärzteschaft liegen könne, da diese keinen Einfluss auf die eigentliche Abgabe von HM-Leistungen habe. Die daraus resultierende Entscheidung, die Wirtschaftlichkeitsverantwortung auf die HME zu übertragen sei aus der Sicht von LOGO Deutschland nicht möglich, da ein Selbstverwaltungsorgan zur Verhandlung von Budgets nicht existiert, keine Anbindung der HM-Praxen an die Telemedizininfrastruktur bestünde und die Entscheidung über Indikation von HM-Leistungen nach wie vor in ärztlicher Hand liege und HME dieser Folge zu leisten hätten.

Perspektivisch würde der Bedarf an HM steigen. Ohne Wirtschaftlichkeitsdruck könnte eine konsequentere Patientenversorgung stattfinden. Richtwerte für HM von Ärzt*innen könnten nicht auf HME übertragen werden. Von einer Budgetierung der HM müsse grundsätzlich abgesehen werden, um die Versorgung sicherzustellen und Kosten im Bereich der Pflege einzusparen.

Weiterhin fordere LOGO Deutschland die Möglichkeit der Abweichung von den HM-RL im Rahmen der Blankoverordnung, da die Sinnhaftigkeit der Blankoverordnung an sich sonst nicht gegeben sei. Eine Mengenausweitung im einzelnen Behandlungsfall wäre aufgrund der gesetzlichen Vorgaben zu den Regelfällen nicht zu befürchten. Eine generelle Mengenausweitung der HM-Leistungen sei allerdings zu erwarten, da derzeit ein Versorgungsmangel bestünde und der Bedarf zukünftig weiter ansteige. Ein Anstieg der Kosten für HM sei ebenfalls durch die Vergütungserhöhungen zu erwarten. In diesem Zusammenhang kritisiert LOGO Deutschland, dass HM ausschließlich als Kostenfaktor wahrgenommen werden, ihr Potential zur Erhaltung der Arbeitskraft oder Vermeidung kostspieligen Pflegebedarfs dabei ungeachtet bliebe. Es wird eine Abschaffung der HM-Budgetierung gefordert, da nur so eine adäquate Versorgung zu gewährleisten sei.

IFK: Thesenpapier „Direktzugang – mehr Autonomie für Physiotherapeuten“, 21. Februar 2019

Vor dem Hintergrund demographischer Entwicklungen, knapper Ressourcen und ineffektiver Versorgungsprozesse setzen sich die Autor*innen für den Direktzugang an. Dieses Modell ermögliche eine Ablösung von tradierten Arbeitsverteilungen, einen schnelleren Zugang und eine größere Partizipation für Patient*innen.

Die Blankoverordnung wird stark kritisiert. Sie baue auf der klassischen Aufgabenverteilung und den Abhängigkeitsverhältnissen zwischen Ärzteschaft und HME auf und täusche eine Systemveränderung lediglich vor. Der Entfall der Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Ärzteschaft wird als negativ bewertet. Ärztliche Leistungserbringer fehle so der Anreiz, bedarfsgerechte Ausgabenvolumina zu verhandeln. Sie könnten ohne finanzielle Konsequenzen HM verordnen, die HME dann ohne Rücksicht auf die Ausgabenvolumina erfüllen müssten. Ein weiteres

Problem liegt darüber hinaus, dass Mengenausweitungen der HME sanktioniert würden. Von der Blankoverordnung profitiere lediglich die Ärzteschaft, da sie weiterhin die Kontrolle über die Versorgung hätten und ihre Vergütung über die bestehende die Erstellung der Erstdiagnose und die Kontrolle des Therapieerfolgs gesichert hätten.

Aus diesen Gründen blockiere die Blankoverordnung den Weg zum Direktzugang. Dieser stelle die einzige Option zu einer Ausweitung professioneller Autonomie der HME dar, da er die Übernahme der Verantwortung für Qualität und Kosteneffizienz mit einschließt. Die Ergebnisse der Modellvorhaben würden zeigen, dass eine Mengenausweitung durch den DA nicht zu befürchten wäre. Die Ergebnisse der Modellvorhaben bestätigen internationale Erkenntnisse über den DA. Es konnten im Vergleich jedoch keine Verringerung von Wartezeiten, kein volkswirtschaftlicher Nutzen und keine Einsparung bei ärztlichen Leistungen nachgewiesen werden.

Es wird zudem darauf hingewiesen, dass den HME die Möglichkeit des Direktzugangs bereits über den sektoralen Heilpraktiker geöffnet ist, die Ärzteschaft somit nicht mehr über das Monopol für die Diagnose- und Indikationsstellung verfügt. Nach gültiger Rechtsprechung gefährde die sektorale Heilpraktikerbehandlung die Patientensicherheit nicht. Trotz der erweiterten Handlungsspielräume stelle der sektorale Heilpraktiker keine Alternative zum DA dar, da diese Leistungen lediglich privat Versicherten oder Selbstzahlenden vorenthalten seien. Er widerspreche den berufspolitischen Vorstellungen und biete Möglichkeit, die Attraktivität des Berufs zu steigern.

Die in der aktuellen Ausbildung vermittelten Kenntnisse würden in der Physiotherapie Tätige bereits jetzt für den Direktzugang qualifizieren. Um die erforderlichen Qualifikationen sicherzustellen, sollten die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen angepasst und standardisiert werden.

Der IFK fordere die Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen für Modellvorhaben zur Erprobung des Direktzugangs

LOGO Deutschland: Stellungnahme zur Formulierungshilfe des Austauschänderungsantrags 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des TSVG von dem 13. und 25.02.2019 (Drs. 19/633), 04. März 2019

Die HM-Verbände hätten durch die im Gesetz vorgesehenen Änderungen kaum Handlungsspielräume. Mit der erweiterten Einbindung der KBV folge der Gesetzgeber ausschließlich den Wünschen der Krankenkassen und Ärzteschaft und widerstrebe einer echten erweiterten Versorgungsverantwortung.

Dies werde der Berufsgruppe der Logopädie nicht gerecht, da die Diagnostik bereits schon jeher als Abrechnungsposition anerkannt würde und bereits Verantwortungsspielraum bezüglich der Wahl der Behandlungsmethode bestünde.

Die Problematik, dass ärztliche Verordnungen häufig formal inkorrekt oder inhaltlich ungenau sind, würde trotz der entschiedenen Maßnahmen nicht gelöst. Die arbeitsaufwendigen Korrekturen, die vorausgesetzt seien, um sach- und vertragsgerecht abrechnen zu können, belasten die HME nach wie vor. Dies habe nicht nur bürokratische Hürden, sondern auch Konflikte zwischen Verordnenden und Behandelnden zur Folge.

Tab. 16: Synthese der Dokumenteninhalte

GKV-SV, 2016	Mengenentwicklung, finanzielle Belastung, Steuerungsinstrumente Menge, gesetzliche Rahmenbedingungen, Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Patientensicherheit, Versorgungsqualität, Kompetenzen, Novellierung Ausbildung, Evaluation, Evidenzbasierung
vdek, 2016	Evaluation, Kooperation, Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Ausgabenobergrenzen/Richtwerte/Steuerungsinstrumente
AOK- Bundesverband, 2016a	Evaluation, Kooperation, gesetzliche Rahmenbedingungen, Wissenschaftlichkeit, HeiLM-RL, finanzielle Belastung
AOK- Bundesverband, 2016b	Evaluation, begrenzte finanzielle Mittel, HeiLM-RL
vdek, 2018	Wissenschaftlichkeit, Monopol Diagnose/Indikation, Einbindung Ärzteschaft, Kooperation
AOK- Bundesverband, 2019a	Gesetzliche Rahmenbedingungen, Novellierung Ausbildung
AOK- Bundesverband, 2019b	Steuerungsinstrumente Menge, Versorgungsqualität, Patientensicherheit, Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Monopol Diagnose und Indikation, Ökonomie, Kompetenzen, Haftung, ärztliche Steuerung, Einbindung Ärzteschaft
IKK, 2019	Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Zugang, Behandlungsdauer, Mengengrenzung, HeiLM-RL, Patientensicherheit, Mengenausweitung, Richtwerte/Steuerungsinstrument Menge, Fachkräftemangel, Aufgabenverteilung, Evidenzbasierung, Kompetenzen
BKK Dachverband, 2019	Akademisierung, Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Ansehen HME
GKV-SV, 2019b	Novellierung Ausbildung, gesetzliche Rahmenbedingungen
GKV-SV, 2019d; GKV-SV 2019c	Evaluation, Einbindung Ärzteschaft, ärztliche Kontrolle, Patientensicherheit, HeiLM-RL, Versorgungsqualität, Behandlungsdauer, Mengenausweitung, Steuerungsinstrument Menge/Mengengrenzung, Wirtschaftlichkeitsverantwortung
G-BA, 2016a	Evaluation, HeiLM-RL, Mengenausweitung, Kompetenzen, Evidenzbasierung, Behandlungsdauer, Behandlungsfrequenz, Patientenperspektive
G-BA, 2016b	Evaluation, Kompetenzen, Überarbeitung der Ausbildung, Kompetenz, Monopol Diagnose/Indikation,
G-BA, 2019	HeiLM-RL, Mengenentwicklung
CDU/CSU, 2015	Kooperation, Interdisziplinarität, internationale Erfahrungen, Ökonomie, Sicherung der Versorgung, Patientenzufriedenheit, Novellierung der Ausbildung, Kompetenzen, Kompetenzen, Versorgungsqualität, Versorgungsqualität
GMK, 2015	Interdisziplinarität, gesetzliche Rahmenbedingungen, Novellierung Ausbildung
Deutscher Bundestag, 2015a	Internationale Erfahrungen, Ökonomie, Patientenperspektive, Versorgungsqualität, gesetzliche Rahmenbedingungen, Mengenentwicklung, Kompetenzen, Novellierung Ausbildung, Kompetenzen
Deutscher Bundestag, 2015b	Patientensicherheit, Arztvorbehalt, Kompetenzen, Monopol Diagnose/Indikation, Steuerungsinstrument Menge, Wirtschaftlichkeitsverantwortung, internationale Erfahrungen, Haftung, Evaluation, Ökonomie, Mengenentwicklung, Novellierung Ausbildung
Deutscher Bundestag, 2016a	Mengenausweitung, Zugang, Sicherung der Versorgung, Evaluation, Fachkräftemangel, Kompetenzen, Novellierung Ausbildung, Akademisierung, Versorgungsqualität
GMK, 2016	Gesetzliche Rahmenbedingungen

Deutscher Bundesrat, 2016	Interdisziplinarität, Sicherung der Versorgung, Entlastung Ärzteschaft, Ökonomie, Evaluation, Evidenzbasierung, gesetzliche Rahmenbedingungen
Deutscher Bundestag, 2016b	Interdisziplinarität, Kooperation, Aufgabenneuverteilung, gesetzliche Rahmenbedingungen, Versorgungsqualität, Ökonomie, Kompetenzen, Evaluation
Deutscher Bundestag, 2017	Gesetzliche Rahmenbedingungen
Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages, 2017	Gesetzliche Rahmenbedingungen, Evaluation, Monopol Diagnose/Indikation, Arztvorbehalt, Patientensicherheit, Steuerungsinstrument Menge
BMG, 2018	Fachkräftemangel, Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Mengenentwicklung, Ökonomie, Evaluation
26 Deutscher Bundestag, 2018a	Fachkräftemangel, Ausbildungsgeld, Novellierung Ausbildung, Evaluation
Deutscher Bundestag, 2018c	Sicherung der Versorgung, Mengenbegrenzung/Steuerungsinstrument Menge, Novellierung Ausbildung, Zugang, Ansehen HME, Akademisierung, Schuldgeld, Belastung HME, Kompetenzen, Versorgungsqualität
Deutscher Bundestag, 2019a	Belastung HME, Evaluation, Ökonomie, Wissenschaftlichkeit, Kompetenzen, Akademisierung, Kooperation mit Ärzteschaft
Deutscher Bundestag, 2019b	Interdisziplinarität
Deutscher Bundestag, 2019c	Schuldgeld, gesetzliche Rahmenbedingungen
BMJV, 2019	Gesetzliche Rahmenbedingungen, Ökonomie, HeilM-RL, Evaluation, Kompetenzen, Arztvorbehalt
BVPRM & DGPMR, (o. J.).	Sicherung der Versorgung, Fachkräftemangel, Behandlungsbeginn, Behandlungsfrequenz, Kooperation, Interdisziplinarität, HeilM-RL, Patientenperspektive, Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Versorgungsqualität, internationale Erfahrungen, Entlastung Ärzteschaft, ärztliche Steuerung, Ökonomie, Kompetenzen, Novellierung Ausbildung, Patientensicherheit
BÄK, 2009	Patientensicherheit, Monopol Diagnostik/Indikation, Arztvorbehalt, ärztliche Steuerung, Steuerungsinstrument Menge, Kompetenzen, Aufgabenverschiebung, gesetzliche Rahmenbedingungen
KBV, 2015	Entlastung Ärzteschaft, Kooperation, Interdisziplinarität, Monopol Diagnose/Indikation, Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Haftung, ärztliche Steuerung, Steuerungsinstrument Menge
BÄK, 2015	Versorgungsqualität, Patientensicherheit, Monopol Diagnose/Indikation, Entlastung Ärzteschaft, Evaluation, Novellierung Ausbildung, Kompetenzen
KBV, 2016	Monopol Diagnose/Indikation, Entlastung der Ärzteschaft, Kooperation, Einbindung Ärzteschaft, ärztliche Steuerung, Kommunikation mit Ärzteschaft, Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Steuerungsinstrumente, Mengenentwicklung, HeilM-RL, gesetzliche Rahmenbedingungen
BÄK, 2019	HeilM-RL, Arztvorbehalt, ärztliche Steuerung, Einbindung Ärzteschaft, gesetzliche Rahmenbedingungen
KBV, 2019	Entlastung Ärzteschaft, Einbindung Ärzte, gesetzliche Rahmenbedingungen, Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Mengenentwicklung, Patientensicherheit, Kommunikation/Kooperation, HeilM-RL

IFK, 2016	Aufgabenneuverteilung, internationale Erfahrungen, Ökonomie, Interdisziplinarität, Kooperation, (finanzielle Aufwände), Wissenschaftlichkeit, gesetzliche Rahmenbedingungen
LOGO Deutschland, 2016	Gesetzliche Rahmenbedingungen, Entlastung HME, HeilM-RL, Wirtschaftlichkeitsverantwortung
dbs, 2016	Wirtschaftlichkeitsverantwortung, ärztliche Steuerung/Vorbehalt, Monopol Diagnose/Indikation,
SHV, 2016	Gesetzliche Rahmenbedingungen, Sicherstellung Versorgung, internationale Erfahrungen, Patientenzufriedenheit, Ökonomie, Patientensicherheit, Versorgungsqualität
dbl, 2016a	Internationale Erfahrungen, Versorgungsqualität, Sicherstellung Versorgung, Aufgabenverteilung, Interdisziplinarität, Kompetenzen, Evidenzbasierung, Wissenschaftlichkeit, Fachkräftemangel, Anerkennung HME
HVG, 2016	Patientenpartizipation, Akademisierung, internationale Erfahrungen, Kompetenzen, gesetzliche Rahmenbedingungen
dbl, 2016b	Kompetenzen, Wissenschaftlichkeit, Evidenzbasierung, Novellierung Ausbildung, Versorgungsqualität, Patientensicherheit, Anerkennung HME, Fachkräftemangel, Aufgabenneuverteilung, gesetzliche Rahmenbedingungen
SHV, 2016	Patientenperspektive, Wissenschaftlichkeit, Zugang, (Behandlungsdauer), Interdisziplinarität, Kooperation/Kommunikation, Ökonomie, Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Evaluation, Evidenzbasierung,
dba et al., 2017	Internationale Erfahrungen, Versorgungsqualität, Ökonomie, Fachkräftemangel, gesetzliche Rahmenbedingungen, Sicherung der Versorgung, Aufgabenneuverteilung, Patientenzufriedenheit, Monopol Diagnostik/Indikation, Behandlungsbeginn, Kompetenzen, Anerkennung HME, ärztliche Steuerung,
dba et al., 2019	Gesetzliche Rahmenbedingungen, Sicherung Versorgung, Fachkräftemangel, Evaluation, Mengenentwicklung, Monopol Diagnostik/Indikation, Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Abschaffung Ausbildungsgeld, Akademisierung, Kooperation/Kommunikation, Interdisziplinarität, HeilM-RL, Belastung HME (inkorrekte Verordnungen), Steuerungsinstrumente
LOGO Deutschland, 2019b	Wirtschaftlichkeitsverantwortung, Kommunikation, Monopol Diagnostik/Indikation, Versorgungsqualität, Ökonomie, Mengenentwicklung, Sicherung der Versorgung, HeilM-RL
LOGO Deutschland, 2019c	Gesetzliche Rahmenbedingungen, Kompetenzen, Arbeitsbelastung HME (Verordnungen), Kooperation
IFK, 2019	Gesetzliche Rahmenbedingungen, Patientensicherheit, Qualität der Versorgung, Kooperation/Kommunikation, ärztliche Steuerung, Kompetenzen, Novellierung Ausbildung, internationale Erfahrungen, Fachkräftesicherung, Aufgabenneuverteilung, Belastung, Evidenzbasierung, Patientenpartizipation, Mengenentwicklung, Wirtschaftlichkeitsverantwortung

Quelle: eigene Darstellung

Tab. 17: Kodierleitfaden Studien

Oberkategorie	Unterkategorie	Definition Alle Textstellen, in denen...	Ankerbeispiel	Kodierregel
Berufsalltag	Akzeptanz durch Therapeut*innen	die Einstellung der Therapeut*innen beschrieben werden	„Although therapists in both states appear to be supportive of direct access [...]“ (Crout et al., 1998, S. 52).	
	Anerkennung der Therapeut*innen	die öffentliche Wahrnehmung von Therapeut*innen erläutert wird die Veränderung der Anerkennung verdeutlicht wird	„Furthermore, direct access both acknowledges and increases the professional responsibility and challenge for physical therapists“ (Leemrijse et al., 2008, S. 937).	
Zugang				
	Behandlungsdauer	die Dauer der Behandlungen beschrieben wird	„Direct access episodes were shorter, encompassed fewer numbers of services [...]“ (Mitchell & de Lissovoy, 1997, S. 10).	
	Behandlungsbeginn	auf den Beginn der HM-Behandlung hingewiesen wird	„Service was indicated to be efficient; clients often were seen on the day they made contact“ (Töytäri, 2019, S. 1).	AUCH: Konsequenzen eines zeitnahen Behandlungsbeginns
Patientensicherheit/ Kompetenz Therapeut*innen		die der Therapeut*innen thematisiert wird der Aspekt der Patientensicherheit beschrieben wird	„Physical therapists with an orthopedic specialization were almost twice as likely to make correct decisions for critical medical and musculoskeletal conditions“ (Jette, 2006, S. 1).	
Akzeptanz der Patient*innen		die Akzeptanz von Seiten der Patient*innen beschrieben wird	„A large, specific group of patients utilized self-referral, but the total number of patients seen by a physical therapist remained the same“ (Leemrijse et al., 2008).	AUCH: Bekanntheit des Modells innerhalb der Bevölkerung AUCH: Inanspruchnahme
	Patiententypen	die auf die Besonderheiten der Nutzer*innen des DA eingehen	„Patients who self-referred presented with a similar range of conditions of the same severity but in differing proportions compared with patients referred by their general practitioner“ (Holdsworth et al., 2006).	

	Entscheidungsfreiheit	die Entscheidungsfreiheit der Patient*innen verdeutlicht wird	„Apparently, freedom of choice, which was seen as an important advantage of direct access for patients, satisfies a need“ (Leemrijse, , 2008, S. 944).	AUCH: Bedeutung für Partizipation
Kooperation mit Ärzteschaft		die Zusammenarbeit des ärztlichen mit dem therapeutischen Fachpersonal thematisiert wird	„National physical therapy associations (89%) and the public (84%) were thought to be in support of direct access, with less support perceived from policy makers (35%) and physicians (16%)“ (Bury & Stokes, 2013b, S. 449).	AUCH: Einstellungen der Ärzteschaft
	Arbeitsbelastung der Ärzteschaft	die Auswirkung des DA auf die Arbeitsbelastung der Ärzteschaft beschrieben wird	„[...] and experienced less general practitioner consultations“ (Holdsworth & Webster, 2004, S. 64).	
Ökonomie		auf ökonomische Konsequenzen des Modells hingewiesen wird	„The average cost of an episode of care was established as £66.31 for a self-referral, £79.50 for a GP-suggested referral and £88.99 for a GP referral“ (Holdsworth et al., 2007)	
	Arzneimittel	die Auswirkung des Modells auf die Verschreibung und Einnahme von Arzneimitteln beschrieben werden	„[...] direct access capacity have the potential to decrease costs and improve outcomes in patients with musculoskeletal complaints without prescribing medications [...]“ (Ojha et al., 2014, S. 25).	

Quelle: eigene Darstellung

Tab. 18: Kodierleitfaden Dokumente

Oberkategorie	Unterkategorie	Definition Alle Textstellen, in denen...	Ankerbeispiel	Kodierregel
Gesetzliche Rahmenbedingungen		gesetzliche Rahmenbedingungen erwähnt werden	Die AOK macht ihre Verwunderung darüber deutlich, dass vor dem Vorliegen der Ergebnisse der Modellprojekte innerhalb des HHVG gesetzliche Festlegungen zu Modellvorhaben im HM-Bereich getroffen werden sollen (AOK-Bundesverband, 2016a).	NICHT: gesetzliche Regelungen die HeilM-RL und die Haftung betreffend
	HeilM-RL	die HeilM-RL angesprochen wird	Zudem seien die vorgesehenen Abweichungen von den Vorgaben der HeilM-RL zu hinterfragen (AOK-Bundesverband, 2016b).	
	Haftung	Themen in Zusammenhang mit der Haftung beschrieben werden	Grundsätzliche Inhalte sind Fragen zur stärkeren und direkten Einbindung der HME in die Versorgung, zur Bestimmung eines konkreten Zeitpunktes für die Umsetzung von Modellvorhaben und die Implementierung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistungen, zur Regelung not-	

			wendiger gesetzlicher Rahmenbedingungen, wie z.B. Haftungsfragen (...) (Deutscher Bundestag, 2015a).	
Versorgungsqualität		die Versorgungsqualität thematisiert wird	Eine Aufteilung habe negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit (BÄK, 2015)	NICHT: Kompetenzen und Qualifikationen der Therapeut*innen NICHT: Behandlungsdauer
Sicherstellung Versorgung		die Sicherstellung der Versorgung erwähnt wird	Der Direktzugang wäre eine Möglichkeit zur Sicherstellung der therapeutischen Versorgung im Zuge zukünftiger Anforderungen durch den demographischen Wandel (dbl, 2016b).	
	Fachkräftemangel	die Bezug auf den Fachkräftemangel genommen wird Maßnahmen zur Fachkräftesicherung beschrieben werden	Die Verfasser*innen vertreten die Meinung, dass der DA eine qualitativ hochwertige und zukunftsgerichtete Patientenversorgung sichere, Ressourcen des Gesundheitssystems schonen und dem Fachkräftemangel entgegenwirken (dba et al., 2017).	
Zugang		die Vor- und Nachteile eines erleichterten Zugangs diskutiert werden	Dieses Modell ermögliche eine Ablösung von tradierten Arbeitsverteilungen, einen schnelleren Zugang und eine größere Partizipation für Patient*innen (IFK, 2019).	NICHT: Behandlungsbeginn
	Behandlungsbeginn	die Konsequenzen des DA für den Behandlungsbeginn dargestellt werden	Es bestehe ein nicht weiter zu tolerierender Engpass in Bezug auf die therapeutischen Berufe, sodass unter anderem ein zeitnahe Therapiebeginn (...) gefährdet seien (BVPRM & DGPMR, o. J.).	
	Behandlungsdauer/-frequenz	die Konsequenzen des DA für die Behandlungsdauer oder die -frequenz dargestellt werden	Relevant dafür seien vor allem Parameter aus Sicht der Patient*innen, wie Auswirkungen auf Lebensqualität sowie Behandlungsdauer und -frequenz (G-BA, 2016a)	
Arbeitsorganisation				
	Interdisziplinarität	Formen der interdisziplinären Arbeitsweise erwähnt werden	Sie schlossen sich der Einschätzung des SVR-Gesundheit an, dass interdisziplinäre und multiprofessionelle Arbeitsformen in der zukünftigen Versorgung von enormer Wichtigkeit sein würden (GMK, 2015).	
	Aufgabenneuverteilung	die Neuverteilung von Aufgaben und Tätigkeiten in	So schlage er eine Neuordnung der Zuständigkeiten und eine Anpassung der Aufgabenverteilungen der an der Ge-	NICHT: Direktzugang oder Blan-

		Gesundheitsversorgung im Allgemeinen thematisiert wird	sundheitsversorgung beteiligten Berufe vor (dbl, 2016b).	koverordnung
	Kommunikation/ Kooperation	die Kommunikation oder Kooperation zwischen Gesundheitspersonal beschrieben wird	Die Kooperation mit der Ärzteschaft im Rahmen der Modellvorhaben sei weiter zu konkretisieren (vdek, 2018).	AUCH: Wünsche der Ärzteschaft nach stärkerer Einbindung
Berufsalltag				
	Belastung der HME	die Belastung der Therapeut*innen herausgestellt werden	Die Problematik, dass ärztliche Verordnungen häufig formal inkorrekt oder inhaltlich ungenau sind, würde trotz der entschiedenen Maßnahmen nicht gelöst. Die arbeitsaufwendigen Korrekturen, die vorausgesetzt seien, um sach- und vertragsgerecht abrechnen zu können, belasten die HME nach wie vor (LOGO Deutschland, 2019c).	AUCH: Bürokratische Aufwände durch inkorrekte Verordnungsblätter
	Anerkennung der HME	die Anerkennung der Therapeut*innen erwähnt wird	Eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten im Zuge des Direktzugangs wäre eine Anerkennung der fachlichen Kompetenz der HME (dbl, 2016b).	
Qualifikation	Kompetenzen der HME	die Kompetenzen der Heilmittelerbringer diskutiert werden	Aufgrund der Heterogenität der Ausbildungen gehe der GKV-SV nicht davon aus, dass HME über ebendiese Kompetenzen verfügen (GKV-SV, 2016a)	NICHT: Akademisierung NICHT: Folgen für Patientensicherheit
	Novellierung der Ausbildung	die Überarbeitung der Ausbildung angesprochen wird	Als Voraussetzungen werden hier die Schaffung notwendiger gesetzlicher Rahmenbedingungen sowie die Novellierung der Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen genannt (AOK-Bundesverband, 2019a)	NICHT: Akademisierung
	Akademisierung	die Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe besprochen wird	Grundlegend sei dafür die Akademisierung der Ausbildung für HME (BKK-Dachverband, 2019).	
	Ausbildungsgeld	die Diskussion über das Ausbildungsgeld für therapeutische Gesundheitsfachberufe angesprochen wird	Weiterhin wird die Abschaffung der Ausbildungskosten, sowohl für die schulische als auch für die hochschulische Ausbildung, als wichtiger Schritt zur Entgegnung des Fachkräftemangels gefordert (...) (dba et al., 2019)	
Wissenschaftlichkeit		die wissenschaftliche Arbeitsweise besprochen wird	Der IFK merkt weiterhin an, dass die Ausgestaltung der Modellvorhaben stärker an wissenschaftlichen Kriterien festgemacht werden sollte (IFK, 2016).	
	Evidenzbasierung/	die Evaluation von Model-	Die Kompetenzen für die Übernahme der Tätigkeiten im	

	Evaluation	len thematisiert wird die Evidenzbasierung in HME angesprochen wird	Rahmen des Direktzugangs seien gegeben, da die logopädische Behandlung auf wissenschaftlichen evidenzbasierten Verfahren sowie Entscheidungs- und Begründungssicherheit fußt (dbl, 2016b).	
Internationale Erfahrungen		internationale Entwicklungen in Bezug auf den Direktzugang beschrieben werden	Weiterhin erbitten die Autor*innen die Konsequenzen der Bundesregierung aus den nationalen und internationalen Studienergebnissen zur Blankoverordnung und dem Direktzugang darzulegen (Deutscher Bundestag, 2015a).	
Ärzterschaft				
	Entlastung Ärzteschaft	die Arbeitsbelastung oder -entlastung der ärztlichen Fachkräfte angesprochen wird	Die KBV sei offen für Gespräch über die Entlastung der Ärzteschaft sowie über die Zusammenarbeit mit anderen Professionen (KBV, 2015).	
	Arztvorbehalt/ ärztliche Steuerung	der ärztliche Vorbehalt thematisiert wird das ärztliche Monopol für Diagnostik- und Indikationsstellung thematisiert wird	Die Einführung des Direktzugangs unterlaufe sowohl die im SGB V verankerte notwendige ärztliche Steuerungsfunktionen als auch den ärztlichen Vorbehalt für Diagnostik und Indikationsstellung (BÄK, 2009).	AUCH: Auch: erneuter stärkerer Einbezug oder Ärzteschaft in Modelle mit abgegebener Verantwortung, stärkere Verantwortung, Entscheidungsmacht
Patientenperspektive				
	Partizipation	die Patientenpartizipation beschrieben wird	Der HVG befürworte sowohl die Erweiterung der Handlungsspielräume für HME als auch die Stärkung der Patientenpartizipation der Versorgung im Rahmen der Blankoverordnung (HVG, 2016).	
	Patientensicherheit	Aspekte der Patientensicherheit angesprochen werden	Nach gültiger Rechtsprechung gefährde die sektorale Heilpraktikerbehandlung die Patientensicherheit nicht (IFK, 2019).	NICHT: Kompetenzen der Therapeut*innen
	Patientenzufriedenheit	die Patientenzufriedenheit dargestellt wird	Patient*innen seien motivierter und zeigten mehr Eigeninitiative, was sich positiv auf den Behandlungsverlauf und die Patientenzufriedenheit auswirke (dba et al., 2017).	
Ökonomie		in gesundheitsökonomische Konsequenzen des DA beschrieben werden	Demnach ließen die vorliegenden Studien keine endgültigen Aussagen zu den gesundheitsbezogenen und ökonomischen Auswirkungen des Direktzugangs zu (Deutscher Bundestag, 2015b).	NICHT: Mengenentwicklung, Wirtschaftlichkeitsverantwortung

	Mengenentwicklung	die Mengenentwicklung im HM-Sektor thematisiert wird	Daher müssen der GKV-SV und der SHV die Verantwortung der HME für die zukünftige Mengenentwicklung berücksichtigen (BMG, 2018).	AUCH: Mengensteuerungsinstrumente/Richtgrößen, finanzielle Belastung der GKV
	Wirtschaftlichkeitsverantwortung	die Wirtschaftlichkeitsverantwortung erwähnt wird	Die KBV fordert die Übertragung der Wirtschaftlichkeitsverantwortung auf die HME für den Fall, dass HME im Rahmen der Modellvorhaben neben der Auswahl des HM auch die Entscheidung über Menge und Behandlungsfrequenz zukommt (...) (KBV, 2016).	

Quelle: eigene Darstellung

Versicherung gemäß § 4 Abs. 6 der Masterprüfungsordnung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Ort, Datum

Unterschrift