

LOGOPÄDISCHE THERAPIE UND SELBSTÄNDIGKEIT

Gutachten zur beruflichen und ökonomischen
Situation von Selbständigen in der Logopädie

DLOGO
DEUTSCHLAND

Interessengemeinschaft selbständiger
LogopädInnen und SprachtherapeutInnen e.V.

2018

IAT
Institute for Work and Technology



**Westfälische
Hochschule**
Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen

In Kooperation mit der
**RUHR
UNIVERSITÄT
BOCHUM**

RUB

Autoren & Autorinnen

Prof. Dr. Josef Hilbert

Geschäftsführender Direktor des Instituts Arbeit & Technik
Direktor des Forschungsschwerpunkts Gesundheitswirtschaft & Lebensqualität

Wolfgang Paulus

Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft & Lebensqualität

Dr. Erwin Scherfer

Diplom-Sozialwissenschaftler
Physiotherapeut

Diethild Remmert

1. Vorsitzende LOGO Deutschland
Logopädin

Susanne Schneider

Diplom-Sozialwissenschaftlerin
Logopädin

In diesem Gutachten werden ausschließlich die Begriffe „Logopädie“ und „Logopädin“ genutzt. 93 Prozent der Berufsangehörigen sind weiblich. Logopädinnen stellen die weitaus größte Anzahl derer, die berechtigt sind, Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V abzugeben.

Alle anderen, wie z.B. Sprachtherapeutinnen und Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen sind impliziert, ebenso alle in diesen Berufen tätigen Männer.

Inhaltsverzeichnis

Das Gutachten	5
Besondere Zeiten, besondere Bedingungen	5
Methoden	5
Struktur	6
Ziel	6
Grußworte	7
Bettina Müller MdB	7
Dr. Roy Kühne Mdb	8
1. Entwicklung des Berufsbildes, die Tätigkeitsfelder und die gesetzlichen Rahmenbedingungen	9
1.1 Wortbedeutung	9
1.2 Historie	9
1.3 Heutige Tätigkeitsfelder	11
1.4 Berufe in der Logopädie	12
1.5 Fachkräftemangel	13
1.6 Logopädinnen – Angehörige eines Freien Berufes	14
1.7 Gesetzliche Rahmenbedingungen	15
2. Logopädie wirkt	16
2.1 Qualität	16
2.2 Evidenz in der Logopädie	17
2.3 Logopädie in den AWMF-Leitlinien	21
2.4 Logopädie in unterschiedlichen gesundheitlichen Problemsituationen	23
3. Logopädie nutzt die Chancen der Digitalisierung	28
3.1. Digitalisierung – Definition, Ziele und Ergebnisse	28
3.2 Unterstützung und Ergänzung von logopädischer Therapie durch Digitalisierung	29
3.2.1 Teletherapie mit Menschen mit Morbus Parkinson	29
3.2.2 Teletherapiekonzepte der Hochschule für Gesundheit in Bochum	30
3.2.2.1 Beispiel DiaTrain	30
3.2.2.2 Beispiel ISI-Speech	31
3.2.3 Teletherapie der EKN München: neolexon-Therapiesystem	31
3.3 Digital unterstützte Befunderhebung	31
3.4 Unterstützte Kommunikation	32
3.5 Digitale Therapeutin? Nicht in Sicht!	32
3.6 Telematik und e-Health	33
3.7 Zusammenfassung und Aussichten	34
4. Logopädie als Wirtschaftsfaktor	35
4.1 Konturen eines dynamischen mittelständischen Wirtschaftsbereichs	35
4.2 Monetäre Kosten und monetärer Nutzen der Logopädie	39
4.3 Logopädie: Nicht nur soziale Verantwortung, sondern auch Zukunftsinvestition	41

5. Logopädische Selbständigkeit auf Zukunftskrise programmiert	42
5.1 Betriebswirtschaftliche Lage logopädischer Praxen: Eine Befragung der Praxisinhaberinnen	42
5.1.1 Ausgangshypothese und das Vorgehen	42
5.1.2 Darstellung der gewonnenen Daten – eine deskriptive Analyse der logopädischen Praxen	43
5.1.3 Einordnung der Befragungsergebnisse zu bereits bekannten Daten	57
5.2 Betriebswirtschaftliche Lage der selbständigen Logopädie – Die Einordnung in das Durchschnittsverdienstniveau in Deutschland und die Entwicklung der betrieblichen Einkommen der logopädischen Praxen seit 2006	60
5.2.1 Bruttoeinkommen Vollzeitbeschäftigter in Deutschland	60
5.2.2 Entwicklung der Einnahmensituation selbständiger Logopädinnen seit 2006 – seit Jahren auf Talfahrt	62
5.3 Betriebswirtschaftliche Lage der selbständigen Logopädie exemplarisch dargestellt	65
5.4 Porträts realer logopädischer Praxen	68
5.4.1 Einzelpraxis	68
5.4.2 Typische Praxis in der Großstadt	69
5.4.3 Frauen zwischen schlecht bezahlter Erwerbstätigkeit und unentgeltlicher Care-Arbeit	70
5.4.4 Große Praxis	71
5.5 Auswirkungen des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes auf die betriebswirtschaftliche Lage der selbständigen Logopädie	72
6. Fazit	75
Literaturverzeichnis	77
Anhang	81
Anhang 1: Gesetzliche Grundlagen	81
Anhang 2: AWMF-Leitlinien und Evidenzstudien mit Logopädie-Bezug	88
Anhang 3: Kernaussagen zur Logopädie aus der Cochrane Library of Systematic Reviews	93
Anhang 4: Kernaussagen und Status der AWMF-Leitlinien mit Bezug zur Logopädie	97
Anhang 5: Fragebogen der IAT-Umfrage zur beruflichen Situation von selbständigen Logopädinnen im Jahr 2015	99
Anhang 6: Fragebogen der LOGO Deutschland-Umfrage zu Verdienst und Arbeitszeit von Praxisinhaberinnen 2015/2016	123

Besondere Zeiten, besondere Bedingungen

Die vorliegende Studie zu Arbeitsbedingungen und zur wirtschaftlichen Lage der Logopädie ist auf ungewöhnliche Weise entstanden: LOGO Deutschland fragte 2016 das Institut Arbeit und Technik (IAT) an, ob ein Interesse bestünde, ein Gutachten zu diesen Themen zu erstellen.

Schon nach ersten Orientierungsgesprächen und Klärung von Inhalten, Ausrichtung und Vorgehensweise zeigte sich, dass eine entsprechende Expertise nicht nur wissenschaftlich interessant und anspruchsvoll wäre, sondern auch sehr viel Aufwand bedeuten würde. Die zur Verfügung stehenden Mittel konnten diesen nicht decken.

LOGO Deutschland und IAT entschlossen sich deshalb, einen neuen Weg zu gehen und auf Arbeitsteilung und wechselseitige Ergänzung zu setzen, auch unter Rückgriff auf ehrenamtliches Engagement seitens LOGO Deutschland. Durch diese ungewöhnliche, zielführende Kooperation von Auftraggeber und Auftragnehmer konnte die Studie eine Breite und Tiefe erreichen, die sonst nicht möglich gewesen wäre.

Das IAT übernahm dabei die wissenschaftliche Konzeption, Teile der Erhebungsarbeiten, große Teile der Auswertung sowie die Sicherung der wissenschaftlichen Qualität und Neutralität.

Methoden

Methodisch stützt sich das Gutachten auf folgende Vorgehensweisen: Zum einen wurden die vorliegenden Studien und Fakten zu den genannten Fragen und Themenfeldern zusammengetragen und aufgearbeitet; zum anderen – gerade auch mit Blick auf die betriebswirtschaftlichen Dimensionen – wurden eigenständige Erhebungen durchgeführt.

Hierzu wurden im Frühjahr 2017 in einer exemplarischen Befragung selbständiger Logopädinnen Daten zu den betriebswirtschaftlichen Ergebnissen des Jahres 2015 erhoben, welche plausible Rückschlüsse auf die Situation der selbständigen Logopädinnen zulassen.

Des Weiteren wurde das breite Tätigkeitsfeld der Logopädie beispielhaft anhand von einzelnen betroffenen Menschen und deren Behandlungen dokumentiert, um ergänzend und illustrierend zu den „nüchternen“ Studien und Zahlen, die Leistungspotenziale von Logopädie aufzuzeigen. Zur Veranschaulichung der unterschiedlichen logopädischen Praxistypen wie Einzel-, kleine, mittlere und große Praxen, die die ambulante Versorgung mit Logopädie gewährleisten, wurden einige Praxen exemplarisch portraitiert.

Struktur

Kapitel 1

zeigt, was Logopädie ist und was sie leistet und führt die strukturellen Bedingungen auf, unter denen freie Praxen arbeiten.

Kapitel 2

zeigt, dass sie eine unverzichtbare, wirkungsmächtige, gesundheitsbezogene Dienstleistung ist und trägt komprimierend das zusammen, was über die Auswirkungen gelingender logopädischer Leistungen auf Gesellschaft, Wirtschaft und Sozialversicherungen bekannt ist.

Kapitel 3

zeigt auf, dass Logopädie die neuen Chancen und Möglichkeiten der Digitalisierung aufgreift und in den Arbeitsalltag integriert.

Kapitel 4

umreißt, dass selbständige Logopädie ein „starkes Stück Mittelstand“ ist, ein beachtlicher Aktivposten im Bereich der Erwerbstätigkeit.

Kapitel 5

präsentiert betriebswirtschaftliche Kennzahlen zur Lage logopädischer Praxen und wertet diese aus.

Kapitel 6

zieht ein Fazit für Politik, Wissenschaft, Kostenträger, aber auch für die Branche selbst.

Das Gutachten wird nach der Regierungsbildung 2018 vorgelegt, um Anregungen und Orientierungen zu geben, wie die Zukunftsfähigkeit für Selbständige im Bereich der Sprech-, Sprach-, Stimm- und Schlucktherapie weiterentwickelt werden kann.

Ziel

Ziel dieses Gutachtens ist es, die gesetzlichen, strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen sowie die wirtschaftliche Situation und die Arbeitsbedingungen von selbständigen Logopädinnen in Deutschland darzustellen und Handlungsempfehlungen herauszuarbeiten, damit die Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen und effizienten logopädischen Leistungen gewährleistet bleibt.

Eine solche Vermessung ist erforderlich, um Arbeit und Selbständigkeit in diesem Bereich besser verstehen, bewerten und aufwerten zu können:

Menschen, die in diesem Beruf arbeiten und die ambulante Versorgung in einer Zeit immer kürzer werdender Aufenthalte in Kliniken und Reha-Einrichtungen sichern, brauchen faire Arbeitsbedingungen, die sie auch weiterhin dazu ermächtigen.



Bettina Müller MdB

Quelle: Arbeitsgemeinschaft Qualitätsbericht
Logopädie in Baden-Württemberg (2011)

Die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung muss künftig mehr denn je vernetzter, sektorübergreifender und multiprofessioneller ausgerichtet sein. Dabei wird es auch darauf ankommen, die Rolle der nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe und Therapeuten wie der Logopädinnen und Logopäden weiter zu stärken. Die Sicherung der wirtschaftlichen Grundlagen der selbständigen Praxen, des Einkommens der dort angestellten Therapeuten aber auch die langfristige Sicherstellung des Berufsnachwuchses gehören daher verstärkt in den Fokus des gesundheitspolitischen Handelns.

In der letzten Wahlperiode hat der Gesetzgeber unter anderem mit der auf zunächst drei Jahre befristeten Aussetzung der Grundlohnsummenanbindung, der mehrstufigen Angleichung der unterschiedlichen Vergütungsniveaus der Krankenkassen und der Einführung von Untergrenzen die Rahmenbedingungen für Heilmittelerbringer bereits spürbar verbessert. Mit der Verlängerung der Modellversuche für die akademische Ausbildung, deren Auswertung in dieser Wahlperiode die Grundlage für eine Entscheidung über die akademische Regelausbildung bilden wird, sowie mit den Modellversuchen für die Blankverordnung wurden zudem wichtige Weichenstellungen für die künftige Ausrichtung der therapeutischen Berufe vorgenommen.

Daran gilt es anzuknüpfen, um die Berufe zukunftsfest zu machen und attraktiv zu erhalten. Gut ausgebildeter und in ausreichender Zahl verfügbarer Berufsnachwuchs ist die Voraussetzung für die dauerhafte Sicherung der Versorgungsqualität sowie die Sicherstellung ausreichender Versorgungsangebote.

Die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen will die Regierungskoalition deshalb im Rahmen eines Gesamtkonzeptes neu ordnen und stärken. Dabei ist mir die Abschaffung des Schulgeldes für die Ausbildung ein besonderes Anliegen.

Der Gesetzgeber hat sich zudem die Neujustierung der Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe und die Übertragung von mehr Verantwortung auf die Gesundheitsberufe zur Aufgabe gemacht.

Ich begrüße sehr, dass LOGO Deutschland die berufspolitischen Diskussionen begleitet und mit dem jetzt vorgelegten Gutachten von Prof. Dr. Hilbert eine weitere fundierte Grundlage für die anstehenden Beratungen erstellt hat.

Bettina Müller, MdB

Berichterstatterin der SPD-Bundestagsfraktion für die Gesundheitsfachberufe



Dr. Roy Kühne MdB

Quelle: Arbeitsgemeinschaft Qualitätsbericht
Logopädie in Baden-Württemberg (2011)

Ich freue mich, dass es mit dem Engagement von LOGO Deutschland und der Hilfe vieler Spender gelungen ist, dieses Wirtschaftlichkeitsgutachten durch ein unabhängiges Institut für den Bereich der Logopäden und Sprachtherapeuten zu realisieren.

Der Zeitpunkt für die Veröffentlichung dieses Gutachtens könnte in Anbetracht der aktuellen politischen Situation idealer nicht sein. Jetzt, da die Ausschüsse des Deutschen Bundestags ihre Arbeit aufgenommen haben, können Ergebnisse von Gutachten einen Anhaltspunkt für Zielstellungen der Regierungsparteien bilden. Außerdem kann das Gutachten einen wertvollen Beitrag in den Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen leisten, insbesondere da derzeit durch die Abkopplung der Grundlohnsumme dank des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes neue Verhandlungsspielräume entstanden sind.

Die Heilmittelerbringer sind unverzichtbar für die Prävention, Kuration und Rehabilitation der Gesellschaft und zugleich ein nicht zu unterschätzender Wirtschaftsfaktor. Daher wurde auch im zwischen CDU, CSU und SPD erarbeiteten Koalitionsvertrag betont, dass diesen Berufen zukünftig mehr Verantwortung übertragen werden soll. Angesichts des bei den Heilmittelerbringern inzwischen spürbaren Fachkräftemangels müssen diese Berufe attraktiv bleiben und angemessen bezahlt werden. Mit diesem Wirtschaftlichkeitsgutachten liegen nun endlich klare Zahlen, Daten und Fakten vor, die die seit Jahren wirtschaftlich prekäre Situation der Logopäden und Sprachtherapeuten deutlich aufzeigen.

Die teilweise schlechten Arbeitsbedingungen der Heilmittelerbringer sind mir bestens bekannt. Nun kann ich mit den Ergebnissen dieses Gutachtens auf eine weitere Argumentationsgrundlage zurückgreifen, um meine politischen Kollegen von den dringend notwendigen Reformen in diesem Bereich zu überzeugen. Wie auch in der letzten Legislaturperiode möchte ich mich als Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages weiterhin für Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und der Vergütungssituation insbesondere im Heilmittelbereich einsetzen.

Ihr Engagement für die Realisierung dieses Gutachtens ist lobenswert und sollte Nachahmer bei weiteren Heilmittelerbringern finden! Ich wünsche Ihnen viele Unterstützer, die auf Grundlage Ihres Gutachtens an der Gestaltung und Verbesserung der Arbeitssituation der Logopäden mitarbeiten.

Ihr Dr. Roy Kühne, MdB
Berichterstatter der CDU Bundestagsfraktion für die Heilmittel

1. Entwicklung des Berufsbildes, die Tätigkeitsfelder und die gesetzlichen Rahmenbedingungen

Nach einer Definition des Begriffes Logopädie wird die Entstehung des Berufsbildes kurz skizziert.

Es folgt eine Auflistung der heutigen Tätigkeitsfelder. Anschließend werden die verschiedenen Ausbildungswege, die heute zur Abgabe von logopädischen Therapien zu Lasten der Krankenkassen berechtigen, und die Situation auf dem Arbeitsmarkt dargestellt. Darauf folgend werden die Charakteristika des Freien Berufes, zu denen die Logopädie zählt, erläutert. Das Ende dieses Kapitels beschließt der Überblick über die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die die selbständige Logopädie betreffen.

1.1 Wortbedeutung

Logopädie (von altgriechisch λόγος *lógos* „Wort“ sowie παιδεύειν *paideuein* „erziehen“; also „Sprecherziehung“) ist der 1913 erstmals benutzte und 1924 durch den Wiener Mediziner Emil Fröschels eingeführte Begriff für die medizinische Sprachheilkunde. Heute bezeichnet der Begriff Logopädie die medizinisch-therapeutische Fachdisziplin, die Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und der Hörwahrnehmung und -verarbeitung zum Gegenstand hat.

1.2 Historie

1886 Erste Lehrkurse für Sprachheilkundlerinnen in Potsdam.

1891 Eröffnung der Berliner Ambulanz für Sprachkranke als eine der ersten Institutionen dieser Art. Die dort Tätigen waren zumeist Ehefrauen von Ärzten.

1905 Sprachheilkunde wurde Studienfach an der Humboldt-Universität in Berlin.

1910 Gründung einer „Ausbildungsschule für Atemlehrerinnen“ in Neu-Babelsberg.

1918 „Sprechkunde“ wurde akademisches Lehrfach.

1924 Der Begriff Logopädie wurde offiziell in die medizinische Fachsprache eingeführt. Auf dem ersten internationalen Kongress für Logopädie und Phoniatrie in Wien forderte Emil Fröschels eine Ausbildung für Logopädinnen auf wissenschaftlicher Basis mit einer akademischen Abschlussprüfung einzuführen.

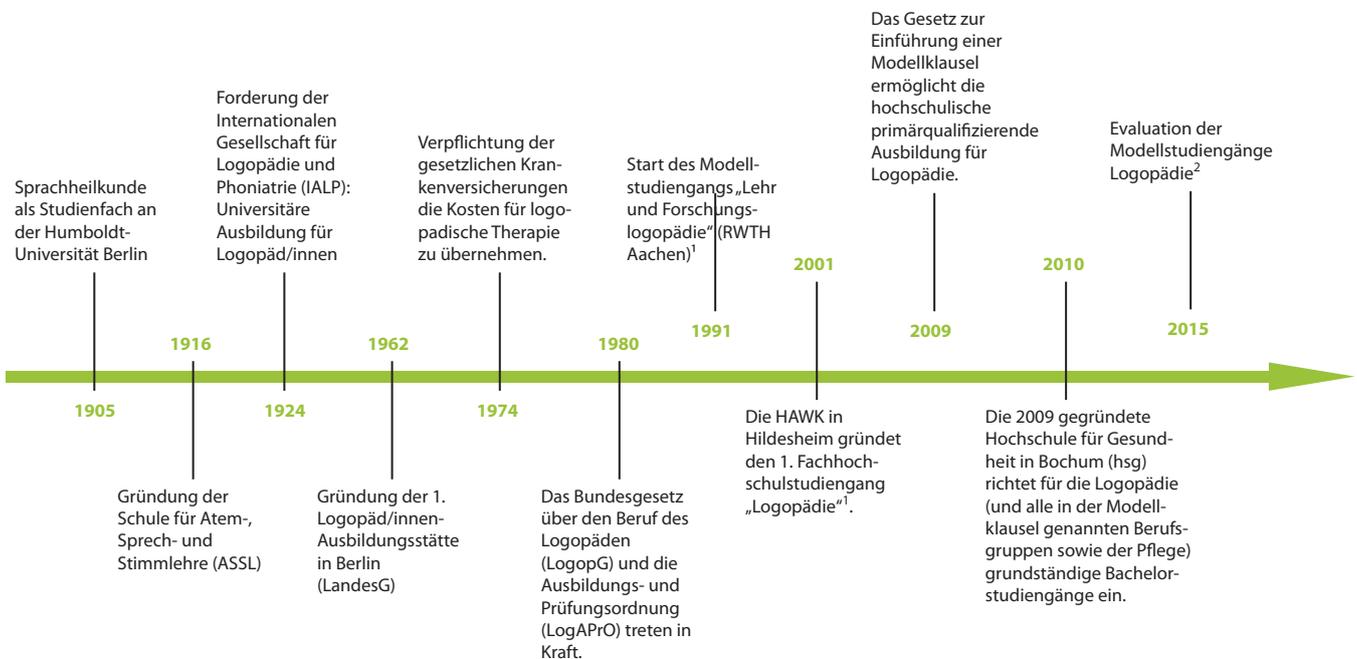
1957 Offizielle Einführung der Berufsbezeichnung Logopäde.

1962 Gründung der ersten Ausbildungsstätte für Logopädie in Berlin.

- 1974 Verpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherungen die Kosten für logopädische Therapie zu übernehmen.
- 1980 Am 1. Oktober wurde das Gesetz zum Beruf des Logopäden (LogopG) verabschiedet und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung (LogAPrO) trat in Kraft. Eine Änderung der Berufsordnung ist geplant und soll in der 19. Legislaturperiode erfolgen.
- 1991 Erster Modellstudiengang Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen.
- 2009 Modellklausel zur primärqualifizierenden hochschulischen Ausbildung: Neben dem Staatsexamen wird ein Abschluss als Bachelor Sc. erreicht.

Nachdem 1918 Sprechkunde zum akademischen Lehrfach wurde, gibt es bis heute das Bestreben, die bereits bestehenden Modellstudiengänge als Regelausbildung zu übernehmen, wie es EU-weit der Fall ist. Bislang wurde dieser Schritt in Deutschland vermieden: Die Modellstudiengänge wurden mit dem Hinweis auf nicht ausreichende Evaluationen bis 2022 verlängert ⁽¹⁾.

Wichtige Meilensteine zur Ausbildung und Akademisierung in der Logopädie



¹ Die zwischen 1991 und 2009 gegründeten Studiengänge sind jeweils additive Studiengänge. Muss-Zulassungsvoraussetzung: Eine erfolgreich abgeschlossene berufsfachschulische Logopädie-Ausbildung.

² Es folgen weitere Modellstudiengänge für die Logopädie/Sprachtherapie. Der Studiengang an der hsg wird ebenso evaluiert wie die Studiengänge an der RWTH Aachen, an der Fachhochschule Münster, an der EUFH Rostock, an der IB-Hochschule Berlin sowie an der FAU Erlangen/Nürnberg.

Veränderte Darstellung aus: Arbeitskreis Berufsgesetz (2016); S. 13

(1) Zur Historie der Logopädie vgl. auch Grohnfeldt (2013)

1.3 Heutige Tätigkeitsfelder

Logopädinnen behandeln Menschen aller Altersstufen mit Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Hörens und des Schluckens im medizinischen Bereich. Sie sind in klinischen Einrichtungen, wie etwa in stationären oder teilstationären Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhäusern oder Frühförderstellen, in – inklusiven oder heilpädagogischen – Bildungseinrichtungen, und zu annähernd 80 Prozent⁽²⁾ in ambulanten Einrichtungen sowie in der Lehre und Forschung tätig. Etwa 8.727 logopädische Praxisinhaberinnen sichern im Jahr 2016 – zu mehr als 50 Prozent in Einzelpraxen – mit insgesamt rund 21.000 Mitarbeitenden die ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten mit logopädischen Leistungen.⁽³⁾ Durch Kooperationsverträge sind freie Praxen auch in die stationäre Versorgung eingebunden. Im Jahr 2016 wurden über 16,5 Millionen logopädische Behandlungseinheiten abgegeben.⁽⁴⁾ Die Durchführung von Therapien erfolgt auf der Grundlage ärztlicher Verordnungen. Damit erfüllen Logopädinnen einen Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen, verankert im Sozialgesetzbuch (SGB V). Logopädische Leistungen werden mit wachsendem medizinischen Fortschritt und im Zuge des demographischen Wandels verstärkt benötigt.⁽⁵⁾

Die Tätigkeitsfelder umfassen beispielsweise die Behandlung bei:

- Dysphagien (Saug-, Fütter-, Ess- und Schluckstörungen) bei Babys und Kleinkindern
- Dysphagien (Schluckstörungen) bei Erwachsenen, z. B. bei neurologischen und geriatrischen Erkrankungen oder infolge von Tumor-Erkrankungen
- orofacialen Funktionsstörungen zur Unterstützung einer kieferorthopädischen/zahnärztlichen Behandlung
- Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern
- Mutismus („Sprechangst“)
- Dyslalien (Lautfehlbildungen)
- Hörverarbeitungs- und Hörwahrnehmungsstörungen
- Stottern und Poltern
- Stimmstörungen
- Sprech- und Sprachstörungen im Kontext neurologischer oder geriatrischer Erkrankungen, wie z. B. infolge von Schlaganfällen, Multipler Sklerose, Parkinson, Amyotropher Lateralsklerose (ALS), Demenzen sowie bei Hörgeschädigten und Ertaubten. Gegebenenfalls wird dabei auch auf den Einsatz alternativer Kommunikationsmittel (Unterstützte Kommunikation) zurückgegriffen.

Diese Tätigkeitsgebiete werden im jeweiligen Heilmittelkatalog, welcher ein Anhang zu der jeweiligen Heilmittelrichtlinie ist, für Ärztinnen und Ärzte sowie für Zahnärztinnen und -ärzte abgebildet und in folgende Kapitel unterteilt:

Heilmittelkatalog für Vertragsärztinnen und -ärzte

- 1 Störungen der Stimme
 - 1.1 Organische Störungen der Stimme
 - 1.2 Funktionelle Störungen der Stimme
 - 1.3 Psychogene Störungen der Stimme

(2) Quelle: www.gbe-bund.de; Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes

(3) Weitere Zahlen mit Quellenangaben hierzu unter Kapitel 4.1

(4) Quelle: GKV-HIS 2017: Bundesbericht 2016, S. 6; https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2016_04/Bundesbericht-HIS_201604.pdf; am 14.4.2018

(5) Vgl. hierzu Maihack (2017)

- 2 Störungen der Sprache
 - 2.1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung
 - 2.2 Störungen der Artikulation
 - 2.3 Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit
 - 2.4 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung
 - 2.5 Störungen der Sprechmotorik
- 3 Störungen des Redeflusses (Stottern, Poltern)
- 4 Störungen der Stimm- und Sprechfunktion
- 5 Störungen des Schluckaktes

Heilmittelkatalog für Vertragszahnärztinnen und -ärzte

- 2 Sprech- und Sprachtherapie bei:
 - 2.1 Störungen des Sprechens
 - 2.2 Störungen des oralen Schluckaktes
 - 2.3 Orofazialen Funktionsstörungen

Daneben sind Logopädinnen in weiteren Bereichen tätig, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden, wie beispielsweise der Prävention.

1.4 Berufe in der Logopädie

Aufgrund des hohen Versorgungsbedarfes und der Überschneidungen der Fachgebiete aus Linguistik, Medizin, Psychologie und Pädagogik haben sich verschiedene Ausbildungsgänge entwickelt. Die größte Gruppe bilden die Logopädinnen. Eine große Mehrheit von ihnen hat die Hochschulreife erlangt.⁽⁶⁾ Die dreijährige Ausbildung erfolgt an einer Berufsfachschule und schließt mit dem Staatsexamen ab. Bestehende grundständige Modellstudiengänge wurden mit dem Hinweis auf nicht ausreichende Evaluationen verlängert. EU-weit ist Logopädie ein akademisches Fach. Neben den Logopädinnen werden unter anderem auch Diplom- oder Sprachheilpädagoginnen, Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen (Fachschule Schlaffhorst-Andersen), Klinische Sprechwissenschaftlerinnen, Klinische Linguistinnen und Rehabilitationspädagoginnen mit dem Schwerpunkt Sprache in der Logopädie tätig. Diese weiteren Berufsgruppen erhalten, je nach Ausbildungsschwerpunkten, eine Teil- oder Vollzulassung zur Abgabe von logopädischen Therapien zu Lasten der Krankenkassen. Das Arbeitsgebiet aller genannten Berufsgruppen in Freien Praxen ist grundsätzlich deckungsgleich und beinhaltet logopädische Diagnostik und Therapie sowie die Beratung und Begleitung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen und deren Angehörigen.

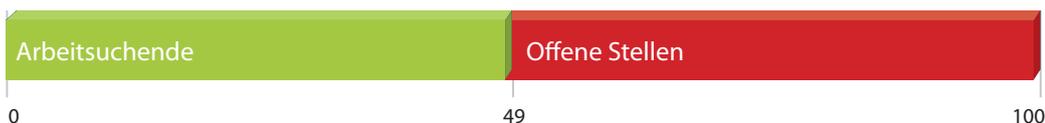
(6) So hatten im Jahr 2015 in NRW 91,1 Prozent der Schülerinnen und Schüler im ersten Ausbildungsjahr die (Fach-)Hochschulreife erlangt. Quelle: dip (2017), Seite 33

1.5 Fachkräftemangel

Zunehmend zeigt sich ein Fachkräftemangel⁽⁷⁾ in diesem anspruchsvollen Beruf, der zu deutlich mehr als 90 Prozent von Frauen,⁽⁸⁾ überwiegend mit Hochschulreife, ausgeübt wird.

Laut KOFA-Studie 4/17 Fachkräfteengpass in Unternehmen, erstellt vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. im Auftrag des Ministeriums für Wirtschaft und Energie im Auftrag des deutschen Bundestages, gibt es auf 100 freie Stellen im Bereich der Sprachtherapie derzeit nur 49 Arbeitssuchende. Damit gehört die Logopädie zu den Top 10 der Engpassberufe in Deutschland bei den Spezialisten.⁽⁹⁾

Fachkräftemangel



Quelle: Burstedde/Malin/Risius (2017) S. 13, eigene Darstellung

Auch langjährige Therapeutinnen suchen nach alternativen beruflichen Perspektiven. Ein aktuelles Bild beschreibt die Studie Fachkräftemangel in den Therapieberufen von 2017⁽¹⁰⁾: So denken 50 Prozent der 433 Logopädinnen, die an der Online-Befragung teilgenommen haben, aktuell über einen Ausstieg aus der Therapiearbeit nach. Bei einer Online-Umfrage von Grohnfeldt (2014) unter akademischen Sprachtherapeutinnen und Sprachheillehrerinnen gaben im Jahr 2014 22,2 Prozent der Sprachtherapeutinnen an, den Beruf gewechselt zu haben, wobei als Grund fast immer das niedrige Gehalt genannt wurde.

Ausbildungsstätten und Hochschulen verzeichnen sinkende Studierendenzahlen: Im Schuljahr 2009/2010 waren es bundesweit noch 3.923 Menschen, die sich in der Ausbildung zur Logopädin befanden, im Schuljahr 2016/2017 ging die Zahl um rund 12 Prozent auf 3.457 Auszubildende zurück.⁽¹¹⁾ Neben derzeit 18 staatlichen Logopädiefachschulen, die in der Regel gebührenfrei sind, erheben Anfang 2018 immer noch fast alle privat geführten Schulen monatliche Gebühren zwischen 150 Euro (Leipzig) und 695 Euro (Stuttgart) beziehungsweise für das ausbildungsintegrierende Studium bis zu 895 Euro (Bonn). Lebenshaltungskosten kommen hinzu.

Im Koalitionsvertrag der großen Koalition aus CDU/CSU und SPD 2018 ist eine Schulgeldfreiheit vorgesehen. Die Umsetzung obliegt den Ländern, die Ergebnisse sind abzuwarten. Eine Schulgeldfreiheit mag die Attraktivität der Ausbildung zunächst heben. Aber die Aussichten auf eine Vergütung, die deutlich unterhalb der Einkommen anderer Berufe in Gesundheit, Erziehung und Bildung liegt, bleibt – und sorgt dafür, dass logopädische Selbständigkeit und Arbeit in Freien Praxen wenig attraktiv sind.

Eine flächendeckende, ausreichende Patientenversorgung scheint damit mittelfristig gefährdet.

(7) Vgl. hierzu auch: IEGUS/WifOR/IAW (2017) und MGEPa (2016)

(8) 2016 gibt es knapp 7 Prozent Männer in der Logopädie. Quelle: www.gbe-bund.de, Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes

(9) Quelle: Burstedde/Malin/Risius (2017), S. 13

(10) Quelle: Maihack (2017)

(11) Quelle: Statistische Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 2, Berufliche Schulen, Wiesbaden 2010 und 2017

1.6 Logopädinnen – Angehörige eines Freien Berufes

Logopädinnen werden den Freien Berufen zugeordnet. Diese erbringen Dienstleistungen, die nicht allein dem Individuum, sondern auch der Gesellschaft dienen.

Die Mitgliederversammlung des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB) e.V., dem LOGO Deutschland angehört, „hat 1995 folgende Definition des „Freien Berufs“ verabschiedet, die in ihren wesentlichen Punkten Eingang in die Legaldefinition des § 1 Abs. 2 S. 1 Partnerschaftsgesellschaftsgesetz sowie in die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) gefunden hat: „Die Freien Berufe haben im Allgemeinen auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt.“

Zur Charakteristik der Freien Berufe gehören daher:

- Professionalität
In unserer immer komplexeren Gesellschaft benötigen die Menschen zunehmend kompetente Unterstützung. Die hochqualifizierten Freiberufler helfen, beraten und vertreten neutral und fachlich unabhängig.
- Gemeinwohlverpflichtung
Die Sicherung der Gesundheitsvorsorge, der Rechtsordnung und der Kultur liegt im Interesse aller Bürger. Die der Allgemeinheit verpflichteten Freiberufler tragen dafür besondere Sorge.
- Selbstkontrolle
Patienten, Mandanten und Klienten erwarten persönliche Betreuung auf neuestem Kenntnisstand. Der hohe ethische Anspruch der Freiberufler und ihre strenge Selbstkontrolle garantieren gesicherte Qualität.
- Eigenverantwortlichkeit
Wer Verantwortung übernimmt, schafft Vertrauen und sichert Wachstum. Freiberufler sind mehrheitlich selbstständig tätig, sie erwirtschaften 10,1 Prozent des Bruttoinlandsproduktes und beschäftigen über drei Millionen Mitarbeiter.⁽¹²⁾

Die Definition des Freien Berufes nach dem Gabler Wirtschaftslexikon lautet: „Ausüben einer selbstständigen Berufstätigkeit, die i.d.R. wissenschaftliche oder künstlerische Vorbildung voraussetzt.“

Steuerrechtliche Behandlung: 1. Einkommensteuer:

Nach § 18 I Nr. 1 EStG gehören zur freiberuflichen Tätigkeit:

(1) die selbstständig ausgeübte wissenschaftliche, künstlerische, schriftstellerische, unterrichtende oder erzieherische Tätigkeit;

(2) die selbstständige Berufstätigkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Rechtsanwälte, Notare, Patentanwälte, Vermessungsingenieure, Ingenieure, Architekten, Handelschemiker, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratenden Volks- und Betriebswirte, vereidigten Buchprüfer (vereidigten Bücherrevisoren), Steuerbevollmächtigten, Heilpraktiker, Dentisten, Krankengymnasten, Journalisten, Bildberichterstatter, Dolmetscher, Übersetzer, Lotsen und ähnlicher Berufe. Die Abgrenzung der einen „ähnlichen Beruf“ Ausübenden gegen Gewerbetreibende ist meist schwierig. Maßgebend ist die Ähnlichkeit mit einem der in der Gesetzesvorschrift genannten Berufe.

Ein Angehöriger eines freien Berufs ist auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient, aber aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird; Vertretung durch andere bei vorübergehender Verhinderung steht dem nicht entgegen.

Dagegen liegt Freiberuflichkeit nicht mehr vor, wenn jemand sich nur noch darauf beschränkt, die Arbeit durch andere erledigen zu lassen, sich also auf Leitung und Organisation dermaßen beschränkt, dass man die einzelnen Arbeitsergebnisse nicht mehr als Ausfluss seiner eigenen Arbeit ansehen kann; denn ein solches Verhalten ist seiner Natur nach nicht mehr freiberuflich, sondern gewerblich [...].⁽¹³⁾

(12) Quelle: <https://www.freie-berufe.de/freie-berufe/profil/>; am 31.03.2018

(13) Quelle: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/freie-berufe-35822/version-259296>; am 31.03.2013

1.7 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die gesetzlichen Grundlagen, auf denen die Leistungen der Logopädinnen basieren, sind im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) festgehalten.

Detaillierte Regelungen über die oben genannten hinaus sind in den Zulassungsempfehlungen gemäß § 124 (4) SGB V, der Heilmittel-Richtlinie und dem Heilmittelkatalog, der Rahmenempfehlung gemäß § 125 (1) SGB V sowie in deren Anhängen, wie z.B. der Leistungsbeschreibung, getroffen. Auf Basis der Rahmenempfehlung werden in den einzelnen Kassenbezirken Rahmenverträge zwischen Krankenkassen und Berufsverbänden geschlossen, die regionale Besonderheiten abbilden.

Weiter existieren für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte, neben den Rahmenvorgaben für Heilmittel, Richtwerte und Wirtschaftlichkeitsziele sowie Vereinbarungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Diese schränken Ärztinnen und Ärzte bei Verordnungen, die von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie abweichen, ein.

Die Gesetzestexte in Auszügen sind im Anhang 1, Seite 77ff. aufgeführt.



2. Logopädie wirkt

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Qualität von logopädischen Leistungen, ihren Standards und der Wirksamkeit logopädischer Therapie. Es wird ein Überblick über die Evidenzlage der Logopädie in Deutschland gegeben. Auch wird umrissen, wie Logopädie Eingang in die AWMF-Leitlinien gefunden hat. Dazu erfolgt eine systematische Analyse der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur sowie der AWMF-Leitlinien.⁽¹⁾ Schließlich wird anhand von Beispielen aus der Lebenswelt anschaulich dokumentiert, was logopädische Therapie bei Patientinnen und Patienten bewirken kann.

2.1 Qualität

Qualität in der ambulanten Versorgung mit Heilmitteln zeichnet sich durch die gesicherte Zugriffsmöglichkeit des Patienten auf therapeutische Leistungen aus und dadurch, dass die erbrachte Leistung dem anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse entspricht (SGB V § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit). Für die von den Krankenkassen zugelassenen logopädischen Praxen gelten für die Versorgung klar definierte Standards bezüglich der Prozess- und Strukturqualität – etwa in der räumlichen und sächlichen Praxisausstattung und in der Praxisorganisation. Auch dürfen die logopädischen Leistungen nur von nach § 124 SGB V qualifizierten Personen erbracht werden. Wie in der ärztlichen Versorgung ist auch in der Logopädie das Maß der Qualität der erbrachten Leistung nicht an die Heilung selbst geknüpft. Die 2001 von der WHO verabschiedete International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) mit ihrem biopsychosozialen Modell wurde 2011 in die Heilmittelrichtlinie § 3 (5) eingeführt und ergänzt deren bis dahin eher diagnosen- und defizitorientierte Sichtweise. Zur Ergebnisqualität steht in den Rahmenempfehlungen (§ 16) zu lesen: „Zu vergleichen ist die Leitsymptomatik bei Beginn der Behandlungsserie mit dem tatsächlich erreichten Zustand am Ende der Behandlungsserie unter Berücksichtigung des Therapieziels gemäß der ärztlichen Verordnung sowie das Befinden und die Zufriedenheit des Patienten.“

Die folgende Grafik stellt das ICF-Modell schematisch dar:

Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



Vgl. DIMDI (2005). Die Abbildung „Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF“ ist eine eigene Darstellung in enger Anlehnung an die Originalabbildung der WHO. Inhaltlich wurde die Abbildung nicht verändert.

Das Berufsgesetz (LogopG) und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung (LogAPrO) stammen von 1980. 2009 wurde in das Berufsgesetz eine sogenannte Modellklausel zur Erprobung einer akademischen Ausbildung aufgenommen. Diese wurde nach positiver Evaluation bis 2021⁽²⁾ verlängert.

(1) Die Quellenangaben zu den Kapitel 2.2 und 2.3 finden sich in dem Anhang 2

(2) Vgl. hierzu: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/094/1809400.pdf>; am 01.04.2018

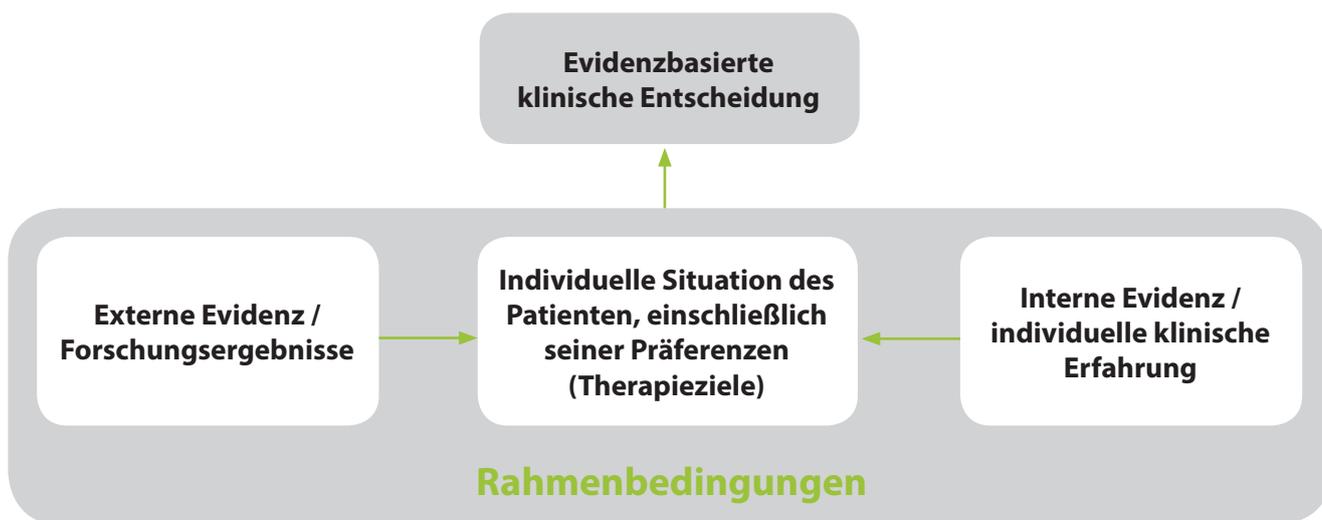
Seit Einführung des Berufsgesetzes hat sich die Profession angesichts des medizinischen Fortschritts bei zunehmender Komplexität der Störungsbilder, insbesondere auch im Bereich der geriatrischen und neurologischen Erkrankungen, enorm weiterentwickelt.

Eine Anpassung der Ausbildungsinhalte und damit einhergehend eine Anpassung der Ausbildungsform ist daher ein notwendiger erster Schritt, um auch zukünftig eine hohe Qualität logopädischer Leistungen zu sichern. Komplexe Berufe erfordern komplexe Ausbildungswege – bei der Akademisierung des Heilmittelsektors hinkt die Bundesrepublik Deutschland jedoch weit hinter den internationalen Standards zurück.⁽³⁾

2.2 Evidenz in der Logopädie

Seit Ende der neunziger Jahre wird in Deutschland – anknüpfend an Entwicklungen im angelsächsischen Raum – immer stärker nach einer Evidenzbasierung medizinischer Dienstleistungen gerufen. Gefordert sind damit, durch systematische wissenschaftliche Forschung gewonnene, empirische Belege dafür, dass die jeweiligen medizinischen Angebote im vorgegebenen Sinne wirken. Evidenz für die Wirksamkeit hat sich zunächst für neue, von Medizinerinnen und Medizinern erbrachte Leistung etabliert, wird als Anforderung immer stärker – mit Blick auf bereits seit langem etablierte Leistungen sowie auch als Anforderung an die Angebote – an andere, nichtärztlicher Gesundheitsberufe gestellt. Die folgende Grafik stellt die evidenzbasierte Praxis schematisch dar:

Modell der evidenzbasierten Praxis



Vgl. Scherfer/Bossmann (2011). Die Abbildung ist eine eigene, erweiterte Darstellung.

Dabei wird deutlich, dass sowohl die Rahmenbedingungen als auch interne und externe Evidenz sowie die individuelle Situation der Patientin oder des Patienten die Grundlage für eine evidenzbasierte klinische Entscheidung bilden.

Um die externe Evidenzlage in einem speziellen Fachgebiet zu untersuchen, werden in aller Regel Literaturrecherchen durchgeführt. Vorrangiges Ziel bei der folgenden Analyse der Evidenz in der Logopädie ist es, einen Überblick über Quantität und – begrenzt – das Niveau (im Sinne der evidenzbasierten Praxis, mithin des Studientyps) und die methodische Qualität der vorhandenen und veröffentlichten Evidenz zu gewinnen. Für einzelne, ausgewählte Indikationen kann zudem exemplarisch ein erster Einblick in die Aussagen der Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit geleistet werden.

(3) Vgl. hierzu: Scharff Rethfeld/Heinzelmann 2013 und Huber 2013

Um einen Überblick über den bestehenden Fundus an externer Evidenz zu gewinnen, wurde im Zeitraum vom 30.08.2017 bis 07.09.2017 in drei Datenbanken nach veröffentlichten Arbeiten zu Logopädie (bzw. Speech and Language Therapy) recherchiert. Hierbei handelte es sich um

- die Datenbank der Cochrane Collaboration: www.cochranelibrary.com/
- PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- Speechbite: www.speechbite.com/

In den ersten beiden Datenbanken wurde mit Hilfe der Suchbegriffe

- „speech therapy“
 - „language therapy“ und
 - „dysphagia AND speech therapy“
- nach einschlägigen Arbeiten gesucht.

Bei der Recherche in der Cochrane Library ergab sich, dass bei den Suchen mit den o. g. Suchbegriffen jeweils die gleichen Ergebnisse angezeigt wurden. Ebenso bei der Suche mit dem Begriff „speech and language therapy“. Es erwies sich, dass diese Suche Arbeiten zu Schluckstörungen (dysphagia) mit einschloss. Auf eine gesonderte Suche wurde daher verzichtet. In der dritten Datenbank, Speechbite, die ohnehin ausschließlich logopädierelevante Literatur indiziert, konnte zudem differenzierter nach der Häufigkeit einzelner Studientypen und nach deren methodischer Qualitätsbewertung gesucht werden.

Beginnen wird die Wiedergabe der Ergebnisse zunächst mit der quantitativen Seite, also mit der Zahl der aufgeführten Studien, Übersichtsarbeiten und Leitlinien. Auf die inhaltlichen Ergebnisse der Reviews wird weiter unten eingegangen.

Quantitative Ergebnisse der Recherche in der Cochrane Library

Aus den im Methodenabschnitt angegebenen Gründen wurde die Suche in der Cochrane Library auf den Suchbegriff „speech and language therapy“ begrenzt. Ferner wurde die Suche auf „Reviews“ eingeschränkt. Am 06.09. wurden 37 Treffer angezeigt. Diese wurden einzeln auf Einschlägigkeit inspiziert. Die Inspektion der Titel ergab, dass sich 18 explizit mit Logopädie befassen. Die Erscheinungsdaten dieser 18 Reviews bestätigen die Veröffentlichungsdynamik, die auch aus den Daten aus PubMed festgestellt wurde. Allein 11 der 18 einschlägigen Reviews stammen aus den Jahren ab 2012.

Quantitative Ergebnisse der Recherche in PubMed

Am 05.09.2017 ergab der Suchbegriff „speech therapy“, wenn ohne weitere Filter verwendet, 21.036 Einträge. Hiervon wurde praktisch ein Viertel (5.249 oder 24,95 Prozent) allein in den letzten fünf Jahren veröffentlicht. Schränkt man die Suche ein auf Reviews, die Bezug nehmen zur Logopädie, so ergeben sich 2.437 Einträge, von denen fast ein Drittel (774 oder 31,76 Prozent) in den letzten fünf Jahren veröffentlicht wurden.

Bei der Einschränkung auf Guidelines mit Bezug zur Logopädie werden 63 Einträge angezeigt, von denen 17 (26,98 Prozent) allein in den letzten fünf Jahren veröffentlicht wurden. Von den 21.036 Einträgen werden 1.699 als Clinical Trials (Klinische Studien) ausgewiesen, von denen 488 (28,7 Prozent) in den letzten fünf Jahren erschienen sind.

Die Recherche mit dem Such-(MeSH-)Begriff „language therapy“ erbringt ohne Filter sogar 27.255 Einträge, von denen 9.602 (35,23 Prozent) in den vergangenen fünf Jahren veröffentlicht wurden. Hiervon waren 11.022 Reviews (davon 4.258 oder 38,63 Prozent aus den letzten fünf Jahren), 212 Leitlinien (hiervon 73 oder 34,4 Prozent aus den letzten fünf Jahren) und 1.349 Clinical Trials (davon 478 oder 35,43 Prozent aus den letzten fünf Jahren).

Die Suche nach Einträgen zu „dysphagia“ AND „speech therapy“ ergab ohne Filter 1.211 Zitationen, davon 383 (31,62 Prozent) aus den letzten fünf Jahren. Von den 1.211 Einträgen waren 243 Reviews (davon 81 oder 33,33 Prozent aus den letzten fünf Jahren), 9 Leitlinien (davon 3 oder 33,3 Prozent aus den letzten fünf Jahren) und 78 Clinical Trials (davon 24 oder 30,76 Prozent aus den letzten fünf Jahren). Die Suche mit den MeSH-Begriffen kann als weitgehend sensitiv betrachtet werden. Eine stichprobenartige Inspektion der angezeigten Zitationen ergab, dass diese sich tatsächlich mit Logopädie befassen.

Quantitative Ergebnisse der Recherche in speechbite

In der Fachdatenbank speechbite (s. o.) werden ausschließlich Zitationen zu Studien indiziert. Die Recherche am 06.09.2017 ergab, dass derzeit

- 437 Reviews
- 45 Leitlinien
- 936 Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs)
- 549 Nichtrandomisierte kontrollierte Studien
- 1.120 Fallserien und
- 1.976 Einzelfallanalysen (single case designs)

als Evidenzfundus zu einer Vielzahl von Krankheitsbildern und Therapiemethoden vorliegen.

Für die RCTs kann darüber hinaus eine Einschätzung der methodischen Qualität durchgeführt werden. Speechbite bewertet RCTs nach der PEDro-Skala⁽⁴⁾ auf ihre interne Validität hin. Pro erfülltem Kriterium erhält eine Studie einen Punkt. Die maximal erhältliche Punktzahl ist zehn. Von den indizierten RCTs erreichen immerhin 477 eine Punktzahl von mindestens fünf Punkten, sodass von einer moderaten methodischen Qualität für gut die Hälfte der Studien ausgegangen werden kann. Immerhin erreichen 133 Studien eine Punktzahl von mindestens sieben. Für diese kann eine gute methodische Qualität angenommen werden.

Zusammenfassung zur vorliegenden Evidenz in quantitativer Hinsicht

Forschung zur Evidenzbasierung logopädischer Interventionen ist etabliert. Logopädie verfügt grundsätzlich über eine – wenn auch ausbaubare – so doch bereits beachtliche Evidenzbasis. Es existieren Studien, Übersichtsarbeiten und Leitlinien zu einer Vielzahl von Indikationen und Krankheitsbildern. Dieser Befund bedeutet, dass – um zu einzelnen Aussagen über die Evidenz zur Wirksamkeit hinsichtlich einzelner Therapiemethoden oder Krankheitsbildern zu kommen – eine differenzierte Literaturrecherche erforderlich ist. Dies kann im Rahmen dieser Arbeit in den folgenden Abschnitten nur exemplarisch und explorativ erfolgen.

Stand der Evidenz – inhaltliche Exploration

Im Folgenden werden Kernaussagen der Cochrane Reviews aufgezeigt.

Cochrane Reviews gelten innerhalb der evidenzbasierten Medizin einschließlich der nichtärztlichen therapeutischen Interventionen als methodischer Goldstandard. Die Reviews gelten als methodisch rigoros und nach hohen Standards durchgeführt. Insgesamt konnten auf Basis des Titels 18 systematische Reviews zu Logopädie in der Cochrane Library identifiziert werden. Die Tabelle im Anhang 3 gibt eine Übersicht über die identifizierten Reviews und ihre Ergebnisse. Im Folgenden werden lediglich die jüngsten Studienergebnisse, zurück bis zum Jahr 2014, umrissen:

Als „eingeschränkt“ bezeichneten Mitchell et al. (2017) die Evidenz, die sie in ihrem Review zu Interventionen zur Behandlung der Dysarthrie in Folge von Schlaganfall oder anderen, im Erwachsenenalter erworbenen, nichtprogredienten Hirnschädigungen fanden. Sie fordern qualitativ hochwertige klinische Studien mit ausreichender Probandenzahl, um vorläufige Ergebnisse zu überprüfen.

Perry et al. (2016) führten den Stand der Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit therapeutischer Übungen zur Verbesserung der Schluckfähigkeit bei fortgeschrittenem Krebs im Kopf-Hals-Bereich zusammen. Sie konnten keine positive Evidenz finden und führen dies primär auf zu kleine Probandenzahlen in den vorliegenden Studien zurück.

In einem Review zu Logopädie für Kinder mit vor dem dritten Lebensjahr erworbenen Dysarthrien konnten Pennington et al. (2016) keine randomisierten kontrollierten Studien identifizieren. Sie fordern große, methodisch rigoros durchgeführte Studien in der Zielpopulation, um die berichteten Effekte von Phase-I und Phase-II Studien zu überprüfen.

Brady et al. (2016) kamen in ihrem Review zu Logopädie zur Behandlung der Aphasie nach Stroke zu dem Ergebnis, dass Evidenz für die Wirksamkeit hinsichtlich verbesserter funktionaler Kommunikation, Lese- und Schreibfähigkeit und Ausdrucksfähigkeit im Vergleich zu keiner Therapie gegeben ist. Sie fanden zudem Hinweise auf eine positive Korrelation zwischen Dosis (Häufigkeit, Dauer Intensität) der Therapie und ihren Effekten.

(4) Quelle: <https://www.pedro.org.au/german/downloads/pedro-scale/>; am 14.04.2018

In einem Review zu nichtsprachlichem oralem motorischem Training für Kinder mit entwicklungsbedingten Lautbildungsstörungen schlussfolgerten Lee et al. (2015), dass gegenwärtig keine starke Evidenz für die Effektivität dieser Interventionsart vorliege.

In einem Review zu auditiv-verbaler Therapie bei Kindern mit irreversiblen Gehörschäden kamen Brennan-Jones et al. (2014) zu dem Ergebnis, dass gut durchgeführte Studien zur Wirksamkeit dieser Therapie fehlen. Eine auf den Ergebnissen von klinischen Studien beruhende Aussage über die Wirksamkeit ist somit noch nicht möglich.

Vogel et al. (2014) konstatierten hinsichtlich der Behandlung von Sprechstörungen bei Menschen mit Friedreich-Ataxie und anderen vererbten Ataxiesyndromen ein völliges Fehlen von logopädischen Studien.

Soviel als Einblick in die Art und Qualität von Cochrane Reviews. Kondensierend ist festzuhalten, dass Cochrane-Reviews, die im Rahmen der Evidenzbasierung einen Goldstandard-Status genießen, somit bei der Logopädie zu einem eher neutralen Ergebnis kommen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass sich Cochrane-Reviews in ihrer Methodik durch eine „gnadenlose“ Rigorosität auszeichnen. Ferner ist zu unterstreichen, dass keiner der Cochrane-Reviews zu dem Schluss kommt, Logopädie sei im jeweils betrachteten Indikationsfeld nicht wirksam. Es sei lediglich die Effektivität noch nicht hinreichend und zweifelsfrei nachgewiesen. Durch einen einzigen methodisch rigoros durchgeführten RCT, der ein positives Ergebnis zu einer bestimmten Indikation erbringt, könnte die Evidenzlage u. U. signifikant verändert werden.

Als eine herausragende deutsche Studie zur Wirksamkeit der logopädischen Therapie bei erworbenen Sprachstörungen nach Schlaganfall gilt die von Breitenstein et al (2017) veröffentlichte Aphasie-Versorgungsstudie FCET2EC, die weltweit erstmals hochrangige Evidenz für die Effektivität einer Intensivtherapie bei chronischer Aphasie zeigt.

Ein umfassender Überblick über die Evidenzlage zur Intensität logopädischer Therapie bei einem breiten Spektrum logopädischer Tätigkeitsbereiche findet sich auch bei Grötzbach (2017).

Zusammenfassung der externen Evidenz für die Logopädie

Der Stand der Evidenz für Logopädie lässt sich wie folgt beschreiben: International ist der Fundus an Evidenz in der Logopädie seit den 1990er Jahren stetig und nahezu stetig schneller gewachsen. Indikationsbezogene Literatur auf verschiedenen Evidenzleveln findet sich nicht nur in PubMed, sondern auch in der Fachdatenbank Speechbite. In der Cochrane Library of Systematic Reviews fanden sich 18 Reviews.

Die systematischen Reviews kommen häufig nicht zu einer eindeutigen Aussage hinsichtlich der Belegbarkeit der Wirksamkeit von Logopädie durch klinische Studien. Dies ist in der Regel methodischen Mängeln und zu kleinen Stichproben geschuldet. Keiner der Reviews kommt zum Ergebnis, die Nichtwirksamkeit sei nachgewiesen. Es wird – insofern keine Belege auszumachen sind – auf die Notwendigkeit weiterer Forschung nach anerkannten methodischen Qualitätsstandards und mit ausreichend großen Stichproben hingewiesen.

Die Frage nach dem Vorliegen von Evidenz für die Logopädie kann somit zwar nicht pauschal, aber auch keinesfalls negativ beantwortet werden. Zusätzlich ist herauszustreichen, dass eine wachsende Anzahl an Studien mit wachsender Evidenz dafür Anlass gibt, dass viele logopädische Leistungen wirksam sind. Präzisere Antworten sind nur indikations- und patientengruppenbezogen, unter Berücksichtigung spezifischer Kontextfaktoren einschließlich der Dosierung und vor dem Hintergrund sich erst entwickelnder Forschungskapazitäten im Bereich klinischer Forschung zur Evidenzbasierung zu sehen. Das betrachtete Feld zeichnet sich durch eine erhebliche Dynamik aus und verdeutlicht, was Logopädie leisten kann.

Um eine langfristige und effektive Evidenzforschung zu etablieren, ist auf der bundesdeutschen gesundheits- und forschungspolitischen Agenda das Bekenntnis zu einer besseren finanziellen Ausstattung der einschlägigen Logopädieforschung unerlässlich.

2.3 Logopädie in den AWMF-Leitlinien

Eine zweite Quelle für eine wissenschaftliche Fundierung sind die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Diese Leitlinien „sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen.“ (AWMF o. J.)⁽⁵⁾

Es erfolgte eine Recherche nach der wissenschaftlichen Grundlage für logopädische Leistungen in diesen Leitlinien. Hierdurch konnte ein Eindruck gewonnen werden, wie die Logopädie in primär ärztlichen Leitlinien in Deutschland verankert ist, und wie sich die Evidenz in den Leitlinien widerspiegelt. Die AWMF erarbeitet Leitlinien auf drei Ebenen: S1, S2 und S3. S1-Leitlinien sind Produkte von Expertengruppen; weder ein formelles Konsensverfahren noch ein expliziter Bezug zur Evidenz ist erforderlich, um als wissenschaftlich-medizinische Fachgruppe eine S1-Leitlinie anzufertigen. S2 Leitlinien werden unterschieden in S2k- und S2e-Leitlinien. Die S2k-Leitlinien zeichnen sich durch einen formellen Konsensprozess aus, während das Label S2e dafür steht, dass eine methodische Recherche nach Evidenz sowie deren Bewertung stattfand. S3-Leitlinien schließlich kombinieren S2e und S2k und weisen daher alle Elemente einer systematischen Entwicklung nach den Grundsätzen der Evidenzbasierten Medizin auf.

Ausgangspunkt der Recherche in den Leitlinien der AWMF war die Liste von AWMF-Leitlinien, die auf der Internetplattform „evidenssst“ des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie, mit Links zur AWMF-Datenbank zur Verfügung gestellt wird. Laut evidenssst sind dies die AWMF-Leitlinien mit Bezug zur Logopädie. Diese Leitlinien wurden in den Volltextversionen mit Hilfe der Suchwortteile „logop“, „sprach“ und „schluck“ auf Bezüge und Empfehlungen (oder Nicht-Empfehlungen) zur Logopädie durchforscht. Ferner wurden diejenigen Leitlinien, die Bezüge zur Logopädie aufweisen, auf Gültigkeit und S-Niveau eingestuft.

Von den 54 gelisteten Leitlinien, bei denen ein Zugang zum Volltext möglich war, enthielten nach den ausgewählten Kriterien tatsächlich 27 keine Bezüge zur Logopädie. Weder „logop“, noch „sprach“ noch „schluck“ (im einschlägigen Kontext) konnten durch elektronisches Durchsuchen der Volltextversionen gefunden werden.

27 Leitlinien enthielten Bezüge zur Logopädie bzw. nennen diese entweder als Teil der Routine-Versorgung oder mit ausdrücklicher Empfehlung. Nur eine einzige kontextgebundene ausdrückliche Nichtempfehlung wurde gefunden, und zwar bezüglich spasmodischer Dysphonie (DGN Leitlinie zu neurogenen Sprech- und Stimmstörungen).

Je neun dieser Leitlinien waren S1, S2 und S3 Leitlinien. Von den neun S1-Leitlinien waren noch vier gültig und fünf in Überarbeitung. Von den S2-Leitlinien waren noch drei gültig und sechs in Überarbeitung. Von den S3-Leitlinien waren noch acht gültig, eine befindet sich in Überarbeitung. Insgesamt sind mit Anfang Oktober 2017 von den 27 einschlägigen Leitlinien 15 (55 %) gültig. Die Aussagen der in sich in Überarbeitung befindenden Leitlinien wurden dennoch mit aufgenommen, sind aber vor dem Hintergrund einer gesteigerten Vorläufigkeit zu sehen. Anhang 4 gibt einen Überblick über die Kernaussagen der einzelnen einschlägigen Leitlinien und deren jeweiligen Status.

(5) Quelle: <http://www.awmf.org/leitlinien.html>; am 14.04.2018

Evidenzniveau und Status von AWMF-Leitlinien mit Bezug zur Logopädie

		Niveau	Anzahl	davon gültig
27 Leitlinien mit Logopädie-Bezug	davon:	S1	9	4
		S2	9	3
		S3	9	8

Im Jahr 2016 hat die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) darüber hinaus eine S3-Leitlinie „Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen“ veröffentlicht (049-013). In der Leitlinie wird auch der Wirksamkeitsnachweis von Stottertherapien behandelt: „Auf dem Feld der Stottertherapien herrscht eine ausgesprochene Vielfalt. Diese begründet sich einerseits aus der Vielzahl historischer Theorien zur Genese der Redeflussstörung. Andererseits fehlt(e) bislang in der therapeutischen Praxis die Notwendigkeit, nachzuweisen, dass tatsächlich als evidenzbasiert nachgewiesene Behandlungsprinzipien angewendet und anderen vorgezogen werden. Dabei gibt es aber lediglich eine umschriebene Anzahl von Therapie-Konstituenten, die sich in systematischen Reviews und Metaanalysen als wirksam erwiesen haben. Das bedeutet nicht, dass andere es nicht wären, nur steht der Nachweis ihrer Wirksamkeit durch qualitativ hochwertige Studien noch aus“ (S. 98). Analoge Feststellungen werden für die Problematik des „Polterns“ gemacht.

Bemerkenswert an dieser Leitlinie ist ihre Differenziertheit in der Betrachtung der Evidenz. Die Leitlinie arbeitet klar und auf Basis der Evidenz heraus, welche Elemente bzw. Erbringungsparameter von Therapie in welchem Kontext und mit welchen Zielen wahrscheinlich wirksam bzw. nicht wirksam sind. Sie vermeidet damit eine pauschale Ja-Nein-Betrachtung und gibt somit Klinikern und Klinikern eine präzise evidenzbasierte Entscheidungshilfe an die Hand.

Zusammenfassung der Stellungnahmen zur Wirksamkeit logopädischer Interventionen in Leitlinien der AWMF

Zunächst ist als problematisch anzumerken, dass viele der AWMF-Leitlinien, die Bezug zur Logopädie nehmen, offiziell – d. h. seitens der AWMF – als nicht mehr gültig anzusehen sind. AWMF-Leitlinien haben eine Gültigkeitsdauer von zunächst 5 Jahren. Dies trifft auf nur 55 Prozent der einschlägigen AWMF-Leitlinien zu. Ferner ist ein großer Teil von ihnen entweder nicht evidenzbasiert oder nicht im Rahmen von formalen Konsensprozessen zu Stande gekommen. Dieses wird sich in den kommenden Jahren Schritt für Schritt verbessern, da angestrebt wird, nur noch S3-Leitlinien zu erstellen.

Trotz dieser Abstriche ist festzuhalten, dass Logopädie in nahezu allen einschlägigen Leitlinien als Teil der Versorgung von Patienten im jeweiligen Indikationsgebiet gesehen wird, und dass zum Teil auf Basis der Evidenz starke Empfehlungen auch für hochdosierte Logopädie ausgesprochen werden.

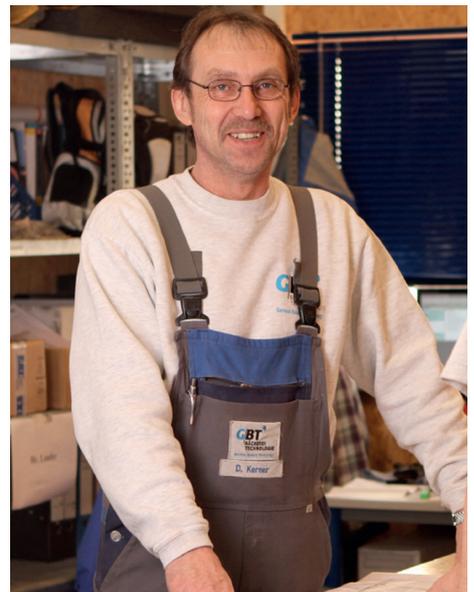
2.4 Logopädie in unterschiedlichen gesundheitlichen Problemsituationen

Vorstehend wurde umrissen, dass für und von Logopädie mit zunehmendem Erfolg an wissenschaftlichen fundierten Wirksamkeitsnachweisen gearbeitet wird. Im Folgenden sollen nun mehrere Menschen vorgestellt werden, die sich in logopädischer Behandlung befanden oder befinden. Mit ihrer Hilfe soll exemplarisch und illustrierend deutlich werden, dass Logopädie wirkt; bemerkenswert dabei ist auch, dass dies im Zusammenspiel mit weiteren therapeutischen Akteurinnen und Akteuren realisiert wird, Logopädinnen sich also als Teamplayerinnen erweisen. Am Ende wird in allen Fällen klar, dass Logopädie nicht nur hilft, mehr Lebensqualität zu schaffen, sondern auch große Potenziale realisieren kann, um einen verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheits- und Sozialausgaben zu fördern. Logopädische Leistungen erwiesen sich auch als Zukunftsinvestitionen, in einem Fall auf dem Wege, hohe Heimunterbringungskosten zu vermeiden, in einem anderen als Türöffner in eine volle sozialversicherungspflichtige Beschäftigung.

Logopädie ermöglicht die Rückkehr in den Beruf⁽⁶⁾

Mit einem Schlag ist alles anders: Etwa 270.000 Menschen erleiden jährlich nach Schätzung der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe in Deutschland einen Schlaganfall. Bei rund 32 Prozent der Menschen, die erstmalig einen solchen erleiden, ist das Sprachzentrum mitgeschädigt, sodass etliche Betroffene von heute auf morgen nicht mehr oder nur mit starken Beeinträchtigungen sprechen können. Die Sprachstörung beeinträchtigt das gesamte Leben, eine Rückkehr in den Beruf erscheint oft unmöglich. Anders bei Herrn Kerner – mit Hilfe von intensiver Logopädie hat er die Rückkehr in den Beruf geschafft.

Herr Kerner konnte nicht mehr lesen, schreiben und rechnen. Seine Ausdrucksfähigkeit war zunächst auf einige Floskeln wie «jaja» reduziert, das Sprachverstehen war gestört. Selbst einfache Anweisungen waren für ihn kaum verständlich. Durch die intensive logopädische Behandlung bereits auf der Stroke Unit und später in einer Rehabilitationseinrichtung konnten die sprachlichen Fähigkeiten Herrn Kerners immer weiter aufgebaut werden. Dabei hatte er ein großes Ziel vor Augen: zurück in den Beruf, zurück an seinen Arbeitsplatz in einer Fabrik für Bäckereimaschinen. Dieses Ziel verfolgte der 55-Jährige mit großer Energie. Nach seiner Entlassung aus der Rehaklinik arbeitete er zunächst stundenweise, dann halbtags und heute wieder Vollzeit in seinem Betrieb. Parallel dazu verordnete der Hausarzt von Beginn an logopädische Therapie in einer Praxis.



Quelle: Arbeitsgemeinschaft Qualitätsbericht Logopädie in Baden-Württemberg (2011)

(6) Die ersten beiden Einzelfallbeispiele basieren auf dem „Qualitätsbericht Logopädie in Baden-Württemberg 2011“ und werden mit dem Einverständnis der Autorinnen gekürzt verwendet.

Eigenständigkeit statt Abhängigkeit: Logopädie hilft zurück in ein selbstbestimmtes Leben

Logopädinnen haben ein breites Betätigungsfeld und arbeiten auch in Akutkliniken mit schwerstbetroffenen Patienten. Das hat auch die heute 72-jährige Frau Vita erfahren, als sie zum Pflegefall wurde. Sie erhielt intensive logopädische Therapie und kann heute wieder dank gelungener Zusammenarbeit von stationärer und ambulanter logopädischer Behandlung alleine ihren Alltag bewältigen. Das wäre vor drei Jahren noch undenkbar gewesen.

„Es begann mit Schmerzen im Knie. Ich fühlte mich nicht mehr wohl und mein Allgemeinzustand verschlechterte sich. Sowohl mein Hausarzt als auch der Orthopäde konnten keine Ursache dafür finden“, erzählt sie. „Letztendlich bin ich dann aus Eigeninitiative ins Krankenhaus gegangen, wo ich einen Tag später ins Koma fiel. Als ich wieder erwachte, war ich beatmet und künstlich ernährt. Diagnose: Polymyositis“.

Aber die energische Frau gab sich nicht auf, kämpfte um jeden kleinen Fortschritt, um jedes Stückchen Selbständigkeit. „Schon auf der Intensivstation besuchten mich Logopäden. Mit deren Hilfe lernte ich, immer länger ohne das Beatmungsgerät auszukommen“. Nach der Akutphase wurde Frau Vita in eine geriatrische Rehaklinik verlegt und dort weiter logopädisch betreut.

„Ich konnte dank der intensiven physiotherapeutischen Behandlung bald schon wieder gehen. Aber beim Atmen und Schlucken bestanden lange große Schwierigkeiten. Meine beiden Stimmbänder waren komplett gelähmt, sodass ich durch einen Luftröhrenschnitt im Hals atmen musste. Selbst meinen Speichel konnte ich nicht (mehr) schlucken und musste daher immer mit einem Spucknapf in der Hand herumlaufen. Deshalb habe ich mich zu dieser Zeit auch kaum unter die Leute getraut“.

Doch die behandelnden Sprachtherapeutinnen machten ihr immer wieder Mut. Schritt für Schritt ging es aufwärts. „Trotz meiner Fortschritte war lange Zeit davon die Rede, dass ich für den Rest meines Lebens in ein Pflegeheim müsse“, erinnert sich Frau Vita und trinkt einen Schluck von ihrem Kaffee. „Ich wollte aber unbedingt nach Hause. Mit Hilfe der Sozialstation und der Gewissheit, dass ich zu Hause weiterbehandelt werden kann, habe ich mir das auch zugetraut“, fährt Frau Vita fort. In enger Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt und unter regelmäßigen schluckendoskopischen Kontrollen konnte dann im Verlauf der ambulanten Behandlung allmählich mit dem oralen Kostaufbau begonnen werden. „Zunächst hatte ich gelernt, meinen Speichel wieder abzuschlucken, dann durfte ich Trockenobst in kleinen Säckchen kauen, um meine Muskeln zu stärken und den Geruchs- und Geschmacksinn wieder anzuregen.“ Allmählich kam dann pürierte Nahrung hinzu, dann weiche Kost und schließlich wieder Nudeln, Kartoffeln, Gemüse und Fleisch.

Lange Zeit bereitete es Frau Vita noch Schwierigkeiten, Flüssigkeiten zu schlucken. Aber auch diese Einschränkung gehört inzwischen der Vergangenheit an. „Ich kann wieder sprechen und mich mit meiner Tochter und anderen Leuten unterhalten. Ich kann wieder atmen, essen, trinken. Mein großes Hobby, das Singen im Kirchenchor, konnte ich auch wieder aufnehmen“, erzählt Frau Vita weiter. „Dank der Logopädie habe ich in mein normales Leben zurückgefunden“. Der Kaffee ist leergetrunken, der Kuchen aufgegessen. Frau Vitas Leben geht weiter. Selbstbestimmt und mit viel Freude an den kleinen Dingen des Lebens.



Quelle: Arbeitsgemeinschaft Qualitätsbericht Logopädie in Baden-Württemberg (2011)

Berufliche Entwicklung statt sozialer Isolation: Logopädie ermöglicht jungen stotternden Menschen den Eintritt ins Berufsleben⁽⁷⁾

Frau Mantler ist im Alter von fünf Jahren aus Kasachstan nach Deutschland gekommen. Sie habe schon in ihrer Muttersprache Russisch gestottert und sei als Kind in der Grundschule sehr schüchtern, nervös, hibbelig und aufgeregt gewesen und sei gehänselt worden. „Es war schlimm!“ Sie meint auch, weil sie gestottert und deshalb wenig geredet habe, habe sie „nur“ die Empfehlung für die Hauptschule bekommen. Auch dort sei es für sie nicht einfach gewesen, sie habe das Stottern immer versteckt. „Ich habe mich nicht getraut, mich zu outen“, gerade auch einige Jungs hätten sie immer mit ihrem Stottern aufgezo- gen. Nach der Schule will sie zunächst eine kaufmännische Ausbildung im Einzelhandel ergreifen. Nach vielen erfolglosen Bewerbungen erhält sie schließlich eine Chance in einer Metzgerei. Ende 2012 im 2. Lehrjahr zur Fleischereifachverkäuferin meldet sie sich zur Therapie an, da ihr Chef ihr nahe legt, eine logopädische Behandlung aufzunehmen. Zwischenprüfungen im Februar 2013 stehen bevor, vor allem die mündliche Prüfung bereitet ihr Sorgen. Zu der Zeit lebt Frau Mantler gemeinsam mit jüngeren Geschwistern bei ihren Eltern.



Quelle: Privat

Die Therapie wird alltagsnah, lebenswelt- und patientenorientiert gestaltet: Viele Übungen zur Wahrnehmung und Veränderung des hoch automatisierten, auffälligen Sprechverhaltens werden durchgeführt, zunächst in alltagsbezogenen Rollenspielen, dann auch außerhalb des Therapieraumes, gemeinsam mit der Therapeutin und alleine (z. B. im nahegelegenen Einkaufszentrum Menschen nach dem Weg oder nach der Uhrzeit fragen, Informationen in Geschäften und bei Dienstleistern einholen, Gespräche mit Kunden, später dann auch Bewerbungsgespräche), sowohl persönlich als auch telefonisch. Immer wieder fällt Frau Mantler das aktive „Auf-Menschen-Zugehen“ schwer, es ist für sie sehr aufregend, anstrengend und angstbesetzt.

Frau Mantler erfährt hierbei, sowie durch eine sorgfältige Vor- und Nachbereitung dieser In-Vivo-Übungen, dass ein offener Umgang mit ihren Sprechunflüssigkeiten die Kommunikation erleichtert. Ebenso kann sie viele positive, unterstützende Reaktionen bei den Gesprächspartnerinnen und -partnern erleben, und stellt fest, dass sie, wenn sie ihr ausgeprägtes Vermeideverhalten, etwa in Form von Satzabbrüchen und -umstellungen, reduziert, viel schneller und erfolgreicher zum kommunikativen Ziel kommt.

Erste Fortschritte stellen sich schnell ein: In der 13. Therapiestunde berichtet sie, dass die Zwischenprüfungen – auch die mündliche – ganz gut gelaufen seien, die Noten sind alle „gut“ und nur einmal „befriedigend“. Bei einer Wiedersehensfeier mit ihren ehemaligen Mitschülerinnen und Mitschülern aus der Hauptschule wird sie genau von den jungen Männern, die sie während der Schulzeit gehänselt haben, angesprochen: „Was ist los mit dir, du redest auf einmal so flüssig?“ Sie antwortet: „Da seht ihr mal, was die Logopädie gebracht hat!“ Und im Weiteren reden sie gemeinsam ein Weilchen über ihr Stottern und wie es ihr damit ging und geht.

Aber es gibt auch immer wieder mal Rückschläge: Das Verändern der Einstellungen und Gefühle und des hoch automatisierten Sprechverhaltens ist ein langer Prozess und bedarf vieler stetiger Gespräche und Übungen. Mit der Zeit wird Frau Mantler immer selbstbewusster und sie beginnt Freude am Small Talk mit den Kunden zu entwickeln, wofür sie von einigen Kunden die Rückmeldung bekommt: Sie sind immer so nett und haben ein offenes Ohr! Sie besteht die Abschlussprüfung im Sommer 2014 mit einer guten Zwei und ist damit, gemeinsam mit einer anderen Auszubildenden, Jahrgangsbeste. Zu der Zeit hat sie bereits einen befristeten Arbeitsvertrag in einem Supermarkt „in der Tasche“. Im Bewerbungsgespräch hatte sie das Stottern, wie mit der Therapeutin geübt, offen angesprochen. In ihrem neuen Arbeitsumfeld erfährt sie wieder viel Verständnis seitens ihrer Kolleginnen und Kollegen sowie ihrer Vorgesetzten, welche sie ebenfalls immer wieder auf ihr Kommunikationsverhalten ansprechen. Sie wird weiter logopädisch begleitet und nach zwei Jahren ist es soweit: Die Befristung des Arbeitsvertrages wird aufgehoben, sie ist nun fest angestellt und bedient ihre Kundinnen und Kunden zuverlässig und freundlich. Auch unter den Kolleginnen und Kollegen wird sie eine anerkannte Kraft. Heute lebt sie alleine in einer kleinen Wohnung und schaut guten Mutes in die Zukunft. Gerade erst wurde ihr zum ersten Mal die Rolle der Abteilungsleiterin der Wursttheke für einige Wochen als Urlaubsvertretung übertragen, was ihr gut gefallen hat. In dieser Rolle weist Frau Mantler einen neuen Auszubildenden ein, der sich bei ihr für die gute Betreuung bedankt. Auch die Marktleiterin gibt ihr im Anschluss ein sehr positives Feedback. „Ich wachse mit meinen Aufgaben und überlege nun, wie ich beruflich weiter vorankommen kann“, sagt Frau Mantler.

„Früher war ich so etwas wie ein grauer Schwan, heute stehe ich mit geradem Rücken da: Ich bleibe zwar immer noch manchmal hängen, sage aber alles, was ich will. Heute stehe ich zu meinem Stottern und gehe – wenn es nötig ist – offen damit um, indem ich es zum Thema mache. Ohne die logopädische Therapie wäre ich nicht da, wo ich jetzt bin!“

(7) Der Name der behandelnden Logopädin, die den Bericht verfasst hat, ist den Autorinnen und Autoren bekannt. Sie möchte anonym bleiben.

Logopädie hilft beim Leben mit einer schweren Krankheit⁽⁸⁾

Frau Wolf leidet unter ALS, der amyotrophen Lateralsklerose, einer degenerativen, unheilbaren Erkrankung des motorischen Nervensystems. Die Betroffenen werden im Laufe der Erkrankung komplett gelähmt. Dank der medizinischen Möglichkeiten, unter anderem durch die Versorgung mit einer Magensonde zur künstlichen Ernährung und durch Beatmung, können Betroffene heute lange überleben. Es kommt zu Störungen und zum Verlust der Artikulation, der Stimmgebung, der Atmung und des Schluckens. Diese Menschen sind am Ende bei vollständig erhaltenen kognitiven Fähigkeiten gefangen in ihrem bewegungsunfähigen Körper.

Aufgabe der logopädischen Therapie ist es, die Abbau-Prozesse möglichst lange zu bremsen, vorhandene Fähigkeiten zu optimieren und rechtzeitig Kompensationsmöglichkeiten zu entwickeln. Die Behandlung von Menschen mit degenerativen Erkrankungen, wie etwa auch Morbus Parkinson oder Multiple Sklerose, ist auch für die Therapeutin eine ganz besondere Herausforderung. Sie begleitet den erkrankten Menschen, der allmählich mehr und mehr an Autonomie, Lebensqualität und Kommunikationsmöglichkeiten verliert.

Dabei muss die Therapeutin auch immer die nächstmögliche Verschlechterung im Auge haben und rechtzeitig zu Maßnahmen raten, die im nächsten Krankheitsstadium nötig werden, obwohl für den Patienten in dieser Hinsicht noch gar kein Leidensdruck besteht. Dies zu vermitteln und für den Patienten die Erkenntnis, dass eine Fähigkeit nicht mehr abrufbar sein wird bzw. nicht mehr abrufbar ist, ist immer wieder ein bitterer Schritt für alle Beteiligten.

Frau Wolf wird seit fast 20 Jahren logopädisch behandelt. Ihr Krankheitsverlauf ist ungewöhnlich langsam fortschreitend. Anfangs stand im Rahmen der Therapie die Verbesserung der verwaschenen Aussprache im Vordergrund, ihre Stimme war noch ausreichend laut und kräftig. Frau Wolf konnte noch alleine essen und trinken, verschluckte sich nur selten. Da die Kraft der Arme und Hände schon nachgelassen hatte, benutzte sie zum Trinken einen Strohhalm. So musste sie die Tasse bzw. den Becher nicht hoch zum Mund führen.

Bei genauer Diagnostik zeigte sich aber, dass neben der Aussprache auch schon die Atmung, die Stimmfunktion, die Beweglichkeit von Zunge, Wangen und Lippen nicht mehr ausreichend normal gegeben war. Deshalb musste auch an diesen Bereichen gearbeitet werden, um die noch vorhandenen Fähigkeiten möglichst lange zu erhalten.

Frau Wolf konnte anfangs noch fast alle Übungen in der Therapie und den Zeiten dazwischen autonom durchführen: Das waren zum Beispiel Übungen zur Atemvertiefung, Sprechübungen, leichte Kräftigungsübungen für die Muskulatur im Mundbereich und für das physiologische Schlucken sowie Stimmübungen. Im Verlauf der Behandlung nahm diese Möglichkeit immer mehr ab. Immer stärker mussten Übungen eingesetzt werden, die passiv Funktionen und Muskelaktivität anregen.

Heute kann Frau Wolf nicht mehr sprechen und nur noch zeitweise selber atmen. Sie kommuniziert mit einem elektronischen Kommunikationsgerät mit Hilfe einer Kopfsteuerung. Trotz überwiegender Beatmung kann Frau Wolf noch essen, mit geblockter Kanüle – dies tut sie mit großem Genuss. Therapieziele zurzeit sind der Erhalt der noch vorhandenen Fähigkeiten: die Beweglichkeit der mimischen und der oralen Muskulatur im Hinblick auf das Schlucken und die Speicherkontrolle, der Erhalt von Phasen eigenständiger Atmung, die Anpassung und Optimierung der technisch unterstützten Kommunikation mit diversen Steuerungsmöglichkeiten (Augensteuerung, Blicktafeln etc.). Im Verlauf der Behandlung von Frau Wolf kamen viele logopädische Therapiemöglichkeiten zum Einsatz: von der Artikulations- über die Dysphagie- und Atemtherapie mit Trachealkanülenmanagement, von aktiven Übungen bis hin zu passiven Maßnahmen wie manueller Therapie und Installierung von digitalen Geräten für die Unterstützte Kommunikation⁽⁹⁾. Die Schwere dieser Erkrankung erfordert zudem die Vernetzung und Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufsfelder (Pflege und Medizin). Außerdem ist Beratungsarbeit und viel psychologisches Fingerspitzengefühl nötig in der Begleitung dieses Krankheitsverlaufes.

Zum Schluss dieser Fallbeschreibung noch ein Kommentar der Patientin: „Ich bin sehr froh über meine sehr engagierte Logopädin, Gabriela Keller, seit 20 Jahren. Durch die Logopädie konnte die Sprache, das Schlucken und Kauen erheblich stabilisiert werden, bis heute, wofür ich sehr dankbar bin!“



Quelle: Privat

(8) Die Fallbeschreibung stammt von Gabriela Keller, Logopädin.

(9) Zur Unterstützten Kommunikation siehe auch Kapitel 3.

Logopädie hilft, die Berufsfähigkeit zu erhalten⁽¹⁰⁾

Birgit Wöllert, 1950 geboren, arbeitete immer in Berufen, bei dem ihre Kommunikationsfähigkeit und eine belastbare Stimme wichtig waren. Sie war zunächst als Lehrerin und Direktorin tätig, dann als Politikerin für „DIE LINKE“: Ab 2004 war sie Landtagsabgeordnete in Brandenburg, später wurde sie in den Bundestag gewählt.

Hier wurde die Ausübung ihrer Tätigkeit durch eine Stimmstörung bedroht: Sie litt unter andauernder Heiserkeit bis hin zum Stimmversagen sowie Atemnot bei Belastung. Die vermutete Ursache konnte auch durch eine Operation nicht behoben werden, daher erhielt Frau Wöllert über einige Monate hinweg logopädische Therapie. Hier wurde sie im Umgang mit der organisch bedingten Stimm- und Atemstörung kompetent begleitet und angeleitet: Sie lernte, ihre Stimme unter den gegebenen Möglichkeiten effektiv zu nutzen.

Mithilfe der Logopädie konnte Frau Wöllert ihr Amt im Bundestag bis zum Ende der Legislaturperiode 2017 ausüben: Ihre Stimme hielt den Belastungen stand. Danach trat sie aus persönlichen Gründen nicht mehr an.



Quelle: DIE LINKE

(10) Der Name der Logopädin, die diese Beschreibung verfasst hat, ist den Autorinnen und Autoren bekannt. Sie möchte anonym bleiben

3. Logopädie nutzt die Chancen der Digitalisierung

Der Gesundheitssektor generell und vor allem viele nichtärztliche Therapie- und Heilberufe gelten oft als reserviert gegenüber der Nutzung neuer digitaler Techniken. Wenngleich ohnehin hinterfragt werden kann, ob diese Wahrnehmung eine zutreffende Beschreibung der Gegebenheiten ist (siehe Bräutigam et al. 2017), so scheint sie jedoch nicht auf die Logopädie zuzutreffen. Die Akteure dieser Gesundheitsbranche, das werden die nachstehenden Ausführungen zeigen, sehen viele Anknüpfungspunkte für die digital gestützte Verbesserung ihrer Dienstleistungsangebote und nutzen diese offensiv und zunehmend häufiger. Logopädie leistet hervorragende Beiträge, um an der Entwicklung von HighTech für mehr Lebensqualität, Gesundheit und Teilhabe mitzuwirken.

Trotz der aktuellen (Medien-)Begeisterung über die Digitalisierung sollte nicht vergessen werden, dass sie keine ganz neue Erfindung ist. Für die Logopädie in Deutschland lässt sich die Entwicklung erster Therapiesoftware auf das Jahr 1993 datieren (Stachowiak, F. J. 1993). Auf der 26. Jahrestagung des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. im Jahr 1997 gab es einen Themenblock mit dem Titel „(Computer-)unterstützte Therapie“. Aktuell führt die Technische Universität Dortmund eine Umfrage zum Thema „Digitale Technologien in der Sprachtherapie“ durch. ⁽¹⁾

3.1. Digitalisierung – Definition, Ziele und Ergebnisse

Unter dem Begriff „Digitalisierung im Gesundheitswesen“ werden die Bereiche e-Health (Sammelbegriff für den Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen, die der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung, Überwachung und Verwaltung dienen)⁽²⁾, m-Health (mobile e-Health-Lösungen) und Telemedizin (ermöglicht den Austausch von Patientinnen und Patienten mit Ärztinnen und Ärzten oder Therapeutinnen und Therapeuten über den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien) verstanden.⁽³⁾ Laut Bundesgesundheitsministerium können moderne Technologien helfen, Herausforderungen der westlichen Welt zu bewältigen. Dazu zählen u. a. die medizinische Versorgung der immer älter werdenden Bevölkerung, die Finanzierung medizinischer Innovationen und die medizinische Versorgung strukturschwacher ländlicher Gebiete. Zudem soll eine bessere Versorgung der Patienten im häuslichen Umfeld erfolgen. Durch das sogenannte e-Health-Gesetz (Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen), welches am 29.12.2015 in Kraft trat, sollen die Chancen für die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung verbessert werden. Durch dieses Gesetz wird neben der schrittweisen Ablösung von bisher noch papiergebundenen Prozessen durch IT-Lösungen (Telematik) u.a. auch die Einführung telemedizinischer Leistungen gefördert (z.B. Online-Video-Sprechstunde).

Durch die Anbindung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe an die Telematikinfrastruktur können in den (logopädischen) Praxen prospektiv Verwaltungs-, Dokumentations- und Abrechnungsprozesse sowie der Austausch mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten effektiver gestaltet werden.

Näher beleuchtet wird hier weniger die Digitalisierung von Praxisorganisation, sondern der Nutzen der Digitalisierung für die Gestaltung und Erweiterung der logopädischen Arbeit mit Patientinnen und Patienten.

(1) Quelle: <https://up.logos-fachzeitschrift.de/notizblog-detail/umfrage-digitale-technologien-in-der-sprachtherapie.html>; am 15.04.2018

(2) Quelle: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/electronic-health-54124>; am 15.04.2018

(3) Quelle: Gigerenzer et al. (2016), S. 1

3.2 Unterstützung und Ergänzung von logopädischer Therapie durch Digitalisierung

Der Artikel „Zukunftstrends in der Sprachtherapie“ von Jakob (2015) bezieht sich auf die Rehabilitation im Bereich der Neurologie und fragt nach den Anforderungen, die in der Zukunft an die Therapeutinnen gestellt werden, und welche Mittel ihnen dabei zur Verfügung stehen werden müssen, um diesen gerecht zu werden. Seit 2001 gibt es die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), welche beschreibt, dass im Genesungsprozess einer Patientin oder eines Patienten nicht nur die körperlichen Faktoren, sondern auch die Umwelteinflüsse und die persönlichen Faktoren eine entscheidende Rolle spielen. Beispielsweise müssen Sprachstörungen von daher nicht nur auf der linguistischen, sondern auch auf pragmatisch-kommunikativer Ebene erfasst werden. Ziele werden nicht alleine von Therapeutinnen und Therapeuten, sondern in Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen formuliert. Es müssen Therapieansätze herangezogen werden, die eine alltagsorientierte Sprachtherapie und eine Individualisierung ermöglichen. Ein eigenständiges Üben im häuslichen Setting alleine oder mit Angehörigen wird, insbesondere in kommenden Generationen, zunehmend möglich sein, sofern die technischen Voraussetzungen gegeben sind. Patientinnen und Patienten müssen motorisch und kognitiv dazu in der Lage sein und die notwendige Hardware besitzen. Erst dann können entsprechende Computerprogramme auch als attraktive und motivierende Trainingseinheiten im häuslichen Bereich flankierend eingesetzt werden. Die Finanzierung bleibt dabei bisher fast immer den Patientinnen und Patienten überlassen. Im Folgenden werden einige teletherapeutische Ansätze in der Logopädie in Deutschland exemplarisch dargestellt

3.2.1 Teletherapie mit Menschen mit Morbus Parkinson

Die Klinik für Neurologie im Bezirkskrankenhaus Bayreuth, das Zentrum für Tele-Neurologie des Uniklinikums Erlangen sowie der Lehrstuhl für Informatik 5 an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg haben von 2011 bis 2014 eine Studie bezüglich teletherapeutischer Nachsorge im Anschluss an einen stationären Aufenthalt durchgeführt.

Innerhalb der vorgestellten Studie wurden Patientinnen und Patienten mit rigid-hypokinetischen Dysarthrien, wie sie im Rahmen des Morbus Parkinson mit einer Häufigkeit von über 90 Prozent der Erkrankten auftreten, für den Zeitraum von jeweils vier Wochen über eine telemedizinische Verschaltung im häuslichen Kontext mit Sprachtherapie versorgt. Der zeit-synchrone Transfer der therapeutischen Leistung in das SmartHome des Betroffenen über eine Internet-basierte Teletherapie ermöglichte einen interaktiven audiovisuellen Online-Dialog. Die Teletherapie wurde als poststationärer Baustein einer sektorenübergreifenden Versorgungskette (supply chain) sprachbehinderter Menschen gesehen.

Es werden folgende Projektergebnisse genannt: „Die Evaluation der Therapieeffizienz und des Therapieverlaufs im Prä-Post-Vergleich erfolgte anhand standardisierter Evaluierungsverfahren und unter Anwendung des Spracherkennungsprogramms PEAKS. In die Interim-Analyse konnten bislang acht Probanden mit 128 Therapieeinheiten von je 60 Minuten einbezogen werden. Die Ergebnisse weisen auf eine therapeutische Effizienz der Behandlung von Parkinson-Patienten im häuslichen Bereich mit Telesprachtherapie hin. So konnten im prospektiven intraindividuellen Längsschnitt Verbesserungen einzelner Parameter der Dysarthrie aufgezeigt werden. Die Patienten gaben eine Verbesserung der Teilhabemöglichkeit am Alltagsleben an und skalieren die hierdurch gewonnene Lebensqualität als positiv.“⁽⁴⁾ Die Ergebnisse seien nach Ansicht der Autorinnen und Autoren ermutigend.

(4) Quelle: http://www.telemedallianz.de/at_p_telehealth.htm; am 15.04.2018

3.2.2 Teletherapiekonzepte der Hochschule für Gesundheit in Bochum

An der im Jahre 2009 gegründeten Bochumer Hochschule für Gesundheit wurde ein Forschungsschwerpunkt mit dem Titel „Gesundheit und Technologie“ eingerichtet, in dem auch neue Technologien für die Logopädie entwickelt und erprobt werden (Bilda 2017, S. 6). Die folgende Tabelle (ebd., S. 8) führt die Forschungsprojekte des Studienbereichs Logopädie auf, die über Drittmittelgeber finanziert werden:

Titel/Geldgeber	Ziel
Teletherapie bei Aphasie: Eine Studie zu einem internet- und videobasierten Skript-Training (DiaTrain) Laufzeit: 04/2012-03/2015 Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)	Untersuchung der Akzeptanz und Wirksamkeit eines iPad-gestützten Skript-Trainings. Zielgruppe sind Menschen mit einer chronischen Aphasie, die eine schwere bis mittelschwere Wortfindungsstörungen aufweisen.
Individualisierte Spracherkennung in der Rehabilitation für Menschen mit Beeinträchtigung in der Sprechverständlichkeit (ISI-Speech) Laufzeit: 10/2015-09/2018 Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (BMBF)	Entwicklung eines digitalen Sprachtrainingssystems, mit dem die Sprechfähigkeit selbstständig trainiert werden kann. Eine integrierte Spracherkennung ist in der Lage, individuelles direktes Feedback zu geben. Zielgruppe sind Menschen mit neurogener Dysarthrie und geminderter Sprechverständlichkeit, insbesondere bei Morbus Parkinson.
Teletherapie bei Hörstörungen mittels adaptiver Hörtrainingsmodule (Train2Hear) Laufzeit: 03/2017-02/2020 Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)	Entwicklung und Erprobung eines adaptiven teletherapeutischen Hörtrainings für Menschen mit einer beginnenden Schwerhörigkeit und einseitig versorgte Cochlea-Implantat(CI)-Träger.
Audiovisuelles individualisiertes Assistenzsystem als Therapieunterstützung bei kindlichen phonetisch phonologischen Artikulationsstörungen (AVATAR) Laufzeit: 08/2017- 07/2020 Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)	Entwicklung und Erprobung eines digitalen Assistenzsystems („Logopädie-Assistent“) zur Unterstützung der Therapie bei kindlichen Artikulationsstörungen. Das System ermöglicht motivierende, als Spiel gestaltete Computer-basierte Therapieübungen im häuslichen Umfeld mittels eines mobilen Endgeräts (z.B. App auf Tablet/PC).

3.2.2.1 Beispiel DiaTrain

Das Trainingsprogramm DiaTrain⁽⁵⁾ ist eine App, die für Menschen mit einer Sprach- und Kommunikationsstörung entwickelt wurde. Es werden repetitive und strukturierte Übungen angeboten, welche eigenständig und hochfrequent durchgeführt werden können. Die Übungen können von Logopädinnen supervidiert und evaluiert werden. Die Studie, die zu diesem Programm unter der Leitung von Prof. Dr. Kerstin Bilda durchgeführt wurde, hatte das Ziel, DiaTrain hinsichtlich seiner Wirksamkeit und Akzeptanz zu evaluieren. Es nahmen 13 Probandinnen und Probanden mit gleicher Diagnose teil, welche eigenständig täglich zwei Stunden an fünf Tagen in der Woche übten. Zusätzlich erhielten sie einmal in der Woche eine 60-minütige Therapie mittels einer Videokonferenz. Es zeigte sich, dass die geübten dialogrelevanten Wörter und Sätze die alltägliche Kommunikationsfähigkeit verbessern konnten. Die App wurde zudem mit einer hohen Akzeptanz bewertet und steigerte die Sprechfreude der Patientinnen und Patienten sowie das Selbstvertrauen in der täglichen Kommunikation. Mittels dieser Ergebnisse wurde DiaTrain zu einer App weiterentwickelt, welche leicht zu bedienen ist und über eine Aufnahmefunktion verfügt.

(5) Quellen: www.diatrain.eu/de/; am 15.04.2018 und Meyer/Bilda (2017)

3.2.2.2 Beispiel ISI-Speech

Eine weitere App, welche sich zurzeit in der Entwicklung befindet, ist das Trainingssystem ISI-Speech (Frieg et al., 2016). Dieses soll Patientinnen und Patienten mit neurogen bedingter Beeinträchtigung der Sprechverständlichkeit ermöglichen, im häuslichen Setting eigenständig zu üben und über eine automatisierte Spracherkennung Feedback über ihre Leistungen zu erhalten. Es soll die Kommunikation der Patientinnen und Patienten stabilisiert und das Risiko einer sozialen Exklusion verringert werden. Das Programm wird plattformunabhängig sein und berücksichtigt die ICF-Komponenten Aktivität und Partizipation. Des Weiteren beinhaltet es klassische Formate der Artikulationstherapie, aber auch neue Aufgabentypen. Ebenfalls berücksichtigt wird der Bereich der Prosodie. Erkenntnisse aus der Motivationspsychologie sollen letztlich dazu beitragen, dass die Patientinnen und Patienten motiviert an das eigenständige und hochfrequente Üben herangehen.

3.2.3 Teletherapie der EKN München: neolexon-Therapiesystem

Die Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie (EKN) an der Ludwig-Maximilian-Universität München hat das neolexon-Therapiesystem entwickelt (Späth et al. 2017). Zum Therapiesystem gehört eine Datenbank, die aktuell mehr als 5.700 Wörter enthält. In der Datenbank sind darüber hinaus Informationen über die Wörter wie Silbenanzahl, Silbenkomplexität, Frequenz des Gebrauchs gespeichert, die für die logopädische Therapie von Bedeutung sind.

„Auf diese Datenbank kann der Therapeut über www.neolexon.de zugreifen und für jeden seiner Patienten individuelle Wörtersets nach phonetischphonologischen und semantischen Kriterien erstellen. Alle Patientenprofile und Wörtersets stehen dem Therapeuten in der neolexon-Therapeuten-App zur Nutzung in der Therapiesitzung zur Verfügung. Weiterhin können die individuellen Wörtersets an die neolexon Aphasie-App übertragen werden, mit der die Patienten zu Hause unbegrenzt weiterüben können“ (ebd., S. 20). neolexon hat in diesem Jahr den Bayerischen Innovationspreis Gesundheitstelematik (BIG) erhalten. Das System erreichte Platz 3.

3.3 Digital unterstützte Befunderhebung

Nicht nur im Therapieprozess kann digitale Technik Logopädinnen bei ihrer Arbeit unterstützen; auch bei der Befunderhebung kommt inzwischen digitale Technik zum Einsatz: so z.B. bei der Feststellung von Glottisschlussinsuffizienzen (gestörter Schluss der Stimmlippen). Diese sind wichtig in der Diagnostik von Dysphonien und konnten bisher nur mit bildgebenden Verfahren durch Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden. Inzwischen reicht ein PC mit Mikrofon, um solche Insuffizienzen feststellen und damit therapieren zu können.

„Akustische Messungen zeigten einen Zusammenhang der Hüllkurve im Oszillogramm und dem Glottisschluss. Dies wurde mittels einer quasiexperimentellen Vergleichsstudie untersucht. Probanden mit komplettem und inkomplettem Glottisschluss wurden aufgefordert, den Vokal /a/ lange zu halten. Dies wurde mit dem Schallanalyseprogramm PRAAT ausgewertet. Der Verlauf der untersuchten Oszillogramme unterschied sich in den Stichprobengruppen signifikant. Die objektive Methode ermöglicht einen klinischen Einsatz in der Diagnostik und Therapie von Dysphonien. Das Verfahren zeichnet sich als praktikabel, kostengünstig und wenig zeitintensiv aus.“ (Tuschen et al. 2017, S. 26).

Durch diese Technik könnte die Therapeutin die bisher nur durch einen Arzt mögliche Diagnostik im Therapieverlauf ergänzen und erweitern. Zudem wird PRAAT bereits erfolgreich von Praktikerinnen im Bereich zur Diagnose und Verlaufskontrolle von prosodischen Störungen sowie Stottern und Poltern eingesetzt.

Das kommerzielle Programm „German LSVT Companion System“ bietet „Integrierte Schalldruck- (SPL) und Tonhöhenmessung (Hz) für die Befundung“ durch die Therapeutin an.⁽⁶⁾ Seine „Companion Home Version“ unterstützt das eigenständige Üben der Patientinnen und Patienten zu Hause. Die Übungen werden individuell für die Patientin oder den Patienten von der Therapeutin mit Hilfe seiner LSVT Companion, Clinician Edition, angepasst.

Auch bei der Auswertung von Tests wie beispielsweise dem Aachener Aphasietest (AAT) von Huber et al. (1983), dem Wortschatz- und Wortfindungstext für 6- bis 10-Jährige (WWT 6-10) von Glück (2011) oder der Patholinguistischen Diagnostik (PDSS) von Kauschke/Siegmüller (2009) sind digitale Techniken bereits breit in den logopädischen Praxen etabliert.

3.4 Unterstützte Kommunikation

Vor der Digitalisierung mussten Menschen mit fehlender oder eingeschränkter Lautsprache auf Mimik und Gestik, Gebärdensprache oder Kommunikationsbücher/-karten zurückgreifen. Lagen zusätzlich noch motorische und/oder kognitive Beeinträchtigungen vor, war die Teilhabe an der Gesellschaft extrem herabgesetzt. Seit geraumer Zeit kommen nun auch digitale Hilfsmittel zum Einsatz.

„Unterstützte Kommunikation (abgekürzt UK) ist die deutsche Bezeichnung für das internationale Fachgebiet Augmentative and Alternative Communication (AAC). Wörtlich übersetzt bedeutet der englische Fachausdruck „ergänzende und ersetzende Kommunikation [...] Unterstützte Kommunikation ist somit der Oberbegriff für alle pädagogischen oder therapeutischen Maßnahmen zur Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten von Menschen, die nicht oder kaum über Lautsprache verfügen.“⁽⁷⁾

An der Versorgung von sprachbehinderten Menschen mit digitaltechnischen Geräten sind interdisziplinäre Teams beteiligt. In diesen Teams spielen Logopädinnen eine wichtige Rolle, insbesondere im Alltagstraining und bei der Einübung der Nutzung dieser Geräte. Aber auch an der Entwicklung dieser Systeme – etwa bei der Gestaltung der Benutzeroberfläche – sind sie beteiligt.

Einer der bekanntesten Nutzer Unterstützter Kommunikation war der britische Astrophysiker Stephen Hawking († 14.3.2018), der im Jahr 1963 an Amyotropher Lateralsklerose (ALS) erkrankte.⁽⁸⁾ Seit 1968 saß er im Rollstuhl; nach einem Luftröhrenschnitt im Jahre 1985 konnte er nicht mehr sprechen. Seitdem kommunizierte er mittels eines Sprachcomputers, der im Laufe der Zeit immer weiter entwickelt wurde.

Im Bereich der logopädischen Arbeit mit Kindern gibt es entsprechende, an das Alter und die Fähigkeiten angepasste Programme.

3.5 Digitale Therapeutin? Nicht in Sicht!

In vielen Bereichen, z.B. auch im Bereich der Kindertherapie, ist die zwischenmenschliche Interaktion, das sofortige Feedback in Form der Modulation und der Kontrastierung, wesentlicher Aspekt der logopädischen Arbeit. Die digitalen Programme, die für diese Arbeit bisher auf dem Markt sind, sind derzeit nicht fähig, die menschliche Kommunikation in Form von Gestik, Mimik und variationsreicher Sprache zu imitieren. Auch deshalb sind digitale Medien nicht geeignet, die Kernaspekte sprachtherapeutischer Arbeit zu übernehmen.

Logopädinnen erkennen die individuellen Nuancen einer Störung, identifizieren frühzeitig Fehlentwicklungen, wissen um Stärken und Schwächen der zu Versorgenden und haben Einblick in ihr häusliches und soziales Umfeld. Sie berücksichtigen individuelle und umweltbezogene Kontextfaktoren und aktivieren unterstützende Menschen und Dienste. Sie helfen,

(6) Quelle: www.lsvtglobal.com/products/german-lsvt-companion-system-clinician-edition; am 15.04.2018

(7) Quelle: de.wikipedia.org/wiki/Unterst%C3%Bctzte_Kommunikation; am 15.04.2018

(8) Quelle: www.focus.de/wissen/weltraum/stephen-hawking-zehn-fakten-ueber-die-physik-legende_id_4711617.html; am 15.04.2018

Coping-Strategien zu entwickeln und Barrieren abzubauen, damit die Betroffenen ihr individuelles Therapieziel erreichen können. Insbesondere bei Menschen mit progredienten Krankheitsverläufen ist eines der Therapieziele die Verzögerung der zunehmenden Einschränkungen, nicht die Heilung – und das bedarf einer sensiblen Begleitung.

Prof. Walter Huber äußert sich in einem Interview in Forum Logopädie: „Patienten brauchen die unmittelbare, körper-sprachlichbasierte Begegnung, das aufeinander Zugehen. Der verständnisvolle Blick, die Intonation, alles, was im menschlichen Miteinander Empathie ausdrückt, auch das Beobachten, wie der Patient reagiert – dies alles sind unersetzliche Elemente der therapeutischen Interaktion. Selbst eine technisch bestmögliche Behandlung, in der wir moderne Medien einsetzen und bei der man interaktiv und adaptiv übt, braucht den persönlichen Kontakt und die persönliche Unterstützung durch den Therapeuten. Auch die Übertragung des Geübten in die Alltagskommunikation muss immer wieder im persönlichen Kontakt stattfinden.“⁽⁹⁾

Der persönliche und empathische Kontakt ist nach heutigem Wissensstand nicht durch Maschinen zu ersetzen. Unterstützende Teletherapie dagegen mag ein Baustein für die zukünftige Versorgung sein, dem Logopädinnen offen gegenüber stehen.

3.6 Telematik und e-Health

Im Januar 2005 wurde die gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH gegründet. Hinter ihr stehen mit 50 Prozent der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV) sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Deutsche Apothekerverband (DAV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).

Die Telematikinfrastruktur realisiert die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nach § 291a SGB V. Bis Ende 2018 soll die zweite Generation der eGK eingeführt werden, mit Funktionen wie der elektronischen Patientenakte und dem elektronischen Arztbrief. Um diese Funktionen zu nutzen, benötigen die Gesundheitsberufe einen elektronischen (Heil-)Berufsausweis.

Während die Heilberufsausweise (e HBA) für Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von deren Kammern ausgegeben werden, ist die Ausgabe der entsprechenden Berufsausweise (e BA) an die weiteren Berufsgruppen, wie beispielsweise die Logopädinnen, noch ungeklärt.

Für die Ärzteschaft werden die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung ohne gesonderten Antrag übernommen. Die Anlage 32 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) zwischen KBV und GKV-Spitzenverband sieht Anschaffungs- und Starterpauschalen in Höhe von bis zu 4.000 Euro vor, sowie quartalsweise Pauschalen für den Betrieb des Systems und für die Nutzung der elektronischen Praxisausweise und elektronischen Heilberufsausweise (e HBA).

Ob und wie die Logopädinnen und andere Heilmittelerbringende mit eingebunden werden und wenn ja, wie hier die Finanzierung sichergestellt wird, ist noch völlig offen. Für eine Übernahme der Kosten durch die Praxen selbst haben diese – wie Kapitel 5 zeigt – keine monetären Reserven.

Bildlich gesprochen sind die einen bereits auf der Datenautobahn unterwegs, die anderen gehen weiterhin zu Fuß – eine Diskrepanz, die nicht sinnvoll erscheint. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, auch durch schnellen, sicheren Datenaustausch, verbessert die Qualität der erbrachten Leistungen und der Versorgung.

(9) Quelle: Huber (2014), S 47

3.7 Zusammenfassung und Aussichten

Informationstechnik (Digitalisierung) spielt für die Logopädie nicht erst seit heute eine wichtige Rolle. Sie wurde in der logopädischen Therapie schon länger als wichtiges Medium erkannt. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden: „Der Kontakt zwischen Therapeut und Patient ist durch keine Technologie zu ersetzen“.⁽¹⁰⁾

Wie bei den meisten telematischen Verfahren im Gesundheitsbereich ist auch im Heilmittelbereich die Finanzierung (noch) nicht über die Standard-Finanzierungsroutinen möglich. Bei der Telemedizin sind bisher wenige ärztliche Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)⁽¹¹⁾ und den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)⁽¹²⁾ aufgenommen worden. Die meisten telemedizinischen Leistungen werden durch Verträge mit einzelnen Krankenkassen oder durch Eigenleistungen der Patientinnen und Patienten finanziert. Im Telemedizinbereich beginnt langsam ein Umdenken bei Kostenträgerinnen und -trägern und bei Politikerinnen und Politikern. Beispielsweise wird die „Kasseler Stottertherapie“ von einigen Krankenkassen bei Eignung auf Antrag oder durch Direktverträge finanziert.⁽¹³⁾

Telelogopädie kann aber nur funktionieren, wenn die informationstechnischen Voraussetzungen in den Praxen und bei den Patientinnen und Patienten gegeben sind. Bei der momentanen finanziellen Situation vieler Praxen ist an eine adäquate IT-Ausstattung kaum zu denken. Eine weitere Voraussetzung für Telelogopädie ist die Verfügbarkeit einer leistungsfähigen Netzinfrastruktur – gerade auch auf dem Lande.

In der Ausbildung des logopädischen Nachwuchses spielt das Thema Teletherapie bisher nur eine Nebenrolle, obwohl in den akademisierten Ausbildungseinrichtungen durchaus Forschungsaktivitäten zu beobachten sind. Die Curricula sollten hier entsprechend erweitert werden.

(10) ebd.

(11) Quelle: www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt___Stand_1._Quartal_2017.pdf; am 15.04.2018

(12) Quelle: www.dimdi.de/static/de/klasi/ops/; am 15.04.2018

(13) Quelle: www.kasseler-stottertherapie.de/; am 15.04.2018

4. Logopädie als Wirtschaftsfaktor

Ziel der Gesundheitsökonomie ist es, nach dem Nachweis der Wirksamkeit medizinischer Therapien zu zeigen, dass das Geld, das für sie ausgegeben wurde, auch gut angelegt wurde. Im Idealfall bedeutet dies, dass die jeweiligen Gesundheitsausgaben Investitionen sind, die an anderen Stellen zu positiven Effekten führen, die das Niveau der vorherigen Aufwendungen überschreiten. Zumindest muss aber in gesundheitsökonomischen Kosten-Nutzen-Analysen nachgewiesen werden, dass mit den ausgegebenen Mitteln woanders, d. h. mit anderen Gesundheitsausgaben, nicht mehr Gesundheit hätte erzielt werden können.

Gesundheitsökonomische Studien zu diesen beiden Zielsetzungen gibt es allein für die Logopädie in Deutschland (noch) nicht. Deswegen soll in diesem Kapitel umrissen werden, wie sich die gesundheitsökonomische Perspektive in Studien und Expertisen zu den Gesundheitsdiensten der Rehabilitation im Allgemeinen darstellt.

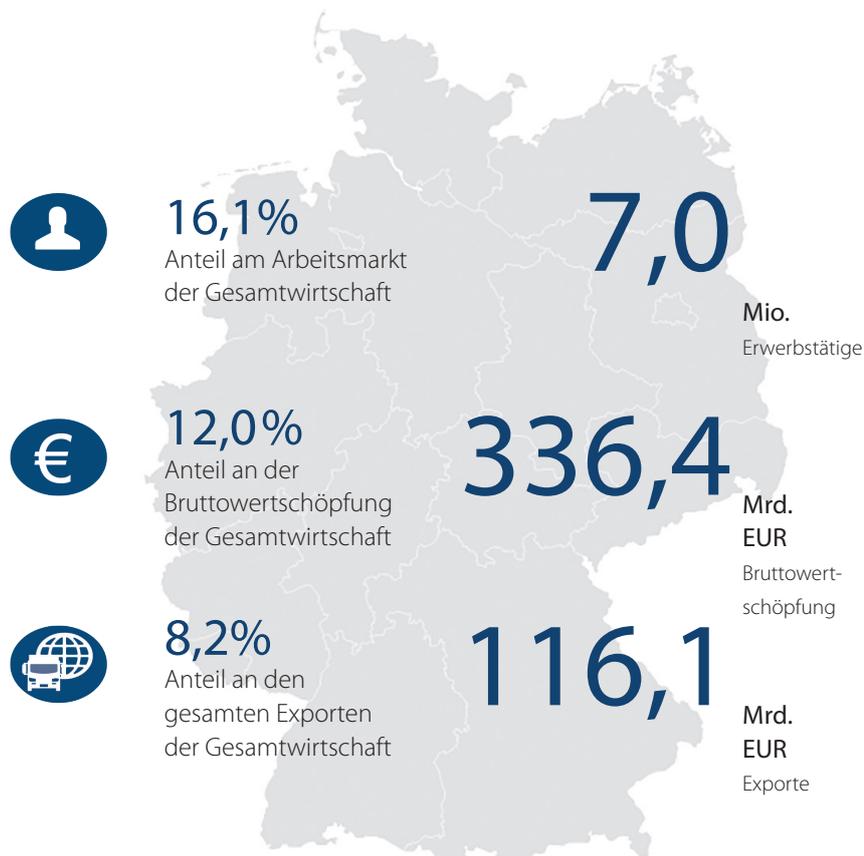
Begonnen wird dieses Kapitel mit einer Skizzierung der Logopädie als einem wichtigen Bestandteil eines dynamisch wachsenden Bereichs der deutschen Wirtschaft – der Gesundheitswirtschaft.

4.1 Konturen eines dynamischen mittelständischen Wirtschaftsbereichs

In diesem Abschnitt werden wichtige Kennzahlen für die Logopädie in Deutschland geliefert. In den letzten Jahren hat sich die Gesundheitswirtschaft in ihrer Gesamtheit, zu der die Logopädie gehört, als eine große und dynamische Wachstumsbranche erwiesen.

Die Gesundheitswirtschaft ist Arbeitgeber für 7 Mio. Menschen in Deutschland und trägt rund 12 Prozent zum nationalen BIP bei.

Zentrale wirtschaftliche Kennzahlen der Gesundheitswirtschaft

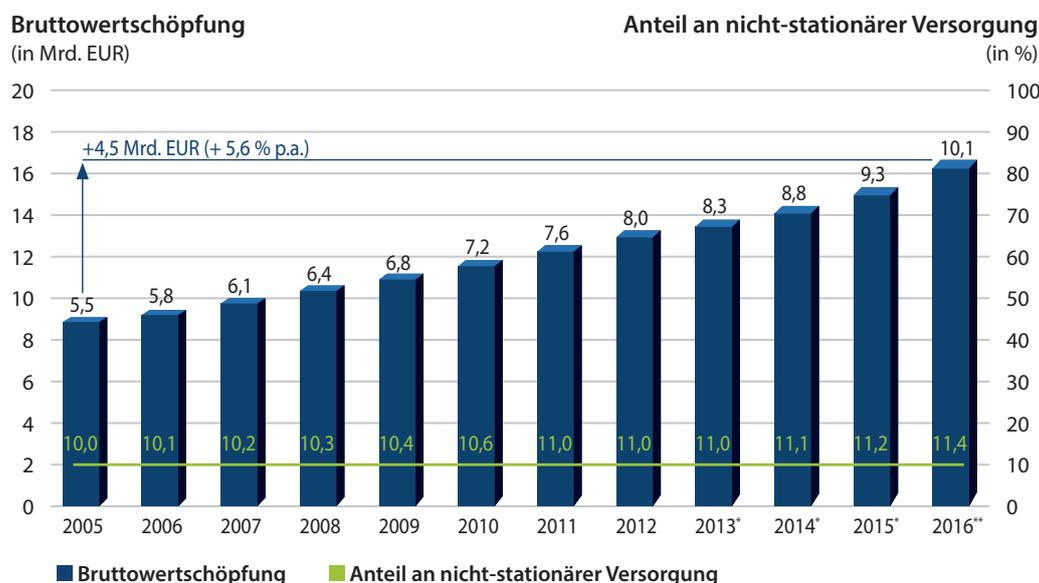


Quelle: GGR, 2016 Datenbasis Statistisches Bundesamt; Berechnung und Darstellung, WifOR/BASYS, 2016. Abbildung in leicht veränderter Darstellung aus BMWi (2017) S. 8

Im Jahre 2016 arbeiteten rund 7 Mio. Menschen in der der Gesundheitswirtschaft, damit hatten sie einen Anteil von 16,1 Prozent am gesamten Arbeitsmarkt. Die Bruttowertschöpfung betrug 336 Mrd. Euro. Das entsprach 12 Prozent der Bruttowertschöpfung der Gesamtwirtschaft. Im Jahre 2005 hatte sie „nur“ 223 Mrd. Euro betragen. Die Wachstumsdynamik der Gesundheitswirtschaft lag zwischen 2005 und 2016 kontinuierlich und deutlich über dem der Gesamtwirtschaft – und dies, ohne dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stieg. Und auch in den internationalen Austauschbeziehungen war die Gesundheitswirtschaft ein Aktivposten; es wurden Waren und Dienstleistungen im Wert von 116,1 Mrd. Euro exportiert, was einem Anteil von 8,2 Prozent an den Exporten der Gesamtwirtschaft entsprach.

Ein wichtiger Teil der Gesundheitswirtschaft sind die sogenannten Gesundheitsberufe, die in der Gesundheitswirtschaftsberichterstattung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi 2017) in der Rubrik „sonstige medizinische Berufe“ geführt werden und auch die Logopädie beinhalten. Sie realisierten im Jahr 2016 eine Bruttowertschöpfung von 10,1 Milliarden Euro, verzeichnen wie die Gesundheitswirtschaft insgesamt eine dynamische Entwicklung und sind mit plus 5,6 Prozent p. a. sogar noch deutlich kräftiger gewachsen als die Gesundheitswirtschaft insgesamt, die im selben Zeitraum um plus 3,8 Prozent p. a. gewachsen ist.⁽¹⁾ Dies schlug sich dann auch darin nieder, dass der Anteil der Praxen „sonstiger medizinischer Berufe“ an der nicht stationären Versorgung von 2005 nach 2016 von 10,0 auf 11,4 Prozent stieg.

Bruttowertschöpfung in Praxen sonstiger medizinischer Berufe und Anteil an nicht-stationärer Versorgung



Das Wachstum der Bruttowertschöpfung in den Praxen sonstiger medizinischer Berufe lag stark über dem Durchschnitt der übrigen nicht-stationären Versorgung. Ihre Bruttowertschöpfung hat sich seit 2005 fast verdoppelt. Gleichzeitig ist ihr Anteil an der Wertschöpfung der gesamten nicht-stationären Versorgung kontinuierlich gestiegen.

Definition laut Gesundheitsausgabenrechnung: Zu den Praxen sonstiger medizinischer Berufe gehören nicht nur physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, sondern auch Massagepraxen, Praxen von Hebammen, Heilpraktikern oder Podologen. Sozial-psychiatrische und psychosoziale Dienste werden ebenfalls hier zugeordnet.

Quelle: GGR, 2016 Datenbasis Statistisches Bundesamt; Berechnung und Darstellung. WifOR/BASYS, 2016. Abbildung in leicht veränderter Darstellung aus BMWi (2017), S. 45

Dem Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) kann entnommen werden, dass im Jahr 2016 rund 29.000 Personen der Gruppe „Berufe in der Sprachtherapie“ zugeordnet werden konnten; rund 27.000, also 93,1 Prozent davon sind Frauen.

(1) Quelle: BMWi (2017), S. 9

Beschäftigte in nichtärztlicher Therapie und Heilkunde (in 1.000)	2012	2013	2014	2015	2016
817 Nichtärztliche Therapie und Heilkunde	359	372	382	392	400
8171 Berufe in der Physiotherapie	215	222	228	230	234
8172 Berufe in der Ergotherapie	53	56	58	59	61
8173 Berufe in der Sprachtherapie	24	26	27	28	29
8174 Berufe in der Musik- und Kunsttherapie	5	5	5	5	6
8175 Berufe in der Heilkunde und Homöopathie	43	43	44	47	47
8176 Berufe in der Diät- und Ernährungstherapie	8	9	8	8	8
8178 Berufe nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT)	9	10	10	11	11
8179 Führung - nichtärztliche Therapie, Heilkunde	2	2	2	3	3

Davon Frauen

817 Nichtärztliche Therapie und Heilkunde	284	294	302	309	316
8171 Berufe in der Physiotherapie	162	167	173	174	177
8172 Berufe in der Ergotherapie	45	48	49	51	52
8173 Berufe in der Sprachtherapie	22	24	25	26	27
8174 Berufe in der Musik- und Kunsttherapie	4	4	4	4	5
8175 Berufe in der Heilkunde und Homöopathie	35	35	35	38	37
8176 Berufe in der Diät- und Ernährungstherapie	8	8	8	8	8
8178 Berufe nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT)	7	7	7	7	7
8179 Führung - nichtärztliche Therapie, Heilkunde	1	1	1	2	2

Im Vergleich zu 2012 ist bis zum Jahr 2016 ein Zuwachs von 5.000 Personen zu verzeichnen, die in der Logopädie, hier: Sprachtherapie, arbeiten. Das entspricht einer Steigerung um 20,8 Prozent. Die Zahl aller Beschäftigten in der nichtärztlichen Therapie und Heilkunde ist in derselben Zeit um 41.000, also um 11,4 Prozent, gestiegen. Die Zahl der Logopädinnen ist damit annähernd doppelt so schnell gewachsen, wie die Zahl der Beschäftigten in der nichtärztlichen Therapie und Heilkunde generell.

Das Statistische Bundesamt hat 2018 Zahlen zum Personal in der Gesundheitsbranche im Jahr 2016 veröffentlicht⁽²⁾: Die 29.000 Beschäftigten (Selbständige, Angestellte und geringfügig Beschäftigte) in der Logopädie entsprechen in etwa 20.000 Vollzeitäquivalenten. 75,86 Prozent der Beschäftigten (22.000 Menschen) waren in ambulanten Praxen tätig, dies entspricht etwa 16.000 Vollzeitäquivalenten, 3,45 Prozent (1.000 Menschen) in anderen ambulanten Einrichtungen, 13,79 Prozent (4.000) in stationären/teilstationären Einrichtungen und 6,90 Prozent (2.000) in sonstigen Einrichtungen. Die Mehrheit der Menschen (16.000 = 55,17 Prozent) arbeitete in Teilzeit oder geringfügig beschäftigt. 44,83 Prozent (13.000) gingen einer Vollzeitbeschäftigung nach. Da in der Statistik die Teilzeitbeschäftigten mit einem Faktor 0,5 und die geringfügigen Beschäftigten mit einem Faktor 0,2 bei der Umwandlung zu Vollzeitäquivalenten in die Berechnung eingehen, existierten 2016 in etwa 12.700 Teilzeitbeschäftigten und 3.300 geringfügige Beschäftigten in der Logopädie.

Im Jahr 2016 hatte Deutschland 82.522.000⁽³⁾ Einwohnerinnen und Einwohner, somit gab es eine logopädische Vollzeitkraft, die in ambulanten Einrichtungen arbeitete, pro rund 5.158 Einwohnerinnen und Einwohner.

Im Jahr 2015 waren bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)⁽⁴⁾ 8.424 Unternehmen (mit einem oder mehreren Standorten) gemeldet, denen der Strukturschlüssel 0140 (Logopäden/Atem-, Sprech-, Stimmlehrer) zugeordnet war. Im Jahr 2016 waren es 8.727 Betriebe. Es ist davon auszugehen, dass die überwiegende Zahl der Unternehmen, vertragsgemäß, von einer Person in Vollzeittätigkeit geführt wird. Somit verbleiben etwa 4.000 - 5.000 Vollzeitbeschäftigte in Anstellung, da es sich bei den Angaben des Statistischen Bundesamt um auf 1.000 gerundete Zahlen handelt.

(2) Quelle: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=statistikTabellen&selectionname=23621>; am 01.04.2018

(3) Quelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1217/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-seit-2002/>; am 31.03.2018

(4) Quelle: BGW Umlagerechnung 2015 - SSL 0140, Gewerbebezweig Logopäden/Atem-, Sprech- und Stimmlehrer

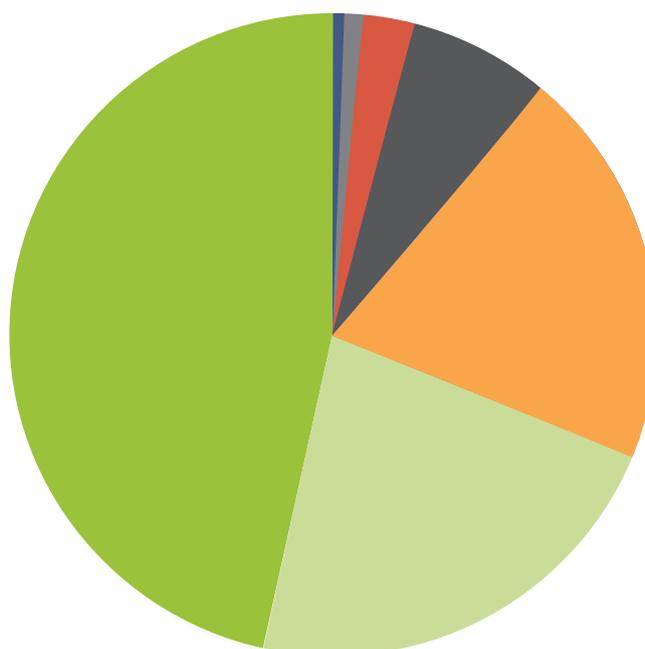
Die Zahl der gegen Entgelt beschäftigten und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gemeldeten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Jahr 2015 betrug 20.187, die insgesamt 15.648.092 Arbeitsstunden leisteten und dafür Entgelte in Höhe von 216.009.082 Euro erhielten. Es ist zu berücksichtigen, dass zur Gruppe der gemeldeten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowohl therapeutisch tätiges Personal (Logopädinnen) als auch weiteres Personal (Sekretariat, Reinigungskräfte) zählen. Dividiert man die Zahl der gemeldeten Arbeitsstunden durch die Zahl der gemeldeten ArbeitnehmerInnen und Arbeitnehmer, so ergibt sich ein Wert von 775 Stunden pro Person im Jahr ⁽⁵⁾. Dividiert man diesen Wert durch 52 Wochen, beträgt die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit in Logopädiepraxen 14,9 Stunden; berücksichtigt man Urlaube, Wochenenden und Feiertage und dividiert entsprechend durch 43 Arbeitswochen, ergibt sich ein Wert für die Wochenarbeitszeit von 18 Stunden.

Die BGW geht von 1.570 Arbeitsstunden pro Jahr und (Vollzeit-)Arbeitnehmer aus und rechnet die gemeldeten Arbeitsstunden auf 9.967 Vollbeschäftigte um. Daraus lässt sich ein Jahresgehalt von 21.672 Euro pro Beschäftigtem errechnen bei einem Monatsgehalt von 1.806 Euro.

Zahl der Praxismitarbeitenden 2016

Nebenstehende Grafik zeigt, dass die wohnortnahe Versorgung mit logopädischer Therapie von durch Inhaberinnen geführten Praxen und solchen mit ein bis zwei Mitarbeitenden gesichert wird. In der Regel sind die Mitarbeitenden Teilzeitkräfte.

■ Nur Praxisinhaberinnen	46,61 %
■ 1-2	22,31 %
■ 3-6	20,02 %
■ 7-10	6,98 %
■ 11-15	2,65 %
■ 16-20	0,88 %
■ >20	0,54 %



Die Summe der Prozentzahlen weicht durch Rundung geringfügig von 100 Prozent ab.

68,92 Prozent aller Praxen werden alleine oder mit 1-2 Mitarbeitenden geführt.

Quelle: BGW, eigene Berechnungen

Betrachtet man die BGW-Daten unter dem Aspekt der Betriebsgröße, so dominieren in der Logopädie die kleinen Betriebsgrößen. Von den im Jahr 2016 gemeldeten 8.727 Betrieben waren 4.068 (rund 47 Prozent) Einpersonenernehmen ohne weitere Mitarbeitende. Die BGW zählt auch nichttherapeutisch tätige Mitarbeitende, wie z. B. Reinigungs- oder Bürokräfte. Es ist deshalb davon auszugehen, dass es sich bei einem Teil der Praxen mit ein bis zwei Mitarbeitenden faktisch um Einzelpraxen handelt, in denen ausschließlich eine Person, nämlich die Inhaberin, therapeutisch tätig ist⁽⁶⁾. Vergleicht man ein von dichter Besiedlung geprägtes Bundesland wie Nordrhein-Westfalen mit einem dünn besiedelten wie Mecklenburg-Vorpommern, bestätigt sich diese Aussage: In NRW arbeitet in 36 Prozent aller Praxen nur die Inhaberin, in Mecklenburg-Vorpommern dagegen sind es 47 Prozent. Eine oder zwei Mitarbeitende können auch administrative Mitarbeitende sein.

Im Jahr 2016 betrug der Anteil der Ausgaben für ambulante Logopädie an den gesamten Leistungsausgaben der GKV⁽⁷⁾ 0,33 Prozent. Das Heilmittel-Informationssystem (HIS)⁽⁸⁾ verzeichnet Zahlungen für alle vier Heilmittel von Januar bis Dezember 2015 in Höhe von 6.161.169.000 Euro, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen und den Therapierten geleistet worden sind. Auf die Sprachtherapien entfielen in diesem Zeitraum Zahlungen in Höhe von 657.602.000 Euro.

(5) Die folgenden Berechnungen können nur grobe Näherungswerte ergeben.

(6) Auch die Analyse der in Kapitel 5.1 dargestellten Ergebnisse der Befragung selbständiger Logopädinnen lässt die Plausibilität dieser Annahme zu: Über 47 Prozent der Praxen, in denen die Unternehmerin die einzige therapeutische Kraft ist, hatten angestellte Bürokräfte und/oder Reinigungspersonal.

(7) 2016 betrug die Leistungsausgaben der GKV 210,5 Mrd. Euro. Quelle: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2017_q4/GKV_Kennzahlen_Booklet_Q4-2017_300dpi_2018-03-16.pdf; am 02.04.2018; S. 22

(8) Quelle: www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2015_04/Bundesbericht-HIS_201504.pdf; am 02.04.2018

Für alle vier Heilmittel von Januar bis Dezember 2016⁽⁹⁾ weist HIS Zahlungen in Höhe von 6.483.432.000 Euro aus, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen und den Therapierten geleistet worden sind. Auf die Sprachtherapien entfielen in diesem Zeitraum Zahlungen in Höhe von 690.880.000 Euro. Mit 5,1 Prozent sind die Sprachtherapien annähernd gleich gewachsen wie die Heilmittel insgesamt (5,2 Prozent). Bei den Ausgaben für logopädische Therapie ist also kein Sonderwachstum zu konstatieren.

4.2 Monetäre Kosten und monetärer Nutzen der Logopädie

Im zweiten Kapitel wurde anhand der Schilderungen von Einzelschicksalen beschrieben, wie logopädische Therapie die Folgen von Krankheiten lindert oder behebt, bei progredient verlaufenden Krankheiten stabilisiert und gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht. Die beschriebenen Einzelschicksale zeigen exemplarisch, wie etwa Kosten der Rentenversicherung (z. B. durch Wiederherstellung oder Erhalt der Arbeitsfähigkeit) und der Pflegeversicherung (durch Beseitigung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit) vermieden werden konnten, indem (zeitlich begrenzt) in logopädische Therapie investiert wurde. Weiterhin gilt gerade auch bei der logopädischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu beachten, dass Logopädie dazu beiträgt, deren Bildungschancen zu verbessern.

Breit angelegte gesundheitsökonomische Studien, die belegen, dass Ausgaben für Logopädie Investitionen sind, die sich am Ende in einem volkswirtschaftlichen Nutzen niederschlagen, der die Kosten übersteigt, gibt es unseres Wissens bislang nicht. Allerdings gibt es einige Analysen, Berechnungen und Annahmen aus der Rehabilitation, einem Bereich, dem die Logopädie zugehörig ist, die entsprechende Annahmen unterstützen. Einige solcher Studien und Analysen aus dem Bereich der Rehabilitationsforschung werden im Folgenden vorgestellt. Damit soll eine Ermutigung für vertiefende zukünftige Analysen gegeben werden, in denen die Logopädie einen besonderen Fokus erhalten sollte.

Die Forschungen zu den gesundheitsökonomischen Kosten- und Nutzenfragen zur Rehabilitation gewannen seit etwa Mitte der Nuller-Jahre des laufenden Jahrhunderts an Bedeutung. Dass entsprechende Studien theoretisch, aber vor allem auch methodisch sehr schwierig sind, arbeitet das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) (Augurzky et al. 2011) in seinem Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011 heraus. Die Autoren beschreiben die methodischen Probleme wie folgt: „Die Messung volkswirtschaftlicher Effekte gestaltet sich naturgemäß schwieriger als die Messung von Effekten auf der Individualebene. Auch gilt es, verschiedene Arten von Nutzen zu bewerten. Nutzen sind z. B. die Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen, die Verlängerung der Berufsfähigkeit, die Verringerung der Zahl der notwendigen Arztbesuche und des Pflegebedarfs sowie insgesamt eine Verbesserung der Chancen zur Teilhabe am Leben in Gemeinschaft und Gesellschaft. Eine in diesem Sinne allumfassende Untersuchung ist mangels der Kenntnis aller Zusammenhänge nicht möglich. Stattdessen können für ausgewählte Reha-Maßnahmen nur einzelne volkswirtschaftliche Aspekte betrachtet und auf der Grundlage von volkswirtschaftlichen Modellen verschiedene Szenarien durchgespielt werden.“ (S. 10)

Trotz dieser methodischen Schwierigkeiten kommen die Autoren zu dem Schluss, „dass sich die medizinische Rehabilitation für die gesamte Volkswirtschaft lohnt. Aus Sicht der Rentenversicherung können mit Hilfe der Rehabilitation Frühverrentungen vermieden und Beitragszahlungen von Versicherten erhalten werden. Aus Sicht der Krankenversicherung werden direkte Krankheitskosten (z. B. Krankenhausaufenthalte bzw. erneute Aufnahmen im Sinne eines „Drehtüreffektes“) und vor allem indirekte Krankheitskosten (z. B. Arbeitsunfähigkeitszeiten) reduziert. Aus Sicht der Pflegeversicherung können Pflegebedarf und damit Pflegekosten vermieden bzw. gemindert werden. Aus Sicht der Arbeitgeber schließlich verbleiben Arbeitskräfte länger im Berufsleben. Unter diesen Gesichtspunkten fördert die medizinische Rehabilitation nicht nur die Teilhabe von chronisch kranken Menschen an Arbeit und Gesellschaft, sondern es handelt sich bei ihr – ähnlich wie bei der Bildung – um eine Investition in Humankapital, das in Deutschland immer wichtiger wird, um die sozialen Sicherungssysteme und die Infrastruktur finanzierbar zu halten.“ (S. 11)

Erste Szenarien zu den ökonomischen Kosten und Nutzen der medizinischen Rehabilitation Erwerbstätiger hatte die Prognos AG (Prognos 2009) bereits 2009 vorgelegt. Sie mündeten in der „starken“ Aussage, dass für jeden in der medizinischen Rehabilitation investierten Euro mindestens fünf Euro in die Volkswirtschaft zurückfließen.

(10) Quelle: www.deutschlandfunkkultur.de/reha-massnahmen-als-wirtschaftsfaktor-der-preis-der.976.de.html?dram:article_id=345740; am 02.04.2018

Untersucht wurde dies bei ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung am Beispiel von fünf ausgewählten Indikationsbereichen (Kardiologie, Pneumologie, Rückenschmerzen, Psychosomatik, Sucht), die insgesamt 45 Prozent aller medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2005 abdeckten. Die Prognos AG rechnet damit, dass dieser volkswirtschaftliche Nutzen noch größer werden wird, weil die demografischen Veränderungen der Erwerbsbevölkerung einen Ausbau und weitere Verbesserungen der Reha unvermeidlich machen werden.

An diese methodisch konzeptionellen Vorarbeiten und empirisch fundierten Szenarien knüpfte das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung 2015 an. Im Jahr 2015 hat eine Arbeitsgruppe des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Rheinland und DRV Westfalen ein Gutachten zur Evaluation medizinischer Rehabilitationsleistungen der DRV durchgeführt (Augurzky et al. 2015): „Unter Rückgriff auf administrative Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Westfalen und der DRV Rheinland hat das vorliegende Gutachten zum Ziel, Rehabilitationsmaßnahmen hinsichtlich des medizinischen Erfolges und der Erwerbsbiografie auf Grundlage von administrativen Daten der DRV Westfalen und der DRV Rheinland zu evaluieren. Als Zielgrößen werden die medizinische Besserung der Funktionsstörung nach Beendigung der Rehabilitation sowie die Erwerbstätigkeit und der Bezug der Erwerbsminderungsrente sechs und zwölf Monate nach der Rehabilitation ausgewertet. [...] Die Ergebnisse zeigen durchgehend, dass die Rehabilitation zu einer deutlichen Verbesserung der gemeldeten Funktionsstörung führt.“ (S. 5)

Die Friedrich-Ebert-Stiftung befasste sich in den Jahren 2014 und 2015 in einer Facharbeitsgruppe, in der alle wichtigen Reha-Akteure (Kostenträger, Anbieter, Gesundheits- und Arbeitspolitik, Arbeitgeber und Gewerkschaften) vertreten waren, mit der „Zukunft der medizinischen Rehabilitation“ (2015). Dabei wurden auch die vorliegenden Erkenntnisse zur gesundheitsökonomischen Kosten-Nutzen-Analyse aufgegriffen und wie folgt verdichtet (FES 2015, 5):

Ca. 85 Prozent aller Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter verbleiben nach einer Rehabilitation in den ersten zwei Jahren im Erwerbsleben.

- Durch die medizinische Rehabilitation werden der Volkswirtschaft jährlich über 150.000 Arbeitskräfte erhalten, die ohne die Maßnahmen frühzeitig aus dem Arbeitsleben ausscheiden würden.
- Den jährlichen Kosten von 2,7 Mrd. Euro für medizinische Rehabilitations-Maßnahmen zzgl. Folgeleistungen stehen Einnahmen in Höhe von 1,9 Mrd. Euro (an Rentenbeiträgen) und Einsparungen von 2,5 Mrd. Euro (an nicht erforderlichen Frührentenzahlungen) gegenüber. Die Ausgaben für die Rehabilitation lohnen sich demnach für die Rentenversicherung.
- Durch eine fachspezifische und bedarfsgerechte Rehabilitation älterer Menschen kann Pflegebedürftigkeit verhindert bzw. zumindest vermindert werden kann.
- Am Ende mündet die Expertise der FES-Arbeitsgruppe in dem Plädoyer, nicht nur für einen Ausbau und für Verbesserungen bei den Reha-Angeboten selbst, sondern auch bei der Wirkungs- und ökonomischen Wirkungsforschung.

Unter dem Strich kann mithin konstatiert werden, dass die empirisch fundierte gesundheitsökonomische Kosten-Nutzen-Kalkulation für die medizinische Reha begonnen hat und an Bedeutung gewinnt. Trotz aller konzeptionellen und methodischen Schwierigkeiten hat sie ermutigende Erkenntnisse gebracht, die von Reha-Kostenträgern und Experten auch so aufgegriffen wurden. „Wenn Sie fünf Monate nach der Reha wieder arbeiten, haben sie die Kosten ihrer Rehabilitation wieder selbst erwirtschaftet. Das heißt, einen Euro in die Reha investiert und ich bekomme fünf Euro volkswirtschaftlich über Steuern und Beiträge wieder zurück in die Volkswirtschaft gespielt. Das ist hervorragend.“ Dieses Zitat stammt von Thomas Keck von der westfälischen Rentenversicherung. Zu finden ist es in einem Beitrag des Senders „Deutschlandfunk Kultur“ vom 23.03.2017⁽¹⁰⁾ mit dem Thema „Reha-Maßnahmen als Wirtschaftsfaktor – Der Preis der Gesundheit“. Der ebenfalls an der Sendung teilnehmende Wirtschaftswissenschaftler Wilfried von Eiff ergänzt: „Wenn man zusätzlich noch davon ausgeht, dass innerhalb der ersten 24 Monate nach einer Rehabilitation etwa 85 Prozent der Personen weiterhin erwerbsfähig sind, dann muss man ganz klar festhalten: Rehabilitation rechnet sich.“

Die Auseinandersetzung mit volkswirtschaftlichen Effekten stößt auch in der Logopädie selbst zunehmend auf Interesse. Um ihre monetären Auswirkungen – wie die der übrigen Heilmittel – zu eruieren, sind weitere Forschungen wie Auswertungen von Daten der Rentenversicherung und der Kranken- und Pflegeversicherung dringend notwendig.

(10) Quelle: www.deutschlandfunkkultur.de/reha-massnahmen-als-wirtschaftsfaktor-der-preis-der-976.de.html?dram:article_id=345740; am 02.04.2018

4.3 Logopädie: Nicht nur soziale Verantwortung, sondern auch Zukunftsinvestition

Zusammengefasst ist Logopädie als Wirtschaftsfaktor vor allem aus zwei Gründen relevant: Zum ersten ist Logopädie eine zwar kleine, aber dennoch sehr dynamische Wirtschaftsbranche. Sie ist äußerst stark durch mittelständische Eigentümer-Unternehmerinnen geprägt, deren Arbeit dazu beiträgt, dass eine anspruchsvolle und flächendeckende Versorgung – gerade auch auf dem Lande – gelingt. Logopädie wird so zu einem zwar kleinen, aber hoch relevanten Stück Mittelstand.

Zum zweiten gibt es viele Ansatzpunkte dafür, dass logopädische Dienstleistungen einen großen volkswirtschaftlichen Nutzen haben. Zwar gibt es (noch) keine hochelaborierte gesundheitsökonomische Kosten-Nutzen-Forschung; Einzelbeispiele, konzeptionelle Überlegungen sowie der Blick in die einschlägige Forschung zur medizinischen Rehabilitation zeigen jedoch, dass mit gelingender Logopädie zum einen weitergehende Ausgaben für Gesundheitsversorgung eingespart werden können und zum anderen sogar Erwerbsfähigkeit entsteht oder wiederhergestellt werden kann. Oftmals können also nicht nur Kosten vermieden werden, sondern Logopädie kann auch ansonsten entfallende Wertschöpfung, Beitrags- und Steuerzahlungen erst möglich machen.

Logopädische Leistungen sind mithin unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht nur eine soziale Verantwortung, sondern auch eine Zukunftsinvestition, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der zunehmenden ambulanten Versorgung bei verkürzten stationären Aufenthalten.

5. Logopädische Selbständigkeit auf Zukunftskrise programmiert

Im Folgenden erfolgt eine Darstellung und Bewertung der wirtschaftlichen und beruflichen Lage selbständiger Logopädinnen in Deutschland. Um hierfür eine empirische Grundlage zu bekommen, wurde eine schriftliche Befragung von Inhaberinnen logopädischer Praxen durchgeführt. Zusätzlich wurden mündliche und telefonische Rückkopplungsgespräche geführt.

Weiterhin konnte eine detaillierte Darstellung der betriebswirtschaftlichen Lage einer Einzelpraxis erstellt werden, die exemplarisch und vertiefend illustriert, wie es insbesondere um die Praxen ohne weitere mitarbeitende Therapeutinnen betriebswirtschaftlich bestellt ist – einem Praxistyp, der in der Logopädie weit verbreitet ist und ohne den die Sicherstellung der Versorgung in der Fläche, also in den ländlichen Regionen, vermutlich große Probleme bereiten würde.

Schließlich berichten exemplarisch Praxisinhaberinnen von ihrer Situation, damit die gewonnenen Daten und Probleme nicht abstrakt bleiben, sondern anschaulich nachvollziehbar werden.

5.1 Betriebswirtschaftliche Lage logopädischer Praxen: Eine Befragung der Praxisinhaberinnen

Die in der vorliegenden exemplarischen Befragung erhobenen Daten lassen plausible Rückschlüsse auf die Situation der selbständigen Logopädinnen zu. Zunächst wird das Vorgehen bei der durchgeführten exemplarischen Befragung beschrieben. Im Anschluss werden die Ergebnisse dargestellt. Schließlich werden diese mit bereits vorhandenen Daten in Beziehung gesetzt, womit die Gültigkeit der gewonnenen Erkenntnisse untermauert wird.

5.1.1 Ausgangshypothese und das Vorgehen

Die zentrale Ausgangshypothese, die mit Hilfe der Befragung überprüft werden sollte, war, dass es wirtschaftlich

- ohne überdurchschnittlich hohes Engagement – vor allem bei der Arbeitszeit – und
- ohne zusätzliche Unterstützungsressourcen, etwa durch einen Partner oder eine Partnerin

außerordentlich schwierig, wenn nicht nahezu unmöglich ist, eine logopädische Praxis in Deutschland zu führen, wenn damit ein Gewinn erzielt werden soll, der sich in Größenordnungen eines durchschnittlichen, auskömmlichen Einkommens bewegt. Dies wäre ein Betriebsergebnis, das mindestens dem Bruttolohn nach Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) in einer vergleichbaren Position⁽¹⁾ entspricht, zuzüglich dem Arbeitgeber-Anteil zu den Sozialversicherungen. Darüber hinaus sind Rücklagen für Investitionen und nicht vorhersehbare Ereignisse (Risikozuschlag) zu bilden.

Weiterhin wurde angenommen, dass die wirtschaftliche Lage für logopädische Praxen, in denen die Praxisinhabenden als einzige therapeutische Fachkraft arbeiten, sich von den Praxen mit weiteren therapeutisch tätigen Mitarbeitenden unterscheidet. In Kapitel 4.1 wurde gezeigt, dass Einzelpraxen zu mindestens 50 Prozent in Deutschland vertreten sind. Warum gerade diese Praxisform für die Versorgung der Patientinnen und der Patienten von großer Bedeutung – und damit deren Erhalt besonders wichtig – ist, wird im nachfolgenden Kapitel 5.3 ausführlich erläutert.

(1) Logopädinnen mit Führungsverantwortung werden zur Zeit nach TVöD-Bund in der Entgeltgruppe 9b eingestuft.

Die Mitglieder von LOGO Deutschland wurden im Februar 2017 angeschrieben und aufgefordert, ihre Bereitschaft zur Teilnahme an einer umfangreichen Befragung zu signalisieren und dabei erste Angaben zum Standort und zur Praxisgröße (Zahl der Mitarbeitenden) zu machen. Diese Angaben waren notwendig, um sicherzustellen, dass unterschiedliche Praxistypen in der exemplarischen Befragung vertreten sind. Als Parameter, die vertreten sein sollten, wurden folgende festgelegt: Standort der Praxis – ländlich/dörflich oder in einer Klein-, Mittel-, bzw. Großstadt gelegen; Standort der Praxis in unterschiedlichen Kassenbezirken; Praxen ohne therapeutische Mitarbeitende und Praxen mit therapeutisch Mitarbeitenden. Nachdem 70 Praxisinhaberinnen sich zu einer Teilnahme bereit erklärten und die oben genannten Parameter vertreten waren, wurde die Liste der zu Befragenden geschlossen. 44 Praxisinhaberinnen füllten schließlich im März oder April 2017 den sehr detaillierten Fragebogen aus, der im Anhang dokumentiert ist. Von den 44 ausgefüllten Fragebögen wurden nach eingehender rechnerischer und fachlich-logischer Konsistenzprüfung letztendlich 34 in die weitere Auswertung übernommen.

In der Befragung wurden Daten zu folgenden Themen erhoben:

- Angaben zu Person und Praxis
- Angaben zur wirtschaftlichen Situation der Praxis – mit Bezug auf das Jahr 2015
- Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis – mit Bezug auf das Jahr 2015
- Angaben zur beruflichen Befindlichkeit der Inhaberinnen

Der komplette Fragebogen befindet sich im Anhang 5.

5.1.2 Darstellung der gewonnenen Daten – eine deskriptive Analyse der logopädischen Praxen

In den folgenden Tabellen sind die Angaben zu Person und Praxis zusammengefasst (PI = Praxisinhabende).

n=34	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Median
Alter der PI in Jahren	50,65	7,84	28	63	52
Aktive Berufsjahre der PI	19,07	7,4	8	36,5	18,5
Dauer der Selbständigkeit der PI in Jahren zum Zeitpunkt der Befragung	13,53	7,77	1	31	12

Anhand dieser Zahlen wird deutlich, dass die Praxisinhaberinnen, die an der Befragung teilgenommen haben, überwiegend langjährig erfahrene Logopädinnen sind. Die Differenz aus aktiven Berufsjahren und Lebensalter beträgt im Mittel gut 31 Jahre. Dies lässt vermuten, dass die Praxisinhaberinnen der Stichprobe zum Großteil entweder eine lange (Familien-)Phase ohne Berufstätigkeit und/oder neben der Berufstätigkeit in der Logopädie andere Berufs- oder Ausbildungserfahrungen in ihrer Biographie haben.

Geschlecht	82,35 % weiblich	17,65 % männlich
------------	------------------	------------------

Der Anteil der männlichen Befragten ist etwas größer als in der Grundgesamtheit aller Logopädinnen und Logopäden.

n=34	Logopädin	Sprachtherapeutin	Sprachheilpädagogin M. A.
Berufsbezeichnung	94,12 %	2,94 %	2,94 %
beruflicher Abschluss (Mehrfachnennungen möglich)	Fachschulabschluss	Hochschuldiplom	Hochschulmagister
	94,12 %	5,88 %	2,94 %

Die große Mehrheit der Befragten ist staatlich anerkannte Logopädin oder staatlich anerkannter Logopäde und hat einen Fachschulabschluss. 8,82 Prozent haben alternativ oder zusätzlich einen Ausbildungsabschluss an einer Hochschule.

n=34	Ländlich/dörflich	Kleinstadt	Mittelstadt	Großstadt
Lage der Praxis	20,59 %	29,41 %	20,59 %	29,41 %

Die Verteilung der Standorte der Praxen ist bezogen auf dörfliche Lage/Klein-, Mittel-, Großstadt relativ ausgewogen. 88,24 Prozent der Praxisinhabenden geben an, im Jahr 2015 einen Standort zu haben. 11,76 Prozent haben zwei Standorte.

n=34	Von 1 Inhaberin geführte Praxis, ausschließlich Logopädie	Von 1 Inhaberin geführte Praxis, interdisziplinär	Gemeinschaftspraxis mit 1 Geschäftspartnerin, ausschließlich Logopädie	Praxengemeinschaft mit 1 Geschäftspartnerin, ausschließlich Logopädie
Art der Praxis	88,24 %	2,94 %	2,94 %	5,88 %

Die große Mehrheit der Praxen wird von ausschließlich einer Person geführt, nur eine kleine Zahl der Befragten arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxengemeinschaft mit einer weiteren Inhaberin zusammen. Lediglich eine Praxis bietet neben den Heilmitteln Sprech-, Sprach-, Stimm-, und Schlucktherapie auch ergotherapeutische Leistungen an, die durch eine angestellte Fachkraft erbracht wird.

Die Praxen liegen in insgesamt elf verschiedenen Kassenbezirken: Bayern (23,53 Prozent), Baden-Württemberg (26,47 Prozent), Berlin (5,88 Prozent), Bremen (2,94 Prozent), Hessen (2,94 Prozent), Niedersachsen (11,76 Prozent), Nordrhein (11,76 Prozent), Westfalen-Lippe (2,94 Prozent), Rheinland-Pfalz (2,94 Prozent), Sachsen (5,88 Prozent), Schleswig-Holstein (2,94 Prozent).

Knapp 76,46 Prozent der Praxen liegen in Bayern, Niedersachsen, NRW und Baden-Württemberg: Dies sind die Kassenbezirke – neben dem Saarland, welches in der Befragung nicht vertreten ist – mit den höchsten Vergütungen für die logopädischen Leistungen durch die Primärkassen⁽²⁾.

In den 34 Praxen arbeiten neben den Praxisinhaberinnen im Jahr 2015 insgesamt 107 Menschen, davon sind 65 therapeutisch tätige Angestellte, wovon rund 75 Prozent in Teilzeit arbeiten, sowie 12 therapeutisch tätige, freie Mitarbeitende. Weitere 30 Personen sind beispielsweise als Bürokräft oder zur Raumpflege angestellt, diese arbeiten ausschließlich in Teilzeit. Umgerechnet auf Vollzeitstellen mit einer Wochenarbeitszeit von 39 Stunden sind dies insgesamt 47,05 Stellen (therapeutisch tätige Angestellte: 38,9; therapeutisch tätige freie Mitarbeitende: 4,25; Bürokräfte/Raumpflege: 3,91), wovon 42,8 angestellt oder geringfügig beschäftigt arbeiten. Das heißt das Verhältnis Praxis zu Angestellten beträgt im Schnitt 1:1,26. Das Verhältnis von Praxis zu therapeutisch tätigen Angestellten bezogen auf alle Praxen der Stichprobe beträgt 1:1,14, bezogen auf ausschließlich die 18 Praxen, die therapeutisch tätige Angestellte haben, liegt das Verhältnis im Mittel bei 1:2,16. Das Verhältnis Praxis zu therapeutisch tätigen Mitarbeitenden (freie Mitarbeitende und Angestellte) beträgt 1:1,27 bezogen auf alle Praxen; bezogen auf ausschließlich die 21 Praxen, die therapeutisch tätige Mitarbeitende haben, beträgt es 1:2,05.

(2) So wurde am 01.07.2015 beispielsweise eine Einzelbehandlung über 45 Min. mit der Patientin oder dem Patienten, die bundesweit am häufigsten abgerechnete Position, in Bayern von den Primärkassen mit 41,30 Euro vergütet (höchster Satz im bundesweiten Vergleich), in Sachsen-Anhalt (ebenfalls in der Befragung nicht vertreten) von der AOK mit 31,34 Euro (niedrigster Satz im bundesweiten Vergleich; dieser entspricht 75,88 Prozent der Vergütung, die selbständige Logopädinnen in Bayern von den Primärkassen für die gleiche Leistung gezahlt bekommen). Die anderen selbständigen Logopädinnen in den östlichen Bundesländern hatten vergleichbar niedrige Vergütungsvereinbarungen mit den Primärkassen (Sachsen und Thüringen: AOK 31,49 Euro, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern 31,50 Euro, Berlin 33,95 Euro). Bei den Ersatzkassen waren 2015 die Vergütungen in allen Bundesländern/Kassenbezirken gleich (35,49 Euro). Ein Balkendiagramm, in dem die verschiedenen Vergütungssätze in den einzelnen Kassenbezirken zu den Stichtagen 30.06.2016 und 30.01.2018 vollständig dargestellt sind, findet sich im Kapitel 5.5 auf Seite 74.

Zur Darstellung der wirtschaftlichen Situation wurde nach den betrieblichen Einnahmen und Ausgaben inklusive der Kostenaufteilung sowie dem Betriebsergebnis im Jahr 2015 gefragt.

Die Höhe der Betriebseinnahmen stellt sich folgendermaßen dar:

Betriebseinnahmen 2015	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Median
Alle Praxen n=34	125.688 €	88.084 €	38.181 €	391.917 €	111.781 €
Praxen ohne therapeutisch tätige Mitarbeitende n=13	56.295 €	20.053 €	38.181 €	112.093 €	50.398 €
Praxen mit therapeutisch tätigen Angestellten ⁽³⁾ n=18	185.835 €	81.186 €	111.306 €	391.917 €	158.039 €

Die Einnahmen erzielen die Praxen fast ausschließlich durch von Krankenkassen finanzierte Leistungen: Der Mittelwert liegt bei 97,42 Prozent der Einnahmen, der Median bei 99,38 Prozent⁽⁴⁾.

Die Höhe der Betriebsausgaben ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Betriebsausgaben 2015	Mittelwert	Anteil der Betriebsausgaben an den Einnahmen	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Median
Alle Praxen n=34	77.009 €	61,27 %	72.824 €	12.662 €	312.958 €	64.339 €
Praxen ohne therapeutisch tätige Mitarbeitende n=13	22.597 €	40,14 %	9.105 €	12.662 €	47.642 €	22.160 €
Praxen mit therapeutisch tätigen Angestellten ⁽⁵⁾ n=18	124.432 €	66,96 %	71.824 €	63.131 €	312.998 €	95.413 €

(3) In drei Praxen arbeiteten neben der Praxisinhaberin oder dem -inhaber therapeutisch ausschließlich freie Mitarbeitende in einem Umfang, der unter einer Vollzeitkraft lag. Diese Praxen wurden keiner Untergruppe zugeordnet.

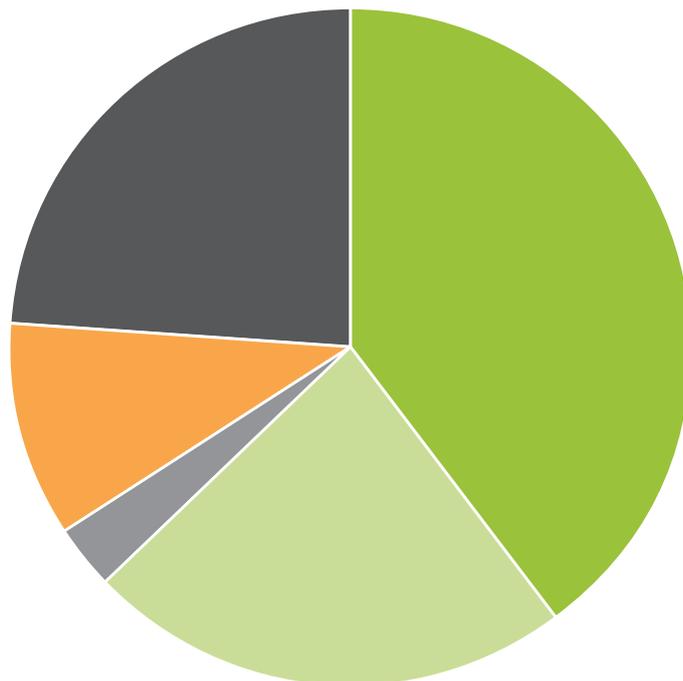
(4) Die Möglichkeit, Einkünfte durch andere Leistungen als durch ärztliche Verordnungen zu erwirtschaften, ist aufgrund der Zulassungsvoraussetzungen beschränkt: Die Zugelassene (oder – falls die Praxisinhaberin nicht selbst die therapeutische Leitung übernimmt – die therapeutische Leiterin) muss für die Versorgung von gesetzlich Versicherten ganztätig in der Praxis zur Verfügung stehen.

(5) In drei Praxen arbeiteten neben der Praxisinhaberin therapeutisch ausschließlich freie Mitarbeitende in einem Umfang, der unter einer Vollzeitkraft lag. Diese Praxen wurden keiner Untergruppe zugeordnet.

Einen Überblick über die Kostenverteilung zeigen die folgenden Diagramme:

**Kostenverteilung 2015
Alle Praxen**

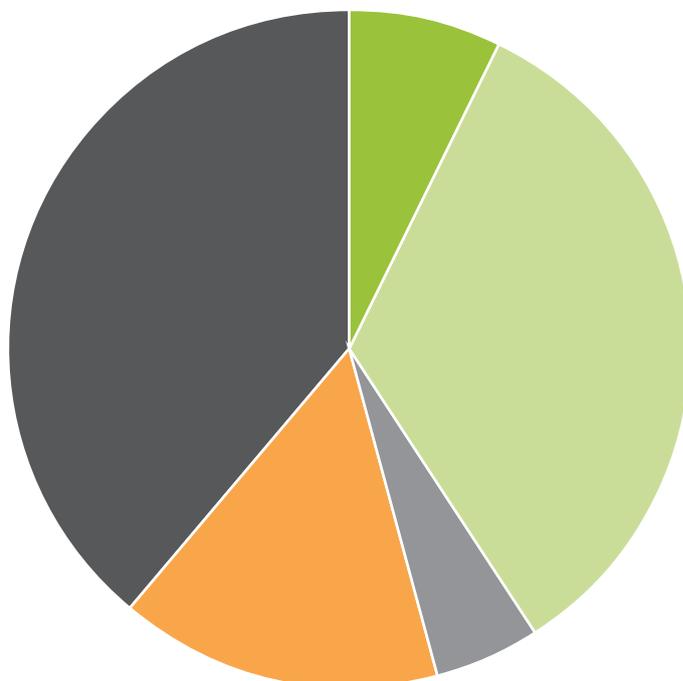
	Personalkosten	40,11 %
	Raumkosten	23,29 %
	Versicherungen u. Beiträge	2,89 %
	Werbe- u. Reisekosten	10,31 %
	Sonstige Kosten	24,04 %



Die Summe der Prozentzahlen weicht durch Rundung geringfügig von 100 Prozent ab. Zudem wurden geringfügige Unschärfen bei der Zuordnung zu den einzelnen Kostenarten akzeptiert.

**Kostenverteilung 2015
Praxen ohne therapeutisch tätige Mitarbeitende**

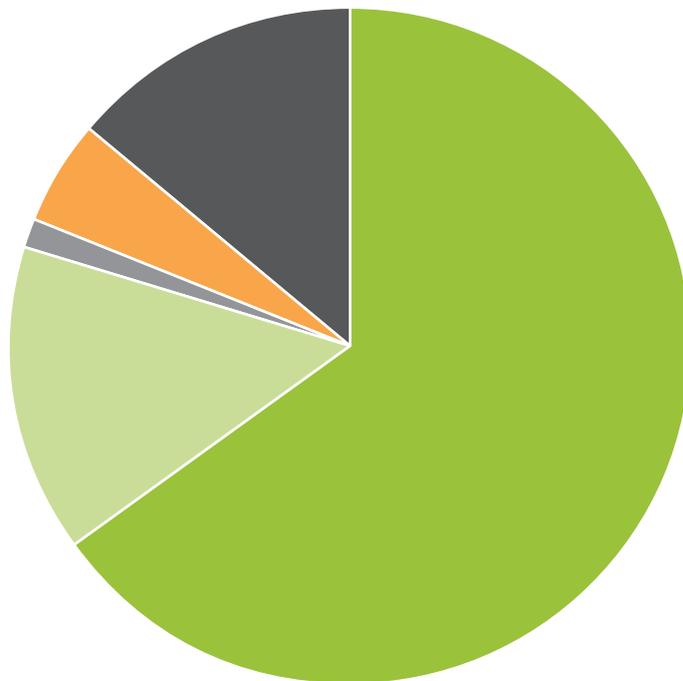
	Personalkosten	7,63 %
	Raumkosten	34,49 %
	Versicherungen u. Beiträge	5,12 %
	Werbe- u. Reisekosten	15,77 %
	Sonstige Kosten	39,73 %



Die Summe der Prozentzahlen weicht durch Rundung geringfügig von 100 Prozent ab. Zudem wurden geringfügige Unschärfen bei der Zuordnung zu den einzelnen Kostenarten akzeptiert.

**Kostenverteilung 2015
Praxen mit therapeutisch tätigen Angestellten⁽⁶⁾**

	Personalkosten	64,70 %
	Raumkosten	14,47 %
	Versicherungen u. Beiträge	1,44 %
	Werbe- u. Reisekosten	5,14 %
	Sonstige Kosten	13,53 %



Die Summe der Prozentzahlen weicht durch Rundung geringfügig von 100 Prozent ab. Zudem wurden geringfügige Unschärfen bei der Zuordnung zu den einzelnen Kostenarten akzeptiert.

Die Betriebsergebnisse der an der Befragung beteiligten Praxisinhaberinnen stellen sich folgendermaßen dar:

Betriebsergebnis 2015	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum	Median
Alle Praxen n=34	47.383 €	20.491 €	19.036 €	98.682 €	45.273 €

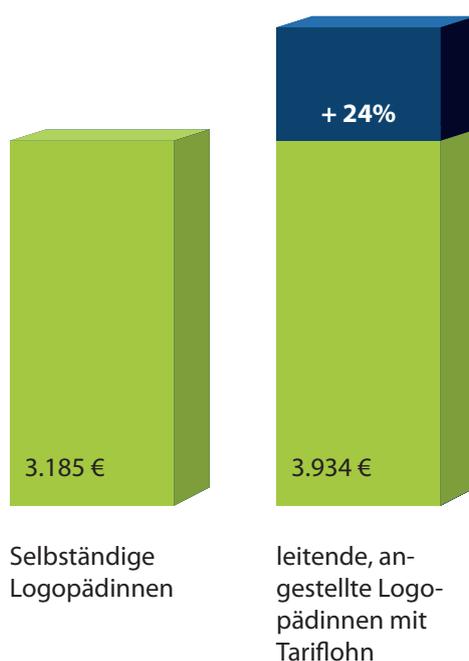
Im Jahr 2015 lag das betriebliche Ergebnis der 34 Praxen im Mittel bei 47.383 Euro (Standardabweichung: 20.491 Euro), das sind 3.949 Euro im Monat. Der Median (mittlere Wert) betrug 45.273 Euro, das Minimum lag bei 19.036 Euro, das Maximum bei 98.682 Euro. Das Betriebsergebnis entspricht der Differenz von betrieblichen Einnahmen und betrieblichen Ausgaben in der Einnahmenüberschussrechnung nach § 4 Absatz 3 EStG.

(6) In drei Praxen arbeiteten neben der Praxisinhaberin therapeutisch ausschließlich freie Mitarbeitende in einem Umfang, der unter einer Vollzeitkraft lag. Diese Praxen wurden keiner Untergruppe zugeordnet.

Diese Werte sind nicht mit dem Bruttolohn von Angestellten zu vergleichen, da bei diesen der Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung, im Jahr 2015 ca. 19,325 Prozent⁽⁷⁾, zusätzlich zu berücksichtigen ist. Zieht man diese Kosten von dem Ergebnis der Einnahmenüberschussrechnung bei selbständigen Logopädinnen ab, ergibt sich ein Betrag von monatlich etwa 3.185 Euro bzw. etwa 38.225 Euro jährlich. Das vergleichbare Jahresgehalt einer nach TVöD Bund bezahlten Logopädin betrug 2015 in der Entgeltgruppe 9b, Stufe 5 (nach mindestens zehn Jahren Erfahrung in dieser Position) 47.207 Euro, das entsprach einem Monatsbruttogehalt von 3.934 Euro monatlich⁽⁸⁾. Somit verdienten angestellte, leitende Logopädinnen mit Tariflohn im Jahr 2015 rund 24 Prozent mehr als eine selbständige Logopädin im Schnitt, und das bei deutlich höherem Arbeitsaufwand, wie später noch dargestellt wird.⁽⁹⁾

Vergleich 2015

Monatliches Einkommen von selbständigen Logopädinnen und leitenden, angestellten Logopädinnen mit Tariflohn



Weiterhin ist es für Selbständige erforderlich, Rücklagen zu bilden: Zum einen für notwendige Investitionen, zum anderen zur Absicherung von unternehmerischen Risiken, wie etwa kurzfristige Umsatzeinbrüche durch Krankheit, Personalausfall/-mangel oder Verordnungsrückgänge, um auch beim Eintritt solcher Risiken solvent zu bleiben. Diese Rücklagen müssen zusätzlich von dem ohnehin schon o. g. niedrigen Betriebsergebnis gebildet werden. Somit ist die Differenz zwischen dem Einkommen einer selbständigen Logopädin und einer angestellten Logopädin mit Tariflohn, die vergleichbare Tätigkeiten ausübt, noch deutlich größer als 24 Prozent.

(7) Quelle: www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2015.html; am 28.03.2018

(8) Quelle: http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund/a?id=tvoed-bund-2015&g=E_9b&s=5&zv=keine&z=100&zulage=&stj=2015&st-kl=1&r=0&zkf=0&kk=15.5; am 26.03.2018

(9) Diese Rechnung ist vereinfacht, denn es gäbe noch weitere Aspekte zu berücksichtigen, die diese Prozentzahl weiter senken würden: Neben den zumeist hälftigen Beiträgen zur Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung (im Jahr 2015 die o. g. 19,325 Prozent des Bruttogehaltes) trägt eine Arbeitgeberin oder ein Arbeitgeber die Kosten für die Berufsgenossenschaft, also für die gesetzliche Unfallversicherung seiner Mitarbeitenden, alleine. Auch erhalten annähernd alle Angestellten eine – zeitlich begrenzte – Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und während der Mutterschutzzeiten sowie bei einem Beschäftigungsverbot während einer Schwangerschaft. Selbständige hingegen müssen auch diese Risikoabsicherung zu 100 Prozent von ihrem Einkommen tragen. Weiterhin ist bei dem Vergleich der Einkommen von Selbständigen und Angestellten noch nicht einberechnet, dass bei Angestellten bei der Berechnung der Höhe der zu zahlenden Steuern das Bruttogehalt zugrunde gelegt wird, hingegen bei Selbständigen die Ermittlung der Steuerhöhe von der Höhe des Betriebsergebnisses abhängig ist. Beim Vergleich dieser Beträge müssten also zusätzlich auch noch die höheren Steuerabgaben auf Seiten der Selbständigen berücksichtigt werden. Falls die Selbständige gesetzlich krankenversichert ist, wird bei ihr auch die Höhe des Krankenkassenbeitrages anders berechnet als bei Angestellten: Auch hier werden auf der einen Seite der Bruttojahreslohn zu Grunde gelegt und auf der anderen Seite, bei Selbständigen, das Betriebsergebnis plus weiterer Einnahmen, wie etwa Einnahmen durch Vermietung von Wohneigentum. Bei Einkommen beziehungsweise Löhnen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze macht dies einen Unterschied; darüber hinaus steigt der Krankenkassenbeitrag nicht weiter.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen der Höhe des Betriebsergebnisses und der Zahl der Mitarbeitenden in einer logopädischen Praxis, zeigen die Daten einen positiven Zusammenhang: Die Pearson-Korrelation zwischen Betriebsergebnis und der Zahl der neben der Praxisinhaberin arbeitenden logopädischen Fachkräfte (freie Mitarbeitende, Angestellte und geringfügig Beschäftigte, umgerechnet in Vollzeitstellen) beträgt 0,588. Mit der Zahl der Mitarbeitenden steigt auch die Zahl der logopädischen Leistungen: Die Pearson-Korrelation zwischen Betriebsergebnis und der Zahl der im Jahr 2015 erbrachten Therapieeinheiten beträgt 0,700 und zeigt somit einen starken positiven Zusammenhang.

Dieser Zusammenhang wird auch bei der Betrachtung der in der folgenden Tabelle aufgeführten Untergruppen deutlich:

Betriebsergebnis 2015	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Median
Praxen ohne therapeutisch tätige Mitarbeitende n=13	33.672 €	14.105 €	19.036 €	64.451 €	26.409 €
Praxen mit therapeutisch tätigen Mitarbeitenden (bis zu 2 Vollzeitäquivalente) n=13	49.344 €	17.245 €	28.782 €	98.682 €	45.760 €
Praxen mit therapeutisch tätigen Mitarbeitenden (mehr als 2 Vollzeitäquivalente) n=8	66.471 €	18.868 €	36.449 €	93.166 €	68.656 €

Aus diesen Berechnungen lässt sich schließen, dass Praxen mit mehreren therapeutisch tätigen Mitarbeitenden tendenziell mehr Gewinn erzielen als kleine Praxen. Zu beachten ist dabei das höhere unternehmerische Risiko, das Praxisinhaberinnen mit der Beschäftigung von Mitarbeitenden eingehen:

Gerade in einem Beruf, der zu über 90 Prozent von Frauen ausgeübt wird und in dem es zunehmend schwierig wird, Fachkräfte zu finden, kommt es häufig, neben üblichen krankheitsbedingten Ausfällen, zu plötzlichen Umsatzausfällen durch Schwangerschaften. Diese sind vielfach mit einem sofortigen Beschäftigungsverbot aufgrund erhöhter Ansteckungsrisiken verbunden. Um die Umsatzhöhe bei laufenden Kosten stabil zu halten und die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu sichern, wäre eine sofortige Mehrarbeit durch die Inhaberinnen und/oder die weiteren Mitarbeitenden erforderlich, die häufig schon rein zeitlich nicht zu leisten ist. Bei der auf die Elternzeit folgende Rückkehr der Frauen in den Betrieb kommt es häufig zu einem Wechsel der Tätigkeit von Voll- zu Teilzeitausübung und damit zu weiteren Umsatzeinbußen, wenn diese nicht durch Neueinstellungen zu kompensieren sind. Dies kann bis zur Bedrohung der Existenz führen⁽¹⁰⁾.

Besonders prekär erscheint das herausstechende niedrige Betriebsergebnis der Praxisinhaberinnen, die selbst als einzige logopädische Kraft in ihrer Praxis arbeiten: Sie kommen unter Berücksichtigung der zu 100 Prozent von ihnen selbst aufzubringenden Sozialabgaben/-versicherungen auf ein Betriebsergebnis, das mit einem Bruttogehalt von Angestellten in Freien Praxen vergleichbar wäre, von etwa 2.264 Euro⁽¹¹⁾; allerdings sind bei dieser Berechnung noch keine Rücklagen gebildet.

(10) Ein Beispiel, wie Schwangerschaft und Personalmangel zur Aufgabe einer Praxis geführt haben, findet sich im Praxisportrait auf Seite 70.
 (11) Auch hier wurden lediglich 19,325 Prozent (Arbeitgeberanteil zu Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung in 2015) vom Betriebsergebnis abgezogen. Die private Absicherung weiterer Risiken und die höheren Steuerabgaben (siehe Fußnote 9) wurden auch hier nicht einkalkuliert

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Betrachtung der Höhe des Betriebsergebnisses von selbständigen Logopädinnen ist der hohe Arbeitsaufwand, der dem geringen Betriebsergebnis gegenübersteht. Auf die Frage „Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche? Hier ist die Summe aller Tätigkeiten gemeint, die Sie als TherapeutIn und/oder als PraxisinhaberIn persönlich ausüben.“ streuten die Antworten zwischen 31 Stunden und 72 Stunden. Im Mittel arbeiten die Praxisinhaberinnen 49 Stunden pro Woche; knapp 90 Prozent der Befragten arbeiten 40 Stunden und mehr pro Woche, hier liegt im Mittel die wöchentliche Arbeitszeit bei 51 Stunden. Nur knapp 9 Prozent der Befragten sind in Teilzeit tätig (zwischen 31 und 34 Stunden wöchentlich, im Mittel 33 Wochenarbeitsstunden). Praxisinhaberinnen, die keine therapeutisch tätigen Mitarbeitenden haben, arbeiten im Mittel 53 Stunden wöchentlich, Inhaberinnen mit therapeutisch tätigen Mitarbeitenden 47 Stunden wöchentlich.

Wöchentliche Arbeitszeit 2015 auf volle Stunden gerundet	Mittelwert	Minimum	Maximum
Alle Praxen n=34	49	31	72
Praxen mit Inhabenden in Teilzeit (<35 Std/Wo.) n=3	33	31	34
Praxen mit Inhabenden in Vollzeit (ab 35 Std/Wo.) n=31	51	35	72
Praxen ohne therapeutisch tätige Mitarbeitende n=13	53	40	70
Praxen mit therapeutisch tätigen Mitarbeitenden n=18	47	31	72

Auf die Frage nach der Zahl der Urlaubstage antworteten 27 Prozent der Befragten mit 30 Tagen. 48 Prozent hatten weniger, 25 Prozent länger Urlaub gemacht, der Mittelwert liegt bei knapp 27 Tagen. In Deutschland haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einen gesetzlich geregelten Anspruch von mindestens 24 Werktagen Erholungsurlaub pro Kalenderjahr. Die tarifvertraglich ausgehandelten Urlaubszeiten liegen in aller Regel aber deutlich höher, so dass Angestellte in Deutschland im Durchschnitt 29 Tage Urlaub im Jahr haben. Im Jahr 2015, und auch in den Folgejahren, gilt im öffentlichen Dienst ein Urlaubsanspruch von 30 Kalendertagen für alle Vollzeitbeschäftigten bei einer 5-Tage-Woche. Unter dem Strich bedeutet dies für die selbständigen Logopädinnen, dass nahezu 50 Prozent von ihnen weniger Urlaub machen als im öffentlichen Dienst vorgesehen – und das, obwohl sie schon pro Woche mehr als 39 Stunden arbeiten und dabei wenig verdienen.

Um einen Eindruck davon zu bekommen, wie sich das Betriebsergebnis der Praxisinhaberinnen darstellen würde, wenn sie nach Erreichen der 39 Wochenstunden die Arbeit einstellen würden und 30 Tage Urlaub gehabt hätten, wurde das angegebene Betriebsergebnis – ausgegangen von einem linearen Zusammenhang zwischen Betriebsergebnis und Arbeitszeit entsprechend umgerechnet. Diese Art der Umrechnung stellt eine rechnerische Vereinfachung da und bildet das so errechnete Betriebsergebnis tendenziell zu hoch ab⁽¹²⁾.

(12) Ein Großteil der Kosten sind Fixkosten. Diese steigen nicht mit der Erhöhung der geleisteten Therapieeinheitenanzahl. Ein weiterer Teil der Kosten, sind Kosten, die nur in geringem Umfang bei einer Erhöhung der geleisteten Therapieeinheitenanzahl steigen. Ein Beispiel hierfür sind die Mietkosten: Wenn in einem Therapieraum 35, 50 oder 60 Therapien wöchentlich geleistet werden, bleiben die Mietkosten konstant, die Nebenkosten erhöhen sich leicht.

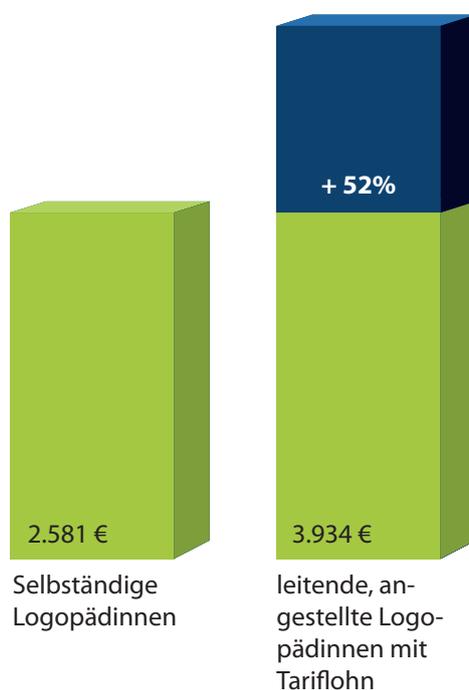
Unter diesen Bedingungen ergeben sich folgende Werte:

Betriebsergebnis 2015 umgerechnet auf 39 Wochenarbeits- stunden und 30 Tage Jahresurlaub	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum	Median
Alle Praxen n=34	38.389 €	17.486 €	12.750 €	74.156 €	36.325 €
Praxen ohne therapeutisch tätige Mitarbeitende n=13	24.702 €	8.590 €	12.750 €	39.261 €	24.441 €
Praxen mit therapeutisch tätigen Mitarbeitenden (bis zu 2 Vollzeitäquivalente) n=13	39.460 €	13.326 €	22.750 €	65.675 €	36.803 €
Praxen mit therapeutisch tätigen Mitarbeitenden (mehr als 2 Vollzeitäquivalente) n=8	58.891 €	13.424 €	37.563 €	74.156 €	64.152 €

Im Mittelwert arbeiten selbständige Praxisinhaberinnen 49 Stunden und erhalten dafür im Monat 3.185 Euro (vor Rücklagen). Würden sie auf Basis des danach berechneten Stundenlohns nur 39 Stunden arbeiten, erzielten sie im Betriebsergebnis rund 2.581 Euro monatlich, das ergäbe einen Bruttostundenlohn von 15,27 Euro⁽¹³⁾. Nach Abzug der oben genannten noch nicht einkalkulierten Rücklagen liegt dieses Ergebnis in etwa auf dem Niveau von Angestelltengehältern in logopädischen Praxen oder darunter – eine wenig attraktive Perspektive angesichts des hohen eigenen Engagements und der zu tragenden Risiken.

Vergleich 2015

Monatliches Einkommen von selbständigen Logopädinnen (bei 39 Wochenarbeitsstunden und 30 Tagen Urlaub) und leitenden, angestellten Logopädinnen mit Tariflohn



Bei den Praxisinhaberinnen, die als einzige logopädische Kraft in ihrer Praxis arbeiten, stellt sich die Lage noch weitaus dramatischer dar: Sie kämen bei einer Jahresarbeitszeit nach Tarifbedingungen nur auf ein durchschnittliches monatliches Betriebsergebnis (vor Rücklagen) von etwa 1.661 Euro brutto. Dies entspricht einem Bruttostundenlohn von 9,83 Euro⁽¹⁴⁾, ein Wert, bei dem eine umfassende Risikoabsicherung und Rücklagenbildung unmöglich erscheint und der knapp über dem Mindeststundenlohn von 8,50 Euro in Deutschland im Jahr 2015 liegt.

(13) Dieser wurde wie folgt berechnet: Bruttostundenlohn = Bruttogehalt im Monat/(Wochenarbeitszeit*13/3)

(14) Dieser wurde wie folgt berechnet: Bruttostundenlohn = Bruttogehalt im Monat/(Wochenarbeitszeit*13/3)

Es wurde ebenfalls nach einer Prognose zur Gewinnhöhe in 2016 gefragt. Auf die Frage „Rechnen Sie mit einer Erhöhung oder einer Verringerung Ihres Gewinns im Jahre 2016 im Vergleich zum Vorjahr? Im Jahr 2016 müsste z. B. das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz greifen.“ wurde von immerhin 35,29 Prozent der 34 Praxisinhaberinnen die Antwort „Verringerung“ gewählt und 23,53 Prozent gaben „weder noch“ an. Als Gründe für die Verringerung oder Stagnation wurden am häufigsten steigende Ausgaben bei Miete/Nebenkosten, Fahrzeugkosten und Gehältern der Mitarbeitenden sowie ein Umsatzrückgang wegen Personalmangels genannt.

Bei den Krankheitstagen der Befragten ergibt sich folgendes Bild: Im Durchschnitt haben die Praxisinhaberinnen der Stichprobe an 14,5 Tagen wegen Krankheit nicht gearbeitet. 59 Prozent waren zwischen null und fünf Tagen arbeitsunfähig, 41 Prozent waren länger als fünf Tage krank. Diese Zahlen liegen knapp unter den Zahlen, die auch die gesetzlichen Krankenkassen für ihre versicherten Erwerbspersonen im Jahr 2015 angeben: So kommt die Techniker Krankenkasse auf durchschnittlich 15,4 Arbeitsunfähigkeitstage (17,9 bei Frauen und 13,4 bei Männern)⁽¹⁵⁾, bei der AOK sind es 19,3 Tage⁽¹⁶⁾.

Im Weiteren werden ausgewählte Aspekte des Leistungsspektrums der Praxen der Stichprobe bezogen auf das Jahr 2015 beschrieben:

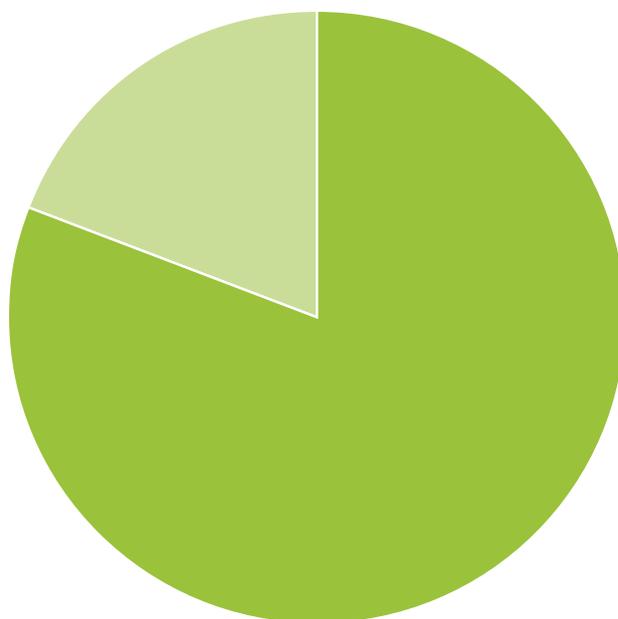
Bei den 28 Praxen, die die Frage nach der Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten beantwortet haben, liegt die durchschnittliche Anzahl bei 169,14 (Standardabweichung 130,44, Minimum 40, Maximum 618, Median 123,5).

33 Praxen gaben an, wie viele Therapieeinheiten (einschließlich Befunderhebungen) sie insgesamt in der Praxis durchführten: Der Durchschnitt liegt bei 3.089,3 (Standardabweichung 2.118,89, Minimum 976, Maximum 8.987, Median 2.400). Somit erhielt jede Patientin bzw. jeder Patient im Schnitt etwa 18 Therapieeinheiten im Jahr. Diese Zahl liegt damit unter dem bundesweiten Durchschnitt von 24 Therapieeinheiten⁽¹⁷⁾.

Durchschnittlich führten die 31 Praxen der Stichprobe, die die Frage nach der Anzahl der Hausbesuche beantwortet haben, 581,48 Therapien als Hausbesuche durch (Standardabweichung 724,13, Minimum 0, Maximum 2.751, Median 359). Damit wurden durchschnittlich knapp 19 Prozent der Behandlungen im Hause der Patientinnen und Patienten durchgeführt.

Prozentuale Verteilung der Therapien nach Ort der Leistungserbringung 2015

<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: #76b82a; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 0.9em; margin-right: 10px;"> in der Praxis einschließlich Therapien in Einrichtungen nach HeilM-RL § 11 (2) </div> <div style="font-weight: bold; text-align: right;">81,00 %</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: #a6c93a; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 0.9em; margin-right: 10px;"> als Hausbesuch </div> <div style="font-weight: bold; text-align: right;">19,00 %</div> </div>



(15) Quelle: Techniker Krankenkasse (2016)

(16) Quelle: Pressemitteilung des WidO vom 2. März 2016, https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pressemitteilungen/wido_pra_pm_krstd_2016_0316.pdf; am 14.04.2018

(17) Quelle: GKV-HIS Bundesbericht für 2015, 4. Quartal, https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/his_berichte/his_berichte.jsp; am 28.03.2018

33 der Praxisinhaberinnen gaben an, wie viele Therapieeinheiten sie selbst durchgeführt haben: Im Durchschnitt waren das 1.297 (Standardabweichung 526,47, Minimum 293, Maximum 2.400, Median 1.177). Der Durchschnitt bei den Praxen, in denen die Inhaberin alleinige logopädische Fachkraft ist, lag mit 1.429 Therapieeinheiten höher. Dies ist plausibel, da hier auch die Arbeitszeit im Mittelwert höher liegt und Praxisinhaberinnen mit Mitarbeitenden durch die Personalführung neben der therapeutischen Arbeit und den Tätigkeiten, die zur Führung einer Einzelpraxis notwendig sind, zusätzliche Aufgaben zu erledigen haben, und somit weniger Zeit für die therapeutische Tätigkeit aufbringen können. Hier liegt der Mittelwert bei 1.211 Therapieeinheiten.

In der folgenden Tabelle wird sichtbar, wie sich die geleisteten Therapien über die Art und Dauer der Therapieeinheiten verteilen:

2015 geleistete Therapien nach Art und Dauer n=31	Mittelwert	Anteil an allen geleisteten Therapieeinheiten⁽¹⁸⁾	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Median
Befunderhebung	99,32	3,28 %	76,59	6	324	60
Einzelbehandlung Dauer 25/30 Min. mit der Patientin/dem Patienten	216,74	7,13 %	398,9	0	1.935	50
Einzelbehandlung Dauer 40/45 Min. mit der Patientin/dem Patienten	2.458,9	80,90 %	1.688,42	600	6.550	1.759
Einzelbehandlung Dauer 55/60 Min. mit der Patientin/dem Patienten	233,03	7,42 %	530,39	0	2.631	11
Gruppenbehandlung	5,9	0,19 %	13,57	0	45	0

Bei der Verteilung der erbrachten Leistungen auf die verschiedenen Vergütungspositionen (Dauer der Behandlungseinheit, Setting: Einzel- oder Gruppentherapie, Anteil der Hausbesuche) zeigten sich keine relevanten Abweichungen vom bundesweiten Schnitt⁽¹⁹⁾.

In 20 Praxen wird eine Warteliste geführt, in 14 wird keine geführt. In den Praxen mit Wartelisten müssen die Patientinnen und Patienten im Schnitt 23 Tage (Minimum 0 Tage, Maximum 180 Tage) auf einen ersten Termin warten. Maximal warten sie dort im Schnitt 123 Tage, also ca. vier Monate (Minimum 28 Tage, Maximum 240 Tage). Die Befragten begründen zum Teil die große Spannweite damit, dass die Wartezeit vom Störungsbild und von der zeitlichen Flexibilität der Patientin oder des Patienten abhängig ist. Aus der Tatsache, dass in knapp 60 Prozent der Praxen der Stichprobe Wartezeiten existieren, kann geschlossen werden, dass hier eine Unterversorgung mit logopädischen Leistungen vorliegt.

Logopädinnen bilden sich regelmäßig fort – das bestätigen auch die Zahlen aus der Befragung: 94 Prozent der Befragten geben wenigstens einen Fortbildungstag im Jahr 2015 an. Der Durchschnitt liegt bei 5,85 Tagen (Standardabweichung 5,66 Tage, Minimum 0 Tage, Maximum 25 Tage, Median 4 Tage). Die Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie regelt die Fortbildungspflicht der Leitungskräfte einer logopädischen Praxis über ein Punktesystem: Innerhalb von 4 Jahren müssen 60 Fortbildungspunkte (FP) gesammelt werden, möglichst 15 Fortbildungspunkte pro Jahr, wobei ein Fortbildungspunkt einer Unterrichtseinheit von 45 min entspricht. Dies wären dann durchschnittlich 1,875 Tage (bei 8 FP/Tag) jährlich. Die Befragten bilden sich also intensiver fort, als sie gesetzlich verpflichtet wären.

(18) Die Summe der Prozentwerte (98,92) weicht leicht von 100 ab, zum Teil durch Rundung, zum Teil durch Akzeptanz geringer Unschärfen in den Angaben; Werte wurde von elf Praxisinhabenden geschätzt, während den anderen Praxisinhabenden Statistiken, zum Beispiel durch ihre Praxisverwaltungssoftware, hierzu zur Verfügung standen.

(19) Quelle: GKV-HIS Berichte, https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/his_berichte/his_berichte.jsp; am 28.03.2018, eigene Berechnungen

Die Angaben zur beruflichen Befindlichkeit zeigten folgendes Bild:

Berufliche Befindlichkeit 2015 n=34	nie	Selten	gelegentlich	oft	täglich
Wie oft empfinden Sie Ihre Arbeit als stressig?	0 %	14,71 %	35,29 %	44,12 %	5,88 %
Wie oft sind Sie abends körperlich erschöpft?	0 %	11,76 %	38,24 %	33,35 %	17,65 %
Wie oft sind Sie abends geistig/psychisch erschöpft?	0 %	8,82 %	29,41 %	41,18 %	20,59 %
Wie oft machen Sie sich Sorgen um Ihre unternehmerische Zukunft?	0 %	5,88 %	44,12 %	29,41 %	20,59 %

Hier zeigt sich eine hohe Belastung eines Großteils der befragten Praxisinhaberinnen. 50 Prozent empfinden ihre Arbeit gelegentlich, oft oder täglich als stressig und sind abends oft oder täglich körperlich erschöpft, 61,77 Prozent sind oft oder täglich abends geistig/psychisch erschöpft. 94,12 Prozent machen sich gelegentlich, oft oder sogar täglich Sorgen um ihre unternehmerische Zukunft. In der bevölkerungsrepräsentativen Studie der Techniker Krankenkasse zur Stresslage der Nation geben 62 Prozent der Selbständigen an zeitweilig oder dauerhaft Stress zu haben⁽²⁰⁾; in der Befragung der Inhaberinnen der logopädischen Praxen sind es „gelegentlich“, „oft“ und „täglich“ zusammenaddiert 85,29 Prozent. Dies weist daraufhin, dass selbständige Logopädinnen deutlich gestresster sind als die ohnehin schon stark belastete Gruppe aller Selbständigen in Deutschland.

Im verwendeten schriftlichen Fragebogen gab es auch Fragen, die offene Antworten erlaubten. Die folgenden Ausschnitte aus den Antworten auf zwei offene Fragen belegen, dass die Probleme von vielen der selbständigen Logopädinnen auch tatsächlich als eine Bedrohung für ihre Zukunft angesehen werden.

Die erste offene Frage lautete: „Angenommen Ihr Gewinn würde sich deutlich erhöhen, wurdem Sie in Ihrer Praxis etwas verändern? Falls ja, was?“ Die zweite offene Frage lautete: „Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?“ Eine Quintessenz der Analyse der Antworten ist die Klage darüber, dass der Arbeitsaufwand in einem krassen Missverhältnis zum erzielten Gewinn steht. Es wird darauf hingewiesen, dass sich die Gewinnsituation im Laufe der Zeit verschlechtert und auch der Aufwand für die Dokumentation und Organisation zugenommen habe.

Mehrfach wird beklagt, dass man zwar als alleinstehende Person mit dem Einkommen auskommen könnte, die Versorgung einer Familie aber nicht möglich sei. Mehrfach wird auch auf Probleme der Altersversorgung eingegangen. Da das geringe Betriebsergebnis nur geringe Aufwendungen für eine private Altersversorgung erlaubt, sind die Aussichten für die finanzielle Situation im Alter trübe. In einem Fragebogen ist zu lesen, dass die momentan erworbenen Rentenansprüche später gerade zur Bezahlung der (privaten) Krankenversicherung ausreichen würden.

Zu den Maßnahmen, die ergriffen würden, wenn sich die Einkommenssituation wesentlich verbessern würde, gehören „weniger arbeiten“, „mehr Urlaubstage nehmen“ und „mehr in die eigene Fortbildung und die der Mitarbeitenden investieren und deren Gehälter erhöhen“. Die Praxisinhaberinnen würden aber auch ihre Praxisräume häufiger renovieren und die IT-Ausstattung sowie den Internet-Auftritt verbessern. Sie würden ebenso mehr therapeutisches und administratives Personal einstellen, gerne auf Feststellungsbasis und zu besseren finanziellen Bedingungen, als es heute möglich ist.

(20) Quelle: Techniker Krankenkasse (2013), S. 7

Zusammenfassung der deskriptiven Analyse

Die Datenanalyse ergibt folgendes Gesamtbild: Selbständige Logopädinnen

- arbeiten überdurchschnittlich viel, bei selbst finanzierter Ausbildung,
- verdienen unterdurchschnittlich, eine Einzelpraxis liegt nur wenig über dem Mindestlohn in Deutschland,
- nehmen wenig Urlaub,
- bilden sich häufig fort,
- sind gestresster als andere Selbständige.

Dieses Gesamtprofil der selbständigen Logopädie ergibt ein wenig attraktives Berufsbild und eine wenig anziehende Selbständigkeitsperspektive. Solche Umstände und Bedingungen nehmen Menschen in Kauf, wenn es wenig Alternativen am Arbeitsmarkt gibt. Wenn allerdings Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber aus anderen Branchen mit attraktiveren Arbeitsmöglichkeiten werben, wie es zur Zeit der Fall ist und vermutlich auch bleiben wird, dann darf es nicht verwundern, dass Praxen aufgegeben werden und es ein sinkendes Interesse an der Selbständigkeit gibt – angesichts eines wachsenden Bedarfs an logopädischer Therapie ein besorgniserregendes Bild! Selbständige Logopädie in Deutschland arbeitet derzeit unter Bedingungen, die die innere betriebswirtschaftliche Verfassung enorm unter Stress setzen und dazu führen, dass diese Branche derzeit, wenn nicht zu einem Abbruchgeschäft, so doch zumindest zu einer Krisenbranche wird.

Exkurs: Die Einkommenssituation abhängig beschäftigter Logopädinnen in logopädischen Praxen

Die Auseinandersetzung mit der beruflichen und wirtschaftlichen Situation von selbständigen Logopädinnen wäre unvollständig ohne eine Darstellung der Situation abhängig beschäftigter Logopädinnen in den logopädischen Praxen. Auch hierzu wurden in der exemplarischen Befragung Daten erhoben:

Die Situation der Angestellten in den logopädischen Praxen 2015 n=18	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Median
Monatliches Bruttogehalt	2.233 €	334,86 €	1.400 €	2.856 €	2.200 €
Wöchentliche Arbeitszeit	37,83 h	2,16 h	35 h	40 h	38,5 h
Wöchentliche Zeit im direkten Patientenkontakt	28,56 h (= z.B. 38 Therapien à 45 Min.)	2,59 h	26,25 h	34 h	28,31 h
Urlaubstage/Jahr	27,44 Tage	2,24 Tage	26 Tage	32 Tage	27,5 Tage
Fortbildungstage/Jahr	3,4 Tage	1,81 Tage	0 Tage	7,5 Tage	3,5 Tage
Fortbildungszuschuss/Jahr	438,81 €	419,86 €	0 €	1.600 €	327 €

In den 18 Praxen der Stichprobe, die angestellte logopädische Fachkräfte beschäftigen, wurde im Jahr 2015 ein Durchschnittsgehalt von 2.233 Euro brutto gezahlt (Standardabweichung 334,86 Euro, Minimum 1.400 Euro brutto, Maximum 2.856 Euro, Median 2.200 Euro). Die wöchentliche Arbeitszeit laut Arbeitsvertrag lag hier bei durchschnittlich 37,83 Stunden (Standardabweichung 2,16 h, Minimum 35 h, Maximum 40 h, Median 38,5 h), dafür sollten die Angestellten im Schnitt 28,56 Stunden im direkten Patientenkontakt verbringen (Standardabweichung 2,59 h, Minimum 26,25 h, Maximum 34 h, Median 28,31 h); dies entspricht 38 Therapien à 45 Minuten wöchentlich, d. h. ca. 75 Prozent der Arbeitszeit besteht aus direktem Patientenkontakt. Die Zahl der Urlaubstage lag bei durchschnittlich 27,44 Tagen/Jahr (Standardabweichung 2,24 Tage, Minimum 26 Tage, Maximum 32 Tage, Median 27,5 Tage). Daneben erhielten die Angestellten durchschnittlich 3,4 Tage Fortbildungsurlaub jährlich (Standardabweichung 1,81 Tage, Minimum 0 Tage, Maximum 7,5 Tage, Median 3,5 Tage), sowie einen Fortbildungszuschuss von durchschnittlich 438,81 Euro im Jahr (Standardabweichung 419,86 Euro, Minimum 0 Euro, Maximum 1.600 Euro, Median 327 Euro).

Laut Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit lag das Bruttogehalt von angestellten Logopädinnen und Logopäden in Deutschland zum 31.12.2015 bei 2.189 Euro (Median)⁽²¹⁾. Somit wird deutlich, dass das mittlere Gehalt von 2.200 Euro, das in den Praxen der Stichprobe im Jahr 2015 gezahlt wurde, mit dem mittleren bundesweiten Gehalt der angestellten Logopädinnen annähernd übereinstimmt.

In Logopädiepraxen werden nicht nur die Leistungen der Inhaberinnen unzureichend vergütet, sondern – als direkte Folge – auch die der Angestellten.

In einer kürzlich durchgeführten Befragung „Zur beruflichen Situation angestellter LogopädInnen“ (Mandl 2016) wurden angestellte Logopädinnen u. a. zu ihrer finanziellen Situation befragt. Für den Vergleich der Zahlen aus der Befragung von Mandl mit den Zahlen der Bundesagentur für Arbeit sowie der vorgestellten Befragung dieses Gutachtens, eignet sich der Median des monatlichen Bruttogehaltes der angestellten Logopädinnen. Hier schreibt Mandl: „Der Median liegt bei 2.523,8€, das Minimum bei 1.550€, das Maximum bei 4.025,6€“ (S. 54). Bei diesen Werten sind die Sonderzahlungen, ebenso wie bei den o. g. Zahlen, die durch die Befragung der Praxisinhaberinnen ermittelt wurden, nicht mit einberechnet.

Eine Erklärung für die deutlich höheren Gehälter bei der Umfrage von Mandl kann zum einen die unterschiedliche Berechnung sein: Mandl (ebd.) gibt an, die Gehälter auf der Grundlage von 40 Arbeitswochenstunden berechnet zu haben. Diese Umrechnung wurde in der Befragung der vorliegenden Analyse des IAT nicht vorgenommen – hier zeigt sich im Schnitt eine geringere durchschnittliche Wochenarbeitszeit von annähernd 38 Stunden. Bei den Zahlen der Bundesagentur für Arbeit wurde keine Umrechnung auf eine einheitliche Stundenzahl durchgeführt; jedes Entgelt, das als Vollzeitentgelt gilt, egal mit welcher Wochenarbeitszahl, geht hier gleichermaßen in die Medianermittlung ein. Zum anderen antworteten in dieser nicht repräsentativen Befragung überdurchschnittlich viele angestellte Logopädinnen, die in einer Klinik beschäftigt sind bzw. waren: „Von insgesamt 345 Teilnehmerinnen sind 156 Personen in einer Klinik oder klinischen Einrichtung und 189 Personen in einer logopädischen Praxis angestellt“ (ebd., S. 55). Es ist anzunehmen, dass angestellte Logopädinnen in Kliniken sehr viel häufiger Tariflohn erhalten, als in logopädischen Praxen, die in keinem Fall an die Zahlung von Tariflohn gebunden sind. Dies beschreibt auch die Autorin Mandl: Hier hatten 76,3 Prozent der Angestellten in klinischen Einrichtungen einen Tarifarbeitsvertrag (ebd., S. 63). Es zeigt sich, dass erhebliche Einkommensunterschiede bestehen zwischen Logopädinnen, die in einer Einrichtung arbeiten, in denen ein Tarifvertrag (z. B. TVöD oder TV-L) gilt, und solchen ohne Tarifvertrag (ebd., S. 65): In Einrichtungen mit Tarifvertrag beträgt das durchschnittliche Einkommen 3.126 Euro, in Einrichtungen ohne Tarifvertrag 2.421 Euro⁽²²⁾. Dies macht eine Differenz von durchschnittlich 705 Euro brutto monatlich aus. Mandl (ebd.) hat auch die Differenz der Angestelltegehälter nach der Unternehmensart ermittelt: So beträgt das durchschnittliche Einkommen der von ihr befragten angestellten Logopädinnen in logopädischen Praxen 2.377 Euro, in klinischen Einrichtungen 3.101 Euro; die Differenz beträgt durchschnittlich 724 Euro brutto monatlich. Somit verdienen die von ihr befragten angestellten Logopädinnen in klinischen Einrichtungen, wie etwa stationäre oder teilstationäre Rehabilitationskliniken oder Krankenhäuser, brutto 30 Prozent mehr als die angestellten Logopädinnen in logopädischen Praxen.

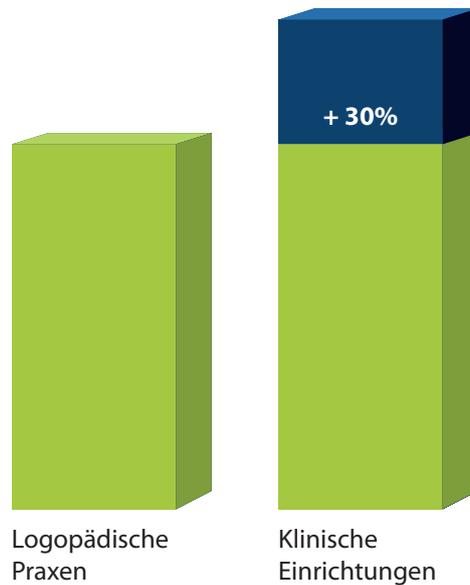
(21) Der Median ist zum 31.12.2016 um 1,83 Prozent auf 2.229 Euro gestiegen. Die Steigerung des Bruttostundenlohnes im Bundesdurchschnitt der Voll- und Teilzeitbeschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen lag hingegen bei 3,4 Prozent.

Quellen: https://entgeltatlas.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/faces/index.jspx;jsessionid=YqGyrKOnYkcTj7RN8W4YHjNmrZ_kHn_LOU1weaA-CAclfMvmo96v8!118864236?_afLoop=6854498459020204&_afWindowMode=0&_afWindowId=null&_adf.ctrl-state=e3nxvidrj_1&beruf=Logop%C3%an:A4din; am 20.2.2018 und Statistisches Bundesamt (2017), S. 5

(22) Sonderzahlungen sind hier nicht berücksichtigt.

Vergleich 2016

Durchschnittliche Bruttomonatsgehälter von angestellten Logopädinnen



Wenn das auf 40 Wochenstunden hochgerechnete durchschnittliche Bruttoeinkommen bei Mandl auf die Wochenarbeitszeit der hier dargestellten, vom IAT durchgeführten Befragung von 37,83 Stunden umgerechnet wird, ergibt sich ein Wert von 2.248 Euro (für Angestellte ohne Tarifgehälter). Somit liegen die durchschnittlichen Bruttomonatseinkommen von angestellten Logopädinnen in logopädischen Praxen beider Befragungen nicht sehr weit auseinander, zumal sich die Zahlen bei Mandl auf das Gehalt im Mai 2016 beziehen (2.248 Euro), während die Befragung der Praxisinhaberinnen durch das IAT sich auf das Jahr 2015 bezieht (2.233 Euro).

5.1.3 Einordnung der Befragungsergebnisse zu bereits bekannten Daten

Da es sich bei der durchgeführten Umfrage um eine exemplarische Befragung handelt, werden die gewonnenen Daten mit bereits bekannten Daten in Beziehung gesetzt. Viele Fakten und Argumente sprechen dafür, dass gerade bei der Höhe des Betriebsergebnisses der bundesweite Durchschnittsverdienst von selbständigen Logopädinnen, eher noch niedriger liegt, als hier ermittelt.

Zunächst ist zu beachten, dass die Praxisinhaberinnen der Stichprobe langjährige Berufserfahrung haben (Mittelwert 19 Jahre) und erfahrene Selbständige sind: Im Durchschnitt führten sie ihre Praxis zum Zeitpunkt der Befragung bereits seit etwa 13,5 Jahren. Es kann also ausgeschlossen werden, dass in der Stichprobe überwiegend Gründerinnen und Gründer vertreten sind, die in den ersten Jahren ihrer Selbständigkeit mit hohen Investitionskosten belastet sind. Weiterhin sind alle Praxisinhaberinnen und -inhaber berufspolitisch organisiert, was ihnen Unterstützungsmöglichkeiten für eine wirtschaftliche Betriebsführung bietet.

Die Einnahmen erzielten die Praxen fast ausschließlich (zu 97,42 Prozent) mit erbrachten Leistungen, die durch die Krankenkassen finanziert werden, also durch logopädische Therapie. Bei der Verteilung der erbrachten Leistungen auf die verschiedenen Vergütungspositionen (Dauer der Behandlungseinheit, Setting: Einzel- oder Gruppentherapie, Anteil der Hausbesuche) zeigten sich keine relevanten Abweichungen vom bundesweiten Schnitt⁽²³⁾.

Die Gehälter der angestellten logopädischen Fachkräfte der Praxen der Stichprobe sind im Schnitt annähernd identisch mit dem bundesweiten Schnitt der Angestelltegehälter (Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit), wie der Exkurs zu der Situation der angestellten Logopädinnen zeigte.

Die Befragten führen jedoch im Schnitt größere Betriebe als der bundesweite Durchschnitt und leisten mehr Therapieeinheiten pro Jahr. Dies lässt sich zum einen am Mittelwert der erbrachten Leistungen ablesen. In der Stichprobe beträgt der Durchschnitt 3.089 Therapieeinheiten/Jahr (gesetzliche und privat Versicherte), bundesweit liegt der Durchschnitt hingegen bei etwa 1.944 Therapieeinheiten/Jahr (gesetzlich Versicherte)⁽²⁴⁾. Die Differenz von über 1.000 Therapieeinheiten kann nicht durch die privat Versicherten erklärt werden, da der Anteil der Einnahmen durch privat Versicherte am Gesamtumsatz in der Stichprobe im Schnitt nur 15,08 Prozent beträgt. Zum anderen haben die befragten Betriebe auch mehr angestellte Mitarbeitende als der Bundesdurchschnitt: Der Unterschied liegt hier bei 1,26 zu 1,18⁽²⁵⁾ Angestellte im Schnitt pro Praxis (Vollzeitäquivalente).

Die Betriebe der Befragung liegen zu 76,46 Prozent in den Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland, den Bundesländern mit den höchsten Vergütungssätzen für logopädische Leistungen. Im bundesweiten Schnitt sind es 60,84 Prozent der Praxen⁽²⁶⁾. Hieraus ergeben sich höhere Einnahmen der befragten Praxen im Vergleich zum bundesweiten Schnitt.

Gerade die letzten drei genannten Aspekte (Zahl der Mitarbeitenden, Menge der erbrachten Leistungen und Lage der Praxis) deuten darauf hin, dass die in der vorliegenden Studie befragten Praxen mehr Umsatz machen konnten als der bundesweite Durchschnitt. Es ist plausibel, dass somit auch ein höheres Einkommen erzielt wird, zumal die Daten aus der Befragung ergeben haben, dass mit wachsender Zahl der Mitarbeitenden bzw. der erbrachten Leistungen die Betriebsergebnisse steigen. Das würde bedeuten, dass der durchschnittliche Verdienst einer selbständigen Logopädin noch geringer ist, als es die hier dargestellten Zahlen zeigen. Diese These unterstützen auch die Zahlen im nachfolgenden Exkurs.

Exkurs: Die Zusammenführung der Daten aus der dargestellten Befragung mit einer weiteren Befragung von LOGO Deutschland

LOGO Deutschland hat eine Online-Befragung zum Betriebsergebnis und zur Arbeitszeit der selbständigen Logopädinnen unter seinen Mitgliedern und über das Facebook Forum „Logocum Praxisinhaber“ durchgeführt. Die Fragen konnten zwischen dem 20.6.2017 und dem 31.07.2017 beantwortet werden. Der Fragebogen befindet sich im Anhang 6. Hier wurden detaillierte Fragen zur Arbeitszeit gestellt und ebenfalls nach dem Betriebsergebnis im Jahr 2015 gefragt. So konnten für das Jahr 2015 bezüglich der Arbeitszeit und des Betriebsergebnisses 39 zusätzliche, plausible Datensätze gewonnen werden. In der folgenden Tabelle sind die Daten für die zusammengeführten Daten im Vergleich zu den Daten der oben dargestellten Befragung zu sehen:

(23) Quelle: GKV-HIS, eigene Berechnungen

(24) Diese Zahl wurden anhand der im GKV-HIS Bericht für 2015 veröffentlichten Zahlen in Verbindung mit der durch die BGW angegebene Zahl der Betriebe (8.424) für 2015 berechnet: Der HIS-Bericht gibt im Jahr 2015 1.687.999 Verordnungsblätter mit durchschnittlich 9,7 Behandlungseinheiten an. Das sind in der Summe 16.373.590,3 Behandlungseinheiten; verteilt auf 8.424 Betriebe sind dies 1.944 Behandlungseinheiten pro Betrieb.

(25) Quelle: BGW, eigene Berechnung

(26) Quelle: BGW, eigene Berechnung

Betriebsergebnis 2015	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Median
Alle Praxen aus beiden Befragungen (IAT und LOGO Deutschland) n=73	40.412 €	19.358 €	6.144 €	98.682 €	38.240 €
Praxen aus der Befragung des IAT n=34	47.383 €	20.491 €	19.036 €	68.084 €	45.273 €

Hier zeigt sich, dass durch die Erhöhung der auswertbaren Datensätze von 34 auf 73 das durchschnittliche Betriebsergebnis der selbständigen Logopädinnen im Jahr 2015 um 6.970 Euro sinkt, monatlich also um 580,83 Euro.

Um auszuschließen, dass die Praxisinhabenden der Befragung von LOGO Deutschland ein geringeres Betriebsergebnis erzielt haben, weil sie eine geringere Wochenarbeitszeit hatten, wurde auch bei dieser Befragung das Ergebnis linear umgerechnet auf 39 Arbeitswochenstunden bei 30 Tagen Jahresurlaub.

Betriebsergebnis 2015 bei 39 Wochenarbeitsstunden und 30 Tagen Jahresurlaub	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Median
Alle Praxen aus beiden Befragungen n=73	33.726 €	16.287 €	7.770 €	72.541 €	30.209 €
Praxen aus der Befragung des IAT n=34	38.821 €	17.627 €	14.007 €	71.270 €	35.723 €

Es zeigt sich auch bei der linearen Umrechnung des Betriebsergebnisses⁽²⁷⁾ auf eine 39 Stundenwoche bei 30 Tagen Urlaub pro Jahr, dass sich das durchschnittliche Betriebsergebnis durch die Hinzunahme der Datensätze der LOGO Deutschland – Befragung deutlich vermindert: um 5.095 Euro, also um 424,58 Euro monatlich.

Die folgende Tabelle zeigt, dass bei der Befragung durch das IAT tendenziell größere Praxen teilgenommen haben, als bei der Stichprobe, die durch die Zusammenführung der Daten aus beiden Befragungen entstanden ist. Diese Tatsache kann den verbleibenden Unterschied im durchschnittlichen Betriebsergebnis vermutlich zu einem Großteil erklären, denn wie die Auswertung der in Kapitel 5.1.2 dargestellten Daten zeigt, besteht ein Zusammenhang zwischen der Praxisgröße (gemessen an der Zahl der therapeutischen Mitarbeitenden bzw. der geleisteten Therapieeinheiten) und dem Betriebsergebnis.

Anteil der teilnehmenden Praxen nach der Mitarbeitendenzahl	Praxen ohne therapeutisch tätige Angestellte	Praxen mit therapeutisch tätigen Angestellten (bis zu 2 Vollzeitäquivalenten)	Praxen mit therapeutisch tätigen Angestellten (über 2 Vollzeitäquivalente)
Praxen aus der Befragung des IAT n=34	47,06 %	32,35 %	20,59 %
Praxen aus den Befragung des IAT und von LOGO Deutschland ⁽²⁸⁾ n=73	49,32 %	35,62 %	15,07 %

(27) Zur Problematik der linearen Umrechnung siehe Seite 50.

(28) Summe der Prozentwerte (= 100,01) weicht durch Rundung von 100 ab.

5.2 Betriebswirtschaftliche Lage der selbständigen Logopädie – Die Einordnung in das Durchschnittsverdienstniveau in Deutschland und die Entwicklung der betrieblichen Einkommen der logopädischen Praxen seit 2006

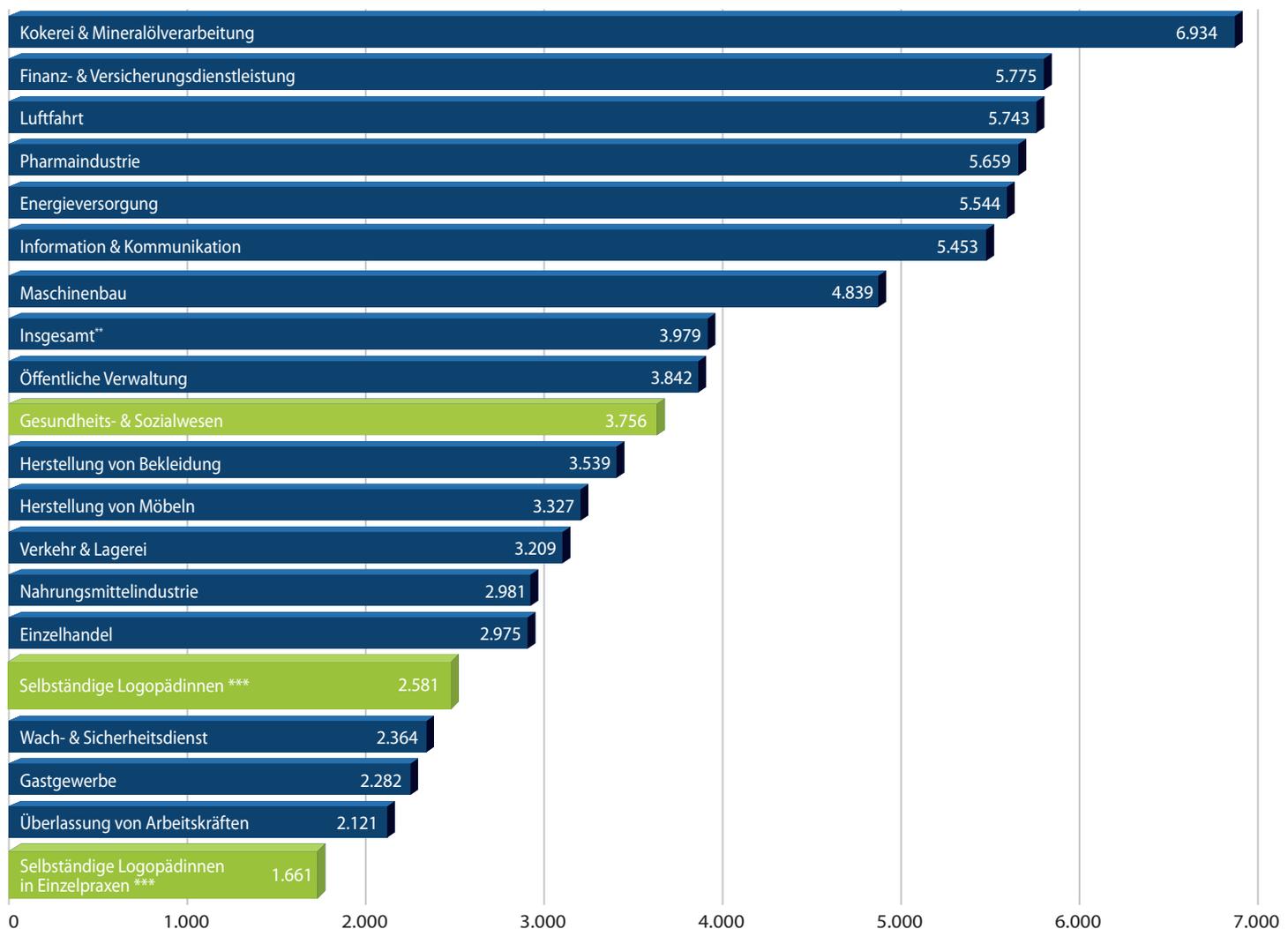
Im Folgenden wird zunächst das durchschnittliche Betriebsergebnis der befragten selbständigen Logopädinnen in das Durchschnittsniveau der Beschäftigten in Deutschland eingeordnet und ein Vergleich mit den Gehältern einzelner Branchen vorgenommen. Im Anschluss wird die Entwicklung der Betriebsergebnisse der selbständigen Logopädinnen dargestellt und mit der Entwicklung der Durchschnittsgehälter in Deutschland in Beziehung gesetzt.

5.2.1 Bruttoeinkommen Vollzeitbeschäftigter in Deutschland

Alarmierend wirkt der Vergleich der Betriebsergebnisse der selbständigen Logopädinnen mit den Bruttoeinkommen, die von vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Deutschland im Durchschnitt erzielt werden. Der durchschnittliche Bruttoverdienst liegt hier mit rund 4.000 Euro deutlich höher und im Gesundheits- und Sozialwesen mit gut 3.756 Euro nur knapp unter diesem Durchschnitt. Selbständige Logopädinnen hingegen müssen sich unter den Niedriglohnbranchen einordnen. Sie können so kaum eine Alterssicherung erwirtschaften, welche über der Grundsicherung liegt. Auch diese Situation scheint für den zunehmenden Fachkräftemangel, wie im Kapitel 1.5 aufgezeigt wurde, mitverantwortlich zu sein.

Bruttomonatsverdienste in ausgewählten Hoch- und Niedriglohnbranchen 2015

Durchschnittsverdienste* von Vollzeitbeschäftigten in Euro



* einschließlich Sonderzahlungen ** Produzierendes Gewerbe und Dienstleistungsbereich insgesamt

*** Betriebsergebnis vor Rücklagen bei 39 Wochenbetriebsstunden und 30 Tagen Urlaub, eigene Berechnung, eigene Daten
Quelle für alle Zahlen außer ***: Statistisches Bundesamt (2016), Fachserie 16 Reihe 2.3, Verdienste und Arbeitskosten

Der durchschnittliche Bruttostundenlohn selbständiger Logopädinnen vor Rücklagen im Jahr 2015 von 15,27 Euro, der durch die vom IAT 2017 durchgeführte und hier dargestellte Befragung ermittelt wurde, liegt weit unter dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn von Vollzeitbeschäftigten im Gesundheitswesen in Höhe von 24,45 Euro⁽²⁹⁾ und unter dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn von angelernten Fachkräften⁽³⁰⁾ im Gesundheitswesen in Höhe von 15,45 Euro⁽³¹⁾. Bezogen auf alle Wirtschaftsbranchen beträgt der durchschnittliche Bruttostundenlohn von Vollzeitbeschäftigten im Jahr 2015 in Deutschland inklusive Sonderzahlungen 24,28 Euro⁽³²⁾.

Bei den Praxisinhaberinnen, die als einzige logopädische Kraft in ihrer Praxis arbeiten, liegt der durch die vom IAT durchgeführte Befragung ermittelte Bruttostundenlohn vor Rücklagen für das Jahr 2015 mit 9,83 Euro noch deutlich niedriger als der durchschnittliche Bruttostundenlohn von ungelernten Angestellten⁽³³⁾ im Gesundheitswesen in Höhe von 13,54 Euro⁽³⁴⁾ und knapp über dem Mindeststundenlohn von 8,50 Euro in Deutschland im Jahr 2015.

(29) Quelle: Statistisches Bundesamt (2016), S. 95

(30) „Arbeitnehmer mit überwiegend einfachen Tätigkeiten, für deren Ausführung keine berufliche Ausbildung, aber insbesondere Kenntnisse und Fertigkeiten für spezielle, branchengebundene Aufgaben erforderlich sind. Die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten werden in der Regel durch eine Anlernzeit von bis zu zwei Jahren erworben.“ ebd., S. 28

(31) ebd., S. 95

(32) ebd., S. 77

(33) „Arbeitnehmer mit einfachen, schematischen Tätigkeiten oder isolierten Arbeitsvorgängen, für deren Ausübung keine berufliche Ausbildung erforderlich ist. Das erforderliche Wissen und die notwendigen Fertigkeiten können durch Anlernen von bis zu drei Monaten vermittelt werden.“ ebd., S. 282

(34) ebd., S. 95

5.2.2 Entwicklung der Einnahmensituation selbständiger Logopädinnen seit 2006 – seit Jahren auf Talfahrt

Um die Entwicklung der Einnahmen der selbständigen Logopädinnen seit 2006 darzustellen, sind die Zahlen aus den GKV-HIS Berichten verwertbar. Damit ist eine Berechnung der Vergütung pro Behandlungseinheit möglich. Vergütung der Behandlungseinheit meint hier: Bruttoumsatz in Euro pro Kontakt, also pro Therapiesitzung, mit den Patientinnen oder Patienten, wobei alle abgerechneten Positionen in die Berechnung einfließen – also neben der Vergütung für die 25 bis 90-minütige Behandlung mit der Patientin oder dem Patienten⁽³⁵⁾ auch die Vergütungen für die Befunderhebung, für den zusätzlichen Aufwand bei Hausbesuchen (Fahrzeit sowie Fahrzeugkosten) sowie für die von einigen gesetzlichen Kassen (teilweise) erstattete Übermittlungsgebühr der Therapieberichte, etwa in Höhe der Portokosten.

Mit diesen Einnahmen pro Behandlungseinheit sind alle vertraglich verpflichtenden, zusätzlichen Tätigkeiten entlohnt. Darüber hinausgehende Einnahmen haben selbständige Logopädinnen nicht, wenn sie logopädische Therapien durchführen.

LOGO Deutschland schätzt diesen zusätzlichen Aufwand durchschnittlich auf mindestens 31 Minuten pro durchgeführte Behandlungseinheit. Die Zeit, die zusätzlich für einen Hausbesuch aufgebracht wird, ist in diesen 31 Minuten nicht inkludiert.

Leistung	Zeit (Minuten)
Therapie	45
Vor- und Nachbereitung des Arbeitsplatzes, Dokumentation	5
inhaltliche Vor- und Nachbereitung der Therapie	5
Praxisorganisation (Termine, Auslastung, Koordinierung etc.)	3
Maßnahmen der Qualitätssicherung	2
Korrekturen fehlerhaft ausgestellter Heilmittelverordnungen	1
Erstellen von Arztberichten	2
Fortbildungen, Literaturstudium, Internetrecherche	6
Beratungsgespräche, interdisziplinärer Austausch, Fallbesprechungen	5
Vorbereitung von / Wartezeit durch nicht abgesagte Therapien	1
Abrechnung	1
Gesamt:	76

Detailliert schlecht zu beziffern sind weitere Zeiten, die abhängig vom Einzelfall in sehr unterschiedlichem Ausmaß entstehen:

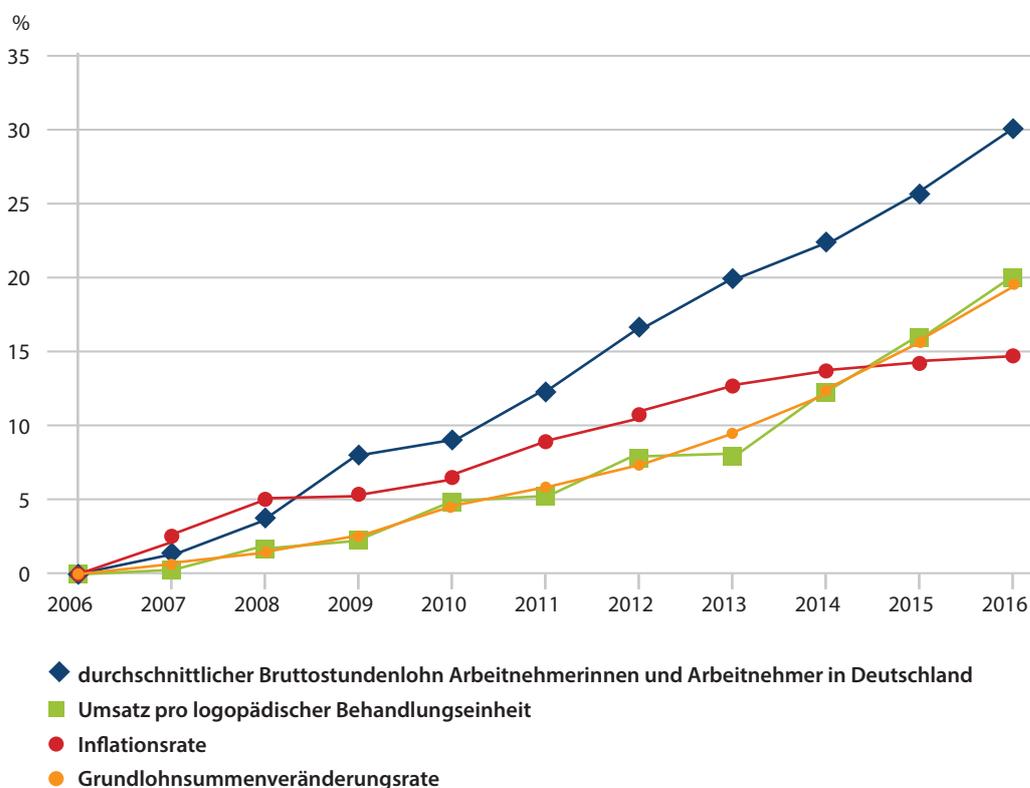
- bei Hausbesuchen ab einem Gesamtzeitaufwand von mehr als 10 Min./ab einer Gesamtfahrstrecke von mehr als 8 Kilometern
- durch die Versorgung von Inklusions- und Integrativkindern nach Heilmittel-Richtlinie § 11 (2) in Tageseinrichtungen
- bei der Versorgung mit Unterstützter Kommunikation
- im Rahmen der Behandlung von Störungsbildern, die einen Mehraufwand erfordern

Nicht erfasst sind hier die administrativen Tätigkeiten, die mit einer Selbständigkeit verbunden sind, wie z.B. Buchhaltung, Einkauf, Instandhaltung, Maßnahmen zur Einhaltung gesetzlicher Vorschriften wie etwa dem Arbeits- oder Datenschutz.

(35) Die von den selbständigen Logopädinnen und Logopäden zum überwiegenden Teil geleistete Therapiezeit mit den Patientinnen und Patienten beträgt 45 Minuten in einer Einzeltherapie. 25 Minuten Therapiezeit ist ausschließlich in Niedersachsen bei den Primärkassen durchführbar. Der Anteil am Gesamtbruttoumsatz bei allen Kassenpatientinnen und -patienten für eine 25-minütige (Primärkassen) oder 30-minütige (Ersatzkassen) Einzeltherapie betrug beispielsweise im Jahr 2016 4,1 Prozent. Quelle: https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2016_04/HIS-Bericht-Niedersachsen-KV17_201604.pdf am 27.03.2018

Neben der kumulierten jährlichen Steigerungsrate der Vergütung einer logopädischen Behandlungseinheit durch die gesetzlichen Kassen sind in der nachfolgenden Grafik⁽³⁶⁾ die kumulierten jährlichen Steigerungsraten der durchschnittlichen Bruttostundenlöhne und -gehälter in Deutschland⁽³⁷⁾ sowie die kumulierte jährliche Grundlohnsummenveränderungsrate⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾ und die kumulierte jährliche Inflationsrate⁽⁴⁰⁾ dargestellt.

Kumulierte Steigerungsraten



Die Steigerung der durchschnittlichen Vergütung der logopädischen Leistung pro Behandlungseinheit von 2006 bis 2016 betrug insgesamt rund 20,2 Prozent und lag damit 5,7 Prozent über der Inflationsrate, die im gleichen Zeitraum rund 14,5 Prozent betrug. Die Grundlohnsummenveränderungsrate lag in den Jahren 2006 bis 2016 bei insgesamt rund 19,3 Prozent und leicht unter der Steigerung der durchschnittlichen Vergütung logopädischer Leistungen. Der Grund dafür: Im Jahr 2003 wurde seitens des Gesetzgebers zur Sicherung der Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenkassenbeiträge vorgegeben, dass künftig die jährliche Grundlohnsummenveränderungsrate das Maximum der Preissteigerung darstellt, welches bei den Verhandlungen der Heilmittelerbringenden erreicht werden kann. Zu berücksichtigen ist bei der Steigerung der Einnahmen pro Behandlungseinheit, dass der Anteil an durchgeführten Hausbesuchen⁽⁴¹⁾ in diesem Zeitraum zugenommen hat und sich somit durchschnittliche Kosten und durchschnittlicher zeitlicher Aufwand auf Seiten der Logopädinnen ebenfalls erhöht haben.

(36) Quelle: GKV-HIS, eigene Berechnungen

(37) Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Bruttolöhne und -gehälter (Inland) 1991 bis 2017. <https://www.statistik-bw.de/VGRdL/tbls/tab.jsp?rev=RV2014&tbl=tab11&lang=de-DE>, am 14.04.2018

(38) Quelle: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/gl_veraenderungsrungrate/jsp am 28.01.2018

(39) Das Gesundheitsstrukturgesetz von 2003 legt die jährliche Grundlohnsummensteigerungsrate als das Maximum für die Erhöhung der Vergütungssätze der GKV fest.

(40) Quelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1046/umfrage/inflationsrate-veraenderung-des-verbraucherpreisindex-zum-vorjahr/> am 28.01.2018

(41) Hausbesuche werden bei medizinischer Indikation statt in den Praxisräumen im Hause der Patientinnen und Patienten durchgeführt. Hier entstehen zusätzliche Kosten (Fahrzeugkosten) und ein deutlicher zeitlicher Mehraufwand für die Logopädinnen durch die Fahrtzeit, gegebenenfalls durch die Parkplatzsuche und durch die Zusammenstellung des möglicherweise erforderlichen Therapiematerials. Im Kassenbezirk Nordrhein stieg beispielsweise der Anteil der Abrechnungsziffer „Hausbesuch“ an sämtlichen Abrechnungsziffern von 11,9 Prozent im Jahr 2006 auf 18,1 Prozent im Jahr 2016 also um 6,2 Prozent; der Anteil am Gesamtbruttoumsatz stieg von 2,7 Prozent auf 5,4 Prozent, also um 2,7 Prozent. Im Kassenbezirk Mecklenburg-Vorpommern ist die Situation ähnlich. Hier stieg der Anteil der Abrechnungsziffer „Hausbesuch“ an sämtlichen Abrechnungsziffern von 11,4 Prozent im Jahr 2006 auf 18,3 Prozent im Jahr 2016 also um 6,9 Prozent; der Anteil am Gesamtbruttoumsatz stieg von 2,6 Prozent auf 5,4 Prozent, also um 2,8 Prozent.
Quelle: GKV-HIS Berichte

Es ist anzunehmen, dass die Gesamtkosten in logopädischen Praxen in den Jahren 2006 bis 2016 mindestens in Höhe der Inflationsrate gestiegen sind. Gleichzeitig erweiterte sich in diesem Zeitraum das Aufgabenspektrum der selbständigen Logopädinnen. Vertragliche Pflichten nahmen erheblich zu. Dazu gehören zum Beispiel eine erweiterte Fortbildungspflicht für Praxisinhabende (oder für die therapeutische Leitung, sofern diese nicht von den Praxisinhabenden ausgeübt wird), die elektronische Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen, eine Verlängerung der Aktenaufbewahrungspflicht von drei auf zehn Jahre, die Pflicht, die ärztlichen Verordnungen auf heilmittelrichtlinienkonforme Ausstellung zu prüfen und erweiterte Vorschriften zur Arbeitssicherheit⁽⁴²⁾. Hierdurch sind den Praxen weitere zusätzliche Betriebsausgaben entstanden. Ebenso hat sich damit der Arbeitsaufwand erhöht, der erbracht werden muss, um eine logopädische Praxis zu führen.

Dies bedeutet, dass die Praxisinhabenden entweder selber weniger Therapien leisten, und damit Umsatzeinbußen und somit ein geringeres Betriebsergebnis haben, oder aber, dass sie die Arbeit an andere Personen delegieren. Wenn der erhöhte Arbeitsaufwand nicht durch die selbständigen Logopädinnen selbst erbracht wird, sondern „eingekauft“ wird, erhöht dies wiederum die Betriebsausgaben und schmälert das Betriebsergebnis. So kann davon ausgegangen werden, dass das Betriebsergebnis der einzelnen Praxen nur durch erhöhte Arbeitszeit seitens der Praxisinhaberinnen gehalten werden konnte, wahrscheinlicher aber ist, dass das Einkommen der selbständigen Logopädinnen in den letzten zehn Jahren real gesunken ist.

Weitere Argumente für diese Hypothese bieten die Daten aus der folgenden Tabelle, die die Entwicklung der durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter in Deutschland sowie der Einkünfte, die von „sonstigen Heilberufen“, zu denen auch die Logopädinnen zählen, überwiegend in freiberuflicher Tätigkeit erzielt werden⁽⁴³⁾ und der Einkünfte von Ärztinnen und Ärzten, die überwiegend in freiberuflicher Tätigkeit erzielt werden, darstellt.

Die Einkünfte von freiberuflichen Ärztinnen und Ärzten werden hier als Vergleichsgröße hinzugenommen, da sie eine Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitswesens darstellen, deren mögliche maximale Steigerung der Einnahmen im Betrachtungszeitraum nicht ausschließlich an die Höhe der Grundlohnsummenveränderungsrate gekoppelt war⁽⁴⁴⁾.

Entwicklung der Einkünfte von Vollzeitbeschäftigten, Sonstigen Heilberufen und Ärztinnen und Ärzten	2010⁽⁴⁵⁾	2007	2004
Durchschnittliche Bruttolöhne und -gehälter ohne Sonderzahlungen von Vollzeitbeschäftigten in Deutschland ⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾	38.724 €	36.276 €	34.152 €
Durchschnittliche Bruttolöhne und -gehälter inklusive Sonderzahlungen von Vollzeitbeschäftigten in Deutschland ⁽⁴⁸⁾	42.515 €	40.134 €	
Einkünfte überwiegend aus freiberuflicher Tätigkeit je Steuerfall: Sonstige Heilberufe ⁽⁴⁹⁾	40.614 €	39.785 €	39.838 €
Einkünfte überwiegend aus freiberuflicher Tätigkeit je Steuerfall: Ärztinnen und Ärzte ⁽⁵⁰⁾	136.163 €	124.799 €	117.770 €

(42) Ein weiteres aktuelles Beispiel der zusätzlichen Pflichten ist die aktuelle Erweiterung des Datenschutzes durch die EU-Datenschutzgrundverordnung, die im Mai 2018 in Kraft tritt.

(43) „Nach der Einkommensteuerstatistik des Statistischen Bundesamtes: Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit sind ein Teil der Einkünfte aus selbständiger Arbeit (§ 18 EStG). Zur freiberuflichen Tätigkeit gehören die selbständig ausgeübte wissenschaftliche, künstlerische, schriftstellerische, unterrichtende oder erzieherische Tätigkeit, die selbständige Berufstätigkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Rechtsanwälte, Notare, Patentanwälte, Vermessungsingenieure, Architekten, Handelschemiker, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratenden Volks- und Betriebswirte, vereidigten Buchprüfer, Steuerbevollmächtigten, Heilpraktiker, Dentisten, Krankengymnasten, Journalisten, Bildberichterstatter, Dolmetscher, Übersetzer, Lotsen und ähnlicher Berufe.“
Quelle: http://www.gbe-bund.de/oowa921-in-stall/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=92051084&nummer=850&p_sprache=D&p_indsp=99999999&p_aid=57077905; am 27.03.2018

(44) Unberücksichtigt bleibt bei diesem Vergleich die von den Heilberufen aufgewendete Arbeitszeit für das Einkommen.

(45) Aktuellere Zahlen liegen bei den „Sonstigen Heilberufen“ nicht vor.

(46) Quelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/237674/umfrage/durchschnittlicher-bruttomonatsverdienst-eines-arbeitnehmers-in-deutschland/>; am 27.03.2018. Eigene Umrechnung von Monats- auf Jahreslöhne

(47) Bruttolöhne sind nicht mit den Einkünften der Selbständigen vergleichbar, da diese von ihren Einkünften die Sozialversicherungen zu 100 Prozent tragen, während bei den Angestellten die Sozialversicherungen zu nahezu 50 Prozent vom Arbeitgebenden getragen werden.

(48) Quelle: Statistisches Bundesamt (2011): Fachserie 16 Reihe 2.3, Verdienste und Arbeitskosten, S. 202; Statistisches Bundesamt (2008): Fachserie 16 Reihe 2.3, Verdienste und Arbeitskosten, S. 134. https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DESerie_serie_00000301, am 27.03.2018. Werte für 2004 sind nicht vorhanden.

(49) Quelle: http://www.gbe-bund.de/oowa921-in-stall/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=92051084&nummer=850&p_sprache=D&p_indsp=99999999&p_aid=57077905; am 27.03.2018

(50) Quelle: http://www.gbe-bund.de/oowa921-in-stall/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=92051084&nummer=850&p_sprache=D&p_indsp=99999999&p_aid=57077905; am 27.03.2018. Zu den Ärztinnen und Ärzten zählen hier: Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärztinnen und Ärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte, nicht aber Zahnärztinnen und Zahnärzte oder Tierärztinnen und Tierärzte.

Während die durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter in Deutschland ohne Sonderzahlungen von 2004 bis 2010 um rund 13,4 Prozent gestiegen sind, sind die durchschnittlichen Einkünfte der „Sonstigen Heilberufe“ um rund 2,0 Prozent gestiegen, die der Ärztinnen und Ärzte um rund 15,6 Prozent. Die Inflationsrate betrug in diesem Zeitraum rund 9,8⁽⁵¹⁾ Prozent, sodass bei den „Sonstigen Heilberufen“ im Schnitt ein Realverlust der Einkünfte von rund 7,8 Prozent stattgefunden hat, während es bei den durchschnittlichen Gehältern ohne Sonderzahlungen der Vollzeitbeschäftigten in der BRD einen Reallohnzuwachs von rund 3,6 Prozent gab und bei den Ärztinnen und Ärzten einen Realzuwachs der Einkünfte von rund 5,8 Prozent.

Werden die durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter in Deutschland inklusive Sonderzahlungen von 2007 bis 2010 mit den Einkünften der „Sonstigen Heilberufe“ und der Ärztinnen und Ärzte verglichen, ergibt sich ein ähnliches Bild: Während die durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter in Deutschland inklusive Sonderzahlungen in diesem Zeitraum um rund 5,9 Prozent gestiegen sind, sind die durchschnittlichen Einkünfte der „Sonstigen Heilberufe“ um rund 2,1 Prozent gestiegen, die der Ärztinnen und Ärzte um rund 9,1 Prozent. Die Inflationsrate betrug in diesem Zeitraum rund 4,0⁽⁵²⁾ Prozent, sodass bei den „Sonstigen Heilberufen“ im Schnitt ein Realverlust der Einkünfte von rund 1,9 Prozent stattgefunden hat, während es bei den durchschnittlichen Gehältern inklusive Sonderzahlungen der Vollzeitbeschäftigten in der BRD einen Reallohnzuwachs von rund 1,9 Prozent gab, bei den Ärztinnen und Ärzten einen Realzuwachs der Einkünfte von rund 5,1 Prozent. Nach den bisherigen Ergebnissen der Analyse spricht vieles dafür, dass das Faktum der real sinkenden Einkünfte der „Sonstigen Heilberufe“ auch für die Untergruppe der selbständigen Logopädinnen gilt.

Zusammenfassung

Die Analyse der Einkommensentwicklung von selbständigen Logopädinnen im Vergleich zur durchschnittlichen Lohnentwicklung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Deutschland ergibt folgendes Bild:

Während die durchschnittlichen Bruttostundenlöhne von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Deutschland von 2006 bis 2016 inflationsbereinigt um 15,2 Prozent gestiegen sind, haben selbständige Logopädinnen im Bestfall im Schnitt ein stagnierendes Betriebsergebnis bei erhöhter Arbeitsbelastung in diesem Zeitraum erzielt. Wahrscheinlicher hingegen ist, dass die Betriebsergebnisse inflationsbereinigt im Schnitt tatsächlich real gesunken sind.

5.3 Betriebswirtschaftliche Lage der selbständigen Logopädie exemplarisch dargestellt

In Kapitel 4.1 wurde aufgezeigt, dass annähernd 70 Prozent aller logopädischen Praxen in Deutschland Praxen mit maximal ein bis zwei – in der Regel in Teilzeit arbeitenden – Mitarbeitenden sind. In 46,51 Prozent arbeitet die Praxisinhaberin ohne weitere Mitarbeitende. Vermutlich arbeitet sie in deutlich mehr als 50 Prozent der Praxen als einzige logopädische Fachkraft, denn die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) erfasst in ihrer Statistik auch nicht therapeutisch tätige Mitarbeitende wie Reinigungs- und Bürokräfte. Weiterhin wurde aufgezeigt, dass der Anteil der Einzelpraxen⁽⁵³⁾ an allen Praxen in ländlichen Gebieten höher ist, als in dicht besiedelten Regionen. Dies ist plausibel, denn nur ein geringer Teil der Gesamtbevölkerung, wenn auch mit steigender Tendenz, benötigt ambulante logopädische Leistungen.

(51) Quelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1046/umfrage/inflationsrate-veraenderung-des-verbraucherpreisindex-zum-vorjahr/>; am 28.01.2018, eigene Berechnung der Summe

(52) Quelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1046/umfrage/inflationsrate-veraenderung-des-verbraucherpreisindex-zum-vorjahr/>; am 28.01.2018, eigene Berechnung der Summe

(53) „Einzelpraxis“ meint eine Praxis, in der die Praxisinhabende die einzige therapeutisch tätige Kraft ist.

Für Betroffene ist eine wohnortnahe Versorgung von Vorteil, gerade auch weil logopädische Behandlung häufig eine über einen längeren Zeitraum regelmäßige Behandlung mit ein bis fünf Terminen pro Woche bedeutet. Die Möglichkeit, logopädische Praxen mit mehreren therapeutischen Mitarbeitenden zu betreiben, scheint in ländlichen Regionen zum einen wegen der geringen Zahl der betroffenen Patientinnen und Patienten an Grenzen zu stoßen: Wie in Kapitel 4.1 dargestellt wurde kamen in Deutschland im Jahr 2016 auf eine logopädische Vollzeitkraft, die in ambulanten Einrichtungen arbeitet, rund 5.158 Einwohnerinnen und Einwohner. Zum anderen wird es auch für Praxisinhaberinnen beim zunehmenden Fachkräftemangel immer schwieriger, Mitarbeiterinnen für Praxen in ländlichen Regionen zu finden, wie auch in dem Praxisporträt von Frau Beinert auf Seite 70 deutlich wird. Praxisinhaberinnen gehen mit der Anstellung von Kolleginnen ein nicht unerhebliches unternehmerisches Risiko ein, da sie für deren Arbeitsplatz die räumlichen Voraussetzungen und die entsprechende Praxisausstattung stellen müssen, so wie es in der Zulassungsempfehlung festgelegt ist. Somit erhöhen sich die Fixkosten, die auch weitergetragen werden müssen, wenn es zu Personalmangel kommt.

Ein dritter Grund für die große Anzahl von Kleinpraxen kann Paragraph 11 Absatz 4 der Rahmenempfehlung sein, der heißt: „Der Heilmittelerbringer haftet für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiter in gleichem Maße wie für die eigene Tätigkeit“. Dieser Paragraph ist beispielsweise in den bundesweit gültigen Rahmenverträgen zwischen dem Verband der Ersatzkassen und den Berufsverbänden der Logopädinnen in Paragraph 4 Absatz 5 mit folgendem Zusatz versehen: „Der Zugelassene haftet für von angestellten und freien Mitarbeitern erbrachte Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen. Er hat sich dafür regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen“. Dieser Passus setzt eine natürliche, individuelle Obergrenze von Angestellten und kennzeichnet die Logopädie als Freien Beruf. Im Kapitel 5.1.2 wurde deutlich, dass gerade die typischen, die Versorgung sichernden Einzelpraxen und Praxen mit wenigen therapeutisch tätigen Mitarbeitenden sehr niedrige Betriebsergebnisse erzielen.

Im folgenden Beispiel wird ein Betriebsergebnis einer Einzelpraxis für das Jahr 2017 modellhaft dargestellt, da Einzelpraxen den größten Anteil an logopädischen Praxen darstellen. Zugrunde liegt hier die Kostenstruktur einer Logopädin⁽⁵⁴⁾ aus dem Jahr 2016, die langjährig eine dörflich gelegene Einzelpraxis in Westfalen-Lippe betreibt. Sie hat stundenweise eine Bürokräft auf Honorarbasis und eine Reinigungskraft, ebenfalls stundenweise, auf Minijobbasis beschäftigt. Die Kostenstruktur ihrer Praxis stellt sich im Vergleich zu den durchschnittlichen Werten der vom IAT befragten Einzelpraxen wie folgt dar:

Kostenverteilung	Personal-kosten	Raum-kosten	Versicher-ungen u. Beiträge	Werbe-u. Reise-kosten	Sonstige Kosten	Summe
Praxis der Modellrechnung	2.368 €	6.338 €	1.262 €	3.101 €	6.574 €	19.642 €
Praxen der IAT Umfrage ohne therapeutisch tätige Mitarbeitende; Mittelwert	(n=10) 2.607 €	(n=11) 7.872 €	(n=10) 1.293 €	(n=10) 3.601 €	(n=10) 9.228 €	24.601 €

Die Kosten der Praxis aus Westfalen-Lippe liegen also um knapp 5000 € niedriger als der Schnitt der durch das IAT befragten Praxen. Dies liegt an etwas niedrigeren Personal-, Raum-, Werbe- und Reisekosten, vor allem aber an deutlich niedrigeren sonstigen Kosten. Bei der Analyse dieser Daten wurde deutlich, dass die Praxisinhaberin der Modellpraxis in Westfalen-Lippe im Jahr 2016 keine Fortbildungskosten⁽⁵⁵⁾ und kaum Abschreibungen auf Anlagevermögen oder auf geringfügige Wirtschaftsgüter hatte, also keine größeren Neuanschaffungen in dem letzten Jahr beziehungsweise in den letzten Jahren getätigt hatte, was die niedrigeren Werte bei den Werbe- und Reisekosten und den sonstigen Kosten erklärte.

(54) Die Logopädin wollte anonym bleiben. Der Name ist den Autorinnen und Autoren des Gutachtens bekannt.

(55) Logopädinnen sind vertraglich nicht verpflichtet sich jährlich fortzubilden: Sie müssen innerhalb von 4 Jahren 60 Fortbildungspunkte erlangen.

Unter der Annahme, dass sie im Jahr 2017 30 Tage Urlaub gehabt hätte und zehn Tage wegen Krankheit arbeitsunfähig gewesen wäre, hätte sie bei circa 30 durchgeführten Therapieeinheiten pro Woche 1.168 Therapiestunden à 45 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten geleistet. Weiterhin wurde in der Modellrechnung angenommen, dass von der Gesamtzahl der erbrachten Leistungen 203 als Hausbesuch stattgefunden hätten, entsprechend ihrer Struktur 2016, und dass zusätzlich 40 Erstbefunde abgerechnet worden wären. Somit wäre die Praxisinhaberin auf eine Wochenarbeitszeit von etwa 38 Stunden pro Woche zuzüglich der Fahrzeit zu Hausbesuchen und weiterer Tätigkeiten, die die Selbständigkeit nach sich zieht, wie z. B. Einkauf und Instandhaltung, gekommen und hätte ein Betriebsergebnis von 32.154 Euro erwirtschaftet, wie die folgende Modellrechnung zeigt:

Modellrechnung einer Einzelpraxis in Westfalen-Lippe		2017
Durchschnittliche Vergütung je 45 Min./ Patient		39,64 €
Durchschnittliche Vergütung je Erstbefund		71,05 €
Durchschnittliche Vergütung je Hausbesuch		13,08 €
Therapieanzahl / Jahr	1168	46.299,52 €
Erstbefunde / Jahr	40	2.842,00 €
Hausbesuche / Jahr	203	2.655,24 €
Gesamterlöse GKV		51.796,76 €
abzüglich Praxiskosten		19.643,00 €
Betriebsergebnis		32.153,76 €

Das Betriebsergebnis der Modellrechnung wäre in etwa mit einem Jahresbruttolohn von Angestellten in Höhe von 25.498 Euro bzw. einem Monatsbruttolohn von 2.124,84 Euro vergleichbar⁽⁵⁶⁾. Eine Rücklagenbildung wurde hier nicht berücksichtigt.

(56) Hier wurden die 20,7 Prozent Arbeitgeberanteil zu den Sozialversicherungen im Jahr 2017, die Angestellte erhielten, vom Betriebsergebnis abgezogen. Nicht berücksichtigt sind die höheren Einkommenssteuerabgaben, da diese bei Selbständigen vom Betriebsergebnis berechnet werden, bei Angestellten vom Bruttolohn. Der Unterschied beträgt in diesem Beispiel bei einer kinderlosen Frau, Steuerklasse 1, ohne Kirchensteuer etwa 1663 Euro netto auf das Jahr bezogen. Falls die Selbständige gesetzlich krankenversichert ist, wird bei ihr auch die Höhe des Krankenkassenbeitrages anders berechnet als bei Angestellten: Auch hier werden auf der einen Seite der Bruttojahreslohn zu Grunde gelegt und auf der anderen Seite, bei Selbständigen, das Betriebsergebnis plus weiterer Einnahmen, wie etwa Einnahmen durch Vermietung von Wohneigentum. Bei Einkommen beziehungsweise Löhnen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze macht dies einen Unterschied; darüber hinaus steigt der Krankenkassenbeitrag nicht weiter.

5.4 Porträts realer logopädischer Praxen

Einige der an den Befragungen Beteiligten haben sich auf Nachfrage bereit erklärt, die Einschätzung ihrer finanziellen Situation nicht nur durch Teilnahme an den digitalen Befragungen kundzutun, sondern diese auch in einem kurzen Text anschaulich zu beschreiben. Die Texte wurden zwischen Juli und September 2017 verfasst.



Paulus Nöfer

Quelle: privat



Berit Groß

Quelle: privat



Carmen Beinert



Walter Dickerhoff

Quelle: privat

5.4.1 Einzelpraxis

Zunächst kommt der Inhaber einer Einzelpraxis zu Wort, bei dessen Praxishistorie das erhebliche unternehmerische Risiko und das Thema „unzureichende Altersvorsorge“ anschaulich wird:

Paulus Nöfer, selbständiger Logopäde in Wolfsburg Ortsteil, Niedersachsen

Seit 17 Jahren führe ich eine Praxis für Logopädie. Ich bin verheiratet und habe drei Kinder, die nun 20, 18 und 13 Jahre alt sind. In die Selbständigkeit hat mich damals unter anderem die fehlende Perspektive als angestellter Logopäde in einer neurologischen Rehaklinik getrieben, in der ich fünf Jahre arbeitete. Zudem herrschte in unserer Stadt damals ein enormer Logopädenmangel – außer mir gab es nur fünf weitere Praxen. So war meine Praxis auch von vornherein so angelegt, dass es möglich war, Mitarbeiter einzustellen, was auch innerhalb eines Jahres gelang.

Nach ca. drei Jahren erfolgte ein Einbruch. Personalausfälle und -wechsel, u. a. durch Schwangerschaften von Mitarbeiterinnen, führten zu der Entscheidung, allein weiterzuarbeiten. Über drei Jahre lang suchte ich nach geeigneten, bezahlbaren neuen Räumen. Durch die finanzielle Belastung geriet auch mein privater wirtschaftlicher Rahmen in eine Schieflage. Die Erlöse reichten nicht aus, eine 5-köpfige Familie zu versorgen und das erworbene Eigenheim zu finanzieren, welches als ein Teil zur Altersvorsorge gedacht war.

Diese besteht nun nicht mehr! Ich wohne zur Miete und arbeite zwischen 50 und 60 Stunden pro Woche, um die Familie zu versorgen. Meine Ehefrau ist mittlerweile ebenfalls wieder berufstätig. Gemeinsam können wir uns von daher seit 10 Jahren einen 1-wöchigen Jahresurlaub leisten. Das Thema Altersvorsorge blende ich mittlerweile aus, denn die Mittel dafür kann ich bis heute nicht aufbringen.

Es ist dringend erforderlich, dass logopädische Therapie einschließlich aller Nebenleistungen endlich so gut bezahlt wird, dass eine Familie mit mehreren Kindern im Rahmen einer normalen, wöchentlichen Arbeitszeit finanziert werden kann, ohne im Alter in der Grundsicherung zu landen!

5.4.2 Typische Praxis in der Großstadt

Im nächsten Porträt einer Praxis mit therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen werden unter anderem auch die Probleme der rasant steigenden Kosten in einer Großstadt und die notwendige Unterstützung durch Familienangehörige zur Aufrechterhaltung der Praxis thematisiert:

Berit Groß, selbständige Logopädin in Berlin

Mein Name ist Berit Groß. Ich bin seit 1996 als staatlich anerkannte Logopädin tätig, seit 1999 in eigener Praxis in Berlin/Prenzlauer Berg. Ich bin 44 Jahre alt, verheiratet und habe zwei Kinder im Alter von 13 und 15 Jahren.

In meiner Praxis werden Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen behandelt. Zwei Logopädinnen und eine Diplom-Sprachheilpädagogin unterstützen mich dabei.

Was ist die Arbeit des Logopäden/Sprachtherapeuten der Gesellschaft wert?

Im Laufe meiner selbständigen Tätigkeit habe ich erfahren, dass wir von den betroffenen Patienten sehr wertgeschätzt werden. Worte, Gesten und ein Blumenstrauß sind schön, reichen jedoch nicht, um eine Familie zu ernähren. Die wirtschaftliche Situation meiner Praxis hat sich in den letzten zehn Jahren um ein Vielfaches verschlechtert. Die Arbeitsbelastung ist durch den irrsinnigen Bürokratiewahnsinn enorm gestiegen. Momentan bekomme ich in Berlin einen Kassensatz von 36,00 Euro für 45 Minuten reine Therapiezeit. Alle im Zusammenhang mit den Therapien stehenden Arbeiten wie Vor- und Nachbereitung, Dokumentation, Terminierung, Angehörigenberatung, Befundberichte, interdisziplinärer Austausch, Korrektur fehlerhaft ausgestellter Verordnungen werden NICHT vergütet. Um die Qualität der Behandlungen zu gewährleisten, bilden wir uns regelmäßig fort, auch das kostet Zeit und Geld, fließt aber in die Vergütung nicht mit ein.

Neben der Arbeit für die eigentlichen Therapien fallen viele weitere Arbeiten wie Praxisreinigung, Abrechnung, Kontenklärung, Buchhaltung, Reparaturen etc. an. Mit 36,00 Euro pro Therapieeinheit habe ich nur ein sehr begrenztes Budget, um alle Ausgaben davon zu tätigen. Die o. g. „Nebenarbeiten“ mache ich selbst. Handwerklich begabte Familienmitglieder übernehmen die Reparaturen. Ich selbst leiste 38-40 Therapien pro Woche, hinzu kommen alle aufgezählten Arbeiten. Damit liege ich bei einer Arbeitszeit von 65 Stunden pro Woche, teilweise auch darüber. Nach Abzug aller Kosten arbeite ich für einen Stundenlohn von 8,50 Euro brutto. Meine Mitarbeiterinnen verdienen 13,00 Euro - 14,00 Euro brutto pro Stunde nach vielen Jahren Berufserfahrung. Mehr geht bei bestem Willen nicht.

Die rasante Mietsteigerung in Berlin hat zu einer Verdoppelung meiner Praxismiete geführt. Der Gewinn, den ich mit meiner Praxis erwirtschaftete, steht in keinem Verhältnis zur tatsächlich geleisteten Arbeitszeit. Ohne meinen Mann hätte ich 2014 meine Praxis aufgegeben. Der Grund dafür war, dass mein Mietvertrag nach 15 Jahren nicht verlängert wurde. Ich musste mir neue Praxisräume suchen und war gezwungen, umzuziehen, musste vorübergehend doppelt Miete zahlen, die Kautions hinterlegen. Diese Zwischenfinanzierung hat mein Mann übernommen. Im Jahr des Umzuges 2014 lag meine Jahresbilanz bei -9.400 Euro. Und das im 15. Jahr der Selbständigkeit bei einer mehr als gut ausgelasteten Praxis. Ich habe seit Jahren eine Warteliste und immer gearbeitet. Mutterschutz, Erziehungszeit gab es nicht!

Das ist demoralisierend!!! Die Zeit drängt, dass sich die finanzielle Situation des Logopäden/Sprachtherapeuten zeitnah grundlegend verbessert. Schon heute spüren wir selbst in einem Ballungsgebiet wie Berlin den Fachkräftemangel – der anspruchsvollen und verantwortungsvollen Beruf der Logopädin ist unattraktiv geworden. Auch die Logopädin in der eigenen Praxis muss in der Lage sein, mit einer 40-Stunden-Arbeitswoche eine Familie zu ernähren!

5.4.3 Frauen zwischen schlecht bezahlter Erwerbstätigkeit und unentgeltlicher Care-Arbeit⁽⁵⁷⁾

Logopädie ist ein Frauenberuf, geprägt von Lebenssituationen wie Schwangerschaft, Elternzeit und Pflege von Angehörigen. Deshalb üben angestellte Logopädinnen ihre Tätigkeit zum größten Teil in Teilzeit aus, gehen also einer sogenannten atypischen Beschäftigung nach⁽⁵⁸⁾. Die Inhaberin einer Einzelpraxis hingegen muss gemäß den Zulassungskriterien der gesetzlichen Krankenversicherung in Vollzeit zur Verfügung stehen. Das Dilemma der Vereinbarkeit von Selbständigkeit und Familie bei Frauen zeigt sich insbesondere im folgenden Beispiel. Die Praxisinhaberin war seit 2012 an zwei Standorten selbständig, gab aber gezwungenermaßen beide Praxen 2017 wieder auf:

Praxisporträt Carmen Beinert⁽⁵⁹⁾, ehemalige Inhaberin zweier logopädischer Praxen in Bayern

Drei von meinen fünf Mitarbeiterinnen fielen krankheitsbedingt häufig aus, sodass ich als Inhaberin sowohl die Patientenversorgung sicherstellen als auch die fehlenden Umsätze kompensieren musste. Es war zudem schwierig, Stellen zu besetzen: Die meisten Kolleginnen wollten nur stundenweise oder in Teilzeit arbeiten. Seit 2016 gab es gar keine Bewerbungen mehr für zwei offene Vollzeitstellen, die auf Grund von Schwangerschaft und Elternzeit entstanden waren.

Ab der Geburt meines ersten Kindes Ende 2016 bin ich als Therapeutin in meiner eigenen Praxis ausgefallen. 2017 wurde ich erneut schwanger. Nachdem die noch verbliebene Vollzeitkraft von dieser 2. Schwangerschaft erfahren hat, hat sie gekündigt, weil sie Sorge hatte, alleine die Verantwortung übernehmen zu müssen. Das hat mich emotional stark unter Druck gesetzt. Wenn die Miete und die Fixkosten nicht gewesen wären, da meine ich vor allem die Rentenversicherung und die Krankenversicherung, hätte ich versucht, die Praxen bestehen zu lassen und noch ein paar Monate weiter nach Angestellten gesucht. Aber dies, ohne mit Einnahmen rechnen zu können, war wirtschaftlich unmöglich. Alternativ eine Kinderbetreuung zu zahlen, um selbst, bereits wieder im 6. Monat schwanger, ein paar Stunden übernehmen zu können, schien mir die Sache nicht wert zu sein, da meine erste Tochter gerade mal zehn Monate alt war.

Ob die Patienten nun einen Therapieplatz gefunden haben, ist mir nicht bekannt. Die meisten Praxen hier in der Gegend sind ebenfalls auf der Suche nach Mitarbeiterinnen. Vielleicht besteht später die Option, wieder eine Praxis zu eröffnen. Erst einmal widme ich mich meiner Familie. Was dann kommt, muss ich sehen. Grundsätzlich möchte ich gerne weiter als Logopädin arbeiten – aber nicht zu jedem Preis.

-
- (57) Unentgeltliche Care-Arbeit (etwa Kinderbetreuung oder Pflege von Angehörigen) leisten sowohl Frauen als auch Männer, jedoch ist diese Arbeit, wenn die aufgewendete Stundenzahl betrachtet wird, unterschiedlich verteilt. Besonders auffällig ist der Unterschied bei der Kinderbetreuung: Vollzeitbeschäftigte, angestellte Frauen wenden dafür durchschnittlich 39 Stunden wöchentlich auf, Männer hingegen 26 Stunden. Bei den teilzeitbeschäftigten Angestellten ist der Unterschied noch deutlicher: Hier leisten Frauen 49 Stunden pro Woche, Männer 29 Stunden. Quelle: Institut DGB-Index Gute Arbeit (2017), S. 12
- (58) 71 Prozent aller teilzeitbeschäftigten Frauen in Deutschland geben als Grund für die Teilzeittätigkeit an: „Ich arbeite Teilzeit, um persönlichen oder familiären Verpflichtungen nachkommen zu können, z. B. Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Personen.“ Quelle: Institut DGB-Index Gute Arbeit (2017), S. 14
- (59) Der Name wurde geändert, die Logopädin möchte anonym bleiben.

5.4.4 Große Praxis

Im letzten Beispiel wird deutlich, dass das Betreiben von Großpraxen erhebliche Investitionskosten mit sich bringt und die Inhabenden dennoch für das Alter bisher nicht ausreichend vorsorgen konnten:

Praxisporträt „Logopädie Covelli & Dickerhoff GbR“, eine Gemeinschaftspraxis mit vier Standorten im Ruhrgebiet

„Wachstum durch und für das Team!“ Das war immer unser Plan um gute Arbeitsbedingungen und ein anständiges Auskommen für Inhaber und Angestellte in der Praxis zu realisieren. Durch die immer noch zu geringe Entlohnung unserer Arbeit ist es für uns inzwischen erschreckend zu sehen, wie groß eine Praxis werden muss, damit der Plan einigermaßen aufgeht.

Unser Praxen-Verbund mit vier Standorten, geführt als Gemeinschaftspraxis durch zwei Inhaber, firmiert unter unserem Namen seit 2007 und beschäftigt inzwischen mehr als 30 MitarbeiterInnen.

Das Mutterhaus, die „Logopädie am Hamborner Altmarkt“ in Duisburg, bestand seit Anfang der 80er Jahre als „Sprachtherapeutisches Institut“ der AOK und wurde 2003 von der Kasse in private Hände veräußert. Mein Kompagnon und ich waren dann zunächst Angestellte des ersten privaten Inhabers. Auf Grund der schlechten Vergütung entschlossen wir uns, unserem damaligen Chef das Angebot einer gemeinsamen GbR zu machen, in die wir Geld, Netzwerk-Kontakte und dadurch auch Wachstumsphantasie einbrachten. Seit 2009 führen wir die GbR zu zweit.

Von Beginn an setzten wir dabei sehr stark auf Wachstum durch Kooperationen und das Einstellen von motivierten, mit vielen Freiheiten ausgestatteten Mitarbeitern. So entstand 2012 die Kooperation mit dem Besitzer des „Gesundheitszentrum Meiderich Bahnhof“ in einer Praxisgemeinschaft mit Ergotherapeuten und Physiotherapeuten. 2015 kauften wir den dritten Standort in Oberhausen hinzu und seit Ende 2016 kopieren wir das interdisziplinäre Erfolgsmodell aus dem Gesundheitszentrum Meiderich auch an unserem vierten Standort im „Medical Center Ruhrort“, wo wir als Untermieter für die Logopädie zuständig sind.

Neben 26 LogopädInnen, die mehr als 2.000 Therapien im Monat leisten, arbeiten inzwischen auch fünf Teilzeitkräfte im Sekretariat und Service für uns. Die beiden Inhaber teilen sich therapeutisch eine weitere Vollzeit-Stelle. So versorgen wir inzwischen ungefähr 600 Patienten, auch in integrativen Kindergärten, Pflegeheimen und Krankenhäusern. Dieses externe Volumen von Therapien ist in den letzten Jahren stark gewachsen und macht inzwischen mehr als ein Drittel des Umsatzes aus. Unsere angestellten TherapeutInnen verdienen, gemessen an den üblichen Gehältern für LogopädInnen, gut. Dies ist eine bewusste Entscheidung, um in Zeiten eines immer deutlicher werdenden Fachkräftemangels gute und motivierte Mitarbeiter zu rekrutieren. Ein Anfänger startet bei uns mittlerweile mit 2.300 Euro brutto – Führungskräfte verdienen jetzt bis zu 3.500 Euro.

Dies führt jedoch zu einem prozentualen Personalkostenanteil von deutlich mehr als 60 % vom Umsatz. Trotz unserer Größe ist es uns deshalb noch nie gelungen, wirkliche Rücklagen zu bilden. Wir planen deshalb, die zu erwartenden und überfälligen Vergütungszuwächse nur zu etwa einem Drittel an die Angestellten durchzureichen, um den Lohnkostenanteil auf ein betriebswirtschaftlich gesünderes Niveau unter 60 % abzusenken, um so durch nötige Investitionen die Arbeitsplätze auch sichern zu können. Bisher konnten wir frei werdende Stellen immer wieder zeitnah nachbesetzen. Wenn dies auch in Zukunft gelingt, kann unser Praxiskonzept weiterhin funktionieren. Dies ist für unsere eigene wirtschaftliche Situation auch erforderlich!

Das Betriebsergebnis pro Inhaber lag in den ersten fünf Jahren bei 30.000 Euro bis 40.000 Euro vor Steuern im Jahr – damit war keine Altersvorsorge möglich, zumal auch immer wieder Geld in die Praxis investiert wurde. Rückstellungen konnten ebenfalls nicht erfolgen. Die finanzielle Situation ist seit dem Wachstum auf mehr als umgerechnet zehn Vollzeit-Stellen erst seit drei Jahren gut, jedoch sind wir tatsächlich auch erst seit zwei Jahren in der Lage, eine adäquate private Altersvorsorge zu betreiben – die erwartete „Rente“ im Alter wird nach jetzigem Stand dennoch bei keinem der Inhaber, 47 und 49 Jahre alt, über 1.500 Euro liegen.

5.5 Auswirkungen des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes auf die betriebswirtschaftliche Lage der selbständigen Logopädie

Mit der Verabschiedung des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) im April 2017 beabsichtigte der Gesetzgeber unter anderem die Logopädie, die Ergotherapie, die Physiotherapie und die Podologie zu stärken. Erstmals seit 2003 konnten so in 2017 Vergütungserhöhungen oberhalb der Grundlohnsummenveränderungsrate verhandelt werden, da die Bindung an diese Rate bis zum Jahresende 2019 ausgesetzt wurde. Die Berufsverbände der Logopädinnen und die Kassenverbände handelten zum Teil Abschlüsse für den gesamten Zeitraum aus, in denen die Steigerungen der Vergütungssätze in bis zu drei Stufen vereinbart wurden. So werden im Jahr 2019 in einigen Regionen die Sätze für logopädische Therapie um fast 30 Prozent höher liegen als im Jahr 2016.

Das klingt vielversprechend – wird vermutlich aber auch nicht zu einem Betriebsergebnis führen, das Selbständigkeit in der Logopädie attraktiv und damit zukunftsfähig macht. Ein monatliches Betriebsergebnis in Höhe von TVöD-Bund 9b Entgeltstufe 5, welches eine Logopädin im Angestelltenverhältnis mit vergleichbarer Verantwortung und Tätigkeit laut Tarifvertrag erhält, kann von einer typischen Einzelpraxis trotz einer entsprechend niedrigen Kostenstruktur auch in 2019 nicht erzielt werden.

Um ein solches Betriebsergebnis zu erreichen, müssten auch dann immer noch rund 20.000 Euro Umsatz im Jahr durch Mehrarbeit, also über eine 40-Stundenwoche hinaus, hinzuerwirtschaftet werden, wie die nachfolgende Modellrechnung der schon unter Kapitel 5.3 beschriebenen Einzelpraxis zeigt.

Modellrechnung mit realen Zahlen einer typischen Einzelpraxis in Westfalen-Lippe

		2017	2018	2019
Betriebsergebnis Ziel: Bruttogehalt TVöD 9b Entgeltstufe 5		59.061,00 €	59.061,00 €	59.061,00 €
Durchschnittliche Vergütung je 45 Min./ Patient		39,64 €	43,78 €	45,71 €
Durchschnittliche Vergütung je Erstbefund		71,05 €	77,24 €	79,49 €
Durchschnittliche Vergütung je Hausbesuch		13,08 €	14,09 €	14,78 €
Therapieanzahl / Jahr	1168	46.299,52 €	51.135,04 €	53.389,28 €
Erstbefunde / Jahr	40	2.842,00 €	3.089,60 €	3.179,60 €
Hausbesuche / Jahr	203	2.655,24 €	2.860,27 €	3.000,34 €
Gesamterlöse GKV		51.796,76 €	57.084,91 €	59.569,22 €
abzüglich Praxiskosten		19.643,00 €	19.643,00 €	19.643,00 €
abzüglich Betriebsergebnis in Höhe TVöD		59.061,00 €	59.061,00 €	59.061,00 €
Fehlbetrag* / Jahr		-26.907,24 €	-21.619,09 €	-19.134,78 €

*Dieser Wert zeigt die Differenz zwischen dem tatsächlich erzielbaren Betriebsergebnis und einem Betriebsergebnis, das mit einem Tarifgehalt vergleichbar ist, auf. Dabei sind aufgrund fehlender Zahlen zu erwartende Steigerungen bei Betriebsausgaben und TVöD-Gehältern nicht eingerechnet. Ebenso sind eine notwendige Rücklagenbildung zur Absicherung des unternehmerischen Risikos und für Investitionen sowie die unterschiedlichen Bemessungsgrundlagen für die Einkommenssteuer-/Lohnsteuerhöhe und bei der Höhe von gesetzlichen Krankenkassenbeiträgen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze nicht berücksichtigt.

Eine Angestellte bezahlt von ihrem Jahresbruttolohn Steuern, in der Modellrechnung wären das 47.207 Euro. Bei der Selbständigen richtet sich die Einkommenssteuer nach der Höhe des Betriebsergebnisses, also dem hier angeführten Ziel von 59.061 Euro (Bruttolohn plus Arbeitgeberanteil zu den Sozialversicherungen). Falls die Selbständige gesetzlich krankenversichert ist, wird bei ihr auch die Höhe des Krankenkassenbeitrages anders berechnet als bei Angestellten: Auch hier werden auf der einen Seite der Bruttogehalt zu Grunde gelegt und auf der anderen Seite, bei Selbständigen, das Betriebsergebnis plus weiterer Einnahmen, wie etwa Einnahmen durch Vermietung von Wohneigentum. Bei Einkommen beziehungsweise Löhnen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze (im Jahr 2017: 52.200 Euro) macht dies einen Unterschied; darüber hinaus steigt der Krankenkassenbeitrag nicht weiter.

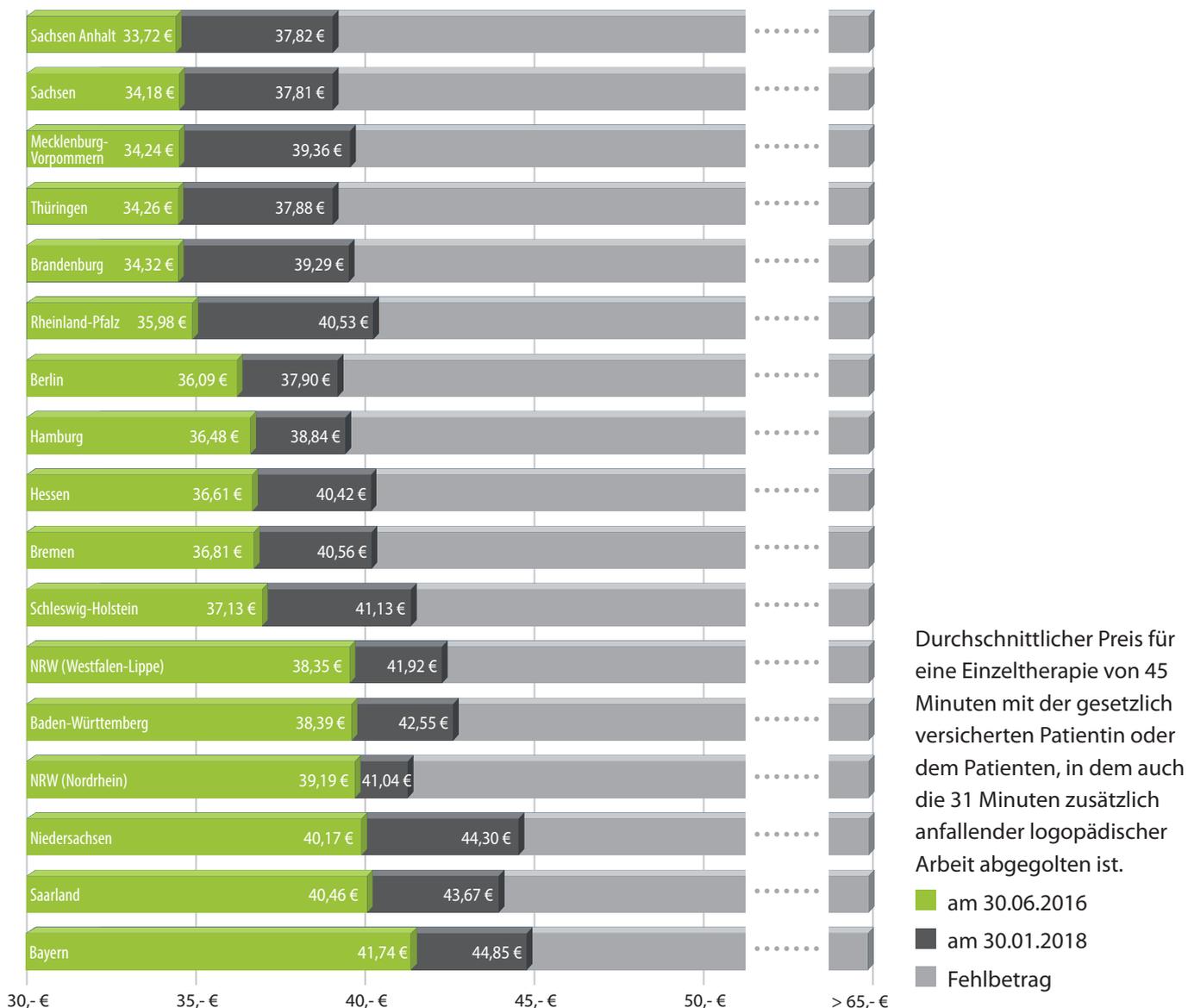
Die Zahlen zeigen auch: Eine selbständige Logopädin in einer Einzelpraxis mit günstiger Kostenstruktur wird durch die erfolgten Preiserhöhungen 2019 immer noch mindestens über zehn Stunden pro Woche länger arbeiten müssen als eine nach Tariflohn bezahlte Angestellte in vergleichbarer Position, um ein entsprechendes Einkommen zu erzielen.

Eine im HHVG enthaltene Transparenzklausel soll in Zukunft auch Vorgaben für Vergütungsstrukturen einschließlich Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte regeln (§ 125 Abs. 1 SGB V) und sicherstellen, dass von künftigen Vergütungserhöhungen auch die Angestellten in den freien Praxen profitieren – rund 75 Prozent aller Logopädinnen arbeiten dort, wie in Kapitel 4.1 dargelegt wurde. Doch, wie durch die oben aufgezeigte Modellrechnung für die Jahre 2018 und 2019 deutlich wurde: Auch nach den Erhöhungen 2019 wird es für eine Praxisinhaberin unmöglich sein, ein Einkommen zu erzielen, das in der Höhe vergleichbarer Gehälter nach TVöD liegt – und das bei vollem unternehmerischen Risiko. Solange dies so ist, ist es für Selbständige ebenso unmög-

lich, ihren Angestellten eine an einen Tarifvertrag angelehnte Bezahlung zu bieten. Das bedeutet, dass auch weiterhin eine Einkommenslücke zwischen den Gehältern angestellter Logopädinnen in logopädischen Praxen und in klinischen Einrichtungen bestehen bleiben wird.

Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung der Vergütungen für die am häufigsten abgerechnete logopädische Therapieeinheit in den einzelnen Kassenbezirken auf⁽⁶⁰⁾. Dabei wird deutlich, dass eine regionale Preisdifferenz weiterhin bestehen bleibt. Zusätzlich zeigt die Grafik den Fehlbetrag zu einer Vergütung auf, die aus heutiger Sicht mindestens notwendig wäre, um eine logopädische Praxis so zu betreiben, dass das Betriebsergebnis einer vergleichbaren Vergütung nach TVöD für Selbständige entspricht, nämlich mindestens 65 Euro. Unter diesen Voraussetzungen wäre es möglich, dass auch Angestellte in logopädischen Praxen Gehälter erhalten, die mit Tarifgehältern vergleichbar sind.

Durchschnittliche Vergütung für eine logopädische Therapieeinheit



Unter den jetzt geltenden gesetzlichen Regelungen ist eine weitere deutliche Anhebung der Vergütung logopädischer Leistungen und damit eine Bezahlung der logopädischen Arbeit in logopädischen Praxen in Höhe von Tarifgehältern jedoch nicht in Sicht, da entsprechend dem HHVG vom April 2017 im Jahr 2020 die Grundlohnsummenbindung für die Verhandlungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassenverbänden und den Berufsverbänden der Heilmittelerbringenden wieder gültig sein wird.

(60) Da nicht in allen Kassenbezirken bei den Verhandlungen bis zum Jahr 2019 geltende Verträge abgeschlossen wurden, werden hier nur die Zahlen für 2018 angegeben.

6. Fazit

Logopädie beschäftigt sich mit der Diagnostik, Prävention, Therapie und Rehabilitation von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Dabei ist die Rückkopplung mit Wissen über diese Themen unerlässlich. Der Bedarf und die Nachfrage nach logopädischen Leistungen sind in den letzten Jahren kräftig gestiegen. Für die Zukunft wird damit gerechnet, dass beides auch in den kommenden Jahren und Jahrzehnten weiter deutlich zunehmen wird, z. B. bedingt durch demografische Veränderungen. Parallel zur wachsenden Bedeutung von Logopädie soll eine Umstellung auf eine akademische Ausbildung logopädischer Berufsprofile sowie ein Ausbau der einschlägigen Forschung stattfinden.

Im alltagsweltlichen Verständnis ist die Leistungsfähigkeit der Logopädie unstrittig und logopädische Behandlungsmodulare haben bereits Eingang in zahlreiche medizinische Behandlungsleitlinien gefunden. Seit der Jahrtausendwende gibt es vermehrt systematische Evidenzstudien, um die Wirksamkeit logopädischer Angebote wissenschaftlich fundiert nachzuweisen. Wenngleich die Studienlage hier insgesamt sehr ausbaufähig ist, zeichnet sich jedoch ein deutliches Bild ab: Es gibt eine – zwar in der Menge überschaubare – Reihe von Studien, die die Wirksamkeit für viele Teilgebiete logopädischer Therapie signalisieren. Weitere, methodisch verbesserte Studien sind gefordert und lassen verbreiterte und vertiefende Wirksamkeitsnachweise erwarten. Ermutigung und Anschub für die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Logopädie und für einen Ausbau der Wirksamkeitsforschung liefern immer wieder Einblicke in die positive Entwicklung von Patientenkarrerien. Durch sie können die Leistungspotenziale der Logopädie immer wieder exemplarisch verdeutlicht werden. Logopädie ist eine Wirtschaftsbranche, die in den letzten Jahren und Jahrzehnten dynamisch gewachsen ist. Hier arbeiten derzeit rund 29.000 Menschen. Gleichzeitig ist Logopädie ein vitales Stück Mittelstand: Große Teile der logopädischen Leistungen werden von selbständigen Praxen erbracht, die vorwiegend von Frauen geführt werden. In ihrer wirtschaftlichen Bedeutung ist die Logopädie etwa mit vielen Handwerksberufen zu vergleichen. Nicht unerwähnt bleiben soll, dass Logopädie „vor Ort“ auch ein beachtlicher und belebender Teil der regionalen Wirtschaftsentwicklung sein kann. In vielen Orten ist ein Rückzug des Einzelhandels aus den Ortskernen zu beobachten, der teilweise durch einen Aufbau von gesundheitsbezogenen Angeboten (teil-)kompensiert wird, zu denen oft auch logopädische Praxen gehören. Darüber hinaus prägen Reha-Angebote mit großen logopädischen Anteilen etwa viele Gesundheitsregionen (z. B. in Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Bayern oder auch im Teutoburger Wald) und sind dort ein bedeutsamer Arbeitgeber und Strukturfaktor.

Logopädie ist Teil des Gesundheitssystems und teilt dessen Verantwortung, unnötiges Leid zu vermeiden oder zu lindern. Jenseits dieses im Grundgesetz verankerten Auftrags kann Logopädie aber auch darauf verweisen, in vielen Handlungsfeldern Zukunftsinvestition zu sein. Bei zahllosen Kindern und Jugendlichen verschafft sie Teilhabemöglichkeiten und eine Grundlage für zukünftige Arbeitsfähigkeit. In anderen Fällen – gerade auch bei älteren Patientinnen und Patienten – trägt gelungene Logopädie nicht nur zu verbesserten Möglichkeiten für ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben bei, sondern hilft auch, Betreuungskosten zu minimieren und stationäre Unterbringung zu vermeiden. Auch hier gilt, dass entsprechende gesundheitsökonomische Kosten-Nutzen-Kalkulationen bislang noch völlig unzureichend sind, auf Basis der nur spärlich vorliegenden Erkenntnisse und Überlegungen ein Ausbau einschlägiger Forschung ratsam erscheint – und durchaus zu vielversprechenden Ergebnissen führen könnte.

Die wirtschaftliche Lage der Logopädie steht in einem deutlichen Kontrast zu ihrer hohen gesundheitsbezogenen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bedeutung. Dieses gilt für die Logopädie insgesamt, in besonderem Maße aber für die von selbständigen Praxen angebotene Logopädie. Praxisinhaberinnen haben für ihre Ausbildung in aller Regel überdurchschnittlich viel investiert (und zwar nicht nur Zeit und Engagement, sondern auch Geld), sie arbeiten im Schnitt 49 Stunden pro Woche, bilden sich überdurchschnittlich häufig weiter, nehmen weniger Urlaub als andere und kommen durchschnittlich dennoch nur auf ein mit einem Bruttolohn von Angestellten vergleichbares monatliches Einkommen von 3.185 Euro – vor der für Selbstständige unerlässlichen Rücklagenbildung. Diese Lage lässt sich derzeit in einem bescheidenen Umfang verbessern, wenn Praxisinhaberinnen auf Wachstum setzen und vermehrt Angestellte beschäftigen – bei zunehmendem Fachkräftemangel und in ländlichen Regionen ein schwieriges und risikoreiches Unterfangen. Zudem ist die Größe von Praxen aufgrund der Zulassungsempfehlung und der Rahmenverträge begrenzt.

Wenn es sinnvoll oder möglich ist, braucht dieses Vorgehen viel Zeit und einen langen Atem und führt zumeist nur zu bescheiden steigenden Unternehmerinnengewinnen, welche zur Zeit eine Entlohnung der Angestellten deutlich unterhalb von Tariflöhnen impliziert.

In mehreren Befragungen zeigt sich, dass große Teile der selbständigen Logopädinnen mit ihrer wirtschaftlichen Lage unzufrieden sind. Besonders alarmierend ist, dass fast 50 Prozent der Praxisinhaberinnen angeben, mit ihrem Gehalt ihre Lebenshaltungskosten nicht decken zu können und große Probleme bei ihrer Alterssicherung voraussehen. Weitere Optimierungen, z. B. in der Betriebsführung, bieten aufgrund des geringen finanziellen Gesamtvolumens wenig an tatsächlichen Verbesserungsmöglichkeiten. Unter selbständigen Logopädinnen wächst die Unruhe über ihre wirtschaftliche Lage und es gibt Anzeichen für eine steigende Anzahl von Praxisschließungen. Zudem signalisieren der bestehende Fachkräftemangel und bereits bestehende Wartezeiten Versorgungsengpässe.

Zugespitzt lassen sich die Erkenntnisse der vorliegenden Studie wie folgt zusammenfassen und bewerten: Viel Arbeit, geringe Einkommen, viel Fortbildung, wenig Urlaub, viel Verantwortung, hoher Stresslevel; das Ganze noch bei einer selbstfinanzierten Ausbildung. Das ist das Profil der selbständigen Logopädie in Deutschland im Jahre 2017; das sind aber auch die Merkmale eines wenig attraktiven Berufsbildes und einer wenig anziehenden Selbstständigkeitsperspektive.

Solche Arbeitsbedingungen mögen dann noch tragen, wenn es wenig Alternativen am Arbeitsmarkt gibt; wenn allerdings Arbeitgeber aus anderen Branchen mit attraktiveren Arbeitsmöglichkeiten werben, wie es zur Zeit der Fall ist und vermutlich auch bleiben wird, dann darf es nicht verwundern, dass Praxen aufgegeben werden und es sinkendes Interesse an der Selbständigkeit gibt. Angesichts des ohne Zweifel wachsenden Bedarfs an gelingender Logopädie zeichnet sich mithin ein besorgniserregendes Bild der selbständigen Logopädie im Besonderen und der Logopädie im Allgemeinen ab, gerade weil die Alternative einer Anstellung in Kliniken und Reha-Einrichtungen auch nicht gegeben ist: Stationäre Aufenthalte werden immer kürzer, die ambulante Versorgung steht im Vordergrund und muss gewährleistet sein. Die innere betriebswirtschaftliche Verfassung der selbständigen Logopädie programmiert diese Branche derzeit, wenn nicht zu einem Abbruchgeschäft, so doch zumindest zu einer Krisenbranche.

Hermann Gröhe, der Bundesminister für Gesundheit in der 18. Legislaturperiode hat mehrfach – etwa bei seiner Key-Note zur Eröffnung des Hauptstadtkongresses für Medizin und Gesundheit 2017 – angekündigt, dass er um die prekäre wirtschaftliche Lage der Gesundheitsberufe weiß und dass in der 19. Legislaturperiode unbedingt eine Aufwertung derselben angegangen werden muss. Die vorliegenden Ergebnisse machen deutlich, dass diesen Worten Taten folgen müssen.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft Qualitätsbericht Logopädie in Baden-Württemberg (Hrsg.) (2011): Qualitätsbericht Logopädie in Baden-Württemberg. Raisdorf: Buchner & Partner

Augurzky, B./Reichert, A.R./Scheuer, M. (2011): Faktenbuch medizinische Rehabilitation 2011. RWI: Heft 66.

Augurzky, B./Kolodziej, I./Stroka, M. (2015): Evaluation medizinischer Rehabilitationsleistungen der DRV – Abschlussbericht. Forschungsbericht im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Rheinland

Bilda, K. (2017): Digitalisierung im Gesundheitswesen: Trends und neue Entwicklungen. Einführung in das Schwerpunktthema „Neue Technologien in der Logopädie“. In: Forum Logopädie Heft 3 (31), S. 6-9

Bräutigam, C./ Evans, M./Hilbert, J. (2017): Digitale Arbeit im Krankenhaus: Anhang zum Kapitel „Krankenhaus“. In: ver.di Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft: Digitalisierung und Arbeitswelt: eine Sonderauswertung auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit 2016 für den Dienstleistungssektor; Studie im Auftrag der ver.di Bundesverwaltung Resort 13, Bereich Innovation und Gute Arbeit. Berlin: ver.di, S. 97-98 PDF

BMWi - Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hrsg.) (2017): Gesundheitswirtschaft. Fakten & Zahlen. Ausgabe 2016. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-zahlen-2016.pdf?__blob=publicationFile&v=18; am 14.04.2018

Burstedde, A./ Malin, L./Risius, P. (2017): Fachkräfteengpässe in Unternehmen. Rezepte gegen den Fachkräftemangel: Internationale Fachkräfte, ältere Beschäftigte und Frauen finden und binden. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft. https://www.kofa.de/fileadmin/Dateiliste/Publikationen/Studien/KOFA_Studie_4_2017_Fachkraefteengpaesse_in_Unternehmen_Rezept_gegen_Fachkraeftemangel.pdf; am 31.03.2018

Deutscher Bundestag, Drucksache 18/9400 (2016): Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/094/1809400.pdf>; am 01.04.2018

DIMDI (2005): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icf/stand2005/>; am 14.04.2018

dip - Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (Hrsg.) (2017): Regionaldossiers. Regionalkonferenzen Fachkräftesicherung in den Gesundheitsberufen in NRW 2017. <https://www.mags.nrw/pflege-und-gesundheitsberufe>; am 14.04.2018

Friedrich Ebert Stiftung (Hrsg.) (2015): Positionspapier. Zukunft der medizinischen Rehabilitation. Reformvorschläge einer Arbeitsgruppe von Expert_innen. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12028-20151105.pdf>; am 14.04.2018

Frieg, H. Bilda, K., Ritterfeld, U., & Mülhaus, J. (2017): Assistive Technologien in der Dysarthrietherapie. In: Forum Logopädie, Heft 3 (31), S. 10-15

Gigerenzer, G./Schlegel-Matthies, K./Wagner, G. G. (2016): Digitale Welt und Gesundheit. Ehealth und mhealth – Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich. Hrsg. Vom Sachverständigenrat für Verbraucherfragen beim Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. <http://www.svr-verbraucherfragen.de/wp-content/uploads/Digitale-Welt-und-Gesundheit.pdf>; am 15.04.2018

Grohnfeldt, M. (2014): „Was ist aus ihnen geworden?“. Ergebnisse einer Online-Befragung. In: Logos Heft 4 (22), S. 292-297

Grohnfeldt, M. (2013): 100 Jahre Logopädie. Die Logopädie im Kontext der sprachtherapeutischen Berufe in Deutschland. In: Forum Logopädie Heft 5 (27), S. 6-11

IEGUS/WifOR/IAW (2017): Entwicklung der Angebotsstruktur, der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft; Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie; Kurzfassung vom April 2017. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/entwicklung-angebotsstruktur-beschaeftigung-fachkraeftebedarf-im-nichtaerztlichen-bereich-der-gesundheitswirtschaft.pdf?__blob=publicationFile&v=18; am 31.03.2018

Institut DGB-Index Gute Arbeit (2017). Der Report 2017. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen. Berlin. <http://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++614dfaea-bee1-11e7-98bf-52540088cada>; am 14.04.2018

Huber, W. (2013): Akademisierung der Logopädie in Konkurrenz und Kooperation mit akademischer Sprachtherapie. In: Forum Logopädie Heft 1 (27), S. 30-33

Huber, W. (2014): Helfen Computer heilen? Interview mit Prof. Dr. Walter Huber. In: Forum Logopädie Heft 3 (28), S. 46-47

Jakob, H. (2015): Zukunftstrends in der Sprachtherapie. In: neuroreha, Heft 2 (7), S. 82-83.

Maihack, V. (2017): Fachkräftemangel in den Therapieberufen. Bestandsaufnahme und Perspektiven. In: Logos Heft 4 (25), S. 276-283

Mandl, I. (2017): Zur beruflichen Situation angestellter LogopädInnen. Fragebogenerhebung unter den Mitgliedern des Deutschen Bundesverbands für Logopädie e.V. (dbl), unveröffentlichte Masterthesis

Mandl, I./ Heim, S. (2017): Zur beruflichen Situation angestellter LogopädInnen. Fragebogenerhebung unter den Mitgliedern des Deutschen Bundesverbands für Logopädie e.V. (dbl). In: Forum Logopädie Heft 1 (31), S. 32-35

Mett, D./Buchner, R. (2017): Der Heilmittel-Wirtschaftsbericht 2017. Kiel: Buchner & Partner

Meyer, E./Bilda, K. (2017): Die App DiaTrain – ein videobasiertes Skripttraining. Entwicklung und Anwendung eines evidenzbasierten Heimtrainings. In: Forum Logopädie Heft 3 (31), S. 16-19

MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) 2016: Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2015. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/landesberichterstattung-gesundheitsberufe-2015/2601>; am 31.03.2018

Neumann, K./Euler, H.A./Bosshardt, H.G./Cook, S./Sandrieser, P./Schneider, P./ Sommer, M./Thum, G.* (Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie). Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie, AWMF-Registernummer 049-013, Version 1. 2016. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-013.html>; Gelesen am 01. 09. 2016 *im Auftrag der Leitliniengruppe

Prognos (2009): Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. <https://www.prognos.com/publikationen/alle-publikationen/200/show/724897c9d2e2fbbaf60f41ad5d3fd2fb/>; 14.04.2018

Radermacher, I. (2002): Computergestützte Aphasietherapie – Anspruch und Realität. In: Huber, W./ Schönle, P.-W./Weber, P./Wiechers, R. (Hrsg.): Computer helfen heilen und leben: Computer in der neurologischen Rehabilitation. Bad Honnef: Hippocampus

Röhring, S./Kulke, H./Reulbach, U./Peetz, H./Schupp, W. (2004): Effektivität eines neuropsychologischen Trainings von Aufmerksamkeitsfunktionen im teletherapeutischen Setting, Neurologie und Rehabilitation, Heft 5 (10), S. 239-246

Scharff Rethfeldt, W./Heinzelmann, B. (2013): Vergleich europäischer Standards und der deutschen Ausbildungssituation zur Primärqualifikation. In: Forum Logopädie Heft 1 (27), S. 22-24

Scherfer, E./Bossmann, T. (2011): Forschung verstehen. Ein Grundkurs in evidenzbasierter Praxis. 2. Auflage. München: Pflaum Verlag

Seewald, B./Rupp, E./Schupp, W. (2004): Computergestützte Aphasietherapie: Das Konzept der EvoCare-Therapie- In: Forum Logopädie, Heft 2 (18), S. 24-29.

Scibor, M./Vauth, F./Müller, P./Keidel, M./Wacker, A./Handschu, R. (2012): Teletherapie bei Patienten mit chronischen Aphasien - eine neue Methode zur telelogopädischen Versorgung. In: Bartmann, F.-J./Blettner, M./Heuschmann, P. U. (Hrsg.): Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung. Anwendungsspektrum, Chancen, Risiken. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 63-69.

Späth, M./Haas, El./Jakob, H. (2017): neolexon-Therapiesystem. Ein individualisierbares Therapiesystem für die Aphasie- und Sprechapraxie-Therapie mit Tablet-PCs. In: Forum Logopädie Heft 3 (31), S. 20-24

Stachowiak, F.J. (1993): Computerbased aphasia therapy with the Lingware/STACH System. In: Stachowiak, F.J. (Hrsg.): Developments in the assessment and rehabilitation of braindamaged patients. Tübingen: Günther Narr, S. 353-380

Techniker Krankenkasse (2016): Gesundheitsreport 2016 – Gesundheit zwischen Beruf und Familie, Hamburg. <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/855594/Datei/3451/TK-Gesundheitsreport-2016-Zwischen-Beruf-und-Familie.pdf>; am 14.04.2018

Techniker Krankenkasse (2013): Bleib locker, Deutschland! – TK Studie zur Stresslage der Nation, Hamburg

Tuschen, L./Glückselig, S./Bilda, K. (2017): Objektive Messung von Glottisschlussinsuffizienzen. Innovative Studie zur Anwendbarkeit des Oszillogramms als evidenzbasierte Messmethode in der Logopädie. In: Forum Logopädie Heft 3 (31), S.26-31

Internetquellen

Arbeitskreis Berufsgesetz (2016): Handout - Vom „Gesetz über den Beruf des Logopäden“ zum „Berufsgesetz für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“: https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Der_Verband/Novelle_Berufsgesetz/AK_Berufsgesetz_Handout_Eckpunkte_Symposium_08112016_.pdf; am 15.01.2018

AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: <http://www.awmf.org/leitlinien.html>; am 14.04.2018

BFB - Bundesverband der Freien Berufe e.V.: www.freie-berufe.de; am 14.04.2018

BTA – Bayrische Telemedallianz. Bayrische Telemedizinprojekte – Therapie – Telehealth im Smarthome: http://www.telemedallianz.de/at_p_telehealth.htm; am 15.04.2018

Bundesagentur für Arbeit. Entgeltatlas: <https://entgeltatlas.arbeitsagentur.de/entgeltatlas>; am 20.02.2018

Deutschlandfunk Kultur: www.deutschlandfunkkultur.de/reha-massnahmen-als-wirtschaftsfaktor-der-preis-der.976.de.html?dram:article_id=345740; am 02.04.2018

GBE-Bund – Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe.bund.de; am 14.04.2018

Gabler Wirtschaftslexikon: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/freie-berufe-35822/version-259296>; am 31.03.2013

Gabler Wirtschaftslexikon: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/electronic-health-54124>; am 15.04.2016

GKV-HIS – GKV-Heilmittel-Informationportal. HIS Berichte: https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/his_berichte/his_berichte.jsp; am 14.04.2018

GKV-Spitzenverband. Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2017_q4/GKV_Kennzahlen_Booklet_Q4-2017_300dpi_2018-03-16.pdf; am 02.04.2018

GKV-Spitzenverband. Grundlohn-Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/gl_veraenderungsrage/gl_veraenderungsrage.jsp; am 28.01.2018

Hochschule für Gesundheit Bochum. DiaTrain: <http://www.diatrain.eu/de/>; am 15.04.2018

Informationsseiten für den öffentlichen Dienst: http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund/a?id=tvoed-bund-2015&g=E_9b&s=5&zv=keine&z=100&zulage=&stj=2015&stkl=1&r=0&zkf=0&kk=15.5; am 26.03.2018

Kasseler Stottertherapie: www.kasseler-stottertherapie.de; am 15.04.2018

Lohn-Info, Sozialversicherungsbeiträge 2015: www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2015.html; am 28.03.2018

Logos: Umfrage der TU Dortmund - Digitale Technologien in der Sprachtherapie. <https://up.logos-fachzeitschrift.de/notiz-blog-detail/umfrage-digitale-technologien-in-der-sprachtherapie.html>; am 15.04.2018

LSVT Global – Lee Silverman Voice Treatment Global: www.lsvtglobal.com/products/german-lsvt-companion-system-clinician-edition; am 15.04.2018

PEDro: Physiotherapy Evidence Database (1999): PEDro Scale: <https://www.pedro.org.au/english/downloads/pedro-scale/>; am 19.09.2017; <https://www.pedro.org.au/german/downloads/pedro-scale/>; am 14.04.2018

Statista, Bevölkerung – Zahl der Einwohner in Deutschland von 2006 bis 2016: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1217/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-seit-2002/>; am 31.03.2018

Statista, Durchschnittlicher Bruttomonatsverdienst von vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmern* in Deutschland von 1991 bis 2017: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/237674/umfrage/durchschnittlicher-bruttomonatsverdienst-eines-arbeitnehmers-in-deutschland/>; am 27.03.2014

Statista, Inflationsrate in Deutschland von 1992 bis 2017: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1046/umfrage/inflationsrate-veraenderung-des-verbraucherpreisindex-zum-vorjahr/>; am 28.01.2018

Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Bruttolöhne und -gehälter (Inland) 1991 bis 2017: <https://www.statistik-bw.de/VGRdL/tbls/tab.jsp?rev=RV2014&tbl=tab11&lang=de-DE>, am 14.04.2018

Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Fachserie 16, Verdienste und Arbeitskosten. 2.3, Arbeitnehmerverdienste: https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DESerie_serie_00000301; am 27.03.2018

Statistisches Bundesamt, Gesundheitspersonalrechnung: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=statistikTabellen&selectionname=23621>; am 01.04.2018

Statistisches Bundesamt (2017), Fachserie 16 Reihe 2.3, Verdienste und Arbeitskosten: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/VerdiensteArbeitskosten/Arbeitnehmerverdienste/ArbeitnehmerverdiensteJ2160230177004.pdf?blob=publicationFile>; am 14.04.2018

Statistisches Bundesamt (2016), Fachserie 16 Reihe 2.3, Verdienste und Arbeitskosten: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/VerdiensteArbeitskosten/Arbeitnehmerverdienste/ArbeitnehmerverdiensteJ2160230157004.pdf?blob=publicationFile>; am 14.04.2018

Statistisches Bundesamt (2011): Fachserie 16 Reihe 2.3, Verdienste und Arbeitskosten: https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DESerie_serie_00000301; am 27.03.2018

Statistisches Bundesamt (2008): Fachserie 16 Reihe 2.3, Verdienste und Arbeitskosten: https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DESerie_serie_00000301; am 27.03.2018

WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK, Pressemitteilung vom 02.03.2016: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pressemitteilungen/wido_pra_pm_krstd_2016_0316.pdf; am 14.04.2018

Anhang 1: Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen, auf denen die Leistungen der Logopädinnen basieren, sind im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) festgehalten. Geregelt werden diese in einer Vielzahl von Paragrafen, die hier mit den wichtigsten Aussagen zitiert werden:

§ 2 Leistungen

(1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

§ 11 Leistungsarten

(1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen

2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52)

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

§ 27 Krankenbehandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst [...]

3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,

§ 32 Versorgung mit Heilmitteln

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind. Für nicht nach Satz 1 ausgeschlossene Heilmittel bleibt § 92 unberührt.

§ 63 Grundsätze

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren. Detaillierte Regelungen hierzu erfolgen in

§ 64 Vereinbarungen mit Leistungserbringern

§ 64 (d) Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung

§ 65 Auswertung der Modellvorhaben

§ 67 Elektronische Kommunikation

1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll die papiergebundene Kommunikation unter den Leistungserbringern und mit den Krankenkassen so bald und so umfassend wie möglich durch die elektronische und maschinell verwertbare Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten und

Unterlagen in Genehmigungsverfahren, die sich auch für eine einrichtungsübergreifende fallbezogene Zusammenarbeit eignen, ersetzt werden.

(2) Die Krankenkassen und Leistungserbringer sowie ihre Verbände sollen den Übergang zur elektronischen Kommunikation nach Absatz 1 finanziell unterstützen.

§ 69 Anwendungsbereich

(1) Dieses Kapitel sowie die §§ 63 und 64 regeln abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden, einschließlich der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesausschüsse nach den §§ 90 bis 94.

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

§ 71 Beitragsstabilität

(1) Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragsstabilität).

§ 84 Arznei- und Heilmittelvereinbarungen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztliche Vereinigung treffen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Leistungen nach § 31 bis zum 30. November für das jeweils folgende Kalenderjahr eine Arzneimittelvereinbarung. Die Vereinbarung umfasst

1. ein Ausgabenvolumen für die insgesamt von den Vertragsärzten nach § 31 veranlassten Leistungen,
2. Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und konkrete, auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichtete Maßnahmen, insbesondere Verordnungsanteile für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen im jeweiligen Anwendungsgebiet, auch zur Verordnung wirtschaftlicher Einzelmengen (Zielvereinbarungen), insbesondere zur Information und Beratung und
3. Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens innerhalb des laufenden Kalenderjahres.

Kommt eine Vereinbarung bis zum Ablauf der in Satz 1 genannten Frist nicht zustande, gilt die bisherige Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder einer Entscheidung durch das Schiedsamt weiter. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen teilen das nach Satz 2 Nr. 1 vereinbarte oder schiedsamtlich festgelegte Ausgabenvolumen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit. Die Krankenkasse kann mit Ärzten abweichende oder über die Regelungen nach Satz 2 hinausgehende Vereinbarungen treffen.

(2) Bei der Anpassung des Ausgabenvolumens nach Absatz 1 Nr. 1 sind insbesondere zu berücksichtigen

1. Veränderungen der Zahl und Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise der Leistungen nach § 31,
3. Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen,
4. Änderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Nr. 6,
5. der wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Einsatz innovativer Arzneimittel,
6. Veränderungen der sonstigen indikationsbezogenen Notwendigkeit und Qualität bei der Arzneimittelverordnung auf Grund von getroffenen Zielvereinbarungen nach Absatz 1 Nr. 2,
7. Veränderungen des Verordnungsumfangs von Leistungen nach § 31 auf Grund von Verlagerungen zwischen den Leistungsbereichen und
8. Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven entsprechend den Zielvereinbarungen nach Absatz 1 Nr. 2.

(3) Überschreitet das tatsächliche, nach Absatz 5 Satz 1 bis 3 festgestellte Ausgabenvolumen für Leistungen nach § 31 das nach Absatz 1 Nr. 1 vereinbarte Ausgabenvolumen, ist diese Überschreitung Gegenstand der Gesamtverträge. Die Vertragsparteien haben dabei die Ursachen der Überschreitung, insbesondere auch die Erfüllung der Zielvereinbarungen

nach Absatz 1 Nr. 2 zu berücksichtigen. Bei Unterschreitung des nach Absatz 1 Nr. 1 vereinbarten Ausgabenvolumens kann diese Unterschreitung Gegenstand der Gesamtverträge werden.

(4) Werden die Zielvereinbarungen nach Absatz 1 Nr. 2 erfüllt, entrichten die beteiligten Krankenkassen auf Grund einer Regelung der Parteien der Gesamtverträge auch unabhängig von der Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens nach Absatz 1 Nr. 1 einen vereinbarten Bonus an die Kassenärztliche Vereinigung.

(4a) Die Vorstände der Krankenkassenverbände sowie der Ersatzkassen, soweit sie Vertragspartei nach Absatz 1 sind und der Kassenärztlichen Vereinigungen haften für eine ordnungsgemäße Umsetzung der vorgenannten Maßnahmen.

(5) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens nach Absatz 3 erfassen die Krankenkassen die während der Geltungsdauer der Arzneimittelvereinbarung veranlassten Ausgaben arztbezogen, nicht versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten kassenartenübergreifend zusammenführt und jeweils der Kassenärztlichen Vereinigung übermittelt, der die Ärzte, welche die Ausgaben veranlasst haben, angehören; zugleich übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Daten den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertragspartner der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 1 sind. Ausgaben nach Satz 1 sind auch Ausgaben für Leistungen nach § 31, die durch Kostenerstattung vergütet worden sind. Zudem erstellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jede Kassenärztliche Vereinigung monatliche Berichte über die Entwicklung der Ausgaben von Leistungen nach § 31 und übermitteln diese Berichte als Schnellinformationen den Vertragspartnern nach Absatz 1 insbesondere für Abschluss und Durchführung der Arzneimittelvereinbarung sowie für die Informationen nach § 73 Abs. 8. Für diese Berichte gelten Satz 1 und 2 entsprechend; Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass die Angaben vor Durchführung der Abrechnungsprüfung zu übermitteln sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhält für die Vereinbarung der Rahmenvorgaben nach Absatz 7 und für die Informationen nach § 73 Abs. 8 eine Auswertung dieser Berichte. Die Krankenkassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 mit der Durchführung der vorgenannten Aufgaben beauftragen. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.

(6) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. September für das jeweils folgende Kalenderjahr Rahmenvorgaben für die Inhalte der Arzneimittelvereinbarungen nach Absatz 1 sowie für die Inhalte der Informationen und Hinweise nach § 73 Abs. 8. Die Rahmenvorgaben haben die Arzneimittelverordnungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vergleichen und zu bewerten; dabei ist auf Unterschiede in der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit hinzuweisen. Von den Rahmenvorgaben dürfen die Vertragspartner der Arzneimittelvereinbarung nur abweichen, soweit dies durch die regionalen Versorgungsbedingungen begründet ist.

(7) Die Absätze 1 bis 6 sind für Heilmittel unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungs- und Abrechnungsbedingungen im Heilmittelbereich entsprechend anzuwenden.

§ 92 Richtlinien des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss)

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind; er kann die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzweckmäßigkeit erwiesen oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist.

(6) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln

1. der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel
2. die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen
3. die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer.

§ 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

(1) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen wird ab dem 1. Januar 2017 anhand von Vereinbarungen geprüft, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffen sind. Auf Grundlage dieser Vereinbarungen können Nachforderungen

wegen unwirtschaftlicher Ordnungsweise nach § 106 Absatz 3 festgelegt werden. In den Vereinbarungen müssen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen enthalten sein. Die Vereinbarungen nach Satz 1 gelten für Leistungen, die ab dem 1. Januar 2017 verordnet werden.

§ 124 Zulassung

(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie oder der Ergotherapie, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden.

(2) Zuzulassen ist, wer

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt
2. über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
3. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt

Ein zugelassener Leistungserbringer von Heilmitteln ist in einem weiteren Heilmittelbereich zuzulassen, sofern er für diesen Bereich die Voraussetzungen des Satzes 1 Nr. 2 und 3 erfüllt und eine oder mehrere Personen beschäftigt, die die Voraussetzungen des Satzes 1 Nr. 1 nachweisen.

(3) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nr. 1 erfüllen; Absatz 2 Nr. 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach Absatz 2 ab. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene sollen gehört werden.

(5) Die Zulassung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erteilt. Die Zulassung berechtigt zur Versorgung der Versicherten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können die Entscheidung über die Erteilung oder Aufhebung der Zulassung oder über den Widerspruch dagegen auf einen anderen Landesverband oder den Verband der Ersatzkassen übertragen, der zu diesem Zweck Verwaltungsakte erlassen darf.

(6) Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erteilung der Zulassung die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nr. 1, 2 oder 3 nicht mehr erfüllt. Die Zulassung kann auch widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer die Fortbildung nicht innerhalb der Nachfrist gemäß § 125 Absatz 2 Satz 4 erbringt. Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend.

(7) Die am 30. Juni 2008 bestehenden Zulassungen, die von den Verbänden der Ersatzkassen erteilt wurden, gelten als von den Ersatzkassen gemäß Absatz 5 erteilte Zulassungen weiter. Absatz 6 gilt entsprechend.

§ 125 Rahmenempfehlungen und Verträge

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sollen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln abgeben; es kann auch mit den für den jeweiligen Leistungsbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen eine gemeinsame entsprechende Rahmenempfehlung abgegeben werden. Vor Abschluß der Rahmenempfehlungen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit
2. Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung sowie zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,
 - 3a. Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung
4. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
5. Vorgaben für Vergütungsstrukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die

Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte. Kommt eine Einigung nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen je zur Hälfte. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 3a sind den Verträgen nach Absatz 2 zugrunde zu legen.

(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, der erforderlichen Weiterbildungen, über die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer; die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Für die Jahre 2017 bis 2019 gilt § 71 für die Verträge nach Satz 1 nicht. Für den Fall, dass die Fortbildung gegenüber dem jeweiligen Vertragspartner nicht nachgewiesen wird, sind in den Verträgen nach Satz 1 Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Soweit sich die Vertragspartner in den mit Verbänden der Leistungserbringer abgeschlossenen Verträgen nicht auf die Vertragspreise oder eine Anpassung der Vertragspreise einigen, werden die Preise von einer von den Vertragspartnern gemeinsam zu benennenden unabhängigen Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Die Benennung der Schiedsperson kann von den Vertragspartnern für das jeweilige Schiedsverfahren oder für einen Zeitraum von bis zu vier Jahren erfolgen. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse oder den vertragschließenden Landesverband zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt; Satz 6 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Schiedsperson auch für nachfolgende Schiedsverfahren des Verbandes der Leistungserbringer mit anderen Krankenkassen oder Landesverbänden bestimmt werden kann. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Verbände der Leistungserbringer sowie die Krankenkassen oder ihre Landesverbände je zur Hälfte. Widersprüche und Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.

(2a) Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 schließen Verträge über eine zentrale und bundeseinheitliche Prüfung und Listung der Weiterbildungsträger, der Weiterbildungsstätten sowie der Fachlehrer hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1.

(3) Untergrenze für die in den Jahren 2016 bis 2021 nach Absatz 2 zu vereinbarenden Höchstpreise ist der Betrag, der sich jeweils aus dem niedrigsten Preis zuzüglich zwei Drittel der Differenz zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis des betreffenden Landes ergibt. Bei der Ermittlung der niedrigsten und der höchsten Preise sind diejenigen Höchstpreise zu berücksichtigen, die zwischen den Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften mit Verbänden der Leistungserbringer vereinbart wurden. Die Vertragspartner auf Kassenseite melden dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich zum 1. April die zu diesem Zeitpunkt gültigen Preise. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermittelt daraus für jedes Land die Untergrenze nach Satz 1 und teilt diese sowie den höchsten Preis den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 auf Anfrage mit. Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, wenn sie erforderlich sind, um die Untergrenze nach Satz 1 zu erreichen; Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt. Die Sätze 1 bis 5 gelten nur für die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen.

§ 128 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten

(5b) Die Absätze 2, 3, 5 und 5a gelten für die Versorgung mit Heilmitteln entsprechend.

(2) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer. Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungs-

maßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen.

(3) Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße gegen die Verbote nach den Absätzen 1 und 2 angemessen geahndet werden. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße ist vorzusehen, dass Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden können.

(4) Vertragsärzte dürfen nur auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit Krankenkassen über die ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung obliegenden Aufgaben hinaus an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln mitwirken. Die Absätze 1 bis 3 bleiben unberührt. Über eine Mitwirkung nach Satz 1 informieren die Krankenkassen die für die jeweiligen Vertragsärzte zuständige Ärztekammer.

(4a) Krankenkassen können mit Vertragsärzten Verträge nach Absatz 4 abschließen, wenn die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Versorgung dadurch nicht eingeschränkt werden. § 126 Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 1a gilt entsprechend auch für die Vertragsärzte. In den Verträgen sind die von den Vertragsärzten zusätzlich zu erbringenden Leistungen und welche Vergütung sie dafür erhalten eindeutig festzulegen. Die zusätzlichen Leistungen sind unmittelbar von den Krankenkassen an die Vertragsärzte zu vergüten. Jede Mitwirkung der Leistungserbringer an der Abrechnung und der Abwicklung der Vergütung der von den Vertragsärzten erbrachten Leistungen ist unzulässig.

(4b) Vertragsärzte, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 4 an der Durchführung der Hilfsmittelversorgung mitwirken, haben die von ihnen ausgestellten Verordnungen der jeweils zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung der Versorgung zu übersenden. Die Verordnungen sind den Versicherten von den Krankenkassen zusammen mit der Genehmigung zu übermitteln. Dabei haben die Krankenkassen die Versicherten in geeigneter Weise über die verschiedenen Versorgungswege zu beraten.

(5) Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend, wenn Krankenkassen Auffälligkeiten bei der Ausführung von Verordnungen von Vertragsärzten bekannt werden, die auf eine mögliche Zuweisung von Versicherten an bestimmte Leistungserbringer oder eine sonstige Form unzulässiger Zusammenarbeit hindeuten. In diesen Fällen ist auch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu informieren. Gleiches gilt, wenn Krankenkassen Hinweise auf die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen oder auf eine unzulässige Beeinflussung von Versicherten nach Absatz 5a vorliegen.

(5a) Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.

§ 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung

(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

§ 291a Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

(4) Zum Zwecke des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens mittels der elektronischen Gesundheitskarte dürfen, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist, auf Daten (nach Absatz 2 und 3) auch sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen zugreifen.

§ 293 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

(1) Die Krankenkassen verwenden im Schriftverkehr, einschließlich des Einsatzes elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger, beim Datenaustausch, für Maßnahmen zur Qualitätssicherung und für Abrechnungszwecke mit den anderen Trägern der Sozialversicherung, der Bundesagentur für Arbeit und den Versorgungsverwaltungen der Länder sowie mit ihren Vertragspartnern einschließlich deren Mitgliedern bundeseinheitliche Kennzeichen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Spitzenorganisationen der anderen Träger der Sozialversicherung, die Postbeamtenkrankenkasse, die Bundesagentur für Arbeit und die Versorgungsverwaltungen der Länder bilden für die Vergabe der Kennzeichen nach Satz 1 eine Arbeitsgemeinschaft.

(2) Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 1 Satz 2 gemeinsam vereinbaren mit den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer einheitlich Art und Aufbau der Kennzeichen und das Verfahren der Vergabe und ihre Verwendung.

§ 294 Pflichten der Leistungserbringer

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die übrigen Leistungserbringer sind verpflichtet, die

für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und gemäß den nachstehenden Vorschriften den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen mitzuteilen. (Dokumentationspflicht)

§ 299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen Krankenhäuser und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 sind befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 135b Absatz 2 oder § 137a Absatz 3 zu erheben, verarbeiten oder nutzen, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen.

§ 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

(1) Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes, die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund und die Angaben nach § 291 Absatz 2 Nummer 1 bis 10 anzugeben

Weitere Regelwerke

Detaillierte Regelungen, die über die oben genannten des SGB V hinaus gehen, sind in der Heilmittel-Richtlinie und dem Heilmittelkatalog sowie den Rahmenempfehlungen und deren Anlagen zur Leistungsbeschreibung, zur Fortbildung und zu den formalen Kriterien der Verordnung getroffen.

Zusätzlich gibt es für jeden der 17 Kassenbezirke in Deutschland Rahmenverträge, die aufgrund der Rahmenempfehlungen regionale Besonderheiten abbilden.

Die Verordnung selbst wird auf einer Vorlage – Muster 13 für Zahnärztinnen und -ärzte und Kieferorthopädinnen und -

Anhang 2: AWMF-Leitlinien und Evidenzstudien mit Logopädie-Bezug

Leitlinien

AWMF-Leitlinie Amyotrophe Lateralsklerose: Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2015): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Amyotrophe Lateralsklerose (Motoneuronenerkrankungen). Reg.-Nr. 030-001. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-001I_Amyotrophe_Lateralsklerose_ALS_2015-06.pdf (letzter Abruf am 21.09.2017)

AWMF-Leitlinie Autismus: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.) (2016): Autismus-Spektrum-Störungen im Kinder-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 1 Diagnostik. Reg.-Nr. 028-018
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018I_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Cochlea-Implantate: Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (Hrsg.) (2012): Cochlea-Implantat Versorgung und zentral-auditorische Implantate. Reg.-Nr. 017-071.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/017-071I_S2k_Cochlea_Implant_Versorgung_2012-05-abgelaufen.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Chronische Otitis: Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hrsg.) (2014): Leitlinie „Chronisch-mesotympanale Otitis media“. Reg.-Nr. 017-074
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/017-074I_S1_Chronisch_mesotympanale_Otitis_2014-06.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Demenzen: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychomotorik und Nervenheilkunde/Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2016): S-3 Leitlinie ‚Demenzen‘. Reg.-Nr. 038-013.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013I_S3-Demenzen-2016-07.pdf (letzter Abruf Abfrage am 21.09.2017)

AWMF-Leitlinien Diagnostik akuter zerebraler Erkrankungen: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2016): Diagnostik akuter zerebrovaskulärer Erkrankungen. Reg.-Nr. 030-117.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-117I_S1_Zerebrovaskulaere_Erkrankungen_2017-07.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Einseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalte: Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hrsg.) (2010): Einseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Reg.-Nr. 007-038.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/007-038_S2k_Einseitige_Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten_2010_abgelaufen.pdf (letzter Abruf am 21.09.2017)

AWMF-Leitlinie Exekutive Dysfunktionen bei neurologischen Störungen: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2011): S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von exekutiven Dysfunktionen bei neurologischen Erkrankungen. Reg.-Nr. 030-125.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-125I_S2e_Exekutive_Dysfunktionen_neurologische_Erkrankun-ge_2014-abgelaufen.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Gedächtnisstörungen: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2012). Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen. Reg.-Nr. 030-124.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-124I_S2e_Ged%C3%A4chtnisst%C3%B6rungen_Diagnostik_Therapie_2012-verl%C3%A4ngert.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Hörstörungen im Kindesalter: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudologie (Hrsg.) (2013): Periphere Hörstörungen im Kindesalter. Reg.-Nr. 049-010.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-010I_S2k_Periphere_H%C3%B6rst%C3%B6rungen_im_Kindesalter_2013-09.pdf (letzter Abruf: 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Hörsturz: Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (Hrsg.) (2014): Hörsturz (Akuter idiopathischer sensorineuraler Hörverlust). Reg.-Nr. 017-010.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/017-010l_S1_Hoersturz_2014-02-abgelaufen.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Hypersalivation: Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (Hrsg.) (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie. Hypersalivation. Reg.-Nr. 017-075

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/017-075l_S2k_Hypersalivation_2013-02.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Idiopathisches Parkinsonsyndrom: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2016): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Idiopathisches Parkinsonsyndrom. Reg.-Nr. 030-010. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-010l_S3_Parkinson_Syndrome_Idiopathisch_2016-06.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Implantierte Hörsysteme: Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (Hrsg.) (2010): Aktive, implantierbare Hörsysteme bei Hörstörungen. Reg.-Nr. 017-073.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/017-073l_S1_Aktive_implantierbare_Hoersysteme_2010-abgelaufen.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Klinische Ernährung in der Geriatrie: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (Hrsg.) (2013): Klinische Ernährung in der Geriatrie. Reg.-Nr. 073-019.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/073-019l_S3_Klinische_Ern%C3%A4hrung_Geriatrie_2015-12.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017).

AWMF-Leitlinie Klinische Ernährung in der Neurologie: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (Hrsg.) (2013): Klinische Ernährung in der Neurologie: Reg.-Nr. 073-020.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/073-020l_S3_Klinische_Ern%C3%A4hrung_Neurologie_2013-09.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Kommunikationsstörungen bei neurogenen Stimmstörungen Erwachsener: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (Hrsg.) (2014): Funktionsdiagnostik und Therapie von Kommunikationsstörungen bei neurogenen Sprech- und Stimmstörungen im Erwachsenenalter. Reg.-Nr. 049-014.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-014l_S1_Neurogene_Sprech-Stimmst%C3%B6rungen_Erwachsene_2014-09.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Künstliche Ernährung ambulant: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (Hrsg.) (2013): Künstliche Ernährung im ambulanten Bereich. Reg.-Nr. 073-021.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/073-021l_S3_K%C3%BCnstliche_Ern%C3%A4hrung_ambulant_2014-04.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Lese- und Rechtschreibstörung: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.) (2015): Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und/oder Rechtschreibstörung. Reg.-Nr. 028-044.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-044l_S3_Lese-Rechtschreibst%C3%B6rungen_Kinder_Jugendliche_2015-06.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Multiple Sklerose: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2012): Diagnose und Therapie der Multiple Sklerose. Reg.-Nr. 030-050.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-050l_S2e_Multiple_Sklerose_Diagnostik_Therapie_2014-08_abgelaufen.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Mundhöhlenkarzinom: Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hrsg.) (2012): Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms. Reg.-Nr. 007-100 OL.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/007_100OLl_S3_Mundhoehlenkarzinom_122012-verlaengert.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Neurogene Sprech- und Stimmstörung: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2012): Neurogene Sprech- und Stimmstörung (Dysarthrie/Dysarthrophonie). Reg.-Nr. 030-103
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-103I_S1_Neurogene_Sprechst%C3%B6rung_Stimmst%C3%B6rung_Dysarthrie_Dysarthrophonie_2012_verl%C3%A4ngert.pdf (letzter Abruf 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Prolongiertes Weaning: Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (Hrsg.) (2017): Prolongiertes Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Reg.-Nr. 080-002.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/080-002I_S2k_Prolongiertes_Weaning_neurol_neuroch_Fr%C3%B-Chreha_2017-04.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Schlaganfall: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hrsg.) (2012): Schlaganfall DEGAM-Leitlinie Nr. 8. omikron publishing Düsseldorf. Reg.-Nr. 053-011.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011I_S3_Schlaganfall_2012-abgelaufen.pdf (letzter Abruf 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Schlaganfall-Akutversorgung: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2012): Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls. Reg.-Nr. 030-046.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-046I_S1_Akuttherapie_des_ischmischen_Schlaganfalls_2012-abgelaufen.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Schlaganfall – Rehabilitation aphasischer Störungen: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2012): Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. Reg.-Nr. 030-090.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-090I_S1_Schlaganfall_Rehabilitation_aphasischer_St%C3%B6run-gen_2013_verlaengert.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

AWMF-Leitlinie Sprachentwicklungsstörung – Diagnostik: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie/Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (Hrsg.) (2012): Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES) (Synonym: Spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES)). Reg.-Nr. 049-006.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006I_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06-abgelaufen_01.pdf (letzter Abruf am 22.09.2017)

Evidenzstudien

Brady, Marian C. et al. (2016): Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews (6) 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD000425.pub4
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000425.pub4/full> (letzter Abruf am 21.09.2017)

Brennan-Jones, Christopher G. et al. (2014): Auditory-verbal therapy for promoting spoken language development in children with permanent hearing impairments. Cochrane Database of Systematic Reviews (3) 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD010100.pub2
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010100.pub2/full> (letzter Abruf am 21.09.2017)

Breitenstein, C. et al (2017): Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. In: The Lancet, Volume 389, No 10078, S. 1528-1538
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30067-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30067-3).

Deane, Katherine et al. (2001): Non-pharmacological therapies for dysphagia in Parkinson's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews (1) 2001.
DOI: 10.1002/14651858.CD002816
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002816/full> (letzter Abruf am 21.09.2017)

- DLV: Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (2017): Damit Sprache selbstverständlich wird. <http://www.logopaedie.ch/> (Abruf am 06.09.2017)
- Geeganage, Chamila et al. (2012): Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews (10) 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD000323.pub2 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000323.pub2/full> (letzter Abruf am 21.09.2017)
- Grötzbach, Holger (Hg.)(2017): Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag
- Herd, Clare P. et al (2012a): Comparison of speech and language therapy techniques for speech problems in Parkinson's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews (8) 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD002814.pub2 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002814.pub2/full> (letzter Abruf am 19.09.2017)
- Herd, Clare P. et al. (2012b): Speech and language therapy versus placebo or no intervention for speech problems in Parkinson's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews (9) 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD002812.pub2 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002814.pub2/full> (letzter Abruf am 19.09.2017)
- Jeremy Howick, Iain Chalmers, Paul Glasziou, Trish Greenhalgh, Carl Heneghan, Alessandro Liberati, Ivan Moschetti, Bob Phillips, and Hazel Thornton 2011: „The 2011 Oxford CEBM Evidence Levels of Evidence (Introductory Document)“. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>; s.a.: <http://www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-Levels-of-Evidence-Introduction-2.1.pdf> (letzter Abruf am 19.09.2017)
- Law, James et al. (2003): Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews (7) 2003. DOI: 10.1002/14651858.CD004110; <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004110/full> (letzter Abruf am 19.09.2017)
- Lee, Alice et al. (2009): Electropalatography for articulation disorders associated with cleft palate. Cochrane Database of Systematic Reviews (7) 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD006854.pub2 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006854.pub2/full> (letzter Abruf am 21.09.2017)
- Lee, Alice/Gibbon, Fiona (2015): Nonspeech oral motor treatment for children with developmental speech sound disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews (3) 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD009383.pub2 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009383.pub2/full> (letzter Abruf 21.09.2017)
- Logopädieaustria (2017): Leitbild. <https://www.logopaedieaustria.at/verband/leitbild> (Abruf am 06.09.2017)
- Magee, Wendy L. et al. (2017): Music interventions for acquired brain injury. Cochrane Database of Systematic Reviews (1) 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD006787.pub3 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006787.pub3/full> (letzter Abruf am 21.09.2017)
- Mitchell, Claire et al. (2017): Interventions for dysarthria due to stroke and other adult-acquired, non-progressive brain injury. Cochrane Database of Systematic Reviews (1) 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD002088.pub3 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002088.pub3/full> (letzter Abruf am 21.09.2017)
- Morgan, Angela T./Vogel, Adam P. (2008a): Intervention for dysarthria associated with acquired brain injury in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews (7) 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD006279.pub2 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006279.pub2/full> (letzter Abruf am 21.09.2017)
- Morgan, Angela T./Vogel, Adam P. (2008b): Intervention for childhood apraxia of speech. Cochrane Database of Systematic Reviews (7) 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD006278.pub2 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006278.pub2/full> (letzter Abruf am 21.09.2017)

PEDro: Physiotherapy Evidence Database (1999): PEDro Scale: <https://www.pedro.org.au/english/downloads/pedro-scale/> (letzter Abruf am 19.09.2017)

Perry, Alison et al. (2016): Therapeutic exercises for affecting post-treatment swallowing in people treated for advanced-stage head and neck cancers. Cochrane Database of Systematic Reviews (8) 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD011112.pub2 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011112.pub2/full> (letzter Abruf am 21.09.2017)

Pennington, Lindsay et al. (2004): Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy. Cochrane Database of Systematic Reviews (4) 2004. DOI: 10.1002/14651858.CD003466.pub2 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003466.pub2/full> (letzter Abruf am 21.09.2017)

Pennington, Lindsay et al. (2016): Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age. Cochrane Database of Systematic Reviews (7) 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD006937.pub3 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006937.pub3/full> (letzter Abruf am 21.09.2017)

RCST: Royal College of Speech and Language Therapists (2017): What is Speech and Language Therapy? https://www.rcslt.org/speech_and_language_therapy/explained (Abruf am 06.09.2017)

Vogel, Adam P. et al. (2014): Treatment for speech disorder in Friedreich ataxia and other hereditary ataxia syndromes. Cochrane Database of Systematic Reviews (10) 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD008953.pub2 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008953.pub2/full> (letzter Abruf am 21.09.2017)

West, Carolyn et al. (2005): Interventions for apraxia of speech following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews (10) 2005. DOI: 10.1002/14651858.CD004298.pub2 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004298.pub2/full> (letzter Abruf am 21.09.2017).

Anhang 3: Kernaussagen zur Logopädie aus der Cochrane Library of Systematic Reviews

Erstautor/Jahr	Titel	Hauptaussage(n)	Evidenzlage +/-
Mitchell C et al. 2017	Interventions for dysarthria due to stroke and other adult-acquired, non-progressive brain injury	We found limited evidence to suggest there may be an immediate beneficial effect on impairment level measures; more, higher quality research is needed to confirm this finding. Although we evaluated five studies, the benefits and risks of interventions remain unknown and the emerging evidence justifies the need for adequately powered clinical trials into this condition.	+/0
Perry A et al. 2016	Therapeutic exercises for affecting post-treatment swallowing in people treated for advanced-stage head and neck cancers	We found no evidence that undertaking therapeutic exercises before, during and/or immediately after HNC treatment leads to improvement in oral swallowing. This absence of evidence may be due to the small participant numbers in trials, resulting in insufficient power to detect any difference. Data from the identified trials could not be combined due to differences in the choice of primary outcomes and in the measurement tools used to assess them, and the differing baseline and endpoints across studies.	0
Pennington L et al. 2016	Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age	No randomised controlled trials or group studies were identified. Authors' conclusions: This review found no evidence from randomised trials of the effectiveness of speech and language therapy interventions to improve the speech of children with early acquired dysarthria. Rigorous, fully powered randomised controlled trials are needed to investigate if the positive changes in children's speech observed in phase I and phase II studies are generalisable to the population of children with early acquired dysarthria served by speech and language therapy services.	0

Erstautor/Jahr	Titel	Hauptaussage(n)	Evidenzlage +/-
Brady MC et al. 2016	Speech and language therapy for aphasia following stroke	Our review provides evidence of the effectiveness of SLT for people with aphasia following stroke in terms of improved functional communication, reading, writing, and expressive language compared with no therapy. There is some indication that therapy at high intensity, high dose or over a longer period may be beneficial. High-intensity and high dose interventions may not be acceptable to all.	+
Lee ASY et al. 2015	Non-speech oral motor treatment for children with developmental speech sound disorders	Currently no strong evidence suggests that NSOMTs are an effective treatment or an effective adjunctive treatment for children with developmental speech sound disorders.	0
Brennan-Jones CG 2014	Auditory-verbal therapy for promoting spoken language development in children with permanent hearing impairments	This review confirms the lack of well-controlled studies addressing the use of AVT as an intervention for promoting spoken language development in children with permanent hearing impairments. Whilst lack of evidence does not necessarily imply lack of effect, it is at present not possible for conclusions to be drawn as to the effectiveness of this intervention in treating children with permanent hearing impairments.	0
Pennington L et al. 2016	Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age	No randomised controlled trials or group studies were identified. Authors' conclusions: This review found no evidence from randomised trials of the effectiveness of speech and language therapy interventions to improve the speech of children with early acquired dysarthria. Rigorous, fully powered randomised controlled trials are needed to investigate if the positive changes in children's speech observed in phase I and phase II studies are generalisable to the population of children with early acquired dysarthria served by speech and language therapy services.	0
Vogel AP et al. 2014	Treatment for speech disorder in Friedreich ataxia and other hereditary ataxia syndromes	find nur mehrere pharmakologische und eine gemischt physiotherapeutisch-ergotherapeutische Studie	0
Herd CP et al. 2012a	Comparison of speech and language therapy techniques for speech problems in Parkinson's disease	Considering the small patient numbers in these trials, there is insufficient evidence to support or refute the efficacy of any form of SLT over another to treat speech problems in patients with Parkinson's disease.	0

Erstautor/Jahr	Titel	Hauptaussage(n)	Evidenzlage +/-0/-
Geeganage C et al. 2012	Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke	There remains insufficient data on the effect of swallowing therapy, feeding, and nutritional and fluid supplementation on functional outcome and death in dysphagic patients with acute or subacute stroke. Behavioural interventions and acupuncture reduced dysphagia, and pharyngeal electrical stimulation reduced pharyngeal transit time.	0
Herd CP et al. 2012b	Speech and language therapy versus placebo or no intervention for speech problems in Parkinson's disease	Although improvements in speech impairments were noted in these studies, due to the small number of patients examined, methodological flaws, and the possibility of publication bias, there is insufficient evidence to conclusively support or refute the efficacy of SLT for speech problems in Parkinson's disease.	+/0
Lee ASY et al. 2009	Electropalatography for articulation disorders associated with cleft palate	The included trial was a small-scaled study and there were serious limitations in the design and methodology (e.g. allocation concealment was unclear, blinding of outcome assessor(s) was not ensured, few quantitative outcome measures were used, and the results were not reported as planned). Therefore, the current evidence supporting the efficacy of EPG is not strong and there remains a need for high-quality randomised controlled trials to be undertaken in this area.	+/0
Morgen AT et al. 2008a	Intervention for dysarthria associated with acquired brain injury in children and adolescents	The review demonstrates a critical lack of studies, let alone RCTs, addressing treatment efficacy for dysarthria in children with ABI. Possible reasons to explain this lack of data include i) a lack of understanding of the characteristics or natural history of dysarthria associated with this population; ii) the lack of a diagnostic classification system for children precluding the development of well targeted intervention programs; and iii) the heterogeneity of both the aetiologies and resultant possible dysarthria types of paediatric ABI. Efforts should first be directed at modest well-controlled studies to identify likely efficacious treatments that may then be trialed in multi-centre collaborations using quasirandomised or RCT methodology.	0
Morgan AT et al. 2008b	Intervention for childhood apraxia of speech	The review demonstrates a critical lack of well controlled treatment studies addressing treatment efficacy for CAS, making it impossible for conclusions to be drawn about which interventions are most effective for treating CAS in children or adolescents.	0

Erstautor/Jahr	Titel	Hauptaussage(n)	Evidenzlage +/-0/-
West C et al. 2005	Interventions for apraxia of speech following stroke	There is no evidence from randomised trials to support or refute the effectiveness of therapeutic interventions for apraxia of speech. There is a need for high quality randomised trials to be undertaken in this area.	0
Pennington L et al. 2004	Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy	Firm evidence of the positive effects of SLT for children with cerebral palsy has not been demonstrated by this review. However, positive trends in communication change were shown. No change in practice is recommended from this updated review. Further research is needed to describe this client group, and its possible clinical subgroups, and the methods of treatment currently used in SLT.	+/0
James L et al. 2003	Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder	The review shows that overall there is a positive effect of speech and language therapy interventions for children with expressive phonological and expressive vocabulary difficulties. The evidence for expressive syntax difficulties is more mixed, and there is a need for further research to investigate intervention for receptive language difficulties. There is a large degree of heterogeneity in the results, and the sources of this need to be investigated.	+/0
Deane K et al. 2001	Non-pharmacological therapies for dysphagia in Parkinson's disease	There is currently no evidence to support or refute the efficacy of non-pharmacological swallowing therapy for dysphagia in Parkinson's disease. Large well designed placebo-controlled RCTs are required to assess the effectiveness of swallowing therapy for dysphagia in Parkinson's disease and reported according to CONSORT guidelines	0

Anhang 4: Kernaussagen und Status der AWMF-Leitlinien mit Bezug zur Logopädie

Titel der Leitlinie (Stichwort)	Federführende Gesellschaft	AWMF Reg.-Nr.	Kernaussage(n)	Niveau	Aktualitätsstatus
Amyotrophe Lateralsklerose	DGN	030-001	Logopädie dauerhaft erforderlich und sinnvoll	S1	gültig
Demenz	DGN und DGPPN	038-013	Logop. Diagnostik als Bestandteil der Versorgung eingestuft. Bei Bedarf weitere Maßnahmen	S3	gültig
Einseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	DGMKG	007-038	Logopädie als Bestandteil der Versorgung eingestuft	S2	nicht mehr gültig
Cochlea-Implantate	DGHNOKHC	017-071	Logopädie als Teil der Routine in Diagnostik und der Therapie eingestuft	S2	nicht mehr gültig
Exekutive Dysfunktionen bei neurologischen Störungen	DGN	030-125	Logopädie wird als Bestandteil der Versorgung eingestuft	S2	nicht mehr gültig
Gedächtnisstörungen	DGN	030-124	Logopädie wird als Bestandteil der Versorgung eingestuft. Interdisziplinärer Austausch erforderliche	S2	nicht mehr gültig
Hypersalivation	DGHNOKHC	017-075	Eindeutige Empfehlung für Schlucktraining	S2	gültig
Idiopathisches Parkinsonsyndrom	DGN	030-010	Eindeutige Empfehlung für Sprechtherapie und Schlucktherapie auf Basis der Evidenz	S3	gültig
Schlaganfall-Akutversorgung	DGN	030-040	Logopädie als fester Bestandteil der Akutversorgung auf Stroke Units genannt	S1	nicht mehr gültig
Klinische Ernährung in der Geriatrie	DGEM	073-019	Deutliche Empfehlung für Schlucktherapie auf Basis der Evidenz	S3	gültig
Klinische Ernährung in der Neurologie	DGEM	073-020	Deutliche Empfehlung für Schlucktherapie bei M. Parkinson, und als Teil der Diagnostik	S3	gültig
Kommunikationsstörungen bei neurogenen Stimmstörungen Erwachsener	DGPP	049-014	Logopädie wird als Teil der Versorgung eingestuft	S1	gültig
Künstliche Ernährung ambulant	DGEM	073-021	Schlucktherapie als Bestandteil der Versorgung auf Basis der Evidenz	S3	gültig
Lese- u. Rechtsschreibstörung bei Kindern und Jugendlichen	DGKJP	028-044	Starke Empfehlung für Logopädie auf Basis der Evidenz	S3	gültig
Multiple Sklerose	DGN	030-050	Nennt Logopädie als Teil der Versorgung	S2	nicht mehr gültig

Titel der Leitlinie (Stichwort)	Federführende Gesellschaft	AWMF Reg.-Nr.	Kernaussage(n)	Niveau	Aktualitätsstatus
Mundhöhlenkarzinom	DGMKG	007-100 OL	Empfiehl auf Basis der Evidenz Einbezug von Logopädie bei Sprech- oder Schluckproblemen, wenn entsprechende Qualifikation vorliegt.	S3	gültig
Prolongiertes Weaning	DGNR	080-002	Empfehlung für Logopädie im interdisz. Kontext	S2	gültig
Neurogene Sprech- und Stimmstörung	DGN	030-103	Empfehlung für Logopädie bei M. Parkinson, insb. LSVT. Keine klare Aussage für SHT und cerebro-vaskuläre Erkrankungen einschl. Schlaganfall Negative Empfehlung bei spasmodischer Dysphonie	S1	nicht mehr gültig
Periphere Hörstörung im Kindesalter	DGPP	049-010	Empfehlung für Mitarbeit bei Hörgeräteversorgung, Empfehlung für Sprachtherapie	S2	gültig
Schlaganfall	DEGAM	053-011	Starke evidenzbasierte Empfehlung bei Dysphagie, auch für die häusliche Versorgung. Hinweis auf unklare Datenlage für Sprachtherapie bei Aphasie	S3	nicht mehr gültig
Schlaganfall – Rehabilitation aphasischer Störungen	DGN	030-090	Logopädie wird als erforderlich eingestuft, und zwar möglichst früh nach Einsetzen der Störung und hochdosiert (5-10 Std. pro Woche), auch langfristig oder im Intensivintervall bei bereits langem Bestehen	S1	nicht mehr gültig
Sprachentwicklungsstörung – Diagnostik	DGPP/DGKJP	049-006	Logopädie wird als Bestandteil der Diagnostik eingestuft	S2	nicht mehr gültig
Autismus	DGKJP	028-018	Hinweis auf Teamempfehlung in Evidenz. Betont Forschungsbedarf	S3	gültig
Diagnostik akuter zerebraler Erkrankungen	DGN	030-117	Empfiehl Schluckdiagnostik	1	gültig

Anhang 5: Fragebogen der IAT-Umfrage zur beruflichen Situation von selbständigen Logopädinnen im Jahr 2015

- Annähernd alle Fragen beziehen sich auf das Jahr 2015, bitte beachten Sie dies unbedingt.
- Der Fragebogen besteht aus 4 Abschnitten.
- Für den 2. Abschnitt benötigen Sie Ihre Gewinn- und Verlustrechnung.
- Sie können die Beantwortung jederzeit unterbrechen. Bitte klicken Sie dazu in der oberen dunklen Zeile auf "SPÄTER FORTFAHREN", dann werden Ihre Antworten gespeichert.

Diese Umfrage enthält 73 Fragen.

I. Angaben zu Person und Praxis

Sie können die Beantwortung jederzeit unterbrechen. Bitte klicken Sie dazu in der oberen dunklen Zeile auf "SPÄTER FORTFAHREN", dann werden Ihre Antworten gespeichert.

1 [] Welches Geschlecht haben Sie?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- weiblich
 männlich

2 [] Wie alt sind Sie?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

3 [] Wie viele aktive Berufsjahre in Ihrem aktuellen Beruf (nach Ausbildungsabschluss, ohne z.B. Erziehungszeiten) haben Sie bisher geleistet?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

4 [] Welcher Art ist Ihr beruflicher Abschluss (Mehrfachnennungen sind möglich)?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Fachschulabschluss (Staatsexamen)
 Hochschul-Diplom
 Hochschul-Bachelor
 Hochschul-Master
 Sonstiges:

5 [] Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Logopäde/Logopädin
- Sprachtherapeut/Sprachtherapeutin
- Atem-/Sprech-/Stimmelehrer / Atem-/Sprech-/Stimmelehrerin
- Sonstiges:

6 [] In welchem Jahr haben Sie Ihre Praxis eröffnet?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

7 [] Wie viele Standorte hatte Ihre Praxis im Jahr 2015?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

8 [] In welchem Bundesland liegt Ihre Praxis?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

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

9 [] Wo liegt Ihre Praxis? Bei mehreren Standorten geben Sie bitte den der Zentrale an.

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ländlichen/dörflichen Umgebung
- Kleinstadt (bis 20.000 EinwohnerInnen)
- Mittelstadt (20.000 bis 100.000 EinwohnerInnen)
- Großstadt (mehr als 100.000 EinwohnerInnen)

10 [] Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Situation im Jahr 2015.

Welchem Typ gehört Ihre Praxis an?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- InhaberIngeführte Praxis mit einem oder mehreren Standorten, als Einzelpraxis und/oder mit logopädischen/sprachtherapeutischen Fachkräften und/oder mit administrativen Kräften (Büro, Reinigungskraft)
- interdisziplinäre InhaberIngeführte Praxis mit einem oder mehreren Standorten, als Einzelpraxis und/oder mit logopädischen/sprachtherapeutischen Fachkräften und/oder mit administrativen Kräften (Büro, Reinigungskraft)
- Gemeinschaftspraxis mit PartnerInnen, ggfs mit zusätzlich beschäftigten logopädischen/sprachtherapeutischen Fachkräften und ggfs mit administrativen Kräften (Büro, Reinigungskraft)
- interdisziplinäre Gemeinschaftspraxis mit PartnerInnen, ggfs mit zusätzlich beschäftigten logopädischen/sprachtherapeutischen Fachkräften und ggfs mit administrativen Kräften (Büro, Reinigungskraft)
- Praxisgemeinschaft mit PartnerInnen, ggfs mit zusätzlich beschäftigten logopädischen/sprachtherapeutischen Fachkräften und ggfs mit administrativen Kräften (Büro, Reinigungskraft)
- interdisziplinäre Praxisgemeinschaft mit PartnerInnen, ggfs mit zusätzlich beschäftigten logopädischen/sprachtherapeutischen Fachkräften und ggfs mit administrativen Kräften (Büro, Reinigungskraft)

Interdisziplinär sind Praxen, in denen neben LogopädInnen auch Angehörige anderer Heilberufe arbeiten.

11 [] Welche Heilberufe sind in Ihrer Praxis vertreten?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'interdisziplinäre InhaberIngeführte Praxis mit einem oder mehreren Standorten, als Einzelpraxis und/oder mit logopädischen/sprachtherapeutischen Fachkräften und/oder mit administrativen Kräften (Büro, Reinigungskraft)' oder 'interdisziplinäre Gemeinschaftspraxis mit PartnerInnen, ggfs mit zusätzlich beschäftigten logopädischen/sprachtherapeutischen Fachkräften und ggfs mit administrativen Kräften (Büro, Reinigungskraft)' oder 'interdisziplinäre Praxisgemeinschaft mit PartnerInnen, ggfs mit zusätzlich beschäftigten logopädischen/sprachtherapeutischen Fachkräften und ggfs mit administrativen Kräften (Büro, Reinigungskraft)' bei Frage '10 [Praxistyp]' (Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Situation im Jahr 2015. Welchem Typ gehört Ihre Praxis an?)

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- PhysiotherapeutInnen

ErgotherapeutInnen

PodologInnen

Sonstiges:

Sollten in Ihrer Praxis Angehörige von Berufen arbeiten, die nicht den Heilberufen angehören, tragen sie deren Berufsbezeichnungen bitte im Feld Sonstiges ein.

12 [] Falls Sie in einer Gemeinschaftspraxis oder in einer Praxisgemeinschaft arbeiteten: Wie viele PartnerInnen außer Ihnen gehörten zu Ihrer Praxis?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war NICHT 'InhaberIngeführte Praxis mit einem oder mehreren Standorten, als Einzelpraxis und/oder mit logopädischen/sprachtherapeutischen Fachkräften und/oder mit administrativen Kräften (Büro, Reinigungskraft)' bei Frage '10 [Praxistyp]' (Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Situation im Jahr 2015. Welchem Typ gehört Ihre Praxis an?)

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

13 [] Wie viele Stunden arbeitet eine angestellte Vollzeitfachkraft in Ihrer Praxis pro Woche?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

40 Stunden

38,5 Stunden

35 Stunden

Sonstiges

14 [] Wie viele Stunden Ihrer Arbeitszeit sollte eine angestellte Vollzeitkraft in etwa direkt mit den PatientInnen verbringen?

Hier ein Beispiel zur Verdeutlichung: Sollten Ihre Vollzeitkräfte wöchentlich etwa 35 Therapien à 45 Minuten leisten, wären das 26,25 Stunden ($35 \times 45 : 60$).

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

15 [] Wie viele Menschen (zusätzlich zum/zur PraxisinhaberIn) arbeiteten im Jahr 2015 in Ihrer Praxis?

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Fachangestellte

administrative Kräfte (Sekretariat, Buchhaltung, Raumpflege, etc.)

freie MitarbeiterInnen / Honorarkräfte

16 [] Wie viele angestellte Vollzeitkräfte arbeiteten 2015 in Ihrer Praxis?

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Fachkräfte

administrative Kräfte (Sekretariat, Buchhaltung, Raumpflege)

17 [] Wie viele angestellte MitarbeiterInnen mit Teilzeitverträgen hatten Sie im Jahr 2015? Bitte listen Sie die einzelnen Teilzeit-Anstellungsverhältnisse mit Angabe der Tätigkeit (z.B.: logop. Fachkraft, Sekretariat, Buchhaltung, Raumpflege) und der Wochenarbeitszeit auf.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

18 [] Wie viele Arbeitsstunden wurden insgesamt für 2015 an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege gemeldet?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

19 [] Was zahlten Sie Ihren fachlichen MitarbeiterInnen (auf eine Vollzeitstelle hochgerechnet) im Jahr 2015 pro Monat? Falls die Bezüge differieren (z.B. nach Berufserfahrung und Betriebszugehörigkeit), geben Sie den Minimal- und den Maximalbetrag an.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Minimalbetrag

Maximalbetrag

20 [] Wie viele Urlaubstage haben Ihre fachlichen MitarbeiterInnen (auf eine Vollzeitstelle hochgerechnet) pro Jahr? Falls die Anzahl der Tage differiert (z.B. nach Berufserfahrung und Betriebszugehörigkeit), geben Sie die Minimal- und die Maximalzahl an.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Minimale Zahl der Urlaubstage

Maximale Zahl der Urlaubstage

21 [] Bekommen Ihre fachlichen MitarbeiterInnen bezahlten Fortbildungsurlaub? Falls ja, wie viele Arbeitsstage stehen Ihren fachlichen MitarbeiterInnen (auf eine Vollzeitstelle hochgerechnet) pro Jahr für Fortbildung zur Verfügung? Falls die Anzahl der Tage differiert (z.B. nach Berufserfahrung und Betriebszugehörigkeit), geben Sie die Minimal- und die Maximalzahl an.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Minimalzahl der Fortbildungstage

Maximalzahl der Fortbildungstage

22 [] Zahlen Sie Ihren angestellten MitarbeiterInnen zusätzlich zum Gehalt einen Fortbildungszuschuss?

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Minimum des Fortbildungszuschusses

Maximum des Fortbildungszuschusses

23 [] Falls Sie in Ihrer Praxis im Jahr 2015 freie MitarbeiterInnen/Honorarkräfte beschäftigten, wie entlohnten Sie sie?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- mit einem festen/pauschalen Honorar pro geleisteter Therapie
- mit einem prozentualen Anteil an dem Erlös für die geleistete Therapie

24 [] Prozentuale Vergütung der freien Mitarbeit

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'mit einem prozentualen Anteil an dem Erlös für die geleistete Therapie' bei Frage '23 [PraxisFM]' (Falls Sie in Ihrer Praxis im Jahr 2015 freie MitarbeiterInnen/Honorarkräfte beschäftigten, wie entlohnten Sie sie?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

prozentualer Anteil der in Rechnung gestellten Therapiezißern für Therapien in der Praxis

prozentualer Anteil der in Rechnung gestellten Therapiezißern für Therapien, die als

Hausbesuch durchgeführt werden

prozentualer Anteil der in Rechnung gestellten Zißern für Hausbesuche/ Hausbesuchspauschale

prozentualer Anteil des in Rechnung gestellten Kilometergeldes

25 [] Vergütung mit einem festen/pauschalen Honorar pro geleister Therapie

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'mit einem festen/pauschalen Honorar pro geleisteter Therapie' bei Frage '23 [PraxisFM]' (Falls Sie in Ihrer Praxis im Jahr 2015 freie MitarbeiterInnen/Honorarkräfte beschäftigten, wie entlohnten Sie sie?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

bei 25 bzw. 30 min Therapiedauer (Zeiten differieren je nach Bundesland/Kassenvertrag)

gezahlter Betrag in Euro

bei 40 bzw. 45 min Therapiedauer (Zeiten differieren je nach Bundesland/Kassenvertrag)

gezahlter Betrag in Euro

bei 55 bzw. 60 min Therapiedauer (Zeiten differieren je nach Bundesland/Kassenvertrag)

gezahlter Betrag in Euro

für Hausbesuche (zusätzlich zum o.g. Honorar) gezahlter Betrag in Euro

pro mit der Kasse oder den Privatversicherten abgerechnetem Kilometer gezahlter Betrag in

Euro

pro tatsächlich gefahrenem Kilometer Betrag in Euro

26 [] Wie berücksichtigen Sie Fahrzeiten für Hausbesuche bei der Berechnung der Arbeitszeit Ihrer MitarbeiterInnen (MA) bei Fahrten mit einem Dienstwagen?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- MA benennt die tatsächlich gefahrene Zeit; um die angegebene Zeit verringert sich das Soll der zu leistenden Therapien.
- Pro Hausbesuch wird eine pauschal angesetzte Zeit auf die Arbeitszeit angerechnet; um die Summe der pauschal angesetzten Zeit verringert sich das Soll der zu leistenden Therapien.
- Fahrzeit wird nicht erfasst.
- Andere Regelung, bitte im Feld "Sonstiges" skizzieren
- Sonstiges

27 [] Dauer der Fahrzeit in Minuten, die als eine Therapieeinheit verrechnet wird:

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'MA benennt die tatsächlich gefahrene Zeit; um die angegebene Zeit verringert sich das Soll der zu leistenden Therapien.' bei Frage '26 [PraxisHBauto2]' (Wie berücksichtigen Sie Fahrzeiten für Hausbesuche bei der Berechnung der Arbeitszeit Ihrer MitarbeiterInnen (MA) bei Fahrten mit einem Dienstwagen?)

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

28 [] Länge der Pauschale in Minuten, die auf die Arbeitszeit angerechnet wird

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Pro Hausbesuch wird eine pauschal angesetzte Zeit auf die Arbeitszeit angerechnet; um die Summe der pauschal angesetzten Zeit verringert sich das Soll der zu leistenden Therapien.' bei Frage '26 [PraxisHBauto2]' (Wie berücksichtigen Sie Fahrzeiten für Hausbesuche bei der Berechnung der Arbeitszeit Ihrer MitarbeiterInnen (MA) bei Fahrten mit einem Dienstwagen?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Länge der Pauschale pro Hausbesuch in Minuten:

Zahl der Minuten, die einer Therapieeinheit entsprechen:

29 [] Wie berücksichtigen Sie Fahrzeiten für Hausbesuche bei der Berechnung der Arbeitszeit Ihrer MitarbeiterInnen (MA) bei Fahrten mit deren eigenem Fahrzeug?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Vergütung nach Zeit
- Vergütung nach gefahrenen Kilometern
- Vergütung nach mit der Kasse abgerechneten Kilometern
- Pauschale pro Hausbesuch, bitte Höhe der Pauschale im Feld "Kommentar" angeben
- Vergütung nach Zeit und gefahrenen Kilometern
- Andere Regelung, bitte im Feld "Kommentar" skizzieren

Bitte schreiben Sie einen Kommentar zu Ihrer Auswahl

30 [] Vergütung nach Fahrzeit

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Vergütung nach Zeit' bei Frage '29 [PraxisHBauto3]' (Wie berücksichtigen Sie Fahrzeiten für Hausbesuche bei der Berechnung der Arbeitszeit Ihrer MitarbeiterInnen (MA) bei Fahrten mit deren eigenem Fahrzeug?)

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- MA benennt die tatsächlich gefahrene Zeit; um die angebene Zeit verringert sich das Soll der zu leistenden Therapien.
- Pro Hausbesuch wird eine pauschal angesetzte Zeit auf die Arbeitszeit angerechnet; um die Summe der pauschal angesetzten Zeit verringert sich das Soll der zu leistenden Therapien.

31 [] Vergütung nach gefahrenen Kilometern

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Vergütung nach gefahrenen Kilometern' bei Frage '29 [PraxisHBauto3]' (Wie berücksichtigen Sie Fahrzeiten für Hausbesuche bei der Berechnung der Arbeitszeit Ihrer MitarbeiterInnen (MA) bei Fahrten mit deren eigenem Fahrzeug?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Vergütung der gefahrenen Kilometer; Vergütung pro Kilometer in Cent:

durchschnittlich gefahrene Kilometer werden geschätzt: Vergütung pro Kilometer in Cent:

32 [] Vergütung durch Anteil an Kassenvergütung oder Festbetrag

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Vergütung nach Zeit und gefahrenen Kilometern' bei Frage '29 [PraxisHBauto3]' (Wie berücksichtigen Sie Fahrzeiten für Hausbesuche bei der Berechnung der Arbeitszeit Ihrer MitarbeiterInnen (MA) bei Fahrten mit deren eigenem Fahrzeug?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Weitergabe der Kassenvergütung für Hausbesuche in Prozent

Vergütung mit einem Festbetrag pro geleistetem Hausbesuch in Euro

33 [] Haben Sie eine Dienstreise-Kaskoversicherung für Schäden abgeschlossen, die Ihnen und Ihren MitarbeiterInnen auf Dienstreisen/bei Fahrten zu Hausbesuchen entstehen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

34 [] Hatten Sie in 2015 eine oder mehrere Stellen unbesetzt?

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Zahl der unbesetzten Stellen im Jahr 2015:

Maximale Dauer bis zur Besetzung einer freien Stelle:

Zahl der freien Stellen, die im Jahr 2015 nicht besetzt werden konnten:

In meiner Praxis gab es im Jahr 2015 keine unbesetzte Stelle (falls zutreffend, bitte 0 eingeben).

35 [] Wie groß war der prozentuale Anteil der Therapieeinheiten, die nicht geleistet werden konnten, weil die PatientInnen nicht zum vereinbarten Termin erschienen oder diesen kurzfristig absagten? Falls Sie die Ausfälle nicht systematisch erfasst haben, geben Sie bitte einen Schätzwert an.

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

36 [] Verwenden Sie in Ihrer Praxis ein

Abrechnungsprogramm?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

37 [] Verwenden Sie in Ihrer Praxis ein Patientenverwaltungsprogramm?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

II. Angaben zur wirtschaftlichen Situation Ihrer Praxis - mit Bezug auf das Jahr 2015

- Sie benötigen Ihre Gewinn- und Verlustrechnung bzw. den dazugehörigen Kontennachweis für das Jahr 2015.
- Achtung: Die Bezeichnungen einzelner Konten/Positionen in Ihrer G & V können von den vorgegebenen Bezeichnungen in unseren Fragen abweichen. Wenn Sie gewisse Positionen einzeln nicht aufführen können, ist das ok. Beachten Sie in diesem Fall, dass Sie **die Gesamtsummen in jeder Frage** (z.B. Gesamtausgaben für Versicherungen und andere Beiträge) **korrekt angeben**. In der Regel sind diese auch so in Ihrer G & V aufgelistet.
- Sie können die Beantwortung jederzeit unterbrechen. Bitte klicken Sie dazu in der oberen dunklen Zeile auf "SPÄTER FORTFAHREN", dann werden Ihre Antworten gespeichert.

38 [] Einnahmen im Jahr 2015

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Privathonorare

Kassenhonorare

Ausfallhonorare

Einnahmen durch sonstige Leistungen (LRS-Training, präventive Angebote, Elternseminare, Beratungen, Vorträge, u.a.)

Sonstige Einnahmen, z.B. Einnahmen durch Verkauf von Praxisanteilen

Einnahmen Gesamt

39 [] Betriebsausgaben - Personalkosten Falls Sie die Personalkosten nicht differenzieren können, geben Sie bitte die Summe dieser Kosten an.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Brutto-Löhne und Brutto-Gehälter (Löhne, Aushilfslöhne, Gehälter, abzgl. Erstattung von Lohnkosten durch z.B. Einarbeitungszuschuss von der Arbeitsagentur, Fortbildungskosten für Angestellte, Erholungsbeihilfe, pauschale Steuern für Aushilfen)

Honorare für freiberufliche Mitarbeiter

Gesetzl. soziale Aufwendungen: Arbeitgeberanteil zur Kranken-, Pflege-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung

Gesetzl. soziale Aufwendungen: Erstattung Lohnfortzahlung bei Krankheit der Angestellten

Gesetzl. soziale Aufwendungen: Beiträge zur BGW für die Angestellten

Freiwillige soziale Aufwendungen (Beispiele s.u. im Hilfetext)

Sonstige Personalkosten (Fahrtkostenerstattung Whg/Arbeitsstätte, z.B. Jobticket)

Summe Personalkosten

Freiwillige soziale Aufwendungen: z.B. zusätzliche Altersversorgung; Benzingutscheine oder andere Gutscheine; Kosten für interne Betriebsfeiern; Personalbewirtung bei besonderen internen betriebl. Anlässen, wie zum Beispiel interne Fortbildung; Sachgeschenke (dazu gehören auch Gutscheine an die Angestellten) zu besonderen Anlässen wie Geburtstag, Hochzeit, Geburt eines Kindes; Zuschüsse zur Kinderbetreuung der Kinder der Angestellten; Kosten für die Gesundheitsförderung der Angestellten, z.B. Übernahme von Kosten für präventive Rückenschulung

40 [] Betriebsausgaben - Raumkosten

Falls Sie die Raumkosten nicht differenzieren können, geben Sie bitte die Summe dieser Kosten an.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Miete und Pacht

Strom, Gas, Wasser

Instandhaltung der Räumlichkeiten

Sonstige Raumkosten (Putzmittel)

Summe Raumkosten

41 [] Betriebsausgaben - Versicherungen und Beiträge

Falls Sie die Kosten der Versicherungen und Beiträge nicht differenzieren können, geben Sie bitte die Summe dieser Kosten an.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Versicherungen (Haftpflicht, Rechtsschutz, Betriebsausfall, Betriebsinhalte)

Beiträge zur BGW des Unternehmers/der Unternehmerin

Beiträge Berufsverbände

Beiträge Selbsthilfeverbände u.ä.

Summe Versicherungen und Beiträge

42 [] Betriebsausgaben - Werbe- und Reisekosten

Falls Sie die Werbe- und Reisekosten nicht differenzieren können, geben Sie bitte die Summe dieser Kosten an.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Werbekosten (Homepage, Gelbe Seiten, Anzeigen, Flyer)

Geschenke an GeschäftspartnerInnen wie Pflegestationen etc.

Reisekosten Angestellte (zu Fortbildungen und anderen betriebl. Anlässen)

Kilometergelderstattung Angestellte (bei Hausbesuchen)

Reisekosten UnternehmerIn (falls nicht bereits in Kosten für Dienstfahrzeuge (Praxisautos) enthalten)

Kosten für Dienstfahrzeuge (Praxisautos)/ KFZ Kosten

Fahrten zwischen Wohnung und Betriebsstätte des Unternehmers/der Unternehmerin (wenn nicht bereits unter Kosten für Dienstfahrzeuge (Praxisautos)/ KFZ Kosten berücksichtigt)

Summe Werbe-und Reisekosten

43 [] weitere Betriebsausgaben

Falls Sie die weiteren Betriebsausgaben nicht differenzieren können, geben Sie bitte die Summe dieser Kosten an.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Instandhaltung für die Betriebsausstattung, inkl. Werkzeuge

Abschreibungen auf Anlagevermögen

Abschreibungen auf geringfügige Anlagegüter

Therapiematerial

Fachliteratur/Fachzeitschriften

Büromaterial; Kosten Wartezimmer/Deko Therapieräume (z.B. Blumen, Zeitschriften, Getränke);

Porto; Telefon/Internetanschlussgebühren; EDV-Kosten; GEZ Rundfunkgebühren

Fortbildung/Supervision der Unternehmerin/des Unternehmers. Reisekosten hierzu bereits weiter oben erfasst

Kosten für die Abrechnungen bei Vergabe an eine Abrechnungsstelle

(Rechts-) Beratungskosten

Buchführungskosten (bei Vergabe der Buchführung an Dritte, z.B. Steuerberater)

Abschluss- und Prüfungskosten (bei Vergabe an z.B. Steuerberater)

Nebenkosten des Geldverkehrs

Summe der weiteren Betriebsausgaben

44 [] Raum für bisher nicht berücksichtigte Kosten

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Sollten wir noch Kostenarten vergessen haben, können die hier spezifiziert werden.

45 [] Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2015

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Summe aller betrieblichen Einnahmen

Summe aller betrieblichen Ausgaben

Betrieblicher Gewinn (Einnahmen minus Ausgaben)

46 [] Haben Sie im Jahr 2015 ungerechtfertigte Absetzungen der Krankenkassen erfahren?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

47 [] Was waren die wichtigsten Gründe der Krankenkassen für die Absetzungen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '46 [WirtAbsetz]' (Haben Sie im Jahr 2015 ungerechtfertigte Absetzungen der Krankenkassen erfahren?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

48 [] Wie hoch schätzen Sie den Schaden (in Euro), der Ihnen durch die ungerechtfertigten Absetzungen der Krankenkassen entstanden ist?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '46 [WirtAbsetz]' (Haben Sie im Jahr 2015 ungerechtfertigte Absetzungen der Krankenkassen erfahren?)

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

49 [] Wie viel Zeit (in Stunden) haben Sie schätzungsweise mit der Regulierung der ungerechtfertigten Absetzungen verbracht?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '46 [WirtAbsetz]' (Haben Sie im Jahr 2015 ungerechtfertigte Absetzungen der Krankenkassen erfahren?)

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

50 [] Haben Sie ein- oder mehrmals Einspruch gegen eine unberechtigte Absetzung einer Krankenkasse erhoben?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '46 [WirtAbsetz]' (Haben Sie im Jahr 2015 ungerechtfertigte Absetzungen der Krankenkassen erfahren?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

51 [] Waren diese Einsprüche erfolgreich?
Falls Ihre Einsprüche teilweise oder vollständig abgelehnt wurden, geben Sie bitte die häufigsten Ablehnungsgründe im Kommentarfeld an.

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '50 [WirtAbsetz5]' (Haben Sie ein- oder mehrmals Einspruch gegen eine unberechtigte Absetzung einer Krankenkasse erhoben?)

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Alle Einsprüche waren erfolgreich.
- Einige Einsprüche waren erfolgreich.
- Keiner der Einsprüche war erfolgreich.

Bitte schreiben Sie einen Kommentar zu Ihrer Auswahl

52 [] Rechnen Sie mit einer Erhöhung oder einer Verringerung Ihres Gewinns im Jahre 2016 im Vergleich zum Vorjahr? Im Jahr 2016 müsste z.B. das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz greifen.
Bitte begründen Sie Ihre Prognose im Kommentarfeld.

Sollte Ihnen das Ergebnis für 2016 schon vorliegen, bitte geben Sie es zusätzlich im Kommentarfeld an und begründen Sie gegebenenfalls die Veränderung zum Vorjahr.

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Erhöhung
- Verringerung
- Weder noch

Bitte schreiben Sie einen Kommentar zu Ihrer Auswahl

III. Angaben zum Leistungsspektrum Ihrer Praxis

- Alle Fragen beziehen sich auf das Jahr 2015.
- Fragen zur Ihrer eigenen Arbeitszeit: Hierzu haben Sie bereits einen Bogen erhalten, in dem Sie Ihre Arbeitszeit erfassen können. Diesen Bogen müssen Sie nicht zurücksenden. Allerdings freuen wir uns, wenn Sie das tun. Die Anleitung, wie Sie das unter Wahrung Ihrer Anonymität tun können, folgt im letzten Teil der Befragung.
- Sie können die Beantwortung jederzeit unterbrechen. Bitte klicken Sie dazu in der oberen dunklen Zeile auf "SPÄTER FORTFAHREN", dann werden Ihre Antworten gespeichert.

53 [] Wie viele PatientInnen wurden im Jahr 2015 in Ihrer Praxis behandelt?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

54 [] Welchem Geschlecht gehören die Behandelten Ihrer Praxis an? Bitte geben Sie die prozentuale Verteilung für das Jahr 2015 an.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

männlich

weiblich

55 [] Wie viele Therapieeinheiten wurden im Jahr 2015 insgesamt in der Praxis geleistet?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

56 [] Wie viele Termine davon haben als verordneter Hausbesuch stattgefunden? Bitte geben Sie die absolute Zahl an.

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

57 [] Wie viele Therapieeinheiten wurden im Jahr 2015 insgesamt von der Praxisinhaberin/dem Praxisinhaber persönlich geleistet?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

58 [] Falls Sie im Jahr 2015 freie MitarbeiterInnen/Honorarkräfte beschäftigt haben: Wie viele Therapieeinheiten wurden von diesen Kräften insgesamt erbracht?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

59 [] Wie viele Therapieeinheiten (der gesamten Praxis) wurden im Jahr 2015 in den in der Liste aufgeführten Kategorien geleistet?

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Befunderhebung

25 bzw. 30 min Einzeltherapie

40 bzw. 45 min Einzeltherapie

55 bzw. 60 min Einzeltherapie

Paar- oder Gruppentherapie (aller Art)

Keine Statistik über diese Zahlen vorhanden, deshalb habe ich die Zahlen geschätzt. Falls diese Aussage zutrifft, geben Sie bitte eine 0 in das Feld ein.

Bitte absolute Werte angeben!

60 [] Wie verteilen sich die Indikationsschlüssel auf die Gesamtzahl der in 2015 geleisteten Therapieeinheiten? Bitte geben Sie dies in absoluten Zahlen an und nur, wenn Sie über Statistiken verfügen. Wenn nicht, können Sie diese Frage unbeantwortet lassen.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

ST1

ST2

ST3

ST4

SP1

SP2

SP3

SP4

SP5

SP6

RE1

RE2

SF

SC1

SC2

Ohne Angabe eines Indikationsschlüssels

61 [] Führen Sie in Ihrer Praxis eine Warteliste?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

ja

nein

62 [] Wie viel Zeit vergeht im Durchschnitt zwischen der Anmeldung eines Patienten/einer Patientin und dem Therapiebeginn?

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

minimal Tage

minimal Wochen

minimal Monate

maximal Tage

maximal Wochen

maximal Monate

63 [] Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche?

Hier ist die Summe aller Tätigkeiten gemeint, die Sie als TherapeutIn und/oder als PraxisinhaberIn persönlich ausüben.

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

64 [] Arbeiten Sie regelmäßig an den Wochenenden?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

Ja

Nein

65 [] Wie viele Tage Urlaub hatten Sie im Jahr 2015? Gehen Sie von einer 5-Tage-Woche aus.

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

66 [] An wie vielen Tagen konnten Sie im Jahr 2015 wegen Krankheit nicht arbeiten? Gehen Sie von einer 5-Tage-Woche aus.

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

67 [] Wie viele Fortbildungstage hatten Sie selbst im Jahr 2015 (egal an welchem Wochentag)?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

IV. Fragen zur beruflichen Befindlichkeit im Jahre 2015

68 [] Wie oft ...

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	1	2	3	4	5
empfinden Sie Ihre Arbeit als stressig?	<input type="radio"/>				
sind Sie abends körperlich erschöpft?	<input type="radio"/>				
sind Sie abends geistig/psychisch erschöpft?	<input type="radio"/>				
machen Sie sich Sorgen um Ihre unternehmerische Zukunft?	<input type="radio"/>				

1 = niemals 2 = selten 3 = gelegentlich 4 = oft 5 = täglich

69 [] Angenommen Ihr Gewinn würde sich deutlich erhöhen, würden Sie in Ihrer Praxis etwas verändern? Falls ja, was?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

70 [] Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen wollen?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

71 [] Sind Sie Mitglied bei LOGO Deutschland?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Ja. Außerdem bin ich in einer weiteren Berufsvereinigung. Bitte geben Sie den Namen im Kommentar-Feld an.

Ich bin in keiner Berufsvereinigung.

Ich bin Mitglied in einer anderen Berufsvereinigung. Bitte geben Sie den Namen im Kommentar-Feld an.

Bitte schreiben Sie einen Kommentar zu Ihrer Auswahl

72 [] Wir haben Ihnen zur Vorbereitung dieser Befragung eine umfangreiche Liste mit Tätigkeiten zugeschickt, die bei der Leitung einer Logopädie-Praxis anfallen. Hier haben Sie die Möglichkeit den ausgefüllten Bogen zur Erfassung der Arbeitszeit hochzuladen.

Bitte laden Sie maximal 3 Dateien hoch.

Kindly attach the aforementioned documents along with the survey

73 [] Falls Sie keine Möglichkeit haben, den ausgefüllten Bogen zur Erfassung der Arbeitszeit hochzuladen, können Sie den Bogen auch gerne anonym an das

Institut Arbeit und Technik, z.Hd. Wolfgang Paulus,
Munscheidstr. 14, 45886 Gelsenkirchen

senden.

Wenn Sie sich für diesen Weg entscheiden, geben Sie bitte hier eine selbst ausgedachte 6stellige Zahlenfolge ein. Diese Zahlenfolge notieren Sie bitte unbedingt auch auf dem ausgefüllten Bogen, damit wir diesen Bogen, unter Wahrung Ihrer Anonymität, zu den hier gegebenen Antworten zuordnen können.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

Anhang 6: Fragebogen der LOGO Deutschland-Umfrage zu Verdienst und Arbeitszeit von Praxisinhaberinnen 2015/2016

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Sie geben uns damit wichtige Informationen und Argumente an die Hand, um die finanzielle Situation von selbständigen LogopädInnen/SprachtherapeutInnen zu verbessern. **Halten Sie zur Beantwortung der Umfrage bitte Ihre Gewinn- und Verlustrechnungen (G&V) 2015 und 2016 (soweit diese schon vorliegt), eine Statistik über Ihre selbst erbrachten Therapien 2015/2016, die Stundenzahl Ihrer MitarbeiterInnen sowie einen Taschenrechner bereit.**

Gewinne können nur im Verhältnis zur Arbeitszeit realistisch betrachtet werden. Aus diesem Grund haben wir die vielen Arbeiten, die jeder Praxisinhabende z.T. auch „so nebenbei“ erledigt aufgeführt und bitten Sie diese entsprechend ihrer wöchentlichen/jährlichen Arbeitszeit zu schätzen. Bitte beantworten Sie bei dieser Gelegenheit auch Fragen zu unbesetzten Stellen und Wartelisten, die einen Fachkräftemangel belegen können.

Sie können eingegebene Daten speichern. Wenn Sie den Web-Link zur Umfrage mit dem gleichen PC wieder aufrufen, können Sie an dem Punkt weitermachen, wo Sie aufgehört haben - und Sie können bis zum 31.7. bereits eingegebene Daten korrigieren. Danach ist die Umfrage geschlossen.

1. In welchem **Kassenbezirk** liegt ihre Praxis?

Multiple Choice Bundesländer

2. Welche **Art von Praxis** haben Sie?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

Einzelpraxis

Praxisgemeinschaft

Gemeinschaftspraxis

3. Wie viele Standorte hatten Sie 2015?

4. Wie viele Standorte hatten Sie 2016?

5. Wie viele Menschen arbeiteten als **angestellte, therapeutische Fachkräfte** (egal ob Vollzeit, Teilzeit oder geringfügig Beschäftigte) **2015** in ihrer Praxis?

Wenn Sie keine Mitarbeitenden hatten, tragen Sie bitte eine 0 ein.

6. Bitte rechnen Sie nun aus, wie vielen Vollzeitstellen Ihre Angestelltenverhältnisse in 2015 entsprechen würden. Gehen Sie bei der Berechnung von einer Vollzeitstelle mit 39 Wochenstunden aus (d.h., wenn Sie z.B. eine Fachkraft hatten, die 33 Wochenstunden arbeitete, rechnen Sie wie folgt: $33/39 = 0,8$).

Falls einzelne Mitarbeitende nicht das ganze Jahr durch bei Ihnen angestellt waren, oder sich deren Arbeitsumfang im Laufe des Jahres verändert hat, dann gehen Sie am besten monatsweise vor:

1) Multiplizieren Sie die Wochenarbeitszeit aus den Verträgen Ihrer Mitarbeitenden mit der Anzahl der Monate, die sie in 2015 beschäftigt waren und addieren Sie anschließend alle Ergebnisse.

2) Teilen Sie das Ergebnis aus 1 durch 12 und dieses dann wieder durch 39.

3) Die nun erhaltene Zahl runden Sie auf zwei Kommastellen und tragen Sie in Zeile 2 ein (**Achtung! Das System benötigt die amerikanische Schreibweise von Dezimalzahlen mit Punkt statt Komma, also z.B. 2.13**).

Mitarbeiter	Wochenstunden (WStd)	Monate	Jahresstunden (WStd x Monate)
1	40	5	200
2	33	12	396
3	30	7	210
4	7	9	63
Summe aller Mitarbeiter im Jahr			869
durchschn. Wochenstunden aller (Summe aller/12)			72,41666667
umgerechnet auf Vollzeitstellen (Jahresstunden/39)			1,856837607

Wenn Sie keine Mitarbeitenden hatten, tragen Sie bitte eine 0 ein.

7. Wie viele Menschen arbeiteten als **angestellte, therapeutische Fachkräfte** (egal ob Vollzeit, Teilzeit oder geringfügig Beschäftigte) **2016** in ihrer Praxis?

Wenn Sie keine Mitarbeitenden hatten, tragen Sie bitte eine 0 ein.

8. Bitte rechnen Sie nun aus, **wie vielen Vollzeitstellen Ihre Angestelltenverhältnisse 2016 entsprechen würden.**

Gehen Sie bei der Berechnung von einer Vollzeitstelle mit 39 Wochenstunden aus (d.h., wenn Sie z.B. eine Fachkraft hatten, die 33 Wochenstunden arbeitete, rechnen Sie wie folgt: $33/39 = 0,8$).

Falls einzelne Mitarbeitende nicht das ganze Jahr durch bei Ihnen angestellt waren, oder sich deren Arbeitsumfang im Laufe des Jahres verändert hat, dann gehen Sie am besten monatsweise vor:

- 1) Multiplizieren Sie die Wochenarbeitszeit aus den Verträgen Ihrer Mitarbeitenden mit der Anzahl der Monate, die sie in 2016 beschäftigt waren und addieren Sie anschließend alle Ergebnisse.
- 2) Teilen Sie das Ergebnis aus 1 durch 12 und dieses dann wieder durch 39.
- 3) Die nun erhaltene Zahl runden Sie auf zwei Kommastellen und tragen Sie in Zeile 2 ein (**Achtung! Das System benötigt die amerikanische Schreibweise von Dezimalzahlen mit Punkt statt Komma, also z.B. 2.13**).

Mitarbeiter	Wochenstunden (WStd)	Monate	Jahresstunden (WStd x Monate)
1	40	5	200
2	33	12	396
3	30	7	210
4	7	9	63
Summe aller Mitarbeiter im Jahr			869
durchschn. Wochenstunden aller (Summe aller/12)			72,41666667
umgerechnet auf Vollzeitstellen (Jahresstunden/39)			1,856837607

Wenn Sie keine Mitarbeitenden hatten, tragen Sie bitte jeweils 0 ein.

9. Wenn Sie **2015 freie Mitarbeitende** hatten: Wie viele Therapieeinheiten arbeiteten diese im Jahr?
(Sollten Sie keine freien Mitarbeitenden gehabt haben, überspringen Sie die Frage einfach)

10. Wenn Sie **2016 freie Mitarbeitende** hatten: Wie viele Therapieeinheiten arbeiteten diese im Jahr?
(Sollten Sie keine freien Mitarbeitenden gehabt haben, überspringen Sie die Frage einfach)

11. Wie viele **nicht-therapeutisch Mitarbeitende** (Putz-, Bürokräfte, pädagogische Fachkräfte für Fördermaßnahmen o.ä.) hatten Sie 2015 (unabhängig von der Anzahl der Stunden)?

12. Bitte rechnen Sie nun aus, **wie vielen Vollzeitstellen Ihre nicht-therapeutischen Angestelltenverhältnisse in 2015 entsprechen würden**. Gehen Sie bei der Berechnung von einer Vollzeitstelle mit 39 Wochenstunden aus (d.h., wenn Sie z.B. eine Fachkraft hatten, die 33 Wochenstunden arbeitete, rechnen Sie wie folgt: $33/39 = 0,8$).

Falls einzelne Mitarbeitende nicht das ganze Jahr durch bei Ihnen angestellt waren, oder sich deren Arbeitsumfang im Laufe des Jahres verändert hat, dann gehen Sie am besten monatsweise vor:

1) Multiplizieren Sie die Wochenarbeitszeit aus den Verträgen Ihrer Mitarbeitenden mit der Anzahl der Monate, die sie in 2015 beschäftigt waren und addieren Sie anschließend alle Ergebnisse.

2) Teilen Sie das Ergebnis aus 1 durch 12 und dieses dann wieder durch 39.

3) Die nun erhaltene Zahl runden Sie auf zwei Kommastellen und tragen Sie in Zeile 2 ein (**Achtung! Das System benötigt die amerikanische Schreibweise von Dezimalzahlen mit Punkt statt Komma, also z.B. 2.13**).

Mitarbeiter	Wochenstunden (WStd)	Monate	Jahresstunden (WStd x Monate)
1	40	5	200
2	33	12	396
3	30	7	210
4	7	9	63
Summe aller Mitarbeiter im Jahr			869
durchschn. Wochenstunden aller (Summe aller/12)			72,41666667
umgerechnet auf Vollzeitstellen (Jahresstunden/39)			1,856837607

Wenn Sie keine Mitarbeitenden hatten, tragen Sie bitte jeweils 0 ein.

13. Wie viele **nicht-therapeutisch Mitarbeitende** (Putz-, Bürokräfte, pädagogische Fachkräfte für Fördermaßnahmen o.ä.) hatten Sie **2016** (unabhängig von der Anzahl der Stunden)?

Wenn Sie keine Mitarbeitenden hatten, tragen Sie bitte eine 0 ein.

14. Bitte rechnen Sie nun aus, wie vielen Vollzeitstellen Ihre nicht-therapeutischen Angestelltenverhältnisse in 2016 entsprechen würden. Gehen Sie bei der Berechnung von einer Vollzeitstelle mit 39 Wochenstunden aus (d.h., wenn Sie z.B. eine Fachkraft hatten, die 33 Wochenstunden arbeitete, rechnen Sie wie folgt: $33/39 = 0,8$).

Falls einzelne Mitarbeitende nicht das ganze Jahr über angestellt waren, gehen Sie bitte vor, wie in F5 erläutert).

Falls einzelne Mitarbeitende nicht das ganze Jahr durch bei Ihnen angestellt waren, oder sich deren Arbeitsumfang im Laufe des Jahres verändert hat, dann gehen Sie am besten monatsweise vor:

1) Multiplizieren Sie die Wochenarbeitszeit aus den Verträgen Ihrer Mitarbeitenden mit der Anzahl der Monate, die sie in 2016 beschäftigt waren und addieren Sie anschließend alle Ergebnisse.

2) Teilen Sie das Ergebnis aus 1 durch 12 und dieses dann wieder durch 39.

3) Die nun erhaltene Zahl runden Sie auf zwei Kommastellen und tragen Sie in Zeile 2 ein (**Achtung! Das System benötigt die amerikanische Schreibweise von Dezimalzahlen mit Punkt statt Komma, also z.B. 2.13**).

Mitarbeiter	Wochenstunden (WStd)	Monate	Jahresstunden (WStdxMonate)
1	40	5	200
2	33	12	396
3	30	7	210
4	7	9	63
Summe aller Mitarbeiter im Jahr			869
durchschn. Wochenstunden aller (Summe aller/12)			72,41666667
umgerechnet auf Vollzeitstellen (Jahresstunden/39)			1,856837607

Wenn Sie keine Mitarbeitenden hatten, tragen Sie bitte jeweils 0 ein.

15. Wie viele unbesetzte Stellen hatten Sie 2015?

(Wenn Sie keine unbesetzte Stelle hatten tragen Sie bitte 0 ein.)

16. Wie viele Wochen waren die Stellen (zusammengezählt) nicht besetzt?

17. Wie viele unbesetzte Stellen hatten Sie 2016?

(Wenn Sie keine unbesetzte Stelle hatten tragen Sie bitte 0 ein.)

18. Wie viele Wochen waren die Stellen (zusammengezählt) nicht besetzt?

19. Führen Sie eine Warteliste?

Ja

Nein

20. Wenn ja, wie viele Wochen etwa müssen PatientInnen maximal bei Ihnen auf einen Therapieplatz warten?

21. Wie hoch war 2015 Ihr Umsatz aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?

(siehe Ihre Gewinn- & Verlustrechnung (G&V): Einnahmen über die gesetzlichen Krankenversicherungen)

22. Wie hoch war **2015** Ihr **Umsatz** aus anderen Leistungen (Privatpatienten, Igel Leistungen, Konsilverträge, Kliniken etc.)?

23. Wie hoch waren **2015** Ihre **Ausgaben**?

(siehe Ihre G&V; bitte ohne eigene Rentenversicherungsbeiträge, ohne andere eigene Altersversorgung und ohne eigene Krankenversicherungskosten)

24. Wie hoch war **2015** Ihr **Gewinn**?

(siehe Ihre G&V)

25. Wie hoch war **2016** Ihr **Umsatz** aus der **GKV**?

(siehe Ihre G&V: Einnahmen über die gesetzlichen Krankenversicherungen)

Sollten Ihnen die Zahlen noch nicht vorliegen, lassen Sie die Frage einfach aus. Bitte tragen Sie auf keinen Fall eine 0 ein!!

26. Wie hoch war **2016** Ihr **Umsatz aus anderen Leistungen** (Privatpatienten, Igel Leistungen, Konsilverträge, Kliniken etc.)?

Sollten Ihnen die Zahlen noch nicht vorliegen, lassen Sie die Frage einfach aus. Bitte tragen Sie **auf keinen Fall eine 0** ein!!

27. Wie hoch waren **2016** Ihre **Ausgaben**?

(siehe Ihre G&V; bitte ohne eigene Rentenversicherungsbeiträge, ohne andere eigene Altersversorgung und ohne eigene Krankenversicherungskosten)

Sollten Ihnen die Zahlen noch nicht vorliegen, lassen Sie die Frage einfach aus. Bitte tragen Sie **auf keinen Fall eine 0** ein!!

28. Wie hoch war **2016** Ihr **Gewinn**?

(siehe Ihre G&V)

Sollten Ihnen die Zahlen noch nicht vorliegen, lassen Sie die Frage einfach aus. Bitte tragen Sie **auf keinen Fall eine 0** ein!!

29. Wie hoch ist ihre Kaltmiete/Jahr?

Falls Sie keine Mietkosten haben, da Sie in einer eigenen Immobilie arbeiten, tragen Sie bitte eine 0 ein.

30. Betreiben Sie eine Altersvorsorge?

Ja

Nein

31. Wenn ja, halten Sie diese für ausreichend?

Ja

Nein

32. Haben Sie 2015 eigene Therapien (einschließlich Erstbefunden) durchgeführt?

Ja

Nein

33. Wenn ja, wie viele?

(Sollte Ihnen keine Statistik zu den einzelnen Positionen vorliegen, dann schätzen Sie diese bitte, tragen Sie eine 0 ein, wenn die Zeile auf Sie nicht zutrifft)

Gesamt

30 Minuten

45 Minuten

60 Minuten

Gruppentherapie (unabhängig von der Anzahl der Patienten)

34. Haben Sie 2016 eigene Therapien (einschließlich Befunderhebungen) durchgeführt?

Ja

Nein

35. Wenn ja, wie viele?

(Sollte Ihnen keine Statistik zu den einzelnen Positionen vorliegen, dann schätzen Sie diese bitte, tragen Sie eine 0 ein, wenn die Zeile auf Sie nicht zutrifft)

Gesamt

30 Minuten

45 Minuten

60 Minuten

Gruppentherapie (unabhängig von der Anzahl der Patienten)

36. Achtung: Ab hier geht es um wöchentliche Arbeitszeiten.

Wenn Sie diese nicht haben oder nicht persönlich erbringen, tragen Sie bitte eine 0 ein.

Sollten Sie ungewöhnliche zeitliche Belastungen gehabt haben (z.B. Praxisumzug, Eröffnung einer Zweitpraxis...), dann können Sie dies bei Frage 51/52 oder 66/67 berücksichtigen.

Wie viele Minuten in der Woche benötigen Sie für Vorbereitung des Arbeitsplatzes, der Inhalte, der Dokumentation, Bericht, unproduktive Wartezeit bei nicht oder kurzfristig abgesagten Therapien? (Achtung: Hier geht es nicht um die Praxisorganisation.)

37. Wie viel zusätzlichen Aufwand (**Minuten in der Woche**) benötigen Sie bei besonderen Umständen (z.B. desinfizieren von Therapiematerial, ausführliche Berichte bei komplexen Fällen...)?

38. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Fahrtzeiten und Vorbereitung von Hausbesuchen/Therapien in Einrichtungen nach § 11 (2) HeilM-RL?

39. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Team-, Fallbesprechungen?

40. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Kontrolle/Korrektur fehlerhafter Heilmittelverordnungen; Gespräche mit Ärzten?

41. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Praxisorganisation (Termine, Auslastung, Koordinierung, Telefonate etc.)?

42. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Neuerungen/Berufsverbandsinfos verfolgen, Verträge lesen (HeilM-RL, Rahmenverträge)?

43. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Abrechnungen, Zuzahlungs- u. Ausfallrechnungen erstellen?

44. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Zahlungseingänge/-ausgänge kontrollieren, Mahnwesen, Absetzungen widersprechen?

45. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Reinigung/Desinfektion: Praxisausstattung/Therapiematerial?

46. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Archivierung/Aktenablage (vorh. Durchsicht)?

47. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für ihr(e) Auto(s): Kontrolle Fahrtenbuch, Inspektionen, Tanken?

48. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Einkauf: Therapie-/Verbrauchsmaterial?

49. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für PC / Praxis- und Therapiesoftware: Pflege, Datenschutz, Updates, Virenschutz etc.?

50. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Homepage (Erstellung und Pflege)?

51. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für QM (Arbeitsabläufe erstellen/modifizieren/kontrollieren)?

52. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Buchhaltungsvorbereitungen; Gespräch mit Steuerberatung?

53. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für die eigentliche Buchhaltung, sofern Sie diese selber machen und nicht an einen Steuerberater geben?

54. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für die Erstellung der G&V? (Wenn diese an einen Steuerberater ausgelagert wurde, bitte 0 angeben)

55. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Erstattungsanträge an die GKV bei Krankheit der MA?

56. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für die Mitarbeiterführung: Suche und Einarbeitung von Mitarbeitern; Vertragsgestaltung/Vergütungsverhandlungen; Zeugnisse ausstellen; Konfliktmanagement; Mitarbeitergespräche führen; interne und externe Hospitationen und Supervisionen gestalten; interne Fortbildungen suchen, ggf. vorbereiten und durchführen; externe Fortbildungen unterstützen/(mit)planen; Gestaltung der betrieblichen Altersvorsorge; Organisation von Betriebs- und Weihnachtsfeiern; Geschenke (Jubiläen, Geburten, Geburtstage...)?

57. Wie viele **Minuten in der Woche** benötigen Sie für Verwaltung/Planung der Urlaubs-/Krankheits- u. Fortbildungstage; Organisation bei Schwangerschaften von Mitarbeiterinnen?

58. Welche Tätigkeiten leisten Sie noch? (Die Gesamtminutenanzahl/Woche all dieser Tätigkeiten geben Sie bitte bei der nächsten Frage ein.)

59. Wie viele **Minuten in der Woche** brauchen Sie für die in Frage 58 aufgelisteten Tätigkeiten insgesamt?

60. **Minuten in der Woche**

Bitte tragen Sie auch hier eine 0 ein, wenn Sie diese Tätigkeiten nicht haben oder nicht selbst übernehmen.

Wie viele Minuten im Jahr benötigen Sie zur Erweiterung Ihres Know-hows für die Praxisführung durch Seminare/ Literaturstudium/Supervision/Beratung u.a.?

61. Wie viele **Minuten im Jahr** benötigen Sie für Fortbildungen? (Es zählt die Abwesenheit von zu Hause.)

Beispiel: Sie haben eine 2 -tägige Fortbildung (FR-Mittag bis SO-Mittag) besucht. Sie sind Freitags morgens losgefahren und Sonntagabend wieder zu Hause gewesen. Das sind 60 Stunden Abwesenheit x 60 Minuten = 3600 Minuten. Dazu haben Sie eine eintägige Fortbildung besucht: Sie sind morgens um 8 Uhr losgefahren und waren um 18 Uhr wieder zu Hause: Das sind 10 Stunden Abwesenheit x 60 Minuten = 600 Minuten. Der Gesamtaufwand für Ihre Fortbildungen lag in diesem Beispiel bei 4200 Minuten.

62. Wie viele **Minuten im Jahr** benötigen Sie für die Betreuung von PraktikantInnen?

63. Wie viele **Minuten im Jahr** benötigen Sie für Instandhaltung/Reparaturen/Renovierungen?

64. Wie viele **Minuten im Jahr** benötigen Sie für Inventur des Praxisinventars zur Sicherung des Versicherungsanspruches?

65. Wie viele **Minuten im Jahr** benötigen Sie für Nebenkostenabrechnungen/ Mietvertragsangelegenheiten?

66. Wie viele **Minuten im Jahr** benötigen Sie für Controlling und Unternehmensentwicklung: Erstellen von Statistiken zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Auswertung?

67. Wie viele **Minuten im Jahr** benötigen Sie für Arbeitssicherheit: Reparaturen und Überprüfung von Feuerlöscher, Rauchwarnmeldern, Elektrogeräten etc.?

68. Wie viele **Minuten im Jahr** benötigen Sie für Aktensortierung/Aktenvernichtung n. Ablauf Aufbewahrungsfrist?

69. Wie viele **Minuten im Jahr** benötigen Sie für Zielformulierung/Strategieerstellung für die Zukunft; neue Herausforderungen/Veränderungen (Entwicklung von neuen Tätigkeitsfeldern, Schwerpunkten, neue/andere Perspektiven...)?

70. Wie viele **Minuten im Jahr** benötigen Sie für Arbeitsschutz: Organisation; Führen des Ordners der BGW; Schulungen der Mitarbeiter; ErsthelferInnenausbildung und Dokumentation?

71. Wie viele **Minuten im Jahr** benötigen Sie für Werbung (Messen; Mitwirken b. Veranstaltungen; Infoveranstaltungen; Flyer auslegen etc.)?

72. Wie viele **Minuten im Jahr** benötigen Sie für Winter-/Straßendienst?

73. Welche Tätigkeiten leisten Sie noch?

(Die Gesamtminutenzahl pro Jahr all dieser Tätigkeiten geben Sie bitte bei der nächsten Frage ein.)

74. Wie viele **Minuten im Jahr** brauchen Sie für die in Frage 73 aufgelisteten Tätigkeiten?

75. Wie viele **Tage** hatten Sie **2015** Urlaub? **Gehen Sie dabei bitte unbedingt von einer 5-Tage-Woche aus, da ansonsten Ergebnisse nicht vergleichbar sind** (d.h. bitte nur Tage zählen, an denen Sie üblicherweise Therapien durchführen).

76. Wie viele **Tage** hatten Sie **2016** Urlaub? **Gehen Sie dabei bitte unbedingt von einer 5-Tage-Woche aus, da ansonsten Ergebnisse nicht vergleichbar sind** (d.h. bitte nur Tage zählen, an denen Sie üblicherweise Therapien durchführen).

77. Wie viele **Tage** fehlten Sie **2015** wegen Krankheit? **Gehen Sie dabei bitte unbedingt von einer 5-Tage-Woche aus, da ansonsten Ergebnisse nicht vergleichbar sind** (d.h. bitte nur Tage zählen, an denen Sie üblicherweise Therapien durchführen).

78. Wie viele **Tage** fehlten Sie **2016** wegen Krankheit? **Gehen Sie dabei bitte unbedingt von einer 5-Tage-Woche aus, da ansonsten Ergebnisse nicht vergleichbar sind** (d.h. bitte nur Tage zählen, an denen Sie üblicherweise Therapien durchführen).

79. Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen? Hier haben Sie Platz für Anmerkungen: