

Die geriatrische Komplexbehandlung

Wachsende Bedeutung für die Logopädie im Zuge der demografischen Entwicklung

Saskia Sickert, Andrea Fichtmüller

ZUSAMMENFASSUNG. Die demografische Entwicklung in Deutschland führt seit Jahren zu einem deutlichen Anstieg der Anzahl von Menschen höheren Alters. Waren im Jahre 2010 16,8% der Bevölkerung älter als 65 Jahre, so werden 2050 bereits 22,9% dieser Altersgruppe angehören. Nach den Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes wird in Deutschland die Zahl der Personen, die 80 Jahre oder älter sind, zwischen 2011 und 2050 von 4,3 Millionen auf 10,2 Millionen steigen. Hierauf muss sich auch die medizinische Versorgung einstellen. In diesem Zusammenhang ist die geriatrische Komplexbehandlung ein wichtiges Instrument, das stetig weiterentwickelt wird. Der Beitrag fasst zusammen, wie dieses Behandlungskonzept aktuell aufgebaut ist, was es beinhaltet und zeigt auf, wo aus Sicht der Logopädie weitere Verbesserungen notwendig sind.

Einleitung

Die geriatrische Komplexbehandlung stellt ein multiprofessionelles, ganzheitliches Behandlungskonzept dar, das geriatrischen Patientinnen und Patienten die Chance einer interdisziplinären Rehabilitation unter Berücksichtigung von Multimorbidität und altersspezifischen Besonderheiten bietet. Ihr zentrales Ziel ist, die Alltagskompetenz (Selbsthilfefähigkeit) im gewohnten Umfeld und damit eine relativ hohe Lebensqualität aufrechtzuerhalten (Freund 2014). Das Konzept umfasst akutmedizinische und rehabilitative Maßnahmen und wird – je nach Bundesland – überwiegend in Krankenhäusern, aber zunehmend auch in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen realisiert.

Die Arbeit mit geriatrischen Patientinnen und Patienten erfordert grundsätzlich ein hohes Maß an Sensitivität, viel fachliches Wissen sowie Kenntnisse einschlägiger organisatorischer Abläufe und Regelungen. Dies gilt insbesondere für die „geriatrische Komplexbehandlung“, die eine Leistung für ältere, multimorbide Menschen definiert. Diese Leistung ist vielschichtig und umfasst genau definierte Mindestanforderungen in den Bereichen Therapieeinrichtung, Therapieeinheiten, Behandlungstage, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Befundungen, Assessments, tägliche und wöchentliche Dokumentation, Behandlungsergebnisse sowie Behandlungsziele. Sie wird von interdisziplinären Teams erbracht, zu denen regelmäßig auch Logopädinnen und Logopäden gehören

– unabhängig davon, ob diese in der Einrichtung selbst angestellt sind (was aus unserer Sicht sinnvoll ist, weil so die Zusammenarbeit im Team am effektivsten organisiert werden kann) oder ob sie von außen kommen.

Im Mittelpunkt: geriatrische Patientinnen und Patienten

Die Bevölkerungsstruktur in Deutschland ist einem tiefgreifenden Wandel unterworfen. Dieser beeinflusst das Gesundheits- und Sozialgefüge bereits heute nachhaltig. Die Alterung der Bevölkerung, insbesondere die rasche und erhebliche (absolute und relative) Zunahme der Zahl Hochbetagter (80 Jahre und älter) führt auch zu einem deutlichen Anstieg der Zahl multimorbider älterer Menschen.

Deren gesundheitliche Versorgung hat mit Blick auf die Strukturen und auf die fachliche Qualifikation der beteiligten Akteure bereits einen beachtlichen Entwicklungsprozess durchlaufen. Die moderne Geriatrie bietet eine Reihe von Lösungsansätzen, die sowohl zur Verbesserung der medizinischen Versorgung älterer Patientinnen und Patienten als auch zur Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems beitragen können. So ist die Rehabilitation im Alter heute fester Bestandteil unseres Gesundheitsversorgungs- und Altenhilfesystems und wird neben Akutversorgung und Pflege als ein notwendiger Baustein innerhalb des Versorgungskonzeptes für ältere Menschen angesehen.

Saskia Sickert ist Logopädin (B.Sc.) und seit 1997 in einer neurologischen Rehabilitationsklinik in Sachsen tätig. Ihre Schwerpunkte sind Aphasie, Dysarthrie sowie ältere Patienten und Sprachstörungen bei Demenz. Seit 1999 ist sie mit wenigen Jahren Unterbrechung in der Bundesangestelltenkommission (BAK) des dbl engagiert und dort insbesondere für das Projekt Geriatrie tätig. Seit 2013 leitet sie die Kommission als Mitglied des dbl-Bundesvorstandes, Beisitz Angestellte.



Andrea Fichtmüller ist Diplom-Sprechwissenschaftlerin. Sie leitet in einem Brandenburger Akutkrankenhaus die therapeutischen Prozesse für die Geriatrie und eine Schlaganfallereinheit. Sie verfügt über umfangreiche Erfahrungen und Kenntnisse auf den Gebieten Neurologie und Geriatrie und hat 2014 ZERCUR GERIATRIE® erfolgreich absolviert. Mehrere Jahre war sie als Dozentin im Bereich Logopädie an einer Fachhochschule tätig.



Menschen im höheren Lebensalter weisen eine höhere Anfälligkeit für Krankheiten auf und sind oft multimorbid. Daraus ergibt sich innerhalb der medizinischen Versorgung ein besonderer Behandlungsbedarf und eine spezialisierte Betreuung. Zudem sprechen diese Patienten verzögert auf klassische Behandlungsmethoden an und bedürfen neben der ärztlichen Behandlung einer spezifischen therapeutischen Betreuung und sozialen Unterstützung (Bundesverband Geriatrie 2010).

Diesem Bedarf stellt sich die Geriatrie mit ihren spezialisierten Behandlungskonzepten. Die geriatrische Komplexbehandlung stellt dabei ein Konzept dar, das seit 2004 im Katalog der DRGs (Diagnosis Related Groups) verankert ist und von den Kostenträgern anerkannt und finanziert wird (ebd). Durch das Konzept der

geriatrischen Komplexbehandlung wurde der Rechtsanspruch auf Rehabilitation für ältere Patienten u.a. nach § 40 und § 111 SGB V sowie den Forderungen aus SGB IX umgesetzt und diesem ein inhaltlicher und organisatorischer Rahmen gegeben. Jedes Bundesland hat ein eigenes Geriatriekonzept entwickelt (Freund 2014), so existieren z.B. teilstationäre Weiterbehandlungsmöglichkeiten neben geriatrischen Rehabilitationskliniken (§ 111) und Akutgeriatrien (§ 109).

Die Zielstellungen spezialisierter geriatrischer Behandlungskonzepte orientieren sich an der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderungen und Gesundheit). So stehen neben der Optimierung des funktionellen Status des älteren Patienten bzw. der älteren Patientin (i.S. von Körperstruktur und -funktion) vor allem Aktivitäts- und Partizipationsziele wie eine Verbesserung der Lebensqualität, Erhalt der Autonomie und die Vermeidung oder Verringerung der Pflegebedürftigkeit im Vordergrund (Bundesverband Geriatrie 2010).

An dieser Zielformulierung richtet sich auch die geriatrische Komplexbehandlung aus. Sie soll den Betroffenen nach Möglichkeit die Rückkehr in die gewohnte Lebensumgebung ermöglichen, die Wiedergewinnung, Verbesserung oder den Erhalt weitgehender Selbstständigkeit ermöglichen sowie Pflegebedürftigkeit verhindern oder minimieren (Borchelt et al. 2009).

Was bedeutet jedoch nun „geriatrisch“? Geriatrie (Altersheilkunde) wird von der WHO (1989) definiert als „Der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter sowie den präventiven, klinischen, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt“ (Freund 2014, 15). Im Zusammenhang mit der etablierten geriatrischen Komplexbehandlung wurde auch definiert, was eine „geriatrische Patientin“ bzw. ein „geriatrischer Patient“ ist. Nach Borchelt et al. (2009) wird als geriatrisch identifiziert, wer

- ein hohes Alter erreicht hat (70 Jahre und älter) und
- eine geriatritypische Multimorbidität aufweist.

Dabei sollte das Alter nicht als alleiniges Merkmal herangezogen werden, sondern der Zusammenhang von Alter und Multimorbidität, sodass in Sonderfällen auch bei Patientinnen und Patienten unter 70 Jahren von einer geriatrischen Komplexbehandlung gesprochen werden kann.

Um eine geriatritypische Multimorbidität genauer zu definieren, wurden spezifische Merkmalskomplexe erarbeitet und festgeschrieben. Zu ihnen zählen Einschränkungen der

motorischen und Selbsthilfefähigkeiten, Störungen der psychosozialen Interaktionsfähigkeit, aber auch Kommunikationsstörungen, z.B. infolge Schlaganfall (Aphasie und Dysarthrophonie), kognitive Defizite wie Demenz, Fehl- und Mangelernährung – z.B. durch eine Dysphagie – sowie Seh- und Hörbehinderungen u.a.m. Grundlage einer Einordnung von Patientinnen oder Patienten über diese Merkmalskomplexe ist zunächst eine aktuell behandlungsbedürftige Erkrankung (in den DRGs als Hauptdiagnose kodierbar). Parallel dazu können nun weitere über die Merkmalskomplexe aufgeführte Nebendiagnosen identifiziert und kodiert werden.

In der Akutgeriatrie wird primär die akute Erkrankung versorgt, z.B. bei einem Schlaganfall, einer Schenkelhalsfraktur oder bei einer akuten Verschlechterung eines bereits bekannten ggf. chronischen Krankheitsbildes (Freund 2014). Liegt nun neben dem Akutereignis eine geriatritypische Multimorbidität vor und ist die Patientin bzw. der Patient ebenso krankenhausbehandlungs- und rehabilitationsbedürftig wie rehabilitationsfähig und liegt eine Rehabilitationsprognose vor, kann nach stationärer Aufnahme über ein geriatrisches Konsil mit der geriatrischen Komplexbehandlung begonnen werden (Freund 2014, Behandlungspfade).

Zwei Grundformen der geriatrischen Komplexbehandlung

Es existieren verschiedene Grundformen der geriatrischen Komplexbehandlung, die mittels DRG abgerechnet werden können. Ihr Umfang und ihre Leistungen sind im DRG-Katalog genau definiert und mit entsprechenden OPS-Kodierungen versehen (OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel). Man unterscheidet:

- OPS 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
- OPS 8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung OPS 8-550

Um die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung abrechnen zu können, sind im Prozedurenschlüssel verschiedene Anforderungen an ein interdisziplinäres Team, geriatrische Assessments, Therapiemindestzeiten und eine Therapiemindestanzahl definiert.

Das Team

Die geriatrische Komplexbehandlung ist durch ein multiprofessionelles Team zu erbringen. Es arbeitet fachlich unter ärztlicher Leitung. Hierfür ist die Zusatzqualifikation

„Klinische Geriatrie“ erforderlich. Zum Team gehören Angehörige der Berufsgruppen der Ärzteschaft, der Pflege, der Sozialarbeit und der Therapie (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Psychologie/ Neuropsychologie). Oft ist auch die Krankenhausseelsorge einbezogen.

Beginn, Anfangsprozedur und Entlassung

Ausgangsbasis für die geriatrische Behandlung, also für Therapieplanung, Therapieüberwachung und Kontrolle des Therapieerfolges (Freund 2014), sind laut Prozedurenschlüssel „geriatrische Assessments“. Diese richten sich aber nicht nur auf das Erkennen vorhandener Defizite, sondern zielen auch darauf ab, vorhandene Ressourcen zu erkennen (ebd.). Dabei dienen sie der Einschätzung der Patientin bzw. des Patienten zu Beginn und zum Ende der Behandlung. Zu den geriatrischen Assessments gehören Tests aus den Bereichen Selbsthilfefähigkeit, Mobilität, Kognition, Emotion und Erfassung der sozialen Situation. Im Prozedurenschlüssel sind zu Beginn jeder geriatrischen Komplexbehandlung innerhalb von vier Tagen Assessments in mindestens vier, in den letzten vier Tagen vor der Entlassung in mindestens zwei Bereichen gefordert. Zu den Assessments gehören z.B.:

- **Selbsthilfefähigkeit:** Barthel-Index
- **Mobilität:** Tinetti-Test, TUG-Test (Timed up and go), Handkraftmessung
- **Kognition:** MMST (Mini-Mental Status-Test), DemTect (Demenz-Detektion), Uhrentest, Geldzähltest, Erweiterter Barthel-Index
- **Emotion:** Geriatrische Depressions Skala (GDS)
- **Soziale Situation:** Soziales Assessment

Die Durchführung dieser Assessment wird in den einzelnen Einrichtungen von unterschiedlichen Bereichen verantwortet. Beispielsweise wird der Tinetti- oder TUG-Test durch die Physiotherapie, der Barthel-Index häufig von der Pflege oder dem Bereich der Sozialarbeit ausgeführt, der MMST oder GDS von der Ergotherapie oder der Psychologie. Hier gibt es lt. OPS keine Anforderungsverweise auf spezielle Berufsgruppen – dies wird je nach Einrichtung unterschiedlich gehandhabt und auch unterschiedlich in diversen Fachbüchern beschrieben.

Fachspezifische Diagnostik / Eingangsbefunde

Therapeutische Anforderungen werden von ärztlicher Seite erhoben. Die Therapeutinnen und Therapeuten aus Physio-, Ergo-, und Logopädie/Sprachtherapie erstellen zu Beginn und zum Ende der Behandlung eine Einschätzung zu den vorhandenen Kompe-

tenzen und Defiziten und den daraus resultierenden Therapiezielen. Anfangs-, Verlaufs- und Endbefunde dienen der Transparenz einer Verlaufsentwicklung. Diese haben eine Kontrollfunktion im Sinne therapeutischer Nachregulierung und sind letztlich auch relevant für den ärztlichen Befundbericht. Viele geriatrische Abteilungen haben bereits entwickelte Aufnahmebögen für die therapeutischen Bereiche. Für den sprachtherapeutischen Bereich gibt es verschiedene Testverfahren, die herangezogen werden können, z.B. den Aphasie Schnell-Test AST (Freund 2014, 67) oder den AAT zur Einschätzung einer Sprachstörung, der jedoch erst in der postakuten Phase geeignet ist. In der Literatur erwähnt wird noch der MNA, ein Mangelernährungs-Screening (Mini Nutritional Assessment). Weitere für den Einsatz hinsichtlich von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen geeignete Tests werden nicht benannt, die Entscheidung liegt hier in der Kompetenz der Therapeutinnen und Therapeuten. Empfehlenswert ist aus unserer Sicht, initial

eine umfassende, möglichst auf standardisierten Tests basierende Eingangsdiagnostik durchzuführen, die alle sprachsystematischen und orofazialen Bereiche einschließlich einer Diagnostik der Schluckfähigkeit umfasst und diese mit Empfehlungen, z.B. für eine logopädische Therapie oder mit Hinweisen für die Gestaltung der Nahrungsaufnahme, zu dokumentieren. Spezielle Assessmentverfahren oder Tests für die Bereiche Dysphagie und Dysarthrophonie für ältere und multimorbide Patientinnen

gen werden können, z.B. den Aphasie Schnell-Test AST (Freund 2014, 67) oder den AAT zur Einschätzung einer Sprachstörung, der jedoch erst in der postakuten Phase geeignet ist. In der Literatur erwähnt wird noch der MNA, ein Mangelernährungs-Screening (Mini Nutritional Assessment). Weitere für den Einsatz hinsichtlich von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen geeignete Tests werden nicht benannt, die Entscheidung liegt hier in der Kompetenz der Therapeutinnen und Therapeuten. Empfehlenswert ist aus unserer Sicht, initial

Originalfassung DIMDI Version 2015 Frührehabilitative Komplexbehandlung OPS 8-550

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben und darf nur solange verwendet werden, wie akutstationärer Behandlungsbedarf besteht

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Exkl.:

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)

Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)

Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Hinw.:

Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein
 - Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen
 - Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt
 - Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
 - Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
 - Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazio-orale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie
- Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

8-550.0 Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie.

8-550.1 Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie

8-550.2 Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie

8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Exkl.: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff.)

Hinw.: Jeder Tag mit teilstationärer geriatrischer Behandlung, an dem die nachfolgenden Bedingungen erfüllt werden, ist einzeln zu kodieren

Mindestmerkmale:

- Teamintegrierte Behandlung unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich)
 - Aktuelle Durchführung zu Beginn der Behandlung bzw. Vorhandensein (maximal 4 Wochen) eines standardisierten geriatrischen Assessments in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion)
 - Aktuelle Durchführung zu Beginn der Behandlung bzw. Vorhandensein (maximal 4 Wochen) eines sozialen Assessments in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)
 - Ärztliche Visite
 - Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
 - Vorhandensein folgender Bereiche: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Psychologie/Neuropsychologie, Logopädie/fazio-orale Therapie, Sozialdienst
 - Gesamtaufenthaltsdauer pro Tag in der teilstationären Einrichtung (inkl. Lagerungs- und Erholungszeiten) von mindestens 330 Minuten (ohne Transportzeiten)
- Eine gleichzeitige akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

8-98a.0 Basisbehandlung

8-98a.1 Umfassende Behandlung

Hinw.:

Mindestmerkmale:

- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 5 Therapiebereiche: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazio-orale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie

8-98a.10 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie

Hinw.: Die Einzeltherapie muss mindestens 30 Minuten betragen

8-98a.11 Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie

Hinw.: Die Einzeltherapie muss mindestens 45 Minuten betragen

und Patienten sind im geriatrischen Assessment nicht beschrieben. Daraus ergibt sich aus unserer Sicht weiterer Handlungsbedarf für unsere Berufsgruppe. Es sollten geeignete Testverfahren für alle sprachtherapeutischen Bereiche entwickelt, evaluiert und festgeschrieben werden, die für den Einsatz in der Geriatrie geeignet sind. Hierbei sollten insbesondere auch kognitive Abbauprozesse (kognitive Dysphasie bei demenziellen Prozessen) besonders berücksichtigt werden.

Therapie

Lt. Prozedurenschlüssel wird bei einer geriatrischen Komplexbehandlung der Einsatz von mindestens zwei der vier Therapiebereiche (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie/Neuropsychologie) gefordert (DIMDI 2015 OPS 8-550). Eine rein monodisziplinäre Behandlung ist für die Komplexbehandlung ausgeschlossen. Je nach Anzahl der Behandlungstage sind zahlenmäßig unterschiedliche Therapieeinheiten zu erbringen. Die Staffe- lung richtet sich nach dem Zeitraum:

- **Mindestens 7 Behandlungstage:** insgesamt mind. 10 Therapieeinheiten von mindestens 30 Minuten, höchstens 10% als Gruppentherapie
- **Mindestens 14 Behandlungstage:** insgesamt mind. 20 Therapieeinheiten von mindestens 30 Minuten, höchstens 10% als Gruppentherapie
- **Mindestens 21 Behandlungstage:** insgesamt mind. 30 Therapieeinheiten von mindestens 30 Minuten, höchstens 10% als Gruppentherapie

Behandlungstage sind Tage, an denen eine Behandlung stattfindet (KCG 2015). Auch hier existieren in den Einrichtungen unterschiedliche Handhabungen. So werden z.B. teilweise zwei Therapien pro Tag gefordert oder auch Therapien am Wochenende, speziell am Samstag. Lt. OPS gibt es jedoch keine vorgeschriebene Therapieanzahl pro Tag oder therapiefreie Tage. Es werden die reinen Behandlungstage erfasst. Überwiegend wird auch am Samstag Therapie angeboten, um die Therapiepause über das Wochenende nicht zu lang zu gestalten. Diesbezügliche Entscheidungen liegen im Ermessen der Einrichtung, Wochenenddienste gehören zum klinischen Alltag.

Die Mindesttherapiezeit ist lt. OPS ebenfalls festgelegt: Vorgeschrieben sind mindestens 30 Minuten pro Therapieeinheit. Dabei ist diese überwiegend in Einzeltherapie auszuführen, was dem speziellen Behandlungsbedarf der meisten Patientinnen und Patienten zugutekommt. Gruppentherapien haben demgegenüber mit nur 10% einen sehr gerin-

gen Anteil. Dies sollte von den Kostenträgern neu überdacht werden, denn in den letzten Jahren sind zahlreiche Gruppentherapien entwickelt worden, die sich in der Behandlung bewährt haben und von den Patientinnen und Patienten gut angenommen werden. Zudem können hier insbesondere kommunikative und soziale Fähigkeiten sehr gut gefördert und neue Kontakte aufgebaut werden, was vor allem bei Demenzerkrankungen von Vorteil ist. Daher regen wir an, den Anteil von Gruppentherapien in den Vorgaben der Komplexbehandlungen zu erhöhen.

Teamsitzung

Gefordert ist weiterhin eine wöchentliche Teamsitzung unter Teilnahme aller Professionen des Teams. Hier sollen wochenbezogenen Behandlungsergebnisse, -pläne und -ziele dokumentiert werden. Die Teilnahme ist eine Pflichtaufgabe. Teambesprechungen sind deshalb als Teil der Arbeitszeit anzusehen und entsprechend zu vergüten. Logopädische Praxen, die Behandlungsverträge mit geriatrischen Kliniken oder Abteilungen abschließen oder geschlossen haben, sollten Teambesprechungen wie auch andere mittelbare Leistungen (Vor- und Nachbereitung, Dokumentation etc.) als zu vergütete Arbeit im Vertrag festschreiben lassen.

Die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung OPS 8-98a

Die Behandlung im Rahmen der teilstationären geriatrischen Komplexbehandlung umfasst grundsätzlich eine mehrtägige Behandlungsepisode, wobei jeder Behandlungstag ähnliche Mindestmerkmale wie bei OPS 8-550 umfassen muss. Die Behandlung umfasst dabei eine tägliche ärztliche Visite und die Anwesenheit der Patientin bzw. des Patienten über mindestens 330 Minuten. Dabei werden neben den Behandlungen auch Lagerungs- und Erholungszeiten berücksichtigt. Unterschieden wird in folgende Behandlungskomplexe:

- **Basisbehandlung:** Monodisziplinäre Behandlung und/oder medizinisch – pflegerisch – psychosoziale Intervention, gleich welcher Intensität und Dauer
- **Umfassende Behandlung von 60 bis 90 Minuten Therapiezeit:** Einsatz von mindestens zwei Therapiebereichen in Einzel- und / oder Gruppentherapie, Mindestdauer pro Einzeltherapie 30 Minuten
- **Umfassende Behandlung von mehr als 90 Minuten pro Tag:** Einsatz von mindestens zwei Therapiebereichen in Einzel- und/oder Gruppentherapie, Mindestdauer pro Einzeltherapie 45 Minuten

Fazit

Im Wissen um die Bedeutung der geriatrischen Komplexbehandlung sollten sich die Logopädinnen und Logopäden eingehend mit den entsprechenden Konzepten auseinandersetzen. Unabhängig davon, ob in den klinischen Einrichtungen der Geriatrie angestellt oder für diese konsiliarisch tätig, sollten sie verstärkt auf die Integration unserer Berufsgruppe in das Behandler- team achten, um eine nachhaltige Qualität geriatrischer Behandlungskonzepte zu gewährleisten. Insbesondere die bereits feststehenden und noch einzufordernden Kriterien für eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine effektive Therapie müssen diskutiert und umgesetzt werden.

Aus Sicht der Autorinnen wäre es zudem sinnvoll, dass für den therapeutischen Bereich innerhalb der geriatrischen Versorgung Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen auf diesem Fachgebiet verbindlich vorgeschrieben werden, wie dies z.B. für den ärztlichen und pflegerischen Bereich gilt. Dies würde der Weiterentwicklung der Versorgungs- und Behandlungsqualität und den Patientinnen und Patienten zugute kommen. Die Bedeutung der therapeutischen Arbeit für eine gelingende geriatrische Rehabilitation muss betont und der Stellenwert unserer tagtäglichen Arbeit entsprechend gewürdigt werden.

LITERATUR

- Borchelt, M., Wrobel, N. & Trillhof, G. (2009). *Online-Kodierleitfaden Altersmedizin 2010*. DRG-Kompetenzteam Geriatrie. www.geriatrie-drg.de/dkgerl/main/komplexbehandlung-2010.htm#prozedur8550 (20.05.2015)
- Bundesverband Geriatrie e.V. (2010). *Weißbuch Geriatrie*. Stuttgart: Kohlhammer
- DIMDI (2015). *OPS Version 2015. OPS 8-550*
- Freund, H. (2014). *Geriatrisches Assessment und Testverfahren. Grundbegriffe – Anleitungen – Behandlungspfade*. Stuttgart: Kohlhammer
- Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG), eine Einrichtung des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenkversicherung. www.kcgeriatrie.de

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2015-53020150405

Korrespondenzanschrift

Saskia Sickert
 HELIOS Klinik Schloss Pulsnitz / Abt. Logopädie
 Wittgensteiner Str. 1
 01896 Pulsnitz
sickert@dbl-ev.de