

**Rede von Herrn Ministerialdirektor Thomas Halder  
anlässlich der Eröffnung des 15. Geriatrietags des Landes Baden-Württemberg  
am Mittwoch, den 27. September 2006 in Stuttgart, Haus der Wirtschaft**

**Rededauer: 18 Minuten**

**1. Botschaft**

Die Landesregierung steht weiterhin zu den gemeinsam im Geriatriekonzept Baden-Württemberg vereinbarten Zielen.

**2. Botschaft**

Die Geriatrie muss sich im Zuge der Umgestaltung und Reformierung der Versorgungssysteme wie alle anderen Fachgebiete weiterentwickeln.

**3. Botschaft**

Dank an die engagierten Fachkräfte in der Geriatrie.

<b>Gliederung</b>	<b>Seite</b>
1. Begrüßung	1
2. Anmerkungen zur Gesundheitsreform	2
3. Krankenhausversorgung und Geriatrie, Bilanz und Blick in die Zukunft	3
4. Geriatriische Rehabilitation	10
5. Geriatriische Aus-, Fort- und Weiterbildung	11
6. Bürgerengagement in der Geriatrie	12
7. Schlussworte und Dank	14

- Es gilt das gesprochene Wort -

## 1. Begrüßung

Sehr geehrter Herr Professor Beischer,  
sehr geehrte Frau Dr. Wahl,  
sehr geehrte Frau Dr. Metz,  
sehr geehrter Herr Bürgermeister Murawski,  
sehr geehrter Herr Professor Nagel,  
sehr geehrter Herr Dr. Hoberg,  
meine sehr geehrten Damen und Herren,

sehr gerne bin ich heute anlässlich des 15. Geriatrietages des Landes Baden-Württemberg zu Ihnen gekommen. Ich darf Ihnen zu Beginn die herzlichen Grüße von Frau Ministerin Dr. Monika Stolz übermitteln. Sie ist von Herrn Ministerpräsident Günther Oettinger gebeten worden, ihn bei einer anderen Veranstaltung zu vertreten und kann daher leider heute nicht hier sein.

Zunächst danke ich allen an der Veranstaltung Beteiligten sehr herzlich. Mein besonderer Dank gilt Ihnen, Herr Professor Beischer, und Ihrem Team vom Geriatriischen Zentrum beim Bürgerhospital Stuttgart für die Vorbereitung und die Organisation des 15. Geriatrietags hier in Stuttgart. Es freut mich zu sehen, dass es auch in diesem Jahr wieder gelungen ist, ein interessantes und vielseitiges Programm zusammenzustellen.

## **2. Anmerkungen zur Gesundheitsreform**

In Anbetracht der demografischen Entwicklung und der Zunahme der chronischen Erkrankungen sind die Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen im geriatrischen Bereich ein wichtiger Baustein im Gesundheitswesen.

Auf Grund der angespannten Finanzlage bei den Krankenkassen ist leider nicht mehr alles Wünschenswerte auch bezahlbar. Und auch die Fallzahlen im Bereich der Vorsorgeleistungen und im Bereich der allgemeinen medizinischen Rehabilitation sind rückläufig. Trotzdem soll die geriatrische Rehabilitation durch die Gesundheitsreform erfreulicherweise eine Verbesserung erfahren.

Wenige echte Leistungserweiterungen sind mit dem aktuellen Gesetzentwurf verbunden. Eine davon ist aber, dass die geriatrisch ambulante und stationäre Rehabilitation von einer Ermessensleistung zu einer Pflichtleistung aufgewertet wird. Auf geriatrische Rehabilitation soll somit ein Rechtsanspruch bestehen. Außerdem soll der Versicherte künftig ein echtes Wahlrecht zwischen einer zugelassenen und zertifizierten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung erhalten. Vorbei sind dann die Zeiten, in denen der Versicherte in eine von dem Sozialversicherungsträger ausgesuchte Einrichtung geschickt wurde.

Ein lang gehegter Wunsch geht in Erfüllung. Denn mit der neuen Reform verbunden ist auch eine verbesserte Palliativversorgung.

Darüber hinaus wird der Haushaltsbegriff erweitert. So kann die häusliche Krankenpflege auch in Wohngemeinschaften oder Wohnformen und in besonderen Ausnahmefällen auch in Heimen erbracht werden. Bisher war diese Leistung auf den Haushalt des Versicherten beschränkt.

Der Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ soll deutlich gestärkt werden. Ich denke, wir sind damit auf dem richtigen Wege, um Behinderung, chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit entgegen zu wirken.

### **3. Krankenhausversorgung und Geriatrie, Bilanz und Blick in die Zukunft**

In einem bestimmten Bereich der Krankenversorgung tragen die Bundesländer unmittelbare Verantwortung, weil sie hier eine gesetzlich definierte Planungskompetenz haben. Sie wissen es alle, hier geht es um unsere Krankenhäuser. Hier sollte man von Zeit zu Zeit zurückblicken und sich vergewissern, wie es mit der Geriatrie im Bereich der stationären Krankenversorgung aussieht. Haben wir das erreicht, was wir mit unserem Geriatriekonzept angestrebt haben?

## Planung Schwerpunkte und Zentren

Werfen wir dazu einen Blick auf die landesweite Versorgungsstruktur im Krankenhausbereich. Krankenhausplanerisch geht es um Geriatrische Schwerpunkte und Geriatrische Zentren. Danach können wir feststellen, dass sich Zahl, Größe und Verteilung der Standorte der Zentren und Schwerpunkte weitgehend mit den Plänen decken, die aus dem Geriatriekonzept abzuleiten waren. Auch das Ziel der wohnortnahen Versorgung, das in einem Flächenland wie Baden-Württemberg immer eine Rolle spielt, ist erreicht: Es gibt keine weißen Flecken; jeder Stadt- oder Landkreis ist versorgt; die Ballungsräume sind angemessen berücksichtigt. Wir sind uns freilich bewusst, dass ein Teil der geriatrisch engagierten Ärzte unverändert geriatrische Betten fordert. Das Ministerium für Arbeit und Soziales hat jedoch in diesem Punkt seine Haltung nicht geändert. Außerhalb Geriatrischer Zentren sieht der Krankenhausplan unverändert keine geriatrischen Betten vor. Die Geriatrie als typisches Querschnittsfach muss sich aus unserer Sicht allen Fachgebieten zuwenden und soll insofern kein abgesondertes Eigenleben führen.

## Geriatrisierung der stationären Krankenversorgung

Erinnern wir uns daran, dass die Geriatrischen Zentren und Schwerpunkte einmal als Kristallisationskerne angelegt waren. Die dort eingerichteten spezialisierten Teams sollten geriatrische Strategien

nicht nur im eigenen Haus einführen, sondern auch andere Krankenhäuser und Einrichtungen unterstützen. Wenn ich es einmal überspitzt formulieren darf, das Ziel war in gewisser Weise eine Geriatriisierung der einzelnen medizinischen Fachgebiete. Ich meine, wir sind diesem Ziel ein gutes Stück näher gekommen. Mindestens sehen meine Mitarbeiter und ich im Gespräch mit den Krankenhausleitungen, dass die Bedeutung der Geriatrie zunehmend erkannt wird. Vielleicht wird es einmal sogar soweit kommen, dass wir Geriatriische Zentren und Schwerpunkte nicht mehr krankenhauserplanerisch hervorheben müssen, weil alle Krankenhäuser die entsprechenden Personalstellen und Leistungen als Selbstverständlichkeit vorhalten.

### Qualifizierung des Personals

Wenn ich das Stichwort Personal noch einmal aufgreifen darf. Dies ist ja der Hauptkostenblock im Krankenhaus. Wir haben mit unserer Fachplanung „Geriatriekonzept“ mit den Krankenkassen ein Rahmenkonzept vereinbart. Das bedeutet aber, dass sich das Land in die innere Organisation und die Personalbewirtschaftung eines Krankenhauses nicht einmischet. Das neue pauschalierte Entgeltsystem würde eine solche administrative Einwirkung auch gar nicht zulassen. Ich möchte jedoch die Krankenhäuser an dieser Stelle ermutigen, in der geriatrischen Kompetenz der Krankenhausmitarbeiter ein wichtiges Qualitätsmerkmal zu sehen und dies bei der internen

Ressourcenverteilung zu berücksichtigen. Geriatriische Kompetenz wird alsbald zu einem Imagefaktor für die Krankenhäuser werden, der beträchtlichen Einfluss im Wettbewerb gewinnen wird.

### Wünsche an die Organisation des Krankenhauses aus der Sicht des Betroffenen

Aber auch wenn sich das Ministerium für Arbeit und Soziales administrativ in Fragen der internen Krankenhausorganisation zurückzuhalten hat, so darf ich mich als Person und Bürger dennoch mit einem Wunsch an die Krankenhäuser wenden.

Wenn ich einmal als alter Mensch ins Krankenhaus käme, würde ich mir wünschen, etwa Folgendes vorzufinden: Durch eine geeignete Organisation und entsprechende Festlegung wird sofort erkannt, ob ich ein geriatrischer Patient bin. Falls ja, wird von allen durch die Multimorbidität betroffenen Fachgebieten interdisziplinär eine Behandlungsstrategie entwickelt, umgesetzt und gegebenenfalls auch wieder angepasst. Ich und meine Angehörigen werden dabei von Anfang an in die Entscheidungen einbezogen und täglich über den Erfolg der eingeschlagenen Therapien auf dem Laufenden gehalten. Zum frühest möglichen Zeitpunkt wird auch unter Einbeziehung der in Betracht kommenden nachstationären Dienstleister in Ambulanz, Reha oder Pflege die Phase nach Abschluss der Krankenhausbehandlung geplant.

## Situation in der Finanzierung

Meine Damen und Herren,

zu einer Bilanzierung gehört auch ein Blick auf die Finanzierung. Eines der Anfangsprobleme im Zusammenhang mit dem Fallpauschalensystem, nämlich die Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten, kann man vom Grundsatz her als gelöst ansehen. Auf Drängen Baden-Württembergs wurde im Jahr 2003 eine entsprechende Zuschlagsregelung in das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz aufgenommen. Die Vertragsparteien auf der Bundesebene haben hierzu noch keine konkretisierende Regelung getroffen. Es ist daher derzeit Sache der Pflegesatzparteien vor Ort, sich über die Finanzierung zu verständigen, was in Baden-Württemberg auch geschehen ist. Diese Regelung ist schiedsstellenfähig, der Rechtsweg ist gegeben. Das Land wird also erst gefragt, wenn es um die Genehmigung der Entgeltvereinbarungen und der Zuschlagsregelungen geht.

Der Fallpauschalenkatalog hat mittlerweile auch geriatrische Besonderheiten aufgenommen. Er enthält nun Komplexpauschalen für die geriatrische Frührehabilitation. Diese Fallpauschalen sind mit einem hohen Relativgewicht versehen und werden damit auch dem hohen Behandlungsaufwand gerecht. Insgesamt erfordern Patienten in höherem Lebensalter, die in der Regel multimorbide und bei



Verrichtungen des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen sind, einen überdurchschnittlichen Personalaufwand mit entsprechend erhöhten Kosten. Dies wird sich auch in der Kalkulation der künftigen DRGs mehr und mehr niederschlagen müssen.

### Einfluss der Demografie auf die Krankenhausplanung

Wie geht es aber weiter? Jeder, der sich mit der Geriatrie beschäftigt, kennt natürlich auch die demografische Entwicklung. Und man weiß, dass sich bereits während der vergangenen zwei Jahrzehnte ein beträchtlicher demografischer Alterungsprozess eingestellt hat. Dieser Prozess wird sich in den künftigen Jahren fortsetzen.

Das Statistische Landesamt hat in diesem Zusammenhang eine Modellrechnung erstellt, wie sich die demografische Veränderung in Baden-Württemberg auf die Inanspruchnahme der Krankenhäuser auswirken könnte. Grundlage für diese Modellrechnung sind die derzeitigen Versorgungsstrukturen ohne Steigerung der Leistungsfähigkeit.

Nach dieser Status-Quo-Vorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg könnte die Zahl der stationären Behandlungsfälle in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2030 gegenüber dem Basisjahr 2002 um knapp 25 % zunehmen.

Das Gesamtvolumen der Behandlungstage würde sich unter diesen Bedingungen bis zum Jahr 2030 um 30 % steigen. Vor allem in den höheren Altersstufen dürfte die Zahl der Behandlungsfälle nach der

Vorausrechnung sehr stark ansteigen. Solche Zahlen sind eine deutliche Warnung und mahnen uns, in unserem Bemühen um die Steigerung der Leistungsfähigkeit unserer Krankenversorgung nicht nachzulassen.

Die Entwicklung der vergangenen Jahre zeigt freilich, dass der allgemeine Trend vom medizinischen Fortschritt und von Strukturveränderungen im Gesundheitswesen wirksam wird: Zum einen können zahlreiche Behandlungsmethoden, die bisher den Krankenhäusern – und zwar im Rahmen einer stationären Aufnahme der erkrankten Person – vorbehalten waren, inzwischen auch ambulant (in Arztpraxen oder Krankenhäusern) durchgeführt werden.

Zum anderen kann die Dauer der Krankenhausbehandlung immer weiter verkürzt werden. So ist etwa in der Zeit zwischen 1990 und 2004 die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern von 13,5 auf nur noch 8,9 Tage gesunken. Wenn Sie als Faustformel bedenken, dass der Rückgang der Durchschnittsverweildauer um einen Tag in Baden-Württemberg theoretisch mehrere tausend Krankenhausbetten entbehrlich macht, so gewinnen Sie einen Eindruck von der Dynamik dieser Veränderungen.

Im jedem Falle wird daher davon auszugehen sein, dass in den kommenden 10 bis 20 Jahren auch unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung nicht mehr, sondern insgesamt weniger Krankenhausbetten benötigt werden.

Nach unserer Auffassung wird sich die Zahl stationärer Krankenhausbetten in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2010 – bezogen auf 2001 – um mindestens weitere 8 000 Betten verringern. Dies wird mit verstärkter Schwerpunktbildung und anhaltender räumlicher Konzentration (weniger Krankenhausstandorte) verbunden sein.

Aber selbst wenn von den derzeit rund 260 Krankenhäusern mit etwa 300 Betriebsstätten, 100 weitere Betriebsstätten entfielen, könnte immer noch eine flächendeckende Versorgung gewährleistet werden. Darauf werden wir auch achten, insbesondere im Hinblick auf die Versorgung von geriatrischen Patienten.

#### **4. Geriatrische Rehabilitation**

Meine Damen und Herren,  
wenn ich jetzt die geriatrische Rehabilitation anspreche, dann weiß ich, dass viele von Ihnen in den Einrichtungen und Diensten angesichts der Entwicklung in den letzten Jahren große Sorgen haben. Die Inanspruchnahme der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen lässt aus unterschiedlichen Gründen zu wünschen übrig.

Dabei werden auch die Aufgaben der Rehabilitation für ältere Menschen mit Blick auf die demografische Entwicklung an Bedeutung gewinnen. Deshalb begrüße ich, dass die geriatrischen Fachverbände mit den Landesverbänden der Leistungsträger in der Arbeitsgruppe Geriatrie in unserem Ministerium ein gemeinsames Positionspapier zur

Stärkung der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg verabschiedet haben. Sie fordern darin eine Verbesserung der Information über die Möglichkeiten der geriatrischen Rehabilitation im klinischen und im außerklinischen Umfeld. Die Arbeitsgruppe Geriatrie hat in einem Pilotversuch gezeigt, dass es einfache Verfahren für eine sichere Identifikation geriatrischer Patienten gibt. Verfahren, die ohne weiteres Eingang in die klinische Versorgung finden können. Außerdem sollte in allen Akutkrankenhäusern die Indikationsstellung für die geriatrische Rehabilitation als Standard eingeführt werden. Das Ministerium für Arbeit und Soziales hat sich diesen Forderungen angeschlossen und sie den berührten Verbänden in einem Schreiben zugeleitet. Wir wollen, dass der Stellenwert der geriatrischen Rehabilitation in allen ihren Ausprägungsformen, stationär, ambulant und mobil, deutlich verbessert wird.

## **5. Geriatrische Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Meine Damen und Herren,  
lassen Sie mich noch einige Worte zur geriatrischen Aus-, Fort- und Weiterbildung sagen. Eines unserer wesentlichen Ziele aus dem Geriatriekonzept Baden-Württemberg ist die Verbesserung der geriatrischen Kompetenz in der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung. Vor diesem Hintergrund begrüße ich, dass die Muster-Weiterbildungsordnung allen Fachärztinnen und -ärzten die Möglichkeit

des Erwerbs der Zusatzbezeichnung Geriatrie eröffnet. Zudem enthalten Weiterbildungsinhalte verschiedener Gebiete und Schwerpunkte Hinweise auf den Bedarf älterer Menschen an ärztlicher Kompetenz. Dies sind sicher Schritte in die richtige Richtung.

Gleichwohl kann ich mir angesichts der Anforderungen im ärztlichen Alltag durchaus weitere Verbesserungen vorstellen. Ich unterstütze daher die geriatrischen Fachverbände in Baden-Württemberg. Sie fordern eine wesentlich breitere Verankerung geriatrischer Kompetenz in der hausärztlichen Versorgung. Daneben, auch das halte ich für richtig, bedarf es einer speziellen geriatrischen Qualifikation. Entsprechend den übereinstimmenden, fachlich fundierten Forderungen auf europäischer wie nationaler Ebene muss unser Ziel eine Weiterbildung in Klinischer Geriatrie sein.

## **6. Bürgerengagement in der Geriatrie**

Gestatten Sie mir noch einige Bemerkungen zur Bedeutung des Bürgerengagements in der Geriatrie. Angesichts der demografischen Entwicklung werden wir dieser wichtigen Ressource in unserer Gesellschaft verstärkt Aufmerksamkeit widmen. Ganz unmissverständlich ist klarzustellen, dass bürgerschaftliches Engagement in der Geriatrie kein Ersatz für hauptamtliche Fachkräfte und Dienste sein kann. Das bürgerschaftliche Engagement ist ein

ergänzender Leistungsbereich mit einer eigenständigen Qualität. Gleichwohl werden wir nach meiner Überzeugung gerade in einem Gebiet wie der Geriatrie künftig nicht mehr ohne diese Engagementform auskommen.

Ich kann mir gut vorstellen, dass es in der Geriatrie eine Reihe von Arbeitsbereichen gibt, in denen das Bürgerengagement seinen Platz hat oder finden wird. Wir sehen sinnvolle Betätigungsbereiche in der aktivierenden Begleitung, der zeitintensiven Betreuung oder in ergänzenden sozialen Dienstleistungen im Alltag. Stets bedarf es aber der kundigen Anleitung und Begleitung durch professionelle Fachkräfte. Ich sehe attraktive Chancen für qualifizierte Fachkräfte gerade im Hinblick auf die fachliche Anleitung und Begleitung bürgerschaftlich Engagierter.

Die Bereitschaft in der Bevölkerung zum Engagement ist groß, gerade in Baden-Württemberg. Wir brauchen neue, flexible und natürlich auch finanziell tragbare Formen eines Engagements, das uns die Probleme der Zukunft bewältigen hilft.

Ich möchte Sie aufrufen, sich der Einbindung des Bürgerengagements aus der Sicht des geriatrischen Fachgebietes zu widmen. Gehen Sie mit einer positiven Botschaft auf die Engagierten zu, um sie, wo immer möglich, am geriatrischen Denken und Handeln zu beteiligen.

## **7. Schlussworte und Dank**

Meine sehr geehrten Damen und Herren,  
das Land Baden-Württemberg hat sich aus voller Überzeugung die Unterstützung der Geriatrie zu Eigen gemacht. Ich möchte all denen danken, die sich im Alltag den geriatrischen Patientinnen und Patienten widmen. Ich bitte Sie hierfür weiterhin um Ihren tatkräftigen Einsatz. Geriatrie hat Zukunft, wenn wir uns auch künftig gemeinsam dafür engagieren.

Wie an dieser Stelle üblich, möchte ich Sie schon jetzt einladen, am 16. Geriatrietag am 26. September 2007 in Heidelberg teilzunehmen. Herr Prof. Oster vom Geriatrischen Zentrum am Bethanien-Krankenhaus hat sich mit seinem Team dankenswerterweise bereit erklärt, die Organisation zu übernehmen.

Dem 15. Geriatrietag in Stuttgart wünsche ich nun einen guten Verlauf und danke für Ihre Aufmerksamkeit.