

15. Geriatrietag des Landes Baden-Württemberg

Begrüßung

Der Landesgeriatrietag ist – wie jedes Jahr – für uns Anlass, das vergangene Jahr kurz Revue passieren zu lassen, um uns dann mit der weiteren Entwicklung der Geriatrie in Baden-Württemberg zu befassen.

Aus Sicht der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrische Schwerpunkte und Zentren gab es im vergangenen Jahr keine gravierenden Änderungen. Wir alle sind froh, dass wir dank der Zuschlüsse des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes derzeit ohne Existenzgefährdung arbeiten können.

Die in der Fortschreibung des Landesgeriatriekonzeptes von 2001 benannten 4 ganzjährig voll einsetzbaren Stellen für die einzelnen Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren konnten bisher allerdings immer noch nicht realisiert werden. Somit können gerade in Urlaubs- und Krankheitszeiten die erforderlichen Leistungen nicht in vollem Umfang erbracht werden. Hier hoffen wir doch im Hinblick auf die demographische Entwicklung und die damit für uns verbundene kontinuierliche Arbeitszunahme auf baldige Umsetzung.

Unter DRG-Bedingungen, die eine Verkürzung der Liegedauer in den Krankenhäusern mit sich brachten, wird es für uns immer schwieriger, die geriatrischen Patienten adäquat mit zu betreuen. Es bleibt gerade Zeit, das geriatrische Assessment durchzuführen, aber es besteht immer weniger die Möglichkeit, zu verfolgen, ob die eingeleiteten Therapien greifen, oder Zeit, bei Patienten, die direkt nach Hause entlassen werden, Hilfsmittel zu testen oder den Umgang damit zu üben. Zusätzlich zu den üblichen patientenbezogenen Teambesprechungen sind kurzfristige Abstimmungen aller Teammitglieder erforderlich, um die geriatrischen Patienten zum optimalen Zeitpunkt in die für ihren aktuellen Krankheitszustand geeignetste Einrichtung zu bringen, damit sie dort entsprechend ihrer Erfordernisse behandelt werden. Problematisch sind hier für einige Geriatrische Schwerpunkte zunehmende Ablehnungen der Kostenübernahme von geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ wäre in der Praxis vermutlich wesentlich besser umsetzbar, wenn die Trennung der Finanzbudgets von Kranken- und Pflegekasse aufgehoben würde.

Besonders schlecht dran sind diejenigen Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden und im Anschluss noch eine Rehabilitationsmaßnahme benötigen, aber zum Entlasszeitpunkt noch nicht rehafähig sind. Typisches Beispiel sind hochbetagte Patienten mit Tibiakopffraktur. Wenn diese Patienten keine Angehörigen haben, von denen sie rund um die Uhr zu Hause versorgt werden können, bleibt ihnen nur die Möglichkeit der stationären Kurzzeitpflege. Diese wird jedoch – bei absehbar nur vorübergehender Pflegebedürftigkeit – derzeit weder von den Krankenkassen noch von den Pflegekassen finanziert.

Hilfreich bei geriatrischen Patienten, bei denen zwar Reha-Bedürftigkeit vorliegt, aber noch keine durchgehende Reha-Fähigkeit gegeben ist und bei denen zusätzlich auch akutmedizinischer Handlungsbedarf besteht, ist hier die Möglichkeit der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Akutkrankenhaus. Diese Behandlungsmethode hat sich aus unserer Sicht sehr bewährt.

Auch weiterhin muss die geriatrische Versorgung entsprechend der Bedarfsentwicklung sowie der Erkenntnisse in Medizin, Therapie, Pflege, psychosozialer Betreuung und Rehabilitation kontinuierlich verbessert und weiterentwickelt werden. Um ein professionelles Arbeiten zu ermöglichen, müssen die neuesten Erkenntnisse in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller in der geriatrischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen Eingang finden.

Bei der Weiterbildungsmöglichkeit von Ärzten sehen wir da Probleme. Derzeit gibt es ja nur die für alle Fach-Disziplinen erwerbbar Zusatzbezeichnung Geriatrie mit einer Weiterbildungszeit von 18 Monaten. Wir hielten eine 2-stufige Weiterbildung für wesentlich besser: Zum einen sollte es für alle Fachgebiete möglich sein, geriatrische Basiskompetenz zu erwerben, hierfür sind 18 Monate zu umfangreich. Zum anderen ist für alle klinisch tätigen Geriater – insbesondere für diejenigen an Weiterbildungsstätten – eine umfassende spezifisch geriatrische Qualifikation erforderlich, hierfür sind 18 Monate viel zu kurz.

Die Geriatrietage des Landes Baden-Württemberg sind als interdisziplinäres Forum aller in der Geriatrie beteiligten Berufsgruppen eine ideale Plattform für die fachliche Diskussion und aktuelle Standortbestimmung.

Wir sind sehr dankbar, dass das Sozialministerium auch wieder für diesen Landesgeriatrietag die Schirmherrschaft übernommen hat und wissen es wohl zu schätzen, dass das Geriatriekonzept nach wie vor eine wichtige Säule bei den gesundheitspolitischen Planungen im Sozialministerium darstellt.

Im Namen der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrische Schwerpunkte und Zentren in Baden-Württemberg wünsche ich uns allen, dass der 15. Geriatrietag unseres Bundeslandes dazu beitragen möge, die schwierige Zukunftsaufgabe der Förderung der Gesundheit der älteren Generation und der Lebensqualität unserer geriatrischen Patienten besser bewältigen zu können.

Dr. med. Brigitte R. Metz
Chefärztin
Geriatrisches Zentrum Karlsruhe
Klinik für rehabilitative Geriatrie am Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr
1. Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrische Schwerpunkte und Zentren Baden-Württemberg