

Geriatrische Weiterbildung: „Ich sehe eine kontinuierliche Entwicklung über 16 Jahre“

(19.10.2021) Von 2005 bis 2021 war Dr. med. Michael Meisel der Weiterbildungsbeauftragte der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG). Ein langer Zeitraum, in dem er die geriatrische Weiterbildung in Deutschland maßgeblich mitgeprägt und vorangetrieben hat. Im Interview berichtet der Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Geriatrie des Städtischen Klinikums Dessau über die Highlights seines Amtes, wichtige Erkenntnisse aus der Gremienarbeit und Wünsche für die Zukunft der geriatrischen Weiterbildung.

16 Jahre – das ist ein beeindruckender Zeitraum, in dem Sie viele verschiedene Projekte im Namen der DGG angestoßen haben. Was waren in Ihren Augen die wichtigsten Dinge, die Sie umsetzen konnten?

Nachdem kurz vor meiner Wahl die Weiterbildungsordnung geändert worden war, stand die geriatrische Fortbildung in den ersten Jahren im Fokus meiner Bemühungen. Ein Highlight war die Einführung der strukturierten curricularen Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ für Ärztinnen und Ärzte, die sich in erster Linie an Niedergelassene richtete. Dieser 60-Stunden-Kurs wurde als erster Teil aus dem vormaligen 160-Stunden-Kurs „Geriatric“ entwickelt und 2012 von der Bundesärztekammer als Kurs veröffentlicht. Seitdem wurde diese Fortbildung in verschiedenen Landesärztekammern angeboten. Ich selbst habe in Sachsen-Anhalt und in Thüringen an den Curricula als Vermittler teilgenommen. Leider ist es uns nicht gelungen, diesen Kurs als fachliche Voraussetzung für die Abrechnung geriatrischer Leistungen im niedergelassenen Bereich zu etablieren. Trotzdem ist die Einführung geriatrischer Leistungskomplexe durch die Kassenärztliche Vereinigung, die sich zeitlich anschloss, ein wichtiger Meilenstein in der ambulanten Versorgung geriatrischer Patienten.

Welcher wichtige Meilenstein sollte ebenfalls erwähnt werden?

Ganz klar: Die Mitarbeit an der neuen Weiterbildungsordnung, in der wir die Geriatrie wieder als Zusatzbezeichnung etablieren konnten. Wichtig erscheint mir, dass die Weiterbildungsinhalte den heutigen Stand der Geriatrie widerspiegeln. Unser Ziel der bundesweiten Etablierung einer Facharztkompetenz Innere Medizin und Geriatrie haben wir leider nicht erreicht. Allerdings halte ich es für einen Erfolg, wenn dieser Facharzt in den Ländern Brandenburg, Sachsen-Anhalt und vermutlich auch in Berlin beibehalten wird. Das bedeutet, dass man das Fach für so wichtig erachtet, dass eine Änderung der Musterweiterbildungsordnung, die ja möglichst unverändert in den Landesärztekammern eingeführt werden sollte, gerechtfertigt erscheint.

Wirklich?

Ja! An diesem Beispiel zeigt sich, wie einige Fachrichtungen in unterschiedlichen Ärztekammern besonders gut vernetzt oder integriert sind, um Unterschiede in den

länderspezifischen Weiterbildungsordnungen zu generieren. Deutlich wird das auch an den Zugangsvoraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung, die in den einzelnen Landesärztekammern unterschiedlich festgelegt sind. Wichtig erscheint mir, geriatrisch Tätige auf die Bedeutung der Landesärztekammern für unser Fach hinzuweisen und zur Mitarbeit in den Gremien zu animieren. Langfristig sollte eine bessere Verankerung der Geriatrie in den Weiterbildungsordnungen auf der Agenda bleiben, wobei das Fach nicht unbedingt an die Innere Medizin gekoppelt sein muss. Man könnte sich auch eine eigene Facharztkompetenz vorstellen, wie es sie in einigen europäischen Ländern gibt. Dass dieser Prozess noch schwieriger und aufwändiger wäre, muss hier nicht betont werden.

Als Weiterbildungsbeauftragter waren Sie auch für die DGG in der DRG-Projektgruppe. Was haben Sie hier erreicht?

Seit der Einführung des DRG-Systems hat die DRG-Projektgruppe an der Verbesserung der Abbildung der Geriatrie im System gearbeitet. So konnten wir in den vergangenen Jahren neue geriatrische Leistungen in verschiedenen MDC etablieren. Wichtig war auch die Schärfung der Bedingungen zur Erbringung der geriatrischen Komplexbehandlung, die immer weiter spezifiziert wurden. In diesem Jahr ist es gelungen, die Kriterien für die Struktur- und Prozessqualität im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS 2021) voneinander zu trennen. Das schafft die Möglichkeit, die Vorhaltungen für die Struktur einmalig im Jahr nachzuweisen und die Einzelfallprüfungen des MDK auf die Prozesskriterien in den Krankenakten zu beschränken.

Wie haben Sie die Zusammenarbeit zwischen Geriatrie und Innerer Medizin in Ihrer Amtszeit erlebt?

Im Rahmen meiner Position war ich auch Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie in der Kommission für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Durch die Tätigkeit einiger Geriater in der DGIM, ich denke zum Beispiel an die Präsidentschaft von Herrn Prof. Dr. Cornel Sieber, hat die Wahrnehmung der Geriatrie in der Inneren Medizin deutlich zugenommen. In meiner Kommissionsarbeit konnte ich erleben, wie die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie als Vertretung einer der Subspezialitäten der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin akzeptiert wurde. Trotzdem bleibt eine gewisse Zurückhaltung, Herzenssache scheint die Geriatrie für viele nicht, andere Themen sind wichtiger. Hier sollten wir unbedingt in der Diskussion bleiben.

Als Ihre Nachfolgerin wurde Frau Professor Singler aus Nürnberg gewählt. Wo sehen Sie ihre große Kompetenz als neue Weiterbildungsbeauftragte?

Frau Professor Dr. Katrin Singler ist an einer Universität tätig und hat deshalb einen etwas anderen Fokus im Komplex Aus-, Weiter- und Fortbildung. Sie ist seit vielen Jahren in der Studierendenausbildung aktiv und hat wissenschaftlich über die Aus- und Weiterbildung in der Geriatrie im internationalen Umfeld gearbeitet. Da im Moment die

nationalen Lernzielkataloge und die Struktur des Studiums überarbeitet werden, ist die große Expertise von Frau Professor Singler auf diesem Gebiet aktuell besonders wichtig. Aus diesem Grund halte ich die Übergabe des Staffelstabes an meine Nachfolgerin für sinnvoll und sehr zeitgemäß.

In den 16 Jahren hat sich die DGG ständig neuformiert – was haben Sie aus dieser Zeit über Ihr Fach gelernt?

In dieser Zeit habe ich acht Legislaturperioden, also acht verschiedene Präsidenten, erlebt. Dabei habe ich unterschiedliche Ausrichtungen innerhalb der Gesellschaft wahrgenommen, insgesamt einen Übergang von der eher praktischen in die mehr wissenschaftliche Betrachtungsweise der Geriatrie. Wichtig waren die Kommunikation und Wechselwirkung mit anderen Fächern, insbesondere der Neurologie und Traumatologie, aber natürlich auch der Allgemeinmedizin.

Das lief ja nicht immer ganz reibungslos ...

Noch immer bestehen Ängste vor unserem und Missverständnisse um unser Fach. Diesen gilt es behutsam, aber bestimmt entgegenzutreten. Wir sollten mit anderen Fächern auf Augenhöhe verkehren, wir sind die Spezialisten für eine besondere Patientengruppe, benötigen aber die Kooperation mit anderen (Organ-)Spezialisten zur optimalen Betreuung der uns anvertrauten Klientel. Wir sollten vermitteln, welchen Nutzen geriatrische Patienten aus unserer Behandlung erzielen und selbstbewusst als DGG auftreten.

Und was ziehen Sie persönlich aus dieser Zeit?

Ich habe sehr viele interessante Menschen kennengelernt. Man vernetzt sich im Laufe der Jahre immer besser. Die eigene Tätigkeit wird vielfältiger, teilweise auch einfacher, weil man die Leute kennt, mit denen man zu bestimmten Themen kommunizieren sollte. Und diese Verbindungen bleiben ja auch nach dem Ausscheiden aus der Funktion bestehen. Für mich war es insgesamt eine sehr spannende Zeit. Es gab immer wieder neue Herausforderungen, denen man sich stellen musste. Ich sehe eine kontinuierliche Entwicklung über die 16 Jahre. Aber nun ist es gut! Wenn die Position in andere Hände gegeben wird, sollen neue Prioritäten und neues Engagement einen Schub in der Arbeit und der Wahrnehmung der DGG bewirken.

Welche Fähigkeiten sollten Weiterbildungsbeauftragte der DGG mitbringen?

Wichtig ist die Fähigkeit zur Kommunikation und Vernetzung mit Kolleginnen und Kollegen, aber auch mit Organisationen und Gremien. Dabei wird man die Menschen und Strukturen, die in die Organisation von Aus-, Weiter- und Fortbildung einbezogen sind, allmählich immer besser kennenlernen. Man muss mit den wichtigsten anderen Professionen und Fachgebieten, die am alten Menschen arbeiten, auf Augenhöhe in Verbindung kommen und bleiben.

Ein resümierender, letzter Satz?

Ich konnte miterleben, wie sich die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie nach schwierigen Jahren sowohl fachlich als auch organisatorisch und vor allem ökonomisch gefestigt hat. Es ist schön, daran mitgewirkt zu haben, dass die Gesellschaft jetzt wirklich gesund dasteht, Projekte anstoßen und auch finanzieren kann. Das war am Anfang durchaus anders – und erfüllt mich mit Freude.

Pressekontakt der DGG

Nina Meckel
medXmedia Consulting KG
Nymphenburger Str. 19
80335 München
Tel: +49 (0)89 / 230 69 60 69
Fax: +49 (0)89 / 230 69 60 60
E-Mail: presse@dggeriatrie.de

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Ärzte, die sich auf die Medizin der späten Lebensphase spezialisiert haben. Wichtige Schwerpunkte ihrer Arbeit sind unter anderem Bewegungseinschränkungen und Stürze, Demenz, Inkontinenz, Depressionen, Mangelernährung, Sarkopenie, Dysphagie und andere sogenannte geriatrische Syndrome. Häufig befassen Geriater sich auch mit Fragen der Arzneimitteltherapie von alten Menschen und den Wechselwirkungen, die verschiedene Medikamente haben. Bei der Versorgung geht es darum, den alten Menschen ganzheitlich zu betreuen und ihm dabei zu helfen, so lange wie möglich selbstständig und selbstbestimmt zu leben. Die DGG wurde 1985 gegründet und hat heute rund 1.800 Mitglieder.