



Bilanzgespräch

„Akut und Reha läuft bei uns Hand in Hand“

Sektorenübergreifendes Arbeiten funktioniert in der Waldklinik Jesteburg, Fachklinik für Neurologische Frühreha, neurologische und orthopädische Reha, vorbildlich, sagen Hans-Heinrich und Nils Aldag. Die beiden Geschäftsführer – Vater und Sohn – erklären, warum Krankenhausreform und Reha zusammengehören, obwohl Rehabilitation im Reformpapier – wieder mal – nicht auftaucht.

Herr Aldag, die Krankenhausreform verspricht den größten Umbau der Versorgungslandschaft seit Langem – und nicht einmal ist da von Reha die Rede. Stört Sie das?

Hans-Heinrich Aldag: Das finden wir in der Branche nicht gut. Als Betreiber eines Musterbeispiels für sektorübergreifende Versorgung – von deren Erfordernis ja mit Recht viel gesprochen wird – mit Krankenhaus- und Reha-Abteilungen unter einem Dach, stört es uns natürlich,

wenn auch in diesem Gesetz wieder nicht über die wichtigen Schnittstellen zwischen Krankenhaus und Reha nachgedacht wird. Sektorübergreifend wird allein im Übergang zur ambulanten Versorgung (Level Ii) thematisiert. Dabei bleibt die Frage offen, wie wir bei immer mehr ambulanter Patientenversorgung in immer kürzerer Zeit die Patienten für Alltagsleben und Beruf fit bekommen oder dauerhafte Pflege vermeiden. Immer mehr Menschen in

Pflegeeinrichtungen abzuschieben, kann weder konzeptionell noch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der auch im Pflegesektor bestehenden Finanzierungslücke die richtige Lösung sein. Die Sektoren Akut- und Rehabilitationsversorgung müssen ganzheitlich und gemeinschaftlich betrachtet werden.

Wo wären Verknüpfungen in der künftigen Versorgung nötig, bei denen Reha unbedingt eine Rolle spielen und im Konzept bereits mitgedacht werden sollte?

Nils Aldag: Da ist das Phasenkonzept der neurologischen Versorgung mit dem Fachkrankenhausbereich der neurologischen Frühreha und den nachfolgenden Reha-Phasen ein gut funktionierendes Beispiel für die Vernetzung

enthalt oft einen Bruch in der Versorgung, weil sie noch nicht als Reha-fähig gelten, sie fallen ins sogenannte Reha-Loch.

H.-H. Aldag: Wir würden uns das so wünschen wie mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) für die Geriatrie geregelt: dass die Abläufe besser wären und wir nicht erst warten müssten, bis die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse da ist. Denn erst dann dürfen wir Patienten aufnehmen – und das dauert natürlich. Also die derzeitigen Leistungsvoraussetzungen für die medizinische Reha mit Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und positiver Reha-Prognose sind bezogen auf die tatsächlichen Patientenerfordernisse und die Versorgungsabläufe zu altbacken, zu sperrig und zu theoretisch.

„Die derzeitigen Leistungsvoraussetzungen für die medizinische Reha mit Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und positiver Reha-Prognose sind bezogen auf die tatsächlichen Patientenerfordernisse und die Versorgungsabläufe zu altbacken, zu sperrig und zu theoretisch.“

Dr. Hans-Heinrich Aldag, Geschäftsführer Waldklinik Jesteburg, Vorsitzender der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft

von Krankenhaus und Reha. Nach der zumeist kurzen Behandlung auf Intensivstationen und Stroke-Units soll möglichst bald die Behandlung in den dafür vorgesehenen neurologischen Fachkrankenhäusern erfolgen. Unsere Einrichtung ist ein Beispiel dafür, wie es laufen kann: Wechselt der Patient bei uns von der einen in die andere Behandlungsphase und somit in ein anderes System, bemerkt er das kaum. Dieses Erfolgsmodell für die Neurologie mit „sektorüberschauendem“ Beginn in der neurologischen Frühreha und sektorübergreifender Weiterführung rehabilitativer Maßnahmen in den Phasen C und D, deren Übergänge in einem Haus, aber auch sonst bürokratiearm und ohne lange Genehmigungsprozesse koordiniert werden können, wäre auch für andere Indikationen denkbar, zum Beispiel für die Kardiologie.

H.-H. Aldag: Der „sektorüberschauende“, rehabilitationsorientierte Ansatz – bereits bei der Einweisung des Patienten die weiteren Behandlungsschritte, seine Entlassung und am Ende gegebenenfalls Teilhabe mitzudenken – fehlt mir im jetzigen Vorschlag zur Krankenhausreform völlig.

Und was muss passieren, damit es an den Schnittstellen besser läuft? Beispielsweise gibt es ja in der Versorgung schwerstverletzter Patienten nach dem Krankenhausauf-

Gleichzeitig ist die übliche Reha im Standardfall auf drei bis vier Wochen begrenzt, ohne weiter erforderliche Rehabilitationsbedarfe berücksichtigen zu können. Das ist alles zu bürokratisch, muss schneller gehen und flexibler gehalten werden können. Schon Ärzte in den vorbehandelnden Krankenhäusern müssen – zum Beispiel im Rahmen des verpflichtenden Entlassungsmanagements – entscheiden können, ob Patienten eine Reha brauchen oder nicht. Die verpflichtende Genehmigung durch Krankenkassen vor dem Beginn ist sehr hinderlich und entspricht nicht dem in § 39 SGB V selbst gesetzten grundsätzlichen Anspruch auf Frühreha.

Die Deutsche Rentenversicherung hingegen gibt die Kompetenz für die Fortführung einer Behandlung in der Rehabilitation mit dem Anschluss-Heilbehandlungsverfahren in die Verantwortung der Krankenhäuser. Dort funktioniert zumindest der Zugang zur Reha deutlich besser.

N. Aldag: Sinnvoll wäre auch der weitere Ausbau pflegerischer Zwischen- oder Anschlusslösungen. Denn wir sehen, dass es auch für uns immer schwieriger wird: Unsere Sozialdienste telefonieren sich die Ohren heiß, rufen 20 bis 30 Pflegeeinrichtungen in der Umgebung an, um Anschlussplätze für Patienten zu bekommen. Aber meist ist nichts frei. Die Nachfrage wird größer, das Angebot aber immer knapper.

Zudem bräuchten wir eine stärkere Fokussierung auf sektorübergreifende Versorgung bei den Kostenträgern. Bei uns ist ein Phase-B-Patient ein Krankenhauspatient auf einer Station. Wechselt er in Phase C, merkt er den Wechsel in den anderen Sektor administrativ gar nicht. Er bezieht lediglich ein anderes Zimmer auf einer anderen Station und erhält ein anderes Therapie- und Pflegesetting. Wir in der Verwaltung, in der Abrechnung, im Patientenmanagement spüren aber den Bruch im System deutlich. Wir bekommen dann von den Krankenkassen neue Ansprechpartner, die häufig die Vorgeschichte des Patienten gar nicht kennen. Das erschwert den Prozess. Zusätzlich wechselt nicht selten der Kostenträger: von Berufsgenossenschaft zu Krankenkasse oder Rentenversicherung.

Sie führen bereits in der vierten Generation ein Fachkrankenhaus – was wird es künftig sein: ein Level-F-Haus oder eine an ein Level-II-Haus gekoppelte Reha-Klinik?

N. Aldag: Wenn jemand Fachklinik werden sollte, dann wir – also ganz klar Level F. In der Phase B als Startpunkt haben wir 75 Krankenhausbetten innerhalb der neurologischen Gesamtkapazitäten des Phasenkonzepts (B/C/D) von bei uns 165 Betten, was für eine solche Spezialklinik schon recht groß ist. Wir sind in diesem Bereich hoch spezialisiert und auch groß genug. Aber die endgültigen Beschreibungen und Definitionen eines Fachkrankenhauses gemäß der Idee eines „Levels F“ stehen weiter aus.



Die Waldklinik Jesteburg, in der Lüneburger Heide gelegen, wird bereits in der dritten und vierten Generation von der Familie Aldag geführt. Sie versteht sich als ein integriertes „Zentrum für Rehabilitation“ mit den Fachgebieten Neurologie und Orthopädie. Von der Krankenhausbehandlung der neurologischen Frührehabilitation der Phase B über die weiterführende neurologische Rehabilitation der Phasen C und D auf der einen und die orthopädische Rehabilitation auf der anderen Seite bis zu den notwendigen ambulanten Leistungen wird das gesamte Spektrum der Rehabilitation angeboten. Die Klinik hat 480 Mitarbeiter und 220 Betten. 1926 wurde sie als ein Gasthaus gegründet, während des Krieges wurde sie Lazarett und ab den 40er-Jahren ein Lungen-sanatorium. In den 80ern entschied man sich für die beiden Fachrichtungen Neurologie und Orthopädie – in diesen Bereichen entwickelt sich die Klinik stetig weiter.

H.-H. Aldag: Auch in dieser Frage wird mit dem Anspruch angetreten, die bundesdeutsche Krankenhauslandschaft zu revolutionieren, ohne sagen zu können, welche Konsequenzen für die Leistungsanbieter konkret zu erwarten sind. Das beunruhigt und erzürnt die gesamte Branche und auch uns ganz erheblich!

Ebenfalls zur Reform: Werden die Leistungsgruppen nach NRW-Vorbild bundesweit einheitlich definiert, wäre die Leistungsgruppe Intensivmedizin am selben Standort wie die neurologische Frühreha vorgeschrieben. Was ist mit Einrichtungen, die das nicht haben?

H.-H. Aldag: Dieses Leistungskriterium erfüllt nur knapp die Hälfte der entsprechenden Einrichtungen. Wir fragen uns, wie so hochkomplexe, dynamische und länderspezifisch heterogene Versorgungsbereiche mit so pauschalen bundeseinheitlichen Strukturvorgaben abgebildet werden sollen. Der Gesundheitsminister spricht ja wenig von Ergebnisqualität und fast ausschließlich von Strukturqualität. Und dass NRW uns allen erklärt, wie neurologische Frühreha zu funktionieren hat, ist erstaunlich. Denn dort sind die wenigen Frühreha-Abteilungen weitgehend an größeren Akutkliniken konzentriert, während man sie in den anderen Bundesländern auch Spezialkliniken angliedert, die mit zumeist ergänzenden Reha-Abteilungen insbesondere für den „sektorüberschauenden“ Blick stehen. Auch wir in der Waldklinik behandeln schwerstbetroffene Fälle, zum Beispiel beatmete Wachkomapatienten, die intensivmedizinisch zu überwachen sind. Hierfür sind die Qualitätskriterien spezieller OPS nachzuweisen. Die Erfüllung pauschaler Strukturkriterien einer Komplexintensivmedizinstation sehen wir demgegenüber nicht als konstitutives Element neurologischer Frühreha an. Wenn das gefordert wird, bekommen viele gut funktionierende Einrichtungen Probleme.

Wie stark spüren Sie den Fachkräftemangel?

N. Aldag: Wir haben vor zweieinhalb Jahren ein großes Neubauprojekt abgeschlossen und dabei über 60 Betten dazubekommen. Im Vorfeld haben wir eine große Marketingkampagne gestartet und unsere Bewerberzahl vervierfacht. Trotzdem: Seit Eröffnung des Neubaus haben wir es nicht geschafft, alle Betten darin zu belegen, weil schlicht Personal fehlt. Obwohl wir rein von der Nachfrage voll belegen könnten. Um alle Betten belegen zu können, bräuchten wir deutlich über 500 Mitarbeiter, haben aber derzeit knapp 480. In der Phase C müssen wir gerade bis zu 25 Prozent täglich ungenutzt lassen. Dies ist sowohl betriebswirtschaftlich als auch gesundheitspolitisch absolut unbefriedigend und wir arbeiten mit Hochdruck daran, die unbefriedigende Besetzung zu verbessern.

H.-H. Aldag: Stichwort Qualifikationsmix: Wesentliches Konzeptionselement der neurologischen Frühreha und unserer Einrichtung ist, dass stationsorientiert interdisziplinär Hand in Hand gearbeitet wird. Es genügt nicht nur, Pflegekräfte zu haben, wir brauchen zum Beispiel auch

gute Therapeuten. Dieser Punkt wird aber von der Politik nicht beachtet. Aktivierende therapeutische Pflege spielt im Pflegebudget und bei den PpUG keine Rolle. Ich weiß nicht, wie wir in Deutschland in fünf Jahren den Pflegeprozess überhaupt noch organisieren wollen, wenn wir nicht alles, was auch mit Pflege zu tun hat, dazunehmen.

Die Pandemie hat den Reha-Markt verändert – einige Kliniken mussten schließen. Wie ist Ihre Strategie, um weiterhin zukunftsfähig zu bleiben?

H.-H. Aldag: Überleben werden nur diejenigen Einrichtungen, die es schaffen, attraktiv für Mitarbeiter zu bleiben. Neben einer Fülle von eher „Hygienefaktoren“, wie einem angepassten Vergütungsniveau, Sonderleistungen, wie Jobrad, Beteiligung am Deutschlandticket und im weitesten Sinne vielen Maßnahmen zur Weiterentwicklung von Familienorientierung und Wohlfühlatmosphäre sind besonders intrinsisch wirkende Motivatoren wie unsere innovativen interdisziplinären Versorgungskonzepte der Patientenbehandlung zu nennen.

Ein weiterer Punkt sind Kooperationen: Wir liegen in einer reizvollen, aber ländlichen Gegend. Das heißt, wir haben immer sehr systematisch auf unsere Kooperationspartner geschaut. So hat sich über die vergangenen 20 Jahre eine modellhafte Kooperation mit den benachbarten Akutkliniken des Landkreises entwickelt, mit denen wir zum Beispiel einen „Gemeinschaftsbetrieb“ zur gemeinsamen Beschäftigung von Mitarbeitern vor allem aus den Therapiebereichen gegründet haben. Diese sind in den Akuthäusern zum Beispiel auf den Stroke-Units und orthopädisch-unfallchirurgischen Akutstationen im Einsatz und bahnen bei Bedarf die inhaltlichen Wege in die passenden Weiterbehandlungen.

N. Aldag: Wir sind auch ein Stück weit abhängig von uns wohlgesonnenen Zuweisern. Man kann es nicht alleine schaffen. Zusammenarbeit mit allen gehört zu unserer DNA. Aber: All die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsdimensionen müssen natürlich zwingend auch refinanziert werden. Eine große Herausforderung, da bei uns nur die Familie und kein großer kommunaler oder auch Privatkonzernträger im Hintergrund steht, der Defizite auszugleichen bereit ist. Vor allem die steigenden Energiepreise und allgemein die Inflation im Anschluss an die Coronapandemie und den Ukraine-Konflikt bringen derzeit viele Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen in massive wirtschaftliche Schwierigkeiten.

Ihre Einrichtung schreibt schwarze Zahlen?

H.-H. Aldag: Noch ja, toi, toi, toi. Aber wir wissen nicht, was wir in einem halben Jahr sagen würden. Diese Frage ist für uns als Familienbetrieb sicher noch existenzieller als für andere. Es ist offensichtlich, dass die Finanzierung für Kliniken derzeit nicht ausreicht. 90 Prozent der Klinikgeschäftsführer in Niedersachsen gehen davon aus, dass sie am Ende des Jahres rote Zahlen schreiben werden. Daher fordern wir von der Politik ein Vorschaltgesetz.



Jetzt kostenlose Tickets sichern!

13. – 16. Nov. 2023

Zeitenwende für Krankenhäuser

NEU
Messe Düsseldorf,
Congress Centrum Süd (CCD Süd)

- Zukunftsweisende Vorträge
- spannende Diskussionsrunden
- Networking u.v.m.
- Top-Entscheider aus Politik, Selbstverwaltung und Krankenhauspraxis

mit Bundesgesundheitsminister
Prof. Dr. Karl Lauterbach



Programm &
Anmeldung:





All die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsdimensionen müssen natürlich zwingend auch refinanziert werden.“

Nils Aldag, Geschäftsführer Waldklinik Jesteburg

Wollen Sie unter dem Dach der Waldklinik Jesteburg weiter wachsen?

N. Aldag: Das Finanzierungssystem derzeit ermöglicht das organische Wachstum nur bis zu einem gewissen Grad, sodass man ein Stück weit anorganisch wachsen müsste. Wir hatten ja bereits den Neubau. Erst wenn wir dauerhaft auf 90 bis 95 Prozent Auslastung zurück sind, können wir über weiteres Wachstum nachdenken.

H.-H. Aldag: Mit meinem Vater habe ich damals diskutiert, ob wir nach der Grenzöffnung noch weitere Häuser dazukaufen. Aber nein, das macht unseren besonderen Spirit aus, dass wir hier unsere Keimzelle haben und das tun, was wir gut können. Betriebswirtschaftlich ist Wachstum natürlich gut, aber wir denken, wir sind gerade richtig aufgestellt und weisen eine optimale Betriebsgröße für unseren Spezialbereich auf. Wir haben 75 Betten für Phase B, knapp 60 für Phase C und 35 für Phase D, zuzüglich der Abteilung für orthopädische und ambulante Rehabilitation. Ändert sich das Verhältnis, verstopfen wir. Man braucht einen homogenen Mix und eine gewisse Mindestgröße. So ist unser System rund. Wenn wir immer genug Mitarbeiter hätten und Karl Lauterbach uns in Ruhe lassen würde, wäre alles gut.

Seit dem 1. Juli gelten die Verbindlichen Entscheidungen der DRV für die medizinische Reha. Sie greifen in verschiedene Bereiche der Einrichtungen ein und sind nicht unumstritten. Wie ist Ihre Meinung dazu?

H.-H. Aldag: Die Verbindlichen Entscheidungen sind als Forderung des Rechnungshofes und der Politik an die Deutsche Rentenversicherung im Ergebnis „gut gemeint“ und sollen im Prinzip größere Gerechtigkeit in die Belegungsentscheidungen der DRVen bringen, die ja als Anbieter eigener Reha-Kliniken mit uns fremden Kliniken im permanenten Wettbewerb stehen. So weit die gut gemeinte Theorie. In der Praxis der Entscheidungsfindung der letzten Monate zu diesem Regelwerk entdecken wir als Leistungserbringerseite immer wieder erhebliche Ungereimtheiten und auch Ungerechtigkeiten, die immer wieder in diversen Gremiensitzungen bemängelt werden, bisher jedoch weitgehend ohne Erfolg.

N. Aldag: Unsere Kritik an diesen Regelungen wird freundlich entgegengenommen und weitergeleitet. Im Wesentlichen kommt es jedoch nicht zu Änderungen und die Verträge sollen ohne Vorbehalt unterschrieben werden. Anderenfalls verliert man vollständig die Belegung aller DRVen. Wir finden das im Moment nicht wirklich gerecht, sind aber der Auffassung, dass vor dem Hintergrund

der traditionell eigentlich guten Beziehungen zum Kostenträger DRV noch Veränderungen umzusetzen sein werden.

Herr Hans-Heinrich Aldag, erinnern Sie sich noch: Welcher Satz oder Rat an Sie von Ihrem Vater ist Ihnen besonders in Erinnerung geblieben, als Sie ins Unternehmen eingestiegen sind?

H.-H. Aldag: Vielleicht weniger ein Rat, als die Haltung, die er als Chef eines damals noch deutlich anders aufgestellten und kleineren Unternehmens verkörperte. Er war für mich absolutes Vorbild darin, die Führung dieses Unternehmens – in einer Personengesellschaft – in guten wie in schlechten Zeiten zu verantworten und dafür geradezustehen. Und prägend war sein gefühlt grenzenloses Vertrauen in mich mit sehr bald maximalen Freiräumen! Ich bin mir nicht sicher, ob mir das heute immer ebenso gelingt – obwohl ich gute Gründe dafür habe! (lacht)

Und Sie, Nils Aldag, welcher Satz oder Rat von Ihrem Vater an Sie war oder ist besonders eindrücklich?

N. Aldag: Es ist gar nicht möglich, die zahlreichen Tipps und guten Ratschläge auf einen entscheidenden zu reduzieren. Ich würde mal versuchen, drei aufzuführen, nach denen ich versuche zu leben und unser Unternehmen weiterzuführen: „Es geht nicht allein“. „Bleib dir treu.“ „Man sieht sich immer mehrmals im Leben.“ Letzteres, also ein stets respektvoller Umgang mit meinen Mitmenschen, ist vermutlich kein echter Ratschlag, sondern vielmehr meine Erziehung. Danach versuche ich zu leben, insbesondere in Momenten, in denen es am schwersten fällt, zum Beispiel in einer in der Sache harten Verhandlung mit konträren Positionen. Diese diplomatische Eigenschaft zeichnet meinen Vater außerordentlich aus. Es wäre nicht allzu schlimm, wenn man mir im Rückblick selbige attestieren würde.

Das Interview führte Lena Reseck.