

## 10 Jahre CLINOTEL

### Von der Vision zum starken Verbund

**B**ereits Mitte der 90er Jahre wurde angesichts der Entwicklung im Gesundheitswesen und der beginnenden Privatisierungswelle deutlich, dass es zu der rein privatwirtschaftlichen Ausrichtung von Krankenhäusern neue Alternativen auf gemeinwohlorientierter Basis geben müsse. Die Marktveränderungen im Gesundheitswesen zwangen viele Kliniken zu entsprechenden Reaktionen. Im kommunalen und freigemeinnützigen Bereich entstanden, meist zunächst im regionalen Raum, Krankenhausverbände, die längst eines der wesentlichen Merkmale des deutschen Krankenhauswesens geworden sind. Einen anderen Weg, aber ebenfalls mit dem Ziel der Zukunftssicherung, gingen die fünf Krankenhausgeschäftsführer, die im Oktober 1999 den Clinotel-Krankenhausverbund gründeten. Die Clinotel-Gründer vermuteten, dass die Stärke der sich entwickelnden privaten Krankenhausketten langfristig die Möglichkeit sein würde, das Wissen der einzelnen Einrichtungen zu bündeln und Entscheidungen im Wettbewerb auf der Basis von objektiven Vergleichsdaten und Fakten zu treffen. Die fehlende Möglichkeit zur Bündelung von Kompetenzen ist eine eindeutige Schwäche einzeln agierender Krankenhäuser, weil sie sich für jede Aufgabenstellung immer wieder neue Lösungen und/oder Partner suchen müssten. Die Stärke der einzelnen, nicht gewinnorientierten öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser ist es dagegen, flexibel wie ein mittelständisches Unternehmen auf die lokalen Anforderungen am Gesundheitsmarkt der Region zu reagieren. Das oft langwierige Warten auf eine Entscheidung aus einer Zentrale, die eine Reihe von Grundlagen der Konzernpolitik und Ausrichtung dabei berücksichtigen muss, entfällt.

Mit der Gründung von Clinotel wurde das Ziel formuliert, die vorhandenen Schwachstellen von traditionsreichen Krankenhäusern in kommunaler und freigemeinnütziger Trägerschaft zu be-

seitigen, ihre Stärken herauszuarbeiten und diese mit anderen, nicht konkurrierenden Krankenhäusern zu teilen, dabei aber weiterhin die unternehmerischen Entscheidungen am Ort des Geschehens zu halten. Es galt, die Flexibilität des eigenständigen, regionalen Unternehmens mit dem Wissens- und Erfahrungsvorsprung eines Krankenhausverbundes zu kombinieren.

#### Verbindung per Franchisevertrag

Die Lösung wurde in der Bildung eines Zusammenschlusses gefunden, in dem die Mitgliedshäuser per Franchisevertrag verbunden sind. Regionale Konkurrenz wird über einen vertraglich gesicherten Gebietsschutz ausgeschlossen, denn Wissen und sensible Daten tauscht man nicht mit Krankenhäusern aus, mit denen man im Wettbewerb um Patienten steht. Die Gemeinnützigkeit des Verbundes macht die fehlende Gewinnerzielungsabsicht und den selbstlosen Zweck der Franchisegeberin deutlich. Über eine strenge Auswahl der Bewerber für eine Mitgliedschaft wird sichergestellt, dass nur wirtschaftlich gesunde und innovative Krankenhäuser in den Verbund aufgenommen werden. Das gemeinsame Motto lautet „Von den Besten lernen, zu den Besten gehören“. Die Projekte werden im Rahmen eines Aktionsplans jährlich von den Mitgliedshäusern gemeinsam – und bisher immer einstimmig – mit der Geschäftsstelle abgestimmt.

#### Inhalte und Projekte

Es ist gelungen, die Mitgliedshäuser in den fünf entscheidenden Perspektiven, in denen das Krankenhaus erfolgreich sein muss, zu unterstützen: Dies sind die Bereiche Medizinische Qualität, Kunden, Personal, Finanzen sowie Lernen und Innovation. Die unterstützenden Funktionen, die nur ein großer Verbund bieten kann, sind Benchmarking, Wissenstransfer und Zentrale

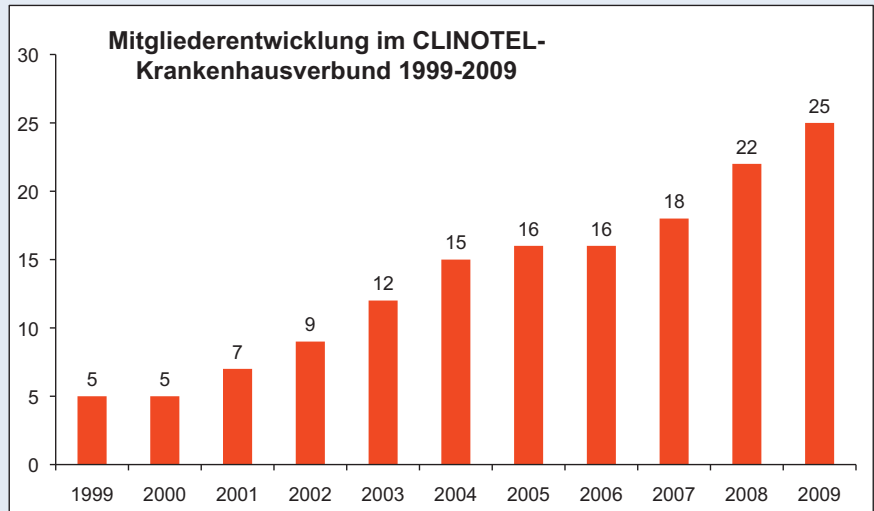
Dienstleistungen. Das Verbundportfolio erstreckt sich auf eine Reihe von Projekten, von denen hier nur einige beispielhaft aufgezeigt werden.

■ Im Bereich der Medizinischen Qualität erhalten die Mitgliedshäuser zeitnah jeden Monat umfassende Auswertungen aus dem Projekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten“, die den Chefärzten und dem Krankenhausmanagement eine gute Grundlage zur weiteren Qualitätsverbesserung bieten können.<sup>1)</sup> Der Austausch zu diesen Qualitätskennzahlen erfolgt in medizinischen Fachgruppen und im Rahmen von kollegialen Audits<sup>2)</sup> in vielen Risikobereichen der Mitgliedshäuser. Hier wird deutlich, wie die drei Funktionen Zentrale Dienstleistung, Benchmarking und Wissenstransfer sinnvoll für die praktische Anwendung im Krankenhaus vor Ort vereint werden.

■ Die Kunden erhalten umfassende Informationen über die Qualitätsdaten und -entwicklung in einem gemeinsamen Jahresbericht zur Qualitätssicherung,<sup>3)</sup> in dem unter anderem sämtliche Ergebnisse der externen Qualitätssicherung der BQS laienverständlich und vergleichend für den gesamten Verbund dargestellt werden.

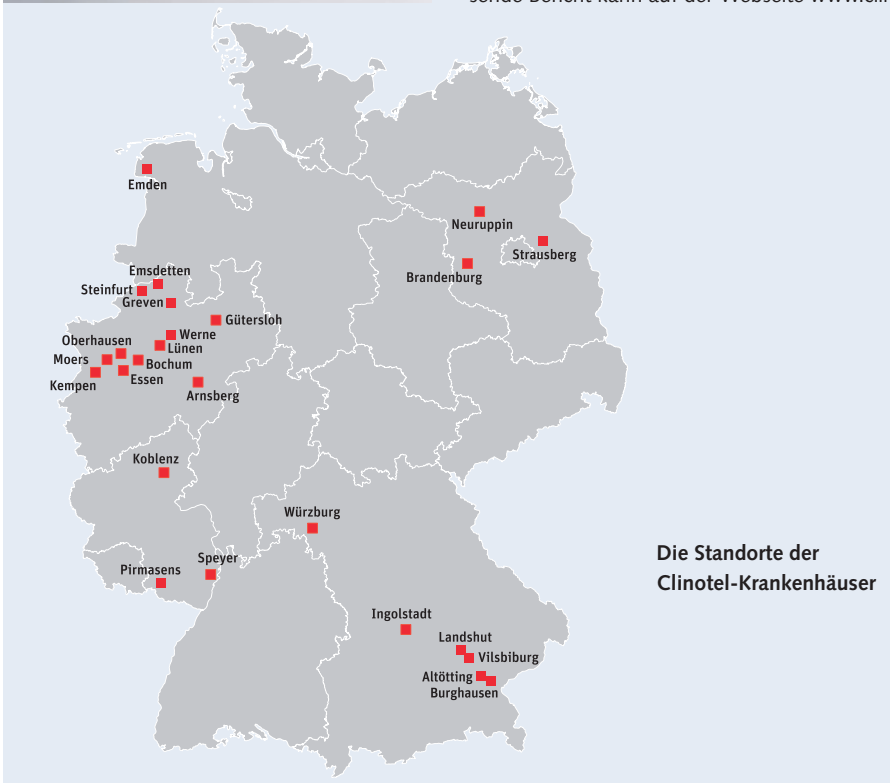
■ Die Perspektive Personal wird im Verbund über umfassende und aussagekräftige Personalkennzahlen<sup>4)</sup> ebenso wie über eine methodisch aktuelle, leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung<sup>5)</sup> abgedeckt.

■ Umfassende Unterstützung erhalten die Mitgliedshäuser zum Thema Finanzen, das in Zeiten limitierter Budgets bei steigenden Leistungen immer größere Bedeutung gewinnt. Neben der Analyse und der Optimierung der Kodierqualität<sup>6)</sup> findet das Projekt DRG-Kalkulation und Benchmarking<sup>7)</sup> immer mehr Beachtung im Rahmen der erforderlichen Prozesssteuerung. ▶



#### Jahresbericht Qualitätssicherung 2009

Die Clinotel-Krankenhäuser veröffentlichten 2009 zum dritten Mal die Daten zur Qualität ihrer Behandlungsergebnisse. Der Jahresbericht 2009 ist in drei Teile gegliedert: Maßnahmen zur Qualitätssicherung; Qualitätsprojekte; Leistungs- und Strukturdaten. Der 372 Seiten umfassende Bericht kann auf der Webseite [www.clinotel.de](http://www.clinotel.de) heruntergeladen werden.



wissen Grenze möglich. Inhaltlich wird die Entwicklung weiter von den künftigen Anforderungen an ein modernes Krankenhausmanagement bestimmt. Clinotel will damit für gute Krankenhäuser auch zukünftig eine Verbundperspektive unter Wahrung der Autonomie schaffen.

#### Anmerkungen

- 1) Becker, A.; Beck, U.; Pfeuffer, B.; Mantke, R.: Qualitätssicherung mit Routinedaten – Ergebnisqualität und Kosten, *das Krankenhaus*, 09/2006, 748–755
- 2) Becker, A.; Heine-Silberg, F.; Beck, U.: CLINOTEL-Krankenhausverbund – Qualitätsberichte und kollegiale Audits, *Die Schwester/Der Pfleger*, 5/2005, 374–377
- 3) CLINOTEL-Jahresbericht zur Qualitätssicherung 2009, 372 Seiten, Juli 2009, [www.clinotel.de](http://www.clinotel.de)
- 4) Frieling, M.; Beck, U.; Becker, A.: Personalkennzahlen als Instrument der Unternehmenssteuerung, *das Krankenhaus*, 01/2008, 45–49
- 5) Beck, U.; Becker, A.: Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus – orientiert an Leistungen oder Erlösen?, *das Krankenhaus*, 09/2007, 850–855
- 6) Frieling, M.; Beck, U.; Becker, A.; Pfeuffer, B.: CMI-Einbruch im Jahr 2008 – Analyse versus Aktionismus, *das Krankenhaus*, 07/2008, 700–703
- 7) Pfeuffer, B.; Beck, U.; Becker, U.: Benchmarking – eine gute Praxis braucht die Motivation der Prozesstreiber, *krankenhaus umschau*, 01/2008, 48–50

Lutz Hecht, Udo Beck, Prof. Dr. Andreas Becker

■ Lernen und Innovation werden unter anderem im Rahmen des intensiv stattfindenden Austauschs in Fachgruppen, Workshops und Kongressen des Verbundes gefördert.

#### Ausblick

Die inzwischen 25 Mitgliedshäuser verfügen pro Jahr insgesamt über ein Budget von ca. 1 Mrd. €. Sie versorgen mit

20 000 Mitarbeitern insgesamt 350 000 stationäre Patienten in über 10 000 Planbetten. Clinotel ist damit einer der größten Krankenhausverbünde Deutschlands. Seit der Gründung 1999 hat sich die Mitgliederzahl verfünffacht (siehe ► **Abbildung**). Weitere Krankenhäuser sind an einer Mitgliedschaft interessiert. Durch den limitierenden Faktor des Gebietsschutzes ist das Wachstum des Verbundes allerdings nur bis zu einer ge-