



## Bilanzgespräch

# „Jetzt die Zeit nutzen!“

Seit einem Vierteljahrhundert bietet Clinotel eigenständigen Krankenhäusern die Vorteile eines Verbunds. Geschäftsführer Dr. Udo Beck ist überzeugt, dass dieses Modell auch in Zeiten der Marktkonzentration weiter gefragt sein wird.

Herr Beck, der Clinotel-Verbund feiert in diesem Monat sein 25-jähriges Bestehen. Wo steht Ihr Verbund heute? Wir sind vor einem Vierteljahrhundert mit nur fünf Krankenhäusern und einer Vision gestartet. Private wie konfessionelle Verbände und Ketten gab es damals schon. Wir wollten aber alleinstehenden, gut aufgestellten Krankenhäusern die Vorteile eines Verbundnetzwerks bieten, ohne dass sie ihre Eigenständigkeit aufgeben müssen. Heute sind wir mit unseren 65 Krankenhäusern und 100 Klinikstandorten einer der größten Krankenhausverbände in Deutschland. Jede:r 15. stationäre Patient:in wird in einem Clinotel-Haus behandelt.

Das Konzept der Einzelkämpfer gerät zunehmend unter Druck. Fürchten Sie, dass Ihre Erfolgsgeschichte bald zu Ende geht?

Das glaube ich nicht. Natürlich gibt es Mitglieder, die mit einem anderen Verbund fusioniert und uns verlassen

haben, aber andere sind auch nach einem Zusammenschluss bei uns geblieben. Wir sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gewachsen.

Was ist der USP von Clinotel?

Wir verfügen über einen großen Datenschatz und können diese Daten für unsere Mitgliedshäuser so aufbereiten, dass die Entscheider:innen, jede und jeder für sich, strategische und operative Entscheidungen abwägen und treffen können. Das umfasst beispielsweise Personal- oder Qualitätskennzahlen. Darüber hinaus bearbeiten wir zahlreiche Themen im Rahmen von kollegialen Audits und geben Hinweise auf gute Praxisbeispiele. Dazu zählt eine breite Palette an Themen, von Personal über Speiseversorgung bis hin zur IT. Allein das Thema Cybersicherheit ist für ein 300-Betten-Haus mit einem IT-Leiter oder einer IT-Leiterin allein kaum zu managen. Nicht immer muss das Rad neu erfunden werden. Wenn zum Beispiel

ein Haus einen Kooperationsvertrag abgeschlossen hat, können auch andere Mitglieder davon profitieren.

### Sehen Sie sich auch als Lobbyisten?

Wir treten nicht in Konkurrenz zu den Landeskrankenhausesgesellschaften und anderen Verbänden. Wenn wir zahlen- und faktenbasiert etwas zu einer Diskussion beitragen können, dann tun wir das natürlich gerne. Wenn beispielsweise behauptet wird, dass kleine Krankenhäuser schlechte Qualität erbringen, dann veröffentlichen wir unsere Ergebnisse und vergleichen große und kleine Krankenhäuser miteinander, um so eine Diskussion zu versachlichen.

### Wie haben sich Ihre wichtigsten Kennzahlen in den vergangenen Jahren verändert?

Das ist unterschiedlich und hängt von den Einflussgrößen ab. Eines unserer Kernziele ist die medizinische Qualität. Hier messen wir schon seit vielen Jahren mit Routinedaten. Unser Ziel ist es, mit allen unseren Häusern besser zu sein als der Bundesdurchschnitt. Früher lag die Hälfte über und die andere Hälfte unter dem Bundesdurchschnitt; jetzt liegen zwei Drittel über dem Bundesdurchschnitt – in allen Parametern und über alle Mitgliedshäuser hinweg. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Patientenzufriedenheit. Unsere Weiterempfehlungsrate liegt bei 90 Prozent und ist in den vergangenen Jahren – auch gegen den bundesweiten Trend – gestiegen. Die Finanzergebnisse hingegen können wir nur bis zu einem gewissen Grad mit beeinflussen. Diese waren insgesamt in den vergangenen zwei Jahrzehnten besser als heute, das ist allerdings in der gesamten Branche der Fall.

### Wie groß sind die Unterschiede im Bereich Digitalisierung?

Die Unterschiede sind schon erheblich. Wir haben bereits drei Jahre vor der Einführung des Digitalradars zusammen mit dem Fraunhofer-Institut den digitalen Reifegrad unserer Mitgliedshäuser verglichen und gute Praxis hierzu ausgetauscht. Im Digitalradar schwanken die Reifegrade zwischen 20 und 50 Punkten und das zeigt, wie unterschiedlich die Häuser in der Digitalisierung aufgestellt sind. Wir empfehlen, einen Fokus auf solche Projekte zu legen, die einen echten Mehrwert für patientennahe Prozesse bringen, da die Ressourcen immer knapper werden.

### Wo liegt Ihr Schwerpunkt bei der Qualitätsmessung?

Wir haben 20 Kernkomponenten im Bereich der Qualitätsindikatoren und machen diese transparent. Wir veröffentlichen auch sensible Daten, die über die gesetzlichen Anforderungen hinausgehen, zum Beispiel zur Mortalität und zu anderen Komplikationen. Dazu hat sich jedes Mitgliedshaus vertraglich verpflichtet. Wir legen zudem einen großen Schwerpunkt auf die kollegiale Begleitung durch sogenannte Peers. Wenn wir mit unserem Frühwarnsystem Auffälligkeiten in einem Haus erkennen, setzen wir zeitnahe Audits an. In diesem Fall kommt ein

## „Eine Lösung für die akute strukturelle Unterfinanzierung kann ich in der Reform nicht erkennen.“

Dr. Udo Beck ist seit 25 Jahren Geschäftsführer des Clinotel-Krankenhausverbunds. Zuvor leitete er unter anderem das Controlling am Klinikum Leverkusen.

Chefarzt oder eine Chefarztin eines anderen Hauses mit einem Auditor aus unserer Geschäftsstelle vorbei und prüft Prozesse und Fallakten. Daraus ergeben sich praxisnahe Anregungen zur Verbesserung der Patientensicherheit, in der Regel etwa 20 bis 25, von denen 80 Prozent umgesetzt werden.

Sie haben einige Mitgliedshäuser in NRW. Haben die, die qualitativ besser sind, bei der Zuweisung der Leistungsgruppen profitiert – obwohl NRW ja bekanntlich nicht nach Ergebnisqualität, sondern nach Strukturqualität ausgewählt hat?

Richtig, die Ergebnisqualitätsdaten haben hier keine Rolle gespielt. Wir wissen aber, dass dort, wo eine gute Strukturqualität vorliegt, auch die Qualitätsergebnisse besser sind. Das gilt beispielsweise für hoch spezialisierte Schlaganfalleinheiten. Fachabteilungen mit besserer Personalausstattung im Pflegedienst haben eine höhere Patientenzufriedenheit. Es gibt einen Zusammenhang zwischen Spezialisierung, Konzentration und Qualität. Das eine oder andere Haus versucht natürlich, im aktuellen Aushandlungsprozess mit den guten Ergebnissen zu punkten, insbesondere wenn es eine Leistung verloren hat. Wir unterstützen unsere Häuser im Diskurs mit dem Ministerium.

Was raten Sie Kliniken außerhalb von NRW mit Blick auf die Krankenhausreform?

Wir tauschen uns monatlich auf der Ebene der Geschäftsführenden und Vorstände hierzu aus. In den allermeisten

Fällen bewerten die Kolleginnen und Kollegen die aktuellen Entscheidungen in NRW als medizinisch sinnvoll und zukunftsfähig. Insofern lautet unser Rat: Jetzt die Zeit nutzen! Die Politik macht ernst mit den Strukturvoraussetzungen – und das auch auf Detailebene. Jedes Krankenhaus sollte zum Beispiel prüfen, ob eine spezielle Zusatzweiterbildung vorliegt, wenn künftig Revisionseingriffe an Knie oder Hüfte in der Orthopädie durchgeführt werden sollen. Wenn das System erst einmal scharf geschaltet ist, müssen Krankenhäuser diese Voraussetzungen erfüllen – und zwar sofort, nicht erst in zwei oder drei Jahren. Darum sollte man sich schon jetzt kümmern. Wir unterstützen unsere Mitglieder außerdem mit einer regionalen Markt- und Konkurrenzanalyse.

Wie bewerten Sie die Krankenhausreform?

Eine Lösung für die akute strukturelle Unterfinanzierung kann ich in der Reform nicht erkennen. Auch die fallzahlbasierte Vorhaltefinanzierung löst dieses Problem nicht. Da die Effekte der Reform erst in etwa fünf Jahren wirken, wird sich der begonnene kalte Strukturwandel in den nächsten Jahren weiter und verstärkt fortsetzen. Mittlerweile habe ich den Eindruck, dass dies politisch so gewollt ist. Aktuell geht es darum, den Zeitpunkt, wenn die Reform wirkt, überhaupt zu erreichen. Daher führen wir in unseren Mitgliedshäusern umfassende Potenzialanalysen durch, in dem wir sämtliche Benchmarkdaten, von Personalkennzahlen über den medizinischen Bedarf bis zu den Klinikküchen, nach wirtschaftlichen Reserven durchforsten. Wir zeigen Verbesserungspotenziale auf und welche Kliniken dort „Best of Class“ sind. In unserem Portal „Gute Praxis“ finden wir Hinweise, wie die guten Ergebnisse in den Kliniken erreicht werden. Derzeit arbeiten alle unsere Mitgliedshäuser intensiv an der Ergebnisverbesserung. Die Einführung der Leistungsgruppen halte ich für sinnvoll, ich bin ein großer Freund von Strukturqualitätsvorgaben und Zertifizierungen. Nicht jedes Haus sollte alles machen. NRW ist aus meiner Sicht auf einem sehr guten Weg und ich begrüße es, dass auch das Bundesministerium dem folgt. Der Bundes-Klinik-Atlas allerdings liefert in der aktuellen Form völlig unzureichende Daten und fördert Fehlinterpretationen, daher werden wir im Clinotel-Verbund unsere Qualitätsergebnisse weiter veröffentlichen und damit Transparenz schaffen.

Das Interview führte Florian Albert.



### Clinotel

Clinotel ist ein gemeinnütziger Verbund von Krankenhäusern, die eigenständig sind und selbstständig Entscheidungen treffen. Über Clinotel erhalten sie verschiedene Möglichkeiten des Austauschs und Wissenstransfers. Ein zentrales Thema ist die Qualitätssicherung. Kliniken, die Clinotel beitreten, verpflichten sich, ihre Qualitätsergebnisse transparent nach außen darzustellen. Zurzeit zählt Clinotel 65 Mitgliedshäuser mit insgesamt 4,5 Milliarden Euro Budget und einer Million stationären Patientinnen und Patienten.