

Qualitätsstrategie bei Median

Die richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt

Medical Boards und ein transparenter Umgang mit den Qualitätszahlen der einzelnen Häuser: Median, mit 120 Einrichtungen der größte private Betreiber von Reha-Kliniken, baut ein eigenes System zur nachhaltigen Qualitätsentwicklung auf. Basis dafür sind Patientendaten aus den eigenen Kliniken. Aus der systematischen Messung medizinischer Outcomes soll perspektivisch Qualität neu definiert werden, so der Median-Ansatz. CEO Dr. André Schmidt und CDO Benedikt Simon im Interview.

Herr Dr. Schmidt, lässt sich mit einer gewissen Größe am Markt die bessere Reha machen?

Schmidt: Es gibt ja in Deutschland auf dem Reha-Markt extrem kleinteilige Strukturen von einzelnen, kleinen Betreibern, die in sich vielfach eine gute einzelne Rehabilitation anbieten. Aber natürlich haben diese nicht die Möglichkeit, übergreifend datengetrieben die Versorgungsqualität zu entwickeln. Dies geht nur ab einer gewissen Fallzahl und Investitionskraft. Aber sie benötigen auch die Fähigkeit, Investitionen zu priorisieren. Wenn man sich andere Träger anschaut, dann wird da sehr viel Geld in Verwaltung investiert. Wir schauen jedoch zielgerichtet, dass wir Verwaltungen so klein wie möglich halten und unsere Mittel in den medizinisch-therapeutischen Bereich investieren. Das erfordert eine bestimmte Größe und Zentralisierung. Es funktioniert, indem wir die notwendigen Systeme und Prozesse einführen. Unser Ziel ist es, hohe Leistungen im Qualitätsbereich mit einer hohen Effizienz zu verbinden. Dafür brauchen wir Führungsstrukturen, die ein Gruppendenken befördern. Das ermöglicht es uns, hohe Leistungsqualitäten zu definieren.

Wo zum Beispiel? Was konkret macht denn eine gute Reha aus?

Schmidt: Das Wichtigste ist die medizinisch-therapeutische Qualität für den Patienten. Diese steht über allem. Wir wollen patientenbezogen und datengetrieben die richtige Leistung, zum richtigen Zeitpunkt, in der richtigen Menge, durch den richtig qualifizierten Mitarbeiter, in der richtigen Kombination mit anderen Leistungen anbieten. Mit dieser Grundidee sind wir vor acht Jahren angetreten: herauszufinden, wer Qualität definiert und wie wir sie messen können. Wir kommen ja aus einem Weltbild, wo jeder Chefarzt zum Teil noch sein eigenes Programm schreibt und umsetzt. Das macht die Versorgungsqualität einer Klinik abhängig von einer einzelnen Person. In meinen Augen ist das nicht zielführend.

Die richtige Servicequalität und Immobilienqualität bilden dann den Rahmen. Bei einem so langen Aufenthalt von mindestens drei Wochen ist Letztere ein wichtiger Garant dafür, dass der Patient sich wohlfühlt. Gleiches gilt zum Beispiel im Reinigungsbereich oder Catering. So arbeiten wir beispielsweise an einem Catering-System, das es im gesamten Markt noch nicht gibt – mit wesentlich effizienteren Strukturen. Dabei wird eine einzige Zentralküche zwar standardisierte Menüs anbieten, die aber in Ernährungsboards gemeinsam mit Köchen entwickelt werden. Damit wollen wir deutschlandweit sicherstellen, dass Qualität, wie wir sie einmal definiert haben, auch ankommt. Systemküche im Klinikbereich – das ist absolut neu und erfordert ein komplettes Umdenken. Um so etwas umsetzen zu können, braucht man Marktgröße. Weil man hier Leistungsspektren transformiert und sich durchsetzen muss, zum Beispiel gegen andere Catering-Companys.

Und wie definieren Sie bei Median Qualität?

Schmidt: Indem wir Grundstandards festlegen, deren Einhaltung wir dann messen und prüfen können. Dafür sind Messinstrumente notwendig, eine einheitliche IT-Infrastruktur und einheitliche Definitionen von Daten. Wir sind überzeugt, dass wir deutlich bessere Outcomes produzieren, wenn wir den gesamten Behandlungspfad deutlich länger definieren als nur für den Klinikaufenthalt bei uns. Wir denken hier an den Zeitraum vor und auch nach dem Aufenthalt – und in letzter Konsequenz bis zur vollständigen Genesung der Patienten. Für uns macht daher eine gute Reha aus: klar definierte Behandlungspfade, die man in ihrer Wirkung messen kann, auch nach dem Klinikaufenthalt, um dessen Nachhaltigkeit zu verifizieren. Wir wollen das für spezifische Patientengruppen immer weiter individualisieren.

Wie weit sind Sie damit?

Simon: Wir haben mit der Orthopädie angefangen, weil wir da am meisten Ergebnisse systematisieren können. In

„Wir wollen ein System für den Menschen schaffen – von der Entgiftung bei Suchterkrankungen bis zur Nachsorge. Und wenn es digital weitergeht, wollen wir das auch aus den Kliniken heraus steuern, weil wir enorm viel Wissen über die Patienten haben.“

Dr. André Schmidt,
Vorsitzender der Median
Geschäftsführung (CEO)



diesem Jahr haben wir über 10.000 Fälle gesammelt und Strukturen noch einmal umgestellt. Wir sind nun so weit, dass wir besser verstehen, welche Patienten zu uns kommen. Noch sind unsere soziodemografischen Daten aber nicht stabil genug, dafür haben wir bisher zu wenige in der Breite erfasst. Was wir nun einbauen wollen, ist die Nachbefragung per App. Sechs Monate nach der Reha wollen wir Patienten per Mail oder über die Median-App fragen, wie es ihnen ergangen ist. Für die Kliniken haben wir verschiedene Messinstrumente, die wir den Ärzten zur Verfügung stellen. Man kann anhand der Zahlen ablesen, wie erfolgreich eine Reha bei Patient x in Klinik y gewesen ist. Und auch perspektivisch notwendige Vergleiche zwischen unseren Kliniken anstellen. So kommen wir von den Standards weg und können rein datengetrieben sagen, welche Kombination an Therapien das beste Ergebnis bringt. Wir wollen datengetrieben individualisierte Behandlungspfade bauen. Um dem individuellen Patienten, basierend auf seiner Diagnose, einen Behandlungspfad anzubieten, der auf Basis von 240.000 Patienten pro Jahr der beste ist und das beste Outcome verspricht.

Sie schaffen einen eigenen Benchmark? Bisher ist das ja in der Reha ein weitgehend unbeschriebenes Blatt.

Schmidt: Ja, wir schaffen damit eine komplett andere Ebene von Transparenz. Weil sämtliche Daten auch innerhalb der Gruppe für alle Chefärzte zugänglich sind

und man sich vergleichen kann. Wie gut sich ein Therapeut auf den einzelnen Patienten einlässt, gerade in der Psychotherapie, das können wir aber nur indirekt messen. Wir können sagen: Gewisse Kliniken haben heute gewisse Erfolge. Warum ist das so? Dafür braucht man mehrere Kliniken im Vergleich. Man braucht dafür auch eine offene Kultur, den Dialog und eine möglichst objektive Datenbasis.

Aber wenn die Gruppe über der Einzelklinik steht, wenn es vor Ort in den Kliniken keine Ärztlichen Direktoren gibt und Sie alle Häuser von Berlin aus zentral steuern, wo findet dann der Austausch statt?

Schmidt: Am Ende muss immer der Arzt vor Ort entscheiden. Wir brauchen aber Systeme, welche auf Basis des Wissens in unserer Organisation die Grundbehandlungspfade definieren. Dafür haben wir die Medical Boards geschaffen, in welchen alle Chefärzte einer Fachrichtung zusammensitzen und gemeinsam festlegen, was Behandlungsgrundlagen und Messparameter sind. Das bilden wir zentral in der IT ab und managen es zentral. Die Medical Boards treffen sich mindestens zweimal im Jahr. Zusätzlich haben wir jede Menge Subteams, die regelhaft tagen.

Simon: In den Medical Boards machen wir die Qualitätszahlen einer Klinik transparent und gehen mit diesen Parametern offen konstruktiv um. Wenn wir



„Über die gesamte Datenmenge werden wir herausfiltern, was die ideale Therapie ist. Damit können wir alles verändern, was wir tun.“

Benedikt Simon,
seit 2018 als Chief Development Officer Mitglied
der Median Geschäftsführung

monatlich mit unseren fünf Regionalgeschäftsbereichsleitern zusammenkommen, besprechen wir nicht nur die ökonomischen Zahlen, sondern auch die Qualitätszahlen.

Ist es auch Druck für die Mitarbeiter in den Kliniken, ständig verglichen zu werden?

Simon: Doch, natürlich ist das auch Druck. Das Spannende bei den Medical Boards ist, dass wir immer wieder Charaktere haben, die vorangehen. Das müssen nicht unbedingt diejenigen sein, die die beste Qualität abliefern. Man kann sich gegenseitig unterstützen.

Was genau macht die Qualität der einzelnen Klinik oder der einzelnen Therapien aus?

Simon: Es sind im Grunde drei Dinge: Es geht darum, welche Therapie ich in welcher Kombination und in welcher Qualität bekomme. Dabei kommt es nicht nur auf den Therapeuten an. Und es gibt auch Grenzen: Mehr Therapie ist nicht immer besser. Mit unserem System kommen wir weg von der Einstellung: Ich hätte gern noch eine Massage mehr.

Könnten Ihre Vergleichsparameter auch trägerübergreifend funktionieren oder vergleichen Sie nur Ihre Einrichtungen untereinander? An wem misst sich Median?

Schmidt: Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat extrem gute Prozessparameter, die funktionieren. Sie weiß, ob eine Klinik gut oder schlecht ist. Dennoch haben wir da immer noch zwei Jahre Zeitverzögerung von der Erbringung der Leistung bis zur Qualitätsauswertung. Wir möchten die Parameter der DRV jedoch gern aktuell im System haben. Denn das macht einen Riesenunterschied. Bei uns kommt außerdem noch die tagesaktuelle Outcome-Messung dazu. Die Faktoren dafür sind Standardparameter der Branche, die wir nicht selbst entwickelt haben, sodass wir uns auch mit Nicht-Median-Kliniken vergleichen können. Aber wenn wir in einer Indikation schon einmal 30 eigene Kliniken haben, die sich vergleichen können, ist das für sich genommen ziemlich viel.

Unser Anspruch ist, dass wir mit allen Kliniken in die Top 25 aller deutschen Rehakliniken kommen. Dann werden sie auch entsprechend gewählt von den Leistungserbringern und den Patienten. Das ist aber neu. Solche Messsysteme, solche Transparenz gibt es so im Markt nicht.

Und wie schaffen Sie es, diese Philosophie in die einzelnen Kliniken zu bringen?

Schmidt: Das ist Managementphilosophie. So wie wir kaufmännische Zahlen monatlich prüfen, prüfen wir auch

die Qualitätsdaten. Es muss auch in den kaufmännischen Abläufen zu einem Regelprozess kommen, dass man mit den therapeutisch tätigen Kollegen konstruktiv jeden Monat die Ergebnisse diskutiert.

Sie sagten, es gibt erfolgreiche und weniger erfolgreiche Kliniken. Wann gilt eine Reha-Klinik als erfolgreich?

Schmidt: Wir brauchen eine hohe Wiederempfehlungsquote. Unser Unternehmensziel ist es, dass wir bei mindestens 95 Prozent in jeder Einrichtung liegen. Da sind wir heute noch nicht mit jeder einzelnen Klinik.

Zählen für den Patienten nicht ganz andere, subjektive Parameter, zum Beispiel, ob das Essen geschmeckt, ob er sich wohlfühlt hat?

Schmidt: Letztlich muss man ganz offen sagen, dass die reine Patientenzufriedenheit als Ergebnisparameter zu hinterfragen ist. Natürlich sollen Mitarbeiter freundlich sein, aber ein Patient muss anfänglich auch gefordert werden, damit er an seine Leistungsgrenzen kommt, dies kann für den Moment Frustration schaffen, aber nur dann wirkt Reha. Natürlich stehen wir ganz häufig vor der Situation, dass Patienten ein Rentenbegehren haben, wir aber sagen, ihr könnt noch arbeiten – das produziert nicht gerade Zufriedenheit. Wir wollen ganz klar sagen können, wie viel Prozent unserer Patienten kommen zurück ins Arbeitsleben und bleiben dort nachhaltig.

Wie sehr kommt es bei der Einhaltung von Qualitätsstandards doch noch auf die Leistung der einzelnen Mitarbeiter an?

Schmidt: Die Mitarbeiter machen den Unterschied. Wir brauchen die guten Fachkräfte, die das umsetzen können. Und gute Führungskräfte, die letztlich rechtlich die Verantwortung vor Ort tragen. So hundert Prozent quantitativ, wie man sich das aus der wissenschaftlichen Logik vorstellt, wird es auch mit unserem Qualitätssystem natürlich am Ende nicht funktionieren. Nicht jede Klinik wird völlig identisch arbeiten. Dennoch macht man sich mit einem stabilen Qualitätssystem ein Stück weit unabhängig. Denn wenn man heute auf eine Menge ausländischer Fachärzte zurückgreifen muss, die nicht immer unser hohes Ausbildungsniveau haben, dann ist es von Vorteil, ein System – entwickelt auf Basis echter Know-how-Träger – schon ein Stück weit automatisch vorzugeben.

Median bezahlt seine Mitarbeiter nicht nach Tarif. Erschwert das die Personalsuche?

Schmidt: Nein, die Tarifbindung ist nicht der relevante Punkt. Wir sind in einzelnen Kliniken tarifgebunden, nach wie vor. Aber in der Mehrzahl der Kliniken in der Tat nicht. Das heißt aber nicht, dass wir schlechtere Gehälter zahlen. Eine Charité, die vom Berliner Senat querfinanziert wird, tut sich leichter, beliebige Gehälter im Wettbewerb zu bezahlen. Im Wettbewerb mit den Charités dieser Welt, wenn es um qualifizierte Pflegekräfte geht,

sind wir zweiter Sieger. Im therapeutischen Bereich zahlen wir mittel bis überdurchschnittlich gut, auch im Vergleich zu anderen Rehakliniken in privater Trägerschaft.

Simon: Wir erhalten bei Neubewerbungen oft das Feedback, dass die Möglichkeit, an den Medical Boards mitzuarbeiten, für viele interessant ist. In einer Einzelklinik kann ich eine gute Reha machen, aber bei uns arbeitet man an der Entwicklung von Reha an sich mit und das zieht auch.

Wie finden Sie gute Fachkräfte für Kliniken auf dem Land?

Schmidt: Uns fällt es leichter, Personal für Kliniken auf dem Land zu finden als im städtischen Umfeld. Wir könnten heute zum Teil die Pachtentwicklungen in größeren Städten gar nicht mehr bezahlen. Und der große Vorteil der stationären versus der ambulanten Reha ist, dass der Patient wirklich rauskommt aus seinem Alltag. Unser Plan ist es auch, unsere Ausbildungszentren in den nächsten Jahren auszubauen – mit den Erkenntnissen aus unserem Qualitätsmanagementsystem. Wir planen eine eigene Akademie, wollen eine eigene Median-Ausbildung hinter unser Qualitätsmanagementsystem schalten.

„Im Wettbewerb mit den Charités dieser Welt, wenn es um qualifizierte Pflegekräfte geht, sind wir zweiter Sieger. Im therapeutischen Bereich zahlen wir mittel bis überdurchschnittlich gut, auch im Vergleich zu anderen Reha-Kliniken in privater Trägerschaft.“

Dr. André Schmidt

Welche weiteren Pläne gibt es für die Median-Reha-Kliniken für die nächsten fünf Jahre?

Schmidt: Wir wollen wegkommen von der Diskussion darüber, wie wir politisch ein einzelnes Segment optimieren, hin zu einem echten Behandlungspfad. Wir haben so viele Chancen, über die Reha Nachsorge zu managen, weil wir lange Zeit mit dem Patienten verbringen, den Patienten gut kennen. Wenn wir Patienten nach dem Klinikaufenthalt verlieren, geht auch



In ihrer heutigen Form entstand die Median-Gruppe 2015 durch die Fusion der Median Kliniken mit den RHM Kliniken und Pflegeheimen. Durch die anschließende Übernahme der AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG wurde Median im Oktober 2016 zum größten privaten Betreiber von Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland – mit rund 18.700 Betten und Behandlungsplätzen. Zum Unternehmen gehören insgesamt 120 Einrichtungen, davon 74 Rehakliniken. Schwerpunkte bilden dabei die Fachbereiche Orthopädie, Psychosomatik/ Psychiatrie, Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie, Sucht und Soziotherapie sowie Kinderrehabilitation. Die etwa 15.000 Beschäftigten der Gruppe behandeln und betreuen jährlich etwa 240.000 Patienten und Bewohner in 14 Bundesländern. Median gehört dem Private Equity Investor Waterland.

wahnsinnig viel Wissen in der Betreuung verloren. Da werden uns die digitalen Medien viele Hilfestellungen leisten. In fünf bis zehn Jahren sehen wir uns als Unternehmen, das weiterhin Reha anbietet. Aber mit wesentlich individuelleren Leistungsangeboten in Therapiezusammensetzungen und Verweildauern. Und wir werden einen zusätzlichen anderen Auftrag bekommen. Wir werden – wie Schulungszentren – während der Reha Patienten beibringen, mit Apps und anderen Instrumenten umzugehen, die sie zu Hause weiter benutzen, um ihren Reha-Erfolg zu verstetigen.

Inwiefern spielt auch Prävention da eine Rolle?

Schmidt: Es gibt sehr viele Angebote, und es fließt zusätzlich Geld rein in die Präventionsidee. In meinen Augen funktioniert das alles nicht. Das hat etwas mit der Trägheit der Menschen zu tun. Prävention fängt erst an, wenn Patienten gelernt haben, dass sie vom Körper einen Warnschuss bekommen haben. Dann sind sie bereit für Prävention: Und das ist Reha. Reha ist Sekundärprävention. Das war immer schon ein Bestandteil, neben der eigentlichen Wiederherstellung. Die ambulante Reha wird in diesem System weniger Relevanz bekommen. Wir haben Patienten mit höheren Schweregraden. Man verstetigt den Reha-Erfolg, indem man diese weiter begleitet. Der Patient braucht die Unterstützung, seinen inneren Schweinehund ständig zu überwinden.

Die Median-Nachsorge-App gibt es ja schon.

Simon: Wir haben bei uns eine Plattform geschaffen, an die wir Apps beliebig anschließen können. Wir sind nicht diejenigen, die Nachsorge-Apps selbst bauen, sondern wir schauen, was es auf dem Markt gibt und wie wir das für unsere Patienten adaptieren können. Wir sind da in Partnerschaft mit den Leistungsträgern GKV und DRV. Mit der DRV haben wir bereits in Partnerschaft eine Nachsorge-App entwickelt.

Schmidt: All das Zukünftige, die Variabilität von Verweildauern und stärkere Individualisierbarkeit von Programmen – das ist heute noch gar nicht möglich, weil wir die Vergütungssysteme dafür nicht haben. Ich glaube, das wird notwendig, aber wir müssen auch zeigen, in welcher Art.

Sind Sie für die Einführung einer Reha-DRG?

Schmidt: Nein. Ich bin sehr für ein einheitliches Preissystem in der Reha. Preise sollen nicht abhängig von Verhandlungsmacht diktiert werden. Nebeneffekt wäre dabei, dass man anfängt, über Qualität zu bewerten und nicht mehr danach, welche Klinik die billigste ist. Und da werden wir eine Menge Kliniken aus dem Markt nehmen können, die heute zum Teil noch in der Orthopädie mit Doppelzimmern unter 100 Euro Patienten behandeln und nie dieselben Qualitätsstandards erreichen können, wie eine von der DRV zertifizierte Klinik. Was ich nicht möchte, ist, den DRG-Gedanken mit seinen enormen Differenzierungen in die Reha zu übernehmen. Ergebnis wäre, dass auch wir Verwaltungen aufbauen müssten, um nachzuweisen, dass wir die Voraussetzungen für unsere Abrechnungen realisieren. So wie es im Akutbereich geschieht. Und am Ende hätten wir die Auseinandersetzung mit dem Kostenträger über die Nachweisbarkeit von erbrachten Leistungen. Mag unser System in der Reha mal bei dem einen Patienten zu profitabel, bei dem anderen zu unprofitabel sein. Wir verschwenden aber kein Geld in der Verwaltung. Wir haben einen austarierten Mischpreis, der in Summe funktioniert. Wir haben ein seit Langem etabliertes System mit unseren Kostenträgern, größtenteils mit der GKV und immer mit der Rentenversicherung. Ich sehe keinen Vorteil darin, dies für ein künstliches, nur scheinbar faireres Verwaltungssystem zu ersetzen. Warum sollen wir die Fehler der anderen wiederholen?

Das Interview führte Lena Reseck.