

Rede zur 19. Ordentlichen Hauptversammlung der RHÖN-KLINIKUM AG

Wolfgang Pföhler
Vorstandsvorsitzender, RHÖN-KLINIKUM AG
Schlossplatz 1, 97616 Bad Neustadt a. d. S.

**Termin:
31. Mai 2007 / 10:00 Uhr**

- Es gilt das gesprochene Wort -

Begrüßung und Einleitung

Guten Morgen meine sehr verehrten Damen und Herren, Aktionäre und Aktionärsvertreter, liebe Gäste der RHÖN-KLINIKUM AG.

Ich heiße Sie im Namen des Vorstands zur 19. Ordentlichen Hauptversammlung der RHÖN-KLINIKUM AG hier im Congress Center der Messe in Frankfurt am Main herzlich willkommen. Ich freue mich, dass Sie auch in diesem Jahr so zahlreich erschienen sind.

Ich möchte Ihnen zunächst einen Überblick über das geben, was Sie in meiner Rede erwartet. Drei Kernfragen stehen im Vordergrund:

1. Wie fallen die Bilanz für das Geschäftsjahr 2006 und die Ergebnisse des ersten Quartals 2007 aus?
2. Warum gehören Ökonomie und gute Medizin zusammen?
3. Was sind die Kernelemente unserer Wachstumsstrategie?

Ich möchte zur ersten Fragestellung kommen:

1. Wie fallen die Bilanz für das Geschäftsjahr 2006 und die Ergebnisse des ersten Quartals 2007 aus?

2006 war ein erfolgreiches Geschäftsjahr für den RHÖN-KLINIKUM Konzern. Wir haben bei Patientenkontakten, Umsatz und Konzerngewinn neue Höchstwerte erzielt.

Im Jahr 2006 haben wir erstmals mehr als eine Million Patienten stationär und ambulant versorgt – es waren fast 1,4 Millionen. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen Anstieg um rund 47 Prozent. Im Zweijahresvergleich haben wir die Zahl der Patienten sogar mehr als verdoppelt.

Wir konnten unsere Umsatzerlöse gegenüber dem Vorjahr um rund 37 Prozent auf 1,9 Milliarden Euro steigern. Der Umsatzsprung von über 500 Millionen Euro steht, wie die anderen Ergebnisse auch, in engem Zusammenhang mit der größten Übernahme der Unternehmensgeschichte – der des Universitätsklinikums Gießen/Marburg zum 1. Februar 2006.

Der Konzerngewinn für das Geschäftsjahr 2006 hat erstmals die 100 Millionen Euro-Grenze überschritten – er beträgt 109,1 Millionen Euro.

Zwei gegenläufige Sondereffekte haben den Konzerngewinn beeinflusst: Ein steuerlicher Einmaleffekt aus der Körperschaftsteuerreform hat sich positiv auf das Ergebnis ausgewirkt. Der zweite Sondereffekt – der Jahresfehlbetrag des Universitätsklinikums Gießen/Marburg in Höhe von 7,5 Millionen Euro – hat das Ergebnis belastet. Beide Effekte waren in der ursprünglichen

Prognose nicht berücksichtigt. Wir haben damit unser Gewinnziel von 93 Millionen Euro – bereinigt vor Sondereffekten – voll erreicht.

Die Verluste des Jahres 2006 in Gießen/Marburg konnten durch die guten Ergebnisse der Bestandskliniken auf Konzernebene abgepuffert werden.

Meine Damen und Herren,

wir haben unsere Ziele für den Umsatz und den Gewinn erfüllt und die Leistungskraft der Konzern-Kliniken sowie unsere Kompetenz der Akquisition, Integration und Restrukturierung von Kliniken erneut unter Beweis gestellt.

Aufgrund der positiven Geschäftsentwicklung schlagen Vorstand und Aufsichtsrat der Hauptversammlung gemeinsam vor, die Dividende von 45 auf 50 Cents pro Aktie zu erhöhen.

Der starke Jahresauftakt 2007 stimmt uns optimistisch. Er zeigt, dass wir den Trend aus dem Vorjahr fortsetzen können: Im ersten Quartal des neuen Geschäftsjahres 2007 haben wir gegenüber dem Vorjahreszeitraum die Zahl der Patientenkontakte um 24 Prozent auf fast 390.000 Patienten gesteigert.

Im gleichen Zeitraum erhöhten sich unsere Umsatzerlöse um 10,6 Prozent auf 502 Millionen Euro. Beim Konzerngewinn konnten wir überproportional zulegen: Für das erste Quartal 2007 wuchs er um 11 Prozent auf 25,2 Millionen Euro.

Meine Damen und Herren,

erinnern wir uns gemeinsam an die vergangene Hauptversammlung der RHÖN-KLINIKUM AG. Wir sind damals von der Politik mit dem Gesetzesvorhaben für die Gesundheitsreform und den damit verbundenen Sonderbelastungen für die Krankenhäuser konfrontiert worden.

Der Vorstand hat sofort agiert, aus dem Stand heraus das Zehn-Punkte-Programm erarbeitet und dieses gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Konzerns umgesetzt.

Sie sehen, wie wir arbeiten und wo neben dem „Sanieren von Akutkliniken“ unsere Kompetenz liegt: Unser unternehmerisches Handeln ist geprägt durch schnelles Reagieren zum Beispiel auch auf politische Sonderbelastungen. Wir analysieren sie, erarbeiten Konzepte und setzen diese konsequent um.

Dies ist ein entscheidender Grund dafür, dass wir die Sonderbelastung aufgrund von Gesetzesänderungen in 2007 in Höhe von rund 39 Millionen Euro aus dem Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser, der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung und der Mehrwertsteuererhöhung vollständig kompensieren können.

Wir haben damit versprochen und geliefert!

Wir haben unsere Hausaufgaben für 2006 gemacht. Und wir werden unsere Hausaufgaben für 2007 erledigen. Für die Zeit danach haben wir Visionen, die wir Schritt für Schritt umsetzen. So gestalten wir die Trends im Markt.

Grundlage für unseren Erfolg im vergangenen Geschäftsjahr war die geleistete Arbeit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wir waren erfolgreich, weil wir gemeinsam die Belastungen abgefangen und unsere Rationalisierungs- und Restrukturierungskompetenz in die Waagschale geworfen haben.

Für das Gesamtjahr 2007 haben wir uns Umsatzerlöse in Höhe von 2 Milliarden Euro und einen Konzerngewinn von 102 Millionen Euro zum Ziel gesetzt. Damit schrauben wir die Messlatte für unseren Konzerngewinn gegenüber dem Vorjahr – vor steuerlichem Einmaleffekt betrug er 93 Millionen Euro – weiter nach oben.

Lassen Sie mich im Rückblick auf 2006 auf zwei Themen eingehen, die uns beschäftigt haben: Dies war zum einen die Stärkung unserer Kompetenz als Uniklinikbetreiber und zum anderen das Kartellverfahren.

Erfolgreiche Führung von Universitätskliniken – Stärkung unserer Privatisierungskompetenz

Zur Erinnerung: Wieso haben wir die Herausforderung angenommen, Universitätskliniken zu führen? Ein Unternehmen mit der Leistungsbreite und -tiefe der RHÖN-KLINIKUM AG und mit dem Anspruch, Branchentrends in der Krankenversorgung zu setzen, kann langfristig nicht ohne Anbindung an den Fluss medizinischer Innovationen auskommen. Wir sind auf einen kontinuierlichen Transfer von Wissen aus der Forschung in die Krankenversorgung angewiesen, um unsere Marktposition abzusichern.

Deswegen haben wir schon 1994 die Chance ergriffen und das Herzzentrum Leipzig übernommen. Zum Herzzentrum Leipzig – es hat den Status einer privaten Universitätsklinik – gehört der Krankenversorgungsteil von vier Medizinlehrstühlen aus den Bereichen Kardiologie, Kinderkardiologie und Herzchirurgie.

Die Erfahrung am Herzzentrum Leipzig hat uns gezeigt, dass wissenschaftliche Spitzenleistungen nur dann möglich sind, wenn Forschung und Lehre unabhängig von den Interessen des Managements des Universitätsklinikums arbeiten und zugleich in der Klinikführung eine systematische und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Klinikmanagement angelegt ist.

Mit diesem Ansatz sind wir erfolgreich: Das Herzzentrum Leipzig genießt nationales und internationales Ansehen. Im Forschungsbericht der Universität Leipzig für 2005 belegen die vier Lehrstühle des Herzzentrums bei der Gesamtbewertung der wissenschaftlichen Forschungsergebnisse in der klinischen Medizin die Spitzenposition. Dies ist aus meiner Sicht ein klarer Beleg dafür, dass gute Krankenversorgung und gute Wissenschaft kein Widerspruch sind, sondern einander bedingen.

Wir freuen uns, dass der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft unser universitäres Engagement anerkennt. Er fördert für fünf Jahre einen mit uns verbundenen Stiftungslehrstuhl für Experimentelle Organtransplantationen. Dieser Vertrag gewährt dem Lehrstuhl einen hohen sechsstelligen Betrag pro Jahr für die Forschung. Ich denke, dies ist eine außergewöhnliche Auszeichnung.

Meine Damen und Herren,

die langjährige erworbene Kompetenz als Uniklinikbetreiber haben wir genutzt, um den Zugang zur klinischen Forschung und den Wissenstransfer in die Krankenversorgung zu verbreitern. Dies ist uns mit der Übernahme von Gießen/Marburg – es ist das erste vollständig privatisierte Universitätsklinikum in Deutschland – gelungen.

Wir sind mit der Bilanz von Gießen/Marburg nach 16 Monaten zufrieden:

- Wir haben die beiden Universitätskliniken erfolgreich privatisiert und geräuschlos in den Konzern integriert.
- Wir haben restrukturiert, rationalisiert und begonnen, den jahrzehntelangen Investitionsstau Stück für Stück abzubauen. Im Jahr 2006 haben wir dort Investitionen in Höhe von mehr als 50 Millionen Euro getätigt.
- Gießen/Marburg ist in der Forschung gut aufgestellt: Das Exzellenzcluster „Kardio-Pulmonales System“ – ein Spitzenforschungszentrum, das neue Therapien für Herz-Lungen-Erkrankungen entwickelt – wird durch die Exzellenzinitiative von Bund und Ländern gefördert. Darüber hinaus haben wir eine eigene Forschungsinitiative ins Leben gerufen und 55 vielversprechende Vorhaben aus der klinischen Forschung mit insgesamt vier Millionen Euro gefördert.

- Die Patientenzahlen sind im vergangenen Jahr um drei Prozent gestiegen. Das heißt: Wir haben das Vertrauen der Bevölkerung gewonnen. Ich darf an dieser Stelle den hessischen Ministerpräsidenten Koch zitieren. Er sagte am 9. Mai bei der Grundsteinlegung unserer neuen Kinderklinik in Gießen: „Das Patientenwachstum zeigt, dass die Bevölkerung das Universitätsklinikum annimmt.“
- Wir haben den Jahresfehlbetrag von 15 Millionen Euro um die Hälfte auf 7,5 Millionen Euro reduziert. Im ersten Quartal 2007 haben wir den break-even fast geschafft. Wir sind uns sicher, dass uns in Gießen/Marburg in diesem Jahr der nachhaltige Sprung in die Gewinnzone gelingen wird.

Das sind gute Ergebnisse, über die ich mich freue!

Zugleich möchte ich betonen: Der erste Schritt ist in Gießen/Marburg getan; der weitaus größte Teil der Arbeit liegt noch vor uns. Beide Standorte müssen weiterarbeiten und dürfen in ihren Anstrengungen nicht nachlassen, aus Gießen/Marburg ein auf Dauer wirtschaftlich erfolgreiches und medizinisch leistungsstarkes Universitätsklinikum zu bilden.

Wir erwarten von unserer bislang größten Akquisition, dass sie künftig einen substanziellen und dauerhaften Beitrag zum Konzernergebnis erwirtschaftet.

Kartellurteil: ärgerlich aber nicht hinderlich

Erlauben Sie mir, zum Abschluss des Rückblicks auf das Jahr 2006, noch kurz auf das Kartellverfahren einzugehen. Worum geht es dabei? 2005 hat uns das Kartellamt die Übernahme zweier Kliniken in Unterfranken untersagt, wogegen wir Beschwerde beim Oberlandesgericht Düsseldorf eingelegt hatten. Das Oberlandesgericht Düsseldorf hat nun unsere Beschwerde in diesem Verfahren abgelehnt.

Der Vorstand hat sich entschlossen, den Rechtsweg auszuschöpfen. Wir haben Beschwerde gegen die Entscheidung des Gerichts beim Bundesgerichtshof eingelegt. Der betroffene Landkreis Rhön-Grabfeld hat sich entschieden, mit uns gemeinsam für die Sicherung einer hochwertigen medizinischen Versorgung auch im ländlichen Raum zu kämpfen.

Um eines klarzustellen: Unsere langfristige Wachstumsstrategie bleibt vom Kartellverfahren unbeeindruckt. Wir haben in den vergangenen zweieinviertel Jahren 16 Kliniken neu konsolidiert. Grob gesprochen haben wir unseren Umsatz seit Beginn des Kartellverfahrens verdoppelt.

Das Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf stellt allerdings das Niveau der Krankenversorgung – insbesondere in ländlichen Regionen – in Frage. So hat das Kartellverfahren zur Schließung des Kreiskrankenhauses Mellrichstadt geführt. Das heißt gerade für ältere und immobile Patienten deutlich längere Anfahrtswege in der Region. Und es heißt: Niedrigeres Versorgungsniveau im Landkreis – was sich gerade in der Notfallversorgung niederschlagen wird.

Damit ist das Urteil meines Erachtens wettbewerbspolitisch fragwürdig und in jedem Fall gesundheitspolitisch problematisch: Wenn ein hohes Versorgungsniveau auch in strukturschwachen Regionen und im ländlichen Raum gesichert werden soll, müssen gesundheitspolitische Zielsetzungen Vorrang vor wettbewerbsrechtlichen Regelungen haben und bei der Genehmigung von Krankenhauszusammenschlüssen stärker als bisher Berücksichtigung finden.

Mit dieser Auffassung stehen wir als Krankenhausbetreiber nicht allein. Auch die zwei einflussreichen Branchenverbände, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Universitätsklinika Deutschlands, unterstützen unsere Position. Wir denken, dass es angesichts der Überalterung unserer Gesellschaft und knapper werdender öffentlicher Mittel einer höchststrichterlichen Korrektur dieser Entscheidung bedarf.

Meine Damen und Herren,

wie ich bereits am Anfang ausgeführt habe, erlauben Sie mir aus gegebenem Anlass nun eine grundsätzliche Frage zu beantworten:

2. Warum gehören Ökonomie und gute Medizin zusammen?

Grundsatzüberlegung

Gute Medizin und Ökonomie sind kein Widerspruch, sondern bedingen einander. Das langjährige Wachstum der RHÖN-KLINIKUM AG als privater Klinikbetreiber und Vorreiter in der Branche bestätigt dies. Im Krankenhausbereich geht es um Wirtschaft mit sozialer Ausformung.

Wirtschaftlich tragfähige Versorgungsmodelle werden immer wichtiger, um gute Medizin für alle Patienten der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung zu gewährleisten. In unserem heutigen Gesundheitssystem ist dies gar nicht mehr selbstverständlich. Erlauben Sie, dass ich diesen Gedanken noch etwas weiter ausführe.

Im Zuge der demografischen Entwicklung und des Fortschritts wächst der medizinische Versorgungsbedarf: Jeder möchte sein einmal erreichtes Mobilitätsniveau sichern und auch im Alter möglichst lange fit und beweglich bleiben.

Aber die Budgets der Krankenkassen und die öffentlichen Mittel wachsen nicht im gleichen Tempo mit. Damit entsteht eine Lücke zwischen der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und den tatsächlichen Finanzierungsmöglichkeiten.

Meine Damen und Herren,

diese Lücke wollen wir als RHÖN-KLINIKUM AG schließen: Durch effiziente Leistungserstellung und durch innovative Zuzahlungsmöglichkeiten. Hierzu später mehr.

Dass das Problem bereits jetzt virulent ist, sehen Sie in Nordrhein-Westfalen. An einem Universitätsklinikum wurden dort – so ist der Presse der vergangenen Wochen zu entnehmen – krebskranke Patienten nur gegen eine Extra-Zahlung von mehreren Tausend Euro aus der eigenen Geldbörse operiert.

Eine solche Entwicklung ist Ausdruck von Rationierung, Wartelisten und des Entstehens eines Grau- oder Schwarzmarktes für Gesundheitsleistungen und zwar für Patienten, die gesetzlich krankenversichert sind.

Wir halten dies für zutiefst unethisch.

Wir wollen keine staatliche Mangelmedizin. Gegen die „heimliche“ Rationierung setzen wir die sichtbare Rationalisierung und Innovationen, und folgen damit der Logik „Mehr Leistung durch Wettbewerb“.

Der Vorfall aus Nordrhein-Westfalen ist meiner Meinung nach eine Aufforderung an Politik und Wirtschaft, gemeinsam die Entwicklung von der Sozialverwaltung zu einem echten Gesundheitsmarkt zu fördern, um die Finanzierungslücke zu schließen.

Effizienz und Innovation gehören zu unserem Ansatz, den ich Ihnen ausführlicher vorstellen will. Im Einzelnen geht es um

- Rationalisierung durch das Flussprinzip
- Intelligente Arbeitsteilung – Das Neue Ärztliche Berufsbild
- Innovationen in der Krankenversorgung sowie
- Innovative Zuzahlungsmodelle.

Rationalisierung durch das Flussprinzip

Meine Damen und Herren,

Wichtige Bestandteile des Flussprinzips sind zum einen die RHÖN-KLINIKUM AG spezifische Ablauforganisation sowie die bauliche und

medizinisch-technische Ausstattung der Kliniken, die für kurze Wege, optimale Abläufe und qualifizierte Patientenbehandlungen sorgen.

Das Flussprinzip ermöglicht eine vierstufige Patientenversorgung – von der Intensivstation, über die Intermediate-, Normal- und Low Care-Station. Dadurch gelingt es uns, die Bedürfnisse der Patienten viel besser zu berücksichtigen, als bei der üblichen, groben Trennung zwischen Intensiv- und Normal-Station. Da wir die Ausstattung mit Medizintechnik und den Personaleinsatz den Patientenbedürfnissen auf den vier Versorgungsstufen anpassen – er ist entsprechend hoch auf der Intensivstation und Intermediate-Stationen und vergleichsweise schlank auf den Low Care-Stationen – sorgt dies für eine hohe Produktivität unserer Kliniken.

Im Ergebnis sinken die Kosten, und die Qualität der Patientenversorgung steigt. Bessere Leistungen überzeugen den Kunden „Patient“ und sorgen über Weiterempfehlungen für Fallzahlsteigerungen und Kostendegression.

Intelligente Arbeitsteilung – Das Neue Ärztliche Berufsbild

Wenn man die Frage: „*Warum gehören Ökonomie und gute Medizin zusammen?*“ beantworten will, kommt man nicht umhin, dies mit einem besonderen Augenmerk auf die Leistungsträger – die Ärzte – zu tun.

Die zunehmende Technisierung und Spezialisierung der Medizin hat dafür gesorgt, dass wir uns immer weiter von einem rein handwerklichen Verständnis der Medizin lösen. Die Qualität der Patientenversorgung hängt heute nicht mehr allein von der Qualifikation und Motivation eines einzelnen Mediziners ab. Zusehends entscheidet das Zusammenspiel aus innovativer Medizintechnik und hoch qualifizierten Ärzteteams über die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. Mit anderen Worten: Aus dem handwerklichen Manufakturbetrieb wird ein technikgestützter Dienstleister, der hohe Qualitätsvorteile in der Patientenversorgung ermöglicht.

Immer mehr gilt auch für Krankenhäuser, was in anderen Dienstleistungsbranchen schon lange die Regel ist: Um durch Qualität und Leistung zu überzeugen, sind Arbeitsteilung und Spezialisierung in der Krankenversorgung notwendige Voraussetzung. Deswegen hat die RHÖN-KLINIKUM AG erste Ideen für ein „Neues Ärztliches Berufsbild“ entwickelt und auf einem Symposium Ende vergangenen Jahres präsentiert.

Worum geht es konkret beim Neuen Ärztlichen Berufsbild? Es geht darum, dass man Ärzten je nach Fähigkeit und Kenntnis entsprechende Aufgaben überträgt. Wir sehen künftig mehrere idealtypische Arztypen, die funktionsbezogen, stationsübergreifend

und an den Bedürfnissen der Patienten orientiert arbeiten: Dies sind der Spezialist für hoch differenzierte Einzelfunktionen, der Beratungsspezialist für die Abgabe von Zweitmeinungen, der Systembetreuer und der personenbezogene Berater.

Soviel in aller Kürze zu diesem Konzept.

Ich lade Sie ein, die gesamten Überlegungen hierzu in der Broschüre „Das Neue Ärztliche Berufsbild – Zur Zukunft des Arztberufes im Krankenhaus“ nachzulesen. Wir haben diese Broschüre neu auflegen lassen und stellen Sie Ihnen erstmals draußen im Foyer auf dem Auslagentisch zur Verfügung.

Bei der Präsentation unserer Ideen wird mir immer wieder die Frage gestellt, ob bei dieser funktionsbezogenen und stationsübergreifenden Arbeitsteilung das persönliche Gespräch zwischen Arzt und Patient zu kurz kommt. Meine Antwort lautet: Nein – im Gegenteil! Mit dieser Spezialisierung stärken wir die Sprechmedizin. Der personenbezogene Beratungsarzt kann als „Lotse“ den Patienten über den gesamten Klinikaufenthalt begleiten und beraten.

Ich kann mich noch sehr gut an die Podiumsdiskussion unseres Symposiums zum Neuen Ärztlichen Berufsbild erinnern. Da ist der so genannte „Zweitmeinungsspezialist“ – ein Arzttyp, der im 4-Augen-Prinzip die Qualitätskontrolle sicherstellen soll – von einigen Ärzten scharf angegriffen worden. Mittlerweile liegt eine Studie der Technischen Universität München vor, die belegt, dass ärztliche Zweitmeinungen zur Verbesserung der Qualität – gerade bei komplexen Erkrankungen – beitragen.

Mit dieser Typisierung, die der zunehmenden Komplexität der Abläufe und Technisierung der Prozesse Rechnung trägt, eröffnen wir – wie in jedem anderen Beruf auch – den Ärzten bessere Möglichkeiten der Spezialisierung. Vorteil für den Arzt ist eine bessere Karriereperspektive; Vorteil für die Klinik ist eine fachlich bessere Versorgung, was zu einem hohen Patientenaufkommen führt.

Wir sollten im Übrigen überlegen, wie wir angehenden Ärzten schon während des Medizinstudiums das nötige ökonomische und Prozessverständnis nahe bringen, damit diese später erfolgreich im Krankenhaus arbeiten können.

Ich meine, dass es keine Alternative zum ökonomischen Konzept der Arbeitsteilung gibt.

Im Übrigen gilt auch bei der Weiterentwicklung des Ärztlichen Berufsbildes das Wettbewerbsprinzip: Die Rahmenbedingungen und

der Wettstreit um die besten Köpfe werden ihre eigene Dynamik entfalten.

Damit möchte ich zum Ansatzpunkt einer effizienten Leistungserbringung kommen – den Innovationen in der Krankenversorgung.

Innovationen in der Krankenversorgung

Nehmen Sie die Radiologie an der Herz- und Gefäß-Klinik an unserem Stammsitz Bad Neustadt. Dort setzen wir seit Herbst vergangenen Jahres für die bildgebende Diagnostik den sogenannten 128-Zeiler „Dual Source CT“ ein.

Dieses Gerät ist das weltweit modernste bildgebende Gerät, das auf Röntgenstrahlen basiert. Es liefert eine bislang nicht gekannte Auflösung von etwa einem Kubikmillimeter und damit so viele Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten, wie kein anderes Gerät zuvor. Es ist ungefähr so, als wenn Sie das erste Mal den Mond durch ein Teleskop betrachten und dabei viele Berge und Täler entdecken, die Sie mit dem bloßen Auge nicht mal erahnt hätten.

Vor wenigen Jahren lieferte ein CT gerademal ein einziges Bild pro Sekunde – der Dual Source CT schafft heute in derselben Zeit fast 400 Aufnahmen! Mit der erhöhten Aufnahmegeschwindigkeit sinkt die Bestrahlungszeit.

Mit dem Gerät können unsere Radiologen etwa einen im Anfangsstadium befindlichen Tumor relativ genau vorhersagen, und zwar lange bevor der Patient die entsprechenden Symptome zeigt. Sogar vor den kleinsten Anzeichen wissen wir so frühzeitig, ob, wann und welche Eingriffe durchzuführen sind.

Was hat der Patient von dieser medizintechnischen Innovation? Nun, durch die hohe Bildschärfe des Geräts steigt die Qualität von Diagnostik und Therapie. Erstens, weil der Radiologe deutlich mehr sieht als bisher. Und zweitens, weil durch die hohe Befundqualität die optimale Therapie für den Patienten im Einzelfall ausgewählt werden kann.

Was haben wir als Unternehmen davon? Die hohe Aufnahmegeschwindigkeit sorgt für eine Prozessbeschleunigung. Wir können damit schlichtweg mehr Patienten in derselben Zeit befunden. Dies führt zu Lerneffekten und Kostendegression. Das heißt, dass mit jedem zusätzlichen Patienten die Investitionskosten auf mehr Schultern verteilt werden können.

Ich will Ihnen dazu ein kleines hypothetisches Rechenbeispiel geben. Nehmen Sie an, die Anschaffungskosten für den Dual Source CT belaufen sich auf zwei Millionen Euro. Wenn Sie diese Kosten über fünf Jahre linear abschreiben, dann kostet bei einer Fallzahl von 500 Patienten pro Jahr – ohne Berücksichtigung der Betriebskosten – jeder Befund 800 Euro. Wenn statt 500 jetzt 2000 Patienten pro Jahr mit dem CT befundet werden, sinken die Fallkosten um 75 Prozent auf nur noch 200 Euro.

Weil das neue Gerät so oft eingesetzt wird, kommen außerdem Lerneffekte ins Spiel, was noch einmal die Qualität der Versorgung erhöht. Übrigens – durch die kurze Bestrahlungszeit sinkt auch noch die Strahlenbelastung, was ebenfalls den Patienten zugute kommt.

Hier liegt unser soziales und wirtschaftliches Anliegen, um unsere Innovationsführerschaft auszubauen:

1. Mit Investitionen schaffen wir hochwertige Angebote, die aufgrund ihrer Attraktivität zu einem hohen Patientenzustrom und damit zu Wachstum führen.
2. Medizintechnische Investitionen sorgen dafür, dass die Rationalisierung mit der damit verbundenen Kostendegression weiter vorangetrieben wird.
3. Durch Rationalisierung sorgen wir für ein hohes Versorgungsniveau und machen Medizin bezahlbar.

Aber: Mit Rationalisierung allein kann man die steigende Nachfrage nicht komplett befriedigen. Wir denken daher, dass innovative und sozial zumutbare Finanzierungs- beziehungsweise Zuzahlungsmodelle neben der Effizienzsteigerung der zweite Hebel zur Schließung der Finanzierungslücke sind.

Innovative Zuzahlungsmodelle

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

lassen Sie mich die Idee an einem Beispiel erläutern: Ein Modell – der heutige Aufsichtsratsvorsitzende der RHÖN-KLINIKUM AG, Herr Münch, hat es entwickelt und „GKV Plus Plus“ genannt – sieht vor, dass sich Menschen gegen einen höheren Beitrag Zugang zu solchen Innovationen in der Krankenversorgung verschaffen, die nicht oder noch nicht im Katalog der Gesetzlichen Kassen enthalten sind.

Es sieht im Grundsatz vor, dass der Patient eine Behandlung, die nicht oder noch nicht im GKV-Katalog enthalten ist, gegen eine sozial gestaffelte Eigenbeteiligung in Anspruch nehmen kann – gegebenenfalls im Rahmen eines zu definierenden Versicherungsschutzes. Das heißt, ein Geringverdiener würde nicht

den vollen Preisunterschied zahlen, sondern nur 10 Prozent, während ein Besserverdiener den vollen Preis zahlen müsste.

Dies würde dafür sorgen, dass, unabhängig von der Größe des Portemonnaies, jeder Patient den Zugang zu Innovationen erhielte. Das bedeutet gerade nicht den Einstieg in die Luxusmedizin für Reiche, sondern genau das Gegenteil: Eine Spitzenmedizin für alle.

Medizin oder Innovationen nur für Reiche ist genau das Gegenteil dessen, was die RHÖN-KLINIUM AG anstrebt. Der Grund ist ganz einfach: Da es nur wenige Reiche gibt, kämen wir nie auf die hohen Behandlungszahlen, die wir für die entsprechenden Versorgungskonzepte benötigen. Durch eine langsam – bei werthaltigen Innovationen sehr schnell – steigende Patientenzahl passiert Folgendes: Es treten Lerneffekte auf: Dadurch steigt die Qualität der Leistung, und durch die Kostendegression wird die Innovation für jedermann bezahlbar.

Mit der Entwicklung derartiger neuer Versorgungsmodelle bieten wir den Menschen vielfältige Wahlmöglichkeiten, an medizinischen Innovationen teilzuhaben. Umgekehrt erschließen wir uns mit diesem neuen Versicherungsmodell neue Wachstumsquellen. In dem Maße wie der Gesundheitsmarkt sich entfaltet und die Staatsverwaltung zurückdrängt, in diesem Maße werden wir neue Versorgungsangebote schaffen.

Wir halten unser Angebot an den Staat zur effizienten Erfüllung des Sicherstellungsauftrages der flächendeckenden Krankenversorgung aufrecht und werden in Zukunft zunehmend innovative medizinische Versorgungsleistungen erschwinglich machen. Mit diesem Ansatz schöpft dann unser Unternehmenswachstum zusehends aus zwei Quellen – neben den GKV-Leistungen setzen wir verstärkt auf Innovationen jenseits des Katalogs. Die aktuelle Gesundheitsreform ebnet uns mit der Einführung von Wahltarifen diesen Weg.

Lassen Sie mich diesen Teil abschließen: Es zeigt sich immer mehr: Ökonomisches Verhalten ist Grundvoraussetzung für die Erzielung sozial gewünschter Effekte – wie dem, dass eine hochwertige Krankenversorgung auf Dauer für jedermann bezahlbar bleibt.

3. Was sind die Kernelemente unserer Wachstumsstrategie?

Meine Damen und Herren,

lassen Sie uns nun zu den Perspektiven unseres Unternehmens, genauer zu unserer Wachstumsstrategie kommen. Ich möchte auf unsere Akquisitionsstrategie eingehen und Ihnen abschließend mit der Elektronischen Patientenakte ein Thema vorstellen, das das

Krankenhauswesen in den nächsten Jahren regelrecht revolutionieren wird.

Akquisitionen vorantreiben – aber nicht um jeden Preis

Meine Damen und Herren,

zunächst zur Akquisitionsstrategie und vorab kurz zu den Rahmenbedingungen.

Die derzeit gut laufende Konjunktur sorgt dafür, dass die Steuereinnahmen steigen und die öffentliche Hand wieder großzügiger Ausgaben plant. Dies ermöglicht es Kommunen, ihren schwächelnden Kliniken Geld zum Ausgleich ihrer Verluste zur Verfügung zu stellen. Mit solchen Garantien und Subventionen lähmt man die notwendige Veränderung dieser Branche. Daher überrascht es auch nicht, dass zusehends das Schlagwort „Public-Private-Partnership“, kurz „PPP“, in die Diskussion um die Zukunft der öffentlichen Krankenhäuser hineinschwappt.

Die Verwendung des Begriffs PPP geschieht inflationär, doch worum geht es dabei eigentlich genau?

PPP heißt: Ich hole mir als Klinikbetreiber zunächst eine Baufirma, die einen Klinikneubau errichtet. Dann besorge ich mir ein Medizintechnikunternehmen, das diesen Klinikneubau mit Geräten ausstattet. Ich als Klinikbetreiber pachte dann dieses Gebäude für 15 oder 20 Jahre und zahle eine jährliche Miete an die beiden Unternehmen. Soweit so gut.

Wo liegt hier der Haken? Es gibt gleich drei – einen „Drilling“ sozusagen – die Angler unter Ihnen werden wissen, was ich meine.

1. PPP löst nur das Liquiditätsproblem der öffentlichen Hand und das auch bloß kurzfristig. Denn über – unter Umständen erhöhte – Mieten und Pachten werden die Zahlungsverpflichtungen für Neubauten und Großgeräte mit Zins und Zinseszins lediglich in die Zukunft verschoben und können sich als Schuldenfalle für die öffentliche Hand entpuppen.
2. Durch PPP wird die Rentabilität des Klinikbetriebs nicht verbessert. Ein unrentables Klinikum bleibt unrentabel, solange die Prozesse nicht optimiert werden.
3. Wer beim Bau auf die Kompetenz von Krankenhausexperten verzichtet, wird von seinen hohen Betriebskosten kaum wieder runterkommen.

PPP ändert also nichts an der unzureichenden Rentabilität vieler öffentlicher Kliniken, weil die medizinischen Kernprozesse nicht

angepackt werden. Ich bin mir deshalb sicher, dass diese Modeerscheinung wieder verschwinden wird.

Für mich gibt es bei der Sanierung und Modernisierung der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser keine echte Alternative zum „Unternehmen“ Krankenhaus. Nur im Wettbewerb um die besten Managementkonzepte werden tragfähige und wirtschaftliche Fundamente für die Krankenhäuser geschaffen. Hier ist die Privatisierung der Königsweg.

Soviel an dieser Stelle aus meiner Sicht zur derzeitigen Lage auf dem Krankenhausmarkt.

Meine Damen und Herren,

wir haben unser Wachstumsziel der flächendeckenden Vollversorgung fest im Blick und streben langfristig einen Marktanteil von über acht Prozent an.

Unser langfristiges Ziel ist die Flächenabdeckung: In allen Regionen deutschlandweit wollen wir alle gesetzlich und privat versicherten Patienten bei sämtlichen Krankheitsbildern der Akutmedizin betreuen.

Allerdings streben wir kein Wachstum um jeden Preis an. Es geht uns um qualifiziertes Wachstum. Von Angeboten, die uns keine ausreichenden unternehmerischen Spielräume für Rationalisierung und Restrukturierung eröffnen, nehmen wir Abstand. Jede einzelne Akquisition muss sich selbst rechnen.

Bei unserer Akquisitionsstrategie steht für uns der Ausbau unserer Kernkompetenz, das heißt das Management von Akutkliniken, im Rahmen unserer mehrstufigen regionalen Versorgungskonzepte im Vordergrund.

Entscheidend ist für uns, dass wir als Betreiber einer Klinik auf Dauer die volle unternehmerische Verantwortung und Entscheidungskompetenz erhalten. Denn nur dann können wir zügig geeignete Restrukturierungsmaßnahmen vornehmen, das heißt Abteilungsstrukturen neu gestalten, Abläufe optimieren oder leistungsorientierte Haustarifverträge mit Ergebnisbeteiligungen für die Mitarbeiter abschließen.

Meine Damen und Herren,

die sich derzeit entspannende Finanzsituation der Kommunen ändert nichts an den strukturellen Problemen im Krankenhausmarkt: Der Investitionsstau beträgt nach Schätzungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft rund 50 Milliarden Euro und steigt jedes Jahr

um vier Milliarden Euro. Um das hohe Versorgungsniveau zu gewährleisten, muss der Investitionsstau abgebaut werden. Viele isoliert agierende – gerade öffentliche – Kliniken verfügen aber nicht über die finanziellen Mittel, um notwendige Investitionen zu tätigen. Dies beeinträchtigt ihre Wettbewerbsfähigkeit und wird die Marktkonsolidierung vorantreiben. Entscheidend wird in diesem Prozess die Investitionsfähigkeit und Managementkompetenz der Klinikbetreiber sein. Diese Entwicklung bedeutet weiteres Wachstum für die RHÖN-KLINIKUM AG.

Für die Universitätskliniken stellt sich ein weiteres Problem: Anfang 2007 hat sich der Bund aus der Hochschulbauförderung zurückgezogen und damit den Investitionsdruck auf die Universitätskliniken noch einmal erhöht. Wir gehen deshalb davon aus, dass es im Zuge dessen in den kommenden Jahren neben der Privatisierung von Kliniken der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung auch zu weiteren Privatisierungen von Universitätskliniken kommen wird.

Meine Damen und Herren,

ich möchte nun zu einem Thema kommen, das die Krankenversorgung von morgen revolutionieren wird – die Elektronische Patientenakte.

Elektronische Patientenakte revolutioniert die medizinische Versorgung

Was ist die Elektronische Patientenakte, und wie kann sie zu einer Verbesserung der Krankenversorgung beitragen?

Die Elektronische Patientenakte ist eine gemeinsame elektronische Plattform, um medizinische Daten zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens auszutauschen.

Nehmen Sie folgendes einfaches Beispiel zur Erläuterung, wie sie funktioniert: Ein Schlaganfall-Patient wird in eine Klinik eingewiesen. Er ist bewusstlos und nicht ansprechbar und „betritt“ – eigentlich wird er ja gefahren – diese Klinik zum ersten Mal. Die Klinik kennt weder seinen Namen, seine Blutgruppe, seine Vorgeschichte, Medikamentenunverträglichkeiten oder irgendwelche Vorerkrankungen. Mit anderen Worten: Er ist ein Unbekannter! Wenn die Klinik Glück hat, dann findet sie im Geldbeutel des Patienten seine Versichertenkarte und kann wenigstens seinen Namen erfahren.

Für eine Notfallbehandlung, die über Leben und Tod entscheiden kann, sind dies denkbar ungünstige Voraussetzungen. Damit die Ärzte sich ein umfassendes Bild machen können – soweit dies vor der Notfall-OP

überhaupt geht – müssen sie eine komplette Rundumdiagnostik durchführen.

Genau hier setzt nun die Elektronische Patientenakte, kurz EPA, an. Im Kern geht es bei der EPA darum, dass die Mitarbeiter, beziehungsweise das System, den Patienten und seine Krankengeschichte bei seiner Aufnahme sofort wieder erkennen – auch wenn er das erste Mal in einem Krankenhaus ohne Unterlagen vorstellt wird. Die EPA steuert den klinischen Behandlungsprozess. Sie ist virtueller Begleiter des Patienten auf seinem Weg durch das Krankenhaus.

Nehmen wir wieder unser Beispiel des Schlaganfall-Patienten und schauen, wie sich die Situation für die Beteiligten mit der EPA verbessert: Der Patient bekommt die bestmögliche Notfall-OP, weil die Ärzte innerhalb von Sekunden auf das komplette Patientenprofil, das heißt alle bisherigen Röntgenbilder, Laborbefunde oder Arztbriefe zugreifen können – auch wenn diese beim niedergelassenen Arzt oder in der Klinik aus dem vergangenen Urlaub liegen.

Die Ärzte sind zufriedener weil sie erfolgreicher sind. Mit der EPA weiten wir das Flussprinzip auf das „virtuelle“ Kliniknetz aus und verstärken die positiven Effekte der Restrukturierung und der Steigerung der Versorgungsqualität. So lassen sich mit der EPA erhebliche Wertsteigerungen erzielen.

Wir haben den klinikübergreifenden Datenaustausch bereits in einem Pilotprojekt in Leipzig erfolgreich getestet. In den kommenden Jahren gehen wir in den konzernweiten Roll-out. In einer weiteren Ausbaustufe wollen wir den Datenaustausch über den Konzernverbund hinaus realisieren – hier läuft bereits der nächste Pilot.

Ich denke, dass wir bei der EPA erst am Anfang eines „revolutionären“ Technikeinsatzes in der Medizin stehen. Wir können die künftigen Potenziale heute noch gar nicht oder nicht vollständig abschätzen, sondern nur erste Vorstellungen über die Zukunft entwickeln. Ich muss in diesem Zusammenhang immer an die Entwicklung des Internets denken. Wer hätte 1969 gedacht, dass aus einem kleinen Projekt des US-Verteidigungsministeriums einmal eine der wichtigsten Schlüsseltechnologien unserer Zeit entstehen würde. Ich bin der festen Überzeugung, dass die Elektronische Patientenakte – genauso wie das Internet unsere Arbeits- und Lebenswelt verändert hat – das Bild der Medizin in der Zukunft radikal zum Positiven hin ändern wird.

Unsere Vision zur EPA sieht wie folgt aus: Wir wollen die EPA zu einem selbstlernenden System weiterentwickeln, das die Ärzte aktiv bei ihren Diagnose- und Therapieentscheidungen unterstützt. Dann

werden sie ihre Entscheidungen auf einer wesentlich breiteren Informationsbasis treffen können, als dies heute der Fall ist.

Lassen Sie mich die Idee skizzieren: Vielleicht haben Sie schon einmal beim Internet-Versandhaus „Amazon“ ein ganz bestimmtes Buch X gesucht – Ihre Kinder oder Enkel haben es mit Sicherheit schon getan. Wenn Sie dies tun, dann informiert Sie Amazon, dass andere Kunden, die das gleiche Buch bestellt haben, mit einer bestimmten Häufigkeit ebenfalls Interesse am Buch Y oder Z hatten.

Hier sehen Sie den Lerneffekt des Systems: Amazon hat in seiner Datenbank viele Informationen über das Leseverhalten seiner Kunden gesammelt. Das System kann durch eine intelligente Verknüpfung der Daten den Lesern ganz auf sie zugeschnittene, neue Informationen zur Verfügung stellen.

Genau diese Idee wollen wir in die Medizin hineintragen: In der Zukunft werden medizinische Datenbanken – ähnlich wie Amazon heute – in der Lage sein, die immensen medizinischen Informationen über Patienten zu sammeln und selbstständig und regelmäßig nach Sinnzusammenhängen zu durchforsten. Wenn ein Arzt in der Zukunft bei einem Patienten eine bestimmte Krankheit diagnostiziert, kann ihm das System sagen, mit welcher Wahrscheinlichkeit der Patient auch noch eine weitere Krankheit hat beziehungsweise mit welcher Wahrscheinlichkeit dieser Patient in der Zukunft eine weitere Folgeerkrankung bekommen könnte. Der Arzt kann den Patienten damit gezielter beraten, wie er über Präventionsmaßnahmen Folgeerkrankungen vermeiden kann. Dies kommt dem Wohlbefinden und der Lebensqualität unserer Patienten zugute und senkt zugleich die Kosten.

Meine Damen und Herren,

wenn Sie diesen ersten Teil unserer Vision weiterdenken, gelangen Sie zum zweiten Teil unserer EPA-Vision. In der Zukunft wollen wir auf der Basis der gesammelten anonymisierten Patientenprofile für eine bestimmte Region eine verlässliche Prognose über die künftige Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung treffen. Entsprechende Methoden dieser prädiktiven Medizin werden bereits heute genutzt und künftig an Bedeutung gewinnen.

Wir wären mit einer solchen Prognosetechnik in der Lage, Bandbreiten für künftige Leistungsmengen vorauszusagen. Unser Ziel besteht darin, die Ergebnisse dieser Nachfrageprognose direkt in unsere Kapazitäts-, Angebots- und Investitionsplanung einfließen zu lassen.

Zur Erinnerung: Die Investitionskosten für einen 300-Betten-Klinikneubau können schnell 50 Millionen Euro oder mehr erreichen

und müssen über einen Zeitraum von 15 bis 20 Jahren refinanziert werden. Entscheidend für eine zügige Refinanzierung der Investitionskosten ist eine dauerhaft hohe Auslastung der Klinik. Mit einer Nachfrageprognose könnten wir die Refinanzierung unserer Investitionskosten optimieren.

Denn mit einer angepassten, wir würden sagen „atmenden“, Krankenhausinfrastruktur, die auf unserer Prognose basiert, könnten wir die Klinikauslastung ständig auf einem sehr hohen Niveau halten und unseren Leistungsmix in der Klinik den schwankenden Patientenbedürfnissen anpassen. Dies würde die heute vielerorts gängige teure Vorhaltung unnötiger Überkapazitäten mindern, damit die Refinanzierung von Investitionskosten erleichtern und im Endeffekt die Wertsteigerungen unseres Geschäftsmodells erhöhen.

Die EPA wird somit zu dem eigentlichen Steuerungselement in der Krankenversorgung von morgen. Sie ist gelebtes Wissensmanagement.

Ich bin mir sicher: Mit der EPA setzen wir einen neuen Trend in der Krankenversorgung.

Abschließende Bemerkung zur Zusammenarbeit zwischen Aufsichtsrat und Vorstand

Erlauben Sie mir abschließend ein paar Bemerkungen zum Thema Zusammenarbeit zwischen Aufsichtsrat und Vorstand, auf die Herr Münch ausführlich aus seiner Sicht und aus Sicht des Aufsichtsrats eingehen wird.

Die aktuellen Entwicklungen in einigen Großunternehmen zeigen, wie wichtig eine institutionalisierte Zusammenarbeit in strategischen Fragen und eine entsprechende Kontrolle der Umsetzung sind.

Daher begrüßen wir als Vorstand ausdrücklich die Diskussion im Aufsichtsrat sowie zwischen Aufsichtsrat und Vorstand zur Frage der Weiterentwicklung der Zusammenarbeit der beiden Organe.

Wir als Vorstand stehen für eine leistungsorientierte, integre und transparente Unternehmensführung, deren strategische Ausrichtung in einem fortlaufenden institutionalisierten Informations- und Meinungsaustausch mit dem Aufsichtsrat abgesichert wird und dessen Kontrolle unterliegt.

Ich möchte die drei Adjektive „leistungsorientiert“, „integer“ und „transparent“ präzisieren:

1. Erstens zum Stichwort leistungsorientiert: Der Vorstand lässt sich an seiner Leistungsfähigkeit für das Unternehmen und damit der Anteilseigner messen. So haben wir, wie der Aufsichtsrat, auf denjenigen Teil der Tantieme in 2006 verzichtet, der auf den steuerlichen Einmaleffekt zurückgeht. Wir halten es für angemessen, für eigene Leistung bezahlt zu werden und nicht von steuerlichen Einmaleffekten zu profitieren.
2. Zweitens zum Stichwort Integrität: Der Vorstand unterstützt vorbehaltlos alle Maßnahmen des Aufsichtsrats zur Korruptionsprävention und zur Kontrolle des Vermögens der Gesellschaft und ihrer Aktionäre. Als Konsequenz habe ich in meinem Bereich die Stelle der Internen Revision geschaffen.
3. Und drittens Transparenz: Wir als Vorstand meinen, dass wir die offene Information der beiden Organe und den wechselseitigen Austausch über die strategische Ausrichtung des RHÖN-KLINIKUM Konzerns weiterentwickeln sollten.

Zusammenfassung

Meine Damen und Herren,

wir setzen Trends in der Krankenversorgung und geben die Marschrichtung vor. Dies zeigt sich beim Flussprinzip, bei der Privatisierung von Universitätskliniken oder ganz aktuell beim Neuen Ärztlichen Berufsbild. Mit der Elektronischen Patientenakte erhöhen wir die Taktgeschwindigkeit der Krankenversorgung von morgen.

Meine Damen und Herren,

einen Gedanken sollten wir alle, Sie als Aktionäre, der Aufsichtsrat, der Vorstand und die Mitarbeiter beherzigen: **Ökonomisch geprägtes Handeln in der Krankenversorgung führt zu Menschlichkeit und ist damit hoch ethisch.**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!