

# **Ordentliche Hauptversammlung der Rhön-Klinikum AG**

**am 22. Juli 2004 – ab 10.00 Uhr**

**Messe-Kongress-Zentrum Frankfurt/Main**

**– Rede von Eugen Münch, Vorstandsvorsitzender –**

## **Begrüßung**

### **Ergebnis 2003**

Im Jahr 2003 sind unsere Umsatzerlöse um knapp 9 % auf 956 Mio € gestiegen. Der Konzerngewinn erhöhte sich um 8,5 % auf 73,1 Mio €. Bezogen auf die Aktie war das eine Verbesserung bei den Vorzügen von 2,62 € auf 2,84 € und bei den Stammaktien von 2,60 € auf 2,82 €. Das operative Ergebnis vor Steuern ist wesentlich stärker gestiegen, nämlich um 12,3 % auf 111 Mio €.

Die flutopferbedingte Körperschaftsteuererhöhung und der Wegfall von Steueranrechnungsbeträgen bei Ausschüttungen war Ursache des Anstiegs unserer Steuerquote von 24,2 % auf 28,4 %. Das hat unser Ergebnis mit rund 4 Mio € belastet.

Die Zahl der in unseren Kliniken behandelten Patienten übersprang erstmals die halbe Million und stieg um 11,9 % auf insgesamt 530.069 Patienten. Die Zahl der Mitarbeiter zum Jahresende nahm um 4 % auf 13.408 zu.

Im Geschäftsjahr 2003 betrug das akquisitionsbedingte Wachstum nur 44,5 Mio €. Wir haben am 1. Januar 2003 als Ergänzung zum Krankenhaus Pirna das nur 8 km entfernte Krankenhaus Dohna-Heidenau mit 142 Betten übernommen. Seit dem 1. Juli 2003 gehört das Stadtkrankenhaus Cuxhaven mit 286 Betten zum Konzern. Im Sommer 2003 haben wir Verträge zur Übernahme der Krankenhäuser in Hammelburg und Bad Kissingen mit 140 und 196 Betten beurkundet und den Übernahmetag auf den 1. Januar 2004 gelegt. Bei einer größeren Übernahme, dem Waldklinikum Gera, waren wir zweiter Sieger, da dem Veräußerer offensichtlich der Kaufpreis wichtiger war als zukunftsichernde Investitionen.

Unser Angebot zur Übernahme des LBK Hamburg war politisch wohl nicht akzeptabel. Die Absicherung der vorhandenen Strukturen, die von Mitarbeitervertretern, Gewerkschaftern und Politikern häufig gefordert werden, wird von uns nicht akzeptiert. Unsere Rolle ist die Gestaltung der Zukunft und nicht die Verlängerung der Vergangenheit.

Unsere Investitionen von 112,5 Mio € konnten wir aus dem Cash-Flow finanzieren. Unsere Nettoverschuldung ist daher nicht gestiegen. Das Eigenkapital beträgt 487,3 Mio €, die Eigenkapitalquote ist leicht von 42,8 % auf 43,9 % gestiegen.

Wir sind und bleiben gesund und finanzstark.

## **Entwicklung 2004**

Dies bestätigt auch der Ihnen heute vorliegende Bericht über die Entwicklung unseres Konzerns im ersten Halbjahr 2004. Unsere Eigenkapitalquote erhöhte sich auf 46 %, wir haben unsere kurzfristige Verschuldung um 20 % abgebaut und finanzieren uns verstärkt langfristig.

Die Entwicklung unserer Umsatzerlöse mit einer Zunahme von 7,1 % auf 498,8 Mio € liegt knapp im Rahmen unserer Erwartungen. Der Konzerngewinn ist im ersten Halbjahr 2004 nur um 1,6 % auf 31,7 Mio € gestiegen. Wir werden alle Anstrengungen unternehmen, um unsere Gewinnprognose von 76,0 Mio € für das Gesamtjahr einzuhalten.

Bis Anfang Juli 2004 haben wir Vertragsverhandlungen zum Erwerb von drei Krankenhäusern mit insgesamt 1.489 Betten erfolgreich abgeschlossen. Für das zweite Halbjahr 2004 erwarten wir weitere Akquisitionen, da unsere Konzeption der aktiven, mit Investitionen unterlegten Veränderung zunehmend akzeptiert und notwendig ist.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, nachdem ich, hoffentlich ausführlich genug, die Ergebnisse 2003 und den Verlauf in 2004 dargestellt habe und damit der Pflichtteil der Rede, den Sie im Jahresbericht vertiefend nachlesen können, dargestellt habe, lassen Sie mich zur Kür kommen. Lassen Sie mich mit dem Markt der Krankenhäuser beginnen:

## **Der Markt – Demografisch gesteuerte Nachfrage bei stagnierender pro Kopf-Kaufkraft**

Versucht man, die aktuelle Situation im deutschen Gesundheitswesen und im Besonderen im Krankenhauswesen zu analysieren, so ergibt sich, dass die Nachfrage nach Behandlungen durch die älter werdende Bevölkerung permanent zunimmt. Die Zahl der Krankenhausaufnahmen sind von 1991 bis 2001 um über 20 % auf 16.6 Mio gestiegen. Bei ca. 80 Mio Einwohner bedeutet dies, dass im Durchschnitt jedes Jahr jeder 5. Einwohner aus unserem Land ins Krankenhaus geht. Die ursprüngliche Finanzierung der Krankenhausleistung über eine Pflorgetage bezogene Selbstkosten-Regelung führte im internationalen Vergleich zu um 20-30 % überhöhten Verweildauern.

Der permanente Aufnahmedruck verbunden mit einer schon lang anhaltenden Budgetdeckelung führte durch Verkürzung der Liegezeiten zu einer

Leistungsverdichtung. Diese entsteht, weil die Patienten im Durchschnitt am Beginn des Aufenthalts ein Mehrfaches der Ressourcen benötigen wie am Entlassungstag. Die Folge ist, dass die Krankenhäuser eigentlich ihre Leistungsstruktur den veränderten Anforderungen investiv hätten anpassen müssen. Die dafür vorgesehene Finanzierungsform, genannt duale Finanzierung, durch die Bundesländer wurde in den vergangenen Jahren zunehmend eingeschränkt. Die Desinvestition, d.h. der Nachholbedarf wird von Fachleuten auf das 8-10-fache der heutigen durchschnittlichen Jahresförderung angesetzt. Die Folge der Desinvestition wird von den Krankenhäusern mit überproportionalem Material- und Personaleinsatz ausgeglichen. Die Konsequenz aus diesem Verhalten war, dass die steigende Fallzahl nicht zu einer Kostendegression, sondern zu erhöhten Fallkosten bzw. Fallpreisen geführt hat.

Die zukünftige Bedienung der weiter steigenden Nachfrage ohne Systemveränderung würde eine verstärkte Finanzierung und damit höhere Beitragssätze erfordern. Die lang anhaltende wirtschaftliche Stagnation hat die seit mindestens 15 Jahren laufenden Strukturprobleme im Zeitraffertempo deutlich gemacht und lässt bei den Krankenhäusern zunehmend Verluste auflaufen – mindestens positive Ergebnisse schwinden – und führt zu stark wachsendem Interesse, Krankenhäuser an private Betreiber abzugeben.

Um das System anzuregen, Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und die enormen Differenzen für die Vergütung gleichartiger Fälle, die teilweise bis zu 100 % streuen, aufzuheben, hat die Regierung ein neues Vergütungssystem auf den Weg gebracht.

## **DRGs, ein neues System der Krankenhausvergütung mit Geburtswehen**

Die Entwicklung des Systems der DRGs ist spannend und an Unwägbarkeit z.Z. nicht zu übertreffen. DRGs das bedeutet relative Diagnose-Gruppierung – oder nichts anderes als Abrechnung nach Fallpauschalen auf der Basis von Diagnosen, die nach einem Punktverfahren gruppiert werden. Das Komplizierte daran ist, dass alle Leistungen/Diagnosen, in welchem Krankenhaus auch immer sie anfallen, in ein Verhältnis zueinander gesetzt werden und so die Fallpunktwerte, genannt Relativ-Gewichte, die Leistung des Krankenhauses beschreiben. Es ist in Deutschland der erste Versuch, medizinische Leistungen zueinander ins Verhältnis zu setzen und daraus einen Preis zu bilden.

In der Praxis sieht das dann z.B. so aus: Eine vaginale Entbindung ohne Komplikationen (unkomplizierte Geburt) hat das Relativgewicht 0,578 und eine komplizierte Herzklappenoperation hat 6,926. Wenn dann der Landesdurchschnittspreis pro Fall, genannt Landesbasisfallwert, z.B. 2800 € wäre, braucht man beide Werte nur zu multiplizieren und erhält für die Geburt 1.618,4 € und für die schwierige Herzoperation 19.392,8 €.

Der Durchschnitt aller Fälle in Deutschland war ungefähr bei 1.0 Relativgewicht definiert. Da die Krankenhäuser im Aufwand und der Effizienz teilweise bis zu 100 % um diesen Wert schwanken, hätten eigentlich alle Krankenhäuser ihre Zahlen liefern müssen, um mindestens den Durchschnitt richtig zu bilden. Anfangs haben nur 140 mitgemacht und jetzt sind es 600. Das ist zu wenig, um stabile Zahlen zu bekommen. Erschwerend kam hinzu, dass die Universitätskliniken und die meisten Großkliniken anfangs blockiert haben, weil sie dachten, man könne die Transparenz des Systems verhindern. Das Ergebnis ist, dass die einfachen Leistungen noch zu hoch bewertet sind und die komplizierten zu niedrig. Eine Konsequenz ist, dass Proberechnungen von Hochleistungskliniken deutliche Erlösrückgänge zeigen und bei Kliniken mit Patienten der unteren Schwierigkeitsskala beachtliche Verbesserungen auftreten. Auch bei uns zeigt sich über den Konzern gesehen noch kein neutrales Bild. Das ist allerdings nicht dramatisch, weil wir mit jeder neuen Kalkulationsrunde besser werden und ab 2005 alle Krankenhäuser Daten liefern müssen.

Da wir wissen, dass wir wirtschaftlicher sind als der Durchschnitt aller Krankenhäuser, kann das ‚nach Adam Riese‘ im DRG-Durchschnitt nicht viel anders sein. Ich vermute aber, das kann ich allerdings auch nur gefühlsmäßig schätzen, dass wir bei einer Umwucht zu Lasten der Hochleistung von 10% noch neutral im Ergebnis wären, und bei höherer Genauigkeit Vorteile zu Tage treten. Aktuell liegt der Fehler im System bei starksinkender Tendenz noch deutlich über 10%.

Damit sieht es sehr schlecht für viele Maximalversorgungskliniken aus, weil diese sogar bei richtiger Bewertung ein ungelöstes Problem haben. Dieses liegt darin, dass mit unterschiedlicher Intensität in den großen Schwerpunktkliniken der Maximalversorgung, insbesondere Universitätskliniken, nicht nur schwerkranke Patienten behandelt werden, sondern auch jeder Grundversorgungspatient, der eigentlich nicht in eine solch teure Klinik gehört, aufgenommen wird und statt 2.000 € Fallkosten 3.500 € oder mehr auslöst. Eine Blinddarmoperation in der Universitätsklinik kostet leicht das Doppelte wie in einer Klinik der Regelversorgung. Die neue Abrechnung bezahlt aber zukünftig nur die „Blinddarmoperation“, gleichgültig wo sie erbracht wird. Dadurch können dann bei einer Uniklinik mit einem Umsatz von 300 Mio € leicht 60 Mio € fehlen. Man müsste also sofort die Patienten mit den „einfachen“ Krankheiten von denen mit den „schweren“ Krankheitsbildern trennen und z.B. – so wie wir das vorschlagen – Grundversorgungsfälle in preiswerte Tele-Portal-Kliniken und die echten Schwerpunktfälle in dafür geeignete Behandlungseinrichtungen bringen.

Die Vertreter der Unikliniken und Großkrankenhäuser haben die Flucht nach vorne angetreten und versuchen, Zuschläge von 20% auf alle Leistungen zu erhalten. Diese Zuschläge aber müssten die anderen Leistungserbringer abgeben, und deshalb ist ein richtiger politischer Krieg entbrannt. Dramatisiert wird das Thema, weil die Uni-Kliniken zu den Ländern gehören und diese für die Defizite aufkommen müssten oder – wenn sie die Defizite nicht mehr ausgleichen können und/oder wollen – die entsprechenden Unikliniken schließen müssten.

Die aktuelle gesetzliche Lage sieht vor, dass die neuen Preise mit je einem Drittel ab 2005 wirksam werden. Im Folgejahr ein weiteres Drittel usw. Eine Klinik, deren Fallwerte um 20% zu niedrig sind, hätte einen Einnahmefall von 6,6%. Bereits im 1. Jahr könnten sich da beispielsweise bei einigen Ländern zusätzliche Defizite von 100 Mio bilden. Schlagworte wie Elitförderung mit 50 Mio für eine Universität, werden bei diesen Dimensionen doch sehr relativiert.

Um die scharfe Wirkung des Systems zu vermeiden und Zeit, aber auch Motivation zur Nachkalkulation zu gewinnen, soll jetzt die Anlaufzeit auf 4 Jahre und die erste Auswirkung auf 15% reduziert werden. Wir haben dem auch zugestimmt, weil wir ansonsten ein Chaos in der Versorgung befürchten. Außerdem ist Privatisierungsdruck schon gut – aber Dambrüche können wir auch nicht aushalten.

Die Lage ist allerdings verworren, weil die Kultusminister noch für Zuschläge kämpfen. Da diese aber von allen anderen Kliniken zu tragen wären, stehen vermutlich 1.500 Landräte, Bürgermeister und Kirchenfürsten auf der Gegenseite. Unter den öffentlich-rechtlichen – und teilweise auch unter den Wohlfahrtsträgern – gibt es eine größere und schnell wachsende Zahl von Krankenhausträgern, die sagt: „Weshalb nicht Privatisierung prüfen? Die Privaten scheinen Geld und Kenntnisse zu haben und können offenbar die Probleme lösen.“

Wir arbeiten sehr intensiv in der politischen Diskussion mit, um die Brüche, die mit der Einführung des neuen Systems auftreten werden, abzumildern, weil bereits die heute ausgelöste Privatisierungswelle zeigt, wie schnell die privaten Krankenhausträger, die Privatisierung leisten können, an die Grenzen ihrer Aufnahmefähigkeit kommen.

## **Medizinische Versorgungszentren und Integrierte Versorgung – ein Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen**

Das deutsche Gesundheitswesen hat immer darunter gelitten, dass zwischen ambulanter und stationärer Leistung eine extreme Trennung bestand. Da es im Jahr immerhin über 16 Millionen Patienten gibt, welche vom ambulanten in den stationären Sektor und zurück wechseln und es vermutlich ebenso viele Fälle zwischen der Schwarz-Weiß-Definition ambulant oder stationär gibt, kann man sich leicht die Grenzverluste vorstellen. In der Grauzone gibt es unterversorgte krankenhauspflichtige Patienten, die im ambulanten Sektor gehalten werden ebenso wie entlassfähige stationäre Patienten, die ambulant versorgt werden könnten. Das bedeutet, wir haben ein medizinisches und wirtschaftliches Effizienzproblem. Ich halte einen durchschnittlichen Schnittstellenverlust von 200 € je Fall nicht für abwegig, der aber würde bereits ein Potenzial von 3,3 Mrd € oder über 6 % der Krankenhausleistung bedeuten.

Obwohl es niedergelassenen Ärzten nie verboten war, ihr Kapital beliebig anzulegen, kenne ich keinen Fall, in welchem die Ärzte das Krankenhaus in ihrer Stadt gekauft hätten. Der Grund liegt vermutlich darin, dass ein Kassenarztsitz

lange eine sehr kuschelige Ecke gewesen ist. Umgekehrt war es verboten, dass eine Arztpraxis jemand anderem gehört als dem Arzt, der sie betreibt. Eine Kassenarztpraxis, die – aus welchen Gründen auch immer – aufgegeben wurde, ging somit indirekt an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zurück und der Arzt konnte insbesondere in den letzten Jahren keinen Firmenwert mehr realisieren. Bei Licht betrachtet, haben die niedergelassenen Ärzte die Schutzmauern um ihr System so hoch gezogen, dass sie am Ende selbst darin gefangen waren und in der Kassenärzteschaft der Wettbewerbsschutz vor Individueller Entwicklung rangierte.

Als im vergangenen Jahr die Diskussion über die Zulassung von anderen Eigentümern an Kassenarztsitzen, nämlich Krankenhäusern, in die Diskussion gebracht wurde, gab es zuerst Aufstand und Blockade. Erst im zweiten Anlauf und aufgrund erheblicher politischer Überzeugungsarbeit wurden die Medizinischen Versorgungszentren geboren.

Diese Medizinischen Versorgungszentren können im Besitz von Ärzten sein; dann ist dies ein Zusammenschluss von Kassenärzten, der in der Unternehmensstruktur weiterhin maßgeblich auch bei kaufmännischen Entscheidungen vom Arztrecht dominiert ist. Sie sind damit in der Eigenkapitalbeschaffung auf sich selbst reduziert und damit ohne Perspektive.

Bei niedergelassenen Ärzten ist die Meinung sehr stark vertreten, dass der freie Beruf sich über die freie Entscheidung in ärztlichen patientenbezogenen Fragen – da gebe ich den Damen und Herren Recht – definiere. Als eine Fehleinschätzung betrachte ich die Vorstellung, dass zur Unabhängigkeit des Arztes die Entscheidungshoheit in allen wirtschaftlichen Angelegenheiten und bei den Zeitdispositionen gehören würde. Die Realität ist längst eine völlig andere. – Die Kassenärztliche Vereinigung schreibt – und das oft im Nachhinein – den Preis vor, der Staat gibt Ordnungsrichtlinien bzw. Höchstmengen in Form von Budgets etc. vor. Die KV entscheidet, was am Ende die Praxis wert ist, indem sie den neuen Standort festlegt und die Käufer aussucht. Mit der Entwicklung Basel II können Ärzte häufig nicht einmal Investitionen refinanzieren.

All das war noch akzeptabel, als man als Arzt zur eigenen Leistungsentlohnung noch einen Aufschlag als Unternehmerlohn von 100% verdienen konnte. Das ist nicht mehr für viele möglich. Damit ist das gehegte Idealbild des freien Arztes längst auf die Frage reduziert, wer noch wirtschaftlichen Erfolg hat, übt noch einen ‚freien Beruf‘ aus und die anderen sind eher scheinfreiberuflich Tätige. Wir sind sicher, dass die inhaltlich freie Ausübung des Arztberufs in einem von uns geführten Medizinischen Versorgungszentrum dem Ideal des am Patienten autonomen Arztes viel näher kommt. Allerdings muss man Qualitätskontrolle als Teil der persönlichen Weiterentwicklung und nicht als Einengung verstehen.

Wenn man wie wir mit Umsatzrenditen nach Steuern von 7-10% arbeitet, dann muss man sich die Frage stellen, weshalb wir Praxen führen wollen, die nach Abzug der Arztvergütung, wenn überhaupt nur einen Bruchteil unserer gewohnten Erträge bringen.

Die von Ärztefunktionären verbreitete Parole:

„Der Münch will alle Arztpraxen in Deutschland kaufen und damit ein Monopol erwerben“, ist eigentlich der Vorwurf der Dummheit und der Unfähigkeit, wirtschaftliche Zusammenhänge zu erkennen. Und das nehme ich den Herrschaften übel.

Tatsächlich geht es nur darum, an der Grenze zwischen Krankenhaus und ambulanter Tätigkeit in einem gestuften Prozess Doppel- und Leerleistungen zu eliminieren und daraus für den Patienten den medizinischen und für das Unternehmen den wirtschaftlichen Nutzen zu ziehen. Die Realisierung stellen wir uns so vor, dass wir vor jedes Krankenhaus ein Medizinisches Versorgungszentrum stellen und mit möglichst allen Facharztbereichen bestücken. Dabei sollen diese Zentren zwar enge Vertragspartner der Krankenhäuser sein, gleichzeitig sollen sie aber durch eine separate Holding stark genug sein, um sich in Augenhöhe mit dem Krankenhaus zu treffen.

Um Leistungen, die in zwei Sektoren vorgehalten werden, zu rationalisieren, muss man sie auf einen Sektor vereinen. Der Ort kann nur das Krankenhaus sein, weil dort nicht alle Patienten mobil sind. Man könnte somit die ambulante Leistung im Hochkostenbereich Krankenhaus erbringen und würde damit alle Leistungen auf dieses Niveau treiben. Eine Verteuerung auf das Doppelte bis Dreifache wäre programmiert. Oder aber der Low-Cost-Bereich Ambulanz erbringt die Leistung und es entsteht die Chance, erhebliche Kostensynergien zu heben. Wenn das MVZ die Diagnostik des Krankenhauses übernimmt, wären das Auftragsleistungen, die preiswert und trotzdem ergebnissteigernd im MVZ ausgeführt werden könnten. Neben den großen MVZ-Lösungen haben wir für kleinere Standorte auch kooperative Lösungen mit Ärzte-MVZs entwickelt, die über Vertragsabsicherungen stabilisiert werden.

Sie werden mit zunehmender Tendenz deshalb an jedem Krankenhaus der RKA ein Medizinisches Versorgungszentrum mit möglichst vielen fachärztlichen Disziplinen und eine in diesem Zentrum ausgegliederte Krankenhausdiagnostik der kurzen Wege finden.

Dieses Konzept schließt lückenlos an die ebenfalls mit der letzten Gesetzesänderung geschaffene so genannte Integrierte Versorgung an. Mit Integrierter Versorgung wird vereinfacht folgendes Modell möglich: Ein oder mehrere Gesundheitsdienstleister, z.B. wir, bietet den Kassen für ihre Mitglieder ein Versorgungsmodell an. Es muss für Mitglieder der Kassen so überzeugend sein, damit die Mitglieder sich verpflichten, nur dieses Modell zu nutzen. Das werden sie nur tun wenn es überzeugend ist und vorteilhaft erscheint. Mit diesem System könnte man beispielsweise in einer Region, in der man alle Krankenhäuser und viele Kassensitze im MVZ hält, den Kassen anbieten (nur als Beispiel), dass für alle Mitglieder der Kasse, die sich schriftlich bereit erklären mitzumachen, nur eine preiswerte Kopfpauschale zuzüglich eines sozialorganisierten Selbstbehaltes abgerechnet wird. Die jederzeitige Versorgung und Qualität würde gewährleistet und das Konzept mit der elektronischen Akte auf die Service-Bedürfnisse der

Teilnehmer ausgerichtet. Solche Angebote sind nur machbar, wenn man über genügend Fläche verfügt und Inhalt abdecken kann. Wenn dies so ist, ist die Integrierte Versorgung das Entwicklungsmodell der Zukunft.

Leider wurde bei der Integrierten Versorgung in den gut gemeinten Wein viel Wasser gegossen.

Versorgungsmodelle, wie sie zur Zeit zwischen Kassen und Krankenhäusern sowie niedergelassenen Ärzten abgeschlossen werden, haben häufig nur wenig mit Verbesserung der Medizin als mit dem Abgreifen der Anschubfinanzierung zu tun. Zum Glück ist die unselige Anschubfinanzierung zeitlich begrenzt, und eventuell wird sie aus Verfassungsgründen gestoppt werden müssen. Die Zeit für qualifizierte Konzepte, wie soeben beschrieben, wird deshalb kommen, und wir werden Benchmarks setzen.

Zu den Entwicklungszielen im inhaltlichen Sinne gehört natürlich auch, dass wir nachhaltig die Übernahme von Krankenhäusern anstreben. Die in den letzten Wochen nach langen Vorbereitungen eingegangenen Engagements zeigen, dass wir vorankommen. Zunehmend verfolgen wir bei der Auswahl der zu übernehmenden Krankenhäuser eine geostrategische Ausrichtung, um Versorgungs-Cluster zu gewinnen. Damit schaffen wir Handlungs- und Strategieautonomie, weil wir für jede Versorgungsform und jede Versorgungsgröße – mit Ausnahme der Rehabilitation, die wir weiter meiden – schlüssige Konzepte haben, die an einigen Stellen die Benutzerfrequenz erheblich steigern lässt.

Unser Interesse, Versorgungs-Cluster zu bekommen, war der Grund, dem Land Berlin ein Angebot für seinen Klinikkonzern Vivantes zu machen. Mit unserem Konzept und unseren Investitionen könnten wir eine erhebliche Versorgungsverbesserung und trotzdem eine gute Rendite erreichen. Das Angebot wurde zunächst einmal abgelehnt und gesagt: „Wir können das selber.“ Nun Fakt ist: Den Spruch haben wir in den letzten Jahren immer wieder gehört und jedes Mal waren die Ergebnisse für die Stadt deprimierender. – Wir werden warten.

### **Der Wandel des Konzerns – von der Prozessorganisation zur Netzwerkversorgung – Konsequenzen für das äußere und innere Umfeld des Krankenhauses**

Wenn Ihnen jetzt etwas der Kopf schwirrt, so liegt das nicht an Ihrem Kopf, sondern daran, dass ich Ihnen einen teilweisen Einblick in die Veränderung gezeigt habe, die unsere und eine der größten Branchen in Deutschland mit über einer Million Mitarbeitern und deutlich über 50 Mrd Umsatz gerade umtreibt. Die Änderungsdimension entspricht der Veränderung, die das Handwerk am Beginn des Industriezeitalters getroffen hat.

Wir stehen beispielsweise vor der Frage, ob bzw. wie man für Ärzte, die in einem Medizinischen Versorgungszentrum als Angestellte arbeiten, ein Arbeitsverhältnis und einen Tarifvertrag begründen kann, der über werkvertragliche Bestandteile die

Dynamik und Erfolgsbezogenheit des niedergelassenen Arztes enthält und gleichzeitig die rigiden gesetzlichen und leistungsfeindlichen deutschen Arbeitnehmergesetze integrieren kann. Gelänge die Symbiose, wäre es ein Aufbruch, mit dem ein neuzeitlichen Arbeitsplätzen gerecht werdendes Regelwerk entsteht. Dazu müssten die heutigen Gewerkschaften, die immer noch glauben, als Standardmitglieder Arbeitnehmer betreuen zu wollen, die dem vom Fabrikherrn gepeinigten Malochern entsprechen, ihr Selbstverständnis modernisieren. Sie versuchen, den modernen Arbeitnehmer, der Freiraum in seiner Arbeit anstrebt und gleichzeitig Glied einer erfolgsorientierten Leistungskette ist, mit entmündigender Mitbestimmung gleichmacherisch zu unterjochen. Dabei nehmen diese Mitarbeiter zwar die Vorteile mit, ansonsten ziehen sie es vor, an den Kooperativen nicht beteiligt zu sein. Ganz folgerichtig bestehen die Mitgliedschaften noch aus 10 bis 15 % der Belegschaft und davon gehört meist ein Viertel zum Funktionärskader.

Die Zukunft braucht gerade im Dienstleistungsbereich, wie ihn auch das Krankenhaus darstellt, eine Mitarbeiterorganisation und ein Tarifrecht, das nicht die Figur des sich in einer Herde bewegendem Einfaltspinsels beschreibt, für den Klopausen und Sitzplätze organisiert werden müssen, sondern auf eine Organisation bezogen ist, die eine die Dynamik der Arbeitswelt, Erfolgsbezogenheit und die Sicherung des Anteils am unternehmerischen Erfolg nach dem Motto „soviel Soziales wie nötig“ und nicht wie bisher soviel Soziales wie möglich zur Devise hat.

Wir brauchen ziel- und erfolgsbezogene Arbeitsgruppen, die wir Arbeitsfamilien nennen würden und die Aufgaben übernehmen, statt nur Arbeitsplätze zu besetzen. Wir denken auch, dass diese Gruppen Urlaub, Krankheit, Weiterbildung in eigener Autonomie abfedern könnten, so dass der Arbeitgeber ihnen die dafür nötige Risikoprämie ausbezahlen könnte. Effizienzsteigerung durch höhere Leistungsbereitschaft würden der Gruppe, die sie erzielt oder verspielt, zuwachsen aber auch entfallen.

Diese Arbeitsfamilien unterscheiden sich dadurch, dass wir uns werkvertragsähnliche Ziele als Vertrags- und Tarifinhalt statt auf Einzelpersonen bezogene Lösungen vorstellen. Es ist dann eben nicht die einzelne Schwester, deren Arbeitskraft wir unter extremem Regeldruck kaufen, sondern das Ergebnis der Arbeit von ihr und den Kolleginnen. Wir können dann im Detail viel mehr Freiheit geben. Wir gehen aber nicht so weit, wie dies bei Outsourcen von Leistungen der Fall wäre. Was ganz wesentlich ist: Ein Tarifvertrag würde diese Arbeitsfamilien beschreiben und könnte kollektiv stabilisierende Sozialelemente enthalten.

Insgesamt geht es darum, dass differenzierte Dienstleistung, auch wenn sie hoch rationalisiert ist, wesentlich mehr variable Verhaltensweisen benötigt als sie ein Tarifvertrag oder auf Einzelarbeitnehmer bezogene Regelwerke heute leisten können. Die Bürokratieanfälligkeit der heutigen Systeme ist unglaublich. Allein die mitbestimmungsgemäße Überwachung dieser unsäglichen Regelwerke, wie beispielsweise das wöchentlich zur Kontrolle für erforderlich gehaltene Zusammentreten von 100erten von Betriebsräten oder die Freistellung von Funktionären, sind nicht zielführend.

Wir müssen gerade in der auf Menschen bezogenen Dienstleistung im Gesundheitswesen zu Selbstbestimmung und Konsequenz und weg von der Fremdbestimmung und Inkonsequenz kommen. Und da machen Funktionärskader, die es gibt, weil sie die von ihnen selbst erzeugten Komplikationen überwachen, keinen Sinn. Wir brauchen in unsere Prozesse und Netze eingebundene partikuläre Strukturen, die zwischen outgesourcten Auftragnehmern und völlig verbürokratisierten Arbeitnehmern verantwortungsvoll Leistungen ausführen, die ergebnisorientiert beschrieben werden können.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Ich will Arbeitnehmervertretungen nicht abschaffen, aber so wie sie jetzt aufgestellt sind, würde ich als Betroffener aussteigen oder Krawall machen. Wenn die Mitarbeiter die Kosten für das System tragen müssten, da bin ich mir sicher, würde es sich sehr schnell ändern.

Es gelingt uns noch nicht, Tarifverträge mit der beschriebenen Ausformung zu erreichen. Zielgerichtete Gespräche und Verhandlungen finden mit wachen Teilen der Arbeitnehmervertretungen statt. Das sind diejenigen, die sich echte Sorgen darüber machen, dass Entmündigte die Ursache für Mitgliederschwund und nicht eine zufällige Zeiterscheinung sind.

Ich habe der tariflichen Arbeitsorganisation deshalb einen so großen Bereich gewidmet, weil wir mit der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren ein Arbeitsfeld erschließen, das – wie dies bei erfolgreichen niedergelassenen Ärzten sichtbar ist – dadurch gekennzeichnet ist, dass die innere Annahme des Patienten, man könnte auch sagen: die absolute Kundennähe, die Erfolgsbedingung ist. Allein die Vorstellung ist absurd, dass diesem Patienten nach der Erfahrung mit seinem unternehmerisch orientierten Arzt unsere Mitarbeiter an der Leine eines Regelwerks – angereichert um Mitbestimmungsverfahren, mit denen am Ende die Ausgabegeschwindigkeit von Tupfern geregelt werden – gegenüberreten.

Wir müssen um unserer aller Zukunft willen Wege finden, um uns aus dem toten Winkel zu lösen. Die Erfahrungen der letzten Tarifverträge, in denen die Entrümpelung begann, sind zwar noch kein Durchbruch, aber sie zeigen einen Trend und machen Hoffnung.

Der an vielen Orten so auch in Berlin gemachte Versuch die Mitarbeiter mit der Drohung „Privatisierung“ in Nottarifverträge zu treiben und ihnen ohne echte Perspektive bis zu 20% des Jahreseinkommens zu nehmen kann nicht entschuldigt werden.

Es ist im Grunde kaum zu fassen, dass, anstatt die Lage zu nutzen, um Desorganisation, Inkompetenz und Starrheit zu bekämpfen und den daraus entstehenden Vorteil umzuverteilen, das Gehalt gekürzt wird, und alles bleibt auf den Plätzen und die Funktionäre und Bestandsverwalter haben genügend Zeit, sich auszudenken, wer das nächste Mal zum Buhmann erklärt werden kann. Dies Problem zu erkennen und aktiv – auch bei Gegenwind – dagegen zu steuern, nenne ich gut aufgestellt. Besonders erfreulich ist, dass Teile unserer

Mitarbeitervertretung die Zeichen der Zeit erkannt haben und in den Dialog gehen, die ändern werden bekehrt oder gehen dann irgendwann verloren. Denn in wenigen Jahren wird sich im Unternehmen und in der Branche die Spreu vom Weizen trennen.

## **Aufstellung im Wettbewerb und Börsenentwicklung**

Betrachtet man uns aus dem Blickwinkel des Aktionärs, der früh erkannt hat, was dieses Unternehmen für ein Potenzial hat und nimmt den Aktienkurs – insbesondere in der Langfristentwicklung – als ein Indiz für die Statur im Inneren und am Markt, dann spricht die Entwicklung über die lange Distanz eine eigene Sprache (Chart seit 1989 einblenden). Wem auch immer ich diesen Chart gezeigt habe, der hat die enorme Performance bewundert und mit dem nächsten Satz nach dem Knick im Jahr 2001 gefragt. Jeder will wissen, ob die Story damit beendet ist. Meine Antwort hierauf lautet, dass der Niedergang aus dem Sog der platzenden Blase an der Börse insgesamt resultiert. Das wird sich geben, weil wir nie überbewertet waren. Wir waren immer Außenseiter und in einem Gebiet tätig, das in der Volkswirtschaft unter Kosten läuft und damit in den Augen von „richtigen Managern“ gar keine richtige Wirtschaft darstellt.

Diejenigen, die so denken, haben früher auf uns herabgesehen – heute trösten sie sich damit.

Ich erinnere mich an einen Versuch, die Herzklirik in Bad Neustadt zu finanzieren. Da hat mir ein Leasinganbieter gesagt: „Ja, wenn Sie ein Bürohaus hätten, wären wir gleich im Geschäft“. Ich habe ihn dann später gefragt, ob er jetzt gerne tauschen möchte: Er wollte – ich nicht.

Nachdem der Kurs gefallen war, haben wir gleichzeitig vermeintliche Wachstumschancen nicht wahrgenommen. Tatsächlich haben wir die damals von den Verkäufern geforderten Konditionen im Gegensatz zu unseren Konkurrenten als nachteilig für die Zukunft betrachtet. Dabei dachten alle, dass es vor allem um Kaufpreise ginge. Das ist falsch. Was sind 10 Mio € zusätzlicher Kaufpreis bei einem 50 Mio € Unternehmen mit 35 Mio € Personalkosten, wenn wir die Personalkosten um 8 Mio € per anno nicht senken oder die Produktivität entsprechend 5 oder gar 10 Jahre nicht erhöhen dürfen, weil Veränderungssperren akzeptiert wurden. Es hat Fälle gegeben in denen Investitionsverpflichtungen zu lasten von Arbeitsplatzgarantie gestrichen wurden. Mein Kommentar hierzu: Das ist pervers und kann noch nicht einmal gegenüber den Mitarbeitern als verantwortungsvoll bezeichnet werden.

Einer unserer Konkurrenten sitzt, nachdem er überlange Veränderungssperren akzeptiert hatte und gleichzeitig Investitionen vorzunehmen hatte, deren Beginn er nachweisen musste, seit vier Jahren vor einer Baugrube, weil er die Rationalisierung nicht nutzen kann. Wenn er nämlich die Rationalisierungsinvestition zu früh fertig hat, dann stimmen Betriebsänderung mit Kündigungsberechtigung nicht mehr überein.

Unser Problem war allerdings, dass die Wachstumspause an der Börse den Eindruck der Langweiligkeit aufkommen ließ. Dazu kam, dass die Treue der Aktionäre, die wir ja wollen und pflegen, ebenfalls die Börsenumsätze drückt. Ein weiteres Moment war, dass die amerikanischen und englischen Fonds, nachdem sie früher Vorzugsaktien toleriert hatten, zunehmend unfreundlicher damit umgehen. Es vergeht in der Zwischenzeit kein Gespräch mit Anlegern und Analysten, in welchem nicht wegen der Vorzüge insistiert wird. Einerseits war für mich immer klar, dass, wenn es der Nutzen des Unternehmens erfordert, einer Zusammenlegung der Aktiengattungen zugestimmt würde. Andererseits wollte ich die Sperrminorität nicht einfach wegen einer internationalen Mode aufgeben.

Wir haben intern immer wieder nach Lösungen gesucht. Vor wenigen Tagen hatte Graf Rittberg eine überraschende Idee. Ich kann Ihnen nun – ohne Abstimmung mit irgendwem, allerdings habe ich die Genehmigung meiner Frau eingeholt, folgenden Vorschlag machen:

Für den Fall, dass sich in Sondierungsgesprächen mit Großaktionären – vorrangig der HVB – und einer Reihe von größeren Aktionären eine Mehrheit findet, würde ich folgenden, jetzt ins Unreine formulierten Vorschlag zur Satzungsänderung in die Hauptversammlung im kommenden Jahr oder – je nach Lage – früher einbringen:

**„Die Hauptversammlung beschließt in einem einheitlichen und zwingend verbundenen Beschluss, dass die zur Satzungsänderung notwendige Mehrheit von bisher „mehr als 76 %“ auf „mehr als 85 %“ der Stimmen angehoben und die Vorzugsaktien anschließend in Stammaktien umgewandelt werden.“**

Mit dieser Lösung würden die HVB und meine Familie die gemeinsame Mehrheit abgeben. Da dies aber nie eine derartige Allianz gewesen ist – noch der Interessenlage nach sein könnte – und temporäre Allianzen nie mit niemanden ausgeschlossen sind, würde ich diese Änderung akzeptieren. Da ich nun zuerst die Frage des 'OB' sondieren muss, kann ich zum 'WIE', also der Frage, in welchem Verhältnis Vorzüge in Stämme übergehen können, noch keine Position beziehen. Dazu gibt es noch Beratungsbedarf, denn auch in dieser Frage muss eine Mehrheit gefunden werden.

Selbstverständlich müsste bei einer Aufgabe der Vorzüge eine Listung der Stämme im M-Dax gesichert werden; damit könnte die gesamte Transaktion positive Impulse für den Kurs geben.

Das Bild in diesem Jahr wird wesentlich durch die Vorbereitung eines erheblichen Wachstums, das im kommenden Jahr bilanziell zuerst im Umsatz und in den zukünftigen Jahren im Ergebnis sichtbar werden wird, geprägt.

Wir werden z.Z. von Anfragen regelrecht überschwemmt, und wir werden die Übernahmen gut selektieren, aber gleichzeitig bei der zu erwartenden Belastung, insbesondere im Managementbereich, an die absolute Obergrenze gehen.

Wir haben uns im letzten und in diesem Jahr alle sehr angestrengt, die Voraussetzungen für einen Wachstumsschub zu schaffen.

Eine dramatische Änderung der Krankenhauswelt und gleichzeitig Aufbau von Zukunftskonzepten zu bewältigen führte dazu, dass es teilweise drunter und drüber ging. Es gab Stolperer, manchmal sind welche auf die Nase gefallen und dann weiter gelaufen.

In dieser Anspannung haben wir Qualität gezeigt. Wir haben Probleme erkannt und aufgegriffen, der Aufbruch zu neuen Ufern hat begonnen, und wir sind für den Übernahmeschwall, soweit man das überhaupt kann, gut gerüstet.

Ich kann zu diesem Zeitpunkt noch nicht einmal sagen, dass wir mit den inneren Veränderungen zu Ende sind. Nein, es geht weiter, und wir brauchen für die Zukunft die volle Leistung, so dass ich nur einen Zwischendank abstaten möchte und Sie bitte, sich nur kurz zum Zuhören zurück zu lehnen:

Ich danke namens des Vorstands dem Aufsichtsrat und Beirat, der Vertretung der Arbeitnehmer in den Betrieben, ganz besonders den Mitarbeitern und den Führungskräften für die Bereitschaft, in einer turbulenten Zeit mit uns zu gehen und an der Neugestaltung teilzunehmen.

Lassen Sie uns den gemeinsamen Weg fortsetzen, damit sich bei den Patienten und denjenigen, die es einmal werden, die Erkenntnis weiter durchsetzt: „RHÖN-KLINIKUM, da wird Dir geholfen“; dann wird sich bei den Aktionären durchsetzen, dass man diese Aktien einfach haben muss.

Erst dann werden wir das Druckventil etwas zurückdrehen können.

gez.  
Münch