

**Bilanzpressekonferenz
RHÖN-KLINIKUM AG 2007**

- I. Einleitung
- II. Bewertung Geschäftsjahr 2006
- IV. Chancen und Risiken, Ausblick

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

Termin:
19. April 2007 / 10:00 Uhr

- Es gilt das gesprochene Wort -

I. Einleitung

Guten Morgen, meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie auch im Namen meiner Vorstandskollegen zur diesjährigen Bilanzpressekonferenz der RHÖN-KLINIKUM AG hier in Frankfurt. Ich freue mich, dass so viele Analysten und Vertreter der Presse die Entwicklung unseres Unternehmens mit Interesse verfolgen.

Wie im Vorjahr möchte ich Ihnen im ersten Teil zunächst einen kurzen Überblick über die Meilensteine des Geschäftsjahres 2006 geben. Unser Finanzvorstand, Herr Pawlik, wird Sie danach *en détail* durch die Zahlen des vergangenen Geschäftsjahres führen. Abschließend werde ich die aktuellen Chancen und Herausforderungen sowie die strategische Stoßrichtung unserer Unternehmenspolitik erläutern.

II. Bewertung Geschäftsjahr 2006

Damit bin ich bei meiner ersten Frage „*Was haben wir im Geschäftsjahr 2006 erreicht?*“

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

Erstmals in unserer Unternehmensgeschichte haben wir bei den behandelten Patienten die Millionengrenze überschritten und fast 1,4 Millionen Patienten betreut. Das entspricht einem Anstieg von 47 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Im Zweijahresvergleich haben wir unsere Patientenkontakte sogar mehr als verdoppelt.

Unsere Umsatzerlöse sind um rund 37 Prozent von 1,4 Mrd. Euro auf über 1,9 Milliarden Euro gestiegen. Der Umsatzsprung von über 500 Millionen Euro steht wie die anderen Ergebnisse auch in engem Zusammenhang mit der größten Übernahme der Unternehmensgeschichte – der des Uniklinikums Gießen/Marburg zum 1. Februar 2006.

Der RHÖN-KLINIKUM Konzern ist gewachsen und hat sein Ergebnis in 2006 erneut gesteigert. Der Konzerngewinn für das vergangene Jahr beläuft sich auf 109,1 Millionen Euro. Dieses Ergebnis ist geprägt von zwei Sondereffekten. Zum einen hat sich ein Einmaleffekt aus der Körperschaftssteuerreform positiv auf das Ergebnis ausgewirkt. Der zweite Sondereffekt bezieht sich auf die Akquisition Gießen/Marburg, genauer gesagt, auf den dortigen Jahresfehlbetrag für 2006. Dieser war in der ursprünglichen Planung – sie war vor der Übernahme von Gießen/Marburg aufgestellt worden – nicht vorgesehen.

Damit haben wir unsere Prognose erfüllt und – wie ich meine – die Leistungskraft unseres Unternehmens erneut unter Beweis gestellt.

Mit Blick auf 2007 möchte ich an dieser Stelle zwei Dinge anmerken:

Wir müssen in 2007 drei wesentliche Mehrbelastungen, die auf gesetzliche Änderungen in Höhe von 39 Mio. Euro zurückzuführen sind, tragen. Bei diesen handelt es sich um die Umsatzsteuererhöhung, den Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser und die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung.

Erlauben Sie mir außerdem im Zusammenhang mit dem eingangs beschriebenen steuerlichen Einmaleffekt noch eine kurze Bemerkung. Aufsichtsrat und Vorstand haben beschlossen, auf denjenigen Anteil ihrer Tantieme zu verzichten, der auf den steuerlichen Sondereffekt zurückgeht. Hierbei geht es um eine Summe von rund 1,6 Mio. Euro. Die Bereichsleiter des Unternehmens werden sich vermutlich ebenfalls anschließen, so dass sich der Gesamtverzicht auf bis zu 2,2 Mio. Euro belaufen dürfte. Aus formalen Gründen wird dieser Effekt nicht in 2006, sondern im Abschluss 2007 wirksam. Wir halten es für angemessen, *für eigene Leistung* bezahlt zu werden und nicht von steuerlichen Einmaleffekten zu profitieren.

Um genau diesen Betrag erhöht die RHÖN-KLINIKUM AG konsequenterweise nun auch ihr Ergebnisziel 2007, nämlich auf neu 102 Mio. Euro.

Gießen/Marburg: Privatisierung erfolgreich, Integration gelungen

Unser Leuchtturmprojekt in 2006 war sicher die Privatisierung des Universitätsklinikum Gießen/Marburg, auf die ich jetzt näher eingehen werde. Aus meiner Sicht lässt sich zunächst einmal feststellen:

1. Die Privatisierung wurde erfolgreich umgesetzt. Damit haben wir den Beweis geliefert, dass die Privatisierung von Universitätsklinika ein erfolgreicher Weg zur Sicherstellung universitärer Maximalversorgung ist.
2. Die Integration von Gießen/Marburg in den Konzern verlief ziemlich geräuschlos. Hier haben wir eine anspruchsvolle und völlig neue Managementaufgabe gemeistert.
3. Entgegen so mancher Skepsis funktioniert die Zusammenarbeit zwischen universitärer Forschung/Lehre einerseits und privater Krankenversorgung andererseits sehr gut. So haben wir uns den Zugang zu neuesten medizinischen Forschungsergebnissen geschaffen, den wir im Klinikverbund für die Krankenversorgung zum Wohle der Patienten einsetzen.

Lassen Sie mich diese Einschätzung mit Fakten untermauern:

Uns ist es im ersten Geschäftsjahr seit der Übernahme gelungen, den Jahresfehlbetrag von 15 Millionen auf etwas mehr als 7,5 Millionen Euro fast zu halbieren. In diesem Jahr werden wir das Universitätsklinikum Gießen/Marburg aus der Verlustzone herausführen. Wir haben im ersten Quartal den Break even noch nicht ganz geschafft, sind aber auf gutem Weg.

Die Anzahl der ambulant bzw. stationär behandelten Patienten in Gießen/Marburg ist merklich gestiegen. Außerdem haben wir die Auslastung erhöht, damit Leerkosten abgebaut und die Produktivität gesteigert. Ferner wurde die personelle Umstrukturierung erfolgreich eingeleitet und die Personalanpassung sozialverträglich weitergeführt.

Mit dem sogenannten „Board“ haben wir Führungsstrukturen geschaffen, die für Sachorientierung, Konfliktlösung und Interessenausgleich stehen. An den wichtigen Schnittstellen – dem Personal, der Bauplanung, dem Controlling, der EDV, Materialwirtschaft und Rechnungswesen – führen wir unsere konzernweit gültigen Standards und Benchmarks ein.

Umgekehrt ist Gießen-Marburg in unsere Qualitätszirkel integriert, so dass das Know-How aus der „High-end-Medizin“ anderen Konzernkliniken zur Verfügung gestellt werden kann.

In diesem und in den kommenden Jahren wollen wir mit den großen Neubauten an den beiden Standorten beginnen, um weitere Rationalisierungspotenziale zu heben. Allein in Gießen sind zurzeit noch über 100 Einzelgebäude auf dem Klinikgelände verteilt, die wir durch *ein* kompaktes Gebäude ersetzen werden. Auf diesem Weg führen wir das Flussprinzip – also die Anwendung industrieller Produktionstechniken und die vierstufige Patientenversorgung – erstmals in einem Universitätsklinikum ein.

Mein Fazit, auf einen kurzen Nenner gebracht, lautet:

- Die Entscheidung von Hessen zur Privatisierung des ersten und bislang einzigen Universitätsklinikums in Deutschland war mutig und richtig.
- Unser Privatisierungskonzept funktioniert und lässt sich auf andere Universitätskliniken ausrollen.
- Die Integration des Universitätsklinikums Gießen/Marburg in den Konzern ist gelungen. Wir haben unsere Versorgungskette von der ambulanten und stationären Grundversorgung bis zur Hochleistungsmedizin weiter ausgebaut.

Erlauben Sie mir noch eine abschließende Bemerkung zum Thema Privatisierung. Zwar hat die Privatisierung des Uniklinikums schon alleine aufgrund der Größe und Einzigartigkeit des Projekts große Aufmerksamkeit und Energie gebunden.

Gleichwohl bleibt es bei unserem strategischen Anspruch der flächendeckenden Vollversorgung. Wir wollen in allen Regionen deutschlandweit präsent sein, alle Patienten der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen bei allen Krankheitsspektren betreuen, mit einer nachhaltigen Ökonomie.

Umso mehr freue ich mich, dass es uns gelungen ist, in Sachsen-Anhalt Fuß zu fassen und das Kreiskrankenhaus Köthen zum 1. April 2007 als 46. Klinik in den Konzern zu integrieren. Damit sind wir jetzt in insgesamt neun Bundesländern vertreten.

Effizienzsteigerungen durch sektorübergreifende Vernetzung

Wir treiben unser robustes Konzernwachstum nicht nur durch die Akquisition und Restrukturierung von Kliniken, sondern ebenfalls durch den Ausbau der sektorübergreifenden Vernetzung voran.

In Deutschland waren der stationäre und ambulante Sektor traditionell sehr stark voneinander abgeschottet. Jeder Sektor optimierte seinen Bereich. Aber keiner hatte die Verbesserung des „Gesamtprodukts“ – nämlich die Verbesserung des Gesundheitszustands der Patienten - im Blick. Hier hat die Politik mittlerweile verschiedene Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren eröffnet.

Die Überwindung der Sektorengrenzen und die patientenorientierte Ausrichtung der Geschäftsprozesse hat für die RHÖN-KLINIKUM AG eine hohe Priorität. Wir wollen eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten sicherstellen, indem wir die ambulante und stationäre Versorgung miteinander verzahnen und die Einrichtungen im stationären Sektor von der Grund- bis zur Maximalversorgung enger miteinander verbinden.

Dafür haben wir 2005 das Tele-Portal-Konzept realisiert, das wir in ländlichen, dünn besiedelten Regionen umsetzen, und wir haben Medizinische Versorgungszentren (MVZ) geschaffen. Seit 2005 haben wir zehn MVZ gegründet.

Vielleicht ein kurzes Wort dazu, worum es sich bei MVZ handelt: Ein MVZ ist eine ambulante Einrichtung, die einer Arztpraxis ähnelt. Sie muss mindestens zwei verschiedene Fachrichtungen und damit auch zwei Kassenarztsitze umfassen. Wir gründen solche MVZ, indem wir Kassenarztsitze von niedergelassenen Ärzten kaufen und gliedern sie an unsere Kliniken an. In diesem und in den kommenden Jahren werden weitere MVZs folgen.

Was versprechen wir uns davon? Krankenhäusern bietet sich damit erstmals die Chance, auch im niedergelassenen Bereich tätig zu werden. Wir wollen die Diagnostik – soweit möglich – in den kostengünstigen Strukturen des niedergelassenen Bereichs durchführen. Durch die Anbindung an die Klinik garantieren wir dem Patienten die kürzesten Wege und Wartezeiten, die seine Behandlung zulässt.

Grundsätzlich verbessern sich durch kurze Wege und die Absprache zwischen Krankenhaus und MVZ die vor- und nachstationäre Diagnostik und Therapie. Die Qualität der Behandlung steigt und die Patientenbindung an die Einrichtungen wird größer. Teure Doppelvorhaltungen von Großgeräten wie CT oder MRT sowohl in der Klinik als auch im niedergelassenen Bereich sind nicht mehr nötig. Die Kosten sinken und das spart Geld.

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 1. Januar 2007 dürfen Klinikbetreiber Ärzte sowohl ambulant, d.h. in einem MVZ als auch stationär, d.h. im

Krankenhaus, einsetzen. Wir als Klinikbetreiber können zudem einen Kassenarztsitz im MVZ auf bis zu vier Fachärzte aufteilen. Dies birgt für uns immense Vorteile hinsichtlich Kosten und Qualität.

Nehmen Sie unser MVZ an unserem Klinikum in Friedrichroda. Dort haben wir ein MVZ mit mehreren Kassenarztsitzen – unter anderem einen für Innere Medizin. Auf diesen Kassenarztsitz für Innere Medizin können wir nun bis zu vier verschiedene internistische Fachärzte setzen, die wiederum jeweils unterschiedliche Subspezialisierungen besitzen. Ein Internist hat beispielsweise seinen Facharzt in Onkologie gemacht, der andere Internist ist Gastroenterologe, ein dritter Facharzt für Innere Medizin hat sich auf Diabetologie spezialisiert. Durch flexible Einsatzpläne wird unser Leistungsangebot im MVZ breiter und höherwertiger. Jetzt können wir eine durchgängige Beratung, Behandlung und Begleitung aus einer Hand anbieten, da der Arzt den Patienten sowohl vor- und nachstationär im MVZ als auch stationär in der Klinik betreuen kann. Dies stärkt die Bindung der Patienten an den jeweiligen Standort.

Im Verbund mit den MVZs sind die Tele-Portal-Kliniken die zweite Säule unseres Konzepts zur Überwindung der Sektorgrenzen. Das *Tele-Portal-Konzept* haben wir zur Sicherstellung einer hochwertigen und zugleich bezahlbaren Versorgung in der Fläche entwickelt. Gerade in ländlichen Regionen, die verstärkt mit einem Bevölkerungsrückgang zu kämpfen haben, bedarf es angesichts der drohenden Schließung unrentabler Kliniken innovativer Konzepte, um eine hohe medizinische Versorgung sicherzustellen.

Tele-Portal-Kliniken sind Grundversorgungskrankenhäuser, die in eine gestufte Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung mit anderen Kliniken eingebunden sind. Die Idee der Stufung liegt darin, dass der Patient dorthin gebracht wird, wo er kompetent, routiniert und optimal behandelt wird. Die Tele-Portal-Klinik organisiert patientenorientierte Prozesse krankenhausesübergreifend auf der Basis neuester telematischer – insbesondere teleradiologischer – Anwendungen. Ende 2005 haben wir die deutschlandweit ersten beiden Tele-Portal-Kliniken in Dippoldiswalde/Sachsen und Stolzenau/Niedersachsen gegründet.

In der Tele-Portal-Klinik selbst stehen alle medizinischen Geräte zur Verfügung, die eine Diagnostik auf höchstem Niveau garantieren. Durch die telemedizinische Zusammenarbeit mit den weiter entfernt liegenden Schwerpunktkliniken können die Ärzte in der Tele-Portal-Klinik mit den Spezialisten in den Schwerpunktkliniken entscheiden, wo die weitere Behandlung zu erfolgen hat, also ob eine Verlegung in eine Schwerpunktklinik notwendig ist oder nicht.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass in etwa drei von vier Fällen eine Behandlung in der Tele-Portal-Klinik völlig ausreichend ist und nur in jedem vierten Fall eine Verlegung in eine Schwerpunktklinik nötig ist. Damit lassen sich wie bei den MVZ Kostenvorteile realisieren und qualitativ hochwertige Angebote in der Fläche realisieren.

Wir freuen uns, dass die Bevölkerung dieses innovative Klinik-Konzept immer besser annimmt und sich die Fallzahlen und Bewertungsrelationen positiv entwickeln. Daher werden wir an drei weiteren Standorten – nämlich in Hammelburg, in Wittingen und in Miltenberg – jeweils eine Tele-Portal-Klinik einrichten. Wir treiben die Neubaupläne mit großer Energie voran.

Das Zehn-Punkte-Programm greift – Mehrbelastungen werden kompensiert

Ich möchte zum letzten Themenblock des ersten Teils – der Umsetzung des *Zehn-Punkte-Programms* – kommen.

Auf der Analystenkonferenz im November vergangenen Jahres habe ich ausführlich unser Zehn-Punkte-Programm vorgestellt, in dem wir die bereits erwähnten Sonderbelastungen kompensieren. Das Programm, das der Vorstand bewusst schon in 2006 aufgesetzt hat, zeigt Wirkung:

Im Servicebereich haben wir zusammen mit Partnern Organtöchter gegründet, um die Umsatzsteuer gänzlich einzusparen.

Wir treiben die interne Reorganisation der Kliniken auch durch eine weiterhin konsequente Handhabung der Personalbenchmarks und eine systematische Umsetzung intelligenter Arbeitsteilung zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Servicekräften voran.

Außerdem forcieren wir das interne Wachstum durch Fallzahlsteigerungen, klinikindividuelle Angebotserweiterungen sowie innovative Angebote im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Durch dieses interne Wachstum lasten wir unsere Kapazitäten noch besser aus und erhöhen unsere Erträge.

Viel wichtiger als die Ergebnisbeiträge der einzelnen Maßnahmen ist das Gesamtergebnis dieses Kraftaktes: **Wir werden dadurch die zusätzlichen Belastungen in 2007 kompensieren.**

Die Weichen für die Fortsetzung unserer profitablen Wachstumsstrategie sind gestellt. Alle Kliniken sind gut in das Geschäftsjahr gestartet. Wir haben die Leistungen in der ambulanten und stationären Versorgung im ersten Quartal 2007 erhöht. Vor diesem Hintergrund erwarten wir ohne Berücksichtigung von Neukquisitionen einen Umsatzerlös von 2 Mrd. Euro. Wir erhöhen – auch unter Berücksichtigung des bereits erwähnten Tantiemeverzichts – unsere Ergebnisprognose für 2007 um 2 auf neu 102 Mio. Euro.

Präsentationsteil des Vorstands Finanzierung/ Investor Relations, Herr Pawlik:
III. Zahlen, Daten, Fakten (Siehe hierzu: Präsentation vom 19.04.2007)

IV. Chancen und Risiken, Ausblick

Nachdem Herr Pawlik Ihnen einen detaillierten Überblick über die aktuellen Zahlen gegeben hat, möchte ich auf die folgenden zwei Leitfragen eingehen:

- Welchen Herausforderungen müssen wir uns stellen?
- Welche Chancen gilt es zu nutzen?

A. Welchen Herausforderungen müssen wir uns stellen?

Unsere langfristige Wachstumsstrategie folgt der Maxime „flächendeckender Vollversorger“ in Deutschland zu werden. Das heißt, die Akquisition von Kliniken steht ganz oben auf unserer Agenda. Unser Ziel ist es, dass alle Patienten deutschlandweit langfristig in 60 bis 90 Minuten eine unserer Konzerneinrichtungen erreichen können.

Sanierung und Modernisierung öffentlicher Krankenhäuser – Privatisierung als Königsweg

Als eine wesentliche Herausforderung auf dem Weg dorthin sehe ich den politischen Umgang mit dem Thema Sanierung und Modernisierung öffentlicher Krankenhäuser.

Ich bin mir mit der Politik einig, dass an der Sanierung und Modernisierung öffentlicher Krankenhäuser kein Weg vorbei führt. Angesichts eines gewaltigen Investitionsstaus von 50 Mrd. Euro plus der jährlichen Zunahme von 4 Milliarden Euro – so die Schätzungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft – wird der Handlungsdruck auf die Politik immer größer.

Zugleich stelle ich fest, dass die politische Diskussion an der einen oder anderen Stelle weniger die Richtigkeit und Notwendigkeit der Privatisierung thematisiert und auch das Ringen um tragfähige Privatisierungsmodelle hinten angestellt wird.

Nehmen Sie die so genannten „Eckpunkte für ein Hochschulmedizingesetz“, die die nordrhein-westfälische Landesregierung vor gut einem Monat beschlossen hat. In den Zielen haben wir absolute Übereinstimmung, die da lauten: „Exzellente Wissenschaft und Krankenversorgung benötigt ein dauerhaft wirtschaftlich tragfähiges Fundament“.

Aber mit einem bloßen „Rechtskleidwechsel“ und einer Kooperation in den Verwaltungsbereichen im Rahmen sogenannter „Soft-Holdings“ ist es nicht getan.

Die Entscheidung der nordrhein-westfälischen Landesregierung, vorerst auf eine Privatisierung der Hochschulklinika zu verzichten, stellt einen Versuch dar, sich am eigenen Schopf aus dem Sumpf zu ziehen. Die eigentlichen Probleme aber – die Finanzierung von Investitionen zu sichern und Managementdefizite zu beseitigen – werden so nicht gelöst.

Zusehends schwappt jetzt auch das Schlagwort „Public-Private-Partnership“ über in die Diskussion um die Zukunft der öffentlichen Krankenhäuser. Der Begriff Public-Private-Partnership umschreibt vielfältigste finanzielle und organisatorische Kooperationen zwischen öffentlicher Hand und Privatwirtschaft, die jetzt auch bei der Modernisierung von Krankenhäusern geprüft werden.

Aus einem Gutachten zu „Öffentlich-Privaten-Partnerschaften in der Krankenhausfinanzierung“ wurde der politische Schluss gezogen, dass PPP oder ÖPP eine mögliche Lösung sei, um den Investitionsstau in den Krankenhäusern zu beseitigen. Hier greift die Politik zu kurz.

Wenn Investitionen in Krankenhausneu- oder -umbauten und in medizinische Großgeräte von privaten Kapitalgebern vorfinanziert werden, dann löst die öffentliche Hand kurzfristig und nur kurzfristig ihr Liquiditätsproblem, schafft aber keine nachhaltig durchgreifende Reform. Zwei grundlegende Probleme werden übersehen:

Erstens: Über – unter Umständen überhöhte - Mieten und Pachten werden die Zahlungsverpflichtungen für Neubauten und Großgeräte mit Zins und Zinseszins lediglich in die Zukunft verschoben und können dann zur Schuldenfalle für die öffentliche Hand werden.

Zweitens: Viel entscheidender ist aber, dass so die Rentabilität des Klinikbetriebs nicht verbessert wird. Mit anderen Worten: Ein unrentables Klinikum bleibt unrentabel, solange die Defizite im Krankenhausmanagement und in der Verwaltung nicht beseitigt werden.

Das heißt, die Sanierung und Modernisierung von Krankenhäusern funktioniert nur, wenn die medizinischen Kernprozesse im Krankenhaus angepackt werden. Denn die Kosten dort machen deutlich mehr als die Hälfte der Gesamtkosten eines Klinikbetriebes aus. Mehr als jeder zweite Euro wird für Personal- und Sachkosten aufgewendet. Wer die Betriebskosten der Universitätskliniken nachhaltig senken will, muss sich zwingend den medizinischen Kostenblock vornehmen. Ansonsten verpuffen die Investitionen in Neubau und medizinische Geräte nach kurzer Zeit und übrig bleiben die Schulden.

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.

Wir als RHÖN-KLINIKUM AG verstehen uns hier als der Wettbewerbstreiber für Innovationen und Rationalisierung. **Wir** setzen die Standards für erfolgreiche Klinikprivatisierungen und haben unsere Expertise mit der Privatisierung von Gießen/Marburg erneut bewiesen.

Lassen Sie mich an drei Beispielen festmachen, wie wir mit unserer langjährig gewachsenen Kompetenz und Erfahrung die Rationalisierungspotenziale heben.

- Erstens: Erfahrung mit Bauprojekten haben sicher viele Dienstleister. Die Kunst besteht aber darin, so zu bauen, dass die Betriebskosten durch die Optimierung von Abläufen deutlich sinken. Die Fähigkeit „optimale Abläufe in Beton zu gießen“ beherrschen wir. **Wir** haben das Flussprinzip in das Krankenhaus eingeführt und organisieren die Ressourcen und die Behandlungsprozesse nicht mehr um den Chefarzt, sondern um den Patienten herum. Unser Klinikprototyp in Meiningen setzt seit mehr als zehn Jahren den Standard der Branche.
- Zweitens: Unser mehrstufiges Pflegekonzept senkt die Personal- und Sachkosten im medizinischen Bereich: Die technische Ausstattung und die Anzahl an Fachkräften sind entsprechend hoch auf der Intensivstation und Intermediate Station und relativ schlank auf der Normal- und Low Care-Station. Entsprechend sorgt die konsequente Ausrichtung an den Patientenbedürfnissen und die durchgängige Anwendung des Flussprinzips für eine hohe Produktivität unserer Kliniken.
- Drittens: Durch eine konsequente und intelligente Arbeitsteilung tragen wir Sorge dafür, dass sich die Ärzte auf ihre medizinischen Kernleistungen konzentrieren und von Verwaltungsaufgaben befreit werden, genauso wie wir Pflegekräfte von unterstützenden Tätigkeiten entlasten und so Personalkosten vermeiden.

Eine nachhaltige Sanierung und Modernisierung von Krankenhäusern ist auf Managementkompetenz und branchenspezifische Projekterfahrung angewiesen. Unsere Erfahrung zeigt, dass die Politik an vielen Stellen diese Zusammenhänge erkennt.

Insofern bin ich davon überzeugt, dass kurzfristige Modeerscheinungen unserer langfristig angelegten Akquisitions- und Wachstumsstrategie nichts anhaben können, die auf die Privatisierung und Restrukturierung öffentlicher Krankenhäuser baut.

Kartellurteil: ärgerlich aber nicht hinderlich

Lassen Sie mich am Rande kurz auf ein Thema eingehen, das uns in der letzten Woche beschäftigt hat: Das Oberlandesgericht Düsseldorf hat am 11. April unsere Beschwerde im Kartellverfahren abgelehnt.

Worum ging es dabei? 2005 hatte das Kartellamt uns die Übernahme zweier Kliniken in Unterfranken untersagt, wogegen wir Beschwerde beim OLG Düsseldorf eingelegt

haben. Diese Beschwerde ist nun zurückgewiesen worden. Wir prüfen derzeit weitere rechtliche Schritte.

Um eines klarzustellen: Das Urteil des OLG Düsseldorf hat keinen Einfluss auf unsere Wachstumsstrategie. In den vergangenen zweieinviertel Jahren haben wir 16 Kliniken neu konsolidiert – darunter die Schwergewichte Gießen und Marburg. Grob gesprochen haben wir unseren Umsatz seit Beginn des Kartellverfahrens verdoppelt.

Klar ist hingegen: Die Wirkung einer solchen Entscheidung ist wettbewerbspolitisch fragwürdig und gesundheitspolitisch problematisch:

- Das vorgebliche Anliegen des Kartellamtes, Wettbewerb zu fördern, wird mit diesem Urteil auf den Kopf gestellt: Ergebnis ist, dass die Anzahl der Krankenhausbetreiber im regionalen Markt gesunken ist und damit der Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige Versorgung geschwächt wurde. Nehmen Sie unser Beispiel: Die Schließung des Kreiskrankenhauses Mellrichstadt bedeutet gerade für ältere und immobile Patienten erheblich weitere Anfahrtswege sowie eine schlechtere elektive Versorgung, das heißt bei planbaren Fällen sowie vor allem bei der Notfallversorgung.
- Zugleich stellt die Entscheidung einen Angriff auf das Versorgungsniveau in ländlichen Gebieten dar und konterkariert einen grundlegenden gesundheitspolitischen Ansatz, der die Bildung regionaler Kooperationen und Verbände fordert und fördert.

Wenn man in den ländlichen Regionen weiterhin ein hohes Versorgungsniveau sichern will, dann müssen angesichts der Alterung der Gesellschaft und dem Trend zur Verstädterung innovative Versorgungskonzepte für ländliche Regionen weiterentwickelt werden. Dazu wollen wir unseren Beitrag leisten. Zunächst ist nun aber die Politik gefordert.

Für die RHÖN-KLINIKUM AG ist das Thema ärgerlich, aber fällt nicht weiter ins Gewicht.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich zu den Chancen kommen, die es zu nutzen gilt.

B. Welche Chancen nutzen wir?

Elektronische Patientenakte: Das virtuelle Kliniknetz wird zur Realität

Wir wollen unsere Innovationsführerschaft kontinuierlich ausbauen. Die elektronische Patientenakte, kurz EPA, spielt dabei eine wichtige Rolle. Warum geht es?

Unsere Kliniken sind mit hochmodernen IT-Systemen ausgestattet, die aber weitestgehend Inselfösungen darstellen. Daher stellen wir uns der Herausforderung,

die vielen isoliert arbeitenden IT-Insellösungen jeder einzelnen Klinik oder jedes einzelnen MVZs in einem virtuellen Netzwerk zu verbinden. Insbesondere geht es darum, die unterschiedlichen klinischen Informationssysteme und digitalen Bildarchive über eine gemeinsame elektronische Plattform zu verknüpfen und Benutzerstandards für einen sicheren Datenaustausch selbstverständlich unter Berücksichtigung des Datenschutzes festzulegen.

Ich freue mich, dass wir eine zukunftssichere Lösung gefunden haben, um die Schnittstellenprobleme zu beheben. Wir haben unseren Piloten in Leipzig, bei dem wir den klinikübergreifenden Datenaustausch zwischen dem Herz-Zentrum und dem Park-Krankenhaus geprobt haben, abgeschlossen. Ich möchte Ihnen die Lösung und den Nutzen anhand eines Beispiels aus Leipzig erläutern.

Nehmen Sie einen Patienten, der nach einem Herzinfarkt in die Notaufnahme des Park-Krankenhauses eingeliefert wurde. Nachdem man hier das Patientenprofil aller bisherigen Eingriffe analysiert hat, stellen die Ärzte fest, dass sie es mit einem hochkomplizierten Fall zu tun haben, der den Einsatz von Spezialisten aus dem Herz-Zentrum erfordert. Nun informieren die Ärzte aus dem Park-Krankenhaus ihre Kollegen aus dem Herz-Zentrum Leipzig, die sofort alle Patientendaten aus dem Labor und die CT-Aufnahmen abrufen und bereits den OP-Saal vorbereiten, während der Patient vom Park-Krankenhaus in das Herz-Zentrum transportiert wird. Als der Patient dort ankommt, ist alles für die Notoperation vorbereitet.

Hier sehen Sie die Vorteile der klinikübergreifenden Zusammenarbeit: Sie sparen Doppeluntersuchungen, wodurch die Kosten sinken. Die Qualität ärztlicher Befundungs- und Therapieentscheidungen steigt, weil die Ärzte innerhalb von Sekunden auf ein und dasselbe Patientenprofil zugreifen könnten. Wartezeiten fallen weg und der Behandlungsprozess wird beschleunigt. Weil die Verweildauer insgesamt sinkt, können die Ärzte in derselben Zeit deutlich mehr Patienten behandeln. So können wir mit der EPA Wertsteigerungen erzielen.

Aufgrund der immensen Vorteile haben wir uns entschieden, den flächendeckenden Roll-Out der EPA in unserem Kliniknetz voranzutreiben.

Während vielerorts also noch über das Für und Wider der elektronischen Gesundheitskarte debattiert wird, schaffen wir Realitäten und der nächste Pilot ist schon in der Pipeline – den träger- und sektorübergreifenden Datenaustausch über unseren Klinikverbund hinaus mit anderen Partnern, niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und anderen Krankenhausgruppen.

Warum treiben wir dieses Projekt mit soviel Energie? Wir öffnen unser Flussprinzip auch für die Welt außerhalb jeder einzelnen Klinik. Wir verbessern somit die Qualität des gesamten Prozesses der Patientenbehandlung und erhalten ein Steuerungsinstrument zur Lenkung und Bindung der Patientenströme an die RHÖN-KLINIKUM AG. Wir setzen heute für die Krankenhäuser die Standards in der

Informationstechnologie und verbessern damit in Zukunft die Steuerung der Patientenflüsse in unseren Kliniken.

Unsere Vision zur elektronischen Patientenakte geht noch weiter. Wir wollen die EPA zu einem selbstlernenden System – ähnlich wie Amazon heute – weiterentwickeln. Lassen Sie mich die Idee kurz skizzieren: Vielleicht haben Sie es schon einmal ausprobiert. Wenn Sie bei Amazon beispielsweise ein Buch „X“ kaufen, werden Sie darauf hingewiesen, dass andere Kunden, die ebenfalls dieses Buch bestellt haben, mit einer bestimmten Häufigkeit auch ein Buch „Y“ gekauft haben.

Hier sehen Sie, worin der Lerneffekt des Systems besteht: Amazon hat in seiner Datenbank riesige Mengen an Informationen über das Leseverhalten seiner Kunden gespeichert und das System kann durch intelligente Verknüpfung der Daten den Lesern eigenständig weitere Informationen zur Verfügung stellen.

Und genau diese Idee wollen wir uns auch zunutze machen. Medizinische Datenbanken werden künftig – ähnlich wie Amazon heute – in der Lage sein, die immensen medizinischen Informationen selbstständig und regelmäßig nach Sinnzusammenhängen zu durchforsten. Wenn der Arzt beispielsweise bei einem Patient eine bestimmte Krankheit diagnostiziert, kann ihm das System – ähnlich wie Amazon dem Leser – sagen, mit welcher Wahrscheinlichkeit der Patient auch noch eine andere Krankheit haben bzw. mit welcher Wahrscheinlichkeit dieser Patient in der Zukunft eine weitere Folgeerkrankung bekommen könnte. Damit wird der Arzt den Patienten zum einen besser therapieren und zum anderen auch gezielter beraten können, wie er über Präventionsmaßnahmen Folgeerkrankungen vermeiden kann.

Kurzum: Durch die EPA entsteht aus Informationen Wissen und wir generieren aus Wissen konsequent Werte.

Von der Sozialverwaltung zum Gesundheitsmarkt: Die RHÖN-KLINIKUM AG wird ihre Chancen nutzen

Lassen Sie mich abschließend noch etwas zu den Chancen sagen, die die Gesundheitsreform eröffnet.

Auch wenn die Gesundheitsreform erst vor knapp drei Wochen in Kraft getreten ist, gilt das Motto: „Nach der Reform ist vor der Reform“. Die Politik der kleinen Schritte scheint fortgesetzt zu werden. Wir erwarten hier auch nicht den großen Wurf, sondern nehmen mit unserer hohen Lösungskompetenz und Flexibilität vielmehr die gesundheitspolitischen Gegebenheiten als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung innovativer und profitabler Unternehmensstrategien.

Bei allen Vorbehalten gegen die Gesundheitsreform gibt es bei näherer Betrachtung auch ein paar erste positive Anzeichen dafür, dass sich die Sozialverwaltung in Richtung Gesundheitsmarkt bewegt. Ein wesentlicher Punkt ist die Einführung von *Wahlтарifen* in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Für die über 90 % gesetzlich

Versicherten werden jetzt private Gesundheitsleistungen zugänglich, die vorher den Privatversicherten bzw. GKV-Versicherten mit einer Zusatzversicherung bei den Privaten vorbehalten waren. Über sozial gestaffelte Eigenbeteiligungen – die wir schon vor Jahren mit dem Modell GKV+ vorgedacht haben – können entsprechende Zusatzleistungspakete definiert werden.

Diese privaten Zusatzleistungen werden ihre Nachfrage finden. Gesundheit ist heute ein superiores Gut, d.h. in einer Gesellschaft, die immer älter und wohlhabender wird, steigt die Bereitschaft der Bürger, für eine bessere Versorgung immer mehr Geld auszugeben. Die Patienten werden zudem mündiger und ihre Konsumentensouveränität am Markt zum Ausdruck bringen. Dadurch entsteht eine neue Dynamik auf dem Gesundheitsmarkt, die mit entsprechenden Wachstumsperspektiven einhergehen wird. Ein Beispiel: Entscheidet sich jeder zehnte GKV-Versicherte für eine Eigenbeteiligung von 300 Euro pro Jahr, steht der Krankenversorgung ein Betrag von bis zu 2 Mrd. Euro zusätzlich zur Verfügung – das Marktvolumen steigt also.

Entscheidend ist natürlich, dass die Politik die Spielräume für diesen kreativen Prozess erhält. Die aktuelle Diskussion zum ordnungspolitischen Rahmen setzt erste Zeichen: Die Bundesländer scheinen bereit, sich in der Krankenhausplanung nur noch auf wenige Rahmenvorgaben beschränken zu wollen. Dieser Prozess darf nicht durch neue Einzelfallregelungen in Frage gestellt werden.

Wir wollen den Weg von der Sozialverwaltung in den Gesundheitsmarkt mitgestalten, werden uns an dieser Diskussion beteiligen und uns für mehr Markt und weniger Regulierung aktiv einsetzen.

C. Zusammenfassung

Zum Abschluss möchte ich ein kurzes Resümee ziehen:

- Das Geschäftsjahr 2006 war erfolgreich. Wir bestätigen unsere Umsatzprognose für das Gesamtjahr 2007 mit Umsatzerlösen von 2 Milliarden Euro und erhöhen unsere Prognose für den Konzerngewinn von 100 auf 102 Millionen Euro.
- Die Privatisierung von Gießen/Marburg ist gelungen. Wir erreichen den Break-even in 2007.
- Wir sehen drei Stoßrichtungen für weiteres Wachstum:
 1. **Akquisitionen:** Wir behalten unsere langfristige Strategie bei, uns zum flächendeckenden Vollversorger zu entwickeln und werden unsere Flächenabdeckung durch weitere Akquisitionen, auch von Universitätskliniken, ausbauen.
 2. **Rationalisierung und Restrukturierung:** Wir sorgen mit unserem Management Know-how dafür, dass medizinischer Fortschritt auf höchstem Niveau für breite Bevölkerungsschichten bezahlbar bleibt. Und genau deswegen sind wir ein attraktiver Gesprächspartner für die Politik.

3. **Innovationen:** Durch technische innovative Angebote wie die EPA und neue Versorgungsangebote verbessern wir unsere Marktstellung und werden unsere Innovationsführerschaft weiter ausbauen.

Unser Wachstumspfad ist vorgezeichnet. Wir werden ihn weitergehen. Gleichzeitig sind wir uns bewusst, dass die Verbesserung unserer Marktstellung eine Daueraufgabe ist, der wir uns Tag für Tag aufs Neue stellen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.
Ich freue mich auf Ihre Fragen.