

# **Bilanzpressekonferenz RHÖN-KLINIKUM AG 2008**

1. Bewertung Geschäftsjahr 2007 / Q1-08 / Perspektiven 2008
2. *Zahlen, Daten, Fakten*
3. Weiterentwicklung unserer Unternehmensstrategie

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

**Termin:**  
24. April 2008 / 10:00 Uhr

**- Es gilt das gesprochene Wort -**

## 0. Einleitung und Begrüßung

Guten Morgen meine sehr geehrten Damen und Herren,

herzlich willkommen im Namen des Vorstands der RHÖN-KLINIKUM AG zu unserer diesjährigen Bilanzpressekonferenz hier in Frankfurt. Neben mir ist der Vorstand heute vertreten durch den Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden, Herrn Gerald Meder, den Finanzvorstand, Herrn Dietmar Pawlik und den Vorstand für Rechnungswesen, Herrn Wolfgang Kunz.

Wir übertragen diese Veranstaltung in diesem Jahr erstmals live im Internet in Deutsch und Englisch. Damit wollen wir noch mehr Analysten und Anleger erreichen.

Zum weiteren Vorgehen:

- Zunächst werde ich Ihnen einen Überblick über die Meilensteine des vergangenen Geschäftsjahres, die Ergebnisse des ersten Quartals und einen kurzfristigen Ausblick für 2008 geben.
- Danach wird Herr Pawlik kurz auf die wichtigsten Zahlen eingehen.
- Anschließend werde ich den Faden wieder aufnehmen und die künftige Unternehmensstrategie vor dem Hintergrund der politischen und wirtschaftlichen Entwicklungen skizzieren.
- Zum Abschluss steht Ihnen der anwesende Vorstand gerne für Fragen zur Verfügung.

Wie Sie sehen, haben wir auch diesmal wieder viel vor. Deshalb darf ich in medias res gehen und in die Bewertung des Geschäftsjahres 2007 einsteigen.

## 1. Bewertung Geschäftsjahr 2007

2007 war ein erfolgreiches Geschäftsjahr für die RHÖN-KLINIKUM AG. Wir haben trotz der Sonderbelastungen in Höhe von 39 Millionen Euro unsere ambitionierten Ziele erfüllt und den Konzern zielsicher durch raues Fahrwasser gesteuert.

### **Leistungskennzahlen erreichen neue Höchststände: Beim Umsatz erstmals die 2 Milliarden Euro-Marke übersprungen**

Nachdem wir 2006 erstmals die Millionengrenze bei der Zahl der Patienten überschritten haben, konnten wir 2007 erneut zweistellig zulegen. Wir haben die Zahl der behandelten Patienten um etwa 150.000 bzw. 11 Prozent auf über 1,54 Millionen geschraubt. Die drei Bereiche – ambulant, stationär und Reha – wuchsen ähnlich stark.

Nahezu alle Konzerneinrichtungen haben zu diesem Wachstum beigetragen.

Bei den Umsatzerlösen haben wir erstmals in unserer Unternehmensgeschichte die Messlatte von zwei Milliarden Euro übersprungen. Gegenüber dem Vorjahr konnten wir die Umsatzerlöse um über 90 Millionen Euro oder knapp 5 Prozent auf 2,02 Milliarden Euro steigern. Maßgeblich war diese Entwicklung geprägt durch ein kräftiges internes Wachstum bei der Leistungsmenge und dem medizinischen Schweregrad der behandelten Patienten.

Der Konzerngewinn für 2007 liegt bei 111,2 Millionen Euro. Damit haben wir unsere Gewinnprognose von 110 Millionen Euro leicht übertroffen und beim Ergebnis gegenüber dem Vorjahr um 2 Millionen Euro bzw. rund 2 Prozent zugelegt. Wenn Sie den Konzerngewinn um steuerliche und finanztechnische Einmaleffekte in 2006 (19,1 Mio €) und 2007 (11 Mio €) bereinigen, steigt der bereinigte Gewinn auf Vorjahresbasis überproportional, nämlich um 10,2 Millionen Euro auf 100,2 Millionen Euro. Damit haben wir unser operatives Ergebnis aus dem Vorjahr um 11,3 Prozent übertroffen.

Dieses gute Ergebnis haben wir erreicht, obwohl wir in 2007 außerplanmäßige Mehrbelastungen in Höhe von 39 Millionen Euro zu tragen hatten, die als Ergebnisbeitrag – und zwar permanent als Sockelbetrag – fehlen. Wie Sie sehen, haben wir die Sonderbelastungen aus Gesetzesänderungen und Tarifsteigerungen sowie erhebliche Energiepreissteigerungen kompensiert. Damit haben wir unsere Zusage dem Kapitalmarkt gegenüber eingehalten.

Aufgrund des guten Ergebnisses werden Vorstand und Aufsichtsrat den Aktionären der RHÖN-KLINIKUM AG auf der Hauptversammlung eine Anhebung der Dividende um 12 Prozent bzw. um 3 Cent auf 28 Cent pro Stammaktie vorschlagen. Wir sind der Überzeugung, dass diese Steigerung sowohl dem künftigen Wachstum und Finanzierungsbedarf des Konzerns als auch der langfristigen Wertsteigerung unserer Aktie Rechnung trägt.

### **Leistungsfähigkeit des RHÖN-KLINIKUM-Ansatzes beweist sich auf allen Versorgungsstufen**

2007 haben wir demonstriert, dass wir Kliniken auf allen Versorgungsstufen profitabel führen können. Alle – ich darf dies an dieser Stelle ausdrücklich betonen – alle Bestandskliniken, von der Grundversorgung bis hin zur universitären Maximalversorgung, leisten einen positiven Beitrag zum Konzerngewinn.

Dies gilt auch für die größte Akquisition unserer Unternehmensgeschichte, das Universitätsklinikum Gießen/Marburg:

Nachdem wir hier zum Halbjahr 2007 den break even geschafft haben, konnten wir im zweiten Halbjahr den positiven Trend festigen. Insgesamt hat Gießen/Marburg 2007 einen Gewinn von 1,1 Millionen Euro erwirtschaftet. Für die Zukunft rechnet der Konzern mit weiter steigenden Ergebnisbeiträgen seiner größten Tochtergesellschaft.

### **Viele neue Bauprojekte**

Wie Sie wissen, haben wir seit 2004 weit mehr als ein Dutzend Kliniken mit einem Umsatzvolumen von etwa einer Milliarde Euro übernommen. Gegenwärtig restrukturieren wir diese Kliniken und schaffen zukunftsfähige Strukturen. Auch deswegen betreuen wir zurzeit so viele Bauprojekte wie nie.

Das Geschäftsjahr 2007 war daher auch geprägt durch zahlreiche Spatenstiche, Grundsteinlegungen, Richtfeste und Klinikeröffnungen – unter anderem in Pirna, Hammelburg, Gießen oder die Partikeltherapie-Anlage in Marburg – um hier nur einige Beispiele zu nennen.

Damit bei der Vielzahl der Projekte die rhön-spezifische, flussorientierte Bauphilosophie konsequent zur Anwendung kommt, haben wir uns im vergangenen Jahr mit Architekten und Planungsbüros zusammengesetzt, unsere Baustrategie ausgebaut und die Methoden für das Management von Großinvestitionen verfeinert.

Durch die konsequente Orientierung an den medizinischen Kernprozessen und die bauliche Umsetzung dieser Abläufe – wir sagen dazu „Kernprozesse in Beton gießen“ – stärken wir unsere Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit.

Ich darf diese Ergebnisse für das Geschäftsjahr 2007 zusammenfassen und bewerten:

- Erstens: Der Konzern hat seine Leistungsstärke bewiesen. Unser Geschäftsmodell ist robust und von einer langfristig planbaren und soliden Grundlage getragen.
- Zweitens: Wir haben die Mehrbelastungen aus Gesetzesänderungen und Tarifsteigerungen kompensiert sowie unser operatives Ergebnis und unsere Position im Markt als einer der führenden Gesundheitsdienstleister in Deutschland ausgebaut.
- Drittens: Mit vielen Bauprojekten – wie eben benannt – legen wir den Grundstein für das weitere Wachstum in den kommenden Jahren.

Wir danken unseren Mitarbeitern an allen Standorten für ihr Engagement und ihre Motivation, mehr zu leisten. Und genau aufgrund dieser Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit sind wir für das laufende Geschäftsjahr und die weitere Zukunft des Konzerns optimistisch.

### **Bewertung 1. Quartal 2008**

Die Ergebnisse des ersten Quartals zeigen, dass wir operativ gut in das neue Geschäftsjahr gestartet sind. Der Konzern hat den positiven Schwung aus dem Jahr 2007 in das Jahr 2008 mitgenommen. Viele Kliniken verzeichnen deutliche Leistungsausweitungen. Was uns besonders freut, ist, dass die Mehrleistungen in allen medizinischen Fachgebieten erarbeitet wurden. Ein Viertel unserer Ergebnisprognose haben wir bereits erreicht. Für 2008 sind wir optimistisch. Wir gehen mit breiten Schultern in das Geschäftsjahr.

Ich darf genauer auf die Perspektiven für 2008 eingehen.

### **Ausblick 2008**

Wir sehen drei zentrale Punkte für die RHÖN-KLINIKUM AG:

- steigende Tarife bei Ärzten und nicht-ärztlichen Mitarbeitern
- steigende Privatisierungsneigung bei den Gebietskörperschaften
- Stärkung der Medizinkompetenz, Förderung leistungsbereiter Ärztinnen und Ärzte

Ich darf dies genauer erläutern.

#### **A. Kostenbelastungen im Konzern aus Tarifsteigerungen bei Ärzten und Pflegekräften werden kompensiert**

Die Tarifverhandlungen bei den öffentlichen Kliniken sind mittlerweile abgeschlossen. Auch wir als Konzern werden nun höhere Löhne und Gehälter für Ärzte und nicht-ärztliche Beschäftigte zahlen. Die Lohnsteigerungen sind in unserer Jahresplanung für 2008 bereits einbezogen.

Mittelfristig haben die Tarifkostensteigerungen positive Auswirkungen auf die weitere Entwicklung der RHÖN-KLINIKUM AG, weil unsere Marktposition dadurch besser wird und die Privatisierungsneigung steigt.

Ich darf dies näher erläutern:

Im Ergebnis der abgeschlossenen Tarifverhandlungen steigen die Löhne für Ärzte und nicht-ärztliche Beschäftigte an den kommunalen

Kliniken über die kommenden zwei Jahre um rund acht Prozent. Städte und Gemeinden kostet allein der Tarifabschluss für den öffentlichen Dienst in 2008 etwa 3,5 Milliarden Euro, 2009 dann noch einmal sechs Milliarden Euro. Die kommunalen Kliniken stöhnen unter diesen Belastungen. Sie werden 2008 und 2009 laut Deutscher Krankenhausgesellschaft mit rund 1,5 Milliarden Euro zusätzlich belastet.

Die Lohnkostensteigerungen werden die Position kommunaler Wettbewerber in besonderem Maße treffen. Nehmen Sie ein Beispiel: Ein typisches 300 Betten-Haus mit vielleicht 30 Millionen Euro Umsatz wird bei einer Personalkostenquote von 75 Prozent durch die Tarifierhöhungen mit rund 2 Millionen Euro in 2009 belastet. Um diese Mehrbelastungen auszugleichen, müsste die betroffene Einrichtung – rein rechnerisch – zusätzlich wohl etwa 1000 mittelschwere Operationen bei gleichem Personalbestand durchführen. Aber: Als Gegenreaktion auf die Lohnkostensteigerungen werden viele Kliniken wohl nicht mit Leistungsausweitungen, sondern eher mit Stellenabbau reagieren und damit ihre Leistungsstärke reduzieren. In der Presse war zu lesen, dass man mit einem Abbau von bis zu 10.000 Arbeitsstellen in öffentlichen Kliniken rechnet.

Wer als Antwort auf steigende Kostenbelastungen Personal abbaut, kann in der Regel weniger Patienten behandeln. Mit anderen Worten: Die betroffenen Kliniken schrumpfen und müssen Marktanteile abgeben.

Unseren Konzernkliniken spielt diese Reaktion von Wettbewerbern in die Hand: Wir werden die steigenden Löhne und Gehälter – sowie die gestiegenen Energiekosten – verkraften. Wir setzen auf Rationalisierungsmaßnahmen und Leistungsausweitungen. So werden wir unsere Marktposition weiter stärken.

## **B. Privatisierungsneigung bei den Gebietskörperschaften steigt**

Wieso führen höhere Löhne und Gehälter mittelfristig zu einer steigenden Privatisierungsneigung auf dem Klinikmarkt?

Lassen Sie mich diese Frage vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen beantworten: Die Krise am Finanzmarkt wird sich wahrscheinlich auch auf die Realwirtschaft und in jedem Fall auf die öffentlichen Kassen auswirken. Die Konjunktur schwächt sich ab, während die Inflation steigt. Damit drohen sinkende Steuereinnahmen bei gleichzeitig steigenden Belastungen der öffentlichen Kassen durch die Tarifabschlüsse im öffentlichen Dienst.

Der lieb gewordene Defizitenausgleich für öffentliche Krankenhäuser – zumal bei steigenden Defiziten – wird schwieriger. Es gibt sogar

einzelne kommunale Träger, die ihren Kliniken in dieser Situation einen Blankoscheck für die entstehenden Verluste ausgestellt haben. So wird der notwendige Strukturwandel in unserer Branche gehemmt und die Chance vergeben, die Weichen für die Zukunft zu stellen.

Wir haben es in der Politik derzeit beim Thema „Privatisierung“ mit einer diffusen Gemengelage zu tun:

- Auf der einen Seite gibt es in der Politik Vorbehalte gegen eine Privatisierung öffentlicher Infrastruktur-Unternehmen. Sie kennen die Diskussionen.
- Auf der anderen Seite spricht die Politik privaten Unternehmen eine außerordentlich hohe Kompetenz zu. Ich darf dies mit einem aktuell bekannt gewordenen Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums an die Bundestagsabgeordneten der großen Koalition untermauern.

Ich zitiere wörtlich:

„Bei den großen privaten Krankenhauskonzernen (...) ist die Ertragslage durchweg positiv. Die privaten Krankenhäuser schauen auch durchaus positiver in die Zukunft (...). Die Rhön-Kliniken prognostizieren z.B. für 2008 einen Gewinnzuwachs von 11,3 Prozent.“

Soweit das Zitat aus dem Bundesgesundheitsministerium.

Trotz dieser Erkenntnis fehlt der Politik – so meine ich – der Mut, ein offenes Bekenntnis zur Privatisierung öffentlicher Unternehmen abzulegen.

Klar und eindeutig hingegen ist die Sicht der Wissenschaft, wie eine aktuelle Studie des RWI Essen zeigt: Demnach besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit. Die Untersuchung an 700 deutschen Kliniken belegt, dass mit dem uralten Vorurteil der Besitzstandswahrer im Gesundheitssystem „Gewinnerzielung im Krankenhaus schadet der Qualität“ endgültig aufgeräumt werden muss!

Zu Ende gedacht heißt das: Wer ernsthaft eine am Patienten orientierte Gesundheitsversorgung will, muss Gewinnerzielung im Krankenhaus nicht nur zulassen, sondern sogar fördern! In der Gesundheitswirtschaft gelten – unter der Bedingung des staatlichen Sicherstellungsauftrags – ähnliche grundlegende marktwirtschaftliche Regeln wie in anderen Branchen: Gewinnerzielung in privaten Unternehmen ist das entscheidende Treibmittel für mehr Wohlstand, Wachstum und Beschäftigung in unserer Gesellschaft.

Der Zusammenhang zwischen Wirtschaftlichkeit und Patientenorientierung durch hohe Ergebnisqualität ist relativ einfach: In der Medizin ist es wie im normalen Leben: Eine hohe Qualität entsteht durch Erfahrung, Menge und die damit verbundenen Lern- und Skaleneffekte. Nehmen sie ein typisches Beispiel für unsere alternde Gesellschaft – schwierige und komplexe Operationen am offenen Herzen: Kämen wir als Klinikbetreiber auf die Idee, diese Eingriffe nur für die kleine kaufkräftige Gruppe der Privatpatienten anzubieten, läge die Todesfallquote vielleicht bei 20 oder 30 Prozent, anstatt, wie heute in guten Kliniken möglich, im niedrigen einstelligen Prozentbereich.

Erst durch höhere Wiederholungsraten, Arbeitsteilung, Prozessoptimierung und eine breite und langjährige Erfahrung der Operateure werden die Leistungen qualitativ besser. Das heißt: Erst wenn das Gesetz der großen Zahl voll zur Entfaltung kommt, können diese qualitativen und ökonomischen Vorteile voll ausgeschöpft werden.

Wir können die Politik nach der RWI-Studie nur auffordern, mit Blick auf die Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens konsequent die Weichen für einen Systemwechsel von der Sozialverwaltung hin zur sozialen Gesundheitswirtschaft zu stellen. Sie sollte grundsätzlich noch stärker als bisher auf privates Kapital und die Kompetenz privater Klinikbetreiber setzen.

Als Ergebnis bleibt festzuhalten: Der wirtschaftliche Druck – insbesondere auf die öffentlichen Krankenhäuser – steigt und die Privatisierungsneigung bei Ländern und Kommunen wächst.

Wir haben uns auf diesen Trend vorbereitet und sind zur Aufnahme weiterer Krankenhäuser auf allen Versorgungsstufen in den Konzern gut aufgestellt. Wir stehen zu unserem Angebot an den Staat, noch mehr Verantwortung in der Gesundheitsversorgung zu übernehmen und gute Medizin für Jedermann mit ökonomischen Prinzipien durchzusetzen.

Ich darf zum dritten Punkt für 2008 kommen:

### **C. Medizinkompetenz stärken, leistungsbereite Ärzte fördern**

Für uns ist die Gewinnung und Bindung engagierter Ärzte ein zentraler Schlüssel für mehr Innovation und Wachstum. Wir müssen leistungsbereite Ärzte zur Umsetzung unserer Leitidee „Qualität und Leistung für Jedermann“ gewinnen.

2007 haben wir daher den Startschuss für eine Fort- und Weiterbildungsoffensive für Ärzte im RHÖN-KLINIKUM Konzern

gegeben. So wollen wir als innovationsorientierter Klinikbetreiber leistungsbereite und engagierte Ärzte dauerhaft an uns binden. Um gerade junge Ärzte in der Facharztausbildung frühzeitig für eine Karriere in unserem Klinikverbund zu gewinnen, hatten wir die Bildung regionaler Weiterbildungsverbände angekündigt.

Heute darf ich – durchaus mit einigem Stolz – verkünden, dass wir im Rahmen dieser Initiative ein erstes Ergebnis erreicht haben: Mit unseren neun niedersächsischen Konzernkliniken – von Cuxhaven an der Nordseeküste bis nach Herzberg im Harz – haben wir einen schlagkräftigen regionalen Weiterbildungsverbund gebildet.

Ich darf an dieser Stelle kurz die Herausforderung für uns als wachstumsorientierter Klinikbetreiber erläutern. Im Fach Chirurgie gibt es Nachwuchsprobleme; der Berufsverband der Chirurgen hat sogar eine Kampagne für die Nachwuchsgewinnung gestartet. Wer heute Chirurg werden will, muss sich langwierig spezialisieren, um ein richtig guter Facharzt zu werden. Der umfangreiche Anforderungskatalog für die Spezialisierung macht die Weiterbildung in kleineren Kliniken im Grunde unmöglich. Selbst Schwerpunktkrankenhäuser können die Weiterbildungsanforderungen nur schwerlich vollständig abdecken. Im Fall der Viszeralchirurgie stoßen sogar Maximalversorger bei der Erfüllung der Anforderungen zunehmend an ihre Grenzen. Mit anderen Worten: Die flächendeckende Weiterbildung funktioniert perspektivisch nur noch mit einem dichten Klinikverbund.

Um unsere Kompetenz in Sachen Weiterbildung voll zu erhalten, haben unsere niedersächsischen Konzernkliniken – rund um das Schwerpunktkrankenhaus Hildesheim – ein regionales Netz zur Facharztweiterbildung aufgesetzt. Die Idee basiert auf einem Austauschmodell, in dem Assistenzärzte aus den kleineren Kliniken nach Hildesheim zur Hospitation kommen, während gleichzeitig bereits ausgebildete Fachärzte aus Hildesheim in die Peripherie gehen und sich dort weiter spezialisieren. Auf diese Weise bieten wir nicht nur unseren Ärzten echte, individuelle Entwicklungsperspektiven, sondern steigern gleichzeitig die medizinische Expertise in der Fläche.

Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Eine junge 25jährige Medizinstudentin hat gerade ihr Studium erfolgreich abgeschlossen und ihre Approbation als Ärztin in der Tasche. Sie möchte gerne Chirurgin werden – kann sich aber noch nicht entscheiden, ob sie lieber Gefäßchirurgin oder Neurochirurgin werden will. Wir können ihr nun folgendes attraktives Angebot machen: Wir geben ihr die Möglichkeit, die Weiterbildung zum Facharzt in der kürzest möglichen Zeit nach einem strukturierten Fahrplan zu absolvieren. Sie wiederum braucht sich erst in zwei Jahren für ihre Spezialisierung zu entscheiden, wobei sie selbst dann noch ohne Zeitverlust in die Viszeralchirurgie oder Plastische Chirurgie wechseln könnte. Während dieser Zeit wird die junge Medizinerin von

kompetenten und erfahrenen Fach-, Ober- und Chefärzten aus den niedersächsischen Konzernkliniken gezielt entwickelt und betreut.

Ich darf die Vorteile dieses Verbunds zusammenfassen:

- Leistungsbereite Mediziner bekommen die Chance auf eine planbare und individuelle berufliche Karriere im Konzern.
- Wir als Unternehmen binden frühzeitig Leistungsträger an uns und sorgen so für kräftiges und lang anhaltendes Wachstum.
- Die Region selbst profitiert von einer dauerhaft hohen fachlichen Kompetenz in der wohnortnahen medizinischen Versorgung.

Wir sind dabei, ähnliche Fort- und Weiterbildungsmodelle auf andere Regionen und Konzernkliniken auszurollen.

Zum Abschluss des ersten Teils darf ich auf die Prognose für 2008 eingehen.

### **Zielbestätigung für 2008**

Wir bekräftigen unsere bisherige Prognose für das laufende Geschäftsjahr: Ohne Berücksichtigung von Neuakquisitionen planen wir Umsatzerlöse in Höhe von knapp unter 2,1 Milliarden Euro. Den Konzerngewinn sehen wir auch weiterhin bei 123 Millionen Euro.

Lassen Sie mich diese Zielwerte einordnen:

Auch 2008 müssen wir politisch hervorgerufene Sonderbelastungen – das heißt den Sanierungsbeitrag, die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung und Mehrbelastungen aus der Erhöhung der Mehrwertsteuer – abfedern. Die hohen Tarifabschlüsse bei den öffentlichen Trägern wirken sich wie beschrieben mittelbar auch auf unsere Kostenstrukturen aus. Zusätzlich haben wir mit steigenden Energiekosten zu kämpfen.

Wir als RHÖN-KLINIKUM AG werden auch 2008 erfolgreich gestalten. Wir werden die Sonderbelastungen abfedern. Wir legen sogar noch eine zusätzliche Schippe drauf und werden das operative Ergebnis um mehr als zehn Prozent bzw. um rund 12,5 Millionen Euro steigern.

Im vergangenen Jahr hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft für 2008 ein „Katastrophenjahr“ für die Branche befürchtet. Wenn Sie die Presse zur Situation der Kliniken lesen, stellen Sie fest, dass die derzeitige Lage in der Tat Fragen zur Zukunft der Krankenhausversorgung aufwirft. Immer mehr stellt sich die Frage, wie die Gebietskörperschaften ihrer politischen Aufgabe der Daseinsvorsorge künftig überhaupt noch gerecht werden.

Diese soziale und gesellschaftliche Frage beschäftigt uns als Klinikbetreiber sehr. Wir haben zur Lösung dieser Herausforderung interessante Ideen und Antworten in der Tasche, auf die ich nachher im dritten Teil eingehen werde.

Ich übergebe nun das Wort an unseren Finanzvorstand, Herrn Pawlik, der im zweiten Teil kurz auf die wichtigsten Zahlen des vergangenen Geschäftsjahres und des ersten Quartals 2008 eingehen wird.

Herr Pawlik, Sie haben das Wort.

\*\*\*\*\*

Es folgt der Präsentationsteil von Herrn Pawlik

(2. *Zahlen, Daten, Fakten*)

\*\*\*\*\*

Vielen Dank, Herr Pawlik, für die Präsentation der Zahlen.

Ich darf nun zum dritten Teil kommen:

### **3. Weiterentwicklung unserer Unternehmensstrategie**

Ich denke die meisten unter Ihnen stimmen mir zu, wenn ich sage, dass wir uns ein Gesundheitssystem wünschen, bei dem jedermann die medizinischen Leistungen erhält, die von der Mehrheit als notwendig erachtet würde und zwar zu jeder Zeit an jedem Ort in Deutschland. Ich bin mir sicher, dass wir den Anspruch auch in unserer alternden Gesellschaft, bei begrenzten Finanzmitteln, ohne planwirtschaftliche Bürokratie und mit ökonomischen Prinzipien durchsetzen könnten.

Die Realität sieht allerdings zunehmend anders aus. Wartelisten und blockierter medizinischer Fortschritt sind erster Ausdruck von Rationierung. Wird dieser Entwicklung nicht rigoros gegengesteuert, dann wird das zweifellos von allen gewünschte sozial ausgerichtete Gesundheitswesen zur Fata Morgana verkommen.

Ich muss Ihnen ehrlich gestehen, dass mich die Selbstverständlichkeit, mit der in den letzten Wochen über die „Zweiklassenmedizin“ gesprochen wurde, nachdenklich gestimmt hat. Der jüngsten Umfrage einer Krankenkasse zufolge, vermuten 80 Prozent der Bürger, dass der Staat bei knapper Kasse seine Zuschüsse zu Lasten der medizinischen Versorgung kürzt. Das zeigt, dass die Menschen das Vertrauen in die Fundamente des jetzigen Gesundheitssystems verlieren, wonach die

Mehrheit der Jungen und Gesunden mit starker Wirtschaftskraft,  
wenige Alte und Kranke finanziert.

Im Augenblick beobachten wir in der Tat, dass sich der Staat einerseits aus der Finanzverantwortung für das System zur Sicherung der Daseinsvorsorge zurückzieht und andererseits den entstehenden Machtverlust durch wachsende Regulierung erhalten will.

Drei Viertel der Befragten der genannten Umfrage bezweifeln, dass das Gesundheitssystem sozial gerechter oder durchschaubarer wird. Was wird geschehen? Die Einheitsbeiträge der GKV werden zur politischen Manipulationsmasse, die vom eigentlichen Bedarf der Bevölkerung weitestgehend abgekoppelt sind. Der Weg zur Einheitskasse – von der 71% der Befragten glauben, dass sie kommt – wird zu einem unguten Verhältnis von Kostenträgern und Leistungserbringern führen. Die Krankenkassen üben aufgrund von Konzentration vermehrt Preisdruck auf die Leistungsträger aus. Sie lösen dadurch vorübergehend das Finanzproblem, tun dies aber dauerhaft auf Kosten des Niveaus der Gesundheitsversorgung. Die Kassen werden ihre Existenzberechtigung zulasten von Krankenhäusern und Ärzten sichern und dabei vorrangig nicht die optimale Versorgung ihrer Versicherten im Auge haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss bremst den medizinischen Fortschritt und rationiert im Prinzip verfügbare medizinische Leistung.

Ich bin fest davon überzeugt, dass in nächster Zeit in Deutschland ganz elementare Entscheidungen über die Zukunft unseres Gesundheitssystems getroffen werden. Noch sind die Grenzen unseres Gesundheitssystems für die meisten Menschen nicht schmerzlich spürbar. Aber die Zahl alter und – damit auch kranker – Menschen wächst. Die Gruppe der über 80-Jährigen wird sich bis 2050 nahezu verdreifachen. Die Leistungsansprüche der Alten steigen und die Solidarität der weniger werdenden Jungen mit den mehr werdenden Alten wird spürbar teurer. Wenn wir in dieser Situation die finanziellen und strukturellen Grundlagen des Gesundheitssystems nicht ändern, wird der Keil zwischen großer Nachfrage und rationiertem Angebot größer.

### **Risiken und Probleme sind immer Chancen – Unternehmer ist, wer sie kennt und nutzt**

Das lässt uns als Innovationstreiber der Branche aber nicht verzagen. Ganz im Gegenteil: Für jeden gestandenen Unternehmer gilt der Grundsatz: Jedes Problem harret einer Lösung und jede Lösung ist eine neue Chance. Wir sehen für uns die wirtschaftliche Chance, für eine alternde Gesellschaft medizinisch hochwertige und verlässliche Versorgungsangebote zu schaffen.

Denn ein Wirtschaftsbereich, der mehr als 10 Prozent des Bruttoinlandsprodukts unseres Landes von über 2400 Mrd. Euro ausmacht, ist keine Petitesse, sondern ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor für uns und ein Zukunftspotenzial für unser Land. Wenn es uns heute gelingt, mit guter Medizin und innovativen Konzepten die so genannte „kleine Mobilität“ der alternden Gesellschaft bei begrenzten Mitteln zu lösen, dann bin ich überzeugt davon, dass wir das „Exportmodell“ von morgen kreieren.

Im Moment sind es ja eher die großen Volkswirtschaften in Europa, Nordamerika oder Japan, die die Probleme der Alterung lösen müssen. Und heute brauchen die aufstrebenden Schwellenländer wie China oder Indien Autos und Konsumartikel, die bei uns vor 60 Jahren das deutsche Wirtschaftswunder auslösten. Spätestens morgen werden dieselben Milliarden Menschen die Produkte, Dienstleistungen und Systeme der Altersmedizin nachfragen, die wir heute entwickeln könnten. Wenn Sie so wollen, brauchen die jungen Volkswirtschaften die „große Mobilität“ – die liefert Ihnen zum Beispiel die Automobilindustrie. Und die alten Volkswirtschaften wollen die „kleine Mobilität“ – und die liefert unter anderem die Medizin. Was meine ich damit? Die neue Hüfte und das Beherrschen der Diabetes ist für einen alten Menschen genauso wichtig, wie für den Jungen die Fahrt im Porsche oder der neueste Anzug von Armani.

Mit unserer Rationalisierungskompetenz, Innovationsfähigkeit und Leistungskraft in der Krankenhausbranche wollen wir uns an die Spitze einer Gegenbewegung zum regulierten Angebot des Staates setzen. Wir setzen dabei auf die Dynamik der marktwirtschaftlichen Kräfte, bleiben unserem sozialen Anspruch treu und werden eine Systemveränderung mit herbeiführen.

### **Was ist der Plan? Was haben wir vor?**

Wir wollen nicht mehr und nicht weniger als ein umfassendes Angebot einer Vollversorgung aufbauen, das die kompletten medizinischen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich umfasst und auf dem höchsten Qualitäts- und Modernitätsstand ist. Dabei soll dieses Angebot nicht mehr kosten, als heute insgesamt für ambulante und stationäre Leistungen aufgewendet wird.

Das heißt, dass wir im Vergleich zum jetzigen System mehr Leistungen zu konstanten Preisen – und das ist der entscheidende Punkt – durch sektorübergreifende Prozessoptimierung schaffen. Wir wollen unser Flussprinzip aus dem Krankenhaus auf den ambulanten Sektor übertragen und zu einem sektorübergreifenden Ansatz kommen. Wir wollen so gut sein und die Schwächen des regulierten, alten Gesundheitssystems für uns sprechen lassen, dass sich die Menschen

gerne von uns versorgen lassen, weil sie sich auf eine gute medizinische Versorgung verlassen können.

Um es auf den Punkt zu bringen: Wir wollen mit einem neuen Versorgungsangebot eine echte private Alternative zur staatlich regulierten Mindestversorgung werden.

### **Wer könnten unsere Verbündeten sein?**

Wer könnten unsere Verbündeten für die Umsetzung unseres Versorgungsmodells sein? Die Politik und die Selbstverwaltung suchen zunächst – wie beschrieben – nach den Kompromissen im System und setzen auf Bewahren statt Verändern. Aber ich bin zutiefst davon überzeugt, dass die Bürger die ersten sind, die zu Verbündeten für unser neues Versorgungsangebot werden, weil sie merken, dass sich der Staat immer mehr aus der Daseinsvorsorge zurückzieht:

Warum werden sie sich als erste motivieren lassen? Fragen Sie sich doch einmal selbst: Was muss ein gutes Gesundheitswesen für Sie leisten? Ich vermute, es muss so ausgelegt sein, dass es Ihnen im Krankheitsfall an jedem Ort und zu jeder Zeit ermöglicht, medizinisch kompetent behandelt zu werden. Das heißt: Nicht die tolle Herzoperation ist die eigentlich originäre Leistung, die Sie bzw. die Menschen im Grunde nachfragen – denn wer fragt schon freiwillig eine Herz-OP nach? Sie fragen zuallererst die Vorhaltung der Herz-OP nach.

Entscheidend ist also die Sicherheit, die wir der Bevölkerung bieten, die Herz-OP im Not- oder Krankheitsfall auf qualitativ hochwertigem Niveau durchzuführen. Die Menschen fragen zuallererst nicht die medizinische Leistung an sich nach, sondern sie wollen eine Versorgungssicherheit, die folgende Elemente umfasst:

- Zum einen erwarten die Menschen fähiges und motiviertes medizinisches Personal, das im möglichen Krankheitsfall in der Lage ist, sie dann als Patienten zuverlässig und kompetent zu behandeln.
- Zum anderen wollen die Menschen wohnortnahe moderne medizinische Einrichtungen mit guter Ausstattung und gut organisierten Behandlungsabläufen.

Es geht also in erster Linie darum, als Gesundheitsdienstleister der Bevölkerung eine hohe Versorgungssicherheit zu geben und erst im zweiten Schritt um die konkrete Einzelleistung. Und genau diese Versorgungssicherheit wollen wir der Bevölkerung auch bieten.

Ich bin mir sicher, dass die Menschen bereit sind, für diese Versorgungssicherheit bzw. einen verlässlichen Versorgungsanspruch

und nicht nur für die konkrete Leistung im Krankheitsfall einen Beitrag zu zahlen.

Hier bin ich an einem entscheidenden Punkt, im Grunde beim Kern unserer Überlegungen zur Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems und Attraktivität unseres Plans. Lassen Sie mich das am Beispiel ganz persönlicher Erfahrungen illustrieren. Anfang April haben wir mit Bürgern, Politikern und Ärzten die Tele-Portal-Kliniken in Hammelburg, Wittingen und Miltenberg eingeweiht. In Wittingen hatte ich die Freude, selbst dabei zu sein. Ich war erstaunt, welche riesige Resonanz die Eröffnung auslöste: Die Kleinstadt in Niedersachsen hat ca. 12.000 Einwohner und es kamen mehr als 10.000 Besucher aus der Region, um sich ihr neues städtisches Krankenhaus anzuschauen. Warum war das so? Ich darf eine Bewohnerin aus Wittingen zitieren: „Es ist ein beruhigendes Gefühl, dass wir so ein Krankenhaus hier in unserer Nähe haben“ sagte sie der Presse stellvertretend für viele. Und in Hammelburg stellten selbst die Privatisierungsskeptiker gegenüber der Presse fest, dass „die vordringliche Aufgabe der wohnortnahen Versorgung mit Erfolg gelöst sei.“

Warum trifft die Einweihung des Krankenhauses den Nerv der Bevölkerung? Die Bürger vergewissern sich: Da ist ein Krankenhaus in meiner Umgebung, in dem sind meine Familie oder meine Freunde für den Fall, dass einem etwas passiert, gut aufgehoben. Ich bin mir sicher, dass die Menschen exakt für diesen Versorgungsanspruch bereit sind, einen Beitrag zu zahlen. Denken Sie nur an den ADAC, ca. 15 Mio. Menschen sind Jahr für Jahr bereit, für die Hilfe bei Panne und Unfall, bei Krankheit, Verletzung und in Notsituationen einen Mitgliedsbeitrag zu zahlen.

Umso erstaunlicher ist es, dass wir in Politik und Öffentlichkeit so wenig über die Versorgungssicherheit der Zukunft reden. Gesprochen wird immer nur über die konkrete medizinische Einzelleistung für den Patienten und nicht über die Versorgungssicherheit. Der Grund ist einfach. Wir geben uns noch allzu sehr der Illusion hin, der Staat sei der rechtliche und tatsächliche Garant für eine umfassende, flächendeckende medizinische Versorgung.

Aber die nackten Fakten sprechen eine klare Sprache: Der Investitionsstau von über 50 Mrd. Euro ist jetzt schon ein Symptom dafür, dass der Staat diese Garantie nicht mehr vollumfänglich erfüllt. Der aktuelle Streit zwischen Bund und Ländern über die künftige Finanzierung der Krankenhausinvestitionen zeigt, dass das Versorgungsnetz dünner und löchriger wird. Die Vorhaltung der Infrastruktur hat heute bereits schätzungsweise 30% bis 50% der Nutzwertfunktion eingebüßt – die ambulante Versorgung im Osten ist teilweise nicht mehr existent.

Und genau hier wollen wir unseren Hebel zur Veränderung ansetzen. Wir wollen diese Angebotslücke, die von Jahr zu Jahr größer wird, schließen und mit unserem Versorgungsangebot eine echte private Alternative zur staatlich regulierten Mindestversorgung schaffen.

### **Warum ist dieses Versorgungsmodell wirtschaftlich tragfähig?**

Die Schlüsselfrage für die Entscheidung zur Entwicklung eines neuen Versorgungsangebots lautet: Können wir ein flächendeckendes Versorgungsnetz und hochqualifizierte Einzelleistungen zu solchen günstigen Preisen anbieten, dass die künftige Gesamtversorgung in der Summe nicht teurer als die jetzige Versorgung wird?

Die Lösung, die wir sehen, ist im Prinzip einfach: Der Patient wird weder über- noch unter-, sondern stationär und ambulant adäquat versorgt. Mehr Effizienz heißt für uns, dass der Schweregrad des behandelnden Falles im engen Verhältnis zur Versorgungsstufe steht. Es geht also im Grunde um eine Neusortierung der Krankheitsfälle. Je schwerer der Fall, desto höher sollte die Versorgungsstufe des Krankenhauses sein, in dem er behandelt wird.

Wie sieht es heute aus? Heute ist der Zusammenhang zwischen Schwere des Falles und Versorgungsstufe eher lose. Viele Grundversorgungskliniken versuchen ihre Existenz durch Spezialisierungen abzusichern. In unserem System würde sich eine Allgemein Chirurgie, die in der Grundversorgung heute eine Schulter, morgen eine Schilddrüse, übermorgen einen Hammerzeh operiert und zwischendurch eine Hüftendoprothese versucht, überwiegend auf ambulante und teilstationäre Eingriffe konzentrieren. Umgekehrt würden wir es ablehnen, wenn in einer hochspezialisierten und hochtechnisierten Spezialabteilung für Viszeralchirurgie an einer Uniklinik ein harmloser Blinddarm operiert wird. Dafür braucht es keinen High-Tech-OP-Saal, keine OP-Schwester mit Spezialausbildung und keinen habilitierten Chirurgen, der den Eingriff übernimmt. Der Vorteil ist klar, die Nutzung der teuren Ausstattung für leichte Fälle ist ineffizient. Sie sollten in einer Grundversorgungseinrichtung behandelt werden.

So wollen wir im intelligenten Zusammenspiel der Sektoren Rationalisierungspotenziale heben und die jetzt gegebenen Rahmenbedingungen nutzen. Allein die daraus resultierenden Kostenunterschiede halten wir für einen erheblichen Wettbewerbsvorteil, der uns ein hohes Interesse der Bürger an unserem Versorgungsangebot sichern wird.

Zentrale Bedeutung kommen auf der Ebene der Grundversorgung den MVZ und Tele-Portal-Kliniken zu, die die wohnortnahe Grundversorgung umfassend abbilden sollen. Sie übernehmen die

Funktion eines „Eingangstors“ in unserem System. Die dort tätigen Ärzte gewinnen möglichst früh den Erstkontakt zum Patienten und begleiten ihn über seine gesamte Gesundheitsbiografie.

Ganz entscheidend ist der Punkt, dass die Ärzte des MVZ auch für die Tele-Portal-Klinik arbeiten und an deren Erfolg beteiligt sind. Denn mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 1. Januar 2007 hat der Gesetzgeber erstmals die Möglichkeit eröffnet, dass Ärzte im Krankenhaus und gleichzeitig auch im MVZ arbeiten dürfen. Insofern hat dieses System Ähnlichkeiten mit dem amerikanischen Belegarztssystem. Großen Klinikverbänden gelang es in den USA durch die Beteiligung von selbständigen Fachärzten an ihrem lokalen Krankenhaus sehr schnell zu wachsen. Damit wollen wir den Ärzten die Perspektive geben, ambulantes und stationäres Arbeiten miteinander zu verbinden.

Wo liegen die Rationalisierungshebel?

Die Mehrzahl der Patienten würde in unserem System in der Grundversorgung behandelt werden können. Zugleich müssten sie aufgrund telematischer Anbindungen nicht auf die Dienste der Hochleistungsmedizin verzichten. Der Patient muss nicht zur Medizin gehen oder fahren, sondern das medizinische Know-how kommt per telemedizinischer Diagnose durch Experten zum Patienten. Lassen Sie mich die Leistungsfähigkeit dieses Ansatzes darstellen: Angenommen, der Patient käme mit einer Verdachtsdiagnose beispielsweise gegen 23.00 Uhr nach telefonischer Ankündigung in der Tele-Portal-Klinik Hammelburg an. Das akute Ereignis wäre gegen 22.00 Uhr geschehen, die Distanz zur Tele-Portal-Klinik vom Ereignisort betrage etwa 10 km. Bereits vor 24.00 Uhr kann die Diagnose bei sofortiger Bildübermittlung und nach telematischer Beratung und Abstimmung mit den Experten aus dem Schwerpunktkrankenhaus – hier mit dem Institut für Diagnostik und Interventionelle Radiologie an der Herz- und Gefäßklinik in Bad Neustadt – stehen und die Behandlung des Schlaganfallpatienten in der Klinik, eingeleitet durch den fachärztlichen Notdienst, gesichert werden. Durch diese Arbeitsteilung zwischen Grund- und Schwerpunktversorgung können drei von vier Schlaganfallverdachtsdiagnosen dann in der Tele-Portal-Klinik kompetent versorgt werden.

Künftig können wir zudem einen weitaus größeren Teil der heute noch stationär behandelten Patienten in ambulanten und tagesklinischen Strukturen betreuen. Ich gebe Ihnen ein konkretes Beispiel: Dank schonender minimal-invasiver OP-Methoden können heute eine Vielzahl von Eingriffen in der Augenheilkunde (Operationen bei Grauem und Grünem Star) oder der Chirurgie (Leistenbrüche, Tennisarm, Kreuzband-Operation) in tagesklinischen Strukturen

durchgeführt werden, die in aller Regel keine Übernachtung oder umfangreiche Betreuung durch Pflegekräfte erfordern.

Außerdem leisten wir uns in Deutschland heute noch den Luxus einer Übervorhaltung von Infrastruktur im Gesundheitssystem. Durch den Ausbau des MVZ/Tele-Portal-Ansatzes – und das ist ein entscheidender Punkt – werden wir Doppelvorhaltungen – im Krankenhaus und im ambulanten Bereich – bereinigen können und die Vorhaltung oftmals unzureichend ausgelasteter Geräte wie CT oder Ultraschall vermeiden.

Das technische Steuerungsinstrument in unserem Versorgungsmodell stellt die webbasierte Elektronische Patientenakte (EPA) dar, über die ich an dieser Stelle schon berichtet habe. Erlauben Sie mir heute nicht zur Technik und zum Roll-out, sondern zu den grundsätzlichen Ideen, die uns heute treiben, etwas zu sagen. Durch die elektronische Kommunikation können wir das Wissen über einen Menschen an jeden Ort bringen. Wenn es uns gelingt, das allgemeine Wissen der Mediziner und das konkrete Wissen über einen Menschen in maximaler Form zu verbinden, dann haben wir einen wichtigen Rationalisierungshebel gefunden: Wir schicken nicht mehr Ärzte oder Patienten durch das Land, was Zeit und Geld kostet, sondern wir schicken die Daten des Patienten – also quasi einen virtuellen Patienten – auf die Reise. Weil der virtuelle Patient so an mehreren Orten gleichzeitig sein kann, gewinnen wir Zeit und Kompetenz. Ich bin zutiefst überzeugt davon, dass das Rationalisierungspotenzial bei gleichzeitiger Qualitätserhöhung für uns heute kaum vorstellbar ist und einmal sehr gewaltig werden kann.

All die Veränderungen der beschriebenen Art stellen natürlich Anforderungen an die Veränderungsbereitschaft der Menschen. Die Einsparung der Vorhaltung und der Arbeitsplätze an der einen Stelle führt an der anderen Stelle zu einem Aufbau von Arbeitsplätzen. Zugleich sind wir uns sicher, dass gerade leistungsbereite und zukunftsorientierte Ärzte und Ärztinnen und Pflege- und Servicekräfte in unserem Modell eine echte Alternative zum jetzigen System sehen.

### **3. Was passiert jetzt – Was sind unsere nächsten Schritte?**

Um es vorab ganz klar zu sagen: Wir werden unser angestammtes Geschäftsfeld der stationären Akutmedizin mit gleicher Energie wie bisher verfolgen. Es bleibt bei unserer Strategie, durch Akquisitionen, Rationalisierung und medizinische Innovationen weiter zu wachsen. Diese Strategie werden wir jetzt konsequenter als bisher auf den ambulanten Bereich und die Grundversorgung ausdehnen.

In den nächsten fünf Jahren werden wir wahrscheinlich eine Zusammenführung des ambulanten und stationären Sektors und ein Überspringen der Sektorengrenzen erleben.

So haben wir begonnen, die konzeptionellen Weichen für ein privates Versorgungsangebot zu stellen, das auf ein Zusammenwachsen stationärer und ambulanter Strukturen hinausläuft.

Seit 2004 bauen wir MVZ an Kliniken auf und eine wichtige Lehre der letzten drei Jahre ist: Wir als Klinikbetreiber müssen die „Welt der ambulanten Versorgung“ noch besser verstehen lernen. Wir können ein hohes Maß an Rationalisierungs- und Managementkompetenz im stationären Bereich vorweisen und von den ambulant tätigen Ärzten mehr über deren Prozesse und Arbeitsabläufe lernen. Wir wissen von zahlreichen Fusionen aus anderen Branchen, wie schwierig ein Zusammenwachsen zweier Partner mit eigener Historie und eigener Arbeitsweise ist. Wir haben diesen Punkt fest im Blick, sind aber aufgrund unserer eigenen Erfahrungen mit MVZ zutiefst davon überzeugt, dass das Zusammenwachsen ambulanter und stationärer Strukturen gelingen wird.

Klar ist, dass auch die niedergelassenen Ärzte einem hohen Veränderungsdruck ausgesetzt sind – wie Sie wissen – und vor der Frage stehen, wie sie in einer alternden Gesellschaft, die Medizin in Teilen wie „Essen und Trinken“ nachfragt, den Massenforderungen mit Technik und Personal gerecht werden wollen oder aber, ob man – wenn man die Wahl hat – sich auf die Behandlung von Privatpatienten zurückzieht. Von den fast 130.000 niedergelassenen Ärzten hat nicht jeder diese echte Wahl. Es werden sich mindestens 120.000 Niedergelassene mit der Massennachfrage auseinandersetzen müssen. Die Verbindung von MVZ und Tele-Portal-Klinik könnte den Ärzten am Ende eine neue Perspektive eröffnen ohne direkter Zulieferer der Kassen zu werden. Ich habe erste positive Signale dazu erhalten.

Schlussendlich haben Krankenhäuser und ambulant tätige Ärzte eines gemeinsam und ich meine, es ist das wichtigste Pfund für beide Seiten: Sie sind dem Patienten und seinen Bedürfnissen am nächsten und diesen Platz können sie gemeinsam behaupten, wenn sie Dienstleister für die Patienten und nicht für die Kassen sind.

Meine Damen und Herren,

wir sind mitten in der konzeptionellen Arbeit zur Umsetzung unseres Wachstumsmodells. Wir haben die Stärke zur Systemveränderung und wollen in der Allianz mit anderen Leistungserbringern diese Systemveränderung herbeiführen und so ein Gegengewicht zur Kassenmacht schaffen. Ich bin mir sicher, dass wir mit unserem

Versorgungsangebot zu einer echten Alternative werden. Sie werden von uns hören.

In diesem Sinne wollten wir Sie in Ergänzung unserer Aussagen zum Geschäftsjahr 2007, zum ersten Quartal 2008 und zum Geschäftsjahr 2008 über unsere künftige Unternehmensstrategie informieren. Im Laufe dieses Jahres werden wir so weit zu einer Konkretisierung kommen, so dass wir Sie dann über erste Ergebnisse informieren können.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Der Vorstand steht nun für Ihre Fragen zur Verfügung.