

Rede zur 20. Ordentlichen Hauptversammlung der RHÖN-KLINIKUM AG

Wolfgang Pföhler
Vorstandsvorsitzender, RHÖN-KLINIKUM AG
Schlossplatz 1, 97616 Bad Neustadt/Saale

Termin:
17. Juni 2008 / 10.00 Uhr

Ort:
Frankfurt/Main
Congress Center Messe

– Es gilt das gesprochene Wort –

Begrüßung und Einleitung

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

Im Namen des Vorstands begrüße ich Sie alle sehr herzlich zur 20. Ordentlichen Hauptversammlung der RHÖN-KLINIKUM AG hier im Congress Center der Messe in Frankfurt am Main. Ich freue mich, dass Sie auch in diesem Jahr wieder so zahlreich erschienen sind und hoffe, dass Sie alle eine angenehme Anreise hatten.

Damit Sie wissen, was Sie in meiner heutigen Rede erwartet, darf ich Ihnen zunächst einen kurzen Überblick anhand von drei Leitfragen geben.

- I. Wie fallen unsere Bilanz für 2007 und die Ergebnisse für das erste Quartal 2008 aus?
- II. Wie beeinflussen die wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen unsere Unternehmensstrategie?
- III. Wo liegen die Schwerpunkte unserer integrierten Wachstumsstrategie?

Ich komme zur Beantwortung der ersten Leitfrage:

- I. Wie fallen unsere Bilanz für 2007 und die Ergebnisse für das erste Quartal 2008 aus?**

2007 war ein erfolgreiches Geschäftsjahr:

- Wir haben die wichtigsten Leistungskennziffern – Patientenzahl, Umsatz und Ergebnis – auf neue Höchstwerte geschraubt.
- Wir haben die Sonderbelastungen aus Gesetzesänderungen in Höhe von 39 Millionen Euro vollständig kompensiert.
- Der Vorstand hat gemeinsam mit den Mitarbeitern die Ärmel hochgekrempt, angepackt und Ihr Unternehmen zielsicher durch rauhes Fahrwasser gesteuert.

Im vergangenen Jahr konnte ich an dieser Stelle erstmals die Überschreitung der 1-Million-Marke bei der Patientenzahl vermelden. 2007 haben wir in unseren 46 Konzernkliniken und 14 Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) über 1,5 Millionen Patientinnen und Patienten ambulant, stationär und im Bereich Rehabilitation behandelt. Alle drei Bereiche haben zugelegt.

Unsere Umsatzerlöse haben in 2007 erstmals die Messlatte von 2 Milliarden Euro übersprungen. Im Vergleich zum Vorjahr konnten wir bei den Umsatzerlösen um fast 92 Millionen Euro bzw. um nahezu 5

Prozent zulegen. Im Dreijahresvergleich haben wir unseren Umsatz nahezu verdoppelt.

Der stationäre Bereich in unseren Akutkliniken hat dabei den Löwenanteil – über 90 Prozent – beigesteuert. Hier haben wir rund 1,88 Milliarden Euro (+ 4,5 Prozent) umgesetzt. Im ambulanten Bereich konnten wir in 2007 erstmals mehr als 100 Millionen Euro erwirtschaften. Hier haben wir die Erlöse um fast neun Prozent auf 105,3 Millionen Euro gesteigert. Unsere Rehabilitationskliniken verzeichneten ein Umsatzwachstum um fast fünf Prozent auf knapp über 40 Millionen Euro.

Der Konzerngewinn für 2007 liegt bei 111,2 Millionen Euro. Damit haben wir unsere ursprüngliche Gewinnprognose von 110 Millionen Euro leicht übertroffen und gegenüber dem Vorjahr beim Ergebnis um knapp zwei Prozent bzw. 2,1 Millionen Euro zugelegt.

Vorstand und Aufsichtsrat schlagen der Hauptversammlung daher vor, die Dividende um 12 Prozent von 25 auf 28 Cent pro Aktie zu erhöhen.

Lassen Sie mich das Ergebnis eingehender analysieren:

Ohne Berücksichtigung der steuerlichen und finanztechnischen Einmaleffekte stieg der bereinigte Konzerngewinn im Vorjahresvergleich von 90 Millionen Euro in 2006 um 10,2 Millionen Euro auf nunmehr 100,2 Millionen Euro in 2007. Damit haben wir das Ergebnis unserer Arbeit überproportional – nämlich um 11,3 Prozent gesteigert. Wir sind gegen den allgemeinen Markttrend profitabel gewachsen und haben unseren Marktanteil im größten Gesundheitsmarkt Europas ausgebaut.

Dieser Anstieg des bereinigten Konzerngewinns ist umso beachtlicher, wenn Sie die außerplanmäßigen Sonderbelastungen aus Gesetzesänderungen – das waren die Sanierungsabgabe, die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung und die Erhöhung der Mehrwertsteuer – in Höhe von 39 Millionen Euro einbeziehen. Dank Rationalisierungsanstrengungen und mit gezielten Aktionsplänen für Leistungssteigerungen und Erweiterungen der Produktportfolios an allen Standorten haben wir die Sonderbelastungen vollständig kompensiert.

Was uns besonders freut ist, dass insbesondere die länger zum Konzern gehörenden Kliniken positiv zum Konzernergebnis beigetragen haben. Dies gilt auch für die größte Akquisition unserer Unternehmensgeschichte – das Universitätsklinikum Gießen/Marburg: Hier haben wir wie geplant Mitte 2007 den break even erreicht, den Trend im zweiten Halbjahr stabilisiert und zum Jahresende einen Gewinn von 1,1 Millionen Euro erwirtschaftet. Für die Zukunft rechnen

wir mit weiter steigenden Ergebnisbeiträgen unserer größten Konzerntochter. Auch der gestern eingeweihte Neubau der Kinderklinik in Gießen wird hierzu beitragen.

Für uns ist der zügige turn around in Gießen/Marburg ein klarer Beleg dafür, dass unser innovativer Betriebs- und Investitionsansatz auf allen Versorgungsstufen funktioniert. Damit hat die RHÖN-KLINIKUM AG als einziger privater Klinikbetreiber in Deutschland unter Beweis gestellt, Akutkliniken – von der Grundversorgung, über die Regel- und Schwerpunktversorgung bis hin zur Maximalversorgung an Universitätskliniken – profitabel zu führen.

Neben der Stärkung des stationären Bereichs haben wir im vergangenen Jahr unser Angebot im ambulanten Sektor ausgebaut. Wir haben uns hierzu entschlossen, weil die Zukunft der Krankenversorgung durch sektorübergreifende Versorgungsmodelle geprägt sein wird und wir ein umfassendes medizinisches Vollversorgungsangebot aufbauen werden – hierzu später ausführlich im dritten Teil meines Berichts.

Seit 2004 hat der Gesetzgeber im ambulanten Bereich neue Spielräume geschaffen. Seitdem bauen wir Medizinische Versorgungszentren an unseren Kliniken auf. Bis 2006 waren es acht MVZ. In 2007 haben wir hier Fahrt aufgenommen – es sind weitere sechs Zentren dazu gekommen. Allein in den ersten Monaten dieses Jahres haben wir vier weitere MVZ gegründet. Damit verfügen wir über 18 MVZ mit insgesamt 55 Kassenarztsitzen mit einem breit gefächerten ambulanten Angebot – von der Kardiologie, Orthopädie, über Gynäkologie, Augenheilkunde, Onkologie oder Neurologie.

Für 2008 und darüber hinaus planen wir Erweiterungen bestehender MVZ durch gezielte Übernahmen von Kassenarztsitzen oder die Neugründung weiterer MVZ. Wir sehen gute Chancen, hier schnell zu wachsen und uns in der ambulanten Versorgung noch weiter fest zu etablieren.

Der ambulante Markt ist in Bewegung. Die Wachstumschancen sind aufgrund neu geschaffener gesetzlicher Möglichkeiten enorm. Wir setzen alles daran, hier mit Kraft und Geschwindigkeit vorzustoßen: Allein in diesem Jahr wollen wir die Patientenzahl in unseren MVZ um über 40 Prozent steigern und unser ambulantes Angebot noch weiter ausbauen.

Wie in diesem Fall wird unsere Strategie auch künftig aufgehen: Wir verbinden gute Medizin mit unternehmerischer Weitsicht, arbeiten gewissenhaft an der Vermehrung Ihres eingesetzten Kapitals und schaffen so eine ordentliche Verzinsung für unsere Eigentümer.

Unser strategischer Ansatz baut auf einem soliden Fundament:

Erlauben Sie mir daher einen kurzen Blick auf den Aktienkurs der RHÖN-KLINIKUM Aktie: Er entwickelte sich 2007 positiv. Der Kursanstieg betrug rund 18 Prozent und liegt damit über der Jahresperformance des MDAX. Im Juni 2007 konnte die Aktie einen historischen Höchstwert von 23,35 Euro erreichen. Obwohl die Subprime-Krise keinen Einfluss auf unser Geschäftsmodell hat, wurde der Kurs unserer Aktie durch die Krise an den weltweiten Finanzmärkten besonders am Jahresanfang 2008 mit nach unten gezogen. Seitdem konnte sich der Kurs wieder ein Stück weit erholen.

Wir sehen drei zentrale Gründe, warum die Aktie der RHÖN-KLINIKUM AG für Sie auch weiterhin ein grundsolides und langfristig sicheres Investment bleibt:

1. Gesundheit ist und bleibt ein starker, konjunkturell weitgehend unabhängiger Wachstumsmarkt: Alterung, steigendes Gesundheitsbewusstsein und technologischer Fortschritt führen zu einer dauerhaften Steigerung der Nachfrage nach hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen.
2. Unsere Ertragskraft, unser Cash-flow und unsere gesunden Finanzstrukturen ermöglichen die Finanzierung unseres künftigen Wachstumskurses.
3. Als Innovationsführer der Branche werden wir auch weiterhin vom Strukturwandel in unserer Branche überproportional profitieren.

Bevor ich zum ersten Quartal des neuen Geschäftsjahres komme, möchte ich mich für die Ergebnisse des Jahres 2007 bedanken:

- bei den Patienten für das in uns gesetzte Vertrauen,
- bei unseren Mitarbeitern für Ihre Leistungsbereitschaft,
- bei den Betriebsräten für die gute Zusammenarbeit,
- beim Aufsichtsrat für die konstruktiven Diskussionen und die Wahrnehmung der wichtigen Kontrollfunktionen,
- beim Beirat für die konstruktiven Beratungen
- und nicht zuletzt bei unseren Aktionären für Ihr Vertrauen in die Zukunftsfähigkeit und Werthaltigkeit unserer Aktie.

Ich hoffe, dass wir die gute Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten fortsetzen können.

Nach diesem Rückblick darf ich zum ersten Quartal des neuen Geschäftsjahres und zum Ausblick für 2008 übergehen:

Bewertung der Ergebnisse Q1/2008 und Ausblick 2008

Ihr Unternehmen ist gut in das neue Geschäftsjahr 2008 gestartet. Wir haben den Schwung aus dem Vorjahr mitgenommen, halten das Wachstumstempo hoch und haben im ersten Quartal die Grundlage für ein erfolgreiches Geschäftsjahr gelegt. Die Zahlen für das erste Quartal sprechen eine eindeutige Sprache: Unsere passgenauen regionalen Angebotsausweitungen tragen Früchte: Fallzahlen, Umsatz und Konzerngewinn haben sich erwartungsgemäß weiter nach oben entwickelt.

Die Zahl der behandelten Patienten liegt im ersten Quartal im Vergleich zum Vorjahr um über fünf Prozent höher – bei mehr als 400.000 Patienten. Auch die Umatzerlöse sind gestiegen – um fast vier Prozent auf 521 Millionen Euro.

Diese Leistungsausweitung ist größtenteils auf internes Wachstum zurückzuführen. Ihr Konzern ist aus eigener Kraft heraus gewachsen.

Stark sind wir im Bereich Kardiologie und Herzchirurgie gewachsen. Denn mit der Alterung unserer Gesellschaft nehmen Herz-Kreislauf-Beschwerden besonders zu. Daneben sind wir ebenfalls erfreulich in der Unfall- und Neurochirurgie, Neurologie, Onkologie, Pneumologie oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde gewachsen – um Ihnen nur einige Beispiele zu nennen. Wir sind breit aufgestellt und werden die steigende Nachfrage der Bevölkerung nach guter und bezahlbarer Medizin in gezieltes Wachstum umsetzen.

Das operative Ergebnis – EBIT – hat sich im selben Zeitraum überproportional um über 8 Prozent auf mehr als 43 Millionen Euro erhöht.

Insgesamt sind wir mit dem bisherigen Jahresverlauf zufrieden.

Zugleich ist klar: Für uns gibt es keine Alternative zum Abarbeiten des operativen Tagesgeschäfts und der konsequenten Weiterentwicklung unserer Unternehmensstrategie.

Für den weiteren Verlauf des Geschäftsjahres 2008 sind wir ebenfalls optimistisch. Wir freuen uns in diesem Zusammenhang über die Übernahme des St. Petri-Hospitals in Warburg/Nordrhein-Westfalen. Die Akquisition dieses 153-Betten-Hauses konnten wir in sehr kurzer Zeit erfolgreich abschließen. Die Konsolidierung unserer 47. Konzernklinik wird nach Eintritt der Wirksamkeitsvoraussetzung voraussichtlich zum 1. Juli 2008 erfolgen.

Bestätigung der Prognose für Umsatz und Konzerngewinn

Wir werden 2008 erfolgreich gestalten und auch 2009 unsere ambitionierten Wachstumsziele erreichen.

Für 2008 peilen wir Umsatzerlöse von rund 2,1 Milliarden Euro und einen Konzerngewinn von 123 Millionen Euro an, ungeachtet eines erwarteten, leicht negativen Deckungsbeitrages für das St. Petri Hospital, Warburg. Dies entspricht einer nochmaligen Steigerung des Ergebnisses um mehr als zehn Prozent bzw. rund 11,8 Millionen Euro, obwohl wir auch in diesem Jahr die Sonderbelastungen aus Gesetzesänderungen verkraften müssen.

Bereits heute haben wir knapp die Hälfte der Gewinnprognose für 2008 erwirtschaftet. Daher bekräftigen wir ausdrücklich unsere Jahresprognose.

Damit komme ich zur Beantwortung der zweiten Leitfrage meines Berichts:

II. Wie beeinflussen die wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen unsere Unternehmensstrategie?

Bevor ich auf diese Frage im Einzelnen eingehe, möchte ich noch einmal Ihren Blick auf unsere Vision richten: Wir streben eine flächendeckende, wohnortnahe und für jedermann bezahlbare medizinische Vollversorgung in Deutschland an.

Spitzenmedizin für alle verfügbar zu machen, ist heute keine Selbstverständlichkeit mehr. Unser Gesundheitssystem stößt immer öfter an seine Grenzen. Sowohl auf der Hauptversammlung des Marburger Bundes als auch auf dem Deutschen Ärztetag wurde so deutlich wie nie von der Rationierung medizinischer Leistungen gesprochen.

Umso wichtiger werden wirtschaftlich tragfähige Versorgungsangebote, um dem Versorgungsanspruch der Bevölkerung überhaupt noch gerecht zu werden und eine hohe Versorgungssicherheit und qualitativ hochwertige medizinische Leistungen in Wohnortnähe vorzuhalten.

Genau hier liegt unsere Kernkompetenz und genau hier setzen wir den Hebel an!

Bevor ich auf die Perspektiven unserer Wachstumsstrategie komme, darf ich die drei zentralen Einflussfaktoren für unsere künftige Konzernentwicklung aus heutiger Sicht vorstellen, das sind:

- die Tarifentwicklung beim ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal,
- die Privatisierungsneigung bei Gebietskörperschaften und
- der ordnungspolitische Rahmen für den Krankenhausmarkt ab dem 1. Januar 2009

näher erläutern und in den Zusammenhang zu unserer Expansionsstrategie einordnen:

Tarifentwicklung beim ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal

Als wachstumsorientierter Gesundheitsdienstleister wird unsere Wettbewerbsposition und Leistungsfähigkeit durch unser ärztliches und nicht-ärztliches Personal beeinflusst. Dabei legen wir besonderen Wert auf leistungs- und ergebnisorientierte Haustarifverträge. Daher sind wir bestrebt, leistungsbereite und motivierte Mitarbeiter zu finden, zu binden und langfristig in unserem Konzern zu halten.

Die Tarifabschlüsse bei unseren öffentlichen Wettbewerbern beeinflussen auch unser Lohngefüge. Als solide und vorausschauend planendes Unternehmen haben wir diese Entwicklung bei der Aufstellung der Planung für 2008 bereits vorweg genommen. Mit anderen Worten: Unsere Ergebnisprognose für dieses Geschäftsjahr bleibt durch die steigenden Personalaufwendungen unbeeinflusst.

Auf mittlere Sicht bringt die Tarifsteigerung insbesondere im öffentlichen Dienst Bewegung in den Markt:

Wieso ist das so? Nun, durch die hohen Tarifabschlüsse werden die Personalkosten laut Deutscher Krankenhausgesellschaft in 2008 und 2009 insgesamt für Mehrbelastungen von über 4 Milliarden Euro sorgen. Nimmt man zusätzlich die steigenden Sachkosten bei Lebensmitteln und Energie – sie kennen die Zahlen zu den Anstiegen bei Öl, Gas und Strompreisen aus Ihrem eigenen Haushalt – in Höhe von weiteren 4 Milliarden hinzu, ist es kein Wunder, dass die DKG von einer „Finanzierungskatastrophe“ spricht. Demnach werden mehr als die Hälfte aller Krankenhäuser in diesem Jahr mit einem Defizit abschließen.

Man muss kein Prophet sein, um die Folgen des steigenden Drucks abzusehen: Für viele Krankenhäuser wird der Finanzierungsspielraum enger, um die Zusatzbelastungen abzufangen oder über Leistungsausweitungen gegenzusteuern.

Stattdessen werden vielerorts Notlagentarife mit Gehaltseinbußen für die Mitarbeiter verabschiedet – weit mehr als 200 Kliniken haben einen solchen Notlagentarifvertrag abgeschlossen – oder es wird Personal

freigestellt. In der Presse war zu lesen, dass in öffentlichen Kliniken bis zu 10.000 Arbeitsstellen abgebaut werden könnten.

Diese kurzfristig orientierten Maßnahmen können zulasten der langfristigen Leistungsfähigkeit der Einrichtungen gehen. Wir als RHÖN-KLINIKUM AG setzen gegen steigende Personal- und Sachkosten auf gezielte regionale Angebotsausweitungen. So wachsen wir gegen den Trend und stärken unsere Position im Markt.

Damit darf ich zum zweiten entscheidenden Einflussfaktor für unsere Wachstumsstrategie kommen, der

Privatisierungsneigung bei Gebietskörperschaften

2007 wurde die Privatisierungsneigung bei den Gebietskörperschaften erwartungsgemäß durch die gute Konjunktur gebremst. Städte und Gemeinden verzeichneten höhere Gewerbesteuereinnahmen und konnten Verluste in ihren Kliniken relativ leicht ausgleichen.

Wir haben uns unbeirrt von Geduld und kaufmännischer Weitsicht leiten lassen. Wir wissen aus unserer Unternehmensgeschichte, dass man nicht in jedem Jahr so viele Kliniken wie in 2005 übernehmen oder Umsatzsprünge um 500 Millionen Euro wie in 2006 hinlegen kann.

Um es klar zu sagen: Wir wollen kein Wachstum um jeden Preis, sondern setzen auch weiterhin auf qualifiziertes, profitables Wachstum durch die Akquisition von Akutkliniken auf allen Versorgungsstufen.

Die Ruhephase bzw. gefühlte Windstille auf dem Markt für Klinikprivatisierungen war erwartungsgemäß von kurzer Dauer:

- Zum einen haben der wirtschaftliche Druck und die Verluste in vielen Kliniken deutlich zugelegt.
- Zum anderen sitzt das Geld bei den Gebietskörperschaften wegen des konjunkturellen Abschwungs und sinkender Gewerbesteuereinnahmen längst nicht mehr so locker.

Was bedeutet das für uns als RHÖN-KLINIKUM AG?

Der lieb gewonnene Defizitausgleich in öffentlichen Einrichtungen ist nicht mehr ganz so selbstverständlich. Damit wird die Privatisierung von Kliniken wieder öfter als politisch akzeptierte Alternative und als Chance zur langfristigen Sicherung einer zeitgemäßen Patientenversorgung gesehen.

Die Privatisierung von Krankenhäusern wird – angesichts der herausfordernden Rahmenbedingungen – in den kommenden Jahren wieder öfter als echte Alternative wahrgenommen.

Für die Zukunft sind wir optimistisch: Wir werden auch weiterhin durch gezielte Akquisitionen von Akutkliniken auf allen Versorgungsstufen das qualifizierte Wachstum Ihres Unternehmens fortsetzen und so für langfristig stabile Wertsteigerungen Ihres Investments sorgen.

Erlauben Sie mir an dieser Stelle eine grundsätzliche Bemerkung zum Thema Privatisierung:

Wir begegnen in der Politik und bei Ärzten auch Privatisierungsskeptikern. Wir stellen uns diesen Diskussionen offensiv. Gerade wir als RHÖN-KLINIKUM AG stehen mit unserem unternehmerischen Anspruch für die Balance aus Wirtschaftswachstum und Unternehmertum einerseits und sozialer Verantwortung sowie medizinischer Qualität andererseits. Wir sind gegen eine feine, kleine Privatmedizin, sondern streben eine bezahlbare medizinische Spitzenversorgung für alle Menschen in Deutschland an – unabhängig davon, wo sie versichert sind.

Die seit Jahren steigenden Patientenzahlen in unseren Konzerneinrichtungen sind aus unserer Sicht ein deutlicher Beleg dafür, dass sich für Bevölkerung, Patienten und Politik die Erfüllung der öffentlichen Aufgabe der Krankenhausversorgung durch private Krankenhausträger bewährt hat. Die Privaten konnten sich gerade deswegen etablieren, weil sie es verstanden haben, gute Medizin mit wirtschaftlich tragfähigen Versorgungsmodellen zum Wohle der Patienten zu verbinden. Und nicht zuletzt für Sie als Aktionäre wird sich genau diese Strategie auch weiterhin bezahlt machen.

Damit komme ich zum dritten Einflussfaktor auf unsere künftige Wachstumsstrategie.

Der ordnungspolitische Rahmen für den Krankenhausmarkt ab dem 1. Januar 2009

In der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist der Wille der Politik zu einer echten Systemreform – die deutlich mehr Wettbewerb zulässt – begrenzt. Die Beteiligten ringen hart um die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für den Klinikmarkt.

Das wird bei der aktuellen Diskussion zum ordnungspolitischen Rahmen deutlich. Gerade morgen findet hierzu eine öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages statt.

Statt eines „großen Wurfs“ und eines schnellen Wandels von der Gesundheitsverwaltung zur Gesundheitswirtschaft, werden wir wohl eine Reform vieler kleiner Schritte sehen.

Klar ist: Unsere Spielräume und Möglichkeiten für uns als Klinikbetreiber werden durch die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen mitbestimmt. Aufgrund der frühen Phase der politischen Diskussionen können wir die konkreten Auswirkungen derzeit aber noch nicht abschätzen.

Zugleich gilt: Unabhängig davon, worauf sich Bund, Länder und Parteien am Ende einigen werden, darf ich feststellen:

- Wir haben seit über zwei Jahrzehnten wiederholt bewiesen, aus neu geschaffenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen Chancen abzuleiten und diese in wirtschaftlich tragfähige Geschäftsmodelle umzusetzen.
- Daher dürfen Sie davon ausgehen, dass wir auch in diesem Fall unsere besondere Fähigkeit gewinnbringend einsetzen werden.

Da wir nicht in jedem Geschäftsjahr mit ähnlich grundlegenden Änderungen für den Klinikmarkt konfrontiert sind, darf ich Sie mit dem aktuellen Stand der Diskussion und ersten Entwicklungstrends ein wenig vertraut machen.

Lassen Sie mich aus der Vielzahl der Vorschläge einen herausgreifen, über den Konsens besteht und der – bei tatsächlicher Durchsetzung im kommenden Jahr – uns als innovationsorientierten und investitionsstarken Player neue Chancen bieten kann: die Rückführung der Landeskrankenhausplanung auf eine Rahmenplanung.

Was hat es damit auf sich? Nun, vereinfacht gesprochen schreibt der Landeskrankenhausplan jeder Klinik exakt vor, wie viele Betten sie pro Fachabteilung vorhalten muss. Nehmen Sie als hypothetisches Beispiel ein 100 Betten-Haus der Grundversorgung mit vier Fachabteilungen: Der Landeskrankenhausplan schreibt Ihnen als Klinikbetreiber detailliert vor, dass Sie

- 30 Betten in der Chirurgie,
- 40 Betten in der Inneren Medizin,
- 10 Betten in der Gynäkologie und
- 20 Betten in der Intensivmedizin/Anästhesie – das macht nach Adam Riese zusammen 100 Betten – vorhalten müssen.

Bei einem Rückzug der Planung auf eine Rahmenplanung würden diese Detailangaben entfallen. Stattdessen würden im Landeskrankenhausplan lediglich die Gesamtbettenzahl „100“ und die vorzuhaltenden Fachgebiete – das wären dann also Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Intensivmedizin/Anästhesie – ausgewiesen.

Wo liegen die Chancen dieser Vereinfachung? Nun, wenn zum Beispiel weniger Kinder geboren werden, sind die Betten in der Gynäkologie nicht mehr vollständig ausgelastet. Eine kurzfristige Umschichtung von Betten in andere Bereiche ist wegen der Detailvorgaben zurzeit nicht

möglich. Im Ergebnis sinkt die Auslastung und das wirtschaftliche Ergebnis leidet.

Bei der gröberen Rahmenplanung hingegen dürften wir diese unausgelasteten Betten beispielsweise der Chirurgie oder der Inneren Medizin zuordnen und könnten so die Auslastung nach oben fahren. Im Ergebnis würde diese neue Rahmenbedingung die Vermeidung von Leerkosten, zusätzliche Erlöse und damit weiteres profitables Wachstum für Ihr Unternehmen ermöglichen.

Meine Damen und Herren,

im Laufe dieses Jahres werden wir weitere Klarheit über die neuen Rahmenbedingungen ab 2009 erhalten.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt können wir folgendes Zwischenfazit zum ordnungspolitischen Rahmen ziehen:

- Wir sehen die bisherige Entwicklung verhalten positiv.
- Bund und Länder sind sich soweit einig, den Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern im System teilweise zu stärken, die Angebotsseite zu unterstützen und zusätzliche unternehmerische Spielräume zu schaffen.
- Wir sind zuversichtlich, dass wir diese Spielräume in ein hohes Konzernwachstum umsetzen können.

Egal wie sich die Politik am Ende entscheidet, wir werden mit den Rahmenbedingungen umgehen können.

Damit möchte ich zur Beantwortung meiner dritten Leitfrage kommen:

III. Wo liegen die Schwerpunkte unserer integrierten Wachstumsstrategie?

Man muss konstatieren: Der Staat allein ist kein Garant mehr für die umfassende und flächendeckende medizinische Vollversorgung in Deutschland. Er hat sich aus der Finanzierung des Gesundheitssystems in weiten Teilen zurückgezogen. Der Investitionsstau in den Kliniken beläuft sich – je nach Zählweise – auf bis zu rund 50 Milliarden Euro. Durch die fehlenden Investitionen wird das medizinische Versorgungsnetz dünner und löchriger. Es besteht mittlerweile gesellschaftlicher Konsens, dass das Motto „Weiter so wie bisher“ zwangsläufig in die Rationierung und Zweiklassenmedizin führt und ein sozial ausgerichtetes Gesundheitswesen unter diesen Umständen immer mehr zur Fata Morgana wird.

Aufsichtsrat und Vorstand haben in den vergangenen Wochen und Monaten intensive Gespräche über die Situation unseres

Gesundheitssystem geführt und die Innovationspotenziale und Entwicklungsperspektiven für das medizinische Leistungsportfolio von morgen ausgelotet. Wir sehen die klare unternehmerische Chance, für die älter werdende Bevölkerung in Deutschland medizinisch hochwertige, bezahlbare und verlässliche Versorgungsangebote zu schaffen.

Wir wollen nicht mehr und nicht weniger als ein umfassendes Angebot medizinischer Vollversorgung aufbauen, das die kompletten medizinischen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich umfasst und höchsten Qualitäts- und Modernitätsstandards entspricht. Wir wollen dabei neue Wege in der Verzahnung des ambulanten mit dem stationären Sektor gehen.

Wir wollen mit dem gleichen Ressourceneinsatz wie bisher mehr Versorgung in der Zukunft möglich machen und so die wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen mitbefriedigen.

Um es ganz klar zu sagen: Unser Anspruch an ein umfassendes Vollversorgungsangebot heißt zwingend, dass wir unser angestammtes Geschäftsfeld der stationären Akutmedizin weiter fest im Blick haben und ausbauen. Als Komplement schaffen wir verstärkt Angebote in der Grund- und Regelversorgung.

Unser integriertes, sektorübergreifendes Wachstumsmodell setzt also auf Kontinuität und Wandel: Das heißt, auch weiterhin setzen wir bei unserer Wachstumsstrategie auf die drei zentralen Säulen – Akquisitionen, Technisierung und Prozessoptimierung sowie den Ausbau medizinischer Leistungsnetze. Zugleich erweitern wir das Fundament unseres integrierten Wachstumsmodells, indem wir den Bereich der ambulant-stationären Grund- und Regelversorgung ausbauen.

Dabei nutzen wir gezielt die Spielräume, die der Gesetzgeber uns zum Beispiel mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Operationen oder Verträge zur Integrierten Versorgung gegeben hat. Diese Instrumente zur Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs sind zukunftsweisend, da so eine patientenorientierte, qualitativ bessere und wirtschaftlichere Versorgung aus einer Hand entstehen kann. Genau hier knüpfen wir bei der Weiterentwicklung unseres integrierten Geschäfts- und Wachstumsmodells an.

Ich möchte Ihnen im dritten Teil unser neues Versorgungsmodell vorstellen und dabei folgende Fragen beantworten:

1. Was motiviert uns zur Weiterentwicklung unseres Geschäftsmodells in Richtung Vollversorgungsangebot?
2. Welches sind die Eckpunkte des neuen Versorgungsmodells?
3. Welche Wachstumspotenziale wollen wir heben?
4. Wie gewinnen wir die Leistungsträger – allen voran die Ärzte, sich am Aufbau eines solchen privaten Versorgungsnetzes zu beteiligen?

1. Was motiviert uns zur Weiterentwicklung unseres Geschäftsmodells in Richtung Vollversorgungsangebot?

Die Leitfrage, die wir uns bei der Erarbeitung unseres neuen Versorgungsmodells gestellt haben, lautet: Was muss ein gutes Gesundheitswesen aus Sicht der Menschen in einer älter werdenden Gesellschaft leisten? Wir meinen: es muss so angelegt sein, dass es Ihnen im Krankheitsfall an jedem Ort und zu jeder Zeit ermöglicht, medizinisch kompetent behandelt zu werden. Die Bürger – Sie und ich – wollen, dass es in ihrer unmittelbaren Nähe ein Krankenhaus gibt, in dem ihre Familie, Freunde oder Bekannte für den Fall, dass einem etwas passiert, gut aufgehoben sind und gut versorgt werden.

Das heißt: Wir fragen in aller Regel vor dem Akutfall nicht eine konkrete medizinische Leistung nach. Denn wer interessiert sich zum Beispiel freiwillig für eine Herz-OP oder Magenspiegelung? Eigentlich will man ja beides vermeiden. Wir fragen zuallererst die Vorhaltung guter Medizin an unserem Wohn- und Lebensort nach und wollen sicher sein, dass uns im Not- oder Krankheitsfall medizinische Leistungen auf qualitativ hohem Niveau zur Verfügung stehen.

Warum ist mir die Unterscheidung zwischen Versorgungssicherheit durch die Vorhaltung guter Medizin und tatsächliche Inanspruchnahme der Leistung so wichtig? Bisher hat der Staat ganz selbstverständlich die Versorgungssicherheit geschaffen. Angesichts der knappen Budgets, der Alterung der Gesellschaft und veränderten Berufserwartungen der Ärzte ist der Staat dazu alleine nicht mehr in der Lage.

Alterung der Bevölkerung heißt konkret, dass sich im Jahr 2050 die Zahl über 80-Jährigen in Deutschland auf über zehn Millionen nahezu verdreifacht haben wird. Zwangsläufig steigt die Nachfrage nach medizinischen Leistungen mit der Alterung und mit dem Wunsch der Teilhabe am medizinischen Fortschritt dramatisch an. Zugleich wird die Solidarität der Jüngeren im derzeitigen Gesundheitssystem mit den älteren Menschen immer teurer und schwerer einzulösen. Unser solidarisches Gesundheitssystem, das ein Säule für den soziale Frieden in unserem Land war und ist, wird so immer mehr vor eine Zerreißprobe gestellt.

Ähnlich wie beim ADAC wollen wir mit unserem neuen Versorgungsangebot ein privates Gesundheitsangebot für die Bevölkerung schaffen, das Ihnen die gewohnte Versorgungssicherheit bietet. Ich bin mir sicher, dass die Menschen für diesen Versorgungsanspruch bereit sind, auch einen privaten Beitrag zu zahlen. Wir sind der Überzeugung, dass sozial ausgerichtete Zuzahlungs- und Eigenbeteiligungsmodelle ein Schlüssel sind.

Auch beim ADAC sind jährlich 15 Millionen Menschen bereit, einen Mitgliedsbeitrag dafür zahlen, dass im Fall eines Unfalls, einer Autopanne oder weiterer Notsituationen an jedem Ort zu jederzeit professionelle Hilfe zur Verfügung steht. In einer repräsentativen Umfrage hat die Unternehmensberatung Roland Berger festgestellt, dass statistisch jeder Bundesbürger pro Jahr bereit ist, rund 900 Euro zusätzlich zur Krankenversicherung aus eigener Tasche in die Gesundheit zu investieren.

Sie sehen: Versorgungssicherheit und wirtschaftliches Wachstum stellen für uns keinen Gegensatz dar. Ganz im Gegenteil: Gute Medizin und Ökonomie bedingen einander. Schon heute macht die Gesundheitsbranche mehr als 10 Prozent des Bruttoinlandsprodukts unseres Landes von über 2.400 Mrd. Euro aus und stellt damit einen wesentlichen Wirtschaftsfaktor und ein ungeheures Zukunftspotenzial für unser Land dar. Mit steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt der Anteil der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft. Wenn es uns gelingt, die Probleme der Alterung durch neue Produkte, Dienstleistungen und Versorgungsformen der Altersmedizin zu lösen, dann schaffen wir das Fundament für ein enormes unternehmerisches Wachstum und zugleich eine positive gesamtwirtschaftliche Entwicklung. Vielleicht gelingt es uns gleichzeitig, die Grundlage für den Know-how-Export von morgen.

Denn klar ist, dass die jungen, aufstrebenden Schwellenländer wie China und Indien die Leistungen der Altersmedizin in absehbarer Zeit genauso beanspruchen, wie sie heute Autos und Konsumartikel nachfragen.

Was meine ich mit Altersmedizin? Was den Jungen die Befriedigung der „großen Mobilität“ in Form schneller Autos und ausgedehnter Fernreisen ist, stellt für die älteren Menschen die Befriedigung der „kleinen Mobilität“ z.B. die neue Hüfte oder das Beherrschen der Diabetes dar. Denken wir die Entwicklung zwanzig Jahre weiter, so kann es gut sein, dass „Ersatzteileroperationen“, etwa das neue Kniegelenk, die neue Hüfte, das erneuerte Raucherbein oder neue Muskelstränge, die Bewegungsfähigkeit für Menschen wiederherstellen, die heute noch auf den Rollstuhl angewiesen sind.

Ich habe die Grundidee unseres neuen Versorgungsmodells erstmals bei der diesjährigen Bilanzpressekonferenz im April vorgestellt und es hat mich erstaunt, wie groß die Resonanz in Politik, Öffentlichkeit und bei den Ärzten auf diese Idee war. Wir haben viel Zuspruch erfahren und sind auch auf Widerstände gestoßen. Über den Zuspruch – gerade auch aus der Ärzteschaft – habe ich mich gefreut und die Widerstände waren zu erwarten. Denn Veränderungen erzeugen Verlustängste und Anpassungsdruck. Fortschritt setzt die Bereitschaft und den Willen voraus, vertraute Bahnen zu verlassen und um der Wohlstandsmehrung und -sicherung willen neue Wege zu gehen.

Als am 7. Dezember 1826 die erste deutsche Eisenbahn von Nürnberg nach Fürth fuhr, wurde eine neue Ära des Reisens und der Mobilität eingeläutet. Das Postkutschenzeitalter ging zu Ende und die Bahn entwickelte sich zum bis dato größten Massenverkehrsmittel. Vielen Menschen war dieses Fortbewegungsmittel zunächst suspekt. Die Pfarrer wetterten von der Kanzel über die teuflische Erfindung. Finstere Visionen kreisten um die rauchenden Schloten der Lokomotiven: Das Vieh auf der Weide würde getötet und die Kühe in der Nähe von Bahnen würden keine Milch mehr geben. Zeitungen schrieben, dass es absurd sei, Lokomotiven zu bauen, die doppelt so schnell wie Postkutschen fahren. Für den Fortschritt sorgten die zukunftsoffenen und veränderungswilligen Zeitgenossen, die im schnellen und sicheren Transport von Personen und Gütern die Quelle für nationalen Wohlstand und die Grundlage für die industrielle Revolution sahen. So entwickelte der Nationalökonom Friedrich List 1834 den Plan, ein gesamtdeutsches Eisenbahnnetz aufzubauen. Sein Fazit damals lautete: „Die Erfahrung anderer Nationen lehrt, dass ein gelungenes Unternehmen dieser Art eine Menge anderer ins Leben ruft... unsere Industrie, unser Einkommen wird sich in kurzer Zeit verdoppeln“.

Die Diskussion, die derzeit um die Zukunft unseres Gesundheitssystems entfacht wurde, zeigt mir ganz deutlich, dass die Zeit **jetzt** reif ist, notwendige Systemveränderungen im Gesundheitswesen zur Sicherung einer hochwertigen medizinischen Versorgung aktiv zu gestalten und mit einer Sprunginnovation die Voraussetzungen für die Gute Medizin von morgen zu schaffen.

2. Welches sind die Eckpunkte des neuen Versorgungsmodells?

Die Schlüsselfrage für unser Versorgungsmodell lautet: Können wir ein flächendeckendes Versorgungsnetz zu solch günstigen Preisen anbieten, dass mit dem gleichen Ressourceneinsatz wie bisher mehr Versorgung in der Zukunft möglich ist und so die wachsenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen befriedigt werden kann.

Die Antwort liegt für uns im Ausbau eines zweistufigen integrierten Versorgungsmodells. Kernidee ist, dass die Patienten im Krankheitsfall

weder über- noch unter-, sondern stationär und ambulant adäquat versorgt werden. Der Schweregrad der Krankheit soll künftig in einem engen Verhältnis zur Versorgungsstufe stehen, in der der Patient behandelt wird:

- Auf der Ebene der ambulant-stationären Grund- und Regelversorgung werden die leichten Fälle wie z.B. der Leistenbruch, der gebrochene Arm und der Blinddarm betreut. Medizinische Versorgungszentren übernehmen im Verbund mit Portalkliniken die Sicherung der Versorgung vor Ort und sind das Rückgrat der flächendeckenden Notfallversorgung. Sie sind zugleich das Eingangstor in unser Versorgungssystem und die dort tätigen Ärzte werden zum ersten Ansprechpartner für den Patienten über den gesamten Behandlungsprozess hinweg.
- Die zweiten Versorgungsebene umfasst wie bisher die Kliniken der Zentral, Schwerpunkt- und Maximalversorgung sowie Fachkrankenhäuser. Dort werden die schweren Krankheitsfälle – die Herz-OP, die Nierentransplantation – betreut und die telemedizinischen Spezialleistungen für die Kliniken der Grund- und Regelversorgung – etwa im Bereich der Onkologie, der Radiologie, der Kardiologie, etc. – vorgehalten.

Wir gehen davon aus, dass die Mehrzahl der Menschen in den wohnortnahen Einrichtungen behandelt werden können und durch die telemedizinische Anbindung nicht auf den Zugang zur Hochleistungsmedizin verzichten müssen. Hier liegt ein ganz zentraler Ansatz zur Qualitätssicherung in der Fläche.

In unserem Versorgungssystem wäre es nicht länger denkbar, dass der Chirurg in der Grund- und Regelversorgung mal eine Schilddrüse, Gallenblase, Schulter oder mal einen Hammerzeh operiert und sich zwischendurch an einer Hüftendoprothese versucht. In unserem System gäbe es auch keine Anreize mehr, dass der Visceralchirurg zusammen mit hochqualifiziertem OP-Personal im High-Tech-OP einen einfachen Blinddarm operiert.

Das Modell lebt also davon, dass die Patienten der Versorgungsstufe zugeordnet werden, die für die Behandlung notwendig ist. Damit greifen wir auf unsere langjährige Erfahrung mit dem patientenorientierten Flussprinzip zurück. Bisher haben wir es vor allem im stationären Bereich angewendet und sichergestellt, dass der Patient auf der Versorgungsstufe – Intensivstation, Intermediate Care, Normal Care und Low Care Station – behandelt wird, die seinem individuellen Betreuungsbedarf entspricht. Jetzt verwirklichen wir die systemische Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich über die Anwendung des Flussprinzips. Das heißt: Der Erfolg des Modells lebt von Zuordnungsregeln zu den Versorgungsstufen und vom Anreiz der

Ärzte in der ambulant-stationären Grund- und Regelversorgung,
Patienten im Bedarfsfall an die höhere Versorgungsstufe abzugeben.

3. Welche Wachstumspotenziale wollen wir heben?

Wir sehen Rationalisierungsreserven und Wachstumspotenziale vor allem an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Uns geht es vor allem darum, im intelligenten Zusammenspiel der Sektoren Qualitätsreserven in der medizinischen Versorgung zu heben und Kosten- und Erlössynergien zu erschließen. Dabei setzen wir auf unsere Managementenerfahrung und Rationalisierungskompetenz vor allem im stationären Bereich und wollen im Wissensaustausch mit ambulant tätigen Ärzten die sektorübergreifenden Prozesse optimieren.

Lassen Sie mich die Wachstumspotenziale kurz an drei Beispielen illustrieren:

Erstens: Durch die Verzahnung des ambulanten mit dem stationären Bereich in den Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung, also den MVZ und Portalkliniken, wollen wir Kostensynergien heben. So wird die Doppelvorhaltung oftmals unzureichend ausgelasteter medizinischer Geräte wie Ultraschall oder Computertomograph überflüssig und auf den parallelen Einsatz von Fachpersonal kann durch die Aufhebung der doppelten Facharztschiene verzichtet werden. Teure und für den Patienten zum Teil unangenehme Doppeluntersuchungen lassen sich durch die enge Zusammenarbeit und telemedizinische Vernetzung der Einrichtungen vermeiden.

Zweitens: Durch die sachgerechte Zuweisung der Patienten in die adäquate Versorgungsstufe sorgen wir dafür, dass der Patient medizinisch angemessen behandelt wird. So vermeiden wir Verschwendung von Ressourcen eben für den Fall, dass die einfache Blinddarm-OP im High-Tech OP der Uniklinik landet und wir sichern qualitativ hochwertige Versorgung, indem die eher anspruchsvolle Hüftendoprothese nicht in einer Einrichtung der Grund- und Regelversorgung erfolgt. Im engen Austausch zwischen den Versorgungsstufen schaffen wir so bei begrenzten Mitteln ein Mehr an medizinischer Qualität, das die Patienten überzeugt.

Drittens: Wir gehen davon aus, dass wir künftig einen großen Teil der heute stationär behandelten Patienten in ambulanten und tagesklinischen Strukturen betreuen können. Schonende minimal-invasive OP-Methoden, z.B. für Eingriffe in der Augenheilkunde (Operationen beim Grauem Star) oder der Chirurgie (Leistenbrüche, Tennisarm, Kreuzband-Operationen), machen das möglich. So sinken zum einen Vorhaltekosten – für Gebäude und Personal. So wollen wir zum anderen frühzeitig Behandlungsstrukturen schaffen, die die

Nachfrage von morgen leistungsgerecht und wettbewerbsfähig bedienen können.

4. Wie gewinnen wir die Leistungsträger – allen voran die Ärzte, sich am Aufbau eines solchen privaten Versorgungsnetzes zu beteiligen?

Für uns sind die Ärzte die eigentlichen Brückenbauer zwischen den Sektoren, die das neue Fundament für die ambulant-stationäre Grund- und Regelversorgung gießen. Sie stehen zusammen mit den Pflegekräften dem Patienten und seinen Bedürfnissen am nächsten.

Daher stellt sich zwangsläufig die Frage, welche Vorteile gerade die jungen Ärzte beziehungsweise schon länger niedergelassenen Ärzten motivieren kann, Partner der RHÖN-KLINIKUM AG zu werden.

Durch die Beteiligung von Ärzten an den MVZ und Portalkliniken machen wir den Ärzten ein attraktives Angebot, ihre medizinische Kompetenz mit eigenverantwortlichem wirtschaftlichem Engagement zu verbinden und einen neuen Weg jenseits der Einzelpraxis und eines festen Angestelltenverhältnisses zu finden:

- In unseren Einrichtungen der Grund- und Regelversorgungen können Ärzte gleichzeitig in der Portalklinik und im MVZ praktizieren und die Patienten ambulant und stationär betreuen. Wir halten eine Infrastruktur vor, die dem Arzt eine flexible Versorgung der Patienten ermöglicht und auch finanziell attraktiv ist. Denn neben dem ambulanten Honorar wird er zusätzlich an der stationären Vergütung beteiligt.
- Ein weiterer Vorteil ergibt sich aus der Möglichkeit moderne Medizintechnik im Verbund zu nutzen. Nehmen Sie zum Beispiel einen Computertomographen oder einen Magnetresonanztomographen. Die Anschaffungskosten für solche Hochleistungsgeräte liegen leicht bei über einer Million Euro. Eine solche Investition kann für junge Ärzte unter Umständen zu einem nicht tragbaren finanziellen Risiko werden, dass in unserem Modell auf mehrere Schultern verteilt wird.
- Durch die Entlastung von Verwaltungsaufgaben – diese werden auf andere Gesundheitsberufe übertragen – erhalten die Ärzte mehr Zeit für die eigentliche medizinische Aufgabe der Patientenbetreuung.
- Arbeiten im Verbund und Team schaffen vielfältige Möglichkeiten zum fachlichen Austausch, für Qualitätsverbesserungen durch das Vier-Augen-Prinzip und Spielraum für flexiblere Arbeitszeiten.

Gerade für junge Ärztinnen und Ärzte wird die Vereinbarkeit von Familie und Beruf so einfacher.

Wir setzen auf eine offene Allianz der Leistungsträger, um gemeinsam neue Wege für eine solidarische Gesundheitsversorgung zu gehen. Vor diesem Hintergrund haben wir vor gut zwei Wochen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen Rahmenvertrag abgeschlossen. Im Dialog mit Kassenärztlichen Vereinigungen, interessierten Ärzten aus dem ambulanten und stationären Bereich wollen wir mehr und bessere Medizin durch die Zusammenarbeit in verschiedensten Feldern möglich machen.

Lassen Sie mich diesen Punkt mit einer grundsätzlichen Bemerkung abschließen: Unsere Zusammenarbeit lebt vom Engagement zukunftsorientierter Ärzte. Dabei steht außer Frage, dass die ärztliche Unabhängigkeit per se oberstes Gebot ist, um gute Medizin zu garantieren und Patienten durch hohe Qualität zu überzeugen.

Schluss

Damit komme ich zum Schluss meiner Ausführungen.

Die RHÖN-KLINIKUM AG hat immer wieder die Fähigkeit zur Systemveränderung bewiesen, etwa

- 1984 mit der Einrichtung der Herz- und Gefäßklinik am Stammsitz in Bad Neustadt gegen den Willen der bayerischen Behörden oder
- 1995 mit dem Bau und der Inbetriebnahme des deutschlandweit ersten „Prozesskrankenhauses“, dem Klinikum in Meiningen oder
- 2006 mit der deutschlandweit ersten vollständigen Privatisierung eines Universitätsklinikums, dem Universitätsklinikum Gießen/Marburg

Ich bin mir sicher, dass es uns auch jetzt gelingt, an der Spitze der Bewegung Antworten für die drängenden Zukunftsfragen der Sicherung zu finden. Wir sehen im systematischen Ausbau dieses zweigliedrigen Versorgungsangebotes die Chance, die schlummernden Leistungsreserven im Gesundheitssystem zu heben und in gute Medizin und robustes Wachstum zu verwandeln. Wir wollen ein neues privates Versorgungsangebot schaffen und damit einen Benchmark zur Sicherung der Versorgungsfähigkeit setzen.

Dabei setzen wir auf die Dynamik der Marktkräfte und eben gerade nicht auf den Aufbau von Marktmacht zu Lasten der Konkurrenz. Denn zukunftsfähige Versorgungslösungen entstehen nur im Wettbewerb um gute Ideen. Unsere Innovationskraft haben wir immer durch den Wettbewerb gestärkt. Wir sind uns sicher, ein attraktives privates

Versorgungsangebot zu schaffen, das die Bürger und Patienten überzeugt. Die Investitionen, die wir heute tätigen, werden die Wachstumsquelle von morgen sein.

Lassen Sie mich mit einem kurzen Fazit schließen:
Wir führen externe Systemveränderungen herbei: Denn Ziel der Umsetzung unseres integrierten Wachstumsmodells ist es, durch die Effizienzgewinne und Qualitätspotenziale an den Sektorengrenzen genau zwischen den Versorgungsstufen eine adäquate Versorgung der Patienten zu leisten und damit profitables Wachstum des Konzerns fortzusetzen. Kerngedanke ist die Aufteilung der Krankheitsfälle in einfache und schwere Fälle. Damit ist folgerichtig ein divisionaler Konzernaufbau mit zwei Säulen verbunden.

Zum einen einer ambulant-stationären Grund- und Regelversorgung im Verbund aus MVZ und Portal-Kliniken, bei der die MVZ-Ärzte die komplette ärztliche Versorgung übernehmen. Zweitens die stationäre Versorgung der schweren Fälle in der Schwerpunkt-/Maximalversorgung und in Fachkliniken, die gleichzeitig den telemedizinischen Support für die ambulant-stationäre Versorgung übernehmen.

Durch die Beteiligung der MVZ-Ärzte an den regionalen Versorgungsstrukturen – Kliniken/MVZ – entsteht ein Gewinnpool und die ambulant-stationären Sektorgrenzen werden aufgehoben. Die angeworbenen niedergelassenen Ärzte – das können je nach Größe und Lage der regionalen Versorgungseinheiten im Endausbau des Modells bis zu 50 Ärzte sein – tauschen praktisch ihren Kassenarztsitz gegen eine aktive Beteiligung ein und erhalten im Austausch einen werthaltig verbrieften Anteil am Unternehmen „Krankenhaus XY-Stadt“.

Wir sind uns bewusst, dass damit zwangsläufig auch interne Veränderungen verbunden sind, um die Strukturen in unserem Konzern auf die neue Entwicklung einzustellen. Dazu sind wir uneingeschränkt bereit.