



RHÖN-KLINIKUM  
AKTIENGESELLSCHAFT

# **RHÖN-KLINIKUM AG**

## 22. Ordentliche Hauptversammlung

**Eugen Münch**  
Aufsichtsratsvorsitzender

Frankfurt am Main, 9. Juni 2010  
– Es gilt das gesprochene Wort –

## Anrede

Im letzten Jahr habe ich meine Rede begonnen mit: „Wir leben in einer bewegten Zeit“, die Dramatik der Steigerung zu heute war noch nicht vorstellbar. Ein kleine, natürlich nicht wahre, aber gut erfundene Geschichte demonstriert das: Ein Finanzstaatssekretär hält eine Rede über seinen Haushalt und berichtet von 11 Millionen Deckungslücke, worauf er von hinten geflüstert bekommt „11 Milliarden, Herr Staatssekretär, 11 Milliarden.“ Der rhetorisch gewandte Mann korrigiert sich sofort und sagt: „Meine Damen und Herren, immer wenn ich sage Millionen, meine ich Milliarden“. – Wenn Sie meinen, das wäre Galgenhumor, dann haben Sie Recht.

Doch das Leben geht weiter, die Frage ist, für wen, wie lange und wie oft, um eine Zeitungsschlagzeile zu verstümmeln. In einer Zeit, die für uns Extreme von nicht gekannter Dimension bereit hält, ist es schwer, den Standort zu bestimmen.

Ich denke, dass es in unserer Zeit extreme Entwicklungen gibt, die gleichzeitig ablaufen. Was geschieht in einer Gesellschaft, die mit Widersprüchen dieser Dimension bombardiert wird?

- Die Banken-, Griechenland-, Eurorettung einerseits und die Lenamania, Fußballbegeisterung andererseits.
- Der Anspruch der alt werdenden Gesellschaft auf Wohlfahrtsmedizin einerseits und die Jungen, die es nicht gibt, welche diese finanzieren sollen, andererseits,
- Die schönen Ratschläge, genannt Kodexempfehlungen, die Qualifikationsanforderungen für Aufsichtsräte – z. B. in den Prüfungsausschüssen – ständig nach oben treiben einerseits und dieselben Gremien, die andererseits das Thema Diversity als konkurrierendes Ziel und erste Priorität fordern.
- Die Einkommen von Vorständen sollen einerseits an vergleichende Untersuchungen gebunden werden und höhere Fixgehälter statt Tantiemen gezahlt, also beamtenähnliche Verhältnisse geschaffen werden und andererseits sollen die so Gesteuerten im Sinne von Schumpeter zur schöpferischen Zerstörung bereit und in der Lage sein.

Gibt es einen Punkt, an dem wir dieses Unternehmen und seine Stakeholder davor bewahren können, mit Kraft, Geschick und Ideen dem Strudel der sichtbaren Widersprüche zu entkommen und unsere Zukunft selbst zu gestalten? Diejenigen, die uns diesen und ähnliche Widersprüche auferlegen, sind ganz offenbar nicht in der Lage dazu. Manche von den Trendsetzern haben in ihren eigenen Arbeitsfeldern Zustände, die sie nicht qualifizieren, anderen Vorschläge zu machen.

Vor wenigen Tagen hat risk metrics, eine amerikanische Gesellschaft, die Empfehlungen zum Abstimmverhalten bei Hauptversammlungen abgibt und denen offenbar verschiedene Anleger ohne zu hinterfragen folgen, empfohlen, mich als Person für den Aufsichtsrat abzulehnen.

Fakt ist:

Ich bin vor 5 Jahren aus dem Vorstand in den Aufsichtsrat gewechselt und damals hat weder risk metrics noch der Kodex eine Bestimmung hierzu gehabt. Außerdem – und das ist meine ganz persönliche Meinung hierzu – lasse ich mir von niemandem sagen, dass alleine deshalb, weil ich einen Vorstand geführt habe, zu erwarten sei, dass ich die Geschäfte des Aufsichtsrats in Untreue führen könnte. Wenn diejenigen, die diese Regeln aufgestellt haben,

das für sich so sehen, sollten sie nicht in Gremien sitzen, die über das Verhalten von Vorständen und Aufsichträten befinden, denn sie sitzen selbst im Glashaus.

Im Übrigen kann jeder Aktionär nach seiner Vorstellung abstimmen, und er kann mich auch ablehnen. Wenn das die Mehrheit ist, werde ich formvollendet diesen Stuhl verlassen.

Wenn Sie mir ihre Stimmen geben, werden Sie weiter einen aufrechten, kantigen, unbequemen, fordernden, aber sicher keinen untreuen und fehlerverschleiernenden Aufsichtsrat haben:

– Es ist Ihre Entscheidung. –

Im Zusammenhang mit der Aktion von risks metrics habe ich mir überlegt, welche Trends Firmen wie risks metrics eigentlich anzeigen. Ich denke, dass wir wachsam sein sollten. Denn so, wie bei den Ratingagenturen aus der Trennung von Kreditvergabe und Kreditwürdigkeitsbegutachtung wegen der Trennung von Handlung und Konsequenz ein weltwirtschaftsgefährdendes Problem gezeigt haben, könnte die Trennung von Eigentum und Eigentumsrechteausübung ein ähnliches Problem sein. Irgendwann wird ein Fondsmanager mit der Befolgung eines Agenturrats die Interessen seiner Anleger verletzen und dann haben wir eine neue Diskussion, die vorhersehbar war.

Ein aktueller, vor kurzem in der Öffentlichkeit zwischen mir und Herrn Müller, dem Vorsitzenden der Kodex-Kommission, geführter Disput über Frauenquote und der Schnellqualifizierung von Aufsichträten, ist vielleicht berichtenswert, weil ich nach wie vor der Meinung bin – und dies auch vor der Wahl klarstellen will –, dass die Besetzung der Aufsichträte und deren Ausschüsse ausschließlich nach Fähigkeit und nicht nach Geschlecht zu erfolgen hat. Ich nehme es auch nicht hin, wenn in der Öffentlichkeit der Hinweis verbreitet wird, man könne in wenigen Tagen die Grundkenntnisse für eine Aufsichtsrats Tätigkeit in einem Dax- und M-Dax-Unternehmen erwerben. Ich halte das für grob fahrlässig, weil es nämlich genau dazu führt, dass dann in den Aufsichträten ein oder zwei kenntnisreiche Meinungsführer sind, denen sich andere mangels Einsicht anschließen und die damit absolut unkontrolliert unter der Haftungsverwischung die Gestaltungsmacht haben. Die Analyse der Vorgänge in der Finanzwirtschaft der nahen Vergangenheit würde vermutlich verstärkende Erkenntnisse erbringen.

Dabei halte ich die Verbesserung des Anteils der Frauen im Aufsichtsrat und den unternehmerischen Führungsfunktionen für ein wichtiges Anliegen. Allerdings muss auch von Frauen genauso wie von männlichen Bewerbern gefordert werden, dass sie sich die Felle holen und erobern und nicht erwarten, dass sie zum Jagen getragen werden. Auch hier gilt der alte Satz, den man Erben zu Recht empfohlen hat: „Erwirb es, um es zu besitzen“.

Nun könnte ich – vielleicht erwarten dies einige – den schriftlichen Bericht des Aufsichtsrats vortragen oder interpretieren. Da ich aber – so hoffe ich – vor einem Interessierten Publikum stehe, das sich eingelese hat und den Bericht kennt, erlauben Sie mir, dass ich einiges herausgreife und einiges vertiefe.

Die Entwicklung im Gesundheitswesen, die Erschwernisse und Zuspitzungen und die Reaktion und die Aktionen des Vorstands und des Unternehmens hat Ihnen Herr Pföhler erläutert.

Mich treibt eine Vorstellung, die auf eine notwendige Systemveränderung zielt. Diese kann aber nur mit dem realen Erfolg der Rhön-Klinikum AG ins Bewusstsein und in eine breite Umsetzung getragen werden. Wenn diese Vorstellung sich so etablieren könnte, würde sie ein extrem langfristiges Fundament des Unternehmens darstellen und ergeben.

Wie Herr Pföhler Ihnen bereits erläuterte, beträgt aktuell der Anteil der Gesundheitsbranche am BIP (=Bruttoinlandsprodukt) rund 10 Prozent. Wie Sie wissen, ist unser Gesundheitswesen nicht nur stark staatlich reglementiert, sondern der Staat tritt gleichzeitig als „Mitspieler“, d.h. als Produzent auf. Ich bin davon überzeugt, dass eine funktionierende Gesundheitswirtschaft, bei der der Staat als Regelgeber und Schiedsrichter – und nicht als Player – auftritt, in 20 bis 25 Jahren auf 30 Prozent wachsen kann. Diese Wirtschaftsentwicklung wäre in der Lage, einen neuen, sehr nachhaltigen Aufschwung zu generieren und könnte die alte Position Deutschlands auch international wieder herstellen.

Herr Pföhler sprach auch an, dass Gesundheitsdienstleistungen nach Expertenmeinungen immer mehr zum Konsumgut werden. Betrachten wir nun die aktuellen und – falls sich nichts Gravierendes ändert – die zukünftigen Entwicklungen in unserem Land, so wird unser möglicher Ansatzpunkt deutlich.

Lassen Sie mich so einfach wie möglich erklären, was ich meine.

Es ist eine offene Tatsache, dass beachtliche Teile von Alterspensionen und Renten in den Sparstrumpf gehen, obwohl diese Einkünfte per Definition dafür nicht vorgesehen sind. – Renten sind Alterssicherungen und kein Erbenförderprogramm. – Gleichzeitig betragen die Ausgaben für die Pensionäre und Rentner, die für Gesundheits- und Pflegedienste geleistet und von der arbeitenden Bevölkerung aufgebracht werden, unvorstellbare Summen. Die Transferleistungen sind so hoch, dass sie sowohl die Industrieproduktion, wie auch die Motivation der Beschäftigten enorm belasten.

Betrachten Sie einen Rentner, der beispielsweise 90 % seines Einkommens für seinen Konsum ausgibt und 10 % – aus welchen Gründen auch immer – zurücklegt. Irgendwann werden wir diskutieren, dass seine Rente gekürzt oder nicht inflationsgerecht erhöht wird. Gleichzeitig ist dieser Rentner, wenn er heute Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen will, bereits der Rationierung oder – wie es „neudeutsch“ allerorten diskutiert wird – der Priorisierung ausgesetzt.

Was geschieht dabei tatsächlich? Der gute Mann möchte eine Leistung, die der Staat und die Gesellschaft ihm versagen, weil diese Leistung als solidarspflichtige Leistung der Gesellschaft definiert und von dieser bezahlt wird. Die Mittel hierfür sind knapp – und werden immer knapper. Durch die Zuordnung als Solidarleistung kann der Rentner die gewünschte, nicht mehr bezahlbare Leistung, nur noch erlangen, wenn er sie auf Umwegen, praktisch schwarz, gegen die Regeln beschafft. Das können nicht alle und wollen nicht alle.

Gleichzeitig versucht der Staat eine bekannte Autofirma zu retten. Dabei folgt man dem Denkmodell, dass die Autos, die dort gebaut und nicht verkauft werden können, wenn sie billiger werden, wieder reißen den Absatz finden. Dabei wird der Grund vernachlässigt, warum der Absatz stockt. Beispielsweise will „unser“ Rentner keinen Opel mehr, sondern wartet auf eine neue (Ersatz-) Hüfte, die für ihn nämlich wichtiger ist. – Werden also diese „überschüssigen“ Autos billiger gemacht, weil man glaubt, den Absatz damit anzukurbeln, „verpufft“ dies. Das Modell stimmt in gesättigten Märkten nämlich nicht.

Also kurz gesagt: Der Konsum des Rentners von gewünschten Gütern und Leistungen wird verhindert und die Konsumgüterproduktion von nicht gefragten Gütern wird angeregt. Eine Fehlallokation von unglaublichem Ausmaß.

Wenn meine Überlegungen nur zur Hälfte richtig wären und der Bedarf an Gesundheitsleistungen in 25 Jahren nicht von 10 auf 30%, sondern nur auf 20 % steigen würde, so würde der Rückgang an sogenannten Konsumgütern, die wir heute zum täglichen Bedarf zählen, trotzdem in der Höhe, wie er in unserem Bereich steigt in der „alten Industrie“ sinken, weil sich Pflegeplätze und Insulinpumpen und Herzinfarktbehandlungen nicht steigend auf den Automobilabsatz auswirken.

Wird weiterhin versucht, die Steigerungen im Gesundheitswesen über das „Solidarsystem“ zu finanzieren, wird sich das extrem Kosten belastend auf die alten Industrien auswirken (Stichwort: Erhöhung der Arbeitgeberanteile etc.). Das Chaos wird perfekt. Der nächste Schritt zum Desaster sind weitere Einschränkungen für „unseren Rentner“ in der Bezugsberechtigung der Gesundheitsgüter und Rentenkürzungen – der Niedergang der Volkswirtschaft ist programmiert. Hinzu kommt die Tatsache, dass bereits heute die Exporterfolge nicht mehr mit den Gütern, sondern bereits mit den Ausrüstungen zu deren Herstellung erzielt werden und der Wechsel zu einer neuen Konsumindustrie, die sich anbietet, nämlich der Gesundheitswirtschaft, nicht erfolgen kann, weil es Definitions- und Besitzstandsblockaden gibt. Die Entwicklung – ohne eine von uns angedachte Lösung – ist also vorprogrammiert.

Ein weiteres Problem ist, dass die Ersparnisse der Alten, die nicht verbraucht werden und nicht in den Wirtschaftskreislauf kommen, der Treibstoff der Spekulation sind. Wenn Sie alle Ersparnisse der Alten in die Realwirtschaft lenken und der Finanzwirtschaft vorenthalten würden, hätten wir kein Beschäftigungs- und kein Spekulationsproblem, aber viel geringere Ausprägungen von Finanzexzessen.

Was ist zu tun? Würden wir verfügen können, dass jeder die gewünschten Leistungen, die der Staat nicht mehr bereitstellt, selbst kaufen kann, würde die Fehlallokation der Alterseinkommen sehr schnell aufhören. Das kann aber keine demokratische Regierung aushalten, weil der Glaube, Gesundheit ist Aufgabe des Staates und der Solidargemeinschaft seit hundert Jahren gepflegt wurde; die Revolution der Alten wäre die Folge. Genährt würde sie, weil unterschiedliche Kaufkraft in dem sensiblen Bereich, in dem es tatsächlich immer wieder um Leben und Tod geht, nicht ertragen wird.

Die ungleiche Versorgung, bei der die Kaufkraftstarken sich befrieden und die anderen nichts haben, hat aber eine weitere ganz profane Folge und ist gut am Beispiel der USA sichtbar: Es findet dort nämlich wegen der zu geringen Mengen die Gewinnmaximierung über den Einzelpreis statt und nicht über die Kostendegression schaffende Menge. Dabei werden die Produktionsmethoden, die aus der Massenerzeugung entstehen, nicht angeregt und damit die Versorgung Kaufkraftschwacher unmöglich gemacht.

Der Weg, beides zu erreichen, liegt in einer sukzessiven Herauslösung der Gesundheitswirtschaft in ein Preis-/ Wettbewerbssystem, bei dem Selbstbeteiligungen, die preisähnliche Wirkung haben, den Zugang zu den erwünschten Gütern eröffnen. Sie machen den Nutzer des Systems zum Kunden, der mit Hilfe des Kassenzuschusses zum vollwertigen und nicht gegängelten Nachfrager wird. Wenn die Selbstbeteiligungen nach vorhandener Kaufkraft (sozial) gestaffelt sind, wird der Arme sich mit seinem kleineren, aber prozentual auf seine Möglichkeiten abgestimmten Anteil am Wettbewerbsgeschehen genau so beteiligen wie der kaufkraftpotent Agierende mit dem absolut größeren, aber bezogen auf seine Möglichkeiten relativ gleichen Belastungsanteil.

Betrachtet von der Kostenseite, ist das Gesundheitssystem zu 60 bis 70% Fixkosten lastig. Wenn somit das Gesundheitswesen wie in den USA bei 50 bis 60%iger Kapazitätsauslastung nur 60% der Bevölkerung voll versorgt, was bedeutet, dass tatsächlich 40% weniger Leistungen produziert werden als die eigentliche Nachfrage umfasst, weil nur diese bei der Preisbasis bezahlt werden kann –, so gehen hierbei 40% der Leistungsvorhaltung ins Leere. Die Kliniken in den USA sind überwiegend trotzdem rentabel, weil sie bis zu 2,5-fach höhere Preise erzielen, als das bei uns der Fall ist. Die hohen Preise scheiden dort also aufgrund der persönlich verfügbaren Kaufkraft die Nachfrager in die 60%-Gruppe, die bedient wird, und es verbleiben 40%, bei denen das nicht der Fall ist.

Ein vereinfachtes Rechenmodell zeigt, was geschieht, wenn ein guter Kaufmann in diesem Markt agieren würde. Er würde zuerst fragen, ob er seine Leerkapazität mit weiteren

Nachfragern füllen kann, denn er sieht, dass die Nachfrage da ist, aber die nötige Kaufkraft fehlt. Er macht eine Grenzkostenrechnung für 30% weitere Kunden. Da seine Fixkosten bei 70% liegen, kostet ihn jede weitere Leistung 30 %. Wenn er das direkt weiter gibt, könnte sich die Mehrheit der bisher an der fehlenden Kaufkraft Gescheiterten im Wesentlichen bedient werden. Dies hätte eine stabile Auslastung zur Folge und würde automatisch die Rationalisierung anregen. Es könnten vermutlich durch die Organisation der Leistungswiederholung weitere Rationalisierungs- und Qualitätsgewinne, mit der die Marktstellung und damit die nachhaltige Nutzung der eingesetzten Investitionen sicher gestellt werden könnten, eingefahren werden.

Wenn wir diese Effekte im Gesundheitswesen nutzen, könnten sie die Basis für ein neues System bei uns und der Weg sein, über den wir mit einem nach Leistungsfähigkeit und solidargestützten System die Nachfrage öffnen und das Wachstumspotenzial nutzen. Tun wir dies nicht, bleiben die Preise zu hoch und wir haben gleichzeitig Unterversorgung.

Mir ist klar, was ein althergebrachter Industriekapitän zu diesem Konzept sagen würde – und was ein IG-Metaller sagt, der sein Montage-Werk in Gefahr sieht: Die Rhön-Klinikum AG will nur an die Kaufkraft, die bisher zu uns geflossen ist.

Mir ist auch klar, dass die Banker landauf und landab sagen: Der will die bei uns deponierten Ersparnisse, die wir als Spekulationshebel teilweise ver Hundertfacht im sogenannten Investmentbanking einsetzen (übrigens ein schönes Wort für Finanzanlagen, die im Kreisverkehr beschleunigt werden und die sich mit der Drehzahl vermehren).

Die staatstragenden Politiker werden sagen: Die nehmen uns die Mittel, die WIR ansonsten über die Erbschaftsteuer abschöpfen und als Wahlgeschenk zur Stützung unserer Wiederwahl einsetzen können.

Und die Erben werden sagen: Jetzt haben der Opa und die Oma das schöne Geld bei der Rhön-Klinikum AG gelassen. Vielleicht haben wir Glück und treffen auf Intelligente, die erkennen, dass die früher für die Alten bezahlten Beiträge und die verlorene Erbschaftsteuer noch weniger bei ihnen gelassen hatten.

Und die Patienten werden sagen: Wo ist nur die gute alte Zeit geblieben, als es noch Gesundheitsdienstleistung umsonst gab, aber das sagen die Alten immer. Alle haben Recht: Wir wollen an die Kaufkraft, aber um es mit den Worten einer Ordensschwester zu sagen „geben sie es mir, es ist für einen guten Zweck...“.

Im Ernst: Das Ganze ist natürlich etwas komplizierter, aber nicht anders könnten wir im Gesundheitswesen ein Wachstum, das als sicheres Basiswachstum von 1 bis 2 % in die Volkswirtschaft eingehen würde, erreichen.

Damit will ich auch zum Ausdruck bringen: Die Renten sind **nicht** zu hoch, sondern sie werden falsch verwendet. Nur um Irrtümer auszuschließen: Ich befürworte also keine Kürzung der Renten.

John Maynard Keynes und die Schule der Neo-Keynesianern hat immer noch Recht, aber er wird falsch angewendet, Subventionen zur Deckung von entstanden, strukturellen Verlusten sind Geldverbrennung und werden sie auch noch mit Schulden finanziert, sind nicht einmal Defizitspending, und sie bewirken als Belohnung retardierenden Verhaltens, keinen Aufschwung, sondern sie verschleppen ihn.

Die Gewerkschaftsidee ist richtig, sie aber zur Bestandsblockade anstatt zur Anpassung und Übergangsbegleitung an die gewandelten Bedürfnisse zu nutzen, ist falsch.

Wir versuchen mit der Rhön-Klinikum AG die Gesetze der Massenerzeugung und die Erkenntnisse der Betriebswirtschaft zur wirtschaftlichen Erzeugung von Leistungen im Gesundheitswesen anzuwenden. Die Folge ist Kostendegression – die betriebswirtschaftlich zur Marktverbreiterung eingesetzt wird. Marktverbreiterung im Betriebswirtschaftlichen Sinn ist aber Annäherung an die Vollversorgung oder Nachfragedeckung. Wir können also ein soziales Ziel über die Anwendung betriebswirtschaftlicher Erkenntnisse erreichen. Das bedeutet, wenn es uns gelingt diese Erfolgsmechanik sichtbar zu machen, werden wir Nachahmer im Wettbewerb haben und das gesamte System richtet sich neu aus. Das meinen wir mit Systemführerschaft, die durch Intellekt und Konsequenz und nicht notwendiger Weise durch ein Monopol entsteht.

Die dazu notwendigen Regeln und das nötige Marktverhalten wollen wir anstoßen und mit unserem Beispiel erzwingen. Gelingt das, und Sie als Aktionäre der Rhön-Klinikum AG bleiben bei der Stange, werden Sie Entwicklungen kennen lernen, die heute kaum vorstellbar sind. Der Markt, auf dem wir tätig sind, wird in 20 Jahren je nach Schätzung zwischen 20 und 30 % des BIP (Bruttoinlandsprodukts) ausmachen und wir haben die Chance, einen erheblichen Einfluss auszuüben, egal, ob sich das am oberen oder unteren Rand bewegt und ob wir proportional oder überproportional beteiligt sind.

Gelingt diese Neuausrichtung des Systems in Deutschland nicht, werden wir auch in einer rationierten und priorisierten Gesundheitswirtschaft einen beachtlichen Anteil haben. Dieser würde nach den bekannten Normen der Vergangenheit auch gute Geschäfte ergeben. Das Geschäftsmodell ist insbesondere in den USA zu besichtigen: In den unteren Etagen werden diejenigen behandelt, die es bis ins Krankenhaus geschafft haben und in den oberen Etagen wird mit Patienten, die für die Anwesenheit des Chefarztes beim 4-fachen Preis bedient werden und der notwendige Überschuss erzielt.

Auch in einem solchen Umfeld kann ein Unternehmen wie unseres Furore machen. Denken Sie daran: Wir produzieren zu einem Bruchteil der dortigen Kosten, aber dem Geist des Besonderen, dessen, der im Schumpeter'schen Sinne schöpferisch zerstört und Neues und Besseres schafft, würden wir nicht gerecht. Das würde auf die Nachhaltigkeit schlagen, weil – wie der Techniker sagt – die Erfindungshöhe geringer ist.

Der Bericht von Herrn Pföhler hat Sie über die entscheidenden operativen Fragen informiert, so dass ich nur einige Positionen aus der Sicht des Aufsichtsrates nachtragen darf. Die Kapitalerhöhung, bei der Sie in hervorragender Weise mitgegangen sind, ist ein enormes Pfund für die zukünftige Entwicklung. Der Aufsichtsrat wird den Vorstand bei der Wachstumsphase begleiten und darüber wachen, dass die Zusage, die eingeworbenen Mittel nur für Expansionen einzusetzen, eingehalten wird. Es war und ist aber auch die Aufgabe des Aufsichtsrats, wenn – wie es aktuell aussieht – die Verkaufsblase von öffentlichen Häusern sich nähert, dafür zu sorgen, dass es nicht zu einem teuren Frühstart kommt. Die Diskussionen zwischen Aufsichtsrat und Vorstand waren in den letzten Monaten sehr subtil, weil manches, was aktuell auf dem Markt ist, noch nicht die Preisrealität dessen hat, was wir erwarten.

Es ist richtig, wenn der Aufsichtsrat den Erwartungsdruck des Marktes nicht erhöht. Wenn man die aktuelle Situation beobachtet, dann leuchtet jedem ein, dass die Kommunen, irgendwann loslassen müssen. Zur Zeit haben wir eine Situation, bei der die cleveren Landräte und Bürgermeister sondieren, weil sie denken, wer zuerst verkauft, bekommt am meisten, und die weniger cleveren sagen: „Wir haben soviel Schulden – da kommt es auf die paar Millionen Verluste aus dem Krankenhaus auch nicht mehr an oder wir warten bis das alle machen, dann gibt es weniger politischen Ärger“.

Die strategische Ausrichtung des Unternehmens vom Hersteller von Segmentleistungen im Gesundheitswesen zum Systemversorger ist eine neue Dimension, die sowohl im Vorstand als auch im Aufsichtsrat geänderte Anforderungen zur Folge hat.

Es ist eben ein Unterschied, ob Sie – wie das am Beginn unserer Entwicklung war – das Augenmerk auf die Rationalisierung von einzelnen Krankenhäusern, das Erfüllen eines regionalen von der Regierung vorgegebenen Versorgungsauftrags richten oder ob – wie das nun geschieht – die Vollversorgung mit vernetzten Leistungen, die letztlich die Nutzer beurteilen und die im Wettbewerb bestehen müssen, zu steuern und zu organisieren sind.

Aktuell richten wir den Vorstand auf diese Funktion aus und müssen dabei auch die Lücke, die Herr Meder mit seinem Ausscheiden aus dem Vorstand erzeugen wird, kompensieren. Dazu haben und werden wir einige Veränderungen in der Zuordnung der Funktionen vornehmen, und wir haben Herrn Feldkamp, der früher schon bei uns erfolgreich tätig war und nach – wie man sagen könnte – „aufbauenden Wanderjahren“ zurückkehrt, in den Vorstand berufen. Es gibt erfolversprechende Gespräche zwischen Herrn Pföhler und Herrn Meder, um uns das Wissen, das Herr Meder in den vielen Jahren, in denen er Verantwortung getragen hat, zu sichern und überzuleiten.

Zur Vorstandsentwicklung gehört auch das heute zur Abstimmung stehende Vergütungssystem. Wir haben die vorhandene Struktur, mit der wir hervorragend gefahren sind, weiter entwickelt. Dabei sind wir bei einer verhältnismäßig geringen Festvergütung geblieben, weil wir der Ansicht sind, dass ein Vorstand der Ersatzunternehmer ist und dass sich das Unternehmensein nicht verträgt mit beamtenähnlichen Gehaltsstrukturen nach dem Motto: bei Beginn der Tätigkeit ist die Pension auch schon geregelt.

Um dem Gedanken der Nachhaltigkeit entgegen zu kommen wird die relativ hohe Tantieme, die an den objektiven Bilanzentwicklungen orientiert ist, durch eine Dreijahresbetrachtung und die Aussonderung von außerordentlichen Ergebnissen nivelliert und geglättet. Das heißt konkret: Es ist kaum möglich, durch kreative Bilanzgestaltung, die ja auch im Prüfungsausschuss eine besondere Beobachtung erfahren würde, Motive zu setzen, um das Einkommen zu gestalten. Die Tantieme wurde in eine Basis- und in eine Performance-Tantieme getrennt. Dabei wird die Basistantieme als eine Art Bestand betrachtet und fällt prozentual niedriger aus, weil wir gedanklich davon ausgehen, dass etwa 2/3 des Ergebnisses, welches ein Vorstand bei Vertragsabschluss vorfindet, aus dem laufenden Geschäftsbetrieb stabil ist und so etwas wie eine permanente Auffrischung braucht. Dieser Teil wird am Beginn absolut gesetzt und auch laufend ausgezahlt. Sollte aber wider Erwarten das Ergebnis unter diese Grenze sinken, dann muss der Vorstand den entsprechenden Teil zurückzahlen. Von dieser Rückzahlklausel abgesehen, bleibt der Anteil für die Vertragslaufzeit stabil. Es ist also, wenn man so will, eine Art vorgeschossne Festvergütung mit Vorbehalt.

Anders die Performancetantieme: die ist eine ganz harte Anreiztantieme, um Wachstum des Ergebnisses mit der beschriebenen Dreijahresbetrachtung zu belohnen beziehungsweise eine gerechte Beteiligung am Vorschub des Unternehmens in Aussicht zu stellen.

Pensionen haben wir nicht, sondern die Vorstände erarbeiten sich einen Festbetrag zur Altersversorgung, der beispielsweise, wenn sie jünger als 65 Jahre alt sind, verfällt, wenn sie selbst einen angebotenen Folgevertrag ausschlagen oder kündigen.

Im Rahmen der erfolgten Verhältnismäßigkeitsprüfung haben wir dieses Konzept für die Zukunft entworfen; es soll immer dann, wenn Verträge modifiziert werden, eingesetzt werden und sich so zum Leitsystem entwickeln, ohne dass wir womöglich mit Abfindungen das alte System umbrechen. Von der zur Zeit in Mode befindlichen Entwicklung mit Zielprämien (ein geschicktes anderes Wort für Boni) und Belohnungsstrukturen zu arbeiten, halten wir nichts. Wenn Sie nämlich eine zielorientierte Vergütung entwickeln, bleibt Ihnen ja nichts anderes übrig, als mit dem Probanden über das zu erreichende Ziel Einigung herbei zu führen. Da der Aufsichtsrat die operative Verantwortung und Einsicht gerade nicht hat, müsste er sich die Ziele deshalb vom Vorstand vorschlagen lassen und ein Vorstand, der dann nicht Ziele

nennt, die er sicher erreicht, wäre (denke ich) „mit dem Hammer gepudert“. Dieses Modell hätte außerdem zur Folge, dass zunehmend unternehmenszielfremde Anreizsysteme Platz greifen. Wer könnte dann verhindern, dass irgendwann die vermiedenen Konflikte zum Maßstab würden ohne die Kosten der Konfliktvermeidung zu zählen?

Im Aufsichtsrat tritt Herr Dr. Korte wegen der bei uns gültigen Altersgrenze für die nächste Runde nicht mehr an. Herr Dr. Korte ist seit 5 Jahren Mitglied des Gremiums, und er ist immer ein geschätzter kritischer und ungemein kenntnisreicher Begleiter gewesen. Ich möchte mich an dieser Stelle bei Ihm für seine Arbeit im Namen des gesamten Aufsichtsrats ganz herzlich bedanken. Ich darf Ihnen verraten, dass ich den Vorstand mit Billigung des gesamten Gremiums gebeten habe, seine Kenntnisse durch eine Berufung in den Beirat und der Fortsetzung von Mandaten in Tochtergesellschaften so lange wie möglich zu nutzen. Herr Dr. Korte: Vielen Dank für die Zusammenarbeit.

Unabhängig von der Frage, ob sie dem Kandidaten-Vorschlag des Aufsichtsrats folgen, haben wir auf der Seite der Arbeitnehmer bereits sichere Veränderungen. Im kommenden Aufsichtsrat werden

Herrn Becker, der schon im Dezember ausgeschieden ist,

Herr Dr. Aisch,

Herr Schaar,

Herr Wendl

nicht mehr vertreten sein. Wir waren naturgemäß immer wieder unterschiedlicher Meinung, aber ich habe sie bei den notwendigen Diskussionen als faire und konstruktive Partner erlebt, die für den Aufsichtsrat und die Gesellschaft eine wichtige Rolle gespielt haben. Ich danke ihnen für die Zusammenarbeit und es löst schon etwas Wehmut aus, wenn die Gefährten mancher Schlacht gehen. Zu Herrn Wendl möchte ich noch einen besonderen Satz sagen: Wir haben uns kennengelernt, da war die Rhön-Klinikum AG noch eine GmbH, und wir haben die ersten Haustarifverträge miteinander verhandelt. Mit Herrn Wendl habe ich Streiddiskussionen auf sehr hohem Niveau geführt und ich habe – obwohl ich seine politische Ausrichtung nicht teilen kann – in ihm immer einen auf absolut wissenschaftlich fundiertem Plateau stehenden Mann erlebt. Ich gestehe, dass ich ihn auch gerne im Unternehmen gehabt hätte. Er hat meinem Wunsch, wie ich glaube, aus einem selbst gestellten Ehrenkodex nie nachgegeben. Herr Wendl: Ich danke für die gemeinsame Zeit.

Die Empfehlungen des Kodex, einen Nominierungsausschuss zu bilden, fand ich anfangs eigentlich etwas zuviel des Guten. Ausgehend von der Überlegung, dass wir nicht einfach Nachwahlen haben, bei denen es genügt, wenn ein Kandidat sich auf seine Zeit im Aufsichtsrat beruft, haben wir einen Qualifikationskatalog erstellt. Zuerst wurde erfasst, was wir auf der Kapitalseite an messbaren Kenntnissen und Fähigkeiten im Plenum und in den Ausschüssen vorzuweisen haben. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Aufsichtsratsarbeit insgesamt – und das bewies auch die mehrfache Evaluierung – einen sehr guten Zustand des Gremiums zeigte, wodurch man die aktuelle Kenntnis- und Wissensausstattung zur Plattform machen könnte. Das Ergebnis ist eine Auswertung der Kenntnisse, die nachweist, dass es gerechtfertigt ist, jedem Aufsichtsrat der Kapitalseite aus der vergangenen Dekade einen Kandidatenplatz zuzugestehen.

Die Lücke, die durch das Ausscheiden von Herrn Dr. Korte gerissen wird, war definitiv eine und ich habe mich mit der „Lückenliste“ auf die Suche nach einem neuen Kandidaten gemacht. Es ist offenbar inzwischen üblich, dass Aufsichtsratsbewerber sich wie normale Angestellte melden. Diese Bewerbungen habe ich mit der „Offene Kenntnisliste“ abgeglichen und deshalb eine Reihe von Kandidaten/Kandidatinnen, die zwar bedeutende Entwicklungen hinter sich hatten, aber eben die konkreten Anforderungen nicht erfüllten, abgelehnt.

Die Überlegung, einen Headhunter zu beauftragen, habe ich verworfen, weil ich eigentlich sicher bin, dass das Unternehmen Kosten für die AR-Kandidatensuche gar nicht übernehmen dürfte, weil es nun wirklich nicht zum Geschäftszweck der AG gehört, dass der

Vorstand seinen Aufsichtsrat für Geld und überhaupt suchen lässt, weil es eben Aufgabe der Kapitaleigner und des Aufsichtsrats ist diese Vertretung ihrer Interessen zu suchen.

Durch einen Hinweis wurde ich auf Dr. Merz aufmerksam, der mir früher schon als junger Mann positiv aufgefallen war, den ich aber wieder vergessen habe. Der Abgleich mit der Pflichtkenntnisliste war positiv und er zeigt Interesse. Der Nominierungsausschuss und alle befragten Mitglieder der Kapitalseite votierten ebenfalls für ihn. Daraus entstand der Vorschlag für die Kandidatenliste, wie sie Ihnen heute vorliegt.

Ich kann Ihnen versichern: Wir haben das Thema sehr ernst genommen und glauben, Ihnen das Richtige vorzuschlagen. Die Mannschaft war erfolgreich und hat das Zeug dazu, dies weiter zu sein. Deshalb bitte ich für alle Vorschläge um Ihre Zustimmung.

Am Beginn der Aussprache würde ich, wenn Sie einverstanden sind, Herrn Dr. Merz bitten, sich selbst vorzustellen und seine aktuelle Position und seinen Werdegang zu erläutern.

Damit, meine Damen und Herren, komme ich zum Ende und darf mich bei meinen Kollegen für die Zusammenarbeit, beim Vorstand für die den Verhältnissen entsprechende Zusammenarbeit und die wechselseitige Achtung der Positionen und bei den Mitarbeitern für ihre Anstrengungen, dem gemeinsamen Ziel einer optimalen Behandlung der Patienten und gleichzeitig dem Erfolg des Unternehmens dienenden Anstrengungen bedanken.

Und Ihnen, meine Damen und Herren, danke ich, dass Sie mit soviel Geduld zugehört haben.