



28. ORDENTLICHE HAUPTVERSAMM- LUNG

Bericht des Aufsichtsrats

Eugen Münch

Vorsitzender des Aufsichtsrats

RHÖN-KLINIKUM Aktiengesellschaft

8. Juni 2016, Frankfurt/M.

Hinweis:

Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrte Aktionäre und Aktionärsvertreter,
sehr geehrte Gäste, meine Damen und Herren,

nach dem erfolgreichen Abschluss der Transaktion Fresenius/Helios im Geschäftsjahr 2014 und der wesentlichen Beteiligung der Aktionäre hieran mittels der Auskehrungen durch die Aktienrückkaufprogramme 2014 und 2015 hat sich unser Unternehmen im abgelaufenen Geschäftsjahr 2015 auf die Umsetzung der neuen Unternehmensstrategie konzentriert – ich nenne einleitend die Stichworte Spitzenmedizin, Campus-Konzept und Netzwerkmedizin.

Bevor ich auf diese Themen und die sich hieraus ergebenden Fragestellungen und Perspektiven näher eingehen werde, erlauben Sie mir bitte, wie üblich zunächst die Pflichtthemen und Formalitäten abzuarbeiten.

Um Wiederholungen bei der Berichterstattung über die Aufsichtsratsstätigkeit im Geschäftsjahr 2015 zu vermeiden, verweise ich auf den ausführlichen Bericht des Aufsichtsrats im vorliegenden Geschäftsbericht. Dieser liegt seit Einberufung zu dieser Hauptversammlung in den Geschäftsräumen der RHÖN-KLINIKUM AG aus, wurde den Aktionären auf Verlangen zugesandt und ist jederzeit online auf der Unternehmens-Homepage abrufbar. Der Geschäftsbericht liegt selbstverständlich auch hier im Saal aus. Den darin enthaltenen Bericht des Aufsichtsrats finden Sie auf den Seiten 16 bis 27.

Zur effizienten Wahrnehmung seiner gesetzlichen und satzungsgemäßen Aufgaben hat der Aufsichtsrat nach seiner konstituierenden Sitzung am 10. Juni 2015, also direkt nach der letztjährigen Hauptversammlung, wie bereits das Vorgängergremium sieben ständige Ausschüsse eingerichtet, in welchen Aufsichtsräte die fachlichen Themen abarbeiten und bei Bedarf Beschlüsse treffen oder diese für das Plenum vorbereiten. Ferner wurden einzelne Befugnisse und Beschlusskompetenzen im Rahmen der Geschäftsordnung auf diese Ausschüsse übertragen. Die Effizienz unserer Arbeit im Aufsichtsrat überprüfen wir fortlaufend und ändern bei Erkennen von Notwendigkeiten oder Schwachstellen umgehend Strukturen und Abläufe durch entsprechend geeignete Maßnahmen. So haben wir z. B. zu Beginn dieses Geschäftsjahres zur beratenden und überwachenden Begleitung der Geschäftsleitung bei der Umsetzung der Campus-Projekte und der Netzwerkmedizin die im Aufsichtsrat vorhandene fachliche Kompetenz eingebracht, um durch gemeinsame Sitzungen von Investitions-, Strategie- und Finanzausschuss mit dem Medizininnovations- und Qualitätsausschuss diesen Entwicklungsprozess intensiv mit zu begleiten. Zeitweilig und themenorientiert sind dabei auch externe Experten mit eingebunden.

Wir verfolgen selbstredend die Weiterentwicklung des Deutschen Corporate Governance Kodex (DCGK) und prüfen weiterhin, welche Empfehlungen für unser Unternehmen sinnvoll sind und deshalb angenommen werden können und welche nicht – in letzterem Falle lehnen wir sie begründet ab. Wir berichten gemeinsam mit dem Vorstand zur Corporate Governance im Unternehmen. Details finden Sie im Geschäftsbericht auf den Seiten 29 bis 43.

Die Grundzüge des Vergütungssystems für unsere Vorstände, über welches wir Ihnen in den Vorjahren berichtet und das wir Ihnen auch zur Billigung vorgelegt haben und dem Sie mehrheitlich zugestimmt haben, haben wir mit Wirkung vom 1. Januar 2016 angepasst. Die Anpassungsmaßnahmen berücksichtigen die inzwischen veränderte Unternehmensgröße und wirtschaftliche Situation mittels einer Neugestaltung der Tantiemeregelung, der Neufestsetzung der Grenzen für die garantierte Jahresgesamtvergütung sowie der Obergrenze, des sogenannten Caps. Der Aufsichtsrat hat alle Vorstandsdiensverträge mit Wirkung vom 1. Januar 2016 diesen Zielsetzungen angepasst. Weitere Einzelheiten zum Vergütungssystem finden Sie im Vergütungsbericht, der als separater Bestandteil im Corporate-Governance-Bericht enthalten ist.

Über die personelle Veränderung im Vorstand und über die Vereinheitlichung der Bestellungsdauer haben wir ebenfalls im schriftlichen Aufsichtsratsbericht informiert. Wir haben das Vorstandsgremium um den neu geschaffenen Bereich Medizin erweitert, der von dem neu bestellten Vorstandsmitglied Herrn Prof. Dr. Bernd Griewing als Chief Medical Officer verantwortet wird. Die Bestellungsdauer für die einzelnen Vorstandsmitglieder wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2016 auf jeweils fünf Jahre vereinheitlicht, um so alle geplanten und begonnenen erfolgskritischen Projekte mit größtmöglicher personeller Kontinuität in der Unternehmensleitung zu verfolgen – bei annähernd gleicher Amtsdauer des Aufsichtsrats.

Da ich meinen formalen Bericht an dieser Stelle über die Tätigkeit des Aufsichtsrats abschließen möchte, darf ich mich beim Vorstand und bei meinen Kolleginnen und Kollegen im Aufsichtsrat für die Zusammenarbeit und ihren Einsatz im vergangenen Geschäftsjahr herzlich bedanken. Mein besonderer Dank gilt auch denjenigen Aufsichtsräten, die nach der letzten Hauptversammlung aus dem Gremium ausgeschieden sind. Es war nicht immer einfach, in Anbetracht der komplexen Themen, zu einem Konsens zu kommen. Trotzdem ist es immer wieder gelungen, im Aufsichtsrat nachhaltige gemeinsame Positionen für die Erledigung unserer Aufgaben zu finden.

Mein Dank gilt nicht zuletzt in besonderem Maße den Mitarbeitern, die sich im Interesse der Patienten und des Unternehmens erneut als die tragende Säule erwiesen haben, ohne die unser Unternehmen nichts wäre. Mein Dank gilt auch den Betriebsräten, die im Rahmen der Mitbestimmung eine nicht immer leichte Aufgabe wahrzunehmen haben.

Meine Damen und Herren,

Sie haben der Rede von Herrn Dr. Siebert entnehmen können, wo wir was aktuell vorhaben. Ich möchte seine Ausführungen hier nicht vertiefen oder verfeinern. Vielmehr möchte ich mich an dieser Stelle mit den fundamentalen Fragen unserer Branche und unserem neuen Geschäftsmodell als Antwort auseinandersetzen.

Unser Anspruch ist dabei eindeutig: Wir wollen die weithin sichtbaren Faktoren, die die Branche nachhaltig ändern werden, nicht nur erkennen und aufnehmen, sondern aktiv mitgestalten. Lassen Sie mich kurz zurückblicken, damit Sie besser erkennen können, wohin wir uns

meiner Meinung nach ausrichten müssen: In den ersten ca. 20 Jahren der akutstationären Phase ihrer Entwicklung war das damalige Geschäftsmodell der RHÖN-KLINIKUM AG 1984–2006 mit flächenbezogener Privatisierung und dem Rationalisierungsmodell Flusssprinzip umstritten, wurde aber nach und nach als sogenannte Prozessoptimierung allseits mehr oder weniger **systembestimmend**. Dieses Wachstumsmodell ist an seine Grenzen gestoßen. Schauen Sie, zu Beginn haben wir für einen Euro Umsatz 80–90 Cent für Investitionen und Zukäufe einsetzen müssen. In den letzten Jahren – auf dem Gipfel der Entwicklung – aber bis zu 1,80 Euro für einen Euro Umsatz. Das ist ökonomisch nicht tragbar, auch wenn der Preis durch Gewinnung von Fördermitteln des Staates abgemildert werden konnte. An diesem Fördermittel-Wettbewerb haben wir im Gegensatz zu den öffentlich-rechtlichen und auch privaten Konkurrenten nur zögerlich teilgenommen, weil immer klar war, dass dies Handlungseinschränkungen bedeutet.

Im Zenit der früheren RHÖN-KLINIKUM AG und im Zenit der flächenorientierten Privatisierung haben wir immer Mut gezeigt, uns fundamental zu erneuern. Veränderung war Entwicklung. Nach dem Ausstieg aus dem früheren Wachstumsmodell, welches wie oben erläutert ökonomisch Rationalisierungsdruck in die falsche Richtung erzeugte und deshalb stärkere und bis heute überall anhaltende Widerstände gegen die Privatisierungen von Kliniken erfuhr, gab es zunächst vereinzelt Verständnisschwierigkeiten in Bezug darauf, wie denn die Zukunft der RHÖN-KLINIKUM AG nach dem Abschied aus dem alten Modell aussehen könnte. Wir haben dabei mit Gelassenheit diejenigen Stimmen in der Öffentlichkeit zur Kenntnis genommen, die von der fortan nunmehr kleinen RHÖN-KLINIKUM AG, manchmal gar abwertend von der Reste-RHÖN gesprochen haben. Diese Stimmen sind jedoch längst verstummt. Und das liegt daran, dass viele in dieser Branche erkennen, dass die RHÖN-KLINIKUM AG wiederum Vorreiter eines neuen Systems ist, während sich manche Anbieter mit den vielen Tücken und Bürden, dem Ausreizen des alten Systems, mühsam herumschlagen, obwohl auch sie vermutlich längst erkennen, dass das Ende der alten Fahnenstange erreicht ist.

Wir hingegen sind auf neuen Pfaden unterwegs und wollen nach vorn schauen: Viele unter uns haben sehr früh erkannt, dass die zunehmende Alterung der Bevölkerung, die rasante Entwicklung der Medizintechnik, aber auch die gesellschaftlichen Folgen des Informationszeitalters und nicht zuletzt der Megatrend der Digitalisierung der Wirtschaft zu neuen Formen der Behandlung und Betreuung von Patienten führen werden, gar müssen. Die flächendeckend, vorhandenen Akutkrankenhäuser, oft klein und leistungsbeschränkt, die als Auftragnehmer von niedergelassenen Ärzten und Krankenkassen ziemlich am Ende der Leistungskette stehen, werden zu Verlierern des Systems, wenn sie nicht die Kraft aufbringen, sich fundamental zu ändern. Viele werden aufgeben müssen. Als Unternehmen, das die höchsten Formen der Spezialmedizin beherrscht, das auch die alte kleinteilige wohnortnahe Flächenversorgung kennt, galt es dieses Pfund in ein neues Geschäftsmodell zu gießen, das als Reproduktionsmodell zu qualitativem und dann zu quantitativem Wachstum führt. Wir wissen, dass nichts beim potentiellen Patienten – **um ihn geht es, um nichts anderes** –, der irgendwann vor der Frage steht, wohin er sich im Ernstfall wenden soll, einen nachhaltigeren Eindruck hinterlässt als die gelungene Rettung eines Menschen oder das Geschenk eines quasi neuen Lebens nach einer lebensrettenden Operation. Die dynamischen Informationstechnologien und das neue gesellschaftliche Verhalten der immer mobileren Patienten sind dabei der Hebel, wenn es um die Frage geht, wem wir, Sie, ich, also jedermann, als Patient unser Vertrauen schenken können. Das ist unternehmerische Chance und unternehmeri-

sches Risiko zugleich. Ein Blick in die Berichterstattung in den klassischen und sozialen Medien reicht, um meine Ansage zu bestätigen.

Fast jeder Bewohner eines ein Millionen Einwohner großen Einzugsgebietes hat eine Vorstellung, was er macht, wenn er Medizin braucht. Was hat dieser Mensch für Wünsche, Ängste und wo gibt es Leistungsengpässe, die wir besetzen können? Was ist unter diesem Blickwinkel zu tun und was wurde getan? Wo sind und wo entwickeln sich Leistungsengpässe unter den veränderten Bedingungen der Informationsgesellschaft, die wir bedienen können? Wie können wir aus dem Unternehmen RHÖN-KLINIKUM AG dauerhaft einen Anbieter machen, der die modernen Patienten, die sich heute viel eher wie souveräne, dienstleistungsverwöhnte Konsumenten verhalten, vor allem wenn sie **noch nicht krank** sind, d. h. als Gesunde dazu veranlasst, sich auch künftig für uns zu entscheiden, wenn es darum geht, wohin sie sich ausrichten.

Ein zentraler Aspekt wird dabei die Frage des bestmöglichen Service sein: **„Ich brauche einen Termin.“ – „Ja, bitte sofort“** heißt die Antwort. Das ist eine Frage, die unternehmerisch gesehen auf die Bereitstellung effizienter, hochleistungsfähiger ambulanter Strukturen hinausläuft.

Ambulanz ist bis heute eine Ausformung einer additiven Kettenorganisation, d. h., man geht von Arzt zu Arzt, bis der scheinbar richtige kommt. Im Campus mit seinem Ambulanzzentrum als Auffangstruktur wird der Ablauf fundamental neu aufgebaut. Der Einsatz der elektronischen Patientenakte als Wissensplattform und die rechnergestützte Basisanamnese verbunden mit einem Case-Management, macht den Patienten mit seinen Daten und Bedürfnissen zum Lenker seines eigenen Ablaufs. Der Sprungzugriff auf die nötigen Leistungsparameter optimiert den Prozess qualitativ, humanitär und wirtschaftlich. Dieses neue Modell stellt die Leistungsparameter nach der Disposition, die der Patient auslöst, bereit und nicht umgekehrt. Der Patient wird vom Arzt mit Hilfe der vorhandenen Wissensbasis synchron und nicht additiv durch das System oder gar nach außen empfohlen und entscheidet nach der Beratung.

Dieses Modell ist der Campus und er ist ein Ort, an dem wir – mit erheblichen Investitionen, wie sie derzeit wohl nur die RHÖN-KLINIKUM AG für einen Prototyp in der Branche stemmen kann – die stationären Hochleistungsbereiche der Medizin auf hohem Niveau bereitstellen, denen aber eine breite und umfassende Ambulanz, bestehend aus eigenen Ärzten, aus extra aus dem Umfeld angesiedelten Praxen sowie eigenen medizinischen Versorgungszentren, vorgeschaltet ist. Diese werden in einem servicefreundlichen Umfeld durch besonders engagierte und interessierte Mitarbeiter betreut. Für diese Mitarbeiter möchten wir zugleich in Campus-Nähe und auf dem Campus eine Wohn- und Arbeitsatmosphäre schaffen, die die erforderliche hohe Leistungsbereitschaft unterstützt und die Arbeit und Freizeit eher zusammen- als auseinanderführt.

Der rasante Fortschritt in der Medizintechnologie und den Behandlungsmethoden läuft – jedenfalls teilweise – gegen stationäre Strukturen. Da bei Ausdünnung nicht an jedem Ort medizinische Leistungen in gebotener Qualität und Breite vorgehalten werden können, ist Zentralisierung und Kompetenzbündelung bei erhöhter Mobilität der aufgeklärten Patienten die Antwort. Daher sind wir mit dem Projekt, ich nenne es Campus-Uni +, d. h. einer universitätsbasierten dem stationären System vorgeordneten Ambulanz am Standort Marburg, auf dem richtigen Weg. Meine Empfehlung für Fakultät und Universität ist, diese Ambulanz auf universitärer Basis durch eigene Ordinarien für jedes Fach zum wesentlichen Lehrkörper für

die Mediziner Ausbildung zu machen und in dieser Teil fakultät die dringend nötige Versorgungsforschung zu verorten. Mit dieser auch organisatorischen Stärkung im akademischen wie im Versorgungsbereich machen sowohl die Universität wie auch wir einen gewaltigen Schritt hin zur Bewältigung der Aufgaben der Alterung der Bevölkerung und zur Integration des Potentials der Informationsgesellschaft für die Zukunft.

An dieser Stelle vernehme ich häufig den Einwand, in unserer Branche werde zu wenig an das Menschliche und zu viel an das Ökonomische und an Prozesse gedacht. Dazu nur ein Satz: **Das Menschliche muss immer Grund- und Basisposition sein, ohne die Selbstverständlichkeit wie ein Mantra zu wiederholen.** An diesem Fundament gibt es nichts zu rütteln. Aber ich persönlich fände es nicht tröstend, wenn man mir nach einer vernichtenden Diagnose, die mich schlagartig vom Heutigen ins Hoffnungslose schleudert, als Geste nur tröstend über den Kopf streicheln würde, ich ansonsten aber hilflos zurückbliebe. Der Patient soll durch Menschlichkeit Vertrauen gewinnen, dieses aber muss durch medizinische und pflegerische Kompetenz erworben werden – und zwar immer wieder aufs Neue. Kompetenz ist Können und Wissen, dies entsteht bekanntermaßen durch harte Arbeit und das unbedingte Wollen, dem Patienten und sich selbst damit gerecht zu werden. Lassen Sie mich daher klar betonen: **Es ist nicht die Ökonomie, welche die Ethik der Medizin gefährdet, sondern die Medizin gefährdet ethische Grundsätze, wenn sie ökonomische Grundsätze missachtet.**

Zukunftssäule Netzwerkmedizin

Die Alterung der Gesellschaft, d. h. immer mehr Patienten, welche die Leistungen des Systems in Anspruch nehmen, bei immer weniger Beitragszahlern, die dafür bezahlen, und einem Schwund von Fachkräften, die die Patienten behandeln und versorgen sollen. Das ist die Realität, auf die die Gesellschaft und auch unser Unternehmen eine Antwort finden muss, wenn wir künftig medizinische Leistungen nicht rationieren wollen, denn Rationierung ist die unmenschlichste aller Antworten und oft eine tödliche. Die Antwort lautet Campus!

Wir setzen mit dem Campus-Konzept der sich ausdünnenden Flächenversorgung eine Lösung durch erreichbare Zentren entgegen, die in sich total vernetzt und durch die Bedingungen des eigenen Unternehmens hochfunktional und rational sind. Die dort nicht vorhandenen Kompetenzen oder bessere Konzernfremde Lösungen bei anderen Anbietern, werden auf der Wissensplattform verbunden mit der elektronischen Patientenakte und dem beschriebenen rechnergestützten Case-Management sichtbar. Sie können im Sprungzugriff auf jeder Ebene auch überregional geortet und für den Patienten verfügbar gemacht werden. Mit diesem Konzept wird auch Wettbewerb ins eigene Unternehmen geholt, gerade weil der Patient und seine Datenbasis zu einer Transparenz führen, die in jeder Beziehung qualitätssteigernd wirkt.

Ein solcher Ansatz setzt viel voraus, u. a. eine garantiert hohe und verifizierte Qualität der Netzwerker intern und extern, aber auch Verfahren und Absprachen zu den Schnittpunkten, die wir durch Vorentwicklung prägen können. Die Prägung der Netzwerkregeln durch unsere wettbewerbsaffine Einstellung verhindert, dass einzelne Netzwerkteilnehmer aus der Nutzung alternativlose Lösungen machen, die immer im eigenen Angebot enden. Niemand würde, wenn er weiter will wie unsere Patienten, ständig in Einbahnstraßen fahren, die in Sackgassen enden. Damit stört solches Verhalten die Nachhaltigkeit. Diese Bereitschaft zum

Wettbewerb muss jeden Tag erkämpft werden, weil sie der entscheidende Motor in der permanenten Entwicklung auch unseres Geschäftsmodells ist und weil es gleichzeitig in seiner Ausrichtung einen humanen Akt darstellt.

Zukunftssäule Campus-Modell und digitale Unterstützung der Mediziner und der Pflege

Die Bereitstellung und Auswertung des maximalen medizinischen Wissens über Medizin generell, einschließlich des patientenbezogenen Wissens, wird nur über den Einsatz der elektronischen Patientenakte und Hilfsfunktionen wie IBM Watson Health möglich sein. Watson Health entwickelt sich mit hoher Geschwindigkeit und wird voraussichtlich mit Einsatz menschlichen Brücke, gemeint ist z.B. ein besonders ausgebildeter Pfleger/in der zwischen Rechner und Patient eingesetzt wird und die Anamnese durchführt. So würde der menschliche Kontakt gepflegt und gleichzeitig der Arzt maximal entlastet hat Zeit zur Beratung und Steuerung, indem er das kognitive Systemwissen hinter sich weiß. In der damit über alle Wissenszugänge verfügenden Ambulanz entsteht das Wichtigste, was die Medizin braucht – eine neue Dimension der Diagnose. Mit dieser Diagnose mit Handlungsvorschlägen wird, weil sie vor, bei und nach der Behandlung verfügbar und transparent ist, ein rein patientenbezogenes Wissen über das „Soll-, Könnte- und Kann-Geschehen“ vermittelt, das Patient und Arzt als Entscheidungshilfe dient und damit den Patienten zum qualifiziert beratenen Steuerer des für ihn laufenden Prozesses macht. Die längst überkommene Barriere zwischen ambulanter und stationärer Medizin wird bald überwunden werden, weil es nur noch die Fokussierung auf den Patienten gibt und diese endet nicht bei ambulant und beginnt nicht bei stationär. Das ist eine neue Ära der Medizin.

Das Campus-Konzept wird derzeit in Bad Neustadt schon mit Hochdruck gebaut, in Marburg unter Einbindung aller Bedenkenträger vorbereitet und in Frankfurt (Oder) für die dort geltende besondere Grenzlage vorbereitet.

Das von uns angeschobene Medizinkonzept ist alles andere als bereits etabliert, und zwar weder intern noch extern.

Die Umsetzung wird weder im Unternehmen noch bei kooperierenden Angrenzern ohne Eruptionen ablaufen, z. B. wenn die Universität Marburg und ihre medizinische Fakultät überzeugt werden müssen, dass Medizinstudenten künftig besser im Ambulanzbereich ausgebildet werden sollten. Denn dabei lernen die angehenden Ärzte die Patienten kennen, die sie in ihrem Medizinerleben zu 95 % wiedersehen.

Es wird zu hoffentlich ertragreichen wissenschaftlichen Disputen führen, wenn eine gleichgewichtige ambulante Teilfakultät mit neuen Forschungsmodellen in der Versorgungsforschung und der realen wissenschaftsgebundenen ambulanten Versorgung auch telemedizinisch zu neuen Ufern aufbricht.

Natürlich hört man schon heute bei allen: „Bei uns steht der Patient im Mittelpunkt.“ Zukünftig wird der Patient wirklich erzwingen, im Mittelpunkt zu stehen, danach kommt das Krankenhaus oder die Arztpraxis oder das Personal oder auch die Kapitalinteressen. Trotzdem wird das System für diejenigen, die sich neu ausrichten, von nachhaltigem Nutzen sein.

Der Wandel, vor dem wir stehen, heißt, dass sich in kürzester Zeit vermutlich 20–30 % der Prozeduren, Verfahren und Abläufe verändern, weil man das, so wie es war, mit den neuen

Erkenntnissen nicht mehr machen kann. Deshalb ist jeder Bewahrer, der die Begründung im Bewahren und nicht im Besseren sucht, eine wirtschaftliche, qualitative und eine fortschritts-hemmende, aber auch im menschlichen Sinne eine moralische Katastrophe.

Zukunftssäule Personalisierung der Medizin und Pflege

Wenn personalisierte Pflege als Teil einer personalisierten Medizin Platz greift, werden vom Patienten über Beobachtungs- und Überwachungssysteme Signale ausgehen, die heutige abstrakte Pläne aushebeln. Alle Patienten um eine bestimmte Uhrzeit zu kontrollieren wird unsinnig, denn die Patienten geben uns zusätzlich zu dem, was wir heute von außen sehen, permanent Informationen über ihre Bedürfnisse, die sich eher nicht nach der Uhrzeit richten. Beobachtung und technische Kontrolle werden Zeit für den persönlichen Kontakt bringen und gleichzeitig Massenorganisation wie Tablettenaustragen oder Ähnliches wegfallen lassen.

Mit anderen Worten: Heute eine Vereinbarung zu treffen, wie viel Pfleger einzusetzen sind, um demnächst z. B. uhrzeitgesteuerte Leistungen durchzuführen, ist nur eine Blockade der Veränderung. Man sollte darüber nachdenken, ob das in Bad Neustadt aufgebaute Modell-System in der Palliativstation das führende Arbeitsmodell wird. Dort ist z. B. ein Bodenbelag verlegt, der den Pflegern meldet, wenn ein Patient, der es nicht soll, dennoch aufsteht. Das ist nur ein Beispiel, an welchem sichtbar wird, dass wir auf modernste Methoden setzen sollten, um die Pflege neu zu gestalten. Vielleicht kommt es auch dazu, dass jeder Pfleger einen eigenen, ihm zuarbeitenden Hilfsroboter künftig als Assistenten hat, mit dem er gemeinsam arbeitet. Wenn man sich die bereits existenten Möglichkeiten ansieht (Japan), ist die Schwester, die ihrem Helfer sagt, er solle den Patienten hochheben, und dann das Laken glattzieht, keine surreale Vision mehr. Das wird dann übrigens auch Auswirkungen auf die Tarifforderungen der Gewerkschaften haben. Es wäre wesentlich kreativer, darüber nachzu-denken, ob nicht die Mitarbeiter eigene Roboter haben, die mit ihnen arbeiten, als über Ma-schinensteuern zu sinnieren, wie dies derzeit aus Gewerkschaftskreisen zu vernehmen ist. Mit dem Gehirn dieses Roboters gehen viele heute in Form ihres Handys schon um. Die Kombination von Mensch und technischem Helfer wird die Übertragung komplexerer Aufga-ben zulassen, weil dieses Gespann zusammen viel mehr unterschiedliche Aufgaben erledigen kann als Menschen oder Roboter allein. Der Roboter hebt schwere Lasten und sagt der Schwester vor ihrer Ansprache des Patienten, wie viel Kinder dieser hat oder wann seine Frau gestorben ist, aber auch, welche Parameter seiner Lebenszeichen gerade wie funktio-nieren. Solange die Schwester mit dem Patienten spricht, könnte ihr Helfer das Zimmer sau-ber machen.

Heute und morgen, also noch ohne Roboter, wird unser Campus-Konzept, untermauert mit dem Konzept der Netzwerkmedizin, der elektronischen Patientenakte, als Organisations- und Transparenzinstrument, sowie mit intelligenten Systemen wie IBM Watson Health, unser Unternehmen im Markt dauerhaft erfolgreich machen.

Ich bin fest davon überzeugt: Das ist die Zukunft unseres Unternehmens. Und diesen Wand-lungsprozess werden wir, als Aufsichtsrat, weiterhin kritisch wie konstruktiv und auch for-dernd begleiten. Zeit für nostalgische Erinnerungen an die frühere RHÖN-KLINIKUM AG haben wir angesichts dieser Herausforderungen nicht.