



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT

23. ORDENTLICHE HAUPTVERSAMMLUNG

Rede von Eugen Münch, Aufsichtsratsvorsitzender

8. JUNI 2011, FRANKFURT AM MAIN

– Es gilt das gesprochene Wort –



Um Sie nicht unnötig zu langweilen, verweise ich zunächst auf den ausführlichen schriftlichen Bericht des Aufsichtsrats. Dieser hat seit Einberufung zu dieser Hauptversammlung in den Geschäftsräumen der RHÖN-KLINIKUM AG ausgelegen und wurde den Aktionären auf Verlangen zugesandt. Der Bericht liegt natürlich auch hier aus.

Im Geschäftsbericht, der Ihnen vorliegt, finden Sie ihn abgedruckt auf den Seiten 14 bis 27 und Sie finden ihn seit der Einberufung auch auf der Internetseite der Gesellschaft.

Mit dem umfassenden und teilweise in die Tiefe gehenden Bericht haben wir versucht, einen informativen Einblick in die Arbeit des Aufsichtsrats zu geben.

Der Aufsichtsrat hat die nach Gesetz und Satzung obliegenden Aufgaben wahrgenommen und die Geschäftsführung des Vorstands überwacht. Er wurde vom Vorstand regelmäßig, zeitnah und umfassend unterrichtet. Aktuelle Ereignisse und Entwicklungen des Unternehmens wurden ausführlich beraten. Abweichungen von ursprünglich geplanten Zielen wurden erörtert und geprüft.

Für jedes Mitglied ist der Aufsichtsrat mehr als nur ein Kontrollinstrument des Unternehmens, deshalb lautet die juristische Formulierung:

„Der Vorstand stimmte die strategische Planung mit dem Aufsichtsrat ab. Der Aufsichtsrat war in alle Entscheidungen mit grundlegender Bedeutung für das Unternehmen eingebunden. Die zu einzelnen Geschäften erforderliche Zustimmung hat der Aufsichtsrat nach sorgfältiger Prüfung erteilt.“

Mit dieser Formulierung wird das Selbstverständnis des Aufsichtsrats allerdings nicht ausreichend beschrieben. Deshalb werde ich, wenn ich meine Pflichtausgaben gemacht habe, über einen sehr wichtigen Beratungsinhalt für die Zukunft des Unternehmens berichten. Entscheiden und handeln muss und kann nur der Vorstand, aber Anstöße und Abwägungen geschehen oft im Dialog mit dem Aufsichtsrat. Leider – und das ist auch eine Tatsache – nimmt uns eine Unmenge von aufoktroierten Vorgaben von Berufsmoralisten und politischen und sonstigen Richtungsgebern, die eine Unternehmensleitung noch nicht einmal aus der Nähe gesehen haben, viel Zeit, die besser einsetzbar wäre.

Um mit der Zeit ökonomisch umzugehen, hat der Aufsichtsrat zur effizienten Wahrnehmung seiner Aufgaben sieben ständige Ausschüsse eingerichtet, die Themen und Beschlüsse für das Plenum vorbereiten. Ferner wurden einzelne Befugnisse auf die Ausschüsse übertragen.

Fragen der internationalen Diversity sind bei uns, als einem aktuell nur in Deutschland tätigen Unternehmen, das in einem hoch regulierten Markt tätig ist, der bei Ausländern manchmal ein Schauergefühl erzeugt, aktuell nicht von besonderer Bedeutung. Trotzdem können wir mit Dr. Hamann einen Vorstand mit französischem Pass vorweisen.

Die Frage von Frauen im Aufsichtsrat und Management halten wir einheitlich für eine sehr wichtige Frage. Für den Aufsichtsrat und Personalausschuss wäre die Negierung als permanente Besetzungsalternative die Vergeudung von Ressourcen. Es ist deshalb kein Zufall, dass wir den Personalausschuss im Aufsichtsrat paritätisch mit je zwei Frauen und zwei Männern besetzt haben. Damit wird der Blindheit für die eine oder andere Option vorgebeugt.

Wir haben die Festlegung einer Zielquote für Frauen im Aufsichtsrat und Management als Selbstverpflichtung abgelehnt, weil Konsens besteht, dass wir auch ohne öffentliche Selbstbindung alles tun und nichts unterlassen, um voran zu kommen. Die Selbstverpflichtung auf eine Frauenquote wäre die Priorisierung eines gesellschaftlichen Ziels gegenüber den satzungsgemäßen Unternehmenszielen. Mit einer Selbstverpflichtung entsteht auch das Risiko der Nichterfüllung, durch außerhalb unserer Einflussosphäre liegende Gründe oder es entsteht das Risiko, die Quote durch Nachteile für das Unternehmen zu erkaufen. Wir machen bei der Bemühung, qualifizierte Frauen zu gewinnen, keinen Abstrich, das Motiv ist die Verbesserung der Führungsqualität, aber nicht die Erfüllung von Präferenzen eines Teils der Bevölkerung oder eines Teils der Politik.

Die Empfehlung des Deutschen Corporate Governance Kodex, die die Grundzüge des Vergütungssystems der Vorstände betreffen, haben wir im Geschäftsjahr 2010 erstmals vorgelegt.

Die von Ihnen so genehmigten, unveränderten Vergütungsleitlinien werden heute wieder zur Abstimmung gestellt. Die Rahmenbedingungen haben wir bei jeder Vertragsänderung genutzt, um die bestehenden und neue Vorstandsverträge an die neue Struktur der Vergütung anzupassen. Das ging nicht immer problemlos, weil von Vorstandsseite bei anstehenden Wiederberufungsverhandlungen die Meinung vertreten wurde, dass man zwar die neue Vertragsform akzeptiert, damit verbundene Änderungen der Einkünfte, die bei Fortwirkung der alten Vertragsformen gegolten hätten, aber durch kreative Gestaltung zu eliminieren wären.

Diese Richtlinien sollten aber gerade die mit dem Wachstum des Unternehmens zusammenhängenden überproportionalen Einkommensentwicklungen im Zaum halten. Das Ziel der Richtlinien war außerdem, das Verhältnis von Leistung und

Gegenleistung besser abbilden zu können, als dies mit dem alten Vertragsmuster möglich war.

Die mit einer Leistungseinschätzung verbundene Einkommenskonsequenz führt in dem einen oder anderen Falle dazu, dass sie nicht von beiden Seiten geteilt wird. Das Ergebnis ist in einem solchen Fall, dass eine Wieder- oder Neuberufung scheitert. Vielleicht haben, wenn man die insgesamt in Deutschland sichtbare Verkürzung der Tätigkeitszeiten von Vorständen betrachtet, einige Leute die am Kodex schreiben, die Wirkung von Regulierung unterschätzt.

In Bezug auf die Vorlage für die heutige Beschlussfassung zur Altersgrenze gab es in zwei Sitzungen Diskussionen mit unterschiedlichen Auffassungen. Dabei wurden zwei polare Ansätze diskutiert:

Eine Position war für die Belassung der Altersgrenze und die Möglichkeit, diese bei konkretem Bedarf in Einzelfällen zu öffnen. Die Gegenposition, zu der ich gehörte, wollte die Regelaltersgrenze ganz aufheben, gegebenenfalls auf 75 Jahre beschränken.

Im Ergebnis hat der Vorstand den Beschlussantrag formuliert und die Mehrheit des Aufsichtsrats ist dem gefolgt. Wir empfehlen Ihnen den Beschluss zu fassen und die Altersgrenze anzuheben.

Meine persönliche Anmerkung hierzu ist, dass ich die Anhebung auch deshalb vertrete, weil im Jahr 2014 Herr Pföhler und im Jahr 2015 Herr Mündel, Herr Klimpe und ich Sitzungsgemäß ausscheiden würden. Ich vermute aber, dass gerade in dieser Zeit fundamentale Entwicklungen zu gestalten sind, bei denen es zweckmäßig sein könnte, für die Wiederwahl bei den Genannten eine Option zu haben. Es ist besser, die Frage rechtzeitig jetzt zu klären, ob Sie diese Position einräumen, als wenn wir mitten in einer generellen Veränderung stehen.

Sie entscheiden also heute darüber – weil das die nächste praktische Auswirkung der Satzungsänderung ist –, ob Sie bei Bedarf die Genannten einzeln oder zusammen noch einmal als Kandidaten sehen oder nicht. – Es ist ihre Entscheidung. 10 Prozent Neinstimmen heißt abgelehnt.

Wie Ihnen Herr Pföhler berichtet hat, sind die operativen Auswirkungen im Unternehmen hinsichtlich der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts bereits heute sehr erheblich. Der Aufsichtsrat hat mit dem Vorstand gemeinsam den Horizont in zwei Sitzungen umfänglich ausgelotet.

Es ging um die Frage, ob das Gesundheitswesen in Deutschland eine Zukunft als wachsende Gesundheitswirtschaft mit einem Unternehmen RHÖN-KLINIKUM AG

als Vollversorger hat oder als rationiertes reguliertes Gesundheitswesen mit Krankenkassen als Versorger und RHÖN-KLINIKUM als Zulieferer.

Die Mitglieder des Aufsichtsrats haben sehr unterschiedliche Ausgangspositionen, deshalb haben wir nicht versucht, aus der Diskussion eine konsentrierte Position zu formulieren.

Das Thema ist komplex, ich versuche es aus meinem Blickwinkel zu skizzieren.

Weltweit wird Gesundheitswesen als volkswirtschaftlich unproduktive soziale Belastung betrachtet. In Deutschland ist dieses „Denk- und Verständnismuster“ besonders ausgeprägt. Unser Gesundheitswesen war ursprünglich eine solidarische Nothilfe für die hilflosen Kranken der frühkapitalistischen Industriegesellschaft.

Dieser Grundsatz, dass Junge für Alte und Gesunde für Kranke eintreten, funktioniert, wenn die Sorgenden im Verhältnis zu den Versorgten sich z. B. wie 10 zu 1 verhielten.

Das war so. Die paar Kranken, Alten und Arbeitslosen konnten allein aus den Zuwächsen finanziert werden.

Frage: Sitzen hier im Saal über 60-Jährige, die wirklich ernsthaft vor 20 oder 30 Jahren Sozialbeiträge als unerträglich empfunden haben?

Heute ist das ganz anders.

Die Mehrheit wird bereits von einer Minderheit gestützt.

Der Bereich der Gesundheit – die Arbeitslosen und Altersrenten klammere ich einmal aus – wird getrieben von der demografischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt. Letzteres wäre kein Problem, wenn wir bei neuen Entwicklungen die alten aufgeben würden.

Demografische Fakten sind harte Fakten. Es gibt keine stabileren statistischen Prognosen als die demografischen und keine zuverlässigere Schätzung dessen, was wir in den nächsten 20 bis 40 Jahren daraus folgend für Aufgaben bekommen, die zu lösen sind.

Wir wissen genau, was geschieht, welche Leistungen die Krankenkassen bringen müssten, um jedem das zu geben, was er braucht oder aus Gewohnheit zu brauchen glaubt. Haben Sie einmal gezählt, wie oft Sie wirklich beim Arzt waren oder im Krankenhaus oder in der Apotheke? Denken Sie dabei nur an das letzte Jahr.

In Deutschland lebt ein Arzt mit überdurchschnittlichem Einkommen je nach Gegend von 160 bis 350 Menschen, er arbeitet dabei sehr überwiegend für die Älteren.

Wir alle sind Wähler. Und diejenigen, die ihr Gewohntes im Alter fortsetzen möchten, sind die Aktiven an der Wahlurne und dort schon in der Mehrheit.

Der heutige Politiker lebt von der Politik, er ist oft darauf angewiesen. Wer keine Alternative hat, den hat sein Wähler in der Hand. Gewählt werden oder nicht, ist somit eine Entscheidung von „Sein oder Nichtsein“ der Betroffenen.

Wähler mögen keine unangenehmen Nachrichten, deshalb werden sie vom Politiker nicht überbracht. Schlechte Nachrichten machen Wutbürger und wer möchte Wutopfer sein.

Es ist seit Jahren gesichert, dass die Umlagesysteme nicht funktionieren, wenn sie von einer Minderheit bezahlt und von einer Mehrheit benutzt werden.

Was also wird gemacht?

Herr Seehofer hat vor vielen Jahren entdeckt, dass die Krankenkassen die Richtigen wären, um die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung zu übernehmen. Dieser Ansatz war erklärbar, nachdem die Politik im Sinne des Wählergewinns alle Möglichkeiten zur Verteilung von Wahlgeschenken zu Lasten der Sozialsysteme verbraucht hatten. Wie ich schon feststellte: Die Bedürftigen überwoogen bereits die Helfer. Die Beitragschöpfungsfähigkeit, wie auch die Steuerfinanzierungsfähigkeit sind an der Belastungsgrenze. Hinter ihr kommt der Steuer- und Sozialbetrug.

Es war jetzt nicht mehr politisch lukrativ, die Folgen der Verschwendung zu tragen, das Fest war vorbei. Er (Horst Seehofer) nannte das Vorfahrt für die Selbstverwaltung. Das klingt gut: Plötzlich standen halbstaatliche Institutionen im Existenzwettbewerb. Das war und ist sicher zur Ressourcenoptimierung notwendig, im Ergebnis sind von 1000 Kassen 800 verschwunden. Anfangs konnten alle Pensionen, Unkündbarkeit etc. gesichert werden. Zwischenzeitlich stehen Notlagentarifverträge auf der Agenda. Es ist normal, wenn diese Organisationen und ihre Mitarbeiter und Führer versuchen, sich im Überlebenskampf im Bereich der Zulieferer zu sanieren, um wenigstens den Kopf über Wasser zu halten.

Was sollte eine Kasse anderes machen als bei den Lieferanten zu sparen und den Mitgliedern Leistungen zu verweigern? Da Mitglieder weglaufen können, ist es nicht günstig, ihnen direkt zu sagen, dass sie sparen müssen. Stattdessen gibt man dem Lieferanten (z.B. uns) ein Budget und wenn das weg ist, soll er dem

Mitglied beibringen, dass der Topf leer und die moderne Therapie noch nicht genehmigt ist.

Der Überlebenskampf führt auch zu Situationen wie bei der Pleite der City BKK. – Das klingt übrigens wie eine privatisierte Kasse, es ist aber nur die Betriebskrankenkasse von einigen Städten wie z.B. Berlin, die jetzt so tun, als ginge sie das alles nichts an.

Wenn eine solche Kasse pleite geht, gibt es noch Solidarität für die Mitarbeiter zwischen den Kassen, aber nicht für die Mitglieder. Wer will sich schon den Virus der Pleite einfangen? Dann gibt es eben zufällig kein Aufnahmeformular, aber stattdessen die Empfehlung, es bei der Nachbarkasse zu versuchen. Das ist nicht in Ordnung, trotzdem menschlich und vorhersehbar. Mit der Aura einer sich selbstaufopfernden Gemeinschaft der Helfer hat es allerdings wenig zu tun. Das ist kein Vorwurf von mir, sondern die Feststellung einer ein zu kalkulierenden Normalität.

Mit meiner drastischen Darstellung will ich nur der Mähr entgegentreten, die Demografiefolgen wären das Schüren von Zukunftsangst. Ich bin überzeugt davon, dass Verteilungskampf tendenziell schon da ist und dass es an der Zeit ist, zu handeln.

Es kommt in dieser Auseinandersetzung sogar zur Vernichtung von Ressourcen, weil sich die Kontrahenten in einer Eskalationsspirale befinden, die keiner verlassen kann und die doch keinen finalen Nutzen, sondern nur Schaden bringen wird.

Die Kassen erheben gegen Krankenhäuser pauschal Vorwürfe, dass durch Falschabrechnungen mehrere Milliarden Schäden verursacht würden. Als Reaktion darauf – man wird allerdings nie feststellen, wer angefangen hat – stellen die Krankenhäuser und auch die Ärzte Abrechnungsspezialisten als Abwehrwaffe ein, anschließend rüsten die Kassen nach. Jeder rüstet zu Recht auf, in der Konsequenz entsteht ein neues Patt mit mehr Bürokratie.

Der Gesetzgeber hat den Kassen erlaubt, Leistungen über sogenannte Selektivverträge einzukaufen. Beispielsweise schließen die Kasse und wir einen Vertrag, der Preis und Leistung für Diabetesbehandlung genau regelt. Dann kann jeder Patient der Kasse diesem Vertrag beitreten und die Vorteile nutzen oder der Kasse eine preiswertere Versorgung beschere. Dieses Modell ist im Prinzip gut, aber nur in begrenztem Maße. Das Modell kuriert nur an den Symptomen, es leistet keinen Beitrag über einen temporären Einspareffekt hinaus. Es bringt dem Patienten keine mit mehr Selbstverantwortung gepaarte Autonomie und es führt nicht zu Mitteln, mit denen die Demografiefolgen aufgefangen werden könnten.

Besonders dramatisch wird sein, dass diese extreme, Existenz gefährdende Spirale eines unsachlichen Leistungsdrucks, wenn er von Kassen im Vernichtungskampf weitergegeben wird, aufgrund der unterschiedlichen Fähigkeiten der Krankenhäuser und Ärzte vom heilsamen Verbesserungsdruck übergeht in eine Pressure, die beginnt, Leistungsstrukturen an ihren schwächsten Stellen zu zerquetschen. Das sieht dann so aus, dass persönlich bedrängte Geschäftsführer, Ärzte und Schwestern ihre persönliche Existenz gefährdet sehen. Die Schwächsten werden wie bei einer Stampede zuerst zerdrückt und geben ihre Prinzipien auf, sie machen echte Fehler, schädigen andere, lügen und betrügen. Das System antwortet mit Patienten- und Compliancebeauftragten – und was es noch alles geben wird – stellt dann fest, dass im Prinzip alles in Ordnung ist und es sich nur um Fehler einzelner Personen handelte. Der Einzelne wird dann verhaftet und sitzt ein. Natürlich ist er nicht unschuldig, er hätte widerstehen müssen, aber es gibt eben doch so ein bisschen Befehlsnotstand.

Diese Analyse wird, da bin ich in Kenntnis der wirkenden Kräfte absolut sicher, von vielen geteilt und von fast niemandem bestätigt. Der Grund ist, dass tatsächlich politisch – wenn die betroffenen Politiker nicht Harakiri begehen wollen – keine Lösung angestoßen werden kann, bei der die eigene Klientel tangiert ist. Insgesamt paralyisiert sich dann alles. Gesucht wird das Opfer, das sich nicht wehren kann und mit dem man bzw. mit dessen Hab und Gut man noch eine Runde weiter kommt.

Entdeckt wurde jetzt eine finanzielle Transaktionsmasse, die geeignet wäre, massive Veränderungen im System einige Jahre zu verzögern.

Es sind die Privatpatienten.

Die Private Krankenversicherung lebt davon, dass sie die vorhandene für die Allgemeinheit geschaffene Infrastruktur mit niedergelassenen Ärzten, mit Krankenhäusern, ihren Spezialeinrichtungen, die sie selbst nicht schaffen und unterhalten könnte, nutzt und dort, indem die Ärzte besser – und zwar erheblich besser – bezahlt, ihrer Klientel einen besonderen Status und besondere Leistungen mit besonderem Service und Verfügbarkeit sichert. Es ist ein bisschen so, als würden alle Ampeln auf grün geschaltet, wenn man sich in einem Mercedes nähert.

So lange alles ausreichend vorhanden ist, nimmt daran niemand Anstoß. Der normale Patient hat keinen Nachteil, wenn der Privatpatient in einem schöneren Wartezimmer sitzt oder ein Einzelzimmer bekommt.

Wenn aber Preisdruck im Sozialsektor steigende Leistung fordert, steigt die Anspannung und es kommt zur Konkurrenz um die Leistung. Entgegen aller Be-

hauptungen funktioniert der Markt auch im Gesundheitswesen, wenn die Güter knapp werden, bekommt sie derjenige, der besser bezahlt – nicht in jedem Fall – aber tendenziell.

In der Facharztpraxis, die für das breite Publikum Öffnungszeiten reduziert, um für private Patienten offen zu sein, ist das so. – Natürlich machen das nicht alle, aber immer mehr. Es gibt Behauptungen, dass die Öffnungszeiten manchmal bei 26 Stunden in der Woche liegen. Wenn das so ist, wird denjenigen, die auf Kosten einer gesetzlichen Kasse kommen und erst nach Wochen einen Termin bekommen, erst klar, dass sie in einer Schlange stehen.

Was lernt man daraus: Eine (Warte-)Schlange wird sich erst bewusst, dass sie eine (Warte-)Schlange ist, wenn sie von einzelnen überholt wird.

Damit haben wir das Problem, dass die durchlaufenden Privatpatienten – so wie die Flüchtlinge vor dem Mauerbau in der DDR – die Mangelwirtschaft erst sichtbar und so zum politischen Sprengstoff machen.

Wenn der sozialorientierte Mensch gleichzeitig hört, dass die kapitalfinanzierten privaten Krankenkassen Rücklagen in Höhe von 140 bis 150 Mrd. € kontrollieren, die ihre Versicherten mit ihren nicht verbrauchten Beiträgen gebildet haben, wird er kreativ. Würde man da sieben Jahre lang jeweils 20 Mrd. € (an Mitteln) abziehen, wäre ein politisches Problem für diese Zeit gelöst: Keine Privatpatienten, kein Ärger und keine Defizite..

Allerdings sind verschobene Probleme keine gelösten Probleme. Sieben Jahre später ist der Leistungsdruck schlagartig noch höher und von den Beteiligten noch weniger zu verkraften.

Die Analyse zeigt keine nachhaltige Lösung in Sicht. Die Parteien haben sie auch nicht, sie richten sich ein, es geht nicht um eine fundamentale Lösung, sondern um unterschiedliche Triftwinkel.

Was könnte die RHÖN-KLINIKUM AG tun, um das Gesetz des Handelns auf ihre Seite zu ziehen? Die in meiner Analyse aufgezeigten Entwicklungsansätze führen nicht zu dem, was den Betroffenen, nämlich den Versicherten, wirklich nützt und sie führen zur Verschleppung möglicher Lösungen, indem wir von Sieg zu Sieg eilen und immer schneller werden und doch im Sinne des Gesamtsystems auf der Stelle treten und volkswirtschaftlich zurück rutschen.

Fakt ist:

Die Menschen wollen mehr Gesundheitsleistungen als nach menschlichem Ermessen und vorgegebenen Lauf der Dinge im heutigen Umlagesystem angeboten werden kann. Sie sind sogar, das haben Umfragen gezeigt, bereit, dafür in geeignetem Rahmen zu bezahlen, aber keiner will den Wandel wagen.

Die Fragen lauten somit:

Kann unter der Führung der RHÖN-KLINIKUM AG ein flächendeckendes Angebot als Ergänzung der Gesetzlichen Versicherung geschaffen werden, mit dem deren zunehmende Leistungsdefizite ausgeglichen werden? Kann dieses Leistungspaket in eine preiswerte Versicherung gepackt werden und mit einer wettbewerblich steuernden kleinen Eigenbeteiligung als die dritte Finanzierungssäule im Gesundheitswesen geschaffen werden?

Im Gegensatz zum Modell Abschaffung der Privatversicherung, die für wenige da ist, könnte das Gegenteil stehen. Es müsste die neue Zusatzversicherung sein, die so leistungsfähig und preiswert ist, dass sie für die Mehrheit der Menschen unter Einsatz persönlicher Kaufkraft erreichbar, wünschenswert ist. Ihre Leistung muss die zunehmenden Versorgungsengpässe, Warteschlangen und Modernitätshindernisse überwinden.

Nicht Mauern und Grenzen, sondern Öffnung und Leistung im Wettbewerb sind der Ansatz. Ganz nebenbei entstünde so das in der Breite, auf Kapitalbasis finanzierte dritte Bein nach Umlagebeiträgen und Steuern. Ein solches System, das von der RHÖN-KLINIKUM AG gestartet werden könnte und das die Rationalität eines sektorübergreifenden Netzwerks als Kosten- und Qualitätsvorteil im Wettbewerb nutzt, kann sich durchsetzen.

Die sicher sehr schnell auftretenden Nachahmer trieben uns voran und würden das System als neues Marktkonzept mit sozialem Nutzen in die Breite tragen.

Die Privatversicherung (welche Partnerschaften da auch immer entstehen mögen) würde gefordert sein, den versicherungstechnischen Teil des Konzepts zu realisieren.

Wenn sie dies mit uns wagt und die Lösung gelingt, wäre sie für eine Mehrheit der Menschen und nicht für eine Minderheit von Nutzen. Das wäre eine Position, die enormes Gewicht in die politische Debatte bringen würde.

Ein neues Versicherungspaket mit einem wirklichen Massennutzen wäre vielleicht auch ohne scharfmachende Incentives für Drückerkolonnen verkaufbar.

Wenn die Privatversicherung das nicht erkennt, wird es sicher eine oder mehrere gesetzliche Kassen geben, die eventuell in Kombination mit einzelnen privaten Versicherern das Modell als sogenanntes Oberhaus umsetzen.

Für gesetzliche Kassen wäre dieses „Oberhausmodell“, ob es nun direkt oder mit einem Privatkrankenkasernenverbund organisiert wird, eine finanzierte Erweiterung medizinischer Quantität und Qualität. Gleichzeitig würde der neue Weg, die Demografiefolgen zu finanzieren, auch ihre Autonomie im Sinne einer echten Selbstverwaltung stärken und den Mitgliedern eine Autonomie geben, die auch die Kasse stark macht.

Herr Pföhler hat Ihnen berichtet, wie weit die Modelle für medizinische Netze sind. Sie haben sicherlich sehr aufmerksam zugehört und sind danach – ebenso wie ich – davon überzeugt, wenn dieser Konzern die Aufgabe übernimmt, ein Leistungskonzept, das sein Geld wert ist, zu entwickeln, dann wird er das können, und das Leistungskonzept wird die aufgehende Lücke des Systems schließen.

Es entsteht kein Bruch zum heutigen System: Wir bleiben in der Versorgung, aber wir füllen für unseren Marktanteil alle Lücken, die aus demografischen und medizinischen Gründen erwachsen. Patienten, die sich dem Netz anvertrauen, gewinnen enorme Qualität, vermeiden Wartezeiten – und wir vermeiden Fehlallokationen und steigern den Nutzen.

Das Konzept ist dahingehend ausgerichtet, alles zu bieten, aber am optimalen Ort, das Notwendige und Nützliche tun und das Unnütze zu vermeiden.

Die Frage, weshalb das theoretisch Diskutierte noch nicht geschieht, ist richtig.

Die Antwort lautet:

Das Angebot einer Leistung, die jedermann beziehen kann, muss auch für jedermann erreichbar sein.

Um die Flächendeckung schnell genug zu erreichen, das bedeutet bevor die Einheitsstaatskasse oder etwas ähnliches Staatsmedizin betreibt, reicht auch starkes natürliches Wachstum nicht, um Flächendeckung zu erreichen.

Welche Optionen bieten sich?

Kooperationen sind möglich, und das von uns angestoßene und mit gegründete Internetportal „Qualitätskliniken.de“ ist der Beginn einer definierten Produkt- und Leistungsbeschreibung. Das Internetportal könnte zur Basis eines Angebots

werden. Eine sprunghafte Verbesserung der Flächenabdeckung und vergleichsweise geringe Integrationsdifferenzen könnten bei Verbindungen mit anderen Privatkrankenanstaltsketten entstehen. Deshalb empfehle ich dem Vorstand, alle Optionen für Verbünde aller Art zu prüfen. Dabei sollte kein Denkverbot bestehen. Das bedeutet: Jeder, der in der Lage ist, die geforderte Leistung zu bringen und zu ergänzen, kann Gesprächspartner sein. Dabei sind vorzugsweise die Positionen der „großen VIER“ zu klären. Partner könnten auch wache öffentlich-rechtliche oder kirchliche Träger sein.

Die Zeit drängt! Der Druck auf die Krankenkassen steigt permanent und es wird für sie eine Überlebensfrage, den Druck auf die Anbieter zu erhöhen. Über den kreativen Weg zu echtem Wachstum und der Entwicklung einer wirklichen Gesundheitswirtschaft haben wir nachgedacht. Es macht systemisch wenig Sinn, alleine „im Hamsterrad zu laufen“, wenn sich als eine echte Alternative eine Partnerschaft mit den Kassen auf Augenhöhe bietet.

Die Kassen sind die Finanzwirtschaft des Gesundheitswesens, d.h. wir die Realwirtschaft. Die Folgen der Herrschaft des Finanzsystems haben alle soeben erlebt, deshalb machen wir nicht denselben Fehler. Die Lösung liegt eigentlich auf der Hand: Teile der Realwirtschaft schließen sich zusammen und kreieren die neue Versorgungsmarke, die verzahnt mit der gesetzlichen Basisversorgung – die ist, wie sie ist – für möglichst viele das Delta zwischen Wunsch und Wirklichkeit flexibel ausgleicht.

Weil ich die skizzierte Entwicklung für eine überaus wichtige Zukunftsentscheidung halte, bin ich nicht nur als Aufsichtsratsvorsitzender, sondern auch als Aktionär gewillt, das Unternehmen auf dem Weg, die Marktstärke zur Schaffung des Benchmark in der Gesundheitswirtschaft herzustellen, ideell und inhaltlich zu stützen und dazu alle Ressourcen in die Waagschale zu werfen.

Damit, meine Damen und Herren, hoffe ich, habe ich Ihre Geduld nicht überstrapaziert.

Ich schließe mit dem Dank an alle Mitarbeiter, die Führungskräfte und Arbeitnehmervertreter, den Vorstand und meine Kollegen im Aufsichtsrat für die geleistete Arbeit und den inneren Einsatz. Ich denke, dass wir an der Spitze einer Entwicklung stehen, die hohen Einsatz und hohe Verantwortung verlangt. Ich denke, dass das keine Last ist, sondern ein Privileg, dem jeder an seinem Platz gerecht werden sollte.