



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT

31. HAUPTVERSAMMLUNG 2019

DER RHÖN-KLINIKUM AG

Rede Eugen Münch

Vorsitzender des Aufsichtsrats

Bad Neustadt a. d. Saale | 5. Juni 2019

-Es gilt das gesprochene Wort-

Meine sehr geehrten Damen und Herren Aktionäre und Aktionärsvertreter,
sehr geehrte Vertreter der Medien,
sehr geehrte Gäste,

nachdem ich vermutlich das vorletzte Mal in dieser Amtszeit der HV vorstehe, will ich, Ihnen als Aktionären, die unsere Arbeit zumeist nur als Außenstehende oder Patienten kennen, Zusammenhänge, Ursachen und Lösungsansätze für die vorhandene Krise des Gesundheitswesens, den Wandel und die Chancen in verständliche Form darstellen. Es gibt ernsthafte wissenschaftliche Untersuchungen, nach denen zwischenzeitlich 51 % aller Krankenhäuser wirtschaftliche Probleme haben und 28% aller kommunalen Krankenhäuser nach den Regeln der Betriebswirtschaft nachhaltige Verluste schreiben und obwohl sie - öffentlich subventioniert werden, schlicht und ergreifend Pleite gefährdet sind.

Sogar unsere großen qualifizierten Konkurrenten melden rückläufige Ergebnisse und arbeiten an neuen Strategien. Die Analyse wird Ihnen zeigen, dass es nicht die Digitalisierung ist, die im Krankenhaus Verwerfung zeigt, es sind ganz normale Fehlsteuerungen und mangelnde Anpassungen, die gleichzeitig besondere Chancen bieten, die allerdings nicht jedes Überleben sichern. Die richtig Aufgestellten und Entschlossenen werden danach und dabei mit der Digitalisierung in neue Leistungsdimensionen vordringen. Für die Anderen wird genau die Transparenz, die mit der Digitalisierung entsteht, völlige Neuorientierung - andernfalls das „Aus“ - bedeuten.

Ich glaube, es ist die Aufgabe eines Aufsichtsrats, solche Betrachtungen anzustellen und den handelnden Vorstand auf seinem Weg zu beraten und zu begleiten. Das ist manchmal schwierig und spannungsreich, aber alle wissen, dass Erfolg kein Spaziergang ist.

Bevor ich auf diese Themen und die sich hieraus ergebenden Perspektiven näher eingehe, erlauben Sie mir bitte, zunächst die Pflichtthemen und Formalitäten abzuarbeiten.

Dabei möchte ich zur Vermeidung von Wiederholungen bei der Berichterstattung über die Aufsichtsrats Tätigkeit im Geschäftsjahr 2018 auf den ausführlichen schriftlichen Bericht des Aufsichtsrats im vorliegenden Geschäftsbericht verweisen. Dieser hat seit Einberufung zu dieser Hauptversammlung in den Geschäftsräumen der RHÖN-KLINIKUM AG ausgelegen, wurde den Aktionären auf Verlangen zugesandt und war online auf der Internetseite des Unternehmens abrufbar. Der Bericht liegt selbstverständlich auch hier im Saal aus. Den Bericht des Aufsichtsrats finden sie abgedruckt auf den Seiten 6 bis 12.

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

Zur effizienten Wahrnehmung seiner Aufgaben hat der Aufsichtsrat sieben ständige Ausschüsse eingerichtet und besetzt, welche die fachlichen Themen abarbeiten und bei Bedarf Beschlüsse für das Plenum vorbereiten. Ferner wurden einzelne Befugnisse und Beschlusskompetenzen im Rahmen der Geschäftsordnung auf die Ausschüsse übertragen. Die Effizienz unserer Arbeit in den Ausschüssen überprüfen wir fortlaufend und ändern bei Erkennen von Notwendigkeiten oder Schwachstellen umgehend Strukturen und Abläufe durch entsprechende Maßnahmen. Im Regelfalle tagen die Ausschüsse separat, also jeder für sich. Bei Bedarf werden wir, wie in den vorausgegangenen Jahren erfolgt, zur beratenden und überwachenden Begleitung der Geschäftsleitung zu aktuellen Schwerpunkten die im Aufsichtsrat vorhandene fachliche Kompetenz

nutzen, um durch die Abhaltung gemeinsamer Sitzungen der Fachausschüsse Unternehmens- und Entwicklungsprozesse intensiv mit zu begleiten.

Wir verfolgen selbstverständlich die weitere Entwicklung der Regelungen des Deutschen Corporate Governance Kodex und reagieren nach ausführlicher Beratung mit entsprechenden Umsetzungsmaßnahmen zu Empfehlungen oder lehnen sie begründet ab. Wir berichten gemeinsam mit dem Vorstand zur Corporate Governance im Unternehmen; den schriftlichen Bericht hierzu finden sie im Geschäftsbericht auf den Seiten 80 bis 85.

Lassen Sie mich an dieser Stelle auf das Thema Frauen im Vorstand eingehen. Wir sind, wie eine Reihe von anderen Firmen, zuletzt in der Wirtschaftswoche in einer Liste aufgetaucht, die angeblich Firmen zusammenfasst, welche 0% Frauen im Vorstand planen. Die Frau Kanzlerin fühlte sich nach der Pressemeldung bemüßigt, für diese Unternehmen Strafen anzudrohen. Das – gestatten Sie – ist, auch wenn es von dieser Ebene kommt, im günstigsten Fall, als wenig qualifizierte politische Rhetorik zu bewerten.

Die Fakten:

Als Aufsichtsrat sind wir gehalten, Schaden vom Unternehmen abzuwenden. Die Forderung aus dem Deutschen Corporate Governance Codex eine Zielgröße für den Anteil der Frauen im Vorstand für das jeweils kommende Geschäftsjahr zu veröffentlichen, hat ein Problem aufgeworfen. Es war nicht möglich, eine positive Zielgröße zu nennen, denn es wäre bei Nichterfüllung zu Rechtsfolgen, wie anfechtbare Beschlüsse der HV und möglicherweise des Aufsichtsrats oder zur öffentlichen Berichtigung der Erklärung zur Unternehmensführung gekommen.

Eine konkrete Planung zu einer Zielgröße für den Frauenanteil im Vorstand für das kommende Geschäftsjahr könnte bei uns aktuell nur erfüllt werden, wenn wir zusätzliche Vorstandsposten, die wir aktuell nicht brauchen, schaffen oder vorhandene Vorstandsmitglieder, die alle in festen Verträgen stehen, auszutauschen plant. **Dazu gibt es keinerlei Grund.**

Zur Erinnerung, die Kodex-Vorschrift lautet:

5.1.2 Der Aufsichtsrat bestellt und entlässt die Mitglieder des Vorstands. Bei der Zusammensetzung des Vorstands soll der Aufsichtsrat auch auf Vielfalt (Diversity) achten. Der Aufsichtsrat legt für den Anteil von Frauen im Vorstand Zielgrößen fest.

Die erzwungene Zielgröße gilt, wie die Erklärung vor allem für den Erklärungszeitraum, somit für das jeweils folgende Geschäftsjahr und bei Nichteinhaltung treten die Folgen, wie erläutert auf. Dabei wäre eine festgelegte Zielgröße sofort mit ihrer Veröffentlichung zu berichtigen, wenn klar ist, dass wir sie wegen aktueller Unfähigkeit zu handeln in der Berichtszeit nicht erfüllen können. Wir könnten ohne Rechtsverstöße den Vorstand nicht verändern und wir würden mit der Schaffung zusätzlicher Vorstandsposten gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen. Deshalb haben wir statt der anderen Alternative, nämlich eine Abweichung zu erklären, die Zielgröße 0 gewählt. Damit haben wir eine Entscheidung getroffen, die in unserer Situation sachgerecht und richtig ist, da jede andere Lösung die Führung unnötig verunsichert und damit Schaden erzeugt hätte.

Ich kenne niemanden in den Entscheidungsgremien unseres Unternehmens und im Aufsichtsrat, der etwas gegen qualifizierte Frauen im Vorstand hat. Wir hatten bereits vor Jahren eine Reihe von weiblichen Vorständen, die uns mit großem Erfolg begleitet haben. Damals konnte man in der

deutschen Wirtschaft und in der Politik das Wort Vorständin kaum buchstabieren. Unsere Bereitschaft, Frauen einzusetzen, ist also latent vorhanden. Um das besonders zu verdeutlichen, werde ich dem Aufsichtsrat für die nächste Runde, falls sich kein realer Bedarf abzeichnet, den wir mit einer Zielgröße unterlegen könnten, die Zielgröße „0-100%“ empfehlen.

Bewegt hat den Aufsichtsrat in diesem und im letzten Jahr die personelle Entwicklung im Aufsichtsrat. In diesem Jahr scheidet wegen Erreichung der Altersgrenze Herr Prof. Dr. Braun aus dem Gremium aus. Es waren nach vorausgegangenen heftigen Auseinandersetzungen Jahre einer interessanten, von steigendem wechselseitigem Vertrauen begleitete Zusammenarbeit, die, so denke ich, keiner missen möchte. Wir haben mit Herrn Prof. Braun einen äußerst sachkundigen und konstruktiv kritischen Begleiter kennen und schätzen gelernt und ich darf mich für die gemeinsame Zeit, auch im Namen meiner Kollegen von beiden Bänken, sehr herzlich für den Einsatz und die gemeinsame Arbeit bedanken.

Die Empfehlung des Aufsichtsrats für die Nachfolge für das verbleibende Jahr ist auf Herrn Jan Hacker gefallen, der sich dem Gremium vor der Empfehlungsentscheidung präsentiert und als sehr sachkundig und branchenerfahren gezeigt hat. Er wird sich Ihnen noch persönlich vorstellen und würde, wenn er von Ihnen gewählt wird, die Zahl der unabhängigen Mitglieder steigern und außerdem das Gremium verjüngen. Es gibt zwar neueste Forschungen, wonach die Bluttransfusion von einer jungen Maus in eine alte dieselbe sehr schnell extrem verjüngte, bei solchem Ansatz sehe ich natürlich eine Alternative, natürlich nur für mich, denn Prof. Braun, der allein durch seine Marathonaktivität in einer anderen Liga spielt, bräuchte sich um Verjüngung nicht kümmern. Allerdings befürchte ich zwei Dinge, die Jungen werden uns Älteren die Infusion nicht geben und das Verfahren ist auf die absehbar kurze Zeit nicht zielführend.

In der Hauptversammlung des Jahres 2020 steht die Neuwahl des Aufsichtsrats an. Für Herrn Mündel und mich endet die Amtszeit dann auch wegen der Altersgrenze Die Arbeitnehmervertretung formiert sich für die neue Amtszeit nach ihren Regeln. Für die Kapitalseite muss der Nominierungsausschuss der HV Vorschläge unterbreiten. Wir haben deshalb im Aufsichtsrat unter den Kapitalvertretern eine erste Sondierungsrunde begonnen und die amtierenden Aufsichtsräte, ausgenommen Herrn Mündel und mich, befragt, wer bereit wäre, erneut zu kandidieren. Die Bereitschaft ist danach grundsätzlich bei allen gegeben. Außerdem wurde informell seitens der Großaktionäre Braun und Asklepios das Interesse an jeweils zwei Sitzen kundgetan. Im Herbst wird sich nunmehr der Nominierungsausschuss mit dieser Gemengelage auseinandersetzen.

Da ich meinen Bericht an dieser Stelle über die Tätigkeit des Aufsichtsrats abschließen darf, darf ich mich beim Vorstand und bei meinen Kolleginnen und Kollegen im Aufsichtsrat für die Zusammenarbeit und ihren Einsatz im vergangenen Geschäftsjahr herzlich bedanken. Es war nicht immer einfach, in Anbetracht der komplexen Themen, gemeinsam getragene Lösungen zu finden. Das ist gelungen, weil alle guten Willen gezeigt und die Bereitschaft, aufeinander zuzugehen, bewiesen haben.

Mein Dank gilt in besonderem Maße den Mitarbeitern, die sich im Interesse der Patienten und des Unternehmens erneut als die tragende Säule erwiesen haben, ohne die das Unternehmen nichts wäre. Mein Dank gilt auch den Betriebsräten, die sich im Rahmen der Mitbestimmung mancher Zerreißprobe zwischen Einzel- und Gruppeninteressen ausgesetzt sehen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

nachdem ich den Pflichtteil absolviert habe, lassen Sie mich nun zu der angekündigten Analyse zum aktuellen Stand der deutschen Krankenhäuser, ihrer Krise und den Weg zu neuen Ufern zu kommen, eintreten.

Es mehren sich Schlagzeilen wie:

- oder** - Mehr als 50 % der Krankenhäuser in Deutschland unter Druck und 28% mit roten Zahlen
- oder** - Defizitübernahmen der öffentlichen Träger - Notleidende öffentliche Krankenhäuser am Tropf der Kommunen.
- oder** - Die Hälfte aller Krankenhaus-Abrechnungen ist falsch
- oder** - Private Krankenhäuser - EBITDA-Margen von 17 % sind out, 8-12% sind ein realistisches Ziel?
- oder** - Pflegestärkungsgesetz - Rettung oder finale Katastrophe?

Was ist daraus zu folgern?

Das System deutsches Gesundheitswesen wird in Frage gestellt und Patienten werden zwar langsam, aber für seine autokratische Struktur rasend schnell, zu immer autonomer handelnden Individuen.

Was bedeutet das?

Wir müssen gedanklich ins Jahr 2003/4 zurück: Damals wurden die sogenannten DRG's (Diagnosis Related Groups) eingeführt. An Stelle des damaligen Selbstkosten-Systems wurde ein Preis-System vorgeschrieben, bei dem einer Krankenhaus-Leistung ein relativer Wert zugeordnet wurde. Das heißt: der Schweregrad und damit die zu erbringende Leistung wurde durch einen Vergleich der Patienten untereinander definiert. Vereinfacht ausgedrückt: Es wurde festgelegt wieviel Blinddarm-Patienten z.B. Faktor 1,5 einen Herzpatienten z.B. eine bestimmte Herzklappe Faktor 7,5 ergeben und wie die Durchschnittsgewichtung mit dem Multiplikator 1 aussieht. Heute gibt es ca. 1300 solcher Diagnose-Relationen und noch dazu mehrere 100 Zusatzkombinationen. Jede dieser Relationen wird mit einem Basiswert für die Relation 1, der jedes Jahr festgesetzt wird und heute im Landesdurchschnitt bei ca. € 3.467 liegt, multipliziert und ergibt die Fallpauschale. Mit dem Preissystem entstand Wettbewerb, denn man konnte den Patienten besser oder schlechter behandeln, ihn bei der gleichen Pauschale länger oder kürzer liegen lassen. Man konnte mehr Technik und weniger Personal, billiges oder teures Material einsetzen, als es bei Kalkulation zugrunde gelegt war. Es konnten Unter- und Überschüsse erwirtschaftet werden.

Eine Rationalisierungswelle erfasste die Krankenhäuser und machte alle, die am alten Denken festhielten, zu Verlierern. Entgegen allen Prophezeiungen waren die wirtschaftlich Erfolgreichen meist auch qualitativ besser. Das hat damit zu tun, dass der wichtigste medizinische Grundsatz, auch in der Krankenhauswirtschaft gilt, er lautet: „**die richtige Dosis hilft**“ und das bedeutet, dass die Vertreter von „**so viel wie möglich**“ medizinisch und wirtschaftlich falsch liegen und die Spar-Michel

„so wenig, wie möglich“ auf der Qualitäts-Scala und dem Ruf als Arbeitgeber auffällig werden. Der Einsatz von Ressourcen, aber auch Regulierungen und Bürokratie, **braucht die richtige Dosis**.

Der Wettbewerb im neuen System zeigte Erfolg, unnötig lange Liegezeiten verschwanden und die Erfolgreichen erwirtschafteten Überschüsse, mit denen sie investieren konnten, obwohl der Staat seine Hilfen ständig einschränkte. Die Schwachen wurden schwächer und häufig auch qualitativ weniger erfolgreich.

Volkswirtschaftlich und versorgungstechnisch war das Ergebnis frappierend, obwohl der Anteil für das Gesundheitswesen am Bruttosozialprodukt in den letzten 15 Jahren nicht bzw. mit Ausnahme als Folge der Finanzkrise kaum stieg, wurden statt ca. 17,5 Mio. Patienten jährlich zuletzt über 19,5 Mio. aufgenommen und behandelt.

Das System ist in die Jahre gekommen. Auf jeden, der aus wirtschaftlichem Druck Ressourcen unterdosierte, folgte eine Überdosierung der Bürokratie zur Abwehr. Es ist nicht selten so, dass ein Arzt oder Pfleger 6 Stunden am Patienten ist und 2 Stunden dokumentiert.

Das verärgert am Patienten tätigen Menschen. Sie möchten auch mehr Privatheit, obwohl das in einem Beruf, der rund um die Uhr und 7 Tage die Woche gebraucht wird, schwierig ist. Dieser Trend erschwert die Krankenhausführung zunehmend.

Das Schlagwort Pflegenotstand beschreibt die öffentliche Empörung, die ein Ventil gefunden hat. Das politische Ergebnis nennt sich **Pflegestärkungsgesetz**.

Mit dem Gesetz wurde festgelegt, wieviel Mitarbeiter in der Pflege - pro Patient und Abteilung - konkret da sein müssen - ansonsten seien Betten zu schließen.

Das ist ein Paradigmenwechsel! - Bisher galt immer **“Patient first”**. Nun beginnt sich dies umzukehren. Der Gesetzgeber hat gesagt, wer Patienten aufnimmt, wenn nicht genügend Mitarbeiter nach Köpfen da sind, wird bestraft. - Ist das der Beginn von **„Mitarbeiter first“ (????)** oder noch ein akzeptables Druckmittel? Zum Ausgleich für diesen Zwang wird nach dem Gesetz der Aufwand für Pflegepersonal aus der Fallpauschale genommen und damit dem Wettbewerb entzogen. Das klingt für viele wie „zurück ins Paradies, ein Arbeitsleben ohne Druck und Zwang von außen“.

Für alle, die bisher daran gearbeitet haben, mit den beschränkten Mitteln ein Maximum an Nutzen zu erzielen, heißt es, dass ihnen im Durchschnitt 17 % der Umsätze aus Fallpauschalen nur als durchlaufender Posten verfügbar sind und aus der unternehmerischen Mischkalkulation heraus fallen.

Damit entsteht für alle, die bisher auf dem Rationalisierungstrip waren, ein Problem: Denn wenn bisher der komplette Umsatz für kluge und manchmal weniger kluge Rationalisierung verfügbar war und man z. B. eine Handreichung der Pflegerin durch ein automatisiertes Verfahren ersetzen konnte, wird das unterbleiben, denn es würde dadurch kein Vorteil generiert.

Mit den erwähnten Personalvorgaben hat der Gesetzgeber festgelegt, wieviel Pflegenden in bestimmten Bereichen für jeden anwesenden Patienten da sein müssen. Das ist eine starre Vorgabe und die Besetzung soll in der Lage sein, alle schweren Fälle abzufangen. Also müsste es unternehmerische Aufgabe sein, die Patienten für die das Konzept gemacht wurde, dort zu konzentrieren, wo es personell bezahlt und vorhanden ist.

Das klingt einfach, ist es aber nicht. In kleinen Krankenhäusern bleibt die Zusammensetzung von leichten und schweren Fällen gleich, weil die Menschen, die da leben, nicht kränker werden, um dem Krankenhaus mehr Umsatz zu beschieren.

Statistisch hat jeder 70jährige 4 Erkrankungen, deshalb nehmen in den kleinen Krankenhäusern, die häufig Flächen versorgen, diese Patienten zu und belegen die Betten mit diesen meist einfachen, medizinisch niedrig einzustufenden Fällen. Im lokalen Umfeld sind bevölkerungsanteilig vorhandene schwere Fälle, oft auch jüngere Patienten, zu wenig, um sich spezialisiert mit genügend Erfahrung darum zu kümmern. Und diese Patienten, insbesondere die jüngeren, werden immer mobiler und gehen in die Zentren nach, dem Motto: „lieber zum Schmied als zum Schmiedchen“. Dem kleinen Krankenhaus bleiben also die immobilen älteren, eher multimorbid belasteten, aber niedrig eingestuften Patienten. Jedes Mal, wenn sie einen Patienten mit hohem Schweregrad behalten, bekommen sie ein Qualitätsproblem und wenn sie machen, was sie bekommen, sind sie näher an Altenpflege als am heutigen Krankenhaus und dafür zu teuer. In dieser standortbedingten Struktur liegt die Ursache für die Prognose, dass 30% der Krankenhäuser in Deutschland letztlich aufgeben werden.

Bei den großen Häusern und Spezialabteilungen ist das Problem vorhanden, allerdings bedeutungsverschoben, aber mit Kraft und Kreativität lösbar.

Große Häuser, zu denen alle unsere Standorte gerechnet werden können, sind immer auch Teil einer regionalen Versorgung. Damit bekommen sie wegen ihres Rufs, neben schweren Fällen aus ihrem nahen Umfeld, schwere Fälle aus der Großregion. Gleichzeitig gehen in ihre Fachabteilungen die leichten Fälle aus der regionalen Versorgung, für die sind sie das örtliche Kreiskrankenhaus. Die schweren und oft überregionalen Patienten kommen zumeist vorgeprüft und eingewiesen von Spezialisten und gehen gezielt auf die fachliche Spezialstation, z. B. eine voll ausgebildete kardiologische Station. In diese Station wird, aber auch die regionale Herzpatientin mit vorübergehendem Bluthochdruck wegen Schlaganfallrisiko eingewiesen und ist mehr als optimal versorgt.

Durch diese Mischversorgung entsteht ein qualitatives und ein wirtschaftliches Problem, denn nicht jedes Bett, in welches ein Patient gelegt wird, ist die richtige Dosis: Ist ein Bett als Synonym für einen Behandlungsort für den Schwerstpatienten eingerichtet, kann auch ein leichter Patient dort behandelt werden, niemals aber ein schwerer Patient im leichten Bett. Das Vorhaltungsniveau einer Abteilung wird vom schwersten Patienten bestimmt und ist deshalb für die anderen immer mehr oder weniger Überversorgung. Die ab einer gewissen Stufung als Fehlbelegung anzusehen ist. Wie kommt es zu dieser Fehlallokation, die sehr schwerwiegende Folgen hat, sie ist oft auch qualitativ fatal? Man stelle sich Folgendes vor: in einem Edelrestaurant bestellen auf eine bestimmte Art und Weise gekleidete Leute, im Gegensatz zur Normalklientel, immer die billige Pizza. Sie kommen aus der Verwaltung neben dem Restaurant, der Restaurant – Chef nimmt den Zusatzumsatz gerne mit. Alle wissen das und die Kellner wissen, wenn von denen jemand da ist, ist das ein einfacher Gast, dem der Kellner nachlässig begegnet. Dann kommt ein Restauranttester im selben Aufzug ...und das war's mit den Sternen!

Nochmals zum Mitrechnen: Betrachten wir ein Bett, das qualitativ ausreichend und personell besetzt ist, um eine Fallschwere 6, das ist irgendeine Ebene unterhalb Herz-Operation (Herz-Klappe 7,5), zu behandeln. Möglich wäre ein abrechenbarer Fall-Wert von ca. € 20.400 (=6 x 3.400). Bevor der Planpatient kommt, wird die ältere Dame aus dem Beispiel mit Hochdruckerkrankung zur Diagnose mit einer Fallschwere 0,674 in das noch offene Bett gelegt. Gerechnet auf den Basispreis in Höhe von ca. € 3.400 ergibt dies also einen abrechenbaren Fall-Wert in Höhe von € 2.291. Das bedeutet in

diesem sicher heftigen, aber nicht unwahrscheinlichen Fall, es ergibt sich für dieses Bett eine Fehlallokation in Höhe von ca. € 18.109.

Wie kommt das Problem zustande? Die Patienten mit schwerem Krankheitsbild werden meist elektiv bestellt und dafür gibt's Routinen: Vordiagnose - Voranmeldung - Planbarkeit mit bereit gestelltem Bett und OP-Zeit. Die schweren Fälle, die ausnahmsweise über die Notaufnahme kommen, werden in der Regel über freigehaltene Kapazitäten aufgefangen. Dazwischen kommen dann die meist älteren Patienten aus dem Einzugsgebiet fast immer unangemeldet mit dem Sanka, weil der einweisende Arzt sagt, dass er das nicht schafft und ihn deshalb ins Krankenhaus schickt. Das ist richtig, und er handelt im Interesse dieser Menschen. Das ist dann die (zuvor genannte) berühmte ältere gebrechliche Hochdruckpatientin aus meinem Zahlenbeispiel, welche wegen Schlaganfallgefahr kommt oder der Leistenbruchpatient, der nur deshalb nicht ambulant operiert wird, weil das Risiko für Komplikationen aufgefangen wird oder weil er mit seiner Gebrechlichkeit nach einer ambulanten OP nicht nach Hause entlassen werden kann.

Humanitär haben das Krankenhaus und die einweisenden Ärzte richtig gehandelt. Wenn der alte Mensch mit schlechten Gefäßen und vielen Nebenerkrankungen kommt, hat der Hausarzt ihn ins Krankenhaus eingewiesen, weil er weiß, dass wegen der schlechten Gefäße – wenn man einen Katheter durch ein morsches Rohr schiebt – leichter etwas zu Bruch geht und Einblutung mit erheblichen Komplikationen als Folge entstehen können.

Was kann oder ist durch diese sehr häufige im Grunde medizinisch richtige Entscheidung geschehen? Der Patient wurde übertsorgt, indem

- der OP-Saal für seinen Fall viel zu groß und überbesetzt war.
- die Pflege einen Standard hat, der für ihn mehrfach überhöht, meist zu technisch und weniger menschlich war.
- Es waren Technik und Medikamente und Material bereitgestellt, die er nach seiner Diagnose nie gebraucht hätte.
- Und: Der Patient, der verdrängt wurde und der das alles gebraucht hätte, steht weiter auf der Warteliste.

Damit ist ein echtes Systemproblem identifiziert. In allen Krankenhäusern, die als zentralisierte Versorger arbeiten, das reicht vom großen Versorgungskrankenhaus über die Zentralversorgung bis zur Maximalversorgung der Uni-Klinik, gibt es teure spezial- bzw. fachärztliche Abteilungen die auch Allgemeinversorgung machen müssen und durch diese Mischung gehen nach Schätzungen bei 20-30% der dort behandelten Patienten bereit gestellten Ressourcen teilweise ins Leere.

Diese Art der traditionellen Versorgung löst ein weiteres echtes Problem aus.

Sie haben aus der Presse die wiederkehrenden Vorwürfe der Krankenkassen, dass Unmengen der Krankenhaus-Abrechnungen falsch seien, gelesen oder gehört. Das hört sich dramatisch an, ist es auch. Trotzdem ist es eine verfälschende und manipulative Darstellung.

Die vielen Fälle einer sogenannten Falschabrechnung, die herausgefischt werden, sind ältere Menschen, die - wären sie 40 statt 70 Jahre alt und ohne ihre 4 Nebendiagnosen - ambulant behandelt werden könnten oder nicht die sogenannte Grenzverweildauern tangieren. Da im Beispielfall alles gutgegangen ist und keine der vier Nebenerkrankungen Probleme bereitet hat, nimmt der Prüfer den Fall heraus und bezeichnet ihn als Fehlbelegung und als einen Versuch, etwas

abzurechnen, was das Krankenhaus nicht darf – man habe aus einem ambulanten Fall einen stationären gemacht und das koste ein vielfaches und sei Betrug mit der Folge der Zahlungsverweigerung? Das bedeutet im Beispielfall, dass das Krankenhaus nicht nur die 18.000 € nicht bekommen hat, sondern jetzt noch die € 2.300, die in Frage gestellt sind, verliert.

Vielleicht hat der Prüfarzt Recht, weil der Aufnahmearzt nicht alle Nebendiagnosen mit aufgeschrieben hat. Vielleicht hat er es vergessen, weil die Akten nicht a jour waren oder alte Leute auch nicht immer alles erzählen und die Bürokratie, die er machen muss, jeden und auch ihn ankotzt. Die durchschnittliche Prüfquote in Deutschland ist 17 %, und führt angeblich in der Hälfte der Fälle zu Abzügen; bei uns ist sie höher, denn wir sind ja als Aktiengesellschaft geborene Verdächtige. Das macht, wenn man die gestrichenen Abrechnungen mit etwa 3,5% vom Umsatz und ein mehrfaches aus vertanen Ressourcen zusammen zählt zu einem Minus, welches mit einem drastischen Sparprogramm an anderer Stelle nie hereingeholt werden kann.

Wo immer qualifizierte Fachabteilungen mit Versorgung der breiten Bevölkerung kombiniert werden, besteht das Problem landauf und landab.

Gibt es eine Lösung und wo liegt sie?

Die Zentralen-Kombiversorger (ich nenne sie mal so) müssen starke hochleistungsfähige Ambulanzen einrichten, die auf höchstem technischen Stand in der Lage sind, die notwendigen medizinischen Verfahren durchzuführen und die - wenn die ambulante Medizin nicht reicht - auch im Sprungzugriff auf stationär verlegen. Sie wären in der Lage, die 80 % der heutigen ambulanten stationären Grenzfälle, die ansonsten das Problem in den hochspezialisierten Fachbereichen auslösen, in angepasste Vorhaltung zu überführen. Damit würde gerade bei den älteren Menschen unnötige Hospitalisierung und Immobilisierung vermieden und trotzdem die Sicherheit gegeben.

Um gebrechlichen und multimorbiden Menschen in diesen Ambulanzen die richtige Hilfe zu geben, muss das ambulante Zentrum über genügend ambulante medizinische fachärztliche Breite und Tiefe verfügen und unabdingbar auf Pflegeleistung mit gestuften Plätzen zur sogenannten Kurzzeitpflege, die zwar vom Krankenhaus betrieben, aber organisatorisch selbstständig sind, zugreifen können. Dort kann auch die bei den Älteren besonders wichtige Zuwendung durch ihren geringen Medizintechnikbezug optimiert werden. Bei strikter Trennung der ambulanten und stationären ärztlichen Disziplinen muss gleichzeitig bei Rück- und Zwischenfällen mit stationärer Einweisung reagiert werden können. Die Frage, wie die Ambulanz organisiert wird, ist vor allem funktionell und pragmatisch zu regeln: **Die Ambulanz muss der stationären Seite vorgelagert und nicht untergeben sein.**

Als kleine Anmerkung, wenn man weiß, dass zukünftig mindestens 60 % aller Ärzte in solchen Ambulanzzentren arbeiten, wäre es hohe Zeit, dass die Mediziner Ausbildung der Universitäten dieses Arbeitsmodell auch in der Ausbildung reflektiert.

Betrachtet man das Ganze systemisch, so handelt es sich um ein neues Flussprinzip, das darauf gründet, dass für vergleichbare Patientengruppen in der Versorgung Gruppenlösungen mit angepassten Ressourceneinsatz vorgehalten werden und im Sinne wirklicher Nachhaltigkeit in Pflege und Medizin das Prinzip der angemessenen Dosis hergestellt wird.

Konkret bedeutet das: Im Versorgungsgebiet erfassen wir jeden Patienten, der in die Ambulanz und ins Krankenhaus kommt - und das sind ab Alter 60 praktisch alle - mit der elektronischen Akte. Immer mehr werden sich, bevor sie beim Arzt aufschlagen, per APP oder spezialisiertem Callcenter

angedockt haben. Daraus muss sich das neue übersektorale Flussprinzip aufbauen. Es startet im häuslichen Bereich des Patienten, verläuft mit digitaler Unterstützung in die ambulanten Versorgungsbereiche, die wegen der multimorbiden Älteren um pflegende Kurzzeitinterventionen ergänzt werden und die Erweiterung der ambulanten Leistung fortgesetzt wird. Ins Krankenhaus selbst dürfen nur komplexe Erkrankungen, die ambulant auch in Kombination mit eigenständiger Pflege nicht beherrschbar sind. Das neue Flussprinzip bedeutet, für jeden Patienten, dass, wenn er im System ankommt, bereits eine elektronische Akte besteht oder sie beim ersten Mal erstellt wird. Danach wird unter Nutzung aller Möglichkeiten damit die Dosis stimmt – sein Weg organisiert und er ist so zu gestalten, dass auf jede Bewegung die der Patient zustandsmäßig macht, mit dem richtigen Ressourceneinsatz geantwortet werden kann. Dazu gehört nicht nur wie bisher die medizinische Einteilung nach dem Motto „Pflege wird nicht disponiert, die ist ja sowieso da“ - sondern auch diese Vorgabe ist auf den Bedarf des Patienten zugeschnitten zu disponieren sowie sinnvoll und gezielt einzusetzen. Ohne diese Neuorientierung wird Ressourcen-Verschwendung, ein Kardinalproblem des Systems, nicht eingedämmt. Lassen Sie mich das mit einem Bild beschreiben: Uhrmacher und Schmied sind ehrenwerte Berufe auf Augenhöhe, es wäre aber fatal, ein Pferd zum Uhrmacher oder eine Uhr zum Schmied zu bringen.

Bei dem, was die Branche vor sich hat, ist nicht - wie manche glauben machen - die Digitalisierung die Ursache, die ist in der Wirkung noch gar nicht angekommen. Sie wird jedoch mit künstlicher Intelligenz und vielem anderen die entscheidende Transparenz für die zu ändernden Prozesse schaffen - ohne Chance auszuweichen – und dem Patienten zeigen, was gut und schlecht für ihn war. Er wird Konsequenzen ziehen und sich immer mehr wie ein Kunde benehmen, auch, wenn er es nie ganz sein können. Für den, der diese Veränderung ablehnt, wird sie der Nagel sein, mit dem sein Sarg geschlossen wird.

Ich hoffe, dass trotz der Komplexität die wichtigsten Details dieser Zukunft bezogenen Struktur und das notwendige Handeln aufgezeigt werden konnte.

Auf unser Unternehmen bezogen, kann ich durchaus zufrieden feststellen: Mit dem Campus haben wir die Hardware bereitgestellt. Es bestehen alle Voraussetzungen, um das Beschriebene umzusetzen. Dieser Prozess ist angefahren und bringt den heilsamen Disput.

Allen beteiligten Führungskräften und Mitarbeitern wird ein Maximum an Veränderungsbereitschaft abgefordert. Denn nur, wenn wir das, was gedacht und gebaut ist, unter neuen Bedingungen einsetzen, stiften wir Nutzen und unser Konzept wird zum Meilenstein in der Versorgung. Davon wird jeder ganz persönlich, ohne Chance zum Entrinnen betroffen sein – nur wann, bleibt offen.

Es heißt: „nach dem Spiel, ist vor dem Spiel“. Es wurde konzipiert, geplant, gebaut und in Betrieb genommen. Das war gut. Jetzt muss das Denken, Handeln im Neuen, das Neue erobern und zu einem verlässlichen Standard machen.

In diesem Sinne wünsche ich allen, dass sie Spaß und Freude an der Neugestaltung haben und somit ein neues WIR erschaffen, um damit den Vorsprung, den WIR haben, im Interesse von Patienten, Mitarbeitern und nicht zuletzt auch der Aktionäre sichern zu können.