

GESCHÄFTSBERICHT 2011



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT

INHALT

BERICHT DES VORSTANDS

- 2 Brief des Vorstandsvorsitzenden
- 6 Konzern in Bewegung
- 10 Die RHÖN-KLINIKUM Aktie

UNTERNEHMENSVERANTWORTUNG

- 14 Bericht des Aufsichtsrats
- 28 Corporate Governance Bericht
- 40 Qualitätsbericht
- 46 Personal- und Führungskräfteentwicklung
- 50 Medizinische Entwicklung – Qualität – Integration
- 56 Gesundheit und Umwelt

BERICHT AUS DER PRAXIS

- 60 Spitzenmedizin in der Toskana des Ostens

KONZERNLAGEBERICHT

- 80 Ergebnisse und Prognose
- 81 Wirtschaftliches und rechtliches Umfeld
- 83 Unternehmensverfassung
- 90 Umgang mit Chancen und Risiken
- 92 Medizinische Forschung und Transfer in die Praxis
- 93 Konzernentwicklung
- 101 Nachtrag 2011
- 101 Ausblick

KONZERNABSCHLUSS

- 104 Konzernbilanz
- 106 Konzern-Gewinn- und Verlustrechnung
- 107 Konzern-Gesamtergebnisrechnung
- 108 Eigenkapitalveränderungsrechnung
- 109 Kapitalflussrechnung
- 110 Konzernanhang
- 173 Versicherung der gesetzlichen Vertreter
- 174 Bestätigungsvermerk des unabhängigen Abschlussprüfers

KURZBERICHT DER RHÖN-KLINIKUM AG

- 176 Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung
- 177 Gewinnverwendungsvorschlag

DAS UNTERNEHMEN IM ÜBERBLICK

- 178 Unser Logo
- 179 Meilensteine
- 183 Standorte unserer Konzernkliniken
- 184 Unser Versorgungsprofil
- 185 Anschriften der Konzernkliniken
 - 1 Unternehmenskennzahlen 2007–2011
 - 1A Unternehmenskennzahlen Q1–Q4 2011
 - 1B Finanzkalender 2012

FINANZKALENDER 2012

TERMINE FÜR AKTIONÄRE UND ANALYSTEN

9. Februar 2012	Vorläufige Ergebnisse des Geschäftsjahres 2011
26. April 2012	Bilanzpressekonferenz: Veröffentlichung des Jahresfinanzberichtes 2011
26. April 2012	Veröffentlichung des Zwischenberichtes zum 31. März 2012
13. Juni 2012	Ordentliche Hauptversammlung (Jahrhunderthalle Frankfurt)
9. August 2012	Veröffentlichung des Halbjahresfinanzberichtes zum 30. Juni 2012
8. November 2012	Veröffentlichung des Zwischenberichtes zum 30. September 2012

DISCLAIMER

Die in diesem Bericht bereitgestellten Informationen stellen weder ein Angebot noch eine Aufforderung zum Erwerb von Aktien der RHÖN-KLINIKUM AG dar.

Die Inhalte dieses Berichtes wurden sorgfältig geprüft. Die RHÖN-KLINIKUM AG kann jedoch keine Garantie dafür übernehmen, dass alle Angaben vollständig, richtig und in jedem Fall aktuell sind.

Eine Investition in Aktien der RHÖN-KLINIKUM AG muss auf Basis des von der Gesellschaft genehmigten Verkaufsprospektes/Börsenzulassungsprospektes erfolgen.

Für weitere Informationen steht Ihnen die RHÖN-KLINIKUM AG gerne zur Verfügung.

UNTERNEHMENSKENNZAHLEN

Q1–Q4 2011

	Jan.–Dez. 2011 Tsd. €	Okt.–Dez. 2011 Tsd. €	Juli–Sept. 2011 Tsd. €	April–Juni 2011 Tsd. €	Jan.–März 2011 Tsd. €
Umsatzerlöse	2.629.148	670.829	660.020	651.089	647.210
Materialaufwand	678.622	175.375	170.095	165.530	167.622
Personalaufwand	1.562.100	400.978	393.192	386.063	381.867
Abschreibungen und Wertminderungen	141.535	33.776	48.413	31.135	28.211
Konzerngewinn nach IFRS ¹	161.073	40.755	36.090	46.219	38.009
– Ergebnisanteil Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG	156.114	39.344	34.998	45.162	36.610
– Ergebnisanteil Minderheitsgesellschafter	4.959	1.411	1.092	1.057	1.399
Umsatzrentabilität (in %)	6,1	6,1	5,5	7,1	5,9
EBT	186.464	52.831	43.336	44.378	45.919
EBIT	213.188	60.201	50.641	51.747	50.599
EBIT-Quote (in %)	8,1	9,0	7,7	7,9	7,8
EBITDA	354.723	93.977	99.054	82.882	78.810
EBITDA-Quote (in %)	13,5	14,0	15,0	12,7	12,2
Operativer Cash-Flow	303.875	92.893	67.570	77.337	66.075
Sachanlagen und als Finanzinvestition gehaltene Immobilien	1.863.705	1.863.705	1.836.553	1.889.433	1.845.469
Ertragsteueransprüche (langfristig)	11.572	11.572	11.495	13.865	13.601
Eigenkapital nach IFRS ¹	1.598.658	1.598.775	1.560.741	1.536.624	1.544.800
Eigenkapitalrendite (in %)	10,4	10,2	9,3	12,0	10,0
Bilanzsumme nach IFRS ¹	3.175.265	3.175.265	3.038.728	3.075.386	3.085.056
Investitionen ²					
– in Geschäftswerte, sonstige immaterielle Vermögenswerte, Sachanlagen und als Finanz- investitionen gehaltene Immobilien	270.853	82.068	61.504	74.886	52.395
– in sonstige Vermögenswerte langfristig, in sonstige finanzielle Vermögenswerte langfristig	220	110	44	–32	98
Gewinn je Stammaktie (in €)	1,13	0,28	0,26	0,32	0,27
Zahl der Mitarbeiter (nach Köpfen)	39.325	39.325	38.323	38.298	38.174
Fallzahlen (behandelte Patienten)	2.277.153	575.664	553.596	568.261	579.632
Betten und Plätze	15.973	15.973	15.960	15.978	15.972

¹ International Financial Reporting Standards

² Aus Eigenmitteln

UNTERNEHMENSKENNZAHLEN 2007–2011

	2007 Tsd. €	2008 Tsd. €	2009 Tsd. €	2010 Tsd. €	2011 Tsd. €
Umsatzerlöse	2.024.754	2.130.277	2.320.089	2.550.384	2.629.148
Materialaufwand	496.517	539.863	595.203	656.902	678.622
Personalaufwand	1.203.979	1.270.593	1.379.245	1.513.848	1.562.100
Abschreibungen und Wertminderungen	91.772	90.680	101.996	109.399	141.535
Konzerngewinn nach IFRS ¹	111.194	122.644	131.652	145.069	161.073
– Ergebnisanteil Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG	106.292	117.299	125.721	139.693	156.114
– Ergebnisanteil Minderheitsgesellschafter	4.902	5.345	5.931	5.376	4.959
EBT	137.085	142.912	158.709	173.852	186.464
EBIT	157.490	172.077	181.998	197.857	213.188
EBITDA	249.262	262.757	283.994	307.256	354.723
Operativer Cash-Flow	190.975	213.745	238.286	255.889	303.875
Sachanlagen und als Finanzinvestition gehaltene Immobilien	1.209.442	1.391.019	1.604.930	1.832.361	1.863.705
Ertragsteueransprüche	20.577	18.776	17.149	13.616	11.572
Sonstige Vermögenswerte langfristig, sonstige finanzielle Vermögenswerte langfristig	1.556	2.308	1.788	1.724	2.064
Eigenkapital nach IFRS ¹	810.831	889.263	1.422.939	1.495.195	1.598.658
Eigenkapitalrendite (in %)	14,4	14,4	11,4	9,9	10,4
Bilanzsumme nach IFRS ¹	2.073.099	2.140.894	2.858.548	3.058.244	3.175.265
Investitionen ²					
– in Geschäftswerte, sonstige immaterielle Vermögenswerte, Sachanlagen und als Finanz- investitionen gehaltene Immobilien	180.677	278.784	414.413	348.428	270.853
– in sonstige Vermögenswerte langfristig, in sonstige finanzielle Vermögenswerte langfristig	257	103	199	178	220
Gewinn je Stammaktie (in €)	1,03	1,13	1,07	1,01	1,13
Dividendensumme	29.030	36.288	41.462	51.137	62.194
Zahl der Mitarbeiter (nach Köpfen)	32.222	33.679	36.882	38.058	39.325
Fallzahlen (behandelte Patienten)	1.544.451	1.647.972	1.799.939	2.041.782	2.277.153
Betten und Plätze	14.647	14.828	15.729	15.900	15.973

¹ International Financial Reporting Standards

² Aus Eigenmitteln



Wolfgang Pföhler
Vorstandsvorsitzender

GUTE MEDIZINISCHE QUALITÄT MIT DEM PRINZIP DER WIRTSCHAFTLICHKEIT VEREINBAREN – INVESTITIONSFÄHIGKEIT ALS ENTSCHEIDENDER WETTBEWERBSFAKTOR

» Mit dem Auf- und Ausbau unseres Versorgungsnetzes lösen wir bewusst die Grenzen zwischen Krankenhäusern und ambulanten Versorgungszentren auf und schaffen so die Voraussetzungen für eine patientennahe und offene Medizin von morgen. Mit Ihrem großen Vertrauen setzen Sie in die Zukunftsfähigkeit unseres Unternehmens und damit in die langfristige Werthaltigkeit unserer Aktie und ermöglichen es uns, unsere innovativen Konzepte weiterzuentwickeln und auszubauen. Ich bin mir sicher, dass wir Sie auch am Ende des Jahres 2012 von dem Erfolgsmodell der RHÖN-KLINIKUM AG überzeugen können. «



Sehr geehrte Damen und Herren!

Das vergangene Geschäftsjahr 2011 war für die RHÖN-KLINIKUM AG ein erfolgreiches Jahr. Dies wurde durch eine konsequente Steigerung unserer Leistungszahlen bestätigt. Auch unter herausfordernden politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen konnten wir unsere angestrebten Ergebnisziele erreichen. Einsparmaßnahmen auf der Finanzierungsseite der Krankenhäuser durch das GKV-Finanzierungsgesetz konnten wir durch Leistungssteigerungen und durch Ausschöpfung von Rationalisierungspotentialen in unseren Kliniken mehr als kompensieren.

Der Erfolg unseres Geschäftsmodells lässt sich an konkreten Zahlenbeispielen demonstrieren. Die Prognosen, die wir am Anfang des Jahres 2011 abgegeben haben, haben wir erneut erfüllt. In den Kliniken unseres Verbunds wurden 2011 mehr als 2.277.000 Patienten behandelt. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Zuwachs von 11,5 Prozent. Die Umsatzerlöse erhöhten sich im gleichen Zeitraum um 3,1 Prozent auf EUR 2,63 Milliarden. Der Konzerngewinn lag im Berichtszeitraum bei EUR 161,1 Millionen und übertraf damit den Wert der Vergleichsperiode 2010 um 11,0 Prozent. Das operative EBITDA beläuft sich in 2011 auf EUR 337,7 Millionen und legte damit im Vergleich zum Vorjahr um 9,9 Prozent zu. Das berichtete EBITDA ist darüber hinaus durch einen einmaligen, nichtoperativen Sondereffekt in Höhe von EUR 17 Millionen positiv beeinflusst. Die Zahlen sprechen für sich und beweisen, dass sich eine gute medizinische Qualität mit dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit vereinen lässt.

Die Investitionsfähigkeit wird angesichts knapper öffentlicher Haushalte künftig in unserem Gesundheitssystem zu einem entscheidenden Wettbewerbsfaktor. Wir zeigen seit vielen Jahren in unserem Verbund, dass wir bereit und in der Lage sind, in innovative und effiziente Strukturen zu investieren. Mit der Einweihung von sechs Neubauten an unseren Standorten Gießen, Marburg, Hildesheim, München, Kipfenberg und Erlenbach haben wir im vergangenen Jahr moderne bauliche Strukturen geschaffen, die den Anforderungen einer leistungsfähigen Medizin in der Zukunft gerecht werden und den Kurs für eine langfristig erfolgreiche Zukunft der Standorte setzen. Der beste Beweis dafür ist die steigende Zahl der Patienten.

Der Weg zur Organisation einer sektor- und standortübergreifenden Versorgung ist nach unserer festen Überzeugung unaufhaltsam vorgezeichnet. Mit dem zielgerichteten Aufbau eines medizinischen Netzwerkes haben wir frühzeitig begonnen und unsere Gestaltungskraft unter Beweis gestellt. Das von uns entwickelte Leistungsnetz sieht die Anbindung von Kliniken der Grund- und Regelversorgung an die Schwerpunkt- und Maximalversorger vor. So tragen wir die Spitzenmedizin in die Fläche und fördern außerdem den standort- und disziplinübergreifenden medizinischen Wissenstransfer. Der schnelle fachliche Austausch wird umso wichtiger, je moderner und spezialisierter die medizinische Versorgung ist. Die Forschung bringt ständig neue Erkenntnisse zutage, die wiederum neue Behandlungsmethoden nach sich ziehen und eine zunehmende Spezialisierung im medizinischen Bereich fordern.

Deshalb lösen wir mit dem Auf- und Ausbau unseres Versorgungsnetzes bewusst die Grenzen zwischen Krankenhäusern und ambulanten Versorgungszentren auf und schaffen die Voraussetzungen für eine patientennahe und offene Medizin von morgen. Die Schwerpunktlinik Hildesheim beispielsweise bildet das Zentrum für unser Kliniknetzwerk in Niedersachsen und schafft mit dem

angeschlossenen Facharztzentrum einen nahtlosen Übergang zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern. Damit haben wir auch an diesem Standort eine Struktur geschaffen, die unseren eingeschlagenen Kurs zum integrierten Gesundheitsdienstleister für den Patienten eindrucksvoll demonstriert.

Wir planen, unser Versorgungsnetz mit weiteren Akquisitionen auszubauen, die unserer Zielsetzung entsprechen: Flächendeckende medizinische Versorgung für jedermann. Das gilt sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Versorgung. Der medizinisch-technische Fortschritt eröffnet immer neue Möglichkeiten der ambulanten Behandlung. Vor diesem Hintergrund sind wir davon überzeugt, dass die ambulante und stationäre Versorgung kontinuierlich zusammenwachsen werden. Den ambulanten Bereich konnten wir im letzten Geschäftsjahr durch die Hinzugewinnung weiterer Medizinischer Versorgungszentren erfolgreich erweitern und tragen damit gerade in ländlichen oder strukturschwachen Regionen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen fachärztlichen Versorgung bei.

Mit unserer jüngsten Akquise, der Minderheitsbeteiligung an den Dr. Horst Schmidt Kliniken (HSK) Wiesbaden, stärken wir unser Versorgungsnetzwerk durch einen weiteren Maximalversorger und übernehmen die unternehmerische Leitung im größten Krankenhaus der hessischen Landeshauptstadt. Erneut hat sich das Land Hessen für unser Unternehmen als einen langfristigen strategischen Partner entschieden. Das zeigt, dass wir mit unserer Zielsetzung und Expertise ein attraktiver Partner für die öffentliche Hand sind. Zusammen mit unseren Einrichtungen in Hessen wollen wir medizinische Kompetenz bündeln und ein Netzwerk der Spitzenversorgung in der Rhein-Main-Region aufbauen.

Im Zuge dieser jüngsten Beteiligung spezifiziert der Konzern seine Prognose für das laufende Geschäftsjahr. Darin berücksichtigt wird auch eine erstmalige Vollkonsolidierung der HSK im zweiten Quartal 2012. Die RHÖN-KLINIKUM AG erwartet 2012 unter Einbeziehung der HSK Umsatzerlöse in Höhe von EUR 2,85 Milliarden, die sich mit einer Bandbreite von 2,5 Prozent nach oben beziehungsweise unten bewegen können. Dieses Umsatzziel geht einher mit einer Prognose für das EBITDA von EUR 350 Millionen und für den Konzerngewinn von EUR 145 Millionen – jeweils beeinflusst durch einen negativen Ergebnisbeitrag aus der HSK-Konsolidierung sowie mit einer Schwankungsbreite von fünf Prozent nach oben und unten.

Die Gesundheitswirtschaft insgesamt erwies sich in einem Jahr, das maßgeblich von der Staatsschuldenkrise im Euroraum bestimmt war, wieder als stabiler und wichtiger Wachstumsmarkt für Deutschland. Die Rahmenbedingungen blieben allerdings für die gesamte Branche herausfordernd. Der ökonomische Druck durch die Reglementierungen der Anfang 2011 in Kraft getretenen Spargesetze ist weiter gewachsen. Auch die Krankenhäuser mussten mit nur geringen Preiszuwächsen auskommen. Kostensteigerungen insbesondere im Personalbereich konnten nur anteilig kompensiert werden. Die Unterfinanzierung im Krankenhausbereich setzte sich damit weiter fort.

Die Diskussion um eine zukunftsfeste Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems nimmt Fahrt auf. Steigende Kosten, verursacht durch Demographie und Fortschritt, sind mit dem bestehenden System auf Dauer nicht mehr finanzierbar. Hinzu kommt ein sich bereits deutlich abzeichnendes

regionales Ungleichgewicht in der medizinischen Versorgung. Mit den jüngsten Gesundheitsreformen erfolgten erste Schritte zur Änderung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung über eine stärkere finanzielle Beteiligung der Versicherten. Mit der Einleitung von strukturellen Maßnahmen soll demographiebedingten Versorgungsengpässen in der ambulanten ärztlichen Versorgung entgegengewirkt werden.

Wir verstehen uns mit unserer Innovations- und Investitionskraft als gestaltendes Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft und begreifen Innovation als einen permanenten Prozess. Die Entwicklungsgeschichte des Zentralklinikums Bad Berka, einer unserer ältesten Einrichtungen, macht dies mehr als deutlich: 1991 als erstes staatliches Krankenhaus übernommen, wurden schrittweise die medizinischen Kompetenzen erweitert. Bis zum heutigen Zeitpunkt wurden spezialisierte Abteilungen in Diagnostik und Therapie wie die Wirbelsäulenchirurgie, Radiopharmazie, Interventionelle Radiologie, Rhythmologie und invasive Elektrophysiologie aufgebaut. Das Angebot der Zentralklinik Bad Berka in moderne Medizin mit optimaler Betreuung werden wir auch in der Zukunft weiter verfolgen. Weitere Informationen hierzu finden Sie im diesjährigen Kapitel „Bericht aus der Praxis“.

Ein weiterer Meilenstein der erfolgreichen Entwicklung in Bad Berka ist die Anerkennung als akademisches Lehrkrankenhaus der Uniklinik Jena im Jahr 2011. Damit tragen nunmehr 19 Kliniken unseres Verbundes als akademische Lehrkrankenhäuser zur Ausbildung von jungen Ärztinnen und Ärzten bei.

Der „Herzschlag“ unseres Unternehmens aber ist die tägliche Einsatzbereitschaft und Motivation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Versorgung unserer Patienten. Ohne Ihre tatkräftige Mithilfe hätten wir unsere ambitionierten Leistungsziele 2011 nicht erreichen können. Wir zählen auch im Jahr 2012 auf Ihr außerordentliches Engagement, damit wir zusammen eine feste Grundlage für eine erfolgreiche Zukunft schaffen können. Dafür möchte ich Ihnen im Namen der gesamten Vorstandschaft meinen herzlichen Dank und großen Respekt aussprechen.

Unser Dank richtet sich auch an die Mitglieder unseres Aufsichtsrats, unseres Beirats und an die Vertreter unserer Belegschaft für die konstruktive und stets von Vertrauen geprägte Zusammenarbeit.

Nicht zuletzt geht unser Dank an unsere Aktionärinnen und Aktionäre. Mit Ihrem großen Vertrauen setzen Sie in die Zukunftsfähigkeit unseres Unternehmens und damit in die langfristige Werthaltigkeit unserer Aktie und ermöglichen es uns, unsere innovativen Konzepte weiterzuentwickeln und auszubauen. Ich bin mir sicher, dass wir Sie auch am Ende des Jahres 2012 von dem Erfolgsmodell der RHÖN-KLINIKUM AG überzeugen können.

Mit freundlichen Grüßen

Wolfgang Pföhler
Vorstandsvorsitzender der RHÖN-KLINIKUM AG

Bad Neustadt a. d. Saale, im April 2012

KONZERN IN BEWEGUNG


Der RHÖN-KLINIKUM Konzern bleibt auch 2012 auf Wachstumskurs. Wir erwarten in diesem Jahr unter Einbeziehung der Dr. Horst Schmidt Kliniken (HSK) einen Konzernumsatz von 2,85 Mrd. Euro (+/- 2,5 %). Verglichen mit den 2,63 Mrd. Euro des Vorjahres, entspräche das einer Steigerung um gut 8 Prozent. Mit diesem Umsatzziel geht die Prognose für das EBITDA in Höhe von 350 Mio. Euro und für den Konzerngewinn in Höhe von 145 Mio. Euro einher, die sich beide innerhalb einer Bandbreite von 5 Prozent nach oben und unten bewegen können. Wir werden diese Prognose auch unter den erneut herausfordernden Rahmenbedingungen des Gesundheitsmarktes erreichen.

Dass wir unsere Ziele auch ohne nennenswerte Akquisitionen aus internem Wachstum heraus erreichen können, haben wir im vergangenen Jahr bewiesen. Einmal mehr hat der RHÖN-KLINIKUM Konzern 2011 die höchsten Leistungs- und Ergebniszahlen seiner Geschichte erzielt. Steigende Patientenzahlen sowohl im stationären und teilstationären als auch im ambulanten Bereich und hier ganz besonders in unseren Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) haben eindrucksvoll unsere Fähigkeit demonstriert, organisch zu wachsen.

UNSERE HIGHLIGHTS 2011

- Im Geschäftsjahr 2011 haben wir fast 2,28 Millionen Patienten behandelt, 11,5 Prozent mehr als im Jahr 2010. Während die Patientenzahlen der Akutkliniken mit 1,5 Prozent über den Vorjahreszahlen lagen, erreichten die MVZ ein Plus von 53,4 Prozent.
- Den Konzernumsatz konnten wir trotz erschwelter Umfeldbedingungen um 3,1 Prozent auf 2,63 Mrd. Euro steigern. Der Konzerngewinn stieg um 11,0 Prozent auf 161,1 Mio. Euro und das EBITDA um 15,4 Prozent auf 354,7 Mio. Euro*. Das Ergebnis je Aktie beträgt 1,13 Euro (2010: 1,01 Euro). Damit haben wir trotz der erschwerten Bedingungen und des Preisdrucks unsere Ertragsziele erreicht.
- Der operative Cash-Flow lag um 18,8 Prozent über dem Vorjahresniveau, ein deutliches Indiz dafür, dass wir es mit einer nachhaltigen Ertragsentwicklung zu tun haben.

* einschließlich 17 Millionen Euro Ausgleichszahlungen der Siemens AG bei gleichzeitigen außerordentlichen Abschreibungen in Höhe von 17 Millionen Euro.



Alle Wege in der Zentralklinik Bad Berka beginnen im großzügigen Atrium, das Anlaufstelle für Patienten und Mitarbeiter ist.

- Fast parallel zum Umsatz stieg die Beschäftigtenzahl um 3,3 Prozent auf 39.325 Mitarbeiter. Drei von vier Arbeitsplätzen im RHÖN-KLINIKUM Konzern sind mit Frauen besetzt.
- Wir haben uns im Geschäftsjahr 2011 an allen relevanten Bieterverfahren zu Klinikakquisitionen beteiligt. Dabei sind wir unserer Linie treu geblieben, uns bei Übernahmen und Beteiligungen konsequent an der strategischen Bedeutung einer Klinik, ihren Ertragschancen sowie den generellen Entwicklungsmöglichkeiten in der jeweiligen Region und innerhalb des Konzerns zu orientieren.

Das gute Abschneiden des RHÖN-KLINIKUM Konzerns im abgelaufenen Geschäftsjahr 2011 ist wesentlich der Tatsache zu verdanken, dass wir unser medizinisches Angebot in den vergangenen Jahren konsequent weiter ausgebaut haben mit dem Ziel, hochwertige Medizin möglichst nahe zum Patienten zu bringen. Nach der Akquisitionspause im Jahr 2011 erwarten wir in diesem Jahr wieder eine Belebung im Klinikmarkt. Die Zahl der Krankenhäuser, die sich in der Verlustzone bewegen, steigt kontinuierlich. Nach Prognosen des Krankenhaus-Rating-Reports 2011 des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) sind bis 2020 rund 200 Krankenhäuser (10 Prozent) von der Schließung bedroht. Hauptursache sei die fehlende oder zu niedrige Investitionsfähigkeit.

DATEN UND FAKTEN

Das Jahr 2011 haben wir mit einem Bestand von 53 Kliniken abgeschlossen, in denen unseren Patienten 15.973 Betten zur Verfügung standen. Außerdem existierten zum Stichtag, dem 31. Dezember 2011, 38 MVZ mit 166,5 Arztstühlen. Nach Eröffnung eines orthopädischen MVZ mit einem Facharztstuhl in Olpe und der Erweiterung unserer bestehenden Versorgungszentren um zwölf Facharztstühle zu Jahresbeginn 2012 sind wir ins neue Geschäftsjahr mit 39 MVZ und 179,5 Facharztstühlen gestartet.

Damit folgen wir der festen Überzeugung, dass wir im ambulanten Bereich durch die Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren noch erhebliche Wachstumschancen haben. Für die Erweiterung dieses Teils unseres medizinischen Angebots stehen bei uns zwei Formen des MVZ im Vordergrund: die sogenannten klinikassoziierten MVZ, mit denen wir das jeweilige Einzugsgebiet unserer Kliniken erweitern, und die sogenannten Facharzt-MVZ, die wir in solchen medizinischen Fachbereichen entwickeln wollen, die auf längere Sicht aus der stationären Behandlung herausfallen.

FOTOKONZEPT

Die Zentralklinik Bad Berka ist eines der ältesten und traditionsreichsten Krankenhäuser im RHÖN-KLINIKUM Verbund. Spezialisierte Spitzenmedizin mit erstklassigen ärztlichen Leistungsträgern ist für die erfolgreiche Entwicklung dieses über 100-jährigen Krankenhauses mit verantwortlich. Im Sonderteil dieses Geschäftsberichtes wird geschildert, wie man hervorragende medizinische Qualität mit einem hohen Maß an Wirtschaftlichkeit vereinbaren kann.

Um herauszufinden, welche Wünsche Mitarbeiter, Patienten, Besucher und Bürger der Region zukünftig mit einem gut funktionierenden Gesundheitswesen allgemein und der Zentralklinik Bad Berka speziell verknüpfen, haben wir uns gemeinsam mit der Fotografin Sylvia Willax auf den Weg gemacht, um ein kurzes Meinungsbild einzufangen. Mitarbeiter verschiedenster Berufsgruppen der Zentralklinik, dortige Patienten, ihre Besucher und einige Bürger der Region wurden porträtiert und hatten die Wahl, die sechs folgenden Fragen zu beantworten:

- *Was erwarten Sie – ganz persönlich – zukünftig von einem Gesundheitsdienstleister – ambulant, stationär?*
- *Inwiefern sollte ein Gesundheitsdienstleister (ambulant, stationär) zukünftig »vernetzt« sein?*
- *Welche patientenorientierten Strukturen wünschen Sie persönlich sich zukünftig im Gesundheitswesen?*
- *Wo ist die Zentralklinik Bad Berka aus Ihrer Sicht im Netz der Gesundheitsanbieter angesiedelt (am Rande – in der Mitte – sucht noch ihre Position – gar nicht)?*
- *Welche Bedeutung spielt ein Großkrankenhaus für die Infrastruktur einer Region?*
- *Welche Rolle spielt – aus Ihrer Sicht – der Standort für das Leistungsangebot eines Gesundheitsdienstleisters, z.B. bei einem*
 - Hausarzt,
 - Facharzt,
 - Allgemeinversorgungs Krankenhaus,
 - Spezialkrankenhaus,
 - Schwerpunktkrankenhaus?

Auf den folgenden Seiten dieses Geschäftsberichtes präsentieren wir eine Auswahl der Antworten aus unserer »Interview-/Fotorunde«. Wir bedanken uns herzlich bei allen Mitwirkenden für die freundliche Unterstützung!



Dr. Kerstin Haase

»Patientenorientierte Strukturen im Gesundheitswesen verknüpfe ich mit der Vorstellung, dass es ein ,funktionierendes Hausärztenetz gibt und Fachärzte möglichst an Oberzentren andockt oder Bestandteil eines Krankenhauses mit vollumfänglichen Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten sind.«



Andrea Wittke

»Sowohl ein ambulanter als auch ein stationärer Gesundheitsdienstleister sollte kompetent über Gesundheitskarte und Internet mit den niedergelassenen Ärzten und anderen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vernetzt sein.«

Ein Beispiel dafür sind die augenärztlichen MVZ, denen wir im Jahr 2011 besondere Aufmerksamkeit gewidmet haben. Bereits zum 1. Januar 2011 haben wir eine Mehrheitsbeteiligung an einem ophthalmologischen Zentrum in Düsseldorf mit zehn augenärztlichen Sitzen und einem anästhesiologischen Sitz erworben. Zum 1. Juli 2011 und zum 1. Oktober 2011 haben wir jeweils ein weiteres augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum mit jeweils sieben Facharztsitzen in Siegburg und in Mönchengladbach/Erkelenz übernommen.

Basis unserer Leistungsfähigkeit und unseres Wachstums sind unsere Investitionen, ermöglicht durch die Überschüsse unserer Kliniken. Auf ihnen beruht jede nachhaltige, effiziente und damit auch bezahlbare klinische Versorgung. Im vergangenen Geschäftsjahr haben wir Neubauten in Gießen, Marburg, Hildesheim, Erlenbach und München eröffnet. Neben diesen stationären Einheiten nahmen wir sechs neue MVZ in Betrieb. Ganz bewusst lösen wir die Grenzen zwischen Krankenhäusern und ambulanten Versorgungszentren auf – immer mit Blick auf die tatsächlichen Patientenbedürfnisse. Unser Ziel ist die patientennahe und offene Medizin von morgen.

Im vergangenen Jahr haben wir insgesamt 317 Mio. Euro investiert. Das waren – vor allem wegen der fehlenden Akquisitionen – 21 Prozent weniger als 2010. Davon sind rund 292 Mio. Euro in unsere Bestandskliniken geflossen, die wir damit konsequent ausgebaut haben.

Beim Entwicklungsprojekt »Partikeltherapie Marburg«, das wir gemeinsam mit Siemens betrieben hatten, mussten wir von der bisherigen Vorstellung eines klinischen Dauerbetriebs Abstand nehmen. Im dritten Quartal 2011 haben wir mit der Siemens AG eine Vereinbarung getroffen, die die wirtschaftlichen, insbesondere die bilanziellen Nachteile durch die Einstellung kompensiert. Siemens leistet Ausgleichszahlungen für die außerordentlichen Abschreibungen in Höhe von 17,0 Mio. Euro, die beim RHÖN-KLINIKUM Konzern anfielen.

Von den Umsatzerlösen von 2.629,1 Mio. Euro (2010: 2.550,4 Mio. Euro) entfallen auf Umsätze in unseren Akut- und Rehabilitationskliniken 2.588,9 Mio. Euro (Vj. 2.528,1 Mio. Euro) und auf Umsätze in unseren Medizinischen Versorgungszentren 40,2 Mio. Euro (Vj. 22,3 Mio. Euro). Der Anstieg entfällt mit 60,2 Mio. Euro bzw. 2,4 Prozent auf internes Wachstum.

Durch konsequente konzernweite Effizienzsteigerungen stieg die EBITDA-Marge gegenüber dem Geschäftsjahr 2010 von 12,0 Prozent auf 12,8 Prozent – adjustiert. Im Wesentlichen führten die Inbetriebnahmen unserer Neu- und Erweiterungsbauten zu einem leicht überproportionalen Anstieg der Abschreibungen um 13,8 Prozent auf 124,5 Mio. Euro – adjustiert. Vor diesem Hintergrund ist die EBIT-Marge gegenüber dem Geschäftsjahr 2010 leicht von 7,8 Prozent auf 8,1 Prozent gestiegen. Aufgrund der unterproportionalen Entwicklung des Finanzaufwandsaldos erhöhte sich die EBT-Marge von 6,8 Prozent auf 7,1 Prozent.

Rückwirkend zum 1. Januar 2011 hat die RHÖN-KLINIKUM AG mit den Kliniken in Leipzig, Meiningen, Karlsruhe und Kipfenberg Ergebnisabführungsverträge mit steuerlicher Auswirkung abgeschlossen. Bedingt durch den steuerlichen Einmaleffekt dieser Verträge in Höhe von 9,0 Mio. Euro, verbesserte sich die Umsatzrentabilität überproportional von 5,7 Prozent auf 6,1 Prozent. Die um diesen Effekt bereinigte Umsatzrentabilität beträgt im Geschäftsjahr 2011 5,8 Prozent.

Die Bilanzsumme erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr um 3,8 Prozent auf 3.175,3 Mio. Euro (Vj. 3.058,2 Mio. Euro). Die Eigenkapitalquote stieg seit dem letzten Bilanzstichtag von 48,9 Prozent auf 50,3 Prozent. Wir weisen nun ein Eigenkapital von 1.598,7 Mio. Euro (Vj. 1.495,2 Mio. Euro) aus. Der Anstieg um 103,5 Mio. Euro resultiert unter anderem aus dem Konzerngewinn in Höhe von 161,1 Mio. Euro abzüglich der an Aktionäre und Minderheitsgesellschafter vorgenommenen Ausschüttungen in Höhe von 54,2 Mio. Euro sowie ergebnisneutral im Eigenkapital erfasste Veränderungen.

Unsere Innenfinanzierungskraft hat deutlich zugenommen. Der Cash-Flow, ermittelt aus dem Konzerngewinn zuzüglich Abschreibungen und sonstiger nicht liquiditätswirksamer Sachverhalte, stieg gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres um 48,0 Mio. Euro bzw. 18,8 Prozent auf 303,9 Mio. Euro (Vj. 255,9 Mio. Euro).

AUSBLICK

Wir werden unsere interne und externe Wachstumsstrategie unter den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen auch über das Jahr 2012 hinaus fortsetzen. Der nachhaltige organische Wachstumstrend in unseren Bestandskliniken von ca. 2 Prozent bis 3 Prozent beim Volumen und ca. 3 Prozent bis 5 Prozent Wachstum beim Umsatz und Ergebnis wird sich fortschreiben.

Wir entwickeln unser Geschäftsmodell vom klassischen Klinikbetreiber zum integrierten Gesundheitsversorger konsequent weiter. Dies bedeutet auch, dass wir den Trend zur ambulanten Leistungserstellung nicht nur mitgehen, sondern uns an die Spitze der Bewegung setzen und neue Versorgungsmodelle realisieren.

Vorrangig werden wir versuchen, unsere Kapazitäten im akutstationären und ambulanten Bereich durch Akquisitionen auszubauen, um ein gesundes Wachstum zu generieren. Nicht außer Acht lassen werden wir die qualitative und quantitative Verbreiterung unseres Leistungsangebots an bereits bestehenden Standorten. Zusammen mit Kooperationspartnern streben wir in unseren Regionen ein flächendeckendes Versorgungsnetz mit verzahnten ambulanten und stationären Strukturen an. Wir bieten deutschlandweit qualitativ hochwertige Medizin, indem wir mit den geeigneten größeren Kliniken sowie Fachkliniken Netzwerke bilden, die telemedizinisch unterstützt werden.

DIE RHÖN-KLINIKUM AKTIE

Umsatz- und Ergebnisziele abermals erreicht – Aktienkurs behauptet sich in fallendem Markt überdurchschnittlich.


Vorstand und Aufsichtsrat schlagen 0,45 Euro Dividende je Aktie vor.

DAS BÖRSENAHR 2011

Das Börsenjahr 2011 war von einer Reihe gravierender weltwirtschaftlicher und -politischer Einflüsse geprägt. Die Konjunkturerholung des Vorjahres wurde bereits im ersten Quartal 2011 von den politischen Ereignissen in der arabischen Welt, der Naturkatastrophe in Japan sowie Sorgen um die Eurozone gedämpft. Im zweiten Quartal rückte die griechische Haushalts- und Schuldenkrise zunehmend in den Fokus der Märkte. Diskussionen um mögliche Umschuldungsszenarien und die Furcht vor internationalen Ansteckungseffekten stellten die Märkte auf eine Belastungsprobe. Im weiteren Jahresverlauf geriet die Reaktion der Politik auf die eskalierende Schuldenkrise in weiteren Mittelmeerländern mehr und mehr ins Blickfeld der Kapitalmärkte.

Besonders kritisch beobachteten sie die Sparbemühungen der betroffenen Staaten sowie die Diskussionen über die Begrenzung von Ansteckungseffekten und den europäischen Rettungsschirm. Zugleich mehrten sich die Anzeichen, dass die Schuldenkrise über den Finanzsektor hinaus auch in der Realwirtschaft ihren Niederschlag finden könnte. Zwar hielten die Produktionskennzahlen der deutschen Industrie und der deutsche Arbeitsmarkt diesen Belastungen – zumal im Vergleich zu anderen europäischen Volkswirtschaften – das gesamte Jahr hindurch sehr stabil stand. Doch Frühindikatoren wie der ifo Geschäftsklimaindex verschlechterten sich vor allem in der Erwartungskomponente spürbar.

In dieser Gemengelage blickten die Marktteilnehmer verstärkt auf die Entwicklungen der internationalen Anleihenmärkte und reagierten kurzfristig auf Ankündigungen der Politik. Das führte häufig zu volatilen und insgesamt schwächeren Märkten. Im Jahresverlauf fiel der DAX® um insgesamt 14,7 Prozent, der deutsche Nebenwerte-Index MDAX® verlor 12,1 Prozent und der DJ EURO STOXX® büßte 17,7 Prozent ein.



Innensicht: Blick aus der überdachten Felsenlandschaft in ein Stations-Arbeitszimmer des Bettenhauses der Zentralklinik Bad Berka.

AKTIENKURS IN SCHWIERIGEM BÖRSENUMFELD BESSER ALS DIE MARKTINDIZES

Die RHÖN-KLINIKUM AG bestätigte wiederum ihre Umsatz- und Ergebnisziele. Unter dem Druck des schwierigen Gesamtmarktes gab auch der Aktienkurs der RHÖN-KLINIKUM AG nach – wenn auch nicht im gleichen Maße wie DAX® oder MDAX®. Operativ belastete zudem die deutsche Gesundheitsreform wie erwartet das Ergebnis. Zum Jahresende 2011 notierte die Aktie bei 14,72 Euro. Das entspricht einem Kursabschlag von 10,6 Prozent im Jahresverlauf. Unter Einrechnung der Dividendenzahlung betrug die Jahresperformance minus 8,4 Prozent.

Die Marktkapitalisierung der ausgegebenen 138,2 Mio. Stückaktien lag zum Jahresende bei 2,0 Mrd. Euro (Vj. 2,3 Mrd. Euro). Im Tagesdurchschnitt wurden im Berichtsjahr 2011 an den deutschen Börsen einschließlich des XETRA®-Handels 486.752 Stück für rund 7,7 Mio. Euro gehandelt. In der Rangliste nach Marktkapitalisierung belegte die RHÖN-KLINIKUM Aktie zum 31. Dezember 2011 im MDAX® Position 11 (Vj. Position 13). Die Volatilität der RHÖN-KLINIKUM Aktie betrug 21,8 Prozent (Vj. 21,3 Prozent). Zum Vergleich: Im MDAX® stieg die Volatilität von 21,6 Prozent im Vorjahr auf 25,5 Prozent im Jahr 2011.

DIVIDENDE

Vorstand und Aufsichtsrat schlagen der Hauptversammlung in diesem Jahr vor, eine Dividende von 0,45 Euro je Stückaktie auszuschütten (Vj. 0,37 Euro je Stückaktie). Bezogen auf das bereinigte Ergebnis pro Aktie von 1,13 Euro entspricht dies einer Ausschüttungsquote von 39,8 Prozent. Unsere Ausschüttungspolitik ist damit sowohl auf die langfristige Wertsteigerung als auch auf die nachhaltige Ertragsstärke des Unternehmens ausgerichtet.

INVESTOR-RELATIONS-AKTIVITÄTEN

Die RHÖN-KLINIKUM AG hat sich zu fairer und transparenter Kommunikation verpflichtet. Investor Relations, die Beziehungen zu unseren Aktionären und Bondinvestoren, haben bei uns daher einen hohen Stellenwert. Die Funktion Investor Relations ist direkt dem Finanzvorstand unterstellt. Unser Ziel und unser Anspruch ist es, im Rahmen der Finanzmarkt-kommunikation ein realistisches Bild unseres Unternehmens zu vermitteln. Auf diese Weise wollen wir den Marktteilnehmern eine treffende Einschätzung und Bewertung unserer Aktie und unserer Anleihen ermöglichen. Für Investoren, Analysten und alle weiteren interessierten Markt-

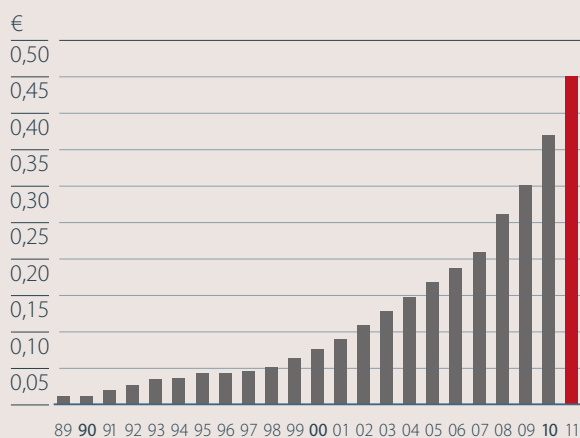
RHÖN-KLINIKUM AKTIE IM KURZFRISTIGEN VERGLEICH ...



... UND IM LANGFRISTIGEN VERGLEICH ZUM MDAX®



DIVIDENDENENTWICKLUNG



Alle Angaben bereinigt in Euro (138.232.000 Stammaktien)
2011: Vorschlag an die Ordentliche Hauptversammlung
am 13. Juni 2012



Henning Schwarz

» Bad Berka ist als Gesundheitsanbieter die Nr. 1. «



Herbert Draber

» Patientenorientierte, d. h. patientenfreundliche Strukturen gibt es dort, wo der ‚Erstkontakt‘ zu einem Gesundheitsdienstleister in ‚Wohnortnähe‘ stattfinden kann. ‚Gute Kompetenz‘ für die weitere ‚Behandlung und Therapie‘ sollte dann in ‚Zentren‘ ermöglicht werden auch wenn sie etwas wohnortferner sind. «

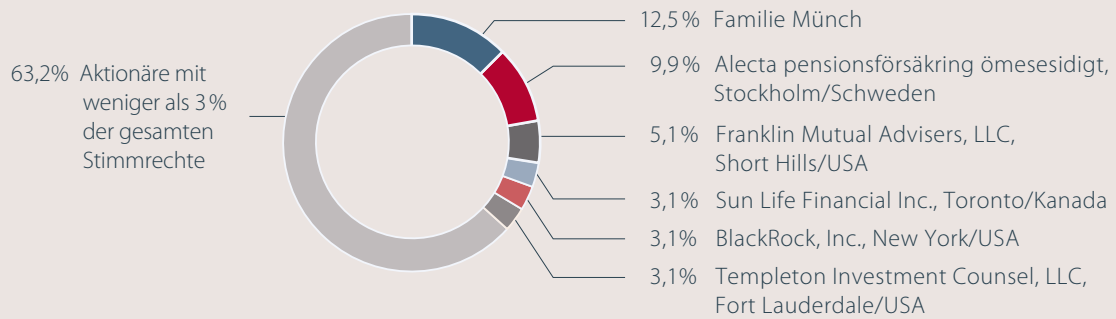
teilnehmer stellen wir eine Plattform mit umfassenden und zeitnahen Informationen über die RHÖN-KLINIKUM Gruppe bereit. Überdies pflegen wir den direkten, kontinuierlichen und persönlichen Dialog mit unseren Investoren und Analysten, etwa im Rahmen internationaler Investorenkonferenzen oder auf Investoren-Roadshows. Unsere Arbeit entspricht vollständig den Anforderungen der Emittenten-Compliance-Verordnung.

RHÖN-KLINIKUM Aktie		
ISIN	DE0007042301	
Börsenkürzel	RHK	
Grundkapital	345.580.000 Euro	
Anzahl Stückaktien	138.232.000	
	2011	2010
Börsenkurse in €		
Jahresschlusskurs	14,72	16,47
Höchstkurs	17,96	19,44
Tiefstkurs	13,67	15,26
Marktkapitalisierung (in Mio. Euro, zum 31.12.)	2.034,78	2.276,68
Kennzahlen je Aktie in €		
Dividende	0,45	0,37
Gewinn	1,13	1,01
Cash-Flow	2,20	1,85

Im Rahmen unserer Finanzberichterstattung geben wir quartalsweise Auskunft über den operativen Geschäftsverlauf. Aktuelle und kursrelevante Informationen über unser Unternehmen stellen wir Investoren, Analysten und der Presse zeitgleich und unmittelbar zur Verfügung und veröffentlichen sie zeitnah als Investor News auf unserer Webseite. Weitere Informationsquellen sind die jährlich feststehenden Termine unseres Finanzkalenders wie die Bilanzpressekonferenz im Frühjahr und die Hauptversammlung zur Jahresmitte.

AKTIONÄRSSTRUKTUR DER RHÖN-KLINIKUM AG

(Stimmrechtsanteil gemäß der jeweils jüngsten Mitteilung an die Gesellschaft, Stand 31.12.2011)



Die nächste Ordentliche Hauptversammlung findet am Mittwoch, 13. Juni 2012, um 10.00 Uhr (Einlass ab 9.00 Uhr) in der Jahrhunderthalle Frankfurt/Main statt.

Unseren Finanzkalender mit allen wichtigen Finanzterminen 2012 finden Sie im vorderen Teil auf der Umschlagseite sowie auf unserer Website www.rhoen-klinikum-ag.com unter der Rubrik »Investoren«.



*Eugen Münch
Aufsichtsratsvorsitzender*

BERICHT DES AUFSICHTSRATS

ÜBER DAS GESCHÄFTSJAHR DER RHÖN-KLINIKUM AG VOM 1. JANUAR 2011 BIS 31. DEZEMBER 2011

BERATUNG DES VORSTANDS BEI DER LEITUNG DES UNTERNEHMENS UND ÜBERWACHUNG SEINER GESCHÄFTSFÜHRUNG

Der Aufsichtsrat hat im Geschäftsjahr 2011 die ihm nach Gesetz und Satzung obliegenden Aufgaben wahrgenommen und den Vorstand bei der Leitung des Unternehmens regelmäßig beraten und die Geschäftsführung des Vorstands sorgfältig und kontinuierlich überwacht. Der Aufsichtsrat war in alle für das Unternehmen bedeutsamen strategischen Entscheidungen unmittelbar und frühzeitig eingebunden.

Der Vorstand hat uns in den Ausschüssen und im Plenum regelmäßig in schriftlicher und mündlicher Form, zeitnah und umfassend, über alle relevanten Aspekte der Unternehmensplanung und der strategischen Weiterentwicklung des Konzerns, über den Gang der Geschäfte, besondere Vorkommnisse, die Lage des Konzerns einschließlich der Risikolage sowie über das Risikomanagement unterrichtet. Wir haben uns über alle wichtigen Vorhaben und Entwicklungen sowie über Vorgänge von besonderer Bedeutung informieren lassen. Abweichungen des Geschäftsverlaufs von den aufgestellten Plänen und Zielen wurden vom Vorstand unter Angabe von Gründen plausibel erläutert und mit uns erörtert. Die strategische Ausrichtung des Konzerns stimmte der Vorstand mit uns ab. Vorgänge von entscheidender Bedeutung für das Unternehmen haben wir anhand der Berichte des Vorstands in den zuständigen Ausschüssen und im Plenum ausführlich erörtert und zu den Beschlussvorschlägen des Vorstands, soweit es die Bestimmungen nach Gesetz und Satzung erfordern, nach intensiver Prüfung und Beratung unser Votum abgegeben. Bei eilbedürftigen Geschäftsvorfällen hat der Aufsichtsrat bzw. der zuständige Ausschuss, soweit es erforderlich war, Telefonkonferenzen abgehalten und Beschlüsse im schriftlichen Verfahren gefasst.

Darüber hinaus hat der Aufsichtsratsvorsitzende in mindestens wöchentlichen Einzelgesprächen mit dem Vorsitzenden des Vorstands, zu denen bei Bedarf punktuell weitere Vorstände oder spezialisierte Mitarbeiter hinzugezogen wurden, regelmäßigen Kontakt gehalten und die Strategie, die Geschäftsentwicklung und das Risikomanagement des Unternehmens beraten. Die in der Regel wöchentlich erfolgenden mehrstündigen persönlichen Gespräche, die bei Bedarf auch durch Telefonate ergänzt werden, dienen dazu, wechselseitige Eindrücke und Einschätzungen abzugleichen.

Der Aufsichtsratsvorsitzende pflegt Arbeitskontakte mit anderen Vorständen nur im Beisein oder nach klarer Absprache mit dem Vorstandsvorsitzenden und so gut wie nie mit anderen Mitarbeitern. Aus dem gleichen Grund ist der Kontakt zwischen Vorständen und Aufsichtsräten auf die Sitzungen beschränkt, es sei denn einzelne Aufsichtsräte nehmen bestimmte Beratungen mit Einverständnis des Vorsitzenden des Aufsichtsrats und Kenntnis des Plenums vor. Da auch der Aufsichtsratsvorsitzende sich strikt an das Verbot operativer Tätigkeit hält, finden Kontakte mit Vorständen oder Mitarbeitern des Unternehmens nur im Beisein des Vorstandsvorsitzenden statt. Damit wird sichergestellt, dass ein zwar kritisches, aber vertrauensvolles Verhältnis zwischen Vorstand und Aufsichtsrat besteht und ein klarer Abstand zum operativen Geschäft gehalten wird.

Die seit Jahren sichtbare Tendenz der aus der demographischen Entwicklung kommenden, zunehmenden inhaltlichen und mengenmäßigen Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen ist ungebrochen. Diese Nachfragesteigerung führt bei der gegebenen Umlagefinanzierung und bei Verzicht auf systemverändernde Eingriffe zu einer fortschreitenden Überlastung der zahlenden jungen Generation. Mit Mitteln wie Rationierung und Priorisierung wird versucht, das Umlagevolumen mindestens konstant zu halten. Dies erfolgt, indem die staatliche Preisfestsetzung, auch bei Ausschöpfung von Rationalisierungspotenzialen, unterhalb der Kostenentwicklung eingerichtet wird. Der so entstehende Rationalisierungsdruck ist einerseits ein ständiges Problem, andererseits entsteht durch die mangelnde Investitionsfähigkeit der öffentlichen Hand daraus ein Wettbewerbsvorteil. Der allgemein erwartete Ruck zur Privatisierung aus dieser Entwicklung erfolgte nicht, da die extreme Staatsverschuldung offensichtlich auch bei den öffentlich-rechtlichen Krankenträgern zu der Auffassung führte, dass man dieser Situation nicht entgegenwirken und sich den mit der Privatisierung verbundenen politischen Ärger auch ersparen kann. Im Ergebnis nahm die Privatisierungsneigung trotz Schuldenkrise ab, und es entstand ein Verkäufermarkt mit stark steigenden Preisen und der Verhinderung von Personalanpassungen.

Diese Antiprivatisierungshaltung wird sich nicht aufrechterhalten lassen, da die unveränderbare demographische Entwicklung und die Neigung zur Schuldenerhöhung bei steigenden Zinsen zu einem Handlungszwang der öffentlichen Hand führen werden. Wenn die durch die Rationierungsfolgen entstehenden Leistungsdefizite von den Bürgern als solche erkannt werden, wird sowohl bei den Bürgern das Verständnis als auch bei der Politik die Bereitschaft entstehen, mit Hilfe neuer Finanzierungswege und dem Wachstum aus der Erfüllung der aus der demographischen Entwicklung entstehenden Nachfrage eine Veränderung des Gesundheitsmarktes zu bewirken.

Die RHÖN-KLINIKUM AG, wie auch die anderen starken Teilnehmer dieses Marktes, werden sich durch Wachstum, verbunden auch mit steigenden Aufwendungen, auf diese Marktveränderung vorbereiten, um dann mit einem breiten Versorgungsangebot starten zu können. Hierzu werden auch Kooperationen und Zusammenschlüsse sondiert oder, wie bei unseren Mitbewerbern schon sichtbar, durchgeführt.

Die Beobachtung dieser komplexen Entwicklungen und die Erörterung mit dem Vorstand waren im vergangenen Jahr und werden sicher auch im Jahr 2012 wesentliche Eckpunkte in der Beratung und Überwachung durch den Aufsichtsrat sein. Es ist ein hochdynamischer Prozess aus Aktion und Reaktion, der in einer solchen virulenten Zwischenphase zu bewältigen ist.

In Zeiten beginnender Veränderungen des Systems werden vom Vorstand hohe Leistungsbereitschaft, Einfühlungsvermögen in die zu schaffenden Basisstrukturen und konsequente Ausrichtung verlangt. Deshalb haben Fragen der inneren Führung des Vorstands sowie personelle Perspektiven und die Beurteilung der Leistungsqualität der Vorstandsmitglieder und des Gesamtvorstands bedeutenden Raum in der Kontrollaufgabe des Aufsichtsrats eingenommen.

Bei der Beratung und Überwachung des Vorstands wird von den Mitgliedern des Aufsichtsrats eine erhöhte Sensibilität und bei aller Konsequenz auch Einfühlungsbereitschaft auf der Basis von möglichst umfassender Information über die wesentlichen Entwicklungen erwartet. Die arbeitsteilige Aufteilung des Aufsichtsrats in Ausschüsse verlangt von den Mitgliedern neben der erforderlichen Information die intensive Einarbeitung in ihre Ausschussarbeit und gleichzeitig Vertrauen in die Arbeit der anderen Gruppen. Dieses Vertrauen ist auch gegenüber dem Vorstand zu erbringen, dessen Hauptaufgabe, die Führung des Unternehmens, nicht im Übermaß von dem Kontrollbedürfnis überlagert werden darf. Die vom Aufsichtsrat geübte Praxis einer effizienten Informationsversorgung durch Bereitstellung der Ausschussprotokolle für alle nicht im jeweiligen Ausschuss eingesetzten Aufsichtsratsmitglieder und der offenen Diskussion über diese Informationen im Plenum hat sich bewährt, muss aber immer wieder neu austariert werden.

INTENSIVE UND EFFIZIENTE ARBEIT IN DEN AUSSCHÜSSEN DES AUFSICHTSRATS

Der Aufsichtsrat hat zur effizienten Wahrnehmung seiner Aufgaben insgesamt sieben ständige Ausschüsse eingerichtet, die grundsätzlich mit Mitgliedern besetzt sind, die für die besonderen Fragestellungen der Ausschüsse über konkrete Kompetenz verfügen. Die Ausschüsse handeln im Rahmen von Gesetz, Satzung und einer auf die Aufgaben abgestimmten Geschäftsordnung des Aufsichtsrats – auch anstelle desselben – als beschließende Ausschüsse, soweit dies gesetzlich möglich und vom Aufsichtsrat festgelegt ist.

Mitglieder des Aufsichtsrats, die nicht in einem Ausschuss vertreten sind oder dem Ausschuss, der gerade Verhandlungsgegenstand im Plenum ist, nicht angehören, haben als eine ihrer vornehmsten Aufgaben in der Durchsetzung ihres Informationsanspruchs die verantwortliche Einbindung des Gesamtgremiums sicherzustellen. Sie sollen der aus intensiver Zusammenarbeit mit dem Vorstand entstehenden Nähe zum Vorstand und einer möglicherweise daraus resultierenden Kontrollschwäche entgegenwirken. Es ist akzeptiert und nützlich, wenn Mitglieder, die beim aktuellen Verhandlungsgegenstand weniger kompetent sind, die Experten in der Sitzung des Plenums zu verständlichen Erklärungen ihrer jeweiligen Position veranlassen und damit der Aufsichtsratsarbeit eine breite Basis verschaffen. Es wird erwartet, dass Aufsichtsräte sich in dem Maße weiterbilden, dass sie in der Lage sind, auch den Themen, die nicht ihrem Fachgebiet entsprechen, folgen zu können. Die Vergütung der Aufsichtsrats Tätigkeit ist ausreichend, um davon in dem einen oder anderen Bereich auf eigene Kosten Wissenslücken zu schließen. Die Übernahme von Kosten für Fortbildungsveranstaltungen durch das Unternehmen wäre als zusätzliche geldwerte Leistung von der Satzung nicht gedeckt und erscheint auch im Hinblick auf das darin liegende Manipulationspotenzial nicht gerechtfertigt.

Der **Investitions-, Strategie- und Finanzausschuss** ist im Berichtsjahr zu fünf ordentlichen Sitzungen (Anwesenheitsquote 98 Prozent) zusammengetreten und führte eine Telefonkonferenz durch. Der Ausschuss berät die Entwicklung und Umsetzung der Unternehmensstrategie mit dem Vorstand und beschließt anstelle des Aufsichtsrats den Erwerb von Gesundheitseinrichtungen und genehmigungspflichtige Investitionen sowie deren Finanzierung. Darüber hinaus prüft er die vom Vorstand zu liefernden Berichte zur Investitions- und Finanzentwicklung, die dieser dem Aufsichtsratsplenum vorlegt. Eine wichtige Funktion des Investitions-, Strategie- und Finanzausschusses ist die Diskussion der Gesamt- und Teilstrategie des Vorstands zur Unternehmensentwicklung, in welche sich die konkreten Investitionsprojekte und Finanzierungen einpassen müssen. Dabei werden auch technologische, soziale und Themen der Medizinentwicklung besprochen.

Gegenstand der Strategiediskussion in allen Sitzungen dieses Ausschusses waren die in der Politik diskutierten Vorschläge zur Gesetzgebung der Gesundheitsreform und deren absehbare Auswirkungen auf den Krankenhausbereich sowie insbesondere die eingangs dargestellten Abfolgen der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts. Die sich daraus für den Konzern bietenden Maßnahmen der Gegensteuerung und Kompensation zur Vermeidung negativer Auswirkungen auf die Vermögens- und Ertragslage sowie die Nutzung sich möglicherweise ergebender Chancen aus der neuen Gesetzgebung waren Gegenstand der Beratungen. Da bislang alle gesetzgeberischen Ansätze in Leistungsrationierung münden, wird der Konzern als Leistungsanbieter mit qualifizierten Versorgungsangeboten antworten und damit seine Position gegenüber den reaktiven Teilnehmern im Gesundheitsmarkt weiter verbessern.

Einer der Kernpunkte der Strategiediskussion zwischen den Ausschussmitgliedern und dem Vorstand in mehreren Sitzungen des Ausschusses war deshalb die Entwicklung eines Geschäftsmodells zur Schaffung von Vollversorgungsselektivverträgen für ambulante und stationäre Behandlungen, deren Ziel die Verhinderung der Rationierung von Gesundheitsdienstleistungen und Wartezeiten und die Gewährung der von den Versicherten erwarteten medizinischen Qualität und Serviceleistung sein sollen. Da die Umsetzung dieses Geschäftsmodells eine breite flächendeckende Präsenz des Konzerns mit seinen Gesundheitseinrichtungen erfordert, wurden im Ausschuss Möglichkeiten diskutiert, um dieses Ziel auf schnellerem Weg als durch Einzelakquisitionen zu erreichen. Ein Teil der gegenwärtig auf dem Markt befindlichen Akquisitionsangebote entspricht nicht unseren qualitativen Anforderungen und preislichen Vorstellungen, so dass eine ausreichende Flächendeckung nur über Kooperationen und Zusammenschlüsse erreichbar sein wird.

Der Ausschuss befasste sich in mehreren Sitzungen mit den Konsequenzen hinsichtlich der medizinischen Entwicklung und der wirtschaftlichen Auswirkungen, die sich aus dem überraschenden Ausstieg von Siemens aus der Entwicklung der Partikeltherapie am Standort Marburg ergeben haben. Betriebsmodelle zur Weiterführung und Weiterentwicklung des Projekts wurden vom Vorstand vorgestellt und im Ausschuss diskutiert.

Die Fertigstellung und Inbetriebnahme der Investitionen an den Standorten der Universitätskliniken Gießen und Marburg sowie die personellen Veränderungen in der Geschäftsführung der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH waren Veranlassung, regelmäßig mit dem Vorstand die daraus resultierenden Steuerungs- und Strukturierungsmaßnahmen sowie die Maßnahmen zur Verbesserung der Geschäftsabläufe zu erörtern. Der Ausschuss ließ sich auch regelmäßig über den Stand der Verhandlungen zum Rückkehrrecht von Mitarbeitern der Universitätsklinik in den öffentlichen Dienst informieren. Diese Rechtsfolge entstand, nachdem das Bundesverfassungsgericht die Zwangsüberleitung der Mitarbeiter der ursprünglich getrennten Universitätsklinik Marburg einerseits und Gießen andererseits in eine gemeinsame Gesellschaft, die der Abwehr der Privatisierung diene, nun für verfassungswidrig erklärt hat.

Der weitere Ausbau und die Strukturierung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die Etablierung von Fach-MVZ und die Schaffung von Modellregionen für eine innovative Verbundversorgung mit dem Ziel der Erreichung eines überörtlichen, flächendeckenden ambulanten-stationären Versorgungskonzepts und -netzwerks wurde vom Ausschuss kritisch überwacht und regelmäßig diskutiert.

Neben dem Bericht des Vorstandsvorsitzenden zu aktuellen Entwicklungen erstattete der Vorstand routinemäßig in jeder Sitzung einen Akquisitionsbericht, der, neben einem Überblick über den nationalen Krankenhausmarkt, auch Ausgangsbasis für Diskussionen über geplante und konkrete Akquisitionsvorhaben mit dem Vorstand war. Die Investitionsplanung 2011 wurde nach inhaltlicher und kritischer Diskussion genehmigt.

Der Vorstand berichtete in jeder Sitzung über die Entwicklung der Investitionen und Finanzierung durch eine fortgeschriebene Investitions- und Finanzplanung, die im Rahmen eines kritischen Dialogs diskutiert wurde. Konkrete Genehmigungsanträge zu Investitionsvorhaben wurden im Ausschuss anhand ausführlicher schriftlicher Beschlussvorlagen des Vorstands, wie unter anderem Marktanalysen und Investitionsrechnungen, erörtert. Die Investitionsvorhaben wurden vom Ausschuss durch kritisches Hinterfragen auf Kompatibilität mit den neu strukturierten und geplanten Geschäftsbereichen geprüft und bei Erfüllung der Vorgaben durch Beschluss, teilweise auch durch schriftliche Beschlussverfahren, genehmigt.

Der **Personalausschuss**, der für Personalangelegenheiten des Vorstands zuständig ist und der die Personalentscheidungen des Aufsichtsrats vorbereitet, trat zu drei Sitzungen (Anwesenheitsquote 100 Prozent) zusammen. Der Ausschuss befasste sich mit der Veränderung der personellen Vorstandsstrukturen und der Neuordnung der Funktionen und Vorstandsbereiche, die durch das Ausscheiden von Herrn Dr. Christoph Straub zum 30. Juni 2011 und Herrn Wolfgang Kunz zum 30. September 2011 aus dem Vorstand erforderlich wurden. Zu Änderungen bestehender Dienstverträge und zur Aufhebung des Dienstvertrages mit Herrn Dr. Straub sowie zur Regelung von Vertragsverhältnissen mit ehemaligen Vorstandsmitgliedern wurden nach erfolgter Beratung und Diskussion Beschlussempfehlungen an das Plenum gegeben.

Die routinemäßige Überprüfung der Leitlinien zur Vergütung der Vorstandsmitglieder durch den Ausschuss führte zu keiner Veränderung des von der Hauptversammlung gebilligten Vergütungssystems.

Schwerpunkte der Beratung in mehreren Sitzungen waren die zukünftige Entwicklung der Führungsstruktur im Vorstand, insbesondere das Führungskonzept im Geschäftsbereich 1 (ambulante-stationäre Grund- und Regelversorgung) nach dem Ausscheiden von Herrn Dr. Straub, die Führungspersonalentwicklung, die Qualifizierung, Bindung und Rekrutierung von Fach- und Führungskräften sowie die langfristige Nachfolgeplanung im Vorstand.

Der Ausschuss befasste sich auch grundsätzlich mit der Entwicklung und Stellung der Frauen in Führungspositionen im Konzern. Dabei konnte er feststellen, dass Frauen in der obersten Führung der Tochtergesellschaften überdurchschnittlich beteiligt sind und eine Mehrheit der wesentlichsten Tochtergesellschaften von Frauen erfolgreich geleitet wird. Das Ergebnis einer vom Personalausschuss initiierten Dialogveranstaltung mit weiblichen Führungskräften des Konzerns zu Karrierechancen und -hindernissen wurde ausgiebig diskutiert und führte zu Empfehlungen an den Vorstand, die Frauen in der Führung zu veranlassen, Netzwerke zu bilden und parallel zur Förderung des Unternehmens ihre bestehenden Möglichkeiten unter Wahrung der Interessen desselben zu nutzen.

Der Ausschuss befasste sich auch mit der Beurteilung der Leistung und Entwicklung einzelner Vorstandsmitglieder und des Vorstands im Gesamten und der dieser Situation angemessenen Vergütung. Entsprechende Beschlussvorschläge zur diesbezüglichen Anpassung von Bezügen in den Vorstandsienstverträgen wurden unter Berücksichtigung des neuen Vergütungssystems dem Aufsichtsratsplenum vorgelegt.

Der **Vermittlungsausschuss** gemäß § 27 Abs. 3 Mitbestimmungsgesetz (MitbestG) musste auch im abgelaufenen Geschäftsjahr nicht tätig werden.

Der **Prüfungsausschuss** (Audit-Committee) tagte im Berichtsjahr fünfmal (Anwesenheitsquote 91 Prozent). An den Sitzungen nahmen regelmäßig der Vorstandsvorsitzende sowie die zuständigen Vorstände für Rechnungswesen und Finanzen/Investor Relations/Controlling teil. An zwei Sitzungen hat der Abschlussprüfer teilgenommen. Für ausgewählte Tagesordnungspunkte wurden vom Vorstand die Leiter der Abteilungen Interne Revision und Compliance hinzugezogen und standen dem Ausschuss für Berichterstattungen und Befragungen zur Verfügung.

Der Ausschuss befasste sich insbesondere mit der Prüfung und Vorberaterung des Jahresabschlusses 2010 der RHÖN-KLINIKUM AG und des Konzerns. Gegenstand der Prüfung und der Erörterung dieser Sitzungen waren auch die Einzelabschlüsse und Lageberichte und die jeweiligen Prüfungsberichte der Konzerngesellschaften, die von den Mitgliedern des Ausschusses einer kritischen Durchsicht unterzogen wurden, sowie der Vorschlag zur Verwendung des Bilanzgewinns.

Der Prüfungsausschuss hat die Unabhängigkeit des vorgesehenen Abschlussprüfers für den Jahresabschluss 2011 und für die prüferische Durchsicht des Halbjahresfinanzberichtes geprüft, die Unabhängigkeitserklärung gemäß Ziffer 7.2.1 des Deutschen Corporate Governance Kodex eingeholt, dem Plenum des Aufsichtsrats einen Wahlvorschlag an die Hauptversammlung empfohlen und nach erfolgter Wahl den Prüfungsauftrag an den Abschlussprüfer erteilt und die Honorarvereinbarung getroffen. Der Abschlussprüfer berichtete ferner über Aufträge für Leistungen, die zusätzlich zu den Abschlussprüferleistungen erbracht wurden. Die Qualifikation des Abschlussprüfers wurde vom Ausschuss überwacht. Für die Abschlussprüfung 2011 wurde ein umfangreicher Katalog von Prüfungsschwerpunkten bestimmt.

Der Ausschuss befasste sich ferner mit Grundsatzfragen der Rechnungslegung, der Unternehmensplanung, der Kapitalausstattung, der Überwachung des Rechnungslegungsprozesses, der Wirksamkeit des internen Kontrollsystems, des Risikomanagementsystems, des internen Revisionsystems und des Compliance-Systems. Die Zwischenberichte wurden regelmäßig vor ihrer Veröffentlichung mit dem Vorstand sowie der Halbjahresfinanzbericht mit Vorstand und Abschlussprüfer intensiv diskutiert. Die Ausschussmitglieder verfolgen auch weiterhin kritisch anhand der vom Vorstand vorgelegten Berichte die wirtschaftliche Eingliederung der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH in den Konzern und die Leistungsentwicklung im Zusammenhang mit den dort getätigten Großinvestitionen. Die Konsequenzen des überraschenden Ausstiegs der Siemens AG aus der Entwicklung der Partikeltherapieanlage, über die der Vorstand dem Ausschuss zeitnah berichtete, für die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage und die Unternehmensplanung wurden ausgiebig erörtert.

Der Ausschuss war über den Ablauf und den Inhalt der Prüfung der Deutschen Prüfstelle für Rechnungslegung – DPR – (reguläre Stichprobenprüfung ohne besonderen Anlass), die im Geschäftsjahr ohne Beanstandung beendet wurde, kontinuierlich vom Vorstand unterrichtet.

Der vierteljährlich vorgelegte Konzern-Controlling-Report zum Leistungs- und Finanzcontrolling, ein Bestandteil des Risikomanagementsystems, wurde mit dem Vorstand intensiv und kritisch erörtert. Dabei wird die Leistungsentwicklung der einzelnen Konzernkliniken sowohl auf Klinikebene als auch auf Fachabteilungsebene vom Vorstand dargestellt und vom Ausschuss hinterfragt und diskutiert.

Das Gremium hat sich regelmäßig über die Tätigkeit des Bereichs Interne Revision durch das zuständige Vorstandsmitglied und den Leiter Interne Revision, der an vier Sitzungen teilgenommen hat, berichten lassen. Der Ausschuss hat sich mit dem Prüfungsplan der Internen Revision für das Geschäftsjahr 2011 und dessen Fortschreibung auseinandergesetzt. Die Prüfungsberichte der Internen Revision sowie der Tätigkeitsbericht für das Jahr 2010 wurden im Ausschuss vorgelegt und mit dem Vorstand erörtert. Über die Umsetzung von Empfehlungen der Internen Revision haben wir uns durch Informationen über die Ergebnisse der Berichtsverfolgung und Nachschau durch den Vorstand unterrichten lassen.

Gegenstand der Beratungen und der Berichterstattung des Vorstands in den Sitzungen waren auch die Organisation und die Implementierung des Compliance-Management-Systems. Der Leiter der Compliance-Abteilung hat an vier Sitzungen des Prüfungsausschusses teilgenommen. Die Prüfungsberichte der Compliance-Abteilung sowie der Tätigkeitsbericht 2010 wurden im Ausschuss vorgelegt und mit dem Vorstand erörtert, das Compliance-Programm 2011 wurde gebilligt, den vom Vorstand vorgelegten Compliance-Richtlinien wurde nach umfangreicher und kritischer Diskussion zugestimmt. Zur Regelberichterstattung des Vorstands gehört auch ein vierteljährlicher Bericht über gemeldete Verstöße, Zweifelsfälle und Probleme aus dem Bereich der Compliance, der jeweils Gegenstand einer intensiven Erörterung mit dem Vorstand ist.

Bei der Aktualisierung der Entsprechenserklärung nach § 161 Aktiengesetz (AktG) zu den Empfehlungen des Deutschen Corporate Governance Kodex wurde die Fassung vom 26. Mai 2010 hinsichtlich ihrer Anwendung geprüft und berücksichtigt und dem Gesamtaufsichtsrat eine Beschlussempfehlung gegeben.

Der **Antikorruptionsausschuss** ist in Verdachtsfällen von Korruption Ansprechpartner für Mitarbeiter, Lieferanten und Patienten. Es hat sich im abgelaufenen Geschäftsjahr kein Mitarbeiter, Lieferant oder Patient an den Ausschuss mit einer Verdachtsanzeige auf Korruption gewandt. Ausschusssitzungen waren daher nicht erforderlich. Die Berichte der Revisions- und Compliance-Abteilung an den Prüfungsausschuss bestätigen den Eindruck, dass die Parteien sich weiterhin vor allem an die Compliance-Beauftragten der Kliniken wenden. Das ist ein gutes Zeichen für ein sich weiter in die Tagesabläufe integrierendes Compliance-Management-System.

Der **Medizininnovations- und Qualitätsausschuss** berät den Vorstand und den Aufsichtsrat über medizinische Entwicklungen und Entwicklungstendenzen und überwacht die Entwicklung der medizinischen Qualität. Der Ausschuss hat im Geschäftsjahr eine Sitzung (Anwesenheitsquote 100 Prozent) abgehalten. Schwerpunktthemen dieser Sitzung, die unter Mitwirkung von Fachreferenten aus dem Konzern stattfand, waren die medizinische und technische Entwicklung der Partikeltherapie und die Entwicklung der ophthalmologischen Medizinischen Versorgungszentren.

Der **Nominierungsausschuss**, der Kandidaten/-innen der Anteilseignervertreter für die Übernahme eines Aufsichtsratsamts auswählt und dem Aufsichtsrat zur Nominierung vorschlägt, wurde im Geschäftsjahr nicht tätig.

DIE ARBEIT DES AUFSICHTSRATSPLENUMS

Der Aufsichtsrat hat im Geschäftsjahr 2011 insgesamt vier ordentliche Sitzungen (Anwesenheitsquote 99 Prozent) abgehalten. Kein Mitglied nahm an weniger als der Hälfte der Sitzungen teil.

Die ordentlichen Aufsichtsratssitzungen sind in zwei Blöcke geteilt, bei denen im ersten Teil aufsichtsratsinterne und spezielle Kontrollthemen behandelt werden. Einen besonders breiten Raum nehmen dabei die Berichte der Ausschussvorsitzenden über die Arbeit der Ausschüsse ein, wobei diese Berichte sowie die Fragen und die Diskussionen hierzu über die Inhalte der allen Aufsichtsräten vorab vorliegenden Sitzungsprotokolle der Ausschüsse hinausgehen, um den nicht in den Ausschüssen vertretenen Mitgliedern Gelegenheit zu geben, umfassende Informationen zu den behandelten Themen und den gefassten Beschlüssen zu erhalten. Bei diesem Teil ist von Seiten des Vorstands grundsätzlich nur der Vorstandsvorsitzende anwesend, soweit die Sachlage nicht eine Tagung in Abwesenheit des gesamten Vorstands geboten hat.

Im zeitlich meist umfangreicheren Berichts- und Vorlagenteil berichtet zunächst regelmäßig der Vorstandsvorsitzende – und soweit erforderlich der Aufsichtsratsvorsitzende aus seiner Sicht – zu aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen und zum aktuellen Stand und der Entwicklung im Konzern. Die sich hierbei entwickelnden zu hinterfragenden Diskussionen fördern auch regelmäßig für Vorstände und Aufsichtsratsmitglieder die Weiterentwicklung eigener Erkenntnisse und das Wissen über die Sachverhalte.

In allen vier ordentlichen Aufsichtsratssitzungen hat das Plenum regelmäßig anhand der umfangreichen, aber konzentrierten und systematisierten schriftlichen Vorstandsberichte und Präsentationen die Entwicklung von Umsatz, Ergebnis, Leistungsdaten, Kennzahlen und Personal der Gesellschaft und des Konzerns sowie der Konzerneinzelgesellschaften beraten und mit dem Vorstand erörtert. Neben den Routinethemen wurden auch vorher festgelegte Schwerpunktthemen sowie Trends und Ereignisse mit Auswirkungen auf die zukünftige Entwicklung des Konzerns abgehandelt. Zur Vorbereitung einzelner Tagesordnungspunkte hat der Aufsichtsrat externen sachverständigen Rechtsrat in Anspruch genommen und mehrfach gesonderte Vorstandsberichte angefordert und erhalten.

In der Sitzung am 9. Februar 2011 hat sich der Aufsichtsrat im Rahmen einer Strategiediskussion schwerpunktmäßig mit einer Modifizierung des gegenwärtigen Geschäftsmodells befasst, um der sich abzeichnenden Rationierung von Gesundheitsleistungen durch Vollversorgungsangebote des Konzerns entgegenzuwirken. Die Erörterung erfolgte auf der Basis eines detaillierten Berichtes des Vorsitzenden des Investitions-, Strategie- und Finanzausschusses über die in diesem Ausschuss vorausgegangenen Beratungen.

Im Rahmen der Beratung zu Personalthemen wurde eine vom Personalausschuss vorgeschlagene Regelung zur Abwesenheitsvertretung des Vorstandsvorsitzenden durch einen ständigen Vertreter diskutiert, da durch den Wegfall des bisherigen stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden derzeit keine generelle Vertretungsregelung besteht. Weiteres Thema im Zusammenhang mit Vorschlägen zur Tagesordnung der Hauptversammlung war die Aufhebung der in der Satzung geregelten bestehenden Altersgrenze für Vorstand und Aufsichtsrat.

In der Bilanzsitzung am 27. April 2011 wurden in Anwesenheit der Abschlussprüfer der Jahresabschluss und der Lagebericht der RHÖN-KLINIKUM AG sowie der Konzernabschluss und der Konzernlagebericht für das Geschäftsjahr 2010 mit dem Vorstand und Abschlussprüfer erörtert. Die Abschlussprüfer berichteten über die wesentlichen Feststellungen und Ergebnisse der Prüfungen und standen dem Aufsichtsrat für Fragen und ergänzende Auskünfte zur Verfügung. Des Weiteren waren Gegenstand dieser Sitzung die Vorbereitungen zur Hauptversammlung 2011, insbesondere die Verabschiedung der Beschlussempfehlungen des Aufsichtsrats zu den Beschlussanträgen in der Tagesordnung an die Hauptversammlung nach vorausgegangener Diskussion über die Tagesordnungspunkte. Im Rahmen der Erörterung von Vorstandsangelegenheiten wurden Beschlüsse zur Beendigung des Vorstandsdienstvertrages von Herrn Dr. Straub und zur Übernahme eines Stiftungsratsmandats durch Herrn Dr. Hamann gefasst. Die vom Vorstand vorgelegte fortgeschriebene Allgemeine Geschäftsordnung des Vorstands inklusive Geschäftsverteilungsplan wurde genehmigt.

In der Sitzung am 6. Juli 2011 waren Schwerpunkte der Beratungen zu strategischen Themen die Entwicklung des Bereichs Medizinische Versorgungszentren unter Berücksichtigung der sich durch das Versorgungsstrukturgesetz ergebenden Restriktionen und die Wachstumsperspektiven des Konzerns durch den Abschluss von Vollversorgungsselektivverträgen. Wesentlichen Raum bei den Beratungen nahmen die Beurteilung der weiteren Entwicklung des Projekts Partikeltherapie am Standort Marburg sowie der Fortgang der Umstrukturierungsmaßnahmen nach Abschluss der Investitionen an den Universitätskliniken Gießen und Marburg ein.

Als Nachfolger für den zum 30. April 2011 aus dem Aufsichtsrat ausgeschiedenen Arbeitnehmervertreter Herrn Dr. Rudolf Schwab wurde in dieser Sitzung der für diesen nachgerückte Arbeitnehmervertreter Herr Helmut Bühner in den Antikorruptionsausschuss gewählt.

In der Aufsichtsratssitzung am 26. Oktober 2011 haben wir die bisherige Besetzung des Nominierungs-, des Vermittlungs- und des Prüfungsausschusses aufgelöst und eine Neuwahl der Besetzung vorgenommen. Als Folge des Ergebnisses der Neuwahl ist Herr Dr. Rüdiger Merz nicht mehr Mitglied dieser Ausschüsse. Frau Dr. Brigitte Mohn wurde neu in den Nominierungsausschuss und Herr Detlef Klimpe neu in den Vermittlungsausschuss gewählt. Die Mitgliederzahl des Prüfungsausschusses wurde von sieben auf sechs Mitglieder reduziert. Die weiteren bisherigen Mitglieder der Ausschüsse wurden wiedergewählt.

Der Aufsichtsrat hat sich in dieser Sitzung ferner mit der Rechtslage zur Investitionsverpflichtung nach dem Konsortialvertrag für die Partikeltherapieanlage am Standort Marburg gegenüber dem Land Hessen befasst, die sich nach dem Ausstieg der Siemens AG aus dem Entwicklungsprojekt ergeben hat. Die rechtlichen und wirtschaftlichen Konsequenzen aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu dem Rückkehrrecht der Arbeitnehmer der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH zum Land Hessen, die durch Zusammenschluss der Universitätsklinikum Gießen und Marburg zwangsübergeleitet wurden – eine fehlerhafte Maßnahme, die noch vor der Privatisierung, also noch unter der Obhut der Landesregierung Hessen und unter Begleitung der Mitarbeitervertretung, erfolgte und deren Auswirkungen heute den Konzern treffen –, waren ebenfalls Verhandlungsgegenstand der Sitzung.

Die vom Vorstand vorgelegte Ergebnisplanung für das Geschäftsjahr 2012 wurde hinsichtlich der Prämissen und der Planvorgaben an die Konzernunternehmen ausführlich und kritisch vom Plenum diskutiert.

In allen Aufsichtsratssitzungen hat der Aufsichtsrat die vom Vorstand für die Gesellschaft und für den Konzern vorgelegten, regelmäßig fortgeschriebenen Investitions-, Umsatz- und Liquiditätsplanungen und Ergebnishochrechnungen des Geschäftsjahres 2011 geprüft und Abweichungen unter Angabe von Gründen mit dem Vorstand beraten. Die Risikoberichterstattung erfolgte regelmäßig mit den schriftlichen Vorstandsberichten zu jeder Sitzung und wurde vom Aufsichtsrat kritisch hinterfragt.

Alle Themen wurden ausführlich unter Einbringung der fachlichen Kompetenz der Aufsichtsratsmitglieder mit dem Vorstand erörtert.

Getrennte Sitzungen nach Bänken mit dem Vorstand finden grundsätzlich nicht statt, da Informationsaustausch zwischen allen Mitgliedern des Aufsichtsrats sinnvoll und nützlich ist. Die Förderung von Fraktionsbildungen ist jedoch dem Selbstverständnis eines unabhängigen und selbstverantwortlichen Aufsichtsrats nicht dienlich. Bei Bedarf werden jedoch Vorbesprechungen ohne Teilnahme des Vorstands abgehalten, so findet z. B. zur Vorbereitung der Bilanzsitzung eine Zusammenkunft der Arbeitnehmervertreter im Aufsichtsrat statt, an der auf Wunsch auch andere Mitglieder des Aufsichtsrats teilnahmeberechtigt sind, bei der im Wesentlichen die im Prüfungsausschuss vertretenen Arbeitnehmervertreter erklärend unterstützen. Die hierdurch entstehenden Raumkosten werden von der Gesellschaft übernommen.

CORPORATE GOVERNANCE KODEX UND ENTSPRECHENSERKLÄRUNG

Der Aufsichtsrat hat sich im vergangenen Geschäftsjahr wiederum mit den Themen, der Weiterentwicklung und der Umsetzung der Regelungen des Deutschen Corporate Governance Kodex befasst.

Die Abweichungen von den Empfehlungen des Kodex sind insgesamt auf ein Minimum reduziert. Die am 3. November 2010 abgegebene Entsprechenserklärung nach § 161 AktG wurde unter Berücksichtigung der Neufassung des Kodex vom 26. Mai 2010 durch eine am 26. Oktober 2011 von Vorstand und Aufsichtsrat abgegebene aktualisierte Entsprechenserklärung ersetzt und den Aktionären auf der Website der Gesellschaft dauerhaft zugänglich gemacht.

Über die Corporate Governance berichten Vorstand und Aufsichtsrat gemeinsam gemäß Ziffer 3.10 des Deutschen Corporate Governance Kodex auf den Seiten 28 ff. dieses Geschäftsberichtes.

PRÜFUNG UND BILLIGUNG DES JAHRESABSCHLUSSES 2011

Der Vorstand hat den Jahresabschluss der Gesellschaft zum 31. Dezember 2011 und den Lagebericht für das Geschäftsjahr 2011 nach den Bestimmungen des Handelsgesetzbuchs (HGB) und den Konzernabschluss zum 31. Dezember 2011 und den Konzernlagebericht für das Geschäftsjahr 2011 gemäß § 315a HGB nach den Grundsätzen der International Financial Reporting Standards (IFRS),

wie sie in der Europäischen Union anzuwenden sind, aufgestellt. Der Jahresabschluss und der Lagebericht der Gesellschaft für das Geschäftsjahr 2011 und der Konzernabschluss und der Konzernlagebericht für das Geschäftsjahr 2011 sind von der PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Frankfurt am Main, geprüft worden. Die Prüfung hat keine Beanstandungen ergeben, der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk wurde erteilt.

Der Jahresabschluss und der Lagebericht der Gesellschaft, der Konzernabschluss und der Konzernlagebericht sowie die Prüfungsberichte des Abschlussprüfers wurden allen Mitgliedern des Aufsichtsrats zusammen mit dem Vorschlag des Vorstands für die Verwendung des Bilanzgewinns zugeleitet. Diese Unterlagen wurden vom Aufsichtsrat geprüft und jeweils vom Prüfungsausschuss und vom Aufsichtsrat mit Vertretern des Abschlussprüfers in den jeweiligen Bilanzsitzungen intensiv erörtert. Der Aufsichtsrat hat nach dem Ergebnis der Vorprüfung durch den Prüfungsausschuss und als Ergebnis seiner eigenen Prüfung dem Prüfungsergebnis der Abschlussprüfer zugestimmt und im Rahmen seiner eigenen Prüfung festgestellt, dass auch seinerseits keine Einwände zu erheben sind.

Der Aufsichtsrat hat in der Sitzung am 25. April 2012 auf Empfehlung des Prüfungsausschusses den vom Vorstand aufgestellten Jahresabschluss der Gesellschaft und den Konzernabschluss gebilligt. Der Jahresabschluss der Gesellschaft ist damit festgestellt.

Der Aufsichtsrat stimmt den Vorschlägen des Vorstands zur Verwendung des Bilanzgewinns zu.

VERÄNDERUNGEN UND BESETZUNG DES VORSTANDS

Die Zusammensetzung des Vorstands sowie die Personalien, Funktionen und Aufgabenbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder sind im Geschäftsbericht im Konzernanhang unter der Rubrik »Organe der Gesellschaft« dargestellt.

Herr Dr. Christoph Straub, Vorstand für die ambulant-stationäre Grund- und Regelversorgung, ist zum 30. Juni 2011 vorzeitig aus dem Vorstand ausgeschieden. Er hat den Vorstandsvorsitz bei der BARMER GEK übernommen. Des Weiteren ist Herr Wolfgang Kunz, Vorstand Rechnungswesen, mit Ablauf seiner Bestellung zum 30. September 2011 aus dem Vorstand ausgeschieden. Der Vorstandsbereich von Herrn Dr. Straub wurde vom Vorstandsvorsitzenden, Herrn Wolfgang Pföhler, übernommen, und der Vorstandsbereich Rechnungswesen ging in die Zuständigkeit des Vorstands Finanzen, Herrn Dr. Erik Hamann, über. Der Aufsichtsrat dankt allen ausgeschiedenen Vorstandsmitgliedern für die erfolgreiche Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren.

VERÄNDERUNGEN UND BESETZUNG DES AUFSICHTSRATS

Entsprechend den Vorgaben des Mitbestimmungsgesetzes besteht der Aufsichtsrat der RHÖN-KLINIKUM AG ab dem 31. Dezember 2005 aus 20 Mitgliedern. Zehn Aufsichtsratsmitglieder wurden von den Aktionären und zehn Aufsichtsratsmitglieder von den Arbeitnehmern gewählt.

Herr Dr. Rudolf Schwab ist durch Beendigung seines Arbeitsverhältnisses mit Wirkung zum 30. April 2011 aus dem Aufsichtsrat ausgeschieden. Als Ersatzmitglied ist Herr Helmut Bühner für die Dauer der restlichen Amtszeit dieses Aufsichtsrats nachgerückt.

Die Personalien der dem Aufsichtsrat 2011 angehörenden Mitglieder sind im Geschäftsbericht im Konzernanhang unter der Rubrik »Organe der Gesellschaft« aufgeführt. Die Übersicht weist auch die berufliche Qualifikation der einzelnen Aufsichtsratsmitglieder sowie ihre weiteren Mandate aus. Die Organisationsstruktur des Aufsichtsrats und die Besetzung der Ausschüsse im abgelaufenen Geschäftsjahr und nach derzeitigem Stand ergeben sich aus der sich diesem Bericht anschließenden Aufstellung.

Der Aufsichtsrat dankt den Vorständen, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Arbeitnehmervertretungen der Konzerngesellschaften für ihren Einsatz und die geleistete Arbeit im abgelaufenen Geschäftsjahr.

Bad Neustadt a. d. Saale, 25. April 2012

Der Aufsichtsrat

Eugen Münch
Vorsitzender

ÜBERSICHT ÜBER DIE ORGANISATIONSSTRUKTUR DES AUFSICHTSRATS UND DIE BESETZUNG DER AUSSCHÜSSE

AUFSICHTSRATSVORSITZ

Vorsitzender
Eugen Münch

1. stv. Vorsitzender
Joachim Lüddecke

2. stv. Vorsitzender
Wolfgang Mündel

BESETZUNG DER AUSSCHÜSSE

INVESTITIONS-, STRATEGIE- UND FINANZAUSSCHUSS

Eugen Münch
Vorsitzender
Peter Berghöfer
Stefan Härtel
Detlef Klimpe
Joachim Lüddecke
Michael Mendel
Wolfgang Mündel
Jens-Peter Neumann
Werner Prange

PERSONALAUSSCHUSS

Eugen Münch
Vorsitzender
Joachim Lüddecke
Dr. Brigitte Mohn
Annett Müller

VERMITTLUNGSAUSSCHUSS

Eugen Münch
Vorsitzender
Joachim Lüddecke
Sylvia Bühler
Dr. Rüdiger Merz
(bis 26. Oktober 2011)
Detlef Klimpe
(ab 26. Oktober 2011)

PRÜFUNGSAUSSCHUSS

Wolfgang Mündel
Vorsitzender
Sylvia Bühler
Caspar von Hauenschild
Detlef Klimpe
Michael Mendel
Dr. Rüdiger Merz
(bis 26. Oktober 2011)
Jens-Peter Neumann

ANTI-KORRUPTIONSAUSSCHUSS

Caspar von Hauenschild
Vorsitzender
Bettina Böttcher
Helmut Bühner
(ab 6. Juli 2011)
Dr. Rudolf Schwab
(bis 30. April 2011)
Werner Prange

MEDIZININNOVATIONS- UND QUALITÄTSAUSSCHUSS

Eugen Münch
Vorsitzender
Professor Dr. Gerhard Ehninger
Professor Dr. Dr. sc. (Harvard)
Karl W. Lauterbach
Professor Dr. Jan Schmitt
Georg Schulze-Ziehaus

NOMINIERUNGSAUSSCHUSS

Eugen Münch
Vorsitzender
Dr. Rüdiger Merz
(bis 26. Oktober 2011)
Dr. Brigitte Mohn
(ab 26. Oktober 2011)
Wolfgang Mündel

CORPORATE GOVERNANCE BERICHT

Gemeinsamer Bericht von Vorstand und Aufsichtsrat der RHÖN-KLINIKUM AG zur Corporate Governance.

CORPORATE GOVERNANCE IM KONZERN DER RHÖN-KLINIKUM AG

Für den Aufsichtsrat und den Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG ist eine verantwortungsbewusste und nachhaltige Unternehmensführung – Corporate Governance – von besonderer Bedeutung. Im Mittelpunkt des Handelns von Aufsichtsrat und Vorstand stehen effiziente, verantwortungsvolle und auf den langfristigen Unternehmenserfolg ausgerichtete Entscheidungs- und Kontrollprozesse. Zusammen mit einer transparenten, rechtlich einwandfreien und ethisch verfassten Unternehmenskultur bildet die Corporate Governance die Voraussetzung für den Erhalt und die Stärkung des Vertrauens, das uns Patienten, Aktionäre, Geschäftspartner und Mitarbeiter entgegenbringen, sowie für eine beständige Wertschöpfung in unseren Unternehmungen.

Aufsichtsrat und Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG haben sich im Geschäftsjahr 2011 turnusgemäß eingehend mit dem Corporate Governance Kodex, dessen Entwicklung und Änderungen sowie seiner Entsprechung bei der RHÖN-KLINIKUM AG und ihren Tochtergesellschaften befasst. Insbesondere wurden auch entsprechende Neuerungen des Deutschen Corporate Governance Kodex beraten.

Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, dass der Aufsichtsrat weiterhin keine konkreten Ziele in zeitlicher Hinsicht oder in Form von Quoten für seine Zusammensetzung im Sinne von Ziffer 5.4.1 Abs. 2 benennen wird. Der Aufsichtsrat wird bei seiner Besetzung die Kriterien Internationalität, Interessenkonflikte, Vielfalt sowie eine angemessene Beteiligung von Frauen beachten, sieht jedoch als ausschließliches Kriterium für seine Wahlvorschläge die Eignung der Kandidatinnen und Kandidaten und deshalb keine Notwendigkeit von dieser Praxis abzuweichen. Hinsichtlich der in Ziffer 5.4.1 Abs. 4 geforderten angemessenen Unterstützung bei der Aus- und Fortbildung der Aufsichtsratsmitglieder vertreten wir die Auffassung, dass eine Unterstützung in Form der Kostenübernahme im Rahmen von Sachleistungen nicht zulässig ist, da die Vergütung der Aufsichtsratsmitglieder abschließend in der Satzung geregelt ist und Sondervergütungen dort nicht vorgesehen sind. Wir werden unsere Aufsichtsratsmitglieder



Die »Galerie« des Bettenhauses aus Sicht des Felsengartens der Zentralklinik Bad Berka

jedoch aktiv durch Hinweise auf Maßnahmen bei der Fortbildung unterstützen. Da wir auch künftig aufgrund der konzerninternen Qualitätsanforderungen den Jahresabschluss für die Gesellschaft und den Konzern erst im April vorlegen möchten, weichen wir insgesamt mit zwei offengelegten Ausnahmen von den Empfehlungen ab. Von den nicht obligatorischen Anregungen des Deutschen Corporate Governance Kodex beachten wir die meisten.

ENTSPRECHENSERKLÄRUNG

Als Ergebnis dieser Beratungen wurde am 26. Oktober 2011 gemäß Ziffer 3.10 des Deutschen Corporate Governance Kodex in der Fassung vom 26. Mai 2010 eine von Vorstand und Aufsichtsrat der RHÖN-KLINIKUM AG gemeinsam getragene, aktualisierte Entsprechenserklärung nach § 161 Aktiengesetz (AktG) abgegeben, die auf unserer Internetseite veröffentlicht ist:

ENTSPRECHENSERKLÄRUNG NACH § 161 AKTG

(Stand: 26. Oktober 2011)

»Vorstand und Aufsichtsrat der RHÖN-KLINIKUM AG erklären, dass den vom Bundesministerium der Justiz im amtlichen Teil des elektronischen Bundesanzeigers bekannt gemachten Empfehlungen der ‚Regierungskommission Deutscher Corporate Governance Kodex‘ in der Fassung vom 26. Mai 2010 seit Abgabe der letzten Entsprechenserklärung – wie am 3. November 2010 erklärt – mit folgender Ausnahme entsprochen wurde:

Ziff. 7.1.2 Satz 4

Frist zur Zugänglichmachung des Konzernabschlusses

Geschäftsjahr der Gesellschaft und des Konzerns ist das Kalenderjahr. Der Jahresabschluss für die Gesellschaft und den Konzern wird im darauf folgenden April vorgelegt.

Der Jahresabschluss für die Gesellschaft und den Konzern wird aufgrund der besonderen konzerninternen Qualitätsanforderungen erst zu dem vorstehend angegebenen Zeitpunkt fertiggestellt.

Ziff. 5.4.1 Abs. 2, 3

Benennung konkreter Ziele zur Zusammensetzung des Aufsichtsrats

Der Aufsichtsrat benennt keine konkreten Ziele für seine Zusammensetzung im Sinne von Ziff. 5.4.1 Abs. 2. Folglich kann auch den hierauf basierenden Empfehlungen gemäß Ziff. 5.4.1 Abs. 3 nicht gefolgt werden.

Der Aufsichtsrat hat sich bei seinen Wahlvorschlägen für den Aufsichtsrat bisher ausschließlich von der Eignung der Kandidatinnen und Kandidaten leiten lassen. Dies hat sich nach Überzeugung des Aufsichtsrats bewährt. Deshalb wird keine Notwendigkeit gesehen, diese Praxis zu ändern.

Vorstand und Aufsichtsrat der RHÖN-KLINIKUM AG erklären ferner, dass den vom Bundesministerium der Justiz im amtlichen Teil des elektronischen Bundesanzeigers bekannt gemachten Empfehlungen der ‚Regierungskommission Deutscher Corporate Governance Kodex‘ in der Fassung vom 26. Mai 2010 mit folgenden Ausnahmen entsprochen werden wird:

Ziff. 7.1.2 Satz 4

Frist zur Zugänglichmachung des Konzernabschlusses

Geschäftsjahr der Gesellschaft und des Konzerns ist das Kalenderjahr. Der Jahresabschluss für die Gesellschaft und den Konzern wird im darauf folgenden April vorgelegt.

Der Jahresabschluss für die Gesellschaft und den Konzern wird aufgrund der besonderen konzerninternen Qualitätsanforderungen erst zu dem vorstehend angegebenen Zeitpunkt fertiggestellt.

Ziff. 5.4.1 Abs. 2, 3

Benennung konkreter Ziele zur Zusammensetzung des Aufsichtsrats

Der Aufsichtsrat benennt keine konkreten Ziele für seine Zusammensetzung im Sinne von Ziff. 5.4.1 Abs. 2. Folglich kann auch den hierauf basierenden Empfehlungen gemäß Ziff. 5.4.1 Abs. 3 nicht gefolgt werden.

Der Aufsichtsrat hat sich bei seinen Wahlvorschlägen für den Aufsichtsrat bisher ausschließlich von der Eignung der Kandidatinnen und Kandidaten leiten lassen. Dies hat sich nach Überzeugung des Aufsichtsrats bewährt. Deshalb wird keine Notwendigkeit gesehen, diese Praxis zu ändern.

Über die Anwendung der im Kodex enthaltenen Anregungen entscheiden Vorstand und Aufsichtsrat von Fall zu Fall; bei Abweichungen sehen der Kodex und § 161 AktG keine Veröffentlichungspflicht vor.«



Prof. Dr. med. Norbert Presselt

» Ich erwarte, dass es zukünftig die ‚Veröffentlichung der Behandlungsergebnisse‘ von Gesundheitsdienstleistern geben wird und die ‚klare Formulierung der Leistungsinhalte‘ erfolgt – auch die, die nicht angeboten werden. «



Ingeborg Gebauer

» Die Zentralklinik ist ein Anhaltspunkt für spezielle Untersuchungen, Diagnostik und Therapie. «

FÜHRUNGS- UND KONTROLLSTRUKTUR

Die RHÖN-KLINIKUM AG hat gemäß den Vorgaben des deutschen Aktien- und Gesellschaftsrechts ein duales Führungssystem mit einer strikten personellen Trennung zwischen Leitungs- und Überwachungsorgan. Dem Vorstand stehen Leitungs- und dem Aufsichtsrat Überwachungsbefugnisse zu. Eine gleichzeitige Mitgliedschaft in beiden Organen ist ausgeschlossen.

Vorstand und Aufsichtsrat sind mit dem Ziel einer nachhaltigen Wertschöpfung für das Unternehmen zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zum Wohl des Unternehmens auf der Grundlage einer ausgewogenen Aufgaben- und Verantwortungsteilung, festgelegt durch Gesetz, Satzung und Geschäftsordnungen, verpflichtet. Dem Aufsichtsrat offenzulegende Interessenkonflikte von Vorstands- und Aufsichtsratsmitgliedern traten nicht auf.

Die RHÖN-KLINIKUM AG hat eine Vermögensschadens-Haftpflichtversicherung (D&O-Versicherung) für Mitglieder des Aufsichtsrats und des Vorstands mit einem angemessenen Deckungskonzept und den nach Ziffer 3.8 Abs. 2 und 3 empfohlenen Selbstbehalten abgeschlossen. Die von der Gesellschaft übernommene Versicherungsprämie betrug im Geschäftsjahr 2011 130,0 Tsd. Euro.

HAUPTVERSAMMLUNG UND BEZIEHUNGEN ZU DEN AKTIONÄREN

Die RHÖN-KLINIKUM AG berichtet gemäß dem Wertpapierhandelsgesetz (WpHG) einmal im Quartal nach den jeweils gültigen International Financial Reporting Standards (IFRS) unter Anwendung von § 315a Handelsgesetzbuch (HGB) ihren Aktionären und der interessierten Öffentlichkeit über den Gang der Geschäfte sowie über die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Konzerns. Die vorläufigen Geschäftszahlen für ein abgelaufenes Geschäftsjahr werden ca. sechs Wochen nach dessen Abschluss und Prognosen für ein künftiges Geschäftsjahr spätestens zu dessen Beginn bekannt gegeben. Wichtige Unternehmensmeldungen werden unverzüglich veröffentlicht. Alle Berichte und Mitteilungen sind auf der Homepage unseres Unternehmens abrufbar.

Darüber hinaus berichten Vorstand und Aufsichtsrat der RHÖN-KLINIKUM AG ihren Aktionären jährlich über die Geschäftsentwicklung sowie über die Finanz- und Ertragslage in einer Ordentlichen Hauptversammlung der Gesellschaft, die üblicherweise in den ersten sechs Monaten des Geschäftsjahres stattfindet. Die zur Entscheidungsfindung unserer Aktionäre erforderlichen Informationen werden gesetzeskonform zur Verfügung gestellt.

Die Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG nehmen ihre Rechte im Rahmen der satzungsmäßig derzeit vorgesehenen Möglichkeiten ausschließlich während der Hauptversammlung durch Stimmrechtsausübung wahr. Dabei können sie ihre Stimmrechte selbst, durch einen Bevollmächtigten ihrer Wahl oder durch einen weisungsgebundenen Stimmrechtsvertreter der Gesellschaft ausüben lassen. Jede Aktie gewährt eine Stimme. Wir halten jedoch bis auf Weiteres an einer Ausübung des Stimmrechts durch persönliche Präsenz bzw. legitimierte Vertretung bei der Hauptversammlung im Interesse der Absicherung des Beschlussverfahrens fest.

Der Hauptversammlung obliegt gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Wahl des Wirtschaftsprüfers für den Jahres- und den Halbjahresabschluss unseres Konzerns sowie für den Jahresabschluss der RHÖN-KLINIKUM AG. Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses hat für die Prüfung des Halbjahresabschlusses 2011 sowie des Jahresabschlusses zum 31. Dezember 2011 als Abschlussprüfer die PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Frankfurt am Main, beauftragt, nachdem sich der Prüfungsausschuss von deren Unabhängigkeit, d. h. dem Fehlen jeglicher Abschluss- bzw. Befangenheitsgründe, eingehend überzeugt hat.

Mit dem Abschlussprüfer haben wir die nach dem Deutschen Corporate Governance Kodex erforderlichen Vereinbarungen zur Durchführung der Abschlussprüfung getroffen. So wird der Abschlussprüfer den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses unverzüglich unterrichten, wenn während der Prüfung Ausschluss- oder Befangenheitsgründe auftreten, soweit diese nicht beseitigt werden. Der Abschlussprüfer soll auch über alle für die Aufgaben des Aufsichtsrats wesentlichen Feststellungen und Vorkommnisse berichten, die sich bei der Abschlussprüfung ergeben. Soweit bei der Durchführung der Abschlussprüfung Tatsachen festgestellt werden, aus denen sich ergibt, dass die nach § 161 AktG vom Vorstand und Aufsichtsrat abgegebene Entsprechenserklärung unrichtig ist, wird der Abschlussprüfer den Aufsichtsrat informieren bzw. dies im Prüfungsbericht vermerken.

Die Hauptversammlung hat im Geschäftsjahr 2011 das vom Aufsichtsrat beschlossene Vergütungssystem gebilligt. Es ist vorgesehen, künftige Änderungen des Vergütungssystems zur Billigung der Hauptversammlung vorzulegen.

VORSTAND

Der Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG bestand zu Beginn des Geschäftsjahres 2011 aus sieben Mitgliedern und wurde 2011 von einem Vorsitzenden geleitet. Mit Wirkung zum 1. Januar 2011 wurde Herr Martin Menger als Mitglied in den Vor-

stand berufen. Zum 30. Juni 2011 ist Herr Dr. Christoph Straub, und zum 30. September 2011 ist Herr Wolfgang Kunz aus dem Vorstand ausgeschieden. Die Geschäftsverteilung innerhalb des Vorstands wurde jeweils entsprechend angepasst. Das bisherige Amt des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden ist mit Wirkung zum 1. Januar 2011 entfallen. Bezüglich weiterer Informationen wird auf die Angaben im Konzernanhang auf den Seiten 110 ff. verwiesen.

Der Vorstand leitet die Gesellschaft und führt die Geschäfte in gemeinschaftlicher Verantwortung nach Maßgabe einer Geschäftsordnung. Die Aufgabenbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder ergeben sich aus operativen bzw. funktionalen Zuständigkeiten. Dem Vorstandsvorsitzenden obliegen die Unternehmenspolitik und die grundsätzliche strategische Ausrichtung des Konzerns.

Der Vorstand berichtet dem Aufsichtsrat regelmäßig, zeitnah und umfassend über alle bedeutenden Fragen der Geschäftsentwicklung und der Lage des Konzerns und seiner Gesellschaften. Er stimmt die strategische Weiterentwicklung des Konzerns mit dem Aufsichtsrat ab und erörtert mit ihm die Umsetzung. Über Ereignisse von besonderer Bedeutung berichtet der Vorstandsvorsitzende dem Aufsichtsratsvorsitzenden unverzüglich. Zustimmungspflichtige Geschäfte und Maßnahmen werden dem Aufsichtsrat rechtzeitig vorgelegt.

Die Mitglieder des Vorstands sind verpflichtet, sich ergebende Interessenkonflikte unverzüglich offenzulegen. Ferner bedürfen sie für Nebentätigkeiten jeglicher Art der Zustimmung des Aufsichtsrats. Geschäfte zwischen Vorstandsmitgliedern bzw. ihnen nahe stehenden Personen oder ihnen persönlich nahe stehenden Unternehmen einerseits und der RHÖN-KLINIKUM AG andererseits bedürfen ebenfalls der Zustimmung durch den Aufsichtsrat. Im Geschäftsjahr 2011 ist es nicht zu Interessenkonflikten von Vorstandsmitgliedern der RHÖN-KLINIKUM AG gekommen. In der Hauptversammlung am 8. Juni 2011 wurde die Änderung der Satzung bezüglich der Altersgrenze des Vorstands beschlossen. Diese sieht jetzt nur noch eine feste Altersgrenze von 65 Jahren, gemäß der Ziffer 5.1.2 Absatz 2 letzter Satz des Deutschen Corporate Governance Kodex, vor.

AUFSICHTSRAT

Der Aufsichtsrat berät den Vorstand bei der Leitung und überwacht dessen Geschäftsführung. Die enge und effiziente Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Aufsichtsrat mit dem gemeinsamen Ziel einer nachhaltigen Wertschöpfung erfolgt auf Basis einer Geschäftsordnung für die Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Aufsichtsrat.



Dr. med. Torsten Schreiber

» Für kritisch kranke Patienten funktioniert nur ‚Networking‘, vor allem zwischen Kliniken. «



Robert Kette

» Zukünftig wird im Gesundheitswesen eine ‚offene Transparenz und das Zusammenwachsen von ambulanten und stationärem Sektor unter Berücksichtigung von datenschutzrelevanten Regelungen‘ zu beobachten sein. Dabei sollte die ‚Verfügbarkeit von Befunden und der Vorgeschichte mit Einverständnis der Patienten jedem Behandler geboten werden. «

Der Aufsichtsrat der RHÖN-KLINIKUM AG ist nach den Vorgaben des Mitbestimmungsgesetzes paritätisch mit insgesamt 20 Vertretern der Anteilseigner und der Arbeitnehmer besetzt und trat im Jahr 2011 zu vier turnusgemäßen Sitzungen zusammen.

Der Vorsitzende des Aufsichtsrats ist Herr Eugen Münch, der diese Aufgabe hauptamtlich wahrnimmt. Gemäß § 14.1 der Satzung stehen dem Aufsichtsrat für die Erledigung seiner Aufgaben ein Aufsichtsratsbüro mit Sekretariat sowie die Fahrbereitschaft zu dessen Nutzung zur Verfügung.

Die Wahl der Anteilseignervertreter in den Aufsichtsrat erfolgte im Jahr 2010 gemäß den Empfehlungen des Corporate Governance Kodex in Form der Einzelwahl. Bei den Vorschlägen zur Wahl der Mitglieder des Aufsichtsrats wurden sowohl Qualifikation auf der Basis eines fachlichen Anforderungsprofils als auch Unabhängigkeit zur Vermeidung von Interessenkonflikten berücksichtigt. Die Amtsperiode des Aufsichtsrats beträgt fünf Jahre und endet mit Beendigung der Hauptversammlung, in der über die Entlastung des Aufsichtsrats für das Geschäftsjahr 2014 beschlossen wird. Die satzungsgemäß bestehende Altersgrenze wurde in der Hauptversammlung am 8. Juni 2011 auf 75 Jahre angehoben.

Soweit Mitglieder dieses Aufsichtsrats auch in Aufsichtsräten oder vergleichbaren Gremien anderer Unternehmen oder Organisationen Mandate ausüben, haben sich nach Auffassung des Aufsichtsrats der RHÖN-KLINIKUM AG aus der Mitgliedschaft zu diesen Aufsichtsräten keine Interessenkonflikte ergeben, die zu einer Beeinträchtigung der Mandatsausübung führen könnten.

Eine Anfrage nach § 90 Abs. 3 AktG an den Vorstand durch eine Arbeitnehmervertreterin, die als Gewerkschaftssekretärin auch Tarifarbeit und Tarifpolitik zu ihren Aufgaben zählt, ergab Anlass zur Diskussion über einen eventuellen Interessenkonflikt. Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand einen Teil der geforderten Auskünfte bislang noch nicht erteilt.

Die Geschäftsordnung des Aufsichtsrats sieht die Bildung von Ausschüssen vor. Im Jahr 2011 bestanden sieben ständige Ausschüsse: der Vermittlungs-, Personal-, Prüfungs- sowie der Investitions-, Strategie- und Finanzausschuss als beschließende Ausschüsse i. S. v. § 107 Abs. 3 AktG und der Antikorruptions-, Nominierungs- sowie der Medizininnovation- und Qualitätsausschuss. Die jeweiligen Ausschussvorsitzenden berichten regelmäßig an den Aufsichtsrat über die Arbeit der Ausschüsse.

Der **Vermittlungsausschuss** unterbreitet dem Aufsichtsrat Vorschläge für die Bestellung von Vorstandsmitgliedern,

wenn im ersten Wahlgang die erforderliche Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Aufsichtsratsmitglieder nicht erreicht wird.

Der **Personalausschuss** ist für die Personalangelegenheiten des Vorstands zuständig. Insbesondere prüft er Bewerber für das Vorstandsamt und macht dem Aufsichtsrat Vorschläge zur Bestellung. Zu seinen Aufgaben gehören die Verhandlungen, die vorbereitenden Maßnahmen zum Abschluss, zur Änderung und zur Beendigung von Vorstandsdienstverträgen und anderen Verträgen, die Leistungsbeurteilung des Vorstands sowie die regelmäßige Überprüfung der Angemessenheit und Üblichkeit der Vorstandsvergütung, der Leitlinien zur Vergütung für Vorstandsmitglieder und der Abgabe diesbezüglicher Beschlussempfehlungen an das Aufsichtsratsplenum.

Der **Prüfungsausschuss** bereitet die Beschlüsse des Aufsichtsrats über die Feststellung des Jahresabschlusses und Billigung des Konzernabschlusses durch eine vorbereitende interne Prüfung der Jahresabschlüsse und Lageberichte vor. Er prüft den Gewinnverwendungsbeschluss und erörtert im Rahmen einer Vorberatung die Jahresabschlüsse und Prüfungsberichte mit dem Abschlussprüfer. Zu den Aufgaben gehören neben der Auswahl und der Beauftragung des Abschlussprüfers einschließlich Honorarvereinbarung auch dessen Überprüfung und Überwachung der Unabhängigkeit und Qualität sowie der vom Abschlussprüfer zusätzlich erbrachten Leistungen. Der Prüfungsausschuss überwacht die Finanzberichterstattung einschließlich der Zwischenberichte, den Rechnungslegungsprozess, die Wirksamkeit des internen Kontrollsystems und des Risikomanagementsystems und des internen Revisionsystems. Er befasst sich mit Grundsatzfragen der Rechnungslegung, der Corporate Governance und der Compliance. Bei der Wahl der Mitglieder hat der Aufsichtsrat auf die Unabhängigkeit der Ausschussmitglieder und besondere Erfahrungen und Kenntnisse in der Anwendung der Rechnungslegungsvorschriften und internen Kontrollprozesse geachtet.

Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses, Herr Wolfgang Mündel, verfügt als langjähriges Mitglied des Aufsichtsrats der RHÖN-KLINIKUM AG über die erforderliche Kenntnis des Unternehmens und seines Marktumfelds und hat als Wirtschaftsprüfer und Steuerberater die nach Ziffer 5.3.2 des Deutschen Corporate Governance Kodex erforderliche Qualifikation für diese anspruchsvolle Funktion. Als stellvertretender Aufsichtsratsvorsitzender nimmt er seine Tätigkeit im Aufsichtsrat hauptamtlich wahr. Dem Prüfungsausschuss gehören sogenannte Financial Experts an, die die Voraussetzungen des § 100 Abs. 5 AktG erfüllen.

Der **Investitions-, Strategie- und Finanzausschuss** berät den Vorstand bei der Strategie zur Unternehmensentwicklung. Er beschließt i. S. v. § 107 Abs. 3 AktG über die Genehmigung von Klinikübernahmen, zustimmungspflichtige sonstige Investitionen und deren Finanzierung. Gleichzeitig prüft und kommentiert er die vom Vorstand an den Aufsichtsrat vorzulegenden Berichte zur Investitions- und Finanzentwicklung sowie zu grundsätzlichen strategischen Entwicklungen.

Der **Antikorruptionsausschuss** ist in Korruptionsverdachtsfällen Ansprechpartner für Mitarbeiter, Lieferanten und Patienten und berät den Vorstand bei Maßnahmen zur Korruptionsprävention. Die Mitglieder unterliegen einer erhöhten Schweigepflicht und sind vorbehaltlich entgegenstehender gesetzlicher Regelungen dem Aufsichtsrat auskunfts- und rechenschaftspflichtig, wenn sie nachhaltig Anlass haben, Korruption in konkreten Fällen zu befürchten. Der Ausschuss hat ein Antragsrecht zur Veranlassung von Sonderprüfungen, über welche der Prüfungsausschuss entscheidet.

Der **Nominierungsausschuss** gibt den Anteilseignervertretern im Aufsichtsrat Empfehlungen für die Nominierung von Kandidatinnen und Kandidaten der Anteilseignervertreter zur Wahl in den Aufsichtsrat durch die Hauptversammlung.

Der **Medizininnovations- und Qualitätsausschuss** berät über medizinische Entwicklungen und Entwicklungstendenzen und überwacht die Entwicklung der medizinischen Qualität. Er bereitet für das Aufsichtsratsplenum, den Investitions-, Strategie- und Finanzausschuss und den Vorstand Stellungnahmen vor.

Der Aufsichtsrat überprüft fortlaufend intern die Effizienz seiner Tätigkeit und lässt regelmäßig durch einen externen Berater eine Effizienzprüfung durchführen. Die auf Fragebögen und Gespräche gestützte externe Prüfung im Jahr 2010 hat im Ergebnis die Erwartungen des Aufsichtsrats an eine effiziente Amtsführung erfüllt.

Eine ausführliche Darstellung der Arbeit der einzelnen Ausschüsse im Geschäftsjahr 2011 sowie deren Zusammensetzung sind im Bericht des Aufsichtsrats des Geschäftsberichtes 2011 auf den Seiten 14 ff. enthalten.

SONSTIGE GREMIEN

Als weiteres Gremium ist bei der RHÖN-KLINIKUM AG ein Beirat konstituiert. Er berät den Vorstand über die zukünftigen Entwicklungen im Krankenhaus- und Gesundheitswesen sowie über Fragen der medizinischen Entwicklung. Bezüg-



Dr. med. Claus Peter Schneider

» Ich persönlich wünsche mir sowohl von einem ambulanten als auch von einem stationären Gesundheitsdienstleister ‚allgemein eine Orientierung an den Erfordernissen‘, darüber hinaus ‚Glaubwürdigkeit‘ und dass er den ‚Patienten als Individuum‘ behandelt sowie mit Berufskollegen ‚Partnerschaften‘ eingeht und sie nicht als ‚Konkurrenz‘ sieht. «



Silke Berger

» Das Portfolio der Zentralklinik weist zum Teil einzigartige Spezialleistungen auf. Durch den starken Wettbewerbsdruck aus dem Umfeld muss die Zentralklinik Bad Berka durch hohes Engagement und besonders gute Qualität in der Behandlung hervorstechen. Das ist bisher auch gut gelungen. «

lich weiterer Informationen zum Beirat der Gesellschaft verweisen wir auf die Angaben im Konzernanhang.

TRANSPARENZ

Wir kommunizieren mit unseren Aktionären aktiv, offen und transparent und behandeln alle Aktionäre gleich. Zur zeitnahen und gleichmäßigen Information nutzen wir geeignete Kommunikationskanäle wie das Internet und Dienstleister für eine aktive europaweite Verbreitung. Auf unserer Internetseite www.rhoen-klinikum-ag.com unter der Rubrik »Investoren« veröffentlichen wir unseren Finanzkalender mit allen wichtigen Terminen für Analysten, Investoren, Aktionärsvereinigungen und Medien. Weiterhin veröffentlichen wir auf unserer Internetseite Informationen über unsere Aktie und ihren Kursverlauf sowie Informationen, die uns unmittelbar betreffen. Sobald uns bekannt wird, dass jemand durch Erwerb, Veräußerung oder auf sonstige Weise die gesetzlichen Schwellenwerte für Stimmrechte an der Gesellschaft erreicht, über- oder unterschreitet, veröffentlichen wir diese ebenfalls unverzüglich auch auf unserer Internetseite.

Wir legen alle Meldungen über den Erwerb und die Veräußerung von Aktien der Gesellschaft oder sich darauf beziehende Finanzinstrumente gemäß § 15a WpHG von Mitgliedern des Vorstands und des Aufsichtsrats auf unserer Internetseite offen. Die Mitglieder von Aufsichtsrat und Vorstand hielten zum 31. Dezember 2011 zusammen 12,56 Prozent am Grundkapital. Auf den Aufsichtsrat entfallen hiervon 12,56 Prozent der ausgegebenen Aktien. Herr Eugen Münch und seine Ehefrau Ingeborg halten zusammen 12,45 Prozent des Grundkapitals und die weiteren Mitglieder des Aufsichtsrats 0,11 Prozent der ausgegebenen Aktien. Die Mitglieder des Vorstands halten zusammen 0,003 Prozent des Grundkapitals.

Ebenfalls berichten wir in unserem Konzernanhang über die Beziehungen der RHÖN-KLINIKUM AG und ihrer Tochtergesellschaften zu nahe stehenden Personen bzw. diesem Personenkreis nahe stehenden Unternehmen offen. Die mit diesem Personenkreis geschlossenen Verträge sowie die erbrachten Leistungen wurden vom Aufsichtsrat geprüft und genehmigt. Nach Auffassung von Vorstand und Aufsichtsrat haben die Verträge keine Auswirkungen auf die Unabhängigkeit des Aufsichtsratsmitglieds.

UMGANG MIT RISIKEN UND PERSÖNLICHE INTEGRITÄT

Den Grundsätzen verantwortungsvollen unternehmerischen Handelns folgt auch unser Umgang mit Chancen und Risiken.

Das von der RHÖN-KLINIKUM AG eingerichtete Risikomanagementsystem wurde mit dem Ziel der frühzeitigen Risikoerkennung auf Ebene der RHÖN-KLINIKUM AG eingerichtet und gleichzeitig auch auf Kliniken und Beteiligungen übertragen. Das Risikoprofil und seine Veränderungen ermöglichen es dem Vorstand, auf eine veränderte Risikolage des Konzerns frühzeitig und angemessen zu reagieren und Chancen auszunutzen. Das Risikomanagementsystem wird im Rahmen der jährlichen Abschlussprüfung von unseren Wirtschaftsprüfern geprüft.

Compliance im Sinne von Verwirklichung persönlicher Integrität bei der Unternehmensführung wird vom Vorstand als wesentliche Führungsaufgabe angesehen. Danach ist der Vorstand angehalten, alle Maßnahmen zur Einhaltung von Recht, Gesetz und konzerninternen Richtlinien selbst einzuhalten und im Umgang mit Mitarbeitern und Geschäftspartnern um- und durchzusetzen. Es besteht für die RHÖN-KLINIKUM AG und alle anderen Konzernunternehmen eine Compliance-Richtlinie, die in regelmäßigen Abständen geändert und angepasst wird. Der Schwerpunkt unserer Compliance-Aktivitäten liegt im Bereich der aktiven und passiven Korruptionsbekämpfung. Korruptionsverstöße werden nicht geduldet und über alle Führungs- und Mitarbeitererebenen strikt sanktioniert. Alle unsere Mitarbeiter sind in ihren jeweiligen Aufgabenbereichen aufgefordert, aktiv Korruptionstatbestände aufzudecken. Ihnen steht dabei ein zur Verschwiegenheit verpflichteter Ausschuss des Aufsichtsrats (Antikorruptionsausschuss) unmittelbar zur Verfügung.

VERGÜTUNGSBERICHT

Die Vergütung für Aufsichtsrat und Vorstand besteht aus festen und variablen Bestandteilen. Vergütungsbestandteile in Form von Aktienoptionsplänen oder ähnliche Vergütungen bestehen nicht. Die Bezüge von Aufsichtsrat und Vorstand werden – aufgeteilt nach fixen und variablen Anteilen – individualisiert am Ende dieses Berichtes tabellarisch aufgeführt.

Der Vergütungsbericht fasst die Grundsätze zusammen, die für die Festlegung der Vergütung des Vorstands der RHÖN-KLINIKUM AG angewendet werden, und erläutert Struktur und Höhe der Vorstandseinkommen. Darüber hinaus werden Grundsätze und Höhe der Vergütung des Aufsichtsrats und des Beirats beschrieben sowie Angaben zum Aktienbesitz von Vorstand und Aufsichtsrat gemacht.

VERGÜTUNG DES VORSTANDS

Der Aufsichtsrat hat das Vergütungssystem für den Vorstand in den Leitlinien zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der RHÖN-KLINIKUM AG (Vergütungsleitlinien) festgelegt.

Die Gesamtvergütung der Vorstandsmitglieder besteht aus mehreren Vergütungsbestandteilen. Im Einzelnen handelt es sich um das Grundgehalt, die Tantieme, Nebenleistungen (Sachbezüge) und eine bedingte Altersvorsorgeleistung.

Für die Festlegung der individuellen Vorstandsvergütung ist gemäß dem am 5. August 2009 in Kraft getretenen Gesetz zur Angemessenheit der Vorstandsvergütung (VorstAG) das Plenum nach Vorbereitung durch den Personalausschuss zuständig. Der Aufsichtsrat hat am 10. Februar 2010 das Vergütungssystem an die neuen gesetzlichen Vorschriften durch Neufassung der Vergütungsleitlinien angepasst. Diese Leitlinien finden grundsätzlich, bis auf begründete Ausnahmen, auf alle Vorstandsdienstverträge Anwendung, die ab diesem Zeitpunkt abgeschlossen oder geändert werden.

WESENTLICHER INHALT DES VERGÜTUNGSSYSTEMS

Das Vergütungssystem sieht vor, dass bei Festlegung und Überprüfung der Gesamtbezüge der Vorstandsmitglieder durch den Aufsichtsrat die Kriterien für die Angemessenheit und Üblichkeit sowie die Aufgaben des einzelnen Vorstandsmitglieds, seine persönliche Leistung, die wirtschaftliche Lage und der Erfolg des Unternehmens zu beachten sind und die Gesamtbezüge die übliche Vergütung nicht ohne besondere Gründe übersteigen. Bei einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage des Unternehmens wird der Aufsichtsrat die Gesamtbezüge nach Maßgabe des § 87 Abs. 2 AktG herabsetzen, wenn die Weitergewährung der Gesamtbezüge unbillig wäre.

Die Vergütung für die Vorstandsmitglieder setzt sich aus erfolgsunabhängigen und einer erfolgsbezogenen Komponente zusammen. Die erfolgsunabhängigen Teile bestehen aus dem Grundgehalt und den Nebenleistungen, während die erfolgsbezogene Komponente aus einer Tantieme besteht. Die bedingten Altersvorsorgeleistungen basieren grundsätzlich auf der Jahresvergütung zum Zeitpunkt der Beendigung des Dienstverhältnisses und werden somit durch die erfolgsunabhängigen und erfolgsabhängigen Komponenten des Vergütungssystems beeinflusst.

Gemäß nachstehend beschriebenen Regelungen bestehen bei den Vorstandsvergütungen faktische Obergrenzen, da positive Ergebnisentwicklungen nur unterproportional



Frank Rokosch

» Die Zentralklinik Bad Berka hat als Großkrankenhaus in der Region eine besondere Stellung inne: Sie ist ein ‚relativ sicherer Arbeitgeber, insbesondere für Frauen (Kindertagesstätte, Schule, Freizeitangebot)‘; sie ist ‚Auftraggeber für eine Vielzahl von Dienstleistungen‘, durch ihre Existenz bietet sie kurze Wege für medizinische Vollversorgung der Bewohner und fördert die ‚Ansiedlung von Handel und Kultur‘ sowie die ‚Wohnraumvermietung der Kommune‘. «



Steffi Wels

» Gesundheitsdienstleister sollten überregional vernetzt und fachübergreifend sein. «

vergütungsrelevant werden und selbst bei Ergebniskonstanz die variablen Vergütungen im Vergleich zum Vorjahr bereits abnehmen.

Das Grundgehalt beträgt in der Regel 192.000 Euro p. a. und wird als leistungsunabhängige Vergütung in zwölf gleichen Monatsraten ausbezahlt. Der Vorstandsvorsitzende erhält in der Regel das 1,5- bis 2-Fache des Regelgehalts. Zusätzlich erhalten die Vorstandsmitglieder Nebenleistungen in Form von Sachbezügen, die im Wesentlichen aus dem nach den steuerlichen Richtlinien anzusetzenden Wert für private Dienstwagennutzung, den Versicherungsprämien für eine Unfallversicherung sowie der D&O-Versicherung bestehen. Als Vergütungsbestandteil sind die Dienstwagennutzung und die Versicherungsprämien zur Unfallversicherung vom einzelnen Vorstandsmitglied zu versteuern. Sie stehen allen Vorstandsmitgliedern prinzipiell in gleicher Weise zu; die Höhe variiert je nach der persönlichen Situation.

Die erfolgsbezogene Komponente der Vergütung ist die Tantieme, deren Höhe sich an der Entwicklung des Konzernergebnisses in den letzten drei Geschäftsjahren als mehrjährige Bemessungsgrundlage orientiert. Bezugsgröße ist das Konzernergebnis nach Minderheitenanteilen nach den jeweils geltenden IFRS. Einmalige Auswirkungen durch außerordentliche Entwicklungen, die das Konzernergebnis beeinflusst haben, werden eliminiert. Die Tantieme besteht aus einem Basisanteil und einem Performance-Anteil. Der Basisanteil wird als absoluter Betrag (Basisbetrag) zum Zeitpunkt seiner Ermittlung aus der Bemessungsgrundlage für die Dauer des Dienstvertrages vom Aufsichtsrat festgelegt und kann auf Anforderung des jeweiligen Vorstands jeweils in zwölf gleichen Monatsraten als Vorschuss ausbezahlt werden, aktuell hat von diesem Recht kein Vorstand Gebrauch gemacht. Der Basisanteil beträgt zu Beginn oder bei einer Änderung des Dienstvertrages ca. zwei Drittel der Bemessungsgrundlage. Der Tantiemesatz für den Basisanteil ist für alle Vorstandsmitglieder gleich und wird auf Empfehlung des Personalausschusses durch den Aufsichtsrat festgelegt. Unterschreitet die für ein Geschäftsjahr ermittelte Bemessungsgrundlage den Basisbetrag, so ist dieser Tantiemesatz auf den reduzierten Basisbetrag anzuwenden. Die nicht gedeckte Vorauszahlung auf die Basisantienteile führt zu einem Rückforderungsanspruch der Gesellschaft. Der Performance-Anteil ergibt sich jeweils als Differenz zwischen der für das jeweilige Geschäftsjahr ermittelten Bemessungsgrundlage abzüglich des Basisbetrages. Der Tantiemesatz für diesen Performance-Anteil wird individuell für jedes Vorstandsmitglied unter Berücksichtigung von Leistung, Aufgaben und Anzahl der Amtsperioden durch den Aufsichtsrat auf Empfehlung des Personalausschusses festgelegt. Der Vorstandsvorsitzende erhält in der Regel die 1,5- bis 2-fachen

Tantiemesätze. Für erstmals bestellte, insbesondere für stellvertretende Vorstandsmitglieder kann eine angemessene Ermäßigung der Tantiemesätze vereinbart werden. Das Gleiche gilt, wenn dafür besondere Gründe vorliegen, auch für die übrigen Vorstandsmitglieder.

Endet der Dienstvertrag eines Vorstandsmitglieds, ohne dass in dessen Person ein wichtiger Grund vorliegt, oder verstirbt das Vorstandsmitglied während seiner Amtszeit, so erhält das Vorstandsmitglied (bzw. im Todesfall seine Erben) eine Altersvorsorgeleistung in Form einer Einmalzahlung. Diese beträgt für jedes volle Jahr der Tätigkeit als Vorstandsmitglied das 0,125-Fache der Jahresbezüge (Jahresgrundgehalt zuzüglich Tantieme) für das Kalenderjahr des Ausscheidens bzw. des Todesfalls, höchstens jedoch das 1,5-Fache dieser letzten Bezüge, aber mindestens das 1,5-Fache der Durchschnittsvergütung während der Vertragslaufzeit für die Dauer der Vorstandstätigkeit. Die Altersvorsorgeleistung ist sechs Monate nach Ablauf desjenigen Geschäftsjahres zur Zahlung fällig, in welchem der Dienstvertrag endet oder das Vorstandsmitglied verstorben ist. Die Gewährung der Altersvorsorgeleistung entfällt in der Regel, wenn ein Vorstandsmitglied von sich aus den Dienstvertrag vor Erreichung des 60. Lebensjahres aus einem Grund kündigt, den die Gesellschaft nicht zu vertreten hat, oder diesen nicht verlängert, obwohl ihm eine Verlängerung angeboten wurde.

Erhält ein Vorstandsmitglied bei vorzeitiger Beendigung der Vorstandstätigkeit ohne wichtigen Grund eine Abfindung, so darf die Summe dieser Leistung einschließlich der Nebenleistungen den Wert von zwei Jahresvergütungen nicht überschreiten und nicht mehr als die Restlaufzeit des Anstellungsvertrages vergüten.

Weitere Leistungen, wie zum Beispiel Pensionszusagen, Aktioptionen oder Kreditgewährungen werden Vorstandsmitgliedern derzeit nicht gewährt.

Die Vergütung der aktiven Mitglieder des Vorstands belief sich im Geschäftsjahr 2011 auf 6,5 Mio. Euro (im Vj. 9,1 Mio. Euro). Von diesem Betrag entfielen 1,4 Mio. Euro (Vj. 1,9 Mio. Euro) auf erfolgsunabhängige Komponenten und 5,1 Mio. Euro (Vj. 7,2 Mio. Euro) auf variable Gehaltsbestandteile. Die Ansprüche auf Altersvorsorgeleistungen der Mitglieder des Vorstands betragen 3,5 Mio. Euro (Vj. 7,1 Mio. Euro).

VERGÜTUNG DES AUFSICHTSRATS

Die Vergütung des Aufsichtsrats ist in § 14 der Satzung geregelt. Sie ist leistungsbezogen und orientiert sich am Zeitaufwand, an den Aufgaben und an der funktional über-

nommenen Verantwortung der Aufsichtsratsmitglieder sowie am wirtschaftlichen Erfolg des RHÖN-KLINIKUM Konzerns. Die Aufsichtsratsvergütung setzt sich aus fixen und variablen Bestandteilen zusammen.

Neben der Erstattung der Auslagen erhalten die Mitglieder des Aufsichtsrats eine Vergütung, die sich aus folgenden Elementen zusammensetzt: aus einem fixen Grundbetrag von 20 Tsd. Euro p. a. und einem fixen Sitzungsgeld von 2 Tsd. Euro für jede persönliche Teilnahme an einer Sitzung des Aufsichtsrats, eines Ausschusses und einer Hauptversammlung. Der Aufsichtsratsvorsitzende und seine Stellvertreter erhalten den doppelten Betrag des fixen Sitzungsgeldes. Die Vorsitzenden von beschließenden Ausschüssen erhalten ebenfalls den doppelten Betrag, wenn sie nicht zugleich Aufsichtsratsvorsitzender oder stellvertretender Aufsichtsratsvorsitzender sind.

Des Weiteren erhält der Aufsichtsrat eine erfolgsabhängige Vergütung in Höhe von 1,25 Prozent des modifizierten Konzerngewinns der RHÖN-KLINIKUM AG. Der Konzerngewinn wird zu diesem Zweck um einen Betrag in Höhe von 4 Prozent der auf das Grundkapital der RHÖN-KLINIKUM AG geleisteten Einlage vermindert. Die Verteilung des Gesamtbeitrages auf die einzelnen Mitglieder des Aufsichtsrats erfolgt nach einer vom Aufsichtsrat erlassenen Vergütungsordnung. Hierbei werden neben der übernommenen Verantwortung insbesondere auch der Zeitaufwand des einzelnen Mitglieds sowie der unterjährige Belastungswechsel der Aufsichtsratsmitglieder berücksichtigt.

Vorsitz und Mitgliedschaft in den Aufsichtsratsausschüssen werden entsprechend dem Deutschen Corporate Governance Kodex gesondert vergütet. Aufsichtsratsmitglieder, die nur während eines Teils des Geschäftsjahres dem Aufsichtsrat angehören, erhalten eine im Verhältnis anteilige Vergütung.

Mitgliedern des Aufsichtsrats werden sämtliche Auslagen, die im Zusammenhang mit der Ausübung des Mandats entstehen, sowie die auf die Bezüge entfallende Umsatzsteuer ersetzt. Dem Aufsichtsratsvorsitzenden werden der Fahrdienst der Gesellschaft und ein Büro mit Sekretariat zur Verfügung gestellt.

Mitglieder des Aufsichtsrats erhalten von der Gesellschaft keine Kredite.

Die Vergütung der aktiven Mitglieder des Aufsichtsrats betrug 2,7 Mio. Euro (Vj. 2,4 Mio. Euro). Von dem Gesamtbeitrag entfielen auf fixe Vergütungen 0,8 Mio. Euro (Vj. 0,8 Mio. Euro). Ergebnisabhängig wurden Vergütungen in Höhe von 1,9 Mio. Euro (Vj. 1,6 Mio. Euro) gezahlt.

VERGÜTUNG DES BEIRATS

Die Mitglieder des Beirats erhalten für jede persönliche Teilnahme an einer Sitzung ein fixes Sitzungsgeld in Höhe von 1.400 Euro. Darüber hinaus werden den Mitgliedern sämtliche Auslagen, die im Zusammenhang mit der Ausübung des Mandats entstehen, sowie die auf die Bezüge entfallende Umsatzsteuer ersetzt.

Mitglieder des Beirats erhalten von der Gesellschaft keine Kredite.

Die Gesamtbezüge des Beirats beliefen sich im abgelaufenen Geschäftsjahr auf 24 Tsd. Euro (Vj. 21 Tsd. Euro).

VERGÜTUNGSTABELLEN 2011

Gesamtbezüge des Aufsichtsrats, des Vorstands und des Beirats

Gesamtbezüge	2011 Tsd. €	2010 Tsd. €
Gesamtbezüge des Aufsichtsrats	2.675	2.426
Gesamtbezüge des amtierenden Vorstands	6.461	9.134
Gesamtbezüge der ehemaligen Mitglieder des Vorstands	5.413	1.224
Gesamtbezüge des Beirats	24	21

Die Gesamtbezüge (ohne Umsatzsteuer) für Mitglieder des Aufsichtsrats gliedern sich im Einzelnen wie folgt:

Gesamtbezüge	Grund- betrag Tsd. €	Sitzungs- geld fix Tsd. €	Sitzungs- geld variabel Tsd. €	Funktions- tage variabel Tsd. €	Gesamt 2011 Tsd. €	Gesamt 2010 Tsd. €
Eugen Münch	20	52	162	280	514	468
Joachim Lüddecke	20	48	71	0	139	113
Wolfgang Mündel	20	48	164	177	409	386
Peter Berghöfer	20	20	65	0	105	39
Bettina Böttcher	20	10	26	0	56	21
Sylvia Bühler	20	20	75	0	115	80
Helmut Bühner (bis 09.06.2010/ab 01.05.2011)	13	6	14	0	33	39
Prof. Dr. Gerhard Ehninger	20	12	30	0	62	48
Stefan Härtel	20	20	65	0	105	39
Caspar von Hauenschild	20	20	75	16	131	131
Detlef Klimpe	20	24	114	0	158	139
Prof. Dr. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach	20	12	30	0	62	56
Michael Mendel	20	20	87	0	127	107
Dr. Rüdiger Merz	20	18	65	0	103	53
Dr. Brigitte Mohn	20	16	37	0	73	74
Annett Müller	20	16	37	0	73	62
Jens-Peter Neumann	20	24	114	0	158	111
Werner Prange	20	20	65	0	105	85
Prof. Dr. Jan Schmitt	20	12	30	0	62	29
Dr. Rudolf Schwab (bis 30.04.2011)	7	4	12	0	23	29
Georg Schulze-Ziehaus	20	12	30	0	62	29
Ehemalige Aufsichtsratsmitglieder	0	0	0	0	0	288
	400	434	1.368	473	2.675	2.426

Gesamtbezüge des Vorstands entfallen im Einzelnen auf:

	Fix		Ergebnis- abhängig	Gesamt 2011	Gesamt 2010
	Grund- gehalt	Neben- leistungen			
Gesamtbezüge	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €
Amtierende Vorstandsmitglieder					
Volker Feldkamp	184	12	471	667	199
Dr. Erik Hamann	208	7	471	686	586
Wolfgang Kunz ¹	144	2	639	785	968
Martin Menger ²	174	6	356	536	0
Wolfgang Pföhler	384	12	2.343	2.739	2.492
Dr. Irmgard Stippler	192	8	454	654	563
Dr. Christoph Straub ³	96	0	298	394	875
Ehemalige Vorstandsmitglieder	0	0	0	0	3.451
	1.382	47	5.032	6.461	9.134

¹ bis 30. September 2011.

² ab 1. Januar 2011.

³ bis 30. Juni 2011.

Die Altersvorsorgeleistungen des Vorstands entfallen im Einzelnen auf:

Altersvorsorgeleistungen	Rück- stellung Stand 31.12.2010	Verände- rung Abfindungs- ansprüche	Rück- stellung Stand 31.12.2011	Nominal- betrag bei Vertrags- ablauf ⁴
	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €
Volker Feldkamp	6	21	26	426
Dr. Erik Hamann	95	77	172	441
Wolfgang Kunz ¹	854	433	1.287	1.287
Martin Menger ²	0	55	55	205
Wolfgang Pföhler	1.352	487	1.838	3.157
Dr. Irmgard Stippler	95	74	169	395
Dr. Christoph Straub ³	128	-128	0	0
Ehemalige Vorstandsmitglieder	4.571	-4.571	0	0
	7.101	-3.554	3.546	5.911

¹ bis 30. September 2011.

² ab 1. Januar 2011.

³ bis 30. Juni 2011.

⁴ Anspruch nach planmäßigem Auslaufen des Vorstandsvertrages auf Basis der Bezüge des abgelaufenen Geschäftsjahres.

Bad Neustadt a. d. Saale, 25. April 2012

Der Aufsichtsrat

Der Vorstand

QUALITÄTSBERICHT

Täglich erbringen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Einrichtungen in ihrer Arbeit ein Höchstmaß an Qualität für unsere Patienten. Auch im vergangenen Geschäftsjahr haben unsere Kliniken auf der Grundlage eines ganzheitlichen Qualitätsverständnisses erneut eine Vielzahl von Verbesserungen erreicht. Diesen Weg wollen wir konsequent weitergehen.

Die RHÖN-KLINIKUM AG hat im Jahr 2011 eine Fülle von Maßnahmen zur Sicherung und Steigerung der Qualität in der klinischen Leistungserbringung etabliert und durchgeführt. Diese Maßnahmen erstrecken sich auf die gesamte Leistungserbringung – von der Aufnahme der Patienten ins Krankenhaus über die klinische Behandlung bis hin zur Entlassung. Im Bereich der Qualitätssicherung orientiert sich die RHÖN-KLINIKUM AG an einem umfassenden Ansatz, der prozess- und ergebnisorientiert alle entscheidenden Dimensionen von Qualität berücksichtigt. Dazu gehört ganz wesentlich die medizinische Qualität, die wir mit Hilfe von Indikatoren der externen gesetzlichen Qualitätssicherung und mit Hilfe einer Vielzahl von Indikatoren aus sogenannten Routinedaten (Abrechnungsdaten) kontinuierlich überwachen. Als weitere Dimensionen kommen die Patientensicherheit sowie die Einweiser- und Patientenzufriedenheit hinzu. Orientiert an diesem »ganzheitlichen« Ansatz haben wir unterschiedliche Projekte mit dem Ziel einer weiteren Qualitätsverbesserung auf den Weg gebracht.

Um die Qualität der medizinischen Leistungen in den Kliniken zu sichern und weiterzuentwickeln, nutzt die RHÖN-KLINIKUM AG ein Netz von Berichts- und Analyseinstrumenten, das es den Ärztinnen und Ärzten vor Ort ermöglicht, Qualität zeitnah zu messen und aktiv zu steuern. Neben diesem statistischen System hat die RHÖN-KLINIKUM AG seit Jahren in allen medizinischen Disziplinen Qualitätszirkel etabliert. In diesem Rahmen treffen sich die Chefarzte der jeweiligen Fachrichtungen, um die Qualitätsindikatoren systematisch zu analysieren und auf Basis dieser Erkenntnisse gezielte Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Die Qualität der medizinischen Leistungen wollen wir sichern und weiterentwickeln. Eine gute Ausstattung ist hierfür – wie in der Physiotherapie der Zentralklinik Bad Berka – eine Grundvoraussetzung.

Dabei setzen die Qualitätszirkel im Rahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung auf den fachlich-kollegialen Austausch unter den ärztlichen Mitarbeitern.

Im Bereich der Patientensicherheit – als weitere Dimension des konzernspezifischen Qualitätsansatzes der RHÖN-KLINIKUM AG – steht eine Vielzahl von Aspekten im Fokus. Hier hat unser Konzern seit 2010 signifikante Verbesserungen erreicht. Dazu zählen regelmäßige Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Schulungen und Regelungen zur Händedesinfektion, Festlegungen zur Dekubitusprävention, Regelungen zum Umgang mit Beschwerden, multiresistenten Keimen, Noroviren, freiheitsentziehenden Maßnahmen und zu medizinischen Notfällen. Darüber hinaus gelten im Operationssaal (OP) verschärfte Sicherheitsstandards:

- Einführung einer Sicherheits-Checkliste zur Erhöhung der Patientensicherheit im OP in Anlehnung an Verfahren der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- Maßnahmen zur Vermeidung von Seiten- und Patientenverwechslungen
- vollständige Präsentation notwendiger Befunde im OP vor der Operation
- interdisziplinär definierte Kontrollen für die Aufwachphase und die Versorgung nach der Operation.

Mit der flächendeckenden Verwendung des Critical Incident Reporting Systems (CIRS) leisten wir einen wichtigen Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung der Patientensicherheit. Das fachliche Konzept zum systematischen Fehlermanagement lehnt sich eng an die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit an. Dazu gehören unter anderem anonyme Meldungen von Mitarbeitern. Um sie abzugeben, stehen Formulare und eine elektronische Erfassungsmaske im Intranet zur Verfügung. Erst wenn die Vertrauensperson der Klinik die Nicht-Rückverfolgbarkeit der Meldung gesichert hat, geht diese zur Bearbeitung an die CIRS-Bearbeitungsgruppe, die in allen Krankenhäusern aus Mitarbeitern unterschiedlicher Fachdisziplinen gebildet wurde. Die Bearbeitung der Fälle wird durch ein Softwaretool unterstützt, das den Belangen des Konzerns angepasst wurde.

Das CIRS der RHÖN-KLINIKUM AG hat eine Besonderheit: Es verknüpft die lokale Bearbeitung der Fälle mit Elementen eines konzernweiten Lernens durch Kommunikation von Bearbeitungsfällen, deren Lösung besonders gut gelungen ist oder die klinikübergreifende Bedeutung haben. Der Umgang mit Fehlern ist erfahrungsgemäß nicht einfach. Die Menge an Meldungen und Maßnahmen im Rahmen des CIRS der RHÖN-KLINIKUM AG zeigt jedoch schon jetzt, dass es von Beschäftigten und Leitung gut angenommen wurde. Die eingegangenen Hinweise erlauben ein wirksames Risikomanagement mit der Folge, Fehler und Schäden weiter zu reduzieren und unsere Prozesse ebenso weiter zu verbessern wie die Motivation unserer Beschäftigten.

Ein weiterer Meilenstein auf dem Weg zur konsequenten Erhöhung der Patientensicherheit ist die sogenannte »elektronische Arzneimitteltherapie-Sicherheitsprüfung (eAMTS)«. Die RHÖN-KLINIKUM AG hat 2011 unter Beteiligung aller relevanten Berufsgruppen des Konzerns wie Medizin, Pflege, Apotheke, Controlling und Qualitätsmanagement Anforderungen an ein solches System ausgearbeitet und formuliert. Dabei steht das Ziel im Vordergrund, unsere Ärztinnen und Ärzte bei der Medikamentenvergabe unter Wahrung der Verordnungsfreiheit dadurch zu unterstützen, dass medizinische und pharmazeutische Kompetenz mit Hilfe des Systems zusammengeführt werden. Im Anschluss an eine Pilotphase in ausgewählten Kliniken wollen wir das System im Verlauf des Jahres 2012 den Erfordernissen der Kliniken anpassen und mit seiner Einführung in allen Kliniken beginnen. Davon verspricht sich die RHÖN-KLINIKUM AG, dass die bestimmungsgemäße Anwendung von Arzneimitteln weiter verbessert und wesentliche Risiken der Arzneimitteltherapie für möglichst viele Patienten reduziert werden können. Dies ist von sehr großer Bedeutung zum Beispiel bei Patienten in der Geriatrie, die oft mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen, und bei Patienten mit hochakuten Krankheitsbildern, bei denen die normale Hausmedikation kontraindiziert sein kann.

Das Beispiel der Patientensicherheit macht deutlich, wie ernst es die RHÖN-KLINIKUM AG mit der Qualitätsentwicklung meint. So messen wir den Entwicklungsstand der verschiedenen Kriterien von Patientensicherheit mit Hilfe von definierten »Indikatoren«. Die Ergebnisse dienen zum einen zur internen Steuerung, zum anderen zur Offenlegung gegenüber der Öffentlichkeit. Im Rahmen dieses Vorge-



Bernd Wirthgen

» Ich wünsche mir, dass das Gesundheitswesen mehr auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten eingeht bzw. die eingezahlten Beiträge effizient eingesetzt werden. «



Kerstin Träger

» Das Leistungsangebot und die Standortfrage spielen meines Erachtens im Gesundheitswesen eine untergeordnete Rolle. Wichtig ist, dass es ‚Hilfe gibt, wo es nötig und wichtig ist – und zwar für ALLE! Ebenso sollte es offene Türen für alle Patienten geben, unabhängig davon, ob GKV- oder PKV-versichert. ‚Erreichbarkeit der Gesundheitsdienstleister in einer bestimmten Zeit‘ ist eine weitere Prämisse. Ich sehe den ‚Hausarzt als Ansprechpartner mit Vertrauen‘. «

hens werden die Kliniken des Konzerns von unabhängigen Instituten regelmäßig überprüft (Audit), um sicherzustellen, dass die berichteten Daten der tatsächlichen Situation in den Kliniken entsprechen.

Qualität ist verbindlicher Teil unseres Geschäftsmodells. Um sicherzustellen, dass alle wichtigen Prozesse auf dem höchstmöglichen Qualitätsniveau ablaufen, muss jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter um die dazu nötigen Vorgehensweisen und Zuständigkeiten wissen. Um dies zu gewährleisten, führen wir derzeit in allen unseren Kliniken ein einheitliches Dokumentenmanagementsystem (DMS) ein, das allen Beschäftigten Informationen zu Führungs-, Kern- und unterstützenden Prozessen vor Ort anbietet. Ziel ist es, ein einheitliches Handbuch zu erarbeiten, das alle wichtigen Prozesse beschreibt und damit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die größtmögliche Unterstützung bietet. So wird es möglich, verbindliche Regeln für eine gute Prozessqualität festzulegen. In diesem Jahr beginnen wir damit, allen Kliniken des Konzerns dieses System zugänglich zu machen.

»Ihre Meinung ist uns wichtig!« Unter diesem Motto befragen wir regelmäßig und strukturiert Patienten und Einweiser unserer Einrichtungen, um weitere Informationen für eine nachhaltige Qualitätsverbesserung zu gewinnen. Denn daran führt kein Weg vorbei: Ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem muss die Erfahrungen von Patienten und einweisenden Ärzten berücksichtigen. Nur so können wir sicherstellen, dass wir Qualität nicht bloß behaupten, sondern sie auch tatsächlich bieten.

Dass die RHÖN-KLINIKUM AG diesen Anspruch erfüllt, belegt die Beteiligung unserer Kliniken am Internetportal Qualitätskliniken.de. In diesem Portal wird der Öffentlichkeit die hohe Qualität unserer Einrichtungen im Vergleich zu anderen Kliniken dargestellt. Als einer der drei Gründungsgesellschafter von Qualitätskliniken.de hat die RHÖN-KLINIKUM AG das erklärte Ziel, die Qualität ihrer Einrichtungen systematisch weiter zu steigern und diese Entwicklung Patienten wie Fachleuten transparent zu machen. Zu diesem Zweck veröffentlichen die Krankenhäuser der RHÖN-KLINIKUM AG seit 2010 in dem gemeinsamen Klinikportal einen Überblick über nahezu 400 Qualitätsindikatoren. Damit eröffnen wir Patienten, Angehörigen und Einweisern eine ebenso valide wie nutzerfreundliche Möglichkeit, das

für sie richtige Krankenhaus in unserem Konzern zu finden. Unsere Krankenhäuser haben sich damit konsequent auf die Patientenperspektive eingestellt. Umgekehrt bietet der offene und faire Vergleich mit über 150 Kliniken unseren Häusern die Möglichkeit, Verbesserungsmaßnahmen zielgenau zu identifizieren. Diese Chance nutzt die RHÖN-KLINIKUM AG neben allen anderen Methoden des Qualitätsmanagements konsequent, um die Qualität ihrer Leistungen weiter zu verbessern.

HYGIENEMANAGEMENT

Nach einer Reihe von Aufsehen erregenden Hygienezwischenfällen in deutschen Kliniken erließ der Gesetzgeber im Juli 2011 eine Novelle des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Sie enthielt erweiterte und präzisiertere Regelungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene und zum rationalen Einsatz von Antibiotika mit dem Ziel, die dramatisch zunehmende Antibiotikaresistenz zu bekämpfen.

Für viele Krankenhäuser kam die Umsetzung dieser Forderungen überraschend und stellte sie vor erhebliche Probleme. Die Kliniken der RHÖN-KLINIKUM AG dagegen waren durch das seit Jahren etablierte, konzernweit vereinheitlichte Hygienemanagement auf die anstehenden Veränderungen eingestellt und erfüllten bereits weitgehend die gesetzlichen Anforderungen. Dies galt sowohl für unsere an den Richtlinien des Robert-Koch-Instituts orientierte Bedarfsberechnung für Hygienefachpersonal als auch die Einführung eines qualifizierten Infektionsüberwachungsverfahrens.

Die seit 2008 für alle Kliniken verbindlich eingeführten Monatsberichte an den leitenden Konzernhygieniker zu meldepflichtigen und hygienekritischen Erregern und Infektionen haben sich als zentrales Steuerungsinstrument als unverzichtbar erwiesen. Sie sind Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Hygienesituation in den Kliniken – auch durch Vergleiche der einzelnen Kliniken untereinander. Ein Beispiel hierfür: der seit einigen Jahren steigende Verbrauch an Händedesinfektionsmittel. Angestoßen durch die bundesweite »Aktion Saubere Hände«, haben wir diese Entwicklung in unseren Konzernkliniken konsequent durch Schulungsmaßnahmen, Aktionstage

und Compliance-Messungen gefördert. Mit einem durchschnittlichen Verbrauch von 46 ml Händedesinfektionsmittel/Pflegetag liegen die Konzernkliniken rund 20 Prozent über dem bundesweiten Mittelwert (Abb. 1).

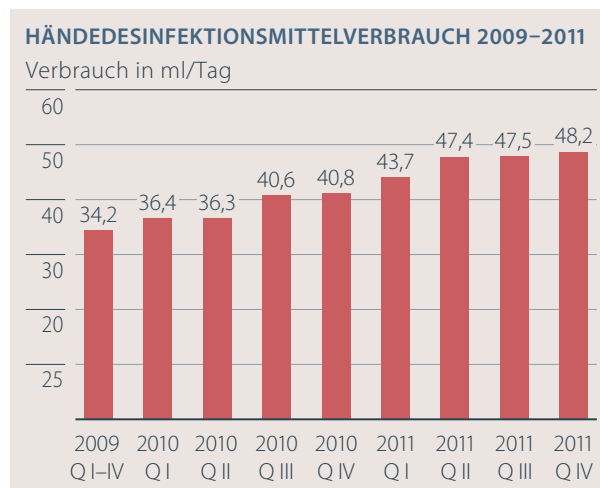


Abb. 1

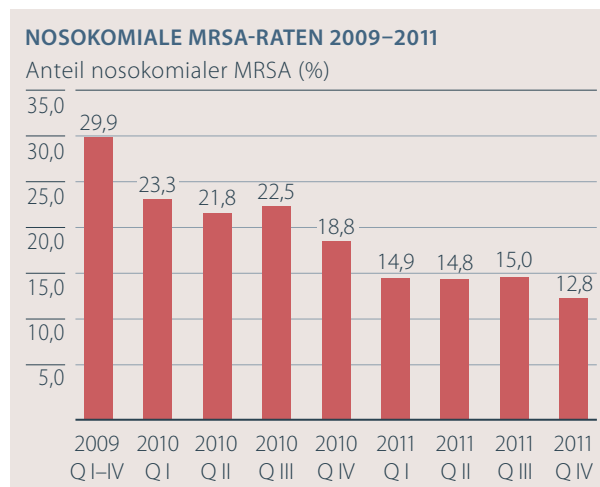


Abb. 2

Bei dieser Verbesserung der Basishygiene haben wir es nicht bewenden lassen. Durch die strikte Umsetzung der Konzernleitlinie zur Erkennung von und zum Umgang mit MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus)-positiven Patienten konnten wir auch die Rate der nosokomialen, innerhalb der Klinik erworbenen, Übertragungen dieses notoriousen Hospitalismuskeims kontinuierlich senken. Im vierten Quartal 2011 lag sie deutlich unter dem bundes-



Hans-Helmut Münchberg, Landrat

» Die Zentralklinik Bad Berka ist der ‚größte Arbeitgeber‘ für die Region und stellt damit für die regionale Bevölkerung eine ‚Maximalversorgung in Patientennähe‘ sicher. Durch die vielen ‚Behandlungserfolge‘, die dort erzielt werden, kommen aber nicht nur Patienten aus der Region, sondern auch Patienten aus aller Welt. Dadurch wird langfristig der ‚Ruf der ganzen Region‘ gesteigert. «



Sabine Brill

» Die Standortfrage spielt für mich keine bedeutende Rolle: Für eine kompetente Behandlung bin ich bereit, eine größere Strecke zu fahren. «

weiten Durchschnittswert (Abb. 2). Die Kliniken trugen damit entscheidend zu einer besseren Qualität der Behandlung unserer Patienten bei. Das unterstreicht den hohen Stellenwert, den unsere Kliniken der Hygiene im Krankenhaus beimessen.

Diese Einstellung unterstreichen wir durch die Anfang 2011 initiierte Ausbildung von Klinikärzten zu Antibiotikaexperten im Rahmen eines Antibiotic Stewardship-Programms in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie und dem Universitätsklinikum Freiburg. In einem bundesweit einmaligen Projekt durchliefen bislang 55 Ärzte und Apotheker aus unseren Konzernkliniken vier einwöchige Kurse. Darin absolvierten sie ein strukturiertes und vom Bundesministerium für Gesundheit evaluiertes Weiterbildungsprogramm zu Fragen des rationalen Einsatzes von Antibiotika in Kliniken. Erste Auswertungen zeigen Erfolge: In den beteiligten Häusern sank der Antibiotikaverbrauch; gleichzeitig stieg die Behandlungsqualität. Damit leisten wir einen wichtigen Beitrag zur Senkung des Selektionsdrucks durch Antibiotika auf Bakterien und damit zur Verlangsamung der allgemeinen Resistenzentwicklung.

MEDIZINCONTROLLING

Der Bereich Medizincontrolling ist das »ökonomische Gegenstück« zum Qualitätsmanagement. Es erfasst und dokumentiert unsere Leistungen für jeden einzelnen Patienten. Damit fungiert die Dokumentation zum einen als internes Protokoll der Arbeit am Patienten. Zum anderen verfolgen wir hiermit das Ziel, eine adäquate Honorierung zu sichern und eine solide Informationsbasis für unsere Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern zu schaffen. Ein weiterer Nutzen: Die Dokumentation hält alle Behandlungsschritte fest, ermöglicht es also, klinische Behandlungspfade zu entwickeln, ihre Einhaltung in der Praxis zu verfolgen und sie gegebenenfalls zu verbessern. Die Dokumentation aller Einzelschritte, z. B. der Patienteninformation durch den Arzt, ermöglicht es zudem, bei Bedarf den Behandlungsablauf detailliert zurückzuverfolgen. Dies hilft bei späteren Rückfragen des Patienten und sichert zudem die Klinik und ihre Mitarbeiter.

Im Bereich Medizincontrolling führten wir 2011 konzernweite Kodierprüfungen durch, um mögliche Fehlkodierungen zu erkennen, zu beheben und zu vermeiden. Die Prüfergebnisse dienen gleichzeitig dazu, Kodierauffälligkeiten zu analysieren, zu kommunizieren und künftig zu vermeiden. Zugleich erstellen wir neue, hauseigene Kodierregeln, die vor Rechnungsstellung angewendet werden. Damit wollen wir eine sachgerechte Krankenhausrechnung erstellen und das »Right-Coding« unterstützen. Als Erweiterung der Kodierprüfung ist die Entwicklung eines »MDK-Tools« (MDK: Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen) im Data-warehouse-System zu sehen, das Optimierungsmöglichkeiten im Abrechnungs- und Prüfprozess aufzeigt und die finanziellen Effekte der MDK-Prüfungen ermittelt.

Überdies haben wir die Kodierprozesse der Kliniken analysiert, um einen Sollprozess für die Kodierung zu erarbeiten und dadurch zu einer Vereinheitlichung und Standardisierung zu kommen. Damit wollen wir die Kodiereffizienz harmonisieren und weiter verbessern.

Darüber hinaus wollen wir 2012 das regelmäßige Berichtswesen und das Benchmark-System mit relevanten Kennzahlen des Medizincontrollings aller Kliniken der RHÖN-KLINIKUM AG weiterentwickeln. Das eröffnet den Kliniken die Chance, im »Best-Practice-Ansatz« vom Besten zu lernen und sich dadurch stetig zu verbessern.

PERSONAL- UND FÜHRUNGSKRÄFTE-ENTWICKLUNG

Das Wissen und die Expertise unserer Mitarbeiter sind die Grundlage dafür, dass unsere Patienten die bestmögliche Behandlung erfahren. Damit hängt von diesen Kompetenzen auch der langfristige Erfolg unseres Unternehmens ab. Für die kommenden fünf Jahre haben wir uns vorgenommen, ein umfassendes, konsistentes System der Personalentwicklung aufzubauen. Zu diesem Zweck haben wir vier große Zielgruppen definiert: Pflege, ärztlicher Dienst, Gesundheitsberufe und Verwaltung. Im Jahr 2011 lag unser Schwerpunkt darauf, die Nachwuchsführungskräfteprogramme neu auszurichten und die ärztliche Qualifizierung zu strukturieren.



Gut ausgebildete Führungskräfte sind gerade im medizinischen Bereich von großer Bedeutung. Auch in der Zentralklinik Bad Berka erhält der medizinische Nachwuchs Förderung im Rahmen des RHÖN-KLINIKUM Verbunds.

NACHWUCHSFÜHRUNGSKRÄFTE / TRAINEES

Das erfolgreiche Wachstum der letzten Jahre führt zu einem erheblichen Bedarf an qualifizierten Führungskräften. In der Personalpolitik der RHÖN-KLINIKUM AG spielt daher die Führungskräfteentwicklung eine immer größere Rolle. Im Jahr 2011 haben wir die Nachwuchsführungskräfteprogramme den aktuellen Erfordernissen angepasst und das Programm erweitert.

GENERALISTENPROGRAMM

Ziel des Programms ist es, junge Hochschulabsolventen innerhalb von drei bis fünf Jahren zu Geschäftsführern oder stellvertretenden Geschäftsführern einer unserer Kliniken zu entwickeln. Im Rahmen des Programms übernehmen die Nachwuchsführungskräfte schnell erste Führungsaufgaben, vertiefen und erweitern ihre Kenntnisse in spezifischen Bereichen. Voraussetzungen sind ein abgeschlossenes Hochschulstudium zum Beispiel der Betriebswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie, Volkswirtschaftslehre, Rechtswissenschaften oder Medizin und eine Lern- und Leistungsbereitschaft, die der hohen Verantwortung einer Klinikgeschäftsführung entspricht.

Während des Grundprogramms (ca. zwölf Monate) sind die Nachwuchsführungskräfte direkt an unsere Klinikgeschäftsführer angebunden, lernen unterschiedliche Führungsstile kennen und übernehmen von Beginn an Verantwortung für verschiedene Projekte und Aufgabenbereiche. Dadurch

erlangen sie ein breit gefächertes Wissen über das Management und die Abläufe eines Krankenhauses. Im Rahmen der Rotation durchlaufen unsere Nachwuchsführungskräfte mindestens zwei Klinikstandorte. Mit regelmäßigen Evaluations- und Feedbackgesprächen sowie Fortbildungsveranstaltungen zur Erweiterung der Fach-, Sozial- und Methodenkompetenz unterstützen wir die Trainees kontinuierlich in ihrer Entwicklung.

Inhalt und Dauer des Vertiefungsprogramms orientieren sich an der individuellen Entwicklung. Durch Einsatz, Leistung und Motivation bestimmen unsere Trainees selbst den Verlauf ihrer Karriere bei der RHÖN-KLINIKUM AG. Zum Ende des Programms können sie beispielsweise die verantwortungsvolle Position eines Assistenten oder stellvertretenden Geschäftsführers erreichen und sich in dieser Führungsposition als potenzieller Geschäftsführer beweisen.

Zurzeit ist fast die Hälfte der Plätze unseres Nachwuchsführungskräfteprogramms und unserer Klinikführungen mit Frauen besetzt.

ÄRZTLICHE QUALIFIZIERUNG

Qualifizierte und motivierte Ärzte sind ein wesentlicher Erfolgsfaktor unserer Kliniken und MVZ. Unter diesem Aspekt erschließen wir systematisch die in unserem Netzwerk vorhandenen Potenziale, um sie dem ärztlichen Nachwuchs zugänglich zu machen. Ein zusätzliches Ziel ist es, die ärztliche Weiterbildung im Konzern inhaltlich und zeitlich planbar zu gestalten.

Sämtliche Standorte unseres Kliniknetzes bieten die Möglichkeit, eine Facharztweiterbildung zu absolvieren. Zudem



können unsere Mediziner in umfangreichem Ausmaß Zusatzbezeichnungen oder Schwerpunktqualifikationen erlangen. Die größte Auswahl bieten die Universitätskliniken Gießen und Marburg sowie die Krankenhäuser der Maximalversorgung. Im Zuge der zunehmenden Ambulantisierung medizinischer Versorgung werden wir künftig unseren Ärzten offerieren, sektorenübergreifend auch in unseren Medizinischen Versorgungszentren zu arbeiten.

Am 31. Dezember 2011 verfügten die Ärzte an den 53 Kliniken des RHÖN-KLINIKUM Konzerns über insgesamt 815 Weiterbildungsbefugnisse. Im Jahr 2011 konnten unsere Mediziner 90 der insgesamt 114, also 77 Prozent der möglichen ärztlichen Qualifikationen erwerben.

SEKTORENÜBERGREIFENDE WEITERBILDUNG

Das Projekt »Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin« haben wir 2011 fortgeführt. Es dient der Förderung der Allgemeinmedizin zur Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses in den ländlichen Regionen. Das liegt uns angesichts der Versorgungssituation auf dem flachen Land besonders am Herzen. Mit unserem Projekt leisten wir einen Beitrag zur flächendeckenden ärztlichen Versorgung.

In Niedersachsen ist es uns bereits 2010 gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung gelungen, Verantwortliche aus unseren Kliniken und niedergelassene Ärzte an einen Tisch zu bringen. An unseren Standorten bieten wir dort jeweils ein Komplettprogramm zur hausärztlichen Weiterbildung an, das einerseits die Forderungen der Weiterbildungsordnung erfüllt und andererseits den jungen Ärzten eine sichere, individualisierte und flexible Qualifizierung ermöglicht. Zusätzliche Leistungen erhöhen die Attraktivität unseres Angebots, etwa die bezahlte Freistellung, die Kostenübernahme für Pflichtkurse oder die Betreuung durch Mentoren. 2011 haben unsere Kliniken elf Stellen zur Verfügung gestellt. Eine attraktive Ergänzung zu unserem Projekt ist das gemeinsam mit dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) angebotene Fortbildungsprogramm.

In Thüringen haben unsere Kliniken ebenfalls mit der Verbundweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt) begonnen. Dort haben Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer und Krankenhäuser dreiseitige Verträge zur »Blockweiterbildung Allgemeinmedizin« geschlossen. Dafür stellen unsere Kliniken insgesamt 17 Stellen zur Verfügung. Gemeinsam bieten wir auch hier jungen Ärzten die vollständige Weiterbildung mit dem Ziel an, sie für eine Niederlassung als Hausarzt möglichst in der Umgebung unserer Kliniken zu motivieren. Auch diese Maßnahmen

dienen dazu, die hausärztliche Versorgung in der Fläche nachhaltig zu sichern.

In Anbetracht des bundesweiten Nachwuchsmangels im Bereich der Allgemeinmedizin wollen wir die Verbundweiterbildung auch in Konzernkliniken anderer Bundesländer etablieren. Ebenfalls vorstellbar ist dieses Modell für weitere Fachrichtungen wie die Kinder- und Jugendmedizin.

QUALIFIZIERUNGEN NACH DEM FACHARZT

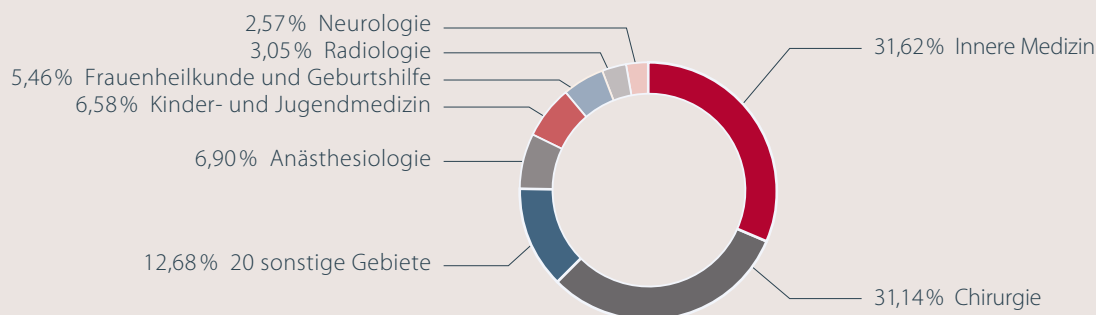
Um Ärzte auch nach bestandener Facharztprüfung in ihrer Weiterentwicklung begleiten zu können, wollen wir ihnen im Konzern vorhandene Möglichkeiten und Vakanzen vermitteln. Denkbar ist hier die Weiterentwicklung im ambulanten Bereich oder die Unterstützung bei einer Klinikkarriere. Beide Optionen sind von strategischer Bedeutung für unser Unternehmen. Denn auf diesem Weg können wir einerseits ein loyales Einweiserpotenzial aufbauen, andererseits den Führungsnachwuchs in den Kliniken sicherstellen. Für weitere reichende Führungsaufgaben fördern wir neben der Erweiterung der fachlichen die Aneignung emotionaler und sozialer Kompetenzen, sogenannter Soft Skills.

PERSONALMARKETING

Mitarbeiter systematisch zu erreichen und anzusprechen, ist die Grundlage für ein zielorientiertes Personalmarketing. Neben deutschlandweiten Absolventenkongressen nutzen wir auch direkte Kontakte zu Hochschulen, um exklusive Karriereveranstaltungen durchzuführen. Wir koordinieren konzernweite Rekrutierungsmaßnahmen und bereiten die Teilnahme an nationalen Messen, Kongressen und Jobbörsen vor. Dort treten wir gemeinsam mit Mitarbeitern der regionalen Kliniken auf. Von 2012 an werden die jeweiligen Kliniken die Verantwortung für die Gestaltung und Organisation der regionalen Veranstaltungen übernehmen.

Für das Jahr 2012 planen wir die Einführung eines neuen Karriereportals. Unser heutiges konzernweites Bewerbermanagement entspricht nicht mehr den modernen Standards. Derzeit finden unsere Bewerber auf unserer Homepage keine zielgruppenorientierten Funktionen vor. Angestrebt wird ein Bedienungskonzept, welches mit »drei Klicks zur Bewerbung« führt. Dabei steht die Funktionalität nicht nur für unsere Bewerber, sondern auch für unsere Personalabteilungen im Fokus. Unser Ziel ist es, Kosten zu reduzieren sowie den papierlosen Durchlauf und damit eine zügige Bearbeitung der Bewerbung zu ermöglichen.

MÖGLICHKEITEN DER WEITERBILDUNG ZUM FACHARZT AN KONZERNKLINIKEN



Stand 31.12.2011

AUSBILDUNG – DIE MÖGLICHKEIT, DEN EIGENEN NACHWUCHS ZU ENTWICKELN

Für uns ist es wichtig, Nachwuchskräfte bereits frühzeitig zu finden und zu fördern. Wir bieten sowohl ein breites Spektrum der Ausbildung als auch eine große Zahl von Ausbildungsplätzen. Im Jahr 2011 haben wir 2.876 junge Menschen in unseren Einrichtungen in 20 verschiedenen Berufen ausgebildet.

AUSBLICK

Für die RHÖN-KLINIKUM AG ist es von zentraler Bedeutung, die Ressource Personal sicherzustellen. Bei dieser Aufgabe unterstützt und vernetzt der Bereich Personal die Kliniken. Er hilft ihnen dabei, sich untereinander auszutauschen, um

aus den Erfahrungen der Kollegen die bestmögliche Lösung für den eigenen Standort zu finden.

Die Ziele für 2012 und 2013 sind der Aufbau und Ausbau strukturierter Rekrutierungs- und Qualifizierungskonzepte, wie wir sie im ersten Schritt für unseren Führungskräftenachwuchs und für den ärztlichen Dienst entwickelt haben. Vergleichbares wollen wir nun auch für die Pflege und die Gesundheitsberufe erarbeiten. Ziel ist es, neben einer Vernetzung des Wissens auch eine Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen zu erreichen, um den Dialog untereinander und das Miteinander zu fördern. Außerdem versetzt uns unsere Unternehmensgröße in die Lage, eigene, qualitativ hochwertige Kompetenzstandards für die einzelnen Berufsgruppen zu schaffen und anzuwenden. So können wir die Potenziale unseres Netzwerks heben und im Sinne des Gesamtunternehmens ebenso wie zum Wohl unserer Patienten nutzen.

AUSBILDUNGSÜBERSICHT – KONZERNWEIT

Ausbildung	Auszubildende/Studenten	Anzahl		
		Jahr 2010	Jahr 2011	Differenz
Gesundheits- und Krankenpflege ¹		1.633	1.711	78
Kinderkrankenpflege		190	176	-14
Studenten im Praktischen Jahr (PJ)		303	295	-8
Hebammen		113	107	-6
Operationstechnische Assistenten		86	99	13
Medizinische Fachangestellte		31	34	3
Medizinisch-technische Assistenten		11	112	101
Kaufmännische Ausbildungen		48	50	2
Auszubildende Zahnmedizin		30	31	1
Auszubildende Psychologen		32	39	7
Physiotherapie ²		80	82	2
Ergotherapie		55	63	8
Logopädie		44	28	-16
Sonstige		62	49	-13
Gesamt		2.718	2.876	158

¹ Amper Kliniken AG: Bachelorstudiengang in Kooperation mit der Katholischen Stiftungshochschule München. Bachelorstudiengang in Kooperation mit der Hochschule Ostfalia mit niedersächsischen Konzernkliniken.

² Bachelorstudiengang in Kooperation mit der Thim van der Laan Hoogeschool, Utrecht/NL.

MEDIZINISCHE ENTWICKLUNG – QUALITÄT – INTEGRATION

Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen nimmt permanent zu. Dazu tragen mehrere Entwicklungen bei. Einerseits führt das stetig steigende Lebensalter zum verstärkten Auftreten chronischer Erkrankungen. Zum anderen wächst das Bedürfnis, die Leistungsfähigkeit der Menschen bis ins hohe Alter aufrechtzuerhalten. Dieses Ziel ist oftmals nur mit dem steigenden Einsatz von Medizin zu erreichen. Das Innovationspotenzial der medizinischen Forschung soll mit diesen Anforderungen Schritt halten.

Alle vier bis fünf Jahre verdoppelt sich das verfügbare Wissen. Eine Fülle neuer Technologien, Produkt- und Prozessinnovationen ist die Folge. Der medizinische Fortschritt und die immer lautere Forderung, den Patienten als Ganzes und nicht partikulär zu behandeln, erfordern eine Organisation von zunehmend interdisziplinär-arbeitsteiligen Prozessen. Das zwingt zur Kooperation nicht nur im Krankenhaus, sondern auch innerhalb der ambulanten ebenso wie zwischen der ambulanten und stationären Versorgung. Die RHÖN-KLINIKUM AG als integrativer Gesundheitsdienstleister stellt sich dieser Herausforderung, indem sie die Versorgung integriert, koordiniert und sie interdisziplinär, proaktiv und innovativ gestaltet.

Integrierte Versorgung heißt bei uns, dass wir die überkommenen Grenzen zwischen den ambulanten und stationären Bereichen überwinden. Unseren Ärzten bieten wir die Möglichkeit, in einer ambulanten Einrichtung und gleichzeitig in einem stationären Bereich zu arbeiten. Damit können wir ihre Wünsche nach einer flexiblen Tätigkeit erfüllen und die Voraussetzung dafür schaffen, dass sie ein breites Spektrum des eigenen Fachs selbständig abdecken. Unsere integrierte Versorgung bietet zudem dem Patienten die Chance, sich in beiden Bereichen vom selben Arzt behandeln zu lassen.

Moderne Medizin ist interdisziplinär. Das heißt, wir schaffen nicht nur die Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor ab, sondern auch die Mauern zwischen einzelnen Fachgebieten oder Klinikstationen. Interdisziplinär heißt, dass unsere Mediziner eng und fachübergreifend zusammenarbeiten, indem sie patienten- und problemorientiert alle sinnvollen medizinischen Leistungen aufeinander abstimmen. Moderne Medizin ist koordiniert. Koordi-

Das heutige Zyklotron zur Herstellung strahlender Diagnostika und Therapeutika wird in Kürze ersetzt durch ein noch wesentlich leistungsfähigeres Modell. Das ist nötig. Denn wichtige Produkte der alten wie der neuen Anlage dienen nicht nur dem Eigenbedarf, sondern werden auch an andere Kliniken und niedergelassene Radiologen bundesweit verkauft.

niert bedeutet, dass Teams aus verschiedenen Bereichen fächer- und sektorenübergreifend Hand in Hand arbeiten. Dahinter steht das Ziel, unsere Patienten weder über- noch unter-, sondern adäquat zu versorgen.

Deswegen werden unsere Patienten je nach Schweregrad ihrer Erkrankung in der ambulant-stationären Grund- und Regelversorgung oder der Schwerpunkt- und Maximalversorgung aufgenommen. Unser Versorgungsmodell ist das des patientenorientierten Flussprinzips. Dieses Prinzip haben wir in unseren Akutkliniken seit vielen Jahren erfolgreich angewendet und nun auf den ambulanten Bereich ausgedehnt. Im Mittelpunkt steht dabei der Patient. Er soll – seinen tatsächlichen medizinischen Erfordernissen folgend – in der richtigen Behandlungsstufe versorgt werden. Dieses bewährte Konzept entwickeln wir nun für fachspezifische Versorgungsbereiche weiter.

Eine moderne Medizin ist zudem proaktiv – sie geht vorausschauend auf Begleitumstände ein, die sich zum Beispiel aus der Anamnese des Patienten ergeben. Nicht zuletzt ist moderne Medizin innovativ. Innovativ heißt für uns, dass wir die Teilhabe des Patienten am medizinischen Fortschritt sicherstellen. Dies geschieht über wissenschaftliche Forschung und ihren Transfer in die Praxis ebenso wie über die stetige Investition in moderne Techniken und Geräte.

MEDIZINISCHE VERSORGUNG IM VERBUND

Moderne Versorgungskonzepte nach den oben genannten Kriterien haben wir im vergangenen Jahr unter anderem in der Adipositas- und der Schmerztherapie sowie in der Rhythmologie auf den Weg gebracht. Die beteiligten Kliniken setzen diese Konzepte im engen Austausch und Dialog in die Praxis um.

In der Adipositas-therapie, der Behandlung von Fettleibigkeit, verfolgen wir den Ansatz einer ganzheitlichen Versorgung mit einer interdisziplinären Behandlung. Diese ruht auf zwei Säulen. Zum einen bieten wir eine konservative, leitliniengerechte Behandlung unter Betreuung eines multidisziplinären Teams. Dieses Team besteht aus Ernährungsberatern, Psychologen, Physiotherapeuten und internistischen Ärzten. Zum anderen stehen unseren Patienten alle spezifischen chirurgischen Therapieverfahren in einem abgestimmten multidisziplinären Behandlungskonzept zur Verfügung. Die langfristige Nachbetreuung erfolgt in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten. An mehreren Standorten des Konzerns (Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Klinikum Pforzheim, Amper Klinik Dachau, Weißeritztal-Kliniken und demnächst Klinikum Frankfurt (Oder))

haben wir Adipositaszentren etabliert. Dabei arbeitet die RHÖN-KLINIKUM AG erfolgreich und in enger Abstimmung mit den Kostenträgern zusammen.

Die multimodale Schmerztherapie als Therapieangebot ist interdisziplinär für chronische Schmerzerkrankungen in der RHÖN-KLINIKUM Gruppe etabliert. Wir offerieren diese Therapie, eine Kombination mehrerer Behandlungskonzepte von der Physio- oder Bewegungstherapie über das Verhaltens- und Schmerzbewältigungstraining bis hin zur Musiktherapie, bundesweit in der Amper Klinik Dachau, in der Zentralklinik Bad Berka, dem Klinikum Hildesheim, in der Klinik Hildesheimer Land in Bad Salzdetfurth, in Herzberg, im Parkkrankenhaus Leipzig, in Warburg, im Klinikum Meiningen, im Klinikum Frankfurt (Oder), der MEDIGREIF Klinik Vogelsang-Gommern sowie dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Weitere Kliniken werden ab 2012 diese Therapie anbieten.

Für die Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen ist die RHÖN-KLINIKUM AG gut gerüstet. Mit unseren Kliniken Herzzentrum Leipzig, Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt a. d. Saale, der Zentralklinik Bad Berka, aber auch dem Klinikum Hildesheim und der Klinik in München-Pasing verfügt sie über Hochleistungszentren mit sehr großer Erfahrung und internationaler Reputation. Im engen Austausch mit diesen Kliniken haben wir dieses hochwertige Versorgungsangebot auf weitere Standorte ausgedehnt: Pforzheim, Miltenberg-Erlenbach, Kronach, Pirna, Frankfurt (Oder), Gifhorn, Nienburg und Uelzen. Die größte Herausforderung in der näheren Zukunft wird es sein, in ausreichender Zahl Mediziner mit den Kompetenzen bereitzustellen, die nötig sind, um die erforderlichen Eingriffe durchzuführen. Die RHÖN-KLINIKUM AG stellt sich dieser Aufgabe, indem sie Ärzten, die bereits Erfahrung in der Kardiologie und Interesse an einer Weiterbildung in der klinischen Elektrophysiologie haben, diese Qualifizierung innerhalb des Konzerns strukturiert anbietet.

Das stetig steigende Lebensalter und die demographische Entwicklung in Deutschland erfordern eine stärkere Konzentration auf altersbedingte Erkrankungen und altersgerechte Einrichtungen. Geriatrie ist die Spezialdisziplin. Sie befasst sich mit der medizinischen Versorgung älterer Menschen, die häufig unter mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden und durch diese Erkrankungen häufig in ihrer selbständigen Lebensführung beeinträchtigt sind. Deshalb bedürfen diese Patienten der komplexen Diagnostik und Behandlung durch ein fachärztlich geleitetes Team, das sich aus vielen Berufsgruppen (Fachärzten unterschiedlicher Disziplinen, Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern, Klinischen Psychologen, Physikalischen



*Dr. med. Merten Hommann
» Vernetzung im ambulanten und stationären Bereich
ist eine Notwendigkeit der Zukunft. «*



*Oliver Salomon
» Zukünftig erwarte ich eine strukturierte, gut
vernetzte Struktur im Gesundheitswesen, ohne
Konkurrenzdenken. «*

Therapeuten und Pflegekräften) zusammensetzt. In diesem Arbeitsfeld bieten wir eine umfassende Versorgung in Bad Salzdetfurth, Dachau-Indersdorf, Hildesheim, Herzberg, Burg und Attendorn an. Im nächsten Jahr werden wir weitere Standorte aufbauen. Wegen des wachsenden Bedarfs werden wir längerfristig alle unsere Einrichtungen altersgerechter ausrichten.

TELEMEDIZINISCHE VERNETZUNG

Mit ihrem großen Medizinnetzwerk bietet die RHÖN-KLINIKUM AG ihren Patienten ein Versorgungsspektrum, das über alle Versorgungsstufen hinweg reicht. Zur Unterstützung des klinik- und fachübergreifenden Austauschs setzen wir gezielt telemedizinische Anwendungen ein. Als technische Grundlage dient unsere internetbasierende elektronische Patientenakte (WebEPA), die als elektronische Kommunikationsplattform und Aktenlösung gleichermaßen fungiert. Diese Technik ermöglicht es den Ärzten von der Einzelpraxis über das Medizinische Versorgungszentrum bis hin zum Schwerpunktversorger, über alle Versorgungsstufen hinweg auf dieselben Informationen zuzugreifen und sich darüber auszutauschen. Das geschieht selbstverständlich mit dem Einverständnis unserer Patienten. Die WebEPA unterstützt somit eine hochqualitative kooperative Behandlung der Patienten ohne Medien- und Kommunikationsbrüche.

Einige Fachdisziplinen nutzen dieses Angebot in Gestalt regionaler Netzwerke, die jeweils von einem Klinikum im Verbund der RHÖN-KLINIKUM AG ausgehen. So gibt es zum Beispiel ein Netzwerk aus Dialysespezialisten in Hildesheim, an dem neben dem Hildesheimer Klinikum das Klinikum Hildesheimer Land und externe Spezialisten beteiligt sind. Hier tauschen die Experten täglich medizinische Informationen und Befunde aus und diskutieren Therapiemöglichkeiten. An solchen Netzen beteiligen sich auch Kliniken und niedergelassene Ärzte, die nicht dem Verbund der RHÖN-KLINIKUM AG angehören.

Andere Beispiele sind Netzwerke, wie sie derzeit im Bereich der Neuroradiologie und pädiatrischen Radiologie entstehen. So bietet etwa der Standort Gießen des Universitätsklinikums Gießen und Marburg Telekonsile zur Zweitmeinung an. Die Spezialisten tauschen Bilder mit anderen Standorten aus, stellen gemeinsam die Diagnose und erarbeiten Therapievorschläge. Dies fördert den Know-how-Transfer innerhalb des Verbunds und ist Teil unserer Strategie, ein gelebtes Wissensmanagement zu etablieren.

In der Onkologie gibt es ebenfalls organisierte Netze, die regelmäßig über sogenannte Tumorboards kommunizieren: beispielsweise das »Rhön-GynNetz«, ein seit 2008 etablierter und integrierter Bestandteil im Verbund der RHÖN-KLINIKUM AG. Auch in der Schlaganfallversorgung setzt unser Konzern die Telemedizin ein. Der »Stroke Angel« etwa ist ein Konzept zur Erstbehandlung von Schlaganfallpatienten, das zu wesentlichen Teilen in der RHÖN-KLINIKUM AG entwickelt wurde. Es dient der Verkürzung des Intervalls zwischen Diagnose und Behandlung durch die elektronische Vernetzung der Rettungswagen mit dem Krankenhaus. Die Klinik hält eine auf die Behandlung von Schlaganfallpatienten ausgerichtete Schlaganfallstation (Stroke Unit) vor. Vom Rettungswagen erhält sie bereits während des Transports wichtige Patientendaten.

Der »Stroke Angel« ist in der Region Bad Neustadt a. d. Saale, der Amper Klinik in Dachau und im Umkreis unseres Klinikums Uelzen installiert. Ein weiteres telemedizinisches Projekt für Schlaganfallversorgung wird mit dem Universitätsklinikum Magdeburg durchgeführt. Die Kliniken für Innere Medizin des Krankenhauses Anhalt-Zerbst sowie des MEDI-GREIF Kreiskrankenhauses Burg sind mit dem Magdeburger Universitätsklinikum über das Projekt TASC vernetzt. TASC steht für das Projekt »Telemedical Acute Stroke Care«.

Zur Versorgung von Herzinfarktpatienten haben wir ein vergleichbares Netz mit dem Namen »Cardio Angel« in den Konzernkliniken Bad Neustadt a. d. Saale, Miltenberg-Erlenbach, Dachau, Uelzen und Kronach etabliert. Die gleichzeitige Funkübertragung der Patienten- und Gesundheitsdaten (bis hin zum umfassenden EKG) bringt uns einen wertvollen Zeitgewinn in der stationären Versorgung. So ermöglicht uns der Cardio Angel eine möglichst schonende und optimale Behandlung.

Neben zahlreichen Gesundheitsdienstleistern betätigt sich die RHÖN-KLINIKUM AG als aktives Mitglied im Verein Zentrum für Telemedizin Bad Kissingen (ZTM), um künftige Konzepte der ambulant-stationären Vernetzung zu gestalten. Darauf aufbauend arbeiten wir in der Neurologischen Klinik Bad Neustadt a. d. Saale innerhalb größerer Verbundforschungsprojekte (im Auftrag der EU-Kommission und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung) an neuen Lern- und Arbeitsmethoden mit dem Ziel, Telemedizin und medizinische Entwicklungen und Erkenntnisse weiter in die Fläche zu tragen.

Seit dem Jahr 2011 bieten wir allen Konzernkliniken an, die pathologische Befundung in den Bereichen Hämatopathologie, Sarkome und Molekularpathologie zentral am Universitätsklinikum Gießen und Marburg durchführen zu

lassen. Auf längere Sicht wollen wir diesen Service auch als Telepathologie anbieten. Eine telemedizinische Vernetzung der Pathologiestandorte ermöglicht es, sowohl die Befundungsqualität als auch die Effizienz durch Spezialisierung auf bestimmte Pathologiefelder zu steigern.

INNOVATION DURCH WISSENSCHAFTLICHE FORSCHUNG UND PREISE

Viele Ärzte aus allen Versorgungsstufen der RHÖN-KLINIKUM AG engagieren sich erfolgreich im intensiven Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis. Die Ergebnisse werden regelmäßig mit Auszeichnungen honoriert. Im Februar 2011 erhielt die Klinik für Herzchirurgie des Herzzentrums Leipzig gemeinsam mit dem Institut für Pharmazeutische Biologie der Universität Leipzig den Sebastian-Kneipp-Preis für ihre Arbeiten zu den Wirkungen der Heilpflanze *Leonurus cardiaca*, zu Deutsch Herzgespannkraut, die seit der Antike gegen Herzrhythmusstörungen in der Volksmedizin eingesetzt wurde. Ein Vortrag des Herzzentrums Leipzig während der Jahrestagung der Kanadischen Gesellschaft für Anästhesiologie (CAS) Ende Juni wurde aus 123 Vorträgen ausgewählt und mit dem CVT Raymond Martineau Preis ausgezeichnet.

Auf dem Deutschen Röntgenkongress 2011 in Hamburg erhielt das Herzzentrum den Coolidge Award für seine Untersuchung zur »Rechtsherzbeteiligung beim ST-Hebungsinfarkt. Risikostratifizierung durch Erhebung von Wandbewegung, Ödem und Delayed Enhancement in der kardialen Magnetresonanztomographie (MRT)«. Auf Initiative des Herzzentrums Leipzig und unter anderem mit Beteiligung der Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt a. d. Saale fand in den vergangenen drei Jahren deutschlandweit eine der größten Herzinfarktstudien (AIDA STEMI-Studie) statt. Unter großem Fach- und Medieninteresse wurden die für die Behandlung betroffener Patienten wegweisenden Ergebnisse erstmalig im November 2011 auf der Jahrestagung der Amerikanischen Herzgesellschaft in Orlando präsentiert.

Auf den Bayerischen Anästhesietagen 2011 erhielt die Klinik für Anästhesie an der Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt a. d. Saale den einzigen vergebenen Posterpreis. Ausgezeichnet wurde damit eine Vergleichsuntersuchung verschiedener Verfahren zur Überwachung der Hirnfunktion bei Operationen an der Halsschlagader, bei denen die Hirndurchblutung gefährdet ist und ein Schlaganfall mit dauerhafter Behinderung droht. Dabei zeigte sich, dass eine von der Klinik entwickelte spezielle Methode des Neuromonitorings den Sauerstoffmangel so frühzeitig und zuverlässig erkennen lässt, dass sich durch die Anlage eines



Kirstin Glatz

» Für patientenorientierte Strukturen wünsche ich mir zukünftig eine ,bessere Verknüpfung von ambulanten und stationären Angeboten.' «



Lars Kettwig

» Sowohl von ambulanten als auch von stationären Gesundheitsdienstleistern erwarte ich zukünftig eine gesicherte qualitative, hochwertige Versorgung und Flexibilität in den Behandlungsformen. «

Röhrchens (Shunt) im Gefäß die Durchblutung wiederherstellen und ein Schlaganfall sicher vermeiden lässt. Diese neu entwickelte Methode bedeutet einen erheblichen Gewinn an Sicherheit für unsere Patienten.

Im März erhielten die Zentralklinik Bad Berka und das Universitätsklinikum Gießen und Marburg am Standort Marburg das Prädikat »Exzellenzzentrum für Neuroendokrine Tumore«. Die dazu notwendigen Zertifizierungen erfolgten im Auftrag der renommierten European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS). Sie zeichnet nur eine kleine Zahl europäischer Zentren aus, die über eine herausragende klinische und wissenschaftliche Expertise auf dem Gebiet der neuroendokrinen Tumore verfügen.

Für seine informationstechnisch gestützten Behandlungsabläufe in der Zentralen Notaufnahme wurde das Klinikum Frankfurt (Oder) mit dem »Golden Helix Award 2011« ausgezeichnet. Unsere Suchtklinik Soteria Klinik Leipzig GmbH ließ ihr Qualitätsmanagementsystem nach dem spezifisch für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation entwickelten Zertifizierungsverfahren der DEGEMED und des Fachverbands Sucht zertifizieren, welches die Anforderungen der ISO 9001 mit den Anforderungen der DEGEMED und des Fachverbands Sucht verknüpft. Die Zertifizierung wurde am 23. März 2011 erfolgreich abgeschlossen. Das 1. Überwachungsaudit ist für Ende Februar 2012 geplant.

INNOVATION DURCH MEDIZINISCHE ENTWICKLUNG

Das Universitätsklinikum Gießen und Marburg hat seinen medizinischen Schwerpunkt der Fetalmedizin mit dem Deutschen Zentrum für Fetalchirurgie und minimal-invasive Therapie (DZFT) weiter aufgebaut. Das DZFT hilft Ungebornen mit schweren Organfehlbildungen oder Kreislaufstörungen.

Das Herzzentrum Leipzig hat sich seit 2009 mit inzwischen mehr als 65 Herztransplantationen als Zentrum für die Transplantation von Herzen und Lungen sowie die kombinierte Herz-Lungen-Transplantation etabliert.

UNIVERSITÄRE FORSCHUNG, LEHRE UND ENTWICKLUNG

Unsere Kliniken beteiligen sich am kontinuierlichen Transfer von Wissen aus der Forschung in die Praxis, um wissenschaftliche Erkenntnisse schneller, besser und gezielter in die Praxis der medizinischen Krankenversorgung einzuführen. Denn mit dem demographischen Wandel wächst der

Bedarf an medizinischem Fortschritt. Als Folge der stetigen Alterung der Gesellschaft wächst die Zahl der Menschen, die an Volkskrankheiten wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-, Infektions-, Lungen- und neurodegenerativen Erkrankungen leiden. Die Bundesregierung gründet deshalb sechs Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung, um die Forschung zu einigen besonders bedeutsamen Volkskrankheiten zu bündeln und die Anwendung ihrer Ergebnisse zu beschleunigen. Wir freuen uns, dass das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im vergangenen Jahr dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg und weiteren Partnern des Forschungsnetzwerks den Zuschlag als neue Standorte des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL) und des Deutschen Zentrums für Infektionsforschung (DZIF) erteilte.

Lungenerkrankungen gehören weltweit zu den häufigsten Todesursachen. Doch bislang gibt es für die meisten chronischen Lungenerkrankungen nur wenige wirksame Therapieansätze. Das DZL soll nun die grundlagen-, krankheits- und patientenorientierte Forschung koordinieren und sie auf internationales Spitzenniveau bringen. Ziel ist es, grundlegende wissenschaftliche Erkenntnisse möglichst effektiv in neue klinische Konzepte zur Verbesserung der Patientenversorgung umzusetzen. Stolz sind wir darauf, dass das Universities of Gießen & Marburg Lung Center (UGMLC) die Koordination im gesamten Deutschen Zentrum für Lungenforschung übernimmt. Beteiligt an dem UGMLC sowie dem DZL ist auch das in Bad Nauheim ansässige Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung.

Exemplarisch für unsere Arbeit ist die weltweit durchgeführte Phase III-Studie (IMPRES-Studie) zur Wirkung des Tyrosinkinase-Inhibitors Imatinib bei Patienten mit schweren Formen des Lungenhochdrucks. Dieses innovative Konzept, welches zum ersten Mal einen antiproliferativen, also das Gewebewachstum hemmenden Ansatz bei Lungenhochdruck testet, wurde in Gießen tierexperimentell entwickelt. Danach wurden erste »Proof of Concept«- und Phase II-Studien bei betroffenen Patienten durchgeführt. Und die gerade abgeschlossene weltweite Phase III-Studie belegte hochsignifikant, dass dieser neue Therapieansatz die Chance bietet, den Krankheitsverlauf und die körperliche Belastbarkeit von Patienten mit schweren Formen des Lungenhochdrucks zu verbessern.

Die Forschung auf dem Gebiet der Infektionserkrankungen ist vielfältig. Unsere modernen molekulargenetischen Verfahren sollen helfen zu klären, in welcher Weise bestimmte Krankheitserreger die Zellen und Organe des menschlichen Körpers schädigen. Im Rahmen des DZIF sind nun mit unserer Beteiligung elf Schwerpunkte definiert worden, in

denen sich gewichtige Fragen an die Forschung stellen. Da sind zum einen die großen Infektionserkrankungen HIV/AIDS, Malaria, Virushepatitis und Tuberkulose sowie die Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts, die jeweils viele Millionen Menschen betreffen. Zum anderen gibt es die wachsende Zahl neuer Infektionserkrankungen, die oft von Tieren auf den Menschen überspringen (»Zoonosen«). Das Dengue-Fieber, die SARS-Erkrankung und die Schweinegrippe gehören in diese Kategorie.

Diese beiden Vorhaben sind nur zwei von unzähligen Studien- und Forschungsprojekten, die am Universitätsklinikum Gießen und Marburg durchgeführt werden. Neben Drittmittelfinanzierung und Stiftungsgeldern (z. B. von der Von-Behring-Röntgen-Stiftung) stellt auch das Universitätsklinikum Gießen und Marburg jedes Jahr mindestens 2 Mio. Euro dafür zur Verfügung. Die RHÖN-KLINIKUM AG fördert die Universitätsmedizin über die gemeinnützige Mittelhessische Medizin-Stiftung nochmals mit 1 Mio. Euro.

Unsere Forschung beschränkt sich natürlich nicht auf die Arbeiten innerhalb des DZL und des DZIF. Ein Beispiel für die große Zahl weiterer wichtiger Studien kommt aus dem Bereich der allogenen Stammzelltransplantation der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie am Standort Marburg: die SORMAIN-Studie (Sorafenib maintenance post allo-SCT). In ihrem Rahmen untersuchen wir die Erhöhung der rückfallfreien Überlebenszeiten von Leukämiepatienten mit Hilfe des Krebsmedikaments Sorafenib. Dieses Medikament hemmt die Funktion von Eiweißstoffen, mit deren Hilfe Leukämiezellen unkontrolliert Wachstumsanreize erhalten. Vorteil dieser Therapieform ist, dass sie ohne die üblichen Nebenwirkungen der Chemotherapie auskommt und daher kontinuierlich einzusetzen ist. Durch die längere Einnahme erhöhen sich die Chancen, dass mehr und mehr der nach einer Stammzelltransplantation möglicherweise verbliebenen AML-Zellen (AML: akute myeloische Leukämie) abgetötet werden. Im Verein mit der Wirkung des neuen Spenderimmunsystems könnte damit die Rückfallquote deutlich verringert werden.

Ein weiteres Beispiel liefert eine Studie der Fachbereiche Gynäkologie im Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Sie richtet sich auf die Effekte für das Gesamtüberleben von Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs), die sich durch systematische pelvine und paraaortale Lymphadenektomien (Entfernung der Lymphknoten im Beckenbereich und um die Aorta herum) erzielen lassen, so daß damit eine vollständige Entfernung der Tumoren gelingt.

GESUNDHEIT UND UMWELT

Wer sich der Gesundheit seiner Mitmenschen verpflichtet fühlt, der kann die Umwelt nicht außer Acht lassen. Ganz im Gegenteil: Für den Gesundheitsversorger RHÖN-KLINIKUM AG sind beide Bereiche untrennbar miteinander verbunden. Bei uns findet die hohe Qualität der medizinischen Leistungen ihre Entsprechung in einer ebenso hohen Qualität des Umgangs mit der Umwelt. Ökonomie und Ökologie sind für uns keine unvereinbaren Gegensätze, sondern gleichberechtigte Elemente unseres Wertesystems. RHÖN-KLINIKUM AG steht nicht nur für Spitzenmedizin für jedermann, sondern auch für Spitzenleistungen in Sachen Nachhaltigkeit.

Der effiziente und sichere Einsatz von Energie, Wasser und Materialien hat bei uns keine geringere Priorität als das Bemühen, unseren Patienten Medizin stets auf dem neuesten Stand des Wissens und der Technik angelehnt zu lassen. Immer wieder hat sich der RHÖN-KLINIKUM Konzern als Pionier der Energie- und Umwelttechnik im Krankenhaus hervorgetan. Als einer der ersten Gesundheitskonzerne setzten wir Blockheizkraftwerke ein, die mit hohen Wirkungsgraden Strom, Wärme und Kälte erzeugen. Unser ebenfalls sehr frühes Engagement in der neuen Technik der Brennstoffzelle mussten wir bedauerlicherweise abbrechen, weil der Hersteller dieses Arbeitsgebiet aufgab.

Für den RHÖN-KLINIKUM Konzern ist das Bemühen um eine möglichst unversehrte Umwelt integraler Bestandteil der Geschäftstätigkeit. Dass wir die Ökologie im Krankenhausbereich als eine unserer Kernkompetenzen betrachten, belegt der hohe Stellenwert, den dieses Arbeitsfeld in unserer Organisation hat: Eine eigene Zentralabteilung Technisches Controlling/Umwelt ist zuständig für das konzernweite Energie- und Emissionscontrolling. Ebenso wichtig: Sie verfolgt die technischen Entwicklungen im komplexen Feld der Energie-, Umwelt-, Sicherheits- und Entsorgungstechnik, leitet daraus spezifische Konzepte für unsere höchst anspruchsvolle Anwendungswelt ab, erprobt sie in Pilotprojekten und fungiert schließlich als Impulsgeber für die technischen Kollegen in den einzelnen Kliniken.

Denn auch im Umweltmanagement verfolgen wir den dezentralen Ansatz, der unsere Unternehmensstruktur kennzeichnet. Vor Ort, in der einzelnen Klinik, hat der jeweilige technische Leiter die Verantwortung für »sein« ökologisches und sicherheitstechnisches Umfeld. Er

Viel natürliches Grün und die vielen Wintergärten in der Zentralklinik Bad Berka sorgen für eine angenehme Atmosphäre, in der Patienten schnell wieder genesen können. Eine möglichst unversehrte Umwelt ist ein zentraler Bestandteil der Geschäftstätigkeit der RHÖN-KLINIKUM AG.

überwacht die Sicherheit der technischen und medizintechnischen Anlagen und Geräte, beaufsichtigt Bauprojekte und ist zuständig für das Energiecontrolling ebenso wie für die Ausstattungs- und Inbetriebnahmeplanung neuer Anlagen.

Das Technische Controlling unterstützt ihn dabei als zentraler Know-how-Pool mit Schulungsmaßnahmen sowie einem organisierten konzerninternen Erfahrungsaustausch. Darüber hinaus hat es die Aufgabe, neue Konzerntöchter technisch zu integrieren. Dieser Vorgang ist nicht als Einbahnstraße zu verstehen. Zwar geht es einerseits darum, die konzernweiten Umwelt- und Energiestandards auch dort zügig umzusetzen. Andererseits schaut das Umweltmanagement aber auch nach eigenen Innovationen und Ideen der Neulinge, die dem RHÖN-KLINIKUM Konzern zugutekommen können.

Eine der wesentlichen Marschrichtungen in der Energiestrategie der RHÖN-KLINIKUM AG ist der Einsatz von Blockheizkraftwerken (BHKW), die Strom und Wärme gleichermaßen liefern. Diese Technik ist zwar nicht die jüngste, wird aber ständig weiterentwickelt. Unsere Erfahrung mit solchen motorischen Heizkraftwerken, die heute zumeist mit Erdgas betrieben werden, reicht gut zwei Jahrzehnte zurück. Die erste Anlage dieser Art, die wir schon 1991 in Bad Neustadt a. d. Saale installiert hatten, wurde im vergangenen Jahr von Grund auf modernisiert. Bis zu diesem Zeitpunkt war sie 120.000 Stunden gelaufen – bei einer Geschwindigkeit von 100 Stundenkilometern hätte ein Fahrzeug in dieser Zeit 12 Millionen Kilometer zurückgelegt.

Welches Potenzial wir der Kraft-Wärme-Kopplung beimessen, lässt sich an den Zahlen ablesen. Ende 2011 waren im Konzern insgesamt 20 BHKW-Anlagen in Betrieb. Je nach Klinikgröße und -bedarf sind diese Anlagen unterschiedlich konfiguriert. Einige von ihnen bestehen aus mehreren Gasmotoren. In der Summe arbeiten in unseren BHKW 42 Motoren mit Leistungen zwischen 75 und 850 Kilowatt. Allein im Jahr 2011 haben wir sechs Anlagen mit zusammen 3,5 Megawatt Leistung neu installiert und ältere Anlagen mit einer Gesamtleistung von 2,2 Megawatt erneuert. Im gesamten RHÖN-KLINIKUM Konzern wollen wir den Ausbau der Kraft-Wärme-Kopplung 2012 weiter vorantreiben.

Neubauten haben – dank besserer Wärmedämmung und moderner Energiespartechiken – nur noch etwa ein Drittel des Wärmebedarfs von Altbauten. Gleichzeitig ist aber der Strombedarf gestiegen, Folge des immer breiteren Einsatzes von Medizin- und Informationstechnik in den Krankenhäusern. Großgeräte wie Computer- oder Magnetresonanztomographen haben einen hohen Verbrauch an Strom ebenso wie an Kühlung. So hat sich das Verhältnis von Wärme- und Strombedarf, das vor etwa eineinhalb Jahrzehnten noch bei 2 bis 2,5 zu 1 lag, inzwischen umgekehrt. Das erlaubt es uns, die in Neubauten eingesetzten BHKW kleiner zu dimensionieren und darüber hinaus die erzeugte Wärme auch noch zur Kälteproduktion zu nutzen.

Im vergangenen Jahr haben wir unsere Klinikneubauten in Hildesheim und Salzgitter mit BHKW ausgerüstet. In unseren Kliniken in Köthen (Sachsen-Anhalt) und in München haben wir ebenfalls BHKW installiert. Das Universi-

KENNZAHLEN

		2011	2010	2009	2008	2007	2006
Unternehmen							
Kliniken		53	53	53	48	46	45
Betten und Plätze		15.973	15.900	15.729	14.828	14.647	14.703
Mitarbeiter (Köpfe)		39.325	38.058	36.882	33.679	32.222	30.409
Behandelte Patienten		2.277.153	2.041.782	1.799.939	1.647.972	1.544.451	1.394.035
Energie							
Primärenergieverbrauch	MWh	877.759	929.828	865.103	865.775	831.582	876.605
Verbrauch pro Patient	MWh/Pat.	0,39	0,46	0,48	0,53	0,54	0,63
Emissionen							
Treibhausgasemissionen	t	201.459	202.925	190.128	190.200	182.687	193.858
Schadstoffemissionen	t	243	265	243	244	235	255
Wasser							
Wasserverbrauch	m ³	1.848.020	1.810.706	1.716.646	1.710.111	1.672.021	1.727.091
Verbrauch pro Patient	m ³ /Pat.	0,81	0,89	0,95	1,04	1,08	1,26

Daten jeweils per 31.12.2011



Thomas Wolff

»Bei einem ambulanten und/oder stationären Gesundheitsdienstleister ‚möchte ich mich in guten Händen wissen.‘ «



Elvira Martin und Dr. Peter Zimmermann

»Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sollte zukünftig ein Gesundheitsdienstleister besser vernetzt sein zum besseren Austausch der Befunde aufgrund der erheblich verbesserten Datenübertragung. «

tätsklinikum Marburg, das wir baulich modernisiert und durch moderne Neubauten ergänzt haben, konnten wir 2011 von seinem nicht mehr ganz zeitgemäßen Heizwerk abkoppeln und gleichfalls auf Blockheizkrafttechnik umstellen. An diesem Standort haben wir auch die Kältetechnik saniert – mit erheblichem Sparpotenzial. Dazu trägt nicht nur der Einsatz moderner Kältemaschinen mit hohen Wirkungsgraden bei – in Marburg beziehen wir darüber hinaus bei niedrigen Außentemperaturen die notwendige Kälte aus der Außenluft. Diese sogenannte »freie Kühlung« setzt bei Außentemperaturen von 5 bis 6 Grad Celsius ein – in der kühleren Jahreszeit ist es im Grunde unsinnig, teure elektrische Energie für den Betrieb von Kältemaschinen zu verbrauchen, wie es noch allerorten üblich ist. Daneben haben wir die Dampferzeugung am Universitätsklinikum Marburg neu aufgebaut und damit die Bereitschaftsverluste des weit verzweigten Dampfnetzes deutlich reduziert.

Am Universitätsklinikum Gießen, wo wir erst 2010 das weltweit erste Hybridheizkraftwerk, eine Kombination aus Brennstoffzelle, mehreren Gasmotoren und zwei Absorptionskälteanlagen, in Betrieb genommen hatten, stellten wir die Energieversorgung nun vollständig auf die BHKW-Technik um. Die Brennstoffzelle ließen wir abbauen, weil der Service nach dem Rückzug des Herstellers aus diesem Geschäftsfeld nicht mehr gewährleistet war. Die Kooperation mit den Stadtwerken in Gießen, die uns sowohl die Einspeisung als auch die Abnahme von Kälte und Wärme ermöglicht, setzen wir fort.

Neben der Um- und Ausrüstung unserer Häuser mit den immer effizienteren Anlagen zur Energieerzeugung verfolgen wir einen zweiten bedeutsamen Entwicklungspfad: Die Nutzung von Energien, die uns die Umwelt sozusagen gratis zur Verfügung stellt. Dabei interessieren wir uns zum einen für die Erdwärme (oberflächennahe Geothermie), zum anderen aber zunehmend auch für die natürliche Kälte. Das Beispiel der freien Kühlung haben wir oben schon erwähnt. Dieses Konzept kam auch in unserer Klinik im unterfränkischen Erlenbach im Zuge einer Sanierung der Kälteversorgung zum Einsatz.

Eine andere Variante haben wir in unseren Häusern in München-Pasing und in Kipfenberg gewählt. Dort liefert uns das Grundwasser die kostengünstige Kühlung auch im Sommer, sogar für die Patientenzimmer. Das Grundwasser, das in München-Pasing in ausreichender Menge zur Verfügung steht, versorgt zwei Kältenetze mit unterschiedlichen Temperaturniveaus. Ein Teil der Klimaanlage und Umluftkühlgeräte wird mit dem Grundwasser direkt gekühlt. Das zweite Kältenetz liefert ein niedrigeres Temperaturniveau,

das benötigt wird, um im Sommer die Luft beispielsweise in den Operationssälen zu entfeuchten.

Das angewärmte Kühlwasser wird dem Grundwasserstrom 200 Meter abwärts wieder zugeführt. Zudem nimmt das Grundwasser die Abwärme elektrischer Kältemaschinen auf, die den Spitzenbedarf im Sommer decken und das zum Entfeuchten notwendige Temperaturniveau bereitstellen. Damit sparen wir nicht nur elektrische Energie, sondern erhöhen überdies den Wirkungsgrad der Kältemaschinen gerade im Sommer.

Eine Besonderheit des Pasinger Neubaus ist die Betonkernaktivierung. In den massiven Betondecken auch der Patientenzimmer sind Kunststoffrohre verlegt, durch die im Sommer gekühltes, im Winter erwärmtes Wasser strömt. Die Wärme kommt aus einem Blockheizkraftwerk. Die große Speichermasse des Betons sorgt in beiden Fällen für einen gleichmäßigen Temperaturverlauf, und die Kühlung im Sommer verursacht nahezu keine Betriebskosten. Weil das Transportmedium Beton nur geringer Temperaturdifferenzen zur Umwelt bedarf, um zu wirken, ist diese Form der Kühlung und Heizung höchst energieeffizient. Im Erweiterungsbau der Klinik Kipfenberg haben wir ein ähnliches System in Betrieb genommen, ebenfalls eine Kombination der Grundwasserkühlung mit einem Blockheizkraftwerk.

Unsere Statistik zeigt für das Jahr 2011 eine erneute Verbesserung der wichtigsten Umweltdaten, absolut wie spezifisch. Wir gehen davon aus, dass sich dieser Trend 2012 fortsetzen wird. Eine Entwicklung der vergangenen Jahre hat sich 2011 einmal mehr bestätigt: der kontinuierliche Anstieg des Stromverbrauchs, Folge der zunehmenden Technisie-

rung in den Bereichen Medizin- und Informationstechnik. Mit ihr steigt auch der Bedarf an überwiegend elektrisch erzeugter Kälte. Darüber hinaus beobachten wir, dass neu gebaute Krankenhäuser einen höheren Strombedarf haben als Altbauten. Ursache ist vor allem der aus hygienischen Gründen notwendige Aufwand für mechanische Lüftung und Klimatisierung.

Der Eigenerzeugungsanteil am Gesamtstromverbrauch durch unsere BHKW stieg von 17,3 auf 24,3 Prozent im Jahr 2011. Gegenläufig zum Strom- entwickelte sich der Wärmeverbrauch, der im Jahr 2011 sowohl witterungsbedingt als auch durch die Inbetriebnahme neuer, wärmeeffizienterer Krankenhausbauten gesunken ist.

ABFÄLLE

Bei den entsorgten Abfällen konnten wir ebenfalls einen leichten spezifischen Rückgang verzeichnen. Unser Hauptaugenmerk liegt hier auf einem sparsamen Umgang mit Materialien. Allerdings lässt sich die zunehmende Verwendung von Einwegmaterialien aus Gründen der Hygienesicherheit nicht immer vermeiden.

Die Menge infektiöser Abfälle ist gestiegen. Ursachen waren regionale Besonderheiten wie die Isolierung von Patienten mit hochresistenten Erregern oder das gehäufte Auftreten von Norovirusinfektionen. Den starken Rückgang von Entwickler- und Fixierlösungen verdanken wir der nun weitgehend abgeschlossenen Digitalisierung unserer radiologischen Abteilungen.

ABFÄLLE

		2011	2010	2009	2008	2007	2006
Abfallmenge Reststoffe	t	11.474	11.235	10.084	9.838	9.447	9.007
Abfallmenge pro Patient	kg/Pat.	5,1	5,5	5,6	6,0	6,1	6,5

SONDERABFÄLLE

		2011	2010	2009	2008	2007	2006
Infektiöse Abfälle	t	77	67	75	69	88	93
Zytostatikaabfälle	t	14	13	10	9	10	13
Fixierlösung	m ³	7	17	19	43	61	90
Entwicklerlösung	m ³	7	18	17	35	52	78

SPITZENMEDIZIN IN DER TOSKANA DES OSTENS

Mit seinen Privatisierungen hat der RHÖN-KLINIKUM Konzern viele Erfolgsgeschichten geschrieben. Eine der eindrucksvollsten spielt in Bad Berka.



Bei der Aufnahme aus der Luft dominiert scheinbar das OP-/Intensivmedizinische Zentrum mit dem Hubschrauberlandeplatz auf dem Dach der Zentralklinik Bad Berka. Doch die Aufnahmen aus dem »Inneren« der Klinik vermitteln einen differenzierteren Eindruck.

Die Entfernungen sind überschaubar: knapp 29 Straßenkilometer nach Erfurt, gut zwölf Kilometer zur Goethestadt Weimar, 42 Kilometer nach Jena. Der Ort ist es ebenfalls: 5.400 Einwohner in der Kernstadt, zwei Quadratkilometer bebaute Fläche (von insgesamt 21 Quadratkilometern), viel Wald, ein Gymnasium, eine Regel- und Grundschule, fünf Kitas, Supermärkte, Fachgeschäfte, etliche Allgemeinmediziner und Fachärzte, Handwerksbetriebe. Bad Berka, beschauliche Kurstadt mit Heilquelle, elf Hektar Kurpark und funktionierender Bahnanbindung, hat alles, was der Mensch zum Leben braucht.

Und sogar noch etwas mehr. Denn das thüringische Städtchen, im Hügelland der Ilm-Saale-Platte direkt an der Ilm gelegen, beherbergt ein Krankenhaus, das man in dieser Größe und Bedeutung eher in einer Großstadt suchen würde: die Zentralklinik Bad Berka (ZBB), ein Krankenhaus mit überregionalem Versorgungsauftrag mit 669 Planbetten und rund 1.700 Mitarbeitern, von denen die meisten in den 19 Fachkliniken und Instituten sowie einem interdisziplinären Diagnostikum beschäftigt sind. Damit ist das Schwerpunktkrankenhaus der größte Arbeitgeber nicht nur am Ort, sondern auch im ganzen Landkreis Weimarer Land. Gemessen am Umsatz von rund 150 Mio. Euro ist die ZBB zudem ein stattliches mittelständisches Unternehmen.

»Als Beschäftigungsmotor hat die Zentralklinik eine Bedeutung, die über die siebzehnhundert Arbeitsplätze weit hinausgeht«, unterstreicht Hans-Helmut Münchberg, Landrat des Kreises. »Einschließlich der Externen, die ständig im Haus sind, und der Handwerker und Dienstleister, die rundherum angesiedelt sind, gehen wir davon aus, dass insgesamt etwa 2.500 Arbeitsplätze in der Region von der Klinik abhängen.« Vom lokalen Maler, Tischler, Elektriker oder Fußbodenleger über das Taxi-Unternehmen, den Caterer und den Reinigungsdienst bis hin zur Wäscherei im »fernen« Erfurt reicht die Palette der kleinen und größeren Unternehmen, deren Mitarbeiter zu einem guten Teil von der Klinik leben.

Außerdem komme die Zentralklinik dem Ruf von Bad Berka zugute: »Sie war schon immer eines der bedeutendsten medizinischen Zentren im Lande, auch zu DDR-Zeiten. Und sie ist heute eine der ersten Adressen in Deutschland – die Kennzeichen der Autos, die hier vorfahren, sprechen eine klare Sprache«, hat Münchberg beobachtet.

PATIENTEN AUCH AUS DEM AUSLAND

Bad Berkas Bürgermeister Thomas Liebetau zieht den Kreis noch etwas weiter: »In einigen Fachbereichen reicht der gute Ruf unserer Klinik sogar bis ins ferne Ausland.« In der Tat: Die Klinik für Molekulare Radiotherapie/Zentrum für Molekulare Bildgebung (PET/CT) mit ihren Erfolgen in der Behandlung von neuroendokrinen Tumoren zieht Patienten sogar aus den Vereinigten Staaten an. Und in den arabischen Ländern hat sich die Qualität der Bad Berkaer Wirbelsäulenchirurgie herumgesprochen – zahlreiche Patienten kommen aus den Golfstaaten, um sich hier behandeln zu lassen.

Nicht ohne Stolz zeigt Liebetau »sein« Krankenhaus auch den Delegationen aus Bad Berkas Partnerstädten in Frankreich, England und Polen: »Die sind immer wieder schwer beeindruckt von dem hotelähnlichen Entree, vom Dachgarten auf dem Bettenhaus und dem wunderschönen Felsengarten. So etwas kennen die von zu Hause gar nicht.« Die behutsamen Um- und Neubauten in den zwei Jahrzehnten unter der Ägide des RHÖN-KLINIKUM Konzerns haben ein stimmiges Ensemble aus alten und neuen Gebäudeteilen und Erholungszonen geschaffen, das seinesgleichen in der Krankenhauslandschaft sucht.

Dr. Kerstin Haase, Geschäftsführerin der Zentralklinik Bad Berka, hat mehr den primären Zweck einer Klinik im Auge, die medizinischen Leistungen, mit denen sich Bad Berka ebenfalls nicht verstecken muss. Zwar schicken selbst Universitätskliniken aus allen Ecken der Republik Patienten zur Behandlung bestimmter Krankheitsbilder in die Zentralklinik. Und mehr als 45.000 Patienten, die 2011 behandelt wurden (knapp die Hälfte davon vollstationär) sind eine stattliche Zahl. Doch die Geschäftsführerin würde sich einen höheren überregionalen Bekanntheitsgrad im breiten Publikum wünschen.

»Wir müssen unser öffentliches Profil als Hochleistungs-krankenhaus im spezialärztlichen Bereich noch erheblich schärfen und weiter ins Land tragen«, meint Haase. »Es ist eine unserer vordringlichen Aufgaben, die Zentralklinik deutschlandweit so bekannt zu machen, dass sie zum einen

für die Patienten attraktiv ist, zum anderen aber auch für das medizinische Personal.« Diese Aufgabe ist eine Herausforderung. Denn Bad Berka ist ein vergleichsweise abgelegener Standort in einem starken Wettbewerbsumfeld: »Nicht jeder junge Mediziner möchte an so einen kleinen Ort ziehen.« Da hilft es wenig, dass sich das Weimarer Land gerne in der Rolle der »Toskana des Ostens« sieht.

Der größte Wettbewerber, die Universitätsklinik Jena, ist nicht fern. Noch näher liegt das Helios Klinikum Erfurt, ebenfalls ein Krankenhaus der Maximalversorgung und – wie die ZBB – Akademisches Lehrkrankenhaus der Uni Jena. Beide liegen erheblich verkehrsgünstiger, sowohl zur Autobahn als auch mit ihren Bahnanbindungen. Und beide spielen in der gleichen Liga, beschäftigen sich mit ähnlich komplexen Erkrankungen wie die Zentralklinik. Aber auch die kleineren Regionalversorger in Weimar, Blankenhain und Apolda werben zum Teil um dieselbe Klientel.

Vor allem im Bereich der Grundversorgung: »Kein Krankenwagen wird wegen eines gebrochenen Arms, einer Blinddarmentzündung oder eines Leistenbruchs unsere Klinik ansteuern«, stellt Professor Norbert Presselt, Ärztlicher Direktor der ZBB und Chefarzt der Thorax- und Gefäßchirurgie, ganz nüchtern fest. »Nicht einmal im Bereich der klassischen Unfallchirurgie können wir wirklich einen Blumentopf gewinnen.« Im allgemeinen Tauziehen um die Finanztöpfe der Krankenkassen hat sich dieser Wettbewerb noch weiter verschärft.

DIE NISCHEN FINDEN

Die Kehrseite der Medaille: Die ZBB kann (und muss) sich mit vielen ihrer 19 Fachgebiete am oberen Ende der Leistungsskala positionieren. Dass dieser Anspruch durch die Wirklichkeit gedeckt ist, lässt sich am sogenannten Case Mix Index (CMI) ablesen, der einen deutlichen Hinweis auf die durchschnittliche Schwere der Fälle gibt. In Bad Berka liegt er bei knapp 2, im Durchschnitt der 32 deutschen Universitätskliniken bei 1,4 und im Schnitt aller deutschen Krankenhäuser bei 1,08. Das Leitmotiv der »Spitzenmedizin für jedermann«, dem der RHÖN-KLINIKUM Konzern seit jeher folgt, wird hier beispielhaft praktiziert.

Natürlich ist die hohe medizinische Qualität »draußen« nicht unbemerkt geblieben. Das hat eine Analyse der Patientenströme gezeigt. Zwar haben nur wenige Kranke aus dem direkten Umkreis der benachbarten Großkrankenhäuser den Weg nach Bad Berka gefunden. Doch aus den Regionen jenseits der typischen Einzugsgebiete von Jena und Erfurt



Waltraud Keil

» Die Vernetzung im Gesundheitswesen sollte so organisiert sein, dass der Informationsfluss von oben nach unten und umgekehrt verbessert wird. «



Sonja Zeidler

» Meine Erwartungshaltung an Gesundheitsdienstleister konzentriert sich auf: ‚kurze Wartezeiten, kompetente Behandlung, ein breites Spektrum an Leistungen/Behandlungsgebieten und den Service am Patienten und dessen Angehörigen.‘ «

kamen sie in beachtlicher Zahl zur ZBB, »sozusagen um die Inseln der Wettbewerber herum«, freut sich Dr. Haase. Dazu trägt nicht zuletzt der Ruf des Hauses als Spezialitätenklinik mit ganz besonderen Stärken bei, die die ZBB in den zwei Jahrzehnten unter dem Konzerndach der RHÖN-KLINIKUM AG gezielt ausbauen konnte.

Sowohl für die Geschäftsführung als auch für die Ärzte ist der Weg klar vorgezeichnet. »Wir müssen unsere Nische in der Breitenmedizin finden«, umreißt Dr. Haase die generelle Marschrichtung. Das ist freilich eine Gratwanderung. Einerseits gilt es, die weitere Spezialisierung innerhalb der großen medizinischen Arbeitsfelder voranzutreiben. Andererseits darf die Fächervielfalt, die breite Basis der Kompetenzen, nicht verloren gehen.

Denn: »Innovation findet heute zumeist an den Schnittstellen der unterschiedlichen Disziplinen statt«, nennt der Ärztliche Direktor Professor Presselt einen wichtigen Grund. »Für diese kreative interdisziplinäre Zusammenarbeit brauchen wir medizinische Teamarbeiter, die bereit sind, die Grenzen ihrer jeweiligen Fachgebiete zu überwinden. Aber mittendrin werden wir immer auch Mediziner benötigen, die die allgemeinen Grundlagen beherrschen, also nicht zu hoch spezialisiert sind«, skizziert er die Anforderungen an die heutigen und noch mehr an die künftigen Ärzte der Klinik.

SPEZIALMEDIZIN MIT TRADITION

Bei Licht besehen war die Zentralklinik während der ganzen 113 Jahre ihres Bestehens ein Haus der Spezialmedizin. Rund ein Vierteljahrhundert lang fungierte sie als reine Lungenheilstätte, in der Tuberkulosekranke behandelt wurden. Grundlagen der Therapie in der 1898 gegründeten »Sophienheilstätte« – so benannt nach der verstorbenen Großherzogin von Sachsen-Weimar-Eisenach (1824 bis 1897) – waren die Freiluftliegekur und eine gesunde Ernährung. Offenbar eine wirksame Behandlung der oft tödlichen Infektionskrankheit. Denn die anfangs knapp bemessene Bettenzahl wurde bereits um das Jahr 1900 herum auf 100 erhöht und 1911 mit einem Erweiterungsbau auf 200 verdoppelt.

Von 1924 an wurde aus der Kurheilstätte im Bad Berkaer Ortsteil München allmählich eine klinische Heilstätte. Neue Behandlungsräume entstanden, Laboratorien wurden errichtet und Röntgenapparate installiert. Mit neuen Behandlungsmethoden und bald auch operativen Eingriffen wurde das Spektrum der Therapie von Lungenkrankheiten immer mehr ausgeweitet. 1950 beschloss das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR, dem die Klinik

unmittelbar unterstellt war, den Bau eines Bettenhauses mit 570 Betten auf der Harth, dem neuen Standort in Bad Berka.

Der damalige Ärztliche Direktor Dr. Adolf Tegtmeier hatte aber mehr vor. Gemeinsam mit dem Kreisbaumeister Richard Sahl konzipierte er ein Krankenhaus, das die Synthese einer modernen Klinik und eines individuellen Sanatoriums sein sollte. Tegtmeier gelang es, seine Vorstellungen in Berlin durchzusetzen. 1951 begann der Bau – listigerweise »von außen nach innen, damit zwangsläufig immer weitergebaut werden musste«, erzählt Frank Rokosch, heute Leiter der Materialwirtschaft. 1957 war das Werk vollendet. Nach fünf Jahren Bauzeit stand in Bad Berka der erste Klinikneubau der DDR, die »Zentralklinik für Lungenkrankheiten und Tuberkulose«, wie sie fortan hieß.

Als in der Folgezeit die Tuberkulose dank der Therapie mit Antibiotika allmählich ihren Schrecken und auch ihren Bedarf an Langzeitbehandlung verlor, gelang dem 1894 geborenen Tegtmeier auch noch der Schwenk zur Herzmedizin. 1966, ein Jahr, ehe Tegtmeier mit 73 Jahren in den verdienten Ruhestand ging, wurde die Zentralklinik als fünftes offizielles Herzzentrum der DDR anerkannt. 1969 entstand der kardiologische Bereich. 1973 fiel die Entscheidung, aus der Zentralklinik das führende Zentrum für Herzchirurgie zu machen. Im selben Jahr kamen noch eine urologische und eine orthopädische Fachabteilung hinzu, die im Ortsteil München angesiedelt waren.

Erst 1974 wurde das Klinikschild den neuen Gegebenheiten wenigstens teilweise angepasst. »Zentralklinik für Herz- und Lungenkrankheiten« hieß das immer noch sehr spezialisierte Krankenhaus nun. Sein 1973 vorgegebenes Ziel erreichte es in den folgenden Jahren: Die Herzchirurgie in Bad Berka entwickelte sich zur leistungsfähigsten der ganzen DDR. Das Haus erreichte im Zusammenspiel von Herz- und Lungentherapie eine führende Stellung in der Thoraxchirurgie, ein wertvolles Erbe, das es sich bis heute bewahrt hat. Der kurze Rückblick zeigt vor allem eines: Die Zentralklinik hat von Anbeginn eine Pionier- und Sonderrolle gespielt. Und sie hat – jeweils im zeitgenössischen Umfeld – immer Spitzenmedizin geboten.

UNTER PRIVATEM DACH WEITER VORAN

Wie weit ihr Ruf reichte, illustriert die Familiengeschichte von Oliver Salomon, dem Betriebsratsvorsitzenden der ZBB. Um als Pflegekräfte in der gerade neu erbauten Lungenklinik zu arbeiten, kamen sie 1958 aus der Altmark nach Bad Berka. Die Familie hielt dem Haus über alle Stufen des Wandels hinweg die Treue – Salomon ist einer der zahlrei-

chen Mitarbeiter, die schon in der dritten Generation in der Zentralklinik arbeiten, und ein sehr engagierter dazu. In Betriebsratsangelegenheiten hält er den engen Kontakt zu den Kollegen am Konzernsitz Bad Neustadt a. d. Saale, bei denen er sich sehr gut aufgehoben fühlt.

Nach der Wende wurde es spannend für ihn und alle anderen Mitarbeiter der Klinik. Für das Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit, das zunächst für das Haus verantwortlich war, war Bad Berka im Kreise der thüringischen Krankenhäuser »einfach übrig«, wie es Kerstin Träger, Pflegedienstleitung Normalstationen, Tagesklinik und Diagnostikum, trocken formuliert. Es fehlte an Mitteln, alle Kliniken weiterhin zu unterhalten, und der einzige Ausweg erschien zunächst die Schließung. »Da hatten wir in der Vorweihnachtszeit 1990 alle schon unsere Blauen Briefe in der Hand«, erinnert sich Träger noch allzu gut.

Dank persönlicher Kontakte zwischen dem Bad Berkaer Herzchirurgen Professor Wolfgang Ursinus und seinem Bad Neustädter Kollegen Professor Robert Hacker wurde die RHÖN-KLINIKUM AG auf die Zentralklinik aufmerksam. Im November 1990 kam zunächst ein Kooperations- und Beratungsvertrag mit dem Ministerium zustande. Und am 16. Mai 1991 wurde die Zentralklinik Bad Berka GmbH gegründet, an der die RHÖN-KLINIKUM AG einen Anteil von 75 Prozent übernahm – jeweils 12,5 Prozent blieben beim Land Thüringen und bei der Stadt Bad Berka.

Damit waren die rund 850 Arbeitsplätze gerettet. Die Sanierung und Modernisierung der Klinik konnten beginnen. Das Land hat seine Restbeteiligung inzwischen ebenfalls an die RHÖN-KLINIKUM AG abgegeben. Bad Berkas Bürgermeister Liebetrau aber freut sich alljährlich über die Ausschüttung der ZBB, die deutlich über 1 Mio. Euro liegt – kein Pappenstiel im Vergleich zu den 550.000 Euro Gewerbesteuer-Einnahmen seiner Kommune.

Stolz ist der Betriebsratsvorsitzende Salomon darauf, dass es den Mitarbeitern der ZBB gelungen ist, sowohl das eigene Wohnheim als auch die betriebseigenen Mitarbeiterwohnungen und vor allem den Betriebskindergarten in die neue Ära hinüberzueretten. »Es ist schön zu sehen, dass der Kindergarten heute sogar Gegenstand unserer Stellenanzeigen ist«, schmunzelt er. Auch der Bürgermeister hat etwas davon: Der Kindergarten steht auch Betriebsfremden offen, trägt also zur kommunalen Infrastruktur bei.

Mit der Unterzeichnung der Notariatsurkunde im Mai 1991 wurde der Grundstein für die Entwicklung der Zentralklinik zu einem hochmodernen und leistungsfähigen Krankenhaus gelegt. Erst durch die Übernahme der Klinik und die



Klaus Dieter Kreißel

» Im Zeitalter des Internet spielt die ‚Vernetzung‘ eine sehr große Rolle: Je schneller man Daten über einen Patienten bekommt, umso besser kann ihm geholfen werden. «



Dr. rer. nat. Grit Berger

» Ich wünsche mir ein bezahlbares Gesundheitswesen für alle mit einer optimalen, patientenindividuellen Beratung zu Behandlungsstrategien und Versorgungsmöglichkeiten, stets abgestimmt auf die Interessen des Einzelnen, unabhängig von Anbieterinteressen der Pharma- oder Medizinprodukte-Industrie. «

Integration in den Verbund der RHÖN-KLINIKUM AG konnte das damals von der Schließung bedrohte Krankenhaus gerettet, saniert und vor allem modernisiert werden. Mit auf den Weg erhielt die ZBB vom Land Thüringen Versorgungsaufträge für die Bereiche Pneumologie, Kardiologie, Herzchirurgie, Thorax- und Gefäßchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie sowie Urologie. Die urologische Fachabteilung ging 1992 an das Kreiskrankenhaus Blankenhain – heute empfinden die Mediziner in Bad Berka sie als schmerzliche Lücke in ihrem Leistungsangebot.

ARBEITEN AUF DER BAUSTELLE

Die 1990er Jahre standen im Zeichen umfassender Um- und Neubauten unter der kreativen Führung des Bad Neustädter Architekten Wolfgang Wilhelm, der schon etliche Klinikbauten für den RHÖN-KLINIKUM Konzern gestaltet hatte. 1992 entstand als Erstes das dringend notwendige neue OP-Zentrum mit seinen heute 15 Operationssälen. 1993 folgte ein neues Zentrum für Intensivmedizin, eines der modernsten in ganz Europa, 1995 war ein neues Bettenhaus mit 488 Betten fertiggestellt. Von 1995 bis 1996 rekonstruierte und modernisierte Wilhelm mit viel Finger-spitzengefühl den alten Zentralbau der Klinik. Danach war die Klinik kaum mehr wiederzuerkennen. Sie wurde geradezu zu einem Publikumsmagneten.

1998 folgte die Eröffnung des neuen Westtrakts, in dem das einzige Zentrum für Querschnittgelähmte Thüringens, das PET-Zentrum (PET: Positronen-Emissions-Tomographie, ein besonders empfindliches bildgebendes Diagnoseverfahren) und das fachbereichübergreifende Diagnostikum Platz fanden. Zwischen den Gebäudeteilen entstanden zwei glasüberdachte Felsengärten als Ruheinseln für die erholungsbedürftigen Patienten. Auf der Strecke blieb in-dessen die alte Sophienheilstätte in München, die die ZBB Ende 1993 an die Landesversicherungsanstalt zurückgab – seither ist das Baudenkmal dem Verfall preisgegeben.

»Wir haben hier runde zehn Jahre auf einer Baustelle gearbeitet. Aber wir waren hochmotiviert, weil wir sehen konnten, wie es voranging«, blickt Pflegedienstleiterin Träger zurück. Das Vorankommen war nicht zuletzt an der Arbeitsplatzentwicklung abzulesen. Mit etwa 850 Mitarbeitern war die Zentralklinik 1991 an den Neustart gegangen. Danach wurde das Personal zwar im Rahmen eines zweijährigen Stufenplans zunächst um 200 Beschäftigte abgebaut, wesentlich auch durch das Outsourcing von Wäscherei, Reinigungsdienst und Pathologie und durch den Abbau des hauseigenen Handwerkerpools.

Doch dann ging es rasch wieder bergauf. 1995 beschäftigte die ZBB bereits 950 Mitarbeiter, im Jahr 2000 waren es schon gut 1.200 und 2005 mehr als 1.300. Heute zählt die Klinik 1.700 Beschäftigte, doppelt so viel wie im Startjahr 1991. In diesen Zahlen spiegelt sich der Ausbau der Klinik wider, die beharrlich ihr Leistungsangebot erweiterte.

Zu den ursprünglichen sechs Disziplinen kamen 1993 die Klinik für Angiologie sowie die Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin hinzu. 1994 folgten die Wirbelsäulenchirurgie als Spezialbereich der Orthopädie und die Klinik für Neurologie. Aus dem PET-Zentrum, 1998 eröffnet, wurde ein Jahr später mit der Eröffnung der Isotoptherapiestation die Klinik für Nuklearmedizin. Sie ist bis heute eine sprudelnde – aber bei weitem nicht die einzige – Quelle des medizinischen Fortschritts in Bad Berka.

Insgesamt hat der RHÖN-KLINIKUM Konzern bisher rund 270 Mio. Euro in die Klinik investiert. Ein sichtbares Ergebnis neben den Arbeitsplatzzahlen und den beeindruckenden Bauten: Heute umfasst das Angebot zahlreiche Fachgebiete (siehe Kasten).

Die Reihe der Fachgebiete zeigt es. Die Zentralklinik Bad Berka bietet bis auf wenige Ausnahmen, die die thüringische Versorgungsplanung bislang nicht zulässt, eine Rundumversorgung nahezu aller Krankheitsbilder. Allerdings geht das Leistungsangebot der meisten Bereiche qualitativ inzwischen deutlich über das eines »normalen« Schwerpunktkrankenhauses hinaus – das Wort »Hochleistungsmedizin« ist nicht übertrieben.

AUF AUGENHÖHE MIT DEN UNIVERSITÄTEN

Für die Bezeichnung Krankenhaus mit überregionalem Versorgungsauftrag – in diese Kategorie ist die ZBB eingestuft – hat die Zentralklinik eine eigene Interpretation gefunden, innerhalb der großen medizinischen Arbeitsfelder Schwerpunkte von ganz besonderer Leistungsfähigkeit zu bilden. Dafür nur einige Beispiele: Innerhalb der Kardiologie haben Rhythmusstörungen und Herzinsuffizienz besonderes Gewicht, in der Neurologie ist es die Epilepsie, in der Bauchchirurgie sind es die schweren Lebererkrankungen, in der Gastroendokrinologie die neuroendokrinen Tumore.

MEDIZINISCHE FACHABTEILUNGEN:

- Klinik für Allgemeine Chirurgie/Viszeralchirurgie
- Klinik für Angiologie
- Klinik für Innere Medizin/Gastroenterologie und Endokrinologie
- Abteilung für internistische Onkologie und Hämatologie
- Klinik für Neurochirurgie
- Klinik für Neurologie
- Klinik für Nuklearmedizin/PET-Zentrum
- Klinik für Herzchirurgie
- Klinik für Kardiologie
- Abteilung für Rhythmologie und invasive Elektrophysiologie
- Klinik für Orthopädie/Unfallchirurgie
- Klinik für Palliativmedizin
- Klinik für Pneumologie
- Klinik für Thorax- und Gefäßchirurgie

- Klinik für Wirbelsäulenchirurgie und Querschnittgelähmte
- Abteilung für Neuro-Urologie
- Labor- und Hygienemedizin

MEDIZINISCHE ZENTREN:

- Zentrum für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin
- Zentrum für diagnostische und interventionelle Radiologie
- Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie
- Zentrum für neuroendokrine Tumore
- Orthopädisch-Traumatologisches Zentrum
- Zertifiziertes Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie
- Interdisziplinäres Gefäßzentrum
- Zentrum für Schlafmedizin
- Zentrum für Beatmung und Beatmungsentwöhnung



Constanze Wilhelm

» Vernetzung unter Gesundheitsdienstleistern finde ich sehr wichtig, um eine gute Transparenz zu gewährleisten. «



Birgit Kürass

» Ich wünsche mir den Hausarzt in unmittelbarer Nähe und dass ein Facharzt leicht zu erreichen ist. «



Jens-Uwe Földner

» Aus Sicht der Patienten ist eine Versorgung aus ‚einer Hand‘ wünschenswert, da sich dadurch die bestehenden Probleme an den Schnitt- bzw. Nahtstellen (Wartezeiten, Doppeluntersuchungen, Kommunikationsprobleme) minimieren lassen. «



Michael Jasper

» Aus meiner Sicht hat ein Großkrankenhaus für eine Region als großer Arbeitgeber und als medizinischer Vollversorger eine große Bedeutung. «

»Unser Ziel ist es, uns zu einem dienstleistungsorientierten Exzellenzzentrum zu entwickeln, das regional und insbesondere überregional Patienten mit komplexen Erkrankungen anspricht«, steckt Geschäftsführerin Dr. Haase den generellen Kurs ab. »Dabei wollen wir uns aktiv an der Gestaltung des medizinischen Fortschritts beteiligen.« Investitionen in modernste Medizintechnik und Infrastruktur, unterstützt vom RHÖN-KLINIKUM Konzern, sollen dazu ebenso beitragen wie die Teilnahme an Studien und Forschungsprojekten.

Der Ärztliche Direktor Professor Presselt sieht einen vernünftigen Weg, Exzellenz nicht nur zu behaupten, sondern handfest zu belegen: »Wir benötigen noch mehr Zertifizierungen durch seriöse wissenschaftliche Fachgesellschaften.« In seiner Klinik für Thorax- und Gefäßchirurgie ist das Thoraxzentrum durch die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie bereits rezertifiziert. Die Gefäßchirurgie ist Teil des 1994 gegründeten Gefäßzentrums, zu dem die Angiologie sowie die Interventionelle Radiologie gehören.

Eine solche Exzellenzstrategie lässt sich nicht ex cathedra anordnen. Sie erfordert ein hohes Engagement aller Beteiligten, in erster Linie der Ärzte. Daran mangelt es in Bad Berka nicht. Im Gegenteil: In den Kliniken und Instituten des Hauses schwingt viel fühlbare Begeisterung für das eigene Schaffen mit – und der Ehrgeiz, wissenschaftlich auf demselben Niveau zu arbeiten wie die Kollegen an den Universitätskliniken, nur noch näher am Patienten.

Nicht wenige der Ärzte sind von der Universität Jena nach Bad Berka gekommen mit der Vorstellung, dass sich hier noch etwas bewegen ließe, und sie wurden nicht enttäuscht – dank des Rückhalts, den der RHÖN-KLINIKUM Konzern ihrer Klinik nun schon zwei Jahrzehnte lang gegeben hat. Als Hintergrundmotivation schwingt wohl auch noch ein Rest des Elitebewusstseins mit, das die Mitarbeiter der Zentralklinik aus jenen Zeiten mitgebracht hatten, da ihr Haus noch das nationale Spitzeninstitut für alle Krankheiten an Herz und Lunge war.

Für die Jüngeren dürfte inzwischen eher die Bereitschaft des RHÖN-KLINIKUM Konzerns zählen, die Arbeitsmittel, die Medizintechnik und die Infrastruktur ihrer Krankenhäuser stets auf dem neuesten Stand der Technik zu halten – von einem so soliden Fundament innovativer Arbeit können die Kollegen mancher öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser und sogar Universitätskliniken oft nur träumen. Was die Mediziner der Zentralklinik aus diesen Möglichkeiten machen, wollen wir mit einigen Beispielen illustrieren. Wir bitten um Verständnis dafür, dass es nicht möglich ist, alle Einrichtungen der Klinik hier vorzustellen.

Ein Paradebeispiel für Spitzenmedizin und Innovationskraft ist die Klinik für Molekulare Radiotherapie/Zentrum für Molekulare Bildgebung (PET/CT) unter der Leitung von Chefarzt Professor Richard P. Baum. Baum kam bereits im Oktober 1997 von der Universitätsklinik Frankfurt am Main nach Thüringen, um dort zunächst das PET-Zentrum und dann die Nuklearmedizin aufzubauen. Die Finanzierung beider Projekte hatte ihm Eugen Münch zugesagt, damals Vorstandsvorsitzender der RHÖN-KLINIKUM AG.

Der Anreiz war groß genug, Baum von seiner Frankfurter Universitätskarriere nach Bad Berka zu locken. Und es spricht für sich, dass der ambitionierte Professor bis heute dort geblieben ist – jedenfalls für jenen Teil des Jahres, in dem er nicht auf weltweiten Vortrags- und Seminarreisen unterwegs ist. Im nächsten Jahr bekommt die Klinik für Molekulare Radiotherapie/Zentrum für Molekulare Bildgebung (PET/CT) ein neues radiopharmazeutisches Zentrum – mit einem neuen Zyklotron. Die Gesamtinvestition beträgt ca. 11 Millionen Euro für die Produktionsanlage für Radiopharmaka.

SPITZENMEDIZIN HAT VIELE NAMEN

Schon bisher verfügten die Nuklearmediziner über ein Zyklotron zur Herstellung strahlender Diagnostika und Therapeutika, das vorerst weiter betrieben wird. Die neue Anlage wird die Produktionskapazität erheblich ausweiten. Das ist nötig. Denn wichtige Produkte der alten wie der neuen Anlage dienen nicht nur dem Eigenbedarf, sondern werden auch an andere Kliniken und niedergelassene Nuklearmediziner bundesweit verkauft. Die Verbindung von medizinischer Forschung auf hohem Niveau und handfester klinischer Praxis ist typisch für Bad Berka.

Bislang beliefert die Radiopharmazie etwa 130 Anwender in ganz Deutschland. Jeden Tag verlassen 20 bis 30 Chargen die ZBB. Durch den Neubau sollen sich die Lieferkapazitäten verdoppeln. »Damit können wir erheblich mehr Patienten als bisher helfen«, freut sich Professor Baum. »An Abnehmern mangelt es uns nicht.« Mit Hilfe der Radiopharmaka aus Bad Berka lassen sich schwer erkennbare Tumore zuerst (zum Beispiel im hochauflösenden PET-CT, einer Kombination der Positronen-Emissions- mit der Computertomographie) zielgenau aufspüren und dann von innen bestrahlen, um sie zu zerstören.

Eine Spezialität der Klinik für Nuklearmedizin ist die Radio-rezeptorthherapie (RRT). Sie richtet sich vor allem gegen sogenannte neuroendokrine Tumore (NET), die zu 75 Prozent im Magen-Darm-Trakt und in der Bauchspeicheldrüse vorkommen, sich aber überall im Körper ansiedeln können.



Marlin Iksander

» Unter patientenorientierten Strukturen verstehe ich das System, das mir das ermöglicht, was ich brauche.«



Thomas Liebetrau, Bürgermeister

» Die Verknüpfung der ambulanten und stationären Versorgung am Standort Bad Berka hat sowohl wohnortbezogene als auch beschäftigungsbezogene Vorteile für unsere Bürger. Die ‚Marke Bad Berka‘ gewinnt für die Region zunehmend mehr an Bedeutung als Gesundheitsstandort.«

Auf herkömmliche Chemotherapien sprechen diese Tumore nicht an. Sie besitzen aber häufig spezielle Rezeptoren, die auf das Hormon Somatostatin wie ein Magnet wirken. Die Therapie nutzt ein somatostatinähnliches Peptid (eine Eiweißsubstanz) als Träger für radioaktive Partikel, die an die neuroendokrinen Tumore andocken und sie mit ihrer Betastrahlung zerstören.

Das von Professor Baum entworfene Verfahren hat die durchschnittliche Überlebenszeit von NET-Patienten von 22 auf 59 Monate erhöht. Im Januar 2012 hat das Bad Berkaer Team die tausendste Patientin – auf Empfehlung der Uniklinik Hamburg – mit dieser Therapie behandelt. Die Expertise der Thüringer Klinik hat sich herumgesprochen: »Mittlerweile kommen jährlich mehr als 500 Patienten für eine Radiorezeptorbehandlung nach Bad Berka«, meldet Professor Baum das steile Wachstum. »Damit sind wir das weltweit größte Zentrum zur nuklearmedizinischen Behandlung neuroendokriner Tumore.«

Beim Thema NET kreuzen sich die Wege einer ganzen Reihe von Fachgebieten der ZBB. Neben der Klinik für Nuklearmedizin beschäftigen sich damit noch die Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Endokrinologie, die Klinik für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie, das Zentrum für diagnostische und interventionelle Radiologie, das Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie und die Klinik für Palliativmedizin.

Alle diese Fachbereiche haben sich im Zentrum für neuroendokrine Tumore zusammengetan, um den Patienten die bestmögliche individuelle Diagnose und Therapie zu bieten. Diesem Zweck dienen unter anderem wöchentliche Tumorboards, an denen auch externe Ärzte teilnehmen, die die jeweiligen Patienten ambulant betreuen. Diese enge interne wie externe Zusammenarbeit hat die European Neuroendocrine Tumor Society im März 2011 mit der Zertifizierung als Exzellenzzentrum honoriert.

SKALPELL UND ENDOSKOP IM GESPANN

»Die interne Vernetzung funktioniert sehr gut«, findet PD Dr. med. Merten Hommann, Chefarzt der Klinik für Allgemeine und Viszeralchirurgie (Chirurgie des Bauchraums), einer der Partner im Zentrum für neuroendokrine Tumore. »Wir halten uns an das Prinzip der kurzen Wege, und Absprachen werden eingehalten.« Hommann pflegt speziell die Kooperation mit seinem Kollegen Professor Dieter Hörsch, dem Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Endokrinologie. Gemeinsam bilden die beiden Kliniken seit 2007 das Bauchzentrum der Zentralklinik.

Auch PD Dr. Hommann steht für die Spezialisierung auf höherwertige Leistungen innerhalb traditioneller Arbeitsfelder. »Der ‚akute Bauch‘, zum Beispiel die Blinddarmentzündung oder der Leistenbruch, findet nur selten den Weg nach Bad Berka«, bedauert er mit Blick auf die fehlenden Übungsmöglichkeiten für junge Ärzte. »Stattdessen behandeln wir zunehmend Patienten mit schwierigen Krankheitsbildern, häufig mit Tumoren.« Ein Case-Mix-Index von über 2 spreche da für sich.

Das Gros der Behandlungen in der Bad Berkaer Viszeralchirurgie betrifft Leber, Bauchspeicheldrüse und Galle. Eine Spezialität der Klinik ist die Leberchirurgie, zum Beispiel das Veröden von Metastasen in der Leber durch Hitze, ein minimalinvasiver Eingriff, den die Klinik als Erste durchgeführt hat. Als Nächstes hat Hommann eine neue Form der Chemotherapie für Bauchfellkarzinome im Visier. Dabei soll das – zwecks verstärkter Wirkung auf 42 Grad angewärmte – Chemotherapeutikum noch während der Operation direkt auf das betroffene Gewebe aufgebracht werden. Das erspart dem Patienten einen großen Teil der Nebenwirkungen, unter denen er leidet, wenn die Medikamente über die Blutbahn verabreicht werden.

»Exzellenz muss man Schritt für Schritt erwerben. Unser Ziel ist es, die Hightechmedizin in unserem Arbeitsfeld auszubauen und neue medizinische Methoden zu etablieren«, blickt der Klinikchef nach vorne. Das A und O des künftigen Fortschritts ist für Hommann die Aus- und Fortbildung. Nicht nur in der Theorie: »Bei uns beginnt jeder Mittwoch mit interner Weiterbildung.«

Für ihre Forschungsarbeiten hat seine Klinik schon mehrere Auszeichnungen erhalten. Und zusammen mit der Uni Jena hat das Hommann-Team sogar ein Patent angemeldet, nichts Alltägliches in der klinischen Medizin. Die gemeinsame Arbeit richtete sich auf sehr kleine, schwer zu lokalisierende Primärtumore, wie zum Beispiel neuroendokrine Tumore, die oft große Metastasen erzeugen.

Zwar lässt sich die Art solcher Tumore durch feingewebliche Untersuchung ermitteln, nicht aber ihre Lage, die wesentlich die weitere Diagnostik und Therapie bestimmen würde. »In Zusammenarbeit mit den Genetikern der FSU Jena ist es uns gelungen, genetische Muster aus Metastasen von NET mit den Gensequenzen der Primärtumore so zu korrelieren, dass wir anhand einer Sequenz aus nur drei Genen feststellen können, in welchem Organ sich der Primärtumor befindet«, beschreibt Hommann die Innovation, die in der Diagnostik von NET einen großen Schritt nach vorne bedeutet.

In der »zweiten Hälfte« des Bauchzentrums, der Klinik für Innere Medizin/Gastroenterologie und Endokrinologie, liegen die Schwerpunkte in der Diagnose und Behandlung der funktionellen Störungen des Magen-Darm-Trakts – von der Speiseröhre bis zum Enddarm – und der Behandlung endokrinologischer (die Hormondrüsen betreffender) Erkrankungen, vor allem des Diabetes mellitus. Wichtigstes Instrument ist das Endoskop – ein großer Teil der Untersuchungen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt im Kernstück der Klinik, der Endoskopieabteilung, die gemeinsam mit der Klinik für Pneumologie betrieben wird.

Vor allem in onkologischen Fällen setzt Chefarzt Professor Dieter Hörsch auf die interne Zusammenarbeit. Die Probleme von Krebspatienten werden in gemeinsamen interdisziplinären Konferenzen mit der Klinik für Allgemeine Chirurgie/Viszeralchirurgie, dem Zentrum für diagnostische und interventionelle Radiologie, der Abteilung für internistische Onkologie und Hämatologie, und der Klinik für Molekulare Radiotherapie/Zentrum für Molekulare Bildgebung (PET/CT) besprochen. Bei Schilddrüsenerkrankungen und anderen endokrinologischen Leiden sind es vor allem die Nuklearmediziner, mit denen Hörsch die Zusammenarbeit sucht.

WO EINS PLUS EINS DREI ERGIBT

Wahre Überzeugungstäter in Sachen Interdisziplinarität finden sich im Herzzentrum der ZBB: Dr. Thomas Kuntze, Chefarzt der Klinik für Herzchirurgie, Professor Bernward Lauer, Chefarzt der Klinik für Kardiologie, und Professor J. Christoph Geller, Chefarzt der Abteilung für Rhythmologie und Elektrophysiologie innerhalb der Kardiologie. Bei vielen Vortragsveranstaltungen, beispielsweise für zuweisende Ärzte, tritt das Kardio-Trio gemeinsam auf, und an vielen Eingriffen sind wenigstens zwei der drei Ärzte gemeinsam beteiligt.

Viel wichtiger aber: »Gleich, bei wem von uns dreien der Patient ankommt – er bekommt immer die optimale Behandlung«, gibt Geller einen Einblick in die tägliche Praxis. »Wir besprechen die Fälle gemeinsam und entscheiden über den richtigen Behandlungsweg – ohne Eifersüchteleien und Revieransprüche. Das ist anderswo häufig noch ein Problem: Wer zuerst zum Herzchirurgen kommt, wird operiert, wer zuerst den Kardiologen konsultiert, möglichst lange mit nichtoperativen Methoden behandelt, nicht immer mit Blick darauf, was wirklich sinnvoll ist.« Die Koordination vor der Therapie sei medizinisch korrekter und erspare dem Patienten manche unnötige Belastung. Und: »Es bleibt für uns alle mehr als genug zu tun.«



Klaus-Dieter Voigt

» Ich erwarte von einem Gesundheitsdienstleister optimale Versorgung in kurzer Zeit. «



Susann Maas

» Ein Großkrankenhaus ist ‚sehr wichtig‘ für die Infrastruktur einer Region, es muss zentral gelegen sein. «



Edith Steinhauer

» Die Zentralklinik Bad Berka genießt ‚hohes Ansehen aufgrund der hohen Spezialisierung‘. «



Marilyn Bölter

» Für eine Region spielt ein Großkrankenhaus ‚eine große Rolle‘, nicht zuletzt wegen der vielen ‚Arbeitsplätze‘. Es sollte ‚leicht zu erreichen‘ sein. «

Auch im Herzzentrum gilt die Messlatte: »Mit Ausnahme von Transplantationen bieten wir die gesamte Herztherapie an Erwachsenen auf Universitätsniveau«, unterstreicht der Chefkardiologe Professor Lauer. »Zu uns kommen häufig die schwierigen Fälle, oft ältere Patienten mit mehreren Krankheiten.« Für diese Patientengruppe setzen die Bad Berkaer Herzspezialisten möglichst schonende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf dem neuesten Stand der Medizin und Technik ein.

Beispielsweise erspart die Untersuchung des Herzens mit der Echokardiographie (Ultraschall) und einem speziellen computertomographischen Verfahren (Multi-Slice-Computertomographie) vielen Patienten bereits die Herzkatheteruntersuchung zur Darstellung der Herzkranzgefäße. In der Therapie sind es vor allem die minimalinvasiven Methoden (Schlüssellochmedizin), die oft schwerere Eingriffe ersetzen können. Einige davon sind noch sehr jung.

So führt Lauers Klinik jährlich rund 50 Verschlüsse des linken Vorhofohrs mit sogenannten Okkludern aus. Das sind Schirmchen aus Kunststoff, die das berühmte Vorhofflimmern beseitigen sollen, das häufig Blutgerinnsel und damit Schlaganfälle zur Folge hat. Weitere 30 Eingriffe gelten dem Verschluss von zumeist angeborenen Löchern in der Vorhofscheidewand, die die Herzleistung erheblich beeinträchtigen können.

Hinzu kommen rund 120 Herzklappen (Aorten- und Mitralklappen), die per Katheter ersetzt oder »repariert« werden. 100 verschlossene Herzkranzgefäße werden mittels Ballonkatheter wieder geöffnet – eine spezielle Ballonkathetereinheit ist in Vorbereitung. Insgesamt nehmen die Kardiologen jährlich mehr als 2.000 Ballondilatationen vor, Aufweitungen von Gefäßen per Katheter. 300 bis 400 Herzinfarkte pro Jahr kommen nach Bad Berka zur Behandlung.

Der Herzschwäche nach dem Infarkt und der Herzinsuffizienz im Allgemeinen rücken die Kardiologen mit einer neuen Art von Schrittmacher zu Leibe: CCM, die kardiale Kontraktilitätsmodulation löst nicht direkt Herzaktionen aus, sondern gibt dem Herzmuskel im Verlauf seines Pumpzyklus Impulse, die die Leistung verstärken.

Eine Alleinstellung reklamiert Lauer bei der Immunadsorption, dem Ausfiltern von Antikörpern, die mit ihren Autoimmunattacken zu Entzündungen des Herzmuskels führen. Eine weitere Spezialität der kardiologischen Klinik ist die Verödung bestimmter Nervenfasern in den Nierenarterien als Therapie gegen hohen Blutdruck. Erst rund ein Jahr alt, verspricht diese Methode die Hochdruckbehandlung zu revolutionieren.

Im Kampf gegen zu schnellen Herzschlag, etwa das Herzrasen, hilft ebenfalls häufig ein ablatives Verfahren: »Solche Tachykardien gehen häufig von Störungen an bestimmten Stellen des Herzmuskels aus. Wenn wir diese Stellen – zumeist schon im Rahmen einer elektrophysiologischen Untersuchung – mit einem Hochfrequenzstrom veröden, können wir in 95 bis 98 Prozent der Fälle die Ursache des schnellen Herzschlags ausschalten«, erläutert der Rhythmologe Professor Geller. »Damit vermeiden wir die Behandlung mit Medikamenten, die oft problematische Nebenwirkungen haben.«

Jährlich rund 800 solcher Katheterablationen führt Professor Gellers Team bereits aus, und 600 bis 650 Schrittmacher oder Defibrillatoren (Schockgeber, die das Herz durch Stromstöße in den Normaltakt zurückführen) setzt es ein. »Immer häufiger kommen Patienten zu uns, die ihre bisherigen medikamentösen Therapien als unzutraglich empfinden und nichtmedikamentöse Alternativen suchen«, berichtet Geller. »Und oft haben sie den Weg zu uns per Internet gefunden.« Spezialisierte Rhythmologiezentren seien eben noch eine Rarität in Deutschland.

DIE MESSLATTE LIEGT HOCH

Auf vielen Arbeitsgebieten treffen sich die Kardiologen mit den Herzchirurgen. Auch der Chirurg Dr. Kuntze setzt sich mit koronaren Herzerkrankungen, angeborenen und erworbenen Herzklappenfehlern, Herzrhythmusstörungen und Erkrankungen der herznahen Gefäße auseinander, allerdings vornehmlich mit dem Skalpell. Patienten mit koronarer Herzerkrankung operiert er erfolgreich am schlagnenden Herzen ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine.

Auf dem Gebiet der Herzklappen wendet seine Klinik zunehmend klappenerhaltende Operationsmethoden an, insbesondere bei der Mitralklappe, die zumeist über einen minimalinvasiven Zugang operiert wird. Herzrhythmusstörungen lassen sich ebenfalls chirurgisch kurieren, zum Beispiel das Vorhofflimmern mit Hilfe operativer Ablationsmethoden.

Welches Vorgehen für den einzelnen Patienten gut ist, beschließen die drei Cardioexperten im Konsens. Bei herzchirurgischen Notfällen wie Infarkten oder Herzklappenentzündungen bewährt sich die interdisziplinäre Arbeit: »Die enge Kooperation mit anderen Abteilungen schafft optimale Bedingungen zur Versorgung der akut lebensbedrohlich erkrankten Herzpatienten«, betont Dr. Kuntze.



Prof. Dr. med. Richard Baum

»Die Therapie für neuroendokrine Tumore ist ein Musterbeispiel dafür, dass zu einer optimalen Patientenversorgung eine enge Zusammenarbeit zwischen ambulanten/vorstationären und stationären Abteilungen bzw. Patientenselbsthilfegruppen vorhanden sein muss.«



Prof. Dr. med. Waheedullah Karzai

»Wir sind ein hochspezialisiertes Krankenhaus auf breiter Ebene, das in vielen Bereichen bisher hohe Qualität angeboten hat, und wenn wir das weiterhin tun, bin ich sehr positiv in Richtung Zukunft gestimmt.«

In Hardware gegossen ist die Interdisziplinarität im Hybridoperationssaal, in dem Kardiologen und Herzchirurgen direkt am Patienten Hand in Hand arbeiten. Der Hybrid-OP, ausgestattet mit einer Hochleistungsangiographieanlage (zur bildlichen Darstellung von Blutgefäßen) erlaube es, »unter einer einzigen Narkose Eingriffe durchzuführen, die man bisher gar nicht machen konnte«, schwärmt der Ärztliche Direktor Professor Presselt geradezu. So seien etwa Kombinationen von Ballondilatationen und Stents (Drahröhrchen, die die Gefäße offen halten) und Bypassoperationen möglich.

»Innerhalb des RHÖN-KLINIKUM Konzerns weist unsere Herzchirurgie den zweithöchsten durchschnittlichen Schwierigkeitsgrad und den höchsten Altersdurchschnitt der Patienten auf«, bescheinigt Dr. Haase. Dabei liegt die Messlatte hoch, gehören zum Konzern doch auch das universitäre Herzzentrum Leipzig, die Herz- und Gefäßklinik Bad Neustadt a. d. Saale, Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM) und die Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe.

Ihre Zukunft sehen die Herzexperten zum einen in der Vertiefung bisheriger Arbeitsfelder wie der Herzinsuffizienz oder der – zunehmend wichtigeren – Behandlung alter Patienten. Zum anderen lasse sich der interdisziplinäre Ansatz noch weiter vorantreiben, meint der Kardiologe Professor Lauer: »Wir könnten zum Beispiel enger mit den Endokrinologen zusammenarbeiten, um ein Diabetiker-screening zu installieren.« Diabetiker im fortgeschrittenen Stadium leiden häufig unter Gefäß- und Herzproblemen. »Denen könnten wir im Verbund der Fachgebiete eine Rundumbetreuung angeeignet lassen – zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und ihrer Lebenserwartung.«

DAS LEBEN ERTRÄGLICH MACHEN

Ebenfalls in erster Linie um die Lebensqualität ihrer Patienten geht es Dr. Beate Will, der Leiterin der Klinik für Palliativmedizin. Dieses noch relativ junge Fach ist in Deutschland zwar auf dem Vormarsch, aber in vielen Regionen immer noch unterrepräsentiert. »Palliativmedizin ist keine Sterbemedizin«, wehrt Will sich gegen ein weit verbreitetes Vorurteil. Sie hält sich lieber an die Definitionen der Weltgesundheitsorganisation und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP).

Danach ist Palliativmedizin »die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten (vorschreitenden), weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen

Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.«

Zwar sei das Hauptziel der Behandlung nicht mehr die Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Eine Lebensverlängerung durch komplexe palliativmedizinische Maßnahmen sei in Einzelfällen aber durchaus erreichbar, betont Will. Meist gehe es zunächst um eine Schmerztherapie und um die Linderung von Beschwerden, die im Laufe der Krankheit auftreten, wie Atemnot und Husten, Magen- und Darmprobleme. Aber auch die allgemeine Befindlichkeit lasse sich oft verbessern, sei es durch Bewegungstherapien oder durch mentale Unterstützung.

Auf jeden Fall gelte: »Eine Palliativklinik hat mit einem Hospiz nichts zu tun. Hier geht es primär um Medizin, dort um Pflege«, differenziert die Klinikleiterin. Und: »Die durchschnittliche Verweildauer unserer Patienten liegt bei elf Tagen. Danach können wir sie nach Hause in die Obhut eines niedergelassenen Kollegen oder eines speziellen Dienstes entlassen oder in eine Klinik in der Nähe ihres Wohnorts.« In der ambulanten Betreuung arbeitet die Palliativklinik mit einem SAPV-Team (SAPV: spezialisierte ambulante Palliativversorgung) zusammen, dessen Leiterin eine ehemalige Mitarbeiterin ist.

Ein Drittel der Patienten kommt aus der ZBB selbst, zwei Drittel werden von außen zugewiesen. In 95 Prozent der Fälle geht es um Tumorpatienten. Aber auch andere Krankheitsbilder gehören zum Spektrum der Klinik, zum Beispiel die schwere Herzinsuffizienz, neuromuskuläre Erkrankungen wie ALS, schwere Schlaganfälle oder die chronisch obstruktive Lungenerkrankung. »Bei uns geht es darum, für jeden Patienten eine individuell sinnvolle und angemessene Therapie zu finden«, erklärt Will. »Das ist ein stark interdisziplinärer Prozess, bei dem wir im Grunde mit allen Kollegen in der Zentralklinik zusammenarbeiten.«

Entgegen ihrem Ruf, kostspielig zu sein, biete die Palliativmedizin ein gesamtgesellschaftliches »Riesensparpotenzial«: »Vor allem im Interesse des Patienten versuchen wir, sinnlos belastende Therapie und Diagnostik weitgehend auszuschalten.« Das bedeute keineswegs, dass sinnvolle Therapien abgesetzt würden: »Selbst eine Chemo- oder eine Strahlentherapie können noch sinnvoll sein, wenn sie den Patienten von Schmerzen befreien und er sie noch verträgt. Das ist zum Beispiel oft bei schmerzhaften Knochenmetastasen der Fall.«

In der Klinik für Palliativmedizin werden die Patienten in zehn Einzelzimmern und zwei Doppelzimmern von einem

Team aus Ärzten, speziell ausgebildetem Pflegepersonal (Palliativ-Care), einem Seelsorger, einer Psychologin, Sozialarbeitern und Physiotherapeuten sowie Ergotherapeuten umfassend betreut. Selbst eine Musiktherapie ist möglich. »Palliativmedizin funktioniert nur multiprofessionell«, unterstreicht Will, die sich stark in der Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften engagiert.

Wichtig ist den Palliativmedizinern, dass die Angehörigen mit betreut werden. So bieten die Einzelzimmer die Möglichkeit der Übernachtung auch für Angehörige. Zur Klinik gehören aber auch ein freundlich gestaltetes Wohnzimmer, das von den Patienten, ihren Angehörigen und den Teammitgliedern gemeinsam genutzt werden kann, und ein Physiotherapieraum. Für die Patienten stehen zudem zahlreiche Musikinstrumente zur Verfügung.

Nach Ansicht von Dr. Will sollte sich die Palliativmedizin nicht auf die letzte Lebensphase beschränken. »Wir können auch in früheren Phasen der Erkrankungen zur Linderung spezifischer Probleme beitragen und mit unseren Methoden helfen, Krisen zu überwinden«, ist sie überzeugt. Deswegen ist es für sie ein wichtiges Ziel, den palliativen Ansatz früher in die Behandlung beispielsweise von Tumorpatienten zu integrieren.

KEINE EINBAHNSTRASSE

Ein Kooperationspartner der Palliativmedizin und aller anderen Fachgebiete der Klinik ist das Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie. Seine Kompetenz stellt es allerdings nicht nur den Kollegen anderer Disziplinen zur Verfügung. Es hat darüber hinaus auch ein eigenes, sehr gefragtes Angebot entwickelt. Zielgruppe sind Patienten mit chronischen Schmerzen, in der Mehrheit Kopf- und Rückenschmerzen, die der ambulanten Behandlung nicht mehr zugänglich sind. Ihren Schwerpunkt haben die Schmerztherapeuten in der Behandlung von Rückenschmerzen gefunden.

Das therapeutische Spektrum reicht von der Physiotherapie, die den oft vom Schmerz blockierten Patienten wieder beweglich machen soll, über die Psychologie mit Entspannungs- und Schmerzbewältigungstraining bis hin zur medikamentösen Umstellung – bei vielen chronischen Schmerzpatienten ist sogar ein Medikamentenentzug nötig. Ein speziell entwickelter Trainingsraum dient dem alltags- und berufsbezogenen Training. Akupunktur und Ausdauertraining gehören ebenfalls zu den Maßnahmen, die dem Patienten zur Rückkehr in einen normalen Alltag verhelfen sollen.



Manuela Berger-Zander und Mario Steiner

» Von zukünftigen Gesundheitsdienstleistern erwarten wir persönlich, „dass auf die Person Patient eingegangen wird, nicht nur das Krankheitsbild gesehen wird“. Dazu gehört auch „eine bessere Zusammenarbeit zwischen dem überweisenden Krankenhaus und den Krankenkassen.“



Juliane Otto

» Im Bereich Gesundheitsdienstleistungen wünsche ich mir, „wenn es um mein persönliches Wohlergehen geht, dass alles in nächster Nähe (innerhalb einer Stadt) zu erreichen ist.“



Kerstin Pietsch

» Zukünftig erwarte ich „mehr persönliche Gespräche mit den Ärzten und Pflegern.“



Tanja Gumprich

» Ich erwarte ganz persönlich, dass man beispielsweise zukünftig „nicht ewig warten“ muss, „bis man in einer Notsituation aufgenommen wird“, z. B. weil alles belegt ist (es gab schon viele Fälle!), denn das ist lebensgefährlich!

An der Behandlung ist nicht nur das Kernteam aus Schmerztherapeuten, Schmerzschwestern, Schmerzpsychologen und Physiotherapeuten beteiligt. »Wir können auf die Ressourcen der gesamten Zentralklinik und auf das Wissen der angrenzenden Abteilungen zurückgreifen«, unterstreicht Chefarzt Dr. Johannes F. Lutz den interdisziplinären Charakter seines Zentrums. Das gilt umso mehr, als andere Abteilungen sich ebenfalls mit dem Thema Schmerz auseinandersetzen, so die Nuklearmedizin und die Interventionelle Radiologie. Die Unterstützung der Kollegen ist für Lutz also keine Einbahnstraße. Und die Leistungen der Schmerztherapie sind so gefragt, dass die Bettenzahl Mitte Februar 2012 auf 20 verdoppelt wurde.

Eine weitere unentbehrliche Querschnittabteilung ist das Zentrum für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin. Seine mehr als 40 Ärzte und Ärztinnen versorgen die operativen Fachgebiete Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Interventionelle Bronchologie, Neurochirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädie, Traumatologie, Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie und Urologie mit Anästhesieleistungen. Rund 10.000 Patienten pro Jahr werden in den 15 OP-Sälen und an weiteren dezentralen Anästhesiearbeitsplätzen nar kotisiert. Weitere 3.000 Patienten werden in den Intensiv- und den Intermediate-Care-Stationen intensivmedizinisch betreut.

Allein auf den Intensivstationen arbeiten mehr als 150 Ärzte und Pflegekräfte. Das Pflorgeteam besteht zu 90 Prozent aus examinierten Pflegekräften, von denen nahezu jede zweite eine Weiterbildung in der Intensivpflege und Anästhesie absolviert hat. »Unsere hoch leistungsfähige Intensivmedizin spielt für uns eine große Rolle«, attestiert ZBB-Geschäftsführerin Dr. Haase. »Sie ist die Grundlage dafür, dass sich die Ärzte anderer Fachbereiche an sehr komplizierte Aufgaben heranwagen können.«

Eine Spezialität der Klinik für Neurochirurgie in Kooperation mit dem Zentrum für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin sind Wachoperationen von Patienten mit Tumoren in der Nähe des Bewegungs- und Sprachzentrums im Hirn. Diese Operation bedarf der engsten Zusammenarbeit von Operateur, Narkosearzt, Pflegepersonal und Psychologen. Während der Entfernung des Tumors wird der Patient aktiv einbezogen, indem er mit Operateur und Psychologen kommuniziert und ständig Informationen über den Verlauf des Eingriffs erhält. Diese Möglichkeit von Wach-OP wird nur an wenigen deutschen Kliniken angeboten.

DURCHS SCHLÜSSELLOCH AN DIE WIRBELSÄULE

Hochkarätige Spezialisierungen finden sich fast in jeder Abteilung der Zentralklinik. Einige haben den Status eigener Kliniken, so die Klinik für Wirbelsäulenchirurgie und Querschnittgelähmte, anderswo Teil der Orthopädie. Ihr Chefarzt Dr. Heinrich Böhm hat eine große Zahl eigener minimalintensiver Methoden und sogar etliche spezielle Operationsinstrumente entwickelt. Einen Namen im In- und Ausland hat sich Böhm unter anderem mit minimalinvasiven Eingriffen durch den Brust- oder Bauchraum gemacht, die den Patienten erheblich größere Operationen ersparen.

Ihre Spannweite reicht von einfachen Versteifungen über die Rückenmarksentlastung bis zum Ersatz von Wirbelkörpern. Ebenfalls per »Schlüssellochchirurgie« operiert die Klinik vom Rücken her Einengungen des Rückenmarkkanals oder Bandscheibenvorfälle im Lendenwirbelbereich. »Nach solchen Eingriffen kann der Patient meist noch am selben Tag wieder aufstehen«, verspricht Böhm.

Interdisziplinärer Zusammenarbeit mit der Onkologie haben Patienten mit Wirbelmetastasen es zu verdanken, dass sich ihre Behandlungsmöglichkeiten wesentlich verbessert haben. Tumorgeschwächten Patienten eröffnet die verringerte Belastung durch den minimalinvasiven Eingriff häufig erst die Möglichkeit, die Metastasen chirurgisch zu entfernen und die Wirbelsäule zu restabilisieren. »Oft ist es damit möglich, die Belastbarkeit und Gehfähigkeit wiederherzustellen. Das heißt, wir können Querschnittlähmungen verhindern und in der Regel sogar bereits bestehende Teillähmungen rückgängig machen«, erklärt Böhm.

Der zweite Schwerpunkt unter seiner Führung ist ebenfalls längst nicht in allen Krankenhäusern dieser Kategorie zu finden: die Abteilung für Querschnittgelähmte, ein Behandlungszentrum für Rückenmarkverletzte, 1998 gegründet. Sie ist auf die lebenslange Betreuung ihrer Patienten eingestellt. Denn anders als bei anderen Behinderungsbildern besteht bei Querschnittgelähmten ständig die Gefahr von lähmungsspezifischen Komplikationen.

Dazu gehören verschiedene Formen der Spastik, Schmerzen, Kontrakturen der Gelenke, lähmungsbedingte Fehlstellungen, Osteoporose oder eine Blasen- und Mastdarmlähmung, eine Fülle von Begleiterkrankungen also, die oft der interdisziplinären Behandlung bedürfen. Für die Therapie der Blasen- und Mastdarmlähmung hat die Zentralklinik



Peter Schmidt

» Die Zentralklinik Bad Berka ist meines Wissens ,das einzige Krankenhaus im Umkreis von 100 Kilometern, das eine spezielle Versorgung für Hirntumore anbietet! «



Volker Bonarius

» Die Zentralklinik Bad Berka ist meines Erachtens ,gut aufgestellt'; sie hat einen ,guten Ruf', und dort erhält man ,schnelle Entscheidungen! «

– als noch tiefere Spezialisierung – eine eigene Abteilung gegründet, die Neuro-Urologie, organisatorisch der Querschnittabteilung angegliedert.

Sie beschäftigt sich mit der Behandlung von Funktionsstörungen des unteren Harntrakts, das heißt der Harnblase, des Schließmuskels und der Sexualfunktion. Ihre Patienten sind nicht nur Querschnittgelähmte. Auch Patienten mit multipler Sklerose, Spina bifida, Parkinson-Krankheit, Diabetes, Schlaganfall und nach Gebärmutterentfernung leiden oft unter funktionellen urologischen Störungen.

AN DER SPITZE GEBLIEBEN

Das traditionelle Spezialgebiet der Zentralklinik ist die Pneumologie, 113 Jahre alt und immer noch ein Schwerpunkt im Leistungsangebot. Die Tuberkulose, Ausgangspunkt der gesamten Klinik, ist inzwischen weit in den Hintergrund gerückt – vier Betten zählt die Spezialstation immer noch. Dennoch gehört die Klinik mit ihren 124 Betten zu den größten und bedeutendsten pneumologischen Zentren Deutschlands. Sie behandelt alle Erkrankungen der Atmungsorgane, auch seltene Krankheiten, und stützt sich dabei ebenso auf neuestes Spezialwissen wie auf den Fundus ihrer jahrzehntelangen Erfahrung.

Als Besonderheit unterhält die Klinik für Pneumologie ein Beatmungszentrum, das Patienten versorgt, die als Folge pneumologischer und neuromuskulärer Krankheiten unter akuter und chronischer Atemschwäche leiden. Die Leistung des Zentrums besteht zum einen darin, für diese Patienten die geeignete individuelle Form der Beatmung zu finden. Zum anderen ist aber auch die Entwöhnung von der Beatmung ein Schwerpunkt, das sogenannte Weaning. Erst im Februar 2012 wurde das Weaning-Zentrum als erstes Zentrum Mitteldeutschlands von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zertifiziert.

Ziel der Entwöhnung ist es, zu einer ausreichenden Spontanatmung zu kommen oder den Patienten auf eine invasive oder nichtinvasive häusliche Beatmung einzustellen. Damit können sich die Patienten wieder stärker in das alltägliche Leben integrieren und eine höhere Lebensqualität erreichen. Wichtig auch für dieses Zentrum ist die enge Kooperation mit zahlreichen Kliniken und Fachabteilungen der Zentralklinik wie der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, der Klinik für Wirbelsäulenchirurgie und Querschnittgelähmte, der Klinik für Neurologie und anderen internistischen und chirurgischen Disziplinen.

Auf eine wachsende Nachfrage hat sich die Klinik für Pneumologie mit ihrem Zentrum für Schlafmedizin eingerichtet, zu dem bereits seit 1995 ein von der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin akkreditiertes Schlaflabor gehört. Untersucht werden darin Beschwerden wie lautes Schnarchen, Tagesmüdigkeit, unruhiger Schlaf, nächtliche Atemaussetzer oder Nachtschweiß unklarer Ursache. Diese und viele andere Störungen werden im Schlafzentrum diagnostiziert und, soweit möglich, therapiert.

Der Bereich der pneumologischen Onkologie hat sich 2009 als Abteilung für internistische Onkologie und Hämatologie von der Pneumologie abgespalten. Nachdem sie sich anfangs noch fast vollständig mit Lungenkrebspatienten beschäftigte, hat sie sich zunehmend auch auf andere Krebsformen eingestellt. »Lungentumore machen derzeit noch etwa 60 Prozent unserer Arbeit aus, allerdings mit sinkender Tendenz«, erläutert der Ärztliche Leiter Dr. Claus-Peter Schneider.

»Das heißt aber nicht, dass die Zahl der Lungenbehandlungen sinkt – vielmehr therapieren wir immer mehr Patienten mit bösartigen Erkrankungen anderer Organsysteme.« Mit Ausnahme der akuten Leukämie behandelt die Abteilung inzwischen 80 bis 90 Prozent aller Krebsformen, auch Erkrankungen der blutbildenden Organe. Dabei arbeitet sie eng zusammen mit der Klinik für Thorax- und Gefäßchirurgie, der Klinik für Innere Medizin/Gastroenterologie und Endokrinologie, mit der Klinik für Palliativmedizin, der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, der Klinik für Interventionelle Radiologie und der interdisziplinären Arbeitsgruppe Schmerztherapie. Und: »Wir machen die systemische Therapie (Chemotherapie) des ganzen Hauses«, ergänzt Schneider die enge Verzahnung.

In diesem Jahr erwartet er insgesamt etwa 1.400 Fälle, fast vier Patienten pro Tag. »Die Lunge soll auch in Zukunft unsere Kernkompetenz bleiben«, sagt Schneider. »Aber wir wollen unsere Möglichkeiten bei anderen Tumorarten noch verbessern, zum Beispiel bei hämatologischen Tumoren«, also den verschiedenen Arten von Blutkrebs. Wichtig sei es zudem, weitere Onkologen hinzuzugewinnen, nicht zuletzt durch die Ausbildung im Hause selbst.

AUSBAU KONTRA ÄRZTEMANGEL

Ausbildung ist eines der zentralen Zukunftsthemen, das sich durch alle Fachgebiete zieht. »Wir müssen unseren Nachwuchs selber ausbilden«, fordert der Ärztliche Direktor Professor Presselt aus der Einsicht heraus, dass der Markt für »fertige« Mediziner zunehmend enger wird.

Dafür sei es wichtig, beizeiten den Kontakt zu jungen Medizinerinnen zu finden, die sich noch auf bestimmte Disziplinen spezialisieren wollen. Dass die Zentralklinik Anfang 2011 dank Presselts Engagement Akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Jena wurde, war ein großer Schritt nach vorne.

Allerdings, so der Kardiologe Professor Geller: »Wegen der hohen Spezialisierung sind wir für Anfänger weniger attraktiv.« Die Erfahrung als Lehrkrankenhaus habe aber gezeigt, dass das Ausbildungsangebot in Bad Berka umso interessanter sei für angehende Ärzte, »die schon etwas weiter sind«: »Wer schon gewisse Vorstellungen von seinem beruflichen Werdegang hat, der sieht hier Dinge, die er woanders nicht zu sehen bekommt. Das haben uns die etwas älteren Semester immer wieder bestätigt.«

Für Ärzte in der Weiterbildung ist die Rotationsgarantie ein reizvolles Angebot. Innerhalb ihrer sechsjährigen Facharztausbildung können sie Erfahrungen in einer großen Zahl von Fachgebieten sammeln. Das Prinzip der Rotation gilt ebenso für Studenten im Praktischen Jahr und für Pflegekräfte in der Ausbildung. Viel tut die Zentralklinik auch für die Integration ausländischer Ärzte. Eine Sprachlehrerin in Weimar erteilt ihnen einen speziellen medizinischen Sprachunterricht, der von der Klinik finanziert wird.

Auf junge Ärzte will die ZBB künftig mit einer provokanteren Personalwerbung zugehen: »Wenn Sie nicht die Ruhe suchen, sondern die Herausforderung in einem spannenden Arbeitsumfeld, dann sind Sie die/der Richtige für uns«, formuliert Dr. Haase einen denkbaren Anzeigentext, der gleich der Vorstellung vorbeugen soll, dass die Arbeit im beschaulichen Städtchen Bad Berka ein ruhiger Job sein könnte. Intensive Rekrutierungsarbeit wird notwendig sein, auf allen Kanälen von der Anzeigenwerbung über verschiedene Formen von Universitätskontakten bis hin zum vielfältigen Schnupper- und Weiterbildungsangebot, für das es im RHÖN-KLINIKUM Konzern viele Beispiele gibt. Sicher ist, dass die Zentralklinik in Zukunft noch mehr Ärzte braucht als heute.

Denn die angestammten Arbeitsgebiete sollen – möglichst mit neuen Schwerpunkten – ausgebaut werden. »Über die nächsten fünf bis zehn Jahre können wir unsere Strategie der Spezialisierung noch fortsetzen«, schätzt Professor Presselt. Diese Spezialisierung sei nicht zuletzt notwendig, um bei den angestrebten komplexen Therapien jene hohen Fallzahlen zu erreichen, die allein eine hohe Qualität sicherstellen können. »Bei der Ausbildung müssen wir aber im Auge behalten, dass wir immer auch Generalisten benötigen werden, die die Brücken zwischen unseren Spezialisten



Susann Böhmel

» Ich wünsche mir patientenorientierte Strukturen unter anderem in dem Sinne, dass mehr Geld für Patienten aufgewendet wird statt für die Verwaltung (z. B. von Krankenkassen). «



Tina Meseck

» Bei der Standortfrage für medizinische Versorgung gehe ich von meinem Hausarzt aus und bin zufrieden, dass der gleich um die Ecke ist. Aber im allgemeinen Sinne wäre es schon schön, wenn einem lange Wege zum Arzt erspart bleiben würden, denn schließlich geht es ja im schlimmsten Fall um Leben und Tod! «



Ramona Radoi

» Zukünftig erwarte ich von ambulanten und stationären Gesundheitsdienstleistern fachlich kompetentes Personal und schnellere Versorgung. «



Peter Felder

» Aus meiner Sicht spielt ein Großkrankenhaus für die Infrastruktur einer Region eine sehr wichtige Rolle. Gerade für seltene Erkrankungen ist ein Großkrankenhaus die erste Wahl. Die Anfahrtswege sollten aber einen gewissen Rahmen nicht überschreiten. «

schlagen.« Das sei umso nötiger, als die medizinische Entwicklung sich zunehmend im Raum zwischen den Fachgebieten abspiele.

Als nächstes Querschnittarbeitsgebiet haben die Bad Berkaer die Altersmedizin ins Auge gefasst. »Mediziner und Pharmazeuten müssen endlich verstehen, dass ein alter Patient ein anderer ist als ein mittelalter Patient«, postuliert Presselt.

Er und seine Kollegen wollen zunächst Arbeitsgruppen zur Behandlung alter Patienten bilden. Erste Schritte sind schon getan.

Weil der Arzneimiteleinsatz bei alten Menschen (»Die nehmen im Schnitt zehn Medikamente, verordnet von verschiedenen Fachärzten – das ist viel zu viel.«) neu bestimmt werden sollte, begleiten Klinikpharmazeuten die Ärzte bei den Visiten. Das Ergebnis: »Der Bedarf alter Patienten ist deutlich geringer als angenommen – wir können manches Medikament streichen mit dem Effekt, dass es den Patienten hinterher besser geht als vorher«, stellt Presselt fest. »Hier liegt noch ein erhebliches Sparpotenzial im Gesundheitswesen.« Auch dieses Vorgehen folgt der Klinikdevise, »medizinische Leistungen so gut wie nötig, aber nicht so viel wie möglich« zu erbringen.

AUSSENWIRKUNG IM FOKUS

Weitere Entwicklungsmöglichkeiten sehen Kaufleute und Mediziner der Zentralklinik auch in den Außenbeziehungen. Da sind zum einen die Kontakte zu den Einweisern, nieder-

gelassenen Ärzten und kleineren Kliniken, die »überall da funktionieren, wo es gute persönliche Beziehungen gibt«, wie es ein Chefarzt formuliert. Sie könne man mit modernen Dienstleistungen verbessern, zum Beispiel dem Angebot, in schwierigen Fällen einen hilfreichen Blick auf CT-Bilder oder EKG zu werfen.

Zum anderen geht es um die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Einrichtungen, denen der RHÖN-KLINIKUM Konzern große Bedeutung als Basis der Flächenversorgung und als Wachstumsträger beimisst. Die ZBB unterhält gegenwärtig deren zwei: ein MVZ in Weimar, das die Schwerpunkte Kardiologie und Neurologie anbietet, und eines an der Klinik in Bad Berka selbst, das sich vor allem mit der Neurochirurgie befasst. Eine Erweiterung dieser Außenstellen ist durchaus denkbar und wohl auch möglich: »Einerseits haben die MVZ hier im Osten eine höhere Akzeptanz als im Westen, weil die Leute erkannt haben, dass sie sich nur geringfügig von den ihnen bekannten Polikliniken unterscheiden«, betont Presselt. »Andererseits achten wir sehr darauf, dass wir die niedergelassenen Kollegen nicht verärgern.«

Und nicht zuletzt steht immer wieder das Thema der überregionalen Geltung auf dem Programm. Dazu müsse die Zentralklinik ihre Innovationsstrategie konsequent fortsetzen und sich gezielt in die Konkurrenz mit universitären Einrichtungen begeben, meint Presselt: »Ohne zu prahlen, müssen wir den Leuten sagen, warum wir besser sind.« Dabei dürfe die ZBB aber nie ihre solide Basis verlassen, verlangt die Geschäftsführerin Dr. Haase: »Spezifität, Komplexität, hohe Fachlichkeit und nicht zuletzt Patientenorientierung bleiben unsere übergeordneten Ziele.«

KONZERNLAGEBERICHT

- Im Geschäftsjahr 2011 haben wir trotz erschwerter Umfeldbedingungen und erheblichen Preisdrucks bewiesen, dass qualitativ hochwertige Medizin für jedermann erreichbar ist. Wir haben mehr als 2.277.000 Patienten behandelt. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Zuwachs von 11,5 %.
- Mit unseren Umsatz- und Ergebniszahlen für das Geschäftsjahr 2011 sind wir klar innerhalb des Erwartungsbereichs und haben damit wie in der Vergangenheit die selbstgesteckten Ziele trotz eines herausfordernden regulatorischen Umfelds zuverlässig erreicht.
- Die Ergebnissteigerung von 11,0 % auf nunmehr 161,1 Mio. € ist aufgrund der gleichzeitigen Steigerung unseres operativen Cash-Flow um 18,8 % von Nachhaltigkeit geprägt.
- Wir gehen gestärkt in die Akquisition von neuen Kliniken und setzen unsere erfolgreichen Integrationen in den RHÖN-KLINIKUM Konzern im Jahr 2012 fort.



Willkommen in der Zentralklinik Bad Berka. Der Empfangsbereich mit Lobby, der durchgehend besetzt ist, bietet den Patienten Informationen rund um die Uhr.

1 ERGEBNISSE UND PROGNOSE

	2011 Mio. €	2010 Mio. €	Veränderung %
Umsatzerlöse	2.629,1	2.550,4	3,1
EBITDA	354,7	307,3	15,4
EBIT	213,2	197,9	7,7
EBT	186,5	173,9	7,2
Operativer Cash-Flow	303,9	255,9	18,8
Konzerngewinn	161,1	145,1	11,0
Bilanzsumme	3.175,3	3.058,2	3,8
Investitionen	317,4	403,3	-21,3
Eigenkapital	1.598,7	1.495,2	6,9
Nettofinanzverschuldung	551,9	551,5	0,1

Unsere Ergebniszahlen zeigen, dass wir auch im abgelaufenen Geschäftsjahr 2011 ohne nennenswerte Akquisitionen aus internem Wachstum heraus unsere Ziele erreicht haben.

Im abgelaufenen Geschäftsjahr erzielte der RHÖN-KLINIKUM Konzern in seiner Geschichte die höchsten Leistungs- und Ergebniszahlen. Dies ist uns gelungen, weil wir seit Jahren unser medizinisches Angebot konsequent weiter ausgebaut haben und weiter ausbauen werden. Unsere Patienten konnten wir in Deutschland in unseren 53 Klini-

ken mit insgesamt 15.973 Betten und 38 Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit 166,5 Arztsitzen behandeln. Um das Wohl unserer Patienten haben sich die aktuell 39.325 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesorgt; der Frauenanteil liegt bei rund 75 %. Wir konnten im Geschäftsjahr 2.277.153 Patienten behandeln und somit 11,5 % mehr als im Vorjahr.

Die Leistungsfähigkeit unserer Kliniken wird an dem gegenüber dem Vorjahr um 18,8 % gestiegenen operativen Cash-Flow deutlich. Die erwirtschafteten Mittel haben wir auch im Geschäftsjahr 2011 wieder zu einem Großteil in den Ausbau und die Modernisierung unserer Standorte in Höhe von 317,4 Mio. € investiert, für eine zukunftsweisende Medizintechnik und optimierte betriebliche Abläufe.

Wir konnten den Konzernumsatz trotz erschwelter Umfeldbedingungen um 3,1 % auf nunmehr 2,63 Mrd. € gegenüber dem Vorjahr steigern. Der Konzerngewinn stieg um 11,0 % auf 161,1 Mio. €. Das Ergebnis je Aktie beträgt 1,13 € (Vj. 1,01 €).

Die EBITDA-Marge beträgt im abgelaufenen Geschäftsjahr adjustiert 12,8 %, die berichtete sogar 13,5 % und ist für das erwirtschaftete EBITDA von 354,7 Mio. € (adjustiert 337,7 Mio. €) verantwortlich. Das EBITDA im Konzern ist somit gegenüber dem Vorjahr um 15,4 % (adjustiert 12,9 %) gestiegen. Adjustiert heißt um die Effekte PTZ und Vorjahresbudget angepasst, wie im Kapitel 6.2 ausführlich beschrieben. EBIT und EBT stiegen um mehr als 7 % auf 213,2 Mio. € bzw. 186,5 Mio. €. Entsprechend konnten die EBIT- und die EBT-Marge um jeweils 0,3 % auf 8,1 % bzw. 7,1 % gesteigert werden.

Unser Eigenkapital erhöhte sich auf 1.598,7 Mio. € (Vj. 1.495,2 Mio. €) und spiegelt eine Eigenkapitalquote von über 50 % wider. Die Nettofinanzverschuldung konnte konstant bei rund 552 Mio. € gehalten werden und entspricht dem 1,6-fachen des EBITDA im Konzern (Vj. dem 1,8-fachen).

Prognose 2012

Für das Jahr 2012 erwarten wir unter Berücksichtigung der Akquisition der Dr. Horst Schmidt Kliniken, Wiesbaden, einen Umsatz in Höhe von rund 2,85 Mrd. € innerhalb einer Bandbreite von 2,5 % nach oben und unten. Mit diesem Umsatzziel geht die Prognose für das EBITDA in Höhe von 350 Mio. € und für den Konzerngewinn in Höhe von 145 Mio. € einher, die sich beide innerhalb einer Bandbreite von 5 % nach oben und unten bewegen können. Wir werden diese Prognose auch unter den erneut herausfordernden Rahmenbedingungen des Gesundheitsmarktes erreichen.

2 WIRTSCHAFTLICHES UND RECHTLICHES UMFELD

2.1 GESAMTWIRTSCHAFTLICHE ENTWICKLUNG

Im Jahr 2011 setzte sich der wirtschaftliche Aufschwung in Deutschland fort. Mit einem Bruttoinlandsprodukt von 3 % schwächte sich das Wachstum gegenüber 3,6 % des Vorjahres zwar etwas ab, war aber angesichts der anhaltenden Schuldenkrise im Euroraum höher als erwartet. Für Wachstumsimpulse sorgten insbesondere private Konsumausgaben und ein deutlicher Anstieg der Investitionen von Unternehmen in Maschinen, Geräte sowie Bauten.

Die Neuverschuldung des Staats konnte im Jahr 2011 deutlich reduziert werden. Sie lag mit 1 % unter der für den Euroraum festgelegten Stabilitätsgrenze von 3,0 %.

Die gute Konjunktur fand auch Niederschlag in der Einnahmesituation der kommunalen Haushalte. Angesichts der Last hoher Altschulden wird die Konsolidierung der öffentlichen Haushalte allerdings weiterhin oberstes Ziel bleiben. Nach den vom Deutschen Städtetag vorgelegten Daten zur kommunalen Finanzlage zeigt sich zudem eine wachsende Schere zwischen armen und reichen Kommunen.

Die sich im Verlauf des letzten Kalenderjahres abzeichnende konjunkturelle Abschwächung wurde durch die Verlangsamung der globalen Wirtschaftsentwicklung und durch realwirtschaftliche Belastungen im Euro-Raum genährt.

2.2 ENTWICKLUNG DER BRANCHE

Die Gesundheitsbranche erwies sich im Jahr 2011 wieder als stabiler und wichtiger Wachstumsmarkt. Hiervon zeugt insbesondere der kontinuierliche Anstieg der Beschäftigten. Allein im Jahr 2011 war jeder neunte Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft tätig (4,8 Millionen Beschäftigte). Nach Umfragen in der Branche wird im Jahr 2012 mit einem Zuwachs von 70.000 Arbeitsstellen in der Gesundheitswirtschaft gerechnet. Infolge des prognostizierten Fachkräftemangels ist von steigenden Löhnen auszugehen.

Die Nachfrage insbesondere nach hochqualifizierten Arbeitskräften im ärztlichen und pflegerischen Bereich ist stärker als das nationale Angebot. Deutlich spürbar wird der Umstand sein, dass künftig insbesondere im ärztlichen Dienst die Schere in Deutschland zwischen in den Beruf eintretenden und ausscheidenden Medizinerinnen zunehmend auseinandergehen wird. Die Suche nach qualifizierten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im In- und Ausland ist daher eine wichtige Aufgabe zur Aufrechterhal-

tung der Leistungsfähigkeit unserer Kliniken. Hier unternehmen wir verstärkt Anstrengungen zur Findung und Bindung von Mitarbeitern. Neben der tariflichen Eingruppierung und Entlohnungssystemen werden auch nicht pekuniäre Bestandteile für die Attraktivität von Arbeitsplätzen immer wichtiger. Teilzeitarbeitsmodelle für Eltern und Mitarbeiter, die ihre Angehörigen pflegen, Konzepte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Kinderbetreuungsangebote in verschiedenen Kliniken sind nur einige Elemente, die für die Personalbindung und die Attraktivität als Arbeitgeber im Gesundheitswesen wichtig sind.

Die anhaltend positive Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt und die im Jahr 2010 beschlossenen Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen wirkten sich auf die Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Das für 2011 prognostizierte Finanzierungsdefizit der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht eingetreten – ganz im Gegenteil. Der Gesundheitsfonds und die gesetzlichen Krankenkassen erzielten zum Jahresende deutliche Überschüsse. Der Gesundheitsfonds wird voraussichtlich mit einem Überschuss von rund 4,4 Mrd. € abschließen und damit über eine Liquiditätsreserve von rund 8,6 Mrd. € verfügen.

Die finanziellen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser blieben allerdings angesichts der gesetzlichen Reglementierungen bei den Preis- und Leistungszuwächsen herausfordernd. Aufgrund des am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetzes sind die Zuwächse der Krankenhäuser durch eine reduzierte Veränderungsrate sowie verpflichtende Abschläge auf vereinbarte Mehrleistungen begrenzt. Die Veränderungsrate, die an die Grundlohnsummenveränderungsrate gekoppelt ist, ist als Ausgleich für die entstandenen Lohnsteigerungen konzipiert. Die Veränderungsrate von 1,15 % für das Jahr 2011 wurde um 25 Basispunkte auf 0,9 % reduziert. Zusätzlich mussten die Krankenhäuser im Geschäftsjahr 2011 auf sogenannte Mehrleistungen, die mit den Krankenkassen vereinbart wurden, einen Abschlag von 30 % hinnehmen. Die von Kliniken des RHÖN-KLINIKUM Konzerns in Abrechnung gebrachten effektiven Basisfallwerte (der Preis für die erbrachten Leistungen auch aufgrund der sogenannten Fehlschätzungskorrekturen) sind gegenüber dem Jahr 2010 nur um 0,3 % gestiegen.

Im Gegensatz hierzu stiegen die tatsächlichen Personal- und Sachkosten um ca. 2 % bis 3 %. Für die Krankenhäuser bedeutet dies, dass die Kostensteigerungen im Personal- und Sachkostenbereich durch die begrenzten Zuwächse nur anteilig kompensiert werden. Soweit Kliniken nicht in der Lage waren, entweder überproportionale Leistungszuwächse zu vereinbaren und zu erreichen oder Effizienzpo-

tenziale für sich zu erschließen, waren Verschlechterungen der Ertragslagen zwangsweise durch den Gesetzgeber vorgegeben. Der Rationalisierungsdruck bei den Krankenhäusern ist damit nochmals erhöht worden. Eine Entlastung zeichnet sich auch hier aufgrund der gegenwärtigen gesetzlichen Lage 2012 nicht ab.

Die Zahl der Krankenhäuser, die sich in die Verlustzone bewegen, steigt kontinuierlich. Nach Prognosen des Krankenhaus-Rating-Reports 2011 des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) sind bis 2020 rund 200 Krankenhäuser (10 %) von der Schließung bedroht. Hauptursache sei die fehlende oder zu niedrige Investitionsfähigkeit.

Die Transaktionstätigkeit im Krankenhaussektor lag im Jahr 2011 über dem Vorjahresniveau und gewann im zweiten Halbjahr an Raum. Zu beobachten war insbesondere eine Zunahme an Transaktionen größerer Einheiten.

Die demographische Entwicklung führt zunehmend zu einem regionalen Ungleichgewicht in der medizinischen Versorgung. Gerade strukturschwache Regionen sind von der Abwanderung – vor allem junger Menschen – und von einer Überalterung der Bevölkerung gekennzeichnet. Die dadurch regional ausgelöste Strukturkrise wirkt sich auch auf die medizinische Versorgung aus. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, sind erste Weichen gestellt worden, demographiebedingten Versorgungsengpässen in der ambulanten ärztlichen Versorgung entgegenzuwirken. Der Weg zur Organisation einer sektor- und standortübergreifenden Versorgung ist durch die demographische Entwicklung unaufhaltsam vorgezeichnet und wird zu einer der größten strukturellen Herausforderungen.

2.3 ENTWICKLUNGEN IM KONZERN

Im Jahr 2011 hat sich der RHÖN-KLINIKUM Konzern auf dem Weg zum integrierten Gesundheitsversorger weiterentwickelt. Durch unseren gesunden Wachstumskurs, der als wesentliches Element belastbare und integrierte Versorgungsstrukturen in einer Region in den Vordergrund stellt, lösen wir bewusst mit Blick auf die tatsächlichen Patientenbedürfnisse die Grenzen zwischen Krankenhäusern und ambulanten Versorgungszentren auf und schaffen die Voraussetzungen für eine patientennahe und offene Medizin von morgen.

Wir haben auch im Geschäftsjahr 2011 weiter auf den quantitativen und qualitativen Ausbau der akutstationären Strukturen gesetzt. Ferner sind wir der festen Überzeu-

gung, dass wir im ambulanten Bereich durch die Etablierung von Medizinischen Versorgungszentren erhebliche Wachstumschancen haben. Für die Erweiterung unseres medizinischen Angebots stehen bei uns insbesondere die sogenannten klinikassoziierten MVZ, mit denen das jeweilige Einzugsgebiet unserer Kliniken erweitert wird, und die sogenannten Facharzt-MVZ, die wir in den medizinischen Fachbereichen entwickeln wollen, die perspektivisch aus der stationären Behandlung herausfallen.

Wir haben im Jahr 2011 auch ohne größere Akquisitionen bewiesen, dass unser Weg des weiteren Konzernwachstums über originäres Wachstum erfolgreich möglich ist. Wesentliche Meilensteine des Wachstums waren 2011:

- Im Geschäftsjahr 2011 konnte der RHÖN-KLINIKUM Konzern durch seine wohnortnahe Versorgungskompetenz und hohe Qualität seines medizinischen Angebots 2.277.153 Patienten von seiner Leistungsfähigkeit und damit 11,5 % mehr als im Geschäftsjahr 2010 überzeugen.
- Wir haben uns im Geschäftsjahr 2011 an allen relevanten Bieterverfahren zu Klinikakquisitionen beteiligt. Dabei lassen wir uns in unserer Entscheidungsfindung bei Übernahmen und Beteiligungen von der strategischen Bedeutung einer Klinik, ihrer Ertragschancen sowie den generellen Entwicklungsmöglichkeiten in ihrer Region und innerhalb des Konzerns leiten.
- Unsere ophthalmologischen Facharzt-MVZ haben wir im Jahr 2011 konsequent weiter ausgebaut. Hierzu haben wir 25 weitere augenärztliche Facharztsitze erworben. Die darüber hinausgehenden ambulanten Strukturen haben wir durch weitere 17,5 Facharztsitze unterschiedlicher Fachrichtungen ausgebaut. Zum 1. Januar 2012 bzw. 1. Februar 2012 haben wir weitere fünf augenärztliche und 7,5 kliniknahe Facharztsitze erworben.
- Mit einem Investitionsvolumen in Höhe von rund 292 Mio. € konnten wir unsere Bestandskliniken konsequent ausbauen und damit die Grundlagen für weiteres qualifiziertes und nachhaltiges Wachstum schaffen.
- Im dritten Quartal 2011 haben wir mit der Siemens AG eine Vereinbarung getroffen, welche die wirtschaftlichen, insbesondere die bilanziellen Nachteile durch die Einstellung des Entwicklungsprojekts »Partikeltherapie Marburg« kompensiert.

Unser erklärtes Ziel ist die Schaffung einer breiten Vertrauensbasis unserer Patienten in die Medizin und die Qualität der Behandlung. Unser Ansporn ist es, für unsere Patienten auch künftig all unsere Kompetenz, unsere Ausrichtung auf die Patientenbedürfnisse und unsere Investitions- und Finanzkraft einzusetzen, um das in uns gesetzte Vertrauen zu erfüllen.

3 UNTERNEHMENSVERFASSUNG

Unser Ziel ist, eine wohnortnahe, hochwertige und bezahlbare Versorgung für jedermann anzubieten. Die Basis für gute Medizin ist für uns der Dreiklang aus ärztlicher Therapiefreiheit, kontinuierlichen Investitionen in eine moderne Medizin und die Gestaltung von Abläufen und Strukturen rund um unsere Patienten. Qualität und Wirtschaftlichkeit gehen für uns in der Gesundheitsversorgung Hand in Hand, damit gute Medizin für alle gleichermaßen verfügbar ist und bleibt.

Die Unternehmensverfassung der RHÖN-KLINIKUM AG und ihres Konzerns basiert auf einer verantwortungsvollen und nachhaltigen Unternehmensführung. Unsere Unternehmensverfassung bildet den Gesamtrahmen von Regeln und Richtlinien, nach denen der Konzern geführt und kontrolliert wird (Compliance), sowie alle Maßnahmen und Vorkehrungen, die eine ethisch einwandfreie Unternehmensführung (Corporate Governance) sicherstellen. Zusammen mit einem effizienten und offensiven Umgang mit Chancen und Risiken (Chancen- und Risikomanagement) und einer wirksamen Absicherung der bestmöglichen Behandlungsqualität (Qualitätsmanagement) sollen diese Eckpunkte unserer Unternehmensverfassung das Vertrauen der Anleger in das Unternehmen festigen und dazu beitragen, den Unternehmenswert kontinuierlich und nachhaltig zu steigern.

3.1 CORPORATE SOCIAL RESPONSIBILITY

Nachhaltige Wertschöpfung und langfristiges Engagement sind die zentralen Prinzipien unseres unternehmerischen Handelns, zu denen wir uns als Gesundheitsversorger genauso bekennen wie als Arbeitgeber und als börsennotierte Gesellschaft. Nachhaltige Wertschöpfung verstehen wir daher nicht nur als ökonomische Konsequenz eines gesunden, kontinuierlichen Unternehmenswachstums. Gerade für uns als Gesundheitsdienstleister ist ökonomischer Erfolg untrennbar mit ökologischer und sozialer Verantwortung verbunden: Denn dauerhaft erfolgreiche Gesundheitsversorgung bedarf einer gesunden Arbeits- und Lebensumwelt. Mit Blick auf das Vertrauen unserer

Patienten, Mitarbeiter und Anleger haben wir uns ethisch dazu verpflichtet, dass Sein und Schein langfristig übereinstimmen. Neben ausgewogenen und aufrichtigen Leistungsbeziehungen mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gründet unsere Wertschöpfung in wesentlichem Maße auf einem umsichtigen und verantwortungsbewussten Umgang mit unserer Umwelt.

Unsere Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

Unsere Aufgabe der Gesundheitsfürsorge ist ganz natürlich mit unserem Grundverständnis von sozialer Verantwortung verknüpft: Gesundheit bedeutet Lebensqualität – sie ist das höchste Gut der Menschen. Wir sind der Überzeugung, dass jeder Mensch Anspruch auf eine bezahlbare und hochqualitative medizinische Versorgung hat. Gesundheit darf nicht Luxus sein. Deshalb möchten wir dazu beitragen, die Leistungsfähigkeit und Sozialverträglichkeit des deutschen Gesundheitssystems auch künftig zu gewährleisten.

Um unserem ambitionierten Unternehmensziel gerecht zu werden, setzen wir auf Wirtschaftlichkeit und Innovation in der Gesundheitsversorgung. Rationalisierung verstehen wir als die Schaffung rationaler – vernünftiger – Strukturen, die die Betreuung unserer Patienten verbessern und zugleich die Produktivität des Krankenhauses erhöhen. Das Ergebnis: Die Qualität der Behandlung steigt. Alle Patienten profitieren von einer hochwertigen Versorgung mit medizinischen Leistungen.

Zugleich fördern wir Innovation in unseren Kliniken, in medizinischen Leistungsallianzen mit den Medizinischen Versorgungszentren, konzernweit sowie in Kooperation mit externen Forschungs- und Entwicklungspartnern. Unserem Kliniknetzwerk und damit den Patienten unserer Kliniken kommt darüber hinaus das hohe Innovationspotenzial der Forschungsaktivitäten an den Universitäten in Gießen, Marburg und Leipzig zugute. Unser Ziel ist, unsere Patienten so früh wie möglich an den Erfolgen moderner Medizinforschung teilhaben zu lassen und diese damit noch besser behandeln und heilen zu können.

Unsere Verantwortung gegenüber der Umwelt

Als einer der größten Gesundheitsdienstleister in Deutschland sehen wir im Schutz unserer Umwelt eine besondere Verpflichtung und Verantwortung, die mit unserer Geschäftstätigkeit eng verbunden ist. Umwelteinflüsse können gesundheitliche Risiken für den Menschen bedeuten. Der Schutz der menschlichen Gesundheit und die Schonung der Umweltqualität gehen daher Hand in Hand.

Effektives Umweltmanagement ist für uns zugleich ein ökonomischer Imperativ: Um steigende Kosten etwa im Bereich der Energieversorgung abzufedern, ist effizientes Energie- und Umweltmanagement auch eine wirtschaftliche Verantwortung, die wir mit Blick auf unser Unternehmensziel einer bezahlbaren und qualitätsvollen Medizin für jedermann natürlich annehmen.

Einen besonderen Fokus legen wir auf nachhaltiges Energiemanagement: Hierzu setzen wir auf Innovation und investieren kontinuierlich in Forschung und Entwicklung energieeffizienter Verfahren – etwa im Rahmen unserer Feldversuche zum Einsatz von Brennstoffzellen.

Ausführlichere Informationen zu unserem Engagement rund um Umwelt und Gesundheit finden Sie in unserem Geschäftsbericht, Kapitel Gesundheit und Umwelt.

Unsere Verantwortung gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Der Erfolg unseres Unternehmens und jeder unserer Kliniken gründet auf dem Engagement unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Um die kontinuierliche Qualifizierung, individuelle Entwicklung und die Motivation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kontinuierlich zu fördern, setzen wir gezielt auf Kompetenzmanagement und Organisationsentwicklung.

Ein Kernpunkt unserer Strategie ist der Wissenstransfer innerhalb unseres Klinikverbunds. Diesen fördern wir insbesondere durch Öffnung unserer dezentralen Fort- und Weiterbildungsangebote in den Kliniken sowie eine enge Verzahnung von Medizin und Management (z. B. durch unser Ärztliches Management Programm).

In Zeiten des lebenslangen Lernens gilt es für uns, durch gezielte Maßnahmen die Kompetenzen unserer Mitarbeiter auf alle aktuellen und zukünftigen Anforderungen hin optimal vorzubereiten und die individuelle Entwicklung in Bezug auf die betriebliche Karriere, aber auch in puncto Familien- und Sozialplanung zu unterstützen. Daher nehmen Maßnahmen wie die interne Aus- und Weiterbildung von Führungs- und Fachkräften, individuelle Karriereförderung sowie vielfältige Fort- und Weiterbildungsangebote einen hohen Stellenwert ein.

Die Attraktivität eines Arbeitsplatzes wird zunehmend auch durch geeignete Angebote zur Vereinbarung von Beruf und Familie mitbestimmt. Es ist unsere klare Zielsetzung, unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen zu überzeugen.

Neben dem internen Dialog und Wissensaustausch ist uns auch der Kontakt zu Hochschulabsolventen und jungen Fachkräften sehr wichtig, die sich in der beruflichen Orientierung befinden. Daher präsentieren wir uns regelmäßig auf Augenhöhe gegenüber potenziellen Interessenten auf Messen, Kongressen und Hochschulkontaktbörsen.

Weitere Details zu unseren Aktivitäten im Bereich Personalentwicklung finden Sie in unserem Geschäftsbericht, Kapitel Personal- und Führungskräfteentwicklung.

3.2 ERKLÄRUNG ZUR UNTERNEHMENSFÜHRUNG UND ENTSPRECHENSERKLÄRUNG ZUM CORPORATE GOVERNANCE KODEX

Erklärung zur Unternehmensführung

Die Erklärung zur Unternehmensführung (§ 289a HGB) enthält neben der Entsprechenserklärung von Vorstand und Aufsichtsrat nach § 161 AktG auch Angaben zu Unternehmensführungspraktiken. Darüber hinaus werden die Arbeitsweise von Vorstand und Aufsichtsrat sowie die eingerichteten Gremien beschrieben.

Zu näheren Einzelheiten verweisen wir auf unsere Homepage, auf der die Erklärung zur Unternehmensführung unter www.rhoen-klinikum-ag.com öffentlich zugänglich ist.

Entsprechenserklärung zum Corporate Governance Kodex

Für den Vorstand und den Aufsichtsrat der RHÖN-KLINIKUM AG ist eine verantwortungsbewusste und nachhaltige Unternehmensführung von besonderer Bedeutung. Zusammen mit einer transparenten, rechtlich einwandfreien und ethisch verfassten Unternehmenskultur bildet die Corporate Governance die Voraussetzung für den Erhalt und die Stärkung des Vertrauens, das uns Patienten, Aktionäre, Geschäftspartner und Mitarbeiter entgegenbringen, sowie für eine beständige Wertschöpfung in unseren Unternehmungen.

Aufsichtsrat und Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG haben sich turnusgemäß eingehend mit dem Corporate Governance Kodex, dessen Entwicklung und Änderungen sowie seiner Entsprechung bei der RHÖN-KLINIKUM AG und ihren Tochtergesellschaften befasst. Als Ergebnis dieser Beratungen wurde am 26. Oktober 2011 gemäß Ziffer 3.10 des Deutschen Corporate Governance Kodex in der Fassung vom 26. Mai 2010 eine von Vorstand und Aufsichtsrat der RHÖN-KLINIKUM AG gemeinsam getragene, aktualisierte Entsprechenserklärung nach § 161 AktG abgegeben. Danach wird dem Deutschen Corporate Governance Kodex mit folgenden Ausnahmen vollumfänglich entsprochen:

- Ziffer 7.1.2 (Frist zur Zugänglichmachung des Konzernabschlusses)
- Ziffer 5.4.1 (Benennung konkreter Ziele zur Zusammensetzung des Aufsichtsrats).

Von den nicht obligatorischen Empfehlungen des Deutschen Corporate Governance Kodex beachten wir die meisten.

Wie bisher auch, räumen wir einer konzernweiten sorgfältigen Rechnungslegung sowie deren Überprüfung durch Abschlussprüfer und Prüfungsausschuss eine angemessene Zeit ein und veröffentlichen unseren Konzernabschluss erst im April.

Der Aufsichtsrat sieht von der Benennung konkreter Ziele hinsichtlich seiner Zusammensetzung in zeitlicher Hinsicht oder in Form von Quoten ab und wird sich bei Wahlvorschlägen – unter Wahrung der Kriterien Internationalität, Interessenkonflikte, Vielfalt und angemessene Beteiligung von Frauen – ausschließlich von der Eignung der Kandidatinnen und Kandidaten leiten lassen.

3.3 CORPORATE GOVERNANCE

Gezeichnetes Kapital

Das im Konzernabschluss ausgewiesene gezeichnete Kapital der RHÖN-KLINIKUM AG entfällt vollständig auf 138.232.000 stimmberechtigte, auf den Inhaber lautende Stammaktien (Stückaktien) mit einem rechnerischen Anteil am Grundkapital von je 2,50 €. Beschränkungen, die Stimmrechte oder die Übertragung von Aktien betreffen – auch wenn sie sich aus Vereinbarungen von Gesellschaftern ergeben können –, bestehen nicht bzw. sind uns nicht bekannt. Keine unserer Aktien ist mit Sonderrechten ausgestattet, die ihrem Inhaber besondere Kontrollbefugnisse verleihen. Mitarbeiter, die Aktien halten, üben ihr Stimmrecht frei aus. Die Aktionäre können ihre Stimmrechte bei der Hauptversammlung selbst ausüben oder Stimmrechtsvertreter bestellen. Die direkten und indirekten Beteiligungen am Kapital gemäß § 21 ff. WpHG haben wir detailliert in unserem Anhang angegeben.

Die Hauptversammlung vom 8. Juni 2011 hat die Gesellschaft ermächtigt, in einem Zeitraum bis zum 31. Dezember 2012 eigene Aktien mit einem auf sie entfallenden anteiligen Betrag des Grundkapitals von bis zu 10% zu erwerben und diese Aktien unter bestimmten Voraussetzungen in anderer Weise als über die Börse oder durch ein Angebot an alle Aktionäre zu veräußern.

Konzernabschluss, Kommunikation mit Aktionären und Analysten

Der Konzernabschluss wird nach den Grundsätzen der in der Europäischen Union anzuwendenden International Financial Reporting Standards (IFRS) aufgestellt und sowohl nach nationalen als auch nach internationalen Prüfungsstandards geprüft. Der Halbjahresabschluss wird auf freiwilliger Basis nach den gleichen vorgenannten Grundsätzen einer prüferischen Durchsicht unterzogen. Bei der Auftragsvergabe an Wirtschaftsprüfungsgesellschaften wird auf die erforderliche Unabhängigkeit der beauftragten Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geachtet. Den Prüfungsauftrag für den Jahres- sowie für den Halbjahresabschluss des Konzerns und für die Prüfung der Konzernobergesellschaft erteilt der Vorsitzende des Prüfungsausschusses nach pflichtgemäßer Prüfung gemäß der Beschlussfassung in der Hauptversammlung.

In jedem Jahr geben wir Anfang Februar die vorläufigen Geschäftszahlen des abgelaufenen Geschäftsjahres bekannt. Unseren Konzernabschluss veröffentlichen wir im April des neuen Geschäftsjahres. Die Ordentliche Hauptversammlung findet üblicherweise in den ersten sechs Monaten des folgenden Geschäftsjahres statt. Unsere Prognose für das aktuelle Geschäftsjahr geben wir im Februar bekannt. Es findet eine Vielzahl von Analystengesprächen und Investorenkontaktgesprächen statt. Über die Geschäftsentwicklung berichten wir vier Mal im Jahr im Rahmen von telefonischen Analystenkonferenzen. Über alle sonstigen wesentlichen wiederkehrenden Termine informieren wir unsere Aktionäre, Aktionärsvereinigungen, Analysten und Medien durch unseren Finanzkalender, der im Geschäftsbericht und im Internet veröffentlicht ist.

Organe der Gesellschaft

Vorstand und Aufsichtsrat sind nach deutschem Aktienrecht konstituiert. Danach leitet der Vorstand die Gesellschaft und führt die Geschäfte; der Aufsichtsrat berät den Vorstand und überwacht dessen Geschäftsführung. Die Ernennung und Abberufung der Mitglieder von Aufsichtsrat und Vorstand entspricht den aktienrechtlichen Bestimmungen (Aufsichtsrat: § 101 ff. AktG; Vorstand: § 84 AktG) und den Regelungen des Mitbestimmungsgesetzes. Die Hauptversammlung als beschließendes Organ benötigt für Satzungsänderungen (§§ 179 ff. AktG) und die Abberufung von Aufsichtsratsmitgliedern eine Mehrheit von 90% des bei der Hauptversammlung vertretenen Kapitals.

Der Aufsichtsrat der RHÖN-KLINIKUM AG ist nach den Vorgaben des Mitbestimmungsgesetzes paritätisch mit insge-

samt 20 Vertretern der Anteilseigner und der Arbeitnehmer besetzt und trat im Jahr 2011 zu vier ordentlichen Sitzungen (2010: vier ordentliche Sitzungen) zusammen. Die Amtsperiode eines Mitglieds beträgt fünf Jahre. Die Altersgrenze beträgt 75 Jahre. Der Aufsichtsrat entscheidet regelmäßig im Plenum bzw. in den zuständigen Fachausschüssen, denen ein Beschlussrecht zusteht, bei Einzelfällen auch im Umlaufverfahren.

Der Aufsichtsrat hat insgesamt sieben Ausschüsse konstituiert. Es bestehen als beschließende Ausschüsse der Vermittlungsausschuss, der Personalausschuss, der Prüfungsausschuss und der Investitions-, Strategie- und Finanzausschuss. Mit Beratungs-, Überwachungs- bzw. Vorschlagskompetenz sind der Nominierungsausschuss zur Wahl von Aufsichtsratsmitgliedern der Anteilseignervertreter im Aufsichtsrat durch die Hauptversammlung, der Antikorruptionsausschuss zur Bekämpfung und Vermeidung von Korruptionssachverhalten und der Medizininnovations- und Qualitätsausschuss zur Weiterentwicklung und Absicherung der medizinischen Qualität ausgestattet.

Für die Tätigkeit des Vorstands und des Aufsichtsrats sowie für die Zusammenarbeit beider Organe bestehen Geschäftsordnungen.

Der Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG wurde 2011 vom Vorsitzenden und bei dessen Abwesenheit durch den vom Aufsichtsrat ernannten ständigen Vertreter geleitet. Zur Zusammensetzung des Vorstands wird auf den Konzernanhang verwiesen. Der Vorstand leitet die Gesellschaft und führt die Geschäfte in gemeinschaftlicher Verantwortung nach Maßgabe einer Geschäftsordnung. Die Aufgabenbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder ergeben sich aus operativen bzw. funktionalen Zuständigkeiten. Dem Vorstandsvorsitzenden obliegen die Unternehmenspolitik und die grundsätzliche strategische Ausrichtung des Konzerns. Für den Vorstand wurde eine Altersgrenze von 65 Jahren beschlossen.

Organvergütungen

Die Vergütung für Aufsichtsrat und Vorstand sind in der Satzung der Gesellschaft bzw. durch Beschlussfassung des Aufsichtsrats nach Vorbereitung durch den Personalausschuss festgelegt und bestehen aus festen und variablen Bestandteilen. Den variablen Vergütungsbestandteilen bei Vorstand und Aufsichtsrat liegen vom Konzerngewinn abgeleitete Bemessungsgrundlagen zugrunde. Darüber hinaus werden Vorständen Sachbezüge (Dienstwagen, Versicherungen) und eine bedingte Altersvorsorgeleistung in Höhe von bis zu 1,5 Jahresgehältern gewährt. Erhält ein

Vorstandsmitglied bei vorzeitiger Beendigung der Vorstandstätigkeit ohne wichtigen Grund eine Abfindung, so darf die Summe dieser Leistung einschließlich der Nebenleistungen den Wert von zwei Jahresvergütungen nicht überschreiten und nicht mehr als die Restlaufzeit des Anstellungsvertrages vergüten. Vergütungsbestandteile in Form von Aktienoptionsplänen, aktienbasierte Vergütungsbestandteile oder ähnliche Vergütungen bestehen nicht. Für den Vorstand und Aufsichtsrat bestehen Vergütungssysteme, welche Höhe und Struktur der jeweiligen Einkommen festlegen.

Für die Vorstandsvergütungen bestehen faktische Obergrenzen, da positive Ergebnisentwicklungen nur unterproportional vergütungsrelevant werden und selbst bei Ergebniskonstanz die variablen Vergütungen im Vergleich zum Vorjahr bereits abnehmen.

Die Vergütung der im Geschäftsjahr 2011 amtierenden Mitglieder des Vorstands belief sich im Geschäftsjahr 2011 auf 6,5 Mio. € (Vj. 9,1 Mio. €). Von diesem Betrag entfielen 1,4 Mio. € (Vj. 1,9 Mio. €) bzw. 22,1 % (Vj. 21,1 %) auf erfolgsunabhängige Komponenten und 5,1 Mio. € (Vj. 7,2 Mio. €) bzw. 77,9 % (Vj. 78,8%) auf variable Gehaltsbestandteile. Die Ansprüche auf Altersvorsorgeleistungen der Mitglieder des Vorstands betragen 3,5 Mio. € (Vj. 7,1 Mio. €). Zum Bilanzstichtag nicht mehr amtierende Vorstände bzw. deren Hinterbliebene erhielten im Geschäftsjahr 2011 Vergütungen für Altersvorsorgeleistungen in Höhe von 5,4 Mio. € (Vj. 1,2 Mio. €).

Die Vergütung des Aufsichtsrats ist in § 14 der Satzung geregelt. Sie ist leistungsbezogen und orientiert sich am Zeitaufwand, an den Aufgaben und an der funktional übernommenen Verantwortung der Aufsichtsratsmitglieder sowie am wirtschaftlichen Erfolg des RHÖN-KLINIKUM Konzerns. Die Aufsichtsratsvergütung setzt sich aus fixen und variablen Bestandteilen zusammen.

Die Vergütung der aktiven Mitglieder des Aufsichtsrats betrug 2,7 Mio. € (Vj. 2,4 Mio. €). Von dem Gesamtbetrag entfielen auf fixe Vergütungen 0,8 Mio. € (Vj. 0,8 Mio. €) bzw. 31,2 % (Vj. 32,2 %). Ergebnisabhängig wurden Vergütungen in Höhe von 1,9 Mio. € (Vj. 1,6 Mio. €) bzw. 68,8 % (Vj. 67,8 %) gezahlt.

Zu weiteren Einzelheiten, insbesondere zu den individualisierten Vergütungen für den Aufsichtsrat und den Vorstand, wird auf den Vergütungsbericht als Teilbericht zum Corporate Governance Bericht sowie auf den Konzernanhang verwiesen.

Aktienbesitz von Organmitgliedern

Die Mitglieder von Aufsichtsrat und Vorstand hielten zum 31. Dezember 2011 zusammen 12,56 % am Grundkapital. Auf den Aufsichtsrat entfallen hiervon 12,56 % der ausgegebenen Aktien. Herr Eugen Münch und seine Ehefrau Ingeborg Münch halten zusammen 12,45 % des Grundkapitals und die weiteren Mitglieder des Aufsichtsrats 0,11 % der ausgegebenen Aktien. Die Mitglieder des Vorstands halten zusammen 0,003 % des Grundkapitals.

Weiterhin legen wir alle meldepflichtigen Transaktionen nach § 15a WpHG von Mitgliedern des Vorstands und des Aufsichtsrats offen. Uns wurden im Geschäftsjahr 2011 die im Corporate Governance Bericht und im Konzernanhang aufgeführten Transaktionen gemeldet.

Verträge mit Kontrollwechselklausel

Die Unternehmenskaufverträge der von uns akquirierten Kliniken sowie verschiedene Verträge über Finanzinstrumente sehen Regelungen vor, wonach unter der Bedingung eines Kontrollwechsels in Folge eines Übernahmehandels z. B. eine Rückübertragung der Gesellschaftsanteile bzw. die Anleihen- und Kreditgeber eine sofortige Rückzahlung verlangen können. Darüber hinaus bestehen keine Vereinbarungen, wonach Vorstand oder Arbeitnehmer im Falle einer Unternehmensübernahme Ansprüche auf Entschädigung ableiten können.

3.4 COMPLIANCE

»Tue nichts, was du nicht willst, dass es dir angetan werde, und unterlasse nichts, was du wünschst, dass es dir getan würde.«

Dieses Unternehmensprinzip gilt seit jeher sowohl für die RHÖN-KLINIKUM AG als auch für jede einzelne Konzerngesellschaft, sowohl in der ärztlichen und nichtärztlichen Patientenversorgung als auch in der Verwaltung und im Bereich des Managements. Diese Leitlinie ist Grundlage für jede unserer Entscheidungen und für unser gesamtes Handeln, in jeder Lage des Entscheidungsfindungsprozesses, denn die Erreichung unserer Unternehmensziele erfordert laut unseren Vorstellungen stets auch die Einhaltung sowohl der gesetzlichen als auch unserer eigenen ethischen Maßstäbe und Vorschriften.

In der Umsetzung und Erfüllung dieser Aufgabe haben wir abteilungsübergreifend eine Vielzahl von Instrumenten und Möglichkeiten geschaffen. Im Personalbereich wird sichergestellt, dass jeder Arbeitsvertrag, sei es individuell

oder kollektivrechtlich, auf dieses Prinzip Bezug nimmt. Der Bereich des Qualitätsmanagements füllt dieses Grundprinzip mit dem notwendigen Leben, und Compliance unterstützt sämtliche anderen Abteilungen bei der Umsetzung und auch Durchsetzung dieses obersten Leitsatzes.

Über die gesetzlich geforderten Grundlagen von Compliance hinaus besteht im Verbund der RHÖN-KLINIKUM AG an jedem Standort ein Compliance-Management-System, das vom Management bis hin zum einzelnen Mitarbeiter nicht nur die Einhaltung dieses Prinzips, sondern auch allgemein die Einhaltung von gesetzlichen Vorgaben, aber auch von ethischen Wertvorstellungen und Verhaltensweisen beachtet. Hierbei sind wir nicht nur auf die internen Strukturen beschränkt, unser Compliance-Management-System verlangt auch die Einhaltung gängiger Compliance-Vorschriften bei unseren Geschäftspartnern.

Auf Grundlage der konzernweit gültigen Geschäftsordnung Compliance, die für jeden Mitarbeiter Gültigkeit besitzt, sind verschiedene Stellen aller Hierarchien mit verschiedenen Aufgaben und Funktionen betraut, vorwiegend mit der internen Beratungs- und Informationsfunktion, jedoch auch im Bereich von Präventions- oder Schutzmaßnahmen oder mit Implementierungsaufgaben. Die jeweiligen Organe der Gesellschaften werden hierdurch durch die Compliance-Beauftragten vor Ort, aber auch durch den konzernweiten Leiter Compliance und den Antikorruptions- und den Prüfungsausschuss des Aufsichtsrats im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgaben unterstützt.

Zum Zweck der Transparenz und der Information aller beteiligten Personen haben wir im Rahmen von Konzernbetriebsvereinbarungen, Richtlinien und Handlungsempfehlungen Vorgaben geschaffen, die jedermann die Möglichkeit geben, unser Unternehmensziel im Einklang mit unseren Wertvorstellungen zu erreichen. Ein Compliance-Management-System kann jedoch nicht statisch ausgerichtet sein, daher überprüfen wir regelmäßig anhand interner, aber auch externer Vorgänge die Wirksamkeit und Aktualität dieses Systems und passen unsere Regelwerke stetig an die neuesten Gegebenheiten an.

Schulung und Information der Mitarbeiter über die Bedeutung und Umsetzung unserer Unternehmensleitlinie und über Compliance hat hierbei ebenfalls einen sehr hohen Stellenwert, sei es im Rahmen von internen Fortbildungsmaßnahmen oder der Gremienarbeit, zum Beispiel bei der Arbeitnehmer- oder Auszubildendenvertretung bzw. bei der Ausbildung unserer Nachwuchsführungskräfte. Nur durch die enge Verzahnung von regelhafter Kontrolle und Anpassung des Systems, verbunden mit Information und Aufklä-

rung aller Ebenen des Konzerns und seiner Gesellschaften kann das erreicht werden, wofür die RHÖN-KLINIKUM AG bürgt:

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen optimalen Versorgung für jedermann auf der Basis einer sozialen und ethischen Verantwortung für unsere Patienten und Mitarbeiter.

3.5 MEDIZINISCHE QUALITÄT

Täglich erbringen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Einrichtungen ein Höchstmaß an Qualität für unsere Patienten. Das abgelaufene Geschäftsjahr verdeutlicht, dass unsere Kliniken auf der Grundlage eines ganzheitlichen Qualitätsverständnisses eine Vielzahl von Verbesserungen erreichen konnten. Diesen Weg wollen wir konsequent weitergehen.

Die RHÖN-KLINIKUM AG hat im Jahr 2011 eine Fülle von Maßnahmen zur Sicherung und Steigerung der Qualität in der klinischen Leistungserbringung etabliert und durchgeführt. Diese Maßnahmen erstrecken sich auf den gesamten Prozess der Leistungserbringung von der Aufnahme der Patienten ins Krankenhaus über die Prozesse während der klinischen Behandlung bis hin zur Entlassung.

Ein weiterer Meilenstein auf dem Weg einer konsequenten Erhöhung der Patientensicherheit ist die sogenannte »elektronische Arzneimitteltherapie-Sicherheitsprüfung« (eAMTS). Die RHÖN-KLINIKUM AG hat im Jahr 2011 unter Beteiligung aller relevanten Berufsgruppen des Konzerns wie Medizin, Pflege, Apotheke, Controlling und Qualitätsmanagement Anforderungen an ein solches System ausgearbeitet und formuliert. Dabei stand das Ziel im Vordergrund, alle Ärztinnen und Ärzte bei der Medikamentenvergabe unter Wahrung der Verordnungsfreiheit zu unterstützen, indem medizinische und pharmazeutische Kompetenz mit Hilfe des Systems zusammengeführt wird.

Mit der vollständig flächendeckenden Einführung des Critical Incident Reporting Systems (CIRS) im Jahr 2011 ist ein wichtiger Beitrag zu einer weiter verbesserten Patientensicherheit in den Einrichtungen des Konzerns geleistet worden.

»Ihre Meinung ist uns wichtig!« Unter diesem Motto befragen wir in unseren Einrichtungen regelmäßig und strukturiert Patienten und Einweiser, um weitere Grundlagen für eine nachhaltige Qualitätsverbesserung zu gewinnen. Denn nur so können wir sicherstellen, dass wir Qualität nicht bloß behaupten, sondern diese gemäß unserem Anspruch tatsächlich auch erreichen.

Nach einer Reihe von aufsehenerregenden Hygienefällen in deutschen Kliniken erließ der Gesetzgeber im Juli 2011 eine Novelle des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Für viele Krankenhäuser kam die Umsetzung dieser Forderungen überraschend und stellte sie vor erhebliche Probleme. Die Kliniken der RHÖN-KLINIKUM AG dagegen waren durch das seit Jahren etablierte, konzernweit vereinheitlichte Hygienemanagement auf die anstehenden Veränderungen eingestellt und erfüllten bereits weitgehend die gesetzlichen Anforderungen. Die seit 2008 für alle Kliniken verbindlich eingeführten Monatsberichte an den leitenden Konzernhygieniker zu meldepflichtigen und hygienekritischen Erregern und Infektionen haben sich als zentrales Steuerungsinstrument als unverzichtbar erwiesen. Bei der Verbesserung der Basishygiene haben wir es nicht bewenden lassen. Durch die strikte Umsetzung der Konzernleitlinie zur Erkennung von und zum Umgang mit MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus)-positiven Patienten konnten wir auch die Rate der nosokomialen, innerhalb der Klinik erworbenen, Übertragungen dieses notorischen Hospitalismuskeims kontinuierlich senken.

Dass die RHÖN-KLINIKUM AG ihren Anspruch an hohe Qualität und Transparenz erfüllt, belegt die Beteiligung unserer Kliniken am Internetportal Qualitätskliniken.de. In diesem Portal wird die hohe Qualität unserer Einrichtungen im Vergleich zu anderen Kliniken für die Öffentlichkeit dargestellt. Als Initiator von Qualitätskliniken.de hat die RHÖN-KLINIKUM AG gemeinsam mit ihren Partnern das erklärte Ziel, die Qualität ihrer Einrichtungen systematisch weiter zu steigern und diese Entwicklung Patienten wie Fachleuten transparent zu machen.

3.6 BERICHTERSTATTUNG GEMÄSS § 289 ABS. 5 HGB UND § 315 ABS. 2 NR. 5 HGB ÜBER INTERNE KONTROLL- UND RISIKOMANAGEMENTSYSTEME IM HINBLICK AUF DEN RECHNUNGSLEGUNGSPROZESS

Das rechnungslegungsbezogene interne Kontrollsystem in unserem Konzern umfasst alle Grundsätze, Verfahren und Maßnahmen zur Sicherung der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Ordnungsmäßigkeit der Rechnungslegung sowie zur Sicherung der Einhaltung der maßgeblichen rechtlichen Vorschriften.

Im RHÖN-KLINIKUM Konzern besteht das rechnungslegungsbezogene interne Kontrollsystem aus dem internen Steuerungs- und dem internen Überwachungssystem, das die Erstellung der Jahresabschlüsse für den Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG und die RHÖN-KLINIKUM AG selbst und ihrer Tochtergesellschaften sicherstellt. Das Risikomanagementsystem als Bestandteil des internen Kontrollsystems

ist mit Bezug auf die Rechnungslegung auch auf das Risiko der Falschaussage in der Buchführung sowie in der externen Berichterstattung ausgerichtet.

Der Konzernrechnungslegungsprozess ist so organisiert, dass für jede der Tochtergesellschaften zu jedem Stichtag – d. h. monatlich, vierteljährlich und jährlich – auf Basis einer konzernweit einheitlichen Bilanzierungsrichtlinie und eines konzernweit einheitlichen Buchhaltungsprogramms ein handelsrechtlicher Abschluss in konzern eigenen Rechenzentren erstellt wird. Aus diesen Abschlüssen wird für jedes Quartal ein Konzernabschluss nach International Financial Reporting Standards (IFRS) abgeleitet. Die Abschlussdaten der Tochtergesellschaften werden mittels zertifizierter Konsolidierungssoftware nach der Kapitalkonsolidierung und einer Konsolidierung von Aufwendungen und Erträgen, Forderungen und Verbindlichkeiten sowie Eliminierung etwaiger Zwischengewinne zu einem Konzernabschluss zusammengefasst. IFRS-relevante Umbewertungen bzw. Umgliederungen werden auf Konzernebene nach einheitlichen Kriterien durchgeführt.

Die Abschlüsse werden zeitnah nach Ablauf des jeweiligen Stichtags an das Konzernrechnungswesen gemeldet, erstellt und veröffentlicht. Zusammen mit der Abteilung Controlling und fallweise auch mit der Abteilung Interne Revision werden die Abschlüsse analysiert, plausibilisiert und bewertet.

Sowohl für die Erstellung der Einzelabschlüsse nach HGB als auch für die Erstellung des Konzernabschlusses nach den gültigen IFRS gibt es zur Vereinheitlichung der Bilanzierung entsprechende umfangreiche Bilanzierungsvorgaben, deren Einhaltung stringent überwacht wird. Sowohl bei den Einzelgesellschaften als auch im Konzern bestehen klare Verantwortlichkeiten für die Erstellung der Jahresabschlüsse. Die dabei zur Anwendung kommenden fallweise präventiven oder nachgelagerten bzw. manuellen oder automatisierten Kontrollen tragen den Grundsätzen der Funktionstrennung Rechnung.

Die Quartalsabschlüsse, der Halbjahresfinanzbericht sowie der Jahresabschluss werden dem Prüfungsausschuss des Aufsichtsrats zur Prüfung vorgelegt. Die Prüfungsergebnisse des Prüfungsausschusses werden dokumentiert. Darüber hinaus beauftragt der Prüfungsausschuss regelmäßig auch den Abschlussprüfer mit der Durchführung einer rechnungslegungsbezogenen Schwerpunktprüfung. Soweit sich aus den Prüfungen des Prüfungsausschusses sowie des Abschlussprüfers Verbesserungen des Konzernrechnungslegungsprozesses ableiten lassen, werden diese unverzüglich etabliert.

4 UMGANG MIT CHANCEN UND RISIKEN

Nur ein Unternehmen, das seine wesentlichen Risiken rechtzeitig erkennt und ihnen systematisch begegnet, ist in der Lage, sich bietende Chancen unternehmerisch verantwortlich zu nutzen. Der Umgang mit Chancen und Risiken und deren nachhaltige Steuerung ist eine unternehmerische Kernaufgabe und im Verbund der RHÖN-KLINIKUM AG fest in der Führungskultur verankert. Unsere wertorientierte Unternehmensstrategie berücksichtigt Chancen und Risiken gleichermaßen, schützt die Interessen unserer Aktionäre und anderer Kapitalmarktteilnehmer und trägt der gesetzlich vorgeschriebenen Früherkennung von bestandsgefährdenden Risiken in vollem Umfang Rechnung.

Insbesondere unsere Patienten sind darauf angewiesen, dass wir Chancen und Risiken adäquat handhaben. Wir als Gesundheitsdienstleister sehen die Gefährdung von Leben und Gesundheit unserer Patienten stets als größtes Risiko, denn in medizinischen und pflegerischen Bereichen können selbst kleinste Fehler verheerende Auswirkungen haben. Deshalb genießen Maßnahmen, die diese Risiken vermeiden, bei uns höchste Priorität. Dabei gilt es, Chancen und Risiken permanent gegeneinander abzuwägen.

Gute Medizin zukunftsfest zu gestalten ist ein zentrales Anliegen unseres Konzerns. Die ordnungspolitischen und gesetzgeberischen Rahmenbedingungen sowie der zunehmende Kosten-, Wettbewerbs- und Konsolidierungsdruck innerhalb der Branche bergen zwar Risiken, eröffnen aber auch Chancen, unser auf Wachstum ausgerichtetes Geschäftsmodell vom klassischen Klinikbetreiber zum integrierten Gesundheitsversorger weiter voranzutreiben.

4.1 ELEMENTE UNSERES CHANCEN- UND RISIKOMANAGEMENTS

Unser Chancen- und Risikomanagementsystem basiert auf folgenden Elementen:

- Präventiv festgelegte Verfahren, klar definierte Strukturen und das Verantwortungsbewusstsein des Einzelnen bilden die Basis. Jeder Mitarbeiter hat die persönliche Pflicht, aktiv Schäden von unseren Patienten, unseren Geschäftspartnern und vom Unternehmen abzuwenden.
- Risikoidentifikation und Chancenerkennung sind in die geschäftsüblichen Arbeitsabläufe integriert, denn nur Chancen und Risiken, die wir kennen, können wir auch steuern. Primäres Ziel der Risikosteuerung ist, unter Abwägung der damit verbundenen Chancen, die Risiko-

minimierung, wenn möglich die Risikovermeidung – aber: Keine Chancen ohne Risiken.

- Chancen und Risiken werden systematisch bewertet und dokumentiert, um eine effiziente Risikobewältigung zu gewährleisten und Rückschlüsse auf die Gesamtrisikolage zuzulassen. Die Gefährdung von Leben und Gesundheit wird dabei von uns immer als hohes und als unser größtes Risiko angesehen.
- Durch zeitnahe, offene interne und externe Kommunikation schaffen wir Vertrauen und die Basis für Selbstkritik und kontinuierliches Lernen. Indem wir das Risikomanagementsystem regelmäßig überprüfen, bewerten und an sich permanent ändernde Rahmenbedingungen anpassen, sichern wir die Akzeptanz des Systems und entwickeln es weiter.

4.2 SCHWERPUNKTE 2011

Im Geschäftsjahr 2011 haben wir uns verstärkt mit dem Thema medizinische Qualitätssicherung befasst. Mit der konzernweiten Einführung des Critical Incident Reporting Systems (CIRS) im Berichtsjahr wurde ein wichtiger Beitrag zu einer weiter verbesserten Patientensicherheit in den Einrichtungen des Konzerns geleistet. Durch das CIRS werden kritische Ereignisse, d. h. jene Vorfälle gemeldet, in denen kein Schaden aufgetreten ist, die aber zu einem Schaden an Patienten und Mitarbeitern hätten führen können. Aus ihnen kann rechtzeitig gelernt, und durch geeignete Verbesserungsmaßnahmen können Personenschäden in der Behandlung und im Berufsalltag verhütet werden. Das fachliche Konzept zum systematischen Fehlermanagement lehnt sich eng an die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit an und stellt eine wichtige Komponente des Risikomanagements im klinischen Bereich dar.

Des Weiteren haben wir uns im Berichtsjahr mit den Schwerpunktfeldern Hygiene, Brandschutz, Datenschutz und Datensicherheit beschäftigt. Diese Themen haben wir konzernweit angesprochen, daraus resultierende Risiken identifiziert und diesen Risiken entsprechende Vermeidungs- bzw. Minimierungsstrategien entgegengesetzt.

Ferner wurden unsere Aktivitäten zur Standortsicherung durch Überprüfungen des Leistungsportfolios fortgesetzt. Basierend auf tiefgehenden Markt- und Umfeldanalysen haben wir unter Berücksichtigung demographischer Entwicklungen Leistungspotenziale an den einzelnen Klinikstandorten identifiziert. Davon ausgehend, werden über Masterpläne bestehende Chancen als Potenziale in Umsatz und Ergebnis umgesetzt. Über unsere Leistungs- und Ergeb-

nisüberwachungssysteme stellen wir auch unterjährig sicher, dass unsere Zielvorgaben für das Geschäftsjahr erreicht werden. Stringente monatlich durchgeführte Abweichungsanalysen von Leistung, Umsatz und Ergebnis tragen maßgeblich dazu bei, dass wir unsere Prognosen einhalten.

Anlässlich eines Ermittlungsverfahrens gegen Servicegesellschaften wurden im September 2011 auch Räumlichkeiten an verschiedenen Klinikstandorten vom Zoll durchsucht. Wir sehen den Ermittlungsergebnissen gelassen entgegen, da wir davon überzeugt sind, jederzeit rechtskonform gehandelt zu haben.

4.3 RISIKOFELDER

Als Gesundheitsdienstleister setzen wir uns mit einer äußerst komplexen Risikolandschaft auseinander. Faktoren wie die gesetzlichen Rahmenbedingungen, der zunehmende Kosten-, Wettbewerbs- und Konsolidierungsdruck innerhalb der Branche oder die steigenden Ansprüche der Patienten eröffnen nicht nur Chancen, sondern bergen auch Risiken.

Nachstehende Risikofelder haben maßgeblichen Einfluss auf die allgemeine Geschäftsentwicklung sowie auf die Entwicklung der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage.

Gesamtwirtschaftliche und gesetzgeberische Risiken

Da wir ausschließlich auf dem inländischen Gesundheitsmarkt tätig sind, berühren uns außenwirtschaftliche Faktoren kaum.

Von den Entwicklungen der Binnenkonjunktur sind wir mittelbar betroffen, da die Gesundheitsausgaben vom Beitragsaufkommen der Versicherten und damit von der Lage am Arbeitsmarkt abhängen.

Die Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitsmarktes sind in hohem Maße durch staatliche Lenkung geprägt. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich bestehen stringente Planungs- und Zulassungsregeln. Veränderungen der staatlichen Bedarfsplanung können die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen einer Einrichtung positiv oder negativ beeinflussen.

Per Gesetz sind in Deutschland u. a. auch die Entgelthöhe für Gesundheitsdienstleistung und die Förderung von Investitionen geregelt. Unterschiedliche politische Zielsetzungen bzw. sich verändernde finanzielle Möglichkeiten oder Notwendigkeiten können daher direkt und indirekt den gesetzgeberischen Rahmen und damit auch die wirtschaftlichen Bedingungen der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen positiv oder negativ berühren.

Aus Anlass von Unternehmenszusammenschlüssen werden regelmäßig kartellrechtliche Prüfungen durchgeführt. Entscheidungen des Kartellamts haben damit Einfluss auf das Wachstum eines im Gesundheitsbereich tätigen Konzerns.

Krankenhäuser weisen üblicherweise Personalkostenquoten zwischen 50 % und 70 % aus. Daraus ergibt sich eine beträchtliche Abhängigkeit von tariflichen Entwicklungen. Ferner ist der Erfolg von Einrichtungen im Gesundheitswesen davon abhängig, dass man im erforderlichen Umfang ausreichend qualifiziertes Personal jederzeit rekrutieren kann, um die gesteckten Wachstumsziele zu erreichen.

Markt- oder Absatzrisiken

Aufgrund der staatlichen Krankenhausbedarfsplanung verfügen alle Plankrankenhäuser in Deutschland faktisch über einen staatlich regulierten Gebietsschutz. Klassische Markt- und Absatzrisiken bestehen nur dort, wo Standortschließungen durch Planfortschreibungen festgelegt werden bzw. die Qualitätseinschätzung eines Krankenhauses durch einweisende Ärzte oder Patienten deutlich schlechter ausfällt als für benachbarte Kliniken und dadurch Patientenwanderbewegungen ausgelöst werden.

Finanzmarktrisiken

Wir sind ausschließlich in Deutschland tätig, unterliegen also keinen Transaktions- und Währungsrisiken.

Im Konzern bestehen Finanzschulden inklusive negativer Marktwerte von Finanzderivaten in Höhe von 1.065,1 Mio. € und zinstragende Anlagen in Höhe von 477,5 Mio. €. Damit unterliegen wir grundsätzlich Zinsrisiken. Diesen Zinsrisiken begegnen wir mit Zinssicherungsgeschäften und sind somit kurz- und mittelfristig hiervon weitgehend unabhängig. Andere als zu Sicherungszwecken dienende derivative Finanzinstrumente werden von uns nicht eingesetzt.

Wertpapiere, ausgenommen 24.000 Stück eigene Aktien, werden im Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG nicht gehalten. Entsprechende Bonitäts- und Kursrisiken bestehen ebenfalls nicht.

Betriebs- und Produktionsrisiken

Der medizinische Fortschritt und der Anspruch, Patienten als Ganzes und nicht partikulär zu diagnostizieren und zu therapieren, erfordern eine Organisation von immer stärker interdisziplinär-arbeitsteiligen Prozessen. Dieser Kooperationsbedarf besteht nicht nur im Krankenhaus, sondern auch zwischen der ambulanten und stationären Versorgung.

Störungen im Prozessablauf bergen Risiken für den Patienten und die Klinik. Wir legen allerhöchsten Wert darauf, diese Risiken zu minimieren, indem wir Behandlungsqualität mit qualifizierten und geschulten Mitarbeitern durch leitliniengerechtes Vorgehen in betriebs sichereren und hygienegerechten Krankenhausgebäuden sicherstellen. Die permanente Überwachung aller Aufbau- und Ablauforganisationen bei der Behandlung von Patienten sowie die konsequente Ausrichtung aller Anstrengungen auf die Bedürfnisse unserer Patienten erzeugen ein Höchstmaß an Behandlungsqualität und begrenzt bestehende Betriebs- und Produktionsrisiken.

Für nicht abwendbare Risiken besteht ein angemessener und regelmäßig aktualisierter Versicherungsschutz.

Beschaffungsrisiken

In Zeiten wachsenden wirtschaftlichen Drucks auf die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft gewinnen – neben dem optimalen Einsatz von Sachmitteln – die Qualifikation und Motivation der Mitarbeiter zunehmend an Bedeutung.

Deshalb ist es für uns von zentraler Bedeutung sicherzustellen, dass wir Fachkräfte von uns überzeugen und an unser Unternehmen binden können. Unsere Unternehmensgröße ermöglicht uns, eigene, qualitativ hochwertige Kompetenzstandards für die einzelnen Berufsgruppen zu schaffen und anzuwenden. Durch den Aufbau und Ausbau strukturierter Rekrutierungs- und Qualifizierungskonzepte für den ärztlichen Dienst, die Pflege und die Gesundheitsberufe sowie für unseren Führungskräftenachwuchs sehen wir Möglichkeiten, dem gegenwärtigen Personalmangel effizient zu begegnen. Soweit es nicht dauerhaft gelingt, qualifizierte Mitarbeiter in ausreichendem Umfang für uns zu gewinnen, können daraus entwicklungsbeeinträchtigende Sachverhalte und damit Risiken für einzelne Standorte entstehen.

In Bezug auf die Materialbeschaffung sind wir im Bereich medizinischer Einrichtungen und Ausstattungen sowie beim medizinischen Bedarf auf Fremdanbieter angewiesen. Aus diesen Geschäftsbeziehungen können Risiken, beispielsweise ausgelöst durch Lieferschwierigkeiten und Qualitätsprobleme, entstehen. Konzernweit stellen wir durch kontinuierliche Markt- und Produktbeobachtung sicher, dass sich Abhängigkeiten von einzelnen Lieferanten, von Produkten und Dienstleistern in engen Grenzen halten.

Erfolgs- und Liquiditätsrisiken

Leistungsschwankungen in unseren Einrichtungen können zu Umsatz- und damit zu Ergebnisbeeinträchtigungen führen. Durch regelmäßige Zeit- und Betriebsvergleiche

bezüglich Leistung, Umsatz und Ergebnis sowie ausgewählter betriebswirtschaftlicher Kennzahlen und anderer Indikatoren ist es möglich, frühzeitig unerwünschte Entwicklungen zu erkennen und – wo angebracht und notwendig – korrigierend einzugreifen. Monatliche Erfolgs- und Liquiditätskontrollen sichern unsere veröffentlichten Prognosen sowie unseren Liquiditätsstatus ab.

4.4 ERGEBNISSE DER RISIKOINVENTUR 2011 UND GESAMTEINSCHÄTZUNG

Die Risikoinventur des Geschäftsjahres 2011 zeigt einen weiterhin positiven Trend. Die Grundsätze des gesetzlich vorgeschriebenen Systems zur Früherkennung von bestandsgefährdenden Risiken wurden im Berichtsjahr analog zu den Vorjahren fortgeführt. Entsprechend wurde auch der Risikokatalog überprüft und aktualisiert.

Die Überprüfung der Risikolage im Konzern und in den Einzelgesellschaften der RHÖN-KLINIKUM AG hat für das Geschäftsjahr 2011 als Gesamteinschätzung ergeben, dass bestandsgefährdende Risiken weder für die Einzelgesellschaften noch für den Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG bestehen und weiterhin auch keine entwicklungsbeeinträchtigenden Sachverhalte gesehen werden.

5 MEDIZINISCHE FORSCHUNG UND TRANSFER IN DIE PRAXIS

Mit der Übernahme der Universitätskliniken Gießen und Marburg und deren Integration in den Konzernverbund sowie dem langjährigen Betreiben des Herzzentrums Leipzig beteiligen sich unsere Kliniken am kontinuierlichen Transfer von Wissen aus der Forschung in die Praxis, um besser und gezielter die medizinische Krankenversorgung durchzuführen. Die unmittelbare Anbindung der Konzernkliniken an die universitäre Maximalversorgung und der damit verbundene direkte Zugang auf die hochschulmedizinischen Forschungsergebnisse führen dazu, wissenschaftliche Erkenntnisse schnell in moderne Medizin zu übersetzen und qualifiziert in die Fläche zu tragen. Mit dieser Anbindung der Konzerneinrichtungen an die universitätsmedizinische Forschung und Lehre bieten wir als verantwortungsbewusster privater Gesundheitsdienstleister – ganz der Logik unserer Unternehmensphilosophie folgend – unseren Patienten über alle Versorgungsstufen hinweg ein breites Spektrum einer qualitätsvollen, unabhängigen und für jedermann bezahlbaren Medizin.

Neben unseren universitätsmedizinischen Standorten pflegen zahlreiche weitere Konzernkliniken den offenen wissenschaftlichen Dialog. Das reicht von der Federführung

wissenschaftlicher Konferenzen über die Teilnahme an klinischen Langzeitstudien und vielversprechenden internationalen Forschungsprojekten bis hin zur Wahrnehmung universitärer Lehraufträge sowie dem Angebot konkreter Fortbildungsmaßnahmen für Krankenhausärzte.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg und weiteren Partnern des Forschungsnetzwerks den Zuschlag als neue Standorte des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL) und des Deutschen Zentrums für Infektionsforschung (DZIF) erteilt.

Besonders hervorzuheben ist, dass das Universities of Gießen & Marburg Lung Center (UGMLC) die koordinierende Funktion im gesamten Deutschen Zentrum für Lungenforschung übernimmt. Beteiligt an dem UGMLC sowie dem DZL ist auch das in Bad Nauheim ansässige Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung.

Die Zentralklinik Bad Berka und das Universitätsklinikum Gießen und Marburg beispielsweise erhielten die Auszeichnung »Exzellenzzentrum für Neuroendokrine Tumore«. Die Zertifizierungen erfolgten im Auftrag der renommierten European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) und zeichnen eine kleine Zahl europäischer Zentren aus, die über eine herausragende klinische und wissenschaftliche Expertise auf dem Gebiet der neuroendokrinen Tumore verfügen.

Für die IT-gestützten Behandlungsabläufe in der Zentralen Notaufnahme wurde das Klinikum Frankfurt (Oder) mit dem »Golden Helix Award 2011« ausgezeichnet.

Diese Maßnahmen und Aktivitäten helfen uns, die moderne medizinische Forschung unseren Patienten schnell verfügbar zu machen und diese damit noch besser behandeln und heilen zu können. Weitere konkrete Beispiele zur medizinischen Forschung und Entwicklung im RHÖN-KLINIKUM Konzern finden Sie in unserem Geschäftsbericht, Kapitel Medizinische Entwicklung.

6 KONZERNENTWICKLUNG

6.1 UNSERE KLINIKEN UND IHRE LEISTUNGSFÄHIGKEIT

Der RHÖN-KLINIKUM Konzern ist mit seinen 53 Kliniken und 38 MVZ ein führender Gesundheitsversorger in Deutschland. Wir stellen damit einen Marktanteil von knapp 4 %. Der akutstationäre Bereich umfasst rund 97 % des Konzernumsatzes und wird an einigen Standorten ergänzt durch die Angebote unserer Rehabilitationskliniken.

Unser Konzern ist grundsätzlich einstufig gegliedert. Die einzelnen Klinikgesellschaften sind rechtlich selbständige Kapitalgesellschaften und haben ihren Sitz an der jeweiligen Betriebsstätte. Sie sind unmittelbare Tochtergesellschaften der RHÖN-KLINIKUM AG (Konzernobergesellschaft), die ihren Sitz in Bad Neustadt a. d. Saale hat.

Bedeutende Standorte mit einem akutstationären Versorgungsangebot sind die Kliniken am Stammsitz Bad Neustadt a. d. Saale, unsere Wissenschaftsstandorte in Gießen, Marburg und Leipzig sowie die Klinikstandorte mit überregionalem Einzugsgebiet in Bad Berka, Frankfurt (Oder), Hildesheim, Karlsruhe, München, Pforzheim und Wiesbaden.

Gegenüber dem Vorjahr haben sich folgende Veränderungen der Bettenkapazitäten ergeben:

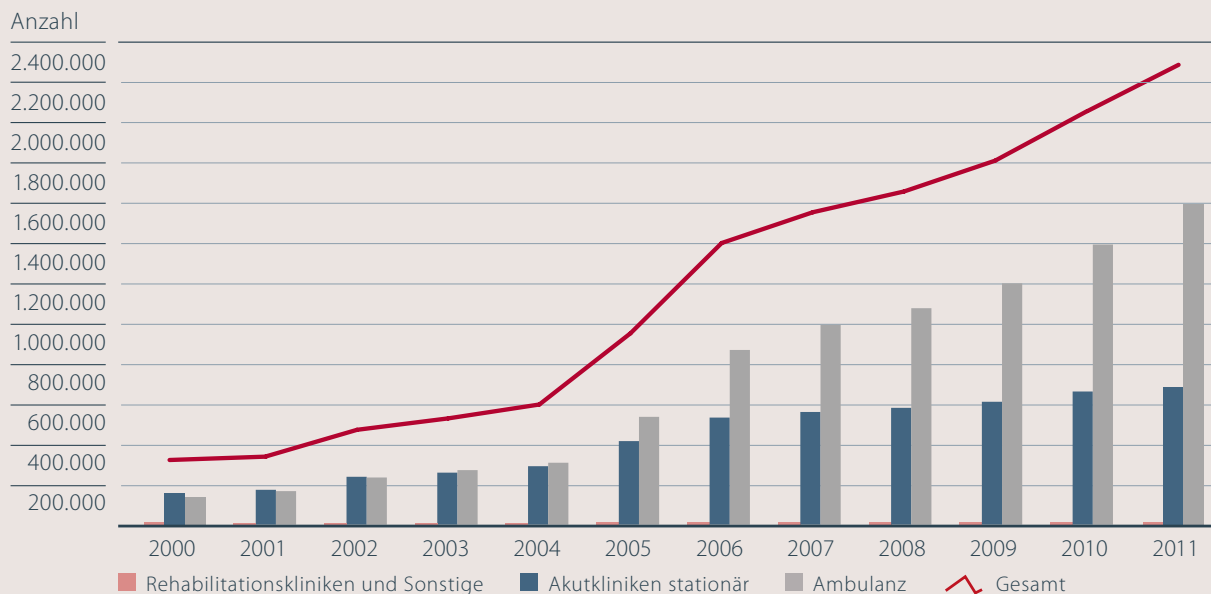
	Kliniken	Betten
Stand am 01.01.2011	53	15.900
Änderung der Bedarfsplanungen (Saldo)	–	73
Stand am 31.12.2011	53	15.973

Zum 31. Dezember 2011 werden zum Bilanzstichtag 53 Kliniken mit 15.973 Betten/Plätzen an insgesamt 43 Standorten in zehn Bundesländern in unseren Konzernabschluss einbezogen. Seit dem 31. Dezember 2010 ergaben sich mit per saldo 73 Betten/Plätzen lediglich geringfügige Planbettenänderungen bei unseren akutstationären Kapazitäten.

	Planbetten/Plätze		Veränderung	
	2011	2010	Absolut	%
Stationäre Kapazitäten				
Akutkliniken	14.157	14.169	–12	–0,1
Rehabilitationskliniken und sonstige stationäre Kapazitäten	1.380	1.362	18	1,3
	15.537	15.531	6	0,0
Teilstationäre und tagesklinische Kapazitäten	436	369	67	18,2
Insgesamt	15.973	15.900	73	0,5

Bis zum 31. Dezember 2011 haben wir konzernweit 38 MVZ mit insgesamt 166,5 medizinischen Fachrichtungen (Facharztsitzen) überwiegend an oder in der Nähe unserer Klinikstandorte eröffnet oder erworben. Dabei resultiert ein Abgang bei den MVZ aus der Verschmelzung unserer MVZ in Bad Kissingen und Hammelburg im Interesse einer Straffung von Arbeitsprozessen. Die abgehenden Facharztsitze betreffen im Wesentlichen beantragte und nicht erworbene Sitze in nicht bedarfsgeplanten Fachrichtungen. Aus dem Abgang resultieren weder planmäßige noch außerplanmäßige Abschreibungen.

FALLZAHLEN (BEHANDELTE PATIENTEN) IM RHÖN-KLINIKUM KONZERN



	Zeitpunkt	MVZ	Facharzt-sitze
Stand am 01.01.2011		33	125,5
Inbetriebnahmen			
Düsseldorf	01.01.2011	1	11,0
Pforzheim III	01.01.2011	1	2,0
Siegburg	01.07.2011	1	7,0
Frankfurt (Oder)	01.07.2011	1	3,0
Magdeburg	01.07.2011	1	2,0
Mönchengladbach/Erkelenz	01.10.2011	1	7,0
Erweiterungen			
Verschiedene Standorte		–	14,0
Abgänge			
Verschiedene Standorte		–1	–5,0
Stand am 31.12.2011		38	166,5

Auch im Geschäftsjahr 2011 haben wir unsere ambulanten Kapazitäten weiter ausgebaut. Insbesondere haben wir verstärkt in sogenannte »Fach-MVZ«, wie z. B. augenchirurgische Zentren (ADTC), investiert. Damit decken wir auch künftig diejenigen Leistungsbereiche ab, die bisher vorwiegend im Rahmen einer stationären Patientenbehandlung erbracht wurden. In diesem Zusammenhang haben wir mit Wirkung zum 1. Januar 2011 eine mehrheitliche Beteiligung an unserem ophthalmologischen Zentrum in Düsseldorf mit zehn augenärztlichen Sitzen und einem anästhesiologischen Sitz erworben. Mit Wirkung zum 1. Juli 2011 bzw. 1. Oktober 2011 haben wir jeweils ein weiteres Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum mit jeweils sieben Facharztsitzen in Siegburg bzw. in Mönchengladbach/Erkelenz erworben.

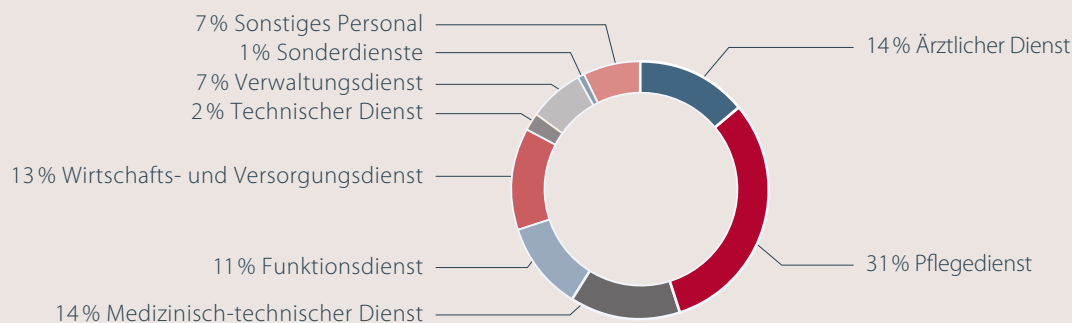
Am 1. Januar 2012 haben wir ein weiteres MVZ mit einem orthopädischen Sitz in Olpe in Betrieb genommen und unsere bestehenden MVZ um zwölf Facharztsitze erweitert. Somit starten wir ins Geschäftsjahr 2012 mit insgesamt 39 MVZ und 179,5 Facharztsitzen.

Die Patientenzahlen in unseren Kliniken und MVZ entwickelten sich wie folgt:

	2011	2010	Abweichung	
			Absolut	%
Januar bis Dezember				
Stationär und teilstationär behandelte Patienten in unseren				
Akutkliniken	664.041	654.437	9.604	1,5
Rehabilitationskliniken und sonstigen Einrichtungen	11.195	10.293	902	8,8
	675.236	664.730	10.506	1,6
Ambulant behandelte Patienten in unseren				
Akutkliniken	1.037.580	1.009.264	28.316	2,8
MVZ	564.337	367.788	196.549	53,4
Gesamt	2.277.153	2.041.782	235.371	11,5

Im Geschäftsjahr 2011 haben wir die Behandlung unserer Patienten um 11,5% steigern können. Wir behandelten 2.277.153 Patienten, das ist ein Plus von 235.371 Patienten gegenüber dem Vorjahr. Der Zuwachs entfällt mit 95,5% auf die Behandlung ambulanter Patienten. Nach Abzug von Konsolidierungseffekten (Klinik Hildesheimer Land GmbH und Ersterfassungen bei den MVZ) verbleibt ein

PERSONALAUFGLIEDERUNG DES RHÖN-KLINIKUM KONZERNS



internes Wachstum der Patientenzahl von 134.204 Patienten bzw. 6,6%. Dieses entfällt mit 8.641 Patienten bzw. 1,3% auf den stationären Bereich sowie mit 125.563 Patienten bzw. 9,1% auf den ambulanten Bereich.

Das Wachstum im stationären Bereich – gemessen in Bewertungsrelationen – beträgt im Geschäftsjahr 2011 1,6%.

Die Fallerlöse im stationären und ambulanten Bereich stellen sich wie folgt dar:

Januar bis Dezember	2011	2010
Fallerlös		
im stationären Bereich (€)	3.665	3.643
im ambulanten Bereich (€)	97	94

Die durchschnittlichen Fallerlöse sind im Vergleich zum Vorjahreszeitraum im stationären Bereich um 22 € bzw. 0,6% angestiegen. Hiervon entfallen rund 0,3%-Punkte auf den gesetzlichen Preiseffekt. Im ambulanten Bereich liegt der Anstieg bei 3 € bzw. 3,2%. Hierbei hat sich die Integration der übernommenen augenchirurgischen Diagnostik- und Therapiezentren mit vergleichsweise höheren Fallerlösen positiv ausgewirkt.

Wir beschäftigten am 31. Dezember 2011 in unserem Konzern 39.325 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (31. Dezember 2010: 38.058):

	Anzahl
Stand am 31.12.2010	38.058
Personalveränderungen in Klinikgesellschaften	660
Personalveränderungen in MVZ-Gesellschaften	277
Personalveränderungen in Servicegesellschaften	330
Stand am 31.12.2011	39.325

Die Erhöhung im Vergleich zum Stichtag 31. Dezember 2010 um 1.267 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter resultiert mit 660 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Personal-aufbau, verbunden mit Leistungsausweitungen in unseren Bestandskliniken, mit 277 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Personalveränderungen in unseren MVZ-Gesellschaften, insbesondere durch den Erwerb unserer augenärztlichen Diagnostik- und Therapiezentren, sowie mit 330 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Aufstockungen des Personals bei unseren Servicegesellschaften.

Der Anteil ärztlicher Mitarbeiter belief sich stichtagsbezogen auf 14,1% (Vj. 13,9%), der Anteil der pflegerischen und medizinischen Fachkräfte auf 56,2% (Vj. 56,4%). Im Jahresdurchschnitt haben wir bei den Vollkräften einen Anstieg von 3,0% zu verzeichnen. Der Frauenanteil liegt bei rund 75%.

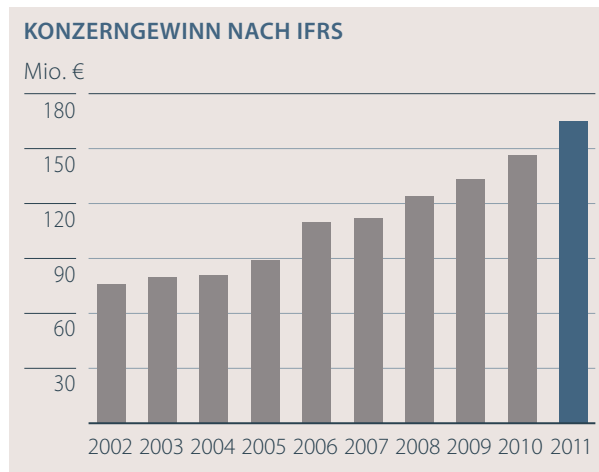
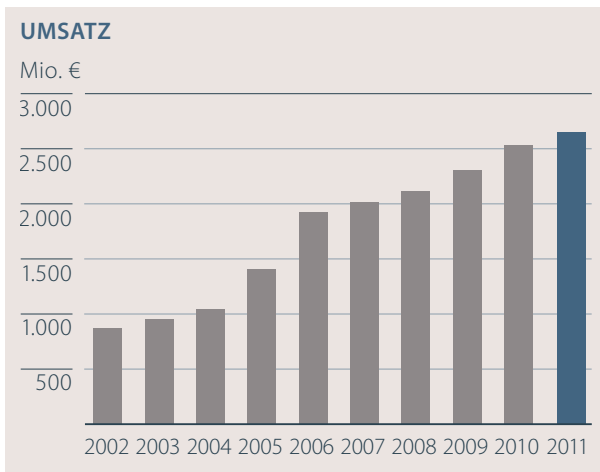
6.2 GESCHÄFTSENTWICKLUNG

Aus rechentechnischen Gründen können in den nachstehenden Tabellen Rundungsdifferenzen in Höhe von ± einer Einheit (€, % usw.) auftreten.

Unsere Kliniken haben sich im Geschäftsjahr 2011 trotz erschwelter Umfeldbedingungen aufgrund verschiedener regulatorischer und konjunktureller Erschwernisse erfolgreich zu integrierten Gesundheitsanbietern weiterentwickelt. Wir haben über den ganzen Konzern erhebliche Leistungssteigerungen erreicht, die über dem Bundesdurchschnitt liegen. Insbesondere unseren operativen Cash-Flow als Garant für zukünftige Investitionen und Leistungsfähigkeit konnten wir gegenüber dem Vorjahr um beträchtliche 18,8% steigern.

Umsatz und Ergebniszahlen

Die RHÖN-KLINIKUM AG und die Siemens AG haben im dritten Quartal 2011 eine Vereinbarung getroffen, welche



die finanziellen Nachteile bei der RHÖN-KLINIKUM AG für die Einstellung des Entwicklungsprojekts »Partikeltherapie Marburg« kompensiert. Die Einstellung des Projekts führte zu außerordentlichen Abschreibungen in Höhe von 17,0 Mio. €, die durch Ausgleichszahlungen der Siemens AG kompensiert wurden. Die Maßnahmen führten zu einer Erhöhung des EBITDA bei entsprechend gestiegenen Abschreibungen. Insgesamt ergeben sich keine Auswirkungen auf das EBIT und das Konzernergebnis. Die nachfolgend beschriebenen Effekte sind um die Effekte der Ausgleichszahlung Siemens AG für die Einstellung des Entwicklungsprojekts »Partikeltherapie Marburg« adjustiert.

Die wirtschaftliche Entwicklung des Konzerns stellt sich gemäß den für Steuerzwecke verwendeten Kennzahlen wie folgt dar:

Januar bis Dezember	2011 Mio. €	2010 Mio. €	Veränderung Mio. € %	
Ertrag				
Umsatzerlöse	2.629,1	2.550,4	78,7	3,1
Sonstige Erträge	199,2	178,7	20,5	11,5
	2.828,3	2.729,1	99,2	3,6
Aufwand				
Materialaufwand	678,6	656,9	21,7	3,3
Personalaufwand	1.562,1	1.513,8	48,3	3,2
Sonstiger Aufwand	249,9	251,1	-1,2	-0,5
	2.490,6	2.421,8	68,8	2,8
EBITDA	337,7	307,3	30,4	9,9
Abschreibungen	124,5	109,4	15,1	13,8
EBIT	213,2	197,9	15,3	7,7
Finanzergebnis	26,7	24,0	2,7	11,3
EBT	186,5	173,9	12,6	7,2
Ertragsteuern	25,4	28,8	-3,4	-11,8
Konzerngewinn	161,1	145,1	16,0	11,0

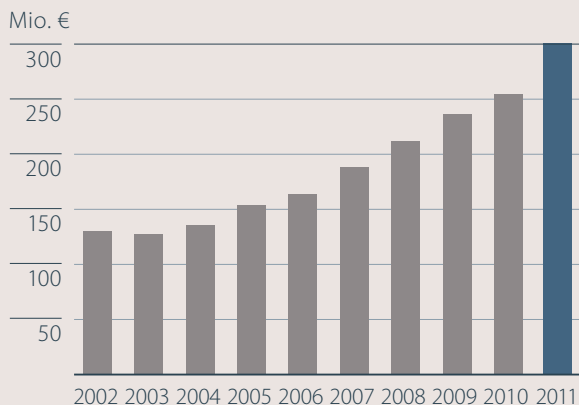
Die Umsatzerlöse sind im Geschäftsjahr 2011 um 78,7 Mio. € bzw. 3,1 % auf ein neues Rekordhoch von 2.629,1 Mio. € (Vj. 2.550,4 Mio. €) angestiegen. Davon entfallen auf Umsätze in unseren Akut- und Rehabilitationskliniken 2.588,9 Mio. € (Vj. 2.528,1 Mio. €) und auf Umsätze in unseren Medizinischen Versorgungszentren 40,2 Mio. € (Vj. 22,3 Mio. €). Der Anstieg entfällt mit 60,2 Mio. € bzw. 2,4 % auf internes Wachstum. Zu berücksichtigen ist, dass in den Umsatzerlösen des Vorjahres ein periodenfremder Budgeteffekt von 8,3 Mio. € enthalten war.

Bei den sonstigen Erträgen sind die Einnahmen aus Hilfs- und Nebengeschäften angestiegen und führen zu einer Erhöhung u. a. aus gestiegenen Arzneimittelverkäufen und aus Erträgen aus dem Verkauf von Energie in Höhe von 10,0 Mio. €. Im Übrigen sind die sonstigen Erträge auch für ohne Beanstandungen abgeschlossene Prüfungen von Fällen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen angestiegen.

Ein steuerlicher Einmaleffekt im zweiten Quartal 2011 in Höhe von 9,0 Mio. €, der zu einer Verbesserung der Ertragsteuerquote führt, resultiert aus dem Abschluss von Ergebnisabführungsverträgen mit vier Konzernkliniken. Dieser Effekt verbessert auch nachhaltig das Steuerergebnis.

Nach einem Ergebnis für das erste Quartal 2011 von 38,0 Mio. € (Vj. 34,3 Mio. €), das zweite Quartal von 46,2 Mio. € (Vj. 36,7 Mio. €) und das dritte Quartal von 36,1 Mio. € (Vj. 36,2 Mio. €) haben wir im vierten Quartal ein Ergebnis von 40,8 Mio. € (Vj. 37,9 Mio. €) erwirtschaftet. Bei der Ableitung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ist zu berücksichtigen, dass im zweiten Quartal 2010 ein periodenfremder Budgeteffekt von 8,3 Mio. € enthalten war.

CASH-FLOW



	2011	2010
	%	%
EBITDA-Marge	12,8	12,0
EBIT-Marge	8,1	7,8
EBT-Marge	7,1	6,8
Umsatzrentabilität	6,1	5,7
Eigenkapitalrentabilität (nach Steuern)	10,4	9,9

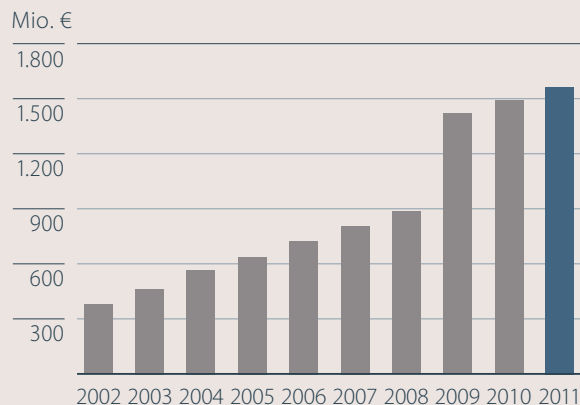
Durch konsequente konzernweite Effizienzsteigerungen stieg die EBITDA-Marge gegenüber dem Geschäftsjahr 2010 von 12,0 % auf 12,8 %. Im Wesentlichen führten die Inbetriebnahmen unserer Neu- und Erweiterungsbauten zu einem leicht überproportionalen Anstieg der Abschreibungen um 15,1 Mio. € bzw. 13,8 % auf 124,5 Mio. €. Die EBIT-Marge ist gegenüber dem Geschäftsjahr 2010 vor diesem Hintergrund leicht von 7,8 % auf 8,1 % angestiegen.

Aufgrund der unterproportionalen Entwicklung des Finanzaufwandssaldos stieg die EBT-Marge von 6,8 % auf 7,1 %.

Bedingt durch den steuerlichen Einmaleffekt aus dem Abschluss von Ergebnisabführungsverträgen in Höhe von 9,0 Mio. € ist die Umsatzrentabilität überproportional von 5,7 % auf 6,1 % angestiegen. Die um diesen Effekt bereinigte Umsatzrentabilität beträgt im Geschäftsjahr 2011 5,8 %.

Unsere Eigenkapitalrentabilität stieg von 9,9 % auf 10,4 %. Ohne Berücksichtigung des steuerlichen Einmaleffekts liegt die Eigenkapitalrentabilität mit 9,9 % auf Vorjahresniveau. Unsere Quoten, bezogen auf die Umsatzerlöse, entwickelten sich wie folgt:

EIGENKAPITAL NACH IFRS



	2011	2010
	%	%
Materialquote	25,8	25,8
Personalquote	59,4	59,4
Sonstige Aufwandsquote	9,5	9,8
Abschreibungsquote	4,7	4,2
Finanzergebnisquote	1,0	0,9
Steuerquote	1,0	1,1

Der Materialaufwand hat sich gegenüber dem Vorjahr um 21,7 Mio. € bzw. 3,3 % auf 678,6 Mio. € (Vj. 656,9 Mio. €) erhöht. Deutliche Preisanhebungen konnten durch Produktstandardisierung und Anwenderberatung überkompensiert werden. Aufwandserhöhend wirkten sich kontinuierlich steigende von Honorarkräften bezogene Leistungen aus, die nur teilweise originäre Personalaufwendungen kompensieren. Bereinigt um den Effekt der Honorarkräfte ist der Materialaufwand um 15,9 Mio. € bzw. 2,6 % angestiegen, und die Materialquote ging gegenüber dem Vorjahr von 24,4 % auf 24,3 % zurück.

Im Anstieg der Personalaufwendungen um 48,3 Mio. € bzw. 3,2 % wirkten sich mit 9,5 Mio. € die erstmals ganzjährig anfallenden Personalaufwendungen der im Vorjahr erst konsolidierten Klinik Hildesheimer Land GmbH sowie der MVZ-Inbetriebnahmen aus. Bereinigt um diese Konsolidierungseffekte ergibt sich ein Anstieg der Personalaufwendungen um 38,8 Mio. € bzw. 2,6 % auf 1.552,6 Mio. € (Vj. 1.513,8 Mio. €). Die Personalquote ist gegenüber dem Vorjahr mit 59,4 % unverändert. Hierbei spiegeln sich – bei konzernweiten Tarifeffekten von über 2 % – Effizienzsteigerungen und die Verlagerung von ärztlichen Leistungen auf Honorärärzte wider. Die gesetzlichen Sozialabgaben einschließlich der Aufwendungen für Altersvorsorge betragen 20,5 % (Vj. 20,1 %) der Löhne und Gehälter.

Der sonstige Aufwand ist im Geschäftsjahr 2011 um 1,2 Mio. € bzw. 0,5 % auf 249,9 Mio. € (Vj. 251,1 Mio. €) zurückgegangen. Die korrespondierende Aufwandsquote sank von 9,8 % auf 9,5 %.

Die überproportionale Erhöhung der Abschreibungen im Vergleich zum Vorjahr um 15,1 Mio. € bzw. 13,8 % auf 124,5 Mio. € (Vj. 109,4 Mio. €) und damit auch der Anstieg der Abschreibungsquote von 4,2 % auf 4,7 % ist im Wesentlichen bedingt durch die Inbetriebnahmen unserer Neu- und Erweiterungsbauten in Salzgitter und Erlenbach (Dezember 2010 bzw. Februar 2011), die Fertigstellungen der Baumaßnahmen in Marburg und Gießen (März bzw. Mai 2011) sowie in Hildesheim (Oktober 2011).

Das Nettofinanzergebnis hat sich gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres um 2,7 Mio. € bzw. 11,3 % verschlechtert. Ergebniswirksam zu erfassende Marktwertänderungen der Finanzinstrumente wirkten sich im Geschäftsjahr 2011 mit 0,0 Mio. € (Vj. Aufwand 0,2 Mio. €) – jeweils vor Steuern – aus. Weitere aus der Veränderung des Zinsniveaus resultierende Abwertungen der von uns zur Zinssicherung erworbenen Caps und Swaps sind mit insgesamt 8,9 Mio. € ergebnisneutral beim Eigenkapital erfasst.

Mit Rückwirkung zum 1. Januar 2011 hat die RHÖN-KLINIKUM AG mit den Kliniken in Leipzig, Meiningen, Karlsruhe und Kipfenberg Ergebnisabführungsverträge mit steuerlicher Auswirkung abgeschlossen. Zum einen konnten bei der RHÖN-KLINIKUM AG bis zum letzten Bilanzstichtag aufgelaufene nicht aktivierte Verlust- und Zinsvorträge in Höhe der Tarifbesteuerung aktiviert werden, da durch Zurechnung der Ergebnisbeiträge aus den steuerlichen Organgesellschaften nunmehr eine Verrechenbarkeit gegeben ist. Dieser einmalige Effekt wirkte sich mit 9,0 Mio. € im Geschäftsjahr 2011 aus. Des Weiteren können laufende steuerliche Verluste der RHÖN-KLINIKUM AG künftig dauerhaft steuerlich genutzt werden, wodurch sich die Steuerlast im Konzern nachhaltig um jährlich mindestens 2,0 Mio. € ermäßigen wird. Gegenläufig hat sich mit 2,0 Mio. € aufwandserhöhend im Wesentlichen der Anstieg der steuerlichen Bemessungsgrundlage ausgewirkt. Per saldo führten vorgenannte Effekte zu einem Rückgang der Steuerquote um 0,1 %-Punkte auf 1,0 %.

Der Konzerngewinn ist um 16,0 Mio. € (+ 11,0 %) auf 161,1 Mio. € (Vj. 145,1 Mio. €) gestiegen. Zu dieser deutlichen Steigerung im Geschäftsjahr 2011 hat der steuerliche Einmal-effekt von 9,0 Mio. € aus dem Abschluss von Ergebnisabführungsverträgen beigetragen, wohingegen im Vorjahr lediglich ein periodenfremder Effekt aus Budgetverhandlungen von 6,1 Mio. € erfasst war. Ohne diese beiden Ergeb-

niseffekte haben wir eine Steigerung des um vorgenannte Effekte bereinigten Konzernergebnisses um 13,1 Mio. € bzw. 9,4 % erzielt.

Der Ergebnisanteil der Minderheitsgesellschafter ist um 0,4 Mio. € auf 5,0 Mio. € zurückgegangen. Der Rückgang steht im Zusammenhang mit dem periodenfremden Budgeteffekt des Geschäftsjahres 2010, an dem der Minderheitsgesellschafter überproportional partizipiert hat.

Der auf die Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG für 2011 entfallende Gewinnanteil ist gegenüber dem Vorjahr um 16,4 Mio. € bzw. 11,7 % auf 156,1 Mio. € (Vj. 139,7 Mio. €) gestiegen. Dies entspricht einem Ergebnis je Aktie gemäß IAS 33 von 1,13 € (Vj. 1,01 €). Wir planen, aus dem Bilanzgewinn der RHÖN-KLINIKUM AG einen Betrag von 62,2 Mio. € (Vj. 51,1 Mio. €) zur Ausschüttung einer Dividende von 45 Cent je Stammaktie (Vj. 37 Cent) vorzuschlagen.

Vermögens-, Finanz- und Kapitalstruktur

	31.12.2011		31.12.2010	
	Mio. €	%	Mio. €	%
AKTIVA				
Langfristiges Vermögen	2.246,1	70,7	2.195,3	71,8
Kurzfristiges Vermögen	929,2	29,3	862,9	28,2
	3.175,3	100,0	3.058,2	100,0
PASSIVA				
Eigenkapital	1.598,7	50,3	1.495,2	48,9
Langfristiges Fremdkapital	1.044,4	32,9	964,1	31,5
Kurzfristiges Fremdkapital	532,2	16,8	598,9	19,6
	3.175,3	100,0	3.058,2	100,0

Die Bilanzsumme erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr um 3,8 % auf 3.175,3 Mio. € (Vj. 3.058,2 Mio. €). Der Anstieg resultiert u. a. aus der planmäßigen Abarbeitung unserer Investitionsprogramme seit dem letzten Bilanzstichtag. Zu berücksichtigen ist, dass in der Veränderung der langfristigen Vermögenswerte der Abgang von Anlagen im Bau, resultierend aus der Einstellung bzw. Rückabwicklung des Entwicklungsprojekts »Partikeltherapie Marburg«, in Höhe von 62,8 Mio. € enthalten ist, verbunden mit einem entsprechenden Zahlungseingang (kurzfristiges Vermögen) in gleicher Höhe.

Die Eigenkapitalquote stieg seit dem letzten Bilanzstichtag von 48,9 % auf 50,3 %. Wir weisen nunmehr ein Eigenkapital in Höhe von 1.598,7 Mio. € (Vj. 1.495,2 Mio. €) aus. Der Anstieg um 103,5 Mio. € resultiert aus dem Konzerngewinn in Höhe von 161,1 Mio. € abzüglich der an Aktionäre und Minderheitsgesellschafter vorgenommenen Ausschüttun-

gen in Höhe von 54,2 Mio. € sowie abzüglich des mit 8,9 Mio. € ergebnisneutral beim Eigenkapital erfassten Abwertungsbedarfs des effektiven Teils der Zinssicherungsinstrumente (Cash-Flow-Hedge). Im Übrigen fanden im Geschäftsjahr 2011 im Zusammenhang mit dem Erwerb der ophthalmologischen Facharztsitze in Düsseldorf, Mönchengladbach, Siegburg und Wuppertal Einzahlungen von Minderheiten in das Eigenkapital der Tochtergesellschaften von insgesamt 5,5 Mio. € statt, die zu einer Erhöhung des Anteils der Minderheiten am Konzern-Eigenkapital in entsprechender Höhe geführt haben. Die negativen Marktwerte der als Zinssicherungsinstrumente designierten derivativen Finanzinstrumente sind nach Berücksichtigung der latenten Steuern insgesamt mit 30,3 Mio. € (Vj. 21,4 Mio. €) als Abzugsposten erfasst.

Das langfristige Vermögen ist rechnerisch zu 117,7 % (Vj. 112,0 %) durch Eigenkapital und langfristige Verbindlichkeiten finanziert. Die Nettofinanzverschuldung gegenüber Kreditinstituten stieg seit dem letzten Bilanzstichtag von 551,5 Mio. € unwesentlich um 0,4 Mio. € auf 551,9 Mio. € an und ist damit nahezu unverändert. Die Nettofinanzverschuldung ermittelt sich wie folgt:

	31.12.2011 Mio. €	31.12.2010 Mio. €
Zahlungsmittel	477,5	415,7
Finanzschulden (kurzfristig)	57,6	69,5
Finanzschulden (langfristig)	1.007,5	922,7
Verbindlichkeiten Finanzierungs-Leasing	0,3	0,5
Finanzverbindlichkeiten	1.065,4	992,7
Zwischensumme	587,9	577,0
Negativer Marktwert Derivate (kurzfristig)	0,0	0,0
Negativer Marktwert Derivate (langfristig)	-36,0	-25,5
Nettofinanzverschuldung	551,9	551,5

Die Herkunft und Verwendung unserer liquiden Mittel ist aus nachstehender Übersicht zu entnehmen:

	2011 Mio. €	2010 Mio. €
Januar bis Dezember		
Mittelzufluss (+)/-abfluss (-) aus laufender Geschäftstätigkeit	236,2	221,5
Mittelzufluss (+)/-abfluss (-) aus Investitionstätigkeit	-188,0	-316,0
Mittelzufluss (+)/-abfluss (-) aus Finanzierungstätigkeit	-1,5	67,1
Veränderung des Finanzmittelfonds	46,7	-27,4
Finanzmittelfonds am 01.01.	393,2	420,6
Finanzmittelfonds am 31.12.	439,9	393,2

Im Geschäftsjahr 2011 betrug der Mittelzufluss aus laufender Geschäftstätigkeit 236,2 Mio. € (Vj. 221,5 Mio. €). Die Zunahme resultierte insbesondere aus dem um 16,0 Mio. € höheren Konzerngewinn.

Die Einstellung bzw. Rückabwicklung des Entwicklungsprojekts »Partikeltherapie Marburg« führte zu einem Abgang von Anlagen im Bau in Höhe von 62,8 Mio. €, verbunden mit einem entsprechenden Zahlungseingang in gleicher Höhe, der den Mittelabfluss aus Investitionstätigkeit verringerte. Im Übrigen resultiert der Rückgang aus geringeren Investitionen in Sachanlagen und immateriellen Vermögensgegenständen, insbesondere wegen Fertigstellung der Baumaßnahmen in Gießen und Marburg im ersten Halbjahr 2011.

Ursächlich für die Veränderung des Mittelzu-/abflusses aus Finanzierungstätigkeit ist im Wesentlichen die gestiegene Ausschüttung an die Aktionäre und Minderheiten der RHÖN-KLINIKUM AG in Höhe von 10,6 Mio. €, der Einzahlungen im Rahmen von Eigenkapitaltransaktionen in Höhe von 7,2 Mio. € gegenüberstehen, sowie der geringere Finanzierungsbedarf in Höhe von 65,2 Mio. €.

Das Finanzmanagement des RHÖN-KLINIKUM Konzerns ist im Wesentlichen zentral organisiert und umfasst die Funktionen Kapitalbeschaffung, konzerninternes Liquiditätsmanagement sowie Finanzabwicklung. Die in diesem Zusammenhang implementierten Prozesse tragen den fundamentalen Grundsätzen des Vieraugenprinzips, der Funktionstrennung sowie der Transparenz Rechnung. Wir haben das Finanzmanagement als Dienstleister innerhalb unseres Geschäftsmodells etabliert.

Unser Finanzmanagement bewegt sich in dem konkurrierenden Zielsystem von Liquidität, Risikominimierung, Rentabilität und Flexibilität.

Oberste Priorität hat dabei die Liquiditätssicherung mit dem Ziel, eine fristenkongruente und auf den Planungs- bzw. Projekthorizont des Unternehmens abgestimmte Laufzeitfixierung zu realisieren. Zur Liquiditätssicherung stehen neben den internen Cash-Flows verschiedene voneinander unabhängige Kreditlinien mit mehreren Finanzinstituten in ausreichender Höhe zur Verfügung. Geldanlagen werden extrem konservativ disponiert.

An zweiter Stelle der Zielrangliste steht für uns die Begrenzung finanzwirtschaftlicher Risiken. Diese treten gegebene

nenfalls als Anschlussfinanzierungen und Zinsschwankungen auf. Das Geschäftsmodell der RHÖN-KLINIKUM AG ist langfristig ausgerichtet. Deshalb decken wir unseren Finanzbedarf regelmäßig langfristig gesichert ab, um das Refinanzierungsrisiko zu minimieren. Das Risiko aus Zinsschwankungen begrenzen wir durch Zinssicherungsgeschäfte. Dadurch erreichen wir eine mittelfristige Kalkulierbarkeit unseres Zinsaufwandes.

Nicht außer Acht lassen wir natürlich auch Rentabilitätsaspekte bei unseren Finanzinstrumenten. Bei Geldanlagen sowie bei Darlehensaufnahmen streben wir eine Aufwands- bzw. Ertragsoptimierung an.

Unsere Finanzierungsstrukturen steuern wir nach folgenden finanzwirtschaftlichen Kennzahlen:

	Finanzwirtschaftliche Kennzahlen		
	Sollwert	2011	2010
Nettokreditverschuldung/EBITDA	≤ 3	1,6	1,8
EBITDA/Nettozinsaufwand	≥ 6	13,3	12,8

Unsere Innenfinanzierungskraft hat deutlich zugenommen. Der Cash-Flow, ermittelt aus dem Konzerngewinn zuzüglich Abschreibungen und sonstiger nicht liquiditätswirksamer Sachverhalte, stieg gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres um 48,0 Mio. € bzw. 18,8% auf 303,9 Mio. € (Vj. 255,9 Mio. €).

Zum Bilanzstichtag verfügen wir über kurzfristig verfügbare Geldanlagen sowie über freie Kreditlinien von zusammen rund 710 Mio. €. Unser mittel- bis langfristiger Finanzbedarf wird laufend überwacht und Verhandlungen zu Folgeverträgen werden frühzeitig aufgenommen. Honoriert wurde die gute Finanzausstattung des Konzerns von der Rating-Agentur Moody's im Februar 2012 mit einer Bestätigung unseres Baa2-Ratings. Das Rating ist mit einem stabilen Ausblick versehen.

Investitionen

Die Gesamtinvestitionen im Geschäftsjahr 2011 von 317,4 Mio. € (Vj. 403,3 Mio. €) gliedern sich wie folgt auf:

	Einsatz von Fördermitteln	Einsatz von Eigenmitteln	Insgesamt
	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Laufende Investitionen	46,5	245,4	291,9
Übernahmen	0,0	25,5	25,5
Insgesamt	46,5	270,9	317,4

Im Geschäftsjahr 2011 haben wir in immaterielle Vermögensgegenstände, Sachanlagen und als Finanzinvestitionen gehaltene Immobilien insgesamt 317,4 Mio. € (Vj. 403,3 Mio. €) investiert. Von diesen Investitionen betreffen 46,5 Mio. € (Vj. 54,9 Mio. €) Fördermittel nach KHG, die von uns anschaffungskostenmindernd berücksichtigt werden.

Im Konzernabschluss weisen wir Nettoinvestitionen in Höhe von 270,9 Mio. € (Vj. 348,4 Mio. €) aus. Von den Nettoinvestitionen entfallen 25,5 Mio. € (Vj. 4,4 Mio. €) auf Anlagegüter, die im Rahmen von Übernahmen zuzugingen, und 245,4 Mio. € (Vj. 344,0 Mio. €) auf laufende Investitionen des Geschäftsjahres.

Die Investitionen im Zusammenhang mit Übernahmen entfallen mit 25,5 Mio. € vollständig auf den Erwerb von Kassenarztsitzen. Zum Bilanzstichtag stehen noch 4,8 Mio. € Kaufpreiszahlungen aus.

Unsere Investitionen in 2011 verteilen sich auf folgende Regionen:

	Mio. €
Bayern	70,7
Baden-Württemberg	13,5
Brandenburg	6,3
Hessen	87,4
Mecklenburg-Vorpommern	0,7
Niedersachsen	82,6
Nordrhein-Westfalen	18,4
Sachsen	13,7
Sachsen-Anhalt	10,6
Thüringen	13,5
Gesamtinvestitionen	317,4
Nach KHG finanziert	46,5
Nettoinvestitionen	270,9

Aus Unternehmenskaufverträgen haben wir bis 2014 noch Investitionsverpflichtungen in Höhe von 42,0 Mio. €, die wir in künftige Erweiterungen und Modernisierungen investieren werden. Bei diesen Verpflichtungen handelt es sich im Wesentlichen um Krankenhausneu- oder -umbauten und medizintechnische Ausstattungen, die planmäßig bis 2014 in Betrieb gehen werden.

6.3 GESAMTAUSSAGE ZUR WIRTSCHAFTLICHEN LAGE

Trotz erswerter Umfeldbedingungen und erheblichen Preisdrucks haben wir im Jahr 2011 bewiesen, dass sich eine qualitativ hochwertige Medizin für jedermann und das Erreichen von anspruchsvollen wirtschaftlichen Zielen

im deutschen Gesundheitswesen vereinbaren lassen. Darauf sind wir besonders stolz. Wir rechnen wiederum mit einer steigenden Nachfrage in unseren Krankenhäusern und einem entsprechenden Ergebnisbeitrag im Geschäftsjahr 2012.

Der RHÖN-KLINIKUM Konzern erwirtschaftete im Geschäftsjahr 2011 den höchsten Konzerngewinn von 161,1 Mio. €, das höchste EBITDA und EBIT sowie den höchsten operativen Cash-Flow mit 303,9 Mio. € seit der Unternehmensgründung. Dem liegen Steigerungen bei Patientenzahlen von + 11,5 %, beim operativen Cash-Flow von + 18,8 % und beim EBITDA von + 15,4 % zugrunde. Damit haben wir unsere Marktposition und unsere Vermögens-, Finanz- und Ertragslage im Geschäftsjahr mit Hilfe unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf neue Bestmarken erhöht.

Der RHÖN-KLINIKUM Konzern hat seine für das Geschäftsjahr 2011 prognostizierten Ziele aus originärem Wachstum heraus erreicht. Dies zeigt das solide Geschäftsmodell und die Stärke des Konzerns. Die sich in den kommenden Jahren für uns bietenden internen und externen Wachstumschancen können wir aufgrund der verfügbaren Liquidität in vollem Umfang nutzen.

Die wirtschaftliche Lage des Konzerns ist solide ausgerichtet und der RHÖN-KLINIKUM Konzern ist für weiteres Wachstum durch Akquisitionen sehr gut gerüstet. Der Vorstand bekennt sich weiterhin zu einem konsequenten und qualifizierten Wachstumskurs auf Basis einer konservativen und liquiditätsstarken Kapitalstruktur bei angemessener Berücksichtigung von Anteilseignerinteressen.

7 NACHTRAG 2011

Im Bieterverfahren um die HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Klinikum der Landeshauptstadt Wiesbaden, hat uns die Stadtverordnetenversammlung der Stadt Wiesbaden am 9. Februar 2012 mit großer Mehrheit ihr Vertrauen ausgesprochen und der Veräußerung eines 49-Prozentanteils an die RHÖN-KLINIKUM AG zugestimmt. Wir sind uns unserer Verantwortung bewusst und werden den Menschen und der Stadt mit unserer jahrzehntelangen medizinischen Erfahrung als zuverlässiger Partner zur Verfügung stehen.

Seit dem 31. Dezember 2011 sind keine weiteren Vorgänge von besonderer Bedeutung eingetreten, von denen ein wesentlicher Einfluss auf die Vermögens-, Finanz- und

Ertragslage für den Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG erwartet wird.

Die positive Leistungsentwicklung des Vorjahres 2011 hat sich in den ersten beiden Monaten des Geschäftsjahres 2012 weiter fortgesetzt. Wir sind der festen Überzeugung, dass wir mit unserer strategischen Ausrichtung weiteres internes und externes Wachstum erzielen können, um unsere Ziele zu erreichen.

8 AUSBLICK

8.1 STRATEGISCHE ZIELSETZUNG

Unsere hohe Investitionsfähigkeit, die sich letztendlich aus den Überschüssen unserer Kliniken nährt, bildet die Basis für eine nachhaltige, effiziente und damit auch bezahlbare klinische Versorgung. Im vergangenen Geschäftsjahr haben wir Neubauten in Gießen, Marburg, Hildesheim, Erlenbach und München eröffnet. Dies ist zugleich Ausgangspunkt unseres gesunden Wachstumskurses, der als wesentliches Element belastbare und integrierte Versorgungsstrukturen in einer Region in den Vordergrund stellt. Dabei lösen wir bewusst mit Blick auf die tatsächlichen Patientenbedürfnisse die Grenzen zwischen Krankenhäusern und ambulanten Versorgungszentren auf und schaffen die Voraussetzungen für eine patientennahe und offene Medizin von morgen.

Auch künftig wird ein qualifiziertes internes und externes Wachstum der bestimmende Faktor für die Entwicklung des Konzerns sein. Aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist internes Umsatzwachstum nur in Grenzen – in der Regel um 3 % bis zu 5 % – möglich.

Wir entwickeln unser Geschäftsmodell vom klassischen Klinikbetreiber zum integrierten Gesundheitsversorger konsequent weiter. Dies bedeutet auch, dass wir den Trend zur ambulanten Leistungserstellung nicht nur mitgehen, sondern uns an die Spitze der Bewegung stellen und neue Versorgungsmodelle umsetzen.

Vorrangig werden wir versuchen, unsere Kapazitäten im akutstationären und ambulanten Bereich durch Akquisitionen auszubauen, um ein gesundes Wachstum zu generieren. Nicht außer Acht lassen werden wir die qualitative und quantitative Verbreiterung unseres Leistungsangebots an bereits bestehenden Standorten. Zusammen mit Kooperationspartnern streben wir in unseren Regionen ein flächendeckendes Versorgungsnetz mit verzahnten ambulanten

und stationären Strukturen an. Wir bieten deutschlandweit qualitativ hochwertige Medizin, indem wir mit den geeigneten größeren Kliniken sowie Fachkliniken Netzwerke bilden, die telemedizinisch unterstützt werden.

Bei der Übernahme von Einrichtungen setzen wir unverändert auf unsere Doppelstrategie »Kompetenz und Verlässlichkeit« sowie »Qualität vor Quantität«. Wir werden daher jede medizinisch und zugleich wirtschaftlich sinnvolle Gelegenheit zum Ausbau unseres Versorgungsnetzes nutzen. Im stationären Bereich streben wir weiteres Wachstum durch Übernahmen von Krankenhäusern an. Im ambulanten Bereich setzen wir primär auf ein Drei-Säulenkonzept durch Aufbau von Fach-MVZ, klinikassoziierten MVZ und Stand-alone-MVZ. Dabei werden wir zukünftig mehr als bisher niedergelassenen Ärzten Beteiligungsmodelle anbieten, da dies die Eigenverantwortlichkeit der Ärzte als Mitunternehmer fördert. Durch die Fach-MVZ zusammen mit unseren Kliniken können wir eine optimierte Versorgungskette vom Erstkontakt bis zur spezialisierten Diagnostik und Therapie im ambulanten und stationären Bereich abbilden. Parallel dazu werden wir unsere klinikassoziierten MVZ weiterentwickeln, um die jeweiligen Klinikstandorte neben anderen Kooperationen in der Versorgung zu vernetzen.

Wir werden in unserem Konzern konsequent den Wissenstransfer von den Universitätskliniken Gießen und Marburg, dem Herzzentrum Leipzig sowie den weiteren Wissenschaftsstandorten weiter fördern. Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse, die Eingang in Diagnose- und Therapieverfahren gefunden haben, sollen schnellstmöglich allen unseren Kliniken zugänglich gemacht werden.

8.2 KONJUNKTUR UND RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Die Perspektive für die deutsche Wirtschaft hat sich zuletzt wieder spürbar aufgehellt. Die in Europa vorhandene Staatsschuldenkrise birgt weiterhin große Risiken. 2012 ist die Wiederaufnahme des Wachstumsprozesses aus heutiger Sicht wieder absehbarer. Es wird im Jahr 2012 eine sich weiter ausdehnende Geldpolitik vorherrschen, die vermehrt Liquidität in den Umlauf gibt und somit für ein niedriges Zinsniveau sorgt. Der Arbeitsmarkt in Deutschland ist von der konjunkturellen Lage unbeirrt auf Expansionskurs.

Das Ende 2011 beschlossene und 2012 in Kraft tretende Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV (GKV-VStG) soll die Sicherstellung einer guten, flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Ver-

sorgung sicherstellen. Das Gesetz sieht unter anderem vor, den Ärztemangel in strukturschwachen Gebieten zu beseitigen. Für die stationären Gesundheitseinrichtungen ist das Gesetz dagegen trotz kleinerer Einschränkungen in der ambulant spezialärztlichen Versorgung weitgehend als neutral zu beurteilen.

Beim Gesundheitswesen allgemein gehen wir von einer weiter auch demographisch bedingten steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen aus. Diese wird allerdings den Kliniken nicht vollständig vergütet, da für nachgefragte und erbrachte Mehrleistungen – unabhängig davon, ob vereinbart oder nicht vereinbart – nach den bekannten gesetzlichen Bestimmungen Preisabschläge hinzunehmen sind. Auf der Kostenseite rechnen wir auch im Jahr 2012 mit deutlichen Lohn- und Sachkostensteigerungen von über 2 % bis 3 %, denen auf der Erlösseite kein entsprechender Ausgleich gegenübersteht.

Die Veränderungsrate auf der Einnahmenseite für das Jahr 2012 von 1,98 % wird um 50 Basispunkte auf 1,48 % reduziert. Zusätzlich müssen die Krankenhäuser im Geschäftsjahr 2012 auf sogenannte Mehrleistungen, die mit den Krankenkassen vereinbart wurden, einen individuell auszuhandelnden Abschlag hinnehmen – im Vorjahr belief sich diese Kürzung auf 30 %. Die Landesbasisfallwerte für die Häuser des RHÖN-KLINIKUM Konzern steigen wahrscheinlich effektiv auch aufgrund der Fehlschätzungskorrekturen nur um 0,75 %. Die Preiskomponente auf der Erlösseite deckt nur ansatzweise die zusätzlichen Kosten und muss durch Effizienzsteigerungen und Umstrukturierungen ausgeglichen werden, die wir auch 2012 konsequent weiterverfolgen werden.

Unabhängig von der im Personalbereich vorherrschenden Tarifsphäre ist die Beschaffung von qualifiziertem Spitzenpersonal im ärztlichen Dienst sowie in der Pflege aufgrund des sich abzeichnenden Fachkräftemangels eine für die Zukunft zu bewältigende Aufgabe. Wir begegnen dieser und der vermehrt gestellten Forderung von Arbeitnehmern nach einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie mit gezielten Konzepten zur Verbesserung der Attraktivität als Arbeitgeber im Gesundheitswesen.

Für die Gesundheitslandschaft in Deutschland und besonders die Krankenhäuser müssen künftig weitere Effizienzpotenziale zur Verfügung stehen bzw. sie müssen in der Lage sein, diese durch geeignete investive Maßnahmen zu heben. Ist dies nicht der Fall, wird der bestehende Ergebnis- und Margendruck weiter anhalten.

Als Folge dieser Entwicklungen erwarten wir 2012 vermehrt weitere Marktvereinigungen im Krankenhaussektor durch Schließungen, Übernahmen oder Fusionen. Sowohl im kirchlichen und kommunalen als auch im privaten Bereich rechnen wir neben der klassischen Privatisierung von Krankenhäusern vermehrt mit Zusammenschlüssen zu regionalen Verbänden. Auch auf der Seite der Krankenkassen sehen wir noch weitere Zusammenschlüsse und Konzentrationsbestrebungen.

8.3 PROGNOSE

Der RHÖN-KLINIKUM Konzern ist in den ersten beiden Monaten des Geschäftsjahres 2012 weiter auf Wachstumskurs. Die Leistungen der Kliniken konnten wiederum gegenüber dem Vorjahreszeitraum gesteigert werden. Die Patientenzahlen nehmen kontinuierlich weiter zu. Dies ist vor dem Hintergrund der Preisabschläge auf der Einnahmenseite und des Kostendrucks auf der Ausgabenseite zu sehen. Wir sind jedoch zuversichtlich, unsere Prognose erreichen zu können.

Bad Neustadt a. d. Saale, 7. März 2012

Der Vorstand

Volker Feldkamp

Dr. Erik Hamann

Martin Menger

Wolfgang Pföhler

Dr. Irmgard Stippler

Unter Berücksichtigung der Akquisition der HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Wiesbaden, erwarten wir für das Geschäftsjahr 2012 Umsätze in Höhe von rund 2,85 Mrd. € innerhalb einer Bandbreite von 2,5 % nach oben und unten. Mit diesem Umsatzziel geht eine Prognose für das EBITDA in Höhe von 350 Mio. € und für den Konzerngewinn in Höhe von 145 Mio. € einher, die sich beide innerhalb einer Bandbreite von 5 % nach oben und unten bewegen können. Dabei gehen wir davon aus, dass wir die HSK Anfang April 2012 konsolidieren können und der anteilige, die Konzern-Gewinn- und Verlustrechnung belastende, Verlust der HSK sich auf ca. 20 bis 30 Mio. € beläuft.

Wir werden unsere interne und externe Wachstumsstrategie unter den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen auch über das Jahr 2012 hinaus fortsetzen. Der nachhaltige organische Wachstumstrend in unseren Bestandskliniken von ca. 2 % bis 3 % beim Volumen und ca. 3 % bis 5 % Wachstum beim Umsatz und Ergebnis wird sich fortschreiben.

KONZERNBILANZ

31. DEZEMBER 2011

AKTIVA	Anhang	31.12.2011 Tsd. €	31.12.2010 Tsd. €
Langfristige Vermögenswerte			
Geschäftswerte und sonstige immaterielle Vermögenswerte	7.1	365.436	346.863
Sachanlagen	7.2	1.859.052	1.827.488
Als Finanzinvestition gehaltene Immobilien	10.3.3	4.653	4.873
Ertragsteueransprüche	7.3	11.572	13.616
Latente Steuerforderungen	7.4	3.278	777
Sonstige finanzielle Vermögenswerte	7.6	310	190
Sonstige Vermögenswerte	7.7	1.754	1.534
		2.246.055	2.195.341
Kurzfristige Vermögenswerte			
Vorräte	7.8	50.292	47.941
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	7.9	351.973	331.417
Sonstige finanzielle Vermögenswerte	7.10	32.902	30.080
Sonstige Vermögenswerte	7.11	11.510	10.121
Laufende Ertragsteueransprüche	7.12	4.997	27.601
Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente	7.13	477.536	415.743
		929.210	862.903
		3.175.265	3.058.244

PASSIVA	Anhang	31.12.2011 Tsd. €	31.12.2010 Tsd. €
Eigenkapital			
Gezeichnetes Kapital	7.14	345.580	345.580
Kapitalrücklage		395.994	395.994
Sonstige Rücklagen		813.483	717.381
Eigene Anteile		-76	-76
Aktionären der RHÖN-KLINIKUM AG zurechenbares Eigenkapital		1.554.981	1.458.879
Minderheitsanteile konzernfremder Gesellschafter am Eigenkapital		43.677	36.316
		1.598.658	1.495.195
Langfristige Schulden			
Finanzschulden	7.15	1.007.506	922.682
Rückstellungen für Leistungen nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses	7.16	8.905	12.591
Sonstige finanzielle Verbindlichkeiten	7.19	23.669	21.577
Sonstige Verbindlichkeiten	7.20	4.341	7.252
		1.044.421	964.102
Kurzfristige Schulden			
Finanzschulden	7.15	57.624	69.475
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	7.18	128.994	151.509
Laufende Ertragsteuerverbindlichkeiten	7.21	8.728	8.790
Sonstige Rückstellungen	7.17	20.710	22.373
Sonstige finanzielle Verbindlichkeiten	7.19	144.844	164.231
Sonstige Verbindlichkeiten	7.20	171.286	182.569
		532.186	598.947
		3.175.265	3.058.244

KONZERN-GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

1. JANUAR BIS 31. DEZEMBER 2011

	Anhang	2011 Tsd. €	2010 Tsd. €
Umsatzerlöse	6.1	2.629.148	2.550.384
Sonstige Erträge	6.2	216.222	178.722
		2.845.370	2.729.106
Materialaufwand	6.3	678.622	656.902
Personalaufwand	6.4	1.562.100	1.513.848
Abschreibungen und Wertminderungen	6.5	141.535	109.399
Sonstige Aufwendungen	6.6	249.925	251.100
		2.632.182	2.531.249
Operatives Ergebnis		213.188	197.857
Finanzierungserträge	6.8	8.845	7.418
Finanzierungsaufwendungen	6.8	35.569	31.423
Finanzergebnis (netto)	6.8	-26.724	-24.005
Ergebnis vor Steuern		186.464	173.852
Ertragsteuern	6.9	25.391	28.783
Konzerngewinn		161.073	145.069
davon entfallend auf			
Minderheitsgesellschafter	6.10	4.959	5.376
Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG		156.114	139.693
Ergebnis je Aktie in €			
unverwässert	6.11	1,13	1,01
verwässert	6.11	1,13	1,01

KONZERN- GESAMTERGEBNISRECHNUNG

1. JANUAR BIS 31. DEZEMBER 2011

	2011 Tsd. €	2010 Tsd. €
Konzerngewinn	161.073	145.069
davon entfallend auf		
Minderheitsgesellschafter	4.959	5.376
Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG	156.114	139.693
Veränderung des beizulegenden Zeitwerts von zu Sicherungszwecken eingesetzten Derivaten	-10.544	-6.235
Ertragsteuern	1.669	987
Veränderung des im Eigenkapital erfassten Betrages (Cash-Flow-Hedges)	-8.875	-5.248
Summe Nettoergebnis, das direkt im Eigenkapital erfasst wird	-8.875	-5.248
davon entfallend auf		
Minderheitsgesellschafter	0	0
Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG	-8.875	-5.248
Konzerngewinn und Nettoergebnis, das direkt im Eigenkapital erfasst wird	152.198	139.821
davon entfallend auf		
Minderheitsgesellschafter	4.959	5.376
Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG	147.239	134.445

EIGENKAPITAL- VERÄNDERUNGSRECHNUNG

	Gezeich- netes Kapital Tsd. €	Kapital- rücklage Tsd. €	Sonstige Rück- lagen ¹ Tsd. €	Eigene Anteile Tsd. €	Aktionären der RHÖN- KLINIKUM AG zurechenbares Eigenkapital Tsd. €	Minderheits- anteile konzernfremder Gesellschafter am Eigenkapital ¹ Tsd. €	Eigen- kapital Tsd. €
Stand 31. 12. 2009/01. 01. 2010	345.580	395.994	634.597	-76	1.376.095	46.844	1.422.939
Eigenkapitaltransaktionen mit Anteilseignern							
Kapitaleinzahlungen/ -auszahlungen	-	-	-	-	0	98	98
Anteilskauf nach Erlangung Control	-	-	-10.199	-	-10.199	-13.846	-24.045
Dividendenausschüttungen	-	-	-41.462	-	-41.462	-2.156	-43.618
Konzerngewinn und Nettoergebnis, das direkt im Eigenkapital erfasst wird	-	-	134.445	-	134.445	5.376	139.821
Stand 31. 12. 2010	345.580	395.994	717.381	-76	1.458.879	36.316	1.495.195
Stand 31. 12. 2010/01. 01. 2011	345.580	395.994	717.381	-76	1.458.879	36.316	1.495.195
Eigenkapitaltransaktionen mit Anteilseignern							
Kapitaleinzahlungen/ -auszahlungen	-	-	-	-	0	5.479	5.479
Dividendenausschüttungen	-	-	-51.137	-	-51.137	-3.077	-54.214
Konzerngewinn und Nettoergebnis, das direkt im Eigenkapital erfasst wird	-	-	147.239	-	147.239	4.959	152.198
Stand 31. 12. 2011	345.580	395.994	813.483	-76	1.554.981	43.677	1.598.658

¹ Einschließlich des sonstigen Ergebnisses (OCI).

KAPITALFLUSSRECHNUNG

	Anhang	2011 Mio. €	2010 Mio. €
Ergebnis vor Ertragsteuern		186,5	173,8
Finanzergebnis (netto)	6.8	26,8	23,8
Abschreibungen und Ergebnisse aus dem Abgang von Vermögenswerten	6.5	142,8	110,6
Nicht zahlungswirksame Bewertungen derivativer Finanzinstrumente	7.22	0,0	0,2
		356,1	308,4
Veränderung des Netto-Umlaufvermögens			
Veränderung der Vorräte	7.8	-2,4	-1,9
Veränderung der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	7.9	-20,1	-20,0
Veränderung der sonstigen finanziellen Vermögenswerte und sonstigen Vermögenswerte	7.10 f.	-4,8	4,4
Veränderung der Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	7.18	-13,7	10,2
Veränderung übrige Nettoschulden/ Sonstige nicht zahlungswirksame Vorgänge	7.19 f.	-35,9	-29,0
Veränderung der Rückstellungen	7.16 f.	-5,4	0,7
Gezahlte Ertragsteuern	6.9	-2,3	-31,0
Zinsauszahlungen		-35,3	-20,3
Mittelzufluss aus laufender Geschäftstätigkeit		236,2	221,5
Investitionen in Sachanlagen und immaterielle Vermögenswerte	7.2	-254,2	-323,6
Erwerb von Tochterunternehmen abzüglich erworbener Zahlungsmittel	4	-20,6	-5,0
Verkaufserlöse aus dem Abgang von Vermögenswerten		78,0	5,2
Zinseinzahlungen	6.8	8,8	7,4
Mittelabfluss aus Investitionstätigkeit		-188,0	-316,0
Einzahlungen aus der Aufnahme langfristiger Finanzschulden	7.15	80,0	396,2
Rückzahlung von Finanzschulden	7.15	-32,9	-283,9
Dividendenzahlungen an Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG	7.14	-51,1	-41,5
Ausschüttungen an Minderheitsgesellschafter und Einzahlungen von Minderheitsgesellschaftern	7.14	2,5	-3,7
Mittelabfluss/-zufluss aus Finanzierungstätigkeit		-1,5	67,1
Veränderung der Finanzmittelfonds	7.13	46,7	-27,4
Finanzmittelfonds am 01.01.		393,2	420,6
Finanzmittelfonds am 31.12.	7.13	439,9	393,2

KONZERNANHANG

INHALTSVERZEICHNIS

1	GRUNDLEGENDE INFORMATIONEN.....	113
2	BILANZIERUNGS- UND BEWERTUNGSMETHODEN	113
2.1	Grundlagen der Abschlusserstellung	113
2.2	Konsolidierung	118
2.2.1	Tochterunternehmen	118
2.2.2	Transaktionen mit Minderheiten	119
2.2.3	Assoziierte Unternehmen und gemeinschaftlich geführte Unternehmen	119
2.2.4	Veräußerung von Tochterunternehmen	120
2.3	Segmentberichterstattung	120
2.4	Geschäftswerte und sonstige immaterielle Vermögenswerte.....	121
2.4.1	Geschäftswert	121
2.4.2	Computersoftware.....	121
2.4.3	Sonstige immaterielle Vermögenswerte	121
2.4.4	Forschungs- und Entwicklungskosten	121
2.4.5	Öffentliche Zuwendungen	122
2.5	Sachanlagen.....	122
2.6	Wertminderung von Sachanlagen und immateriellen Vermögenswerten (ohne Geschäftswert)	122
2.7	Finanzielle Vermögenswerte	123
2.7.1	Erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete Vermögenswerte.....	124
2.7.2	Darlehen und Forderungen, bis zur Endfälligkeit zu haltende Finanzinvestitionen ...	124
2.7.3	Zur Veräußerung verfügbare finanzielle Vermögenswerte	124
2.8	Als Finanzinvestition gehaltene Immobilien.....	124
2.9	Vorräte	125
2.10	Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	125
2.11	Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente.....	125
2.12	Eigenkapital	125
2.13	Finanzielle Verbindlichkeiten.....	126
2.14	Laufende und latente Steuern	126
2.15	Leistungen an Arbeitnehmer	127
2.15.1	Pensionsverpflichtungen und sonstige langfristig fällige Leistungen an Arbeitnehmer	127
2.15.2	Leistungen aus Anlass der Beendigung des Arbeitsverhältnisses	128
2.15.3	Tantiemen und Ergebnisbeteiligungen	128
2.16	Rückstellungen	128
2.17	Ertragsrealisierung	129
2.17.1	Stationäre und ambulante Krankenhausleistungen	129
2.17.2	Zinserträge	129
2.17.3	Ausschüttungs- und Dividendenerträge	129
2.18	Leasing.....	129
2.19	Fremdkapitalkosten	130

2.20	Dividendenausschüttungen	130
2.21	Finanzrisikomanagement	130
2.21.1	Finanzrisikofaktoren	130
2.21.2	Kredit- und Bonitätsrisiko	130
2.21.3	Liquiditätsrisiko	130
2.21.4	Zinsänderungsrisiko	131
2.21.5	Management von Eigen- und Fremdkapital	131
3	KRITISCHE SCHÄTZUNGEN UND BEURTEILUNGEN BEI DER BILANZIERUNG UND BEWERTUNG.	132
3.1	Geschätzte Wertminderung der Geschäftswerte	133
3.2	Umsatzrealisierung	133
3.3	Ertragsteuern	133
4	UNTERNEHMENSERWERBE	134
5	SEGMENTBERICHTERSTATTUNG	135
6	ERLÄUTERUNGEN ZUR KONZERN-GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG	136
6.1	Umsatzerlöse	136
6.2	Sonstige Erträge	136
6.3	Materialaufwand	137
6.4	Personalaufwand	137
6.5	Abschreibungen und Wertminderungen	138
6.6	Sonstige Aufwendungen	138
6.7	Forschungskosten	138
6.8	Finanzergebnis – netto	139
6.9	Ertragsteuern	139
6.10	Auf Minderheitsgesellschafter entfallender Gewinn	140
6.11	Ergebnis je Aktie	140
7	ERLÄUTERUNGEN ZUR KONZERNBILANZ	141
7.1	Geschäftswerte und sonstige immaterielle Vermögenswerte	141
7.2	Sachanlagen	143
7.3	Ertragsteueransprüche	144
7.4	Latente Steuerforderungen	144
7.5	At-equity bewertete Beteiligungen	145
7.6	Sonstige finanzielle Vermögenswerte (langfristig)	145
7.7	Sonstige Vermögenswerte (langfristig)	146
7.8	Vorräte	146
7.9	Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	146
7.10	Sonstige finanzielle Vermögenswerte	147
7.11	Sonstige Vermögenswerte	147
7.12	Laufende Ertragsteueransprüche	147
7.13	Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente	148
7.14	Eigenkapital	148
7.15	Finanzschulden	150
7.16	Rückstellungen für Leistungen nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses	152
7.17	Sonstige Rückstellungen	154
7.18	Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	154
7.19	Sonstige finanzielle Verbindlichkeiten	155
7.20	Sonstige Verbindlichkeiten	155
7.21	Laufende Ertragsteuerverbindlichkeiten	155

7.22	Derivative Finanzinstrumente	156
7.23	Zusätzliche Angaben zu den Finanzinstrumenten	157
7.23.1	Buchwerte, Wertansätze und beizulegende Zeitwerte nach Bewertungskategorien	157
7.23.2	Nettoergebnis nach Bewertungskategorien	158
7.23.3	Finanzielle Verbindlichkeiten (Fälligkeitsanalyse)	159
8	ERLÄUTERUNGEN ZUR KAPITALFLUSSRECHNUNG	159
9	ANTEILSBESITZ	160
9.1	In den Konzernabschluss einbezogene Unternehmen	160
9.2	Sonstige Unternehmen gemäß § 313 Abs. 2 Ziff. 2 ff. HGB	163
10	SONSTIGE ANGABEN	163
10.1	Mitarbeiter im Jahresdurchschnitt	163
10.2	Sonstige finanzielle Verpflichtungen	163
10.3	Leasingbeziehungen im Konzern	164
10.3.1	Verpflichtungen als Leasingnehmer im Rahmen von Operating-Leasing	164
10.3.2	Verpflichtungen als Leasingnehmer im Rahmen von Finanzierungs-Leasing	164
10.3.3	Als Finanzinvestitionen gehaltene Immobilien	164
10.4	Beziehungen zu nahe stehenden Unternehmen und Personen	165
10.5	Gesamtbezüge des Aufsichtsrats, des Vorstands und des Beirats	167
10.6	Erklärung zum Corporate Governance Kodex	169
10.7	Angabe des im Geschäftsjahr für den Abschlussprüfer als Aufwand erfassten Honorars (inklusive Auslagenersatz und ohne Umsatzsteuer)	170
11	ORGANE UND BEIRAT DER RHÖN-KLINIKUM AG	171

1 GRUNDLEGENDE INFORMATIONEN

Die RHÖN-KLINIKUM AG entwickelt sich kontinuierlich von einem Krankenhausbetreiber weiter zu einem Gesundheitsversorger. Unverändert liegt der Schwerpunkt aller Aktivitäten bei der Errichtung, dem Erwerb und dem Betreiben von Krankenhäusern in allen Versorgungsstufen, vorwiegend im Akutbereich. An einigen Standorten werden als Ergänzung zu den akutstationären Angeboten auch Rehabilitationen angeboten. Konsequenterweise werden ambulante Strukturen in Form von Medizinischen Versorgungszentren sowie Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten. Wir erbringen unsere Dienstleistungen ausschließlich in Deutschland.

Die Gesellschaft ist eine Aktiengesellschaft nach deutschem Recht und ist seit 1989 börsennotiert (MDAX®). Sitz der Gesellschaft ist in Bad Neustadt a. d. Saale, Salzburger Leite 1, Deutschland.

2 BILANZIERUNGS- UND BEWERTUNGSMETHODEN

Der Konzernabschluss basiert auf einheitlichen Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden, die stetig angewendet wurden. Die Aufstellungswährung und die funktionale Währung des Konzerns ist der EURO. Die Zahlen im Anhang sind im Wesentlichen in Millionen Euro (Mio. €) angegeben. Bei der Darstellung der Gewinn- und Verlustrechnung wurde das Gesamtkostenverfahren gewählt.

2.1 GRUNDLAGEN DER ABSCHLUSSERSTELLUNG

Der Konzernabschluss der RHÖN-KLINIKUM AG zum 31. Dezember 2011 wurde unter Anwendung von § 315a HGB (»Konzernabschluss nach internationalen Rechnungslegungsstandards«) im Einklang mit den International Financial Reporting Standards (IFRS) des International Accounting Standards Board (IASB), London, sowie den Interpretationen des International Financial Reporting Standard Interpretations Committee (IFRS IC) erstellt, wie sie gemäß der Verordnung Nr. 1606/2002 des Europäischen Parlaments und des Rats über die Anwendung Internationaler Rechnungslegungsstandards in der Europäischen Union im Geschäftsjahr 2011 verpflichtend anzuwenden sind.

a) Neue Rechnungslegungsvorschriften im Geschäftsjahr 2011

Neue Standards und Interpretationen mit praktischer Relevanz im Geschäftsjahr 2011

Folgende geänderte Standards, die bereits von der Europäischen Union verabschiedet worden sind, werden ab dem Geschäftsjahr 2011 sowie in den Folgejahren von der RHÖN-KLINIKUM AG beachtet und im Falle praktischer Relevanz angewendet:

- Sammelstandard »Improvements to IFRSs« (Mai 2010)

Im Mai 2010 hat der IASB den dritten jährlich erscheinenden Sammelstandard »Improvements to IFRSs« zur Vornahme kleiner Änderungen an IFRS veröffentlicht. Diese Änderungen haben zum Ziel, den Inhalt der Vorschriften zu konkretisieren und unbeabsichtigte Inkonsistenzen zwischen Standards zu beheben. Ein Großteil der Änderungen ist erstmals für Geschäftsjahre, die am oder nach dem 1. Januar 2011 beginnen, verpflichtend anzuwenden.

- Neufassung des IAS 24 »Angaben über Beziehungen zu nahe stehenden Unternehmen und Personen«

Am 4. November 2009 hat der IASB eine überarbeitete Fassung des IAS 24 »Angaben über Beziehungen zu nahe stehenden Unternehmen und Personen« veröffentlicht. Mit der Änderung des IAS 24 soll insbesondere die Verständlichkeit und Eindeutigkeit des Standardtextes erhöht werden. Durch die überarbeitete Fassung von IAS 24 werden Regelungen in Bereichen präzisiert, in denen der Standard bisher Inkonsistenzen aufwies oder die praktische Anwendung durch unpräzise Formulierungen erschwert wurde. So wurde im überarbeiteten IAS 24 vor allem die bedeutende Vorschrift des IAS 24.9, die Begriffsbestimmung von

nahe stehenden Unternehmen und Personen (related party), fundamental überarbeitet. Ein weiterer Bereich der Überarbeitung von IAS 24 bildet ferner die Einführung einer Erleichterungsvorschrift für Unternehmen, die unter der Beherrschung, der gemeinschaftlichen Führung oder dem maßgeblichen Einfluss der Öffentlichen Hand stehen (sogenannte government-related entities).

Neue Standards und Interpretationen ohne praktische Relevanz im Geschäftsjahr 2011

Folgende geänderte bzw. neu veröffentlichte Standards und Interpretationen, die bereits von der Europäischen Union verabschiedet wurden, haben aus derzeitiger Sicht für 2011 sowie folgende Geschäftsjahre keine praktische Relevanz für die RHÖN-KLINIKUM AG:

- Änderung des IAS 32 »Klassifizierung von Bezugsrechten«
- Änderungen zu IFRS 1 »Begrenzte Ausnahme für Vergleichsangaben nach IFRS 7 für erstmalige Anwender«
- Änderungen zu IFRS 7 »Finanzinstrumente: Angaben«
- Änderungen zu IFRIC 14 »Beitragsvorauszahlungen bei bestehenden Mindestdotierungsverpflichtungen«
- IFRIC 19 »Tilgung finanzieller Verbindlichkeiten mit Eigenkapitalinstrumenten«

b) Neue Rechnungslegungsvorschriften ab dem Geschäftsjahr 2012

Neue Standards und Interpretationen mit praktischer Relevanz ab dem Geschäftsjahr 2012

Folgende geänderte bzw. neu veröffentlichte Standards, die noch nicht von der Europäischen Union verabschiedet wurden, haben aus derzeitiger Sicht ab dem Geschäftsjahr 2013 praktische Relevanz:

- IFRS 9 »Finanzinstrumente«

Der IASB hat im November 2009 den Standard IFRS 9 zur Kategorisierung und Bewertung von finanziellen Vermögenswerten veröffentlicht. Gemäß IFRS 9 regelt ein neuer, weniger komplexer Ansatz die Kategorisierung und Bewertung von finanziellen Vermögenswerten. Demnach gibt es nunmehr nur noch zwei anstatt vier Bewertungskategorien für aktivische Finanzinstrumente: Bewertung zum beizulegenden Zeitwert (fair value) oder Bewertung zu fortgeführten Anschaffungskosten (amortised cost). Eine Bewertung mit den fortgeführten Anschaffungskosten erfordert dabei das planmäßige Halten des finanziellen Vermögenswertes zur Vereinnahmung der vertraglichen Zahlungsströme sowie Vertragsbedingungen des finanziellen Vermögenswertes, die zu Zahlungsströmen zu festgelegten Zeitpunkten führen, die ausschließlich Tilgung und Zinszahlungen auf ausstehende Rückzahlungsbeträge darstellen. Finanzinstrumente, die diese beiden Bedingungen nicht erfüllen, sind zum beizulegenden Zeitwert zu bewerten. Die Kategorisierung basiert zum einen auf dem Geschäftsmodell des Unternehmens, zum anderen auf charakteristischen Eigenschaften der vertraglichen Zahlungsströme des jeweiligen Vermögenswertes. Der Standard sieht eine retrospektive Anwendung auf alle bestehenden finanziellen Vermögenswerte vor, wobei zur Kategorisierung nach den neuen Regelungen die Umstände am Tag der Erstanwendung des Standards maßgeblich sind.

Im Oktober 2010 hat der IASB IFRS 9, Finanzinstrumente, um Regelungen zur Bilanzierung finanzieller Verbindlichkeiten und zur Ausbuchung von Finanzinstrumenten erweitert. Mit Ausnahme der Regelungen für freiwillig zum beizulegenden Zeitwert bewertete finanzielle Verbindlichkeiten (sogenannte Fair-Value-Options) wurden die Vorschriften unverändert aus IAS 39, Finanzinstrumente: Ansatz und Bewertung, in IFRS 9 übernommen. IFRS 9 ist auf Geschäftsjahre anzuwenden, die am oder nach dem 1. Januar 2015 beginnen. Eine frühere Anwendung ist zulässig. Die RHÖN-KLINIKUM AG überprüft derzeit die genauen Auswirkungen im Hinblick auf Bilanzierung und Bewertung.

- IFRS 10 »Konzernabschlüsse«

Im Mai 2011 hat der IASB als Teil des Pakets von fünf neuen Standards IFRS 10 »Konzernabschlüsse« veröffentlicht. Dieser ersetzt die in IAS 27 »Konzern- und Einzelabschlüsse« und SIC-12 »Konsolidierung – Zweckgesellschaften« enthaltenen Leitlinien über Beherrschung und Konsolidierung. IFRS 10 ändert die

Definition der Beherrschung dahingehend, dass nun zur Ermittlung eines Beherrschungsverhältnisses auf alle Unternehmen die gleichen Kriterien Anwendung finden. Der geänderten Definition zufolge setzt Beherrschung Verfügungsgewalt und variable Rückflüsse für das Vorliegen eines Beherrschungsverhältnisses voraus. Verfügungsgewalt ist die Möglichkeit, gegenwärtig die Aktivitäten des Beteiligungsunternehmens zu lenken, die wesentlichen Einfluss auf die variablen Rückflüsse haben. Die Verfügungsgewalt ist basierend auf gegenwärtigen Tatsachen und Umständen festzustellen und kontinuierlich zu beurteilen. Ein vorübergehendes Beteiligungsverhältnis befreit nicht von der Konsolidierungspflicht. Die Anwendungsrichtlinien in IFRS 10 enthalten Beispiele, die zeigen, dass ebenfalls eine Beherrschung mit weniger als 50 % der Stimmrechte vorliegen kann. Das Prinzip, den Konzernabschluss des Mutterunternehmens und seiner Tochterunternehmen als ein einziges Unternehmen darzustellen, sowie die Konsolidierungsverfahren bleiben unverändert. IFRS 10 ist auf Geschäftsjahre anzuwenden, die am oder nach dem 1. Januar 2013 beginnen. Eine vorzeitige Anwendung ist nur in Verbindung mit den Neuregelungen von IFRS 11 und IFRS 12 sowie den Änderungen an IAS 27 und IAS 28 möglich. Gravierende Auswirkungen auf die Bilanzierung von Unternehmen werden im Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG nicht erwartet.

- IFRS 11 »Gemeinschaftliche Vereinbarungen«

Als weiteren Teil des Pakets von fünf neuen Standards hat der IASB im Mai 2011 IFRS 11 »Gemeinschaftliche Vereinbarungen« veröffentlicht. IFRS 11 definiert eine gemeinschaftliche Vereinbarung als Vereinbarung, bei der zwei oder mehr Partnerunternehmen per Vertrag die gemeinschaftliche Kontrolle über diese Vereinbarung ausüben. Gemeinschaftliche Vereinbarungen können gemeinschaftliche Tätigkeiten oder Gemeinschaftsunternehmen sein. Bei Ersteren handelt es sich um eine gemeinschaftliche Vereinbarung, die den Partnerunternehmen dieser gemeinschaftlichen Vereinbarung direkte Rechte an den Vermögenswerten und Verbindlichkeiten überträgt. Ein Gemeinschaftsunternehmen dagegen räumt den Partnerunternehmen Rechte am Netto-Reinvermögen oder Ergebnis der Vereinbarung ein. Gemeinschaftsunternehmen werden nach der Equity-Methode in Übereinstimmung mit dem geänderten IAS 28 bilanziert. Eine Einbeziehung nach der Quotenkonsolidierung ist nicht mehr gestattet. IFRS 11 ist auf Geschäftsjahre anzuwenden, die am oder nach dem 1. Januar 2013 beginnen. Eine vorzeitige Anwendung ist auch hier nur in Verbindung mit den Neuregelungen von IFRS 10 und IFRS 12 sowie den Änderungen an IAS 27 und IAS 28 möglich. Die RHÖN-KLINIKUM AG bilanziert ihre Gemeinschaftsunternehmen bereits nach der Equity-Methode und ist somit von den Änderungen nicht betroffen.

- IFRS 12 »Angaben zu Anteilen an anderen Unternehmen«

Als dritten von fünf neuen Standards hat der IASB im Mai 2011 IFRS 12 »Angaben zu Anteilen an anderen Unternehmen« veröffentlicht. Dieser schreibt die erforderlichen Angaben für Unternehmen vor, die in Übereinstimmung mit den neuen Standards IFRS 10 und IFRS 11 bilanzieren. IFRS 12 ersetzt die in IAS 28 enthaltenen Angabepflichten. Unternehmen müssen gemäß IFRS 12 Angaben machen, die es dem Abschlussadressaten ermöglichen, die Art, Risiken und finanziellen Auswirkungen zu beurteilen, die mit dem Engagement des Unternehmens bei Tochterunternehmen, assoziierten Unternehmen, gemeinschaftlichen Vereinbarungen und nicht konsolidierten strukturierten Unternehmen (Zweckgesellschaften) verbunden sind. Es sind Angaben in den folgenden Bereichen erforderlich: Wesentliche Ermessensentscheidungen und Annahmen, um festzustellen, ob ein Unternehmen ein anderes beherrscht, gemeinschaftlich beherrscht, einen wesentlichen Einfluss ausübt oder ein sonstiges Engagement bei anderen Unternehmen hat, Angaben zu Anteilen an Tochterunternehmen, Anteilen an gemeinschaftlichen Vereinbarungen und assoziierten Unternehmen sowie Anteile an nicht konsolidierten Zweckgesellschaften. IFRS 12 ist auf Geschäftsjahre anzuwenden, die am oder nach dem 1. Januar 2013 beginnen. Eine frühere oder teilweise frühere Anwendung ist unabhängig von der Anwendung von IFRS 10 und IFRS 11 sowie den Änderungen von IAS 27 und IAS 28 zulässig. Die RHÖN-KLINIKUM AG überprüft derzeit die genauen Auswirkungen auf die Angaben im Konzernanhang. Von ausführlicheren Angaben im Anhang ist auszugehen.

- IFRS 13 »Bewertung zum beizulegenden Zeitwert«

Im Mai 2011 hat der IASB den Standard IFRS 13 »Bewertung zum beizulegenden Zeitwert« veröffentlicht. IFRS 13 regelt, wie zum beizulegenden Zeitwert (fair value) zu bewerten ist, und erweitert die Angaben zum beizulegenden Zeitwert, sofern ein anderer Standard die Anwendung von diesem vorschreibt. Per Definition ist der beizulegende Zeitwert der Preis, den unabhängige Marktteilnehmer unter marktübli-

chen Bedingungen zum Bewertungsstichtag bei Verkauf eines Vermögenswerts vereinnahmen bzw. bei Übertragung einer Verbindlichkeit zahlen würden. Der beizulegende Zeitwert einer Verbindlichkeit bildet folglich das Ausfallrisiko ab. IFRS 13 enthält keine Angabe, auf welche Sachverhalte der beizulegende Zeitwert anzuwenden ist und schließt lediglich IAS 17, IFRS 2 sowie andere Bewertungsgrößen, die dem beizulegenden Zeitwert ähnlich, jedoch nicht deckungsgleich sind, von der Anwendung aus. Die bekannte dreistufige Fair value-Hierarchie ist weiterhin anzuwenden. Darüber hinaus sind nach IFRS 13 umfassende Anhangangaben erforderlich, die den Vorschriften des IFRS 7 »Finanzinstrumente: Angaben« ähneln, aber für alle Vermögenswerte und Verbindlichkeiten gelten. IFRS 13 ist erstmals für Geschäftsjahre anzuwenden, die am oder nach dem 1. Januar 2013 beginnen. Vergleichszahlen vor der erstmaligen Anwendung von IFRS 13 sind nicht anzupassen. Eine frühere Anwendung ist zulässig. Die RHÖN-KLINIKUM AG prüft derzeit die genauen Auswirkungen im Hinblick auf Bilanzierung und Bewertung. Es ist mit erweiterten Angabepflichten zu rechnen.

- Neufassung des IAS 27 »Einzelabschlüsse«

Im Mai 2011 hat der IASB als Teil eines von 5 neuen Standards die Neufassung des IAS 27 »Konzern- und Einzelabschlüsse« veröffentlicht. Dieser wird in IAS 27 »Einzelabschlüsse« umbenannt und beinhaltet zukünftig nur noch Vorschriften zu Einzelabschlüssen. Die bestehenden Regelungen bleiben unverändert. Die Änderungen zu IAS 27 sind erstmals für Geschäftsjahre anzuwenden, die am oder nach dem 1. Januar 2013 beginnen. Eine vorzeitige Anwendung ist nur in Verbindung mit IFRS 10, IFRS 11, IFRS 12 sowie IAS 28 möglich. Gravierende Auswirkungen auf die Bilanzierung von Unternehmen werden im Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG nicht erwartet.

- Neufassung des IAS 28 »Anteile an assoziierten Unternehmen und Gemeinschaftsunternehmen«

Als letzter von fünf neuen Standards hat der IASB im Mai 2011 die Neufassung des IAS 28 »Anteile an assoziierten Unternehmen« veröffentlicht. Dieser wird in IAS 28 »Anteile an assoziierten Unternehmen und Gemeinschaftsunternehmen« umbenannt. IAS 28 beschreibt weiterhin die Bilanzierung von assoziierten Unternehmen sowie die Anwendung der Equity-Methode bei assoziierten Unternehmen und gemeinschaftlich geführten Unternehmen. Die Änderungen ergeben sich aus der Veröffentlichung von IFRS 10, IFRS 11 und IFRS 12. Der neue IAS 28 ist erstmals für Geschäftsjahre anzuwenden, die am oder nach dem 1. Januar 2013 beginnen. Eine vorzeitige Anwendung ist nur in Verbindung mit IFRS 10, IFRS 11, IFRS 12 sowie IAS 27 möglich. Die RHÖN-KLINIKUM AG prüft derzeit die genauen Auswirkungen im Hinblick auf Bilanzierung und Bewertung.

- Änderungen zu IAS 1 »Darstellung von Posten des sonstigen Ergebnisses«

Im Juni 2011 hat der IASB Änderungen an IAS 1 »Darstellung des Abschlusses« veröffentlicht. Diese betreffen den Ausweis der im sonstigen Ergebnis der Gesamtergebnisrechnung ausgewiesenen Posten. Die Posten des sonstigen Ergebnisses (other comprehensive income, OCI) sollen danach gruppiert werden, ob diese zukünftig noch einmal in den Gewinn oder Verlust umgegliedert werden (sogenanntes Recycling) oder nicht. Die Änderung betrifft ausschließlich die Darstellung der Posten in der Gesamtergebnisrechnung, nicht die Erfassung, Bewertung der Posten oder Erfordernisse, die sich durch das Recycling ergeben. Das Wahlrecht, die Posten vor oder nach Steuern darzustellen, bleibt bestehen. Des Weiteren wurde der in IAS 1 verwendete Begriff Gesamtergebnisrechnung in Gewinn- und Verlustrechnung und sonstiges Ergebnis geändert. Der geänderte Standard ist für Geschäftsjahre anzuwenden, die am oder nach dem 1. Juli 2012 beginnen. Eine frühere Anwendung ist zulässig. Auswirkungen ergeben sich auf die Darstellung im Abschluss, jedoch nicht auf die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage.

- Änderungen des IAS 19 »Leistungen an Arbeitnehmer«

Der IASB hat im Juni 2011 Änderungen an IAS 19 »Leistungen an Arbeitnehmer« veröffentlicht. Die bedeutendste Änderung des IAS 19 besteht darin, dass versicherungsmathematische Gewinne und Verluste in Umbewertungen umbenannt werden und sofort bei Entstehung im sonstigen Ergebnis (other comprehensive income, OCI) zu erfassen sind. Das Wahlrecht zwischen sofortiger Erfassung im Gewinn oder Verlust, im sonstigen Ergebnis (OCI) oder nach der Korridormethode entfällt. Bei Planänderungen, die zu Veränderungen der Leistungsverpflichtung führen, die auf Arbeitsleistungen in zurückliegenden Perioden zurückzuführen sind, entsteht ein nachzuverrechnender Dienstzeitaufwand. Dieser wird in der Periode

erfasst, in der die zugrunde liegende Planänderung stattfindet, es erfolgt keine Verteilung mehr. Leistungen an Arbeitnehmer, die noch an eine Verpflichtung zur Erbringung von zukünftigen Arbeitsleistungen geknüpft sind, stellen keine Leistungen aus Anlass der Beendigung des Arbeitsverhältnisses dar. IAS 19 fordert umfangreiche Anhangangaben im Zusammenhang mit leistungsorientierten Plänen, insbesondere sind zusätzliche Angaben zu Merkmalen und Risiken der Leistungspläne erforderlich. Die Änderungen des IAS 19 sind auf Geschäftsjahre anzuwenden, die am oder nach dem 1. Januar 2013 beginnen. Eine frühere Anwendung ist zulässig. Die RHÖN-KLINIKUM AG überprüft derzeit die genauen Auswirkungen im Hinblick auf Bilanzierung und Bewertung.

- Änderungen an IFRS 7 und IFRS 9 »Verpflichtender Anwendungszeitpunkt und Anhangangaben bei Übergang«

Der IASB hat im Dezember 2011 Änderungen an IFRS 7 und IFRS 9 »Verpflichtender Anwendungszeitpunkt und Anhangangaben bei Übergang« veröffentlicht. Durch die Änderung wird die verpflichtende Anwendung des IFRS 9 auf Geschäftsjahre, die am oder nach dem 1. Januar 2015 beginnen, verschoben. IFRS 9 nennt zudem Ausnahmeregelungen, unter denen ein Unternehmen im Übergang auf den neuen Standard anstatt einer Anpassung von Vorjahreszahlen zusätzliche Angaben im Anhang vornehmen kann. Des Weiteren fordert IFRS 9 zusätzliche Anhangangaben, die als Änderungen in den bestehenden IFRS 7 einfließen. Diese betreffen auf Basis der jeweiligen Bewertungskategorie gemäß IAS 39 die Buchwertänderungen, die sich aus der Umstellung auf IFRS 9 ergeben, sofern diese sich nicht auf Bewertungseffekte zum Zeitpunkt der Umstellung beziehen, und zusätzlich die Buchwertänderungen, die auf solche Effekte zurückzuführen sind. Für finanzielle Vermögenswerte und Schulden, die aus der Umstellung auf IFRS 9 künftig mit fortgeführten Anschaffungskosten bewertet werden, sind zusätzliche Angaben erforderlich. Weiterhin muss auf Basis der Anhangangaben eine Überleitung der Bewertungskategorien gemäß IAS 39 und IFRS 9 auf Bilanzpositionen sowie Klassen von Finanzinstrumenten möglich sein. Die RHÖN-KLINIKUM AG prüft derzeit die genauen Auswirkungen im Hinblick auf Bilanzierung und Bewertung.

- Änderung an IAS 32 »Saldierung von finanziellen Vermögenswerten und finanziellen Verbindlichkeiten«

Im Dezember 2011 hat der IASB Änderungen an IAS 32 »Finanzinstrumente: Darstellung« in Bezug auf die Saldierung von finanziellen Vermögenswerten und finanziellen Verbindlichkeiten veröffentlicht. Das gegenwärtige Saldierungsmodell nach IAS 32 ist von den Änderungen nicht betroffen. Demzufolge sind finanzielle Vermögenswerte und finanzielle Verbindlichkeiten nur dann zu saldieren, wenn am Abschlussstichtag ein Rechtsanspruch auf Verrechnung vorliegt und beabsichtigt ist, entweder einen Ausgleich auf Nettobasis herbeizuführen oder mit der Verwertung des betreffenden Vermögenswerts die dazugehörige Verbindlichkeit abzulösen. Die Änderungen stellen klar, dass am Abschlussstichtag der Anspruch auf Saldierung bestehen muss, also unabhängig von einem künftigen Ereignis ist. Der Anspruch muss für alle Vertragsparteien im gewöhnlichen Geschäftsablauf und auch bei Insolvenz einer beteiligten Partei durchsetzbar sein. IAS 32 stellt außerdem klar, dass eine Bruttoabwicklungsmethode unter bestimmten Voraussetzungen effektiv einer Nettoabwicklung entsprechen kann und damit das Kriterium des IAS 32 erfüllt ist. Jedoch muss die Methode dazu führen, dass Ausfall- und Liquiditätsrisiken eliminiert sowie Forderungen und Verbindlichkeiten in einem einzigen Abwicklungsverfahren verarbeitet werden. Generalverrechnungsvereinbarungen, bei denen der rechtliche Anspruch auf Saldierung nur bei dem Eintritt von künftigen Ereignissen durchsetzbar ist, erfüllen die Saldierungskriterien auch in Zukunft nicht. Die Änderungen sind retrospektiv für Geschäftsjahre anzuwenden, die am oder nach dem 1. Januar 2014 beginnen. Die RHÖN-KLINIKUM AG prüft derzeit die genauen Auswirkungen im Hinblick auf Bilanzierung und Bewertung.

- Änderung an IFRS 7 »Angaben – Saldierung von finanziellen Vermögenswerten und finanziellen Schulden«

Im Dezember 2011 hat der IASB Änderungen an IFRS 7 »Finanzinstrumente: Angaben« in Bezug auf die Saldierung von finanziellen Vermögenswerten und finanziellen Verbindlichkeiten veröffentlicht. Dieser nennt weitere neue Angabepflichten im Zusammenhang mit bestimmten Aufrechnungsvereinbarungen. Die Offenlegung dieser Angaben ist unabhängig davon, ob die Aufrechnungsvereinbarung tatsächlich zu einer Aufrechnung der betroffenen finanziellen Vermögenswerte und Schulden geführt hat. Qualitative Beschreibungen und quantitative Angaben der Aufrechnungsansprüche sind anzugeben. Die Änderungen

sind retrospektiv für Geschäftsjahre anzuwenden, die am oder nach dem 1. Januar 2013 beginnen. Die RHÖN-KLINIKUM AG prüft derzeit die genauen Auswirkungen im Hinblick auf Bilanzierung und Bewertung.

Neue Standards und Interpretationen ohne praktische Relevanz ab dem Geschäftsjahr 2012

Folgende geänderten bzw. neu veröffentlichten Standards und Interpretationen, die noch nicht von der Europäischen Union verabschiedet wurden, haben aus derzeitiger Sicht für 2012 sowie folgende Geschäftsjahre keine praktische Relevanz:

- Änderung des IAS 12 »Latente Steuern: Realisierung zugrundeliegender Vermögenswerte«
- Änderungen des IFRS 1 »Schwerwiegende Hochinflation und Beseitigung fixer Daten«
- IFRIC 20 »Kosten der Abraumbeseitigung während des Abbaubetriebes im Tagebau«

Die Aufstellung von Konzernabschlüssen nach IFRS erfordert Annahmen und Schätzungen. Des Weiteren macht die Anwendung der konzerneinheitlichen Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden Wertungen des Managements erforderlich. Bereiche mit höheren Beurteilungsspielräumen oder höherer Komplexität oder Bereiche, bei denen Annahmen und Schätzungen von entscheidender Bedeutung für den Konzernabschluss sind, sind aufgeführt und erläutert.

Die Aufstellung des Konzernabschlusses erfolgte auf Basis historischer Anschaffungs- oder Herstellungskosten, eingeschränkt durch die zum beizulegenden Zeitwert erfolgswirksam angesetzten finanziellen Vermögenswerte und finanziellen Verbindlichkeiten (inklusive derivativer Finanzinstrumente).

Der Konzernabschluss wird am 25. April 2012 durch den Aufsichtsrat zur Veröffentlichung freigegeben.

2.2 KONSOLIDIERUNG

Die Jahresabschlüsse der in den Konzernabschluss einbezogenen Unternehmen wurden nach einheitlichen Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden auf den Stichtag des Konzernabschlusses aufgestellt.

2.2.1 Tochterunternehmen

Tochterunternehmen sind alle Unternehmen (inklusive Zweckgesellschaften), bei denen der Konzern »control« über die Finanz- und Geschäftspolitik innehat, regelmäßig begleitet von einem Stimmrechtsanteil von mehr als 50,0%. Bei der Beurteilung, ob »control« vorliegt, werden Existenz und Auswirkung potenzieller Stimmrechte, die aktuell ausüb- oder umwandelbar sind, berücksichtigt.

Tochterunternehmen werden von dem Zeitpunkt an in den Konzernabschluss einbezogen (Vollkonsolidierung), an dem »control« auf den Konzern übergegangen ist. Sie werden zu dem Zeitpunkt entkonsolidiert, an dem »control« endet. Die Bilanzierung erworbener Tochterunternehmen erfolgt nach der Erwerbsmethode.

Die Anschaffungskosten des Erwerbs entsprechen dem beizulegenden Zeitwert der hingeegebenen Vermögenswerte, der ausgegebenen Eigenkapitalinstrumente und der entstandenen bzw. übernommenen Schulden zum Transaktionszeitpunkt. Außerdem beinhalten sie die beizulegenden Zeitwerte jeglicher angesetzter Vermögenswerte oder Schulden, die aus einer bedingten Gegenleistungsvereinbarung resultieren. Im Rahmen eines Unternehmenszusammenschlusses identifizierbare Vermögenswerte, Schulden und Eventualverbindlichkeiten werden bei der Erstkonsolidierung mit ihren beizulegenden Zeitwerten zum Erwerbszeitpunkt bewertet. Für jeden Unternehmenserwerb entscheidet der Konzern auf individueller Basis, ob die nicht beherrschbaren Anteile am erworbenen Unternehmen zum beizulegenden Zeitwert oder anhand des proportionalen Anteils am Nettovermögen des erworbenen Unternehmens erfasst werden. Erwerbsbezogene Kosten werden aufwandswirksam erfasst, wenn sie anfallen.

Bei einem sukzessiven Unternehmenszusammenschluss wird der zuvor erworbene Eigenkapitalanteil des Unternehmens mit dem zum Erwerbszeitpunkt geltenden beizulegenden Zeitwert neu bestimmt. Der daraus resultierende Gewinn oder Verlust ist in der Gewinn- und Verlustrechnung zu erfassen.

Etwaige bedingte Gegenleistungen werden mit dem beizulegenden Zeitwert zum Erwerbszeitpunkt bewertet. Nachträgliche Änderungen des beizulegenden Zeitwerts einer als Vermögenswert oder als Verbindlichkeit eingestuft bedingten Gegenleistung werden im Rahmen von IAS 39 bewertet und ein daraus resultierender Gewinn bzw. Verlust entweder im Gewinn oder Verlust oder im sonstigen Ergebnis erfasst. Eine bedingte Gegenleistung, die als Eigenkapital eingestuft ist, wird nicht neu bewertet, und ihre spätere Abgeltung wird im Eigenkapital bilanziert.

Als Geschäftswert wird der Wert angesetzt, der sich aus dem Überschuss der Anschaffungskosten des Erwerbs, dem Betrag der nicht beherrschenden Anteile am erworbenen Unternehmen sowie dem beizulegenden Zeitwert jeglicher vorher gehaltener Eigenkapitalanteile zum Erwerbsdatum über dem Anteil des Konzerns an dem zum beizulegenden Wert bewerteten Nettovermögen ergibt. Sind die Anschaffungskosten geringer als das zum beizulegenden Zeitwert bewertete Nettovermögen des erworbenen Tochterunternehmens, wird der Unterschiedsbetrag direkt in der Gewinn- und Verlustrechnung erfasst. Konzerninterne Transaktionen und Salden sowie unrealisierte Gewinne und Verluste aus Transaktionen zwischen Konzernunternehmen werden eliminiert. Die Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden von Tochtergesellschaften werden, sofern notwendig, angepasst, um eine konzerneinheitliche Bilanzierung zu gewährleisten.

2.2.2 Transaktionen mit Minderheiten

Transaktionen mit nicht beherrschenden Anteilen (Minderheitsgesellschaftern) werden wie Transaktionen mit Eigenkapitalgebern behandelt. Ein aus dem Erwerb eines nicht beherrschenden Anteils entstehender Unterschiedsbetrag zwischen der gezahlten Leistung und dem betreffenden Anteil an dem Buchwert des Nettovermögens des Tochterunternehmens wird im Eigenkapital erfasst. Gewinne und Verluste, die bei der Veräußerung von nicht beherrschenden Anteilen entstehen, werden ebenfalls im Eigenkapital erfasst.

2.2.3 Assoziierte Unternehmen und gemeinschaftlich geführte Unternehmen

Assoziierte Unternehmen sind solche Unternehmen, auf die der Konzern maßgeblichen Einfluss ausübt, jedoch kein »control« besitzt, da der Stimmrechtsanteil zwischen 20 % und 50 % beträgt. Beteiligungen an assoziierten Unternehmen und gemeinschaftlich geführten Unternehmen (Joint Ventures) werden unter Anwendung der Equity-Methode bilanziert und anfangs mit ihren Anschaffungskosten angesetzt. Der Anteil des Konzerns an assoziierten Unternehmen oder gemeinschaftlich geführten Unternehmen beinhaltet den beim Erwerb entstandenen Geschäftswert (unter Berücksichtigung kumulierter Wertminderungen).

Der Anteil des Konzerns an Gewinnen und Verlusten von assoziierten Unternehmen oder Joint Ventures wird vom Zeitpunkt des Erwerbs an in der Gewinn- und Verlustrechnung erfasst und die kumulierten Veränderungen gegen den Beteiligungsbuchwert verrechnet. Wenn der Verlustanteil des Konzerns an einem assoziierten Unternehmen oder Joint Venture dem Anteil des Konzerns an diesem Unternehmen, inklusive anderer ungesicherter Forderungen, entspricht bzw. diesen übersteigt, werden keine weiteren Verluste erfasst, es sei denn, er ist für das assoziierte Unternehmen oder gemeinschaftlich geführte Unternehmen eine Verpflichtung eingegangen oder hat für diese Zahlungen geleistet.

Nicht realisierte Zwischenergebnisse aus Transaktionen zwischen Konzernunternehmen und assoziierten Unternehmen oder gemeinschaftlich geführten Unternehmen werden anteilig eliminiert, soweit die zugrunde liegenden Sachverhalte wesentlich sind.

Im Rahmen der Werthaltigkeitsprüfung (Impairmenttest) wird der Buchwert eines at-equity bewerteten Unternehmens mit dessen erzielbarem Betrag verglichen. Falls der Buchwert den erzielbaren Betrag übersteigt, ist eine Wertminderung (Impairment) in Höhe des Differenzbetrags vorzunehmen. Sofern die Gründe für eine zuvor erfasste Wertminderung entfallen sind, erfolgt eine entsprechende erfolgswirksame Zuschreibung.

Die Abschlüsse der nach der Equity-Methode bilanzierten Beteiligungen werden nach konzerneinheitlichen Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden aufgestellt.

Die assoziierten Unternehmen, deren Einfluss auf die Vermögens- und Ertragslage im Einzelnen und insgesamt unwesentlich ist, werden nicht nach der Equity-Methode konsolidiert. Sie werden mit ihren Anschaffungskosten bzw. niedrigeren Zeitwerten im Konzernabschluss berücksichtigt.

2.2.4 Veräußerung von Tochterunternehmen

Wenn der Konzern entweder die Beherrschung oder den maßgeblichen Einfluss über ein Unternehmen verliert, wird der verbleibende Anteil zum beizulegenden Zeitwert neu bewertet und die daraus resultierende Differenz als Gewinn oder Verlust erfasst. Der beizulegende Zeitwert ist der beim erstmaligen Ansatz eines assoziierten Unternehmens, Gemeinschaftsunternehmens oder eines finanziellen Vermögenswerts ermittelte beizulegende Zeitwert. Darüber hinaus werden alle im sonstigen Ergebnis ausgewiesenen Beträge in Bezug auf dieses Unternehmen so bilanziert, wie dies verlangt würde, wenn das Mutterunternehmen die dazugehörigen Vermögenswerte und Schulden direkt veräußert hätte. Dies bedeutet, dass ein zuvor im sonstigen Ergebnis erfasster Gewinn oder Verlust vom Eigenkapital in die Gewinn- und Verlustrechnung umgebucht wird.

2.3 SEGMENTBERICHTERSTATTUNG

Die Segmentberichterstattung erfolgt gemäß IFRS 8 auf Basis des Management Approach, d. h. aus der Perspektive des Managements. Die externe Berichterstattung orientiert sich an intern verwendeten Steuerungs- und Berichtsgrößen sowie Berichtsstrukturen, die den Entscheidungsträgern zur Verfügung stehen und von diesen genutzt werden.

Als operatives Segment wird ein Unternehmensbestandteil gesehen, der Geschäftstätigkeiten betreibt, mit denen Erträge erwirtschaftet werden und bei denen Aufwendungen anfallen können, dessen Betriebsergebnisse regelmäßig vom Hauptentscheidungsträger des Unternehmens mit Blick auf Entscheidungen über die Allokation von Ressourcen zu diesem Segment und die Bewertung seiner Ertragskraft überprüft werden und für den einschlägige Finanzinformationen vorliegen.

Die ermittelten operativen Segmente werden auf die berichtspflichtigen Segmente reduziert. Dies geschieht im Wesentlichen durch Zusammenfassung von homogenen operativen Segmenten, wenn diese vergleichbare wirtschaftliche Merkmale aufweisen. Auslöser der Berichtspflicht ist regelmäßig das Überschreiten segmentbezogener Wesentlichkeitsschwellen. IFRS 8 nennt folgende drei segmentbezogene Wesentlichkeitsschwellen:

- die Segmenterlöse betragen mindestens 10 % der kumulierten (internen und externen) Segmenterlöse,
- das Segmentergebnis beträgt mindestens 10 % des Maximums aus den kumulierten positiven bzw. negativen Segmentergebnissen oder
- das Segmentvermögen beträgt mindestens 10 % des kumulierten Segmentvermögens.

Die geforderte Erlössegmentierung besagt, dass so lange berichtspflichtige Segmente gebildet werden müssen, bis die Erlöse der identifizierten berichtspflichtigen Segmente 75 % der gesamten externen Erlöse ausmachen. Die übrigen nicht berichtspflichtigen Segmente sind als »Alle übrigen Segmente« auszuweisen und der Ursprung dieser Erträge ist zu beschreiben.

Im Anhang sind im Rahmen der Erläuterung der Segmentabgrenzung grundlegende Informationen über die Ermittlung und Identifizierung der berichtspflichtigen Segmente zu machen. Dies umfasst die Nennung der Bestimmungsfaktoren der Segmentberichterstattung und die Angabe der Produkte und Dienstleistungen, mit denen die einzelnen Segmente ihre Erträge erwirtschaften.

Darüber hinaus müssen detaillierte Angaben zu Segmentergebnis, Segmentvermögen und Segment-schulden gemacht werden. Des Weiteren sind Informationen zu Produkten und Dienstleistungen, räumlichen Aktivitäten und den wesentlichen Kunden des Unternehmens anzugeben. IFRS 8 fordert auch ergänzende Angaben zu den intern verwendeten Methoden zur Behandlung von Transaktionen zwischen berichtspflichtigen Segmenten sowie zu Unterschieden zwischen den intern verwendeten Rechnungs-

legungsmethoden und den Methoden, die im Abschluss Anwendung finden. Ergänzend zu den verbalen Angaben ist eine Überleitungsrechnung von den folgenden Segmentdaten auf den Abschluss zu erstellen: Diese umfasst die Gesamterlöse aller berichtspflichtigen Segmente, das Gesamtergebnis der berichtspflichtigen Segmente vor Steuern und die Aufgabe von Geschäftsbereichen, das Gesamtvermögen der berichtspflichtigen Segmente, die gesamten Schulden der berichtspflichtigen Segmente sowie den Gesamtbetrag der berichtspflichtigen Segmente für jeden anderen wesentlichen Posten, der gesondert berichtet wird.

Segmentinformationen früherer Jahre, die als Vergleichsinformationen dienen, sind bei erstmaliger Anwendung anzupassen.

2.4 GESCHÄFTSWERTE UND SONSTIGE IMMATERIELLE VERMÖGENSWERTE

2.4.1 Geschäftswert

Der Geschäftswert stellt den Überschuss der Anschaffungskosten des Unternehmenserwerbs über den beizulegenden Zeitwert der Anteile des Konzerns an den Nettovermögenswerten des erworbenen Unternehmens zum Erwerbszeitpunkt dar. Ein durch Unternehmenserwerb entstandener Geschäftswert wird den immateriellen Vermögenswerten zugeordnet. Der Geschäftswert wird mindestens einem jährlichen Werthaltigkeitstest (Impairmenttest) unterzogen und mit seinen ursprünglichen Anschaffungskosten abzüglich kumulierter Wertminderungen bewertet. Eine Überprüfung findet darüber hinaus auch dann statt, wenn Ereignisse oder Umstände drauf hindeuten, dass der Wert gemindert sein könnte. Wertaufholungsbeträge werden nicht berücksichtigt. Gewinne und Verluste aus der Veräußerung eines Unternehmens umfassen den Buchwert des Geschäftswerts, der dem abgehenden Unternehmen zugeordnet ist.

Der Geschäftswert wird zum Zweck des Werthaltigkeitstests auf zahlungsmittelgenerierende Einheiten (Cash Generating Units) verteilt. Diese entsprechen bei der RHÖN-KLINIKUM AG grundsätzlich den einzelnen Krankenhäusern, soweit der zugehörige Goodwill kooperierender Einheiten nicht auf übergeordneter Ebene überwacht wird.

Falls der erzielbare Betrag den Buchwert unterschreitet, wird ein Wertminderungsverlust erfasst. Der erzielbare Betrag entspricht dabei dem höheren der beiden Beträge aus beizulegendem Zeitwert abzüglich Verkaufskosten sowie dem Nutzungswert des Vermögenswerts.

2.4.2 Computersoftware

Erworbene Computersoftwarelizenzen werden zu ihren Anschaffungskosten zuzüglich der Kosten für die Versetzung in einen nutzungsbereiten Zustand aktiviert. Diese Kosten werden über die geschätzte Nutzungsdauer linear abgeschrieben (drei bis sieben Jahre) und unter dem Posten Abschreibungen und Wertminderungen in der Gewinn- und Verlustrechnung ausgewiesen.

Kosten, die mit der Entwicklung von Websites oder Pflege von Computersoftware verbunden sind, werden im Zeitpunkt ihres Anfalls als Aufwand erfasst.

2.4.3 Sonstige immaterielle Vermögenswerte

Sonstige immaterielle Vermögenswerte werden zu historischen Anschaffungskosten angesetzt und – soweit abnutzbar – entsprechend ihrer jeweiligen wirtschaftlichen Nutzungsdauer (drei bis fünf Jahre) planmäßig linear abgeschrieben und unter dem Posten Abschreibungen und Wertminderungen in der Gewinn- und Verlustrechnung ausgewiesen.

2.4.4 Forschungs- und Entwicklungskosten

Forschungskosten werden gemäß IAS 38 als laufender Aufwand erfasst. Entwicklungskosten werden aktiviert, wenn die Voraussetzungen des IAS 38 kumulativ erfüllt sind. Aktivierungspflichtige Entwicklungskosten liegen nicht vor.

2.4.5 Öffentliche Zuwendungen

Zuwendungen der Öffentlichen Hand werden zu ihrem beizulegenden Zeitwert erfasst, wenn mit großer Sicherheit davon auszugehen ist, dass die Zuwendung erfolgen wird und der Konzern die notwendigen Bedingungen für den Erhalt der Zuwendung erfüllt. Öffentliche Zuwendungen für Investitionen werden als Buchwertminderung von den Anschaffungs- oder Herstellungskosten der geförderten Vermögensgegenstände abgesetzt. Sie werden auf linearer Basis über die erwartete Nutzungsdauer der betreffenden Vermögenswerte erfolgswirksam aufgelöst. Derartige Zuwendungen werden im Rahmen der gesetzlich normierten Investitionsförderung von Krankenhäusern gewährt.

Öffentliche Zuschüsse für laufende Betriebskosten werden über den Zeitraum erfasst, in dem die entsprechenden Kosten, für deren Kompensation sie gewährt wurden, anfallen. Die Zuwendungen sind in der Regel an Bedingungen geknüpft, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums eingehalten werden müssen. Zuwendungen, die im Zusammenhang mit dem Erwerb von Kliniken seitens der öffentlichen Hand zugesagt werden, werden ebenfalls wie oben beschrieben bilanziert.

Noch nicht zweckentsprechend verwendete Fördermittel werden unter den sonstigen Verbindlichkeiten zum Bilanzstichtag abgegrenzt.

2.5 SACHANLAGEN

Die unter den Sachanlagen ausgewiesenen Grundstücke und Gebäude umfassen hauptsächlich Krankenhausbauten. Sie werden ebenso wie die übrigen Sachanlagen zu ihren historischen Anschaffungs-/Herstellungskosten, vermindert um Abschreibungen, bewertet. Anschaffungskosten beinhalten die direkt dem Erwerb zurechenbaren Aufwendungen. Die Herstellungskosten umfassen darüber hinaus den Herstellungskosten zurechenbare Gemeinkosten.

Nachträgliche Anschaffungs-/Herstellungskosten werden nur dann als Teil der Anschaffungs-/Herstellungskosten des Vermögenswerts oder – sofern einschlägig – als separater Vermögenswert erfasst, wenn es wahrscheinlich ist, dass daraus dem Konzern zukünftig wirtschaftlicher Nutzen zufließen wird und die Kosten des Vermögenswerts zuverlässig ermittelt werden können. Alle anderen Reparaturen und Wartungen werden in dem Geschäftsjahr aufwandswirksam in der Gewinn- und Verlustrechnung erfasst, in dem sie angefallen sind.

Grundstücke werden nicht abgeschrieben. Bei allen weiteren Vermögenswerten erfolgt die Abschreibung linear, wobei die Anschaffungskosten über die erwartete Nutzungsdauer der Vermögenswerte wie folgt auf den Restbuchwert abgeschrieben werden:

Gebäude	33 1/3 Jahre
Maschinen und technische Anlagen	5 bis 15 Jahre
Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	3 bis 12 Jahre

Die Restbuchwerte und wirtschaftlichen Nutzungsdauern werden zu jedem Bilanzstichtag überprüft und gegebenenfalls angepasst.

Gewinne und Verluste aus den Abgängen von Vermögenswerten werden als Unterschiedsbetrag zwischen den Veräußerungserlösen und dem Buchwert ermittelt und erfolgswirksam erfasst.

2.6 WERTMINDERUNG VON SACHANLAGEN UND IMMATERIELLEN VERMÖGENSWERTEN (OHNE GESCHÄFTSWERT)

Der Konzern beurteilt an jedem Bilanzstichtag, ob Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein Vermögenswert wertgemindert sein könnte. Liegen solche Anhaltspunkte vor oder ist eine jährliche Überprüfung eines Vermögenswerts auf Wertminderung erforderlich, nimmt der Konzern eine Schätzung des erzielbaren Betrages vor. Können dem einzelnen Vermögenswert keine eigenständigen Mittelzuflüsse zugeordnet werden, erfolgt die Schätzung des erzielbaren Betrages für die zahlungsmittelgenerierende Einheit, zu der der Vermögenswert gehört. Der erzielbare Betrag ist der höhere Betrag aus dem beizulegenden Zeitwert des Vermögenswerts abzüglich Veräußerungskosten und dem Nutzungswert. Übersteigt der

Buchwert eines Vermögenswerts seinen erzielbaren Betrag, wird der Vermögenswert als wertgemindert betrachtet und auf seinen erzielbaren Betrag abgeschrieben. Zur Ermittlung des Nutzungswerts werden die geschätzten künftigen Cash-Flows unter Zugrundelegung eines Abzinsungssatzes vor Steuern, der die aktuellen Markterwartungen hinsichtlich des Zinseffekts und der spezifischen Risiken des Vermögenswerts widerspiegelt, auf ihren Barwert abgezinst. Wertminderungsaufwendungen werden in der Gewinn- und Verlustrechnung innerhalb der Position Abschreibungen und Wertminderungen ausgewiesen. An jedem Bilanzstichtag wird überprüft, ob Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein Wertminderungsaufwand, der in früheren Berichtsperioden erfasst wurde, nicht länger besteht oder sich vermindert haben könnte. Liegt ein solcher Indikator vor, wird der erzielbare Betrag geschätzt. Ein zuvor erfasster Wertminderungsaufwand ist dann aufzuheben, wenn sich seit der Erfassung des letzten Wertminderungsaufwandes eine Änderung in den Schätzungen ergeben hat, die bei der Bestimmung des erzielbaren Betrages herangezogen wurden. Wenn dies der Fall ist, ist der Buchwert des Vermögenswertes auf seinen erzielbaren Betrag zu erhöhen. Dieser darf allerdings nicht den Buchwert übersteigen, der sich nach Berücksichtigung der planmäßigen Abschreibungen ergeben hätte, wenn in Vorjahren kein Wertminderungsaufwand erfasst worden wäre. Eine solche Wertaufholung ist sofort im Periodenergebnis zu erfassen. Nachdem eine Wertaufholung vorgenommen wurde, ist der Abschreibungsaufwand in künftigen Berichtsperioden anzupassen, um den berichtigten Buchwert des Vermögenswerts, abzüglich eines etwaigen Restbuchwerts, systematisch auf seine Restnutzungsdauer zu verteilen.

2.7 FINANZIELLE VERMÖGENSWERTE

Die finanziellen Vermögenswerte setzen sich zusammen aus den Forderungen, Eigenkapitaltiteln, derivativen Finanzinstrumenten mit positiven beizulegenden Zeitwerten und den Zahlungsmitteln.

Diese finanziellen Vermögenswerte werden grundsätzlich in die folgenden Kategorien unterteilt:

- erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete finanzielle Vermögenswerte,
- Darlehen und Forderungen,
- bis zur Endfälligkeit zu haltende Finanzinvestitionen und
- zur Veräußerung verfügbare finanzielle Vermögenswerte.

Die Kategorisierung hängt von dem Zweck ab, für den die jeweiligen finanziellen Vermögenswerte erworben wurden. Das Management bestimmt die Kategorisierung der finanziellen Vermögenswerte beim erstmaligen Ansatz und überprüft die Kategorisierung zu jedem Stichtag.

Alle Käufe und Verkäufe von finanziellen Vermögenswerten werden zum Erfüllungstag angesetzt, dem Tag, an dem der Kauf bzw. Verkauf des Vermögenswertes abgewickelt wird.

Finanzielle Vermögenswerte, die nicht der Kategorie »erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert« angehören, werden zunächst zu ihrem beizulegenden Zeitwert zuzüglich Transaktionskosten angesetzt.

Erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete finanzielle Vermögenswerte werden im Zugangszeitpunkt zum beizulegenden Zeitwert bewertet; Transaktionskosten werden aufwandswirksam erfasst.

Finanzielle Vermögenswerte werden ausgebucht, wenn die Rechte auf Zahlungen aus dem Investment erloschen sind oder übertragen wurden und der Konzern im Wesentlichen alle Risiken und Chancen, die mit dem Eigentum verbunden sind, übertragen hat. Zur Veräußerung verfügbare finanzielle Vermögenswerte und Vermögenswerte der Kategorie »erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert« werden nach ihrem erstmaligen Ansatz zu ihren beizulegenden Zeitwerten bewertet. Darlehen und Forderungen sowie bis zur Endfälligkeit zu haltende Finanzinvestitionen werden zu fortgeführten Anschaffungskosten unter Verwendung der Effektivzinsmethode bilanziert.

Gewinne oder Verluste aus Schwankungen des beizulegenden Zeitwertes von erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewerteten finanziellen Vermögenswerten, einschließlich Dividenden- und Zinszahlungen, werden in der Gewinn- und Verlustrechnung unter dem Posten Finanzierungsaufwendungen und -erträge in der Periode ihres Anfalls ausgewiesen.

Wenn für finanzielle Vermögenswerte kein aktiver Markt besteht oder es sich um nicht notierte Vermögenswerte handelt, werden die beizulegenden Zeitwerte mittels geeigneter Bewertungsmethoden ermittelt. Diese umfassen Bezugnahmen auf kürzlich stattgefundene Transaktionen zwischen unabhängigen Geschäftspartnern, die Verwendung aktueller Marktpreise anderer Vermögenswerte, die im Wesentlichen dem betrachteten Vermögenswert ähnlich sind, Discounted-Cash-Flow-Verfahren sowie Optionspreismodelle, welche so weit wie möglich von Marktdaten und so wenig wie möglich von unternehmensindividuellen Daten Gebrauch machen. Zu jedem Bilanzstichtag wird überprüft, ob objektive Anhaltspunkte für eine Wertminderung eines finanziellen Vermögenswerts bzw. einer Gruppe finanzieller Vermögenswerte vorliegen.

2.7.1 Erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete Vermögenswerte

Diese Kategorie hat zwei Unterkategorien: Finanzielle Vermögenswerte, die entweder von Beginn an als »zu Handelszwecken gehalten« eingeordnet wurden (held for trading einschließlich Derivate), und solche, die bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen durch Nutzung der Fair-Value-Option als »erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert« eingestuft wurden. Ein finanzieller Vermögenswert wird dieser Kategorie zugeordnet, wenn er prinzipiell mit kurzfristiger Verkaufsabsicht erworben wurde oder der finanzielle Vermögenswert vom Management entsprechend designiert wurde. Derivate gehören ebenfalls dieser Kategorie an, sofern sie nicht als Hedges qualifiziert sind.

Als zu Handelszwecken gehaltene Finanzinstrumente im Sinne des IAS 39 gelten auch bestimmte Sicherungsinstrumente, die zwar im RHÖN-KLINIKUM Konzern nach betriebswirtschaftlichen Kriterien der Zinsicherung dienen, für die jedoch kein IAS 39 für Hedge-Accounting angewendet wurde. Es handelt sich dabei um derivative Finanzinstrumente, wie zum Beispiel Zinsswaps und Optionen. Vermögenswerte dieser Kategorie werden als kurzfristige Vermögenswerte ausgewiesen, soweit diese innerhalb der nächsten zwölf Monate fällig sind.

2.7.2 Darlehen und Forderungen, bis zur Endfälligkeit zu haltende Finanzinvestitionen

Darlehen und Forderungen sind nicht-derivative finanzielle Vermögenswerte mit fixen bzw. bestimmbareren Zahlungen, die nicht an einem aktiven Markt notiert sind. Sie zählen zu den kurzfristigen Vermögenswerten, soweit deren Fälligkeit nicht zwölf Monate nach dem Bilanzstichtag übersteigt. Vermögenswerte, deren Fälligkeit zwölf Monate nach dem Bilanzstichtag übersteigt, werden als langfristige Vermögenswerte ausgewiesen. Dieser Kategorie werden die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen und sonstige Forderungen zugeordnet. Bis zur Endfälligkeit zu haltende Finanzinvestitionen bestehen zum Bilanzstichtag nicht.

2.7.3 Zur Veräußerung verfügbare finanzielle Vermögenswerte

Zur Veräußerung verfügbare finanzielle Vermögenswerte sind nicht-derivative finanzielle Vermögenswerte, die entweder dieser Kategorie ausdrücklich zugeordnet wurden oder keiner der anderen dargestellten Kategorien zugeordnet werden konnten. Sie sind den langfristigen Vermögenswerten zugeordnet, sofern das Management nicht die Absicht hat, sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Bilanzstichtag zu veräußern.

2.8 ALS FINANZINVESTITION GEHALTENE IMMOBILIEN

Als Finanzinvestition gehaltene Immobilien umfassen Grundstücke und Gebäude, die zur Erzielung von Mieteinnahmen oder zum Zweck der Wertsteigerung gehalten werden und nicht für die eigene Erbringung von Dienstleistungen, für Verwaltungszwecke oder für den Verkauf im Rahmen der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit genutzt werden. Als Finanzinvestition gehaltene Immobilien werden zu Anschaffungs- oder Herstellungskosten abzüglich kumulierter Abschreibungen bewertet.

Verbleibt das wirtschaftliche Eigentum an vermieteten Gegenständen bei uns als Leasinggeber (Operating-Leasing), werden diese unter entsprechender Kennzeichnung in der Bilanz gesondert ausgewiesen. Die Leasinggegenstände werden zu Anschaffungs- oder Herstellungskosten aktiviert und entsprechend den Bilanzierungsgrundsätzen für Sachanlagen abgeschrieben. Mieterlöse werden linear über die Vertragslaufzeit berücksichtigt.

2.9 VORRÄTE

Vorräte beinhalten im Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe. Diese werden zu Anschaffungskosten (einschließlich Nebenkosten) bzw. dem niedrigeren Nettoveräußerungswert bewertet. Die Anschaffungskosten werden auf Grundlage der Durchschnittsmethode bestimmt. Der Nettoveräußerungswert stellt den geschätzten Verkaufspreis im ordentlichen Geschäftsgang abzüglich noch anfallender Veräußerungskosten dar.

2.10 FORDERUNGEN AUS LIEFERUNGEN UND LEISTUNGEN

Forderungen aus Lieferungen und Leistungen werden anfänglich zum beizulegenden Zeitwert angesetzt und in der Folge zu fortgeführten Anschaffungskosten unter Abzug von Wertminderungen bewertet. Eine Wertminderung bei Forderungen aus Lieferungen und Leistungen wird dann erfasst, wenn objektive Hinweise dafür vorliegen, dass die fälligen Forderungsbeträge nicht vollständig einbringlich sind. Die Höhe der Wertminderung wird erfolgswirksam in der Position sonstiger Aufwand erfasst. Wesentliche finanzielle Schwierigkeiten auf Seiten eines Schuldners und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit bezüglich einer schuldnerseitigen Insolvenz können Indikatoren für eine Wertminderung von Forderungen aus Lieferungen und Leistungen sein. Die wertminderungsbedingte Abwertung bemisst sich am Unterschiedsbetrag zwischen dem laufenden Buchwert einer Forderung und den Cash-Flows, die mit der Forderung erwartet werden.

2.11 ZAHLUNGSMITTEL UND ZAHLUNGSMITTELÄQUIVALENTE

Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente umfassen Bargeld, Sichteinlagen und andere kurzfristige hochliquide finanzielle Vermögenswerte mit einer ursprünglichen Laufzeit von maximal drei Monaten. In der Bilanz werden ausgenutzte Kontokorrentkredite als Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten unter den kurzfristigen Finanzschulden gezeigt.

2.12 EIGENKAPITAL

Stammaktien werden als Eigenkapital klassifiziert. Kosten, die direkt der Ausgabe von neuen Aktien zuzurechnen sind, werden im Eigenkapital (netto nach Steuern) als Abzug von den Emissionserlösen bilanziert.

Erwirbt ein Unternehmen des Konzerns Eigenkapitalanteile der RHÖN-KLINIKUM AG, wird der Wert der bezahlten Gegenleistung, einschließlich direkt zurechenbarer zusätzlicher Kosten (netto nach Steuern) vom Eigenkapital, das den Aktionären des Unternehmens zusteht, abgezogen, bis die Aktien entweder eingezogen, wieder ausgegeben oder weiterverkauft werden. Werden solche Anteile nachträglich wieder ausgegeben oder verkauft, wird die erhaltene Gegenleistung netto nach Abzug direkt zurechenbarer zusätzlicher Transaktionskosten und damit zusammenhängender Ertragsteuern im Eigenkapital, das den Aktionären der RHÖN-KLINIKUM AG zusteht, erfasst.

Der Konzern setzt derivative Finanzinstrumente zur Absicherung der aus Finanztransaktionen resultierenden Zinsänderungsrisiken ein. Dabei werden die Vorschriften zu Sicherungsmaßnahmen gemäß IAS 39 (Hedge-Accounting) angewendet. Dies mindert die Volatilität der Gewinn- und Verlustrechnung.

Mittels Cash-Flow-Hedge werden die in der Bilanz angesetzten Verbindlichkeiten gegen künftige Zahlungsstromschwankungen abgesichert. Liegt ein Cash-Flow-Hedge vor, wird der effektive Teil der Wertänderung des Sicherungsinstrumentes bis zur Erfassung des Ergebnisses aus dem gesicherten Grundgeschäft erfolgsneutral als Hedge-Reserve im Eigenkapital erfasst; der ineffektive Teil der Wertänderung des Sicherungsinstrumentes wird erfolgswirksam in der Gewinn- und Verlustrechnung erfasst.

Die derivativen Finanzinstrumente werden bei ihrer erstmaligen Erfassung mit dem beizulegenden Zeitwert angesetzt. Die Folgebewertung erfolgt ebenfalls zum am jeweiligen Bilanzstichtag geltenden beizulegenden Zeitwert. Der beizulegende Zeitwert gehandelter derivativer Finanzinstrumente entspricht dem Marktwert. Dieser kann positiv oder negativ sein. Liegen keine Börsenpreise vor, werden die Zeitwerte mittels anerkannter finanzmathematischer Modelle berechnet. Für derivative Finanzinstrumente entspricht der beizulegende Zeitwert dem Betrag, den der Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG bei Beendigung des Finanzinstrumentes zum Abschlusstichtag entweder erhalten würde oder zahlen müsste.

Der Konzern dokumentiert bei Abschluss der Transaktion die Sicherungsbeziehung zwischen Sicherungsinstrument und Grundgeschäft, das Ziel seines Risikomanagements sowie die zugrunde liegende Strategie beim Abschluss von Sicherungsgeschäften. Darüber hinaus erfolgt zu Beginn der Sicherungsbeziehung und in der Folge eine Dokumentation der Einschätzung, ob die in der Sicherungsbeziehung eingesetzten Derivate die Änderungen der Cash-Flows der Grundgeschäfte effektiv kompensieren.

Der volle beizulegende Zeitwert der als Sicherungsinstrumente designierten derivativen Finanzinstrumente wird als langfristiger Vermögenswert bzw. langfristige Verbindlichkeit ausgewiesen, sofern die Restlaufzeit des gesicherten Grundgeschäfts länger als zwölf Monate ist, und als kurzfristiger Vermögenswert bzw. kurzfristige Verbindlichkeit, sofern die Restlaufzeit kürzer ist.

Für die Erfassung der Veränderungen der beizulegenden Zeitwerte – erfolgswirksame Erfassung in der Gewinn- und Verlustrechnung oder erfolgsneutrale Erfassung im Eigenkapital – ist entscheidend, ob das derivative Finanzinstrument in eine wirksame Sicherungsbeziehung gemäß IAS 39 eingebunden ist oder nicht. Liegt kein Hedge-Accounting vor oder sind Teile der Sicherungsbeziehung ineffektiv, werden die hierauf entfallenden Veränderungen der beizulegenden Zeitwerte sofort erfolgswirksam in der Gewinn- und Verlustrechnung unter den Finanzierungserträgen bzw. Finanzierungsaufwendungen erfasst. Besteht hingegen eine wirksame Sicherungsbeziehung, wird das Sicherungsgeschäft nach den Regeln des IAS 39 als Hedge-Accounting bilanziert.

Der Konzern führt auch Sicherungsmaßnahmen durch, die nicht als Hedge-Accounting dargestellt werden, jedoch gemäß den Grundsätzen des Risikomanagements effektiv zur Sicherung des finanziellen Risikos beitragen.

2.13 FINANZIELLE VERBINDLICHKEITEN

Die finanziellen Verbindlichkeiten setzen sich zusammen aus Verbindlichkeiten und den negativen beizulegenden Zeitwerten derivativer Finanzinstrumente. Die Verbindlichkeiten werden mit den fortgeführten Anschaffungskosten bewertet. Für kurzfristige Verbindlichkeiten bedeutet dies, dass sie mit ihrem Rückzahlungs- oder Erfüllungsbetrag angesetzt werden.

Langfristige Verbindlichkeiten sowie Finanzschulden werden bei ihrem erstmaligen Ansatz zum beizulegenden Zeitwert, nach Abzug von Transaktionskosten, angesetzt. In den Folgeperioden werden sie zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertet; jede Differenz zwischen dem Auszahlungsbetrag (nach Abzug von Transaktionskosten) und dem Rückzahlungsbetrag wird über die Laufzeit der Ausleiherung unter Anwendung der Effektivzinsmethode in der Gewinn- und Verlustrechnung im Finanzergebnis erfasst. Darlehensverbindlichkeiten werden als kurzfristige Verbindlichkeiten klassifiziert, sofern der Konzern nicht das unbedingte Recht hat, die Begleichung der Verbindlichkeit auf einen Zeitpunkt mindestens zwölf Monate nach dem Bilanzstichtag zu verschieben.

2.14 LAUFENDE UND LATENTE STEUERN

Der Steueraufwand der Periode setzt sich aus laufenden und latenten Steuern zusammen. Steuern werden in der Gewinn- und Verlustrechnung erfasst, es sei denn, sie beziehen sich auf Posten, die unmittelbar im Eigenkapital oder im sonstigen Ergebnis erfasst wurden. In diesem Fall werden Steuern ebenfalls im Eigenkapital oder im sonstigen Ergebnis erfasst.

Latente Steuern werden, unter Verwendung der Verbindlichkeiten-Methode, für alle temporären Differenzen zwischen steuerlichen Buchwerten der Vermögenswerte und Schulden und den jeweiligen IFRS-Konzernbuchwerten angesetzt. Wenn jedoch im Rahmen einer Transaktion, die keinen Unternehmenszusammenschluss darstellt, eine latente Steuer aus dem erstmaligen Ansatz eines Vermögenswerts oder einer Verbindlichkeit entsteht, die zum Zeitpunkt der Transaktion weder einen Effekt auf den bilanziellen noch auf den steuerlichen Gewinn oder Verlust hat, unterbleibt die Steuerabgrenzung. Latente Steuern werden unter Anwendung der Steuersätze (und Steuervorschriften) bewertet, die am Bilanzstichtag gelten oder im Wesentlichen gesetzlich verabschiedet sind und deren Geltung zum Zeitpunkt der Realisierung der

latentem Steuerforderung bzw. der Begleichung der latenten Steuerverbindlichkeit erwartet wird. Die Ermittlung der latenten Steuern beruht auf einem Körperschaftsteuersatz von 15,0% (zuzüglich Solidaritätszuschlag von 5,5% auf die Körperschaftsteuer).

Latente Steuerforderungen werden in dem Umfang angesetzt, in dem eine steuerliche Vorteilsnahme aus der Verrechnung mit steuerlichen Gewinnen wahrscheinlich ist.

Latente Steuerverbindlichkeiten im Zusammenhang mit temporären Differenzen bei Beteiligungen an Tochterunternehmen werden grundsätzlich angesetzt, es sei denn, dass der Zeitpunkt der Umkehrung der temporären Differenzen vom Konzern gesteuert werden kann und dass eine Umkehrung der temporären Differenzen in absehbarer Zeit nicht wahrscheinlich ist.

2.15 LEISTUNGEN AN ARBEITNEHMER

2.15.1 Pensionsverpflichtungen und sonstige langfristig fällige Leistungen an Arbeitnehmer

Im Konzern existieren unterschiedliche Pensionspläne. Die Pläne werden durch Zahlungen an Versicherungsgesellschaften oder Pensionskassen oder durch Bildung von Rückstellungen (unmittelbare Zusagen) finanziert, deren Höhe auf versicherungsmathematischen Berechnungen basiert. Der Konzern hat sowohl leistungsorientierte als auch beitragsorientierte Pensionspläne.

Ein beitragsorientierter Plan ist ein Pensionsplan, unter dem der Konzern feste Beitragszahlungen an eine eigenständige Gesellschaft (Versicherungsgesellschaft oder Pensionskasse) leistet. Der Konzern könnte lediglich im Rahmen der Subsidiärhaftung in Anspruch genommen werden, zusätzliche Beiträge zu leisten. Da wir das Risiko des Ausfalls einer Versicherungsgesellschaft oder Pensionskasse für äußerst gering halten, bilanzieren wir derartige Zusagen wie beitragsorientierte Pläne.

Ein leistungsorientierter Plan ist ein Pensionsplan, der nicht unter die Definition eines beitragsorientierten Plans fällt. Er ist typischerweise dadurch charakterisiert, dass er einen Betrag an Pensionsleistungen fest schreibt, den ein Mitarbeiter bei Renteneintritt erhalten wird und dessen Höhe üblicherweise von einem oder mehreren Faktoren wie Alter, Dienstzeit und Gehalt abhängig ist.

Die in der Bilanz angesetzte Rückstellung für leistungsorientierte Pläne entspricht dem Barwert der leistungsorientierten Verpflichtung (Defined Benefit Obligation, DBO) am Bilanzstichtag, angepasst um kumulierte nicht erfasste versicherungsmathematische Gewinne und Verluste und nicht erfassten nachzuverrechnenden Dienstzeitaufwand.

Die DBO wird jährlich von einem unabhängigen versicherungsmathematischen Gutachter unter Anwendung der Anwartschaftsbarwertmethode (projected unit credit method) berechnet. Der Barwert der DBO wird berechnet, indem die erwarteten zukünftigen Mittelabflüsse mit dem Zinssatz von Industriefinanzierungen hoher Bonität, die auf die Währung lauten, in der auch die Leistungen bezahlt werden, und deren Laufzeiten denen der Pensionsverpflichtung entsprechen, abgezinst werden.

Versicherungsmathematische Gewinne und Verluste, die auf erfahrungsbedingten Anpassungen und Änderungen versicherungsmathematischer Annahmen basieren, werden dann erfolgswirksam erfasst, wenn der Nettobetrag aus beiden 10,0% des höheren Betrages von DBO und gegebenenfalls existierendem Planvermögen überschreitet (Korridorregelung). Die anteilig zu erfassenden versicherungsmathematischen Gewinne und Verluste entsprechen dem wie zuvor beschriebenen Betrag, geteilt durch die erwartete durchschnittliche Restdienstzeit der am Plan teilnehmenden Arbeitnehmer.

Nachzuverrechnender Dienstzeitaufwand wird sofort erfolgswirksam erfasst, es sei denn, die Änderungen des Pensionsplans hängen vom Verbleib des Mitarbeiters im Unternehmen für einen festgelegten Zeitraum ab (Zeitraum bis zum Eintritt der Unverfallbarkeit). In diesem Fall wird der nachzuverrechnende Dienstzeitaufwand linear über den Zeitraum bis zum Eintritt der Unverfallbarkeit erfolgswirksam erfasst.

Bei beitragsorientierten Plänen leistet der Konzern aufgrund einer gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtung Beiträge an öffentliche oder private Pensionsversicherungspläne. Der Konzern hat über die Zahlung der Beiträge hinaus keine weiteren Zahlungsverpflichtungen. Die Beiträge werden bei Fälligkeit im Personalaufwand erfasst.

Aufgrund tarifvertraglicher Regelungen leistet der Konzern für eine bestimmte Anzahl von Mitarbeitern Beiträge an die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) und an andere Versorgungswerke des öffentlichen Dienstes (Zusatzversorgungskasse für Gemeinden, ZVK). Die Beiträge werden im Rahmen von Umlageverfahren erhoben.

Bei den vorliegenden Plänen handelt es sich um gemeinschaftliche Pläne mehrerer Arbeitgeber (IAS 19.7), da sich die beteiligten Unternehmen sowohl das Risiko der Kapitalanlage als auch das biometrische Risiko teilen.

Die VBL-/ZVK-Versorgung ist grundsätzlich als leistungsorientierter Versorgungsplan einzuordnen (IAS 19.27), auf den die Voraussetzungen des IAS 19.30 zutreffen und der daher als beitragsorientierter Plan zu bilanzieren ist. Vereinbarungen im Sinne von IAS 19.32A bestehen nicht, so dass der Ansatz eines entsprechenden Vermögenswerts oder einer Schuld entfällt. Der Erfassung eines etwaigen Schuldpostens in unserer Bilanz gehen vorrangig einzulösende Gewährsträgerverpflichtungen öffentlicher Gebietskörperschaften vor.

Die laufenden Beitragszahlungen an die VBL/ZVK haben wir als Aufwendungen für Altersversorgung der jeweiligen Jahre als Leistungen nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses im Personalaufwand ausgewiesen.

Die sonstigen langfristig fälligen Leistungen an Arbeitnehmer betreffen Verpflichtungen aus Erfüllungsrückständen aufgrund von Altersteilzeit. Die Bewertung im Sinne von IAS 19 erfolgt durch einen unabhängigen versicherungsmathematischen Gutachter. Die Altersteilzeitleistungen werden mit dem Barwert der Verpflichtungen bewertet. Während der Arbeitsphase wird bei dem Unternehmen ein Erfüllungsrückstand aufgebaut, da den Mitarbeitern in der Arbeitsphase nicht die vollen Bezüge für die erbrachte Arbeitsleistung ausgezahlt werden (Blockmodell). Als Rechnungsgrundlagen für die Bewertung der Altersteilzeitverpflichtungen werden die Richttafeln 2005 G von Prof. Dr. Klaus Heubeck mit einem Rechnungszins von 2,6 % (Vj. 3,2 %) verwendet. Ferner wird ein Gehaltstrend in Höhe von 2,5 % angenommen. Die Berücksichtigung des Aufstockungsbetrages erfolgt sofort erfolgswirksam.

2.15.2 Leistungen aus Anlass der Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Leistungen aus Anlass der Beendigung des Arbeitsverhältnisses werden erbracht, wenn ein Mitarbeiter vor dem regulären Renteneintritt entlassen wird oder gegen eine Abfindungsleistung freiwillig aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet. Darunter fallen auch die Aufstockungsbeträge aus Anlass der Beendigung des Arbeitsverhältnisses im Rahmen von Altersteilzeitvereinbarungen. Der Konzern erfasst Abfindungsleistungen, wenn er nachweislich verpflichtet ist, das Arbeitsverhältnis von gegenwärtigen Mitarbeitern entsprechend einem detaillierten formalen Plan, der nicht rückgängig gemacht werden kann, zu beenden, oder nachweislich Abfindungen bei freiwilliger Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch Mitarbeiter zu leisten hat. Leistungen, die nach mehr als zwölf Monaten nach dem Bilanzstichtag fällig werden, werden auf ihren Barwert abgezinst.

2.15.3 Tantiemen und Ergebnisbeteiligungen

Für Tantiemen und Ergebnisbeteiligungen wird eine Verbindlichkeit, basierend auf einem am Konzernergebnis bzw. an den Ergebnissen der einbezogenen Tochtergesellschaften orientierten Bewertungsverfahren, passiviert. Der Konzern passiviert eine Verbindlichkeit in den Fällen, in denen eine vertragliche Verpflichtung besteht oder sich aufgrund der Geschäftspraxis der Vergangenheit eine faktische Verpflichtung ergibt.

2.16 RÜCKSTELLUNGEN

Rückstellungen für Umstrukturierungen und rechtliche Verpflichtungen werden erfasst, wenn das Unternehmen eine rechtliche oder faktische Verpflichtung als Folge eines Ereignisses der Vergangenheit hat, wenn es wahrscheinlich ist, dass es im Zuge der Erfüllung der Verpflichtung zu einem Abfluss wirtschaftlicher Ressourcen kommt und wenn der Wert des Ressourcenabflusses verlässlich bestimmt werden kann.

Umstrukturierungsrückstellungen beinhalten im Wesentlichen Kosten aus der frühzeitigen Beendigung von Anstellungsverträgen mit Mitarbeitern. Rückstellungen werden insbesondere nicht gebildet für künftige operative Verluste.

Besteht eine Mehrzahl gleichartiger Verpflichtungen, erfolgt die Beurteilung der Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme auf Grundlage einer Gesamtbetrachtung der gleichartigen Verpflichtungen. Eine Rückstellungsbildung erfolgt auch dann, wenn die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme aus einzelnen dieser Verpflichtungen als gering einzuschätzen ist.

Rückstellungen werden zum Barwert der mit dem Begleichen der Verpflichtung erwarteten Zahlungen bewertet. Dabei wird mit einem Vorsteuer-Zinssatz diskontiert, der die aktuellen Markterwartungen bezüglich des Zeitwerts des Geldes und der Risikopotenziale der Verpflichtung reflektiert. Werterhöhungen von Rückstellungen, die auf zeitbedingten Zinseffekten beruhen, werden in der Gewinn- und Verlustrechnung als Zinsaufwand gezeigt.

2.17 ERTRAGSREALISIERUNG

Erträge werden in Höhe des beizulegenden Zeitwerts der für die Erbringung von Dienstleistungen und für den Verkauf von Waren erhaltenen Gegenleistung erfasst. Erträge aus konzerninternen Verkäufen und Leistungserbringungen werden im Rahmen der Konsolidierung eliminiert. Erträge werden wie folgt realisiert.

2.17.1 Stationäre und ambulante Krankenhausleistungen

Krankenhausleistungen werden entsprechend dem Leistungsfortschritt im Verhältnis von erbrachter zur Gesamtdienstleistung in dem Geschäftsjahr erfasst, in dem die Dienstleistungen erfolgen. Die Abrechnung der mit den Kostenträgern vereinbarten Leistungsrechnung erfolgt im Wesentlichen auf Basis verweildauerunabhängiger, pauschalierter Entgelte. In Teilbereichen kommen tagesgleiche Pflegesätze zur Abrechnung.

Die Krankenhausleistungen sind im Rahmen eines vereinbarten Budgets der Höhe nach begrenzt. Daraus folgt, dass Mehrleistungen (Budgetüberschreitungen) und Minderleistungen (Budgetunterschreitungen) im Rahmen der gesetzlichen Regelungen wechselseitig auszugleichen sind.

2.17.2 Zinserträge

Zinserträge werden zeitanteilig unter Anwendung der Effektivzinsmethode erfasst.

2.17.3 Ausschüttungs- und Dividendenerträge

Gewinnausschüttungen werden im Zeitpunkt erfasst, in dem das Recht auf den Empfang der Zahlung entsteht.

2.18 LEASING

Leasingtransaktionen im Sinne des IAS 17 können aus Miet- und Pachtverhältnissen resultieren und werden entweder als Finanzierungs-Leasing oder als Operating-Leasing klassifiziert.

Leasingtransaktionen, bei denen der Konzern als Leasingnehmer alle wesentlichen Chancen und Risiken, die mit dem Eigentum verbunden sind, trägt, werden grundsätzlich als Finanzierungs-Leasing, d. h. wie tatsächlich erworbenes Anlagevermögen, behandelt. Die Vermögenswerte werden aktiviert und über die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer abgeschrieben; die künftigen Leasingzahlungen werden mit ihrem Barwert als Verbindlichkeiten passiviert.

Leasingtransaktionen, bei denen ein wesentlicher Anteil der mit dem Eigentum am Leasingobjekt verbundenen Risiken und Chancen beim Leasinggeber verbleibt, werden als Operating-Leasing klassifiziert. Im Zusammenhang mit einem Operating-Leasing-Verhältnis geleistete Zahlungen werden linear über die Dauer des Leasingverhältnisses in der Gewinn- und Verlustrechnung erfasst.

2.19 FREMDKAPITALKOSTEN

Kosten der Fremdkapitalaufnahmen wurden bei den entsprechenden Posten abgesetzt und nach der Effektivzinsmethode verteilt. Im Übrigen wurden die Zinsen als laufender Aufwand erfasst.

Fremdkapitalkosten, die im Zusammenhang mit der Anschaffung/Herstellung sogenannter qualifizierter Vermögenswerte entstehen, werden während des gesamten Herstellungsprozesses bis zur Inbetriebnahme aktiviert. Andere Fremdkapitalkosten werden aufwandswirksam gebucht.

2.20 DIVIDENDENAUSCHÜTTUNGEN

Die Ansprüche der Anteilseigner auf Dividendenausschüttungen werden in der Periode als Verbindlichkeit erfasst, in der die entsprechende Beschlussfassung erfolgt ist.

2.21 FINANZRISIKOMANAGEMENT

2.21.1 Finanzrisikofaktoren

Die RHÖN-KLINIKUM AG unterliegt hinsichtlich ihrer Vermögenswerte, Verbindlichkeiten und geplanten Transaktionen insbesondere folgenden Risiken:

- dem Kredit- und Bonitätsrisiko,
- dem Liquiditätsrisiko und
- dem Zinsänderungsrisiko.

Ziel des finanziellen Risikomanagements ist die Begrenzung der aufgeführten Risiken durch laufende operative Aktivitäten sowie den Einsatz derivativer und nicht-derivativer (z. B. Festzinsdarlehen) Finanzinstrumente. Die eingesetzten derivativen Finanzinstrumente dienen ausschließlich der Absicherung von Grundgeschäften, d. h. für Handels- oder spekulative Zwecke kommen sie nicht zum Einsatz.

Grundsätzlich werden Finanzierungsinstrumente zur Begrenzung des Kontrahentenrisikos nur mit führenden Finanzinstituten abgeschlossen.

Das Finanzrisikomanagement erfolgt durch die Abteilung Treasury unter Aufsicht des Finanzvorstands entsprechend den vom Vorstand und Aufsichtsrat verabschiedeten Leitlinien. Die Risikoidentifikation und -bewertung erfolgt durch den Vorstand in Zusammenarbeit mit den operativen Einheiten des Konzerns. Der Finanzvorstand gibt sowohl die Prinzipien für das bereichsübergreifende Risikomanagement vor als auch Richtlinien für bestimmte Bereiche, wie z. B. den Umgang mit dem Zins- und Kreditrisiko, dem Einsatz derivativer und nicht-derivativer Finanzinstrumente sowie die Investition von Liquiditätsüberschüssen.

2.21.2 Kredit- und Bonitätsrisiko

Der Konzern erbringt zu über 90 % Leistungen an Mitglieder der gesetzlichen Sozialversicherung und im Übrigen an Selbstzahler, die bei privaten Krankenversicherungen abgesichert sind. Signifikante Konzentrationen bezüglich einzelner Kostenträger bestehen nicht. Die Krankenhausleistungen werden in der Regel innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist durch die Kostenträger beglichen. Hinsichtlich der Ausfallrisiken im Geschäftsjahr 2011 wird auf die Ausführungen unter dem Punkt 7.9 ff. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen, sonstige finanzielle Vermögenswerte und sonstige Vermögenswerte verwiesen. Das maximale Ausfallrisiko entspricht der Summe der in der Bilanz ausgewiesenen finanziellen Vermögenswerte abzüglich Wertberichtigung. Kontrahentenrisiken aus Abschlüssen von Finanztransaktionen werden durch die Einhaltung von Regeln und Limits minimiert.

2.21.3 Liquiditätsrisiko

Ein vorsichtiges Liquiditätsmanagement schließt das Halten einer ausreichenden Reserve an flüssigen Mitteln, die Möglichkeit zur Finanzierung eines adäquaten Betrages im Rahmen zugesagter Kreditlinien und die Fähigkeit zur Emission am Markt ein. Aufgrund der Dynamik des Marktumfelds, in dem der Kon-

zern operiert, ist es unser Ziel, die notwendige Flexibilität in der Finanzierung beizubehalten, indem ausreichend verfügbare Kreditlinien bestehen und ein jederzeitiger Zugang zu den Kapitalmärkten möglich ist. Um jederzeitige Handlungsfähigkeit sicherzustellen, wird eine strategische Mindestliquidität aus Cash-Positionen und freien, sofort verfügbaren Kreditlinien gehalten. Zur Überwachung des Liquiditätsrisikos wird täglich ein Liquiditätsreport erstellt. Zusätzlich werden kurz- bis mittelfristige Liquiditätsplanungsrechnungen durchgeführt.

2.21.4 Zinsänderungsrisiko

Das Zinsänderungsrisiko resultiert aus der Unsicherheit über die zukünftige Entwicklung des Zinsniveaus und wirkt auf alle verzinslichen Positionen sowie auf Zinsderivate. Die RHÖN-KLINIKUM AG unterliegt damit grundsätzlich Zinsänderungsrisiken.

Von den konzernweit bestehenden Finanzverbindlichkeiten waren zum Bilanzstichtag 50,9 % (Vj. 57,0 %) fest verzinslich und 49,1 % (Vj. 43,0 %) variabel verzinslich. Unter Berücksichtigung der gegebenen und geplanten Schuldenstruktur werden im Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG Zinsderivate zur Minimierung der Zinsänderungsrisiken eingesetzt. Die unterhaltenen Bankguthaben waren zu 60,0 % (Vj. 67,8 %) festverzinslich mit einer Zinslaufzeit über einen Monat, aber unter drei Monaten oder täglich kündbar angelegt.

Zinsänderungsrisiken werden mittels Sensitivitätsanalysen überwacht. Diese stellen die Effekte von Änderungen der Marktzinssätze auf Zinszahlungen, Zinserträge und Zinsaufwendungen, andere Ergebnisteile sowie gegebenenfalls auf das Eigenkapital dar. Den Zinssensitivitätsanalysen liegen die folgenden Annahmen zugrunde:

- Alle zu fortgeführten Anschaffungskosten bewerteten Finanzinstrumente mit fester Verzinsung unterliegen keinen Zinsänderungsrisiken.
- Marktzinssänderungen wirken sich auf das Zinsergebnis von variabel verzinslichen Finanzierungsinstrumenten aus und werden demzufolge in die Sensitivitätsanalyse einbezogen.
- Derivate unterliegen Zinsänderungsrisiken hinsichtlich ihres Marktwerts und ihrer Cash-Flows.
- Betrachtet wird eine hypothetische Schwankung des Marktzinssniveaus zum Bilanzstichtag um +/-100 Basispunkte.

Bei einem um 100 Basispunkte erhöhten Zinsniveau hätte sich das Finanzergebnis um 0,9 Mio. € erhöht. Bei einem um 100 Basispunkte reduzierten Marktzinssniveau wäre das Finanzergebnis um 0,4 Mio. € niedriger ausgefallen.

Die hypothetische Auswirkung auf das Finanzergebnis bei steigenden Zinsen ergibt sich aus potenziellen Effekten der variabel verzinslichen Verbindlichkeiten von -1,2 Mio. € sowie den Effekten aus den variabel verzinslichen Guthaben bei Kreditinstituten von 2,1 Mio. €. Wenn das Marktzinssniveau zum 31. Dezember 2011 um 100 Basispunkte höher gewesen wäre, so hätte sich die Bewertung der Derivate um 12,8 Mio. € erhöht. Die Wertänderung der Derivate hätte sich mit einem Anteil von 12,8 Mio. € erhöhend auf das Eigenkapital ausgewirkt.

Die hypothetischen Auswirkungen ad hoc sinkender Zinsen auf das Finanzergebnis resultieren aus den Effekten der variabel verzinslichen Verbindlichkeiten von 1,2 Mio. € sowie den Effekten aus den variabel verzinslichen Guthaben bei Kreditinstituten von -1,6 Mio. €. Wenn das Marktzinssniveau zum 31. Dezember 2011 um 100 Basispunkte niedriger gewesen wäre, hätte sich die Bewertung der Derivate um 13,7 Mio. € vermindert. Die Wertänderung der Derivate hätte sich mit einem Anteil von 13,7 Mio. € vermindern auf das Eigenkapital ausgewirkt.

2.21.5 Management von Eigen- und Fremdkapital

Das Ziel des Managements bei dem Umgang mit dem Eigenkapital und Fremdkapital ist die strikte Verfolgung einer Fristenkongruenz (horizontale Bilanzstruktur) von Mittelherkunft und Mittelverwendung. Langfristig gebundenes Vermögen soll langfristig finanziert sein. Zur langfristigen Mittelherkunft zählen die in der Bilanz ausgewiesenen Positionen Eigenkapital und langfristige Schulden. Diese Kennzahl soll

mindestens 100 % betragen und betrug im Berichtsjahr 117,7 % (Vj. 112,0 %). Langfristige Mittelverwendungen betreffen Finanz- und Sachanlagen. Obwohl der Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG bei einer Personalkostenquote von über 50 % häufig der Dienstleistungsbranche zugerechnet wird, ist das Geschäftsmodell langfristig ausgerichtet und initial investitionsgetrieben. Die Investitionskosten wollen wir nachhaltig durch mindestens 35,0 % Eigenkapital unterlegen. Zum 31. Dezember 2011 waren dies auf Konzernebene 50,3 % (Vj. 48,9 %).

Das Konzernwachstum wird im Übrigen durch angemessene Maßnahmen beim Eigenkapital über die Gewinnverwendungsbeschlüsse bei den einbezogenen Gesellschaften gesteuert. Bei Thesaurierung von Teilen der Jahresüberschüsse orientiert sich das Management an einer Eigenkapitalquote von 25 %.

Für die Finanzierung eines weiteren gesunden Wachstums durch Eigenkapitalmittel ließ sich das Management ein genehmigtes Kapital in Höhe von 43,2 Mio. € von der Hauptversammlung vom 10. Juni 2009 bis zum 31. Mai 2012 genehmigen.

Beim Einsatz von Fremdkapital orientiert sich das Management zur Risikominimierung an nachfolgenden Steuerungsgrößen. Es wird angestrebt, den Quotienten aus Nettokreditverschuldung (= Finanzschulden abzüglich Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente) und EBITDA auf maximal das 3-fache sowie das Verhältnis des EBITDA zum Nettofinanzergebnis auf minimal das 6-fache zu begrenzen.

Die Nettoverschuldung darf gemäß den abgeschlossenen Kreditvereinbarungen maximal das 3-fache (3,0) des EBITDA von 354,7 Mio. € (Vj. 307,3 Mio. €) betragen. Die Obergrenze würde im Geschäftsjahr 2011 bei 1.064,1 Mio. € (Vj. 921,9 Mio. €) liegen. Diese Kennzahl wurde im Berichtsjahr mit dem Verhältnis 1,6 (Vj. 1,8) eingehalten.

Das Finanzergebnis aus der Konzern-Gewinn- und Verlustrechnung, multipliziert mit dem Faktor 6, darf den EBITDA-Wert des Geschäftsjahres nicht unterschreiten. Für das abgelaufene Geschäftsjahr 2011 lag das EBITDA bei 354,7 Mio. € und das Finanzergebnis bei 26,7 Mio. €. Die daraus abgeleitete Kennzahl von 13,3 (Vj. 12,8) eröffnet noch erheblichen Kreditspielraum, und Zinsanstiege können zusätzlich abgedeckt werden.

Die Kapitalkosten des Konzerns sind mit sämtlichen oben erwähnten Kennzahlen eng verknüpft, so dass Abweichungen zu einer Verschlechterung der Kreditkondition führen würden.

3 KRITISCHE SCHÄTZUNGEN UND BEURTEILUNGEN BEI DER BILANZIERUNG UND BEWERTUNG

Sämtliche Schätzungen und Beurteilungen werden fortlaufend überprüft und basieren auf historischen Erfahrungen und weiteren Faktoren, einschließlich Erwartungen hinsichtlich zukünftiger Ereignisse, die unter den gegebenen Umständen vernünftig erscheinen.

Der Konzern trifft Einschätzungen und Annahmen, welche die Zukunft betreffen. Die hieraus abgeleiteten Schätzungen werden naturgemäß in den seltensten Fällen den späteren tatsächlichen Gegebenheiten entsprechen. Diese Unsicherheiten betreffen in besonderem Maße:

- die Parameter der Planung, die dem Wertminderungstest für Geschäftswerte zugrunde gelegt werden
- Annahmen bei der Bestimmung von Pensionsverpflichtungen
- Annahmen und Wahrscheinlichkeiten bei der Bemessung von Rückstellungen
- Annahmen bezüglich des Ausfallrisikos bei Forderungen aus Lieferungen und Leistungen.

Die Schätzungen und Annahmen, die ein signifikantes Risiko in Form einer wesentlichen Anpassung der Buchwerte von Vermögenswerten und Schulden innerhalb des nächsten Geschäftsjahres mit sich bringen, werden im Folgenden erörtert.

3.1 GESCHÄTZTE WERTMINDERUNG DER GESCHÄFTSWERTE

Zur Bestimmung der beizulegenden Zeitwerte abzüglich Veräußerungskosten der Geschäftswerte wurden die operativen Cash-Flows der einzelnen Kliniken mit dem gewichteten durchschnittlichen Kapitalkostensatz (Weighted Average Cost of Capital, WACC) nach Steuern von 5,94 % (Vj. 5,90 %) diskontiert. Auf dieser Berechnungsgrundlage ergab sich kein Wertminderungsbedarf. Schlüsselannahmen mit wesentlichem Einfluss auf den beizulegenden Zeitwert abzüglich Veräußerungskosten sind der WACC sowie die durchschnittliche EBIT-Marge. Für das durchschnittliche Umsatzwachstum sowie die durchschnittliche EBIT-Marge verweisen wir auf unsere Erläuterung unter Punkt 7.1. Bei den zahlungsmittelgenerierenden Einheiten entspricht ab einem unterstellten Kapitalkostensatz von 6,0 % (Vj. 7,1 %) der erzielbare Betrag dem Buchwert.

3.2 UMSATZREALISIERUNG

Die Krankenhäuser des Konzerns der RHÖN-KLINIKUM AG unterliegen wie alle anderen Krankenhäuser in Deutschland den gesetzlichen Entgeltregelungen.

Diese sehen regelmäßig prospektive Entgeltvereinbarungen vor, um Planungs- und Erlössicherheit zu schaffen. In der Praxis jedoch finden diese Verhandlungen erst im Verlauf des Geschäftsjahres oder sogar erst nach dessen Ablauf statt, so dass hinsichtlich der vergüteten Leistungsmenge zum Bilanzstichtag Unsicherheiten bestehen, die durch sachgerechte Schätzungen in der Bilanz als Ansprüche oder Verbindlichkeiten abgebildet werden. Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, dass die mit den Schätzungen verbundenen Ungenauigkeiten deutlich unter 1 % unserer Umsatzerlöse liegen.

Der Konzern tätigt über 90 % seiner Umsätze mit den gesetzlichen Krankenkassen. Grundsätzlich werden zu Jahresbeginn mit den gesetzlichen Krankenkassen die verschiedenen Budgets für die einzelnen Krankenhäuser festgelegt. Die Bewertung der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRGs) wird bundesweit einheitlich über den DRG-Katalog vorgenommen. Die Bewertungsrelationen werden jährlich vom »Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH« (InEK) überprüft und angepasst.

Bei einer mengenmäßigen Über- oder Unterschreitung des vereinbarten Gesamtbudgets werden für Mehr- oder Minderleistungen nur die zusätzlich angefallenen bzw. entfallenen variablen Kosten in Höhe pauschalierter Sätze vergütet bzw. abgezogen. Bis zur Erstellung der Konzernbilanz lagen in fast allen Kliniken genehmigte Entgeltvereinbarungen vor, so dass eventuelle Mehr- oder Mindererlösausgleiche genau kalkuliert werden konnten. In den Kliniken, in denen für 2011 noch keine Budgetvereinbarungen vorlagen, haben wir uns aus diesem Grund bei der Bilanzierung strikt an die rechtlichen Rahmenbedingungen gehalten. Wir gehen davon aus, dass die Vereinbarungen für 2011 keinen negativen Einfluss auf das Ergebnis 2012 haben werden.

3.3 ERTRAGSTEUERN

Für die Bildung von Steuerrückstellungen sowie von latenten Steuerposten sind Schätzungen erforderlich.

Ausschlaggebend für die Beurteilung der Werthaltigkeit aktiver latenter Steuern ist die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit der Umkehrung der Bewertungsunterschiede und der Nutzbarkeit der Verlustvorträge, die zum Ansatz von aktiven latenten Steuern geführt haben. Dies ist abhängig von der Entstehung künftiger steuerpflichtiger Gewinne während der Zeiträume, in denen sich steuerliche Bewertungsunterschiede umkehren und steuerliche Verlustvorträge geltend gemacht werden können. Es bestehen Unsicherheiten hinsichtlich der Auslegung komplexer Steuervorschriften und der Höhe und des Zeitpunkts künftiger, zu versteuernder Einkünfte, die Änderungen des Steuerergebnisses in künftigen Perioden zur Folge haben. Für mögliche Folgen der Betriebsprüfung durch die Steuerverwaltung bildet der Konzern angemessene Rückstellungen. Berücksichtigt werden dabei insbesondere verschiedene Faktoren wie Erfahrungen aus früheren Betriebsprüfungen sowie unterschiedliche Auslegungen des materiellen Steuerrechts zwischen Steuerpflichtigen und Finanzverwaltungen im Hinblick auf den jeweiligen Sachverhalt.

4 UNTERNEHMENSERWERBE

Konzernobergesellschaft ist die RHÖN-KLINIKUM Aktiengesellschaft mit Sitz in Bad Neustadt a. d. Saale. Der Konsolidierungskreis umfasst neben der RHÖN-KLINIKUM AG als Obergesellschaft 103 inländische Tochterunternehmen, wovon 96 Gesellschaften vollkonsolidiert werden, sowie zwei nach der Equity-Methode einbezogene Unternehmen. Davon ist eine Gesellschaft ein Joint Venture und die andere Gesellschaft ein assoziiertes Unternehmen. Die übrigen Gesellschaften werden mit ihren Anschaffungskosten bzw. niedrigeren Zeitwerten im Konzernabschluss erfasst.

Mit notariellem Kaufvertrag vom 13. September 2010 hat die MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Düsseldorf GmbH (vormals: RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 29) zehn augenärztliche Kassenarztsitze und einen anästhesistischen Kassenarztsitz erworben. Die Wirksamkeitsvoraussetzungen traten vertragsgemäß zum 1. Januar 2011 ein; die Einbeziehung in den Konzern erfolgte daher zum 1. Januar 2011. Im Rahmen des Erwerbs der Kassenarztsitze sind Kosten in Höhe von 0,3 Mio. € angefallen, die im Aufwand des Geschäftsjahres 2010 berücksichtigt wurden. Die endgültige Kaufpreisallokation hat folgende Auswirkungen auf die Vermögenslage des Konzerns 2011:

	Buchwert vor Akquisition Mio. €	Anpassungs- betrag Mio. €	Zeitwert nach Akquisition Mio. €
MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Düsseldorf GmbH			
Erworbene Vermögenswerte und Schulden			
Sachanlagen	0,5		0,5
Erworbenes Nettovermögen			0,5
+ Geschäftswert			11,7
Anschaffungskosten			12,2
./. ausstehende Kaufpreiszahlungen			0,0
./. übernommene Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente			0,0
Zahlungsmittelabfluss aus Transaktion			12,2

Im Geschäftsjahr 2011 wurden 17,5 kliniknahe und 14 ophthalmologische Kassenarztsitze erworben, für die die Wirksamkeitsvoraussetzungen vertragsgemäß noch im Berichtszeitraum 2011 eintraten. Die Einbeziehung in den Konzern erfolgte ebenfalls im Geschäftsjahr 2011. Im Rahmen des Erwerbs der Kassenarztsitze sind Kosten in Höhe von 0,1 Mio. € angefallen, die im Aufwand erfasst wurden. Die endgültige Kaufpreisallokation hat folgende Auswirkungen auf die Vermögenslage des Konzerns 2011:

	Buchwert vor Akquisition Mio. €	Anpassungs- betrag Mio. €	Buchwert nach Akquisition Mio. €
Kauf Arztsitze Januar – Dezember 2011			
Erworbene Vermögenswerte und Schulden			
Sachanlagen	3,0		3,0
Erworbenes Nettovermögen			3,0
+ Geschäftswert			10,2
Anschaffungskosten			13,2
./. ausstehende Kaufpreiszahlungen			-4,8
./. übernommene Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente			0,0
Zahlungsmittelabfluss aus Transaktion			8,4

Des Weiteren wurden 2011 7,5 kliniknahe und fünf ophthalmologische Kassenarztsitze erworben. Die Wirksamkeitsvoraussetzungen traten vertragsgemäß zum 1. Januar 2012 bzw. 1. Februar 2012 ein, so dass die Kassenarztsitze im ersten Quartal 2012 übertragen werden. Die Einbeziehung in den Konzern erfolgt ebenfalls im ersten Quartal 2012. Im Rahmen des Erwerbs der Kassenarztsitze sind keine Kosten angefallen. Die vorläufige Kaufpreisallokation sieht folgende Auswirkungen auf die Vermögenslage des Konzerns im ersten Quartal 2012 vor:

	Buchwert vor Akquisition Mio. €	Anpassungs- betrag Mio. €	Buchwert nach Akquisition Mio. €
Kauf Arztsitze mit Wirksamkeit 01.01.2012			
Erworbene Vermögenswerte und Schulden			
Sachanlagen	0,8		0,8
Erworbenes Nettovermögen			0,8
+ Geschäftswert			6,4
Anschaffungskosten			7,2
./. ausstehende Kaufpreiszahlungen			-7,2
./. übernommene Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente			0,0
Zahlungsmittelabfluss aus Transaktion			0,0

Der Goodwill in Höhe von 11,7 Mio. € und 10,2 Mio. € bzw. 6,4 Mio. € beinhaltet im Wesentlichen Synergieeffekte, die aus dem Ausbau der Medizinischen Versorgungszentren erwartet werden. Es ist davon auszugehen, dass die erfassten Goodwills für steuerliche Zwecke abzugsfähig sind.

5 SEGMENTBERICHTERSTATTUNG

Unsere Krankenhäuser werden in rechtlich selbständigen Tochterunternehmen geführt, die ihren Geschäftsbetrieb im regionalen Umfeld nach den Richtlinien und Vorgaben der Muttergesellschaft ausüben. Unselbständige Krankenhausbetriebsstätten oder Niederlassungen bestehen innerhalb des Konzerns der RHÖN-KLINIKUM AG nicht.

Nach IFRS 8 »Geschäftssegmente« sind die Segmentinformationen entsprechend der internen Berichterstattung an den Hauptentscheidungsträger darzustellen (»Management-Approach«).

Hauptentscheidungsträger der RHÖN-KLINIKUM AG ist der Gesamtvorstand, der die strategischen Entscheidungen für die Gruppe trifft und dem auf Basis der Zahlen der einzelnen Krankenhäuser bzw. Gesellschaften berichtet wird. Dementsprechend verfügt die RHÖN-KLINIKUM AG mit ihren Akutkliniken und anderen Einrichtungen unverändert über nur ein berichtspflichtiges Segment, da die anderen Bereiche wie Rehabilitationseinrichtungen, Medizinische Versorgungszentren und Servicegesellschaften einzeln und in Summe nicht die quantitativen Schwellenwerte des IFRS 8 überschreiten.

6 ERLÄUTERUNGEN ZUR KONZERN-GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

6.1 UMSATZERLÖSE

Die Entwicklung der Umsatzerlöse nach Geschäftsfeldern und Regionen stellt sich wie folgt dar:

	2011 Mio. €	2010 Mio. €
Geschäftsfelder		
Akutkliniken	2.541,8	2.483,8
Medizinische Versorgungszentren	40,2	22,3
Rehabilitationskliniken	47,1	44,3
	2.629,1	2.550,4
Regionen		
Freistaat Bayern	516,1	505,5
Freistaat Sachsen	372,1	351,8
Freistaat Thüringen	306,7	315,7
Land Brandenburg	117,6	111,7
Land Baden-Württemberg	126,7	124,2
Land Hessen	583,6	557,3
Land Niedersachsen	413,0	404,5
Land Nordrhein-Westfalen	64,9	51,3
Land Mecklenburg-Vorpommern	6,3	6,4
Land Sachsen-Anhalt	122,1	122,0
	2.629,1	2.550,4

Die Umsatzerlöse stellen nach IAS 18 Umsätze aus der Erbringung von Dienstleistungen dar und sind im Geschäftsjahr 2011 um 78,7 Mio. € bzw. 3,1 % auf 2.629,1 Mio. € angestiegen. Davon entfallen auf Umsätze in unseren Akut- und Rehabilitationskliniken 2.588,9 Mio. € (Vj. 2.528,1 Mio. €) und auf Umsätze in unseren Medizinischen Versorgungszentren 40,2 Mio. € (Vj. 22,3 Mio. €). Vom Umsatzzuwachs entfallen 60,2 Mio. € bzw. 2,4 % auf internes Wachstum. Zu berücksichtigen ist, dass in den Umsatzerlösen des Vorjahres ein periodenfremder Budgeteffekt von 8,3 Mio. € enthalten war.

6.2 SONSTIGE ERTRÄGE

Die sonstigen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	2011 Mio. €	2010 Mio. €
Erträge aus Leistungen	149,8	139,8
Erträge aus Fördermitteln und sonstigen Zuwendungen	16,8	13,8
Erträge aus wertberechtigten Forderungen	3,1	2,5
Erträge aus Schadensersatzleistungen/Sonstige Erstattungen	19,3	4,9
Übrige	27,2	17,7
	216,2	178,7

Als Erträge aus Leistungen werden Erlöse aus Hilfs- und Nebenbetrieben in Höhe von 136,7 Mio. € (Vj. 127,5 Mio. €) sowie Miet- und Pächterlöse in Höhe von 13,1 Mio. € (Vj. 12,3 Mio. €) ausgewiesen. Der Anstieg der Erlöse aus Hilfs- und Nebenbetrieben resultiert aus gestiegenen Arzneimittelverkäufen und höheren Erträgen aus dem Verkauf von Energie.

Zur Kompensation bestimmter zweckgebundener Aufwendungen, die im Zusammenhang von mit öffentlichen Mitteln geförderten Maßnahmen stehen (z. B. Personal- und Sachkosten für Forschung und Lehre, Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz), erhielt der Konzern Fördermittel und sonstige Zuwendungen.

Die RHÖN-KLINIKUM AG und die Siemens AG haben im dritten Quartal 2011 eine Vereinbarung getroffen, welche die finanziellen Nachteile bei der RHÖN-KLINIKUM AG für die Einstellung des Entwicklungsprojekts »Partikeltherapie Marburg« kompensiert. Die Einstellung des Projekts führte zu außerordentlichen Abschreibungen in Höhe von 17,0 Mio. €, die durch Ausgleichszahlungen der Siemens AG in gleicher Höhe kompensiert wurden. Die Ausgleichszahlungen führten zu einem Anstieg der Erträge aus Schadensersatzleistungen/Sonstige Erstattungen.

Die übrigen sonstigen Erträge entfallen u. a. mit 6,6 Mio. € (Vj. 5,8 Mio. €) auf Erstattungen der Kostenträger für ohne Beanstandungen abgeschlossene Prüfungen von Fällen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, mit 1,1 Mio. € (Vj. 1,5 Mio. €) auf aktivierte Eigenleistungen sowie mit 6,9 Mio. € (Vj. 6,9 Mio. €) auf Mittel zur Kompensation von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Studien.

6.3 MATERIALAUFWAND

	2011 Mio. €	2010 Mio. €
Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	554,6	538,8
Aufwendungen für bezogene Leistungen	124,0	118,1
	678,6	656,9

Der Materialaufwand ist gegenüber dem Vorjahr bei einer konstanten Materialquote von 25,8 % um 21,7 Mio. € bzw. 3,3 % auf 678,6 Mio. € angestiegen. Deutliche Preisanhebungen konnten durch Produktstandardisierung und Anwenderberatung im Geschäftsjahr 2011 überkompensiert werden. Aufwandserhöhend wirkten sich kontinuierlich steigende von Honorarärzten bezogene Leistungen aus, die nur teilweise originäre Personalaufwendungen kompensieren. Bereinigt um den Effekt der Honorarärzte, ist die Materialaufwandsquote von 24,4 % um 0,1 %-Punkte auf 24,3 % zurückgegangen. Vom Anstieg der Materialaufwendungen entfallen 3,0 Mio. € bzw. 0,5 % auf Konsolidierungseffekte.

6.4 PERSONALAUFWAND

	2011 Mio. €	2010 Mio. €
Löhne und Gehälter	1.296,1	1.260,3
Sozialversicherungsabgaben	108,8	101,2
Aufwendungen für Leistungen nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses		
beitragsorientierte Pläne	155,1	150,1
leistungsorientierte Pläne	2,1	2,2
	1.562,1	1.513,8

Die Aufwendungen für die beitragsorientierten Pläne betreffen Zahlungen an die Zusatzversorgungskassen (ZVK) und die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL). Die leistungsorientierten Pläne entfallen auf Versorgungszusagen von Konzerngesellschaften und betreffen Zusagen auf Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenrenten sowie auf Abfindungsleistungen für Mitglieder des Vorstands nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

Im Personalaufwand sind Abfindungen in Höhe von 0,7 Mio. € enthalten.

Der Anstieg der Personalaufwendungen entfällt mit 9,5 Mio. € auf die erstkonsolidierte Klinik Hildesheimer Land GmbH und Inbetriebnahmen von MVZ-Gesellschaften. Bereinigt um vorgenannte Konsolidierungseffekte ergibt sich ein Anstieg der Personalaufwendungen um 38,8 Mio. € bzw. 2,6 %.

6.5 ABSCHREIBUNGEN UND WERTMINDERUNGEN

Der Posten enthält planmäßige und außerplanmäßige Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände, Sachanlagen und als Finanzinvestition gehaltene Immobilien. Der Anstieg um 32,1 Mio. € bzw. 29,3 % auf 141,5 Mio. € beinhaltet die im Rahmen der Einstellung des Entwicklungsprojekts »Partikeltherapie Marburg« entstandenen außerordentlichen Abschreibungen in Höhe von 17,0 Mio. €, die in gleicher Höhe zu einem Anstieg der sonstigen Erträge führten, sowie mit 0,7 Mio. € erstmals erfasste Abschreibungen der erstkonsolidierten Klinik Hildesheimer Land GmbH sowie MVZ-Gesellschaften. Die verbleibenden 14,4 Mio. € sind u. a. den Inbetriebnahmen unseres Neubaus in Salzgitter (Dezember 2010), unseres Erweiterungsbaus in Erlenbach (Februar 2011), den Fertigstellungen der Baumaßnahmen in Marburg und Gießen (März bzw. Mai 2011) sowie in Hildesheim (Oktober 2011) und den laufenden Investitionen zuzurechnen.

6.6 SONSTIGE AUFWENDUNGEN

Die sonstigen Aufwendungen entfallen auf:

	2011 Mio. €	2010 Mio. €
Instandhaltung und Wartung	91,8	89,0
Gebühren, Beiträge und Beratungskosten	58,8	56,9
Verwaltungs- und EDV-Kosten	22,3	20,9
Abwertungen auf Forderungen	2,6	7,6
Versicherungen	8,9	11,2
Mieten und Pachten	15,5	14,7
Reisekosten, Bewirtung, Repräsentationskosten	8,1	7,3
Sonstige Personal- und Weiterbildungsaufwendungen	14,0	12,3
Verluste aus dem Abgang von langfristigen Vermögenswerten	1,9	1,7
Sonstige Steuern	1,2	1,3
Übrige	24,8	28,2
	249,9	251,1

Die sonstigen Aufwendungen sind im Geschäftsjahr 2011 um 1,2 Mio. € bzw. 0,5 % auf 249,9 Mio. € zurückgegangen.

6.7 FORSCHUNGSKOSTEN

Unsere Forschungsaktivitäten erstrecken sich vorrangig auf Prozessoptimierungen bei der stationären Krankenhausversorgung und nicht auf die Herstellung von vermarktungsfähigen Produkten. Die Forschungsergebnisse entstehen daher in der Regel als Folge von bzw. im sachlichen Zusammenhang mit krankenversorgenden Tätigkeiten und sind daher nur sehr eingeschränkt isoliert abgrenz- und bewertbar. In Abhängigkeit des Umfangs der den Forschungsaktivitäten zuzurechnenden Kosten veranschlagen wir unsere jährlichen Forschungsaufwendungen mit einem Betrag innerhalb einer Bandbreite von 0,5 % bis 3,0 % unserer Umsatzerlöse. Sie entfallen insbesondere auf Personalaufwendungen und sonstige betriebliche Aufwendungen. Im Rahmen der Übernahme der beiden Universitäts- und Wissenschaftsstandorte Gießen und Marburg haben wir uns verpflichtet, jährlich einen Betrag von mindestens 2,0 Mio. € den beiden medizinischen Fakultäten zur Verfügung zu stellen.

6.8 FINANZERGEBNIS – NETTO

Das Finanzergebnis setzt sich wie folgt zusammen:

	2011 Mio. €	2010 Mio. €
Finanzerträge		
Bankguthaben	7,6	6,1
Sonstige Zinserträge	1,3	1,3
	8,9	7,4
Finanzaufwendungen		
Anleihe	16,1	15,1
Bankschulden	17,5	13,8
Verluste aus Zeitwertänderung derivativer Finanzinstrumente	0,0	0,2
Sonstige Zinsaufwendungen	2,0	2,3
	35,6	31,4
	-26,7	-24,0

Sonstige Zinserträge betreffen insbesondere Zinserträge aus Steuerforderungen.

In den Sonstigen Zinserträgen sind Gewinnanteile an at-equity-Unternehmen in Höhe von 45 Tsd. € enthalten. Im Vorjahr wurden Verlustanteile an at-equity-Unternehmen in Höhe von 30 Tsd. € in den sonstigen Zinsaufwendungen ausgewiesen.

Aufgrund von IAS 17 (Leasingverhältnisse) werden Finanzierungs-Leasing-Verträge unter den Sachanlagen und der in den Leasingraten enthaltene Zinsanteil in Höhe von 21 Tsd. € (Vj. 232 Tsd. €) unter den sonstigen Zinsaufwendungen ausgewiesen.

Das Gesamtzinsergebnis nach IFRS 7 für finanzielle Vermögenswerte und Verbindlichkeiten, die nicht der Kategorie »erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete finanzielle Vermögenswerte und Verbindlichkeiten« angehören, beläuft sich im Geschäftsjahr 2011 auf 31,3 Mio. € (Vj. 29,9 Mio. €) und setzt sich mit 8,2 Mio. € aus Erträgen (Vj. 6,5 Mio. €) sowie mit 39,5 Mio. € aus Aufwendungen (Vj. 36,4 Mio. €) zusammen.

6.9 ERTRAGSTEUERN

Als Ertragsteuern wird die Körperschaftsteuer einschließlich des Solidaritätszuschlags und in geringem Umfang die Gewerbeertragsteuer ausgewiesen. Zusätzlich werden in diesem Posten latente Steuern auf unterschiedliche Wertansätze in Handels- und Steuerbilanz, auf Konsolidierungsvorgänge und auf erwartete realisierbare Verlustvorträge, die in der Regel zeitlich unbegrenzt vortragsfähig sind, erfasst.

Die Ertragsteuern setzen sich wie folgt zusammen:

	2011 Mio. €	2010 Mio. €
Laufende Ertragsteuern	26,2	29,8
Latente Steuerabgrenzungen	-0,8	-1,0
	25,4	28,8

Der Ertragsteueraufwand ist gegenüber dem Vorjahr um 3,4 Mio. € auf 25,4 Mio. € (Vj. 28,8 Mio. €) zurückgegangen. Die Ertragsteuerbelastung liegt bei 13,6 % (Vj. 16,6 %).

Mit Rückwirkung zum 1. Januar 2011 hat die RHÖN-KLINIKUM AG mit den Kliniken in Leipzig, Meiningen, Karlsruhe und Kipfenberg Ergebnisabführungsverträge mit steuerlicher Auswirkung abgeschlossen. Dadurch konnten bei der RHÖN-KLINIKUM AG bis zum letzten Bilanzstichtag 31. Dezember 2010 aufgelaufene nicht aktivierte Verlust- und Zinsvorträge in Höhe der Tarifbesteuerung aktiviert werden, da durch Zurechnung der Ergebnisbeiträge aus den steuerlichen Organschaften nunmehr eine Verrechenbarkeit gegeben ist. Dieser einmalige Effekt wirkt sich mit 9,0 Mio. € im Geschäftsjahr 2011 aus.

Die Überleitung vom rechnerischen Steueraufwand auf das Ergebnis vor Ertragsteuern auf den Ertragsteueraufwand stellt sich wie folgt dar:

	2011		2010	
	Mio. €	%	Mio. €	%
Ergebnis vor Ertragsteuern	186,5	100,0	173,9	100,0
Rechnerischer Steueraufwand (Steuersatz 15,0%, Vj. 15,0%)	28,0	15,0	26,1	15,0
Solidaritätszuschlag (Steuersatz 5,5%)	1,5	0,8	1,4	0,8
Ausschüttungsbedingter Mehraufwand	2,2	1,2	0,6	0,3
Steuermehrungen aufgrund steuerlich nicht abzugsfähiger Aufwendungen	0,3	0,2	0,2	0,1
Steuern Vorjahre	0,3	0,2	0,3	0,2
Gewerbeertragsteuer	0,6	0,3	0,4	0,2
Einbuchung abzugrenzender Verlustvorträge	-9,0	-4,8	-0,9	-0,5
Ausbuchung bisher abgegrenzter Verlustvorträge	1,8	1,0	0,9	0,5
Sonstiges	-0,3	-0,2	-0,2	-0,1
Effektiver Ertragsteueraufwand	25,4	13,6	28,8	16,6

Hinsichtlich der Zuordnung der Steuerabgrenzungen zu den einzelnen Vermögenswerten und Schulden verweisen wir auf die Erläuterungen zur Konzernbilanz.

6.10 AUF MINDERHEITSGESSELLSCHAFTER ENTFALLENDER GEWINN

Hierbei handelt es sich um Gewinnanteile, die anderen Gesellschaftern zustehen.

6.11 ERGEBNIS JE AKTIE

Das Ergebnis je Aktie gemäß IAS 33 errechnet sich als Quotient des den Aktionären der RHÖN-KLINIKUM AG zustehenden Konzernergebnisses und dem gewichteten Durchschnitt der während des Geschäftsjahres im Umlauf befindlichen Aktienzahl.

Die Entwicklung der im Umlauf befindlichen Stammaktien ist aus nachfolgender Übersicht ersichtlich:

	Anzahl zum 01.01.2011	Anzahl zum 31.12.2011
Stückaktien	138.232.000	138.232.000
Eigene Aktien	-24.000	-24.000
	138.208.000	138.208.000

Wegen weiterer Einzelheiten verweisen wir auf die Erläuterungen zum Eigenkapital (Punkt 7.14).

Das Ergebnis je Aktie ermittelt sich wie folgt:

	Stammaktien
Anteil am Konzerngewinn in Tsd. €	156.114
(Vorjahr)	(139.693)
Gewichteter Durchschnitt der im Umlauf befindlichen Aktien in Tsd. Stück	138.208
(Vorjahr)	(138.208)
Gewinn je Aktie in €	1,13
(Vorjahr)	(1,01)
Dividende je Aktie in €	0,45
(Vorjahr)	(0,37)

Das verwässerte Ergebnis je Aktie entspricht dem unverwässerten Ergebnis je Aktie, da an den Bilanzstichtagen keine Options- und Wandlungsrechte ausgegeben waren.

7 ERLÄUTERUNGEN ZUR KONZERNBILANZ

7.1 GESCHÄFTSWERTE UND SONSTIGE IMMATERIELLE VERMÖGENSWERTE

	Geschäfts- werte Mio. €	Sonstige immaterielle Vermögens- werte Mio. €	Gesamt Mio. €
Anschaffungskosten			
01.01.2011	323,1	54,8	377,9
Zugänge aus Änderung Konsolidierungskreis	21,9	0,0	21,9
Zugänge	0,0	4,3	4,3
Abgänge	0,0	1,4	1,4
Umbuchungen	0,0	0,4	0,4
31.12.2011	345,0	58,1	403,1
Kumulierte planmäßige Abschreibungen und Wertminderungen			
01.01.2011	0,0	31,0	31,0
Abschreibungen	0,0	7,9	7,9
Abgänge	0,0	1,2	1,2
31.12.2011	0,0	37,7	37,7
Bilanzwert 31.12.2011	345,0	20,4	365,4

	Geschäfts- werte Mio. €	Sonstige immaterielle Vermögens- werte Mio. €	Gesamt Mio. €
Anschaffungskosten			
01.01.2010	323,2	43,1	366,3
Zugänge aus Änderung Konsolidierungskreis	-0,1	0,0	-0,1
Zugänge	0,0	12,4	12,4
Abgänge	0,0	1,0	1,0
Umbuchungen	0,0	0,3	0,3
31.12.2010	323,1	54,8	377,9
Kumulierte planmäßige Abschreibungen und Wertminderungen			
01.01.2010	0,0	24,6	24,6
Abschreibungen	0,0	7,1	7,1
Abgänge	0,0	0,7	0,7
31.12.2010	0,0	31,0	31,0
Bilanzwert 31.12.2010	323,1	23,8	346,9

Unter den sonstigen immateriellen Vermögenswerten wird im Wesentlichen Software ausgewiesen. Eigentums- und Verfügungsbeschränkungen liegen nicht vor.

Geschäftswerte unterliegen einem jährlichen Wertminderungstest für ihre jeweilige zahlungsmittel-generierende Einheit (jedes Krankenhaus, soweit der zugehörige Geschäftswert kooperierender Einheiten nicht auf übergeordneter Ebene überwacht wird). Dieser Wertminderungstest wird jährlich zum 1. Oktober durchgeführt. Dabei wird der Buchwert der zahlungsmittelgenerierenden Einheit mit dem erzielbaren Betrag für die Einheit verglichen, der als beizulegender Zeitwert abzüglich Veräußerungskosten der Einheit ermittelt wurde. Der beizulegende Zeitwert wird auf Basis eines zahlungsstromorientierten Bewertungsverfahrens (DCF-Verfahren) ermittelt. Dabei wird auf Basis einer 10-Jahresdetailplanung und der anschließenden Berücksichtigung einer ewigen Rente ein entsprechender Barwert errechnet. Zur Berechnung des Barwerts der ewigen Rente wird ein Wachstumsabschlag von -0,5 % (Vj. -0,5 %) berücksichtigt.

Diese Planung ist integraler Bestandteil der Unternehmensplanung und beruht insoweit auf den tatsächlichen Erwartungen der Geschäftsführung für die jeweilige Einheit sowie auf den gesetzlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen. Wir sind der Auffassung, dass nur mit dieser längeren Detailbetrachtung die bereits mit dem Unternehmenserwerb geplanten Maßnahmen wie z.B. Abriss- und Wiederaufbau bzw. Sanierungsmaßnahmen zutreffend erfasst werden können. Zum Jahresende wird überprüft, ob die wirtschaftlichen Verhältnisse auch unverändert die Ergebnisse des Wertminderungstests stützen. Dies war zum 31. Dezember 2011 der Fall.

Wir haben die Werthaltigkeit des Geschäftswerts der erworbenen Gesellschaften zum 31. Dezember 2011 anhand der Daten der aktuellen Unternehmensplanung überprüft. Hierbei ergaben sich keine Hinweise, dass sich die Unternehmenswerte zwischen dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses und dem Bilanzstichtag negativ verändert haben.

Als Abzinsungssatz unter Berücksichtigung eines Steuervorteils aus einer fiktiven Fremdfinanzierung (tax shield) werden die gewichteten Kapitalkosten eines potenziellen Investors aus der Gesundheitsbranche zum Bewertungszeitpunkt herangezogen. Diesen Abzinsungssatz haben wir für 2011 mit 5,94 % (Vj. 5,90 %) ermittelt. Wesentliche Geschäftswerte entfallen auf folgende zahlungsmittelgenerierenden Einheiten:

Gesellschaft	31.12.2011	31.12.2010
	Mio. €	Mio. €
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH	137,5	137,5
MEDIGREIF-Gruppe	93,9	93,9
Zentralklinik Bad Berka GmbH	13,8	13,8
MVZ ADTC Düsseldorf GmbH	11,7	0,0
Klinikum Hildesheim GmbH	10,5	10,5
St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH	9,1	9,1
Klinikum Salzgitter GmbH	8,6	8,6
Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda GmbH	6,2	6,2
Klinikum Pirna GmbH	6,0	6,0
Klinikum Pforzheim GmbH	5,8	5,8
Amper Kliniken AG	5,2	5,2
Übrige Geschäftswerte unter 5,0 Mio. €	36,7	26,5
	345,0	323,1

Das durchschnittliche Umsatzwachstum im Planungszeitraum 2012–2022 (Vj. 2011–2021) der wesentlichen geschäftswerttragenden Gesellschaften liegt in einer Bandbreite von 1,3 % bis 3,9 % (Vj. 1,4 % bis 3,9 %).

In einer Bandbreite von 6,7 % bis 17,3 % (Vj. 6,2 % bis 13,6 %) bewegen sich die EBIT-Margen der Gesellschaften während des Planungszeitraums.

Im Zusammenhang mit dem Impairmenttest wurde zusätzlich eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt. Innerhalb des Tests wurden folgende Prämissen angewendet:

- EBIT-Rückgang um 10 %
- Erhöhung WACC um 0,5 %.

Als Ergebnis der Sensitivitätsanalyse konnten wir feststellen, dass sich bei einem Rückgang des EBIT um 10 % ein Abwertungsbedarf in Höhe von 0,9 Mio. € ergibt. Bei einer Erhöhung des WACC um 0,5 % entsteht ein Abwertungsbedarf in Höhe von 0,4 Mio. €.

Den geschäftswerttragenden Gesellschaften wird eine homogene Struktur während der Planung unterstellt.

7.2 SACHANLAGEN

	Grund- stücke und Gebäude Mio. €	Technische Anlagen und Maschinen Mio. €	Betriebs- und Geschäfts- ausstattung Mio. €	Anlagen im Bau Mio. €	Gesamt Mio. €
Anschaffungskosten					
01.01.2011	1.504,6	69,9	491,5	490,8	2.556,8
Zugänge aus Änderung Konsolidierungskreis	0,1	0,0	3,5	0,0	3,6
Zugänge	67,9	5,6	74,3	93,3	241,1
Abgänge	27,0	1,9	16,7	63,0	108,6
Umbuchungen	335,9	10,0	17,7	-364,0	-0,4
31.12.2011	1.881,5	83,6	570,3	157,1	2.692,5
Kumulierte planmäßige Abschreibungen und Wertminderungen					
01.01.2011	403,5	42,6	283,2	0,0	729,3
Abschreibungen	65,4	5,3	62,7	0,0	133,4
Abgänge	12,2	1,9	15,2	0,0	29,3
31.12.2011	456,7	46,0	330,7	0,0	833,4
Bilanzwert 31.12.2011	1.424,8	37,6	239,6	157,1	1.859,1

	Grund- stücke und Gebäude Mio. €	Technische Anlagen und Maschinen Mio. €	Betriebs- und Geschäfts- ausstattung Mio. €	Anlagen im Bau Mio. €	Gesamt Mio. €
Anschaffungskosten					
01.01.2010	1.428,7	66,4	458,4	298,7	2.252,2
Zugänge aus Änderung Konsolidierungskreis	4,2	0,0	0,3	0,0	4,5
Zugänge	39,5	2,4	54,4	235,3	331,6
Abgänge	4,2	0,9	25,2	0,9	31,2
Umbuchungen	36,4	2,0	3,6	-42,3	-0,3
31.12.2010	1.504,6	69,9	491,5	490,8	2.556,8
Kumulierte planmäßige Abschreibungen und Wertminderungen					
01.01.2010	363,3	39,1	249,9	0,0	652,3
Abschreibungen	41,9	4,3	55,8	0,0	102,0
Abgänge	1,7	0,8	22,5	0,0	25,0
31.12.2010	403,5	42,6	283,2	0,0	729,3
Bilanzwert 31.12.2010	1.101,1	27,3	208,3	490,8	1.827,5

Im Geschäftsjahr sind Fremdkapitalkosten in Höhe von 5,6 Mio. € (Vj. 7,5 Mio. €) angefallen, die für die Finanzierung der Anschaffung/Herstellung qualifizierter Vermögenswerte entstanden sind und in den Sachanlagenzugängen erfasst wurden. Es wurde ein durchschnittlicher Zinssatz von 4,0 % (Vj. 4,1 %) verwendet, der die allgemeinen Fremdkapitalkosten des Konzerns für die Aufnahme von Verbindlichkeiten bei Kreditinstituten widerspiegelt.

Das Grundvermögen ist zur Sicherung von Bankdarlehen im Gesamtrestbuchwert von 15,6 Mio. € (Vj. 33,2 Mio. €) mit Grundpfandrechten belastet. Die durch Grundpfandrechte/Grundschulden besicherten Finanzschulden betragen zum Stichtag 5,9 Mio. € (Vj. 13,8 Mio. €).

Fördermittel und Zuschüsse der Öffentlichen Hand zur Finanzierung von Investitionen werden von den Anschaffungs- oder Herstellungskosten der geförderten Vermögenswerte abgesetzt und mindern die laufenden Abschreibungen. Der abgesetzte fortgeführte Betrag der zweckentsprechend verwendeten Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz beläuft sich auf 735,1 Mio. € (Vj. 777,8 Mio. €). Zur Absicherung von bedingt rückzahlbaren Einzelfördermaßnahmen nach dem Krankenhausfinanzierungs-

gesetz (z. B. für Krankenhausneuerrichtungen bzw. wesentliche Erweiterungen) in Höhe von 246,1 Mio. € (Vj. 235,3 Mio. €) sind Grundpfandrechte in Höhe von 460,0 Mio. € (Vj. 445,5 Mio. €) bestellt. Umstände, die Anlass für eine Rückzahlung dieser Zuwendungen geben, liegen nicht vor.

Die technischen Anlagen und Maschinen schließen die folgenden Beträge mit ein, bei denen der Konzern Leasingnehmer in einem Finanzierungs-Leasing-Verhältnis ist.

	31.12.2011	31.12.2010
	Mio. €	Mio. €
Anschaffungskosten – Aktivierte Leasingobjekte aus Finanzierungs-Leasing	9,3	9,3
Kumulierte Abschreibungen	9,0	8,7
Nettobuchwert	0,3	0,6

7.3 ERTRAGSTEUERANSPRÜCHE

Unter diesem Posten ausgewiesene Körperschaftsteuer-Anrechnungsguthaben betreffen Ansprüche i. S. v. § 37 KStG, die innerhalb eines Auszahlungszeitraums von 2013 bis 2017 in jeweils gleichen Jahresbeträgen zur Auszahlung gelangen. Sie sind mit dem Barwert in Höhe von 11,6 Mio. € (Vj. 13,6 Mio. €) angesetzt. Die Bewertung erfolgt auf Basis des historischen laufzeitadäquaten Zinssatzes von 4,0 %.

7.4 LATENTE STEUERFORDERUNGEN

Latente Steuerforderungen und -verbindlichkeiten werden saldiert, wenn ein einklagbares Recht besteht, die laufenden Steuerforderungen gegen die laufenden Steuerverbindlichkeiten aufzurechnen, und wenn die latenten Steuern gegen dieselbe Steuerbehörde bestehen. Die folgenden Beträge wurden saldiert:

	31.12.2011		31.12.2010	
	aktivisch	passivisch	aktivisch	passivisch
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Verlustvorräge	13,8	0,0	11,6	0,0
Sachanlagen/Immaterielle Vermögensgegenstände	0,0	19,8	0,0	20,4
Verzinsliche Schulden	5,6	0,0	3,9	0,0
Bewertungsunterschiede bei Tochtergesellschaften	0,0	0,9	0,0	0,9
Übrige Aktiva und Passiva	8,0	3,4	10,9	4,3
Gesamt	27,4	24,1	26,4	25,6
Saldo	3,3		0,8	

Latente Steuerforderungen für steuerliche Verlustvorräge werden mit dem Betrag angesetzt, zu dem die Realisierung der damit verbundenen Steuervorteile durch zukünftige steuerliche Gewinne wahrscheinlich ist. Verlustvorräge aus früheren Klinikübernahmen werden dann in die Bemessungsgrundlage zur Abgrenzung aktiv latenter Steuern einbezogen, wenn diese steuerlich hinreichend konkretisierbar sind. Dem Ansatz latenter Steuerforderungen aus Verlustvorrägen liegen steuerliche Planungsrechnungen für einen Zeitraum von fünf Jahren zugrunde. Die Steuerbasis, die für die Steuerabgrenzung genutzt wird, beträgt 87,2 Mio. € (Vj. 73,0 Mio. €). Am Bilanzstichtag bestehen bisher nicht genutzte steuerliche Verlustvorräge in Höhe von 136,7 Mio. € (Vj. 108,3 Mio. €), von denen in Höhe von 49,5 Mio. € (Vj. 35,3 Mio. €) keine aktiven latenten Steuern angesetzt wurden. Steuerliche Verlustvorräge können das laufende steuerliche Ergebnis in Deutschland zeitlich unbegrenzt bis zu einem Betrag von 1,0 Mio. € in vollem Umfang mindern. Darüber können jedoch nur noch 60,0 % des verbleibenden laufenden steuerlichen Ergebnisses mit steuerlichen Verlustvorrägen verrechnet werden.

Latente Steuern aus den Sachanlagen resultieren aus den im Steuerrecht vorgeschriebenen Nutzungsdauern und den nach IFRS wirtschaftlich gegebenen Abschreibungsdauern. Zudem wurden steuerliche Sonderabschreibungen in IFRS korrigiert.

Bei den verzinslichen Schulden handelt es sich um latente Steuerunterschiede aus der Behandlung von Verbindlichkeiten mit einer Laufzeit von über einem Jahr und aus der unterschiedlichen steuerlichen Behandlung von Kosten im Zusammenhang mit den Aufnahmen von Finanzschulden.

Latente Steuerverbindlichkeiten auf nicht ausgeschüttete Gewinne von Tochterunternehmen in Höhe von 115,0 Mio. € (Vj. 105,8 Mio. €), die bei der Muttergesellschaft in Höhe von 5,0% der Dividendensumme auf die ausgeschütteten Beträge zu steuerlich nicht abzugsfähigen Aufwendungen führen, wurden im Konzernabschluss berücksichtigt.

Die Veränderungen der latenten Steuern stellen sich wie folgt dar:

	31.12.2011 Mio. €	31.12.2010 Mio. €
Latente Steuerforderungen (Vj. Steuerverpflichtungen) zu Beginn des Jahres	0,8	-1,3
Ergebnisneutrale Erfassung latenter Steuern im Zusammenhang mit im Eigenkapital ergebnisneutral erfassten derivativen Finanzinstrumenten	1,7	1,0
Ertrag in der Gewinn- und Verlustrechnung aus laufenden Verrechnungen	0,8	1,1
Latente Steuerforderungen zum Ende des Jahres	3,3	0,8

7.5 AT-EQUITY BEWERTETE BETEILIGUNGEN

Die als at-equity bewerteten Beteiligungen betreffen ein assoziiertes Unternehmen sowie ein Joint Venture. Gegenstand des assoziierten Unternehmens, firmierend als Medizinisches Versorgungszentrum NikoMedicum Bad Sachsa GmbH, sind die Gründung und der Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums im Sinne von § 95 SGB V zur Erbringung aller hiernach zulässigen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen und aller hiermit im Zusammenhang stehenden Tätigkeiten sowie die Bildung von Kooperationen mit ambulanten und stationären Leistungserbringern der Krankenhausbehandlung und der Vorsorge und Rehabilitation. Gegenstand des Joint Ventures, firmierend unter Energiezentrale Universitätsklinikum Gießen GmbH, ist die – zusammen mit den Stadtwerken Gießen – Energieversorgung der Universitätsklinik Gießen.

Die Voraussetzungen zur Bilanzierung beider Anteile nach der Equity-Methode liegen vor. Anteilig hat der Konzern folgende Anteile an den Vermögenswerten, Schulden, Erträgen und Aufwendungen:

Daten Bilanz der at-equity bewerteten Beteiligungen	31.12.2011 Mio. €	31.12.2010 Mio. €
Langfristige Vermögenswerte	1,2	1,9
Kurzfristige Vermögenswerte	1,4	0,5
Langfristige Schulden gegenüber Gesellschafter	2,3	1,9
Kurzfristige Schulden	0,2	0,4
Eigenkapital	0,1	0,1
Buchwert aus at-equity bewerteten Beteiligungen	0,1	0,1

Daten Gewinn- und Verlustrechnung der at-equity bewerteten Beteiligungen	2011 Mio. €	2010 Mio. €
Umsatzerlöse	0,7	0,1
Jahresergebnis	0,0	0,0

Anteile an Unternehmen, die nach der at-equity-Methode bilanziert werden, sind mit 107 Tsd. € (Vj. 62 Tsd. €) wegen Unwesentlichkeit unter den Sonstigen Vermögenswerten (langfristig) ausgewiesen.

7.6 SONSTIGE FINANZIELLE VERMÖGENSWERTE (LANGFRISTIG)

	31.12.2011 Mio. €	31.12.2010 Mio. €
Beteiligungen	0,2	0,2
Übrige Vermögenswerte	0,1	0,0
Sonstige Vermögenswerte (langfristig) (Finanzinstrumente)	0,3	0,2

Beteiligungen betreffen Unternehmen, an denen wir zwischen 20,0% und 50,0% beteiligt sind. Diese werden nicht konsolidiert. Sie werden in der Regel zu Anschaffungskosten angesetzt.

7.7 SONSTIGE VERMÖGENSWERTE (LANGFRISTIG)

Unter den sonstigen Vermögenswerten (langfristig) in Höhe von 1,8 Mio. € (Vj. 1,5 Mio. €) werden in Höhe von 1,7 Mio. € (Vj. 1,5 Mio. €) im Wesentlichen nicht insolvenzgesicherte Rückdeckungsansprüche für Pensionsverpflichtungen sowie in Höhe von 0,1 Mio. € (Vj. 0,0 Mio. €) Anteile an Unternehmen, die nach der at-equity-Methode bilanziert werden, ausgewiesen.

7.8 VORRÄTE

Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe in Höhe von 50,3 Mio. € (Vj. 47,9 Mio. €) betreffen im Wesentlichen den medizinischen Bedarf. Hierbei wurden Wertberichtigungen in Höhe von 5,5 Mio. € (Vj. 5,2 Mio. €) abgesetzt. Sämtliche Vorräte befinden sich im Eigentum der RHÖN-KLINIKUM AG und den mit der RHÖN-KLINIKUM AG verbundenen Unternehmen. Abtretungen und Verpfändungen liegen nicht vor.

7.9 FORDERUNGEN AUS LIEFERUNGEN UND LEISTUNGEN

	31.12.2011 < 1 Jahr Mio. €	31.12.2010 < 1 Jahr Mio. €
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen (brutto)	366,0	350,3
Wertberichtigungen auf Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	-14,0	-18,9
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen (netto)	352,0	331,4

Bei den Forderungen aus Lieferungen und Leistungen (netto) in Höhe von 352,0 Mio. € (Vj. 331,4 Mio. €) sind die erkennbaren Einzelrisiken durch Wertberichtigungen berücksichtigt. Diese werden nach dem wahrscheinlichen Ausfallrisiko bemessen. Zuführungen zu Wertberichtigungen werden in der Gewinn- und Verlustrechnung unter den sonstigen betrieblichen Aufwendungen, Auflösungen unter den sonstigen betrieblichen Erträgen ausgewiesen. Es gibt bei den Forderungen aus Lieferungen und Leistungen keine Konzentration von Kreditrisiken, da die Forderungen nahezu ausschließlich gegenüber öffentlichen Kostenträgern bestehen. Der einzelne öffentliche Kostenträger ist zwar grundsätzlich insolvenzfähig, aufgrund der Gesamthaftung der Kostenträger schätzen wir das Ausfallrisiko als gering ein.

Die Zeitwerte der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen und der sonstigen Forderungen entsprechen aufgrund der überwiegend kurzen Laufzeiten im Wesentlichen ihren Buchwerten.

Die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen weisen folgende Fälligkeitsstruktur auf:

	Buchwert	davon zum Abschlussstichtag weder wertgemindert noch überfällig	davon zum Abschlussstichtag nicht wertgemindert und in den folgenden Zeitbändern überfällig			davon wertgemindert
			0-30 Tage	31-90 Tage	91-180 Tage	
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
31.12.2011						
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	366,0	279,9	41,1	11,4	9,1	24,5
31.12.2010						
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	350,3	263,1	40,8	10,4	9,0	27,0

Hinsichtlich des in Höhe von 279,9 Mio. € (Vj. 263,1 Mio. €) weder wertgeminderten noch in Zahlungsverzug befindlichen Bestands der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen deuten zum Abschlussstichtag keine Anzeichen darauf hin, dass die Schuldner ihren Zahlungsverpflichtungen nicht nachkommen werden.

Der Konzern schätzt den Anteil der uneinbringlichen Forderungen aus Lieferungen und Leistungen zum Bilanzstichtag auf Basis von Altersstrukturlisten und Erfahrungswerten der Vergangenheit als Prozentsatz in Abhängigkeit von der Außenstandsdauer. Zusätzlich bilanziert der Konzern Einzelwertberichtigungen, wenn aufgrund besonderer Umstände nicht mit der Einbringlichkeit der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen zu rechnen ist.

Die Wertberichtigungen auf Forderungen aus Lieferungen und Leistungen beliefen sich im Geschäftsjahr auf 14,0 Mio. € (Vj. 18,9 Mio. €).

Im Geschäftsjahr 2011 wurden Forderungen aus Lieferungen und Leistungen in Höhe von 3,7 Mio. € (Vj. 3,2 Mio. €) aufwandswirksam ausgebucht. Diese Forderungsausfälle wurden über Ausgleichsmechanismen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) teilweise kompensiert. Aus bereits ausgebuchten Forderungen aus Lieferungen und Leistungen konnten noch Zahlungseingänge in Höhe von 0,5 Mio. € (Vj. 0,5 Mio. €) erfolgswirksam vereinnahmt werden.

7.10 SONSTIGE FINANZIELLE VERMÖGENSWERTE

	31.12.2011 < 1 Jahr Mio. €	31.12.2010 < 1 Jahr Mio. €
Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	7,0	9,0
Übrige sonstige finanzielle Vermögenswerte	25,9	21,1
	32,9	30,1

Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht betreffen überwiegend Ausgleichsansprüche nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. nach der Bundespflegesatzverordnung.

In den übrigen sonstigen finanziellen Vermögenswerten sind insbesondere mit 8,5 Mio. € (Vj. 5,5 Mio. €) Forderungen aus Leistungserbringungen, die nicht primär mit der Patientenbehandlung im Krankenhaus in Verbindung stehen sowie mit 1,5 Mio. € (Vj. 2,2 Mio. €) Forderungen gegen Mitarbeiter insbesondere aus Abrechnungen im Rahmen des Liquidationsrechts der Chefärzte enthalten. Im Übrigen sind debitorische Kreditoren in Höhe von 1,7 Mio. € (Vj. 1,9 Mio. €) sowie Forderungen aus einem Sanierungszuschuss in Höhe von 2,5 Mio. € (Vj. 0,0 Mio. €) erfasst.

Auf die sonstigen finanziellen Vermögenswerte wurden keine Zuschreibungen oder Wertberichtigungen vorgenommen.

7.11 SONSTIGE VERMÖGENSWERTE

Sonstige Vermögenswerte in Höhe von 11,5 Mio. € (Vj. 10,1 Mio. €) entfallen mit 6,5 Mio. € (Vj. 6,1 Mio. €) auf vorausbezahlte Aufwendungen, insbesondere Versicherungsaufwendungen, sowie mit 5,0 Mio. € (Vj. 4,0 Mio. €) auf Rückforderungsansprüche gegenüber Versicherern aus Haftpflichtfällen.

7.12 LAUFENDE ERTRAGSTEUERANSPRÜCHE

Laufende Ertragsteueransprüche umfassen Körperschaftsteuererstattungsansprüche gegenüber Finanzbehörden.

7.13 ZAHLUNGSMITTEL UND ZAHLUNGSMITTELÄQUIVALENTE

	31.12.2011	31.12.2010
	Mio. €	Mio. €
Bank- und Kassenbestand	142,0	81,9
Kurzfristige Bankeinlagen	335,5	333,8
	477,5	415,7

Zum Bilanzstichtag belief sich der effektive Zinssatz für Bankeinlagen auf 1,8% (Vj. 1,6%), wobei die Anlagen eine durchschnittliche Restlaufzeit von 15 Tagen (Vj. neun Tage) hatten.

Zahlungsmittel und Kontokorrentkredite werden zum Zweck der Kapitalflussrechnung wie folgt zusammengefasst:

	31.12.2011	31.12.2010
	Mio. €	Mio. €
Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente	477,5	415,7
Kontokorrentkredite	-37,6	-22,5
Finanzmittelfonds	439,9	393,2

7.14 EIGENKAPITAL

Das Grundkapital der RHÖN-KLINIKUM AG beträgt 345.580.000 €. Es ist unterteilt in 138.232.000 auf den Inhaber lautende Stückaktien mit einem anteiligen Betrag am Grundkapital in Höhe von 2,50 € je Aktie.

Die Entwicklung des Grundkapitals der RHÖN-KLINIKUM AG im Überblick:

	Anzahl	Rechnerischer Anteil am Grundkapital €
Stammaktien Stand 01.01.2011	138.232.000	345.580.000
Veränderung 2011	0	0
Stammaktien Stand 31.12.2011	138.232.000	345.580.000

Durch Ermächtigung der Hauptversammlung vom 31. Mai 2007 kann das Grundkapital der RHÖN-KLINIKUM AG durch die Ausgabe neuer Aktien gegen Geldeinlagen erhöht werden. Die RHÖN-KLINIKUM AG verfügt zum 31. Dezember 2011 unverändert über ein genehmigtes Kapital von 43.220.000 €, das bis zum 31. Mai 2012 einmalig oder mehrmalig bis zur Höhe von 43.220.000 € begeben werden kann. Der Vorstand ist ferner ermächtigt, mit Zustimmung des Aufsichtsrats die weiteren Einzelheiten der Durchführung von Kapitalerhöhungen aus dem genehmigten Kapital festzulegen.

In der Kapitalrücklage wird unverändert das Agio aus der Kapitalerhöhung in Höhe von 396,0 Mio. € ausgewiesen.

Die Sonstigen Rücklagen zum Stichtag in Höhe von 813,5 Mio. € (Vj. 717,4 Mio. €) enthalten mit 843,8 Mio. € (Vj. 738,8 Mio. €) die in den zurückliegenden Jahren erzielten Ergebnisse der in den Konzernabschluss einbezogenen Unternehmen, soweit sie nicht ausgeschüttet wurden, sowie Effekte aus Konsolidierungsmaßnahmen. Ferner werden Marktwertänderungen der als Zinssicherungsinstrumente designierten derivativen Finanzinstrumente nach Berücksichtigung latenter Steuern ergebnisneutral im Eigenkapital unter den Sonstigen Rücklagen erfasst. Aus Hedge-Beziehungen sind per 31. Dezember 2011 insgesamt 30,3 Mio. € (Vj. 21,4 Mio. €) in die Sonstigen Rücklagen eingestellt, die das Eigenkapital gemindert haben.

Die Summe aus Konzerngewinn und Nettoergebnis, das direkt im Eigenkapital erfasst wird, enthält neben dem Konzerngewinn in Höhe von 161,1 Mio. € (Vj. 145,1 Mio. €) die Veränderung des beizulegenden Zeitwerts von zu Sicherungszwecken eingesetzten Derivaten in Höhe von 10,5 Mio. € (Vj. 6,2 Mio. €) abzüglich latenter Ertragssteuern in Höhe von 1,7 Mio. € (Vj. 1,0 Mio. €), die kumuliert in den Sonstigen Rücklagen enthalten sind.

Eigene Anteile werden in Höhe von 0,1 Mio. € (Vj. 0,1 Mio. €) vom Eigenkapital abgesetzt. Der Bestand an eigenen Anteilen entwickelte sich im Geschäftsjahr wie folgt:

	Anzahl
Eigene Anteile Stand 01.01.2011	24.000
Veränderung 2011	0
Eigene Anteile Stand 31.12.2011	24.000

Nach dem deutschen Aktiengesetz bemessen sich die an die Aktionäre ausschüttbaren Dividenden nach dem im handelsrechtlichen Jahresabschluss der RHÖN-KLINIKUM AG ausgewiesenen Bilanzgewinn. Der Vorstand hat im Rahmen der Aufstellungen des Jahresabschlusses bereits im Rahmen seiner Zuständigkeiten Einstellungen aus dem Jahresüberschuss in die Gewinnrücklagen vorgenommen und diese so bemessen, dass der verbleibende Bilanzgewinn dem vorgeschlagenen Ausschüttungsbetrag von 45 Cent (Vj. 37 Cent) je Aktie exakt entspricht.

Die Aktionäre stimmten während der letzten Hauptversammlung dem Vorschlag des Vorstands zu, so dass im Geschäftsjahr 2011 eine tatsächliche Dividendenausschüttung in Höhe von 37 Cent (Vj. 30 Cent) je Aktie erfolgte.

Der Vorstand schlägt der Hauptversammlung daher vor, aus dem Bilanzgewinn der RHÖN-KLINIKUM AG 62,2 Mio. € (Vj. 51,1 Mio. €) zur Ausschüttung einer Dividende von 45 Cent je Stammaktie (Vj. 37 Cent) zu verwenden. Der Gewinnverwendungsvorschlag steht unter dem Vorbehalt der Billigung durch den Aufsichtsrat.

Der auf die eigenen Aktien entfallende Betrag der Ausschüttung soll auf neue Rechnung vorgetragen werden.

Die Minderheitsanteile in Höhe von 43,7 Mio. € (Vj. 36,3 Mio. €) betreffen unmittelbar bzw. mittelbar gehaltene Anteile konzernfremder Dritter am Eigenkapital folgender Tochterunternehmen:

	Anteile im Fremdbesitz	
	31.12.2011 %	31.12.2010 %
Krankenhausgesellschaften		
Amper Kliniken AG, Dachau	5,1	5,1
Frankenwaldklinik Kronach GmbH, Kronach	5,1	5,1
Kliniken München Pasing und Perlach GmbH, München	1,3	1,3
Klinikum Gifhorn GmbH, Gifhorn	4,0	4,0
Klinikum Pforzheim GmbH, Pforzheim	5,1	5,1
Klinikum Salzgitter GmbH, Salzgitter	5,1	5,1
Krankenhaus Boizenburg GmbH, Boizenburg (vormals: IGB Integratives Gesundheitszentrum Boizenburg GmbH, Boizenburg)	8,0	8,0
Städtisches Krankenhaus Wittingen GmbH, Wittingen	4,0	4,0
St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH Bad Kissingen, Bad Kissingen	1,5	1,5
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen	5,0	5,0
Zentralklinik Bad Berka GmbH, Bad Berka	12,5	12,5
MVZ-Gesellschaften		
MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Mönchengladbach/Erkelenz GmbH, Erkelenz (vormals: RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 31, Bad Neustadt a. d. Saale)	10,0	–
MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Siegburg GmbH, Siegburg (vormals: RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 36, Bad Neustadt a. d. Saale)	30,0	–
MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Düsseldorf GmbH, Düsseldorf	40,0	5,0
MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Wuppertal GmbH, Wuppertal	45,0	45,0
MVZ Universitätsklinikum Marburg GmbH, Marburg	5,0	5,0
Q.sana Gesellschaft bürgerlichen Rechts	20,0	–

	Anteile im Fremdbesitz	
	31.12.2011	31.12.2010
	%	%
Servicegesellschaften		
KDI Klinikservice GmbH, Dachau	5,1	5,1
RK-Cateringgesellschaft Mitte mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	49,0	49,0
RK-Cateringgesellschaft Süd mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	49,0	49,0
RK-Cateringgesellschaft West mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	49,0	49,0
RK-Reinigungsgesellschaft Mitte mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	49,0	49,0
RK-Reinigungsgesellschaft Nord mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	49,0	49,0
RK-Reinigungsgesellschaft Ost mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	49,0	49,0
RK-Reinigungsgesellschaft Süd mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	49,0	49,0
RK-Reinigungsgesellschaft West mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	49,0	49,0
RK-Reinigungsgesellschaft Zentral mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	49,0	49,0
RK-Wäschereinigung Süd GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale (vormals: RK-Wäschereinigung GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale)	49,0	49,0
Übrige Gesellschaften		
Altmühlklinik-Leasing-GmbH, Kipfenberg	49,0	49,0

Im Zusammenhang mit dem Erwerb der ophthalmologischen Facharztsitze in Düsseldorf, Mönchengladbach, Siegburg und Wuppertal (siehe Punkt 4) erfolgten Einzahlungen von Minderheiten in das Eigenkapital der Tochtergesellschaften von insgesamt 5,5 Mio. €, die zu einer Erhöhung des Anteils der Minderheiten am Konzern-Eigenkapital in entsprechender Höhe geführt haben. Da der Konzern jedoch weiterhin die Kontrolle über diese Tochtergesellschaften hat, wird dies erfolgsneutral als Eigenkapitaltransaktion erfasst.

7.15 FINANZSCHULDEN

	31.12.2011		31.12.2010	
	Restlaufzeit > 1 Jahr	Restlaufzeit < 1 Jahr	Restlaufzeit > 1 Jahr	Restlaufzeit < 1 Jahr
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Langfristige Finanzschulden Anleihe	397,2	12,6	396,6	12,6
Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	574,3	7,4	500,6	34,4
Negative Marktwerte derivativer Finanzinstrumente	36,0	0,0	25,5	0,0
Summe langfristige Finanzschulden	1.007,5	20,0	922,7	47,0
Kurzfristige Finanzschulden				
Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	0,0	37,6	0,0	22,5
Summe kurzfristige Finanzschulden	0,0	37,6	0,0	22,5
Summe Finanzschulden gesamt	1.007,5	57,6	922,7	69,5

Die RHÖN-KLINIKUM AG hat im Geschäftsjahr 2006 einen syndizierten Kredit in Höhe von 400,0 Mio. € unter der Konsortialführerschaft der Commerzbank AG, Niederlassung Luxemburg, zur Finanzierung von Investitionen aufgenommen. Dieser Vertrag hat eine Laufzeit bis 2013, wobei ein Teilbetrag in Höhe von 55,0 Mio. € bereits im Jahr 2012 fällig wird. Zum Stichtag 31. Dezember 2011 werden 285,0 Mio. € des Gesamtvolumens beansprucht. Der laufzeitgebundene Zinssatz liegt im Berichtsjahr zwischen 1,34 % p. a. und 2,02 % p. a. Das nicht ausgeschöpfte Kreditvolumen ist mit 0,20 % p. a. zu verzinsen.

Im Geschäftsjahr 2007 wurden zur Umschuldung bestehender variabel verzinslicher Verbindlichkeiten zwei Festzinsdarlehen mit einem Gesamtvolumen von 90,0 Mio. € und einer Laufzeit bis 2017 abgeschlossen, welche mit 5,23 % bzw. 5,13 % p. a. verzinst werden.

Im Geschäftsjahr 2008 hat die RHÖN-KLINIKUM AG zur Umschuldung bestehender variabel verzinslicher Verbindlichkeiten ein Festzinsdarlehen mit einem Volumen von 10,0 Mio. € und einer Laufzeit bis 2017 abgeschlossen, welches mit 5,10 % p. a. verzinst wird. Ferner wurden zwei Schuldscheindarlehen mit einem Gesamtvolumen von 150,0 Mio. € und Laufzeiten bis 2013 bzw. 2015 begeben, die variabel nach dem 3-Monats-EURIBOR verzinst werden. Zur Absicherung gegen Zinsänderungsrisiken wurde hierzu ein Zinsicherungsgeschäft abgeschlossen.

Im Geschäftsjahr 2009 wurde ein Darlehen mit einem Volumen von 15,0 Mio. € und einer Laufzeit von zehn Jahren aufgenommen. Die Verzinsung ist mit 5,45 % p. a. bis Laufzeitende festgeschrieben.

Im Geschäftsjahr 2010 hat die RHÖN-KLINIKUM AG eine Anleihe mit einem Volumen von 400,0 Mio. € und einer Laufzeit von sechs Jahren erfolgreich am Markt platziert (ISIN XS0491047154). Der Kupon der Anleihe beträgt 3,875 %, der Ausgabekurs wurde bei 99,575 % festgelegt. Dies ergibt eine Gesamtrendite von 3,956 %. Der Emissionserlös dient der Refinanzierung bestehender Finanzverbindlichkeiten sowie allgemeinen Unternehmenszwecken.

Weiterhin wurde im Geschäftsjahr 2010 eine revolvingende Kreditlinie über 150,0 Mio. € vereinbart. Die Linie, die als Liquiditätsreserve dient, weist per 31. Dezember 2011 keine Inanspruchnahme auf. Das nicht ausgeschöpfte Kreditvolumen ist mit 0,56 % p. a. zu verzinsen.

Im Geschäftsjahr 2011 wurden keine wesentlichen neuen Geschäfte zur Finanzierung abgeschlossen.

Von den langfristigen Finanzschulden sind 468,0 Mio. € (Vj. 392,4 Mio. €) nicht fest verzinst. Zur Begrenzung des Zinsänderungsrisikos wurden 79,7 % des nichtfestverzinslichen Volumens durch diverse Zinsderivate gesichert. Die mit den verzinslichen Verbindlichkeiten verbundenen Zinsänderungsrisiken und vertraglichen Zinsanpassungstermine stellen sich wie folgt dar:

	31.12.2011			31.12.2010		
	Zinssatz ¹	Ursprungswert	Buchwert Darlehen	Zinssatz ¹	Ursprungswert	Buchwert Darlehen
Ende Zinsbindung	%	Mio. €	Mio. €	%	Mio. €	Mio. €
Anleihe	4,06	400,0	397,2	4,06	400,0	396,6
Zinsen Anleihe			12,6			12,6
		400,0	409,8		400,0	409,2
Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten						
2011				1,60	447,9	410,3
2012	2,05	480,2	461,0	5,34	3,7	2,9
2013	4,45	2,0	0,8	4,46	2,0	1,2
2014	5,60	1,5	0,6	5,60	1,5	0,8
2015	0,00	0,0	0,0	0,00	0,0	0,0
2016	0,00	0,0	0,0	0,00	0,0	0,0
2017	5,17	102,5	101,3	5,17	102,5	101,5
> 2018	5,34	19,6	18,0	5,33	19,6	18,3
		605,8	581,7		577,2	535,0
		1.005,8	991,5		977,2	944,2

¹ Gewogener Zinssatz

Die effektiven Zinssätze zum Bilanzstichtag lauten:

	31.12.2011	31.12.2010
	%	%
Anleihe	4,06	4,06
Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	2,71	2,18
Kontokorrentverbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	1,75	2,73

Die Restlaufzeiten der Finanzschulden betragen:

	31.12.2011	31.12.2010
	Mio. €	Mio. €
Bis 1 Jahr	57,6	69,5
Zwischen 1 und 5 Jahren	854,3	377,3
Über 5 Jahre	153,2	545,4
Summe	1.065,1	992,2

Von den ausgewiesenen Finanzschulden sind 5,9 Mio. € (Vj. 13,8 Mio. €) durch Grundpfandrechte/Grundschulden besichert.

Die zum 31. Dezember 2011 im Eigenkapital erfassten Gewinne und Verluste aus Zinssicherungsgeschäften werden kontinuierlich bis zur Rückzahlung der Bankverbindlichkeiten ergebniswirksam über die Gewinn- und Verlustrechnung erfasst.

7.16 RÜCKSTELLUNGEN FÜR LEISTUNGEN NACH BEENDIGUNG DES ARBEITSVERHÄLTNISSSES

Für die Zeit nach der Pensionierung werden einem Teil der Mitarbeiter im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung durch den Konzern laufende Versorgungsleistungen zugesagt. Dabei erfolgt die betriebliche Altersversorgung sowohl leistungs- als auch beitragsorientiert. Die Verpflichtungen des Konzerns umfassen sowohl bereits laufende Pensionen als auch Anwartschaften auf künftig zu zahlende Pensionen.

Die Finanzierung leistungsorientierter Verpflichtungen erfolgt über Rückstellungsbildung. Beiträge im Rahmen beitragsorientierter Pläne werden sofort erfolgswirksam erfasst.

Die Verpflichtungen aus leistungsorientierten Plänen betreffen Versorgungszusagen von vier (Vj. vier) Konzerngesellschaften. Es handelt sich um Zusagen auf Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenrenten. Die Rückstellungen betreffen aktive Anwärter, ausgeschiedene Mitarbeiter mit unverfallbaren Ansprüchen sowie Rentenempfänger. Die Leistungen hängen von den Dienstjahren und dem pensionsfähigen Gehalt ab.

Neben den allgemeinen Pensionsplänen besteht für die Mitglieder des Vorstands ein Plan, der Altersvorsorgeleistungen nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses vorsieht. Die Vorstände erhalten neben ihrer laufenden Vergütung bei Beendigung ihrer Vorstandstätigkeit eine in Abhängigkeit von der Dauer des Dienstverhältnisses und der Höhe der Bezüge stehende Altersvorsorgeleistung, die auf das 1,5-fache der letzten Jahresbezüge begrenzt ist. Bei der Berechnung des Verpflichtungsumfanges wurde nicht wie bei den übrigen Pensionsplänen auf ein einheitliches Pensionsalter abgestellt, sondern die individuellen Vertragsdauern zugrunde gelegt.

Der im Ergebnis erfasste Aufwand für leistungsorientierte Pläne ermittelt sich wie folgt:

	2011	2010
	Mio. €	Mio. €
Aufwand für erdiente Versorgungsansprüche (Dienstzeitaufwand)	0,8	1,1
Aufzinsung der erwarteten Versorgungsansprüche (Zinsaufwand)	0,3	0,6
Verrechnete versicherungsmathematische Gewinne und Verluste	1,0	0,3
	2,1	2,0

Der Pensionsaufwand wird vollständig unter dem Personalaufwand ausgewiesen.

Der bilanzierte Rückstellungsbetrag zeigt folgende Zusammensetzung und Entwicklung in der Bilanz und ermittelt sich wie folgt:

	31.12.2011	31.12.2010
	Mio. €	Mio. €
Verpflichtungsumfang (Defined Benefit Obligation)	9,8	14,4
Noch nicht verrechnete versicherungsmathematische Gewinne und Verluste	-0,9	-1,8
Pensionsrückstellungen (Defined Benefit Liability)	8,9	12,6

	2011	2010
	Mio. €	Mio. €
Stand 01.01.	12,6	11,0
Aufwand für erdiente Versorgungsansprüche (Dienstzeitaufwand)	0,8	1,1
Aufzinsung der erwarteten Versorgungsansprüche (Zinsaufwand)	0,3	0,6
Verrechnete mathematische Gewinne und Verluste	1,0	0,3
Planänderung	0,0	0,2
Geleistete Zahlungen	-5,8	-0,6
Stand 31.12.	8,9	12,6

Der Berechnung liegen folgende Annahmen zugrunde:

	31.12.2011	31.12.2010
	%	%
Rechnungszinsfuß	4,90	4,95
Erwartete Einkommensentwicklung	2,50	2,50
Erwartete Rentenentwicklung	2,00	2,00

Der Verpflichtungsumfang (Defined Benefit Obligation) sowie der versicherungsmathematische Gewinn/Verlust aufgrund von erfahrungsbedingten Anpassungen bei Planschulden (Experience Adjustment) hat sich wie folgt entwickelt:

	2011	2010	2009	2008	2007
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Verpflichtungsumfang (Defined Benefit Obligation) 31.12.	9,8	14,4	12,3	11,0	9,6
Zeitwert des Planvermögens	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Unterdeckung 31.12.	9,8	14,4	12,3	11,0	9,6
Erfahrungsbedingte Anpassungen der Planschulden	0,5	0,7	-0,1	0,7	-0,3

Die Entwicklung des Verpflichtungsumfangs (Defined Benefit Obligation) im Geschäftsjahr 2011 stellt sich im Vergleich zum Vorjahr wie folgt dar:

	2011	2010
	Mio. €	Mio. €
Stand 01.01.	14,4	12,3
Dienstzeitaufwand	0,8	1,1
Zinsaufwand	0,3	0,6
Rentenzahlungen	-5,8	-0,6
Versicherungsmathematische Gewinne/Verluste	0,1	1,0
Stand 31.12.	9,8	14,4

Die im Jahr 2011 erwarteten zu zahlenden Pensionen 2012 belaufen sich auf 1,8 Mio. € (Vj. 5,8 Mio. €).

Als biometrische Rechnungsgrundlagen wurden unverändert zum Vorjahr die Richttafeln 2005 G nach Professor Dr. Klaus Heubeck verwendet.

7.17 SONSTIGE RÜCKSTELLUNGEN

Die sonstigen Rückstellungen entwickelten sich im Geschäftsjahr wie folgt:

	01.01.2011	Änderung Konsoli- dierungs- kreis	Ver- brauch	Auf- lösung	Zu- führung	31.12.2011	davon < 1 Jahr	davon > 1 Jahr
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Abrissverpflichtungen	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Haftpflichtrisiken	22,0	0,0	9,2	0,0	7,3	20,1	20,1	0,0
Übrige Rückstellungen	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	0,5	0,0
	22,4	0,0	9,2	0,0	7,5	20,7	20,7	0,0

Die Rückstellungen für Abrissverpflichtungen entfallen auf vertraglich vereinbarte Leistungen zur Räumung von bebauten Grundstücken. Es wird erwartet, dass die Rückstellungen im Geschäftsjahr 2012 in Anspruch genommen werden.

Die Rückstellungen für Haftpflichtrisiken betreffen Schadensersatzansprüche Dritter. Ihnen stehen Rückforderungsansprüche gegenüber Versicherern in Höhe von 5,0 Mio. € (Vj. 4,0 Mio. €) gegenüber, die unter den sonstigen kurzfristigen Vermögenswerten ausgewiesen werden. Nach Einschätzung des Vorstands wird die Abwicklung dieser Haftpflichtfälle über die zurückgestellten Beträge hinaus keine wesentlichen zusätzlichen Aufwendungen mit sich bringen. Der Zeitpunkt von Zahlungsabflüssen aus Haftpflichtrisiken hängt im Wesentlichen vom Verlauf und Ergebnis einzelner Haftungsfälle ab.

Übrige Rückstellungen betreffen Risiken aus der Endabrechnung von Fördermitteln.

Die Fristigkeiten der sonstigen Rückstellungen stellen sich im Vergleich zum Vorjahr wie folgt dar:

	31.12.2011	davon < 1 Jahr	davon > 1 Jahr	31.12.2010	davon < 1 Jahr	davon > 1 Jahr
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Abrissverpflichtungen	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Haftpflichtrisiken	20,1	20,1	0,0	22,0	22,0	0,0
Übrige Rückstellungen	0,5	0,5	0,0	0,3	0,3	0,0
	20,7	20,7	0,0	22,4	22,4	0,0

Im Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG bestehen im Geschäftsjahr 2011 Eventualverbindlichkeiten in einem Volumen von maximal 1,5 Mio. € (Vj. 5,7 Mio. €). Zum jetzigen Zeitpunkt geht die RHÖN-KLINIKUM AG in der Zukunft von keiner nennenswerten Inanspruchnahme aus.

7.18 VERBINDLICHKEITEN AUS LIEFERUNGEN UND LEISTUNGEN

	31.12.2011		31.12.2010	
	< 1 Jahr	> 1 Jahr	< 1 Jahr	> 1 Jahr
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	129,0	0,0	151,5	0,0

Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen bestehen gegenüber Dritten. Der Gesamtbetrag von 129,0 Mio. € (Vj. 151,5 Mio. €) ist innerhalb eines Jahres fällig.

7.19 SONSTIGE FINANZIELLE VERBINDLICHKEITEN

	31.12.2011		31.12.2010	
	< 1 Jahr	> 1 Jahr	< 1 Jahr	> 1 Jahr
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Verbindlichkeiten KHG	98,3	0,0	112,8	0,0
Kaufpreise	4,8	0,0	0,0	0,0
Leasing	0,2	0,1	0,2	0,3
Übrige finanzielle Verbindlichkeiten	41,5	23,6	51,2	21,3
Sonstige finanzielle Verbindlichkeiten (Finanzinstrumente)	144,8	23,7	164,2	21,6

Die Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht betreffen noch nicht zweckentsprechend verwendete pauschale Fördermittel nach landesrechtlichen Vorschriften zur Krankenhausfinanzierung sowie Ausgleichsverpflichtungen nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz.

Die Kaufpreise betreffen vertraglich festgelegte und an Bedingungen geknüpfte Verpflichtungen.

Die ausgewiesenen Buchwerte der in diesem Posten erfassten kurzfristigen monetären Verbindlichkeiten entsprechen deren Zeitwerten. Die langfristigen übrigen Verbindlichkeiten wurden nach der Effektivzinsmethode auf Basis der historischen Marktzinsen abgezinst.

Auf die langfristigen übrigen finanziellen Verbindlichkeiten mit einer Restlaufzeit von mehr als fünf Jahren in Höhe von 12,4 Mio. € (Vj. 13,5 Mio. €) entfallen 12,2 Mio. € (Vj. 13,3 Mio. €) auf Verpflichtungen aus Forschungszuschüssen gegenüber der Universität Gießen und Marburg.

7.20 SONSTIGE VERBINDLICHKEITEN

	31.12.2011		31.12.2010	
	< 1 Jahr	> 1 Jahr	< 1 Jahr	> 1 Jahr
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Personalverbindlichkeiten	133,0	4,3	150,4	7,2
Abgrenzungen	11,3	0,0	9,5	0,0
Betriebssteuern und Sozialversicherungen	21,4	0,0	21,3	0,0
Erhaltene Auszahlungen	2,2	0,0	0,8	0,0
Übrige Verbindlichkeiten	3,4	0,0	0,6	0,0
Sonstige Verbindlichkeiten (Nicht-Finanzinstrumente)	171,3	4,3	182,6	7,2

Personalverbindlichkeiten entfallen auf ergebnisabhängige Vergütungen, Verpflichtungen aus nicht genommenem Urlaub, Altersteilzeitverpflichtungen sowie Abfindungsverpflichtungen.

Die übrigen Verbindlichkeiten beinhalten im Wesentlichen den Nutzungs- und Überlassungsvertrag der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH mit dem Carreras Leukämie Centrum. Für die Nutzung der Räume durch Forschung und Lehre leistete die Universität pauschale Nutzungsentgeltvorauszahlungen in Höhe von 1,6 Mio. €.

7.21 LAUFENDE ERTRAGSTEUERVERBINDLICHKEITEN

Die laufenden Ertragsteuerverbindlichkeiten in Höhe von 8,7 Mio. € (Vj. 8,8 Mio. €) entfallen auf noch nicht veranlagte Körperschaftsteuer und Solidaritätszuschlag für das abgelaufene Geschäftsjahr und auf Vorjahre.

7.22 DERIVATIVE FINANZINSTRUMENTE

Der Konzern ist mit seinen Finanzschulden und zinstragenden Anlagen Schwankungen des Marktzinseszinses ausgesetzt. Von unseren langfristigen Finanzschulden (Anleihe und Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten) in Höhe von 991,5 Mio. € (Vj. 944,2 Mio. €) waren 523,5 Mio. € (Vj. 551,8 Mio. €) mit festen Zinskonditionen und Laufzeiten bis 2027 ausgestattet. Für die übrigen langfristigen Finanzschulden, die variabel verzinslich sind, bestehen Zinssicherungen in einem Volumen von 473,0 Mio. € (Vj. 578,8 Mio. €). Davon entfallen 200,0 Mio. € auf einen im Geschäftsjahr 2009 abgeschlossenen Forwardswap, der zwei Ende 2011 bzw. zu Beginn 2012 auslaufende Zinsscaps in Höhe von zusammen ebenfalls 200,0 Mio. € ablösen soll.

Aus den erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewerteten Derivaten entstanden Erträge in Höhe von 0,0 Mio. € (Vj. Verluste 0,2 Mio. €).

Die derivativen Finanzinstrumente sind zu Marktwerten (Stichtagsbewertung auf der Basis anerkannter Bewertungsmodelle, die auf aktuellen Marktdaten beruhen) angesetzt. Ein Großteil der Sicherungsinstrumente wird im Rahmen des Hedge-Accounting als Einheit mit dem Grundgeschäft gesehen. Bei diesen Hedge-Beziehungen werden Veränderungen der Marktwerte der Derivate abzüglich latenter Steuern in einer Hedge-Rücklage im Eigenkapital in Höhe von 30,3 Mio. € (Vj. 21,4 Mio. €) vorgemerkt.

Die Überwachung und Steuerung der derivativen Finanzinstrumente erfolgt durch den Vorstand in Zusammenarbeit mit der unter dem Vorstand angesiedelten Fachabteilung.

	Zeitwert	Laufzeit		Referenzzinssatz	Höchstzinssatz	Bezugsbetrag
		von	bis			
2011	Mio. €			31.12.2011	bzw. Festzinssatz	31.12.2011
				%	%	Mio. €
Zinsswap passiv	-26,9	11.06.2008	11.06.2018	1,47	4,65	150,0
	-0,3	02.01.2007	30.09.2018	1,39	3,94	3,8
	-0,1	16.01.2008	06.03.2013	1,47	4,25	2,0
	0,0	30.09.2009	30.12.2013	1,39	2,31	0,7
	0,0	30.09.2009	30.06.2014	1,39	2,42	1,5
	0,0	30.11.2009	28.03.2013	1,39	1,83	1,0
	-0,2	30.11.2009	30.06.2016	1,39	2,57	5,4
	-0,4	31.03.2010	30.12.2022	1,39	2,79	8,7
Zinsscaps aktiv	0,0	02.01.2007	01.01.2012	1,78	4,00	100,0
Forwardswap passiv	-7,9	02.01.2012	07.06.2013	0,92	3,49	200,0

	Zeitwert	Laufzeit		Referenzzinssatz	Höchstzinssatz	Bezugsbetrag
		von	bis			
2010	Mio. €			31.12.2010	bzw. Festzinssatz	31.12.2010
				%	%	Mio. €
Zinsswap aktiv	0,0	04.05.2004	31.12.2011	3,01	5,70	1,0
Zinsswap passiv	-19,5	11.06.2008	11.06.2018	1,01	4,65	150,0
	-0,3	02.01.2007	30.09.2018	1,01	3,94	4,3
	-0,1	16.01.2008	06.03.2013	1,01	4,25	2,0
	0,0	30.09.2009	30.12.2013	1,01	2,31	1,0
	0,0	30.09.2009	30.06.2014	1,01	2,42	1,9
	0,0	30.11.2009	28.03.2013	1,01	1,83	1,9
	-0,1	30.11.2009	30.06.2016	1,01	2,57	6,6
	0,0	15.03.2001	15.03.2011	1,01	5,74	0,6
	0,0	31.03.2010	30.12.2022	1,01	2,79	9,5
Zinsscaps aktiv	0,0	02.01.2007	01.01.2012	1,23	4,00	100,0
	0,0	02.01.2007	31.12.2011	1,23	4,00	100,0
Forwardswap passiv	-5,2	02.01.2012	07.06.2013	1,01	3,49	200,0

7.23 ZUSÄTZLICHE ANGABEN ZU DEN FINANZINSTRUMENTEN

7.23.1 Buchwerte, Wertansätze und beizulegende Zeitwerte nach Bewertungskategorien

Bewertungskategorie nach IAS 39	2011	davon		2010	davon	
		Buchwert	Zeitwert		Buchwert	Zeitwert
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
AKTIVA						
Langfristige Vermögenswerte						
Sonstige finanzielle Vermögenswerte (langfristig)	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
davon Beteiligungen						
Zur Veräußerung verfügbare finanzielle Vermögenswerte	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
davon derivative Finanzinstrumente (HfT)						
erfolgswirksam zum beizulegenden Zeit- wert bewertete finanzielle Vermögenswerte	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Kurzfristige Vermögenswerte						
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen und sonstige finanzielle Vermögenswerte	384,9	384,9	384,9	361,5	361,5	361,5
davon Forderungen aus Lieferungen und Leistungen und sonstige finanzielle Vermögenswerte						
Kredite + Forderungen	384,9	384,9	384,9	361,4	361,4	361,4
davon Wertpapiere (HfT)						
erfolgswirksam zum beizulegenden Zeit- wert bewertete finanzielle Vermögenswerte	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
davon derivative Finanzinstrumente (HfT)						
erfolgswirksam zum beizulegenden Zeit- wert bewertete finanzielle Vermögenswerte	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente	477,5	477,5	477,5	415,7	415,7	415,7
PASSIVA						
Langfristige Schulden						
Finanzschulden	1.007,5	1.007,5	888,7	922,7	922,7	772,4
davon Finanzschulden						
zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	971,5	971,5	852,7	897,2	897,2	746,9
davon derivative Finanzinstrumente (Hedge-Accounting)						
n. a.	36,0	36,0	36,0	25,5	25,5	25,5
Sonstige finanzielle Verbindlichkeiten						
zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	23,7	23,7	24,1	21,6	21,6	22,3
davon sonstige finanzielle Verbindlichkeiten						
zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	23,6	23,6	24,0	21,3	21,3	22,0
davon aus Finanzierungs-Leasing						
n. a.	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3
Kurzfristige Schulden						
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen						
zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	129,0	129,0	129,0	151,5	151,5	151,5
Finanzschulden						
zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	57,6	57,6	57,6	69,5	69,5	69,5
davon Finanzschulden						
zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	57,6	57,6	57,6	69,5	69,5	69,5
davon derivative Finanzinstrumente (HfT)						
erfolgswirksam zum beizulegenden Zeit- wert bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sonstige finanzielle Verbindlichkeiten						
zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	144,8	144,8	144,8	164,2	164,2	164,2
davon sonstige finanzielle Verbindlichkeiten						
zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	144,6	144,6	144,6	164,0	164,0	164,0
davon aus Finanzierungs-Leasing						
n. a.	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Aggregiert nach Bewertungskategorien, stellen sich die oben dargestellten Werte wie folgt dar:

Kredite + Forderungen		862,4	862,4		777,1	777,1
zur Veräußerung verfügbare finanzielle Vermögenswerte		0,2	0,2		0,2	0,2
erfolgswirksam zum beizulegenden Zeit- wert bewertete finanzielle Vermögenswerte		0,1	0,1		0,1	0,1
zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten		1.326,3	1.207,9		1.303,5	1.153,9
erfolgswirksam zum beizulegenden Zeit- wert bewertete finanzielle Verbindlichkeiten		0,0	0,0		0,0	0,0

Die folgende Tabelle zeigt eine Zuordnung unserer zum Marktwert bewerteten finanziellen Vermögenswerte und Schulden zu den drei Stufen der Fair-Value-Hierarchie:

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Gesamt
Langfristige derivative Vermögenswerte	0,0	0,1	0,0	0,1
Wertpapiere	0,0	0,0	0,0	0,0
Kurzfristige derivative Vermögenswerte	0,0	0,0	0,0	0,0
Langfristige derivative Schulden	0,0	36,0	0,0	36,0
Kurzfristige derivative Schulden	0,0	0,0	0,0	0,0

Die Stufen der Fair-Value-Hierarchie und ihre Anwendung auf unsere Vermögenswerte und Schulden sind im Folgenden beschrieben:

- Stufe 1: Notierte Marktpreise für identische Vermögenswerte oder Schulden an aktiven Märkten
- Stufe 2: Andere Informationen als notierte Marktpreise, die direkt (z. B. Preise) oder indirekt (z. B. abgeleitet aus Preisen) beobachtbar sind, und
- Stufe 3: Informationen für Vermögenswerte und Schulden, die nicht auf beobachtbaren Marktdaten basieren.

Forderungen aus Lieferungen und Leistungen, sonstige finanzielle Vermögenswerte sowie Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente haben in der Regel überwiegend kurze Restlaufzeiten. Deshalb entsprechen deren Buchwerte zum Abschlussstichtag den Zeitwerten.

In den Finanzschulden sind Darlehen gegenüber Kreditinstituten sowie eine Anleihe enthalten. Der Zeitwert der Darlehen gegenüber Kreditinstituten sowie der Zeitwert der sonstigen Verbindlichkeiten ermitteln sich aus den diskontierten Zahlungsströmen. Zur Diskontierung wurde ein der RHÖN-KLINIKUM AG entsprechender risiko- und laufzeitadäquater Zinssatz verwendet. Der Zeitwert der Anleihe ermittelt sich aus dem Nominalwert, multipliziert mit dem Kurswert am letzten Handelstag des Berichtsjahres.

Bei den Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen sowie den sonstigen finanziellen Verbindlichkeiten mit kurzen Restlaufzeiten entsprechen die Buchwerte zum Abschlussstichtag den Zeitwerten.

Der Zeitwert der Verbindlichkeiten aus Finanzierungs-Leasing wurde mittels Marktzinskurve zum Stichtag ermittelt und entspricht dem aktuellen Buchwert.

7.23.2 Nettoergebnis nach Bewertungskategorien

	aus Kurs-	aus der Folgebewertung		aus	Nettoergebnis	
	gewinnen	zum	Wertbe-	Abgang	2011	2010
	Mio. €	Zeitwert	richtigung	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Kredite und Forderungen	0,0	0,0	-5,0	-1,8	-6,8	4,1
Erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete finanzielle Vermögenswerte und Schulden	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Summe	0,0	0,0	-5,0	-1,8	-6,8	4,3

+ = Aufwand - = Ertrag

Das Nettoergebnis aus der Folgebewertung von Krediten und Forderungen setzt sich aus den Erträgen und Aufwendungen aus Wertberichtigungen der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen zusammen. Der Abgang enthält die als uneinbringlich ausgebuchten Forderungen, saldiert mit Erträgen aus Zahlungen aus in der Vergangenheit wertberichtigten Forderungen.

Aus Verbindlichkeiten zu fortgeführten Anschaffungskosten ergaben sich im Geschäftsjahr keine Aufwendungen und Erträge.

Bei den erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewerteten finanziellen Vermögenswerten handelt es sich um die erfolgswirksame Marktbewertung von derivativen Finanzinstrumenten.

7.23.3 Finanzielle Verbindlichkeiten (Fälligkeitsanalyse)

Aus nachfolgender Tabelle sind die vertraglich vereinbarten (undiskontierten) Zins- und Tilgungsleistungen der originären finanziellen Verbindlichkeiten sowie der derivativen Finanzinstrumente ersichtlich:

	Zahlungsabflüsse		
	2012	2013–2018	> 2018
	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Finanzschulden	-84,0	-1.059,1	-8,9
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	-129,0	0,0	0,0
Derivate	0,0	-35,6	-0,4
Sonstige Verbindlichkeiten	-107,6	-11,0	-12,4
Verbindlichkeiten aus Finanzierungs-Leasing	-0,3	-0,1	0,0
	-320,9	-1.105,8	-21,7

Die folgende Tabelle stellt die Fälligkeitsanalyse des Vorjahres dar:

	Zahlungsabflüsse		
	2011	2012–2017	> 2017
	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Finanzschulden	-75,2	-956,6	-26,8
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	-151,5	0,0	0,0
Derivate	0,0	-5,5	-20,0
Sonstige Verbindlichkeiten	-145,5	-7,8	-13,5
Verbindlichkeiten aus Finanzierungs-Leasing	-0,3	-0,4	0,0
	-372,5	-970,3	-60,3

Einbezogen wurden alle finanziellen Verbindlichkeiten, die am Bilanzstichtag im Bestand waren und für die bereits Zahlungen vertraglich vereinbart waren. Geplante Zahlungen für zukünftige neue Verbindlichkeiten wurden nicht in die Berechnung mit einbezogen. Zinszahlungen wurden unter den Vereinbarungen, die zum Bilanzstichtag gültig waren, in die zukünftigen Cash-Flow-Zahlungen eingerechnet. Kurzfristige Verbindlichkeiten und jederzeit kündbar vereinbarte Verbindlichkeiten wurden in das jeweils kürzeste Zeitraster eingegliedert.

8 ERLÄUTERUNGEN ZUR KAPITALFLUSSRECHNUNG

Die Kapitalflussrechnung zeigt, wie sich die Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente des RHÖN-KLINIKUM Konzerns im Lauf des Berichtsjahres durch Mittelzu- und -abflüsse verändert haben. Die Auswirkungen von Akquisitionen, Desinvestitionen und sonstigen Veränderungen des Konsolidierungskreises sind dabei eliminiert. In Übereinstimmung mit IAS 7 (Cash-Flow-Statements) wird zwischen Zahlungsströmen aus operativer und investiver Tätigkeit sowie aus Finanzierungstätigkeit unterschieden. Die in der Finanzierungsrechnung ausgewiesene Liquidität umfasst Kassenbestände, Schecks sowie Guthaben bei Kreditinstituten. Für Zwecke der Kapitalflussrechnung werden die kurzfristigen Kontokorrentkredite von den Zahlungsmitteln und Zahlungsmitteläquivalenten abgesetzt. Eine Überleitung wird bei den Erläuterungen zu den Zahlungsmitteln und Zahlungsmitteläquivalenten gegeben. In der Kapitalflussrechnung wurden 27,2 Mio. € (Vj. 35,8 Mio. €) ausstehende Baurechnungen sowie nicht zahlungswirksame Verluste derivativer Finanzinstrumente in Höhe von 0,0 Mio. € (Vj. 0,2 Mio. €) berücksichtigt.

Die Einstellung bzw. Rückabwicklung des Entwicklungsprojekts »Partikeltherapie Marburg« führte zu einem Abgang von Anlagen im Bau, verbunden mit einem entsprechenden Zahlungseingang in Höhe von 62,8 Mio. €.

Ausschüttungen an die Minderheitsgesellschafter betragen 3,1 Mio. € (Vj. 2,1 Mio. €). Ferner fanden im Geschäftsjahr 2011 Eigenkapitaltransaktionen in Höhe von 5,1 Mio. € im Zusammenhang mit der mehrheitlichen Übernahme des ophthalmologischen Zentrums in Düsseldorf, weitere Transaktionen in Höhe von insgesamt 0,4 Mio. € im Zusammenhang mit der Übernahme der ophthalmologischen Zentren in

Mönchengladbach, Siegburg und Wuppertal sowie eine Transaktion mit einer Servicegesellschaft in Höhe von 0,1 Mio. € aus 2010, die erst im Geschäftsjahr 2011 zahlungswirksam wurde, statt.

Die Kapitalflussrechnung stellt die Veränderung der Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente zwischen zwei Stichtagen dar. In diesen Zahlungsmitteln und Zahlungsmitteläquivalenten sind im RHÖN-KLINIKUM Konzern ausschließlich Zuflüsse aus der fortzuführenden Geschäftstätigkeit enthalten, da wir keine Geschäfte aufgegeben haben.

9 ANTEILSBESITZ

9.1 IN DEN KONZERNABSCHLUSS EINBEZOGENE UNTERNEHMEN

	Anteil am Kapital	Eigen- kapital	Jahres- ergebnis
Krankenhausgesellschaften	%	Tsd. €	Tsd. €
Amper Kliniken AG, Dachau	94,9	83.636	10.975
Aukamm-Klinik für operative Rheumatologie und Orthopädie GmbH, Wiesbaden	100,0	1.857	1.010
Bördekrankenhaus GmbH, Neindorf (vormals: MEDIGREIF Bördekrankenhaus GmbH, Neindorf)	100,0	1.272	284
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen GmbH, Hildburghausen	100,0	20.884	6.565
Fachkrankenhaus Vogelsang-Gommern GmbH, Greifswald (vormals: MEDIGREIF Verwaltungs- und Betriebsgesellschaft Fachkrankenhaus Vogelsang-Gommern mit beschränkter Haftung, Greifswald)	100,0	4.447	2.069
Frankenwaldklinik Kronach GmbH, Kronach	94,9	27.861	1.676
Gesundheitsmanagement GmbH, Greifswald (vormals: MEDIGREIF – Betriebsgesellschaft für Krankenhäuser und Integrative Gesundheitszentren mit beschränkter Haftung (MEDIGREIF BKIG mbH), Greifswald)	100,0	14.000	13.642
Haus Saaletal GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	254	65
Herz- und Gefäß-Klinik GmbH Bad Neustadt, Bad Neustadt a. d. Saale ¹	100,0	12.158	0
Herzzentrum Leipzig GmbH, Leipzig ¹	100,0	19.911	0
Klinik »HAUS FRANKEN« GMBH Bad Neustadt/Saale, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	22.096	49
Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe GmbH, Karlsruhe ¹	100,0	5.847	0
Klinik Hildesheimer Land GmbH, Bad Salzdetfurth	100,0	1.851	244
Klinik Kipfenberg GmbH Neurochirurgische und Neurologische Fachklinik, Kipfenberg ¹	100,0	3.100	0
Kliniken Herzberg und Osterode GmbH, Herzberg am Harz	100,0	15.473	562
Kliniken Miltenberg-Erlenbach GmbH, Erlenbach	100,0	10.952	-589
Kliniken München Pasing und Perlach GmbH, München	98,7	36.020	7.875
Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Frankfurt (Oder)	100,0	73.724	7.661
Klinikum Gifhorn GmbH, Gifhorn	96,0	20.527	5.027
Klinikum Hildesheim GmbH, Hildesheim	100,0	64.380	12.341
Klinikum Meiningen GmbH, Meiningen ¹	100,0	16.055	0
Klinikum Pforzheim GmbH, Pforzheim	94,9	65.718	3.496
Klinikum Pirna GmbH, Pirna	100,0	21.578	5.703
Klinikum Salzgitter GmbH, Salzgitter	94,9	28.909	1.500
Klinikum Uelzen GmbH, Uelzen	100,0	23.330	3.125
Krankenhaus Boizenburg GmbH, Boizenburg (vormals: IGB Integratives Gesundheitszentrum Boizenburg GmbH, Boizenburg)	92,0	1.411	811
Krankenhaus Cuxhaven GmbH, Cuxhaven	100,0	17.504	426
Krankenhaus Jerichower Land GmbH, Burg (vormals: MEDIGREIF Kreiskrankenhaus Burg GmbH, Burg)	100,0	15.094	3.577
Krankenhaus Köthen GmbH, Köthen	100,0	11.487	1.487
Krankenhaus St. Barbara Attendorf GmbH, Attendorf	100,0	8.334	-1.911
Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda GmbH, Friedrichroda	100,0	12.850	1.288

¹ Die Gesellschaft nimmt die Befreiung von der Offenlegungspflicht gemäß § 264 Abs. 3 HGB in Anspruch.

	Anteil am Kapital %	Eigen- kapital Tsd. €	Jahres- ergebnis Tsd. €
Krankenhausgesellschaften			
Krankenhaus Zerbst GmbH, Zerbst (vormals: Krankenhaus Anhalt-Zerbst GmbH, Zerbst)	100,0	4.702	1.449
Mittelweser Kliniken GmbH Nienburg Hoya Stolzenau, Nienburg	100,0	26.551	1.258
Neurologische Klinik GmbH Bad Neustadt/Saale, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	4.809	2.019
Park-Krankenhaus Leipzig GmbH, Leipzig	100,0	12.818	4.801
Soteria Klinik Leipzig GmbH, Leipzig	100,0	3.504	1.480
St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH Bad Kissingen, Bad Kissingen	98,5	8.679	-50
St. Petri-Hospital Warburg GmbH, Warburg	100,0	3.650	-2.330
Städtisches Krankenhaus Wittlingen GmbH, Wittlingen	96,0	3.043	-1.006
Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH, Wiesbaden	100,0	13.242	1.744
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen	95,0	81.320	15.206
Weißeritztal-Kliniken GmbH, Freital	100,0	28.368	3.153
Wesermarsch-Klinik Nordenham GmbH, Nordenham	100,0	2.981	-4.486
Zentralklinik Bad Berka GmbH, Bad Berka	87,5	116.450	18.625

	Anteil am Kapital %	Eigen- kapital Tsd. €	Jahres- ergebnis Tsd. €
MVZ-Gesellschaften			
Medizinisches Versorgungszentrum Anhalt GmbH, Zerbst	100,0	382	127
Medizinisches Versorgungszentrum NikoMedicum Bad Sachsa GmbH, Bad Sachsa	45,0	74	54
Medizinisches Versorgungszentrum Sachsen-Anhalt GmbH, Burg	100,0	846	-228
MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Mönchengladbach/ Erkelenz GmbH, Erkelenz (vormals: RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 31, Bad Neustadt a. d. Saale)	90,0	144	-236
MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Siegburg GmbH, Siegburg (vormals: RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 36, Bad Neustadt a. d. Saale)	70,0	304	-498
MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Düsseldorf GmbH, Düsseldorf	60,0	12.838	422
MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Wuppertal GmbH, Wuppertal	55,0	131	-162
MVZ Campus Gifhorn GmbH, Gifhorn (vormals: RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 16, Bad Neustadt a. d. Saale)	100,0	35	-7
MVZ Management GmbH Attendorn, Attendorn	100,0	128	-630
MVZ Management GmbH Baden-Württemberg, Pforzheim	100,0	170	14
MVZ Management GmbH Brandenburg, Frankfurt (Oder)	100,0	234	-218
MVZ Management GmbH Nord, Nienburg	100,0	611	-1.839
MVZ Management GmbH Ost, Pirna	100,0	997	414
MVZ Management GmbH Sachsen-Anhalt, Köthen	100,0	166	-194
MVZ Management GmbH Süd, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	101	-2.431
MVZ Management GmbH Thüringen, Bad Berka	100,0	138	-983
MVZ Management GmbH West, Wiesbaden	100,0	1.029	-1.330
MVZ Service Gesellschaft mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	1.490	1
MVZ Universitätsklinikum Marburg GmbH, Marburg	95,0	128	17
Q.sana Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Weimar	80,0	-75	-75

	Anteil am Kapital %	Eigen- kapital Tsd. €	Jahres- ergebnis Tsd. €
Forschungs- und Bildungsgesellschaften			
ESB-Gemeinnützige Gesellschaft für berufliche Bildung mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	1.668	-118
Gemeinnützige Gesellschaft zur Förderung der klinischen Forschung auf dem Gebiet der Humanmedizin und zur Betreuung von Patienten an den Universitäten Gießen und Marburg mbH, Marburg	100,0	32	0

	Anteil am Kapital	Eigen- kapital	Jahres- ergebnis
Grundbesitzgesellschaften	%	Tsd. €	Tsd. €
Altmühltalklinik-Leasing GmbH, Kipfenberg	51,0	7.419	761
BGL Grundbesitzverwaltungs-GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	25.911	298
GPG Gesellschaft für Projekt- und Grundstücksentwicklung GmbH, Leipzig	100,0	320	46
Grundstücksgesellschaft Park Dösen GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	5.921	-218
GTB Grundstücksgesellschaft mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	46.549	2.338

	Anteil am Kapital	Eigen- kapital	Jahres- ergebnis
Servicegesellschaften	%	Tsd. €	Tsd. €
KDI Klinikservice GmbH, Dachau	94,9	123	3
RK Reinigungsgesellschaft Nordost mbH, Bad Neustadt a. d. Saale (vormals: RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 33, Bad Neustadt a. d. Saale)	100,0	25	-6
RK-Cateringgesellschaft Mitte mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	77	0
RK-Cateringgesellschaft Süd mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	51	0
RK-Cateringgesellschaft West mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	101	4
RK-Reinigungsgesellschaft Mitte mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	33	0
RK-Reinigungsgesellschaft Nord mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	208	0
RK-Reinigungsgesellschaft Ost mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	756	409
RK-Reinigungsgesellschaft Süd mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	101	18
RK-Reinigungsgesellschaft West mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	95	5
RK-Reinigungsgesellschaft Zentral mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	187	32
RK-Wäschereinigung Süd GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale (vormals: RK-Wäschereinigung GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale)	51,0	30	0
UKGM Service GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	103	10

	Anteil am Kapital	Eigen- kapital	Jahres- ergebnis
Vorratsgesellschaften/sonstige Gesellschaften	%	Tsd. €	Tsd. €
Amper Medico Gesellschaft für medizinische Dienstleistungen mbH, Dachau	94,9	137	8
Energiezentrale Universitätsklinikum Gießen GmbH, Gießen	50,0	144	68
HEILBAD BAD NEUSTADT GMBH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	2.454	545
Kinderhort Salzburger Leite gemeinnützige Gesellschaft mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	232	-65
Klinik Feuerberg GmbH Bad Neustadt/Saale, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	43	-4
Leben am Rosenberg GmbH, Kronach	100,0	165	15
Psychosomatische Klinik GmbH Bad Neustadt/Saale, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	28	-3
PTZ GmbH, Marburg	100,0	19.200	3.504
RK Bauträger GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	263	-11
RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 32, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	36	-5
RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 34, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	35	-5
RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 35, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	190	-3
RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 37, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	27	-4
Wolfgang Schaffer GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	592	28

9.2 SONSTIGE UNTERNEHMEN GEMÄSS § 313 ABS. 2 ZIFF. 2 FF. HGB

	Anteil am Kapital %	Eigen- kapital Tsd. €	Jahres- ergebnis Tsd. €
4QD – Qualitätskliniken.de GmbH, Berlin ¹	25,0	363	-878
Christliches Hospiz Pforzheim GmbH, Pforzheim ¹	13,6	1.573	3
Hospiz Mittelhessen gGmbH, Wetzlar ¹	15,9	297	30
Imaging Service AG, Niederpöcking ¹	23,8	474	-34
miCura Pflegedienste Dachau GmbH, Dachau ¹	46,5	62	3
Seniorenpflegeheim GmbH Bad Neustadt a. d. Saale, Bad Neustadt a. d. Saale ¹	25,0	1.708	200
Soemmerring GmbH privates Institut für Bewegungsstörungen und Verhaltensneurologie, Bad Nauheim ¹	31,7	6	5

¹ Zahlen gemäß Jahresabschluss 31. Dezember 2010.

10 SONSTIGE ANGABEN

10.1 MITARBEITER IM JAHRESDURCHSCHNITT

	2011	2010	Veränderungen	
	Anzahl ¹	Anzahl ¹	Anzahl ¹	%
Ärztlicher Dienst	3.905	3.691	214	5,8
Pflegedienst	11.621	11.482	139	1,2
Medizinisch-technischer Dienst	5.100	4.830	270	5,6
Funktionsdienst	3.978	3.783	195	5,2
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	4.766	4.601	165	3,6
Technischer Dienst	572	569	3	0,5
Verwaltungsdienst	2.642	2.578	64	2,5
Sonstiges Personal	494	462	32	6,9
	33.078	31.996	1.082	3,4

¹ Nach Köpfen; ohne Vorstände, Geschäftsführer, Auszubildende, Praktikanten und Zivildienstleistende.

10.2 SONSTIGE FINANZIELLE VERPFLICHTUNGEN

	31.12.2011 Mio. €	31.12.2010 Mio. €
Bestellobligo	35,8	40,9
Operating-Leasing-Verträge		
Fällig im Folgejahr	4,8	4,7
Fällig in 2 bis 5 Jahren	5,2	6,0
Fällig nach 5 Jahren	0,9	0,6
Summe Operating-Leasing-Verträge	10,9	11,3
Übrige		
Fällig im Folgejahr	70,1	66,8
Fällig in 2 bis 5 Jahren	31,1	31,9
Fällig nach 5 Jahren	5,2	5,2
Summe Übrige	106,4	103,9

Vom Bestellobligo entfallen 0,2 Mio. € (Vj. 0,5 Mio. €) auf immaterielle Vermögenswerte sowie 32,6 Mio. € (Vj. 37,7 Mio. €) auf Sachanlagen.

Die übrigen finanziellen Verpflichtungen resultieren hauptsächlich aus Dienstleistungsverträgen (Wartungsverträge, Verträge betreffend den Bezug von Waren, Verträge betreffend Wäschereinigung etc.).

Des Weiteren resultieren aus Unternehmenskaufverträgen Investitionsverpflichtungen in Höhe von insgesamt 42,0 Mio. € (Vj. 99,1 Mio. €), die im Wesentlichen in einem Zeitraum von bis zu 36 Monaten zu tätigen sind.

Darüber hinaus bestehen betraglich nicht begrenzte selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegenüber MVZ-Tochtergesellschaften aus deren vertragsärztlicher Tätigkeit.

10.3 LEASINGBEZIEHUNGEN IM KONZERN

Leasingtransaktionen sind als Finanzierungs-Leasing bzw. als Operating-Leasing klassifiziert. Leasingtransaktionen, bei denen der Konzern als Leasingnehmer alle wesentlichen Chancen und Risiken, die mit dem Eigentum verbunden sind, trägt, werden als Finanzierungs-Leasing behandelt. Dies betrifft die MEDI-GREIF-Gruppe. Dementsprechend hat der Konzern die Leasingobjekte zum Barwert der Mindestleasingraten in Höhe von 9,3 Mio. € (Vj. 9,3 Mio. €) aktiviert und schreibt die Leasinggegenstände in der Folge über die geschätzte Nutzungsdauer oder die kürzere Vertragslaufzeit ab. Zugleich wird eine entsprechende Verbindlichkeit angesetzt, die in der Folgezeit nach der Effektivzinsmethode getilgt und fortgeschrieben wird. Alle anderen Leasingvereinbarungen, bei denen der Konzern als Leasingnehmer auftritt, werden als Operating-Leasing behandelt. In diesem Fall werden die Leasingzahlungen linear als Aufwand erfasst.

10.3.1 Verpflichtungen als Leasingnehmer im Rahmen von Operating-Leasing

Der Konzern mietet medizinische Geräte sowie Wohn- und Büroflächen an, die als kündbare Operating-Leasing-Verhältnisse zu qualifizieren sind. Die Leasingvereinbarungen haben in der Regel eine Laufzeit von 2 bis 15 Jahren. Der Konzern hat bei diesen Leasingvereinbarungen eine Kündigungsfrist von maximal zwölf Monaten zum Laufzeitende.

10.3.2 Verpflichtungen als Leasingnehmer im Rahmen von Finanzierungs-Leasing

Im Rahmen von Finanzierung-Leasing-Verhältnissen werden vor allem medizinische Geräte gemietet. Im Konzern besteht der Grundsatz, Betriebsvermögen stets im Eigentum zu erwerben. Die im Rahmen von Klinikübernahmen ebenfalls zu übernehmenden Leasingverträge in Höhe von 0,3 Mio. € (Vj. 0,6 Mio. €) werden planmäßig bedient, jedoch nach Auslaufen durch Investitionen ersetzt.

	2011	2010
Verbindlichkeiten aus Finanzierungs-Leasing-Mindestleasingzahlungen	Mio. €	Mio. €
Fällig im Folgejahr	0,2	0,3
Fällig in 2 bis 5 Jahren	0,1	0,3
Fällig nach 5 Jahren	0,0	0,0
	0,3	0,6
Künftige Finanzierungskosten aus Finanzierungs-Leasing	0,0	0,0
Barwert der Verbindlichkeiten aus Finanzierungs-Leasing	0,3	0,6

	2011	2010
Barwert der Verbindlichkeiten aus Finanzierungs-Leasing	Mio. €	Mio. €
Fällig im Folgejahr	0,2	0,2
Fällig in 2 bis 5 Jahren	0,1	0,4
Fällig nach 5 Jahren	0,0	0,0
	0,3	0,6

Die Leasingvereinbarungen beinhalten teilweise Kauf- und Verlängerungsoptionen.

10.3.3 Als Finanzinvestitionen gehaltene Immobilien

Der Konzern vermietet Wohnflächen an Mitarbeiter, Büro- und Gewerbeflächen an Dritte (z. B. Cafeteria) sowie Praxisräume an mit dem Krankenhaus kooperierende Ärzte und Laborgemeinschaften im Rahmen von kündbaren Operating-Leasing-Verhältnissen.

Die betragsmäßig wesentlichen Operating-Leasing-Verträge resultieren aus der Vermietung von Immobilien an Dritte.

Bei dem absolut größten Posten handelt es sich um die Vermietung einer Immobilie an einen Pflegeheimbetreiber. Auf Basis von Ertragswertermittlungen sehen wir keine wesentlichen Unterschiede zwischen dem Zeitwert dieser Immobilien und ihren nachfolgend dargestellten Buchwerten. Aus diesem Grund haben wir kein externes Zeitwert-Gutachten eingeholt.

	Gesamt Mio. €
Anschaffungskosten	
01.01.2011	6,3
Zugänge	0,0
Abgänge	0,0
31.12.2011	6,3
Kumulierte planmäßige Abschreibungen	
01.01.2011	1,4
Abschreibungen	0,2
31.12.2011	1,6
Bilanzwert 31.12.2011	4,7

	Gesamt Mio. €
Anschaffungskosten	
01.01.2010	6,3
Zugänge	0,0
Abgänge	0,0
31.12.2010	6,3
Kumulierte planmäßige Abschreibungen	
01.01.2010	1,2
Abschreibungen	0,2
31.12.2010	1,4
Bilanzwert 31.12.2010	4,9

Die Abschreibungen erfolgen linear über eine Nutzungsdauer von 33 1/3 Jahren. Im Jahr 2011 wurden hierfür Mieteinnahmen in Höhe von 0,4 Mio. € (Vj. 0,4 Mio. €) erzielt. Die Betriebsaufwendungen für diese als Finanzinvestition gehaltenen Immobilien beliefen sich im Geschäftsjahr auf 0,3 Mio. € (Vj. 0,3 Mio. €). Diese entfallen vollständig auf Objekte, mit denen Mieteinnahmen erzielt wurden.

Bei den sonstigen im Rahmen von Operating-Leasing vermieteten Flächen handelt es sich um unwesentliche und unselbständige Teilflächen von Gebäudebestandteilen, so dass wir von einer gesonderten Darstellung abgesehen haben.

Die zukünftig zu erhaltenden Mindestleasingzahlungen bis zu einem Jahr betragen 2,6 Mio. €. Die Mindestleasingzahlungen für den Zeitraum bis zu fünf Jahren betragen 5,3 Mio. €, über fünf Jahre 4,9 Mio. €.

10.4 BEZIEHUNGEN ZU NAHE STEHENDEN UNTERNEHMEN UND PERSONEN

Als nahe stehende Personen gelten natürliche sowie juristische Personen und Unternehmen, die das berichtende Unternehmen oder eines seiner Tochterunternehmen beherrschen können oder die auf das berichtende Unternehmen oder auf seine Tochterunternehmen unmittelbar oder mittelbar wesentlich einwirken können, sowie diejenigen natürlichen sowie juristischen Personen und Unternehmen, die das berichtende Unternehmen beherrschen oder auf die es wesentlich einwirken kann.

Gesellschaften des RHÖN-KLINIKUM Konzerns unterhalten im Einzelfall wechselseitige Geschäftsbeziehungen zu nahe stehenden Unternehmen und Personen. Es handelt sich hierbei insbesondere um Vermietungen von Gebäuden sowie um Leistungen im Zusammenhang mit Telemedizin, Teleradiologie, Pflege sowie Personalgestellungen. Diese Dienstleistungs- und Mietbeziehungen werden zu Marktpreisen abgewickelt.

Als nahe stehende Unternehmen werden demnach sämtliche Unternehmen, an denen wir zwischen 20,0% und 50,0% beteiligt sind und die wir wegen Unwesentlichkeit nicht in den Konzernabschluss einbezogen haben, identifiziert (zu den Unternehmen des Konzerns wird auf die Anteilsbesitzliste in diesem Anhang verwiesen). Aus Konzernsicht bestand im Geschäftsjahr 2011 folgendes Leistungsvolumen zu nahe stehenden Unternehmen:

	Aufwand	Ertrag	Forderungen	Verbindlichkeiten
	2011	2011	31.12.2011	31.12.2011
	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €
Imaging Service AG, Niederpöcking	121,8	163,4	1,5	21,6
miCura Pflegedienste Dachau GmbH, Dachau	141,1	0,0	0,0	0,0
Seniorenpflegeheim GmbH Bad Neustadt a. d. Saale, Bad Neustadt a. d. Saale	0,0	450,7	16,9	0,0
4QD – Qualitätskliniken.de GmbH, Berlin	234,3	0,0	23,1	0,0
	497,2	614,1	41,5	21,6

Aus Konzernsicht bestand im Geschäftsjahr 2011 folgendes Leistungsvolumen zu at-equity konsolidierten Unternehmen:

	Aufwand	Ertrag	Forderungen	Verbindlichkeiten
	2011	2011	31.12.2011	31.12.2011
	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €
Energiezentrale Universitätsklinikum Gießen GmbH, Gießen	1.286,5	70,3	2.664,5	1.286,5
Medizinisches Versorgungszentrum NikoMedicum Bad Sachsa GmbH, Bad Sachsa	0,0	0,0	77,8	0,0
	1.286,5	70,3	2.742,3	1.286,5

Als nahe stehende Personen behandeln wir die Mitglieder des Managements in Schlüsselpositionen sowie die mit ihnen im Sinne des § 1589 BGB im ersten Grad verwandten Personen und deren Ehegatten. Unter den Mitgliedern des Managements in Schlüsselpositionen haben wir den Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG, die zweite Führungsebene sowie die Mitglieder des Aufsichtsrats subsumiert.

Mitglieder des Aufsichtsrats der RHÖN-KLINIKUM AG bzw. ihnen nahe stehende Unternehmen und Einrichtungen haben folgende Leistungen zu marktüblichen Konditionen erbracht:

Nahe stehende Person	Unternehmen i. S. v. IAS	Art der Leistung	2011	2010
			Tsd. €	Tsd. €
Herr Prof. Dr. Gerhard Ehninger	AgenDix – Applied Genetic Diagnostics – Gesellschaft für angewandte molekulare Diagnostik mbH	Laborleistungen	76,8	139,7
	DKMS – Deutsche Knochenmarkspenderdatei gemeinnützige Ges. mbH, Tübingen	Transplantate/Entnahmen	641,4	557,2

Zum Bilanzstichtag 31. Dezember 2011 bestanden per saldo Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen in Höhe von insgesamt 46 Tsd. € gegenüber der AgenDix – Applied Genetic Diagnostics – Gesellschaft für angewandte molekulare Diagnostik mbH sowie der DKMS – Deutsche Knochenmarkspenderdatei gemeinnützige Gesellschaft mbH.

Die Aufwendungen sind in der Gewinn- und Verlustrechnung unter den sonstigen betrieblichen Aufwendungen erfasst. Wertminderungen waren im Geschäftsjahr 2011 nicht zu erfassen.

Die bei der RHÖN-KLINIKUM AG oder ihren Tochterunternehmen angestellten Arbeitnehmervertreter im Aufsichtsrat erhielten im Rahmen ihres Arbeitsverhältnisses die folgenden Bezüge im abgelaufenen Geschäftsjahr:

	Fix Tsd. €	Ergebnis- abhängig Tsd. €	Gesamt 2011 Tsd. €	Gesamt 2010 Tsd. €
Dr. Bernhard Aisch	-	-	-	80
Gisela Ballauf	-	-	-	32
Peter Berghöfer	109	35	144	156
Bettina Böttcher	30	1	31	30
Helmut Bühner (ab 01.05.2011)	44	4	48	47
Stefan Härtel	39	1	40	37
Ursula Harres	-	-	-	42
Annett Müller	25	3	28	32
Werner Prange	46	1	47	45
Joachim Schaar	-	-	-	75
Prof. Dr. Jan Schmitt	124	0	124	123
Dr. Rudolf Schwab (bis 30.04.2011)	29	3	32	91
	446	48	494	790

Die vorstehend genannten Aufwendungen werden in der Gewinn- und Verlustrechnung unter den Personalaufwendungen erfasst.

10.5 GESAMTBZÜGE DES AUFSICHTSRATS, DES VORSTANDS UND DES BEIRATS

	2011 Tsd. €	2010 Tsd. €
Bezüge des Aufsichtsrats	2.675	2.426
Bezüge des amtierenden Vorstands	6.461	9.134
Bezüge der ehemaligen Mitglieder des Vorstands	5.413	1.224
Bezüge des Beirats	24	21

Kreditgewährungen an Mitglieder des Aufsichtsrats, des Vorstands und des Beirats liegen nicht vor. Die Mitglieder des Vorstands und die Mitglieder des Aufsichtsrats – ohne den Aufsichtsratsvorsitzenden Herrn Eugen Münch – halten zusammen einen Aktienbesitz an der RHÖN-KLINIKUM AG, der 1,0 % des gesamten Aktienkapitals nicht überschreitet. Die Familie des Aufsichtsratsvorsitzenden, Herrn Eugen Münch, hält 12,45 % der Aktien der RHÖN-KLINIKUM AG.

Die von den Mitgliedern des Aufsichtsrats und des Vorstands sowie deren Ehegatten bzw. Verwandten ersten Grades im Jahr 2011 getätigten Transaktionen von Aktien der RHÖN-KLINIKUM AG wurden gemäß § 15a Wertpapierhandelsgesetz (WpHG) veröffentlicht. Im Berichtszeitraum liegt der RHÖN-KLINIKUM AG eine Mitteilung über Geschäfte nach § 15a WpHG von Mitgliedern des Vorstands bzw. Aufsichtsrats (Directors' Dealings) vor. Diese betrifft das Aufsichtsratsmitglied Herrn Detlef Klimpe mit dem Erwerb von 980 Stammaktien über XETRA® am 16. Mai 2011 zum Kurs von 16,85 € mit einem Gesamtvolumen von 16.513,00 €.

Die Aufwendungen (ohne Umsatzsteuer) für Mitglieder des Aufsichtsrats gliedern sich im Einzelnen wie folgt:

Gesamtbezüge	Grund- betrag	Sitzungs- geld fix	Sitzungs- geld variabel	Funktions- tage variabel	Gesamt 2011	Gesamt 2010
	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €
Eugen Münch	20	52	162	280	514	468
Joachim Lüddecke	20	48	71	0	139	113
Wolfgang Mündel	20	48	164	177	409	386
Peter Berghöfer	20	20	65	0	105	39
Bettina Böttcher	20	10	26	0	56	21
Sylvia Bühler	20	20	75	0	115	80
Helmut Bühner (bis 09.06.2010/ab 01.05.2011)	13	6	14	0	33	39
Prof. Dr. Gerhard Ehninger	20	12	30	0	62	48
Stefan Härtel	20	20	65	0	105	39
Caspar von Hauenschild	20	20	75	16	131	131
Detlef Klimpe	20	24	114	0	158	139
Prof. Dr. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach	20	12	30	0	62	56
Michael Mendel	20	20	87	0	127	107
Dr. Rüdiger Merz	20	18	65	0	103	53
Dr. Brigitte Mohn	20	16	37	0	73	74
Annett Müller	20	16	37	0	73	62
Jens-Peter Neumann	20	24	114	0	158	111
Werner Prange	20	20	65	0	105	85
Prof. Dr. Jan Schmitt	20	12	30	0	62	29
Georg Schulze-Ziehaus	20	12	30	0	62	29
Dr. Rudolf Schwab (bis 30.04.2011)	7	4	12	0	23	29
Ehemalige Aufsichtsratsmitglieder	0	0	0	0	0	288
	400	434	1.368	473	2.675	2.426

Die Gesamtbezüge des Vorstands entfallen im Einzelnen auf:

Gesamtbezüge	Fix		Ergebnis- abhängig	Gesamt 2011	Gesamt 2010
	Grund- gehalt	Neben- leistungen			
	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €
Amtierende Vorstandsmitglieder					
Volker Feldkamp	184	12	471	667	199
Dr. Erik Hamann	208	7	471	686	586
Wolfgang Kunz ¹	144	2	639	785	968
Martin Menger ²	174	6	356	536	0
Wolfgang Pföhler	384	12	2.343	2.739	2.492
Dr. Irmgard Stippler	192	8	454	654	563
Dr. Christoph Straub ³	96	0	298	394	875
Ehemalige Vorstandsmitglieder	0	0	0	0	3.451
	1.382	47	5.032	6.461	9.134

¹ bis 30. September 2011.

² ab 1. Januar 2011.

³ bis 30. Juni 2011.

Bei der Beendigung des Dienstvertrages erhalten die Vorstände unter bestimmten Voraussetzungen eine Altersvorsorgeleistung. Diese beträgt für jedes volle Jahr (zwölf volle Kalendermonate) der Tätigkeit als Vorstandsmitglied 12,5 % der am Tage der Beendigung des Dienstvertrages geschuldeten Jahresbezüge, insgesamt jedoch höchstens das 1,5-fache dieser letzten Bezüge. Für diese Leistungen, die den Mitgliedern des Vorstands nach Beendigung ihrer Tätigkeit zugesagt worden sind, wurden folgende Altersvorsorgeleistungen zurückgestellt:

	Rückstellung Stand 31.12.2010	Veränderung Abfindungs- ansprüche	Rückstellung Stand 31.12.2011	Nominalbetrag bei Vertrags- ablauf ⁴
Altersvorsorgeleistungen	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €
Volker Feldkamp	6	21	26	426
Dr. Erik Hamann	95	77	172	441
Wolfgang Kunz ¹	854	433	1.287	1.287
Martin Menger ²	0	55	55	205
Wolfgang Pföhler	1.352	487	1.838	3.157
Dr. Irmgard Stippler	95	74	169	395
Dr. Christoph Straub ³	128	-128	0	0
Ehemalige Vorstandsmitglieder	4.571	-4.571	0	0
	7.101	-3.554	3.546	5.911

¹ bis 30. September 2011.

² ab 1. Januar 2011.

³ bis 30. Juni 2011.

⁴ Anspruch nach planmäßigem Auslaufen des Vorstandsvertrages auf Basis der Bezüge des abgelaufenen Geschäftsjahres.

Zum Bilanzstichtag nicht mehr amtierende Vorstandsmitglieder erhielten für ihre frühere Tätigkeit als Vorstand im Geschäftsjahr 2011 Bezüge in Höhe von insgesamt 5,4 Mio. € (Vj. 1,2 Mio. €). Es handelt sich hierbei um Altersvorsorgeleistungen, die nach Beendigung der Vorstandstätigkeit bei Erfüllen der Voraussetzungen fällig werden. Die hierfür in Vorjahren gebildeten Rückstellungen für Altersvorsorgeleistungen wurden in Höhe von 4,6 Mio. € bestimmungsgemäß verbraucht. Die versicherungsmathematischen Verluste (Korridorregelung) für nicht mehr amtierende Vorstände sind gemäß IAS 19.92 ff. im Geschäftsjahr 2011 in Höhe von 0,8 Mio. € ergebniswirksam erfasst.

Vergütungen mit langfristiger Anreizwirkung (z. B. Optionen) sind nicht vereinbart.

Die Mitglieder des Vorstands halten jeweils weniger als 1,0 % der Aktien der RHÖN-KLINIKUM AG. Der Gesamtbesitz dieser Vorstandsmitglieder an den von der Gesellschaft ausgegebenen Aktien liegt ebenfalls unter 1,0 %. Der entsprechende Gesamtbesitz aller Aufsichtsratsmitglieder – ohne Herrn Eugen Münch – liegt unter 1,0 % der ausgegebenen Aktien. Optionen und sonstige Derivate bestehen nicht. Die Familie des Aufsichtsratsvorsitzenden, Herrn Eugen Münch, hält zusammen 12,45 % der Aktien der RHÖN-KLINIKUM AG.

10.6 ERKLÄRUNG ZUM CORPORATE GOVERNANCE KODEX

Mit gemeinsamem Beschluss des Aufsichtsrats und des Vorstands der RHÖN-KLINIKUM AG vom 26. Oktober 2011 wurde die entsprechende Erklärung gemäß § 161 AktG zur Anwendung des Deutschen Corporate Governance Kodex im Geschäftsjahr 2011 abgegeben. Diese wurde auf der Homepage der RHÖN-KLINIKUM AG hinterlegt und damit der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

10.7 ANGABE DES IM GESCHÄFTSJAHR FÜR DEN ABSCHLUSSPRÜFER ALS AUFWAND ERFASSTEN HONORARS (INKLUSIVE AUSLAGENERSATZ UND OHNE UMSATZSTEUER)

Im Geschäftsjahr 2011 wurden konzernweit Honorare für Abschlussprüfer in Höhe von 3,9 Mio. € (Vj. 4,0 Mio. €) aufgewendet. Die Honorare inklusive Auslagen und ohne Umsatzsteuer entfallen auf nachfolgende Leistungen:

	2011 Tsd. €	2010 Tsd. €
Honorar für Abschlussprüfungsleistungen	2.686	2.529
Honorar für andere Bestätigungsleistungen	345	381
Honorar für Steuerberatungsleistungen	455	774
Honorar für sonstige Leistungen	388	282
	3.874	3.966

Vom Gesamthonorar ohne Umsatzsteuer entfallen 1,2 Mio. € (Vj. 1,3 Mio. €) auf andere Abschlussprüfer, die nicht Konzernabschlussprüfer sind. Die Honorare setzen sich wie folgt zusammen:

	2011 Tsd. €	2010 Tsd. €
Honorar für Abschlussprüfungsleistungen	981	1.051
Honorar für andere Bestätigungsleistungen	44	46
Honorar für Steuerberatungsleistungen	129	177
Honorar für sonstige Leistungen	57	52
	1.211	1.326

DER AUFSICHTSRAT DER RHÖN-KLINIKUM AG BESTEHT AUS:

EUGEN MÜNCH

Bad Neustadt a. d. Saale, Aufsichtsratsvorsitzender
Weitere Mandate:
 – *Stiftungsrat Deutsche Hospizstiftung*
 – *Stiftungsrat Deutsche Schlaganfall-Hilfe*
 – *Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (stv. Vorsitzender des Vorstands)*

JOACHIM LÜDDECKE

Hannover, 1. stv. Vorsitzender, Landesbezirksfachbereichsleiter ver.di, Gewerkschaftssekretär
Weiteres Aufsichtsratsmandat:
 – *Klinikum Region Hannover (stv. Vorsitzender), Mitglied im Vermittlungs- und Präsidialausschuss dieses Aufsichtsrats (bis 15. November 2011)*

WOLFGANG MÜNDEL

Kehl, 2. stv. Vorsitzender, Wirtschaftsprüfer und Steuerberater in eigener Praxis
Weiteres Mandat:
 – *Jean d'Arcel Cosmétique GmbH & Co. KG, Kehl (Vorsitzender des Beirats)*

PETER BERGHÖFER

Münchhausen, Leiter Finanzen der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen

BETTINA BÖTTCHER

Marburg, Arbeiterin bei der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen
Weiteres Aufsichtsratsmandat:
 – *Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen (bis 30. Juni 2011)*

SYLVIA BÜHLER

Düsseldorf, Landesfachbereichsleiterin ver.di, Gewerkschaftssekretärin
Weiteres Aufsichtsratsmandat:
 – *MATERNUS-Kliniken AG, Berlin (stv. Aufsichtsratsvorsitzende)*

HELMUT BÜHNER

Bad Bocklet, Krankenpfleger in der Herz- und Gefäß-Klinik GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale (ab 1. Mai 2011)
Weiteres Mandat:
 – *Vorsitzender des Betriebsrats der RHÖN-KLINIKUM AG*

PROFESSOR DR. GERHARD EHNINGER

Dresden, Arzt
Weiteres Aufsichtsratsmandat:
 – *Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen*
Weitere Mandate:
 – *DKMS Deutsche Knochenmarkspenderdatei gemeinnützige Gesellschaft mbH, Tübingen (Vorsitzender des Verwaltungsrats)*
 – *DKMS Stiftung Leben spenden, Tübingen (Stiftungsrat)*
 – *DKMS America, New York (Board Member)*

STEFAN HÄRTEL

Müllrose, Krankenpfleger, Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Frankfurt (Oder)
Weiteres Mandat:
 – *Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Frankfurt (Oder) (Mitglied im Beirat)*

CASPAR VON HAUENSCHILD

München, Unternehmensberater in eigener Praxis
Weitere Aufsichtsratsmandate:
 – *St. Gobain ISOVER G+H AG, Ludwigshafen*
 – *oekom research AG, München*

DETLEF KLIMPE

Aachen, Rechtsanwalt in Sozietät mit Leinen und Derichs, Köln, Berlin, Brüssel
Weitere Aufsichtsratsmandate:
 – *Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen*
 – *Prodia Kolping Werkstatt für behinderte Menschen gGmbH, Aachen*

PROFESSOR DR. DR. SC. (HARVARD) KARL W. LAUTERBACH

Köln, Mitglied des Bundestags

MICHAEL MENDEL

Wien, Kaufmann, Vorstand Österreichische Volksbanken-AG
Weitere Aufsichtsratsmandate:
 – *Altium AG, München*
 – *Aveco AG, Frankfurt am Main*

DR. RÜDIGER MERZ

München, Geschäftsführer Clemens Haindl Verwaltungs GmbH

DR. BRIGITTE MOHN

Gütersloh, Mitglied des Vorstands der Bertelsmann Stiftung
Weitere Aufsichtsratsmandate:
 – *Bertelsmann AG, Gütersloh*
 – *PHINEO gAG, Berlin (Vorsitzende des Aufsichtsrats)*
Weitere Mandate:
 – *Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Gütersloh (Vorsitzende des Vorstands)*
 – *MEDICLIN AG, Offenburg (Mitglied im Beirat)*
 – *Mitglied der Bertelsmann Verwaltungsgesellschaft mbH*
 – *Stiftung Michael Skopp, Bielefeld (Mitglied im Kuratorium)*
 – *Stiftung Praxissiegel e. V., Gütersloh (stv. Vorstandsvorsitzende)*
 – *Stiftung Dialog der Generationen, Düsseldorf (Mitglied im Kuratorium)*
 – *HelpGroup GmbH, Bonn-Alfter (Mitglied im Beirat)*
 – *European Foundation Center, Brüssel (Member Governing Council)*
 – *Agentur Nordpol, Hamburg (Mitglied des Expeditionsrats)*

ANNETT MÜLLER

Dippoldiswalde, Physiotherapeutin bei der Weißeritztal-Kliniken GmbH, Freital

JENS-PETER NEUMANN

Paphos, Unternehmensberater

WERNER PRANGE

Osterode, Krankenpfleger in der Kliniken Herzberg und Osterode GmbH, Herzberg
Weitere Mandate:
 – *Vorsitzender des Betriebsrats der Kliniken Herzberg und Osterode GmbH*
 – *Vorsitzender des Konzernbetriebsrats der RHÖN-KLINIKUM AG*

PROFESSOR DR. JAN SCHMITT

Marburg, Leitender Oberarzt bei der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen
Weiteres Aufsichtsratsmandat:
 – *Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen*

GEORG SCHULZE-ZIEHAUS

Frankfurt am Main, Landesfachbereichsleiter ver.di, Landesbezirk Hessen

DR. RUDOLF SCHWAB

München, Arzt bei der Kliniken München Pasing und Perlach GmbH, München (bis 30. April 2011)

DER VORSTAND DER RHÖN-KLINIKUM AG BESTEHT AUS:

WOLFGANG PFÖHLER

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsvorsitzender
Aufsichtsratsmandate:

- Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen
- Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH, Wiesbaden
- gemeinnützige Diakoniekrankenhaus Mannheim GmbH, Mannheim (stv. Aufsichtsratsvorsitzender)
- gemeinnützige Heinrich-Lanz-Stiftung, Mannheim (Verwaltungsratsvorsitzender)

Weiteres Mandat:

- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., 1. Vizepräsident

VOLKER FELDKAMP

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsbereich Süd/West, Großinvestitionen und Prozessmanagement

Aufsichtsratsmandate:

- Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen (ab 1. Januar 2011)
- Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V., Erfurt (Mitglied des Vorstands)

Weiteres Mandat:

- Verband der Privatkliniken in Thüringen e. V. (3. Vorsitzender)

DR. ERIK HAMANN

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsbereich Finanzen, Investor Relations und Controlling

Aufsichtsratsmandate:

- Klinikum Pforzheim GmbH, Pforzheim
- Klinikum Salzgitter GmbH, Salzgitter
- Amper Kliniken AG, Dachau

Weiteres Mandat:

- gemeinnützige Heinrich-Lanz-Stiftung, Mannheim (Verwaltungsratsmitglied)

WOLFGANG KUNZ

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsbereich Rechnungswesen AG und Konzern (bis 30. September 2011)

Aufsichtsratsmandate:

- Klinikum Pforzheim GmbH, Pforzheim (bis 6. Oktober 2011)
- Klinikum Salzgitter GmbH, Salzgitter (bis 6. Oktober 2011)
- Klinikum Hildesheim GmbH, Hildesheim (bis 6. Oktober 2011)

DER BEIRAT DER RHÖN-KLINIKUM AG BESTEHT AUS:

PROFESSOR DR. MED. FREDERIK WENZ

Heidelberg (Vorsitzender)

DIPL.-POLITOLOGIN DOROTHEE BÄR

Berlin

HEINZ DOLLINGER

Dittelbrunn

DR. HEINZ KORTE

München

MINISTERIALRAT A. D. HELMUT MEINHOLD

Heppenheim

PROFESSOR DR. RER. POL. GEORG MILBRADT

Dresden

Bad Neustadt a. d. Saale, 7. März 2012

Der Vorstand

Volker Feldkamp

Dr. Erik Hamann

Martin Menger

Wolfgang Pföhler

Dr. Irmgard Stippler

MARTIN MENGER

geschäftsansässig Hildesheim, Vorstandsbereich Nord/Ost (ab 1. Januar 2011)

Weitere Mandate:

- Verband der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen e. V. (Geschäftsführer)
- Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V., Hannover (Mitglied im Beirat)
- Krankenhaus Cuxhaven GmbH, Cuxhaven (Vorsitzender des Beirats)
- Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Frankfurt (Oder) (Vorsitzender des Beirats)
- Mittelweser Kliniken GmbH Nienburg Hoya Stolzenau, Nienburg (Mitglied im Beirat)
- Klinikum Gifhorn GmbH, Gifhorn (Vorsitzender des Beirats)
- Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V., Hannover (Schiedsstellenmitglied)
- Wesermarsch-Klinik Nordenham GmbH, Nordenham (Mitglied im Beirat)

DR. IRMGARD STIPLER

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsbereich Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Materialwirtschaft und IT

DR. CHRISTOPH STRAUB

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsbereich Ambulant-stationäre Grund- und Regelversorgung (bis 30. Juni 2011)

Aufsichtsratsmandat:

- Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH, Wiesbaden (Vorsitzender) (bis 30. Juni 2011)

Weitere Mandate:

- Wesermarsch-Klinik Nordenham GmbH, Nordenham (Vorsitzender des Beirats) (bis 30. Juni 2011)
- Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda GmbH, Friedrichroda (Mitglied des Beirats) (bis 30. Juni 2011)
- Mittelweser Kliniken GmbH Nienburg Hoya Stolzenau, Nienburg (Vorsitzender des Beirats) (bis 30. Juni 2011)

PROFESSOR DR. MICHAEL-J. POLONIUS

Dortmund

HELMUT REUBELT

Dortmund

SEPP-RAINER SPEIDEL

Schriesheim (ab 18. Juni 2011)

MICHAEL WENDL

München

FRANZ WIDERA

Duisburg (bis 17. Juni 2011)

VERSICHERUNG DER GESETZLICHEN VERTRETER

Nach bestem Wissen versichern wir, dass gemäß den anzuwendenden Rechnungslegungsgrundsätzen der Konzernabschluss der RHÖN-KLINIKUM AG ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Konzerns vermittelt und im Konzernlagebericht der Geschäftsverlauf einschließlich des Geschäftsergebnisses und die Lage des Konzerns so dargestellt sind, dass ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild vermittelt wird sowie die wesentlichen Chancen und Risiken der voraussichtlichen Entwicklung des Konzerns der RHÖN-KLINIKUM AG beschrieben sind.

Bad Neustadt a. d. Saale, 7. März 2012

Der Vorstand

Volker Feldkamp

Dr. Erik Hamann

Martin Menger

Wolfgang Pföhler

Dr. Irmgard Stippler

BESTÄTIGUNGSVERMERK DES UNABHÄNGIGEN ABSCHLUSSPRÜFERS

An die RHÖN-KLINIKUM Aktiengesellschaft, Bad Neustadt a. d. Saale

VERMERK ZUM KONZERNABSCHLUSS

Wir haben den beigefügten Konzernabschluss der RHÖN-KLINIKUM Aktiengesellschaft, Bad Neustadt a. d. Saale, und ihrer Tochtergesellschaften – bestehend aus Konzernbilanz, Konzern-Gewinn- und Verlustrechnung und Konzern-Gesamtergebnisrechnung, Konzern-Eigenkapitalveränderungsrechnung, Konzern-Kapitalflussrechnung und Konzernanhang für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2011 – geprüft.

Verantwortung des Vorstands für den Konzernabschluss

Der Vorstand der RHÖN-KLINIKUM Aktiengesellschaft ist verantwortlich für die Aufstellung dieses Konzernabschlusses. Diese Verantwortung umfasst, dass dieser Konzernabschluss in Übereinstimmung mit den IFRS, wie sie in der EU anzuwenden sind, und den ergänzend nach § 315a Abs. 1 HGB anzuwendenden deutschen gesetzlichen Vorschriften aufgestellt wird und unter Beachtung dieser Vorschriften ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Konzerns vermittelt. Der Vorstand ist auch verantwortlich für die internen Kontrollen, die er als notwendig erachtet, um die Aufstellung eines Konzernabschlusses zu ermöglichen, der frei von wesentlichen – beabsichtigten oder unbeabsichtigten – falschen Darstellungen ist.

Verantwortung des Abschlussprüfers

Unsere Aufgabe ist es, auf der Grundlage unserer Prüfung ein Urteil zu diesem Konzernabschluss abzugeben. Wir haben unsere Abschlussprüfung in Übereinstimmung mit § 317 HGB unter Beachtung der vom Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) festgestellten deutschen Grundsätze ordnungsmäßiger Abschlussprüfung sowie unter ergänzender Beachtung der International Standards on Auditing (ISA) durchgeführt. Danach haben wir die Berufspflichten einzuhalten und die Abschlussprüfung so zu planen und durchzuführen, dass hinreichende Sicherheit darüber erlangt wird, ob der Konzernabschluss frei von wesentlichen falschen Darstellungen ist.

Eine Abschlussprüfung umfasst die Durchführung von Prüfungshandlungen, um Prüfungsnachweise für die im Konzernabschluss enthaltenen Wertansätze und sonstigen Angaben zu erlangen. Die Auswahl der Prüfungshandlungen liegt im pflichtgemäßen Ermessen des Abschlussprüfers. Dies schließt die Beurteilung der Risiken wesentlicher – beabsichtigter oder unbeabsichtigter – falscher Darstellungen im Konzernabschluss ein. Bei der Beurteilung dieser Risiken berücksichtigt der Abschlussprüfer das interne Kontrollsystem, das relevant ist für die Aufstellung eines Konzernabschlusses, der ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild vermittelt. Ziel hierbei ist es, Prüfungshandlungen zu planen und durchzuführen, die unter den gegebenen Umständen angemessen sind, jedoch nicht, ein Prüfungsurteil zur Wirksamkeit des internen Kontrollsystems des Konzerns abzugeben. Eine Abschlussprüfung umfasst auch die Beurteilung der Angemessenheit der angewandten Rechnungslegungsmethoden und der Vertretbarkeit der von dem Vorstand ermittelten geschätzten Werte in der Rechnungslegung sowie die Beurteilung der Gesamtdarstellung des Konzernabschlusses.

Wir sind der Auffassung, dass die von uns erlangten Prüfungsnachweise ausreichend und geeignet sind, um als Grundlage für unser Prüfungsurteil zu dienen.

Prüfungsurteil

Gemäß § 322 Abs. 3 Satz 1 HGB erklären wir, dass unsere Prüfung des Konzernabschlusses zu keinen Einwendungen geführt hat.

Nach unserer Beurteilung aufgrund der bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse entspricht der Konzernabschluss in allen wesentlichen Belangen den IFRS, wie sie in der EU anzuwenden sind, und den ergänzend nach § 315a Abs. 1 HGB anzuwendenden deutschen gesetzlichen Vorschriften und vermittelt unter Beachtung dieser Vorschriften ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens- und Finanzlage des Konzerns zum 31. Dezember 2011 sowie der Ertragslage für das an diesem Stichtag endende Geschäftsjahr.

VERMERK ZUM KONZERNLAGEBERICHT

Wir haben den beigefügten Konzernlagebericht der RHÖN-KLINIKUM Aktiengesellschaft, Bad Neustadt a. d. Saale für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2011 geprüft. Der Vorstand der RHÖN-KLINIKUM Aktiengesellschaft, Bad Neustadt a. d. Saale, ist verantwortlich für die Aufstellung des Konzernlageberichts in Übereinstimmung mit den nach § 315a Abs. 1 HGB anzuwendenden deutschen gesetzlichen Vorschriften. Wir haben unsere Prüfung in Übereinstimmung mit § 317 Abs. 2 HGB und unter Beachtung der für die Prüfung des Konzernlageberichtes vom Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) festgestellten deutschen Grundsätze ordnungsmäßiger Abschlussprüfung durchgeführt. Danach ist die Prüfung des Konzernlageberichtes so zu planen und durchzuführen, dass hinreichende Sicherheit darüber erlangt wird, ob der Konzernlagebericht mit dem Konzernabschluss sowie mit den bei der Abschlussprüfung gewonnenen Erkenntnissen in Einklang steht, insgesamt ein zutreffendes Bild von der Lage des Konzerns vermittelt und die Chancen und Risiken der zukünftigen Entwicklung zutreffend darstellt.

Gemäß § 322 Abs. 3 Satz 1 HGB erklären wir, dass unsere Prüfung des Konzernlageberichtes zu keinen Einwendungen geführt hat.

Nach unserer Beurteilung aufgrund der bei der Prüfung des Konzernabschlusses und Konzernlageberichtes gewonnenen Erkenntnisse steht der Konzernlagebericht in Einklang mit dem Konzernabschluss, vermittelt insgesamt ein zutreffendes Bild von der Lage des Konzerns und stellt die Chancen und Risiken der zukünftigen Entwicklung zutreffend dar.

Frankfurt am Main, 7. März 2012

PricewaterhouseCoopers
Aktiengesellschaft
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

(Michael Burkhart) (ppa. Andreas Heinrich)
Wirtschaftsprüfer Wirtschaftsprüfer

KURZBERICHT DER RHÖN-KLINIKUM AG

BILANZ

AKTIVA	31.12.2011 Mio. €	31.12.2010 Mio. €
Immaterielle Vermögensgegenstände	5,0	5,3
Sachanlagen	31,5	32,6
Finanzanlagen	1.527,5	1.391,9
Anlagevermögen	1.564,0	1.429,8
Vorräte	4,0	5,4
Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände	513,0	358,7
Wertpapiere, Zahlungsmittel	296,6	313,0
Umlaufvermögen	813,6	677,1
Rechnungsabgrenzungsposten	2,5	3,2
Aktive latente Steuern	7,1	2,0
	2.387,2	2.112,1

PASSIVA	31.12.2011 Mio. €	31.12.2010 Mio. €
Gezeichnetes Kapital/ Ausgegebenes Kapital	345,5	345,5
Kapitalrücklagen	410,9	410,9
Gewinnrücklagen	172,9	147,1
Bilanzgewinn	305,0	51,1
Eigenkapital	1.234,3	954,6
Sonderposten zur Finanzierung des Anlagevermögens	0,7	0,7
Sonstige Rückstellungen	28,1	36,0
Rückstellungen	28,1	36,0
Verbindlichkeiten	1.124,1	1.120,8
	2.387,2	2.112,1

GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

	2011 Mio. €	2010 Mio. €
Umsatzerlöse	147,6	144,5
Bestandsveränderung	-0,7	0,5
Sonstige betriebliche Erträge	32,6	22,7
Materialaufwand	40,9	39,8
Personalaufwand	84,3	85,3
Abschreibungen	6,4	6,5
Sonstige betriebliche Aufwendungen	39,5	42,4
Betriebsergebnis	8,4	-6,3
Beteiligungsergebnis	337,4	81,1
Finanzergebnis	-14,0	-17,4
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	331,8	57,4
Steuern	0,9	0,4
Jahresüberschuss	330,9	57,0
Einstellung in Gewinnrücklagen	25,9	5,9
Bilanzgewinn	305,0	51,1

Der Jahresfinanzbericht der RHÖN-KLINIKUM AG (nach HGB erstellt), der von der PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mit dem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk versehen ist, wird im Bundesanzeiger veröffentlicht und ins Unternehmensregister eingestellt.

Der Bericht kann auf Wunsch bei der Gesellschaft angefordert werden.

GEWINNVERWENDUNGSVORSCHLAG

Der vom Vorstand aufgestellte, vom Aufsichtsrat gebilligte und damit festgestellte Jahresabschluss zum 31. Dezember 2011 der RHÖN-KLINIKUM Aktiengesellschaft weist einen Bilanzgewinn von 305.048.039,36 € aus. Vorstand und Aufsichtsrat schlagen vor, von dem Bilanzgewinn

einen Betrag von 62.193.600,00 € zur Ausschüttung einer Dividende von 0,45 € je dividendenberechtigter Stückaktie (DE0007042301) zu verwenden,

einen Betrag von 242.843.639,36 € in andere Gewinnrücklagen einzustellen und

den verbleibenden Betrag von 10.800,00 € auf neue Rechnung vorzutragen.

Bad Neustadt a. d. Saale, 25. April 2012

RHÖN-KLINIKUM Aktiengesellschaft

Der Aufsichtsrat

Der Vorstand

DAS UNTERNEHMEN IM ÜBERBLICK

- 178 Unser Logo
- 179 Meilensteine
- 183 Standorte unserer Konzernkliniken
- 184 Unser Versorgungsprofil
- 185 Anschriften der Konzernkliniken



UNSER LOGO

Der Ursprung der RHÖN-KLINIKUM AG liegt im unterfränkischen Bad Neustadt a. d. Saale. Dort zielt die Silberdistel oder Rhöndistel mit ihren silbrig weißen Blättern und roten Blüten von Juli bis September die Höhen der Rhön.

Für uns symbolisiert sie die enge Verbindung zwischen Mensch, Natur und Gesundheit.



MEILENSTEINE

1973

Übernahme der Bewirtschaftung des Kur- und Therapiezentrums Bad Neustadt a. d. Saale mit 1.500 Teileigentumseinheiten als Rehabilitationszentrum

1975

Eröffnung der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt a. d. Saale

1977

Entwicklung eines Schulungskonzepts für Aussiedler in Zusammenarbeit mit einem gemeinnützigen Schwesterunternehmen unter Zurverfügungstellung von Unterkunft und Verpflegung

1984

Eröffnung der Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt a. d. Saale

1988

Umwandlung in die RHÖN-KLINIKUM AG; Gründungskapital: DM 10 Mio. (5,11 Mio. €) durch Umwandlung des Stammkapitals der RHÖN-KLINIKUM GmbH in Grundkapital, Beschluss über genehmigtes Kapital

1989

Erhöhung des Grundkapitals der RHÖN-KLINIKUM AG um DM 5 Mio. (2,56 Mio. €) auf DM 15 Mio. durch Ausgabe von 100.000 Stück stimmrechtslosen Vorzugsaktien

Übernahme der Mehrheit der Teileigentumsrechte; am 27. November 1989 Börsengang des ersten deutschen Klinikkonzerns: Einführung der Vorzugsaktien in den amtlichen Handel an den Wertpapierbörsen zu München und Frankfurt am Main

Übernahme von 50% der Geschäftsanteile der DKD – Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH, Wiesbaden

Übernahme sämtlicher Anteile der Heilbad Bad Neustadt GmbH & Co. Sol- und Moorbad

1991

Eröffnung der Neurologischen Klinik Bad Neustadt a. d. Saale

Gründung und Übernahme von 75 % der Anteile an der Zentralklinik Bad Berka GmbH, Bad Berka

Börseneinführung der Stammaktien und Platzierung von 25 % der Stammaktien

Erhöhung des Grundkapitals der RHÖN-KLINIKUM AG gegen Bareinlagen von DM 15 Mio. (7,67 Mio. €) um DM 15 Mio. (7,67 Mio. €) auf DM 30 Mio. (15,34 Mio. €); Zulassung aller Stammaktien und Vorzugsaktien an den Wertpapierbörsen zu München und Frankfurt am Main

Inbetriebnahme des Erweiterungsbaus der Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt a. d. Saale

1992

Eröffnung der Klinik für Handchirurgie Bad Neustadt a. d. Saale

1993

Eröffnung einer Suchtklinik in Leipzig als Interimslösung bis zur Eröffnung des geplanten Neubaus (Eröffnung Januar 1997)

Eröffnung der Neurologischen Klinik in Kipfenberg

Erhöhung des Grundkapitals der RHÖN-KLINIKUM AG gegen Bareinlagen von DM 30 Mio. (15,34 Mio. €) um DM 6 Mio. (3,07 Mio. €) auf DM 36 Mio. (18,41 Mio. €)

1994

Eröffnung des Operations- und Intensivmedizinischen Zentrums der Zentralklinik Bad Berka mit 14 Operationssälen und 88 intensivmedizinischen Betten

Eröffnung des Herzzentrums Leipzig mit dem Status einer Universitätsklinik

1995

Eröffnung des Klinikums Meiningen mit 532 Betten

Eröffnung des Ersatzbettenhauses der Zentralklinik Bad Berka mit 488 Betten

Eröffnung der Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe mit 65 Betten

Nennwertherabsetzung der RHÖN-KLINIKUM Aktien von DM 50,- auf DM 5,-

Erhöhung des Grundkapitals der RHÖN-KLINIKUM AG gegen Bareinlage von DM 36 Mio. (18,41 Mio. €) um DM 7,2 Mio. (3,68 Mio. €) auf DM 43,2 Mio. (22,09 Mio. €)

1996

Übernahme weiterer 50 % der Geschäftsanteile der DKD – Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik Wiesbaden GmbH, damit alleiniger Gesellschafter

Inbetriebnahme des rekonstruierten Zentralbaus der Zentralklinik Bad Berka

1997

Eröffnung der Soteria Klinik Leipzig-Probstheida

Übernahme des Krankenhauses Waltershausen-Friedrichroda mit 248 Betten



Die Tagesklinik der Zentralklinik Bad Berka, zu finden gegenüber dem Haupteingang, ist ebenfalls ein Baustein der umfassenden Versorgungsleistung, die vor Ort angeboten werden.



Auch am Abend erstrahlt der Eingangsbereich der Zentralklinik Bad Berka in einem warmen Glanz. Gut zu erkennen sind die alten Fragmente der Grundmauern, die im Rahmen der Renovierung erhalten worden sind.

1998

Übernahme der Kliniken Herzberg und Osterode mit 279 Betten

Eröffnung des neuen Westtrakts der Zentralklinik Bad Berka einschließlich Zentrum für Querschnittgelähmte (66 Betten), Zentral-Diagnostikum, PET und Low-Care-Station

Inbetriebnahme des Gefäßzentrums an der Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt a. d. Saale

1999

Übernahme des Kreiskrankenhauses Freital (nahe Dresden) mit 301 Betten

Eröffnung des weltweit ersten Roboter-Operationstrakts im Herzzentrum Leipzig-Universitätsklinik

Übernahme der Städtischen Klinik Leipzig Süd-Ost (Park-Krankenhaus) mit 526 Betten

Übernahme des Städtischen Krankenhauses St. Barbara Attendorn mit 297 Betten

Erhöhung des Grundkapitals der RHÖN-KLINIKUM AG aus Gesellschaftsmitteln auf 25,92 Mio. € sowie Durchführung eines Aktiensplits im Verhältnis 1:3

2000

Übernahme des Kreiskrankenhauses Uelzen und des Hamburgischen Krankenhauses Bevensen mit 489 Betten

Übernahme des Krankenhauses in Dippoldiswalde (nahe Freital und Dresden) mit 142 Betten

2001

Inbetriebnahme des Erweiterungsbaus der Kliniken Herzberg und Osterode/Zusammenlegung der Standorte Herzberg und Osterode

2002

Übernahme der Kliniken in Nienburg/Weser, Hoya und Stolzenau mit insgesamt 388 Betten

Übernahme des Klinikums Frankfurt (Oder) mit 910 Betten

Übernahme des Fachkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen mit 405 Betten

Übernahme der Aukamm-Klinik für operative Rheumatologie und Orthopädie Wiesbaden mit 63 Betten

Übernahme des Klinikums Pirna (nahe Dresden) mit 342 Betten

2003

Übernahme des Johanniter-Krankenhauses Dohna-Heidenau (nahe Pirna, heute mit Pirna zusammengelegt) mit 142 Betten

Eröffnung des Neubaus der Kliniken Uelzen und Bad Bevensen/
Zusammenlegung der Standorte Uelzen und Bad Bevensen

Übernahme des 12,5 %-Anteils des Freistaates Thüringen an der Zentralklinik Bad Berka GmbH

Übernahme des Stadtkrankenhauses Cuxhaven mit 270 Betten

2004

Übernahme des Carl von Heß-Krankenhauses Hammelburg mit 130 Betten

Übernahme des St. Elisabeth-Krankenhauses Bad Kissingen mit 196 Betten

Eröffnung des Neubaus für Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erweiterung der Erwachsenenpsychiatrie am Fachkrankenhaus Hildburghausen

Inbetriebnahme des Erweiterungsbaus und der Sanierung am Krankenhaus St. Barbara Attendorn

Übernahme des Stadtkrankenhauses Pforzheim mit 602 Betten

2005

Übernahme des Stadtkrankenhauses Hildesheim mit 570 Betten

Übernahme des Kreiskrankenhauses Gifhorn mit 360 Betten (zu 96 %)

Übernahme des Städtischen Krankenhauses Wittingen mit 71 Betten (zu 96 %)

Übernahme des Kreiskrankenhauses München-Pasing mit 442 Betten

Übernahme des Kreiskrankenhauses München-Perlach mit 180 Betten

Übernahme des Klinikums Dachau mit 443 Betten (zu 74,9 %)

Übernahme der Klinik Indersdorf mit 50 Betten (zu 74,9 %)

Übernahme des Kreiskrankenhauses Salzgitter-Lebenstedt mit 258 Betten (zu 94,9 %)

Übernahme des Kreiskrankenhauses Salzgitter-Bad mit 192 Betten (zu 94,9 %)

Übernahme des Kreiskrankenhauses Erlenbach mit 220 Betten

Übernahme des Kreiskrankenhauses Miltenberg mit 140 Betten

Kapitalerhöhung aus Gesellschaftsmitteln von 25.920.000 Aktien auf 51.840.000 Aktien

Umwandlung der Vorzugsaktien in Stammaktien

Eröffnung der ersten beiden Portal-Kliniken: in Dippoldiswalde (Um- und Anbau) und Stolzenau (Neubau)

Übernahme des 25,27 %-Anteils des Freistaates Thüringen an der Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen GmbH

2006

Übernahme der Frankwaldklinik Kronach mit 282 Betten

Übernahme des Heinz Kalk-Krankenhauses Bad Kissingen mit 86 Betten

Übernahme des Universitätsklinikums Gießen und Marburg mit 2.262 Betten (zu 95 %)

Eröffnung des Neubaus für Maßregelvollzug am Fachkrankenhaus Hildburghausen

Eröffnung des Neubaus in Nienburg/Weser

2007

Übernahme des Kreiskrankenhauses Köthen mit 264 Betten

Eröffnung des Klinikneubaus Pirna

Grundsteinlegung Partikeltherapiezentrum am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg

Erhöhung des Grundkapitals der RHÖN-KLINIKUM AG aus Gesellschaftsmitteln auf 259,2 Mio. € sowie Durchführung eines Aktiensplits im Verhältnis 1:2 (103.680.000 Stückaktien zu je 2,50 €)

2008

Inbetriebnahme der neuen Portal-Klinik Miltenberg

Inbetriebnahme der neuen Portal-Klinik Hammelburg

Inbetriebnahme der neuen Portal-Klinik Wittingen

Übernahme des St. Petri-Hospitals Warburg mit 153 Betten

Eröffnung des Neubaus Kinderklinik am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen

Richtfest der Partikeltherapieanlage am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg

Einweihung des Funktionsneubaus an der Frankwaldklinik Kronach

Übernahme der Wesermarsch-Klinik Nordenham mit 137 Betten

2009

Übernahme der MEDIGREIF Betriebsgesellschaft für Krankenhäuser und Integrative Gesundheitszentren mbH zu 94 % mit 842 Betten



Für Patienten und Besucher wurde aus natürlichen Felsen eine Landschaft zum Erholen und Entspannen geschaffen – die mit Glas überdachten Wintergärten der Zentralklinik Bad Berka.



Auch hier wird wieder das Leitmotiv der Innengestaltung der Zentralklinik Bad Berka sichtbar: grüne Bepflanzung in den zentralen Eingangsbereichen.

Erhöhung des Grundkapitals der RHÖN-KLINIKUM AG aus Gesellschaftermitteln auf 345.580.000,00 €. Die Anzahl der neu ausgegebenen Aktien beträgt 34.552.000 Stück

Einweihung des José Carreras Leukämie Centrums (CLC) in Marburg
Teilneubau des Klinikums Cuxhaven

2010

Übernahme der Klinik Hildesheimer Land mit 165 Betten

Eröffnung des Funktionsneubaus mit hochmodernem Hybrid-OP in der Zentralklinik Bad Berka

Inbetriebnahme erster Bauabschnitt des Krankenhauses Köthen

Richtfest des Neubaus am Klinikum Hildesheim

Richtfest des Neubaus am Klinikum Gifhorn

Inbetriebnahme Neubau des Klinikums Salzgitter

2011

Einweihung des dritten Bauabschnitts auf den Marburger Lahnbergen am Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Einweihung des Neubaus in Gießen am Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Richtfest des Ersatz- und Erweiterungsbaus an der Klinik Kipfenberg

Eröffnung des Klinik-Neubaus in Hildesheim

Abschluss der umfassenden Erweiterung und Modernisierung des Klinikums Erlenbach

Eröffnung des Klinik-Neubaus in München-Pasing

STANDORTE UNSERER KONZERNKLINIKEN



Die RHÖN-KLINIKUM AG ist einer der größten Gesundheitsdienstleister in Deutschland. Unser Ziel ist eine bezahlbare, wohnortnahe Gesundheitsversorgung für jedermann auf hohem Qualitätsniveau. Wir betreiben bundesweit 53 Krankenhäuser von der Grund- bis zur Maximalversorgung sowie 39 Medizinische Versorgungszentren und bieten sämtliche medizinischen Spezialisierungen an. Unsere Einrichtungen stehen allen Patienten der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung offen.

UNSER VERSORGUNGSPROFIL

(Stand: 31.12.2011)

Klinik	Kapazitäten					Versorgungsstufen					Status		
	Akustationär ¹	Tagesklinik/teilstationär ¹	Reha/Sonstige ²	Gesamt 2011	Gesamt 2010	Grund- und Regelversorgung	Schwerpunktversorgung	Maximalversorgung	Fachversorgung	MVZ an der Klinik		Portal-Klinik	Universitätsklinik
BADEN-WÜRTTEMBERG													
Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe	89		89	89			x						
Klinikum Pforzheim	500		500	500	x		x						x
BAYERN													
St. Elisabeth-Krankenhaus, Bad Kissingen (Heinz Kalk-Krankenhaus)	65		65	60	x								
St. Elisabeth-Krankenhaus, Bad Kissingen	185		185	222	x			x					
St. Elisabeth-Krankenhaus, Bad Kissingen (Hammelburg)	60		60	60	x			x	x				
Herz- und Gefäß-Klinik, Bad Neustadt a. d. Saale	339		339	339			x	x					
Klinik für Handchirurgie, Bad Neustadt a. d. Saale	70		44	114	114			x					
Klinik »Haus Franken«, Bad Neustadt a. d. Saale	0		140	140	125								
Haus Saaletal, Bad Neustadt a. d. Saale	0		232	232	232								
Neurologische Klinik, Bad Neustadt a. d. Saale	163		121	284	271			x					
Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt a. d. Saale	200		140	340	340			x					
Amper Kliniken (Dachau)	435	6	441	416	x								x
Amper Kliniken (Indersdorf)	25	10	60	95	120	x							
Kliniken Miltenberg-Erlenbach (Miltenberg)	80		80	80	x							x	
Kliniken Miltenberg-Erlenbach (Erlenbach)	220		32	252	252	x			x				
Klinik Kipfenberg	100		72	172	160			x	x				
Frankenwaldklinik Kronach	282		33	315	315	x			x				
Klinikum München-Pasing	400		400	400		x							x
Klinik München-Perlach	170		170	170	x								x
BRANDENBURG													
Klinikum Frankfurt (Oder)	799	36	835	835	x			x					x
HESEN													
Universitätsklinikum Gießen und Marburg (Gießen)	1.101	44	1.145	1.145			x	x		x			
Universitätsklinikum Gießen und Marburg (Marburg)	1.123	73	1.196	1.152			x	x		x			
Aukamm-Klinik, Wiesbaden	57		57	57				x					
Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden	92	60	152	152	x			x					
MECKLENBURG-VORPOMMERN													
Integratives Gesundheitszentrum Boizenburg ⁴	48		48	46	x								
NIEDERSACHSEN													
Krankenhaus Cuxhaven	250		250	250	x			x					x
Krankenhaus Gifhorn	344		344	344	x								
Klinik Herzberg	244		244	254	x			x					x
Klinikum Hildesheim	535		535	535		x							x
Klinik Hildesheimer Land	25		143	168	170			x					
Mittelweser Kliniken (Nienburg)	243		243	243	x			x					
Mittelweser Kliniken (Stolzenau)	63		63	63	x			x	x				
Wesermarsch-Klinik Nordenham	130		130	130	x								
Klinikum Salzgitter	365		365	385	x								x
Klinikum Uelzen	346		346	346		x							x
Städtisches Krankenhaus Wittingen	50		50	50	x			x	x				
NORDRHEIN-WESTFALEN													
Krankenhaus St. Barbara Attendorn	286	12	298	298	x			x					x
St. Petri-Hospital Warburg	153		153	153	x								
SACHSEN													
Weißeritztal-Kliniken (Freital und Dippoldiswalde)	350		350	350	x			x	x				x
Herzzentrum Leipzig	380	10	390	390				x			x		x
Park-Krankenhaus Leipzig	545	70	615	600	x			x					x
Soteria Klinik Leipzig	56		177	233	230			x					x
Klinikum Pirna	380	20	400	400	x			x					x
SACHSEN-ANHALT													
Krankenhaus Anhalt-Zerbst ⁴	202		202	202	x			x					
Kreiskrankenhaus Burg ⁴	241		241	241	x			x					x
Bördekrankenhaus Neindorf ⁴	205		205	205	x								
Fachkrankenhaus Vogelsang-Gommern ⁴	151		151	148				x	x				
Krankenhaus Köthen	264		264	264	x			x					
THÜRINGEN													
Zentralklinik Bad Berka	669		669	669		x		x					x
Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda	212		212	212	x			x					
Fachkrankenhaus Hildburghausen	307	95	186	588	548			x					x
Klinikum Meiningen	558		558	568		x		x					x
Gesamt	14.157	436	1.380	15.973	15.900								

¹ Akutstationäre Planbetten und tagesklinische/teilstationäre Plätze gemäß Bedarfsplan und §§ 108, 109 SGB V.

² Betten der Rehabilitation und in sonstigen Bereichen gemäß vertraglicher Vereinbarung; Sonstige Bereiche umfassen Haus Saaletal Bad Neustadt a. d. Saale: 18 Betten Adaption, Frankenwaldklinik Kronach »Leben am Rosenberg«: 33 Betten Kurz- und Langzeitpflege, Soteria Klinik Leipzig: 23 Betten Adaption, Fachkrankenhaus Hildburghausen: 58 Betten Heimbereich und 128 Betten Maßregelvollzug.

³ Weitere MVZ: MVZ ADTC Wuppertal GmbH, MVZ ADTC Düsseldorf GmbH, MVZ ADTC Mönchengladbach/Erkelenz GmbH, MVZ ADTC Siegburg GmbH.

⁴ Namensänderung ab 05/2012, siehe »Anschriften der Konzernkliniken« auf Seite 185 ff.

ANSCHRIFTEN DER KONZERNKLINIKEN

BADEN-WÜRTTEMBERG

**KLINIK FÜR HERZCHIRURGIE
KARLSRUHE GMBH**
Franz-Lust-Straße 30
76185 Karlsruhe
Tel.: 0721 9738-0
Fax: 0721 9738-111
gf@herzchirurgie-karlsruhe.de

KLINIKUM PFORZHEIM GMBH
Kanzlerstraße 2–6
75175 Pforzheim
Tel.: 07231 969-0
Fax: 07231 969-2417
gf@klinikum-pforzheim.de

BAYERN

**ST. ELISABETH-
KRANKENHAUS GMBH
BAD KISSINGEN**
Kissinger Straße 150
97688 Bad Kissingen
Tel.: 0971 805-0
Fax: 0971 805-281
info@elisabeth-online.de

– **Standort Bad Kissingen,
St. Elisabeth-Krankenhaus**
Kissinger Straße 150
97688 Bad Kissingen
Tel.: 0971 805-0
Fax: 0971 805-281
info@elisabeth-online.de

– **Standort Bad Kissingen,
Medizinische Klinik I
»Heinz Kalk«: Gastroenterologie/
Hepatology der
St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH**
Kissinger Straße 150
97688 Bad Kissingen
Tel.: 0971 805-0
Fax: 0971 805-281
info@elisabeth-online.de

– **Standort Hammelburg**
Ofenthaler Weg 20
97762 Hammelburg
Tel.: 09732 900-0
Fax: 09732 900-131
gf@klinik-hammelburg.de

**HERZ- UND GEFÄSS-KLINIK GMBH
BAD NEUSTADT**
Salzburger Leite 1
97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Tel.: 09771 66-0
Fax: 09771 65-1221
gf@herzchirurgie.de

**KLINIK FÜR HANDCHIRURGIE DER
HERZ- UND GEFÄSS-KLINIK GMBH
BAD NEUSTADT**
Salzburger Leite 1
97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Tel.: 09771 66-0
Fax: 09771 65-1221
gf@handchirurgie.de

**KLINIK »HAUS FRANKEN« GMBH
BAD NEUSTADT/SAALE**
Salzburger Leite 1
97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Tel.: 09771 67-04
Fax: 09771 67-3300
fk@frankenlinik-bad-neustadt.de

HAUS SAALETAL GMBH
Salzburgweg 7
97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Tel.: 09771 905-0
Fax: 09771 905-4610
stk@saaletalklinik-bad-neustadt.de

**NEUROLOGISCHE KLINIK GMBH
BAD NEUSTADT/SAALE**
Von-Guttenberg-Straße 10
97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Tel.: 09771 908-0
Fax: 09771 991-464
gf@neurologie-bad-neustadt.de

**PSYCHOSOMATISCHE KLINIK GMBH
BAD NEUSTADT/SAALE**
Salzburger Leite 1
97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Tel.: 09771 67-01
Fax: 09771 65-9301
psk@psychosomatische-klinik-bad-
neustadt.de

AMPER KLINIKEN AG
Krankenhausstraße 15
85221 Dachau
Tel.: 08131 76-0
Fax: 08131 76-530
info@amperkliniken.de

– **Standort Dachau**
Krankenhausstraße 15
85221 Dachau
Tel.: 08131 76-0
Fax: 08131 76-530
info@amperkliniken.de

– **Standort Indersdorf**
Maroldstraße 45
85229 Markt Indersdorf
Tel.: 08136 939-0
Fax: 08136 939-444
info@amperkliniken.de

**KLINIKEN MILTENBERG-
ERLENBACH GMBH**
Krankenhausstraße 45
63906 Erlenbach am Main
Tel.: 09372 700-0
Fax: 09372 700-1009
gf@krankenhaus-gmbh.de

– **Standort Erlenbach**
Krankenhausstraße 41
63906 Erlenbach am Main
Tel.: 09372 700-0
Fax: 09372 700-1009
gf@krankenhaus-gmbh.de

– **Standort Miltenberg**
Breitendierlerstraße 32
63897 Miltenberg
Tel.: 09371 500-0
Fax: 09371 500-3309
gf@krankenhaus-gmbh.de

**KLINIK KIPFENBERG GMBH
NEUROCHIRURGISCHE UND
NEUROLOGISCHE FACHKLINIK**
Kindinger Straße 13
85110 Kipfenberg
Tel.: 08465 175-0
Fax: 08465 175-111
gf@neurologie-kipfenberg.de

**FRANKENWALDKLINIK
KRONACH GMBH**

Friesener Straße 41
96317 Kronach
Tel.: 09261 59-0
Fax: 09261 59-6199
info@frankenwaldklinik.de

**KLINIKEN MÜNCHEN PASING
UND PERLACH GMBH**

Steinerweg 5
81241 München
Tel.: 089 8892-0
Fax: 089 8892-2599
gf@kliniken-pasing-perlach.de

– **Standort München Pasing**

Steinerweg 5
81241 München
Tel.: 089 8892-0
Fax: 089 8892-2599
gf@kliniken-pasing-perlach.de

– **Standort München Perlach**

Schmidbauerstraße 44
81737 München
Tel.: 089 67802-1
Fax: 089 67802-434
gf@kliniken-pasing-perlach.de

BRANDENBURG

**KLINIKUM FRANKFURT
(ODER) GMBH**

Müllroser Chaussee 7
15236 Frankfurt (Oder)
Tel.: 0335 548-0
Fax: 0335 548-2003
gf@klinikumffo.de

HESSEN

**UNIVERSITÄTSKLINIKUM GIESSEN UND
MARBURG GMBH**

Rudolf-Buchheim-Straße 8
35385 Gießen
Tel.: 06421 58-66001
Fax: 06421 58-66002
gf@uk-gm.de

– **Standort Gießen**

Rudolf-Buchheim-Straße 8
35385 Gießen
Tel.: 0641 985-60
Fax: 0641 985-40109
gf@uk-gm.de

– **Standort Marburg**

Baldingerstraße
35043 Marburg
Tel.: 06421 58-60
Fax: 06421 58-63370
gf@uk-gm.de

**AUKAMM-KLINIK FÜR
OPERATIVE RHEUMATOLOGIE
UND ORTHOPÄDIE GMBH**

Leibnizstraße 21
65191 Wiesbaden
Tel.: 0611 572-0
Fax: 0611 565-681
gf@aukammklinik.de

**STIFTUNG DEUTSCHE KLINIK
FÜR DIAGNOSTIK GMBH**

Aukammallee 33
65191 Wiesbaden
Tel.: 0611 577-0
Fax: 0611 577-577
gf@dkd-wiesbaden.de

MECKLENBURG-VORPOMMERN

MEDIGREIF BKIG MBH

August-Bebel-Straße 55a
39288 Burg
Tel.: 03921 96-3001
Fax: 03921 96-3012
sekr.gf@medigreif-bkig.de

– **Standort INTEGRATIVES
GESUNDHEITZENTRUM
BOIZENBURG GMBH
(alt)**

**Standort KRANKENHAUS
BOIZENBURG GMBH
(ab 05/2012)**

Vor dem Mühlentor 3
19258 Boizenburg/Elbe
Tel.: 038847 637-0
Fax: 038847 637-333
info@medigreif-ig-boizenburg.de

NIEDERSACHSEN

KRANKENHAUS CUXHAVEN GMBH

Altenwalder Chaussee 10
27474 Cuxhaven
Tel.: 04721 78-0
Fax: 04721 78-1200
info@skh-cux.de

KREISKRANKENHAUS GIFHORN GMBH

Bergstraße 30
38518 Gifhorn
Tel.: 05371 87-0
Fax: 05371 87-1008
info@kkgifhorn.de

**KLINIKEN HERZBERG UND
OSTERODE GMBH**

Dr.-Frössel-Allee
37412 Herzberg am Harz
Tel.: 05521 866-0
Fax: 05521 5500
gf@klinik-herzberg.de

KLINIKUM HILDESHEIM GMBH

Senator-Braun-Allee 33
31135 Hildesheim
Tel.: 05121 89-0
Fax: 05121 89-41215
gf@klinikum-hildesheim.de

KLINIK HILDESHEIMER LAND GMBH

An der Peesel 6
31162 Bad Salzedt furth
Tel.: 05063 47-01
Fax: 05063 14-40
olav.storm@klinik-hildesheimer-land.de

**MITTELWESER KLINIKEN GMBH
NIENBURG HOYA STOLZENAU**

Ziegelkampstraße 39
31582 Nienburg a. d. Weser
Tel.: 05021 9210-0
Fax: 05021 9210-7019
gf@mittelweser-kliniken.de

– **Standort Nienburg**
Ziegelkampstraße 39
31582 Nienburg a. d. Weser
Tel.: 05021 9210-0
Fax: 05021 9210-7019
gf@mittelweser-kliniken.de

– **Standort Stolzenau**
Holzhäuser Weg 28
31592 Stolzenau
Tel.: 05761 9007-0
Fax: 05761 9007-309
gf@mittelweser-kliniken.de

**WESERMARSCH-KLINIK
NORDENHAM GMBH**
Albert-Schweitzer-Straße 43
26954 Nordenham
Tel.: 04731 947-0
Fax: 04731 947-213
gf@wesermarschlinik.de

KLINIKUM SALZGITTER GMBH
Kattowitzer Straße 191
38226 Salzgitter
Tel.: 05341 835-0
Fax: 05341 835-1515
gf@klinikum-salzgitter.de

KLINIKUM UELZEN GMBH
Hagenskamp 34
29525 Uelzen
Tel.: 0581 83-0
Fax: 0581 83-1004
gf@klinikum-uelzen.de

**STÄDTISCHES KRANKENHAUS
WITTINGEN GMBH**
Gustav-Dobberkau-Straße 5
29378 Wittingen
Tel.: 05831 22-0
Fax: 05831 22-99
info@krankenhaus-wittingen.de

NORDRHEIN-WESTFALEN

**KRANKENHAUS ST. BARBARA
ATTENDORN GMBH**
Hohler Weg 9
57439 Attendorn
Tel.: 02722 60-0
Fax: 02722 60-2430
gf@krankenhaus-attendorn.de

**ST. PETRI-HOSPITAL
WARBURG GMBH**
Hüffertstraße 50
34414 Warburg
Tel.: 05641 91-0
Fax: 05641 91-444
info@st-petri-hospital.de

SACHSEN

WEISSERITZTAL-KLINIKEN GMBH
Bürgerstraße 7
01705 Freital
Tel.: 0351 646-60
Fax: 0351 646-7010
gf@weisseritztal-kliniken.de

– **Standort Freital**
Bürgerstraße 7
01705 Freital
Tel.: 0351 646-60
Fax: 0351 646-7010
gf@weisseritztal-kliniken.de

– **Standort Dippoldiswalde**
Rabenauer Straße 9
01744 Dippoldiswalde
Tel.: 03504 632-0
Fax: 03504 632-5010
gf@weisseritztal-kliniken.de

**HERZZENTRUM LEIPZIG GMBH
– UNIVERSITÄTSKLINIK –**
Strümpellstraße 39
04289 Leipzig
Tel.: 0341 865-0
Fax: 0341 865-1405
gf@herzzentrum-leipzig.de

**PARK-KRANKENHAUS
LEIPZIG GMBH**
Strümpellstraße 41
04289 Leipzig
Tel.: 0341 864-0
Fax: 0341 864-2108
gf@parkkrankenhaus-leipzig.de

SOTERIA KLINIK LEIPZIG GMBH
Morawitzstraße 4
04289 Leipzig
Tel.: 0341 870-0
Fax: 0341 870-3000
gf@soteria-klinik-leipzig.de

KLINIKUM PIRNA GMBH
Struppener Straße 13
01796 Pirna
Tel.: 03501 7118-0
Fax: 03501 7118-1211
gf@klinikum-pirna.de

SACHSEN-ANHALT

KRANKENHAUS KÖTHEN GMBH
Friederikenstraße 30
06366 Köthen
Tel.: 03496 52-0
Fax: 03496 52-1101
gf@krankenhaus-koethen.de

MEDIGREIF BETRIEBSGESELLSCHAFT
FÜR KRANKENHÄUSER UND INTEGRA-
TIVE GESUNDHEITZENTREN MBH
(alt)

STANDORT
GESUNDHEITSMANAGEMENT GMBH
(ab 05/2012)

August-Bebel-Straße 55a
39288 Burg
Tel.: 03921 96-3001
Fax: 03921 96-3012
sekr.gf@medigreif-bkig.de

– Standort MEDIGREIF
KREISKRANKENHAUS BURG GMBH
(alt)

Standort KRANKENHAUS
JERICHOWER LAND GMBH
(ab 05/2012)

August-Bebel-Straße 55a
39288 Burg
Tel.: 03921 96-0
Fax: 03921 96-1026

sekr.vd@medigreif-kreiskrankenhaus-
burg.de

– Standort MEDIGREIF VERWALTUNGS-
UND BETRIEBSGESELLSCHAFT
FACHKRANKENHAUS VOGELSANG-
GOMMERN MBH
(alt)

Standort FACHKRANKENHAUS
VOGELSANG-GOMMERN GMBH
(ab 05/2012)

Sophie-von-Boetticher-Straße 1
39245 Vogelsang-Gommern
Tel.: 039200 67-200
Fax: 039200 67-111
sekr.vl@medigreif-fachkrankenhaus-
vogelsang.de

– Standort MEDIGREIF
BÖRDEKRANKENHAUS GGMBH
(alt)

Standort BÖRDEKRANKENHAUS GMBH
(ab 05/2012)

Kreiskrankenhaus 4
39387 Oschersleben/OT Neindorf
Tel.: 03949 935-0
Fax: 03949 935-202
info@medigreif-boerdekrankenhaus.de

– Standort MEDIGREIF KRANKENHAUS
ANHALT-ZERBST GGMBH
(alt)

Standort
KRANKENHAUS ZERBST GMBH
(ab 05/2012)

Friedrich-Naumann-Straße 53
39261 Zerbst/Anhalt
Tel.: 03923 739-0
Fax: 03923 739-299
u.gaertner@medigreif-krankenhaus-
zerbst.de

FACHKRANKENHAUS FÜR PSYCHIATRIE
UND NEUROLOGIE
HILDBURGHAUSEN GMBH

Eisfelder Straße 41
98646 Hildburghausen
Tel.: 03685 776-0
Fax: 03685 776-940
gf@fachkrankenhaus-
hildburghausen.de

KLINIKUM MEININGEN GMBH

Bergstraße 3
98617 Meiningen
Tel.: 03693 90-0
Fax: 03693 90-1234
kmg@klinikum-meiningen.de

*Weitere Informationen zu unseren
Kliniken finden Sie auch auf unserer
Website www.rhoen-klinikum-ag.com
unter der Rubrik »Kliniken«.*

THÜRINGEN

ZENTRAKLINIK BAD BERKA GMBH

Robert-Koch-Allee 9
99437 Bad Berka
Tel.: 036458 5-0
Fax: 036458 4-2180
gf@zentralklinik.de

KRANKENHAUS WALTERSHAUSEN-
FRIEDRICHRODA GMBH

Reinhardsbrunner Straße 17
99894 Friedrichroda
Tel.: 03623 350-0
Fax: 03623 350-630
gf@krankenhaus-waltershausen-
friedrichroda.de

RHÖN-KLINIKUM AG

Postadresse:
97615 Bad Neustadt a. d. Saale

Hausadresse:
Salzburger Leite 1
97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Telefon (0 97 71) 65-0
Telefax (0 97 71) 9 74 67

Internet:
<http://www.rhoen-klinikum-ag.com>

E-Mail:
rka@rhoen-klinikum-ag.com

Dieser Geschäftsbericht liegt auch in englischer
und spanischer Sprache vor.

Das Papier für diesen Geschäftsbericht stammt
aus verantwortlicher Forstwirtschaft, wie es die
FSC-Zertifizierung vorsieht.

