

GESCHÄFTSBERICHT 2010



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
- 30 Corporate Governance Bericht
- 42 Qualitätsbericht
- 46 Personal- und Führungskräfteentwicklung
- 52 Medizinische Entwicklung – Qualität – Integration
- 60 Gesundheit und Umwelt

BERICHT AUS DER PRAXIS

- 66 Die Privatisierung der Universitätskliniken
Gießen und Marburg
Fotokonzept (ab Seite 7)

KONZERNLAGEBERICHT

- 84 Ergebnisse 2010 und Prognose 2011 im Überblick
- 85 Wirtschaftliches und rechtliches Umfeld
- 88 Unternehmensverfassung
- 94 Umgang mit Chancen und Risiken
- 97 Medizinische Forschung und wissenschaftlicher Dialog
- 97 Konzernentwicklung
- 105 Nachtrag
- 105 Ausblick

KONZERNABSCHLUSS

- 108 Konzernbilanz
- 110 Konzern-Gewinn- und Verlustrechnung
- 111 Konzern-Gesamtergebnisrechnung
- 112 Eigenkapitalveränderungsrechnung
- 113 Kapitalflussrechnung
- 114 Konzernanhang
- 174 Versicherung der gesetzlichen Vertreter
- 175 Bestätigungsvermerk des 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 2006–2010
 - 1A Unternehmenskennzahlen Q1–Q4 2010
 - 1B Finanzkalender 2011

FINANZKALENDER 2011

TERMINE FÜR AKTIONÄRE UND ANALYSTEN

10. Februar 2011	Vorläufige Ergebnisse des Geschäftsjahres 2010
28. April 2011	Bilanzpressekonferenz: Veröffentlichung des Jahresfinanzberichtes 2010
28. April 2011	Veröffentlichung des Zwischenberichtes zum 31. März 2011
8. Juni 2011	Ordentliche Hauptversammlung (Jahrhunderthalle Frankfurt)
4. August 2011	Veröffentlichung des Halbjahresfinanzberichtes zum 30. Juni 2011
27. Oktober 2011	Veröffentlichung des Zwischenberichtes zum 30. September 2011

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 2010

	Jan.–Dez. 2010 Tsd. €	Okt.–Dez. 2010 Tsd. €	Juli–Sept. 2010 Tsd. €	April–Juni 2010 Tsd. €	Jan.–März 2010 Tsd. €
Umsatzerlöse	2.550.384	647.022	640.446	638.691	624.225
Materialaufwand	656.902	171.481	163.239	160.998	161.184
Personalaufwand	1.513.848	375.764	381.746	381.579	374.759
Abschreibungen und Wertminderungen	109.399	28.839	27.452	26.724	26.384
Konzerngewinn nach IFRS ¹	145.069	37.919	36.176	36.684	34.290
– Ergebnisanteil Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG	139.693	36.706	34.949	34.838	33.200
– Ergebnisanteil Minderheitsgesellschafter	5.376	1.213	1.227	1.846	1.090
Umsatzrentabilität (in %)	5,7	5,9	5,7	5,7	5,5
EBT	173.852	43.345	43.525	44.897	42.085
EBIT	197.857	49.947	49.588	51.572	46.750
EBIT-Quote (in %)	7,8	7,7	7,7	8,1	7,5
EBITDA	307.256	78.786	77.040	78.296	73.134
EBITDA-Quote (in %)	12,0	12,2	12,0	12,3	11,7
Operativer Cash-Flow	255.889	67.179	64.398	63.466	60.846
Sachanlagen und als Finanzinvestition gehaltene Immobilien	1.832.361	1.832.361	1.744.047	1.694.834	1.624.476
Ertragsteueransprüche (langfristig)	13.616	13.616	15.292	17.501	17.354
Eigenkapital nach IFRS ¹	1.495.195	1.495.195	1.450.123	1.416.336	1.428.831
Eigenkapitalrendite (in %)	9,9	10,3	10,1	10,3	9,6
Bilanzsumme nach IFRS ¹	3.058.244	3.058.244	2.965.618	2.925.044	2.920.457
Investitionen ²					
– in Geschäftswerte, sonstige immaterielle Vermögenswerte, Sachanlagen und als Finanz- investitionen gehaltene Immobilien	348.428	124.292	79.478	97.848	46.810
– in sonstige Vermögenswerte	178	107	63	0	8
Gewinn je Stammaktie (in €)	1,01	0,27	0,25	0,25	0,24
Zahl der Mitarbeiter (nach Köpfen)	38.058	38.058	37.688	37.058	36.915
Fallzahlen (behandelte Patienten)	2.041.782	507.494	510.443	514.052	509.793
Betten und Plätze	15.900	15.900	15.900	15.728	15.723

¹ International Financial Reporting Standards

² Aus Eigenmitteln

UNTERNEHMENSKENNZAHLEN 2006–2010

	2006 Tsd. €	2007 Tsd. €	2008 Tsd. €	2009 Tsd. €	2010 Tsd. €
Umsatzerlöse	1.933.043	2.024.754	2.130.277	2.320.089	2.550.384
Materialaufwand	491.890	496.517	539.863	595.203	656.902
Personalaufwand	1.127.840	1.203.979	1.270.593	1.379.245	1.513.848
Abschreibungen und Wertminderungen	75.033	91.772	90.680	101.996	109.399
Konzerngewinn nach IFRS ¹	109.059	111.194	122.644	131.652	145.069
– Ergebnisanteil Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG	105.200	106.292	117.299	125.721	139.693
– Ergebnisanteil Minderheitsgesellschafter	3.859	4.902	5.345	5.931	5.376
EBT	125.706	137.085	142.912	158.709	173.852
EBIT	146.143	157.490	172.077	181.998	197.857
EBITDA	221.176	249.262	262.757	283.994	307.256
Operativer Cash-Flow	165.020	190.975	213.745	238.286	255.889
Sachanlagen und als Finanzinvestition gehaltene Immobilien	1.140.290	1.209.442	1.391.019	1.604.930	1.832.361
Ertragsteueransprüche	19.055	20.577	18.776	17.149	13.616
Sonstige finanzielle Vermögenswerte	1.436	1.556	2.308	1.788	1.724
Eigenkapital nach IFRS ¹	728.741	810.831	889.263	1.422.939	1.495.195
Eigenkapitalrendite (in %)	15,9	14,4	14,4	11,4	9,9
Bilanzsumme nach IFRS ¹	1.979.625	2.073.099	2.140.894	2.858.548	3.058.244
Investitionen ²					
– in Geschäftswerte, sonstige immaterielle Vermögenswerte, Sachanlagen und als Finanz- investitionen gehaltene Immobilien	393.517	180.677	278.784	414.413	348.428
– in sonstige Vermögenswerte	610	257	103	199	178
Gewinn je Stammaktie (in €)	1,01	1,03	1,13	1,07	1,01
Dividendensumme	25.920	29.030	36.288	41.462	51.137
Zahl der Mitarbeiter (nach Köpfen)	30.409	32.222	33.679	36.882	38.058
Fallzahlen (behandelte Patienten)	1.394.035	1.544.451	1.647.972	1.799.939	2.041.782
Betten und Plätze	14.703	14.647	14.828	15.729	15.900

¹ International Financial Reporting Standards

² Aus Eigenmitteln



*Wolfgang Pföhler
Vorstandsvorsitzender*

GUTE MEDIZIN – GUTE PERSPEKTIVEN:

MIT QUALITÄT, INNOVATIONSKRAFT UND ZUVERLÄSSIGKEIT ZUKUNFTSWEISENDE LEISTUNGS- ANGEBOTE GESTALTEN

» Das weiterhin große Vertrauen unserer Aktionäre, Mitarbeiter und Patienten in die Zukunftsfähigkeit des Unternehmens ist der Grundstein für die Fortsetzung unseres kontinuierlichen Wachstumskurses. Erstmals sind im vergangenen Jahr über 2 Millionen Patienten in unserem Verbund medizinisch versorgt worden. Seien Sie versichert, dass wir diesen Vertrauensvorschuss auch in diesem Jahr zur erfolgreichen Weiterentwicklung der RHÖN-KLINIKUM AG einsetzen werden. «



Sehr geehrte Damen und Herren!

Mit einem erfolgreichen Geschäftsjahr 2010 setzt die RHÖN-KLINIKUM AG ihren Wachstumskurs fort und leistet damit weiterhin einen wichtigen Beitrag für die Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Erstmals sind im vergangenen Jahr über 2 Millionen Patienten in unserem Verbund medizinisch versorgt worden. Dies zeugt von einem hohen Maß an Vertrauen in die Qualität der Arbeit unserer Einrichtungen, aber auch in unsere Unternehmensphilosophie.

Mit der Akquisition der MEDIGREIF-Gruppe konnten wir unser Versorgungsnetz auch nach Mecklenburg-Vorpommern ausweiten.

Die starke Nachfrage nach unseren Gesundheitsleistungen führte zu einem Anstieg der Umsatzerlöse um 9,9 Prozent auf 2,55 Milliarden Euro. Unser Konzerngewinn beläuft sich im Jahr 2010 auf 145,1 Millionen Euro. Mit dieser positiven Entwicklung beweisen wir erneut, dass gute Medizin und Wirtschaftlichkeit zusammengehören.

Indem der Großteil des Gewinns wieder in medizinische, medizintechnische und bauliche Zukunftsprojekte fließt, schaffen wir die Grundlagen für die moderne medizinische Versorgung und unser Wachstum von morgen. Deshalb haben wir auch in Zeiten der Finanz- und Wirtschaftskrise rund 403 Millionen Euro in Zukunftsfelder investiert. Mit dem im Frühjahr 2011 realisierten Umzug des Universitätsklinikums Gießen und Marburg in zentrale und moderne Neubauten haben wir erneut Meilensteine in unserer Unternehmensentwicklung gesetzt. Die Patienten profitieren von einem qualitativ hochwertigen und auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Behandlungsangebot.

Gute Medizin zukunftsfest zu gestalten ist ein zentrales Anliegen unseres Konzerns. Die demographische Entwicklung und der damit verbundene wachsende Bedarf an einer hochwertigen medizinischen Versorgung älterer Menschen stellen neue Anforderungen an unser Gesundheitssystem. Diesem Bedarf wollen wir mit maßgeschneiderten medizinischen Angeboten Rechnung tragen. Einen wesentlichen Ansatzpunkt sehen wir in der Stärkung unserer medizinischen Leistungsnetze in unserem Verbund beispielsweise in der Akutgeriatrie. Den Grundstein haben wir durch den Erwerb der Salze Klinik und die Integration eines geriatrischen Schwerpunkts in unseren Klinikverbund gelegt. Mit dem bundesweit herausragenden medizinischen Konzept setzen wir erneut Maßstäbe. Die Umsetzung weiterer tragfähiger und zukunftsweisender Leistungsangebote treiben wir gezielt voran.

Daneben bleibt es Ziel, uns vom klassischen Klinikbetreiber hin zum integrierten Gesundheitsversorger zu entwickeln. Der sich abzeichnende Strukturwandel zeigt, dass wir uns auf dem vor zwei Jahren eingeschlagenen Weg auf Erfolgskurs befinden: Aufgrund des Fortschritts in der Medizin und Medizintechnik ergeben sich immer mehr Möglichkeiten zur ambulanten Therapie. So steht zum Beispiel die Ophthalmologie (Augenheilkunde) wie kaum ein anderes Fachgebiet für die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich. Die darin liegenden Chancen haben wir früh erkannt und können mit unserem zum Jahresbeginn vollzogenen Markteinstieg in die Ophthalmologie den Patienten innovative Versorgungsleistungen anbieten.

Derzeit werden die Weichen für eine gesetzliche Neuordnung der ambulanten Versorgung gestellt. Anlass für das angekündigte Versorgungsgesetz ist ein sich abzeichnender Ärzteengpass insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Als einer der größten Gesundheitsdienstleister in Deutschland wollen wir den erforderlichen Systemwandel mitgestalten. Wir sehen in der Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung und der Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen für Ärzte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf einen wichtigen Ansatzpunkt. Zugleich setzen wir auf eine stärkere Vernetzung unserer Einrichtungen und eine strukturierte Arbeitsteilung unserer Ärzte im Klinikverbund unter anderem über die Telemedizin.

Daher sehen wir in der Entwicklung und Etablierung IT-basierter Kommunikationsmöglichkeiten einen entscheidenden Lösungsansatz. So kann mittels Telemedizin das Niveau der medizinischen Versorgung auch in unterversorgten Regionen zum Wohle des Patienten aufrechterhalten werden. Wir haben die telemedizinische Vernetzung konsequent vorangetrieben und verfügen bereits heute über ein breites bundesweites medizinisches Netzwerk. Zudem haben wir mit der web-basierten elektronischen Patientenakte (WebEPA) eine Kommunikationsbrücke für die Ärzte geschaffen, gleich, ob diese im Krankenhaus, in einem MVZ oder einer Praxis tätig sind. In diesem Jahr hat unser Verbund durch die Neurologische Klinik Bad Neustadt a. d. Saale und das Universitätsklinikum Gießen und Marburg unsere erfolgreichen Konzepte »Stroke Angel« und »Cardio Angel« zusammen mit der WebEPA erstmals auf der CeBit, der weltweit größten IT-Messe in Hannover, vorgestellt.

Wir werden die sich abzeichnenden strukturellen Änderungen im Versorgungsbedarf mit gezielten Akquisitionen ergänzen und so unseren Wachstumskurs konsequent fortsetzen. Aufgrund unserer langjährigen Umstrukturierungsexpertise und Erfahrung in der medizinischen Versorgung sehen wir uns im laufenden Geschäftsjahr gut aufgestellt für erfolgversprechende Zukäufe. Wir sind überzeugt, dass die ökonomischen Rahmenbedingungen zu einer weiteren Konsolidierung im deutschen Krankenhausmarkt führen werden. Im März 2010 haben wir mit einer Anleiheplatzierung im internationalen Kapitalmarkt die Basis für künftiges Wachstum weiter optimiert.

Wie in der Vergangenheit wird der Preisanstieg bei den erbrachten Leistungen auch im Geschäftsjahr 2011 nicht die tatsächlichen Steigerungen bei den Personal- und Materialkosten kompensieren. Als Folge der Reformmaßnahmen ist diese Aufgabenstellung 2011 sicherlich herausfordernder als in den vergangenen Jahren. Durch die Kürzung der Zuwachsrate und Preisabschläge auf zusätzliche Behandlungsfälle werden der Klinikbranche insgesamt 500 Millionen Euro allein im Jahr 2011 entzogen. Wir sind Kostendruck im Gesundheitswesen gewohnt und haben uns mit einem umfangreichen Maßnahmenpaket frühzeitig auf die Sonderbelastungen vorbereitet.

Als Innovationstreiber der Branche prüfen wir jeden möglichen Weg, der eine hochwertige medizinische Versorgung mit wirtschaftlicher Effizienz in Einklang bringt. Daher ist es wichtig, dass wir immer wieder und konsequent eine Überprüfung der eigenen Prozesse vorantreiben, um gerade bei schwierigen Rahmenbedingungen, wie wir sie 2011 haben werden, Kurs zu halten.

Trotz der Belastungen durch das Reformgesetz »Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung« (GKV-FinG) rechnen wir auch im Jahr 2011 mit steigenden Gewinnen: Ohne Berücksichtigung weiterer Akquisitionen planen wir Umsätze von 2,65 Milliarden Euro, ein operatives Ergebnis (EBITDA) von 340 Millionen Euro und einen Konzerngewinn von 160 Millionen Euro. Ähnlich wie im Vorjahr halten wir aufgrund von Chancen und Risiken beim EBITDA und beim Konzerngewinn bezogen auf die Ausgangsbasis eine Abweichung von jeweils 5 Prozent nach oben und unten für möglich.

Einmal mehr haben unsere engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im vergangenen Jahr bewiesen, dass hohe Motivation, Qualität und Zuverlässigkeit auch bei steigenden Anforderungen durch die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen die Basis unseres Erfolgs sind. Wir sind uns der Verdienste jedes Einzelnen sehr bewusst und freuen uns, dass unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die gleichen Eigenschaften schätzen wie wir. Dafür möchte ich mich recht herzlich, auch im Namen des gesamten Vorstands, bedanken.

Unser Dank geht ebenfalls an die Mitglieder des Aufsichtsrats, des Beirats sowie an die Vertreter unserer Belegschaft für eine auf Vertrauen basierende Zusammenarbeit. Sie alle unterstützen uns stets konstruktiv in der Sache und tragen so ihren Teil zum Unternehmenserfolg bei.

Ein ausdrücklicher Dank geht an Sie, verehrte Damen und Herren Aktionäre. Mit Ihrem weiterhin großen Vertrauen in die Zukunftsfähigkeit unseres Unternehmens legen Sie einen Grundstein für die Fortsetzung unseres kontinuierlichen Wachstumskurses. Seien Sie versichert, dass wir diesen Vertrauensvorschuss auch in diesem Jahr zur erfolgreichen Weiterentwicklung der RHÖN-KLINIKUM AG einsetzen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Wolfgang Pföhler
Vorstandsvorsitzender der RHÖN-KLINIKUM AG

Bad Neustadt a. d. Saale, im April 2011

KONZERN IN BEWEGUNG

Im Jahr 2010 hat der RHÖN-KLINIKUM Konzern seinen Weg zum integrierten Gesundheitsversorger medizinisch und organisatorisch konsequent weiter beschritten. Dazu gehörte es auch, die Führungsstrukturen an dieses Konzept anzupassen.

WEITER AUF DEM WACHSTUMSPFAD

Bei der Integration verfolgen wir zwei Pfade. Zum einen wollen wir die akutstationären Strukturen auch künftig quantitativ und qualitativ weiter ausbauen. Zum anderen sehen wir im ambulanten Bereich erhebliche Wachstumschancen darin, weitere Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu etablieren. Im Vordergrund stehen für uns insbesondere zwei Arten von MVZ: Die sogenannten klinikassoziierten MVZ, mit denen wir das Gesundheitsangebot unserer Kliniken im jeweiligen Einzugsgebiet erweitern wollen, und die sogenannten Facharzt-MVZ, die wir in solchen medizinischen Fachbereichen entwickeln wollen, die in absehbarer Zeit aus der stationären Behandlung herausfallen.

DATEN UND FAKTEN

Unser eigenes medizinisches Angebot haben wir auch im 21. Jahr nach der Börseneinführung konsequent weiter ausgebaut. Im Geschäftsjahr 2010 investierten wir 403,3 Mio. Euro – davon 348,4 Mio. Euro aus Eigenmitteln – in den Ausbau, die Modernisierung und den Erwerb von ambulanten und stationären Standorten. Ende 2010 verfügten wir in Deutschland über 53 Kliniken mit insgesamt 15.900 Betten sowie 33 MVZ mit 125,5 Arztsitzen. Derzeit arbeiten für uns rund 38.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; 75 Prozent davon sind Frauen.

Bei Leistung, Umsatz und Ergebnis erreichten wir im abgelaufenen Geschäftsjahr 2010 neue Höchstmarken. Unser Geschäftsmodell erwies sich einmal mehr als konjunktur-unabhängig, krisenfest und stabil. Mehr als 2.042.000 Patienten, 13,4 Prozent oder rund 242.000 mehr als 2009, haben uns in 2010 ihr Vertrauen geschenkt.

In der Gewinn- und Verlustrechnung des Konzerns für 2010 wirkte sich seit Jahresbeginn die zum 31. Dezember 2009 konsolidierte MEDIGREIF-Gruppe aus. Zu ihr gehören fünf Krankenhäuser mit einer Gesamtkapazität von 842 Betten

Standort-Modell am Universitätsklinikum Marburg – Orientierung auf dem Campus leicht gemacht.

sowie zwei Medizinische Versorgungszentren in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. Seit Juli 2010 konsolidieren wir die Klinik Hildesheimer Land GmbH, die mit 165 Betten in den Bereichen Akutgeriatrie und geriatrische, kardiologische und orthopädische Rehabilitation tätig ist. Die neu akquirierten Kliniken trugen 97,7 Mio. Euro zum Umsatz sowie 9,2 Mio. Euro zum Konzerngewinn bei.

Der Konzernumsatz stieg um 9,9 Prozent auf 2,55 Mrd. Euro, der Konzerngewinn um 10,2 Prozent auf 145,1 Mio. Euro (Vj. 131,7 Mio. Euro). Beide Kennzahlen haben unsere Erwartungen voll erfüllt.

Gegenüber dem Vorjahr stieg der operative Cash-Flow, ermittelt aus dem Konzerngewinn zuzüglich Abschreibungen und sonstiger nicht liquiditätswirksamer Sachverhalte, um 7,4 Prozent auf 255,9 Mio. Euro. Sein Wachstum resultierte im Wesentlichen aus dem um 13,4 Mio. Euro höheren Konzerngewinn.

Das Konzern-Eigenkapital erhöhte sich um 72,3 Mio. Euro auf 1.495,2 Mio. Euro. Da die Bilanzsumme infolge der Investitionen noch etwas stärker zunahm, ging die Eigenkapitalquote leicht von 49,8 Prozent auf 48,9 Prozent zurück. Die Nettofinanzverschuldung stieg – ebenfalls investitionsbedingt – um 35,8 Prozent auf 551,5 Mio. Euro. Sie entspricht dem 1,8-Fachen des Konzern-EBITDA (Vj. dem 1,4-Fachen).

WESENTLICHE MEILENSTEINE UNSERES WACHSTUMS 2010:

- Nachdem wir im Vorjahr im Rahmen einer Kapitalerhöhung erhebliche Eigenmittel eingeworben hatten, weiteten wir 2010 auch unser Fremdkapital aus: Wir begaben eine Anleihe mit einem Volumen von 400 Mio. Euro und schlossen eine neue Kreditlinie in Form eines Club-Deals mit einem Volumen von 150 Mio. Euro ab. Damit erreichten wir zum einen eine Verlagerung unserer Verbindlichkeiten in den langfristigen Bereich. Zum anderen stockten wir unsere freien Kreditlinien auf rund 400 Mio. Euro auf.
- Unsere Bestandskliniken waren wie in den Vorjahren in der Lage, ein internes Wachstum von mehr als drei Prozent zu erreichen. Damit lagen wir deutlich über dem sich abzeichnenden Bundesdurchschnitt. Das heißt: Wir haben unseren Marktanteil in Deutschland ausgeweitet.

FOTOKONZEPT

Der Erfolg unserer Krankenhäuser hängt entscheidend von herausragenden medizinischen Leistungen ab.

Um herauszufinden, welche Themen angehende Mediziner beschäftigen und welche Vorstellungen sie sich von ihrer zukünftigen Tätigkeit machen, haben wir uns gemeinsam mit der Fotografin Sylvia Willax auf den Weg in die Universitätsstädte Gießen und Marburg gemacht. Medizinstudenten wurden porträtiert und hatten die Wahl, auf fünf Fragen zu antworten:

- *Warum studieren Sie Medizin?*
- *Wann werden Sie mit Ihrem Studium fertig sein, und in welchem Bereich wollen Sie hinterher tätig werden (als niedergelassener Arzt, im Krankenhaus, in der Forschung, im Pharmabereich, gar nicht in der Medizin etc.)?*
- *Welche beruflichen Zielvorstellungen verknüpfen Sie mit Ihrem Medizinstudium?*
- *Wie stellen Sie sich die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben vor?*
- *Was gefällt Ihnen an Ihrem jetzigen Studium und Studienort besonders gut?*

Im vorliegenden Geschäftsbericht präsentieren wir eine Auswahl der Antworten von Studenten aus Gießen und Marburg. Wir bedanken uns herzlich bei allen Mitwirkenden für die freundliche Unterstützung!





Stephanie Hellmann, Gießen

» Ich werde in 1 ½ Jahren fertig sein und möchte in den Bereichen Orthopädie, Reha, sportmedizinische Betreuung tätig werden, da ich auch noch ein Zweitstudium in Bewegung und Gesundheit absolviere. «



Fabian Münch, Gießen

» Ich studiere Medizin, da der Mensch im Zentrum des Berufs steht. Außerdem wurde ich von meiner Mutter inspiriert (Kinderkrankenschwester) und es gibt gute Jobaussichten. «

- Die Akquisitionen des Geschäftsjahres 2010 im akutstationären Bereich mit insgesamt 1.007 Betten sowie einem Umsatzvolumen von rund 98 Mio. Euro trugen bereits spürbar zur Ertragsentwicklung bei.
- Im ambulanten Bereich ist uns mit dem Erwerb von zehn augenchirurgischen Facharztsitzen in Düsseldorf der Einstieg in das Feld der ophthalmologischen Facharzt-MVZ gelungen. In diesem Jahr planen wir den Ausbau dieses Fachangebots an weiteren Standorten in Nordrhein-Westfalen (Wuppertal, Solingen, Krefeld) sowie an bestehenden Klinikstandorten, die bereits über stationäre augenärztliche Kapazitäten verfügen.
- Mit einem Investitionsvolumen in Höhe von rund 399 Mio. Euro in unsere Bestandskliniken haben wir die Grundlagen für die Fortsetzung unseres Wachstums auch in den nächsten Jahren gelegt.
- Gemeinsam mit der Firma Siemens treiben wir die Fertigstellung der Partikeltherapieanlage am Standort Marburg weiter voran. Die Anlage wird nach Fertigstellung weltweit die erste ihrer Art sein, die es erlaubt, sowohl Protonen- als auch Schwerionenstrahlen für Therapie-zwecke einzusetzen.

TRANSPARENZ AUF NEUEN WEGEN

Unser Ziel war es, die Öffentlichkeit umfassender und anders als bisher üblich über wichtige Leistungsmerkmale von Krankenhäusern zu informieren, zum Beispiel über die Behandlungsqualität, Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit. Zu diesem Zweck haben wir uns im vergangenen Jahr mit der Asklepios Kliniken GmbH und der Sana Kliniken AG in der »4QD – Qualitätskliniken.de GmbH« zusammengeschlossen, um das Internetvergleichsportal »Qualitätskliniken.de« für die Allgemeinheit zu entwickeln und zu betreiben.

An diesem Internetvergleichsportal kann sich jede Klinik in Deutschland unabhängig von ihrer Größe und Trägerstruktur fachlich, aber auch gesellschaftsrechtlich beteiligen. Es ist das gemeinsame Ziel, den bisher umfassendsten Ansatz für die Darstellung von Qualität in Krankenhäusern zu entwickeln und einen weitreichenden Standard für Transparenz zu etablieren, von dem vor allem Patienten, aber auch die teilnehmenden Kliniken profitieren. Damit wollen wir erreichen, dass die Patienten Vertrauen in die medizinische Kompetenz und die Qualität der Behandlung gewinnen.

AUSBLICK AUF DAS JAHR 2011

Die RHÖN-KLINIKUM AG und ihre Tochtergesellschaften sind erfolgreich in das Geschäftsjahr 2011 gestartet. Die Patientenzahlen nehmen kontinuierlich weiter zu. Die ersten Monatsergebnisse liegen im Rahmen unserer Planung. Insgesamt ist die Unternehmensführung zuversichtlich, die Herausforderungen des Geschäftsjahres 2011 erfolgreich meistern zu können.

Ohne Berücksichtigung weiterer Akquisitionen planen wir Umsätze von 2,65 Mrd. Euro, ein operatives Ergebnis (EBITDA) von 340 Mio. Euro und einen Konzerngewinn von

160 Mio. Euro. Ähnlich wie im Vorjahr halten wir aufgrund von Chancen und Risiken beim EBITDA und beim Konzerngewinn bezogen auf die Ausgangsbasis eine Abweichung von jeweils 5 Prozent nach oben und unten für möglich. Die Investitionen im Konzern werden im Geschäftsjahr 2011 – ohne Klinikerwerbe – rund 362 Mio. Euro betragen. Auch in Zukunft wollen wir das Konzernwachstum gleichberechtigt sowohl von innen heraus als auch durch Akquisitionen voranbringen. Im ambulanten Bereich gelang das bereits zum Jahresbeginn: Nachdem wir zum 1. Januar 2011 ein weiteres MVZ in Pforzheim mit zwei Facharztsitzen in Betrieb genommen haben, sind wir mit insgesamt 35 MVZ und 138,5 Facharztsitzen in das Geschäftsjahr 2011 gestartet.

DIE RHÖN-KLINIKUM AKTIE

Ergebniserwartungen erneut eingehalten – Aktie belastet vom politisch sehr schwierigen Umfeld.

Vorstand und Aufsichtsrat schlagen 0,37 Euro Dividende je Aktie vor.



Eine lange Tradition sowie moderne Hochleistungsmedizin sind am Universitätsklinikum Gießen und Marburg im Einklang. Gutes Beispiel dafür: die Medizinische Klinik 1 in Gießen.

DAS BÖRSENAHR 2010

Die internationalen Kapitalmärkte waren 2010 im Wesentlichen von der Erholung der Weltwirtschaft nach der Finanz- und Wirtschaftskrise geprägt. Besonders die deutsche Wirtschaft konnte sich vergleichsweise gut erholen. Die Arbeitslosenquote ist deutlich gesunken. Im Gegensatz dazu standen die Schuldenkrisen Griechenlands und Irlands, die den Euro beträchtlich unter Druck setzten. Diese divergierende Entwicklung zeigte sich auch an den internationalen Aktienmärkten: Während der amerikanische Leitindex S&P 500 um 12,8 Prozent anstieg, musste der EURO STOXX 50 5,8 Prozent abgeben. Der DAX® konnte sich im Gegensatz zu den übrigen großen europäischen Indizes mit einem kräftigen Plus von 16,1 Prozent sehr gut behaupten. Am 7. Dezember 2010 schloss der DAX® erstmals seit dem 2. Juni 2008 wieder über der Marke von 7.000 Punkten und beendete das Jahr mit 6.914 Punkten. Der Nebenwerte-Index MDAX® stieg um beträchtliche 34,9 Prozent auf 10.128 Punkte.

RHÖN-KLINIKUM AKTIENKURS VON DISKUSSIONEN UM DIE GESUNDHEITSREFORM BETROFFEN

Während sich die Aktie der RHÖN-KLINIKUM AG im ersten Halbjahr noch eng am MDAX® orientierte und dabei rund 6,7 Prozent zulegte, koppelte sie sich im zweiten Halbjahr weitgehend von der Entwicklung der deutschen Nebenwerte ab: Der MDAX® profitierte kräftig von der Konjunkturerholung, wobei insbesondere viele zyklische Titel eine auffallend positive Kursentwicklung zeigten. Defensive Werte, insbesondere Werte aus der Gesundheitsbranche, blieben dagegen hinter dem Marktaufschwung zurück. So verlor der DJ EURO STOXX Health Care Index im Jahresverlauf 7,3 Prozent. Die RHÖN-KLINIKUM AG konnte ihre Gewinnerwartungen erneut einhalten, die Aktie gab in diesem Umfeld jedoch ebenfalls nach. Die anhaltende Unsicherheit und die Diskussionen um die konkrete Ausgestaltung der deutschen Gesundheitsreform erwiesen sich speziell in der zweiten Jahreshälfte als besondere Belastungen. Zum Jahresende 2010

notierte die Aktie der RHÖN-KLINIKUM AG bei 16,47 Euro. Das entsprach einem Kursabschlag von 3,8 Prozent im Jahresverlauf. Unter Einrechnung der Dividendenzahlung betrug die Nettoperformance im Jahr 2010 minus 2,2 Prozent.

Die Volatilität der RHÖN-KLINIKUM Aktie betrug 21,3 Prozent (MDAX®: 21,6 Prozent). Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen Rückgang um 6,4 Prozentpunkte. In der Rangliste nach Marktkapitalisierung belegte die RHÖN-KLINIKUM Aktie zum 31. Dezember 2010 Position 13 (Vj. Position 7) im MDAX®. Das tagesdurchschnittliche Handelsvolumen an den deutschen Börsen einschließlich des XETRA®-Handels belief sich im Berichtsjahr 2010 auf 436.721 Stück oder rund 7,7 Mio. Euro. Die Marktkapitalisierung der ausgegebenen 138,2 Mio. Stückaktien lag zum Jahresende bei 2,3 Mrd. Euro (Vj. 2,4 Mrd. Euro).

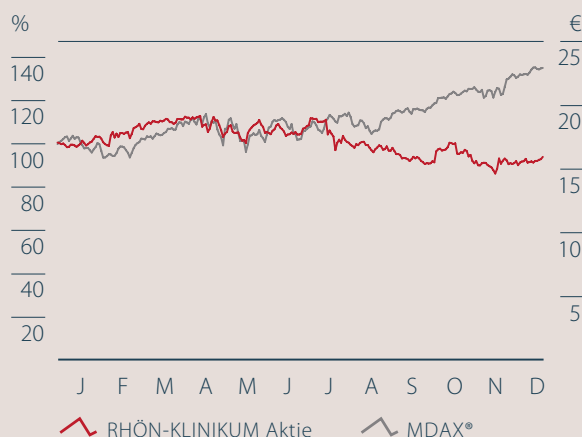
DIVIDENDE

Unsere Dividendenpolitik ist sowohl auf die langfristige Wertsteigerung als auch auf die nachhaltige Ertragsstärke des Unternehmens ausgerichtet. Diese Ausschüttungspolitik erlaubt es uns, unseren Aktionären für das Berichtsjahr 2010 abermals eine höhere Ausschüttungssumme anzubieten. Vor diesem Hintergrund schlagen Vorstand und Aufsichtsrat der Hauptversammlung vor, vom Aktionärgewinn in Höhe von 139.693.136,23 Euro 0,37 Euro je Stückaktie auszuschütten.

INVESTOR-RELATIONS-AKTIVITÄTEN

Investor Relations, die Beziehungen zu unseren Aktionären und Bondinvestoren, haben bei der RHÖN-KLINIKUM AG einen hohen Stellenwert. Die Funktion ist direkt dem Finanzvorstand unterstellt. Unser Ziel und unser Anspruch ist es, im Rahmen der Finanzmarktkommunikation ein realistisches Bild unseres Unternehmens zu vermitteln, um den Marktteilnehmern eine treffende Einschätzung und Bewertung unserer Aktie und unserer Anleihen zu ermöglichen. Hierzu stellen wir für Investoren, Analysten und alle weiteren interessierten Marktteilnehmer eine Plattform mit umfassenden und zeitnahen Informationen über die RHÖN-KLINIKUM Gruppe bereit. Überdies pflegen wir im Rahmen internationaler Investorenkonferenzen, auf Roadshows und im persönlichen Dialog den direkten und kontinuierlichen Kontakt zu unseren Investoren und Analysten. Hierbei verpflichten wir uns zu fairer und transparenter Kommunikation. Unsere Arbeit entspricht vollständig den Forderungen der Emittenten-Compliance-Verordnung.

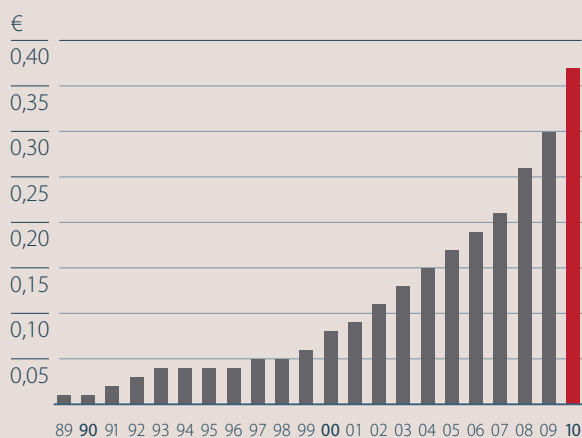
RHÖN-KLINIKUM AKTIE IM KURZFRISTIGEN VERGLEICH ...



... UND IM LANGFRISTIGEN VERGLEICH ZUM MDAX®



DIVIDENDENENTWICKLUNG



Alle Angaben bereinigt in Euro (138.232.000 Stammaktien)
2010: Vorschlag an die Ordentliche Hauptversammlung
am 8. Juni 2011



Viktor Schröder, Gießen

» Das Medizinstudium ist die Voraussetzung und Grundlage für die Tätigkeit als Arzt. Der Arztberuf verbindet für mich die Möglichkeit, naturwissenschaftliche Zusammenhänge im menschlichem Organismus zu verstehen, mit der klinischen Tätigkeit an Menschen und mit Menschen. «



Lena Koch, Gießen

» Ich werde im Oktober 2012 mit meinem Studium fertig sein und möchte mich dann im Bereich Anästhesie, Allgemeinmedizin oder Pädiatrie niederlassen. «

RHÖN-KLINIKUM Aktie	
ISIN	DE0007042301
Börsenkürzel	RHK
Grundkapital	345.580.000 €
Anzahl Stückaktien	138.232.000

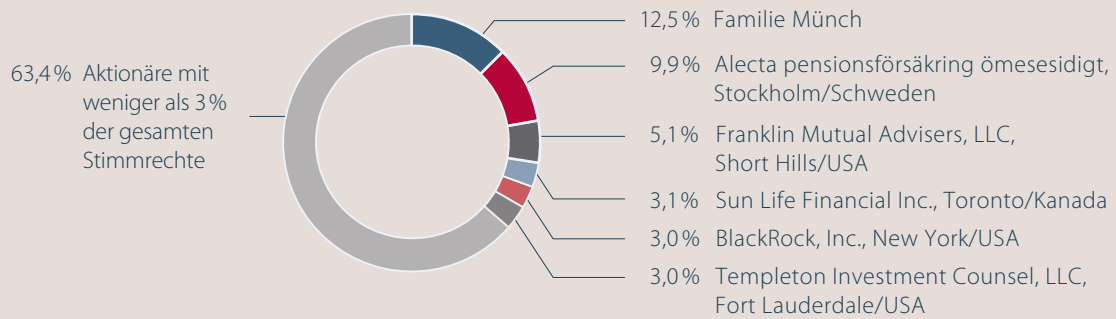
	2010	2009*
Börsenkurse in €		
Jahresschlusskurs	16,47	17,12
Höchstkurs	19,44	17,62
Tiefstkurs	15,26	14,00
Marktkapitalisierung (in Mio. €, zum 31.12.)	2.276,68	2.366,53
Kennzahlen je Aktie in €		
Dividende	0,37	0,30
Gewinn	1,01	1,07
Cash-Flow	1,85	2,03
Eigenkapital	10,82	12,10

* Kennzahlen 2009 ermittelt nach IAS 33 auf Basis der gewichteten Stückaktien (6. August 2009: Kapitalerhöhung um 86,38 Mio. Euro auf 345,58 Mio. Euro, Ausgabe von 34.552.000 Stückaktien).

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 zur Verfügung und veröffentlichen sie zeitnah als Investor Relations News auf unserer Website. Weitere Informationsquellen sind die jährlich feststehenden Termine unseres Finanzkalenders wie die Bilanzpressekonferenz im Frühjahr und die Hauptversammlung zur Jahresmitte. Im September 2010 fand in Hildesheim unser fünfter Capital Markets Day für Analysten statt. Aufgrund der regen Teilnahme und der positiven Resonanz beabsichtigen wir, auch in diesem Jahr zu dieser Veranstaltung einzuladen.

AKTIONÄRSSTRUKTUR DER RHÖN-KLINIKUM AG

(Stimmrechtsanteil gemäß der jeweils jüngsten Mitteilung an die Gesellschaft, Stand 31.12.2010)



Die nächste Ordentliche Hauptversammlung findet am Mittwoch, 8. Juni 2011, um 10.00 Uhr (Einlass ab 9.00 Uhr) in der Jahrhunderthalle Frankfurt statt.

Unseren Finanzkalender mit allen wichtigen Finanzterminen 2011 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 2010 BIS 31. DEZEMBER 2010

ÜBERWACHUNG UND BERATUNG IM KONTINUIERLICHEN DIALOG MIT DEM VORSTAND

Der Aufsichtsrat hat im Geschäftsjahr 2010 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 regelmäßig überwacht. Der Aufsichtsrat war in alle für das Unternehmen bedeutsamen strategischen Entscheidungen unmittelbar und frühzeitig einbezogen.

Der Vorstand hat uns regelmäßig in schriftlichen und mündlichen Berichten, zeitnah und umfassend, über alle relevanten Aspekte der Unternehmensplanung und der strategischen Weiterentwicklung des Konzerns, über den Gang der Geschäfte, 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, Beschlüsse im schriftlichen Verfahren gefasst.

Darüber hinaus hat der Aufsichtsratsvorsitzende in mindestens wöchentlichen Einzelgesprächen mit dem Vorsitzenden des Vorstands, zu denen bei Bedarf 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.

Die Situation des Gesundheitswesens wird sich durch die demographische Entwicklung, die über einen Zeitraum von vielleicht 20 Jahren den relativen Anteil der Älteren an der Bevölkerung zulasten des, wegen des Geburtenrückgangs, geringer werdenden Anteils der Jüngeren drastisch ansteigen lässt, dramatisch verändern. Die Politik und die Gesellschaft reagieren bislang auf die absehbar steigende Nachfrage nach Produkten und Leistungen des Gesundheitssektors durch die ältere Generation, die zulasten des allgemeinen Konsums gehen wird, mit Spar-, Einschränkungs- und Rationierungsansätzen, die aber nicht offen ausgesprochen, sondern faktisch vollzogen werden. Das Unternehmen versucht deshalb, mit zukunftsorientierten Leistungskonzepten und konkreten Überzeugungsprogrammen eine zeitgemäße Gesundheitswirtschaft anzustoßen. Diese für ein Unternehmen, das an der Front gesellschaftlicher Umbrüche arbeitet, notwendige und normale Funktion, geht weit über das übliche interne Veränderungspotenzial etablierter Wirtschaft hinaus und fordert auch zwischen Aufsichtsrat und Vorstand eine ständige Abstimmung über die Einschätzung von Trends und die Ausrichtung von Maßnahmen ebenso wie permanente Korrekturen. Dies hat auch Auswirkungen auf die Arbeit im Aufsichtsrat, denn die Standards der Zusammenarbeit zwischen dem Aufsichtsratsvorsitzenden und dem zwanzigköpfigen Aufsichtsgremium können nicht aus den herkömmlichen Strukturen abgeleitet werden, sondern sind den Erfordernissen eines Unternehmens an der Umbruchfront anzupassen.

Bedeutenden Raum in den regelmäßigen Gesprächen mit dem Vorstandsvorsitzenden – und damit auch in den Informationen für das Plenum und für die Ausschüsse – haben im Berichtsjahr die sich verändernden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen durch das zu Ende des Kalenderjahres verabschiedete Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) und die sich daraus ergebenden Einschränkungen für den Krankenhausbereich eingenommen. Die dadurch für den Konzern entstehenden neuen Herausforderungen erfordern Anpassungen der Unternehmensstrategie und der Instrumente der Unternehmenssteuerung, um den bisher erfolgreichen Weg des Wandels vom Krankenhausbetreiber zu einem Anbieter umfassender Gesundheitsversorgung weiter fortzusetzen. In diesem Zusammenhang war auch die zu Beginn des Geschäftsjahres 2011 neu ausgerichtete Führungs- und Aufgabenstruktur im Vorstand ein wichtiger Diskussionsgegenstand.

Andere wichtige Routinethemen sind Fragen der inneren Führung des Vorstands sowie personelle Perspektiven und die Beurteilung der Leistungsqualität der Vorstandsmitglieder und des Gesamtvorstands.

Der Aufsichtsrat hat die Fragen der Informationsversorgung durch den Vorstand und innerhalb des Aufsichtsrats im Zusammenhang mit der Evaluierung seiner Tätigkeit diskutiert und sich insgesamt mit der praktizierten Informationspolitik einverstanden erklärt. Dass es dabei unterschiedliche Erwartungen gibt, die aus der persönlichen Position einzelner Aufsichtsratsmitglieder kommen, ist nachvollziehbar. Ein im Unternehmen tätiger freigestellter Betriebsrat hat demnach ein tieferes auf die Interessen der Arbeitnehmer ausgerichtetes Informationsinteresse und ein Finanzfachmann, der hauptberuflich am Kapitalmarkt agiert, ist mehr an den Ergebnissen als an den Beweggründen demographischer Entwicklungen der Gesellschaft interessiert. Die geübte Praxis der Berichterstattung durch den Aufsichtsratsvorsitzenden und die Ausschussvorsitzenden zu Beginn jeder Aufsichtsratssitzung, bei der alle Aufsichtsratsmitglieder starken Gebrauch von ihrem Nachfragerecht machen, ist die Grundlage eines umfassenden Informationstransfers. Ausgangspunkt und Basis dieser Information des Plenums sind die rechtzeitige Verfügbarkeit der vollständigen Protokolle der Ausschusssitzungen für alle Mitglieder.

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 sich auch der Aufsichtsratsvorsitzende 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. In den Plenums- und Ausschusssitzungen gibt es keine Fragebeschränkungen, es wird allerdings angestrebt, dass es nicht zu Vorabsprachen und Fraktionsbildungen kommt, da Fraktionszwänge, auch wenn sie nur faktischer Natur wären, mit dem persönlich und in selbständiger Verantwortung handelnden Aufsichtsratsmitglied nicht vereinbar wären.

Die erhebliche Veränderung in der Zusammensetzung des Aufsichtsrats durch die Wahlen im Jahr 2010 erfordert eine neue Bestimmung der Arbeitsgrundsätze des Gremiums und eine erneute Konsensbildung, die teilweise noch im Gange ist.

INTENSIVE UND EFFIZIENTE ARBEIT IN DEN AUSSCHÜSSEN DES AUFSICHTSRATS

Der Aufsichtsrat hat zur effizienten Wahrnehmung seiner Aufgaben insgesamt sieben ständige Ausschüsse eingerichtet, die nicht nach Bänken, sondern mit Mitgliedern besetzt sind, die für die besonderen Fragestellungen der Ausschüsse über konkrete Kompetenz verfügen. Dieser Grundsatz wurde auch nach der Neuwahl des Aufsichtsrats in der Hauptversammlung 2010 bei der Neubesetzung der Ausschüsse beibehalten und damit die unterschiedlichen Fähigkeiten der Mitglieder optimal kombiniert und genutzt. 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 intensiverer Zusammenarbeit mit dem Vorstand entstehenden Nähe zum Vorstand und möglichen Kontrollschwächen entgegenwirken. Es ist akzeptiert und nützlich, wenn Mitglieder, die beim aktuellen Verhandlungsgegenstand weniger kompetent sind, die Experten zu verständlichen Erklärungen ihrer jeweiligen Position veranlassen und damit der Aufsichtsratsarbeit eine breite Basis verschaffen. Da die Mitglieder des Aufsichtsrats zu strengster Vertraulichkeit verpflichtet sind, wurde im Gremium die Empfehlung ausgesprochen, über wechselseitige Kontakte die Fachkompetenz Einzelner zu besonderen Themen zu nutzen und direkt untereinander zu kommunizieren.

Die Besetzung der ständigen Ausschüsse im Geschäftsjahr und die derzeitige Besetzung ist den nachstehenden Aufstellungen zur Organisationsstruktur des Aufsichtsrats zu entnehmen.

Der **Investitions-, Strategie- und Finanzausschuss** ist im Berichtsjahr zu drei ordentlichen Sitzungen (Anwesenheitsquote 100 Prozent) zusammengetreten, davon wurde eine Sitzung wegen fachübergreifender Themen als kombinierte Sitzung zusammen mit dem Prüfungsausschuss abgehalten. 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.

Einer der wesentlichen Verhandlungspunkte in der Arbeit dieses Ausschusses zu Beginn des Berichtsjahres war die Neustrukturierung der Fremdkapitalfinanzierung des Konzerns, die u. a. im Ergebnis zu einer erfolgreichen Anleiheemission mit einem Volumen von 400 Mio. Euro führte, die es zusammen mit der im Vorjahr erfolgten Eigenkapitalerhöhung erlaubt, im Rahmen unserer Wachstumspolitik geplante und bevorstehende Investitionen und Akquisitionen abgesichert und bankenunabhängig zu finanzieren. Die durch die Wirtschafts- und Finanzkrise ausgelöste Verschlechterung der Finanzsituation der öffentlichen Haushalte durch den Wegfall von Steuereinnahmen wird objektiv dazu führen, dass die öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger nicht mehr in der Lage sein werden, ihre Häuser mit den erforderlichen Finanzmitteln auszustatten. Investitionen, Sanierungen und der Ausgleich jährlicher Betriebsverluste sind nicht mehr finanzierbar und werden Treiber einer erwarteten Privatisierungswelle sein. Subjektiv verdrängen jedoch viele Kommunen und ihre politischen Mandatsträger diese unpopulären Konsequenzen mit der Begründung, dass die Lösung ihrer Krankenhausprobleme angesichts der bestehenden Lastenlawine auch keinen Befreiungsschlag bedeutet. Mögliche Problemlösungen werden vor Wahlen nicht angegangen. Da dies nur zu weiteren Akkumulierungen führt, wird sich die Privatisierungsfrage allenfalls zeitlich verzögern, aber nicht von selbst lösen. Die Aufgabe des Konzerns ist es deshalb, die Zeit für Strukturverbesserungen und Konditionierung zu nutzen, da verschobene Problemlösungen erfahrungsgemäß eine höhere Leistungsfähigkeit in kürzerer Zeit erfordern.

Durch die aktuell vorbereitete Neustrukturierung der Konzernfinanzierung, die der Ausschuss aktiv begleitet, wird das Unternehmen in der Lage sein, bei Akquisitionsangeboten, die unseren qualitativen Anforderungen entsprechen, mit einer präzisen und direkten inneren Steuerungsfähigkeit schnell zu agieren.

Weiterer Schwerpunkt 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 und die für den Konzern sich bietenden Maßnahmen der Gegensteuerung und Kompensierung zur Vermeidung negativer Auswirkungen auf die Vermögens- und Ertragslage sowie die Nutzung sich möglicherweise ergebender Chancen aus der neuen Gesetzgebung. Da bislang alle gesetzgeberischen Ansätze letztlich in Leistungsrationierung münden, wird der Konzern als Leistungsanbieter mit qualifizierten Versorgungsangeboten antworten und damit seine Position gegenüber den reaktiven Teilnehmern im Gesundheitsmarkt weiter verbessern.

Die Strukturierung und Implementierung der beiden Geschäftsbereiche für ambulante und stationäre Grund- und Regelversorgung, medizinische Entwicklung und Qualitätsmanagement (Geschäftsbereich 1) und für Fach-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung (Geschäftsbereich 2) wurde vom Ausschuss kritisch überwacht und regelmäßig diskutiert. Dies gilt auch für die Unternehmens- und Investitionsplanung der Tochtergesellschaft Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, an deren beiden Standorten Gießen und Marburg die laufenden Großinvestitionen der Fertigstellung und Inbetriebnahme entgegengehen. Erforderliche Investitionsanträge zu diesen Standorten wurden genehmigt.

Schwerpunkt der kombinierten Sitzung des Investitions-, Strategie- und Finanzausschusses mit dem Prüfungsausschuss, die in Anwesenheit des Abschlussprüfers stattfand, waren grundsätzliche und strategische Erörterungen zur Konzernfinanzierung, der Neustrukturierung der Kapitalausstattung der Tochtergesellschaften und Überlegungen zum steuergünstigen Einsatz von Ergebnisabführungsverträgen.

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 2010 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 u. a. Marktanalysen und Investitionsrechnungen, erörtert. Die Investitionsvorhaben wurden vom Ausschuss durch kritisches Hinterfragen auf Kompatibilität mit den neu strukturierten Geschäftsbereichen geprüft und bei Erfüllung der Vorgaben genehmigt.

Der **Personalausschuss**, der für Personalangelegenheiten des Vorstands zuständig ist und der die Personalentscheidungen des Aufsichtsrats vorbereitet, trat ebenfalls 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 Ralf Stähler zum 30. April 2010 und des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden, Herrn Gerald Meder, und von Frau Andrea Aulkemeyer zum 31. Dezember 2010 aus dem Vorstand erforderlich wurden.

Durch das Gesetz zur Angemessenheit der Vorstandsvergütung und Änderungen des Deutschen Corporate Governance Kodex war eine Überarbeitung des Vergütungssystems für den Vorstand erforderlich, um diesen neuen Anforderungen zu entsprechen. Der Ausschuss erörterte die daraufhin neu gefassten Leitlinien zur Vergütung der Vorstandsmitglieder, bei denen auch das Ergebnis eines extern eingeholten Vergütungsgutachtens berücksichtigt wurde, und verabschiedete eine Beschlussvorlage für das Aufsichtsratsplenium. Einzelheiten des geänderten Vergütungssystems, das von der Hauptversammlung am 9. Juni 2010 zustimmend beschlossen wurde, sind im Corporate Governance Bericht, Rubrik Vergütungsbericht, auf den Seiten 37 ff. dargelegt.

Weitere Beratungspunkte waren die Bestellungen von Herrn Volker Feldkamp und Herrn Martin Menger zu Mitgliedern des Vorstands und die Überprüfung und Vorbereitung von Vorstandsdienstverträgen. Hierzu gehörte auch die Befassung mit Dienstverträgen ehemaliger Vorstandsmitglieder. 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 Vorstandsdienstverträgen wurden unter Berücksichtigung des neuen Vergütungssystems dem Aufsichtsratsplenium 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 97 Prozent), davon wurde eine Sitzung wegen fachübergreifender Themen als kombinierte Sitzung zusammen mit dem Investitions-, Strategie- und Finanzausschuss abgehalten. An den Sitzungen nahmen regelmäßig der Vorstandsvorsitzende sowie die zuständigen Vorstände für Rechnungswesen, Finanzen/Investor Relations und Interne Revision/Compliance teil. An drei Sitzungen hat der Abschlussprüfer teilgenommen. Der Ausschuss befasste sich insbesondere mit der Prüfung und Vorberatung des Jahresabschlusses 2009 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 2010 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. Für die Abschlussprüfung 2010 wurde ein umfangreicher Katalog von Prüfungsschwerpunkten bestimmt. Behandelt wurde ferner die Vergabe von Beratungsaufträgen für nicht prüfungsbezogene Leistungen an die Abschlussprüfer im Konzern. Die Qualifikation des Abschlussprüfers wurde überwacht.

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 Zahlen das Fortschreiten der wirtschaftlichen Eingliederung der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH in den Konzern und der damit in diesem Unternehmen verbundenen inhaltlichen Veränderungen sowie die Leistungsentwicklung im Zusammenhang mit den getätigten Großinvestitionen.

Der Ausschuss war und wird über den Ablauf und den Inhalt der Prüfung der Deutschen Prüfstelle für Rechnungslegung – DPR – (reguläre Stichprobenprüfung ohne besonderen Anlass) kontinuierlich vom Vorstand unterrichtet.

Der vierteljährlich vorgelegte Konzern-Controlling-Report zum Leistungs- und Finanzcontrolling, ein Bestandteil des Risikomanagementsystems, wurde in den Ausschusssitzungen 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 drei Sitzungen teilgenommen hat, berichten lassen. Der Ausschuss hat den Prüfungsplan der Internen Revision für 2010 und dessen Fortschreibung genehmigt. Die Prüfungsberichte der Internen Revision sowie der Tätigkeitsbericht 2009 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 Einführung des Compliance-Management-Systems. Die vom Vorstand hierzu vorgelegte Konzeption und Struktur wurde vom Ausschuss gebilligt und zur Umsetzung freigegeben. Der im zweiten Halbjahr berufene Compliance-Officer hat an einer Sitzung des Prüfungsausschusses teilgenommen. Die Prüfungsberichte der Compliance-Abteilung sowie der Tätigkeitsbericht 2009 wurden im Ausschuss vorgelegt und mit dem Vorstand erörtert, das Compliance-Programm 2010 wurde gebilligt. Zur Regelberichterstattung des Vorstands gehört auch ein vierteljährlicher Bericht über gemeldete Verstöße, Zweifelsfälle und Probleme aus dem Bereich Compliance, der jeweils Gegenstand einer intensiven Erörterung mit dem Vorstand ist.

Bei der Abfassung der Entsprechenserklärung nach § 161 Aktiengesetz (AktG) zu den Empfehlungen des Deutschen Corporate Governance Kodex wurden die Änderungen der Regierungskommission 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 Revisionsabteilung bestätigen den Eindruck, dass die Parteien sich verstärkt direkt an die Revisions- oder Compliance-Abteilung wenden.

Ein Mitarbeiter hat sich mit dem Hinweis auf einen möglichen Interessenkonflikt eines Funktionsträgers in einer Klinik an den Ausschussvorsitzenden gewandt. In einer direkten Anfrage an den Vorstand über den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses ist diesem Hinweis nachgegangen worden. Vom Vorstand wurden korrigierende Maßnahmen zugesagt.

Der **Medizininnovations- und Qualitätsausschuss** berät den Vorstand und den Aufsichtsrat über medizinische Entwicklungen und Entwicklungstendenzen und überwacht die Entwicklung der medizinischen Qualität. Sitzungen wurden im Berichtszeitraum nicht abgehalten, um dem Vorstand Zeit für die Umsetzung einer Reihe von Maßnahmen zu geben, deren Entwicklung in der laufenden Dekade vorgesehen ist.

Der **Nominierungsausschuss** hat in Vorbereitung der Wahlvorschläge für Kandidaten der anstehenden Neuwahl von Aufsichtsratsmitgliedern der Anteilseigner in der Hauptversammlung am 9. Juni 2010 ein fachliches Anforderungsprofil für Mitglieder des Aufsichtsrats entwickelt, in dem im Rahmen eines Qualifikationskatalogs Kenntnisse und Kompetenzen als Voraussetzung für eine Aufsichtsratskandidatur festgelegt wurden. Alle Kandidaten für den Aufsichtsrat, auch diejenigen, die sich der Wiederwahl stellten, waren aufgefordert, entsprechend dem Anforderungsprofil ihre Qualifikation nach aktuellem Stand offenzulegen.

In seiner Sitzung am 26. April 2010 (Anwesenheitsquote 100 Prozent) hat der Nominierungsausschuss die bisherigen Mitglieder des Aufsichtsrats aufgrund ihrer Bewährung und der entsprechend dem fachlichen Anforderungsprofil dokumentierten Kenntnisse und Kompetenzen erneut zur Kandidatur für die Wahl zum Aufsichtsrat nominiert. Als weiterer Kandidat für den aus Altersgründen ausscheidenden Herrn Dr. Heinz Korte wurde Herr Dr. Rüdiger Merz nominiert. Die Erhöhung der Anzahl der Frauen im Aufsichtsrat und im Vorstand ist bei entsprechender Qualifikation der Bewerberinnen wünschenswert und wird vom Aufsichtsrat weiterverfolgt.

DIE ARBEIT DES AUFSICHTSRATSPLENUMS

Der Aufsichtsrat hat im Geschäftsjahr 2010 insgesamt fünf Sitzungen (Anwesenheitsquote 98 Prozent) abgehalten, davon vier ordentliche Sitzungen und die konstituierende Sitzung unmittelbar nach der Hauptversammlung, in der turnusmäßig die Neuwahl des Aufsichtsrats erfolgte. 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 und den nicht in den Ausschüssen vertretenen Mitgliedern Gelegenheit geben, umfassende Informationen zu den behandelten Themen und den gefassten Beschlüssen zu erhalten. Bei diesem Teil waren grundsätzlich nur der Vorstandsvorsitzende und sein Stellvertreter anwesend, soweit die Sachlage nicht eine Tagung in Abwesenheit des gesamten Vorstands geboten hat. Nachdem mit dem Ausscheiden von Herrn Meder aus dem Vorstand das Konzept des Stellvertreters in eine Abwesenheitsvertretung geändert wird, ist vorgesehen, zukünftig zu diesem Sitzungsteil nur den Vorsitzenden des Vorstands hinzuzuziehen.

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 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 10. Februar 2010 hat der Aufsichtsrat Vorstandsangelegenheiten behandelt und auf Empfehlung des Personalausschusses die Grundzüge der neugefassten Vergütungsleitlinien genehmigt und beschlossen, diese der Hauptversammlung zur Billigung vorzulegen sowie einen unabhängigen Vergütungsberater mit der Begutachtung der Angemessenheit und Üblichkeit der Vorstandsvergütungen und der hierzu in den Vergütungsleitlinien enthaltenen Regelungen zu beauftragen. Das vom Nominierungsausschuss vorgelegte fachliche Anforderungsprofil für Aufsichtsratsmitglieder wurde beschlossen und zur Anwendung für die Vertreter der Anteilseigner freigegeben.

Der Aufsichtsrat hat, als Ersatz für den am 2. Dezember 2009 ausgeschiedenen Herrn Bernd Becker, Herrn Joachim Lüddecke zum ersten stellvertretenden Aufsichtsratsvorsitzenden gewählt und die Nachbesetzung der Ausschüsse als Nachfolge für Herrn Becker durchgeführt. Weiterer Beratungsschwerpunkt zum operativen Geschäftsbereich war die Entwicklung eines flächendeckenden Versorgungsvertragskonzepts unter Berücksichtigung entsprechender Rahmenbedingungen zur Leistungserbringung.

In der Bilanzsitzung am 27. April 2010 wurden in Anwesenheit der Abschlussprüfer der Jahresabschluss und der Lagebericht der RHÖN-KLINIKUM AG sowie der Konzernabschluss und der Konzernlagebericht für das Geschäftsjahr 2009 mit dem Vorstand und den Abschlussprüfern 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 2010, insbesondere die Verabschiedung der Beschlussempfehlungen des Aufsichtsrats zu den Beschlussanträgen in der Tagesordnung an die Hauptversammlung nach vorausgegangener Diskussion über die Tagesordnungspunkte. Auf Vorschlag des Nominierungsausschusses wurden die Kandidaten zur Neuwahl der Anteilseignervertreter für den Aufsichtsrat aufgestellt. Im Rahmen der Erörterung von Vorstandsangelegenheiten wurden auf Empfehlung des Personalausschusses Beschlüsse zur Zustimmung der Amtsniederlegung von Herrn Ralf Stähler und zur Bestellung von Herrn Volker Feldkamp zum Mitglied des Vorstands gefasst und der Abschluss des hierzu vorgelegten Aufhebungs- bzw. Dienstvertrages genehmigt.

In der konstituierenden Aufsichtsratssitzung am 9. Juni 2010, unmittelbar nach der Hauptversammlung, wurden Herr Eugen Münch erneut zum Vorsitzenden des Aufsichtsrats und Herr Joachim Lüddecke zum ersten Stellvertreter und Herr Wolfgang Mündel zum zweiten Stellvertreter gewählt. Die Besetzung des Vermittlungsausschusses erfolgte mit den Herren Eugen Münch (Vorsitzender), Joachim Lüddecke, Dr. Rüdiger Merz und Frau Sylvia Bühler. Die bisherige Geschäftsordnung des Aufsichtsrats wurde bestätigt.

In der Sitzung am 7. Juli 2010 wurden die weiteren Ausschüsse des Aufsichtsrats gebildet und besetzt. Auf die nachstehende »Übersicht über die Organisationsstruktur des Aufsichtsrats und die Besetzung der Ausschüsse (Zeitraum 9. Juni bis 31. Dezember 2010)« wird verwiesen. Schwerpunkte der Beratungen in der Sitzung waren die aktuellen Beschlüsse der Bundesregierung zum Sparpaket für den Gesundheitsbereich und die Auswirkungen für die Krankenhäuser sowie die zu erwartenden Belastungen für den Konzern und die sich bietenden Möglichkeiten der Gegensteuerung. Der Aufsichtsrat hat in dieser Sitzung seine Zustimmung zum Einstieg in das Projekt Medizinische Versorgungszentren (MVZ) Ophthalmologie gegeben.

In der Aufsichtsratssitzung am 3. November 2010 haben wir das Ergebnis der Effizienzprüfung unserer Aufsichtsrats Tätigkeit zusammen mit dem externen Moderator erörtert und weitere Möglichkeiten zur Optimierung der Aufsichtsratsarbeit diskutiert. In Abwesenheit der Mitglieder des Vorstands, ausgenommen der Vorstandsvorsitzende, wurden Vorstandsangelegenheiten behandelt und auf Empfehlung des Personalausschusses wurden dem Aufsichtsratsvorsitzenden Verhandlungsvollmachten zur Vorbereitung des Abschlusses und der Änderung von Vorstandsdienstverträgen und von Dienstverträgen mit ehemaligen Vorständen erteilt.

Die vom Vorstand vorgelegte Ergebnisplanung für das Geschäftsjahr 2011 wurde hinsichtlich der Prämissen und der Planvorgaben an die Konzernunternehmen ausführlich und kritisch vom Plenum diskutiert. Im Nachgang zu dieser Sitzung wurden im schriftlichen Beschlussverfahren Herr Martin Menger zum weiteren Mitglied des Vorstands bestellt und die vom Aufsichtsratsvorsitzenden endverhandelten Vorstandsdienstverträge und Dienstverträge mit ehemaligen Vorstandsmitgliedern genehmigt.

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 2010 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 nicht statt, da Informationsaustausch zwischen allen Mitgliedern des Aufsichtsrats sinnvoll und nützlich ist, die Förderung von Fraktionsbildungen jedoch dem Selbstverständnis des unabhängigen und selbstverantwortlichen Aufsichtsrats nicht dienlich sind. Lediglich zur Vorbereitung der Bilanzsitzung findet eine Zusammenkunft der Arbeitnehmervertreter im Aufsichtsrat ohne Beteiligung des Vorstands 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 fortlaufend mit den Themen und der Weiterentwicklung des Deutschen Corporate Governance Kodex befasst. Dabei hat sich das Gremium intensiv mit den jüngsten Kodexänderungen zur Besetzung des Aufsichtsrats unter Beachtung der Vielfalt und angemessener Berücksichtigung von Frauen auseinandergesetzt. Der Aufsichtsrat wird bei seiner Besetzung die Kriterien Internationalität, Interessenkonflikte, Altersgrenze, Vielfalt sowie eine angemessene Beteiligung von Frauen beachten, auf die Benennung konkreter Ziele für seine Zusammensetzung in zeitlicher Hinsicht oder in Form von Quoten wird jedoch ausdrücklich verzichtet. Der Aufsichtsrat sieht als ausschließliches Kriterium für seine Wahlvorschläge die Eignung der Kandidatinnen und Kandidaten und deshalb keine Notwendigkeit, von dieser Praxis abzuweichen. Deshalb wird den Empfehlungen in Ziffer 5.4.1 Abs. 2 und 3 nicht entsprochen.

Hinsichtlich der geforderten Aus- und Fortbildung der Aufsichtsratsmitglieder besteht beim Vorsitzenden des Aufsichtsrats und der Mehrheit der Aufsichtsratsmitglieder die Auffassung, dass jedes Aufsichtsratsmitglied die Grundkenntnisse, die seine Aufgabe in diesem Unternehmensgremium erfordert, verantwortlich erworben haben muss, wenn es das Mandat annimmt und die laufend erforderliche Weiterbildung einerseits durch die interne Kommunikation an den realen Aufgaben und soweit von außen erforderlich, durch von den Mitgliedern individuell und eigenverantwortlich vorgenommene Fortbildungen, die aufgrund der hierzu auch angemessenen Vergütung für die Aufsichtsrats Tätigkeit jedem möglich sind, zu erbringen hat. Die Vorsitzenden der Ausschüsse und der Aufsichtsratsvorsitzende weisen zusätzlich auf bestimmte Maßnahmen von besonderem Interesse hin. Eine Unterstützung in Form der Kostenübernahme im Rahmen von Sachleistungen ist nicht zulässig, da die Vergütung der Aufsichtsrats Tätigkeit abschließend in der Satzung geregelt ist und Sondervergütungen dort nicht vorgesehen sind.

Die Abweichungen von den Empfehlungen des Kodex sind insgesamt auf ein Minimum reduziert. Die am 28. Oktober 2009 abgegebene Entsprechenserklärung nach § 161 AktG wurde unter Berücksichtigung der Neufassung des Kodex vom 26. Mai 2010 durch eine am 3. November 2010 von Vorstand und Aufsichtsrat abgegebene aktualisierte Entsprechenserklärung ersetzt und den Aktionären auf der Website der Gesellschaft dauerhaft zugänglich gemacht.

Über die Corporate Governance berichtet der Vorstand zugleich auch für den Aufsichtsrat gemäß Ziffer 3.10 des Deutschen Corporate Governance Kodex auf den Seiten 30 ff. dieses Geschäftsberichtes.

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 in diesen Aufsichtsräten keine Interessenkonflikte ergeben, die zu einer Beeinträchtigung der Mandatsausübung führen könnten.

PRÜFUNG UND BILLIGUNG DES JAHRESABSCHLUSSES 2010

Der Vorstand hat den Jahresabschluss der Gesellschaft zum 31. Dezember 2010 und den Lagebericht für das Geschäftsjahr 2010 nach den Bestimmungen des Handelsgesetzbuchs (HGB) und den Konzernabschluss zum 31. Dezember 2010 und den Konzernlagebericht für das Geschäftsjahr 2010 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 2010 und der Konzernabschluss und der Konzernlagebericht für das Geschäftsjahr 2010 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 Einwendungen zu erheben sind.

Der Aufsichtsrat hat in der Sitzung am 27. April 2011 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 Konzernanhang dargestellt.

Herr Ralf Stähler ist zum 30. April 2010 aus gesundheitlichen Gründen und Frau Andrea Aulkemeyer und der bisherige stellvertretende Vorstandsvorsitzende Herr Gerald Meder sind mit Ablauf ihrer Bestellung zum 31. Dezember 2010 aus dem Vorstand ausgeschieden. Herr Meder wird dem Unternehmen weiterhin als Bereichsleiter zur Verfügung stehen. Der Aufsichtsrat dankt allen ausgeschiedenen Vorstandsmitgliedern für die erfolgreiche Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren.

Herr Volker Feldkamp wurde zum 1. September 2010 für die Dauer von fünf Jahren und Herr Martin Menger zum 1. Januar 2011 für die Dauer von drei Jahren zum Mitglied des Vorstands bestellt. Bei den Vorständen ist der Geschäftsbereich 2, die Fach-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung zugeordnet.



Mitglieder des Aufsichtsrats von links nach rechts, vordere Reihe: Dr. Rüdiger Merz, Annett Müller, Jens-Peter Neumann, Michael Mendel, Dr. Brigitte Mohn, Wolfgang Mündel, Professor Dr. Dr. sc. Karl W. Lauterbach, Detlef Klimpe, Professor Dr. Jan Schmitt, Werner Prange; hintere Reihe: Caspar von Hauenschild, Dr. Rudolf Schwab, Eugen Münch, Bettina Böttcher, Professor Dr. Gerhard Ehninger, Joachim Lüddecke, Stefan Härtel, Sylvia Bühler, Georg Schulze-Ziehaus, Peter Berghöfer

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.

Im Berichtszeitraum endete mit Ablauf der Hauptversammlung am 9. Juni 2010 die Amtsperiode des bisherigen Aufsichtsrats. Die Hauptversammlung wählte in Einzelwahl als Vertreter der Anteilseigner Frau Dr. Brigitte Mohn sowie die Herren Professor Dr. Gerhard Ehninger, Caspar von Hauenschild, Detlef Klimpe, Professor Dr. Dr. sc. Karl W. Lauterbach, Michael Mendel, Eugen Münch, Wolfgang Mündel, Jens-Peter Neumann und Dr. Rüdiger Merz als Nachfolger für Dr. Heinz Korte, der sich wegen Erreichen der Altersgrenze nicht mehr zur Wiederwahl stellen konnte. Von den Arbeitnehmern wurden folgende Mitglieder in den Aufsichtsrat gewählt: Die Frauen Bettina Böttcher, Sylvia Bühler, Annett Müller und die Herren Peter Berghöfer, Stefan Härtel, Joachim Lüddecke, Werner Prange, Professor Dr. Jan Schmitt, Georg Schulze-Ziehaus und Dr. Rudolf Schwab.

In der konstituierenden Sitzung des Aufsichtsrats am 9. Juni 2010 wurden Herr Eugen Münch zum Vorsitzenden des Aufsichtsrats, Herr Joachim Lüddecke zum ersten Stellvertreter und Herr Wolfgang Mündel zum zweiten Stellvertreter wiedergewählt. Der Aufsichtsrat hat in der Sitzung am 7. Juli 2010 die Herren Michael Mendel, Dr. Rüdiger Merz und Wolfgang Mündel zu Financial Experts gemäß § 100 Abs. 5 AktG ernannt.

Die Personalien der dem Aufsichtsrat in 2010 angehörenden Mitglieder sind im Konzernanhang 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 diesem Bericht sich anschließenden Aufstellung. Der Aufsichtsrat dankt allen ausgeschiedenen Aufsichtsratsmitgliedern für die gute Zusammenarbeit und ihren Einsatz für das Unternehmen in den vergangenen Jahren.

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, 27. April 2011

Der Aufsichtsrat

Eugen Münch
Vorsitzender

ÜBERSICHT ÜBER DIE ORGANISATIONSSTRUKTUR DES AUFSICHTSRATS UND DIE BESETZUNG DER AUSSCHÜSSE

(Zeitraum 1. Januar bis 9. Juni 2010)

AUFSICHTSRATSVORSITZ

Vorsitzender
Eugen Münch

1. stv. Vorsitzender
Joachim Lüddecke
(ab 10. Februar 2010)

2. stv. Vorsitzender
Wolfgang Mündel

BESETZUNG DER AUSSCHÜSSE

INVESTITIONS-, STRATEGIE- UND FINANZAUSSCHUSS

Eugen Münch
Vorsitzender
Helmut Bühner
(ab 10. Februar 2010)
Detlef Klimpe
Dr. Heinz Korte
Joachim Lüddecke
Michael Mendel
Wolfgang Mündel
Werner Prange
Michael Wendl

PERSONALAUSSCHUSS

Eugen Münch
Vorsitzender
Joachim Lüddecke
(ab 10. Februar 2010)
Dr. Brigitte Mohn
Joachim Schaar

VERMITTLUNGSAUSSCHUSS

Eugen Münch
Vorsitzender
Joachim Lüddecke
(ab 10. Februar 2010)
Sylvia Bühler
Dr. Heinz Korte

PRÜFUNGSAUSSCHUSS

Wolfgang Mündel
Vorsitzender
Caspar von Hauenschild
Detlef Klimpe
Dr. Heinz Korte
Jens-Peter Neumann
Michael Wendl

ANTIKORRUPTIONSAUSSCHUSS

Caspar von Hauenschild
Vorsitzender
Ursula Harres
Werner Prange

MEDIZININNOVATIONS- UND QUALITÄTSAUSSCHUSS

Eugen Münch
Vorsitzender
Gisela Ballauf
Professor Dr. Gerhard Ehninger
Ursula Harres
(ab 10. Februar 2010)
Professor Dr. Dr. sc. Karl W. Lauterbach

NOMINIERUNGSAUSSCHUSS

Eugen Münch
Vorsitzender
Dr. Heinz Korte
Wolfgang Mündel

ÜBERSICHT ÜBER DIE ORGANISATIONSSTRUKTUR DES AUFSICHTSRATS UND DIE BESETZUNG DER AUSSCHÜSSE

(Zeitraum 9. Juni bis 31. Dezember 2010)

AUFSICHTSRATSVORSITZ

Vorsitzender
Eugen Münch

1. stv. Vorsitzender
Joachim Lüddecke

2. stv. Vorsitzender
Wolfgang Mündel

BESETZUNG DER AUSSCHÜSSE

INVESTITIONS-, STRATEGIE- UND
FINANZAUSSCHUSS
(ab 7. Juli 2010)

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

PERSONALAUSSCHUSS
(ab 7. Juli 2010)

Eugen Münch
Vorsitzender
Joachim Lüddecke
Dr. Brigitte Mohn
Annett Müller

VERMITTLUNGSAUSSCHUSS

Eugen Münch
Vorsitzender
Joachim Lüddecke
Sylvia Bühler
Dr. Rüdiger Merz

PRÜFUNGSAUSSCHUSS
(ab 7. Juli 2010)

Wolfgang Mündel
Vorsitzender
Sylvia Bühler
Caspar von Hauenschild
Detlef Klimpe
Michael Mendel
Dr. Rüdiger Merz
Jens-Peter Neumann

ANTIKORRUPTIONSAUSSCHUSS
(ab 7. Juli 2010)

Caspar von Hauenschild
Vorsitzender
Bettina Böttcher
Dr. Rudolf Schwab
Werner Prange

MEDIZININNOVATIONS- UND
QUALITÄTSAUSSCHUSS
(ab 7. Juli 2010)

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

NOMINIERUNGSAUSSCHUSS
(ab 7. Juli 2010)

Eugen Münch
Vorsitzender
Dr. Rüdiger Merz
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

Im Mittelpunkt des Handelns von Aufsichtsrat und Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG stehen effiziente, verantwortungsvolle und auf den langfristigen Unternehmenserfolg ausgerichtete Entscheidungs- und Kontrollprozesse. Mit Augenmaß und Weitblick koordinieren wir in transparenter Weise den Umgang mit Chancen und Risiken sowie die Interessen unserer Aktionäre und Mitarbeiter. Wir räumen einer guten Corporate Governance eine hohe Priorität ein. Zusammen mit einer transparenten, rechtlich einwandfreien und ethisch verfassten Unternehmenskultur bildet sie die Voraussetzung für den nachhaltigen Erhalt bzw. eine Stärkung des Vertrauens, das uns Aktionäre, Geschäftspartner, Patienten und Mitarbeiter entgegenbringen sowie für eine nachhaltige Wertschöpfung in unseren Unternehmungen.

Aufsichtsrat und Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG haben sich im Geschäftsjahr 2010 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 die Neuerungen des Deutschen Corporate Governance Kodex beraten. Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, dass der Aufsichtsrat 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 Aufsichtsrats Tätigkeit abschließend in der Satzung geregelt ist und Sondervergütungen dort nicht vorgesehen sind. Wir werden unsere

Mit dem Blick auf das Ganze: Transparente Unternehmenskultur sorgt für den langfristigen Unternehmenserfolg der RHÖN-KLINIKUM AG.

Aufsichtsratsmitglieder 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. Die nicht obligatorischen Anregungen des Deutschen Corporate Governance Kodex beachten wir weitestgehend.

ENTSPRECHENSERKLÄRUNG

Als Ergebnis dieser Beratungen wurde am 3. November 2010 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: 3. November 2010)

»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 18. Juni 2009 seit Abgabe der letzten Entsprechenserklärung – wie am 28. Oktober 2009 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.

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 Abweichung sehen der Kodex und § 161 AktG keine Veröffentlichungspflicht vor.«



Julia Wenzel, Gießen

» An meinem Studium und meinem Studienort gefällt mir besonders gut, dass viele Praktika gemacht werden, bei denen man schon mal für spätere Tätigkeiten üben kann. «



Peter Schulte, Gießen

» Es ist eine angenehme und ruhige Standortatmosphäre, gute Zusammenlegung der Gebäude und häufig interessante Dozentenvorträge. Leider zu wenig Exzellenzinitiativen. «

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 Überwachungsbe-fugnisse 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 2010 130,1 Tsd. Euro.

HAUPTVERSAMMLUNG UND BEZIEHUNGEN ZU DEN AKTIONÄREN

Die RHÖN-KLINIKUM AG berichtet 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 2010 sowie des Jahresabschlusses zum 31. Dezember 2010 als Abschlussprüfer die PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Frankfurt am Main, beauftragt, nachdem sich der Prüfungsausschuss von deren Unabhängigkeit, d. h. dem Fehlen jeglicher Ausschluss- 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 2010 das vom Aufsichtsrat beschlossene Vergütungssystem gebilligt. Es ist vorgesehen, auch künftige Änderungen des Vergütungssystems zur Billigung der Hauptversammlung vorzulegen.

VORSTAND

Der Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG bestand zu Beginn des Geschäftsjahres 2010 aus acht Mitgliedern und wurde

in 2010 von einem Vorsitzenden und bei dessen Abwesenheit durch den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden geleitet. Mit Wirkung zum 1. April 2010 ist Herr Ralf Stähler auf eigenen Wunsch ausgeschieden. Zu weiteren Vorstandsmitgliedern wurden zum 1. September 2010 Herr Volker Feldkamp sowie zum 1. Januar 2011 Herr Martin Menger bestellt. Mit Wirkung zum 31. Dezember 2010 schieden Frau Andrea Aulkemeyer und Herr Gerald Meder aus dem Vorstand aus. Den Änderungen im Vorstand wird durch Anpassungen in der Geschäftsordnung für den Vorstand jeweils zeitnah Rechnung getragen. Das bisherige Amt des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden ist mit Wirkung zum 1. Januar 2011 entfallen. Bezüglich weiterer Informationen wird auf die Angaben im 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 obliegt 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 2010 ist es nicht zu Interessenkonflikten von Vorstandsmitgliedern der RHÖN-KLINIKUM AG gekommen.

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



Debora Fischer, Gießen

»Die Zielvorstellungen, die ich mit meinem Studium verknüpfe, sind das selbständige Arbeiten, die verantwortungsvolle Tätigkeit und die finanzielle Unabhängigkeit.«



Marcus Weber, Gießen

»Der Standort ist gut. Man bekommt immer einen Praktikumsplatz und muss nicht lange zwischen den Hörsälen umherpendeln.«

erfolgt auf Basis einer Geschäftsordnung für die Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Aufsichtsrat.

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 2010 zu vier turnusgemäßen Sitzungen und einer konstituierenden Sitzung zusammen.

Alter und neuer Vorsitzender 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 im Geschäftsjahr 2010 stattgefundene Wahl der Anteilseignervertreter in den Aufsichtsrat erfolgte 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 neu gewählten Aufsichtsrats beträgt fünf Jahre und endet mit Beendigung der Hauptversammlung, in der über die Entlastung des Aufsichtsrats für das Geschäftsjahr 2014 beschlossen wird. Altersbegrenzungen bestehen satzungsgemäß.

Die Geschäftsordnung des Aufsichtsrats sieht die Bildung von Ausschüssen vor. Im Jahr 2010 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. Der Aufsichtsrat hat Herrn Wolfgang Mündel – neben den Herren Dr. Rüdiger Merz und Michael Mendel – zum Financial Expert gemäß § 100 Abs. 5 AktG benannt.

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, zustimmungspflichtigen sonstigen Investitionen und deren Finanzierung. Gleichzeitig prüft und kommentiert er die vom Vorstand dem 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 entgegenstehenden gesetzlichen 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 2010 sowie deren Zusammensetzung sind im Bericht des Aufsichtsrats auf den Seiten 14 ff. dieses Geschäftsberichtes 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. Bezüglich 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



Anouk Horz, Gießen

» An meinem jetzigen Studium und Studienort gefällt mir besonders gut, dass alle Institute in kürzester Zeit zu erreichen sind, und die netten Professoren. «



Isabelle Hrubesch, Gießen

» In meiner Vorstellung beherrscht mein Beruf nicht vollständig mein Privatleben. Zeit für Familie, Freunde und Urlaube sollten idealerweise vorhanden sein. «

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 Wertpapierhandelsgesetz (WpHG) von Mitgliedern des Vorstands und des Aufsichtsrats auf unserer Internetseite offen. Die Mitglieder von Aufsichtsrat und Vorstand hielten zum 31. Dezember 2010 zusammen 12,64 Prozent am Grundkapital. Auf den Aufsichtsrat entfallen hiervon 12,55 Prozent der ausgegebenen Aktien. Herr Eugen Münch und seine Ehefrau Ingeborg halten zusammen 12,45 Prozent des Grundkapitals und die weiteren Mitglieder des Aufsichtsrats 0,10 Prozent der ausgegebenen Aktien. Die Mitglieder des Vorstands halten zusammen 0,09 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 gehalten, 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 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 (Vor-

AG) sowie der danach angepassten Geschäftsordnung des Aufsichtsrats das Plenum nach Vorbereitung durch den Personalausschuss zuständig. Der Aufsichtsrat hat in seiner Sitzung am 10. Februar 2010 nach Vorbereitung durch den Personalausschuss das Vergütungssystem und die wesentlichen Vertragselemente nach Überprüfung und Anpassung an die neuen gesetzlichen Vorschriften durch Neufassung der Vergütungsleitlinien beschlossen. 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 den nachstehend beschriebenen Regelungen bestehen bei den Vorstandsvergütungen faktische Obergrenzen, da positive Ergebnisentwicklungen nur unterproportional 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



Julia Schwarz, Gießen

» Die Stadt ist nicht schön, aber die Uni kann ich mir nicht besser vorstellen. «



Tobias Braun, Gießen

» Ich studiere Medizin, um naturwissenschaftliches Interesse mit Menschen und Praktischem zu verbinden und um mit einem guten Gefühl am Ende eines Arbeitstages nach Hause zu gehen. «

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 jeweils in zwölf gleichen Monatsraten als Vorschuss ausbezahlt. 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, Aktienoptionen oder Kreditgewährungen, werden Vorstandsmitgliedern derzeit nicht gewährt.

Die Vergütung der aktiven Mitglieder des Vorstands belief sich im Geschäftsjahr 2010 auf 9,1 Mio. Euro (im Vj. 8,4 Mio. Euro). Von diesem Betrag entfielen 1,9 Mio. Euro (Vj. 2,0 Mio. Euro) auf erfolgsunabhängige Komponenten und 7,2 Mio. Euro (Vj. 6,4 Mio. Euro) auf variable Gehaltsbestandteile. Die Ansprüche auf Altersvorsorgeleistungen der Mitglieder des Vorstands betragen 6,4 Mio. Euro (Vj. 5,2 Mio. Euro). Die zum 31. Dezember 2008 aus dem Vorstand ausgeschiedenen Vorstandsmitglieder erhielten für ihre frühere Tätigkeit als Vorstand im Geschäftsjahr 2010 insgesamt Bezüge in Höhe von 1,2 Mio. Euro (Vj. 1,1 Mio. Euro). Darüber hinaus wurden ihre Altersvorsorgeleistungen um 0,3 Mio. Euro auf 0,7 Mio. Euro aufgestockt. An weitere ehemalige Vorstandsmitglieder bzw. an deren Hinterbliebene wurden keine Vergütungen gezahlt.

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 übernommenen 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 2,4 Mio. Euro (Vj. 2,4 Mio. Euro). Von dem Gesamtbetrag entfielen auf fixe Vergütungen 0,8 Mio. Euro. (Vj. 0,9 Mio. Euro). Ergebnisabhängig wurden Vergütungen in Höhe von 1,6 Mio. Euro (Vj. 1,5 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 Aus-

übung 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 21 Tsd. Euro (Vj. 22 Tsd. Euro).

VERGÜTUNGSTABELLEN 2010

Gesamtbezüge des Aufsichtsrats, des Vorstands und des Beirats

Gesamtbezüge	2010 Tsd. €	2009 Tsd. €
Gesamtbezüge des Aufsichtsrats	2.426	2.352
Gesamtbezüge des amtierenden Vorstands	9.134	8.435
Gesamtbezüge der ehemaligen Mitglieder des Vorstands	1.224	1.135
Gesamtbezüge des Beirats	21	22

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 2010 Tsd. €	Gesamt 2009 Tsd. €
Eugen Münch	20	44	123	281	468	409
Joachim Lüddecke	20	36	57	0	113	112
Bernd Becker (bis 02.12.2009)	0	0	0	0	0	124
Wolfgang Mündel	20	40	148	178	386	349
Dr. Bernhard Aisch (bis 09.06.2010)	9	6	14	0	29	54
Gisela Ballauf (bis 09.06.2010)	9	6	14	0	29	59
Peter Berghöfer (ab 09.06.2010)	11	8	20	0	39	0
Bettina Böttcher (ab 09.06.2010)	11	4	6	0	21	0
Sylvia Bühler	20	14	46	0	80	54
Helmut Bühner (bis 09.06.2010)	9	8	22	0	39	54
Professor Dr. Gerhard Ehninger	20	8	20	0	48	59
Stefan Härtel (ab 09.06.2010)	11	8	20	0	39	0
Ursula Harres (bis 09.06.2010)	9	6	14	0	29	54
Caspar von Hauenschild	20	20	75	16	131	118
Detlef Klimpe	20	20	99	0	139	155
Dr. Heinz Korte (bis 09.06.2010)	9	12	59	0	80	155
Professor Dr. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach	20	10	26	0	56	59
Michael Mendel	20	18	69	0	107	120
Dr. Rüdiger Merz (ab 09.06.2010)	11	10	32	0	53	0
Dr. Brigitte Mohn	20	16	38	0	74	48
Annett Müller	20	12	30	0	62	1
Jens-Peter Neumann	20	18	73	0	111	54
Werner Prange	20	16	49	0	85	105
Joachim Schaar (bis 09.06.2010)	9	10	22	0	41	54
Professor Dr. Jan Schmitt (ab 09.06.2010)	11	6	12	0	29	0
Georg Schulze-Ziehaus (ab 09.06.2010)	11	6	12	0	29	0
Dr. Rudolf Schwab (ab 09.06.2010)	11	6	12	0	29	0
Michael Wendl (bis 09.06.2010)	9	12	59	0	80	155
	400	380	1.171	475	2.426	2.352

Gesamtbezüge des Vorstands entfallen im Einzelnen auf:

Gesamtbezüge	Fix			Ergebnis- abhängig	Gesamt 2010	Gesamt 2009
	Grund- gehalt	Neben- leistungen	Alters- versorgung			
	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €
In 2010 amtierende Vorstandsmitglieder						
Andrea Aulkemeyer ¹	192	9	0	762	963	874
Volker Feldkamp ²	61	4	0	134	199	0
Dr. Erik Hamann	177	7	0	402	586	518
Wolfgang Kunz	192	14	0	762	968	879
Gerald Meder ¹	288	8	0	2.004	2.300	2.066
Wolfgang Pföhler	384	12	0	2.096	2.492	2.247
Ralf Stähler ³	58	3	0	127	188	519
Dr. Irmgard Stippler	174	8	0	381	563	519
Dr. Christoph Straub	192	0	150	533	875	813
	1.718	65	150	7.201	9.134	8.435

¹ bis 31. Dezember 2010.

² ab 1. September 2010.

³ bis 30. April 2010.

Die Altersvorsorgeleistungen des Vorstands entfallen im Einzelnen auf:

Altersvorsorgeleistungen	Rück- stellung	Verände- rung	Rück- stellung	Nominal- betrag
	Stand 31.12.2009	Abfindungs- ansprüche	Stand 31.12.2010	bei Vertrags- ablauf ⁵
	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €
In 2010 amtierende Vorstandsmitglieder				
Andrea Aulkemeyer ¹	754	224	978	1.193
Volker Feldkamp ²	0	6	6	122
Dr. Erik Hamann	43	52	95	362
Wolfgang Kunz	658	196	854	1.193
Gerald Meder ¹	2.577	290	2.867	3.438
Wolfgang Pföhler	1.049	303	1.352	2.789
Ralf Stähler ³	43	-43	0	0
Dr. Irmgard Stippler	43	52	95	347
Dr. Christoph Straub	58	70	128	453
	5.225	1.150	6.375	9.897
Ehemalige Vorstandsmitglieder				
Dietmar Pawlik ⁴	228	135	363	391
Dr. Brunhilde Seidel-Kwem ⁴	227	136	363	391
	455	271	726	782
	5.680	1.421	7.101	10.679

¹ bis 31. Dezember 2010.

² ab 1. September 2010.

³ bis 30. April 2010.

⁴ bis 31. Dezember 2008.

⁵ Anspruch nach planmäßigem Auslaufen des Vorstandsvertrages auf Basis der Bezüge des abgelaufenen Geschäftsjahres.

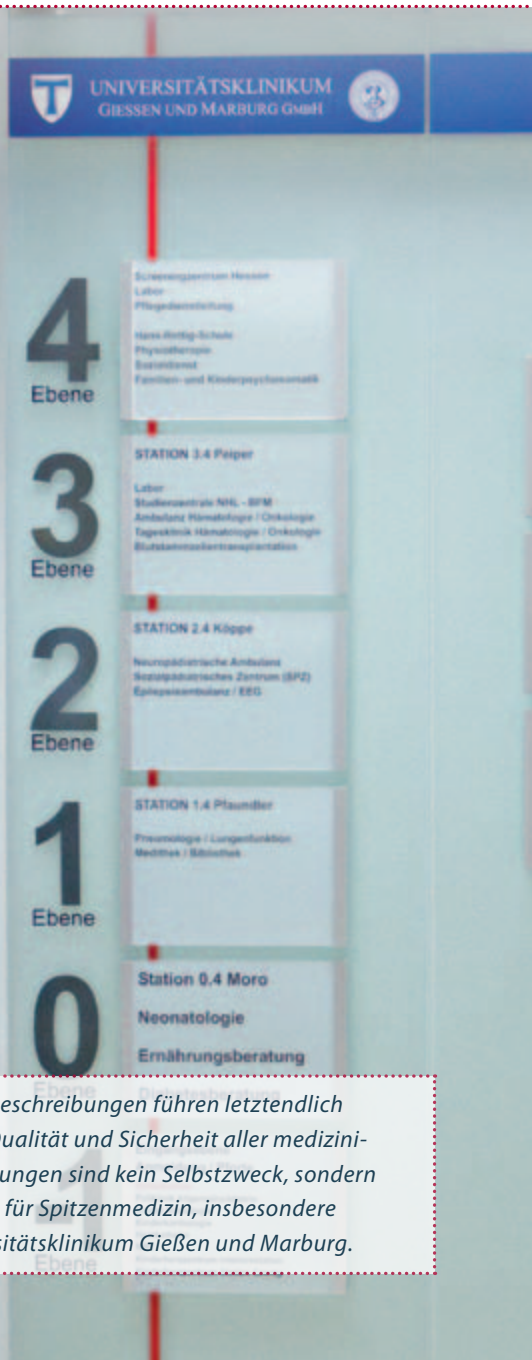
Bad Neustadt a. d. Saale, 27. April 2011

Der Aufsichtsrat

Der Vorstand

QUALITÄTSBERICHT

Das Streben nach höchstmöglicher Qualität und Sicherheit aller medizinischen Leistungen ist integraler Bestandteil unseres Geschäftsmodells. Der Grundsatz, dass gute Medizin kein Zufall sein darf, sondern systematisch gesichert werden muss, ist seit der Unternehmensgründung Leitmotiv aller Verantwortlichen der RHÖN-KLINIKUM AG.



Gute Wegbeschreibungen führen letztendlich zum Ziel: Qualität und Sicherheit aller medizinischen Leistungen sind kein Selbstzweck, sondern Bedingung für Spitzenmedizin, insbesondere am Universitätsklinikum Gießen und Marburg.

Das Engagement der RHÖN-KLINIKUM AG im Bereich Qualitätsmanagement hatte im Jahr 2010 einen klaren Schwerpunkt: die Eröffnung des bundesweit größten Klinikportals Qualitätskliniken.de. Als Initiator hat die RHÖN-KLINIKUM AG gemeinsam mit zwei anderen Klinikkonzernen das erklärte Ziel, die Qualität ihrer Einrichtungen mit Hilfe des Portals Qualitätskliniken.de systematisch weiter zu steigern und dies Patienten wie Fachleuten transparent zu machen. Dazu veröffentlichen die Krankenhäuser der RHÖN-KLINIKUM AG seit dem 1. Juni 2010 im gemeinsamen Klinikportal einen Überblick über nahezu 400 Qualitätsindikatoren. Damit eröffnen wir Patienten und Angehörigen eine ebenso valide wie nutzerfreundliche Möglichkeit, für sich das richtige Krankenhaus zu finden.

Anhand medizinischer Indikatoren, Indikatoren zur Patientensicherheit sowie Daten zur Patienten- und Einweiserzufriedenheit ist es möglich, ohne Fachwissen die teilnehmenden Kliniken auf einfache Weise zu vergleichen. Damit stellen sich die Krankenhäuser der RHÖN-KLINIKUM AG konsequent auf die Patientenperspektive ein. Umgekehrt bietet der offene und faire Vergleich mit über 150 Kliniken unseren Häusern zum ersten Mal die Möglichkeit, Verbesserungsmaßnahmen zielgenau zu identifizieren. Diese Chance wird die RHÖN-KLINIKUM AG neben allen anderen Methoden des Qualitätsmanagements konsequent nutzen, um die Qualität ihrer Leistungen weiter zu verbessern.

Bereits im ersten Jahr hat die Teilnahme am Portal Qualitätskliniken.de zu einer Fülle von Verbesserungsmaßnahmen geführt. Insbesondere im Bereich der Patientensicherheit (4QD-Qualitätsdimension 2) konnten die teilnehmenden Häuser schon 2010 signifikante Verbesserungen erreichen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang regelmäßige Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Schulungen und Regelungen zur Händedesinfektion, Festlegungen zur Dekubitusprävention, Regelungen zum Umgang mit Beschwer-

den, multiresistenten Keimen, Noroviren, freiheitsentziehenden Maßnahmen und zu medizinischen Notfällen. Darüber hinaus werden im Operationssaal (OP) die folgenden 4QD-Sicherheitsaspekte regelmäßig und standardisiert überwacht: Einführung einer Sicherheits-Checkliste zur Erhöhung der Patientensicherheit im OP in Anlehnung an Verfahren der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 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.

Im Laufe des Jahres 2010 wurde für den gesamten Konzern ein einheitliches System zur Erfassung von sogenannten Beinahefehlern entwickelt (Critical Incident Reporting System, CIRS), das allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit geben wird, solche Beinahefehler anonym zu melden. Dieses System wird in den kommenden Monaten in allen Krankenhäusern der RHÖN-KLINIKUM AG eingeführt. Die Festlegung einer Vertrauensperson und eines CIRS-Bearbeitungsteams in jeder Einrichtung wird es ab 2011 ermöglichen, unser systematisches Fehlermanagement weiter zu optimieren und damit unsere Qualität nachhaltig zu verbessern.

Ein weiterer Meilenstein auf dem Weg der konsequenten Erhöhung der Patientensicherheit sind sogenannte elektronische Arzneimitteltherapie-Sicherheitsprüfungen (eAMTS). Die RHÖN-KLINIKUM AG hat im Jahr 2010 mit Planungen begonnen, ein solches System flächendeckend einzuführen. Damit greift der Konzern die vom Bundesministerium für Gesundheit ins Leben gerufene Initiative zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit auf. Diese Initiative hat zum Ziel, die bestimmungsgemäße Anwendung von Arzneimitteln weiter zu verbessern, sprich: relevante Risiken der Arzneimitteltherapie für möglichst viele Patientinnen und Patienten zu reduzieren. Gleichzeitig gewinnen wir damit eine wichtige Möglichkeit, die Arbeit der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter zu unterstützen.

Zur medizinischen Ergebnisqualität liefert das Portal Qualitätskliniken.de auf Basis der Indikatoren aus dem Verfahren gemäß § 137 SGB V wesentliche ergänzende Hinweise auf Ansätze, die medizinische Versorgung weiter zu verbessern. Die Qualitätsergebnisse werden zum einen regelmäßig durch die Fachverantwortlichen der Kliniken bewertet, zum anderen wie in den vergangenen Jahren in den Qualitätszirkeln der medizinischen Fachbereiche besprochen, um bei Bedarf Verbesserungsmaßnahmen festzulegen. Die ärztlichen Mitarbeiter der Kliniken verfügen über spezielle Instrumente, z. B. Softwareanwendungen, die ihnen zu je-

der Zeit einen umfassenden Einblick in die medizinischen Qualitätsergebnisse ermöglichen, um bei Bedarf schnell und zielgerichtet agieren zu können.

»Ihre Meinung ist uns wichtig!« Unter diesem Motto haben wir im Jahr 2010 in einem Großteil der Einrichtungen der RHÖN-KLINIKUM AG Patienten und Einweiser befragt, um weitere Grundlagen für eine nachhaltige Qualitätsverbesserung zu gewinnen. Diese Befragungen erfolgen mindestens zweijährlich. Denn daran führt kein Weg vorbei: Ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem muss die Erfahrungen von Patienten und einweisenden Ärzten berücksichtigen. Die so gewonnenen Daten liefern überdies die Basis, um im Portal Qualitätskliniken.de zum ersten Mal einen mehrdimensionalen Blick auf die Qualität von Krankenhäusern zu gewähren. Um die Qualität der Patientenversorgung in unseren Einrichtungen kontinuierlich zu verbessern, müssen wir den Dialog über die klinischen Prozesse und die Qualitätsergebnisse stetig führen und fördern. Die RHÖN-KLINIKUM AG hat sowohl in den Kliniken als auch auf Konzernebene unterschiedliche Foren und Gremien installiert, die diesen Dialog vorantreiben. Auf der Konzernebene haben sich 2010 nahezu jeden Monat die Qualitätsmanagementbeauftragten der Kliniken getroffen. Neben diesen Treffen sind es insbesondere die Qualitätszirkel der unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen, die zur systematischen Verbesserung der Qualität beitragen.

Hier treffen sich ein bis zwei Mal jährlich die Chefärzte der Fachdisziplinen, um beispielsweise Ergebnisse der Qualitätserfassung zu diskutieren und gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen zu erarbeiten. Zur Diskussion stehen dabei die Qualitätsunterschiede zwischen den Kliniken (RHÖN-KLINIKUM AG-Benchmark) und deren Ursachen. Neben der Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten haben die Qualitätszirkel aber auch das Ziel, Know-how auszutauschen und im Dialog zu neuen Methoden und Behandlungsmöglichkeiten zu finden. Neben diesen Aktivitäten haben sich die Qualitätszirkel 2010 schwerpunktmäßig mit dem Einsatz und der Bewertung von Medizinprodukten beschäftigt.

HYGIENEMANAGEMENT

Die ersten Monate 2010 waren für den Bereich Hygienemanagement noch geprägt von den Aktivitäten im Rahmen der Influenza-Pandemie, die sich glücklicherweise in Deutschland bei Weitem nicht so gravierend auswirkte wie befürchtet. In den Konzernkliniken wurden bis Ende März 2010 etwas über 1.500 Patienten mit Influenzaverdacht betreut, etwa 500 Patienten mussten stationär behandelt



Nicola Bädele, Gießen

» Ich habe sicherlich verschiedene Ideale, die ich verwirklichen möchte, etwa den Wunsch nach einer sinnvollen Tätigkeit und einem weiten Arbeitsfeld. «



Fabian Ghowatchi, Gießen

» Die Zielvorstellungen, die ich mit meinem Studium verknüpfe, sind ein interessantes und erfüllendes Arbeitsleben. «

werden. Zur gleichen Zeit war regional unterschiedlich eine Reihe von Konzernkliniken mit dem gehäuftem Auftreten von Durchfallerkrankungen durch Noroviren belastet. Hierbei bewährten sich erneut die konzernweit einheitliche Richtlinie zum Ausbruchmanagement infektiöser Krankheiten sowie eine aktualisierte Checkliste zum Umgang mit infizierten Patienten, so dass alle Kliniken den ordnungsgemäßen Betrieb aufrecht erhalten konnten.

Fortgeführt wurde die systematisierte monatliche Infektionssurveillance. Sie ergab unter anderem, dass unsere Kliniken ihr Aufnahmescreening für Staphylococcus aureus (MRSA) bei Risikopatienten weiter verbessern konnten. Der Rückgang der nosokomialen MRSA-Übertragungen war evident, und es zeigte sich, dass in einigen Kliniken vor allem multimorbide Patienten als dauerhafte MRSA-Träger im Vordergrund stehen. Gleichzeitig wurde eine Zunahme der Zuweisung von Patienten mit anderen multiresistenten Erregern beobachtet. Dies war der Anlass, eine erweiterte Konzernleitlinie zum Umgang mit Patienten zu erstellen, die mit solchen Erregern besiedelt oder infiziert sind. Weitere für den Konzern verbindliche Leitlinien zu den Themen »Clostridium difficile«, »Dienstkleidung«, »Ausbruchmanagement« und »Zentrale Sterilgutversorgung« wurden neu erstellt oder überarbeitet.

Die im Jahr 2008 initiierten Aktivitäten zur Verbesserung der Händehygiene, unter anderem durch Teilnahme aller Konzernkliniken an der »Aktion Saubere Hände«, führten auch im vergangenen Jahr zur nachhaltigen Steigerung des Verbrauchs an Händedesinfektionsmittel um durchschnittlich 15 Prozent. Wir erreichten damit Verbrauchswerte, die über den vom Nationalen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene vorgegebenen Werten liegen.

Das Programm zu Antibiotic Stewardship wurde ausgeweitet und gewinnt in immer mehr Kliniken Akzeptanz, zumal die systematisch erhobenen Daten einen verbesserten Umgang mit Antibiotika bei einem gleichzeitigen Verbrauchsrückgang belegen.

Die hohe Akzeptanz der Krankenhaushygiene in den Konzernkliniken wird belegt durch die Tatsache, dass der Bedarf an Fortbildungsmaßnahmen sowohl für hygienebeauftragte Ärzte als auch für das Hygienefachpersonal ständig steigt. Wir trugen dieser Tatsache mit einem zertifizierten Kurs für Ärzte ebenso Rechnung wie mit unseren inzwischen regelmäßigen strukturierten Fortbildungsveranstaltungen für Hygienefachkräfte.

In den Konzernkliniken der RHÖN-KLINIKUM AG hat die Krankenhaushygiene inzwischen einen so hohen Stellen-

wert, dass sie nicht mehr als lästige Pflicht, sondern als Selbstverständlichkeit, als integraler Bestandteil der bestmöglichen Versorgung unserer Patienten anerkannt ist.

MEDIZINCONTROLLING

Der Bereich Medizincontrolling ist das »ökonomische Gegenstück« zum Qualitätsmanagement. Es erfasst und dokumentiert die 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. 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, bei Bedarf den Behandlungsablauf detailliert zurückzuverfolgen. Dies hilft bei späteren Rückfragen des Patienten und sichert zudem die Klinik und ihre Mitarbeiter.

Im Bereich Medizincontrolling fanden im Jahr verschiedene Kodierprüfungen statt, um mögliche Fehlkodierungen zu vermeiden. Als Erweiterung der Kodierprüfung ist die Entwicklung eines »MDK-Tools« (MDK: Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen) zu sehen, das Optimierungsmöglichkeiten im Abrechnungs- und Prüfprozess aufzeigt und die finanziellen Effekte der MDK-Prüfungen ermittelt. Darüber hinaus ist geplant, 2011 ein regelmäßiges Berichtswesen und ein Benchmark-System mit relevanten Kennzahlen des Medizincontrollings aller Kliniken der RHÖN-KLINIKUM AG einzuführen. Das eröffnet den Kliniken die Chance, im »Best-Practice-Ansatz« vom Besten zu lernen und sich dadurch stetig zu verbessern. Natürlich wollen wir mit dieser Maßnahme auch eine Erlössicherung und -steigerung erzielen.

PERSONAL- UND FÜHRUNGSKRÄFTE-ENTWICKLUNG

Hochqualifizierte und motivierte Mitarbeiter sind ein zentraler Erfolgsfaktor unseres Unternehmens und jeder unserer Kliniken. Die kontinuierliche Aus-, Weiter- und Fortbildung und die individuelle Förderung unserer Mitarbeiter betrachten wir als unverzichtbare Investitionen. Dabei setzen wir sowohl auf bewährte als auch auf innovative Verfahren. Schwerpunkt der Personalarbeit ist ein umfassendes Kompetenzmanagement, das sich von der Ausbildung bis zur Führungskräfteentwicklung erstreckt.

GUTE PERSPEKTIVEN: BERUFLICHE FÖRDERUNG UNSERER MITARBEITER

Die Personalentwicklung ist bei der RHÖN-KLINIKUM AG von hoher Bedeutung. Qualifizierte Fach- und Führungskräfte tragen entscheidend dazu bei, unseren Patienten den Zugang zur bestmöglichen Medizin zu öffnen. Diagnostik und Therapie auf dem neuesten Stand der Wissenschaft anzubieten, heißt nicht zuletzt, Fach- und Führungs-Know-how der medizinischen Leistungsträger kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Die RHÖN-KLINIKUM AG bietet ihren Mitarbeitern seit vielen Jahren umfangreiche Qualifizierungsprogramme. Das Unternehmenswachstum und eine Fülle von Innovationen eröffnen ihnen interessante Perspektiven. Bei der gezielten Aus-, Weiter- und Fortbildung setzen wir unter anderem auf innovative Instrumente wie Skills Labs oder E-Learning. Das Skills Lab ist ein Trainingszentrum, in dem Mediziner praktische Fähigkeiten erwerben. Selbst komplizierte operative Eingriffe können sie in einer Simulationsumgebung erlernen. Theoretische Stoffe vermitteln wir unter anderem per E-Learning, also mit Trainingssystemen zur Wissensvermittlung auf Internetbasis.

AUSBILDUNG

Im RHÖN-KLINIKUM Konzern hat die berufliche Ausbildung einen hohen Stellenwert. Denn zum einen erfüllt der Konzern damit den wichtigen sozialpolitischen Auftrag, jungen Menschen eine Perspektive zu geben. Zum anderen sichert die fundierte Ausbildung unserer Mitarbeiter unsere langfristige Wettbewerbsfähigkeit.

Mehr als 2.700 Auszubildende sorgen an den Standorten der RHÖN-KLINIKUM AG dafür, dass Medizin und Pflege weiterhin auf hohem Niveau ausgeübt werden können.

AUSBILDUNGSÜBERSICHT – KONZERNWEIT

Ausbildung	Auszubildende/Studenten	Anzahl		
		Jahr 2009	Jahr 2010	Differenz
Gesundheits- und Krankenpflege ¹		1.557	1.633	76
Kinderkrankenpflege		180	190	10
Studenten im Praktischen Jahr (PJ)		291	303	12
Hebammen		103	113	10
Operationstechnische Assistenten		62	86	24
Medizinische Fachangestellte		31	31	0
Medizinisch-technische Assistenten		11	11	0
Kaufmännische Ausbildungen		47	48	1
Auszubildende Zahnmedizin		27	30	3
Auszubildende Psychologen		24	32	8
Physiotherapie ²		87	80	-7
Ergotherapie		44	55	11
Logopädie		40	44	4
Sonstige		59	62	3
Gesamt		2.563	2.718	155

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.

Im Jahr 2010 lag die Zahl der Auszubildenden mit 2.718 über dem Niveau des Vorjahres. In unseren Einrichtungen wurden Mitarbeiter in 19 verschiedenen Ausbildungsrichtungen qualifiziert. Die Berufsgruppe der Pflege stellte den größten Anteil der Auszubildenden.

FORT- UND WEITERBILDUNG

In Zeiten wachsenden wirtschaftlichen Drucks auf die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft gewinnen die Qualifikation und Motivation der Mitarbeiter zunehmend an Gewicht. Nur eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung sichert den persönlichen und den unternehmerischen Erfolg im täglichen Wettbewerb. 2010 haben wir dafür 8,2 Mio. Euro ausgegeben, über 2,2 Mio. Euro mehr als im Vorjahr. Das breite Spektrum unserer Fort- und Weiterbildung orientiert sich am aktuellen berufsgruppenspezifischen und -übergreifenden Bedarf. Zahlreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen haben 2010 Weiterbildungen abgeschlossen oder Zusatzqualifikationen erworben.

ÄRZTLICHE WEITERBILDUNG

Qualifizierte und motivierte Ärzte in unseren Kliniken tragen wesentlich zum Erfolg der Arbeit am Patienten bei. Deswegen galt es auch im Jahr 2010, die ärztliche Weiterbildung als wesentlichen Erfolgsfaktor mit dem vom Vorstand beschlossenen Maßnahmenpaket auszubauen und

weiterzuentwickeln, um dem ärztlichen Nachwuchs bessere Entwicklungschancen zu bieten. Im Zentrum dieser Maßnahmen steht die Optimierung der ärztlichen Weiterbildung innerhalb des Konzerns.

Unser Hauptziel ist es, die Weiterbildungsmöglichkeiten besonders in den kleineren Kliniken auszuweiten, die sich in Weiterbildungsverbänden gruppieren sollen. Weitere Aufgaben innerhalb der ärztlichen Weiterbildung bestehen darin, die Chefarzte bei der Aktualisierung ihrer Weiterbildungsbefugnisse zu unterstützen sowie Beratungsmöglichkeiten für Assistenzärzte zu schaffen, um sie während der Weiterbildung optimal zu betreuen. Auf längere Sicht wollen wir für ärztliche Mitarbeiter eine Karriereplanung etablieren, um die Ärzte zusätzlich zu ihrer fachlichen Qualifizierung auf leitende Tätigkeiten vorzubereiten, indem wir ihnen Management- und Führungswissen vermitteln. Ein Beispiel der Weiterqualifizierung von Fachärzten für spätere Führungsaufgaben ist das zweijährige Ärztliche Management Programm, ein berufs begleitender Zertifikatsstudiengang der RHÖN-KLINIKUM AG in Kooperation mit der Technischen Hochschule Mittelhessen (THM), der im Jahr 2010 gestartet wurde.

Derzeit können sich Ärzte an allen Standorten des RHÖN-KLINIKUM Konzerns zum Facharzt weiterbilden, in Schwerpunkten und in Zusatzweiterbildungen. Die umfangreichste Weiterbildung vermitteln die Universitätskliniken Gießen und Marburg sowie die Krankenhäuser der Maximalversorgung. Bedingt durch die wachsende Verlagerung ärztlicher



Viktoria Acam, Gießen

» Ich studiere Medizin, weil ich Medizin als meine Berufung sehe. Seitdem ich denken kann, wollte ich Medizin studieren. «



Sebastian Berscheid, Gießen

» Mein 2. Staatsexamen beende ich im November 2012, dann möchte ich gerne als Internist, eventuell niedergelassen, tätig sein. «

Tätigkeiten in den ambulanten Bereich wird es künftig notwendig sein, auch unsere Medizinischen Versorgungszentren in die ärztliche Weiterbildung einzubeziehen.

Am 31. Dezember 2010 verfügten Ärzte an den 53 Kliniken des RHÖN-KLINIKUM Konzerns über insgesamt 1.011 Weiterbildungsbefugnisse. Damit hat sich die Anzahl der Befugnisse im Vergleich zum Vorjahr um fast 20 Prozent erhöht. An allen Standorten sind die Weiterbildungsbefugnisse aktualisiert worden. Basierte im Jahr 2008 noch rund ein Drittel davon auf den Bestimmungen der alten Weiterbildungsordnungen, so liegt deren Anteil heute nur noch bei 22 Prozent. Damit haben sich die Weiterbildungsmöglichkeiten für junge Ärzte an unseren Kliniken deutlich verbessert. Im Jahr 2009 konnten unsere Mediziner 89 der insgesamt 107 unterschiedlichen ärztlichen Qualifikationen erwerben, mehr als 2008. Dieser Stand hat sich 2010 bestätigt.

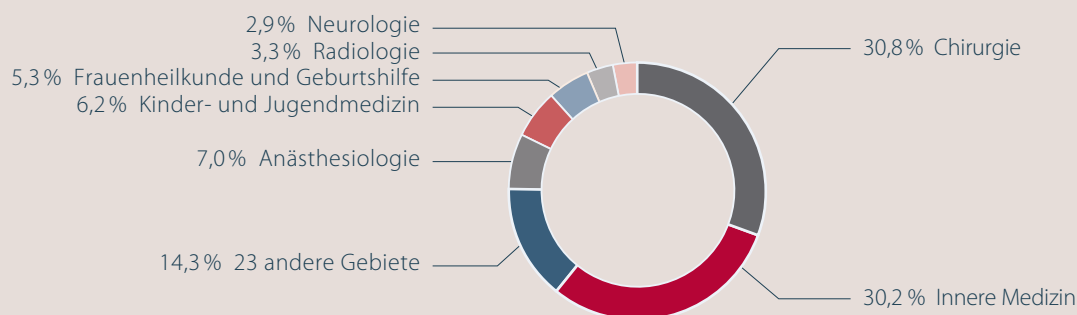
Die inhaltliche Analyse der Weiterbildungsbefugnisse ergibt, dass die umfassendsten Möglichkeiten im Fachgebiet Chirurgie bestehen – sie machen rund 31 Prozent aller Befugnisse aus und betreffen sämtliche Teilgebiete des Fachs. An zweiter Stelle steht das Fachgebiet Innere Medizin mit rund 30 Prozent – hier sind ebenfalls alle Facharztkompetenzen zu erwerben. Auch das Fachgebiet Anästhesiologie ist mit 7 Prozent sehr stark vertreten. Insgesamt gab es im Vergleich zum Vorjahr geringe Verschiebungen hin zu den Bereichen der Chirurgie sowie der Kinder- und Jugendmedizin. Die Anteile der sonstigen Bereiche haben leicht abgenommen.

WEITERBILDUNG IM VERBUND

Ein Schwerpunkt unserer Arbeit im Jahr 2010 war es, an den Häusern der Grund- und Regelversorgung Verbünde für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt) zu etablieren. Die Weiterbildung der Hausärzte ist besonders anspruchsvoll, da die Weiterbildungsordnungen einen Wechsel der Fachgebiete während der stationären Zeit sowie verpflichtend Abschnitte in einer hausärztlichen Praxis verlangen. Selbst wenn Ärzte in Weiterbildung zum Hausarzt in der Regel nur drei Jahre an unseren Kliniken tätig sind, engagieren wir uns für ihre Qualifizierung. Denn die Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses gerade in den ländlichen Regionen ist eine wichtige Voraussetzung für den Fortbestand unserer Kliniken der Grund- und Regelversorgung.

In Niedersachsen ist es uns gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung gelungen, die Verantwortlichen aller Kliniken und die niedergelassenen Ärzte an einen Tisch zu

MÖGLICHKEITEN DER WEITERBILDUNG ZUM FACHARZT AN KONZERNKLINIKEN



bringen. An unseren Standorten bieten wir jeweils ein Komplettdienstprogramm 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, etwa die bezahlte Freistellung, die Kostenübernahme für Pflichtkurse und die Betreuung durch Mentoren, sollen die Attraktivität unseres Angebots noch erhöhen. Bis zum Ende des Jahres 2010 haben neun Ärzte das Angebot einer Verbundweiterbildung in unseren niedersächsischen Kliniken angenommen. Zusammen mit dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) konnten wir die Attraktivität dieser Verbundweiterbildung durch ein umfangreiches Fortbildungsangebot erweitern.

Unsere Kliniken in Thüringen haben ebenfalls mit der Verbundweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt) begonnen. Dort haben Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer und Krankenhäuser dreiseitige Verträge zur »Blockweiterbildung Allgemeinmedizin« geschlossen. 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. Alle Maßnahmen dienen dazu, die hausärztliche Versorgung in der Fläche nachhaltig zu sichern.

Im Jahr 2010 haben wir mit der Kassenärztlichen Vereinigung in Sachsen Verträge zur Verbundweiterbildung im Bereich Allgemeinmedizin abgeschlossen. 2011 werden wir die Konzepte hierfür auch in Sachsen umsetzen. Für das Jahr 2011 soll die Verbundweiterbildung auch in Konzernkliniken anderer Bundesländer etabliert werden.

Darüber hinaus bieten wir seit 2010 den Kardiologen unserer großen Herzkliniken – des Herzzentrums Leipzig und der Zentralklinik Bad Berka – ein Weiterbildungsprogramm mit strukturierter Qualifizierung zum Elektrophysiologen/

Rhythmologen an. Ausführlichere Informationen hierzu finden Sie im Kapitel »Medizinische Entwicklung« ab Seite 52.

Nicht zuletzt ist es notwendig, die Vorschläge zur Verbesserung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung weiterzuentwickeln, die unsere Qualitätszirkel bereits in früheren Jahren erarbeitet haben. Dies betrifft die Standardcurricula für die gesamte Facharztweiterbildung sowie die Rahmenbedingungen, die für eine erfolgreiche Weiterbildung essenziell sind. Dazu zählen neben einer klaren zeitlichen und inhaltlichen Planung die engmaschige Betreuung der Assistenten durch einen Mentor während der gesamten Weiterbildungszeit, Regelungen für den Wissenserwerb sowie die Dokumentation und Kontrolle der Weiterbildungsinhalte.

PFLEGERISCHE UND SONSTIGE FORT- UND WEITERBILDUNGEN

Auch den Gesundheits- und Krankenpflegern und -pflegerinnen steht an unseren Standorten ein breites Spektrum von Qualifikationen in der Fachkrankenpflege offen. Neben den Weiterbildungen im Bereich der Pflege offerieren wir dieser Berufsgruppe einen umfangreichen Katalog von Fortbildungsmaßnahmen. Die Fachweiterbildungen sind staatlich anerkannte berufsbezogene Weiterbildungen. Sie dauern je nach Landesrecht in der Regel mindestens zwei und höchstens vier Jahre.

Bei den nicht staatlich geregelten Weiterbildungen (wie »Wundexperte ICW« oder »Algesiologische Fachassistenz«) achten wir besonders darauf, dass eine Zertifizierung der jeweiligen Fachgesellschaft (z. B. Initiative Chronische Wunde, DGSS) vorliegt. Daneben bieten unsere Bildungszentren und betrieblichen Fortbildungsinstitute umfangreiche Programme von Fortbildungsveranstaltungen und Seminaren für alle Berufsgruppen an, so dass eine gezielte Qualifikation in den Bereichen Führungskompetenz (beispielsweise

Führungstraining), fachliche Kompetenz (Pain Nurse, Dekubitusprophylaxe und andere), pädagogische Kompetenz (Praxisanleiterkurse), interdisziplinäre Kompetenz und Teamkompetenz (fachübergreifendes Reanimationstraining) gefördert wird. Die Angebote orientieren sich am Bedarf unserer Pflegebereiche.

PROGRAMME FÜR DEN FÜHRUNGSNACHWUCHS IM KAUFMÄNNISCHEN BEREICH

In der Personalpolitik der RHÖN-KLINIKUM AG spielt die Führungskräfteentwicklung eine wesentliche Rolle. Denn der Konzern hat, bedingt durch die kontinuierliche Expansion der letzten Jahre, einen erheblichen Bedarf an Führungskräften. Mit seinem Nachwuchsführungskräfteprogramm setzt er – auch im Vergleich zu Mitbewerbern – besondere Maßstäbe. Seit 1998 haben rund 140 Mitarbeiter das Nachwuchsführungskräfteprogramm erfolgreich durchlaufen. Die Absolventen sind mittlerweile in mittleren und oberen Managementfunktionen in den Konzernkliniken und auch in zentralen Bereichen der RHÖN-KLINIKUM AG tätig und fungieren als wichtige Multiplikatoren der Personalentwicklung.

Derzeit laufen folgende Ausbildungsprogramme für Absolventen oder Young Professionals:

- Generalistenausbildung für kaufmännische Nachwuchsführungskräfte im Konzern
- Spezialistenausbildung für bestimmte Bereiche wie z. B. Finanz- und Rechnungswesen, Personalmanagement und Medizintechnik/IT.

In allen Nachwuchsführungskräfteprogrammen setzen wir ein Konzept um, das sich als »learning by doing« oder »training on the job« charakterisieren lässt. Neben einem guten Studienabschluss und einer hohen Motivation erwarten wir von den Nachwuchsführungskräften Flexibilität und Mobilität. Denn bereits während des Grundprogramms ist ihr Einsatz an mindestens zwei Standorten vorgesehen. Die Teilnehmer sollen nach einer umfassenden praxisorientierten Grundausbildung möglichst schnell erste Führungsaufgaben wahrnehmen und so ihre Kenntnisse in spezifischen Bereichen weiter vertiefen. Nach erfolgreichem Abschluss des Programms bekleiden die Absolventen in der Regel kaufmännische Leitungspositionen (z. B. Abteilungsleitung, Verwaltungsleitung, Geschäftsführung) in den Konzernkliniken oder im Konzern.

MASTERSTUDIUM »PROZESSMANAGEMENT IM KRANKENHAUS«

Um die Qualifikation ihrer Nachwuchs- ebenso wie der etablierten Führungskräfte auf einem hohen Niveau zu halten und auszubauen, bietet die RHÖN-KLINIKUM AG den akkreditierten Masterstudiengang »Prozessmanagement im Krankenhaus« an. Dieser wurde in Zusammenarbeit mit StudiumPlus entwickelt, dem Zentrum für duale Hochschulstudien der Technischen Hochschule Mittelhessen (THM). Den Studiengang, der seit September 2007 angeboten wird, absolvieren derzeit 14 Studierende. Die 14 Teilnehmer des zweiten Jahrgangs schlossen ihr Studium im Sommer 2010 nach vier Semestern als »Master of Arts« erfolgreich ab.

PERSONALMARKETING

Zielgruppen systematisch zu erreichen und anzusprechen, bildet die Grundlage für ein zielorientiertes Personalmarketing. Neben deutschlandweiten Absolventenkongressen wurden auch direkte Kontakte zu Hochschulen genutzt, um exklusive Karriereveranstaltungen durchzuführen. Auf Karrierekongressen nutzen wir die Möglichkeit, Vorträge zu halten und den direkten Dialog mit Absolventen und Studenten der Medizin an unserem Messestand zu suchen.

Außerdem wurde ein »Tag der Neurologie« in der Neurologischen Klinik in Bad Neustadt a. d. Saale durchgeführt. Dieser Tag bot Studierenden der Medizin die Möglichkeit, einen Einblick in das neurologische Fachgebiet und typische Krankheitsbilder zu gewinnen, um somit auch den eigenen Studienverlauf besser steuern zu können oder Interessen- und Schwerpunktgebiete für sich selbst zu identifizieren.

Ebenso führten wir Fortbildungsveranstaltungen für wirtschaftswissenschaftliche Fakultäten an unseren Klinikstandorten durch.

RÜCKBLICK UND AUSBLICK

Eine hohe Arbeitgeberattraktivität ist ein wichtiges Attribut zur Förderung der Identifikation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit dem Unternehmen, zur Bindung und Gewinnung von Fach- und Führungskräften und damit eine wesentliche Voraussetzung, um den Wachstumskurs der RHÖN-KLINIKUM AG fortzusetzen. Um diese Attraktivität zu steigern, haben wir wichtige Projekte im Bereich der Personal- und Führungskräfteentwicklung angestoßen bzw. schon realisiert.

Familienfreundliche Arbeitsbedingungen sind wesentliche Voraussetzungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Daher erfolgte bereits die Zertifizierung »berufundfamilie« einiger Konzernkliniken. Daneben sind viele Kliniken Teil des Unternehmensnetzwerks »Erfolgsfaktor Familie« geworden.

In 2011 wollen wir im Rahmen eines gemeinsamen Projektes mit dem Konzernbetriebsrat bestehende Angebote ausbauen und neue Angebote gestalten. Damit geben wir zum einen ein klares Signal an potenzielle Bewerber und fördern außerdem den internen Wettbewerb familienfreundlicher Angebote.

Bei der Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen wollen wir uns insgesamt möglichst an den Bedürfnissen unserer Mitarbeiter orientieren. Daher haben wir im Jahr 2010 erneut an verschiedenen Konzernstandorten Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Dieses Instrument wollen wir auch 2011 konsequent nutzen, um Verbesserungspotenziale zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen daraus abzuleiten.

Auch im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung sind für 2011 verschiedene Projekte geplant. Im März wird ein weiterer Kurs des Ärztlichen Management Programms beginnen, mit dem wir vorrangig Fachärzte für spätere Führungsaufgaben qualifizieren wollen. Im vergangenen Jahr wurde das Ärztliche Management Programm, ein berufsbegleitender Zertifikatsstudiengang der RHÖN-KLINIKUM AG in Kooperation mit dem Hochschulzentrum für Weiterbildung der Technischen Hochschule Mittelhessen (THM), erstmalig angeboten. Mehr als 25 Teilnehmer haben dieses Angebot genutzt.

Hohe Priorität hat für uns zudem die Weiterqualifizierung unserer Pflegekräfte. Bereits im Jahr 2005 fand eine Kooperation mit der Duke University (Durham, USA) statt, um einige Intensivschwestern und -pfleger der Herz- und Gefäß-Klinik als Physician Assistants (Medizinische Assistenten) auszubilden und damit die Schnittstelle zum ärztlichen Beruf zu verkleinern bzw. die Ärzte zu entlasten. Für 2011 ist die Wiederaufnahme dieser Kooperation geplant, um nicht nur am Standort Bad Neustadt a. d. Saale, sondern konzernweit möglichst vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege eine qualifizierte Weiterbildung zu ermöglichen.

Des Weiteren sind für 2011 neue Weiterbildungsangebote für unsere kaufmännischen Führungskräfte geplant. Im Frühjahr wird unter anderem erstmalig das »RKA-Executive-Programm« starten, mit dem wir der ersten Führungsebene einen konzerneinheitlichen Wissensstandard vermitteln und die Basis für eine weitere Vernetzung unserer Konzernkliniken schaffen wollen. Das »RKA-Executive-Programm« ist modulartig aufgebaut und fördert in mehreren zwei- bis dreitägigen Blockveranstaltungen an wechselnden Standorten den Austausch unter den Teilnehmern.

Ein weiteres Anliegen im Konzern ist die Entwicklung einer einheitlichen Projektmanagementkompetenz und -kultur. Dazu wurden im vergangenen Jahr drei parallel laufende reale Klinikprojekte (Akquise von Kassenarztsitzen, Aufbau eines telefonischen Case-Managements, OP-Management) genutzt, um daraus die Basis für eine konzerneinheitliche Projektmanagement-Guideline zu schaffen. Diese Guideline soll Projektverantwortliche zukünftig bei der Durchführung von Projekten unterstützen. Ab 2011 werden entsprechende Schulungsmaßnahmen angeboten.

MEDIZINISCHE ENTWICKLUNG QUALITÄT – INTEGRATION

Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen wächst permanent. Dazu tragen mehrere parallele Entwicklungen bei. Das stetig steigende Lebensalter bringt einerseits eine Zunahme der chronischen Erkrankungen mit sich. Andererseits lässt sich das Bedürfnis, die Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter aufrechtzuerhalten, nur mit dem steigenden Einsatz von Medizin befriedigen. Diesen Anforderungen gegenüber steht das Innovationspotenzial der medizinischen Forschung.



Das Partikeltherapiezentrum in Marburg soll zukünftig eine Krebstherapie ermöglichen, wenn konventionelle Behandlungsmethoden an ihre Grenzen stoßen. Ein immenser Technikaufwand ist nötig, um dem Partikelstrahl die Kraft zu geben, dass er Tumore ohne Operation zerstören kann.

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, 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. Die RHÖN-KLINIKUM AG als integrierter Gesundheitsdienstleister stellt sich dieser Herausforderung, indem sie die Versorgung integriert, koordiniert und sie interdisziplinär, proaktiv und innovativ gestaltet.

Integrierte Versorgung heißt bei uns, dass die althergebrachten Sektorengrenzen zwischen ambulanten und stationären Bereichen überwunden werden. Unseren Ärzten bieten wir die Möglichkeit, sowohl in einer ambulanten Einrichtung als auch parallel in einem stationären Bereich zu arbeiten. Damit können wir ihre Wünsche nach einer flexiblen Tätigkeit erfüllen und die Voraussetzung schaffen, ein breites Spektrum des eigenen Fachs selbständig abzudecken. Unsere integrierte Versorgung bietet zudem die Möglichkeit, Patienten in beiden Bereichen vom selben Arzt behandeln zu lassen.

Moderne Medizin ist interdisziplinär. Interdisziplinär bedeutet für uns nicht nur die Verbindung von ambulanten und stationären Bereichen. Auch zwischen einzelnen Fachgebieten oder Klinikstationen bestehen keine nennenswerten Grenzen. Interdisziplinär heißt also, dass eine enge, fachübergreifende Zusammenarbeit stattfindet, in der patienten- und problemorientiert alle sinnvollen medizinischen Leistungen aufeinander abgestimmt werden.

Moderne Medizin ist koordiniert. Koordiniert 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 die Patienten je nach Schweregrad ihrer Erkrankung in der ambulant-stationären Grund- und Regelversorgung oder der Schwerpunkt- und Maximalversorgung aufgenommen. Das Versorgungsmodell folgt dabei dem patientenorientierten Flussprinzip, das wir in unseren Akutkliniken seit vielen Jahren erfolgreich anwenden und das wir nun auf den ambulanten Bereich ausdehnen. Der Patient steht dabei im Mittelpunkt. Er soll – seinen tatsächlichen medizinischen Erfordernissen folgend – in der richtigen Behandlungsstufe versorgt werden. Dieses bewährte Modell entwickeln wir nun für fachspezifische Versorgungsbereiche weiter.

Eine moderne Medizin ist zudem proaktiv. Proaktiv ist eine Medizin, die vorausschauend auf Begleitumstände eingeht, die sich z. B. aus der Anamnese des Patienten ergeben.

Moderne Medizin ist schließlich 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 sowie 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.

Weltweit gilt Adipositas (Fettleibigkeit) als drängendes Gesundheitsproblem. Die Weltgesundheitsorganisation WHO spricht von einer »globalen Adipositasepidemie«. Weltweit sind schätzungsweise 1,6 Mrd. Erwachsene (im Alter von über 15 Jahren) übergewichtig und wenigstens 400 Mio. Erwachsene adipös. Neueste Erhebungen haben auch in Deutschland ergeben, dass ca. 18 Prozent der erwachsenen Männer und 20 Prozent der erwachsenen Frauen adipös sind. Die grundsätzliche Ursache der wachsenden Zahl übergewichtiger und adipöser Menschen ist ein Ungleichgewicht zwischen konsumierten und verbrauchten Kalorien – die Menschen verzehren immer mehr energiereiche Nahrung, die viel Fett und Zucker, aber wenig an Ballaststoffen, Vitaminen, Mineralien usw. enthält. Hinzu kommt eine abnehmende körperliche Aktivität, ausgelöst durch sitzende

Tätigkeiten im Berufsleben, bequeme Fortbewegungsmittel und die zunehmende Verstärkung.

In der Adipositas-therapie verfolgen wir den Ansatz einer ganzheitlichen Versorgung mit einer interdisziplinären Behandlung. An mehreren Standorten des Konzerns (Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Klinikum Pforzheim, Amper Klinik Dachau und Klinikum Frankfurt (Oder)) bauen wir Adipositaszentren auf. Diese ruhen auf zwei Säulen: Zum einen bieten sie 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.

Schmerzen, die länger als drei bis sechs Monate anhalten, haben in den meisten Fällen ihre Warnfunktion verloren und werden heute als eigenständige Krankheit, als chronische Schmerzkrankung verstanden. Die Ursachen chronischer Schmerzen sind in der Regel mehrere Faktoren gleichzeitig. Meist entstehen sie durch Wechselwirkungen zwischen natürlichem Verschleiß, Krankheiten oder Unfallfolgen und verstärkenden Bedingungen wie seelischen Belastungen, berufsbezogenen und anderen psychosozialen Einflüssen. Nach der europäischen Schmerzstudie von 2003 leidet ein Sechstel der deutschen Gesamtbevölkerung (13 Mio. Menschen) an chronischen Schmerzen.

Um ihnen zu helfen, haben unsere Experten ein Konzept zur multimodalen Schmerztherapie erarbeitet. Multimodale Schmerztherapie bieten wir schon jetzt in der Amper Klinik Dachau, in der Zentralklinik Bad Berka, dem Klinikum Hildesheim, dem Klinikum Meiningen, der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden, dem Klinikum Frankfurt (Oder), der MEDIGREIF Klinik Vogelsang-Gommern, dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg und in unserer 2010 erworbenen Klinik Hildesheimer Land in Bad Salzdetfurth an. Derzeit bereiten wir weitere Standorte darauf vor, dieses Konzept einzuführen.

Die Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen ist das am schnellsten wachsende Segment innerhalb der Kardiologie. Herzrhythmusstörungen sind Störungen der regelmäßigen Abfolge des Herzschlags. Das Vorhofflimmern ist die häufigste Erkrankung des Herzens. Bei dieser Diagnose beträgt die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate 4 Prozent. Vorhofflimmern erhöht das Risiko eines Schlaganfalls auf das 5-Fache.

Behandlungsschwerpunkte der Rhythmologie sind zum einen die Verödung der Reizleitungen im Herzen (Ablationen), zum anderen implantierbare Geräte zur Stabilisierung des Herzrhythmus (Herzschrittmacher und Defibrillatoren). Die Katheterablation ist bei Herzrhythmusstörungen inzwischen Therapie der ersten Wahl. Auch zur Behandlung des Vorhofflimmerns ist die Ablation inzwischen nicht mehr experimentelles Verfahren, sondern zunehmend gängige Praxis.

Sowohl für die Durchführung von Ablationen bei Vorhofflimmern und Kammertachykardien als auch für die Geräteimplantation ist die RHÖN-KLINIKUM AG gut gerüstet. Mit den Kliniken Herzzentrum Leipzig, Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt a. d. Saale und Zentralklinik Bad Berka verfügt sie über drei Hochleistungszentren mit sehr großer Erfahrung und internationaler Reputation. Weitere renommierte Standorte sind das Klinikum Hildesheim und die Klinik in München-Pasing.

Die größte Herausforderung in der näheren Zukunft wird es sein, die erforderlichen personellen Kapazitäten und Kompetenzen zur Durchführung der Eingriffe bereitzustellen. 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.

Geriatric ist eine Spezialdisziplin, die sich mit der medizinischen Versorgung älterer Menschen befasst, die häufig unter mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden und durch diese Erkrankungen häufig in ihrer selbständigen Lebensführung bedroht sind. Deshalb bedürfen diese Patienten der komplexen Diagnostik und Behandlung durch ein fachärztlich geleitetes Team, das sich aus vielen Berufsgruppen (wie Fachärzten unterschiedlicher Disziplinen, Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern, Klinischen Psychologen, Physikalischen Therapeuten und Pflegekräften) zusammensetzt. Mit unserer zum 30. Juli 2010 neu übernommenen Klinik Hildesheimer Land haben wir eine Plattform für die Entwicklung von geriatrischen Konzepten für andere Kliniken im Klinikkonzern geschaffen.

TELEMEDIZINISCHE VERNETZUNG IM VERBUND

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, interdisziplinären Austauschs setzt der Klinikkonzern 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, dass die Ärzte von der Einzelpraxis oder dem Medizinischen Versorgungszentrum bis hin zum Schwerpunktversorger über alle Versorgungsstufen hinweg auf dieselben Informationen zugreifen und sich darüber austauschen, selbstverständlich mit dem Einverständnis unserer Patienten. Die WebEPA unterstützt also eine hochqualitative kooperative Behandlung der Patienten ohne Medien- und Kommunikationsbrüche.

Verschiedene 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, die gerade im Bereich der Neuroradiologie und pädiatrischen Radiologie entstehen. Dort bietet etwa der Standort Gießen des Universitätsklinikums Gießen und Marburg Telekonsile zur Zweitmeinung an. Die Spezialisten tauschen Bilder mit anderen Standorten wie dem Klinikum Frankfurt (Oder) oder dem Klinikum Pforzheim aus, ermitteln gemeinsam die Diagnose und erarbeiten Therapieempfehlungen. Dies fördert den Know-how-Transfer innerhalb des Verbunds und ist Teil unserer Strategie, ein gelebtes Wissensmanagement zu etablieren.

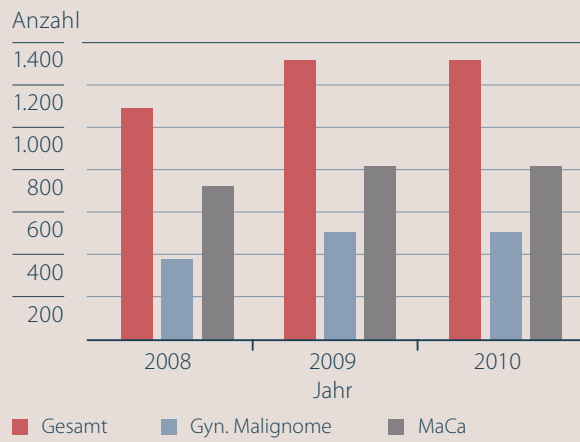
In der Onkologie gibt es ebenfalls organisierte Netze, die regelmäßig über sogenannte Tumorboards kommunizieren. So ist das »Rhön-GynNetz« ein seit 2008 etablierter und integrierter Bestandteil im Verbund der RHÖN-KLINIKUM AG. Der Klinikkonzern hat 53 Krankenhäuser an 43 Standorten, Häuser von der Grund- und Regelversorgung bis zur hochspezialisierten Universitätsklinik. Das Universitätsklinikum Gießen und Marburg mit Standort Marburg bietet als Zentrum des »Rhön-GynNetzes« eine Plattform zur Qualitätssicherung der Therapie von senologischen und gynäkologischen Krebserkrankungen. Alle zugehörigen Kliniken haben die Möglichkeit, die Erkrankungen ihrer onkologischen Patientinnen in der wöchentlichen interdisziplinären Tumorkonferenz zu diskutieren und zu beraten, um so ihren Patientinnen eine optimale evidenz- und leitlinienorientierte Diagnostik und Therapie zu ermöglichen.

Ebenso besteht die Gelegenheit, Patientinnen aus Krankenhäusern niedrigerer Versorgungsstufen in Kliniken mit Maximalversorgung und universitärer Spitzenmedizin zur operativen Behandlung, Radiotherapie oder zur Anwendung komplexer systemischer Therapien zu transferieren. Seit 2008 wurden in der interdisziplinären senologischen-gynäkologischen Tumorkonferenz 3.693 Fälle (Abbildung) onkologischer Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen (Vulva-, Zervix-, Endometrium- und Ovarialkarzinom und andere) sowie Mammakarzinomen vorgestellt und Therapieempfehlungen erarbeitet. Die beteiligten Kliniken senden die relevanten Daten ihrer Patientinnen elektronisch an das Koordinationsbüro des Zentrums für Gynäkologische Onkologie Marburg, so dass die Daten und Befunde im Rahmen der Tumorkonferenzen besprochen werden können. Dieser permanente Dialog zwischen unseren Hochschul- und Klinikspezialisten versetzt uns in die Lage, neue medizinische Erkenntnisse in kurzer Zeit direkt ans Krankenbett zu bringen.

Auch die Erfolgsgeschichte des »Stroke Angel« kann weiter fortgeschrieben werden. »Stroke Angel« ist ein spezielles Konzept zur Erstbehandlung von Schlaganfallpatienten. Es dient der Verkürzung des Intervalls zwischen Diagnose und Behandlung durch eine elektronische Vernetzung der Rettungswagen mit dem Krankenhaus. Dieses Krankenhaus hält eine auf die Behandlung von Schlaganfallpatienten ausgerichtete Schlaganfallstation (Stroke Unit) vor. Vom Rettungswagen erhält es bereits während des Transports wichtige Patientendaten. Nach dem erfolgreichen Routineeinsatz in der Region Bad Neustadt a. d. Saale hat die Amper Klinik in Dachau dieses telemedizinische System ebenfalls eingeführt und es aktuell in die Regelversorgung übernommen. Nur ein Jahr nach der Einführung kann die Klinik eine sehr positive Resonanz aus dem umliegenden Landkreis und aus dem nördlichen Randbereich des Großraumes München vermelden. Auch im Umkreis unseres Klinikums Uelzen ist die »Stroke Angel«-Technik auf allen Rettungswagen des Deutschen Roten Kreuzes installiert.

Zurzeit untersucht die Neurologische Klinik Bad Neustadt a. d. Saale den gezielten Einsatz von Rettungshubschraubern zum Transport von Schlaganfallpatienten. Der weiter entfernte Notfallpatient soll so besser von der zeitnahen Therapie sowie von der Behandlung in einer zertifizierten überregionalen Stroke Unit profitieren können. Eine erste wissenschaftliche Bewertung von über 30 Einsätzen des Rettungshubschraubers hat eine sehr hohe Erfolgsrate gezeigt. Künftig soll in entfernten Regionen »Flight for Stroke« gelten, um möglichst vielen Patienten helfen zu können.

ANZAHL DER IN DER SENOLOGISCHEN-GYNÄKOLOGISCHEN TUMORKONFERENZ BERATENEN FÄLLE



Ein ähnliches Netz zur Versorgung von Herzinfarktpatienten mit dem Namen »Cardio Angel«, das ebenfalls in Bad Neustadt a. d. Saale entwickelt wurde, hat sich über Bayern hinaus etabliert. Die Einführung des Programms an den Kliniken Miltenberg-Erlenbach, Dachau, Uelzen und Kronach wurde 2010 erfolgreich gestartet. Die gleichzeitige Funkübertragung der Patienten- und Gesundheitsdaten (bis hin zum umfassenden EKG) führt zu einem wertvollen Zeitgewinn in der stationären Versorgung.

INNOVATION DURCH WISSENSCHAFTLICHE FORSCHUNG UND PREISE

Der intensive Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis, in dem sich viele Ärzte aus allen Versorgungsstufen der RHÖN-KLINIKUM AG erfolgreich engagieren, wird regelmäßig mit Auszeichnungen honoriert. So erhielten die Schmerztherapeuten der Zentralklinik Bad Berka den Posterpreis des Deutschen Schmerzkongresses 2010 für ihre Studie zur »Schmerzlinderung und Stimmungssteigerung bei chronischen Schmerzpatienten trotz Opioidentzug«. Den Gastroenterologen des Klinikums Pforzheim wurde der Posterpreis der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin für die Untersuchung über das »Chlorom der Ileo-coecalklappe« 2010 verliehen. Die Arbeitsgruppe »Motorik, Neuromodulation und Rehabilitation« mit Mitarbeitern der Klinik Kipfenberg (Neurochirurgische und Neurologische Fachklinik) bekam im November 2010 einen Posterpreis von der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V. Die Arbeitsgruppe untersuchte an Schlaganfallpatienten den Einfluss der Hirnstimulation (repetitive transkranielle Magnetstimulation) in Verbindung mit motorischem Training auf die Funktionserholung der betroffenen Hand.



Agnieszka Kuswik, Gießen

»Ich kenne die Geheimnisse von Gesundheit und kann deshalb meiner Familie Ratschläge geben. Außerdem liebe ich Reisen und kann mein Praktikum im Krankenhaus überall machen.«



Matthias Müller, Gießen

»Die Zielvorstellungen, die ich mit meinem Studium verknüpfe, sind ein fundiertes Fachwissen und flexible Arbeitsmöglichkeiten (Ausland, eigene Praxis...).«

Kardiologen des Herzzentrums Leipzig haben den Sven-Effert-Preis für die Erforschung und Etablierung neuer interventioneller Verfahren sowie präventiver Maßnahmen in der Kardiologie erhalten. Gleichzeitig bekamen sie den Fritz-Acker-Stiftungspreis und den Förderpreis der Stiftung der Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte (ALKK) für Forschungen auf dem Gebiet der Behandlung des kardiogenen Schocks. Darüber hinaus erhielt ein Kinderkardiologe den Distinguished Service Award der International Society for the Advancement of Cytometry (ISAC) in Seattle für die »Weiterentwicklung der Einzelzellanalyse für Diagnostik und Zellforschung«. Dem Ärztlichen Direktor der Klinik für Herzchirurgie wurde das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland für seine Verdienste beim Aufbau des Herzzentrums zu einer Klinik mit internationalem Ansehen verliehen.

Ende 2010 wurde die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Park-Krankenhaus in Leipzig mit dem NADA-Award für den »Einsatz der Akupunktur in der psychiatrischen Behandlung« ausgezeichnet. Das Universitätsklinikum Gießen und Marburg bekam den ersten Preis der Dr. Walter und Luise Freundlich Stiftung für »Innovative Therapiestrategien neurodegenerativer Erkrankungen«, den Carl-Ludwig-Preis der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie, den Behring-Röntgen-Nachwuchspreis der Von-Behring-Röntgen-Stiftung und den Bernd-Tersteege-Preis des Verbands Deutscher Nierenzentren. Die Orthopäden des Krankenhauses Köthen gewannen ein PISANI-Stipendium der Deutschen Assoziation für Fußchirurgie (DAF).

Viele unserer Ärzte aller Fachdisziplinen führen eigene Studien durch oder sind an nationalen und internationalen Forschungen beteiligt. So startete im November 2010 offiziell das Forschungsprojekt INSPIRE, an dem die Neurologische Klinik Bad Neustadt a. d. Saale als wichtiger Projektpartner beteiligt ist. INSPIRE steht für »Improving Service Productivity in Healthcare – Qualität und Produktivität von Gesundheitsdienstleistungen IT-gestützt steigern und gestalten« und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert.

Der Schlaganfall ist in Deutschland eine der häufigsten Todesursachen. In diesem gesellschaftlich hochrelevanten Feld entwickelt das Verbundprojekt INSPIRE technisch unterstützte organisatorische Lösungen zur Produktivitätssteigerung von Gesundheitsdienstleistungen.

Die Klinik für Angiologie und Kardiologie des Park-Krankenhauses in Leipzig hat Mitte September 2010 in Washington erste Ergebnisse zur Levant-Studie über einen neuen Be-

handlungsansatz mit einem medikamentbeschichteten Ballonkatheter vorgestellt. Dieses Verfahren ist schonender als das herkömmliche Verfahren zur Einsetzung von Stents (Gefäßstützen). Ein kurz in die Gefäße eingeführter Ballon setzt Medikamente frei, welche die unerwünschte Zellwucherung unterdrücken. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Rate der erneuten Verschlüsse deutlich gesenkt wird. In der zweiten Studienphase sollen nun noch umfassendere klinische Erfahrungen mit der neuen Technologie gesammelt werden. Untersucht werden Patienten in Europa und in den USA.

In enger Kooperation mit der Universitätsklinik Mainz ist die Klinik für Psychosomatik in Bad Neustadt a. d. Saale am Projekt »Entwicklung und Evaluation einer indikationsübergreifenden internetbasierten Nachsorgemaßnahme zur Verbesserung der beruflichen Reintegration« im Rahmen des Förderschwerpunkts »Nachhaltigkeit durch Vernetzung« der Deutschen Rentenversicherung beteiligt, das im Dezember 2010 an den Start ging. Das Projekt fördert die Rehabilitation von Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen und von Suchterkrankungen (Alkoholabhängigkeit). Ebenfalls 2010 wurde die Katamnesestudie zum Langzeitverlauf von Essstörungen bei Patienten mit Magersucht oder Bulimie abgeschlossen. Die Studie belegt die Wirksamkeit eines stationären Behandlungskonzepts, das dank der Intermediate-Care-Station auch für extrem untergewichtige Patientinnen und Patienten geeignet ist.

INNOVATION DURCH MEDIZINISCHE ENTWICKLUNG

Das Universitätsklinikum Gießen und Marburg hat 2010 einen neuen medizinischen Schwerpunkt mit dem Deutschen Zentrum für Fetalchirurgie und minimal-invasive Therapie (DZFT) eingeführt. Damit helfen wir Ungeborenen mit schweren Organfehlbildungen oder Kreislaufstörungen.

Im Jahr 2010 gelang es dem Herzzentrum Leipzig, sich weiter als Zentrum für die Transplantation von Herzen und Lungen sowie die kombinierte Herz-Lungen-Transplantation zu etablieren. Nach anfangs zehn Herztransplantationen im Jahr 2009 hat das Herzzentrum 2010 schon 30 Herztransplantationen durchgeführt.

Am Klinikum Frankfurt (Oder) hat die seit mehr als zwei Jahren bestehende Medizinische Klinik mit Gastroenterologie, Diabetologie, Rheumatologie und Nephrologie ihr Spektrum Anfang 2010 um die diagnostische Proktologie erweitert. Zudem hat sie im Dezember das abschließende Audit zur Zertifizierung von OnkoZert erfolgreich hinter

sich gebracht. Ihre Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe hat die Zertifizierung zum Brustzentrum erlangt. Die Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen hat im Sommer 2010 das Speicheldrüsenzentrums Ostbrandenburg (einschließlich Speicheldrüsenendoskopie) etabliert. Im Mai 2010 wurde innerhalb der Klinik der Orthopädie ein Osteologisches Zentrum gegründet.

Unserer Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe steht nun als fünfter OP-Saal ein Hybrid-OP mit einer Hochleistungsangiographie-Anlage zur Verfügung. Die Besonderheit dieses OP-Saals ist es, zwei jeweils selbständige medizinische Fachrichtungen – Kardiologie und Herzchirurgie – zusammenzubringen, um eine neue Behandlungsmethode einzuführen. Dabei handelt es sich um die kathetergestützte Implantation von biologischen Aortenklappen. Die Karlsruher Klinik hat sich mit diesem Verfahren national und international einen sehr guten Ruf erworben.

In Bad Neustadt a. d. Saale hat die Herz- und Gefäß-Klinik 2010 ihre interdisziplinäre »Herzinsuffizienz-Station« eröffnet. In der mit moderner Technik ausgestatteten Station können gleichzeitig 16 Patienten mit fortgeschrittenen Stadien der Herzinsuffizienz auf hohem Niveau versorgt werden. Möglich wird dies durch die interdisziplinäre Vernetzung der Fachbereiche Kardiologie, Kardiochirurgie und des Elektrophysiologischen Zentrums. Das Elektrophysiologische Zentrum hat eine führende Position in der Behandlung des Vorhofflimmerns durch Verödung von Reizleitungsbahnen im Herzen (Ablation) mit dem Cryoballon, mit dessen Hilfe das erkrankte Gewebe durch Kälte verödet wird. Rund 1.000 dieser Eingriffe wurden schon in Bad Neustadt a. d. Saale durchgeführt. In diesem Zusammenhang bietet das Zentrum einen internationalen Masterkurs zur Anwendung des Cryoballons an.

Im Februar 2010 wurde die Chirurgie im Klinikum Pirna um den Schwerpunkt Neurochirurgie erweitert. Seit September 2010 wird der Fachbereich Rhythmologie neu aufgebaut. Das standort- und gesellschaftsübergreifende Gefäßzentrum Freital-Pirna wurde im November 2010 von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie erfolgreich zertifiziert. In einem über acht Jahre währenden Modellprojekt in Zusammenarbeit mit der AOK Sachsen wurden hier ausgezeichnete Ergebnisse besonders bei der Reduzierung der Amputationsraten erzielt. Sie wurden unter anderem im Juni 2010 auf dem Amerikanischen Diabeteskongress in Orlando vorgestellt.

Die Deutsche Klinik für Diagnostik in Wiesbaden hat im Jahr 2010 als neue Spezialbereiche die Shuntchirurgie, die Endokrine Chirurgie und den Fachbereich Pneumologie



Markus Roller, Gießen

» Es handelt sich um ein vielfältiges Arbeitsgebiet, bei dem man positive Ergebnisse seiner Arbeit wirklich unmittelbar erleben kann. Man lernt ein flexibles Fach mit guten Berufsaussichten. «



Philipp Jaber, Gießen

» Ich helfe gerne anderen Menschen. Die Chancen auf dem Arbeitsmarkt sind sehr gut und man hat viele Möglichkeiten, sich zu spezialisieren und selbstständig zu werden. «

etabliert. Auch diese Klinik kann Zertifizierungen in den verschiedensten Fachbereichen vorweisen, beispielsweise als Knochenmarkszentrum, als Brustzentrum, Zentrum für Schlafmedizin und Neuromuskuläres Zentrum für Erwachsene und Kinder.

Die Zentralklinik Bad Berka bietet seit 2010 zur qualitativ besseren Operation neuroendokriner Tumore den intraoperativen Einsatz der Gammasonde zur schnelleren Lokalisierung der Tumore an. Neu ist auch die Radiorezeptortherapie als Verfahren vor Tumoroperationen hinzugekommen. In der minimalinvasiven Chirurgie (Schlüssellochchirurgie) wurden als zwei schonende Techniken die laparoskopische Radiofrequenzablation und das Single-Port-Verfahren eingeführt. In der Klinik für Angiologie hat sich die intermittierende pneumatische Kompression als neue Therapie zur Behandlung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit etabliert. In der Klinik für Kardiologie wurde die Immunsorption als neue Therapieform für Patienten mit Herzschwäche eingeführt.

Die neue Konzernklinik Hildesheimer Land hat im Oktober 2010 eine Schmerzlinik mit acht Betten eröffnet. Damit wird ihr bisheriger Schwerpunkt der Geriatrie um den der Schmerztherapie ergänzt.

UNIVERSITÄRE FORSCHUNG, LEHRE UND ENTWICKLUNG

Unsere Kliniken beteiligen sich am kontinuierlichen Transfer von Wissen aus der Forschung in die Praxis, um besser und gezielter die medizinische Krankenversorgung durchzuführen. Allein der demographische Wandel lässt den Bedarf an medizinischem Fortschritt steigen. Durch die stetige Alterung der Gesellschaft wächst die Anzahl 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 (DZI) erteilte.

Lungenerkrankungen gehören weltweit zu den häufigsten Todesursachen. Doch bislang gibt es für die meisten chro-

nischen Lungenerkrankungen nur wenige effektive Therapieansätze. Das DZL soll nun die grundlagen-, krankheits- und patientenorientierte Forschung koordinieren und sie auf internationales Spitzenniveau bringen. Ziel ist es, die Umsetzung grundlegender wissenschaftlicher Erkenntnisse in neue klinische Konzepte zur Verbesserung der Patientenversorgung möglichst effektiv zu gestalten.

Während viele der bekannten Infektionskrankheiten heute weitgehend unter Kontrolle oder sogar ausgerottet sind, treten paradoxerweise neue Infektionskrankheiten auf. In Gestalt isolierter Ausbrüche, Epidemien und Pandemien sind sie für die medizinische Forschung eine besondere Herausforderung. Die Tätigkeit des DZI zielt darauf, den Verantwortlichen eine schnelle, strukturierte Reaktion bei aufkommenden Bedrohungen durch Infektionserreger zu ermöglichen. Zu diesem Zweck gilt es, die Expertisen der beteiligten Forschergruppen auf dem Gebiet der Impfstoffe und Antiinfektiva zusammenzubringen. Im Rahmen ihrer Arbeit sollen sie neueste Ansätze der Genomforschung an Mikroorganismen und ihren Wirtszellen sowie der synthetischen Biologie nutzen.

Die Anträge wurden von der HEAL-EMERGE-Allianz (Hessian Alliance of Excellence in Emerging and Emergency Infections) gestellt. Darin sind für das DZL die beiden mittelhessischen Hochschulen und das Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung in Bad Nauheim, für das DZI ebenfalls die beiden Hochschulen sowie das Paul-Ehrlich-Institut in Langen und die Technische Hochschule Mittelhessen (THM) vertreten.

Natürlich sind diese beiden Vorhaben 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.

Exemplarisch ist als eine von vielen Studien die LOEWE-Studie mit dem Schwerpunkt Präventive Biomechanik der Klinik für Herz- und Thorakale Gefäßchirurgie am Standort Marburg zu nennen. Innerhalb dieses Schwerpunkts werden zwei von insgesamt neun Teilprojekten bearbeitet. Dabei geht es primär um die elektronische Modellierung krankhafter Veränderungen an Herz und Hauptschlagader. Weitere Partner des Gesamtprojekts sind die Universität Frankfurt, die Fachhochschule Frankfurt und assoziiert die Fachhochschule Mosbach.

In einem Teilprojekt untersucht eine Forschergruppe der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für klinische Psychologie zum Thema Placebowirkung, welche speziellen psychologischen Interventionen vor und nach großen Herzoperationen im Vergleich zu dem heute üblichen Standardvorgehen sinnvoll sind. Im Vordergrund stehen dabei die Kriterien der langfristigen gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Wiederherstellung und Wiedereingliederung.

Im Bereich der allogenen Stammzelltransplantation untersucht die Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie am Standort Marburg im Rahmen der SORMAIN-Studie (Sorafenib maintenance post allo-SCT) die Erhöhung der rezidivfreien Überlebenszeiten mit Hilfe eines Krebsmedikaments. Das Medikament hemmt die Funktion von Eiweißstoffen, mit deren Hilfe Leukämiezellen unkontrolliert Wachstumsanreize erhalten. Vorteil dieser Therapieform ist, dass sie ohne die für die Chemotherapie üblichen Nebenwirkungen 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 abgetötet werden. So könnte zusammen mit der Wirkung des neuen Spenderimmunsystems die Rückfallquote deutlich verringert werden. Die Patienten werden bisher deutschlandweit rekrutiert, was sich bald ändern könnte. Das National Cancer Institute in Washington D.C. hat Interesse an einer Teilnahme an der Studie angemeldet.

GESUNDHEIT UND UMWELT

Die RHÖN-KLINIKUM AG steht für höchste Ansprüche an die Qualität medizinischer Leistungen. Unsere Arbeit für die Gesundheit der uns anvertrauten Menschen beschränkt sich aber nicht allein auf die Medizin im engeren Sinne. Auch der schonende Umgang mit der Umwelt ist für uns ein wesentlicher Beitrag zur Gesundheitsfürsorge und damit ein selbstverständlicher Bestandteil unserer Geschäftstätigkeit. Als moderner Gesundheitsdienstleister möchten wir uns an der Nachhaltigkeit unseres Handelns messen lassen – wirtschaftlich wie ethisch.

ÖKOLOGIE UND ÖKONOMIE: KEIN WIDERSPRUCH

Im Geschäftsbericht legen wir Rechenschaft ab über die Leistungen unseres Umweltmanagements. Damit wollen wir den hohen Stellenwert unterstreichen, den die ökologischen Aspekte unseres Handelns im Wertesystem unseres Unternehmens haben. Gleichzeitig möchten wir aber auch dokumentieren, dass Ökologie und Ökonomie für uns keine Gegensätze sind. Ganz im Gegenteil: Unsere Konzern-Ökobilanz belegt jedes Jahr aufs Neue, dass Entlastungen der Umwelt mit Kosteneinsparungen Hand in Hand gehen.

Nach unserer Überzeugung kann Umweltmanagement nur erfolgreich sein, wenn es einen umfassenden Ansatz verfolgt. Daher beschränkt sich unser Engagement nicht auf gezielte Einzelmaßnahmen etwa in den Bereichen Energie und Emissionen, sondern schließt gleichermaßen die Aufgabenbereiche Wasser, Material und Sicherheit für Mitarbeiter und Umwelt ein. Detaillierte Informationen zum Umweltmanagement der einzelnen Konzernkliniken stehen Ihnen auf unserer Website www.rhoen-klinikum-ag.com unter der Rubrik »Kliniken« zur Verfügung.

UNSER UMWELTMANAGEMENT

Entsprechend der dezentralen Unternehmensstruktur ist das Umweltmanagement konzernweit auf zwei Ebenen verankert. Vor Ort, in der einzelnen Klinik, liegen die spezifischen Umweltmaßnahmen in der Verantwortung der jeweiligen technischen Leitung. Sie überwacht neben dem sicheren Betrieb aller technischen und medizintechnischen Anlagen und Geräte auch Bauprojekte, übernimmt das Energiecontrolling sowie die Ausstattungs- und Inbetriebnahmeplanung.

Spitzenmedizin für jedermann war seit jeher ein zentrales Ziel der RHÖN-KLINIKUM AG. Um 1920 war die »Eiserne Lunge« das erste klinische Gerät, das die maschinelle Beatmung eines Menschen ermöglichte. Heute liegen mehr als 90 Jahre medizinische Innovation hinter uns, der wir uns verpflichtet fühlen.

Unterstützt und koordiniert werden die Kliniken durch die Abteilung Technisches Controlling/Umwelt. Ihre Hauptaufgaben sind unter anderem das konzernweite Energie- und Emissionscontrolling, regelmäßige Schulungen der verantwortlichen Mitarbeiter vor Ort sowie die Organisation eines effektiven und schnellen Wissens- und Erfahrungsaustauschs der Kliniken auf diesem Gebiet. Eine weitere wichtige Funktion ist die Betreuung junger Konzerntöchter, einerseits, um die konzernweit gültigen Umwelt- und Energiestandards auch dort zügig umzusetzen, andererseits, um die Bestandskliniken möglicherweise von lokalen Innovationen und guten Ideen der Neulinge profitieren zu lassen.

Nicht zuletzt ist die Abteilung Technisches Controlling Impulsgeber, wenn es beispielsweise darum geht, innovative Ansätze der Energieversorgung zu erproben und bei Erfolg – soweit sinnvoll – konzernweit einzusetzen. Blockheizkraftwerke zum Beispiel gehören inzwischen zur Standardausstattung, die in neuen Kliniken oder bei der Erneuerung der Energieversorgung bestehender Kliniken installiert wird.

DER INNOVATION DICHT AUF DEN FERSEN

Ein ebenfalls vielversprechender Ansatz war die Hochtemperatur-Brennstoffzelle, die – ohne mechanische Zwischenstufe – Strom und eine gewisse Menge Abwärme direkt aus

Erdgas erzeugt. Ihr Vorteil: Sie liefert die nutzbaren Energien just in jenem Verhältnis, das der Verbrauchsstruktur moderner Krankenhäuser entspricht. Benötigten unsere Krankenhäuser noch vor 15 Jahren Wärme und Strom etwa im Verhältnis 2 bis 2,5 zu 1, so hat sich diese Relation inzwischen umgekehrt. Ursachen sind zum einen die immer bessere Wärmedämmung moderner Großbauten, zum anderen der zunehmende Stromverbrauch der Medizin- und Informationstechnik, die in den Kliniken immer breiteren Raum einnehmen.

Nach einem erfolgreichen Feldversuch in Bad Neustadt a. d. Saale als Pilotanwender des MTU-Brennstoffzellensystems und der weiteren Installation einer Brennstoffzelle in der Zentralklinik Bad Berka sind wir 2010 noch einen Schritt weiter gegangen: Am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen, nahm das weltweit erste Hybrid-Blockheizkraftwerk den Betrieb auf. Die Kombination aus einem Brennstoffzellenkraftwerk, mehreren Gasmotoren und einer Multieffekt-Absorptionskälteanlage liefert dem Klinikum die notwendigen Energien mit den höchsten heute erreichbaren Wirkungsgraden. Die Abwärme der Brennstoffzelle und die Abgase des Blockheizkraftwerks sind in dieser Konfiguration unter anderem besonders geeignet, umweltfreundlich und effektiv Kälte zu erzeugen. Leider können wir diesen Entwicklungspfad vorläufig nicht weiterverfolgen, weil die Tognum AG das Geschäft mit Hochtemperatur-Brennstoffzellen eingestellt hat.

KENNZAHLEN

		2010	2009	2008	2007	2006
Unternehmen						
Kliniken		53	53	48	46	45
Betten und Plätze		15.900	15.729	14.828	14.647	14.703
Mitarbeiter (Köpfe)		38.058	36.882	33.679	32.222	30.409
Behandelte Patienten		2.041.782	1.799.939	1.647.972	1.544.451	1.394.035
Energie						
Primärenergieverbrauch	MWh	929.828	865.103	865.775	831.582	876.605
Verbrauch pro Patient	MWh/Pat.	0,46	0,48	0,53	0,54	0,63
Emissionen						
Treibhausgasemissionen	t	202.925	190.128	190.200	182.687	193.858
Schadstoffemissionen	t	265	243	244	235	255
Wasser						
Wasserverbrauch	m ³	1.810.706	1.716.646	1.710.111	1.672.021	1.727.091
Verbrauch pro Patient	m ³ /Pat.	0,89	0,95	1,04	1,08	1,26
Abfälle						
Abfallmenge Reststoffe	t	11.235	10.084	9.799	9.447	9.007
Abfallmenge pro Patient	kg/Pat.	5,5	5,6	5,9	6,1	6,5

Daten jeweils per 31.12.2010



Andreas Pütz, Marburg

» Nach der Zeit als Zivildienstleistender beim Rettungsdienst stand für mich fest, dass ich auf jeden Fall Medizin studieren möchte. «



Friederike Kreft, Marburg

» Die Zielvorstellungen, die ich mit meinem Studium verknüpfe, sind das Arbeiten in einem Krankenhaus, Weiterbildung und eine Oberarztstelle. «

ENERGIE AUS DER TIEFE

Unterdessen sind wir auf dem Weg, uns eine neue Energiequelle zu erschließen: die Erdwärme. Dabei nutzen wir in den meisten Fällen das Potenzial des tiefer gelegenen Grundwassers. In der Portal-Klinik Hammelburg, deren Neubau bereits 2005 eröffnet wurde, haben wir eine noch einfachere Möglichkeit gewählt. Ein in der Erde verlegter Luftkanal liefert im Winter vorerwärmte, im Sommer gekühlte Luft. Über diesen Erdkanal, ein 40 Meter langes Betonrohr von 1,60 Metern Durchmesser, saugt die Lüftungszentrale der Klinik die Außenluft an. Diese Zentrale versorgt untergeordnete Bereiche der Klinik wie Technik, Lager oder Eingangshalle mit Zuluft. Im Verein mit der regelungstechnisch integrierten Nachtauskühlung (mit Hilfe der Außenluft) lässt sich im Sommer ein angenehmes Raumklima im großen Foyer herstellen.

Die 2008 in Betrieb gegangene Portal-Klinik Miltenberg holt ebenfalls die Kälte aus der Erde, allerdings über sechs Sonden, die jeweils rund 80 Meter tief ins Erdreich gebohrt wurden. Sie stellen die Kälte für eine Fußbodenheizung in einem Teilbereich bereit, die nicht nur heizen, sondern auch kühlen kann. Die Kälte aus dem Erdreich genügt darüber hinaus, um auch hier zur Kühlung der Eingangshalle beizutragen. Ein Übriges tut die auch hier installierte geregelte Nachtauskühlung mit abgekühlter Außenluft.

Im neuen 250-Betten-Trakt des Krankenhauses Cuxhaven waren nur geringe Investitionen nötig, um Wärme aus dem Untergrund zu holen. Weil der Neubau in Küstennähe ohnehin einer Pfahlgründung (mit 467 Gründungspfählen) bis in ca. 25 Meter Tiefe bedurfte, lag es nahe, Heizwärme aus dem feuchten Erdreich über diese Pfähle zu gewinnen und umgekehrt überschüssige Wärme ins Erdreich abzugeben. Zu diesem Zweck wurden die in Ortbeton gefertigten Gründungspfähle mit Kunststoffrohrschlangen belegt. In diesem Rohrsystem zirkuliert Ethylenglykol als Wärmeträger, der die Erdenergie zu zwei Turbo-Flüssigkeitskühlsätzen transportiert, die je nach Bedarf als Wärmepumpen oder Kältemaschinen fungieren. Mit diesem maßgeschneiderten Energiekonzept senken wir den Primärenergiebedarf des Cuxhavener Krankenhauses spürbar und auf Dauer.

Dass die Gewinnung von Erdwärme selbst im großstädtischen Umfeld möglich ist, demonstrieren wir im Klinikum München-Pasing. Im Rahmen der 2009 begonnenen Modernisierung und Erweiterung erneuern wir auch weite Teile der Energieversorgung. Weil es dort möglich ist, größere Mengen Grundwasser (75 Liter pro Sekunde) zu entnehmen, nutzen wir es zur Versorgung von zwei Kälte-

netzen mit unterschiedlichen Temperaturniveaus. Eine Direktkühlung mit Brunnenwasser »füttert« einen Teil der Klimaanlage und Umluftkühlgeräte und dient zur Rückkühlung von Kältemaschinen. Das zweite Kältenetz stellt ein niedrigeres Temperaturniveau zur Verfügung, das benötigt wird, um im Sommer die Luft beispielsweise in den Operationssälen zu entfeuchten. Das Kühlwasser wird dem Grundwasserstrom 200 Meter abwärts wieder zugeführt.

Eine Besonderheit des Pasinger Neubaus: In seinen massiven Betondecken sind Kunststoffrohre verlegt, die im Sommer von gekühltem, im Winter von erwärmtem Wasser durchströmt sind. Die Wärme liefert ein Blockheizkraftwerk. Die Speicherfähigkeit des Betons sorgt in beiden Fällen für einen gleichmäßigen Temperaturverlauf, und die Kühlung im Sommer verursacht nahezu keine Betriebskosten. Im Erweiterungsbau der Klinik Kipfenberg, der nach der Winterpause fortgesetzt wurde, verfolgen wir ein ähnliches Konzept, ebenfalls eine Kombination der Grundwasserkühlung mit einem Blockheizkraftwerk.

Energetisch modernisiert wird auch der Standort Marburg des Universitätsklinikums Gießen und Marburg. Die Marburger Universitätsklinik wurde bisher aus dem alten Fernheizwerk der Universität mit Heißwasser und Dampf versorgt. Die Gelegenheit des Neubaus des dritten Bauabschnitts haben wir dazu genutzt, eine eigene Energieversorgung aufzubauen. Dazu haben wir ein neues Blockheizkraftwerk gebaut, das eine betriebssichere sowie ökologisch und ökonomisch optimale Versorgung des Klinikareals sicherstellt. Überdies haben wir die technische Sanierung des Gebäudebestands weiter vorangetrieben. Im Rahmen von Umbauarbeiten wurden Teile der Fassade ausgetauscht und wesentliche Teile der schlecht gedämmten Dachhaut erneuert. Die sehr alten Aggregate zur Kälteerzeugung wurden vollständig gegen höchst effiziente Anlagen ausgetauscht.

Sie sind so ausgelegt, dass in der kalten Jahreszeit mit sogenannter freier Kühlung erhebliche Energiemengen eingespart werden können.

UMWELTMANAGEMENT IN DER STATISTIK

Die Zahlen zeigen es: Unsere Verbrauchswerte und Abfallmengen pro Patient sind 2010 wieder durchweg gesunken. Die Aufnahme von sechs neuen Kliniken in den Konzernverbund hat allerdings zu einer Steigerung der absoluten Werte geführt. Zum erhöhten Energieverbrauch trug außerdem der strenge Winter zu Jahresbeginn bei.

Bei den Abfallmengen fällt der kräftige Rückgang der infektiösen Abfälle auf. Hier kommt ein Basiseffekt zum Tragen: 2009 war dieser Entsorgungsbereich durch die epidemischen Erkrankungen durch Noroviren und Schweinegrippe besonders belastet.

NEUE KLINIKEN IM VERBUND: SCHWERPUNKTE ENERGIE UND EMISSIONEN

Im Jahr 2010 haben wir einige neue Häuser übernommen, teilweise mit nicht ganz junger Gebäudetechnik. Jede Übernahme löst eine umfangreiche Teilroutine des Umweltmanagements aus: das Integrationsmanagement. Sein Ziel: die neuen Krankenhäuser möglichst schnell den Umweltstandards des RHÖN-KLINIKUM Konzerns anzupassen. Dazu richten wir zunächst ein Umweltcontrolling mit den Schwerpunkten Energie und Emissionen ein.

Ausgangspunkt ist eine gründliche Bestandsaufnahme in den Bereichen Strom, Wärme, Wasser sowie Müll in Relation zu Fallzahlen der Klinik. Zusätzlich nehmen Mitarbeiter des Technischen Controllings vor Ort die bestehenden technischen Anlagen kritisch unter die Lupe. Auf diesen Grundlagen erarbeiten wir gemeinsam mit den lokal Verantwortlichen einen Maßnahmenkatalog als zentrale Handlungsanleitung zur schnellstmöglichen Optimierung des technischen Betriebs der Klinik. Häufige Ansatzpunkte zu Sofortmaßnahmen in bestehenden Anlagen sind:

- die konsequent bedarfsorientierte Steuerung der Heizungs-, Lüftungs- und Klimaanlage
- die Vermeidung von Be- und Entfeuchtungseinrichtungen
- der Einsatz energiesparender Geräte und Systeme
- die Substitution des Energieträgers Dampf.

Zusätzlich führen wir nach Möglichkeit Sanierungs- und Modernisierungsinvestitionen durch, die helfen, Energieverbrauch und Emissionen deutlich zu reduzieren.



Christian Wagner, Marburg

» Mir gefällt Marburg, da es eine kleine Stadt ist und kulturell etwas zu bieten hat. Am Studium gefällt mir, dass es mich jeden Tag meinem Traumberuf näher bringt. «



Lisa Foltz, Marburg

» Mit dem Medizinstudium verknüpfe ich die Selbstbestimmung, da ich kein Freund starrer Hierarchien bin. «



Cornelia Mader, Marburg

» Die Zielvorstellungen, die ich mit meinem Studium verknüpfe, sind Landärztin werden, „Ärzte ohne Grenzen“ oder Ähnliches. «



Hanno Schenker, Marburg

» Ich werde 2013 mein Studium abschließen und voraussichtlich meine Facharztausbildung in der Orthopädie beginnen. «

ABFÄLLE

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

SONDERABFÄLLE

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

Hierzu zählen:

- bei (Teil- bzw. Ersatz-)Neubauten: die Schaffung kompakter Baustrukturen
- eine optimale Gebäudedämmung
- die Anlagenmodernisierung zum Beispiel im Bereich der Dampfversorgung
- der Einsatz intelligenter Regelungstechnik
- die Umstellung auf Blockheizkraftwerke zur ressourcenschonenden Energieerzeugung
- der Einsatz effizienter Anlagen zur Kälteerzeugung
- die Nutzung regenerativer Energien wie Erdwärme und Wasserkraft.

Um die Nachhaltigkeit unseres Controllings zu gewährleisten, führen wir bei Übernahme einer Klinik ein Berichtswesen im Bereich Energie ein. Zwar ist ein Benchmarking aufgrund der sehr unterschiedlichen Versorgungsprofile und Gebäudestrukturen unserer Kliniken nur bedingt möglich. Verbrauchsänderungen können wir jedoch kurzfristig erkennen und analysieren. In der Regel gelingt es uns, innerhalb von zwei Jahren den Energieverbrauch einer neu übernommenen Klinik um mehr als 10 Prozent zu senken. Wenn wir Neubauten errichten, können wir gegenüber der jeweils vorher betriebenen Altbausubstanz in der Regel noch größere Wärmeeinsparungen erzielen.

AUSBLICK 2011

Die Integration unserer neu übernommenen Kliniken läuft noch auf vollen Touren, auch im Hinblick auf die Umweltstandards des RHÖN-KLINIKUM Konzerns. Darüber hinaus sind mehrere Modernisierungs- und Erweiterungsprojekte noch nicht abgeschlossen. Aus der Summe all dieser Maßnahmen erwarten wir – bei weiterhin steigenden Patientenzahlen – auch in diesem Jahr wieder eine sichtbare Verringerung unserer relativen Verbrauchs- und Abfallmengen. Damit wollen wir sowohl die Umwelt als auch unsere Kostenrechnung weiter entlasten.

DIE PRIVATISIERUNG DER UNIVERSITÄTSKLINIKEN GIESSEN UND MARBURG

SPITZENMEDIZIN FÜR JEDERMANN

Diese Idee hatte Eugen Münch, Gründer und langjähriger Vorstandsvorsitzender der RHÖN-KLINIKUM AG, schon seit vielen Jahren: eine komplette Universitätsklinik zu erwerben, nach den eigenen Vorstellungen eines erfolgreichen Krankenhausmanagements zu betreiben und die Innovationspotenziale eines Universitätsklinikums zum Wohle der Krankenversorgung zu nutzen. 2006 wurde die Idee Wirklichkeit. Der RHÖN-KLINIKUM Konzern erwarb die Mehrheit am Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Ein halbes Jahrzehnt danach scheint es an der Zeit, einmal nachzuschauen, was in dem »Doppelpack« steckt und wie er sich unter privater Führung entwickelt hat.

Es war ein geradezu historisches Ereignis: Als erste deutsche Uniklinik ging das Universitätsklinikum Gießen und Marburg 2006 in privaten Mehrheitsbesitz über. Die RHÖN-KLINIKUM AG übernahm 95 Prozent des Doppelklinikums mit seinen insgesamt 2.262 Betten. Die Verkäuferin, das Land Hessen, behielt eine Fünf-Prozent-Beteiligung – eine völlig neue Eigentümerkonstellation im universitären Bereich. Und nicht nur das. Niemals zuvor wurden zwei Universitätsteile mit so langen, sehr eigenen und nicht immer von gegenseitiger Zuneigung geprägten Historien zusammengeführt.

Die Fusion der beiden hatte noch vor der Übernahme das Land Hessen bewerkstelligt, um ein verkaufsfähiges Paket zu schnüren. Dabei war ein Klinikum mit zwei Standorten – Marburg und Gießen – entstanden, das in mehr als 80 Kliniken und Instituten heute rund 8.500 Mitarbeiter beschäftigt. Als nicht ganz einfach erwies (und erweist) sich das Konstrukt, den weiterhin von den landeseigenen Universitäten geführten Forschungsbetrieb der nach wie vor separaten medizinischen Fakultäten vom privatisierten, fusionierten Versorgungsteil zu trennen und gleichzeitig den guten Austausch zwischen Wissenschaft und Krankenversorgung zu befördern. »Die meisten Professoren und wissenschaftlichen Mitarbeiter sind ja in der Forschung ebenso wie in der Versorgung aktiv, und die Grenzen zwischen beiden sind fließend«, umreißt Professor Hans-Peter Howaldt, Abteilungsdirektor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, die Herausforderung.

Altehrwürdige Räumlichkeiten, in denen die angehenden Medizinstudenten an der Universitätsklinik Gießen ihr theoretisches Wissen erlernen können.

Doch der größte Teil der formellen Hürden scheint fünf Jahre nach der Übernahme genommen, die anfängliche Unsicherheit der meisten Beteiligten überwunden. An beiden Standorten wurde kräftig investiert. Das Klinikum Gießen, bis dato in zwar anheimelnden, aber wenig effizienten Gebäuden aus dem 19. Jahrhundert untergebracht, erhielt einen zentralen Neubau. Das Marburger Klinikum auf den Lahnhöhen wurde um einen hochmodernen dritten Bauabschnitt und ein Partikeltherapiezentrum für die Tumorbehandlung ergänzt.

Neben diesen Großprojekten gab es überall, wo nötig, neue Geräte auf dem jüngsten Stand der Technik. Insgesamt 350 Mio. Euro hat der RHÖN-KLINIKUM Konzern in die Modernisierung gesteckt, einen Betrag, der für das Land Hessen geradezu utopisch gewesen wäre. Obwohl in der Rangliste der wirtschaftlich stärksten Bundesländer lange an dritter Stelle, hatte Hessen zuletzt kaum mehr die notwendigen Unterhaltungsinvestitionen an den beiden Standorten finanzieren können. Die Existenz der beiden Unikliniken mit ihrer – in diesem Jahr – zusammen 888-jährigen Geschichte schien ernsthaft gefährdet, die Privatisierung der einzige Ausweg.

Inzwischen trägt der Einsatz der RHÖN-KLINIKUM AG Früchte. Schon in den (vor allem in Gießen) obsoleten Strukturen der alten Kliniken gelang es, die Verlustphase abzuschließen und schwarze Zahlen zu schreiben. Und steigende Patientenzahlen zeugen davon, dass auch das Vertrauen in das modernisierte Klinikum spürbar gewachsen ist. 390.000 Patienten im vergangenen Jahr, davon rund 300.000 in ambulanter Behandlung, sprechen für sich.

So erscheint die Zeit reif, eine kleine Zwischenbilanz zu ziehen, zu schauen, wie sich der Einstieg des RHÖN-KLINIKUM Konzerns in das Zwillingsklinikum im Großen wie im Kleinen ausgewirkt hat – für beide Seiten. Dabei wollen wir den Blick nicht nur auf die Spitzenforschung richten, die beide Standorte ohne Zweifel in großer Fülle zu bieten haben. Auch in der Versorgung ist das universitäre Niveau ebenso unübersehbar wie das Bestreben, die hohe Qualität aus dem Klinikum heraus in die Fläche zu tragen. In Marburg wie in Gießen gibt es sehr erfolgreiche Ansätze, sich mit dem Umland zu vernetzen, gute Voraussetzungen also dafür, die Kreise noch etwas weiter zu ziehen – hinein in das deutschlandweite Netz der Konzernkliniken.

Das wesentlichste Ziel dieser Vernetzung verfolgen sowohl die (längst dem Elfenbeinturm entflohenen) Universitätsmediziner als auch der Konzern: Forschungsergebnisse schneller in die klinische Versorgung zu transferieren, als es auf den tradierten, sehr distanzierten Kommunikationskanälen zwi-

schen Unikliniken und reinen Versorgungskrankenhäusern lange Zeit üblich und möglich gewesen ist. Die intensivere Zusammenarbeit ist beileibe keine Einbahnstraße. Denn auf der Basis der Rückmeldungen aus den Krankenhäusern und der ungleich größeren Fallzahlen können die Universitätsmediziner ihrerseits ihre Forschungsergebnisse rascher in alltagstaugliche Behandlungsmethoden umsetzen.

WIDERSPENSTIGE ZELLEN

Professor Andreas Neubauer, Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie und Sprecher des Comprehensive Cancer Center Marburg hat ein klares Fernziel: »Dass jeder Krebspatient eine individuell zugeschnittene Therapie bekommt.« Bis dahin dürfte es allerdings noch ein weiter Weg sein. Denn nur etwa die Hälfte aller Krebserkrankungen lassen sich mit direkten, lokalen Maßnahmen wie chirurgischen Eingriffen oder strahlentherapeutischen Behandlungen bekämpfen. Und ein Großteil der Tumoren wird erst im metastasierten Stadium festgestellt, in dem häufig nur geringe Heilungschancen bestehen.

Zwar lassen sich die Heilungsraten mit Therapiekombinationen, bestehend zum Beispiel aus Chirurgie und Chemotherapie, verbessern. Aber, so Neubauer: »Als eines der größten Probleme haben sich die Resistenzen gegen Chemotherapeutika herausgestellt.« Nicht bei allen Patienten mit vergleichbaren Tumoren sprechen dieselben Mittel gleich gut an, und bei rezidierten (rückfälligen) Tumoren wirkt dieselbe Chemotherapie häufig schlechter als bei der ersten Behandlung.

Seit mehreren Jahren fahnden die Marburger Forscher nun nach den Ursachen der Resistenzen. Ihre Fragestellung: Welche molekularen Signalwege, welche Gene sind dafür verantwortlich, dass Tumorzellen nicht auf Krebsmedikamente ansprechen? Und wie lassen sich solche Resistenzen aufbrechen?

Im Bereich der Leukämie, Neubauers Schwerpunktgebiet, sind er und sein Kollege Professor Andreas Burchert zu einigen erstaunlichen Ergebnissen gekommen. »Im Fall einer besonderen Form der AML, der akuten myeloischen Leukämie, haben wir den Resistenzen ein Schnippchen geschlagen, indem wir ein Medikament eingesetzt haben, das für gänzlich andere Krebsarten zugelassen ist«, berichtet Neubauer. Diese Art der Leukämie zeichnet sich durch unkontrolliertes Wachstum von Blutvorläuferzellen aus. Bislang konnten weniger als die Hälfte der AML-Patienten mit hochdosierten Wirkstoffen oder durch Stammzelltransplantation geheilt werden.



Stefanie Tammen, Marburg

» Marburg hat viele Studierende, also auch viele junge Leute, dies finde ich gut. Weiterhin schätze ich das Miteinander von Lehrenden und Studierenden. «



Konrad Whittaker, Marburg

» Ich studiere Medizin, weil ich die direkte Befriedigung erfahren möchte, welche darin liegt, Leben zu retten. «

Bei ca. 15–20 Prozent der AML-Patienten ist eine Mutation in einem bestimmten Gen (FLT3-ITD) Ursache der Erkrankung und der Resistenz gegen die bisher angewandten Wirkstoffe. Die Arbeitsgruppe um Neubauer und Burchert setzte nun Sorafenib ein, ein Mittel, das bislang zur Therapie von Leber- und Nierenkrebs zugelassen war. Nach der Behandlung mit diesem Medikament verschwanden die Zellen mit der Mutation bei den allermeisten Patienten innerhalb weniger Tage aus dem Blut. Sorafenib hatte das FLT3-ITD-Gen quasi abgeschaltet. Im Verein mit der Transplantation von Stammzellen verspricht die Therapie nachhaltige Erfolge.

Auch bei der chronischen myeloischen Leukämie (CML) gingen die Marburger Forscher gemeinsam mit Kollegen aus Mannheim und Jena neue Wege. Bei der CML vermehren sich die weißen Blutkörperchen unkontrolliert. Bewährtes Mittel gegen diese Form des Blutkrebses ist Imatinib, das das Krebs auslösende Gen (BCR-ABL) in seiner Aktivität hemmt und den kontrollierten Zelltod der Krebszellen bewirkt. Das Problem des Medikaments: Es macht der Leukämie sehr häufig nicht den Garaus, es können Leukämiestammzellen im Körper verbleiben, und es entstehen Resistenzen. Um seine Wirkungen zu entfalten, muss es fast immer dauerhaft verabreicht werden. Nur bei einem Teil der Patienten kann das Medikament abgesetzt werden.

Dieser Prozentsatz könnte möglicherweise durch neueste Erkenntnisse der Marburger Gruppe durch den kombinierten Einsatz von Imatinib mit einem alten Bekannten in der Leukämiebehandlung, nämlich Interferon, deutlich erhöht werden. Neben seiner (bekannten) immunaktivierenden Wirkung könnte Interferon noch direkt gegen die leukämische Stammzelle wirken, wie die Marburger Forscher anhand moderner molekularer Forschungsergebnisse zeigen können. Drei Viertel der so Behandelten blieben während eines Beobachtungszeitraumes von bis zu vier Jahren ohne Rezidiv der gefürchteten Leukämie, ein Viertel erlitt Rückfälle, sprach aber auf die erneute Therapie mit Imatinib gut an.

»Forschungsergebnisse wie diese finden weltweite Beachtung, da direkt Patienten profitieren«, freut sich Neubauer. Die Suche nach den Genen, die eine Zelle zur Krebszelle machen, stehe zwar noch ziemlich am Anfang. Aber durch klar strukturierte molekularbiologische Forschung und mit Hilfe modernster Screening-Technik werde man künftig schneller vorankommen: »Von unseren Forschungsprojekten versprechen wir uns ein tieferes molekulares Verständnis der Resistenzvorgänge in Tumorzellen und Möglichkeiten zur Entwicklung neuer Therapien in der Zukunft.«

NETZ MIT EXPANSIONSDRANG

Professor Friedrich Grimminger hat sich immer wieder darüber geäußert: »Unsere deutschen Mediziner leisten Hervorragendes in der Grundlagenforschung. Wenn es aber darum geht, einen Wirkstoff vom Labor bis zur Medikamentenzulassung zu bringen, dann punkten immer wieder die Amerikaner.« Der Grund der geringen »wissenschaftlichen Wertschöpfung« hier zu Lande: »In der Wirksamkeitsprüfung neuer Medikamente kommen wir über Vorstudien in kleinen Patientengruppen kaum hinaus.«

Bei der Zulassung würden aber kleinere Stichproben nicht mehr akzeptiert: »Gefordert sind heute groß angelegte Studien.« Deswegen seien es immer wieder die großen Medizinenzentren in den USA mit ihren »Tausenden von Fällen, die in der Arzneimittelentwicklung die Tore machen«. Um auch deutschen Mediziner Torchancen zu eröffnen, setzt Grimminger voll und ganz auf Vernetzung regionaler Einzelkrankenhäuser zu einem Matrixzentrum.

Nachdem er zunächst gemeinsam mit seinem Kollegen Professor Ulf Sibelius das Interdisziplinär Onkologische Zentrum (IOZ) als Kooperationsplattform von internistischen, urologischen, gynäkologischen und chirurgischen Onkologen sowie von Strahlentherapeuten innerhalb des Gießener Klinikums aufgebaut hatte, wurde er von 2005 an auch außerhalb der Klinikmauern aktiv. Inzwischen hat sein trägerübergreifendes »Onkologisches Netzwerk Mittelhessen« längst die Grenzen dieser Region gesprengt.

Nach Kliniken und Praxen in Gießen und im benachbarten Lich sowie in der Lungenklinik Waldhof-Elgershausen haben sich auch Krankenhäuser im südlich angrenzenden Wetteraukreis (Friedberg, Bad Nauheim, Schotten, Gedern) und im noch südlicheren Hochtaunuskreis (Bad Homburg, Usingen) dem Netz angeschlossen. Mit dem Zentrum Integrierte Onkologie des Klinikums Offenbach schließlich hat Grimminger den unmittelbaren Dunstkreis der Frankfurter Universitätsklinik erreicht. Der Vorstoß gen Süden soll sich jetzt mit kleinem Kurswechsel fortsetzen: Die Kliniken Miltenberg-Erlenbach werden die ersten Maschen eines onkologisch-pneumologischen (Lungenkrebs-)Netzwerks innerhalb des RHÖN-KLINIKUM Konzerns sein.

An allen Standorten gibt es Tumorkonferenzen, die die Behandlungsempfehlungen für den einzelnen Patienten erarbeiten. In der Zusammenarbeit mit den beteiligten Kliniken gilt: Die Koordination aller Aktivitäten liegt bei Grimmingers 15-köpfigem Team. Oder, so der Team-Chef:

»Wir bilden ein Versorgungscluster mit geografisch zusammenhängender Struktur und zentraler Ausrichtung auf Gießen.« Dabei fungiert Grimminger in den meisten der angeschlossenen Kliniken als Leiter der Onkologie oder der onkologischen Pneumologie. Mit allen Pflichten: »Ich nehme in allen Häusern regelmäßig auch an den Visiten und vor allem an den interdisziplinären Tumorkonferenzen teil.«

Der Lohn solcher Arbeit: »Wir haben direkten Zugang zu allen Fällen. Und dank der Kooperation auch mit den niedergelassenen Fachärzten können wir die Entwicklung unserer Patienten über einen langen Zeitraum nach der Therapie verfolgen.« Dabei steht nicht mehr allein die Wirkung der Behandlung auf die Lebensdauer im Mittelpunkt: »Es geht zunehmend um die Lebensqualität, nicht nur um die Abwesenheit von Tumor«, sagt Grimminger. »Wir beobachten auch die psychischen Auswirkungen der Therapie, zum Beispiel den Grad an Lebensfreude, die der Patient dadurch gewinnt, dass er dank qualifizierter ambulanter Behandlung einen größeren Teil seiner Zeit zu Hause verbringen kann.«

Die Verbindung der großen Universitätsklinik mit der breit angelegten externen Matrix von stationärer und ambulanter Versorgung mache es auch in Deutschland möglich, Therapieanwendungsstudien mit großen Fallzahlen auf der Grundlage zuverlässiger Daten durchzuführen. »Darin besteht ein wichtiger Teil der medizinischen Wissenschaft der Zukunft«, postuliert Grimminger. »Wir können künftig Fragen beantworten, auf die wir in Deutschland mangels Fallzahlen bisher keine verlässliche Antwort geben konnten, Fragen zum Beispiel nach der Dosierung, dem Zeitpunkt, der Reihenfolge oder der Kombination von Medikamentengaben. Gerade in der Tumormedizin, mit ihrer rasanten Innovationsgeschwindigkeit, dürfen Patienten in Deutschland nicht die Letzten sein, die von einer neuen Therapie profitieren.«

Immerhin behandelt das Cluster rund ein Viertel der jährlich 4.200 neu erkrankten Lungenkrebspatienten in Hessen. Auch beim Brustkrebs kommt der Verbund auf beachtliche 1.300 Patientinnen – im Gießener Klinikum allein wären es nur 140. Die hohen Fallzahlen haben auch eine Außenwirkung. »Sie erregen die Aufmerksamkeit der Zuweiser – sogar aus dem Ausland. Denn die Sichtbarkeit des Clusters durch Größe wird, nicht ganz zu Unrecht, auch mit Qualität assoziiert«, stellt Grimminger fest. Die verschiedenen Einrichtungen der Forschungsförderung von der hessischen Landesoffensive LOEWE über das Deutsche Zentrum für Lungenforschung bis hin zur Bundesexzellenzinitiative hätten ebenfalls auf solche Sichtbarkeit reagiert.



Karolin Ruge, Marburg

» Marburg ist ein wunderbares Studentenstädtchen mit einem hohen Anteil von Studierenden, insgesamt eine sehr junge gemütliche Stadt mit Nähe zu größeren Städten wie Frankfurt und Kassel. Das Medizinstudium ist ein langes, aber sehr praktisches Studium. Hätte ich die Wahl, würde ich es immer wieder studieren. «



Lena Hunka, Marburg

» Medizin ist facettenreich. Man kann später in vielen verschiedenen Bereichen tätig werden und hat zudem die Möglichkeit, im Ausland zu arbeiten. «

Als Netzknüpfer betätigen sich die Gießener auch auf der Forschungsebene. Ein schönes Beispiel ist das wissenschaftliche Exzellenzcluster für Herz- und Lungenforschung, an dem neben den Universitäten Gießen und Frankfurt das Bad Nauheimer Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung beteiligt ist. Mit eingebunden ist die Kerkhoff-Klinik in Bad Nauheim, sozusagen als Fachversorger auf hohem Niveau für Herz- und Lungenkrankheiten. Hier ist Grimlinger ebenfalls Chef der onkologischen Pneumologie.

Nicht zuletzt legt der umtriebige Mediziner Wert auf internationale Kontakte. An der Universität von Kent ist er Ehrenprofessor, zu den Kollegen am Londoner King's College Hospital sowie an den Universitäten von Texas und von New York hält er enge Verbindungen. Schließlich ist er noch Mitgründer und »Executive Fellow« des PVRI, des Pulmonary Vascular Research Institute, eines globalen Zusammenschlusses führender Forschungsstätten. Sein Ziel ist es, Lungenkranken in den Schwellenländern und der Dritten Welt innovative Medikamente ebenfalls zugänglich zu machen.

KOOPERATION IST TRUMPF

Professor Uwe Wagner ist passionierter Netzwerker. Schon seit mehr als drei Jahren hat sich der Direktor der Klinik für Gynäkologie, Gynäkologische Endokrinologie und Onkologie am Standort Marburg des Universitätsklinikums Gießen und Marburg auch in den Verbund der RHÖN-KLINIKUM AG aktiv eingeklinkt. Auf seiner gynäkologisch-onkologischen Plattform bietet er den Konzernkliniken die Möglichkeit, ihre Patientinnen vorzustellen und individuelle Behandlungsempfehlungen von einem interdisziplinären Expertenteam entwickeln zu lassen.

Zwölf der rund 30 Konzernkrankenhäuser mit gynäkologischen Abteilungen sind dem Netz fest angeschlossen, überwiegend mittlere und kleinere Häuser. Sie haben die Möglichkeit, alle ihre gynäkologisch-onkologischen Fälle einem breiteren Expertenkreis auf der Plattform vorzustellen. Davon machen sie reichlich Gebrauch. Fast 900 Krebspatienten haben die Marburger Onkologen in den vergangenen zwei Jahren gemeinsam mit ihren Kollegen begutachtet und Therapieempfehlungen für sie entwickelt.

Bei sehr schwierigen Operationen leisten Marburger Spezialisten Hilfestellung auch direkt vor Ort, im Operationssaal beispielsweise im Krankenhaus Friedrichroda. Solche Außeneinsätze sind etwa zehn Mal im Jahr nötig. Und wenn die lokalen Möglichkeiten, etwa die technischen

Mittel, nicht ausreichen, dann kann eine OP auch in Marburg vorgenommen und die Patientin zur Weiterbehandlung in ihr Stammkrankenhaus zurückgeführt werden. Die Gynäkologie in Marburg hält zum Beispiel ein noch wenig verbreitetes Gerät zur direkten Bestrahlung von Mammakarzinomen (Brustkrebs) während der OP bereit, mit dem sich die Schädigung des umgebenden Gewebes und die Gesamtzeit der Strahlenbehandlung deutlich reduzieren lassen.

»Durch diese Vernetzung gelingt es uns, auch Patientinnen in regionalen Kliniken Zugang zu innovativen Therapiekonzepten zu verschaffen, Forschungsergebnisse also schneller als bisher in die Fläche zu tragen«, betont Wagner. »Davon profitieren alle Beteiligten: Die Patientinnen bekommen modernste Medizin nach den aktuellsten Standards, die Krankenhäuser dank besserer Ergebnisse höhere Patientenzahlen und wir eine breitere Basis für die Beobachtung der Behandlungserfolge.«

Über die unmittelbare Kooperation hinaus kümmern sich die Uni-Mediziner auch um die Fortbildung ihrer Kollegen. Chefärzte der angeschlossenen Kliniken hospitieren regelmäßig bei Operationen in Marburg. Und: »Alle ein bis zwei Jahre veranstalten wir im Rahmen der RHÖN-KLINIKUM Qualitätszirkel Workshops für die Ärzte der rund 30 gynäkologischen Kliniken, die es innerhalb des Konzerns gibt«, berichtet Wagner.

Seine Leidenschaft fürs Netzwerken kommt nicht von ungefähr. Den Nutzen kooperativer Konzepte hat er seit etlichen Jahren und schon vor der Privatisierung in der eigenen Region erfahren. Bereits seit 2003 ist das Marburger »Brustzentrum Regio«, heute unter Leitung von Professor Ute Albert, zertifiziert nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie (Lehre von der weiblichen Brust). Zum Netz des Brustzentrums gehören sechs Krankenhäuser, sechs Rehakliniken, 73 gynäkologische Praxen, eine der größten deutschen Mammographie-Screening-Einheiten, Physio- und Psychotherapeuten sowie Selbsthilfegruppen. Seit 2010 gehört auch das zertifizierte Gynäkologische Krebszentrum zu diesem Netzwerk.

Jährlich rund 400 Neuerkrankungen an Brustkrebs und 200 neue Genitalkarzinome diagnostiziert und behandelt das Brustzentrum. Dabei ist interdisziplinäre Arbeit Prinzip. An den wöchentlichen Tumorkonferenzen beteiligen sich neben den Medizinerinnen der externen Kliniken und Praxen die Gynäkologen und Gynäkoonkologen der Uni, Hämatonkologen, Radiologen, Strahlentherapeuten und Psychoonkologen. »Nur der Verbund dieser und bei Be-

darf weiterer Kompetenzen stellt sicher, dass unsere Patientinnen eine optimale Therapie erhalten«, postuliert Wagner. »Die Krankheit Krebs erfordert Erfahrungen auf vielen Fachgebieten.«

Die Zusammenarbeit im System Brustzentrum ist von Pragmatismus geprägt. So wäre das DRK-Krankenhaus Biedenkopf als Standort ohne Intensivstation gefährdet gewesen. Das Universitätsklinikum Gießen und Marburg sprang ein, installierte und betreibt heute die Intensivstation. Darüber hinaus war wegen Mangel an Fachärzten die geburtshilfliche Abteilung von der Schließung bedroht. Das Universitätsklinikum Gießen und Marburg baute hier eine Kooperation auf und entsendet zwei Fachärzte, die vor Ort die Versorgung unterstützen. Im Gegenzug werden komplexe, meist onkologische Eingriffe in Marburg vorgenommen, die Nachsorge erfolgt fachkundig im DRK-Krankenhaus, und die für die Bevölkerung emotional so wichtige Geburtsstation bleibt vor Ort erhalten.

Pragmatisch geht es auch im Kontakt mit den niedergelassenen Gynäkologen zu. Beispielsweise operieren die OP-Ärzte von zwei Großpraxen aus dem Umland in der Marburger Klinik, aber nicht, wie andernorts zumeist üblich, als Belegärzte. Sie sind für diesen Teil ihrer Arbeit auf 400-Euro-Basis bei der Uniklinik angestellt. »Auf dieser Grundlage sind die Patientinnen Patientinnen des Klinikums, und für die OP wie für die Nachsorge steht der gesamte Apparat der Universitäts-onkologie zur Verfügung«, beschreibt Wagner den Nutzen des Integrationsmodells.

Ihre Erfahrungen bringen die Marburger auch in die S3-Leitlinien des Programms der Deutschen Krebsgesellschaft und der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie ein. Diese Kompendien sind Arbeitsgrundlage für alle einschlägigen Mediziner in Deutschland. Sie geben Vorgehensempfehlungen für alle einzelnen Etappen der Krebsbekämpfung von der Früherkennung über die Diagnostik bis zur Therapie. An einer ganzen Reihe wichtiger Leitlinien waren und sind Wagner und seine Kollegin Albert maßgeblich beteiligt.

NEUE BÄNDER FÜRS BECKEN

»Wir wollen die Probleme, die im Becken auftauchen, umfassend angehen«, fasst Professor Florian Wagenlehner, Leitender Oberarzt der Gießener Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie, die Ziele des überregionalen interdisziplinären Beckenbodenzentrums Mittelhessen zusammen. Der Name ist Programm. 2008 ins Leben gerufen, umfasst das Zentrum neben der Urologie



Martin Fries, Marburg

»Voraussichtlich möchte ich 2014, wenn ich fertig bin, an einer Uni bleiben und mich in der Lehre engagieren. Die Rolle des Hochschuldozenten gefällt mir ziemlich gut: So kann ich Lehre mit Krankenversorgung verbinden.«



Kaya Elstermann von Elster, Marburg

»Das Studium bringt Gewissheit, dass am Ende des Studiums ein Beruf mit vielen Möglichkeiten steht. Weiterhin ist es ein kommunikativer Beruf, da man viel mit Menschen zusammen ist. Es ist ein Beruf, mit dem man Menschen helfen und Dinge verändern kann (Entwicklungsarbeit). Außerdem ist es zum Teil auch ein handwerklicher Beruf (Chirurgie).«

die Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie, das Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Radiologie, das Enddarmzentrum Mittelhessen im benachbarten Pohlheim und die Osteopathen einer physiotherapeutischen Praxis in Marburg.

Im Fokus des Zentrums stehen die drei Hauptorgane des Beckenbodens – Harnblase, Genitalorgane und Enddarm. Die häufigsten Beschwerden der überwiegend weiblichen Patienten sind Inkontinenzen von Blase und Darm, unbestimmte Schmerzen im Beckenbereich sowie Gebärmutter- und Blasenvorfälle. Die Krankheitsbilder werden von den Spezialisten der jeweils betroffenen Fachrichtungen interdisziplinär besprochen, um zu gemeinsamen Therapieempfehlungen und einer abgestimmten, möglicherweise gemeinsamen Behandlung zu kommen.

»Oft entwickelt sich daraus eine mehrstufige Therapie«, beschreibt Wagenlehner das Vorgehen. Von der Beckenbodenaktivierung mit Unterstützung von Krankengymnasten und Osteopathen über eine Lebensstil-, Diät- und Sexualberatung und medikamentöse Behandlungen bis hin zur Elektrostimulation zum Training der geschwächten Muskulatur gibt es ein breites Spektrum konservativer Maßnahmen. Einen Schritt weiter geht der »Blasenschrittmacher« – im Fachjargon die »sakrale Nervenstimulation« –, ein elektronischer Impulsgeber für die Schließmuskulatur, der implantiert wird. »Einer Überfunktion der Blasenerven können wir auch mit einer Botox-Injektion begegnen«, sagt Wagenlehner. »Operiert wird jedenfalls erst dann, wenn die konservativen Möglichkeiten sinnvoll ausgeschöpft sind.«

In einigen Fällen kann die Operation aber schon der erste Schritt sein. Zum Beispiel, wenn sich herausstellt, dass erschlaffte Bänder im Beckenraum, häufig die Folge von Geburten, Gebärmutterentfernungen oder anderen Eingriffen, die Ursache von Blasen- oder Gebärmuttervorfällen sind. Die Gießener Urologen haben, zusammen mit dem Urheber der Integraltheorie Professor Petros aus Australien, eine eigene Methode entwickelt, diese Bänder durch Fremdmaterial zu rekonstruieren. Anstelle der nicht mehr funktionierenden Bänder setzen sie »maßgeschneiderte«, körperverträgliche Kunststoffbänder aus makroporösem Polypropylen ein, die die Organe wieder voll stützen und später von körpereigenem Gewebe umschlossen werden.

»Abgesehen davon, dass diese Operation das Problem nachhaltig löst, hat sie für die Patientin noch einen großen Vorteil: Wir führen sie minimalinvasiv von der Scheide aus durch, vermeiden also die Belastung einer großen

OP«, unterstreicht Wagenlehner. Immer häufiger stünden die Urologen gemeinsam mit ihren Kollegen aus der Gynäkologie und der Chirurgie auch am OP-Tisch: »Der interdisziplinäre Ansatz endet heute längst nicht mehr bei der Diagnose.« Dass das kooperative Konzept des Beckenbodenzentrums den Patientinnen viele Vorteile bietet, ist den einweisenden Ärzten nicht verborgen geblieben – steigende Patientenzahlen auch in diesem Bereich der nach außen offenen Universitätsmedizin beweisen es.

»DER PATIENT SOLL NICHT MEHR WIEDERKOMMEN«

Eines der wichtigsten Hilfsaggregate des Herzchirurgen ist die Herz-Lungen-Maschine. Für die Dauer einer Operation ermöglicht sie es, die Aufgaben beider Organe außerhalb des Körpers wahrzunehmen: Blut durch den Kreislauf zu pumpen, es mit Sauerstoff anzureichern und vom Kohlendioxid zu befreien. 1953 wurde eine Herz-Lungen-Maschine in den USA erstmals eingesetzt. Nach erheblichen Verbesserungen in den Folgejahren kam die komplexe Apparatur dann auch nach Deutschland: Am 18. Februar 1958 operierte der prominente Herzchirurg Rudolf Zenker am Marburger Universitätsklinikum eine 29-jährige Patientin als eine der Ersten hier zu Lande mit maschineller Unterstützung.

Bis heute ist die Herz-Lungen-Maschine (HLM) bei großen Herzoperationen unentbehrlich. Jährlich rund 95.000 OPs werden allein in Deutschland mit ihrer Hilfe durchgeführt. »Mit einer Mortalitätsrate zwischen 1 und 3 Prozent ist diese Art der Operation am offenen Herzen ausgesprochen sicher«, konstatiert Professor Andreas Böning, Direktor der Gießener Klinik für Herz-, Kinderherz- und Gefäßchirurgie.

Minimalinvasive Eingriffe hätten zwar – je nach Zustand und spezieller Krankheitssituation des Patienten – durchaus ihre Berechtigung. Doch: »Wir sind in der Lage, Langzeitperspektiven zu schaffen. Die wollen wir nicht der Minimalinvasivität opfern. Wir wollen einmal operieren, und der Patient soll nicht mehr wiederkommen«, fordert Böning. Um die Herz-Lungen-Maschine noch sicherer zu machen und ihre Nebenwirkungen weiter zu reduzieren, haben sich die Gießener Herzspezialisten darangemacht, selbst nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen.

Dabei gingen sie von der in Fachkreisen diskutierten Vermutung aus, dass es einen Zusammenhang zwischen der Größe der inneren Maschinenflächen und den gelegentlichen Komplikationen nach Eingriffen geben könnte. In etwas weniger als einem Drittel der Fälle kommt es nach

HLM-Operationen unter anderem zu entzündungsähnlichen Immunreaktionen, Herzrhythmus- oder Durchblutungsstörungen. Ziel war es also, die vom Organismus anscheinend als Fremdkörper erkannten Kontaktflächen zum durchströmenden Blut deutlich zu verringern – bei der konventionellen Maschine lagen sie bei rund drei Quadratmetern.

Auf der Suche nach einem neuen Konzept probierten Chef-Kardiotechniker Johannes Gehron und seine Mitarbeiter vieles aus. Sie setzten die verschiedensten von der Industrie angebotenen Teile in neuen Kombinationen ein, verkürzten die Schläuche, die allein schon ein Gutteil der Gesamtfläche ausmachen, und versuchten, Teile ganz wegzulassen. Was am Ende herauskam, war eine sichtlich kleinere Maschine mit Innenflächen, die um 20 bis 30 Prozent geringer ausfielen als bisher.

Ein erwünschter Nebeneffekt: Dank des geringeren Schlauchvolumens sank auch der Bedarf an Fremdlösung, mit der die Schläuche vor dem Start der Maschine gefüllt werden müssen. Statt 1,3 bis 1,5 Liter sind nun nur noch 0,7 bis 0,8 Liter dieser Flüssigkeit nötig – entsprechend geringer fällt die Verdünnung des Bluts in der Maschine aus. Damit wiederum sinkt das Risiko, Bluttransfusionen vornehmen zu müssen, die zu Durchblutungsstörungen beitragen können. »Weniger Fremdblut, nur noch 10 statt bisher 30 Prozent Herzrhythmusstörungen und kürzere Verweildauern in der Intensivstation«, zählt Böning die Vorteile der »Mini-HLM« auf.

War der Therapiebereich der verkleinerten Maschine zunächst auf Bypass- und Aortenklappenoperationen begrenzt, so haben die Gießener in Zusammenarbeit mit der Industrie inzwischen eine zweite, modulare Version entwickelt. »In dieser Herz-Lungen-Maschine können wir im laufenden Betrieb jetzt auch Module zuschalten und damit vom Minibetrieb auf maximale Leistung umschalten«, erklärt Gehron. »Interessant ist für uns natürlich auch, dass diese Maschine einer maximalen Flexibilität in der Folge sogar günstiger ist als bisher erhältliche Materialien.«

Mit dieser Weiterentwicklung ist nach Ansicht des Kardiotechnikers das Ende der Fahnenstange längst nicht erreicht. Gute Möglichkeiten sieht er in einer noch höheren Integration der Bauteile, aber auch in der Veredelung der Innenflächen: »Vielversprechend ist beispielsweise die Innenbeschichtung der Schläuche mit Wirkstoffen. Denkbar wäre auf diesem Weg auch eine pharmakologische Beeinflussung des Immunsystems.«



Kristin Pille, Marburg

» Ich denke, dass die Medizin in manchen Bereichen nicht nur ein Beruf, sondern auch eine Lebensaufgabe ist, vor allem in der Onkologie bzw. Sterbebegleitung. Man kann Dinge verändern und ist sich am Ende des Studiums sicher, nicht beim Arbeitsamt zu landen! «



Jan Ahlmeyer, Marburg

» Als niedergelassener Arzt möchte ich mein eigener Chef sein. «

Dass die Fortentwicklung der Herz-Lungen-Maschine wieder in Gang gekommen ist, sei nicht zuletzt dem tieferen Verständnis über die Auswirkungen des operativen Eingriffs im Zusammenhang mit der Maschine zu danken: »Nachdem wir zunächst dachten, dass die HLM den entscheidenden Einfluss auf das Immunsystem hat, wissen wir nun, dass der operative Eingriff eine viel größere Rolle bei diesen Prozessen spielt.«

Die höhere Leistungsfähigkeit der Gießener Herzchirurgie schlägt sich inzwischen auch in steigenden Patientenzahlen nieder. Hatte die Klinik 2006, im Jahr der Übernahme des Universitätsklinikums Gießen und Marburg durch den RHÖN-KLINIKUM Konzern, rund 800 Herzoperationen (einschließlich der Kinderherzchirurgie) durchgeführt, so waren es 2010 bereits 1.000, also ein Viertel mehr.

»AKZEPTIEREN, DASS DAS LEBEN ENDLICH IST«

»Palliativmedizin ist viel Kommunikation – mit den Patienten und ihren Angehörigen, mit Hausärzten und Diensten«, sagt Professor Dr. Ulf Sibelius, stellvertretender Direktor der Klinik für Internistische Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin. Weil er ein großes Vakuum in der Behandlung austherapierter Krebspatienten gefühlt und gesehen hatte, gründete der Onkologe 2005/06 eine kleine Palliativstation innerhalb der Klinik »als Anschlusstherapie an die Onkologie«. Seine Motivation ist bis heute unverändert: »Die Palliativbetreuung hat das Ziel, dem Patienten eine möglichst hohe Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und Selbständigkeit zu erhalten, wenn keine Heilung mehr möglich ist.«

Nachdem er mit Kollegen und Freunden im Juni 2006 den Förderverein »Palliativ Pro« gegründet hatte, entwickelte das Projekt eine beeindruckende Dynamik. Die Betreuung der moribunden Patienten beschränkte sich bald nicht mehr auf die Klinik, sondern wurde in ambulanter Form aufs Umland ausgeweitet. So war der Boden bereitet, als im Sozialgesetzbuch 2007 das Anrecht Schwerstkranker auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) festgeschrieben wurde. Mitte 2007 schloss das Universitätsklinikum Gießen und Marburg mit zahlreichen der großen gesetzlichen Krankenkassen Verträge über die integrierte Versorgung von Menschen in palliativer Situation im Umkreis von 50 Kilometern ab.

Heute stellen zwölf Mitarbeiter die Dienstbereitschaft an sieben Tagen in der Woche rund um die Uhr sicher. Vier Fahrzeuge, vom Förderverein finanziert, sorgen für ausreichende Mobilität. Wer Patientenkontakt hat, benötigt,

gleich, ob Pfleger oder Arzt, eine palliative Zusatzausbildung. »In diesem Stadium steht nicht mehr die Krankheit im Fokus, sondern die Symptombewehrung und die Psyche des Patienten und seiner Angehörigen. Wir müssen beiden helfen zu akzeptieren, dass das Leben endlich ist«, beschreibt Sibelius den Wandel der Anforderungen. »Und wir müssen eine hohe Qualität der Betreuung ebenso bieten wie eine große emotionale Intensität.«

Rund 250 Patienten hat der Palliativdienst 2010 betreut, zumeist für drei bis vier Monate. Etwa 80 Prozent von ihnen konnten zu Hause sterben. Auch das ist ein Ziel: »Wir wollen dem unheilbar Erkrankten ein selbstbestimmtes Leben erhalten, seine qualitativ hochwertige Versorgung zu Hause sicherstellen und auf Krankenhauseinweisungen möglichst verzichten«, so Sibelius. Im Durchschnitt haben seine Mitarbeiter zu jedem Patienten täglich einen Kontakt. Dabei versuchen die Betreuer zunehmend, aktiv auf die Patienten und ihre Angehörigen zuzugehen, beispielsweise durch Anrufe beim Patienten.

In der Bevölkerung hat die Arbeit von Klinik und Förderverein eine hohe Akzeptanz gefunden. Aber auch mit den Hausärzten, die das Projekt anfangs als Konkurrenz empfanden und rigoros ablehnten, hat sich inzwischen eine sehr freundschaftliche Zusammenarbeit entwickelt, »unter anderem wohl auch wegen der sehr teuren Schmerzmittel, die wir in der Palliativmedizin einsetzen und die das Praxisbudget nun nicht mehr belasten«, vermutet Sibelius und fügt gleich hinzu, dass viele Ärzte auch die psychische Entlastung zu schätzen wüssten. Interessierten Hausärzten bietet die Gießener Klinik aber auch Kurse in Palliativmedizin.

Seine Palliativstation möchte er nicht in das neue, hochmoderne Klinikgebäude des Universitätsklinikums Gießen und Marburg am Standort Gießen umziehen lassen. »Das ist für diesen Patientenkreis ein bisschen zu kühl«, fürchtet er. Stattdessen hofft er, einen der gemütlichen Altbauten auf dem Klinikgelände für seine Schützlinge einrichten zu können. In der fernerer Zukunft sieht er neue Aufgaben auf die Palliativmediziner zukommen, allein aufgrund des immer höheren Alters, das die Senioren erreichen: »Sehr alte Menschen haben oft ähnliche Schmerzen wie onkologische Patienten im Endstadium. Auch sie werden künftig eine intensivere Betreuung benötigen.«

KINDER, KINDER

Kinder spielen am Universitätsklinikum Gießen und Marburg eine wichtige Rolle. Neben der allgemeinen Pädiat-

rie, der Kinder- und Jugendmedizin, sind es in Marburg unter anderem die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Kinderchirurgie oder die Kinderurologie, die die Belange der jungen und jüngsten Patienten wahrnehmen. In Gießen betreuen Vorgeburtswissenschaftler, Kinderkardiologen und -herzchirurgen sowie – wie auch in Marburg – die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen dieselbe Zielgruppe.

VORSORGE FÜR UNGEBORENE

Professor Roland Axt-Fliedner ist mit der Situation unzufrieden: »Nur 15 bis 18 Prozent der angeborenen Herzfehler werden heute vor der Geburt entdeckt. Bei anderen Fehlbildungen, etwa im urogenitalen Bereich oder im Magen-Darm-Trakt, sieht es auch nicht viel besser aus.« Axt-Fliedner kümmert sich um die Allerjüngsten, die Ungeborenen. 5.000 Patientinnen hat seine Abteilung für Pränatalmedizin und gynäkologische Sonographie 2010 untersucht, etwa vier Mal so viele wie vor zwei Jahren. Dabei haben er und sein kleines Team in den letzten 24 Monaten 120 Herzfehlbildungen entdeckt, davon gut ein Viertelhundert »hypoplastische Linksherzen«, Unterentwicklungen der linken Herzhälfte, die die angemessene Durchblutung des Körpers behindern können.

Die unbefriedigende Situation der Pränataldiagnostik (vorgeburtliche Diagnostik) ist für den jungen Professor ein Systemfehler: »Der Gesetzgeber hat das Recht auf das Ungeborenen-Screening festgelegt, und die Krankenkassen dotieren es vergleichsweise gut. Aber sie stellen nur geringe Qualitätsanforderungen.« Weder die technische Ausstattung noch die spezielle Qualifizierung vieler niedergelassener Gynäkologen reichen aus, um zu befriedigenden Ergebnissen zu kommen.

Die Gießener bieten regelmäßig Kurse für die Berufskollegen an, und: »Die kommen aus ganz Deutschland«, freut sich Axt-Fliedner, obwohl die eigenen Zahlen gar nicht genügen können, die Kompetenzdefizite in der Breite auszugleichen. Doch an Fortbildungskapazitäten mangelt es. Noch seien die Spezialisten für pränatale Diagnostik im Lande insgesamt recht dünn gesät. Rund drei Dutzend zählt der Gießener Vertreter dieser Zunft, davon »keine zehn« an Universitäten.

Zur Qualifizierung muss natürlich noch eine ausreichende Technik kommen. Mittel der Wahl sind in erster Linie Ultraschallgeräte, die eine für Mutter und Kind völlig unschädliche Diagnose erlauben. Die Gießener arbeiten mit speziellen, hochauflösenden Sonden, die noch präzisere Ergebnisse liefern als herkömmliche Ultraschallgeräte. »Damit erzielen wir mit weniger Untersuchungen der



Thomas Weikert, Marburg

»Die Verknüpfung von Beruf und Privatleben stellt mich mir schwierig vor. Die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Privatleben ist für mich eines der zentralen Themen, auch im Hinblick auf die Familienplanung.«



Patricia Gehrman, Marburg

»Ich studiere Medizin, weil es mich schon immer fasziniert und man immer die Möglichkeit hat, sich weiterzubilden. Außerdem möchte ich auch gerne im Ausland bei „Ärzte ohne Grenzen“ arbeiten.«

einzelnen Patientin höhere Entdeckungsraten«, erläutert Axt-Fliedner.

Im Einzugsgebiet der Klinik hat sich das offenbar schon herumgesprochen. »Wir verzeichnen im Augenblick beachtliche Steigerungen der Fallzahlen, auch in der Geburtshilfe«, berichtet der Professor. Und bedauert zugleich: »Leider bekommen wir zumeist nur Fälle, bei denen niedergelassene Gynäkologen zumindest einen Anfangsverdacht haben. Besser wäre es, wir könnten unsere diagnostische Leistung allen Frauen anbieten.«

Die meisten Fehlbildungen, die Axt-Fliedner und seine Kollegen erkennen, werden in Gießen umgehend mit den Vertretern der anderen betroffenen Disziplinen diskutiert, um ein möglichst schnelles Eingreifen nach – oder sogar vor – der Geburt sicherzustellen. Hierbei besteht eine sehr enge Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentrum für Fetalchirurgie unter der Leitung von Herrn Professor Kohl. Diese Kombination vorgeburtlicher Expertise ist in Deutschland einzigartig. Je nach Problemstellung beteiligen sich die Pränatalchirurgie, die eine spezielle Fehlbildung (Spina bifida – offener Rücken) bereits im Mutterleib »repariert«, die Kinderchirurgie oder die Neurochirurgie. Besonders häufig gefragt sind die Kinderherzspezialisten.

HERZCHEN IN WALNUSSEGRÖSSE

Denn Herzfehler sind die häufigste angeborene Fehlbildung. Eins von 100 Kindern kommt damit auf die Welt. In Gießen sind diese kleinen Patienten gut aufgehoben. Denn die dortige Kinderkardiologie bildet gemeinsam mit der Kinderherzchirurgie, Kliniken aus der Region und niedergelassenen Fachärzten eines der fünf größten Kinderherzzentren in Deutschland. Ende 2009 besiegelte es auch noch die Zusammenarbeit mit der Kinderkardiologie der Frankfurter Universitätsklinik im überregionalen Hessischen Kinderherzzentrum.

Eine besondere Stellung haben die Gießener bei Transplantationen. Mit jährlich fünf bis zehn Operationen sind sie das größte deutsche Kinderherz-Transplantationszentrum – die kleinen Patienten kommen aus der ganzen Bundesrepublik und sogar aus dem Ausland. Jedes zweite der transplantationsbedürftigen Kinder ist jünger als ein Jahr, und seine Aussichten stehen gut: »Zurzeit überleben ca. 90 Prozent die Operation und die Zeit danach«, sagt Privatdozent Dr. Jürgen Bauer, der stellvertretende Leiter der Abteilung Kinderkardiologie. Und Professor Andreas Böning, Direktor der Klinik für Herz-, Kinderherz- und Gefäßchirurgie assistiert: »Transplantationen laufen bei Kindern

viel besser als bei Erwachsenen. Wenn ein Kind sich erholt, dann ist es wirklich fit.«

Die Transplantation bietet einen Ausweg auch für jene Neugeborenen mit Linksherzhypoplasie, die Professor Axt-Fliehdner schon im Mutterleib entdeckt. Das Problem: Spenderherzen stehen nicht in ausreichender Menge zur Verfügung, und das Hypoplasiesyndrom bedeutete früher noch den sicheren Tod des Neugeborenen. Der Gießener Chef-Kinderkardiologe Professor Dietmar Schranz entwickelte, ausgehend von dem Vorgängerkonzept der Norwood-Operation, eine Behandlungsmethode, die Chirurgie und Kardiologie in sich vereint: die international so bezeichnete »Gießen Procedure«.

Zu ihrer Erklärung noch ein kurzer Blick auf die Details der Linksherzhypoplasie. Im Mutterleib kommt sie noch nicht zum Tragen – dort versorgt die rechte Herzkammer den Körperkreislauf. Nach der Geburt besteht aber die Gefahr, dass sich die Verbindung zwischen der Aorta und der Lungenschlagader zur Umgehung der Lunge, der sogenannte Ductus Botalli, schnell verschließt. Damit würde der Körperkreislauf blockiert – nur die Lunge würde dann noch ausreichend durchblutet.

Um diesem Risiko zu begegnen, gehen die Gießener in zwei Schritten vor. Zuerst verengen sie die Lungenschlagader beiderseits mit zwei Bändchen, um die »Überversorgung« der Lunge zu reduzieren – der chirurgische Eingriff. Dann kommt die Kardiologie zum Zuge: Der Ductus Botalli wird mit einem Stent aufgeweitet. Damit ist der Körperkreislauf fürs Erste gesichert. In einer zweiten und dritten Operation werden dann der Ductus verschlossen, der Aortenbogen erweitert und schließlich die Hohlvene an die Lungenschlagader angeschlossen. All das geschieht an einem Herzchen, das kaum größer ist als die Faust des Kindes ...

»Mit dieser Eingriffsfolge sichern wir 80 bis 85 Prozent der Neugeborenen das mittelfristige Überleben«, nennt Privatdozent Bauer die Erfolgsquote. Sie liege signifikant höher als die der Vorgängerprozedur von Norwood, der den Doppelschlag des ersten Eingriffs noch auf zwei Operationen verteilt hatte.

Die Hypoplasiebehandlung ist nur ein Beispiel für die Anstrengungen der Kinderherzspezialisten, Neugeborenen ins Leben zu helfen. Sie arbeiten an weiteren Methoden, schwache Linksherzen zu stärken, erwägen Möglichkeiten der Stammzellentherapie zur Behandlung von Herzkrankheiten und setzen vermehrt Technik (Kernspintomogra-

phen) ein, um den kleinsten Patienten belastende Katheteruntersuchungen zu ersparen.

FRÜHE KORREKTUREN ERSPAREN LEIDEN

Fehlbildungen aus dem Formenkreis der Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten gehören zu den relativ häufigen Fehlbildungen. Etwa eines von 400 bis 500 Kindern kommt damit zur Welt. Als Ursache wird neben der Zufallskomponente – ähnlich wie bei Fehlbildungen des offenen Rückens oder im Urogenitaltrakt – ein Folsäuremangel während der Frühschwangerschaft diskutiert. Neben der ästhetischen Beeinträchtigung durch eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte gilt es, Einschränkungen des Hörvermögens, des Oberkieferwachstums, der Zahnstellungen und der Nasenatmung zu vermeiden. Deswegen werden die kleinen Patienten in aller Regel nach einem interdisziplinär abgestimmten Konzept behandelt.

Die Gießener Chirurgen, in der Regel als Ärzte und Zahnmediziner ausgebildet, vermeiden einen Teil der Probleme durch eine aus den USA importierte neue Behandlungsmethode: das »Naso-Alveolar Molding« (NAM). Wie schon bisher beginnt die Therapie bereits kurz nach der Geburt mit dem Einsetzen einer Gaumenplatte, die per Abdruck dem vorhandenen Gaumen nachgeformt ist. Sie trennt den Mund- vom Nasenraum und erleichtert sowohl das Atmen als auch das Trinken, und sie hält die Zunge aus der Gaumenspalte heraus. Außerdem hilft sie, das natürliche Wachstum zu nutzen, um die Kiefer- und Gaumenspalte zu verkleinern.

Nur teilweise genutzt wurde bei der konventionellen Behandlung die besondere Formbarkeit von Knochen, Knorpeln, Muskeln und anderem Gewebe in den ersten Lebensmonaten. Das Naso-Alveolar Molding setzt diese Fähigkeit des Körpers zusätzlich ein, um die Nasenform etwa vom dritten Lebensmonat an, also vor der ersten Operation, zu korrigieren. Zu diesem Zweck wird die Gaumenplatte vorne um einen aufwärts gerichteten weichen Kunststoffausleger ergänzt, der auf einer Feder montiert ist. Dieser Ausleger übt sanften Druck auf Nasenflügel und Nasenspitze aus und richtet so den Nasensteg auf – die einseitig verzogene Nase gewinnt an Symmetrie. Gleichzeitig setzen die Chirurgen Haftstreifen ein, um die Lippenspalte zu verkleinern.

Im Alter von etwa sechs Monaten wird die erste Operation zum Verschluss der Spalte durchgeführt. An ihr wirken zusätzlich die Hals-Nasen-Ohren-Ärzte mit. Durch einen kleinen Schnitt im Trommelfell entfernen sie den zumeist ent-



Christine Franz, Marburg

» Ich studiere Medizin, weil dieser Studiengang beruflich viele Möglichkeiten bietet (verschiedenste Fachrichtungen, Pharma, Forschung), man ständig in Kontakt mit Menschen ist und sich durch das Studium die Möglichkeit bietet, Menschen zu helfen. «



A. Christine Dorschel, Marburg

» Da ich mich insbesondere für die Chirurgie interessiere, habe ich als Ziel, auch wirklich in diesem Bereich tätig zu werden. «

standenen Mittelohrerguss. Dadurch verbessert sich das Hörvermögen deutlich und der frühkindliche Spracherwerb wird ebenfalls erleichtert.

EINE PUMPE FÜR DIE »PUMPE«

Wenn alle Möglichkeiten zur Behandlung einer Herzschwäche ausgeschöpft waren, gab es bisher nur einen Ausweg: die Herztransplantation. Doch: »Inzwischen ist die Technik der Herzunterstützung so weit gediehen, dass wir implantierbare Pumpen sogar längerfristig einsetzen können«, berichtet Professor Rainer Moosdorf, Direktor der Marburger Klinik für Herzchirurgie. »Der Patient kann mit einem solchen Implantat zu Hause leben, und das mit einem beachtlichen Grad an Mobilität.« Zumindest Spazier- oder Einkaufsgänge sind möglich. Ein Akkusatz von der Größe einer Fototasche (und auch so getragen) stellt den Pumpenbetrieb für rund acht Stunden mit einer Ladung sicher.

Die Minipumpen, die unmittelbar unter dem Herzen implantiert werden, sind keine Kunstherzen, die den Herzmuskel ersetzen. Sie dienen lediglich der Unterstützung der geschwächten linken Herzkammer, die aber ihre Arbeit weiterhin verrichtet. »Ursprünglich waren solche Unterstützungssysteme, die wegen ihrer damaligen Größe auch außerhalb des Körpers getragen wurden, dazu gedacht, die Zeit bis zu einer Transplantation zu überbrücken«, erläutert Moosdorf, der solche Systeme bereits in den neunziger Jahren an der Stanford School of Medicine (USA) kennengelernt hatte. »Das kann auch heute noch der Fall sein. Aber die Erfahrung hat gezeigt, dass sich im Einzelfall der Herzmuskel dank der Unterstützung auch wieder erholen kann. Dann können wir das System wieder entfernen – ohne Transplantation.«

Dem Patienten mit terminaler, also nicht mehr behandelbarer, Herzinsuffizienz eröffnen die inzwischen extrem haltbaren, weil verschleißfreien Unterstützungssysteme also völlig neue Perspektiven. »Da in den nächsten Gerätegenerationen auch die Akkupakete deutlich kleiner werden sollen, können wir durchaus erwägen, die Systeme als Dauerlösung einzusetzen, die dem Patienten eine Transplantation erspart«, blickt Moosdorf in die gar nicht mehr ferne Zukunft. »Schon heute tragen 40 Prozent der Patienten ihr Unterstützungssystem länger als zwei Jahre – mit respektabler Lebensqualität.«

Gemeinsam mit der Klinik für Innere Medizin – Kardiologie unter Leitung von Professor Bernhard Maisch und mit

Kollegen anderer Disziplinen wie Lungen- und Nierenheilkunde hat Moosdorf ein interdisziplinäres Kompetenzzentrum für terminale Herzinsuffizienz formiert. Dieses Kompetenzzentrum ist Teil des Marburger Herzzentrums, das seine Tätigkeit auch mit den Gießener Kollegen abstimmt und intensiv mit niedergelassenen Kardiologen in Marburg und Umgebung sowie kardiologischen Kliniken in Hessen kooperiert. »Auf diese Weise bilden wir ein Netz mit dem Marburger Herzzentrum in der Mitte«, erläutert Moosdorf das Konzept.

Ein weiterer Schwerpunkt des Herzchirurgen, der mit seinem Team jährlich rund 1.200 Operationen (aber keine Transplantationen) durchführt, sind die Herzrhythmusstörungen. Dabei handelt es sich um Defekte im Reizleitungssystem des Herzens – die verschiedenen Teile des Herzmuskels bekommen falsche Steuerungssignale. Für die bradykarde Herzrhythmusstörung, bei der das Herz zu langsam schlägt, gibt es eine nach wie vor bewährte Therapie: den implantierten Herzschrittmacher.

Komplizierter wird es bei den tachykarden Herzrhythmusstörungen, den verschiedenen Formen zu schnellen Herzschlags. Betreffen sie die Herzkammern, besteht akute Lebensgefahr. Denn die Störung macht eine geordnete Pumpfunktion des Herzens unmöglich, der vollständige Kreislaufzusammenbruch droht in kurzer Zeit. Für die Kamertachykardie hat Professor Moosdorf, der sich schon als junger Mediziner mit der Lasertechnik in der Gefäßchirurgie beschäftigte, eine spezielle Behandlungsmethode entwickelt: Die Ausgangspunkte der Störung werden per Laser abgetötet.

Zur Vorbereitung tastet der Operateur das Herz mit einer Art elektronischem Fingerhut ab, der die Störstellen »meldet«. Dann kommt der Laser zum Einsatz, um die Ursachen der Störung zu eliminieren. Zwar gebe es in Deutschland »keine 12.000 Patienten, die man auf diese Weise kurativ behandeln«, spricht: heilen, könne. Doch der Eingriff biete den Betroffenen große Vorteile gegenüber einem Defibrillator, der heute »der Einfachheit halber« oft implantiert werde: »Der Defi, der das Herz mit einem Elektroschock zum normalen Rhythmus zurückbringt, setzt den Patienten für wenigstens eine Minute außer Gefecht. Das heißt: Mit einem Defi kann man nicht Auto fahren, geschweige denn ein Flugzeug führen«, beschreibt Moosdorf die Wirkung. Nach der Laserbehandlung sei beides wieder möglich.

Auch zur Behandlung des Vorhofflimmerns setzt der Herzchirurg den Laser ein. Beim Vorhofflimmern arbeiten die Vorhöfe des Herzens unregelmäßig und mit einer

Frequenz von mehr als 300 Schlägen pro Minute. An dieser häufigsten Herzrhythmusstörung leiden allein in Deutschland rund eine Million vor allem älterer Menschen. Experten rechnen damit, dass diese Zahl bis 2050 auf 2,5 Millionen steigen wird. Ursache des abnormen Herzrhythmus können allgemeine Gesundheitsprobleme oder Herzleiden sein – aber auch Stress, Alkohol, Koffein, schwere Infektionen oder Medikamente.

Eine Therapie, die Vorhofflimmern dauerhaft heilen kann, ist die Ablation. Dabei wird der Bereich des Herzens, der die Rhythmusstörung erzeugt, thermisch verödet. Die Ablation zerstört den oder die Ursprungsherde und isoliert das überleitende Herzgewebe durch Barrieren aus Narbengewebe, das nicht mehr elektrisch leitfähig ist. Damit werden die anomalen elektrischen Signale blockiert. Als Energiequellen können Hochfrequenzstrom, Mikrowellen, Ultraschall, auch Kälte oder eben der Laser dienen. Die Marburger Herzchirurgen setzen mehrere dieser innovativen Verfahren ein. Mit Erfolg: »Durch diese Therapien, die wir meist im Zusammenhang mit anderen Eingriffen am Herzen einsetzen, können wir das Vorhofflimmern bei einem hohen Prozentsatz unserer Patienten vollständig beseitigen«, stellt Moosdorf zufrieden fest.

EIN SYSTEM FÜR ACHT MILLIONEN ANALYSEN

Am 28. Februar 2011 war es so weit: In den Gießener Labors des Universitätsklinikums Gießen und Marburg wurden die Schalter umgelegt vom alten auf das neue elektronische Laborsystem, kompatibel mit jenem in Marburg. Am ersten Tag ging noch ein leichtes Ruckeln durch die Gießener Klinikgebäude – hier fehlten die neuen Formulare, dort die Übung im Umgang mit der neuen Technik. Doch schon am nächsten Tag war – nahezu – »business as usual« angesagt, sieht man von einigen Reibungsverlusten bei Laboraufträgen ab, die etwas außerhalb der Alltagsroutine lagen.

Eine schwierige und im Krankenhausbetrieb extrem kritische Übung war gelungen. Schließlich gilt auch während einer so umfassenden Umstellung: Alles muss schnell gehen, zu Verwechslungen darf es nicht kommen, und jede einzelne Analyse muss sich bis zum Patienten zurückverfolgen lassen. Der Erfolg der informationstechnischen Angleichung beschränkte sich indessen nicht aufs Organisatorische – zumindest auf der Basis eines essenziellen technisch-wissenschaftlichen Diensts waren sich Marburg und Gießen wieder ein Stück näher gekommen.



Tina Kirchbichler, Marburg

» Mir gefällt an dem Studium die große Vielfalt und jetzige Praxisnähe. Marburg gefällt mir, weil es eine Stadt ist, die für Studenten optimal ist und eine Größe hat, die es ermöglicht, in kurzer Zeit alles zu erreichen. «



Nadine Mautes, Marburg

» Für einen Arzt, der im Krankenhaus tätig ist, könnte die Verknüpfung von Beruf und Privatleben schwierig werden. Für niedergelassene Ärzte stelle ich mir dies durch die geregelten Arbeitszeiten einfacher vor. «

Die Umstellung war die erste weithin sicht- und spürbare Aktion des gemeinsamen Laborchefs Professor Harald Renz. Erst am 1. Oktober 2010 war er nach nur kurzem Vorlauf angetreten, aus zwei Instituten eins zu machen: dem Marburger Institut für Laboratoriumsmedizin und Pathobiochemie, Molekulare Diagnostik und dem Gießener Institut für Klinische Chemie und Pathobiochemie, dessen Direktor Professor Norbert Katz 2010 in den Ruhestand gegangen war.

Die Zusammenführung der beiden Labororganisationen ist die »Antwort des Universitätsklinikums Gießen und Marburg auf die gewaltigen Veränderungen in der Laborlandschaft«, so Renz. »Wir müssen einfach sehen, dass wir in einem extrem kompetitiven Umfeld konkurrenzfähig bleiben«, setzt er sich ambitionierte Ziele. »Schon heute erbringen zehn – teils internationale – Laborketten rund 50 Prozent der gesamten deutschen Laborleistung.«

Diesem Wettbewerb setzt Renz Leistung entgegen: »Wir haben klare Vorteile gegenüber den Ketten. Das beginnt mit unserem Sieben-Tage-24-Stunden-Service und endet noch lange nicht mit unseren Spezialisten an beiden Standorten, die unsere Klinikärzte auf einem enorm hohen Niveau beraten.« In Marburg und Gießen zusammen sind dafür mehr als zehn wissenschaftliche Mitarbeiter und 85 medizinisch-technische Assistentinnen zuständig.

Die Labore des Universitätsklinikums Gießen und Marburg bedienen jeweils mehr als 100 interne »Einsender«, also Kliniken oder Klinikstationen, an beiden Standorten sowie auch noch etliche externe Auftraggeber. 5.000 Probenröhrchen pro Tag gilt es zu verarbeiten, acht Millionen Einzelanalysen pro Jahr werden daraus erstellt. Von den rund 2.000 normierten Tests, die es überhaupt gibt, haben die Labore 600 bis 700 im Angebot, immerhin gut 98 Prozent des Bedarfs der Universitätskliniken.

Die datentechnische Harmonisierung macht nun den Weg frei für die nächsten Schritte. »Jetzt können wir an beiden Standorten Schwerpunkte bilden, jedenfalls für solche Diagnosen, die nicht in der jeweiligen Klinik direkt verfügbar sein müssen«, blickt Renz voraus. Um auf diese Weise Synergien zu heben, wird eine Probenlogistik vonnöten sein – die beiden Standorte liegen gut 35 Kilometer voneinander entfernt. Auch der täglichen Kommunikation der Labormitarbeiter ist diese Distanz nicht unbedingt förderlich. Die tägliche Elf-Uhr-Besprechung per Videokonferenz soll helfen, sie zu verkürzen. Bis Ende 2011 will Renz schon ein Gutteil der neuen Strukturen installiert haben, »der Rest wird 2012 abgearbeitet«.

Den Brückenschlag nach Gießen pflegt er noch auf einer anderen Ebene. Im Lungenzentrum der »Landes-Offensive zur Entwicklung Wissenschaftlich-ökonomischer Exzellenz« (LOEWE) arbeitet er mit den Professoren Seeger und Grimminger zusammen. In guter Arbeitsteilung: Während Marburg sich auf die entzündlichen Erkrankungen der Lunge wie Asthma oder Raucherschäden konzentriert, haben die Gießener Kollegen ihren Schwerpunkt bei den Gefäßerkrankungen und der Fibrose sowie beim Lungenkrebs (in Bad Nauheim). Das Credo des Marburger Laborchefs: »Wissenschaftler finden sich – auch standortübergreifend.«

Quasi nebenher arbeitet das Laborteam des Universitätsklinikums Gießen und Marburg schon in den RHÖN-KLINIKUM Konzern hinein. Gemeinsam mit den Kollegen von der Mikrobiologie erstellt es Spezialdiagnosen für die Kliniken am Stammsitz Bad Neustadt a. d. Saale – mit täglichem Probentransport zwischen den Standorten. Und Professor Renz hat bereits eine Vision: »Unser Ziel ist es, regionale Laborverbünde zu schaffen mit gut aufgestellten Häusern an der jeweiligen Spitze. Diese regionalen Kompetenzlabore können dann auf das Top-Know-how des Universitätsklinikums Gießen und Marburg zurückgreifen. So tragen wir Universitätswissen in die Fläche.«

ALTERNATIVEN ZUR »NEUEN HÜFTE«

Unter Senioren ist »die neue Hüfte« ein beliebtes Gesprächsthema. Doch: »Es muss nicht immer gleich eine Prothese sein«, meint Professor Markus Schofer, Geschäftsführender Oberarzt in der Marburger Klinik für Orthopädie und Rheumatologie. »In unserem Endoprothesenzentrum bieten wir alle Knorpeltransplantations- und Ersatzverfahren an, die international Stand der Wissenschaft sind«, wirbt er und korrigiert eine landläufige Vorstellung: »Von Hüftgelenksbeschwerden sind nicht nur Menschen in einem höheren Lebensalter betroffen, sondern auch Jüngere und Sportler.«

Generell verfolgen die Marburger Orthopäden die Strategie, Erkrankungen des Hüftgelenks schon im jüngeren Alter zu therapieren, um ein Fortschreiten bis hin zur Arthrose zu verhindern. »Mit diesen meist minimalinvasiven Eingriffen können wir in vielen Fällen größere Folgeoperationen wie das Einsetzen einer Endoprothese vermeiden«, erklärt Schofer. Selbst, wenn die gelenkerhaltenden Alternativen ausgeschöpft seien und ein Implantat erforderlich werde, gebe es in vielen Fällen noch Miniimplantate, die nur Teile des Gelenks ersetzen, oder individuelle kleine Prothesen.

Der minimalinvasive Eingriff, die sogenannte Arthroskopie des Hüftgelenks, kann unter Teil- oder Vollnarkose erfolgen. Dabei werden eine Kamera und die Operationsinstrumente über zwei oder drei Hautschnitte von jeweils einem Zentimeter Länge in das Hüftgelenk eingeführt. Der Operateur steuert die Instrumente mit Hilfe eines Monitors. Schofer empfiehlt die Hüftgelenksarthroskopie unter anderem bei Verletzungen oder degenerativen Veränderungen der Gelenkklippe und des Knorpels, bei Erkrankungen der Gelenkschleimhaut oder beim Engpasssyndrom der Hüfte.

Nach Studienaufenthalten in Nordamerika, England und Frankreich hat das Ärzteteam um den Professor eine eigene Operationstechnik entwickelt, die sich durch einen geringeren Zeitbedarf und eine größere Schonung des Patienten auszeichnet. Inzwischen schulen die Marburger Orthopäden selbst in- und ausländische Kollegen in ihrer Technik der Hüftarthroskopie. Ihre Kompetenz hat sich bereits herumgesprochen – zahlreiche Patienten aus ganz Deutschland und aus dem Ausland lassen sich in Marburg behandeln.

Auch in der Orthopädie geht es inzwischen interdisziplinär zu. Unter Federführung der Klinik für Orthopädie und Rheumatologie ist 2010 in Marburg ein Endoprothesenzentrum entstanden. Unter seinem Dach arbeiten die Orthopäden mit der radiologischen Diagnostik, der Hautklinik (zur Behandlung von Allergien), der Mikrobiologie (im Fall von Infektionen) und auch mit einem externen Partner zusammen, dem Rheumazentrum Mittelhessen in Bad Endbach.

Die Ausstattung des Endoprothesenzentrums erlaubt Orthopädie auf dem jüngsten Stand der Technik. Kernspinuntersuchungen in dreidimensionaler Darstellung, die Diagnose von Beschwerden mit Kniegelenkprothesen ebenfalls – und trotz der »eingebauten« Implantate – mit Hilfe von Kernspintomographen und nicht zuletzt die computergestützte Planung von Hüft- und Knieprothesen für den einzelnen Patienten sind nur einige Beispiele davon. »Aber, wie gesagt: Es geht uns nicht darum, stets gleich Prothesen zu implantieren. Wichtig ist eine gute Diagnostik, die den Weg zu einer sinnvollen Behandlung weist«, betont Schofer. »Außerdem bieten wir Patienten die Möglichkeit, sich bei uns eine zweite Meinung einzuholen. Und schließlich stellen wir gerne auch anderen Konzernkliniken unsere Beratung zur Verfügung.«



Philipp Fischer, Marburg

» Ich möchte zukünftig möglichst lange Spaß am Beruf haben und nie das Interesse an den Patienten verlieren. «



Christian Geis, Marburg

» Für mich ist das Medizinstudium die beste Möglichkeit, mein Interesse für Naturwissenschaften, Forschung und eine Tätigkeit nahe am Menschen zu kombinieren. «

AUF DEM WEG ZUM ERFOLGSMODELL

Universitätsmedizin ist Spitzenmedizin. Das kann auch niemandem verborgen bleiben, der sich näher mit dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg beschäftigt. Doch was macht die »Spitze« aus? Dass selbst die Oberärzte überwiegend Professorentitel tragen? Dass jeder Mediziner, der etwas auf sich hält, nach Veröffentlichungen strebt? Nein, nichts von alledem. Es geht schlicht um eine besondere Qualität der Medizin, die in der Grenzzone zwischen Forschung und Versorgung besonders gut gedeiht, dort also, wo Forschungsergebnisse ganz unmittelbar – und von denselben handelnden Personen – in die Praxis transferiert werden. Die Kehrseite: Auch der Forschungspart fordert seinen Anteil am Zeitbudget.

Was in Gießen und Marburg besonders auffällt: Forschungserfolge sind nur noch im Ausnahmefall Einzelleistungen. Teamarbeit ist ohnehin Trumpf, und an immer mehr Stellen geht es auch um interdisziplinäre Zusammenarbeit. Aus der Kombination von Wissen höchst unterschiedlicher – wenn auch immer medizinischer – Provenienz entsteht ein besonderer Mehrwert, lässt sich medizinischer Fortschritt entwickeln. Ihren Ausdruck findet diese Erkenntnis in den unzähligen »Zentren«, in denen sich Universitätsmediziner verschiedener Fachrichtungen mit niedergelassenen Fachärzten und anderen Einrichtungen im Umfeld verbünden, um gemeinsam bessere (und besser abgesicherte) Medizin zu liefern – zum Wohle des Patienten.

Allein ein Blick auf die onkologischen Zentren innerhalb des Comprehensive Cancer Center des Standorts Marburg des Universitätsklinikums Gießen und Marburg genügt, um den Trend zum Zentrum zu verdeutlichen. Da gibt es unter anderem ein Brustzentrum Regio, ein Gynäkologisches Krebszentrum, das Carreras Leukämie Centrum, ein Prostatakarzinomzentrum, ein Darmzentrum und nicht zuletzt das Partikeltherapiezentrum. Die Onkologen stehen damit bei weitem nicht allein. Auch ein Großteil der anderen Fakultäten kann mit Zentren aufwarten. Und die Gießener Nachbarn haben vom Kinderherzzentrum über das Endometriosezentrum bis hin zum Lungenzentrum ein genauso breites Spektrum zu bieten.

Das Wort »Zentrum« macht zugleich die Position der universitären Medizin klar: Sie ist der Mittelpunkt medizinischer Netze, das Kompetenzzentrum, das die stärker versorgungsorientierten Einrichtungen im näheren und fernerem (gelegentlich bis nach Indien oder China reichenden) Umfeld befruchtet, indem es ihnen den neuesten Stand des Wissens liefert. Dieses Selbstverständnis

und der Wille, den Elfenbeinturm der hehren Forschung endgültig zu vergessen, sind an beiden Standorten nicht nur bei den jüngeren Professoren zu spüren.

Erste Ansätze, auch den RHÖN-KLINIKUM Konzern und seine Häuser in das universitäre »Networking« einzubeziehen, haben wir zuvor beschrieben. Die Beispiele zeigen, dass die Idee, die der Übernahme zugrunde lag, durchaus ein Erfolgsmodell beschrieb: Forschung schnell und auf breiter Basis in die Praxis umzusetzen – zum gegenseitigen Nutzen. Dass es der Exempel nicht mehr gibt, hat eine

tiefer liegende Ursache: Ein großer Teil der Universitätsmediziner sucht noch seine spezifische Rolle im ungewohnten privatwirtschaftlichen »Biotop«. Doch etliche Ärzte beider Standorte haben schon die Chancen erkannt, die ihnen eine Zusammenarbeit innerhalb eines klar strukturierten und organisierten Klinikverbunds bieten würde. Die Bereitschaft, in den Konzern hineinzuwirken, ist vorhanden. Vielfach fehlt es jedoch an Vorstellungen über das Wie. Es wird wohl noch einige Zeit in Anspruch nehmen und einiger Anstrengungen bedürfen, wirklich alle Potenziale zu aktivieren.

KONZERNLAGEBERICHT

- Gesteckte Ziele für 2010 bei Leistung, Umsatz und Ergebnis trotz herausfordernder finanzwirtschaftlicher Rahmenbedingungen erreicht.
- Mit stabilen Zuwachsraten bei Patientenbehandlungen (+ 13,4 %), bei Umsatz (+ 9,9 %) und beim Ergebnis (+ 10,2 %) in 2010 haben wir unsere Spitzenstellung im Kreis der führenden Krankenhausketten in Deutschland nachhaltig behauptet.
- Erfolgreiche Integration der in 2010 neu akquirierten Kliniken in den Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG.

1 ERGEBNISSE 2010 UND PROGNOSE 2011 IM ÜBERBLICK

Auch im 21. Jahr nach der Börseneinführung hat die RHÖN-KLINIKUM AG ihr medizinisches Angebot konsequent weiter ausgebaut.

	2010 Mio. €	2009 Mio. €	Veränderung %
Umsatzerlöse	2.550,4	2.320,1	9,9
EBITDA	307,3	284,0	8,2
EBIT	197,9	182,0	8,7
EBT	173,9	158,7	9,6
Operativer Cash-Flow	255,9	238,3	7,4
Konzerngewinn	145,1	131,7	10,2
Bilanzsumme	3.058,2	2.858,5	7,0
Investitionen	403,3	545,8	-26,1
Eigenkapital	1.495,2	1.422,9	5,1
Nettofinanzverschuldung	551,5	406,1	35,8

Im Geschäftsjahr 2010 investierten wir 403,3 Mio. € – davon 348,4 Mio. € aus Eigenmitteln – in den Ausbau, die Modernisierung und den Erwerb von ambulanten und stationären Standorten. Zum Bilanzstichtag verfügen wir in Deutschland über 53 Kliniken mit insgesamt 15.900 Betten und 33 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit 125,5 Arztsitzen. Für uns arbeiten aktuell rund 38.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; der Frauenanteil beträgt rund 75 %.

Leistung, Umsatz und Ergebnis erreichten in 2010 neue Höchstmarken. Das Geschäftsmodell erwies sich erneut als konjunkturunabhängig, krisenfest und stabil. Die Konzernleistung – gemessen an der Anzahl behandelter Patienten

Die Verzahnung von Medizin und Lehre wird in den Hörsälen des Universitätsklinikums Gießen Realität: Hier werden den Studenten die theoretischen Grundlagen vermittelt.

– ist um rund 242.000 Patienten bzw. um 13,4 % auf rund 2.042.000 gestiegen. Hiervon entfallen rund 127.000 Patienten bzw. 7,1 % auf internes Wachstum und rund 115.000 Patienten bzw. 6,3 % auf Wachstum in unseren neu akquirierten Kliniken.

Der um 9,9 % gestiegene Gesamtumsatz in Höhe von 2,55 Mrd. € bzw. der um 10,2 % gestiegene Konzerngewinn in Höhe von 145,1 Mio. € hat unsere Erwartungen voll erfüllt. Das gewichtete Ergebnis je Aktie gemäß IAS 33 beträgt 1,01 € (Vj. 1,07 €). Das rechnerisch ungewichtete Ergebnis – jeweils bezogen auf die Anzahl der Stammaktien nach der Kapitalerhöhung – beträgt für das Geschäftsjahr 2009 insgesamt 0,91 €.

In der Gewinn- und Verlustrechnung des Konzerns für das Geschäftsjahr 2010 wirkte sich seit Jahresbeginn die zum 31. Dezember 2009 konsolidierte MEDIGREIF-Gruppe aus. Zu ihr gehören fünf Krankenhäuser mit einer Gesamtkapazität von 842 Betten und zwei MVZ in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. Seit Juli 2010 konsolidieren wir die Klinik Hildesheimer Land GmbH, die mit 165 Betten in den Bereichen Akutgeriatrie und geriatrische, kardiologische und orthopädische Rehabilitation tätig ist. In den neu akquirierten Kliniken erwirtschaften wir einen Umsatz in Höhe von 97,7 Mio. € sowie einen Beitrag zum Konzerngewinn in Höhe von 9,2 Mio. €.

Bei einer Steigerung um 8,2 % erreichte das EBITDA im Konzern 307,3 Mio. € (Vj. 284,0 Mio. €). Das operative Ergebnis (EBIT) stieg um 15,9 Mio. € bzw. 8,7 % auf 197,9 Mio. € (Vj. 182,0 Mio. €). Das EBT lag bei 173,9 Mio. € (Vj. 158,7 Mio. €), was einer Steigerung von 15,2 Mio. € bzw. 9,6 % entspricht. Mit 12,0 % (Vj. 12,2 %) liegt die EBITDA-Marge leicht unter Vorjahresniveau. Die EBIT-Marge sowie die EBT-Marge liegen mit 7,8 % bzw. 6,8 % unverändert auf Vorjahresniveau.

Der operative Cash-Flow, ermittelt aus dem Konzerngewinn zuzüglich Abschreibungen und sonstiger nicht liquiditätswirksamer Sachverhalte, stieg gegenüber dem Vorjahr um 17,6 Mio. € bzw. 7,4 % auf 255,9 Mio. € (Vj. 238,3 Mio. €). Der Anstieg resultiert im Wesentlichen aus dem um 13,4 Mio. € gestiegenen Konzerngewinn.

Unser Eigenkapital erhöhte sich um 72,3 Mio. € auf 1.495,2 Mio. € (Vj. 1.422,9 Mio. €). Die Eigenkapitalquote ging von 49,8 % auf 48,9 % leicht zurück. Die Nettofinanzverschuldung stieg um 145,4 Mio. € bzw. 35,8 % auf 551,5 Mio. € (Vj. 406,1 Mio. €) investitionsbedingt an. Die Nettofinanzverschuldung entspricht dem 1,8-Fachen des EBITDA im Konzern (Vj. dem 1,4-Fachen).

Für das Geschäftsjahr 2011 erwarten wir bei erneut herausfordernden Rahmenbedingungen – ohne Einrechnung möglicher Akquisitionen – einen konzernweit auf Leistungssteigerungen beruhenden Anstieg der Umsatzerlöse auf ca. 2,65 Mrd. €. Dieses Umsatzziel geht einher mit einer Prognose für das EBITDA in Höhe von 340 Mio. € und für den Konzerngewinn in Höhe von 160 Mio. €, die sich beide in einer Bandbreite von jeweils 5 % nach oben bzw. nach unten bewegen können.

2 WIRTSCHAFTLICHES UND RECHTLICHES UMFELD

2.1 GESAMTWIRTSCHAFTLICHE ENTWICKLUNG

Die deutsche Wirtschaft erholte sich in 2010 schneller als erwartet von den Folgen der globalen Finanzmarktkrise. Mit einem Wachstum des Bruttoinlandsprodukts von 3,6 % konnte nach einem Einbruch im Vorjahr um 4,7 % der stärkste Wachstumswert seit der Wiedervereinigung verzeichnet werden. Wachstumsmotor war in erster Linie der Export, der mit einem Anstieg um 14,2 % die Rückgänge des Vorjahres nahezu vollständig ausgleichen konnte. Aber auch höhere Ausrüstungsinvestitionen sowie der mit steigender Arbeitsplatzsicherheit anziehende Konsum belebten die inländische Wirtschaft. Gleichzeitig ist die Staatsverschuldung in Deutschland aufgrund der Beanspruchung durch verschiedene Rettungsschirme und Konjunkturpakete um rund 89 Mrd. € bzw. 3,5 %-Punkte – bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt – deutlich angestiegen und hat damit die EU-weit geltende Neuverschuldungsgrenze von 3,0 % um 0,3 %-Punkte überschritten. Angesichts strukturell gestiegener Ausgaben im Bereich der sozialen Sicherung fand die positive wirtschaftliche Entwicklung zudem noch keinen Niederschlag in den kommunalen Haushalten. Gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamts belief sich das Defizit der deutschen Kommunen und Städte im Jahr 2010 auf 9,8 Mrd. €, das in ähnlicher Höhe auch für 2011 erwartet wird, so dass sich keine Entlastung abzeichnet.

2.2 ENTWICKLUNGEN IN DER BRANCHE

Die im Wesentlichen aus der demographischen Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland sowie dem medizinischen Fortschritt resultierenden Steigerungen der quantitativen und qualitativen Leistungsanforderungen an Gesundheitsleistungen in Deutschland waren auch in 2010 gegeben. Damit wurde die Aussage der Konjunktur-unabhängigkeit des Gesundheitsmarktes erneut bestätigt. Die mit steigender Lebenserwartung zwangsweise einhergehende und im Übrigen durch Innovationen im Medizinbereich angeregte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

ist der Garant für ein stetiges und nachhaltiges Wachstum in unserer Branche.

Der Gesundheitsmarkt in Deutschland verteilt sich im Wesentlichen auf die Sektoren akutstationäre Krankenhausbehandlungen, stationäre Rehabilitationsbehandlungen und ambulante medizinische und rehabilitative Behandlungen. Von dem ungefähr 280 Mrd. € umfassenden Gesamtmarkt entfallen rund 28 % auf den Markt für akutstationäre Behandlungen.

Für 2010 erwarten wir in Deutschland bei den akutstationären Behandlungen einen Anstieg der Fallzahlen von rund 2 % auf rund 18 Mio. und bei den Ausgaben eine Zunahme auf rund 80 Mrd. €. Die landesweiten Basisfallwerte sind gegenüber dem Vorjahr im Durchschnitt um effektiv rund 1 % gestiegen, wobei darin erstmals bepreiste neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und sonstige Fördersachverhalte enthalten waren, die ein Jahr vorher gesondert, d. h. neben den Basisfallwerten, abgerechnet werden konnten. Damit waren zum Teil sehr starke Personal- und Sachkostensteigerungen von deutlich über 2 % nur anteilig refinanzierbar.

Erschwerend hat sich im Geschäftsjahr 2010 die gesetzlich vorgegebene Fortschreibung der im Vorjahr gewährten Rabatte über Ermittlung der landesweiten Basisfallwerte für 2010 ausgewirkt. Im Ergebnis führte dies dazu, dass die eigentlich den Krankenhäusern zugeordneten Zuwachsraten zum Ausgleich von Kostensteigerungen bei diesen nicht ankamen. Soweit Kliniken nicht in der Lage waren, entweder überproportionale Leistungszuwächse zu vereinbaren und zu erreichen oder Umorganisationspotenziale für sich zu erschließen, waren Verschlechterungen der Ertragslagen zwangsweise vorgegeben.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sich die Einnahmesituation der Krankenhäuser 2010 – entgegen den Vorstellungen des Gesetzgebers – insgesamt zwar nicht verschlechtert hat, aber auch keine Kompensation für Unterfinanzierungen des Vorjahres erfolgt ist. Regelmäßige Krankenhausbefragungen bestätigen den mehrjährigen Trend, dass der Anteil derjenigen Krankenhäuser kontinuierlich steigt, die sich nachhaltig in der Verlustzone bewegen.

Bezüglich des seit Jahren bestehenden Investitionsstaus bei Neu- bzw. Modernisierungsinvestitionen ist festzustellen, dass weder die Landeskrankenhaus-Bauprogramme signifikant aufgestockt wurden noch die Zuschüsse aus dem Konjunkturpaket ausreichen, um den vorhandenen, sich weiter aufbauenden Investitionsstau auch nur im Ansatz einzudämmen. Diese Finanzierungslücke konnte aller-

dings auch in 2010 in weiten Bereichen nicht von den Gebietskörperschaften in ihrer Eigenschaft als Träger von Krankenhäusern über Kreditaufnahmen geschlossen werden, da die gesetzlich verankerte »Schuldenbremse« die haushaltspolitischen Spielräume begrenzen und dies in den nächsten Jahren noch viel deutlicher sichtbar werden wird. Ungeachtet dessen wird über die Zulässigkeit von kommunalen Unterstützungsleistungen für öffentliche Krankenhäuser unter dem Aspekt der unerlaubten Beihilfegewährung auf EU-Ebene unter wettbewerbsrechtlichen Aspekten kontrovers diskutiert.

Seit Jahren nimmt der Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter insbesondere im ärztlichen und pflegerischen Bereich zu. Denn 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 Akquisition neuer Mitarbeiter im In- und Ausland ist daher eine wichtige Aufgabe zur Aufrechterhaltung 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 und Kinderbetreuungsangebote in verschiedenen Kliniken sind nur einige Elemente, die für die Personalbindung und die Attraktivität als Arbeitgeber im Gesundheitswesen wichtig sind.

Das Geschäftsjahr 2010 kann bei insgesamt 20 stattgefundenen Krankenhausverkäufen als vergleichsweise akquisitionssarm bezeichnet werden. Die branchenweit erwartete Akquisitionswelle blieb im abgelaufenen Geschäftsjahr 2010 aus. Sicher hat zu dieser Entwicklung beigetragen, dass entweder das steigende Gewerbesteuerpotenzial oder wieder bestehende und genutzte Verschuldungsmöglichkeiten den auf den Gebietskörperschaften lastenden Druck zu einer Privatisierung zeitweise gemäßigt hat.

Im ersten Jahr nach Abschluss der dreijährigen DRG-Konvergenzphase sind im Geschäftsjahr 2010 die Anpassungsbeträge in Form von Zu- und Abschlägen auf die individuellen Krankenhausesgelte zur Erreichung von landesweit gleichen Preisen weitgehend entfallen. Die Preise für eine akutstationäre Leistung sind damit in einem Bundesland einheitlich festgelegt. Die sogenannten Konvergenzgewinner und -verlierer stehen nunmehr fest.

Davon unabhängig wurde auch in 2010 der DRG-Vergütungskatalog neu gefasst. Insbesondere wurden eine Reihe von bislang gesondert vergüteten Leistungen in den DRG-Katalog mit einbezogen und die Leistungsumfänge einzelner Leistungen neu festgelegt. Damit wurden vom Gesetzgeber Weichenstellungen bezüglich des künftigen Umfangs von stationären Behandlungen zumindest mittelbar getroffen. Immer klarer werden dadurch auch einzelne Leistungen, Leistungsbereiche oder ganze medizinische Fachbereiche lokalisierbar, die künftig ganz oder teilweise aus der stationären Versorgung herausfallen und in ambulanten Strukturen behandelt werden. Verweildauern werden sich weiter, wenn auch nur noch leicht, verkürzen und die Fallschwere eines Krankenhausfalls wird sich weiter erhöhen. Gleichzeitig ermöglicht der medizinische Fortschritt auch neue medizinische Behandlungsmöglichkeiten für den akutstationären und ambulanten Bereich, so dass für den Gesundheitsmarkt in Deutschland nichts beständiger ist als dessen Wandel. In diesem Markt werden auch künftig nur diejenigen erfolgreich agieren, die in der Lage sind, diesen Wandel in jeder Hinsicht eng zu begleiten. In diesem Zusammenhang werden ungeachtet der Trägerschaft die Möglichkeiten eines Krankenhauses, sich in ausreichendem Umfang mit Finanzmitteln zu versorgen, von immer größerer Bedeutung sein.

Auch Krankenkassen stehen seit 2009 hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit auf dem Prüfstand. Der seit nunmehr zwei Jahren von den Krankenkassen zu zahlende Risikostrukturausgleich und die von Mitgliedern schlecht wirtschaftender Krankenkassen zu entrichtenden Zusatzbeiträge haben in dieser Branche eine regelrechte Fusionswelle ausgelöst.

2.3 ENTWICKLUNG IM UNTERNEHMEN

Der RHÖN-KLINIKUM Konzern ist im Jahr 2010 seinen Weg zum integrierten Gesundheitsversorger medizinisch und organisatorisch konsequent weitergegangen. Die entsprechende Ausrichtung der Führungsstrukturen wurde im abgelaufenen Geschäftsjahr abgeschlossen. Wir setzen weiter auf den quantitativen und qualitativen Ausbau der akutstationären Strukturen. Ferner sind wir der festen Überzeugung, dass wir im ambulanten Bereich durch die Etablierung von Medizinischen Versorgungszentren erhebliche Wachstumschancen haben. Im Fokus stehen für uns bei den MVZ insbesondere die sogenannten klinikassoziierten MVZ, mit denen das Gesundheitsangebot unserer Kliniken in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet erweitert werden soll und die sogenannten Facharzt-MVZ, die wir in den medizinischen Fachbereichen entwickeln wollen, die perspektivisch aus der stationären Behandlung herausfallen.

Alle Führungsverantwortlichen des Konzerns bekennen sich uneingeschränkt zu dem eingeschlagenen Wachstumskurs. Gleichberechtigt soll das Konzernwachstum sowohl von innen heraus als auch durch Akquisition befördert werden. Wesentliche Meilensteine des Wachstums waren in 2010:

- Nach der Einwerbung von Eigenmitteln im Rahmen einer Kapitalerhöhung im Vorjahr haben wir im Geschäftsjahr 2010 im Bereich des Fremdkapitals eine Anleihe und einen sogenannten Club-Deal im Gesamtvolumen von 550 Mio. € begeben. Hierdurch erreichten wir zum einen eine Umschuldung unserer fremden Mittel in den langfristigen Bereich und stockten gleichzeitig unsere freien Kreditlinien auf rund 400 Mio. € auf.
- Unsere Bestandskliniken waren wie in den Vorjahren in der Lage, ein internes Leistungswachstum von über 3 % zu erreichen, und liegen damit deutlich über dem sich abzeichnenden Bundesdurchschnitt und haben unseren Marktanteil in Deutschland gestärkt.
- Die Akquisitionen des Geschäftsjahres 2010 im akutstationären Bereich mit insgesamt 1.007 Betten sowie einem Umsatzvolumen von rund 98 Mio. € konnten zügig in den Konzern integriert werden.
- Im ambulanten Bereich ist uns mit dem Erwerb von zehn augenchirurgischen Facharztsitzen in Düsseldorf der Einstieg in ophthalmologische Facharzt-MVZ gelungen. Für 2011 planen wir den Ausbau an weiteren Standorten von Nordrhein-Westfalen sowie an denjenigen Klinikstandorten, die über stationäre augenärztliche Kapazitäten verfügen.
- Mit einem Investitionsvolumen in Höhe von rund 399 Mio. € in unsere Bestandskliniken haben wir die Grundlagen für die Fortsetzung unseres qualifizierten und nachhaltigen Wachstumskurses auch in den nächsten Jahren gelegt.
- Zusammen mit der Firma Siemens treiben wir die Fertigstellung der Partikeltherapieanlage am Standort Marburg konsequent weiter voran.

Um das öffentliche Gesundheitswesen und die öffentliche Gesundheitspflege durch umfassende Informationen der Allgemeinheit über Krankenhäuser (unter anderem Behandlungsqualität, Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit) zu fördern, haben wir uns mit der Asklepios Kliniken GmbH und der Sana Kliniken AG in der »4QD – Qualitätskliniken.de Gesellschaft mit beschränkter Haftung« zusammengeschlossen, um das Internetvergleichsportal »Qualitätskliniken.de« für die Allgemeinheit zu entwickeln und zu betreiben.

An diesem Internetvergleichsportal können sich alle Kliniken der Bundesrepublik Deutschland, unabhängig von ihrer

Größe und Trägerstruktur, fachlich, aber auch gesellschaftsrechtlich beteiligen. Es ist das gemeinsame Ziel, den bisher umfassendsten Ansatz für die Darstellung von Qualität in Krankenhäusern zu entwickeln und einen weitreichenden Standard für Transparenz zu etablieren, von dem vor allem Patienten, aber auch die teilnehmenden Kliniken profitieren.

Wir wollen, dass am Ende die Patienten in die Medizin und die Qualität der Behandlung vertrauen. Unser Ansporn ist es, für unsere Patienten auch künftig all unsere Kompetenz, unsere Ausrichtung auf deren Bedürfnisse und unsere Investitions- und Finanzkraft einzusetzen, um das in uns gesetzte Vertrauen zu rechtfertigen.

3 UNTERNEHMENSVERFASSUNG

Tragende Säulen der Unternehmensverfassung der RHÖN-KLINIKUM AG und ihres Konzerns sind der Gesamtrahmen von Regeln und Richtlinien, nach denen der Konzern geführt und kontrolliert wird (Corporate Governance) sowie alle Maßnahmen und Vorkehrungen, die eine ethisch einwandfreie Unternehmensführung (Compliance) 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

Zentrales Prinzip unseres unternehmerischen Handelns ist das Bekenntnis zu langfristigem Engagement – als Gesundheitsversorger genauso wie als Arbeitgeber und börsennotierte Gesellschaft. Nachhaltige Wertschöpfung begreifen wir nicht nur als ökonomische Konsequenz eines gesunden, kontinuierlichen Unternehmenswachstums. 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 des 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 lokal 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 qualitativ vollen 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 Mitarbeiter durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen zu überzeugen.

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

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

3.2 ERKLÄRUNG ZUR UNTERNEHMENSFÜHRUNG UND ENTSPRECHENSERKLÄRUNG

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 dauerhaft zugänglich ist.

Entsprechenserklärung

Vorstand und Aufsichtsrat der RHÖN-KLINIKUM AG stehen für eine verantwortungsvolle und auf langfristige Wertsteigerung ausgerichtete Unternehmensführung und Kontrolle ein. Mit einer engen und effizienten Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Aufsichtsrat sowie mit offener Kommunikation wird das Vertrauen von Investoren und Mitarbeitern, Patienten und Öffentlichkeit in das Unternehmen und seine Führung weiter gefestigt. Dieses Vertrauen ist die Grundlage für den seit mehr als 25 Jahren ungebrochenen Erfolg des Unternehmens.

Aufsichtsrat und Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG haben sich im Geschäftsjahr 2010 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 3. November 2010 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 Ausnahme der

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

in seinen Pflichtbestandteilen vollumfänglich entsprochen. Von den nicht obligatorischen Anregungen 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 machen unseren Konzernabschluss der Öffentlichkeit erst im April des auf den Bilanzstichtag folgenden Geschäftsjahres zugänglich.

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 Hauptversammlung vom 10. Juni 2009 hatte die Gesellschaft ermächtigt, in einem Zeitraum von 18 Monaten eigene Aktien mit einem auf sie entfallenden anteiligen Betrag des Grundkapitals von bis zu 10 % des Grundkapitals zu erwerben und diese Aktien unter bestimmten Voraussetzungen in anderer Weise als über die Börse oder durch ein Angebot an alle Aktionäre zu veräußern. Die Ermächtigung ist im Dezember 2010 ausgelaufen.

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. Die Jahresabschlüsse unserer Tochtergesellschaften basieren auf nationalen handelsrechtlichen Vorschriften. Bei der Auftragsvergabe an Wirtschaftsprüfungsgesellschaften wird auf die erforderliche Unabhängigkeit der beauftragten Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geachtet. Den Prüfungsauftrag für den Jahresabschluss sowie für den Halbjahresabschluss des Konzerns und für die Prüfung der Konzernobergesellschaft erteilt der Vorsitzende des Prüfungsausschusses nach pflichtgemäßer Prüfung der entsprechenden Beschlussfassung in der Hauptversammlung.

In jedem Jahr geben wir Anfang Februar die vorläufigen Geschäftszahlen des abgelaufenen Geschäftsjahres bekannt. Unseren Jahresabschluss veröffentlichen wir im April des neuen Geschäftsjahres. Angaben zu § 289 Abs. 4 und Abs. 5 HGB und § 315 Abs. 4 HGB werden im Lagebericht dargelegt. Die Ordentliche Hauptversammlung findet üblicherweise in den ersten sechs Monaten des folgenden Geschäftsjahres statt. Als ergänzendes Kommunikationsinstrument für Anleger und Analysten halten wir seit 2006 jährlich einen Capital Markets Day ab. Unsere Prognose für das nächste Geschäftsjahr geben wir bei der jeweils im vierten Quartal stattfindenden Analystenkonferenz bekannt, bei der wir zusätzlich zu den regelmäßig stattfindenden Investorenkontaktgesprächen einmal jährlich mit Bilanzanalysten ausführlich kommunizieren. Über die Geschäftsentwicklung berichten wir vier Mal im Jahr. 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.

Meldungen nach dem WpHG

Bis zum Bilanzstichtag lagen uns für den Bilanzstichtag folgende Mitteilungen gemäß §§ 21 ff. WpHG Aktionärsmitteilungen vor:

- Die Familie des Aufsichtsratsvorsitzenden hält direkt einen Anteil an den Stimmrechten von 12,45 % (Mitteilung aus 2009).
- Die »Alecta pensionsförsäkring, ömsesidigt«, Stockholm/Schweden, hat uns einen Stimmrechtsanteil von 9,94 % gemeldet (Mitteilung aus 2009).
- Franklin Mutual Advisers, LLC, Short Hills/USA, hält einen Anteil von 5,07 % (Mitteilung aus 2006).
- Die Sun Life Financial Inc., Toronto/Canada, verfügt mittelbar über 3,07 % der Stimmrechte (Mitteilung aus 2010).

- BlackRock, Inc., New York/USA, hat uns einen Stimmrechtsanteil von 3,03 % gemeldet (Mitteilung aus 2010).
- Templeton Investment Counsel, LLC, Fort Lauderdale/USA, hat uns einen Stimmrechtsanteil von 3,0038 % gemeldet (Mitteilung aus 2010).

Weitere direkt oder indirekt mit mehr als 3 % der Stimmrechte Beteiligte sind uns nicht bekannt.

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. Für Satzungsänderungen und die Abberufung von Aufsichtsratsmitgliedern ist eine Mehrheit von 90 % des bei der Hauptversammlung vertretenen Kapitals erforderlich.

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 den Review des Halbjahresabschlusses 2010 sowie für die Prüfung des Jahresabschlusses zum 31. Dezember 2010 als Abschlussprüfer die PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Frankfurt am Main, beauftragt, nachdem sich der Prüfungsausschuss von dessen Unabhängigkeit, d. h. dem Fehlen jeglicher Ausschluss- bzw. Befangenheitsgründe, eingehend überzeugt hat.

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 2010 zu vier ordentlichen Sitzungen (2009: fünf Sitzungen, davon eine außerordentliche) zusammen. Die Amtsperiode eines Mitglieds beträgt fünf Jahre. Altersbegrenzungen bestehen. 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 in 2010 von einem Vorsitzenden und bei dessen Abwesenheit durch den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden geleitet. Ab 2011 erfolgt die Leitung des Vorstands durch einen Vorsitzenden und bei dessen Abwesenheit durch den vom Aufsichtsrat ernannten ständigen Vertreter. 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.

Organvergütungen

Die Vergütung für Aufsichtsrat und Vorstand sind in der Satzung der Gesellschaft bzw. durch Beschlussfassung des Aufsichtsrats 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.

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

Ergebniskonstanz die variablen Vergütungen im Vergleich zum Vorjahr bereits abnehmen.

Für die Festlegung der individuellen Vorstandsvergütung ist das Plenum des Aufsichtsrats nach Vorbereitung durch den Personalausschuss zuständig. Der Aufsichtsrat hat in seiner Sitzung am 10. Februar 2010 nach Vorbereitung durch den Personalausschuss ein neues, an die gesetzlichen Vorschriften angepasstes Vergütungssystem durch Neufassung der Vergütungsleitlinien beschlossen. Das Vergütungssystem für den Vorstand wurde von der Hauptversammlung am 9. Juni 2010 gebilligt.

Die Vergütung der aktiven Mitglieder des Vorstands belief sich im Geschäftsjahr 2010 auf 9,1 Mio. € (Vj. 8,4 Mio. €). Von diesem Betrag entfielen 1,9 Mio. € (Vj. 2,0 Mio. €) bzw. 21,2 % (Vj. 23,5 %) auf erfolgsunabhängige Komponenten und 7,2 Mio. € (Vj. 6,4 Mio. €) bzw. 78,8 % (Vj. 76,5 %) auf variable Gehaltsbestandteile. Die Ansprüche auf Altersvorsorgeleistungen der Mitglieder des Vorstands betragen 6,4 Mio. € (Vj. 5,2 Mio. €). Die zum 31. Dezember 2008 aus dem Vorstand ausgeschiedenen Vorstandsmitglieder erhielten für ihre frühere Tätigkeit als Vorstand im Geschäftsjahr 2010 insgesamt Bezüge in Höhe von 1,2 Mio. €. Darüber hinaus wurden ihre Altersvorsorgeleistungen um 0,3 Mio. € auf 0,7 Mio. € aufgestockt. An weitere ehemalige Vorstandsmitglieder bzw. an deren Hinterbliebene wurden keine Vergütungen gezahlt.

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 2,4 Mio. € (Vj. 2,4 Mio. €). Von dem Gesamtbetrag entfielen auf fixe Vergütungen 0,8 Mio. € (Vj. 0,9 Mio. €) bzw. 32,2 % (Vj. 36,6 %). Ergebnisabhängig wurden Vergütungen in Höhe von 1,6 Mio. € (Vj. 1,5 Mio. €) bzw. 67,8 % (Vj. 63,4 %) 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 2010 zusammen 12,64 % am Grundkapital.

Auf den Aufsichtsrat entfallen hiervon 12,55 % der ausgegebenen Aktien. Herr Eugen Münch und seine Ehefrau Ingeborg halten zusammen 12,45 % des Grundkapitals und die weiteren Mitglieder des Aufsichtsrats 0,10 % der ausgegebenen Aktien. Die Mitglieder des Vorstands halten zusammen 0,09 % des Grundkapitals.

Weiterhin legen wir alle meldepflichtigen Transaktionen nach § 15a WpHG von Mitgliedern des Vorstands und des Aufsichtsrats offen. Uns wurden im Geschäftsjahr 2010 die im Corporate Governance Bericht und im Konzernanhang aufgeführten Transaktionen gemeldet.

Verträge mit Kontrollwechselklausel

Der Unternehmenskaufvertrag über den Erwerb des 95 %-Anteils an der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH sowie verschiedene Verträge über Finanzinstrumente sehen Regelungen vor, wonach unter der Bedingung eines Kontrollwechsels in Folge eines Übernahmeangebots das Land Hessen einen Rückerwerb des Gesellschaftsanteils 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

Wichtig für uns ist, dass wir nicht nur unsere Unternehmensziele erfüllen, sondern dass wir sie mit Mitteln und auf Wegen erreichen, die unseren eigenen ethischen Maßstäben genügen. Compliance im Sinne von persönlicher Integrität wird vom Vorstand als eine wesentliche Führungsaufgabe angesehen. Danach ist der Vorstand verpflichtet, alle Regeln zur Einhaltung von Recht, Gesetz und konzerninternen Richtlinien selbst einzuhalten und im Umgang mit Mitarbeitern und Geschäftspartnern um- und durchzusetzen. Für die RHÖN-KLINIKUM AG und alle anderen Konzernunternehmen bestehen Compliance-Richtlinien, die in regelmäßigen Abständen geändert und angepasst werden.

Seit Jahren lassen wir uns von dem Unternehmensprinzip »Tue nichts, was du nicht willst, dass es dir angetan werde und unterlasse nichts, was du wünschst, dass es dir getan würde« erfolgreich leiten. Diese Verpflichtung ist in allen Verträgen des Managements und in den Tarifverträgen verpflichtend verankert. Neue Mitarbeiter werden bei ihrem Arbeitsantritt umfassend über unsere Unternehmensethik informiert.

Ein Verstoß gegen unser Unternehmensprinzip ist nach unseren Wertmaßstäben ähnlich schwerwiegend wie Korruption. Wir versuchen, vorrangig mit vorbeugenden und verhindernden Antikorruptionsaktivitäten, die Einhaltung unserer Unternehmensethik sicherzustellen. Zudem haben wir ein Compliance-Management-System mit dem Ziel der größtmöglichen Sicherstellung rechtskonformen Verhaltens im Unternehmen implementiert. Im Rahmen dieses Compliance-Management-Systems werden relevante interne und/oder externe Ereignisse zum Anlass genommen, um bestehende Prozesse, interne Regelungen und Verhaltensweisen auf deren Rechtmäßigkeit zu überprüfen.

Eckpfeiler zur Verhinderung von Korruption im Konzern sind neben Information, Schulung und Aufklärung unserer Mitarbeiter insbesondere unsere verbindlich zu beachtenden Grundsätze für die Zusammenarbeit mit der Industrie, unsere Anweisungen für Beschaffungsvorgänge und -verfahren, unsere Regelungen für Mitarbeiter bezüglich Kongresseinladungen und Richtlinien für den Umgang mit Dritt- oder Forschungsgeldern.

Der Antikorruptionsausschuss des Aufsichtsrats ist unser Beratungs- und Überwachungsgremium für den Vorstand. Zur Aufklärung von Korruptionssachverhalten und sonstigen relevanten Regelverstößen von Mitarbeitern haben wir die Stabsstelle Compliance geschaffen. Sie hat die Aufgabe, sämtlichen Hinweisen auf rechtswidriges Verhalten nachzugehen und umgehend einen rechtskonformen Zustand herzustellen. Rechtsverstöße werden konsequent geahndet.

3.5 MEDIZINISCHE QUALITÄT

Gute Medizin darf kein Zufall sein, sondern muss systematisch gesichert werden. Dieser Grundsatz ist seit der Unternehmensgründung ein Leitmotiv aller Verantwortlichen der RHÖN-KLINIKUM AG. Deshalb streben wir nach höchstmöglicher Qualität und Sicherheit aller medizinischen Leistungen.

Die Eröffnung des bundesweit größten Klinikportals Qualitätskliniken.de war im Jahr 2010 ein klarer Schwerpunkt im Engagement des Bereichs Qualitätsmanagement. Als Initiator hat die RHÖN-KLINIKUM AG gemeinsam mit zwei anderen Klinikkonzernen das erklärte Ziel, die Qualität ihrer Einrichtungen mit Hilfe des Portals Qualitätskliniken.de systematisch weiter zu steigern und dies transparent zu machen. Deshalb veröffentlichen die Krankenhäuser der RHÖN-KLINIKUM AG seit dem 1. Juni 2010 im gemeinsamen Klinikportal einen Überblick über nahezu 400 Qualitätsindikatoren. Damit eröffnen wir Patienten und Angehörigen eine nutzerfreundliche Möglichkeit, für sich das richtige Krankenhaus zu

finden. Bereits im ersten Jahr hat die Teilnahme zu einer Fülle von Verbesserungsmaßnahmen geführt.

Des Weiteren wurde im Lauf des Jahres 2010 das für den gesamten Konzern bestehende einheitliche System zur Erfassung von sogenannten Beinahefehlern weiterentwickelt (Critical Incident Reporting System, CIRS), das allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit gibt, solche Beinahefehler anonym zu melden. Das System, das in allen Krankenhäusern der RHÖN-KLINIKUM AG eingeführt wird, ermöglicht es, unser systematisches Fehlermanagement weiter zu optimieren und damit unsere Qualität nachhaltig zu verbessern.

Das Programm zu Antibiotic Stewardship wurde ausgeweitet und gewinnt in immer mehr Kliniken Akzeptanz, zumal die systematisch erhobenen Daten einen verbesserten Umgang mit Antibiotika bei einem gleichzeitigen Verbrauchsrückgang belegen.

Zusätzlich haben wir unter dem Motto »Ihre Meinung ist uns wichtig!« im Geschäftsjahr 2010 in einem Großteil der Einrichtungen der RHÖN-KLINIKUM AG Patienten und Einweiser befragt, um weitere Grundlagen für eine nachhaltige Qualitätsverbesserung zu gewinnen.

3.6 BERICHTERSTATTUNG GEMÄSS § 289 ABS. 5 HGB UND § 315 ABS. 2 NR. 5 HGB ÜBER DAS RECHNUNGSLEGUNGSBEZOGENE KONTROLL- UND RISIKOMANAGEMENTSYSTEM

Das rechnungslegungsbezogene interne Kontroll- und Risikomanagementsystem umfasst diejenigen Strukturen (Aufbauorganisation) sowie Prozesse und Kontrollen (Ablauforganisation), die für die Erstellung der Jahresabschlüsse für den Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG und die RHÖN-KLINIKUM AG selbst und ihrer Tochtergesellschaften relevant sind.

Der Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG ist in rechtlicher Sicht sehr weitgehend dezentral organisiert. Sowohl die einzelnen Kliniken als auch die MVZ- und Servicegesellschaften sind überwiegend in eigenen, rechtlich und wirtschaftlich unabhängigen Gesellschaften – in der Regel als GmbH – verfasst.

Der Konzernrechnungslegungsprozess ist so organisiert, dass für jede der Tochtergesellschaften zu jedem Stichtag – d. h. monatlich, vierteljährlich und jährlich – auf Basis eines konzernweit einheitlichen Kontenplans und eines konzernweit einheitlichen Buchhaltungsprogramms ein handelsrechtlicher Abschluss nach einheitlicher Bilanzierung in konzerneigenen 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 und Eliminierung etwaiger Zwischengewinne zu einem Konzernabschluss zusammengefasst. IFRS-relevante Umbewertungen bzw. Umgliederungen werden auf Konzernebene durchgeführt.

Die Abschlüsse werden zeitnah nach Ablauf des jeweiligen Stichtags an das Konzernrechnungswesen gemeldet, erstellt und veröffentlicht (Monatsultimo: vier Tage, Quartalsultimo: 20 Tage, Halbjahresultimo: 45 Tage und Jahresultimo: 120 Tage). 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 gibt es zur Vereinheitlichung der Bilanzierung entsprechend umfangreiche Bilanzierungsvorgaben, deren Einhaltung stringent überwacht wird. Sowohl bei den Einzelgesellschaften als auch im Konzern bestehen klare Verantwortlichkeiten für die Erstellung der Jahresabschlüsse.

Vom Rechnungswesen getrennt sind als unabhängige Bereiche die Abteilungen Interne Revision, Controlling und Finanzen etabliert. Diese Bereiche leiten permanent ihre Erkenntnisse aus den gleichen Datenbeständen ab und kontrollieren damit mittelbar die erstellten Abschlüsse. 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

Eine wertorientierte und nachhaltige Unternehmensführung wird entscheidend durch ein gelebtes Chancen- und Risiko-

management in einer offenen Unternehmenskultur geprägt. Der Umgang mit Chancen und Risiken und deren nachhaltige Steuerung ist eine unternehmerische Kernaufgabe und bei der RHÖN-KLINIKUM AG und ihren Tochtergesellschaften 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.

Als Gesundheitsdienstleister sehen wir 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.

Das Geschäftsmodell der RHÖN-KLINIKUM AG ist auf Wachstum ausgerichtet. Wir selbst sehen uns als Schrittmacher und Trendsetter der Privatisierung, um unser Unternehmensziel »qualifiziertes und nachhaltiges Wachstum zur Erreichung einer flächendeckenden Versorgung« abzusichern. Gesetzgeberische Änderungen sowie der zunehmende Kosten-, Wettbewerbs- und Konsolidierungsdruck innerhalb der Branche bergen zwar Risiken, eröffnen aber auch Chancen, unser Wachstum 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 Risikominimierung, 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 2010

Im Geschäftsjahr 2010 haben wir eine neue Risikomanagementsoftware eingeführt. Mit der konzernweiten Einführung dieser EDV-Plattform haben wir die Dokumentation aller Konzernrisiken systemtechnisch zentralisiert und die Risikomeldeprozesse sowie die eingeleiteten Reaktionsmechanismen effizienter gestaltet.

Das Chancen- und Risikomanagement wird durchgängig von der eingesetzten Software in den Prozessphasen Identifikation, Bewertung, Kommunikation, Steuerung, Überwachung sowie Reporting unterstützt und kann – unabhängig von stichtagsbezogenen Auswertungen – jederzeit unterjährig bearbeitet und ausgewertet werden.

Konzernweit haben wir uns im Geschäftsjahr 2010 mit den Schwerpunktfeldern Brandschutz, Hygiene und Qualitätssicherung beschäftigt. Diese Themen haben wir konzernweit angesprochen, daraus resultierende Risiken identifiziert und diesen Risiken entsprechende Vermeidungs- bzw. Minimierungsstrategien entgegengesetzt.

Weiterhin haben wir 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 Ergebnisüberwachungssysteme 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.

4.3 RISIKOFELDER

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 Zinsentwicklungen sind wir kurz- und mittelfristig aufgrund von Zinssicherungsgeschäften weitgehend unabhängig.

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 unter anderem 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 992,2 Mio. € und zinstragende Anlagen in Höhe von 415,7 Mio. €. Damit unterliegen wir grundsätzlich Zinsrisiken.

Zum Bilanzstichtag waren unsere langfristigen Finanzschulden (inklusive des kurzfristigen Anteils der langfristigen Finanzschulden, ohne negative Marktwerte Derivate) in Höhe von 944,2 Mio. € in Höhe von 551,8 Mio. € mit festen Zinskonditionen innerhalb einer Bandbreite von 1,60 % und 5,60 % und Zinsbindungen bis 2027 ausgestattet. Die Risiken langfristiger Finanzschulden mit variabler Verzinsung in Höhe von 392,4 Mio. € sind durch Zinssicherungsinstrumente begrenzt. 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 nicht.

Betriebs- und Produktionsrisiken

Die Behandlung von Patienten vollzieht sich in einem organisatorisch komplexen, arbeitsteiligen Prozess. Störungen des Ablaufs bergen Risiken für den Patienten und die Klinik. Wir legen allerhöchsten Wert darauf, diese Risiken zu minimieren, indem wir alles daransetzen, die Behandlungsqualität mit qualifizierten und geschulten Mitarbeitern durch leitliniengerechtes Vorgehen in betriebssicheren und hygienege rechten Krankenhausgebäuden sicherzustellen. 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 begrenzen bestehende Betriebs- und Produktionsrisiken.

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

Beschaffungsrisiken

Da wir im Bereich medizinischer Einrichtungen und Ausstattungen sowie beim medizinischen Bedarf auf Fremdanbieter

angewiesen sind, können aus diesen Geschäftsbeziehungen 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.

Bei der Personalbeschaffung von Ärzten sind wir wie andere Krankenhäuser von dem »Output« des deutschen Bildungssystems abhängig. Im Pflege- und Funktionsdienst sowie beim kaufmännischen Nachwuchs können wir unseren Bedarf auch über konzerneigene Aus- und Fortbildungseinrichtungen oder in Kooperation mit Universitäten und Fachhochschulen selbst decken. Soweit es nicht dauerhaft gelingt, qualifizierte Mitarbeiter in ausreichendem Umfang für uns zu interessieren, können daraus entwicklungsbeeinträchtigende Sachverhalte und damit Risiken für einzelne Standorte entstehen.

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 2010 UND GESAMTEINSCHÄTZUNG

Die Risikoinventur des Geschäftsjahres 2010 zeigt einen weiterhin positiven Trend. Die Grundsätze des gesetzlich vorgeschriebenen Systems zur Früherkennung von bestandsgefährdenden Risiken wurden im Jahr 2010 analog zu den Vorjahren fortgeführt. Entsprechend wurde auch der Risikoatlas überprüft und aktualisiert.

Bestandsgefährdende Risiken haben wir im Geschäftsjahr weder bei den einzelnen Konzerngesellschaften noch im Konzern festgestellt. Bestandsgefährdende Entwicklungen sehen wir weder für die einzelnen Konzerngesellschaften noch für den Konzern.

Die Überprüfung der Gesamtrisikolage im Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG hat für das Geschäftsjahr 2010 als Gesamteinschätzung ergeben, dass bestandsgefährdende Risiken weder für die Einzelgesellschaften noch für den Konzern

der RHÖN-KLINIKUM AG bestehen und auch keine entwicklungsbeeinträchtigenden Sachverhalte gesehen werden.

5 MEDIZINISCHE FORSCHUNG UND WISSENSCHAFTLICHER DIALOG

Mit der Übernahme der Universitätskliniken Gießen und Marburg und deren Integration in den Konzernverbund sowie dem langjährigen Betreiben des Herzzentrums Leipzig konnte die RHÖN-KLINIKUM AG ihre medizinwissenschaftliche Basis verbreitern. Die unmittelbare Anbindung der Konzernkliniken an die universitäre Maximalversorgung und der damit verbundene direkte Zugriff 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. Die Klinik für Pneumologie der Zentralklinik Bad Berka wurde beispielsweise als eines von acht Zentren einer europaweiten Studie zur Verbesserung der Lebensqualität lungenkranker Menschen ausgewählt. Die Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt a. d. Saale nimmt an der internationalen Multi-centerstudie zur Erforschung sogenannter stentlessbiologischer Herzklappen teil. Die Neurologische Klinik am Konzernstammsitz in Bad Neustadt a. d. Saale hat die bereits im Geschäftsbericht 2008 vorgestellte SEWOP-Parkinson-Studie fortgeführt und so die Überlegenheit eines neuartigen Medikaments belegen können. Unsere Hildesheimer Spezialisten aus der Unfallchirurgie und Orthopädie beteiligen sich an verschiedenen internationalen Forschungsprojekten, die im standortübergreifenden Dialog neuartige Kompositionen für die Osteosynthese erarbeiten.

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 STANDORTE, KAPAZITÄTEN UND LEISTUNGEN

Die RHÖN-KLINIKUM AG ist mit ihren 53 Kliniken und 33 MVZ in Deutschland und einem Marktanteil von knapp 4 % ein führender Gesundheitsversorger. Der akutstationäre Bereich umfasst rund 97 % des Konzernumsatzes und wird an einigen Standorten ergänzt durch die Angebote unserer Rehabilitationskliniken. Der Aufbau der ambulanten MVZ schreitet planmäßig voran. Die beiden letztgenannten Bereiche erfüllten im Geschäftsjahr 2010 nicht die Größerefordernisse einer Segmentberichterstattung.

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

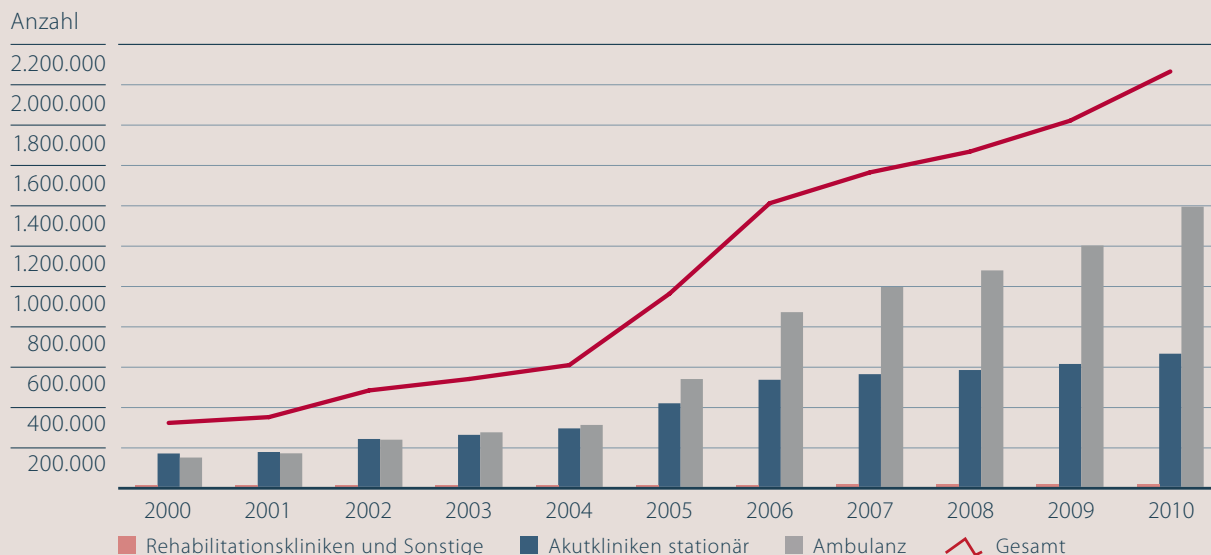
Bedeutende Standorte mit einem akutstationären Versorgungsangebot sind die Kliniken am Stammsitz Bad Neustadt a. d. Saale, unsere Wissenschaftsstandorte in Gießen, Marburg und Leipzig sowie die Klinikstandorte mit überregionalem Einzugsgebiet in Bad Berka, Frankfurt (Oder), Hildesheim, Karlsruhe, München,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

Gegenüber dem Vorjahr haben sich an folgenden Standorten Veränderungen der Bettenkapazitäten ergeben:

	Kliniken	Betten
Stand am 01.01.2010	53	15.729
Klinik Hildesheimer Land GmbH	1	165
	54	15.894
Änderung der Bedarfsplanungen (Saldo)	-1	6
Stand am 31.12.2010	53	15.900

Bereits zum 31. Dezember 2009 war IFRS-konform die MEDIGREIF-Gruppe mit den Vermögenswerten und Schulden bilanziell erstkonsolidiert. In der Leistungsstatistik und der Gewinn- und Verlustrechnung des Konzerns wirken sich die entsprechenden Fallzahlen, Umsatzerlöse, Aufwendungen und Ergebnisse erstmals im Geschäftsjahr 2010 aus.

FALLZAHLEN (BEHANDELTE PATIENTEN) IM RHÖN-KLINIKUM KONZERN



Mit Datum vom 20. Mai 2010 haben wir die Klinik Hildesheimer Land GmbH, die in den Bereichen Akutgeriatrie und geriatrische, kardiologische und orthopädische Rehabilitation tätig ist, mit 165 Betten erworben. Die Gesellschaft wird ab 30. Juli 2010 in den Konzernabschluss einbezogen.

Die Reduzierung der Anzahl der Kliniken betrifft das Ausscheiden aus der Krankenhausbedarfsplanung und die damit einhergehende Schließung des zur Klinikum Salzgitter GmbH gehörenden Standorts Salzgitter-Bad. Der Versorgungsauftrag für diese Region wurde der Klinikum Salzgitter GmbH am Standort Salzgitter-Lebenstedt übertragen, die erforderlichen Gesamtkapazitäten in einem Ende des Geschäftsjahres 2010 fertiggestellten Neubau konzentriert.

Zum 31. Dezember 2010 haben wir 53 Kliniken mit 15.900 Betten/Plätzen an insgesamt 43 Standorten in zehn Bundesländern in den Konzernabschluss einbezogen. Mit per saldo sechs Betten waren im Geschäftsjahr 2010 nur geringfügige Änderungen der akutstationären Planbetten, gemäß den jeweiligen Bedarfsplanungen in den einzelnen Bundesländern, zu verzeichnen.

	Planbetten/Plätze		Veränderung	
	2010	2009	Absolut	%
Stationäre Kapazitäten				
Akutkliniken	14.169	14.131	38	0,3
Rehabilitationskliniken und sonstige stationäre Kapazitäten	1.362	1.238	124	10,0
	15.531	15.369	162	1,1
Teilstationäre und tagesklinische Kapazitäten				
	369	360	9	2,5
Insgesamt	15.900	15.729	171	1,1

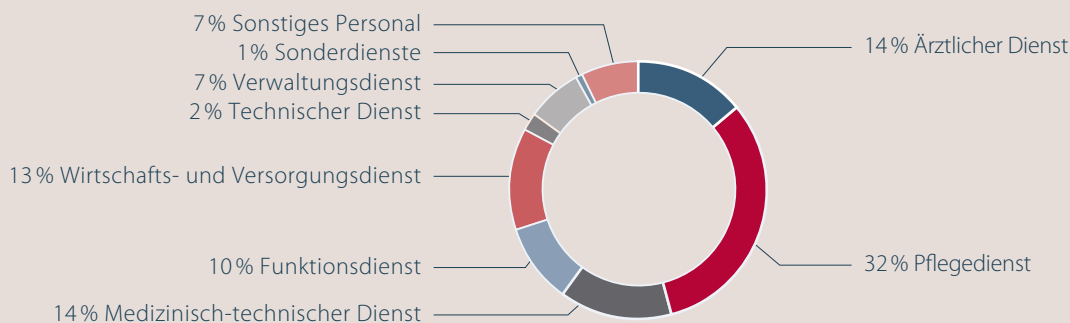
Bis zum 31. Dezember 2010 hatten wir konzernweit insgesamt 33 MVZ mit insgesamt 125,5 medizinischen Fachrichtungen (Facharztsitzen) an oder in der Nähe unserer Klinikstandorte eröffnet oder erworben.

	Zeitpunkt	MVZ	Arzt-sitze
Stand am 01.01.2010		26	98,0
Inbetriebnahme Pforzheim II	01.01.2010	1	2,0
Inbetriebnahme Kipfenberg	01.01.2010	1	2,0
Inbetriebnahme Uelzen	01.01.2010	1	3,0
Inbetriebnahme Wuppertal	01.07.2010	1	5,0
Inbetriebnahme Bad Berka	01.07.2010	1	2,0
Inbetriebnahme Bad Nauheim	01.10.2010	1	2,0
Inbetriebnahme Dannenberg/Elbe	01.10.2010	1	2,0
Erweiterung in bereits bestehenden MVZ		-	10,0
Abgang von KV-Sitzen	01.10.2010	-	-0,5
Stand am 31.12.2010		33	125,5

Die Strategie zum Ausbau unserer ambulanten Kapazitäten haben wir in 2010 weiterentwickelt. Wir präferieren vermehrt ambulante Strukturen rund um unsere stationären Standorte, um eine bessere Gesamtversorgung der Patienten im Einzugsgebiet unserer Kliniken abzusichern.

Ferner beabsichtigen wir, verstärkt in sogenannte »Fach-MVZ«, wie z. B. augenchirurgische Zentren, zu investieren, um auch künftig diejenigen Leistungsbereiche abzudecken, die bisher vorwiegend im Rahmen einer stationären Patientenbehandlung erbracht wurden. In diesem Zusammenhang haben wir mit Wirkung zum 1. Januar 2011 eine Mehrheitsbeteiligung an unserem ophthalmologischen

PERSONALAUFGLIEDERUNG DES RHÖN-KLINIKUM KONZERNS



Zentrum in Düsseldorf mit insgesamt zehn augenärztlichen Sitzen und einem anästhesistischen Sitz erworben. Zusammen mit den Mitgesellchaftern werden wir zunächst in der Region Nordrhein weitere Zentren in Wuppertal, Solingen und Krefeld aufbauen und im Übrigen die entsprechende Fachkompetenz an unseren Kliniken bedarfsadäquat etablieren.

In Verbindung mit der weiteren Inbetriebnahme eines MVZ in Pforzheim mit zwei Facharztsitzen zum 1. Januar 2011 sind wir mit insgesamt 35 MVZ und 138,5 Facharztsitzen in das Geschäftsjahr 2011 gestartet.

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

Januar bis Dezember	2010	2009	Abweichung	
			Absolut	%
Stationär und teilstationär behandelte Patienten in unseren				
Akutkliniken	654.437	603.987	50.450	8,4
Rehabilitationskliniken und sonstigen Einrichtungen	10.293	9.713	580	6,0
	664.730	613.700	51.030	8,3
Ambulant behandelte Patienten in unseren				
Akutkliniken	1.009.264	974.312	34.952	3,6
MVZ	367.788	211.927	155.861	73,5
Gesamt	2.041.782	1.799.939	241.843	13,4

In 2010 haben wir in unseren Kliniken und MVZ 2.041.782 Patienten (+ 241.843 Patienten/+ 13,4%) behandelt. Der Zuwachs entfällt mit 21,1% auf stationär und teilstationär behandelte Patienten und mit 78,9% auf die Behandlung ambulanter Patienten. Ohne die im Geschäftsjahr 2010 erstkonsolidierten Gesellschaften verbleibt ein internes Wachstum der Patientenzahl von 127.109 Patienten bzw.

7,1%. Dieses entfällt mit 14.109 Patienten (+ 2,3%) auf den stationären Bereich und mit 113.000 Patienten (+ 9,5%) auf den ambulanten Bereich.

Bei den Bewertungsrelationen beträgt der Anstieg 8,4%. Davon entfallen auf die erstkonsolidierten Kliniken 4,9%-Punkte und auf die übrigen stationären Einrichtungen des Konzerns 3,5%-Punkte.

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

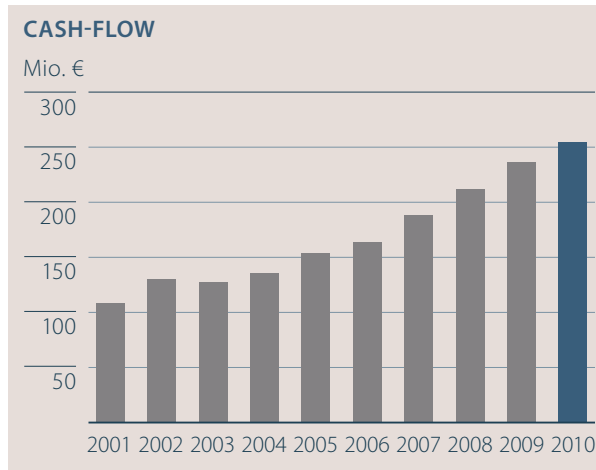
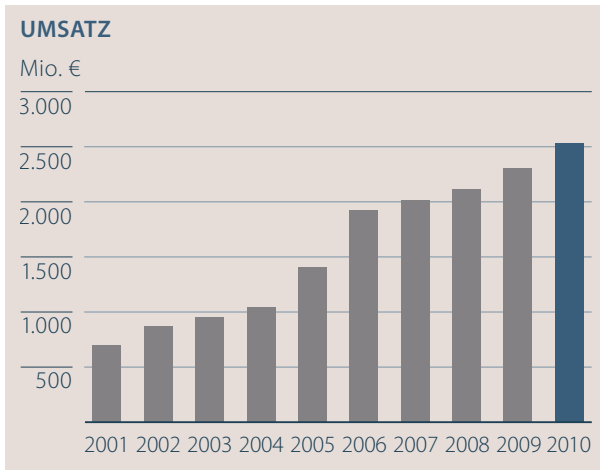
Januar bis Dezember	2010	2009
Fallerlös		
im stationären Bereich (€)	3.643	3.599
im ambulanten Bereich (€)	94	94

Im stationären Bereich resultiert die Zunahme um 1,2% nahezu vollständig aus einem Kreiseffekt von rund 1,0%.

Am 31. Dezember 2010 waren im Konzern 38.058 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (31. Dezember 2009: 36.882) beschäftigt:

	Anzahl
Stand am 31.12.2009	36.882
Personalveränderungen in Klinikgesellschaften	894
Personalveränderungen in MVZ-Gesellschaften	176
Personalveränderungen in Servicegesellschaften	106
Stand am 31.12.2010	38.058

Die Erhöhung im Vergleich zum Stichtag 31. Dezember 2009 um 1.176 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter resultiert mit 722 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Personalaufbau in unseren Bestandskliniken, mit 172 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Personalübernahmen der Klinik Hildesheimer



Land GmbH, mit 176 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Personalveränderungen in unseren MVZ-Gesellschaften sowie mit 106 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Aufstockungen des Personals bei unseren Servicegesellschaften.

Der Anteil ärztlicher Mitarbeiter belief sich stichtagsbezogen auf 13,9 % (Vj. 13,7 %), der Anteil der pflegerischen und medizinischen Fachkräfte auf 56,4 % (Vj. 57,0 %). Im Jahresdurchschnitt haben wir bei den Vollkräften einen Anstieg von 8,1 % zu verzeichnen.

Die gesetzlichen Sozialabgaben einschließlich der Aufwendungen für Altersvorsorge betragen 20,1 % (Vj. 20,5 %) der Löhne und Gehälter.

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 2010 unter Berücksichtigung verschiedener regulatorischer und konjunktureller Erschwernisse per saldo erwartungsgemäß entwickelt. Konzernweit haben wir wie in den Vorjahren auch Leistungssteigerungen erreicht, die über dem Bundesdurchschnitt liegen. Aufgrund der gesetzlichen Preisabschläge auf Mehrleistungen verlief die Umsatzausweitung unterproportional.

Bedingt durch erhebliche Aufbauarbeiten haben sich die Ergebnisbeiträge der MVZ-Gesellschaften temporär rückläufig entwickelt. Während im Vorjahr positive Ergebnisbeiträge in Höhe von 0,2 Mio. € erwirtschaftet werden konnten, wurden im Geschäftsjahr 2010 negative Ergebnisbeiträge in Höhe von 2,5 Mio. € erzielt.

Unsere Servicegesellschaften erbringen konzerninterne Umsätze in Höhe von 81,8 Mio. € (Vj. 82,2 Mio. €). Im Geschäftsjahr 2010 erbrachten sie für 45 Konzernkliniken Reinigungsleistungen (Vj. 44), für 25 Konzernkliniken Cateringleistungen (Vj. 24) und für zwei Konzernkliniken Wäschereinigungsleistungen (Vj. 2). Unsere Servicegesellschaften haben mit einem Ergebnis nach Steuern von 0,3 Mio. € (Vj. 0,4 Mio. €) die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt.

Umsatz und Ergebnis

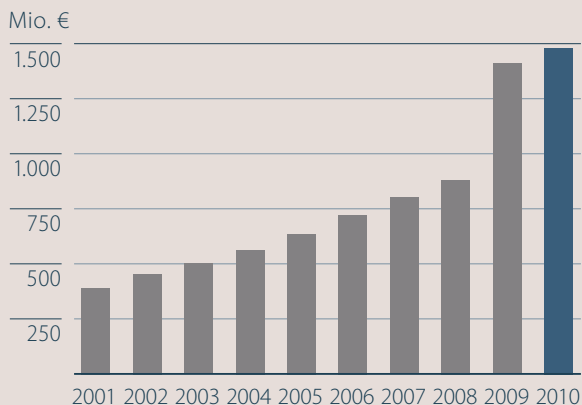
Die wirtschaftliche Entwicklung des Konzerns stellt sich gemäß den für Steuerzwecke verwendeten Kennzahlen wie folgt dar:

	2010	2009	Veränderung	
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	%
Umsatzerlöse	2.550,4	2.320,1	230,3	9,9
EBITDA	307,3	284,0	23,3	8,2
EBIT	197,9	182,0	15,9	8,7
EBT	173,9	158,7	15,2	9,6
Operativer Cash-Flow	255,9	238,3	17,6	7,4
Konzerngewinn	145,1	131,7	13,4	10,2

Die Umsatzerlöse sind im Geschäftsjahr 2010 um 230,3 Mio. € bzw. 9,9 % auf 2.550,4 Mio. € (Vj. 2.320,1 Mio. €) angestiegen. Davon entfallen auf Umsätze in unseren Akut- und Rehabilitationskliniken 2.528,1 Mio. € (Vj. 2.306,8 Mio. €) und auf Umsätze in unseren Medizinischen Versorgungszentren 22,3 Mio. € (Vj. 13,3 Mio. €).

Vom Umsatzzuwachs im stationären Bereich entfallen auf die im Geschäftsjahr 2010 erstmals ergebniswirksam werdenden akquirierten Gesellschaften 97,7 Mio. €. Die seit längerem zum Bestand zählenden Konzernkliniken steigerten ihren Umsatz um 123,6 Mio. € (+ 5,3 %) und die Medizi-

EIGENKAPITAL NACH IFRS



nischen Versorgungszentren konnten ihre Umsätze um 9,0 Mio. € (+ 67,7 %) ausweiten.

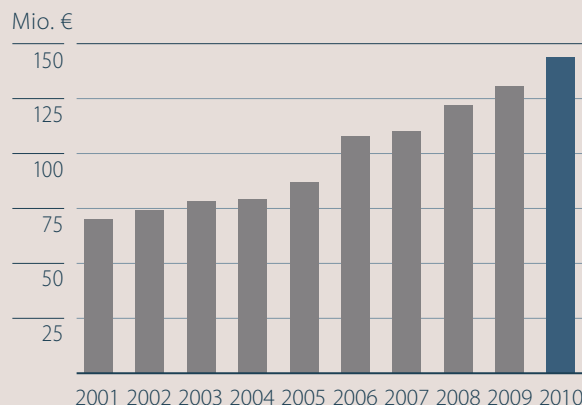
Der Anstieg der Umsatzerlöse um 230,3 Mio. € bzw. 9,9 % resultiert mit rund 8,4 %-Punkten nahezu vollständig aus Leistungssteigerungen in Bestands- und neu akquirierten Kliniken, während Preisfortschreibungen lediglich um 1,0 %-Punkte zur Ausweitung der Umsatzerlöse beigetragen haben.

	2010	2009
	%	%
EBITDA-Marge	12,0	12,2
EBIT-Marge	7,8	7,8
EBT-Marge	6,8	6,8
Umsatzrentabilität	5,7	5,7
Eigenkapitalrentabilität (nach Steuern)	9,9	11,4

Aufgrund der für 2010 festgelegten Vergütungsabschlüsse für Mehrleistungen verlief die Steigerung der operativen Marge (EBITDA) leicht unterproportional. Aufgrund der unterproportionalen Entwicklung der Abschreibungen liegt die EBIT-Marge wie im Vorjahr bei 7,8 %. Bei einer proportionalen Entwicklung des Finanzaufwandssaldos sowie der Ertragsteuerbelastung entsprechen sowohl die EBT-Marge als auch die Umsatzrentabilität ihren jeweiligen Vorjahreswerten.

Der leichte Rückgang der Eigenkapitalrentabilität resultiert aus dem Umstand, dass das im Vorjahr im dritten Quartal im Rahmen einer Kapitalerhöhung aufgestockte Kapital in 2010 erstmals für ein volles Geschäftsjahr zur Verfügung stand.

KONZERNGEWINN NACH IFRS



	2010	2009	Veränderung	
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	%
Materialaufwand	656,9	595,2	61,7	10,4
Personalaufwand	1.513,8	1.379,2	134,6	9,8
Abschreibungen	109,4	102,0	7,4	7,3
Übriger betrieblicher Aufwand	251,1	224,9	26,2	11,7
Gesamt	2.531,2	2.301,3	229,9	10,0

Der Materialaufwand hat sich gegenüber dem Vorjahr um 61,7 Mio. € bzw. 10,4 % auf 656,9 Mio. € (Vj. 595,2 Mio. €) erhöht. Ohne die Materialaufwendungen in den erstkonsolidierten Kliniken und den in Betrieb genommenen MVZ-Gesellschaften verbleibt ein Anstieg um 35,3 Mio. € bzw. 5,9 %. Im Vergleich zur um Konsolidierungseffekte bereinigten Umsatzentwicklung (+ 5,3 %) ist der Materialaufwand überproportional gestiegen. Ursächlich hierfür sind im Wesentlichen höhere Arzneimittelbelieferungen an konzernfremde Einrichtungen, deren Verkaufserlöse in den sonstigen Erträgen enthalten sind.

Die Materialquote insgesamt stieg leicht von 25,7 % auf 25,8 %, weil sich innerhalb der Materialaufwendungen erfasste bezogene Leistungen für Honorarärzte überproportional entwickelt haben. Die verbleibenden Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe weisen mit einem Anstieg in Höhe von 45,6 Mio. € bzw. 9,3 % dank eingetretener Einsparerfolge eine unterproportionale Entwicklung auf. Die allein auf die Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe entfallende Quote ging gegenüber dem Vorjahr um 0,1 %-Punkte auf 21,2 % zurück.

Im Anstieg der Personalaufwendungen um 134,6 Mio. € bzw. 9,8 % wirkten sich mit 66,1 Mio. € die erstmals anfallenden Personalaufwendungen der erstkonsolidierten Kliniken sowie der MVZ-Inbetriebnahmen aus. Bereinigt um diese Konsolidierungseffekte ergibt sich ein Anstieg der

Personalaufwendungen um 68,5 Mio. € bzw. 5,0 % auf 1.447,7 Mio. € (Vj. 1.379,2 Mio. €).

Die Personalaufwendungen liegen leicht unter der um Erstkonsolidierungseffekte bereinigten Umsatzentwicklung (+ 5,3 %). In der unveränderten Personalaufwandsquote von 59,4 % stehen sich einerseits konzernweite Restrukturierungserfolge sowie ein unterproportionaler Personalaufbau an Standorten mit Leistungsausweitungen und andererseits eine überproportional zur Grundlohnsummen-Veränderungsrate verlaufende Tarifentwicklung gegenüber.

Die Abschreibungen sind im Vergleich zum Vorjahr um 7,4 Mio. € bzw. 7,3 % auf 109,4 Mio. € angestiegen (Vj. 102,0 Mio. €). Vom Anstieg der Abschreibungen entfallen 1,5 Mio. € auf die erstmals erfassten Kliniken. Die verbleibenden 5,9 Mio. € sind unter anderem den MVZ-Inbetriebnahmen sowie den Inbetriebnahmen unserer Erweiterungsbauten in Cuxhaven zum 1. Oktober 2009 und in Bad Berka zum 1. November 2009 sowie den laufenden Investitionen zuzurechnen.

Der Rückgang der Abschreibungsquote von 4,4 % auf 4,2 % resultiert aus dem vergleichsweise geringen Umfang des aus Eigenmitteln finanzierten Anlagevermögens in den neu akquirierten Kliniken.

Der übrige betriebliche Aufwand ist im Geschäftsjahr 2010 um 26,2 Mio. € bzw. 11,7 % auf 251,1 Mio. € (Vj. 224,9 Mio. €) angestiegen. Der Anstieg entfällt mit 15,2 Mio. € bzw. 6,8 % auf Bestandskliniken und mit 11,0 Mio. € auf erstkonsolidierte Kliniken und Inbetriebnahmen von MVZ-Gesellschaften. Die Aufwandsmehrun-gen bei den Bestandskliniken entfallen unter anderem auf zum Teil bezuschusste Instandhaltungen, Instandhaltungen im Zusammenhang mit einem Brand am Standort Bad Neustadt a. d. Saale sowie auf Fort- und Weiterbildungskosten.

Vorgenannte Effekte ließen die Quote der übrigen Aufwendungen von 9,7 % auf 9,8 % leicht ansteigen.

Bei einer nahezu proportionalen Entwicklung des Finanzaufwandssaldos hat sich das Finanzergebnis absolut gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres um 0,7 Mio. € bzw. 3,1 % auf –24,0 Mio. € verschlechtert. Während sich die im ersten Halbjahr 2010 durchgeführte Umschuldung in den langfristigen Bereich durch Begebung einer Anleihe mit einem Volumen von 400,0 Mio. € zu einem Zinssatz von 3,875 % aufwandserhöhend mit per saldo rund 2,7 Mio. € nach Verrechnung mit Zinserträgen ausgewirkt hat, führte der Rückgang der durchschnittlichen Nettofinanzverschuldung gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres von rund 513,0 Mio. € um rund 34,0 Mio. € auf den Ver-

gleichswert von rund 479,0 Mio. € für 2010 zu einer Entlastung des Finanzergebnisses. Ergebniswirksam zu erfassende Marktwertänderungen der Finanzinstrumente wirkten sich im Geschäftsjahr 2010 mit 0,2 Mio. € (Vj. 1,2 Mio. €) aufwandserhöhend – jeweils vor Steuern – aus. Weitere aus der Veränderung des Zinsniveaus resultierende Abwertungen der von uns zur Zinnsicherung erworbenen Caps und Swaps sind mit insgesamt 5,3 Mio. € ergebnisneutral beim Eigenkapital erfasst.

Der Ertragsteueraufwand ist gegenüber dem Vorjahr um 1,7 Mio. € auf 28,8 Mio. € (Vj. 27,1 Mio. €) gestiegen. Bereinigt um Steueraufwendungen aus Vorjahren in Höhe von 0,3 Mio. € (Vj. 1,2 Mio. €) ist der Ertragsteueraufwand um 2,6 Mio. € aufgrund einer entsprechend höheren steuerlichen Bemessungsgrundlage angestiegen. Die Ertragsteuerbelastung, bestehend aus Körperschaftsteuer und Solidaritätszuschlag, beträgt unverändert 15,83 % der steuerlichen Bemessungsgrundlage. Gewerbesteuer ist nicht anzusetzen, da Krankenhäuser von dieser Ertragsteuer befreit sind. Die Steuerquote liegt unverändert gegenüber dem Vorjahr bei 1,1 %-Punkten.

Der Konzerngewinn ist um 13,4 Mio. € (+ 10,2 %) auf 145,1 Mio. € (Vj. 131,7 Mio. €) gestiegen. Zur Verbesserung des Konzerngewinns haben die erstkonsolidierten Kliniken mit 9,2 Mio. € beigetragen. Aus Marktwertänderungen unserer Finanzinstrumente resultiert eine um 0,8 Mio. € geringere Ergebnisbelastung in Höhe von 0,2 Mio. € (Vj. 1,0 Mio. €). Die übrigen stationären und ambulanten Einrichtungen haben den Konzerngewinn um 3,4 Mio. € gesteigert.

Der Ergebnisanteil der Minderheitsgesellschafter ist um 0,5 Mio. € auf 5,4 Mio. € zurückgegangen. Ursächlich hierfür war im Wesentlichen der weitere Erwerb von Minderheitsanteilen (Aufstockung um 20,0 %-Punkte auf 94,9 %-Punkte) an der Amper Kliniken AG durch die RHÖN-KLINIKUM AG mit Wirkung zum 1. Januar 2010.

Der auf die Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG für 2010 entfallende Gewinnanteil ist gegenüber dem Vorjahr um 14,0 Mio. € bzw. 11,1 % auf 139,7 Mio. € (Vj. 125,7 Mio. €) gestiegen. Dies entspricht einem Ergebnis je Aktie gemäß IAS 33 von 1,01 € (Vj. 1,07 €). Rechnerisch ungewichtet ermittelt sich unter Zugrundelegung der nach der Kapitalerhöhung in 2009 bestehenden erhöhten Anzahl an Stammaktien für das Vorjahr ein Ergebnis je Aktie von 0,91 €.

Wir planen, aus dem Bilanzgewinn der RHÖN-KLINIKUM AG 51,1 Mio. € (Vj. 41,5 Mio. €) zur Ausschüttung einer Dividende von 37 Cent je Stammaktie (Vj. 30 Cent) zu verwenden.

Vermögens-, Finanz- und Kapitalstruktur

	31.12.2010		31.12.2009	
	Mio. €	%	Mio. €	%
AKTIVA				
Langfristiges Vermögen	2.195,3	71,8	1.965,5	68,8
Kurzfristiges Vermögen	862,9	28,2	893,0	31,2
	3.058,2	100,0	2.858,5	100,0
PASSIVA				
Eigenkapital	1.495,2	48,9	1.422,9	49,8
Langfristiges Fremdkapital	964,1	31,5	757,2	26,5
Kurzfristiges Fremdkapital	598,9	19,6	678,4	23,7
	3.058,2	100,0	2.858,5	100,0

Die Bilanzsumme erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr um 7,0 % auf 3.058,2 Mio. € (Vj. 2.858,5 Mio. €). Auf der Aktivseite resultiert die Zunahme im Wesentlichen aus getätigten Investitionen im Zusammenhang mit der Abarbeitung unserer Investitionsprogramme seit dem letzten Bilanzstichtag. Im Geschäftsjahr 2010 investierten wir 348,4 Mio. €, die zum Anstieg der langfristigen Vermögenswerte um 229,8 Mio. € bzw. 11,7 % geführt haben.

Die Eigenkapitalquote ging seit dem letzten Bilanzstichtag von 49,8 % leicht auf 48,9 % zurück, da die im Geschäftsjahr 2010 zugegangenen Vermögenswerte mit mehr als der Hälfte aus Fremdkapital finanziert wurden. Wir weisen nunmehr ein Eigenkapital in Höhe von 1.495,2 Mio. € (Vj. 1.422,9 Mio. €) aus. Der Anstieg um 72,3 Mio. € resultiert aus dem Konzerngewinn in Höhe von 145,1 Mio. € abzüglich der an Aktionäre und Minderheitsgesellschafter vorgenommenen Ausschüttungen in Höhe von 43,6 Mio. €, abzüglich des mit 5,3 Mio. € ergebnisneutral beim Eigenkapital erfassten Abwertungsbedarfs des effektiven Teils der Zinssicherungsinstrumente (Cash-Flow-Hedge) sowie abzüglich der mit 24,0 Mio. € ergebnisneutralen Verrechnung der Kaufpreiszahlung für die Aufstockung der Anteile an der Amper Kliniken AG um 20,0 %-Punkte auf 94,9 %-Punkte. Weitere Eigenkapitaltransaktionen in Höhe von 0,1 Mio. € betreffen Minderheitsbeteiligungen von Ärzten an zwei MVZ und eine Servicegesellschaft. Die negativen Marktwerte der als Zinssicherungsinstrumente designierten derivativen Finanzinstrumente sind nach Berücksichtigung der latenten Steuern insgesamt mit 21,4 Mio. € (31. Dezember 2009: 16,1 Mio. €) als Abzugsposten erfasst.

Das langfristige Vermögen ist rechnerisch zu 112,0 % (Vj. 110,9 %) durch Eigenkapital und langfristige Verbindlichkeiten finanziert. Die Nettofinanzverschuldung gegenüber Kreditinstituten stieg seit dem letzten Bilanzstichtag von

406,1 Mio. € um 145,4 Mio. € auf 551,5 Mio. € an und ermittelt sich wie folgt:

	31.12.2010	31.12.2009
	Mio. €	Mio. €
Zahlungsmittel	415,7	444,9
Finanzschulden (kurzfristig)	69,5	166,7
Finanzschulden (langfristig)	922,7	697,9
Verbindlichkeiten Finanzierungs-Leasing	0,5	5,8
Finanzverbindlichkeiten	992,7	870,4
Zwischensumme	577,0	425,5
Negativer Marktwert Derivate (kurzfristig)	0,0	-0,2
Negativer Marktwert Derivate (langfristig)	-25,5	-19,2
Nettofinanzverschuldung	551,5	406,1

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

	2010	2009
	Mio. €	Mio. €
Januar bis Dezember		
Mittelzufluss (+)/-abfluss (-) aus laufender Geschäftstätigkeit	221,5	212,5
Mittelzufluss (+)/-abfluss (-) aus Investitionstätigkeit	-316,0	-406,7
Mittelzufluss (+)/-abfluss (-) aus Finanzierungstätigkeit	67,1	537,9
Veränderung des Finanzmittelfonds	-27,4	343,7
Finanzmittelfonds am 01.01.	420,6	76,9
Finanzmittelfonds am 31.12.	393,2	420,6

Im Geschäftsjahr 2010 betrug der Mittelzufluss aus laufender Geschäftstätigkeit 221,5 Mio. € (Vj. 212,5 Mio. €). Die Zunahme resultierte aus dem gestiegenen Konzerngewinn.

Der Mittelabfluss aus Investitionstätigkeit in Höhe von 316,0 Mio. € (Vj. 406,7 Mio. €) lag unter dem Vorjahreswert, da im Vorjahr 128,8 Mio. € Mittel für Krankenhausübernahmen abgeflossen sind, denen im laufenden Jahr nur 5,0 Mio. € für den Erwerb der Klinik Hildesheimer Land GmbH gegenüberstehen. Die Investitionen in immaterielle Vermögenswerte und Sachanlagen haben sich aufgrund verstärkter Bautätigkeiten im Geschäftsjahr 2010 um 37,7 Mio. € auf 323,6 Mio. € erhöht.

Der Rückgang des Mittelzuflusses aus Finanzierungstätigkeit in Höhe von 537,9 Mio. € im Vorjahr um 470,8 Mio. € auf 67,1 Mio. € im Geschäftsjahr resultierte im Wesentlichen mit 444,8 Mio. € aus der Kapitalerhöhung im dritten Quartal 2009.

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 gegebenenfalls als Anschlussfinanzierungen und Zinsschwankungen auf. Das Geschäftsmodell der RHÖN-KLINIKUM AG ist langfristig ausgerichtet. Deshalb decken wir unseren Finanzbedarf regelmäßig langfristig gesichert ein, 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	2010	2009
Nettokreditverschuldung/EBITDA	≤ 3	1,8	1,4
EBITDA/Nettozinsaufwand	≥ 6	12,8	12,2

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 17,6 Mio. € bzw. 7,4 % auf 255,9 Mio. € (Vj. 238,3 Mio. €).

Zum Bilanzstichtag verfügen wir über kurzfristig verfügbare Geldanlagen sowie über freie Kreditlinien von zusammen rund 806,0 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 2011 mit einer Bestätigung unseres Baa2-Ratings. Das Rating ist mit einem stabilen Ausblick versehen.

Investitionen

Die Gesamtinvestitionen im Geschäftsjahr 2010 von 403,3 Mio. € (Vj. 545,8 Mio. €) gliedern sich wie folgt auf:

	Einsatz von Fördermitteln Mio. €	Einsatz von Eigenmitteln Mio. €	Insgesamt Mio. €
Laufende Investitionen	54,9	344,0	398,9
Klinikübernahmen	0,0	4,4	4,4
Insgesamt	54,9	348,4	403,3

Im Geschäftsjahr 2010 haben wir in immaterielle Vermögensgegenstände, Sachanlagen und als Finanzinvestitionen gehaltene Immobilien insgesamt 403,3 Mio. € (Vj. 545,8 Mio. €) investiert. Von diesen Investitionen betreffen 54,9 Mio. € (Vj. 131,4 Mio. €) Fördermittel nach KHG, die von uns anschaffungskostenmindernd berücksichtigt werden.

Im Konzernabschluss weisen wir Nettoinvestitionen in Höhe von 348,4 Mio. € (Vj. 414,4 Mio. €) aus. Von den Nettoinvestitionen entfallen 4,4 Mio. € (Vj. 123,3 Mio. €) auf Anlagegüter, die im Rahmen von Klinikübernahmen zugehen, und 344,0 Mio. € (Vj. 291,1 Mio. €) auf laufende Investitionen des Geschäftsjahres.

Die Investitionen im Zusammenhang mit Klinikübernahmen entfallen mit 4,9 Mio. € auf den Erwerb der Klinik Hildesheimer Land GmbH und mit -0,5 Mio. € auf die endgültige Kaufpreisallokation der MEDIGREIF-Gruppe. Zum Bilanzstichtag stehen noch 0,3 Mio. € Kaufpreistrückzahlungen durch den Verkäufer aus.

Unsere Investitionen in 2010 verteilen sich auf folgende Regionen:

	Mio. €
Bayern	60,6
Baden-Württemberg	12,0
Brandenburg	4,9
Hessen	165,8
Mecklenburg-Vorpommern	0,2
Niedersachsen	105,8
Nordrhein-Westfalen	2,2
Sachsen	25,0
Sachsen-Anhalt	13,5
Thüringen	13,3
Gesamtinvestitionen	403,3
Nach KHG finanziert	54,9
Nettoinvestitionen	348,4

Aus Unternehmenskaufverträgen haben wir bis 2014 noch Investitionsverpflichtungen in Höhe von 99,1 Mio. € abzuarbeiten. 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

Unter Würdigung aller Umstände des Geschäftsjahres 2010 kommt der Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG bezüglich der wirtschaftlichen Lage des Konzerns im Zeitpunkt der Aufstellung dieses Berichtes zu folgender Gesamtaussage:

Nahezu sämtliche Einrichtungen des Konzerns haben ihre Leistungen, ihre Ertragskraft und ihre Effizienz unter Beachtung aller bestehenden Marktregulierungen erwartungsgemäß steigern können. Mit Steigerungen auf Bestmarken bei Leistung (+ 13,4 %), bei Umsatz (+ 9,9 %), Ergebnis (+ 10,2 %) und Cash-Flow (+ 7,4 %) hat der Konzern trotz schwieriger wirtschaftlicher Lage Härte und Durchsetzungskraft gezeigt. Die Position im Markt, die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage sowie die Eigenkapitalbasis konnten im Geschäftsjahr 2010 verbessert werden. Die Bilanzstrukturen sind gesund und solide.

Im Geschäftsjahr 2010 hat der Konzern seine gesteckten Ziele erreicht. Aus einer Position der Stärke heraus, gestützt durch verfügbare Liquiditäten und Kreditlinien, ist der Konzern jederzeit in der Lage, sich bietende Wachstumschancen zu nutzen.

Zusammengefasst schätzt der Vorstand die wirtschaftliche Lage des Konzerns als sehr gut ein. Der Vorstand bekennt sich zu einem konsequenten und qualifizierten Wachstumskurs auf Basis einer konservativen und liquiditätsstarken Kapitalstruktur bei angemessener Berücksichtigung von Anteilseignerinteressen.

Vorstand und Aufsichtsrat schlagen vor, für das Geschäftsjahr 2010 eine Dividende von 0,37 € (Vj. 0,30 €) je Aktie auszuschütten.

7 NACHTRAG

Seit dem 31. Dezember 2010 sind keine 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 2010 hat sich in den ersten beiden Monaten des Geschäftsjahres 2011 ungebrochen fortgesetzt. Wir sind der festen Überzeugung, dass wir bei normalem Geschäftsverlauf auch 2011 ein internes Leistungswachstum von bis zu 5 % generieren werden, aus dem unter Einrechnung der gesetzlich vorgesehenen Erlösaufschläge für Mehrleistungen in 2011 ein Umsatzwachstum von bis zu 4 % resultieren kann.

Die Integrations- und Umstrukturierungsanstrengungen werden konsequent fortgesetzt.

8 AUSBLICK

8.1 STRATEGISCHE ZIELSETZUNG

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 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 setzen.

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 aber auch die

qualitative und quantitative Verbreiterung unseres Leistungsangebots an bereits bestehenden Standorten. Zusammen mit Kooperationspartnern streben wir, zumindest in Regionen, ein flächendeckendes Versorgungsnetz mit verzahnten ambulanten und stationären Strukturen an.

Außerdem werden derzeit selektive Vertragsangebote mit Kassen vorbereitet, die den Versicherten einen Zugang zur qualitativ hochwertigen Medizin ohne lange Wartelisten verschaffen. Die RHÖN-KLINIKUM AG kann mit ihren bisher geschaffenen und weiter aufzubauenden ambulanten Strukturen (MVZ und Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern), den geeigneten größeren Kliniken sowie Fachkliniken Netzwerke bilden, die telemedizinisch unterstützt werden. Gestartet wird mit indikationsbezogenen Verträgen, die sukzessive geographisch und vom Versorgungsumfang ausgeweitet 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-Säulen-Konzept 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 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

Im Jahr 2011 gehen wir davon aus, dass sich die Konjunkturerholung weiter fortsetzt und sich gestützt durch die Zuversicht der Bürger insbesondere die Binnennachfrage

weiter positiv entwickelt. Auf kommunaler Ebene, welche für unser Akquisitionsmodell von entscheidender Bedeutung ist, sehen wir jedoch keine fundamental getragene Erholung der Finanzlage. Neben strukturellen Ausgabeanstiegen wird die für öffentliche Haushalte gesetzlich verankerte »Schuldenbremse« zusätzlich den finanziellen Handlungsspielraum der kommunalpolitischen Entscheidungsträger massiv begrenzen.

Wir rechnen mit einer konjunkturell bedingten Verbesserung der Lage auf dem Arbeitsmarkt, sehen Preissteigerungen nur in Teilsegmenten (z. B. Energie) und gehen zugleich davon aus, dass die europaweit geltenden Neuverschuldungsgrenzen von 3 % bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt nochmals im laufenden Jahr 2011 überschritten werden.

Für den Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens gehen wir von einer weiter demographisch bedingten steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen von rund 2 % aus, die allerdings nur mit begrenzter Kaufkraft ausgestattet sein wird, da für nachgefragte und erbrachte Mehrleistungen – unabhängig davon, ob vereinbart oder nicht vereinbart – nach den bekannten gesetzlichen Bestimmungen Preisabschläge hinzunehmen sind. Wir gehen davon aus, dass in 2011 Vergütungen für Leistungen abgerechnet werden können, die leicht über dem Niveau von 2010 liegen.

Auf der Kostenseite rechnen wir mit deutlichen Lohn- und Sachkostensteigerungen von über 2 % bis 3 %, denen auf der Erlösseite kein entsprechender Ausgleich gegenübersteht. Unabhängig von dieser Tarifschere wird sich die Beschaffung von qualifiziertem Spitzenpersonal im Ärztlichen Dienst sowie in der Pflege ohnehin nach eigenen Gesetzen entwickeln. Die vermehrt gestellte Forderung von Arbeitnehmern bezüglich einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird auch den Gesundheitsbereich vor neue Herausforderungen stellen. Soweit Krankenhäusern keine Effizienzpotenziale mehr zur Verfügung stehen oder sie nicht in der Lage sind, diese durch geeignete investive Maßnahmen zu heben, wird der bestehende Ergebnis- und Margendruck weiter anhalten.

Als Folge dieser Entwicklung erwarten wir weitere Marktberichtigungen 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 bzw. mit Übernahmen von kleineren Klinikketten.

Auch auf der Seite der Krankenkassen sehen wir weitere Zusammenschlüsse und Konzentrationsbestrebungen.

Für das Geschäftsjahr 2011 wurde vom Gesetzgeber ein sogenanntes »Versorgungsgesetz« angekündigt. In diesem Gesetz soll die Versorgung im ambulanten und stationären Bereich durch gesetzgeberische Maßnahmen sichergestellt werden. Die Bandbreite dieses Gesetzes ist sehr weit gespannt. Es soll die sektorenübergreifende regionale Versorgungsplanung verbessern, einheitliche Qualitäts- und Vergütungsbedingungen an den sogenannten Sektorengrenzen und eine verbesserte integrierte Versorgung ermöglichen, bestehende Überversorgungen und Fehlsteuerungen korrigieren und Kooperationen zwischen den Sektoren erleichtern.

Darüber hinaus sollen eine Honorarreform im ambulanten Bereich sowie neue Vertragsgestaltungsmodelle auch für den stationären Bereich erwogen werden.

Es bleibt abzuwarten, gerade in einem Superwahljahr mit insgesamt sieben Landtagswahlen, welche von diesen Punkten letztendlich beschlossen werden. Zumindest für das Geschäftsjahr 2011 sehen wir sowohl für den Gesundheitsmarkt als auch für den Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG keine signifikante Be- oder Entlastung.

8.3 GESCHÄFTSENTWICKLUNG

Die RHÖN-KLINIKUM AG und ihre Tochtergesellschaften sind erfolgreich in das Geschäftsjahr 2011 gestartet. Die Patientenzahlen nehmen kontinuierlich weiter zu. Die ersten Monatsergebnisse liegen im Rahmen unserer Planung.

Bei den in der Umstrukturierung befindlichen Krankenhäusern und Universitätskliniken erwarten wir im laufenden Jahr 2011 weiter steigende Ergebnisbeiträge. Bereits länger dem Konzernverbund angehörende Krankenhäuser unternehmen wie jedes Jahr alle Anstrengungen, um aus eigener Kraft weiter zu wachsen und ihre Ertragslage weiter zu verbessern.

Bad Neustadt a. d. Saale, 10. März 2011

Der Vorstand

Volker Feldkamp

Dr. rer. pol. Erik Hamann

Wolfgang Kunz

Martin Menger

Wolfgang Pföhler

Dr. rer. oec. Irmgard Stippler

Dr. med. Christoph Straub

Signifikante Verbesserungen auf der Einnahmenseite durch höhere Preise sehen wir für das Jahr 2011 nicht. Unsere Tochtergesellschaften planen ein internes Leistungswachstum von rund 5 % und gehen davon aus, dass sich für dieses Wachstum Umsatzerlöse von ca. 50 % der Regelvergütungen erzielen lassen. Aus diesen Mehreinnahmen können zusammen mit Umstrukturierungs- und Effizienzgewinnen Kostensteigerungen kompensiert und in einem gewissen Umfang noch zusätzliche Deckungsbeiträge zur Ergebnisverstärkung erzielt werden.

Insgesamt sind wir jedoch zuversichtlich, die Herausforderungen des Geschäftsjahres 2011 erfolgreich meistern zu können.

8.4 PROGNOSE

Ohne zusätzliche Akquisitionen erwarten wir für das Geschäftsjahr 2011 Umsätze in Höhe von rund 2,65 Mrd. €. Dieses Umsatzziel geht einher mit einer Prognose für das EBITDA in Höhe von 340 Mio. € und für den Konzerngewinn in Höhe von 160 Mio. €, die sich beide innerhalb einer Bandbreite von 5 % nach oben und unten bewegen können.

Bei Fortsetzung unserer Wachstumsstrategie und unter der Prämisse, dass die derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen auch über das Jahr 2011 hinaus noch gelten, wird sich unser nachhaltiger organischer Wachstumstrend in unseren Bestandskliniken von ca. 3 % bis 4 % beim Volumen und ca. 5 % Wachstum bei Umsatz und Ergebnis auch in den Jahren ab 2012 weiter fortsetzen.

Sofern sich jedoch die unterstellten wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen deutlich abweichend entwickeln oder größere Akquisitionen stattfinden, können sich die mittelfristigen Prognosewerte auch deutlich abweichend entwickeln.

KONZERNBILANZ

31. DEZEMBER 2010

AKTIVA	Anhang	31.12.2010 Tsd. €	31.12.2009 Tsd. €
Langfristige Vermögenswerte			
Geschäftswerte und sonstige immaterielle Vermögenswerte	7.1	346.863	341.719
Sachanlagen	7.2	1.827.488	1.599.861
Als Finanzinvestition gehaltene Immobilien	10.3.3	4.873	5.069
Ertragsteueransprüche	7.3	13.616	17.149
Latente Steuerforderungen	7.4	777	0
Sonstige Vermögenswerte	7.6	1.724	1.788
		2.195.341	1.965.586
Kurzfristige Vermögenswerte			
Vorräte	7.7	47.941	45.928
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen, sonstige Forderungen und sonstige Vermögenswerte	7.8	371.618	377.546
Laufende Ertragsteueransprüche	7.9	27.601	24.567
Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente	7.10	415.743	444.921
		862.903	892.962
		3.058.244	2.858.548

PASSIVA	Anhang	31.12.2010	31.12.2009
		Tsd. €	Tsd. €
Eigenkapital			
Gezeichnetes Kapital	7.11	345.580	345.580
Kapitalrücklage		395.994	395.994
Sonstige Rücklagen		717.381	634.597
Eigene Anteile		-76	-76
Aktionären der RHÖN-KLINIKUM AG zurechenbares Eigenkapital		1.458.879	1.376.095
Minderheitsanteile konzernfremder Gesellschafter am Eigenkapital		36.316	46.844
		1.495.195	1.422.939
Langfristige Schulden			
Finanzschulden	7.12	922.682	697.904
Latente Steuerverbindlichkeiten	7.4	0	1.321
Rückstellungen für Leistungen nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses	7.13	12.591	10.987
Sonstige Verbindlichkeiten	7.16	28.829	46.952
		964.102	757.164
Kurzfristige Schulden			
Finanzschulden	7.12	69.475	166.734
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	7.15	151.509	120.683
Laufende Ertragsteuerverbindlichkeiten	7.17	8.790	10.285
Sonstige Rückstellungen	7.14	22.373	23.237
Sonstige Verbindlichkeiten	7.16	346.800	357.506
		598.947	678.445
		3.058.244	2.858.548

KONZERN-GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

1. JANUAR BIS 31. DEZEMBER 2010

	Anhang	2010 Tsd. €	2009 Tsd. €
Umsatzerlöse	6.1	2.550.384	2.320.089
Sonstige Erträge	6.2	178.722	163.241
		2.729.106	2.483.330
Materialaufwand	6.3	656.902	595.203
Personalaufwand	6.4	1.513.848	1.379.245
Abschreibungen und Wertminderungen	6.5	109.399	101.996
Sonstige Aufwendungen	6.6	251.100	224.888
		2.531.249	2.301.332
Operatives Ergebnis		197.857	181.998
Finanzierungserträge	6.8	7.418	4.828
Finanzierungsaufwendungen	6.8	31.423	28.117
Finanzergebnis (netto)	6.8	-24.005	-23.289
Ergebnis vor Steuern		173.852	158.709
Ertragsteuern	6.9	28.783	27.057
Konzerngewinn		145.069	131.652
davon entfallend auf			
Minderheitsgesellschafter	6.10	5.376	5.931
Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG		139.693	125.721
Ergebnis je Aktie in €	6.11	1,01	1,07

KONZERN- GESAMTERGEBNISRECHNUNG

1. JANUAR BIS 31. DEZEMBER 2010

	2010 Tsd. €	2009 Tsd. €
Konzerngewinn	145.069	131.652
davon entfallend auf		
Minderheitsgesellschafter	5.376	5.931
Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG	139.693	125.721
Veränderung des beizulegenden Zeitwertes von zu Sicherungszwecken eingesetzten Derivaten	-6.235	-4.941
Ertragsteuern	987	782
Veränderung des im Eigenkapital erfassten Betrags (Cash-Flow-Hedges)	-5.248	-4.159
Summe der im Eigenkapital erfassten Wertänderungen	-5.248	-4.159
davon entfallend auf		
Minderheitsgesellschafter	0	0
Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG	-5.248	-4.159
Summe aus Ergebnis nach Steuern und im Eigenkapital erfassten Wertänderungen	139.821	127.493
davon entfallend auf		
Minderheitsgesellschafter	5.376	5.931
Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG	134.445	121.562

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. 2008/01. 01. 2009	259.200	37.582	549.315	-77	846.020	43.243	889.263
Eigenkapitaltransaktionen mit Anteilseignern							
Kapitaleinzahlungen/ -auszahlungen	86.380	358.412	-	-	444.792	12	444.804
Dividendenausschüttungen	-	-	-36.280	-	-36.280	-2.396	-38.676
Periodenergebnis und erfolgsneutral erfasste Veränderungen der Periode	-	-	121.562	-	121.562	5.931	127.493
Sonstige Veränderungen							
Veränderungen des Konsolidierungskreises	-	-	-	-	-	54	54
Ausgabe eigene Anteile	-	-	-	1	1	-	1
Stand 31. 12. 2009	345.580	395.994	634.597	-76	1.376.095	46.844	1.422.939
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	-	-	-	-	-	98	98
Anteilskauf nach Erlangung Control	-	-	-10.199	-	-10.199	-13.846	-24.045
Dividendenausschüttungen	-	-	-41.462	-	-41.462	-2.156	-43.618
Periodenergebnis und erfolgsneutral erfasste Veränderungen der Periode	-	-	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

¹ Einschließlich des sonstigen Ergebnisses (OCI).

KAPITALFLUSSRECHNUNG

	Anhang	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Ergebnis vor Ertragsteuern		173,8	158,7
Finanzergebnis (netto)	6.8	23,8	22,6
Abschreibungen und Ergebnisse aus dem Abgang von Vermögenswerten	6.5	110,6	102,0
Nicht zahlungswirksame Bewertungen derivativer Finanzinstrumente	7.18	0,2	0,7
Sonstige nicht zahlungswirksame Vorgänge		0,0	4,0
		308,4	288,0
Veränderung des Netto-Umlaufvermögens			
Veränderung der Vorräte	7.7	-1,9	-3,1
Veränderung der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	7.8	-20,0	-17,4
Veränderung der sonstigen Forderungen	7.8	4,4	4,1
Veränderung der Verbindlichkeiten (ohne Finanzschulden)	7.16	-18,8	-3,5
Veränderung der Rückstellungen	7.14	0,7	1,1
Gezahlte Ertragsteuern	6.9	-31,0	-29,7
Zinsauszahlungen		-20,3	-27,0
Mittelzufluss aus laufender Geschäftstätigkeit		221,5	212,5
Investitionen in Sachanlagen und immaterielle Vermögenswerte	7.2	-323,6	-285,9
Erwerb von Tochterunternehmen abzüglich erworbener Zahlungsmittel	4	-5,0	-128,8
Verkaufserlöse aus dem Abgang von Vermögenswerten		5,2	3,2
Zinseinzahlungen		7,4	4,8
Mittelabfluss aus Investitionstätigkeit		-316,0	-406,7
Einzahlungen aus der Aufnahme langfristiger Finanzschulden	7.12	396,2	195,0
Rückzahlung von Finanzschulden	7.12	-283,9	-63,2
Einlagen von Aktionären der RHÖN-KLINIKUM AG		0,0	444,8
Dividendenzahlungen an Aktionäre der RHÖN-KLINIKUM AG	7.11	-41,5	-36,3
Ausschüttungen an Minderheitsgesellschafter und Erwerb weiterer Anteile	8	-3,7	-2,4
Mittelzufluss aus Finanzierungstätigkeit		67,1	537,9
Veränderung der Finanzmittelfonds	7.10	-27,4	343,7
Finanzmittelfonds am 01.01.		420,6	76,9
Finanzmittelfonds am 31.12.	7.10	393,2	420,6

KONZERNANHANG

INHALTSVERZEICHNIS

1	GRUNDLEGENDE INFORMATIONEN.....	117
2	BILANZIERUNGS- UND BEWERTUNGSMETHODEN	117
2.1	Grundlagen der Abschlusserstellung	117
2.2	Konsolidierung	119
2.2.1	Tochterunternehmen	119
2.2.2	Transaktionen mit Minderheiten	120
2.2.3	Assoziierte Unternehmen und gemeinschaftlich geführte Unternehmen	120
2.3	Segmentberichterstattung	121
2.4	Geschäftswerte und sonstige immaterielle Vermögenswerte.....	122
2.4.1	Geschäftswert	122
2.4.2	Computersoftware.....	122
2.4.3	Sonstige immaterielle Vermögenswerte	122
2.4.4	Forschungs- und Entwicklungskosten	122
2.4.5	Öffentliche Zuwendungen	122
2.5	Sachanlagen.....	123
2.6	Wertminderung von Sachanlagen und immateriellen Vermögenswerten (ohne Geschäftswert)	123
2.7	Finanzielle Vermögenswerte	124
2.7.1	Erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete Vermögenswerte	125
2.7.2	Darlehen und Forderungen, bis zur Endfälligkeit zu haltende Finanzinvestitionen ..	125
2.7.3	Zur Veräußerung verfügbare finanzielle Vermögenswerte	125
2.8	Als Finanzinvestition gehaltene Immobilien.....	125
2.9	Vorräte	125
2.10	Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	126
2.11	Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente.....	126
2.12	Eigenkapital	126
2.13	Finanzielle Verbindlichkeiten.....	127
2.14	Latente Steuern.....	127
2.15	Leistungen an Arbeitnehmer	128
2.15.1	Pensionsverpflichtungen und sonstige langfristig fällige Leistungen an Arbeitnehmer	128
2.15.2	Leistungen aus Anlass der Beendigung des Arbeitsverhältnisses	129
2.15.3	Tantiemen und Ergebnisbeteiligungen	129
2.16	Rückstellungen	129
2.17	Ertragsrealisierung	130
2.17.1	Stationäre und ambulante Krankenhausleistungen	130
2.17.2	Zinserträge	130
2.17.3	Ausschüttungs- und Dividendenerträge	130
2.18	Leasing.....	130
2.19	Fremdkapitalkosten	130
2.20	Dividendenausschüttungen	130

2.21	Finanzrisikomanagement	131
2.21.1	Finanzrisikofaktoren	131
2.21.2	Kredit- und Bonitätsrisiko	131
2.21.3	Liquiditätsrisiko	131
2.21.4	Zinsänderungsrisiko	131
2.21.5	Management von Eigen- und Fremdkapital	132
3	KRITISCHE SCHÄTZUNGEN UND BEURTEILUNGEN BEI DER BILANZIERUNG UND BEWERTUNG. . .	133
3.1	Geschätzte Wertminderung der Geschäftswerte	133
3.2	Umsatzrealisierung	134
3.3	Ertragsteuern	134
4	UNTERNEHMENSERWERBE	134
5	SEGMENTBERICHTERSTATTUNG	137
6	ERLÄUTERUNGEN ZUR KONZERN-GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG	137
6.1	Umsatzerlöse	137
6.2	Sonstige Erträge	138
6.3	Materialaufwand	138
6.4	Personalaufwand	138
6.5	Abschreibungen und Wertminderungen	139
6.6	Sonstige Aufwendungen	139
6.7	Forschungskosten	139
6.8	Finanzergebnis – netto	140
6.9	Ertragsteuern	140
6.10	Auf Minderheitsgesellschafter entfallender Gewinn	141
6.11	Ergebnis je Aktie	141
7	ERLÄUTERUNGEN ZUR KONZERNBILANZ	142
7.1	Geschäftswerte und sonstige immaterielle Vermögenswerte	142
7.2	Sachanlagen	144
7.3	Ertragsteueransprüche	145
7.4	Latente Steuerforderungen	145
7.5	At-equity bewertete Beteiligungen	146
7.6	Sonstige Vermögenswerte (langfristig)	147
7.7	Vorräte	147
7.8	Forderungen aus Lieferungen und Leistungen, sonstige Forderungen und sonstige Vermögenswerte (kurzfristig)	147
7.9	Laufende Ertragsteueransprüche	148
7.10	Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente	149
7.11	Eigenkapital	149
7.12	Finanzschulden	151
7.13	Rückstellungen für Leistungen nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses	153
7.14	Sonstige Rückstellungen	155
7.15	Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	155
7.16	Sonstige Verbindlichkeiten	156
7.17	Laufende Ertragsteuerverbindlichkeiten	156
7.18	Derivative Finanzinstrumente	156
7.19	Zusätzliche Angaben zu den Finanzinstrumenten	158
7.19.1	Buchwerte, Wertansätze und beizulegende Zeitwerte nach Bewertungskategorien ..	158
7.19.2	Nettoergebnis nach Bewertungskategorien	159
7.19.3	Finanzielle Verbindlichkeiten (Fälligkeitsanalyse)	160

8	ERLÄUTERUNGEN ZUR KAPITALFLUSSRECHNUNG	160
9	ANTEILSBESITZ	161
9.1	In den Konzernabschluss einbezogene Unternehmen	161
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	164
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	165
10.4	Beziehungen zu nahe stehenden Unternehmen und Personen	166
10.5	Gesamtbezüge des Aufsichtsrats, des Vorstands und des Beirats	167
10.6	Erklärung zum Corporate Governance Kodex	170
10.7	Angabe des im Geschäftsjahr für den Abschlussprüfer als Aufwand erfassten Honorars (inklusive Auslagenersatz und 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 sind 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 2010 wurde unter Anwendung von § 315a HGB (»Konzernabschluss nach internationalen Rechnungslegungsstandards«) im Einklang mit den International Financial Reporting Standards (IFRS), den diesbezüglichen Interpretationen des International Accounting Standards Board (IASB) und den Auslegungen des Standing Interpretation Committee (SIC) sowie des International Financial Reporting Interpretation Committee (IFRIC) erstellt, wie sie gemäß der Verordnung Nr. 1606/2002 des Europäischen Parlamentes und des Rates über die Anwendung Internationaler Rechnungslegungsstandards in der Europäischen Union im Geschäftsjahr 2010 verpflichtend anzuwenden sind.

a) Neue Rechnungslegungsvorschriften im Geschäftsjahr 2010

Neue Standards und Interpretationen mit praktischer Relevanz im Geschäftsjahr 2010

Folgende in 2010 in Kraft getretenen Änderungen von Standards und neu veröffentlichte Interpretationen, die bereits von der Europäischen Union verabschiedet worden sind, werden ab dem Geschäftsjahr 2010 sowie in den Folgejahren von der RHÖN-KLINIKUM AG beachtet und im Falle praktischer Relevanz angewendet:

- Sammelstandard »Improvements to IFRSs« (April 2009)

Im April 2009 hat das IASB den zweiten 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 2010 beginnen, verpflichtend anzuwenden. Auswirkungen auf die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage ergaben sich hieraus nicht.

Neue Standards und Interpretationen ohne praktische Relevanz im Geschäftsjahr 2010

Folgende geänderte Standards und neu veröffentlichte Interpretationen, die bereits von der Europäischen Union verabschiedet wurden, haben aus derzeitiger Sicht für 2010 sowie folgende Geschäftsjahre keine praktische Relevanz für die RHÖN-KLINIKUM AG:

- Änderungen zu IFRS 1 »Zusätzliche Ausnahmen für erstmalige Anwender«
- Änderungen zu IFRS 2 »Anteilsbasierte Vergütungstransaktionen mit Barausgleich im Konzern«
- Neufassung des IFRS 1 »Erstmalige Anwendung der IFRS«
- IFRIC 17 »Unbare Ausschüttungen an Anteilseigner«
- IFRIC 18 »Übertragung von Vermögenswerten durch einen Kunden«

Die übrigen Änderungen von Standards und neu veröffentlichten Interpretationen haben keine praktische Relevanz für die RHÖN-KLINIKUM AG.

b) Neue Rechnungslegungsvorschriften ab dem Geschäftsjahr 2011

Neue Standards und Interpretationen mit praktischer Relevanz ab dem Geschäftsjahr 2011

Folgende geänderten Standards und Interpretationen, die bereits von der Europäischen Union verabschiedet wurden, haben aus derzeitiger Sicht ab dem Geschäftsjahr 2011 praktische Relevanz:

- Sammelstandard »Improvements to IFRSs« (Mai 2010)

Im Mai 2010 hat das 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 das 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 auswies 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). Die RHÖN-KLINIKUM AG überprüft derzeit die genauen Auswirkungen auf die notwendigen Angaben im Anhang. Der geänderte Standard ist ab dem Geschäftsjahr 2011 anzuwenden.

Folgender neu veröffentlichter Standard, der noch nicht von der Europäischen Union verabschiedet wurde, hat aus derzeitiger Sicht ab dem Geschäftsjahr 2013 praktische Relevanz:

- IFRS 9 »Finanzinstrumente«

Das 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 das 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 2013 beginnen. Eine frühere Anwendung ist zulässig. Die RHÖN-KLINIKUM AG überprüft derzeit die genauen Auswirkungen im Hinblick auf Bilanzierung und Bewertung.

Neue Standards und Interpretationen ohne praktische Relevanz ab dem Geschäftsjahr 2011

Folgende geänderten Standards, 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 IAS 32 »Klassifizierung von Bezugsrechten«
- Änderungen zu IFRS 1 »Begrenzte Ausnahme für Vergleichsangaben nach IFRS 7 für erstmalige Anwender«
- Änderungen zu IFRIC 14 »Beitragsvorauszahlungen bei bestehenden Mindestdotierungsverpflichtungen«
- IFRIC 19 »Tilgung finanzieller Verbindlichkeiten mit Eigenkapitalinstrumenten«

Folgende geänderten bzw. neu veröffentlichten Standards, die noch nicht von der Europäischen Union verabschiedet wurden, haben aus derzeitiger Sicht für 2011 sowie folgende Geschäftsjahre keine praktische Relevanz:

- Änderung des IAS 12 »Latente Steuern: Realisierung zugrundeliegender Vermögenswerte«
- Änderungen zu IFRS 7 »Finanzinstrumente: Angaben«
- Änderungen des IFRS 1 »Schwerwiegende Hochinflation und Beseitigung fixer Daten«

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 27. April 2011 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.

Im Zusammenhang mit einem Unternehmenszusammenschluss identifizierbare Vermögenswerte, Schulden und Eventualverbindlichkeiten werden im Rahmen der Erstkonsolidierung mit ihren beizulegenden Zeitwerten im Erwerbszeitpunkt bewertet.

Die Anschaffungskosten des Erwerbs entsprechen dem beizulegenden Zeitwert der hingegebenen Vermögenswerte, der ausgegebenen Eigenkapitalinstrumente und der entstandenen bzw. übernommenen Schulden zum Transaktionszeitpunkt (date of exchange), zuzüglich dem Erwerb direkt zurechenbarer Kosten.

Der Überschuss der Anschaffungskosten des Erwerbs über den Anteil des Konzerns an dem zum beizulegenden Zeitwert bewerteten Nettovermögen wird als Geschäftswert angesetzt. Sind die Anschaffungskosten geringer als das zum beizulegenden Zeitwert bewertete Nettovermögen des erworbenen Tochterunternehmens, wird der Unterschiedsbetrag direkt in der Gewinn- und Verlustrechnung erfasst.

Für die ab dem 1. Juli 2009 wirksam werdenden Unternehmenszusammenschlüsse wenden wir die geänderten Regelungen des IFRS 3 (Revised) an. Danach entsprechen die Anschaffungskosten des Erwerbs dem beizulegenden Zeitwert der hingegebenen Vermögenswerte, der ausgegebenen Eigenkapitalinstrumente und der entstandenen bzw. übernommenen Schulden zum Transaktionszeitpunkt. Diese beinhalten außerdem die beizulegenden Zeitwerte jeglicher angesetzter Vermögenswerte oder Schulden, die aus einer bedingten Gegenleistungsvereinbarung resultieren. Kosten in Zusammenhang mit dem Erwerb werden aufwandswirksam erfasst, wenn sie anfallen.

Für jeden Unternehmenserwerb entscheidet der Konzern auf individueller Basis, ob die nicht beherrschenden Anteile am erworbenen Unternehmen zum beizulegenden Zeitwert oder anhand des proportionalen Anteils am Nettovermögen des erworbenen Unternehmens erfasst werden.

Unverändert werden konzerninterne Transaktionen und Salden sowie unrealisierte Gewinne und Verluste aus Transaktionen zwischen Konzernunternehmen 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 Minderheitsgesellschaftern werden entsprechend dem »economic entity approach« wie Transaktionen mit Eigenkapitalgebern behandelt. Beim Erwerb von Minderheitenanteilen wird die Differenz zwischen dem gezahlten Betrag und dem erworbenen Anteil des Buchwertes der Nettovermögenswerte des Tochterunternehmens im Eigenkapital erfasst. Gewinne oder Verluste bei Veräußerungen an Minderheiten 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 zugrundeliegenden 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 Differenzbetrages 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 grundsätzlich nach konzern einheitlichen 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.

2.3 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 Rechnungslegungsmethoden 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 einem jährlichen Werthaltigkeitstest (Impairmenttest) unterzogen und mit seinen ursprünglichen Anschaffungskosten abzüglich kumulierter Wertminderungen bewertet. Wertaufholungsbeträge werden nicht berücksichtigt. Gewinne und Verluste aus der Veräußerung eines Unternehmens umfassen den Buchwert des Geschäftswertes, 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.

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 Zeitraumes 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 Vermögenswertes oder – sofern einschlägig – als separater Vermögenswert erfasst, wenn es wahrscheinlich ist, dass daraus dem Konzern zukünftig wirtschaftlicher Nutzen zufließen wird und die Kosten des Vermögenswertes 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 Vermögenswertes 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 Vermögenswertes abzüglich Veräußerungskosten und dem Nutzungswert. Übersteigt der Buchwert eines Vermögenswertes seinen erzielbaren Betrag, wird der Vermögenswert als wertgemindert betrachtet und auf seinen erzielbaren Betrag abgeschrieben. Zur Ermittlung des Nutzungswertes werden die geschätzten künftigen Cash-Flows unter Zugrundelegung eines Abzinsungssatzes vor Steuern, der die aktuellen Markterwartungen hinsichtlich des Zinseffektes und der spezifischen Risiken des Vermögenswertes 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 Vermögenswertes, abzüglich eines etwaigen Restbuchwertes, 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 und 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 stattgefundenen 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 Vermögenswertes 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 Zinssicherung 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. Zum Bilanzstichtag lagen keine zur Veräußerung verfügbaren finanziellen Vermögenswerte vor.

2.8 ALS FINANZINVESTITION GEHALTENE IMMOBILIEN

Als Finanzinvestition gehaltene Immobilien umfassen Grundstücke und Gebäude, die zur Erzielung von Mieteinnahmen oder zum Zwecke 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 Abschlussstichtag 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 beim 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 LATENTE STEUERN

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 Vermögenswertes 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 latenten 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 bilanzie-

ren ist. Vereinbarungen im Sinne von IAS 19.32A bestehen nicht, so dass der Ansatz eines entsprechenden Vermögenswertes oder einer Schuld entfällt. Der Erfassung eines etwaigen Schuldpostens in unserer Bilanz gehen vorrangig einzulösende Gewährträgerverpflichtungen 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 Professor Dr. Klaus Heubeck mit einem Rechnungszins von 3,2% (Vj. 3,7%) 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 Zeitwertes 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 Zeitwertes 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 Dividenderträge

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 DIVIDENDENAUSSCHÜTTUNGEN

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 2010 wird auf die Ausführungen unter dem Punkt 7.8 Forderungen aus Lieferungen und Leistungen, sonstige Forderungen und sonstige finanzielle 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 Marktumfeldes, in dem der Konzern 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 57,0 % (Vj. 33,8 %) fest verzinslich und 43,0 % (Vj. 66,2 %) 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 67,8 % (Vj. 78,8 %) fest verzinslich mit einer Zinslaufzeit über einem 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.
- Marktziinsänderungen wirken sich auf das Zinsergebnis von variabel verzinslichen Finanzierungsinstrumenten aus und werden demzufolge in die Sensitivitätsanalyse einbezogen.
- Derivate unterliegen Zinsänderungsrisiken hinsichtlich ihres Marktwertes und ihrer Cash-Flows.
- Betrachtet wird eine hypothetische Schwankung des Marktzinsniveaus 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 Marktzinsniveau wäre das Finanzergebnis um 0,6 Mio. € niedriger ausgefallen.

Die hypothetische Auswirkung auf das Finanzergebnis bei steigenden Zinsen ergibt sich aus potenziellen Effekten der variabel verzinslichen Verbindlichkeiten von –0,2 Mio. € sowie den Effekten aus den variabel verzinslichen Guthaben bei Kreditinstituten von 1,1 Mio. €. Wenn das Marktzinsniveau zum 31. Dezember 2010 um 100 Basispunkte höher gewesen wäre, so hätte sich die Bewertung der Derivate um 14,4 Mio. € erhöht. Die Wertänderung der Derivate hätte sich mit einem Anteil von 14,4 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 0,2 Mio. € sowie den Effekten aus den variabel verzinslichen Guthaben bei Kreditinstituten von –0,7 Mio. €. Wenn das Marktzinsniveau zum 31. Dezember 2010 um 100 Basispunkte niedriger gewesen wäre, hätte sich die Bewertung der Derivate um 15,5 Mio. € vermindert. Die Wertänderung der Derivate hätte sich mit einem Anteil von 15,5 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 wir die in der Bilanz ausgewiesenen Positionen Eigenkapital und langfristige Schulden. Diese Kennzahl soll mindestens 100 % betragen und betrug im Berichtsjahr 112,0 % (Vj. 110,9 %). Langfristige Mittelverwendungen betreffen Finanz- und Sachanlagen. Obwohl wir bei einer Personalkostenquote von über 50 % häufig der Dienstleistungsbranche zugerechnet werden, ist unser Geschäftsmodell langfristig ausgerichtet und initial investitionsgetrieben. Die Investitionskosten wollen wir nachhaltig durch mindestens 35,0 % Eigenkapital unterlegen. Zum 31. Dezember 2010 waren dies auf Konzernebene 48,9 % (Vj. 49,8 %).

Wir steuern das Konzernwachstum im Übrigen durch angemessene Maßnahmen beim Eigenkapital über die Gewinnverwendungsbeschlüsse bei den einbezogenen Gesellschaften. Bei Thesaurierung von Teilen der Jahresüberschüsse orientieren wir uns weiterhin an der Eigenkapitalquote auf Konzernebene.

Für die Finanzierung eines weiteren gesunden Wachstums durch Eigenkapitalmittel ließ sich das Management ein genehmigtes Kapital in Höhe von 43,2 Mio. € von der letzten Hauptversammlung vom 10. Juni 2009 bis zum 31. Mai 2012 genehmigen.

Beim Einsatz von Fremdkapital orientieren wir uns zur Risikominimierung an nachfolgenden Steuerungsgrößen. Wir streben an, 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 307,3 Mio. € (Vj. 284,0 Mio. €) betragen. Die Obergrenze würde im Geschäftsjahr 2010 bei 921,9 Mio. € (Vj. 852,0 Mio. €) liegen. Diese Kennzahl wurde im Berichtsjahr mit dem Verhältnis 1,8 (Vj. 1,4) 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 2010 lag das EBITDA bei 307,3 Mio. € und das Finanzergebnis bei 24,0 Mio. €. Die daraus abgeleitete Kennzahl von 12,8 (Vj. 12,2) 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 (WACC) nach Steuern von 5,9% (Vj. 6,9%) 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 Seite 143. Bei den zahlungsmittelgenerierenden Einheiten entspricht ab einem unterstellten Kapitalkostensatz von 7,1% (Vj. 7,7%) 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 von der »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 2010 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 2010 keinen negativen Einfluss auf das Ergebnis 2011 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 102 inländische Tochterunternehmen, wovon 95 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.

Im Geschäftsjahr wurde ein Unternehmenszusammenschluss vorgenommen:

Parameter der Erstkonsolidierung	Erwerbszeitpunkt	Erworbene Anteilsquote %	Kaufpreis bar Mio. €	Ergebnisanteil seit Einbeziehung in den Konzernabschluss	
				Umsatz Mio. €	Ergebnis Mio. €
Klinik Hildesheimer Land GmbH (vormals: Salze Klinik I)	30.07.2010	100,0	5,0	3,4	0,1
Summe Erstkonsolidierung Erwerb 2010			5,0	3,4	0,1

Mit notariellem Kaufvertrag vom 20. Mai 2010 hat die RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 11 im Rahmen eines Asset deals die Salze Klinik I, Bad Salzdetfurth, umfirmiert in Klinik Hildesheimer Land GmbH, von der Lielje-Gruppe, Löhne, unter aufschiebenden Bedingungen erworben. Die Klinik Hildesheimer Land GmbH betreibt die Abteilungen Akutgeriatrie, geriatrische Rehabilitation, kardiologische und orthopädische Rehabilitation mit insgesamt 165 Betten und beschäftigt rund 150 Vollkräfte. Nach Bedingungseintritt wurde der Kaufvertrag am 30. Juli 2010 vollzogen. Ab diesem Zeitpunkt sind Chancen und Risiken auf uns übergegangen. Gegenstand des Kaufvertrages sind der laufende Geschäftsbetrieb sowie das Sachanlagevermögen und das Vorratsvermögen der Klinik. Wir haben die Klinik in unseren Konzern integriert und planen in diesem Zusammenhang Investitionen in Höhe von rund 2,5 Mio. € innerhalb der nächsten fünf Jahre. Der Kaufpreis beläuft sich auf 5,0 Mio. €, der aus Barmitteln der RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 11 beglichen wird.

Aus der Kaufpreisallokation ergeben sich aus der Einbeziehung der Klinik Hildesheimer Land GmbH folgende Auswirkungen auf die Vermögenslage des Konzerns:

	Buchwert vor Akquisition Mio. €	Anpassungs-betrag Mio. €	Zeitwert nach Akquisition Mio. €
Klinik Hildesheimer Land GmbH			
Erworbene Vermögenswerte und Schulden			
Sachanlagen	5,1	0,2	4,9
Vorräte	0,1		0,1
Erworbenes Nettovermögen			5,0
+ Geschäftswert			0,0
Anschaffungskosten			5,0
./. ausstehende Kaufpreiszahlungen			0,0
./. übernommene Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente			0,0
Zahlungsmittelabfluss aus Transaktion			5,0

Anpassungen bei den Sachanlagen resultieren aus stillen Lasten bei Grund und Boden.

Im Rahmen des Anteilserwerbs sind Nebenkosten in Höhe von 0,2 Mio. € angefallen, die im Aufwand berücksichtigt wurden. Wäre der Erwerb der Klinik Hildesheimer Land bereits zum 1. Januar 2010 erfolgt, hätte der Konzernumsatz zum 31. Dezember 2010 2.555,0 Mio. € und der Konzerngewinn 144,7 Mio. € betragen.

Mit notariellem Vertrag vom 11. November 2009 haben wir die MEDIGREIF-Gruppe, bestehend aus fünf Krankenhäusern der Grundversorgung, zwei MVZ-Gesellschaften sowie einer Dienstleistungsgesellschaft, im Wege eines Share deals zu wirtschaftlich 100 % erworben:

Parameter der Erstkonsolidierung	Erwerbszeitpunkt	Erworbene Anteilsquote %	Kaufpreis bar Mio. €	Ergebnisanteil seit Einbeziehung in den Konzernabschluss	
				Umsatz Mio. €	Ergebnis Mio. €
MEDIGREIF-Gruppe	31.12.2009	100,0	115,4	0,0	0,0
Summe Erstkonsolidierung Erwerb 2009			115,4	0,0	0,0

Die MEDIGREIF-Gruppe wird ab 31. Dezember 2009 in den Konzernabschluss einbezogen. Wir haben die vorläufige Kaufpreisallokation der MEDIGREIF-Gruppe geändert. Aus der endgültigen Kaufpreisallokation ergeben sich aus der Einbeziehung der MEDIGREIF-Gruppe nunmehr folgende Auswirkungen auf die Vermögenslage des Konzerns:

	Buchwert vor Akquisition	Anpassungs- betrag	Zeitwert nach Akquisition
	Mio. €	Mio. €	Mio. €
MEDIGREIF-Gruppe			
Erworbene Vermögenswerte und Schulden			
Immaterielle Vermögenswerte	1,2	-0,3	0,9
Sachanlagen	24,8	3,3	28,1
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	8,3	0,0	8,3
Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente	13,6	0,0	13,6
Übrige Vermögenswerte	2,4	0,0	2,4
Minderheitenanteile	-0,1	0,0	-0,1
Finanzschulden	-6,0	0,0	-6,0
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	-8,9	0,0	-8,9
Rückstellungen	-0,3	0,0	-0,3
Übrige Schulden	-11,2	-5,3	-16,5
Erworbenes Nettovermögen			21,5
+ Geschäftswert			93,9
Anschaffungskosten			115,4
+ ausstehende Kaufpreisrückzahlungen			0,3
./. übernommene Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente			-13,6
Zahlungsmittelabfluss aus Transaktion			102,1

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, so dass die Kassenarztsitze auf die MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Düsseldorf GmbH zu diesem Zeitpunkt übertragen wurden. Die Einbeziehung in den Konzern erfolgt zum 1. Januar 2011. Im Rahmen des Erwerbs der Kassenarztsitze sind Kosten in Höhe von 0,3 Mio. € angefallen, die im Aufwand berücksichtigt wurden. Die vorläufige Kaufpreisallokation sieht folgende Auswirkungen auf die Vermögenslage des Konzerns in 2011 vor:

	Buchwert vor Akquisition	Anpassungs- betrag	Zeitwert nach Akquisition
	Mio. €	Mio. €	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			-12,2
./. übernommene Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente			0,0
Zahlungsmittelabfluss aus Transaktion			0,0

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 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:

	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Geschäftsfelder		
Akutkliniken	2.483,8	2.265,2
Medizinische Versorgungszentren	22,3	13,3
Rehabilitationskliniken	44,3	41,6
	2.550,4	2.320,1
Regionen		
Freistaat Bayern	505,5	486,5
Freistaat Sachsen	351,8	316,6
Freistaat Thüringen	315,7	293,2
Land Brandenburg	111,7	107,7
Land Baden-Württemberg	124,2	117,2
Land Hessen	557,3	530,8
Land Niedersachsen	404,5	388,5
Land Nordrhein-Westfalen	51,3	50,2
Land Mecklenburg-Vorpommern	6,4	0,0
Land Sachsen-Anhalt	122,0	29,4
	2.550,4	2.320,1

Die Umsatzerlöse stellen nach IAS 18 Umsätze aus der Erbringung von Dienstleistungen dar und sind im Geschäftsjahr 2010 um 230,3 Mio. € bzw. 9,9% auf 2.550,4 Mio. € angestiegen. Davon entfallen auf Umsätze in unseren Akut- und Rehabilitationskliniken 2.528,1 Mio. € (Vj. 2.306,8 Mio. €) und auf Umsätze in unseren Medizinischen Versorgungszentren 22,3 Mio. € (Vj. 13,3 Mio. €). Vom Umsatzzuwachs im stationären Bereich entfallen auf die im Geschäftsjahr 2010 erstkonsolidierten Kliniken 97,7 Mio. € (Umsatzrelevanz: MEDIGREIF-Gruppe ab 1. Januar 2010 und Klinik Hildesheimer Land GmbH ab 1. August 2010). Die seit längerem zum Bestand zählenden Konzernkliniken steigerten ihren Umsatz um 123,6 Mio. € (+ 5,4 %) und die Medizinischen Versorgungszentren konnten ihre Umsätze um 9,0 Mio. € (+ 67,7 %) ausweiten.

6.2 SONSTIGE ERTRÄGE

Die sonstigen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Erträge aus Leistungen	139,8	130,2
Erträge aus Fördermitteln und sonstigen Zuwendungen	13,8	13,2
Erträge aus wertberechtigten Forderungen	2,5	5,3
Erträge aus Schadensersatzleistungen	4,9	1,5
Übrige	17,7	13,0
	178,7	163,2

Als Erträge aus Leistungen werden Erlöse aus Hilfs- und Nebenbetrieben in Höhe von 127,5 Mio. € (Vj. 118,5 Mio. €) sowie Miet- und Pächterlöse in Höhe von 12,3 Mio. € (Vj. 11,7 Mio. €) ausgewiesen. Der Anstieg resultiert aus vermehrten Arzneimittelverkäufen sowie aus erstkonsolidierten Kliniken und Inbetriebnahmen von MVZ-Gesellschaften.

Der Konzern erhielt zur Kompensation von laufenden Aufwendungen (Mutterschutz, Beschäftigung von Zivildienstleistenden sowie Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz in Höhe von 7,5 Mio. € und Nutzung geförderter Vermögenswerte der Krankenhäuser in Höhe von 5,9 Mio. €) Fördermittel und sonstige Zuwendungen.

Der Anstieg der Erträge aus Schadensersatzleistungen betrifft Versicherungserstattungen im Zusammenhang mit einem Brand am Standort Bad Neustadt a. d. Saale.

Vom Anstieg der sonstigen Erträge entfallen 4,9 Mio. € auf erstkonsolidierte Kliniken und Inbetriebnahmen von MVZ-Gesellschaften.

6.3 MATERIALAUFWAND

	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	538,8	493,2
Aufwendungen für bezogene Leistungen	118,1	102,0
	656,9	595,2

Der Materialaufwand hat sich gegenüber dem Vorjahr um 61,7 Mio. € auf 656,9 Mio. € erhöht. Vom Anstieg der Materialaufwendungen entfallen 26,4 Mio. € bzw. 4,4 % auf erstkonsolidierte Kliniken und Inbetriebnahmen der MVZ-Gesellschaften.

6.4 PERSONALAUFWAND

	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Löhne und Gehälter	1.260,3	1.144,5
Sozialversicherungsabgaben	101,2	92,3
Aufwendungen für Leistungen nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses		
beitragsorientierte Pläne	150,1	140,2
leistungsorientierte Pläne	2,2	2,2
	1.513,8	1.379,2

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 0,5 Mio. € enthalten.

Der Anstieg der Personalaufwendungen entfällt mit 66,1 Mio. € auf erstkonsolidierte Kliniken und Inbetriebnahmen von MVZ-Gesellschaften. Bereinigt um vorgenannte Konsolidierungseffekte ergibt sich ein Anstieg der Personalaufwendungen um 68,5 Mio. € bzw. 5,0 %.

6.5 ABSCHREIBUNGEN UND WERTMINDERUNGEN

Der Posten enthält planmäßige Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände, Sachanlagen und als Finanzinvestition gehaltene Immobilien. Vom Anstieg der Abschreibungen und Wertminderungen entfallen 1,5 Mio. € auf die erstmals erfassten Abschreibungen der erstkonsolidierten Kliniken. Die verbleibenden 5,9 Mio. € sind u. a. den MVZ-Inbetriebnahmen sowie den Inbetriebnahmen unserer Erweiterungsbauten in Cuxhaven zum 1. Oktober 2009 und in Bad Berka zum 1. November 2009 sowie den laufenden Investitionen zuzurechnen.

6.6 SONSTIGE AUFWENDUNGEN

Die sonstigen Aufwendungen entfallen auf:

	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Instandhaltung und Wartung	89,0	75,2
Gebühren, Beiträge und Beratungskosten	56,9	54,0
Verwaltungs- und EDV-Kosten	20,9	19,4
Abwertungen auf Forderungen	7,6	8,7
Versicherungen	11,2	10,4
Mieten und Pachten	14,7	10,7
Reisekosten, Bewirtung, Repräsentationskosten	7,3	6,4
Sonstige Personal- und Weiterbildungsaufwendungen	12,3	10,8
Verluste aus dem Abgang von langfristigen Vermögenswerten	1,7	0,6
Sonstige Steuern	1,3	1,0
Übrige	28,2	27,7
	251,1	224,9

Die sonstigen Aufwendungen sind im Geschäftsjahr 2010 um 26,2 Mio. € bzw. 11,7 % auf 251,1 Mio. € angestiegen. Der Anstieg entfällt mit 15,2 Mio. € bzw. 6,8 % auf Bestandskliniken und mit 11,0 Mio. € bzw. 4,9 % auf erstkonsolidierte Kliniken und MVZ-Gesellschaften. Die Aufwandsmehrungen bei den Bestandskliniken entfallen u. a. auf zum Teil bezuschusste Instandhaltungen, Instandhaltungen im Zusammenhang mit einem Brand am Standort Bad Neustadt a. d. Saale sowie Fort- und Weiterbildungskosten.

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:

	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Finanzerträge		
Bankguthaben	6,1	3,4
Sonstige Zinserträge	1,3	1,4
	7,4	4,8
Finanzaufwendungen		
Anleihe	15,1	4,0
Bankschulden	13,8	21,7
Verluste aus Zeitwertänderung derivater Finanzinstrumente	0,2	1,2
Sonstige Zinsaufwendungen	2,3	1,2
	31,4	28,1
	-24,0	-23,3

Sonstige Zinserträge betreffen insbesondere Zinserträge aus Steuerforderungen.

Der unter den Verlusten aus Zeitwertänderung derivativer Finanzinstrumente ausgewiesene ineffektive Teil aus dem Bewertungsergebnis beim Hedge-Accounting beträgt 0,0 Mio. € (Vj. 0,1 Mio. €).

In den Sonstigen Zinsaufwendungen sind Verlustanteile an at-equity-Unternehmen in Höhe von 30 Tsd. € enthalten.

Aufgrund von IAS 17 (Leasingverhältnisse) werden Finanzierungs-Leasing-Verträge unter den Sachanlagen und der in den Leasingraten enthaltene Zinsanteil in Höhe von 0,2 Mio. € 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 2010 auf 29,9 Mio. € (Vj. 25,3 Mio. €) und setzt sich mit 6,5 Mio. € aus Erträgen (Vj. 4,0 Mio. €) sowie mit 36,4 Mio. € aus Aufwendungen (Vj. 29,3 Mio. €) zusammen.

6.9 ERTRAGSTEUERN

Als Ertragsteuern wird die Körperschaftsteuer einschließlich des Solidaritätszuschlages und in geringem Umfang 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:

	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Laufende Ertragsteuern	29,8	28,2
Latente Steuerabgrenzungen	-1,0	-1,2
	28,8	27,0

Der Ertragsteueraufwand ist gegenüber dem Vorjahr um 1,8 Mio. € auf 28,8 Mio. € (Vj. 27,0 Mio. €) angestiegen. Die Ertragsteuerbelastung liegt bei 16,6 % (Vj. 17,0 %).

Die Überleitung vom rechnerischen Steueraufwand auf das Ergebnis vor Ertragsteuern auf den Ertragsteueraufwand stellt sich wie folgt dar:

	2010		2009	
	Mio. €	%	Mio. €	%
Ergebnis vor Ertragsteuern	173,9	100,0	158,7	100,0
Rechnerischer Steueraufwand (Steuersatz 15,0%, Vj. 15,0%)	26,1	15,0	23,8	15,0
Solidaritätszuschlag (Steuersatz 5,5%)	1,4	0,8	1,3	0,8
Ausschüttungsbedingter Mehraufwand	0,6	0,3	0,6	0,4
Steuermehrungen aufgrund steuerlich nicht abzugsfähiger Aufwendungen	0,2	0,1	0,2	0,1
Steuern Vorjahre	0,3	0,2	1,2	0,8
Gewerbeertragsteuer	0,4	0,2	0,9	0,6
Geschäftswertabschreibung	-0,5	-0,3	-0,5	-0,3
Einbuchung abzugrenzender Verlustvorträge	-0,9	-0,5	-5,3	-3,3
Ausbuchung bisher abgegrenzter Verlustvorträge	0,9	0,5	3,1	2,0
Sonstiges	0,3	0,2	1,7	1,1
Effektiver Ertragsteueraufwand	28,8	16,6	27,0	17,0

Hinsichtlich der Zuordnung der Steuerabgrenzungen zu den einzelnen Vermögenswerten und Schulden verweisen wir auf die Erläuterungen zur Konzernbilanz.

6.10 AUF MINDERHEITSGESELLSCHAFTER 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 01.01.2010	Anzahl zum 31.12.2010
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 (Pkt. 7.11).

Das Ergebnis je Aktie ermittelt sich wie folgt:

	Stammaktien
Anteil am Konzerngewinn in Tsd. €	139.693
(Vorjahr)	(125.721)
Gewichteter Durchschnitt der im Umlauf befindlichen Aktien in Tsd. Stück	138.208
(Vorjahr)	(117.571)
Gewinn je Aktie in €	1,01
(Vorjahr)	(1,07)
Dividende je Aktie in €	0,37
(Vorjahr)	(0,30)

Das verwässerte Ergebnis je Aktie entspricht dem unverwässerten Ergebnis je Aktie, da an den Bilanzstichtagen keine Options- und Wandlungsrechte ausgegeben waren.

Rechnerisch ungewichtet ermittelt sich unter Zugrundelegung der nach der Kapitalerhöhung in 2009 bestehenden erhöhten Anzahl an Stammaktien für das Vorjahr ein Ergebnis je Aktie von 0,91 €.

7 ERLÄUTERUNGEN ZUR KONZERNBILANZ

7.1 GESCHÄFTSWERTE UND SONSTIGE IMMATERIELLE VERMÖGENSWERTE

	Geschäftswerte Mio. €	Sonstige immaterielle Vermögenswerte 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

	Geschäftswerte Mio. €	Sonstige immaterielle Vermögenswerte Mio. €	Gesamt Mio. €
Anschaffungskosten			
01.01.2009	235,2	34,1	269,3
Zugänge aus Änderung Konsolidierungskreis	94,0	0,7	94,7
Zugänge	0,0	8,1	8,1
Abgänge	6,0	0,1	6,1
Umbuchungen	0,0	0,3	0,3
31.12.2009	323,2	43,1	366,3
Kumulierte planmäßige Abschreibungen und Wertminderungen			
01.01.2009	0,0	19,0	19,0
Abschreibungen	0,0	5,7	5,7
Abgänge	0,0	0,1	0,1
31.12.2009	0,0	24,6	24,6
Bilanzwert 31.12.2009	323,2	18,5	341,7

Unter den sonstigen immateriellen Vermögenswerten wird im Wesentlichen Software ausgewiesen.

Die Abgänge bei den Geschäftswerten des Geschäftsjahres 2010 in Höhe von 0,1 Mio. € resultieren aus Sachverhalten im Zusammenhang mit der endgültigen Kaufpreisallokation bei der MEDIGREIF-Gruppe, die im Zeitpunkt der erstmaligen Bilanzierung der Unternehmenszusammenschlüsse nicht verlässlich bewertet werden konnten und damit nicht die Kriterien eines gesonderten Ansatzes nach IFRS 3 Paragraph 37 erfüllen.

Eigentums- und Verfügungsbeschränkungen liegen nicht vor.

Geschäftswerte unterliegen einem jährlichen Wertminderungstest für ihre jeweilige zahlungsmittelgenerierende 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-Jahres-Detailplanung und der anschließenden Berücksichtigung einer ewigen Rente ein entsprechender Barwert errechnet. Zur Berechnung des Barwertes 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 2010 der Fall.

Wir haben die Werthaltigkeit des Geschäftswertes der neu erworbenen Gesellschaften zum 31. Dezember 2010 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 2010 mit $5,90\%$ (Vj. $6,85\%$) ermittelt. Wesentliche Geschäftswerte entfallen auf folgende zahlungsmittelgenerierenden Einheiten:

Gesellschaft	31.12.2010 Mio. €	31.12.2009 Mio. €
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH	137,5	137,5
MEDIGREIF-Gruppe	93,9	94,0
Zentralklinik Bad Berka GmbH	13,8	13,8
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. €	26,5	26,5
	323,1	323,2

Das durchschnittliche Umsatzwachstum im Planungszeitraum 2011–2021 (Vj. 2010–2020) der wesentlichen geschäftswerttragenden Gesellschaften liegt in einer Bandbreite von $1,4\%$ bis $3,9\%$ (Vj. $2,4\%$ bis $3,6\%$).

In einer Bandbreite von $6,2\%$ bis $13,6\%$ (Vj. $5,1\%$ bis $18,8\%$) bewegen sich die EBIT-Margen der Gesellschaften während des Planungszeitraumes.

Im Zusammenhang mit dem Impairmenttest wurde zusätzlich eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt. Innerhalb des Tests wurden folgende Prämissen angewendet:

- EBIT-Rückgang um 5%
- EBIT-Rückgang um 10%

Als Ergebnis der Sensitivitätsanalyse konnten wir feststellen, dass unter Berücksichtigung vorgenannter Prämissen kein Abwertungsbedarf der Geschäftswerte bestand.

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					
01.01.2010	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

	Grund- stücke und Gebäude Mio. €	Technische Anlagen und Maschinen Mio. €	Betriebs- und Geschäfts- ausstattung Mio. €	Anlagen im Bau Mio. €	Gesamt Mio. €
Anschaffungskosten					
01.01.2009	1.330,9	60,5	400,6	167,3	1.959,3
Zugänge aus Änderung Konsolidierungskreis	20,0	0,3	6,8	0,1	27,2
Zugänge	45,4	3,7	58,5	175,5	283,1
Abgänge	0,5	0,2	16,3	0,1	17,1
Umbuchungen	32,9	2,1	8,8	-44,1	-0,3
31.12.2009	1.428,7	66,4	458,4	298,7	2.252,2
Kumulierte planmäßige Abschreibungen und Wertminderungen					
01.01.2009	324,1	34,9	213,3	0,0	572,3
Abschreibungen	39,3	4,3	52,5	0,0	96,1
Abgänge	0,1	0,1	15,9	0,0	16,1
31.12.2009	363,3	39,1	249,9	0,0	652,3
Bilanzwert 31.12.2009	1.065,4	27,3	208,5	298,7	1.599,9

Im Geschäftsjahr sind Fremdkapitalkosten in Höhe von 7,5 Mio. € (Vj. 2,7 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 4,1 % (Vj. 3,8 %) 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 33,2 Mio. € (Vj. 38,5 Mio. €) mit Grundpfandrechten belastet. Die durch Grundpfandrechte/Grundschulden besicherten Finanzschulden betragen zum Stichtag 13,8 Mio. € (Vj. 16,3 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 777,8 Mio. € (Vj. 808,2 Mio. €). Zur Absicherung von bedingt rückzahlbaren Einzelfördermaßnahmen nach dem Krankenhausfinanzierungs-

gesetzt (z. B. für Krankenhausneuerrichtungen bzw. wesentliche Erweiterungen) in Höhe von 235,3 Mio. € (Vj. 233,1 Mio. €) sind Grundpfandrechte in Höhe von 445,5 Mio. € (Vj. 443,6 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.

	31.12.2010 Mio. €	31.12.2009 Mio. €
Anschaffungskosten – Aktivierte Leasingobjekte aus Finanzierungs-Leasing	9,3	14,3
Kumulierte Abschreibungen	8,7	8,6
Nettobuchwert	0,6	5,7

Die Veränderung resultiert aus dem Kauf von zum Vorjahresstichtag geleasten technischen Anlagen und Maschinen.

7.3 ERTRAGSTEUERANSPRÜCHE

Unter diesem Posten ausgewiesene Körperschaftsteuer-Anrechnungsguthaben betreffen Ansprüche i. S. v. § 37 KStG n. F., die innerhalb eines Auszahlungszeitraumes von 2012 bis 2017 in jeweils gleichen Jahresbeträgen zur Auszahlung gelangen. Sie sind mit dem Barwert in Höhe von 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:

	31.12.2010		31.12.2009	
	aktivisch Mio. €	passivisch Mio. €	aktivisch Mio. €	passivisch Mio. €
Verlustvorträge	11,6	0,0	10,8	0,0
Sachanlagen	0,0	20,4	0,0	17,0
Verzinsliche Schulden	3,9	0,0	3,3	0,0
Bewertungsunterschiede bei Tochtergesellschaften	0,0	0,9	0,0	0,7
Übrige Aktiva und Passiva	10,9	4,3	6,4	4,1
Gesamt	26,4	25,6	20,5	21,8
Saldo	0,8			1,3

Latente Steuerforderungen für steuerliche Verlustvorträge werden mit dem Betrag angesetzt, zu dem die Realisierung der damit verbundenen Steuervorteile durch zukünftige steuerliche Gewinne wahrscheinlich ist. Verlustvorträge 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 Verlustvorträgen liegen steuerliche Planungsrechnungen für einen Zeitraum von fünf Jahren zugrunde. Die Steuerbasis, die für die Steuerabgrenzung genutzt wird, beträgt 73,0 Mio. € (Vj. 68,3 Mio. €). Am Bilanzstichtag bestehen bisher nicht genutzte steuerliche Verlustvorträge in Höhe von 108,3 Mio. € (Vj. 109,2 Mio. €), von denen in Höhe von 35,3 Mio. € (Vj. 40,9 Mio. €) keine aktiven latenten Steuern angesetzt wurden. Steuerliche Verlustvorträge 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 Verlustvorträgen 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 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:

	31.12.2010 Mio. €	31.12.2009 Mio. €
Latente Steuerverpflichtungen zum Beginn des Jahres	-1,3	-3,6
Ergebnisneutrale Erfassung latenter Steuern im Zusammenhang mit im Eigenkapital ergebnisneutral erfassten derivativen Finanzinstrumenten	1,0	0,8
Im Rahmen von Unternehmenserwerben erworbene Ansprüche	0,0	0,3
Ertrag in der Gewinn- und Verlustrechnung aus laufenden Verrechnungen	1,1	1,2
Latente Steuerforderungen (Vj. Latente Steuerverpflichtungen) zum Ende des Jahres	0,8	-1,3

7.5 AT-EQUITY BEWERTETE BETEILIGUNGEN

Mit notariellem Vertrag vom 18. März 2010 wurde die Medizinisches Versorgungszentrum Nikomedicum Bad Sachsa GmbH neu gegründet. Gegenstand der Gesellschaft 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.

Ferner besteht ein Joint Venture firmierend unter Energiezentrale Universitätsklinikum Gießen GmbH zusammen mit den Stadtwerken Gießen zum Betrieb einer Brennstoffzelle für die Energieversorgung der Universitätsklinik Gießen.

Die Voraussetzungen zur Bilanzierung beider Anteile nach der at-equity-Methode liegen vor. Anteilig hat der Konzern folgende Anteile an den Vermögenswerten, Schulden, Erträgen und Aufwendungen:

Daten Bilanz der at-equity bewerteten Beteiligungen	31.12.2010 Mio. €
Langfristige Vermögenswerte	1,9
Kurzfristige Vermögenswerte	0,5
Langfristige Schulden gegenüber Gesellschafter	1,9
Kurzfristige Schulden	0,4
Eigenkapital	0,1
Buchwert aus at-equity bewerteten Beteiligungen	0,1

Daten Gewinn- und Verlustrechnung der at-equity bewerteten Beteiligungen	2010 Mio. €
Umsatzerlöse	0,1
Sonstige Aufwendungen	0,1
Jahresergebnis	0,0

Anteile an Unternehmen, die nach der at-equity-Methode bilanziert werden, sind mit 62 Tsd. € wegen Unwesentlichkeit unter den Sonstigen Vermögenswerten (langfristig) ausgewiesen.

7.6 SONSTIGE VERMÖGENSWERTE (LANGFRISTIG)

	31.12.2010	31.12.2009
	Mio. €	Mio. €
Übrige Vermögenswerte	1,4	1,3
Sonstige Vermögenswerte (langfristig) (Nicht-Finanzinstrumente)	1,4	1,3
Beteiligungen	0,2	0,2
Übrige Vermögenswerte	0,1	0,3
Sonstige Vermögenswerte (langfristig) (Finanzinstrumente)	0,3	0,5
Sonstige Vermögenswerte (langfristig) (gesamt)	1,7	1,8

Weitere unwesentliche Unternehmen, an denen wir zu zwischen 20,0 % und 50,0 % beteiligt sind, werden nicht konsolidiert. Sie werden in der Regel zu fortgeführten Anschaffungskosten angesetzt. Dies gilt auch für die übrigen finanziellen Vermögenswerte.

7.7 VORRÄTE

Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe in Höhe von 47,9 Mio. € (Vj. 45,9 Mio. €) betreffen im Wesentlichen den medizinischen Bedarf. Hierbei wurden Wertberichtigungen in Höhe von 5,2 Mio. € (Vj. 5,0 Mio. €) abgesetzt. Sämtliche Vorräte befinden sich im Eigentum der RHÖN-KLINIKUM AG und der mit der RHÖN-KLINIKUM AG verbundenen Unternehmen. Abtretungen und Verpfändungen liegen nicht vor.

7.8 FORDERUNGEN AUS LIEFERUNGEN UND LEISTUNGEN, SONSTIGE FORDERUNGEN UND SONSTIGE VERMÖGENSWERTE (KURZFRISTIG)

	31.12.2010	31.12.2009
	< 1 Jahr	< 1 Jahr
	Mio. €	Mio. €
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen (brutto)	348,0	328,1
Wertberichtigungen auf Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	-18,9	-19,0
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen (netto)	329,1	309,1
Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	9,0	17,2
Geleistete Anzahlungen/Rückzahlungen auf Anteilswerb	0,3	22,4
Sonstige Forderungen	33,2	28,8
	371,6	377,5

Bei den Forderungen aus Lieferungen und Leistungen (netto) in Höhe von 329,1 Mio. € (Vj. 309,1 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 aber als gering ein.

Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht betreffen überwiegend Ausgleichsansprüche nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. nach der Bundespflegesatzverordnung.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2010 wurde der Anteil an der Amper Kliniken AG um 20,0%-Punkte von 74,9 % auf 94,9 % aufgestockt. Der Basiskaufpreis für den Folgerwerb wurde bereits im Geschäftsjahr 2009 an den Verkäufer bezahlt und in 2010 aus den geleisteten Anzahlungen/Rückzahlungen auf Anteilswerb umgliedert und als Minderung des Eigenkapitals erfasst, da die Kaufpreisallokation für den Erwerb der

74,9%-Punkte in 2005 bereits vollständig abgeschlossen war. Aus der endgültigen Kaufpreiskalkulation bezüglich der MEDIGREIF-Gruppe ergibt sich ein Rückforderungsanspruch in Höhe von 0,3 Mio. €.

In den sonstigen Forderungen sind Rückforderungsansprüche gegenüber Versicherern aus Schadensfällen in Höhe von 4,0 Mio. € (Vj. 3,7 Mio. €) enthalten. Auf die sonstigen Forderungen wurden keine Zuschreibungen oder Wertberichtigungen vorgenommen.

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. €	
31.12.2010						
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	348,0	260,8	40,8	10,4	9,0	27,0
31.12.2009						
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	328,1	261,7	28,3	9,9	4,4	23,8

Hinsichtlich des in Höhe von 260,8 Mio. € (Vj. 261,7 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 18,9 Mio. € (Vj. 19,0 Mio. €). Die Erstkonsolidierung der Klinik Hildesheimer Land GmbH zum 30. Juli 2010 hat keine Auswirkung auf die Höhe der Wertberichtigungen auf Forderungen aus Lieferungen und Leistungen.

Im Geschäftsjahr 2010 wurden Forderungen aus Lieferungen und Leistungen in Höhe von 3,9 Mio. € (Vj. 3,8 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. 1,1 Mio. €) erfolgswirksam vereinnahmt werden.

7.9 LAUFENDE ERTRAGSTEUERANSPRÜCHE

Laufende Ertragsteueransprüche umfassen Körperschaftsteuererstattungsansprüche gegenüber Finanzbehörden.

7.10 ZAHLUNGSMITTEL UND ZAHLUNGSMITTELÄQUIVALENTE

	31.12.2010	31.12.2009
	Mio. €	Mio. €
Bank- und Kassenbestand	81,9	78,8
Kurzfristige Bankeinlagen	333,8	366,1
	415,7	444,9

Zum Bilanzstichtag belief sich der effektive Zinssatz für Bankeinlagen auf 1,6 % (Vj. 1,3 %), wobei die Anlagen eine durchschnittliche Restlaufzeit von neun Tagen hatten.

Zahlungsmittel und Kontokorrentkredite werden zum Zweck der Kapitalflussrechnung wie folgt zusammengefasst:

	31.12.2010	31.12.2009
	Mio. €	Mio. €
Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente	415,7	444,9
Kontokorrentkredite	-22,5	-24,3
Finanzmittelfonds	393,2	420,6

7.11 EIGENKAPITAL

Das Grundkapital der RHÖN-KLINIKUM AG beträgt unverändert 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 01.01.2010	138.232.000	345.580.000
Veränderung 2010	0	0
Stammaktien Stand 31.12.2010	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 2010 über ein nach Durchführung der Kapitalerhöhung in 2009 noch verbliebenes genehmigtes Kapital von 43.220.000 €, das bis zum 31. Mai 2012 einmalig oder mehrmalig 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 717,4 Mio. € (Vj. 634,6 Mio. €) enthalten mit 735,8 Mio. € (Vj. 650,7 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 2010 insgesamt 21,4 Mio. € (Vj. 16,1 Mio. €) in die Sonstigen Rücklagen eingestellt, die das Eigenkapital gemindert haben.

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 01.01.2010	24.000
Veränderung 2010	0
Eigene Anteile Stand 31.12.2010	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 37 Cent (Vj. 30 Cent) je Aktie exakt entspricht.

Die Aktionäre stimmten während der letzten Hauptversammlung dem Vorschlag des Vorstands zu, so dass im Geschäftsjahr 2010 eine tatsächliche Dividendenausschüttung in Höhe von 30 Cent (Vj. 35 Cent) je Aktie erfolgte.

Der Vorstand schlägt der Hauptversammlung daher vor, aus dem Bilanzgewinn der RHÖN-KLINIKUM AG 51,1 Mio. € (Vj. 41,5 Mio. €) zur Ausschüttung einer Dividende von 37 Cent je Stammaktie (Vj. 30 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 36,3 Mio. € (Vj. 46,8 Mio. €) betreffen unmittelbar bzw. mittelbar gehaltene Anteile konzernfremder Dritter am Eigenkapital folgender einbezogener Tochterunternehmen:

	Anteile im Fremdbesitz	
	31.12.2010 %	31.12.2009 %
Krankenhausgesellschaften		
Amper Kliniken AG, Dachau	5,1	25,1
Frankenwaldklinik Kronach GmbH, Kronach	5,1	5,1
IGB Integratives Gesundheitszentrum Boizenburg GmbH, Boizenburg	8,0	8,0
Kliniken München Pasing und Perlach GmbH, München	1,3	6,3
Klinikum Gifhorn GmbH, Gifhorn (vormals: Kreiskrankenhaus Gifhorn GmbH, Gifhorn)	4,0	4,0
Klinikum Pforzheim GmbH, Pforzheim	5,1	5,1
Klinikum Salzgitter GmbH, Salzgitter	5,1	5,1
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 Düsseldorf GmbH, Düsseldorf (vormals: RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 29, Bad Neustadt a. d. Saale)	5,0	0,0
MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Wuppertal GmbH, Wuppertal (vormals: RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 28, Bad Neustadt a. d. Saale)	45,0	0,0
MVZ Universitätsklinikum Marburg GmbH, Marburg	5,0	5,0

	Anteile im Fremdbesitz	
	31.12.2010	31.12.2009
	%	%
Servicegesellschaften		
KDI Klinikservice GmbH, Dachau	5,1	25,1
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 GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	49,0	49,0
Übrige Gesellschaften		
Altmühltalklinik-Leasing-GmbH, Kipfenberg	49,0	49,0
Amper Medico Gesellschaft für medizinische Dienstleistungen mbH, Dachau	5,1	25,1

Mit Wirkung zum 1. Januar 2010 wurde der Anteil an der Amper Kliniken AG um 20%-Punkte von 74,9% auf 94,9% aufgestockt. Entsprechend verringerten sich die Minderheitenanteile. Da die Kaufpreisallokation für den Erwerb der 74,9%-Punkte in 2005 bereits vollständig abgeschlossen war, waren die auf den Folgerwerb der weiteren 20,0%-Punkte entfallenden Kaufpreiszahlungen in Höhe von 24,1 Mio. € als Minderung des Eigenkapitals zu erfassen.

Weitere Eigenkapitaltransaktionen mit Anteilseignern betreffen Minderheitsbeteiligungen von Ärzten an zwei MVZ-Gesellschaften und eine Servicegesellschaft.

7.12 FINANZSCHULDEN

	31.12.2010		31.12.2009	
	Restlaufzeit > 1 Jahr	Restlaufzeit < 1 Jahr	Restlaufzeit > 1 Jahr	Restlaufzeit < 1 Jahr
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Langfristige Finanzschulden Anleihe	396,6	12,6	0,0	111,8
Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	500,6	34,4	678,7	30,4
Negative Marktwerte derivater Finanzinstrumente	25,5	0,0	19,2	0,2
Summe langfristige Finanzschulden	922,7	47,0	697,9	142,4
Kurzfristige Finanzschulden				
Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	0,0	22,5	0,0	24,3
Summe kurzfristige Finanzschulden	0,0	22,5	0,0	24,3
Summe Finanzschulden gesamt	922,7	69,5	697,9	166,7

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. Die Mindestvertragslaufzeit beträgt sieben Jahre, wobei 55,0 Mio. € bereits nach sechs Jahren auslaufen. Zum Stichtag 31. Dezember 2010 werden 205,0 Mio. € des Gesamtvolumens beansprucht. Der laufzeitgebundene Zinssatz liegt im Berichtsjahr zwischen 0,94% p. a. und 1,42% 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 Zinssicherungsgeschäft 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.

Die RHÖN-KLINIKUM AG hat im März 2010 eine Anleihe mit einem Volumen von 400,0 Mio. € und einer Laufzeit von sechs Jahren erfolgreich am Markt platziert. Der Kupon der Anleihe beträgt 3,875 %, der Ausgabekurs wurde bei 99,575 % festgelegt. Dies ergibt eine Gesamrendite von 3,956 %. Der Emissionserlös dient der Refinanzierung bestehender Finanzverbindlichkeiten sowie allgemeinen Unternehmenszwecken.

Weiterhin konnte im April 2010 eine revolvingende Kreditlinie über 150,0 Mio. € vereinbart werden. Die Linie, die als Liquiditätsreserve dient, weist per 31. Dezember 2010 keine Inanspruchnahme auf. Das nicht ausgeschöpfte Kreditvolumen ist mit 0,56 % p. a. zu verzinsen.

Im Jahr 2010 wurde zudem ein neues Zinssicherungsgeschäft zum Ersatz eines zeitlich befristeten Caps abgeschlossen. Der neue Swap sichert ein Tilgungsdarlehen mit einem Volumen von 9,54 Mio. € gegen Zinsänderungsrisiken bis zum Laufzeitende des Grundgeschäfts 2022. Das Zinssicherungsgeschäft wird mit dem Darlehen als Grundgeschäft als Hedge-Beziehung geführt.

Von den langfristigen Finanzschulden sind 392,4 Mio. € (Vj. 535,5 Mio. €) variabel verzinst. Zur Begrenzung des Zinsänderungsrisikos wurden 96,0 % des langfristig variabel verzinslichen Volumens durch diverse Zinsderivate gesichert. Die mit den verzinslichen Verbindlichkeiten verbundenen Zinsänderungsrisiken und vertraglichen Zinsanpassungstermine stellen sich wie folgt dar:

	31.12.2010			31.12.2009		
	Zinssatz ¹	Ursprungswert	Buchwert Darlehen	Zinssatz ¹	Ursprungswert	Buchwert Darlehen
Ende Zinsbindung	%	Mio. €	Mio. €	%	Mio. €	Mio. €
Anleihe	4,06	400,0	396,6	3,65	110,0	109,9
Zinsen Anleihe			12,6			1,9
		400,0	409,2		110,0	111,8
Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten						
2010				1,43	572,7	554,1
2011	1,60	447,9	410,3	5,10	46,3	29,2
2012	5,34	3,7	2,9	5,35	3,8	3,0
2013	4,46	2,0	1,2	4,46	2,0	1,6
2014	5,60	1,5	0,8	5,60	1,5	0,9
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	5,20	122,1	119,8	5,18	122,2	120,3
		577,2	535,0		748,5	709,1
		977,2	944,2		858,5	820,9

¹ Gewogener Zinssatz.

Die effektiven Zinssätze zum Bilanzstichtag lauten:

	31.12.2010	31.12.2009
	%	%
Anleihe	4,06	3,65
Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	2,18	2,20
Kontokorrentverbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	2,73	2,80

Die Restlaufzeiten der Finanzschulden betragen:

	31.12.2010 Mio. €	31.12.2009 Mio. €
Bis 1 Jahr	69,5	166,7
Zwischen 1 und 5 Jahren	377,3	444,2
Über 5 Jahre	545,4	253,7
Summe	992,2	864,6

Von den ausgewiesenen Finanzschulden sind 13,8 Mio. € (Vj. 16,3 Mio. €) durch Grundpfandrechte/Grundschulden besichert.

7.13 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. fünf) Konzerngesellschaften. Es handelt sich um Zusagen auf Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenrenten. Die Rückstellungen betreffen aktive Anwärter, ausgeschiedene Mitarbeiter mit unverfallbaren Ansprüchen sowie Rentempfänger. Die Leistungen hängen von den Dienstjahren und dem pensionsfähigen Gehalt ab.

Neben den allgemeinen Pensionsplänen besteht für die Mitglieder des Vorstands ein Plan, der Abfindungsleistungen 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 Abfindungszahlung, 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:

	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Aufwand für erdiente Versorgungsansprüche (Dienstzeitaufwand)	1,1	1,1
Aufzinsung der erwarteten Versorgungsansprüche (Zinsaufwand)	0,6	0,5
Verrechnete versicherungsmathematische Gewinne und Verluste	0,3	0,7
	2,0	2,3

Der Pensionsaufwand wird vollständig unter dem Personalaufwand ausgewiesen.

Der bilanzierte Rückstellungsbetrag zeigt folgende Zusammensetzung und Entwicklung in der Bilanz und ermittelt sich wie folgt:

	31.12.2010 Mio. €	31.12.2009 Mio. €
Verpflichtungsumfang (Defined Benefit Obligation)	14,4	12,3
Noch nicht verrechnete versicherungsmathematische Gewinne und Verluste	-1,8	-1,3
Pensionsrückstellungen (Defined Benefit Liability)	12,6	11,0

	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Stand 01.01.	11,0	9,5
Aufwand für erdiente Versorgungsansprüche (Dienstzeitaufwand)	1,1	1,1
Aufzinsung der erwarteten Versorgungsansprüche (Zinsaufwand)	0,6	0,5
Verrechnete mathematische Gewinne und Verluste	0,3	0,7
Planänderung	0,2	-0,2
Geleistete Zahlungen	-0,6	-0,6
Stand 31.12.	12,6	11,0

Der Berechnung liegen folgende Annahmen zugrunde:

	31.12.2010 %	31.12.2009 %
Rechnungszinsfuß	4,95	5,20
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:

	2010 Mio. €	2009 Mio. €	2008 Mio. €	2007 Mio. €	2006 Mio. €
Verpflichtungsumfang (Defined Benefit Obligation) 31.12.	14,4	12,3	11,0	9,6	9,6
Zeitwert des Planvermögens	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Unterdeckung 31.12.	14,4	12,3	11,0	9,6	9,6
Erfahrungsbedingte Anpassungen der Planschulden	0,7	-0,1	0,7	-0,3	0,8

Die Entwicklung des Verpflichtungsumfanges (Defined Benefit Obligation) im Geschäftsjahr 2010 stellt sich im Vergleich zum Vorjahr wie folgt dar:

	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Stand 01.01.	12,3	11,0
Dienstzeitaufwand	1,1	1,1
Zinsaufwand	0,6	0,5
Rentenzahlungen	-0,6	-0,6
Versicherungsmathematische Gewinne/Verluste	1,0	0,3
Stand 31.12.	14,4	12,3

Die im Jahr 2010 erwarteten zu zahlenden Pensionen in 2011 belaufen sich auf 5,9 Mio. € (Vj. 0,5 Mio. €).

Als biometrische Rechnungsgrundlagen wurden unverändert zum Vorjahr die Richttafeln 2005 G nach Professor Dr. Klaus Heubeck verwendet.

7.14 SONSTIGE RÜCKSTELLUNGEN

Die sonstigen Rückstellungen entwickelten sich im Geschäftsjahr wie folgt:

	01.01.2010	Änderung Konsoli- dierungs- kreis	Ver- brauch	Auf- lösung	Zu- führung	31.12.2010	davon < 1 Jahr	davon > 1 Jahr
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Abrissverpflichtungen	1,5	0,0	1,3	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Haftpflichtrisiken	20,9	0,0	4,1	0,9	6,1	22,0	22,0	0,0
Rückstellungen für belastende Verträge	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Übrige Rückstellungen	0,7	0,0	0,3	0,1	0,0	0,3	0,3	0,0
	23,2	0,0	5,8	1,1	6,1	22,4	22,4	0,0

Die Rückstellungen für Abrissverpflichtungen entfallen auf vertraglich vereinbarte Leistungen zur Räumung von bebauten Grundstücken. Es wird erwartet, dass die Rückstellungen im Geschäftsjahr 2011 in Anspruch genommen werden.

Die Rückstellungen für Haftpflichtrisiken betreffen Schadensersatzansprüche Dritter. Ihnen stehen Rückforderungsansprüche gegenüber Versicherern in Höhe von 4,0 Mio. € gegenüber, die unter den sonstigen Forderungen 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:

	01.01.2010	davon < 1 Jahr	davon > 1 Jahr	31.12.2009	davon < 1 Jahr	davon > 1 Jahr
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Abrissverpflichtungen	0,1	0,1	0,0	1,5	1,5	0,0
Haftpflichtrisiken	22,0	22,0	0,0	20,9	20,9	0,0
Rückstellungen für belastende Verträge	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Übrige Rückstellungen	0,3	0,3	0,0	0,7	0,7	0,0
	22,4	22,4	0,0	23,2	23,2	0,0

Im Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG bestehen im Geschäftsjahr 2010 Eventualverbindlichkeiten in einem Volumen von maximal 5,7 Mio. €. Es handelt sich hierbei um ungewisse Rückzahlungsverpflichtungen aus der Verwendung von Einzelfördermitteln sowie Klageverfahren bezüglich Mehrleistungsabschlüsse nach dem Krankenhausentgeltgesetz. Zum jetzigen Zeitpunkt geht die RHÖN-KLINIKUM AG in der Zukunft von keiner nennenswerten Inanspruchnahme aus.

7.15 VERBINDLICHKEITEN AUS LIEFERUNGEN UND LEISTUNGEN

	31.12.2010		31.12.2009	
	< 1 Jahr	> 1 Jahr	< 1 Jahr	> 1 Jahr
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	151,5	0,0	120,7	0,0

Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen bestehen gegenüber Dritten. Der Gesamtbetrag von 151,5 Mio. € (Vj. 120,7 Mio. €) ist innerhalb eines Jahres fällig.

7.16 SONSTIGE VERBINDLICHKEITEN

	31.12.2010		31.12.2009	
	< 1 Jahr	> 1 Jahr	< 1 Jahr	> 1 Jahr
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Personalverbindlichkeiten	150,4	7,2	141,8	11,5
Abgrenzungen	9,5	0,0	8,0	0,0
Betriebssteuern und Sozialversicherungen	21,3	0,0	21,3	0,0
Erhaltene Anzahlungen	0,8	0,0	1,1	0,0
Übrige Verbindlichkeiten	19,2	0,0	16,9	0,0
Sonstige Verbindlichkeiten (Nicht-Finanzinstrumente)	201,2	7,2	189,1	11,5
Verbindlichkeiten KHG	112,8	0,0	133,5	8,4
Kaufpreise	0,0	0,0	0,5	0,0
Leasing	0,2	0,3	0,8	4,9
Übrige finanzielle Verbindlichkeiten	32,6	21,3	33,6	22,2
Sonstige Verbindlichkeiten (Finanzinstrumente)	145,6	21,6	168,4	35,5
Sonstige Verbindlichkeiten (gesamt)	346,8	28,8	357,5	47,0

Personalverbindlichkeiten entfallen auf ergebnisabhängige Vergütungen, Verpflichtungen aus nicht genommenem Urlaub, Altersteilzeitverpflichtungen sowie Abfindungsverpflichtungen.

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 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 sonstigen übrigen Verbindlichkeiten entfallen 13,3 Mio. € (Vj. 14,3 Mio. €) Verpflichtungen aus Forschungszuschüssen gegenüber der Universität Gießen und Marburg.

Die übrigen Verbindlichkeiten mit einer Restlaufzeit von mehr als fünf Jahren betragen 0,2 Mio. € (Vj. 0,2 Mio. €).

7.17 LAUFENDE ERTRAGSTEUERVERBINDLICHKEITEN

Die laufenden Ertragsteuerverbindlichkeiten in Höhe von 8,8 Mio. € (Vj. 10,3 Mio. €) entfallen auf noch nicht veranlagte Körperschaftsteuer und Solidaritätszuschlag für das abgelaufene Geschäftsjahr und auf Vorjahre.

7.18 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 944,2 Mio. € (Vj. 820,9 Mio. €) waren 551,8 Mio. € (Vj. 285,4 Mio. €) mit festen Zinskonditionen und Laufzeiten bis 2027 ausgestattet. Für die übrigen langfristigen Finanzschulden, die variabel verzinslich sind, bestehen Zinssicherungen in einem Volumen von 578,8 Mio. € (Vj. 212,4 Mio. €). Davon entfallen 200,0 Mio. € auf einen im Geschäftsjahr 2009 abgeschlossenen Forwardswap, der zwei Ende 2011 bzw. zu Beginn 2012 auslaufende Zinssicherungsgeschäfte in Höhe von zusammen ebenfalls 200,0 Mio. € ablösen soll.

Aus den erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewerteten Derivaten entstanden Verluste in Höhe von 0,2 Mio. € (Vj. 1,2 Mio. €). Die im Rahmen von Cash-Flow-Hedges abgesicherten künftigen Cash-Flows werden innerhalb der nächsten zwölf Jahre fällig.

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 in einer Hedge-Rücklage im Eigenkapital in Höhe von 21,4 Mio. € (Vj. 16,1 Mio. €) vorgemerkt.

Die Überwachung und Steuerung der derivativen Finanzinstrumente erfolgt durch den Vorstand in Zusammenarbeit mit der unter dem Vorstand angesiedelten Fachabteilung.

2010	Zeitwert Mio. €	Laufzeit		Referenzzinssatz 31.12.2010 %	Höchstzinssatz bzw. Festzinssatz %	Bezugsbetrag 31.12.2010 Mio. €
		von	bis			
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
Zinscaps 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

2009	Zeitwert Mio. €	Laufzeit		Referenzzinssatz 31.12.2009 %	Höchstzinssatz bzw. Festzinssatz %	Bezugsbetrag 31.12.2009 Mio. €
		von	bis			
Zinsswap aktiv	0,0	04.05.2004	31.12.2011	2,50	5,70	1,7
Zinsswap passiv	-16,5	11.06.2008	11.06.2018	0,70	4,65	150,0
	-0,3	02.01.2007	30.09.2018	0,70	3,94	4,7
	-0,1	16.01.2008	06.03.2013	0,70	4,25	2,0
	0,0	30.09.2009	30.12.2013	0,70	2,31	1,4
	0,0	30.09.2009	30.06.2014	0,70	2,42	2,4
	0,0	30.11.2009	28.03.2013	0,70	1,83	2,8
	-0,1	30.11.2009	30.06.2016	0,70	2,57	7,8
	0,0	15.03.2001	15.03.2011	0,70	5,74	0,6
Zinscaps aktiv	0,0	28.02.2006	26.02.2010	0,70	4,00	2,1
	0,0	30.06.2006	31.03.2010	0,70	4,00	10,3
	0,1	02.01.2007	01.01.2012	0,70	4,00	100,0
	0,1	02.01.2007	31.12.2011	0,70	4,00	100,0
Forwardswap passiv	-2,1	02.01.2012	07.06.2013	0,70	3,49	200,0

7.19 ZUSÄTZLICHE ANGABEN ZU DEN FINANZINSTRUMENTEN

7.19.1 Buchwerte, Wertansätze und beizulegende Zeitwerte nach Bewertungskategorien

Bewertungskategorie nach IAS 39	2010	davon		2009	davon	
		Buchwert	Zeitwert		Buchwert	Zeitwert
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
AKTIVA						
Langfristige Vermögenswerte						
Sonstige Vermögenswerte (langfristig)	1,7	0,3	0,3	1,8	0,5	0,5
davon sonstige Vermögenswerte	Kredite + Forderungen	1,7	0,3	1,5	0,2	0,2
davon derivative Finanzinstrumente (HFT)	erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete finanzielle Vermögenswerte	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3
Kurzfristige Vermögenswerte						
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen, sonstige Forderungen und sonstige Vermögenswerte	371,6	360,4	360,4	377,5	367,2	367,2
davon Forderungen aus Lieferungen und Leistungen, sonstige Forderungen	Kredite + Forderungen	371,5	360,3	377,4	367,1	367,1
davon Wertpapiere (HFT)	erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete finanzielle Vermögenswerte	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
davon derivative Finanzinstrumente (HFT)	erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete finanzielle Vermögenswerte	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Zahlungsmittel und Zahlungsmitteläquivalente	Kredite + Forderungen	415,7	415,7	444,9	444,9	444,9
PASSIVA						
Langfristige Schulden						
Finanzschulden	922,7	922,7	772,4	697,9	697,9	558,7
davon Finanzschulden	zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	897,2	897,2	678,7	678,7	539,5
davon derivative Finanzinstrumente (Hedge-Accounting)	n. a.	25,5	25,5	19,2	19,2	19,2
Sonstige Verbindlichkeiten	28,8	21,5	22,2	47,0	35,5	34,5
davon sonstige Verbindlichkeiten	zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	28,5	21,2	21,9	42,1	30,6
davon aus Finanzierungs-Leasing	n. a.	0,3	0,3	4,9	4,9	4,9
Kurzfristige Schulden						
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	151,5	151,5	120,7	120,7	120,7
Finanzschulden	69,5	69,5	69,5	166,7	166,7	160,2
davon Finanzschulden	zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	69,5	69,5	166,5	166,5	160,0
davon derivative Finanzinstrumente (HFT)	erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2
Sonstige Verbindlichkeiten	346,8	145,7	145,7	357,5	168,4	168,4
davon sonstige Verbindlichkeiten	zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	346,6	145,5	356,7	167,6	167,6
davon aus Finanzierungs-Leasing	n. a.	0,2	0,2	0,8	0,8	0,8

Aggregiert nach Bewertungskategorien stellen sich die oben dargestellten Werte wie folgt dar:

Kredite + Forderungen	776,3	776,3	812,3	812,3
erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete finanzielle Vermögenswerte	0,1	0,1	0,4	0,4
zu fortgeführten Anschaffungskosten bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	1.284,9	1.135,3	1.164,2	1.023,9
erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete finanzielle Verbindlichkeiten	0,0	0,0	0,2	0,2

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	0,0	0,0	0,0
Wertpapiere	0,0	0,0	0,0	0,0
Kurzfristige derivative Vermögenswerte	0,0	0,1	0,0	0,1
Langfristige derivative Schulden	0,0	25,5	0,0	25,5
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 Forderungen, 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 ermittelt 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 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.

7.19.2 Nettoergebnis nach Bewertungskategorien

	aus Kurs- gewinnen		aus der Folgebewertung		aus Abgang	Nettoergebnis	
	Mio. €	Mio. €	zum	Wertbe-		Mio. €	Mio. €
			Zeitwert	richtigung			
Kredite und Forderungen	0,0	0,0	0,7		3,4	4,1	2,1
Erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert bewertete finanzielle Vermögenswerte und Schulden	0,0	0,2	0,0		0,0	0,2	1,2
Summe	0,0	0,2	0,7		3,4	4,3	3,3

+ = 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 wertberechtigten 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.

7.19.3 Finanzielle Verbindlichkeiten (Fälligkeitsanalyse)

Aus nachfolgender Tabelle sind die vertraglich vereinbarten (undiskontierten) Zins- und Tilgungsleistungen der originären finanziellen Verbindlichkeiten sowie der derivativen Finanzinstrumente ersichtlich:

	Zahlungsabflüsse		
	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

Die folgende Tabelle stellt die Fälligkeitsanalyse des Vorjahres dar:

	Zahlungsabflüsse		
	2010	2011–2016	> 2016
	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Finanzschulden	-185,2	-655,9	-134,0
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	-120,7	0,0	0,0
Derivate	-0,2	0,0	-19,2
Sonstige Verbindlichkeiten	-184,0	-16,1	-14,5
Verbindlichkeiten aus Finanzierungs-Leasing	-1,1	-5,8	0,0
	-491,2	-677,8	-167,7

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 Laufe 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 35,8 Mio. € (Vj. 15,2 Mio. €) ausstehende Baurechnungen sowie nicht zahlungswirksame Verluste derivativer Finanzinstrumente in Höhe von 0,2 Mio. € (Vj. 0,7 Mio. €) berücksichtigt.

Ausschüttungen an die Minderheitsgesellschafter betragen 2,1 Mio. € (Vj. 2,4 Mio. €). Nach der endgültigen Kaufpreiskalkulation aus der Anteilsaufstockung an der Amper Kliniken AG um 20,0 %-Punkte auf 94,9 % erfolgte die Schlusszahlung von 1,6 Mio. € im Geschäftsjahr 2010.

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 Tsd. €	Jahres- ergebnis Tsd. €
Krankenhausgesellschaften			
Amper Kliniken AG, Dachau	94,9	74.984	5.692
Aukamm-Klinik für operative Rheumatologie und Orthopädie GmbH, Wiesbaden	100,0	2.335	875
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen GmbH, Hildburghausen	100,0	39.014	6.301
Frankenwaldklinik Kronach GmbH, Kronach	94,9	26.185	1.581
Haus Saaletal GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	189	76
Herz- und Gefäß-Klinik GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	12.328	0
Herzzentrum Leipzig GmbH, Leipzig	100,0	45.157	27.839
IGB Integratives Gesundheitszentrum Boizenburg GmbH, Boizenburg	92,0	1.669	953
Klinik »Haus Franken« GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	7.030	293
Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe GmbH, Karlsruhe	100,0	17.811	6.833
Kliniken Herzberg und Osterode GmbH, Herzberg am Harz	100,0	15.749	519
Klinik Hildesheimer Land GmbH, Bad Salzdetfurth (vormals: RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 11, Bad Neustadt a. d. Saale)	100,0	1.607	53
Klinik Kipfenberg GmbH Neurochirurgische und Neurologische Fachklinik, Kipfenberg	100,0	6.688	3.358
Kliniken Miltenberg-Erlenbach GmbH, Erlenbach	100,0	11.540	656
Kliniken München Pasing und Perlach GmbH, München	98,7	49.679	5.571
Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Frankfurt (Oder)	100,0	109.372	7.226
Klinikum Gifhorn GmbH, Gifhorn (vormals: Kreiskrankenhaus Gifhorn GmbH, Gifhorn)	96,0	34.155	4.241
Klinikum Hildesheim GmbH, Hildesheim	100,0	52.039	8.400
Klinikum Meiningen GmbH, Meiningen	100,0	41.183	12.787
Klinikum Pforzheim GmbH, Pforzheim	94,9	62.222	5.651
Klinikum Pirna GmbH, Pirna	100,0	35.580	5.159
Klinikum Salzgitter GmbH, Salzgitter	94,9	28.796	1.325
Klinikum Uelzen GmbH, Uelzen	100,0	31.045	1.945
Krankenhaus Anhalt-Zerbst GmbH, Zerbst	100,0	3.252	-1.910
Krankenhaus Cuxhaven GmbH, Cuxhaven	100,0	21.951	880
Krankenhaus Köthen GmbH, Köthen	100,0	12.892	1.679
Krankenhaus St. Barbara Attendorf GmbH, Attendorf	100,0	10.245	-533
Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda GmbH, Friedrichroda	100,0	22.821	1.648
MEDIGREIF – Betriebsgesellschaft für Krankenhäuser und Integrative Gesund- heitszentren mit beschränkter Haftung (MEDIGREIF BKIG mbH), Greifswald	100,0	359	443
MEDIGREIF Bördekrankenhaus GmbH, Neindorf	100,0	989	433
MEDIGREIF Kreiskrankenhaus Burg GmbH, Burg	100,0	21.613	99
MEDIGREIF Verwaltungs- und Betriebsgesellschaft Fachkrankenhaus Vogelsang- Gommern mit beschränkter Haftung, Greifswald	100,0	5.495	1.299
Mittelweser Kliniken GmbH Nienburg Hoya Stolzenau, Nienburg	100,0	27.881	2.361
Neurologische Klinik GmbH Bad Neustadt a. d. Saale, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	3.308	2.051
Park-Krankenhaus Leipzig GmbH, Leipzig (vormals: Park-Krankenhaus Leipzig-Südost GmbH, Leipzig)	100,0	15.040	4.961
Soteria Klinik Leipzig GmbH, Leipzig	100,0	4.263	1.535
Städtisches Krankenhaus Wittlingen GmbH, Wittlingen	96,0	4.049	-454
St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH Bad Kissingen, Bad Kissingen	98,5	8.729	-1.109
St. Petri-Hospital Warburg GmbH, Warburg	100,0	4.480	-1.036
Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH, Wiesbaden	100,0	26.014	943
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen	95,0	66.114	8.291
Weißeritztal-Kliniken GmbH, Freital	100,0	35.932	3.156
Wesermarsch-Klinik Nordenham GmbH, Nordenham	100,0	1.918	-3.574
Zentralklinik Bad Berka GmbH, Bad Berka	87,5	112.826	27.083

	Anteil am Kapital	Eigen- kapital	Jahres- ergebnis
MVZ-Gesellschaften	%	Tsd. €	Tsd. €
MEDIGREIF Medizinisches Versorgungszentrum Sachsen-Anhalt GmbH, Zerbst	100,0	1.074	-274
Medizinisches Versorgungszentrum Anhalt GmbH, Zerbst	100,0	254	-77
Medizinisches Versorgungszentrum NikoMedicum Bad Sachsa GmbH, Bad Sachsa	45,0	37	12
MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Düsseldorf GmbH, Düsseldorf (vormals: RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 29, Bad Neustadt a. d. Saale)	95,0	777	-32
MVZ Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum Wuppertal GmbH, Wuppertal (vormals: RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 28, Bad Neustadt a. d. Saale)	55,0	101	75
MVZ Management GmbH Attendorn, Attendorn	100,0	237	-233
MVZ Management GmbH Baden-Württemberg, Pforzheim	100,0	155	-52
MVZ Management GmbH Brandenburg, Frankfurt (Oder)	100,0	141	-166
MVZ Management GmbH Nord, Nienburg (vormals: MVZ Management GmbH Niedersachsen, Nienburg)	100,0	1	-1.142
MVZ Management GmbH Ost, Pirna (vormals: MVZ Management GmbH Sachsen, Pirna)	100,0	583	94
MVZ Management GmbH Sachsen-Anhalt, Köthen	100,0	135	-137
MVZ Management GmbH Süd, Bad Neustadt a. d. Saale (vormals: MVZ Management GmbH Franken, Bad Neustadt a. d. Saale)	100,0	752	-472
MVZ Management GmbH Thüringen, Bad Berka	100,0	983	118
MVZ Management GmbH West, Wiesbaden (vormals: MVZ Management GmbH Hessen, Wiesbaden)	100,0	387	-513
MVZ Service Gesellschaft mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	1.489	0
MVZ Universitätsklinikum Marburg GmbH, Marburg	95,0	110	0

	Anteil am Kapital	Eigen- kapital	Jahres- ergebnis
Forschungs- und Bildungsgesellschaften	%	Tsd. €	Tsd. €
ESB-Gemeinnützige Gesellschaft für berufliche Bildung mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	1.786	57
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	31	6

	Anteil am Kapital	Eigen- kapital	Jahres- ergebnis
Grundbesitzgesellschaften	%	Tsd. €	Tsd. €
Altmühltalklinik-Leasing GmbH, Kipfenberg	51,0	6.658	615
BGL Grundbesitzverwaltungs-GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	25.613	434
GPG Gesellschaft für Projekt- und Grundstücksentwicklung GmbH, Leipzig	100,0	274	11
Grundstücksgesellschaft Park Dösen GmbH, Leipzig	100,0	6.139	-171
GTB Grundstücksgesellschaft mbH, Leipzig	100,0	44.210	2.032

	Anteil am Kapital	Eigen- kapital	Jahres- ergebnis
Servicegesellschaften	%	Tsd. €	Tsd. €
KDI Klinikservice GmbH, Dachau	94,9	120	24
RK-Cateringgesellschaft Mitte mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	77	-130
RK-Cateringgesellschaft Süd mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	51	0
RK-Cateringgesellschaft West mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	97	19
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	347	170
RK-Reinigungsgesellschaft Süd mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	83	7
RK-Reinigungsgesellschaft West mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	90	4
RK-Reinigungsgesellschaft Zentral mbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	154	32
RK-Wäschereinigung GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	51,0	30	0
UKGM Service GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	92	-37

Vorratsgesellschaften/sonstige Gesellschaften	Anteil am Kapital	Eigenkapital	Jahresergebnis
	%	Tsd. €	Tsd. €
Amper Medico Gesellschaft für medizinische Dienstleistungen mbH, Dachau	94,9	129	3
Energiezentrale Universitätsklinikum Gießen GmbH, Gießen	50,0	75	-85
Leben am Rosenberg GmbH, Kronach	100,0	150	47
Heilbad Bad Neustadt GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	1.909	392
Kinderhort Salzburger Leite gGmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	297	-109
Klinik Feuerberg GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	48	-3
Psychosomatische Klinik GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	31	-3
PTZ GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	15.695	-1.610
RK-Bauträger GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	274	-128
RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 16, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	42	-4
RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 31, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	30	-4
RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 32, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	41	-4
RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 33, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	31	-4
RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 34, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	40	-4
RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 35, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	193	-3
RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 36, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	182	-3
RK Klinik Betriebs GmbH Nr. 37, Bad Neustadt a. d. Saale (vormals: WMK-Service GmbH, Nordenham)	100,0	86	-13
Wolfgang Schaffer GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale	100,0	564	1

9.2 SONSTIGE UNTERNEHMEN GEMÄSS §§ 313 ABS. 2 ZIFF. 2 FF. HGB

	Anteil am Kapital	Eigenkapital	Jahresergebnis
	%	Tsd. €	Tsd. €
4QD - Qualitätskliniken.de GmbH, Berlin	33,3	351	-890
Christliches Hospiz Pforzheim GmbH, Pforzheim ¹	13,6	1.527	705
Hospiz Mittelhessen gGmbH, Wetzlar ¹	15,9	241	57
Imaging Service AG, Niederpöcking ¹	23,8	520	21
miCura Pflegedienste Dachau GmbH, Dachau ¹	46,5	59	14
Seniorenpflegeheim GmbH Bad Neustadt a. d. Saale, Bad Neustadt a. d. Saale ¹	25,0	-639	262
Soemmerring GmbH privates Institut für Bewegungsstörungen und Verhaltensneurologie, Bad Nauheim ¹	31,7	1	34

¹ Zahlen gemäß Jahresabschluss 31. Dezember 2009

10 SONSTIGE ANGABEN

10.1 MITARBEITER IM JAHRESDURCHSCHNITT

	2010	2009	Veränderungen	
	Anzahl ¹	Anzahl ¹	Anzahl ¹	%
Ärztlicher Dienst	3.691	3.299	392	11,9
Pflegedienst	11.482	10.750	732	6,8
Medizinisch-technischer Dienst	4.830	4.507	323	7,2
Funktionsdienst	3.783	3.417	366	10,7
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	4.601	4.347	254	5,8
Technischer Dienst	569	546	23	4,2
Verwaltungsdienst	2.578	2.288	290	12,7
Sonstiges Personal	462	438	24	5,5
	31.996	29.592	2.404	8,1

¹ Nach Köpfen; ohne Vorstände, Geschäftsführer, Auszubildende, Praktikanten und Zivildienstleistende.

10.2 SONSTIGE FINANZIELLE VERPFLICHTUNGEN

	31.12.2010	31.12.2009
	Mio. €	Mio. €
Bestellobligo	40,9	22,1
Operating-Leasing-Verträge		
Fällig im Folgejahr	4,7	4,7
Fällig in 2 bis 5 Jahren	6,0	7,4
Fällig nach 5 Jahren	0,6	1,1
Summe Operating-Leasing-Verträge	11,3	13,2
Übrige		
Fällig im Folgejahr	66,8	58,2
Fällig in 2 bis 5 Jahren	31,9	26,0
Fällig nach 5 Jahren	5,2	6,9
Summe Übrige	103,9	91,1

Vom Bestellobligo entfallen 0,5 Mio. € (Vj. 1,1 Mio. €) auf immaterielle Vermögenswerte sowie 37,7 Mio. € (Vj. 18,3 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 99,1 Mio. € (Vj. 277,7 Mio. €), die im Wesentlichen in einem Zeitraum von bis zu 24 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 MEDIGREIF-Gruppe. Dementsprechend hat der Konzern die Leasingobjekte zum Barwert der Mindestleasingraten in Höhe von 9,3 Mio. € (Vj. 14,3 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 Finanzierungs-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 0,6 Mio. € (Vj. 5,7 Mio. €) werden planmäßig bedient, jedoch nach Auslaufen durch Investitionen ersetzt.

	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Verbindlichkeiten aus Finanzierungs-Leasing-Mindestleasingzahlungen:		
Fällig im Folgejahr	0,3	1,1
Fällig in 2 bis 5 Jahren	0,3	4,1
Fällig nach 5 Jahren	0,0	1,7
	0,6	6,9
Künftige Finanzierungskosten aus Finanzierungs-Leasing	0,0	1,2
Barwert der Verbindlichkeiten aus Finanzierungs-Leasing	0,6	5,7

	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Barwert der Verbindlichkeiten aus Finanzierungs-Leasing:		
Fällig im Folgejahr	0,2	0,8
Fällig in 2 bis 5 Jahren	0,4	3,3
Fällig nach 5 Jahren	0,0	1,6
	0,6	5,7

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	
01.01.2010	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

	Gesamt Mio. €
Anschaffungskosten	
01.01.2009	5,0
Zugänge aus Änderung Konsolidierungskreis ¹	1,3
31.12.2009	6,3
Kumulierte planmäßige Abschreibungen	
01.01.2009	1,0
Abschreibungen	0,2
31.12.2009	1,2
Bilanzwert 31.12.2009	5,1

¹ Einschließlich Akquisitionen.

Die Abschreibungen erfolgen linear über eine Nutzungsdauer von 33 1/3 Jahren. Im Jahr 2010 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. 0,2 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 1,3 Mio. €. Die Mindestleasingzahlungen für den Zeitraum bis zu fünf Jahren betragen 1,1 Mio. €, über fünf Jahre 4,2 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 zu 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 2010 folgendes Leistungsvolumen zu nahe stehenden Unternehmen:

	Aufwand 2010 Tsd. €	Ertrag 2010 Tsd. €	Forderungen 31.12.2010 Tsd. €	Verbindlichkeiten 31.12.2010 Tsd. €
Imaging Service AG, Niederpöcking	168,7	0,0	0,0	11,3
miCura Pflegedienste Dachau GmbH, Dachau	186,3	0,0	0,0	12,8
Seniorenpflegeheim GmbH Bad Neustadt a. d. Saale, Bad Neustadt a. d. Saale	0,0	464,1	6,1	0,0
4QD – Qualitätskliniken.de GmbH, Berlin	492,3	0,0	0,0	12,1
	847,3	464,1	6,1	36,2

Aus Konzernsicht bestand im Geschäftsjahr 2010 folgendes Leistungsvolumen zu at-equity konsolidierten Unternehmen:

	Aufwand 2010 Tsd. €	Ertrag 2010 Tsd. €	Forderungen 31.12.2010 Tsd. €	Verbindlichkeiten 31.12.2010 Tsd. €
Energiezentrale Universitätsklinikum Gießen GmbH, Gießen	0,0	39,0	2.218,7	0,0
Medizinisches Versorgungszentrum NikoMedicum Bad Sachsa GmbH, Bad Sachsa	0,0	0,0	87,8	0,0
	0,0	39,0	2.306,5	0,0

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	Tsd. €
Herr Prof. Dr. Gerhard Ehninger	AgenDix – Applied Genetic Diagnostics – Gesellschaft für angewandte molekulare Diagnostik mbH	Laborleistungen	139,7
	DKMS – Deutsche Knochenmarkspenderdatei gemeinnützige Ges. mbH, Tübingen	Transplantate/Entnahmen	557,2

Zum Bilanzstichtag 31. Dezember 2010 bestanden Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen in Höhe von insgesamt 28 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 2010 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 Tsd. €
Dr. Bernhard Aisch (bis 09.06.2010)	80	0	80
Gisela Ballauf (bis 09.06.2010)	29	3	32
Peter Berghöfer (ab 09.06.2010)	108	48	156
Bettina Böttcher (ab 09.06.2010)	29	1	30
Helmut Bühner (bis 09.06.2010)	43	4	47
Stefan Härtel (ab 09.06.2010)	36	1	37
Ursula Harres (bis 09.06.2010)	41	1	42
Annett Müller	29	3	32
Werner Prange	43	2	45
Joachim Schaar (bis 09.06.2010)	48	27	75
Prof. Dr. Jan Schmitt (ab 09.06.2010)	123	0	123
Dr. Rudolf Schwab (ab 09.06.2010)	85	6	91
	694	96	790

Die vorstehend genannten Aufwendungen werden in der Gewinn- und Verlustrechnung unter den Personalaufwendungen erfasst.

10.5 GESAMTBEZÜGE DES AUFSICHTSRATS, DES VORSTANDS UND DES BEIRATS

	2010 Tsd. €	2009 Tsd. €
Bezüge des Aufsichtsrats	2.426	2.352
Bezüge des amtierenden Vorstands	9.134	8.435
Bezüge der ehemaligen Mitglieder des Vorstands	1.224	1.135
Bezüge des Beirats	21	22

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 2010 getätigten Transaktionen von Aktien der RHÖN-KLINIKUM AG wurden gemäß § 15a Wertpapierhandelsgesetz (WpHG) veröffentlicht. Nach § 15a WpHG meldepflichtige Transaktionen sind der RHÖN-KLINIKUM AG im Geschäftsjahr 2010 folgende Meldungen zugegangen:

Datum der Transaktion	Vor- und Zuname	Funktion/ Status	Finanzinstrument und ISIN	Art und Ort der Transaktion	Stückzahl	Kurs/ Preis	Geschäftsvolumen
01.07.2010	Dr. Christoph Straub	Vorstandsmitglied	RHÖN-KLINIKUM Aktie ISIN DE0007042301	Kauf über XETRA®	2.000	17,99 EUR	35.980,00 EUR
05.08.2010	Detlef Klimpe	Aufsichtsratsmitglied	RHÖN-KLINIKUM Aktie ISIN DE0007042301	Kauf über Börse Frankfurt	1.100	17,74 EUR	19.514,00 EUR
25.11.2010	Dr. Brigitte Mohn	Aufsichtsratsmitglied	RHÖN-KLINIKUM Aktie ISIN DE0007042301	Kauf über XETRA®	4.667	15,64 EUR	72.992,91 EUR

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

	Grundbetrag Tsd. €	Sitzungsgeld fix Tsd. €	Sitzungsgeld variabel Tsd. €	Funktions- tage variabel Tsd. €	Gesamt 2010 Tsd. €	Gesamt 2009 Tsd. €
Gesamtbezüge						
Eugen Münch	20	44	123	281	468	409
Joachim Lüddecke	20	36	57	0	113	112
Bernd Becker (bis 02.12.2009)	0	0	0	0	0	124
Wolfgang Mündel	20	40	148	178	386	349
Dr. Bernhard Aisch (bis 09.06.2010)	9	6	14	0	29	54
Gisela Ballauf (bis 09.06.2010)	9	6	14	0	29	59
Peter Berghöfer (ab 09.06.2010)	11	8	20	0	39	0
Bettina Böttcher (ab 09.06.2010)	11	4	6	0	21	0
Sylvia Bühler	20	14	46	0	80	54
Helmut Bühner (bis 09.06.2010)	9	8	22	0	39	54
Prof. Dr. Gerhard Ehninger	20	8	20	0	48	59
Stefan Härtel (ab 09.06.2010)	11	8	20	0	39	0
Ursula Harres (bis 09.06.2010)	9	6	14	0	29	54
Caspar von Hauenschild	20	20	75	16	131	118
Detlef Klimpe	20	20	99	0	139	155
Dr. Heinz Korte (bis 09.06.2010)	9	12	59	0	80	155
Prof. Dr. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach	20	10	26	0	56	59
Michael Mendel	20	18	69	0	107	120
Dr. Rüdiger Merz (ab 09.06.2010)	11	10	32	0	53	0
Dr. Brigitte Mohn	20	16	38	0	74	48
Annett Müller	20	12	30	0	62	1
Jens-Peter Neumann	20	18	73	0	111	54
Werner Prange	20	16	49	0	85	105
Joachim Schaar (bis 09.06.2010)	9	10	22	0	41	54
Prof. Dr. Jan Schmitt (ab 09.06.2010)	11	6	12	0	29	0
Georg Schulze-Ziehaus (ab 09.06.2010)	11	6	12	0	29	0
Dr. Rudolf Schwab (ab 09.06.2010)	11	6	12	0	29	0
Michael Wendl (bis 09.06.2010)	9	12	59	0	80	155
	400	380	1.171	475	2.426	2.352

Die Gesamtbezüge des Vorstands entfallen im Einzelnen auf:

Gesamtbezüge	Fix			Ergebnis- abhängig	Gesamt 2010	Gesamt 2009
	Grund- gehalt	Neben- leistungen	Alters- versorgung			
	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €
In 2010 amtierende Vorstandsmitglieder						
Andrea Aulkemeyer ¹	192	9	0	762	963	874
Volker Feldkamp ²	61	4	0	134	199	0
Dr. Erik Hamann	177	7	0	402	586	518
Wolfgang Kunz	192	14	0	762	968	879
Gerald Meder ¹	288	8	0	2.004	2.300	2.066
Wolfgang Pföhler	384	12	0	2.096	2.492	2.247
Ralf Stähler ³	58	3	0	127	188	519
Dr. Irmgard Stippler	174	8	0	381	563	519
Dr. Christoph Straub	192	0	150	533	875	813
	1.718	65	150	7.201	9.134	8.435

¹ bis 31. Dezember 2010.

² ab 1. September 2010.

³ bis 30. April 2010.

Die zum 31. Dezember 2008 aus dem Vorstand ausgeschiedenen Vorstandsmitglieder erhielten für ihre frühere Tätigkeit als Vorstand im Geschäftsjahr 2010 insgesamt Bezüge in Höhe von 1,2 Mio. € (Vj. 1,1 Mio. €).

Bei der Beendigung des Dienstvertrages erhalten die Vorstände unter bestimmten Voraussetzungen eine Abfindung. 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:

Altersvorsorgeleistungen	Rückstellung Stand 31.12.2009	Veränderung Abfindungs- ansprüche	Rückstellung Stand 31.12.2010	Nominalbetrag bei Vertrags- ablauf ⁵
	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €	Tsd. €
In 2010 amtierende Vorstandsmitglieder				
Andrea Aulkemeyer ¹	754	224	978	1.193
Volker Feldkamp ²	0	6	6	122
Dr. Erik Hamann	43	52	95	362
Wolfgang Kunz	658	196	854	1.193
Gerald Meder ¹	2.577	290	2.867	3.438
Wolfgang Pföhler	1.049	303	1.352	2.789
Ralf Stähler ³	43	-43	0	0
Dr. Irmgard Stippler	43	52	95	347
Dr. Christoph Straub	58	70	128	453
	5.225	1.150	6.375	9.897
Ehemalige Vorstandsmitglieder				
Dietmar Pawlik ⁴	228	135	363	391
Dr. Brunhilde Seidel-Kwem ⁴	227	136	363	391
	455	271	726	782
	5.680	1.421	7.101	10.679

¹ bis 31. Dezember 2010.

² ab 1. September 2010.

³ bis 30. April 2010.

⁴ bis 31. Dezember 2008.

⁵ Anspruch nach planmäßigem Auslaufen des Vorstandsvertrages auf Basis der Bezüge des abgelaufenen Geschäftsjahres.

Die versicherungsmathematischen Verluste (Korridorregelung) für die ausgeschiedenen Vorstände sind gemäß IAS 19.92 ff. im Geschäftsjahr 2011 ergebniswirksam zu erfassen.

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. Herr Eugen Münch und seine Ehefrau Ingeborg halten 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 3. November 2010 wurde die entsprechende Erklärung gemäß § 161 AktG zur Anwendung des Deutschen Corporate Governance Kodex im Geschäftsjahr 2010 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 ERFASTEN HONORARS (INKLUSIVE AUSLAGENERSATZ UND UMSATZSTEUER)

Im Geschäftsjahr 2010 wurden konzernweit Honorare für Abschlussprüfer in Höhe von 4,7 Mio. € (Vj. 5,9 Mio. €) aufgewendet. Die Honorare inklusive Auslagen und Umsatzsteuer entfallen auf nachfolgende Leistungen:

	2010 Tsd. €	2009 Tsd. €
Honorar für Abschlussprüfungsleistungen	3.009	2.941
Honorar für andere Bestätigungsleistungen	453	1.748
Honorar für Steuerberatungsleistungen	921	941
Honorar für sonstige Leistungen	336	239
	4.719	5.869

Das Honorar für andere Bestätigungsleistungen ist im Vergleich zum Vorjahr um 1,3 Mio. € rückläufig. Ursächlich hierfür sind im Vorjahr angefallene Honorare im Zusammenhang mit der Kapitalerhöhung.

Vom Gesamthonorar entfallen 1,6 Mio. € (Vj. 1,6 Mio. €) auf andere Abschlussprüfer, die nicht Konzernabschlussprüfer sind. Die Honorare setzen sich wie folgt zusammen:

	2010 Tsd. €	2009 Tsd. €
Honorar für Abschlussprüfungsleistungen	1.251	1.321
Honorar für andere Bestätigungsleistungen	55	23
Honorar für Steuerberatungsleistungen	211	212
Honorar für sonstige Leistungen	62	8
	1.579	1.564

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*
- *Mitglied des Präsidiums der IHK Würzburg-Schweinfurt (bis 31. Dezember 2010)*
- *Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (stv. Vorsitzender des Vorstands)*

JOACHIM LÜDDECKE

Hannover, 1. stv. Vorsitzender (ab 10. Februar 2010), Landesbezirksfachbereichsleiter ver.di, Gewerkschaftssekretär

Weiteres Aufsichtsratsmandat:

- *Klinikum Region Hannover (stv. Vorsitzender), Mitglied im Vermittlungs- und Präsidialausschuss dieses Aufsichtsrats*

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)*

DR. BERNHARD AISCH

Hildesheim, Medizincontroller in der Klinikum Hildesheim GmbH, Hildesheim (bis 9. Juni 2010)

GISELA BALLAUF

Harsum, Kinderkrankenschwester in der Klinikum Hildesheim GmbH, Hildesheim (bis 9. Juni 2010)

Weiteres Aufsichtsratsmandat:

- *Klinikum Hildesheim GmbH, Hildesheim (stv. Vorsitzende)*

PETER BERGHÖFER

Münchhausen, Leiter Finanzen der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen (ab 9. Juni 2010)

BETTINA BÖTTCHER

Marburg, Arbeiterin bei der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen (ab 9. Juni 2010)

Weiteres Aufsichtsratsmandat:

- *Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH*

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 (bis 9. Juni 2010)

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) (ab 9. Juni 2010)

URSULA HARRES

Wiesbaden, Medizinisch-technische Assistentin in der Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH, Wiesbaden (bis 9. Juni 2010)

CASPAR VON HAUENSCHILD

München, Unternehmensberater in eigener Praxis

Weiteres Aufsichtsratsmandat:

- *St. Gobain ISOVER AG, Ludwigshafen*
- *oekom research AG, München*

DETLEF KLIMPE

Aachen, Rechtsanwalt in Sozietät mit Leinen und Derichs, Köln, Berlin, Brüssel

Weiteres Aufsichtsratsmandat:

- *Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen*

DR. HEINZ KORTE

München, Notar a. D. (bis 9. Juni 2010)

Weiteres Aufsichtsratsmandat:

- *Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen*
- *Amper Kliniken AG, Dachau*

PROFESSOR DR. DR. SC. (HARVARD) KARL W. LAUTERBACH

Köln, Mitglied des Bundestags

MICHAEL MENDEL

Wien, Kaufmann, Vorstand Österreichische Volksbanken-AG

Weiteres Aufsichtsratsmandat:

- *Altium AG, München*
- *Aveco AG, Frankfurt am Main*

DR. RÜDIGER MERZ

München, Geschäftsführer Clemens Haindl Verwaltungs GmbH (ab 9. Juni 2010)

DR. BRIGITTE MOHN

Gütersloh, Mitglied des Vorstands der Bertelsmann Stiftung

Weiteres Aufsichtsratsmandat:

- *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)*
- *Deutsche Kinderturnstiftung, Frankfurt am Main (Mitglied im Kuratorium)*
- *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)*
- *Stiftung Wittenberg-Zentrum für globale Ethik, Lutherstadt Wittenberg (Mitglied im Stiftungsrat)*
- *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

JOACHIM SCHAAR

Wasungen, Verwaltungsleiter der Klinikum Meiningen GmbH, Meiningen (bis 9. Juni 2010)

PROFESSOR DR. JAN SCHMITT

Marburg, Leitender Oberarzt bei der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Marburg (ab 9. Juni 2010)

GEORG SCHULZE-ZIEHAUS

Frankfurt am Main, Landesfachbereichsleiter ver.di, Landesbezirk Hessen (ab 9. Juni 2010)

DR. RUDOLF SCHWAB

München, Arzt bei der Kliniken München Pasing und Perlach GmbH, München (ab 9. Juni 2010)

MICHAEL WENDL

München, Gewerkschaftssekretär ver.di, Landesbezirk Bayern (bis 9. Juni 2010)

Weiteres Aufsichtsratsmandat:

- Städtisches Klinikum München GmbH, München (stv. Aufsichtsratsvorsitzender, bis 21. Februar 2010)

DER VORSTAND DER RHÖN-KLINIKUM AG BESTEHT AUS

WOLFGANG PFÖHLER

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsvorsitzender

Weitere 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

GERALD MEDER

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, stv. Vorstandsvorsitzender, Vorstand Fach-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung, Vorstand Personal-Konzern (bis 31. Dezember 2010)

Weitere Aufsichtsratsmandate:

- Amper Kliniken AG, Dachau (Aufsichtsratsvorsitzender)
- Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen (Aufsichtsratsvorsitzender bis 13. Dezember 2010, Aufsichtsrat bis 31. Dezember 2010)
- Klinikum Hildesheim GmbH, Hildesheim (Aufsichtsratsvorsitzender)
- Klinikum Pforzheim GmbH, Pforzheim (Aufsichtsratsvorsitzender)
- Klinikum Salzgitter GmbH, Salzgitter (Aufsichtsratsvorsitzender)
- Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH, Wiesbaden

ANDREA AULKEMEYER

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsbereich Interne Beratung, Interne Revision, Compliance (bis 31. Dezember 2010)

Weitere Mandate:

- Forum MedTech Pharma e. V., Nürnberg (Mitglied des Vorstands, bis 31. Dezember 2010)
- Verband der Privatkliniken in Thüringen e. V., Bad Klosterlausnitz (Vorstandsvorsitzende, bis 31. Dezember 2010)
- Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V., Erfurt (Mitglied des Vorstands, bis 10. Dezember 2010)

VOLKER FELDKAMP

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsbereich Süd/West, Großinvestitionen und Prozessmanagement (ab 1. September 2010)

Weiteres Aufsichtsratsmandat:

- Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen (ab 1. Januar 2011)

Weiteres Mandat:

- Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V., Erfurt (Mitglied des Vorstands, ab 10. Dezember 2010)

DR. RER. POL. ERIK HAMANN

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsbereich Finanzen, Investor Relations und Controlling

Weitere Aufsichtsratsmandate:

- Klinikum Pforzheim GmbH, Pforzheim
- Klinikum Salzgitter GmbH, Salzgitter
- Klinikum Hildesheim GmbH, Hildesheim
- Amper Kliniken AG, Dachau

WOLFGANG KUNZ

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsbereich Rechnungswesen AG und Konzern

Weitere Aufsichtsratsmandate:

- Klinikum Pforzheim GmbH, Pforzheim
- Klinikum Salzgitter GmbH, Salzgitter
- Klinikum Hildesheim GmbH, Hildesheim

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)

RALF STÄHLER

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsbereich Ambulant-stationäre Grund- und Regelversorgung (bis 30. April 2010)

DR. RER. OEC. IRMGARD STIPPLER

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsbereich Materialwirtschaft, IT, Personalwirtschaft und Kommunikation

DR. MED. CHRISTOPH STRAUB

geschäftsansässig Bad Neustadt a. d. Saale, Vorstandsbereich Ambulant-stationäre Grund- und Regelversorgung

Weitere Aufsichtsratsmandate:

- Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH, Wiesbaden (Vorsitzender)
- Wesermarsch-Klinik Nordenham GmbH, Nordenham (Vorsitzender des Beirats)
- Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda GmbH, Friedrichroda (Mitglied des Beirats)
- Mittelweser Kliniken GmbH Nienburg Hoya Stolzenau, Nienburg (Vorsitzender des Beirats)

DER BEIRAT DER RHÖN-KLINIKUM AG BESTEHT AUS:

PROFESSOR DR. MED. FREDERIK WENZ

Heidelberg (Vorsitzender)

DIPL.-POLITOLOGIN DOROTHEE BÄR

Berlin (ab 1. Januar 2010)

HEINZ DOLLINGER

Dittelbrunn

WOLF-PETER HENTSCHEL

Bayreuth

DR. HEINZ KORTE

München (ab 3. November 2010)

MINISTERIALRAT A. D. HELMUT MEINHOLD

Heppenheim

PROFESSOR DR. RER. POL. GEORG MILBRADT

Dresden (ab 1. Januar 2010)

PROFESSOR DR. MICHAEL-J. POLONIUS

Dortmund

HELMUT REUBELT

Dortmund

MICHAEL WENDL

München (ab 3. November 2010)

FRANZ WIDERA

Duisburg

Bad Neustadt a. d. Saale, 10. März 2011

Der Vorstand

Volker Feldkamp

Dr. rer. pol. Erik Hamann

Wolfgang Kunz

Martin Menger

Wolfgang Pföhler

Dr. rer. oec. Irmgard Stippler

Dr. med. Christoph Straub

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, 10. März 2011

Der Vorstand

Volker Feldkamp

Dr. rer. pol. Erik Hamann

Wolfgang Kunz

Martin Menger

Wolfgang Pföhler

Dr. rer. oec. Irmgard Stippler

Dr. med. Christoph Straub

BESTÄTIGUNGSVERMERK DES ABSCHLUSSPRÜFERS

Wir haben den von der RHÖN-KLINIKUM Aktiengesellschaft, Bad Neustadt a. d. Saale, aufgestellten Konzernabschluss – bestehend aus Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung und Gesamtergebnisrechnung, Eigenkapitalveränderungsrechnung, Kapitalflussrechnung und Anhang – sowie den Konzernlagebericht für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2010 geprüft. Die Aufstellung von Konzernabschluss und Konzernlagebericht nach den IFRS, wie sie in der EU anzuwenden sind, und den ergänzend nach § 315a Abs. 1 HGB anzuwendenden handelsrechtlichen Vorschriften liegt in der Verantwortung des Vorstands der Gesellschaft. Unsere Aufgabe ist es, auf der Grundlage der von uns durchgeführten Prüfung eine Beurteilung über den Konzernabschluss und den Konzernlagebericht abzugeben.

Wir haben unsere Konzernabschlussprüfung nach § 317 HGB unter Beachtung der vom Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) festgestellten deutschen Grundsätze ordnungsmäßiger Abschlussprüfung unter ergänzender Beachtung der International Standards on Auditing (ISA) vorgenommen. Danach ist die Prüfung so zu planen und durchzuführen, dass Unrichtigkeiten und Verstöße, die sich auf die Darstellung des durch den Konzernabschluss unter Beachtung der anzuwendenden Rechnungslegungsvorschriften und durch den Konzernlagebericht vermittelten Bildes der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage wesentlich auswirken, mit hinreichender Sicherheit erkannt werden. Bei der Festlegung der Prüfungshandlungen werden die Kenntnisse über die Geschäftstätigkeit und über das wirtschaftliche und rechtliche Umfeld des Konzerns sowie die Erwartungen über mögliche Fehler berücksichtigt. Im Rahmen der Prüfung werden die Wirksamkeit des rechnungslegungsbezogenen internen Kontrollsystems sowie Nachweise für die Angaben im Konzernabschluss und Konzernlagebericht überwiegend auf der Basis von Stichproben beurteilt. Die Prüfung umfasst die Beurteilung der Jahresabschlüsse der in den Konzernabschluss einbezogenen Unternehmen, der Abgrenzung des Konsolidierungskreises, der angewandten Bilanzierungs- und Konsolidierungsgrundsätze und der wesentlichen Einschätzungen des Vorstands sowie die Würdigung der Gesamtdarstellung des Konzernabschlusses und des Konzernlageberichtes. Wir sind der Auffassung, dass unsere Prüfung eine hinreichend sichere Grundlage für unsere Beurteilung bildet.

Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt.

Nach unserer Beurteilung aufgrund der bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse entspricht der Konzernabschluss den IFRS, wie sie in der EU anzuwenden sind, und den ergänzend nach § 315a Abs. 1 HGB anzuwendenden handelsrechtlichen Vorschriften und vermittelt unter Beachtung dieser Vorschriften ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Konzerns. Der Konzernlagebericht steht 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, 10. März 2011

PricewaterhouseCoopers
Aktiengesellschaft
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

(Harald Schmidt)
Wirtschaftsprüfer

(ppa. Tino Fritz)
Wirtschaftsprüfer

KURZBERICHT DER RHÖN-KLINIKUM AG

BILANZ

AKTIVA	31.12.2010 Mio. €	31.12.2009 Mio. €
Immaterielle Vermögensgegenstände	5,3	4,4
Sachanlagen	32,6	34,9
Finanzanlagen	1.391,9	1.171,0
Anlagevermögen	1.429,8	1.210,3
Vorräte	5,4	5,2
Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände	358,7	386,3
Wertpapiere, Zahlungsmittel	313,0	336,4
Umlaufvermögen	677,1	727,9
Rechnungsabgrenzungsposten	3,2	2,2
Aktive latente Steuern	2,0	0,0
	2.112,1	1.940,4

PASSIVA	31.12.2010 Mio. €	31.12.2009 Mio. €
Gezeichnetes Kapital/ Ausgegebenes Kapital	345,5	345,6
Kapitalrücklagen	410,9	410,9
Gewinnrücklagen	147,1	138,7
Bilanzgewinn	51,1	41,5
Eigenkapital	954,6	936,7
Sonderposten zur Finanzierung des Anlagevermögens	0,7	0,4
Steuerrückstellungen	0,0	0,0
Sonstige Rückstellungen	36,0	34,4
Rückstellungen	36,0	34,4
Verbindlichkeiten	1.120,8	968,9
	2.112,1	1.940,4

GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

	2010 Mio. €	2009 Mio. €
Umsatzerlöse	144,5	137,3
Bestandsveränderung	0,5	-0,1
Sonstige betriebliche Erträge	22,7	17,9
Materialaufwand	39,8	36,6
Personalaufwand	85,3	79,4
Abschreibungen	6,5	6,1
Sonstige betriebliche Aufwendungen	42,4	51,8
Betriebsergebnis	-6,3	-18,8
Beteiligungsergebnis	81,1	76,2
Finanzergebnis	-17,4	-15,7
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	57,4	41,7
Steuern	0,4	0,0
Jahresüberschuss	57,0	41,7
Einstellung in Gewinnrücklagen	5,9	0,2
Bilanzgewinn	51,1	41,5

Der Jahresfinanzbericht der RHÖN-KLINIKUM AG (nach HGB erstellt), der von der PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mit dem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk versehen ist, wird im elektronischen 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 2010 der RHÖN-KLINIKUM Aktiengesellschaft weist einen Bilanzgewinn von 51.145.840,00 € aus. Vorstand und Aufsichtsrat schlagen vor, von dem Bilanzgewinn einen Betrag von 51.136.960,00 € zur

Ausschüttung einer Dividende von 0,37 € je dividendenberechtigter Stückaktie (DE0007042301) zu verwenden

und den verbleibenden Betrag von 8.880,00 € auf neue Rechnung vorzutragen.

Bad Neustadt a. d. Saale, 27. April 2011

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 ziert 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



Der Neubau am Standort des Universitätsklinikums Gießen, der im Frühjahr 2011 eröffnet wurde, soll für kürzere Wege und eine noch modernere Medizin sorgen.



Eine Medizin der kurzen Wege lebt von der engen Zusammenarbeit von Patientenversorgung sowie Forschung und Lehre. Auch der dritte Bauabschnitt am Universitätsklinikum Marburg wird diese Anforderung erfüllen.

1997

Eröffnung der Soteria Klinik Leipzig-Probsteida

Übernahme des Krankenhauses Waltershausen-Friedrichroda mit 248 Betten

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 Bevensen/Zusammenlegung der Standorte Uelzen und Bad Bevensen

Übernahme des 12,5 %-Anteils des Freistaates Thüringen an der Zentral-klinik 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 Frankenklinik 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



Ein neues zentrales Patientenmanagement sorgt seit kurzem im Foyer des Mutter-Kind-Zentrums am Universitätsklinikum Marburg dafür, dass Kinder und Jugendliche, die stationär behandelt werden, einfacher und mit weniger Angst ihren Krankenhausaufenthalt beginnen können.



Im Jahr 2008 wurde am Universitätsklinikum Gießen die neue Kinderklinik eröffnet. Die angenehme Farbgebung – sowohl innen als auch außen – sorgt für weniger Angst bei den Untersuchungen.

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 Frankenwaldklinik 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

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

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 35 Medizinische Versorgungszentren und bieten sämtliche medizinischen Spezialisierungen an. Unsere Einrichtungen stehen allen Patienten der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung offen.

UNSER VERSORGUNGSPROFIL

(Stand: 31.12.2010)

Klinik	Kapazitäten					Versorgungsstufen					Status		
	Akustationär ¹	Tagesklinik/Teilstationär ²	Reha/Sonstige ²	Gesamt 2010	Gesamt 2009	Grund- und Regelversorgung	Schwerpunktversorgung	Maximalversorgung	Fachversorgung	MVZ ³ 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)	60			60	60	x							
St. Elisabeth-Krankenhaus Bad Kissingen	222			222	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			125	125	140								
Haus Saaletal, Bad Neustadt a. d. Saale			232	232	232								
Neurologische Klinik, Bad Neustadt a. d. Saale	150		121	271	271				x				
Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt a. d. Saale	200		140	340	340				x				
Amper Kliniken (Dachau)	410	6		416	416	x							x
Amper Kliniken (Indersdorf)	50		70	120	120	x							
Kliniken Miltenberg-Erlenbach (Miltenberg)	80			80	80	x							x
Kliniken Miltenberg-Erlenbach (Erlenbach)	220		32	252	252	x				x			
Klinik Kipfenberg	100		60	160	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
HESSEN													
Universitätsklinikum Gießen und Marburg (Gießen)	1.101	44		1.145	1.122			x		x			x
Universitätsklinikum Gießen und Marburg (Marburg)	1.115	37		1.152	1.140			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	46			46	46	x							
NIEDERSACHSEN													
Krankenhaus Cuxhaven	250			250	250	x				x			x
Krankenhaus Gifhorn	344			344	350	x							
Klinik Herzberg	254			254	254	x				x			x
Klinikum Hildesheim	535			535	535	x							x
Klinik Hildesheimer Land	25		145	170						x			
Mittelweser Kliniken (Nienburg)	243			243	243	x				x			
Mittelweser Kliniken (Stolzenau)	63			63	63	x							x
Wesermarsch-Klinik Nordenham	130			130	137	x							
Klinikum Salzgitter	385			385	385	x							x
Klinikum Uelzen	346			346	346	x				x			x
Städtisches Krankenhaus Wittingen	50			50	56	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
Park-Krankenhaus Leipzig	530	70		600	600	x				x			x
Soteria Klinik Leipzig	56		174	230	230					x			x
Klinikum Pirna	380	20		400	400	x				x			x
SACHSEN-ANHALT													
Krankenhaus Anhalt-Zerbst	202			202	202	x				x			
Kreiskrankenhaus Burg	241			241	241	x				x			x
Bördekrankenhaus Neindorf	205			205	205	x				x			
Fachkrankenhaus Vogelsang-Gommern	148			148	148					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	288	74	186	548	548					x			x
Klinikum Meiningen	568			568	568	x				x			x
Gesamt	14.169	369	1.362	15.900	15.729								

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, Klinik Indersdorf: 10 tagesklinische geriatrische Plätze, Frankenwaldklinik Kronach »Leben am Rosenberg«: 33 Betten Kurz- und Langzeitpflege, Soteria Klinik Leipzig: 20 Betten Adaption, Fachkrankenhaus Hildburghausen: 58 Betten Heimbereich und 128 Betten Maßregelvollzug.

³ Weitere MVZ: MVZ ADTC Wuppertal GmbH, MVZ ADTC Düsseldorf GmbH.

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 969-2239
gf@klinikum-pforzheim.de

BAYERN

**ST. ELISABETH-
KRANKENHAUS GMBH
BAD KISSINGEN**
Kissinger Straße 150
97688 Bad Kissingen
Tel.: 0971 805-0
Fax: 0971 805-1010
info@elisabeth-online.de

– **Standort Bad Kissingen,
St. Elisabeth-Krankenhaus**
Kissinger Straße 150
97688 Bad Kissingen
Tel.: 0971 805-0
Fax: 0971 805-1010
info@elisabeth-online.de

– **Standort Bad Kissingen,
Medizinische Klinik I
»Heinz Kalk«: Gastroenterologie/
Hepatologie der
St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH**
Kissinger Straße 150
97688 Bad Kissingen
Tel.: 0971 805-0
Fax: 0971 805-1010
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
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**
Salzburger Leite 1
97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Tel.: 09771 66-0
Fax: 09771 65-1221
gf@handchirurgie.de

KLINIK »HAUS FRANKEN« GMBH
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**
Von-Guttenberg-Straße 10
97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Tel.: 09771 908-0
Fax: 09771 991464
gf@neurologie-bad-neustadt.de

PSYCHOSOMATISCHE KLINIK
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
35392 Gießen
Tel.: 0641 985-0
Fax: 0641 985-40017
gf@uk-gm.de

– **Standort Gießen**

Rudolf-Buchheim-Straße 8
35392 Gießen
Tel.: 0641 985-0
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 577-320
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**

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@kkhgifhorn.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

Weinberg 1
31134 Hildesheim
Tel.: 05121 89-0
Fax: 05121 89-4110
gf@klinikum-hildesheim.de

KLINIK HILDESHEIMER LAND GMBH

An der Peesel 6
31162 Bad Salzdetfurth
Tel.: 05063 47-01
Fax: 05063 14-40
o.storm@uglielje.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
Hallesche Straße 29
06366 Köthen
Tel.: 03496 52-0
Fax: 03496 52-1101
gf@krankenhaus-koethen.de

MEDIGREIF BKIG MBH
August-Bebel-Straße 55a
39288 Burg
Tel.: 03921 96-3001
Fax: 03921 96-3012
sekr.gf@medigreif-bkig.de

– **Standort MEDIGREIF
KREISKRANKENHAUS BURG GMBH**
August-Bebel-Straße 55a
39288 Burg
Tel.: 03921 96-1001
Fax: 03921 96-3033
sekr.vd@medigreif-kreiskrankenhaus-
burg.de

– **Standort MEDIGREIF
VERWALTUNGS- UND
BETRIEBSGESELLSCHAFT
FACHKRANKENHAUS
VOGELSANG MBH**
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**
Kreiskrankenhaus 4
39387 Oschersleben/OT Neindorf
Tel.: 03949 935-200
Fax: 03949 935-202
info@medigreif-boerdekrankenhaus.de

– **Standort MEDIGREIF KRANKENHAUS
ANHALT-ZERBST GGMBH**
Friedrich-Naumann-Straße 53
39261 Zerbst/Anhalt
Tel.: 03923 739-220
Fax: 03923 739-299
u.gaertner@medigreif-krankenhaus-
zerbst.de

THÜRINGEN

ZENTRAKLINIK BAD BERKA GMBH
Robert-Koch-Allee 9
99437 Bad Berka
Tel.: 036458 50
Fax: 036458 42180
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

**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«.*

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.