

## **„Sachstand im KUV zu Klinikgesamtkonzept und Klinikfinanzierung“**

**[Reinhard Nieper, Geschäftsführer KUV]**

Meine Damen und Herren, auch von meiner Seite vielen Dank, dass ich Ihnen heute den aktuellen Stand zum Thema Klinikgesamtkonzept, Konzernstruktur, Klinikfinanzierung geben darf. Wir befinden uns auf der Zielgeraden. In 25 Tagen fällt wahrscheinlich hier im Raum die Grundsatzentscheidung. Und die Papiere, die wir dafür in den letzten Monaten und Jahren erstellt haben, füllen mittlerweile Aktenschränke.

Ich habe mir überlegt, dass ich mit dem Ursprung und dem Ziel dieser ganzen Überlegung beginne.

Darum geht es: Wir versuchen einen Verbund von Kliniken aufzubauen, der in seinem Zusammenschluss noch wirksamer das schützt, wofür diese Kliniken geschaffen worden sind: als Teil der Unfallversicherung dafür Sorge zu tragen, dass diejenigen, die dieses Land hochhalten, für den Fall, dass sie einen Unfall erleiden oder aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit erkranken, die bestmögliche Versorgung bekommen. Das sollten wir nicht aus dem Blick verlieren, wenn wir uns nachher über wichtige Details der Ausschussbesetzung etc. unterhalten. Der Kern unserer Aufgabe ist es, eine Struktur zu schaffen, die die beste medizinische Versorgung sicherstellt.

Was gehört dazu? Was sind die Grundlagen dieses Klinikverbundes?

Das ist einmal das Moment des Helfens, das Moment des Heilens, also das kurative Moment, und zum anderen noch der Bereich des Forschens, der unseren Verbund von anderen Klinikverbänden unterscheidet und auf universitäres Niveau hebt.

Was ist der Auftrag?

Andere müssen sich in langwierigen Leitbildprozessen über Jahre auseinandersetzen, um zu identifizieren, was eigentlich ihr Ziel ist. Wir haben da glücklicherweise eine andere Quelle - das Gesetz. § 1 des SBB VII lautet: „Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wieder herzustellen.“ Dem muss man nichts hinzufügen.

Dabei die Nummer 1 zu werden, ist keine bloße Marketingstrategie. Für uns ist es eine existentielle Frage. Mit *uns* meine ich die Kliniken. Denn die Gesetzliche Unfallversicherung leistet sich nur

“Prävention vor Rehabilitation vor Entschädigung – Erfahrungen und Ausblick nach 130  
Jahren gesetzliche Unfallversicherung“

---

deshalb eigene Kliniken, weil diese Kliniken etwas bieten, was man auf dem Markt eben nicht einkaufen kann.

Der logische Umkehrschluss: Wenn in unseren Kliniken nur das geboten werden würde, was man auch bei Helios oder Asklepios einkaufen kann, dann hätten wir ein Problem der Legitimation. Das heißt, wir sind gezwungen Leistungen zu erbringen, die besser sind als das, was man auf dem Klinikmarkt finden kann, als das, was man bei 2.000 anderen Kliniken für die Versicherten erwerben könnte.

Zahlen, Daten, Fakten: Jahresumsatz etwa 1,2 Mrd. Euro für die Kliniken, 12.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 10.000 Rettungshubschraubereinsätze, 140 Mio. Euro Investitionen – bei dieser Zahl bleibe ich immer hängen, weil diese Zahl sehr klar macht, was der Unterschied zwischen den Kliniken im Rahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung und den 2.000 Kliniken, die nach dem SGB V funktionieren, ist. Die durchschnittliche Investitionsquote, also das Verhältnis von Umsatz zu Investitionen, liegt in Deutschland bei etwa 4,7 Prozent. Das heißt, etwa die Hälfte dessen, was wir jährlich in den Kliniken investieren.

Die deutsche Krankenhauslandschaft leidet massiv darunter, dass die Bundesländer ihrer Investitionsverpflichtung nicht nachkommen – mit der Konsequenz, dass die Kliniken, um die Investitionen zu sichern, Geld, das eigentlich für betriebliche Ausgaben vorgesehen ist, z.B. durch Personaleinsparung versuchen abzuzweigen, um es dann für Investitionen zu nutzen. Die Konsequenzen können wir jeden Tag in den Kliniken erleben.

Eine Investitionsquote von etwa zehn Prozent entspricht auch dem, was die Uniklinika in Deutschland fordern. Sie können an der obersten und der untersten Zahl erkennen, dass wir mit dieser Investitionsquote, die wir in unseren Kliniken haben, dieser Forderung Rechnung tragen.

5.000 Betten, 110.000 Operationen im Jahr, ein sogenannter Case-Mix-Index von 1,61. Das ist ein Indikator für die Schwere der Fälle, die in der Klinik behandelt werden. Diese Zahl bekommt erst Bedeutung, wenn man sie mit dem entsprechenden Wert in den Uniklinika vergleicht. Diese haben einen Schnitt von 1,51. Das heißt, in unseren Kliniken werden Patienten mit einem höheren Schweregrad behandelt, als das in den Universitätskliniken in Deutschland der Fall ist.

Und nicht zuletzt die wichtigste Zahl: Wir behandeln über 500.000 Patienten jährlich.

Neun BG-Unfallkliniken von Hamburg im Norden über das Ruhrgebiet runter bis in den Süden nach Murnau sind die führenden Unfallkliniken in Deutschland. Ergänzt werden sie um zwei Kliniken für

“Prävention vor Rehabilitation vor Entschädigung – Erfahrungen und Ausblick nach 130  
Jahren gesetzliche Unfallversicherung“

---

Berufskrankheiten in Falkenstein und Bad Reichenhall und schließlich zwei Unfallbehandlungsstellen, eine hier in Berlin, eine in Bremen.

Was ist der Rahmen, der diese 13 Einrichtungen zusammenfügt oder, um es noch deutlicher zu sagen, was unterscheidet eigentlich den Klinikverbund, den wir am 11. Juni schaffen wollen, von den anderen großen Klinikgruppen, die es in Deutschland gibt? Also z.B. Helios, Sana oder Asklepios. Es sind vier Merkmale, die in dieser Kombination einmalig sind und die für diesen Verbund prägend sind.

Das ist zum einen das Thema Sozialpartnerschaft. Wir kennen dies sonst nur von der Knappschaft. Ansonsten gibt es in Deutschland keine Struktur, in der Spitze des Unternehmens, also nicht nur auf der Ebene des Aufsichtsrats, sondern auf der Ebene der Gesellschafter, Arbeitgebervertreter und Versichertenvertreter paritätisch das Unternehmen gemeinsam leiten.

Nächster Punkt: Gemeinnützigkeit. Etwa ein Drittel aller Kliniken sind gemeinnützig. Was heißt das? Der trockene Begriff aus dem Steuerrecht sagt nichts anderes, als dass jeder Cent und jeder Euro, der am Jahresende übrig bleibt, der sozusagen zum Gewinn wird, unmittelbar zeitnah wieder ins Unternehmen reinvestiert werden muss und nicht aufgrund irgendwelcher Aktionärsspielregeln aus dem Unternehmen herausgezogen werden kann – eine Regelung, die ich für den Aufgabenzweck soziale Daseinsfürsorge für sehr sinnvoll und richtig halte.

Spannend wird dieser Aspekt Gemeinnützigkeit, wenn ich ihn darum ergänze, dass die vier Klinikverbände in Deutschland, die zahlenmäßig größer sind als der KUV, alle nicht gemeinnützig sind, sondern alles Klinikverbände sind, deren Ziel die Gewinnmaximierung ist. Insofern kommt dem KUV auch eine sozialpolitische Rolle zu, weil er der größte Klinikverbund sein wird, der gemeinnützig arbeitet.

Drittes Merkmal: integrative Versorgung – dies zu erklären hieße hier im Raum Eulen nach Athen tragen. Die einmalige Verzahnung von Rehabilitationsmedizin und Akutmedizin, die sonst in Deutschland mit den entsprechenden negativen Folgen getrennt sind.

Viertens unser Standard: *mit allen geeigneten Mitteln*, der aber nochmal eine besondere Bedeutung erfährt, wenn man sich die entsprechenden Vorschriften im SGB V anschaut. Das SGB V ist das Sozialgesetzbuch, welches für Krankenhäuser normalerweise einschlägig ist. Dort gibt es, etwas versteckt im § 12, das sogenannte Wirtschaftlichkeitsgebot. Hier wird normiert, dass in Deutschland nicht jeder Patient in jedem Haus jede Leistung bekommt, sondern die Leistungen müssen auch wirtschaftlich sein. – Im SGB VII-System ist eben einer der großen Vorteile, dass es dort keine entsprechende Limitierung gibt.

---

“Prävention vor Rehabilitation vor Entschädigung – Erfahrungen und Ausblick nach 130  
Jahren gesetzliche Unfallversicherung“

---

Wir wollen eine Spitzenstellung in allen Unternehmensbereichen. Ich möchte zwei hervorheben. Der erste naheliegende ist die Medizin mit allen geeigneten Mitteln. Die Schwerpunkte, die der Klinikverbund hat und weiter haben wird, liegen im Bereich der Unfallmedizin, Polytraumata, Rückenmarkverletzte, Schwerbrandverletzte, septische Chirurgie, Handverletzungen, Berufskrankheiten. Das sind die Punkte, die auch in dem neuen Vergütungssystem, was wir eingeführt haben, nach wie vor einer besonderen Regelung unterliegen.

Wir halten Ressourcen für die schwersten Verletzungen vor. Es gibt keinen Klinikverbund in Europa, der so viele Betten in der Unfallchirurgie vorhält. Denn allein die schiere Zahl der Betten und der damit zu behandelnden Patienten gibt uns Erkenntnismöglichkeiten für den Bereich der Forschung. Wir können Vergleichsdaten erheben, die normalerweise bei Einzelkrankenhäusern nicht erhoben werden können.

Ich will aber neben der Medizin noch einen weiteren Bereich hervorheben, den Bereich Personal. In der Diskussion der letzten Wochen und Monate um den Feinschliff des Klinikverbundes ist etwas untergegangen, dass wir vor ca. zwei Wochen hier in Berlin einen Tarifvertrag unterschrieben haben, der erstmalig in Deutschland Regelungen enthält, die auch in gemeinnützigen Unternehmen faktisch die Spielregeln des Betriebsverfassungsgesetzes gelten lässt. Das heißt, wir haben festgelegt, dass die Betriebsräte in den Kliniken weitestgehend so gestellt werden, wie sie stehen würden, wenn der Tendenzschutz keine Entfaltung finden würde.

Das ist ein politisches Bekenntnis: 12.000 Mitarbeiter sind das Rückgrat des Unternehmens

Jetzt komme ich zu dem Konzerngründungsprozess, vom KUV zum Konzern. Ich habe mir erlaubt, die Ausgangssituation an die Wand zu werfen. 12 autonome Klinikträger, drei verschiedene Rechtsformen, 39 Vereinsmitglieder, das war die Ausgangssituation im Jahr 2012. Die Konsequenz war, dass wir keine Verbindlichkeit, keine Steuerung durch die Unfallversicherungsträger, keine gemeinsame Strategie hatten. Es gab eine Ablehnung jeglicher Konzernüberlegung, weil die Autonomie der Kliniken in ihrem Selbstverständnis das höchste Gut war.

Es mussten drei Dinge passieren, um den Weg, den wir jetzt hoffentlich demnächst zu Ende führen, einschlagen zu können: Überzeugen, Überzeugen, Überzeugen!

Den Grundgedanken zu vermitteln, dass es nicht um das Wohl und Wehe nur der einzelnen Klinik geht, sondern dass es um das Wohl und Wehe des Kernauftrages geht.

2012 wurde die Arbeit aufgenommen und eine Binnenstruktur entwickelt. Wir haben eine Organisationsstruktur über das Unternehmen gezogen. Und wir haben vor allen Dingen versucht,

---

“Prävention vor Rehabilitation vor Entschädigung – Erfahrungen und Ausblick nach 130  
Jahren gesetzliche Unfallversicherung“

---

die Akzeptanz für die Bildung dieses Verbundes zu stärken. Ob das gelungen ist, werden wir in einigen Wochen wissen.

Im Jahr 2013 haben wir einen Weg eingeschlagen, der von zentraler Bedeutung war: Wir haben nämlich nicht zuerst darüber gesprochen, wie die Rechtsform aussehen könnte, sondern wir haben uns zunächst Gedanken gemacht, was wir eigentlich mit diesen Kliniken erreichen wollen. Was ist das inhaltliche Ziel? Was heißt eine Spitzenstellung? Wie soll das Leistungsprofil einer Klinik aussehen? All das haben wir in ein Klinikgesamtkonzept gegossen und in den Mitgliederversammlungen beschlossen.

Damit war die Grundlage für die Diskussion des Jahres 2014: Mit welchem rechtlichen Modell können wir dieses Ziel am besten erreichen?

Das konkrete Modell war am Ende dann ein ganz einfaches, eine sehr schlichte Struktur mit gemeinnützigen GmbHs, aber die Suche ist so intensiv gewesen, dass wir wirklich jede Rechtsform geprüft haben und ein Jahr dafür aufgewandt haben, um uns für das System zu entscheiden. Im Jahr 2014 ist es dann auch gelungen, einen Konsens über die zukünftige Anteilsstruktur zu finden. Das halte ich nach wie vor für einen der großen Schritte. Denn sich mit 18 Eigentümern darauf zu verständigen, dass alle sagen, *ja, das sollen unsere Kliniken werden*, ist noch relativ leicht. Aber wenn es darum geht, *wer von den 18 welchen Anteil hat*, dann wird es manchmal etwas schwierig. Diese Diskussion ist gleichwohl relativ geräuschlos verlaufen. Und auf diesem Ergebnis können wir jetzt aufbauen.

Im Jahr 2015 wollen wir diese Strukturen umsetzen, Rechtsformen anpassen, Geschäftsanteile übertragen und Genehmigungen einholen.

Wir sind dabei, eines der größten Klinikverbundprojekte in Deutschland zu starten. Es hat noch keine Situation gegeben, in der 13 Kliniken mit insgesamt 30 Eigentümern zu einem Konzern zusammengefügt werden. Die Komplexität ist enorm. Das spüren wir auch an vielen Stellen.

Wir haben als Metapher diesen Zauberwürfel gewählt. Das passt deshalb ganz gut, weil es hier wie dort keine Hexerei ist, ein Ergebnis hinzubekommen, aber man muss wissen, wie es geht. Und es müssen alle Aspekte zusammenpassen. Und das Ganze soll zum 01.01.2016 funktionieren.

Im Detail: Wir haben 12 autonome Krankenhausträger in verschiedenen Rechtsformen. Neunmal sehen Sie dort das Wort *Verein*, zweimal sehen Sie das Wort *GmbH* und einmal, sonst wäre es zu einfach, haben wir auch noch einen Eigenbetrieb. Das ist die Klinik in Bad Reichenhall. – Und die

“Prävention vor Rehabilitation vor Entschädigung – Erfahrungen und Ausblick nach 130  
Jahren gesetzliche Unfallversicherung“

---

abgebildeten Streifen symbolisieren die Beteiligungsverhältnisse der einzelnen Berufsgenossenschaften an diesen Kliniken. Da sehen Sie schon, es ist relativ durcheinander.

Ergänzt wurde das zu Beginn durch die KUV-Struktur als Verein. Es gab zunächst einmal die 17 Eigentümer, die in irgendeiner Form an irgendeiner Klinik beteiligt waren. Aber nicht nur diese waren Mitglied im KUV, sondern es gab auch noch Unfallkassen, die in keiner Weise an irgendeiner Klinik beteiligt waren, aber gleichwohl Mitglied im KUV.

Etwas absurd war dann noch die Regel, dass im KUV auch die Klinikträgervereine selbst Mitglied waren. Diese Struktur zu bereinigen, war das erste Projekt, welches wir aufgelegt haben. Das ist mittlerweile vollendet. Deshalb darf ich sagen: So *sah* die Struktur aus. Denn es sind alle Vereinsmitglieder ausgetreten, die nicht in irgendeiner Form an den Kliniken beteiligt sind. Darüber hinaus musste, nachdem 27 ausgetreten sind, auch noch die Kommunale Unfallversicherung Bayern eintreten denn diese war Mitglied in einem der Klinikträgervereine, aber nicht im KUV. Dies war ein notwendiger Schritt für die Umwandlung in eine GmbH.

Dieses Projekt, das erste von fünf, ist abgeschlossen. Es ist fristgerecht am 9. März zu Ende gegangen, so dass wir jetzt dem zweiten Projekt und wahrscheinlich auch dem entscheidenden Projekt entgegensehen – nämlich der Umwandlung des KUV e.V. in eine gGmbH. Das soll am 11.6. beschlossen werden. Und in diesem Umwandlungsbeschluss wird auch die Frage festgelegt: Wer hat denn dann in dieser gGmbH welche Anteile? Ich erwähnte vorhin schon, dass wir aber schon im letzten Jahr die Anteilsstruktur festgelegt haben und dass darüber Konsens besteht, wie diese Struktur aussehen soll.

Projekt Nr. 2 wird dann durch Projekt Nr. 3 im Sommer und Herbst ergänzt. Das wird im wahrsten Sinne des Wortes ein heißer Herbst werden, denn wir müssen auch noch die neun Vereine, also die Trägervereine in Murnau, Berlin etc. in gGmbHs umwandeln. Das heißt, aus diesen Vereinen werden ebenfalls GmbHs, ebenfalls nach dem komplizierten Verfahren, was wir beim KUV jetzt gerade durchdeklinieren.

Wenn das geschehen ist, gilt das Gleiche für den Eigenträgerbetrieb in Bad Reichenhall. Dieser muss in eine gGmbH *ausgegründet* werden. Und schließlich müssen die beiden vorhandenen GmbHs in Duisburg und Bochum ihre Satzung noch so ändern, dass sie die gleiche Satzung haben wie die verbliebenen oder neu geschaffenen zehn GmbHs. Bis dahin ist im Grunde in den Rechtsbeziehungen zueinander noch nicht viel passiert. Bis dahin ist nämlich nur oben ein kleiner exklusiver Verein in eine kleine GmbH umgewandelt worden. Das ist in der rechtlichen Außenwirkung noch gar nicht weiter wichtig. Und auf der Ebene der Krankenhäuser sind aus neun

“Prävention vor Rehabilitation vor Entschädigung – Erfahrungen und Ausblick nach 130  
Jahren gesetzliche Unfallversicherung“

---

Vereinen neun GmbHs geworden. Das ändert an den Beziehungen untereinander ebenfalls noch überhaupt nichts.

Spannend wird das vierte Projekt. Denn jetzt müssen die Eigentümer, und jetzt dürfen sie sich wirklich Eigentümer nennen, die Gesellschaftsanteile an den gGmbHs haben, ihre Anteile auf 25,1 Prozent reduzieren und die verbleibenden 74,9 Prozent auf den KUV übertragen. Erst in diesem Moment haben wir tatsächlich die gewünschte Holdingstruktur, weil dann die Verbindung zwischen der neu gegründeten Dachgesellschaft und den Töchtergesellschaften geschaffen ist. Das Ganze muss im zweiten Halbjahr beschlossen werden, und zwar durch die Unfallversicherungsträger, mit Wirkung zum 01.01.2016.

Das fünfte Projekt läuft jetzt auch schon an und ist dann anschließend zu realisieren. Mit der Umwandlung des KUV e.V. in eine gemeinnützige GmbH müssen wir diese Gemeinnützigkeit zum Jahresende, spätestens Anfang 2016, tatsächlich herstellen. Das bedeutet konkret, dass eine der Kliniken direkt in die Mutter-GmbH übernommen wird, damit die Gemeinnützigkeit der Mutter gesichert ist. Hier bedarf es noch der entsprechenden Beschlüsse und zwar sowohl auf der Ebene des KUV als auch auf der Ebene der Einrichtung, die auf sie verschmolzen wird.

Noch einmal zurück zum zweiten Projekt, die Umwandlung des KUV, das Projekt, welches am 11. Juni Gegenstand der Mitgliederversammlung des KUV sein wird. Mitglieder des KUV sind dann diese 18 Unfallversicherungsträger, neun BGen und neun Unfallkassen. Und ich erwähnte eingangs, dass wir noch an einigen Punkten in der Diskussion sind. Auch die will ich nicht verschweigen. Es sind im Wesentlichen zwei Punkte, die noch diskutiert werden und die spätestens auf der Mitgliederversammlung beschlossen werden müssen. ad 1): Bei dem Gremium Hauptausschuss wird noch eine Diskussion zum Verfahren der Besetzung geführt. Entschieden ist bereits, wie der Hauptausschuss besetzt wird: das Gremium soll 20 Personen umfassen: zehn Arbeitgebervertreter, zehn Versichertenvertreter; jede Berufsgenossenschaft und eine Unfallkasse soll in diesem Gremium vertreten sein.

Der zweite Punkt, der noch bewusst offen gehalten worden ist, so war die Beschlusslage im letzten Jahr in München, ist: Wie soll dieses neue Kind heißen? Wenn ich jetzt von KUV gGmbH gesprochen habe, dann ist das ein Arbeitstitel. Die endgültige Entscheidung wird die Mitgliederversammlung am 11. Juni treffen.

Das sind die beiden wesentlichen Punkte, die noch zur Diskussion stehen. Ich möchte mich inhaltlich nicht positionieren. Es ist Aufgabe der Mitgliederversammlung, darüber abschließend zu entscheiden.

---

13. ver.di-Selbstverwaltertagung für die gesetzliche Unfallversicherung  
am 18.5.2015 in Berlin

“Prävention vor Rehabilitation vor Entschädigung – Erfahrungen und Ausblick nach 130  
Jahren gesetzliche Unfallversicherung“

---

Das ist in kurzem Abriss die Projektstruktur. Wir werden versuchen, dass

aus diesen 13 Kliniken und 18 Unfallversicherungsträgern ein Konzern wird. Das wäre im Grunde das Bild, was am Ende am 01.01.2016 hoffentlich an der Wand steht. Ich bin auf einer der Informationsveranstaltungen gefragt worden, was denn passiert, wenn am 11. Juni die Entscheidung nicht so gefällt wird. Und was passiert, wenn wir am 01.01.2016 die Übertragung der Geschäftsanteile nicht hinbekommen? – Ich habe damals gesagt und sage das heute hier auch: Ich kann mir das a) nicht vorstellen und es gibt b) keinen Plan B. Ich glaube nur, dass es ein großer Verlust wäre, wenn wir das nicht hinbekommen. Angesichts der Tatsache, dass wir jetzt seit vier Jahren daran arbeiten und etwa 99,9 Prozent aller Entscheidungen gemeinsam getroffen haben, bin ich auch zuversichtlich, dass wir im Juni zu einer entsprechenden Entscheidung kommen.

Soviel als kurzer Abriss zum Thema Klinikgesamtkonzept. Ich würde zur Klinikfinanzierung vielleicht danach noch was sagen und jetzt Gelegenheit geben, wenn es Fragen zum Thema rechtliche Struktur und Gesamtkonzept gibt, Ihnen zur Verfügung zu stehen.