



Optimierungspotenzial beim OP-Management
Foto: iStockPhoto/vm

„KRANKENHÄUSER sind immer öffentliche Angelegenheiten“

Mit dem Fachanwalt für Insolvenz- und Sanierungsrecht DR. ALEXANDER VERHOEVEN und FALKENSTEG-Partner TILLMANN PEETERS sprachen wir über die angespannte Situation in der deutschen Krankenhauslandschaft, die Unsicherheiten, die durch die Politik verursacht werden und über Tools und Verfahren, wie man Kliniken neu positionieren kann.

Wir sprechen uns im Umfeld des 46. Deutschen Krankentages in Düsseldorf. Bereits zur Eröffnung wurde dort über die „dramatische Finanznot der Kliniken“ gesprochen. Wie ernst ist die Lage tatsächlich bzw. spitzt sich die Situation zu?

Peeters: Die Situation ist wahrlich sehr ernst. Natürlich gibt es auch noch Häuser, die aus den unterschiedlichsten Gründen weniger oder vielleicht gar nicht betroffen sind. Aber die Mehrheit der Kliniken ist stark bis sehr stark betroffen. Häuser, die früher auf Kante genäht wurden, sind durch die Kostensteigerungen der vergangenen zwei Jahre deutlich mehr bzw. erst richtig unter Wasser geraten und haben heute einen deutlich erhöhten Liquiditätsbedarf. Sie haben allerdings nicht die Möglichkeit, ihre vollen Kosten weiterzugeben, weil sie auf gedeckelten Wegen unterwegs sind.

Dr. Verhoeven: Ich stimme Tillmann Peeters ausdrücklich zu. Die Lage ist dramatisch! Ich glaube, dass wir gegen Mitte bzw. Ende 2022 eine erste große Insolven-

zwele hatten. Im Moment spüren wir im Markt, dass die Insolvenzfälle leicht zurückgegangen. Wir erleben tatsächlich eine kleine „Verschnaufpause“. Das bestätigen mir auch alle Marktteilnehmer, mit denen ich derzeit selbstverständlich in einem laufenden Austausch stehe. Das liegt allerdings vor allem daran, dass sämtliche Krankenhäuser im Moment ihre 2-3 Jahres-Planung zum Jahresende aufsetzen und ihren jeweiligen Trägern vorstellen. Hier wird sich, so die Erwartung von vielen im Markt, das ganze Ausmaß der Krise erst richtig zeigen. Die Erwartung unter Krankenhausmanagern ist – und hier geht die eigentliche Dramatik erst richtig los –, dass wir gegen März/April 2024 eine zweite wesentlich größere Welle erleben werden.

Peeters: Wir haben es einerseits mit einer internen Kostenerzeugung und Leistungsgenerierung und andererseits mit einem schwierigen und vor allem überschaubaren Finanzierungsmarkt zu tun. Darüber hinaus haben die im Unternehmen befindlichen Assets nur eine begrenzte Verwertbarkeit. Der wesentliche Wertgegenstand eines Krankenhauses ist die Immobilie. Aber kann

ich sie tatsächlich verkaufen und vor allem: an wen? Und wie verkaufe ich ein geschlossenes Krankenhaus, wenn ich im schlechtesten Fall an eine Drittverwertung denke? Das ist bei einem Fabrikgelände oder einem Lagergebäude schon deutlich anders. Viele dieser und anderer Punkte machen eine Sanierung im Gesundheitswesen schwerer als in anderen Branchen. Aber es gilt auch einen positiven Aspekt zu berücksichtigen: Die Kundschaft ist und bleibt da. Und wir haben es nicht mit einem konjunkturgetriebenen Markt zu tun.

Dr. Verhoeven: Diese nächste Welle wird trotzdem definitiv kommen, wenn die Regierung über die Krankenhausreform hinaus nicht wirklich neues Geld in den Markt gibt. Und wir sprechen da von 5-6 Milliarden Euro. Das ist einhellige Meinung. Die geplante Reform alleine gibt das nicht her. Sie beinhaltet keine Maßnahmen, um Antworten auf die akute Krisensituation bzw. frisches Geld in den Markt zu geben. Der Bundesgesundheitsminister spricht offen darüber, dass das Ziel der Bemühungen der Bundesregierung darin besteht, eine Bereinigung des Marktes zu erreichen. Mit meinen Worten: Insolvenzen werden bewusst in Kauf genommen. Wie sich die Situation in 2024 und den Folgejahren dann tatsächlich entwickelt, bleibt von verschiedenen Faktoren, z. B. auch der Krankenhausreform und ihren derzeit erst ab 2026-2027 prognostizierten positiven Effekten, abhängig. Da zu viel in Bewegung ist, kann man ehrlicherweise zum jetzigen Zeitpunkt keine tragfähige Bestandsaufnahme bzw. Vorhersage machen.

Viele Beobachter tun kann erstaunt, dass so viele Kliniken in arge Bedrängnis geraten sind. Aber das musste doch jedem Marktteilnehmer bewusst sein. Spätestens nachdem die großzügigen staatlichen Subventionen aus der Pandemiezeit wegfielen.

Peeters: Während der Pandemie wurde die normale Restrukturierung und Insolvenz von Krankenhäusern mit viel staatlichem Geld aufgeschoben. In einer einmaligen Krisensituation war das auch eine richtige politische Entscheidung. Aber die Themen Sanierung und Insolvenz werden jetzt nachgeholt. Erschwerend für die Kliniken kommt hinzu, dass viele Kosten exorbitant gestiegen sind und diese in einem regulierten Markt nicht adäquat weitergegeben werden können.

Stichwort: Managementfehler.

Peeters: Auch gutes Management macht Fehler. Wenn das Unternehmen trotzdem Geld produziert, führt das nicht zur Insolvenz. Und auch wenn sie in einer guten Branche unterwegs sind, gehen sie meistens nicht pleite. Deshalb haben wir in den vergangenen 10 Jahren auch so wenige In-

solvenzen im Immobiliensektor gesehen. Das lag nicht daran, dass die Betriebe alle so super aufgestellt waren. Im Krankenhausbereich haben wir einen sehr engen Markt. Da reichen dann auch kleinere Fehler, um an die Wand zu fahren. Ohnehin muss die Klinik nach dem Weggang des Insolvenzverwalters einen Plan haben, wie es weitergehen soll. Deshalb ist im Gesundheitswesen ein „normal gutes“ Management wichtig. Wenn das Management vor Ort erkennbar ein wesentlicher Teil des Problems ist, dann haben sie als Sanierer eine Aufgabe vor der Brust, die sie dringend lösen müssen. Die Frage nach der Schuld ist im Krisen- und Sanierungsfall zweitrangig. Vielmehr müssen die Beteiligten möglichst rasch schauen, wie die Zukunft des Unternehmens aussehen soll. Der Insolvenzverwalter und wir sorgen dafür, dass Entscheidungen getroffen werden. Das ist unsere gemeinsame Aufgabe.

Nun sagt der Bundesgesundheitsminister neulich, dass – wenn die geplanten Sätze so beschlossen würden – „ein flächendeckendes größeres Krankenhaussterben 2024 auszuschließen ist.“ Die Deutsche Krankenhausgesellschaft widerspricht: Angesicht eines 10 Milliarden Defizites spricht man dort von einer steigenden Insolvenzgefahr durch eine „klaffende Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben.“

Dr. Verhoeven: Bei der Beurteilung der Situation spielen – wie so oft – völlig unterschiedliche Interessen eine Rolle. Im Krankensektor haben wir zum Beispiel immer das Problem, dass wir politisch oft mit der kommunalen Ebene zu tun haben. Die Häuser befinden sich in kommunaler Trägerschaft und in einer Investitionsfinanzierungsposition. Und wir haben die Interessen der Regierung. Beide Interessen stimmen oftmals nicht überein. Die kommunalen Politiker werden immer die Auffassung vertreten, dass sie gegenüber ihrer Wählerschaft verantwortlich sind. Sie möchten wiedergewählt werden. Deshalb kann und will sich ein Bürgermeister oder Landrat nicht erlauben, ein Krankenhaus sehenden Auges sterben zu lassen und vom Markt zu nehmen. Sie wissen, dass ein Krankenhaus in jeder Region ein ganz wesentlicher Faktor für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und außerdem ein wichtiger kommunaler Arbeitgeber ist. Über „ihre“ Klinik definiert sich eine ganze Stadt oder eine ganze Gemeinde. Als Generalbevollmächtigter verschiedener Häuser habe ich das oft sehr deutlich zu spüren bekommen. Diese Haltung ist sehr gut nachvollziehbar; klargemacht werden muss den Kommunen allerdings, dass eine Insolvenz nicht automatisch das Ende oder den Austausch des Trägers bedeuten muss. Dafür steht – die gut gemachte! – Eigenverwaltung ja gerade.



Dr. Alexander Verhoeven
Foto: Privat

Die Regierung vertritt andere Interessen. Sie hat – durchaus verständlich – langfristige Pläne, wie der Krankenhausmarkt 2027/28 aussehen soll. In diesem Zusammenhang ist es einhellige Meinung, dass wir dann deutlich weniger Krankenhäuser haben sollen. Diese beiden divergierenden Positionen schließen sich im Prinzip aus. Leider gibt die Regierung nicht offen zu, dass sie überflüssige Krankenhäuser sterben lassen möchte.

Peeters: Die Politik möchte eine deutliche Reduzierung der Krankenhäuser erreichen, weil sie am Ende des Tages immer bezahlen muss. Gerade jetzt, nach dem BGH-Grundsatzurteil zur Schuldenbremse und dem klaffenden Milliardenloch macht sich die Bundesregierung nachvollziehbare Sorgen um den Bundeshaushalt. Wir haben uns im Gesundheitswesen in den letzten zehn Jahren schlichtweg einen Luxus geleistet, den wir uns angesichts der Haushaltslage und anderen milliardenschweren Herausforderungen (z. B. der Wiederherstellung der Verteidigungsfähigkeit unseres Landes) nicht mehr leisten können.

Wie sieht es auf dem Alten- und Pflegeheimmarkt aus?

Dr. Verhoeven: Die Situation ist meines Erachtens noch dramatischer. Denn den Heimen geht es finanziell genauso. Und aufgrund des demographischen Wandels ist das Thema noch wichtiger und eilbedürftiger. Hier ist der Grundansatz der geplanten Reform – mit Blick auf Krankenhäuser – durchaus richtig. Man muss irgendwie schauen, dass das Angebot in einer Region nicht überhandnimmt und man nicht mehr wirtschaftlich arbeiten kann. Nur diejenigen, die spezielle Abteilungen in ihren Häusern haben, sind am Ende des Tages diejenigen, die – aus wirtschaftlicher Sicht – die wichtige Kundschaft (sprich: die Privatpatienten) ansprechen. Sie können sich aussuchen, wohin sie gehen. Die Reform versucht, diese Abläufe zu steuern und geordnete Strukturen in hochspezialisierten Krankenhäusern zu schaffen. Vereinfacht ließe sich diese Vorgehensweise auf Alten- und Pflegeheime, von denen viele insolvenzgefährdet sind bzw. defizitär arbeiten, übertragen.

Inwieweit ist den Verantwortlichen in der Geschäftsführung bzw. den Aufsichtsgremien des Trägers der Ernst der Lage bewusst und handeln frühzeitig?

Peeters: Nüchtern betrachtet, ist die Botschaft bis jetzt nicht überall angekommen. Wir erleben bei unseren Gesprächspartnern eine Form des Nicht-wahrhaben-Wollens (Denial). Ich erkläre mir das damit, dass es sich um einen Markt handelt, dessen Hauptzweck nicht das Geldverdienen ist. Der Hauptzweck ist vielmehr, Menschen



Tillmann Peeters
Foto: Falkensteg

gesundzumachen. Die Aussagen von Karl Lauterbach erwecken den Eindruck, dass es geradezu ein Stigma ist, vom Geldverdienen zu sprechen. In einer wirtschaftlichen Krisensituation stellt sich dann aber schnell die Frage, dass „man“ für die Gesundheitsversorgung verantwortlich sei und „andere“ aufgerufen seien, Geld zu besorgen. Hier kommen dann viele gesellschaftspolitische Aspekte ins Spiel. Jeder möchte sein Krankenhaus erhalten und möglichst nah am Wohnort haben. Es könne doch nicht sein, dass „mein“ Krankenhaus geschlossen wird. Gleichzeitig sucht „man“ im Krankheitsfall lieber eine Spezial- oder Uniklinik auf, in der die benötigte Behandlung bzw. Operation ein Routine- und nicht den Ausnahmefall darstellt.

Dr. Verhoeven: Aus Beratersicht gesprochen ist das Schöne an diesem Markt, dass wir hier eine geradezu paradiesische Situation haben. Der Gesetzgeber hat mit seinen insolvenzrechtlichen Änderungen in den Jahren 1999-2012 den Boden bereitet, auf dem die Krankenhäuser jetzt vermehrt auch gehen. Im Kern geht es darum, dass Geschäftsführer möglichst frühzeitig und vor allem auch deutlich vor einem Insolvenzantrag handeln soll(t)en, denn eigentlich sollte jeder Manager wissen, dass man auch über Insolvenzverfahren Sanierungen steuern kann. Der Prozess muss nur rechtzeitig eingesteuert werden. Im Krankenhausmarkt haben wir das! Die Geschäftsführer bzw. Verantwortlichen aus den Aufsichtsräten kommen in der Regel rechtzeitig. Ein Beispiel: Im Marien-Hospital Papenburg Aschendorf (ca. 1.000 Mitarbeitende) hatten wir zwischen sechs bzw. zwölf Monaten Zeit für die Vorbereitung. Der Insolvenzplan mitsamt einem vollständigen Sanierungskonzept konnte von der Geschäftsführung gemeinsam mit mir und meinem Team in Ruhe erarbeitet werden. Das Insolvenzgericht und die Mehrheit der Gläubiger haben dem tragfähigen Sanierungskonzept zugestimmt. Sämtliche Arbeitsplätze konnten erhalten und sogar ausgebaut werden. Mit diesem Beispiel möchte ich Ihnen verdeutlichen: Es geht! Wenn man rechtzeitig und gemeinsam handelt.

Welche Rolle spielen Schutzschirmverfahren in Ihrer täglichen Praxis?

Peeters: Diese Variante der Eigenverwaltung wird gerne gewählt, weil sie nach außen darstellen können, dass sie eine erfolgreiche Sanierungsaussicht sehen. Sonst würden sie ein Schutzschirmverfahren nicht genehmigt bekommen. Rechtlich könnten sie fast die gleiche Wirkung mit einer normalen Eigenverwaltung erreichen. In den Fällen, in denen sich ein hoher Konsens mit dem Gesellschafterkreis und den Gläubigern abzeichnet, ist das Schutzschirmverfahren durchaus das Mittel der Wahl.

Dr. Verhoeven: Im Krankenhausmarkt ist es tatsächlich der Schutzschirm, der sich alleine deswegen anbietet, weil die Häuser rechtzeitig kommen. Und über den Schutzschirm habe ich eine andere Möglichkeit, mit der Öffentlichkeit zu kommunizieren. Krankenhäuser sind immer öffentliche Angelegenheiten. Sie haben dann eine große Aufmerksamkeit von der Politik, der Presse, den Patienten und der Bevölkerung.

Unterhalb des öffentlichen Radars lässt sich eine am Ort verwurzelte Klinik eher nicht sanieren, oder?

Dr. Verhoeven: Richtig. Bei dem eben genannten Hospital haben wir allein drei bis vier Monate auf ein tragfähiges und schlüssiges Kommunikationskonzept verwandt. Das Management hat uns im nach hinein deutlich bestätigt, dass unsere Kommunikationsstrategie der springende Punkt war. Wir sind mit einem sorgfältig ausgearbeiteten Kommunikationskonzept mit Blick auf alle Stakeholder (Bevölkerung, Krankenkassen, Patienten Politik, Presse sowie die niedergelassene Ärzteschaft und den Träger) gestartet und haben alle Bereiche vollständig abgedeckt.

Wie stand es um die interne Kommunikation? Schließlich mussten Sie versuchen, die rund 1.000 Beschäftigten an Bord zu behalten?

Dr. Verhoeven: Hier handelt es sich ganz klar um eine Managementaufgabe. Das ist eine rein interne organisatorische Frage. Aber, ja, wir haben auch mit Blick auf die operativ tätigen Menschen (Ärzte und Pfleger) und die administrativ tätigen Mitarbeitenden von Beginn an offen und transparent kommuniziert. Beide Bereiche sind traditionell in der Krankenhauswelt häufig sehr weit auseinander. In Papenburg fanden wir einen recht breiten Graben zwischen den verschiedenen Berufsgruppen vor. Deshalb war es in einem solchen Verfahren unerlässlich, dass Management darauf hinzuweisen, dass wir das Band zwischen den Ärzten und Pflegern hier und den anderen Berufsgruppen dort sehr eng halten und führen.

Was meinen Sie konkret?

Dr. Verhoeven: Im Marien-Hospital habe ich zum ersten Mal in meinem Leben in den ersten zwei Tagen des Verfahrens acht Mitarbeiterversammlungen durchgeführt. Das hatte ich so vorher noch nie. Und auch über das gesamte Verfahren haben wir laufend Mitarbeiterversammlungen abgehalten und schriftliche Communiqués herausgegeben. Es ging gar nicht anders. Denn aufgrund des Fachkräftemangels besteht immer die Gefahr, dass dringend benötigte Chefarzte und Pflegekräfte von der Konkurrenz abgeworben werden oder sie von sich aus kündigen.

NETBID
Auction & Valuation

PASSIONATE ABOUT MACHINES
International Valuation & Auction Experts

Austria, Czech Republic, Germany, Netherlands, Hungary, Poland, Serbia, Slovenia

netbid.com	More than 100,000 visitors a month	More than 60,000 bids every year	since 1999 more than 265,000 machines sold
-------------------	--	--	--

INTERVIEW

Wo sehen Sie Ihren Schwerpunkt? Beim Krisenmanagement oder bei der strategischen Neupositionierung eines Krankenhauses?

Dr. Verhoeven: Wichtig ist, dass man Hand in Hand mit dem Management arbeitet. Man muss schauen, wo die verfahrenstechnischen und strategischen Herausforderungen liegen. Anschließend müssen die entsprechenden Weichen gestellt werden, damit die Klinik eine langfristige Zukunftsaussicht hat.

Peeters: Wir sind der Notfallarzt. Wenn sie mit uns zu tun bekommen, dann sind sie bereits „aus der Kurve getragen“ worden. Wir leisten dann Sofortmaßnahmen am „Unfallort“. Insoweit sind das Krisenmanagement und eine Neupositionierung meistens zwei Seiten einer Medaille. Einerseits bieten wir unsere offene und ehrliche Hilfe sowie Beratung, andererseits stehen unsere Vorschläge für eine tiefgreifende und zukunftsfähige Neuaufstellung. Beim rechtzeitigen Handeln und der Offenheit für Kooperationsmodelle bzw. die Schließung unrentabler Einheiten ist eine Neupositionierung kein Zauberwerk. Beim Thema Fusion muss man differenzieren. Wenn sie dieses Tool nur dafür benutzen, um weiße Tünche über den Riss zu malen, hilft das gar nicht. Wenn es darum geht, eine Kostenreduzierung zu erreichen und Synergieeffekte zu generieren, macht eine Fusion durchaus Sinn. Bei allen Veränderungen muss allerdings eine gut erreichbare Notfallversorgung gewährleistet bleiben, die insbesondere im ländlichen Raum von hoher Bedeutung ist.

Bekommt man eine Klinik im Moment gut verkauft?

Peeters: Nein. Ich kenne keinen erfolgreichen Verkauf in den vergangenen zwölf Monaten. In dem Markt passiert nahezu nichts, weil alle Investoren abwarten.

Es ist kein Geheimnis, dass manche Klinik ohnehin nicht mehr zu retten ist.

Dr. Verhoeven: Mein Team und ich nehmen keine Sanierungsverfahren von Unternehmen an, bei denen wir schon bei der ersten Bestandsaufnahme sehen, dass es sich nicht um einen Sanierungsfall handelt. Wenn keine Sanierungswürdigkeit oder -fähigkeit vorliegt, nehmen wir die Aufgabe nicht an. Zum Glück ist das Management in den meisten Krankenhäusern sehr fit. Das ist ein Vorteil im Rahmen von Krankenhausverfahren. Sie sehen die Situation realistisch. Die Anfragen, die uns bislang erreicht haben, waren bislang immer Fälle, bei denen mein Team und ich zu dem Ergebnis gekommen sind, dass Sanierungsfähigkeit und -würdigkeit besteht. Das Management hatte das Geschäft schon sehr gut im Griff. Deshalb habe ich auch das Gefühl, dass diejenigen, die das berechtigte Gefühl haben, bereits weit – hier verwende ich einmal die Metapher des Kollegen Peeters – „aus der Kurve getragen worden sind“ –, gar nicht erst zu uns kommen.

Die Situation ist vielerorts dramatisch
Foto: iStockPhoto/AlexRaths



»Raus ...

... aus der wirtschaftlichen und personellen Enge des Gesundheitswesens.«

Schutzschirmverfahren, Eigenverwaltung und Restrukturierungsverfahren können den Weg in eine gesicherte Zukunft ebnen. Mit mehr als 70 Mitarbeitern und jahrzehntelanger Erfahrung haben wir schon eine Vielzahl von Krankenhäusern und Krankenhausgesellschaften bei der außergerichtlichen und gerichtlichen Restrukturierung aktiv begleitet und so zahlreiche Krankenhausstandorte dauerhaft gesichert.

Sprechen Sie uns einfach an, gerne finden wir gemeinsam mit Ihnen individuelle Lösungen.

Wir schaffen Perspektiven
www.nst-inso.com

NST
NIERING STOCK TÖMP
RECHTSANWÄLTE