

Der Chefarzt muss mitdenken

Laut aktuellem Krankenhaus Rating Report werden 2025 über 50 % der Kliniken rote Zahlen schreiben. Folge: Immer mehr Krankenhäuser müssen den Gang zum Insolvenzrichter antreten.



Ulrike Hoffrichter, Weinheim

Tatsächlich sind fast 17% der deutschen Krankenhäuser insolvenzgefährdet; so eine Vorhersage des Statistischen Bundesamtes für 2020. In den letzten Monaten und Jahren zeigte sich aber in einer Anzahl von Fällen, dass eine Insolvenz gar nicht das Ende für das Krankenhaus bedeuten muss. Stattdessen konnten sich die betroffenen Kliniken durch das Insolvenzverfahren sogar neu aufstellen. Zum Beispiel die Klinikgruppe Paracelsus.

Dr. Rainer Eckert, Insolvenzverwalter, war maßgeblich an der Sanierung von Paracelsus beteiligt. Aktuell überwacht er als Sachwalter die Restrukturierung der Katharina Kasper ViaSalus GmbH, unter anderem Träger von fünf Krankenhäusern und vier medizinischen Versorgungszentren und Arbeitgeber für rund 3.500 Mitarbeiter. Ulrike Hoffrichter sprach mit Eckert darüber, welche Lehren die Branche aus diesen Fällen ziehen kann.

M&K: *Inwiefern waren die Insolvenzursachen bei Paracelsus typisch für Krankenhäuser in der Krise?*

Dr. Reiner Eckert: Vom Geschäftsmodell her sind die Paracelsus-Krankenhäuser ein Fall für sich. Auf der medizinstrategischen Ebene waren die Krisenursachen insofern nicht typisch für die Masse der deutschen Krankenhäuser. Auf der operativen Seite gab es aber durchaus Parallelen.

Welche Parallelen sind das?

Eckert: Bei den Krankenhäusern, wo wir als Sanierer tätig waren bzw. sind, läuft es im Grunde immer auf einen Punkt hinaus: das Fehlen einer funktionierenden Medizin-Strategie. Das führt zur Unterfinanzierung, und diese Unterfinanzierung wiederum zu einem erheblichen Modernisierungstau. Und dann bleiben auch die Patienten aus.

Das klingt so, als beiße sich die Katze in den Schwanz.

Eckert: Das ist in der Tat so. Viele Häuser haben es versäumt, durch die Modernisierung ihrer Infrastruktur effizienter zu werden. In vielen Kliniken müssen die Mitarbeiter immer noch durch das Haus laufen und nach Akten suchen. Und wenn die Akten fehlen, können viele Leistungen nicht abgerechnet werden. Hinzu kommt, dass die Mitarbeiter ihre Zeit mit Suchen verbringen und nicht mit den Patienten, die dann unzufrieden sind. Zusätzlich sinkt die Motivation der Mitarbeiter, und sie kehren dem Haus den Rücken zu. Dann ist es zur Insolvenz nicht mehr weit.

Sie sprachen auch das Thema Medizin-Strategie an. Wo liegen hier die Defizite?

Eckert: Die Kliniken müssen sich einer neuen Realität stellen: Abwanderung von Patienten in die ambulante Versorgung, neue Einschränkungen durch den Gesetzgeber und Verschärfung der Abrechnungsmechanismen. Hinzu kommt der wachsende Wettbewerb um den Patienten. Herkömmliche Maßnahmen

wie Einstellungsstopps oder Personalabbau helfen dann nicht mehr. Dann sind Strukturbereinigungen erforderlich, wie etwa die Zusammenlegung oder sogar die Schließung von Abteilungen. Damit allein ist es aber nicht getan. Im Gegenzug müssen Angebote aufgebaut werden, die eine ausreichende Menge an Patienten anziehen. Unter 1.500 Casemix-Punkten ist nach unserer Erfahrung keine Abteilung mehr ausreichend finanziert. Für einen derartigen Wandel benötigen die Kliniken übrigens auch medizinisches Personal, das unternehmerisch mitdenkt. Der Chefarzt beispielsweise muss ein gutes Verhältnis

zu den niedergelassenen Ärzten pflegen. Er muss ihnen das Gefühl geben, dass ihre Patienten in der Klinik gut behandelt werden und dass sie die benötigten Informationen erhalten. Dann wird auch in dieses Haus zugewiesen.

Der angestellte Arzt als Unternehmer?

Eckert: Ein Stück weit, ja. Anders geht es heute nicht mehr. Heute hat jeder niedergelassene Arzt mindestens drei Alternativen, wohin er zuweist. Wenn die Belegschaft dies nicht verinnerlicht, dann habe ich als Krankenhaus ein Problem. In den Häusern,

wo wir sanieren müssen, ist das weit verbreitet. Dort herrscht immer noch ein Stück weit das Denken vor, Medizin und Betriebswirtschaft seien zwei vollkommen verschiedene Disziplinen.

Viele Kliniken haben dafür Zuweiser-Spezialisten eingestellt.

Eckert: Zuweiser-Management, das ist eine Aufgabe, die die verantwortlichen Ärzte persönlich machen müssen. Modelle, bei denen Vertriebler wie beim Pharma-Außendienst losgeschickt werden, haben sich nicht bewährt. Hingegen können Kooperationsvereinbarungen zwischen Häusern bzw. Trägern erhebliche Effekte entfalten, solange man nicht um das gleiche Leistungsspektrum konkurriert.

Würden Sie auf der Grundlage Ihrer Erfahrungen sagen, dass für sanierungsbedürftige Krankenhäuser ein Insolvenzverfahren eine gute Option ist?

Eckert: Ein klares Ja. Wir haben bis jetzt ausschließlich gute Erfahrungen gemacht. Selbst bei Häusern, bei denen wir anfangs dachten, das schaffen wir nie und nimmer: Am Ende haben wir dann doch immer eine Lösung gefunden. Das gilt nicht zuletzt

Zur Person

Dr. Rainer Eckert ist einer der renommiertesten deutschen Insolvenzverwalter. Der promovierte Rechtsanwalt gründete 1992 die Kanzlei „Eckert Rechtsanwälte“, die heute 148 Mitarbeitern an bundesweit 17 Standorten zählt. Einer seiner Schwerpunkte ist die Sanierung von Krankenhausträgern. Dazu zählen die „Arbeiterwohlfahrt Gesundheitsdienste Gesellschaft mbH“, die Klinikgruppe Josef-Hospital in Delmenhorst sowie die Paracelsus-Klinikgruppe. Eckert ist verheiratet und hat zwei Kinder.

auch dann, wenn es darum ging, Häuser miteinander zu verschmelzen.

Inwiefern?

Eckert: Aufgrund der Krankenhaus-Übersversorgung haben sich bekanntlich zahlreiche Regionen entschlossen, den Weg der Einhäusigkeit zu gehen, um die Kliniken zu sanieren. So weit die Theorie. In der Praxis sind diese Verschmelzungen hingegen schwierig. Dann haben Sie in einer Region drei Kliniken, und keine der Kommunen will auf etwas verzichten. Dadurch passiert einfach nichts. Die Folge sind schleichende Verluste, ohne dass eine Lösung in Sicht wäre. Da geht jedem Träger irgendwann die Luft aus. Das ist der Zeitpunkt, zu dem wir oft als Sanierungsexperten hinzugezogen werden, um die Optionen zu diskutieren. Die Option des Insolvenzverfahrens hat den Vorteil, jahrelange Versäumnisse zügig aufzuholen und die erforderlichen Sanierungsschritte kurzfristig durchzusetzen. Nicht zuletzt gibt es einen vom Gericht eingesetzten Insolvenzverwalter, der den Auftrag und die Kompetenzen hat, nötige Entscheidungen zu treffen, auch gegen den Willen der Beteiligten. Dies führt auch dazu, dass Bewegung in die Verhandlungen mit Belegschaftsvertretern kommt. Zwar herrscht häufig zunächst als Schutzmechanismus eine Blockadehaltung vor. Sobald ein Insolvenzverfahren angelaufen ist, sind alle Beteiligten häufig an einer konstruktiven Diskussion interessiert, um die beste Lösung für alle herauszuarbeiten.

Für die Arbeitnehmer ist die Zusammenlegung immer mit schweren Einschnitten verbunden. Da wundert es nicht, dass diese sich bis zuletzt sperren.

Eckert: Absolut! Umso beachtlicher ist es, dass ich es wirklich durchgängig erlebe, dass die Belegschaften genauso sehr am Wohl der Patienten wie am eigenen Wohl interessiert sind. Wo gibt es das heute noch? ■



Dr. Rainer Eckert