

Krisenmanagement in Krankenhäusern

Anforderungen an Sanierungsstrategien in einem regulierten Markt

Frank Schmitz/Dr. Volkhard Emmrich*

Krankenhäuser befinden sich in einem starken Verdrängungswettbewerb. Seit Jahren steigen die Kosten schneller als die staatlich reglementierten Erlöse. Aufgrund der Besonderheiten eines stark regulierten Markts finden bei der Sanierung von Krankenhäusern nur einzelne der klassischen Sanierungsstrategien erfolgversprechende Anwendung. Auch das geplante Gesetz zur weiteren Erleichterung der Sanierung von Unternehmen (ESUG) wird auf die im Vergleich zu anderen Branchen niedrige Anzahl von Insolvenzen eher geringe Auswirkungen haben. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die wesentlichen Ursachen für Krisensituationen in Krankenhäusern und zeigt mögliche Sanierungsstrategien in diesem Sektor auf.

1. Krankenhäuser als Wirtschaftsunternehmen

Die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens ist erheblich: Der gesamte Gesundheitssektor umfasste 2008 ein Volumen von über 250 Mrd. €, was mehr als 10% des BIP entspricht. Die Bruttogesamtkosten der Krankenhäuser betragen 71,1 Mrd. € – und damit mehr als ein Viertel der Gesamtkosten des Gesundheitssektors¹. Darüber hinaus bieten deutsche Krankenhäuser über einer Mio. Menschen einen Arbeitsplatz.

Der Markt für die stationäre Gesundheitsvorsorge zeichnet sich vor allem durch Überkapazitäten und folglich durch einen Verdrängungswettbewerb aus. Hauptgrund hierfür ist der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten in der stationären Behandlung. Spezialisierungstendenzen verbunden mit dem medizinisch-technischen Fortschritt, einer gesellschaftlich geforderten Effizienz- und Qualitätssteigerung sowie steigende Ansprüche von demografisch bedingt älter und multimorbider werdenden Patienten sind weitere Herausforderungen, denen Krankenhäuser gegenüberstehen².

Der Verdrängungswettbewerb zeigt sich auch bei der Betrachtung der gesamtwirtschaftlichen Daten: Die Anzahl der Krankenhäuser hat sich in Deutschland bereits von 1998 bis zum Jahre 2008 von 2.263 um 180 auf 2.083 reduziert³. Trotz des Abbaus von medizinischer Infrastruktur erfolgt dies – bis heute – weitestgehend durch Fusionen und ohne reale Schließung von Krankenhäusern oder gar Insolvenzen.

2. Regulative Besonderheiten des Markts

Die unternehmerische Tätigkeit eines Krankenhauses ist durch die unterschiedlichsten gesetzgeberischen Institutionen stark reglementiert. Für Krankenhäuser regulierte und aus der Sicht des Sanierungsmanagements wesentliche Bereiche sind

- die Rechnungslegungsnormen,
- die Finanzierung und
- das potenzielle Markt- bzw. Leistungsangebot.

2.1 Rechnungslegung

Die Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern (Krankenhaus-Buchführungsverordnung – KHBVO) regelt die externe Rechnungslegung. Bedeutsam ist, dass die KHBVO nicht nur die Gliederung der Bilanz, der GuV und des Anlagenspiegels reglementiert, sondern auch den Kontenrahmen für die interne Kosten- und Leistungsrechnung. Obwohl Details zur Kosten- und Leistungsrechnung nicht vorgeschrieben werden, ist die interne Kosten- und Leistungsrechnung sämtlicher Krankenhäuser aus diesem Grunde bis zu einem gewissen Grade standardisiert und demzufolge besser vergleichbar als bei Unternehmen anderer Branchen. Eine weitere Besonderheit für die externe Rechnungslegung ist die erfolgsneutrale Abbildung der erhaltenen Fördermittel für Investitionen⁴.

2.2 Finanzierung

Die derzeitige Finanzierungssystematik von Krankenhäusern, die sog. duale Krankenhausfinanzierung, wurde durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 1972 eingeführt. Bei der dualen Finanzierung sind die Investitionskosten von der Betriebskostenfinan-

* Dipl.-Kfm. Frank Schmitz, Leiter Health Care, und Dr. Volkhard Emmrich, Geschäftsführender Gesellschafter Restructuring & Finance bei Dr. Wieselhuber & Partner GmbH in München.

1 Vgl. Statistisches Bundesamt, Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12, Reihe 6.3, 2008.

2 Vgl. Edwards/Wyatt/McKee, Configuring the hospital for the 21st century, in: Policy brief no. 5, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, S. 2 ff.

3 Vgl. Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12, Reihe 6.1, 2008.

4 Vgl. Graumann/Schmidt-Graumann, Rechnungslegung und Finanzierung von Krankenhäusern, 2007, S. 218 ff.

zierung zu unterscheiden. Die notwendige Finanzierung von Infrastruktur und Anlagevermögen erfolgt durch eine Förderung des jeweiligen Bundeslands. Die privaten und gesetzlichen Krankenkassen, welche als Kostenträger bezeichnet werden, vergüten die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten sowie die Instandhaltungskosten der Krankenhäuser⁵.

Bei der Finanzierung der Betriebskosten wurde 2004 mit den Diagnosis Related Groups, dem sog. DRG-System, ein Fallpauschalensystem eingeführt, in dem – je nach Diagnose des Patienten – die medizinische Behandlung und der stationäre Aufenthalt mit einer vorgegebenen und jährlich neukalkulierten Pauschale vergütet wird⁶. Für jeden Fall soll so viel gezahlt werden, wie er im bundesdeutschen statistischen Mittel an Kosten, den sog. Normkosten, verursacht. Die extern vorgegebene Vergütung der Leistungen basiert auf einer Kalkulation der durchschnittlichen Ist-Kosten von knapp über 300 Krankenhäusern. Krankenhäuser, die höhere Kosten als diese Normkosten haben, stehen unweigerlich vor wirtschaftlichen Schwierigkeiten. In dieser Kalkulation sind keine Bestandteile für Fremdkapitalkosten vorgesehen.

2.3 Potenzielles Leistungsangebot

Neben der gesetzlich festgelegten Finanzierung stationärer Krankenhausleistung ist auch die Art der angebotenen Marktleistung reglementiert. Die zum Zweck der Betriebsmittelfinanzierung definierten DRG stellen die mit den Kostenträgern abrechenbaren „Produkteinheiten“ dar. Die Höhe der Vergütung für eine DRG ist ebenfalls definiert. Auch ergänzende Möglichkeiten zur Umsatzsteigerung, z. B. ambulante Angebote oder privat finanzierte Zusatzleistungen, sind gesetzlich reglementiert und begrenzt.

Der Umfang des potenziellen Leistungsangebots setzt eine Abgrenzung des relevanten Markts – für den Krankenhausesektor in sachlicher und räumlicher Hinsicht – zwingend voraus⁷. Das Gesamtpotenzial des definierten relevanten Markts kann mit statistischen Methoden nach verschiedenen Kriterien aufbereitet werden und ist bis auf gewisse regionale Besonderheiten und statistische Spannbreiten exogen vorgegeben.

Die räumliche Marktabgrenzung ist zwar differenzierter zu betrachten, aber ebenfalls begrenzt. Für medizinische Leistungen der Grund- und Regelversorgung kann patientenseitig nach allgemeiner Erfahrung eine Bereitschaft zu Fahrtzeiten von 20 bis 30 Minuten zugrunde gelegt werden. Je spezialisierter das medizinische Leistungsspektrum ist, desto länger kann die Fahrtzeit gewählt werden. Einer räumlichen Ausweitung, d.h. Patienten aus entfernteren Regionen anzusprechen, sind enge Grenzen gesetzt. Patienten sind selbst bei planbaren Eingriffen nur begrenzt mobil.

Unabhängig vom jeweiligen individuellen räumlichen und sachlichen Markt eines einzelnen Krankenhauses kann festgehalten werden, dass dieser nicht beliebig ausgeweitet werden kann und eher aufgrund natürlicher Gegebenheiten und rechtlicher Rahmenbedingungen eine exogen vorgegebene Konstante ist.

3. Krankenhausspezifische Krisenursachen und -treiber

Es lassen sich drei wesentliche Ursachen für Krisensituationen in Krankenhäusern identifizieren.

3.1 Unzureichende Finanzierungsbasis

Eine erste Ursache stellt die unzureichende Finanzierungsbasis für die Infrastruktur bzw. des Anlagevermögens dar, die ursprünglich auf staatliche Zuschüsse ausgelegt war. Durch die Reduzierung dieser Zuschüsse entsteht eine Lücke, die nur schwer im erforderlichen Maße durch die Betriebsmittelfinanzierung kompensiert werden kann und sich dementsprechend auch in der Bilanz widerspiegelt.

Der Umfang der Fördermittel nach dem KHG ist von 3,6 Mrd. € im Jahr 1991 auf 2,6 Mrd. € im Jahr 2007 kontinuierlich gesunken⁸. Durch öffentliche Förderungen wurden im Jahr 2005 zusammen nur noch 67,1% der gesamten Investitionen deutscher Krankenhäuser bestritten. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass knapp ein Drittel der getätigten Investitionen – entgegen der gesetzlichen Intention – nicht durch die öffentliche Hand erfolgte.

Nicht jedes Krankenhaus verfügt jedoch über einen ausreichenden Cashflow, um die mit Fremdkapital kompensierten öffentlichen Fördermittel bedienen zu können – die Kapitaldienstfähigkeit ist nicht gegeben. Die Folgen sind u. a. unterlassene Rationalisierungsinvestitionen, welche eine unmittelbare negative Auswirkung auf das derzeitige und zukünftige operative Ergebnis haben.

Es ist nicht absehbar, dass der hohe Kapitalbedarf in Zukunft durch die Bundesländer gedeckt werden kann. Die verstärkte Fremdfinanzierung führt zu Kapitalkosten, welche durch die DRG-Pauschalen zu erwirtschaften sind, obwohl diese nicht entsprechend kalkuliert wurden. Die Kapitaldienstfähigkeit wird für viele Krankenhäuser erstmals ein entscheidender Faktor für die zukünftige Entwicklung sein.

5 Alle privatwirtschaftlichen und staatlichen Institutionen, welche die Betriebskosten im Krankenhaus für erbrachte Leistungen übernehmen, werden als Kostenträger bezeichnet.

6 Vgl. Keun/Protz, Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung, 2008, S. 104 ff.

7 Vgl. dazu ausführlich Papenhoff/Schmitz, Markt – was ist das? Analyse des Marktanteils nicht so einfach wie gedacht, in: Krankenhaus Umschau 11/2007 S. 1042-1044; Bundeskartellamt, 10. Beschlussabteilung, B 10 – 123/04, S. 30.

8 Vgl. Augurzky et al., Krankenhaus Rating Report 2009 S. 55.

3.2 Nicht optimale Betriebsgröße

Des Weiteren kann für viele Krankenhäuser ein Betriebsgrößenproblem identifiziert werden. Das vielfach vorgehaltene umfangreiche medizinische Spektrum erfordert eine breite medizinische Infrastruktur und ein differenziertes medizinisches und pflegerisches Know-how. Diese teuren Ressourcen können lediglich bei einem hohen Auslastungsgrad einen ausreichenden Ertrag und eine Fixkostendeckung erzielen. Aufgrund des Anspruchs einer wohnortnahen Versorgung wird der Umfang der potenziellen Patienten für eine bestimmte medizinische Indikation auf eine große Anzahl von Krankenhäusern aufgeteilt.

3.3 Fehlende Effizienz in den Kern- und Nebenprozessen

Allerdings ist in vielen Fällen nicht nur eine fehlende Effektivität, sondern auch eine fehlende Effizienz anzutreffen. Diese fehlende Effizienz in den Kern- und Nebenprozessen kann als dritte Ursache für Krisen von Krankenhäusern identifiziert werden und spiegelt sich – wie auch das Betriebsgrößenproblem – unmittelbar in der GuV wider.

Die unterschiedlichen Interessen der ärztlichen, pflegerischen und kaufmännischen Berufsgruppen sowie der Politisierung von Entscheidungen durch kommunale oder kirchliche Institutionen führen vielfach zu Ineffizienzen und nicht primär auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtete Prozesse – wobei in Bezug auf die Effizienz auch zugestanden werden muss, dass der Umfang der notwendigen jährlichen Effizienzsteigerungen erheblich ist. Die Krankenhäuser stecken seit Jahren in einem Dilemma: Die bundesweiten Erlössteigerungen lagen in den Jahren 2005 bis 2008 zwischen 0,6% und 1,4%. Die Entwicklung der Kosten ist jedoch davon unabhängig – und deutlich höher (vgl. Abb. 1).

Die Personalkosten machen mit 60,9% den größten Anteil an den Gesamtkosten im Krankensektor aus. Diese steigen aufgrund der allgemeinen Tariflohnsteigerungen und der zusätzlichen Lohnforderungen der Ärzte schneller als die Erlöse. Dies gilt auch für die Kosten für Medikamente und neueste medizinische Infrastruktur. Damit verbunden waren jährliche Kostensteigerungen von 1,1% in 2005 bis hin zu

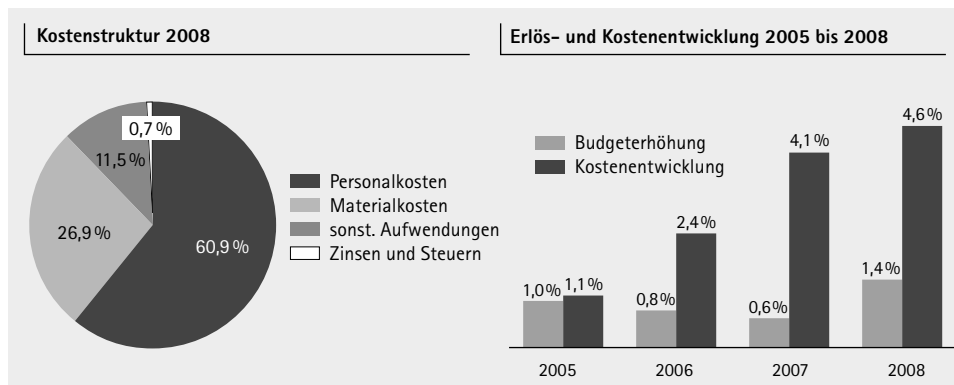


Abb. 1. Kostenstruktur 2008 und Erlös- und Kostenentwicklung 2005 bis 2008 deutscher Krankenhäuser [Quelle: Statistisches Bundesamt, Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3, 2008]

4,6% in 2008. Es sind also erhebliche kontinuierliche Effizienzsteigerungen notwendig, um die wirtschaftliche Situation nicht zu verschlechtern.

Die dargestellten Sachverhalte führen dazu, dass nahezu ein Drittel von über 100 betrachteten Krankenhäusern ein Defizit ausweist; ein weiteres Drittel erwirtschaftet eine Umsatzrendite von weniger als 3%⁹. Aufgrund der vergleichsweise geringen Fremdkapitalquote innerhalb dieser Branche ist eine Überschuldung i. S. des § 19 Abs. 2 InsO allerdings selten bis gar nicht anzutreffen¹⁰. Die (drohende) Zahlungsunfähigkeit stellt das häufigste Kriterium der objektiven Krisenfeststellung dar.

4. Restriktionen bei der Sanierung

4.1 Versorgungspflicht und fehlende Besicherungsmöglichkeiten

Je nach Krankenhaus besteht für bestimmte Leistungen wie die Notarztversorgung oder die Psychiatrie eine Versorgungspflicht. Zudem ist in ländlichen Regionen die medizinische Versorgung sicherzustellen. In diesen Fällen kann nicht autonom über den Fortbestand des Krankenhauses entschieden werden. Veränderungen im Marktangebot oder räumliche Veränderungen, wie z. B. im Rahmen von Neubaumaßnahmen, sind ebenfalls Restriktionen unterworfen.

Zu der eigentlich gesetzlich nicht vorgesehenen Fremdfinanzierung der Infrastruktur kommt hinzu, dass sich die Besicherungsmöglichkeiten oft schwierig gestalten. Krankenhäuser verfügen lediglich in einem geringen Umfang über verwertbare Assets. Eine alternative Verwendung der Immobilien ist vielfach nicht praktikabel. Für die geförderten Bestandteile des Anlagevermögens könnte bei Veräußerung ein Rückzahlungsanspruch der erhaltenen Fördermittel entstehen. Ist ein asset-based lending nicht möglich, kann eine Kreditvergabe nur auf der Basis zukünftiger Renditeerwartungen – validiert durch ein Strategie-Scoring – und künftig verfügbarer Cashflows erfolgen. Eines der wesentlichsten Assets eines Krankenhauses ist die Aufnahme in den Krankenhausrahmenplan des jeweiligen Bundeslands. Dies ist die Voraussetzung für eine Investitionsförderung und

⁹ Entnommen aus Dr. Wieselhuber & Partner, Bilanz-Benchmark-Datenbank.

¹⁰ Zur Ermittlung bzw. Feststellung der Überschuldung vgl. ausführlich Beck, Überschuldung – vielfältiger Aspekt eines oft unklaren Begriffs, KSI 6/2008 S. 245 ff.

hat zur Folge, dass Leistungen der ausgewiesenen medizinischen Fachgebiete durch die gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden müssen.

4.2 Konzentration der Geschäfte und Grenzen der Umsatzsteigerung

Eine mögliche Sanierungsstrategie durch die Konzentration der Geschäfte gestaltet sich vielfach schwierig. Das Angebot der medizinischen Leistungen kann zwar schrittweise bei regionaler Überversorgung reduziert werden. Die hohe Fixkostenremanenz durch Personal- und Infrastruktur sowie mögliche Rückzahlungsforderungen für öffentlich geförderte Infrastruktur bei nicht mehr gegebener Erfüllung der Zweckbindung führen jedoch – selbst bei der Aufgabe von Randbereichen – i. d. R. zu keiner Verbesserung des wirtschaftlichen Ergebnisses.

Der Umsatzsanierung als weiterer Sanierungsstrategie sind ebenfalls Grenzen gesetzt. Die sachliche Erweiterung, d. h. eine Ausweitung des Leistungsangebots, ist zu überprüfen. Der individuelle räumliche und sachliche Markt eines Krankenhauses kann jedoch, wie bereits dargestellt, nur sehr begrenzt ausgeweitet werden. Umsatzsteigerungen, welche über das demografisch bedingte regionale Marktwachstum von bis zu 3% p. a. hinausgehen, können ausschließlich über Verdrängungswettbewerb erfolgen.

Eine Umsatzsanierung ist auch durch die Gesundheitsreform im Jahr 2010 erschwert worden. Für die Vergütungen von Leistungszuwächsen, die bei den Kliniken durch Fallzahl- und Fallschweresteigerungen entstehen, ist beschlossen worden, dass diese pauschal um 30% gekürzt werden. Die Höhe des Abschlags für 2012 wird noch vereinbart.

4.3 Defizite im Bereich Corporate Governance

Wird die Sanierung eines Krankenhauses öffentlich bekannt, hat dies i. d. R. immer eine aktive Einmischung der unterschiedlichen kommunalpolitischen und kirchlichen Institutionen zur Folge. Denn in der dann teilweise öffentlich geführten Debatte über mögliche Zukunftsszenarien eines Krankenhauses erlangen Mitglieder von Aufsichtsgremien eines Krankenhauses – vielfach Persönlichkeiten aus den kommunalpolitischen, kirchlichen oder sonstigen Institutionen des

öffentlichen Lebens – besondere Bedeutung. Viele Krankenhäuser, welche nicht durch private Träger geführt werden, haben allerdings Defizite im Bereich Corporate Governance, insbesondere in einer ausreichenden Unabhängigkeit und Qualifikation von Aufsichtsgremien. Dies verhindert

- zum einen ein frühzeitiges Erkennen von wirtschaftlichen Fehlentwicklungen und möglichen Krisen.
- Zum anderen können möglicherweise die erforderlichen Sanierungsmaßnahmen nur eingeschränkt oder mit zeitlicher Verzögerung umgesetzt werden.

4.4 Imageverlust durch Insolvenzantrag

Trotz der schlechten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ist bis zum heutigen Tage die Anzahl der Insolvenzeröffnungen im Verhältnis zur Anzahl der Marktteilnehmer eher gering. Insolvenzanträge wurden – wenn überhaupt – von kleinen Marktteilnehmern gestellt. Das negative Image einer Insolvenz spielt hier eine entscheidende Rolle und umfasst zwei Aspekte:

(1) Ökonomisch betrachtet gibt es die begründete Annahme, dass der Insolvenzantrag zu einem unmittelbaren und wesentlichen Umsatzrückgang und damit zu einer Verschlechterung der Liquiditätssituation führt, denn eine medizinische Behandlung basiert in einem hohen Umfang auf Vertrauen. Ein Teil der Patienten würde im Fall eines planbaren Eingriffs ein Krankenhaus in der Insolvenz jedoch meiden, da die Befürchtung besteht, eine nicht optimale medizinische Behandlung zu erhalten.

(2) Zudem wird ein öffentlicher, kirchlicher oder auch privater Betreiber aufgrund der medialen Reaktion alternative Lösungen zu einem Insolvenzantrag suchen. Durch Bürgschaften oder temporäre Liquiditätssicherungsmaßnahmen, beispielsweise der Kommune oder des Bistums bzw. der Pfarrei, kann die Insolvenz verhindert und Zeit für die Sanierung gewonnen werden. Sollte die Sanierung aus strukturellen Gründen nicht gelingen, wird die Übertragung der Gesellschaftsanteile für einen symbolischen Kaufpreis auf einen anderen Krankenhausträger zum Zwecke einer Fusion mit einem anderen Krankenhaus einer Insolvenz oder Schließung vorgezogen.

5. Normstrategien der Sanierung

5.1 Allgemeines

Nach Analyse der Krisenursachen und Feststellung des Krisenstadiums wird eine Sanierungsstrategie entwickelt. Hierbei ist im ersten Schritt zu unterscheiden, ob sich das Krankenhaus in öffentlicher Trägerschaft befindet und eine daraus resultierende Gewährträgerhaftung besteht. Sofern eine Gewährträgerhaftung besteht, ist durch das Rating der öffentlichen Hand die Kapitaldienstfähigkeit per se gegeben. Die Anzahl der Kliniken in öffentlicher Rechtsform ist allerdings stark rückläufig und hat sich zwischen 2002 bis 2008 von 26,4% auf 13,5% nahezu halbiert¹¹. Ist keine Gewährträgerhaftung gegeben, ist die langfristige und nachhaltige Wiederherstellung der

11 Vgl. Statistisches Bundesamt, Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12, Reihe 6.3, 2002 und 2008.

Ziel der strategischen Sanierung ist es, die medizinischen Leistungen optimal aufeinander abzustimmen.

Kapitaldienstfähigkeit das Ziel der operativen Sanierung. Die Stellhebel hierzu sind die operative Excellence oder mögliche Kooperationen bzw. Fusionen mit anderen Krankenhäusern (vgl. Abb. 2).

Ziel muss es sein, dass die Kosten für medizinische Leistungen des Krankenhauses unter den Normkosten liegen. Für eine Behandlung ist vorgegeben, wie hoch die vorgesehenen Anteile für Personal- Material- und Infrastrukturkosten sind. Ein Vergleich der so zu gewinnenden Soll-Kosten mit den Ist-Kosten ermöglicht konkrete Anhaltspunkte, wo die größten Effekte zu erzielen sind.

5.2 Operative Sanierung

Bei der Behebung von Prozessineffizienzen erfolgt i. d. R. eine Differenzierung der Leistungen eines Krankenhauses nach

- allgemeinen Nebenleistungen (Reinigung, Technik usw.),
- patientenbezogenen Nebenleistungen (Küche, Hygiene, Patientenverwaltung usw.) sowie
- patientenbezogenen Kernleistungen (Diagnostik, Therapie und Pflege)¹².

Allgemein lässt sich sagen: Je weiter entfernt die Prozesse von der Behandlung der Patienten sind, desto einfacher ist ihre Optimierung, aber desto geringer ist auch der absolute Effizienzgewinn.

Die allgemeinen und patientenbezogenen Nebenleistungen sind in den vergangenen Jahren umfangreichen Effizienzsteigerungen unterworfen worden. Wesentliche Effekte auf eine Verbesserung des Cashflows sind lediglich noch in den patientenbezogenen Kernleistungen zu erzielen. Das Potenzial in diesen Bereichen ist allerdings auch abhängig von der Betriebsgröße und den baulichen Strukturen.

Vielfach sind notwendige Einsparpotenziale in bestehenden baulichen Strukturen aber nicht zu erreichen, d. h. mit den vorhandenen Gegebenheiten sind die Soll-Kosten nicht zu realisieren. In so einem Fall muss geprüft werden, ob durch den Neubau eines Krankenhauses die Kostenstrukturen so angepasst werden können, dass die notwendigen Kapitalkosten für den Bau überkompensiert werden.

Kooperationen und Fusionen können zielführende Instrumente zur Erhöhung des



Abb. 2: Sanierungsziel und Sanierungsstrategien im Krankenhaus

Renditeniveaus sein. Eine große Anzahl an Kostentreibern ist sehr gut skalierbar. Für eine bestimmte medizinische Indikation können die Kosten für die benötigte medizinische Infrastruktur durch eine Erhöhung der Fallzahlen in dieser Indikation besser verteilt werden. Dieser Effekt kann durch Kooperationen und Fusionen ausgenutzt werden, um bei zu geringer Betriebsgröße auf ein branchenübliches Renditeniveau zu gelangen.

Eine operative Excellence und ausreichende Fallzahlen für die medizinische Infrastruktur führen zu einer Erhöhung des Cashflows und damit zu einer Kapitaldienstfähigkeit, welche für eine notwendige strategische Sanierung im zweiten Schritt notwendig ist.

5.3 Strategische Sanierung

Obwohl Unternehmensgröße und gesetzlich reguliertes Leistungsangebot die Neukonfiguration des Geschäftsmodells für Krankenhäuser einschränken, ist eine ganzheitliche Sanierung als zweistufiges Modell anzusehen.

Die strategische Sanierung verfolgt das Ziel, die angebotenen medizinischen Leistungen optimal aufeinander abzustimmen. Die Veränderung des Geschäftsmix benötigt eine lange Vorlaufzeit, wenn überhaupt Investitionsmöglichkeiten bestehen und die Vereinbarungen mit den Kostenträgern realisierbar sind. Zeiträume von mehreren Jahren sind in diesem Zusammenhang keine Seltenheit. Mittel- und langfristig muss die strategische Sanierung dazu führen, dass mit dem angebotenen medizinischen Leistungsspektrum ein unverwechselbares Profil erreicht wird, das in der Region aus Versorgungssicht notwendig ist und von der Bevölkerung in ausreichendem Umfang angenommen wird. Dies sichert die langfristige Zukunftsfähigkeit eines Krankenhauses.

6. Mögliche Auswirkungen des ESUG auf die Sanierung von Krankenhäusern

Die Neugestaltung des deutschen Insolvenzrechts mit dem Gesetz zur weiteren Erleichterung der Sanierung von Unternehmen (ESUG) wird – im Vergleich zu anderen Branchen – eher geringe Auswirkungen

¹² Vgl. Sidamgrotzki, Kompendium des integrierten Krankenhaus-Managements, 1994, S. 54.

haben¹³. Auf ausgewählte Punkte des ESUG soll im Folgenden eingegangen werden:

- Die mögliche Wandlung von Forderungsrechten in Gesellschaftsanteile (Debt-Equity-Swap) ist nur ein theoretisches Instrument. Aufgrund der eingeschränkten Renditeerwartungen für Eigenkapital liegt kein echter Hebel in diesem Baustein – er ist daher aus hier vertretener Sicht wenig attraktiv für Gläubiger¹⁴.
- Zugleich erleichtert der Gesetzentwurf die Eigenverwaltung und setzt dadurch Anreize, Insolvenzverfahren frühzeitig einzuleiten. Dies könnte sich als interessantes Instrument erweisen. Das Know-how der vorhandenen Unternehmensleitung ohne Reibungsverluste – jedoch verstärkt durch „Insolvenz-Know-how“ – zu nutzen, erscheint sinnvoll, insbesondere wenn dadurch Altlasten wie Miet-/Leasingverträge, Pensionszusagen oder Forderungen abgeschüttelt und strukturelle Veränderungen schneller und kostengünstiger bewerkstelligt werden können.
- Die vorgesehene Einbeziehung der Gläubiger in die Auswahl des Insolvenzverwalters sowie die Verschärfung etwaiger Ausschlussgründe sind vor allem vor dem Hintergrund des erforderlichen Branchen-Know-hows generell zu begrüßen. Die Unsicherheit der Beteiligten im Vorfeld des Insolvenzverfahrens wird so deutlich gemindert.

7. Fazit

Viele Krankenhäuser sind derzeit als Krisenunternehmen zu bezeichnen. Dies wird auch auf absehbare Zeit aufgrund der vorgezeichneten Kosten- und Erlösentwicklung so bleiben. Die Sanierung erfolgt in den wenigsten Fällen im Rahmen eines Insolvenzverfahrens. Die pessimistischen wirtschaftlichen Prognosen sollten aber nicht den Blick darauf verdecken, dass die Branche auch äußerst stabile Rahmenbedingungen bietet. Das Marktvolumen beträgt knapp über 71 Mrd. € und wird aufgrund des medizinischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung auf absehbare Zeit kontinuierlich wachsen. Die zuständige Kommune eines Krankenhauses, welches sich in einer Sanierungsphase befindet, wird möglichst alles für den Erhalt „ihres“ Krankenhauses tun. In vielen Städten und Gemeinden sind die Krankenhäuser einer der größten Ar-

beitgeber. Die Sanierung eines Krankenhauses wird sich immer in einem Dreieck zwischen Kosten- und Erlösentwicklung, unternehmerischen Handlungsparametern und regionalem öffentlichen Interesse bewegen. Wenn diese drei Punkte für den jeweiligen Sanierungsfall in Einklang gebracht werden können, bestehen oftmals gute Chancen für die langfristig positive Entwicklung des jeweiligen Krankenhauses.

Die durch den Diskussionsentwurf für das ESUG angestrebten Verbesserungen im Insolvenzrecht werden für die Sanierung von Krankenhäusern aufgrund der strikten Rahmenbedingungen und der in der Branche per se unterdurchschnittlichen Insolvenzen allerdings nur geringen Einfluss haben.

¹³ Zum Entwurf des Gesetzes vgl. ZIP, Beilage 1, 28/2010 S. 4. Zur Diskussion vgl. Müller/Weller, Geplantes Gesetz zur weiteren Erleichterung der Sanierung von Unternehmen, KSI 6/2010 S. 249 ff.

¹⁴ Vgl. zu einer anderen Sicht den Beitrag von Becker u. a. in diesem Heft ab S. 53.