

Zwischen Intensivbeatmung und Therapieabbruch

Restrukturierung und

Sanierung von Krankenhäusern

„M&A“-Prozesse gelten in der Beraterbranche als Königsdisziplin, denn die Anforderungen an Berater und Kunden sind angesichts ihrer intellektuellen Herausforderungen und ihrer wirtschaftlichen Konsequenz enorm. Grundsätzlich sind Mergers & Acquisitions für jede Form von Fusionen von Unternehmen bzw. dem Erwerb von Unternehmen und Unternehmensanteilen geeignet. Für den speziellen Fall einer Krankenhaus-sanierung gelten allerdings besondere Spielregeln.

Im Gespräch mit PROF. DR. CHRISTIAN TIMMRECK (Lehrstuhlinhaber für Unternehmensplanung und Rechnungswesen im Fachbereich Gesundheitswesen an der Hochschule Niederrhein in Krefeld) sind wir der Frage nachgegangen, mit welchen Instrumentarien man dem „Patient Krankenhaus“ neues Leben einhauchen kann.

INTERVIEW: Detlef Fleischer



Hier wurde schon sehr lange kein Patient behandelt.

Foto: Shutterstock/Grischa Georgiew

Herr Prof. Dr. Timmreck – wie schlecht ist es um die Krankenhäuser in Deutschland bestellt?

Die ökonomische Situation vieler Krankenhäuser ist nach wie vor sehr kritisch. Die Investitionsvernachlässigung von Seiten der Bundesländer ist bislang nicht korrigiert worden. Auch das Krankenhausstrukturgesetz hat in meinen Augen bislang keinen signifikanten Beitrag geleistet und der für den Abbau von Krankenhäusern angedachte Fonds wird bislang noch viel zu wenig genutzt. Spätestens im Jahr 2020 wird sich die Situation noch einmal verschärfen, wenn wir die faktische Schuldenbremse haben.

Der schlechte Gesundheitszustand vieler Krankenhäuser ist eigentlich hinlänglich bekannt. Haben einige Krankenhausverantwortliche und -träger die Zeichen immer noch nicht erkannt?

Die Einführung des DRG-Systems hat dazu geführt, dass alle Krankenhäuser im Grunde eine Kostensenkungsstrategie verfolgen müssen und regionale, sozialpolitische oder auch ideelle Ziele daher in den Hintergrund treten. Ob das alle Beteiligten mit der notwendigen Konsequenz umsetzen, kann bezweifelt werden. So besteht das primäre Ziel eines Lokalpolitikers z.B. in seiner Wiederwahl. Darüber hinaus gibt es m. E. eine gewisse Verzerrung der Informationslage, weil insbesondere die privaten Betreibern häufig nicht an den Erhebungen des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) beteiligen. Die „ineffizienteren“ kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhäuser sind daher überproportional in der Informationserhebung vertreten. Wenn auf dieser Basis dann die Fallpauschalen ermittelt werden, können die privaten Krankenhausbetreiber aufgrund von effizienteren Strukturen noch mehr profitieren.

Welche Maßnahmen favorisieren Sie, um ein in die Krise geratenes Krankenhaus zu sanieren? Täuscht der Eindruck oder favorisiert man zurzeit vielerorts Verbundlösungen?

Eine allgemeingültige Aussage lässt sich hier natürlich nicht treffen. Das Thema Verbundlösung ist sicherlich eine Handlungsoption, die in Betracht gezogen



Prof. Dr. Christian Timmreck

werden sollte. Viele Optimierungsmöglichkeiten, die man durch eine Fusion erreichen kann, lassen sich auch mit einer Verbundlösung realisieren. Entscheidend ist meines Erachtens, dass ein Krankenhaus Strategien erarbeitet, die dazu geeignet sind, nachhaltig steigende Fallzahlen und einen (ökonomisch) sinnvollen Casemix zu gewährleisten. Bei dieser Frage spielt neben der Spezialisierung auch das Zuweisungsmanagement bzw. das Vorhandensein eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) eine zentrale Rolle.

Die radikalste Maßnahme ist natürlich die Schließung einer unprofitablen Klinik. Diese Handlungsoption ist häufig sehr schwierig, denn es handelt sich dabei auch um eine politische Diskussion. Kein Bürgermeister möchte freiwillig auf sein Krankenhaus verzichten. Allerdings gilt es in Zukunft immer mehr auf eine sektorübergreifende (also stationäre und ambulante) Versorgung zu setzen. Vor diesem Hintergrund wird das eigene Krankenhaus für eine Kommune – insbesondere in Ballungszentren wie NRW – sicherlich an Bedeutung verlieren.

Wie öffentlich sollten Restrukturierungsprozesse sein?

Als Krankenhausträger bringt es meines Erachtens nichts, wenn die finanzielle Schieflage nicht offen kommuniziert wird. Auf jeden Fall muss die Belegschaft

frühzeitig wissen, woran sie ist. Zu einer offenen Kommunikation gehört in diesem Zusammenhang auch, dass das Management den Mitarbeitern offenlegt, dass bzw. wo Verluste gemacht werden. Nur unter der Voraussetzung solch einer Transparenz kann die Belegschaft spätere Entscheidungen (wie Abteilungsschließungen, Ausgliederung von Serviceleistungen oder auch Privatisierungen) nachvollziehen. Insbesondere bei öffentlichen Krankenhäusern muss dieser Kommunikationsprozess gegenüber internen und externen Stakeholdern gut vorbereitet und schnell durchgeführt werden.

Beim „Berliner Restrukturierungsforum“ wurde im letzten Jahr die Sorge geäußert, dass viele Krankenhausmanager zögern, frühzeitig die ersten Schritte in Richtung Sanierung zu gehen. Sie befürchten einen massiven Image- und Kompetenzverlust.

Wir leben im Informationszeitalter, so dass es kaum möglich ist, solche Tatsachen für einen längeren Zeitraum zu verschweigen. Außerdem können wir konstatieren, dass die Erfolgchancen einer Restrukturierung umso höher sind, je früher die kritische Lage erkannt und gehandelt wird. Die Gefahr, dass die einzelnen Krisenstadien (von der Stakeholderkrise, über die Strategie- und Ab-

satzkrise bis zur Erfolgs- und Liquiditätskrise) sonst schneller durchlaufen werden und damit die Fortführungswahrscheinlichkeit immer weiter sinkt, ist erheblich.

Es gilt also: „Keine Zeit verlieren und couragiert handeln bevor es zu spät ist!“ Rein von der Begrifflichkeit ist es bei der Sanierung sowieso schon zu spät, da diese erst nach dem Insolvenzeintritt beginnt. Mit Bezug zum Gesundheitswesen könnte die Restrukturierung als Prävention bezeichnet werden wogegen die Sanierung einer Notfall-OP gleichkommt. Und in dem Fall geht es ums nackte Überleben, wo sich keiner die Sorge um einen Imageverlust leisten kann.

Seit Einführung des ESUG bestehen nicht nur bei Gläubigern, sondern auch bei den Gerichten erhebliche Vorbehalte „den Bock zum Gärtner zu machen“. Welche Rolle sollten die (bislang) Verantwortlichen im Rahmen von Restrukturierungs- und Sanierungsprozessen innehaben?

Grundsätzlich muss man sich zunächst immer den Einzelfall anschauen. Natürlich braucht man in dieser schwierigen Situation Persönlichkeiten, die in der Lage sind, die Belegschaft zu Höchstleistungen zu motivieren – und das häufig unter verschärften Bedingungen. Das mag generell einer unbelasteten Führungskraft besser gelingen als den bisherigen, die vielleicht auch schon betriebsblind sind.

Auf der anderen Seite muss die Belegschaft (die im Krankensektor 60 bis 70 % der Kosten ausmacht) Vertrauen aufbauen und von den neuen Ideen überzeugt sein. Insofern kann es Sinn machen, wenn ein oder zwei tragende Säulen (z.B. im mittleren Management) vorhanden sind, die aus der alten Mannschaft bestehen. Das sollte aber keinesfalls der Hauptgeschäftsführer bzw. Hauptverantwortliche sein. Darüber hinaus ist wichtig, nach innen und außen einen Neustart zu symbolisieren.

Dafür sollte ein externer CRO mit entsprechender Branchenerfahrung in Betracht gezogen werden, der mit ent-

sprechenden Entscheidungsbefugnissen auszustatten ist. Solch ein Interimsmanager kann auch freier agieren, da er bewusst nur auf Zeit eingestellt ist und daher weniger Rücksicht nehmen muss.

Sollte ein Berater zertifiziert sein?

Solchen Zertifizierungen stehe ich eher skeptisch gegenüber. Häufig wird ein Zertifikat schon allein aufgrund einer Verbandsmitgliedschaft erteilt oder gegen Bezahlung bei einer Zertifizierungsagentur. Ob das am Ende wirklich eine Qualitätsgarantie ist, möchte ich vorsichtig in Frage stellen. Entsprechende Referenzen sind sicherlich hilfreicher.

Auf zahlreichen Veranstaltungen wird immer wieder geäußert, dass ein qualifizierter Berater mindestens 10 Sanierungsfälle und 2 Insolvenzverfahren betreut haben sollte.

Diese Messlatte teile ich nicht. Am Ende eines ersten Gesprächs muss man seinem Gegenüber doch in die Augen



Verwaister Krankenhausflur in Beelitz.

Foto: Shutterstock/Grischa Georgiew

schauen können und das Gefühl haben, dass er der Richtige für die Aufgabenstellung ist. Und vergessen wir nicht: Derjenige, der 10 und mehr Sanierungsprozesse begleitet hat, hat irgendwann auch mit einem ersten Verfahren begonnen. Und die fehlende Erfahrung hat er beim ersten Projekt vielleicht durch mehr Engagement ausgeglichen, weil er sich eben in diesem Markt beweisen wollte.

Sollte man einen Berater eher kurz- oder langfristig ins Unternehmen holen?

In der Praxis kommt es oft vor, dass man für einen bestimmten Zeitraum einen externen Berater (z.B. als CRO) bestellt, der als Sanierer antritt. Das macht durchaus Sinn, denn in dieser Funktion muss dieser Experte häufig auch unbequeme Entscheidungen treffen. Zum Beispiel muss er Personal freisetzen, Tätigkeiten outsourcen oder Stationen schließen können. Salopp gesagt kann dieser Experte etwas undiplomatischer vorgehen als eine Führungskraft, die langfristig ins Unternehmen geholt wird. Aber für beide Fälle gilt: Ein seriöser Restrukturierungsexperte wird in der Regel kein Mandat übernehmen, wenn er nicht auch eine Position in der Geschäftsführung bekommt und durchgreifen kann. Gerade an der Stelle tun sich kommunale und freigemeinnützige Träger relativ schwer.

Gegen den Willen von Lokalpolitikern und Lokaljournalisten lassen sich unpopuläre Entscheidungen häufig nur sehr schwer umsetzen, oder?

Am Anfang eines Restrukturierungs- bzw. Sanierungsprozesses sollte man versuchen, sich ein genaues Bild von den beteiligten Parteien und deren Intention zu verschaffen. In Aufsichts- bzw. Beiräten von kommunalen Krankenhäusern sind regelmäßig – neben dem Oberbürgermeister oder Landrat – auch die unterschiedlichen Fraktionen des Stadtrats vertreten. Bei freigemeinnützigen Krankenhäusern finden wir an dieser Stelle den lokalen Pfarrer, Pastor oder die Schwester Oberin.

Ob diese Personen immer über umfassende Kenntnisse des Gesundheitswe-

sens bzw. fundiertes Wissen im Bereich der Bilanzierung verfügen, sollen sich Ihre Leser selbst überlegen. Außerdem besteht die Gefahr, dass die Entscheidungsfindung nicht rein rationale erfolgt, sondern von politischen Ideologien beeinflusst wird. Dieses Verhalten verhindert häufig die notwendigen – wenn auch schmerzhaften – Schritte im Rahmen einer Restrukturierung/Sanierung.



Hermann-Josef Thiel – Foto: TERRANUS

Pflege im Wandel

Auf der BDU-Fachkonferenz Sanierung in Königswinter beleuchtete **HERMANN JOSEF THIEL** die „Pflege im Wandel“. Auch in diesem Sektor geraten immer mehr öffentliche und private Betreiber unter ökonomischen Druck. Der Geschäftsführer der Terranus Consulting GmbH (Köln) machte dafür u. a. eine unzureichende Auslastung aufgrund eines zu hohen Zweibettzimmeranteils und einen fehlenden Bedarf an verschiedenen Standorten verantwortlich. Darüber hinaus führen auch Managementfehler und zu hohe Personalkosten und Lasten aus dem nicht-operativen Bereich zu wirtschaftlichen Problemen. In einer Krise empfiehlt der Experte, insbesondere die Kostenplanung und -kontrolle im Blick zu behalten und regelmäßige Soll-/Ist-Vergleiche durchzuführen. Den dringend benötigten Pflegekräften müsste unbedingt eine Perspektive und den Bewohnern ein Sicherheitsgefühl vermittelt werden.

Welche Rolle spielt die Einbeziehung von Ärzten bei Restrukturierungsprozessen?

Wir beobachten, dass insbesondere aufgrund der DRG-Situation die – häufig kaufmännisch besetzte – Geschäftsführung immer mehr Gewicht bekommt. Viele Ärzte fügen sich dieser Akzentverschiebung und sind bereit, sich das entsprechende Fach-Knowhow anzueig-



Foto: iStockPhoto/Stefango

Stilleben mit zwei Stühlen im ehemaligen Krankenhaus.

nen. Der Master of Business Administration (MBA) wird für viele Ärzte als Qualifizierungsmaßnahme immer wichtiger. Bei der Ausschreibung von Chefarztpositionen wird immer häufiger von Arbeitgebern gefordert, dass die Ärzte auch betriebswirtschaftliches Fachwissen vorweisen können. Und aus meiner Sicht ist gerade die Kombination zwischen medizinischem und ökonomischem Fachwissen extrem wichtig, da erst diese Schnittstellenkompetenz zu ausgewogenen Entscheidungen führen kann.

In diesen entscheidenden Monaten der Sanierung muss alles daran gesetzt werden, dass die Ärzte und Pfleger nicht das Vertrauen zu ihrem Arbeitgeber verlieren und sich nach einem anderen Arbeitsplatz umschaun.

Auch deshalb muss dem Personal möglichst schnell reiner Wein eingeschenkt werden. Mit Hilfe eines nachvollziehbaren Konzepts ist aufzuzeigen, wie das Unternehmen wieder flottgemacht werden soll. Wenn das gelingt, kann in der

Regel auch die Mannschaft dazu motiviert werden, zu bleiben und diesen Prozess aktiv mitzugestalten. Dafür ist es notwendig, den Ärzten und Pflegekräften eine Vision aufzuzeigen. Und an diese Vision müssen alle glauben oder im Umkehrschluss gehen.

Apropos Visionen. In Dänemark hat man viele Kliniken geschlossen und konzentriert sich auf gigantische Super-Krankenhäuser. Wäre dieses Modell auch etwas für Deutschland?

Ich bin davon überzeugt, dass wir auch in Deutschland zentralisierte Spezialkliniken benötigen. Jeder aufgeklärte Patient geht für eine Behandlung oder Operation lieber zu einem Spezialisten, der auf diesem Gebiet über qualitativ und quantitativ hohe Erfahrungswerte verfügt. Für diese Versorgungsqualität ist man durchaus bereit, weitere Wege in Kauf zu nehmen. Aber natürlich muss sichergestellt werden, dass es auch in Zukunft eine ortsnahe Notfallversorgung gibt.

Ich kann mir durchaus vorstellen, dass wir ein bundesweit und gut erreichbares Portfolio aus spezialisierten und größeren Einheiten haben. Gleichzeitig muss aber die Daseinsberechtigung für kleinere Kliniken im Notfallbereich insbesondere in ländlichen Regionen gewährleistet bleiben.

Wagen Sie zum heutigen Zeitpunkt eine Prognose, wie sich die Krankenhauslandschaft in den nächsten Jahren entwickeln wird?

Ich rechne damit, dass die Anzahl der Krankenhäuser sinken wird. Meines Erachtens muss der Schnitt nicht so radikal wie in Dänemark von statten gehen. Aber mit rund 2.000 Krankenhäusern, von denen viele Häuser bereits heute defizitär arbeiten, wird es so langfristig nicht weitergehen können. Darüber hinaus gehe ich davon aus, dass sich die Konsolidierung in Deutschland fortsetzt. Es macht durchaus Sinn, dass ein Träger mehrere Krankenhäuser betreibt. So können Synergien (wie z.B. Einkaufsvorteile) gehoben, die Arbeitgeberattrak-

tivität erhöht und Spezialisierungen leichter realisiert werden.

Gerade in Bezug auf den letztgenannten Punkt, werden Entscheidungen rationaler, da die Frage dann nicht ist, ob eine bestimmte medizinische Dienstleistung an einen Mitbewerber abgegeben wird sondern wie sich die vorhandenen Krankenhäuser sinnvolle Dienstleistungsportfolien zusammenstellen, um die notwendigen Mengen zu haben, die eine wirtschaftliche Erstellung ermöglichen. In diesem Zusammenhang sehe ich auch eine weitere Verschmelzung des ambulanten und stationären Bereichs.

Am Ende wird die Effizienz der Versorgung und der Kostenstruktur nur funktionieren, wenn diese beiden Sektoren enger miteinander vernetzt werden. Und dann wird es auch kein Problem sein, wenn wir weniger Krankenhäuser haben. Am Beispiel der Niederlande können Sie sehen, dass der niedergelassene Arzt sehr viel mehr Behandlungen übernimmt und die Patienten nur im gesundheitlichen Extremfall ins Krankenhaus gehen.

Der Medizinkonzern Fresenius hat bereits seine Fühler ins Ausland ausgestreckt und im vergangenen Jahr Quironsalud, den größten privaten Klinikbetreiber Spaniens, gekauft. Es ist wahrscheinlich nur eine Frage der Zeit, wann die ersten internationalen Investoren in Deutschland zu kaufen.

Das sehe ich auch so. Der deutsche Krankenhausmarkt ist viel zu interessant, als dass er nicht zukünftig von internationalen Investoren ins Visier genommen wird. Vielleicht bringen diese Investoren dann auch eine neue Offenheit mit, was die Verschmelzung zwischen ambulanten und stationären Sektor angeht. Hier könnten Finanzinvestoren die Rolle eines Katalysators übernehmen und die weitere Professionalisierung des deutschen Gesundheitswesens im Sinne einer effizienten Unternehmensführung vorantreiben.

Die Fotos, mit denen wir dieses Interview illustrieren, stammen aus den Beelitz-Heilstätten, einem ehemaligen Krankenhauskomplex im Landkreis Potsdam-Mittelmark. Die Klinik diente in ihrer langen Geschichte als Sanatoriumskomplex für Lungenkranke, als Lazarett und Militärkrankenhaus.

Veranstaltungshinweis



EXISTENZ
Magazin für Finanzen, Restrukturierung, Sanierung und Wirtschaft

Sanierung und Restrukturierung von Krankenhäusern

**Dialogveranstaltung
Dienstag, 9. Mai 2017
„Pegelbar“ – NEUSS**

VOIGT SALUS. Buchalik Brömmekamp **BDO**

Foto: Shutterstock/gpointstudio