



Es ist wichtig, Branchenerfahrung zu haben!

Die letzte Begegnung mit DR. CHRISTOPH NIERING liegt bereits einige Zeit zurück. Beim VID-Kongress in Berlin hatten wir verabredet, dass wir uns für dieses Interview in seiner Kölner Kanzlei NIERING STOCK TÖMP oder in der VID-Geschäftsstelle in Berlin treffen. Die Coronakrise machte uns leider einen Strich durch die Rechnung und er musste meine Fragen schriftlich beantworten. Inhaltlich ist uns dadurch nichts verloren gegangen, denn Dr. Niering ist ein erfahrener Insolvenzspezialist und Krankenhausesperte mit Erfahrung in rund zwei Dutzend Klinik-Sanierungen. Er ist sich sicher: „Nicht jedes Krankenhaus wird in seiner heutigen Form erhalten werden können. Viel wichtiger wäre es, umfassend und mit ausreichenden finanziellen Mitteln den Umbau der Krankenhauslandschaft und insbesondere die Zusammenlegung von Krankenhäusern zu fördern, ohne dass dabei der Weg der Insolvenz genommen werden muss.“

Die Fragen stellte DETLEF FLEISCHER.

Herr Dr. Niering – Inwieweit hat die Coronakrise die Krankenhauslandschaft im Allgemeinen bzw. die Situation der insolvenzgefährdeten Kliniken bereits heute verändert?

Die von der Bundesregierung beschlossenen Unterstützungsmaßnahmen, insbesondere die sogenannte Leerstandsprämie, hat finanziell angeschlagene Krankenhäuser vorübergehend gestützt. Allerdings muss man damit rechnen, dass das finanzielle Wohlwollen der Bundesregierung und der Kostenträger nicht auf Dauer anhält. Sollte, was wir alle hoffen, die zweite Infektionswelle ausbleiben, so wird schon sehr bald wieder der schwierige Alltag der kostengetriebenen Diskussion zwischen Krankenhäusern, Politik und Kostenträgern Einzug halten.

Rechnen Sie damit, dass noch mehr Krankenhäuser in erhöhte Insolvenzgefahr geraten und Verluste schreiben werden?

Die Sofort-Maßnahmen der Bundesregierung haben vielen Krankenhäusern und hier vor allem den finanziell Angeschlagenen die Möglichkeit eröffnet, erst einmal finanziell durchzuatmen. Aber auch für diese Häuser wie für alle Krankenhäuser sind die nächsten Monate im Hinblick auf das Wiederhochfahren des Normalbetriebs von entscheidender Bedeutung. Insbesondere die Risikopatienten werden voraussichtlich noch über längere Zeit elektive Eingriffe meiden. Sollten dann die finanziellen Hilfsmaßnahmen der Bundesregierung auslaufen und die Einnahmensituation nicht an die Vorkrisenzeit anknüpfen, wird sehr schnell für viele Krankenhäuser wieder eine existenzbedrohende Situation entstehen.

Wie stehen Sie zu der Vermutung, dass Krankenhäuser zukünftig als systemrelevant eingestuft werden und in Folge dessen eine Art Existenzgarantie bekommen könnten?

Sicherlich hat die Coronakrise dazu beigetragen, das Verständnis für ein funktionierendes und leistungsstarkes Gesundheitssystem zu stärken. Dies kann aber nicht über den Umstand hinwegtäuschen, dass die Struktur der deutschen Krankenhauslandschaft einer grundlegenden Reform bedarf. Nicht jedes Krankenhaus wird in seiner heutigen Form erhalten werden können. Viel wichtiger wäre es, umfassend und mit ausreichenden finanziellen Mitteln den Umbau der Krankenhauslandschaft und insbesondere die Zusammenlegung von Krankenhäusern zu fördern, ohne dass dabei der Weg der Insolvenz genommen werden muss.

Sprechen wir über Ihre langjährige berufliche Praxis. Worin unterscheiden sich Krankenhaus-Insolvenzen von Pleiten in anderen Wirtschaftsbereichen?

Krankenhäuser haben ein 24/7 Dienstleistungsangebot, welches man nicht einfach stoppen kann, um mit Lieferanten, Banken und anderen Gespräche über die Fortführung des Geschäftsbetriebes zu führen. Vom ersten Tag an spürt man die große Verantwortung nicht nur gegenüber den Mitarbeitern und Gläubigern, sondern vor allem auch gegenüber den Patienten. Dabei hat nicht zuletzt auch die Coronakrise gezeigt, wie komplex und sensibel die Führung des Krankenhauses in der Insolvenz ist, weil es – anders als in anderen Insolvenzverfahren – hier buchstäblich auch um Leben und Tod der Patienten geht.



Wie wichtig ist es, dass man als Insolvenzverwalter die Besonderheiten der Health Care-Branche kennt? Beispiel: Fallpauschalen.

Natürlich ist es wichtig, Branchen-erfahrung zu haben. Es handelt sich hier letztendlich im Hinblick auf die staatlichen Vorgaben des Gesundheitswesens um einen ge-regelten Markt, welcher nur im be-grenzten Umfang marktwirtschaft-lichen Grundprinzipien zugänglich ist. Die dahinterstehenden Me-chanismen, die Marktmacht der Kostenträger und das behördliche Aufsichts- und Genehmigungs-geflecht sollten dem Sachwalter oder Insolvenzverwalter vertraut sein, um vom ersten Tag an richtige Entscheidungen zu treffen oder die Richtigkeit der Unternehmens-entscheidungen nachvollziehen zu können.

Bei Gericht sind diese Spezialkenntnisse eher nicht vorhanden, oder?

Das ist richtig. Hier ist es aber an dem Insolvenzverwalter, dem Sachwalter oder dem eigenverwaltenden Schuldner, die Insolvenzrichterinnen und Insolvenzrichter für die Besonderheiten einer Krankenhausinsolvenz zu sensibilisieren. Dies gelingt nahezu ausnahmslos. Auf Seiten des Gerichts stößt man regelmäßig auf sehr viel Wohlwollen bei der Verfahrensabwicklung bis hin zur Verfahrensaufhebung. Das ist dann letztendlich auch viel wichtiger als gute Branchenkenntnisse.

Wie stehen Sie zum Eigenverwaltungsverfahren im Krankenhausbereich?

Eigenverwaltungsverfahren sind grundsätzlich dort ein gutes Instrument, wo vor dem Insolvenzantrag die ersten Schritte der Sanierung auf den Weg gebracht und der Krankenhausträger von der Notwendigkeit einer Insolvenz überzeugt werden konnte. Gerade bei freige-meinnützigen oder kommunalen Trägern ist auf Seiten der Berater viel Einfühlungsvermögen gefragt. Der Weg über die Eigenverwaltung wird als „gesichtswahrende“ Variante des Insolvenzverfahrens viel eher akzeptiert. Diesen Weg werden die Gesellschafter und Aufsichts-organe jedoch nur mitgehen wollen, wenn sie auf dem Weg in und durch die Insolvenz von einem vertrauens-vollen Berater abgeholt und mitgenommen werden.

Welche Rolle spielt der Umstand, ob sich ein Krankenhaus in der Stadt oder eher in einer ländlichen Region befindet?



Dr. Christoph Niering
Foto: Mariusz Barwinski

Das ist von ganz entscheidender Bedeutung. Im ländlichen Umfeld wird schnell die Frage der fehlenden Erreichbarkeit und damit die Beeinträchtigung der Grund- und Regelversorgung gestellt werden. Die Unterstützung der Bevölke-rung und der Regionalpolitiker ist dann regelmäßig sehr groß. Im städtischen Umfeld wird die Insol-venz vielfach eher als Instrument der Marktberreinigung und der Be-schleunigung eines notwendigen Konzentrationsprozesses gesehen. Dies gilt vor allem für Ballungszent-ren, in denen durch den Wegfall eines einzelnen Krankenhauses die Regel- und Grundversorgung der Bevölkerung schon allein durch die räumliche Nähe zum nächsten Krankenhaus nicht in Frage steht.

Wie oft erleben Sie, dass man sich im Krankenhausmanagement auch heute noch nur rudimen-

tär mit Compliance, Controlling, Risikoma-nagement und Revisionsfragen auseinandersetzt?



Online-Seminar:

Insolvenz und Sanierung von Krankenhausbetrieben

am 15. Juni 2020

Tipps aus erster Hand rund um die Finanzierung von Krankenhausbetrieben

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.forum-institut.de mit dem Webcode: **EM06320**

Das ist bei Krankenhäusern nicht anders als bei vielen Unternehmen der freien Wirtschaft. Die Unternehmensgröße sagt häufig nicht allzu viel über die Qualität der unternehmerischen- und kaufmännischen Führung aus. Erschwerend kommen natürlich die Unsicherheiten und sich ständig verändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen der Krankenhaus-finanzierung hinzu. Viele gesetzliche Vorgaben wie die Personalmindestausstat-tung, Veränderungen bei den Fallpauschalen etc. lassen sich für das Management kaum mit der hinreichenden Sicherheit kalkulieren. Vielfach wird man daher auch

geleitet von dem Prinzip Hoffnung, was die tiefere Auseinandersetzung mit einem echten Risikomanagement häufig in den Hintergrund treten lässt.

Stimmen Sie der These zu, dass sehr viele Krankenhäuser bis heute der digitalen Entwicklung (z. B. Krankenhaus-Informationssystem, Telemedizin, Datenschutz und Abwehr von Cyber-Kriminalität) hinterherlaufen und dadurch einen nicht unerheblichen Wettbewerbsnachteil haben?

Sicherlich gibt es bei vielen Häusern einen deutlichen Nachholbedarf bei der digitalen Entwicklung. Aber auch hier sind die gesetzlichen Vorgaben und das enge finanzielle Korsett des Gesundheitswesens nicht gerade förderlich. Zudem muss man im Klinikalltag im ärztlichen und pflegerischen Bereich innere Widerstände bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern überwinden. Die Beteiligten werden den Aufbau digitaler Strukturen nicht selten allein auf deren Controlling-Relevanz reduzieren wollen oder sich zumindest in ihrer gewohnten Arbeitsweise gestört fühlen.

Der kumulierte Investitionsstau geht in die Milliarden, die Länder entziehen sich häufig ihrer Verantwortung. Ein großes Hemmnis für eine erfolgreiche Sanierung, oder?

Seit Jahrzehnten ist das ein sehr großes Problem. Man hat den Krankenhäusern gerade so viel finanzielle Unterstützung zu Teil werden lassen, dass durch An- und Umbauten die zum Teil aus dem 19. Jahrhundert stammende Baustruktur nur ertüchtigt wurde, ohne jedoch in ihre Gesamtheit zukunftsorientiert ausgebaut zu werden. Ein solcher Instandhaltungsstau und auch die Zurückhaltung der Länder bei der notwendigen Finanzierung macht die Sanierung nicht einfacher.

Bereits vor der Coronakrise rechnete man mit zunehmendem wirtschaftlichem Druck auf kommunale Haushalte. Signifikante Mehrbelastungen bzw. Defizite, die durch die (Spät-) Folgen der Pandemie entstehen (werden), dürften die Situation zusätzlich verschlechtern und Handlungsspielräume verkleinern. Wie kann es trotzdem gelingen, einen neuen Träger und strategischen Partner zu akquirieren?

Das Gesundheitswesen befindet sich schon seit längerer Zeit im Umbruch. Es gibt noch eine Vielzahl singulärer Häuser oder kleinerer Krankenhausgruppen. Wir werden hier in Zukunft einen weiteren Konzentrations- und Kooperationsprozess erleben. Dies bedeutet, dass sich kleinere Häuser in der ländlichen Region vielleicht eher in Kooperationsmodellen zusammenfinden werden. Große Klinikbetreiber werden sich zukünftig mehr auf lukrative städtische Regionen oder Spezialkliniken konzentrieren, da sie nur dort

erwarten können, ohne staatliche Unterstützung die Neuausrichtung der übernommenen Krankenhäuser finanzieren zu können.

Die Insolvenz bzw. Sanierung eines kommunalen Trägers findet unter maximaler öffentlicher Beobachtung statt. Und häufig regt sich auch lauter Widerstand. Patienten, Angehörige, Ärzte, Aufsichtsräte, Lokalpolitiker und -journalisten sowie Vertreter von Krankenkassen, Kreditinstituten und – sofern vorhanden – der Krankenhaus-Konkurrenz wollen mitreden oder zumindest gefragt und beteiligt werden. Haben Sie ein Erfolgsrezept, wie Sie alle diese Player einfangen, ohne dass Sie sich das Ruder aus der Hand nehmen lassen?

Ein Erfolgsrezept wäre zu viel gesagt. Wichtig ist im kommunalen Umfeld, die Bedürfnisse und Befindlichkeiten aller Beteiligten zu sehen und ernst zu nehmen. Als Insolvenzverwalter oder Generalbevollmächtigter ist man gefragt, vor allem viel zuzuhören und Verständnis für die Betroffenen zu entwickeln. Nicht selten sind die Krankenhausbetreiber große, wenn nicht sogar die größten Arbeitgeber vor Ort, und die Bevölkerung fürchtet um eine gesicherte Gesundheitsversorgung. Das ruft Politik und Presse auf den Plan. Dies muss man wissen und frühzeitig eine gute, ehrliche und transparente Öffentlichkeitsarbeit an den Tag legen.

Welche Besonderheiten gilt es bei kirchlichen Trägern zu beachten?

Im kirchlichen Bereich ist die Frage der Insolvenz mit noch größerer Sensibilität zu handhaben. Hier befinden sich die Krankenhäuser teilweise seit dem 19. Jahrhundert in kirchlicher Trägerschaft. Nicht nur diese Tradition könnte mit der Insolvenz ihr Ende finden, sondern in der Regel auch der kirchliche Einfluss auf die zukünftige Krankenhausführung. Einmal ganz abgesehen von diesen eher emotionalen Bindungen sind kirchliche Entscheidungsstrukturen – beginnend von Presbyterien über Kirchenvorstände, Bistumsleitungen bis hin zu Ordensstrukturen – komplex und die Zahl der einzubindenden Gremienvertreter sehr schnell sehr groß. Sehr schnell wird man die Zahl der Beteiligten auf der Ebene Gesellschafter- und Aufsichtsgremien in Dutzenden zählen müssen. Aber auch die Besonderheiten kirchlicher Zusatzversorgungskassen, die kirchlichen Beschränkungen bei der Neubesetzung leitender Positionen bis hin zur Aufrechterhaltung der Krankenhausseelsorge und der in den Krankenhäusern vorhandenen Kapellen ist schon etwas außergewöhnlich.

Und bei privaten Trägern?

Bei privaten Trägern ist die Situation deutlich weniger komplex. Hier gibt es klarere Entscheidungsstrukturen



Foto: Ulla Dahmen

und auch eine durchaus überschaubare Anzahl von einzubeziehenden Entscheidungsträgern. Das macht die Arbeit deutlich leichter und eher vergleichbar mit Insolvenzverfahren in der freien Wirtschaft.

Wie offen und transparent sollten Insolvenz- und Sanierungsverfahren im Health Care-Bereich kommuniziert werden?

So offen und transparent wie eben möglich. Es ist dabei von besonderer Bedeutung alle Beteiligte – angefangen von den Mitarbeitern, den Patienten, den Gläubigern bis hin zur Öffentlichkeit und zur Politik – vom Tag der Antragstellung an offen und ehrlich zu informieren.



JESS & FEKETIJA
ANWÄLTE FÜR
INSOLVENZRECHT

jfk-insolvenz.de

Dabei ist Offenheit und Ehrlichkeit mehr als nur eine transparente Information. Dies gilt im Besonderen auch für den Umstand, dass die Eigenverwaltung selbst in Gestalt eines Schutzschirmverfahrens immer noch ein Insolvenzverfahren bleibt. Das sollte man nicht beschönigen. Man sollte aber auch von Anbeginn deutlich ma-

chen, dass diese Insolvenz auch Chancen bietet, den Krankenhausträger finanziell neu aufzustellen. In der Regel gelingt dies sehr gut, so dass die Patienten innerhalb weniger Wochen schon fast vergessen haben, dass sich „ihr“ Krankenhaus in der Insolvenz befindet.

Wie gelingt es Ihnen, einen Ausgleich zwischen Ökonomie, Medizin, Pflege und menschlicher Zuwendung zu schaffen?

Das ist ein mehrfacher Spagat, der nicht immer möglich ist und leider viel zu häufig auch Verlierer hat. Aber wichtig ist, dass man diesen Ausgleich immer mit dem Blick auf den Menschen und hier vor allem mit dem Blick auf die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie die Patienten gestaltet. Selbst wenn wirtschaftliche Zwänge schwierige Schritte erforderlich machen, honorieren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und hoffentlich auch Patienten klare und offene Worte, die den Veränderungsprozess erklären. Hier ist viel Sozialkompetenz und Empathie auf Seiten der an der Sanierung Beteiligten gefragt.

Wie viel Zeit geht verloren, bis man vor Ort versteht, dass die Außensicht eines Experten – sprich: seine Distanz, seine Fachkompetenz und Neutralität – nur von Vorteil für einen gelungenen Sanierungsprozess sein kann?

Das ist recht unterschiedlich. Manchmal sind es wenige Tage und häufig werden einzelne Beteiligte noch bis zum Verfahrensende mit der Entwicklung hadern. Aber in der Regel gelingt es innerhalb weniger Tage oder Wochen, die Notwendigkeit der Insolvenz aufzuzeigen. Nicht selten wird dieser Prozess der Einsicht durch die Positionierung wesentlicher Beteiligter, allen voran der Banken, gefördert.

Wie schwer ist es, örtlichen Entscheidungsträgern klar zu machen, dass ein erfolgreicher Sanierungsprozess nur gelingt, wenn man gemeinsam den Weg von einem verwaltenden Krankenhaus hin zu einem ergebnis- und leistungsorientierten Wirtschaftsunternehmen beschreitet?

Dies ist eigentlich nicht das große Problem bei der Sanierung eines Krankenhauses. Die Entscheidungsträger können sehr schnell nachvollziehen, dass jetzt ein echtes Miteinander auf dem Weg zu einem ergebnis- und leistungsorientierten Krankenhausbetrieb erforderlich ist. Sehr schnell entsteht ein Wir-Gefühl, da die emotionale Bindung der Entscheidungsträger an das Krankenhaus sehr groß und die Schuldzuweisung im Hinblick auf die unzureichende finanzielle Unterstützung der Politik und der Kostenträger groß ist. Wenn man dann noch zeigt, dass man sich als Insolvenzverwalter oder Generalbevollmächtigter für das Krankenhaus intensiv einsetzt und nicht einfach außen vor bleibt, ist sehr viel gewonnen.

Sprechen wir über unangenehme Entscheidungen, die getroffen werden müssen. Wie ernst wird es, wenn Sie beispielsweise anregen, über die Zukunft einer defizitär arbeitenden Geburtshilfe nachzudenken?

Da greifen sie natürlich ein besonderes Thema auf. Die Schließung einer Geburtshilfe ist nicht nur eine betriebswirtschaftliche Entscheidung. Gerade in ländlichen Regionen ist mit der Schließung der Geburtshilfe eine große emotionale Betroffenheit verbunden. In der Region bzw. in der betroffenen Stadt wird es zukünftig – mit Ausnahme der Hausgeburten – keine gebürtigen Einwohner mehr geben.

Muss man sich als Insolvenzverwalter bzw. Sanierungsberater am Ende des Tages auch eingestehen können, dass ein Krankenhaus beim besten Willen nicht zu retten ist?

Auch diese Fälle gibt es natürlich. Vor allem im ländlichen Raum oder bei kleineren Krankenhäusern in Stadtlagen gehört es auch zu meiner Aufgabe, sehr früh zu erkennen, ob ein geregelter vom Markt nehmen nicht letztendlich der notwendige Schritt ist. Dieser Schritt fällt natürlich umso leichter, wenn darunter nicht die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung leidet und zumindest im ärztlichen und pflegerischen Bereich die von der Schließung betroffenen Arbeitnehmer sehr schnell eine neue Beschäftigung finden können.

Befällt Sie in dieser Situation das mulmige Gefühl, unfreiwilliger Helfershelfer derjenigen gewesen zu sein, die eine Strukturreform nach dem Motto „Mehr Klasse statt Masse“ fordern?

Natürlich betrachte ich mit großer Skepsis die Forderung nach einem Neustrukturierungsprozess, wenn dieser nur unzureichend finanziell gefördert wird. Insbesondere dann, wenn von der Politik die Insolvenz als Teil einer begrüßenswerten Marktberreinigung gesehen wird. Nicht selten reagieren daher Politiker geradezu allergisch darauf, wenn es dem Insolvenzverwalter oder Sanierungsberater gelingt, trotz der Insolvenz das Krankenhaus am Markt zu halten und sogar noch zukunftsfähig auszurichten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aber auch die Patienten haben es verdient, dass dieser Strukturprozess zur Verbesserung der Gesundheitsvorsorge nicht auf ihrem Rücken und über eine Insolvenz ausgetragen wird.



Foto: Ulla Dahmen