

Krankenhäuser unter Dauerstress – Insolvenzlage, kommunaler Druck und ein Erfolgsbeispiel

von Prof. Dr. Lars Timm und Dr. Nicolas Krämer

Die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser hat sich in den vergangenen Jahren nicht nur verschlechtert, sondern strukturell verfestigt. Insolvenzen sind kein vorübergehendes Krisenphänomen mehr, sondern Teil eines systemischen Anpassungsprozesses. Krankenhäuser geraten in einen permanenten Krisenmodus und Insolvenzen sind, sofern der Gesellschafter keine Kapitaleinflüsse durchführt, zum letzten Mittel der Wahl geworden. Doch es gibt Möglichkeiten, unwirtschaftliche Krankenhäuser zu wandeln und auf die neuen Gegebenheiten in Form von Transformationen auszurichten. „Gestern“ ist eben nicht „heute“ und erst recht nicht „morgen“, wie das Praxisbeispiel zur Umwandlung des Krankenhauses Geesthacht aufzeigt.

Wirtschaftliche Situation und Insolvenzlage der Krankenhäuser

Im Jahr 2025 meldeten gemäß der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) 22 Krankenhäuser Insolvenz an, betroffen waren 26 Standorte mit rund 13.500 Beschäftigten. Zwar ist die Zahl im Vergleich zu den Vorjahren leicht rückläufig – 2023 waren es noch 29 Verfahren mit 34 Standorten, 2024 mindestens 24 Häuser mit 30 Standorten –, doch von Entwarnung kann keine Rede sein. Auffällig ist die Trägerstruktur der insolventen Einrichtungen. Überwiegend betroffen sind freigemeinnützige Krankenhäuser, gefolgt von öffentlichen und erst danach privaten Trägern. Nach dem Krankenhaus-Barometer 2025 des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) schreiben 66% der Krankenhäuser für das Jahr 2024 ein negatives Jahresergebnis. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil defizitärer Häuser um fünf Prozentpunkte gestiegen. Für 2025 erwarten sogar 71% ein negatives Ergebnis. Nach der Krankenhausstudie 2025 von Roland Berger weisen 89% der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser ein Jahresdefizit aus. Bei freigemeinnützigen Trägern sind es 68%, bei privaten lediglich 17%. Die wirtschaftliche Schieflage konzentriert sich damit dort, wo politische Verantwortung und wirtschaftliche Realität besonders häufig auseinanderfallen.

Warum kommunale Krankenhäuser zunehmend unter Druck geraten

Kommunale Krankenhäuser stehen heute an mehreren Fronten gleichzeitig unter Druck. Einerseits weisen sie die höchsten Defizitquoten auf, andererseits profitieren sie strukturell von einer besonderen politischen und rechtlichen Schutzstellung. Lange Zeit konnte dieser Widerspruch durch kommunale Zuschüsse überdeckt werden. Diese Phase neigt sich ihrem Ende zu.

Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser, insbesondere in der Rechtsform der Anstalt des öffentlichen Rechts, sind nicht in-

solvenzfähig. Hinzu kommt die faktische Bereitschaft vieler Kommunen, Defizite ihrer Häuser regelmäßig auszugleichen. Diese Praxis hat dazu geführt, dass wirtschaftlich nicht überlebensfähige Strukturen fortgeführt wurden, ohne dass eine grundlegende Restrukturierung erfolgte. In der gesundheitsökonomischen Debatte wird hierfür zunehmend der Begriff der „Zombiekrankenhäuser“ verwendet: Einrichtungen, die ohne dauerhafte Zuschüsse nicht existenzfähig wären, aber politisch künstlich am Leben gehalten werden.

Diese Praxis gerät aus zwei Richtungen unter Druck. Zum einen kollabiert die kommunale Finanzierungsbasis. Bundesweit wird das kommunale Defizit für 2025 auf rund 30 Mrd. Euro geschätzt, nach etwa 24 Mrd. Euro im Vorjahr. In Nordrhein-Westfalen können nur noch zehn von 396 Kommunen einen ausgeglichenen Haushalt vorlegen. Massive Sozialausgaben, steigende Personalkosten und rückläufige Steuereinnahmen lassen kaum noch Spielraum für freiwillige Leistungen – und dazu zählen auch Krankenhauszuschüsse. Essens-Oberbürgermeister Thomas Kufen warnt, dass faktisch nahezu jede deutsche Stadt vor einer finanziellen Ausnahmesituation steht.

Zum anderen rückt die kommunale Zuschusspraxis zunehmend in den Fokus der Rechtsprechung. Der vom größten evangelischen Krankenhauskonzern Deutschlands, Agaplesion, erstrittene Etappensieg vor dem Bundesverwaltungsgericht markiert einen Wendepunkt. Die Richter halten es für möglich, dass wiederholte kommunale Millionenzuschüsse zugunsten städtischer Kliniken die Grundrechte freigemeinnütziger Träger verletzen. Sie stellen klar, dass eine Ungleichbehandlung von Krankenhäusern eines rechtfertigenden Sachgrundes bedarf. Damit entsteht erstmals ein belastbarer juristischer Resonanzraum für die These, dass kommunale Rettungspolitik nicht nur ökonomisch problematisch, sondern auch verfassungsrechtlich angreifbar ist.

Das Urteil verweist auf ein strukturelles Problem, das bislang selten offen benannt wird: Viele Kommunen halten Krankenhäuser künstlich am Leben, die ohne Zuschüsse nicht einmal ein Jahr überlebensfähig wären. Kommunalpolitischer Lokalpatriotismus wird im Gesundheitswesen zur staatlich finanzierten Beatmung. Die Folge sind Wettbewerbsverzerrungen zulasten jener Träger, die effizienter wirtschaften oder sich der Insolvenzordnung (InsO) stellen müssen. Die Finanzierung von Defiziten durch Steuermittel verzerrt den Wettbewerb und setzt Fehlanreize für Wirtschaftlichkeit und Effizienz. Am Ende entscheidet nicht Qualität oder Leistungsfähigkeit über das Überleben eines Krankenhauses, sondern politische Nähe zum kommunalen Haushalt.

Wie professionelle Klinikretter in der Sanierung vorgehen

Jede Krankenhaussanierung folgt im Kern drei einfachen, aber in der Praxis oft verdrängten Grundsätzen: Erlöse steigern, Kosten senken und Liquidität sichern. In der akuten Krise – und insbesondere in der Insolvenzvermeidung – hat die Liquidität dabei unbedingten Vorrang. Liquidität vor Rentabilität ist kein Beraterslogan, sondern betriebswirtschaftliche Notwendigkeit. Ein Krankenhaus kann über Monate bilanziell defizitär sein, aber keine Woche zahlungsunfähig.

Gerade hier fehlt in der Praxis häufig der klare Blick für die Realität. Liquiditätspläne sind zu grob, zu selten oder beruhen auf unzutreffenden Annahmen. Forderungslaufzeiten, Abschlagszahlungen, MD-Rückstellungen oder Investitionsstaus werden unterschätzt oder ausgeblendet. Professionelle Sanierung beginnt deshalb mit einem engmaschigen, tagesaktuellen Liquiditätsmanagement. Bei HC&S wird dies bewusst als „Management by Kontoauszug“ bezeichnet. Entscheidend ist nicht die Fortschreibung von Excel-Planungen, sondern die nüchterne Frage, ob Gehälter, Lieferanten und Sozialabgaben bezahlt werden können – und wie sich diese Fähigkeit in den kommenden Wochen entwickelt.

Auf dieser Grundlage werden gezielt Maßnahmen identifiziert. In der Regel existiert nicht die eine Sanierungsmaßnahme, sondern ein Bündel an Stellhebeln. Auf der Erlösseite reichen diese von einer verbesserten Kodier- und Dokumentationsqualität über die Stabilisierung elektiver Leistungen bis hin zur gezielten Rückgewinnung von Marktanteilen. Auf der Kostenseite stehen Personalsteuerung, Sachkostenmanagement, OP-Effizienz und die Reduktion nicht wertschöpfender Strukturen im Fokus. Entscheidend ist dabei weniger die Anzahl der Maßnahmen als ihre Priorisierung, Umsetzbarkeit und konsequente Steuerung.

Eine zentrale Rolle spielt zudem die medizinstrategische Ausrichtung. Viele kleine und mittelgroße Krankenhäuser versuchen, historisch gewachsene Vollversorgungsansprüche aufrechtzuerhalten, obwohl sie personell, strukturell und wirtschaftlich nicht mehr darstellbar sind. Hier liegt eine der größten Chancen der aktuellen Reformarchitektur. Die Transformation in eine Level-1i- oder Level-1n-Klinik ermöglicht

eine klare Fokussierung auf Grund- und Notfallversorgung, Kurzliegerkonzepte und regionale Versorgungsbedarfe. Richtig umgesetzt, senkt dieser Schritt nicht nur Kosten, sondern erhöht zugleich medizinische Qualität, Prozessstabilität und Akzeptanz im regionalen Versorgungsnetz.

Professionelle Sanierung bedeutet daher nicht pauschale Schrumpfung, sondern strategische Neuaufstellung. Dazu gehören die Regionalisierung von Leistungen, Kooperationen mit Nachbarhäusern, der bewusste Rückzug aus defizitären Fachabteilungen und eine klare Priorisierung medizinischer Kernkompetenzen. Sanierung ist kein Selbstzweck, sondern dient der nachhaltigen Sicherung von Versorgung unter realistischen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

Unverzichtbar sind schließlich klare Governance-Strukturen. Zeitlich befristete Sanierungsmandate, eindeutige Entscheidungsbefugnisse, transparentes Projekt- und Maßnahmencontrolling sowie eine stringente Kommunikation sind zentrale Erfolgsfaktoren. Dort, wo diese Voraussetzungen erfüllt sind, wird Sanierung vom reaktiven Krisenmodus zur unternehmerischen Gestaltung. Dort, wo sie fehlen, bleibt sie Stückwerk – bis zur nächsten Liquiditätskrise. Genau diese Situation wurde im Krankenhaus Geesthacht vorgefunden, weil die erste Sanierung scheiterte und auch in der Zukunft keine Fortführungsprognose gegeben war.

Fallbeispiel Geesthacht

Das Krankenhaus Geesthacht musste sich im Jahr 2025 einer Doppelinsolvenz in Eigenverwaltung unterziehen. Die zuvor dargestellten Ausführungen treffen ungemindert auch für das Krankenhaus Geesthacht zu. Zudem erschwerte ein sehr hoher operativer Verlust von bis zu 600.000 Euro pro Monat eine bessere wirtschaftliche Ausgangslage, der aus einem immensen Fallzahlverlust in den letzten Jahren resultierte. Im Jahr 2025 betrug der Leistungsrückgang gegenüber dem Vorjahr nochmals 15%. Die zentrale Frage ergibt sich nunmehr hieraus: Wie kann einer derartige Schieflage schnell beseitigt werden?

Ziele

Ein Krankenhaus, welches Risiken (z. B. durch den Wegfall von Leistungsgruppen oder die zunehmende Ambulantisierung) bereits erkennt, muss eine a priori seriöse Umsatzplanung vornehmen. Im Krankenhaus Geesthacht wurde dieses Vorgehen exakt so gewählt. So kam es zu einer Bewertung der Eintrittswahrscheinlichkeit und des zu erwarteten Umsatzverlustes verschiedener Einflussfaktoren. Aufgrund der ohnehin wirtschaftlich sehr kritischen Lage musste initial eine neue Medizinstrategie – in Orientierung an die Krankenhausreform – auferlegt werden. So wurde eine Umwandlung, die vielfach auch als Transformation betrachtet wird, von einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung zu einem Fachkrankenhaus eingeleitet. Mit einem benachbarten Krankenhaus im direkten Marktumfeld, das sich 15 km entfernt befindet, wurden Kooperationsgespräche geführt.

Die Leistungen

- der Chirurgie,
- der interventionellen Kardiologie,
- der Gynäkologie und Geburtshilfe,
- der Intensivmedizin sowie
- der Zentralen Notaufnahme

sollen von diesem Krankenhaus zukünftig übernommen werden und in einen konkreten Versorgungsauftrag dieses Krankenhauses münden. Im Kontext dieser Einigung hat man sich darauf verständigt, dass geriatrische Fälle sowie niedrigschwellige internistische Fälle im Krankenhaus Geesthacht behandelt werden sollen. Somit wurde der bisherige Weg eines ruinösen Wettbewerbs verlassen und eine Kooperation im Rahmen einer gemeinsamen Versorgungsregion vorbereitet. Das Land Schleswig-Holstein hat im Rahmen seiner Krankenhausplanung genau diese Schritte vorskizziert und in einer Präsentation Mitte Februar diesen vollkommen richtigen Weg vorgestellt. So soll es zukünftig sechs Versorgungsregionen geben, die in ihrer genauen Leistungserbringung noch zugeteilt werden müssen.

Aus Sicht der Autoren ist dies eine weitsichtige, gute und zielführende Entscheidung, die sich zudem an der Vorgehensweise Krankenhausreform in Nordrhein-Westfalen orientiert. Das Krankenhaus Geesthacht hat sich demnach frühzeitig diesem Reformgedanken genähert und strategisch aufgestellt.

Vorgehen

Vielfach wird die Prüfung der Insolvenzzreife eines Krankenhauses, auch in strafrechtlicher Hinsicht, vollkommen unterschätzt und im Krankenhauswesen abgetan. Eine Zahlungsunfähigkeit (§ 17 InsO) liegt nämlich dann schon vor, wenn ein Unternehmen seine fälligen Verbindlichkeiten nicht mehr erfüllen kann. So wird eine Zahlungsunfähigkeit angenommen, wenn mehr

als 10% der fälligen Verbindlichkeiten über einen Zeitraum von mehr als 3 Wochen nicht beglichen werden können. Zudem ist auch die Überschuldung (§ 19 InsO) zu prüfen. Diese liegt vor, wenn das Vermögen der Gesellschaft die bestehenden Verbindlichkeiten nicht mehr decken kann. Die drohende Zahlungsunfähigkeit (§ 18 InsO) ist ebenfalls zu prüfen. Hierbei ist das Unternehmen per se noch zahlungsfähig, wird es aber in absehbarer Zeit nicht mehr sein. Eine Insolvenzzreife liegt dann noch nicht vor, aber eine Antragstellung wäre möglich.

Gleichwohl, ob ein Insolvenzverfahren eingeleitet wird oder nicht: Der wesentliche Aspekt im Rahmen einer Sanierungsphase liegt in der täglichen Betrachtung der Liquidität. Zu berücksichtigen ist hierbei die Tatsache, dass im Rahmen des Verfahrens eine Zahlung der Gehälter durch die Agentur für Arbeit sichergestellt wurde. Im Rahmen der Insolvenz des Krankenhauses Geesthacht wurde entschieden, eine Teilbetriebs-schließung der bereits erwähnten Abteilungen vorzunehmen. Dieses folgte einen Abbau von 350 Vollkräften, die erst durch betriebsbedingte Kündigungen möglich waren. Im Kündigungszeitraum, also der Zeitspanne von der Aussprache der Kündigungsfrist bis zur verkürzten Kündigungsfrist von drei Monaten, sollten hingegen aber auch Erlöse erzielt werden. Das Controlling entwickelte hierfür zusammen mit der Geschäftsführung eine Simulation, die wöchentlich überwacht wurde. Aus dieser Simulation wurde wiederum der Forecast für die Liquidität abgeleitet.

Ergebnisse

In dem gesamten Projektzeitraum von lediglich 5 Monaten konnte eine Vielzahl der gesetzten Ziele erreicht werden. Durch einen wöchentlichen Controllingbericht, der sich u. a. nach der Umsatzentwicklung, dem Fallgeschehen, der Entwicklung des CMI (Case-Mix-Index) und des CMP (Case-Mix-Punkt) sowie dem Liquiditäts-Forecast orientierte, waren alle Beteiligten

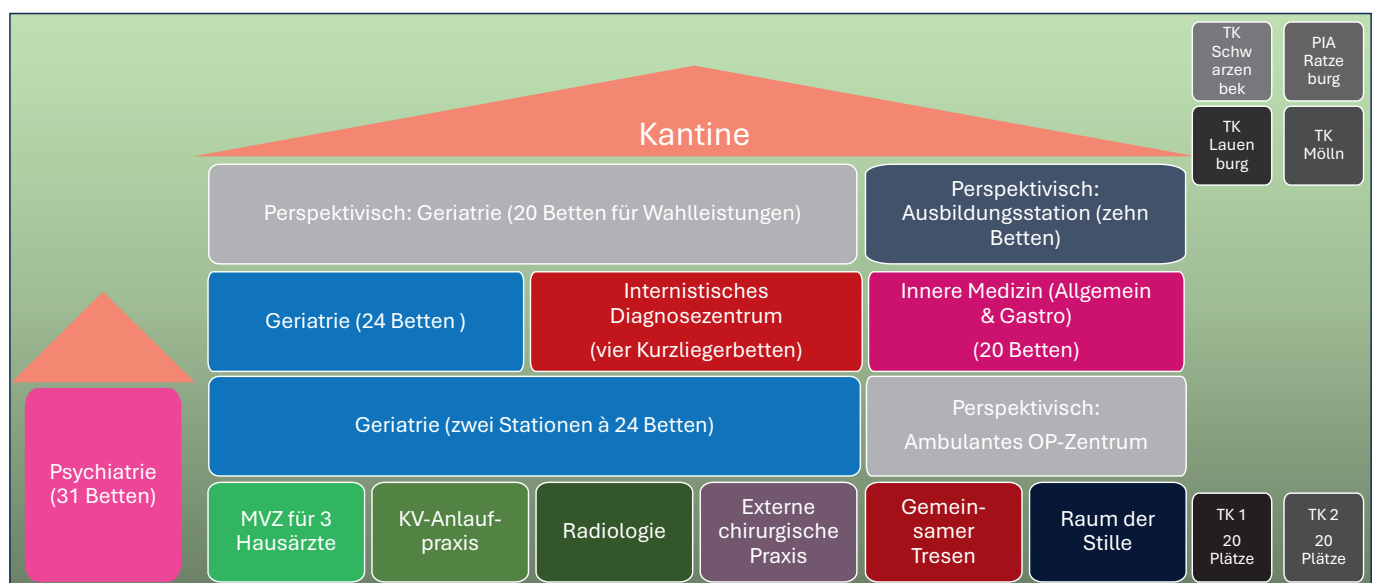


Abb. 1: Krankenhaus Geesthacht: ein Querschnitt

handlungsfähig. Aus den Lehren der ersten Insolvenz wurde frühzeitig begonnen, ein Sanierungskonzept zu erarbeiten. Abbildung 1 stellt die Leistungsinhalte des Krankenhauses in einem zusammenfassenden Schaubild auf.

Die Teilbetriebsschließung ergab zwar einen Umsatzrückgang von 22 Mio. Euro, dem aber eine Senkung der Personal- und Sachkosten von 30 Mio. Euro gegenüberstand. Zukünftig haben die medizinischen Angebote wie Geriatrie (Altersmedizin) und Psychiatrie eine sichere Existenz. Vor allem die Geriatrie wird durch die demografische Entwicklung mit zunehmenden Fällen wachsen. Durch den Wegfall der stationären Leistungen wurden ambulante Kompensationsangebote etabliert. Dem Schaubild ist zu entnehmen, dass die chirurgische Grundversorgung und die hausärztliche Versorgung hierbei eine wesentliche Rolle einnehmen werden. Auch hier strebt die Bundesregierung ein Primärarztmodell an, das die Planungen in Geesthacht unterstreicht. Die Plan-GuV wurde von mehreren Sanierungsexperten auf eine hohe Eintrittswahrscheinlichkeit sowie Seriösität in den Planannahmen überprüft. Zudem kam es in dem Prozess zu einem Distressed-M&A-Verfahren. Hierbei gaben alle seriösen Anbieter ein Angebot ab, die eine Umwandlung des Krankenhauses ebenfalls vorgenommen hätten. Auch eine Rekommunalisierung wurde in Erwägung gezogen; scheiterte aber an der Abgabe eines verbindlichen Angebotes, wenngleich die politischen Äußerungen zum Erhalt des Krankenhauses eher auf eine Besänftigung der Bevölkerung abzielte als auf eine zukunftsgerichtete Angebotsstruktur vor dem Hintergrund der anstehenden Krankenhausreform.

Die GuV-Modellierung im Zielkonzept zeigt auf, dass das Krankenhaus durchaus eine prosperierende Zukunft haben kann. Der Fortbestand bei unverändertem Leistungsangebot hätte unweigerlich nach einigen Monaten sowie durch die Vorgaben der Krankenhausreform zu einer endgültigen und vollständigen Schließung geführt.

Ergebnisse

Das Zusammenspiel aller im Prozess beteiligten Akteure ist von wesentlicher Bedeutung. Allerdings werden von der Entscheidungsebene auch zukunftsweisende, teils auch mutige Entscheidungen abverlangt. Die Kommunikation mit den Mitarbeitenden, der Kommunalpolitik, den planenden Behörden sowie den zuweisenden Ärzten und Kliniken muss ebenfalls durchgeführt werden. Insofern hat es sich bewährt und trägt zum Erfolg des Projektes maßgeblich bei, dass den von der Kündigung betroffenen Mitarbeitenden in der Phase der Transformation eine Motivationsprämie gezahlt wurde. So erhielten die Mitarbeitenden bei weniger als zwei Krankheitstagen pro Monat eine Prämie in aufsteigender Höhe von 500 Euro, 750 Euro und im letzten Monat 1000 Euro. Für den Projektverlauf und die schnelle Beendigung des Insolvenzverfahrens wäre es deutlich ungünstiger verlaufen, wenn den Personalkosten keine Erlöse gegenübergestanden hätten.

Alle Akteure sind in einer Sanierungsphase untrennbar und erfordern eine ausgesprochen enge objektive Zusammenarbeit. Die Entscheidungsträger müssen sich auf wegweisende und zukunftsweisende Entscheidungen konzentrieren und diese zudem vorbereiten, planen, authentisch kommunizieren und dann auch umsetzen. Es klingt am Ende dieses Beitrags recht einfach, wenn eben nicht die internen und externen Einflüsse wären, die sich teilweise an populistische Grundzüge lehnen. Auch in der Sanierung des Krankenhauses Geesthacht gab es diese. Da die Plan-GuV mit dem Leistungsangebot einer Psychiatrie als Modellvorhaben nach § 64b SGB V, einer Geriatrie mit perspektivisch 80 Betten sowie einer Inneren Medizin als Grundversorgung einen positiven EBITDA auswies, entscheiden am Ende aber die Fakten gegenüber einer unveränderten Fortführung des krisenbetroffenen Krankenhauses. Diese Resilienz müssen die Entscheidungsträger aber aufbringen sowie unpopuläre Entscheidungen treffen und umsetzen.

Fazit und Ausblick

Die Krankenhauslandschaft, so eben auch das Krankenhaus Geesthacht, steht vor einem Paradigmenwechsel. Kommunale Rettungspolitik verliert ihre finanzielle und rechtliche Grundlage. Insolvenzen werden sichtbarer, professionelle Sanierungen unvermeidbarer. Die entscheidende Frage lautet nicht mehr, ob Krankenhäuser wirtschaftlich stabil werden müssen, sondern wie dieser Prozess gestaltet wird. Dort, wo Sanierung frühzeitig, professionell und strukturiert erfolgt, kann sie Versorgung sichern und Perspektiven schaffen. Dort, wo Defizite politisch kaschiert werden, entstehen Zombikrankenhäuser – mit hohen Kosten für Wettbewerb, Steuerzahler und kommunale Daseinsvorsorge. In einer Zeit, in der der Staat nicht mehr jeden Fehler ausgleichen kann, wird professionelle Sanierungskompetenz zum Schlüssel der Versorgungssicherheit. Krankenhäuser, die diesen Realitätscheck annehmen, haben eine Zukunft. Die anderen werden ihn definitiv und ohnehin durchlaufen müssen. Eine geordnete Transformation, die zwangsweise Geräusche im Umfeld erzeugen wird, ist dennoch der zukunftsfähigere Weg!

Prof. Dr. Lars Timm
Vorstand HC&S AG
Martin-Luther-Platz 22
40212 Düsseldorf
l.timm@hc-s.com

Dr. Nicolas Krämer
Vorstand HC&S AG
Martin-Luther-Platz 22
40212 Düsseldorf
n.kraemer@hc-s.com