

Krankenhäuser im Krisenmodus



Prof. Dr. Lars Timm

Hamburg. Unter dem Titel »Krankenhausmanagement in schwierigen Zeiten 3.0« befassten sich am 20.05.2026 bereits im dritten Jahr in Folge Expertinnen und Experten aus dem Sanierungs- und Krankenhausbereich im Rahmen der Veranstaltung des Instituts für Deutsches und Ausländisches Sanierungs- und Restrukturierungsrecht e. V. (IDAS) in Kooperation mit HC&S mit der aktuellen und auch künftigen Lage in der Krankenhausbranche. Ausgetragen wurde die hybride Veranstaltung mit ihren circa 60 Teilnehmern in der Hochschule Fresenius in Hamburg.

Text: Leopold Häntzschel und Leander Matura

Stand bei der letztjährigen Veranstaltung im Mai 2025 bereits das zum 12.12.2024 in Kraft getretene Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) im Fokus, sollte dies nun um die kritische Betrachtung des am 15.04.2026 neu in Kraft getretenen Krankenhausanpassungsgesetzes (KHAG) und des am 29.04.2026 in Kraft getretenen GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes ergänzt werden. Ziel der Tagung, die insbesondere von **Dr. Nicolas Krämer** (Vorstandsvorsitzender HC&S) moderiert wurde, war es insofern, den Teilnehmenden ein realistisches Lagebild an die Hand zu geben und sie insbesondere für bevorstehende Entwicklungen zu sensibilisieren.

Nach einer kurzen Begrüßung durch **Prof. Dr. Lars Timm** (Hochschule Fresenius und HC&S) und **Prof. Dr. Philipp Walther** (Hochschule Fresenius) zeigte **Dr. Gerald Gaß** (Vorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.) eindrücklich die akute Notlage der deutschen Krankenhauslandschaft auf: Der Titel »Krankenhausmanagement in schwierigen Zeiten 3.0« beschreibe es ihm zufolge recht treffend. Zwar sei die allgemeine Umsatzrendite jetzt auf einer »Nulllinie« und damit in diesem Jahr sogar etwas besser als 2024. Dies sei jedoch vor allem auf diverse Rechnungsaufschläge zurückzuführen. Doch schon heute sei absehbar, dass die Rendite trotz der Reformen in 2030 in den Negativbereich – auf circa –6% – sinken werde. Viele Träger werden das noch verfügbare Vermögen aufbrauchen, sodass unter diesen Umständen eine Vielzahl von Krankenhäusern nicht überlebensfähig sein werde und Insolvenzen drohten. Die Situation in den Krankenhäusern ist und wird damit nicht nur wirtschaftlich dramatisch, sondern auch für die Betroffenen psychisch belastend sein. Hierbei machte Gaß nicht einmal die Krankenhäuser selbst als die absoluten Kostentreiber im System aus, denn ihr Kostenanteil ist seit 2010 gesunken. Vielmehr identifizierte er als wesentliche Ursachen insbesondere das seit einigen Jahren ausbleibende reale Wirtschaftswachstum, demografische Entwicklungen, Personalkosten, Regulierungen und bürokratische Anforderungen sowie eine grundsätzliche Systemkomplexität. Ein Personalabbau könnte zwar zu einer Umsatzsteigerung von bis zu 1 % führen, würde gleichzeitig aber einen Leistungswegfall bedeuten.

Gaß zufolge sei mit der Krankenhausreform keine ausreichende Finanzierung der Krankenhäuser möglich. Sowohl die Vorhaltefinanzierung als auch die Korridorfinanzierung seien nicht ausreichend und auch aus Sicht der Patientenversorgung suboptimal. Letztlich müsse die Reform als ein politischer Formelkompromiss bewertet werden. Wichtig seien nun zum einen eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik und die Koppelung der Landesbasisfallwerte an die Entwicklungen der Krankenkassen – für einen Beitrag zur Stabilisierung und Optimierung durch die gesetzliche Krankenversicherung brauche es jedoch Entlastungen aufseiten der Krankenkassen. Zum anderen sei im Rahmen des Pflegebudgets eine Selbstkostendeckung in begrenztem Maße erforderlich, wobei es neben einer pauschalen Finanzierung zudem Handlungsmöglichkeiten bedürfe. Außerdem seien weitere Zuwächse an Pflegepersonal notwendig. Insofern seien trotz Reform weiterhin einige Punkte offen, wie z. B. Fragen rund um die Vorhaltefinanzierung und das Pflegebudget. Gerade auch steigende Zahlen in bevölkerungsintensiven Zentren führten dazu, dass starre Finanzkorridore nicht mehr genügen. Aufseiten von Politik und Regierung verspürt Gaß, dass es inzwischen weniger um wirkliche Inhalte als um den bloßen Reformwillen gehe. Bis zum Ende des Jahres werde es wohl keine vollständige Klarheit über die Rahmenbedingungen der nächsten zehn Jahre geben. Ihm zufolge seien unter den gegebenen Voraussetzungen ein großer Transformationsprozess, unternehmerische und strategische Ausrichtungen, Fusionen und Spezialisierungen schwierig. Mithin resümierte Gaß, dass die Kritik am Reformgesetz nicht zu laut sei, und appellierte an Krankenhäuser, aktiv mitzugestalten, anstatt auf die Politik zu warten.

RA Thomas Mulansky (Mulansky + Kollegen) beschäftigte sich daraufhin mit der Frage, welche Handlungsoptionen Krankenhäuser in der Krise haben. Neben gestiegenen Sach-, Personal- und Energiekosten, der ungenügenden Berücksichtigung von Kostensteigerungen beim Landesbasisfallwert und politischen Einflüssen liegen ihm zufolge wesentliche Ursachen auch in einer allgemeinen Abnahme der Patientenfallzahlen, demografischen Entwicklungen, fehlenden Investitionen und einem teilweise bestehenden Personalmangel in Verwaltung und Pflege. Eine Bettenreduzierung in der



Dr. Nicolas Krämer



RA Thomas Mulansky



Marco Martin

Krankenhausplanung erscheine insofern unausweichlich. Als Krisenursache Nummer eins identifizierte Mulansky Managementfehler. Diese Ursachen seien nicht schlicht isoliert voneinander, sondern mitunter als sich gegenseitig bedingende zu betrachten. Schafften es z. B. Management und Kommunen (z. B. der Bürgermeister oder Landrat) nicht, sich trotz demografischen Wandels darauf zu einigen, die Zahl an Geburtsstationen zu reduzieren, könne dies doch wegen seiner Signalwirkung als ein politisch riskantes Unterfangen gewertet werden. Dies trage nicht unerheblich zu einer ineffektiven strukturellen Ausgestaltung bei. Um eine Verlustsituation zu vermeiden, müsse somit auch die Neuausrichtung einer Klinik mitbedacht werden. Zudem würden Krisen nicht selten zu spät erkannt, was in der Regel zu weniger Handlungsalternativen und zu mehr Handlungsdruck führe – bei einer Überschuldungsprüfung seien fast 90% der Krankenhäuser überschuldet. Die Art und Weise und die Erfolgchancen zur Bewältigung einer Krise hingen ganz entscheidend von den auf Ebene der Krankenhausführung integrierten Mechanismen zur Krisenerkennung und im Fall der Krise vom Sanierungskonzept ab. Hierfür sollte mindestens für das laufende und nächste Jahr ein Vermögens-, Finanz- und Ertragsplan aufgestellt werden. Ein solcher ist im Rahmen eines Soll-Ist-Vergleichs laufend zu evaluieren und ggf. anzupassen, denn werde die Liquidität nicht geplant, würden Krisen oftmals nicht (rechtzeitig) erkannt.

Den Darstellungen zu Ursachen und Handlungsoptionen schloss sich der Vortrag von **Marco Martin** (Senior Manager Accenture) zur Implikation der Gesundheitsreform für Krankenhäuser in der Krise an. Dem RWI Krankenhaus Rating Report 2025¹ zufolge seien 16% der Krankenhäuser insolvenzreif, wobei die tatsächliche Zahl höher sein dürfte. Zwar gebe es einen Rückgang von Insolvenzen, der aber mitunter darauf zurückzuführen sei, dass sich viele Krankenhäuser nicht trauen würden, den Antrag zu stellen. Gerade Landräte würden teils versuchen, die Stellung eines Insolvenzantrags zu unterbinden – insbesondere in Anbetracht von anstehenden Wahlen – mit der Folge, dass nicht bedarfsnotwendige Kliniken (mit öffentlicher Trägerschaft) nicht saniert und ggf. geschlossen werden, bedarfsnotwendige Kliniken in der Insolvenz hingegen schließen müssen. Letztlich seien ohne Schließungen trotz der Reform auch die GKV-Beiträge nicht zu halten, wenn Einsparungen keine effektive Alternative mehr darstellen. Hinzu kommt, dass es Bereiche gebe, in denen aktuell so viel Personal wie nie zuvor vorhanden sei und die Produktivität gleichzeitig sinke. Insbeson-

dere würden Dienstpläne nicht selten nach Verfügbarkeit statt nach Bedarf geplant. Martin zufolge sei es zwar sinnvoll, dass Leistungsgruppen gestrichen werden, Kooperationen zwischen den Krankenhäusern erleichtert werden und die Länder mehr Mitwirkungsoptionen haben. Dennoch kam auch er zu dem Ergebnis, dass die Reform mit ihrer Vorhaltefinanzierung die Insolvenzen nicht verhindern werde, schließlich komme durch sie nicht mehr Geld ins System, weshalb dieses nur über Strukturveränderungen wirtschaftlich bleiben könne. Daneben machte Martin ebenfalls Fehler auf Managementseite aus, indem das Potenzial des Transformationsfonds für das Jahresbudget wegen ausbleibender Anträge nicht ausgeschöpft werde – dieser soll eben nicht nur der Finanzierung des laufenden Betriebs, sondern schwerpunktmäßig der Strukturveränderung dienen. Als Erlöshebel mit viel Potenzial erachtete Martin vor allem die Kodierqualität und KI-gestützte Diagnostik, mit der derzeit noch zu wenig gearbeitet werde. Insgesamt appellierte auch er an die Krankenhäuser, selbst zu gestalten und nicht auf eine bisher wenig klare Gesundheitspolitik zu warten.

Erfahrungsbericht über insolvente Diakonie Krankenhaus gGmbH

RA Dr. Georg Bernsau (K&L Gates) machte in seinem Vortrag zur Zahlungsunfähigkeit und Überschuldung von Krankenhäusern unter Beachtung der aktuellen Reformgesetze zudem dringend auf die gesteigerten Organpflichten von Geschäftsleitern während einer Krise aufmerksam. Im Rahmen der rechnerischen Ermittlung der Zahlungsunfähigkeit müsse bei der Prognose Beachtung finden, dass zeitlich befristete Fördermittel kurzfristig Liquiditätsengpässe überdecken könnten. Eine realistische Prognose der Zahlungsströme und Prognosezeiträume werde insofern komplexer und reformabhängig, wobei gewisse Effekte des KHVVG durch das KHAG abgemildert und aufgeschoben würden. Zwar werde eine Prognose nie ganz richtig sein. Wichtig sei es deshalb, dass Geschäftsleiter die Liquiditätsplanung sorgfältig dokumentieren, um einer etwaigen persönlichen Haftung zu entgehen, und ggf. auch entgegen dem Willen von kommunalen Amtsträgern einen Insolvenzantrag stellen.

Anschließend folgte ein Erfahrungsbericht von **Dr. John Nätke** (ehemaliger Geschäftsführer der Diakonie Flensburg). Er eröffnete seinen Vortrag mit der erfrischenden Feststellung, dass »es alles nicht so schlimm sei, wie es klingt«. Dies mag eine für den Einzelfall zutreffende Beschreibung sein, darf aber nicht über die grundle-

¹ www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/krankenhaus-rating-report-2025-deutsche-krankenhaeuser-stehen-unter-druck-mehr-als-die-haelfte-schreibt-verluste (Stand: 03.06.2026).



RA Dr. Georg Bernsau



Dr. John Nätke



RA Prof. Dr. Lucas Flöther

genden Strukturprobleme und die akute Notlage vieler Krankenhäuser hinwegtäuschen. Dennoch beweisen Einzelfälle, dass trotz der schwierigen Situation ein Wandel möglich ist. Dies versuchten Nätke und Timm anhand ihrer Erfahrungsberichte im konkreten Anwendungsfall darzustellen. Das über die Diakonie Krankenhaus gGmbH eröffnete Insolvenzverfahren begann im November 2022 in Eigenverwaltung. Ursächlich hierfür war insbesondere ein deutlicher Rückgang der Patientenzahlen. Aufgrund der Grenznähe hatte das Krankenhaus zuvor zahlreiche Patientinnen und Patienten aus Dänemark behandelt. Nach einer dortigen Krankenhausreform kam es jedoch zu einem erheblichen Rückgang dänischer Patienten. Die sinkenden Umsätze fielen zunächst nicht auf, da das Krankenhaus als Tochtergesellschaft durch Gewinne anderer Einrichtungen der Diakonie Deutschland mitgetragen wurde. Nachdem diese Verluste bekannt wurden, trennte sich die Muttergesellschaft von der Diakonie Flensburg und das Insolvenzverfahren begann.

Mit Ende des Insolvenzverfahrens stand die Frage nach der zukünftigen Ausrichtung des Krankenhauses im Raum. Die Banken wollten kein Geld mehr geben, die Mutter wollte das Krankenhaus nicht zurück und die Mitarbeiter spürten Rechtfertigungsdruck oder sogar Hilflosigkeit. Nätke betonte jedoch, dass eine Insolvenz nicht zwangsläufig auf eine schlechte medizinische Versorgung schließen lasse und dass der Stolz der Mitarbeiter und Menschen auf das Krankenhaus zurückkommen musste. Daher kam es in den darauffolgenden Jahren zu einigen Veränderungen, um den größten Arbeitgeber der Region neu zu strukturieren. Man musste sich klar werden: Kosten sind kontrollierbar, Umsätze nicht. So wurden z. B. Kosten für Leiharbeitskräfte reduziert, OP-Prozesse stabilisiert und Serviceleistungen angepasst. Durch diverse Maßnahmen konnte im Jahr 2024 der Verlust zunächst halbiert und im darauffolgenden Jahr wieder ein positives Ergebnis erzielt werden. 2026 stiegen die Eigenanteile wegen eines geplanten Neubaus deutlich, weshalb das Krankenhaus an die Malteser verkauft wurde. Trotzdem gingen die Mitarbeiter mit dem positiven Wissen, dass sie die Insolvenz aus eigener Kraft überwunden hatten, und zurückerlangtem Stolz in die neue Trägerschaft.

Eine zweite Fallstudie von Timm behandelte die Sanierung und strategische Neuausrichtung des Krankenhauses Geesthacht. Bereits der vorherige Träger hatte versucht, das Krankenhaus frühzeitig in eine Fachklinik umzuwandeln. Dieses Vorhaben scheiterte jedoch und das Krankenhaus Geesthacht geriet in ein Insolvenzverfahren. Auch unter dem neuen Träger blieb die wirtschaftliche Situation zunächst angespannt. Der somatische Teil des Kranken-

hauses wies einen negativen Deckungsbeitrag von circa 6 bis 7,5 Mio. Euro aus. Außerdem ergaben Bereiche wie Gynäkologie und Chirurgie aufgrund geringer Fallzahlen bei gleichzeitig hohen Vorhaltekosten einen nennenswerten Fehlbetrag. Das Krankenhaus war akut insolvenzgefährdet und geriet in die Doppelinsolvenz. Die Rettung des Krankenhauses sollte durch die Umwandlung in ein Fachkrankenhaus geschehen. Die Fachbereiche mit den besten Umsatzerträgen sollten erhalten bleiben, die anderen sollten an umliegende Krankenhäuser verteilt werden. Das Krankenhaus Geesthacht behielt die Fachbereiche Innere Medizin und Geriatrie als Schwerpunkt. Außerdem wurde eine 24-stündige Notfallversorgung eingerichtet. Die Geburtsstation mit jährlich rd. 520 Geburten wurde aufgegeben. Timm verdeutlichte anschaulich, dass dies nicht nur Kosten spart, sondern auch Leben rettet. Aus mehreren kleineren Geburtsstationen kann durch Kooperation mit den umliegenden Krankenhäusern eine größere mit höherer Qualität entstehen. Zudem wird dadurch ein »Wettbewerb« um die Patienten zwischen den einzelnen Krankenhäusern verhindert. Die Neuausrichtung erwies sich letztlich als erfolgreich. Das Krankenhaus Geesthacht konnte sich aus der Doppelinsolvenz zurückkämpfen und erwartet 2027 einen Gewinn von über 1 Mio. Euro (EBITDA). Timm gab abschließend zu bedenken, dass die Presse sich immer beruhige und die negativen Schlagzeilen kein Dauerzustand seien.

Am Ende wurden alle in Präsenz anwesenden und online zugeschalteten Teilnehmenden zu einer Podiumsdiskussion eingeladen, die vom IDAS-Vorsitzenden **RA Prof. Dr. Lucas Flöther** (Flöther & Wissing) geleitet wurde. Einigkeit bestand darüber, dass das KHAG und das KHVVG sichtbare Auswirkungen auf die Insolvenzhäufigkeit von Krankenhäusern haben werden. Geschäftsführer, die 12 bzw. 24 Monate in die Zukunft planen müssen, sollten voraussichtliche Umsätze gut begründen oder sich externe Hilfe holen, um Haftungsrisiken zu vermeiden. Zudem wurde betont, dass sich Krankenhäuser frühzeitig mit Sanierungsoptionen auseinandersetzen und rechtzeitig ein Insolvenzverfahren einleiten sollten, anstatt wirtschaftliche Schwierigkeiten zu lange hinauszuschieben. Außerdem wurde erwartet, dass es ähnlich wie beim Krankenhaus Geesthacht zu Leistungsgruppenzuweisungen kommen werde. Vor diesem Hintergrund sei es bereits jetzt erforderlich, entsprechende Simulationen durchzuführen, um einschätzen zu können, ob Krankenhäuser im Jahr 2027 bestimmte Leistungsgruppen erhalten und ob die vorhandenen finanziellen Mittel für notwendige Umstrukturierungen ausreichen werden. «