



© Andrii Yalanskyi - stock.adobe.com

Wirksames Krankenhausmanagement in schwierigen Zeiten

Warum Sanierungskompetenz zu einem operativen Gewinn führt

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

Die Krankenhauslandschaft steht vor einem historischen Strukturbruch: Zwei Drittel der Häuser schrieben 2024 rote Zahlen, die Insolvenzwellen rollt weiter. Dieser Artikel zeigt, wie professionelle Sanierung gelingt – von tagesaktuellem Liquiditätsmanagement über konsequente Medizinstrategie bis hin zu klaren Governance-Strukturen – und was das Praxisbeispiel Krankenhaus Geesthacht darüber lehrt, wann Transformation gelingt und wann sie scheitert.

Keywords: Krisenmanagement, Sanierung, Change Management

Unmittelbar nachdem der Deutsche Bundestag seine Krankenhausreform in Form des KHVG beschlossen hatte, machte der damalige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im Herbst 2024 unmissverständlich klar, wohin die Reise gehen soll: weniger Krankenhäuser, stärkere Konzentration von Leistungen und eine grundlegende Neuordnung

der Versorgungsstrukturen. Für das Krankenhausmanagement bedeutet das eine Phase tiefgreifender Transformation. Sie betrifft wirtschaftliche, organisatorische und medizinstrategische Fragen gleichermaßen.

Zwar enthält das Anfang dieses Jahres von Bundestag und Bundesrat beschlossene Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) einzelne Aufweichungen. Dennoch bleibt die Richtung klar. Das Krankenhausmanagement muss künftig mit einem politisch gewollten Strukturabbau umgehen. Survival of the fittest gilt damit auch in einer hochgradig regulierten Branche.

Reformpolitik trifft wirtschaftliche Realität

Tatsächlich stehen die Krankenhäuser wirtschaftlich unter massivem Druck. Im Jahr 2025 meldeten gemäß Deutscher Krankenhausgesellschaft 22 Krankenhäuser Insolvenz an. Betroffen

waren 26 Standorte. Nach dem Krankenhausbarometer 2025 des Deutschen Krankenhausinstituts schrieben 66 Prozent 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 Prozent ein negatives Ergebnis. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie lebensrettende Maßnahmen aussehen können.

Drei Grundprinzipien jeder Klinikrettung

Jede Krankenhaussanierung folgt im Kern drei einfachen, aber in der Praxis häufig verdrängten Grundsätzen:

- Erlöse steigern,
- Kosten senken und
- Liquidität sichern.

In der akuten Krise, insbesondere zur Vermeidung einer Insolvenz, hat die Liquidität dabei unbedingten Vorrang.

Liquidität vor Rentabilität ist kein Beraterslogan, sondern betriebswirtschaftliche Realität. Ein Krankenhaus kann über Monate bilanziell defizitär sein. Zahlungsunfähigkeit hingegen kann bereits nach wenigen Tagen existenzbedrohend werden. Gerade hier fehlt in der Praxis häufig der klare Blick für die Realität. Liquiditätspläne sind zu grob, werden zu selten erstellt oder beruhen auf unrealistischen Annahmen. Forderungslaufzeiten, Abschlagszahlungen, MD-Rückstellungen oder Investitionsstaus werden unterschätzt oder ausgeblendet. Zudem geraten durch die Vielzahl der Reports die wichtigsten Kennzahlen außer Acht.

Professionelle Sanierung beginnt deshalb mit einem engmaschigen und tagesaktuellen Liquiditätsmanagement. Bei HC&S wird dies bewusst als „Management by Kontoauszug“ bezeichnet. Entscheidend ist nicht die Fortschreibung von Excel-Planungen. Entscheidend ist die nüchterne Frage, ob Gehälter, Lieferanten und Sozialabgaben bezahlt werden können und wie sich diese Fähigkeit in den kommenden Wochen entwickelt.

Operative Stellhebel konsequent nutzen

Auf dieser Grundlage lassen sich gezielt Maßnahmen identifizieren. 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.

Medizinstrategie statt Bauchladen

Eine zentrale Rolle spielt zudem die medizinstrategische Ausrichtung. Im Rahmen einer überholten Bauchladenphilosophie versuchen viele kleine und mittelgroße Krankenhäuser, historisch gewachsene und aus sozialromantischen Gründen liebgewonene Vollversorgungsansprüche aufrechtzuerhalten. Personell, strukturell und wirtschaftlich sind diese Konzepte jedoch häufig nicht mehr darstellbar. Hier liegt zugleich eine der größ-

GuV-Modellierung im Zielkonzept (grob)

Umsatz:	31,5 Mio. Euro
Psychiatrie	17,5 Mio. Euro
Somatik (2000 CMP)	9,0 Mio. Euro
Pflegebudget	5,0 Mio. Euro
Kosten:	19,8 Mio. Euro
Personalkosten Psychiatrie	9,3 Mio. Euro
Personalkosten Somatik	10,5 Mio. Euro
ÄD	2,5 Mio. Euro
PD	5,0 Mio. Euro
MTD	1,7 Mio. Euro
VD	1,3 Mio. Euro
Materialaufwand 15 % vom Umsatz	4,7 Mio. Euro
Sonstige betriebliche Aufwendungen 12 % vom Umsatz	3,8 Mio. Euro
Instandhaltungen	2,5 Mio. Euro
EBITDA:	0,7 Mio. Euro

Abb. 1: GuV-Modellierung im Krankenhaus Geesthacht

ten Chancen der aktuellen Reformarchitektur. Die Transformation in eine Level-1i-Klinik bzw. sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung (SÜV) oder Level-1n-Klinik ermöglicht eine klare Fokussierung auf Grund- und Notfallversorgung, Kurzliegerkonzepte und regionale Versorgungsbedarfe.

Richtig umgesetzt senkt dieser Schritt nicht nur Kosten. Gleichzeitig steigen medizinische Qualität, Prozessstabilität und Akzeptanz im regionalen Versorgungsnetz. Professionelle Sanierung bedeutet deshalb nicht pauschale Schrumpfung, sondern strategische Neuaufstellung. Dazu gehören die Regionalisierung von Leistungen, Kooperationen mit Nachbarhäusern, der bewusste Rückzug aus defizitären Fachabteilungen sowie eine klare Priorisierung medizinischer Kernkompetenzen. Sanierung ist kein Selbstzweck. Sie dient der nachhaltigen Sicherung von Versorgung unter realistischen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

Governance als Erfolgsfaktor

Unverzichtbar sind schließlich klare Governance-Strukturen. Dazu gehören zeitlich befristete Sanierungsmandate, eindeutige Entscheidungsbefugnisse, transparentes Projekt- und Maßnahmencontrolling sowie eine stringente Kommunikation. Dort, wo diese Voraussetzungen erfüllt sind, wird Sanierung vom reaktiven Krisenmodus zur unternehmerischen Gestaltung. Wo sie fehlen, bleibt sie Stückwerk. Die nächste Liquiditätskrise ist dann nur eine Frage der Zeit. Genau eine solche Situation wurde im Krankenhaus Geesthacht vorgefunden. Die erste Sanierung scheiterte nach nur drei Monaten und eine tragfähige Fortführungsprognose bestand nicht mehr.

Positives EBITDA durch eine zukunftsfähige Medizinstrategie

Viele Beratungsansätze verfolgen eine Vielzahl von Teilmaßnahmen; bedauerlicherweise wird aber die eigentliche Medizinstrategie sträflich vernachlässigt. Politische Vorbehalte, Angst vor Widerständen oder eine fehlende Umsetzungskraft halten viele Kliniken von einer wirtschaftlichen Sanierung ab. Im Krankenhaus Geesthacht wurde die bestehende Medizinstrategie aber vom ersten Tag der Sanierung kritisch betrachtet und sofort modifiziert. In einem überschaubaren Workshop wurde die Strategie diskutiert und als alternativlos angesehen; zudem aber auch weitere Szenarien entwickelt. Zugegebenermaßen war die Aufgabe der ZNA, der invasiven Kardiologie, der Chirurgie, der Intensivstation und der Gynäkologie und Geburtshilfe die intensive Variante – dafür aber auch die zukunftsfähigere und wirtschaftlich beste Versorgungsform. ► Abbildung 1 zeigt die GuV-Modellierung grob auf.

Um den Sanierungserfolg frühzeitig bewerten zu können, wurde ein monatliches Berichtswesen auf Basis der Kennzahlen erarbeitet. Dabei wurden signifikante Einmaleffekte, die sich beispielsweise aus Insolvenzaufwendungen, Abfindungen oder nachlaufenden Personalkosten ergeben, separat betrachtet. Sodann erfolgte eine Ausbalancierung der Kosten, die sich aber als marginal erwiesen haben, weil in der Insolvenzphase mehr als 90 Prozent der Maßnahmen erfolgreich umgesetzt werden konnten. Die Portfolioänderung zu einem Krankenhaus – innerhalb von nur fünf Monaten nebst einer Insolvenz in Eigenverwaltung – mit einer Klinik für Innere Medizin mit 24-stündiger Aufnahmefunktion (20 Betten), einer Klinik für Psychiatrie (30 Betten plus 100 tagesklinische Plätze) sowie einer Klinik für Geriatrie (72 Bet-



Abb. 2: Podiumsdiskussion bei der Veranstaltung „Ideenkonzepte für Krankenhäuser in der Krise 3.0“ am 20. Mai in der Hochschule Fresenius in Hamburg.

ten) hat sich demnach als eine richtige Entscheidung erwiesen. Nach der Balancephase wird nunmehr die Wachstumsphase eingeleitet.

Fortführungsprognose mit vielen Fragezeichen

Das vom Bundeskabinett verabschiedete GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz führt zu einer weiteren Verschlechterung der finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser. So werden den Kliniken im nächsten Jahr 5,1 Mrd. Euro entzogen. Die Autoren des Krankenhaus Rating Reports haben die Auswirkungen analysiert. So werden im Jahr 2030 nur noch 19 Prozent der Häuser schwarze Zahlen schreiben. Die gesamte Branche gerät mit einer durchschnittlichen negativen Umsatzrendite von 6 Prozent in eine massive Schieflage. 49 Prozent der Krankenhäuser werden insolvenzgefährdet sein. Diese dramatischen Zahlen nannte der Vorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Dr. Gerald Gaß, bei einer Fachveranstaltung von HC&S am 20. Mai (► Abb. 2).

Die verantwortlichen Klinikgeschäftsführer müssen sich also unter dramatischen Bedingungen mit ihrer Fortbestandsprognose beschäftigen und sind gut beraten, frühzeitig externe Expertise hinzuzuziehen, um persönliche Haftungsrisiken in den Griff zu bekommen. Die Zeit des Abwartens ist vor dem Hintergrund dieser verschärften Rahmenbedingungen endgültig vorbei. Erfolgreiches Krankenhausmana-

gement beginnt heute mit einer ehrlichen Analyse der Fortbestandsfähigkeit und dem Mut, frühzeitig zu handeln.

Fazit und Ausblick

Die Krankenhauslandschaft und damit auch Häuser wie das Krankenhaus Geesthacht stehen vor einem grundlegenden Strukturbruch. Kommunale Rettungspolitik verliert zunehmend ihre finanzielle und rechtliche Grundlage. Zumal viele Haushalte der kommunalen Träger ausgereizt sind. Insolvenzen werden sichtbarer. Professionelle Sanierungen werden unvermeidbarer. Die entscheidende Frage lautet daher nicht mehr, ob Krankenhäuser wirtschaftlich stabil werden müssen. Die entscheidende Frage lautet, wie dieser Prozess gestaltet wird. Wo Sanierung frühzeitig, professionell und strukturiert erfolgt, kann sie Versorgung sichern und neue Perspektiven eröffnen. Wo Defizite politisch kaschiert werden, entstehen Zombiekrankenhäuser mit hohen Kosten für Wettbewerb, Steuerzahler und kommunale Daseinsvorsorge.

In einer Phase tiefgreifender Strukturveränderungen wird professionelle Sanierungskompetenz zu einer zentralen Voraussetzung für Versorgungssicherheit. Krankenhäuser, die diesen Realitätscheck annehmen, können aus der Transformation gestärkt hervorgehen. Die anderen werden ihn früher oder später ohnehin durchlaufen müssen. Eine geordnete Transformation ist trotz unvermeidlicher Konflikte und Widerstände der verantwortungsvolle-

re Weg. Der medizinstrategischen Option, einen antiquierten Vollversorger in ein modernes Level-1i-Krankenhaus bzw. eine SÜV oder Level-1n-Krankenhaus zu überführen, wird dabei künftig eine noch größere Bedeutung zukommen. Dazu braucht es Mut und natürlich eine hohe Resilienz; für alle Beteiligten! Natürlich bedarf es aber auch politischer Rahmenbedingungen, die zumindest in Form eines Leistungskataloges vorliegen und rasch um die Regularien zur Finanzierung ergänzt werden müssen. ■



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