© Robert Kneschke – StockAdobe.com

Frühwarnsystem für Krankenhäuser

Symptome für eine wirtschaftliche Schieflage erkennen

Von Dr. Stephan Puke, Bodo Mall und Tobias Hartwig

Krankenhäuser sind in Deutschland zunehmend von Insolvenz bedroht. Laut Krankenhaus Rating Report 2021 liegt der Anteil von Kliniken mit erhöhter Insolvenzwahrscheinlichkeit bei 13 Prozent – Tendenz steigend. Der Handlungsdruck für Vorstände und Geschäftsführungen, aber auch für Aufsichtsräte und Gesellschafter nimmt zu. Sie sollten sich daher intensiv mit dem Thema Risikofrüherkennung beschäftigen.

Keywords: *Finanzierung, Krisenmanagement, Führung*

Krankenhäuser sind in Deutschland zunehmend von Insolvenz bedroht. Laut Krankenhaus Rating Report 2021 haben auf Basis der 2019er Jahresabschluss-Daten 13 Prozent der Krankenhäuser eine erhöhte Insolvenzwahrscheinlichkeit. Viele Kliniken hatten schon vor der COVID-Pandemie wirtschaftliche und strukturelle Probleme. Im internationalen Vergleich auf Basis von OECD-Daten verfügt Deutschland zudem über relativ viele Klinikbetten pro 1.000 Einwohner – zum Beispiel mehr als doppelt so viele wie Dänemark, Holland oder Kanada. Auch wenn die Pandemie etwas anderes suggeriert, wir haben grundsätzlich zu viele Krankenhausbetten in Deutschland! Hinzu kommt, dass die Patientenzahlen in Deutschland seit 2017 rückläufig sind. Pandemiebedingt kam es 2020 zusätzlich zu einem drastischen Einbruch um 13 Prozent. Sollten die früheren stationären Fallzahlen der Jahre vor 2017 nicht mehr erreicht werden, wird sich der bereits heute starke Wirtschaftlichkeitsdruck vieler Krankenhäuser weiter verschärfen. Dieser Druck hat bereits in der Praxis Niederschlag gefunden.

Im Jahr 2020 hatten 18 Kliniken einen Insolvenzantrag gestellt, eine Steigerung um 80 Prozent gegenüber 2019. Im abgelaufenen Jahr 2021 hat sich die finanzielle Situation der meisten Krankenhäuser in Deutschland weiter verschlechtert. Im Krankenhausbarometer des DKI erwarten nur noch 17 Prozent einen Jahresüberschuss, 60 Prozent hingegen ein Defizit.

Handlungsdruck nimmt zu

Diese Entwicklungen machen es für Vorstände und Geschäftsführungen, aber auch für Aufsichtsräte und Gesellschafter zwingend, sich mit dem Thema Risikofrüherkennung intensiv zu beschäftigen, um

- Warnsignale für Risiken und nahende Krisen möglichst früh zu erkennen,
- zusätzliche Finanzierungsbedarfe durch Banken und Gesellschafter planen und decken zu können,
- bei negativen Entwicklungen rechtzeitig gegenzusteuern und Insolvenzen abzuwenden und
- nicht in haftungsrechtliche Probleme zu laufen.

Einen weiteren Anlass, sich verstärkt mit Frühwarnsystemen zu beschäftigen, bietet das neue Gesetz über den Stabilisierungs- und Restrukturierungsrahmen für Unternehmen (StaRUG). Es vergrößert die Möglichkeiten für außergerichtliche Sanierungen, was dem Ziel eines frühzeitigen Gegensteuerns entgegenkommt. Das StaRUG betont die Verpflichtung zu Risikofrüherken-

nung und -management für alle haftungsbeschränkten Unternehmensrechtsformen, also auch für die typische Krankenhaus-GmbH. Außerdem werden Banken als Finanzierer vermehrt Frühwarnsysteme und Sanierungskonzepte einfordern (▶ Abb. 1).

Unternehmenskrisen verlaufen häufig in fünf typischen Stadien. Am Anfang stehen die Stakeholder- und/oder Strategiekrise. Werden keine Gegenmaßnahmen eingeleitet, folgt oft die Ergebniskrise als drittes Krisenstadium. Es entstehen wirtschaftliche Verluste. Bleiben diese Verluste dauerhaft bestehen, wird das Eigenkapital aufgezehrt und das vierte Krisenstadium, die Bilanz- und Liquiditätskrise, wird erreicht. Wird dann immer noch nicht gehandelt, entsteht schnell die Insolvenzreife. Können die Insolvenzgründe Überschuldung und vor allem die Zahlungsunfähigkeit nicht unmittelbar beseitigt werden, besteht die Pflicht zum Antrag auf ein Insolvenzverfahren.

Natürlich ist es am besten, wenn ein Krankenhaus erst gar nicht in eine Krise gerät. Geschieht dies dennoch, sollten Träger, Management und Belegschaft an einem Strang ziehen und frühzeitig Gegenmaßnahmen ergreifen. Denn je früher die Restrukturierung beginnt und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden, desto größer sind die Chancen für einen erfolgreichen Abschluss.

Treten Krisensignale auf, müssen sich Träger, Aufsichtsrat und Geschäftsführung – als die handelnden Parteien – so schnell wie möglich ein umfassendes Bild vom wirtschaftlichen und operativen Status Quo machen. Dies gilt unabhängig davon, in welchem Stadium einer Krise sich ein Krankenhaus befindet. Denn auch, wenn sich herausstellt, dass bereits die vierte Krisenstufe erreicht ist, das Eigenkapital aufgezehrt ist und die Liquidität schwindet, gibt es weiterhin vielfältige Möglichkeiten der Restrukturierung und Sanierung, um die Fortführung des Krankenhausbetriebs zu sichern. Häufig bietet gerade eine präventive Restrukturierung oder auch ein Insolvenzverfahren in Eigenverwaltung gute Chancen, ein Krankenhaus wirtschaftlich wieder auf eine gesunde Basis zu stellen.

Eine Frage des (richtigen) Frühwarnsystems

Risikoanalysen und Frühwarnsysteme fokussieren – wenn sie überhaupt etabliert sind – häufig auf die Kapitaldienstfähigkeit eines Krankenhausunternehmens. Sie konzentrieren sich auf die Finanzanalyse des Jahresabschlusses und im Krisenfall auf die aktuellen unterjährigen Zahlen zu Kapitalstruktur und Liquidität. Eher weniger wird die Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern fortlaufend beobachtet. Aber gerade Indikatoren, die eng mit der Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern zusammenhängen, sollten in ein Frühwarensystem Eingang finden. Dadurch werden die besonderen Krisenursachen und -indikatoren berücksichtigt.

Doch wo liegen diese speziellen, für Krankenhäuser typischen Krisenursachen? Und welche Indikatoren eignen sich, um nahende wirtschaftliche Schieflagen frühzeitig zu erkennen? Im Folgenden werden einige wesentlichen Indikatoren und Warnsignale entsprechend ihrer Zuordnung zu den typischen Krisenstadien vorgeschlagen und erläutert. Ziel ist es dabei, mit tendenziell wenigen Frühindikatoren zusätzlich zu den klassischen Bilanzkennzahlen gute Warnsignale für sich abzeichnende Krisen zu erhalten (▶ Abb. 2).

Warnsignale einer Stakeholderkrise

Wie in vielen anderen Branchen kommt es auch bei Kliniken zu Streitigkeiten zwischen Gesellschaftern, zu Konflikten mit Banken und mit Betriebsräten oder Häufungen von Geschäftsführerwechseln, welche Krisen anzeigen können. Typisch für den Krankenhausmarkt sind allerdings folgende Indikatoren und Warnsignale: ▶

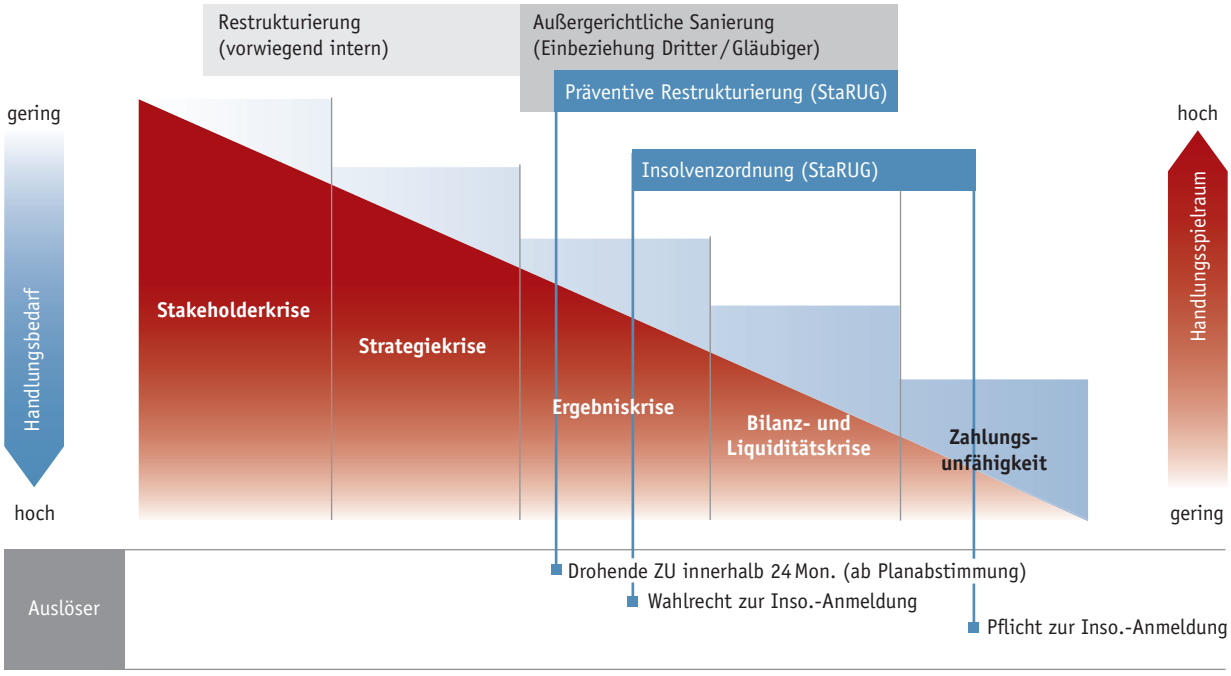

Abb. 1: Krisenphasen und Instrumente der Restrukturierung und Sanierung

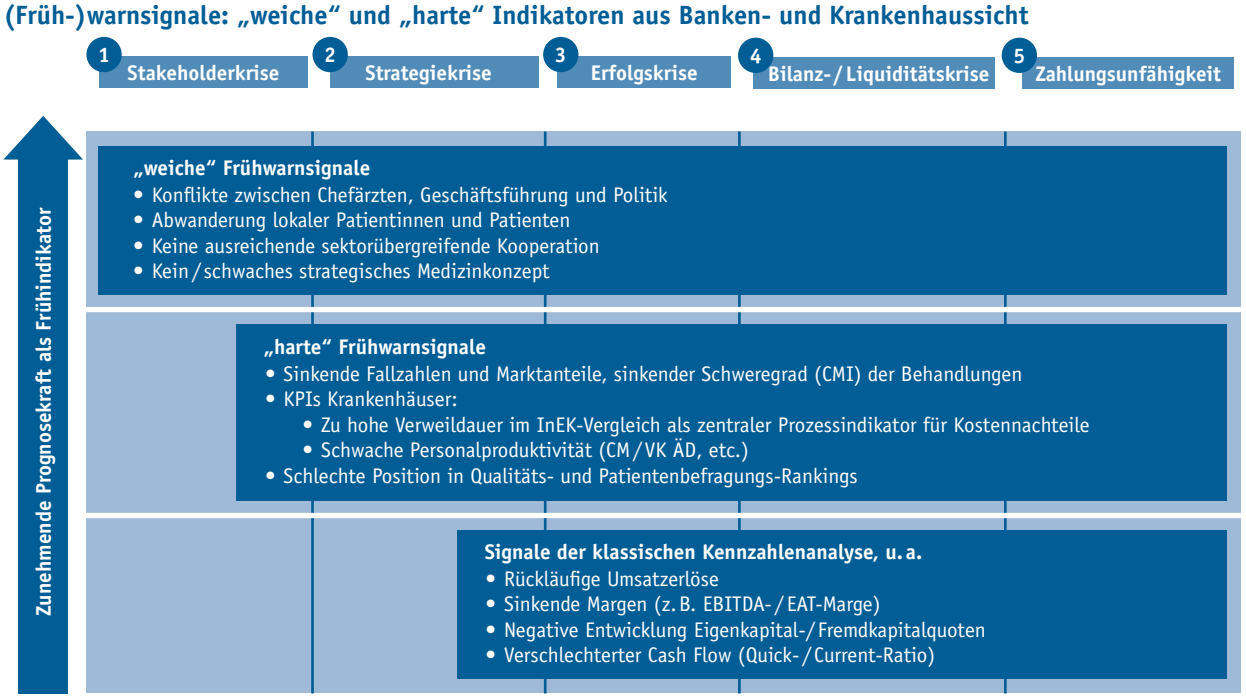

Abb. 2: Beispiele für sinnvolle (Früh-)Warnindikatoren

- Interne Konflikte zwischen Geschäftsführung und Chefärzten: Häufig dringen diese Konflikte in die Öffentlichkeit und in die Aufsichtsgremien. Sie führen nicht selten zu Abwanderung von medizinischem Führungspersonal und Kündigungen von Geschäftsführerinnen und -führern mit erheblichen Auswirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit von Kliniken.

- Öffentlicher Streit zwischen politischen Parteien, Aufsichtsräten, Geschäftsführung, Krankenkassen und Bürgern: Aufgrund der hohen Bedeutung von Kliniken für die regionale Bevölkerung kommt es zu Zielkonflikten und Auseinandersetzungen über die medizinische Ausrichtung, z.B. über die Frage einer wirtschaftlich notwendigen Schließung einer Geburtshilfe. Warnindikatoren sind u.a. die Häufigkeit und der Schweregrad negativer Presseartikel.

- Keine ausreichenden oder sich verschlechternde Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten: Niedergelassene Ärzte und ihr Überweisungsverhalten sind von entscheidender Bedeutung für die elektiven Fallzahlen. Gut positionierte Krankenhäuser verfügen über eine Vielzahl von Kooperationsverträgen und auch über eigene Medizinische Versorgungszentren (MVZ), um im Trend hin zu ambulanten Behandlungen keine Marktanteile zu verlieren.

- Abwanderung von lokalen Patientinnen und Patienten zu Wettbewerbern: Dieses oft schwerwiegendste Krisensymptom betrifft die Stakeholder „Bürger der Region“ als potenzielle Patientinnen und Patienten. Wenn das Vertrauen in die Klinik, z.B. wegen erlebter Service-Defizite (Essen, Pflegebetreuung etc.), negativer Presse zu Behandlungsfehlern oder Abwanderungen von Chefärzten, zurückgeht, hat das oft Image- und Einnahmenverluste zur Folge.

Als geeignete Frühindikatoren in einem Reporting bietet sich die Beobachtung von externen, öffentlich zugänglichen Qualitäts- und Umfragebenchmarks (u.a. IQM Initiative Qualitätsmedizin, Gesundheitsnavigator der AOK, Qualitätsmonitor des WIDO) sowie krankenhausinterne Patientenbefragungen im jährlichen Rhythmus an. Sie liefern „harte“ Patientenzufriedenheitswerte und Qualitätszahlen wie z.B. Komplikationsraten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt und zu lokalen Wettbewerbern. Auch das Fehlen krankenhauseigener Patienten- und auch Mitarbeiterbefragungen ist ein deutliches Warnsignal.

Warnsignale einer Strategiekrise

Wie bei anderen Dienstleistungs- und Industrieunternehmen ist auch bei Krankenhäusern eine fehlende oder unzureichende Strategieformulierung ein schwerwiegendes Warnsignal. Insbesondere ist aus Stakeholdersicht darauf zu achten, dass ein Medizinisches Zielkonzept vorliegt, es extern evaluiert und regelmäßig überarbeitet wird.

Krankenhäuser befinden sich in einem intensiven Wettbewerb um Patienten mit entsprechenden Markt- und Dienstleistungsrisiken. Häufig reicht schon eine neue, sehr renommierte Chefarztbesetzung mit Professorentitel im Nachbarkrankenhaus aus, um Patientenströme nachhaltig zu verändern. Warnsignale für einen Verlust an Wettbewerbsfähigkeit beim Dienstleistungsprodukt „Krankenhausbehandlung“ sind:
- Kontinuierliche Fallzahlverluste,
- sinkende Marktanteile,
- und ein kontinuierlich sinkender Schweregrad (CMI).

Im Wettbewerb der Kliniken manifestiert sich die Strategiekrise zum Teil in diesen Markt- und Produktrisiken. Noch stärker wird aber die Wettbewerbsfähigkeit einer Klinik durch die Struktur und die damit verbundene Geschwindigkeit ihrer

medizinischen und pflegerischen Prozesse bestimmt. Die Strategiekrise ist vor allem eine Strukturkrise.

Die krankenhausinternen Strukturen und Prozesse determinieren in hohem Maße, zu welchen Personal- und Sachkosten ein Krankenhaus seine Behandlungen erbringen kann. Und da die Preise für Krankenhausbehandlungen keine freien Marktpreise sind, sondern staatlich geregelte Fallpauschalen, kommt dem Prozess- und Kostenmanagement für die Zukunftsfähigkeit von Kliniken die entscheidende Bedeutung zu. Dies gilt umso mehr, weil steigende Fallzahlen wegen der gesetzlichen Budgetmechanismen nicht proportional steigende Erlöse nach sich ziehen müssen und umgekehrt.

Erfolgreiche Krankenhäuser und Klinik-Konzerne steuern die medizinischen und pflegerischen Prozesse sowohl strategisch als auch hart operational in einem aufwendigen abteilungsbezogenen KPI-System bis hin zum tagesbasierten Controlling. Diesen Prozess im Detail nachzuvollziehen, ist im Rahmen eines Frühwarnsystems nicht sinnvoll und wäre viel zu aufwendig. Für ein Frühwarnsystem im Sinne einer guten Heuristik ist es daher zielführend, die aggregierten folgenden beiden in der ▶ Tabelle dargestellten KPIs (Key Process Indicator) im Jahres-/Quartalsvergleich und im Krisenfall monatlich im Reporting zu haben.

Die Verweildauer ist der zentrale und wichtigste Prozessindikator. Sie bestimmt in hohem Maße, wie viele Personal- und Sachressourcen gebraucht und verbraucht werden. Liegen Patienten einen Tag länger – z.B. aufgrund verschobener Diagnostik wegen unkoordinierter Einbestellungsplanung (eine häufige Ursache) – dann verursacht das zusätzliche Kosten. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende müssen die Patientinnen und Patienten länger überwachen und betreuen, Arznei-, Pflege- und Nahrungsmittel werden mehr verbraucht. Gleichzeitig steigen die Erlöse des Krankenhauses für länger liegende Patienten mit einem aus medizinischer Sicht unnötigen zusätzlichen Verweildauertag im Inlier-Bereich zwischen unterer und oberer Grenzverweildauer grundsätzlich nicht.

Sinnvoll ist es, im Frühwarn-Reporting den Quotienten aus VWD IST und Katalog-Verweildauer fortlaufend zu monitoren. Indikatorwerte über 1 sind Warnsignale. Sie signalisieren tendenziell Prozessschwächen und damit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für operative Verluste. Ziel sollte es sein, dauerhaft und stetig kürzere IST-Verweildauern als der Katalog-Durchschnitt zu erreichen. In konkreten Beratungs- und Sanierungsprojekten wird häufig ein Zielwert von < 0,9 angestrebt, also um mindestens 10 Prozent schnellere Prozesse als der Bundesdurchschnitt. Zur medizinisch-qualitativen Rechtfertigung für eine solche Zielsetzung gehört auch das Argument, dass Deutschland im internationalen Vergleich immer noch relativ lange Krankenhaus-Verweildauern aufweist. So lag die Verweildauer in Deutschland 2018 mit 7,5 Tagen z.B. 50 Prozent über der der Niederlande mit 5,0 Tagen.

Mit einer relativ niedrigen Verweildauer erhält ein Krankenhaus die Möglichkeit, Sach- und Personalressourcen zu sparen. Ob es das tatsächlich umsetzt, steht auf einem anderen Blatt und hat viel mit Führungs- und Managementkompetenz zu tun. Deshalb empfiehlt es sich, auch die Personalproduktivität als KPI mit in das Risiko-Reporting auf- ▶

KPI (Key Process Indicator)	Erläuterung	Signalwerte
VWD IST VWD Katalog	Quotient aus der tatsächlich erreichten durchschnittlichen Verweildauer (VWD IST) und der mittleren Katalog-Verweildauer deutschlandweit nach InEK (InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)	gut: < 0,9 befriedigend: < 1 kritisch: > 1 Mindestforderung bei schlechter Ausgangslage (> 1): Verbesserung im Zeitablauf hin zu < 1
CM VK ÄD	Quotient aus der Summe der Bewertungsrelationen der erbrachten DRG-Fälle (Casemix) und den Vollkräften (VK) im Ärztlichen Dienst	Zielwerte sollten Krankenhausindividuell auf Basis von externen Benchmarks und Beratungs-Expertise vereinbart werden). In jedem Fall ein Warnsignal: kontinuierliche Abnahme des CM / VK ÄD

Tab.: Die zentralen Prozessindikatoren im Krankenhaussektor

zunehmen. Personalkosten machen in deutschen Krankenhäusern rund 61 Prozent der Gesamtkosten aus, davon rund 32 Prozent für ärztliches Personal und 31 Prozent für Pflege (Datenbasis 2019). Im vergangenen Jahrzehnt lag der Steuerungs-Fokus auf beiden Personalgruppen. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) hat die Bunderegierung angesichts der öffentlichen Diskussion um den Pflegeberuf festgelegt, dass seit 2020 die Krankenhauspflege außerhalb des Fallpauschalen-Systems vergütet wird. Diese gesonderte Budgetierung der Pflege sorgt prinzipiell für Kostendeckung und damit vollständige Refinanzierung durch ein gesondertes Budget unabhängig von etwaigen Ineffizienzen eines Krankenhauses.

Daher wird hier vereinfachend empfohlen, künftig die Produktivität CM/VK ÄD des ärztlichen Dienstes als KPI für Frühwarnsysteme zu nutzen. Im Vergleich zur Kennzahl „Umsatz pro Vollkraft" aus der GuV-Analyse hat sie den Vorteil, dass sie auf die stationäre Behandlungsleistung, den DRG-Casemix, fokussiert. Nachteilig ist allerdings, dass, anders als bei der Verweildauer, die Vorgabe von Warnbereichen und Zielkorridoren schwieriger ist.

Die durchschnittliche Produktivität der Analyse des Krankenhaus Rating Reports lag 2019 auf G-DRG-Basis zwischen 135 und 175 CM/VK je nach Medizinischem Portfolio und Trägerschaft (öffentlich, frei-gemeinnützig oder privat). Individuelle Zielwerte sollten daher anhand von Benchmarks und dem Leistungsportfolio der Klinik festgelegt werden. In jedem Fall sollte bei Krisenanzeichen aus der Verweildaueranalyse und negativer Margenentwicklung beim EBITDA eine kontinuierliche Erhöhung der ärztlichen Produktivität durch Personalabbau oder Casemix-Steigerung eingefordert und überwacht werden.

Warnsignale in den Stadien der Ergebnis-, Bilanz- und Liquiditätskrise

Mit fortschreitendem Krisenstadium nimmt die Früherkennungs-Funktion von „weichen" Signalen sowie „harten" KPIs und Finanzkennzahlen naturgemäß ab. Die Krise manifestiert sich dann bereits in sinkenden oder negativen Ergebnissen und schlechten Bilanzkennzahlen. In der Folge sollte der Reporting-Rhythmus des (Früh)Warnsystems auf Quartalsbasis und bei fortschreitender Verschlechterung auf Monatsbasis umgestellt werden mit einem verstärkten Fokus auf die Liquiditätsanalyse wie Quick- und Current Ratio.

Auch in diesen fortgeschrittenen Krisenstadien bleibt die Bedeutung der beiden hier empfohlenen KPIs Verweildauer und Personal-Produktivität hoch; dann weniger zur Frühwarnung, sondern mehr zum konkreten Eingreifen und Gegensteuern durch Restrukturierung und Sanierung und Controlling der Maßnahmenerfolge. Am besten sollte das bereits in den vorgelagerten Stadien der Stakeholder- oder Strategiekrise durch interne Restrukturierung geschehen sein. Aber auch in den Stadien der Ergebniskrise und der Bilanz- und Liquiditätskrise bleibt noch viel Raum für

- eine außergerichtliche Sanierung, entweder intern oder im neu geschaffenen Restrukturierungsrahmen StaRUG,
- oder ein Insolvenzverfahren möglichst in Eigenverwaltung,

um die Zahlungsunfähigkeit des Krankenhauses zu vermeiden. Dies belegen konkrete Fälle aus der Sanierungspraxis. ■

Literatur bei den Verfassern

Dr. Stephan Puke
Diplom-Kaufmann
Partner und Geschäftsführer
PUKE DRESEN MALL

Bodo Mall
Diplom-Kaufmann
Partner und Geschäftsführer
PUKE DRESEN MALL

Tobias Hartwig MBA
Diplom-Wirtschaftsjurist (FH)
Partner
Schultze & Braun