

# Insolvenz als Chance

Sanierung von Kliniken

Da immer mehr Kliniken in eine Notlage geraten, steigt das Insolvenzrisiko. Nach einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts erwirtschaften nur vier von zehn Häusern in diesem Jahr einen Gewinn. Jedes dritte Hospital plant deshalb, Pflegepersonal zu entlassen oder frei werdende Arztstellen zeitweise nicht mehr zu besetzen. Einige können Lieferanten und Mitarbeiter nicht mehr pünktlich bezahlen und verbrauchen ihre stillen Reserven. Wenn solche ersten Krisenzeichen sichtbar werden, erstarren viele Manager und schrecken vor radikalen Schritten zurück. In der Regel wird eine Insolvenz deshalb zu spät angemeldet. Wie bei einer schwerwiegenden Erkrankung verschlechtern sich so die Heilungschancen. Dabei können erfahrene Insolvenzverwalter Kliniken erfolgreich sanieren. Am Beispiel der HKZ-Gruppe und der KTE-Gruppe soll im Folgenden gezeigt werden, wie Verwalter insolvente Kliniken mit Insolvenzplänen und einer übertragenden Sanierung wieder wettbewerbsfähig machen.



Carsten Koch, Rechtsanwalt und Insolvenzverwalter

gehört zu den führenden Trägern stationärer Suchteinrichtungen und betreute in ihren Kliniken in Hessen, Niedersachsen, Thüringen, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern jährlich rund 10.000 Patienten. Nach überhöhten Investitionen in eine neue Klinik in Bad Hersfeld und rückläufigen Belegungszahlen mussten 2004 alle zur Gruppe gehörenden Gesellschaften Insolvenz beantragen. Da alle Insolvenzverfahren von einer Insolvenzverwalterkanzlei bearbeitet wurden, konnten die Verfahren eng aufeinander abgestimmt werden. Bei der Sanierung banden die Insolvenzverwalter das vorhandene Personal vom Chefarzt bis zur Pflegekraft ein und nutzten deren Know-how. Ein von oben diktiertes Konzept wäre gescheitert.

In den drei Jahren der Betriebsführung konnten die medizinischen Konzepte und die Patientenstruktur verbessert und so die Ertragskraft gesteigert werden. So wurde beispielsweise in der ortho-

pädischen Reha- und AHB-Klinik neben dem orthopädischen Reha-Bereich auch eine neurologische Reha neu eingerichtet, die das Einzugsgebiet vergrößerte und die Auslastung verbesserte. Dazu wurden die Beleger und Kostenträger in die Sanierungsgespräche eingebunden. Da eine Sanierung gegen deren Zielvorstellungen nicht möglich ist, wurden sie mit ins Boot geholt und ein Konfrontationskurs vermieden.

### Umstrukturierung als Möglichkeit

Ein anderes Sanierungsmodell ist der Insolvenzplan für die HKZ-Gruppe, die mit 800 Mitarbeitern in drei Gesellschaften das Herz- und Kreislaufzentrum in Rotenburg an der Fulda bildet. Auch hier konnten die einzelnen Insolvenzverfahren in einem Büro koordiniert werden. Die Klinikbetriebe wurden in der Insolvenz zwei Jahre fortgeführt und umstrukturiert. So wurden die Mitarbeiterzahlen angepasst und in enger Kooperation mit dem zuständigen Ministerium und den Kostenträgern die Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern in der Region intensiviert. Die Planungsrechnungen für die Erträge der Kliniken konnten sogar übertroffen werden. Über aufeinander abgestimmte Insolvenzpläne, denen alle Gläubiger zustimmten, konnten die Kliniken 2005 entschuldet und saniert werden. 85% der Mitarbeiter behielten ihren Arbeitsplatz. Die entsprechenden Akut-Betten und Verträge verblieben bei den ursprünglichen Gesellschaften, die heute wieder sehr erfolgreich am Markt agieren.

### Keine Angststarre im Klinikmanagement

Ein zentrales Problem ist die „Angststarre“ des Klinikmanagements.

Wenn unter dem Druck von Kostenträgern Pflugesätze vereinbart werden, die nicht auskömmlich sind, muss umgehend gehandelt werden. Auch wer erkennt, dass die Belegungszahlen zurückgehen, sollte sofort aktiv werden und frühzeitig neue Wege beim Personal, den Kosten oder den Geschäftsfeldern einschlagen. Manager, die bloß Lücken stopfen und keine neuen Konzepte entwickeln, verstärken nur die Krise.

Im Unterschied zu Managern können auf Kliniken spezialisierte Insolvenzverwalter einige zusätzliche und sehr wirksame Medikamente anwenden. Sie können belastende Verträge mit Lieferanten schnell beenden und Personal kostengünstiger abbauen. Abfindungen im Rahmen von Sozialplänen im Insolvenzverfahren sind beispielsweise auf 2,5 Monatsgehälter gedeckelt und müssen nicht zusätzlich finanziert werden. Vor allem haben erfahrene Verwalter das Know-how, Sanierungsgespräche mit Banken und Kostenträgern zu führen und die einzelnen Beteiligten zu konstruktiven Kompromissen zu bewegen. Denn eine Insolvenz kann nur überwinden werden, wenn alle Beteiligten – von den Mitarbeitern bis zu den Kostenträgern – die Umstrukturierung tragen und an einem Strang ziehen. Wird ein Insolvenzplan frühzeitig gestellt, also bei drohender Zahlungsunfähigkeit, steigen die Chancen der Sanierung und können mehr Arbeitsplätze erhalten werden.

**Kontakt:**  
Carsten Koch  
Rechtsanwalt und Insolvenzverwalter  
Leonhardt Westhelle & Partner, Kassel  
Tel.: 0561/3166-311  
Fax: 0561/3166-312  
kassel@leonhardt-westhelle.de  
www.leonhardt-westhelle.de

# Abflug im OP

Parallelen in der Luftfahrtbranche und im OP-Management

Der deutsche Krankenhausmarkt befindet sich inmitten von tiefgreifenden Veränderungen. Prognosen zufolge ist mittelfristig jede dritte deutsche Klinik wirtschaftlich in Frage gestellt, allen voran die Öffentlich-Rechtlichen. Zahlreiche Kliniken haben sich daher auf den Weg gemacht, Strategien für Wettbewerbsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit zu entwickeln. Aufschlussreich ist dabei der Vergleich mit anderen Branchen insbesondere mit der Luftfahrt. Drei Hauptparallelen zwischen der Aviation-Branche und dem Krankenhaussektor, speziell dem OP-Bereich, verdeutlichen diese Sicht.

Was bedeutet das für den OP-Betrieb? Die verfügbaren Flächen und Wege stellen infrastrukturelle Engpässe dar. Auch hier ist eine übergreifende, neutrale Vorausplanung der Kapazitäten erforderlich und Abweichungen sind der Normalfall: z.B. Komplikationen, abgesagte OPs und Notfälle. Das OP-Management koordiniert die Sonderfälle nach vereinbarten Regeln (OP-Statut) und sorgt für den Interessenausgleich der Nutzer (Fachabteilungen und Ärzte). Hierbei können definierte Wert- und Priorisierungsmaßstäbe, z.B. medizinische und auch wirtschaftliche Schwerpunkte, herangezogen werden.

### Teure Produktionsfaktoren

Weserliche Kennzeichen des Airline-Business ist die Nutzung äußerst wertvoller Produktionsfaktoren, wie Personal und Fluglotter. Die hohen Kosten der Bereitstellung dieser Ressourcen führen zu dem Optimum der Bodenzeiten auf ein Minimum zu beschränken. Detaillierte Referenzmodelle von Bodenprozessen ermöglichen bei Abweichungen ein unmittelbares und kompetentes Handeln. Flexible Mitarbeiter-Einsatzmodelle, die ständige Überprüfung der Leistungsperformance und eine übergreifende, wertorientierte Flotten- und Crewsteuerung sind Faktoren dafür, dass Leerzeiten minimiert und die Auslastung der Mitarbeiter und Geräte maximiert werden. Ähnliches gilt für den OP-Betrieb. Geräte und qualifiziertes Personal sind sehr wertvolle Produktionsfaktoren für die Wertschöpfung des OPs. Unproduktive Leerzeiten erzeugen Opportunitätskosten. Primär- und Sekundärprozesse sind aufeinander abzustimmen und in Standardprozessen bzw. Referenzmodellen unter Berücksichtigung von Abweichungen zu standardisieren. Ziel ist sehr kurzfristige und ertagsoptimal auf z.B. Verzögerungen, Verkürzungen und Streichungen von OPs reagieren zu können. Dabei helfen flexible Arbeitszeit- und Einsatzmodellen sowie Aufgabenprofilen.

### Wettbewerbsdruck

Besonders prägend für den Luftverkehr ist der Wettbewerb zwischen Fluggesellschaften und Airports. Im

Kampf um Passagiere und Fracht treten Airlines zum Teil in ruinösen Wettbewerb, um die eigenen Kapazitäten auszulasten. An der Wertschöpfung im Luftverkehr partizipieren die Airlines unterproportional gegenüber den Flughäfen. In kaum einer anderen Branche werden Preise und Kapazitäten so detailliert und strategisch geplant wie im Luftverkehr („Yield Management“). Weitere Strategie ist die Integration innerhalb der Aviation-Branche wie Airlines Beteiligungen an Flughäfen (Vertikale Strategie) und Airports Beteiligungen an anderen Flughäfen mittels Airlines Allianzen (Horizontale Strategie). Ziel ist eine Risikominimierung, ein Zuwachs an Marktmacht und die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit.

Parallel rüsten sich die „Big Player“ im Healthcare-Markt durch vertikale oder horizontale Integration für den harten Wettbewerb. Für den OP-Betrieb gilt: Eine Auslastungs- und Erläuterungsstrategie ist möglich. Die Bildung medizinischer Schwerpunkte mit fachlicher Stärke, in denen mit hoher Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit „produziert“ wird, ist ein Schritt auf dem Weg zur Schärfung und Weiterentwicklung des medizinischen Leistungsportfolios, kombiniert Differenzierung durch Serviceerkmale. Lernen aus den Fehlern und Erfolgen anderer. Der erste Schritt im Reorganisationsprozess ist, eine individuelle Entwicklungsstrategie zu erarbeiten mit resultierenden Einzelzielen und Maßnahmen. Eine Stärken- und Schwächen-Analyse sowie der Vergleich mit Erfolgsstrategien anderer führt zu einem nachhaltigen Veränderungsprozess. Nur wer diesen Veränderungsprozess in dem sich derzeit rasend ändernden Markt zügig und marktgerecht erreicht, sichert seine Existenz.

**Kontakt:**  
Dr. Gregor Zehle  
GÖK Consulting AG, Berlin  
Tel.: 030/35199610  
Fax: 030/35199640  
gregor.zehle@gok-ag.de  
www.gok-ag.de  
Dipl.-Ing. Stefan Wollschläger  
Visuality Consulting AG, Berlin  
Tel.: 030/35199665  
Fax: 030/351995665  
stefan.wollschlaeger@visuality.de  
www.visuality.de



Projektleiter Dr. Gregor Zehle

### Infrastrukturknappheit

Die Kapazitäten in der Luftfahrt sind strukturell eng begrenzt. Lufträume werden europaweit in Brüssel zentral koordiniert. Jeder Flughafen ist bemüht, eine optimale Ausnutzung seiner infrastrukturellen Kapazitäten zu erzielen. Werkzeug ist eine flexible Planung, Koordination und wertorientierte Priorisierung der Flugereignisse. Bahnkapazitäten und Parkpositionen werden in mehreren Schichten – geplant und im laufenden Betrieb kontinuierlich an die aktuellen Erfordernisse angepasst. Flugsicherung und Flughafenbetreiber nehmen eine neutrale, hoheitliche Rolle ein, so dass die Interessen der einzelnen Airlines berücksichtigt werden.

# Chefartztermächtigungen und Abrechnung

Honorarkürzungen bei Zurückweisung von Überweisungsscheinen nicht immer zulässig

Grundsätzlich ist es Krankenhausärzten nur dann möglich, ambulante Leistungen gegenüber gesetzlich versicherten Patienten persönlich zu erbringen und vor allem abzurechnen, wenn ihnen hierzu eine Ermächtigung durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) erteilt worden ist.



Rechtsanwalt Christopher F. Büll, Dr. Schmitz Rechtsanwalt

In den meisten Fällen wird die Ermächtigung auf

- den zeitlichen Umfang,
- den inhaltlichen Umfang – also auf einzelne Leistungsarten und -ziffern des EBM 2000plus – sowie
- die Überweisung durch niedergelassene Vertragsärzte beschränkt.

### Honorarkürzungen

Das größte Konfliktpotential mit den KVen entsteht bei der Abrechnung der durchgeführten medizinischen Untersuchungen oft dort, wo fraglich ist, ob eine inhaltlich und formell ausreichende Überweisung durch den Vertrags- oder Facharzt vorliegt. So wird in vielen Fällen, in denen z.B. nachträglich ausgestellte Überweisungsscheine ohne Datum oder mit geändertem Datum mit der Abrechnung vorgelegt werden, eine Berichtigung der durch den Krankenhausarzt abgerechneten Leistungen vorgenommen.

Dabei berufen sich einzelne KVen bei diesen Kürzungen auf Vorschriften aus dem Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), des SGB V sowie der Ärzte-ZV. So legt § 13 BMV-Ä für einzelne Facharztgruppen (z.B. Strahlentherapie, Radiolo-

gie u.a.) fest, dass diese nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können. Für andere Facharztgruppen berufen sich KVen oft auf die durch die Zulassungsausschüsse erteilten beschränkten Ermächtigungen, in denen teilweise auch noch nach zur Überweisung berechtigten niedergelassenen Fachärzten differenziert wird (sog. Facharztfilter). Beispielsweise kann hier geregelt sein, dass der ermächtigte Chefarzt der Klinik für Gynäkologie an dem Krankenhaus X onkologisch-therapeutische Leistungen nur auf Überweisung niedergelassener Gynäkologen erbringen darf.

Der Krankenhausarzt soll daher solche Leistungen, die er auf Grundlage eines fehlerhaften oder nachträglich ausgestellten Überweisungsscheins erbracht hat, nicht abrechnen dürfen. Unterschlagen wird dabei

aber, dass ein Vergütungsausschuss gerade nicht gesetzlich normiert worden ist. Vielmehr findet sich im Vertragsrecht keine Vorschrift, die die Nichtabrechnung solcher ärztlichen Leistungen eines ermächtigten Krankenhausarztes, die auf Basis eines erst nach Beginn der ärztlichen Behandlung vorgelegten Überweisungsscheins abgerechnet wurden, bestimmt.

### Der „dringende Fall“

In sog. „dringenden Fällen“ soll es zudem ausreichen, dass die Krankenversicherungskarte oder ein Berechtigungsschein nachgereicht werden können. Überweisungsscheine stehen diesen Berechtigungsscheinen aber gleich, da hierdurch ebenfalls die Berechtigung des Krankenhausarztes zur Durchführung ärztlicher Leistungen nachgewiesen wird.

Es ist müßig darüber zu diskutieren, wann ein solcher dringender Fall vorliegt. Jedenfalls liegt sicherlich ein nicht zu rechtfertigender Formalismus vor, wenn verlangt wird, solche Patienten unverrichteter Dinge wieder zum Vertragsarzt oder gar nach Hause zu schicken. So lassen sich z.B. im Bereich der Strahlentherapie gravierende Folgen dieses Formalismus feststellen. Hier wird teilweise von KVen verlangt, dass selbst bei laufenden Bestrahlungsleistungen und bei quartalsübergreifenden Bestrahlungsplänen die Behandlung unterbrochen werden muss, damit sich der Patient zunächst einen neuen Überweisungsschein für das neue Quartal von seinem Vertragsarzt ausstellen lässt. Dass eine solche Unterbrechung des Behandlungsplans darüber hinaus als ärztlicher Behandlungsfehler zu qualifizieren sein könnte, da ein solches Verhalten dem medizinischen Standard zuwiderlaufen würde, wird seitens einzelner KVen fast gänzlich ignoriert.

Diese Kürzungs-Praxis führt teilweise zu erheblichen Mindereinnahmen sowohl des Krankenhausarztes als auch – je nach Gestaltung der vereinbarten Vergütung zwischen

dem Krankenhaus und dem Krankenhausarzt – des Krankenhauses, da nicht nur alle Leistungen vor dem Ausstellungsdatum nicht vergütet werden, sondern auch alle danach folgenden. Viele Krankenhausärzte und Krankenhäuser nehmen diese pauschale Begründung hin und verzichten auf die Einlegung von Widersprüchen gegen die Berechtigungen der Abrechnungsbescheide.

### Fazit

Dem betroffenen Krankenhausarzt muss klar sein, dass die von ihm zunächst ohne Überweisungsschein durchgeführte Erstbehandlung möglichweise gegen seine Ermächtigung verstößt, was neben disziplinarrechtlichen Folgen haben kann. Die Frage der Vergütung der Leistung ist hiervon unabhängig. Es obliegt daher vor allem aus haftungsrechtlicher Sicht dem Arzt zu entscheiden, ob der Patient als „dringender Fall“ eingestuft werden kann. In den meisten Fällen wird dies zu bejahen sein, da der Patient den Krankenhausarzt gerade als Spezialisten aufsucht und hierzu vorher seinen niedergelassenen Arzt konsultiert hat, dieser in jedoch – aus welchen Gründen auch immer – noch keine Überweisungsschein ausgestellt hat.

Es ist dringend anzuraten, die erfolgten Berichtigungen der Abrechnungen der KVen genauestens zu prüfen. Die teilweise vorherrschende Willkür, mit der hier tatsächlich erbrachte medizinische Leistungen nicht vergütet werden, sollte nicht hingenommen werden. Vor allem die entstehenden erheblichen finanziellen Einbußen sowohl für den Krankenhausarzt als auch für das Krankenhaus sind nicht zu unterschätzen.

**Kontakt:**  
Rechtsanwalt Christopher F. Büll  
c/o Dr. Schmitz Rechtsanwälte – Kanzlei für Medizinrecht  
D 9249  
Tel.: 02234/20948-90  
Fax: 02234/20948-94  
info@dr-schmitz.de  
www.medizinrechtsberater.de

## Accu-Chek® Inform II

Professionelles Glukose-Monitoring in der Klinik – jetzt mit WLAN-Technologie



**Der erfolgreiche Accu-Chek® Inform der nächsten Generation:** Drahtlose Datenübertragung durch WLAN-fähiges Messgerät

**Der neue Accu-Chek® Inform II Teststreifen:** Schnelligkeit und Präzision für den professionellen Einsatz

- Schnelle Messzeit von nur 5 Sekunden
- Geringes Probenvolumen von 0,6 µl
- Hämatokritbereich von 10-70 %

Roche Diagnostics GmbH  
D-68305 Mannheim

