

## INTERVIEW

# Auch Krankenhäuser lassen sich sanieren

Die 12. Ausgabe des „Krankenhaus Rating Report“ des Rheinisch-Westfälisches Instituts für Wirtschaftsforschung e.V. (RWI) kommt zu dem Ergebnis, dass die Insolvenzwahrscheinlichkeit der rund 2.000 deutschen Krankenhäuser im Jahr 2014 gegenüber dem Vorjahr weitgehend unverändert geblieben ist. 11 Prozent befanden sich im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr. Das EXIS|TENZ Magazin sprach in Berlin mit dem Insolvenz- und Sanierungsexperten JOACHIM VOIGT-SALUS (VOIGT SALUS, Rechtsanwälte und Steuerberater) über die Sanierungsmöglichkeiten für existenzbedrohte Krankenhäuser.

## INTERVIEW: Detlef Fleischer

*Herr Voigt-Salus – wie schlimm steht es tatsächlich um den „Patient Krankenhaus“?*

Ich rechne damit, dass sich die Krankenhauslandschaft in den nächsten Jahren massiv verändern wird. Wir werden eine Vielzahl von Schließungen erleben. Erst vor wenigen Monaten hat der Leiter der Abteilung Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes, DR. WULF-DIETRICH LEBER, bei einem Workshop der Evangelischen Bank die Anzahl der Krankenhäuser zwischen Deutschland, Dänemark und Holland verglichen, also gefragt, wie viele Krankenhäuser in anderen Ländern pro Einwohner und Fläche im Vergleich zu unserer Versorgungssituation zur Verfügung stehen. Anhand dieses Datenmaterials hat er gefolgert, dass in Deutschland bei gleicher Effizienzstruktur 2/3 der deutschen Krankenhäuser überflüssig seien, ohne dass es bei deren Schließung zu Mängeln bei der Erreichbarkeit oder Versorgungsdichte käme. Gleichwohl glaube ich nicht, dass es – obwohl sich die Finanzierungslandschaft immer mehr verdüstert – zu massenhaften Insolvenzen kommen wird.

*Das RWI schreibt, der „Patient Krankenhaus stabilisiert sich, ist aber nicht fit für die Zukunft.“*

Das hat verschiedene Ursachen. So haben beispielsweise die Bundesländer ihre Fördermittel seit Jahren entgegen ihren Verpflichtungen drastisch reduziert. Parallel dazu treten die Krankenkassen auf die Kostenbremse. Die

Krankenhäuser können mit Effizienzsteigerungen kaum noch gegen diese Entwicklung ankommen. Diese unseelige Gemengelage wird letztendlich dazu führen, dass es zu weiteren Marktaustritten und Schließungen kommen wird. Vor allem Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen scheinen mit Krankenhäusern übertouriert, so dass es vor allem dort zu Reduzierungen kommen wird. Aber: Diese Prozesse bedeuten nicht zwangsläufig, dass ein Insolvenzverfahren den Marktaustritt organisiert. Eher wird es dazu kommen, dass sich Träger zusammenschließen bzw. dass von den Bundesländern zur Verfügung gestellte Finanzmittel für Liquidationen genutzt werden.

*Grundsätzlich spielt der Faktor Zeit bei Sanierungsprozessen und Insolvenzverfahren eine große Rolle. Wäre es dann nicht höchste Zeit, wenn angeschlagene Krankenhäuser viel früher die Notbremse ziehen würden?*

Grundsätzlich gilt, dass früher Rat der beste Rat ist, den man holen kann. Das gilt für die Krankenhauslandschaft ganz besonders. Deswegen ist jede Krankenhausleitung gut beraten, sich sogar bei noch schwarzen Ergebnissen Gedanken zu machen, ob und wo man Effizienzsteigerungen nutzen kann. Auf Tagungen wird immer wieder als Beispiel genannt, dass Chefarzte Operationssäle blockieren und das Personal unnötig warten lassen. Allein bei diesem Beispiel zeigt sich, was ein Krankenhaus-

management verbessern kann. Andernfalls vergeht kostbare Zeit und das Krankenhaus gerät in die Krise, weil der Wettbewerber seine Hausaufgaben eher und besser macht.

*Auch bei Krankenhausmanagern ist zu beobachten, dass sie zunehmend weniger beratungsresistent sind. Sie kommen heute schneller auf den Gedanken, dass sie mit den Mitteln des Insolvenzrechts Veränderungsprozesse anstoßen können.*

Diese Erfahrung mache ich auch. Natürlich hat das Insolvenzrecht eine Reihe von Instrumenten, die in Krisensituationen zum Tragen kommen können. Beispiel: Insolvenzgeld. Hier besteht auch für ein Krankenhaus bzw. eine Gesundheitseinrichtung die veritable Chance, in der Krise zusätzliche Liquidität zu schaffen. Als von außen hinzugezogene Experten können wir außerdem Teilbetriebsschließungen mit dem Insolvenzrecht organisieren bzw. ungünstige Verträge beenden. Und selbst der Kapitalschnitt ist bei Krankenhäusern – beispiels-

noch gar nicht davon, dass es Kliniken gibt, die ihre Verluste über Darlehn finanzieren. Viele Träger können angesichts der knappen Vergütungsentgelte die Tilgungen und Zinsen längst nicht mehr bedienen. Auch deshalb ist der mit der Insolvenz wirkende Kapitalschnitt eine Möglichkeit, ein Krankenhaus zu sanieren.

*Beim „Berliner Restrukturierungsforum“ ging es vor kurzem auch um die Frage, warum die Handelnden so spät handeln. Inwieweit sind die Angst vor einem drohenden Imageverlust des Krankenhausmanagers bzw. der Einfluss von Politikern und Kirchenvertretern in den jeweiligen Gremien Gründe dafür, dass (externe) Rettungsmaßnahmen sehr spät ins Kalkül gezogen werden?*

Da ist tatsächlich etwas dran. Wir müssen uns vergegenwärtigen, dass viele Krankenhausträger oftmals ganz anders agieren als gewerbliche Unternehmen. Zum Teil begegnen wir vor allem bei Wohlfahrtsverbänden einer ganz anderen und distanzierteren Einstellung zu wirtschaftlichen Erfolgen. Im Gegensatz zu einem kapitalistisch und gewinnmaximierend denkenden Eigentümer kalkulieren sie nicht mit Renditeerwartungen, sondern rechnen in Fürsorgekategorien. Das setzt sich auch bei der Einstellung der Mitarbeiter dieser Einrichtungen fort. Alleine diese beiden Faktoren wirken sich sehr auf Restrukturierungsprozesse aus. Insbesondere im Verbandsbereich erleben wir auch heute noch eine Zurückhaltung und Beratungsscheu. Und bei kommunalen Krankenhäusern haben wir es mit einer scheinbar unerschöpflichen Geldquelle zu tun, die die Kommunen zur Verfügung stellen und so jeden Änderungsdruck auffangen.

*Der Bürgermeister oder Landrat möchte vor der nächsten Kommunalwahl garantiert nicht die Botschaft unters Wahlvolk bringen, dass sein Krankenhaus in Schwierigkeiten ist.*

Um genau das zu vermeiden, wird kommunalen Krankenhäusern in der Krise immer wieder Geld zur Verfügung gestellt. Leider verzerrt diese Unterstützungshaltung der Kommunalpolitik den gesamten Markt. Diese kommunalen Krankenhäuser, die von ihren Politikern verhältnismäßig lange finanziell gestützt werden, machen fast die Hälfte des Krankenhausmarktes aus.

*Sie erwähnten bereits, dass Krankenhäuser im Vergleich zu anderen Unternehmen ihre Besonderheiten haben. Inwieweit ist es von besonderer Bedeutung, dass Restrukturierungs- und Sanierungsexperten sowie Insolvenzverwalter fundierte Detailkenntnisse über Prozessstrukturen im Gesundheitswesen haben sollten? Ich denke beispielsweise an die duale Finanzierung bzw. an die diagnosebezogenen Fallgruppen („DRG“).*

Gerade auf der Einnahmenseite haben wir im Krankenhaussektor eine ganz andere Struktur als bei anderen Unternehmen. Die Kliniken sind einem strengen und regulatorischen Fallpauschalenregime ausgesetzt. Ich



Foto: iStockPhoto/donghero

weise durch den Insolvenzplan – ein ganz wichtiges Instrument.

*Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat darauf hingewiesen, dass seit dem Jahr 2000 „die staatlichen Fördermittel für Krankenhäuser um real 25 % aufgrund 2,7 Milliarden Euro pro Jahr gesunken“ sind. In der Konsequenz wird die Finanzierungslücke bei den Krankenhäusern immer größer.*

Und das zieht weitere negative Folgen nach sich! Gerade weil die Länder ihre Investitionsmittel nicht zur Verfügung stellen, sind die Krankenhäuser in der Vergangenheit gezwungen gewesen, Fremdkapital bei Banken aufzunehmen. Nur so waren sie in der Lage, die nötigen Investitionen realisieren zu können. Und da sprechen wir



Joachim Voigt-Salus gehört laut der diesjährigen Handelsblatt-Edition zu den „Best Lawyers“ im Bereich „Restrukturierung und Sanierung“.

kann nur davor warnen, sich auf einen solchen Prozess einzulassen, wenn man nicht über solide Erfahrungen in diesem speziellen Segment verfügt. Durch die Honorierung mittels der Krankenkassen und das mit ihnen zu verhandelnde Jahresbudget finden in der Klinik-Praxis so viele Besonderheiten statt, dass man als „normaler“ Insolvenzverwalter im Rahmen der Steuerung eines Fortführungsprozesses in Schwierigkeiten geraten kann. Es bedarf tatsächlich des Wissens eines Branchen-Experten.

*Wie viel Sinn macht es, den stadtbekanntem Insolvenzverwalter oder Wirtschaftsprüfer um Hilfe zu bitten, nur weil dieser dem Krankenhaus nahesteht?*

Ich möchte meinen Kollegen vor Ort natürlich nicht zu nahe treten, die mit Erfolg die jeweils vor Ort auftretenden Unternehmensinsolvenzen bearbeiten. Aber eine Spezialisierung nach Branchenkenntnissen ist gerade im Krankenhausbereich nötig. Zudem stehen wir doch oft vor der Situation, dass darüber hinaus auch noch eine gemeinwirtschaftliche Ausrichtung des Krankenhausträgers zu beachten ist. Hier sind dann neben den ge-

nannten Besonderheiten steuerrechtliche Implikationen zu beachten, die sogar die Liquidationsprozesse beherrschen. Jedes Insolvenzverfahren und jede Sanierung ist eine hochkomplexe und schwierige Aufgabe, die besonderer Expertise bedarf. Aber im Krankenhausbereich potenziert sich die Herausforderung noch einmal, so dass es sinnvoll ist, bei der Auswahl der Experten die Suche nicht nur auf die eigene lokale Region zu beschränken.

*Welche Auswirkungen kann es haben, wenn externe Berater in einem Krankenhaus zur Hilfe gezogen werden? These 1: Aus Solidarität mit dem Krankenhaus steigen die Fallzahlen der Patienten. These 2: Die Patientenzahlen gehen zurück und Ärzte und Pflegekräfte verlassen frühzeitig das möglicherweise sinkende Schiff.*

In der Praxis kann man durchaus beide Entwicklungen beobachten. Insbesondere in kleineren Gemeinden und Städten habe ich erlebt, dass in Krisenzeiten eine Solidarisierung mit dem Krankenhaus stattfindet. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die lokale Ärzteschaft mitgenommen wird. Die niedergelassenen und zuweisenden Ärzte müssen sehen, dass ihre Patienten auch im

Sanierungsfall kompetent und professionell im Krankenhaus behandelt werden. Wenn diese Einstellung verloren gegangen oder nicht mehr herstellbar ist, verschärft sich die Situation. Denn die Menschen vor Ort werden aufmerksam verfolgen, ob das in einer finanziellen Krise befindliche Krankenhaus „auf ihre Kosten“ repariert wird, indem auf medizinischer und pflegerischer Ebene gespart wird. Sobald sich dieses Gefühl festsetzt, ist damit auch das endgültige Todesurteil für die Klinik gesprochen.

*Mit anderen Worten: Eine erfolgreiche Sanierung ohne die Klinikärzte und deren niedergelassenen Kollegen lässt sich nicht organisieren?*

Richtig!

*Wie schwierig ist es unter dieser Prämisse, bestimmte Prozesse, z. B. eine Optimierung des OP-Managements, in Gang zu bringen?*

Auf dem Zeitstrahl, der zur Krise führt, muss man verschiedene Abschnitte auseinanderhalten. Solange es irgendwie geht, sprich: das Krankenhaus ist noch nicht in seiner Existenz gefährdet und es geht primär nur um eine Verbesserung der Renditemöglichkeiten, wird man die „Halbgötter in Weiß“ vielleicht nur sehr schwer begeistern können, alte Zöpfe abzuschneiden. Im Fall einer virulenten Krise ist die Bereitschaft für Veränderungsprozesse ungleich größer. In dieser Situation erlebt man fast schon so etwas wie Dankbarkeit, wenn man von außen hinzukommt und Veränderungsprozesse durchsetzt. In diesem Moment reift bei allen Beteiligten die Erkenntnis, dass es sich womöglich um die letzte Chance handelt, die man zur Verfügung hat.

*Manchmal sind richtig tiefe Einschnitte notwendig, um ein Krankenhaus als Ganzes zu retten. Das kann dann dazu führen, sich beispielsweise von einer populären aber nicht als Profitcenter arbeitenden Kinderklinik zu trennen.*

Auch mit den Instrumentarien des Insolvenzrechts kann man das Unmögliche nicht möglich machen. Ich greife dazu Ihr Beispiel auf: In einem Krankenhaus ist vor allem die von allen geschätzte und auch geliebte Kinderabteilung defizitär. Wenn diese Abteilung das gesamte Krankenhaus existenziell belastet, dann komme ich auch im Insolvenzverfahren nicht daran vorbei, sie zu schließen, um die Gesamteinrichtung zu retten. In einer für das Gesamtunternehmen existenzbedrohenden Situation wäre es geradezu töricht, diese Einrichtung unter allen Umständen weiterzuführen. Im Vorfeld einer solchen Entscheidung muss jedoch klug überlegt werden, welche Folgen zu kalkulieren sind; nicht nur wegen der Kostendeckungsbeiträge.

*Welche Rolle spielen um ihre Wiederwahl besorgte Lokalpolitiker in diesen Situationen?*

Eine allgemeine Aussage kann ich bei dieser Frage nicht treffen. Die Interessenslagen sind von Ort zu Ort sehr un-

terschiedlich. Ich erinnere mich beispielsweise an ein Gespräch mit einem Landrat, der mir sagte, dass sein Versorgungsauftrag nicht darin bestehe, sich um das kriselnde Krankenhaus zu kümmern. Schließlich habe man im Umkreis von 30 km genug andere Krankenhäuser. Deswegen würde er auch keine weiteren öffentlichen Mittel für dieses Krankenhaus zur Verfügung stellen. Und es gibt den genau entgegengesetzten Fall, in dem sich Bürgermeister und Landräte für ihre in Schwierigkeiten geratenen Krankenhäuser besonders engagieren. Sie setzen alles Mögliche in Bewegung und übernehmen sogar Bürgschaften, nur damit ihr Krankenhaus gerettet wird. Grundsätzlich habe ich gute Erfahrungen gesammelt, wenn diese Prozesse gegenüber allen Beteiligten sehr transparent gestaltet werden. Gerade im Krankenhausbereich wird man eine Sanierung nur dann erfolgreich bewerkstelligen, wenn man diese Transparenz liefert.





Foto: Shutterstock/Reynardt

*Besonders kommunale Krankenhäuser stehen im Fokus der Öffentlichkeit und der Medien. Wie öffentlich dürfen diese Sanierungsprozesse sein?*

Das Schlimmste wäre doch, wenn man durch unnötige Geheimhaltung und fehlende Offenheit möglicherweise den Grundstein dafür legt, dass Vertrauen verloren geht. Eine Krise führt schließlich ohnehin immer ein Stück weit einen gewissen Vertrauensverlust mit sich. Durch eine geheimbänderische Tätigkeit würde man das letzte bisschen Vertrauen verspielen. Es wäre insofern töricht, zu glauben, dass man im Rahmen einer „Geheimveranstaltung“ ein kriselndes Krankenhaus nachhaltig restrukturieren kann.

*Sie sprachen es gerade an: Vertrauen ist ein ganz großes Thema.*

Man braucht hier nicht um den heißen Brei herumzureden. Eine Unternehmenskrise bedeutet immer auch,

dass das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit bzw. Entscheidungsfindung des alten Krankenhaus-Managements erschüttert ist. Manchmal passiert das zu Unrecht! Trotzdem muss man bei einem Restrukturierungsprozess immer unterstellen, dass dieses Vertrauen ein Stück weit gestört ist. Deswegen ist es klug und richtig, wenn eine andere Person als CRO mit einem besonderen Sanierungsmandat hinstößt. Natürlich sollte dieser Interimsmanager Sanierungserfahrungen mitbringen und sich mit dem Werkzeugkasten des Insolvenzrechts auskennen.

*Der insolvenzrechtliche Werkzeugkasten hält eine Reihe von Instrumentarien bereit. Gibt es Ihres Erachtens „das“ Verfahren für kriselnde Krankenhäuser?*

Das ESUG stellt sich dann als richtiger Werkzeugkasten heraus, wenn frühzeitig der Instrumentenkasten des

Insolvenzrechts zur Verfügung gestellt werden soll und ich mit einer besonderen Expertise an den jeweiligen Fall herangehen möchte. Wie Sie wissen, sieht das ESUG vor, bundesweit Experten suchen zu können. Man kann den Verantwortlichen eines Krankenhauses nicht verdenken, dass sie sich einen Experten wünschen, der einen solchen Prozess als CRO steuert. Einen professionellen Berater, der nicht nur im Insolvenzrecht zu Hause ist, sondern der auch die Besonderheiten des Krankenhaus- und Gesundheitswesens kennt. Das ESUG bietet dem Management frühzeitig die Chance, diese externen Berater im Vorfeld und im Zusammenspiel mit den Gläubigern zu suchen und zu implementieren. Damit kann der Sanierungsprozess frühzeitig eingeleitet werden. Allerdings gibt es immer noch Gerichte, die nicht bereit sind, sich darauf einzulassen. Gerade kleinere Gerichte, die nicht über eine geballte Sachkompetenz verfügen, scheuen immer noch das ESUG-Verfahren.

*Haben Sie dafür eine Erklärung?*

Ich schließe nicht aus, dass diese Gerichte durch Missbrauchsfälle gebrandmarkt sind. Wir sollten nicht verschweigen, dass es Fälle gegeben hat, in denen Berater ihrer Verantwortung nicht gerecht geworden sind und Missbrauch produziert haben. Diese Praxis hat dazu geführt, dass einzelne Gerichte diese Fälle zum Anlass nehmen und sagen: „Eigenverwaltung ist Teufelswerk“.

*Wie geeignet sind Schutzschirmverfahren (§ 270b InsO) für den Krankenhaussektor?*

Bestens! Wenn die Krankenhaussanierung möglich ist und es sich nicht um eine reine Marktaustrittssituation handelt, bietet gerade das Schutzschirmverfahren die beste Möglichkeit, sich frühzeitig mit Experten zu versorgen, Konzepte auszuarbeiten und diese im Rahmen des gerichtlichen Prozesses umzusetzen. Aber auch im Fall eines Marktaustritts macht es Sinn, einen geordneten Prozess mit Experten durchzuführen. Nur dann geraten wir nicht in die denkbar schlechte Situation, dass kein geordnetes Verfahren stattfindet.

*Was sagen Sie denjenigen, die vor der Anwendung des Schutzschirmverfahrens mit dem Hinweis auf die Komplexität der Krankenhausmaterie warnen?*

Es ist doch nicht so, dass ich nach den drei Monaten des Schutzschirmverfahrens über ein in allen Einzelheiten fertiges Konzept verfügen muss! Der Gesetzgeber sagt, dass ich in dieser Zeit einen Plan zu erarbeiten habe. Aber wenn dieses Ziel in diesem Vierteljahr nicht erreicht werden kann, ist das aus gutem Grund erstmal sanktionslos. Ich kann einen Prozess mit einem Schutzschirmverfahren anschieben, um die dafür geeigneten Personen an Bord zu bekommen. Das ist der Vorteil des § 270b InsO-Verfahrens. Die Besonderheiten der Krankenhausmaterie können wegen des hohen Abstimmungsaufwands vor allem mit den Behörden dazu führen, dass in den drei Monaten tatsächlich nicht die

komplexe Sanierungsstruktur ausgearbeitet werden kann. Dann sagt aber doch keiner, dass man die Eigenverwaltung – über die Eröffnung hinaus – nicht weiter betreiben kann. Das ist schließlich nicht verboten! Etwas anderes gilt selbstverständlich dann, wenn die Verzögerung ihren Grund in der fehlenden Fähigkeit des Schuldners hat, diesen Prozess zu steuern, oder wenn sogar Missbrauch im Spiel ist.

*Ein Einwand lautet an dieser Stelle, dass mit dem Fortschreiten der Zeit die Akzeptanz für Sanierungsmaßnahmen schwindet und Patienten und Klinikmitarbeiter dann doch das Vertrauen verlieren.*

Es kommt immer auf die Kommunikation an. Wenn ich vorher die Erwartungshaltung wecke, dass in drei Monaten alle Probleme des Krankenhauses gelöst sind, dann ist die Enttäuschung natürlich groß. Ich plädiere deshalb dafür, zu sagen, dass wir im Rahmen des Schutzschirm-Zeitraums ein Konzept erarbeiten, mit dem auch nach Eröffnung weitergearbeitet werden kann. Wenn ich so transparent und offen mit den Beteiligten kommuniziere, habe ich bei ihnen eine ganz andere Bereitschaft dafür, daran zu glauben, dass auch nach einer Eröffnung weiter gesehelt wird.

*Sprechen wir über den Gläubigerausschuss bei Krankenhaus-Sanierungen.*

Ich bin ein großer Anhänger davon, nach Möglichkeit die gegenläufigen Interessen bewusst in den Gläubigerausschuss zu holen, um dort einen Konsens durch die Diskursmöglichkeiten herzustellen. Die Chancen, konsensuale Lösungen zu erreichen, sind im Gläubigerausschuss sehr viel besser als in Geheimrunden oder im Rahmen von turbulenten Gläubigerversammlungen, nachdem sich die Gegensätze bereits verfestigt haben.

*Auf diesen Prozess muss man sich bewusst einlassen...*

... wenn man den Gläubigerausschuss geschickt mit gegenläufigen Interessen zusammensetzt, ist er aus meiner Sicht das beste Gremium, um einen Ausgleich zu organisieren. Damit dort auch gegenseitige Interessen ausdiskutiert werden können, muss man sich allerdings engagieren und Zeit mitbringen. Diese muss der Verwalter investieren. Dann ist es aber auch durchaus möglich, einstimmige Entscheidungen und Unterstützung für schwierige Sanierungsmaßnahmen durch die Herstellung von Verständnis und Kompromissen zustande zu bringen.

*Zurzeit wird intensiv über das vorinsolvenzliche Sanierungsverfahren diskutiert.*

Ich muss vorausschicken, dass ich bislang keine Erfahrungen mit einem außergerichtlichen Sanierungsverfahren, etwa in Spanien oder in Großbritannien, machen konnte. Anhand der Informationen, die ich erhalte, habe ich eine vorsichtige Skepsis. Das Ganze macht nämlich



Foto: iStockPhoto/Johnny Greig

nur dann Sinn, wenn der Schuldner selbst eine Gläubigergruppe definieren kann, von dieser Beiträge verlangen und durchsetzen kann, ohne dass alle Gläubiger eingebunden werden müssen. Ansonsten hätten wir ja ein normales Insolvenzverfahren. Ein solcher Eingriff in die Gläubigerrechte bürgt allerdings beträchtliche Missbrauchsgefahren. Wir haben vorhin darüber gesprochen, dass das ESUG bereits Missbrauchsfälle produziert hat. Es liegt deshalb für mich nicht fern, dass bei der Ingangsetzung eines noch „dunkleren“ Prozesses, d. h. bei einer für andere Verfahrensbeteiligte intransparenten Hervorhebung einer bestimmten Gläubigergruppe, etwas unwohl ist. Ich verstehe allerdings auch, dass es Fälle gibt, bei denen – mit Blick auf eine Restrukturierung der Passivseite – nur Verzicht einer kleinen Gläubigergruppe benötigt werden, damit das Schiff insgesamt wieder flott ist. Dafür wäre die Einleitung eines Insolvenzverfahrens vor allem im Hinblick auf seine Implikationen ein zu mächtiges Instrument. Ein vorinsolvenzliches Sanierungsverfahren könnte deshalb als leichter Eingriff zu verstehen sein.

Es darf letztendlich nur dann stattfinden, wenn das Unternehmen anschließend von alleine weiterlaufen kann. Auch die Instrumente der Umgestaltung der Verträge durch Sonderkündigungsmöglichkeiten oder der Personalmaßnahmen etwa bei einem nötigen Arbeits-

platzabbau sollten dem offenen und transparenten Insolvenzverfahren vorbehalten bleiben.

*Bei Krankenhäusern ist die Angelegenheit ein wenig komplizierter.*

Ja, denn neben der finanzwirtschaftlichen Situation sind dort regelmäßig auch leistungswirtschaftliche Defizite vorhanden, die erst zu der Überschuldungssituation geführt haben. In diesen Fällen reicht es nicht aus, die Verbindlichkeiten weg zu kürzen. Wenn die Basis des Krankenhauses krank ist, ist nichts gewonnen, wenn nicht zugleich die operative Basis restrukturiert und rentabel organisiert wird. Ich habe die Sorge, dass bei der Zulassung eines vorinsolvenzlichen Sanierungsverfahrens ständig Kapitalschnitte organisiert werden, aber die jeweils kranke Basis nicht geheilt wird.

*Diesen Spagat wird der Gesetzgeber lösen müssen.*

Des Rätsels Lösung wird sein, mit einem klugen Gesetz Missbrauchsbedenken zu zerstreuen. Vielleicht wird uns in Deutschland dann – neben dem ESUG und dem Regelinsolvenzverfahren – ein weiteres gutes Sanierungsinstrument zur Verfügung gestellt.