



Kurzexposé

Krankenhäuser 2026

Inhalt & Vorwort

- 3 Die neue Versorgungsrealität**
- 4 Blick auf den Markt:**
Konsolidierung schreitet voran
- 5 Wirtschaftliche Lage:**
Kostendruck hält an
- 8 Hybrid-DRGs:**
Ambulantisierung gewinnt an Fahrt
- 10 Krankenhausreform:**
Versorgung neu ordnen
- 12 Transformationsfonds:**
Investitionen in den Strukturwandel
- 16 Fazit:**
Chancen nutzen, Risiken managen
- 17 Unser Branchenwissen für Ihren Erfolg:**
Mit Markt- und Wettbewerbsdaten
Transparenz schaffen
- 18 Als das erleben Sie uns:**
Der Partner an Ihrer Seite

Quo vadis, Krankenhaus? Zwischen Reformdruck und Zukunftschancen

Schwere Erkrankungen, komplexe Operationen, Notfälle rund um die Uhr: Krankenhäuser übernehmen Aufgaben, die kein anderer Versorger in dieser Form leisten kann. Gleichzeitig stehen viele Häuser unter erheblichem Veränderungsdruck. Personalengpässe, steigende Kosten, die Auswirkungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG) sowie die Umsetzung der Krankenhausreform stellen zahlreiche Krankenhausträger vor weitreichende Entscheidungen.

Viele Entscheidungsträger beschäftigen sich derzeit mit ganz konkreten Fragen: Welche Leistungsgruppen können künftig vorgehalten werden? Welche Fachbereiche sollten ausgebaut oder gemeinsam mit Partnerkliniken angeboten werden? Wie lassen sich notwendige Investitionen in Gebäude, Medizintechnik und Digitalisierung finanzieren? Und wie kann die Versorgung angesichts knapper personeller Ressourcen dauerhaft sichergestellt werden?

Als spezialisierter Finanzierungs- und Beratungspartner im Gesundheitswesen begleitet die apoBank Krankenhäuser seit vielen Jahren bei genau diesen strategischen und finanziellen Fragestellungen. Wir kennen die Herausforderungen hinter Struktur-reformen, Investitionsentscheidungen und Finanzierungsprozessen. Gleichzeitig erleben wir täglich, wie innovative Versorgungskonzepte entstehen und Krankenhäuser ihren Wandel aktiv gestalten.

Mit diesem Kurzexposé möchten wir Ihnen einen kompakten Überblick über die wichtigsten Entwicklungen im Krankenhausmarkt geben. Wir beleuchten Markttrends, wirtschaftliche Rahmenbedingungen und aktuelle Reformen sowie deren Auswirkungen auf die zukünftige Versorgung.

Herzliche Grüße, Ihr



Sandro von Korff
Bereichsleiter Firmenkunden

Die neue Versorgungsrealität

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland befindet sich derzeit in einer Phase tiefgreifender struktureller Veränderungen. Ambulantisierung, neue Leistungslogiken und steigende Qualitätsanforderungen prägen zunehmend den Versorgungsalltag. Die bisherigen Grenzen zwischen ambulant und stationär werden durch neue gesetzliche Rahmenbedingungen deutlich geöffnet – ein Wandel, der medizinische Prozesse ebenso beeinflusst wie organisatorische und wirtschaftliche Strukturen.

Ambulantisierung als zentraler Treiber

Die Ambulantisierung entwickelt sich zum wichtigsten Trend der kommenden Jahre. Neue Hybrid-DRGs und die Ausweitung des AOP-Katalogs setzen klare Anreize dafür, Leistungen verstärkt außerhalb des stationären Bereichs zu erbringen. Damit verändern sich gewohnte Leistungsströme, und viele bisher stationäre Behandlungen werden künftig häufiger ambulant erbracht werden.

Dieser Wandel verlangt eine Neubewertung medizinischer Angebote:

- Welche Leistungen eignen sich für die Ambulanz?
- Welche Strukturen sind dafür erforderlich?
- Welche Rolle übernimmt der stationäre Bereich künftig?

Fest steht: Krankenhäuser werden ihre Leistungsprofile künftig stärker differenzieren und die Versorgung an die tatsächliche Nachfrage sowie die medizinische Sinnhaftigkeit der Behandlungsform anpassen müssen.

Neuordnung der Versorgungsstrukturen

Parallel dazu wird die Neuordnung der Notfallversorgung politisch weiter vorangetrieben. Geplante Elemente der Notfallreform zielen darauf ab, Abläufe zu entlasten, klarere Zuständigkeiten zu schaffen und die Versorgung stärker zu bündeln. Für viele Standorte bedeutet dies eine veränderte Einbindung in regionale Versorgungsnetzwerke und eine stärkere Ausrichtung auf abgestimmte Behandlungspfade.

Auch die Krankenhausreform setzt mit Leistungsgruppen, Level-Zuordnungen und Vorhaltekomponenten auf eine stärker qualitätsorientierte und bedarfsabhängige Planung. Damit gewinnt Spezialisierung an Bedeutung, während die reine Bettenzahl als Steuerungsgröße an Gewicht verliert.

Wandel mit weitreichenden Konsequenzen

Die Kombination dieser Entwicklungen verändert die Versorgungsrealität spürbar:

- Medizinische Leistungen werden stärker dort erbracht, wo sie qualitativ und ökonomisch am sinnvollsten sind.
- Sektorengrenzen verlieren an Bedeutung, neue Kooperationsformen entstehen.
- Regionale Strukturen rücken stärker in den Fokus, um Versorgung koordiniert zu gestalten.
- Krankenhäuser müssen sich anpassen – strukturell, prozessual und strategisch.

Dieser Transformationsprozess eröffnet Chancen für mehr Spezialisierung, höhere Versorgungstransparenz und eine engere Verzahnung zwischen den Sektoren. Gleichzeitig steigt der Anpassungsdruck auf die Krankenhäuser: Leistungsportfolios müssen überprüft, Versorgungsaufträge neu definiert und Investitionen in ambulante sowie spezialisierte Strukturen finanziert werden. Einrichtungen, denen diese Neuausrichtung nicht gelingt, könnten langfristig an Bedeutung verlieren.

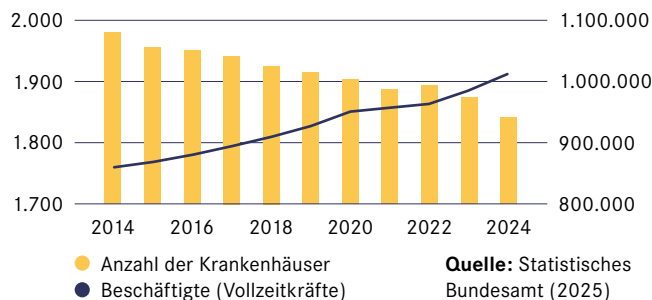


1 Blick auf den Markt: Konsolidierung schreitet voran

Marktstrukturen verändern sich

2024 gab es in Deutschland 1.841 Krankenhäuser und damit deutlich weniger als vor zehn Jahren (1.980). Seit Jahren ist ein Konsolidierungstrend zulasten der kommunalen und freigemeinnützigen Träger zu beobachten, während private Anbieter vor allem auf kleinere, spezialisierte Einrichtungen setzen. Der Anteil der Kliniken in privater Trägerschaft stieg innerhalb von zehn Jahren von 35 % auf 40 %, während die Anteile kommunaler und freigemeinnütziger Häuser von 30 % auf 29 % bzw. von 35 % auf 31 % zurückgingen. Zudem gewinnt die Bildung größerer Krankenhausverbünde an Dynamik. Die hohe Zahl an Fusions-, Kooperations- und Transaktionsmeldungen (158 in 2024; 167 in 2025) sowie die 45 realisierten Transaktionen im Jahr 2025 unterstreichen den anhaltenden Konsolidierungstrend.

Diese Entwicklung ist nicht ausschließlich marktgetrieben, sondern sie wird auch gesundheitspolitisch gezielt unterstützt: Bund und Länder verfolgen seit Jahren das Ziel, Überkapazitäten abzubauen, die stationäre Versorgung effizienter zu gestalten und Leistungen stärker zu konzentrieren. Durch Spezialisierung, Krankenhauszusammenschlüsse und Standortschließungen verändert sich die Versorgungslandschaft strukturell. Mit der Krankenhausreform und Instrumenten wie dem Transformationsfonds werden Umstrukturierungen finanziell gefördert und wird die Konzentration komplexer Leistungen auf weniger, dafür leistungsfähigere Standorte politisch vorangetrieben. In der Krankenhausbranche waren 2024 rund 1,5 Mio. Menschen tätig, in Voll- und Teilzeit gerechnet, beziehungsweise



rund 1 Mio. Vollzeitkräfte. Seit 2014 ist die Zahl der Beschäftigten damit um rund 24 % gestiegen. Die größte Berufsgruppe in den Krankenhäusern ist dabei konstant jene des Pflegedienstes. In Vollzeitkräften gerechnet ist sie um 28 % gewachsen von 2014 bis 2024. Die zweitgrößte Berufsgruppe stellt das ärztliche Personal dar, hier stieg die Zahl in Vollzeitstellen von rund 151 Tsd. in 2014 auf rund 180 Tsd. in 2024.

Während die Zahl der Krankenhäuser sinkt, steigt der Personalbedarf infolge gesetzlicher Vorgaben, höherer Qualitätsanforderungen und zunehmender Spezialisierung weiter an. Angesichts begrenzter finanzieller Spielräume wird die Konzentration von Personalressourcen auf wirtschaftlich tragfähige und medizinisch profilbildende Leistungsbereiche zunehmend entscheidend.

Was die Marktsegmente angeht, lässt sich für 2024 beobachten: 56 % des Klinikpersonals arbeiteten in kommunalen Krankenhäusern, 29 % in freigemeinnützigen und 15 % in privaten Einrichtungen.

TOP 10 im Fokus

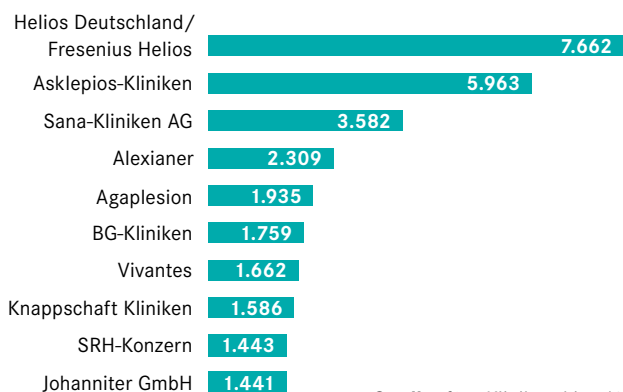
Die Krankenhauslandschaft wird weiterhin von drei großen **privaten** Trägern dominiert. Helios Deutschland ist Marktführer im deutschen und europäischen Kliniksektor, gefolgt von Asklepios auf Rang zwei und der Sana Kliniken AG auf Platz drei. Die kleineren privaten Betreiber erreichen im Durchschnitt lediglich rund 330 Mio. Euro Umsatz und liegen damit deutlich hinter den drei großen Verbünden zurück.

Im Bereich der **freigemeinnützig-konfessionellen** Träger führen die Alexianer das Ranking klar an: Ihre Umsatzerlöse überschreiten inzwischen deutlich die Zwei-Milliarden-Euro-Marke, während Agaplesion knapp darunter liegt. Bemerkenswert ist die Marktverschiebung der vergangenen Jahre: 2019 erzielten nur die beiden größten Klinikgruppen Umsätze von rund 1 Mrd. Euro. Heute reicht diese Umsatzgröße lediglich für einen Platz unter den acht größten Anbietern.

Im **öffentlich-rechtlichen** Segment belegen die BG-Kliniken, Vivantes und die Knappschaft Kliniken die ersten Plätze. Es fol-

Größte Krankenhausgruppen (nach Umsatz)

Angaben in Millionen Euro



gen die vier großen psychiatrischen Klinikverbünde LVR, LWL, die ZfP-Gruppe Baden-Württemberg und Vitos mit Umsätzen zwischen 1.067 Mio. und 855 Mio. Euro. Erst danach rangieren die großen kommunalen Stadt- und Regionalversorger, deren Umsätze zwischen 846 Mio. und 804 Mio. Euro liegen.

2 Wirtschaftliche Lage: Kostendruck hält an

Finanzielle Belastungen nehmen weiter zu

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhausbranche bleibt angespannt und verschärft sich weiter. Eine langjährige Unterfinanzierung der Investitionen, stagnierende stationäre Fallzahlen sowie überproportionale Kostensteigerungen – insbesondere bei Personal, Energie und medizinischem Sachbedarf – haben die Ertragskraft vieler Häuser nachhaltig geschwächt. Gleichzeitig gilt die Verlagerung ambulantisierbarer Leistungen in den niedergelassenen Bereich als weitgehend unumkehrbar. Das DRG-Erlösvolumen liegt weiterhin rund 12 % unter dem Niveau des Jahres 2019.

Der finanzielle Handlungsspielraum des Staates bleibt angesichts der schwachen Konjunktur und der angespannten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Entlastungsmaßnahmen werden vielfach durch Konsolidierungs- und Sparmaßnahmen an anderer Stelle kompensiert. Laut DKI-Krankenhaus-Barometer 2025 schlossen 66 % der Allgemeinkrankenhäuser mit mindestens 100 Betten das Jahr 2024 mit einem negativen Jahresergebnis ab. Der Anteil fiel damit zwar geringer aus als die zuvor erwarteten rund 80 %, was auf die seit Jahren zu beobachtende vorsichtige Selbsteinschätzung vieler Kliniken hindeutet. An der angespannten Lage ändert dies jedoch wenig: Die anhaltende Kosteninflation belastet die Liquidität nahezu aller Krankenhäuser, sodass fast jede zweite Einrichtung auf finanzielle Unterstützung ihrer Träger angewiesen war.

Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen den Trägergruppen. Im Jahr 2024 wurden 32 Krankenhausinsolvenzen verzeichnet. Viele davon betrafen jedoch Kliniken in Nordrhein-Westfalen, die Insolvenzverfahren im Rahmen der dortigen Krankenhausreform zur Restrukturierung nutzten und den Betrieb anschließend fortführten. Bis 2020 lag die Zahl der eröffneten Insolvenzverfahren mit rund zehn Fällen pro Jahr auf einem stabilen Niveau. Während der Corona-Pandemie sank sie 2021 und 2022 auf vier bzw. drei Fälle. Seit 2023 ist infolge der

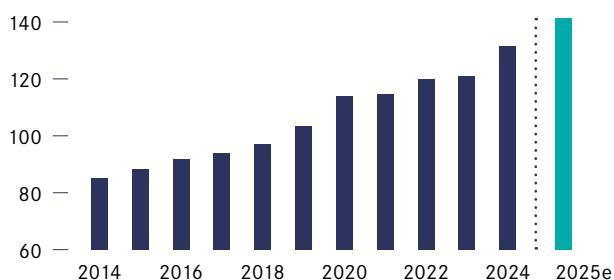
verschlechterten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ein deutlicher Anstieg zu beobachten (2023: 29, 2024: 32, 2025: 24 Insolvenzen). Hinzu kommt, private und insbesondere kommunale Krankenhäuser sind in der Insolvenzstatistik vergleichsweise selten vertreten. Ursächlich hierfür sind häufig finanzielle Unterstützungsleistungen der öffentlichen Träger, die wirtschaftliche Schwierigkeiten abfedern können. Solche Hilfen geraten jedoch zunehmend in die Kritik, da sie aus Sicht von Wettbewerbern zu Wettbewerbsverzerrungen führen können.

Die steigende Insolvenzgefahr ist vor allem auf das Zusammenwirken hoher Kostenbelastungen, unzureichender Refinanzierung, rückläufiger Fallzahlen und erheblicher Investitionsbedarfe zurückzuführen. Viele Insolvenzverfahren führen dabei nicht unmittelbar zur Schließung eines Standorts, sondern dienen der Restrukturierung und Vorbereitung von Trägerwechseln oder Zusammenschlüssen.

Trotz weiter steigender Gesundheitsausgaben – von 538,2 Mrd. Euro im Jahr 2024 auf voraussichtlich rund 580 Mrd. Euro im Jahr 2025 – bleibt die Erlössituation vieler Krankenhäuser angespannt. Mit einem Marktvolumen von rund **132 Mrd. Euro** (2024) beziehungsweise 142 Mrd. Euro (2025) stellt der Krankenhaussektor zwar den größten Einzelausgabenblock im Gesundheitswesen dar, wirtschaftlich jedoch bleibt ein erheblicher Teil der Einrichtungen unter Druck. Vor diesem Hintergrund zielen die aktuellen Reformen auf eine stärkere Konzentration von Leistungen, den Abbau von Überkapazitäten sowie eine effizientere Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Der damit verbundene Strukturwandel dürfte die Konsolidierung der Krankenhauslandschaft in den kommenden Jahren weiter beschleunigen. Und eine Beruhigung ist hier nicht zu erwarten: Als größter Ausgabenblock im Gesundheitswesen steht der Krankenhaussektor besonders im Fokus gesundheitspolitischer Reformen und Effizienzsteigerungsmaßnahmen.

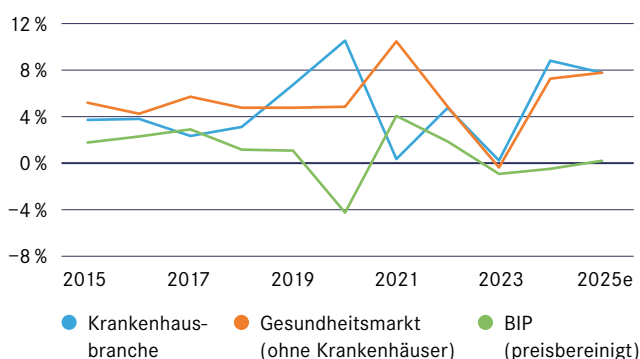
Gesundheitsausgaben für Krankenhäuser

Angaben in Milliarden Euro



Quelle: Statistisches Bundesamt (2026)

Jährliche Wachstumsraten im Vergleich





Sparmaßnahmen treffen auf Krankenhausreform – droht eine Transformation im Blindflug?

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz hat die Bundesregierung ein weiteres Reformpaket beschlossen, das auch die Krankenhausbranche unmittelbar betrifft. Wer nach der Krankenhausreform auf eine Phase regulatorischer Stabilität gehofft hatte, dürfte enttäuscht werden: Das Gesetz greift erneut in die Erlös- und Budgetmechanik der Krankenhäuser ein und setzt verstärkt auf Ausgabenbegrenzung, Qualitätsanforderungen und eine höhere Kontrolle der Leistungserbringung.

Die wesentlichen Regelungen für Krankenhäuser im Überblick:



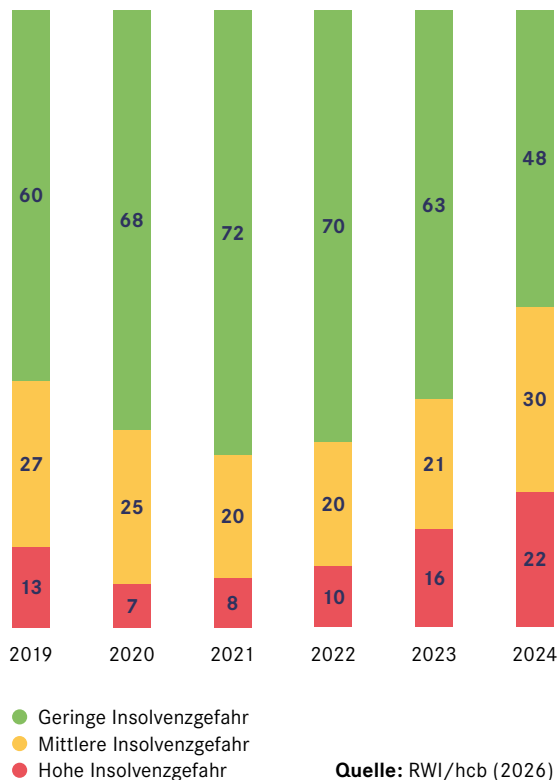
- Begrenzung des Kostenanstiegs für die Jahre 2027 bis 2029 auf die Grundlohnrate abzüglich eines Prozentpunkts; zudem Deckelung des Pflegebudgets. Ab 2030 gilt der Orientierungswert bzw. die niedrigere Grundlohnrate.
- Wegfall der verpflichtenden Anwendung der Personalbemessungsinstrumente PPR 2.0 und ärztliche Personalbemessung; Ersatz durch eine allgemeine Personalverwaltungspflicht im Rahmen einer Generalnorm.
- Wegfall der Verknüpfung von PpUG mit den Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen; die Einhaltung der PpUG bleibt jedoch verpflichtend.
- Fortführung der Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen in den Jahren 2027 und 2028 in reduzierter Höhe (anstelle einer ursprünglich vorgesehenen vollständigen Streichung).
- Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen ab 2028.
- Ausweitung verpflichtender Zweitmeinungsverfahren bei mengenanfälligen elektiven Eingriffen; ab 2028 sollen jährlich zwei weitere Eingriffe in das Verfahren aufgenommen werden.
- Anhebung der Prüfquoten und Schwellenwerte des Medizinischen Dienstes (MD) zur Stärkung der Abrechnungsqualität. Krankenhäuser mit höheren Beanstandungsquoten müssen künftig mit deutlich intensiveren Prüfungen rechnen.



Getty Images / PPAMPicture

Rating-Ampel

Angaben in Prozent



Krankenhaus Rating Report 2026

Nach Analysen des Krankenhaus Rating Reports dürfte bereits 2024 mehr als die Hälfte der Kliniken einen Jahresverlust ausgewiesen haben (2020: 28%). Das durchschnittliche Jahresergebnis lag bei minus 0,6% der Erlöse. Entsprechend befanden sich 22% der Krankenhäuser im roten Bereich der Rating-Ampel (erhöhte Insolvenzgefahr), weitere 30% im gelben Bereich. Private und freigemeinnützige Häuser schnitten dabei besser ab als öffentlich-rechtliche Kliniken: Letztere konnten bislang vielfach auf die finanzielle Unterstützung ihrer kommunalen Träger zurückgreifen. Angesichts steigender Defizite vieler Kommunen dürfte dieser Spielraum künftig jedoch schmaler werden. Das Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und das Institute for Health Care Business (hcb) schätzen, dass bereits 22% der kommunalen Krankenhäuser einen Träger mit erheblicher Verschuldung haben.

Die effektiven Belastungen durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz belaufen sich laut Hochrechnungen von RWI und hcb auf rund 3,7 Mrd. Euro im Jahr 2027. Bis 2035 könnten sie auf etwa 10 Mrd. Euro ansteigen. Die künftige Koppelung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnrate, die Deckelung der Pflegebudgets sowie der Wegfall von Sonderfi-

nanzierungen begrenzen den finanziellen Spielraum der Häuser dauerhaft, während Personal- und Sachkosten weiterhin dynamisch steigen. In diesem Umfeld gewinnt die wirtschaftliche Stützungsbereitschaft der Träger – insbesondere von Ländern, Kommunen und großen freigemeinnützigen oder privaten Verbänden – erheblich an Bedeutung, entwickelt sich gar zum Schlüsselfaktor für Standorterhalt oder -schließung.

Parallel dürfte die Krankenhausreform den Strukturwandel beschleunigen. Die Konzentration von Leistungsgruppen und die Neuordnung von Versorgungsaufträgen werden den Konsolidierungsdruck insbesondere auf kleinere Häuser erhöhen. Nach einer vorübergehenden wirtschaftlichen Entlastung durch den befristeten Rechnungszuschlag und höhere Landesbasisfallwerte erwartet der Krankenhaus Rating Report einen Anstieg des Anteils der Verlustkliniken auf 60 % im Jahr 2027 und auf bis zu 68 % in 2030. Die durchschnittliche Umsatzrendite könnte auf rund -2% sinken. Laut dem Report müssten Krankenhäuser ihre Kosten bis 2030 deutlich reduzieren, um die wirtschaftlichen Herausforderungen der Reform zu bewältigen. Als besonders groß wird der Anpassungsbedarf bei den Personalkosten gesehen, die außerhalb der Pflege um 8 bis 9 % sinken müssten.

3 Hybrid-DRGs: Ambulantisierung gewinnt an Fahrt

Vergütungsreform mit Nebenwirkungen

Die Hybrid-DRGs sind seit dem 1. Januar 2024 in Kraft und stellen einen zentralen Baustein der sektorengleichen Vergütung von Krankenhaus- und Vertragsarztleistungen dar. Für ausgewählte Eingriffe wird seitdem eine einheitliche Fallpauschale gezahlt – unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Die Kalkulation der Hybrid-DRGs erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) in Zusammenarbeit mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

Zum 1. Januar 2026 wurde der Hybrid-DRG-Leistungskatalog deutlich ausgeweitet. Er umfasst nun 69 Hybrid-DRGs, denen insgesamt 904 Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS-Codes) zugeordnet sind. Das Ziel dieser Erweiterung – insbesondere um kardiologische Leistungen – ist es, schrittweise bislang vollstationär erbrachte Leistungen ambulant oder kurzstationär zu erbringen und über Hybrid-DRGs einheitlich zu vergüten.

Gemäß den Vorgaben des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVVG) sollen bis zum Jahr 2030 mindestens zwei Millionen ehemals vollstationäre Behandlungsfälle jährlich über Hybrid-DRGs vergütet werden. Die Leistungen sollen dabei zunehmend ambulant oder teilstationär erbracht werden. Damit verlagern sich Behandlungsfälle aus dem klassischen DRG-System in einen Vergütungsbereich, der regelmäßig geringere Erlöse je Fall aufweist.

Die Hybrid-DRGs werden seit ihrer Einführung von der Mehrheit der Krankenhäuser abgerechnet. Die Fallzahlen zeigen seit 2024 einen kontinuierlichen Anstieg, verbleiben jedoch bis zum Frühjahr 2026 noch auf einem begrenzten Niveau.

Der überwiegende Teil der Hybrid-DRG-Leistungen wird bislang noch innerhalb der klassisch stationär geprägten Krankenhausstrukturen erbracht. Die niedrigeren Vergütungen treffen damit vielfach auf Kostenstrukturen, die noch nicht vollständig an die ambulante Leistungserbringung angepasst sind.

Gleichzeitig ist eine zunehmende Verlagerung in ambulante Versorgungssettings zu beobachten: Rund die Hälfte der Krankenhäuser nutzt ambulante OP-Zentren, ein Drittel Medizinische Versorgungszentren (MVZ), 24 % Ambulanzen und 15 % Tageskliniken. Trotz dieser strukturellen Anpassungen berichten bislang nur wenige Kliniken von einer kostendeckenden Hybrid-DRG-Vergütung.

Insgesamt zeigt sich, dass Krankenhäuser mit größerer Erfahrung im Hybrid-DRG-Bereich und weiter fortgeschrittenen Anpassungsmaßnahmen zwar tendenziell etwas bessere wirtschaftliche Ergebnisse erzielen. Die ökonomische Tragfähigkeit des aktuellen Hybrid-DRG-Systems bleibt jedoch bislang begrenzt. Den geringeren Vergütungen stehen in vielen Häusern weiterhin stationär geprägte Kostenstrukturen gegenüber, sodass die Ambulantisierung ihre wirtschaftlichen Vorteile bislang nur eingeschränkt entfalten kann.

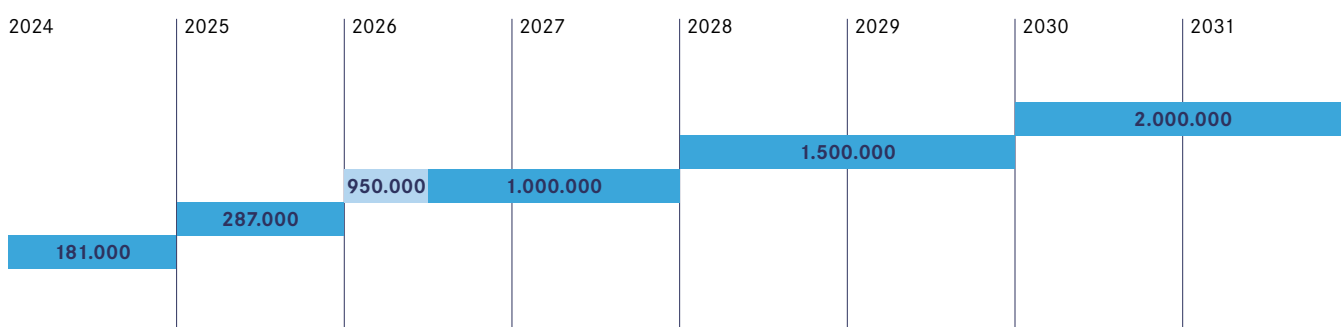


apoTalk digital

**Mehr ambulant wagen:
Chancen nutzen mit der Hybrid-DRG**

<https://www.apobank.de/firmenkunden/beratung>

Bisherige und geplante Entwicklung von Hybrid-DRGs



Quelle: InEK (2025)

Ein Blick in die Praxis:

3 Fragen an Andreas Degelmann

Geschäftsführer St. Augustinus-Kliniken gGmbH

Mit rund 8.000 Mitarbeitenden an knapp 100 Standorten gehört die St. Augustinus Gruppe zu den großen Gesundheits- und Sozialunternehmen im Rheinland. Die Schwerpunkte liegen in der Somatik, Psychiatrie, Senioren- und Eingliederungshilfe sowie der ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Darüber hinaus bildet die St. Augustinus Gruppe in zwei Akademien Pflegefachkräfte, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten aus und ist in der Hospiz- und Palliativarbeit engagiert.

Wie weit sind Sie bei der Umsetzung der notwendigen ambulanten Strukturen, und welche organisatorischen Hürden bestehen aktuell?

Die sektorenübergreifende Versorgung ist für unsere Gruppe ein zentraler Bestandteil der strategischen Ausrichtung. Unsere besondere Stärke liegt in der engen regionalen Verzahnung von stationären Leistungen, MVZ-Strukturen und rehabilitativen Angeboten. Diese Integration ermöglicht es uns, Versorgung konsequent aus Patientensicht zu denken und effizient zu steuern. Gleichzeitig sehen wir regulatorische Hürden, insbesondere durch fehlende Anreize zur integrierten Versorgung seitens der Kostenträger. Hier liegt ein entscheidender Hebel: Eine stärkere Unterstützung integrierter Modelle könnte die Transformation deutlich beschleunigen und die Versorgung nachhaltig verbessern.

Welche wirtschaftlichen Chancen und Risiken sehen Sie durch Hybrid-DRGs – und wie wirkt sich das auf Ihre zukünftige Investitionsstrategie aus?

Hybrid-DRGs werden ein wesentlicher Bestandteil der zukünftigen medizinischen Versorgung sein. Sie bieten die Chance, stationäre Kapazitäten gezielt zu entlasten



und gleichzeitig neue ambulante Leistungsbereiche zu erschließen. Ohne diesen Schritt entstehen wirtschaftliche Risiken, da die aktuellen Vergütungsstrukturen die tatsächlichen Kosten häufig nicht abbilden. Für unsere Strategie bedeutet das eine klare Fokussierung auf skalierbare, prozessorientierte stationäre und separate ambulante Strukturen sowie auf die Leistungsbereiche, in denen wir Effizienz und Qualität nachweisbar steigern können und bereits konnten.

Welche Auswirkungen erwarten Sie auf die zukünftige Positionierung Ihres Hauses im regionalen Versorgungsverbund?

Wir erwarten eine weitere Verdichtung der Versorgungsangebote im Krankenhausmarkt, getrieben durch wirtschaftlichen Druck und steigende Qualitätsanforderungen aus der Krankenhausplanung. Unsere Unternehmensgruppe verfügt bereits heute über eine regional eng verzahnte Versorgungsstruktur mit klar definierten Leistungsprofilen, bspw. in den Bereichen der Orthopädie, Neurologie und Onkologie. Hier versorgen wir ambulant, stationär und rehabilitativ. Diese Positionierung ermöglicht es uns, Leistungen gezielt zu bündeln und die sektorenübergreifende Versorgung konsequent umzusetzen. Häuser, die ihre Rolle im regionalen Versorgungsnetzwerk nicht klar definieren und umsetzen, werden nach unserer Einschätzung langfristig an Wettbewerbsfähigkeit verlieren.



Eine stärkere Unterstützung integrierter Modelle könnte die Transformation deutlich beschleunigen und die Versorgung nachhaltig verbessern.

4 Krankenhausreform: Versorgung neu ordnen

Qualität bündeln, Versorgung sichern

Die Krankenhausreform tritt zunehmend in die Umsetzungsphase ein. Mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) wurden im Jahr 2026 zentrale Regelungen nachjustiert und den Ländern zusätzliche Gestaltungsspielräume sowie längere Übergangsfristen eingeräumt. Am grundsätzlichen Reformkurs ändert dies jedoch wenig: Leistungs-

gruppen, Vorhaltefinanzierung und neue Qualitätsanforderungen werden die Krankenhauslandschaft nachhaltig verändern. Für die Träger rückt damit weniger die Frage nach dem „Ob“ der Reform in den Vordergrund, sondern vielmehr die Frage, wie sie ihre Leistungsportfolios, Kooperationen und Investitionen künftig ausrichten.

Kernelemente des KHAG im Überblick



Vorhaltefinanzierung
budgetneutral ab 2027



Leistungsgruppen-
Anpassung
(von 65 auf 61)



Definition von
Fachkliniken (Level F)



Erhöhung Bundesanteil
beim Transformations-
fonds



Anpassung von Zwischen-
fristen zur Umsetzung der
Reform



Erweiterte Ausnahmen
und Kooperations-
möglichkeiten



2-Kilometer-Regel für
Krankenhaus-Standort-
Definition



Fachärztequote bei
Leistungsgruppen und
Konkretisierung auf
38,5 h VZÄ

Zeitplan Umsetzung Krankenhausreform



Quelle: Krankenhausreformenpassungsgesetz (2026)





Getty Images / Vladislav Stepanov

5 Transformationsfonds: Investitionen in den Strukturwandel

Viel Geld und große Erwartungen

Durch den Transformationsfonds werden gemäß der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV) **acht Fördertatbestände** unterstützt:

1. Standortübergreifende Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten
2. Umstrukturierung zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen
3. Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen zwischen Krankenhäusern
4. Bildung von Zentren für seltene/komplexe Erkrankungen an oder gemeinsam mit Hochschulkliniken
5. Bildung regionaler Krankenhausverbünde zum Abbau von Doppelstrukturen
6. Bildung integrierter Notfallstrukturen
7. Dauerhafte Schließung von Krankenhäusern oder Teilbereichen
8. Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten

Der Transformationsfonds verfügt über ein Gesamtvolumen von bis zu 50 Mrd. Euro bis 2035, das sich aus Bundesmitteln sowie einer verpflichtenden Kofinanzierung der Länder speist. Durch die kofinanzierte Ausgestaltung entsteht ein erheblicher Investitions-

hebel, der gezielt strukturelle Anpassungen im Krankenhausmarkt beschleunigen soll. Für Krankenhausträger ist jedoch insbesondere relevant, dass Fördermittel regelmäßig nur bei einer gesicherten Gesamtfinanzierung des Projekts bewilligt werden.

Das Antragsverfahren ist zweistufig organisiert. Krankenhäuser selbst sind nicht antragsberechtigt. Sie melden ihren Förderbedarf zunächst an die zuständigen Landesbehörden. Die Länder koordinieren, priorisieren und entscheiden, welche Vorhaben weiterverfolgt werden, und reichen anschließend als alleinige Antragsteller die Förderanträge beim Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) ein. Das BAS prüft die Anträge und nimmt die formale Mittelzuteilung an die Länder nach dem Königsteiner Schlüssel vor, die die Gelder an die Krankenhausträger weiterleiten. Ergänzt wird das Verfahren durch umfassende Nachweis- und Dokumentationspflichten, inklusive der Möglichkeit von Rückforderungen bei Nichterfüllung der Fördervoraussetzungen. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass die Projekte einen nachweisbaren Beitrag zur Verbesserung von Versorgungsqualität, Effizienz oder Erreichbarkeit leisten und sich in die jeweilige Krankenhausplanung der Länder einfügen. Reine Ersatz- oder Erhaltungsinvestitionen sind grundsätzlich nicht förderfähig. Zudem müssen die Maßnahmen strukturelle Veränderungen bewirken („Transformationscharakter“).

50 Mrd. Euro

Gesamtvolumen des Transformationsfonds bis 2035

Auswirkungen des KHAG auf den Transformationsfonds

Mit dem Krankenhausreformsanpassungsgesetz (KHAG) erfährt der Transformationsfonds eine deutliche faktische Weiterentwicklung, obwohl der Wortlaut der KHTFV nur begrenzt verändert wird. Wesentliche Neuerungen sind der Wegfall starrer Antragsfristen, die Einführung einer rollierenden Antragstellung, der Verzicht auf das bislang vorgesehene Wirtschaftsprüfer-Testat zum Insolvenzrisiko sowie eine Reduktion des Prüfungsumfangs des BAS zugunsten einer stärkeren Verantwortung der Länder. Gleichzeitig wird der Bundesanteil an der Finanzierung in den Anfangsjahren von 2,5 Mrd. Euro auf 3,5 Mrd. Euro erhöht, was die Liquiditätsbereitstellung beschleunigt und die Kofinanzierungslasten der Länder senkt. Zudem werden Investitionen in Bestandsimmobilien erleichtert, sofern sie in einen strukturellen Umbau eingebettet sind.

Insgesamt wird das Förderverfahren dadurch flexibler, schneller und weniger bürokratisch. Gleichzeitig steigt die Bedeutung der landesspezifischen Förderpraxis, was zu einer heterogenen Umsetzung führen kann. Der Transformationsfonds schafft damit einerseits höhere Planungssicherheit und bessere Finanzierungsperspektiven für tiefgreifende Strukturprojekte, birgt andererseits aber auch das Risiko von Reformverzögerungen und politisch motivierten Entscheidungen.

Leistungsgruppen und Level sind keine formalen

Fördervoraussetzungen. Für die Bewilligung von Fördermitteln ist es nicht erforderlich, dass ein Krankenhaus bereits einer bestimmten Versorgungsstufe oder einem konkreten Leistungsgruppenspektrum zugeordnet wurde. Die geförderten Projekte müssen jedoch mit den Zielen der Krankenhausreform und den künftigen Planungsstrukturen der Länder vereinbar sein.

Damit sind Leistungsgruppen und Level indirekt von hoher Bedeutung: Förderfähig sind insbesondere Vorhaben, die die angestrebte Spezialisierung, Konzentration von Leistungen, Vernetzung oder Ambulantisierung unterstützen. Projekte, die nicht zur vorgesehenen Rolle eines Standorts im zukünftigen Versorgungsnetz passen, dürften dagegen geringere Erfolgsaussichten haben.

Für Krankenhäuser bedeutet dies: Eine abschließende Zuordnung zu Leistungsgruppen ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Je klarer jedoch die künftige Positionierung des Standorts im Rahmen der Landeskrankenhausplanung erkennbar ist, desto besser lassen sich Transformationsprojekte begründen und Fördermittel einwerben.

- 
- **Mehr Sicherheit**, da der Bund in den ersten Jahren mehr Liquidität bereitstellen wird – Kliniken haben einen Anreiz dafür, früher zu planen
 - **Höhere Planungssicherheit** durch Stärkung der Länderhoheit in der Förderpraxis
 - **Mehr Flexibilität** durch fortlaufende Antragstellung statt harter Fristen
 - **Weniger Bürokratie**, z. B. durch den Wegfall des Wirtschaftsprüfer-Testats
 - **Mehr komplexe Umbau- und Fusionsprojekte** werden realisierbar – auch wenn sie strukturerhaltende Elemente beinhalten

Pros und Cons im Überblick



- **Verzögerung der Reformziele**, z. B. durch Aufweichung bestimmter Kriterien, bedeutet auch längere Unsicherheitsphase
- **Genehmigungspraxis** der Länder wird zum Dreh- und Angelpunkt (heterogene Förderpraxis möglich, z. B. hinsichtlich Bearbeitungsdauer und Auszahlungszeitpunkt)
- **Gefahr von politisch motivierten Projekten** ohne wirtschaftliche Tragfähigkeit, z. B. um Schließungen vor wichtigen Wahlen zu vermeiden
- **Steigender Komplexitätsgrad** bei Projekten mit strukturerhaltendem und –erneuerndem Charakter erhöht Umsetzungsrisiken

Fördertatbestand 2: Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Zwischen Faktenlage und Fragezeichen

Potenziell bis zu

500 Standorte
betroffen

Bis zu 500 Krankenhausstandorte kommen für eine Transformation in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung in Frage. Von den bislang 255 beim BAS eingereichten Förderanträgen entfallen allerdings nur 25 auf diesen Fördertatbestand. Dies dürfte weniger Ausdruck mangelnden Interesses sein als vielmehr Folge eines noch nicht vollständig ausgereiften regulatorischen und wirtschaftlichen Rahmens.

reichenden Förderanträgen entfallen allerdings nur 25 auf diesen Fördertatbestand. Dies dürfte weniger Ausdruck mangelnden Interesses sein als vielmehr Folge eines noch nicht vollständig ausgereiften regulatorischen und wirtschaftlichen Rahmens.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV) verbinden eine weniger komplexe internistische und geriatrische stationäre Versorgung mit ambulanten Leistungen und sichern so eine wohnortnahe Basisversorgung – insbesondere für ältere Menschen und Patienten mit mehreren Erkrankungen. Sie bündeln stationäre, ambulante und behandlungspflegerische Angebote unter einem Dach. Medizinisch entsprechen süV weitgehend heutigen kleinen Krankenhäusern zur Grundversorgung. Echte Neuerungen liegen vor allem in der Integration pflegerischer Leistungen sowie der geplanten Finanzierung über degressive Tagessätze. Der seit März 2026 gültige Leistungskatalog definiert ein verpflichtendes

Stationäre Mindestleistungen

Beispiele aus dem Mindestleistungskatalog:

- Gastrointestinale Infektionen
- Infektionskrankheiten niedriger Komplexität
- Diverse Anämien
- Diabetes Typ 2 ohne Komplikationen

Ausschlussliste für stationäre Leistungen

Nicht erlaubt sind u. a.:

- Intensivmedizinische Versorgung
- Invasive Notfalldiagnostik
(z. B. Herzkatheter, Notfallendoskopie)
- Komplexe Notfalltherapien
(z. B. Schlaganfallbehandlung)
- Hochinfektiöse Erkrankungen mit speziellen Isoliereinheiten

Quelle: Leistungskatalog der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen vom 02.03.2026



internistisch-geriatrisches Basisangebot. Zusätzliche Leistungen aus Allgemeiner Innerer Medizin und Geriatrie sind möglich, während komplexe oder spezialisierte Behandlungen ausgeschlossen bleiben. Ergänzend gelten verbindliche Qualitäts-, Struktur- und Dokumentationsanforderungen. Die zentrale Vergütungsvereinbarung für die stationäre Versorgung steht allerdings noch aus.

Die Vergütung orientiert sich zunächst am System der Plankrankenhäuser, soll aber schrittweise in ein neues Modell mit degressiven Tagesentgelten überführt werden. Der Finanzierungsmix bleibt damit komplex und ist noch mit einer hohen Planungsunsicherheit verbunden – eröffnet aber Potenziale durch zusätzliche Pflegeerlöse. Als Plankrankenhäuser haben süV zudem Anspruch auf Investitionskostenförderung.

Primär sollen bestehende Krankenhausstandorte umgewandelt werden, perspektivisch sind jedoch auch ambulante Weiterentwicklungen oder Neugründungen denkbar. Offen bleibt, wie viele Einrichtungen tatsächlich entstehen, nach welchen Kriterien Länder auswählen und wie MVZ, Pflegeeinrichtungen, Reha-Kliniken oder Hausarztpraxen integriert werden. Auch der konkrete Zeitplan ist unklar – GKV und DKG nennen 2027 als möglichen Startpunkt.

Zudem benötigen süV voraussichtlich mehrere Zulassungen, während die Landeskrankenhausplanung exklusiv über Umwandlungen entscheidet. Das Zusammenspiel mit der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen ist weiterhin ungeklärt. In manchen Regionen können sich zusätzlich Konkurrenzsituationen mit bestehenden Großpraxen entwickeln – dabei kann es sowohl um Fallzahlen gehen als auch um den Nachwuchs, der, was erschwerend hinzukommt, zunehmend ambulant arbeiten und operativ tätig sein möchte, aber weniger an Schichtdiensten interessiert ist. Kooperationen zwischen süV und bestehenden Strukturen können hier ein entscheidender Faktor sein, um regionale Versorgungsengpässe zu vermeiden.

Trotz aller Unsicherheiten sind süV ein zukunftsfähiges Modell, das in der Versorgungslandschaft seine Rolle zwischen größeren Arztpraxen und Krankenhäusern allerdings noch finden muss. Und mit ihnen kommt auch mehr Dynamik ins Spiel, worauf viele Akteure im Gesundheitsmarkt schon lange gewartet haben – denn das Potenzial von hybriden Versorgungsformen ist groß.

Ein Blick in die Beratung:

3 Fragen an Sandro von Korff

Bereichsleiter Firmenkunden bei der apoBank

Welche Bedeutung hat der Transformationsfonds aus Sicht der apoBank für die zukünftige Finanzierung von Krankenhäusern?

Der Transformationsfonds ist ein zentraler Stabilitäts- und Strukturimpuls für die künftige Krankenhausfinanzierung. Er verbessert die Planbarkeit in einer Phase tiefgreifender Umbrüche und wirkt positiv auf die Risikoprofile vieler Häuser, indem er notwendige, aber wirtschaftlich belastende Transformationsschritte gezielt unterstützt.

Für Banken ist entscheidend: Der Fonds ersetzt keine klassische Finanzierung, sondern ergänzt sie sinnvoll. Fördermittel können Eigenkapital ähnliche Effekte entfalten, Investitionsrisiken reduzieren und damit den Raum für langfristige Bankfinanzierungen öffnen. Gerade bei komplexen Vorhaben – etwa Standortkonzentrationen, Spezialisierungen oder sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen – entstehen tragfähige Mischfinanzierungen aus öffentlichen Mitteln, Eigenbeiträgen der Träger und Bankdarlehen.

Ein wesentlicher Mehrwert des Transformationsfonds liegt aus apoBank-Sicht in seiner Unterstützung des strukturellen Wandels im Krankenhaussektor: Er schafft finanzielle Anreize dafür, Versorgungsstrukturen gezielt weiterzuentwickeln und notwendige Anpassungen wirtschaftlich tragfähiger umzusetzen. Und klare Entscheidungen zur zukünftigen Rolle einzelner Standorte innerhalb regionaler Versorgungsstrukturen sind eine zentrale Voraussetzung für nachhaltige Finanzierungskonzepte: Wo Perspektiven definiert sind, können Banken verlässlich begleiten.

Damit der Fonds seine Wirkung voll entfaltet, braucht es jedoch klare Kriterien, Transparenz und Umsetzungsgeschwindigkeit. Dann kann er zu einem echten Katalysator für eine wirtschaftlich tragfähige und zukunftsorientierte Krankenhauslandschaft werden – und die partnerschaftliche Finanzierung durch spezialisierte Banken wirksam unterstützen.

Wie kann die apoBank Krankenhäuser bei der Umsetzung von Transformationsprojekten über die Mittel des Krankenhaustransformationsfonds hinaus unterstützen?

Die apoBank versteht sich als strategischer Finanzierungspartner für das Gesundheitswesen – weit über die Bereitstellung von Krediten hinaus. Wir strukturie-



ren Finanzierungen so, dass Fördermittel, Eigenmittel und klassische Bankfinanzierung sinnvoll ineinandergreifen. Das verbessert die Finanzierungssicherheit und senkt Projektrisiken. Darüber hinaus begleiten wir Krankenhäuser frühzeitig bei der Bewertung von Investitions- und Transformationsvorhaben, etwa durch Cashflow-Analysen, Szenariorechnungen und Strukturierungsberatungen. Gerade bei komplexen Transformationsprojekten reicht es nicht aus, allein die Finanzierung zu betrachten. Investitionsentscheidungen müssen zur medizinischen Ausrichtung des Hauses und zu dessen zukünftiger Rolle im regionalen Versorgungsnetz passen. Deshalb begleiten wir Krankenhäuser auch dabei, wirtschaftliche Tragfähigkeit, strategische Zielsetzung und regionale Versorgungsperspektiven frühzeitig aufeinander abzustimmen.

Wie sollte ein Krankenhaus bei der Finanzplanung von neuen Strategiejekten vorgehen?

Die allerwichtigste Frage, die als erstes beantwortet werden sollte, ist: Welche Rolle will das Krankenhaus künftig in der regionalen Versorgung übernehmen? Darauf aufbauend sollten Projekte modular geplant, realistische Zeitachsen definiert und Auswirkungen auf Erträge, Kosten und Liquidität transparent abgebildet werden. Aus Banksicht sind belastbare Businesspläne und klare Strukturentscheidungen zentral für Planbarkeit und Risikobewertung. Fördermittel, etwa aus dem Transformationsfonds, sollten frühzeitig integriert, aber nicht als alleinige Finanzierungsbasis betrachtet werden. Entscheidend ist ein konsistenter Finanzierungsmix, der auch bei Verzögerungen oder veränderten Rahmenbedingungen tragfähig bleibt. Und entscheidend sind letztendlich auch das Engagement und die Stützungsbereitschaft des Trägers.



Fazit:

Chancen nutzen, Risiken managen



Getty Images / Jacob Wackerhausen

Die Krankenhausreform eröffnet erstmals seit Jahren die Aussicht auf eine nachhaltig tragfähige Krankenhauslandschaft. Der damit verbundene Preis ist politisch anspruchsvoll: der Abbau zahlreicher Standorte und in der Konsequenz längere Wege für Patientinnen und Patienten. Entscheidend wird nun sein, die Reform zügig und konsequent umzusetzen. Mit dem KHAG erhalten die Länder jedoch wieder mehr Planungsspielräume und längere Fristen – was das Risiko birgt, dass der dringend notwendige Strukturwandel doch weiter hinausgezögert wird.

Viele Krankenhäuser haben diesen Wandel aber bereits antizipiert und ihre stationären wie ambulanten Leistungsportfolios sowie die Investitionsplanung strategisch neu ausgerichtet. Gleichzeitig bestehen weiterhin erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich der künftigen Finanzierungsstrukturen. Insbesondere die konkrete Ausgestaltung und die tatsächlichen Verteilungswirkungen des Vorhaltebudgets sind für viele Häuser noch nicht abschließend einzuschätzen. Zahlreiche Entscheidungen zu Leistungsspektrum, Personal, Investitionen oder Kooperationen müssen daher getroffen werden, ohne die langfristigen finanziellen Auswirkungen der Reform verlässlich kalkulieren zu können. Die zunehmende Dynamik bei Fusionen, Kooperationen und Verbundlösungen zeigt, dass es darum geht, die eigene Wettbewerbs- sowie Zukunftsfähigkeit zu sichern. Neben der Konzentration stationärer Leistungen wird die Verlagerung geeigneter Behandlungen in den ambulanten Bereich den Strukturwandel der Branche maßgeblich prägen. Krankenhäuser werden künftig stärker dazu gezwungen sein, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle auf- und ambulante Leistungsangebote auszubauen. Die Ambulantisierung ist damit nicht nur ein gesundheitspolitisches Ziel, sondern zunehmend auch eine wirtschaftliche Notwendigkeit zur Sicherung der Zukunftsfähigkeit von Standorten.

5 Thesen für die Krankenhausbranche

- 1 Strategische Neuausrichtung ist entscheidend:** Ambulantisierung, Leistungsgruppen und Reformen erzwingen klare Entscheidungen zu Leistungsportfolio, Rolle im regionalen Verbund und Investitionsschwerpunkten.
- 2 Qualität und regionaler Bedarf als Steuerungsgrößen:** Zukünftig setzen sich Standorte mit nachgewiesener Struktur- und Ergebnisqualität durch; komplexe Leistungen werden zentralisiert, kleinere Häuser neu positioniert.
- 3 Wirtschaftlicher Druck bleibt hoch:** Transformation erfordert Zeit, Liquidität und Managementkapazitäten – kurzfristige Entlastungen ersetzen keine tragfähige Strategie.
- 4 Fördermittel gezielt nutzen:** Transformationsfonds und Strukturprogramme eröffnen Chancen, sind aber kein Selbstläufer – entscheidend sind Projektqualität, Umsetzungsfähigkeit und Kofinanzierung.
- 5 Kooperationen gewinnen an Bedeutung:** Regionale Netzwerke, Verbundmodelle und arbeitsteilige Versorgungsstrukturen stärken Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit.

7 Unser Branchenwissen für Ihren Erfolg: Mit Markt- und Wettbewerbsdaten Transparenz schaffen

Unsere aktuelle Analyse der Krankenhauslandschaft zeigt eine Branche im Umbruch. Ihre Entwicklungen zwingen zur gründlichen Auseinandersetzung mit der individuellen Situation eines jeden Krankenhauses. Um die eigene Rolle in der künftigen Landschaft der stationären Versorgung zu bestimmen, wird die Ausrichtung des eigenen Angebots an der regionalen Nachfrage, dem jeweiligen Wettbewerb und den eigenen Leistungsmöglichkeiten wesentlich sein.

In unserer Beratung für die Anbieter der stationären Versorgung setzen wir auf präzise Markt- und Wettbewerbsdaten, anhand derer wir die Erfolgskennzahlen aller Krankenhäuser in Deutschland vergleichen. Dazu können wir nach frei wählbaren Kriterien Vergleichsgruppen zusammenstellen. So gibt beispielsweise ein Blick auf Häuser gleicher Trägerschaft mit

einem Vergleich von Bettenzahlen, Fallzahlen, Case-Mix-Index oder Personaleinsatz wichtige Anhaltspunkte für die eigene Positionierung im Wettbewerb. Und hinsichtlich der künftigen Entwicklung einer Klinik sind besonders unsere Prognosedaten gefragt. Hierzu rechnen wir auf Leistungsebene die künftige Entwicklung der Nachfrage nach einzelnen Fachgebieten in den jeweiligen Regionen hoch. Die Datengrundlagen speisen sich aus vielfältigen Quellen, wie Qualitätsberichten, statistischen Daten oder Informationen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Mit diesen Informationen gewinnen unsere Kunden nicht nur mehr Transparenz hinsichtlich ihrer eigenen Positionierung im Wettbewerb, sondern sie verfügen auch über statistische Grundlagen für das Ausrichten des eigenen Leistungsangebots und die künftigen Schwerpunkte.

Finanzierungen

Betriebsmittelfinanzierungen, Investitionsfinanzierungen, Immobilienfinanzierungen, Förderkredite, Leasing, Eigenkapital und Mezzanine, Kapitalmarktfinanzenzen (u. a. Schuldscheindarlehen), strukturierte Finanzierungen

Risikomanagement

Dokumentäres Auslandsgeschäft, Zins- und Währungsmanagement, Devisenhandel und -absicherung, Sachwertabsicherung, betriebliche Altersvorsorge

Liquiditätsmanagement

Geschäftskonto, Firmenkreditkarten, Electronic Banking, Cash-Management, Cash Pooling, Zahlungssysteme

Beratungsleistung

apoCorporateFinance

Strukturierte Finanzierungen, Corporate-Akquisitionsfinanzierung und Debt-Fonds, Abrechnungsstellen, Konsortialkredite und kapitalmarktnahe Produkte

Anlagemanagement

Sicht- und Termineinlagen, Rentendirektgeschäft, Fondsmanagement (v. a. Multi-Asset-Mandate, Finanzportfolioverwaltung, Scoring-Modelle, Portfolioanalysen, Research-Dienstleistungen)

Netzwerk

Netzwerkveranstaltungen, Empfehlungsmanagement, Zugang zu wesentlichen Unternehmen, Standesorganisationen und politischen Akteuren, Brancheneinschätzungen, Marktbewertungen und -analysen, Plattform im Gesundheitswesen





Als das erleben Sie uns: Der Partner an Ihrer Seite

1

Direkter Ansprechpartner vor Ort

Bei allen wichtigen Branchen- und Kooperations-Veranstaltungen

2

Referent bei Webinaren + Worksessions

Bei Online-Talks zu aktuellen Branchen-Themen

3

Gesicherte Informationsquelle

Auf unserer Website, in unseren Mailings und in Gastbeiträgen in Fachmedien

4

Absender von Sonderpublikationen

Mit eigenen Researchs und Reports zu aktuellen Trends und wirtschafts-politischen Veränderungen

5

Teil des branchenweiten Netzwerks des Gesundheitsmarktes

Mit Networking und Kooperationen für Teilnehmer des Gesundheitssektors

Ihre Ansprechpartner

Als strategischer Partner für Ihre nachhaltige Geschäftsentwicklung setzen wir auf eine hohe Qualität in der Beratung und bei der Gestaltung unserer Produktlösungen. Wir verfügen über umfangreiche Finanzierungserfahrungen und Branchenwissen im Gesundheitsmarkt. Gemeinsam mit unseren Research-Spezialisten analysieren wir den Krankenhausmarkt und die jeweilige individuelle Situation.



Sandro von Korff
Bereichsleiter Firmenkunden
Telefon: +49 211 5998 8267
Mobil: +49 151 1082 9306
sandro.von.korff@apobank.de



Thies-Peter Maaßen
Leiter Region Nord/Ost
Telefon: +49 40 22804 299
Mobil: +49 151 1881 5727
thies-peter.maassen@apobank.de



Thilo Gewaltig
Leiter Region West
Telefon: +49 211 5998 9380
Mobil: +49 151 1955 2581
thilo.gewaltig@apobank.de



Thomas Sattler
Leiter Region Süd
Telefon: +49 69 795092 106
Mobil: +49 151 1082 9820
thomas.sattler@apobank.de



Das können Sie von uns erwarten:

- **Verlässliche und vertrauensvolle Kundenbeziehungen**, die auf Langlebigkeit angelegt sind.
- **Finanzielle Planungssicherheit**, wie sie aufgrund schneller Änderungen von (gesetzlichen) Rahmenbedingungen besonders wichtig wird.
- **Einzigartiges Wissen** über den Gesundheitsmarkt, mit dem Empfehlungen und Prognosen für Ihre Entscheidungen tragfähig werden.
- **Umfassendes Verständnis** für branchentypische Herausforderungen, was gute individuelle Lösungen von uns für Sie erst möglich macht.
- Einen **unternehmerischen Mehrwert**, auch weil unsere Lösungskompetenz über die reinen Finanzprodukte hinausgeht.

Denn:

- Uns zeichnet **mittelständische Agilität und Flexibilität** aus, zusätzlich zum reinen Banking. Deshalb können wir proaktiv Impulse setzen sowie Chancen aufdecken und wahrnehmen.
- Wir sind **bundesweit vertreten** und kennen die besonderen Herausforderungen in jeder Region.
- Wir betreuen unsere Kunden in allen **finanziellen Belangen** und kennen das **Netzwerk** der großen und der kleinen Marktteilnehmer.
- Wir konzentrieren uns auf die **akademischen Heilberufe und deren Organisationen** wie auch **Unternehmen im Gesundheitsmarkt**. Hierbei berücksichtigen wir die gewachsenen Verflechtungen.
- Das eng vernetzte **apoBank-Firmenkundenteam** aus rund **50 Experten** begleitet Projekte in seiner Vorreiter-Rolle.

Bei der Zusammenstellung dieser Informationen haben wir mit großer Sorgfalt gearbeitet. Dennoch können wir Fehler nicht ausschließen. Für Richtigkeit und Vollständigkeit der Aussagen und Angaben übernehmen wir keine Haftung. Diese Information ersetzt keine individuelle Finanz-, Rechts- oder Steuerberatung. Stand: 08/2026



Herausgeber:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

Richard-Oskar-Mattern-Straße 6 | 40547 Düsseldorf

T 0211 5998 0

F 0211 5938 77

M info@apobank.de

apobank.de

