

April 2026

PRO
HEALTH
REAL
ESTATE

KRANKENHAUS

REFORM

 STAU

PROHEALTH REAL ESTATE GMBH

Inhalt

Executive Summary	3
Fragestellung und Einordnung	4
Datengrundlage und Methodik	5
Ergebnisse I – Schließungen und Bettenabbau	6
Ergebnisse II – Nachnutzung und Immobilienstrategie	7
Ergebnisse III – MVZ-Strategie und ambulante Versorgung	8
Ergebnisse IV – Transformationsfonds und PPP-Modelle	9
Zusammenfassung	10
Interview: Dr. Uwe Natter	12
Interview: Prof. Dr. Andreas Beivers	13
Impressum	14

Executive Summary

Die Studie untersucht, wie weit die Bundesländer im ersten Jahr der Krankenhausreform ihre Planungen zu Klinikschließungen, Bettenabbau und der künftigen Nutzung von Krankenhausstandorten konkretisiert haben. Grundlage sind schriftliche Antworten der Landesgesundheitsministerien und des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) auf einen standardisierten Fragenkatalog.

Überblick

Die Auswertung zeigt: Zwischen bundespolitischem Reformanspruch und tatsächlicher Planungstiefe der Länder besteht eine enorme Lücke. Nur ein Bundesland benennt einen konkret betroffenen Standort mit Größenordnung des Bettenabbaus und beschreibt zugleich ein belastbares Nachnutzungskonzept. Viele Länder verweisen auf laufende Verfahren, auf Zuständigkeiten seitens der Krankenhausbetreiber oder vermeiden quantitative Aussagen zu erwarteten Schließungen und strukturellen Veränderungen.

Limitierungen

Auch bei Nachnutzungskonzepten, der Rolle sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (SÜVE) und der strategischen Einbindung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in kommunaler Trägerschaft bleiben zahlreiche Länder vage oder deklarieren diese Themen als nicht im eigenen Verantwortungsbereich befindlich. Insgesamt entsteht das Bild einer Reform, deren Umsetzung bereits in der ersten Phase stockt und deren operative Ausgestaltung in praktisch allen Ländern noch nicht hinreichend unterlegt ist.

Fragestellung und Einordnung

Die Krankenhausreform ordnet die stationäre Versorgung und die Kliniklandschaft in Deutschland grundlegend neu. Leistungsgruppen, SÜVE und der Transformationsfonds setzen starke Anreize für Konzentration, Umwandlung und Schließung von Standorten. Die Länder tragen als Krankenhausplanungsbehörden die Verantwortung, diese Vorgaben in regionale Versorgungsnetze und konkrete Standortentscheidungen zu übertragen.

Gleichzeitig verschärfen demografischer Wandel, Fachkräftemangel und Finanzierungsdruck den Anpassungsbedarf in den Krankenhäusern. Für Kommunen, Betreiber und auch die Immobilienwirtschaft sind die Entscheidungen der Länder damit von unmittelbarer wirtschaftlicher und standortpolitischer Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund fokussiert die Studie vier Fragen: Erstens, ob die Länder bereits ein klares Bild zu Zahl und Umfang geplanter Schließungen und Bettenreduktionen bis 2029 haben. Zweitens, ob strategische Konzepte für die Nachnutzung freierwerdender Krankenhausimmobilien existieren oder ob diese Verantwortung primär an Träger und andere Akteure delegiert wird. Drittens, welche Rolle SÜVE und kommunale MVZ in den Landesstrategien tatsächlich spielen. Viertens, wie das Zusammenspiel von Transformationsfonds, Landesmitteln, kommunalen Haushalten und möglichen privatwirtschaftlichen Kooperationen eingeschätzt wird. Im Ergebnis liefert die Umfrage eine nüchterne Bestandsaufnahme der bundesweit ausgesprochen langsam verlaufenden Planungsverfahren.

Datengrundlage und Methodik

Die Fragen aus immobilienwirtschaftlicher Sicht bezogen sich auf die geplante Nachnutzung von aufzugebenden Krankenhausgebäuden sowie der weiteren Länderstrategie zur Sicherstellung der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung.

Für die Untersuchung wurde ein standardisierter Fragebogen an alle Landesgesundheitsministerien und das BAS versandt. Sechs Bundesländer haben keine Auskünfte erteilt, zwei Länder haben eine Beantwortung aufgrund laufender Verwaltungsverfahren verweigert. Ein Klageweg zur Erzwingung einer Beantwortung im Rahmen der gültigen Transparenz- oder Informationsfreiheitsgesetze wurde nicht beschritten. Der Befragungszeitraum lag zwischen Oktober 2025 und Januar 2026.

Ausgewertet wurde nach einer qualitativen Inhaltsanalyse der Antworten. Dabei wurden die Antworten unterteilt in „konkrete Angaben“, „prinzipiell-allgemeine Angaben“ und „keine Angaben / Verweis auf andere Zuständigkeiten“. Anhand dieser Einteilung wurde ein Reifegradindex der jeweiligen Vorgänge in den Bundesländern erstellt. Der Index deckte die Werte 0-2 ab und erstreckte sich auf vier Fragekomplexe: Schließungsplanung, Immobilienstrategie, Nutzung der SÜVE und der MVZ-Strategie. Lediglich ein Bundesland konnte weitestgehend konkrete Angaben machen. Bei nicht erfolgten Antworten wurde kein Index vergeben.

Bayern, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und **Sachsen-Anhalt** haben die Anfragen nicht beantwortet.

Berlin und **Hamburg** haben eine Beantwortung aufgrund laufender Verwaltungsverfahren verweigert.

Ergebnisse I

Schließungen und Bettenabbau

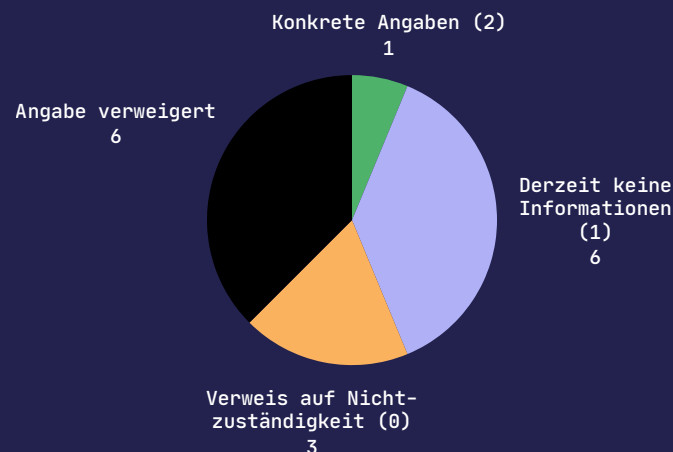
Zur Veranschaulichung der Ergebnisse wurde eine Indexierung gewählt, um den jeweiligen Reifegrad der Bundesländer anhand der Beantwortung der Fragen zu bewerten.

Insgesamt fallen die Ergebnisse ernüchternd aus. Lediglich ein Bundesland kann konkrete Angaben zu künftig geplanten Bettenschließungen machen. Dies überrascht auch vor dem Hintergrund enorm langer Bauzeiten von Krankenhausgebäuden von mehr als fünf Jahren. Damit wäre eine Fertigstellung eines Neubaus bis zum Ende der ersten Planungsperiode 2029

bereits heute nicht mehr möglich. Der Transformationsfonds verliert damit schon im ersten Jahr den Anschluss an die eigentliche Zielsetzung einer modernisierten, kosteneffizienten und verschlankten Krankenhausinfrastruktur, die mit der Reform ursprünglich angestrebt worden war.

Reifegrad Schließungen und Bettenabbau

Lediglich Bremen konnte konkrete Angaben zu bereits geplanten Schließungen machen. Dort wird ein Krankenhaus mit 500 Betten geschlossen und durch ein ambulantes Gesundheitszentrum ersetzt. Das ehemalige Krankenhausareal wird im Rahmen einer Quartiersentwicklung neu genutzt. Baden-Württemberg beispielsweise verweist auf die Zuständigkeit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG), die jedoch auch noch nicht über Prognosen für die Zukunft verfügt. Schleswig-Holstein dient als Beispiel für noch laufende Prozesse. Beim BAS waren zum Zeitpunkt der Erhebung lediglich 15 Anzeigen für Förderungen aus dem Transformationsfonds eingegangen, jedoch ohne konkrete Fördersummen und Bettenkapazitäten.



Quelle: Eigene Darstellung

Ergebnisse II

Nachnutzung und Immobilienstrategie

Die weitere Nutzung geschlossener Krankenhausgebäude stellt eine Herausforderung dar. Sanierungsstau und Größe der Gebäude machen eine unmittelbare Anschlussverwendung ausgesprochen komplex.

Wiederum steht Bremen als einziges Bundesland mit einer konzisen Nachnutzungsstrategie für den zu schließenden Krankenhausstandort allein da. Dort besteht eine umfassende Planung der weiteren Verwendung des schließenden Krankenhauses in einer Mischnutzung als Gesundheitszentrum sowie einer weitergehenden Quartiersentwicklung.

Ein Großteil der Länder sieht die Nachnutzung als eine reine Betreiberproblematik. Dies ist insoweit bemerkenswert, da Krankenhausgebäude häufig mit umfassenden Fördermitteln der Länder unterstützt wurden, welche bei einer anderweitigen Nachnutzung unter Umständen erstattungspflichtig wären. Darauf weisen mehrere Bundesländer übereinstimmend hin. Eine Einzelfallprüfung sei jeweils notwendig, sodass auch hier eine planbare Weiterverwendung oder Umnutzung der bestehenden Immobilien nicht ohne weiteres möglich ist.

Diese regulatorischen und finanziellen Hemmnisse bedeuten einen weiteren Mehraufwand in der nachhaltigen Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft. Eine jahrelange Bauleitplanung, die Zweckbindung der Gebäude sowie etwaige Rückforderungsrisiken machen eine vernünftige Nachnutzung meist gut gelegener und großflächiger Krankenhausareale unattraktiv für Investoren, Entwickler oder Betreiber mit alternativen Mischnutzungskonzepten.

Als Fazit lässt sich festhalten: Die bundespolitisch gewollte Transformation der Krankenhauslandschaft trifft rund ein Jahr nach Inkrafttreten der Reform auf Bundesländer, in denen eine zügige Planung zur Umsetzung bislang flächendeckend nicht erfolgt ist. Offenbar war die – nun bekanntermaßen berechnete – Hoffnung auf eine Reform der Reform durch die neue Bundesregierung groß genug, um die Transformation der Krankenhauslandschaft nur langsam voranzutreiben.

Ergebnisse III

SÜVE und kommunale MVZ

MVZ stehen regelmäßig im Ruf eines möglichen Missbrauchs durch private Investoren. Daher war eine Frage an die Länder, inwieweit kommunale MVZ vorhanden und weiter gefördert werden sollten. Auch dazu fielen die Antworten wenig konkret aus.

SÜVE als Möglichkeit der Nachnutzung von Krankenhausgebäuden liegt nahe. Eine Kombination aus ambulanter Medizin mit Grundversorgung (Innere Medizin/Geriatrie sowie Notfallpraxis) und einer Pflegeeinrichtung zur auch kurzzeitigen stationären Aufnahme wäre ein interessanter Weg zur weiteren Verwendung der Krankenhausimmobilien. Auch für Investoren wäre ein solches Modell mit einer diversen Betreiberstruktur attraktiv und würde Investitionen in Infrastruktur und Nachhaltigkeit auslösen und ermöglichen.

Leider fehlt unter den Bundesländern hierzu bislang eine strategische Sicht. Auch wenn einzelne Länder SÜVE als wichtig für die weitere medizinische Versorgung ansehen, werden keine konkreten Aussagen zu Planung oder erwartetem Bedarf getroffen.

Nach Angaben des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) nimmt die Teilzeittätigkeit unter Ärzten weiter zu. Trotz steigender Bevölkerungszahl hat sich die Menge der Vollzeitäquivalente (VÄ) der Haus- und Fachärzte im ambulanten Bereich seit 2014 praktisch nicht erhöht. Dieser Trend kommt MVZ zugute, die familienfreundliche Arbeitszeiten ohne Schichtdienst mit sicheren Angestelltenverhältnissen ohne Risiko der Selbstständigkeit kombinieren. Es ist demnach davon auszugehen, dass die Nachfrage nach dieser Versorgungsform unter den Mediziner weiter zunehmen wird.

Kommunen, die eigene MVZ betreiben, behalten dabei die Kontrolle über Struktur und Versorgungssituation. Regelmäßig tun sich auch kommunale Krankenhäuser als MVZ-Betreiber hervor.

Leider war die Datenlage zu kommunalen MVZ in den Ländern ungleich verteilt. Lediglich vier Bundesländer konnten konkrete Angaben zur Anzahl der MVZ in kommunaler Trägerschaft machen. Ebenso war wiederum Bremen das einzige Bundesland, das seitens des Senats die weitere Errichtung kommunaler MVZ plant. Dies mag der Rolle als Stadtstaat geschuldet sein, die eine solche Implementierung gegenüber Flächenländern vereinfacht. Nichtsdestotrotz hat Bremen offensichtlich die Notwendigkeit einer geplanten medizinischen Versorgung erkannt und setzt die Krankenhausreform entsprechend um.

Ergebnisse IV

Transformationsfonds und PPP-Modelle

Der von der Bundesregierung eingerichtete Transformationsfonds umfasst 50 Milliarden Euro zur Förderung von schließenden Krankenhäusern. Eine Umnutzung wird bislang nicht berücksichtigt. Auch PPP-Modellen stehen die Länder skeptisch gegenüber.

Der beim BAS angegliederte Transformationsfonds der Bundesregierung zur Krankenhausreform fördert explizit die Schließung bestehender Krankenhausstandorte. Auch Umstrukturierungen aufgrund einer Veränderung des bestehenden Leistungsangebots sind förderfähig. Trotzdem sind bis Jahresende 2025 lediglich 15 Anzeigen zur Förderung beim BAS eingegangen. Dabei handelt es sich noch nicht um endgültige Förderanträge, sondern um Voranzeigen im Sinne der Verordnung.

Die genannten 50 Mrd. Euro stehen unter einem Vorbehalt einer hälftigen Co-Finanzierung der Länder. Das BAS weist die Förderanteile der Bundesländer für 2026 konkret aus. Diese belaufen sich auf knapp 2,5 Mrd. Euro und werden entsprechend der Verordnung um weitere 2,5 Mrd. Euro aus dem Transformationsfonds ergänzt.

Public-Private-Partnership-Modelle zur Sanierung, Um- oder Nachnutzung oder sonstigen Entwicklung von Krankenhausimmobilien oder medizinischer Gebäudeinfrastruktur fristen in Deutschland weiterhin ein Nischendasein. Lediglich für Ärztehäuser und Pflegeheime sind institutionelle oder private Investoren bekannt. Dabei bieten diese Modelle für alle Arten öffentlicher Gebäude entscheidende Vorteile. Immobilienexpertise und Renditeerwartungen einerseits treffen auf ausgelagerte Verantwortung und planbare Miet- oder Pachtzahlungen andererseits. Durch den Verkauf der Areale und Gebäude werden die öffentlichen Haushalte gleichzeitig entlastet.

Es bestehen jedoch in keinem Bundesland konkrete Pläne zu PPP-Modellen für Krankenhausgebäude. Teilweise sind diese sogar explizit nicht geplant, sodass von einer weiterhin bestehenden Ablehnung dieses international bewährten Verfahrens ausgegangen werden muss.

Die fiskalischen Risiken von brach liegenden Krankenhäusern mit Sanierungsstau durch eine dauerhafte Zweckbindung, mögliche Rückforderungen von Fördergeldern und damit unverkäuflichen Kliniken stehen bislang nicht auf der Agenda.

Zusammenfassung

Interpretation und aktuelle Entwicklung

Gesundheit als Kernaufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge und die Krankenhauslandschaft insbesondere leiden unter der mangelnden Steuerung von Bund und Ländern. Die Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit könnten die Lage verschärfen.

Eine groß angelegte Krankenhausreform stößt im ersten Jahr der Umsetzung auf wenig Reformeifer der Bundesländer. Als Mitstreiter bei der Finanzierung des Transformationsfonds und primärer Zuständigkeit für Gesundheitspolitik stehen sie mit im Zentrum der Reformbemühungen.

Fehlende Daten und Planungen bei gleichzeitig langen Bauzeiten neuer Standorte zur Fusion bestehender Häuser deuten auf eine langsame und verzögerte Umsetzung der Reform hin.

Auch die uneinheitliche Zuständigkeit macht der Reform zu schaffen. Teilweise wird die Krankenhausplanung an die Krankenhausesellschaften ausgelagert oder es werden ausschließlich die Betreiber in die Pflicht genommen. Bremen als Stadtstaat wiederum zeigt, wie auch im ersten Jahr der Reform ein Konzept aussehen kann, das einen Krankenhausstandort auch nach der Schließung nachhaltig fortentwickelt.

Gleichwohl gilt es, die Besonderheiten der Bundesländer zu beachten. Die Situation in ländlichen Regionen bleibt eine grundlegend andere, als in größeren Städten. Auch daher kann Bremen nicht als repräsentativ für eine vorbildliche Umsetzung herangezogen werden.

Die Handlungsoptionen der aktuellen Bundesregierung stehen vor dem Hintergrund der weiter steigenden Krankenkassenbeiträge und steigender Tariflöhne der Beschäftigten im Gesundheitswesen unter einem gewissen Zeitdruck. Der erste Bericht der Finanzkommission Gesundheit mit Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherungen beinhaltet Vorschläge, die auch die Krankenhauslandschaft treffen würden. Die Abschaffung der Pflegebudgets und der Tarifrefinanzierung wären gerade für Krankenhäuser mit einem hohen Anteil an Pflege- und Personalaufwand und geringer Auslastung problematisch. Die Vorschläge der Kommission bedeuten im Falle ihrer Umsetzung eine weitere Verschärfung der finanziellen Situation von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung.

Der wirtschaftliche Druck auf Krankenhäuser würde perspektivisch steigen und zu einer Zunahme von Insolvenzen und Schließungen führen.

Zusammenfassung

Handlungsleitlinien

Die Möglichkeiten der Bundesländer werden bislang nicht ausgeschöpft. Gleichwohl sind Krankenhausschließungen politisch nicht opportun und belasten gerade auch die Kommunalpolitik. Nicht handeln ist aber keine Option.

Es braucht Mindeststandards auf Länderseite zur Planung der künftigen **Krankenhauslandschaft**, um einen klaren Überblick über Schließungen, Nachnutzungen und Neubauten zu gewinnen. Insolvenzen abzuwarten, ohne die Versorgung zu steuern, wäre indes mit deutlich größeren Risiken behaftet.

Ohne eine nachhaltige **Immobilienstrategie** seitens der Länder bleibt die Umsetzung der Reform problematisch. Krankenhausgebäude sind keine simpel umnutzbaren Büroimmobilien, sondern jeweils Spezialfälle, die im Zweifel zu Ruinen verkommen könnten.

Die Förderlogik des **Transformationsfonds** hat eine eventuelle Umnutzung bislang nicht im Blick. Hier gilt es dringend nachzubessern.

Ohne privates Kapital wird es nicht gehen. Verschuldeten Ländern und Kommunen fehlt das Geld und die Expertise, um geschlossene Krankenhäuser einer **nachhaltigen Entwicklung** zuzuführen. Dafür eignen sich auch PPP-Modelle, die international Standard sind.

Interview

Dr. Uwe Natter, Geschäftsführer

Frage: Herr Natter, die Ergebnisse der Umfrage passen zu den jüngsten Medienberichten zu gesetzlichen Anpassungen der Krankenhausreform. Wie bewerten Sie die Angaben der Bundesländer?

Uwe Natter: Im Prinzip decken sich die Ergebnisse auch mit den Eindrücken aus der Branche. Die Länder setzen die Reform nicht mit der notwendigen Geschwindigkeit und Professionalität um. Die Gründe sind natürlich vielfältig. Der Regierungswechsel tat sein übriges. Gleichzeitig sieht die Reform mit Hilfe des Transformationsfonds große Investitionen der Länder vor. Dass hier zunächst noch Zurückhaltung besteht, ist keine große Überraschung.

Frage: Wie sehen Sie die Reform aus Sicht der Immobilienwirtschaft?

Natter: Krankenhausgebäude sind immobilienwirtschaftlich hoch komplex. Sie stellen in jedem Fall Sonderbauten dar, deren Umnutzung herausfordernd ist. Bremen zeigt aber, dass dies möglich ist. Die dortige Strategie zur Nachnutzung durch ein ambulantes Gesundheitszentrum und einer Quartiersentwicklung für das weitere Areal setzt meiner Ansicht nach eine Benchmark. Auf dieser Basis lässt sich nachhaltig und mit Gewinn für alle Beteiligten, insbesondere die Bremer Stadtbevölkerung, eine konzise Weiterverwendung eines Krankenhausstandortes umsetzen.

Frage: Krankenhäuser sind für Immobilieninvestitionen bislang ohne Bedeutung. Standorte die aufgegeben werden eignen sich aber durchaus auch für PPP-Modelle. Woher rührt die Zurückhaltung der Länder bei der Mobilisierung privaten Kapitals?

Natter: Privates Kapital hat in Deutschland weiterhin keinen guten Ruf. Aber die Haushaltslage der Länder und Kommunen wird es nicht anders zulassen. Immobilienentwicklung gehört in die Hände von Fachleuten aus der Branche. Eine Sale-and-Lease-Back-Regelung setzt Kapital frei, das dann anderweitig verwendet werden kann. Mietzahlungen lassen sich viel besser haushalterisch planen. Ich gehe davon aus, dass die öffentliche Hand ihre Skepsis zu PPP-Modellen zeitnah wird aufgeben müssen.



Dr. Uwe Natter ist
Geschäftsführer
der ProHealth Real Estate GmbH
Foto: ProHealth

Interview

Prof. Dr. Andreas Beivers Hochschule Fresenius

Frage: Wie bewerten Sie die Ergebnisse der Studie?

Andreas Beivers: Es war von Anfang an bekannt, dass die Bundesländer von der Krankenhausreform der Ampelregierung in vielen Punkten nicht wirklich begeistert waren. Gerade der Wechsel der Bundesregierung kurz nach Verabschiedung der Reform dürfte seinen Teil dazu beigetragen haben, dass die Umsetzung nicht mit der maximalen Geschwindigkeit betrieben wurde. Nun hat die schwarz-rote Koalition einige Änderungen auf den Weg gebracht, die kürzlich verabschiedet wurden. Manche sprechen von einer Aufweichung, andere von notwendigen Korrekturen. In jedem Fall wurden Fristen verlängert und damit die Reform in gewisser Weise abgeschwächt – aber auch praxistauglicher gestaltet.

Frage: Haben die Bundesländer damit ein Jahr verschenkt?

Beivers: So pauschal lässt sich das nicht sagen. Krankenhausschließungen haben weitreichende politische – insbesondere kommunalpolitische – Auswirkungen. Gerade in den Flächenländern mit geringer Bevölkerungsdichte und größerer Landbevölkerung sind Schließungen besonders unpopulär. Die Landesregierungen sind dementsprechend skeptisch bezüglich einer politisch geplanten Schließung von Krankenhausstandorten. Bremen als kleiner Stadtstaat hat es hier naturgemäß deutlich einfacher. Daher ist auch die konkrete Planung dort keine große Überraschung.

Frage: Expecten Sie nach den kürzlich veröffentlichten Reformvorschlägen der Finanzkommission Gesundheit einen sinkenden Druck auf die Länder und Krankenhäuser, um eine wirtschaftlich nachhaltige Reform zu gewährleisten?

Beivers: Das muss man unterscheiden. Die Vorschläge für Einsparungen, die von der Kommission vorgelegt wurden, dienen der Verhinderung steigender Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung. Die Maßnahmen, welche die stationäre Versorgung betreffen, sind nicht so einschneidend, wie es die Krankenhausreform war und auch nach der Abschwächung weiterhin ist. Der Druck, unrentable Krankenhäuser zu schließen und gleichzeitig eine flächendeckend vorhandene Versorgung sicherzustellen, bleibt bestehen. Die Kosten für die stationäre Versorgung sind in Deutschland im internationalen Vergleich unverhältnismäßig hoch. Daher hat sich am Bedarf der Reform zunächst nichts geändert. Sollten die Vorschläge der Kommission eins zu eins umgesetzt werden, erwarte ich sogar einen gewissen zusätzlichen Kostendruck auf wenig spezialisierte Häuser der Grundversorgung mit einem älteren und pflegeintensiven Patientenklientel.



Prof. Dr. Andreas Beivers lehrt Volkswirtschaft und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius in München
Foto: HS Fresenius

Impressum

Herausgeber

ProHealth Real Estate GmbH

Ursulum 18
35396 Gießen

ProHealth Real Estate ist ein bundesweit tätiger Asset- und Property-Manager für Gesundheitsimmobilien. Das Unternehmen verwaltet aktuell rund 350.000 Quadratmeter Mietfläche, verteilt auf knapp 100 Objekte – davon 90 Prozent Ärzthäuser und zehn Prozent Seniorenwohnheime. ProHealth Real Estate setzt bundesweit auf die Umnutzung von Bestandsimmobilien, um durch den Ausbau von Mietflächen und gezielte Sanierungsmaßnahmen den Wert bestehender Gebäude nachhaltig zu steigern.

Autoren

Dr. Uwe Natter

Geschäftsführer
u.natter@phre.eu

Benno Schwaderlapp

UNA Immobilien-PR
Mail: bs@una-immopr.de
Tel: 0174 729 1652

Stand: 01. April 2026