

HAL Real Estate Investment Management

Marktreport ambulante Gesundheitsimmobilien



In Kooperation mit

CBRE

3. Auflage

Vorwort

Hauck Aufhäuser Lampe

Liebe Leserinnen und Leser,

der aktuelle Immobilienmarkt bleibt herausfordernd: Makroökonomische Veränderungen, politische Unsicherheiten, das volatile Zinsumfeld sowie die zunehmende Bedeutung von Nachhaltigkeit stellen Marktteilnehmer vor komplexe Aufgaben. In diesem Umfeld etabliert sich der Markt für ambulante Gesundheitsimmobilien immer mehr als eigenständige und hochinteressante Assetklasse für institutionelle Investoren, gerade wenn es um die Neugewichtung ihrer Immobilienallokationen geht. Als Teil der sozialen Infrastruktur gehören ambulante Gesundheitsimmobilien zu den nachhaltigsten Investitionen. Dank ihrer stabilen Ertrags- und Risikostruktur bieten sie gerade in herausfordernden Marktphasen attraktive Perspektiven und eine verlässliche Diversifikation. Demografischer Wandel, politische Unterstützung und medizinischer Fortschritt begünstigen die Ambulantisierung in Deutschland und sorgen für eine anhaltende Nachfrage nach modernen Ärztehäusern und Gesundheitszentren, sowohl in größeren Städten als auch in urbanen und ländlichen Gebieten.

Institutionelle Investoren erkennen zunehmend dieses Potenzial und investieren gezielt in neue Projekte und Bestandsobjekte. Auch internationale Akteure suchen in Deutschland vermehrt nach solchen stabilen, konjunkturunabhängigen Investmentmöglichkeiten. Wir haben in unserem letztjährigen Marktreport erstmalig gezeigt, dass es für institutionelle Investoren einen ausreichend großen Bestandsmarkt für diese Spezialimmobilien gibt. Die Wertentwicklung von ambulanten Gesundheitsimmobilien hängt stark von Lage, Nutzungskonzept und Modernisierungsgrad ab. Im Markt gut positionierte Objekte mit zeitgemäßer Ausstattung sind gefragt und bieten Investoren zurzeit aussichtsreiche Einstiegsmöglichkeiten mit langfristig stabilen Cashflows.

In einem volatilen Immobilienmarkt schätzen auch Banken vor allem das vorteilhafte Rendite-Risiko-Profil und die positiven Zukunftsaussichten dieser Assetklasse. Insbesondere die sehr hohe Mieterbonität von Ärzten und sonstigen medizinischen Dienstleistern in Kombination mit langfristigen und durch eine hohe Indexierung wertstabilen Mietverträgen sorgt für Planungssicherheit und reduziert das Ausfallrisiko. Darüber hinaus erfüllen viele moderne Gesundheitszentren zunehmend Nachhaltigkeitskriterien, was sich ebenfalls positiv auf die Risikobewertung und die Finanzierungsbedingungen auswirkt.

Vorwort

Hauck Aufhäuser Lampe

Die Resonanz auf die vorangegangenen Ausgaben hat uns gezeigt, wie groß das Interesse an fundierten Daten und praxisnahen Einblicken bezüglich der ambulanten immobiliaren Infrastruktur in Deutschland ist. Unser Ziel ist es daher, auch mit der dritten Ausgabe dieses Marktreports aktuelle Trends, Marktdaten sowie Chancen und Herausforderungen für Eigentümer, Betreiber und Investoren zu beleuchten. Wir möchten dabei das Bewusstsein für die Relevanz und das Potenzial ambulanter Gesundheitsimmobilien als Investment weiter schärfen. Gemeinsam mit unserem Kooperationspartner CBRE und dank zahlreicher Expertinnen und Experten, die wertvolle Beiträge beigesteuert haben, möchten wir Ihnen wie gewohnt eine abwechslungsreiche, erkenntnisreiche Lektüre bieten und Impulse für Ihre eigenen Analysen und Entscheidungsprozesse geben.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Eintauchen in diese spannende, zukunftssträchtige Assetklasse und freuen uns, die Entwicklung dieses Marktes auch künftig mit großem Engagement zu begleiten!



Patrick Brinker
Head of Real Estate
Investment Management (REIM)



Felix Rotaru
Abteilungsleiter
Healthcare

Vorwort

CBRE

Liebe Leserinnen und Leser,

die wirtschaftliche und politische Lage in Deutschland bleibt weiterhin von erheblichen Unsicherheiten geprägt. Neben globalen geopolitischen Spannungen rückt innenpolitisch – neben dem Thema Sicherheit – vor allem der zunehmende Reformdruck in zahlreichen Bereichen in den Vordergrund. Umfassende Reformen sind unerlässlich, um die Wettbewerbsfähigkeit und die Attraktivität Deutschlands als Investitionsstandort zu stärken und auch die langfristige Stabilität sowie Finanzierbarkeit des Sozialsystems zu sichern.

Auch der Gesundheits- und Pflegesektor bedarf umfassender Strukturreformen. Von der bereits in der Umsetzung befindlichen Krankenhausreform profitiert das Segment der ambulanten Gesundheitsimmobilien, das sich in den vergangenen Jahren zum dynamischsten Wachstumssegment des deutschen Gesundheitsimmobilieninvestmentmarktes entwickelt hat. Die Attraktivität wird auch weiterhin durch mehrere Faktoren gestützt: Die fortschreitende Ambulantisierung im Gesundheitswesen erhöht den Bedarf an modernen, wohnortnahen Versorgungsstrukturen. Gleichzeitig bleibt das Betreiberrisiko bei Pflegeheimen, Rehakliniken und Krankenhäusern präsent, weshalb Investoren vermehrt innerhalb der Assetklasse diversifizieren möchten. Zusätzlich lenkt der tiefgreifende Strukturwandel im Büroimmobilienmarkt den Blick verstärkt auf nutzungsflexible, resiliente Immobilienkonzepte, die eine Alternative zum klassischen Büromieter eröffnen.

Aus unserer täglichen Arbeit wissen wir: Die Nachfrage nach qualitativ hochwertigen, zukunftsfähigen Gesundheitsimmobilien ist sowohl auf Nutzer- als auch auf Investorenmehrheit ungebrochen hoch. Für Nutzer stehen durchdachte Nutzungskonzepte im Mittelpunkt, die effiziente Betriebsabläufe ermöglichen, ergänzt durch flexible Raumstrukturen, moderne digitale Infrastruktur und die Erfüllung relevanter ESG-Standards. Investoren wiederum schätzen das attraktive Rendite-Risiko-Profil, die hohe Mieterbonität sowie die meist langfristigen Mietverträge mit Arztpraxen und Gesundheitsdienstleistern.

Vorwort

CBRE

Gemeinsam mit unserem Kooperationspartner und Branchenexperten Hauck Aufhäuser Lampe Privatbank möchten wir in unserem dritten Marktreport erneut die aktuellen Entwicklungen, strukturellen Trends und Besonderheiten des Marktes für ambulante Gesundheitsimmobilien beleuchten. Unser Anspruch ist es, Transparenz zu schaffen, Investoren fundierte Entscheidungsgrundlagen zu bieten und den Diskurs über diese gesellschaftlich zentrale Immobilienklasse weiter zu fördern.

Wir danken allen Expertinnen und Experten, die durch ihren Beitrag zur inhaltlichen Tiefe dieses Reports beigetragen haben. Wir wünschen Ihnen eine inspirierende Lektüre und freuen uns darauf, auch in Zukunft dieses wichtige Marktsegment gemeinsam mit Ihnen weiter aktiv zu gestalten.



Dr. Jan Linsin
Managing Director
Head of Research



Anna Maria Burrichter
Associate Director
Research

Inhalt

01	Standort Deutschland und Gesundheitsmarkt	
	Ausblick auf Wirtschaft, Konjunktur, Inflation und Zinsen	7
	Allgemeiner Blick auf den Immobiliensektor	10
	Reformen im Gesundheitswesen	12
02	Ambulante Gesundheitsimmobilien und ESG	
	Anzahl und Verteilung ambulanter Gesundheitsimmobilien	14
	Ambulante Versorgung und immobilärer Bedarf in ländlichen Regionen	20
	Umwidmung von Büros in Gesundheitszentren	26
	Fast Track OP-Zentren aus dem Baukasten	31
	Mieterbonität in ambulanten Gesundheitsimmobilien	35
	Greenwashing – Warum Fonds sich teilweise umbenennen müssen	37
03	Investmentmarkt und Finanzierung	
	Investment- und Transaktionsmarkt	39
	Verkehrswerte von ambulanten Gesundheitsimmobilien	42
	Finanzierung von ambulanten Gesundheitsimmobilien	45
	Investitionen in ambulante Gesundheitsimmobilien	49
	Erfolgreiche Auflage HAL SI 2-Fonds	51
04	Zusammenfassung und Ausblick	

Die in dem vorliegenden Report verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche, männliche und diverse Personen. Auf eine Doppelnennung und gegenderte Bezeichnungen wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.

Jegliche Gastbeiträge und Interviews, die den Report anreichern, spiegeln nicht zwangsläufig die Positionierung von Hauck Aufhäuser Lampe zu den diskutierten Themen wider.

Ausblick 2026: Mit viel Unsicherheit und noch mehr öffentlichen Investitionen zum Mini-Aufschwung

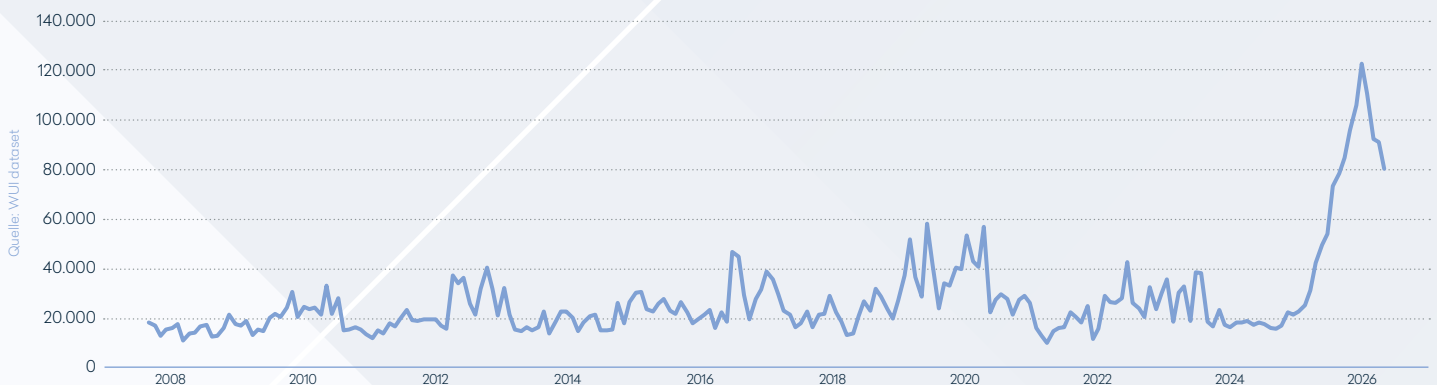
Prof. Dr. Tobias Just, IREBS Universität Regensburg

Die deutsche Wirtschaft hat in den letzten Jahren unter einer Kaskade an Schocks gelitten, die noch nicht vollständig verarbeitet werden konnten. Tatsächlich folgte nach der Coronapandemie, dem Ukraine-Krieg und dem damit verbundenen Anstieg von Konsumenten- und Produzentenpreisen, welche die EZB zu kräftigen Zinssteigerungen zwang, nun seit 2025 mit der zweiten Trump-Administration in den USA eine neue Form der Unsicherheit zwischen den transatlantischen Partnern, die insbesondere exportorientierte Branchen vor neue Belastungen und die europäische Politik zu einer Neuausrichtung in der Wirtschafts- und Sicherheitspolitik nötigte.

Der Unsicherheitsindikator (World Uncertainty Index) erreichte Ende 2025 den höchsten jemals ausgewiesenen Wert und liegt Anfang 2026 weiterhin deutlich oberhalb früherer Höchstwerte. Der World Uncertainty Index bildet ab, wie häufig in den Berichten des Economist Intelligence Unit das Wort „uncertain“ vorkommt. Es handelt sich also um einen weichen Indikator, und man sollte nicht zu viel Gewicht auf die exakten Niveaus legen.

Globale Unsicherheit weiterhin auf hohem Niveau

Unsicherheit, gemessen durch Worthäufigkeiten in Berichten des Economist Intelligence Unit



Gleichwohl hilft der Indikator dabei, mithilfe der gemessenen globalen, v. a. geopolitischen Unsicherheit die unzureichende Transmission von den Zinssenkungen der Europäischen Zentralbank auf die deutsche Wirtschaft und insbesondere auf die Bau- und Immobilienwirtschaft zu erklären: Insgesamt hat die EZB in acht Zinsschritten das Niveau des Einlagenzinssatzes auf 2,00% heruntergeschleust, weitere Zinssenkungen sind angesichts der unterdessen hinreichend niedrigen Inflation zwar möglich, aber sehr wahrscheinlich sind sie nicht, weil der gesamtwirtschaftliche Impuls aufgrund des fehlenden Durchschlags auf die langfristigen Zinsen überschaubar bliebe.

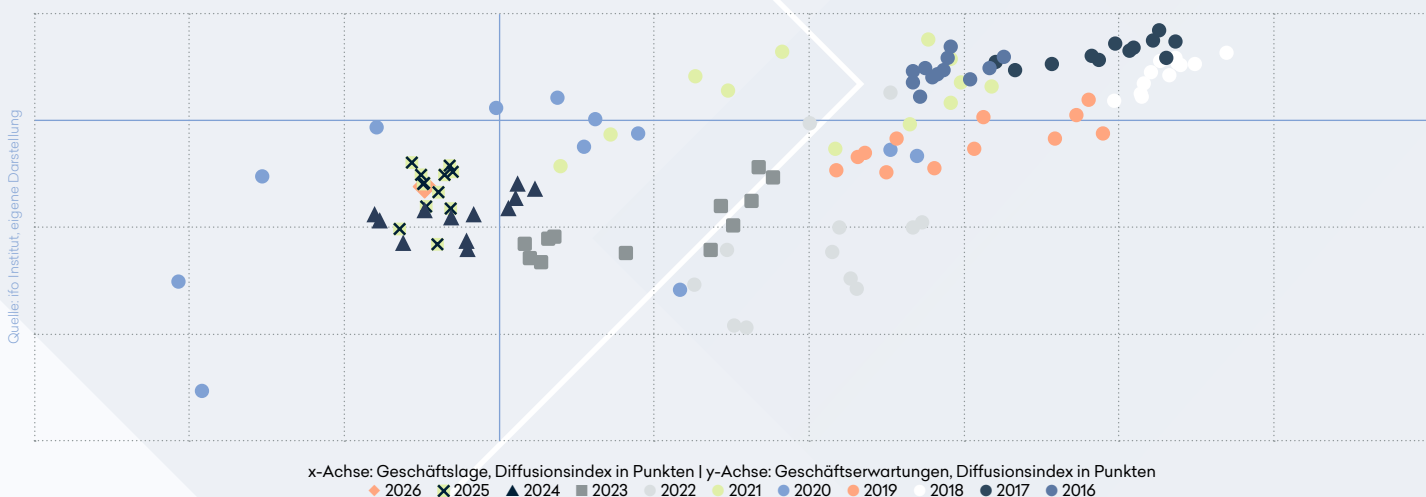
Auf den Anleihemärkten sind zwar die 3-Monats-Zinsen für Anleihen mit dem besten Rating (AAA) von 2,41% im Februar 2025 auf 1,99% im Februar 2026 gesunken. Doch dieser Zinssenkungseffekt trat nur am kurzen Ende ein und ist selbst dort seit einigen

Monaten beendet. Aktuell liegen alle Anleihezinsen mit einer Laufzeit über 1,5 Jahren oberhalb des Zinsniveaus von vor einem Jahr; Anleihen mit 15 Jahren Restlaufzeit liegen mit aktuell 3,25% sogar um über 60 Basispunkte höher als vor zwölf Monaten. Und weil die langfristigen Zinsen für die Bau- und Immobilienmärkte maßgeblicher sind als die kurzfristigen, erholten sich die Immobilientransaktions- und Projektentwicklungsmärkte 2025 noch nicht, sorgen doch die anhaltend hohen Langfristzinsen weiterhin für Druck auf die Bewertungen. Weil die Anleihemärkte offensichtlich die geopolitische Unsicherheit bewerten, ist erst dann mit echter Zinsunterstützung für die europäische Konjunktur zu rechnen, wenn die US-amerikanische Regierung ihre Politik der permanenten Verunsicherung durch neue Themen beendet und/oder wenn es ernst zu nehmende Friedensbemühungen v. a. durch Russland gibt. Eine Trendwende ist aktuell bei beiden Unsicherheitsherden nicht zu erkennen.

Zu diesen externen Unsicherheiten kommen eigene innerdeutsche Probleme: Deutschland ist zurück in einer Reformstaudiskussion, die an jene Mitte der 1990er-Jahre erinnert. Sozialreformen werden sehr lange diskutiert, und bisher zeichnen sich keine hinreichend weitgehenden Lösungen ab. Dies verteuert Arbeit, lähmt die Wirtschaft und drosselt den Optimismus.

Dass für 2026 und 2027 eine Rückkehr zum Wirtschaftswachstum zu erwarten ist, hat dann weniger mit selbsttragenden Kräften der Wirtschaft als mit den großen Ausgabenpaketen der öffentlichen Hand für Infrastrukturmaßnahmen und Verteidigung zu tun. Diese Pakete geben insbesondere für das Segment der Anlageninvestitionen Schub. Hier sind für alle Bausegmente wieder Zuwachsraten für 2026 zu erwarten, sowohl im Öffentlichen als auch im Privaten Bau. Dieser Investitionsschub dürfte dann für 2027 sogar über Multiplikatoreffekte für eine (moderate) Wachstumsbeschleunigung sorgen.

Geschäftsklima: Der mühevolle Weg zurück zum Optimismus



Diese fehlende wirtschaftliche Kraft dürfte die Immobilienassetklassen ungleichmäßig belasten, weil unterschiedliche strukturelle Faktoren dafür sorgen, dass die Konjunkturschwäche asymmetrisch durchschlägt: Während die Knappheit von Wohnraum weiterhin für steigende Wohnungsmieten sorgt und folglich die Stimmung in der Wohnungswirtschaft zumindest im Bestandsgeschäft optimistisch bleibt, sind gerade die Segmente Büroimmobilien und Einzelhandelsimmobilien nicht nur konjunkturell, sondern strukturell ausgebremst: Diese strukturellen Belastungs-

Insgesamt gehen die Wirtschaftsforscher des Kiel Instituts davon aus, dass die deutsche Wirtschaft 2026 preisbereinigt um nur 1% zulegt und 2027 um 1,3%. Die Konjunkturprognostiker des DIW erwarten jeweils 30 Basispunkte mehr Wachstum für 2026 und 2027 als die Kieler Kollegen, während die Prognostiker des Ifo Instituts in München mit etwa 20 Basispunkten weniger Wachstum für die nächsten zwei Jahre rechnen. Insgesamt zeichnen aber alle Forscher ein ähnliches Bild: Deutschland kommt nur mühsam und dank öffentlichem Anschub aus der Rezession heraus.

Wie wenig eigene Dynamik aus der gewerblichen Wirtschaft kommt, zeigt ein Blick auf die Komponenten des Ifo-Geschäftsklimaindex: Sowohl die Einschätzung zur aktuellen Lage als auch die Erwartungskomponente zur Entwicklung in den nächsten sechs Monaten ist weiterhin negativ.

faktoren haben bei Büroimmobilien viel mit der veränderten Arbeitsorganisation und hier insbesondere der anhaltend intensiven Nutzung von Work-from-Home-Konzepten sowie vermehrtem Einsatz von Künstlicher Intelligenz zu tun; bei Einzelhandelsimmobilien sind es v.a. die gewandelten Konsumstrukturen der Haushalte, die zum einen häufiger online einkaufen und zum anderen viele Artikel des stationären Einzelhandels relativ seltener nachfragen als frühere Generationen, weil die Bedarfsdeckung gerade bei langlebigen Konsumgütern fortgeschritten ist.

Anlageinvestitionen in Deutschland

In % ggü. Vorjahr, preisbereinigt

	2024	2025	2026	2027
Anlageinvestitionen	-3,3	-0,6	3,0	3,6
Unternehmensinvestitionen	-4,2	-0,4	2,9	3,5
Ausrüstungen	-5,4	-2,3	4,0	4,8
Wirtschaftsbau	-5,0	0,9	0,6	1,7
Sonstige Anlagen	0,2	3,8	4,3	5,2
Wohnungsbau	-5,4	-2,5	1,6	2,3
Öffentlicher Bau	7,4	0,4	4,1	2,9
Davon: Bauinvestitionen	-3,4	-1,2	1,8	2,3

Dass die Konjunkturschwäche nicht stärker auf die Arbeitsmärkte durchschlägt – insbesondere die Arbeitslosenquote ist bis zuletzt mit gut 6% niedrig – hat auch etwas damit zu tun, dass demografische Belastungen in Deutschland zunehmend erkennbar werden. Unterdessen gehen die geburtenstarken Jahrgänge (geboren zwischen 1947 und 1965) zunehmend in Rente und werden durch kleinere Kohorten der nachrückenden Generationen unzureichend ersetzt.

Gleichzeitig hat sich die Zuwanderung nach Deutschland in den letzten Jahren verändert, sowohl quantitativ als auch qualitativ. Im Jahr 2023 kamen 663.000 mehr Menschen nach Deutschland, als das Land verließen, 2024 belief sich dieser Nettowanderungssaldo nur noch auf 430.000 Personen, und in den ersten zehn Monaten des letzten Jahres lag der Nettowanderungssaldo noch einmal um 43% niedriger als in den zehn Monaten des Jahres 2024. Es ist zu erwarten, dass damit das Geburtendefizit im Jahr 2025 den Wanderungssaldo zum ersten Mal seit dem Corona-Jahr 2020 überschritten haben dürfte, sprich die Zahl der Einwohner in Deutschland könnte im Jahr 2025 gesunken sein.

Doch langfristig könnte sich die Zusammensetzung der Zuwanderung gerade für die Bauindustrie als maßgeblicher erweisen als die reine Zahl der Einwohner, sind doch gerade die Nettowanderungssalden für osteuropäische Länder zum Teil deutlich im Minus, insbesondere für Polen, Kroatien oder Bulgarien. Dies dürfte dann dazu führen, dass der mühsam gedrosselte Auftrieb der Baupreise durch die Macht der Knappheit auf den Arbeitsmärkten eine neue Beschleunigung auf der Lohnkostenseite erfährt. Bei anhaltend erhöhten Zinsen und wahrscheinlichen Lohnsteigerungen im Bau würde dies die positiven Impulse durch den Bauturbo konterkarieren. Auch daher sind die Prognosen für die weitere Entwicklung der deutschen Baukonjunktur nur verhalten positiv.

„Unter dem Strich ist für 2026 ... sowohl für die Gesamtkonjunktur als auch für die deutsche Immobilienwirtschaft eine leichte Belebung zu erwarten.“

Unter dem Strich ist für 2026 also sowohl für die Gesamtkonjunktur als auch für die deutsche Immobilienwirtschaft eine leichte Belebung zu erwarten. Diese Belebung wird weit hinter der zyklischen Erholung nach der Finanz- und Wirtschaftskrise zurückbleiben, weil die Impulse aus rückläufigen Zinsen, starker Zuwanderung aus dem Ausland und greifenden Arbeitsmarktreformen von damals nicht in gleichem Maße im aktuellen Zyklus für Schub sorgen. Der verhalten positive Ausblick hängt bislang noch überwiegend am Tropf der öffentlichen Investitionen.

Und dennoch gibt es auch durchaus hoffnungsvolle Signale bei einzelnen Frühindikatoren: Zum Beispiel ist der Sentiment-Index, der mithilfe textanalytischer Algorithmen die Texte des Economist Intelligence Unit auf positive oder negative Nachrichten untersucht und daraus einen Nettowert ermittelt, zuletzt auf den höchsten Wert seit 2018 geschnellt. Auch dieser Frühindikator ist eine sehr weiche Kennzahl, und man sollte nicht zu viel hineininterpretieren, doch gehen solche positiven Signale im auf Turbulenz geeichten Medien- und Politikzirkus häufig unter und verdienen schon allein daher unsere Aufmerksamkeit.

Prof. Dr. Tobias Just

Geschäftsführer &
Wissenschaftlicher Leiter
IREBS Immobilienakademie



Immobilienindex 2025 legt zum Vorjahr leicht zu

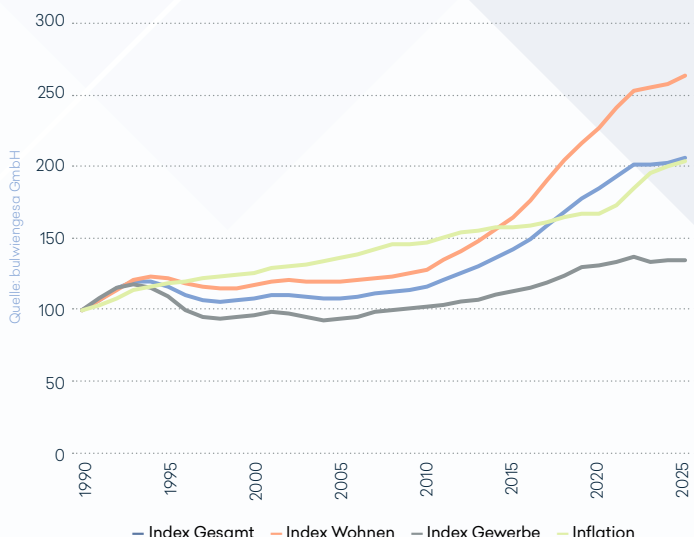
Beitrag von Felix Embacher, bulwiengesa

Die Immobilienwirtschaft kann im Jahr 2025 nach schwierigen Vorjahren eine Erholung mit einem leichten nominalen Aufstieg verzeichnen. Doch die Immobilienbranche bleibt in einer Phase vorsichtiger Zurückhaltung. Anhaltend niedrige Fertigstellungszahlen, weiterhin hohe Baukosten und zögerliche Investitionsentscheidungen bei gewerblichen sowie privaten Akteuren prägen ein fragiles Marktumfeld mit hohen Anforderungen an die Branche, die auf weitere konjunkturelle Impulse hofft. Forward-Deals und Vorvermietungen zeigen 2025 erste Belebungstendenzen, können den Projektentwicklern jedoch noch nicht die erforderliche Planungssicherheit verschaffen.

Die wichtigsten Erkenntnisse des Immobilienindex 2025:

- Die Veränderungsrate des Immobilienindex ist im Vorjahresvergleich nominal leicht um +1,8% gestiegen.
- Nachdem der Teilindex Gewerbe, der u. a. Büromieten, Handelsmieten und Preise für Gewerbegrundstücke abbildet, im Jahr 2024 noch mit +0,1% nur sehr leicht positiv war, notiert er im Jahr 2025 mit +1,1% einen stärkeren Zuwachs.
- Der Teilindex Wohnen kann nominal um +2,3% zulegen, weist aber einen Unterschied von gut laufenden Mietsegmenten (+3,7% im Neubau und +2,6% im Bestand) zu fast stabilen Preisen (+1,1%) für Wohnungsgrundstücke auf.
- Immobilienindex leicht unterhalb Inflation: Der Spread zwischen Immobilienindex gesamt und Inflation war in 2023 erstmals seit 2008 wieder negativ (-6,0%) und hat sich 2025 mit -0,4% wieder weitgehend stabilisiert, notiert aber weiterhin im negativen Bereich.

Immobilienindex und Teilindizes Wohnen und Gewerbe vs. Inflation



Aktuelle Entwicklungen in den Immobiliensegmenten Büro, Handel, Logistik, Hotel und Wohnen

Büro: Die deutschen Büromärkte durchleben weiterhin eine anspruchsvolle Phase. Parallel zu den makroökonomischen Rahmenbedingungen (Stagnation, gestiegene Fremdfinanzierungskosten) vollzieht sich ein tiefgreifender Strukturwandel durch neue Arbeitsmodelle, ESG und KI, wobei hybride Arbeitsmodelle und die zunehmende Integration von Künstlicher Intelligenz die reine Flächennachfrage dämpfen. Dies führt zu einem paradoxen Marktfeld: Trotz sinkender Flächenumsätze und steigender Leerstände klettern die Spitzenmieten in Premiumlagen weiter nach oben und spiegeln den Trend von der Konzentration der Nachfrage auf attraktive Lagen und hochwertige sowie ESG-konforme Objekte wider („Flight to Quality and Location“).

Handel: Der deutsche Einzelhandel steht unter erheblichem Veränderungsdruck. Während die Branche 2025 einen robusten Gesamtumsatz von rund 680 Mrd. Euro erzielte, verdeutlichen die Details eine tiefe Spaltung des Marktes. Während der Lebensmittelsektor als krisenfestes Fundament von einer hohen Standorttreue älterer Konsumenten und geringer Online-Konkurrenz profitiert, kämpft der Non-Food-Bereich mit einer ausgeprägten Konsumdisparität, bei der trotz Kaufkraft lieber gespart als investiert wird. Dieser Strukturwandel führt zu einer radikalen Transformation der Flächen, bei der klassische mittelständische Geschäfte zunehmend durch hybride Multichannel-Konzepte ersetzt werden. Besonders in den wachsenden Metropolen verfestigt sich dabei der Trend zu kompakten, innerstädtischen Formaten und erlebnisorientierten Flagship-Stores, die als physische Anker für das digitale Geschäft fungieren.

Logistik: Der Logistikimmobilienmarkt präsentiert sich 2025 als robuster Anker im Vergleich zu anderen Assetklassen, geprägt durch eine abgeschlossene Preisfindung und stabilisierte Spitzenrenditen. Während die klassische Exportwirtschaft und der Automobilsektor unter globalen Unsicherheiten leiden, kompensieren neue Nachfragetreiber wie die expandierende Rüstungsindustrie sowie asiatische E-Commerce-Akteure die Flächennachfrage an strategischen Drehscheiben. Der Fokus hat sich dabei fundamental von der reinen Flächenverfügbarkeit hin zur Lagequalität und ESG-Konformität verschoben, wobei moderne Standards wie Automatisierung und Photovoltaik-Pflicht die Mietpreise auf hohem Niveau stützen. Trotz eines moderaten Investmentvolumens im Jahr 2025 sorgt der Mangel an hochwertigen Flächen in den Ballungsräumen bei gleichzeitig stabilen Leerstandsquoten für ein weiterhin attraktives Umfeld für selektive Core-Investments.

Hotel: Nach der Post-Corona-Erholung tritt der Hotelmarkt 2025 in eine Phase der Konsolidierung ein. Während die Übernachtungszahlen mit rund 498 Mio. fast wieder das Rekordniveau von 2019 erreichen, steht die Branche vor tiefgreifenden wirtschaftlichen Veränderungen. Der Markt ist durch eine starke Polarisierung geprägt, wobei Ketten ihre Skaleneffekte für massive Expansionsstrategien nutzen und gleichzeitig mittelständische Unternehmen wegen untragbarer Kostenlast unter Druck geraten. Das MICE-Segment (Kongresse/Events) leidet unter dauerhaft veränderten Arbeitsmustern, wohingegen das Segment der Serviced Apartments seinen Nischenstatus verlassen hat und mittlerweile ein Drittel der gesamten Projektpipeline bis 2029 darstellt. Die zentrale Herausforderung der Branche bleibt die Kompensation der Kostensteigerungen durch Effizienzgewinne aus der Digitalisierung, wobei der Transaktionsmarkt der Assetklasse eine deutliche Belebung im Vergleich zu 2024 verzeichnen kann.

Wohnen: Der deutsche Wohnungsmarkt befindet sich 2025 in einer zähen Anpassungsphase, die durch eine tiefe Schere zwischen sinkendem Angebot und anhaltend hoher Nachfrage in Ballungsräumen geprägt ist. Während die Bautätigkeit infolge des Genehmigungseinbruchs der Vorjahre und einer herausfordernden Kostenlast bei Baukosten und Zinsen weiterhin gedämpft bleibt, ziehen die Kaufpreise seit Ende 2025 wieder leicht an, was die Erschwinglichkeit auf einem kritischen Niveau hält. Trotz politischer Reformversuche der neuen Bundesregierung ab Mai 2025, wie des „Wohnungsbau-Turbos“, bremsen bürokratische Hürden und hohe Standards die Trendwende aus, während die Nettozuwanderung den Druck auf die ohnehin knappen Wohnungsmärkte der Metropolen trotz einer langfristig prognostizierten Bevölkerungsabnahme weiter verschärft.

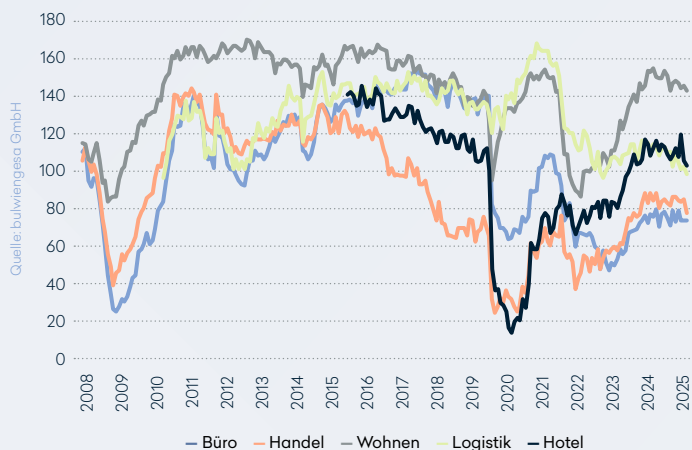
Deutsche Hypo Immobilienklimaindex ist zum Jahresanfang negativ gestartet

Das Deutsche Hypo Immobilienklima ist ein seismografisches Instrument, das konjunkturelle Wendepunkte im Immobilienmarkt frühzeitig erkennt, wichtige Informationen für strategisches ökonomisches Handeln liefert und die Bewertung zukünftiger Marktentwicklungen ermöglicht.

Im Rahmen der 218. Monatsbefragung bewerteten die rund 1.200 Immobilienexpert*innen das Deutsche Hypo Immobilienklima um -3,2 Prozentpunkte schlechter als noch im Vormonat und um -6,9 Prozentpunkte schlechter als im Februar des Jahres 2025. Somit wurde im Februar 2026 ein Wert von 90,6 Punkten erreicht. Dabei entwickeln sich die Teilindizes im Jahresverlauf abnehmend: Das Investmentklima ist gegenüber Vorjahr um -6,1 Prozentpunkte auf 88,8 Punkte rückläufig. Noch stärker geht es abwärts mit dem Ertragsklima, das um -7,5 Prozentpunkte auf 92,5 Punkte nachgibt.

Die Stimmung entwickelte sich in den einzelnen Assetklassen von Februar 2025 bis Februar 2026 betrachtet unterschiedlich. Am stabilsten blieb das Büroklima (-2,4 Prozentpunkte), das aber zugleich mit 73,6 im Februar 2026 am negativsten ist. Deutlicher ging es abwärts beim Handelsklima mit -6,1 Prozentpunkten auf 78,1 Punkte und dem Hotelklima mit -9,0 Prozentpunkten auf 103,3 Punkte. Eher verhalten verlief der Stimmungsverlauf für das Wohnklima, das um -12,4 Prozentpunkte nachgab, in Summe aber mit einem Stand von 142,9 Punkten im Februar 2026 weiterhin der Lichtblick unter den Assetklassen ist. Am stärksten eingebrochen ist das Logistikklima, das um 15,7 Prozentpunkte nachgegeben hat und mit 98,6 Punkten erstmals seit August 2023 nun wieder die Marke von 100 Punkten unterschritten hat.

Immobilienindex und Teilindizes Wohnen und Gewerbe vs. Inflation



Felix Embacher MRICS
 Generalbevollmächtigter
 bulwiengesa



Reformen im Gesundheitswesen – Klare Positionierung zur Ambulantisierung

Beitrag von Felix Rotaru und Florian Schmitz-Muckenhaupt, Hauck Aufhäuser Lampe

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einer Phase umfassender und notwendiger Reformen sowie grundlegender Transformationsprozesse, deren Auswirkungen auf Versorgung, Finanzierung und Infrastruktur in Zukunft spürbar sein werden. Mit Blick auf die folgenden Jahre steht das Bundesgesundheitsministerium (BMG) vor der Herausforderung, eine zukunftsfähige, effiziente und patientenorientierte Gesundheitslandschaft zu gestalten – und zwar im ambulanten, stationären und auch im pflegerischen Bereich. Insbesondere der ambulante Bereich wird dabei zunehmend im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Strategien stehen, weil er im Vergleich zu den stationären Sektoren viele Leistungen günstiger erbringen kann, was auch erhebliche Folgen für die Immobilienwirtschaft und alle beteiligten Akteure haben dürfte.

Noch konsequentere Ambulantisierung notwendig

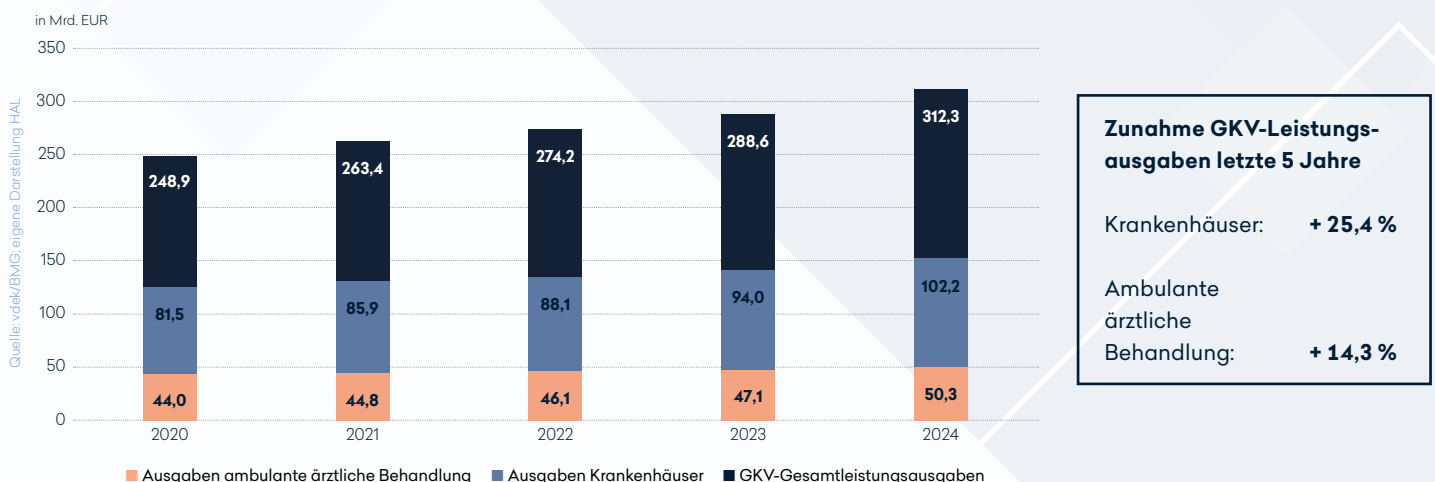
Ein zentrales gesundheitspolitisches Leitmotiv bleibt die gewollte und notwendige stetige Ambulantisierung der Versorgungsstrukturen. In den letzten Jahren hat das BMG unabhängig von der politischen Couleur den Grundsatz „ambulant vor stationär“ immer wieder bekräftigt und Anreize für eine sektorenübergreifende Versorgung sowie die Verlagerung medizinischer Leistungen aus dem Krankenhaus in ambulante Einrichtungen in die Wege geleitet. Dementsprechend wird zukünftig der Bedarf an ambulanter immobilärer Infrastruktur wie beispielsweise Ärzthäusern, Gesundheitszentren sowie ambulanten OP- und Reha-Zentren steigen – mitunter auch anhand intersektoraler Modelle in oder an Krankenhäusern. Ziel solcher niedrigschwelliger Versorgungs-

Angebote ist es, Patienten wohnortnah und effizient zu versorgen und gleichzeitig die Krankenhauslandschaft zu entlasten bzw. Kosten zu senken. Denn die Kosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen schneller als die Einnahmen – insbesondere im stationären Bereich, der mittlerweile schon fast ein Drittel der gesamten Leistungsausgaben ausmacht (siehe Abb. 1).

Laut dem Verband der Ersatzkassen (vdek) lag der Anteil der ambulanten ärztlichen Versorgung an den GKV-Leistungsausgaben im Jahr 2024 bei ca. 16,1% (50,3Mrd. Euro), während der stationäre Bereich mit etwa 32,7% (102,2Mrd. Euro) mehr als doppelt so viele Kosten verursacht hat. Dabei entfielen im Jahr 2024 nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aber 97 Prozent aller Behandlungsfälle auf die niedergelassenen Vertragsärzte. In den bundesweit rund 99.000 Praxen gibt es täglich etwa 3,8 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, aber auch andere Berufsgruppen aus dem ambulanten Bereich, haben also einen signifikant hohen Anteil an täglichen Patientenkontakten und bestimmen so in hohem Maße die Gesundheitsversorgung der Bürger in Deutschland. Allerdings wird in öffentlichen Debatten noch zu wenig über die Potenziale ambulanter Versorgungsformen diskutiert und vor allem auch über die Immobilien, in denen diese Leistungserbringung erfolgt.

Natürlich wird auch weiterhin eine leistungsfähige stationäre Versorgung benötigt, denn schließlich kann nicht jeder Behandlungsfall in das ambulante Setting überführt werden. Dennoch gibt es momentan nach Meinung vieler Experten in Deutschland noch zu viele Krankenhäuser, die zu ineffizient und auch qualitativ nicht auf

Abbildung 1: GKV-Leistungsausgaben gesamt und Anteile „Krankenhäuser“ sowie „Ambulante ärztliche Behandlung“



dem höchstmöglichen Niveau arbeiten. Das soll sich in Zukunft durch die sogenannte Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz) ändern. Man hat sich zwar Anfang März im Bundestag auf eine Reform der Reform geeinigt und somit auch einen gangbareren Weg für die Bundesländer eröffnet, der eine flexiblere Umsetzung bei der Krankenhausplanung ermöglichen soll, besonders in ländlichen Gebieten. Das wird aber voraussichtlich das Versorgungsproblem in den betroffenen Regionen nicht lösen, sondern nur weiter verzögern.

Transformationsfonds gilt nur für stationäre Versorgung

Es wäre sehr wichtig, die Zukunft der Gesundheitsversorgung ganzheitlich zu denken und alle Bereiche der Patientenversorgung zu berücksichtigen – auch bei den Fördermitteln. Gerade ambulante Immobilienformen können dazu beitragen, die gesundheitliche Grundversorgung der Menschen dauerhaft wohnortnah sicherzustellen. Stattdessen wird einseitig auf die Krankenhausbetreiber geschaut. So wurde mit der Krankenhausreform die Implementierung eines Transformationsfonds zur „Modernisierung der Krankenhausstrukturen“ beschlossen. Der Fonds wird vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwaltet und stellt den Ländern nach einem bestimmten Schlüssel in den Jahren 2026 bis 2035 über 50 Milliarden Euro für den Umbau der Krankenhauslandschaft zur Verfügung.

Gefördert werden sollen folgende Vorhaben:

- Standortübergreifende Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten
- Umstrukturierung von Standorten mit dem Ziel, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu bilden
- Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, einschließlich robotergestützter Telechirurgie
- Bildung bzw. Ausbau von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen
- Bildung bzw. Fortentwicklung von regional begrenzten Krankenhausverbänden (mit mindestens zwei Krankenhäusern), insbesondere durch Standortzusammenlegungen
- Bildung integrierter Notfallstrukturen
- Schließung von Krankenhausstandorten bzw. Teilen davon in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern bzw. Krankenhausbetten
- Schaffung von zusätzlichen Ausbildungskapazitäten

Ambulante Strukturen könnten innerhalb intersektoraler Versorgungsformen von Fördermitteln profitieren

Beim Förderzweck „Umstrukturierung von Standorten mit dem Ziel, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu bilden“ könnten auch ambulante Strukturen von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds profitieren. Denn sektorenübergreifende Einrichtungen sind hybride Einrichtungen, die sowohl stationäre als auch ambulante Leistungen erbringen und eine Art Bindeglied zwischen den eher strikt getrennten Sektoren sein sollen, insbesondere in Form der sogenannten „Level-1i-Versorger“. Das Konzept ist jedoch noch sehr lückenhaft und weder aus Immobiliensicht noch von der Vergütung her zu Ende gedacht.

Momentan werden Tagessätze für solche Einrichtungen als Vergütungsform diskutiert. Die Betreiber von Level-1i-Häusern müssten dann voraussichtlich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich „zu Hause“ sein – am ehesten würden dann beispielsweise Krankenhäuser mit klinikeigenen MVZ als Betreiber infrage kommen. Es könnte aber auch ein Ansatz sein, das Konzept von der Immobilie her zu denken. Denn ambulante und stationäre Leistungen unterscheiden sich nun mal grundlegend bei den räumlichen Anforderungen. Außerdem sind die einzelnen sektoralen Vergütungsformen unterschiedlich aufgebaut. Deshalb könnte man überlegen, je nach Versorgungsbedarf vor Ort, verschiedene, autarke Leistungserbringer aus dem ambulanten und stationären Bereich in einer solchen Gesundheitsimmobilie zusammenzuführen. Jeder Mieter hätte sein eigenes Leistungsspektrum, auf das er spezialisiert ist, mit bekannten Raumkonzepten und Vergütungsformen.

Ein solches Konzept mit einem diversifizierten Mietermix und Einzelmietverträgen könnte auch für spezialisierte Immobilieninvestoren interessant sein. Dafür müssten aber auch entsprechende Fördermittel aus dem Transformationsfonds für die Umwidmung solcher Standorte zur Verfügung gestellt werden. Dann hätten diese stationär-ambulanten Immobilienkonzepte das Potenzial, mehrwertige Synergien zu schaffen sowie diverse regionale Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen an einen Standort zusammenzubringen und dort langfristig zu binden. Hier müssten sich dann aber auch die Länder und Kommunen klarer positionieren, wenn sie es mit dem Erhalt der wohnortnahen Gesundheitsversorgung tatsächlich ernst meinen.

Felix Rotaru

Abteilungsleiter Healthcare
Hauck Aufhäuser Lampe



Florian Schmitz-Muckenaupt

Head of Real Estate
Asset Management &
Transaction
Hauck Aufhäuser Lampe



Neue Auswertung – Bundesweit mehr als 4.300 ambulante Gesundheitsimmobilien identifiziert

Beitrag von Dr. Bernd Rebmann, Rebmann Research

Nach wie vor ist der Trend zu größeren Kooperationen ungebrochen. Damit einher geht auch die Konzentration unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete an einem zentralen Standort. Die Vorteile liegen auf der Hand: kurze Wege für die Patienten zwischen den unterschiedlichen Praxen; meist liegen sie zentral und sind gut mit PKW und ÖPNV erreichbar. Das führt dazu, dass viele ambulante Gesundheitsimmobilien in zentralen Innenstadt- oder Laufwegen entwickelt werden. Für berufstätige Patienten stellt sich bei Arztbesuchen immer die Frage, ob die Praxis eher am Wohnort oder nahe am Arbeitsplatz liegt. Vielfach wird ein Standort in der Nähe des Arbeitsplatzes bevorzugt.

Für Arztpraxen bietet ein Standort in einer ambulanten Gesundheitsimmobilie Vorteile. So werden Patienten auf alle Fachgebiete am Standort aufmerksam, wenn sie nur eine der Praxen aufsuchen. Andere Fachgebiete, beispielsweise bei einer Überweisung, werden dann häufig in derselben Gesundheitsimmobilie aufgesucht. Standorte in der Nähe zu größeren Arbeitgebern, Innenstadt- oder Laufwegen heißen für Praxen in der Regel auch viele Patienten. Kein Wunder also, dass sich dort auch die meisten ambulanten Gesundheitsimmobilien befinden.

Aufgrund der räumlichen Nähe von größeren Gesundheitseinrichtungen ist aber eher auch eine Konkurrenz unter den Akteuren um das lokale Patientenpotenzial (inkl. Privatpatienten und Selbstzahler) zu vermuten. Deshalb können sich „fernab der Metropolen“ und damit auch „fernab vom Wettbewerb“ Chancen vor allem für sogenannte Grundversorgungseinrichtungen ergeben. Denn die Ansiedlungsdynamik der ambulanten Gesundheitsimmobilien verläuft oft parallel zur räumlichen Ansiedlung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die sich ebenfalls bevorzugt in urbanen Regionen niederlassen. Deshalb finden sich im Gegensatz zu anderen Assetklassen auch viele solcher Objekte außerhalb der Metropolen. Dort können Investoren aber bei ähnlichem Versorgungsbedarf i. d. R. attraktivere Renditen erzielen.

Aktualisierung der Anzahl ambulanter Gesundheitsimmobilien

Rebmann Research hat in Kooperation mit den auf ambulante Gesundheitsimmobilien spezialisierten Assetmanagern von Hauck Aufhäuser Lampe Privatbank im Jahr 2025 eine erste Annäherung zur Einschätzung des Marktpotenzials für ambulante

Gesundheitsimmobilien vorgenommen. Dazu wurden auf Basis des Marktinformationssystems „Atlas Medicus“ von Rebmann Research ambulante Gesundheitsimmobilien als solche Standorte definiert, die an einer gemeinsamen Adresse mindestens fünf gleiche (z. B. fünf autarke Arztpraxen) oder unterschiedliche Heilberufe-Einrichtungen aus den Bereichen Humanmedizin, Zahnmedizin, nichtärztliche Heilberufe (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie etc.), Apotheken und/oder ambulante Pflegedienste vereinen – also ein typischer Mietermix in einer ambulanten Gesundheitsimmobilie wie z. B. einem Ärztehaus oder Gesundheitszentrum. Es sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass es sich im Folgenden beim Begriff „ambulante Gesundheitsimmobilien“ nicht um eine allgemeingültige Definition handelt, sondern um eine für diese Auswertung festgelegte Begriffsbestimmung.

Die Zahl fünf wurde als Untergrenze gewählt, da für die jeweiligen Einrichtungen bzw. Praxen eine durchschnittliche Nutzfläche von mindestens 200 Quadratmetern je Einheit angenommen wird. Insgesamt beträgt die für die Gesundheitsversorgung genutzte Gesamtfläche der betrachteten Standorte also voraussichtlich mehr als 1.000 Quadratmeter. Da ambulante Gesundheitsimmobilien nicht immer „sortenrein“ hinsichtlich ihrer Nutzung sind (es können z. B. zusätzlich auch noch Einzelhandelsflächen, Büros oder [betreute] Wohneinheiten etc. im Gebäude vorhanden sein), dürfte die gesamte Nutzfläche der Immobilie oft höher ausfallen und damit in vielen Fällen auch relevant für Investitionen von institutionellen Anlegern sein.

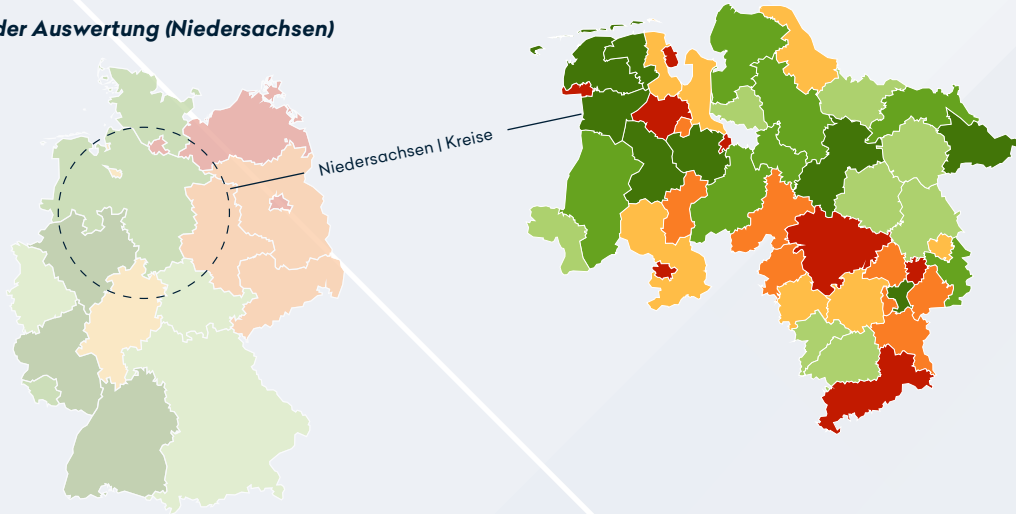
Erweiterung der Betrachtung um Augenoptiker, Hörakustiker und Sanitätshäuser

Mit dieser Ausgabe des HAL-Marktreports wurde der Marktüberblick erweitert, und zusätzliche gesundheitsaffine Leistungserbringer, die vorher nicht berücksichtigt waren, aber grundsätzlich ebenfalls öfter Mieter in ambulanten Gesundheitsimmobilien sind, wurden in die Betrachtung mit aufgenommen. Dabei handelt es sich um Augenoptiker, Hörakustiker und Sanitätshäuser, die nun ebenfalls als Mieter in den Gesundheitsimmobilien Berücksichtigung finden. Da es sich um insgesamt sehr stark fragmentierte Teilbranchen des Gesundheitssystems handelt, bezieht sich diese Erweiterung auf rund 20.000 Medizinbetriebe, welche die Grundgesamtheit der betrachteten Einrichtungen in dieser Auswertung entsprechend erhöhen.

Nachdem im letzten Bericht Daten aus Bayern und dem Stadtkreis Augsburg im Vordergrund standen, wollen wir in dieser aktualisierten Studie den Fokus auf eine weitere ländlich geprägte Region, nämlich Niedersachsen, richten (siehe Abb. 1). Unsere Auswertung auf Ebene der Regionen entspricht den kassen-

ärztlichen Vereinigungen (KVen), also den Regionen, die bis auf Nordrhein-Westfalen und die dortige Aufteilung in die KV Nordrhein und KV Westfalen-Lippe deckungsgleich sind mit den Bundesländern.

Abbildung 1: Ebenen der Auswertung (Niedersachsen)



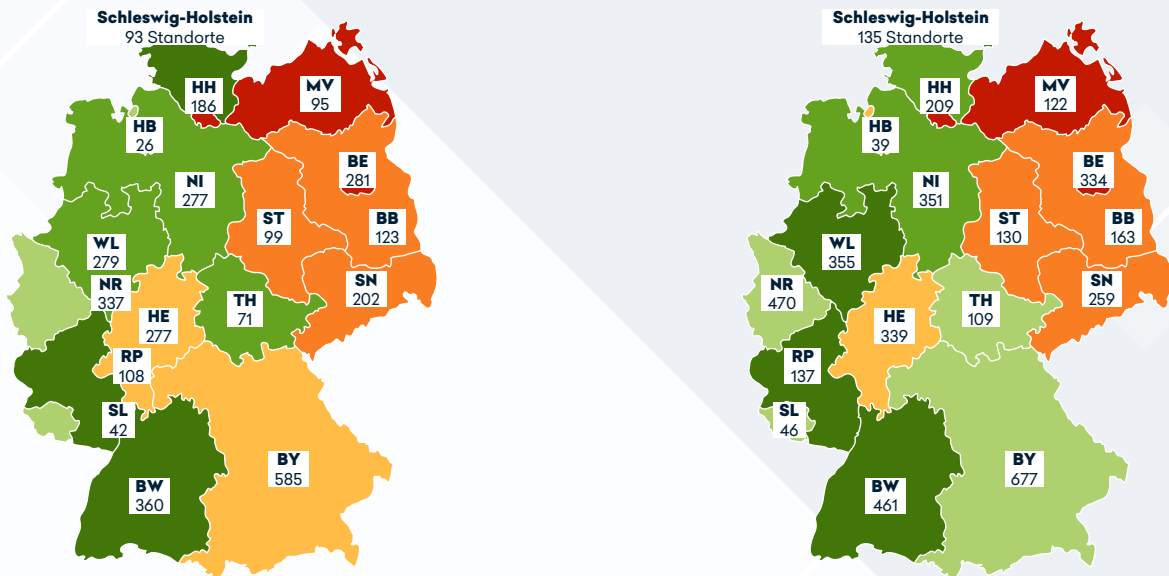
Quelle: Rebmann Research; Stand 01/2026

Der Gesamtbestand liegt jetzt bei 4.336 „ambulanten Gesundheitsimmobilien“

Die aktualisierte Analyse auf Basis des erweiterten Datenmodells von Rebmann Research ergibt einen Gesamtbestand von 4.336 ambulanten Gesundheitsimmobilien in Deutschland, nach 3.441 im Vorjahr. Dabei handelt es sich, wie ausgeführt, nicht um ein Wachstum an Gesundheitsimmobilien, sondern vielmehr wurde die Grundgesamtheit der ausgewerteten Standorte erweitert, woraus sich eine höhere „Trefferquote“ ergibt. Innerhalb Deutschlands zeigt sich auch im Rahmen der größeren Grundgesamtheit eine uneinheitliche Verteilung. Insgesamt kommen im Bundesdurchschnitt nach der angepassten Betrachtung 19.527 Einwohner auf eine ambulante Gesundheitsimmobilie (2025 waren es 24.141 Einwohner). Dieser Durchschnittswert dient gleichzeitig als Referenzwert für die

Einordnung der Einwohner-Gesundheitsimmobilien-Relation sowie für die Identifikation entsprechender „Hotspots“ (rot markiert). Ferner gibt es mit ambulanten Gesundheitsimmobilien weniger dicht besiedelte Regionen – sogenannte „grüne Wiesen“ –, in denen es bislang laut Untersuchung relativ wenige solcher Immobilien gibt. Das heißt nicht automatisch, dass dort eine „schlechtere“ Patientenversorgung erfolgt, sondern nur, dass es in diesen Regionen offensichtlich eine weniger ausgeprägte Agglomeration von gesundheitsaffinen Dienstleistern in Spezialimmobilien gibt und diese sich eher ohne oder mit geringeren räumlichen Kooperationsstrukturen auf kleinere Immobilien verteilen. Gerade diese „grünen Wiesen“ können für Projektentwickler und die Gesundheitsmarktakteure vor Ort Regionen sein, in denen sich die Ansiedlung einer neuen ambulanten Gesundheitsimmobilie „lohnt“.

Abbildung 2: Landkarten der Dichte von ambulanten Gesundheitsimmobilien in Deutschland anhand der Relation „Einwohner je Standort“ (EW/St.) – links die Auswertung 2025, rechts 2026



Quelle: Rebmann Research; Stand 01/2026

Die Deutschlandkarte zeigt die Verteilung der untersuchten ambulanten Gesundheitsimmobilien über alle KV-Regionen hinweg (siehe Abb. 2). „Grüne Wiesen“ bieten sich für Gesundheitsimmobilien insbesondere noch im Saarland, in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Westfalen-Lippe oder Baden-Württemberg. Selbst im überwiegend urban geprägten Nordrhein ist die Dichte an Gesundheitsimmobilien mit 20.895 Einwohnern je Standort (EW/St.) im Vergleich zum Bundesgebiet noch unterdurchschnittlich, sodass sich hier vor allem fernab der Metropolen gute Projektentwicklungschancen ergeben.

Die grundsätzlich bereits 2025 abgeleiteten Trends werden auch im Rahmen dieser verfeinerten 2026er-Studie bestätigt:

– **Trend 1: Ost-West-Gefälle bei ambulanten Gesundheitsimmobilien**

Es gibt historisch bedingt und mutmaßlich aufgrund der Poliklinikstruktur in der ehemaligen DDR eine signifikant höhere Dichte an Gesundheitsimmobilien pro Einwohner. Spitzenreiter der Flächenbundesländer in Deutschland ist Mecklenburg-Vorpommern, das mit insgesamt 122 ambulanten Gesundheitsimmobilien auf eine Dichte von 13.335 EW/St. kommt, gefolgt von Sachsen, das mit 259 ambulanten Gesundheitsimmobilien eine Dichte von 15.790 EW/St. hat.

– **Trend 2: Hohe Dichte in den Stadtstaaten**

Hamburg ist jetzt mit 209 Gesundheitsimmobilien absoluter Hotspot an ambulanten Gesundheitsimmobilien in Deutschland, mit einer Dichte von 9.238 EW/St., gefolgt von Berlin, wo es 334 solcher Gesundheitsimmobilien gibt, bei einer Dichte von 11.324 EW/St.

– **Trend 3: Auch in Flächenländern Konzentration in urbanen Regionen**

Schaut man in die einzelnen KV-Regionen hinein, so ergibt sich auch diesbezüglich eine unveränderte, starke Konzentration

in den Landeshauptstädten bzw. Großstädten. München (Stadtkreis) kommt mit 153 Gesundheitsimmobilien (9.872 EW/St.) fast an Hamburg heran und selbst Mainz, im eigentlich „dunkelgrünen“ Rheinland-Pfalz, ist mit 16 ambulanten Gesundheitsimmobilien ein Hotspot und kommt auf 13.931 EW/St.

– **Trend 4: Urbane Regionen in Flächenländern mit teilweise höherer Dichte als in den Stadtstaaten**

Betrachtet man die Gesundheitsimmobilien-Dichte in den aktuellen Hotspots in den Bundesländern, so fällt auf, dass diese noch höher ist als in den Stadtstaaten. Wie auch auf Bundesebene wächst die Dichte mit der Urbanität, was sich z. B. auch im eigentlich ebenfalls „dunkelgrünen“ Baden-Württemberg in den Städten zeigt: Freiburg im Breisgau hat allein im Stadtkreis 36 ambulante Gesundheitsimmobilien bei einer Dichte von 6.590 EW/St. und Heidelberg mit 24 ambulanten Gesundheitsimmobilien im Stadtkreis hat 6.790 EW/St. Dies sind freilich universitäre medizinische Hochburgen und die Ansiedelung von ambulanten Gesundheitsimmobilien ist hier – ähnlich wie im Osten – ebenfalls historisch bedingt.

– **Trend 5: Größere Verdichtung an ambulanten Gesundheitsimmobilien in den Innenstadtlagen**

Wie stark ambulante Gesundheitsimmobilien auch von einpendelnden Patienten und nicht nur von den örtlichen Bewohnerinnen und Bewohnern abhängig sind, hatten wir bereits bei der letzten Analyse gezeigt. Dieser Trend bestätigt sich auch bei der diesjährigen Analyse. So zeigt sich exemplarisch in der Kölner Altstadt (PLZ-Region: 50667), dass gerade einmal 839 EW auf eine der dort ansässigen sieben Gesundheitsimmobilien kommen und in Frankfurt am Main rund um Zeil, Römer und Dom (PLZ: 60313) sind es in neun solcher Gesundheitsimmobilien sogar nur 489 EW/St.

Abbildung 3: Tabelle der Dichte der Gesundheitsimmobilien in Deutschland KV/KZV-Regionen

Kürzel	Region	Standorte	Einwohner	Dichte EW/Std.	Abw. vom ø in %
HH	Hamburg	209,00	1.930.700,00	9.238,00	-52,69
BE	Berlin	334,00	3.782.202,00	11.324,00	-42,01
MV	Mecklenburg-Vorpommern	122,00	1.626.854,00	13.335,00	-31,71
SN	Sachsen	259,00	4.089.656,00	15.790,00	-19,14
BB	Brandenburg	163,00	2.583.544,00	15.850,00	-18,83
ST	Sachsen-Anhalt	130,00	2.179.371,00	16.764,00	-14,15
HB	Bremen	39,00	691.703,00	17.736,00	-9,17
HE	Hessen	339,00	6.421.481,00	18.942,00	-2,99
TH	Thüringen	109,00	2.122.146,00	19.469,00	-0,30
BY	Bayern	677,00	13.434.626,00	19.844,00	1,62
NR	Nordrhein	470,00	9.820.881,00	20.895,00	7,01
SL	Saarland	46,00	994.424,00	21.618,00	10,71
SH	Schleswig-Holstein	135,00	2.945.151,00	21.816,00	11,72
NI	Niedersachsen	351,00	8.163.629,00	23.258,00	19,11
WL	Westfalen-Lippe	355,00	8.369.703,00	23.577,00	20,74
BW	Baden-Württemberg	461,00	11.339.088,00	24.597,00	25,96
RP	Rheinland-Pfalz	137,00	4.174.167,00	30.468,00	56,03
Deutschland		4.336	84.669.326	19.527	

Deep-Dive in die Region Niedersachsen zeigt viele „dunkelgrüne Flächen“, aber auch „die üblichen urbanen Hotspots“

Die Einwohnerdichte und damit das Patientenpotenzial sind auch bei der Betrachtung der Stadt- und Landkreise für ambulante Gesundheitsimmobilien relevant. In der KV Niedersachsen kommen auf eine ambulante Gesundheitsimmobilie 23.258 Einwohner. Niedersachsen liegt damit an viertletzter Stelle hinsichtlich dieser Dichtebetrachtung, dahinter kommen nur noch Westfalen-Lippe, Baden-Württemberg und auf dem letzten Platz Rheinland-Pfalz, wo die Dichte nur noch bei 30.468 EW/St. liegt (siehe Abb. 3). Auf Ebene der Stadt- und Landkreise ergibt sich für Niedersachsen ein differenzierteres Bild. Neben der zu erwartenden Konzentration um Hannover, das 81 ambulante Gesundheitsimmobilien (14.539 EW/St.) aufweist, gibt es beson-

ders hohe Dichten in südlicher Richtung bis nach Göttingen mit 17 ambulanten Gesundheitsimmobilien (19.350 EW/St.). Auch in Braunschweig (19) und in Osnabrück (32) gibt es hinsichtlich ambulanter Gesundheitsimmobilien in Stadt- und Landkreis recht große Agglomerationen. Nördlich von Hannover gibt es quer durch ganz Niedersachsen in West-Ost-Ausprägung einen weitgehend „grünen Gürtel“ der nur durch einige Ausreißer an der Küste wie in Emden mit drei sowie Wilhelmshaven mit acht ambulanten Gesundheitsimmobilien und mit der höchsten Dichte in Niedersachsen (9.531 EW/St.) durchbrochen wird (siehe Abb. 4 und Abb. 5).

Abbildung 4: Landkarte der Dichte der ambulanten Gesundheitsimmobilien in Niedersachsen – Stadt- und Landkreise

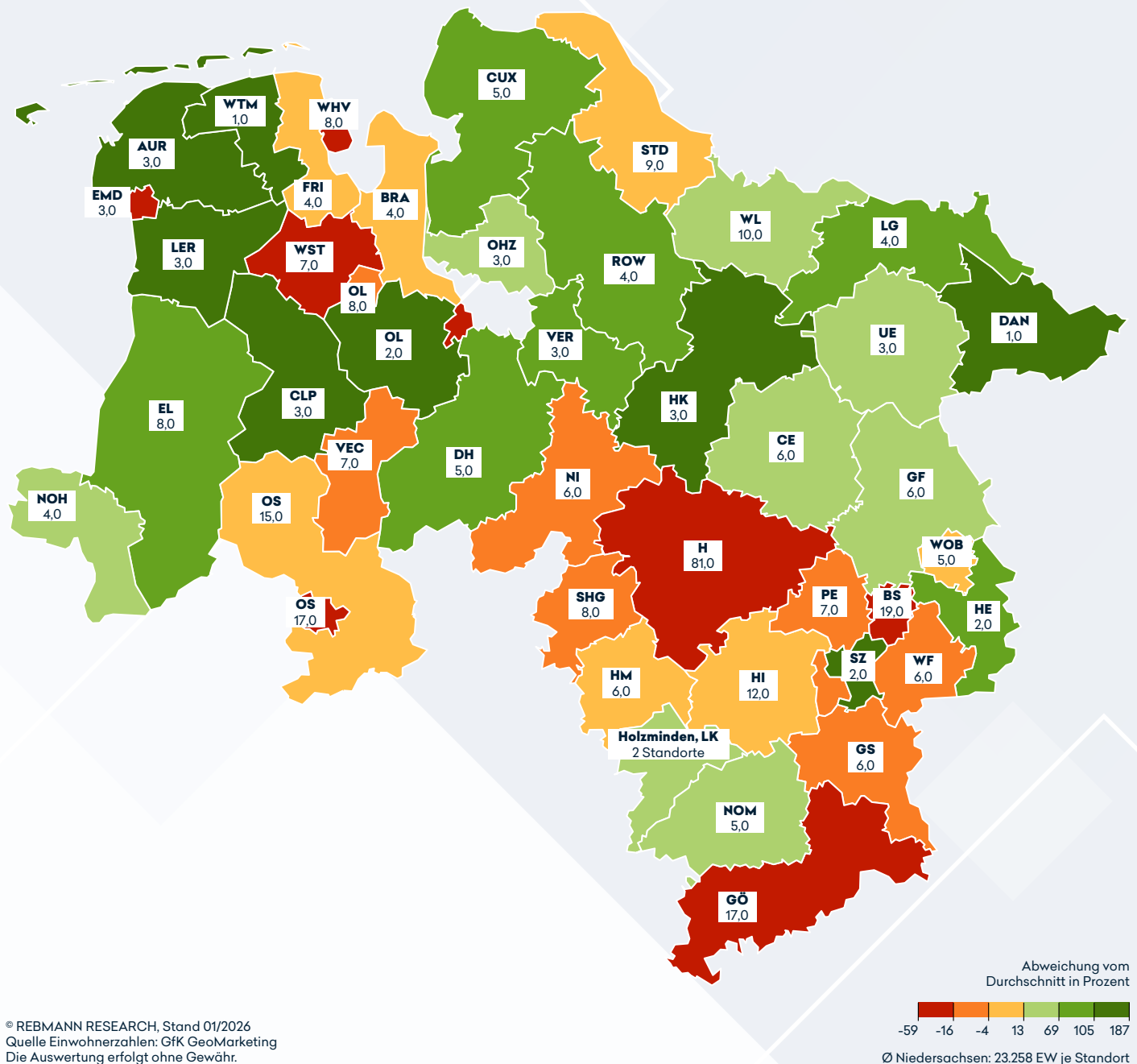


Abbildung 5: Tabelle der Dichte der ambulanten Gesundheitsimmobilien in Niedersachsen – Stadt- und Landkreise (Ausschnitt)

Kürzel	Region	Standorte	Einwohner	Dichte EW/St.	Abw. vom μ in %
WHV	Wilhelmshaven, SK	8,00	76.247,00	9.531,00	-59,02
OS	Osnabrück, SK	17,00	166.960,00	9.821,00	-57,77
DEL	Delmenhorst, SK	8,00	78.979,00	9.872,00	-57,55
BS	Braunschweig, SK	19,00	252.066,00	13.267,00	-42,96
H	Hannover, Region, LK	81,00	1.177.676,00	14.539,00	-37,49
EMD	Emden, SK	3,00	50.659,00	16.886,00	-27,40
WST	Ammerland, LK	7,00	129.108,00	18.444,00	-20,70
GÖ	Göttingen, LK	17,00	328.952,00	19.350,00	-16,80
PE	Peine, LK	7,00	139.170,00	19.881,00	-14,52
SHG	Schaumburg, LK	8,00	160.236,00	20.030,00	-13,88
WF	Wolfenbüttel, LK	6,00	120.755,00	20.126,00	-13,47
NI	Nienburg (Weser), LK	6,00	123.888,00	20.648,00	-11,22
VEC	Vechta, LK	7,00	147.751,00	21.107,00	-9,25
OL	Oldenburg, SK	8,00	174.629,00	21.829,00	-6,15
GS	Goslar, LK	6,00	134.485,00	22.414,00	-3,63
BRA	Wesermarsch, LK	4,00	89.761,00	22.440,00	-3,52
HI	Hildesheim, LK	12,00	278.571,00	23.214,00	-0,19
STD	Stade, LK	9,00	211.467,00	23.496,00	1,02
OS	Osnabrück, LK	15,00	366.067,00	24.404,00	4,93
HM	Hamel-Pyrmont, LK	6,00	150.377,00	25.063,00	7,76
FRI	Friesland, LK	4,00	100.630,00	25.158,00	8,17
WOB	Wolfsburg, SK	5,00	127.256,00	25.451,00	9,43
WL	Harburg, LK	10,00	263.616,00	26.362,00	13,34
NOM	Northeim, LK	5,00	132.939,00	26.588,00	14,32
GF	Gifhorn, LK	6,00	180.679,00	30.113,00	29,47
CE	Celle, LK	6,00	182.352,00	30.392,00	30,67
UE	Uelzen, LK	3,00	95.088,00	31.696,00	36,28
HOL	Holzminen, LK	2,00	70.706,00	35.353,00	52,00
NOH	Grafschaft Bentheim, LK	4,00	141.946,00	35.487,00	52,58
OHZ	Osterholz, LK	3,00	116.508,00	38.836,00	66,98
CUX	Cuxhaven, LK	5,00	201.838,00	40.368,00	73,56
ROW	Rotenburg (Wümme), LK	4,00	168.433,00	42.108,00	81,05
EL	Emsland, LK	8,00	340.280,00	42.535,00	82,88
DH	Diepholz, LK	5,00	223.832,00	44.766,00	92,48
HE	Helmstedt, LK	2,00	92.123,00	46.062,00	98,04
VER	Verden, LK	3,00	141.349,00	47.116,00	102,58
LG	Lüneburg, LK	4,00	190.669,00	47.667,00	104,95
HK	Heidekreis, LK	3,00	143.220,00	47.740,00	105,26
DAN	Lüchow-Dannenberg, LK	1,00	49.209,00	49.209,00	111,58
SZ	Salzgitter, SK	2,00	105.039,00	52.520,00	125,81
LER	Leer, LK	3,00	173.924,00	57.975,00	149,27
WTM	Wittmund, LK	1,00	58.396,00	58.396,00	151,08
CLP	Cloppenburg, LK	3,00	178.564,00	59.521,00	155,92
AUR	Aurich, LK	3,00	192.608,00	64.203,00	176,04
OL	Oldenburg, LK	2,00	134.621,00	67.311,00	189,41
Deutschland		351	8.163.629	23.258	

Quelle: Reibmann Research; Stand 01/2026

Von der regionalen Konzentration her betrachtet, befindet sich das Zentrum der ambulanten Gesundheitsimmobilien in Niedersachsen eindeutig in den eher kaufkraftstarken Regionen rund um Hannover sowie in Richtung Braunschweig und Wolfsburg.

Chancen in ländlichen Regionen

In einigen Regionen auf dem Land wie den Landkreisen Cloppenburg, Aurich, Wittmund, Leer und auch im Stadtkreis Salzgitter gibt es relativ wenige ambulante Gesundheitsimmobilien im Verhältnis zur Einwohnerzahl. Hier und in vielen weiteren Regionen in Deutschland, wo die Zahl der ambulanten Gesundheitsimmobilien zum Teil gravierend unterdurchschnittlich ist, gilt es zu prüfen, ob ein Standort angesichts der sich hier bietenden Wettbewerbsvorteile investiv lohnenswert erscheint. Erste Anhaltspunkte dafür bietet die gezielte Analyse der Grundversorgung in diesen Regionen anhand der Bedarfsplanung oder mithilfe der Wettbewerbsanalyse in Atlas Medicus.

Fazit

Die neue Auswertung zeigt anhand der Anpassung der Suchkriterien unter Hinzunahme von Sanitätshäusern, Hörakustikern und Optikern eine erwartbare Zunahme an ambulanten Gesundheitsimmobilien auf bundesweit etwa 4.330 Objekte. Dadurch hat sich bei etwa gleich bleibender Bevölkerungszahl die Dichte der ambulanten Gesundheitsimmobilien je Einwohner verändert. Durchschnittlich kommen etwa 20.000 Einwohner

auf einen solchen Standort. Dabei ist ein Ost-West-Gefälle erkennbar, das – aufgrund der Poliklinikstruktur in der ehemaligen DDR – mutmaßlich historisch bedingt sein könnte. Des Weiteren ist eine relativ hohe Dichte solcher Objekte in Stadtstaaten und urbanen Regionen zu beobachten. Aber auch abseits der Top-7-Metropolen und sonstiger Großstädte sind solche Ärzte- und Gesundheitszentren zu finden, weil die ambulante Gesundheitsversorgung relativ wohnortnah erfolgen muss. Dies eröffnet gerade in ländlichen Gebieten Chancen für kleine Städte und Gemeinden (ggf. auch im Verbund), anhand von Projektentwicklungen für solche Spezialimmobilien insbesondere die hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung in der Region sicherzustellen und zudem auch weitere gesundheitsaffine Dienstleister langfristig an den Standort zu binden.



Weiteres fachspezifisches Wissen finden Sie im Atlas Medicus®

Atlas Medicus bietet allen Gesundheitsakteuren Zugriff auf aktuelle Marktdaten und fachspezifisches Wissen. Für speziell auf die Gesundheitsimmobilien zugeschnittene Fragestellungen wird ein kostenpflichtiges Tool bereitgestellt: <https://demo.atlas-medicus.de/>

Dr. Bernd Rebmann

Gründer und Geschäftsführer
Rebmann Research



Können ambulante Gesundheitsimmobilien bei der Schließung von Versorgungslücken helfen?

Beitrag von Dr. Bernd Rebmann, Rebmann Research

In Deutschland ist die ambulante Gesundheitsversorgung (noch) sehr dezentral angelegt und das wollen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) – das Selbstverwaltungsorgan der niedergelassenen Ärzteschaft – auch so beibehalten. Anhand der Bedarfsplanung und ihres Sicherstellungsauftrages steuern sie die Niederlassung von Humanmediziner:innen in den einzelnen KV-Regionen und können in „überversorgten“ Gebieten für einzelne Fachrichtungen Zulassungssperren verhängen bzw. Versorgungslücken durch Ansiedlungsförderungen bezuschussen.

Die immobiliare Infrastruktur spielt hier eine entscheidende Rolle, insbesondere auch für alteingesessene Ärzte bei der Nachfolgeregelung. Denn junge Ärzte wollen nicht nur in kooperativen Strukturen arbeiten, sondern auch in Räumlichkeiten, die eine moderne Berufsausübung ermöglichen. Ambulante Gesundheitsimmobilien können insbesondere in ländlich geprägten Regionen genau diese Anforderungen erfüllen, sind sie doch auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppen genau zugeschnitten.

Sie können dadurch auch dazu beitragen, Versorgungslücken im deutschen Gesundheitswesen zu schließen, und gewinnen durch den Strukturwandel und die politisch gewollte „Ambulantisierung“ (Verlagerung von Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich) zunehmend an Bedeutung. Des Weiteren erfüllen sie auch einen Zweck der interdisziplinären Agglomeration und sichern neben der humanmedizinischen auch die sonstige regionale ambulante Gesundheitsversorgung.

Grundversorgungsregionen im Fokus

Ziel eines funktionierenden regionalen Konzepts ist die wohnortnahe Grundversorgung. Dies beinhaltet nicht nur die hausärztliche Versorgung durch die Fachgebiete Allgemeinmedizin oder Innere Medizin (hausärztlich tätig) sowie Kinder- und Jugendmedizin. Vielmehr gehören weitere fachärztliche Praxen aus folgenden Disziplinen dazu:

- Gynäkologie
- Augenheilkunde
- Dermatologie
- HNO
- Orthopädie und Unfallchirurgie

Das zentrale Instrument zur Niederlassung von Vertragsärzt:innen ist die Bedarfsplanung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Ursprünglich sollte sie einer Überversorgung vorbeugen. Inzwischen gibt es gerade in der hausärztlichen Versorgung das Problem, dass der notwendige Versorgungsbedarf oft unterschritten wird. Eine „Überversorgung“ hingegen findet sich im fachärztlichen Versorgungsbereich, wo sie mit dem Grad der Spezialisierung steigt. Je nach Fachgebiet bezieht sich der Planungsbereich auf unterschiedlich große Regionen. Grundlage zur Festlegung der Planungsbereiche sind die Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

„Neben demografischen Daten und der regionalen Krankheitslast ist das Arzt/Einwohnerverhältnis die wichtigste Größe zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs.“

Hausärzte werden sehr kleinräumig auf der Ebene der **Mittelbereiche** beplant. Für die fachärztlichen Grundversorger gilt als Planungsbereich die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion. Neben demografischen Daten und der regionalen Krankheitslast ist das Arzt-Einwohner-Verhältnis die wichtigste Größe zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs. Aus dem Soll-Versorgungsgrad leitet sich dann eine regionale Über- oder Unterversorgung ab (siehe Abb. 1).

Eine Überversorgung besteht ab einem Versorgungsgrad von 110 %. Eine Unterversorgung im hausärztlichen Versorgungsbereich wird angenommen, wenn der ausgewiesene Versorgungsbedarf um mehr als 25 % unterschritten wird. Im fachärztlichen Versorgungsbereich gilt dies ab einer Unterschreitung von mehr als 50 %.

Abbildung 1: Einwohner-Arzt-Relation nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie

21	Arztgruppe	Planungs-bereich	Verhältniszahl (1 Arzt je Anzahl EW)		Übergangszeitraum in Planungsbereichen des Regionalverbandes Ruhr (RVR)*		Verhältniszahl RVR* (1 Arzt je Anzahl EW)	
	Hausärztl. Versorgung	Mittelbereich	1.633		2018 und 2019		1.926	
					2020 und 2021		1.827	
					2022 und 2023		1.789	
					2024 und 2025		1.759	
					2026 und 2027		1.710	
	Spezialisierte fachärztl. Versorgung	Raumord-nungsregion						
	Anästhesisten		46.347					
	Radiologen		49.062					
	Fachinternisten		14.689					
	Kinder- und Jugendpsychiater		15.209					
	Gesonderte fachärztliche Versorgung	KV-Bezirk						
	Humangenetiker		559.088					
	Laborärzte		92.605					
	Neurochirurgen		145.316					
	Nuklearmediziner		106.666					
	Pathologen		109.210					
	Physikalische und Rehabilitationsmediziner		154.093					
	Strahlentherapeuten		152.891					
	Transfusionsmediziner		1.209.737					
	Allgemeine fachärztliche Versorgung	kreisfreie Stadt, Landkreis oder Kreisregion	Typ 1 Verhältniszahl (1 Arzt je Anzahl EW)	Typ 2 Verhältniszahl (1 Arzt je Anzahl EW)	Typ 3 Verhältniszahl (1 Arzt je Anzahl EW)	Typ 4 Verhältniszahl (1 Arzt je Anzahl EW)	Typ 5 Verhältniszahl (1 Arzt je Anzahl EW)	Typ 6 Verhältniszahl (1 Arzt je Anzahl EW)
	Augenärzte		12.703	19.179	23.446	21.001	19.591	19.379
	Chirurgen und Orthopäden		9.145	14.123	17.003	16.034	14.753	13.577
	Gynäkologen		3.828	5.762	6.774	6.533	6.196	5.696
	Hautärzte		21.238	34.940	41.904	41.027	39.185	34.971
	HNO-Ärzte		17.390	26.508	33.914	32.538	31.256	24.925
	Nervenärzte		13.578	20.802	25.000	23.777	22.512	20.386
	Psychotherapeuten		3.155	5.287	6.354	6.044	5.722	5.182
	Urologen		26.734	42.435	49.612	46.540	44.302	34.938
	Kinderärzte		2.043	2.862	2.862	2.862	2.862	2.862
Anmerkungen zu den Arztgruppen								
Chirurgen und Orthopäden:		Nicht zu dieser Fachgruppe gehören die Fachärzte für Herzchirurgie und die Fachärzte für Thoraxchirurgie.						
Gynäkologen:		Die Verhältniszahl der Gynäkologen bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung.						
Nervenärzte:		Hierzu zählen Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.						
Psychotherapeuten:		Hierzu gehören die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, die Fachärzte für Psychotherapie, die Psychologischen Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatik sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.						
Kinderärzte:		Die Verhältniszahl der Kinderärzte bezieht sich auf die „bis unter 18-Jährigen“.						
Typ 1:		Regionen, die starke Mitversorgungsleistungen erbringen						
Typ 2:		Regionen, die von Mitversorgung profitieren und selbst angrenzende Regionen mitversorgen						
Typ 3 + 4:		Regionen, die von der städtischen Mitversorgung mehr (Typ 3) oder weniger (Typ 4) stark profitieren						
Typ 5:		Eigenversorgte (zumeist ländliche) Regionen						
Typ 6:		Regionen mit polyzentrischem Verflechtungsraum (ehem. Sonderregion Ruhrgebiet)						

Einwohner-Arzt-Relation nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie 01.01.2013 (Niedergelassene)
 (Stand: letzte Aktualisierung 16.01.2025 mit Geltung zum 09.04.2025)

* Gilt in den Planungsbereichen, die vollständig im Verbandsgebiet des RVR liegen.

Zahnärztliche Versorgung wird oft nicht mitgedacht

Die zahnärztliche Versorgung ist ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Grundversorgung. Sie betreut alle Altersgruppen vom Säugling ab dem 6. Lebensmonat bis zum alten, pflegebedürftigen Menschen. Daher sind Zahnarztpraxen eine wichtige Ergänzung in ambulanten Gesundheitsimmobilien. Für die zahnärztliche Versorgung existiert auch eine Bedarfsplanung. Weil sie aber die Niederlassung, auch im Falle einer Überversorgung, nicht eingrenzt, ist sie vielfach nicht bekannt. Allerdings gibt es bei den Zahnärzten ähnlich große Nachwuchsprobleme wie bei den Hausärzten. Der Planungsbereich bei den Zahnärzten bezieht sich in der Regel auf die kreisfreie Stadt, den Landkreis oder die Kreisregion. In der KV-Region Niedersachsen wurde allerdings der Mittelbereich ausgewählt. Das Zahnarzt-Einwohner-Verhältnis wurde, bis auf wenige Ausnahmen, auf 1:1.680 festgelegt, was auch der Allgemeinen Richtlinie entspricht.

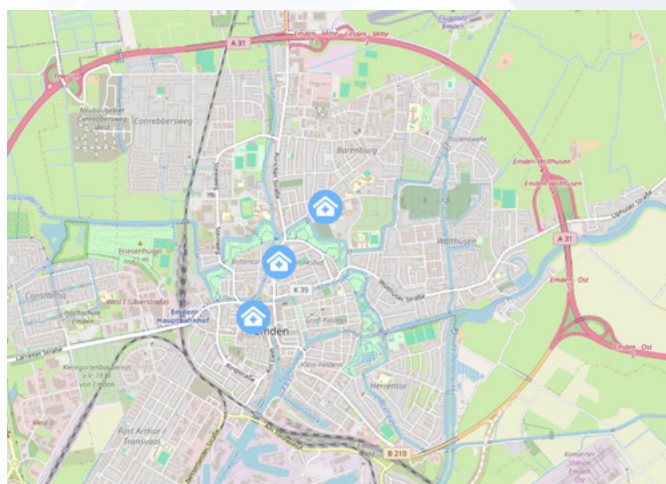
Potenzial für ambulante Gesundheitsimmobilien außerhalb der Innenstädte

Wie sich ambulante Gesundheitsimmobilien auch außerhalb von Innenstädten verteilen könnten, wird nachfolgend am Beispiel Emden in Niedersachsen und Schweinfurt in Bayern beleuchtet. Für die genauere Betrachtung wurden diese zwei Städte mit rund 50.000 Einwohnern exemplarisch ausgewählt, weil dort eine relativ große Dichte an ambulanten Gesundheitsimmobilien in den Innenstädten zu finden ist. Zudem wird die ärztliche und zahnärztliche Versorgung in den Regionen analysiert. Dabei werden die Planungsbereiche der Bedarfsplanungen zugrunde gelegt.

Potenzialanalyse für ambulante Gesundheitsimmobilien in Emden (Niedersachsen)

In der Stadt Emden befinden sich drei größere ambulante Gesundheitsimmobilien, die den von Rebmann Research und Hauck Aufhäuser Lampe definierten Kriterien entsprechen (siehe Text zur Anzahl ambulanter Gesundheitsimmobilien im vorliegenden Marktreport). Alle drei Objekte befinden sich im Innenstadtbereich bzw. am Krankenhaus (siehe Abb. 2).

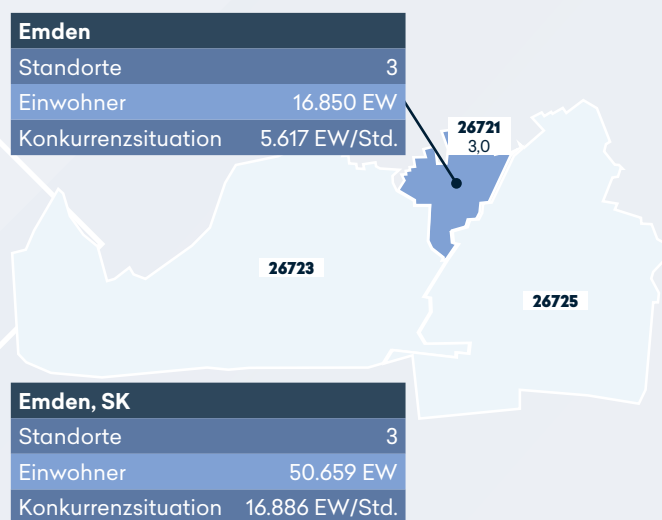
Abbildung 2: Straßenansicht ambulante Gesundheitsimmobilien in Emden



© REBMANN RESEARCH, Stand 01/2026

Bezogen auf die Einwohner ist Emden mit drei ambulanten Gesundheitsimmobilien grundsätzlich gut versorgt. Beim Blick auf die PLZ-Ebene zeigt sich, dass alle drei Standorte im gleichen PLZ-Bereich liegen, der 16.850 Einwohner umfasst. Die rund 33.800 Einwohner der beiden weiteren PLZ-Bereiche haben relativ weite Wege, um zu einem Zentrum mit mehreren Arztpraxen oder Bereichen der Gesundheitsversorgung zu kommen (siehe Abb. 3).

Abbildung 3: Verteilung der ambulanten Gesundheitsimmobilien im Stadtkreis Emden

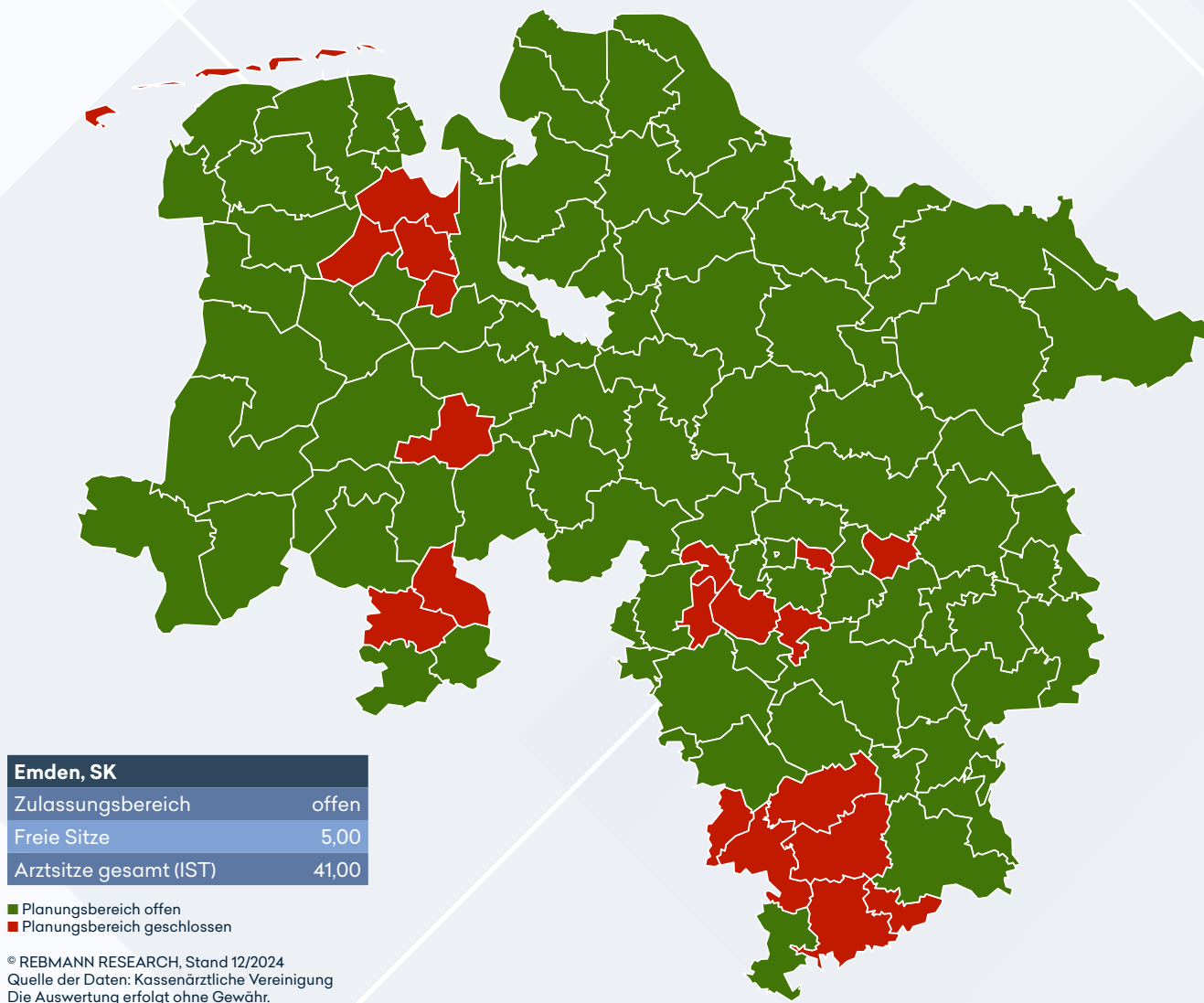


© REBMANN RESEARCH, Stand 01/2026
Quelle Einwohnerzahlen: GfK GeoMarketing
Die Auswertung erfolgt ohne Gewähr.

„Gerade in der hausärztlichen Versorgung finden sich bundesweit die meisten freien Arztsitze.“

Bei der hausärztlichen Versorgung zeigt sich, dass bei einem Versorgungsgrad von 98,5% noch fünf hausärztliche Vertragsarztsitze nicht besetzt sind (s. Abb. 4). Gerade in der hausärztlichen Versorgung finden sich bundesweit die meisten freien Arztsitze. Auch in den angrenzenden Planungsbereichen gibt es unbesetzte hausärztliche Zulassungen. Insofern wäre ein Umzug einer hausärztlichen Praxis oder eine Neugründung mit noch freien Hausarztsitzen in neuen Räumlichkeiten eines ambulanten Gesundheitszentrums in einem noch „freien“ PLZ-Gebiet eine Option. Aber auch die umliegenden Gemeinden (und Mittelbereiche) über den Stadtkreis hinaus sollten als Einzugsgebiet für die medizinische Versorgung mitgedacht werden.

Abbildung 4: Hausärztliche Bedarfsplanung Niedersachsen



Bei der fachärztlichen Grundversorgung von Emden zeigen sich beispielsweise folgende Versorgungsgrade:

- Augenheilkunde 108%
- Dermatologie 149,5%
- HNO 77,5%
- Gynäkologie 117%
- Orthopädie 135%

Damit ist die allgemeine fachärztliche Versorgung im Planungsbereich Landkreis Emden/Aurich zwar noch nicht im Bereich der Unterversorgung, aber auch nicht ausreichend gewährleistet (z. B. könnten sich noch HNO-Ärzte niederlassen). Nimmt man nun die Zahnärzte hinzu, zeigt sich auch hier mit einem Versorgungsgrad von 76,6% eine deutliche Versorgungslücke (siehe Abb. 5). Somit wäre also auch die Ansiedlung von HNO-Ärzten und weiteren Zahnärzten versorgungstechnisch wünschenswert.

Abbildung 5: Zahnärztliche Bedarfsplanung ausgewählte Regionen Niedersachsen

PB-Nr.	Mittelbereich	Einwohnerinnen und Einwohner		Versorgungsgrad 100%	Zahnärztinnen und Zahnärzte			Insgesamt	Versorgungsgrad in %
		Stand 31.12.2022 Gesamt: 8.140.242	bereinigt um 20% Pendler/innen		mit Zulassung	in Anstellung § 32b (Z-ZV)			
59	Leer Ost	82.027	78.935	46,98	27,00	7,50	34,50	73,43	
60	Leer	87.150	87.198	51,90	30,50	19,25	49,75	95,85	
61	Emden	164.488	164.547	97,94	62,00	13,00	75,00	76,57	
62	Aurich	141.649	141.346	84,13	66,50	21,25	87,75	104,30	

Quelle: KZV Niedersachsen, Stand 2023

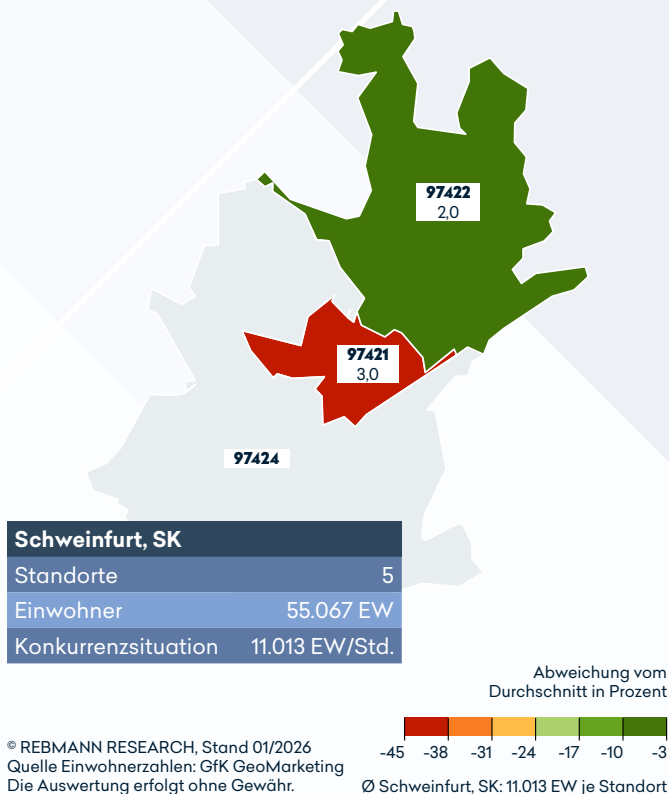
Potenzialanalyse für ambulante Gesundheitsimmobilien in Schweinfurt (Bayern)

In Schweinfurt gibt es insgesamt fünf ambulante Gesundheitsimmobilien, verteilt auf zwei PLZ-Bereiche. Die Dichte ist mit 11.013 EW/St. relativ hoch. Allerdings gibt es in Schweinfurt einen dritten PLZ-Bereich (97424) mit 15.630 Einwohnern ohne ambulante Gesundheitsimmobilie nach den von Rebmann Research und Hauck Aufhäuser Lampe definierten Kriterien (siehe Abb. 6 und Abb. 7).

Abbildung 6: Auszug Straßenansicht ambulante Gesundheitsimmobilien in Schweinfurt



Abbildung 7: Verteilung der ambulanten Gesundheitsimmobilien im Stadtkreis Schweinfurt

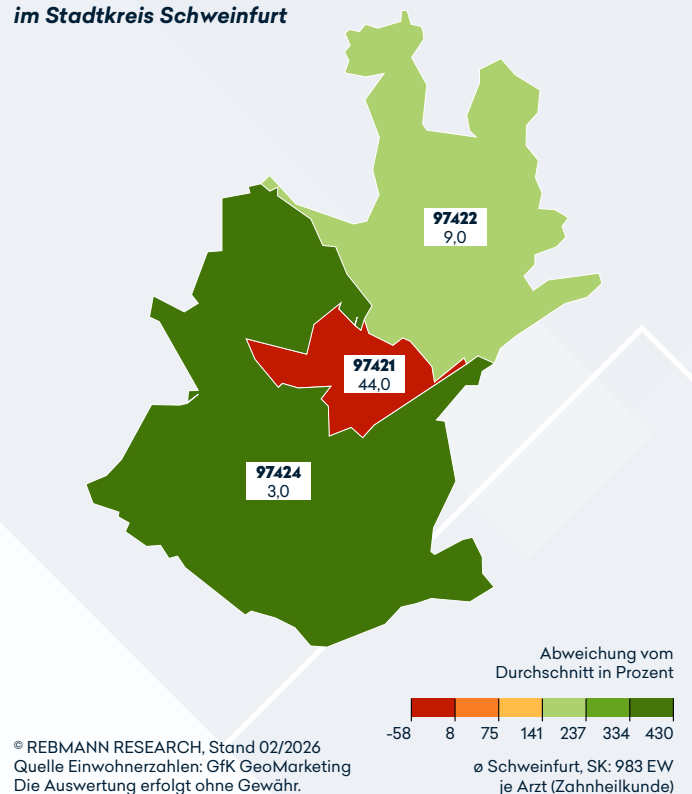


Laut der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat Schweinfurt drei Mittelbereiche (Schweinfurt Nord, Schweinfurt Stadt und Schweinfurt Süd) mit insgesamt 9,5 offenen hausärztlichen Zulassungen. Insofern dürfte die KV Bayern voraussichtlich keine Einwände gegen eine hausärztliche Sitzverlegung oder Neugründung im PLZ-Bereich 97424 haben. Bei der allgemeinen fachärztlichen Grundversorgung zeigen sich für Schweinfurt folgende Versorgungsgrade:

- Augenheilkunde 99,6%
- Dermatologie 110,2%
- HNO 123%
- Gynäkologie: 140,3%
- Orthopädie: 162,8%
- Kinder- und Jugendärzte: 98,48%

Neben der hausärztlichen Versorgung könnte man also auch in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung die Fachbereiche Augenheilkunde sowie Kinder- und Jugendmedizin (beide unter der Zulassungsgrenze von 110%) in ein solches Objekt ziehen. Aber natürlich könnten auch weitere Praxen, die momentan in kleineren Immobilien situiert und mit ihrer räumlichen oder mietrechtlichen Situation unzufrieden sind, in ein solches Objekt ziehen. Daneben sind auch noch weitere gesundheitsaffine und synergetische Nutzungen denkbar wie Apotheke (Hausärzte und Kinderärzte wären wichtige Verschreiber), Optiker (wenn ein Augenarzt vor Ort ist, bekommt man i. d. R. auch einen Optiker ins Haus) und auch ambulante Pflegeangebote wie Tagespflege oder ein ambulanter Pflegedienst etc. Und nicht zuletzt könnten Zahnärzte den Mietern ergänzen. Denn für den zahnärztlichen Bereich zeigt die Wettbewerbsanalyse im Atlas Medicus eine Konzentration in der Innenstadt, sodass Zahnärzte sich in einem solchen Gesundheitszentrum ebenfalls niederlassen und auch umliegende zahnärztlich unterversorgte Gemeinden mitversorgen könnten.

Abbildung 8: Zahnärztliche Konkurrenzsituation im Stadtkreis Schweinfurt



Fazit

Für die Entwicklung von ambulanten Gesundheitsimmobilien sind auch einzelne Stadtteile oder Stadtrandgebiete eine gute Möglichkeit, die Konkurrenz in den Innenstädten zu meiden. Dabei kann gezielt auf die hausärztliche und fachärztliche Grundversorgung gesetzt werden, während sich die spezialisierten Fachgebiete wie Radiologie eher in den Innenstädten und meist in der Nähe von Krankenhäusern befinden. Diese sind aber für die wohnortnahe medizinische Grundversorgung nicht unbedingt hochrelevant, weil Patienten i. d. R. für solche Facharztbesuche auch längere Wege in Kauf nehmen. Die Entwicklung bei den Zahnärzten zeigt sich ähnlich wie bei den Hausärzten, nämlich in Richtung einer Unterversorgung in vielen ländlichen Regionen. Eine Kombination von hausärztlichen sowie zahnärztlichen Praxen und weiteren Grundversorgerpraxen kann mit zusätzlichen Angeboten wie Apotheken, Sanitätshäusern, Hörakustikern oder Augenoptikern zu einer ambulanten Gesundheitsimmobilie ergänzt werden.

Vor allem Stadtrandlagen ziehen Patienten aus dem Umland an, denen der Weg in die Innenstadt zu weit, die Verkehrsanbindung zu schlecht oder die Parkplatznot zu groß ist. Auch hier kann die Bedarfsplanung helfen, den richtigen Standort und die richtigen Fachgebiete zu identifizieren, damit das Projekt zum Erfolg wird.

Wie die medizinische Versorgung mithilfe von ambulanten Gesundheitsimmobilien auch in ländlicheren Regionen sichergestellt werden kann, zeigt das Beispiel Neunkirchen bei Siegen, wo bereits 2015 vor allem auf Initiative des dort ansässigen Kinderarztes und eines örtlichen Investors ein ambulantes Gesundheitszentrum eröffnet wurde. Der im Juni 2025 gestartete Spezialfonds „HAL Soziale Infrastruktur Deutschland 2“ von Hauck Aufhäuser Lampe Real Estate Investment Management hat diese Immobilie vor Kurzem erworben und trägt damit zur Sicherung der medizinischen Versorgung auch in dieser eher ländlich geprägten Region bei. Neben diversen medizinischen Einrichtungen beherbergt das Haus weitere gesundheitsaffine Dienstleister. Dazu gehören eine Praxis für Physiotherapie sowie

ein Zentrum für medizinische Rehabilitation und Fitness. Ergänzt wird das Angebot synergetisch durch eine Apotheke, ein Sanitätshaus und eine Krankenkasse.

Damit solche Investitionen in die ländliche, ambulante, immobilare Infrastruktur nicht die Ausnahme, sondern gängige Praxis werden, müssen Leistungserbringer, Gemeinden, Projektentwickler und Investoren an einem Tisch zusammenfinden und sich bei dem Vorhaben gemeinsam unterstützen. Von Beginn an war in Neunkirchen die Gemeinde involviert und unterstützte das Projekt z. B. beim Grundstückskauf und laut des initiierenden Kinderarztes auch bei der Umsetzung von bürokratischen Anforderungen.

Neben der Verbesserung des medizinischen Angebots hatte das Gesundheitszentrum zudem positive Auswirkungen auf die lokale Wirtschaft. So wurde darauf geachtet, dass ortsansässige Firmen bei der Vergabe von Zuschlägen für einzelne Gewerke bedacht wurden. Ebenso investierten die Mieter selbst in die eigenen Räumlichkeiten mit dem Wissen, an einem modernen Standort langfristig zu praktizieren. Bei solchen Projekten sind in Zukunft alle unternehmerisch denkende Heilberufe als Initiatoren gefordert.



Weiteres fachspezifisches Wissen finden Sie im Atlas Medicus®

Atlas Medicus bietet allen Gesundheitsakteuren Zugriff auf aktuelle Marktdaten und fachspezifisches Wissen. Für speziell auf die Gesundheitsimmobilien zugeschnittene Fragestellungen wird ein kostenpflichtiges Tool bereitgestellt: <https://demo.atlas-medicus.de/>

Dr. Bernd Rebmann

Gründer und Geschäftsführer
Rebmann Research



Büroimmobilie in Mannheim wurde zum Gesundheitszentrum „Am Sonnengarten“ umgewandelt

Beitrag von Peter v. Thun, TBR Immobilien Consulting

Strukturelle Veränderungen auf den Immobilienmärkten – insbesondere sinkende Nachfrage nach klassischen Büroflächen durch Homeoffice und New-Work-Konzepte – treffen auf einen gleichzeitig stark wachsenden Bedarf an medizinischen Versorgungsflächen. Treiber sind der demografische Wandel, steigende Lebenserwartung sowie die zunehmende Spezialisierung medizinischer Leistungen. Vor diesem Hintergrund stellt die Umnutzung von Büroimmobilien zu Healthcare-Objekten eine wirtschaftlich interessante und gesellschaftlich relevante Konversionsstrategie dar.

Die durchschnittliche Restlaufzeit der Mietverträge wurde von zwei auf über sieben Jahre angehoben und die Nettajahreskaltmiete bei Vollvermietung um ca. 27% gesteigert.

Die TBR Investment GmbH hat 2021 das 3.600 m² große Bürogebäude „Am Sonnengarten“ in Mannheim-Feudenheim erworben und innerhalb von fünf Jahren erfolgreich repositioniert. In diesem Zeitraum wurden kurzläufige Büromietverträge über insgesamt ca. 2.000 m² weitgehend durch langfristige Mietverträge mit den verbleibenden Bestandsmietenden sowie Nutzen aus der Gesundheitsbranche (Praxen und ein Sanitätshaus) ersetzt. Die durchschnittliche Restlaufzeit der Mietverträge wurde von zwei auf über sieben Jahre angehoben und die Nettajahreskaltmiete bei Vollvermietung um ca. 27% gesteigert. Anfang 2026 wurde die Immobilie an Hauck Aufhäuser Lampe Privatbank verkauft, die das Gesundheitszentrum in deren Fonds HAL S12 eingebracht hat.

Im Folgenden werden die grundsätzlichen Voraussetzungen und Anforderungen an die Umwidmung einer Bürobstandsimmobilie in ein ambulantes Gesundheitszentrum formuliert und den konkreten Parametern des Projekts gegenübergestellt.

Makrostandort: Bevölkerungsstruktur und Nachfragepotenzial

Auf regionaler Ebene ist entscheidend, ob ein realer medizinischer Versorgungsbedarf besteht. Ein Gesundheitszentrum entfaltet seinen Mehrwert insbesondere dort, wo:

- Facharztpraxen unterrepräsentiert sind
- Der bauliche Bestand bestehender Arztpraxen nicht mehr zeitgemäß ist
- Krankenhäuser schließen oder ihre ambulanten Leistungen auslagern
- Bevölkerungswachstum oder Überalterung prognostiziert ist

Zusätzlich beeinflussen Einkommensniveau, Profession der Leistungserbringer und Versichererstruktur mit folgenden Parametern den Projekterfolg:

- Art der nachgefragten Fachrichtungen
- Zwänge innerhalb bestehender Mietvertragsverhältnisse bei den örtlichen Leistungserbringern
- Umfang privatärztlicher Leistungen
- Potenzielle Wirtschaftlichkeit einzelner Praxen

Der Makrostandort bestimmt somit, ob das Projekt langfristig ausgelastet bleibt und ob sich Fachärzte dort niederlassen wollen oder bereit sind, umzuziehen bzw. aufgrund bestehender langfristiger Mietvertragsverpflichtungen überhaupt umziehen können.

Anwendung auf das Projekt „Am Sonnengarten“:

Die Metropolregion Rhein-Neckar und insbesondere Mannheim als wirtschaftliches Zentrum bieten ein sehr attraktives Umfeld für die Ansiedlung medizinischer Einrichtungen. Das Einzugsgebiet erstreckt sich über Mannheim mit rund 320.000 Einwohnern hinaus auf die angrenzenden Städte Heidelberg, Ludwigshafen und umliegende Kommunen, wodurch ein großes Patientenvolumen erreicht wird. Der Gebäudebestand umfasst sowohl modernisierte Praxen und Neubauten für Heilberufe als auch klassischen Altbestand mit kleinteiligen, weniger attraktiven Flächen. Die durchschnittliche Kaufkraft in Mannheim liegt bei etwa 48.000 € pro Haushalt, wobei der Stadtteil Feudenheim als eines der „gehobenen“ Wohnviertel auch für Privatpraxen gut geeignet ist.

Mikrostandort: Erreichbarkeit und Alltagstauglichkeit

Auf lokaler Ebene ist ein ambulantes Gesundheitszentrum besonders dann erfolgreich, wenn es hinsichtlich allgemeiner gesundheitsaffiner Leistungserbringung im alltäglichen Bewegungsraum der Bevölkerung liegt und leicht zu erreichen ist. Patienten, insbesondere ältere oder mobilitätseingeschränkte Personen, bevorzugen Standorte, die ohne großen organisatorischen Aufwand erreichbar sind. Wesentliche Faktoren sind:

- kurze Wege vom Wohnort
- einfache Orientierung
- geringe Umsteigewege im öffentlichen Verkehr

Demnach sind die Lagekriterien für eine Gesundheitsimmobilie nicht mit denen für Bürostandorte deckungsgleich. Insbesondere Randlagen mit der Nähe zu Wohnnutzungen oder Standorte in Gewerbegebieten, die den täglichen Bedarf und Einkaufsmöglichkeiten abdecken, können hervorragende Standorte für eine Nutzung innerhalb der Gesundheitsbranche darstellen, für ein Büro jedoch eine C- oder sogar D-Lage bedeuten.

Anwendung auf das Projekt „Am Sonnengarten“:

Die Lage der Immobilie erfüllt die positiven Kriterien in nahezu optimaler Weise. Zwischen Mannheim Zentrum und dem attraktiven Stadtviertel Feudenheim gelegen, befindet es sich gut sichtbar und präsent an einer viel befahrenen Kreuzung (ca. 50.000 PKW/Tag) und trotzdem in fußläufiger Entfernung zum Stadtteilzentrum.

Direkt vor dem Objekt befinden sich sowohl eine Straßenbahn-, als auch eine Bushaltestelle. Die Fahrzeit zur Mannheimer Innenstadt beträgt mit dem ÖPNV ca. sieben Minuten.

Mit dem PKW ist sowohl das Mannheimer Zentrum als auch über die B 38 die Autobahnanschlussstelle Mannheim-Neckarau in wenigen Minuten zu erreichen. Dies erschließt neben Mannheim und Ludwigshafen auch Heidelberg mit den umliegenden Ortschaften als direktes Einzugsgebiet.

Einbindung in bestehende Infrastruktur

Ein Gesundheitszentrum profitiert stark von der räumlichen Nähe zu ergänzenden Nutzungen. Dazu zählen beispielsweise:

- Apotheken
- Sanitätshäuser
- Physiotherapie- oder Reha-Einrichtungen
- Pflege- und Senioreneinrichtungen
- Nahversorgung (Café, Bäckerei, Einzelhandel)

Diese infrastrukturelle Verzahnung führt zu Gesundheitsclustern, die sowohl für Patienten und Patientinnen als auch für medizinisches Personal attraktiv sind und Synergieeffekte erzeugen können.

Anwendung auf das Projekt „Am Sonnengarten“:

Die Neuvermietung profitierte insbesondere von der weitgehenden Flexibilität in der Raumaufteilung, da die Traglast des Objektes nur auf wenigen Stützen ruht. Ein zentraler Erschließungskern mit jeweils mindestens einem Versorgungsschacht, ein doppelter Hohlraumboden und abgehängte Decken in allen Mietbereichen verschaffte die Möglichkeit, nahezu überall die notwendigen Versorgungsleitungen inkl. Zu- und Abwasser nach Bedarf zu verlegen. Großzügige Fensterflächen und Räume mit einer Tiefe von ca. 6 m sorgen für einen sehr guten Lichteinfall und eine sehr gute Nutzbarkeit der gesamten Flächen.

Das Objekt verfügt über barrierefreie Zugänge mittels Rampen, eines entsprechend ausgestatteten Aufzugs (z.B. niedrige Tastenhöhe, Notsitz) und automatischer Türöffner. Zusätzlich sind die Zugangstüren und Gangbreiten ausreichend dimensioniert und im Treppenhaus befindet sich ein barrierefreies WC für die Allgemeinnutzung.

Tragwerk, Statik und Raumhöhen

Medizinische Einrichtungen können erhöhte Anforderungen an das Tragwerk eines Gebäudes stellen. Schwere Geräte wie CT-, MRT- oder Röntgenanlagen erfordern:

- hohe zulässige Deckenlasten
- vibrationsarme Konstruktionen
- ausreichend hohe Geschosshöhen für Technikführungen

Bürogebäude mit großzügigen Raumhöhen und massiven Deckenkonstruktionen bieten hier klare Vorteile gegenüber leichteren Bauweisen.

Anwendung auf das Projekt „Am Sonnengarten“:

Mit der massiven Stahl-/Betonkonstruktion ist eine durchgehende Traglast in allen Stockwerken von 500 kg/m² realisiert. Die Raumhöhen liegen zwischen 2,80 m und 3,60 m und lassen neben einem großzügigen Raumgefühl auch die Installation von Großgeräten und Operationseinrichtungen zu.

Klima-, Lüftungs- und Raumlufttechnik

Eine leistungsfähige Gebäudetechnik ist für diese Art der Nutzung essenziell. Medizinische Räume benötigen:

- konstante Temperatur- und Feuchtigkeitswerte
- hygienisch einwandfreie Luft
- individuell steuerbare Zonen

Insbesondere in Untersuchungs- und Behandlungsräumen sind erhöhte Anforderungen an Luftwechselraten und Filtertechnik zu erfüllen.

Anwendung auf das Projekt „Am Sonnengarten“:

Das Gebäude verfügt über ein Deckenheiz- und -kühlssystem mit Einzelraumsteuerung. Dies gewährleistet zuverlässig konstante Temperaturen ohne die Gefahr von Verunreinigungen durch ein zentrales Lüftungssystem und bietet einen hohen Aufenthaltskomfort. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit, individuelle Lüftungsanlagen und sonstige technische Anlagen wie Kompressoren, Wasser- oder Luftfilteranlagen etc. für einzelne Mieter und Mieterinnen einzubringen.

„Medizinische Geräte sind auf eine störungsfreie Stromversorgung angewiesen.“

Elektro- und Sicherheitsversorgung

Medizinische Geräte sind auf eine störungsfreie Stromversorgung angewiesen. Daraus ergeben sich Anforderungen wie:

- Notstromaggregate
- unterbrechungsfreie Stromversorgungen
- redundante Versorgungsstränge

Die elektrische Infrastruktur muss sowohl leistungsfähig als auch ausfallsicher konzipiert sein.

Anwendung auf das Projekt „Am Sonnengarten“:

Für die aktuell Mietenden wurden keine Notstromeinrichtungen, die über die brandschutztechnischen Anforderungen hinausgehen, benötigt. Eine Nachrüstung ist jedoch im Bedarfsfall problemlos möglich. Zusätzlich kann die bestehende PV-Anlage um eine Batterie erweitert werden und somit als zusätzliches Notstromaggregat dienen.

Digitalisierung und IT-Infrastruktur

Moderne Praxen sind hochgradig digitalisiert. Die Flächeninfrastruktur sollte demnach:

- telemedizinische Anwendungen ermöglichen
- sichere Datenübertragung gewährleisten
- serverbasierte Praxissoftware unterstützen

Datenschutz, IT-Sicherheit und Ausfallsicherheit spielen hierbei eine zentrale Rolle.

Anwendung auf das Projekt „Am Sonnengarten“:

Über den vorliegenden Glasfaseranschluss für jede Nutzereinheit hinaus verfügt das Objekt über keine besonderen Einrichtungen der IT-Infrastruktur. Der Ausbau und eventuelle Anpassungen innerhalb der Mietflächen wurden den jeweiligen Nutzenden überlassen.

Außenwirkung und Vertrauen

Das äußere Erscheinungsbild, seine Sichtbarkeit und Präsenz haben unmittelbaren Einfluss auf den Erfolg von Heilberuflern und auf das Vertrauen der Patienten und Patientinnen. Eine moderne, gepflegte und transparente Architektur signalisiert:

- Professionalität
- Sicherheit
- Qualität der medizinischen Versorgung

Insbesondere bei der Umnutzung älterer Bürogebäude ist eine gestalterische Aufwertung der Fassade häufig sinnvoll und wirtschaftlich gerechtfertigt.

Anwendung auf das Projekt „Am Sonnengarten“:

Mit dem halbrunden Baukörper mit wärmedämmter Putzfassade in gedeckten Farben, dem geschützten Innenhof mit den Außenparkplätzen und einem vollverglastem Treppenhaus über alle Stockwerke hinweg als Entree zeugt die Immobilie von einer weichen und trotzdem modernen Architektur. Es mussten keine Investitionen in die Gebäudehülle getätigt werden, lediglich eine professionelle Fassadenreinigung wurde durchgeführt.

Neben den baulichen Gegebenheiten wurde ein besonderes Augenmerk auf die infrastrukturellen Dienstleistungen gelegt und ein hoher Anspruch an die Reinigungs- und Pflegedienstleistungen im und um das Objekt umgesetzt.

Innenräume und Aufenthaltsqualität

Auch im Innenraum spielt Gestaltung eine wichtige Rolle. Großzügige Wartebereiche, Tageslicht, klare Orientierung und hochwertige Materialien tragen zur Stressreduktion bei und verbessern das Nutzungserlebnis der Patientinnen und Patienten erheblich.

Anwendung auf das Projekt „Am Sonnengarten“:

Nach dem Erwerb wurde das vormals farbige Treppenhaus weiß gestrichen, um ein helleres und klareres Erscheinungsbild zu schaffen. Gleichzeitig wurde das Beschilderungskonzept im Innen- und Außenbereich des Objektes überarbeitet und optimiert. Die Gestaltung der Mietflächen erfolgte individuell nach den Wünschen und Anforderungen der Nutzenden. Teilweise wurde hierfür auf die Expertise von auf Praxen spezialisierten Innenarchitektinnen und Praxisausstattern zurückgegriffen. Den Mietenden wurde freigestellt, ob die Ausbauten durch den Vermieter erfolgen oder sie diese selbst übernehmen, wobei ein entsprechender Baukostenzuschuss gewährt wurde. Besonderes Augenmerk sollte darauf liegen, dass Allgemeinflächen, etwa Treppenhäuser, nicht als Erweiterung von Praxiswarteräumen genutzt werden. Hierzu empfiehlt sich die Aufnahme entsprechender Regelungen in die Mietverträge.

Verkehrliche Anbindung und Mobilitätskonzept

Insbesondere Ärztehäuser und Gesundheitszentren mit einem deutlichen Anteil an Kassensitzen sind stark frequentierte Orte mit hohem Besucheraufkommen. Entsprechend wichtig ist ein durchdachtes Mobilitätskonzept, das:

- ausreichend Stellplätze
- barrierefreie Kurzzeitparkzonen
- Fahrradabstellmöglichkeiten
- gute Anbindung an den ÖPNV

berücksichtigt. Besonders relevant sind dabei Bedürfnisse von Menschen mit eingeschränkter Mobilität.

Anwendung auf das Projekt „Am Sonnengarten“:

Das Objekt verfügt über 53 Stellplätze in der Tiefgarage und 14 Außenstellplätze, die teilweise als Drop-off-Zone genutzt werden. Ebenfalls befinden sich hier der erforderliche Behindertenstellplatz für alle Nutzenden und ausreichende Fahrradabstellmöglichkeiten.

Der Tiefgaragenzugang wurde von den einzelnen Mieteinheiten ansteuerbar gestaltet, sodass die dort angemieteten Stellplätze, falls gewünscht, auch von deren Besucherinnen und Besuchern genutzt werden können.

Durch das erhöhte PKW-Aufkommen bei einer vorwiegenden Praxisnutzung lassen sich Beschwerden von anderen Mietenden aufgrund unberechtigten Parkens auf ihren Stellplätzen nur schwer vermeiden. Möglichkeiten bestehen z.B. in zusätzlichen Beschilderungen oder der Installation von Parkplatzensperren, um Betroffenen entgegenzukommen.

Baurechtliche Voraussetzungen

Die Nutzungsänderung von Büro zu medizinischer Nutzung erfordert:

- bauordnungsrechtliche Genehmigungen
- Anpassung von Brandschutz- und Fluchtwegkonzepten
- Anforderungen an die Barrierefreiheit
- ggf. Stellplatznachweise

Diese Aspekte sollten frühzeitig geprüft werden, um Projektkosten und die Wirtschaftlichkeit sicher zu kalkulieren und ungeplante Mehrkosten sowie Projektverzögerungen zu vermeiden.

„In Verbindung mit einem tragfähigen und zuverlässigen Netzwerk an ausführenden Bau- und Handwerksunternehmen konnten die Projektrisiken weitgehend minimiert werden.“

Anwendung auf das Projekt „Am Sonnengarten“:

Da sich zur Zeit des Ankaufes bereits zwei Praxen in der Immobilie befanden, konnten die Anforderungen an nachfolgende medizinische Nutzungseinheiten aus den ergangenen Baugenehmigungen abgeleitet und sicher kalkuliert werden. Die neu abgeschlossenen Mietverträge mit medizinischem Fokus wurden unter der auflösenden Bedingung des positiven Bescheides der erforderlichen Nutzungsänderungsgenehmigung von einer Büro- in eine Praxisnutzung und unter Vereinbarung eines Long-Stop-Dates (10 Monate nach Unterzeichnung) abgeschlossen, falls die Baubehörde bis dahin keine Genehmigung erteilt hätte.

In Verbindung mit einem tragfähigen und zuverlässigen Netzwerk an ausführenden Bau- und Handwerksunternehmen konnten die Projektrisiken weitgehend minimiert werden.

Wirtschaftlichkeit, Investitionslogik und Vermietung

Praxen und Mietende aus dem medizinischen Umfeld wie Apotheken und Sanitätshäuser zeichnen sich in der Regel durch:

- langfristige Mietverträge mit hoher Nutzertreue
- i. d. R. stabilen Cashflow und geringe Mietausfallquote
- stabile Nachfrage
- geringe Konjunkturabhängigkeit

aus. Die Umnutzung kann daher eine überdurchschnittlich stabile Rendite bei moderatem Risiko bieten, sofern Investitionskosten und Mietpotenziale realistisch kalkuliert werden.

Anwendung auf das Projekt „Am Sonnengarten“:

Durch die Repositionierung konnte die Kaltmiete bei Vollvermietung um rund 27 % gesteigert und gleichzeitig der WALT signifikant verlängert werden. Dank der flexiblen Gebäudestruktur hielten sich die zusätzlichen Kosten für die medizinische Nutzung, die Auflagen aus den Nutzungsänderungsgenehmigungen sowie die nutzerspezifischen Ausbauten mit durchschnittlich ca. 120 €/m² in einem moderaten Rahmen. Die Vermietung erfolgte über ein regional breit aufgestelltes Maklernetzwerk sowie eine aktive Ansprache des Marktes durch die Eigentümerin; eine proaktive Marktpräsenz ist daher entscheidend. Zudem sollte dem häufig erhöhten Diskretionsbedarf von Mietinteressierten aus dem medizinischen Bereich besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Betreiber- und Nutzungskonzepte

Ein nachhaltiges ambulantes Gesundheitszentrum ist mehr als eine Ansammlung einzelner Praxen und anderer aus dem Spektrum der Heilberufe. Erfolgreiche Konzepte setzen auf:

- medizinische Ergänzung statt Konkurrenz
- gemeinsame Infrastruktur
- zentrale Organisation (z. B. bei MVZ-Strukturen)
- ESG-Aspekte

Solche Modelle steigern grundsätzlich Effizienz, Attraktivität und Wirtschaftlichkeit der Nutzer.

Die Immobilie wurde erfolgreich als Green Building nach BREEAM mit ‚gut‘ zertifiziert.

Anwendung auf das Projekt „Am Sonnengarten“:

Die sich bereits zu Beginn der Repositionierung im Objekt befindenden beiden Praxen waren bei der Vermietung ausgesprochen hilfreich. Somit konnten sich Mietinteressierte direkt mit den langjährigen Nutzerinnen und Nutzern über ihre Fragen und Themen zum Objekt und zum Objektmanagement austauschen. Die Zufriedenheit der Ursprungsmietenden ist hierzu selbstverständlich Voraussetzung.

ESG-Kriterien: Die Immobilie wurde erfolgreich als Green Building nach BREEAM mit ‚gut‘ zertifiziert.

Gesamteinschätzung und strategisches Fazit

Die Umwandlung einer Büroimmobilie in ein Healthcare-Objekt ist ein komplexer, aber zukunftsfähiger Ansatz, der wirtschaftliche Interessen mit gesellschaftlichem Nutzen verbindet. Entscheidend für den Erfolg sind:

- geeigneter Standort
- technisch und strukturell passender Gebäudebestand
- realistische Bedarfsanalyse
- aktive und professionelle Vermietungsstrategie
- langfristig tragfähiges Betreiberkonzept

Richtig umgesetzt, entsteht ein nachhaltiger Gesundheitsstandort, der zur Stadtentwicklung beiträgt, dem Investment attraktive und stabile Erträge bietet und die medizinische Versorgung der Bevölkerung verbessert. Insbesondere Bürogebäude in B- und attraktiven C-Lagen können vor dem Hintergrund der negativen Entwicklungen auf dem Büromarkt eklatant von einer erfolgreichen Repositionierung und Transformation in eine ambulante Gesundheitsimmobilie profitieren.

Peter v. Thun

Geschäftsführer
TBR Immobilien Consulting



Ambulante Operationen – Fast-Track-OP-Zentren aus dem Baukasten

Beitrag von Jascha Rinke, Rinke+Henssler

Die Ambulantisierung verändert die Versorgungsstruktur in Deutschland grundlegend. Ein signifikanter Anteil bislang stationär erbrachter Eingriffe kann effizient und qualitätsgesichert ambulant durchgeführt werden. Entscheidend ist die Umsetzungsgeschwindigkeit. Der Bedarf nach passenden OP-Strukturen wächst allerdings deutlich schneller als das Angebot an geeigneten Immobilien.

Der Umbruch kommt schneller als erwartet

Ambulante Operationen verändern den Alltag in der Versorgung – und zwar rasant. Für viele planbare Eingriffe wird die Übernachtung zur Ausnahme. Der Patient kommt, wird operiert, erholt sich im Aufwachbereich und geht wieder nach Hause. Die weitere Nachsorge findet dann im ambulanten Sektor statt. Dieses Versorgungsmodell verlangt reibungslose Abläufe und eine klare Taktung über den gesamten OP-Tag. In vielen Bestandsstrukturen folgen ambulante Operationen jedoch weiterhin einer stationär geprägten Logik. Das erzeugt längere Wege, mehr Übergaben und ein Tagesprogramm mit hoher Variabilität. Wartezeiten steigen, Wechsel werden unruhiger, und die Planbarkeit sinkt. Betreiber können höhere Fallzahlen dadurch nur begrenzt nachhaltig organisieren, insbesondere, wenn die Betreiber klinisch geprägt sind.

Während in ambulanten OP-Zentren, die von niedergelassenen Ärzten (z. B. Chirurgen, Anästhesisten) betrieben werden, meistens bereits beim Bau des OP-Zentrums auf eine hohe Prozess- und damit Kosteneffizienz geachtet wurde, sehen sich Klinikbetreiber mit ambulanten MVZ-Strukturen oft mit der stationären immobilieninfrastruktur konfrontiert, die nur bedingt auf ambulante Prozesse ausgerichtet ist. Da ist es nicht verwunderlich, dass ambulante Operationen aus dem AOP-Katalog, die mittlerweile sektorenübergreifend mit sogenannten Hybrid-DRGs für alle Leistungserbringer gleich vergütet werden, für Kliniken immer unattraktiver werden.

Ambulantisierung bedeutet für klinische Leistungserbringer in vielen Konstellationen Erlösverlust je Fall. Dieser Effekt bleibt strukturell wirksam, weil Vergütungssysteme den Transfer in ambulante und hybride Leistungen weiter vorantreiben. Wirtschaftlichkeit entsteht damit stärker über Leistung pro Zeit. Der Umsatz je Stunde hängt direkt von Taktung, Wechselzeiten und einer Logistik ab, die den OP-Betrieb nicht unterbricht.

Der Betrieb gibt die Architektur der Immobilie vor. Rollen, Wege, Puffer und Materialkreisläufe müssen früh festgelegt werden, damit der Grundriss im Alltag Tempo ermöglicht. Gesundheitsimmobilien in diesem Segment müssen den kurzen Patientenpfad abbilden, Kreuzungen vermeiden und einen stabilen Takt unterstützen. OP-Bereich, Aufwachbereich, Logistikflächen und Technik gehören in ein von Beginn an mitgeplantes Betriebskonzept, inklusive Verantwortlichkeiten, Materialkreisläufen und Schnittstellen. So entsteht ein Betrieb, der planbar skaliert und langfristig nutzbar bleibt.

„Mit Einführung der Hybrid-DRG wurde die Vergütung für Leistungserbringer aus dem ambulanten Bereich faktisch erhöht ...“

Effizienz wird zur wirtschaftlichen Überlebensfrage

Bis 2030 möchte der Gesetzgeber den Transfer von Millionen Fällen aus der stationären Versorgung in ambulante Strukturen vorantreiben. 2026 zeigt bereits, wie schnell sich die Versorgung verschiebt: Vergütungssysteme, AOP-Katalogerweiterungen und der Druck auf Krankenhauskapazitäten beschleunigen den Wandel spürbar. Damit ändert sich die wirtschaftliche Logik im OP-Saal. Die rein ambulante Vergütung über den AOP-Katalog liegt häufig deutlich unter dem früheren Niveau des regulären, stationären DRG-Systems. Die aktuellen Hybrid-DRG wirken als Transfervergütung und sollen den Übergang abfedern.

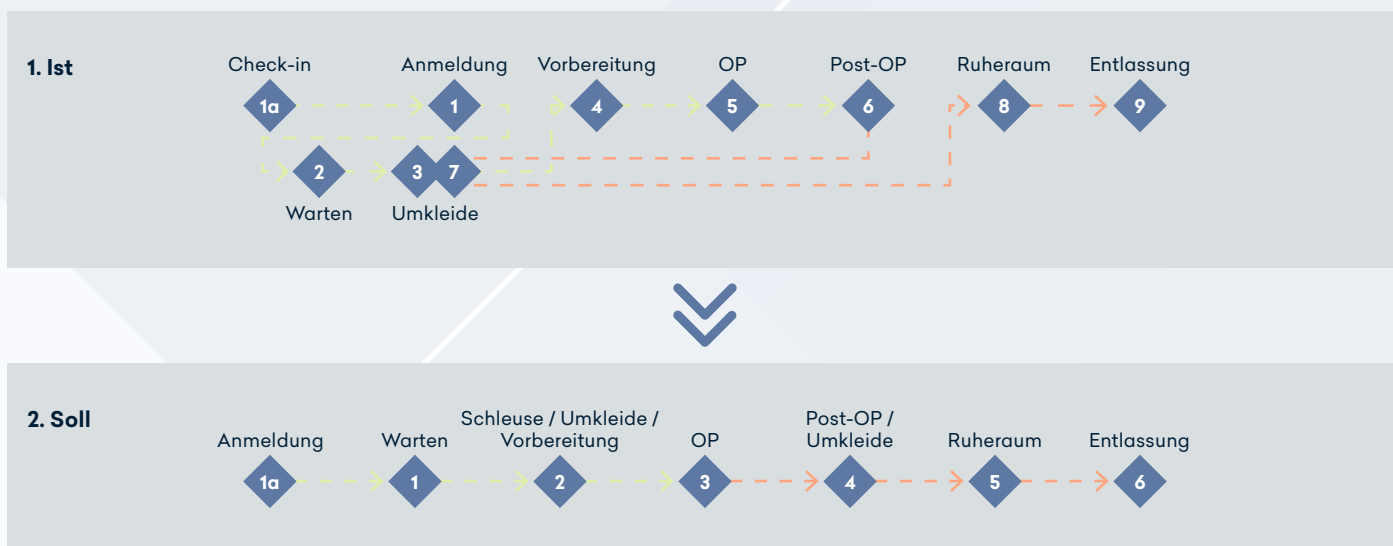
Der Erlösverlust für Krankenhäuser bleibt spürbar. Spielräume auf der Kostenseite sind oft begrenzt. Der Betrieb muss deshalb effizienter werden. Anbieter aus dem ambulanten Bereich mussten bereits früh lernen, sehr kosteneffizient zu arbeiten, weil das dort implementierte EBM-Vergütungssystem wenig Spielraum für Effizienzverstöße hergab. Mit Einführung der Hybrid-DRG wurde die Vergütung für Leistungserbringer aus dem ambulanten Bereich faktisch erhöht, was den Betrieb von ambulanten OP-Zentren für sie lukrativer gemacht hat.

Effizienz entsteht über eine reduzierte Werkbank für vorab definierte geeignete Fälle und Patienten. Das setzt klare Rollen, standardisierte Abläufe und eine Logistik voraus, die den OP-Betrieb nicht unterbricht. Der Hebel liegt in der Taktung. Mehr Umsatz je Stunde entsteht durch kürzere Wege, weniger Wartezeiten und vor allem durch reduzierte Zeiten zwischen zwei Operationen. Die OP-Zeit selbst wird nicht verändert. Der Unterschied entsteht im Betriebssystem und auch in der Gebäudeinfrastruktur, die dieses System trägt.

Warum Krankenhäuser nicht einfach mehr OPs durchführen können

Viele Krankenhäuser sind mit ihrem Zentral-OP auf maximale Bandbreite ausgelegt. Diese Struktur ist für Notfälle und komplexe Eingriffe notwendig, sie bleibt für planbare Blöcke mit engem Vergütungsrahmen jedoch schwer taktbar. Ambulante und hybride Fälle laufen dadurch häufig in einer Umgebung mit langen Wegen, vielen Übergaben und hoher Variabilität im Tagesprogramm. Zeitverluste entstehen vor allem zwischen zwei Operationen, etwa durch Transporte, Nachrüsten, Suchen,

Soll-Prozess im ambulanten Setting



Ist- und Soll-Prozess im ambulanten OP-Setting. Ein linearer Pfad ohne Kreuzwege stabilisiert Wechsel und Taktung und erhöht den Durchsatz bei gleicher OP-Zeit.

Der Prozess definiert den Grundriss der Immobilie

Kreislaufsysteme haben sich in der Praxis bewährt. Sie schaffen einen Ablauf, der für Patienten, Teams und Materialflüsse gleichbleibend funktioniert. Dadurch entsteht Taktung im Tagesprogramm – und Taktung ist die Voraussetzung, um ambulante und hybride Eingriffe wirtschaftlich abzubilden.

Diese Wirkung entsteht nur, wenn Betrieb, Räume und Technik als ein System geplant werden. Ein Betriebskonzept setzt die Leitplanken: Es definiert Prozesse, Rollen, Übergaben und Standardzeiten. Daraus ergeben sich Takt und Tagessteuerung. Die räumliche Struktur bildet diese Logik ab. Wer diesen Schritt überspringt, bekommt Grundrisse, die im Alltag zu Umwegen, Rückstau und improvisierten Workarounds führen – mit direkten Folgen für Zeit, Kosten und Kapazität.

Abstimmungen und wechselnde Zuständigkeiten. Wechselzeiten schwanken, der Takt bricht, Kapazitäten bleiben unter ihrem Potenzial.

Fast-Track-Logik reduziert diese Komplexität. Geeignete Eingriffe werden vorab definiert und als Block organisiert. Rollen sind klar, Material ist vorbereitet, Logistik läuft als Standardprozess im Hintergrund. Der Ablauf bleibt stabil und wiederholbar. So entstehen verlässliche Takte und ein reproduzierbarer Durchsatz. Genau diese Struktur, die in ambulanten OP-Zentren teilweise schon vorhanden ist, fehlt in vielen Krankenhäusern.

Für Investoren ergibt sich daraus ein erweitertes Mieterprofil: Kliniken, die ambulante und hybride Fälle aus ihrem Zentral-OP teilweise auf dem Klinikgelände oder in einem Radius von ca. zwei Kilometern um das Krankenhaus auslagern wollen und müssen, treten neben MVZ-Strukturen und privaten Betreibern als relevante Nachfrager nach Fast-Track-OP-Immobilien auf. Voraussetzung ist, dass diese Immobilien konsequent auf Prozessstabilität und Taktung ausgelegt sind – und nicht auf die Bandbreite eines klassischen Krankenhaus-OPs.

Sobald Betriebskonzept, Rollen, Materialkreisläufe und Schnittstellen früh festgelegt sind, kann der Grundriss diese Abläufe stützen und vom ersten Betriebstag an Planbarkeit liefern. So entsteht eine ambulante OP-Immobilie, die nicht erst im laufenden Betrieb justiert werden muss, sondern von Beginn an funktionsfähig – und langfristig nutzbar bleibt.

Best Practice: Praxisklinik im Südpark Solingen

Prozesse aus der Praxis lassen sich am besten an einem konkreten Beispiel zeigen. Ein Leuchtturmprojekt dafür ist die Praxisklinik im Südpark in Solingen, heute Praxisklinik 360°. Die zugrunde liegenden Abläufe wurden seit den 1990er-Jahren in einem ambulanten OP-Zentrum an einem anderen Standort entwickelt und erprobt. 2012 entstand daraus in nur rund einem Jahr Bauzeit eine Gesundheitsimmobilie, die diese Prozesse konsequent in Architektur übersetzt.

Auf etwa 1.800 Quadratmetern befinden sich vier moderne Operationssäle, eine eigene Einheit zur Aufbereitung von OP-Instrumenten, eine PrivatKrankenanstalt nach § 30 GewO mit

13 Betten sowie die notwendigen Flächen für Administration, Lager und Technik. Das Gebäude wurde nach dem zuvor skizzierten Kreislaufprozess geplant und hat inzwischen deutlich über 100.000 Patienten versorgt.

Die Praxisklinik wurde über Jahre von einem Team aus fünf Anästhesisten und mir als Gesundheitsökonom betrieben und 2019 an einen Gesundheitskonzern verkauft. Das Gebäude ist 2022 in das Portfolio von Hauck Aufhäuser Lampe übergegangen. Die dort realisierten Konzepte haben sich im Alltag bewährt und zeigen, wie ein definierter Prozess durch korrespondierende Architektur unterstützt wird. Die Kombination aus Betriebskonzept und Gebäudeloggik stabilisiert Wege, Übergaben und Taktung.

Das Projekt hat früh Aufmerksamkeit erzeugt. Neben Berichterstattung in der Fachpresse kamen regelmäßig Delegationen aus Krankenhäusern zur Hospitation, um Betriebssystem und räumliche Umsetzung im laufenden Alltag zu sehen. Das Interesse zeigte: Was hier entstanden war, hatte Modellcharakter – und stellte die Frage, wie sich ein solches Konzept systematisch übertragen lässt.

Praxisklinik im Südpark in Solingen (heute Praxisklinik 360°)

Ein Gebäude, das einen Kreislaufprozess räumlich abbildet und damit Taktung und Planbarkeit im Betrieb unterstützt.



Standardisiert, aber nicht von der Stange – das Baukastenmodell

Was in Solingen über Jahre gewachsen ist, wirft eine strukturelle Frage auf: Wie lässt sich ein bewährtes Konzept so systematisieren, dass es nicht vom Zufall einzelner Projekte abhängt? Wer solche Gesundheitsimmobilien entwickelt, kennt die Ausgangslage. Am Anfang stehen Kosten, Zeitachse und Betriebsrisiko. In der Realität kommen darauf oft Antworten mit großen Spannen. Dazu wächst die Komplexität in jeder Abstimmungsrunde. Nutzer bringen berechnete Anforderungen ein, Planer versuchen alles abzubilden, Technik wird vorsorglich überdimensioniert und am Ende rutschen Kosten und Termine. Die Funktionalität leidet dabei häufig nicht in den OP-Sälen, sondern in den Nebenflächen, Wegen und Schnittstellen, die im Betrieb über Taktung und Wirtschaftlichkeit entscheiden.

„Prozess, Rollen, Logistik und Takt definieren, was der Grundriss leisten muss.“

Genau an diesem Punkt setzt ein Baukastenmodell an. Es nimmt die Unsicherheit aus der frühen Phase, weil nicht jedes Projekt bei null startet. Bewährte Prozesse werden in vorab abgestimmte Typen übersetzt, die sich je nach Standort und Spektrum konfigurieren lassen. Der Betrieb bleibt dabei der Ausgangspunkt. Prozess, Rollen, Logistik und Takt definieren, was der Grundriss leisten muss. Daraus folgen die notwendigen Flächen, die Anordnung der Räume, die Größenkorridore, die technische Infrastruktur und die Ausstattung. Das Ergebnis ist eine Immobilie, die vom ersten Tag an als Betriebssystem funktioniert und nicht erst über Monate in der Praxis zurechtgerückt werden muss.

Der entscheidende Vorteil liegt in Geschwindigkeit und Planbarkeit. Systembau in abgestimmten Modulen verkürzt Bauzeiten, reduziert Schnittstellen und stabilisiert die Ausführung. Vorkonfigurierte Ausstattung in klaren Kategorien schafft einen belastbaren Kostenkorridor und verhindert zwei typische Fehler: Unterdimensionierung, die später zu Workarounds und Qualitätsrisiken führt, und Überdimensionierung, die Investitionen und Betrieb verteuert, ohne den Takt zu verbessern. Raum- und Wegekonzepte sind nicht frei gezeichnet, sondern als erprobte Kreislaufarchitektur angelegt. Nebenräume, Lager, Versorgung und Entsorgung sind so definiert, dass Wechselzeiten sinken und der OP-Takt stabil bleibt.

Der Kern ist das Betriebskonzept als Bedienungsanleitung. Es beschreibt Abläufe, Rollen, Materialkreisläufe, Schnittstellen und Standardzeiten so konkret, dass Betreiber und Teams vom Start weg eine klare Struktur haben. Für Investoren und Projektentwickler wird damit genau das planbar, was heute oft unplanbar bleibt. Zeit, Kosten und Betriebsfähigkeit bewegen sich innerhalb klarer Leitplanken. Die Immobilie wird kalkulierbar, weil das Produkt vorab definiert ist. Das macht ein schlüsselfertiges Fast-Track-OP-Zentrum aus dem Baukasten in vielen Regionen zu einer realistischen Antwort auf den aktuellen Druck. Bedarf ist sichtbar, Erlöse je Fall werden enger – und damit steigt der Wert von Strukturen, die Taktung zuverlässig ermöglichen.

Die Ambulantisierung ist kein Trend, der kommt – sie ist bereits in Gang. Investoren, die heute in prozessgerechte Fast-Track-OP-Strukturen investieren, positionieren sich in einem Segment, das in den nächsten Jahren erheblich an Tiefe gewinnen wird.

Jascha Rinke
Geschäftsführer
Rinke+Henssler



Hervorragende Mieterbonitäten im ambulanten Sektor

Beitrag von Roland Reiser, Creditreform Gruppe, und Benjamin Reichel, Hauck Aufhäuser Lampe

In der Assetklasse der Gesundheitsimmobilien stellt die Bonität der Mieter ein zentrales Element für die Bewertung und Finanzierung des Objekts dar. Aber Gesundheitsimmobilie ist nicht gleich Gesundheitsimmobilie. Während Mieter in ambulanten Gesundheitsimmobilien wie Ärztehäusern und Gesundheitszentren traditionell als „Anker der Stabilität“ gelten, weisen Mieter in stationären Betreiberimmobilien wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen eine zunehmend höhere Volatilität auf, insbesondere bei der Beurteilung der Mieterbonität.

Der Creditreform-Bonitätsindex zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit und des Mietausfallrisikos (von Roland Reiser)

Der „Creditreform-Bonitätsindex“ ist eines der wichtigsten Instrumente zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit und damit auch des Mietausfallrisikos von Unternehmen in Deutschland. Er basiert auf einer Vielzahl wirtschaftlicher Kennzahlen sowie auf unternehmensspezifischen Daten wie Zahlungshistorie, Bilanzkennzahlen und Branchenumfeld. Die wichtigste Aussage des Index ist die erwartete Ausfallwahrscheinlichkeit. Sie gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Unternehmen innerhalb eines Jahres seinen Zahlungsverpflichtungen nicht nachkommen kann. Je niedriger der Indexwert, desto besser die Bonität und umso geringer das Ausfallrisiko für ausstehende Zahlungen. Der Bonitätsindex fungiert also als Frühwarnsystem: Er aggregiert Daten aus der Zahlungserfahrung, Bilanzen und Branchenrisiken. Für Investoren oder Vermieter von Gesundheitsimmobilien ist er ein entscheidendes Tool, um die Nachhaltigkeit von Mietzahlungen objektiv einzuschätzen. Ein „grüner“ Wert signalisiert Zahlungsfähigkeit, während ein „roter“ Bereich sofortige Sicherheiten (wie Bürgschaften) erforderlich macht oder eine Warnung vor einer Geschäftsbeziehung ausspricht.

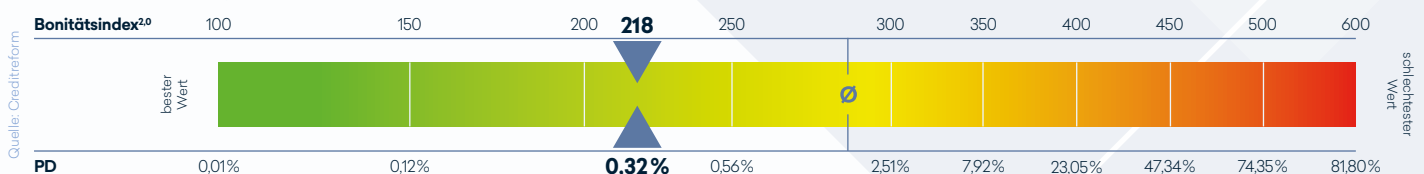
Visualisiert wird dieser Indexwert meist durch einen markanten Bonitätsbalken, der auf einer Skala von 100 bis 600 Punkten basiert und das Ergebnis in eine prozentuale Ausfallwahrscheinlichkeit (PD = Probability of Default) umwandelt. Wenn der Score

zwischen 100 und 149 liegt, spricht man von einer exzellenten Bonität. Das Unternehmen ist in diesem Fall finanziell extrem stabil und das Ausfallrisiko tendiert quasi gegen null (max. 0,12%). Auch bei Werten zwischen 150 und 199 liegt noch eine sehr gute Bonität vor mit Ausfallwahrscheinlichkeiten bis max. 0,25%. Eine immer noch gute Bonität mit soliden Kennzahlen wird denjenigen Unternehmen bescheinigt, die einen Score zwischen 200 und 249 sowie eine Ausfallwahrscheinlichkeit bis max. 0,56% aufweisen. Ab einem Wert von 250 nimmt die Sicherheit in der Geschäftsbeziehung sukzessive ab und die Ausfallwahrscheinlichkeiten potenzieren sich entsprechend, was sich auch in angespannteren Bonitätssituationen und zunehmenden Risiken widerspiegelt. Abschließend weisen Werte zwischen 500 und 600 auf harte und weiche Negativmerkmale hin. In solchen Fällen liegen beispielsweise mehr als 90 Tage Zahlungsverzug oder bereits eingeleitete Insolvenzverfahren vor und eine Geschäftsbeziehung sollte nicht mehr ohne Sicherheiten o. Ä. eingegangen werden.

Fundament der Sicherheit: Hohe Mieterbonität im ambulanten Sektor (von Benjamin Reichel)

Die Bonitätsstruktur in ambulanten Gesundheitsimmobilien zeichnet sich durch eine hohe Granularität und Systemrelevanz aus. Hier treffen unterschiedliche Mieter-Bonitätsprofile aufeinander, die in ihrer Kombination ein stabiles Risiko-Ertrags-Profil für ein Ärztehaus oder Gesundheitszentrum bilden. Meist sind es Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften, die den Nukleus der Mieterschaft in einem solchen Objekt darstellen. Deren Bonität ist eng an die Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten (Kassensitz) sowie an die Person des Arztes gekoppelt. Das Ausfallrisiko ist bei niedergelassenen Ärzten extrem gering, da die Nachfrage nach medizinischen Leistungen das Angebot meist übersteigt, und zwar unabhängig davon, ob es sich um Hausärzte oder Fachärzte handelt. Zudem sichert das System der kassenärztlichen Abrechnung einen stetigen und steigenden Cashflow, der weitgehend unabhängig von konjunkturellen Zyklen ist.

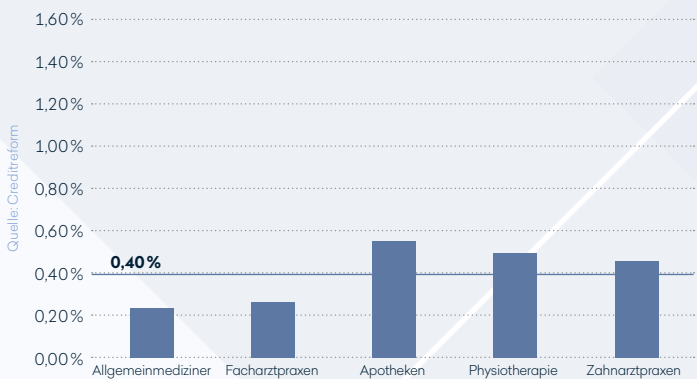
Beispiel für einen Creditreform-Bonitätsindex zur voraussichtlichen Ausfallwahrscheinlichkeit



Interpretation: Das Unternehmen wird mit einer Wahrscheinlichkeit von 99,68 % nicht ausfallen (PD = 0,32 %). Der Bonitätsindex und die mit ihm korrespondierende PD (Probability of Default) geben die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit an, dass ein Kreditnehmer innerhalb eines Jahres gemäß Basel-II-Kriterien ausfällt. Übertragen auf Creditreform gelten die Bonitätsindizes 500 und 600 als Ausfall. Der Durchschnitt in Deutschland liegt bei 188% (Stand: Dezember 2025). Die Cashflows aus vorhandenen Mieterstrukturen lassen sich in Kombination mit der PD aus dem Creditreform-Bonitätsindex sehr gut zu einem erwarteten Verlust modellieren. Typischerweise können sie auch als Sicherheit dienen und im Rahmen des erwarteten und ggf. auch unerwarteten Verlustes (Stichwort Value at Risk) im Rahmen eines Creditreform-Zessionsspiegels bewertet werden.

Bei MVZ, die meistens ebenfalls in ärztlicher Hand sind bzw. von einem Klinikträger oder sonstigen nach § 95 SGB V Gründungsberechtigten betrieben werden können, verlagert sich das Bonitätsrisiko von den Einzelpersonen auf die Managementqualität und die Skalierbarkeit des Betreibermodells. Dafür verfügen MVZ oft über eine höhere Kapitalstärke als Einzelpraxen. Übergreifend lässt sich festhalten, dass Praxen/MVZ eine durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit von nur etwa 0,26% aufweisen. Und auch die weiteren relevanten Mieter in ambulanten Gesundheitsimmobilien haben eine Top-Bonität. So kommen beispielsweise Zahnärzte (0,46%), Apotheken (0,55%) und Physiotherapeuten (0,50%) ebenfalls auf sehr geringe Ausfallwahrscheinlichkeiten, denn auch sie sind systemrelevant und beziehen einen Großteil ihrer Einkünfte aus dem einnahmesicheren Topf der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Bei anderen komplementären Nutzungen wie Sanitätshäusern, Optikern oder Hörakustikern hängt die Bonität etwas stärker von marktwirtschaftlichen Faktoren ab – aber auch diese Mieter profitieren von GKV-Einnahmen und vom „Patientenstrom“ in ambulanten Gesundheitsimmobilien, gerade wenn sich auch berufsübergreifende Synergieeffekte mit entsprechenden Fachärzten einstellen. Das kann die individuelle Bonität dieser Mieter auch positiv beeinflussen.

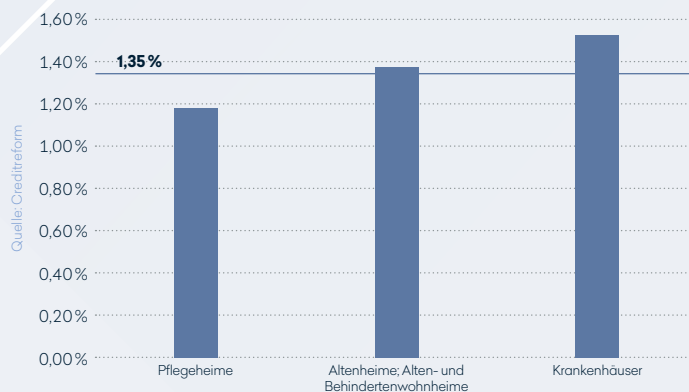
Statistische Ausfallwahrscheinlichkeiten (ambulant) – Ø 0,40%



Als Fazit lässt sich festhalten: Ärzthäuser und Gesundheitszentren sind aus Investoren- und Vermietersicht die bessere Wahl hinsichtlich Zahlungsfähigkeit und Bonität der Mieter. Die niedrigen Ausfallwahrscheinlichkeiten spiegeln die stabile wirtschaftliche Ausgangslage dieser Assetklasse wider. Vor dem Hintergrund eines diversifizierten Mietermixes, verlässlicher Einnahmeströme, hoher Nachfrage und flexibler Nachnutzungsmöglichkeiten ergeben sich für Investoren nachhaltige Vorteile gegenüber an-

Bei stationären Gesundheitsimmobilien wie Pflegeheimen oder Krankenhäusern zeigen sich die strukturellen Probleme hingegen auch in den deutlich höheren Ausfallwahrscheinlichkeiten. So kommen Pflegeheime auf 1,17%, Altenheime auf 1,37% und Krankenhäuser gar auf 1,52%. Obwohl diese Einrichtungen ebenfalls Systemrelevanz besitzen, hängt deren Wert oft am Betreibermodell und dessen Vergütung. Das Defizit vieler Krankenhäuser hängt unter anderem mit der Umstellung auf Fallpauschalen und der ausbleibenden Investitionsförderung durch die Bundesländer zusammen, was viele (insbesondere kleine) Häuser in die roten Zahlen getrieben hat. Die Bonität vieler Pflegeheimbetreiber hat in den letzten Jahren durch die „Zangenbewegung“ aus gedeckelten Einnahmen und explodierenden Kosten gelitten. Während die Personalkosten durch gesetzliche Vorgaben (z. B. Tariftreuegesetz) sprunghaft gestiegen sind, erfolgt die Refinanzierung über die Pflegekassen nur zeitversetzt, und Betreiber geraten öfters in Liquiditätsengpässe. Zudem führt ein struktureller Fachkräftemangel in diesem Bereich zu unattraktiven Belegungsquoten, weil vorhandene Betten trotz Nachfrage nicht belegt werden dürfen.

Statistische Ausfallwahrscheinlichkeiten (stationär) – Ø 1,35%



deren stationären Gesundheitsimmobilien wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Der Creditreform-Bonitätsindex weist eine sehr gute durchschnittliche Bonität bei einzelnen Mietergruppen in ambulanten Gesundheitsimmobilien aus und bestätigt damit im Branchenvergleich der Gesundheitsimmobilien die herausragende Eignung von Ärzthäusern und Gesundheitszentren als vergleichsweise zukunftssichere und risikoärmere Investmentobjekte im Gesundheitswesen.

Roland Reiser

Leitung Risk & Regulatory Sales
Creditreform Gruppe



Benjamin Reichel

Transaktionsmanager
Hauck Aufhäuser Lampe



Greenwashing? Warum viele Fonds sich umbenennen müssen

Beitrag von Hannah Dellemann, INTREAL

Während aktuell die Omnibus-Pakete für die meisten Schlagzeilen sorgen, hatte 2024/2025 die Regulierung im Nachhaltigkeitsbereich für Investmentfonds einen neuen Regulierungshöhepunkt erreicht. Mit Inkrafttreten der ESMA-Leitlinie für nachhaltigkeitsbezogene Begriffe (ab November 2024 für neue Fonds und ab Mai 2025 für bestehende Fonds) mussten zahlreiche Fonds ihre Namen oder die vermittelten Nachhaltigkeitsversprechen überdenken – und nicht selten bestehende ESG-Bezüge in den Fondsnamen streichen.

Wann müssen nachhaltige Begriffe aus Fondsnamen entfernt werden?

Die ESMA-Leitlinie definiert klare Schwellenwerte: Trägt ein Fonds einen Begriff wie „nachhaltig“, „sozial“ oder „ESG“ im Namen, müssen mindestens 80% des Portfolios im Einklang mit der beworbenen Strategie / allokierten Nachhaltigkeitszielen investiert sein. Dabei unterscheidet die Leitlinie sechs Begriffskategorien: umwelt-, sozial-, governance-, transition-, impact- und nachhaltigkeitsbezogene Bezeichnungen. Fonds, die diese Schwellen nicht erfüllen oder deren Strategie nicht transparent und belastbar mit dem Namen verknüpft ist, müssen die Begriffe entfernen. Zudem sollen für diese Fonds gewisse Ausschlüsse gelten: Investitionen in Unternehmen, die bspw. an Aktivitäten im Zusammenhang mit Tabak oder umstrittenen Waffen beteiligt sind oder gegen die Grundsätze der Initiative „Global Compact“ der Vereinten Nationen (UNGC) verstoßen, sind in solchen Fonds verboten.

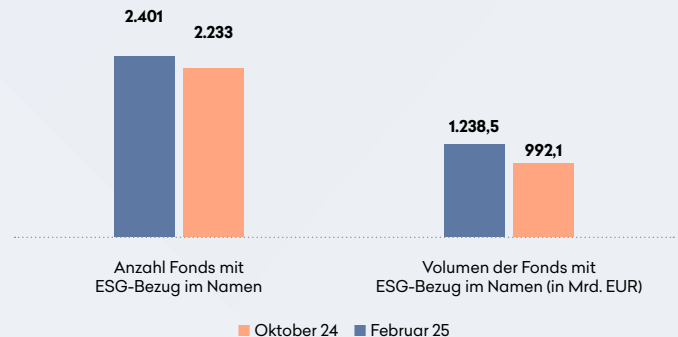
„Schon am Namen soll deutlich werden, ob ‚Grün‘ drin ist, wo ‚grün‘ draufsteht.“

Für Investoren soll diese Leitlinie mehr Transparenz bringen – schon am Namen soll deutlich werden, ob „Grün“ drin ist, wo „grün“ draufsteht. Allerdings sorgt die Verschärfung der Anforderungen auch dafür, dass Fonds, die nur einen Anteil von bspw. 70% „grüner“ Investitionen haben, vor der Herausforderung stehen: umbenennen oder Vermögensallokation anpassen? Die Folge: Anpassungsbedarf in der Berichterstattung und ggf. Umpositionierung von Portfolios.

Zahlen und Assetklassen: Wer ist betroffen?

Daten einer SCOPE Analyse (Scope Ratings 2025) zeigen, wie umfangreich die Bereinigungsstufe ist:

- Von Oktober 2024 bis Februar 2025 sank die Zahl der Fonds mit nachhaltigkeitsbezogenen Begriffen im Namen von 2.401 Fonds (Gesamtvolumen 1.238,5 Mrd. EUR) auf 2.233 Fonds (Volumen 992,1 Mrd. EUR). Das ist ein Rückgang von rund 7% beim Bestand und sogar 20% beim Volumen.
- Die meisten Namensstreichungen entfielen auf umweltbezogene Begriffe (-9,2%), andere Kategorien wie „sozial“ oder „Impact“ lagen bei etwa 6-7%.
- Immobilien(-Spezialfonds) insgesamt sind von den Anpassungen weniger radikal betroffen als Aktien- oder ETF-Produkte, da sie ihre Nachhaltigkeitsstrategie oft individueller und transparenter in der Objektbewertung und im Portfolio-Reporting verankern können.



Auswirkungen der ESMA-Leitlinie auf Immobilienfonds

Auch wenn nach der SCOPE Analyse vor allem Aktien- und ETF-Produkte betroffen waren, wirkt sich die ESMA-Leitlinie auch auf Immobilienfonds aus. Die Gründe dafür:

- Hält ein Fonds die geforderte 80%-Schwelle nicht ein, können Immobilien im Gegensatz zu Aktien nicht kurzfristig aus dem Portfolio veräußert werden. Eine Anpassung im Nachgang ist daher schwierig umzusetzen. Das Risiko einer Grenzverletzung ist hingegen beispielsweise bei Schwankungen in den Verkehrswerten der Immobilien erhöht.
- Lange war nicht klar, ob die Ausschlüsse, die zudem einzuhalten sind, auch für Investitionen in Immobilien gelten. In diesem Fall wären diese Ausschlüsse auf Mieterebene umzusetzen. Einen Ausschluss zu gewährleisten, wenn ein Mietvertrag erst einmal besteht, ist hierbei jedoch schwer einzuhalten.

Für Fonds mit einem Fokus auf Investitionen in Gesundheitsimmobilien gilt:

In der Praxis fördern die meisten Healthcare-Immobilienfonds aktuell soziale Merkmale. Der Nachhaltigkeitsindikator ist hierbei meistens an die Nutzungsart gebunden: Die Förderung des sozialen Merkmals ist durch Investitionen in die soziale Infrastruktur gewährleistet. Für Fonds mit sozialem Bezug im Namen muss dies nun für 80 % der Investitionen der Fall sein. Dies kann beispielsweise über die Selbstverpflichtung geschehen, fondsübergreifend 80 % der Flächen an Mieter aus dem sozialen Bereich (z. B. aus dem ambulanten Gesundheitswesen wie Ärzte, Zahnärzte, Apotheken, Physiotherapeuten etc.) zu vermieten.

Wer zusätzlich einen Fokus auf ökologische Nachhaltigkeit setzt oder diese zumindest nicht nachteilig beeinflussen möchte, sollte sich zudem mit den Themen Energieeffizienz und -beschaffung beschäftigen. Um bei diesen Themen für mehr Transparenz zu sorgen, können Maßnahmen auf operativer Ebene umgesetzt werden. So können beispielsweise transparente Mietverträge mit sogenannten Green-Lease-Klauseln den Datenaustausch zwischen Eigentümer und Mieter über Energieverbräuche regeln und zu einem „besseren“ ESG-Score beitragen.

Die Ausschlüsse, die für Investitionen in Unternehmen gelten, müssen nicht auf Mieterebene geprüft werden.

Inzwischen ist auch klar: die Ausschlüsse, die für Investitionen in Unternehmen gelten, müssen nicht auf Mieterebene geprüft werden. In der Praxis hätte es sowohl Vermieter als auch Mieter vor die Herausforderung gestellt, beispielsweise das Nicht-Vorhandensein von Verstößen gegen die Grundsätze des UN Global Compact nachzuweisen. Zu diesen Grundsätzen gehören auch die Beseitigung von Diskriminierung bei Beschäftigung sowie die Korruptionsbekämpfung. Doch insbesondere einen Nachweis für das Nicht-Vorhandensein von Verstößen zu finden, kann herausfordernd sein, sowohl aus Sicht der prüfenden KVG als auch aus Sicht der Mieter, die diesen Nachweis erbringen sollen.

Fazit:

Die regulatorischen Anpassungen sollen Greenwashing verhindern, führen aber auch zu grundlegenden Veränderungen bei der Aufstellung vieler Fondsanbieter und der Wahrnehmung durch Investoren. Während sich die Assetklasse der (ambulanten) Gesundheitsimmobilien nach heutigem Stand vergleichsweise stabil im „sozialen“ Segment präsentieren kann, haben sich dennoch viele Fondsanbieter dazu entschieden, lieber auf die ESG-Namensgebung zu verzichten. Grund dafür sind zum einen die erhöhten Anforderungen, zum anderen aber auch die durch neue Regelungen immer vorhandene regulatorische Unsicherheit in der Umsetzung.

Am Ende zählt: Ob ESG im Namen oder nicht – für eine tatsächliche Bewertung der Nachhaltigkeit des Fonds bleibt es nicht aus, sich mit den zugrunde liegenden Nachhaltigkeitsindikatoren zu beschäftigen und zu entscheiden, welchen Mindestanteil an solchen sozialen oder ökologischen Investitionen man für sinnvoll hält.

Hannah Dellemann
Head of Sustainability
INTREAL



Steigendes Interesse am Investmentmarkt für Gesundheitsimmobilien

Beitrag von Dr. Jan Linsin und Anna Maria Burrichter, CBRE

Zu Beginn des Jahres 2026 zeigt sich deutlich, dass das Interesse institutioneller Investoren an alternativen Assetklassen weiter zunimmt. Neben den bereits etablierten Segmenten wie Gesundheits- und Pflegeimmobilien rücken zunehmend weitere Bereiche der sozialen Infrastruktur in den Fokus, darunter insbesondere Bildungsimmobiliien und öffentliche Einrichtungen wie Polizeiwachen. Dieser Trend wird vor allem durch die stabilen Fundamentaldaten gestützt, die sich aus der demografischen Entwicklung in Deutschland ergeben, sowie durch die hohe Resilienz dieser Sektoren gegenüber konjunkturellen Schwankungen.

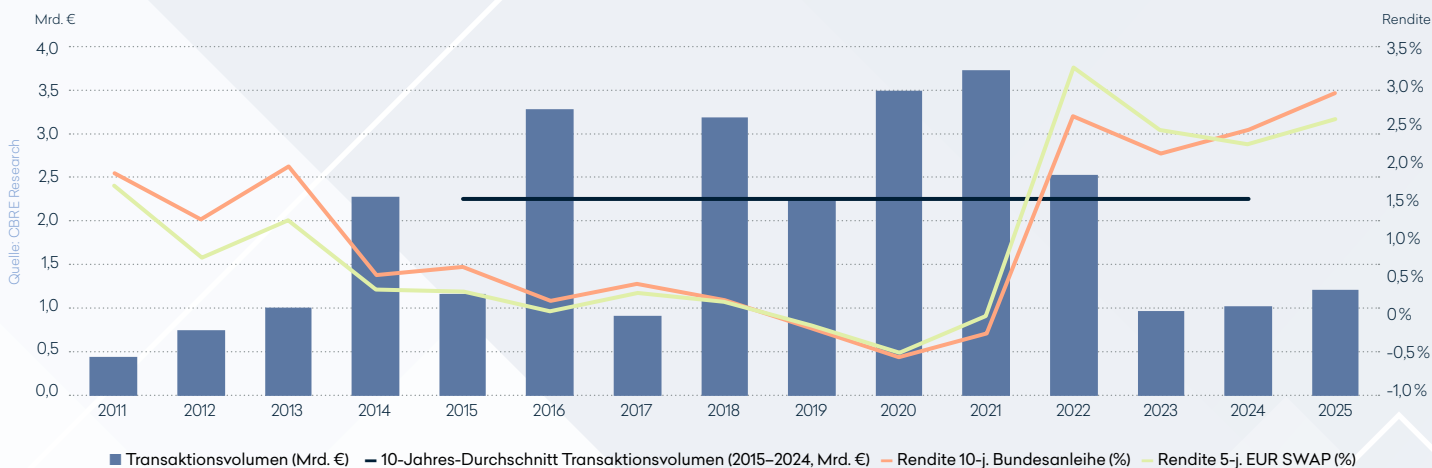
Gesundheitsimmobilieninvestmentmarkt setzt Erholungskurs fort

Der Gesundheitsimmobilieninvestmentmarkt setzte seinen Erholungskurs im Jahr 2025 fort und erzielte ein Transaktionsvolumen von insgesamt 1,2 Mrd. €. Damit lag der Markt rund

18% über dem Vorjahresniveau und bestätigte die leichte, aber stabile Belebung der Investitionsdynamik. Das mit Abstand stärkste Segment blieben Pflegeheime, die ein Volumen von 630 Mio. € erreichten. Wesentlichen Einfluss hatte dabei die Übernahme des Pflegen & Wohnen-Portfolios durch die Stadt Hamburg, die das Marktgeschehen im vergangenen Jahr deutlich prägte.

Nahezu gleichauf lag das Transaktionsvolumen von Betreutem Wohnen mit 212 Mio. € und ambulanten Gesundheitsimmobilien mit 200 Mio. €. Besonders das Segment der ambulanten Gesundheitsimmobilien zeigte mit einem Anstieg von 121% gegenüber dem Vorjahr ein bemerkenswertes Wachstum. Kliniken und Rehakliniken kamen gemeinsam auf ein Volumen von 170 Mio. €.

Transaktionsvolumen Gesundheitsimmobilien (Pflegeheime, Betreutes Wohnen, (Reha-)Kliniken und ambulante Gesundheitsimmobilien)

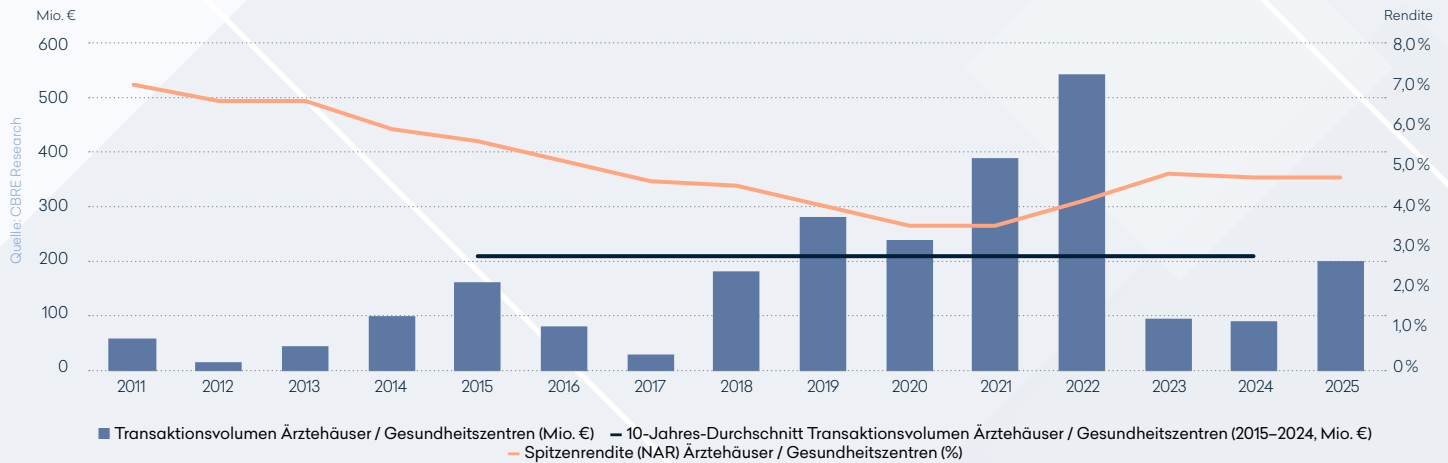


Die Transaktionsaktivität verteilte sich im vergangenen Jahr nahezu gleichmäßig auf Einzel- und Portfoliotransaktionen, mit Anteilen von 51% beziehungsweise 49%. Auffällig ist, dass im vierten Quartal ausschließlich Einzeldeals registriert wurden. Dieses Muster spiegelt das derzeitige Verhalten insbesondere inländischer institutioneller Investoren wider, die 2025 mit einem Marktanteil von 83% dominierten. Ihr Fokus liegt derzeit auf selektiven Einzeltransaktionen guter Bestandsobjekte. Ausländische Investoren hingegen – vor allem jene, die neu in die Assetklasse einsteigen möchten – suchen für ihren Markteintritt bevorzugt nach großvolumigen Portfolio- und Plattformtransaktionen. Die

größte Käufergruppe war die Öffentliche Hand, die insbesondere aufgrund des Pflegen & Wohnen-Deals auf einen Anteil von 35% kam. Dahinter lagen offene Immobilien- und Spezialfonds mit 26% und Asset- und Fondsmanager mit einem Anteil von 13%.

Im Jahresverlauf blieben die Spitzenrenditen (Nettoanfangsrenditen) in allen Nutzungsarten stabil. Pflegeheime verzeichneten weiterhin eine Spitzenrendite von 5,4%, Betreutes Wohnen lag bei 4,3% und Rehabilitationskliniken bei 5,9%. Die Spitzenrendite für ambulante Gesundheitsimmobilien wie Ärztehäuser oder Gesundheitszentren lag weiterhin bei 4,7%.

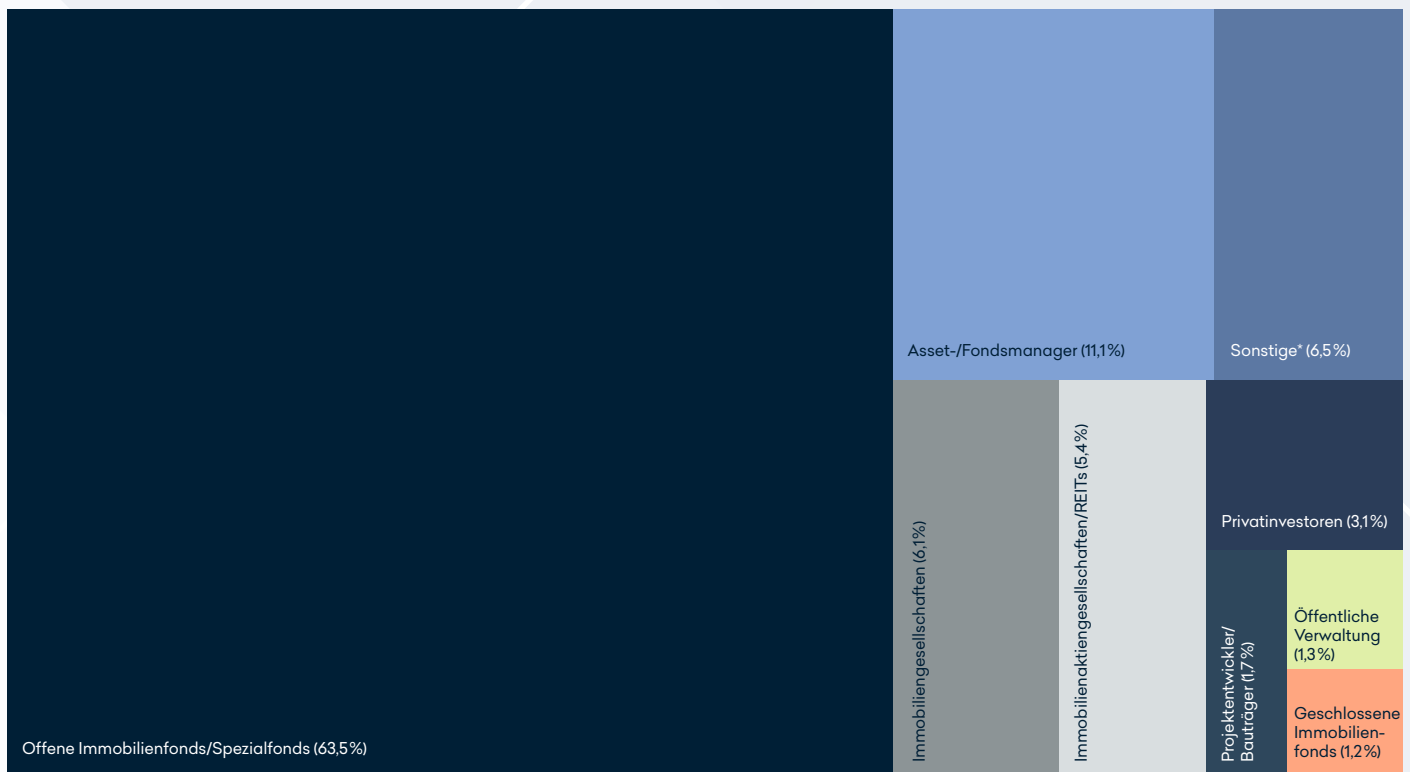
Transaktionsvolumen Ärzthäuser und Gesundheitszentren



Durch Nachmeldungen erreichten ambulante Gesundheitsimmobilien im Jahr 2024 nachträglich ein Volumen von rund 91 Mio. €. Im Jahr 2025 setzte sich die Wachstumsdynamik fort und führte zu einem deutlichen Sprung auf 200 Mio. €, womit sich die Transaktionsaktivität mehr als verdoppelte und die Nutzungsart so einen Anteil von 17% am Gesamtvolumen der Assetklasse erzielte. Das Marktgeschehen wird weiterhin von Einzeltransaktionen mit kleinen bis mittleren Volumina von bis zu 50 Mio. € dominiert. Auf der Käuferseite treten vor allem offene Immobilien- und Spezialfonds als aktive Marktteilnehmer auf. Auf der Verkäuferseite stehen überwiegend Projektentwickler, die entsprechende Objekte nach Fertigstellung oder Sanierung auf den Markt bringen.

Bereits zu Jahresbeginn wurden mehrere Transaktionen von Ärzthäusern und Gesundheitszentren verzeichnet, sodass der Markt mit einem deutlich positiven Momentum ins Jahr startet. Einen wesentlichen Einfluss auf das Transaktionsvolumen im Jahr 2026 wird der paneuropäische Portfoliodeal von Northwest Healthcare Properties REIT an TPG Real Estate Partners haben. Die Ende Februar publik gewordene Transaktion umfasst ein umfangreiches Volumen an Ärzthäusern und Gesundheitszentren in Deutschland und setzt damit einen markanten Impuls für den Markt. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass das aktive Transaktionsgeschehen von Einzelobjekten weiter fortgeführt wird.

Anteile der Investorentypen am Investmenttransaktionsvolumen Ärzthäuser und Gesundheitszentren von 2016 bis 2025



* (inkl. Versicherungen/Pensionskassen, Corporates)

Ein Blick auf das Jahr 2026

Nachdem die Assetklasse Healthcare in den vergangenen Jahren infolge mehrerer Betreiberinsolvenzen, insbesondere im Pflegesektor, an Attraktivität eingebüßt hatte, ist inzwischen wieder ein spürbar steigendes Interesse institutioneller Investoren zu verzeichnen. Die Marktteilnehmer agieren jedoch deutlich differenzierter als in der Vergangenheit und verfolgen selektivere Ankaufsstrategien. Zentral dabei sind umfassende Due-Diligence-Prozesse, die insbesondere die bauliche Qualität der Immobilien, die langfristige Standortperspektive sowie die wirtschaftliche Stabilität und Reputation der Betreiber in den Fokus nehmen.

Im Neubau wirken vor allem umfassende regulatorische Anforderungen, steigende Baukosten und langwierige Genehmigungsprozesse limitierend.

Trotz der gestiegenen Nachfrage bleibt die Marktdynamik weiterhin durch eine begrenzte Produktverfügbarkeit begrenzt. Sowohl im Bestand als auch im Neubausegment ist das Angebot knapp. Im Neubau wirken vor allem umfassende regulatorische Anforderungen, steigende Baukosten und langwierige Genehmigungsprozesse limitierend. Bei Bestandsobjekten haben sich

die Ankaufsfaktoren zuletzt zwar stabilisiert, doch die weiterhin deutliche Differenz zum Preisniveau der Boomjahre 2020 und 2021 verhindert, dass viele Eigentümer einen Verkauf in Erwägung ziehen.

Die Risikowahrnehmung der Investoren unterscheidet sich weiterhin deutlich zwischen den einzelnen Nutzungsarten. In der stationären Pflege wird nach wie vor ein erhöhtes Betreiberrisiko gesehen, verstärkt durch den zunehmenden Fachkräftemangel sowie die weiterhin ausstehende Strukturreform des Pflegesektors. Ambulante Konzepte gelten insgesamt als deutlich attraktiver, sowohl im Bereich Pflege und Betreutem Wohnen als auch in der medizinischen Versorgung. Das Interesse an ambulanten Gesundheitsimmobilien, insbesondere an Ärztehäusern und Gesundheitszentren, ist entsprechend hoch, und eine wachsende Zahl von Investoren setzt sich intensiver mit diesem Segment auseinander.

Die Stärkung des ambulanten Sektors im Gesundheitssystem wird auch im Jahr 2026 ein zentraler Treiber der Marktentwicklung sein. Die fortschreitende Ambulantisierung der medizinischen Versorgung erhöht den Bedarf an modernen, integrierten Versorgungsstrukturen kontinuierlich. Ärztehäuser und Gesundheitszentren übernehmen zunehmend zentrale Funktionen innerhalb der Grund- und Regelversorgung und bieten langfristig orientierten Investoren stabile, nachfragegetriebene Cashflows. Aber auch für geschlossene oder von der Schließung bedrohte Kliniken gibt es Perspektiven, beispielsweise durch die Transformation bestehender Klinikstandorte zu intersektoralen Versorgungseinrichtungen wie beispielsweise Level-1i-Kliniken.

Dr. Jan Linsin

Managing Director
Head of Research



Anna Maria Burrichter

Associate Director
Research



Bewertung ambulanter Gesundheitsimmobilien

Beitrag von Dipl.-Ing. Tobias Gilich, Simon & Reinhold, Partner

Die medizinische Versorgung in Deutschland ist durch eine zunehmende Nachfrage nach ambulanten Gesundheitsimmobilien, insbesondere in Form von Ärzthäusern und ambulanten Gesundheitszentren, geprägt. Die Nachfrage resultiert vor allem aus dem politischen Willen zur Ambulantisierung und dem demografisch bedingten Anstieg des medizinischen Versorgungsbedarfs. Gesundheitsimmobilien sind dieser Entwicklung folgend immer mehr als eigenständige Assetklasse in den Fokus institutioneller Investoren geraten. Im aktuellen Marktreport „Emerging Trends in Real Estate 2026“ von PwC zählen Gesundheitsimmobilien im Gesamtausblick über mehr als 30 Assetklassen hinweg zu den fünf attraktivsten Anlagentypen.

Investments in Assetklassen

Rang	Assetklasse
1.	Rechenzentren
2.	Neue Energieinfrastruktur*
3.	Studentenwohnheime
4.	Gesundheitsimmobilien
5.	Sonstige Lagereinrichtungen

Quelle: PwC „Emerging Trends Europe survey 2026“
* z. B. Solarenergie, Windenergie, Energiespeicherung, Elektromobilität

HAL Privatbank schätzte 2025 den Markt im Segment der ambulanten Gesundheitsimmobilien auf rund 3.500 Einrichtungen und ein potenzielles Marktvolumen von etwa 30 Mrd. € bei Objektgrößen zwischen 1.500 m² und 10.000 m². Im Fokus institutioneller Anleger stehen dabei insbesondere Objekte mit Investmentvolumina ab etwa 5 Mio. €.

Unterschiedliche Typen von ambulanten Gesundheitsimmobilien

Das Segment der ambulanten Gesundheitsimmobilien umfasst ein breites Spektrum von zu differenzierenden Immobilientypen (Ärzthäuser, ambulante Gesundheitszentren, ambulante OP-Zentren, Dialysezentren etc.). Das Immobilienangebot fokussiert sich dabei insbesondere auf Ärzthäuser und ambulante Gesundheitszentren, bei denen eine fachübergreifende Gesundheitsversorgung im Vordergrund steht. Ambulante Gesundheitszentren unterscheiden sich von reinen Ärzthäusern durch ergänzende nichtärztliche Heilberufe (z. B. Physiotherapie, Logopädie, Hebammen) und/oder medizinischen Einzelhandel (z. B. Apotheke, Sanitätshaus, Hörakustiker, Optiker) sowie sonstige gewerbliche Nutzungen (z. B. Bäckerei).

Die Bewertung von Ärzthäusern und ambulanten Gesundheitszentren ist komplex und erfordert sowohl immobilienwirtschaftliches Fachwissen als auch Kenntnisse aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung ...

Detaillierte Einzelfallprüfung notwendig

Die Bewertung von Ärzthäusern und ambulanten Gesundheitszentren ist komplex und erfordert sowohl immobilienwirtschaftliches Fachwissen als auch Kenntnisse aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung und ist durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren geprägt. Die folgenden Ausführungen bieten auf Basis einer SWOT-Analyse einen kompakten Überblick über die zentralen wertbildenden Parameter – Lage, Objekt und Vermietungsstruktur – ambulanter Gesundheitsimmobilien. Dabei erfordert jeder Einzelfall eine detaillierte Prüfung.

Im Ergebnis vereinfacht die SWOT-Analyse in prägnanter Form die Beurteilung der wertbildenden Parameter, mithin die Ableitung des Verkehrswertes sowie die Risiko-Beurteilung für potenzielle Investoren. Schwächen und Risiken in der Lage und der Grundkonzeption der baulichen Anlagen können dabei langfristig nachteilig auf den Verkehrswert wirken. Schwächen und Risiken bei der Vermietungssituation und den ESG-Merkmalen können hingegen bei guter Lagequalität, solider Grundkonzeption der baulichen Anlagen und bei entsprechendem Fachwissen des Bestandshalters gezielt behoben werden. Dies gilt insbesondere für Objekte mit Mietpotenzial, etwa bei deutlich unter 15 €/m² liegenden Netto-Kaltmieten und kurzem WALT.

SWOT-Analyse anhand der wertbildenden Parameter Lage, Objekt und Vermietung

Stärken (Gegenwart)		Schwächen (Gegenwart)	
Lage		Lage	
<ul style="list-style-type: none"> – Gute Verkehrsanbindung (PKW/ÖPNV) – Gute städtebauliche Einbindung (z. B. gefragte Stadtteil-/Quartierslage) 		<ul style="list-style-type: none"> – Nachteilige Verkehrsanbindung (PKW/ÖPNV) – Einzellage ohne städtebauliche Einbindung (z. B. isolierte Randlage) 	
Objekt		Objekt	
<ul style="list-style-type: none"> – Relativ junges Baujahr mit guten ESG-Merkmalen – Für Praxen zeitgemäß konzipierte und geordnete Gebäudestruktur mit flexiblen Grundrissen und Möglichkeiten für einen Liegendtransport (Aufzug) – Für Patienten barrierearmer oder barrierefreier Zugang 		<ul style="list-style-type: none"> – Älteres Baujahr mit nachteiligen ESG-Merkmalen und erhöhtem Investitionsbedarf (CAPEX) – Nachteilig konzipierte Gebäudestruktur, beschränkte Flexibilität und eingeschränkte Drittverwendbarkeit durch hoch spezialisierte Nutzungen 	
Vermietung		Vermietung	
<ul style="list-style-type: none"> – Vollvermietung – Langlaufende und indexierte Mietverträge – Diversifizierte Mieterstruktur (Ärzte, sonstige Heilberufe (z. B. Physiotherapie) und weitere, ergänzende gesundheitliche Leistungen (z. B. Apotheke, Optiker) – Bonitätsstarke Mieter mit hoher Standortloyalität 		<ul style="list-style-type: none"> – Partiieller Leerstand und ggf. erhöhter Aufwand für Renovierung sowie mieterspezifische Ausbauten – Mietverträge unter Marktstandard (z. B. fehlende oder nachteilige Wertsicherungsklauseln) – Eher monostrukturelle Mieterstruktur bzw. fehlende Diversifikation 	
Chancen (Zukunft)		Risiken (Zukunft)	
Lage		Lage	
<ul style="list-style-type: none"> – Ambulantisierung: Verlagerung weiterer operativer, pflegerischer und rehabilitativer Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich – Verbesserung der Verkehrsanbindung (z. B. neue Bahn- oder Straßenanbindung) – Positive Entwicklung des städtebaulichen Kontextes (z. B. Entwicklung eines Standortes zu einem gefragten Quartier bzw. einer gefragten Stadteillage) 		<ul style="list-style-type: none"> – Verschlechterung der Verkehrsanbindung (z. B. durch Reduzierung des ÖPNV-Angebots) – Verschlechterung des städtebaulichen Kontextes (z. B. zunehmender Leerstand im Stadtteil/Quartier) – Starke Abnahme der Einwohnerzahl im Einzugsgebiet – Negative Entwicklung der Wirtschaftskraft in der Region (Wegzug/Aufgabe von Unternehmen) 	
Objekt		Objekt	
<ul style="list-style-type: none"> – Revitalisierung der baulichen Anlagen (z. B. Modernisierung der Gebäudehülle und der Gebäudetechnik (Heizung, Beleuchtung, Smart-Metering etc.) und damit Verbesserung der ESG-Merkmale 		<ul style="list-style-type: none"> – Verschlechterung des Zustands der baulichen Anlagen und der ESG-Merkmale (z. B. Überalterung der Gebäudehülle und der Gebäudetechnik) – Allgemeine Verschärfung der gesetzlichen, baulichen Auflagen, erhöhter Investitionsbedarf (CAPEX) 	
Vermietung		Vermietung	
<ul style="list-style-type: none"> – Restrukturierung der Vermietungssituation durch langlaufende Anschlussvermietungen zu einem höheren Mietniveau und zu üblichen Mietvertragskonditionen (u. a. Wertsicherungsklauseln) – Allgemeine Verbesserungen im Vergütungssystem (GKV), z. B. durch Entbudgetierung oder Erweiterung von Hybrid-DRG 		<ul style="list-style-type: none"> – Leerstand durch fehlende Anschlussvermietung von auslaufenden Mietverträgen (z. B. mögliche Nachfolgeproblematik bei älteren Praxisinhabern durch Ärztemangel) – Bonitätsabnahme von Mietern durch allgemeine Verschlechterung im Vergütungssystem (GKV) 	

Hohe Projektkosten erschweren notwendige Projektentwicklungen

Die Projektkosten für ambulante Gesundheitsimmobilien – einschließlich Grundstück, Bau, Finanzierung und Marge – sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Abhängig von Lage (städtisch vs. ländlich) und Spezialisierungsgrad (standardisiertes Ärztehaus bis hoch spezialisiertes Gesundheitszentrum, z. B. OP-Zentrum) liegen die Projektkosten für Neubauten aktuell etwa zwischen rund 3.500 €/m² und über 5.000 €/m² BGF. Das für die Errichtung erforderliche ökonomische Mietniveau bewegt sich den Projektkosten folgend etwa in einer Spanne von knapp unter bis deutlich über 20 €/m². Insbesondere in zentralen Lagen von Metropolregionen führen hohe Projektkosten zu weitgehend ausgeschöpften Mieten und Kaufpreisfaktoren und einem limitierten Wertsteigerungspotenzial. Eine spürbare Entspannung des Mietniveaus ist bei den derzeit gegebenen Rahmenbedingungen nicht zu erwarten. Ein niedrigeres Grundstückspreisniveau würde bei anhaltend hohen Baukosten eine Reduzierung der Projektkosten begünstigen und somit den Ausbau der ambulanten Infrastruktur fördern – insbesondere in ländlichen Regionen mit einem begrenzten Mietniveau.

Das im Vergleich zu Neubauten häufig niedrigere Mietniveau bei Bestandsobjekten eröffnet mit Blick auf die Projektkosten somit Potenzial für Mietanpassungen. Im Rahmen von Vertragsverlängerungen entsteht damit Spielraum für gezielte Investitionen in die Revitalisierung und Repositionierung der baulichen Anlagen etwa durch Ausbaurückstellungen oder die Verbesserung von ESG-relevanten Merkmalen. Eine Mietvertragsverlängerung über die für Ärzte übliche, langfristige Laufzeit von teilweise deutlich über 10 Jahren reduziert zudem das Ertragsrisiko und wirkt sich positiv auf die Renditebeurteilung bzw. den Kaufpreisfaktor aus. Die Kombination von deutlichen Mietsteigerungen (bis über 5 €/m²) mit einer gleichzeitig einhergehenden Reduzierung des Ertragsrisikos (bis zu zwei Jahresmieten erhöhter Kaufpreisfaktor) ermöglicht wirtschaftlich tragfähige Investitionen von über 1.000 €/m² Mietfläche.

Attraktives Rendite-Risiko-Profil im Bestand

Das aktuelle Preisniveau orientiert sich maßgeblich am Rendite-Risiko-Profil und wurde zuletzt stark von den finanz- und geldpolitischen Rahmenbedingungen geprägt. Diese sind durch den

Abschluss der Zinssenkungen der EZB, einen höheren staatlichen Verschuldungsgrad und ein daraus resultierendes erhöhtes Zinsniveau geprägt (10-jährige Bundesanleihe im Bereich von 2,5% bis 3%). Am Investmentmarkt hat sich das allgemeine Spitzennetto-Renditeniveau für gewerbliche Immobilien bei diesen Rahmenbedingungen bei über 4% stabilisiert, was Risikozuschläge von etwa 125 bis über 200 Basispunkte auf das neutrale Zinsniveau widerspiegelt. Abseits des Spitzensegments werden Netto-Renditen in einem Bereich von deutlich über 5% gefordert.

Ambulante Gesundheitsimmobilien werden aktuell durchschnittlich mit Kaufpreisfaktoren von rund 15 bis 19 gehandelt, was etwa Brutto-Renditen zwischen 5,25% und 6,75% bzw. Netto-Renditen von 4,75% bis 6,25% entspricht. Dabei bewegen sich die Kaufpreisfaktoren für Neubauten im oberen Abschnitt (>18 und in der Spitze bis über 20) und für Bestandsobjekte im unteren Segment (<18). Aus der SWOT-Analyse resultierende nachteilige Eigenschaften bei der Lage, beim Objekt und bei der Vermietungsstruktur wirken sich entsprechend negativ auf die erzielbaren Kaufpreisfaktoren aus. Im oberen Renditebereich (>5,5% Netto-Rendite) bieten etablierte Ärztehäuser und ambulante Gesundheitszentren mit guten Lageeigenschaften und solider Grundkonzeption mit behebbaren Schwächen in der Vermietungsstruktur ein deutlich vorteilhaftes Rendite-Risiko-Profil im Verhältnis zu anderen Asset-Klassen.

Büroimmobilien im mittleren Marktsegment stehen beispielsweise durch die Digitalisierung – insbesondere Home-Office und den Einsatz von KI – vor steigenden Leerständen. Großflächige, mehrgeschossige Einzelhandelsobjekte sind gleichermaßen durch digitale Handelsformen (E-Commerce) und die angespannte gesamtwirtschaftliche Lage belastet. Im Bereich betreiberorientierter Sozialimmobilien sehen sich Pflegeeinrichtungen anhaltendem Fachkräftemangel sowie politischen Risiken in Bezug auf die Refinanzierung der Pachten gegenüber. Bei entsprechender Spezialisierung des Asset-Managers weisen ambulante Gesundheitszentren über alle Asset-Klassen hinweg ein attraktives Rendite-Risiko-Profil aus. Dabei kann vor allem bei Bestandsimmobilien mit guten Lage- und Objekteigenschaften, aber einer zu optimierenden Vermietungsstruktur (z. B. kurzem WALT und niedrigem Mietniveau) ein Wertsteigerungspotenzial bestehen.

Tobias Gilich

Sachverständiger für
Immobilienbewertung
Simon & Reinhold, Partner



Ambulante Gesundheitsimmobilien aus Sicht der DKB

Beitrag von Thomas Lübcke und Lutz Rothstein, DKB

Die Deutsche Kreditbank AG (DKB) wurde im Jahr 1990 gegründet und zählt zu den führenden Direktbanken für Privatkund*innen in Deutschland. Als zweites Standbein verfügt sie über einen Geschäftskundenbereich mit ausgewählten Branchen. Die DKB ist mit über 4.000 Mitarbeitenden, einer Bilanzsumme von rund 135,8 Mrd. EUR und rund 5,9 Millionen Kund*innen eine der 20 größten Banken Deutschlands (Stand: 31.12.2025). Sie engagiert sich seit vielen Jahren in zentralen Zukunftsbranchen der Daseinsfürsorge, wie den Erneuerbaren Energien, der Wohnungswirtschaft, der Sozialwirtschaft und der kommunalen Infrastruktur. Allein im Gesundheitssektor betreut sie über 7.000 Kund*innen mit einem Finanzierungsvolumen von mehr als 6,5 Mrd. Euro und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Entwicklung.

Als verantwortungsvolles Unternehmen schaffen wir Wert für Umwelt, Gesellschaft, unsere Mitarbeitenden und unsere Kund*innen. Unser Anspruch ist es, wirtschaftlichen Erfolg mit Verantwortung zu verbinden. Wir konzentrieren uns auf ein Kreditportfolio und auf Produkte, die Nachhaltigkeit fördern, und schließen Geschäftsfelder aus, die nicht mit unseren Grundsätzen vereinbar sind. Im Mittelpunkt steht die Partnerschaft mit unseren Kund*innen. Wir begleiten sie in der nachhaltigen Transformation – mit Finanzierungen, die den Wandel ermöglichen, und mit Lösungen, die ökologische, soziale und ökonomische Aspekte verbinden.

Die Nachfrage nach ambulanter Gesundheitsversorgung in Deutschland dürfte ... weiter deutlich wachsen.

Der gesellschaftliche Beitrag unserer Finanzierungen zeigt sich besonders im Geschäftskund*innengeschäft: 61,0 Mrd. Euro unserer Finanzierungen flossen 2025 in Bereiche, die signifikant zur Erreichung der globalen Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen (Sustainable Development Goals – SDGs) beitragen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Finanzierung moderner, zukunftsweisender Immobilienkonzepte, die den Wandel im Gesundheitswesen aktiv unterstützen. Insbesondere ambulante Gesundheitsimmobilien gewinnen zunehmend an Bedeutung – sie verbinden medizinische Versorgung, Effizienz und Wirtschaftlichkeit auf innovative Weise und passen damit ideal in die strategische Ausrichtung der DKB.

Immobilienentwickler und Investoren erkennen ebenfalls zunehmend den Wert solcher „Healthcare-Immobilien“ als zukunftsichere Anlageklasse. Die Nachfrage nach ambulanter Gesundheitsversorgung in Deutschland dürfte durch die Krankenhausreform, den

demografischen Wandel sowie Kosten- und Qualitätsaspekte weiter deutlich wachsen. Um diese Entwicklung zu unterstützen, sind Investitionen in Infrastruktur und Immobilien unverzichtbar. Eine bedarfsgerechte, patientennahe und wirtschaftlich tragfähige ambulante Versorgung ist entscheidend, um das Gesundheitssystem langfristig zu entlasten und die Versorgungsqualität zu sichern.

Kommunen kommt besondere Bedeutung zu

Die Entwicklung ambulanter Gesundheitsimmobilien erfordert das Zusammenspiel von Kommunen, Gesundheitsdienstleistern und Investoren. Während Krankenhäuser und Betreiber zunehmend ambulante Strukturen als strategische Erweiterung ihres Leistungsangebots begreifen, kommt den Kommunen vor allem eine koordinierende und unterstützende Rolle zu – etwa bei der Standortentwicklung oder der Sicherstellung der Daseinsvorsorge. Finanzielle und planerische Engpässe erschweren vielerorts eine aktive Weiterentwicklung entsprechender Strukturen. Public-Private-Partnerships (PPPs) können hier helfen, kommunale Verantwortung mit privatem Kapital zu verbinden. Die DKB bringt in diesem Bereich langjährige Erfahrung in der Finanzierung und Strukturierung kommunaler PPP-Projekte ein und unterstützt so tragfähige Modelle für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung.

Positivere Entwicklung gegenüber anderen Immobiliensegmenten

Ambulante Gesundheitsimmobilien entwickeln sich zunehmend zu einer eigenständigen und dynamisch wachsenden Investmentklasse. Im Vergleich zu klassischen Immobiliensegmenten wie Büro, Gewerbe oder Logistik profitieren sie von einer stabilen und weitgehend konjunkturunabhängigen Nachfrage. Gegenüber anderen Gesundheitsimmobilien (z. B. stationärer Pflege oder Kliniken) bieten ambulante Objekte oft geringere gesetzliche Vorgaben, einen variablen Nutzungsmix und stabilere Ertragsstrukturen durch langfristige Mietverträge mit medizinischen Leistungserbringern. Damit positioniert sich das Segment als zukunftsorientierte Ergänzung im institutionellen Immobilienportfolio.

Relevante Bewertungskriterien für Banken

Für die Finanzierung ambulanter Gesundheitsimmobilien prüfen Banken besonders die Mieterqualität (Bonität, Management- und Versorgungsnetzwerk), die Lage und das Einzugsgebiet, die Drittverwendbarkeit der Immobilie sowie die Mietvertragsstruktur (Laufzeit, Indexierung, Regelung für Bewirtschaftungskosten und Kündigungsrechte/Optionen). Entscheidende Prämissen sind eine belastbare Cashflow-Prognose, klar geregelte Instandhaltungs- und Betriebsverantwortlichkeiten sowie eine frühzeitige Exit-Analyse. In der Immobilienfinanzierung spielen zudem Ver-

kehrswert und Beleihungswert eine zentrale Rolle. Die Werte dienen als Grundlage für Entscheidungen, unterscheiden sich jedoch in Definition, Zielsetzung und methodischer Ableitung.

Der **Verkehrswert** (Marktwert) einer Immobilie ist der Preis, der zum Wertermittlungsstichtag im gewöhnlichen Geschäftsverkehr zu erzielen wäre. Er bildet die aktuelle, objektive Marktmeinung des Homo economicus ab und berücksichtigt:

- Lage und Beschaffenheit der Immobilie,
- den baulichen Zustand,
- rechtliche Rahmenbedingungen (z. B. Grundbuch, Baulasten),
- aktuelle Marktverhältnisse von Angebot und Nachfrage.

Rechtsgrundlage ist § 194 Baugesetzbuch (BauGB). Der Verkehrswert ist damit ein Momentwert, der den aktuellen Marktpreis widerspiegelt und entsprechend kurzfristigen Schwankungen unterliegt.

Der **Beleihungswert** hingegen ist ein vorsichtiger, nachhaltiger Wertansatz, der primär für die Kreditwirtschaft von Bedeutung ist. Er dient der Absicherung von Darlehen und berücksichtigt:

- den langfristig erzielbaren Wert einer Immobilie,
- konservative Annahmen zu Nutzbarkeit und Vermietbarkeit,
- das Ausblenden spekulativer Elemente und kurzfristiger Preisschwankungen.

Rechtsgrundlage bilden § 16 Pfandbriefgesetz (PfandBG) und die Beleihungswertermittlungsverordnung (BelWertV). Der Beleihungswert liegt daher in der Regel deutlich unterhalb des Verkehrswertes.

Während der Verkehrswert die marktgerechte Bewertung einer Immobilie zum Stichtag widerspiegelt, stellt der Beleihungswert den vorsichtigen, nachhaltigen Sicherheitenwert dar. Rückblickend war für Kreditinstitute vor allem der Beleihungswert entscheidend, da er die Risikosteuerung im Kreditgeschäft unterstützt und die Werthaltigkeit von Kreditsicherheiten langfristig absichert. Allerdings ist in den vergangenen Jahren ein angelsächsischer Trend nach dem Loan-to-Value-Prinzip (Verhältnis von Kredithöhe zum Verkehrswert) festzustellen. Der Beleihungswert spielt aber unverändert bei der Konditionierung eine wichtige Rolle, weil hierüber unter anderem die Eigenkapitalanforderungen der Kreditinstitute gesenkt werden können.

Neuer Bewertungsmaßstab seit 2025 in Kraft

Mit Inkrafttreten der Capital Requirements Regulation III (CRR III) trat ab dem 1. Januar 2025 ein neuer Bewertungsmaßstab in Kraft – der sogenannte **Property Value**. Er gilt besonders für Immobilien, die Kredite und Covered Bonds absichern. Ziel ist es, marktspekulative Verzerrungen zu vermeiden und eine auf die gesamte Kreditlaufzeit tragfähige Wertermittlung zu gewährleisten.

Der Property Value muss alle der folgenden Kriterien erfüllen, wie in Art. 229 CRR III spezifiziert:

- Unabhängige Bewertung: Die Wertermittlung erfolgt durch einen externen, qualifizierten Gutachter, getrennt vom Prozess der Kreditvergabe.

- Eine konservative, vorsichtige Bewertung ohne Erwartung zukünftiger Preissteigerungen. Der Wert soll rein vergangenheitsbasiert oder stabilitätsorientiert sein, ohne ein Preissprungsszenario zu reflektieren.
- Abgleich mit dem Marktwert: Der Property Value darf den aktuellen Marktwert nicht überschreiten, sofern dieser bestimmt werden kann.
- Begrenzung durch Durchschnittswerte: Bei Nachbewertungen darf der Wert nicht höher liegen als der Durchschnitt der letzten sechs Jahre für Wohnimmobilien bzw. acht Jahre für Gewerbeimmobilien – oder der Wert bei Kreditauszahlung, je nachdem, welcher höher ist. Ausnahmen bestehen nur bei klar nachweisbaren wertsteigernden Maßnahmen (z. B. energetischen Sanierungen).
- Dokumentationspflicht: Der Bewertungsprozess und seine Ergebnisse müssen transparent und nachvollziehbar dokumentiert sein.

Der Übergang zum **Property Value** bedeutet:

- Erhöhte Vorsicht bei der Bewertung, um zyklische Überbewertungen zu vermeiden.
- Konsistenz und Stabilität in der Eigenmittel- und Risikogewichtsanalyse, auch bei schwankenden Immobilienmärkten.
- Nachvollziehbarkeit und Transparenz durch verpflichtende Dokumentationsanforderungen und regelmäßig überprüfbare Bewertungsmaßstäbe.
- Operationalisierung bis 2025 für neue Darlehen mit Übergangsregelungen für bestehende Portfolios (z. B. bis Ende 2027).

Der neue Wertbegriff des Property Value nach Art. 229 CRR III schafft im Kreditwesen einen Bewertungsstandard, der konservativer, nachhaltiger und stärker abgesichert ist als der herkömmliche Marktwert. Er bietet Kreditinstituten eine deutlich restriktivere, aber zugleich stabilere Grundlage zur Wertermittlung von Immobilien – mit klarem Fokus auf Risikominderung und Kapitalstabilität über die Laufzeit eines Kredits.

„Bereits heute besitzen ESG-Kriterien in der Kreditprüfung ambulanter Gesundheitsimmobilien eine hohe und weiter wachsende Relevanz.“

Wachsende Relevanz bezüglich Nachhaltigkeit und ESG

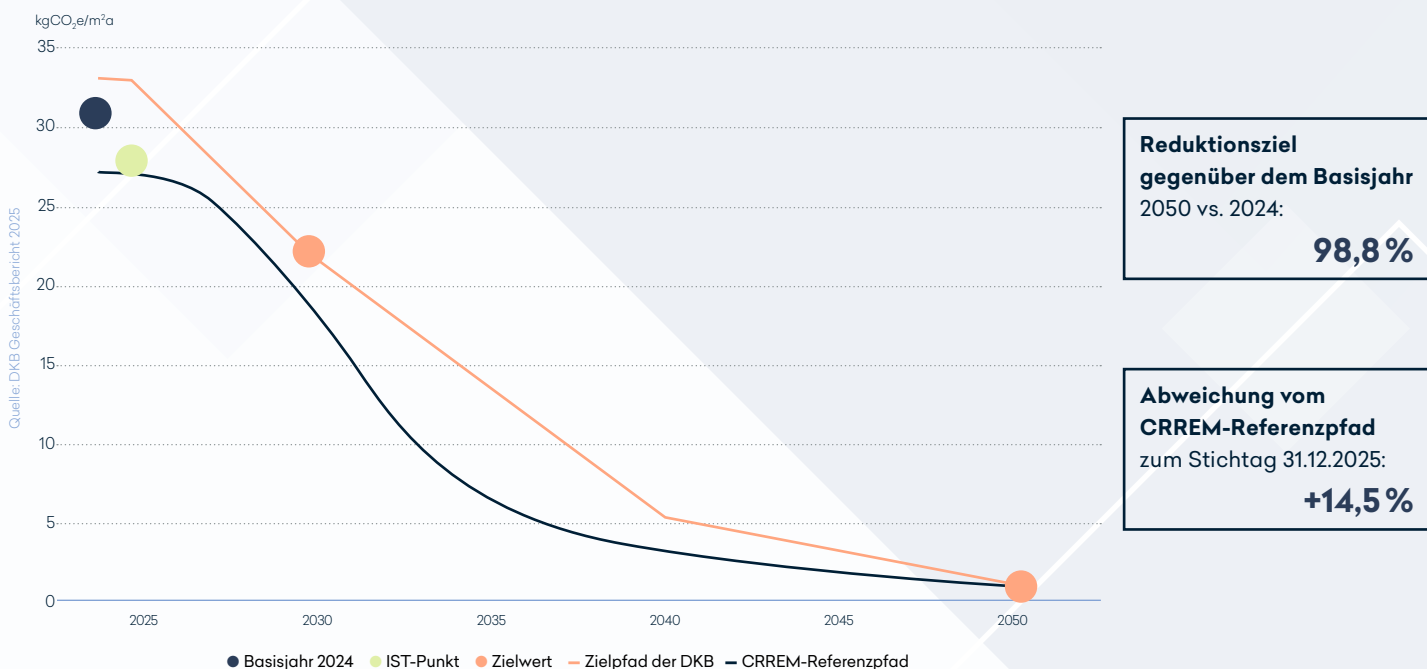
Bereits heute besitzen ESG-Kriterien in der Kreditprüfung ambulanter Gesundheitsimmobilien eine hohe und weiter wachsende Relevanz. Sie finden dabei nicht nur bei der Kreditvergabe Anwendung, sondern auch in der laufenden Portfolioüberwachung und Risikoanalyse – insbesondere zur Einschätzung langfristiger Nachhaltigkeitsrisiken. Dazu zählen sowohl physische Risiken, etwa Wertminderungen oder Nutzungseinschränkungen infolge von Extremwetterereignissen oder steigenden Hochwassergefahren, als auch transitorische Risiken, die sich aus regulatorischen

Verschärfungen, steigenden CO₂-Kosten oder veränderten Marktanforderungen an Energieeffizienz ergeben können (z. B. zusätzlicher Investitionsbedarf durch strengere energetische Vorgaben für Bestandsimmobilien). Diese Analysen unterstützen die strategische Steuerung des Kreditportfolios. Neben Energieeffizienz und ressourcenschonender Bauweise rücken insbesondere Barrierefreiheit und Versorgungsqualität in den Fokus, da sie unmittelbar zur sozialen Nachhaltigkeit und Versorgungsgerechtigkeit beitragen. Auch Governance-Kriterien wie Transparenz, klare Verantwortlichkeitsstrukturen und Compliance-Standards bei Eigentümern, Betreibern und Mietern werden zunehmend verstärkt bewertet, um langfristig stabile und verantwortungsvolle Finanzierungen sicherzustellen.

Der ambulante Gesundheitssektor trägt zur sozialen Dimension von Nachhaltigkeit bei, indem er die Daseinsvorsorge stärkt ...

Der ambulante Gesundheitssektor trägt zur sozialen Dimension von Nachhaltigkeit bei, indem er die Daseinsvorsorge stärkt und eine wohnortnahe medizinische Versorgung ermöglicht, ohne sich dabei auf bestimmte Personengruppen zu beschränken. Ambulante Gesundheitsimmobilien fördern damit Versorgungssicherheit sowie soziale Teilhabe und leisten einen wichtigen Beitrag zur gesellschaftlichen Stabilität sowie Lebensqualität. Aus ESG-Sicht tragen sie zur sozialen Resilienz bei – insbesondere in einer alternden Gesellschaft mit wachsendem Bedarf an zugänglicher, niedrigschwelliger medizinischer Versorgung.

Zielpfad für das Immobilien-Portfolio der DKB



Nachhaltige Investitionen richten sich zunehmend auf Bereiche mit messbarer gesellschaftlicher Wirkung. Ambulante Gesundheitsimmobilien kombinieren soziale Relevanz mit stabilen Renditen und gewinnen so für institutionelle Anleger sowie für die DKB an strategischer Bedeutung.

Berücksichtigung „finanzierter Emissionen“

Ein weiterer wichtiger Punkt umfasst die Treibhausgasemissionen, die mit Investitionen und Finanzdienstleistungen eines Unternehmens verbunden sind. Diese Kategorie bildet im Finanzsektor regelmäßig den dominierenden Bestandteil der sogenannten „finanzierten Emissionen“ (financed emissions) und ist besonders für Finanzinstitute (Banken, Versicherungen, Vermögensverwalter) relevant, da sie oft einen Großteil ihres gesamten CO₂-Fußabdrucks ausmacht. Es handelt sich um indirekte Emissionen, die gemäß Kategorie 15 („Investments“) des Greenhouse Gas Protocol den Scope-3-Emissionen zugeordnet werden und von den Unternehmen oder Projekten verursacht werden, in die ein Finanzinstitut investiert hat oder denen es Kapital zur Verfügung stellt, darunter auch Hypotheken und Immobilien.

Der Zielpfad zur Treibhausgasminderung (THG) in der Immobilienwirtschaft in Deutschland ist eng mit den Klimazielen der Bundesregierung verknüpft, die bis 2045 einen klimaneutralen Gebäudebestand anstrebt. Die DKB trägt ebenfalls zur Erreichung dieser Ziele bei, indem sie aktiv die THG-Emissionen ihrer Immobilienfinanzierungen steuert und die Kreditvergabe langfristig an einem wissenschaftsbasierten Reduktionspfad ausrichtet. So soll bis 2030 eine schrittweise Dekarbonisierung des finanzierten Immobilienportfolios um ca. ein Drittel erfolgen. Bis 2050 soll eine nahezu vollständige Dekarbonisierung im Einklang mit dem Referenzpfad des Carbon Risk Real Estate Monitor (CRREM) erreicht werden.

Green und Social Bonds – Praxisnutzen für Investoren und Fondsmanager

Green Bonds und Social Bonds sind entstanden, um gezielt Kapital für nachhaltige Projekte zu mobilisieren und damit ökologische sowie soziale Herausforderungen anzugehen. Green Bonds refinanzieren vor allem Umwelt- und Klimaschutzmaßnahmen, während Social Bonds Projekte mit sozialem Nutzen unterstützen.

Die DKB kann für eine Kundenfinanzierung ein DKB Green Loan Label vergeben, wenn diese die Nachhaltigkeitskriterien der DKB, die im Sustainable Lending Framework festgeschrieben sind, einhält. Zur Refinanzierung emittiert die DKB Green und Social Bonds, mit denen institutionelle Anleger gezielt gesellschaftlich wirksame Vorhaben – etwa im Bereich ambulanter Gesundheitsimmobilien – unterstützen können. Im Rahmen ihres Green und Social Bond Programme hat die DKB bereits mehrere Social Bonds im Volumen von über 4 Mrd. Euro emittiert, mit denen unter anderem Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen refinanziert werden. Diese Instrumente schaffen nicht nur stabile Refinanzierungskonditionen, sondern ermöglichen auch eine transparente Messung der ESG-Wirkung.

Fazit

Ambulante Gesundheitsimmobilien stellen eine zunehmend bedeutende und resiliente Anlageklasse dar, die sowohl gesellschaftlichen Nutzen als auch wirtschaftliche Stabilität vereint. Treiber dieser Entwicklung sind die demografische Alterung, die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor, wirtschaftliche Effizienzüberlegungen und die Notwendigkeit einer wohnortnahen Versorgung. Deutschland weist aufgrund seiner regionalen Versorgungsstrukturen, insbesondere im ländlichen Raum, einen überdurchschnittlichen Bedarf an modernen, barrierefreien und multifunktionalen Gesundheitsimmobilien auf.

„Insgesamt kombinieren ambulante Gesundheitsimmobilien wirtschaftliche Attraktivität, Risikostabilität und gesellschaftlichen Mehrwert ...

Für Kreditinstitute wie die DKB sind diese Immobilien besonders attraktiv, da sie stabile Cashflows, langfristige Mietverträge und ESG-konforme Strukturen bieten. Mit der Einführung des Property Value nach CRR III wird zudem ein konservativer, risikogerechter Bewertungsmaßstab etabliert, der die Werthaltigkeit von Finanzierungen langfristig absichert. Gleichzeitig ermöglichen Green und Social Bonds eine gezielte Refinanzierung nachhaltiger Projekte und eine transparente Berichterstattung zu Umwelt- und Sozialaspekten.

Insgesamt kombinieren ambulante Gesundheitsimmobilien wirtschaftliche Attraktivität, Risikostabilität und gesellschaftlichen Mehrwert, wodurch sie zu einem strategisch wichtigen Segment im institutionellen Immobilienportfolio werden und einen entscheidenden Beitrag zur nachhaltigen Weiterentwicklung des Gesundheitssystems leisten.

Thomas Lübcke

Soziale Infrastruktur
DKB



Lutz Rothstein

Soziale Infrastruktur
DKB



Attraktive Assetklasse für Versicherer

Beitrag von Ralf Degenhart, Debeka Versicherungsgruppe

Ambulante Gesundheitsimmobilien entwickeln sich in Deutschland zunehmend zu einem bedeutenden Pfeiler der sozialen Infrastruktur und gewinnen damit auch für institutionelle Investoren, darunter Versicherungen wie die Debeka, stetig an Attraktivität. In einer Ära volatiler Finanzmärkte, geopolitischer Unsicherheiten und des demografischen Wandels stehen Versicherungsgesellschaften vor großen Herausforderungen: Sie müssen die Gelder ihrer Versicherten so anlegen, dass sie über Jahrzehnte hinweg stabile, inflationsgeschützte Renditen erwirtschaften, während sie gleichzeitig strengen regulatorischen und ökologischen Auflagen gerecht werden müssen. In diesem Kontext haben sich Ärztehäuser, Gesundheitszentren oder ambulante OP- und Rehaeinrichtungen in den letzten Jahren von einer Nische zu einer attraktiven Assetklasse für institutionelle Anleger entwickelt.

„Mit steigendem Alter nimmt der Bedarf an wohnortnaher medizinischer Versorgung exponentiell zu.“

Haupttreiber sind demografischer Wandel und Ambulantisierung

Die Bevölkerung in Europa altert rapide. Mit steigendem Alter nimmt der Bedarf an wohnortnaher medizinischer Versorgung exponentiell zu. Für einen Versicherer bedeutet das: Die Nachfrage nach den Objekten, in die er investiert, ist nicht von Modetrends oder Konjunkturzyklen abhängig, sondern in großem Maße biologisch determiniert. Während ein Bürogebäude leer stehen kann, wenn Unternehmen auf Homeoffice setzen, oder ein Einkaufszentrum unter dem E-Commerce leidet, bleibt die Notwendigkeit für physische Arztbesuche, Dialysen oder physiotherapeutische Behandlungen konstant hoch. Diese Konjunkturreisistenz macht das Segment zu einem stabilen „Anker“ in einem Immobilienportfolio.

Zudem spielt mittel- bis langfristig auch der grundsätzliche, strukturelle Wandel im Gesundheitssystem in Form der politisch gewollten Ambulantisierung eine große Rolle. Aufgrund des medizinischen Fortschritts und des Kostendrucks im Gesundheitswesen werden immer mehr Eingriffe, die früher einen Krankenhausaufenthalt erforderten, heute ambulant durchgeführt. Krankenhäuser konzentrieren sich auf hochkomplexe Fälle, während die „Basis- und Spezialversorgung“ in moderne, effiziente ambulante Zentren ausgelagert

wird. Versicherer investieren somit in die Infrastruktur der Zukunft: hoch spezialisierte Gebäude, die Platz für OP-Säle, modernste Bildgebung (MRT/CT) und interdisziplinäre Teams bieten.

Mehrere betriebswirtschaftliche Vorteile

Aus rein betriebswirtschaftlicher Sicht bieten diese Immobilien verschiedene Vorteile für Versicherungen:

1. Planungssicherheit: Die Mieter in ambulanten Gesundheitsimmobilien schließen oft lange Mietverträge ab, was sehr gut zur langfristigen Planungsrechnung der Versicherer passt.

2. Inflationsschutz: Der überwiegende Teil der gewerblichen Mietverträge in diesem Sektor ist indexiert. Steigen die Preise, steigt auch die Miete. Dies bietet einen natürlichen Schutz gegen die inflationsbedingte Geldentwertung.

3. Mieterprofil: Im Vergleich zu klassischen Gewerbeimmobilien ist das „Mieterrisiko“ bei ambulanten Gesundheitsimmobilien deutlich geringer. Ärzte und medizinische Betreiber verfügen im Regelfall über eine sehr gute Bonität. Einmal etabliert, wechseln sie den Standort nur höchst ungern, da die Patientenbindung lokal ist und der Umzug teurer medizinischer Geräte große Kosten verursacht. Diese geringe Fluktuation reduziert die Leerstandsrisiken und die Kosten für Neuvermietungen.

4. ESG und soziale Verantwortung (Social Impact): Versicherungen stehen heute unter engmaschiger Beobachtung durch Ratingagenturen und der Öffentlichkeit bezüglich ihrer ESG-Bilanz (Environmental, Social, Governance). Umweltaspekte und sozial wirksame Investitionen gehören daher mittlerweile zu den Standardvoraussetzungen bei der Prüfung von Anlageentscheidungen. Ambulante Gesundheitsimmobilien erzielen Rendite und erfüllen gleichzeitig Nachhaltigkeitsziele.

5. Diversifikation: Versicherungen möchten ihre Immobilienallokation im Sinne einer guten Diversifikation und Risikominimierung möglichst breit aufstellen und in verschiedene Nutzungsarten investieren. Daher sind aufstrebende Assetklassen wie ambulante Gesundheitsimmobilien in den letzten Jahren zu einer attraktiven Alternative geworden. Denn sie bieten eine eher geringe Korrelation zu den übrigen Immobilienmärkten. Selbst wenn der Konsum einbricht oder die Nachfrage nach Büroflächen sinkt, wird die Gesundheitsinfrastruktur weiterhin benötigt.

Auswahl des Assetmanagers entscheidend

Bei der Auswahl des richtigen Asset-Managers für ambulante Gesundheitsimmobilien reicht ein allgemeines Immobilien-Know-how häufig nicht aus. Da diese Assetklasse an der Schnittstelle zwischen Immobilienwirtschaft und Gesundheitsmarkt operiert, ist spezifische Expertise entscheidend. Ein qualifizierter Manager muss die regulatorischen Rahmenbedingungen (z. B. Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen) verstehen, da diese den Wertstandort und die Mieterakquise bestimmen. Er benötigt ein tiefes Verständnis für die baulichen Anforderungen von Praxen und sonstigen ambulanten Leistungserbringern (z. B. Hygieneauflagen, Statik für MRTs, Barrierefreiheit etc.), die teilweise deutlich komplexer sind als z. B. bei Büroflächen.

Zudem sollte der Assetmanager die Sprache der Mediziner sprechen und Netzwerke zu Klinikbetreibern und MVZ-Ketten pflegen, um frühzeitig von Expansionsplänen zu erfahren. Er kann als Moderator zwischen verschiedenen Fachdisziplinen in einem Ärztehaus oder Gesundheitszentrum agieren, um innerhalb des Objekts Synergien zu fördern, und weiß durch ein gutes Onboarding und permanenten Austausch mit den Mietern auch um deren Flächenbedarfe. Im Rahmen eines proaktiven Vermietungsmanagements kennt er ebenfalls weitere potenzielle Belegungsoptionen für mögliche Freiflächen und kann ggf. auch externe Makler im Sinne klarer Zielvorgaben zum Mietermix steuern. Ein guter Track Record bei der Nachhaltigkeitsoptimierung (ESG) von Bestandsgebäuden rundet das Profil ab, um die langfristige Werthaltigkeit für den Versicherer zu garantieren.

„Für die Debeka sind Gesundheitsimmobilien weit mehr als eine Kapitalanlage: Sie sichern wohnortnahe medizinische Versorgung für eine zunehmend alternde Bevölkerung und schaffen einen konkreten gesellschaftlichen Mehrwert.“

Für die Debeka sind Gesundheitsimmobilien weit mehr als eine Kapitalanlage: Sie sichern wohnortnahe medizinische Versorgung für eine zunehmend alternde Bevölkerung und schaffen einen konkreten gesellschaftlichen Mehrwert. Damit stellen sie eine vielversprechende Kombination aus Werthaltigkeit, Nachhaltigkeit sowie gesellschaftlichem Impact dar und verbinden die Sicherheit einer Infrastrukturanlage mit der attraktiven Rendite einer Gewerbeimmobilie.

Über die Debeka:

Die im Jahr 1905 gegründete Debeka gehört mit jährlichen Beitragseinnahmen von 13 Milliarden Euro zu den Top 5 der Versicherungsbranche. Sie betreut mehr als 7,7 Millionen Versicherte und verwaltet ein Kapital von mehr als 115 Milliarden Euro. Die gesamte Versicherungsgruppe umfasst neben der Krankenversicherung auch die Lebensversicherung sowie die Schaden- und Unfallversicherung. Als genossenschaftlich geprägte Gruppe ist sie ausschließlich den Interessen ihrer Mitglieder und Kunden verpflichtet.

Ralf Degenhart

Finanzvorstand
Debeka Versicherungsgruppe



Erfolgreiche Auflage des HAL-Eigenkapitalfonds für ambulante Gesundheitsimmobilien

Beitrag von Patrick Brinker, Osman Bayro, Lars Kurtz und Adalbert Nickl, Hauck Aufhäuser Lampe

Das Real Estate Investment Management-Team von Hauck Aufhäuser Lampe Privatbank (HAL-REIM) stellt für institutionelle Investoren innovative und nachhaltige Investmentlösungen zur Verfügung. So wurde im Sommer 2025 ein zweiter Fonds für die Assetklasse „Soziale Infrastruktur“ erfolgreich aufgelegt. Der „HAL Soziale Infrastruktur Deutschland 2“ (HAL SI 2) investiert wie der Vorgängerfonds in ambulante Gesundheitsimmobilien wie Ärztehäuser und Gesundheitszentren. Die zunehmende Bedeutung der ambulanten Versorgung sowie eine hohe Resilienz des ambulanten Gesundheitssektors gegenüber konjunkturellen Schwankungen machen diesen Markt für institutionelle Investoren immer attraktiver. Denn diese suchen immobilienseitig wieder vermehrt nach alternativen, aber stabilen Anlageklassen mit langfristigen und sicheren Erträgen. Der ambulante Gesundheitssektor bietet solche soliden Investmentmöglichkeiten in einem zukunftssicheren Markt.

Das Zielvolumen liegt bei 150 bis 250 Millionen Euro

Bei dem Produkt handelt es sich um einen reinen Eigenkapitalfonds, eingestuft nach Artikel-8-Fonds der EU-Offenlegungsverordnung, der sich ausschließlich an institutionelle Investoren wie z. B. Banken, Versicherungen und Pensionskassen richtet. Er soll eine durchschnittliche Ausschüttungsrendite (CoC/Cash-on-Cash) von mindestens 4,75 % p. a. erwirtschaften. Vor allem Banken (CRR-III-Regularien) und Versicherungen (Solvency II) können damit ihre Eigenkapitalunterlegung und die auf das Eigenkapital bezogene Rendite für diesen Fonds effektiv verbessern. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass der Fonds keinerlei Kreditrisiken eingeht.

Der Zielmarkt ist Deutschland und die Fondslaufzeit beträgt zwölf Jahre. Das Zielvolumen liegt bei 150 bis 250 Mio. Euro. Es wurden bereits über 30 Mio. Euro von institutionellen Investoren gezeichnet. In Kürze wird eine weitere signifikante Zeichnungssumme im zweistelligen Millionenbereich erwartet. Das Ankaufsvolumen je Objekt wird zwischen 5 und 30 Mio. Euro liegen. Dabei stehen Core- und Core+-Immobilien im Fokus der Ankaufsstrategie.

Der vorgesehene Mietermix soll hauptsächlich aus ambulanten gesundheitsaffinen Dienstleistern bestehen, welche die medizinische Grundversorgung abbilden. Dazu gehören insbesondere niedergelassene Ärzte und Zahnärzte, Heilhilfsberufe (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden etc.) sowie der medizinische Fachhandel (Apotheken, Sanitätshäuser, Hörakustiker, Optiker etc.). Ergänzend können an einzelnen Standorten

auch Nutzer der sozialen Grundversorgung wie beispielsweise ambulante Pflege oder Tagespflege, (Service-)Wohnen oder eine Kindertagesstätte eingebunden sein. Klassische stationäre Pflegeheime und Krankenhäuser oder solitäre Service-Apartment-Standorte gehören indes nicht zum Ankaufsprofil.

„In den letzten Monaten konnten bereits drei attraktive Objekte in den Fonds eingebracht werden.“

Das Kapital aus dem First Closing ist bereits voll investiert

In den letzten Monaten konnten bereits drei attraktive Objekte in den Fonds eingebracht werden. Dabei handelt es sich um ambulante Gesundheitsimmobilien in Neunkirchen bei Siegen, Landshut und Mannheim. Damit konnte das Kapital aus dem First Closing kurzfristig voll investiert werden.



Gesundheitszentrum „Medi+Vital“ in Neunkirchen bei Siegen

Das moderne Gesundheitszentrum „**Medi+Vital Neunkirchen**“ bei Siegen befindet sich aufgrund seines relativ jungen Baujahrs (BJ 2015) in einem sehr guten Zustand und ist vollständig vermietet. Die Mieterstruktur ist klar gesundheitsorientiert. Neben diversen humanmedizinischen Praxen unterschiedlicher Fachrichtungen beherbergt das Haus weitere gesundheitsaffine Dienstleister, wie Praxen für Physiotherapie, Podologie und

Ergotherapie sowie ein Zentrum für medizinische Reha und Fitness. Ergänzt wird das Angebot durch eine Apotheke, ein Sanitätshaus und eine Krankenkasse. Mit einer Healthcare-Quote von 85 % (zzgl. 15 % Krankenkasse) hat das Objekt eine sehr klare Ausrichtung auf die ambulante medizinische Versorgung. Für Patienten, Besucher und Mieter stehen rund 50 Pkw-Stellplätze auf dem hauseigenen Parkplatz zur Verfügung.

Durch die verkehrsgünstige Lage erstreckt sich das Einzugsgebiet des „Medi+Vital“ weit über die Stadtgrenzen von Neunkirchen hinaus, u. a. auf viele Siegener Stadtteile sowie insbesondere auf die umliegenden Gemeinden Burbach, Wilnsdorf und Herdorf. Die ansässigen Fachärzte haben ein deutlich weiteres Einzugsgebiet – teilweise über den Landkreis Siegen-Wittgenstein hinaus. Eine Photovoltaik-Anlage für das Dach ist bereits in Planung und soll 2026 realisiert werden. Somit wird das Ärzte- und Gesundheitszentrum auch unter ESG-Aspekten weitere Pluspunkte sammeln.



Gesundheitszentrum Landshut

Das 2012 errichtete „**Gesundheitszentrum Landshut**“ befindet sich in unmittelbarer Nähe zum Klinikum Landshut und hat eine Gesamtmietfläche von ca. 3.120 Quadratmetern. Die Immobilie wurde vollvermietet übergeben und der WAULT beträgt etwa vier Jahre. Die Mieterschaft des Ärzte- und Gesundheitszentrums besteht überwiegend aus Ärzten und Dienstleistern aus dem gesundheitsaffinen Sektor. Dazu gehören Praxen für Neurologie, Radiologie, MKG-Chirurgie, Neurochirurgie und Onkologie. Ergänzt wird das Angebot durch eine Wundambulanz, ein Sanitätshaus, eine Krebsberatungsstelle und ein Dentallabor. Im Basement ist zudem eine ambulante Intensivpflege untergebracht. Somit passt die Immobilie ausgezeichnet zum Investmentprofil des neuen Fonds.

Das Objekt befindet sich in einem guten Zustand, hat eine PV-Anlage und wird mit Fernwärme versorgt. Durch das unmittelbar angrenzende Klinikum sind viele Synergieeffekte möglich. Planerisch und bei Bedarf ist eine weitere Aufstockung des Ärzte- und Gesundheitszentrums möglich. Mit mehr als 75.000 Einwohnern ist Landshut die größte Stadt Niederbayerns und gehört mit ihrer wachsenden Bevölkerung zu den wirtschaftlich sehr starken Regionen Deutschlands.

Das Gesundheitszentrum „Am Sonnengarten“ in Mannheim wurde im Jahr 2002 ursprünglich als Büroimmobilie errichtet und in den letzten Jahren zu einem ambulanten Gesundheitszentrum umgewidmet.



Gesundheitszentrum „Am Sonnengarten“ in Mannheim

Das **Gesundheitszentrum „Am Sonnengarten“ in Mannheim** wurde im Jahr 2002 ursprünglich als Büroimmobilie errichtet und in den letzten Jahren zu einem ambulanten Gesundheitszentrum umgewidmet. Es befindet sich in einem guten Zustand und wird mit Fernwärme versorgt, die in Mannheim ab spätestens 2030 vollständig klimaneutral erzeugt wird. Das Objekt verfügt über eine BREEAM-Zertifizierung „Gut“.

Der Mieterbesatz ist mehrheitlich gesundheitsaffin geprägt (Orthopädie, Zahnheilkunde, Sanitätshaus, Kieferorthopädie, Psychotherapie, Urologie, Physiotherapie) und soll während der Haltedauer mit weiteren Leistungserbringern aus dem Gesundheitswesen ausgebaut werden. Das Objekt verfügt über drei Obergeschosse, 14 Außenstellplätze und eine Tiefgarage mit 53 Stellplätzen.

Die Metropolregion Rhein-Neckar zählt zu den wichtigsten Industriestandorten Deutschlands. Mannheim ist mit rund 316.000 Einwohnern hinter Stuttgart und Karlsruhe die drittgrößte Stadt Baden-Württembergs und größtes Oberzentrum der Metropolregion Rhein-Neckar. Der Stadtteil Feudenheim, in dem sich das Objekt befindet, liegt nordöstlich des Stadtzentrums und grenzt an das Gelände der Bundesgartenschau 2023. Der Standort zeichnet sich vor allem durch seine hervorragende Anbindung und die überdurchschnittliche Kaufkraft der Einwohner aus, was ihn auch für die Ansiedlung von Privatpraxen attraktiv macht.

Zusammenfassung der drei Seed-Objekte in Neunkirchen, Landshut und Mannheim

	Gesundheitszentrum Medi+Vital	Gesundheitszentrum Landshut	Gesundheitszentrum Am Sonnengarten
Bundesland	Nordrhein-Westfalen	Bayern	Baden-Württemberg
Standort	Neunkirchen (Siegen)	Landshut	Mannheim
Baujahr	2015	2012	2002
Mietfläche	2.930 m ²	3.120 m ²	3.430 m ²
WAULT	7 Jahre	4 Jahre	6 Jahre
Anzahl Mieter	11	13	12
Anzahl Stellplätze	49	71	67
Vermietungsquote	Vollvermietung	Vollvermietung	Vollvermietung
ESG-Kriterien	PV geplant	Fernwärme / PV	PV / Zert. BREEAM „Gut“
Besitzübergang	Q4/2025	Q1/2026	Q1/2026

Die Pipeline ist gut gefüllt

Für den Eigenkapitalfonds kann das Real Estate Investment Management-Team von Hauck Aufhäuser Lampe Privatbank (HAL-REIM) aktuell eine belastbare Pipeline von ca. 15 Objekten mit einem Volumen von nahezu 200 Millionen Euro ausweisen. Die Kaufpreisfaktoren liegen hierbei überwiegend zwischen dem 15- und 17-Fachen der Jahresnettokaltniete, wodurch man den Investoren zeitnahe Kapitalabrufe bei einer attraktiven Verzinsung

in Aussicht stellen kann. Ein weiteres Objekt in Niedersachsen ist bereits in Exklusivität und wird voraussichtlich im Mai/Juni 2026 beurkundet. Mit den zurückliegenden drei Transaktionen in Neunkirchen, Landshut und Mannheim erreicht der HAL SI 2-Eigenkapitalfonds die angekündigte Ausschüttungsrendite von mindestens 4,75% und setzt für seine Investoren weiterhin auf hochwertige Objekte und eine schnelle Abrufgeschwindigkeit.

Patrick Brinker

Head of Real Estate
Investment Management (REIM)
Hauck Aufhäuser Lampe



Osman Bayro

Direktor
Leiter Fonds & Business
Management
Hauck Aufhäuser Lampe



Lars Kurtz

Eigenkapital-Sourcing
Versicherungen,
Pensionskassen,
Versorgungswerke, Stiftungen
Hauck Aufhäuser Lampe



Adalbert Nickl

Eigenkapital-Sourcing
Banken, Sparkassen,
Family Offices
Hauck Aufhäuser Lampe



Zusammenfassung und Ausblick

Hauck Aufhäuser Lampe

Zunehmende Bedeutung der Assetklasse „Ambulante Gesundheitsimmobilien“

Wir hoffen, Ihnen mit der vorliegenden dritten Ausgabe unseres Marktreports für ambulante Gesundheitsimmobilien wieder einen spannenden Einblick in diese aufstrebende Assetklasse geliefert zu haben. Unter dem Strich lässt sich festhalten, dass für die deutsche Immobilienwirtschaft eine leichte Belebung für 2026 zu erwarten ist. Diese war bei ambulanten Gesundheitsimmobilien bereits im letzten Jahr wahrzunehmen und wird sich weiter fortsetzen. Gerade die Investitionsaktivitäten haben zuletzt spürbar zugenommen. Auch das Engagement größerer institutioneller ausländischer Investoren bei kürzlich durchgeführten Transaktionen lässt auf eine stetige Professionalisierung und Etablierung des Marktes schließen. Das erwartete diesjährige Transaktionsvolumen von etwa 330 Millionen Euro würde den zurückliegenden 10-jährigen Durchschnitt von etwa 210 Millionen Euro deutlich übertreffen und den Aufwärtstrend dieser Immobiliengattung ebenfalls bestätigen.

Auch die politisch gewollte Ambulantisierung wird in den nächsten Jahren zu einer steigenden Nachfrage nach entsprechender ambulanter immobilierender Infrastruktur führen. So werden durch die stetige Erweiterung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog) insbesondere ambulante OP-Zentren vermehrt nachgefragt werden. Auch ambulante Reha-Einrichtungen werden sich an solchen Standorten vermehrt ansiedeln. Daher können diese beiden Nutzungsarten auch bei der Umwidmung bestehender stationärer Einheiten zu intersektoralen Versorgungsstrukturen wie Level-1i-Häusern eine wichtige Rolle spielen. Hier muss die Politik in Zukunft ganzheitlicher denken und auch ihre Prioritäten bei der Vergabe von Fördermitteln neu sortieren, wenn sie weiterhin eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung gewährleisten möchte. Insgesamt kann die Umnutzung von Bestandsgebäuden wie beispielsweise Bürogebäuden zu ambulanten Gesundheitszentren ebenfalls ein Ansatz sein, dem Nachfrageüberhang entgegenzuwirken, da hohe Fertigstellungskosten und regulatorische Anforderungen die Projektentwickler von neuen ambulanten Gesundheitsimmobilien weiterhin belasten werden. Das spiegelt sich auch im Transaktionsgeschehen wider, bei dem zum großen Teil die Veräußerung von Bestandsgebäuden im Vordergrund steht.

Zusammenfassung und Ausblick

Hauck Aufhäuser Lampe

Neue Schätzung des potenziellen Marktvolumens auf mehr als 37 Milliarden Euro

Die im vorliegenden Marktreport neu veröffentlichte Studie von Rebmann Research in Kooperation mit Hauck Aufhäuser Lampe zur Anzahl und Verteilung ambulanter Gesundheitsimmobilien in Deutschland bestätigt viele Trends aus dem Vorjahr hinsichtlich der Ansiedlung solcher Objekte. So zeigt sich erneut, dass auch abseits der Metropolen in urbanen bis hin zu ländlichen Regionen ein hoher Bedarf an solchen Ärzte- und Gesundheitszentren existiert. Durch eine Erweiterung der Betrachtung konnten weitere Standorte für ambulante Gesundheitsimmobilien identifiziert werden. So wurde die untersuchte Grundgesamtheit potenzieller Mieter um Augenoptiker, Hörakustiker und Sanitätshäuser erweitert. Dadurch erhöhte sich die Anzahl an investierbaren Immobilien für institutionelle Investoren von ca. 3.440 auf etwa 4.330.

Die letztjährige Analyse unserer HAL-Datenbank hat für die uns angebotenen ambulanten Gesundheitsimmobilien eine durchschnittliche Mietfläche von ca. 3.000 Quadratmetern und eine durchschnittliche Nettokaltmiete von ca. 13,- €/m² ergeben. Damit belief sich die Jahresnettokaltmiete für solche Objekte auf durchschnittlich ca. 468.000 Euro. Bei durchschnittlich angebotenen Kaufpreiskoeffizienten von 18,5-fach, bezogen auf die Jahresnettokaltmiete, entspricht das einem durchschnittlichen Kaufpreis von etwa 8,7 Mio. Euro je Objekt. In Kombination mit der von Rebmann Research und HAL ausgewiesenen aktualisierten Anzahl ambulanter Gesundheitsimmobilien lässt sich ein potenzielles Marktvolumen von mehr als 37 Milliarden Euro schätzen. Für institutionelle Investoren zeigt sich damit ein Marktsegment, das strukturell stabil ist und zugleich nachfrageseitig noch weiteres Wachstumspotenzial aufweist.



Patrick Brinker

Head of Real Estate
Investment Management (REIM)



Felix Rotaru

Abteilungsleiter
Healthcare

Glossar

Ambulantes OP-Zentrum

Ein ambulantes OP-Zentrum ist eine medizinische Einrichtung, in der chirurgische Eingriffe durchgeführt werden, die keine stationäre Aufnahme des Patienten erfordern. Nach der Operation kann der Patient in der Regel nach Hause gehen.

Ambulantes Rehazentrum

In einem ambulanten Rehazentrum werden rehabilitative Maßnahmen angeboten, bei denen der Patient nicht über Nacht bleibt. Dies ermöglicht eine wohnortnahe Betreuung und eine optimale Integration in den Alltag.

Ambulantisierung

Unter Ambulantisierung versteht man die Verschiebung von gesundheitlichen Versorgungsleistungen vom stationären Sektor (z. B. Krankenhaus, Rehaklinik) in den ambulanten Sektor (z. B. Arztpraxis, Tagesklinik). Ziel dieser Entwicklung ist eine Kostenreduktion sowie eine effizientere und qualitativ bessere Patientenversorgung. Die Ambulantisierung wird durch politische Maßnahmen gefördert und durch die Krankenhausreform weiter vorangetrieben.

AOP-Katalog

Der AOP-Katalog regelt, welche Operationen ambulant durchgeführt werden können. Seit 2024 erfolgt die Vergütung über sogenannte „Hybrid-DRG“, ein einheitliches System, das sowohl für Krankenhäuser als auch für niedergelassene Vertragsärzte gilt. Dabei werden feste Fallpauschalen gezahlt, unabhängig davon, ob der Eingriff im Krankenhaus oder ambulant in einer Praxis erfolgt. Ziel ist es, mehr Operationen ambulant durchzuführen, Kosten zu senken und die Patientenversorgung effizienter zu gestalten. Der Katalog wird regelmäßig angepasst.

Ärztehaus

Ein Ärztehaus ist eine Immobilie, die mehrere Arztpraxen in der Regel unterschiedlicher Fachrichtungen beherbergt und den Patienten eine umfassende medizinische Versorgung an einem Standort bietet. Die Praxen können in Form von Einzelpraxen, Praxisgemeinschaften, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) organisiert sein. Ärztehäuser sind ein Immobilientyp und keine rechtliche Organisationsform; die Praxen innerhalb eines Ärztehauses agieren rechtlich unabhängig voneinander. Aus Sicht des Vermieters sind Ärztehäuser Multi-Tenant-Objekte.

Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung ist ein Instrument der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (KVen/KZVen), das dazu dient, die Arztzulassungen in verschiedenen Planungsregionen zu steuern. Ziel ist die Sicherstellung einer ausgewogenen und bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung. Die Verfügbarkeit von Kassenarztsitzen ist ein entscheidender Faktor für die Neugründung von Praxen und sollte bei der Planung neuer ambulanter Gesundheitsimmobilien berücksichtigt werden.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist die Grundlage für die Vergütung ambulant erbrachter ärztlicher Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Er umfasst über 10.000 Leistungen, die nach einem Punktesystem bewertet werden. Ärzte erhalten für jede erbrachte Leistung eine bestimmte Punktzahl, die am Ende des Quartals in Euro umgerechnet wird. Die Punktzahl je Leistung wird regelmäßig angepasst, und die Höhe der Vergütung richtet sich nach Vereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen.

Elektronische Patientenakte (ePA)

Die elektronische Patientenakte (ePA) enthält die medizinischen Informationen eines Patienten und erleichtert den Austausch dieser Daten zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen. Seit Januar 2025 steht die ePA allen gesetzlich Versicherten in Deutschland zur Verfügung, und ihre Nutzung wird schrittweise ausgeweitet. Die Verwendung der ePA ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Gesundheitszentrum

Ein Gesundheitszentrum ist eine Immobilie, die eine Vielzahl an Dienstleistern aus dem Gesundheitssektor unter einem Dach vereint. Neben Arztpraxen und Apotheken können auch Physiotherapeuten, Sanitätshäuser sowie weitere gesundheitsbezogene Dienstleister vertreten sein. Die Integration von Bäckereien oder Drogeriemärkten in den Mieterbesatz kann eine sinnvolle Ergänzung darstellen und die Attraktivität eines Gesundheitszentrums erhöhen. Aus der Perspektive des Vermieters sind Gesundheitszentren Multi-Tenant-Objekte.

Intersektorale Versorgung

Intersektorale Versorgung bezeichnet die koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsdienstleister und -sektoren (ambulant, stationär, pflegerisch), um eine umfassende Patientenversorgung zu gewährleisten.

Kassenärztliche Vereinigung (KV)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und zuständig für die flächendeckende ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten. Zu ihren Aufgaben gehört neben der Bedarfsplanung auch die Verhandlung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Für die zahnmedizinische Versorgung bzw. Zahnärzte sind die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) verantwortlich.

Krankenhausreform

Die geplante Krankenhausreform des Bundesgesundheitsministeriums zielt darauf ab, die stationäre Versorgung zu modernisieren und effizienter zu gestalten sowie die Qualität der Patientenversorgung langfristig zu steigern. Zentrale Elemente der Reform sind ein neues Vergütungssystem mit Fallpauschalen und Vorhaltevergütung sowie die Überwindung der Sektorengrenzen durch die Schaffung sektorübergreifender Versorgungseinrichtungen.

Level 1i-Krankenhäuser

Im Rahmen der Krankenhausreform ist die Einführung von Level-1i-Krankenhäusern als neue sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen vorgesehen. Diese Kategorie umfasst Krankenhäuser, die sowohl stationäre als auch ambulante Leistungen kombinieren. Das Ziel besteht in der Sicherstellung der Grundversorgung, insbesondere in ländlichen und unterversorgten Gebieten, sowie dem Erhalt kleinerer Krankenhäuser in diesen Regionen.

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist eine rechtliche Organisationsform und kein eigenständiger Immobilientyp (!), in der Ärzte gleicher oder verschiedener Fachrichtungen als Angestellte tätig sind. MVZ können eine gesamte Immobilie belegen oder ein Mieter von Ärztehäusern oder Gesundheitszentren sein. Wenn ein MVZ eine Immobilie vollständig besetzt, handelt es sich aus Vermietersicht um ein Single-Tenant-Objekt. MVZ können von Vertragsärzten, Krankenhäusern, bestimmten gemeinnützigen Trägern, Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen, Praxisnetzen oder Kommunen gegründet werden. Für Finanzinvestoren besteht die Möglichkeit, beispielsweise über den Erwerb eines Krankenhausträgers die Gründungsvoraussetzung zu erfüllen.

Praxisklinik

Eine Praxisklinik ist eine medizinische Einrichtung, die ambulante Operationen anbietet. In der Regel kehrt der Patient nach der Behandlung nach Hause zurück. Bei Bedarf kann jedoch auch eine Nachbetreuung in der Praxisklinik über Nacht erfolgen.

Privatpraxis

Eine Privatpraxis hat keine vertragliche Vereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen und kann die Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten nicht über diese abrechnen. Das Angebot von Privatpraxen richtet sich daher an privat versicherte Patienten oder Selbstzahler, die die Kosten für die Behandlung selbst tragen. Für die Eröffnung einer Privatpraxis ist kein freier Arztsitz erforderlich.

Tagesklinik

Eine Tagesklinik ist eine medizinische Einrichtung, die ambulante und teilstationäre Behandlung anbietet. Tageskliniken sind in der Regel auf bestimmte medizinische Fachgebiete spezialisiert.

Telemedizin

Telemedizin ermöglicht die Bereitstellung von Diagnostik, Konsultation, Monitoring und medizinischen Notfalldiensten unter Einsatz moderner Kommunikationstechnologien, trotz räumlicher Trennung von Arzt und Patient. Insbesondere im ländlichen Raum spielt Telemedizin eine bedeutende Rolle in der medizinischen Versorgung.

Vertragsärztliche Versorgung

Die vertragsärztliche Versorgung bezeichnet den Anspruch gesetzlich Krankenversicherter auf die Behandlungen durch Vertragsärzte, auch bekannt als „Kassenärzte“. Die Zulassung als Vertragsarzt erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung und ist an einen spezifischen Praxisstandort (Vertragsarztsitz) gebunden.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) analysiert und unterstützt die ambulante Gesundheitsversorgung in Deutschland. Es führt Studien zu Versorgungsqualität, Bedarfsplanung und Abrechnungsdaten durch. Zudem berät es Politik und Kassenärztliche Vereinigungen mit wissenschaftlichen Erkenntnissen. Ziel ist eine effiziente, patientenorientierte und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung. Das Zi entwickelt auch digitale Lösungen und Prognosemodelle.

Impressum

Herausgeber

Hauck Aufhäuser Lampe Privatbank AG
Kaiserstraße 24
60311 Frankfurt am Main

Telefon: 069-21610
Web: www.hal-privatbank.com

Patrick Brinker

Head of Real Estate Investment Management
patrick.brinker@hal-privatbank.com

Alle Rechte vorbehalten.
Redaktionsschluss 16. März 2026.

In Kooperation mit

CBRE GmbH
OMNITURM, Große Gallusstraße 18
60312 Frankfurt am Main

Telefon: 069-1700770
Web: www.cbre.de

Dr. Jan Linsin

Head of Research Germany
jan.linsin@cbre.com

Weitere Informationen:

HAL Real Estate Investment Management REIM

Attraktive Real-Estate-Investmentlösungen
für institutionelle Investoren



Über Hauck Aufhäuser Lampe

Unsere Privatbank fokussiert sich auf die vier Kerngeschäftsfelder Private und Corporate Banking, Asset Management, Asset Servicing und Investment Banking. Im Zentrum der Geschäftstätigkeit stehen die ganzheitliche Beratung und die Verwaltung von Vermögen privater und unternehmerischer Kunden, das Asset Management für institutionelle Investoren, umfassende Fondsdienstleistungen für Financial und Real Assets in Deutschland, Luxemburg und Irland sowie die Zusammenarbeit mit unabhängigen Vermögensverwaltern. Wir investieren anhand unserer Fonds unter anderem in die medizinische Grundversorgung in Deutschland. Im Fokus stehen dabei der Erwerb und Betrieb von ambulanten Arzthäusern und Gesundheitszentren.

HAUCK
AUFHÄUSER
LAMPE

