Thomas Lemke, Vorstandsvorsitzender (CEO) der Sana Kliniken AG, Im Gespräch mit **Thomas Rüger,** Partner, Healthcare, und **Torsten Schrum,** Partner, Healthcare, beide KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.

Das Privileg, Gesundheitsversorgung gestalten zu dürfen

Wie Sana Kliniken AG wirtschaftliche Stabilität, Versorgungsqualität und Transformation zusammendenkt



Herr Lemke, Sie führen mit der Sana Kliniken AG einen der größten privaten Klinikverbünde Deutschlands, der sich vollständig im Eigentum privater Krankenversicherungen befindet. Verändert diese Eigentümerstruktur den Blick auf Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu kommunalen oder freigemeinnützigen Trägern?

Unsere Eigentümerstruktur schärft unseren Blick: Wir übernehmen gemeinsam mit unseren Anteilseignern einen elementaren Teil der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Dieser Verantwortung stellen wir uns. Gleichzeitig müssen wir wirtschaftlich agieren und unsere Ressourcen effizient einsetzen. So wie bei konfessionellen und freigemeinnützigen Häusern gibt es keinen öffentlichen Träger, der Defizite toleriert und jährlich aus dem Steuersäckel refinanziert. Die Herausforderung liegt also darin, Versorgung, Qualität und Wirtschaftlichkeit in Einklang zu bringen. Denn ohne wirtschaftlich solides Agieren haben wir nicht die finanziellen Mittel, um medizinische und technologische Innovationen zu finanzieren und gleichzeitig Qualität zu sichern. Wirtschaftlichkeit und Gesundheitsversorgung sind daher kein Widerspruch, sondern Grundvoraussetzung.

Die Insolvenzen der vergangenen und vermutlich auch der kommenden Jahre sind unter anderem auch darauf zurückzuführen, dass sich strukturelle Defizite als Folge nicht vollzogener Anpassungsprozesse und sachfremder Entscheidungen nicht mehr einfach ausgleichen lassen. Die gravierenden regulatorischen Eingriffe haben diese Fehlentwicklungen vielfach beschleunigt.

Ist ein großer, professionell gesteuerter Klinikkonzern grundsätzlich im Vorteil gegenüber Einzelhäusern, wenn es um wirtschaftliche Stabilität geht – oder verschiebt sich das Problem nur auf eine andere Ebene?

Wir sehen darin schon einen klaren Vorteil, denn wir heben Synergien über die gesamte Wertschöpfungskette: bessere Konditionen im Einkauf, gemeinsame Logistik, standardisierte IT und Medizintechniklandschaften, verlässliche Abrechnung und Controlling. Das schafft Planungssicherheit und entlastet die Standorte. Hinzu kommt der fachliche Mehrwert: gemeinsam entwickelte Standards, der Ausbau der Telemedizin, die schnelle Verbreitung erprobter Verfahren und gemeinsame Fortbildungsprogramme. Wichtig ist auch unser Handlungsspielraum: Mit der Rückendeckung unserer Anteilseigner können wir Trends früh aufgreifen und unser Geschäftsmodell weiterentwickeln – wo kleinere Häuser oft auf das klassische Krankenhaus beschränkt bleiben. Skaleneffekte und Kostenvorteile erlauben uns, Strukturen vorzuhalten, die für Einzelhäuser nicht tragfähig wären – und damit Gesundheitsversorgung, gerade im ländlichen Raum, verlässlich zu sichern.

Sehen Sie sich als Sana Kliniken AG eher als Betroffener der Sanierungswelle oder als einer der Akteure, die diese Konsolidierung aktiv mitgestalten?

Wir können uns von der wirtschaftlichen Entwicklung im Allgemeinen und im Gesundheitsbereich im Besonderen nicht freimachen. Auch wir sind von den Sparmaßnahmen und regulatorischen Eingriffen unmittelbar betroffen. Die Belastungen sind real, von höheren Kosten bis hin zu ausufernder Bürokratie und Vorgaben. Wir stellen uns der Herausforderung, indem wir unsere Prozesse optimieren, Gesundheitscluster und Netzwerke in den Regionen mit komplementären Angeboten schaffen und Synergien im Verbund verstärkt heben. Wir haben somit das Privileg, Gesundheitsversorgung gestalten zu können.

Zur Wahrheit gehört aber auch, dass wir den extrem gestiegenen Personaleinsatz der vergangenen Jahre in der bisherigen Form so nicht mehr fortsetzen können.

Unser Ziel ist, aus dieser Herausforderung stärker hervorzugehen: effizienter in der Steuerung, klarer in den Leistungsprofilen der Standorte und verlässlicher in der Versorgung – gerade in Regionen, die ohne Verbundlösungen gefährdet wären.

Welche Häuser werden durch die Reform gestärkt und welche geraten voraussichtlich noch stärker unter Druck? Welche Auswirkungen hat dies auf die bisherige Trägervielfalt?

Allein die Diskussion über die Krankenhausreform führte schon dazu, dass der Druck auf viele Häuser gestiegen ist: Personalbindung, Wirtschaftlichkeit und Reformfähigkeit rückten plötzlich ins Blickfeld. Die eigentliche Reform tut dann ihr Übriges: sie stärkt vor allem gut vernetzte Kliniken und größere Einheiten mit klarem Leistungsprofil, Spezialisierung und komplementärer Zusammenarbeit zwischen Standorten.

Unter Druck geraten kleinere Häuser ohne Spezialisierung und ohne den Rückhalt eines Verbunds – sie drohen zwischen Grund- und Regelversorgung durchzufallen. Besonders auf dem Land in strukturschwächeren Regionen werden diese Häuser Schwierigkeiten haben, Vorhaltevorgaben, Personalbindung und Investitionen gleichzeitig zu stemmen.

Der Druck auf die Träger wird extrem zunehmen, weil finanzielle Mittel knapp werden, die Komplexität steigt und Investitionen in Digitalisierung, Künstliche

© 2026 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Aktiengesellschaft nach deutschem Recht und ein Mitglied der globalen KPMG-Organisation unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Limited, einer Private English Company Limited by Guarantee, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten.

© 2026 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Aktiengesellschaft nach deutschem Recht und ein Mitglied der globalen KPMG-Organisation unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Limited, einer Private English Company Limited by Guarantee, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten.

Intelligenz und IT-Sicherheit viel Geld erfordern. Die Konsequenz wird eine erheblich geringere Zahl an Kliniken sein. Aufgabe von Politik und Trägern bleibt es daher, Erreichbarkeit und Daseinsvorsorge klug regional zu sichern. Dazu passt, dass die DKG gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband ein Basismodell für die sektorübergreifende Versorgung aufgesetzt hat, für das jetzt endlich eine verlässliche Finanzierung geschaffen wurde. Gerade für viele Kliniken im ländlichen Raum, die auf der Kippe stehen, ergeben sich hieraus neue Möglichkeiten und Existenzgründe.

Reichen Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung aus, um Krankenhäuser planbarer zu finanzieren, oder bleiben zentrale Finanzierungsprobleme ungelöst?

Was heißt Planbarkeit? Wer glaubt, dass mit der aktuellen Verteilung von Leistungsgruppen alles erledigt sei, der irrt. Es ist eine Operation am offenen Herzen der Gesundheitsversorgung. Und im Übrigen sind die aktuellen Regelungen zur Vorhaltefinanzierung nicht praxistauglich und erfüllen ihren eigentlichen Zweck nicht. Wir müssen uns auf weitere unstete Veränderungen einstellen.

Ein Thema bleibt von allem leider unberührt – die unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder. In der Fläche fehlen zudem Mechanismen, die Sicherstellungszuschläge dynamisch an Bedarfe und Tarifentwicklungen koppeln. Die jetzige Kalkulation der DRGs und damit die Vergütung von stationären Leistungen wird die Unterdeckung in einigen Bereichen nicht lösen.

Was müsste politisch passieren, damit die Reform nicht nur Strukturen verändert, sondern Transformation tatsächlich unterstützt?

Transformation gelingt nur, wenn mehrere Dinge zusammenspielen: erstens ein klares Zielbild, wie die Gesundheitsversorgung in fünf bis zehn Jahren aussehen soll und was wir uns noch leisten können und was unter Umständen nicht mehr; zweitens eine zielgerichtete Ausrichtung von Innovationen. Dazu kommen eine verlässliche Finanzierung, weniger Bürokratie und mehr Gestaltungsspielraum.

Ein weiterer wesentlicher Faktor: Die Politik sollte statt auf immer mehr Vorgaben, Kontrolle und Einstiegshürden auf Anreize setzen, um das System schneller zu transformieren. Ich bin mir sicher, dass der Gesetzgeber gar nicht so schnell schauen könnte, wie sich eine ganze Branche auf den Weg begibt – intrinsisch motiviert und zielgerichtet.

Wenn dann noch Zusammenarbeit belohnt wird – integrierte Versorgungsbudgets über Sektorengrenzen hinweg, Anreize für Telemedizin, Zusammenarbeit zwischen den Akteuren in der Gesundheitsversorgung – wird aus einer Strukturreform echte Transformation.

Welche Folgen haben gesetzliche Maßnahmen wie das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz für Investitionen, Personalplanung und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen?

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist keine Reform, sondern ein Griff in die Kassen der Krankenhäuser – mit verheerender Wirkung. Es kürzt Erlöse bei unverändert hohen Kosten und zugleich hohen Vorgaben für die Daseinsvorsorge, nimmt notwendigen Gestaltungsspielraum und zwingt Häuser in ein starres Korsett. Immer neue Detailvorgaben werden zu Einstiegshürden und Bemessungsgrößen, während Ergebnisqualität als Maßstab unterbelichtet bleibt. Echte Strukturreformen – Zielbild für die Versorgung, sektorenübergreifende Versorgung ohne harte Trennlinien, Abschaffung doppelter Facharztschienen – fehlen bislang. Insofern erfolgte mit dem GKV-Spargesetz der zweite Schritt vor dem ersten.

Nutzt die Sana Kliniken AG interne Benchmarks zwischen den eigenen Kliniken, um wirtschaftliche und medizinische Leistung zu vergleichen? Was passiert mit Häusern, die im Konzernvergleich gut bzw. schlecht abschneiden?

Wir nutzen Benchmarks wie jedes professionell geführte Unternehmen. Der interne Vergleich ist ein Steuerungsinstrument, das Transparenz schafft über medizinische Qualität, Produktivität, Kostenstrukturen, Verfügbarkeit von IT und Medizintechnik, Prozesszeiten in OP und Notaufnahme oder Abrechnungsqualität. Wer im internen „Bundesligavergleich“ vorne liegt, setzt Standards, von denen andere lernen können, und schafft Anreize zur Verbesserung. Wir koppeln das an klare, realistische Ziele und an verlässliche Übergangsfristen, damit Verbesserungen nachhaltig greifen und frisch übernommene Kliniken die notwendige Zeit zum Aufholen haben. Dass das wirkt, zeigen Beispiele: Das heutige Sana Klinikum Offenbach haben wir als damals größten Sanierungsfall in Deutschland übernommen und zu einem der führenden Maximalversorger entwickelt.

> **Wirtschaftlichkeit und Gesundheitsversorgung sind daher kein Widerspruch, sondern Grundvoraussetzung.**



Restrukturierung wird oft mit Sparprogrammen gleichgesetzt. Woran erkennt man, ob ein Sanierungsprogramm ein Haus wirklich zukunftsfähig macht oder nur kurzfristig Defizite reduziert?

Ich würde nicht von „Restrukturierung“ sprechen, weil dieser Begriff lediglich auf Sanierungsfälle abzielt. Wir erkennen die Zukunftsfähigkeit, wenn ein Programm das Betriebsergebnis stabilisiert und gleichzeitig die Versorgungsfähigkeit erhöht, wenn die Qualität steigt, die Behandlungswege stabiler werden und der Standort nach zwei, drei Jahren weniger krisenanfällig ist. Entscheidend sind beispielsweise messbare Prozessverbesserungen, hinterlegt mit verbindlichen Zielwerten.

Bei aller Kennzahlengläubigkeit gilt aber auch: Es kommt auf die Menschen, auf die Mitarbeiter an. Sie sind der entscheidende Faktor, ob ein Transformationsprogramm erfolgreich ist – oder eben nicht.

Bei Übernahmen wie den Muldentalkliniken oder der Park-Klinik Weißensee in Berlin integrieren Sie die neuen Häuser in bestehende Sana-Strukturen. Wie schaffen Sie es, die Stärken und die lokale Identität eines übernommenen Krankenhauses zu erhalten, während es gleichzeitig von den Ressourcen und Strukturen eines großen Konzerns profitiert?

Sie haben unsere beiden neuesten Standorte erwähnt. Wir gehen bei solchen Übernahmen nach einer klaren Strategie vor: Wir bringen die Häuser in starke Strukturen und bewahren, was sie vor Ort stark macht. Gesundheitsversorgung ist unsere DNA, und dazu gehört die lokale Identität. Konkret bedeutet das: Wir standardisieren dort, wo es die Qualität, Effizienz und Prozesssicherheit erhöht. Gleichzeitig lassen wir Medizin dort Medizin bleiben: mit klarer medizinischer Ausrichtung, Strategie und in enger Zusammenarbeit mit Partnern. Bei den Muldentalkliniken etwa setzen wir auf die Kombination aus regionaler Grund- und Regelversorgung im Kontext unseres Versorgungsclusters Leipziger Land mit den Standorten in Borna und Zwenkau.

Die Park-Klinik Weißensee profitiert von der Standardisierung in der Infrastruktur, bleibt aber in ihrer städtischen Versorgungsrolle sichtbar und erreichbar. Der Maßstab ist einfach: Patientinnen und Patienten sollen vor Ort die gleiche Qualität und Sicherheit erleben wie in jedem Sana-Haus – und gleichzeitig das Krankenhaus als „ihr“ Haus wiedererkennen. Wenn beides gelingt, hat die Integration funktioniert. Zudem ergänzen sich die medizinischen Angebote in Lichtenberg sehr gut mit denen in der Park-Klinik.

Personalmanagement: Kostenblock oder Zukunftshebel?

Personal ist der größte Kostenblock, aber zugleich die entscheidende Voraussetzung für Versorgung. Wird Personalmanagement in der Sanierungsdebatte zu stark als Kostenfrage und zu wenig als strategischer Hebel verstanden?

Ja, und genau darin liegt ein Fehler der Debatte. Wer Personal vor allem als größten Kostenblock beschreibt, wie es das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz tut, verkennt seine Rolle als strategischer Hebel für Qualität, Sicherheit und Produktivität. Motivierte, gute Teams sind die Unterschiedsspieler einer Klinik – ohne sie gibt es keine stabile Versorgung. Gleichzeitig halten Regulatorik und Bürokratie unsere Kollegen von der eigentlichen Arbeit ab. In manchen Bereichen verbringen Pflegekräfte und Ärzte mehrere Stunden pro Tag mit Dokumentation. Viele Auflagen und Vorgaben erzeugen ineffiziente Abläufe, teils ohne evidenzbasierten Nutzen. Unser Ansatz ist deshalb klar: Personal darf nicht die Pufferzone für

© 2026 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Aktiengesellschaft nach deutschem Recht und ein Mitglied der globalen KPMG-Organisation unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Limited, einer Private English Company Limited by Guarantee, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten.

© 2026 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Aktiengesellschaft nach deutschem Recht und ein Mitglied der globalen KPMG-Organisation unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Limited, einer Private English Company Limited by Guarantee, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten.

strukturelle Defizite sein. Wir brauchen bessere Abläufe, klare Behandlungswege, digitale Dokumentation direkt am Patientenbett und sinnvolle Aufgabenverlagerungen – etwa mehr erweiterte Kompetenzen in der Pflege. So gewinnt das Team Zeit für Patientinnen und Patienten, die Versorgungsqualität steigt, die Stabilität nimmt zu – und das System wird effizienter, produktiver und am Ende auch wirtschaftlicher.

Wir haben somit das Privileg, Gesundheitsversorgung gestalten zu können.

Bei der Ärzteschaft wird oft über Mangel in bestimmten Fachrichtungen und gleichzeitig über Überversorgung in anderen gesprochen. Wo sehen Sie innerhalb Ihres Verbunds den größten Anpassungsbedarf bei der ärztlichen Besetzung – und wie lässt sich das mit einer Reform lösen, die auf Spezialisierung und Konzentration von Leistungen setzt?

Anpassungsbedarf sehen wir auf zwei Ebenen: dort, wo 24/7-Dienste viel Personal binden, während die stationären Fallzahlen zurückgehen. Gleichzeitig fehlen uns in einigen Regionen Fachärzte in versorgungsrelevanten Fachbereichen. Hierfür gibt es kein Patentrezept. Ein Thema wird die weitere medizinische Vernetzung mit den Instrumenten der Telemedizin sowie digitalen Angeboten sein. Darüber hinaus brauchen wir in bestimmten Regionen besondere Mobilitätskonzepte, um Fachkräfte aus den urbanen Zentren für Tätigkeiten auf dem Land zu gewinnen.

Das führt mich zur zweiten Ebene: die sektorenübergreifende Verzahnung der fachärztlichen Versorgung. Ambulant und stationär dürfen keine Gegensätze mehr sein. Wir wollen fließende Übergänge für medizinisches Personal ermöglichen, ohne dass Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Strukturen als „zweite Klasse“ wahrgenommen werden – mit gleichwertigen Karriere und Weiterbildungswegen, Rotationsprogrammen und klaren Kompetenzprofilen. Als Verbund können wir dafür attraktive Arbeitgeberangebote machen.

Eine Reform, die bürokratische Hemmnisse sowie flexible und durchlässige Strukturen ernst nimmt, hilft genau dabei: klare Leistungsprofile pro Standort, verlässliche Finanzierung für die Daseinsvorsorge und definierte Netzwerkstrukturen mit gemeinsamem Dienstmodell. Dann können wir Dienste bündeln, telemedizinische Fallbesprechungen und teleradiologische Befunde regelhaft einsetzen, elektive Leistungen an profilierte Standorte verlagern und an kleineren Häusern die Medizin stärken, die wohnortnah sein muss.

So gewinnen wir Zeit für Patientinnen und Patienten, entlasten die Dienste und richten die ärztliche Besetzung an dem aus, was medizinisch und regional wirklich gebraucht wird.

Wird die Sana Kliniken AG in den kommenden Jahren insgesamt mehr Pflegekräfte brauchen, weniger oder vor allem andere Qualifikationen als heute? Und was bedeutet Ihre Antwort für die Art, wie Sie Pflegeausbildung und Personalentwicklung in Ihrem Verbund heute schon ausrichten?

Vorab: Mit der Neuregelung des Pflegebudgets hat uns der Gesetzgeber ein Ei ins Nest gelegt. Die Kosten werden über die Kostenträger nicht mehr 1:1 refinanziert. Gleichzeitig bleiben die Vorgaben für den Einsatz von Pflegekräften nach wie vor hoch. Das passt nicht zusammen. Wir werden insgesamt nicht mehr Pflegekräfte beschäftigen können, sondern die vorhandenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser und effizienter einsetzen müssen. Wir halten den Personalstand stabil, indem wir altersbedingte Austritte frühzeitig ersetzen, kontinuierlich Nachwuchs gewinnen und ausbilden und neue Kolleginnen und Kollegen strukturiert einarbeiten. Dabei spielt der demografische Wandel eine wichtige Rolle.

Akademisierung nutzen wir dort, wo sie die Versorgungsqualität hebt – nicht überall und nicht in jedem Fall, sondern passgenau für Kandidaten, Bedarfe und in Kooperationen mit Hochschulen. So entsteht mehr Pflegezeit am Patienten, ohne zusätzliche Stellen aufzubauen – und der Beruf bleibt attraktiv, weil Entwicklungspfade und Verantwortung klar sind.

Wenn medizinische Leistungen zunehmend zentralisiert und spezialisiert werden – wie verändert sich parallel dazu die Verwaltungs- und Organisationsstruktur bei der Sana Kliniken AG? Wird Verwaltung dabei eher schlanker und stärker zentral gesteuert, oder verlagert sie sich nur von den einzelnen Standorten in die Konzernzentrale?

Die Krankenhausreform bleibt nicht ohne Wirkung auch auf Verwaltung und Strukturen, sprich auf Prozesse und Organisation. Wir arbeiten in einer klaren Matrixstruktur: Unsere Business-Units, die Versorgung über alle Geschäftsfelder sicherstellen, unterstützen zentrale Business-Partner mit großem Know-how – ob in Einkauf, IT, Medizintechnik, Abrechnung oder Recht und Compliance. Gemeinsam definieren und setzen sie einheitliche Standards um, stellen technologische Plattformen und digitale Lösungen bereit und übernehmen Aufgaben, die zentral organisiert günstiger und verlässlicher laufen. Die operative Umsetzung erfolgt vor Ort: Personalführung, Qualitätsarbeit und die Schnittstellen in die Region bleiben in der Verantwortung der Häuser. So wird die Verwaltung deutlich schlanker, klarer gesteuert und ist zugleich näher an den Bedürfnissen der Standorte.

Blick nach vorne: Das wirtschaftlich tragfähige Krankenhaus 2030

Was wäre aus Ihrer Sicht ein realistisches, aber mutiges Zielbild für die Sana Kliniken AG?

Mut bedeutet für mich, unter harten Auflagen weiter zu liefern und ein klares Ziel zu haben. Unser Zielbild ist schlicht und anspruchsvoll zugleich – wir sind als ganzheitlicher Gesundheitspartner verlässlich da, mit stabiler Akutversorgung, vernetzten Zentren und durchgängigen Behandlungswegen. Jede Patientin und jeder Patient erlebt einen durchgängigen Behandlungsweg, digital unterstützt, medizinisch klar profiliert und regional erreichbar. Eindeutig als Marke Sana Kliniken AG positioniert, mit geschärfter Differenzierung im Markt.

Unsere Verwaltung ist schlank, die Plattformen sind standardisiert, Investitionen fließen dorthin, wo sie Versorgung sichern. Wir messen uns an Qualität, Erreichbarkeit und Ergebnissen – und investieren konsequent in Teams, Technik und Energieeffizienz. Trotz Sparzwang und Regulierung setzen wir unsere Versorgungsidee konsequent um. Sana Kliniken AG bleibt – und liefert.

Welche konkreten Maßnahmen ergreift die Sana Kliniken AG, um sich auf die neuen regulatorischen Rahmenbedingungen einzustellen – und wo stoßen Sie dabei in der Praxis auf die größten Hindernisse?

Unsere Richtschnur bleibt unsere Vision und Mission, gepaart mit unserer Unternehmensstrategie „Auf Kurs 2030“ – übersetzt in vier klare Ziele: Wir wollen erster Gesundheitspartner für Patienten und Kunden sein, nachhaltig Wert schaffen in allen Geschäftsbereichen, Magnet für die besten Fachkräfte werden und bleiben, und unsere medizinische Qualität weiter ausbauen. Unser größter Wettbewerbsvorteil ist der ganzheitliche Versorgungsansatz: eine Behandlung aus einer Hand, ohne Brüche zwischen präventiver, ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung. Genau das bauen wir aus – mit regionalen Gesundheitsnetzwerken, in denen wir Leistungen sinnvoll bündeln, und mit Corporate Health Angeboten, mit denen wir neue Märkte erschließen.

Die größten Hindernisse liegen außerhalb des Krankenhauses: Pflegebudget, Vorhaltefinanzierung und Investitionsfinanzierung sind nicht kostendeckend genug, Regulierungswellen treffen gleichzeitig, Bürokratie hemmt. Unsere Antwort bleibt: Standards zügig umsetzen, Übergänge verlässlich planen. Nur gemeinsam mit den Menschen, die hier arbeiten, kommen wir als Sana Kliniken AG auf Kurs 2030 – für das Wichtigste im Leben: die Gesundheit jedes Einzelnen.



Thomas Lemke
Vorstandsvorsitzender (CEO) der Sana Kliniken AG

Der 1969 geborene Thomas Lemke studierte Betriebswirtschaftslehre an der Technischen Universität Berlin und schloss das Studium als Diplom-Kaufmann ab. Anschließend war er über mehrere Jahre in leitender Funktion als Steuerberater und Wirtschaftsprüfer bei der internationalen Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young (EY) tätig. Im Jahr 2006 wechselte er in den Vorstand der Sana Kliniken AG, wo er zunächst das Finanzressort verantwortete. Seit 2017 ist Thomas Lemke Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG



Thomas Rüger
Partner
Healthcare
KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
↗ **trueger@kpmg.com**



Torsten Schrum
Partner
Healthcare
KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
↗ **tschrum@kpmg.com**

© 2026 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Aktiengesellschaft nach deutschem Recht und ein Mitglied der globalen KPMG-Organisation unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Limited, einer Private English Company Limited by Guarantee, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten.

© 2026 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Aktiengesellschaft nach deutschem Recht und ein Mitglied der globalen KPMG-Organisation unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Limited, einer Private English Company Limited by Guarantee, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten.