VICONDO

WHITEPAPER

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Chancen, Herausforderungen und strategische Handlungsoptionen einer neuen Versorgungsform

13.11.2026

Lina Matthiesen, Consultant, Vicondo Healthcare GmbH
Celine Meier zu Köcker, COO, Vicondo Healthcare GmbH

Management Summary

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV) bilden ab dem 1. Januar 2027 eine neue Krankenhausform in Deutschland. Besonders für kleine Krankenhäuser in wirtschaftlicher Schieflage eröffnet sich damit eine neue Perspektive. Das stationäre Leistungsspektrum ist auf die Leistungsgruppen Innere Medizin und Geriatrie begrenzt. Es ist keine Teilnahme an der gestuften Notfallversorgung nach G-BA vorgesehen und auch die bis Ende 2027 auslaufenden Hybrid-DRGs sind ausgeschlossen. Das ambulante Leistungsspektrum kann innerhalb der vertragsärztlichen Rahmenbedingungen frei gestaltet werden. Besonders herausfordernd ist die wirtschaftlich tragfähige Gestaltung der Sekundär- und Tertiärbereiche. Die Vergütung der stationären Leistungen erfolgt über eine Kombination aus einer Strukturpauschale je finanzierungsrelevantem Bett im Krankenhausplan und einer Sachkostenpauschale je Belegungstag. Erste Transformationsprozesse zur süV zeigen bereits jetzt, dass die Umstrukturierung zur neuen Krankenhausform viele Herausforderungen mit sich bringt. Wie sich die neue Vergütungssystematik ab 2027 auf die wirtschaftliche Lage und Abläufe wie die Kodierung auswirken wird, bleibt abzuwarten.

Hintergrund

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV) nach § 115g SGB V sollen ab dem 1. Januar 2027 eine Möglichkeit schaffen, die wohnortnahe Versorgung trotz des hohen wirtschaftlichen Drucks auf Krankenhäuser weiterhin sicherzustellen. Die Grundlagen wurden mit der Einführung der Leistungsgruppen und dem Transformationsfonds im Rahmen der Krankenhausreform (KHVVG/KHAG) geschaffen. SüV gelten nach § 108 SGB V weiterhin als Krankenhaus und werden im Krankenhausplan der Länder geführt.

Diese auch als Regioklinik oder Regionales Gesundheitszentrum bezeichneten Einrichtungen sollen akutstationäre Krankenhausbehandlungen mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden, um eine wohnortnahe Grundversorgung sicherzustellen.

Die Vicondo Healthcare GmbH hat bundesweit 218 Krankenhäuser mit einer Größe von unter 150 Betten identifiziert, die das Potenzial haben, in eine süV umgewandelt zu werden. Viele der Krankenhäuser, welche zu einer süV werden oder bei denen eine Transformation zur süV diskutiert wird, weisen Betriebsdefizite auf oder befinden sich in einem laufenden Insolvenzverfahren.

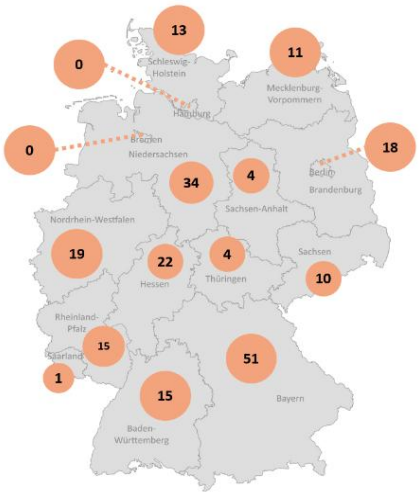


Abbildung 1: Krankenhäuser mit süV-Potenzial nach Bundesland; eigene Darstellung

Ein Insolvenzverfahren kann die notwendigen Restrukturierungsmaßnahmen während der Umstrukturierung zur süV aufgrund der veränderten Rechtslage erheblich erleichtern.

Die rechtliche Grundlage setzt sich maßgeblich aus vier Teilen zusammen:

§ 115g SGB V	KHVVG/KHAG	Vereinbarung zu den stationären Leistungen der süV	Vereinbarung über die näheren Einzelheiten zur Vergütung von süV

Leistungsspektrum

SüV sollen stationäre Krankenhausbehandlungen mit ambulanten Versorgungsangeboten kombinieren. Das ambulante Leistungsangebot kann sämtliche haus- und fachärztlichen Angebote innerhalb der Regulatorien zur ambulanten Gesundheitsversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen enthalten. Das akutstationäre Leistungsspektrum wird in der Vereinbarung zu den stationären Leistungen der süV zwischen GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft festgelegt. Das Leistungsspektrum umfasst die Leistungsgruppen Innere Medizin und Geriatrie. Inwiefern dieses Angebot durch Sondergenehmigungen erweitert werden kann und wie diese außervertraglichen Leistungen finanziert werden würden, ist bislang noch unklar. Vor Ort müssen EKG, Basislabor, Röntgengerät und Sonografiegerät vorgehalten werden. Die Möglichkeit zur telemedizinischen und teleradiologischen Versorgung ist formell zwar optional, wird je nach regionalen Gegebenheiten allerdings notwendig sein oder einen erheblichen Vorteil bringen.

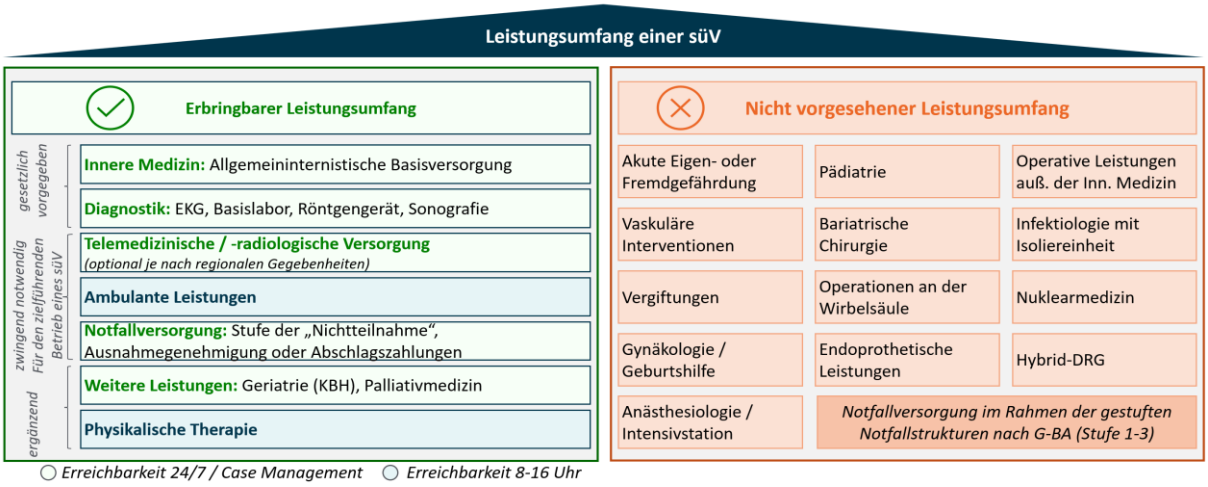


Abbildung 2: Leistungsumfang einer süV entsprechend den Anlagen zur Vereinbarung zu den stationären Leistungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gemäß § 115g Absatz 3 SGB V; eigene Darstellung

Patienten mit Behandlungsbedarfen aus anderen Leistungsgruppen oder mit höherem Schweregrad sollen nicht in der süV versorgt, sondern in ein größeres Krankenhaus weiterverlegt werden. Stationär sind operative Leistungen ausgeschlossen.

Die Abrechnung von Hybrid-DRGs ist im süV-Leistungskatalog nicht vorgesehen. Mit der Abschaffung der Hybrid-DRGs über eine Übergangsregelung 2027 und der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen (KZP) zum 1. Januar 2028 stellt sich jedoch die Frage, ob KZP künftig auch durch süV erbracht und abgerechnet werden können. Entscheidend wird sein, welche Fallgruppen das InEK für die KZP definiert und ob darunter Leistungen der Inneren Medizin und Geriatrie fallen, die zum Leistungsspektrum einer süV gehören.

Ambulante Operationen sowie die ambulante Durchführung der bislang von den Hybrid-DRGs umfassten Eingriffe bleiben dagegen weiterhin zulässig, werden allerdings durch die Vergütung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab finanziell deutlich unattraktiver.

Für ergänzende Angebote außerhalb des stationären Leistungsspektrums bestehen zahlreiche Möglichkeiten, beispielsweise in Form eines Wundzentrums, der Angliederung eines ambulanten Pflegedienstes, einer Endoskopie oder einer geriatrischen oder psychiatrischen Tagesklinik.

Es ist keine Teilnahme am gestuften G-BA-System der Notfallversorgung vorgesehen. Die Aufnahme von Notfallpatienten kann beispielsweise durch eine rund um die Uhr besetzte internistische Notfallanlaufstelle erfolgen.

Sekundär- und Tertiärbereiche

Trotz des begrenzten stationären Leistungsportfolios und der geringeren Fallzahlen müssen weiterhin notwendige Sekundär- und Tertiärleistungen vorgehalten werden. Dies stellt insbesondere alleinstehende Häuser, die keinem Verbund angehören oder nicht in der Nähe eines größeren Krankenhauses liegen, vor die Herausforderung, die benötigten Leistungen organisatorisch und personell vorzuhalten, ohne dass diese zu hohe Kosten verursachen. Einige Leistungen wie die Besetzung der Pforte, die Haustechnik oder Reinigung müssen zwangsläufig vor Ort erbracht werden (innerer Ring). Dies bedeutet allerdings nicht, dass diese Mitarbeitenden in der süV angestellt sein müssen. Die Koordination dieser Leistungen über eine Managementgesellschaft verlagert das Ausfallrisiko der Mitarbeitenden von der süV selbst auf einen externen Dienstleister. Viele der weiteren Leistungsbereiche können zudem vollständig regional oder bundesweit an Dienstleister ausgelagert werden (äußerer Ring).



Abbildung 3: Vorzuhaltende Sekundär- und Tertiärbereiche einer süV; eigene Darstellung

Je nach Marktangebot und Personalverfügbarkeit in der Region können Leistungen entweder in einem süV-Regionalverbund oder durch externe Vergaben erbracht werden. Ersteres bietet sich insbesondere an, wenn in der Region keine geeigneten Leistungserbringer verfügbar sind. Durch den Verbund entsteht ein zuverlässiger Springerpool und die Daten verbleiben innerhalb des eigenen Netzwerks. Eine externe Vergabe eignet sich besonders gut für Standarddienstleistungen ohne strategische Relevanz, wenn geeignete Dienstleister in der Region verfügbar sind, da das Personalrisiko auf diese Weise auf den Dienstleister übertragen wird.

Gebäudestruktur

Eine ebenfalls aus der bisherigen Struktur resultierende Herausforderung bildet häufig das Bestandsgebäude des Klinikums. Die Gebäudestruktur eines Krankenhauses bietet meist zu umfangreiche Flächen für das reduzierte Leistungsspektrum einer süV. Zudem sind viele wartungsintensive Bereiche wie Intensivstation, OP-Bereich u. v. m. enthalten, die nicht weiter benötigt werden. Dadurch entstehen hohe Instandhaltungskosten. Viele Bestandsgebäude sind zudem alt und weisen einen hohen Investitionsstau sowie Modernisierungsbedarf auf.

Für die Räumlichkeiten der süV ergeben sich daraus zwei Optionen. Die weiter in der süV bestehenden Leistungsbereiche können in einen geeigneten Teil des Bestandsgebäudes verlegt werden. Dadurch werden die Kosten eines Neubaus vermieden, allerdings sind die laufenden Kosten wie Wartungskosten, Heizkosten usw. durch die veraltete Gebäudestruktur deutlich höher als in einem modernen Neubau. Zudem muss für die leerstehenden Flächen ein Nachnutzungskonzept entwickelt werden. Dies kann herausfordernd sein, da die Gebäudestruktur eines Krankenhauses für viele potenzielle Mieter nicht geeignet ist und ein Umbau kostspielig und durch den laufenden Krankenhausbetrieb nur eingeschränkt möglich ist. Potenziell geeignete Nachmieter wären beispielsweise Intensivpflege-WGs, Pflegeheime oder bestimmte Reha-Einrichtungen.

Als andere Option kann das Gebäude einer süV als Neubau entstehen. Die Vorteile liegen hierbei darin, dass die Gebäudestruktur genau an die Bedürfnisse und das beschlossene Leistungsspektrum der süV angepasst werden kann und bauliche Aspekte wie Energieeffizienz auf einem sehr modernen Stand entstehen. Wenn der Neubau frühzeitig beauftragt wird, ist ebenfalls ein nahtloser Übergang der Versorgung möglich, indem die süV bis zur Fertigstellung im alten Gebäude verbleibt. Die entstehenden Kosten können durch Förderungen aus dem Transformationsfonds weitgehend querfinanziert werden. Obwohl die Ausschüttung der Mittel aus dem Transformationsfonds erst ab dem Jahr 2030 beginnt, können dennoch Projekte gefördert werden, deren Bau bereits vorher beginnt. In diesem Fall kann ein Investor oder die Kommune den Neubau vorfinanzieren, während die süV das Gebäude zunächst anmietet. Sobald die Fördermittel zur Verfügung stehen, kann der Krankenhausträger das Gebäude vom Investor erwerben.

Vergütung

Die Vergütung stationärer Leistungen in süV erfolgt nicht über die DRG-Systematik und wird auch künftig nicht über die Vorhaltefinanzierung geregelt, sondern wird in der süV-Vergütungsvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft neu bestimmt. Diese Vereinbarung wurde zunächst für einen Zeitraum von drei Jahren vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2029 geschlossen. Wie sich die Vergütung anschließend gestaltet, bleibt abzuwarten. Ein Änderungsantrag von CDU/CSU und SPD zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz könnte jedoch bereits zuvor krankenhausindividuell zu verhandelnde Gesamtvolumina für süV einführen.

Die Vergütung setzt sich aus zwei Hauptbestandteilen zusammen:

Strukturpauschale je finanzierungsrelevantem Bett	Sachkostenpauschale je Belegungstag

Für jedes finanzierungsrelevante Bett im Krankenhausplan erhält eine süV eine jährliche Strukturpauschale von 182.734 €, bei einer Mindestfallzahl von 30 stationären Fällen je Bett. Bei einer Unterschreitung um bis zu 20 % sinkt die Pauschale um 25 %, bei mehr als 20 % um 50 %. Die Summe der Strukturpauschalen wird durch die erwartete Fallzahl der süV dividiert, um einen fallbezogenen Zahlwert zu ermitteln. Dieser Wert wird dann je Fall in der süV ausgezahlt. Bei einer Verweildauer von höchstens zwei Tagen werden nur 50 % dieses Werts ausgezahlt. Da sich dadurch allerdings nicht der Anspruch auf die Strukturpauschale verändert, erhält das Krankenhaus die verbleibenden 50 % als Zuschlag im Folgejahr. Abweichungen zwischen ausgezahlten Zahlwerten und Anspruch werden ebenfalls über Zu- und Abschläge im Folgejahr ausgeglichen. Hinzu kommt die Sachkostenpauschale von 95 € je Belegungstag.

Bei einer Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen in derselben süV werden Fälle zusammengeführt und in Bezug auf die Mindestfallzahl und Vergütung als ein Behandlungsfall gezählt. Bei Aufnahme innerhalb von 30 Tagen in einem anderen Krankenhaus bleibt der Anspruch auf den fallbezogenen Zahlbetrag unberührt. Für diesen Behandlungsfall besteht kein Anspruch auf die Sachkostenpauschale. Die Behandlungsfälle werden zu 50 % bei der Ermittlung der Mindestfallzahl berücksichtigt.

Fallbeispiel – Was bedeutet das für Krankenhäuser konkret in der Umsetzung?

Wie die Transformation zur süV in der Praxis ablaufen kann, zeigt ein aktuelles Umsetzungsbeispiel aus Rheinland-Pfalz. Die Umwandlung in eine Regioklinik erfolgte im Rahmen eines Insolvenzverfahrens. Das stationäre Angebot wurde auf die Innere Medizin mit altersmedizinischem Schwerpunkt reduziert, chirurgische Fachabteilungen, Intensivmedizin und Anästhesie entfielen. Aus der Zentralen Notaufnahme wurde eine rund um die Uhr betriebene Internistische Aufnahmeeinheit (INA) mit Überwachung, die niedrigschwellige Erkrankungen versorgt. Das MVZ übernimmt tagsüber die ambulante Versorgung einschließlich akuter Fälle und ambulanter Eingriffe und sichert durch Einweisungen den Patientenzufluss. Aktuell laufen Gespräche zur Nachnutzung der frei gewordenen Flächen.

Durch das Insolvenzverfahren galten Sonderkündigungsrechte, woraufhin ein Sozialplan mit dem Betriebsrat verhandelt wurde. Die Liquidität des Hauses verändert sich aktuell durch neue Verhandlungen mit den Kreditoren. Zudem fanden Verhandlungen mit den Kostenträgern statt, in denen die zu erwartende Fallzahl sowie das Gesamtbudget für das Jahr 2027 erfolgreich vereinbart wurden. Herausforderungen bestehen vor allem in der Gewinnung ärztlichen Personals ohne langfristig gesicherte Weiterbildungsmöglichkeiten, in noch nicht auf die neue Versorgungsform angepassten IT-Systemen inklusive deren Kostenstruktur sowie im zu erwartenden Leerstand des Bestandsgebäudes mit hohen Betriebs- und Instandhaltungskosten.

Das Fallbeispiel verdeutlicht, dass die Transformation zur süV nahezu alle Bereiche eines Krankenhauses betrifft und von der Neuausrichtung des Leistungsspektrums über die Personal- und IT-Struktur bis hin zur Gebäudenutzung eine umfassende Planung erfordert. Erfolgt diese frühzeitig und strukturiert, kann die süV insbesondere für kleine Krankenhäuser eine tragfähige Option darstellen, um die wohnortnahe Versorgung langfristig sicherzustellen.

V!CONDO

Die Vicondo Healthcare GmbH ist eine auf das Gesundheitswesen spezialisierte Unternehmensberatung mit Sitz in Berlin. Unter dem Leitmotiv *„Kliniken. Besser. Machen."* unterstützt Vicondo Krankenhäuser, Gesundheitsdienstleister und weitere Akteure des Gesundheitsmarktes bei Strategie-, Transformations- und Restrukturierungsprozessen. Besonders im Fokus liegt dabei die enge Begleitung von der Analyse über die Konzeption neuer Strukturen bis zur praktischen Umsetzung.



Celine Meier zu Köcker
COO
celine.meier-zu-koecker@vicondo-healthcare.de



Martin Heinz Mueller
Manager
martin.mueller@vicondo-healthcare.de



Lina Matthiesen
Consultant
lina.matthiesen@vicondo-healthcare.de