



**GESUND DENKEN! GEMEINSAM HANDELN! ERFOLGREICH WACHSEN!**

# **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV)**

04.05.2026

**m mibeg** | Institute

# Imke Ern, LL.M.

## Qualifikation

FÄ für Gynäkologie und Geburtshilfe

Master of Laws Medizinrecht

Businesscoach, QMB/QMA

## Berufserfahrung

> 15 Jahre Klinische Tätigkeit

> 20 Jahre Leitungserfahrung Krankenhaus/MVZ

> 20 Jahre Referenten-/Dozententätigkeit

## Aktuelle Tätigkeiten

Inhaberin Friskon

Dozentin, Businesscoach

Lehrbeauftragte der Universität Münster (JurGrad) und der IU

04.05.26

© friskon.de



# Unsere Leistungen



## Organisationsberatung und Unternehmensentwicklung:

- Krankenhausreform in der Umsetzung
- Ambulante Strukturen im Wandel
- Interimsmanagement: Medizincontrolling, Erlösmanagement, Abrechnung u.w.

## Coaching und Teamentwicklung

- Begleitung und Entwicklung im Wandel
- Führung und Coaching für Teams und Führungskräfte

## Strukturaufbau und Weiterbildung

- Strukturen aufbauen, Prozesse begleiten
- Durchführung von Seminaren und Schulungen



# Agenda

- 1. Historie**
2. Rechtsgrundlage
3. Vereinbarung zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV)
4. Ausblick und Umsetzung

# Warum süV?

- Strikte Sektorengrenze führt zu Versorgungsbrüchen und ineffizienten Doppelstrukturen
- Zunahme ambulanter Versorgungsmöglichkeiten, die i. R. klassischer stationärer Versorgung oft überdimensioniert sind
- Wirtschaftlicher Druck, insbesondere im ländlichen Raum
- Demografischer Wandel
- Fachkräftemangel
- Politischer Wille nach Regionalisierung
- Erkenntnisgewinn aus integrierter Gesundheitsversorgung (z. B. Modellprojekten, Primärversorgungszentren und Regionale Gesundheitszentren) => Steigerung der Patientenzufriedenheit, Wirtschaftlichkeit und Qualität
- Potentiale in der Vergangenheit vielfach ungenutzt oder eingestellt

# Auszug Koalitionsvertrag 2021

... Wir wollen einen Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik...

... Ambulantisierung... zu fördern, ... für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung...

.. Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren...  
Wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung...

... spezifische Vergütungsstrukturen....

## 10. SN der Regierungskommission (Mai 2022)

Vorschlag von Maßnahmen u. a.:

- Aufbau von Krankenhäusern zur sektorenübergreifenden Versorgung
- Weiterentwicklung der Hybrid-DRG
- Aufbau regionaler Gremien zur gemeinsamen Planung ambulanter und stationärer Versorgung
- Vergabe von Regionalbudgets für Versorgungsaufträge
- Aufbau Primärarztsystem
- Ausbau Institutsambulanzen und Belegarztsystem

# Auszug Koalitionsvertrag 2025

... gute, bedarfsgerechte und bezahlbare medizinische und pflegerische Versorgung für das ganze Land...

... Ambulante Versorgung verbessern...Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten bedarfsgerecht und strukturiert gestalten..

.. Primärarztssystem...Facharztzugang im Krankenhaus ambulant....

... stärken die sektorenübergreifende Versorgung... entwickeln Hybrid-DRG weiter und ermöglichen diese umfassend... verschränken...Angebote ambulant und stationärem Bereich

# Agenda

1. Historie
2. **Rechtsgrundlage**
3. Vereinbarung zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV)
4. Ausblick und Umsetzung

# KHVVG v. 05.12.2024, in Kraft getreten 11.12.2024

## Neuaufnahme § 6c KHG: Bestimmung als süV

- (1) Die für die Krankenhausplanung zuständige **Landesbehörde** kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, der Landeskrankengesellschaft oder der Vereinigung der Krankenhausträger im Land sowie der Kassenärztlichen Vereinigung **durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen**, wenn das jeweilige **Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen wurde**. Die Bestimmung nach Satz 1 gilt für den gesamten Krankenhausstandort. Sie ist ausgeschlossen, wenn sich dieser Krankenhausstandort in räumlicher Nähe zu einem anderen Krankenhausstandort desselben Krankenhausträgers befindet und der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als 2 000 Meter beträgt. Die Bestimmung wird zum 1. Januar eines von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde bestimmten künftigen Kalenderjahres wirksam.
- (2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen jeweils unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, eine Bestimmung nach Absatz 1 und Änderungen einer solchen Bestimmung mitzuteilen

# KHVVG v. 05.12.2024, in Kraft getreten 11.12.2024

## Neuaufnahme § 115g SGB V

(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind **Standorte von Krankenhäusern**, die nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als **sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden** sind und die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 **vereinbarten stationären Leistungen** erbringen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können über die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen hinaus folgende Leistungen erbringen:

1. ambulante Leistungen aufgrund einer **Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**,
2. **ambulantes Operieren nach § 115b** sowie sonstige ambulante Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können,
3. die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 **vereinbarten stationären Leistungen** und, wenn die jeweilige sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hierbei **telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt** wird, die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 vereinbarten stationären Leistungen,
4. **Übergangspflege nach § 39e**,
5. **Kurzzeitpflege nach § 39c**.

# KHVVG v. 05.12.2024, in Kraft getreten 11.12.2024

## Neuaufnahme § 115g SGB V

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen haben die jeweiligen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten Anforderungen zu erfüllen. Die in den Sätzen 1 und 2 genannten stationären Leistungen können auch **belegärztlich** erbracht werden. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 2 **Nummer 4 und 5** genannten Leistungen unter **pflegerischer Leitung** erbringen, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 vereinbarte stationäre Leistungen und in Satz 2 Nummer 1, 2 und 4 sowie in Absatz 2 genannte Leistungen können auch von Standorten von Krankenhäusern erbracht werden, die keine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung sind.

(2) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zusätzlich Leistungen der **Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches** und der **Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches** in **selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen**, die als **stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen** sind, erbringen.

# KHVVG v. 05.12.2024, in Kraft getreten 11.12.2024

## Neuaufnahme § 115g SGB V

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 31. Dezember 2025 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,

1. welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens erbringen müssen
2. welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können,
3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, und
4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der nach den Nummern 1 bis 3 vereinbarten stationären Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.

Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Vereinbarung nach Satz 1 oder die Festlegung nach Satz 3 im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zwei Jahre nach ihrem Abschluss oder der ersten Festlegung, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.

# KHVVG v. 05.12.2024, in Kraft getreten 11.12.2024

## Neuaufnahme § 115g SGB V

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit im **Abstand von zwei Jahren, erstmals zum 31. Dezember 2029, einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen** der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.

## SÜV nach §115g SGB V

### § 115 g Abs. 1 Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB V:

- Ggf. ambulante Leistungen aufgrund Ermächtigungen
- Ambulantes Operieren nach § 115 b SGB V
- Übergangspflege nach § 39e SGTB V
- Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

### § 115 g Abs. 1 Nr. 3 SGB V

- Stationäre Leistungen

### § 115 G Abs. 2 SGB V

- Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI
- Leistungen der Tages- und Nachtpflege

# Agenda

1. Historie
2. Rechtsgrundlage
3. **Vereinbarung zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV)**
4. Ausblick und Umsetzung

# Auftrag zur Leistungskatalogvereinbarung § 115g Abs. 3 Nr. 1-4 SGB V

Mindestleistungen

Definition der stat. Leistungen aus Innerer Medizin  
und Geriatrie

Kann-Leistungen

Weitere stationäre Leistungen

Kann-Leistungen mit  
Telemedizin

Leistungen über Nr.1 und 2 hinausgehend und durch  
Telemedizin von kooperierendem Krankenhaus  
unterstützt

QS-Anforderungen und  
Prüfverfahren

Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und  
Dokumentation und wie diese aufwandsarm geprüft  
werden

## Herausforderungen der SÜV-Leistungskatalog-Vereinbarung

- Kurze Frist: 31.12.2025
- (Schiedsstellen-Entscheidung ab 01.01.2026)
- Komplettes neues Versorgungsmodell
- Unschärfen im gesetzlichen Auftrag
- Sehr divergente Interessen der Beteiligten
- Schnittstellen zu Leistungen nach §115b SGB V (AOP)
- Schnittstellen zu Hybrid-DRG nach §115h SGB V
- Schnittstellen SGB XI
- ...

## Vereinbarung nach §115h Abs. 3 SGB V

Vereinbarung  
zu den stationären Leistungen  
der sektorenübergreifenden  
Versorgungseinrichtungen  
gemäß § 115g Absatz 3 SGB V  
(süV-Leistungskatalog-Vereinbarung)  
vom 02.03.2026

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

Anlagen  
zur Vereinbarung  
zu den stationären Leistungen  
der sektorenübergreifenden  
Versorgungseinrichtungen  
gemäß § 115g Absatz 3 SGB V  
(Anlagen zur süV-Leistungskatalog-Vereinbarung)  
vom 02.03.2026

Abrufbar bei der DKG unter:

[https://www.dkgev.de/themen/versorgung-  
struktur/sektoreuebergreifende-  
versorgungseinrichtungen/](https://www.dkgev.de/themen/versorgung-struktur/sektoreuebergreifende-versorgungseinrichtungen/)

# Präambel

- Wohnortnahe akutstationäre KH-Behandlung in Verbindung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen
- Grundlage für weitere Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung
- i.d.R. durch Umwandlung bestehender Krankenhausstandorte (innerhalb der letzten 8 Jahre mind. 3 Jahre nach § 108 Nr. 2 SGB V an der stat. Versorgung teilgenommen)
- Mindestens internistische und geriatrische stationäre Grundversorgung
- Auch akutmedizinische Versorgung, aber keine Teilnahme an der Notfallversorgung i. R. des gestuften Systems von Notfallstrukturen

## Präambel

- Keine Diagnostik oder Behandlung mit hohem Risiko, Spezialisierungs- oder Komplexitätsgrad
- Vertragspartner werden Gesetzgeber bitten, Regelungen für §115b und §115h Leistungen des SGB V zu treffen
- Vertragspartner bitten um gesetzliche Klarstellung, dass das Krankenhausarztnummernverzeichnis als Nachweis der fachärztlichen Leistungserbringung verwendet werden kann
- Landesplanungsbehörden legen den Versorgungsauftrag fest, maßgebliche Grundsätze der Krankenhausplanung bleiben unberührt, bestehendes Versorgungsangebot ist zu berücksichtigen

## Grundsätze

- Vereinbarung gilt für Standorte die als SÜV nach §6c Abs. 1 KHEntgG bestimmt sind
- Voraussetzung für die Aufnahme und stationäre Behandlung ist das Vorliegen einer stat. Behandlungsnotwendigkeit nach §39 SGB V sowie die Erfüllung aller Filterkriterien der Anlage 1 (s.d.)

**Anlage 1: Ausschlusskriterien für die Aufnahme und stationäre Behandlung nach § 1**

Eine Aufnahme und stationäre Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung ist bei folgenden patientenbezogenen Kriterien oder für folgende Leistungen ausgeschlossen:

intensivmedizinische Behandlungsbedürftigkeit
Bedarf für eine invasive Notfalldiagnostik (z. B. Herzkatheter, Notfallendoskopien)
Bedarf für eine komplexe Notfalltherapie (z. B. Thrombolyse, akuter Schlaganfall)
Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen (Ausgenommen: Überwachungszustände z. B. bei Gerinnungshemmern und Inotropika)
Behandlungsbedürftigkeit in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
akute Eigen- oder Fremdgefährdung
Behandlungsbedürftigkeit von übertragbaren Krankheiten, die eine spezielle Isoliereinheit benötigen (z. B. Tuberkulose, Meningokokken)
vaskuläre Interventionen
kurative onkologische Therapie
endoprothetische Leistungen
Operationen an der Wirbelsäule
Leistungen der bariatrischen Chirurgie
Operative Leistungen, die nicht vom Umfang der Musterweiterbildungsordnung des Gebietes Innere Medizin umfasst sind

## Stationäre Mindestleistungen

- Bei Verdacht oder Vorliegen einer HD nach Anlage 2a müssen mindestens die Leistungen nach Anlage 2b erbracht werden können
- Durchführung eines geriatrischen Screening ab 70 Lj. Zu Beginn der Behandlung und bei Auffälligkeit Durchführung eines geriatrischen Basis-Assessments

# Anlage 2: stationäre Mindestleistungen

## a. Diagnosen des Mindestleistungskataloges

Krankheiten	Diagnosen (gemäß ICD-10-GM)	
Infektiöse Darmkrankheiten	A09.-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
Erysipel [Wundrose]	A46	
Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	B99	
Anämien	D50.-	Eisenmangelanämie
	D51.-	Vitamin-B-12-Mangelanämie
	D52.-	Folsäure-Mangelanämie
	D53.-	Sonstige alimentäre Anämien
	D62	Akute Blutungsanämie
	D63.-	Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten
	D64.-	Anämie, nicht näher bezeichnet
Diabetes mellitus, Typ 2	E11.-	Diabetes mellitus, Typ 2
	<b>exklusiv:</b>	
	E11.0 E11.1	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Koma Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose
Mangelernährung	E41.-	Alimentärer Marasmus
	E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung
	E44.-	Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades
	E46.-	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung

Volumenmangel	E86	Volumenmangel
Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	E87.-	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
Hypertonie	I10.-	Essentielle (primäre) Hypertonie
	<b>exklusiv:</b> I10.11	Maligne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
Atherosklerotische Herzkrankheit	I25.0	Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben
Herzinsuffizienz	I50.0-	Rechtsherzinsuffizienz
	I50.1-	Linksherzinsuffizienz

## Anlage 2: stationäre Mindestleistungen

### a. Diagnosen des Mindestleistungskataloges

Grippe	J09.-	Grippe durch zoonotische oder pandemische nachgewiesene Influenzaviren
	J10.-	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren
	J11.-	Grippe, Viren nicht nachgewiesen
Pneumonie	J12.-	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert
	J13.-	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
	J14.-	Pneumonie durch Haemophilus influenzae
	J15.-	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
	J16.-	Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert
	J17.-	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	J18.-	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
Bronchitis	J20.-	Akute Bronchitis
	<b>exklusiv:</b>	
	J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]
	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
	J41.-	Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis
	J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis

Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
Chronisch obstruktive Lungenkrankheit	J44.-	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
Gastritis und Duodenitis	K29.-	Gastritis und Duodenitis
Sonstige funktionelle Darmstörungen	K59.-	Sonstige funktionelle Darmstörungen
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	M54.-	Rückenschmerzen
Zystitis	N30.-	Zystitis
Sonstige Krankheiten des Harnsystems	N39.-	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
SARS-CoV-2-Infektionen	U07.1!	COVID-19, Virus nachgewiesen
	U07.2!	COVID-19, Virus nicht nachgewiesen

## Anlage 2: stationäre Mindestleistungen

### b. Übersicht mindestens zu erbringender stat. Leistungen

Überwachung der Vitalfunktionen außerhalb eines intensivmedizinischen Settings (beispielsweise Messung Puls, Blutdruck, Temperatur, Sauerstoffsättigung)
Basisdiagnostik (beispielsweise Blutentnahme, Abstriche, BSG, Urindiagnostik, Stuhluntersuchungen, Blutkulturen)
Anlage transurethraler und suprapubischer Blasenkatheter
Delirprävention
Volumentherapie und Flüssigkeitsbilanzierung
Internistische Basisbehandlung von Infektionskrankheiten (beispielsweise Pneumonie, Gastroenteritis, Erysipel, fieberhafter Infekt)
Intravenöse Antibiotikatherapie
Medikamentengabe (inklusive Opiatgabe)
Wundmanagement
Internistische Basisbehandlung des Diabetes mellitus Typ 2
Internistische Basisbehandlung von akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenale Komplikationen
Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen
Kardiologische Basisbehandlung zur Diagnostik und Behandlung von nicht überwachungspflichtigen Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz und unkomplizierten hypertonen Blutdruckkrisen.
Durchführung von Transfusions- und Blutersatztherapie (Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentrat)

## Weitere stat. Leistungen

Weitere stat. Leistungen aus den LG Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie können erbracht werden, wenn stat. Versorgungsbedarf besteht (§ 39 SGB V)

Bei Erbringung der stationären Mindestleistungen sowie der weiteren Leistungen kann sich die SÜV teleradiologisch oder telekonsiliarisch unterstützen lassen

Darüber hinaus prüfen die Vereinbarungspartner i. R. der Weiterentwicklung ob die SÜV auch noch darüber hinaus gehende Leistungen in (telemedizinischer) Kooperation erbringen dürfen.

## Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation

- Fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher und pflegfachlich unter pflegerischer Leitung
- Medizinisch-technische Ausstattung für Basisdiagnostik und –therapie i. R. der Akutmedizin (EKG, Röntgen, Sono, Monitoring zur Überwachung der Vitalfunktionen)
- Struktur- und Mindestmerkmale von OPS-Kodes
- Vorgaben gelten auch für belegärztliche Leistungen
- Basislabor auch in Kooperation
- Röntgen auch in Kooperation (max. 2 km Entfernung)

## Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation

- Mo-Fr (außer gesetzl. Feiertage) ärztliche Anwesenheit mindestens acht Stunden in Präsenz
- Facharztverfügbarkeit jederzeit mindestens durch Rufbereitschaft (FA Innere Medizin oder FA Allgemeinmedizin mit Zusatzqualifikation oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA Innere Medizin und Geriatrie)
- 24-stündige Präsenz mindestens einer Pflegefachkraft, Ausstattung abhängig vom tatsächlichen Bedarf, Gewährleistung Versorgung, Dokumentation und Notfallreaktion

# Prüfverfahren

- Prüfung durch den zuständigen MD vor erstmaliger Leistungserbringung
- Nachweis, dass Anforderungen ab Leistungserbringung erfüllt werden
- Auftrag der süV an den MD
- Abschluss innerhalb drei Monate nach Beauftragung
- Schriftlich, vor Ort oder Kombination
- Mitwirkung der SÜV an der Prüfung, notwendige Unterlagen sind innerhalb von vier Wochen nach Aufforderung dem MD vorzulegen
- Gutachtung und ggf. Bescheinigung an süV, Landesplanungsbehörde, Landesverbände der KK
- Mitteilung Nichterfüllung > ein Monat
- Nach- und Wiederholungsprüfungen möglich
- Prüfung bei Auffälligkeiten auf Antrag der Landesverbände

## Gültigkeit

- Vereinbarung trat zum 02.03.2026 in Kraft
- Überprüfung im Abstand von zwei Jahren und ggf. Anpassung an den Stand der med. Erkenntnisse
- Vertragspartner können jederzeit einvernehmlich Änderungen vornehmen
- Alles im Benehmen mit dem PKV-Verband
- Kündigung möglich mit sechs Monaten zum Ende Kalenderjahr
- Sonderregelung für 2026, Kündigung bis 31.08.2026 möglich, Anschlussvereinbarung sollte 30.09.2026 vorliegen, um Festsetzung durch Bundesschiedsstelle zum 31.12.2026 sicherzustellen

# Agenda

1. Historie
2. Rechtsgrundlage
3. Vereinbarung zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV)
4. **Ausblick und Umsetzung**

## Vergütung?

- Finanzierung stationärer Leistungen über Tagessatzmodell mit lokal vereinbarten Budgets
- Ambulante Leistungen entsprechend der jeweils geltenden ambulanten Vergütungsregeln
- Folge geringere Abhängigkeit von Fallzahlen, stärkere von Landesplanung und Budgetverhandlungen
- Steuerung über Leistungsumfang und Standortfunktion

Vertragspartner müssen innerhalb von drei Monaten nach in Kraft treten der SÜV-Leistungskatalog-Vereinbarung eine Vergütungsvereinbarung nach § 6c Abs.1 Nr. 10 KhEntgG treffen => **02.06.2026 !?!**

## Vergütungsvereinbarung (§9 Abs. 1 Nr. 10 KhEntgG)

... innerhalb von **drei Monaten** nach Zustandekommen einer Vereinbarung .....

- a) zur Verhandlung des ... vereinbarenden **Gesamtvolumens**,
- b) zu den ... zu vereinbarenden **krankenhausindividuellen Tagesentgelten**, einschließlich deren Degression,
- c) zu der ... zu vereinbarenden **sachgerechten Aufteilung**,
- d) zu den ... zu **vereinbarenden Inhalten**,
- e) zu den ... **Verhandlung vorzulegenden Unterlagen**,
- f) zu den **wesentlichen Rechengrößen** zur Herleitung der .. zu **berücksichtigenden Kosten** einschließlich der ... zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge,

## Vergütungsvereinbarung (§9 Abs. 1 Nr. 10 KhEntgG)

- a) zu einer einheitlichen Form der Dokumentation der Höhe des ...vereinbarenden Gesamtvolumens, der ... zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelte, der ... zu berücksichtigenden Kosten und der ... wesentlichen Rechengrößen,
- b) Regelungen zur unterjährigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen,
- c) vorläufige Tagesentgelte und deren Degression sowie
- d) Abrechnungsbestimmungen ... zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelte und für die ... vorläufigen Tagesentgelte.

Die Vertragspartner der SÜV-Leistungskatalog-Vereinbarung verpflichten sich, Regelungen zu treffen, die eine Doppelvergütung ausschließen.

## Warum Umwandlung zur süV?

Möglichkeit im Rahmen eines strukturierten Transformationsprozesses einen Standort zum SÜV umzubauen, wenn ein klassischer Krankenhaus-Standort mit entsprechendem Leistungsspektrum nicht mehr zukunftsfähig ist.

### Zentrale Frage:

Wird der Standort in die Landeskrankenhausplanung passen und welche Leistungen werden zukünftig dort erbracht?

Die Umwandlung ist nur sinnvoll, wenn sie medizinisch, planerisch und wirtschaftlich in die Region passt!

## Was ist zu prüfen/umzusetzen?

- Landeskrankenhausplanung und Standort auf Eignung prüfen
- Versorgungsbedarf eruieren
- Leistungsportfolio festlegen
- Struktur-, Personal- und ggf. Kooperationsplanung
- Bau- und Infrastrukturprüfung
- Ambulante Ermächtigungen klären
- Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Dokumentation und Qualität sichern, MD-Prüfungen vorbereiten
- Digitalisierungsgrad und –ausbau
- Umsetzungsfahrplan
- ...

## Abgrenzung

- Klassische Krankenhäuser mit vollständigem oder mindestens umfangreichen stationären Leistungsspektrum
- Praxiskliniken: meist operativer Schwerpunkt, Elektive Leistungen, AOP-Portfolio
- Fachkliniken: eingeschränktes Behandlungsspektrum, oft sehr spezialisiert
- Rein ambulante Einrichtungen wie MVZ, Praxen...
- Gesundheitskioske: (hausärztliche) Grundversorgung
- Reha- und Pflegeeinrichtungen (Ausnahme § 41 und 42 SGB XI)



**GESUND DENKEN! GEMEINSAM HANDELN! ERFOLGREICH WACHSEN!**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Bei Fragen, Beratungs- oder Coachingbedarf, sprechen Sie uns gerne an:

[www.friskon.de](http://www.friskon.de)

[kontakt@friskon.de](mailto:kontakt@friskon.de)

Telefon: 0151-28126578