

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind keine Krankenhäuser

Hände weg von Allgemeinkrankenhäusern



Inhaltsverzeichnis

1. Was sind Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen?.....	3
2. Mogelpackung „Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung“.....	5
3. Wann brauchen wir zwingend ein wohnortnahes Krankenhaus?.....	7
4. Unabsehbare Risiken.....	8
41. Risiko der inhaltlichen Ausgestaltung.....	9
42. Finanzielle Risiko.....	10



1. Was sind Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen?

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind die Idee von Gesundheitsökonomen etwa zu Beginn des Jahres 2020. Im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bund erstellte die Oberender AG ein Gutachten über sogenannte Intersektorale Gesundheitszentren. Intersektoralen Gesundheitszentren sollten mit weniger Aufwand und weniger Kosten bisher stationäre Leistungen in ambulante überführen und ohne stationäre Notfallversorgung wenige stationäre Liegebetten unter pflegerischer statt ärztlicher Leitung anbieten.¹ Dies griff die Münch Stiftung auf. Sie nannte diese Gesundheitseinrichtungen „Überwachungsklinik“. ² Vorstandsmitglied der Münch Stiftung Prof. Dr. Boris Augurzy, später in der Regierungskommission von Ex-Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, schlug ebenfalls eine überwiegend ambulante Gesundheitseinrichtung mit wenigen stationären Liegebetten vor und nannte sie Level 1i.³

Wie groß der Einfluss von Gesundheitsökonomen auf die gesundheitspolitische Gesetzgebung ist, zeigt das aus den Empfehlungen der Regierungskommission entstandene und seit 01.01.2025 gültige Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG). Im Rahmen einer umfassenden Krankenhausreform sollen nun unter dem Begriff „Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ Gesundheitseinrichtungen mit überwiegend pflegerischer statt ärztlicher Leitung und nur gelegentlicher ärztlicher Anwesenheit bisherige Allgemeinkrankenhäuser mit Basisnotfallversorgung in großem Stil ablösen. Im Gegenzug plant die Bundesregierung über die Krankenhausreform eine massiver Reduzierung bundesdeutscher und bayerischer Krankenhäuser.

So sollen in großem Stil lebensrettende Allgemeinkrankenhäuser schließen und Platz für „preiswerte Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen schaffen. So wird sogar die Deutsche Krankenhausgesellschaft zitiert: *„Die Kliniken seien bereit, Versorgungsstrukturen neu zu ordnen und in den kommenden zehn Jahren auf mehrere Hundert Standorte zu verzichten bzw. diese zu Sektorenübergreifenden Versorgungszentren (SÜSS) umzuwandeln. Die Reform könne jedoch nur gelingen, wenn*

1 Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Oberender AG, Universität Bayreuth, Intersektorales Gesundheitszentrum,
<https://epub.uni-bayreuth.de/id/eprint/3852/1/Endversion%20IGZ%20Gutachten%20-%20Epub.pdf>

2 Stiftung Münch, UMWANDELN STATT SCHLIESSEN: WIE KRANKENHÄUSER AN DEN BEDARF DER VERSORGUNG VOR ORT ANGEPASST WERDEN KÖNNEN,
<https://www.stiftung-muench.org/umwandeln-statt-schliessen-wie-krankenhaeuser-an-den-bedarf-der-versorgung-vor-ort-angepasst-werden-koennen/>

3 Bundesministerium für Gesundheit, Regierungskommission legt Krankenhauskonzept vor - Lauterbach: Weniger Ökonomie, mehr Medizin,
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-krankenhauskonzept-vor.html>

die Rahmenbedingungen stimmen.“⁴

Unsere Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern errechnet im Rahmen einer Auswirkungsanalyse aufgrund des KHVVG ein Klinikschließungspotenzial von 300 bis 600 der aktuell 1.841 bundesdeutschen Krankenhäuser.⁵

Aber:

**Ersetzen „Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ vollwertig
Allgemeinkrankenhäuser mit Basisnotfallversorgung?**

Wir sagen Nein:

- Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ersetzen keine Allgemeinkrankenhäuser mit Basisnotfallversorgung.
- Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind ausdrücklich nicht zur stationären Notfallversorgung vorgesehen und primär ambulant ausgerichtet. Sie eignen sich nicht für die Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen und Verletzungen sowie die Versorgung der Bevölkerung bei Pandemien, Katastrophen und Kriegsgefahren.⁶
- Sie reißen riesige Versorgungslücken und gefährden die stationäre Notfallversorgung lebensbedrohlich Verletzten und lebensbedrohlich Erkrankten.

Unsere Aufforderung:

**Hände weg von deutschen und bayerischen Allgemeinkrankenhäusern
mit Basisnotfallversorgung!**

⁴ Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2026 ist ein Schicksalsjahr für das Gesundheitswesen – DKG fordert Kurswechsel in der Gesundheitspolitik,

<https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/2026-ist-ein-schicksalsjahr-fuer-das-gesundheitswesen-dkg-fordert-kurswechsel-in-der-gesundheitspolitik/>

⁵ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Unterversorgung, Auswirkungsanalyse Klinikschließungspotenzial aufgrund des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG), <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13460640999/Auswirkungsanalyse+Klinikschlie%C3%9Fungspotenzial+aufgrund+des+Krankenhausreformenpassungsgesetz+%28KHAG%29.pdf?t=1762853395>

⁶ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Unterversorgung, Auswirkungsanalyse Klinikschließungspotenzial aufgrund des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG), <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13460640999/Auswirkungsanalyse+Klinikschlie%C3%9Fungspotenzial+aufgrund+des+Krankenhausreformenpassungsgesetz+%28KHAG%29.pdf?t=1762853395>

2. Mogelpackung „Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung“

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können viel. Sie ersetzen aber keine wohnortnahen Allgemeinkrankenhäuser. **Sie stehen Ihnen in der Nacht und am Wochenende für akute Notfälle nicht zur Verfügung!** Eine Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann die zeitkritische Behandlung schwer und lebensgefährlich erkrankter Menschen nicht ersetzen. Der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen fehlt vieles, was ein Allgemeinkrankenhaus leisten kann und muss. Schließt ein ländliches Krankenhaus, entstehen oft Entfernungen von mehr als 30 oder 40 Fahrzeitminuten zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Das wohnortnahe Allgemeinkrankenhaus Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Verfügbarkeit rund um die Uhr (7Tage, 24 Std.)	- / -
Intensivstation	- / -
Fachpersonal für Intensivbehandlung	- / -
Stationäre Notaufnahme mit Schockraum für Reanimationen	- / -
Fachpersonal für stationäre Notaufnahme	- / -
Computertomograph (CT)	Selten vorh., nicht außerhalb Dienstzeit
Magnetresonanztomographie	Selten vorh., nicht außerhalb Dienstzeit

Sie sollten wissen:

Vielfach werden im Zusammenhang mit Klinikschließungen Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen versprochen – in der Vergangenheit jedoch scheitert ihre Umsetzung: Das Krankenhausgebäude bleibt leer. Die Versprechen werden nicht eingehalten, auch weil organisatorische und gesetzliche Voraussetzungen aktuell noch fehlen. So wurden für die geschlossenen Klinikstandorte in Waldsassen und Vohenstrauß „Intersektorale Gesundheitszentren“, die Vorgänger der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen versprochen und nie eingehalten.

Denn das braucht man für lebensrettende klinische
Behandlungen zwingend

Bedarfs-
notwendige
Klinik
binnen
30 Fahr-
zeitminuten



Innere Medizin

Chirurgie

Basisnotfallversorgung

3. Wann brauchen wir zwingend ein wohnortnahes Krankenhaus?

Trotz hoher Fachkompetenz haben Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ihre Grenzen. Beispiele für die zwingende Behandlungen im Krankenhaus sind:

a) lebensentscheidende klinische Erstversorgung

- Reanimationen (z.B. akuter Herzinfarkt, septischer Schock)
- Verblutungsgefahr
- sonstige lebensgefährliche Verletzungen bzw. Erkrankungen

Bei besonderer Schwere ist die Stabilisierung und anschließende Verlegung des Patienten in ein hochspezialisiertes Krankenhaus erforderlich. **Ohne professionelle wohnortnahe Erstversorgung aber könnte es zu spät für ein entferntes Krankenhaus der Maximalversorgung sein.**

b) stationäre Überwachung rund um die Uhr

- jegliche Intensivbehandlung (z.B. fortgeschrittene Lungenentzündung)
- Mittelschwere operationspflichtige Verletzungen
- Planbare mittelschwere Operationen (Knie-/Hüftgelenk, Galle-/Darmoperationen)
- Entbindungen

c) Ambulante Behandlungen für **RisikopatientInnen**

- ambulante Operationen (AOP) von Kleinkindern, Senioren oder multimorbid Erkrankten

Viele Erkrankungen lassen sich aufgrund medizinischen Fortschritts ambulant behandeln. Für RisikopatientInnen ist aufgrund der Komplikationsgefahr die unmittelbare Verlegungsmöglichkeit auf die Krankenstation jedoch ein entscheidender Qualitätsvorteil.



4. Unabsehbare Risiken

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen haben unabsehbare Risiken. Per Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz sind sie bereits fest im Sozialgesetzbuch § 115 Abs. 3 SGBV verankert.

Aber: Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wird durch das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) überarbeitet.

- Was ändert sich für die Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen?
- Können Träger von Krankenhäusern überhaupt mit sinnvollen Regelungen für Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen rechnen?



41. Risiko der inhaltlichen Ausgestaltung

Aktuell delegiert der Gesetzgeber die inhaltliche Ausgestaltung der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen an die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, **mit ungewissen Ausgestaltungen**. Derzeit gelten folgende Regelungen:

§ 115 Abs. 3 SGBV

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren ... 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,

...

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.

ACHTUNG

Wer sich vor einer Vereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverband Bund der Krankenkassen über Strukturen und Qualität auf eine Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung festlegt, der handelt grob fahrlässig!

42. Finanzielle Risiko

Aktuell delegiert der Gesetzgeber auch die Finanzierung der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen an die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, mit ungewissen Ausgestaltungen. Derzeit gelten folgende Regelungen:

Krankenhausentgeltgesetz § 6c Abs. 1 KHEntG

(1) **Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren** für die nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten stationären Leistungen einer in § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung unter Beachtung des Versorgungsauftrags dieser sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, ...

1. Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen,

1a. die Höhe des **Gesamtvolumens,**

2. ein **krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt,** und dessen Degression,

3. ein **verringertes krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer** erbracht werden

ACHTUNG

Wer sich vor einer Vereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverband Bund der Krankenkassen über die Vergütung der Leistungen auf eine Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung festlegt, der handelt ebenfalls grob fahrlässig!

© 2026

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in
Bayern

Egerländerweg 1

95502 Himmelkron

Tel.: 0117 - 9153415

E-Mail: klaus_emmerich@gmx.de

<https://>

schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/

