

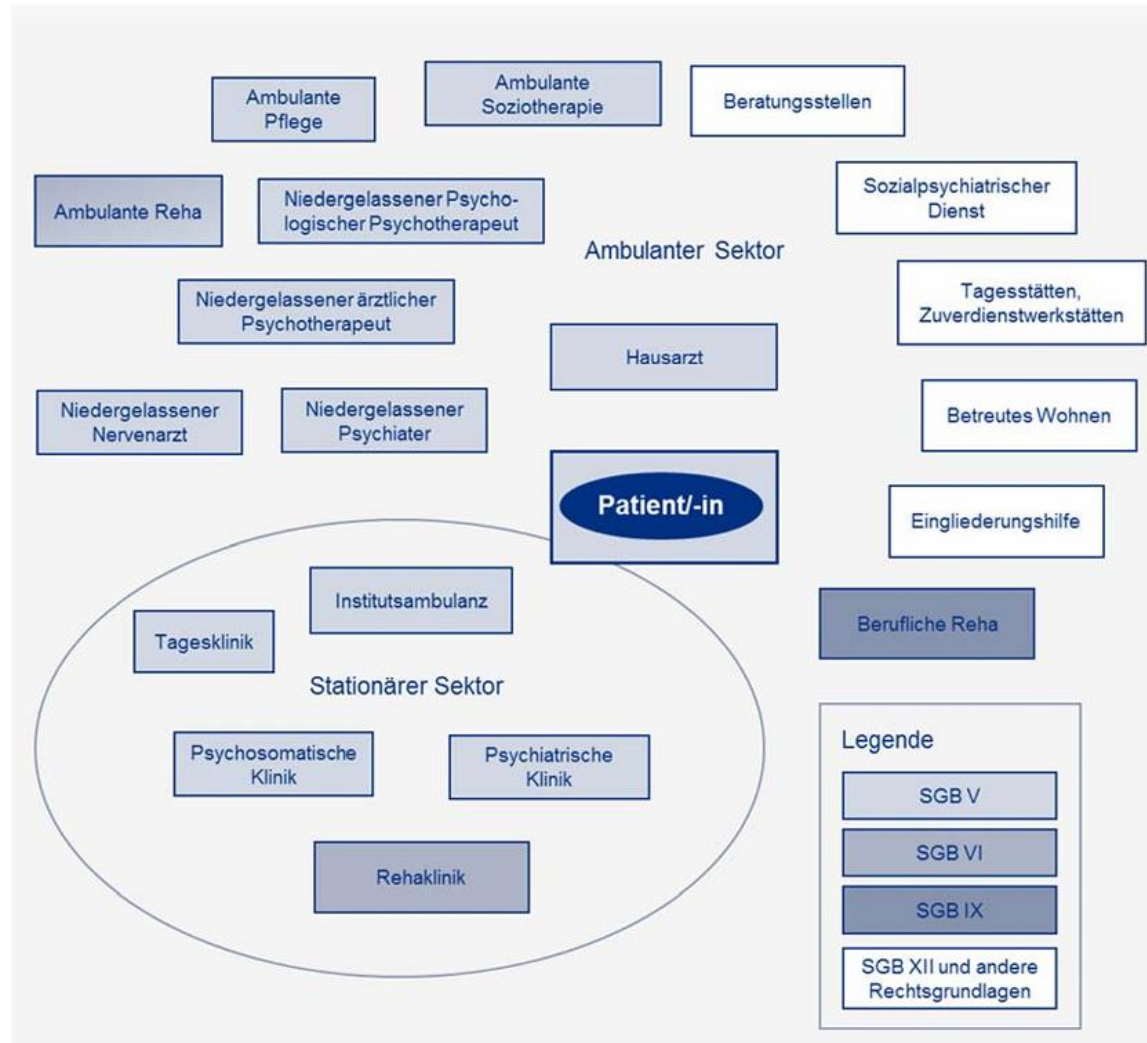
Dr. Anne Neumann

Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV),
Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technische Universität Dresden

Berlin, 06.05.2026

Sektorübergreifende Versorgung ermöglichen: Regionalbudgets weitergedacht

Herausforderungen in der Versorgung



- **Komplexe Versorgung** über eine (meist) lange Zeit
- Viele **Schnittstellen**
- Ambulanter und stationärer Sektor sowie Reha
- Verschiedene **Zuständigkeiten / Finanzierungen** und Anreizsysteme
- Starke Trennung von Zuständigkeiten, finanzielle Anreize und Sektorengrenzen führen zu **Über-, Unter- und Fehlversorgung**

Aktuelle Lösungen

- **Ansätze einer sektorenübergreifenden Versorgung**

- **International und national:** Assertive Community Treatment (ACT), Intensive Case Management (ICM), Crisis Resolution Teams (CRT), stationsäquivalente Behandlung (StäB) (Burns et al, 2007; Dieterich et al, 2017; Kakuma et al, 2017; Vega-Martinez et al., 2026, Paton et al, 2016; Murphy et al, 2021; Gühne et al, 2022)
- **Psychriatiebudgets:** eingeführt in 2003 in Schleswig-Holstein (Deister et al, 2004)
- **IV-Verträge, Innovationsfonds-Projekte und Projekte der gestuften, kollaborativen und koordinierten Versorgung,** z.B. RECOVER (Lambert et al. 2020) oder COMET (Heddaeus et al. 2025): regional begrenzt
- **64b SGB V Modelle:** seit 2012, deutschlandweit 28 Modellvorhaben bereits vereinbart

„[...] Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. [...]“

Was sind Modellvorhaben nach § 64b SGB V



Mit freundlicher Unterstützung von ChatGPT

Vereinbarung individuell zwischen Krankenhaus und Krankenkasse(n), keine einheitliche Lösung, jedoch mit überlappenden Kernelementen (z.B. Abbau stationärer Versorgung und Stärkung ambulanter / aufsuchender Behandlung)

Globalbudget = fest vereinbartes Budget für feste Dauer (bis zu 15 Jahre), für eine vereinbarte Kopfzahl (zu versorgende Personen unabhängig von der Häufigkeit, dem Setting und der Dauer der Versorgung)

FIT = flexible und integrierte Behandlung („treatment“) zur Stärkung von Versorgungsangeboten außerhalb der stationären Versorgung

Ambulantisierung & erhöhte Behandlungskontinuität



Outcomes	EP [95 % KI]	KJP [95 % KI]	EP & KJP [95 % KI]
Vollstationäre Behandlungsdauer³, Tage (primärer Endpunkt)	-4,5 [-6,8; -2,3]	-2,5 [-9,3; 4,2]	-3,8 [-8,0; 0,6]
Risiko vollstationär¹, Odds Ratios (OR)	0,9 [0,7; 1,2]	0,7 [0,3; 1,1]	0,9 [0,7; 1,1]
Risiko teilstationär², OR	6,6 [-3,0; 16,3]	0,9 [-0,9; 2,7]	6,1 [0,1; 12,0]
Teilstationäre Behandlungsdauer³, Tage	2,0 [-0,1; 4,1]	-0,8 [-2,3; 0,8]	1,9 [-1,4; 5,3]
Anzahl PIA⁴ -Kontakte, Tage mit Kontakt	1,2 [0,2; 2,2]	0,4 [-1,6; 2,5]	1,0 [-0,7; 2,8]
Anzahl Kontakte bei einer psych. Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt bzw. Psychotherapeut:in⁵ , Kontakte	0,0 [-0,4; 0,4]	-0,4 [-0,7; -0,0]	-0,0 [-0,9; 0,8]
Behandlungskontinuität⁶, OR	1,2 [1,1; 1,4]	0,8 [0,5; 1,2]	1,2 [0,9; 1,5]
Kontaktabbruch⁷, Anzahl	-0,0 [-0,1; 0,0]	n.z.	n.z.
Dauer Kontaktabbruch⁷, Tage	-8,3 [-27,7; 11,1]	n.z.	n.z.
Arbeitsunfähigkeits (AU)-Episoden⁸, Anzahl	-0,0 [-0,1; 0,0]	n.z.	n.z.
AU-Tage⁸, Tage (primärer Endpunkt)	-1,2 [-7,2; 4,9]	n.z.	n.z.
Risiko Wiederaufnahme⁹, OR	1,0 [0,9; 1,1]	1,0 [0,6; 1,5]	1,1 [0,9; 1,2]
Progression A¹⁰, OR	1,0 [0,8; 1,2]	1,1 [0,6; 1,5]	1,0 [0,8; 1,2]
Progression B¹¹, OR	1,0 [0,8; 1,2]	3,7 [-2,8; 10,2]	1,4 [0,6; 2,1]
Progression C¹², OR	1,1 [1,0; 1,1]	1,4 [0,3; 2,4]	1,0 [0,9; 1,1]
Direkte psychiatrische Versorgungskosten¹³, Euro	53,61 [-1109,66; 1216,87]	1455,38 [-3374,53; 6285,29]	152,78 [-2015,99; 2321,56]

Geringere vollstationäre Behandlungsdauer

Erhöhte teilstationäre und/oder PIA-Inanspruchnahme

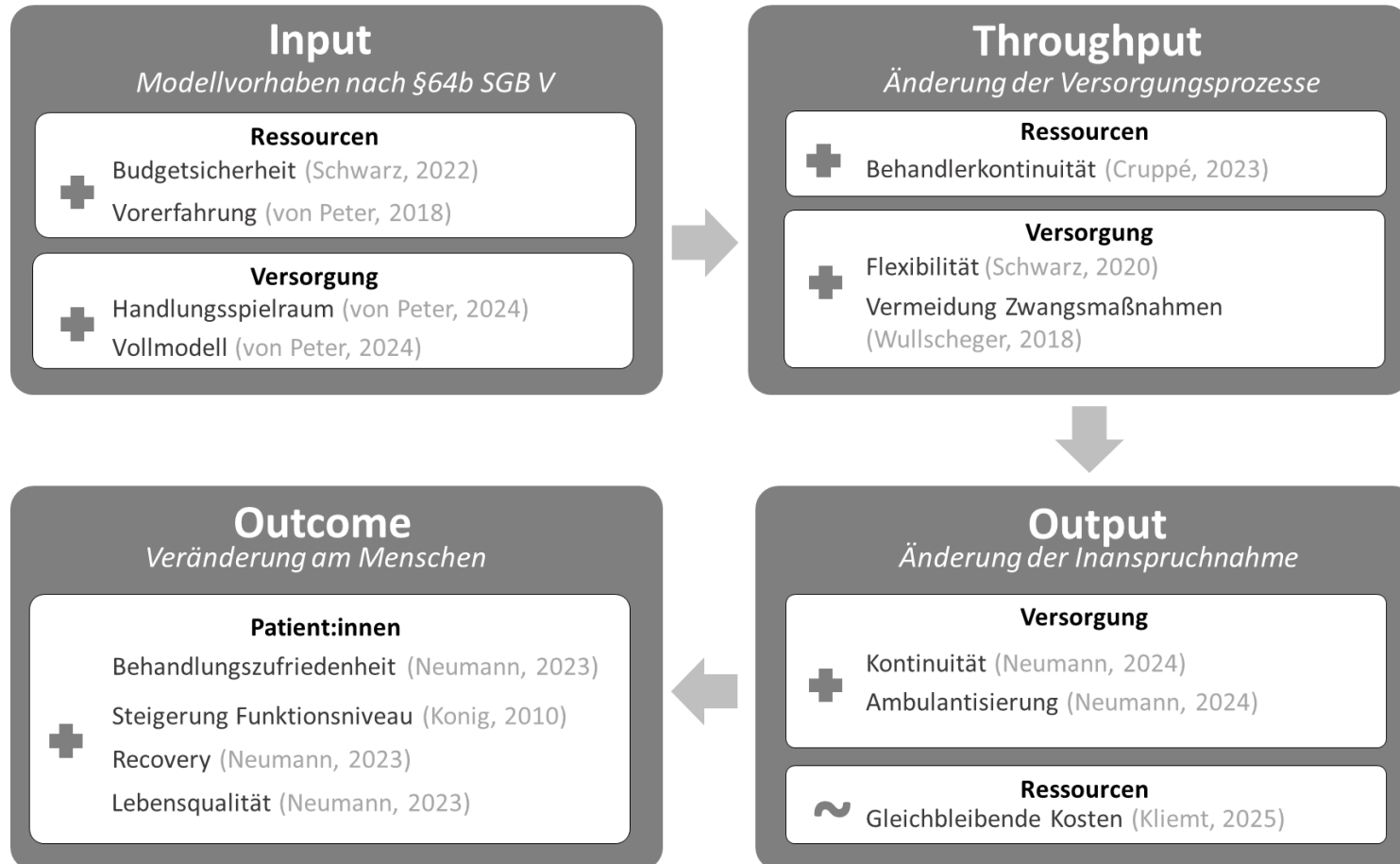
Erhöhte Behandlungskontinuität

Weitere Outcomes weitgehend vergleichbar

EP = Erwachsene;
KJP = Kinder und Jugendliche;
95% KI = 95% Konfidenzintervall



(weitere) Evidenz zu Modellvorhaben §64b SGB V



Aktuelle Herausforderungen



- Für **KJP** (Kinder und Jugendliche) sind weitere Analysen notwendig, oft zu geringe Fallzahl (wenige Modellvorhaben in KJP)
- Modellvorhaben sind **unterschiedlich** wirksam hinsichtlich der angestrebten Umsteuerung bzw. steuern unterschiedlich um
- **Neue Modellvorhaben** werden vereinbart (n=28) ... aber kaum „neue Aspekte“
- Erste Modellvorhaben sind **beendet** (n=4) ... Übergang in Regelversorgung nicht (immer) „einfach“
- Erste Modellvorhaben sollen **über 15 Jahren** verlängert werden ... Wie lange soll das noch gehen?

Wohin geht die Entwicklung



- **Vom Modell zur Regelversorgung**
 - Erfolgreiche Ansätze (z.B. flexible Behandlung, weniger stationärer Fokus) ersichtlich
 - Diskussion: Überführung in reguläre Vergütungsstrukturen statt Sonderverträge
 - Politisch gewollt: mehr sektorenübergreifende Versorgung, aber derzeit nicht im Fokus
- **Weiterentwicklung von Globalbudgets zu Regionalbudgets**
 - Populationsbezogene Budgets (definierte Versichertengruppe in einer Region)
 - Verantwortung für Gesamtversorgung, nicht nur „Krankenhausleistungen“
 - Nicht nur „Leistung bezahlen“, sondern Finanzierung an Qualitätsindikatoren und Versorgungsziele
 - Einbindung von Prävention, auch über Versorgungssystem hinaus (z.B. Armut, Wohnungslosigkeit)

Big Picture

Wohin geht die Entwicklung



- Integration als **Netzwerke** bzw. Gesundheitsregionen aus Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzt:innen, Sozialdiensten, digitalen Angeboten (Versorgungsbudgets für ganze Netzwerke) mit übergreifenden **Koordination**
- **Steuerung über Daten**
 - Routinedaten (wie EVA64, EVA64.2) zentral als Grundlage für Steuerung der Versorgung, Qualitätstransparenz und gezielte Interventionen
 - Einbindung von PROMs und PREMs (sowie Messung von Versorgungsqualität anhand fester Kriterien) wichtig
 - Durchführung von Bedarfsanalysen und Wirksamkeitsmessungen
- **Flexibilisierung der Leistungen** als setting-unabhängige Behandlung je nach Bedarf

Big Picture

Wohin geht die Entwicklung



Fazit:

- Weg von Sektorengrenzen, Krankenhauszentrierung, Einzelleistungen
- Hin zu regionaler Versorgungsverantwortung, Budgetverantwortung für Populationen, integrierte, flexible Behandlungspfade („Big Picture“; Roadmap)
- Kostenstabilisierung ist essentiell

- Erster Schritt in Richtung „Big Picture“: Einbindung des **ambulant**en Sektors (SGB V) und Einbindung von Prävention (gestuftes Modell) ... neue Modelle
- Übernahme von aktuellen (erfolgreichen) Modellvorhaben als Optionsmodell in die **Regelversorgung**

Dr. Anne Neumann

Anne.Neumann@ukdd.de

Vielen Dank