

# Herausforderungen [und Chancen] der sektorenübergreifenden Versorgung



# Interessenwahrnehmungen

- 1995 – 2019 Justiziar der Ärztekammer Niedersachsen
- seinerzeit Geschäftsführer des Ausschusses für sektorenübergreifende Versorgung
- 2020 – Juni 2024 Justiziar der Bundesärztekammer
- Forschungssemester – u.a. Mitautor Lehrbuch Medizin- und Gesundheitsrecht
- Seit August 2025 Prozessvertreter bei der IKK classic im Bereich stationäre Leistungen

## § 140a SGB V – Besondere Versorgung

- (1) <sup>1</sup>Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. <sup>2</sup>Die Verträge ermöglichen **eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende** oder eine interdisziplinär fachübergreifende **Versorgung** (integrierte Versorgung) sowie besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften. [...] <sup>5</sup>Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt.

## § 39 SGB V - Krankenhausbehandlung

- (1) <sup>1</sup>Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, **stationsäquivalent**, tagesstationär, **teilstationär**, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht; [...]. [...] <sup>4</sup>Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine **psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams**; die tagesstationäre Behandlung umfasst einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, ohne Übernachtung im Krankenhaus. <sup>5</sup>Die **stationsäquivalente Behandlung** und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.

## § 118 Psychiatrische Institutsambulanzen

## § 118 Abs. 3 Psychosomatische Institutsambulanzen

- (4) Die in den Absätzen 1 und 2 genannten **Krankenhäuser** sind vom Zulassungsausschuss auch dann zur **ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung** zu ermächtigen, wenn die Versorgung **durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser** erfolgt, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um eine Versorgung nach Maßgabe der Absätze 1 und 2 sicherzustellen.
- abhängig vom Bedarf
- Behandlungskontinuität kein Kriterium
- Problematik: ärztliche Weiterbildung Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen nur von einem Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie ( § 6 Abs. 2 Anl. 2 Vereinbarung)

# Vereinbarung zu psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 2 SGB V

- **Psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3** sind in dessen **Anlage 2** geregelt
- spezifischer Versorgungsauftrag für psychisch Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen ambulanten, **krankenhausnahen Versorgungsangebotes** bedürfen – **jährlich erneuerte fachärztliche Überweisung erforderlich; Ausnahme: zur Verkürzung von stationären Behandlungszeiten und Sicherung des Behandlungserfolges**
- qualitativ hochwertiges **multiprofessionelles Behandlungsangebot**
- soll auch dazu beitragen, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden bzw. stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und **Behandlungsabläufe durch ambulante Behandlungsalternativen am Krankenhaus zu optimieren.**
- Personal zur **multiprofessionellen Behandlung**: Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologischer Psychotherapeut, Krankenpfleger, Sozialpädagoge mindestens zwei verschiedene Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten und Kreativtherapeuten).

## Anhang 1: Patientengruppe

### Diagnoseliste I

F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F34	Anhaltende affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F64	Störung der Geschlechtsidentität

### Diagnoseliste II

F44	Dissoziative Störungen
F45	Somatoforme Störungen

## § 115g SGB V – Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

- Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Krankenhäusern, die nach § 6c Abs. 1 KHG **als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt** worden sind und die nach Abs. 3 S. 1 Nr. 1 vereinbarten\* stationären Leistungen erbringen.
- \* Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie
- Die DKG und der GKV-Spitzenverband vereinbaren bis zum 31.12.2025 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können.
- Inkrafttreten 02.03.2026:

GEMEINSAME PRESSEMITTEILUNG - BERLIN, 10.03.2026

**DKG und GKV-SV einigen sich auf Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen**



# Herausforderung: Aufwand und Kosten

## Strafrechtliche Fallstricke sektorenübergreifender Versorgung

Dr. Matthias Dann

Erst jüngst hat der Gesetzgeber im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) weitere Versuche unternommen, der sektorenübergreifenden Versorgung neue Impulse zu verleihen. Dabei gerät gelegentlich aus dem Blick, dass es neben den wünschenswerten sozialversicherungsrechtlichen und gesundheitspolitischen Reformauswirkungen auch weitere Rechtsbereiche zu bedenken gilt.

§ § 7, 7a SGB IV: Beschäftigung;  
Statusfeststellungsverfahren

## Verordnung über Standardvertragsklauseln für die Durchführung klinischer Prüfungen (Standardvertragsklauselverordnung - StandVKIV)

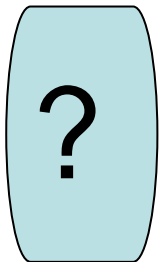
↓ [Mustervertrag über die Erbringung der SAPV in Bayern](#)

Praxisnachfolge

## Antrag

der Abgeordneten Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kappert-Gonther, Linda Heitmann, Simone Fischer, Johanne Michael Kellner, Misbah Khan, Dr. Andrea Lübcke, Claudia M Karoline Otte, Kassem Taher Saleh, Julia Schneider und der **BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

**Medizinische Versorgungszentren reformieren**



## § 123 SGB V **Entwurf** – Integrierte Notfallzentren Bündnis 90 / Die Grünen: BT-Drs. 21/2214

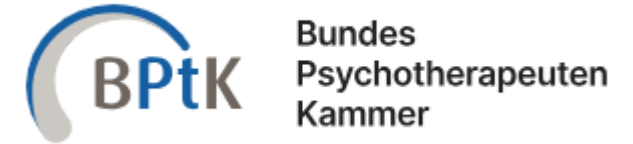
- (5) Integrierte Notfallzentren haben bei einem Hinweis auf eine vorliegende psychische Erkrankung **psychiatrische und psychosomatische Behandlungskompetenz sicherzustellen**. Bei fehlender psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungskompetenz ist diese durch ein externes Fachkrankenhaus durch **telemedizinische Konsile** nach § 367 oder telefonische Konsile von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche zu gewährleisten. Bei Hinweisen auf akute psychische Krisen sind, wo möglich, die **psychiatrischen und psychosozialen Krisendienste einzubeziehen**.

## Herausforderungen und Chancen: KI ? z.B. Physician Assistants?

- Substitution bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehaltenen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen ( § § 15a, 73d, 112a SGB V)
- Erweiterte Delegation durch Physician Assistants
- Übernahme von Teilen der Anamnese, der Aufklärung und .... durch „KI“.
- Psychotherapie durch Avatare? – „Digitale Gesundheitsanwendungen“
- Mögliche Vertragspartner nach § 140a SGB V:
  - Hersteller von Medizinprodukten
  - Anbieter von digitalen Diensten nach § 68a SGB V

## Herausforderungen: KI / Morbidität

- Mehr Zeit für „sprechende Medizin“?
- Bedarfsplanung aktuell?



**A**m 30. Juni 2019 ist die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geänderte Bedarfsplanungs-Richtlinie in Kraft getreten. Anders als die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) sah das Bundesgesundheitsministerium (BMG) keinen Grund, den G-BA-Beschluss zu beanstanden.

Mit der geänderten Richtlinie kann bei weitem nicht der wissenschaftlich und fachlich festgestellte Bedarf an zusätzlichen psychotherapeutischen Behandlungsplätzen gedeckt werden. Durch die Änderungen können einmalig knapp 800 neue Psychotherapeutensitze geschaffen werden. Um eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen, wäre jedoch mindestens das Dreifache an zusätzlichen Praxissitzen notwendig gewesen. Ein vom G-BA in Auftrag gegebenes Gutachten hatte einen zusätzlichen Bedarf von rund 2.400 Sitzen ermittelt. Im Ergebnis hat der G-BA eine Reform der Bedarfsplanung beschlossen, die weiter zu unzumutbaren Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie führt. Der „Monitor Patientenberatung“ der Unabhängigen Patientenberatung hatte jüngst erneut lange Wartezeiten für eine Psychotherapie bemängelt.

# LSG Berlin-Brandenburg Urt. v. 4.12.2024 – L 7 KA 43/21, BeckRS 2024, 43555 Rn. 56

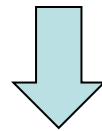
- Die erheblichen praktischen Schwierigkeiten, in Berlin einen Psychologischen Psychotherapeuten zu finden, der hinreichend zeitnah einen Therapieplatz anbieten kann und zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen darf, sind gerichtsbekannt und wurden im Verlauf der mündlichen Verhandlung vor dem Senat auch vom Vorsitzenden des Beklagten nicht in Abrede gestellt. Der Senat sieht gravierende Anhaltspunkte für eine tatsächliche Unterversorgung im streitgegenständlichen Versorgungsbereich und gründet dies vor allem auf die erhebliche Anzahl durchgeführter Kostenerstattungsverfahren; diese Anzahl liegt im mittleren dreistelligen Bereich und ist – für sich genommen – nur durch eine nennenswerte Anzahl von Therapeuten mit vollem Versorgungsauftrag zu bewältigen. Der Beklagte wird der offenbar bestehenden Tendenz entgegen zu wirken haben, dass über sehr zahlreiche Bewilligungen von Kostenerstattungsverfahren auf Seiten der psychologischen Psychotherapeuten gleichsam Schattenzulassungen entstehen, die sich jenseits des eigentlichen Systems der vertragspsychotherapeutischen Versorgung bewegen. Für diese Art der Schattenzulassung steht der Kläger, der weit überwiegend Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung im Wege der Kostenerstattung psychotherapeutisch behandelt; es spricht nach derzeitiger Sachlage viel dafür, dass er einen Anspruch auf Aufnahme in das System der vertragspsychotherapeutischen Versorgung besitzt. Angesichts all dessen obliegt es dem Beklagten, die tatsächliche Versorgungslage besonders sorgfältig und kritisch aufzuklären.

## SG Braunschweig Beschl. v. 20.2.2026 – S 26 KR 20/26 ER, BeckRS 2026, 2756

- Ein gesetzlich Krankenversicherter hat keinen Anspruch auf vorläufige Kostenübernahme für eine ambulante Psychotherapie bei einem nicht vertragsärztlich zugelassenen Psychotherapeuten im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, wenn er nicht hinreichend nachweist, dass die vertragsärztliche Versorgung versagt hat und ein Systemversagen vorliegt.
- LSG Berlin-Brandenburg Urt. v. 19.7.2025 – L 1 KR 81/23
- Einem Patienten ist es zuzumuten, die in Frage kommenden Therapeutinnen und Therapeuten gegebenenfalls auch wiederholt zu kontaktieren. Ggf. unter Einschaltung des sozialpsychiatrischen Dienstes.

## Vereinbarung zur Stationsäquivalenten Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V

- Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld durch mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams
- Entscheidung: „Auf welche Weise ist das Therapieziel bei einem Patienten mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit am ehesten zu erreichen?“



- Vorübergehender Wegfall der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit
- „Es gilt das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V.“

# Qualitätssicherung

## stationsäquivalent

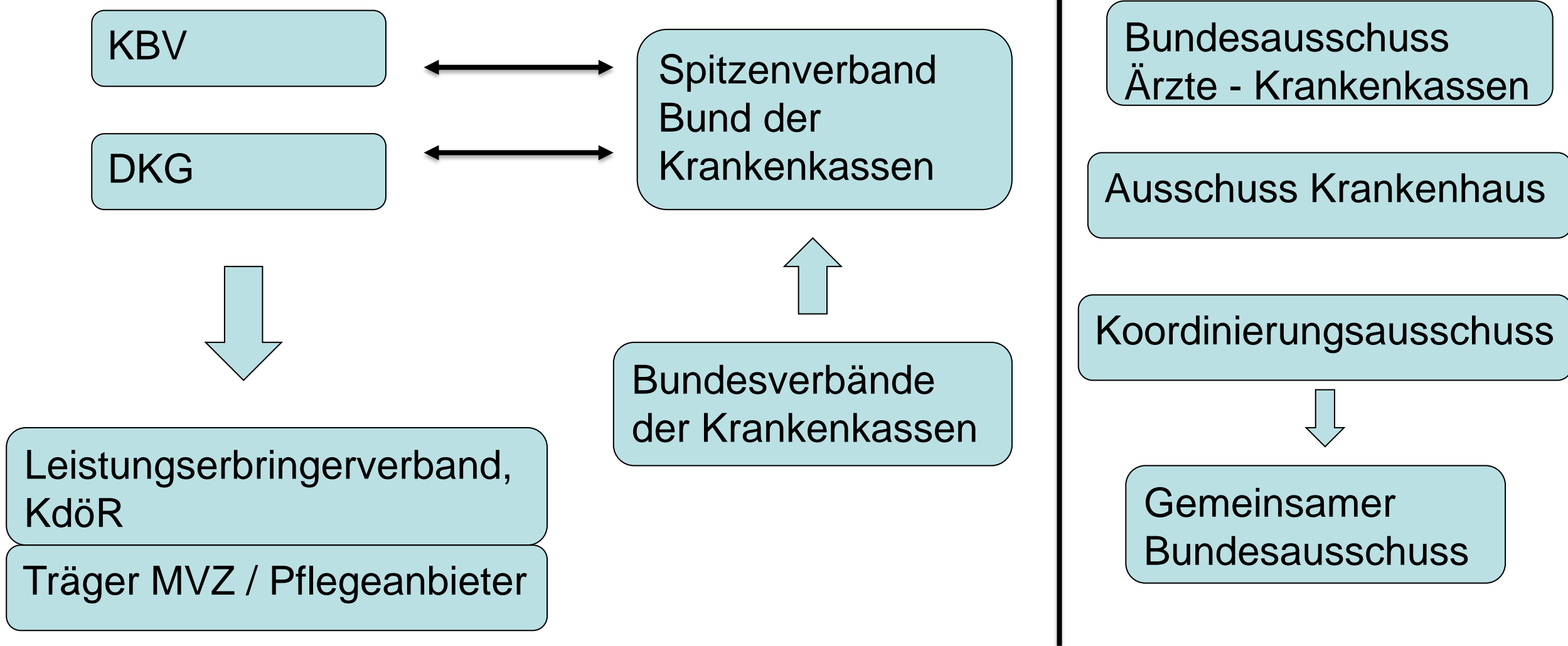
- **Team:** ärztlicher Dienst, pflegerischer Dienst, mind. ein Vertreter einer weiteren Berufsgruppe oder Spezialtherapeuten
- **Beauftragung Dritter** (an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmende Leistungserbringer) nach § 10 möglich
- eine wöchentliche **multiprofessionelle Fallbesprechung**, in die mindestens drei der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen einbezogen werden
- mind. ein Teammitglied hat **mind. einmal täglich einen direkten Patientenkontakt**
- **Pläne für kurzfristige und wechselnde Bedarfslagen**

## ambulant

- Psychotherapie-Vereinbarung, Anlage 1 zum BMV-Ä
- Einbeziehung des sozialen Umfelds
- Rezidivprophylaxe [[stationär ?]]
- Psychotherapie in Videositzungen (vgl. dazu Anlage 31c BMV-Ä)

## Psychosomatische Institutsambulanz

- S.O



## § 64b SGB V – Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

- Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen, die **auf eine Verbesserung** der Patientenversorgung oder **der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet** ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld.
- im Regelfall auf längstens 15 Jahre zu befristen
- Evaluation: § 65 SGB V



Sie sind hier: [Startseite](#) / [Projekte](#) / [Projektbeschreibung](#) / Evaluation von Modellvorhaben in der Psychiatrie nach §64b SGB V

DAS ZENTRUM

PROFESSUR  
ÖFFENTLICHE  
GESUNDHEIT

FORSCHUNG

PROJEKTE

INITIATIVEN

VERÖFFENTLICHUNGEN

LEHRE/METHODISCHE  
KOMPETENZEN



Projekte

> AKTUELLE PROJEKTE

> ABGESCHLOSSENE PROJEKTE

> PROJEKTbeschreibung

> EVALUATION VON  
MODELLVORHABEN IN DER  
PSYCHIATRIE NACH §64B SGB  
V

## Evaluation von Modellvorhaben in der Psychiatrie nach §64b SGB V

**EVA64** (Bundesweit einheitliche Wissenschaftliche Evaluation von Modellvorhaben nach §64b SGB V) untersucht Effektivität, Kosten und Effizienz von Verträgen zu innovativen Versorgungssystemen gemäß §64b Sozialgesetzbuch V (SGB V). Es werden die Interventionsgruppen (IG)) mit der Regelversorgung, d.h. kein Vertrag nach §64b SGB V (Kontrollgruppe (KG) auf Grundlage von Sekundärdaten gesetzlicher Krankenkassen verglichen.



Dabei wird auf folgende Unterfragen der Effektivität und Qualität näher eingegangen:

- > Unterscheiden sich Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte sowie ambulanter Behandlungen zwischen IG und KG?
- > Unterscheidet sich die Behandlungskontinuität bei Patienten zwischen IG und KG?
- > Wie wirken sich Modellvorhaben in Bezug auf das Risiko für Kontaktabbrüche, Arzt- und/oder Krankenhausshopping, Arbeitsunfähigkeit, Wiederaufnahme, Komorbiditäten, Mortalität, Erkrankungsprogression und Leitlinienadhärenz im Vergleich zur Regelversorgung aus?



Website durchsuchen



News



09.03.2026

> Gemeinsam für bessere Versorgung: Start der neuen S3-Leitlinie zu Sprunggelenksfrakturen

14.11.2025

> Pressemitteilung Dashboard zur Evaluation moderner Modellversorgung psychisch Erkrankter in Deutschland

18.09.2025

> Neues Wahlfach Öffentliches

 Methodenband zu den Zweiten Zwischenberichten

 Methodenband zu den Abschlussberichten

Einrichtung	Zwischenbericht	Abschlussbericht
DIAKO Nordfriesland gGmbH	 Zwischenbericht   Statement der DIAKO Nordfriesland gGmbH	 Abschlussbericht
Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH	 Zwischenbericht	 Abschlussbericht
imland Klinik Rendsburg GmbH	 Zwischenbericht	 Abschlussbericht
Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH	 Zwischenbericht	 Abschlussbericht
Klinikum Itzehoe	 Zwischenbericht	 Abschlussbericht   Statement Klinikum Itzehoe

18 Berichte

Alle Modellvorhaben mit settingübergreifendem Budget (Globalbudget)

Umfang aller Berichte: 23.905 Seiten

*Die Ergebnisse befinden sich derzeit im Publikationsprozess und werden daher hier lediglich zusammenfassend dargestellt.*

## Ergebnisse

- Die vollstationäre Behandlungsdauer (Tage) stieg geringer bei den Erwachsenen.
- Die teilstationäre Behandlungsdauer (Tage) stieg stärker bei den Erwachsenen.
- Die Anzahl PIA-Kontakte stieg stärker bei den Erwachsenen.
- Die Behandlungskontinuität\* erhöhte sich (stärker) bei den Erwachsenen.
- Tendenz zu geringeren vollstationären Kosten bei den Erwachsenen.
- Tendenz zu höheren teilstationären Kosten.
- Tendenz zu höheren PIA-Kosten bei den Erwachsenen.
- Tendenz zu minimal geringeren Krankenhaus-Kosten\* bei den Erwachsenen.
- Tendenz zu gleich hohen Kosten\* weiterer Versorgungsbereichen.
- Tendenz zu minimal höheren gesamten psychiatrischen Kosten.
- Positives Outcome (**verringerte vollstationäre Behandlungstage**) bei minimal höheren, statistisch betrachtet gleich hohen Versorgungskosten (Erwachsene).
- Verlagerung der Behandlung von einer vollstationären hin zu einer teilstationären bzw. ambulanten Behandlung bei **Erhöhung der Behandlungskontinuität**.

# Abschluss Symposium EVA64 Evidenz & Quo Vadis - 06.11.2025, Berlin

- Für **KJP** sind weitere Analysen notwendig, oft zu geringe Fallzahl (wenige Modellvorhaben in KJP)
- Modellvorhaben sind **unterschiedlich** wirksam hinsichtlich der angestrebten Umsteuerung bzw. steuern unterschiedlich um
- ➔ ■ Ausblick: Umstrukturierung der Versorgung psychisch kranker Menschen Richtung **Globalbudgets** und Verantwortung für eine Region ist notwendig
  - Weitere begleitende Evaluation
  - Einbindung von PROMs und PREMs
  - Untersuchung von Gelingensfaktoren und Wirkmechanismen

FAKTENBLATT

## Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in der ambulanten Versorgung

### **Verdoppelung der Ausgaben für ambulante Psychotherapie innerhalb von zehn Jahren**

Gleichzeitig haben sich die Ausgaben für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Aktuell werden ca. 4,6 Milliarden Euro jährlich für die psychotherapeutische Versorgung aufgewendet. Das entspricht fast 10 Prozent der Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung. Obwohl die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stetig steigt und sich die Leistungsmenge ausweitet, ist keine verbesserte Versorgung verbunden mit verkürzten Wartezeiten zu erkennen.

Der gesetzlich vorgesehene Honorarvergleich mit Vergleichsgruppen aus der Ärzteschaft hat gezeigt, dass die niedergelassenen Psychotherapeutinnen- und -therapeuten mit einer eigenen Praxis in den vergangenen Jahren überproportionale Honorarerhöhungen erhalten haben. **Deshalb wäre eine Absenkung des Honorars um 10 Prozent angemessen gewesen.** In dem dafür zuständigen Entscheidungsgremium, dem Erweiterten Bewertungsausschuss, wurde gestern entschieden, dass die Vergütungshöhe ab dem 1. April 2026 um 4,5 Prozent abgesenkt wird.

Darüber hinaus wurde beschlossen, dass die Strukturzuschläge zur gesonderten Finanzierung der Personalkosten für die Praxen rückwirkend ab dem 1. Januar 2026 um 14,5 Prozent erhöht werden. **In der Summe ergibt sich eine Honorarabsenkung von 2,3 Prozent für dieses Jahr.**

# Regionale Öffnungen Erweiterung des Art. 72 Abs. 3 GG ?

- (3) Hat der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch gemacht, können die Länder durch Gesetz hiervon abweichende Regelungen treffen über:
1. das Jagdwesen (ohne das Recht der Jagdscheine);
  2. den Naturschutz und die Landschaftspflege (ohne die allgemeinen Grundsätze des Naturschutzes, das Recht des Artenschutzes oder des Meeresnaturschutzes);
  3. die Bodenverteilung;
  4. die Raumordnung;
  5. den Wasserhaushalt (ohne stoff- oder anlagenbezogene Regelungen);
  6. die Hochschulzulassung und die Hochschulabschlüsse;
  7. die Grundsteuer.

- Neuordnung der Tatbestände zur Leistungserbringung?
- Zusammenführung der Sozialleistungen – 2. Stufe?

Vielen Dank für Ihr Interesse !