

## 3 Versorgungssituation

Lara Luisa Wolff, Bennet Huebbe, Fiona Hoffmann und Valeria Weber

### 3.1 Versorgungspfad

Ein typischer Versorgungspfad lässt sich für Betroffene mit Schizophrenie kaum beschreiben, da allein der Krankheitsverlauf inter- und intraindividuell variabel ist (DGPPN e.V. 2019). In Anlehnung an den Krankheitsverlauf lassen sich jedoch Interventionsphasen ableiten (s. Tab. 4).

Werden die Prävention bzw. Früherkennung, die Behandlung der psychotischen Episode und die Rückfallprävention bzw. Nachsorge als zentrale Interventionsstationen auf dem Versorgungspfad betrachtet, lassen sich in den damit verbundenen Versorgungssettings (ambulant, [teil-]stationär) jeweils Herausforderungen identifizieren, die einer optimalen Versorgung im Wege stehen (Mohr et al. 2018). Die derzeit bestehenden Herausforderungen sind v.a. davon geprägt, dass die psychiatrische Versorgung in Deutschland unter Beteiligung verschiedener Akteure aus mehreren Sektoren, basierend auf diversen Regularien sowie regional unterschiedlich erfolgt (s. Kap. 3.2) (Bramesfeld 2023). Auch der Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie ist lückenhaft (Schrank 2022). Transitionskonzepte bzw. die Transitionspsychiatrie (s. Kap. 2.1.1) stehen noch am Anfang einer breiten Implementierung (Gießelmann 2016; Leopold et al. 2020; Schrank 2022; Sauter u. Needham 2023). Insbesondere für junge Betroffene der Schizophrenie ist diese Versorgungsschnittstelle kritisch zu betrachten. Wenn adoleszente Betroffene mit unspezifischen Symptomen im Jugendalter z.B. von Versorgenden mit wenig Psychoseerfahrung behandelt werden, aufgrund wechselnder Hilfesysteme mit der Volljährigkeit nicht aufgefangen werden oder keine neuen Hilfen in der Erwachsenenpsychiatrie gefunden werden (und neue Helfendenbeziehungen ausbleiben), kann

Tab. 4 Versorgungspfad

Quelle: IGES (eigene Darstellung) nach DGPPN 2019, Leopold et al. 2020, Mohr et al. 2018, Schulze Westhoff et al. 2021.

Krankheitsphasen	Erkrankungs- dauer	Dauer der unbehandel- ten Psychose	Interventionsphasen	Interventionsmaß- nahmen
Prämorbid Phase	x		Indizierte Prävention	
Hochrisikostadium				Früherkennung
Erkrankungsbeginn				
Prodromalphase				Frühintervention
Episodenbeginn		x	Intervention der psychotischen Episode	
Akutphase				
Syndrombeginn				
Akutphase				Behandlungsbeginn
Episodenende				
Langzeitphase			Rückfallprävention/ Nachsorge	

die DUP zunehmen und Betroffene tauchen erst spät im Versorgungssystem auf (Gießelmann 2016; Sauter u. Needham 2023). Ein derartiger Bruch in der Versorgung kann sich nachteilig auf den Krankheitsverlauf auswirken, da eine Behandlungskontinuität nicht gewährleistet werden kann, die neben einer frühen Diagnose für die Langzeitprognose jedoch sehr wertvoll ist (Gießelmann 2016; Schrank 2022).

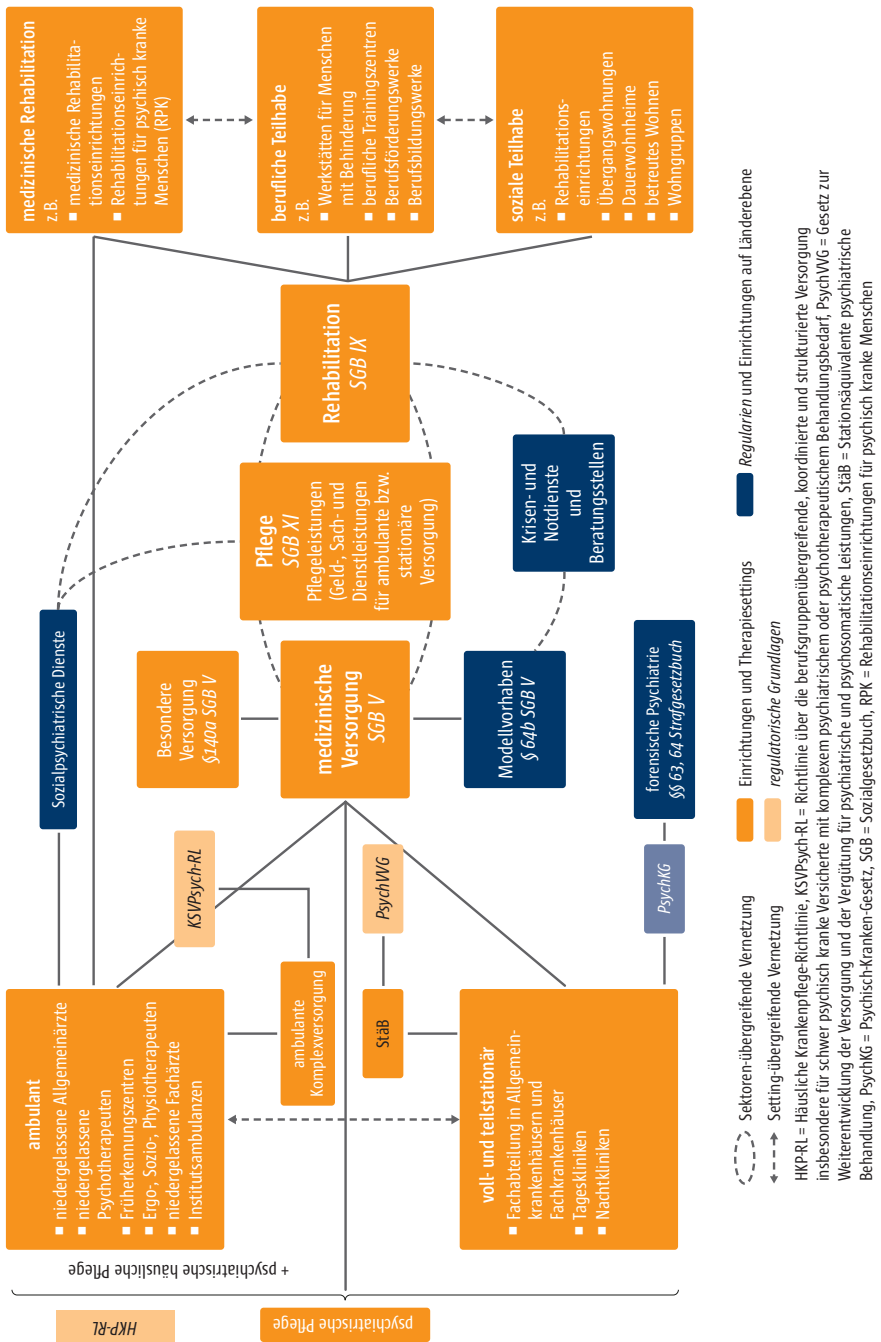
### 3.2 Regulatorischer Rahmen der Versorgung

Grundlegend erfolgt die Versorgung von Betroffenen mit Schizophrenie SGB-übergreifend (s. Abb. 7) (Bramesfeld 2023).

Um über das SGB V mit psychiatriespezifischen Regelleistungen versorgt zu werden, muss die Voraussetzung einer Schizophreniediagnose erfüllt sein (Bramesfeld 2023). Im § 37 SGB V wird auch die häusliche Krankenpflege geregelt; mit der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) spezifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Besonderheiten der pHKP (G-BA 2022b).

Mit dem SGB XI ist u.a. festgelegt, dass es Aufgabe der Pflegeversicherung ist, Hilfe für Pflegebedürftige zu sichern, die aufgrund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind (§ 1 Abs. 4 Satz 1 SGB XI), wobei die Leistungen den Pflegebedürftigen helfen sollen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Qua Gesetz gilt zudem Vorrang der Leistungen der häuslichen Pflege sowie der Unterstützung der Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn; Leistungen der teil-

### 3 Versorgungssituation



**Abb. 7** Schematische Darstellung der Versorgungssituation inkl. Regularien  
Quelle: IGES (eigene Darstellung) nach Bramesfeld (2023), Eichenbrenner u. Ruhl (2023), DGPPN e.V. (2019)

stationären Pflege und der Kurzzeitpflege sind den Leistungen der vollstationären Pflege vorrangig (§ 3 SGB XI). Droht eine Behinderung oder liegt diese bereits vor, haben Betroffene mit einer Schizophrenie gemäß SGB IX Anspruch auf Leistungen der Rehabilitation, „um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ (§ 1 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Die dementsprechend von der Eingliederungshilfe übernommenen therapeutischen, pädagogischen oder sonstigen Fachleistungen sind entsprechend nach dem individuellen Bedarf auszurichten und beziehen sich auf die Bereiche der sozialen Teilhabe, auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung oder am Arbeitsleben sowie auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Hellbig u. Latteck 2022). Das Bundesteilhabegesetz soll die formale Trennung existenzsichernder und Fachleistungen aufheben und eine personenzentrierte, von strukturellen Bedingungen unabhängige Hilfe fördern (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2024; Gühne et al. 2022).

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) (Inkrafttreten am 01.01.2017), zielt auf die Förderung der sektorenübergreifenden Behandlung in der psychiatrischen Versorgung sowie auf die Verbesserung der Transparenz und der Leistungsorientierung der Vergütung ab (Kuhn et al. 2019), sodass mit Änderungen des § 39 Abs. 1 SGB V und der Einführung des § 115d SGB V (Inkrafttreten am 01.01.2018) eine neue Form der Krankenhausbehandlung, die StäB, die Versorgungslandschaft ergänzt (s. Kap. 3.5.1) (GKV-SV 2023b; Kuhn et al. 2019; DKG 2024).

Im Rahmen der Selbstverwaltung auf Basis des SGB V regelt die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA vom 19.02.2009 (zuletzt geändert am 21.03.2024, Inkrafttreten am 19.06.24) die Durchführung der Psychotherapie zu Lasten der Krankenkassen, insbesondere der ambulant erbringbaren psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen sowie die psychosomatische Grundversorgung. Nach der Richtlinie erfolgt die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie durch die Krankenkasse auf Antrag der Versicherten, wobei mit dem Antrag vor der Behandlung die Diagnose, die Indikationsbegründung und eine Beschreibung von Art und Umfang der geplanten Therapie durch die Therapeuten mitgeteilt werden muss (G-BA 2020). Mit der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) des G-BA, vom 02.09.2021 (Inkrafttreten am 18.12.2021) wird die Ausgestaltung der Versorgung festgelegt und Regelungen, die den Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung erleichtern sollen, vorgegeben. Zielgruppe sind Betroffene ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer psychischen Erkrankung, bei denen deutliche Einschränkungen in Funktions- und Lebensbereichen vorliegen und Behandlungsbedarf komplexer psychiatrischer, psychosomatischer oder psychotherapeutischer Art besteht (G-BA 2021). Die KSVPsych-RL ist die Grundlage der Ambulanten Komplexversorgung und definiert die Anforderungen.

Eine weitere Richtlinie des G-BA ist jene zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) vom 19.09.2019 (zuletzt geändert am 19.10.2023, Inkrafttreten am 01.01.2024) (G-BA 2023; G-BA 2022a). Die PPP-RL beinhaltet Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, die auf verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung im stationären Bereich basieren und eine leitliniengerechte Be-

handlung gewährleisten sollen (G-BA 2022a). Ab 2026 entfällt Krankenhäusern der Anteil der Vergütung, der rechnerisch dem Anteil des fehlenden Personals entspricht; die Umsetzungsfristen wurden jüngst erneut vom G-BA von 2024 auf 2029 verlängert (G-BA 2023; G-BA 2024). Obgleich die finanziellen Folgen für die Krankenhäuser mit fehlendem Personal nach der Aktualisierung der PPP-RL reduziert wurden, wird die mangelhafte Modernisierung hinsichtlich der Multi- und Transdisziplinarität in der stationären Psychiatrie sowie hinsichtlich der Standardaufgaben einzelner Berufsgruppen und die unzureichende Berücksichtigung des regional verfügbaren Personals bemängelt (Sauter et al. 2019; ackpa et al. 2022). Ohnehin würden die Sanktionen die regionale Versorgung in Zeiten des Fachkräftemangels gefährden. Auch der hohe bürokratische Aufwand und die damit verbundenen notwendigen Ressourcen zur Evidenzbasierung werden kritisiert, wobei Letzteres ohnehin als gefährdend für stations- bzw. sektorenübergreifende Entwicklungsprojekte gesehen wird (Sauter et al. 2019; DGSP e.V. 2023; Wilms 2024; ackpa et al. 2022). Auch wird hervorgehoben, dass kommerziellen Partialinteressen Vorrang vor den Bedürfnissen psychisch kranker und behandlungsbedürftiger Menschen eingeräumt wird (DGSP e.V. 2023). Zudem besteht Enttäuschung darüber, dass Mindestbedarfsleitlinien als einzuhaltende Mindestuntergrenzen beschrieben wurden, was dem gesetzlichen Auftrag nach qualitätsorientierten und leitliniengerechten Personalmindestrichtlinien nicht gerecht wird, da sie sich nicht an den Patientenbedürfnissen orientieren (Sauter et al. 2019). In einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) wird hinsichtlich der achten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung begrüßt, den Stations- und Bettenbezug der PPP-RL und den bürokratischen Aufwand zu überwinden sowie die Flexibilisierung der Behandlungssettings und der sektorenübergreifenden Versorgung zu fördern (DGPPN e.V. 2023b). Das Plattform-Modell wird als eine Grundlage für die Abschätzung des Behandlungsaufwands unter Berücksichtigung von Bedarfs- bzw. Behandlungscustern sowie einer leitliniengerechten Behandlung diskutiert (Universität Ulm 2024).

Auf Länderebene existieren ergänzend zu den Leistungen der Regelversorgung Angebote wie SpDi, die sowohl als an das Gesundheitsamt angegliederte Dienststellen mit Fachpersonal (z.B. Ärzte und Sozialarbeiter) und somit als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens, oder als Teil der freien Wohlfahrtspflege verstanden werden können (Psychiatrienetz 2021) und deren Aufgaben und Eingriffsbefugnisse in den Psychisch-Kranken-Gesetzen (PsychKG) der Länder geregelt sein können.

Ebenfalls Sache der Länder ist die Unterbringung in der Psychiatrie, für den Fall, dass Erkrankte eine Gefahr für sich selbst oder Dritte (Aspekte der Eigen- oder Fremdgefährdung) darstellen. Im Maßregelvollzug nach § 63 und § 64 des Strafgesetzbuches (Müller et al. 2017) werden Betroffene, die aufgrund einer psychischen Erkrankung eine rechtswidrige Tat begangen haben, in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt untergebracht und dort stationär behandelt (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2024). Die rechtlichen Grundlagen für die öffentlich-rechtliche Unterbringung finden sich in den PsychKG der einzelnen Bundesländer, die sich jedoch teilweise stark voneinander unterscheiden. Diese Regelungen beinhalten Gesetze zu Sicherungsmaßnahmen, Zwangsbehandlungen, sozialen Aspekten und dem Leben in der Einrichtung sowie zu Patientenrechten, Reporting und Monitoring (DGPPN e.V. 2024a). Die Entscheidung über die Unterbringung von Straftätern in einer forensisch-psychiatrischen

Klinik ist Aufgabe des Gerichts und wird durch Gutachten zur Schuldfähigkeit zur Tatzeit ergänzt. Zusätzlich beeinflusst die Schwere der Erkrankung sowie die Behandelbarkeit der Betroffenen die Dauer der Unterbringung (DGPPN e.V. 2023a).

### 3.3 Prävention und Früherkennung

Eine finanzierte Prävention bzw. Früherkennung als Baustein der gesetzlichen Krankenkassen existiert in Deutschland nicht. Betroffene verweilen für etwa vier Jahre unerkannt in einem klinischen Hochrisikostadium („clinical high risk“, CHR) (Reventlow et al. 2014); verschiedene Hürden verhindern eine angemessene Prävention und Früherkennung. Einerseits ist eine zielgerichtete bzw. selektive Prävention aufgrund der multifaktoriellen Pathogenese (und damit z.B. fehlender zuverlässiger Biomarker) noch nicht möglich (Mohr et al. 2018), andererseits verhindern systemische Herausforderungen (z.B. entsprechende Finanzierungsgrundlagen) die Durchführung entsprechender Maßnahmen für Risikopersonen. Ergänzend dazu haben nur wenige Betroffene im Prodromalstadium Kontakt zu einem Früherkennungszentrum, selbst wenn ein solches vorhanden ist, und nur etwa ein Viertel der Betroffenen in der Prodromalphase sucht überhaupt Hilfe (Schultze-Lutter et al. 2015).

Früherkennungszentren für Psychosen existieren in Deutschland insbesondere im (groß-)städtischen Raum (z.B. in Berlin, Köln, Düsseldorf, Hamburg und München), häufig als spezialisierte Ambulanzen an psychiatrischen Kliniken (BDN e.V. et al. 2024; Universitätsklinikum Bonn, Früherkennungszentrum für Psychosen 2024; Bechdorf 2024a; DGPPN e.V. 2019). Diese Zentren bieten einen über die Regelversorgung hinausgehenden, niedrighschwelligem Zugang ohne Überweisung (DGPPN e.V. 2019; Leopold et al. 2020).

Eine weitere Herausforderung im Kontext der Früherkennung stellt der lückenhafte Übergang von der adoleszenz- hin zu einer erwachsenenorientierten Versorgung dar; Handlungsbedarf besteht insbesondere in der Unterbreitung fächer- und sektorenübergreifender Angebote sowie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Transitionspsychiatrie (Leopold et al. 2020; Fegert et al. 2016).

Aufseiten der Hausärzte fehlt häufig das Fachwissen, um Risikopersonen frühzeitig zu erkennen (Radez et al. 2023; Leopold et al. 2020). Zudem scheint seitens der Versorgenden die Angst vor einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung und die Skepsis gegenüber dem CHR-Ansatz sowohl die Wirksamkeit als auch die Akzeptanz der Früherkennung zu limitieren (Meisenzahl et al. 2020; Benoit et al. 2019; Mohr et al. 2018). Derzeit sind es somit auch Angehörige oder Freunde, die erste Anzeichen einer Psychose bei den Betroffenen wahrnehmen oder es kommt durch Straffälligkeit (s. Kap. 2.6.1 und 3.6.1) zu einem Eintritt in das Versorgungssystem, da eine Zwangseinweisung erfolgt (Mohr et al. 2018).

Da die Genese der Schizophrenie noch nicht vollständig verstanden ist und somit eine selektive Prävention (s. Kap. 2.1) bislang noch nicht angeboten werden kann, erfolgt die Früherkennung und -intervention von Psychosen derzeit nach einem indizierten Ansatz und demzufolge bei Betroffenen, die sich aufgrund psychischer Probleme bereits im psychiatrisch-psychologischen Versorgungssystem befinden (Meisenzahl et al. 2020; Trimmel et al. 2023; Mohr et al. 2018).

Als Folge der derzeit noch ausbaufähigen Prävention (bzw. Früherkennung und -intervention) werden Psychosen in Deutschland noch immer zu spät erkannt, sodass die DUP bei etwa einem Jahr liegt (Leopold et al. 2020). Der Übergang in eine manifeste Psychose kann somit erschwert verhindert und risikoabgestimmte Interventionen nicht rechtzeitig durchgeführt werden (Meisenzahl et al. 2020).

Als Positivbeispiel sei auf „Soulspace“, eine Beratungs-, Kontakt- und Behandlungsinitiative für junge Menschen im Alter zwischen 15 und 35 Jahren, verwiesen. In dem Berliner Vorhaben wird ein Check-up zur Früherkennung erster Anzeichen oder eines erhöhten Risikos für die Entwicklung psychischer Erkrankungen anonym und ohne Vorzeigen einer Krankenkassenkarte angeboten. Zudem können Einzel- und Angehörigenberatungen sowie Familiengespräche in Anspruch genommen werden. Es gibt die Möglichkeit zum Austausch, aber auch Gruppentrainings z.B. zur Kommunikation oder zum Umgang mit Emotionen. Zudem bietet Soulspace eine berufliche Beratung und IPS-Jobcoaching sowie eine psychiatrische Behandlung an (Bechdolf 2024b). Eine weitere große Hürde in der Früherkennung stellt die gesellschaftliche und die Selbst-Stigmatisierung von Betroffenen dar, infolgedessen medizinische Hilfe möglicherweise seltener in Anspruch genommen wird (Leopold et al. 2020).

In Zukunft könnten individualisierbare bzw. personalisierte Früherkennungsstrategien an Bedeutung gewinnen (Meisenzahl et al. 2020; Fusar-Poli et al. 2017). Neben bislang noch nicht validierten klinischen, biologischen und neurokognitiven Prädiktionsmodellen bei CHR-Betroffenen, mit Ausnahme des North American Prodrome Longitudinal Study 2-Risikokalkulators, werden Fortschritte durch multivariate Analysetechniken mittels künstlicher Intelligenz erwartet (Meisenzahl et al. 2020). Zudem bestehen im Bereich der (Epi-)Genetik (z.B. polygene Risikoscores, die Punktmutationen und Kopienzahlvariationen berücksichtigen) und epigenetischen Mechanismen (insbesondere die Desoxyribonukleinsäure-Methylierung), der neuroinflammatorischen Biomarker (z.B. erhöhte IL-1 $\beta$ , IL-7, and IL-8 Werte), der neurophysiologischen Verfahren (z.B. reduzierte Mismatch-Negativität in der Elektronenencephalografie) und der bildgebenden Verfahren (strukturelle/funktionelle Veränderungen, z.B. Veränderungen des Volumens der grauen Substanz im Frontal- und Temporallappen und im limbischen System oder Veränderungen in Neurotransmittersystemen in der funktionellen Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie, Einzelphotonen-Emissions-Computertomografie und Magnetresonanztomografie) potenzielle Indikatoren für die Vorhersage psychotischer Symptome bei Hochrisikopatienten bzw. für den Übergang in eine Psychose (Kraguljac et al. 2021; Schulze Westhoff et al. 2021).

## 3.4 Ambulante Versorgung

Seit der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie 2014 ist die Behandlung von Betroffenen mit psychotischen Störungen uneingeschränkt für die niedergelassenen Psychotherapeuten mit Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen indiziert (Bühning 2014; G-BA 2014). Dennoch sind von etwa 1,5 Mio. ambulant psychotherapeutisch behandelten Betroffenen lediglich 8.121 (0,55%) Betroffene mit einer ICD-10-GM F20.-Diagnose (Rabe-Menssen et al. 2021). Damit stellen Schizophrenien einen vergleichsweise seltenen Behandlungsanlass bei niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten dar.



Zudem weicht die tatsächliche ambulante Versorgung von Leitlinienempfehlungen ab (Nübling u. Schnell 2022). So kann beispielsweise eine geringere Behandlungsbereitschaft gegenüber Betroffenen mit Schizophrenie im Vergleich zu Betroffenen mit Angst- und depressiven Störungen seitens ambulant tätiger Therapeuten bestehen, auch wenn dies empirisch nicht eindeutig belegt ist (Nübling et al. 2023; Schnell et al. 2015; Schlier et al. 2017). Möglicherweise bestehen auch Ungleichheiten hinsichtlich der psychotherapeutischen Ausbildungen, wobei schwerere Störungen möglicherweise weniger thematisiert werden und sich ein Wunsch nach spezifischer Fortbildung ergeben kann (Schnell et al. 2015; Schlier et al. 2017; Nübling u. Schnell 2022; Haebler 2020). Der Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. begegnet dem mit spezifischen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich der Psychosenpsychotherapie (DDPP e.V. 2024). Unterschiede in der Behandlungsbereitschaft könnten auch hinsichtlich der Krankheitsstadien bestehen, wobei eine höhere Bereitschaft für Betroffene in der Prodromalphase bzw. in subakuten oder chronischen Stadien und eine geringere Behandlungsbereitschaft in der Akutphase seitens der Psychotherapeuten angegeben wird (Nübling u. Schnell 2022; Nübling et al. 2023). Zu beachten ist dabei jedoch auch, dass auch patientenseitig eine (ambulante) Versorgung erschwert ist, da die Maladhärenz, als mangelnde Behandlungsbereitschaft, bestehen kann. Diese muss nicht intentional aufgrund einer negativen Einstellung gegenüber beispielsweise ambulanter Psychotherapie bestehen, sondern kann auch akzidentiell durch z.B. kognitive Defizite begründet sein (Vauth u. Stieglitz 2017).

Hinsichtlich der Verfügbarkeit von Therapieplätzen bei niedergelassenen Psychotherapeuten bzw. der damit einhergehenden Wartezeiten wird ebenfalls eine Herausforderung deutlich: Auch nach der Psychotherapiestrukturereform 2017 betragen die Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch etwa drei Wochen (vor der Reform: Ø 3,2 Wochen, nach der Reform: Ø 3,2 Wochen), bis zum tatsächlichen Behandlungsbeginn sind es durchschnittlich 18–20 Wochen (vor der Reform: Ø 17,9 Wochen, nach der Reform: Ø 20,1 Wochen) (Singer et al. 2022). Zudem werden die Stundenkontingente für Betroffene mit komplexen Störungen wie der Schizophrenie als nicht ausreichend bewertet (Schnell et al. 2015; Nübling u. Schnell 2022; Nübling et al. 2023).

In Bezug auf die strukturellen Rahmenbedingungen besteht seitens der Psychotherapeuten der Eindruck, dass die Antragsstellung einer Richtlinien therapie selten abgelehnt wird, dennoch wird eine flexiblere Gestaltung von Abrechnungsmöglichkeiten gewünscht. Zudem komme es bei der Behandlung von Betroffenen mit Schizophrenie zu mehr Ausfallzeiten und die Behandlung müsse höher vergütet werden. Auch kann seitens der Psychotherapeuten der Wunsch nach einer stärkeren Einbindung Angehöriger verzeichnet werden (Nübling u. Schnell 2022; Nübling et al. 2023). Eine Besonderheit der ambulanten Versorgungsangebote stellen PIAs dar. Als „Prototyp der intersektoralen psychiatrischen Versorgung“ (vgl. Ziereis 2020, S. 439), haben PIAs das Potenzial, die Lücke zwischen der ambulanten und stationären Versorgung zu schließen, wobei insgesamt die flächendeckende Verfügbarkeit ausbaufähig ist. Die Zahl der PIA-versorgten Betroffenen steigt stetig, 2016 machten Betroffene mit Schizophrenie oder affektiven Störungen mehr als die Hälfte aller PIA-Versorgten in Bayern aus. Für Betroffene mit Schizophrenie kann die Versorgung außerhalb regulärer Öffnungszeiten unter Mitnutzung stationärer Organisationsstrukturen insbesondere in Akutsituationen wertvoll sein. Da die Ausgestaltung der PIAs hinsichtlich



der Vergütung und Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung länderspezifisch variiert, sind die Auswirkungen auf die Versorgung entsprechend unterschiedlich. Positiv betont wird die Ausgestaltung der PIAs in Bayern, wo die Zeit am Patienten als priorisiertes Kriterium für die leistungsbezogene Vergütung gilt; im Zuge einer Einzelleistungsvergütung können diverse Berufsgruppen bedarfsangepasst eingesetzt werden. Für die Betroffenen kann dies eine flexible Behandlung, Terminlänge und -frequenz bedeuten (Ziereis 2020).

#### 3.4.1 Ambulante Komplexversorgung

Die Ambulante Komplexversorgung ist derzeit insbesondere dahingehend herausfordernd, als dass laut G-BA ein voller Praxissitz notwendig ist, um eine ausreichende Erreichbarkeit der koordinierenden Psychotherapeuten und Ärzte zu gewährleisten. Dabei wird jedoch unterschlagen, dass auch Psychotherapeuten mit halben Praxissitzen jederzeit für Betroffene in Krisen und Notfällen erreichbar sein müssen und weit überdurchschnittlich viele Behandlungen durch diese Psychotherapeuten angeboten werden. Gemäß Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung würden zwei Psychotherapeuten mit halbem Praxissitz im Durchschnitt knapp das 1,5-fache der Behandlungsstunden eines Psychotherapeuten mit vollem Praxissitz erbringen (BPtK 2021). Der Mehraufwand für die durchgehende Erreichbarkeit sowie intensive psychotherapeutische Behandlungen kann zudem über die für die Ambulante Komplexversorgung eingeführten Gebührenordnungspositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) (s. Kap. 4.2.2) nicht entsprechend vergütet werden (Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer 2022; KBV 2023b).

Speziell für Betroffene mit Schizophrenie scheint die Ambulante Komplexversorgung v.a. aufgrund des bürokratischen Aufwandes zu mühselig, da beispielsweise die Differenzialdiagnostik bei einem Psychiater wiederholt werden müsse, auch wenn diese bereits durch einen Psychotherapeuten vorgenommen wurde (BPtK 2021; Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. 2021). Für Betroffene der Schizophrenie kann z.B. die wiederholte Differenzialdiagnostik v.a. bei unbekannten Psychiatern eine Herausforderung sein, da ein vertrauensvolles Betroffener-Arzt-/Therapeuten-Verhältnis essenziell ist. Darüber hinaus wird die erforderliche Anzahl von Netzwerkteilnehmenden (mindestens zehn Mitglieder) für einen regionalen Netzverbund als unrealistisch hoch bewertet; v.a. für strukturschwache Regionen sei es schwer, jeweils mindestens vier Psychiater, Neurologen oder Psychosomatiker und vier Psychotherapeuten vertraglich in einem Netzverbund zu binden. Im Hinblick auf die Umsetzung von Hausbesuchen wird die Beschränkung der Durchführung auf koordinierende Berufsgruppen, d.h. Soziotherapeuten und psychiatrische Krankenpfleger, kritisiert; um Hospitalisierungen zu reduzieren oder gar zu verhindern, müssten auch Bezugspsychotherapeuten und -ärzte Hausbesuche realisieren können. Insbesondere im Hinblick auf z.B. Akutphasen der Schizophrenie wäre eine derartige Flexibilisierung der Ambulanten Komplexversorgung hilfreich (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. 2021).

## 3.5 Stationäre Versorgung

Aufgrund einer geringeren Transparenz hinsichtlich der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Vergleich zur somatischen Versorgung, da beispielsweise das Operationen- und Prozedurenschlüssel-System keine hinreichende Differenzierung zulässt und aus den ICD-10-GM-Diagnosen kaum konkrete Maßnahmen der Diagnostik und Therapie abgeleitet werden können, ist die Analyse der Inanspruchnahme entsprechender Leistungen erschwert (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2023).

Im Jahr 2023 wurden knapp 80.000 Fälle mit einer ICD-10-GM F20.-Diagnose vollstationär und knapp 6.000 Fälle teilstationär in psychiatrischen Krankenhäusern oder psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern versorgt.

Von den Fällen in vollstationärer Versorgung erhielten etwa 85% eine Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen. Zu den weiteren, häufigen Prozeduren gehörten Intensivbehandlungen (je Verfahrensintensität bei 3–40% der Fälle) sowie wöchentliche Einzeltherapieeinheiten (eine Einheit pro Woche) durch Spezialtherapeuten (28% der Fälle), Ärzte (28% der Fälle) oder Psychotherapeuten/Psychologen (16% der Fälle) sowie Gruppentherapieeinheiten (0,05–1 bis zu 2 Therapieeinheiten pro Woche bei 19 bzw. 9% der Fälle) (InEK 2023c).

Im Hinblick auf die Krankenhaustage liegt das Störungsbild der Schizophrenie an vierter Stelle der häufigsten ICD-10-GM Codes (2,6% aller Krankenhaustage, Stand: 2019) (Rabe-Menssen et al. 2021). Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels lässt sich daraus bereits eine kritische Situation im Hinblick auf die stationäre Versorgung ableiten: Im Zuge einer Befragung in psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen (n = 270, 11/2022–02/2023, „Psychiatrie-Barometer“) wurde der Fachkräftemangel als zentrale Herausforderung im stationären Setting betont. Dabei existieren hinsichtlich der Besetzung von Arztstellen, Stellen im Pflegedienst in der Psychiatrie und Psychotherapie, in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und/oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie sowie für psychologische Psychotherapeuten und Psychologen seit Jahren enorme Schwierigkeiten. Auch im Hinblick auf Stellen für Ergo-, Kunst- und Sprachheiltherapeuten oder Logopäden sowie für Bewegungs- und Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Sozialarbeitern, -pädagogen oder Heilpädagogen gibt es deutliche Vakanzen (Blum et al. 2023).

Schizophreniespezifisch besteht zudem die Herausforderung, eine an die stationäre Behandlung anschließende Weiterbehandlung zu koordinieren, da beispielsweise Wartezeiten der allgemeinen ambulanten Weiterversorgung lang (s. Kap. 3.4) und spezialisierte zeitnah benötigte Behandlungsangebote rar sind (Schlier u. Lincoln 2016; Kuhn et al. 2019; Wiegand 2022).

### 3.5.1 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Mit der seit 2018 existierenden Möglichkeit einer aufsuchenden Behandlung, die der stationären Versorgung äquivalent sein soll, wird den Inanspruchnehmenden eine im Hinblick auf die Wirksamkeit und Effizienz vielversprechende Behandlungsoption

unterbreitet (Bechdolf et al. 2022). Auch in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wird die StÄB als eine „wesentliche Voraussetzung zur Verbesserung evidenzbasierter Behandlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ betont (vgl. Gühne et al. 2019, S. 367).

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme der StÄB durch Betroffene mit Schizophrenie wurden dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2023 insgesamt 213 Fälle mit entsprechendem ICD-10-GM Code mitgeteilt (InEK 2023a). Am häufigsten gelangen die Betroffenen über den stationären Aufenthalt in der eigenen Klinik oder durch Zuweisungen eigener PIAs bzw. der zentralen Notaufnahme sowie durch die Überweisung durch niedergelassene Ärzte oder Psychotherapeuten in die StÄB (Klocke et al. 2022). Bei der Betrachtung der Prozeduraufschlüsselung fällt auf, dass in den meisten Fällen Therapieeinheiten von 30–60 Minuten durchgeführt werden und dass Pflegefachpersonen die am häufigsten agierende Berufsgruppe im StÄB-Team darstellen (s. Abb. 8) (InEK 2023a).

In einer Übersichtsarbeit konnten geringere Kosten für die Akutbehandlung und eine kürzere Dauer der Indexbehandlung im Rahmen der StÄB im Vergleich zur vollstationären Behandlung identifiziert werden (Bechdolf et al. 2022). Auch eine Reduktion der vollstationären Wiederaufnahmerate konnte in einer retrospektiven Verlaufsstudie (AKtiV-Studie, vgl. Innovationsausschuss G-BA 2024a) basierend auf Routinedaten einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Vergleich von StÄB- und vollstationär Behandelten belegt werden. Die vollstationäre Wiederaufnahmerate war in der StÄB-Gruppe signifikant um 11% geringer als in der vollstationären Kontrollgruppe (Nikolaidis et al. 2024). Zudem sind Veränderungen in der Symptomschwere und dem Funktionsniveau mit einer stationären Behandlung vergleichbar oder gar überlegen (Stulz et al. 2020; Mötteli et al. 2018; Klocke et al. 2022). Erste Ergebnisse der AKtiV-Studie deuten zudem auf eine bessere Behandlungszufriedenheit bezüglich der Indexbehandlung hin; auch die gemeinsame Entscheidungsfindung wurde von den StÄB-behandelten Betroffenen höher bewertet als in der Kontrollgruppe der vollstationären Behandlung (Weinmann et al. 2023).

In einem gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der StÄB des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV), des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. vom 23.12.2021 wird die neue Form der Krankenhausbehandlung als wichtige Ergänzung bestehender Versorgungsformen und sinnvolle Weiterentwicklung zur Umsetzung einer Versorgung gemäß Leitlinie bewertet. Obgleich die Anzahl der StÄB-Krankenhäuser zugenommen hat, ist eine flächendeckende Umsetzung derzeit noch nicht erkennbar bzw. wird die Implementierung etliche Jahre in Anspruch nehmen. Zudem scheinen vorwiegend größere Krankenhäuser die organisatorischen Anforderungen zu erfüllen und die Kapazitäten bereitstellen zu können. Seitens des GKV-SV wird kritisiert, dass die Behandlungszeit pro Behandlungstag nur bei durchschnittlich einer Stunde liegt (GKV-SV, DKG e.V., PKV e.V. 2021). Gemäß der Vereinbarung zur Leistungsbeschreibung der StÄB nach § 115d Abs. 3 SGB V zwischen dem GKV-SV, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. soll die Behandlung des Patienten mindestens 210 Minuten pro Tag im persönlichen Kontakt zum Patienten umfassen (GKV-SV, DKG e.V., PKV e.V. 2017). Die Behandlungszeit wird überwiegend durch Pflegefachpersonen geleistet (s. Abb. 8). Im Hinblick auf die Erlöse je Berechnungstag von 245 Euro in der Erwachsenenpsychiatrie und 251 Euro in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Bezugsjahr 2020) sei das Verhältnis von Leistungs-

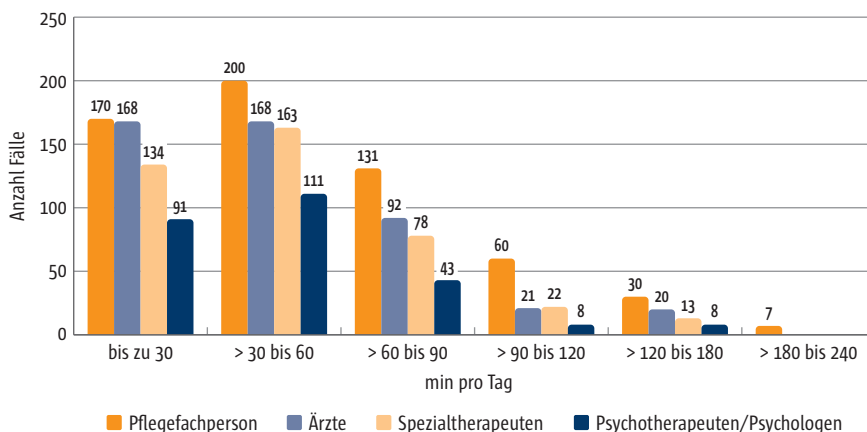


Abb. 8 Vergleich der StÄB-Fälle mit ICD-10-GM F20-Diagnose je Berufsgruppe und Therapiezeit  
Quelle: IGES (eigene Darstellung) nach InEK 2023a. Mehrfachnennungen möglich.

vergütung und Umfang/Inhalt unangemessen. Mit Verweis auf eine Analyse des Medizinischen Dienstes wird zudem kritisiert, dass in einem Viertel der Fälle keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bestehe, wonach ambulant aufsuchende Behandlungsleistungen unter der StÄB umgesetzt werden würden (GKV-SV, DKG e.V., PKV e.V. 2021). In einem von 22 Fachgesellschaften gezeichneten Eckpunktepapier wurden zudem u.a. der ausbaufähige Einbezug ambulanter Akteure und das Fehlen mobiler Dokumentation und Kommunikation diskutiert (BVDN e.V. et al. 2018).

In der oben genannten Befragung für das „Psychiatrie-Barometer“ ergab sich eine breitere Anwendung der StÄB in Fachkrankenhäusern im Vergleich zu Abteilungspsychiatrien; etwa 10% der psychiatrischen Einrichtungen boten eine StÄB überhaupt an, weitere Einrichtungen planten ein derartiges Angebot.

Für die Krankenhäuser, die bis dato die Einführung der StÄB noch nicht geplant hatten, waren hinsichtlich der Rahmenbedingungen v.a. die erwarteten hohen Prüfquoten durch den Medizinischen Dienst zur Indikation für die StÄB bzw. zur vollstationären Behandlung sowie zur Abrechnung für die StÄB entscheidend. Auch der Umfang der Dokumentationsanforderungen wurde als einer der Gründe gegen eine Planung der StÄB bewertet. Krankenhäuser, die eine StÄB bis dato bereits anboten oder planten, gaben v.a. Herausforderungen hinsichtlich der wirtschaftlichen Leistungserbringung, langen Fahrtzeiten zu den Betroffenen und die Personalverfügbarkeit für das StÄB-Team an (Blum et al. 2023).

## 3.6 Besondere Aspekte der Versorgung von Betroffenen mit Schizophrenie

### 3.6.1 Forensische Psychiatrie und Maßregelvollzug

Im Rahmen einer Studie, in der die Gründe für öffentlich-rechtlichen Zwangseinweisungen in eine psychiatrische Versorgungsklinik untersucht wurden, zeigte sich, dass schizophrene Psychosen mit ca. 19% einen der häufigsten Gründe für eine Ein-

weisung darstellen (Jäger u. Klimczyk 2023). Zudem zeigt eine Analyse von 2020, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger Straftaten begehen; dabei ergab sich eine Odds-Ratio (OR) von 2,42 (95%-Konfidenzintervall (KI): 1,63–3,59) für Männer mit einer Psychose und 2,81 (95%-KI: 2,11–3,76) für Frauen mit einer Psychose im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Einer von fünf Männern mit Psychose zeigte somit kriminelles Verhalten, während es in der Allgemeinbevölkerung einer von zehn Männern ist (Volz 2020). Auch die gemittelten jährlichen Zuwachsraten forensisch-psychiatrischer Betroffener sind im Erkrankungsbild der Schizophrenie überproportional häufig (Schanda 2011).

Die UN-Behindertenrechtskonvention, die 2006 veröffentlicht wurde, fordert, dass Menschen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen, dazu zählen auch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, keine Diskriminierung erfahren und stattdessen volle Teilhabe an der Gesellschaft haben (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2008). Damit einhergehend wird ebenfalls die Selbstbestimmung der Betroffenen gefördert (Künneke u. Haller 2021). In Bezug auf Schizophrenie bedeutet dies jedoch auch, dass die Erkrankung bei Betroffenen fortschreiten kann, ohne dass medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird, wodurch das Risiko für Straftaten steigen kann, die folglich zu einer Einweisung in die forensische Psychiatrie führen können (Volz 2020; Trost 2023). Nachdem dort eine stationäre Behandlung stattgefunden hat, fehlt es anschließend jedoch häufig an ausreichend forensischen Versorgungsstrukturen, um die Betroffenen nach der Entlassung weiterhin zu unterstützen, damit Rückfälle und erneute Straftaten möglichst verhindert werden können (Hiersemenzel 2012).

In Deutschland werden in den Kliniken des Maßregelvollzugs aktuell über 10.000 Menschen behandelt, die aufgrund einer psychischen Störung eine Straftat begangen haben, zusätzlich werden mehrere tausend Betroffene in der forensischen Nachsorge ambulant betreut (DGPPN e.V. 2023a). In einer Studie von 2021 wurden die Bedürfnisse von Betroffenen mit Schizophrenie in forensischen Einrichtungen in fünf europäischen Ländern verglichen. Dabei wurden die Einschätzungen der Betroffenen in Bezug auf Themen wie Unterbringung, Verpflegung und Beziehungen mit dem Umfeld oder der Sicherheit mit den Einschätzungen des Pflegepersonals verglichen. Dabei ergaben sich diskrepante Einschätzungen von Mitarbeitenden und Betroffenen bezüglich unerfüllter Patientenbedürfnisse, wobei u.a. die Aufrechterhaltung und/oder der Aufbau von intimen Beziehungen eher von Betroffenen als unerfülltes Bedürfnis genannt wurde. Dies deutet darauf hin, dass das Einbeziehen der Selbsteinschätzung der Bedürfnisse der Betroffenen wichtige Informationen für die Bereitstellung von entsprechender Unterstützung im Rahmen der Zwangseinweisung liefert und zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen könnte (Oberndorfer et al. 2023).

Im Rahmen einer Umfrage der DGPPN im Jahr 2021 beteiligten sich 45 der insgesamt 78 Einrichtungen des Maßregelvollzugs in Deutschland, um die Situation des deutschen Maßregelvollzugs möglichst umfassend darzustellen. Dabei gaben 68,5% der Kliniken eine Überbelegung ihrer Einrichtung an, außerdem gab es flächendeckend einen deutlichen Personal- und Raummangel, wodurch häufig keine angemessene Behandlung gewährleistet werden kann. Zudem berichtete ein Drittel der Kliniken von einer steigenden Zahl an körperlichen Übergriffen durch Betroffene (Zeidler et al. 2024). Diese Daten zeigen, dass die 2017 von der DGPPN definierten Behandlungsstandards in vielen Kliniken nicht erfüllt sind (Müller et al. 2017). Stattdessen ist in

einem Großteil der forensisch-psychiatrischen Kliniken die Lage durchaus angespannt und die Kapazitäten der Therapie sind aufgrund von Überbelegung und Personalknappheit eingeschränkt (Zeidler et al. 2024). Die DGPPN hat vor dem Hintergrund dieser Umfrage Forderungen an die politischen Entscheidungsträger formuliert, um zukünftig die Behandlungsstandards dauerhaft besser erfüllen zu können. Diese Forderungen beinhalten eine ausreichende Finanzierung sowie die Erstellung eines bundesweiten Registers, um die Einweisungen und Maßnahmen systematisch und transparent zu dokumentieren. Die Rahmenbedingungen der Einrichtungen in den einzelnen Bundesländern sollten zudem harmonisiert werden, insbesondere was die räumliche Ausstattung und die Personaldichte betrifft. Um diesen Zielen nachgehen zu können, sollte in die forensisch-psychiatrische Forschung investiert werden, damit die Versorgung in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs auf Bundesebene zukünftig auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse verbessert werden kann (DGPPN e.V. 2023c).

### 3.6.2 Pflege

Bei der Betrachtung der Pflege von Betroffenen mit Schizophrenie muss in der Versorgung zwischen der Pflege nach SGB V, nach SGB XI und Pflege durch Angehörige unterschieden werden; die forensisch-psychiatrische Pflege als Fachbereich ist für Betroffene mit Schizophrenie hervorzuheben. Zudem ist die professionelle Pflege von der Laienpflege und anderen pflegenden/betreuenden Berufsgruppen aufgrund der evidenzbasierten Ausbildung bzw. dem Studium abzugrenzen (Hahn u. Sauter 2023). Insgesamt ist die Versorgungssituation aufgrund der verschiedenen zugrundeliegenden SGBs und den verschiedenen Leistungserbringern (und deren Kompetenzen) durch Heterogenität charakterisiert (Sauter u. Needham 2023).

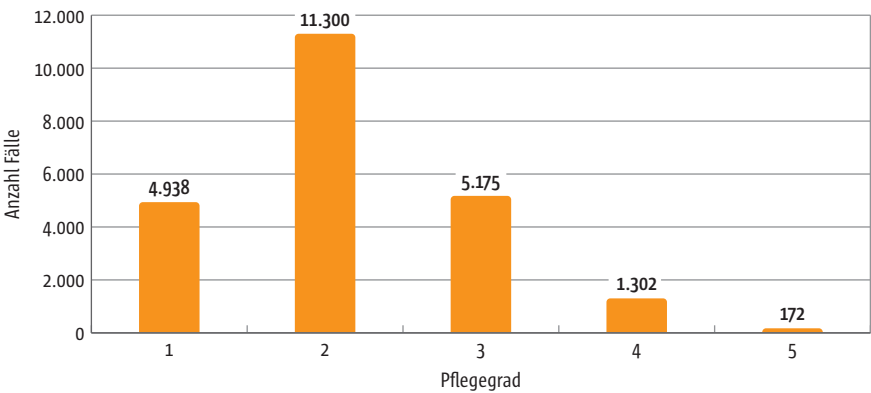
Im ambulanten Bereich ist die psychiatrische Pflege in PIAs, (in der StäB,) im Rahmen der häuslichen psychiatrischen Pflege und der Gemeindepsychiatrie vertreten; die Aufgaben und Tätigkeiten sind vielfältig; die jeweilige Ausgestaltung ist Ländersache. So sind beispielsweise die Versorgungsbedingungen von pHKP-Rahmenverträgen abhängig, die zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden (§ 75 SGB XI). Dies kann zu regionalen Unterschieden führen, die zudem durch das jeweilige Engagement von Leistungsträgern und -erbringern geprägt sind (Buneta 2023).

Vor dem Streben nach einer Ambulantisierung der Versorgung stellt auch die Verfügbarkeit von entsprechendem Pflegefachpersonal eine Herausforderung dar; im ambulanten Bereich sind Pflegefachpersonen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eher die Minderheit, was auf geschichtlichen, finanziellen, sozialrechtlichen und tarifrechtlichen Gründen beruht (Sauter u. Needham 2023). Obgleich die Pflege in Krankenhäusern die größte Berufsgruppe darstellt, gaben in einer Umfrage, die im Rahmen des „Psychiatrie-Barometers“ 2023 durchgeführt wurde, 86% der Krankenhäuser und Abteilungen an, dass sie Probleme damit haben, offene Stellen im Pflegedienst in der Psychiatrie, in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und/oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie zu besetzen. Durchschnittlich sind offene Stellen im Pflegedienst rund fünf Monate unbesetzt

(Blum et al. 2023). Auch im Maßregelvollzug unterschritten die berichteten Personalquoten in einer DGPPN-Umfrage beim Pflege(hilfs)personal die Empfehlungen der DGPPN 2017 (Zeidler et al. 2024).

**Pflege nach Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege**

Daten aus dem InEK-Datenbrowser von 2023 stellen die Verteilung der Fälle mit Schizophrenie auf die verschiedenen Pflegegrade dar und verdeutlichen die hohe Anzahl an Fällen insbesondere bei den Pflegegraden 1–3 im voll-, teilstationären Setting und in der StäB (s. Abb. 9). Es wurden ebenfalls Zahlen zu den Fällen mit Schizophrenie je Pflegesetting (vollstationär/teilstationär/StäB) pro Pflegegrad erhoben, wodurch erkennbar wird, dass die Anzahl der Fälle in der vollstationären Pflege um ein Vielfaches höher ist als in der teilstationären Pflege bzw. der StäB (s. Tab. 5) (InEK 2023c; InEK 2023a; InEK 2023b).



**Abb. 9** Vergleich der Anzahl an Fällen mit ICD-10-GM F20-Diagnose je Pflegegrad  
Quelle: IGES (eigene Darstellung) nach (InEK 2023c; InEK 2023b; InEK 2023a).

**Tab. 5** Anzahl der Fälle mit ICD-10-GM F20-Diagnose je Pflegesetting und Pflegegrad  
Quelle: InEK 2023c; InEK 2023b; InEK 2023a. StäB = Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung.

		Pflegegrad					Gesamt
		1	2	3	4	5	
Pflege- setting	vollstationär	4.673	10.782	4.902	1.230	134	21.721
	teilstationär	249	491	260	72	38	1.110
	StäB	16	27	13	-	-	56
	Gesamt	4.938	11.300	5.175	1.302	172	22.887



## Pflege nach Sozialgesetzbuch Elftes Buch

Aus Daten der BARMER GEK aus dem Jahr 2017 geht hervor, dass Betroffene mit einer Schizophrenie 5,9% der Pflegebedürftigen in allen Settings ausmachen. Differenziert nach den einzelnen Versorgungssettings macht diese Personengruppe 9,7% der Personen in Pflegeheimen, 9,1% in Pflege-Wohngemeinschaften und 5,3% im betreuten Wohnen aus. Von den Empfängern von Pflegesachleistungen bilden Betroffene mit einer Schizophrenie einen Anteil von 5,8%, beim Pflegegeld sind es 4,0% (BARMER 2019). Bei Betrachtung der Verteilung der häufigsten Krankenhausdiagnosen aller Versicherten, inzident oder prävalent pflegebedürftig in den Jahren 2017–2022, ergibt sich eine Gesamtzahl von 6.691 Schizophreniefällen pro Monat, davon waren 73,0% nicht pflegebedürftig, 0,6% inzident und 26,3% prävalent pflegebedürftig (BARMER 2023).

## Pflege durch Angehörige

Laut Pflege-Report 2021 werden rund drei Viertel der nach SGB XI pflegebedürftigen Menschen von An- und Zugehörigen versorgt, die Hälfte dieser Pflegepersonen versorgte ihre Angehörigen dabei mehr als 12 Stunden täglich (BARMER 2018). Für die pflegenden Angehörigen geht dies mit einer körperlichen und psychischen Belastung sowie häufig auch finanziellen Herausforderungen einher, da der eigene Beruf (teilweise) nicht mehr ausgeführt werden kann (Gühne et al. 2022; BARMER 2018). Insbesondere die emotionale Belastung ist in Bezug auf die Pflege von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie nochmals deutlich erhöht, da oftmals Ängste, Sorgen oder Gefühle der Hilflosigkeit die pflegenden An- und Zugehörigen beeinträchtigen. Für die pflegenden Angehörigen ist es daher essenziell, dass wirksame Unterstützungsangebote geschaffen werden, die ihnen helfen und sie zugleich entlasten können (Gühne et al. 2022). Zudem sieht das SGB XI Sozialleistungen und Pflegekurse als Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige vor. (Trost 2023).

## Forensisch-psychiatrische Pflege

In der forensisch-psychiatrischen Pflege als Fachbereich der psychiatrischen Pflege liegt die Besonderheit in dem Auftrag der Besserung und Sicherung der Betroffenen, die bei (verminderter) Schuldfähigkeit im Rahmen einer psychischen Erkrankung oder Intelligenzminderung eine Straftat begangen haben und weiterhin qua Gericht als gefährlich eingestuft werden. Aufgrund der ständigen Präsenz sind die Pflegefachpersonen in der forensisch-psychiatrischen Pflege den Betroffenen am nächsten (Hax-Schoppenhorst 2023). Sie sehen sich sowohl Chancen als auch Gefahren gegenübergestellt; indem sie ein Gleichgewicht zwischen sozialer Kontrolle und pflegerischer Fürsorge leisten; situationsbedingt kann erst unter den Bedingungen von Zwang, Freiheit und Autonomie differenziert werden (vgl. „fürsorglicher Zwang“ in Hax-Schoppenhorst 2023, S. 1381 in Sauter et al. 2023). Dabei sind v.a. die Milieuthherapie (Gestaltung von Alltag und Lebensumfeld der Betroffenen auf der Station), die Bezugspflege und Beziehungsgestaltung (Vertrauensbildung, Verantwortung als zuständiger Ansprechpartner, etc.) und das Sorgen für Sicherheit (z.B. Kontroll- und Aufsichtsfunktion bei Wahrung der Menschenwürde) spezifische Aufgabenfelder der psychiatrisch Pflegenden. In der forensischen Nachsorge übernehmen Pflegefach-

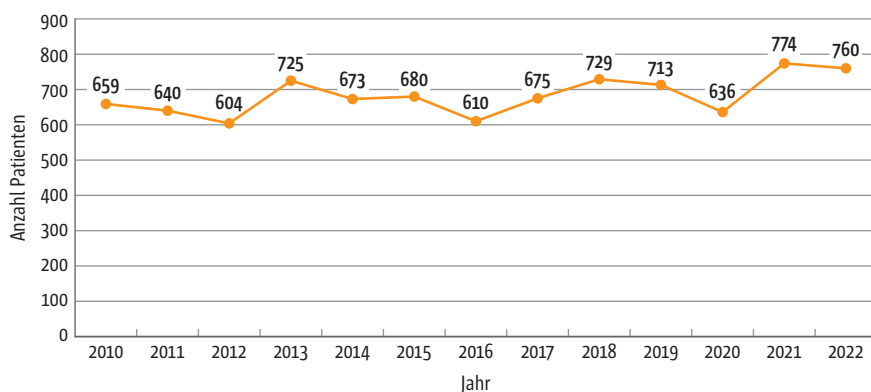
personen die Sichtung möglicher Entlassungsregionen und Unterbringungen. Aufgrund oftmals langjähriger Erfahrungen sind sie auch ein wichtiger Aspekt bei entsprechenden Vermittlungsgesprächen (Hax-Schoppenhorst 2023).

#### 3.6.3 Rehabilitation und Teilhabe

Laut Statistiken der Deutschen Rentenversicherung nahmen 2022 insgesamt 270 Frauen und 490 Männer mit einer ICD-10-GM F20.-Diagnose stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene in Anspruch (Deutsche Rentenversicherung Bund 2023b).

Über den Zeitverlauf befanden sich von 2010–2022 jährlich 604–774 Betroffene mit einer Schizophrenie in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (mit mehr als 100 Betten, s. Abb. 10, Differenzierung zw. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht möglich) (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2024b).

Im Hinblick auf den Altersdurchschnitt zeigte sich, dass Frauen nach Abschluss der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe im Durchschnitt 44,8 Jahre alt sind, während Männer dagegen durchschnittlich 39,9 Jahre alt sind (Ommert 2021; Deutsche Rentenversicherung Bund 2023b). In einer Interviewstudie mit Frauen mit Schizophrenie wurden basierend auf dem bio-psycho-sozialen Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health Kontextfaktoren und deren Wechselwirkungen für die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung identifiziert. Die berufliche Vorgeschichte, soziale Nahräume, störungsspezifische Erfahrungen und Einstellungen, das Rehabilitationssystem und Perspektiven sind demnach bedeutsame Faktoren, die die Teilhabe bei Frauen beeinflussen können. Eine übergeordnete Einteilung der spezifischen Barrieren in individuelle, interaktionale und strukturelle Kontextfaktoren zeigte, dass insbesondere erstere und zweitens mittels Rehabilitationsmaßnahmen bearbeitet werden können, während Barrieren, die mit strukturellen Kontextfaktoren in Verbindung stehen, sich jedoch auf gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen



**Abb. 10** Betroffene mit ICD-10-GM F20-Diagnose in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen im Verlauf (2010–2022)

Quelle: IGES (eigene Darstellung) nach Statistisches Bundesamt (Destatis) 2024b, Stand: Dezember 2023.

der Leistungsträger und Leistungserbringer beziehen, sodass es langfristige politische bzw. staatliche Maßnahmen zum Barriereabbau braucht (Ommert 2021).

Auch die rehabilitative Versorgung ist nicht frei von Schnittstellenproblemen, die die Versorgungsplanung und -kontinuität erschweren (Weisbrod et al. 2014; Jäckel et al. 2021). Angesichts der Relevanz rehabilitativer Angebote bereits in der Akutphase stellt das Überwinden von Kostenträgergrenzen eine große Herausforderung dar (Weisbrod et al. 2014). Gleichzeitig führt die Verkürzung der Liegezeiten im stationären Setting zu einer Ausrichtung auf eine Reduzierung der Akutsymptomatik und einer Verdrängung von Teilhabeleistungen (Weisbrod et al. 2014; Jäckel et al. 2021).

Es zeigt sich im Rahmen der beruflichen Rehabilitation eine zunehmende Prävalenz von psychisch Erkrankten unter den Beschäftigten in geschützten Arbeitsumgebungen wie etwa Werkstätten für behinderte Menschen. Ein Trendbericht der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zeigt, dass der Prozentsatz der Personen mit psychischen Erkrankungen, die an Programmen zur unterstützen der Beschäftigung teilgenommen haben, im Jahr 2015 auf 25% angestiegen ist. Dies stellt eine signifikante Steigerung von 11% im Vergleich zum Jahr 2009 dar (Freifrau von Hirschberg et al. 2017). Demnach profitieren Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland nicht ausreichend von beruflichen Integrationsmaßnahmen mit dem Ziel einer Platzierung auf dem ersten bzw. allgemeinen Arbeitsmarkt (Stengler et al. 2021; Jäckel et al. 2021). Eine multizentrische Beobachtungsstudie in Süddeutschland ergab, dass etwa 28% der eingeschlossenen Betroffenen (mit Schizophrenie oder affektiven Störungen) im erwerbsfähigen Alter auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig waren, etwa 5% in einer beschützten Form. Jeweils ein Viertel der Betroffenen war arbeitslos oder aufgrund der Erkrankung frühzeitig berentet (Gühne et al. 2022). Hürden auf dem Weg in die Erwerbstätigkeit bzw. beim Erhalt dieser stellen neben den Krankheitssymptomen und den Nebenwirkungen der Psychopharmakotherapie auch das Rezidivrisiko (Steadman 2015) sowie persistierende kognitive und funktionelle Defizite nach der psychotischen Akutsymptomatik dar. Insbesondere aufgrund des Auftretens im späten Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter kann der Abschluss der Ausbildung und der Einstieg in das Berufsleben mühevoll sein (Steadman 2015; Gühne et al. 2022; Jäckel et al. 2021). Zudem kann die Stigmatisierung durch das Arbeitsumfeld, d.h. durch den Arbeitgeber oder das Kollegium die berufliche Teilhabe für die Betroffenen erschweren (Steadman 2015; Hampson et al. 2020; Brouwers 2020).

Die Taskforce „Supported Employment“ der DGPPN kritisiert außerdem den in Deutschland verbreiteten Pre-vocational Trainingsansatz (s. Kap. 2.6.3) und fordert einen größeren Fokus auf IPS, da dieses sich international als wirksamer erwiesen hat (Stengler et al. 2021). Auch eine Studie aus Deutschland konnte jüngst zeigen, dass IPS den üblichen beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen bei Menschen mit einer Schizophrenie-Spektrumsstörung überlegen war. Dabei wurden 20 Betroffene mit Schizophrenie, die am IPS teilnahmen mit 20 Kontrollpersonen verglichen. Signifikant mehr IPS-Teilnehmende waren im 18-monatigen Beobachtungszeitraum mindestens einen Tag sowie mindestens zwei Monate für mindestens 20 Wochenstunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig. Zudem waren die IPS-Teilnehmenden signifikant mehr Stunden sowie mehr Tage tätig und erzielten einen höheren Bruttolohn als Teilnehmende der üblichen Rehabilitation; Unterschiede im Hinblick auf die Krankheitstage und Tage im Krankenhaus gab es nicht. Die Beobachtungsstudie ergab zudem eine Überlegenheit des IPS gegenüber der üblichen Rehabilitation

im Hinblick auf die Kosteneffizienz (Nischk et al. 2024). Zudem könnten kognitive Defizite von Betroffenen mit Schizophrenie durch IPS kompensiert werden (Pothier et al. 2019; Jäckel u. Bechdorf 2021).

Im Bereich der sozialen Rehabilitation bzw. dem Teilhabebereich Wohnen lässt sich eine hohe Ambulantisierungsquote bei Personen mit psychischen Beeinträchtigungen feststellen. Diese Quote reflektiert den Anteil an ambulanten Assistenzleistungen, die außerhalb spezialisierter Wohnformen erbracht werden, im Vergleich zu den gesamten Assistenzleistungen, die sowohl innerhalb als auch außerhalb dieser Wohnformen angeboten werden. Im Jahr 2022 betrug die Ambulantisierungsquote bei Leistungsberechtigten mit seelischen Behinderungen, zu denen chronisch psychisch Erkrankte und Suchtkranke zählen, ca. 78% (Mantaj et al. 2024). In Baden-Württemberg machte die Diagnose Schizophrenie den größten Anteil in stationären Wohnformen der Eingliederungshilfe aus (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration 2023). Eine bundesweite quantitative Erhebung von Struktur- und Prozessdaten stationärer Wohneinrichtungen für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen und/oder Menschen mit chronischen Mehrfachabhängigkeiten mittels Onlinefragebogen (n = 9.571 Bewohnende) ergab, dass über die Hälfte der Bewohnenden (etwa 54%) die Primärdiagnose einer Schizophrenie aufweisen (Jenderny et al. 2020). Aufgrund der notwendigen Unterstützung stellen Wohnheime für Betroffene mit Schizophrenie eine wichtige „Sonderwohnform“ dar, die jedoch häufig wohnortfern in Anspruch genommen werden muss und mit Einschränkungen in der Selbstständigkeit und bei den Teilhabechancen einhergehen kann (Gühne et al. 2022). Bestehende, institutionell orientierte Wohnheime sind derzeit z.T. aufgrund fehlender 24/7-Personalausstattung zu einer Aufnahmeselektion oder (bei Personen mit nächtlichen Unterstützungsbedarfen) zu einer Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung gezwungen (Jenderny et al. 2020). Nicht selten fehlt Betroffenen mit Schizophrenie ein sicherer Empfangsraum (v.a. nach der stationären/forensischen Versorgung), sodass Obdachlosigkeit die Konsequenz sein kann (Gühne et al. 2022; Schreiter et al. 2019; Zeidler et al. 2024). Eine Routinedatenanalyse von n = 1.205 Datensätzen von Patienten einer psychiatrischen Universitätsklinik (2008–2021) in Berlin ergab eine Zunahme der Obdachlosigkeitsrate um etwa 15% über den Beobachtungszeitraum. Die Obdachlosigkeit war u. a. signifikant mit einer fehlenden ambulanten Behandlung und psychotischen Störungen assoziiert (Jalilzadeh Masah et al. 2023). Als problematisch erweist sich in diesem Zusammenhang auch die Akquise, die Bereitstellung und der Erhalt entsprechender Wohnräume. In einem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Forschungsprojekt zu Entstehung, Verlauf und Struktur von Wohnungslosigkeit und Strategien zu ihrer Vermeidung und Behebung wurden u. a. Menschen mit psychischen Erkrankungen als besonders vulnerable Zielgruppe, für die bedarfsgerechte Angebote oftmals fehlen, identifiziert. Insbesondere nach einem institutionellen Aufenthalt (z.B. im Krankenhaus oder in Haft) besteht die Gefahr der Wohnungslosigkeit, wenn z.B. Ersparnisse nicht für die Mietfortzahlung reichen oder Betroffene bereits vor dem Aufenthalt nicht über eine Wohngelegenheit verfügten. Sowohl für Träger als auch für Privatpersonen stellt der grundsätzliche Mangel an bezahlbarem Wohnraum eine Barriere dar (Busch-Geertsema et al. 2019; Gille u. Koziolk 2022). Häufig sind entsprechende Wohnraumangebote in sozial benachteiligten Gegenden lokalisiert, die durch hohe Arbeitslosenquoten und hohe Anteile von Transferleistungsbeziehenden sowie Umweltbelastungen charakterisiert sind (Gille u. Koziolk 2022).

Ein insbesondere für Betroffene mit Schizophrenie in frühen Episoden potenziell hilfreicher Ansatz ist die Soteria als sogenannte „Milieuthérapie“. Die Versorgung nach diesem Ansatz basiert auf der Idee, eine häusliche, stressreduzierende Umgebung zu schaffen, die zwischenmenschliche Kontakte fördert und individuelle Begleitung während psychotischen Episoden ermöglicht. Dieses therapeutische Umfeld zielt darauf ab, dem subjektiven Erleben der Psychose des Betroffenen einen Sinn zu geben und ein gemeinsames Verständnis der Symptome im sozialen Kontext des Einzelnen zu finden (Leendertse et al. 2022). Das Konzept vermeidet traditionelle hierarchische medizinische Ansätze, versteht Betroffene und Personal als Gemeinschaft und wird häufig ohne oder mit leitliniengerechter, geringer Dosierung von antipsychotischen Medikamenten durchgeführt (Leendertse et al. 2022; Nischk u. Rusch 2019). Die Einrichtungen haben einen vertrauten, beruhigenden Charakter, wobei die Gemeinschaftsbereiche so gestaltet sind, dass sie die Interaktion zwischen Betroffenen und Personal fördern. Der Gedanke der Normalisierung des Lebens in der Einrichtung wird auch durch Aktivitäten wie drei tägliche Mahlzeiten und eine ausgewogene Routine aus Aktivität und Entspannung umgesetzt. Die verfügbaren Daten zu diesem Behandlungsansatz deuten darauf hin, dass Soteria ein mit der Versorgung auf einer akutpsychiatrischen Station vergleichbares Maß an Symptomreduktion mit wesentlich geringeren Medikamentendosen erreichen kann (Nischk u. Rusch 2019; Fabel et al. 2023).

### 3.7 Spezielle Versorgungskonzepte: Besondere Versorgung und Modellvorhaben

#### 3.7.1 Besondere Versorgung nach § 140a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

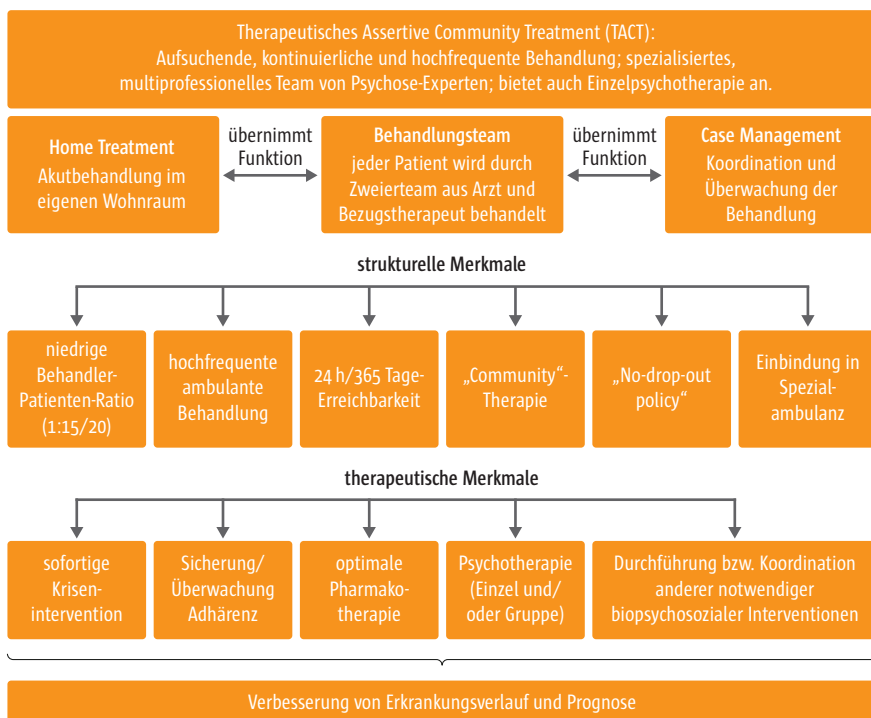
Anknüpfend an die „Integrierte Versorgung“ (IV) gelten in Deutschland seit 2015 die Regelungen der „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V, die neben der IV auch „Strukturverträge“ und die „Besondere ambulante Versorgung“ beinhalten. Die Angebote der Besonderen Versorgung sollen eine Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung ermöglichen (§ 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V). Verträge, die nach § 140a SGB V über eine Besondere Versorgung geschlossen sind, ermöglichen den Krankenkassen, neue spezielle Versorgungskonzepte mit einzelnen Leistungserbringern umzusetzen. Dies ist für Betroffene von Vorteil, da sie dadurch von innovativen und komplexen Behandlungsangeboten profitieren können, die häufig mit einer Verbesserung der Versorgung einhergehen (vdek e.V. 2022).

Im Rahmen verschiedener Modelle der Besonderen Versorgung konnte gezeigt werden, dass diese für Betroffene mit Schizophrenie ein wirksames und kostenneutrales/-effektives Versorgungsangebot darstellt.

#### Beispiel: Integrierte Versorgung für Psychosen inkl. Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) – „Hamburger Modell“ und RECOVER-Modell

Das „Hamburger Modell“, 2005 vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickelt und in Kooperation mit verschiedenen Krankenkassen (z.B. DAK Gesundheit, AOK Rheinland-Pfalz, IKK Classic) ab 2007 umgesetzt (basierend auf § 140a SGB V, alte

Fassung), richtet sich an Betroffene mit schweren psychotischen Störungen. Kern des Modells ist eine aufsuchende, intensive und langfristige Behandlung in einem Netzwerk von spezialisierten Psychose-Institutionen unter Koordination und Behandlung durch ein TACT-Team, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pflegepersonal, Sozialpädagogen; ergänzt um niedergelassene Psychiater, Peer-Genesungsbegleiter und weitere SGB XII-Institutionen (Lambert u. Kraft 2017; Lambert et al. 2014). Die TACT-Teams zeichnen sich u.a. durch Interdisziplinarität, fachärztliche Leitung, Psychoseexpertise, therapeutische Behandlungskontinuität, ein niedriges Behandler-Patienten-Verhältnis und durchgängige telefonische Krisenintervention aus (s. Abb. 11). Dabei ist es das Ziel, eine sektorenübergreifend-koordinierte, langfristige und störungsspezifisch-evidenzbasierte, pharmakotherapeutische und psychotherapeutische Behandlung anzubieten und somit die Chance auf eine umfassende und langfristige Gesundung zu ermöglichen. Darüber hinaus soll eine Verbesserung des Funktionsniveaus einhergehend mit der gesellschaftlichen Teilhabe, der Gewinn von Lebensqualität, eine Reduktion von Rückfällen, Zwangsbehandlungen, Behandlungsabbrüchen, voll- und teilstationären Aufnahmen, und Behandlungskosten erreicht werden (Lambert u. Kraft 2017). Das Hamburger Modell richtet sich einerseits an mehrfacherkrankte Betroffene  $\geq 18$  Jahre, andererseits an ersterkrankte Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12–29 Jahren, wobei sich die Ausgestaltung strukturell und inhaltlich jeweils insbesondere hinsichtlich der Kompo-



**Abb. 11** Merkmale des Therapeutischen Assertive Community Treatments, TACT = Therapeutisches Assertive Community Treatment  
Quelle: IGES (eigene Darstellung) nach Lambert et al. 2014.

nente Früherkennung (bei Ersterkrankten) und Angeboten der Adoleszentenpsychiatrie sowie der Jugendhilfe und dem schulpсихologischen Dienst für letztere Zielgruppe unterscheidet (Lambert et al. 2016). Als sogenanntes „Managed Care Capitation Modell“ (finanziert über eine Jahrespauschale) in Form eines Provider Networks sollen in beiden Fällen die Versorgungsqualität gesteigert und Kosten stabilisiert bzw. gesenkt werden, indem Abläufe geplant und vertraglich geregelt sind (Lambert u. Kraft 2017; Lambert et al. 2014). In der Jahrespauschale sind u. a. die Leistungen der Früherkennungsambulanz für psychische Störungen, die voll- und teilstationäre Behandlung, Leistungen der Ambulanz für Psychosen (und bipolare Störungen), Arbeitstherapie, Leistungen des TACT-Teams, durchgängiger Bereitschaftsdienst, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung enthalten (Lambert u. Kraft 2017). Eine Evaluation der Effizienz ergab im Vergleich zur Regelversorgung numerisch geringere Jahreskosten bei Betroffenen mit Schizophrenie und bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in frühen Phasen einer Psychose sowie eine Reduktion der Kosten über die Zeit (Karow et al. 2012). Eine tiefgreifende Beschreibung des Modells bietet ein entsprechendes Manual des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Lambert u. Kraft 2017).

Das TACT-Modell wurde im Rahmen der IV bereits in mehreren Studien evaluiert (Karow et al. 2012; Lambert et al. 2010; Schöttle et al. 2018; Lambert et al. 2015; Lambert et al. 2018; Lambert et al. 2017; Rohenkohl et al. 2023; Rühl et al. 2023; Rohenkohl et al. 2022).

Unter anderem ergab eine Evaluation des TACT-Modells im zwei- und vier-Jahresverlauf eine Verbesserung der Lebensqualität, eine Steigerung der Alltagsfunktion und der Behandlungszufriedenheit. Zudem konnten die psychotischen Symptome und der klinische Schweregrad bei Betroffenen mit psychotischen Störungen reduziert werden. Die Stabilisierung der psychosozialen Situation ging mit einer verbesserten Behandlungssadzhärenz sowie einer Zunahme der Behandlungsdichte und -qualität einher. Auch die Zwangseinweisungen konnten im Vergleich zu den letzten zwei Jahren vor der Aufnahme in die IV reduziert werden (Karow et al. 2014).

Eine vergleichende Kosten- und Kosteneffizienzanalyse (aus Kostenträgerperspektive) zwischen der IV nach TACT und der Regelversorgung (historische Vergleichsgruppe) bei Betroffenen mit multiplen psychotischen Episoden über einen 12-monatigen Zeitraum ergab insgesamt eine höhere Kosteneffektivität der IV-TACT. Obwohl die Betroffenen in der IV-TACT-Gruppe signifikant schwerer erkrankt waren und eine geringere Funktionsfähigkeit aufzeigten als die Betroffenen der Vergleichsgruppe, zeigte sich über den Beobachtungszeitraum eine signifikant geringere Anzahl an Krankenhaus- bzw. Tageskliniktagen und geringere damit assoziierte Kosten. Im ambulanten Setting wurden in der IV-TACT-Gruppe mehr Behandlungskontakte und höhere damit assoziierte Kosten identifiziert, dennoch ergaben sich insgesamt geringere Kosten in der Interventionsgruppe und höhere zusätzliche qualitätsadjustierte Lebensjahre (Karow et al. 2020).

Das RECOVER-Modell, ein Projekt, das die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (darunter Schizophrenie) sektorenübergreifend und evidenzbasiert verbessern und damit die Behandlungsqualität und -effizienz erhöhen soll, greift das Hamburger-(TACT-)Modell auf und berücksichtigt es als Interventionsbestandteil (Christoph Lohfert Stiftung 2021). Das Projekt wurde in Hamburg innerhalb eines Selektivvertrags nach § 140a SGB V und im Kreis Steinburg (Itzehoe) in Ergänzung zum bestehenden Modellvorhaben nach § 64b SGB V (2018–2021) umgesetzt (Lambert



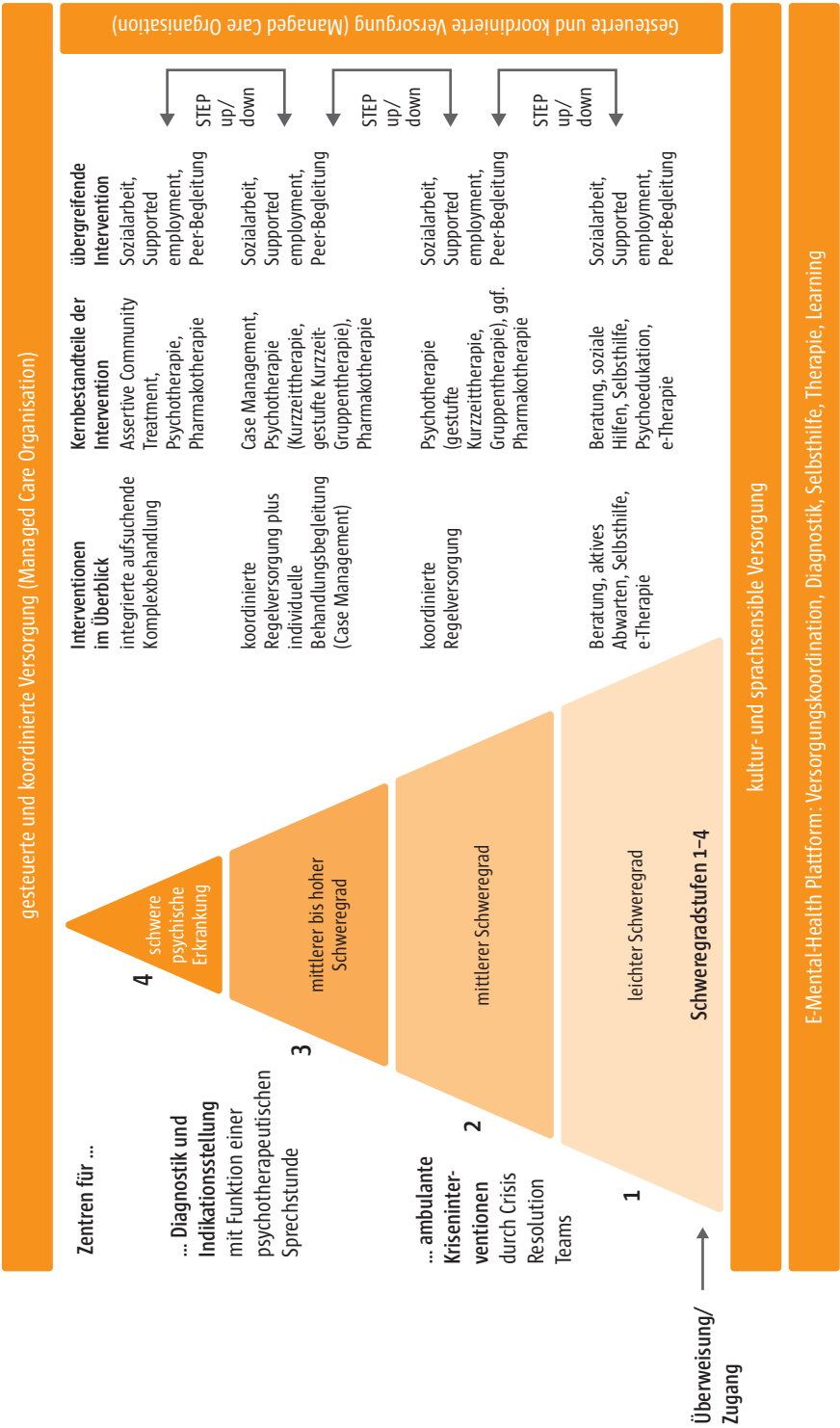


Abb. 12 Gesteuerte und koordinierte Versorgung im RECOVER Modell  
Quelle: RECOVER, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2024.

et al. 2023) und von 2017–2020 durch den Innovationsausschuss des G-BA gefördert (Innovationsausschuss G-BA 2024b). Das Modell basiert auf den Konzepten der gestuften und koordinierten Versorgung und soll damit möglichst ressourcensparend, effektiv und personalisiert auf die individuellen Bedürfnisse und die Schwere der Erkrankung der Betroffenen eingehen (s. Abb. 12) (RECOVER, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2024). Dabei werden Therapien möglichst sektorenübergreifend in Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Kliniken, Angehörigen und Arbeitgebern entwickelt und Betroffene somit bestmöglich versorgt (Innovationsausschuss G-BA 2024b).

In der Evaluation des Projekts von 2018–2020 (RECOVER-Gruppe n = 447, Regelversorgungsgruppe n = 444) wurden signifikant niedrigere jährliche direkte und indirekte Gesamtkosten in der RECOVER-Gruppe im Vergleich zur Regelversorgungsgruppe identifiziert, was insbesondere auf die reduzierten Kosten für stationäre und teilstationäre Krankenhauskosten zurückzuführen ist; die Kosten für den ambulanten Bereich, d.h. für Ärzte und Psychologen, waren jedoch in der RECOVER-Gruppe höher. Indirekte Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit (AU) unterschieden sich zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant. Mit Blick auf Betroffene mit komplexem und fortlaufendem Behandlungsbedarf, d.h. Betroffene mit schweren psychischen Erkrankungen, führte die RECOVER-Behandlung im Vergleich zur Regelversorgung zu signifikanten jährlichen Einsparungen bei den gesellschaftlichen Kosten, den direkten Gesundheitskosten und bei den gesamten Krankenhauskosten. In den weiteren primären Endpunkten psychosoziales Funktionsniveau und Kosteneffektivität waren die Ergebnisse der RECOVER-Gruppe jenen der Regelversorgung überlegen, die Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant. In den sekundären Endpunkten wie der Anwendung von Peer-Support, Selbsteinschätzungen zu Lebensqualität und (diagnosespezifische) Symptombelastung waren Vorteile für die 12-monatige RECOVER-Behandlung erkennbar (Lambert et al. 2023).

In einem Beschluss des Innovationsausschusses beim G-BA wird jedoch keine Empfehlung für die Übernahme von RECOVER in die Regelversorgung gegeben. Grund dafür ist, dass trotz des grundsätzlichen Nachweises, die Implementierung eines sektorenübergreifenden, schweregradgestuften Versorgungsmodells für Menschen mit psychischen Erkrankungen grundsätzlich möglich ist, die Effekte im Hinblick auf die patientenrelevanten Endpunkte trotz positiver Tendenzen nicht signifikant waren. Auch die Validität wurde aufgrund des hohen Drop-Outs und selbstberichteter Endpunkte als eingeschränkt bewertet. Dennoch wurden die Ergebnisse aufgrund erkennbarer positiver Tendenzen durch eine schweregradabhängige Koordination der Versorgung an den Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung des G-BA weitergeleitet, sodass diese ggf. bei einer Überarbeitung der KSVPsych-RL Berücksichtigung finden können (Innovationsausschuss G-BA 2023).

### 3.7.2 Modellvorhaben nach § 64b Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

Modellprojekte zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V sind für die Akut- und Langzeitbehandlung geeignet und sollen möglichst für alle Betroffenen zugänglich sein. Ziel ist dabei laut § 64b SGB V, in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben durchzuführen und die Durchführung auf maximal 15 Jahre zu befristen (eine Verlängerung kann jedoch beantragt werden). Die Modellvor-

haben sollen dabei die Patientenversorgung verbessern und eine sektorenübergreifende Leistungserbringung inklusive der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld ermöglichen (§ 64b Abs. 1 Satz 1 SGB V). Eine Untersuchung der Umsetzung spezifischer Versorgungsmerkmale an Kliniken der Modell- und Regelversorgung (PsychCare-Studie) ergab, dass Kliniken der Modellvorhaben die folgenden Merkmale signifikant stärker umsetzen (Implementierungsgrad) als Kliniken der Regelversorgung: Flexibilität im Settingwechsel, settingübergreifende therapeutische Gruppen, Zuhausebehandlung, systematischer Einbezug von Bezugspersonen, Erreichbarkeit von Leistungen, sektorenübergreifende Kooperation und Erweiterung professioneller Expertise. Aufgrund der Heterogenität der Modellvorhaben, die in der unterschiedlichen Schwerpunktsetzung je nach struktureller Besonderheit in der Versorgungsregion begründet liegt, sind die Merkmale in den einzelnen Modellvorhaben jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt (Schwarz et al. 2022a). Insgesamt deuten Ergebnisse der PsychCare-Studie darauf hin, dass erwachsene Studienteilnehmende mit alkoholbezogener, schizophrener oder affektiver Störung der Modellversorgung bei vergleichbarer Erkrankungsschwere zum Beobachtungsbeginn eine signifikant höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit und Recovery aufweisen als jene der üblichen Versorgung. Auch die Gesamtkosten erwiesen sich in der kontrollierten, prospektiven, multizentrischen Kohortenstudie für die Modellvorhaben als geringer im Vergleich zur üblichen Versorgung (Pfennig et al. 2023).

Die Modellvorhaben werden durch ein globales Behandlungsbudget finanziert, das mit einzelnen Krankenkassen als Selektivvertrag oder als regionales Gesamtbudget mit allen Krankenkassen einer Region vereinbart wird. Im Rahmen der PsychCare-Studie konnte gezeigt werden, dass die Modellvorhaben, die über ein regionales Gesamtbudget finanziert wurden, die bereits angeführten Merkmale der Implementierung besser umsetzen konnten als die Modellvorhaben, die über Selektivverträge finanziert wurden; bzw., dass mit zunehmendem Umfang des Modellvertrages (d.h. ob der Vertrag mit allen oder nur einem Teil [ $< 30\%$ ,  $30-90\%$ ,  $> 90\%$ ] der Krankenkassen geschlossen ist) auch der Implementierungsgrad stieg (Schwarz et al. 2022a; Pfennig et al. 2023). Die achte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung betont die Möglichkeit, Setting- und Sektorengrenzen durch Modellvorhaben nach § 64b SGB V zu überwinden, insbesondere im Hinblick auf Regionalbudgets und sektorenübergreifende Quartals- oder Kopfpauschalen. Gleichzeitig hält die Regierungskommission diese Modelle für ein deutschlandweites Ausrollen (pauschal und obligat) jedoch noch nicht für geeignet, da sich die ambulante Versorgung regional stark unterscheidet. Empfohlen wird jedoch, dass – sofern in einer Region durch ein Krankenhaus und mehrere Krankenkassen ein Vertrag nach § 64b SGB V geschlossen wird, der dazu führt, dass mindestens 25% aller Versicherten von dem Vertrag erfasst sind – das Modell von allen Krankenkassen zwingend abgeschlossen und evaluiert werden muss (Kontrahierungszwang). Somit soll ein Anreiz gesetzt werden, erprobte Modelle in die regionale Regelversorgung zu überführen (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2023).

Die Gelegenheit, Versorgungsstrukturen und -prozesse weiterzuentwickeln und zu flexibilisieren, war laut Ergebnissen der PsychCare-Studie für die Teilnehmenden der Modellvorhaben ein Anreiz zur Einführung eines globalen Behandlungsbudgets (Pfennig et al. 2023). Als lohnend wurden in diesem Kontext v.a. die Entökonomisie-

zung klinischer Entscheidungsprozesse (z.B. keine Abhängigkeit der Einnahmen von Liegetagen) und medizinisch sinnvolles Handeln erachtet, wobei die Kooperation sowie gemeinsame Steuerungsziele zwischen Kliniken und Krankenkassen als zentrale Aspekte für eine Einführung von globalen Behandlungsbudgets seien und beispielsweise die Vertragsverhandlungen, settingübergreifende Leistungsdokumentation und -steuerung sowie der parallele Betrieb von Modell- und Regelversorgung als herausfordernd wahrgenommen wurden (Pfennig et al. 2023; Schwarz et al. 2022b).

### Beispiel: Modellvorhaben Schleswig-Holstein

Anfang 2019 gab es bundesweit 19 Modellvorhaben nach § 64b SGB V in acht Bundesländern, davon fünf in Schleswig-Holstein. Im Rahmen einer vergleichenden Analyse von Implementierungsmerkmalen wurden standardisierte Befragungen von 383 Teilnehmenden aus sieben Kliniken durchgeführt; um drei Zentren in Schleswig-Holstein (Heide, Itzehoe, Rendsburg) mit vier weiteren im restlichen Bundesgebiet (Sachsen [Glauchau], Thüringen [Nordhausen], Niedersachsen [Lüneburg], Brandenburg [Rüdersdorf]) zu vergleichen. Dabei wurden Daten zu Struktur, Leistungen und der Implementierung der Modellvorhaben erfasst, wodurch gezeigt werden konnte, dass die Modellvorhaben in Schleswig-Holstein stärker ausgeprägte modellspezifische Merkmale aufweisen und ein höherer Implementierungsgrad vorliegt als in den Modellvorhaben der übrigen Bundesländer. Betroffene in Schleswig-Holstein wurden vergleichsweise häufiger ambulant oder (signifikant) häufiger aufsuchend behandelt, hinsichtlich der Patientenerfahrungen war v.a. die Behandlerkontinuität signifikant stärker ausgeprägt. Die Behandlungsdauer (bezogen auf alle Behandlungstage, auch Tage mit Ambulanzbesuchen oder Zuhausebehandlung; basierend auf der Summe der Pflage tage in allen Behandlungssettings in jeweiligen Modellkliniken) erwies sich in den Modellkliniken in Schleswig-Holstein als signifikant kürzer. Im Hinblick auf die Behandlungssettings wurde ein größerer ambulanter und ein geringerer stationärer Anteil für die Studienteilnehmer identifiziert. Auch strukturell unterschieden sich die Modellkliniken: Während in Schleswig-Holstein Verträge mit allen Krankenkassen abgeschlossen wurden (gesamtes Budget) und die Zentren sich in öffentlicher Trägerschaft befanden, waren die Vergleichszentren teilweise freigemeinnützig und hatten teilweise nur anteilhaft ihr Klinikbudget (25–33%) als Modellvorhaben verhandelt (Peter et al. 2019).

Ein wichtiger Faktor, der in die erfolgreiche Umsetzung der Projekte einfließt, ist die Unterstützung der Modellvorhaben durch die Landespolitik in Schleswig-Holstein. Der Klinikbetrieb in Schleswig-Holstein wurde zudem von der Regel- in die Modellversorgung umgestellt und die entsprechenden Modellprojekte liefen bis Ende 2020, die Budgets wurden anschließend für weitere fünf Jahre verlängert (Peter et al. 2019; Livschütz 2022).

Trotz der großen Heterogenität zeigen verschiedene Modellvorhaben eine positive Wirkung, die mit einem erhöhten Ambulantisierungsgrad sowie der gleichzeitigen Zunahme tagesklinischer und ambulanter Versorgungsangebote einhergehen kann, wodurch die Anzahl der vollstationären Behandlungstage zurückgehen kann. Zudem lässt sich eine Reduktion der Symptomlast und Krankheitsschwere verzeichnen (Kliemt u. Häckl 2020; Deutscher Bundestag 2019). Gleichzeitig muss jedoch auch betont werden, dass die Entwicklung innovativer Versorgungsstrukturen in Deutschland noch weit hinter den Erwartungen des Gesetzgebers und den Anforderungen

des Gesundheitssystems zurückliegt. Nach 15 Jahren der Erprobung sind nur 5% der Versorgungsregionen dem Modellvorhaben nach § 64b SGB V für die Versorgung psychisch kranker Menschen gefolgt, wobei die mangelnde Erprobbarkeit des Modells und die fehlende Reversibilität sowie die schlechte Kompatibilität mit gleichzeitiger Regelversorgung als Barrieren gelten. Auch die vielfältigen Finanzierungsträger im deutschen Versorgungskontext und eine mangelnde Patientenzentrierung (sondern vielmehr Institutionszentrierung) sind zusätzliche Hürden für die Umsetzung innovativer Versorgungsformen (Berghöfer et al. 2020).

## 3.8 Versorgungssituation der Schizophrenie aus der Perspektive einer Angehörigen (Gastbeitrag)

Sylvia Spiegel

### 3.8.1 Düstere Aussichten? Was ich mir wünsche!

Auch psychisch schwer beeinträchtigte Menschen sollen ein Leben nach ihren eigenen Bedürfnissen in ihrem gewohnten Umfeld führen können. Damit dies gelingt, haben sie Anspruch auf Hilfe. Mitunter ist es für an Schizophrenie erkrankten Menschen unmöglich, einen Behandlungs- und/oder Unterstützungsbedarf bei sich zu erkennen.

Ein friedliches Zusammenleben erfordert die Einhaltung von Regeln. In psychotischen Phasen kann es passieren, dass ein Mensch aufgrund seines Wahns inakzeptable Verhaltensweisen an den Tag legt, die zu Konflikten mit seinem sozialen Umfeld führen. ‚Redet mit uns statt über uns‘ ist eine berechtigte Forderung Psychiatrieerfahrener. Aber was soll man tun, wenn Gespräche abgelehnt werden oder erfolglos bleiben?

Der Großteil psychisch Erkrankter leidet still und unauffällig vor sich hin, wird in Antistigmakampagnen vermittelt. Dieses Wissen entspannt und hilft niemanden, wenn der eigene Angehörige oder Nachbar zum anderen, verhaltensauffälligen, Teil gehört. Die Aussage ‚meine Psychose gehört mir‘, die ich in einer Diskussion von einem Psychiatrieerfahrenen gehört habe, darf nur Gültigkeit haben, wenn auch die Folgen des psychotischen Handelns allein den erkrankten Menschen treffen.

Die gesetzlichen Hürden für ein Eingreifen in das Wahngeschehen gegen den Willen des Betroffenen sind hoch, um ihn vor Machtmissbrauch und Willkür zu schützen. Die Kehrseite: Seine Mitmenschen bleiben dem Irrsinn ausgeliefert, bis etwas Gravierendes passiert, das ein Eingreifen mit Zwang rechtfertigt. Das eigentlich Positive, wenn nichts Bedrohliches passiert, kann kaum gewürdigt werden, denn die Situation ist und bleibt für das soziale Umfeld angespannt. Für Angehörige, die mit dem erkrankten Familienmitglied zusammenwohnen, bedeutet dies in der Regel Dauerstress, der sie oft selbst krank werden lässt.

Verschiedene UN-Gremien fordern mit Hinweis auf die UN-Behindertenrechtskonvention, die auch Deutschland unterzeichnet hat, ein Verbot aller Zwangsmaßnahmen im Kontext psychischer Erkrankung. Im Mittelpunkt dieser Überlegungen steht

das Recht der Betroffenen auf Selbstbestimmung. Nur: Wie selbstbestimmt sind wahngesteuerte Entscheidungen?

Der Psychiater Dr. Martin Zinkler und Prof. Dr. med. Sebastian von Peter haben vor dem Hintergrund der UN-Forderung ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie entwickelt (Zinkler u. Peter 2019). Sie zeigen gewaltfreie Alternativen für den Umgang mit Menschen auf, die zwar als psychisch krank erkannt, beziehungsweise eingeschätzt werden, aber eine Unterstützung durch die Psychiatrie ablehnen. Über die Tauglichkeit des Konzeptes lässt sich streiten. Auch muss überdacht werden, ob es die ebenso berechtigten Bedürfnisse des sozialen Umfeldes ausreichend berücksichtigt. Auf jeden Fall wäre ein kompletter Umbau des jetzigen psychiatrischen Hilfesystems erforderlich.

Mein Eindruck ist: Es wird bereits weniger und später eingegriffen als in früheren Zeiten. Allerdings oft ohne den schwer Erkrankten in erforderlicher Weise auffangen zu können. Die dazu notwendigen Angebote gibt es heute vor Ort in den seltensten Fällen in benötigter Anzahl beziehungsweise Ausstattung. Ob es sie jemals geben wird, steht für mich in den Sternen.

Meine Befürchtung ist: Würde man sich für ein Konzept wie das von Zinkler und Peter entscheiden, würde zuerst der Teil umgesetzt, der nichts, bis wenig kostet, nämlich ein gesetzliches Verbot jeglicher Zwangsmaßnahmen. Der Aufbau der benötigten Infrastruktur, um die ‚uneinsichtigen‘ Erkrankten aufzufangen, bliebe als erstrebenswertes Ziel auf der Agenda, würde aus Mangel an Geld aber nie Realität. Die Auswirkungen für die erkrankten Menschen, das soziale Umfeld und die Gesellschaft allgemein, schätze ich als katastrophal ein.

Wie die rechtliche Möglichkeit von Zwangsmaßnahmen beurteilt wird, hängt von den ganz individuellen Erfahrungen und Erwartungen jedes einzelnen ab; egal ob Psychiatrieerfahrener, Angehöriger, in sonstiger Weise Mitbetroffener oder Profi. Gewaltsames Eingreifen ins Wahngeschehen wird teils als Diskriminierung gegenüber einem somatisch Erkrankten gesehen. Schließlich darf dieser jede Form von Behandlung ablehnen, selbst wenn das sein Todesurteil ist. Andere argumentieren, die Ausübung von Zwang schütze den Betroffenen vor von ihm ungewollten Folgen seiner Erkrankung. Und unter Umständen ermögliche nur Zwang dem Erkrankten eine Chance auf Genesung. Folgt man diesem Gedanken, käme ein Nichteingreifen einer unterlassenen Hilfeleistung gleich.

Noch hat die Psychiatrie sowohl einen therapeutischen als auch ordnungspolitischen Auftrag. Unabhängig davon, ob daran festgehalten wird oder nicht, sind größere Anstrengungen im Bereich der Vorsorge erforderlich. Besonders um Obdachlosigkeit aufgrund psychischer Erkrankung zu verhindern. Hilfsangebote, die sich an der Persönlichkeit und der Lebenssituation des Erkrankten orientieren, verhindern im besten Fall eine Krankheitsentwicklung, die Eingreifen mit Zwang erforderlich macht. Gute Angehörigenarbeit als Teil psychiatrischer Versorgung muss selbstverständlich werden. Davon profitieren alle. Angehörige, die ihrem erkrankten Familienmitglied hilfreiche Wegbegleiter sein wollen, sollten dabei unterstützt werden.

Für Behandler und Angehörige könnte es hilfreich und vielleicht auch entlastend sein, zu wissen, wie der jeweilige Betroffene selbst zu dem Thema ‚Ausübung von Druck und Zwang‘ steht. Psychiatrieerfahrene sollten, auch in ihrem eigenen Interesse, zum Verfassen einer psychiatrischen Patientenverfügung ermuntert werden.