

## 4 Gesundheits- und sozioökonomische Aspekte

Lara Luisa Wolff, Thanh Thao Tran, Bennet Huebbe und Valeria Weber

### 4.1 Kosten

Da sich die Versorgung von Betroffenen der Schizophrenie oftmals regional unterscheidet, verschiedene Kostenträger eingebunden und Leistungserbringer aus unterschiedlichen Sektoren beteiligt sind, ist die umfassende Erhebung der direkten Kosten erschwert, sodass z.T. nur grobe Schätzungen möglich sind und die Übertragung (insbesondere auf andere Einrichtungen bei spezifischen Betrachtungen) nur bedingt möglich ist. Auch die Erhebung von indirekten Kosten ist herausfordernd und wird u. a. durch die Heterogenität der Löhne zwischen verschiedenen Berufen, Erfahrungsstufen und dem Geschlecht beeinträchtigt (Konnopka et al. 2009).

#### 4.1.1 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Chronische psychische Erkrankungen wie die Schizophrenie gehen im Vergleich zu nicht chronischen psychischen Erkrankungen mit einer erhöhten Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Leistungen einher (Rommel et al. 2017). Von allen Betroffenen mit Schizophrenie nahmen in den Jahren 2008–2010 ca. 27% Leistungen in mindestens vier und ca. 78% Leistungen in mindestens drei der folgenden Sektoren in Anspruch: stationäre Versorgung, ambulante Versorgung (aufgeteilt in Hausarzt, Facharzt und Arzneimittel), Pflege und Rehabilitation. Dies stellt einen Hinweis auf eine kostenintensive Behandlung dar. Außerdem wurde festgestellt, dass ca. 87% der Betroffenen, die in einer PIA behandelt wurden, auch gleichzeitig hausärztlich und ca. 14% gleichzeitig fachärztlich betreut wurden (IGES Institut 2014).

Die zeitgleiche Inanspruchnahme zweier Versorgungsstrukturen könnte eine finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem darstellen (Korzilius 2019), die vermeidbar wäre, v.a., da die Behandlung in einer PIA ohnehin nicht empfohlen wird, wenn der Betroffene schon psychiatrisch-psychotherapeutisch durch Vertragsärzte betreut wird (IGES Institut 2014). Die sektorenübergreifende und interprofessionelle Zusammenarbeit, wodurch diese Fälle der Mehrfachbehandlung möglicherweise verringert werden könnten, scheint derzeit nicht ausreichend ausgebaut zu sein (Korzilius 2019). Innerhalb von vier Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wurden mehr Betroffene, die zwischenzeitlich keinen Kontakt zu Psychiatern, Neurologen oder Nervenärzten hatten, wieder stationär aufgenommen als solche, die in diesem Zeitraum von Ärzten der genannten Fachgruppen behandelt wurden (18,7% vs. 11,2%). Dies könnte einerseits auf eine unzureichende Behandlung und andererseits auf unterschiedliche Krankheitsverläufe zurückzuführen sein, da der Unterschied v.a. in den ersten zehn Tagen nach der Entlassung deutlich wird. Auch eine geringe Facharztdichte kann zu einer geringeren Inanspruchnahme ambulanter Leistungen führen (IGES Institut 2014; Rommel et al. 2017). Die vermehrte Inanspruchnahme stationärer Versorgung deutet auf Mehrkosten hin, da die Kosten einer stationären Behandlung deutlich höher sind als die einer ambulanten Behandlung (Konnopka et al. 2009).

#### 4.1.2 Direkte Kosten

Im Vergleich zum Jahr 2015 (1,9 Mrd. Euro) sind die direkten Krankheitskosten der Schizophrenie (ICD-10-GM F20.-) im Jahr 2020 (insgesamt 2,5 Mrd. Euro) gemäß der Zahlen des Statistischen Bundesamts (Destatis) um mehr als 30% gestiegen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2024a).

In einem europäischen systematischen Review zu den direkten medizinischen Kosten der Schizophrenie werden große Kostenunterschiede zwischen verschiedenen europäischen Ländern gezeigt. Die für das Jahr 2012 inflationsbereinigten jährlichen Kosten pro Betroffenen variierten zwischen 533 Euro in der Ukraine, 7.604 Euro in Frankreich, 12.813 Euro in Deutschland und 16.072 Euro in den Niederlanden. Während die beobachteten Unterschiede einerseits auf Unterschiede in den europäischen Gesundheitssystemen zurückgeführt werden können, ist andererseits darauf hinzuweisen, dass die Unterschiede auch das Ergebnis unterschiedlicher methodologischer Ansätze sein können, da nur eine geringe Anzahl qualitativ hochwertiger Studien Gegenstand des Reviews waren (Kovács et al. 2018).

Destatis berichtet Krankheitskosten, die auf sämtlichen Gesundheitsausgaben, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbunden sind, beruhen. Sie zeigen, dass die Krankheitskosten der Schizophrenie im Vergleich von 2015 zu 2020 auch auf Einrichtungsebene deutlich gestiegen sind (s. Abb. 13). Es lassen sich für das Jahr 2020 im ambulanten Bereich die Apotheken und im (teil-)stationären Bereich die Krankenhäuser als stärkste Kostentreiber identifizieren (s. Abb. 13). Die Einrichtung der privaten Haushalte beinhaltet überwiegend Kosten für die Pflege von Angehörigen durch Privatpersonen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2024a).

Eine zentrale Ursache für die hohen Krankheitskosten sind die erheblichen Behandlungsverzögerungen von durchschnittlich 5,5 Jahren bei Beginn im Erwachsenenalter

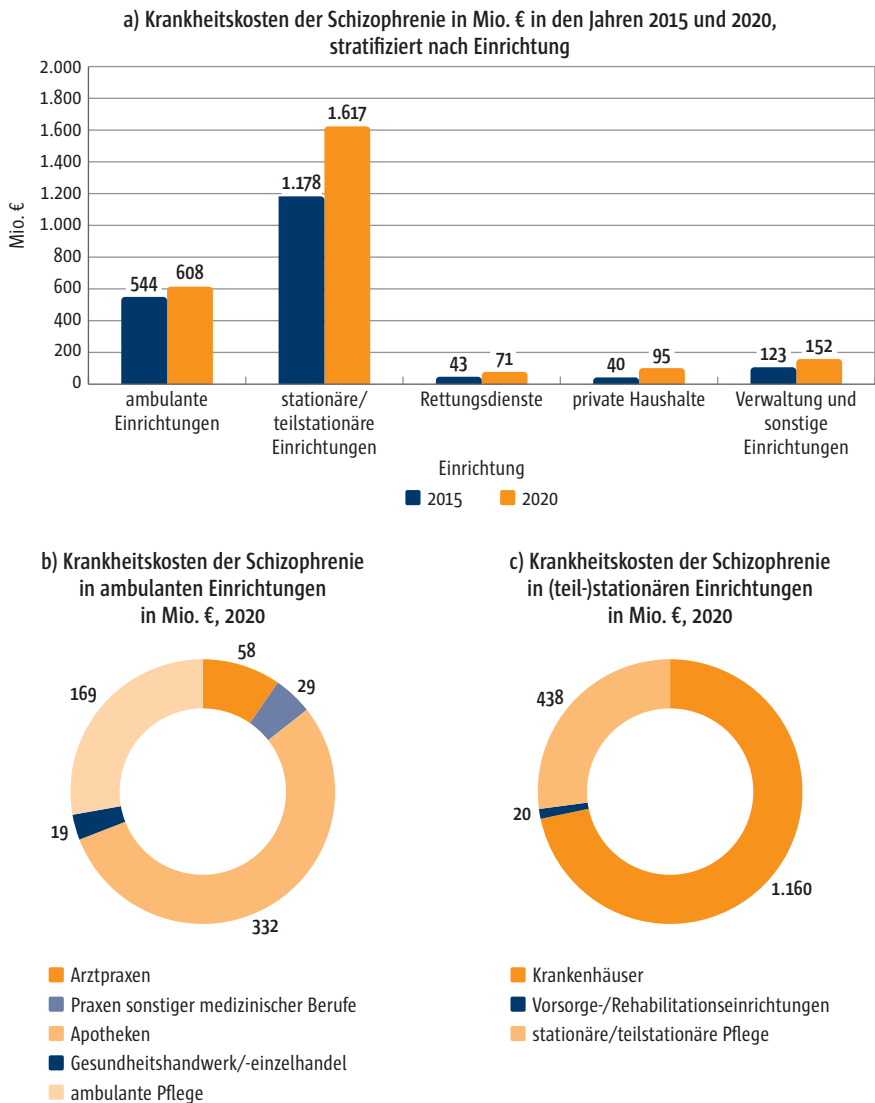


Abb. 13 Krankheitskosten der Schizophrenie (gemäß ICD-10-GM F20-) in Deutschland in den Jahren 2015 und 2020  
Quelle: IGES (eigene Darstellung) nach Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024a), Stand: 05.06.2024.

und sogar mehr als 10 Jahren bei Beginn im Kindes- und Jugendalter, die eine frühzeitige Diagnose und Behandlung unabdingbar machen. Zum anderen wird diese Problematik durch die aktuellen Versorgungsstrukturen gefördert. Die sektorenübergreifende Vernetzung der Leistungserbringung ist weiterhin noch nicht ausreichend ausgebaut, da es für die Schizophrenie z.B. weder eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung noch ein Disease-Management-Programm gibt, die die Versorgung

sektorenübergreifend koordinieren könnten. Dies kann zu einem unkoordinierten Hilfesuchen der Betroffenen vor Eintritt in die Versorgung führen, das mit kostenintensiven ambulanten Leistungen einhergeht (Meisenzahl et al. 2020). Auch die Chronifizierung bzw. der chronisch progrediente Verlauf tragen zu den hohen Kosten bei. Zudem gelten das Alter, die Symptomschwere, die Behandlungskontinuität und Hospitalisierungen als wichtige Einflussfaktoren auf die direkten Kosten (Kovács et al. 2018; Mehl et al. 2016).

#### Direkte und indirekte Kosten nach Frey (2014)

In einer retrospektiven Kohortenstudie basierend auf Daten der Techniker Krankenkasse aus dem Jahr 2008 wurden die direkten Kosten mittels eines prävalenzbasierten Bottom-Up-Ansatzes berechnet. Zu den direkten medizinischen Kosten gehörten diagnostische Leistungen und Verfahren, die bei ambulanten und stationären Besuchen erbracht wurden, die Verschreibung von Arzneimitteln, die Bereitstellung von Arzneimitteln sowie von Geräten und Hilfsmitteln, Rehabilitationsmaßnahmen und Pflegeleistungen, die bei den Betroffenen zu Hause erbracht wurden. Darüber hinaus wurden direkte nicht-medizinische Kosten, d.h. Verwaltungskosten, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Reisekosten (z.B. Krankentransporte, Krankenhausumzüge), Haushaltskosten und andere medizinische Leistungen, die von der Krankenkasse erstattet wurden, berücksichtigt.

Aus Kostenträgerperspektive beliefen sich die zusätzlichen direkten medizinischen Kosten für die Behandlung von Betroffenen mit Schizophrenie (Exzess-Kosten) auf 10.869 Euro pro Patientenjahr, wobei v.a. die Kosten der stationären Behandlung mit 5.610 Euro und der medikamentösen Behandlung mit 1.607 Euro die größten Posten darstellten. Die zusätzlichen direkten nicht-medizinischen Kosten beliefen sich auf 435 Euro pro Patientenjahr, wobei die Entschädigung für krankheitsbedingten Arbeitsausfall mit 341 Euro den größten Anteil ausmachte.

Aus Gesellschaftsperspektive zeigten sich ähnliche zusätzliche direkte medizinische Kosten (10.757 Euro). Die zusätzlichen direkten nicht-medizinischen Kosten lagen jedoch mit 7.251 Euro pro Patientenjahr deutlich höher. Die informelle Betreuung durch familiäre Angehörige machte 6.892 Euro davon aus. Zur Ermittlung der zusätzlichen indirekten Kosten wurden Produktivitätsverluste herangezogen. Durch eine Bewertung der individuellen Fehlzeiten mit dem geschlechtsspezifischen durchschnittlichen deutschen Bruttomonatseinkommen (inkl. der Sozialversicherungsbeiträge) ergaben sich zusätzliche indirekte Kosten aufgrund des Produktivitätsverlusts aus Gesellschaftsperspektive von 2.602 Euro pro Patientenjahr.

Insgesamt ergaben sich aus gesellschaftlicher Perspektive jährliche Gesamtkosten i.H.v. 9.63 Mrd. Euro (Prävalenz: 0,57%) bzw. 13,52 Mrd. Euro (Prävalenz: 0,8%). Demnach wurden im Jahr 2008 1,9% bzw. 2,7% der nationalen Gesundheitsausgaben für Betroffene mit Schizophrenie aufgebracht.

### 4.1.3 Indirekte Kosten

Aufgrund von Produktivitätsverlusten durch Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und vorzeitiger Mortalität entstehen im Bereich Schizophrenie hohe indirekte Kosten (Gaebel u. Wölwer 2010). Dennoch sind Analysen für den deutschen Versorgungskontext rar. Eine zielgerichtete Literaturrecherche von Kotzeva et al. (2023) zur sozioökonomischen Last durch Schizophrenie in 10 Ländern ergab für Deutschland lediglich zwei Treffer, die indirekte Kosten berücksichtigten und deren Daten aus den Jahren 2005–2008 und 2013 stammten (Frey 2014; Hirjak et al. 2016). Eine Analyse der mortalitäts- und morbiditätsbedingten indirekten Kosten durch Erwerbsminderung bei frühberenteten Schizophrenieerkrankten von Kortmann et al. (2017), basierend auf dem Humankapitalansatz, ergab eine volkswirtschaftliche Gesamtbelastung von 2,3 Mrd. Euro, wobei der Großteil der verursachten Kosten (98,9%) morbiditätsbedingt war (1,1% mortalitätsbedingt). Pro Erwerbsminderungsrentner fielen jährlich durchschnittliche indirekte Kosten i.H.v. 20.401 Euro an. Neben Produktivitätsverlusten durch den Betroffenen selbst können weitere indirekte Kosten durch die Pflege durch Angehörige entstehen.

Daten des EU5 National Health and Wellness Survey aus den Jahren 2010, 2011 und 2013 wurden hinsichtlich der Auswirkungen der Pflege von Erwachsenen mit Schizophrenie u.a. auf die Produktivität in Deutschland, Frankreich, Italien, Spanien und Großbritannien untersucht. Ein Vergleich zwischen Pflegenden von Betroffenen mit Schizophrenie und Nicht-Pflegenden ergab einen signifikant höheren Prozentsatz der in den letzten sieben Tagen aus gesundheitlichen Gründen versäumten Arbeitszeit (12,4 vs. 5,6%) und der Beeinträchtigungen, die in den letzten sieben Tagen bei der Arbeit aufgrund des Gesundheitszustandes aufgetreten sind (29,9 vs. 17,5%). Nach Adjustierung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung, Haushaltseinkommen, Beschäftigungsstatus, BMI, Raucherstatus, Alkoholkonsum, Bewegungsverhalten und Charlson Komorbiditätsindex hatten Pflegende von Betroffenen mit Schizophrenie mit etwa 2.800 Euro signifikant höhere indirekte Kosten als Nicht-Pflegende (6.667 vs. 3.795 Euro). Die absentismus- und präsentismusbedingten Kosten unterschieden sich zwischen Pflegenden von Betroffenen mit Schizophrenie und Nicht-Pflegenden ebenfalls signifikant (absentismusbedingt: 2.457 vs. 1.062 Euro; präsentismusbedingt: 4.340 vs. 2.792 Euro) (Gupta et al. 2015).

## 4.2 Finanzierung der Versorgung

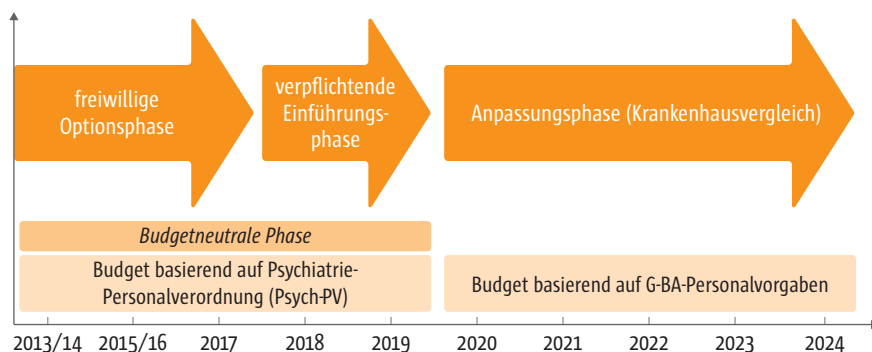
Im Folgenden soll insbesondere die Finanzierung der medizinischen Versorgung beleuchtet werden. Aufgrund der SGB-übergreifenden Versorgung von Betroffenen mit Schizophrenie erfolgt die Finanzierung der jeweiligen Leistungen über verschiedene Kostenträger (s. Kap. 3.2).

Die medizinische Versorgung der Betroffenen wird durch die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), private Krankenversicherungen und Selbstzahlungen finanziert. Rehabilitative Leistungen werden durch die Rentenversicherung gedeckt, pflegerische Leistungen werden im Rahmen der Pflegeversicherung finanziert (Bramesfeld 2023). Die PHP wird in der Regel durch einen spezialisierten Pflegedienst vollbracht. Die Vergütung der Pflegeleistungen wird zwischen Leistungserbringer und Krankenkassen in entsprechenden Vereinbarungen festgelegt (§ 132a Abs. 4 SGB V).

### 4.2.1 Stationäre Versorgung

Die medizinische Versorgung im stationären Bereich stellt einen signifikanten Anteil der gesamten Behandlungskosten für Betroffene mit Schizophrenie dar (Kovács et al. 2018). Die Vergütung stationärer Leistungen basiert auf dem im Jahr 2013 eingeführten pauschalisierten Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP, § 17d Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz), welches tagesbezogene Pauschalen beinhaltet (vdek e.V. 2023). Nach § 17d Abs. 3 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz haben die Selbstverwaltungspartner GKV-SV, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Verband der Privaten Krankenversicherung die Aufgabe, das PEPP-System weiterzuentwickeln und dabei den heterogenen Aufwand in der Behandlung unterschiedlicher medizinisch differenzierbarer Patientengruppen abzubilden sowie die medizinischen Entwicklungen, die Änderungen in Versorgungsstrukturen und die Kostenentwicklungen zu berücksichtigen (Kliemt u. Häckl 2020). Nachdem im Jahr 2013 keine Einigung auf einen Entgeltkatalog erzielt werden konnte, die Akzeptanz in der Fachwelt anfangs fehlte, die Übergangsphase von 2015 auf 2017 verlängert wurde und die verpflichtende Anwendung dann mit dem PsychVVG um ein Jahr verschoben wurde, ist die Teilnahme am PEPP-System seit 2018 für alle Einrichtungen verpflichtend (s. Abb. 14) (vdek e.V. 2023; Kliemt u. Häckl 2020). Vor dem Hintergrund der PPP-RL werden die Personalmindestvorhaben des G-BA bei der Finanzierung der Krankenhausleistungen berücksichtigt (vdek e.V. 2023).

Die Kalkulation der PEPP-Entgelte obliegt dem InEK, welches Kalkulationsdaten aus Kostenträgerrechnungen der Krankenhäuser zusammenführt und aufwandshomogene Gruppen algorithmusbasiert bildet, die dann entsprechend der individuellen Patientendaten zur Abrechnung kommen (vdek e.V. 2023). Die Höhe der degressiven Tagespauschale ergibt sich aus der Multiplikation des Basisfallwerts, der krankhausindividuell festgelegt wird, der Verweildauer in Tagen und der Bewertungsrelation, die für den Entlassungstag hinterlegt ist. Letztere ist abhängig von der Erkrankungsgruppe, dem Schweregrad und der Verweildauer. Die Bewertungsrelation ist indirekt proportional zur Verweildauer: Je länger ein Betroffener bleibt, desto gerin-



**Abb. 14** Einführungsphasen des pauschalisierten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

Quelle: IGES (eigene Darstellung) nach vdek e.V. 2023 und Kliemt u. Häckl 2020. G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss, PEPP = Pauschalisiertes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik, Psych-PV = Psychiatrie-Personalverordnung.

ger die Bewertungsrelation. Erhöhte Behandlungsaufwände können mit ergänzenden Tagesentgelten kompensiert werden. Ein Leistungsbezug des Budgets und die Angleichung der Budgethöhen soll zukünftig durch einen Krankenhausvergleich gewährleistet werden (Kliemt u. Häckl 2020).

Um innovative neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) ohne große zeitliche Verzögerung in die psychiatrische und psychosomatische Versorgung zu integrieren und somit die Zeit bis zur Abbildung im PEPP-System zu überbrücken, können NUB-PEPP-Entgelte vereinbart werden, die zeitlich befristet, krankenhausindividuell und außerhalb des Erlösbudgets des Hauses abrechenbar sind (§ 6 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung) (GKV-SV 2023a).

Die Finanzierung der StäB ist in § 17 Abs. 2 Satz 1 KHG mittels PEPP-Entgelte festgesetzt. Der vorläufige Festbetrag pro Fall und Tag liegt bei 200 Euro, sofern von den Vertragsparteien auf Ortsebene noch keine krankenhausindividuellen Entgelte vereinbart wurden (DKG 2022).

### 4.2.2 Ambulante Versorgung

Die Vergütung ambulanter Leistungen erfolgt auf Basis des Katalogs des EBM. Im Kapitel III, den arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen (GOPs), finden sich die GOPs der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die psychiatrischen und psychotherapeutischen GOPs (für Psychiater), die GOPs der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sowie psychotherapeutischen GOPs (für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) (KBV 2023b). Die Vergütung von Ergo- und Physiotherapie sind über Vereinbarungen zwischen dem GKV-SV und den Spitzenorganisationen der jeweiligen Bereiche auf Bundesebene geregelt (GKV-SV et al. 2022a; GKV-SV et al. 2022b). PIAs, als ambulante Behandlungsoption im Krankenhaus, haben das Ziel, Personen, die krankenhausnah behandelt werden sollten und vertragsärztlich nur unzureichend erreicht werden können, zu versorgen (§ 118 Abs. 2 SGB V). Die Vergütung ist jedoch Ländersache (§ 120 Abs. 2 SGB V) und dementsprechend heterogen qua fall- oder einrichtungsbezogener Tages- oder Quartalspauschale oder einem Leistungskatalog zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie den Krankenhausträgern geregelt. So könnte beispielsweise die einheitliche Quartalspauschale unabhängig von der Komplexität der Erkrankung oder der Anzahl der Kontakte die Behandlungsintensität und -qualität negativ beeinflussen. Zusätzlich verschärfen begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen sowie ein Mangel an niedergelassenen Vertragsärzten den Druck auf die PIAs, wodurch die Versorgung der Betroffenen weiter eingeschränkt wird (Kliemt u. Häckl 2020).

Die Ambulante Komplexversorgung (s. Kap. 3.4.1) ist seit dem 01.10.2022 im EBM-Katalog, Abschnitt 37.5, abgebildet. Neun GOPs stehen für die Abrechnung der Leistungen zur Verfügung (KBV 2023b). Voraussetzung für die Abrechnung der neuen Ziffern ist der Zusammenschluss in einem Netzwerk. Außerdem muss dem Netzwerk eine Abrechnungsgenehmigung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung vorliegen. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung können die neuen Leistungen von Fachärzten aller psychiatrischen Fachrichtungen, der Nervenheilkunde, der Neurologie sowie von psychologischen Psychotherapeuten abgerechnet werden, die sich in einem regionalen Netzwerk zusammengeschlossen haben (Bühning 2022).

### 4.2.3 Besondere Versorgung und Modellvorhaben

Eine besondere Finanzierungssituation ergibt sich aus Verträgen der Besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) und Modellvorhaben (§ 64b SGB V). Erstere werden zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geschlossen, dabei werden außerhalb der Gesamtvergütung alle im Rahmen dieser Verträge erbrachten Leistungen honoriert, da die Verträge von den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes gemäß § 140a Abs. 2 Satz 1 SGB V abweichen können (AOK-Bundesverband 2023). Modellvorhaben nach § 64b SGB V werden mittels Globalbudgets finanziert, die sich nach der Anzahl der in einer Klinik behandelten Patienten richten. Hierfür können entweder Selektivverträge mit Krankenkassen abgeschlossen werden oder es wird mit allen in einer Region vertretenen Krankenkassen ein regionales Psychiatriebudget verhandelt (Schwarz et al. 2022a). Die Besonderheit der Finanzierung von Modellprojekten im Vergleich zur stationären Versorgung per PEPP-System ist die Budgetzusammenlegung für voll-, teilstationäre und stationsersetzende Leistungen sowie den PIA-Erlösen zu einem Gesamtbudget. Die Leistungsabrechnung ist frei verhandelbar, orientiert sich jedoch an Modellpflegesätzen oder dem PEPP-System, an Landesvorgaben der PIAs oder an monatlichen Abschlagszahlungen; Mehr- oder Mindererlöse werden in fast allen Modellvorhaben vollständig ausgeglichen (Kliemt u. Häckl 2020).

### 4.2.4 Fehlanreize der Vergütungssysteme

Durch die unterschiedlichen Vergütungssysteme in den verschiedenen Sektoren und Versorgungssituationen können sich settingspezifisch jeweils andere Fehlanreize ergeben, die in einer Über- oder Unterversorgung (z. B. in Form von einer Anpassung der Anzahl der Behandlungsfälle, der Verweildauer im Krankenhaus oder der Anzahl der Kontakte) resultieren können. Bei der Entwicklung von (Fehl-)Anreizen ist das Verhältnis von Kosten und Erlösen ausschlaggebend, wobei eine Behandlung mit höheren damit verbundenen Kosten als daraus resultierenden Erlösen (d. h. negativer Deckungsbeitrag) als nicht lohnend betrachtet wird; positive Deckungsbeiträge mit höheren Erlösen als entstandenen Kosten jedoch anzustreben sind. Demnach läge die optimale stationäre Verweildauer an dem Tag, an dessen Folgetagen kein höherer Deckungsbeitrag zu erwarten ist (Kliemt u. Häckl 2020).

Das PEPP-System in der stationären Versorgung birgt das Risiko einer verstärkt stationär durchgeführten Versorgung in Krankenhäusern, wenn das Budget durch den voll- und teilstationären Bereich gebildet wird und separat die Erlöse der PIAs generiert werden. Ein Anreiz zur Verknüpfung der stationären und ambulanten Versorgung könnte so ausbleiben; stattdessen sei von einer Verringerung des Klinikbudgets durch die (bedarfsgerechte) Übermittlung in PIAs im Vergleich zur stationären Versorgung auszugehen. Damit werde aus ökonomischen Fehlanreizen entgegen dem Prinzip „ambulant vor stationär“ gehandelt. Der Anreiz, die Verweildauer zugunsten höherer Erlöse zu verlängern, wurde zwar mit Einführung der degressiven Tagespauschalen im PEPP-System verringert, aber durch den bestehenden Tagesbezug der Vergütung liege weiterhin ein Risiko in der bevorzugten Behandlung und Verlängerung der Verweildauer von Patienten, die eine Erkrankung mit hohen positiven Deckungsbeiträgen aufweisen (d. h. Risikoselektion und Fallzahlenausweitung). Diese Risiko-



selektion und Fallzahlenausweitung beziehe sich besonders auf Fälle mit Kurzliegerpotenzial oder geringem Behandlungsaufwand (Kliemt u. Häckl 2020). Die Begleitforschung zur Einführung von PEPP zeigte jedoch keinen Anstieg von Kurzliegerfällen in den Einführungsjahren 2013–2015. Eine Tendenz gegen die zu frühe Entlassung von komplexen Behandlungsfällen, um Kosten zu sparen, könnte in der Fallzusammenführung begründet sein, nach der Wiederaufnahmen unter Umständen zu den bestehenden Fällen gezählt werden können (Kliemt u. Häckl 2020; Schreyögg et al. 2018).

Die grundsätzlich befürchtete Fehlbehandlung zugunsten eines positiven Deckungsbeitrags konnte in bisherigen Studien nicht bestätigt werden, wobei es an aktuellen Studien mangelt.

Die entstehenden (Fehl-)Anreize durch die Vergütung der PIAs hängen von der jeweiligen Ausgestaltung ab. Besteht eine pauschale Vergütung pro Quartal könnte es zu einer Verringerung der Behandlungsanzahl und -intensität pro Quartal kommen, um möglichst hohe Entgelte bei möglichst geringen Kosten zu erhalten. Gleiches gelte für eine Staffelfung der Quartalspauschalen, bei der häufig Leistungen an der unteren Grenze der nächsthöheren Stufe erbracht werden (Kliemt u. Häckl 2020). Bei einer Unterscheidung in der Vergütung zwischen einem und zwei oder mehr Kontakten (wie z.B. in Baden-Württemberg), wobei zwei oder mehr Kontakte deutlich besser vergütet werden, liegt laut einer Studie der Anteil der Fälle mit zwei Kontakten (29%) über dem mit einem Kontakt (27%). Die Vergütung von Einzelleistungen führte hingegen pro Quartal zu einer höheren Kontakthäufigkeit gegenüber der Kontakthäufigkeit bei anderen Vergütungssystemen (Neubert u. Richter 2016).

Da die Vergütung innerhalb der meisten Modellvorhaben abhängig von der Personenanzahl (Kopfzahl), jedoch nicht von der Zahl der Behandlungsfälle oder -tage oder vom Setting, ist, bestehen Möglichkeiten zur Maximierung des Erlöses bei geringen Kosten in der Einsparung von Ressourcen bzw. Minimierung der Fallzahlen (Kliemt u. Häckl 2020). Die Leistungserbringer könnten daher eine ressourcenschonende, ambulante Versorgung anstreben, um spätere Wiedereinweisungen zu verhindern. Damit unterstützen die Modellvorhaben das Prinzip der bevorzugten ambulanten Versorgung. Im stationären Bereich scheint die Versorgung bedarfsabhängig optimal gewährleistet zu sein, weil sowohl lange Verweildauern als auch die zu frühe Entlassung durch das Risiko einer erneuten Aufnahme erhöhte Kosten verursachen. Allerdings bestehe das Risiko einer zu späten Versorgung oder einer Unterversorgung bei kostenintensiven Fällen aufgrund von Kosteneinsparungen (Wasem et al. 2012).

## 4.3 Gesundheits- und sozioökonomische Folgen

### 4.3.1 Ermittlung der gesundheitsökonomischen Folgen

Eine Abschätzung der gesundheitsökonomischen Folgen gestaltet sich als schwierig, da sich die Finanzierung der Versorgung von Betroffenen mit Schizophrenie auf viele verschiedene Träger und die Finanzierungsverantwortung auf verschiedene SGB verteilt (s. Kap. 4.2). Darüber hinaus unterscheiden sich die Versorgungsscharakteristika zwischen den Ländern, daher liegen regional unterschiedliche Kontextfaktoren vor, die eine Erhebung der Kosten und einen Vergleich zwischen den Kosten erschweren (DGPPN e.V. 2019). Anhand der Inanspruchnahme der Versorgungsleistun-

gen in den verschiedenen Sektoren, der Anzahl der AU-Tage und der Anzahl der Betroffenen, die eine Erwerbsminderungsrente erhalten, können die gesundheitsökonomischen und sozioökonomischen Folgen näherungsweise beschrieben werden.

### 4.3.2 Besonderer Arbeitsmarkt

Menschen mit psychischen Erkrankungen können bei einem Grad der Behinderung von mindestens 50% und einer längerfristig bestehenden Funktionsbeeinträchtigung einen Antrag auf Schwerbehinderung stellen und haben damit Zugang zu Leistungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen. Für diese Personen stehen dann Tages(förder)stätten und Werkstätten für behinderte Menschen als Anstellungsmöglichkeit zur Verfügung. Im Jahr 2014 wiesen beispielsweise ca. 20% der in Werkstätten für behinderte Menschen tätigen Personen eine psychische Erkrankung auf. Diese Einrichtungen wirken sich ökonomisch sowohl für den Teilhabenden als auch gesellschaftlich über zwei Wege aus: Entweder liegt der Fokus auf der beruflichen Förderung der Person, sodass kein Entgelt gezahlt wird und somit auch keine Sozialversicherungsabgaben getätigt werden, oder der Lohn befindet sich auf so einem geringen Niveau, dass die betroffene Person zusätzlich Sozialleistungen beziehen muss (Gühne u. Riedel-Heller 2015). Eine multizentrische Beobachtungsstudie hat gezeigt, dass nur etwa 28% der Betroffenen im erwerbsfähigen Alter mit einer Schizophrenie oder einer affektiven Störung einer Tätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt nachgehen und 4,9% in geschützter Form tätig waren, während die Hälfte der Betroffenen arbeitslos oder frühzeitig berentet war (Gühne et al. 2021).

### 4.3.3 Arbeitsunfähigkeit

Gemäß AOK-Fehlzeitenreport 2020, waren im Jahr 2018 etwa 21% der Betroffenen mit einer gemäß ICD-10-GM kodierten F20.-Diagnose arbeitsunfähig. Ausgehend vom Jahr 2008 (Fehlzeiten entsprechend 100%) blieb der Anteil der AU-Tage im Verlauf von 2009–2018 tendenziell konstant zwischen 93,1 und 97,4%, mit der Ausnahme im Jahr 2018, wo der Anteil auf 88,6% sank (alters- und geschlechtsstandardisiert). Die mittlere AU-Dauer je Fall lag im Jahr 2018 bei 39 Tagen (Meschede et al. 2020).

Laut dem Gesundheitsreport 2023 der Techniker Krankenkasse wurden im Jahr 2022 insgesamt 2.258 AU-Fälle mit einer ICD-10-GM F20.-Diagnose registriert (bezogen auf die Altersgruppen 15–64 Jahre). Je Fall waren es durchschnittlich 68,8 Tage; im Vergleich dazu waren es z.B. bei Personen mit einer depressiven Episode 70,720 Fälle und 66,6 Tage je Fall (Grobe u. Bessel 2023).

### 4.3.4 Frühberentung

Bei Betroffenen mit Schizophrenie ist der Anteil der Frühberentungen im Vergleich zu Betroffenen mit somatischen Erkrankungen deutlich höher. Diese Betroffenen werden bei der Berechnung der AU-Tage nicht berücksichtigt und gehen somit nicht in die Berechnung der indirekten Kosten ein, stellen jedoch einen zusätzlichen Kostenfaktor dar (DGPPN e.V. 2019). Basierend auf einer Analyse von Daten der BARMER

GEK erhielten im Jahr 2010 ca. 44% der Betroffenen mit Schizophrenie im erwerbsfähigen Alter eine Erwerbsminderungsrente (IGES Institut 2014). Da viele der frühberenteten Betroffenen mit Schizophrenie die Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente nicht erfüllen, da sie nicht lange genug erwerbstätig waren, müssen sie von der Sozialhilfe unterstützt werden (Gaebel u. Wölwer 2010).

Die Rentenzugänge im Jahr 2023 unter Diagnosen der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen lagen bei insgesamt 4.311 mit nahezu gleichen Anteilen von Frauen und Männern (2.043 vs. 2.268). Damit haben Schizophrenien sowie schizotype und wahnhafte Störungen einen Anteil von 6,3% an allen Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen (F00-F99); darüber liegen nur noch affektive Störungen mit 52%, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen mit 24% sowie psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit 7,1% (Deutsche Rentenversicherung Bund 2023a). In einer Kostenerhebung von Kortmann et al. (2017) wurde die finanzielle Belastung für die Deutsche Rentenversicherung für die Resterwerbszeit von Betroffenen mit Schizophrenie auf 450 Mio. Euro geschätzt. Die indirekten Kosten beliefen sich dabei auf einen 5-mal höheren Betrag von 2,3 Mrd. Euro (Kortmann et al. 2017) (s. Kap. 4.1.3).