

6 Anforderung an eine angemessene Versorgung von Betroffenen mit Schizophrenie und Ausblick

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

In den vorangegangenen Kapiteln erfolgte eine literaturgestützte Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Betroffenen mit Schizophrenie in Deutschland unter Berücksichtigung von externer Expertise aus der Versorgung. In dem vorliegenden Kapitel soll die aktuelle Situation der Schizophrenieverversorgung eingeschätzt und der Blick in die Zukunft gerichtet werden:

- Welche zentralen Problemfelder und Herausforderungen bestehen?
- Welche Maßnahmen können die Situation verbessern?

Zur Erarbeitung des Kapitels wurde im April 2024 im Rahmen der Erstellung der vorliegenden Publikation ein Expertenworkshop mit namhaften Akteuren der Versorgung durchgeführt. Den teilnehmenden Experten sei an dieser Stelle herzlich für ihre Mitarbeit gedankt. Die Ergebnisse dieser Expertendiskussion sind im nachfolgenden Kapitel wiedergegeben. Die Workshopteilnehmenden sind in Tabelle 6 dargestellt.

Im Rahmen des Expertenworkshops wurden nicht alle aus der Literatur extrahierten Informationen zur Diskussion gestellt, sondern schwerpunktmäßig die Problemfelder „ausbaufähige Früherkennungsstrukturen“ sowie „unzureichende Förderung der Teilhabe und Inklusion von Betroffenen“ und mögliche Lösungsansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation bei Schizophrenie diskutiert sowie entsprechende Empfehlungen erarbeitet. Die Inhalte wurden anschließend in Textform gebracht und von allen Experten geprüft und konsentiert.

Tab. 6 Teilnehmende des Expertenworkshops

Name	Tätigkeit
Sylvia Spiegel	Angehörige, Landesverband Nordrhein-Westfalen der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
Prof. Dr. med. Anne Karow	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, AG Schwere psychische Störungen, Früherkennung und Integrierte Versorgung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf MiNDNET e-Health AG und GmbH
Carsten Koziulek	Psychiatriekordinator in der Organisationseinheit Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Bezirksamt Mitte von Berlin
Dr. rer. nat. Dietrich Munz	Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, ehem. Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer
Michael Morsch	Referatsleiter Psychiatrie und Maßregelvollzug in der Abteilung Gesundheitsversorgung des Ministeriums für Justiz und Gesundheit Schleswig-Holstein
Göran Lehmann	Fachreferent im Bereich Krankenhausstrategie/Krankenhausfinanzierung der Techniker Krankenkasse

6.1 Datenlage der Schizophrenie in Deutschland

In Deutschland lag die Diagnoseprävalenz für Schizophrenie sowie schizotype und wahnhafte Störungen, berechnet auf Basis bundesweiter pseudonymisierter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten (n = 73,7 Mio. gesetzlich krankenversicherten Personen), im Jahr 2022 bei 0,9% (Thom et al. 2024). Die jährliche Inzidenz liegt bei ca. 19 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner, was etwa 15.600 neuen Fällen (bezogen auf 82,3 Mio. Einwohner) entspricht (Gaebel u. Wölwer 2010).

Insgesamt ist die Studienlage zur Inzidenz und Prävalenz der Schizophrenie in Deutschland eher als dürftig zu bezeichnen. Die meisten vorliegenden Untersuchungen beziehen sich auf mehrere Jahre zurückliegende Erhebungszeiträume. Das Fehlen aktueller epidemiologischer Daten, einschließlich regionaler Stratifizierung, die für eine fundierte Analyse und Versorgungsplanung notwendig sind, stellt somit eine Herausforderung dar.

Wie in Kapitel 4 aufgezeigt, fehlt es derzeit auch an aktuellen Versorgungsforschungsstudien zur Inanspruchnahme von Gesundheits- und Teilhabeleistungen und den damit verbundenen Kosten. Eine unabhängige, flächendeckende Forschung zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die über SGB- und Sektorengrenzen hinweg Transparenz über den regionalen Versorgungsbedarf schafft, fehlt bislang.

Um die gesundheitliche Lage im Feld der psychischen Gesundheit in Deutschland datengestützt bewerten zu können, ist das RKI bereits seit dem Jahr 2019 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit mit dem Aufbau einer nationalen MHS beauftragt (Kuhn et al. 2023; Walther et al. 2023; Robert Koch-Institut 2023). Ziel der MHS

ist die kontinuierliche Berichterstattung über relevante Kernindikatoren der Determinanten psychischer Gesundheit, des psychischen Gesundheitszustandes, der Versorgung psychischer Störungen sowie der Krankheitslast und Teilhabe, um eine evidenzbasierte Planung und Evaluation von Public-Health-Maßnahmen zu ermöglichen (Thom et al. 2021; Thom et al. 2023). Dabei sollen basierend auf Routinedaten v.a. aus dem medizinischen Versorgungssystem (gemäß SGB V) und Surveys in der Allgemeinbevölkerung zukünftig regelmäßige Bestandsaufnahmen zu Indikatoren wie der Inanspruchnahme- bzw. Behandlungsquoten und der Krankheitslast bereitgestellt werden (Thom et al. 2023). Herausfordernd ist dabei u.a. das Verzerrungspotenzial durch die Veränderung von diagnostischen Kriterien im Zeitverlauf und die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Selbst- und Fremdbereich sowie im Versorgungsgeschehen (Thom et al. 2021). Insbesondere mit Blick auf Surveys ist außerdem zu berücksichtigen, dass Personen mit einer psychischen Erkrankung, und im Speziellen Betroffene mit einer schweren bzw. lang andauernden Schizophrenie, zumeist unterrepräsentiert sind (Momen et al. 2022). Zudem kann es für Betroffene mit Schizophrenie in einer psychotischen Phase schwer sein, subjektive Messinstrumente zu nutzen (Vita et al. 2022; Millier et al. 2014). Die Krankheitshäufigkeit sollte daher im Rahmen der MHS sowohl in Bevölkerungsstudien als auch in Routinedaten bewertet und trianguliert (d.h. vergleichend diskutiert) werden (Thom et al. 2023).



Empfehlungen

- *Die epidemiologische Überwachung der Schizophrenie und ihrer Risikofaktoren in Deutschland sollte gestärkt und im Rahmen der nationalen MHS des RKI berücksichtigt werden. Dabei ist das bestehende Verzerrungspotenzial, insbesondere bei der Gruppe der Betroffenen mit schweren psychischen Erkrankungen wie der Schizophrenie, zu berücksichtigen. Neben wiederholten Surveys mit repräsentativen Bevölkerungsstichproben sollten daher auch SGB-, sektoren- und kassenübergreifend zusammengeführte Routinedaten genutzt werden. Bei der Stratifizierung kommt dem Merkmal Region aufgrund der hohen Relevanz kleinräumiger Ergebnisse für die Bewertung und bedarfsgerechte Planung von Versorgungskapazitäten und -strukturen für die Schizophrenie eine besondere Bedeutung zu.*
- *Insbesondere im Bereich der schweren psychischen Erkrankungen sollte gezielt in die Versorgungsforschung investiert werden. Entsprechende Versorgungsforschungsstudien können dazu beitragen, regionale Unterschiede, Versorgungsdefizite und Bedürfnisse von Betroffenen mit Schizophrenie und deren Angehörigen zu erfassen und besser zu verstehen.*
- *Es ist wichtig, dass Regierungsbehörden oder Akteure des Gesundheitswesens aktuelle wissenschaftliche Kostenanalysen im Bereich der Schizophrenieversorgung in Deutschland fördern. Diese Analysen können dazu beitragen, die finanziellen Auswirkungen des Krankheitsbildes besser zu verstehen und Ressourcen effektiver einzusetzen. Dabei soll-*

ten auch die Kosten für die Pflege und Betreuung der Betroffenen durch Angehörige berücksichtigt werden. Auch unbehandelte Betroffene sollten einbezogen werden, da sie trotz fehlender direkter Kosten erhebliche indirekte Kosten durch Produktivitätsausfälle verursachen können.

6.2 Versorgungsstrukturen und -prozesse der Schizophrenie in Deutschland

6.2.1 Sozialgesetzbuch- und sektorenübergreifende, multiprofessionelle Versorgung

Die Versorgung von Menschen mit Schizophrenie erfolgt (teil-)stationär und ambulant im Rahmen des SGB V (medizinische Versorgung), SGB IX (rehabilitative und Teilhabeleistungen) und SGV XI (Pflege) der Länder und Kommunen sowie durch eine Vielzahl von Leistungserbringern verschiedener Professionen (s. Kap. 3). Komplementär kommen Leistungen der Länder und Kommunen wie die SpDi und die Unterbringung nach den PsychKG zum Einsatz, wenn Menschen mit einer psychischen Erkrankung keinen Zugang zum Regelversorgungssystem finden oder aus diesem herausfallen (Bramesfeld 2023). Menschen, die aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung eine rechtswidrige Tat begangen haben und bei denen die Gefahr weiterer erheblicher rechtswidriger Taten besteht, werden in der forensischen Psychiatrie (Maßregelvollzug) behandelt. Dabei ist die gerichtliche Anordnung der Maßregeln im Bundesrecht verortet, während der Vollzug in die Regelungskompetenz der Länder fällt (Zeidler et al. 2024). Die Finanzierung der Versorgung erfolgt dementsprechend durch das Krankenkassen-, das Rehabilitations- und Teilhabesystem sowie durch die Länder und Kommunen (Bramesfeld 2023).

Durch die Fragmentierung des Systems ergibt sich eine Vielzahl an Schnittstellenproblemen, wie z.B. der Übergang vom stationären in das teilstationäre und ambulante Setting, die Koordination im ambulanten Setting, aber auch die Herausforderung der Aufnahme in eine Klinik in akuten Krankheitsphasen, insbesondere bei einer reduzierten oder fehlenden Behandlungsbereitschaft seitens Betroffener (Hasan et al. 2020).

Des Weiteren lässt sich eine Lücke zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie insofern feststellen, als dass für junge Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und einem fortbestehenden Behandlungsbedarf nicht unmittelbar mit dem Erreichen der Volljährigkeit ein geplanter und strukturierter Übergang in die Erwachsenenversorgung umgesetzt wird, sondern es häufig zu Behandlungsabbrüchen und nachfolgender Behandlungsverzögerung von 5–10 Jahren kommen kann (Gießelmann 2016). So beginnen Betroffene im ungünstigen Fall ihre erwachsenenpsychiatrische Behandlung akutpsychiatrisch.

Nach dem stationären Aufenthalt im Rahmen einer Akutphase kann eine kontinuierliche Behandlung häufig nicht sichergestellt werden und es erfolgen wiederkehrende Notfallkontakte und stationäre Kriseninterventionen der Betroffenen („Dreh-tür-Effekt“), die für die GKV und die Länder mit hohen Kosten (Frey 2014) und für die Betroffenen mit hohen Belastungen verbunden sind.

Häufig erfolgt die ambulante Weiterbehandlung ausschließlich in den PIAs, deren Vergütung gemäß § 120 Abs. 2 SGB V auf Landesebene geregelt wird. Die PIAs unterliegen je nach länderspezifischen Vergütungsvereinbarung unterschiedlichen ökonomischen Anreizen (s. Kap. 4.2.2). Positiv hervorgehoben wird die Ausgestaltung der PIAs in Bayern (s. Kap. 3.4), wo qua Einzelleistungsvergütung verschiedene Berufsgruppen bedarfsgerecht eingesetzt werden können (Ziereis 2020).

Insbesondere an den Grenzen der Zuständigkeiten der SGBs besteht die Gefahr, dass die Kontinuität der Versorgung nicht gewährleistet werden kann. So sollte sichergestellt werden, dass Betroffene mit Schizophrenie, die eine stationäre Akutbehandlung abgeschlossen haben, eine ambulante psychotherapeutische Langzeitbehandlung erhalten, über gesicherten Wohnraum verfügen und bei Bedarf erfolgreich in das Hilfesystem der Teilhabeleistungserbringer gesteuert werden.

Vereinzelt existieren bereits Modelle für eine koordinierte und ambulant orientierte medizinische Versorgung für Menschen mit Schizophrenie (Bramesfeld 2023). Allerdings mangelt es insbesondere an (intensiv) aufsuchender Komplexversorgung und an SGB-übergreifenden Versorgungskonzepten. Die „Komm-Struktur“ und das bisherige Fehlen von (intensiv) aufsuchenden Angeboten sind auch ein Grund für die fehlende oder unzureichende Versorgung von Betroffenen mit Schizophrenie, insbesondere im ländlichen Raum (Nolting et al. 2015; Kuhn et al. 2019).

Mit der StäB nach § 115d SGB V steht eine aufsuchende Versorgungsform zur Verfügung, bei der Menschen mit Schizophrenie für eine der vollstationären Behandlung äquivalente Behandlung von einem multidisziplinären Team der Klinik zu Hause aufgesucht werden (Bramesfeld 2023). Auch wenn es sich um ein wirksames Versorgungskonzept handelt (Nikolaidis et al. 2024; Weinmann et al. 2023), gilt sie bis dato weiterhin als Ausnahmerecheinung und wird nur von wenigen Kliniken angeboten (Bramesfeld 2023). Hürden sind ein Mangel an Personal, das zugleich ambulant aufsuchend tätig ist und auch im stationären Setting vorgehalten werden muss, aber auch das teilweise zu große Einzugsgebiet, das mit einem PKW kaum abgedeckt werden kann, sowie die Unflexibilität des Behandlungsmodells (Blum et al. 2023).

Auch die seit Oktober 2022 gestartete Ambulante Komplexversorgung (s. Kap. 3.4.1) wird aufgrund des bürokratischen Aufwands, der die Betroffenen zusätzlich belastet und aus Sicht der Versorgenden nicht ausreichend vergütet wird, des organisatorischen Aufwands zur Bildung entsprechender regionaler Netzwerkverbünde und der mangelnden Niedrigschwelligkeit sowie der Einschlusskriterien kritisiert (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. 2021).

Seit 2013 werden vereinzelt Modellvorhaben nach § 64b SGB V umgesetzt, in denen die psychiatrische Versorgung in den Versorgungssettings ambulant (aufsuchend), teil- und vollstationär patientenorientiert und flexibel eingesetzt werden kann. Die Vergütung mittels Globalbudgets schafft Anreize zur effizienten Nutzung der Ressourcen (Bramesfeld 2023).

Es existieren verschiedene Leuchtturmprojekte wie z.B. das RECOVER-Modell, welches das TACT aufgreift und erfolgreich evaluiert wurde (Karow et al. 2020; Lambert et al. 2024). Dennoch hängt die Realisierung solcher Vorhaben von verschiedenen Faktoren ab. Das Interesse und die Ressourcen der beteiligten Akteure spielen eine entscheidende Rolle, ebenso wie die Wirtschaftlichkeit des Vorhabens. Der Kontrahierungszwang für Modellvorhaben nach § 64b SGB V erscheint zwar aus Sicht der Betroffenen und der Ordnungspolitik sinnvoll, gleichzeitig ist die Versorgungsge-

staltung auch Teil des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen. Zudem können Hürden beim Transfer in die Regelversorgung auftreten, die nicht allein durch gesetzliche Vorschriften zu lösen sind. Die Kooperationsbereitschaft potenzieller Partner und die politische Unterstützung sind bei der Umsetzung entsprechender Modellvorhaben entscheidend. Ein weiteres Problem stellen die Anreizstrukturen dar, die möglicherweise dazu führen, dass Klinikträger kostengünstigere Berufsgruppen in der Versorgung von Betroffenen mit Schizophrenie einsetzen, was möglicherweise zu einer geringeren Behandlungsqualität führt. Im niedergelassenen Bereich stellen eine geringere Bereitschaft zur Behandlung schwerkranker Betroffener sowie ausbaufähige Ausbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen eine potenzielle Hürde für die Umsetzung von Modellvorhaben über den stationären Sektor hinaus dar (Nübling et al. 2023; Nübling u. Schnell 2022). Die Fragmentierung im Gesundheitssystem und die unzureichende Sicherstellung der Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erschweren eine erfolgreiche Umsetzung zusätzlich.



Empfehlungen

- *Neben der sektorenübergreifenden ist v.a. die SGB-übergreifende Versorgung zu stärken, indem finanzielle Anreizstrukturen so angepasst werden, dass die Ressourcen des Versorgungssystems insbesondere auch schwer erkrankte Betroffene erreichen können. Auch sollten begleitende Maßnahmen, wie die Kinder- und Jugendhilfe und Teilhabeleistungen für Erwachsene integriert werden und systemübergreifend zusammenarbeiten, sodass Betroffene nicht durch Versorgungsumbrüche in ihrer Genesung gehindert werden. Anknüpfungspunkte bieten erfolgreich evaluierte Positivbeispiele, wie das RECOVER-Projekt. Insbesondere auch mit Blick auf die Früherkennung kommt der SGB-übergreifenden Zusammenarbeit eine tragende Rolle zu (s. Kap. 6.2.2).*
- *Grundlegend sollten Modellprojekte im Bereich der schweren psychischen Erkrankungen, die eine intersektorale Zusammenarbeit fördern, wie z.B. Regionalbudgets nach § 64b SGB V, evaluiert und bei erfolgreicher Bewertung, in die Regelversorgung überführt werden. Entsprechende Projekte sollten daher stets in Kooperation mit Forschungseinrichtungen umgesetzt und eine Finanzierung für die wissenschaftliche Evaluation vorgesehen werden. Bei der Evaluation sollte insbesondere auch die Implementierung in die bestehende Versorgungslandschaft und damit die Akzeptanz im System und die Reichweite als messbare Parameter definiert werden. Eine begleitende Datenerhebung ist auch nach der Implementierung in die Regelversorgung anzustreben (s. Kap. 6.1).*
- *Im Sinne der Versorgungskontinuität sollte für Menschen mit Schizophrenie nach einer stationären Akutbehandlung eine direkt anschließende ambulante Versorgung möglich sein. Im ambulanten System sollten die Strukturen daher grundlegend reformiert werden, um Versorgungsbrüche zu verhindern und Wartezeiten zu reduzieren. Ambu-*

6 Anforderung an eine angemessene Versorgung von Betroffenen mit Schizophrenie und Ausblick

lante Leistungen sollten rechtlich und finanziell so ausgestaltet werden, dass sie an jedem Ort bedarfsgerecht und flexibel (patientenorientiert) erbracht werden können und sowohl leicht als auch schwer Erkrankte erreichen. Um die Behandlungsbereitschaft seitens der niedergelassenen Psychotherapeuten in Bezug auf die Schizophrenie zu verbessern, sollten die Curricula der Aus- und Weiterbildung entsprechend angepasst werden.

6.2.2 Früherkennung und Frühintervention

Es zeigen sich verschiedene Herausforderungen bei der Früherkennung und Frühintervention der Schizophrenie. So ist der Zugang zum Versorgungssystem erschwert. Nur etwa ein Viertel der Betroffenen in der Prodromalphase zeigt überhaupt erstes hilfesuchendes Verhalten, z.B. bei medizinischen Leistungserbringern, Polizei, Lehrern (Schultze-Lutter et al. 2015).

Insgesamt führt die gesellschaftliche und Selbst-Stigmatisierung von Betroffenen (s. Kap. 6.3) zu einer selteneren Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe (Leopold et al. 2020).

Oft sind es Angehörige oder Freunde, die erste Anzeichen einer Psychose wahrnehmen oder es kommt durch Straffälligkeit oder Zwangseinweisung in Zusammenhang mit Selbst- oder Fremdgefährdung zur Diagnose.

Die disziplinübergreifende Versorgung ist auch mit Blick auf Früherkennung und Frühintervention ausbaufähig. So gestaltet sich der Versorgungsübergang zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie lückenhaft, was zu Konsequenz hat, dass insbesondere bei jungen Menschen die DUP zunimmt und junge Betroffene erst spät im Versorgungssystem auftauchen (Gießelmann 2016; Sauter u. Needham 2023). Ansätze der Transitionspsychiatrie, die dem entgegenwirken könnten, sind im deutschen Versorgungssystem bisher noch nicht ausreichend implementiert (Fegert et al. 2016; Leopold et al. 2020).

Zudem ist gemäß Experteneinschätzung die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen über die SGB-Grenzen hinweg, wie z.B. zwischen den medizinischen Versorgenden und der Kinder- und Jugendhilfe sowie Sozialhilfe im Erwachsenenkontext im Bereich der Früherkennung relevant, bis dato allerdings nicht ausreichend etabliert.

Den zuweisenden Ärzten fehlt häufig das nötige Fachwissen, um Risikopersonen frühzeitig zu erkennen. Teilweise gibt es noch Bedenken gegenüber dem CHR-Ansatz, da der klinische Status der CHR-Patienten häufig unklar ist, weil es eine Vielzahl an CHR-Patienten gibt, bei denen sich später keine Psychose entwickelt (Radez et al. 2023; Benoit et al. 2019; Meisenzahl et al. 2020; Mohr et al. 2018).

Trotz der Chancen, die eine Früherkennung schwerer psychischer Erkrankungen bietet, mangelt es in Deutschland bis dato an einem flächendeckenden niedrigschwelligen Angebot (s. Kap. 3.3). Zwar existieren in Deutschland in einzelnen Bundesländern bereits vielversprechende Modellprojekte, diese stehen jedoch nur regional begrenzt zur Verfügung. Ein Positivbeispiel ist „Soulspace“, eine Beratungs-, Kontakt- und Behandlungsinitiative für junge Erwachsene mit beginnenden psychischen Krisen. Die Berliner Initiative bietet für junge Menschen niedrigschwellig an-

onyme Früherkennungs-Check-ups für psychische Erkrankungen, Beratungen (Einzel-, Angehörigen- und Familiengespräche), Gruppentrainings, berufliche Beratung, IPS-Jobcoaching und psychiatrische Behandlung an (Bechdorf 2024b).

Auch Früherkennungszentren für Psychosen gibt es bisweilen insbesondere im (groß-)städtischen Raum (DGPPN e.V. 2024b). Sie bieten einen niederschweligen Zugang ohne eine Überweisung (DGPPN e.V. 2019; Leopold et al. 2020). Meist handelt es sich hierbei um PIAs an Universitätskliniken, die eigentlich der Komplexbehandlung vorbehalten sind. Eine klare Finanzierungsgrundlage für die Früherkennungsmaßnahmen ist derzeit allerdings nicht gegeben, da die gesetzliche Grundlage vorschreibt, dass für die Komplexbehandlung in einer entsprechenden Ambulanz bereits eine Diagnose für eine psychische Erkrankung (F10 – F99 nach Kapitel V der ICD-10-GM) dokumentiert sein muss (KBV 2023a). Somit wird die Früherkennung im Setting der PIAs erschwert. Darüber hinaus würden gemäß Experteneinschätzung die Früherkennungsambulanzen außerdem noch zu wenige Menschen mit Risikosymptomen erreichen, da sie kaum bekannt sind. Die bisher mangelnde Finanzierung der Prävention und Früherkennung im Bereich der Schizophrenie im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen stellt aus Expertensicht eine strukturelle Hürde dar.

Auf internationaler Ebene gilt insbesondere das australische Konzept „Headspace“ als Vorreiter für einen integrierten Ansatz zur Früherkennung und Frühintervention von psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen. Es umfasst das weltweit größte nationale Netzwerk von Früherkennungszentren, die vom Gesundheitsministerium der australischen Regierung finanziert werden, und zielt darauf ab, frühzeitig in die Entwicklung psychischer Erkrankungen bei jungen Menschen im Alter von 12–25 Jahren einzugreifen (Rickwood et al. 2019). Der aktuelle Evaluationsbericht berichtet zwar von einer Verbesserung der psychosozialen Outcomes für Jugendliche, die am Headspace-Modell teilnahmen, diese sind jedoch z.T. nicht signifikant. Die Kosten-effektivitätsanalyse berichtet über einen 18-monatigen Zeithorizont ein inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis von 44.722 Dollar pro gewonnenem qualitätsbereinigtem Lebensjahr (KPMG 2022).



Empfehlungen

- *Um das Bewusstsein bezüglich der Schizophrenie und ihrer prämorbid- den Phase zu verbessern und Stigmata abzubauen, sind die Aufklärung der Öffentlichkeit und Unterstützungsangebote in Schulen, Universitäten sowie Unternehmen auszubauen.*
- *Um die Versorgungslücke zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie auf klinischer Ebene zu beheben und eine frühzeitige Behandlung zur ermöglichen, gilt es, Ansätze der Transitions- und Adoleszenzpsychiatrie zu etablieren, auch indem entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildungen angeboten werden.*
- *Der Ausbau von bestehenden niedrigschwelligen Früherkennungsangeboten, die an den Bedürfnissen der Zielgruppe ausgerichtet sind und einen „soft entry“ zu Beratung und Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ermöglichen, sollte dringend gewährleistet*

werden. Dabei sollte die Möglichkeit gegeben sein, Hilfe anonym in Anspruch zu nehmen, um trotz Selbst-Stigmatisierung zum Aufsuchen entsprechender Versorgungsangebote zu ermutigen.

- *Bestehende Früherkennungszentren sollten im Sinne einer flächen-deckenden Umsetzung landesweit (digital,) SGB-, sektorenübergreifend und interdisziplinär vernetzt werden, sodass die Früherkennung möglichst gemeindenah erfolgen kann.*
- *Angehörige, die ggf. durch das fehlende Krankheitsbewusstsein des Betroffenen belastet sind, sollten dabei einbezogen und unterstützt werden.*
- *Um die Früherkennungsangebote auszubauen, gilt es, Daten zu sammeln, um die Evidenzbasis zu erweitern und damit Investitionen in entsprechende Strukturen zu fördern. Die Implementierung in die bestehende Versorgungslandschaft ist u.a. anhand von Parametern wie Akzeptanz und Reichweite zu evaluieren.*
- *Krankenkassen und Politik müssen ebenso wie die breite Öffentlichkeit für die Früherkennung, ihre Bedeutung und Finanzierung sensibilisiert und gewonnen werden.*

6.2.3 Rehabilitation und Teilhabe

Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland profitieren unzureichend von beruflichen Integrationsmaßnahmen, die darauf abzielen, sie in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren (Stengler et al. 2021). Neben den Krankheitssymptomen und den Nebenwirkungen der Psychopharmakotherapie stellen das Rezidivrisiko und die damit verbundenen Rückfälle erhebliche Hürden für die Erwerbstätigkeit oder deren Erhalt dar (Steadman 2015). Insbesondere aufgrund des Auftretens im späten Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter, wodurch sich viele Betroffene noch in der Ausbildung oder dem Studium befinden, kann der Abschluss und der Einstieg in das Berufsleben erschwert sein (Steadman 2015; Gühne et al. 2021).

Darüber hinaus kann die Stigmatisierung durch das Arbeitsumfeld, sei es durch den Arbeitgeber oder das Kollegium, die berufliche Teilhabe für die Betroffenen erheblich erschweren (Brouwers 2020; Hampson et al. 2020; Steadman 2015). Die Taskforce „Supported Employment“ der DGPPN, die Betroffene bei der Arbeitssuche unterstützt, kritisiert den in Deutschland verbreiteten Pre-vocational Trainingsansatz und fordert einen größeren Fokus auf IPS, da sich dieser Ansatz international als wirksamer erwiesen hat (Stengler et al. 2021). Eine Studie aus Deutschland zeigte kürzlich, dass IPS den üblichen beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen bei Menschen mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10-GM F20.-) oder einer bipolaren Störung mit psychotischen Symptomen (F31.2 oder F31.5) überlegen war. Diese Beobachtungsstudie ergab zudem, dass IPS auch in Bezug auf Kosteneffizienz den herkömmlichen Rehabilitationsmaßnahmen überlegen ist (Nischk et al. 2024).

Die Versorgungslandschaft im Bereich Wohnen und Teilhabe in Deutschland weist insbesondere zwischen ländlichen, städtischen und großstädtischen Regionen große Unterschiede auf. Der Grad der Ambulantisierung in den sozialpsychiatrisch ausge-

richteten Versorgungskontexten der Einrichtungslandschaft ist sehr unterschiedlich ausgeprägt (Mantaj et al. 2024). Im Anschluss an eine forensische oder akutpsychiatrische Behandlung stellt eine gesicherte Wohnsituation den Grundstein für einen stabilen sicheren Empfangsraum dar.

Wohnheime für Betroffene der Schizophrenie stellen aufgrund der notwendigen Unterstützung eine wichtige „Sonderwohnform“ dar. Diese Wohnheime sind jedoch häufig wohnortfern und können mit Einschränkungen in der Selbstständigkeit und bei den Teilhabechancen einhergehen (Gühne et al. 2021). Nicht selten fehlt den Betroffenen nach der stationären oder forensischen Versorgung ein sicherer Empfangsraum, sodass Obdachlosigkeit die Konsequenz sein kann (Gühne et al. 2021; Schreiter et al. 2019; Zeidler et al. 2024). Obdachlosigkeit ist u. a. signifikant mit einer fehlenden ambulanten Behandlung und psychotischen Störungen assoziiert. Die Verfügbarkeit von geeigneten Wohnplätzen und adäquater Betreuung ist begrenzt, was die Situation der Betroffenen weiter verschärft. Sie müssen teilweise über das gesamte Bundesgebiet verteilt und somit aus ihrem gewohnten Umfeld herausgerissen werden. Die Verteilung psychisch kranker Menschen mit Teilhabe- und Wohnbedarf auf Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet wird zurecht bemängelt und konterkariert das Grundparadigma gemeindepsychiatrischer Strukturen.

Besonders schwerkranke Menschen finden oftmals keinen Zugang zu den notwendigen Unterstützungsstrukturen und es mangelt an spezialisierten Einrichtungen und Fachkräften, die diese Menschen adäquat versorgen können. Aktuell bestehen aus Einrichtungsträgerperspektive Anreize zur Risikoselektion, da die Vergütung unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung erfolgt. Insbesondere schwer erkrankte Betroffene mit einer schlechten Medikamentenadhärenz und komorbidem Suchtmittelmissbrauch haben daher einen erschwerten Zugang zu Leistungen, weil die Träger die Kapazitäten für diese Zielgruppe nicht zur Verfügung stellen können. Für den Bereich des Wohnens gibt es bundesweit keinen sogenannten Pflichtversorgungsauftrag Psychiatrie, wie dies z. B. im Krankenhausbereich der Fall ist. Im Land Berlin sehen das PsychKG und der Berliner Rahmenvertrag jedoch eine Pflichtversorgung im Rahmen der Eingliederungshilfe vor. Gleichwohl würde dort nach Einschätzung der Experten die Entscheidung über die Aufnahme im sozialrechtlichen Dreieck zwischen Klienten, Träger und Leistungserbringer getroffen. Ein Übergang vom betreuten Wohnen in den regulären Wohnungsmarkt ist für viele Betroffene nahezu unmöglich.

Ein weiteres Problem ist die Akquise, Bereitstellung und der Erhalt entsprechender Wohnräume. Besonders nach einem institutionellen Aufenthalt, wie im Krankenhaus oder in Haft, besteht die Gefahr der Wohnungslosigkeit, wenn keine Ersparnisse für die Mietfortzahlung vorhanden sind oder die Betroffenen bereits vor dem Aufenthalt keine Wohngelegenheit hatten (Busch-Geertsema et al. 2019). Sowohl für Träger als auch für Privatpersonen stellt der allgemeine Mangel an bezahlbarem Wohnraum eine große Barriere dar (Busch-Geertsema et al. 2019; Gille u. Koziolok 2022). Gerade im großstädtischen Raum sind entsprechende Wohnraumangebote, bedingt durch eng begrenzte Mietobergrenzen für Transferleistungsbeziehende, in sozial benachteiligten Gebieten lokalisiert, die durch hohe Arbeitslosenquoten und hohe Anteile von Transferleistungsbeziehenden sowie Umweltbelastungen gekennzeichnet sind (Gille u. Koziolok 2022). Ein Großteil der Trägerwohnungen, insbesondere im städtischen Bereich, ist in die Gemeinde und damit in den allgemeinen Mietwohnungsbestand eingestreut und die Träger sind gezwungen abzuwägen, an wen

der betreute Wohnplatz vergeben wird. Besonders auffälliges Verhalten eines Betreuten kann dazu führen, dass an Hausverwaltungen und Eigentümer Beschwerden herangetragen werden, die dazu führen können, dass nicht nur der Betreuungsvertrag gekündigt wird, sondern auch der betreute Wohnraum verloren geht und somit nicht mehr für nachfolgende zu Betreuende zur Verfügung gestellt werden kann.



Empfehlungen

- *Die Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt von Betroffenen mit Schizophrenie sollte verbessert werden, indem Angebote wie das IPS ausgebaut werden.*
- *Es ist wichtig, dass Betreuung und Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Die Integration beider Aspekte kann dazu beitragen, die Teilhabesicherung effektiver zu gestalten, insbesondere angesichts des prekären Wohnungsmarktes in Großstadtreionen.*
- *Landkreise sollten ermutigt werden, adäquaten Wohnraum zur Verfügung zu stellen, unabhängig von den Marktkonditionen. Dies erfordert möglicherweise finanzielle Anreize, um die Umsetzung zu gewährleisten.*
- *Einrichtungen sollten in die Lage versetzt werden, bei Bedarf 24/7-Betreuung anzubieten und adäquaten Wohnraum bereitzustellen. Es sollten Anreize für Einrichtungen gesetzt werden, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen.*
- *Einrichtungsträger sollten unterstützt werden, Wohnraum eigenständig zu erwerben und zur Verfügung zu stellen. Dies könnte die Verfügbarkeit von Wohnraum für Betroffene verbessern und deren Situation stabilisieren.*
- *Die Implementierung von Housing First Konzepten kann dazu beitragen, Wohnungslosigkeit bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu verhindern. Diese Konzepte bieten in Kombination mit Behandlungsmodellen zu Hause das Potenzial, eine umfassende Betreuung zu gewährleisten und das Personal in Wohneinrichtungen zu entlasten.*
- *Die Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der Arbeit kann ihre Lebenszufriedenheit erhöhen. Es ist wichtig, flexiblere Ansätze zu entwickeln, um solche Programme erfolgreich umzusetzen, einschließlich der Überwindung sektoraler Barrieren.*

6.2.4 Forensik und Maßregelvollzug

Die forensische Versorgung und insbesondere der Maßregelvollzug sind durch eine Reihe von Hürden gekennzeichnet, die für Betroffene, Angehörige und Pflegende mit besonderen Herausforderungen verbunden sind.

Studien haben gezeigt, dass schizophrene Psychosen zu den häufigsten Einweisungsgründen in psychiatrische Versorgungskliniken zählen (Jäger u. Klimczyk 2023) und dementsprechend ein großer Anteil der Personen in deutschen Maßregelvollzugskliniken an Schizophrenie erkrankt ist (Hiersemenzel 2012). Unzureichende Therapien und Störungen des Substanzkonsums stellen dabei ein erhöhtes Risiko für Straftaten dar, die zur Einweisung in den Maßregelvollzug führen können (Lau 2021). Ein weiteres Problem ist das Fehlen einer adäquaten Früherkennung und Frühintervention, um gefährdete Personen möglichst früh zu identifizieren und Risikofaktoren zu reduzieren (Mohr et al. 2018).

Forensische Einrichtungen haben häufig mit Personal- und Platzmangel zu kämpfen (Zeidler et al. 2024). Auch nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug mangelt es häufig an ausreichender Unterstützung und den entsprechenden Versorgungsstrukturen, um die Betroffenen wieder adäquat in die Gesellschaft einzugliedern, was zu wiederholten Einweisungen in den Maßregelvollzug führen kann (Hiersemenzel 2012).

Wenn zu erwarten ist, dass Betroffene außerhalb des Maßregelvollzugs keine erheblichen rechtswidrigen Taten mehr begehen werden, ist die Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug zu beenden. Die Betroffenen werden dann bedingt entlassen (§ 67d StGB). In einigen Regionen, z.B. in Berlin, wird die bedingte Entlassung aus dem Maßregelvollzug vom Gericht an die Inanspruchnahme der erforderlichen Teilhabeleistungen oder den Aufenthalt in einem Wohnangebot eines Betreuungsträgers gebunden (§ 62 PsychKG Berlin). Risikominimierung und Sicherheitserfordernisse werden hier an ein Leistungssystem adressiert, das eine personenzentrierte Teilhabe ermöglichen soll, damit aber häufig zu einem der forensischen Klinik nachgelagerten ambulanten Setting der Nachsorge wird.

Die mangelnde Koordination und Planung der Nachsorge nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug führen dazu, dass Betroffene in Einrichtungen der Eingliederungshilfe untergebracht werden, in denen ihre Bedürfnisse nach Ruhe und Selbstbestimmung nicht ausreichend berücksichtigt werden. Die Belastung der Mitarbeitenden in diesen Einrichtungen ist hoch, was die Dringlichkeit einer besseren Lösung unterstreicht, welche die Bedürfnisse der Betroffenen in den Vordergrund stellt und gleichzeitig die Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden verbessert.

Im Rahmen der UN-Behindertenrechtskonvention sollen die gesellschaftliche Teilhabe und das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gestärkt werden, ohne das allgemeine Risiko der Begehung von Straftaten und damit der Einweisung in den Maßregelvollzug zu erhöhen, was in der Umsetzung allerdings schwer zu vereinbaren ist (Volz 2020; Trost 2023). All diese Umstände führen dazu, dass Betroffenen häufig keine angemessene Nachsorge oder Behandlung nach Entlassung gewährleistet werden kann.

6 Anforderung an eine angemessene Versorgung von Betroffenen mit Schizophrenie und Ausblick

Die DGPPN hat 2023 im Rahmen einer Umfrage zum Maßregelvollzug bereits Forderungen an den politischen Entscheidungsträger formuliert, die in den nachfolgenden Empfehlungen mit aufgegriffen werden (DGPPN e.V. 2023c).



Empfehlungen

- *Die Früherkennung von Warnsignalen, die auf ein aggressives oder kriminelles Verhalten hindeuten könnten, sollte gestärkt werden, um Straftaten frühzeitig verhindern zu können.*
- *Therapien sollten entsprechend angepasst werden bzw. Substanzkonsumstörungen verhindert werden, damit das Risiko für Straftaten und damit einhergehend die Einweisung in den Maßregelvollzug reduziert wird.*
- *Die Rahmenbedingungen der Maßregelvollzugskliniken sollten auf bundesweiter Ebene vereinheitlicht werden, beispielsweise in Bezug auf Personaldichte und räumliche Ausstattung (DGPPN e.V. 2023c).*
- *Eine auskömmliche Finanzierung ist als Grundlage erfolgreicher Behandlung und Entlassung zu fordern (DGPPN e.V. 2023c).*
- *Für Menschen, die aus dem Maßregelvollzug entlassen werden und wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden sollen, müssen die derzeit fehlenden Anschluss-Wohnformen ausgebaut werden (Zeidler et al. 2024).*
- *Es sollte ein bundesweites Register etabliert werden, um Einweisungen und Maßnahmen des Maßregelvollzugs transparent zu dokumentieren (DGPPN e.V. 2023c).*
- *Die forensisch-psychiatrische Forschung sollte gezielt finanziell gefördert werden, um in der Zukunft eine Verbesserung der Versorgung im Maßregelvollzug zu erreichen (DGPPN e.V. 2023c).*

6.2.5 Fachkräfte

Der zunehmende Fachkräftemangel, der die Leistungserbringer in fast allen Bereichen der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie betrifft, stellt eine weitere drängende Problematik dar.

Der demografische Wandel und politisch-finanzielle Krisen verstärken die Personalengpässe (Hilienhof 2018). Hinzu kommt, dass Betroffene mit Schizophrenie auf eine kontinuierliche und SGB- sowie sektorenübergreifende Versorgung angewiesen sind, die von Natur aus personalintensiv und immer noch mit einem Stigma behaftet ist (Bramesfeld 2023).

Die Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl von psychiatrischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Fachkräften sowie von Fachkräften aus sozialen Berufen im Kontext der Teilhabeleistungen nach SGB IX ist für eine adäquate Schizophrenieversorgung unabdingbar, wird jedoch durch die derzeitigen Rahmenbedin-

gungen erheblich erschwert. Im Jahr 2019 gaben 80% der psychiatrischen Kliniken an, Probleme bei der Besetzung von ärztlichen Stellen zu haben, 73% hatten Probleme pflegerische Stellen zu besetzen (Blum et al. 2020). Im Jahr 2022 verschärfte sich die Situation, indem sogar 96% der befragten Kliniken Schwierigkeiten bei Stellenbesetzungen angaben (Blum et al. 2023). Ebenso zeigen sich im niedergelassenen Bereich Engpässe, insbesondere in ländlichen Regionen (Lingnau et al. 2021). Auch im Bereich der Teilhabeleistungen ist der Fachkräftemangel drastisch. So gab es im Jahresdurchschnitt 2021/2022 in der Berufsgruppe der Sozialarbeit die größte Fachkräftelücke im Vergleich zu sonstigen Berufsgruppen (Hickmann u. Koneberg 2022). Insbesondere auch im Maßregelvollzug wird von personellen Engpässen in der Presse berichtet, sodass nicht alle vakanten Stellen besetzt werden können (Unsleber u. Niemeyer 2024).

Laut Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege schränkt der Mangel an Fachkräften die Verfügbarkeiten von Versorgungsangeboten ein und erhöht zugleich die Arbeitsbelastung des vorhandenen Personals. Verschärft wird diese Situation durch drängende Anforderungen wie permanenter Zeitdruck, schlecht organisierte Arbeitsabläufe und zunehmende bürokratische Anforderungen. Die Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen selbst sind teilweise durch chronische Überlastung, mangelnde Wertschätzung und daraus resultierender erhöhter Krankheitsanfälligkeit psychisch belastet, was sich wiederum auf die Versorgung von Betroffenen mit Schizophrenie auswirken kann (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024).

Um diesen Herausforderungen wirksam zu begegnen, sind umfassende Reformen dringend erforderlich, die eine verbesserte Versorgung und einen effizienteren Einsatz des vorhandenen Personals ermöglichen. Dazu gehören die Vermeidung von Doppelstrukturen, eine bessere interdisziplinäre Koordination und Kooperation sowie die Stärkung sektoren- und SGB-übergreifender Versorgungsstrukturen (Bramesfeld 2023). Nach Experteneinschätzung könnten innovative Versorgungskonzepte für Fachkräfte besonders attraktiv sein.



Empfehlungen

- *Damit die ambulante Versorgung auch Menschen mit Schizophrenie ausreichend Unterstützung bieten kann, sind eine Ausweitung der StäB, eine bessere regionale Koordination und Steuerung, insbesondere durch gemeindepsychiatrische Verbünde und die KSVPsych-RL sowie eine aufsuchende Intensivbehandlung als Komplexleistung erforderlich.*
- *Modellvorhaben in Krankenhäusern nach § 64b SGB V sollten als Regelleistung ermöglicht werden. Sie haben ein großes Potenzial nicht nur für die Verbesserung der Effektivität, sondern auch für die Verbesserung der Effizienz der Versorgung.*
- *Zwischen den Einrichtungen der Assistenzleistungen zum Wohnen und der psychiatrischen Versorgung nach SGB V sollten enge und regelmäßige Kooperationen geschaffen werden.*

6.3 Stigmatisierung der Schizophrenie

Die Stigmatisierung der Schizophrenie in Deutschland führt zu mehreren komplexen Herausforderungen, die die soziale Integration und das allgemeine Wohlbefinden der Betroffenen behindern. Um ein umfassendes Verständnis zu ermöglichen, können diese Herausforderungen in die Bereiche soziale Akzeptanz, Präventionsmaßnahmen, klinische Behandlung und Beschäftigungsbarrieren unterteilt werden.

Auf gesellschaftlicher Ebene beeinträchtigt die Stigmatisierung der Schizophrenie die soziale Integration der Betroffenen erheblich. Schizophrenie wird oft als beunruhigender angesehen als andere psychische Störungen wie z.B. Depressionen, was zu einer erhöhten gesellschaftlichen Abneigung hinsichtlich des Umgangs mit Betroffenen führt (Schomerus et al. 2023). Diese gesellschaftliche Wahrnehmung begünstigt ein Umfeld, in dem es für Betroffene mit Schizophrenie schwierig sein kann, sich während und nach der Behandlung wieder in die Gemeinschaft zu integrieren. Präventive Maßnahmen wie öffentliche Aufklärungskampagnen und Bildungsinitiativen spielen daher eine entscheidende Rolle, um Stigmatisierung entgegenzuwirken. Erfolgreiche Modelle wie das Engagement von Interessengruppen in Schulen (z.B. durch „Irrsinnig Menschlich e.V.“) und öffentliche Veranstaltungen (z.B. „Der Lauf/Der Markt für seelische Gesundheit“, bipolaris e.V. 2024), an denen auch Betroffene teilnehmen, zeigen die potenzielle Wirkung solcher Maßnahmen.

Ein vielversprechender Ansatz sind Peer-to-Peer-Kampagnen, die darauf abzielen, das Bewusstsein für psychische Erkrankungen zu schärfen und das Empowerment sowohl der Betroffenen als auch der als Peers ausgebildeten Personen zu fördern (Wittmann et al. 2021; Mahlke et al. 2019). Projekte wie „Verrückt? Na und! – Seelisch fit in der Schule“ haben gezeigt, dass sie nicht nur die soziale Distanz gegenüber psychisch kranken Menschen kurzzeitig abbauen, sondern auch das hilfesuchende Verhalten der Schüler bei psychischen Problemen verbessern können (Müller et al. 2023; Conrad et al. 2010).

Eine Steigerung der Wirksamkeit dieser Programme durch eine bessere Finanzierung und eine größere Reichweite kann helfen. Die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen und der Öffentlichkeit in Diskussionen über psychische Gesundheit kann dazu beitragen, Missverständnisse im Zusammenhang mit Schizophrenie abzubauen, die z.B. durch Medien geschürt wurden.

Die Stigmatisierung erstreckt sich auch auf den Arbeitsplatz und beeinträchtigt sowohl die Beschäftigungsmöglichkeiten als auch den Verbleib von Betroffenen mit Schizophrenie im Beruf. Studien zeigen, dass Stigmatisierung und Diskriminierung erhebliche Hindernisse darstellen, die Arbeitgeber davon abhalten, Menschen mit dieser Erkrankung einzustellen (Millier et al. 2014; Schulze u. Angermeyer 2003; Thornicroft et al. 2009). Darüber hinaus können Betroffene, die diese negativen Stereotypen verinnerlichen, eine verminderte Selbstwirksamkeit und verstärkte negative Emotionen erfahren, was die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz nochmals erhöhen kann (Rüsch et al. 2005).



Empfehlungen

- *Um der Stigmatisierung entgegenzuwirken, sollten gezielte Aufklärungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen durchgeführt werden. An-*

stelle von breit angelegten, allgemeinen Kampagnen sollten Initiativen zielgerichtet sein und sich auf bestimmte Zielgruppen wie Schulen, Arbeitsplätze und Medienlandschaft konzentrieren. Bestehende Programme und Initiativen zur Bekämpfung der Stigmatisierung von Schizophrenie sollten unterstützt und gestärkt werden, um ihre Wirksamkeit zu maximieren.

- *Die Förderung von Peer-to-Peer-Kampagnen, insbesondere in Schulen und unter jungen Erwachsenen, kann dazu beitragen, das Bewusstsein für psychische Erkrankungen zu schärfen und das Empowerment von Betroffenen und Peers zu stärken.*
- *Betroffene mit Schizophrenie sollten aktiv in die Aufklärungsarbeit einbezogen werden, sei es durch persönliche Erfahrungsberichte in Schulen oder durch die Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen und Workshops.*
- *Im Hinblick auf Beschäftigungsmöglichkeiten sind Maßnahmen zur Unterstützung von Arbeitgebern und zum Abbau von Vorurteilen gegenüber Betroffenen mit Schizophrenie am Arbeitsplatz entscheidend, um ihre Integration in den Arbeitsmarkt zu erleichtern und langfristig ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern.*

6.4 Ausblick

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Versorgung von Betroffenen mit Schizophrenie im deutschen System vor zahlreichen Herausforderungen steht. Um eine zukunftsorientierte und effektive psychiatrische Versorgung der Betroffenen zu gewährleisten, ist es unabdingbar, die bestehenden Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung bereits bestehender erfolgreicher Konzepte und regionaler Besonderheiten weiterzuentwickeln. Die Ausrichtung der Versorgungsstrukturen an grundlegenden Leitplanken wie Bedarfsorientierung, gemeindenaher Versorgung, Gleichbehandlung, Koordination, Kooperation und Kontinuität ist von zentraler Bedeutung.

Das derzeit fragmentierte System sowie die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen stellen jedoch erhebliche Hürden dar, die es zu überwinden gilt. Um die Versorgung bundesweit zu verbessern, sollten kohärente Empfehlungen entwickelt werden, die sich an erfolgreichen Modellen wie dem Nationalen Krebsplan orientieren. Nur durch solche übergreifenden Initiativen kann die Umsetzung und Wirksamkeit der Versorgung nachhaltig gestärkt werden.