



Hochschule Neu-Ulm
University of Applied Sciences

Studiengang: Management für Gesundheits- und Pflegeberufe an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm

Lehrfach: Informationsmanagement

Bachelorarbeit

Thema: Chancen und Risiken der ambulanten Behandlung psychiatrischer Patienten durch telepsychiatrische Konsultation

Dozent: Prof. Dr. Swoboda

Verfasser: Johannes Bader

Matrikelnummer: 267892

Inhalt

Tabellenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Anhangsverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung und Fragestellung	1
1.1 Zielstellung der Arbeit	1
1.2 Methodik und Aufbau der Arbeit	2
2 Literaturanalyse	7
2.1 Aufbau und technische Realisation	7
2.2 Behandlungsergebnisse	11
2.3 Kosten	12
2.3.1 Investitionskosten	12
2.3.2 Betriebskosten	13
2.3.3 Finanzierungsmöglichkeiten	14
2.4 Spezifische Abrechnungsmöglichkeiten in der ambulanten Behandlung	16
2.4.1 Einheitlicher Bewertungsmaßstab als Abrechnungsgrundlage ambulanter Behandlung in der GKV	16
2.4.1.1 Begriffsdefinition und Funktionsweise	16
2.4.1.2 Entwicklung	17
2.4.1.3 Beteiligte	18
2.4.1.4 Aufbau und Struktur	20
2.4.1.5 Bedeutung und Veränderungen bei ambulanter fernmündlicher Behandlung	20
2.4.1.6 Mögliche Abrechnungsziffern der Leistungen bei telepsychiatrischer Behandlung	20
2.5 Behandlung in einer Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie	22
2.5.1 Definition, Aufgaben	22

2.5.2	Historische Entwicklung	25
2.5.2.1	Forensische Psychiatrie	25
2.5.2.2	Maßregelvollzug	25
2.5.3	Organisation und Struktur	27
2.5.3.1	Kurzer Abriss der aktuellen Lage	27
2.5.3.2	Privatisierung.....	28
2.5.3.3	Geltende Gesetze	29
2.5.3.4	Kosten der Unterbringung	30
3	Analyse in vier Szenarien	32
3.1	Personas / Szenarien	32
3.1.1	Literatursuche nach bereits etablierten Personas / Szenarien	32
3.1.2	Begründung der Verwendung eigener Personas / Szenarien	32
3.2	Szenario 1	33
3.2.1	Beschreibung Szenario / Persona.....	33
3.2.2	Beschreibung des Behandlungs-Prozesses ohne Einsatz von Telepsychiatrie	33
3.2.3	Beschreibung des Behandlungs-Prozesses mit Einsatz von Telepsychiatrie	34
3.2.4	Unterschiede beim medizinischen Outcome.....	34
3.2.5	Unterschiede beim betriebswirtschaftlichen Outcome und Kostenträgerrechnung.....	35
3.2.6	Unterschiede beim soziotechnischen Outcome	35
3.3	Szenario 2	36
3.3.1	Beschreibung Szenario / Persona.....	36
3.3.2	Beschreibung des Behandlungs-Prozesses ohne Einsatz von Telepsychiatrie	37
3.3.3	Beschreibung des Behandlungs-Prozesses mit Einsatz von Telepsychiatrie	37
3.3.4	Unterschiede beim medizinischen Outcome.....	38

3.3.5	Unterschiede beim betriebswirtschaftlichen Outcome und Kostenträgerrechnung.....	38
3.3.6	Unterschiede beim soziotechnischen Outcome	39
3.4	Szenario 3	39
3.4.1	Beschreibung Szenario / Persona.....	39
3.4.2	Beschreibung des Behandlungs-Prozesses ohne Einsatz von Telepsychiatrie	40
3.4.3	Beschreibung des Behandlungs-Prozesses mit Einsatz von Telepsychiatrie	41
3.4.4	Unterschiede beim medizinischen Outcome.....	41
3.4.5	Unterschiede beim betriebswirtschaftlichen Outcome und Kostenträgerrechnung.....	42
3.4.6	Unterschiede beim soziotechnischen Outcome	43
3.5	Szenario 4	43
3.5.1	Beschreibung Szenario / Persona.....	43
3.5.2	Beschreibung des Behandlungs-Prozesses ohne Einsatz von Telepsychiatrie	44
3.5.3	Beschreibung des Behandlungs-Prozesses mit Einsatz von Telepsychiatrie	44
3.5.4	Unterschiede beim medizinischen Outcome.....	44
3.5.5	Unterschiede beim betriebswirtschaftlichen Outcome und Kostenträgerrechnung.....	45
3.5.6	Unterschiede beim soziotechnischen Outcome	45
3.6	Zusammenfassung der Ergebnisse	45
3.6.1	Persona 1.....	45
3.6.2	Persona 2.....	46
3.6.3	Persona 3.....	46
3.6.4	Persona 4.....	46
4	Diskussion	47

IV

4.1	Limitationen und Beantwortbarkeit der Forschungsfrage	47
4.2	Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse	47
4.3	Handlungsempfehlungen.....	48
4.4	Ausblick.....	49
	Eidesstattliche Erklärung	IX
	Quellenbelege	X
	Literaturverzeichnis	X
	Onlinequellen	XII
	Verzeichnis der betriebsinternen Unterlagen	XV

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aktueller Forschungsstand zum Einsatz von Telepsychiatrie und Einsparpotenzialen	2
Tabelle 2: Zeitlicher Verlauf der Relevanz des Suchbegriffs Telepsychiatrie	4
Tabelle 3: Zeitlicher Verlauf der Relevanz der Suchbegriffe Cost Savings Telepsychiatrie	4
Tabelle 4: Zeitlicher Verlauf der Relevanz der Suchbegriffe Efficiency Telepsychiatrie	5
Tabelle 5: Zeitlicher Verlauf der Relevanz der Suchbegriffe Effectiveness Telepsychiatrie	5
Tabelle 6: Kurze Übersicht ethischer Standards für DHI (Auszug)	7
Tabelle 7: Abhilfen für teletherapeutische Schwierigkeiten.....	9
Tabelle 8: Abschlüsse, wenn Patient in einem Quartal lediglich per Videosprechstunde Kontakt aufnimmt.....	15
Tabelle 9: Entwicklung der Unterbringungszahlen nach §§ 63 und 64 StGB	28
Tabelle 10: Typen der Privatisierung des Maßregelvollzugs in den Bundesländern.	29
Tabelle 11: Legalbewährung nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug (bundesweit)	30

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Krankengeldfälle je 100 krankengeldberechtigte AOK-Mitglieder in den Jahren 2017–2020, aggregiert in psychische und somatische Erkrankungen.....	1
Abbildung 2: Anforderungen für den Videodienst	10
Abbildung 3: Benefits and challenges associated with telehealth services.....	13
Abbildung 4: Grundelemente des Systems der vertragsärztlichen Vergütung.....	17
Abbildung 5: Vertreter der GS.	19
Abbildung 6: Beratungsfunktion des psychiatrischen Sachverständigen und die Folgen	23
Abbildung 7: Weichenstellung während der Unterbringung in Abhängigkeit von prognostischen Beurteilungen	24
Abbildung 8: Veröffentlichung des Gewohnheitsverbrechergesetzes vom 27. November 1933.....	26

Anhangsverzeichnis

Anhang I: Literaturverzeichnis.....	X
Anhang II: Onlinequellen.....	XII
Anhang III: Betriebsinterne Unterlagen.....	XV

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
etc.	et cetera
z. Bsp.	zum Beispiel
et al.	et alia
bzw.	beziehungsweise
o.S.	ohne Seite
o.J.	ohne Jahr
ff.	fortfolgende
vgl.	vergleiche
o.g.	oben genannt(e)
u.a.	unter anderem
sog.	sogenannte
DHI	Digital Health Intervention
GKV	Gesetzliche Krankenversicherungen
PKV	Private Krankenversicherungen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVKG	Krankenversicherungs- Kostendämpfungsgesetz
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
KV	Kassenärztliche Vereinigung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GS	Gemeinsame Selbstverwaltung
KdöR	Körperschaft des öffentlichen Rechts
DKG	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft
GOP	Gebührenordnungsposition
FPP	Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie
o.ä.	oder ähnliches
PsychKHG	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
MRV	Maßregelvollzug

1 Einleitung und Fragestellung

Die Relevanz des bearbeiteten Themas wird festgestellt und die Fragestellung entwickelt.

1.1 Zielstellung der Arbeit

Psychische Erkrankungen und durch sie verursachte Entgeltersatzleistungen der Versicherungsträger wie Krankengeld haben ein hohes Niveau erreicht und anteilig an den Gesamtleistungsausgaben zugenommen.¹ Auch das Auftaktjahr der Covid-19 Pandemie bildet hier keine Ausnahme, sondern bestätigt den Trend wie Abbildung 1 zeigt.

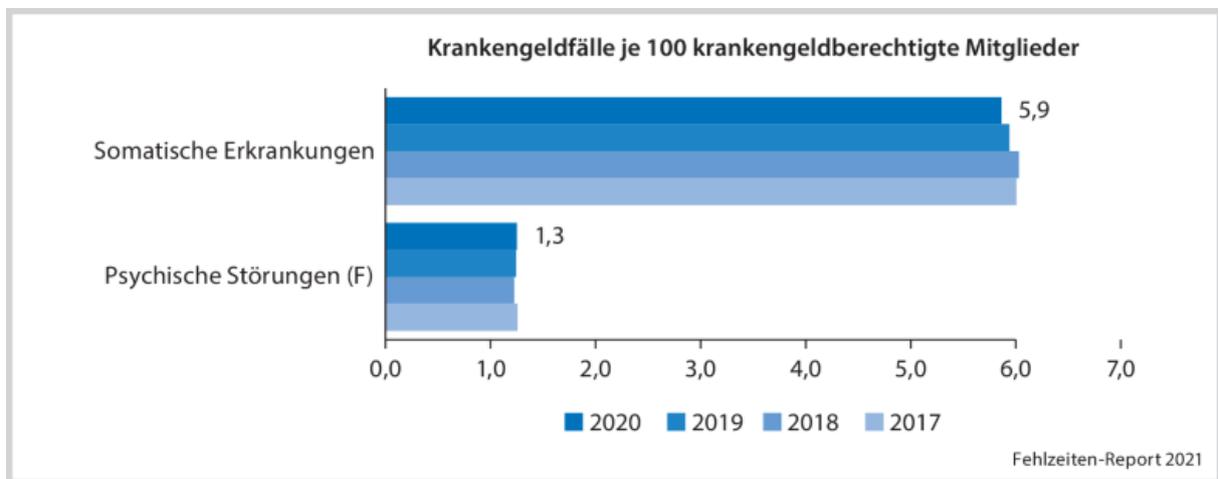


Abbildung 1: Krankengeldfälle je 100 krankengeldberechtigte AOK-Mitglieder in den Jahren 2017–2020, aggregiert in psychische und somatische Erkrankungen.

Quelle: AOK-Fehlzeiten-Report 2021

Ein systematisches Review inklusive Meta-Analyse von 65 Langzeit-Kohortenstudien ergab, dass die Symptomatik der untersuchten Betroffenen zu Beginn des Ausbruchs (März - April 2020) zunahm und im Fall von Depressionen und Affektiven Störungen im Zeitraum von Mai bis Juli auch signifikant erhöht blieb.² Im Vergleich zu somatischen Kliniken ist die durchschnittliche Belegung psychiatrischer Häuser in Deutschland oft 15% höher.³ Die Hygienemaßnahmen zur Pandemiebekämpfung hatten Behandlungsplatzreduzierungen zur Folge und schwer erkrankte Patienten mussten ambulant mitbehandelt werden.⁴ Die pandemiebedingte Reduzierung der

¹ Vgl.Herr, D. u.a. (2021), S. 771.

² Vgl.Robinson, E. u.a. (2022), S. 567.

³ Vgl.Keile, M./Simon, B./Krämer, N. (2021), S. 178.

⁴ Vgl.Winkler, J.G. u.a. (2021), S. 244.

Behandlungskapazitäten in psychiatrischen Kliniken auf 60% hat die Versorgungslage zumindest im Jahr 2021 deutlich verschlechtert, weil Patienten entlassen werden mussten, stationäre oder teilstationäre Therapieprogramme reduziert wurden, Bereiche geschlossen wurden und gleichzeitig die Aufrechterhaltung der Nachsorge nicht immer gelang.⁵ Eine Antwort auf diese Lage bestand in vielen Kliniken darin, vermehrt fernmündliche, ambulante Behandlungsmethoden anzubieten (Bezeichnungen dafür sind u.a. «Telekonsultation», «Digital Health Intervention;DHI», «Telemental Health Services» oder «Telepsychiatrie»), die der Psychiatrie als sprechender Medizin bereits davor prinzipiell bekannt waren. Studien hinsichtlich belegbarer Wirksamkeit dieser Methoden sind vergleichsweise oft durchgeführt worden. Ökonomische und soziotechnische Aspekte sind seltener der Fokus der Untersuchungen, oder sie werden lediglich en passant erwähnt und nicht weiter vertieft. Aus diesem Grund befasst sich die vorliegende Arbeit mit der Thematik der *Chancen und Risiken der ambulanten Behandlung psychiatrischer Patienten durch telepsychiatrische Konsultation.*

1.2 Methodik und Aufbau der Arbeit

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturliteraturarbeit. Zu ihrer Erstellung wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um den aktuellen Forschungsstand zu ermitteln und darüber einen Überblick zu ermöglichen. Für die Erhebung eines systematischen, quantitativen Überblicks wurden Schlagworte in unterschiedlichen Datenbanken und Suchmaschinen gesucht. Zur Darstellung eines validen Forschungsstands sind in der nachfolgenden Tabelle 1 die Trefferquoten mit den jeweiligen Suchbegriffen in den abgefragten Datenbanken aufgeführt.

Tabelle 1: Aktueller Forschungsstand zum Einsatz von Telepsychiatrie und Einsparpotenzialen

Schlagwort	Datenbank / Suchmaschine				
	Pubmed Central	Google Scholar	Livivo	Proquest	Medhochzwei
Telepsychiatrie	9	80	1.302	47	0
Telepsychiatry	2.156	7.160	1.338	7.785	1
Telekonsultation	18	259	152	187	13
Teleconsultation	24.191	10.300	1.787	8.592	0

⁵ Vgl. Adorjan, K. u.a. (2021), S. 569.

Telepsychiatrie Risikomanagement	0	1	7	9	0
Telepsychiatrie Casemanagement	0	6	15	3	0
Cost Savings Telepsychiatry	239	15.500	50	1.955	0
Cutting Costs Telepsychiatry	50	11.600	1	1.182	0
Efficiency Telepsychiatry	531	17.200	301	874	0
Effizienz Telepsychiatrie	0	13	207	2	0
Effectivity Telepsychiatry	3	17.000	354	18	0
Effektivität Telepsychiatrie	1	12	3	3	0

Quelle: Eigene Darstellung

Um die Trefferhäufigkeit einzuschränken, wurde der Suchzeitraum beschränkt: Beginnend im Jahr 2019 und bis heute. Je nach Suchbegriff waren bei verschiedenen Anbietern die jeweils meisten Treffer zu verzeichnen, weshalb sich kein Angebot deutlich von den anderen absetzt. Auffallend war, dass die Anzahl der Treffer teilweise signifikant zurückgeht, wenn die deutsche Entsprechung eines Suchbegriffs eingegeben wurde. Teilweise ignorierten Suchalgorithmen die Eingabe deutscher Begriffe und zeigten ausschließlich Ergebnisse für die englischen Entsprechungen dieser Begriffe an. Da in der Datenbank Medhochzwei nur sehr wenige Treffer zu verzeichnen waren, wurde sie im folgenden Teil nicht mehr berücksichtigt. Die Suche im Bibliothekskatalog der Hochschule Neu-Ulm ergab im fraglichen Zeitraum erwartungsgemäß keine signifikanten Treffer, weshalb sie in der Tabelle und entsprechend auch im folgenden Teil nicht berücksichtigt wurde.

Um einen Überblick über die literarische Relevanz der Suchbegriffe im zeitlichen Verlauf zu ermöglichen, wurde die Trefferanzahl pro angegebenem Zeitraum in den Tabellen 2-5 dargestellt.

Tabelle 2: Zeitlicher Verlauf der Relevanz des Suchbegriffs Telepsychiatrie

Suchbegriff: Telepsychiatrie						
Datenbank	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2022
Pubmed Central	1	16	27	76	306	2.052
Google Scholar	69	654	1.350	1.830	3.100	9.580
Livivo	8	96	141	159	227	846
Proquest	7	183	325	604	1.347	5.927

Quelle: Eigene Darstellung

Die Zunahme der Relevanz des Suchbegriffs von ein- bis zweistelligen Trefferzahlen in den 1990er Jahren bis hin zu vierstelligen Ergebnissen in den letzten Jahren ist bei allen Datenbanken und Suchmaschinen deutlich zu sehen. Vor allem im letzten untersuchten Zeitraum 2015-2022 ist eine bemerkenswerte Zunahme der Trefferzahlen festzustellen.

Tabelle 3: Zeitlicher Verlauf der Relevanz der Suchbegriffe Cost Savings Telepsychiatrie

Suchbegriffe: Cost Savings Telepsychiatrie						
Datenbank	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2022
Pubmed Central	0	5	4	17	66	209
Google Scholar	49	552	1.810	3.460	7.310	17.400
Livivo	0	6	8	12	13	19
Proquest	5	46	128	232	502	1.268

Quelle: Eigene Darstellung

Mit Ausnahme von Pubmed Central, welches zwischen 1995 und 2005 einen leichten Rückgang verzeichnete, ist ein deutliches Wachstum der Relevanz des

Suchbegriffpaars zu erkennen. Bis auf beim Anbieter Livivo, ist der ausgeprägte Sprung nach oben im Zeitraum 2015-2022 auch wieder klar zu erkennen.

Tabelle 4: Zeitlicher Verlauf der Relevanz der Suchbegriffe Efficiency Telepsychiatry

Suchbegriffe: Efficiency Telepsychiatry						
Datenbank	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2022
Pubmed Central	0	4	3	19	83	452
Google Scholar	86	872	3.120	6.490	13.500	~17.000
Livivo	1	9	23	47	74	190
Proquest	4	30	97	207	421	1.314

Quelle: Eigene Darstellung

Der o.g. leichte Rückgang der Relevanz bei Pubmed ist auch hier zu beobachten, ansonsten ist eine deutliche Zunahme erkennbar. Livivo zeigt, wie bei den anderen Suchen zuvor speziell seit Pandemiebeginn eine gesteigerte Relevanz der Begriffe.

Tabelle 5: Zeitlicher Verlauf der Relevanz der Suchbegriffe Effectiveness Telepsychiatry

Suchbegriff: Effectiveness Telepsychiatry						
Datenbank	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2022
Pubmed Central	1	7	13	50	223	1.216
Google Scholar	106	974	3.520	7.320	15.100	17.100
Livivo	1	15	34	46	68	231
Proquest	6	55	149	311	659	1.766

Quelle: Eigene Darstellung

Dem sonst zu sehenden Trend entgegen verzeichnet Google Scholar die größte Relevanzsteigerung der Suchbegriffe nicht im letzten untersuchten Zeitraum, sondern in dem davor liegenden. Dafür sind die Zuwächse bei den anderen untersuchten

Begriffen wieder stetig anhaltend, bis auch sie 2015-2022 überdurchschnittlich stark ansteigen.

Die Untersuchung der Relevanz im zeitlichen Verlauf hat gezeigt, dass sich die Thematik mit ihren wirtschaftlichen Aspekten von einem wenig beachteten Gegenstand in den frühen 1990er Jahren zu einem zunehmend besser untersuchten Feld im Jahr 2022 gewandelt hat. Besonders in den letzten Jahren ist die Relevanz der Suchbegriffe bei allen vier untersuchten Anbietern signifikant gestiegen. Zumindest bei Livivo geht aus einer Visualisierung des Verlaufs hervor, dass seit Anfang 2020 der größte Zuwachs innerhalb kurzer Zeit stattfand.

2 Literaturanalyse

Die verfügbare Literatur wird analysiert und den einzelnen Unterthemen entsprechend bearbeitet.

2.1 Aufbau und technische Realisation

Die systematische Literaturübersicht von Allgaier, Schmid et al. kommt zu dem Ergebnis, dass die meisten ihrer untersuchten Studien (Desktop) PCs benutzen, welche die breiteste Auswahl an Applikationen bieten. Das umfasst sogenannte Serious Games (englisch für «ernste Spiele», deren Hauptzweck nicht die bloße Unterhaltung ist) zur Psychoedukation, aber auch Videos oder Textmodule zum gleichen Zweck. Das Training kognitiver Funktionen wird erwähnt, wobei die genauen Methoden unklar bleiben. Weiter werden Videokonferenzen, bzw. Bildtelefonie als Möglichkeit, die PCs bieten genannt. Die zunehmende Benutzung von Smartphones zum ambulanten Assessment von Befindlichkeiten oder Erfahrungen im Alltag wird beschrieben. Tablet PCs werden hauptsächlich für Trainings zur Verbesserung der Aufmerksamkeit oder sozialen und kommunikativen Fähigkeiten mittels geeigneter Apps benutzt.⁶ Die generelle Erfüllung technischer Voraussetzungen (stabile Breitbandverbindung, hochauflösende Webcam mit mindestens Full HD; also 1080p, Headset wegen möglicher Hintergrundgeräusche) wird als nach wie vor herausfordernd beschrieben, neben anderen technischen Schwierigkeiten. Zentral ist hier das Thema der Datensicherheit: Die eingesetzte Software muss von den jeweiligen Gesundheitsbehörden für psychotherapeutische Zwecke zugelassen sein. Sie muss die Daten gemäß den behördlichen Vorgaben vor unberechtigtem Zugriff Dritter schützen. Dazu gehören die sichere Speicherung, Zugriffsbeschränkungen, Verschlüsselung und externe Backups.⁷ Liem et al. haben eine Reihe ethischer Standards für DHI entwickelt.⁸ Sie sind hier auszugsweise ergänzend in Tabelle 6 aufgeführt.

Tabelle 6: Kurze Übersicht ethischer Standards für DHI (Auszug)

Compliance	Die Aufklärung des Patienten hinsichtlich potenziellen Nutzen und Risiken von DHI und wie sie sich von face-to-face Interventionen unterscheiden.
-------------------	---

⁶ Vgl. Allgaier, K. u.a. (2021), S. 1667.

⁷ Vgl. Allgaier, K. u.a. (2021), S. 1668.

⁸ Vgl. Liem, A. u.a. (2020), S. 102218.

Einverständnis	Mindestens 1 Notfallkontakt für den Krisenfall zur Verfügung stellen.
	Notfalltelefonnummer für technische Probleme mit Hardware, Software oder Internetverbindung.
	Den Plan für unvorhergesehene Ereignisse erklären (was der Behandler tun wird und was der Patient tun soll), falls die Sitzung aufgrund von logistischen oder anderen Gründen unterbrochen wird.
Notfall	Vor Beginn der ersten Sitzung die dem Standort des Patienten am nächsten gelegenen Dienste wie Notfallrettung, Ersthelfer, etc. ausfindig machen, falls der Patient einen Notfall erleidet.
	Im Vorfeld besprechen, wie das Lebensumfeld des Patienten die Einstellung zur Behandlung beeinflussen kann. Problemlösungen für antizipierte Hindernisse finden, z.B. das strategische Benutzen der Textchat-Funktion von Videokonferenz-Apps, wenn Familienmitglieder im Raum sind.

Quelle: Liem u.a. (2020)

Je nach Nation ergeben sich zusätzliche technisch-regulatorische Schwierigkeiten. In Kolumbien wird Benutzern telepsychiatrischer Dienste beispielsweise vorgeschrieben, simultan dazu face-to-face Unterstützung eines Allgemeinarztes zu erhalten, die in abgelegenen Regionen, wo der Nutzen telepsychiatrischer Angebote besonders zum Tragen kommt gerade nicht gewährleistet werden kann. In den meisten Ländern bestehen auch Schwierigkeiten mit der Ausfertigung digitaler Rezepte. So werden von der Kasse übernommene Medikamente in Iran nur gegen Vorlage eines gedruckten Rezepts ausgegeben.⁹ Markowitz et al. heben den allgemein verbreiteten Zugang zu PCs und Smartphones hervor, geben jedoch zu bedenken, dass gerade viele Menschen, die Risikogruppen zugerechnet werden, wie ältere oder ärmere Patienten keinen Zugang zu schnellem Internet haben. Ein weiteres Problem ist der Mangel an Rückzugsraum, um nicht in der Gegenwart von schwierigen Familienmitgliedern sprechen zu müssen. Ablenkende Stimuli sind reichlich vorhanden: Menschen oder

⁹ Vgl. Ramalho, R. u.a. (2020), S. 102234.

Haustiere betreten den Raum, Geräusche von außen lenken ab. Selbst wenn sie das nicht tun, befinden sich auf den Bildschirmen und Geräten selbst bereits zerstreue Inhalte: Da der Ton (Ausgabe und Aufnahme) auf «laut» gestellt sein muss, um den Austausch von Patient und Therapeut zu gewährleisten, werden Benachrichtigungen beispielsweise von E-Mails oder Instant Messaging Diensten an beiden Enden gehört. Ein weiteres Thema ist der erschwerte Blickkontakt: Wenn der Patient in die Linse der Kamera blickt, um virtuellen Blickkontakt herzustellen, kann es sein, dass er oder sie nicht das Bild des Therapeuten anschaut, weil sich Linse und Bildschirm an verschiedenen Plätzen befinden, was zu irreführendem «Starren» führen kann.¹⁰ Um diesen technischen und anderen Besonderheiten und Schwierigkeiten Abhilfe zu schaffen, schlagen Markowitz et al. eine Reihe Vorgehensweisen vor, die in Tabelle 7 aufgeführt sind.

Tabelle 7: Abhilfen für teletherapeutische Schwierigkeiten

TABLE 1. Remedies for teletherapy difficulties (Table view)

Obstacle	Remedy
Distractions	
Beeping e-mail	Turn off e-mail (and ask patient to)
Viewing your own image on-screen	Minimize or hide image
“Talking heads”	Distance yourself from the camera for a fuller body “office view”
Temptation to check e-mail	Distance yourself from the keyboard
Physical discomfort	
	Stretch and take brief walks between sessions
	Use an ergonomic chair
Transmission difficulties	
	Minimize other Internet use
	Purchase a Wi-Fi booster
Emotional distancing	
	Do your best to focus on patient’s affect
	Wait and observe rather than rushing to fill silences
	If still in doubt, ask patient how he or she is feeling
Remote risk of suicide, violence	
	Careful serial monitoring as appropriate

Quelle: Markovitz u.a. (2021)

Ein anderer Aspekt für das jeweils zu wählende technische Setup ist, dass nicht jeder Patient in der Lage ist, jede genutzte Plattform auch zu verwenden. Daher ist von Behandlerseite eine gewisse Flexibilität erforderlich, sich den Möglichkeiten der Patienten anzupassen. Dafür braucht es eine gewisse Auswahl an Alternativen, um die individuell am besten passende Lösung zu finden.¹¹ Es stellt sich hier jedoch die

¹⁰ Vgl. Markowitz, J.C. u.a. (2021), S. 240–246.

¹¹ Vgl. Sasangohar, F. u.a. (2020), 2.

Frage, ob eine solche Lösung von den jeweiligen örtlichen Gesundheitsbehörden überhaupt zugelassen wird. Eine Zulassung ist in Deutschland an technische Anforderungen geknüpft, wie sie der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte in der aktualisierten Fassung vom 20. März 2021 geregelt sind. Dort wurden unter anderem die technischen Anforderungen an die Zertifikate und die ausstellenden Stellen zum Nachweis von IT-Sicherheit und Datenschutz aktualisiert.¹² Für eine Darstellung der Anforderungen siehe Abbildung 2.

Anforderungen an Praxen

- Die Patientin oder der Patient muss für die Videosprechstunde eine Einwilligung abgeben.
- Die Videosprechstunde muss in Räumen stattfinden, die Privatsphäre bieten. Außerdem müssen die eingesetzte Technik und die elektronische Datenübertragung eine angemessene Kommunikation gewährleisten.
- Die Videosprechstunde muss vertraulich und störungsfrei verlaufen – wie eine normale Sprechstunde auch.
- Der Klarname der Patientin oder des Patienten muss für die Praxis erkennbar sein.
- Die Videosprechstunde muss frei von Werbung sein.

Anforderungen an Videodienstanbieter

- Der Videodienstanbieter muss zertifiziert sein und dazu eine Selbstauskunft bei der KBV sowie beim GKV-Spitzenverband eingereicht haben. Die Praxis erhält vom gewählten Anbieter nach Vertragsschluss eine Bescheinigung, dass der Videodienst gemäß Anlage 31b zur IT-Sicherheit und zum Datenschutz zertifiziert ist sowie die Anforderungen zu den Inhalten erfüllt.
- Der Videodienstanbieter muss zudem gewährleisten, dass die Videosprechstunde während der gesamten Übertragung Ende-zu-Ende verschlüsselt ist.

Abbildung 2: Anforderungen für den Videodienst

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022)

¹² Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e), o.S.

Für den zusätzlichen Aufwand, der durch die Authentifizierung neuer Patienten entsteht, gibt es bislang noch einen Zuschlag, da die erforderlichen Stammdaten nicht über die elektronische Gesundheitskarte automatisiert erfasst werden können.¹³ Der Patient hat zu diesem Zweck seine elektronische Gesundheitskarte in die Kamera zu halten, damit das Praxispersonal die notwendigen Daten erheben kann. Mündlich bestätigt der Patient zudem, dass er nach wie vor versichert ist.¹⁴ Praktisch läuft eine Videosprechstunde wie folgt ab: Der Patient erhält entweder über die Praxis oder den zertifizierten Videodienstleister, bei dem sich der Arzt oder Therapeut zuvor registriert hat, einen Termin. Vor Beginn der ersten Sitzung muss der Patient seine Einwilligung erklären, je nach System über den Anbieter oder direkt beim Arzt oder Psychotherapeuten. Beide Parteien verbinden sich mit dem Programm des Anbieters, wobei der Patient noch im «Online-Wartezimmer» bleibt, bis er dazugeschaltet wird. Nach Beendigung der Sitzung melden sich beide Parteien ab und der Behandler dokumentiert die Videosprechstunde.¹⁵

2.2 Behandlungsergebnisse

Allgaier, Schmid et al. konnten 2021 nachweisen, dass es belastbare Evidenz zur Wirksamkeit von DHI bei Angststörungen und milden bis mittelschweren Depressionen vorliegt, vor allem für computergestützte kognitive Verhaltenstherapie. Studien, die DHI bei anderen Diagnosen wie Essstörungen, Psychosen, Zwangsstörungen, Dyslexie, Koordinationsstörungen (Dyspraxie), Verhaltensauffälligkeiten mit disruptivem Verhalten, Ticstörungen, Schlaflosigkeit und Trichotillomanie untersuchen, sind eher selten. Die wenigen vorliegenden Studien zeigen vielversprechende Ergebnisse, jedoch werden mehr qualitativ hochwertige Studien benötigt, um DHI bei diesen Störungen gründlich evaluieren zu können.¹⁶ Die für die Therapeuten am meisten fordernden Aufgaben wie die Stabilisierung von Patienten in akuten Krisen werden als Herausforderungen beschrieben, die es noch zu meistern gilt. Hier könnten sog. Mischformate, also eine Kombination althergebrachter Face-to-face Sitzungen mit beispielsweise intermittierender Bildtelefonie der Königsweg sein, DHI zu integrieren und ihre Stärken zum Vorteil der Behandlung zu nutzen. DHI ohne

¹³ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e), o.S.

¹⁴ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e), o.S.

¹⁵ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e), o.S.

¹⁶ Vgl. Allgaier, K. u.a. (2021), S. 1667.

unmittelbaren oder mit lediglich asynchronem Zugang zu Therapeuten werden als nicht geeignet für Patienten mit Suizidgedanken bewertet. Sie beinhalten das Risiko, dass der Therapeut die Gedanken nicht erkennt, die im persönlichen Kontakt offensichtlich geworden wären.¹⁷ Auch Poon, Pat Fong et al. bewerten Patienten mit instabilem Mentalzustand, riskanten Verhaltensweisen oder herausfordernden psychosozialen Lebensumständen als typischerweise unpassend für DHI und empfehlen das Angebot gewöhnlicher face-to-face Konsultationen.¹⁸

2.3 Kosten

2.3.1 Investitionskosten

Allgaier, Schmid et al. nennen initial entstehende Kosten für Psychotherapeuten, beispielsweise für die technische Infrastruktur zwar, aber gehen dann nicht näher auf die Thematik ein.¹⁹ Deslich, Stec et al. nennen die Anschaffungskosten für das Equipment ebenso, vor allem die moderne Elektronik.²⁰ Bereits zum Erstellungszeitpunkt der Studie wurde jedoch eine schnelle Verbreitung der benötigten Technik (hier hauptsächlich Breitbandinternet) festgestellt, was mit einer Kostensenkung einherging.²¹ Seitdem haben mobile Endgeräte wie Smartphones eine noch weitere Verbreitung erfahren. Das hat den Vorteil, dass Patienten weniger oder keine Investitionskosten für Hardware haben. Geeignete Apps wie «ExPRESS» haben eine hoch übereinstimmende Validität der Selbsteinschätzung von Symptomen von rückfallgefährdeten Psychosepatienten mit der Fremdeinschätzung von Fachleuten gezeigt. Keine teure Anschaffung tätigen zu müssen könnte gerade für ärmere Patienten die Hemmschwelle senken, sich behandeln zu lassen.²² Die Perspektive der Zulassung einer solchen App durch deutsche Gesundheitsbehörden in näherer Zukunft ist der Literatur nicht zu entnehmen. Im Ausland sind Anbieter wie beispielsweise BetterHelp in den Vereinigten Staaten von Amerika jedoch bereits etabliert.²³

¹⁷ Vgl.Allgaier, K. u.a. (2021), S. 1668.

¹⁸ Vgl.Poon, N.Y./Pat Fong, S./Chen, H.Y. (2020), S. 102336.

¹⁹ Vgl.Allgaier, K. u.a. (2021), S. 1669.

²⁰ Vgl.Deslich, S. u.a. (2013), 2.

²¹ Vgl.Deslich, S. u.a. (2013), 4.

²² Vgl.Nagendrappa, S. u.a. (2020), 77.

²³ Vgl.BetterHelp.com (2022), o.S.

2.3.2 Betriebskosten

Deslich, Stec et al. weisen darauf hin, dass die entstehenden Fixkosten für den täglichen Betrieb im Vergleich dann geringer sind also ohne eine (teilweise) Umstellung auf DHI, was als kosteneffektiv und effizient (die Strukturen betreffend) beschrieben wird.²⁴ Die Anwendung fernmündlicher Methoden wird durch Deslich, Stec et al. als fast immer als in der Summe Behandlungskosten sparend beschrieben. Vor allem gilt das jedoch für den ländlichen Raum: Je nach Studie wurden dort 40% oder gar 70% Kostensenkung angegeben.²⁵ Für einen Überblick über Nutzen und Herausforderungen, die auch aus der Betriebskostenperspektive durch Einsatz von Telemedizin allgemein entstehen können siehe Abbildung 3.



Abbildung 3: Benefits and challenges associated with telehealth services

Quelle: Mahtta, Daher et al. (2021)

Aus Patientenperspektive bieten fernmündliche Behandlungsmethoden Kosteneinsparungsmöglichkeiten, indem beispielsweise die Zeit für die Anreise verringert wird, sich weniger arbeitsfrei genommen werden muss, oder im Zusammenhang mit Klinikbesuchen anfallende Kosten sinken. Für die Betreiber geben Mahtta, Daher et al. zwei- bis dreistellige Nettoeinsparungen (in US-Dollar) pro Sitzung an. Auch für das gesamte Gesundheitssystem wird ein Einsparpotenzial angegeben, weil missbräuchliche Inanspruchnahme durch angemessene Triage verringert werden kann.²⁶ Nicht zuletzt kann dem Pflegenotstand und der Unterversorgung auf dem Land zumindest etwas Abhilfe geschaffen werden. Das Missverhältnis von Angebot und

²⁴ Vgl. Deslich, S. u.a. (2013), 2.

²⁵ Vgl. Deslich, S. u.a. (2013), 4.

²⁶ Vgl. Mahtta, D. u.a. (2021), S. 115.

Nachfrage kann abgemildert werden, indem ohnehin praktizierende Behandler zusätzlich von zuhause aus fernmündlich behandeln. Gleichzeitig entsteht aber das Risiko, dass eine Kostensteigerung durch Sprechstundenbesuche stattfindet, die ohne die Annehmlichkeiten von DHI gar nicht in Anspruch genommen worden wären, oder die zusätzlich zum persönlichen Besuch veranlasst werden.²⁷

2.3.3 Finanzierungsmöglichkeiten

Auch hier wird durch Allgaier, Schmid et al. lediglich darauf hingewiesen, dass nicht gewährleistet ist, dass die für DHI entstandenen Kosten von den öffentlichen Kostenträgern aller Länder übernommen werden.²⁸ Tatsächlich sind Probleme mit der Vergütung oft der stetige Begleiter telepsychiatrischer Angebote gewesen. Obwohl sich beispielsweise Einsparungen von 50% der Konsultationskosten ergaben, waren Systemwartung, Übertragungskosten, etc. oft der ausschlaggebende Faktor, warum entsprechende Programme wieder eingestellt wurden.²⁹ Seit dem Jahr 2020 sind die Möglichkeiten der fernmündlichen Beratung (Video, oder wenn das nicht möglich ist Telefon) durch die Bundespsychotherapeutenkammer erweitert worden. Die Sprechstunde konnte ab diesem Zeitpunkt per Videogespräch besucht werden.³⁰ Die zwischenzeitlich für Ärzte und Psychotherapeuten unbegrenzt abrechenbaren Videosprechstunden wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kostenträgern wieder auf 30 Prozent (Fallzahl und Leistungsmenge) begrenzt. Videosprechstunden können mit der jeweiligen Grund- oder Versichertenpauschale abgerechnet werden.³¹ Findet jedoch nur eine Videosprechstunde pro Quartal statt, wird durch durch die

²⁷ Vgl. Mahtta, D. u.a. (2021), S. 115.

²⁸ Vgl. Allgaier, K. u.a. (2021), S. 1669.

²⁹ Vgl. Brown, F.W. (1998), o.S.

³⁰ Vgl. Bundespsychotherapeutenkammer (2020), S. 1.

³¹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e), o.S.

Krankenversicherung ein Abschlag vorgenommen.³² (Siehe Tabelle 8) Der Abschlag ist gestaffelt nach medizinischen Fachgebieten, von 20-30%.

Tabelle 8: Abschläge, wenn Patient in einem Quartal lediglich per Videosprechstunde Kontakt aufnimmt

Gruppe 1: Abschlag von 20 %	Gruppe 2: Abschlag von 25 %	Gruppe 3: Abschlag von 30 %
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärzte ▪ Kinder- und Jugendmedizin ▪ Neurologie/Neurochirurgie ▪ Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie ▪ Psychosomatik/Psychotherapie/Psychiatrie ▪ Schmerztherapie ▪ Strahlentherapie (nur GOP 25214) ▪ Ermächtigte Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Innere Medizin ▪ Gynäkologie ▪ Chirurgie ▪ Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ▪ Humangenetik ▪ Dermatologie ▪ Orthopädie ▪ Urologie ▪ Physikalische und Rehabilitative Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anästhesie ▪ Augenheilkunde ▪ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022)

Auch der Gemeinsame Bundesausschuss erweiterte die Abrechnungsmöglichkeiten um fernmündliche Methoden, um beispielsweise Folgeverordnungen oder Verordnungen außerhalb des Regelfalls nach telefonischer Anamnese durchführen zu können.³³ Die Authentifizierung neuer Patienten kann extrabudgetär vergütet werden. Die Vergütungsmöglichkeit ist vorläufig bis zum 31. Dezember 2022 befristet, weil anschließend neue technische Verfahren den Zusatzaufwand zur Authentifizierung obsolet machen sollen.³⁴

³² Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e), o.S.

³³ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2020), S. 3 f.

³⁴ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e), o.S.

2.4 Spezifische Abrechnungsmöglichkeiten in der ambulanten Behandlung

2.4.1 Einheitlicher Bewertungsmaßstab als Abrechnungsgrundlage ambulanter Behandlung in der GKV

2.4.1.1 Begriffsdefinition und Funktionsweise

Als Grundlage für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen definiert der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) seinerseits den Inhalt abrechnungsfähiger vertragsärztlicher Leistungen. Ausgedrückt wird der Wert einer dort definierten Leistung über eine bestimmte Anzahl Punkte, wobei die Sachkostenbewertung jedoch in Euro erfolgen kann. Aus dem Punktwert des EBM wird durch die regionalen Selbstverwaltungspartner eine dort geltende Gebührenordnung in Euro-Preisen erstellt. Der Punktwert einer Leistung wird zwar jährlich bundeseinheitlich festgelegt, aber auch von diesem Orientierungswert kann regional abgewichen werden, weil unterschiedliche Kosten- und Versorgungsstrukturen vorliegen. Ärztliche Leistungen sollen auf diese Art als Pauschalen abgebildet werden. Vorgesehen sind zu Förderungswecken auch Einzelleistungs- und Leistungskomplex-Vergütungen für telemedizinische Leistungen, Leistungen im Wege der Delegation, oder besonderer Leistungen. Differenziert wird zudem nach «neuen» und «bereits in der Praxis behandelten» Patienten und nach dem Schweregrad der Erkrankung.³⁵ Bezahlt wird je nach Versicherungsart des Patienten unterschiedlich: Der Privatpatient bezahlt direkt beim Arzt, der GKV-Patient entrichtet zunächst seine Versicherungsbeiträge an die Krankenkasse und zwar unterschiedlich viel, je nach Einkommen des Patienten. Die Summe der Einnahmen wird durch die Kassen als Grundlage genommen, die Kopfpauschale zu berechnen, was den Betrag darstellt, den sie für die Behandlung des Versicherten pro Jahr zu zahlen bereit sind. Die Kopfpauschale begrenzt also das Budget. Diese Summe wird an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) überwiesen, die sie nach dem erwähnten Punktesystem (1x pro Quartal werden die Punkte addiert und abgerechnet) auf die einzelnen Ärzte mit entsprechender Kassenzulassung verteilt. Der Punktwert, also der Betrag in Euro pro Punkt, ergibt sich aus dem Quotienten des verfügbaren Geldes und der Zahl der abgerechneten Punkte. Er ist dementsprechend bei jeder Quartalsabrechnung neu zu bestimmen.³⁶ Folglich sind drei Grundelemente

³⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016), o.S.

³⁶ Vgl. ntv (2008), o.S.

konstitutiv für das Vergütungssystem.³⁷ Siehe dazu auch Abbildung 4.

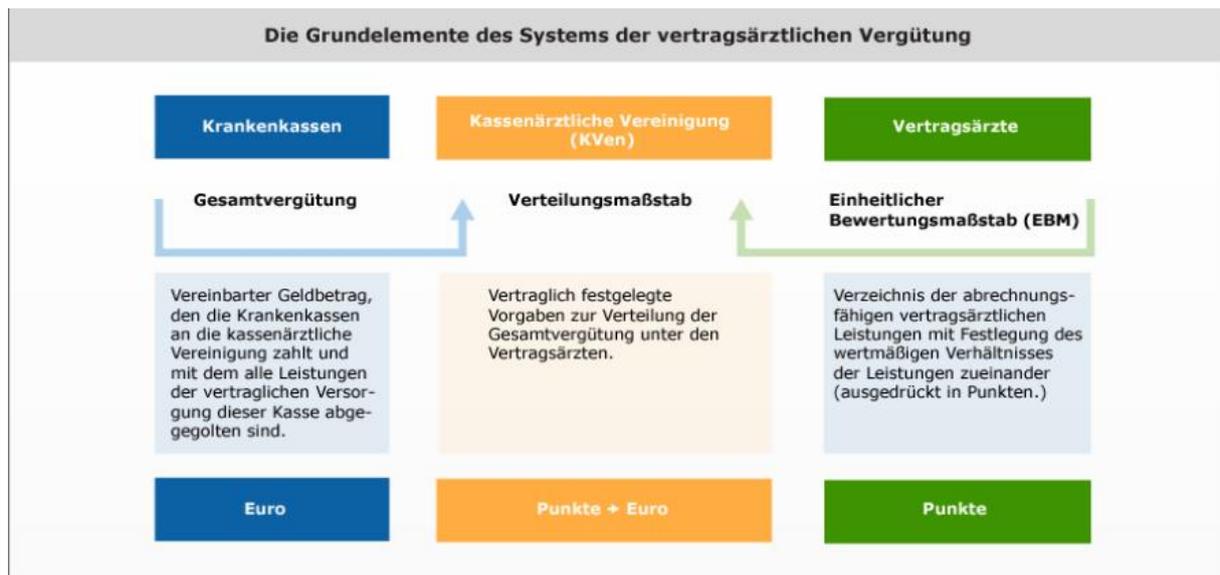


Abbildung 4: Grundelemente des Systems der vertragsärztlichen Vergütung.

Quelle: Gerlinger (2017)

2.4.1.2 Entwicklung

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) in der Bundesrepublik waren in den 1970er Jahren erheblich angestiegen (genannt «Kostenexplosion»). Konkret stiegen die Leistungsausgaben je Mitglied im Zeitraum von 1970-1976 um 143%, während Bruttolöhne und Gehälter je Arbeitnehmer lediglich um 74,5% zunahmen. Dadurch kletterte der durchschnittliche Beitragssatz der GKV im gleichen Zeitraum von 8,2% auf 11,3%. Der regierungsseitige Wunsch entstand, diesem Anstieg mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) über eine stärkere Ausgabenbegrenzung entgegenzutreten.³⁸ Die Verwirklichung des Vorhabens wurde unter anderem durch die unterschiedlich aufgebauten Gebührenordnungen der GKV, die diese mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie den kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt hatten, erschwert. Daher wurde ab 1978 ein «einheitlicher» Bewertungsmaßstab, der für alle Krankenkassen bindend ist, eingeführt. Er gilt grundsätzlich für ambulante

³⁷ Vgl. Gerlinger, T. (2017), o.S.

³⁸ Vgl. Wiemeyer, J. (1979), S. 251.

Behandlungen. Dabei ist das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) die Grundlage, welches besagt:

«Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen.»³⁹

2.4.1.3 *Beteiligte*

Die medizinische Versorgung im deutschen Sozialsystem folgt dem Prinzip der bereits erwähnten Gemeinsamen Selbstverwaltung (GS). Verschiedene Organisationen sollen gemeinsam zusammenarbeiten, um die medizinische Versorgung unter Entlastung des Staates bestmöglich zu sichern, indem Aufgaben und Verantwortungsbereiche an jeweils passende Träger delegiert werden. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts (KdöR) haben die Sozialversicherungsträger ihre Steuerungsaufgaben daher selbstverantwortlich zu erfüllen und der Staat wacht lediglich darüber, ob geltendes Recht dabei eingehalten wird.⁴⁰ Die einzelnen Träger der Selbstverwaltung sind finanziell und organisatorisch selbständig und sowohl Arbeitnehmer, als auch Arbeitgeber sind über die GKV direkt beteiligt an der GS. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Gremium der Selbstverwaltung. Unter anderem sind die folgenden Organisationen auch noch Teil der GS:⁴¹

- Der Spitzenverband der GKV
- Die KV und die GKV sowie ihre zahnärztlichen Äquivalente als KdöR
- Die Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG) als eigenverantwortliche Entscheiderin über krankenhausesrelevante Themen und Gestalterin des Vergütungssystems und Sicherung der Qualität im stationären Bereich
- Die Krankenkassen als Träger der GKV gem. Artikel 87 Absatz 2 SGB V, KdöR und somit eigenverantwortliche agierende Verwaltungsträger von Bund und Ländern

Zum Aufbau der GS siehe auch Schaubild 5.

³⁹ Vgl. SGB V, § 87 Absatz 2 Satz 1.

⁴⁰ Vgl. Reimbursement Institute (2022), o.S.

⁴¹ Vgl. Reimbursement Institute (2022), o.S.

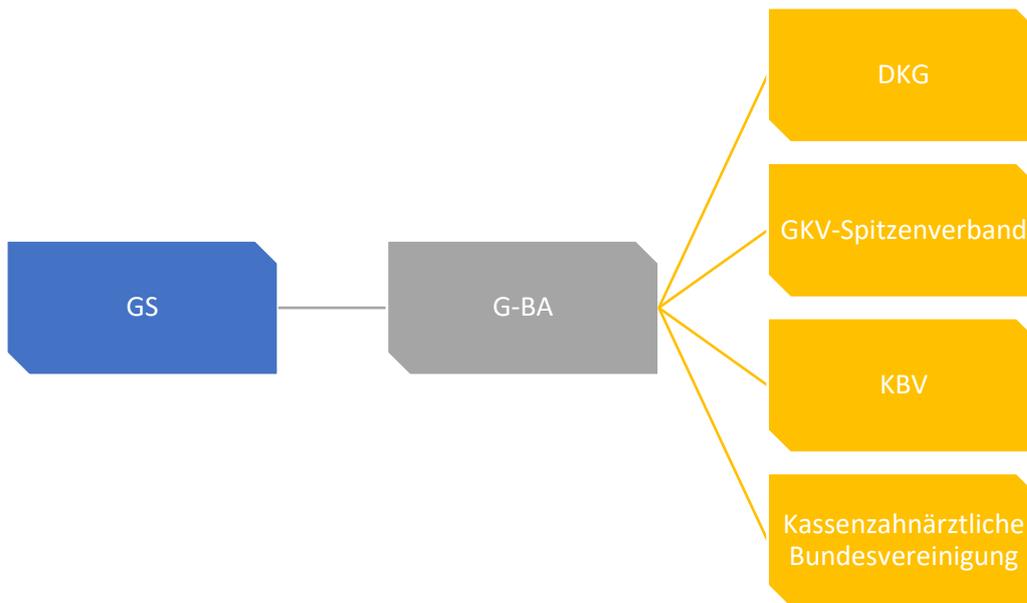


Abbildung 5: Vertreter der GS.

Eigene Darstellung in Anlehnung an Reimbursement Institute (2022)

Da alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten ihre im Rahmen der Kollektivverträge erbrachten Leistungen bei den gesetzlichen Krankenkassen mit dem EBM abrechnen, wird dieses bundeseinheitliche Vergütungssystem vom Bewertungsausschuss Ärzte erstellt und weiterentwickelt.⁴² Die Kollektivverträge werden auf Landesebene zwischen den KV und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und auf Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) dem GKV-Spitzenverband geschlossen. Sie sind für alle Beteiligten verbindlich.⁴³ Der Bewertungsausschuss ist damit betraut, den EBM in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen. Konkret wird begutachtet und ggf. revidiert, ob Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertung noch auf dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sind und ob sie dem Erfordernis der Rationalisierung entsprechen, welches durch das Gebot der wirtschaftlichen Leistungserbringung besteht.⁴⁴ Der Bewertungsausschuss als ein weiteres Gremium der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens setzt sich paritätisch aus jeweils drei Vertretern des GKV-Spitzenverbands und der KBV zusammen. Auch seine Beschlüsse, einvernehmlich bzw. mit Mehrheit beschlossen, sind für die KV und GKV bindend. Der Ausschuss entscheidet auch über die Vergütung

⁴² Vgl. Institut des Bewertungsausschusses (2022), o.S.

⁴³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022), o.S.

⁴⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016), o.S.

neu eingeführter ambulanter Leistungen, die vom G-BA eingeführt werden. Wenn sich KBV und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss nicht einigen können (teilweise oder vollständige Beschlussunfähigkeit) wird ein Schiedsgremium einberufen, der sogenannte Erweiterte Bewertungsausschuss. Ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder werden zu diesem Zweck noch in den Ausschuss aufgenommen. Es ist dem Bundesministerium für Gesundheit möglich, Beschlüsse zu beanstanden.⁴⁵

2.4.1.4 Aufbau und Struktur

Die Verhandlungspartner im Bewertungsausschuss definieren die vom G-BA eingeführten Leistungen und legen eine Abrechnungsziffer fest. Diese wird auch Gebührenordnungsposition (GOP) oder EBM-Nummer bezeichnet. Der Ausschuss bestimmt für jede Position eine Punktzahl. Mit diesen Punktzahlen wird die Relation der Leistungen untereinander festgelegt.⁴⁶

2.4.1.5 Bedeutung und Veränderungen bei ambulanter fernmündlicher Behandlung

Für Patient und Behandler ändern sich eine Reihe von Sachverhalten. Ein gewisses Vertrauensverhältnis muss die Grundlage für eine solche Behandlung sein, denn der Kontakt von Angesicht zu Angesicht wird signifikant reduziert. Für beide Seiten bedeutet das einen je nach Situation erheblichen Zeitgewinn, denn der Patient muss nicht mehr so oft den potenziell weiten Weg auf sich nehmen, im Wartezimmer verweilen, etc. Der Behandler ist wiederum in der Lage, sich auch kurzfristig ein Bild von der momentanen Lage seiner Patienten zu machen, oder außerhalb der eigentlichen Praxissprechzeiten auf eventuelle Notfälle fernmündlich zu reagieren, bevor gegebenenfalls weitergehende Maßnahmen ergriffen werden müssen. Siehe dazu auch die Standards in Tabelle 6 und die möglichen Abhilfen in Tabelle 7.

2.4.1.6 Mögliche Abrechnungsziffern der Leistungen bei telepsychiatrischer Behandlung

Die Beschränkungen für Ärzte und Psychotherapeuten für das Anbieten und die Abrechnung von Videosprechstunden, die während der Corona-Pandemie aufgehoben waren, sind von der KBV und den Krankenkassen wieder in Kraft gesetzt worden. Entsprechend sind Fallzahl und Leistungsmenge seit April 2022 wieder auf 30 Prozent begrenzt.⁴⁷ Die folgende, nicht vollständige Auflistung der

⁴⁵ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses (2022), o.S.

⁴⁶ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022b), o.S.

⁴⁷ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e), o.S.

Abrechnungsziffern geht nicht auf Einzelheiten und Ausnahmen wie Konsiliarpauschalen, Feiertagsregelungen, Abschläge etc. ein, da ein derart detailliertes Vorgehen den Umfang der vorliegenden Arbeit übersteigen würde. Gelistet werden nur für die Szenarien relevante Ziffern.

- Grund- oder Versichertenpauschale, hier die Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten: 23211 Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr⁴⁸
- Notfallpauschale I im organisierten Not(-fall)dienst: 01210 Notfallpauschale I (hier gilt die Obergrenze von 30 Prozent nicht)⁴⁹
- Videofallkonferenz zwischen Pflegekraft eines chronisch pflegebedürftigen Patienten und des Arztes/Psychotherapeuten, der die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und/oder pflegerischen Maßnahmen des Patienten koordiniert: 01442 Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften (maximal dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig, Voraussetzung ist mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im aktuellen und/oder den vorangegangenen zwei Quartalen)⁵⁰
- Technik- und Förderzuschlag: 01450 Zuschlag Videosprechstunde, soll die Kosten für den Videodienst abdecken (nur für den Arzt/Psychotherapeuten, der die Videofallkonferenz initiiert)⁵¹
- Zuschlag für Authentifizierung neuer Patienten: 01444 Zuschlag Authentifizierung (Voraussetzung: Patient wurde noch nie oder seit dem Quartal vor dem Vorquartal nicht mehr in der Praxis behandelt. Fällt voraussichtlich zum 31. Dezember 2022 weg)⁵²
- Portopauschale für die Zusendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung: 40128 Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gem. § 4 Absatz 4.1.2 Anlage 2b BMV-Ä an den Patienten bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde ⁵³

⁴⁸ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e), o.S.

⁴⁹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e), o.S.

⁵⁰ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e), o.S.

⁵¹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e), o.S.

⁵² Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e), o.S.

⁵³ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022a), o.S.

Folgende relevante Leistungen dürfen in einer Videosprechstunde durchgeführt und abgerechnet werden (unvollständige Aufzählung):^{54,55,56}

- 04355 Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung
- 03230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist
- 14220 Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)
- 21220 Psychiatrisches Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)
- 22220 Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)
- 35421 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)
- 35142 Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde
- 35152 Psychotherapeutische Akutbehandlung
- 51030 Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung

Die Abrechnungsziffern werden in die Online-Version des EBM eingegeben, wo sie dann automatisch in einen Wert in Euro umgewandelt werden.⁵⁷

2.5 Behandlung in einer Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie

Da Persona 3 zur Behandlung in einer Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie (FPP) untergebracht wird, folgt zunächst ein Überblick über ihren Zweck, Entwicklung, Organisation und Aufgaben. Aus Platzgründen kann nicht auf jeden Aspekt dieses komplexen Themenfeldes eingegangen werden, sondern nur ein Überblick gegeben werden.

2.5.1 Definition, Aufgaben

Besteht bei einem Beschuldigten der Verdacht, dass er oder sie zum Tatzeitpunkt wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, wegen einer Intelligenzminderung oder einer schweren anderen

⁵⁴ Vgl.Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022d), S. 2.

⁵⁵ Vgl.Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022d), S. 3.

⁵⁶ Vgl.Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022d), S. 4.

⁵⁷ Vgl.Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022c), o.S.

seelischen Störung nicht in der Lage war, das Unrecht der Tat einzusehen, kann das zuständige Gericht bei der Verfahrenseröffnung eine einstweilige Unterbringung nach § 126a der Strafprozessordnung in der forensischen Psychiatrie anordnen, anstatt dass Untersuchungshaft angeordnet wird.⁵⁸ Siehe hierzu Abbildung 6.

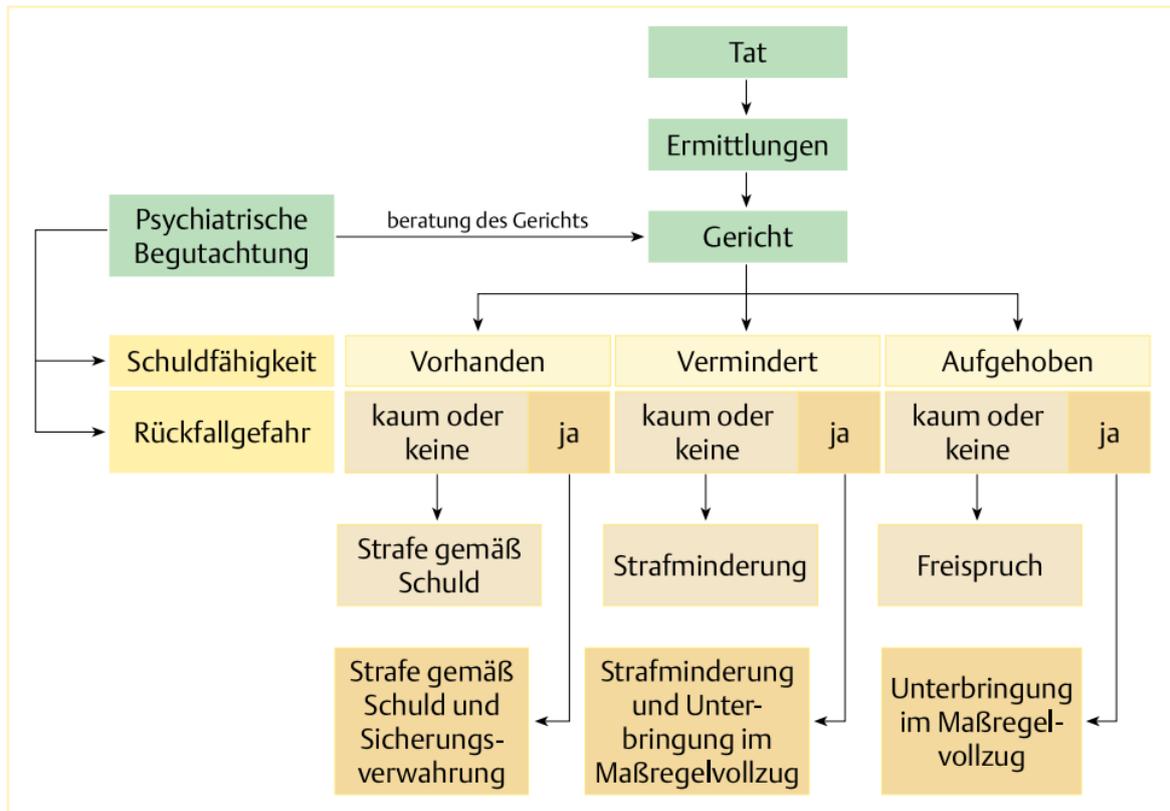


Abbildung 6: Beratungsfunktion des psychiatrischen Sachverständigen und die Folgen

Quelle: Nedopil (2007) S.178

Eine Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen setzt gemäß Artikel 104 Absatz 2 Grundgesetz eine richterliche Entscheidung, den sogenannten Richtervorbehalt voraus, weil sie eine freiheitsentziehende Maßnahme darstellt, denn die Person wird an einem umgrenzten Ort festgehalten und das Gericht kann haftgrundbezogene Kontaktbeschränkungen anordnen.⁵⁹ In der Unterbringung wird dann von forensisch-psychiatrischen Gutachtern der Frage des Gerichts nachgegangen, ob die Voraussetzungen für eine Schuldunfähigkeit vorliegen, bzw. einer verminderten Schuldfähigkeit. Diese können u.a. durch eine neurologische oder psychische Erkrankung verursacht sein, die den Rechtsbrecher in seiner Einsichts- und

⁵⁸ Vgl. Strafprozessordnung § 126 a.

⁵⁹ Vgl. Grundgesetz § 104 Absatz 2.

Steuerungsfähigkeit beeinträchtigen.^{60,61} Wenn die zuständige Kammer zu dem Schluss kommt, dass eine (volle) Schuldfähigkeit ausgeschlossen ist, die Delikte ausreichend schwerwiegend waren und eine Wiederholungsgefahr besteht, bringt sie den Rechtsbrecher nach § 63 StGB im Maßregelvollzug unter, also in einer FPP.⁶² Steht ein Verhalten im Vordergrund, welches auf den Hang der Person, sich zu berauschen zurückgeht, wird die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB angeordnet. Dieser Paragraph ist jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit, da Persona 3 zwar tatsächlich Substanzen missbraucht hat, aber die Delikte nicht auf den Hang im Sinne eines handlungsleitenden Einflusses (z.B. Beschaffungskriminalität) zurückgehen.⁶³ Siehe hierzu Abbildung 7.

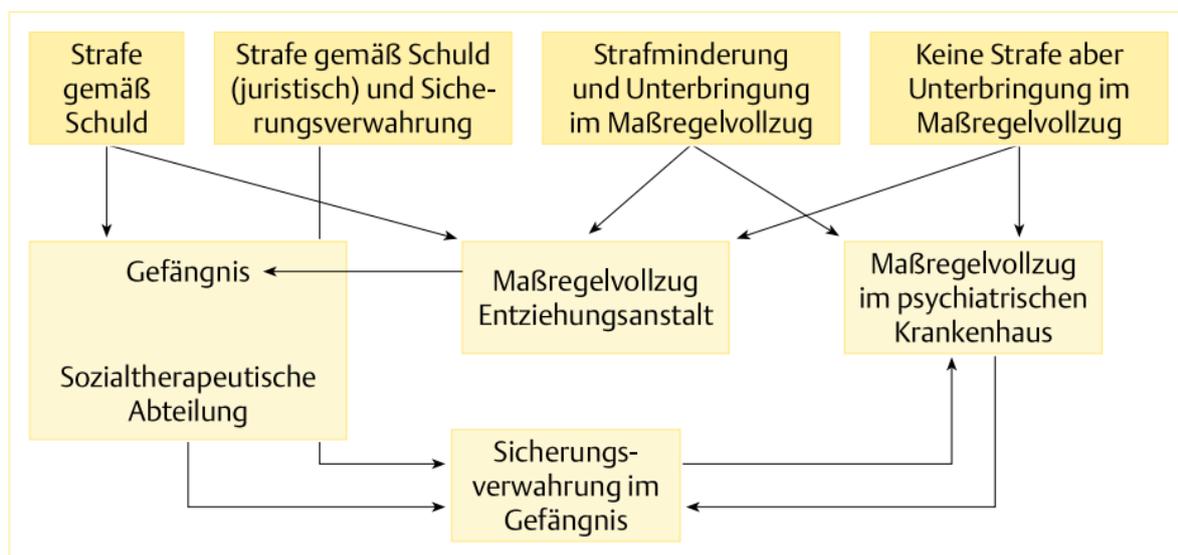


Abbildung 7: Weichenstellung während der Unterbringung in Abhängigkeit von prognostischen Beurteilungen

Quelle: Nedopil (2007) S.178

Die Maßregel dient der Besserung und Sicherung des psychisch kranken Rechtsbrechers.⁶⁴ Erstere wird versucht zu erreichen, indem durch passende Therapieangebote das Rückfallrisiko verringert und somit zukünftige Opfer vermieden werden. Die Patienten werden regelmäßig von den zuständigen Behandlern beurteilt, um einschätzen zu können, ob die erreichte Besserung ausreicht, um ihnen ein Leben innerhalb der Rechtsnormen zu ermöglichen.⁶⁵ Im Maßregelvollzug wird jährlich

⁶⁰ Vgl. Strafgesetzbuch § 20.

⁶¹ Vgl. Strafgesetzbuch § 21.

⁶² Vgl. Strafgesetzbuch § 63.

⁶³ Vgl. Strafgesetzbuch § 64.

⁶⁴ Vgl. Nedopil, N. (2007), 175.

⁶⁵ Vgl. Nedopil, N. (2007), 178.

gerichtlich überprüft, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen oder für erledigt zu erklären ist.⁶⁶

2.5.2 Historische Entwicklung

2.5.2.1 *Forensische Psychiatrie*

Bereits Aristoteles sprach sich dafür aus, psychisch Kranke nicht zu bestrafen, wenn der Delinquent aufgrund eines Wahnes oder von Desorientiertheit handelt. Im alten Rom gab es drei verschiedene Störungsbilder, bei denen davon ausgegangen wurde, dass die Täter durch sie bereits genug gestraft seien: Die furiosi (Rasende), die mente capti (Verblödete) und die dementes (Toren). Die Rückbesinnung der Renaissance auf die Antike führte zum Wiederaufgreifen dieser Ideen. Der Arzt Paolo Zacchia schlug erstmals vor, Mediziner über Strafbarkeit entscheiden zu lassen, allerdings blieb noch bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts strittig, wer letztlich über die Voraussetzungen für psychisch bedingte Schuldunfähigkeit entscheidet. Um die Jahrhundertwende nahm das Interesse damals führender Psychiater an der Materie stark zu und so wurde Frage nach strafrechtlicher Verantwortlichkeit zunehmend an sie gerichtet. In der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts rückte der Fokus der Profession eher auf Behandlung und neue Untersuchungsmöglichkeiten, daher geriet die Thematik an den Rand des Fachgebietes. Begutachtung von und Umgang mit psychisch kranken Straftätern nahm nun eher eine Nische ein, um allerdings gegen Ende des 20. Jahrhunderts wieder an Bedeutung zu gewinnen.⁶⁷

2.5.2.2 *Maßregelvollzug*

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts, also noch im Kaiserreich fanden Überlegungen statt, ein «zweispuriges Sanktionssystem» einzuführen. Unter anderem zählte Franz von Liszt zu den Unterstützern der Forderung nach Maßregeln.⁶⁸ So vertrat auch eine sog. «moderne» Strafrechtsschule eine Vorstellung, dass Strafe ein täterbezogenes Mittel zur Abschreckung, Besserung und Sicherung sein sollte und entwickelte daher ein dualistisches System von Sanktionen. Ihm zufolge hat die Strafe zwar an der Schuld orientiert zu bleiben, ist aber durch geeignete Maßnahmen zu ergänzen, wenn auf diese Art keine hinreichende Prävention gewährleistet wird. Die Idee eines zweispurigen Systems wurde dann Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts in sämtliche

⁶⁶ Vgl. Strafgesetzbuch § 67e.

⁶⁷ Vgl. Nedopil, N. (2007), 172–173.

⁶⁸ Vgl. Liszt, F. von (1883), S. 34.

Entwürfe zu einem neuen Strafgesetzbuch für Deutschland aufgenommen, wengleich auch in verschiedener Ausgestaltung; auch die Weimarer Republik übernahm den Gedanken eines solchen dualistischen Sanktionssystems.⁶⁹ Die Pläne aus der Zeit der Weimarer Republik wurden ihrerseits von den Nationalsozialisten aufgegriffen und in das Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung (heute umgekehrte Reihenfolge: Besserung und Sicherung) vom 24. November 1933 in das Reichsstrafgesetzbuch eingeführt. Für «gefährliche Gewohnheitsverbrecher» sah das Gesetz im § 20a eine Strafverschärfung vor.⁷⁰ Siehe dazu auch Abbildung 8.

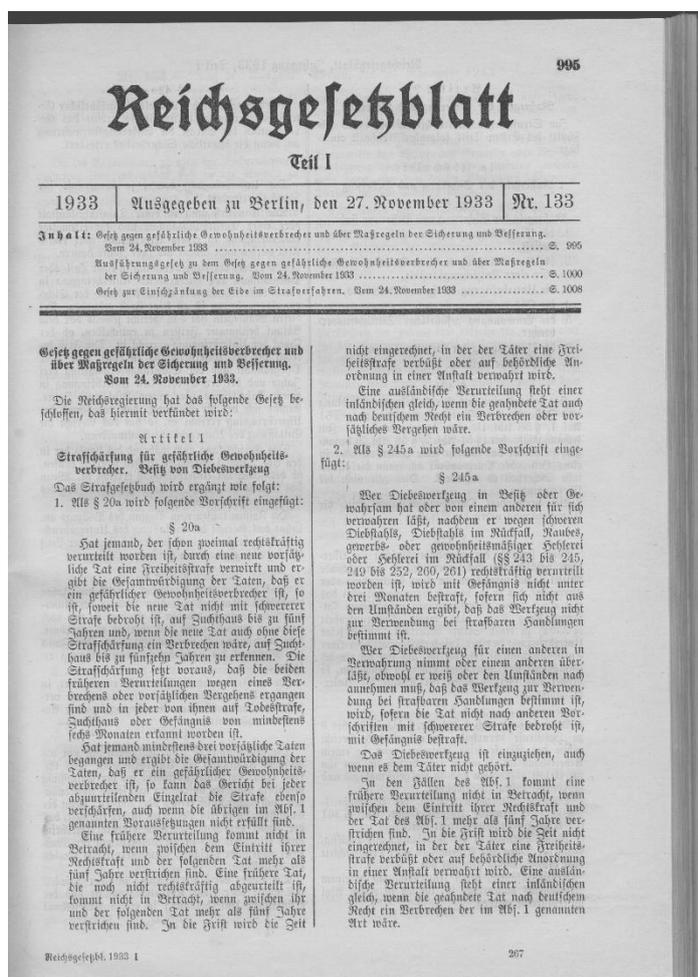


Abbildung 8: Veröffentlichung des Gewohnheitsverbrechergesetzes vom 27. November 1933

Quelle: Deutsches Reichsgesetzblatt (1933)

⁶⁹ Vgl. Zweiter Senat Bundesverfassungsgericht (2004), o.S.

⁷⁰ Vgl. Deutsches Reichsgesetzblatt (1933), S. 267.

Die Sicherungsverwahrung war nach § 42e obligatorisch und die Fortdauer der Unterbringung so lange vorgesehen, wie es zum Zweck des Schutzes der öffentlichen Sicherheit erforderlich war. Auch die nachträgliche Sicherungsverwahrung für sich bereits in Haft befindliche Straftäter war in einer Übergangsvorschrift geregelt. Ebenso war bereits eine regelmäßige gerichtliche Überprüfung vorgesehen, ob der Zweck der Maßregel erreicht war und zwar alle drei Jahre (heute jedes Jahr). Die zeitliche Geltung war in § 2a Reichsstrafgesetzbuch geregelt, welcher besagte, dass über Maßregeln der Sicherung und Besserung nach dem Gesetz zu entscheiden war, welches zum Zeitpunkt der Entscheidung galt.⁷¹ Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges und damit der Herrschaft der Nationalsozialisten wurde das Gewohnheitsverbrechergesetz, wie viele andere Gesetze auch, vom Alliierten Kontrollrat nicht aufgehoben und bestand so im Wesentlichen unverändert fort. So wurde der § 2a Reichsstrafgesetzbuch in das Strafgesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland ebenso übernommen, wie die Regelungen über die Sicherungsverwahrung. Mit dem Ersten Gesetz zur Reform des Strafrechts, welches im Jahr 1970 in Kraft trat, wurde das Recht der Sicherungsverwahrung tiefgreifend umgestaltet. Es entfiel § 20a (Strafverschärfung für «gefährliche Gewohnheitsverbrecher») und die formellen und materiellen Voraussetzungen für eine Sicherungsverwahrung in § 42e wurden deutlich verschärft. Das geforderte Strafmaß des Anlassdelikts wurde angehoben, die Anforderungen hinsichtlich der Vorstrafen wurden erhöht und es wurde eine Vorverbüßung für die obligatorische Sicherungsverwahrung gefordert. Die Zeitdauer der Unterbringung blieb weiter prinzipiell unbegrenzt, aber die Überprüfungsfristen durch die Strafvollstreckungskammern, die mit Berufsrichtern besetzt sind wurden von drei auf zwei Jahre verkürzt. Im Jahr 1975 trat zum 1. Januar das Zweite Gesetz zur Reform des Strafrechts in Kraft. Der § 42e wurde inhaltlich unverändert in den § 66 Absatz 1 und 2 StGB überführt. Die Dauer der erstmalig angeordneten Unterbringung gemäß § 76d Absatz 1 wurde durch den Gesetzgeber auf zehn Jahre begrenzt.⁷²

2.5.3 Organisation und Struktur

2.5.3.1 Kurzer Abriss der aktuellen Lage

Die Maßregelvollzugs-Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland unterstehen den jeweiligen Bundesländern und werden von diesen auch entsprechend finanziert.

⁷¹ Vgl. Zweiter Senat Bundesverfassungsgericht (2004), o.S.

⁷² Vgl. Zweiter Senat Bundesverfassungsgericht (2004), o.S.

Daher hat dieser Bereich, anders als andere ehemalige Landeskliniken für psychisch Kranke (heute oft in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts) mit den Krankenkassen keine Berührungspunkte. Unter anderem aus diesem Grund befasst sich die vorliegende Arbeit mit dem Themenfeld, denn die Abrechnung erfolgt direkt über den Sozialministerien unterstellte Behörden. Der Bedarf an Betten ist ungebrochen hoch: Die Tendenz war lange Zeit steigend und von neun Bundesländern wird eine Überbelegung der insgesamt 78 Kliniken berichtet, in weiteren zweien ist die Kapazitätsgrenze erreicht (Stand 2021).^{73,74} Siehe dazu auch Tabelle 9.

Tabelle 9: Entwicklung der Unterbringungszahlen nach §§ 63 und 64 StGB

Jahr	§§ 63 und 64 StGB, insgesamt	§ 126a StPO	§ 63 StGB	§ 64 StGB
2013	12.393 (davon 794 weiblich)	556	6.633	3.686
2000	5.872 (davon 318 weiblich)		4.098 (davon 223 weiblich)	1.774 (davon 95 weiblich)
1985	3.462 (davon 168 weiblich)		2.472 (davon 104 weiblich)	990 (davon 64 weiblich)

Quelle: Zetsche (2020) S.56

Auch aus diesem Grund haben mehrere Bundesländer angelehnt an die Psychiatrischen Institutsambulanzen Forensische Institutsambulanzen eingerichtet. Ohne den Schutz der Bevölkerung zu gefährden sollen Entlassungen beschleunigt werden, indem eine konsequente psychiatrische Nachsorge und Notfallpsychiatrie gewährleistet wird.⁷⁵ Im bei Persona 3 vorliegenden Fall regelt das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten des Bundeslandes Baden-Württemberg, Kurztitel Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) eine mögliche Nachsorge.⁷⁶

2.5.3.2 Privatisierung

Von einer breiteren Öffentlichkeit unbemerkt haben sechs von sechzehn Bundesländern ihren psychiatrischen Maßregelvollzug funktional privatisiert, also in die Hände privater Betreiber gegeben und in weiteren drei Fällen formell privatisiert.⁷⁷ Siehe dazu Tabelle 10.

⁷³ Vgl. Haentjes, C./Märzhäuser, A. (2021), o.S.

⁷⁴ Vgl. Zetsche, O.T. (2020), S. 56.

⁷⁵ Vgl. Müller, J. (2014), S. 271.

⁷⁶ Vgl. PsychKHG (2014) § 52.

⁷⁷ Vgl. Töller, A.E./Dittrich, M. (2011), S. 189.

Tabelle 10: Typen der Privatisierung des Maßregelvollzugs in den Bundesländern

Funktionale Privatisierer	Formelle Privatisierer	Nicht-Privatisierer
Länder, die die Einrichtungen verkauft und die Aufgabe des MRV durch Beleihung einem oder mehreren privaten Träger(n) übertragen haben.	Länder, die die MRV-Einrichtungen in eine private Rechtsform (GmbH oder gGmbH) umgewandelt haben, deren Eigentümer jedoch vollständig das Land bleibt.	Länder, die rechtlich keine Übertragung auf Private vorsehen oder diese jedenfalls nicht in relevantem Umfang wahrgenommen haben.
<ul style="list-style-type: none"> - Thüringen (2002) - Mecklenburg-Vorpommern (2004) - Hamburg (2005) - Schleswig-Holstein (2005) - Brandenburg (2006) - Niedersachsen (2007) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sachsen-Anhalt (gGmbH 2000) - Bremen (gGmbH 2004) - Hessen (gGmbH des LWV 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bayern - NRW - Berlin - Sachsen - Baden-Württemberg - Rheinland-Pfalz - Saarland

Quelle: Töller (2011) S.196

«Formell» bedeutet eine Umwandlung der Kliniken in eine private Rechtsform, meist eine gGmbH, die aber in öffentlichem Besitz verbleibt. «Funktional» ist schwieriger zuzuordnen, denn einerseits werden die Kliniken zwar verkauft und das Land zieht sich aus der Betreuung zurück, andererseits gilt die eigentliche Aufgabe des MRV als nicht privatisierbar, sondern nur deren Durchführung und zwar durch Beleihung, was streng betrachtet keine Privatisierung darstellt, weil hier gerade Private hoheitlich tätig werden.⁷⁸ Gründe dafür sind die steigenden Belegungszahlen und damit einhergehenden höheren finanziellen Belastungen der Länder, die den Bemühungen um Haushaltskonsolidierungen zuwiderläuft.⁷⁹ Eine Evaluation der Auswirkungen der Privatisierung des MRV (Kosten, Sicherheit, Rückfallquote, Patientenzufriedenheit, etc.) ist nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit und wird somit nicht behandelt.

2.5.3.3 *Geltende Gesetze*

Jedes Bundesland hat entsprechende Landesgesetze, die freiheitsentziehende Unterbringungen psychisch Kranker regeln, im vorliegenden Fall in einer FPP. Daher wird auch nur auf für die FPP geltenden Aspekte eingegangen; möglicherweise abweichende Regelungen für Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, usw. bleiben unberücksichtigt. Weiter kann aus Platzgründen auch nur auf das PsychKHG des Bundeslandes Baden-Württemberg eingegangen werden. Es hat, wie in den meisten anderen Bundesländern, das ältere Unterbringungsgesetz, in diesem Fall aus dem Jahr 1991 abgelöst.⁸⁰ Das PsychKHG hat verschiedene Änderungen im Vergleich zu dem alten Unterbringungsgesetz gebracht. Beispielsweise bedarf die Behandlung

⁷⁸ Vgl. Töller, A.E./Dittrich, M. (2011), S. 195.

⁷⁹ Vgl. Töller, A.E./Dittrich, M. (2011), S. 193.

⁸⁰ Vgl. PsychKHG (2014) § 58.

untergebrachter Personen grundsätzlich ihrer Einwilligung, solange keine Zwangsbehandlung richterlich genehmigt wurde.⁸¹ Fixierungen, also das Fesseln an ein Krankenbett, unterliegen nun einem richterlichen Vorbehalt, sofern sie absehbar länger als eine halbe Stunde dauern. Aus diesem Grund muss ein Bereitschaftsrichter vorgehalten werden, der im Fixierungsfall durch den anordnenden Arzt informiert wird. Außerdem ist eine ständige Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu gewährleisten, die sogenannte «Sitzwache».⁸²

2.5.3.4 Kosten der Unterbringung

Im direkten Vergleich mit Haftanstalten des Strafvollzugs sind die unmittelbaren «betriebswirtschaftlichen» Kosten einer Unterbringung verhältnismäßig hoch.⁸³ Berücksichtigt man jedoch die anzunehmenden Schäden, die ohne adäquate Therapie bzw. neutralisierenden Sicherung der verurteilten Rechtsbrecher in einer FPP für die Gesellschaft wahrscheinlich entstehen würden, ändert sich das Bild, denn Insassen des MRV sind im Durchschnitt latent gefährlicher als Strafgefangene.⁸⁴ 81,6% der aus einer FPP entlassenen Patienten bleiben für das restliche Leben straffrei und verursachen somit auch keine gesellschaftlichen Schäden mehr.⁸⁵ Siehe dazu Tabelle 11.

Tabelle 11: Legalbewährung nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug (bundesweit)

Folgeentscheidung aufgrund von Rückfall (in %)	Entlassung aus Maßregelvollzug	
	Psychiatrisches Krankenhaus (n=695)	Entziehungsanstalt (n=1053)
keine	81,6	41,0
Freiheitsstrafe o.B.	7,1	24,3
• davon Maßregel oder Sicherungsverwahrung	77,5	17,9
Freiheitsstrafe m.B.	3,2	14,8
Geldstrafe	5,3	19,0
Sonstiges (z.B. Fahrverbot)	2,8	0,9

Quelle: Entorf (2007), S. 27

⁸¹ Vgl. PsychKHG (2014) § 20.

⁸² Vgl. PsychKHG (2014) § 25.

⁸³ Vgl. Entorf, H. (2007), S. 2 f.

⁸⁴ Vgl. Entorf, H. (2007), S. 3.

⁸⁵ Vgl. Entorf, H. (2007), S. 27.

Entorf vermutet, dass die Rückfallquoten bei Entlassung aus dem MRV geringer sind als nach Entlassung aus dem Strafvollzug: Der Anteil der Folgeentscheidungen, die zu einer Freiheitsstrafe ohne Bewährung führte, lag bei §63-Patienten bei 7,1%, während die entsprechenden Anteile nach einer Freiheitsstrafe bei 31,4% und nach einer Jugendstrafe gar bei 44,7% lagen. Eine Kosten-Nutzen-Evaluation liegt außerhalb des Fokus der vorliegenden Arbeit, fällt aber in einer Beispielrechnung eindeutig zu Gunsten des MRV aus.⁸⁶ Die konkrete Kostenträgerrechnung für Persona 3 findet mit den tatsächlich so zwischen Land Baden-Württemberg und PZN Wiesloch vereinbarten Kosten je «MRV Berechnungstag» statt. Für die Forensik in Wiesloch betragen die Kosten laut Vereinbarung aktuell € 384,94.- pro Tag und Patient, wovon € 280,87.- auf den Bereich Personalkosten entfallen und zwar mit € 170,61.- hauptsächlich auf den Pflegedienst. Insgesamt wurden mit dem Land Baden-Württemberg 101.834 Berechnungstage und ein Budget von € 39.200.000.- vereinbart.⁸⁷ (siehe hierzu Anhang III Betriebsinterne Unterlagen) Wird eine Nachsorgebehandlung in der forensischen Institutsambulanz als angebracht erachtet, erhält das PZN Wiesloch dafür vom Land eine Pauschale in Höhe von € 7.200.- pro Jahr, bzw. € 1.800.- pro Quartal. Diese Pauschale für die Durchführung der Vorstellungs- und Therapieweisu ng wurde deutlich erhöht; im Jahr 2019 betrug sie noch € 6.000 pro Jahr und Patient.⁸⁸ (siehe hierzu Anhang III Betriebsinterne Unterlagen)

⁸⁶ Vgl. Entorf, H. (2007), S. 41–43.

⁸⁷ PZN Wiesloch (2022a), Betriebsinterne Unterlagen, vgl. Anhang III.

⁸⁸ PZN Wiesloch (2022b), Betriebsinterne Unterlagen II, vgl. Anhang III.

3 Analyse in vier Szenarien

Anhand von drei idealtypischen Personas und einem der forensischen Praxis entlehnten Fall wird beispielhaft dargestellt, wie sich medizinischer und soziotechnischer Outcome verändern können. Auch der betriebswirtschaftliche Aspekt wird berücksichtigt und eine Kostenträgerrechnung aufgestellt.

3.1 Personas / Szenarien

3.1.1 Literatursuche nach bereits etablierten Personas / Szenarien

Die bereits zur Darstellung des Forschungsstands benutzten Datenbanken und Suchmaschinen (Livivo, Google Scholar, Medhochzwei, ProQuest, Bibliothekskatalog der Hochschule Neu-Ulm und PubMed Central) wurden mit einschlägigen Suchbegriffen und ohne zeitliche Einschränkung auf das Vorhandensein von Personas oder Szenarien zu Studienzwecken durchsucht. Die Begriffe und deren Kombinationen umfassten unter anderem:

Typical Personas Psychiatry, Psychiatry Common Scenarios, Personas in der Psychiatrie, Szenarien in der Psychiatrie, Personas Forschung Psychiatrie, Personas In Psychiatric Research, Szenarien Forschung Psychiatrie, Scenarios In Psychiatric Research.

Die Recherche ergab, dass die Verwendung von Szenarien zwar vereinzelt empfohlen wird, allerdings zum Training angehender Psychiater in der somatischen Untersuchung von Neuaufnahmen, z.B. bei deliranten Patienten oder Toxidrom.⁸⁹ Szenarien werden der Recherche zufolge auf dem Fachgebiet beinahe ausschließlich für prognostische Zwecke verwendet und die Suche nach Beispielen für den Einsatz wie in der vorliegenden Arbeit blieb ergebnislos. Ebenso ohne verwertbare Ergebnisse blieben die Suchen nach den Begriffskombinationen mit dem Wort «Persona». Auf eine tabellarische Darstellung wird aus diesem Grund verzichtet.

3.1.2 Begründung der Verwendung eigener Personas / Szenarien

Real existierende, oft unter Betreuung stehende «Fälle» sind aufgrund datenschutzrechtlicher Beschränkungen und der Komplexität der verschiedenen Einflussfaktoren nur mit großem Aufwand akkurat darstellbar. Daher bietet es sich an, vereinfachte, idealtypische Beispiele in Form von Personas / Szenarien zur

⁸⁹ Vgl. Azzam, P.N. u.a. (2016), S. 321.

beispielhaften Darstellung der Chancen und Risiken zu verwenden. Die Ausnahme bildet Persona 3, die der aktuellen forensischen Praxis entlehnt ist und zum Abfassungszeitpunkt tatsächlich im PZN Wiesloch behandelt wird. Der Fall wurde gewählt, weil sich die Alternativen (mit und ohne fernmündliche Behandlung) mit ihm gut darstellen lassen, ohne wesentlich von den real existierenden Sachverhalten abweichen zu müssen. Außerdem war der Autor der vorliegenden Arbeit bei der Hauptverhandlung zugegen und ist somit gut mit dem Fall vertraut. In Abwesenheit von präexistenten Personas, die sonst eher im Design Thinking und Marketing zu finden sind, bieten die rein fiktiven Beispiele den Vorteil, übersichtlich gestaltet werden zu können, um den Sachverhalt anschaulich erläutern zu können. Im Wissen, dass es sich um artifizielle Konstrukte mit inhärenten Defiziten (Begrenzung der Einflussfaktoren) handelt, können damit trotzdem Soll-Ist-Vergleiche und medizinische, soziotechnische sowie betriebswirtschaftliche Outcomes exemplarisch dargestellt werden.

3.2 Szenario 1

3.2.1 Beschreibung Szenario / Persona

Die erste Persona ist eine vierzigjährige Hausfrau genannt «Anna». Angenommen wird, dass sie seit langem an chronischer depressiver Verstimmung leidet. Deswegen hat sie sich vor drei Jahren in psychiatrische Behandlung begeben. Ihre Wohnung ist eher ländlich gelegen, so dass Anna über keine wohnortnahe psychiatrische Versorgung wie eine psychiatrische Institutsambulanz verfügt. Daher muss sie zu den monatlich ein Mal stattfindenden Sprechstunden in die vierzig Kilometer entfernte nächste Stadt fahren. Diese Persona wurde mit diesen Merkmalen konstruiert, um damit den Unterschied des zeitlichen und monetären Aufwands darzustellen, der mit und ohne fernmündliche Behandlungsmethoden entsteht.

3.2.2 Beschreibung des Behandlungs-Prozesses ohne Einsatz von Telepsychiatrie

Durch die regelmäßig auftretenden Depressionsschübe befindet sich Anna seit 4 Jahren in ambulanter ärztlicher Behandlung. Einen Führerschein besitzt sie nicht, weshalb sie auf den öffentlichen Nahverkehr angewiesen ist. Die Fahrt mit Bus und Bahn nimmt jeweils etwa anderthalb Stunden in Anspruch und sie muss sich entsprechend einen halben Tag unbezahlt von der Arbeit freinehmen. Da sie nach Stunden bezahlt wird, fehlen ihr diese und die Transportgebühr muss sie entsprechend entrichten, was eine finanzielle Belastung darstellt. Die Behandlung erfolgt mit

selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern und die Symptomatik bzw. ihre Abwesenheit wird regelmäßig durch den Behandler abgefragt, da sie sich in den Schüben deutlich ausgeprägter darstellt als zu anderen Zeiten. Gegebenenfalls wird dann die Dosis angepasst, oder Bedarfsmedikation verordnet, was jedoch aufgrund des monatlichen Intervalls häufig nicht dann stattfinden kann, wenn die akute Verschlechterung auftritt, sondern wenn die geplante Sprechstunde stattfindet.

3.2.3 Beschreibung des Behandlungs-Prozesses mit Einsatz von Telepsychiatrie

Die Patientin muss ein Mal pro Quartal in der Praxis vorstellig werden und kann ihren Behandler ansonsten fernmündlich konsultieren, was ihr die Zeit und die Fahrtkosten erspart. Sie hat jedoch nur eine kleine Wohnung, in der sie zwar nach Feierabend per Videochat mit ihrem Behandler konferiert, aber ihre Familie ist zu der Zeit in der Regel auch anwesend. Einen ruhigen Platz für das Gespräch findet sie nicht und so gehen immer wieder Personen durch das Bild, hören Gesprächsinhalte mit und stören manchmal mit dem Lärm, den sie verursachen. Die Konzentration fällt der Patientin daher oft schwer und sie hat Mühe, sich in Gegenwart Dritter auf das Gespräch einzulassen, weil sie Hemmungen hat, sich vor anderen als ihrem Behandler zu öffnen.

3.2.4 Unterschiede beim medizinischen Outcome

Den beschriebenen Schwierigkeiten bei den monatlichen Sprechstundenterminen (späte Reaktionszeit bei der Einstellung, Bedarfsmedikation) kann durch kurzfristig anberaumte (Notfall-)Videokonsultationen begegnet werden. So kann bedarfsgerechter und rascher auf sich verändernde Lagen eingegangen werden, weil eventuelle Rezepte direkt ausgestellt und übermittelt werden können. Im Fall dieser Persona bedeutet das, nicht unnötig lange in akut depressiver Verstimmung bleiben zu müssen, die im Extremfall während dieser Zeit Arbeitsunfähigkeit oder sogar Suizid bedeuten kann. Andererseits wird der Behandlungserfolg wiederum durch die o.g. Umstände erschwert, also mangelnde Abgeschlossenheit bei den Videochats, Anwesenheit von anderen Menschen, etc. Ohne telepsychiatrische Behandlung wird also eine mitunter möglicherweise riskante Verzögerung der Reaktion auf Schwankungen der Ausprägung der Symptome riskiert und bei einer Anwendung unter den angeführten Umständen sind möglicherweise Nachteile wie mangelnder Datenschutz und geringe Gesprächsbereitschaft (oder -fähigkeit) in Kauf zu nehmen.

3.2.5 Unterschiede beim betriebswirtschaftlichen Outcome und Kostenträgerrechnung

In diesem Szenario spielt auch die wirtschaftliche Lage der Patientin eine Rolle. Angenommen, sie hat monatliche Lohneinbußen von € 50,00.- durch den Halbttag, den sie sich frei nehmen muss und bezahlt für die Fahrt hin und zurück insgesamt € 20,00.- dann hat sie $70,00 * 12 = € 840,00.$ – pro Jahr weniger zur Verfügung, was bei geringem Einkommen eine merkliche Mehrbelastung darstellt. Bei nur einer Vorstellung in der Praxis pro Quartal ($70,00 * 4 = 280$) spart sie € 560,00.- pro Jahr. In jedem Szenario wird davon ausgegangen, dass Arztpraxen ohnehin über Breitbandinternet verfügen und eine Webcam bereits vorhanden ist, weil sie in den meisten Laptops verbaut sind. Auch die Patientin besitzt einen Laptop. Die monatlichen Gespräche werden mit der Ziffer 22220 (154 Punkte, € 17,35.-) abgerechnet und zwar je 2x aufgrund der Dauer. Angenommen werden weiter zwei Krisen pro Jahr, die an den üblichen Terminen mit 35152 (462 Punkte, € 52,05.-) abgerechnet werden. Dazu kommt einmal pro Quartal die Versichertenpauschale, Ziffer 03000 (114 Punkte, € 12,84) und die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, Ziffer 35110 (193 Punkte, € 21,74). Da Anna an überdauernder Depression leidet, wird auch die «Chronikerziffer» 03221 (40 Punkte, € 4,51.-) einmal im Quartal abgerechnet. Daraus folgt: $(17,35 * 2 * 10) + (52,05 * 2) + (12,84 * 4) + (4,51 * 4) = 347 + 104,10 + 51,36 + 18,04 = € 520,50.$ – Telekonsultativ behandelt wird zuzüglich zur Versichertenpauschale 4x/Jahr die Ziffer 22220 auch 10x doppelt abgerechnet. Die angenommenen zwei Krisen pro Jahr werden mit der Ziffer 01210 (128 Punkte, € 14,42) zuzüglich Technikzuschlag 01450 (40 Punkte, € 4,51) abgerechnet. Da die Krisen zur Arbeitsunfähigkeit führen, fällt nach dem Videokonsilium noch jeweils die Portopauschale zum postalischen Versenden der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 40128 (€ 0,86) an. Hinzu kommen noch Chronikerziffer und die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, jeweils quartalsweise. Daraus folgt: $12,84 + (17,35 * 2 * 10) + (14,42 * 2) + (4,51 * 2) + (0,86 * 2) + (4,51 * 4) + (21,74 * 4) = 12,84 + 347 + 28,84 + 9,02 + 1,72 + 18,04 + 86,96 = € 504,42.$ – In Summe fallen somit $520,50 - 504,42 = € 16,08.$ – weniger an Kosten pro Jahr für den Träger an.

3.2.6 Unterschiede beim soziotechnischen Outcome

Die Privatheit ist bei einem Praxisbesuch vor Ort gewährleistet, während sie in dem angenommenen Setting mangelhaft ist. Von solchen Datenschutzerwägungen abgesehen kann es der Patientin auch peinlich sein, in Gesellschaft anderer über

derartige persönliche Belange zu reden und sie fühlt sich stigmatisiert wegen ihrer nun in der Öffentlichkeit der Familie bekannten Krankheitsdetails wie Ausprägung der Symptome, Medikation, etc. Der Behandler sieht sich in der misslichen Lage, zwischen den Nachteilen der beiden Möglichkeiten abwägen zu müssen. Auf der anderen Seite kann er je nach Dynamik des Krankheitsgeschehens aber eben auch auswählen zwischen der jeweils gerade passenderen Behandlungsmöglichkeit und sich im Fall, dass die fernmündliche Behandlung sich als nicht nachhaltig durchführbar herausstellt, immer noch die Möglichkeit offenhalten, dass er in Notfällen per Telekonsultation kontaktiert werden kann. Nicht zuletzt ist die Situation der Angehörigen anzuführen: Sie haben kein Interesse daran, dass Teile der kleinen Wohnung über die Gesprächsdauer hinweg quasi blockiert werden. Es ist unter Umständen für sie auch unangenehm, das Gespräch mit dem Behandler zumindest in Teilen unfreiwillig mitzuhören. Die Entstehung von Konflikten, ganz abgesehen vom mangelhaften Datenschutz, ist so leichter möglich.

3.3 Szenario 2

3.3.1 Beschreibung Szenario / Persona

Persona zwei ist Thomas, ein sechzehnjähriger schulpflichtiger Heranwachsender. Er zeigt deutlich herausforderndes Verhalten, vordergründig charakterisiert durch Fremdaggression, welches laut seinem Hausarzt eine Behandlung erforderlich macht. Die gesetzliche Vertretung liegt bei seinen Eltern, die sich bisher trotz ärztlichem Rat noch nicht dazu entschließen konnten, ihn bei einem Fachmann vorzustellen. Gewählt wurde diese Persona vor dem Hintergrund der Annahme, dass der Beginn einer telepsychiatrischen Behandlung im Vergleich niedrigschwelliger ist, weil zum einen die Praxisbesuche potenziell deutlich reduziert werden können und zum anderen jugendliche «Digital Natives» sich bereits häufig von sich aus freiwillig mit der eingesetzten Technik (Smartphones, Apps, etc.) auseinandersetzen. Die Persona bietet aufgrund ihrer Eigenschaften die Möglichkeit, die vermiedenen Kosten bei einer früheren Intervention mit denen zu vergleichen, die entstünden, wenn sich die Hemmschwelle, zum Arzt zu gehen als so hoch erweist, dass die Eltern sich erst dazu entschließen, wenn es anders nicht mehr zu verantworten ist. Durch die angenommene Jugendlichkeit besteht nämlich noch eine leichtere Formbarkeit, bevor sich seine Verhaltensweisen allzu sehr festsetzen, chronifizieren und später zu größeren Problemen führen (Behandlung erschwert, Konflikt mit dem Gesetz, Schulkarriere endet vorzeitig, etc.).

3.3.2 Beschreibung des Behandlungs-Prozesses ohne Einsatz von Telepsychiatrie

Die Annahme ist, wie beschrieben, dass sich die Erziehungsberechtigten noch nicht zu regelmäßigen Besuchen in der Praxis eines Psychologen oder Facharztes durchringen konnten. Gründe dafür können beispielsweise eine gesellschaftliche Stigmatisierung, mangelnde Einsicht, oder Zeitmangel sein. Bleibt der hausärztliche Rat unberücksichtigt und das Verhalten unbehandelt, besteht die Möglichkeit, dass es weiter eskaliert, bis eine Intervention nicht mehr so einfach möglich ist, weil die Verhaltensweisen dann erlernt und erprobt sind und es womöglich auch schon Opfer gegeben hat. Ab einem gewissen Punkt werden die Erziehungsberechtigten vernünftigerweise einsehen, dass jetzt interveniert werden *muss*. Zu diesem späten Zeitpunkt ist der therapeutische Aufwand, der nötig ist, die fremdaggressiven Verhaltensweisen abzubauen womöglich aber schon deutlich gestiegen. Denkbar ist zwar z.B. nach wie vor eine kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit medikamentöser Einstellung, aber das verfestigte Muster ist dann wahrscheinlich weniger einfach ablegerbar als bei einer Frühintervention. Im Extremfall, wenn bereits Körperverletzungen stattgefunden haben, kann auch durch das Gericht angeordnet werden, dass eine Therapie stattzufinden hat. Eine solche Maßnahme ist als «Schuss vor den Bug» gedacht und kann das Verhalten reduzieren oder beenden, oder aber die erforderliche Einsicht ist zu diesem Zeitpunkt bereits nicht mehr vorhanden und die Korrektur des Auftretens ist so nicht mehr möglich.

3.3.3 Beschreibung des Behandlungs-Prozesses mit Einsatz von Telepsychiatrie

Die Aussicht, dass die Eltern deutlich weniger oft mit dem Nachwuchs in die Praxis gehen müssen, senkt die Hemmschwelle zu einer unabdingbaren Erstvorstellung vor Ort. Der Behandler ist damit einverstanden, die Gesprächstermine im Normalfall per Videochat durchzuführen. Eine Notfallvereinbarung wird auch noch vor der ersten Sitzung getroffen, Thomas soll sich in diesem Fall telefonisch bei dem Behandler melden und zwar bedingt durch dessen Arbeit bevorzugt etwa fünf Minuten vor der vollen Stunde. Dann wird versucht, so zeitnah wie möglich eine Videosprechstunde durchzuführen und auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen. Eine weitere Säule des Behandlungskonzepts ist der Einsatz des Smartphones, um damit unter anderem die unter 2.1 beschriebenen Apps der Kategorie «Serious Games» zu therapeutischen Zwecken zu benutzen, z.B. zur Psychoedukation. Als *digital native* ist Thomas die Technik bereits seit seiner Kindheit gut vertraut und er geht mit Selbstverständlichkeit damit um, er besitzt also bereits einen Laptop mit Webcam.

3.3.4 Unterschiede beim medizinischen Outcome

Der Aufwand, der bei einer drohenden Verfestigung des aggressiven Verhaltens notwendig ist, um den Patienten wieder in adäquatere Umgangsformen zurückzubringen steigt in dem Maß, wie das Verhalten über die Zeit erlernt und eingeübt wurde, falls es ab einem gewissen Punkt überhaupt noch korrigierbar ist. Das bedeutet höhere Kosten und mehr Zeitaufwand, aber auch ein steigendes Risiko von Übergriffen. Nicht zuletzt ist auch auf die medikamentöse Therapie hinzuweisen, die entsprechend dem Verhalten angepasst werden muss, d.h. Dosiserhöhungen und ggf. die Umstellung auf wirksamere (sprich: mehr sedierende) Mittel. Auf der anderen Seite, wenn die Eltern zu einer vergleichsweise frühen Intervention gebracht werden können, kann die Spirale möglicherweise durchbrochen werden, bevor das Verhalten ernsthaft eskaliert. Indem mit den edukativen Angeboten alternative Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden und im zeitnahen Gespräch auftretende Krisen direkt bearbeitet werden, besteht die Chance, den genannten späteren hohen Aufwand gar nicht erst entstehen zu lassen. Auch kann möglicherweise auf den Einsatz entsprechender Medikamente ganz verzichtet werden, oder sie müssen nur eine gewisse Zeit oder phasenweise eingesetzt werden.

3.3.5 Unterschiede beim betriebswirtschaftlichen Outcome und Kostenträgerrechnung

Die Frühintervention beginnt mit einer sozialpädiatrisch orientierten Beratung in der Praxis zwecks Befunderhebung zur drohenden Störung und Anleitung der Bezugspersonen, Ziffer 04355 (184 Punkte, € 20,73). Die Versichertenpauschale wird jedes Quartal mit € 12,84.- berechnet. Die sich anschließenden Kinder- und jugendpsychiatrischen Gespräche, Ziffer 14220 (154 Punkte, € 17,35) werden aufgrund der Dauer von je 30 Minuten 3x abgerechnet, sie finden insgesamt acht Mal statt, davon sechs Mal online mit der bereits in der Praxis vorhandenen Hardware. Im Anschluss beginnt die Verhaltenstherapie, Ziffer 35421 (922 Punkte, € 103,87) mit sechs Sitzungen, davon eine in der Praxis. Daraus folgt: $20,73 + (12,84 * 4) + (17,35 * 3 * 8) + (6 * 4,51) + (103,87 * 6) + (5 * 4,51) = 20,73 + 51,36 + 416,40 + 27,06 + 623,22 + 22,55 = € 1.161,32$. – Ohne Frühintervention steigt der Aufwand: Zur Exploration wird zunächst auch ein Gespräch nach Ziffer 04355 in der Praxis durchgeführt. Die Versichertenpauschale von € 12,84.- fällt jedes Quartal an. Es schließen sich problemorientierte ärztliche Gespräche an, Ziffer 03230 (128 Punkte, € 14,42) die wegen der Dauer 6x abgerechnet werden. Da während der Verhaltenstherapie, Ziffer 35421, mit der vollen Höchstdauer von 12 Sitzungen immer

wieder Krisen auftreten, muss entsprechend interveniert werden: Der Patient meldet sich vier Mal kurzfristig zum Videokonsilium, welches als psychotherapeutische Akutbehandlung nach Ziffer 35152 (462 Punkte, € 52,05) abgerechnet wird. Daraus folgt: $20,73 + (12,84 * 4) + (14,42 * 6) + (103,87 * 12) + (52,05 * 4) + (4,51 * 4) = 20,73 + 51,36 + 86,52 + 1246,44 + 208,20 + 36,08 = € 1.649,33.-$ Somit entstehen $1.649,33 - 1.161,32 = € 488,01.-$ an Mehrkosten und zwar unter der generösen Annahme einer weiterhin ambulanten Behandlung.

3.3.6 Unterschiede beim soziotechnischen Outcome

Wie beschrieben ist vor allem die Jugendlichkeit Thomas' ein möglicher Vorteil, weil Heranwachsende noch vergleichsweise leichter zu beeinflussen sind. Daher besteht die Chance, durch frühes Eingreifen und den kombinierten Einsatz angepasster Behandlungsmethoden seinen Werdegang in geregelte Bahnen zu lenken. Sehen andererseits die Eltern keinen Anlass zur Intervention, kann dem Verhalten später möglicherweise nur durch größeren Aufwand begegnet werden und der Gesellschaft entstehen gegebenenfalls mehr Kosten und eventuell auch Schäden.

3.4 Szenario 3

3.4.1 Beschreibung Szenario / Persona

Bei der dritten Persona handelt sich um einen fünfundzwanzigjährigen Mann namens Arndt und sie ist einem realen Fall entlehnt. Er lebt allein in einer kleinen Wohnung und wurde als Kind von Pflegeeltern adoptiert. Durch Substanzkonsummissbrauch (u.a. Cannabinoide und Amphetamin) war ein Einknicken seiner schulischen Leistungen zu beobachten, aber die Fachhochschulreife hat er mit erheblicher Willensanstrengung erreicht. Erste Anzeichen einer psychischen Erkrankung führen dazu, dass er Hilfe sucht, die ihn jedoch noch in seinem Verhalten bestärkt, indem sie es gutheißt. Einen anderen Behandler lehnt er ab, weil er mittlerweile tagsüber nicht mehr auf die Straße geht und nachts nur verummt, er also zu normalen Praxisöffnungszeiten üblicherweise nicht außerhalb seiner Wohnung anzutreffen ist. Der fortgesetzte, durch den Therapeuten noch bestärkte Konsum führt zur Dekompensierung einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, wie bei der Hauptverhandlung festgestellt wird. Die Nachbarn, die er dann später regelrecht überfällt, berichten von nächtlicher Aktivität und gelegentlichem lautem Schreien. Er richtet zwar noch einen Hilferuf an seine Adoptiveltern, in dem er davor warnt, dass eine akute Gefahr von ihm ausgeht, aber diese scheitern mit dem Versuch, ihm zeitnah

einen Betreuer zu organisieren, denn Arndt lebt noch relativ selbstständig und hat sich auch noch nichts zuschulden kommen lassen. So begeht er in dem handlungsleitenden Wahn, den er entwickelt hat und der nicht als drogeninduziert eingeschätzt wird – er remittiert also nicht nach einer Entgiftung - einen schwerwiegenden Rechtsbruch. Zur Last gelegt wird gefährliche Körperverletzung und ein versuchtes Tötungsdelikt, d.h. er sticht mit einem Schwert auf eine Nachbarin ein, nachdem er sich den Weg zu ihr an dem Ehemann vorbei freigekämpft hat, der zwar nach Kräften Widerstand leistet, aber gegen den Beschuldigten, der sich für die Tat mit fester Kleidung und Integralhelm sozusagen gepanzert hat, letztlich keine Chance hat. Da er von seinem Gutachter als schuldunfähig eingeschätzt wird und sich die sechste große Strafkammer am Landgericht Heidelberg, die mit dem Fall befasst ist, dieser Meinung folgt, wird er in einer FPP zur Besserung und Sicherung nach § 63 StGB untergebracht.⁹⁰

3.4.2 Beschreibung des Behandlungs-Prozesses ohne Einsatz von Telepsychiatrie

Wie beschrieben bemerken der Betroffene selbst und auch die Adoptiveltern zwar erste Symptome einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, aber der aufgesuchte Therapeut sieht darin nicht etwa einen Grund, dazu zu raten, den Substanzkonsum sofort zu beenden und sich in medizinische Behandlung zu begeben. Im Gegenteil, der Therapeut bezeichnet den Klienten als «perfekt» (Zitat laut Adoptivmutter in der Hauptverhandlung) und so konsumiert letzterer weiter, eine frühe Intervention findet also nicht statt. Es kommt zum Delikt und der Patient wird in der FPP untergebracht, in der ersten Zeit noch deutlich psychotisch. Namentlich hat er ein Wahnsystem entwickelt, in dem er sich von Frauen beeinträchtigt fühlt, weshalb er auch Frauen als Opfer ausgesucht hat. Die medizinische Behandlung erfolgt durch hochpotente und atypische Neuroleptika. Außerdem wird die Schusswunde versorgt, denn die Einsatzkräfte mussten ihn mit der 9mm-Dienstpistole neutralisieren. Nach einer gewissen Zeit wird eine geeignete antipsychotische Einstellung der Medikation, die die Symptomatik wenigstens weitgehend abklingen lässt, gefunden und nach der Hauptverhandlung wird der Patient von der forensischen Aufnahmestation auf eine passende, geschlossene Behandlungsstation verlegt. Der Grund dafür ist die Schwere des Anlassdelikts und auch, dass er nach wie vor vor allem weiblichen Mitarbeitern gegenüber eher verschlossen ist und daher wenig einschätzbar. Daher ist auch davon

⁹⁰ Vgl.SWR (2021), o.S.

auszugehen, dass der Patient noch eine relativ lange Zeit stationär untergebracht sein wird. Prospektiv ist danach eine Anbindung an die forensische Institutsambulanz wahrscheinlich, die die Nachsorge übernimmt, solange die Maßregel noch nicht aufgehoben ist. Dem Patienten wird dann durch die zuständigen Sozialarbeiter eine geeignete Wohnform gesucht (Wohnheim, betreutes Wohnen, Wohngemeinschaft, etc.). Ob seine Krankheit jemals völlig remittiert ist sehr fraglich, weil sie bereits eine lange Zeit bestand.

3.4.3 Beschreibung des Behandlungs-Prozesses mit Einsatz von Telepsychiatrie

Wie beschrieben hört der spätere Delinquent auf, tagsüber auf die Straße zu gehen, vermutlich wegen seinem paranoiden inneren Beeinträchtigungserleben und auch dem Handel mit Betäubungsmitteln. Daher will er auch keine psychotherapeutische Praxis aufsuchen zur Behandlung seiner Symptome, denn Sprechstunden sind typischerweise tagsüber. Krankheitseinsichtig ist er, denn er richtet im weiteren Verlauf noch den Hilferuf an seine Adoptivmutter. Daher hätte sich, nach einem initialen face to face Termin, geradezu angeboten, ihn behandeln zu können, ohne dass der Klient das Haus verlassen muss, bzw. dies mit stark reduzierter Frequenz muss. Die benötigte Hardware ist in der Praxis vorhanden und da der Patient technikaffin ist, besitzt er auch einen Laptop mit Webcam. Die antipsychotische Medikation kann bei Einreichung des Rezepts von einer Online-Apotheke geliefert werden und die Einnahme per Videochat überwacht werden. Regelmäßige Termine erlauben dem Behandler, den Behandlungsverlauf einschätzen zu können und ggf. eine Notfallmaßnahme einzuleiten, die vorher mit dem Patienten besprochen wurde. Das Risiko einer Chronifizierung der Schizophrenie und somit einer dauerhaften Verfestigung des Wahngebildes wäre bei einer früheren Intervention geringer gewesen.

3.4.4 Unterschiede beim medizinischen Outcome

Durch eine frühe, konsequente Intervention wäre die Chronifizierung der Schizophrenie eher noch aufzuhalten gewesen, als es jetzt der Fall ist. Möglicherweise wäre anstatt der wahrscheinlichen «Lebenszeitdiagnose» ein Remittieren erzielt worden. Die jetzige Gabe von hochpotenten Neuroleptika der älteren Generation kombiniert mit atypischen Neuroleptika, was unerwünschte Wirkungen zeitigen kann, hätte vermieden werden können, wenn der Patient zu einem früheren Zeitpunkt

behandelt worden wäre. Bevor der Wahn derart handlungsleitend wurde, hätte womöglich eine weniger potente medikamentöse Einstellung genügt.

3.4.5 Unterschiede beim betriebswirtschaftlichen Outcome und Kostenträgerrechnung

Da das vorliegende Szenario an einen realen Fall angelehnt ist, der zum Abfassungszeitpunkt der vorliegenden Arbeit relativ frisch verurteilt wurde und dementsprechend erst kürzlich von der forensischen Aufnahmestation auf eine Behandlungsstation («Rehastation») verlegt wurde, unterbleiben detailliertere Erläuterungen der Maßregelvollzugsfinanzierung wie z.B. den Kosten des Probewohnens, da ein Solches im Angesicht der Schwere des Delikts mit teils massiven Folgen für die Opfer frühestens in mehreren Jahren in Frage kommt. Des Weiteren würden solche Betrachtungen auch den Rahmen der Arbeit sprengen, denn je nach Fall und Einschätzung kommen verschiedene Optionen in Frage, wie z.B. eine Anschlussunterbringung in einem Wohnheim, in speziellen Einrichtungen für nicht vollständig remittierte Rechtsbrecher von denen immer noch eine latente Gefahr ausgeht, etc. Aus diesen Gründen wird mit dem durch das PZN Wiesloch freundlicherweise zur Verfügung gestellten aktuellen Tagessatz gerechnet, der auch für den weitaus größten, wenn nicht kompletten Teil der stationären Unterbringung tatsächlich gilt und die entstehenden Kosten daher nicht grob verfälschen dürfte. Angenommen wird eine Unterbringung von sechs Jahren, die in solchen Fällen oft grob der Verweildauer entspricht. Danach wird eine Nachsorge durch die forensisch-psychiatrische Institutsambulanz von weiteren drei Jahren angenommen. Wie unter 2.5.3.4 beschrieben, kostet ein stationärer Behandlungsplatz pro Tag und Patient € 384,94.- und die ambulante Betreuung durch die Institutsambulanz € 7.200,00.- Daraus folgt: $(384,94 \times 365 \times 6) + (7200 \times 3) = 864.618,60.-$ (Gesamtkosten der Unterbringung). Dem gegenüber stehen die Kosten einer Frühintervention durch geeigneten Einsatz medikamentöser und Gesprächstherapie unter Verwendung fernmündlicher Methoden. Zusätzlich zur Versichertenpauschale 03000 (4x/Jahr) werden Befunderhebung 35142 (1x, 75 Punkte, € 8,45), verbale Intervention 35110 (1x, 193 Punkte, € 21,74) und das psychiatrische Gespräch 21220 (online, 8x, 154 Punkte, € 17,35) abgerechnet. Es schließt sich eine Verhaltenstherapie 35421(922 Punkte, € 103,87) über 12 Onlinesitzungen an. Daraus folgt: $(12,84 * 4) + 8,45 + 21,74 + (17,35 * 8) + 103,87 * 12 = 51,36 + 8,45 + 21,74 + 138,80 + 1.246,44 = € 1.466,79.-$ Der Kostenträger wechselt bei einer Unterbringung, weshalb keine Differenz gebildet werden kann.

3.4.6 Unterschiede beim soziotechnischen Outcome

Der Unterschied zwischen den real erfolgten Geschehnissen und einer angenommenen erfolgreichen Frühintervention ist deutlich. Die Lage jetzt ist, dass der Patient keine Berufsausbildung hat, sein soziales Umfeld nachhaltig zerstört hat und nicht mehr in seine – jetzt durch den zuständigen Sozialarbeiter aufgelöste – Wohnung zurückkehren kann, weil das den Nachbarn nicht zuzumuten ist. Außerdem verbringt er einen erheblichen Teil seiner besten Jahre im MRV, anstatt z.B. eine Familie zu gründen. Durch frühzeitige, konsequente Behandlung hätte es bei weitem nicht so weit kommen müssen. Dass die Krankheit ausgebrochen ist bedeutet zwar in der Regel durchaus, dass die Patienten damit zu leben lernen müssen, aber keineswegs zwingend, dass sie so dramatisch dekompensieren und sich und im vorliegenden Fall v.a. andere massiv schädigen. Eine geeignetere Wohnform hätte eventuell gefunden werden müssen und auch die sozialen Kontakte wären vermutlich eingeschränkt gewesen, aber das Anlassdelikt wäre verhindert worden. Nicht zu unterschätzen ist auch die gesellschaftliche Stigmatisierung, die mit einer erfolgten Unterbringung nach § 63 StGB im MRV einhergeht. Gerade langjährige Aufenthalte sind im Lebenslauf schwer zu kaschieren und wirken auf potenzielle Arbeitgeber oft abschreckend.

3.5 Szenario 4

3.5.1 Beschreibung Szenario / Persona

Als Persona vier wird ein achtzigjähriger Mann namens Georg angenommen. Dieser leidet an einer relativ weit fortgeschrittenen Demenz, weshalb er in einem Seniorenheim wohnt. Das Heim ist nicht auf demente Bewohner spezialisiert und hat entsprechend auch kaum einschlägige bauliche Besonderheiten. Längere Strecken zu Fuß zurücklegen kann er altersbedingt nicht mehr, weshalb er den Alltag hauptsächlich in Möbelstücken wie Bett und Sessel verbringt. Er soll telepsychiatrisch behandelt werden, aber sein Heim ist technisch nicht dafür ausgerüstet. Es fehlen sowohl die erforderlichen Endgeräte und Hilfsmittel, als auch eine Ausleuchtung mit kabellosem Internetzugang dafür. Die Persona ermöglicht, die entstehenden Kosten bei einer Ausstattung mit den entsprechenden Gerätschaften darzustellen und mit einer aufsuchenden Behandlung zu vergleichen.

3.5.2 Beschreibung des Behandlungs-Prozesses ohne Einsatz von Telepsychiatrie

Typischerweise werden psychiatrisch auffällige Heimbewohner von externen Ärzten besucht und je nach Bedarf medikamentös eingestellt. Wegen Symptomen wie Unruhe, Angstzuständen, nächtlicher Bettflucht, etc. wird oft eine Einstellung gewählt, die sedierend wirkt, wenn die Station bzw. das Heim nicht entsprechend baulich und personell ausgestattet ist (z.B. Wandelgänge, Gärten, etc.). Der Facharzt visitiert Georg regelmäßig, liest die Akten, befragt den zufällig gerade anwesenden Mitarbeiter, sieht den Patienten für wenige Minuten und entscheidet das weitere Vorgehen auf dieser Grundlage. Wenn der Kostenträger es bewilligt, können zusätzliche Gesprächstermine mit Therapeuten stattfinden, ansonsten finden Besuche von Ehrenamtlichen statt, die jedoch durch die Patientenzahl nur eine begrenzte Zeit zur Verfügung haben.

3.5.3 Beschreibung des Behandlungs-Prozesses mit Einsatz von Telepsychiatrie

Nachdem die technischen Voraussetzungen geschaffen wurden, kann ein weniger aufwändiger Kontakt mit dem Patienten gehalten werden, wenn der Patient das akzeptiert. Der Arzt erspart sich die Zeit, die durch den Transit zum Patienten zum Zweck des Gesprächs aufgewendet werden muss und kann sie sinnvoller einsetzen. Komplett ersetzen kann fernmündliche Behandlung das Gespräch von Angesicht zu Angesicht auch hier nicht, aber die Frequenz der Besuche kann sinken. Im Fall beispielsweise akuter Angstzustände kann sich der Behandler schnell ein besseres Bild von der Lage machen und entsprechende Anordnungen treffen. Auch bei medikamentösen Umstellungen ist er nicht auf das Wort Dritter, also der Mitarbeiter angewiesen, sondern kann die Auswirkungen ohne größeren Aufwand selbst mit dem Patienten besprechen.

3.5.4 Unterschiede beim medizinischen Outcome

Entscheidend scheint, wie gut der Patient auf das Angebot reagiert. Werden die Videochats akzeptiert und als sinnvolle Ergänzung gesehen, kann das Behandlungsergebnis (Medikamentencompliance, Symptomatik, Häufigkeit der Gespräche etc.) zufriedenstellend sein. Das Risiko besteht jedoch auch, dass der Patient aus verschiedenen Gründen eher oder völlig ablehnend reagiert: Unsicherheit wegen der für ihn neuartigen Technik, allgemeine Verwirrtheit, Angst, Trotz, etc. Daher ist schwer zu sagen, wo sich das Ergebnis auf einer möglichen Bandbreite von völliger Ablehnung bis positiver Neugier befindet. Entsprechend sind sowohl eine signifikante

Besserung des klinischen Bildes mit Dosisreduzierung der eingesetzten Medikamente und erhöhtem Wohlbefinden des Patienten möglich, aber auch ein teurer Fehlschlag und eine Rückkehr zur beschriebenen Ausgangslage.

3.5.5 Unterschiede beim betriebswirtschaftlichen Outcome und Kostenträgerrechnung

Die Kosten für die Installation des WLAN-Netzes betragen angenommene € 5.000,00.- und die Anschaffung der erforderlichen Touchscreen-Geräte für die Telekonsultationen kostet € 1.000,00.-, insgesamt schlagen somit € 6.000,00.- Anschaffungskosten zu Buche. Angenommen wird eine zweijährige Behandlungsdauer. Die quartalsmäßige Versichertenpauschale 03000 wird abgerechnet, ebenso wie die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen 35110, in diesem Fall der Demenz. Das psychotherapeutische Gespräch 22220 wird 15x abgerechnet und die Videofallkonferenz 01442 mit den beteiligten Mitarbeitern insgesamt 4x. Daraus folgt: $(12,84 * 8) + (21,74 * 8) + (17,35 * 15) + (9,69 * 4) = 6.000 + 1.000 + 102,72 + 173,92 + 260,25 + 38,76 = € 7.575,65$. – Ohne die fernmündliche Behandlung sieht die Abrechnung wie folgt aus: $(12,84 * 8) + (21,74 * 8) + (17,35 * 15) = 102,72 + 173,92 + 260,25 = € 536,89$. – Der Kostenträger bezahlt somit € 7.038,76.- mehr für eine fernmündliche Behandlung.

3.5.6 Unterschiede beim soziotechnischen Outcome

Auch hier ist ausschlaggebend, wie gut der Patient das Angebot annimmt. Im positiven Fall freut er sich auf die Gespräche, benötigt für diese Zeit weniger Aufsicht und Betreuung und bringt vielleicht noch andere Patienten dazu, per Bildschirm mit dem Behandler reden zu wollen. Außer den entlasteten Betreuungskräften haben auch die Pflegedienstmitarbeiter davon den Vorteil, dass der Patient weniger Aufwand verursacht (reduzierte Medikation, besseres klinisches Bild). Im Fall der Ablehnung bleibt es bei der beschriebenen Situation. Der Patient bleibt weitgehend darauf angewiesen, dass jemand im wörtlichen Sinn auf ihn zukommt und ihm seine Zeit widmet, die in den Heimen oft knapp bemessen ist.

3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

3.6.1 Persona 1

Die Kostenersparnis für den Träger ist nicht signifikant. Umso deutlicher ist sie für Anna, denn obwohl die Summe nicht allzu hoch ist, fehlt das Geld bei einem kleinen Einkommen doch spürbar. Der Hauptaspekt ist jedoch die Zeit, die es braucht, um den Behandler zu konsultieren. Anstatt die weite Strecke zurücklegen zu müssen, kann sie

– besonders in dringenden Fällen – kurzfristig ein Videokonsilium erbitten. Der humane Aspekt des Leidens an Krankheit bzw. seiner Verringerung steht somit hier im Vordergrund und nicht der monetäre.

3.6.2 Persona 2

Bei der angenommenen so weitergeführten ambulanten Behandlung ist die Kostenersparnis zwar deutlicher, als bei Persona 1, aber im Vordergrund steht eher die Leichtigkeit, mit der sich Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf die Technik, die für Telekonsultationen benötigt wird einlassen können, denn sie sind bereits damit aufgewachsen. Lässt sich so eine teurere stationäre Aufnahme vermeiden sind erhebliche Kosten gespart, aber vor allem besteht die Chance, eine positive Entwicklung anzustoßen, wo bisher inadäquate Lösungswege gesucht wurden.

3.6.3 Persona 3

Da der Kostenträger durch die Unterbringung nicht mehr der Gleiche ist, lässt sich keine Ersparnis für einen Träger alleine errechnen, wobei der Unterschied zwischen einer angenommenen erfolgreichen Frühintervention und den vermutlich tatsächlich anfallenden Kosten, die dann der Steuerzahler anstatt der Versichertengemeinschaft übernehmen muss augenfällig ist. Der weit geringere wirtschaftliche (monetäre) Aufwand wird deutlich, aber drastischer sind die menschlichen Folgen. Zuerst für die Opfer des Patienten, die zum Teil nachhaltig traumatisiert sind und bleibende Schäden davontragen, aber auch für den Delinquenten selbst, der mit den Konsequenzen der Tat leben muss.

3.6.4 Persona 4

Wenn lediglich der Patient im Szenario 4 behandelt wird, entstehen dem Träger höhere Kosten als bei herkömmlicher Behandlung. Davon abgesehen ist die Frage, inwieweit der Patient in der Lage ist, sich auf Telekonsultationen einzulassen. Von Freude, dass sich jemand wenigstens über einen Bildschirm mit ihm unterhält bis Angst durch Verkennen sind viele Möglichkeiten denkbar. Entsprechend ist auch die vermutete Bandbreite des soziotechnischen Outcomes: Von einer wirklichen Bereicherung für den Patienten bis zur strikten Ablehnung. Das Personal muss auch geschult werden und Zeit haben, die Verbindung jeweils aufzubauen, was ganz eigene Schwierigkeiten bereiten könnte.

4 Diskussion

Nach der Bearbeitung von Limitationen und Beantwortbarkeit der Forschungsfrage, werden die Ergebnisse bewertend zusammengefasst, Handlungsempfehlungen ausgesprochen und ein Ausblick auf zukünftige Entwicklungen versucht.

4.1 Limitationen und Beantwortbarkeit der Forschungsfrage

Das Verwenden mehrheitlich fiktiver Personas dient zwar durchaus dazu, idealtypische (mögliche) User gut darstellen zu können, aber die Ergebnisse zu generalisieren ist damit nicht möglich, weil mehr Variablen und Unbekannte zu berücksichtigen sind, als mit der vorliegenden Arbeit darstellbar gewesen wäre. Andererseits ist das wieder ein Grund, das für und wider an überwiegend zu diesem Zweck kreierten Personas darzustellen. Eine weitere Limitation liegt darin, dass es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Literaturliteraturarbeit handelt. Während der Recherche ergab sich die Notwendigkeit, Fachleute für Fragen der Kosten der forensischen Unterbringung und Nachsorge sowie der Abrechnung zu konsultieren. Durch diesen direkten Kontakt mit der Praxis ergaben sich (anekdotenhafte) Hinweise auf aktuelle Entwicklungen, die so aus der Literatur noch nicht zu erkennen gewesen waren. Beispielsweise wurde durch eine Mitarbeiterin des Ambulanzentrums am PZN Wiesloch mitgeteilt, dass Telekonsultationen dort mittlerweile «nicht mehr so gerne gesehen» seien und ein niedergelassener Behandler (Kinder- und Jugendpsychiatrie) erwähnte eine Welle der Popularität fernmündlicher Behandlungen während der Covid-19 Pandemie, die aber seitdem auch wieder zurückgegangen sei. Mit einiger Verzögerung wird Literatur verfügbar sein, die sich mit diesen Aspekten befasst, aber zum Abfassungszeitpunkt der Arbeit war sie nach Kenntnis des Autors nicht verfügbar. Eine weitere Limitation ist, dass nicht alle Details der Kostenträgerrechnung berücksichtigt werden konnten. Daher ist zwar eine Tendenz der Ergebnisse zu erkennen, aber Anspruch auf exakte Zahlen kann nicht erhoben werden. Trotzdem ergab die Recherche eine Vielzahl von « Chancen und Risiken der ambulanten Behandlung psychiatrischer Patienten durch telepsychiatrische Konsultation», weshalb die Frage nach der Beantwortbarkeit der Forschungsfrage eindeutig zu bejahen ist.

4.2 Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse

Deutlich wurde die signifikante Zunahme des weltweiten Interesses an Telepsychiatrie, ebenso wie die Unterschiede, die wegen der nationalen Gesetzgebungen in der

Anwendung fernmündlicher Behandlungsmethoden bestehen. Beispielhaft sei der Vergleich von Deutschland und Indien angeführt, mit den deutlich strengeren Auflagen in der BRD. Diese schränken das Sammeln von für Behandler nützlichen Daten zwar deutlich ein, schützen die Daten aber andererseits auch besser. Das Wissen über die Besonderheiten und Fallstricke von Telekonsultationen ist umfangreich und in der Literatur gut recherchierbar. Die Möglichkeiten der Telemedizin, die durch die breite Verfügbarkeit von Smartphones in Kombination mit entsprechenden Apps und externen Sensoren eröffnet wurden, sind noch nicht voll ausgeschöpft. Ein gewichtiger Vorteil ist die Möglichkeit, unmittelbar und ohne großen Aufwand mit dem persönlichen Behandler oder anderen Fachleuten Kontakt aufzunehmen. Das kann gerade in Notfällen ein wichtiger Aspekt sein. Die Verwendung der idealtypischen Personas war durchaus dazu geeignet, betriebswirtschaftliche Vorteile, bzw. ihre Abwesenheit oder sogar mögliche Nachteile aufzuzeigen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist im Unterschied des soziotechnischen Outcomes feststellbar. Während es etwas fraglich schien, ob Persona 4 tatsächlich in einem Maß profitiert, dass den Aufwand rechtfertigt, war bei den anderen Personas zumindest das Potenzial festzustellen, dass sie erheblich davon profitieren können bzw. der Fall des jetzt untergebrachten Patienten potenziell nicht so tragisch verlaufen wäre. Die Recherche ergab auch, dass fernmündliche Behandlung kein Allheilmittel ist. Es gibt schlicht ungeeignete Fälle, die technischen Hürden sind manchen Patienten zu hoch, die «analoge Anteile» (Gestik, Mimik, Körpersprache, etc.) werden dem Behandler bei face-to-face Konsultationen oft deutlicher und eine Reihe anderer Aspekte, die nicht in jedem Fall dafür sprechen.

4.3 Handlungsempfehlungen

Als Behandler sind die aufgeführten Vorteile und Risiken im Einzelfall gegeneinander abzuwägen. Auch eine eventuelle Wiedereinführung der Kontaktbeschränkungen und sonstigen regierungsseitigen Maßnahmen spielt hier eine Rolle. Je nach Einschätzung des Bedarfs, Risikos und auch Fähigkeiten der jeweiligen Patienten kann das Ergebnis einer solchen Abwägung von einer weitgehenden Verwendung von Telekonsultationen über Hybridlösungen bis zur gänzlichen Ablehnung reichen. Wie sich gezeigt hat, reagieren viele Patienten zwar durchaus flexibel auf notwendige Anpassungen (siehe das plötzliche Einsetzen der Kontaktbeschränkungen in Bicêtre), aber im Sinne einer Optimierung des Behandlungserfolgs ist wenn möglich eine dem individuellen Bedarf sinnvoll angepasste Lösung vorzuziehen.

4.4 Ausblick

Der Mangel an Ärzten in den ländlichen Regionen nicht nur auf bundesdeutschem Gebiet legt, wo sinnvoll, einen den Bedarfen angepassten Einsatz fernmündlicher Methoden nahe. Ob sich das angewachsene Interesse auch in nachhaltig vermehrter Verwendung auch außerhalb von Pandemiezeiten niederschlägt, muss sich erst noch zeigen. Auch wie sich die Vorgaben, Beschränkungen, Datenschutzbestimmungen, etc. entwickeln ist von Interesse und hängt von einer zu großen Zahl Faktoren und Akteure ab, als dass sich darüber verlässliche Voraussagen treffen lassen würden. Nicht zuletzt macht die Technik Fortschritte und entsprechende Anwendungen dürften Behandlern in der Zukunft weitere interessante Perspektiven eröffnen, wie sie ihre Heilkunst ausüben können. So die nationalen Gesetzgebungen es erlauben ist beispielsweise die Integration der Daten von Wearables (z.B. Vitalwerte) in geeignete Apps sinnvoll, wo sie von weiter zu optimierenden Algorithmen ausgewertet werden, die bei abnormen Werten automatisch den Behandler informieren, aber auch die nicht auffälligen Daten so aufbereiten, dass der Behandler unterstützt und entlastet wird, damit er Zeit für andere Aufgaben hat. Die Kehrseite mit den erwähnten Risiken (z.B. Datenschutz) hat wie der Nutzen auch Wachstumspotenzial analog zu einer möglichen weiteren Ausbreitung telepsychiatrischer Methoden. Gesammelte Daten wecken oft Begehrlichkeiten und wie damit auch und gerade in Ländern mit weniger strengen Bestimmungen umgegangen wird, dürfte in Zukunft von Interesse sein.

Eidesstattliche Erklärung

Der Autor versichert, dass die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig angefertigt, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, alle benutzten Hilfsmittel und Quellen angegeben, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet wurden.

J. Bader

Karlsruhe, den 13.10.2022

Ort, Datum

Unterschrift

Quellenbelege

Literaturverzeichnis

Adorjan, Kristina u.a. (2021): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgungssituation in psychiatrischen Kliniken in Deutschland, in: *Der Nervenarzt*, 92. Jg., 6, S. 562–570.

Allgaier, Katharina u.a. (2021): Times are changing: digitalisation in child and adolescent psychotherapy, in: *European child & adolescent psychiatry*, 30. Jg., 11, S. 1667–1670.

Azzam, Pierre N. u.a. (2016): Physical Examination for the Academic Psychiatrist: Primer and Common Clinical Scenarios, in: *Academic Psychiatry*, 40. Jg., 2, S. 321–327.

Herr, David u.a. (2021): *Betriebliche Prävention stärken - Lehren aus der Pandemie*. Springer: Berlin.

Brown, F. W. (1998): Rural telepsychiatry, in: *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 49. Jg., 7, S. 963–964.

Deslich, Stacie u.a. (2013): Telepsychiatry in the 21(st) century: transforming healthcare with technology, in: *Perspectives in health information management*, 10. Jg., 1f.

Entorf, Horst (2007): Evaluation des Maßregelvollzugs: Grundzüge einer Kosten-Nutzen-Analyse, in: *Darmstadt Discussion Papers in Economics No. 183*, 183).

Keile, M. u.a. (2021): *Zukunft der Gesundheitsversorgung. Vorschläge und Konzepte aus Perspektive der stationären Leistungserbringer*. Springer Gabler: Wiesbaden/Heidelberg.

Liem, Andrian u.a. (2020): Ethical standards for telemental health must be maintained during the COVID-19 pandemic, in: *Asian journal of psychiatry*, 53. Jg., S. 102218.

Liszt, Franz von (1883): Der Zweckgedanke im Strafrecht, in: *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 3, S. 1–47.

Mahtta, Dhruv u.a. (2021): Promise and Perils of Telehealth in the Current Era, in: Current Cardiology Reports, 23. Jg., 9, S. 115.

Markowitz, John C. u.a. (2021): Psychotherapy at a Distance, in: The American journal of psychiatry, 178. Jg., 3, S. 240–246.

Müller, Jürgen (2014): Perspectives of forensic Psychiatry and Psychotherapy, in: Der Nervenarzt, 85. Jg.

Nagendrappa, Sachin u.a. (2020): S113. TELE-PSYCHIATRIC AFTER CARE (TAC) CLINIC FROM INDIA: PATTERN OF CONTINUITY OF CARE OF PATIENTS WITH SEVERE MENTAL DISORDERS, in: Schizophrenia Bulletin, 46. Jg., S77-S77.

Nedopil, Norbert (2007): Forensische Psychiatrie, in: Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 75. Jg., 3, 172-81; quiz 182-5.

Poon, Ngar Y. u.a. (2020): Child and adolescent psychiatry telemedicine: A singaporean experience born in Covid-19, in: Asian journal of psychiatry, 53. Jg., S. 102336.

Ramalho, Rodrigo u.a. (2020): Telepsychiatry and healthcare access inequities during the COVID-19 pandemic, in: Asian journal of psychiatry, 53. Jg., S. 102234.

Robinson, Eric u.a. (2022): A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020, in: Journal of Affective Disorders, 296. Jg., S. 567–576.

Sasangohar, Farzan u.a. (2020): Adapting an Outpatient Psychiatric Clinic to Telehealth During the COVID-19 Pandemic: A Practice Perspective, in: J Med Internet Res, 22. Jg., 10, S. 22523.

SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477).

Töller, Annette Elisabeth/Dittrich, Marcus (2011): Die Privatisierung des Maßregelvollzugs. Die deutschen Bundesländer im Vergleich, in: Abhandlungen – der moderne staat – Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management, S. 189–208.

Wiemeyer, Joachim (1979): Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nach dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, in: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, 20. Jg., S. 251–288.

Winkler, Johanna G. u.a. (2021): Psychische Belastung während der COVID-19-Pandemie: Konsequenzen für psychiatrisch Erkrankte und therapeutische Implikationen, in: Der Nervenarzt, 92. Jg., 3, S. 243–251.

Zetsche, Oliver T. (2020): Zur Notwendigkeit von Bildungsangeboten im Maßregelvollzug: Pädagogische Hilfsmaßnahmen in der Forensischen Psychiatrie. Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden.

Zweiter Senat Bundesverfassungsgericht (2004): Verfassungsbeschwerde vom 05.02.2004 – 2 BvR 2029/01 – Rn 1-202

Onlinequellen

BetterHelp.com (2022): Professional, licensed, and vetted therapists who you can trust. Online-Dokument, abgerufen am 27.05.2022, unter:

(<https://www.betterhelp.com/>)

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Einheitlicher Bewertungsmaßstab - EBM. Online-Dokument, abgerufen am 16.07.2022, unter:

(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/einheitlicher-bewertungsmaassstab-ebm.html>)

Bundesministerium für Gesundheit (2022): Kollektivvertrag. Online-Dokument, abgerufen am 15.07.2022, unter:

(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/kollektivvertrag.html>)

Bundespsychotherapeutenkammer (2020): BPtK-Wegweiser für psychisch kranke Menschen in der Coronakrise. Online-Dokument, abgerufen am 23.03.2022, unter:

(<https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/04/BPtK-Wegweiser-f%C3%BCr-psychisch-krank-Menschen-in-der-Coronakrise.pdf>)

Deutsches Reichsgesetzblatt (1933): Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung. Online-Dokument, abgerufen am 08.08.2022, unter: (<https://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?apm=0&aid=dra&datum=19330004&seite=00000995&zoom=2>)

Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses. Online-Dokument, abgerufen am 23.03.2022, unter: (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4228/2020-03-27_VL_Sonderregelungen-Covid-19_BAnz.pdf)

Gerlinger, Thomas (2017): Das System der vertragsärztlichen Vergütung im Überblick, abgerufen am 13.10.2022, unter: (<https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/252002/verguetung-vertragsaerztlicher-leistungen/>)

Grundgesetz: Artikel 104, abgerufen am 13.10.2022, unter: (https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_104.html)

Haentjes, Caroline/Märzhäuser, Antonia (2021): Am Rande des Zusammenbruchs. Online-Dokument, abgerufen am 09.08.2022, unter: (<https://www.fr.de/politik/forensische-kiniken-deutschland-massregelvollzug-zusammenbruch-katastrophale-zustaende-zr-90172766.html>)

Institut des Bewertungsausschusses (2022): Bewertungsausschuss Ärzte. Online-Dokument, abgerufen am 15.07.2022, unter: (<https://institut-ba.de/ba.html>)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022a): 40128 - Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gem. § 4 Abs. 4.1.2 Anl. 2b BMV-Ä an den Patienten bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde. Online-Dokument, abgerufen am 27.08.2022, unter: (<https://www.kbv.de/html/13259.php?srt=relevance&stp=fulltext&q=40128&s=Suchen>)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022b): Gebührenordnung. Online-Dokument, abgerufen am 20.07.2022, unter: (https://www.kbv.de/html/themen_7177.php)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022c): ONLINE-VERSION DES EBM. Online-Dokument, abgerufen am 19.08.2022, unter: (<https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022d): VIDEOSPRECHSTUNDE ÜBERSICHT ZUR VERGÜTUNG. Online-Dokument, abgerufen am 19.08.2022, unter: (https://www.kbv.de/media/sp/Videosprechstunde_uebersicht_Verguetung.pdf)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022e): Videosprechstunde: telemedizinisch gestützte Betreuung von Patienten. Online-Dokument, abgerufen am 04.05.2022, unter: (<https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php>)

ntv (2008): Wie Ärzte bezahlt werden. Online-Dokument, abgerufen am 16.07.2022, unter: (<https://www.n-tv.de/politik/dossier/Wie-Aerzte-bezahlt-werden-article257910.html>)

PsychKHG (2014): Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz - PsychKHG). Online-Dokument, abgerufen am 09.08.2022, unter: (<https://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=PsychKG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true&aiz=true#jlr-PsychKGBWpP58>)

Reimbursement Institute (2022): Gemeinsame Selbstverwaltung, abgerufen am 13.10.2022, unter: (<https://reimbursement.institute/glossar/gemeinsame-selbstverwaltung/>)

Strafgesetzbuch: § 20 Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen. Online-Dokument, abgerufen am 31.07.2022, unter: (https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_20.html)

Strafgesetzbuch: § 21 Verminderte Schuldfähigkeit. Online-Dokument, abgerufen am 31.07.2022, unter: (https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_21.html)

Strafgesetzbuch: § 63 StGB Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, abgerufen am 13.10.2022, unter: (https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_63.html)

Strafgesetzbuch: § 64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, abgerufen am 13.10.2022, unter: (https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_64.html)

Strafgesetzbuch: § 67e Überprüfung, abgerufen am 13.10.2022, unter:

(https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_67e.html)

Strafprozessordnung: § 126a Einstweilige Unterbringung, abgerufen am 13.10.2022,

unter: (https://www.gesetze-im-internet.de/stpo/_126a.html#:~:text=%20Strafproze%C3%9Fordnung%20%28StPO%29%C2%A7%20126a%20Einstweilige%20Unterbringung%20%201,Unterbringungsbefehl%20ist%20aufzuheben%2C%20wenn%20die%20Voraussetzungen...%20More%20)

SWR (2021): 23-Jähriger in Bammental war mit Machete bewaffnet. Online-

Dokument, abgerufen am 13.8.22, unter: (<https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/mannheim/gewaltverbrechen-in-bammental-100.html>)

Verzeichnis der betriebsinternen Unterlagen

PZN Wiesloch (2022) Beauftragungsschreiben forensische Ambulanzen 2022

PZN Wiesloch (2022): LKA-MRV 2022 Vereinbarung (Versand 13.07.2022),

Wiesloch