

Christoph Schmeling-Kludas:
**Integrierte Medizin, Krankenhausgeschäftsführung und Digitalisierung -
Betrachtungen nach 40 Jahren ärztlicher Tätigkeit**

(Vortrag auf der AIM-Jahrestagung in Hamburg, 06.11.2021)

Liebe integrierte Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte mich zunächst beim Organisationskomitee für die Einladung bedanken, diese AIM-Tagung mit einem persönlichen Resümee zur Integrierten Medizin abzuschließen. Mein Weg dorthin fing schon im Medizinstudium an, so dass ich meinen Vortrag damit beginne und dann geht es um meine ärztliche Tätigkeit von 1980 bis 2012. Der Focus liegt dabei auf der Frage, wie sich die Theorie Thure von Uexkülls auf meine Arbeit auswirkte. Im zweiten Teil schildere ich meine Erfahrungen, die ich von 2012 bis 2020 als Ärztlicher Direktor und Krankenhausgeschäftsführer mit bestimmten Aspekten der Digitalisierung machte.

Die Anfänge

Lange vor der Akademiegründung wurde ich bereits durch Thure von Uexküll geprägt: Seit seiner Berufung auf den Lehrstuhl für Innere Medizin und Psychosomatik der Reformuniversität Ulm hatte er die Reform des Medizinstudiums vorangetrieben. Die neue Approbationsordnung von 1970 sah Kurse in Medizinischer Psychologie, Medizinischer Soziologie sowie Psychosomatik vor. In der Studentenschaft dominierten linke Gruppierungen mit starken Überschneidungen zu denen, für die eine bessere Medizin bedeutete, psychosoziale Aspekte stärker zu beachten. In dieser Aufbruchsstimmung stieß ich nach z. T. heftigen Erfahrungen im Krankenpflegpraktikum auf die „Interviews mit Sterbenden“ von Elisabeth Kübler-Ross (1971) und beschloss, zu diesem Themenbereich zu promovieren. In Uwe Koch-Gromus in der Hamburger Medizinpsychologie fand ich einen interessierten Doktorvater. Wir entwickelten einen Ausbildungskurs zur Betreuung von Schwer- und Todkranken, der u.a. auf dem aus der Gesprächspsychotherapie von Carl Rogers (1951) abgeleiteten „aktiven Zuhören“ aufbaute. Das war aus meiner Sicht die ideale Ergänzung für die handlungsorientierte Sozialisation von Ärztinnen und Pflegekräften. So begann ich noch im Studium mit einer Gruppe gleichgesinnter Medizinstudierender - darunter unsere komplette Wohngemeinschaft - die vierjährige Gesprächspsychotherapieausbildung. Rogers hatte die Erfahrung gemacht, dass Patientinnen mit den damals gängigen psychoanalytischen Ansätzen chronisch missverstanden werden können und Psychotherapien empirisch untersucht. Im Ergebnis sollten die Therapeutinnen möglichst nah am emotionalen Erleben der Patienten bleiben und versuchen, deren innere Welt zu betreten - man könnte das auch die Herstellung einer

gemeinsamen Wirklichkeit im Hinblick auf den emotionalen Zustand der Patientinnen nennen.

Wir führten unseren zwei- bis fünftägiger Ausbildungskurs mit ärztlichen und pflegerischen Gruppen durch und evaluierten diese Seminare. Im Dezember 1981 erhielten Uwe Koch und ich für unsere Arbeit den vom DKPM, dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin, vergebenen Hans-Roemer-Preis, mit dem Arbeiten ausgezeichnet werden, welche die Integration psychosomatischer Fragestellungen in die Allgemeinmedizin oder in die klinischen Fächer der Medizin fördern. Überreicht wurde der Preis von Thure von Uexküll, dem Gründer und Vorsitzenden des DKPM. Er war auch Ideengeber für das interdisziplinär angelegte Projekt einer internistisch-psychosomatischen Krankenstation (Köhle et al. 1980). U. a. wurde hier das Ulmer Visitenmodell entwickelt: Ärztliche Besprechung vor dem Krankenzimmer, drinnen dann ausschließlich Gespräch mit den Kranken, ärztliche Nachbesprechung und Anordnungen wieder außerhalb.

Ärztliche Tätigkeit ab 1980

Der Weg in die Psychosomatik führte damals über die Psychiatrie oder die Innere Medizin und ich entschied mich 1980 für die internistische Weiterbildung, allerdings bereits nicht mehr als Vertreter einer „Medizin für Körper ohne Seelen“. Meine Vorstellungen von Patientenbehandlung basierten auf unseren Überlegungen zur Kommunikation mit Schwerkranken, auf von Uexkülls Ulmer Modell, der patientenzentrierten Medizin von Michael Balint, die Karlheinz Engelhardt 1978 weiter ausgearbeitet hatte, und vor allem auf der wissenschaftlichen Gesprächspsychotherapie, die mein internistisches Vorgehen ergänzte und in der Behandlung einen Haltungswchsel erforderte. Verweildauern von durchschnittlich vier Wochen ermöglichten es, Kranke in den Visiten und ggf. zusätzlichen Einzelkontakten nicht nur aufzuklären und zu beraten, sondern auch auf ihren jeweiligen emotionalen Zustand einzugehen. Ich hatte immer wieder sehr bewegende Begegnungen gerade auch mit Schwerkranken, die z. T. sehr dankbar waren, dass offen mit ihnen über ihre Erkrankungen kommuniziert wurde.

Nach vier Jahren Stationstätigkeit arbeitete ich ab 1984 in einem Mix aus Versorgung unserer ersten Tochter und unbezahlter Tätigkeit im Institut für Medizinische Psychologie ein Jahr lang an dem Buch „Die Arzt-Patient-Beziehung im Stationsalltag“ (Schmelting-Kludas 1988). Ich ging die gut ausgestatte Institutsbibliothek zu meinem Thema durch und interviewte meine Kolleginnen aus der Inneren Medizin. Das Ergebnis brach auf 370 Seiten mit dem gängigen Schema, wonach die psychosoziale Situation von Patientinnen untersucht

und aus den festgestellten Defiziten Forderungen für das ärztliche Verhalten abgeleitet wurden, etwa die nach besserer Aufklärung über die Krankheit und Behandlung. Ich befasste mich hingegen auch mit Einflüssen auf die ärztlichen Wirklichkeitskonstruktionen, also beispielsweise mit den Belastungen und den Einstellungen von Assistenzärztinnen und -ärzten, die als 30jährige Sucht- und Suizidpatienten oder alte Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen zu versorgen hatten.

Ab 1988: Integrierte Psychosomatik in der Medizinischen Abteilung im Krankenhaus Ochsenzoll in Hamburg

1988 wurde ich internistischer Oberarzt im Krankenhaus Ochsenzoll bei Hans Wedler, der dort eine integrierte medizinische Versorgung realisierte, durchaus auch mit hohem internistischem Anspruch. Ein Schwerpunkt waren Kriseninterventionen bei Kranken, die notfallmäßig nach Tablettenintoxikationen in suizidaler Absicht eingeliefert worden waren und die von den Assistenzärztinnen und -ärzten ein strukturiertes Gesprächsangebot bekamen, ebenso wie andere Kranke, bei denen ein entsprechender Bedarf deutlich wurde, beispielsweise nach der Aufklärung über eine Krebsdiagnose. Die Patienten blieben dafür u. U. zwei Wochen zusätzlich stationär. Die Visiten wurden nach dem Ulmer Modell durchgeführt und in der Abteilung gab es eine wöchentlich Psychosoziale Konferenz für alle Ärztinnen und Ärzte. Wedler stellte zusätzlich die Psychologin und angehende Psychoanalytikerin Brigitte Niemann ein, die ihm unmittelbar unterstand und an allen Chefvisiten teilnahm. Mit Klaus Jäger und mir waren zwei der drei Oberärzte in der Weiterbildung zum Zusatztitel Psychotherapie, so dass wir mit Hans Wedler im Rücken zu Dritt diejenigen anleiten und unterstützen konnten, die die Gespräche mit den Kranken führten, nicht selten auch gemeinsam mit einem von uns. Die psychosozialen Versorgungsangebote in Ochsenzoll erfolgten additiv zu einer soliden internistischen Behandlung, ohne Bezug zu Uexkülls Theorie der Humanmedizin, die man ab 1979 im Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin bereits hätte nachlesen können. Insgesamt war es dennoch der Teil meines Arzt-Seins, der von Uexkülls Ideal einer Integrierten Medizin am nächsten kam. Die meisten Mitarbeitenden, die sich einen Chef mit diesem Programm nicht ausgesucht hatten, wurden von der Aufbruchsstimmung in der Abteilung erfasst und zogen mit. Besonders wichtig war dabei Wedlers Haltung, z. B. gegenüber Suizidpatienten: „Nur die Patientin selbst kann auf Dauer für ihr Leben garantieren“, aber auch gegenüber den Mitarbeitenden, die sich auf seine Rückendeckung verlassen konnten. Die Behandlungen in Ochsenzoll waren für viele Patientinnen von hohem Wert, was sie teilweise auch zum Ausdruck brachten, was wiederum alle zusätzlich motivierte.

Wir dokumentierten die erreichte Versorgungsqualität und konnten durch den Vergleich zweier Stichproben nachweisen, dass sich die in Ochsenzoll integriert behandelten Patientinnen von ärztlicher und pflegerischer Seite besser unterstützt fühlten und krankheitsbedingte Belastungen besser bewältigten als Kranke aus einer vergleichbaren traditionell arbeitenden Medizinischen Abteilung (Schmeling-Kludas und Wedler 1997). Zusammen mit Hans Wedler erhielt ich dafür 1996 erneut den Hans-Roemer-Preis.

Ab 1994: Das lernende Modell der Integrierten Medizin

Hans Wedler war auch dabei, als 1992 die Akademie für Integrierte Medizin gegründet wurde. 1994 fand dann das erste Treffen in Stuttgart mit etwa 30 Mitgliedern statt. U.a. ging es darum, wie Wissenschaft die Integrierte Medizin voranbringen könnte. Das Protokoll vermerkt zu diesem Thema: „Dabei konnte die Frage noch nicht befriedigend geklärt werden, was eigentlich geforscht werden sollte. Forschung ist nur sinnvoll, wenn konkrete Fragen bestehen (Kosten-/Nutzenanalysen, Patientenkarrieren, Chronifizierungsprozesse, Berufszufriedenheit integrierter versus nicht integrierter Ärzte etc.?)“. Trotz der Unklarheiten hofften wir auf größere Forschungsprojekte - auch wegen Thure von Uexkülls Rufes als Wissenschaftler. Ich hatte mich im selben Jahr mit der Untersuchung mehrerer Stichproben internistischer Patienten im Allgemeinen Krankenhaus zu Belastungen, Krankheitsbewältigung und Therapiemöglichkeiten habilitiert (Schmeling-Kludas 1995) und so wurde ich zum Leiter des - wie das damals hieß - Referats Forschung und Evaluation der AIM.

Es folgten Jahre intensiver Arbeit an der Theorie der Integrierten Medizin. Vorträge und Papiere Thure von Uexkülls wurden auf Jahrestagungen und Lehrkörpertreffen ergänzt von Beiträgen aus der Freiburger Gruppe, die sich regelmäßig in der Sonnhalde traf, und zu der u. a. Werner Geigges, Reinhard Plassmann und Gerlind Leininger gehörten. Diese Beiträge bestimmten auch viele Diskussionen in der ab dem 1. März 1995 tagenden Hamburger Regionalgruppe, die Antje Haag ins Leben gerufen hatte. Es ging um:

- Systemtheorie: Offenes und geschlossenes System, Systemebenen, Auf- und Abwärtsbewegungen, Einheit des Überlebens
- Konstruktivismus: Individuelle Wirklichkeiten, Realität wird nicht abgebildet, sondern konstruiert; pragmatisches und kommunikatives Realitätsprinzip
- Und schließlich um die Biosemiotik, für deren Weiterentwicklung Thure von Uexküll weit über die Grenzen der Medizin und Deutschlands hinaus Bekanntheit erlangte.
Stichworte: Interpretant, Universalkategorien nach Peirce und ihre

entwicklungsgeschichtliche Bedeutung: Ikon, Index, Symbol; zwei- und dreigliedrige Kausalität; triviale und nicht-triviale Maschine

Ab 1995 traf sich auf den Modellwerkstätten und Jahrestagungen die Arbeitsgruppe Forschung, übrigens bereits vor 20 Jahren wie auch auf dieser Tagung unter Beteiligung der Linguistik-Professorin Elisabeth Gülich. Unter Bezug auf Systemtheorie, Konstruktivismus und Semiotik wurden Behandlungssituationen, Fallgeschichten und Transkripte von Patientennarrativen jeweils aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet, so etwa wie auf dem Forschungsforum in Hamburg 2004 aus Sicht der psychodynamischen Psychotherapie, der Linguistik oder der Kardiologie.

2002: Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis

Im Jahr 2002 erschien das von Thure von Uexküll, Werner Geigges und Reinhard Plassmann herausgegebene Buch "Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis". Damit existierte 10 Jahre nach der Gründung der Akademie ein identitätsstiftender Überblick über die Integrierte Medizin. Von Uexküll umriss in Kapitel 1 die Grundlagen einer nicht-dualistischen Heilkunde, im zweiten Kapitel stellte Werner Geigges die Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer Integrierten Medizin dar. Weitere theoriebegeisterte Akademie-Mitglieder deklinierten dann im zweiten Teil zur klinischen Praxis verschiedene Krankheiten bzw. Behandlungssituationen mithilfe von Systemtheorie, Konstruktivismus und Biosemiotik durch. Reinhard Plassmann etwa schrieb über Krankheit als Passungsstörung und Passungsarbeit, über Atrophie oder Hypertrophie von Zeichenklassen und über semiotische Regression oder Progression.

Für mich zentrale Punkte sind auf den Abbildungen 1 und 2 festgehalten, die ich häufig für Vorträge, etwa in der Psychosomatischen Grundversorgung, verwendet habe. Auf Abbildung 1 sind links mit dem Positivismus, rechts mit dem Konstruktivismus verbundene Vorstellungen zu Realität und Modell wiedergegeben. In der unteren Hälfte transferiert der positivistisch orientierte Arzt sein Wissen an den Patienten, die Integrierte Ärztin versucht, eine gemeinsame Wirklichkeit mit der Patientin herzustellen. Die zweite Abbildung setzt diese Gegenüberstellung fort, u. a. im Hinblick auf Kausalität, Evidenzbasierung, Realitätsprinzip und die Rolle der Ärztin.

Es ist kein Zufall, dass die Biosemiotik nicht auftaucht. Der Konstruktivismus ist zwar theoretisch auf sie angewiesen, aber sie ist komplex und verwendet eine neue, z. T. fremdartige Sprache, die sich nicht ohne weiteres erschließt. Die Biosemiotik ist von daher für den Arbeitsalltag in Praxis oder Klinik nicht geeignet und selbst in der Klinik unseres integrierten Galshüters Werner Geigges spielte sie in Visiten, Fallbesprechungen und

Supervisionen keine Rolle, wie er mir kürzlich noch einmal bestätigte. Auch sind keineswegs alle Mitglieder der AIM in diesem anspruchsvollen Theoriegebiet sattelfest. Im September 2004 hat sich Thure von Uexküll auf dem Sterbebett, wenige Stunden vor seinem Tod, gegenüber Werner Geigges dazu so geäußert: „Das mit der Semiotik bleibt schwierig, aber wir müssen begreifen: In der Biologie gibt es keinen Mechanismus!“

Die konstruktivistische Wende hat mein Selbstverständnis als Arzt fundamental verändert - wie in den beiden Abbildungen dargestellt. Dass Lebewesen Realität nicht abbilden, sondern individuelle Wirklichkeiten konstruieren, kann man aber auch ohne die Begrifflichkeiten der Biosemiotik erklären: Ein hungriger Mensch erteilt einem Apfel eine andere Bedeutung als einer, der gerade ein Wurfgeschöß sucht, um einen Hund zu verjagen.

Ab 1997: Integrierte Medizin in der Psychosomatik in Bad Segeberg

In dieser Phase der intensiven Auseinandersetzung mit der Theorie der Integrierten Medizin wechselte ich von Ochsenzoll in die Psychosomatik in Bad Segeberg, wo besondere günstige Voraussetzungen für integrierte Behandlungen bestanden:

- Die Verbindung mit den somatischen Fächern war eng. So konnten wir etwa Patientinnen behandeln, die durch die Fehlfunktion eines implantierten Defibrillators traumatisiert worden waren, und nur eine Treppe entfernt optimierte parallel der Rhythmologie die Einstellung des Defi.
- Annegret Boll-Klatt, Leitende Psychologin, hatte gezielt ein - heute würde man sagen diverses - Team von Therapeutinnen zusammengestellt, mit psychoanalytischer, tiefenpsychologischer, verhaltenstherapeutischer und gesprächspsychotherapeutischer Ausbildung sowie einem türkischsprachigen Schwerpunkt. Die neu aufgenommenen Patientinnen wurden im Sinne einer differentiellen Indikationsstellung auf die freien Plätze verteilt, etwa so: Bei erfolgreich ambulant vorbehandelten Patienten wurde das Behandlungsmodell beibehalten, war eine tiefenpsychologische Vorbehandlung erfolglos geblieben, wurde auf die Verhaltenstherapie gewechselt.

Damit zusammenhängend herrschte großes Interesse an einer Schulen übergreifenden Theorie. Zusätzlich stimuliert durch die Jahrestagung der AIM, die 2001 mit Thure von Uexküll in Bad Segeberg stattfand, setzte sich das fünfköpfige Leitungsteam der Klinik vermehrt mit der Integrierten Medizin auseinander und der Konstruktivismus fand Eingang in unsere tägliche Arbeit. In der psychosomatischen Rehabilitation stießen wir auf viele Patientinnen mit z. T. schweren und komplexen Körperkrankheiten, die mit Hilfe der auf

kurzem Wege zur Verfügung stehenden Diagnostik gut abgeklärt werden konnten. Gemeinsam verfassten wir als fünfköpfiges Leitungsteam das „Psychosomatische Kompendium der Inneren Medizin“, das mit Kapiteln zur Kardiologie, Onkologie, Intensivmedizin usw. 2005 als Jahresbeilage für alle Abonnenten der Zeitschrift „Internistische Praxis“ herauskam. Im Eingangskapitel von Thure von Uexküll und einigen weiteren Kapiteln wurde auf die Biosemiotik Bezug genommen, im Klinikalltag spielte sie aber keine Rolle.

In Bad Segeberg hatten mir manche Mitglieder des therapeutischen Teams und der Leitung psychotherapeutisch Einiges an Erfahrungen voraus. In den Chefvisiten hörte ich mir mit Oberarzt oder Leitender Psychologin und einer Pflegekraft noch ohne Patientin an, wie der zuständige Psychotherapeut die Behandlung erlebte, es folgte eine Auseinandersetzung mit den Befunden der somatischen Diagnostik. Dann kam die Patientin hinzu und schilderte ihre Sicht. Bei Bedarf ließ ich mich gezielt vom jeweiligen Therapeuten „einsetzen“, etwa bei disziplinarischen Problemen oder für die Mitteilung einer sozialmedizinischen Beurteilung, wenn diese dem Rentenwunsch des Patienten entgegenstand. Entscheidend war dann, ob Therapeut und Patientin zumindest auf dem Weg waren, eine für die Lösung der Probleme ausreichende gemeinsame Wirklichkeit herzustellen. War das nicht der Fall, ging es darum zu versuchen, eine gemeinsame Sicht mit der Therapeutin zum weiteren Vorgehen zu entwickeln. Wichtig war meine Rückendeckung als Chef für die therapeutische Arbeit, wie ich das selbst insbesondere bei den Kriseninterventionen bei Suizidpatienten von Wedler erfahren hatte.

Evangelisches Krankenhaus Ginsterhof ab 2007

2007 ging ich dann als Chefarzt in das Evangelische Krankenhaus Ginsterhof, eine auf stationäre psychodynamische Psychotherapie spezialisierte Fachklinik, 15 Kilometer von der nächsten Somatik entfernt. Die zwei Internisten und zwei Neurologen im Leitungsteam gewährleisteten eine somatische Diagnostik z. B. mit Sonographie, Echokardiographie oder EEG. Die Verweildauern ermöglichten es, komplizierte Krankheitsvorgeschichten zu durchdringen und zu sehen, wie angesetzte Behandlungen wirkten. So handelte es sich zwar nicht um eine „Medizin für körperlose Seelen“, aber im Zentrum stand eindeutig die Psychotherapie, gewährleistet durch Stationsteams, die sich mit den Begrifflichkeiten der psychodynamischen Psychotherapie über die Behandlungen verständigten.

In mehreren aufwendigen Studien mit Einjahreskatamnesen bei allen Patientinnen eines Jahrgangs wies das Krankenhaus Ginsterhof eine deutlich bessere Ergebnisqualität auf als zahlreiche vergleichbare Kliniken. Entscheidend dafür waren eine auskömmliche Personalausstattung, ein stabiler organisatorischer Rahmen für die Zusammenarbeit in den

Stationsteams mit ausreichenden Besprechungszeiten sowie die psychotherapeutische Qualifikation, die Empathiefähigkeit und nicht zuletzt das hohe Engagement der Mitglieder der Stationsteams, wovon ich mich auf den Visiten regelmäßig überzeugen konnte. All das war Ergebnis einer jahrzehntelangen Entwicklung in einem gemeinnützigen Krankenhaus und es fühlte sich sehr gut an, dort Chefarzt zu sein.

Da sich qualitativ gute Psychotherapie nicht hierarchisch anordnen lässt, versuchte ich dafür sorgen, dass die an den Behandlungen Beteiligten ihr Arbeitsmittel, die eigene Person, möglichst angstfrei einsetzen und weiter entwickeln konnten – Wertschätzung also, Rückendeckung, aber auch die Reflexion der oft sehr, sehr hohen Ansprüche, was in einem acht- bis zwölfwöchigen Aufenthalt therapeutisch erreicht werden sollte. Ich behielt alle geschilderten Vorgehensweisen aus den Segeberger Chefvisiten bei, allerdings standen statt 15 Minuten pro Patientin jetzt 25 bis 30 Minuten zur Verfügung und es gab mehr Beiträge aus den Spezialtherapien und der Bezugspflege, die im Ginsterhof schon lange etabliert war. Ich kam zu der Einsicht, dass die Beschäftigung der Leitung und der Teams mit Systemtheorie, Konstruktivismus und Biosemiotik die Behandlungsqualität nicht unbedingt verbessern würde. Entscheidend blieb aber für mich, ob das Behandlungsteam und der Patient eine für die Lösung der Probleme ausreichende gemeinsame Wirklichkeit herstellen konnten. Zusätzlich versuchte ich, jede Visite mit einer für die Patientin ermutigenden Intervention abzuschließen, die sein Kompetenzerleben ansprach. Ging es in der Therapie nicht voran, blieb als Minimalvariante immer noch: „Es ist doch schon sehr gut, dass Sie Ihr Problem erkannt und den Schritt in die Klinik gemacht haben, um etwa zu verändern.“

Reflektierte Kasuistik als Forschungsmethode

Ich kehre noch einmal zu dem bereits erwähnten Buch zur Integrierten Medizin aus 2002 zurück, zum zweiten Kapitel von Werner Geigges mit der Überschrift: Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer Integrierten Medizin. Integrierte Forschung ist also Einzelfall und nicht Stichproben bezogen und damit übrigens auch kaum anschlussfähig an die universitäre Forschung.

Werner Geigges gliederte die Reflektierte Kasuistik in

- Die Geschichte einer Krankheit,
- die Geschichte einer Kranken und
- die Geschichte einer Arzt-Patienten-Beziehung als Geschichte der Kommunikation zwischen zwei geschlossenen Systemen.

Mit dem lernenden Modell der Integrierten Medizin entwickelte sich auch die Reflektierte Kasuistik weiter. Die Version, die die Hamburger Regionalgruppe seit 2018 verwendet, findet sich als Anlage.

Entscheidend ist dabei die zweite Frage nach dem Interpretanten, die dem Konstruktivismus Rechnung trägt: Und warum ist Ihnen das wichtig? Diese Frage verhindert ein Konkurrieren um die Deutungshoheit, wie man es sonst von Fallbesprechungen kennt. Ebenfalls sehr bewährt hat es sich, die Struktur aus acht Fragen einzuhalten. Eine Reflektierte Kasuistik ist auch ohne Einführung der Teilnehmenden in die Theorie der Integrierten Medizin aus dem Stand heraus durchführbar, so meine Erfahrung in Seminaren auf den Lübecker Psychotherapietagen. Die häufigsten beiden Interpretanten in diesen Seminaren beruhen übrigens nicht auf einer Theorie oder dem professionellen Hintergrund der Teilnehmenden, sondern auf der Erinnerung an einen ähnlichen Fall oder auf ähnlichen Erfahrungen in der eigenen Biographie. Unsere Hamburger Gruppe wird zusammengehalten durch den Gewinn, den die Mitglieder durch die Reflektierten Kasuistiken für ihre Arbeit erfahren, bei z. T. begrenztem Interesse für die theoretischen Hintergründe. Gerade deswegen ist die Reflektierte Kasuistik eine so geniale Methode.

So weit meine positive Bilanz zur Bedeutung der Integrierten Medizin für meine klinische ärztliche Tätigkeit und damit komme ich zum zweiten Teil meines Vortrags.

Geschäftsführung und Digitalisierung im Krankenhaus

2012 wurde ich Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer im Ginsterhof und in unserem siebenköpfigen Leitungsteam in besonderer Weise verantwortlich für die Schritte der Digitalisierung. Der für die Geschäftsführung wichtigste Bereich sind dabei die Auswirkungen der gesetzlichen Vorgaben zur Leistungsabrechnung mit den Krankenkassen.

Den elektronischen Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen gibt es schon lange. Zu einer digitalen Aufrüstung kam es mit der Einführung des DRG-Systems für die somatischen Fächer im Jahre 2004. Acht Jahre später wurde vom Bundestag das Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie /Psychosomatik, kurz PEPP, beschlossen, das für diese Fächer nun ebenfalls enorme Investitionen in die IT erzwingt, ein absurder Ressourcenverbrauch auch für die Krankenkassen. Das PEPP soll wie die DRGs die Bezahlung von medizinischen Leistungen in den Krankenhäusern vereinheitlichen, Transparenz und Vergleichbarkeit der Krankenhausleistungen erhöhen und Kostensteigerungen begrenzen. Auf Anreize zur Verweildauerverkürzung wie bei den DRGs wurde nach massiven Protesten glücklicherweise weitgehend verzichtet und die Konvergenz der Entgelte wurde nicht der Systemlogik überlassen, sondern weiterhin den Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Durch den zusätzlich

eingeführten Krankenhausvergleich entsteht aber dennoch ein politisch gewollter Druck auf die teuren Kliniken, sich in Richtung der Durchschnittspreise für die Leistungen zu bewegen und wie im DRG-System führt das insgesamt zu einer Abwärtsbewegung, weil die nach unten angepassten Budgets zugleich die Durchschnittspreise senken.

Das PEPP wird im Jahresrhythmus im Hinblick auf die Höhe der Erlöse aktualisiert, zusätzlich gibt es mehr oder weniger große strukturelle Veränderungen. Deswegen ist bei Abschieden von Führungskräften im Krankenhaus regelmäßig zu hören: „Gut, dass ich das, was jetzt wieder an Neuerungen für die Kliniken beschlossen ist, nicht mehr mitmachen muss!“ So ging es auch mir im letzten Jahr. Die strukturelle Neuerung hieß dieses Mal „Personaluntergrenzen“. Damit definiert der Gesetzgeber eine Mindestpersonalausstattung, die für die Abrechnung - etwa der psychosomatischen Komplexbehandlung – vorhanden sein muss. Auslöser hierfür waren auch Personaleinsparungen mancher Krankenhäuser in einem Umfang, die es als unplausibel erscheinen ließen, dass die abgerechneten Leistungen tatsächlich ordnungsgemäß erbracht wurden. Dem Gesetz zufolge muss in vielen Kliniken Personal eingestellt werden, das dann auch von den Kassen zu finanzieren ist, eigentlich gut. Angesichts des Fachkräftemangels wird das aber zu großen Problemen führen, möglicherweise bis hin zu Klinikschließungen.

Für die Erwachsenenpsychiatrie und die Psychosomatik wurden zur Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung die folgenden Berufsgruppen definiert:

- a) Ärztinnen und Ärzte
- b) Pflegefachpersonen
- c) Diplom- und Master-Psychologinnen und -Psychologen
- d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z. B. Kunst-, Musik-, Ergotherapie)
- e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen.

Für jede dieser sechs Berufsgruppen ist quartalsweise nachzuweisen, dass die pro belegten Betten als erforderlich definierte Personalmenge tatsächlich auf Station tätig war, Ärztinnen und Psychologen können miteinander verrechnet werden. Zunächst ist pro Quartal die durchschnittliche Belegung zu ermitteln, das geschieht auf der Basis von festgelegten Stichtagen in 14-tägigem Abstand. Gehen wir von einer fiktiven Belegung von **140 Betten** aus: Entsprechend den für Psychosomatische Kliniken und Abteilungen gültigen Regeln, die

noch unterschiedliche Patientengruppen bzw. Behandlungsintensitäten berücksichtigen, könnten sich dann folgende Personaluntergrenzen errechnen:

- für Ärztinnen und Ärzte: **20,44 Vollkräfte**
- für die Pflege: **48,60 VK**
- für die Psychologen und Psychologinnen: **7,91 VK**
- für Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten: **8,20 VK**
- für Bewegungstherapeutinnen und Physiotherapeuten: **2,59 VK**
- und schließlich für Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen: **3,73 VK**

Dabei sind krankheitsbedingte Ausfälle, Abwesenheiten nach Bereitschaftsdiensten, Schichtdiensten usw. herauszurechnen. Sie ahnen bereits den Berechnungsaufwand und die Probleme, Ausfälle in den Berufsgruppen zu kompensieren, in denen wenig Vollkräfte vorhanden sind wie in der Bewegungstherapie und der Sozialarbeit, wo das Soll in unserem Beispiel lediglich 2,59 bzw. 3,73 Vollkräfte vorsieht. Trotz insgesamt guter Ausstattung einer Klinik kann es im Zusammenhang mit Urlauben, Krankheiten oder nach Weggang von Mitarbeitenden schnell Unterschreitungen geben. Bei Nichterfüllung des Solls in auch nur einer Berufsgruppe entfällt nach einer Übergangsfrist künftig der Vergütungsanspruch des Krankenhauses. Um Manipulationen vorzubeugen sind die Nachweise darüber hinaus monatlich pro Station vorzulegen. Eine Psychiatrische Klinik mit 32 tagesklinischen Plätzen und 92 Krankenhausbetten hat ausgerechnet, dass dadurch jährlich 700 Statistiken zusätzlich an die zuständigen Stellen zu übermitteln sind. Das geht nur mit einer funktionierenden Leistungserfassung in Abgleich mit der Belegungsstatistik und einem Dienstplanprogramm, das es erlaubt, die realen Anwesenheiten korrekt zu ermitteln. So entstehen zusätzliche Schnittstellen, in der IT immer ein Problem.

Die Krankenhäuser müssen ihre Nachweise an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, das IQTIG, und gegebenenfalls die Landesaufsichtsbehörde übermitteln. Das IQTIG wertet die Daten im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses aus und berichtet ihm über die Ergebnisse. Bei einem Unterschreiten, das länger als 3 Monate dauert, kommt es zunächst zu einer Vergütungskürzung, in kommenden Jahren zu einer komplette Vergütungsstreichung und dann zu zusätzlichen Sanktionen, über deren Ausmaß noch nicht entschieden ist. Das Gesetz, das diese Regelungen trifft, heißt: Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, kurz PsychVVG. Ironischerweise enthält der Text in der Einleitung folgenden Passus: „...; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein

Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein.“

Die Krankenhäuser kritisieren den entstehenden Aufwand, stoßen aber weder in der Politik, noch bei den Krankenkassen auf offene Ohren, von beiden wird die Entwicklung nach meinem Eindruck überwiegend als Fortschritt betrachtet.

Die Folgen für die Krankenhäuser sind vielfältig, ich nenne nur einige:

- Die IT-Anforderungen und -Kosten für Krankenhäuser werden massiv erhöht: In einer Fachklinik mit 140 Betten und 20 Tagesklinikplätzen wurden 2019 ca. 600.000 Euro, das waren mehr als 5% des Jahresumsatzes, allein für die Hardware-Erneuerung fällig. Alle 5 bis 6 Jahre ist wieder eine Neuanschaffung erforderlich.
- In zunehmender Zahl werden IT-Mitarbeitende benötigt.
- Bei allen Krankenhausinformationssystemen nimmt die Dateneingabe erhebliche Zeiten in Anspruch. Software-Updates sind kaum einmal fehlerfrei und einem kleinen Haus steht der Support erst zur Verfügung, wenn die großen Kliniken bedient wurden. Auch das kostet Zeit und Geld. Insgesamt halten die Krankenhausinformationssysteme nicht, was in Hinblick auf den Bedienungskomfort versprochen wird und sie fressen Zeit, aber nach Vertragsabschluss ist man dem jeweiligen Anbieter quasi ausgeliefert, weil ein Wechsel eine komplette Neuinvestition bedeuten würde.
- Ebenfalls benötigt werden zusätzliche Dokumentationsassistentinnen und Kodierkräfte.
- Die Budgetverhandlungen werden durch das PEPP, die Personaluntergrenzen und den Krankenhausvergleich sehr komplex. Zur endgültigen Erlösberechnung müssen alle in einem Geschäftsjahr aufgenommenen Patientinnen entlassen sein, so dass die Krankenhäuser in der Regel erst im zweiten Quartal des Folgejahres sicher wissen, was sie im vergangenen Jahr eingenommen haben - Blindflug für die Geschäftsführungen.
- Der Fachkräftemangel kann dazu führen, dass in der Psychiatrie oder Psychosomatik einzelne Stationen oder ganze Abteilungen bzw. Krankenhäuser geschlossen werden müssen.

Das PEPP wirkt aber auch unmittelbar auf die Patientenversorgung ein:

- Es entsteht eine zusätzliche Instanz, die bei der Patientenbehandlung bedient werden muss: Für Therapieeinheiten wurden zeitliche Mindestdauern definiert – für Einzelgespräche beispielsweise 25 Minuten. Für die Abrechnung der Prozedur 9-63, Psychosomatische Komplexbehandlung, werden neben zahlreichen anderen Kriterien mindestens drei durch Ärzte und / oder Psychologen erbrachte Therapieeinheiten pro Woche gefordert. Neben den therapeutischen Bedarf des Patienten tritt als

strukturierendes Element der Behandlung die formale Anforderung der abgerechneten Prozedur. Wichtiger als die Lage einzelner Kranker wird es, dass alle Patienten einer Station wöchentlich mindestens drei Therapieeinheiten erhalten, ggf. auch durch wenig sinnvolle Vertretungen.

- Mit den Personaluntergrenzen kommt eine weitere organisatorische Anforderung hinzu: Diese Grenzen für die sechs genannten Berufsgruppen einzuhalten, erfordert bereits eine sehr kleinteilige Steuerung, wenn es nicht zu unvorhergesehenen Ausfällen kommt. Treten solche ein, muss das einer Station zugeordnete Personal kurzfristig ergänzt werden, z. B. durch Springer. Entscheidend ist dann, dass die Zahlen stimmen und nicht, dass die Lösung für die betroffenen Patientinnen therapeutisch sinnvoll ist. So beschädigen die eigentlich zur Gewährleistung einer Personalmindestausstattung gedachten Maßnahmen Essentials der stationären Behandlung psychisch Kranker.

Interessant wird auch noch ein anderer Effekt: Durch die Personaluntergrenzen werden die Einsparmöglichkeiten beim Personal begrenzt. Damit sind Gewinnmargen von 15 %, wie sie in manchen Konzernen angestrebt werden, in der Psychiatrie/Psychosomatik nicht mehr erreichbar. Werden sich nun gewinnorientierte Konzerne aus diesen Versorgungssegment verabschieden?

Für die digitale Dokumentation der belegungsbezogenen Personalausstattung wurden bereits Millionenbeträge investiert und damit stehen neue Parameter zur Verfügung, die Vergleiche ermöglichen. Der Vorgang ist damit Teil einer gesamtgesellschaftlichen Struktur, die überwiegend als Fortschritt erlebt wird und der wir auch als Individuen unterliegen. Der Jenaer Soziologe Hartmuth Rosa beschrieb sie vor einem Monat auf den Lübecker Psychotherapietagen wie folgt: Parameter werden durch digitale Erfassung sichtbar gemacht – wie viele Schritte gehe ich am Tag, wie ist meine Herzfrequenz, wie meine Sauerstoffsättigung - , dadurch mit denen anderer vergleichbar und so entstehen immer neue zusätzliche Anforderungen, die Einzelne oder Institutionen erfüllen sollen oder meinen, erfüllen zu müssen. Die Folge ist eine Beschleunigung des Lebens: Wir müssen immer schneller werden und immer mehr Anforderungen erfüllen, um auch nur den aktuellen Stand zu halten (Rosa 2021).

Die durch das PEPP, die Personaluntergrenzen und den Krankenhausvergleich entstehenden Zahlenwerke werden neue Möglichkeiten eröffnen, Krankenhäuser zu vergleichen und Lücken aufdecken, was zur Entwicklung weiterer Parameter führen wird. Die einzelne Klinik muss, will sie überleben, alle Anforderungen erfüllen. Dieser Prozess scheint

mir in den Krankenhäusern - wie in der Gesellschaft insgesamt - auf absehbare Zeit unumkehrbar, auch weil er von vielen unreflektiert als ein Fortschritt betrachtet wird.

Mit den Zahlenwerken des PEPP werden auch innerhalb der Kliniken bereits Vergleiche angestellt, z. B.: Warum erfüllt Station X häufiger als Station Y die Kriterien der Psychosomatischen Komplexbehandlung 9-63? Jetzt kommt ein weiterer Parameter dazu: Warum schafft es Station X besser als Station Y in allen sechs Berufsgruppen die Personaluntergrenzen auch bei nicht vorhersehbaren Ausfällen einzuhalten? Die Geschäftsführungen werden versuchen, die stationäre Psychotherapie mit diesen Parametern optimal zu steuern und das wird sich irgendwann auch auf das Selbstverständnis derer auswirken, die sie gewährleisten: Wir sind eine erfolgreiche Station nicht wegen unserer Teamarbeit oder des therapeutischen Milieus, das wir bereitstellen, sondern weil wir mit großer Flexibilität bei den Dienstplänen die Personaluntergrenzen einhalten.

Über das Krankenhausinformationssystem und über die für die Personaluntergrenzen zu erfassenden Daten kann die Geschäftsführung die Arbeit der Mitarbeitenden sehr engmaschig kontrollieren, viele werden das nutzen. Wie es ein Geschäftsführer mir gegenüber ausdrückte: „Sie wollen doch auch wissen, was jeder Mitarbeitende gerade tut.“ Das verkennt, dass die Qualität psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungen auch auf Freiräumen und sogar einer gewissen Freiwilligkeit des therapeutischen Angebots beruht, was durch übermäßige Kontrollen beschädigt wird.

Somit stehen Geschäftsführungen vor der Herausforderung, die negativen Auswirkungen der zunehmenden Digitalisierung, Parametrierung und Beschleunigung abzumildern, um die Qualität der Patientenversorgung zu schützen. Ich will mögliche Ansätze nennen:

- Einen großen Wert hat es bereits, wenn die Geschäftsführung diese Entwicklung mit kritischer Distanz zu anderen Qualitätsmerkmalen der Patientenversorgung in Bezug setzen kann.
- Bewusster Verzicht auf engmaschige Kontrolle der Mitarbeitenden, Freiräume belassen.
- Es ist vorteilhaft, Veränderungen so spät wie ohne Verluste möglich einzuführen: Also kein vorauseilender Gehorsam, „um vorbereitet zu sein“, keine freiwillige Teilnahme an der Entwicklung neuer Parameter wie z. B. als Kalkulationskrankenhaus für das PEPP, kein frühzeitiger Umstieg in die neuen Regelungen, wenn das als Option angeboten wird. Die möglichst lange Erhaltung des Status Quo kann in der Konkurrenz der Kliniken um Personal sogar einen positiven Effekt haben. Und man vermeidet zeitliche und finanzielle

Fehlinvestitionen in angekündigte Veränderungen, die dann doch im letzten Moment noch gekippt werden, wie es mehrfach vorkam.

- Aber: Frühzeitige inhaltliche Auseinandersetzung mit den zu erwartenden Regelungen und den daraus abzuleitenden Maßnahmen in der Leitung – ohne die Mitarbeiterschaft zu involvieren, bevor es notwendig wird.
- Und schließlich: Verlagerung der Dokumentation und des Controlling von den an Patientinnen tätigen Mitarbeitenden auf Dokumentationsassistentinnen und Kodierkräfte.

Während meiner Geschäftsführerjahre war ich Mitglied in einem Qualitätszirkel von Leitungen aus 10 Psychosomatischen Krankenhäusern oder Abteilungen. Es handelte sich um Chefärztinnen oder wie auch bei mir um ärztliche Geschäftsführer. Der dort mögliche offene Austausch war extrem hilfreich für die Auseinandersetzung mit anstehenden Neuerungen und für die eigene Verortung in den notwendigen Veränderungsprozessen. Gelegentlich verfügte ein Mitglied über Informationen, dass offiziell beschlossene Regelungen in der Politik kontrovers diskutiert und vielleicht noch gekippt würden. Der Qualitätszirkel bot social support in schwierigen Situationen und half, die therapeutische Qualität nicht aus den Augen zu verlieren – alles sehr hilfreich, um den geschilderten Herausforderungen zu begegnen und die Qualität der Patientenversorgung zu schützen!

Ich danke Euch / Ihnen für Eure / Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Christoph Schmeling-Kludas
schmeling-kludas@gmx.de

Abbildung 1

<u>Positivismus</u>	<u>Konstruktivismus</u>
Allgemein gültige Realität	Individuelle Wirklichkeiten
Modelle sind Abbilder der Wahrheit	Modelle sind Konstruktionsmöglichkeiten
Arzt / Ärztin verfügt über wahres Fach- wissen, das zum Patienten transferiert werden muss	Arzt / Ärztin ist gefordert, mit dem Patienten eine gemeinsame Wirklichkeit herzustellen

Abbildung 2**Positivismus**

- Ursache-Wirkungs-Mechanismus
- Möglichst getreue Abbilder der Realität
- Evidenzbasierung
- Ärztin als Expertin für berechenbare Ergebnisse
- Pragmatisches Realitätsprinzip

Konstruktivismus

- Beziehung / gemeinsamer Code
 - Unterschiedliche Modelle können zur Behandlung / Problemlösung eingesetzt werden (VT, TP, Traumatheorie, Copingansatz etc.)
 - Narrative-based medicine
 - Ärztin / Therapeut als Experte für den Prozess
 - Kommunikatives Realitätsprinzip
-

Reflektierte Kasuistik der Uexküll-Akademie

Leitfaden zur kollegialen Fallbesprechung, Hamburger Version 16.02.2018

Der Gruppe wird von einem der Mitglieder ein Fall vorgestellt. Die Fallpräsentation soll möglichst nicht länger als 15 Minuten dauern. Der Moderator übernimmt danach die Diskussionsleitung, eine Frage nach der anderen wird besprochen. Der Moderator äußert sich inhaltlich nicht selbst zu der Fallgeschichte. Er sorgt für die Einhaltung der Reihenfolge und dafür, daß jeder Teilnehmer zu Wort kommen kann. Es steht jedem Teilnehmer frei, sich zu äußern oder nicht.

Der Kollege, der den Fall vorgestellt hat, äußert sich zunächst nicht. Es entsteht Frage für Frage ein neuer Blick auf die Kasuistik. Erst bei der 6. Frage tritt der vorstellende Kollege wieder auf den Plan. Es folgen Fragen zur gemeinsamen Wirklichkeit, die in der Gruppenarbeit entstanden ist (7.), und nach dem Erleben der Moderation (8.). Danach ist eine offene Gruppendiskussion möglich.

1. Was fällt Ihnen an der Kasuistik auf?

Hier sind unterschiedslos alle Rückmeldungen willkommen (z.B. Gefühle, leibliche Wahrnehmungen, Beobachtungen usw.), es gibt keine Hierarchisierung. Gleichgültig, ob etwas beeindruckt oder gefehlt hat, gleichgültig, ob es mit dem Patienten, dem Vorstellenden oder dem Zuhörer zu tun hat: einziges Kriterium ist, dass es aufgefallen ist.

2. Und warum ist Ihnen das wichtig?

Jeder Teilnehmer nimmt die Kasuistik aus seiner individuellen Perspektive wahr, hat seine persönlichen Erfahrungen, seine Ziele, seine fachlichen Schwerpunkte, die ihn speziell interessieren. An dieser Stelle kann jede Art von Perspektive auf den Fall zur Sprache kommen – entscheidend ist, warum gerade diese Perspektive für den Teilnehmer wichtig ist.

3. Was würden Sie gerne noch von dem Patienten wissen?

Welche Informationen fehlen den Teilnehmern? Ihre Fragen verdeutlichen die professionellen Konzepte der Teilnehmer, die darüber entscheiden, was sie in der Kasuistik und wahrscheinlich auch bei ihrer eigenen Arbeit für wesentlich halten. Der Vorstellende merkt, worauf er bisher nicht geachtet hat, beantwortet aber nicht die Teilnehmerfragen.

4. Wie verstehen Sie die Kasuistik auf Ihrem beruflichen Hintergrund?

Jeder der Teilnehmer denkt über den vorgestellten Fall auf dem Hintergrund seiner spezifischen Erfahrungen nach, hat eigene berufsspezifische Kompetenzen und Fragestellungen, je nach Ausbildung und Tätigkeit. An dieser Stelle sind alle diagnostischen Überlegungen im weitesten Sinne gefragt. Ein besseres Gesamtverständnis des Patienten kann aus der Summe und Vielzahl der Überlegungen entstehen.

5. Stellen Sie sich vor, das wäre Ihr Patient, wie würden Sie weiter vorgehen?

Indem die Teilnehmer sich zum weiteren Vorgehen in dieser Situation äussern, werden verschiedene Möglichkeiten erkennbar, mit einem Patienten zu arbeiten, therapeutische und prognostische Phantasie ist erwünscht. Damit soll deutlich werden, welches konkrete Vorgehen sich aus dem jeweiligen Verständnis eines Patienten ergibt. Es wird klarer, wie die jeweilige Sicht auf die Probleme eines Patienten unterschiedliche therapeutische Folgen haben kann.

6. Frage an den vorstellenden Kollegen: Was machen Sie jetzt mit den Rückmeldungen der Gruppe?

Es geht um die Rückmeldungen aus der Perspektive des vorstellenden Kollegen. Dabei können die Gruppenteilnehmer erleben, was aus ihren Beiträgen wird, wie der vorstellende Kollege ihre Konstrukte in seine Sicht „einbaut“. Ggf. kann der vorstellende Kollege jetzt auch ergänzende Informationen zu dem Fall geben.

7. Ist in der Gruppe eine gemeinsame Wirklichkeit von dem Fall entstanden?

Hat sich in der Gruppe ein gemeinsamer Blick auf den Fall entwickelt (gemeinsamer Interpretant)? Welche Aspekte beinhaltet diese gemeinsame Wirklichkeit und in welchen Bereichen gibt es weiterhin unterschiedliche Perspektiven?

8. Wie wurde die Moderation erlebt?

Wie hat der Moderator die Kasuistik und die Moderation erlebt? Wie hat die Gruppe die Moderation erlebt? Waren das 8-Punkte-Schema und das Vorgehen in dem besprochenen Fall hilfreich?