

2. Meilensteinkonferenz des Forschungsprojektes SEVERAM am 03.03.2011 im Sankt Josef Krankenhaus in Potsdam

- Diskussionsprotokoll -

Protokollantin: Franziska Schmidt
Überarbeitung: Ulrich Binner, Stefan Kurzke-Maasmeier
Berlin, März 2011

Diskussionsfragen

- Wie kann ein bio-psycho-soziales Fallverstehen und Handeln in der Praxis praktiziert und etabliert werden?
- Wie kann das Instrument zur Überleitung und Nachsorge gestärkt/ weiterentwickelt werden?
- Wird in Potsdam (und der Region) eine professionelle Beratung/ Case Management für Fälle, deren Versorgung noch nicht geklärt ist, benötigt?

Die Diskussion erfolgte nach den drei direkt hintereinander folgenden Impulsreferaten der SEVERAM Mitarbeiterin Frau Judith Hennig, des SEVERAM Mitarbeiters und Projektkoordinators Herrn Ulrich Binner sowie des ICEP Mitarbeiters Herrn Stefan Kurzke-Maasmeier. Da sich an den Vortrag zur ethischen Fallbetrachtung unmittelbar Fragen anschlossen, ist dieser Teil zu Beginn dieses Protokolls dokumentiert.

Ethische Fallbetrachtung

- Die Diskussion begann mit Nachfragen bezüglich des vorangegangenen Vortrags von Stefan Kurzke-Maasmeier (ICEP) zur ethischen Fallbetrachtung („Herr Paul“). Es gab Bedarf nach einer genaueren Erläuterung der behaupteten Verletzungen berufsethischer Normen sowie der These, dass im Falle des Herrn Paul die Ansprüche auf Selbstbestimmung im ambulanten Versorgungsbereich weniger Beachtung gefunden hätten, als dies im stationären Bereich der Fall zu sein schien. Herr Kurzke-Maasmeier erläuterte, dass dieser Befund zwar nicht generalisiert werden könne, jedoch Tendenzen aufgezeigt werden könnten, dass bei unklarer Versorgungslage und einem nicht verlässlichen Netz sozialer Bindungen, der Übergang in die ambulante Versorgung Gefährdungspotenziale für Autonomieverletzungen vorliegen würden.
- Laut der Leiterin des Sozialdienstes des SJKP, Frau Kraus, seien mehrseitige strukturelle Betrachtungen notwendig, da mehrere Akteure/Akteurinnen am Prozess beteiligt und mitverantwortlich seien. Im Falle des Herrn Paul hätten verschiedene Verantwortlichkeiten nicht funktioniert. Auf Nachfrage hin bestätigte Herr Kurzke-Maasmeier, dass aufgrund nicht ausreichend vorliegender Daten eine vollständige Sachstandsklärung nicht habe erfolgen können und die ethische Beurteilung deshalb vorläufig sei. Insbesondere müsse die Rolle des Hausarztes und anderer beteiligter Akteure genauer betrachtet werden, um ein klareres Bild zu zeichnen. In Falle des Herrn Paul seien bisher keine weiteren Berufsgruppen interviewt worden. Diese „eingeschränkte Sicht“ beziehe sich auch auf die bisher häufig vernachlässigte Stimme der Patienten/Patientinnen im System. Bisher gebe es, abgesehen von Patientenfürsprechern,

die allerdings systemisch keine starke Position inne hätten, kaum systematische Ansatzpunkte, um die Perspektive des Patienten zu verbalisieren und zu stärken.

- Im Rahmen der Diskussion wurde auf die Verletzung des ärztlichen Ethos' und der berufsethischen Verpflichtungen der weiteren Berufsgruppen (Pflege, Soziale Arbeit) durch die mangelnde Beachtung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten/-innen verwiesen. Seitens des Referierenden wurde daraufhin noch einmal deutlich gemacht, dass sich die gemachten Äußerungen und Schlussfolgerungen in erster Linie auf den Fall des Herrn Paul beziehen würden und somit nicht einfach zu verallgemeinern seien. Es sei jedoch von großer Bedeutung den Blick auf den Ethos der Pflege zu wahren. Im genannten Fallbeispiel wäre dies das Agieren der Hauskrankenpflege, deren Interventionen Schmerzen verursacht hätten und die sozialen Probleme, die keine Beachtung gefunden hätten.
- Kritisch wurde die Bedeutung von Compliance im Rahmen der psychosozialen und medizinisch-pflegerischen Intervention diskutiert. Herr Kurzke-Maasmeier erläuterte, dass in der medizinethischen Diskussion der Begriff „Compliance“ v. a. im Zusammenhang mit Patientenpflichten begegnet und die Übereinstimmung zwischen der vom Patienten und dem Professionellen vereinbarten medizinischen Behandlung und dem tatsächlichen Verhalten des Patienten meine. Dem Verhalten des Patienten wird im Entlassungs- und Versorgungsmanagement ausweislich der vorliegenden Äußerungen von Mitarbeitern/-innen scheinbar eine hohe Bedeutung zugesprochen, und tatsächlich stelle diese Form der Kooperation eine vertragliche Nebenpflicht des Patienten dar. Entscheidend sei aber die Frage, wie der Begriff der Compliance interpretiert werde. Kurzke-Maasmeier stellte in Frage, ob die Verweigerung der Kooperation nicht das gute Recht des Patienten auf Behandlungsverweigerung sei, insbesondere wenn subjektiv gute Gründe dafür vorliegen? Müsse es nicht dann auch Teil professioneller Grundhaltung sein, Non-Compliance zuzulassen, auch wenn es aus Sicht der Professionellen negative Folgen für die Versorgung haben kann. Frau Neumann, die Sprecherin des Netzwerks „Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam“, betonte demgegenüber die Wichtigkeit der Compliance sowie der Angebots- oder Nachfrageorientierung. Sie plädierte für die Entwicklung eines Instrumentariums zur Feststellung des Wunsch- und Wahlrechts des Patienten und zur Stärkung seiner Selbstbestimmungsfähigkeit. Es müsse darum gehen, was der Patient will, statt sofort ein Angebot zu unterbreiten. Im Falle des Herrn Paul seien Fragen interessant, die seine früheren Lebensjahre und seinen Lebensstil betreffen würden sowie Informationen zu einer möglichen Nebendiagnose Demenz.
- Herr Kurzke-Maasmeier unterstützte diese Perspektive, da eine systematische psychosoziale Anamnese und Diagnostik möglicherweise einige Gefährdungspotenziale abmildern helfen würden. Eine solche Informationserhebung könne sinnvoll nur durch den Krankenhaussozialdienst in Kooperation mit Medizin und Pflege gewährleistet werden. Insofern sei es angezeigt, jeden Fall zu einem Fall des Sozialdienstes zu machen und die Profession Soziale Arbeit als Klinische Sozialarbeit insgesamt aufzuwerten.

Koordinierungsfunktion in Potsdam

- Im Rahmen der Diskussion wurde immer wieder die Notwendigkeit einer übergeordneten Institution und der zentralen Prozesshaftigkeit gerade bei komplexen Fällen betont. Je komplexer der Fall sei, desto notwendiger sei eine übergeordnete Institution. Die fehlende Hierarchie und Koordinierung in der Entscheidungsfindung wurde als durchgehend negativ bewertet, z.B. wenn in einem Fall nach fünf Wochen Krankenhausaufenthalt noch kein Resultat vorliege. In diesem Zusammenhang wurde zum Einen auf Fallkonferenzen und fehlende Ansprechpersonen hingewiesen und zum Anderen wurde die Rolle der Pflegestützpunkte in Potsdam diskutiert. (Herrn Paul lagen die Flyer des Pflegestützpunktes in Potsdam vor, er nahm das Angebot jedoch nicht wahr.)

- Das prozesshafte Denken und das multiprofessionelle Handeln würde in der nächsten Gesundheitsreform (2011) thematisiert und beinhaltet die Prozessteuerung. Die beschränkten Möglichkeiten der Unterstützung sollen erweitert werden. Verweis auf psychosoziales Assessment innerhalb des Krankenhauses. Nicht nur die Soziale Arbeit erfasse die Problematik der Patientinnen und Patienten, sondern auch die Ärztinnen und Pfleger. Eine multiprofessionelle Gesamtbetrachtung sei daher unbedingt notwendig. Die Frage sei jedoch, wann der Sozialdienst zwingend einzuschalten sei.
- Die Sprecherin des Netzwerkes wies auf die Zusammenführung des Entlassungsmanagements hin. Eine Abstimmungen zwischen Ärzten, Sozialer Arbeit und Pflege sei erforderlich, sowie eine Fallabgabe an andere Bereiche mit Rückmeldung.
- In der Diskussion wurde die Frage aufgeworfen, ob die ambulanten Dienste diese Informationen nicht bereits geben würden. Der Verweis auf die einheitlichen Überleitungsbögen schloss sich an.
- Herr Prof. Dr. Ortmann wies auf die Notwendig der Darstellung des komplexen Geschehens mit einem Fokus auf die angedachte Versorgungssituation und nicht auf die Schuldfrage hin. Es gehe um die Komplexität der Probleme und die Frage, wie in ein solches „Kuddelmuddel“ Struktur gebracht werden kann. Es müssten Wege gefunden werden, wie eine Umsetzung und ein Umgang mit eben dieser Komplexität stattfinden könne, sodass die Autonomiewünsche auf bestmögliche Weise berücksichtigt werden könnten. Die Akteure im System Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung müssten mit dieser Komplexität umgehen lernen. In diesem Zusammenhang sei in der kommenden Zeit mit Vorschlägen aus der Forschungsgruppe zu rechnen.
- Es wurde von mehreren Diskussionsteilnehmern wiederholt auf die mangelhafte Schnittstelle von Hausarzt und Krankenhaus verwiesen.
- Die Projektverantwortlichen machten deutlich, dass sie das Modell des Case Management favorisierten, da es am besten für eine Koordinierung der komplexen Anforderungen sorgen könne.
- Der Kontakt mit der Stadtverwaltung sei in Planung. Die Einrichtung einer zentralen Stelle zur Koordinierung als Ergänzung zu den Pflegestützpunkten wäre wünschens- und erstrebenswert.
- Zur These von Herrn Kurzke-Maasmeier, dass jeder Fall grundsätzlich, zumindest in der Anamneseerhebung, ein Fall des Sozialdienstes sein müsse, schloss sich eine rege Diskussion an. Zwar wurde die Einschätzung nach einer besseren interprofessionellen Kommunikation (ähnlich wie im psychiatrischen Bereich) grundsätzlich geteilt, allerdings erinnerte Frau Kraus (SJKP) an die begrenzten Ressourcen des Systems Krankenhaus und wies auf die Gefahr hin, die Soziale Arbeit mit Aufgaben zu überfrachten, die sie strukturell nicht leisten könne. Dies würde ein idealisiertes Wunschdenken fördern, aber nicht zur Lösung konkreter Probleme beitragen. Herr Kurzke-Maasmeier zeigte Verständnis für diese Kritik, betonte jedoch, dass es auch Aufgabe der Ethik sei, strukturelle Probleme zu analysieren und Empfehlungen zu formulieren, auch wenn sie an der Grenze des Machbaren seien. Die Adressaten der Forderungen seien nicht die Sozialarbeiter, sondern die Träger, Kostenträger und politischen Entscheider, die für eine bessere Ausstattung Sorge tragen müssten.

Hilfe zu Pflege

- Während der Diskussion wurde über die Hilfe zur Pflege in Potsdam gesprochen und die Frage aufgeworfen, ob im Fall des Herrn Paul Hilfe zur Pflege beantragt wurde. Im weiteren Verlauf ging es um Details zur Beantragung und Finanzierung der Hilfe zur Pflege in Potsdam.
- Im Fall von Herrn Paul wurde bei seinem ersten Krankenhausaufenthalt keine Hilfe zur Pflege beantragt, da auf die Bewilligung der Pflegestufe I gesetzt wurde. Beim zweiten Krankenhausaufenthalt

wurde die Hilfe zur Pflege bewilligt, jedoch erst für einen späteren Zeitpunkt, sobald er bei seiner Schwester wieder auszieht.

Sonstiges

- Im Rahmen der Diskussion wurde zudem die Rolle der rechtlichen Betreuung diskutiert. Herr Kurzke-Maasmeier verwies darauf, dass die rechtliche Betreuung ausbaufähig sei und ein Spektrum an Möglichkeiten biete. Sie stelle jedoch ein rechtliches Institut dar, das die Autonomie grundsätzlich einschränke. Die Strukturen müssten deshalb so geändert werden, damit rechtliche Betreuungen weitestgehend verhindert würden. Im Plenum wurde dagegen auch die Auffassung vertreten, dass die gesetzliche Betreuung der Unterstützung der Patientinnen und Patienten sowie der Durchsetzung ihrer Rechte diene. Herr Kurzke-Maasmeier stellt klar, dass rechtliche Betreuungen nicht als solche prinzipiell skeptisch zu beurteilen seien. Gleichwohl müsse danach gefragt werden, nach welchen Kriterien und zu welchem Zeitpunkt ein solches Verfahren eingeleitet werde, insbesondere bei solchen (älteren) Patienten, die nach einem Eingriff vorübergehende Verwirrtheitszustände und Orientierungsschwierigkeiten hätten. Es stelle sich also die Frage nach der moralischen Legitimität gesetzlich bestimmten Handelns unter erschwerten Bedingungen (Zeitknappheit, Entscheidungsdruck, erschwerte Willensermittlung).
- Weitere Probleme, die in der Diskussion benannt wurden, waren zum Einen die unterschiedliche Qualität der Sozialdienste und zum Anderen die zu schnelle Entlastung der Kostenträger (u.a. das Sozialamt) aus ihrer Pflicht. Die Entwicklung von Strategien und einer engeren Absprache sei erforderlich, um zeitnahe Entscheidungen zu fördern. Es kam die Idee auf, die vorgestellte Fallanalyse der Stadt Potsdam vorzustellen, z.B. im Rahmen des Netzwerktreffens
- Ein weiteres Problem liegt laut Frau Kraus in der Positionierung der Sozialen Arbeit innerhalb des interprofessionellen Settings. Diese sei insbesondere in der Somatik zu schwach. Dabei könne gerade die Soziale Arbeit mit ihrem Instrumentarium Drehtüreffekte und andere Fehlversorgungstendenzen verhindern. Möglicherweise stünde dies aber in Opposition zur ökonomischen Sichtweise, nach der die Vermeidung von Drehtürpatienten kein vorrangiges Ziel sei, da auch mehrmalige Einweisungen (mit zum Teil gleichen Diagnosen) sich auf der Bilanzseite zunächst einmal positiv verbuchen ließen.
- Im Rahmen der Schlussdiskussion wurde auch aus den vorstehenden Gründen noch einmal auf die politische Wirksamkeit von Forschung hingewiesen. Das Forschungsprojekt Severam und das ICEP ermöglichten das Versorgungs- und Entlassungsmanagement aus gesundheitswissenschaftlicher und ethischer Perspektive zu betrachten und auf diese Weise Argumentationshilfen für politische Entscheider zu formulieren. Insgesamt müsse das Ziel sein, in kleinen Schritten ein gerechteres Gesundheitssystem zu fördern. Frau Kraus regt eine gemeinsame Veranstaltung der DVSG (Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen) und des ICEP zum Thema Gesundheit und Gerechtigkeit an. Der Deutsche Ethikrat habe sich kürzlich zu diesem Thema positioniert, nach Ansicht von Frau Kraus allerdings in teils irritierender Weise.
- Es tauchte die Frage auf, ob ein mögliches Nachfolgeprojekt von Severam unter Einbezug aller vier Potsdamer Kliniken etabliert werden könne.

Weitere Fragen bezogen sich auf die Beteiligung der Ärzteschaft und der Kostenträger. Der Wunsch nach eben dieser Beteiligung wurde durch das gesamte Plenum geteilt. Die Einbeziehung insbesondere der niedergelassenen Ärzte in die Versorgung und ebenso in die Projektarbeit sei, so Prof. Dr. Ortman, ein schwieriges Unterfangen. Das Problem sei aus anderen Forschungszusammenhängen gut bekannt und untersucht. Er könne versichern, dass das Projekt SEVERAM diese Problematik angemessen thematisieren werde.