

Anhang 2: Dozierendenleitfaden

Kurs/Seminar: “Case-based medical professional reasoning” – Fall 2 – Keine Krankenversicherung In Fall 2 geht darum, wie man als Behandler*in damit umgeht, wenn man Patient*innen in sozial schwierigen Situationen behandelt und wie Versorgungsmangel, ökonomischer Druck und rechtliche Rahmenbedingungen unseren Behandlungsspielraum beeinflussen. Als Input wird eine Patientengeschichte erzählt, bei der ein junger Mann mit einer psychotischen Symptomatik in die Notaufnahme kommt. Es stellt sich heraus, dass er keinen gültigen Aufenthaltsstatus und keine Krankenversicherung hat. Er ist schwer krank und wird vermutlich woanders keine Hilfe bekommen. Laut Klinikverwaltung kann die Behandlung nur erfolgen, wenn es sich um einen Notfall handelt. Ansonsten müsste der Patient die Behandlung selber zahlen oder die Klinik würde auf den Kosten sitzen bleiben. Die Studierenden sollen überlegen, wie sie in dieser Situation handeln würden. Eine akute Bedrohung für sein Leben besteht aktuell vermutlich nicht. Eine drohende Exazerbation der Erkrankung bei ausbleibender Behandlung, die zu einer Eigengefährdung, z.B. durch imperative Stimmen mit Suizidaufforderung oder Realitätsverkennung, führen könnte, ist jedoch gut möglich.	Zusammenstellung der Gruppe: Medizinstudierende im klinischen Abschnitt und PJ, Studierende der Pflege- und Sportwissenschaften Datum und Uhrzeit: Raum: <i>Dozierende:</i> 1 Arzt/ 1 Ärztin 1 Sozialwissenschaftler*in 1 Rechtsanwält*in für Medizinrecht
Kontext und Relevanz Fallbasiertes Lernen im Studium bezieht sich häufig auf die Diagnosestellung und die Vermittlung von medizinischem Fachwissen. Im klinischen Alltag wird die Behandlung von Patient*innen jedoch auch geprägt durch deren soziale/kulturelle Lebensrealität, durch institutionelle Gegebenheiten, wie z.B: wachsender ökonomischer Druck oder Versorgungsmangel, durch verschiedene Rollenanforderungen, Hierarchien und Abhängigkeiten sowie rechtliche Rahmenbedingungen. In diesem Seminar soll Studierenden die Möglichkeit gegeben werden, sich mit diesen Faktoren kritisch auseinanderzusetzen und sich mit ihrer zukünftigen Rolle als Ärzt*innen zu befassen.	Lernziele Die Studierenden sollen Gründe kennen und benennen können, die dazu führen, dass ein Patient keine Krankenversicherung hat. Die Studierenden setzen sich mit rechtlichen und ethischen Prinzipien auseinander, die in der Behandlung von Patient*innen ohne Krankenversicherung eine Rolle spielen können.

Zeiteinteilung	Inhalte und Aktivitäten	Didaktische Vorgehensweisen	Materialien	Organisation/beteiligte Dozierende
Einleitung 20 Min	Ankommen, Begrüßung und Vorstellung des Seminars durch Dozent*innen, Vorstellungsrunde Fragen für Vorstellungsrunde z.B. - Welches Semester/PJ-Fach? - Warum habt ihr euch zu diesem Kurs angemeldet?	gemeinsames Gespräch	keine	Studierende sitzen im (Halb-)kreis (Ärzt*in/ Sozialwissenschaftlerin)
Fallpräsentation 15 Min	Studierende lesen die Fallbeschreibung	Individuelles Lesen	Material 1: ausgedruckte Fallbeschreibung <i>Alternativen: Vorlesen, PowerPoint</i>	Studierende sitzen im (Halb-)kreis (Ärzt*in/ Sozialwissenschaftlerin)
Gruppendiskussion I 25 Min	Offene Diskussion: Leitfragen: - Was würdet ihr in dieser Situation tun? - Welche verschiedenen Interessen und Werte geraten hier miteinander in Konflikt? - Welche Probleme könnten sich aus dieser Situation ergeben?	Raum geben für erste Eindrücke und emotionale Aspekte, wie würden die Studierenden intuitiv, ohne viel Vorwissen, in der Situation entscheiden/weitermachen?	Sammeln der Eindrücke/ Aussagen auf Flipchart oder Metaplan-Wand	Studierende sitzen im Halbkreis (Ärzt*in/ Sozialwissenschaftlerin)
Rechtlicher/Ethischer Input 15 min	Präsentation mit ca 5 Folien zu: - Differenzieren zwischen Recht, Moral und Ethik - Welche rechtlichen Aspekte sind zu berücksichtigen? (Schweigepflicht, unterlassene Hilfeleistung, Ablegen eines falschen Zeugnisses) - Welche ethischen Aspekte sind zu berücksichtigen, z:B. (Verteilungs-Gerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit, Wohltun/Nicht-Schaden	Dozierende präsentieren die Folien	Laptop, Beamer und Leinwand	Studierende sitzen im Halbkreis (Ärzt*in/ Sozialwissenschaftlerin/ Rechtsanwalt für Medizinrecht)
Pause 10 Min				

Zeiteinteilung	Inhalte und Aktivitäten	Didaktische Vorgehensweisen	Materialien	Organisation/beteiligte Dozierende
Gruppenarbeit 40 Minuten	Einteilung der Studierenden in drei Gruppen Perspektive A: Patient*in - Was kann dazu führen, dass jemand keine Krankenversicherung hat? Welche Stereotypen sind in der Gesellschaft präsent? Perspektive B: das Krankenhausmanagement – was bedeutet Wirtschaftlichkeit für ein Krankenhaus? Perspektive C: die behandelnde Person: Welche rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen beeinflussen die Entscheidung?	Jede Gruppe übernimmt andere Perspektive und bekommt dazu Material Einteilung: z.B. Abzählen 1-3 Dozent*innen verteilen iPads und lassen die Gruppen selbstständig arbeiten	<i>Links zu den Materialien über Moodle für jede der drei Perspektiven</i>	Studierende arbeiten im Raum verteilt in den drei Kleingruppen (Ärzt*in/ Sozialwissenschaftlerin/ Rechtsanwalt für Medizinrecht)
Gruppendiskussion II 45 Min	Vorstellung der Ergebnisse und zweite Diskussionsrunde	gemeinsames Gespräch Sammeln der Hintergründe und Diskussion über die verschiedenen Sichtweisen Einordnung der Entscheidungen und Gedanken durch Rechtsanwalt für Medizinrecht	Sammeln der Kernaussagen der Diskussion auf Flipchart oder Metaplanwand	Studierende sitzen im (Halb)kreis (Ärzt*in/ Sozialwissenschaftlerin/ Rechtsanwalt für Medizinrecht)
Abschluss 10 Min	Abschluss des Tages	Blitzlicht (Welche 3 Punkte nimmst du aus der Sitzung mit?)	keine	(Ärzt*in/ Sozialwissenschaftler*in)

Benötigtes Material:

- iPads mit Moodle Zugriff
- ausgedruckte Fallbeschreibung (für jede Teilnehmer*in)
- Tafel/Whiteboard/Flipchart/Metaplan-Wand um in der Diskussion Punkte zu sammeln
- Laptop, Beamer
- Moderationskoffer

Fallbeschreibung

Es ist der 27. November. In der Notaufnahme werden Sie zu einem jungen Patienten geholt, Sie schätzen ihn auf Mitte/Ende 20. Der aufnehmende Pfleger ist um die 45 Jahre alt und macht den Job schon seit über 20 Jahren. Dank seiner Erfahrung wird er wie der inoffizielle Chef der Schicht behandelt und verhält sich auch so. Er erzählt, Passanten hätten den Rettungsdienst gerufen, da der Patient laut mit sich selbst gesprochen habe und verwirrt gewirkt habe. Mehr habe er nicht herausfinden können, „weil der Typ kein Deutsch kann“. Er weist Sie auch darauf hin, dass der Patient keine Ausweisdokumente bei sich führt. Mit Blick auf die Versicherungskarte äußert er Zweifel: Die Abbildung und hinterlegten Daten passen nicht zu der vorstelligen Person. Er geht davon aus, dass es sich um einen Patient ohne Aufenthaltsgenehmigung und auch ohne Versicherungsschutz handelt, der sich „eine Behandlung erschleichen will“.

Sie sprechen mit dem Patienten auf Englisch. Eine dünne Lederjacke hat er auf seinem Schoß liegen. Er wippt viel mit den Beinen, so dass er die Jacke häufig wieder zurechtrücken muss. Man riecht, dass die letzte Wäsche für den Patient und seine Kleidung schon eine Weile zurückliegt. Er fährt sich oft mit fahrigten Händen durch die Haare und blickt beständig um sich. Zeitlich und örtlich ist er etwas unscharf orientiert (kennt Monat und Jahr sowie die Stadt, aber nicht Tag oder Name des Krankenhauses).

Vor zwei Monaten habe er angefangen auf einem Kreuzfahrtschiff als Koch zu arbeiten. Auf dem Schiff sei es schlimm gewesen. Der Küchenchef und die Kollegen hätten ihn abschätzig behandelt und ausgegrenzt. Er habe sich ständig beobachtet gefühlt und ein sehr ungutes Gefühl bekommen, so als ob bald etwas Schreckliches passieren würde. Er habe nicht mehr richtig schlafen können. Außerdem habe er Stimmen in seinem Kopf. Auf die Nachfrage, die Stimmen genauer zu spezifizieren, antwortet er: Sie könnten ihn steuern und seine Gedanken lenken. Sie kommentierten, was er mache oder beleidigten ihn. Um sie zu besänftigen, rede er mit ihnen. Sie sagten er sei „eine Schwuchtel“ und solle sterben, zum Beispiel vom Schiff springen. Er kenne diese Stimmen bereits. Er sei in Tunesien bei einem Arzt gewesen, der habe gesagt, dass er eine Schizophrenie habe, den Bericht habe er dabei. Sein Onkel habe auch eine Schizophrenie. Seine Hände ballen sich wie unter Anstrengung zu Fäusten.

Er komme aus Tunis. Er habe eine Ausbildung zum Koch gemacht, habe die tunesische und französische Küche im *L'Astragale* erlernt, viel gearbeitet, aber immer große Freude daran gehabt. Die Küche hätte ihn gerettet, die psychischen Probleme in seiner Jugend wären in den Hintergrund getreten. Davor hatte er, nach der Trennung seiner Eltern, Psychosen, hörte Stimmen in seinem Kopf. Arbeit, Kreativität, Anerkennung im Team halfen. Bis 2011, als die Ennahda an die Macht kam und den liberalen Lebensstil in Tunesien einschränkte. Er berichtet von den Repressalien, unter denen er durch seine offene Homosexualität gelitten habe. Mehrfach sei er auf der Straße zusammengeschlagen worden. Staats- und Regierungsformen hätten in der Zwischenzeit bis Saded viel wechseln, aber das Denken der Menschen sei „vergiftet“. Seine Krankheit meldete sich wieder, beeinträchtigte seine Arbeit. Zu viele Fehltage. Er wurde entlassen. Er sei sehr froh gewesen, den Job auf dem Kreuzfahrtschiff zu bekommen, so sei er endlich aus Tunesien rausgekommen. Aber dort sei es ihm so schlecht gegangen, dass er ohne jemandem etwas zu sagen, das Schiff in Passau verlassen habe. Er wolle sowieso lieber in Deutschland leben. Über Umwege sei er in München gelandet. Er sei bereits im Isar-Amper-Klinikum Ost gewesen, dort habe er Olanzapin 20 mg/d bekommen, sei aber nach zwei Tagen wieder entlassen worden. Warum wisse er nicht. Das Medikament habe er nicht mitbekommen und deshalb seit einer Woche nicht mehr genommen. Er höre weiterhin Stimmen, allerdings keine die ihn zum Suizid aufforderten. Er wisse nicht, was er tun solle. Nach Tunesien könne er nicht zurück. Sie sprechen ihn auf die Versichertenkarte an, was ihm einen tiefen Seufzer entringt, während sein Blick sich Richtung Decke wendet. Nach einer kurzen Pause gibt er zu, dass es nicht die seine sei. Auch das Fehlen eines gültigen Visums bestätigt er beinahe flüsternd. Das Visum gelte nur für den Aufenthalt auf dem Kreuzfahrtschiff, dadurch dass er das Schiff verlassen habe, sei er auch nicht mehr krankenversichert.

Sie sprechen noch einmal mit der Patientenaufnahme, die den Patienten nicht aufnehmen will: „Wo kommt man dahin? Und das Klinikum bleibt auf den Kosten sitzen!“ Er könne nur behandelt werden kann, wenn es ein Notfall sei und Sie dies attestieren würden. Sonst müsse er die Kosten selber tragen. Was machen Sie?