

Stellung zu nehmen. 20% aller Befragten sahen erhebliche Verständigungsprobleme mit den meisten ihrer ausländischen Patient(en)-innen. Weitere 60% erlebten dies noch bei jedem/jeder dritten Patient(en)-in mit Migrationshintergrund. Die Hälfte der Ärzt(e)-innen sah die Diagnostizierung und Behandlung hierdurch besonders erschwert und mit erhöhtem Aufwand verbunden. 40% der Ärzt(e)-innen erkennen die Wünsche der Patient(en)-innen nicht und wichtige, die Anamnese betreffende Fakten werden verspätet bekannt. Aufgrund dieser Unzufriedenheit wünschten sich 40% der Befragten, auf Dolmetscher/-innen zurückgreifen und 22% in Kooperationen zu spezialisierten Diensten treten zu können, um damit auch den bestehenden hohen Anteil des Laiendolmetschens (75% aller Gespräche) eindämmen zu können (Gesundheit Berlin e.V. et al., 2007).

Lösungsansätze für Fachpersonal

Wünschenswert ist es, wenn mehr Menschen mit Migrationserfahrung Berufe innerhalb des Gesundheitswesens ergreifen. An einigen Universitäten wird das Thema Migration und Gesundheit bereits im Rahmen der ärztlichen Ausbildung behandelt, beispielsweise an der Universität Gießen. Hier können angehende Ärzte das Fach „Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund“ belegen. Interessante Fortbildungen zu interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen und zu Diversity werden in größeren Städten angeboten und teilweise be-

punktet. Der Einsatz von geschulten Sprach- und Kulturmittlern kann gefördert und gefordert werden.

Die Rolle von Sprach- und Kulturmittlern

In Dänemark ist der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern im Sozial- und Gesundheitswesen eine Selbstverständlichkeit. Jede Person, die nicht ausreichend Dänisch spricht, wird von geschulten Sprachmittlern zur ärztlichen Untersuchung begleitet.

Aufgrund des hohen Bedarfs haben sich Initiativen gebildet, Sprach- und Integrationsmittler auszubilden und als Berufsbild anerkennen zu lassen. In dem bundesweit durchgeführten Equal-Projekt wurden Personen mit Migrationsgeschichte speziell für das Sozial- und Gesundheitswesen ausgebildet. Sie fungieren nicht „nur“ als Dolmetscher, sondern verfügen über ein notwendiges Grundlagenwissen sowie Fachtermini und sind in Kommunikationstechniken und soziokulturellen Vermittlungskompetenzen geschult. So können sie bei kommunikativen und inhaltlichen Missverständnissen rechtzeitig intervenieren.

Gesundheitsmediatoren

Weitere Projekte sowohl auf kommunaler Ebene als auch aus Landes-, Bundes- und EU-Mitteln fördern die interkulturelle Verständigung, um die gesellschaftliche Inklusion und Partizipation der zugewanderten Bevölkerung zu unterstützen.

Dreijährige Ausbildungsgänge zum Sprach- und Integrationsmittler werden aktuell durch

Organisationen wie die Bikap gGmbH und die Diakonie Wuppertal angeboten. Das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover entwickelte das bundesweite Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten“. Gut integrierte Zuwanderer aus zahlreichen Sprachgruppen werden zu Gesundheitsmediatoren geschult. Sie bieten muttersprachliche Informationsveranstaltungen zum deutschen Gesundheitssystem an oder übersetzen in Krankenhäusern und Arztpraxen. Diese Ansätze und weitere Projekte und Initiativen tragen zur Verständigung zwischen dem Personal des Gesundheitswesens und den Patienten mit Migrationshintergrund bei.

Fazit

Interkulturelle Kommunikation erfordert die Bereitschaft, sich mit sich selbst und seinen kulturellen und biografischen Prägungen auseinanderzusetzen. Die Achtsamkeit für die eigene soziokulturelle Eingebundenheit und Vorsicht mit zu schnellen Bewertungen erleichtern die gegenseitige Wertschätzung und das Interesse an den (Krankheits-)Konzepten und Vorstellungen des anderen. Die Kommunikation stellt im interkulturellen Kontext eine besonders sensible Herausforderung dar, um eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufbauen zu können. Geschulte Sprach- und Kulturmittler können hierbei Hilfestellung leisten und eine „Verständigungsbrücke“ zwischen Arzt und Patienten bilden. ■

Daniela Bröhl, Düsseldorf

Zweitmeinungsverfahren vor operativen Eingriffen an der Wirbelsäule

Operative Interventionen bei Kreuz- und Rückenschmerzen sollten kritisch hinterfragt werden, da sie oftmals nur zum Failed-Back-Surgery-Syndrom führen. Dies ermöglicht das neue bundesweite Versorgungskonzept zum Thema „Zweitmeinung vor operativen Eingriffen an der Wirbelsäule“ (IVZ), das die Integrative Managed Care GmbH (IMC) zusammen mit der Techniker Krankenkasse (TK) entwickelt hat. Zum 1.12.2009 wurde ein entsprechender Vertrag zur integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V abgeschlossen. Priv.-Doz. Dr. Michael Überall, DGS-Vizepräsident, Nürnberg, und Harry Kletzko, IMC Oberursel, stellen das Konzept vor.

Kreuz- und Rückenschmerzen gehören volkswirtschaftlich zu den teuersten Gesundheitsstörungen in den Industrienationen der westlichen Welt. Aktuellen Zahlen aus dem

Jahr 2008 entsprechend verursachen Rückenschmerzpatienten im Alter von 18 bis 75 Jahren (ICD-10: M45–M54) allein in Deutschland Gesamtkosten in Höhe von jährlich 48,9 Milli-



Michael Überall,
Nürnberg



Harry Kletzko,
Oberursel

arden Euro, von denen über zwei Drittel durch indirekte Kosten verloren gehen.

Erschwerend kommt hinzu, dass alle bisher ergriffenen medizinischen und gesundheitspo-

litischen Maßnahmen zur „Eindämmung dieser volkswirtschaftlichen Seuche“ das Problem an sich eher gefördert, denn reduziert haben und die bislang etablierten Konzepte der Regelversorgung zu einem nicht unerheblichen Teil Mitverantwortung an diesem Dilemma tragen. So ist die medizinische Versorgung (d.h. der Komplex bestehend aus Vorbeugung, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation) der meist funktionell bedingten bzw. durch psychologische, sozioökonomische, sozialrechtliche oder berufsbezogene Faktoren sowie durch Angst-Vermeidungs-Konflikte beeinflussten Kreuz-/Rückenschmerzen in Deutschland – je nach Behandlungskonzept – durch ein komplexes Muster von Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet.

Operative Interventionen im Vormarsch

Eine besondere Rolle spielen dabei operative Interventionen. Diese haben durch ein schulmedizinisch tradiertes, primär strukturorientiertes Krankheitsverständnis in Deutschland seit einigen Jahren zahlenmäßig nicht nur bei akuten, sondern zunehmend auch bei subakuten und insbesondere bei chronischen Rückenschmerzen überproportional an Bedeutung gewonnen. Hintergrund sind die – dank moderner bildgebender Verfahren – immer häufiger nachgewiesenen strukturellen Bandscheibenveränderungen, die als kausale Ursache der Beschwerden fehlidentifiziert werden, obwohl sie in der weitaus überwiegenden Anzahl der Fälle (je nach Studie und Alter der Betroffenen 50–90%!) allenfalls koinzidenzieller Natur sind.

Konterkariert werden derartige monomodale Bemühungen zur Linderung subakuter und chronischer Kreuz-/Rückenschmerzen darüber hinaus durch den Umstand, dass infolge der Vielzahl operativer Interventionen mittlerweile ein neues iatrogenes Krankheitsbild an Bedeutung gewinnt (und dies zunehmend auch volkswirtschaftlich, da es extrem kostenintensiv ist): das Failed-Back-Surgery-Syndrom.

Letztendlich muss festgehalten werden, dass nur bei sehr wenigen Menschen mit Kreuz-/Rückenschmerzen eine Operation sinnvoll und dringend erforderlich ist.

Das Zweitmeinungskonzept

Angesichts der zunehmenden Zahl operativer Interventionen ohne entsprechende Verbesserung der Patientenversorgung hat die Integrative Managed Care GmbH (IMC) zusammen mit der Techniker Krankenkasse (TK) ein bundesweites Konzept zum Thema „Zweitmeinung vor operativen Eingriffen an der Wirbelsäule“ entwickelt und zum 1.12.2009 einen entsprechenden Vertrag zur integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V abgeschlossen.

Ausgehend von dem definierten Beschwerdebild Kreuz-/Rückenschmerz erfolgt durch den behandelnden Arzt die Formulierung einer operativen Behandlungsbedürftigkeit. Für den Fall einer elektiven OP-Indikation kann der Patient anschließend a) direkt oder b) nach Überweisung durch seinen behandelnden Arzt oder c) nach einem Gespräch mit qualifizierten Mitarbeitern der TK (sog. Fallmanagern) – vor der eigentlichen stationären Aufnahme – das Zweitmeinungsverfahren in Anspruch nehmen. Er erhält dann auf Antrag binnen zweier Werktagen einen Termin in einem der bundesweit verfügbaren IMC-Kompetenzzentren.

Mehrstündige Evaluation

Zentrales Element des Zweitmeinungsverfahrens ist die diagnostische Aufarbeitung des individuellen Einzelfalles im Rahmen einer mehrstündigen Evaluation. Dabei werden nicht nur der Patient und seine biologischen Beschwerden, sondern darüber hinaus auch alle krankheitsrelevanten psychologischen, sozioökonomischen, sozialrechtlichen und berufsbezogenen Faktoren sowie mögliche Angst-Vermeidungs-Konflikte durch ein hoch qualifiziertes interdisziplinäres Team analysiert, unter Verwendung standardisierter Verfahren und Instrumente dokumentiert sowie ggf. – in Ergänzung der bereits vorhandenen bzw. durchgeführten Untersuchungen – weitere Befunde erhoben.

Abschließend wird mit dem Patienten die aktuelle Situation besprochen und die bereits gestellte OP-Indikation entweder a) bestätigt oder b) (für den Fall, dass diese infrage gestellt wurde) gemeinsam mit dem Betroffenen ein alternatives, auf die jeweiligen Erfordernisse des Einzelfalles individuell maßgeschneidertes multimodales Behandlungskonzept entwickelt, über welches der einweisende Arzt ausführlich informiert wird und welches dann entweder a) im Rahmen der Regelversorgung oder b) im Rahmen spezieller (z.B. integrierter) Versorgungskonzepte realisiert wird.

Der Prozessalgorithmus des Zweitmeinungsverfahrens

Die im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens zu klärenden Fragen und Probleme sowie die



© Andrea Schiffer/fotolia.com

Kreuz- und Rückenschmerzen gelten als volkswirtschaftliche Seuche.

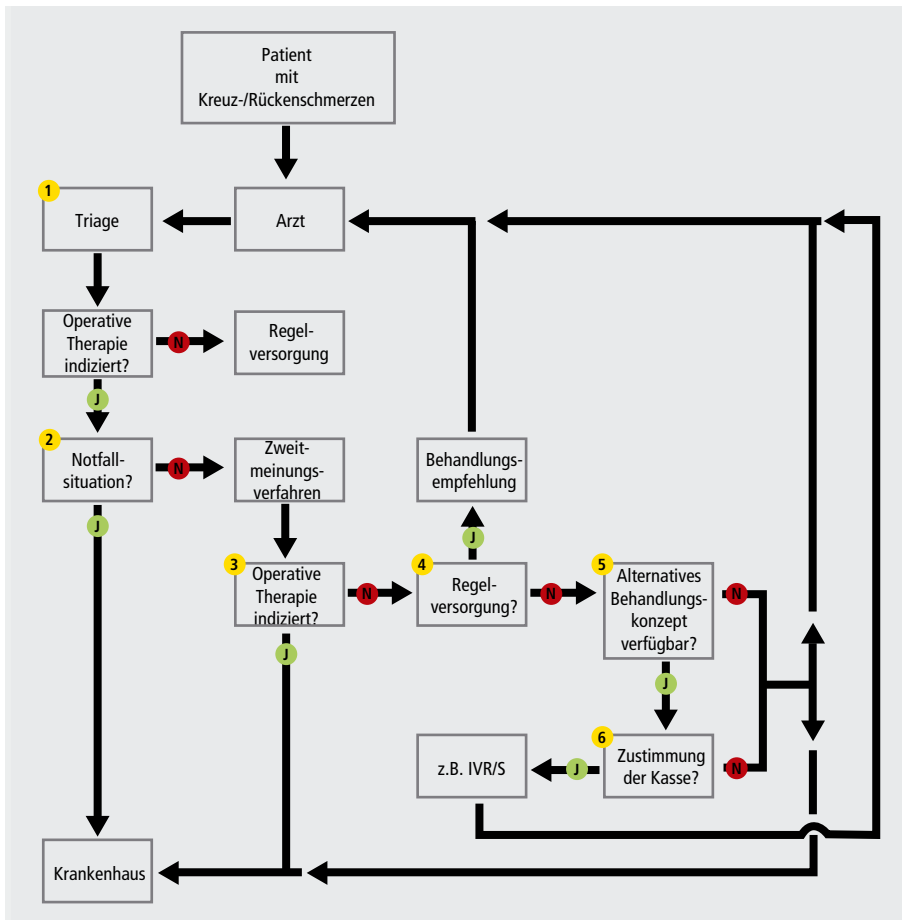
zugehörigen Prozesse finden sich in Abbildung 1 (S. 8) und werden nachfolgend kurz zusammengefasst:

1. Bedarf der Patient zur Linderung seiner Beschwerden einer operativen Intervention? Klärung durch den behandelnden Arzt; wenn „Ja“, dann weiter mit Schritt 2; wenn „Nein“, dann Betreuung im Rahmen der Regelversorgung.
2. Ist der stationäre Behandlungsbedarf „notfallartig“, d.h. verbietet sich aus medizinischen Gründen, z.B. aufgrund des Vorliegens von „red/orange flags“, jegliche zeitliche Verzögerung der stationären Aufnahme? Klärung durch den behandelnden Arzt; wenn „Ja“, dann unmittelbare stationäre Einweisung; wenn „Nein“, dann zeit-

Rückenschmerz und Wirbelsäulenveränderung

Untersuchungen an Personen ohne Rückenschmerzen ergaben, dass bei etwa 30% der 30-Jährigen und bei über 60% der Menschen, die älter als 50 Jahre sind, radiologisch „pathologische Veränderungen“ im Wirbelsäulenbereich (z.B. degenerative Veränderungen der Bandscheiben sowie sog. Bandscheibenvorfälle) ohne entsprechendes klinisches Korrelat nachgewiesen werden können. Studien konnten mittlerweile nachweisen, dass die meisten Menschen im Laufe ihres Lebens entsprechende Verschleißerscheinungen (teilweise mit Einengungen des Wirbelkanals, sog. Spinalstenosen) ohne begleitende Schmerzen entwickeln, während es umgekehrt zahlreiche Patienten mit heftigsten Kreuz-/Rückenschmerzen gibt, die keine strukturellen Veränderungen der Wirbelsäule aufweisen.

Abb. 1: Übersicht über die wesentlichen Entscheidungsschritte im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens IVZ



nahe Vorstellung (binnen zwei Arbeitstagen) beim jeweils zuständigen IMC-Kompetenzzentrum.

3. Bedarf der Patient zur Linderung seiner Beschwerden einer operativen Behandlung, oder bestehen sinnvolle konservative Versorgungsalternativen im Rahmen der Regelversorgung oder im Rahmen spezieller (z.B. integrierter) Versorgungskonzepte? Klärung durch das IMC-Kompetenzzentrum im Rahmen eines interdisziplinären Screenings unter Einbeziehung eines algisiologischen Expertenteams bestehend aus Schmerz-, Psycho- und Physiotherapeut; wenn „Ja“, dann unmittelbare stationäre Einweisung; wenn „Nein“, dann weiter mit Schritt 4.

4. Können die Beschwerden des Patienten im Rahmen der Regelversorgung ausreichend behandelt werden? Klärung durch das IMC-Kompetenzzentrum; wenn „Ja“, dann Formulierung einer schriftlichen Behandlungsempfehlung für den behandelnden Arzt und Umsetzung der entsprechenden medizinischen Betreuung im Rahmen der Regelversorgung; wenn „Nein“, dann weiter mit Schritt 5.

5. Verfügt die Krankenkasse über ein geeignetes alternatives Behandlungskonzept (z.B. einen integrierten Versicherungsvertrag nach §§ 140a ff. SGB V)? Klärung durch IMC-Ärzte-Netz; wenn „Ja“, dann weiter mit Schritt 6; wenn „Nein“, dann ambulante/stationäre Betreuung des Patienten entsprechend der Regelversorgung.

6. Stimmt die Krankenkasse einer Behandlung des Patienten im Rahmen eines bestehenden alternativen Behandlungskonzeptes zu? Klärung durch Case-Manager der Krankenkasse; wenn „Ja“, dann Zuweisung durch Fallmanager; wenn „Nein“, dann ambulante/stationäre Betreuung des Patienten entsprechend der Regelversorgung.

Wesentliche Voraussetzung für die kontinuierliche Qualitätssicherung der Ergebnisqualität ist die Verwendung geeigneter, standardisierter Dokumentationsinstrumente sowie entsprechende Verfahren der dezentralen Datenerfassung und der zentralen Datenanalyse. Zentraler Baustein sind hier die validierten Dokumentationsinstrumente der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) (der

Deutsche Schmerzfragebogen und das Deutsche Schmerztagebuch), welche die Basis für eine patientengerechte und standardisierte Dokumentation aller verfahrensrelevanten Informationen erlauben.

Durch die kontinuierliche Projektevaluation durch ein externes wissenschaftliches Institut (IQUISP), regelmäßige Verlaufskontrollen und Treffen entsprechender Projektgruppen wird ein Höchstmaß an Qualitätssicherung und Projekttransparenz gewährleistet.

Langzeit-/Follow-up-Evaluationen – auch unter Einbeziehung kassenspezifischer Daten – sowie gruppenspezifische Vergleichsanalysen (z.B. von Patienten mit vergleichbaren Behandlungsverläufen) bilden im Verlauf des Projektes die Grundlage regelmäßiger Effizienzanalysen.

In welchem Maße das vorliegende Versorgungsangebot seitens der beteiligten Projektpartner – insbesondere der selbst betroffenen Patienten – genutzt wird, bleibt abzuwarten. Die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen und das sich langsam, jedoch beständig verändernde Rollenverständnis von Arzt und Patienten (weg von einer aufseiten der Patienten meist durch Passivität gekennzeichneten, primär paternalistischen Abhängigkeitsbeziehung hin zu einem partizipierenden Miteinander) sind die entscheidenden Perspektiven, auf denen dieses Konzept beruht.

Umsetzbar bei 66%?

Umfragen unter Betroffenen belegen, dass rund zwei Drittel aller gesetzlich Versicherten (z.B. im Fall eines anstehenden größeren operativen Eingriffs) durchaus bereit wären, eine kompetente Zweitmeinung einzuholen, auch wenn dadurch unter Umständen die Empfehlungen ihres primär zuständigen Haus-/Facharztes infrage gestellt werden. Somit spielen bei der Umsetzbarkeit des vorliegenden Konzeptes nicht nur die Patienten, sondern insbesondere auch das Rollenverständnis der beteiligten ärztlichen Akteure eine entscheidende Rolle. ■

Michael Überall, Nürnberg
Harry Kletzko, Oberursel