



Adhärenz-Förderung in Arztpraxen: Patientenindividuelle Entscheidung statt Gießkannenprinzip

Von IFABS

Erstellt am 4 Mär 2015 - 07:30

Problemereich Kommunikation

Untersucht man die Arzt-Patienten-Kommunikation im Rahmen von Praxisanalysen, so zeigt sich, dass in Arztpraxen – über alle Fachgruppen und Praxisformen bzw. –größen betrachtet – durchschnittlich nur 42,7% der für eine optimale interne und externe Praxiskommunikation notwendigen Regelungen, Instrumente und Verhaltensweisen eingesetzt werden. Die hieraus resultierende Patientenzufriedenheit erfüllt lediglich 51,3% der Anforderungen und Wünsche. Und selbst in Betrieben, in denen die Teams akut keine Beeinträchtigung ihrer Arbeit verspüren, existieren häufig Risikofaktoren, die mittel- bis langfristig zu Kommunikationsproblemen führen. Fokussiert man die Betrachtung auf das Thema „Adhärenz“, beträgt das Verhältnis zwischen In- und Output 46% zu 39%.

Vier Kommunikations-Grundformen

Im Hinblick auf die Arzt, wie Mediziner mit ihren Patienten kommunizieren, lassen sich vier Gesprächs- Grundformen unterscheiden:

Die Anweisung: der Arzt teilt ohne weitere Erklärungen seinen Patienten mit, was therapeutisch zu tun ist und erwartet die Einhaltung dieser Vorgaben (ca. 30% der Arzt-Patienten-Kontakte).

Die Anleitung: diese Form erweitert die Anweisung um Ausführungshinweise, ohne jedoch den instruierenden Charakter abzuschwächen (ca. 35% der Arzt-Patienten-Kontakte).

Die Beratung: hierbei setzt der Behandler auf Erklärungen, erläutert mögliche Alternativen und schlägt die geeignetste vor (ca. 20% der Arzt-Patienten-Kontakte).

Die Verhandlung: bei dieser Form wird die für den Patienten beste Therapie-Alternative in einem Dialog entwickelt und in ihrer Anwendung beschlossen (ca. 15% der Arzt-Patienten-Kontakte).

Warum ist es für Ärzte so schwierig, Ihre Gesprächs-Strategie zu ändern?

Um die Lücke zwischen Anforderungen und Realität zu schließen, müssten niedergelassene zum Teil ihre Gesprächsführung verändern, doch dem stehen drei Gründe entgegen:

(1) Zum ersten sind etablierte Routinen für die nur gering ausgeprägte Veränderungsbereitschaft verantwortlich: um die Masse der täglichen Gespräche absolvieren zu können, setzt man auf vermeintlich Bewährtes.

(2) Ein weiterer Aspekt ist die Abneigung, die bislang praktizierte Kompetenz-Hierarchie – Experte und Laien – zumindest teilweise aufzugeben und das durch Fachkenntnisse legitimierte Bestimmer-Prinzip aufzuweichen, da die möglichen Konsequenzen nicht einschätzbar sind.

(3) Ein ein dritter Aspekt liegt – aus dem zweiten Punkt abgeleitet – im Widerstand, eigene Entscheidungen begründen und rechtfertigen zu müssen.

Adhärenz? Nicht für jeden geeignet!

Bei der Diskussion über die Adhärenz-Förderung wird jedoch die Individualität der Patienten übersehen. Natürlich ist es zutreffend, dass sich eine immer größere Anzahl Patienten intensiv(er) mit ihrer Krankheit nebst den passenden Therapiemöglichkeiten beschäftigen und auch mehr Informationen als früher von ihren Ärzten erwarten. Doch nicht jeder Patient benötigt ein verhandlungsbasiertes Gespräch. Je nach individuellen Rahmenbedingungen, z. B. dem Bildungsstand, ist bei manchen die Anweisung oder Anleitung genau die richtige Methode, wieder andere sind mit Beratungen hochzufrieden und compliant. Ärzte müssen sich also nicht – wie die öffentliche Schwarz-Weiß-Diskussion suggeriert – vollkommen umstellen, sondern sich nur partiell, d. h. patientenindividuell, auf zusätzliche alternative Gesprächsformen einstellen.

Weiterführende Informationen zu den Inhalten dieses Blogs bieten die E-Books der QuickGuide-Publikations-Serien? - „10-Minuten-Briefings“? - „5-Minuten-Facts&Figures aus der Gesundheitswirtschaft“ und? - „Benchmarking-CheckBooks“?

Quelle: <https://ifabsthill.wordpress.com/2015/03/04/adharenz-forderung-in-arztpr...> [1]



- [Arzt, Praxis und Qualifikationen](#)

Quellen URL (aufgerufen am 31 Dez 2020 - 06:01): <http://www.medkom24.eu/node/20026>

Links:

[1] <https://ifabsthill.wordpress.com/2015/03/04/adharenz-forderung-in-arztpraxen-patientenindividuelle-entscheidung-statt-gieskannenprinzip/#more-8546>