

- ▶ Metaanalysen stellten einen signifikanten **Zusammenhang zwischen den ärztlichen kommunikativen Fertigkeiten und der Adhärenz von PatientInnen** sowie anderen Gesundheitsoutcomes fest.
- ▶ Ein **evidenzbasiertes Kommunikationsmodell** wie die Calgary Cambridge Guides helfen, Adhärenzproblemen entgegenzuwirken.
- ▶ Gute Gesprächsführung trägt zur **Burnoutprophylaxe** bei, denn kompetent und sicher zu kommunizieren, befreit und entlastet den eigenen Arbeitsalltag.



Paradigmenwechsel in der Arzt-/Ärztin-PatientInnen-Kommunikation bei chronischen Krankheiten

Von der Medikamentenadhärenz zur PatientInnenadhärenz

BOX 1 – Arzt-/Ärztin-zentrierte Gesprächsführung

Dr.: Guten Tag Herr Wagner. Was für ein Problem führt Sie hierher?
Pat.: Ich habe wieder einen unregelmäßigen Puls ...
Dr.: Ja, ich sehe, wir haben doch schon Vorhofflimmern bei Ihnen festgestellt.
Pat.: Vor etwa drei Monaten.
Dr.: Ja, das Vorhofflimmern kann kommen und gehen, aber Sie sind eh gut durch das gerinnungshemmende Medikament geschützt.
Pat.: Aber es klopft manchmal sehr stark.
Dr.: Nehmen Sie die Medikamente ein?
Pat.: Ich habe alle genommen, die Sie mir aufgeschrieben haben. Sie haben bis vor einem Monat gereicht.
Dr.: Das heißt, Sie haben aufgehört, sie einzunehmen?
Pat.: Ja, ich hatte ja keine mehr. Aber das Herzklopfen ...
Dr.: Das geht aber nicht!

PatientInnen werden in ihrem Eröffnungstatement nach ca. 22 Sekunden unterbrochen.¹ Für die Behandlung wichtige Informationen gehen so häufig verloren

Adhärenz im Kontext chronischer Erkrankungen

Medikamentenadhärenz wird als „das Ausmaß, in dem das Verhalten der PatientInnen mit den vereinbarten Empfehlungen des Behandlers/der Behandlerin übereinstimmt,“ definiert.⁶ Adhärenzprobleme reichen dabei von der falschen Dosierung oder unregelmäßigen Einnahme verschriebener Medikamente über das selbständige Absetzen bis hin dazu, dass ein Rezept für ein Medikament nie eingelöst wird.⁷

Die WHO geht von Schätzungen aus, wonach die Nichtadhärenz bei der Langzeittherapie von chronischen Krankheiten bei 50 % liegt.⁷ Eine rezente Metaanalyse über die Adhärenz bei der Einnahme von DOAK bei Vorhofflimmern zeigte, dass 1/3 der PatientInnen eine < 80%ige Adhärenz aufwies.⁸

Die Folgen von Nichtadhärenz bei der Einnahme von Medikamenten sind gravierend und stellen sowohl in klinischer als auch in ökonomischer Hinsicht ein großes Problem dar: Die

negativen Auswirkungen auf Gesundheitsoutcomes wie insb. den Gesundheitszustand von PatientInnen sind vielfach belegt.⁷ So stellt mangelhafte Adhärenz beispielsweise die Hauptursache für das Scheitern beim Einstellen der Hypertonie dar.⁷ Mangelnde PatientInnenadhärenz bei der Einnahme von oraler Antikoagulation bei Vorhofflimmern geht in vielen Fällen mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität einher.⁸ Die jährlichen Kosten von Nichtadhärenz bei der Einnahme von Medikamenten belaufen sich in Europa auf 1,25 Milliarden Euro.⁹ Im Bereich kardiovaskulärer Erkrankungen betragen die jährlichen Kosten für die Nichteinhaltung der Medikation pro PatientIn und Jahr umgerechnet bis zu 18.000 Euro.⁹ Während mit dem alten Begriff „Compliance“ das Befolgen von ärztlichen Anweisungen durch PatientInnen bezeichnet und damit ein traditionelles paternalistisches Modell der Arzt-/Ärztin-PatientInnen-Beziehung aufgerufen wurde, geht der heute verwendete Begriff „Adhärenz“ (oder auch „Konkordanz“) von einem partnerschaftlichem Modell aus, in dem

PatientInnen als aktive PartnerInnen bei ihrer Versorgung gemeinsam mit ihren Ärztinnen und Ärzten selbstbestimmte Entscheidungen treffen. Der Mehrwert eines solchen partnerschaftlichen Vorgehens liegt darin, dass eine stärkere Beteiligung der PatientInnen im Sinne eines Berücksichtigens ihrer jeweiligen Kompetenzen, Erfahrungen, Vorstellungen und Bedenken, ihrer individuellen Möglichkeiten und Präferenzen eher dazu führt, dass sie Entscheidungen dann auch mittragen.⁷

Adhärenz und Kommunikation

Adhärenz ist ein multifaktorielles Geschehen mit vielfältigen und komplexen Bedingungsfaktoren. Dabei dürfte die Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen und PatientInnen jedenfalls eine wichtige Rolle spielen.⁷ Metaanalysen haben einen signifikanten Zusammenhang zwischen den ärztlichen kommunikativen Fertigkeiten und der Adhärenz von PatientInnen festgestellt¹⁰ und gezeigt, dass



Mag. Dr. Marlene Sator
Abteilung Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung, Gesundheit Österreich GmbH, ÖPGK-Trainernetzwerk; EACH: International Association for Communication in Healthcare



Dr. Evelyn Kunschitz
2. Medizinische Abteilung, Schwerpunkt Psychokardiologie, Hanusch Krankenhaus, Wien, ÖPGK-Trainernetzwerk

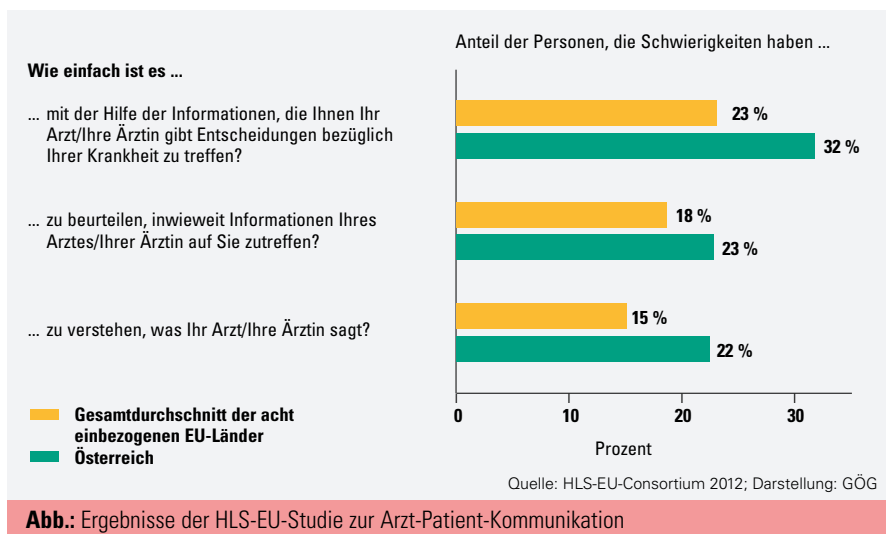


Abb.: Ergebnisse der HLS-EU-Studie zur Arzt-Patient-Kommunikation

die Verbesserung der Arzt-/Ärztin-PatientInnen-Beziehung einen positiven Einfluss auf die Gesundheitsoutcomes bei einer Reihe von chronischen Erkrankungen hat.^{11, 12}

Herausforderungen in der Gesprächsführung

Studien weisen auf Herausforderungen in unterschiedlichen Bereichen der Gesprächsführung hin:

Verständliche Vermittlung von Informationen: Gemäß der europäischen Gesundheitskompetenzerhebung haben 23 % der Befragten in Österreich Schwierigkeiten zu beurteilen, inwieweit Informationen ihrer Ärztin/ihrer Arztes auf sie zutreffen. 22 % haben Schwierigkeiten, zu verstehen, was ihre Ärztin/ihr Arzt sagt (Abb.).¹³ 20 % der PatientInnen beklagen, dass sie von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt bzw. ApothekerInnen keine bzw. keine ausreichenden Informationen zu den derzeit eingenommenen Medikamenten erhielten.¹⁴

Entscheidungsfindung: Eine noch größere Herausforderung stellt laut Studien die Ent-

scheidungsfindung dar. 32 % der Befragten in Österreich haben Schwierigkeiten dabei, mit Hilfe der Information, die sie von ärztlicher Seite erhalten, Entscheidungen bezüglich ihrer Krankheit zu treffen (Abb.).¹³ Befragungen aus Deutschland zeigen, dass 34 % der PatientInnen „keine ausreichende Einbindung in Entscheidungsprozesse“ bemängeln.¹⁵ Dabei scheint sich, wie internationale Studien zeigen, der Grad der Einbindung von PatientInnen in Entscheidungen in dem von ihnen gewünschten Ausmaß im Verlauf der vergangenen 15 Jahre kaum erhöht zu haben.¹⁶ Eine Schwierigkeit besteht dabei darin, dass der Grad der Bereitschaft von PatientInnen, Gesundheitsempfehlungen zu befolgen, stark variiert. Eine fehlende Übereinstimmung zwischen dieser Bereitschaft seitens der PatientInnen und den ärztlichen Interventionsversuchen bedeutet, dass häufig Behandlungen an PatientInnen verschrieben werden, die nicht bereit sind, sie zu befolgen.⁷

Umgang mit Adhärenzproblemen: 83 % der PatientInnen geben an, dass sie einer Ärztin/einem Arzt nicht sagen würden, wenn sie ein neues Rezept nicht einlösen werden.¹⁷ Gleichzeitig fragen viele Ärztinnen/Ärzte nicht nach

der Adhärenz, sodass Adhärenzprobleme erst sehr spät erkannt werden.^{12, 18}

Adhärenzfördernde Gesprächsführung

Für ein gelingendes und erfolgreiches Arzt-/Ärztin-PatientInnen-Gespräch, welches auf eine partizipative Therapieentscheidung abzielt und den gegenseitigen Informationsfluss entsprechend nützt, braucht man ein gutes Kommunikationsmodell. Dieses sollte eine klare Struktur für das Gespräch bieten und es in seine einzelnen Abschnitte einteilen: von der Vorbereitung des Gesprächs über die Informationssammlung (Was weiß die Patientin oder der Patient bereits? Sind Faktoren, die die Adhärenz stören können, bereits zu erkennen? etc.) bis hin zur Informationsvermittlung und Entscheidungsfindung. Eine gute Struktur ist v. a. unter Zeitdruck und in schwierigen Gesprächssituationen essenziell. Ein solches evidenzbasiertes Modell, das einfach und klar einzusetzen ist, sind die *Calgary Cambridge Guides*.¹⁹ In der **Tabelle** werden die für die Förderung der Adhärenz wichtigsten Skills der Gesprächsführung für jeden Abschnitt der *Calgary Cambridge Guides* dargestellt. Die Übergänge zwischen den Abschnitten werden jeweils mit Zusammenfassungen eingeleitet, und nach Einwilligung der Patientin/des Patienten wird im Handlungsablauf fortgesetzt. Skills zur Beziehungsgestaltung und Strukturierung sind im gesamten Gesprächsverlauf hilfreich.

Schlussfolgerungen

Profskills zur Adhärenzförderung kann man lernen, und sie entlasten den eigenen Arbeitsalltag. Es klingt aufwändiger, als es ist. Aber noch viel aufwändiger sind die Folgen der Nichtadhärenz. Adhärenz verbessert sich

Tab.: Tipps zur adhärenzfördernden Gesprächsführung gemäß Calgary Cambridge Guides

Tipps für die Gesprächsführung	Nutzen in Hinblick auf Adhärenz
1. Beginn des Gesprächs <ul style="list-style-type: none"> • Zweck des Gesprächs klären • zeitlichen Rahmen klären • Anliegen des/der Pat. erfragen • Themenliste mit Pat. erstellen • Beziehung aufbauen 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierung über Gesprächsverlauf ermöglicht Pat., sich angemessen am Gespräch zu beteiligen. • Pat. kann sich darauf einstellen, wann seine/ihre Anliegen bzw. Bedenken behandelt werden. • Vertrauen wird aufgebaut.
2. Sammeln von Informationen <ul style="list-style-type: none"> • Einstiegsäußerungen des/der Pat. anhören, ohne zu unterbrechen • aktiv die Perspektive des/der Pat. erfragen (Vorstellungen, Bedenken, Erwartungen, Gefühle) 	<ul style="list-style-type: none"> • ermöglicht, dass Informationen, die in Hinblick auf mögliche Adhärenzprobleme wichtig sind, frühzeitig erfasst werden
3. Evtl. körperliche Untersuchung	
4. Informationen teilen, Erklären und Planen	
Die richtige Menge und Art von Informationen vermitteln <ul style="list-style-type: none"> • Vorwissen erfragen • Welche Informationen braucht der/die Pat. noch? 	<ul style="list-style-type: none"> • Infos können entsprechend dem individuellen Informationsbedarf des/der Pat. gegeben werden, fehlende Informationen können gezielt ergänzt und Falschinformationen korrigiert werden.
Erinnern und Verständnis erleichtern <ul style="list-style-type: none"> • Informationen strukturieren (kleine Informationshäppchen, dazwischen Pausen machen) • das Wichtigste zusammenfassen oder Pat. zusammenfassen lassen • präzise und leicht zu verstehende Sprache verwenden • Fachbegriffe vermeiden oder erklären 	<ul style="list-style-type: none"> • Infos werden für Pat. leichter verständlich und einprägsam. • sofortige Rückmeldung, ob Pat. die Infos richtig verstanden hat
Ein gemeinsames Verständnis herstellen <ul style="list-style-type: none"> • Infos mit PatientInnenperspektive (Sorgen, Bedenken etc.) verknüpfen • verbale und nonverbale Hinweise des/der Pat. aufgreifen • Einstellungen, Reaktionen und Gefühle des/der Pat. im Hinblick auf die gegebenen Informationen explorieren • Sicht des/der Pat. in Bezug auf Handlungsbedarf, subjektiven Nutzen, Hindernisse, Motivation erfragen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Hindernisse, Bedenken, Sorgen werden frühzeitig erkannt und können besprochen werden.
Gemeinsame Entscheidungsfindung <ul style="list-style-type: none"> • ermitteln, in welchem Maße der/die Pat. an der aktuellen Entscheidung beteiligt werden möchte • Vorschläge machen und Optionen anbieten anstatt Anweisungen geben • die eigene Präferenz für Handlungsoptionen oder das Fehlen einer klaren Präferenz deutlich machen • die Präferenzen des/der Pat. ermitteln, den/die Pat. ermutigen, eigene Ideen und Vorschläge einzubringen • eine für beide angemessene Vorgehensweise vereinbaren • beim Pat./bei der Pat. überprüfen, ob die Vereinbarung akzeptiert wird und ob Bedenken Rechnung getragen wird 	<ul style="list-style-type: none"> • ermöglicht dem/der Pat., den Entscheidungsprozess nachzuvollziehen • bezieht den/die Pat. in dem von ihm/ihr gewünschten Maße ein und erhöht die Mitwirkung des/der Pat. an vereinbarten Maßnahmen • ermutigt den/die Pat., bei der Umsetzung eine aktive und selbständige Rolle einzunehmen und Verantwortung zu übernehmen
5. Beendigung des Gesprächs <ul style="list-style-type: none"> • die weitere Vorgehensweise planen • nächste Schritte planen, noch einmal überprüfen, dass der/die Pat. die vereinbarte Vorgehensweise mitträgt, dass er/sie sich damit wohlfühlt • nachfragen, ob der/die Pat. noch Anmerkungen, Fragen oder weitere Anliegen hat 	<ul style="list-style-type: none"> • ermöglicht abschließend noch einmal, die Bereitschaft des/der Pat. zur Mitwirkung einzuschätzen • stärkt die Allianz
Während des gesamten Gesprächs:	
A) Aufbauen und Aufrechterhalten der Beziehung	
<ul style="list-style-type: none"> • Empathie, Verständnis und Wertschätzung für die Gefühle und die Lage des/der Pat. vermitteln • Sichtweisen und Gefühle des/der Pat. explizit anerkennen • partnerschaftliche Zusammenarbeit anbieten • Überlegungen mit dem/der Pat. teilen, Gründe erklären 	<ul style="list-style-type: none"> • stellt eine professionelle Allianz mit dem Pat./der und ein partnerschaftliches Rollenverständnis her • Eine vertrauensvolle Beziehung wird aufgebaut, wodurch ein offenes Besprechen von Adhärenzproblemen begünstigt wird.
B) Strukturieren des Gesprächs	
<ul style="list-style-type: none"> • am Ende von Gesprächsabschnitten zusammenfassen, überleiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierung über Gesprächsverlauf ermöglicht Pat., sich angemessen am Gespräch zu beteiligen.

Quelle: Silverman et al. 2013; Darstellung: GÖG

durch gute Gesprächsführung, denn diese ermöglicht eine effiziente und effektive Kommunikation von wichtigen Inhalten der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung. Gleichzeitig wissen wir: PatientInnenzentrierte Gespräche dauern nicht notwendigerweise länger, sondern können diese im Gegenteil sogar effizienter machen. Maßnahmen in diesem Bereich sind nicht als „Nice-

to-have“, sondern als unerlässliche – und auch gesundheitsökonomisch sinnvolle – Interventionen zu sehen. Die gute Nachricht: Gute Gesprächsführung ist lehr- und lernbar – lebenslang. Das Trainernetzwerk der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) bietet Kommunikationstrainings für Gesundheitsberufe auf der Basis von evidenzbasierten Standards an.* Darüber hinaus

braucht die Verbesserung der Gesprächsqualität auch eine Adaptierung der Rahmenbedingungen in unseren Gesundheitseinrichtungen und im Gesundheitssystem. ■

* Wenn Sie Interesse an einem Kommunikationstraining für Gesundheitsberufe (nach ÖPGK-tEACH-Standard) in der Inneren Medizin haben, wenden Sie sich bitte an evelyn.kunschitz@chello.at

BOX 2 – PatientInnenzentrierte Gesprächsführung

Dr.: Guten Tag Herr Wagner. Was für ein Problem führt Sie hierher?
 Pat.: Ich habe wieder einen unregelmäßigen Puls ...
 Dr.: Mhm.
 Pat.: Das macht mich auch sehr unruhig.
 Dr.: Mhm.
 Pat.: Das Klopfen ist vor allem in Ruhe spürbar, aber bei Anstrengung bekomme ich immer schlechter Luft.
 Dr.: *wartet ab*
 Pat.: Es macht mir Angst.
 Dr.: Ich verstehe.
 Pat.: Wissen Sie, mein Vater starb an einem Schlaganfall, und ich habe Angst, dass dasselbe mit mir passiert.
 Dr.: Ich verstehe Ihre Sorge, und ich möchte Ihnen gleich ein paar spezifische Fragen dazu stellen. Bevor ich beginne, gibt es noch etwas, das Sie besorgt oder was ich noch wissen sollte?
 Pat.: Nein.

Orientierungen/Strukturierungen sind zentral, damit sich Pat. am Gespräch beteiligen können.²

Ein Eingehen auf verbale und nonverbale Hinweise und Signale von Pat. reduzieren die Gesprächsdauer um 10–12 %.³

Wenn Pat. nicht unterbrochen werden, beträgt ihre spontane Redezeit ca. 92 s, bis sie ihr Eröffnungsstatement von selbst beenden.⁴

Die Verwendung des Fragetrichters (von offenen zu geschlossenen Fragen), von unterstützendem Gesprächsverhalten und von Zusammenfassungen führen zu einer größeren Menge an erhaltenen Informationen.⁵

¹ Marvel MK et al., JAMA 1999; 281(3):283–7

² Robins L et al., Patient Educ Couns 2011; 83(1):73–9

³ Levinson W et al., JAMA 2000; 284(8):1021–7

⁴ Langewitz WA et al., BMJ 2002; 325(7366):682–3

⁵ Takemura Y et al., Tohoku J Exp Med 2007; 213(2):121–7

⁶ Horne R et al., Concordance, adherence and compliance in medicine taking. 2005, National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation (NCCSDO): London

⁷ WHO, Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003, World Health Organization: Geneva

⁸ Ozaki AF et al., Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2020; 13(3):e005969

⁹ Cutler RL et al., BMJ Open 2018; 8(1):e016982

¹⁰ Zolnieriek KB et al., Med Care 2009; 47(8):826–34

¹¹ Kelley JM et al., PLoS One 2014; 9(4):e94207

¹² Schwartz DD et al., Clin Diabetes 2017; 35(1):35–42

¹³ HLS-EU-Consortium, Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey. 2012, The international Consortium of the HLS-EU Project: Online. p. 92

¹⁴ Leuprecht E et al., Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Ergebnisse 2015. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission. 2016, Bundesministerium für Gesundheit: Wien.

¹⁵ Stahl K et al., Picker Report 2016: Vertrauen braucht gute Verständigung. Erfolgreiche Kommunikation mit Kindern, Eltern und erwachsenen Patienten. 2016, Picker Institut Deutschland GmbH. p. 44

¹⁶ Care Quality Commission, 2016 Adult Inpatient Survey. Statistical release. 2017

¹⁷ Lapane KL et al., Am J Manag Care 2007; 13(11):613–8

¹⁸ Brown MT et al., Mayo Clin Proc 2011; 86(4):304–14

¹⁹ Silverman J et al., Skills for communicating with patients. 3rd ed. 2013, London: Radcliffe