

# Arzt-Patienten-Verhältnis

## Einfluss auf die Patientenkommunikation

ARNO WILHELM + FLORIAN SCHMITTGALL



**D**irect-to-Consumer-Konzepte erfreuen sich wachsender Beliebtheit und der Wertewandel im Arzt-Patienten-Verhältnis gibt diesem Ansatz grundsätzlich Recht. Der gut informierte Patient strebt nach mehr Mitspracherecht bei der Therapieentscheidung. In einer Studie der Universität Witten/Herdecke und der Bertelsmann-Stiftung zum Thema Shared Decision Making artikulierten mehr als die Hälfte der Patienten den Wunsch nach einer gemeinsamen Therapieentscheidung – Tendenz steigend. Dennoch sind die in Deutschland geführten Arzt-Patienten-Gespräche im europäischen Vergleich durch die größte Arzt-Zentriertheit und die kürzeste Gesprächsdauer charakterisiert. Eine aktive Einflussnahme des Patienten auf die Therapie wird hierdurch erschwert. Ein erfolgreicher DtC-Ansatz muss daher nicht nur auf das Infor-

mationsbedürfnis der Patienten, sondern auch auf die Anforderungen und das Verhalten der Verordner maßgeschneidert sein.

### Die Ausgangssituation

Die Zeiten eines paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnisses gehören der Vergangenheit an. Während in den 80er Jahren Patienten von ihrem Arzt vor allem gut informiert werden wollten, die Wahl der Behandlung aber lieber ihm überließen, sprechen sich mittlerweile 57 Prozent für eine gemeinsame Therapieentscheidung aus. In der Altersgruppe zwischen 25 und 34 Jahren fordern sogar schon 64 Prozent eine gemeinsame Entscheidung (1). Da der Wunsch nach Mitsprache außerdem mit dem Informationsgrad der Betroffenen zunimmt, belegen diese Zahlen grundsätzlich die Bedeutung der strategischen Patientenansprache für die pharmazeutische Industrie.

Der Erfolg solcher Kommunikationsmaßnahmen hängt allerdings davon ab, ob alle entscheidenden Parameter ausreichend analysiert und bei der Planung berücksichtigt wurden.

### Parameter für die Zielgruppe Patient

Im ersten Schritt geht es darum, das Potential des Patientenkollektivs zu analysieren. Die entscheidende Frage lautet: Besteht die Aussicht auf einen ausreichenden Return-on-Investment? Um eine entsprechende

Antwort zu finden, bedarf es einerseits der Analyse von klassischen Marktparametern, wie Größe des Patientenkollektivs sowie der Konkurrenzsituation usw. (2). Andererseits existieren bislang seltener berücksichtigte Parameter, die direkten oder indirekten Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis nehmen und damit die Möglichkeiten des Patienten über die Therapie mit zu entscheiden determinieren. Hierzu zählen:

■ **Alter und sozialer Status des Patientenkollektivs:** Der Mitsprachewunsch bei der Therapieentscheidung nimmt mit sinkendem Sozialstatus und zunehmendem Alter ab. So wünschen sich nur noch 43 Prozent der über 65-jährigen eine gemeinsame Therapieentscheidung (1).

■ **Krankheitsverlauf und Schwere der Erkrankung:** Bei schweren und akuten Erkrankungen wünscht sich eine zunehmende Anzahl

der Patienten, dass der Arzt alleine über die Therapie entscheidet. Bei chronisch Kranken wollen 73 Prozent selber oder gemeinsam mit dem Arzt über die Therapie entscheiden (1).

■ **Urteilsfähigkeit:** Die Urteilsfähigkeit hängt einerseits mit von den oben genannten Parametern, wie Alter und Bildungsgrad ab, andererseits von der Komplexität der Erkrankung, der geistigen Einschränkung durch die Erkrankung selbst (z. B. Demenz) sowie den verfügbaren, patientengerechten Informationen.

**„Die Ärzte schätzen ihr Kommunikationsverhalten deutlich besser ein als ihre Patienten.“**

### Fachgruppen als wesentliche Erfolgsparameter

Der Patientenwunsch nach einer gemeinsamen Therapieentscheidung hängt wesent-

*Dr. Arno Wilhelm ist seit 2005 Managing Director bei der PR-Agentur newswerk in Stuttgart. Zuvor war der promovierte Biologe mehrere Jahre bei Pleon Healthcare in München beschäftigt. Sie erreichen ihn unter arno.wilhelm@newswerk.com*

*Florian Schmittgall ist seit 2002 Managing Director bei TOWER 5, einer auf Dialogmarketing und DtC spezialisierten Agentur mit Sitz in Stuttgart. Zudem ist der Diplom-Betriebswirt Geschäftsführer der Schmittgall Werbeagentur. Sie erreichen ihn unter florian.schmittgall@tower5.de*

lich von der Bereitschaft der Ärzte ab, die Betroffenen aktiv in diese Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Daher erfordert jede strategische Patientenkommunikation die Einbindung der Verordner. Allerdings gilt es die Frage zu stellen, wie stark Ärzte für den Erfolg einer solchen Kommunikationskampagne einbezogen werden müssen? Reicht eine passive Einbindung durch bloße Information aus oder ist ein aktiver Part eine *conditio sine qua non*? Hierzu bedarf es zuerst einer Analyse der ärztlichen Sicht auf das Thema Shared Decision Making.

Rund zwei Drittel der Ärzte sprechen sich für eine gemeinsame Therapieentscheidung von Arzt und Patient aus (3). Damit ist die Akzeptanz von Shared Decision Making bei Ärzten höher als bei Patienten. Dies gilt sowohl für Haus- als auch für Fachärzte. Dennoch sind die Arzt-Patienten-Gespräche in Deutschland im europäischen Vergleich am stärksten arztzentriert (4). Wie passt dies zusammen? Im Wesentlichen existiert hier eine Diskrepanz zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung der Ärzte. So geben zum Beispiel 66 Prozent der Ärzte an, die Vorstellung der Patienten in das Arzt-Patienten-Gespräch mit einzubeziehen. Diese Meinung wird aber nur von 37 Prozent der Betroffenen geteilt (3). Insgesamt zeigt sich, dass Ärzte ihr Kommunikationsverhalten deutlich positiver einschätzen als ihre Patienten (Abb. 1).

Hieraus lassen sich folgende Forderungen für die Einbindung der Ärzte in die strategische Patientenkommunikation stellen:

■ **Aktive Einbindung der Ärzte ist das Optimum:** Die Verordner stellen einen wesentlichen limitierenden Faktor für den Erfolg von strategischer Patientenkommunikation dar. Um die Akzeptanz von DTC-Maßnahmen bei Ärzten zu erhöhen, ist eine aktive Einbindung einer passiven, rein informativen immer vorzuziehen.

■ **Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit des Arztes:** Hier gilt es an mehreren Punkten anzusetzen: Die Basis ist sicherlich, den Verordnern die Vorteile zu vermitteln, die für sie hinsichtlich Patientenführung und Compliance durch gezielte Patienteninformation entstehen. Hier sind zum Beispiel entsprechende Publikationen in der medizinischen Fachpresse und die thematische Einbindung in Medical Education-Maßnahmen zu empfehlen.

Zudem sollten Ärzten Kommunikationsinstrumente an die Hand gegeben werden, die sie im Arzt-Patienten-Gespräch kommunikativ unterstützen. Da die Gesprächszeit in Deutschland im europäischen Vergleich sehr kurz ist (4), gilt es, Tools zur Effizienzsteigerung anzubieten. Zum Beispiel, indem man FAQs sowie indikations- und produktbezogene Informationen laiengerecht aufbereitet und dem Arzt als Abgabematerial zur Verfügung stellt.

Des Weiteren sollte den Fachgruppen ein verbessertes Gespür für die Bedürfnisse der Betroffenen vermittelt werden. Frei nach dem Motto: Wie spreche ich mit meinem Patienten? Indikationsbezogene Gesprächsleitfäden in der medizinischen Fachpresse, die als Sonderpublikationen auch als Abgabematerial für den Außendienst verwendet werden können oder der Einsatz von e-Learning-Tools sind hier Möglichkeiten. ■

## ANALGETIKA Was Ärzte bei der Auswahl denken

Die mit Einzelexperimenten durchgeführte Grundlagenstudie zeigt, welche Überlegungen die Ärzte bei der Auswahl anstellen und wie auf dieser Grundlage die Perspektiven der 16 wichtigsten Wirkstoffe (von ASS bis Fentanyl) einzuschätzen sind.

Besonders interessante Perspektiven ergeben die umfangreichen Analysen für hochpotente Opioidanalgetika, aber auch unter den niedrigpotenten Opioiden und den NSAR finden sich einige Wirkstoffe mit günstiger Positionierung.

Preis: € 1.850 + MWSt. Infos bei: MARIS-Forschung, Dr. Irene Fischer, Buchklingen 19, 91448 Emskirchen, Tel: 09104/ 897969

### Literatur

- (1) Floer, B., Schnee, M., Böcken, J., Streich, W., Kunstmann, W., Isfort, J., Butzlaff, M. Shared Decision Making: Gemeinsame Entscheidungsfindung aus Patientenperspektive Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004; 129 (44): 2343-2347
- (2) Wilhelm, A., Schmittgall, F., Krenz, W., Besse, D., Schmittgall, B. DTC braucht Struktur. Pharma Relations 2006; 1: 26-27
- (3) Floer, B., Schnee, M., Böcken, J., Streich, W., Kunstmann, W., Isfort, J., Butzlaff, M. Shared Decision Making: Gemeinsame Entscheidungsfindung aus der ärztlichen Perspektive. Medizinische Klinik 2004; 99 (8): 435-440
- (4) Bahrs, O., Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. GGW 2003; 3: 17-23

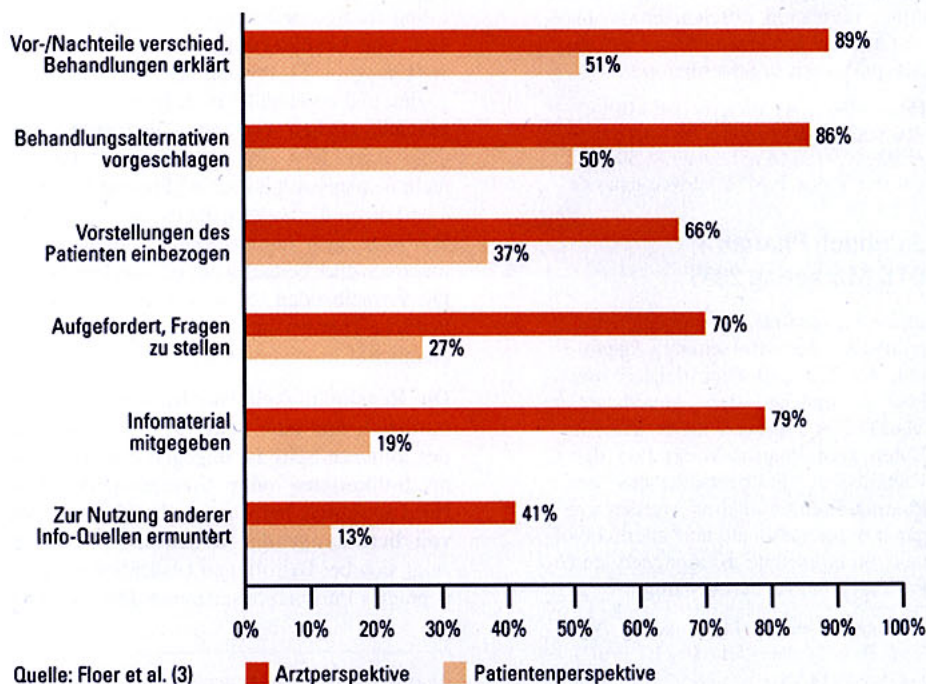


Abb. 1: Verhalten des Hausarztes aus Patienten- und Arztperspektive