

Abstract

Titel: Neuroleadership in der Medizin.

SCARF-Modell in der Arzt-Patienten-Beziehung

Kurzzusammenfassung:

Angesichts der grösseren Heilerfolgsaussichten bei einer Kooperation zwischen dem Arzt und dem kritischer gewordenen Patienten wird in den letzten Jahren im gemeinsamen Gesundheitsinteresse ein symmetrisches Arzt-Patienten-Verhältnis angestrebt. Es ist bekannt, dass die Hälfte aller chronisch Kranken ihre Therapie bereits nach einem Jahr abbricht, was schwerwiegende klinische Konsequenzen und finanzielle Folgen haben kann. Erkenntnisse aus dem Bereich Neuroleadership, insbesondere die Anwendung des SCARF-Modells in der Arzt-Patienten-Beziehung, könnten die Adherence der Patienten verbessern. Dies implizieren fMRI-Studien, welche zeigen, dass die Berücksichtigung der fünf SCARF-Dimensionen (Status, Certainty, Autonomy, Relatedness, Fairness) im Führungsstil neuronale Belohnungsreaktionen hervorruft bei gleichzeitiger Reduktion der neuronalen Bedrohungsreaktionen.

Verfasserin: Sylvia Winistörfer

Herausgeber: Matthias Küffer

Veröffentlichung: 01. März 2019

Zitation: Sylvia Winistörfer, 2019, Neuroleadership in der Medizin.

SCARF-Modell in der Arzt-Patienten-Beziehung.

FHS St.Gallen – Hochschule für Angewandte Wissenschaften: Masterarbeit

Schlagworte: Neurobiologie, Führungsstil, Arzt / Patient, Adherence

Ausgangslage

Angesichts der grösseren Heilerfolgsaussichten bei einer Kooperation zwischen der ärztlichen Fachperson und den kritischer gewordenen Kranken wird in den letzten Jahren im gemeinsamen Gesundheitsinteresse ein symmetrisches Arzt-Patienten-Verhältnis angestrebt. Dennoch wird noch häufig das inzwischen als überholt geltende „paternalistische Denken“ in der Arzt-Patienten-Beziehung praktiziert, was zu einer vormundschaftlichen Beziehung zwischen Herrscher (Arzt) und Beherrschten (Patienten) führt. Dies kann dazu führen, dass die erkrankte Person die Therapievorschläge gar nicht berücksichtigt. Es ist bekannt, dass ca. die Hälfte aller chronisch Kranken ihre Therapie bereits nach einem Jahr endgültig abbricht, was schwerwiegende klinische Konsequenzen und somit auch finanzielle Folgen haben kann.

Insbesondere jüngere Erkrankte sind zunehmend „mündiger“ und kommen mit konkreten Vorstellungen und Wünschen in die ärztliche Praxis. Wird ihrem Bedürfnis nicht entsprochen, wechseln diese zu einem anderen Anbieter, bzw. einer anderen Praxis. Deshalb braucht die ärztliche Fachperson gute Fuhrungskennntnisse, um die vermeintlich „mündige“ zu behandelnde Person - oder besser Kundschaft - zur Genesung und zum Erhalt oder zur Verbesserung des Gesundheitszustandes zu führen. Leider verhindert nicht selten eine schlechte Patienten-Adherence, d.h. eine schlechte Therapietreue der Erkrankten, die effektive Behandlung durch die ärztliche Fachperson.

Könnten nun Erkenntnisse aus dem Bereich Neuroleadership der ärztlichen Fachperson helfen, die Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern? Könnte durch Anwendung des SCARF-Modells die Malcompliance reduziert werden?

Neuroleadership ist ein Ansatz, mit dessen Hilfe es sowohl gelingt, Leistungsprobleme zu lösen, wie auch die Gesundheit der Führungskräfte und Angestellten zu fördern. Dies wirkt sich wiederum nachhaltig positiv auf die Leistungserbringung und somit auf den Unternehmenserfolg aus. Es geht um die Beantwortung folgender Frage: Was können Führungskräfte aus den Erkenntnissen der Neurowissenschaften lernen, um ihren Job noch besser als bisher zu machen? Hierzu ein treffendes Zitat von Julia Sander, Rektorin Fernhochschule Riedlingen: „Wer Leistung fordert und Gesundheit fördert, tut gut daran zu verstehen, wie das menschliche Gehirn funktioniert.“

Der Begriff „Neuroleadership“ wurde von David Rock im Jahr 2006 eingeführt. Das SCARF-Modell stellt eine Weiterentwicklung der ursprünglichen Überlegungen von Rock dar (Rock, 2008) und ist demnach als Präzisierung des Begriffs Neuroleadership zu verstehen. Das Akronym SCARF steht für „Status“, „Certainty“, „Autonomy“, „Relatedness“ und „Fairness“. Die Berücksichtigung dieser fünf Dimensionen im Verhalten der Führungskraft erhöhet die

Wahrscheinlichkeit von neuronalen Belohnungsreaktionen bei gleichzeitiger Reduktion der neuronalen Bedrohungsreaktionen, was in diversen fMRI-Studien nachgewiesen wurde.

Bezüglich Neuroleadership existieren diverse Fachbücher und publizierte Studien. Ebenso gibt es nebst Fachzeitschriften etliche Fach- und Lehrbücher, welche sich mit der Thematik Arzt-Patienten-Beziehung und der Problematik der Malcompliance auseinandersetzen. Es gibt aber noch keine Studie, in welcher explizit die Umsetzung des SCARF-Modells zwecks Verbesserung der Adherence in der Arzt-Patienten-Beziehung untersucht wurde. Ansätze diesbezüglich gibt es jedoch. Hier sind die Untersuchungen von Rosenberg (2015) zu nennen, in welchen er nachweisen konnte, dass Kranke eher zu Adherence neigen, wenn die ärztliche Fachperson Präsenz, Wertschätzung und Empathie zeigt, was die Dimension „Status“ berücksichtigt.

Ziel

In dieser Arbeit wird aufgezeigt, wie sich Ansätze des Neuroleaderships in der Arzt-Patienten-Beziehung umsetzen lassen, um eine gute Adherence bzw. Therapietreue der zu behandelnden Personen zu erreichen. Aufgeteilt auf die fünf Dimensionen des SCARF-Modells wird eine Anleitung für medizinische Fachpersonen dargestellt, welche es ihnen ermöglichen soll, in der Arzt-Patienten-Beziehung eine gute Adherence der Kundschaft zu erreichen.

Des Weiteren werden Tipps für den Umgang mit der elektronischen Krankengeschichte gegeben, damit die zu behandelnde Person nebst dem Eintippen von Daten durch die medizinische Fachkraft nicht zu kurz kommt.

Diese Arbeit soll einen Leitfaden darstellen, der es einer medizinischen Fachperson ermöglicht, das Problem der Non-Adherence anzugehen.

Vorgehen

Die Masterarbeit basiert auf einer Literaturstudie, wobei zuerst der Begriff Neuroleadership und dessen verschiedenen Ansätze beschrieben werden und näher auf das sogenannte SCARF-Modell (siehe weiter oben) eingegangen wird. Anschliessend wird erläutert, was unter einer Arzt-Patienten-Beziehung zu verstehen ist. Dabei liegt der Schwerpunkt beim Problem der Non-Adherence – also der Therapieuntreue. Da die Digitalisierung auch im Gesundheitswesen auf dem Vormarsch ist und sich die medizinischen Fachkräfte unweigerlich damit befassen müssen, wird in einem zusätzlichen Kapitel basierend auf der Studie von Endl et al. (2015) näher auf diese Thematik eingegangen. Es werden Potenziale aber auch Risiken von eHealth, insbesondere von mobilen Health-Anwendungen als Teilgebiet der

eHealth, aufgezeigt und Bezug auf deren Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung genommen. Im Hauptteil wird dargestellt, wie das SCARF-Modell in der Arzt-Patienten-Beziehung zwecks Erreichung einer besseren Adherence umgesetzt werden könnte.

Erkenntnisse

Die Berücksichtigung der fünf Dimensionen des SCARF-Modells „Status“, „Certainty“, „Autonomy“, „Relatedness“ und „Fairness“ in der Arzt-Patienten-Beziehung kann zu einer verbesserten Adherence der zu behandelnden Personen beitragen. Doch dies ist eine Hypothese, welche nach Studium der gängigen Literatur bzgl. Neuroleadership, Arzt-Patienten-Beziehung und der Problematik der Therapieuntreue aufgestellt wurde. Da bei positiver Verstärkung der fünf SCARF-Dimensionen gemäss Rock (2008) das Belohnungssystem aktiviert wird, ist es naheliegend, dass durch deren Umsetzung in der Arzt-Patienten-Beziehung die Adherence der zu Behandelnden verbessert werden kann.

Um dies wissenschaftlich zu bestätigen sind aber konkrete Studien nötig, welche gezielt die Anwendung des SCARF-Modells in der Arzt-Patienten-Beziehung zwecks Verbesserung der Adherence untersuchen. Hierzu wird eine potenzielle Fragebogenstudie vorgestellt, in welcher ein gut validierter Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (Dutch Patient Satisfaction Questionnaire) von Bouter et al. (2016) eingesetzt würde, wobei die unterschiedlichen Fragen in die fünf Dimensionen des SCARF-Modells eingeteilt und anschliessend mit der Gesamtzufriedenheit in Beziehung gesetzt werden müssten. Zusätzliche Messungen bzgl. der Therapietreue, wie zum Beispiel Medikamentenspiegel im Blut, wären ausserdem hilfreich, um eine allfällige Verbesserung der Adherence nachzuweisen.

Literaturquellen

- Bouter, H., Niewerk, A., & VanVeeteren, S. (2016). DUPS-Q. Nu zitten wij met de gebakken peren. *Niederl Tijdschr Management Gezondheidszorg*, 55, S. 164-178.
- Endl, R., & Jaeschke, T. (2015). *mHealth im Kontext des elektronischen Patientendossiers. Eine Studie im Auftrag von eHealth Suisse*. St. Gallen: FHS, Institut für Informations- und Prozessmanagement.
- Rock, D. (2008). SCARF; A brain-based model for collaborating with and influencing others. *Neuro-Leadership Journal*, Issue 1.
- Rosenberg, M., & Chopra, D. (2015). *Nonviolent communication: A language of life*. Encinitas, CA: PuddleDancer Press.