

Abbildung aus urheber- bzw. leistungsschutzrechtlichen Gründen entfernt

Allgemeinärzte

Grippe behandeln – eine Treatment-Journey

Alle Jahre wieder ereilt uns in epidemiologischer Regelmäßigkeit zwischen KW 50 und KW 12 eine Grippewelle. Zwar hat sie nicht Ausmaße wie 1918/19 mit über 250.000 Grippetoten, doch schlägt sie besonders bei Kindern und älteren Menschen zu. Leidensdruck, Krankmeldungen und volle Arztpraxen sind die Folge, Ärzte rufen Behandlungsheuristiken ab. Gut und schnell für den Arzt, wirklich gut auch für Patienten?

Autoren: Dr. Uwe Lebok und Jan Pelikan, K&A BrandResearch

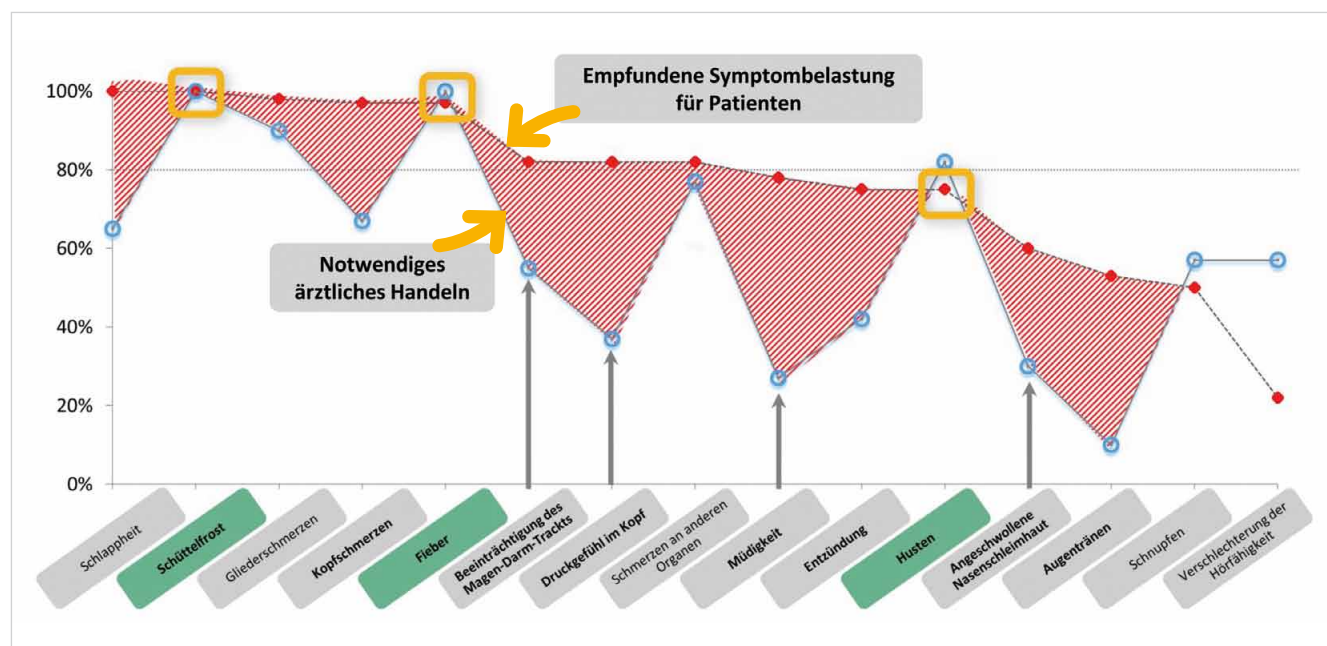
Im Rahmen einer repräsentativen Eigenstudie zu Influenza und akuten Atemwegserkrankungen hat sich K&A BrandResearch mit der Entscheidungsfindung von Ärzten auseinandergesetzt. Mittels der Methode K&A Customer-Matrix wurden Patienten (n=400), Allgemeinmediziner (n=100) und Apothe-

ker (n=100) in ihrem Verhalten bei der Bewältigung, Diagnose und Therapie von Atemwegserkrankungen (inkl. Grippe) analysiert. Übereinstimmend mit der Wahrnehmung bei Patienten prägen auch beim Arzt Symptome wie Fieber, Husten, Schnupfen, Gliederschmerzen die ungestützte Wahrnehmung, gefolgt

von Eindrücken über die Schwere der Krankheit und den dahinter stehenden leidenden Patienten.

An dritter Stelle folgen aber bereits Gedanken zum Selbstschutz und der vermeintlichen Ansteckungsgefahr im Wartezimmer (13%). Selbstwirksamkeit in der Behandlung der schmerzvollsten

Abb. 1: Wie Ärzte Symptome abwägen



Quelle: K&A-Influenza-Studie 2016 (n = 600)

Ärztlich empfundene Symptombelastung bei Patienten und intendierte Notwendigkeit für ärztliches Handeln liegt z.B. bei Fieber vor

Symptome als guter (heilender) Arzt und Selbstschutz („Nicht selbst zu erkranken“) stehen im Vordergrund.

Wenn der Hals kratzt...

Erkältungswellen führen in der Arztwahrnehmung zu vollen Praxen, aber auch zu erwarteten Symptomen der betroffenen Patienten. In jeden Fall will der Arzt helfen. Auch bei scheinbar weniger akuten Symptomen verordnet der Arzt mit 90-prozentiger Wahrscheinlichkeit laut K&A Influenza-Studie medikamentöse Therapien. Symptomatische Behandlung und die Vermeidung von Komplikationen sind für Ärzte bei Influenza-Diagnose empirisch die vorrangigsten Therapieziele. Symptomatisch zu behandeln hat sogar eine tendenziell höhere Priorität als die ursächliche Behandlung (88% vs. 62%) – sicherlich Ausdruck dafür, dass die zwischenmenschliche Komponente infolge des von Patientenseite vermittelten Leidensdruck das ärztliche Handeln stark tangiert.

Unbewusst unterscheidet der Arzt aber in seiner Treatment Journey danach, ob bei Grippeverdacht „normaler“ oder hoher Belastungsgrad beim Patienten vorliegt. Abgesehen davon, dass Patienten in der Regel erst dann zum Arzt gehen, wenn

mehr als vier Symptome gleichzeitig vorliegen, wägt der Allgemeinmediziner die Symptome ab. Hohe Belastung haben Patienten in der ärztlichen Wahrnehmung, wenn Schüttelfrost, Gliederschmerzen, Fieber oder Husten in Kombination vorliegen. In solchen Fällen überlappen sich die Bereitschaft, sofort zu handeln, und die empfundene Symptombelastung bei den Patienten (Abb. 1). Schläppheit, Müdigkeit, Kopfschmerzen oder Schnupfen sind dagegen Symptome, die den Patienten im Alltag stark beeinträchtigen, die aber für viele Ärzte im Diagnoseumfeld ‚dazugehören‘ und nicht notwendigerweise zu behandeln sind.

Aus Patientensicht werden die wesentlichen Erwartungen an den Arzt stets erfüllt: Zu 77 Prozent erhält der Patient Therapieempfehlungen, die zu einer schnelleren Genesung führen, zu 97 Prozent erhält er auch eine Krankschreibung, sofern es ein Patient wünscht. Auch geht ein Patient nach einem Arztbesuch niemals leer aus: Zumindest ein Medikament wird im Durchschnitt verordnet – unabhängig von der Schwere der Erkrankung. In weniger schwerwiegenden Fällen werden Patienten häufig mit Diagnosen wie ‚grippaler Infekt‘ oder ‚schwerwiegende Erkältung‘ nach Hause geschickt. Ein Medikament ist auch hier stets dabei, was in der Psycholo-

gie als Mitbringsel-Effekt umschrieben wird. Dagegen werden Labordiagnostiken bezüglich Influenza mit Tests auf bestimmte Antikörper in der Patientenwahrnehmung eher selten vorgenommen.

Bei Patienten mit hohem (empfundener!) Belastungsgrad (ca. 40% der Betroffenen) sind Labordiagnostiken eher die Regel, bei Patienten mit normalen Belastungsgrad eher die Ausnahme. Eigene Erfahrungen als Basis der Regelmäßigkeit von Erkältungswellen scheinen hier stärker wirksam für die Entscheidungsfindung zu sein.

Aus Patientensicht gewinnt das Internet immer mehr an Bedeutung. Insbesondere bei Betroffenen aus ‚Gen YZ‘ (Geburtsjahrgänge 1980 und jünger) kommt eine schnelle Vorabinformation über Krankheit, Krankheitsverläufe und möglichst optimale Behandlung immer häufiger vor. Für die Selbstwahrnehmung der Allgemeinmediziner bei der Behandlung von breitenwirksamen Volkskrankheiten sicherlich eine zusätzliche Herausforderung: Dass sich mittelfristig aufgrund der Digitalisierung von Gesundheitsthemen das Arztbild nach innen und außen deutlich verändern wird, dafür liefern psychodramatische Analysen durch K&A BrandResearch zahlreiche Indikatoren.

Psychologische Determinanten der Therapie-Entscheidung

Aktuell hält das konservative Rollenverständnis der Ärzte den Einflüssen sozialer Netzwerke (noch) stand: Der Patient kommt als Leidender in die Praxis, erhofft sich Besserung seiner Influenza durch den Arzt; und der Arzt verordnet gemäß seiner Autorität und seines Wissensvorsprungs die passende Therapie. In diesem Zusammenhang wirken auf seine Entscheidungsfindung neben der diagnostischen Krankheitsschwere, seinen bisherigen Erfahrungswerten und Kontakten zu Therapien auch psychologische Determinanten. Grundsätzlich folgen Ärzte stets dem hippokratischen Eid, alle Patienten angemessen und möglichst gleichwertig zu behandeln sowie jegliche weitere Ansteckungsgefahr zu vermeiden. Darüber hinaus geben aber bereits mehr als 40 Prozent aller befragten Ärzte an, psychologische Faktoren und Patienten-

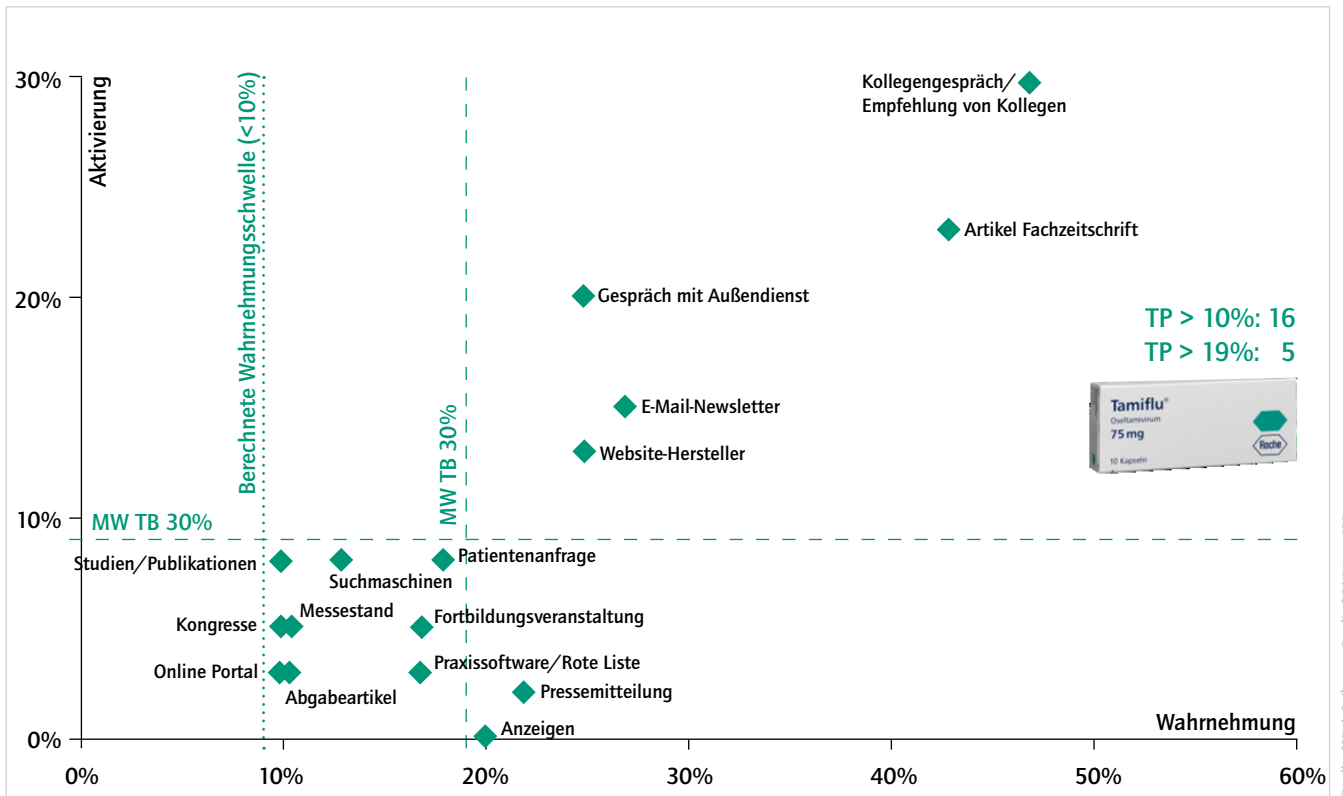
wünsche in der Influenza-Therapie zu berücksichtigen. Kassenzugehörigkeit, beruflicher Status und Bildungsniveau der Patienten spielen für mehr als zwei Drittel der Allgemeinärzte keine objektive Rolle für die Therapieauswahl. Umgekehrt kann aber auch argumentiert werden, dass der Patientenstatus für ärztliche Entscheidungen grundsätzlich immer wichtiger wird. Im Rahmen unserer Influenza-Studie wurden beispielsweise auch Patiententypen beschrieben, denen der befragte Arzt Verordnungskriterien zuordnen sollte. Im Ergebnis ließen sich auch für Influenza signifikante Verhaltensunterschiede ermitteln: Akademiker und dynamisch-aktive Patiententypen (Manager, beruflich Erfolgreiche etc.) erhalten öfter automatisch antivirale Therapien. Beispielsweise bei Rentnern überwiegt dagegen die Einstellung, den Krankheitsverlauf zu beobachten und abzuwarten. Bei Hartz IV-Empfängern mit impliziter Non-Compliance tendieren Allgemeinmediziner auch schon mal zu Low-Cost-Behandlungsalternativen.

Solche Verhaltensweisen finden nicht bewusst statt, sondern eher unbewusst. Was Daniel Kahneman als „schnellen System 1-Mechanismus“ bei Alltags-Entscheidungen (Autopilot, implizit, Erfahrungswissen) umschreibt, thematisieren Trope & Liberman (2010) mit dem Modell der psychologischen Distanz. Die Construal Level Theory (CLT)¹, die den Zusammenhang zwischen psychologischer Distanz und Abstraktionsniveau der mentalen Präsenz von Sachverhalten beschreibt, besagt, dass die mentale Repräsentanz umso abstrakter ist, je größer die psychologische Distanz zu diesen Sachverhalten oder Gedanken ist. Die Distanz kann sich dabei zeitlich, räumlich oder auch sozial in der realen Welt manifestieren.

Distanz zu Medikamenten

Ein Beispiel aus dem Bereich der Erkältungskrankheiten und aus der Sicht der Patienten: Wenn nach langer Zeit wieder einmal grippeähnliche Symptome auf-

Abb. 2 Touchpointwahrnehmung und Aktivierungsleistung für Tamiflu bei Allgemeinärzten



Entscheidend für Verordnungseinstellung sind Gespräche unter Kollegen

Quelle: K&A-Influenza-Studie 2016 (n = 600)

kommen, ist die psychologische Distanz zu Medikamenten für Erkältungskrankheiten bei den meisten Patienten sehr hoch. Es ist für viele Betroffene lange her, seit sie eine Erkältung hatten und Medikamente zum Einsatz kamen. Die Therapien sind eher abstrakt repräsentiert und als ‚irgendein Hustenmittel‘ abgespeichert. Wird die psychologische Distanz jedoch kleiner, weil sich die Symptome verschlimmern oder weil sie sich im Internet oder in der Apotheke/beim Arzt informiert haben, wird auch die mentale Präsenz von Erkältungsmitteln konkreter.

Das Modell der psychologischen Distanz lässt sich konsumentenseitig auf zahlreiche aktuelle Themen anwenden: Brexit, Trump, Demokratieverständnis – Dinge, die weniger präsent sind, weniger emotional berühren, erleben stärkere psychologische Distanz. Das betrifft eine unnahbare EU im Vergleich zu mittelbaren Ängsten, aber auch Personen und Themen, die einfacher und bildreicher in digitalen Medien präsent sind.

Ganz anderes verhält es sich mit Themen, die stets aktualisiert werden, von persönlichem Interesse und Nutzen sind und in der intendierten Zielgruppe breitwirksame Einsätze suggerieren.

Unterschiedliche Positionen der Medikamente

Bei Allgemeinmediziner im Grippekonzext (volle Arztpraxen, RKI-Warnungen, öffentliche Meldungen) wird zur Vorbeugung einer vermehrten Ausbreitung von Influenza nahezu automatisch der Wirkstoff Oseltamivir und das dazugehörige Präparat Tamiflu abgerufen. Die Salienz von Tamiflu konnte seit der öffentlichen Schweinegrippe-Diskussion im Jahre 2009/10 über E-Mail-Newsletter, Pressemitteilungen, Fachartikel und Außendienstgespräche aufrechterhalten werden – mit dem Ergebnis einer kleineren psychologischen Distanz zu Tamiflu. Wettbewerber wie Relenza (Zanamivir) oder Amantadia wirken deutlich niederschwelliger als die einfache, gelernte ‚Problemlösung‘ Tamiflu. Entscheidende Unterstützung der teilweise proaktiven Verordnungseinstellung liefert der immer noch präsenste Word-of-Mouth-Charakter unter Kollegen. (Abb. 2) Gerade die Besprechung unter seines-

gleichen wertet die Therapie, aber auch den Mediziner selbst im Rahmen seiner Entscheidungsfindung auf. Weil die Tamiflu-Kontaktpunkte bei den verordneten API's nicht nur deskriptive Touchpoints bleiben, sondern zu erlebbaren Berührungspunkten mit Praxisrelevanz interpretiert werden, bleibt die Therapie im Influenza-Kontext Top-of-Mind und wird mit maximaler Wahrscheinlichkeit bei Grippepatienten ohne negative psychologische Merkmale eingesetzt.

Hebel für Verhaltensänderungen identifizieren

Mit Hilfe einer quantitativ aufbereiteten Treatment Journey können Wege, Mittel und Optionen aufgezeigt werden, wie und in welchen Situationen sich Entscheidungsmechanismen beim Arzt verändern. Relativ exakt lassen sich zwischenzeitlich Wahrscheinlichkeiten für ärztliches Verhalten ermitteln und daraus Signale oder Schlüsselreize ableiten, die Verhaltensänderungen bewirken könnten.

Das hier vorgestellte Vorgehen kann auf alle Krankheitsbilder und Therapieentscheidungen angewendet werden. Im OTC-Bereich ändern sich die Vorzeichen etwas. Hier muss dem Patienten eine zentrale Rolle zugeordnet werden. Wie der Patient zu Entscheidungen gelangt,

mag von den Code-Decode-Zusammenhängen her restringierter erfolgen. In der Mechanik aber besteht kein Unterschied. Ärzte sind letztlich wie auch Patienten nur Menschen mit vergleichbaren Bedürfnissen, Motiven und Sorgen bei der Entscheidungsfindung.

¹ nach Trope, Y. & Liberman, N.; 2010

Dr. Uwe Lebok



Foto: K&A BrandResearch

zeichnet als CMO bei K&A BrandResearch, Röthenbach bei Nürnberg. Er ist seit 2005 im Vorstand und dort verantwortlich für Marketing und Vertrieb. Lebok kam 1999 zu K&A, wo er zunächst für die branchenübergreifende Kundenbetreuung zuständig war. Heute unterstützt er vor allem mittelständische Unternehmen mittels researchbasierter Markenstrategien.

✉ u.lebok@ka-brandresearch.com

Jan Pelikan, M.A.,



Foto: K&A BrandResearch

absolvierte ein Studium der Soziologie, Psychologie, Mathematik/Informatik an der Friedrich-Schiller-Universität Jena und der Universidad de Almería (Spanien). Er ist Senior Consultant bei K&A BrandResearch, seit 2007 an Bord und betreut überwiegend Kunden aus dem FMCG- und Pharmabereich.

✉ j.pelikan@ka-brandresearch.com