

Zielgruppenverständnis

Diabetes in den Augen von Ärzten und Patienten

Die Zahl der Diabetes-Patienten wächst. Folglich rollt eine Lawine an Therapie-Aufwand auf behandelnde Ärzte zu. Die Arzt-Patient-Beziehung verharrt oftmals weiterhin in einem kontraproduktiven Umfeld: Betroffene sind um eine Alltagsveränderung bemüht – was Ärzten nicht ausreicht. Für eine konstruktivere Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patienten gilt es, mehr Schnittmengen zu finden.

Autoren: Irena Leuthold und Uwe H. Lebok, K&A Brand Research

Diabetes Typ 2 ist eine Volkskrankheit, von der hierzulande laut Gesundheitsbericht der Deutschen Diabetes Gesellschaft geschätzt 8,5 Millionen Menschen im Jahr 2021 betroffen waren. Das bedeutet, dass etwa jede zehnte Person, der wir auf unseren Straßen begegnen, Diabetes hat. Hinzu kommt eine von Epidemiologen geschätzte Dunkelziffer von mindestens zwei Millionen Menschen. Die Neuerkrankung mit Diabetes und die daraus resultierende Prävalenz ist in

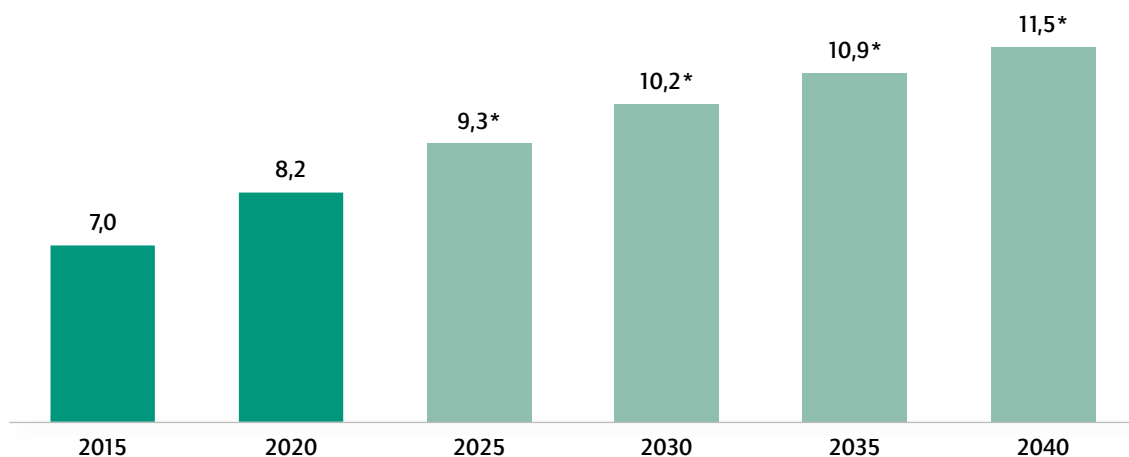
den letzten Jahren deutlich angestiegen, wobei der Schwerpunkt der Erkrankungen mit weit über 90 Prozent bei Typ-2-Diabetes (T2D) zu finden ist.

Entwicklung verschärft die Situation in Praxen

Laut Schätzungen verschiedener Studien wird die Diabetes-Prävalenz von 9,7 Prozent innerhalb der nächsten Jahre weiter ansteigen. Unter Versicherten

nimmt mit steigendem Alter auch die Prävalenz zu, wobei sich das Maximum in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen mit einem Anteil von mehr als 30 Prozent Betroffener befindet. 60 Prozent der Erkrankten sind übergewichtig, was bei Männern stärker ausgeprägt ist. Vor dem Hintergrund der gesundheitsökonomischen Folgen von Diabetes hinsichtlich zahlreicher Komorbiditäten enthielt der DDG-Gesundheitsbericht 2022, basierend auf Daten der GKV, eine Berechnung von Diabetespräva-

ZAHL DER TYP-2-DIABETIKER IN DEUTSCHLAND (IN MILLIONEN) (*Prognose)



Quelle: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022, Hrsg. Deutsche Diabetes Gesellschaft/Deutsche Diabetes Hilfe. Zusammenstellung: K&A, Grafik: Healthcare Marketing

Über Zahlen der Diabetes-Betroffenen und eine Modellrechnung berichteten Dr. Thaddäus Tönnies und Prof. Wolfgang Rathmann vom Deutschen Diabetes-Zentrum, Institut für Biometrie und Epidemiologie, im ‚Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2022‘: „Basierend auf Daten der GKV und der Alterspyramide des Statistischen Bundesamtes wird die Diabetesprävalenz in Deutschland weiter ansteigen. Unter der Annahme einer um jährlich zwei Prozent sinkenden diabetesbedingten Übersterblichkeit und konstanter Inzidenzrate wären 2040 rund 11,5 Millionen Menschen an Typ-2-Diabetes erkrankt.“

Abbildung: K&A, Fotos: Arzt: iStock/shironosov, Patient: iStock/AnnaStills, Kühlschrank: iStock/photosemidt



Kommunikationsbarrieren sind Ursache für fehlende Compliance bei Verhaltensumstellungen nach der Diabetes-Diagnose

lenzen. Neben der Berücksichtigung einer jährlich um zwei Prozent sinkenden Diabetes-Übersterblichkeit, ging es in alternativen Szenarien um gesundheitsbezogene Steuerinterventionen als Faktor. Ohne zusätzliche staatliche Interventionen auf Süßgetränke, Tabak und rotes Fleisch würde demnach bei konstanter Inzidenz die Zahl der Typ-2-Diabetiker auf insgesamt 11,5 Millionen Menschen ansteigen (siehe Abb. links), was gegenüber heute einem Anstieg von rund 30 Prozent entspräche.

Die Schätzungen lassen vermuten, dass dieser Anstieg die behandelnden Praxen vor enorme Herausforderung stellen wird. Je höher die Anzahl potenzieller Patienten ist, desto wahrscheinlicher ist eine Manifestierung bereits bestehender Kommunikationsbarrieren zwischen Arzt und Patient: Der Alltag der Ärzte wird aufgrund zunehmender Behandlungsfälle und eines sich weiter reduzierenden Zeitbudgets noch angespannter, und die Patienten werden sich dadurch weniger emotional abgeholt fühlen.

Der Autopilot des Patienten ist eine Hürde

Anders als das mit Marktforschung nachgewiesene Fremdbild vieler Ärzte, dass Patienten weniger adhärent seien, ist es den Typ-2-Diabetes-Patienten weit weniger „egal“, ob sie Diabetes haben. Es lässt sich zwar mittels psychologischer Untersuchungen bestätigen, dass Patienten über ihr Rollenverhalten in der Arztpraxis nicht selten einen „Eindruck des Selbst-Verschuldens“ hinterlassen: Lieb gewonnenes, gesundheitliches Fehlverhalten im Lebensalltag wird ungern aufgegeben. Ohnehin konnten sich Diabetiker aufgrund zahlreicher Komorbiditäten im Lauf der Jahre an Alltagseinschränkungen gewöhnen.

Nach generellen Erkenntnissen sind Patienten anfänglich nach Diagnoseverkündung schockiert, weil sie zusätzliche Einschränkungen erwarten. Angst haben sie dagegen kaum. Über Diabetes als Todesursache ist wenig zu lesen und

der Aspekt ist damit auch nicht Top-of-Mind: Diabetes löst anfänglich keine Furcht vor dem Tod aus – anders als Krebs oder Demenzerkrankungen. Und Diabetes wird spontan auch weniger mit Folgeerkrankungen verknüpft, die in Verbindung mit Diabetes zu den Haupttodesursachen in Deutschland zählen.

Es fehlt folglich die Dringlichkeit, die neue Wirklichkeit als alltagsrelevant anzunehmen und sich im eigenen Verhalten – und somit den eigenen Autopiloten an die Situation – anzupassen.

Nach erfolgter Diabetes-Diagnose begehen sich Patienten nach Hause in ihr gewohntes Umfeld, um mit der Diagnose umzugehen und bisherige Routinen im Alltag zu ändern. Der Autopilot wehrt sich jedoch: Das Wissen über Diabetes und die Einstellung, in Zukunft das Konsumverhalten umstellen zu müssen, scheitert oft bereits vor dem geöffneten Kühlschrank: Das frisch gekühlte Bier, die leckere Torte oder der Pudding wirken in diesem Kontext „schlagkräftiger“. Alltagshandeln ist dann einfacher

und weniger anstrengend als bewusst vorzunehmende Verhaltensänderungen. Mit der Umstellung kann auch am Folgetag begonnen werden. So lassen sich Gedanken an Diabetes über den Autopiloten leicht verschieben.

In Praxen treffen zwei Blickwinkel aufeinander

Dieses häufige Szenario setzt sich noch fort. Spätestens mit dem nächsten Arztbesuch stellt sich patientenseitig schlechtes Gewissen ein: Verhaltensänderungen konnten nicht, wie vom Arzt empfohlen, auch selbst für nötig erachtet, im Alltag ausreichend umgesetzt werden.

Viele Ärzte denken im Kontext des Praxistermins, dass Patienten immer noch nicht verstanden haben, in welcher prekären Situation sie sich befinden und deshalb jedes Mal neu aufgeklärt werden müssen – was ihnen Zeit stiehlt. Ärzte sehen aber den Patienten nur in gewissen Abständen, protokollieren Fort- oder Rückschritte und bewerten hieraus dessen Verhalten. Welche Wissensbisse Patienten haben und mit welchen Selbstvorwürfen sie leben müssen, wird in diesen Arztterminen selten nachempfunden.

Der Arzt möchte die Krankheit Diabetes behandeln und nicht den Autopiloten des Patienten. Dagegen sind Typ-2-Diabetes-Patienten häufig der Meinung, dass Ärzte wenig daran interessiert sind, wie es ihnen im Alltag tatsächlich geht, welche Hürden

sie im Alltag zu bewältigen haben. Ärzte wünschen, dass Diabetiker ihren therapeutischen Vorgaben folgen und ihr Verhalten an der Krankheit ausrichten. Hintergründe und mögliche Strategien für eine erfolgreiche Integration in den Lebensalltag der Patienten werden kaum aufgezeigt. Ärztliche Empathie ist aus Sicht der Patienten eher Mangelware.

Ärzten fällt es zudem schwer, hinter die Fassade übergewichtiger Patienten zu blicken, die ihre wenigen verbliebenen Freuden nicht so leicht aufgeben können. Für Ärzte ist es aus eigener Brille einfacher, Verhaltensveränderungen einzufordern und sich dann darüber zu ärgern, dass der Diabetiker dem medizinischen Rat nicht Folge leistete.

Im Grunde genommen wollen zwar beide dem Diabetes trotzen. Beiden ist bewusst, dass mit Diabetes eine grundlegende Verhaltensänderung stattfinden muss. Bewusstsein und Einstellungen sind aber niemals 1:1 auf nachfolgendes Verhalten übertragbar. Der sogenannte Attitude-Behavior-Gap begegnet uns in zahlreichen Untersuchungen über Nachhaltigkeit, Purpose und weitere gesellschaftliche Einstellungen, die zwar gewünscht sind, aber vom tatsächlichen Kauf- oder Sozialverhalten abweichen. So auch bei Diabetes: Die Einsicht einer Notwendigkeit für Verhaltensumstellung ist im Moment der Behandlung bewusst, verliert sich jedoch im Alltag, wenn keine praktikablen Lösungen gefunden werden, wie sich der gewohnte Autopilot im Alltagsverhalten austricksen lässt. Umgekehrt erschwert der feh-

lende Blick des Behandlers für die per Autopilot vorprogrammierten Alltagsünden des Diabetikers eine Kooperation und auch Verhaltenserfolge. Im Worst Case sind Arzt und Patient gefangen im eigenen Kontext.

Bessere Beziehungsdynamik anstreben

Das oft unbefriedigende Miteinander zwischen Arzt und Diabetes-Patient konnten die Autoren jahrelang in K&A Psychodrama-Studien analysieren. Die Widerwilligkeit des Arztes hinsichtlich eines besseren Verständnisses für die Patienten, aber auch die Unbedarftheit der Patienten im Umgang mit dem eigenen Autopiloten für eine dem Diabetes angemessene Verhaltenskorrektur, verstärken eine bipolare und wenig ergebnisorientierte Kommunikation.

Psychologisch ist es schwer für Patienten, Anstrengungen zu unternehmen, Diabetesförderndes Fehlverhalten daheim zu durchbrechen und nachhaltig mittels Coping-Strategien zu bewältigen. Tendenziell wählt der Patient den Weg des kleineren Widerstandes. Ein veränderter Blick des Behandlers auf die Hürden und Versuchungen des Lebensalltags der Diabetiker würde jedoch zu mehr Therapie-Erfolgen beitragen. Wenn Ärzte zu Context Thinkern im Praxisgespräch mutieren, finden sie emotionale(re) Zugänge zu ihren Patienten. So verhelfen sie diesen möglicherweise zu effizienteren Strategien der Therapie-Umsetzung und einer nachhaltigen Alltagsstrategie.

Das bipolare Rollenverhalten beginnt sich dann aufzulösen, wenn der behandelnde Arzt Teilhaber des Alltagsverhaltens der zu behandelnden Diabetiker wird. Die zunächst unterschiedlichen Erwartungen von Arzt und Patient hinsichtlich Umgangs mit der Krankheit nivellieren sich und vorprogrammierte Missverständnisse sowie emotionaler Ärger (verletzter Stolz des Arztes beziehungsweise empfundene Beleidigung des Diabetikers) bleiben idealerweise aus. Je besser die Lebenswirklichkeit von Diabetespatienten in Alltagskontexten verstanden wird, desto besser können auch Patienten mit der Therapie umgehen.



Foto: Andreas Thomäer

Dr. Uwe Lebok

ist Vorstand (CMO) bei dem Marktforschungs- und Markenberatungsinstitut K&A BrandResearch, Röthenbach bei Nürnberg. Lebok unterstützt vor allem mittelständische Unternehmen mittels researchbasierter Markenstrategien. Er spezialisiert sich auf die Positionierung von Marken und die Stärkung von Marken.

✉ U.Lebok@ka-brandresearch.com



Foto: K&A

Irena Leuthold

ist seit 2011 bei K&A BrandResearch schwerpunktmäßig in der qualitativen Marktforschung tätig. Als erfahrene K&A-Psychodrama-Spezialistin berät sie Kunden primär in Bezug auf psychologische Kontext- und Motivstrukturanalyse im Dienste der Marke. Nach ihrem Studium war sie anfangs in der Pharmamarktforschung auf Kundenseite tätig.

✉ I.Leuthold@ka-brandresearch.com