

Was erzählen Hausärzte über ihre Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2?

Mögliche Gründe für unbefriedigende Blutzuckerwerte

What do Family Physicians Tell about their Patients with Diabetes Mellitus Type 2?

Possible Reasons for Insufficient Blood Glucose Control

Oliver R. Herber^{1,2}, Anja Wollny³, Michael Pentzek⁴, Heinz-Harald Abholz⁴, Andrea Icks^{5,6}, Stefan Wilm¹

Hintergrund: In jeder Hausarztpraxis ist ein Teil der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 unbefriedigend eingestellt. Die bisherige Studienlage sagt nur wenig über die Charakteristika dieser Patientengruppe aus. Ziel der Studie ist es, bisher unbekannte patientenseitige Einflussfaktoren zu identifizieren, die für die Qualität der Blutzuckereinstellung der Patienten im Erleben der Ärzte verantwortlich sein könnten.

Methoden: Zwischen Juli 2007 und März 2008 wurden 20 Einzelinterviews mit Ärzten zu ihren Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 geführt und in einer multiprofessionellen Analysegruppe auf einer inhaltsanalytischen Ebene induktiv kodiert. Auf der Grundlage von Textabschnitten wurden zunächst Codes gebildet, die in Kategorien gebündelt und dann unter Hauptkategorien zusammengefasst wurden.

Ergebnisse: Die Ergebnisdarstellung konzentriert sich auf ausgewählte Aspekte aus den drei Hauptkategorien „Soziale Ressourcen und Barrieren“, „Haltung zu und Umgang mit Krankheit und Kranksein“ sowie „Persönlichkeit“.

Schlussfolgerung: Mit Hilfe der Arztinterviews wurde ein Patientenfragebogen entwickelt, um zu überprüfen, inwieweit die von den Hausärzten thematisierten patientenseitigen Einflussfaktoren tatsächlich mit der Qualität der Blutzuckereinstellung korrelieren.

Background: In every family physician's (FP) practice there is a number of patients whose type-2 diabetes is poorly controlled. The current literature shows inconclusive results regarding patient characteristics. The aim of this study is to identify patient-influenced factors raised by FPs which might be responsible for the quality of blood glucose control.

Method: Face-to-face interviews were conducted with 20 FPs between July 2007 and March 2008. These were analysed by content in a multi-professional team employing inductive coding. Based on segments of text, codes were developed first, then structured into categories and finally summarized into key categories.

Results: The result section focuses on select aspects taken from the following three key categories: (1) social resources and barriers, (2) attitudes towards and dealing with disease and illness and (3) personality.

Conclusion: With the help of the interviewed FPs patient questionnaires were developed to examine to what extent patient-influenced factors correlate with the quality of blood glucose control.

Keywords: type-2 diabetes, blood glucose control, influencing factors, qualitative research, family physician

Schlüsselwörter: Diabetes mellitus Typ 2, Blutzuckereinstellung, Einflussfaktoren, qualitative Forschung, Hausarzt

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke

² School of Nursing & Midwifery, University of Dundee, Scotland

³ Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Rostock

⁴ Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

⁵ Funktionsbereich Public Health, Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

⁶ Institut für Biometrie und Epidemiologie, Deutsches Diabetes-Zentrum, Leibniz-Institut an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Peer reviewed article eingereicht: 12.03.2010, angenommen: 26.03.2010

DOI 10.3238/zfa.2010.0203

Hintergrund

Die Erfahrungen von Hausärzten und die Daten aus Studien zeigen, dass in jeder Praxis ein Teil der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 unbefriedigend eingestellt ist und trotz vielfältiger Versuche, dies zu verbessern, auch bleibt. Zentraler und in Studien üblicher Ergebnisindikator für die Qualität der Einstellung ist der Blutzucker-Stoffwechsel anhand des Parameters HbA1c. Für die Durchführung des hier dargestellten Forschungsprojektes musste eine Einteilung in „schlechte“ und „gute“ Einstellung erfolgen; diese wertende Bezeichnung wird im Folgenden beibehalten. Die hausärztliche Alltagsrealität berücksichtigt stärker die Individualität der Betroffenen, ihre Wünsche und die gemeinsame Definition eines Behandlungszieles.

Bislang ist nur wenig über die Charakteristika der Gruppe der schlecht eingestellten Patienten bekannt. Einige demografische und klinische Eigenschaften (z. B. Krankheitsdauer, Art der Therapie) scheinen die schlecht eingestellten von den gut eingestellten Patienten zu trennen. Die Befunde in der Literatur sind jedoch uneinheitlich, und die Varianz der HbA1c-Werte wird durch diese Merkmale nur wenig aufgeklärt. Die Studienlage hinsichtlich psychosozialer Parameter, die mit dem HbA1c-Wert zusammenhängen könnten, ist ebenfalls widersprüchlich. Während beispielsweise Turan et al. [1] und Albus et al. [2] einen passiven Bewältigungsstil mit höheren HbA1c-Werten in Verbindung bringen konnten, zeigen sich in anderen Studien keinerlei Zusammenhänge zwischen Copingstil und HbA1c (z. B. [3, 4]). Auch zum Einfluss von allgemeinem oder diabetes-bezogenem Stress auf den HbA1c-Wert findet man unterschiedliche, in ganz verschiedene Richtungen weisende Ergebnisse (z. B. [5–8]).

Es stellt sich also die Frage, ob es nicht noch weitere patientenseitige Einflussfaktoren gibt, die bislang nicht oder nur unzureichend untersucht wurden. Aus diesem Grund wurden in der vorliegenden Studie narrative Interviews mit Hausärzten geführt, in denen diese über einzelne ihrer Patienten mit Typ 2-Diabetes erzählen. Narrationen gelten als bevorzugte Textsorte für die Rekonstruktion der erlebten sozialen Welt des Befragten [9], während Argumentations-

und Beschreibungstexte durch Legitimationstendenzen und Abstraktionen vom tatsächlich Empfundene entfernt sein können [10]. Ziel der Untersuchung war es, innerhalb der Erzählungen der Hausärzte aus ihrer Alltagserfahrung heraus vor allem solche patientenseitigen Faktoren zu identifizieren, die in der Literatur bisher nicht oder nur in anderen Teilaspekten in einen Zusammenhang mit der Diabetes-Einstellung gebracht wurden.

Methoden

Rekrutierung und Beschreibung des Studienkollektivs

Die hier vorgestellten Ergebnisse entstammen dem qualitativen Studienteil des Projektes „Was charakterisiert eine Population schlecht eingestellter Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2?“, das mit Förderung der Bundesärztekammer in Kooperation der Abteilung für Allgemeinmedizin Düsseldorf, des Instituts für Allgemeinmedizin und Familienmedizin Witten/Herdecke und des Deutschen Diabetes-Zentrums (Düsseldorf) bearbeitet wurde. Im qualitativen Studienteil wurden Interviews mit Hausärzten und mit ihren Patienten geführt, die beide als Experten für den Alltagsumgang mit der Krankheit bzw. dem Kranksein dienten. Die Ergebnisse der Interviews flossen anschließend in einen Patientenfragebogen ein, der im quantitativen Studienteil Einsatz fand. Berichtet werden im vorliegenden Artikel die Ergebnisse der Hausarztinterviews.

Nach Zustimmung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf wurde aus der Erhebungseinheit aller 3.151 im Bereich der KV Nordrhein seit mindestens 5 Jahren vertragsärztlich tätigen, am DMP Diabetes mellitus Typ 2 beteiligten Hausärzte eine Zufallsstichprobe von 180 Ärzten gezogen. Nach einem kurzen Anschreiben erfolgte eine telefonische Rekrutierung der Hausärzte. Von den 180 gezogenen Hausärzten wurden konsekutiv 137 bis zur Erreichung des Rekrutierungszieles telefonisch kontaktiert, wovon 86 (62,8 %) einer Studienteilnahme mündlich zustimmten. Aufgrund von Absagen nach Zusendung des Materials redu-

zierte sich die Zahl der teilnehmenden Ärzte auf 67 (48,9 %).

Diese erstellten im Frühjahr 2007 mit Hilfe der Praxis-EDV anhand einer detaillierten schriftlichen Anleitung eine Liste aller Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die in den letzten zwei Quartalen Kontakt mit der Praxis hatten. Aus dieser Liste identifizierten die Ärzte die 10 % am besten (mindestens jedoch HbA1c < 6,5 %; im Mittel 5,2 %) und 10 % am schlechtesten (mindestens jedoch HbA1c > 7,5 %; im Mittel 12,1 %) eingestellten Patienten.

Für den Interviewteil wurden aus der Gruppe der teilnehmenden Ärzte 20 (14 Männer, 6 Frauen) für ein Interview zufällig ausgewählt, die alle einer Teilnahme zustimmten.

Datenerhebung

Aus der vom jeweiligen Hausarzt erstellten Liste wurde nach dem Zufallsprinzip je ein gut und ein schlecht eingestellter Diabetespatient ausgewählt, über die der Arzt im Interview erzählen sollte. Zusätzlich zu den zwei zufällig ausgewählten Patienten sollte der Arzt zu Beginn des Interviews über einen schlecht eingestellten Patienten sprechen, der ihm spontan einfiel. Da die Interviews bisher unbekannte patientenseitige Einflussfaktoren sichtbar machen sollten, die für die Qualität der Blutzuckereinstellung der Patienten im Erleben der Ärzte verantwortlich sein könnten, wurden sie offen und narrativ angelegt (Erzählstimulus: „Ich interessiere mich ganz allgemein für Ihre Patienten mit Typ 2 Diabetes und möchte Sie bitten, mir zunächst etwas über einen schlecht eingestellten Diabetiker zu erzählen, der Ihnen spontan einfällt!“). Diese offene Erzählaufforderung und die Beschränkung auf interne, erzählgenerierende Nachfragen zur Vertiefung und Verdeutlichung von bereits Erzähltem dienten dem Zweck, vor allem narrative Interviewpassagen zu generieren.

Die Interviews fanden jeweils zu einem vom Arzt bestimmten Zeitpunkt zwischen Juli 2007 und März 2008 allein mit ihm in dessen Praxis statt. Jedes Interview wurde mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet. Zu jedem Interview fertigten die geschulten und erfahrenen Interviewer (eine Hausärztin, ein Psychologe) unmittelbar nach dem Interview ein ausführliches Memo mit einer

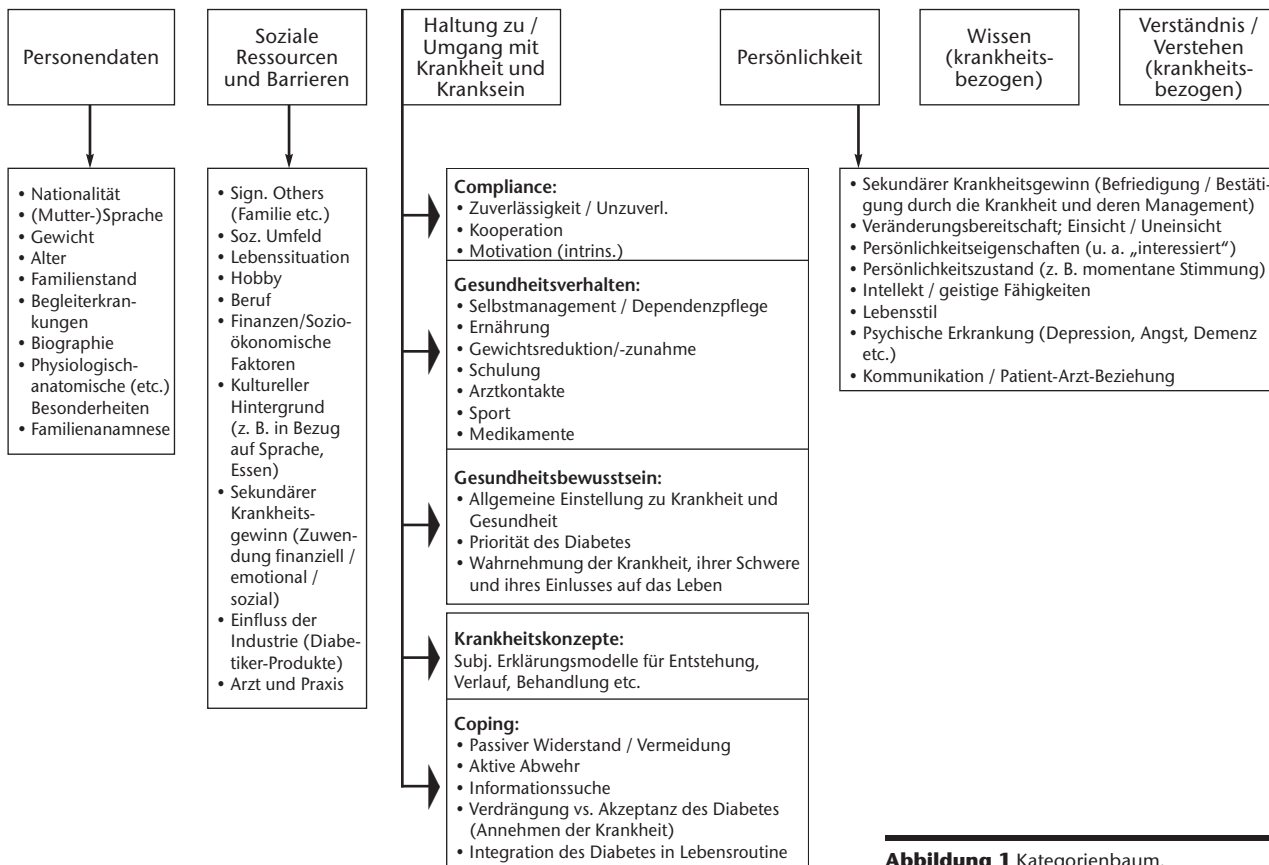


Abbildung 1 Kategorienbaum.

Beschreibung ihrer Eindrücke und der Begleitumstände an. Beide Interviewer wurden im Verlauf der Interviewphase jeweils zweimal methodisch supervidiert, um mögliche Fehler in der Interviewführung zu erkennen und z. B. das Aufgreifen und Vertiefen der vom Interviewpartner angebotenen Inhalte innerhalb eines Interviews und in den nachfolgenden Interviews optimieren zu können.

Die Interviews dauerten im Durchschnitt 47,3 Minuten (Spannbreite: 28 bis 80 Minuten). Alle 20 Arztinterviews wurden von einem erfahrenen Transkriptor verbatim in einen Text umgewandelt und pseudonymisiert.

Interviewanalyse

Die zwanzig geführten Interviews wurden in einer multiprofessionellen Analysegruppe (Hausarzt, Pflegewissenschaftler, Psychologe, Gesundheitswissenschaftler; 3 Männer, 1 Frau; Alter 31 bis 48 Jahre; keiner selbst von Diabetes mellitus betroffen) auf einer inhaltsanalytischen Ebene induktiv kodiert [11–13]. Die Codierfragestellung bei der Analyse der Arztinterviews lautete: „Welche Gründe sehen die Hausärzte für

eine gute bzw. schlechte Blutzuckereinstellung der im Interview erwähnten Patienten?“ Auf der Grundlage von Textabschnitten wurden zunächst Codes gebildet, die in Kategorien gebündelt und dann unter Oberbegriffen (Hauptkategorien) zusammengefasst wurden.

Ergebnisse

In den Erzählungen der befragten Hausärzte wurden vielfältige patientenseitige Faktoren deutlich, die mit der Qualität der Blutzuckereinstellung ihrer Patienten in Zusammenhang stehen können. Insgesamt wurden diese in sechs Hauptkategorien zusammengefasst: (1) Personendaten, (2) Soziale Ressourcen und Barrieren, (3) Haltung zu und Umgang mit Krankheit und Kranksein, (4) Persönlichkeit, (5) krankheitsbezogenes Wissen und (6) krankheitsbezogenes Verständnis und Verstehen (Kategorienbaum siehe Abbildung 1). Der vorliegende Artikel fokussiert auf mögliche Gründe für die Qualität der Einstellung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 aus Arztsicht, die bislang in der Literatur keine oder nur wenig Erwähnung gefun-

den haben. Die Ergebnisdarstellung beschränkt sich dabei auf ausgewählte Aspekte aus den drei Hauptkategorien „Soziale Ressourcen und Barrieren“, „Haltung zu und Umgang mit Krankheit und Kranksein“ sowie „Persönlichkeit“, da diese Hauptkategorien sich innerhalb des multidisziplinären Analyseteams als besonders gehaltvoll erwiesen.

Soziale Ressourcen und Barrieren

Ein Einflussfaktor auf die Qualität der Blutzuckereinstellung in den Erzählungen der Hausärzte sind die „significant others“. Unter diesem Begriff sind nahe stehende Personen wie Ehepartner oder enge Verwandte im Umfeld des an Diabetes mellitus erkrankten Patienten zu verstehen. In den Erzählungen der Hausärzte können „significant others“ aufgrund ihrer räumlichen und emotionalen Nähe eine wertvolle Ressource, aber auch eine Barriere im Hinblick auf eine gute Blutzuckereinstellung der Betroffenen darstellen.

(Arzt über schlecht eingestellten Patient) Motiviert ist er, aber er hat dann, er hat also natürlich auch immer seine Feste... Aber da würde ich mal sagen, dass da eh

vom Umfeld her auch keinerlei großen Wert drauf legt... dass er jetzt Zucker hat. (Interview Nr. 58/2)

(Arzt über gut eingestellten Patienten) Seitdem das Verhältnis Mutter-Tochter sich wieder eingerenkt hat, seit die Tochter akzeptiert, dass die Mutter hier ist, eh, oder hier bleiben möchte auch, ehm, klappt das und klappt das auch mit der Blutzuckereinstellung. (159/3)

Ehe-/Lebenspartner können in unterschiedlichster Weise und mit unterschiedlichem Erfolg Einfluss auf die Qualität des Blutzuckers der Betroffenen nehmen. Während beispielsweise die Ehefrau eines Patienten vom Hausarzt in der Beziehung als dominant charakterisiert wird, gelingt es ihr dennoch nicht, die Blutzuckereinstellung ihres Mannes auf einen akzeptablen Wert zu bringen. Ein anderer Hausarzt schreibt die gute Blutzuckereinstellung seines Patienten überwiegend dem Verdienst des Ehepartners, nicht dem Betroffenen selbst zu. Besonders deutlich wird der Einfluss der „significant others“ anhand des Kochens. Nach Meinung eines Hausarztes übt der von Diabetes mellitus betroffene Mann keine Kritik an den fetten und zuckerhaltigen Mahlzeiten, die seine Lebenspartnerin für ihn zubereitet. Andere Hausärzte berichten aber auch, dass Ehefrauen, die ihre Kochgewohnheiten umgestellt und den Bedürfnissen des erkrankten Ehepartners angepasst haben, maßgeblich für die gute Qualität der Blutzuckereinstellung verantwortlich sind. In den Schilderungen der Hausärzte haben Ehefrauen bzw. Töchter weitaus häufiger Einfluss auf die Qualität der Blutzuckereinstellung ihrer männlichen Patienten als dies umgekehrt für die Ehemänner bei weiblichen Patientinnen der Fall ist.

Ein Hausarzt schildert die Situation einer türkischen Patientin, die der deutschen Sprache nicht mächtig ist. Um die Arzt-Patienten Kommunikation sicherzustellen, bittet der Hausarzt die Tochter zu übersetzen und dafür Sorge zu tragen, dass die Angehörigen mit auf die Ernährung der Mutter achten. Allerdings wehrt sich die Patientin passiv und aktiv gegen diese Einflussnahme der Familie.

Haltung zu und Umgang mit Krankheit und Kranksein

Einen anderen Einflussfaktor auf die Qualität der Blutzuckereinstellung stellt innerhalb dieser Hauptkategorie die Ka-

tegorie „Selbstpflege bzw. Dependenzpflege“ dar. Darunter werden alle Handlungen gefasst, die der Patient für sich selbst vornimmt bzw. die durch Dritte nach Anweisung des Patienten durchgeführt werden [14]. Während man vermuten würde, dass ein hohes Maß an patientenseitiger Selbstpflegekompetenz für die Blutzuckereinstellung prinzipiell von Vorteil ist, wird dies von den Hausärzten unterschiedlich erlebt. So ist trotz des selbstsicheren Umgangs mit Insulin ein Patient schlecht eingestellt, weil dieser aus Sicht des Arztes seine Selbstpflegekompetenz in der Weise einsetzt, dass er diätetische Maßnahmen missachtet und stattdessen seinen Blutzuckerwert durch die Gabe von Insulin korrigiert. Dieses Vorgehen hat zur Folge, dass der Patient gelegentlich zu viel Insulin spritzt und eine Hypoglykämie folgt. Da der Patient jedoch im Rahmen seiner Selbstpflegekompetenz die Anzeichen seines Körpers für eine Unterzuckerung erkennt, kann er rechtzeitig reagieren, indem er Nachmahlzeiten zu sich nimmt.

Solange den Patienten der Wille zur (Wieder-)Erlangung ihrer Selbstständigkeit im Umgang mit der chronischen Erkrankung fehlt, werden praktische Handlungen im Erleben der Hausärzte nicht umgesetzt. Interessanterweise wird die Blutzuckerselbstmessung durch Patienten als Teil ihrer Selbstpflege von den Hausärzten allenfalls randständig thematisiert; dies geschieht in dem Kontext, dass Betroffene keine für die Blutzuckereinstellung relevanten Konsequenzen aus der Messung gezogen haben. Wenn sie von Selbstpflegemaßnahmen erzählen, dann überwiegend im Zusammenhang mit der Gabe von Insulin und der Zubereitung von Mahlzeiten.

Ebenfalls zur Hauptkategorie „Haltung zu und Umgang mit Krankheit und Kranksein“ gehört die Kategorie „Priorität des Diabetes“. Es fällt auf, dass alle Aussagen aus dieser Kategorie aus Erzählungen von Ärzten stammen, die über Patienten berichten, deren Blutzucker schlecht eingestellt ist. Nach Ansicht der Hausärzte räumen manche Patienten ihren „Wehwehchen“ eine weitaus größere Priorität ein als dem Diabetes mellitus. Andere kosten ihre Lebensfreude ohne Rücksicht auf ihre Blutzuckerwerte aus. Aus Sicht der befragten Hausärzte leben diese Patienten nach der Devise, dass die

Lebensqualität durch die Erkrankung nicht allzu sehr eingeschränkt werden darf. Manchmal haben auch andere Lebensinhalte eine höhere Priorität:

(Arzt über schlecht eingestellten Patient) Also jemand, der rührig ist und sich sehr kümmert... Aber eben um, um andere Leute ... vielleicht ein bisschen zu aktiv. (122/1)

Die Kategorie „Wahrnehmung der Krankheit, ihrer Schwere und ihres Einflusses auf das Leben“ umfasst verschiedene Dimensionen. Im Erleben der Hausärzte scheinen Patienten ihre Stoffwechselerkrankung nicht in ausreichendem Maße wahrzunehmen. Die Befragten erzählen von schlecht eingestellten Patienten, die trotz erhöhter Blutzuckerwerte ein subjektives Wohlbefinden haben, da die Erkrankung keine Schmerzen verursacht und ein erhöhter HbA1c-Langzeitwert ihnen keinen Anlass zur Sorge gibt. Die Hausärzte berichten, dass schlecht eingestellte Patienten zwar teilweise unzufrieden mit ihrer Blutzuckereinstellung sind, die Erkrankung und dessen Langzeitfolgen jedoch verharmlosen. Patienten mit einem schlecht eingestellten Diabetes mellitus haben in den Erzählungen nicht verstanden, dass sie die Situation selbst aktiv mit beeinflussen können (im Sinne einer nicht wahrgenommenen Kontrolle).

(Arzt über schlecht eingestellten Patienten) Auch dass sie die Fähigkeit zu sehen, was da mal draus wird oder ehm, das glaube ich, konnte sie nicht eh, nicht sehen und hat sie auch nie gesehen. (110/1)

Andererseits sei eine andere schlecht eingestellte Patientin *total unglücklich*, weil sie nicht in die 6er Region [des HbA1c-Wertes] kommt. (122/1)

Ein Muster unter mehreren gefundenen lautet: Wer sich als Patient um seinen Diabetes bemüht, ist gut eingestellt – wer schlecht eingestellt ist, trägt selbst die Schuld. Ähnliches lässt sich auch im Hinblick auf die Therapietreue (Compliance) in den Erzählungen zu Patienten mit schlechter Blutzuckereinstellung finden, die unregelmäßig zu Kontrollterminen erscheinen, sich nicht an die Dosierungsanweisungen des Arztes halten, unmotiviert sind oder eine Aufnahme in das Disease-Management-Programm ablehnen. Auch in der Kategorie „Allgemeine Einstellung zu Krankheit und Gesundheit“ der Patienten lässt sich dieses Muster wieder erkennen. Pa-

Dr. rer. medic. Oliver Rudolf Herber, BScN, MCommH ...



... hat nach seiner Krankenpflegeausbildung am St. Josefs-Hospital in Wiesbaden als Entwicklungshelfer in Sambia gearbeitet. Nachfolgend Studium zum „Master of Community Health“ am tropenmedizinischen Institut der University of Liverpool (LSTM); dann pflegewissenschaftliches Studium an der Universität Witten/Herdecke. Anschließend wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin sowie Promovend der Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke. Seit 2009 Postdoctoral Research Fellow an der School of Nursing, University of Dundee, Schottland.

tienten mit gut eingestelltem Diabetes werden von Hausärzten als um ihre Gesundheit generell besorgt erlebt. Patienten mit schlecht eingestelltem Blutzucker haben z. T. eine nachlässige Einstellung gegenüber ihrer Erkrankung oder besitzen eine fatalistische Grundhaltung.

(Arzt über schlecht eingestellten Patienten) Eh, als ich dann sagte, dass das schlimmer geworden sei, hm, das stellte sie dann eh fast etwas schicksalhaft in den Raum. Das sei eben so. (13/1)

Ein anderes Muster in den Erzählungen der Hausärzte aus dieser Hauptkategorie ließ die Kategorien „Verdrängung vs. Akzeptanz des Diabetes“ bzw. „Integration“ bilden.

(Arzt über schlecht eingestellten Patienten) Sobald sie ein bisschen in Richtung Diabetes ja, eh spricht, das ist, also am besten ist kein Diabetes und es gibt keinen. Also sie nimmt das immer noch nicht an. (17/2)

(Arzt über gut eingestellten Patienten) Dass sie eben durch ihr normales alltägliches Leben und die Aufgaben, die sie noch hat in diesem Leben eh, eigentlich so ausgefüllt ist,... dass sie das [den Diabetes mellitus] mit in ihr Leben integriert. (110/3)

Persönlichkeit

In dieser Hauptkategorie wird u. a. auf die „Veränderungsbereitschaft“ bzw. die „Einsicht/Uneinsicht“ der Patienten aus Sicht der Hausärzte Bezug genommen. In den Erzählungen wird deutlich, dass Patienten mit schlecht eingestelltem Diabetes mellitus im Alltagserleben der Hausärzte keine umfassende Ernährungsumstellung zulassen, dass sie kaum Einschränkungen in ihrem Lebensstil dulden noch Einsicht in die Erkrankung zeigen. Am anderen Pol des Spektrums stehen in den Erzählungen der Hausärzte Patienten mit gut eingestelltem Dia-

betes mellitus. Sie können sich auf Veränderungen einlassen und zeigen die Einsicht und den Willen, einen aktiven Beitrag zur Verbesserung der Blutzuckerwerte zu leisten. Die Hausärzte erzählen, dass die gute Einstellung von Patienten aus der Kombination von Einsicht und Schulung resultiert.

Ebenfalls unter die Hauptkategorie „Persönlichkeit“ fällt die Kategorie „Lebensstil“. Auch hier fällt auf, dass Hausärzte nur vom Lebensstil schlecht eingestellter Patienten erzählen. Danach lässt sich der Lebensstil schlecht eingestellter Patienten vereinfacht in zwei Gruppen einteilen. Einerseits gibt es Patienten, die als Genussmenschen ihr Leben ungeachtet ihrer Erkrankung genießen möchten, während sich in der anderen Gruppe Patienten befinden, die trotz eigenständiger und aktiver Lebensweise schlechte Blutzuckerwerte besitzen.

Diskussion

In den Interviews konnten viele potenzielle patientenseitige Einflussfaktoren auf die Qualität der Blutzuckereinstellung aus den erzählten Erfahrungen der Hausärzte identifiziert werden. Die Befragten werden hier als Experten angesehen, deren Alltagserfahrungen mit vielen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in eigener Praxis eine Ressource für die Forschung darstellen. In den Narrationen über konkrete eigene Patienten spiegelt sich die Sicht der Ärzte, ihr Blick auf die Wirklichkeit; ob dieser „wahr“ ist, ob also die Patienten „wirklich“ wie beschrieben sind, war nicht Fragestellung dieses Teilprojektes. Vielmehr wollten wir herausfinden, mit welchen Konzepten, Bildern von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 Ärzte handeln, wenn sie diese Patienten betreuen – und nicht selten auch

dabei scheitern, eine „gute Einstellung“ zu erreichen.

Die Analyse der Patienteninterviews ermöglicht in einem weiteren Schritt einen anderen Blick auf deren Wirklichkeit. Die Kombination der Analysen von Erzählungen der Hausärzte zu konkreten Patienten mit den Interviews eben dieser Patienten wird sogar ein „stereoskopisches Sehen“ erlauben; Ergebnisse hierzu werden folgen.

Die wahrgenommene soziale Unterstützung [15] wurde in den Interviews von den Hausärzten als Ressource im Umgang mit dem Diabetes mellitus identifiziert, während Störfaktoren im Familien- und Freundeskreis (z. B. Konflikte oder soziale Zwänge) im Sinne von Stressfaktoren als Barriere zur Sprache kamen. In der Literatur reicht das Spektrum der Ergebnisse zum Einfluss sozialer Unterstützung auf die Qualität der Blutzuckereinstellung von positivem Einfluss über keinen Einfluss bis hin zu negativem Einfluss [7, 16, 17]; in einzelnen Studien finden sich konträre Ergebnisse für Männer und Frauen [18, 19].

Die Hausärzte thematisieren in den Interviews die Blutzuckerselbstmessung durch Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 nur am Rande; daraus wird deutlich, dass sie ihr (durchaus in Übereinstimmung mit dem aktuellen Stand der Evidenz [20]) keine große Bedeutung beimessen. In keinem der Interviews wurde – anders als aus der Literatur zu erwarten – über Begebenheiten berichtet, die ein Empowerment zum Selbstmanagement mittels Selbstmessung nahe legen. Allerdings vernachlässigen die Hausärzte möglicherweise eine patientenseitige Ressource in der Behandlung des Diabetes mellitus, nämlich die Selbstpflegehandlungen und -kompetenz von Patienten, die in den Diabeteschulungen ja explizit gefördert werden sollen.

In den Erzählungen der befragten Hausärzte weisen Patienten mit einem schlecht eingestellten Diabetes mellitus ihrer Erkrankung oft nur eine niedrige Priorität zu. Dies ist durchaus nachvollziehbar, wenn man berücksichtigt, dass Patienten abstrakte HbA1c-Langzeitwerte nicht mit dem Erleben ihrer Erkrankung in einen Beziehungszusammenhang setzen können, insbesondere dann, wenn noch keine Folgeerkrankungen durch den Diabetes mellitus aufgetreten sind. Die Forschung mit chro-

nisch kranken Menschen hat gezeigt, dass sich Patienten nach objektiven Maßstäben gesundheitsschädlich verhalten mögen; aus Patientenperspektive betrachtet handeln sie jedoch vernünftig, wenn sie so eine kurzfristige und erlebbare Erhöhung ihrer Lebensqualität auf Kosten ihrer Gesundheit erreichen [21]. In den Augen der Betroffenen ist diese Konsequenz durchaus akzeptabel. Um bei der gemeinsamen Aushandlung des Ziels der Diabetestherapie zwischen Patient und Arzt den Patienten angemessen verstehen zu können, sollte der Hausarzt also die Priorisierung im Alltagsleben des Patienten erfragen.

Inwieweit die von den Hausärzten in den Erzählungen über ihre Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 thematisierten patientenseitigen Einflussfaktoren tatsächlich mit der Qualität der Blutzuckereinstellung korrelieren, soll im quantitativen Teil der Studie mit einem Patientenfragebogen gemessen werden.

Das Projekt wurde gefördert mit Mitteln der Bundesärztekammer im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung 2005/2006 (Projekt-Nr. 06-115).

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Dr. Oliver R. Herber, RN, BScN, MCommH
(Liverpool)
Institut für Allgemeinmedizin und
Familienmedizin
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten
Tel.: 023 02 / 926-741
E-Mail: o.r.herber@dundee.ac.uk

Literatur

1. Turan B, Osar Z, Molzan Turan J, Damci T, Ilkova H. The role of coping with disease in adherence to treatment regimen and disease control in type 1 and insulin treated type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab (Paris)* 2002; 28: 186–193
2. Albus C, Herpertz S, Hellmich M, Kramer-Toussaint E, Senf W, Köhle K. Welche psychosozialen und medizinischen Faktoren sind bei erwachsenen Diabetikern mit hoher Lebenszufriedenheit und guter Stoffwechselregulation verknüpft? Ergebnisse unter Verwendung einer kombinierten Ergebnis-Variable. *Diabetes und Stoffwechsel* 2002; 11: 279–286
3. Shiu ATY, Martin CR, Thompson DR, Wong RYM. Empowerment and metabolic control in patients with diabetes mellitus. *Clinical Effectiveness in Nursing* 2005; 9: 88–91
4. Macrodimitris SD, Endler NS. Coping, control and adjustment in type 2 diabetes. *Health Psychol* 2001; 20: 208–216
5. Blaum CS, Velez L, Hiss RG, Halter JB. Characteristics related to poor glycaemic control in NIDDM patients in community practice. *Diabetes Care* 1997; 20: 7–11
6. Peyrot M, McMurry JF Jr, Kruger DF. A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping and regimen adherence. *J Health Soc Behav* 1999; 40: 141–158
7. Konec J, Summerson JC, Dignan MB. Family function, stress, and locus of control relationships to glycemia in adults with diabetes mellitus. *Arch Fam Med* 1993; 2: 393–402
8. Nichols GA, Hillier TA, Javor K, Brown JB. Predictors of glycemic control in insulin-using adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23: 273–277
9. Schütze F. Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Bielefeld: Fakultät für Soziologie, 1977
10. Lamnek S. *Qualitative Sozialforschung*. 4. Aufl. Weinheim: Beltz, 2005
11. Flick U, von Kardorff E, Steinke I, (Hrsg). *Qualitative Forschung*. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt, 2000
12. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz, 1997
13. Wollny A, Marx G. *Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin*. Teil 2: *Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory*. *Z Allg Med* 2009; 85: 467–476
14. Orem DE. *Nursing – Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2001
15. Schwarzer R, Leppien A. Social support and health: a theoretical and empirical overview. *J Social Personal Relationship* 1991; 8: 99–127
16. Rapley P. Adapting to diabetes: metabolic control and psychosocial variables. *Aust J Adv Nurs* 1990/1991; 8: 41–47
17. Nakahara R, Yoshiuchi K, Kumano H, Hara Y, Suematsu H, Kuboki T. Prospective study on influence of psychosocial factors on glycemic control in Japanese patients with type 2 diabetes. *Psychosomatics* 2006; 47: 240–246
18. Heitzmann CA, Kaplan RM. Interaction between sex and social support in the control of type II diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984; 52: 1087–1089
19. Kaplan RM, Hartwell SL. Differential effects of social support and social network on physiological and social outcomes in men and women with type II diabetes mellitus. *Health Psychology* 1987; 6: 387–398
20. IQWiG (Hrsg) *Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei Diabetes mellitus Typ 2*. Abschlussbericht Auftrag A05-08. Köln: IQWiG, 2009
21. Herber OR. *Klinische und psychosoziale Aspekte bei Epidermolysis bullosa*. Dorsten: Zimmermann, 2005