



universität
wien

MASTER-THESIS

Titel der Master-Thesis

ANSICHTSACHE

Auto- und Heterostereotype und deren Einfluss auf
Selbstwirksamkeitsvorstellungen

Anhand eines Beispiels:
Selbstbild und wahrgenommenes Fremdbild
bei Typ-2-Diabetikern

Verfasserin

Mag. phil. Susanne Riedl

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 31. August 2014

Universitätslehrgang: Health Communication (MA)

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A992 967

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Klaus Schönbach

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, 31. August 2014
Mag. Susanne Riedl

Hinweis zur Gender-Formulierung

Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche Form steht. Mögen sich bitte alle weiblichen Leserinnen in der männlichen Form wiederfinden.

Mein besonderer Dank gilt:

- Univ.-Prof. Dr. Klaus Schönbach für die wissenschaftliche Unterstützung und die wegweisenden und konstruktiven Vorschläge.
- Meinen Kommilitonen, für deren umfangreiche Diskussionen während des Studiums.
- Univ.-Prof. Dr. Rudolf Müller und Univ.-Prof.-Dr. Mario Francesconi, die es mir ermöglicht haben Interviews im Rehabilitationszentrum der PVA für Stoffwechselerkrankungen in Alland durchzuführen.
- DGKP Karl Hermann Greimel, Akad. Leiter des Pflegedienstes, der SKA-RZ Alland, der für einen reibungslosen Ablauf der Interviews gesorgt hat.
- Ganz besonders meinen Interviewpartnern, die sehr offen und ehrlich von sich erzählt haben.

Vorwort

Selbst an Diabetes Typ2 erkrankt, aus der Praxis der Unternehmens-Kommunikation und der Marketing-Betreuung von Ärzten kommend, habe ich aus diesem Blickwinkel neugierig die Kommunikationsformen und Inhalte zum Thema Diabetes Typ2 betrachtet. Recht schnell fielen mir einerseits die Stigmatisierungen, aber andererseits auch die Uniformität der Kommunikation auf: vor allem wie wenig auf die Unterschiedlichkeiten innerhalb der Zielgruppe Typ2 Diabetiker eingegangen wird – in allen Bereichen der Kommunikation. Dabei sollte Kommunikation doch das Vehikel für Unterstützung für Empowerment, Compliance und Lebensstiländerungen sein.

Als eine Basis-Ursache für diese unzureichende Kommunikation nahm ich große Differenzen bei Selbstbildern, Fremdbildern und Stereotypen von Typ2 Diabetikern an. Dies führte mich dazu, mich diesem Thema auf wissenschaftliche Art und Weise zu nähern.

Abstract

Thema: Diese Studie untersuchte die Selbstbilder und wahrgenommenen Fremdbilder, im Hinblick auf die durch Kommunikation rückgespiegelten Identifikationsmerkmale, und in weiterer Folge ob und wie diese Einfluss auf die Motivation ein Verhalten auszuführen, nehmen.

Theorie: Als theoretische Grundlage wurde die Theory of Planned Behavior von Icek Ajzen herangezogen und aufgrund der Erkenntnisse aus der Studie erweitert.

Design: Als Methode wurde eine qualitative Untersuchung, anhand eines Fragebogens mit projektiven Verfahren, kombiniert mit einem Leitfadeninterview, das aufgenommen, transkribiert und methodisch analysiert wurde, gewählt.

Setting: Eine Hälfte bestand aus Typ2 Diabetikern aus dem privaten und beruflichen Netzwerk. Hier fanden die Befragungen individuell vereinbart statt. Die andere Hälfte setzte sich aus Patienten einer Rehabilitationsanstalt für Stoffwechselkrankheiten zusammen. Diese Interviews wurden in den Therapieplan integriert.

Probanden: Befragt wurden 25 in Österreich lebende Erwachsene Typ2 Diabetiker, davon 16 Frauen und 9 Männer zwischen 41 und 81 Jahren, mit einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 6,24 Jahren.

Ergebnisse: Selbstbilder und wahrgenommene Fremdbilder differenzierten sehr stark. Die Heterostereotypen von Typ2 Diabetikern über Gesellschaft, Medien und Health Professionals wurden als sehr stigmatisierend wahrgenommen – ganz besonders in den Bereichen des Aktivitätsgrades, der Selbstkontrolle und des Gewichts. Trotz einer eigenen moderaten Beschreibung anderer Betroffener, entsprach ihr Ausmaß an Vorurteilen dem der deutschen Bevölkerung. Die Konstruktion des Selbstbildes erfolgte durch Abgrenzung zu den stigmatisierenden Fremdbildern. Diese Selbst- und Fremdbilder waren elementar für die Ausbildung und Bewertung von Selbstwirksamkeitsvorstellungen und von Hindernissen und Chancen der Kontrollüberzeugung. Dies konnte auch anhand zwei konkreter Verhaltenssituationen aufgezeigt werden.

Schlussfolgerung: Gesundheitskommunikation, die Einfluss auf Verhaltensänderungen nehmen möchte, muss sich mit den Wirkungsmechanismen der Selbst- und wahrgenommenen Fremdbilder auseinandersetzen und diese kontrolliert einsetzen. Health Professionals und nahe Angehörige sollten als eigenständige Zielgruppen definiert werden.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	10
2	FORSCHUNGSSTAND – FORSCHUNGSKENNTNISSE	13
2.1	STUDIEN ZU IMAGE, ROLLEN UND STIGMA	13
2.2	STUDIEN ZU THEORETISCHEN VERHALTENS-MODELLEN	16
2.2.1	<i>Stages of Change</i>	16
2.2.2	<i>Theory of Planned Behavior (TPB)</i>	17
2.2.3	<i>Behavior-Change-Protocol-Modell</i>	18
2.3	ANALYSE DES FORSCHUNGSSTANDES	20
3	THEORETISCHE GRUNDLAGE	21
3.1	KOMMUNIKATIONSTHEORIE	21
3.2	SOZIALTHEORIEN	22
3.3	THEORY OF PLANNED BEHAVIOR	23
3.4	SUBJEKTIVE NORM	28
3.4.1	<i>Identität und soziale Normen</i>	28
3.4.2	<i>Bezugspersonen und Gruppen</i>	28
3.4.3	<i>Injunctive und descriptive norm</i>	29
3.4.4	<i>Erwartungen</i>	30
3.4.5	<i>Motivation den wahrgenommenen Normen zu entsprechen</i>	30
3.5	ENTSTEHUNG DER NORMATIVEN VORSTELLUNGEN	32
4	HYPOTHESEN	33
4.1	VIER HYPOTHESEN	33
4.2	ERKENNTNIS-INTERESSE	34
5	DIE STUDIE – METHODE UND PROBANDEN	35
5.1	DIE METHODE	35
5.1.1	<i>Projektive Verfahren</i>	35
5.1.2	<i>Stigma-Fragen-Set</i>	37
5.1.3	<i>Leitfadeninterview</i>	37
5.1.4	<i>Durchführung</i>	38
5.1.5	<i>Methoden der Evaluation</i>	39
5.2	VPN – DIE PROBANDEN	40
5.2.1	<i>Sozio-demographische Daten</i>	40
5.2.2	<i>Daten zur Erkrankung</i>	41
6	DIE STUDIE – ERGEBNISSE	43
6.1	WAS GLAUBEN TYP 2 DIABETIKER DENKEN ANDERE ÜBER SIE?	43
6.1.1	<i>Eigenschaften-Diagramme</i>	43
6.1.2	<i>Das wahrgenommene Bild in den Medien</i>	47
6.1.3	<i>Das wahrgenommene Bild in der Gesellschaft</i>	49
6.1.4	<i>Das wahrgenommene Bild von Health Professionals</i>	51
6.1.5	<i>Das wahrgenommene Selbst-Bild über Freunde und Familie</i>	52

6.1.6	<i>Was Typ2 Diabetiker selbst über andere Typ 2 Diabetiker denken..</i>	53
6.1.7	<i>Typ2 Diabetiker im Selbst-Bild.....</i>	54
6.1.8	<i>Sind Auto- und wahrgenommene Heterostereotype deckungsgleich?.....</i>	55
6.2	BEEINFLUSSUNG DER AUTOSTEREOTYPE DURCH WAHRGENOMMENE HETEROSTEREOTYPE	56
6.2.1	<i>Ein stigmatisierendes Bild in den Medien.....</i>	56
6.2.2	<i>Sind Typ2 Diabetiker selbst gefeit vor Vorurteilen?</i>	58
6.2.3	<i>In-Group und Out-Group.....</i>	62
6.2.4	<i>Beeinflussen wahrgenommene Heterostereotype die Autostereotype?</i>	66
6.3	BEEINFLUSSUNG DER SELBSTWIRKSAMKEITSVORSTELLUNGEN DURCH AUTO- UND HETEROSTEREOTYPE	67
6.3.1	<i>Diabetes-Kampagnen.....</i>	67
6.3.2	<i>Medien als Quelle für Selbstwirksamkeitsvorstellungen und Kontrollüberzeugung</i>	70
6.3.3	<i>Unterstützung und Motivation den Erwartungen zu entsprechen</i>	70
6.3.4	<i>Health Professionals als Moderatoren der Selbstwirksamkeitsvorstellungen und Kontrollüberzeugung</i>	73
6.3.5	<i>Hürden und Chancen</i>	77
6.3.6	<i>Sind Selbstwirksamkeits-Vorstellungen von Auto- und wahrgenommenen Heterostereotype abhängig?.....</i>	79
6.4	BEEINFLUSSUNG DES KONKRETEN VERHALTENS IN BEZUG ZUM TYP2 DIABETES DURCH AUTO- UND WAHRGENOMMENE HETEROSTEREOTYPE	80
6.4.1	<i>Wie sprechen Typ2 Diabetiker selbst über ihre Erkrankung?.....</i>	80
6.4.2	<i>Normatives Verhalten in einer häufig vorkommenden sozialen Interaktion: Anbieten eines Stückes einer Geburtstagstorte</i>	83
6.4.3	<i>Haben Auto- und wahrgenommene Heterostereotype einen direkten Einfluss auf den Umgang und das Verhalten in Bezug zum Typ2 Diabetes?.....</i>	85
6.5	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	86
6.5.1	<i>Auto- und wahrgenommene Heterostereotype sind nicht deckungsgleich</i>	86
6.5.2	<i>Wahrgenommene Heterostereotype beeinflussen die Autostereotype</i>	87
6.5.3	<i>Die Selbstwirksamkeits-Vorstellungen sind von Auto- und wahrgenommenen Heterostereotype abhängig.....</i>	88
6.5.4	<i>Auto- und wahrgenommene Heterostereotype prägen den Umgang und das Verhalten im Bezug zur Krankheit.....</i>	89
6.5.5	<i>Entwicklung eines Modells der moderierenden Stereotype.....</i>	90

7	SCHLUSSFOLGERUNG	92
7.1	ERKENNTNIS-INTERESSE: ANTWORTEN	92
7.1.1	<i>Für Gesundheitsziele förderliche und hinderliche Selbstwahrnehmung</i>	<i>92</i>
7.1.2	<i>Zielgerichtete Kommunikation und Maßnahmenentwicklung im Bereich Lebensstil und medizinisches und therapeutisches Verhalten</i>	<i>93</i>
7.1.3	<i>Förderung der Selbstwahrnehmung durch Kommunikation</i>	<i>94</i>
7.1.4	<i>Ansatzpunkte und Hebel für den Einsatz von Kommunikation</i>	<i>96</i>
7.2	GRENZEN UND CHANCEN DER STUDIE	97
7.2.1	<i>Grenzen</i>	<i>97</i>
7.2.2	<i>Chancen</i>	<i>97</i>
8	LITERATURVERZEICHNIS	99
9	WEB-VERZEICHNIS	101
10	ANHANG	103
10.1	FRAGEBOGEN UND LEITFADEN-INTERVIEW	103
10.2	DIAGRAMME ZU DEN AUFGABEN 3/1 BIS 3/6	115

1 Einleitung

Diabetes Typ 2 wird oft als „Lifestyle- oder „Wohlstandserkrankung“ bezeichnet.

„Die meisten Menschen vertreten die Auffassung, dass nur wer fett und faul ist, daran erkrankt, bzw. sind sie der Meinung, dass sich die Fetten und Faulen nicht zu wundern brauchen, wenn sie an Diabetes erkranken.“

OÄ Dr. Claudia Francesconi¹

Allerdings benötigt es eine ganze Reihe an Faktoren, auch zB einer genetischen Disposition, um bei Übergewicht und Bewegungsarmut wirklich an Diabetes zu erkranken. Welche Faktoren hier zusammenspielen ist aktuell ein Forschungsfeld der humanbiologischen und medizinischen Wissenschaften.

Laut Österreichischem Diabetesbericht 2013 des Bundesministeriums für Gesundheit, sind derzeit rund 8% der österreichischen Bevölkerung betroffen und die Zahl der Neuerkrankungen und auch der Folgeerkrankungen steigt weiter an.² Somit stellt Diabetes mellitus Typ2 einen wichtigen Punkt der Public-Health-Agenden, sowohl für die primäre, die sekundäre, als auch tertiäre Prävention, dar.

Begriffe wie Health Literacy, Empowerment und Health in all Policies haben derzeit bei Fachleuten im Gesundheitswesen hohe Aktualität und Brisanz. Es steht außer Frage, dass Prävention und Kuration von Typ2 Diabetes, neben dem medizinischen Aspekt, Anstrengungen in diesen Bereichen benötigen.

¹ Francesconi Claudia Dr., OÄ Diabetes- und Stoffwechselambulanz, Gesundheitszentrum

² Griebler R., Geißler W., Winkler P. (Hrsg.) (2013): Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen. Österreichischer Diabetesbericht 2013. Wien: Bundesministerium für Gesundheit

Einen wichtigen Ansatzpunkt dafür bietet die Gesundheitskommunikation, ohne die keiner dieser Bereiche zielgerichtete Botschaften und Inhalte vermitteln kann.

Schon alleine aus der großen Anzahl der Diabetiker lässt sich allerdings schließen, dass auch unterschiedlichste Menschen, in Bezug auf Alter, Bildung, Krankheitsstadium, etc. angesprochen werden sollten.

Von unzureichender und inadäquater Kommunikation betroffen, sind:

- Diabetiker, die unzureichend Information und Begleitung erhalten, deren Image immer mehr sinkt und in Folge deren Motivation.
- Ärzte, die wenig Zeit und keine Ausbildung in Kommunikation haben.³
- Verwandte Berufsgruppen, die in der Diabetiker-Betreuung tätig sind, aber zu wenig Kenntnis darüber haben und nicht wirklich eingebunden sind.
- Gesundheitsorganisationen, die ihre Aktivitäten im „Gießkannenprinzip“ einsetzen.
- Angehörige und das gesamte soziale Umfeld, die den Alltag „mitleben“ müssen und essentiell unterstützend sein sollen.
- Die Allgemeine Meinung – eine Bevölkerung, die ein negatives Bild vom Diabetiker hat, sich präventiv verhalten soll, aber wenig Positiv-Beispiele gezeigt bekommt und dabei immer öfter mit Diabetikern in der Familie, Bekanntenkreis, Arbeitsumfeld zu tun bekommt.

³ APA/red, derStandard.at, (14.8.2012) Artikel zu Studie des Ludwig Boltzmann Instituts für Gesundheitsförderungs-Forschung zum Thema Gesundheitskompetenz (abgerufen am 3.7.2014)
<http://derstandard.at/1343744803294/Ein-Viertel-der-Oesterreicher-versteht-Arzt-nicht>

Diabetes Typ2 ist eine Erkrankung, die viel Eigenverantwortung dem Patienten abverlangt. Das Verhalten der Patienten in Bezug auf Lebensführung und Compliance ist maßgeblich für einen erfolgreichen Umgang mit dem Typ2 Diabetes verantwortlich. Deshalb erscheint es mir zunächst von elementarem Interesse, herauszufinden, wo Ansatzpunkte für die Einflussnahme von Gesundheits-Kommunikation liegen könnten.

Als ein besonders interessanter Ansatz erschien mir die Frage nach den Selbstbildern und den wahrgenommenen Fremdbildern, im Hinblick auf die durch Kommunikation rückgespiegelten Identifikationsmerkmale, und in weiterer Folge ob und wie diese Einfluss auf die Motivation ein Verhalten auszuführen, nehmen.

Eine Antwort auf diese Frage kann dazu beitragen:

- Stigmata zu reduzieren.
- Differenzierte Zielgruppen innerhalb der Typ 2 Diabetiker zu definieren.
- Selbstwirksamkeitsvorstellungen positiv zu beeinflussen.

Damit kann die Erkenntnis einen Beitrag für eine zielgerichtete Kommunikation auf der medialen, organisationalen, personalen Kommunikation leisten - für:

- Betroffene Diabetiker
- Angehörige und Umfeld der Diabetiker
- Betreuende Ärzte
- Gesundheitsorganisationen / Gesundheitsverantwortliche
- All jene, die Gesundheitskommunikation zum Thema Diabetes Typ2 betreiben, zB Präventionskampagnen, Disease-Programme, Pharmaunternehmen,..
- Allgemeine Meinung / sozialer Konsens

2 Forschungsstand – Forschungserkenntnisse

Bei der Recherche konnte ich keine Studie zu Selbst- und Fremdbildern, oder Auto- und Heterostereotype bei Typ2 Diabetikern finden. Mein Augenmerk lag auf Erkenntnissen zu Diabetes Typ2 in Bezug auf Image, Rollen und Stigma und in Bezug auf Verhaltenstheorien. Hier führe ich beispielhaft Studien an, die einen starken Bezug zu Selbst- und Fremdbildern herstellen.

2.1 Studien zu Image, Rollen und Stigma

In einigen Studien zum Körperbild in Bezug zu Ernährung, Übergewicht, Diabetes und subjektiver Morbidität ⁴ wird das Selbstbild als wichtiger „Gesundheits-Faktor“ als Studiengegenstand herangezogen.

Die psychologische Seite des Typ2 Diabetes wird in der Studie „Sources of Uncertainty in type2 Diabetes: Explication and Implications for Health Communication Theory and Clinical Practice“ ⁵ (Middleton et al.: 2012) betrachtet - vor allem jene Bereiche, in denen Unsicherheiten entstehen und deren Auswirkungen auf Verhalten und Compliance. Es geht hier auch um psychologische Gesundheit mit einer bestehenden Stoffwechselerkrankung. Für Themen wie Selbstwirksamkeit und Selbstbild ist es wichtig zu sehen, wo die Schwierigkeiten und Hindernisse liegen. So besagt die Studie zB, dass die Diagnose Diabetes Typ2 eine große Bedeutung für die persönliche Rolle des Betroffenen in der Familie hat. Vor allem auch in welcher Rolle der Erkrankte

⁴ Bormann C., (1990) Subjektive Morbidität: Prävalenz, Reliabilität und Validität von Angaben über Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes und Risikofaktoren im Nationalen Untersuchungs- und Befragungs-Survey , Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, München

⁵ Middleton A., LaVoie N., Brown L., (2012) Sources of Uncertainty in Type 2 Diabetes: Explication and Implications for Health Communication Theory and Clinical Practice / Department of Communication Studies, University of Texas at Austin / doi 10.1080/10410236.2011.618435

sich in der Familie selbst sieht. Weiters ist die Kommunikation über die Krankheit in der Familie von Unsicherheiten und Tabus gekennzeichnet. In den Bereichen „Rolle in der Familie“, „Stigmata“ und den „Personal Sources of Uncertainty“ werden Selbstbild und Fremdbild eine große Bedeutung zugesprochen. Damit werden nicht nur sozialpsychologische Zusammenhänge in Verbindung mit Diabetes gebracht, sondern auch das Fremdbild und dessen Beeinflussung auf persönliche normative Vorstellungen und Verhalten.

Interessant ist auch die Zugangsweise der zwar schon etwas älteren, groß angelegten Studie von Braun B. (2001): „Die medizinische Versorgung des Diabetes Typ2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Krankheit aus Patientensicht.“⁶ Die Verantwortung für eine erfolgreiche Therapie wird darin prinzipiell als ein verantwortungsteiliges Unterfangen gesehen.

„Nimmt man die Vorstellung ernst, das Ergebnis der Behandlung einer chronischen Erkrankung hänge wesentlich von der Interaktion von Arzt und Patient ab, also von ihrer Koproduktion, tragen beide eine sich wechselseitig aktivierende Verantwortung dafür, das Ergebnis so gut wie möglich zu gestalten.“⁷

Braun B., 2001

Kritische Punkte wie zB die Selbstmessungen von Blutzucker, Harn und Blutdruck wurden in Zusammenhang mit der Selbsteinschätzung gebracht: zB wie sich die Patienten als Selbstkontrolleure sahen. Zur Selbsteinschätzung wurden Fragen wie „Bin ich ein braver Diabetiker?“, „Bin ich ein guter Selbstkontrolleur?“ und ähnliche gestellt. Zumindest 2001 war das Ergebnis nicht sehr ermutigend. Seither gab es einige Maßnahmen im deutschsprachigen Raum um Diabetes-Patienten besser zu befähigen mit ihrer Krankheit umzugehen. Wie seither die Selbsteinschätzung bewertet wird, konnte ich in keiner ähnlichen Studie finden. Interessant finde ich die

⁶ Braun B., (2001), Die medizinische Versorgung des Diabetes Typ2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Krankheit aus Patientensicht, Bremen

⁷ Braun B., (2001), S. 228

Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und Realität und die starke Korrelation zur Health Literacy.

Weitere Anhaltspunkte gaben Studien zu Stigmata bzw. Stigma-Reduzierung zB zum Thema Adipositas-Stigma. Diabetiker leiden oftmals unter Übergewicht, so dass in vielen Fällen Adipositas-Stigmata auch sie betreffen.⁸

Ganz aktuell (2013) sind die Erkenntnisse aus einer australischen qualitativen Studie zur Wahrnehmung von Diabetes Typ2 assoziierten Stigmatisierungen von betroffenen Patientinnen und Patienten.⁹ 84% der Befragten gaben an, dass sie glaubten Diabetes Typ2 sei stigmatisierend. Die genannten Themen um-spannten zB Schuldzuweisungen (victim blaming), Negativbeispiel zu sein, weniger Chancen im Leben zu haben und ähnliche. Als Quelle dieser Stigmatisierung wurden die Medien, Health Care Professionals, Freunde, Familie und Kollegen genannt. Diese Studie wurde in Australien durchgeführt. Sowohl das australische Gesundheitssystem, als auch Kultur und Normen unterscheiden sich zwar grundlegend von den österreichischen Gegebenheiten. Trotzdem ist anzunehmen, dass die dahinter stehenden Themen und Systematiken auch für Mitteleuropa zutreffen.

⁸Website „Stigmatisierung bei Adipositas“ der medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Leipzig, (abgerufen am 6.8.2014)

http://www.adipositasstigma.de/ueber_uns/ueber_uns.php

⁹ Browne J.L., Ventura A., Mosely K., et al., (2013), 'I call it the blame and shame disease': a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. BMJ Open 2013;3:e003384. doi:10.1136/bmjopen-2013- 003384

2.2 Studien zu theoretischen Verhaltens-Modellen

Einige Erkenntnisse gibt es zur Anwendung der Theorien zur Verhaltensänderung, dem Transtheoretischen Modell / Stages of Change¹⁰ und der Theory of Planned Behavior¹¹ in Bezug auf Diabetes.

2.2.1 Stages of Change

In der Studie „Applying the Stages of Change model to type2 Diabetes care in Trinidad: A randomised trial“¹² wurde die medizinische Wirkung von geleiteter, strukturierter Verhaltensänderung nach dem Stages of Change - Modell in Kombination mit medikamentöser Therapie, mit reiner medikamentöser Therapie und herkömmlichen Umgang mit Patienten verglichen. Als Besonderheit kann die Zielgruppe hervorgehoben werden: eine sozial schwache Gruppe, mit wenig Zugang zu Information. Das Stages-of-Change-Modell wurde zu zwei Themen begleitet: Ernährung und Bewegung. „The intervention was „stage-specific“ and „personalized“¹³. Das bedeutet, dass der Patient dort abgeholt wurde, wo er stand und Information und Hilfestellung, je nach seinen persönlichen Bedürfnissen innerhalb des Stages-of-Change-Modell, erhalten hatte. Die Untersuchung dauerte 48 Wochen. Nicht wenig erstaunte es, dass die Stages-of-Change-Gruppe ihre Zuckerwerte stärker verbessern konnte. Leider waren in dem Artikel keine Angaben zur Handhabung des Stages-of-Change Modells zu finden. Um für so eine spezielle

¹⁰ Nach Schnabel P., (2012), Gesundheitskommunikation. Mehr als reden über Krankheit, Weinheim und Basel, Beltz Juventa, S. 141
in Anlehnung an Prochaska J.O. & DiClemente C.C. The transtheoretical approach, in Norcross J. Goldfried M.R. Handbook of psychotherapy integration, New York Oxford University Press, 2005, S. 147-171

Auch Prochaska, JO; DiClemente, CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin; 1984.

¹¹ Rossmann C., (2011) Theory of reasoned action, theory of planned behavior, Baden-Baden, Nomos,

nach Ajzen I., (1991) The theory of planned behavior. Organizational Behavior & Human Decision Processes, 50 (2), S. 179-211

¹² Partapsingh V.A., Maharaj R.G., Rawlins J.M., (2011), Applying the Stages of Change model to type 2 Diabetes care in Trinidad: A randomised trial, in Partapsingh et al. Journal of Negative Results in BioMedicine

¹³ Partapsingh V.A. et al., (2011), S.2

Zielgruppe ein Disease-Programm zu entwickeln, bedürfte es genauer Zielgruppen-Kennntnis.

Die Studie „Stage of Change of 6 health-related behaviors among patients with type2 diabetes“¹⁴ verglich die Start-Stufen in der Typ2 Diabetiker waren, und wie schnell sie Verhaltensänderungen nach dem Stufenmodell ausführten , anhand von sechs Gesundheitszielen: 1. Rauchen aufhören, 2. regelmäßige Bewegung, 3. 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag, 4. raffinierten Zucker vermeiden, 5. gesättigtes Fett vermeiden und 6. selbständige Zuckermessung. Die Stufen, auf denen die Probanden zu den jeweiligen Gesundheitszielen starteten, und die Geschwindigkeit, in der sie auf die nächste Stufe kamen, waren unterschiedlich.

„Age, gender, income and education were all related tot he stage of change oft the studied behaviors“¹⁵

Bawadi H.A., 2012

Der eindeutige Zusammenhang der sozialen Faktoren mit der Geschwindigkeit, mit der das Stufenmodell bewältigt wurde, lässt den Schluss nahe, dass es sich beim Parameter Selbstbild genauso verhält.

2.2.2 Theory of Planned Behavior (TPB)

2009 untersuchten Hrisis et al. anhand der TPB das klinische Management von Typ2 Diabetes im Vergleich zwischen England und den Niederlanden.¹⁶ Ziel war es zu belegen, dass psychologische Theorien ein brauchbares generalisierendes Konzept für das Verständnis der Faktoren für das Verhalten von Klinikpersonal darstellen können¹⁷. Dies ist ein direkter Hinweis darauf,

¹⁴ Bawadi H.A. et al., (2012), Stage of Change of 6 health-related behaviors among patients with type 2 diabetes, Department of Nutrition and Food Technology, Jordan University, Jordan, doi: 10.1016/j.pcd.

¹⁵Bawadi H.A. et al., (2012) Abstract

¹⁶ Hrisis S. et al., (2009) Using psychological Theory to understand the clinical management of type 2 diabetes in primary Care: a comparison across two European countries Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle, UK doi: 10.1186/1472-6963-9-140

¹⁷ Hrisis S. et al., (2009), Abstract

dass Verhalten und Kommunikation der Health Professionals bewusst gesteuert und zielgerichtet intendiert sein sollte. Dazu benötigt es ein „how to do“ für das theoretische Verhaltensmodelle herangezogen werden können und sollen.

In beiden Ländern waren subjektive Norm und Verhaltensintention wichtige Parameter für die klinische Intention (Füße inspizieren und Statine verordnen). Diese Studie spricht zwar nicht von Selbst-Bild und Fremdbild, von Image oder dergleichen, kommt aber eindeutig zu dem Schluss, dass die normativen Vorstellungen die das klinisches Personal vom Patienten hat, eine direkte Einwirkung auf die Auswahl der Therapie nach sich zieht.

Die Studie „Does the theory of planned behavior identify diabetes-related cognitions for intention to be physically active and eat a healthy diet?“¹⁸ (Blue CL: 2007) untersuchte die Wirksamkeit eines Vorgehens nach der TPB, im Vergleich zu Motivation durch Kommunikation von Risiko-Szenarien. Das Ergebnis fiel eindeutig aus: Subjektive Norm und wahrgenommene Verhaltenskontrolle standen eindeutig in Korrelation zu Verhaltensänderungen in den Bereichen „mehr Bewegung“ und „gesunde Ernährung“. Erwartete Konsequenzen standen zu diesen beiden Bereichen eindeutig nicht in Korrelation. Diese Studie unterstreicht die Wichtigkeit des Themas Selbstbild und Fremdbild, das in den beiden Parametern „Subjektive Norm“ und „Wahrgenommene Verhaltenskontrolle“ bzw. Selbstwirksamkeit zum Ausdruck kommt.

2.2.3 Behavior-Change-Protocol-Modell

Da Diabetes eine Krankheit ist, die der Betroffene tagtäglich selbst managen muss, sind Empowerment und Self-Management grundlegend wichtig. Dazu gibt es einige Studien. Eine möchte ich herausheben, da sie ein weiteres Verhaltensmodell einführt, das Kommunikation dezidiert miteinbezieht.

¹⁸ Blue C.L., (2007), Does the theory of planned behavior identify diabetes-related cognitions for intention to be physically active and eat a healthy diet?, School of nursing, University of North Carolina-Greensboro, USA, PMID 17319886

Ausgehend davon, dass es eine Kluft zwischen den Versprechungen und der Realität der Diabetes-Versorgung gibt, legte die Studie „Empowerment and Self-Management of Diabetes“¹⁹ ihr Augenmerk auf das Zusammenwirken von Patient, Arzt und Betreuer. Es wurde ein Modell eingeführt, das auf einer patientenzentrierten Methodik aufbaut: dem Behavior-Change-Protocol-Modell.

Das Modell besagt, dass die Information, die Art der Informationsvermittlung, die Therapie und die Lebensstiländerungen in das Leben des Betroffenen passen müssen, anstatt dass sich Betroffene an Fertiglösungen anpassen müssen. Subjektive Norm und Selbstbild sind in diesem Modell leitende Parameter. In Punkto Selbstbild und Fremdbild zielt das Modell darauf ab, dass ein vorgefasstes Fremdbild keinen Einfluss auf Therapie und Gesundheitsziele und den Weg dorthin haben darf. Den Weg bestimmt somit der Betroffene, der durch den Arzt als Coach geführt wird.

¹⁹ Funnell M. & Anderson R.M., (Nov. 2004), Empowerment and Self-Management of Diabetes, Clinical Diabetes, Volume 22

2.3 Analyse des Forschungsstandes

Dass eine tiefere Betrachtung des Themas Selbstbild und Fremdbild der Typ2 Diabetiker einen Erkenntnisgewinn bringen kann, ist außer Frage gestellt. Für verhaltenstheoretische Modelle sind sie Schlüsselparameter. Anhand einiger Studien wurde gezeigt, dass es die Veränderungen der subjektiven Norm sind, die Einfluss auf positives Gesundheitsverhalten in Bezug auf den Diabetes Typ2 haben – nicht etwa Angst- und Risiko-Szenarien. Jede Änderung eines Verhaltens benötigt zunächst eine Änderung im Selbstbild. Noch bleibt unklar, wie dies optimal erfolgen kann. In den Studien außer Acht gelassen wurde die Art und Form der Kommunikation, die ja grundlegend ist, um überhaupt nach einem theoretischen Modell vorgehen zu können. Kaum eine Studie ging auf Unterschiede innerhalb der Gruppe der Typ2 Diabetiker ein: Unterschiede in Alter, Bildung, Einkommen, Kultur, Krankheitsstadium, Krankheitsdauer, Informationsverhalten,... Schon alleine aus der Anzahl der Erkrankten muss man schließen, dass es sich nicht um eine homogene Gruppe handeln kann. Zusätzlich gibt es durch den Fortlauf der Erkrankung und unterschiedlicher Therapien auch große Unterschiede, die mit Sicherheit Rückwirkungen vor allem auf die subjektive Norm und die Selbstwirksamkeitsvorstellungen nach sich ziehen.

3 Theoretische Grundlage

Diabetes Typ2 ist eine stark verhaltensassoziierte Erkrankung: sowohl bezüglich des Verhaltens im Lebensstil, der diese Stoffwechsel-Beeinträchtigung verbessert oder verschlechtert, als auch betreffend das Verhalten in der Therapie-Führung. Obwohl Aspekte wie Genetik, Vorerkrankungen, Umweltbezogene Faktoren, etc. in der Pathogenese der Erkrankung für die Forschung immer mehr an Bedeutung gewinnen, liegt der Einflussfaktor für Gesundheitskommunikation für Diabetes Typ2 hauptsächlich im Bereich der Einstellungen und des Verhaltens.

3.1 Kommunikationstheorie

Die vier Kommunikationsebenen nach Baumann²⁰

1. Intrapersonale Ebene
2. Interpersonale Ebene
3. Organisationale Ebene
4. Ebene der Massenkommunikation

Intrapersonale Ebene: introspektive Kommunikationsprozesse, psychische und psychologische Prozesse, Vorstellungen und Einstellungen, die „Empfänglichkeit für gesundheitsfördernde Maßnahmen beeinflussen“ (Baumann E., 2001).²¹

Was denke ich über mich?

Was denke ich, dass andere über mich denken?

²⁰ Baumann E. et al, (2001), Gesundheitskommunikation und Medien, Stuttgart, Kohlhammer, S. 26 -31

nach Signitzer B., (2001) Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication, in Hurrelmann K. & Leppin A., (2001), Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health Hans Huber, Bern, S. 22-35

²¹ Baumann E. et al, S. 27

Interpersonal Ebene: vor allem Arzt-Patienten-Kommunikation, zwischen Menschen, direkt oder medial, auch Ärzte untereinander - „als Hypothese steht im Raum, dass Quantität und Qualität dieser Kommunikation medizinische Folgen haben können.“ (Signitzer 2001, S. 29)

Wie sehe ich mich als Typ2 Diabetiker gegenüber dem Arzt?
Was nehme ich wahr, wie mich der Arzt als Typ2 Diabetiker sieht?
Wie sehe ich andere Typ2 Diabetiker?
Was glaube ich, dass andere Menschen über Typ2 Diabetiker denken?

Organisationale Ebene: Krankenhäuser, Selbsthilfegruppen, etc.

Aus praktischen Gründen wurde in weiterer Folge nicht auf diese Ebene eingegangen.

Ebene der Massenkommunikation: gesellschaftliche Kommunikation

Gesellschaftliche, kulturelle und mediale Einflüsse auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen.

Welches Bild von Typ2 Diabetikern wird von ihnen über die Medien wahrgenommen?

3.2 Sozialtheorien

Im Prozess der Selbstkategorisierung kann diese vorteilhaft oder auch unvorteilhaft für die Selbstwirksamkeitsvorstellung ablaufen. Somit geben die Theorien der sozialen Identität²² und des sozialen Konsensus²³ Ansatzpunkte um positive Einflüsse auf das Selbst-Bild und die Selbst-Wirksamkeit ausüben zu können.

²² Tajfel H. & Turner J.C., (1986), The social identity theory of intergroup behavior. In Worchel S. & Austin W.G., (Hrsg.): Psychology of intergroup relations (S. 7-24). Chicago,IL: Nelson-Hall.

²³ Puhl R.M., Schwarz M.B., Brownell K.D., (2005), Impact of Perceived Consensus on Stereotypes About Obese People: A New Approach for Reducing Bias. Yale University

3.3 Theory of Planned Behavior

Theoretische Modelle, die versuchen menschliches Verhalten zu verstehen und vorauszusagen bieten hierzu relevante Kriterien und Ansatzpunkte dieses Verhalten – mit Hilfe von Kommunikation – zu beeinflussen.

Für Erkenntnisgewinne zu Auto- und Heterostereotype und deren Einfluss auf Selbstwirksamkeitsvorstellungen nach Bandura²⁴, erscheint mir das Modell der Theory of Planned Behavior nach Icek Ajzen am geeignetsten, da es normative Vorstellungen, Erwartungen von Bezugspersonen, Motivation diesen zu entsprechen und auch Kontroll-Überzeugung systematisch darstellt.

Die Sozialpsychologen Ajzen & Fishbein²⁵ schufen 1980 mit der Theory of Reasoned Action (TRA) ein Erklärungsmodell für die Einflussfaktoren für die Entstehung von Verhaltensintentionen, bzw. für die Voraussage von Verhalten. In der Folge entwickelte Icek Ajzen das Modell zur Theory of Planned Behavior²⁶ (TPB) weiter. Auch Fishbein arbeitete mit Yzer daran und sie erstellten das Integrative Modell der Theory of Planned Behavior²⁷. Das bisher ausführlichste Modell – das Integrated Behavioral Model²⁸ (IBM) – konstruierten Montano & Kasprzyk (2008).

²⁴ vgl. Bandura A., (1994), Social cognitive Theory of mass communication, in Byrant J. & Zillmann D., Media Effects. Advances in Theory an Research, S. 61-90, Hillsdale

²⁵ Ajzen I. & Fishbein M., (1980), understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

²⁶ Rossmann C., (2011), nach Ajzen I., (1991), S. 179-211

²⁷ Fishbein M. & Yzer M. C. (2003), Using theory to design effective health behavior interventions, Communication Theory, 13, 164-183

²⁸ Montano D.E. & Kasprzyk D., (2008), Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Hrsg.), Health behavior and health education: Theory, research, and practice (S.67-96). San Francisco, CA: Wiley & Sons

Alle vier Theorien stellen Modelle der Gesundheitsveränderungen mit prozessualer Perspektive dar.

„Ausgehend von der Annahme, dass individuelles Verhalten einzigartig ist, letztlich aber zu großen Teilen mit Hilfe einer begrenzten Anzahl von theoretischen Variablen erklärt werden kann.“²⁹

Baumann E., 2001

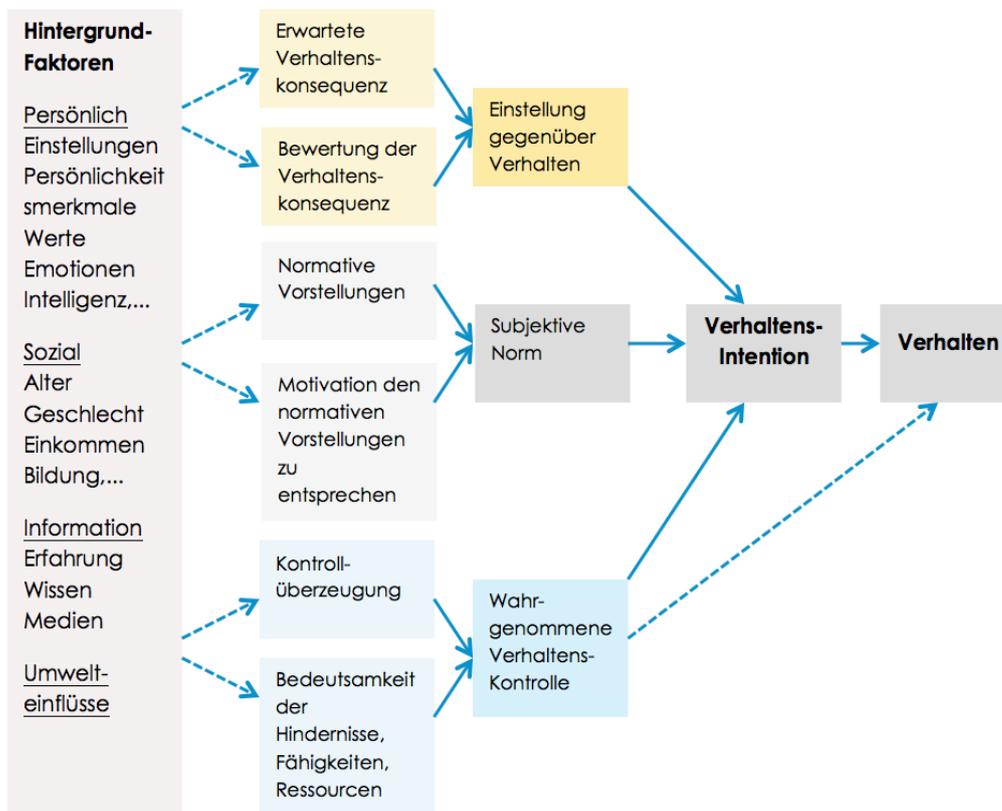
Zur Darstellung der Systematik des Erklärungsmodells ziehe ich nun die Theory of Planned Behavior heran.

Die Theory of Planned Behavior ergänzt die TRA um die subjektiv wahrgenommene Verhaltenskontrolle als relevanten Einflussfaktor und schließt damit das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura³⁰ mit ein. Die Sozialkognitive Theorie besagt, dass menschliches Verhalten aus der ständigen Wechselwirkung von Persönlichkeits- und Umweltfaktoren resultiert. Auch Auto- und Heterostereotype sind sich gegenseitig beeinflussende Faktoren, die in einem ständigen Wechselspiel stehen.

²⁹ Fromm B., Baumann E., Lampert C., (2001), Gesundheitskommunikation und Medien, Stuttgart, Kohlhammer, S. 99

³⁰ vgl. Bandura A., (1994), S. 61-90

Abb.: Theory of Planned Behavior



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Baumann (2012: 27)*, Rossmann (2011:26) und Ajzen (2005:135)

Verhaltensintention und Verhalten

Die Absicht eine bestimmte Handlung durchzuführen, wird als Verhaltensintention bezeichnet. Sie geht unmittelbar einem konkreten Verhalten voraus³¹ und bezeichnet das Maß der Wahrscheinlichkeit dieses Verhalten auch auszuführen³².

Das Verhalten selbst ist die Durchführung der Handlung.

³¹ Website von Ajzen Icek, TPB Diagramm, (abgerufen am 31.7.2014)
<http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html#null-link>

³² Rossmann C., (2011), S. 16

*Baumann E., (2012), Skriptum Einführung in die Gesundheitskommunikation, Teil 1 Forschungsfeld, Universität Wien

Einstellung gegenüber Verhalten

Einstellungen sind Persönlichkeitsmerkmale, die geprägt sind von den Bildern, die man von sich, von Personen, Sachen, Handlungen etc. macht.

Die erwartete Verhaltenskonsequenz ist die Annahme einer individuellen Wahrscheinlichkeit, dass ein bestimmtes Ergebnis durch ein konkretes Verhalten erlangt wird oder eintritt. Die Bewertung der Verhaltenskonsequenz ist der Grad in welchem dieses Ergebnis aus einem bestimmten Verhalten als positiv oder negativ beurteilt wird.

Diese beiden Punkte haben nur insofern Relevanz für das Thema Auto- und Heterostereotype, als dieser Einfluss auf die Art der Kommunikation der möglichen Konsequenzen in der Krankheit Diabetes hat. Mögliche Differenzen in Angst, Betroffenheit etc. sind den Persönlichkeitsvariablen zuzurechnen.

Subjektive Norm

Der Druck, den eine Person spürt ein bestimmtes Verhalten auszuführen, oder auch nicht, wird als subjektive Norm bezeichnet.³³

„Die Intention, ein Verhalten auszuführen hängt demnach auch davon ab, wie andere Menschen, deren Meinung für eine Person relevant ist, ein bestimmtes Verhalten bewerten. Allgemein ausgedrückt bedeutet dies: Personen haben eher die Absicht, ein Verhalten auszuführen, wenn sie das Verhalten positiv bewerten und wenn sie glauben, dass auch andere Menschen finden, sie sollten es ausführen.“³⁴

Rossmann S., 2011

Je nach Druck und den Einstellungen zu den betreffenden Referenz-Personen oder Referenz-Gruppen unterscheidet sich der Grad der Motivation den Erwartungen und Vorbildern zu entsprechen.

Da dieser Faktor elementar für das Thema Auto- und wahrgenommene Heterostereotype ist, habe ich ihm in der Folge ein eigenes Kapitel gewidmet.

³³ Website von Ajzen Icek, TPB Diagramm, (abgerufen am 31.7.2014)
<http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html#null-link>

³⁴ Rossmann C., (2011), S. 17

Wahrgenommene Verhaltenskontrolle

Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle meint den Grad der Überzeugung der Machbarkeit ein bestimmtes Verhalten ausführen zu können. Die Kontrollüberzeugung ist die Wahrnehmung von Faktoren, die ein bestimmtes Verhalten erschweren oder erleichtern. Das persönliche Konzept der Selbstwirksamkeit kommt hier zum Tragen.³⁵ Dabei erhalten Hindernisse, Fähigkeiten und Ressourcen unterschiedliche Bewertungen für die Förderung oder Behinderung der Durchführung eines konkreten Verhaltens.

Dies ist ein starker Punkt des Selbstbildes. Je nachdem, wie ich mich einschätze, werde ich der Überzeugung sein, mit den Herausforderungen, die zB Diabetes Typ2 stellt, umgehen zu können, oder mich überfordert fühlen. Nachdem Diabetes eine chronische Krankheit mit einem fortschreitenden Krankheitsbild ist, kann alleine durch den Verlauf der Krankheit diese Kontrollüberzeugung variieren.

Kommunikation kann Einfluss auf die Bewertung der Hindernisse, Fähigkeiten und Ressourcen nehmen und damit auch auf die Kontrollüberzeugung und die Selbstwirksamkeitsvorstellungen.

Hintergrundfaktoren

Hintergrundfaktoren sind zB soziodemographische Merkmale wie Alter, Geschlecht, Bildung, allgemeine Wertvorstellungen, eigene Erfahrungen, übertragene Erfahrungen durch andere oder durch Medien. Entscheidend sind Hintergrundfaktoren allerdings in ihrem Einfluss auf Verhaltens-, Norm,- und kontrollspezifische Vorstellungen. Somit wirken sie nur indirekt auf die Verhaltensintention und schließlich auf das Verhalten selbst.³⁶ Im Bereich der Hintergrundfaktoren sind jene Faktoren zu finden, die für die Vorstellung von Normen und damit den Auto- und wahrgenommenen Heterostereotype verantwortlich sind.

³⁵ vgl. Bandura A., (1994), S. 61-90

³⁶ Rossmann C., (2011), S. 26

3.4 Subjektive Norm

3.4.1 Identität und soziale Normen

Die subjektive Norm wird von der Persönlichkeit, den kulturellen und sozialen Normen und der Wahrnehmung des sozialen Umgebungsdrucks, ein Verhalten zu unterlassen oder durchzuführen, gebildet. Vorstellungen von Verhalten sind allerdings nicht nur positiv oder negativ, sondern haben Vorteile und Nachteile.

Fishbein & Ajzen diskutierten 2010³⁷ die Möglichkeit, dass Identität und antizipierte Emotion fehlende Parameter im Modell der TRA sein könnten. Die Fragestellung der Identität und den damit verbundenen Bewertungsmechanismen kommt dem Thema Auto- und wahrgenommene Heterostereotype recht nahe. Emotionen und antizipierte Emotionen sind ein ungeheuer wichtiger Faktor. Ich sehe diese allerdings nicht als eigenes Element in den Modellen, sondern subsumiert in den Wechselbeziehungen der Parameter.

Ebenso hat Verhalten umgekehrt auch einen Identifikations-Charakter. Wenn ich mich in einer bestimmten Art und Weise verhalte, dann bin ich eine dementsprechende Person.

3.4.2 Bezugspersonen und Gruppen

Die subjektive Norm nimmt Bezug einerseits zu einzelnen Personen, als auch zu Personengruppen unterschiedlichster sozialer Ausprägung, Rolle und Größe. Wenn wichtige Personen „ein Verhalten gutheißen oder dieses Verhalten selbst ausführen...“, verspüren Personen „...einen sozialen Druck, dieses Verhalten ebenfalls auszuführen“³⁸. Wie stark der soziale Druck ist,

³⁷ Fishbein M. & Ajzen I., (2010), Predicting and changing behavior: The reasoned action approach. New York, NY: Psychology Press.

³⁸ Rossmann C., (2011), S. 21

hängt unter anderem davon ab, wie groß die Motivation ist, sich an dieser Bezugsperson oder an der Bezugsgruppe zu orientieren.

Im Falle von Typ2 Diabetes sind diese Personen vor allem die Familie und Freunde, behandelnde Ärzte, andere betroffene Diabetiker, themenspezifische vermittelte gesellschaftliche Normen und allgemeine gesellschaftliche Normen.

Terry und Hogg fanden 1996³⁹ heraus, dass der Grad der Identifikation mit einer Gruppe den Grad der Relevanz einer wahrgenommenen sozialen Norm beeinflusst. Der Grad der Relevanz der subjektiven Norm korreliert direkt mit dem Grad der Identifikation mit der Gruppe.⁴⁰ Die Identifikation mit einer Gruppe kann demnach als stark moderierender Einflussfaktor für die Korrelation zwischen wahrgenommener Norm, Motivation ihr zu entsprechen und Verhaltensintention herangezogen werden.

Dies stellt eine wichtige Erkenntnis für die Gesundheitskommunikation dar, die bewusst und direkt Einfluss auf Identifikation nehmen kann. Sowohl interpersonale, organisationale und mediale Kommunikation schaffen Identifikationsbilder und Rollen.

Die Wahrnehmung von Auto- und Heterostereotype orientiert sich elementar an Identifikationsgruppen. Individuell findet eine Konstruktion einer sozialen Identität durch Selbst-Kategorisierung⁴¹ statt.

3.4.3 Injunctive und descriptive norm

Das Integrated Behavioral Modell von Montano & Kasprzyk⁴² führt beim Parameter der normativen Vorstellung die wahrgenommene Norm ein und unterscheidet dabei zwischen injunctive norm und descriptive norm. Es stellt

³⁹ Terry D. J. & Hogg M. A., (1996), Group norms and the attitude-behavior relationship: A role for group identification, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, S. 776-793.

⁴⁰ Fishbein M. & Ajzen I., (2010), *Predicting and changing Behavior. The Reasoned Action Approach*, Taylor & Francis Group, New York, S. 290

⁴¹ Terry D. J. & Hogg M.A., (1996), S. 776-793.

⁴² Rossmann C., (2011), S. 89
nach Montano D.E. & Kasprzyk D., (2008)

einen Unterschied dar, wahrzunehmen, was andere Leute meinen, was richtig oder falsch ist und dies verbal, oder medial vermitteln (injunctive norm) oder wie sich andere Leute verhalten, bzw. was sie tatsächlich tun (descriptive norm).

Beim Thema Diabetes Typ2 spielt dies insofern eine bedeutende Rolle, weil die Kluft zwischen dem, was man weiß und für richtig hält, nicht immer das ist, was man auch tut. Dies gilt sowohl für einen selbst als auch in der Sicht von anderen. Zusätzlich gelten etwas andere Normen, als die kulturell-sozialen Konventionen, was schnell zu inneren und äußeren Konflikten führt und ein „erwünschtes“ Verhalten erschwert.

3.4.4 Erwartungen

Erwartungen können explizit ausgedrückt werden oder auch implizit oder versteckt vermittelt werden. Ebenso kann die Wahrnehmung einer Erwartung explizit oder auch implizit erfolgen. Sie kann auch in der Form von Bestätigung und Distanzierung von Rollen und Normen sowohl bewusst, als auch unbewusst erscheinen. Erwartungen können auch an sich selbst gestellt und damit identitätsstiftend selbstreflexiv ausgerichtet sein.

3.4.5 Motivation den wahrgenommenen Normen zu entsprechen

Zunächst geht es darum, inwieweit die betreffenden Bezugspersonen oder Bezugsgruppen relevant für die Verhaltensintention sind und in welcher Beziehung und Rolle sie zu der Person stehen. Die subjektive Norm ist determiniert durch das „Set“ von zugänglichen normativen Vorstellungen von den Erwartungen der Bezugspersonen- und Gruppen – die wahrgenommenen Heterostereotype. Die Relevanz dieser wahrgenommenen normativen Vorstellungen der Bezugsgruppen und der damit verbundenen Erwartungen

korreliert mit der Motivation diese wahrgenommenen Normen mit der Bezugsperson zu teilen.⁴³

Weiters korreliert die Motivation die Erwartung der Bezugspersonen zu erfüllen, in direkter Proportion mit der subjektiv wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit, dass die Bezugspersonen dieses konkrete Verhalten selbst auch ausführen würden (injunctive und descriptive norm).⁴⁴

Bei der Bildung der subjektiven Norm spielen aber auch die erwarteten sozial positiven oder sozial negativen Konsequenzen eine Rolle⁴⁵. Emotionale „benefits and costs“ werden dabei antizipiert. Je nachdem wie soziale Konsequenzen und Emotionen dann bewertet werden, fällt der Grad der Motivation, diesen zu entsprechen, aus.

Bezüglich Typ2 Diabetes geht es um Fragen wie:

- Wie möchte der Kranke, dass seine Bezugsperson ihn sieht?
- Möchte der Kranke dem öffentlichen Image entsprechen?
- Sich anpassen oder eher rebellieren?
- Kann soziale Erwünschtheit auch zu realer Verhaltensänderung führen?

⁴³ Website von Ajzen Icek, TPB Diagramm, (abgerufen am 31.7.2014)
<http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html#null-link>

⁴⁴ Website von Ajzen Icek, TPB Diagramm, (abgerufen am 31.7.2014)
<http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html#null-link>

⁴⁵ Rossmann C., (2011), S. 19

3.5 Entstehung der Normativen Vorstellungen

In der TPB wird nicht spezifisch angegeben woher die normativen Vorstellungen herrühren. Eine ganze Reihe von Backgroundfaktoren kommt als Einflussfaktor in Frage: Persönlichkeit, Lebensumstände und Lebensführung, demographische Faktoren, wie Alter, Geschlecht und Einkommen, Medienkonsum und Informationsverhalten⁴⁶.

Faktoren - wie eigene Erfahrungen, kulturelle Normen, soziale und gesellschaftliche Normen, Habitualisierung und Kultivation⁴⁷ durch die Medien - spielen eine bedeutende Rolle. Die Vorstellung von Konsequenzen und Ergebnissen eines Verhaltens wird maßgeblich von interpersonaler und medialer Kommunikation geprägt. Erfahrungen erfolgen nicht nur persönlich und individuell, sondern werden auch durch den Austausch mit Bezugspersonen und Bezugsgruppen oder auch durch Medien vermittelt⁴⁸. Für die Beurteilung der Größenordnung von Gruppen und deren Relevanz könnte eine Art „Quasi Statistischer Sinn“ im Sinne von Noelle-Neumann⁴⁹ zum Tragen kommen.

Bei diesem Thema erscheint es mir von großer Wichtigkeit, immer mit zu bedenken, dass die Wahrnehmungen der Personen nicht zwingend der Realität entsprechen müssen. In der TPB sind allerdings diese Vorstellungen und Wahrnehmungen die entscheidenden Parameter, die letztendlich zu einer Verhaltensintention und einem nachfolgendem konkreten Verhalten führen.

Aus diesem Grund liegt das Hauptaugenmerk dieser Arbeit auf den subjektiven Wahrnehmungen und Bewertungen der Typ2 Diabetiker und ihrer Selbst- und Fremdbilder.

⁴⁶ Ajzen I., (2011), The theory of planned behavior: Reactions and reflections, *Psychology & Health*, 26:9, 1113-1127, DOI: 10.1080/08870446.2011.613995, S. 1123

⁴⁷ Gerbner G., Gross L., Morgan M., Signorielli N., (2002) Growing Up with Television. The Cultivation Perspective. In: Michael Morgan (Hrsg.): George Gerbner: Against the Mainstream. The Selected Works of George Gerbner. New York / Frankfurt a.M: Lang, S. 193-213.

⁴⁸ Rossmann C., (2011), S. 26/27

⁴⁹ Noelle Neumann E., (1989), Die Theorie der Schweigespirale als Instrument der Medienwirkungsforschung, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, S.418–440

4 Hypothesen

4.1 Vier Hypothesen

Hypothese 1:

Auto- und wahrgenommene Heterostereotype sind nicht deckungsgleich.

Hypothese 2:

Wahrgenommene Heterostereotype beeinflussen die Autostereotype.

Hypothese 3: Die Selbstwirksamkeits-Vorstellungen sind von Auto- und wahrgenommenen Heterostereotype abhängig.

Hypothese 4: Auto- und wahrgenommene Heterostereotype prägen den Umgang und das Verhalten im Bezug zur Krankheit.

Zu den Hypothesen 1 und 2

in Bezug zu Auto- und wahrgenommene Heterostereotype

- Welche Meinung und Vorstellung haben Typ2 Diabetiker von sich?
- Welche Meinung und Vorstellung haben Typ2 Diabetiker von anderen Typ2 Diabetikern?
- Was glauben Typ2 Diabetiker, glauben andere über sie?
 1. Familie und Freunde
 2. Ärzte / Health Professionals
 3. Andere Leute / „die Gesellschaft“
 4. Bild in den Medien

Zu den Hypothesen 3 und 4

in Bezug auf Selbstwirksamkeitsvorstellungen

- Die Gruppen 1-4 als Quellen für Selbstwirksamkeitsvorstellungen
- Haben Diabetiker das Gefühl von den Gruppen 1-4 unterstützt zu werden?
- Welche Auswirkungen haben die gespiegelten Selbstbilder auf konkretes Verhalten?

4.2 Erkenntnis-Interesse

- Lassen sich Stereotypen definieren? Welche?
- Gibt es normative Vorstellungen? Welche?
- In Ansätzen: was bedeutet das für eine zielgerichtete Kommunikation und Maßnahmenentwicklung im Bereich Lebensstil, aber auch für medizinisches / therapeutisches Verhalten?
- Kommt es zu Stigmatisierungen? Mit welchen Eigenschaften sind diese belegt?
- Ließe sich daraus ableiten, welche Selbstwahrnehmung dem Gesundheitsziel förderlich / hinderlich wäre?
- Kann man daraus erkennen, wie Kommunikation aussehen sollte, um förderliche Selbstwahrnehmung hervorzurufen bzw. zu fördern – auf allen vier Kommunikations-Ebenen?
- Lassen sich daraus Ansatzpunkte / Hebel für den Einsatz von Kommunikation ableiten – zB in Kampagne / bei Zielformulierungen?

5 Die Studie – Methode und Probanden

Vorab möchte ich festhalten, dass sich die gesamte Studie in keiner Weise auf medizinische Behandlungen, Therapien und deren Beurteilungen bezieht.

5.1 Die Methode

Ziel der Erhebung war die Erfassung von Einstellungen, Meinungen, inneren Bildern und den Gefühlen dazu. Um Ansatzpunkte für eine kommunikative Einflussnahme zu finden, galt es die Divergenzen der Auto- und wahrgenommenen Heterostereotype und deren Einfluss auf die Selbstwirksamkeitsvorstellungen herauszufiltern. Die Erhebung sollte Antworten auf die Frage „Gibt es normative Vorstellungen, welche sind diese und welchen Einfluss nehmen sie auf das Verhalten?“ bringen.

Diese Parameter lassen sich nicht direkt abfragen, da bewusste und unbewusste Anteile zusammenspielen. Weiters galt es zu erfahren, welche Einflussfaktoren für die subjektive Norm die entscheidenden Rollen spielen. Aus diesen Gründen fiel die Wahl auf eine qualitative Untersuchung mit einem Mix aus projektiven Methoden, einem standardisierten Fragen-Set und einem Leitfadeninterview. Die Befragung bestand aus 2 Teilen: einem Fragebogen und einem Leitfadeninterview. (im Anhang ab S. 103)

Über den Fragebogen sollten normative Vorstellungen und Stereotype identifiziert werden.

5.1.1 Projektive Verfahren

Durch einen Lückentext wurden die Probanden durch sanften psychologischen Druck dazu gebracht, Ihre Meinung und Einstellung auszudrücken, auch wenn

sie darüber noch nicht bewusst nachgedacht hatten, die Antwort lieber verschwiegen, oder nicht explizit ausgesprochen hätten. Eigene Einstellungen ließen sich so auf eine externe Personengruppe projizieren.



Im Cartoon-Test, angelehnt an den Picture-Frustration-Test nach Rosenzweig⁵⁰, wurden drei ganz typische Konfliktsituationen von Typ2 Diabetikern dargestellt: Zwei Szenen in Kommunikation mit dem Arzt, eine in einer sozialen Interaktion im freundschaftlich-familiären Kontext. Allen drei Situationen liegen normative Vorstellungen der Beteiligten zugrunde. Die Konflikt-Situationen waren so gewählt, dass sie sowohl auf inneren Spannungen als auch auf wahrgenommenen Stereotypen basierten. Die Probanden konnten sich mit den Situationen identifizieren und/oder Stereotype wiedergeben. Eigene Einstellungen, Erfahrungen, Handlungs- und Orientierungsmuster konnten in die Antwort einfließen. Ziel war auch hier, Stereotype aufzudecken, ohne dass sich die Probanden selbst analysieren mussten.

Mit einer Mischung aus Auswahl- und Assoziationstechnik wurden anhand von Eigenschaften die wahrgenommenen normativen Vorstellungen zu Typ2 Diabetikern bezüglich Medien, Health Professionals und „den meisten Leuten“ abgefragt. In der gleichen Systematik wurden das Selbstbild, die wahrgenommenen Heterostereotype von Familien und Freunden und die eigene Einstellung zu Typ2 Diabetikern erfragt.

⁵⁰ Rosenzweig S. & Hörmann H., (1957), Der Rosenzweig P-F Text: (The Picture Frustration Study von Saul Rosenzweig); Form für Erwachsene, Göttingen: Verlag für Psychologie, Hofgrefe

Dazu wurden die 56 Adjektive aus dem Konzept zur Unterscheidung von Selbst- und Fremdwahrnehmung, dem „Johari-Fenster“⁵¹ von den Sozialpsychologen Joseph Luft und Harry Ingham, herangezogen. Einige Adjektive wurden durch Begriffe aus den Ergebnissen der aktuellen australischen Diabetes-Typ2-Stigma Studie „*I call it the blame and shame disease*“ von Jessica L Browne et al.⁵² ersetzt, so dass wieder 56 Adjektive zur Auswahl standen.

5.1.2 Stigma-Fragen-Set

Das Stigma-Fragenset wurde analog zum Adipositas-Stigma-Fragenset von Hilbert, Rief & Brähler⁵³, der „*Antifat Attitudes Test Skala Weight Control/Blame*“ konstruiert, das auch auf der Adipositas-Stigma Website der medizinischen Fakultät der Universität Leipzig⁵⁴ zur Selbsttestung zu finden ist.

5.1.3 Leitfadeninterview

Im Leitfadeninterview ging es um Quellen der normativen Vorstellungen, wahrgenommene Erwartung, Motivation, diesen zu entsprechen, und die damit zusammenhängende Selbstwirksamkeits-Vorstellung. Um nicht Erwünschtheit und allzu offensichtliche Stereotypen zu bedienen, wurden die Fragen nicht direkt formuliert. Ziel war es, aus den Geschichten und Einstellungen der

⁵¹ Luft J. & Ingham H., (1955). The Johari Window, a graphic model for interpersonal relations. Western Training Laboratory in Group Development, August 1955; University of California at Los Angeles, Extension Office

⁵² Browne JL, Ventura A, Mosely K, et al., (2013)

⁵³ Hilbert A., Rief W., Brähler E., (2008), Stigmatizing attitudes towards obesity in a representative population-based sample: Prevalence and psychosocial determinants? Obesity; 16: S. 1529-1534

⁵⁴ Website „Stigmatisierung bei Adipositas“ der medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Leipzig, (abgerufen am 6.8.2014)
<http://www.adipositasstigma.de/praxis/selbsttest.php>

Probanden Rückschlüsse ziehen zu können. Der Leitfaden bestand aus acht Fragen, die jeweils mehrere Komplexe ansprachen. In der Aufwärmphase wurden die Themen Medien und Kampagnen angesprochen. Die Fragen 3 bis 6 bedurften einer stärkeren Involvierung der Probanden und bezogen sich auf erlebte Situationen und Verhaltensweisen – von sich selbst und im Kontakt mit anderen. Im Abschluss wurden noch zwei Fragen zu persönlichen Eigenschaften gestellt, die auch einen Bezug zu Selbstwirksamkeits-Vorstellungen herstellten.

5.1.4 Durchführung

Das stärkste Kriterium für die Auswahl der Stichprobe lag in der Machbarkeit im Rahmen einer Masterthesis. Alleine durch den Aufwand der Befragungen ergab sich eine gewünschte Stichprobengröße von ca. 20-25 Typ2 Diabetikern. Als Hindernis stellte sich das Arztgeheimnis heraus, wodurch es nicht möglich war, Patienten aus Ordinationen oder Ambulanzen zu rekrutieren. Zwei Möglichkeiten boten sich daraufhin an: Nutzung von privaten Netzwerken und/oder Rekrutierung in einem Reha-Zentrum für Stoffwechselerkrankungen. Auf meine Anfrage an Rehabilitationszentren, sagte mir dankenswerterweise die PVA (Pensionsversicherungsanstalt) zu.

Die Probanden setzten sich aus zwei Personengruppen zusammen:

- Patienten und Patientinnen des Rehabilitationszentrums für Stoffwechselekrankungen der Pensionsversicherungsanstalt Alland⁵⁵
Die Befragungen wurde in den Therapieplan eingebaut. Sie fanden vor Ort in den Patientenzimmern statt.
- Typ2 Diabetiker aus privaten und beruflichen Kontakten
Die Befragungen wurden einzeln nach Zeit und Ort vereinbart und durchgeführt.

⁵⁵ Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Alland, Institut der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt, A-2534 Alland

Aus dem Kreise der privaten Recherche kannte ich drei Personen vorher persönlich, die anderen wurden mir durch Freunde, Bekannte und Geschäftspartner vermittelt. Eine alleinige Stichprobe aus dem erweiterten Bekanntenkreis oder aus dem Reha-Zentrum hätte möglicherweise zu einem tendenziellen Ergebnis geführt, entweder bezüglich der sozio-demografischen Auswahl oder gefärbt durch die Sondersituation des Reha-Programmes. Beide Probandengruppen beinhalteten das Risiko einer Unschärfe in den Antworten aufgrund von sozialer Erwünschtheit. Besonders im Kontext „Reha-Zentrum“ war zu erwarten, dass Antworten gegeben würden, die Probanden für richtig und erwünscht hielten. Indem beide Gruppen je zur Hälfte vertreten waren, konnte ein gegenseitiger Ausgleich geschaffen werden. Weiters wurden die Aufgaben so gestaltet, dass nicht gleich ersichtlich war, worum es ging. Nachdem die Vpn von 25 statistische Signifikanzen nicht zuließ, wurden in beiden Fällen Personen bestimmt, von denen man annahm, dass sie etwas „zum Leben mit Diabetes“ zu sagen hätten.

Alle Befragungen habe ich persönlich durchgeführt.

Die Dauer einer gesamten Befragung – das Ausfüllen des Fragebogens und das Interview - betrug zwischen 30 Minuten und einer Stunde.

5.1.5 Methoden der Evaluation

Die Antworten der Fragebögen wurden gezählt, in Kategorien geclustert und in Beziehung gebracht.

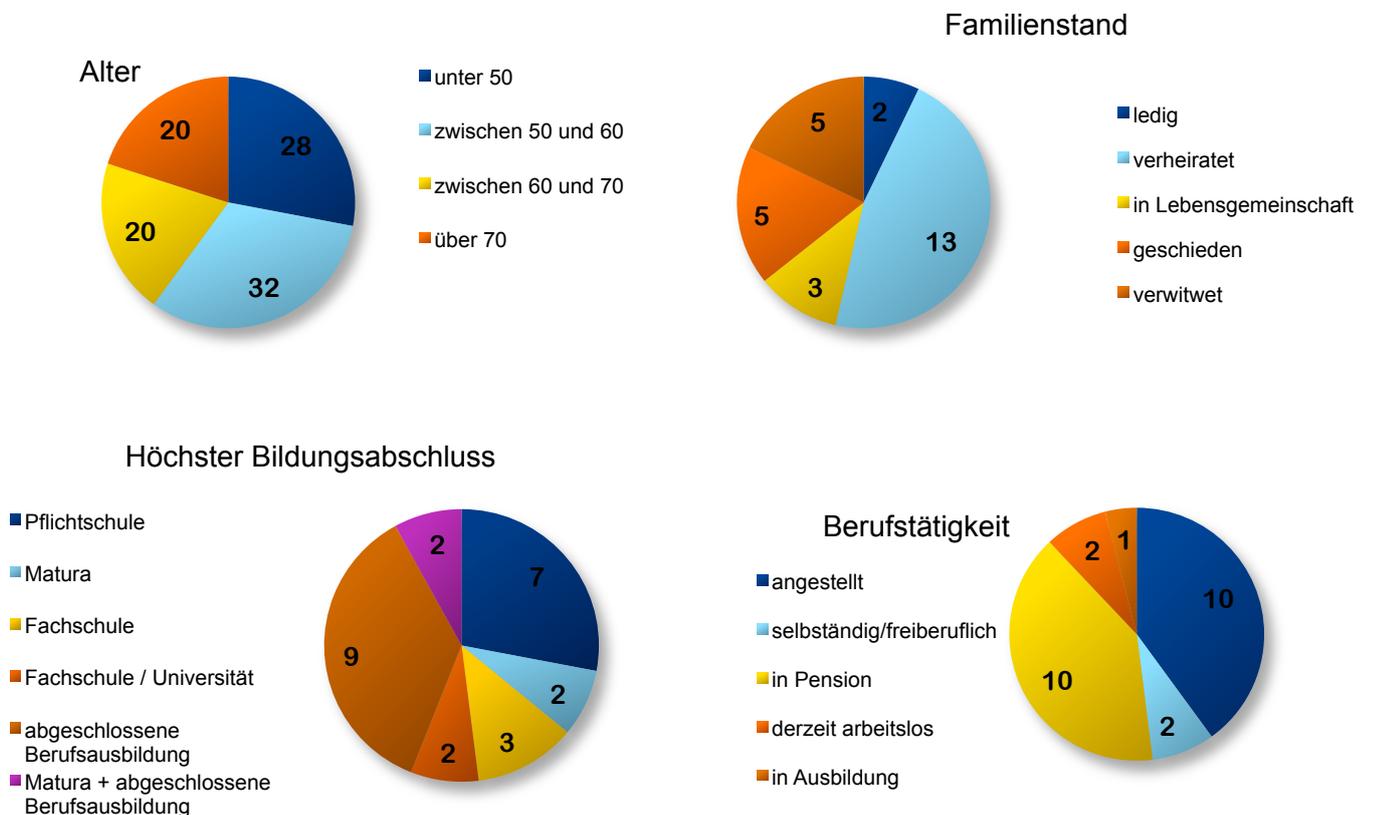
Die Interviews wurden aufgenommen und anschließend (teil-) transkribiert. Die Textstellen wurden in einer Tabelle den Themenbereichen zugeordnet. Anhand der Antworten wurden Erkenntnis-Kategorien gebildet, gezählt und als Ergebnis kommentiert. Ebenso habe ich eine ganze Reihe besonders aussagekräftiger Wortmeldungen als Zitate in diese Arbeit aufgenommen.

5.2 VPN – die Probanden

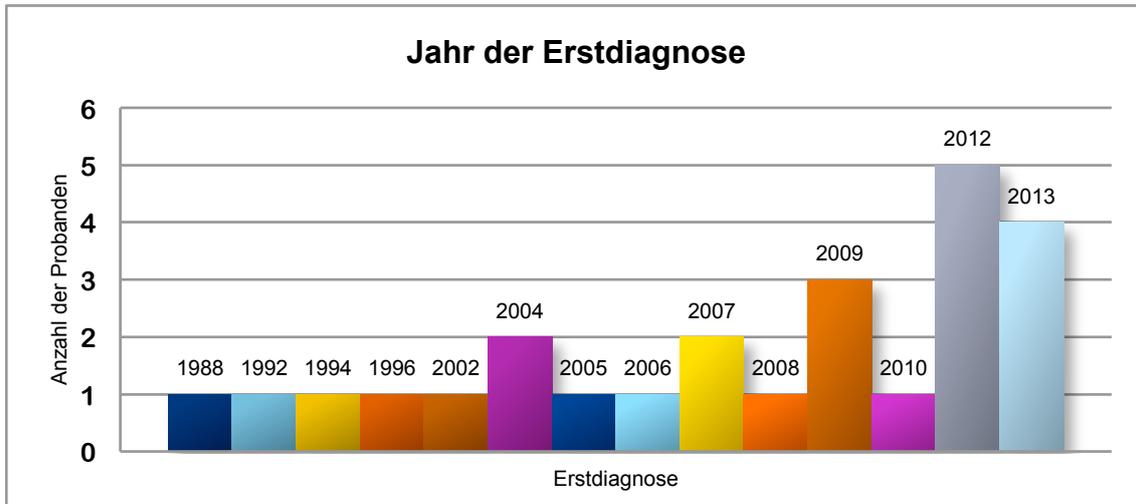
Insgesamt wurden 25 Typ2 Diabetiker befragt. Davon stammten 12 Personen aus dem privaten Recruiting und 13 Personen aus dem Patientenstamm des Reha-Zentrums Alland. Alle 25 Probanden waren österreichische Staatsbürger. Da im privaten Recruiting die Altersstruktur relativ hoch lag, wurden in Alland etwas jüngere Personen ausgewählt. Das zweite Kriterium für die Auswahl im Reha-Zentrum war eine gute Kenntnis der deutschen Sprache. Bezüglich anderer Kriterien, wie Medikation (Tabletten / Insulin spritzen), Gewicht (BMI) oder Krankheitsdauer, wurde keine Vorselektion vorgenommen.

5.2.1 Sozio-demographische Daten

Es wurden 16 Frauen und 9 Männer befragt. Die jüngste Person der Probanden war weiblich und 42 Jahre alt, die älteste 81 und männlich. Das Durchschnittsalter betrug 63,30 Jahre. 21 der Probanden hatten Kinder, 17 lebten in einer Stadt, 7 am Land und einer gab an, sowohl in der Stadt als auch am Land zu wohnen.



5.2.2 Daten zur Erkrankung



24 Personen nahmen regelmäßig Medikamente, 1 Person kam noch ohne Medikament aus. 3 Personen spritzten zusätzlich Insulin, 2 spritzten das Antidiabetikum Victoza.

Auf die Frage „Wenden Sie eine andere Therapie an?“ gaben 2 das Spritzen mit Victoza an, 2 nannten Gewichtsabnahme (1 x Weight Watchers), einer den „Verzicht auf Süßes“ und eine Person „Sport & Diät“. Dies war insofern bemerkenswert, als eigentlich alle Befragten Diät hielten und ein Großteil gezielt Sport betrieb. Interessant war, dass 19 Probanden dies nicht explizit als Therapie sahen. Therapien im Bereich Stress wurden gar nicht genannt, auch nicht in den Erzählungen.

Zum BMI erhielt ich lediglich 8 Angaben. Die anderen Probanden kannten ihren BMI nicht oder gaben ihn nicht an.

Alter	Geschlecht	Dauer der Erkrankung	BMI	Bewertung des BMI⁵⁶
75	weiblich	5 Jahre	24	optimaler BMI
61	weiblich	5 Jahre	24	optimaler BMI
55	männlich	7 Jahre	26	optimaler BMI
81	männlich	10 Jahre	29	optimaler BMI
50	männlich	2 Jahre	30	mäßiges Übergewicht
55	weiblich	5 Jahre	32	starkes Übergewicht bis Adipositas
55	weiblich	26 Jahre	41	starke Adipositas
43	weiblich	1 Jahr	45	starke Adipositas

Keiner der Probanden fühlte sich durch den Diabetes Typ2 außerordentlich belastet, 10 Personen gar nicht und 7 nur leicht. 5 Probanden positionierten sich in der Mitte und für 3 stellte die Erkrankung eine starke Belastung dar. Dies bedeutet, dass grundsätzlich für die Mehrzahl der befragten Personen der Typ2 Diabetes eine beherrschbare Lebensaufgabe darstellt.

⁵⁶ Laut Website „Informationen zum Body-Mass-Index“, Sun Sirius GmbH, (abgerufen am 4.8.2014) <http://www.bmi-rechner.net/>

6 Die Studie – Ergebnisse

6.1 Was glauben Typ 2 Diabetiker denken andere über sie?

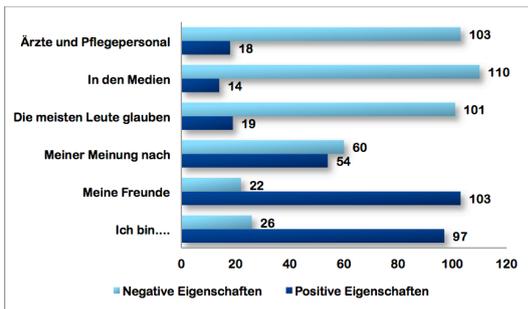
6.1.1 *Eigenschaften-Diagramme*

Wie unter „Methode“ auf den Seiten 35-39 beschrieben, wurden die Probanden gebeten, 5 Eigenschaften aus 56 zu jeweils einer Frage anzukreuzen⁵⁷. Die vollständigen Auszählungen befinden sich im Anhang, hier die relevanten Ergebnisse zu den Fragen:

1. Ich bin...
2. Meine Familie und Freunde denken, ich bin.....
3. Meiner Meinung nach sind Typ 2 Diabetiker im Allgemeinen.....
4. Die meisten Leute glauben Typ 2 Diabetiker sind.....
5. Typ 2 Diabetikerinnen und Diabetiker werden in den Medien folgendermaßen dargestellt:
6. Ich habe das Gefühl Ärzte, Ärztinnen und das Pflegepersonal glauben von Diabetikern sie seien alle.....

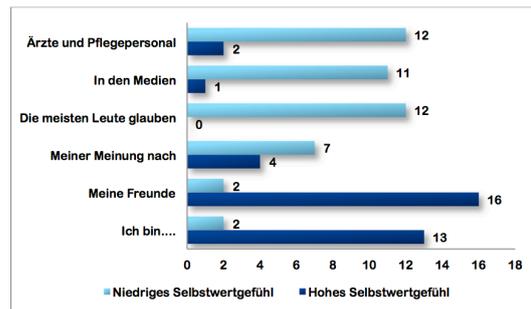
In den folgenden Diagrammen wurden die Nennungen nach sinnvollen, aussagekräftigen und übergeordneten Themenbereichen zusammengeführt und ausgezählt. Die vertikale Achse gibt die Fragen 1-6 wieder, die horizontale die Häufigkeit der jeweils kumulierten (mehrere Adjektive) Nennungen. Welche Begriffe zusammengezählt wurden, sind entweder im Diagramm selbst oder grauen Feld darunter ersichtlich.

⁵⁷ Fragebogen im Anhang ab S. 103, Fragen 3/1 bis 3/6



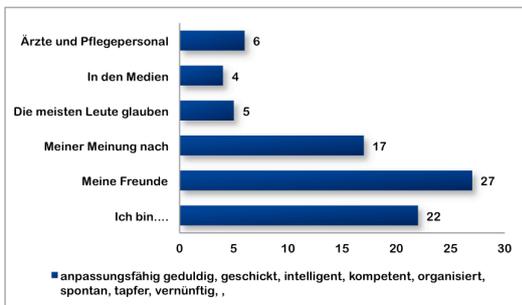
Eigenschaften Diagramm 1:

Positive Eigenschaften: alle Adjektive aus dem Johari-Fenster
Negative Eigenschaften: alle Adjektive aus der Diabetes-Stigma Studie



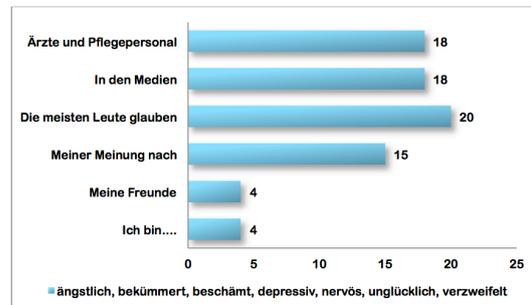
Eigenschaften Diagramm 2:

Niedriges Selbstwertgefühl: bekümmert, beschämt, depressiv, wenig Selbstwertgefühl
Hohes Selbstwertgefühl: bestimmt, selbstbewusst, selbstsicher, unabhängig



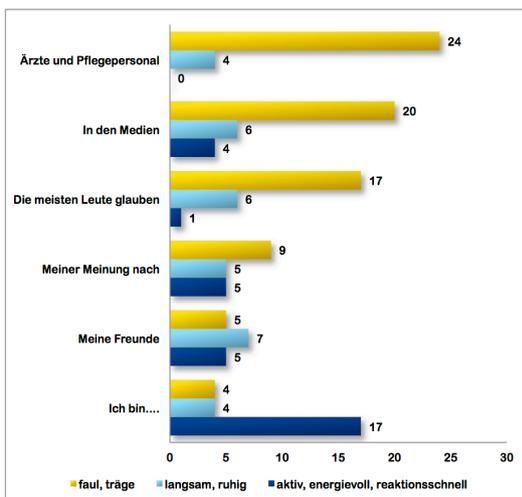
Eigenschaften Diagramm 3:

Positive Verhaltensweisen



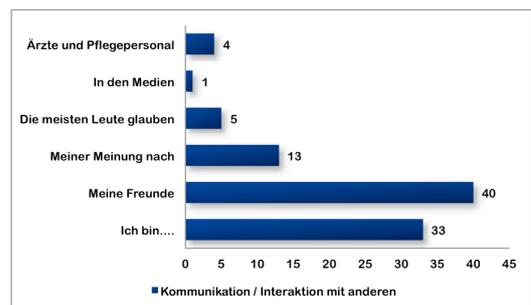
Eigenschaften Diagramm 4:

Negativer psychischer Zustand



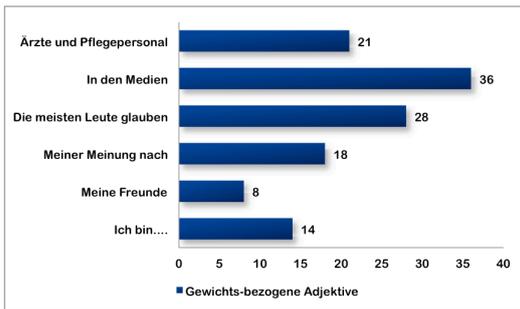
Eigenschaften Diagramm 5:

Aktivitätsgrad



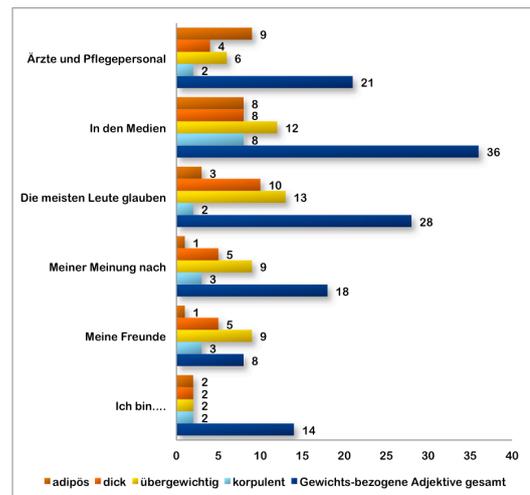
Eigenschaften Diagramm 6:

Freundlich, nett, hilfreich, liebevoll, verlässlich, warmherzig, witzig, mitfühlend



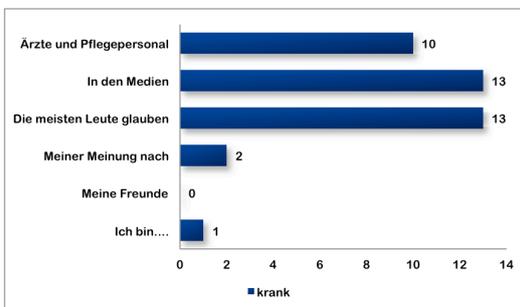
Eigenschaften Diagramm 7:

Gewichtsbezogene Adjektive gesamt



Eigenschaften Diagramm 8:

Gewichtsbezogene Adjektive in aufsteigender Abwertung
Korpulent > übergewichtig > dick > adipös



Eigenschaften Diagramm 9:

Anzahl der Nennung „krank“

Bereits auf den allerersten Blick fallen deutliche Unterschiede in den Angaben zu den sechs Bezugsgruppen in allen angegebenen Themenbereichen auf. Ganz grob betrachtet lassen sich die markanten Unterschiede in zwei Kategorien unterteilen:

1. Medien / die meisten Leute bzw. „Gesellschaft“ / Ärzte bzw. Health Professionals
2. Ich / meine Familie und Freunde / meine Ansicht von Typ2 Diabetikern

Während in der ersten Kategorie eher negative, stigmatisierende Adjektive vorherrschen, sind in der zweiten Kategorie die positiven Begriffe in der Mehrzahl.

Grundlegend war dieses Ergebnis zu erwarten, da vor allem bei den Fragen „Ich bin...“ und „Meine Familie und Freunde denken, ich bin...“ per se nicht diabetesassoziiert waren, aber alle anderen Fragen schon.

Überraschend fand ich:

- Die eigene Beurteilung der anderen Diabetiker im Vergleich zu dem, was angenommen wird, was andere Leute über Typ2 Diabetiker denken, aber auch im Vergleich zur Selbst-Beschreibung
- Die doch sehr negativ wahrgenommene Vorstellung von Typ2 Diabetikern der Ärzte und des Pflegepersonals.

Deutlich wird dies auch in den „semantischen Wolken“, die ich an den Anfang der einzelnen Kapitel zu den wahrgenommenen Heterostereotypen gestellt habe. Diese stellen in Schrift-Größe und Stärke die Häufigkeit der Nennungen dar und vermitteln dadurch optisch ein Bild der Stereotypen.

Erstellt wurden die semantischen Wolken mit „TagCrowd“⁵⁸, einer Website mit einem Programm zur Erstellung von semantischen Wolken, durch Eingabe der Adjektive in der genannten Anzahl. Die Einzelnen Diagramme dazu sind im Anhang ab Seite 115 zu finden.

⁵⁸ Website zur Erstellung von semantischen Wolken „TagCrowd“, Daniel Steinbock, (abgerufen am 7.7. 2014)
<http://tagcrowd.com/>

6.1.2 Das wahrgenommene Bild in den Medien



Semantische Wolke zur Frage:
„Typ 2 Diabetikerinnen und Diabetiker werden in den Medien folgendermaßen dargestellt...“

Einleitend zu diesem Kapitel ist zu betonen, dass es um die Aufnahme eines ganz allgemein wahrgenommenen Bildes handelt. Auf eine Differenzierung der Medien oder eine inhaltsanalytische Überprüfung der Angaben wurde verzichtet, da für die Fragestellung dieser qualitativen Untersuchung genau diese diffusen normativen Vorstellungen relevant waren. Wie bereits der semantischen Wolke zu entnehmen, hatten selbst betroffene Diabetiker das Gefühl, dass sie in Medien nicht gut wegkommen. Ihrer Meinung nach werden sie als übergewichtig, dick, träge, faul, unsportlich und krank dargestellt.

„...weil sie Diabetiker bei Beginn der Erkrankung oder bei Erkennen der Erkrankung als undiszipliniert hinstellen. Die sind alle dick, die sind selber schuld, und genetische Effekte kommen eigentlich nicht zum Tragen.“
61 jährige Frau, seit 5 Jahren Diabetikerin

„Es kränkt, dass es so auf die dicken Leute geht. Dabei stimmt das gar nicht immer. Man kann wegen Diabetes nicht so auf die Leute losgehen!“
42 jährige Frau, seit 1 Jahr Diabetikerin

Deutlich wurde die Wahrnehmung dieses Bildes auch in den Diagrammen aus der Listenauswahl (Fragebogen Aufgabe 3/1-3/6). In allen Diagrammen (Eigenschaften-Diagramme 1-9, ab S. 115) ist zu erkennen, dass das wahrgenommene Bild aus den Medien das eindeutig unvorteilhafteste aller abgefragten Bezugsgruppen ist.

Medien hatten die häufigsten Nennungen bei:

- Negativen Eigenschaften gesamt (Eigenschaften-Diagramm 1)⁵⁹
- Gewichtsbezogene Adjektive (E-Diagramm 7)
- Den abwertenden Adjektiven adipös und dick (E-Diagramm 8)
- Krank (E-Diagramm 9)

Medien hatten die seltensten Nennungen bei:

- Kommunikation / Interaktion mit anderen (E-Diagramm 6)
- Positive Verhaltensweisen (E-Diagramm 3)
- Hohes Selbstwertgefühl (E-Diagramm 2)

Auch in den Bereichen Aktivitätsgrad und negativer psychischer Zustand wurde die Darstellung in den Medien negativ beurteilt.

Darüber, dass dieses Bild nicht stimmt, waren sich 16 Personen einig. 6 hatten keine Meinung dazu, weil sie es bisher nicht wahrgenommen hätten, 2 meinten es würde stimmen.

Eine Person war völlig konträrer Meinung, äußerte aber auch ihre kritische Haltung zur Kompetenz der Journalisten:

„Wenn dann dargestellt wird wie super und leicht das alles ist, damit umzugehen. Dann bin ich überzeugt, dass nicht viele Diabetiker bei der Erstellung der Werbung oder der Geschichten beteiligt waren. Die kennen nur Theorien aus diversen Lehrbüchern.“

49 jähriger Mann, seit 18 Jahren Diabetiker

Grundsätzlich deckt sich dieses Ergebnis mit den Erkenntnissen aus der „blame and shame“ Studie von Browne et al..⁶⁰

⁵⁹ Eigenschaften-Diagramm im weiteren Text als E-Diagramm bezeichnet

⁶⁰ Browne J.L., Ventura A., Mosely K. et al., (2013)

In Anbetracht des Kultivations-Charakters der Medien, dh. dem Einfluss der Medien auf die Herausbildung von Einstellungen, Wertvorstellungen und Verhaltensweisen⁶¹, haben diese wahrgenommenen Bilder direkten Einfluss auf die Identitätsbildung und die damit einhergehenden Selbstbilder, aber auch auf das Repertoire von Verhaltensmöglichkeiten. Der Einfluss auf Selbstbild und Selbstwirksamkeits-Vorstellung dieser Darstellungen erfolgt zusätzlich indirekt und verstärkend über die Meinung und Einstellung der persönlichen Kontakte der Betroffenen, zu deren Meinungsbildung diese medialen Bilder ebenso beitragen.

6.1.3 Das wahrgenommene Bild in der Gesellschaft



Semantische Wolke zur Frage: „Die meisten Leute glauben Typ 2 Diabetiker sind...“

Die semantischen Wolke und die Eigenschaften-Diagramme auf den Seiten 44 und 45 bestätigen nochmals die Annahme der artikulierten Vorurteile.

„Die meisten Leute glauben Typ2 Diabetiker sind...“ hatte die häufigsten Nennungen bei:

- Niedrigem Selbstwertgefühl (E-Diagramm 2)
- Negativem psychischen Zustand (E-Diagramm 4)
- Krank (E-Diagramm 9)

⁶¹ Hawkins R.P. & Pingree S., (1982), Television’s influence on social reality. In D. Pearl, I. Bouthilet & J.B. Lazar (Hrsg.), Television and behavior. Ten years of scientific progress and implications for the eighties. Vol. 2 (S. 224-247). Rockville, MD: National Institute of Mental Health

Die positiven Eigenschaften wurden in etwa in der gleichen Häufigkeit genannt wie bei den Medien und den Health Professionals.

Als krank wurden sie genauso oft bezeichnet wie bei dem Bild, das die Medien zeichnen – beides sogar etwas häufiger als es von den Ärzten wahrgenommen wurde. Dies gaben immerhin 13 der 25 Personen an. Als eines der stärksten wahrgenommenen Merkmale für Menschen mit Diabetes Typ2 kristallisierte sich das Übergewicht heraus. Die Vorstellung der Heftigkeit dieses Faktors spiegelt sich in der häufigsten Nennung von „dick“ und „übergewichtig“. Auch interessant ist festzuhalten, dass von den 8 Bekanntgaben des BMI 4 im optimalen Bereich lagen und eine Person nur mäßiges Übergewicht hatte. Zumindest für diese Personen traf das äußere Merkmal „dick“ nicht zu.

„Das ist halt in der Gesellschaft so: Wenn Du schlank bist, bist Du ein optimales Bild.“

55 jährige Frau seit 26 Jahren Diabetikerin

Beim Diagramm „Aktivitätsgrad“ ist eine massive Zunahme der Begriffe „faul“ und „träge“ zu vermerken, auch wenn diese nicht ganz die Anzahl der Nennungen bei Medien und Ärzten erreicht. 17 Nennungen dieser Begriffe, bei 25 Probanden, erscheint aussagekräftig und bestätigt das Ergebnis diverser Stigma Studien zu Adipositas und Gewicht.

„Ich höre das immer wieder „Die sind selber Schuld, dass sie Zucker haben – schau Dir die an etc.“ (...) Eben wieder da der böse, faule Mensch. Wo ich aus Erfahrung weiß, weil ich auch in dem Job arbeite, dass viel, viel stärkere Frauen keinen Zucker haben. (...) JA, es verletzt mich, dass in der Gesellschaft ein Typ2 Diabetiker ein träger, fauler Mensch ist. So sieht das die Gesellschaft und so wird es auch präsentiert.“

51 jährige Frau, seit 7 Jahren Diabetikerin

Auf das Thema Stigmatisierung werde ich noch in weiterer Folge eingehen.

6.1.4 Das wahrgenommene Bild von Health Professionals



Semantische Wolke zur Frage: „Ich habe das Gefühl Ärzte, Ärztinnen und das Pflegepersonal glauben von Diabetikern sie seien alle.....“

Träge, krank, faul und unsportlich, so glauben Typ2 Diabetiker, dass Ärzte und Pflegepersonal sie einschätzen. Umso erstaunlicher ist diese Einschätzung, als die Hälfte der Probanden sich gerade in einer Einrichtung befand, deren Programm und betreuende Health Professionals sie als äußerst hilfreich und kompetent empfand. Aus diesem Grund gehe ich davon aus, dass sich die Bewertung auf andere Erfahrungen als jene im Reha-Zentrum Alland bezogen.

Die Eigenschaften-Diagramme zeigen ein stigmatisierendes Bild, das ähnlich stark wie bei den Medien oder „der Gesellschaft“ wahrgenommen wurde. Es wurden 103 Diabetes-Stigma-Adjektive angeführt, im Gegenzug zu 16 positiven Eigenschaften. Die Werte „niedriges Selbstwertgefühl“ und „negativer psychischer Zustand“ haben in Relation hohe Werte. Der Aktivitätsgrad „faul und träge“ wurde in der gespiegelten Wahrnehmung durch Health Professionals am häufigsten (24 von 25 Probanden) von allen Bezugsgruppen genannt. Eine leichte Relativierung zeigt sich im Bereich der gewichtsbezogenen Adjektive, die weniger oft genannt wurden als bei Medien oder „die meisten Leute“. Möglicherweise zeigen Health Professionals eine professionelle Haltung zu diesem Thema.

„Als Patient, als kranker Mensch fühlt man sich gedemütigt.“

62 jährige Frau, seit 2 Jahren Diabetikerin

„Der Grundtenor immer ist: der Diabetiker ist dick, träge, faul. So wird das von den Medien und teilweise von den Ärzten präsentiert. Ich aber weiß, dass dem nicht so ist. Das kann man nicht über einen allgemeinen Kamm scheren.“

51 jährige Frau, seit 7 Jahren Diabetikerin

6.1.5 Das wahrgenommene Selbst-Bild über Freunde und Familie



Semantische Wolke
zur Frage:
*„Meine Familie und
Freunde denken, ich
bin.....“*

Betrachtet man die semantische Wolke und die Eigenschaften-Diagramme, so ist bereits auf den ersten Blick erkennbar, dass das wahrgenommene Fremdbild sogar positiver ausfiel als das Selbstbild. Diabetesbezogene Eigenschaften spielten eine untergeordnete Rolle. Für das soziale Zusammenleben wurden andere Eigenschaften als bedeutungsvoll angesehen.

„Meine Freunde und Familie denken....“ hatte die häufigsten Nennungen bei:

- Positiven Eigenschaften gesamt (Eigenschaften-Diagramm 1)
- Hohem Selbstwertgefühl (E-Diagramm 2)
- Positiven Verhaltensweisen (E-Diagramm 3)
- Kommunikation / Interaktion mit anderen (E-Diagramm 6)

„Meine Freunde und Familie denken....“ hatte die seltensten Nennungen bei:

- Negativen Eigenschaften (E-Diagramm 1)
- Niedrigem Selbstwertgefühl (E-Diagramm 2)
- Negativem psychischem Zustand (E-Diagramm 4)
- Gewichtsbezogene Adjektive (E-Diagramm 7)
- Krank (E-Diagramm 9)

Über diesen Weg der Projektion, über Freunde und Familie, beschrieben sich die Probanden als freundliche, verlässliche, intelligente, selbstbewusste Menschen. Ebenso auffallend wie die Anzahl der positiv belegten Eigenschaften, war dabei die Unterschiedlichkeit der genannten Adjektive, was einer natürlichen Unterschiedlichkeit zwischen Personen entsprechen würde.

6.1.6 Was Typ2 Diabetiker selbst über andere Typ 2 Diabetiker denken



Semantische Wolke zur Frage: „Meiner Meinung nach sind Typ 2 Diabetiker im Allgemeinen.....“

Zwar werden von selbst Betroffenen die anderen Typ2 Diabetiker ebenso vor allem als unsportlich und übergewichtig gesehen, aber die anderen Beurteilungen fielen vor allem in stärkerer Differenzierung und Unterschiedlichkeit aus, was sich bereits aus der Anzahl der genannten Begriffe ersehen lässt.

„Ich kann da nicht wirklich etwas dazu sagen, weil ich meine Tante habe, die das Gegenteil von mir ist und von den Leuten, die ich kenne, die Diabetiker sind. Es wird ganz einfach keinen einheitlichen Typ geben.“
56 jährige Frau, seit 2 Jahren Diabetikerin

„Da gibt's welche, die haben 30 Kilo mehr als ich und die haben keinen Diabetes. I denk „Ma, der muss Zucker haben, dass er übergeht“, aber der hat keinen. Die Welt ist verschieden.“
54 jähriger Mann, seit 6 Jahren Diabetiker

„Im Prinzip sind wir ja alle irgendwo nicht „Normsized“.“
49 jähriger Mann, seit 18 Jahren Diabetiker

Über alle Bereiche der Diagramme lässt sich ein deutlicher Unterschied zu der Meinung der „anderen Leute“ und der Health Professionals erkennen – zu den Medien sowieso. Die Bewertungen von Selbstwertgefühl, Verhaltensweisen und psychischer Zustand fielen etwas moderater aus. Beim Aktivitätsgrad wurde „faul und träge“ nur 9 Mal genannt, im Vergleich bei den „meisten Leuten“ 17

und bei den Ärzten 24 Mal. Nur zwei Mal wurden Typ2 Diabetiker als „krank“ bezeichnet. Positive Verhaltensweisen wurden 17 Mal zugesprochen, was zwar weniger als bei der Selbsteinschätzung, aber deutlich mehr als bei „den meisten Leuten“ (5), Medien (4) und Ärzten (6) war.

Auffällig ist allerdings auch, dass ein negativer psychischer Zustand deutlich öfter vorkam als beim Selbst-Bild. Auch wurden die anderen Typ2 Diabetiker weniger oft als freundlich, nett,... eingestuft.

6.1.7 Typ2 Diabetiker im Selbst-Bild



Bei dieser semantischen Wolke ist rasch zu erkennen, dass sich Typ2 Diabetiker sehr positiv und differenziert darstellen. Die positiven Eigenschaften überwiegen die negativen um ca. das Dreifache. Die Werte für positives Selbstwertgefühl, positive Verhaltensweisen und positive Kommunikation/ Interaktion haben häufige Nennungen. Auffällig ist das Diagramm des Aktivitätsgrades. Während sich Typ2 Diabetiker mit 17 dezidierten Nennungen als aktiv bezeichneten, erhielten Sie die Rückmeldung von „den meisten Leuten“ (17), den Medien (20) und von Health Professionals (24) sie seien „faul und träge“.

Sie gestanden sich ein, weil offenbar nachmessbar, sichtbar, und vor allem breit thematisiert, dass sie Übergewicht hatten und dick waren. Ansonsten sahen sie sich als freundlich, aktiv, selbstbewusst und verlässlich.

„Das ist ein Teil von mir. Ich hab halt Diabetes, ich hab mir das nicht ausgesucht, nicht im Katalog bestellt. Manche Leute verlieren einen Fuß bei einem Unfall, manche Leute sind Querschnittgelähmt, andere sind blind.“

62 jähriger Mann, seit 12 Jahren Diabetiker

„Was soll ich haben, was mich differenziert von allen anderen?“

73 jährige Frau, seit 10 Jahren Diabetikerin

„Bin ja deswegen nicht viel anders.“

55 jähriger Mann, seit 5 Jahren Diabetiker

„Ist ja nichts aussätziges, ist ja ganz normal.“

55 jährige Frau, seit 26 Jahren Diabetikerin

Im Grunde beschrieben sich die Probanden als ganz normale, durch den Diabetes nicht anders zu charakterisierende Menschen. „Krank sein“ war bei der Selbsteinschätzung kein relevanter Faktor.

6.1.8 Sind Auto- und wahrgenommene Heterostereotype deckungsgleich?

Die Betrachtung der wahrgenommenen Fremdbilder der Bezugsgruppen, Medien, Gesellschaft, Health Professionals und Freunde und Familie und den Selbstbildern lassen ganz klar erkennen, dass diese Bilder nicht deckungsgleich sind.

Womit die Hypothese eins bestätigt wurde.

Als zweite Erkenntnis aus der Betrachtung lässt sich schließen, dass es eindeutige wahrgenommene Stereotype für Typ2 Diabetiker gibt, die den wahrgenommenen Fremdbildern aus Gesellschaft, Medien und den Health Professionals entstammen und dem Bild entsprechen, das als Eingangszitat von OÄ Dr. Claudia Francesconi⁶² gezeichnet wurde.

⁶² vgl. S. 10, Francesconi Claudia Dr., (abgerufen am 12.8.2014)
http://www.oedg.org/1403_pr_face_diabetes2.html

6.2 Beeinflussung der Autostereotype durch wahrgenommene Heterostereotype

6.2.1 Ein stigmatisierendes Bild in den Medien

Greenberg et al.⁶³ bewiesen bereits 2003, dass negative Darstellung von, in seinem Fall adipösen Menschen, in den Medien zur Stigmatisierung beitragen, indem falsche normative Vorstellungen unterstützt werden.

Dieses stigmatisierende Bild in den Medien ruft einen gewissen Widerstand hervor, der dazu führt dass sich Typ2 Diabetiker entweder von diesem Bild distanzieren oder medial vermittelte Informationen verdrängen.

„Auf die Beiträge in den Medien horch ich nicht.“

55 jähriger Mann, seit 7 Jahren Diabetiker

„Ich kann das nicht beurteilen. Habe es nicht wahrgenommen. Bin schon 4 Jahre Diabetiker und passe nicht darauf auf. Ist mir nicht bewusst, dass Diabetiker und Diabetes in den Medien vorkommt.“

55 jährige Frau, seit 4 Jahren Diabetikerin

Angst (Bilder von offenen Beinen und Intensivstationen), Schuldzuweisung (victim blaming) und die Darstellung sozial sanktionierter Verhaltensweisen („fressen und saufen“, „sich nichts pfeifen“, „in den Tag hineinleben“,...) führen dazu, dass sich Betroffene durch die Abgrenzung zu dieser Bezugsgruppe definieren. Ihr Selbstbild nimmt in konträrer, sich abgrenzender Form Bezug auf die dargestellten Typ2 Diabetiker.

„Es wird viel dramatischer geschildert, als es tatsächlich ist. Da lese ich einen Teil und dann blättere ich weiter, es zeigt nie irgendeinen Hoffnungsschimmer.“

74 jähriger Mann, seit 22 Jahren Diabetiker

⁶³ Greenberg B. S., Eastin M., Hofshire L., Lachlan K., & Brownell K. D., (2003), The portray of overweight and obese individuals on commercial television. American Journal of Public Health, 93, S. 1342–1348.

„....., weil ich nicht so lebe wie man allgemein sieht und liest, dass Diabetiker leben, dass sie alles in sich hineinstopfen und keine Disziplin haben.“
75 jährige Frau, seit 5 Jahren Diabetikerin

Prinzipiell wäre eine Identifikation durch „nicht entsprechen“ der dargestellten Norm durchaus eine Möglichkeit die subjektive Norm in erwünschter Form zu beeinflussen. Aber was passiert mit den wichtigen und guten Informationen, den Beispielen an Handlungsmöglichkeiten? Betroffene erfahren in dieser Situation Kognitive Dissonanz⁶⁴ und reagieren mit Reaktanz. Die wahrgenommene Unglaubwürdigkeit führt zu einem massiven Vertrauensverlust bei Diabetes-bezogenen Informationen in den Medien. Diese werden durch die negativen Bilder überlagert und dringen damit nicht durch. Dadurch, dass es zu keiner Identifikation kommt, werden die Qualität der Informationen und die Kompetenz der Journalisten in Frage gestellt.

„Ich spreche den Journalisten die Fähigkeit ab die Fachkompetenz zu haben darüber zu berichten. Weil wenn ich nur das wiedergebe, was mir ein Pharma-Vertreter ins Ohr flüstert, und sonst gar nichts.....“
62 jähriger Mann, seit 12 Jahren Diabetiker

„Wenn man ein Bild sieht, wie letztens beim Zahnarzt - von jemandem Bekannten, dass er die dramatische Diagnose Diabetes hat und er wird weiterleben – das ist lachhaft. Ansonsten ist er (Diabetes) nicht vorhanden oder?“
48 jähriger Mann, seit 1 Jahr Diabetiker

Motivation wird nur in einer Richtung hervorgerufen, nämlich sich von den Darstellungen abzugrenzen. Positive Normen fielen kaum auf, denn selbst jene Probanden, für die das Bild in den Medien stimmte, meinten ebenso das negative Bild.

Etwas Hilfreiches oder Ermutigendes konnten nur 3 der 25 Probanden in den Medien finden. Neben dem Thema Ernährung waren vor allem

⁶⁴ Festinger L., (1957 - 2. deutsche Auflage 2012), Theorie der Kognitiven Dissonanz, Irle M. (Hrsg), Möntmann V. (Hrsg), Huber, Stuttgart

Verhaltenshinweise – was man selbst dagegen tun kann - und eine Einordnung des Diabetes Typ2 auf einer Art „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“, im Sinne der „Salutogenese“ des amerikanisch-israelischen Soziologen Antonovsky⁶⁵, vertreten.

6.2.2 Sind Typ2 Diabetiker selbst gefeit vor Vorurteilen?

Bereits im vorangegangenen Kapitel konnte man die wahrgenommenen bzw. angenommenen Stigmatisierungen identifizieren. Im Interview wollte ich erfahren, inwieweit die Probanden bereits ganz konkret Vorurteilen begegnet waren und in welcher Form sie diese erlebt hatten. 10 Probanden sagten, dass sie schon direkt mit Vorurteilen konfrontiert wurden, 15 hatten noch kein solches Erlebnis oder hatten es nicht registriert. Alle 10 Probanden, die Vorurteilen begegnet waren, gaben an wegen ihres Gewichts - als äußeres erkennbares Zeichen, 3 zusätzlich auch wegen des Diabetes. Anmerken möchte ich, dass nur ein kleiner Teil dieser 10 Personen stärker übergewichtig war.

„Da schauen alle: „Was kommt da für eine „Gazelle“ da geht sicher das Wasser über oder so was“. Ich geh dann sofort raus und geh nach Hause. Das sind Blicke und manchmal sagen die Leute auch was. Das vermiest mir das Schwimmen.“

55 jährige Frau seit 26 Jahren Diabetikerin

„Ja früher, früher unter Anführungszeichen, bei den 1 oder 2 Mal im Jahr wo wir in die Konditorei gegangen sind, da bin ich schon angeschaut worden. „ Die Fette – isst eine Torte und dann haben sie mich recht blöd angeschaut die Leute. Es kommt ja nicht oft vor, aber warum sollen wir Dicken nicht auch einmal ein Stück Torte essen? Die meisten Leute wissen ja nicht warum man dick ist.“

43 jährige Frau, seit 1 Jahr Diabetikerin

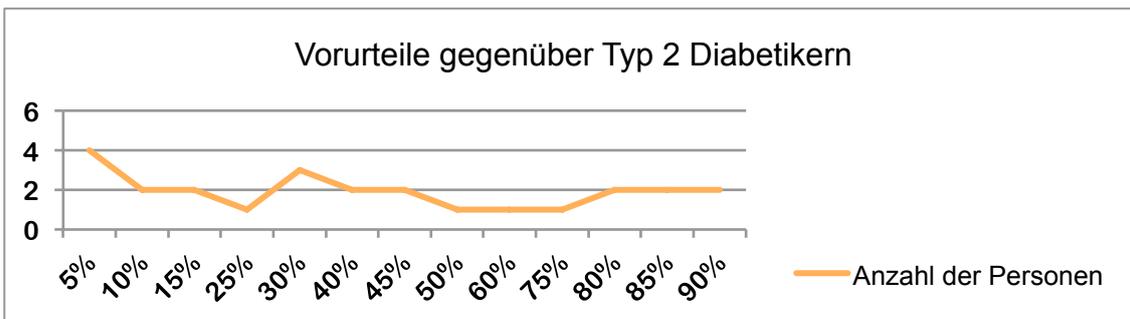
⁶⁵ Hurrelmann K., (2010), Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Juventa, München, S.199-125 nach Antonovsky A., (1997), Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVT-Verlag, Tübingen

„Vorurteile: Gewicht? Unbedingt ja. Seit der Kindheit. Ich war nie schlank. Das Wiegen in der Handelsschule mit 14, 15 hab ich schon 116 Kilo gehabt. Die negativen Erlebnisse waren hauptsächlich in der Schule – von den Mitschülern, auch von den Lehrern zum Teil.“
49 jähriger Mann, seit 18 Jahren Diabetiker

„Wenn ich wo eingeladen bin, oder auf einem Sessel sitze: „Du passt ja gar nicht auf den Sessel, Du brauchst ja einen zweiten!“
54 jährige Frau, seit 8 Jahren Diabetikerin

Aufgrund solcher oder ähnlicher Erlebnisse und Rückschlüsse aus den Darstellungen der Selbstbeschreibungen im vorherigen Kapitel, könnte man meinen, dass Typ2 Diabetiker selbst vor solch stigmatisierenden Einstellungen gefeit wären. Dies wollte ich mit dem Stigma-Fragen-Set⁶⁶ (Fragebogen Aufgabe 4 im Anhang S. 112) gegenprüfen.

Die Fragen wurden auf Diabetiker Typ2 umformuliert. Da, wie auch weiter oben beschrieben, Übergewicht bzw. Adipositas mit Diabetes Typ2 assoziiert wahrgenommen wird, stelle ich den Vergleich direkt zu den Ergebnissen der Adipositas Befragung an, die zwar in Deutschland durchgeführt wurde, dafür aber mit einer repräsentativen Stichprobe von 1000 Menschen ab einem Alter von 14 Jahren.



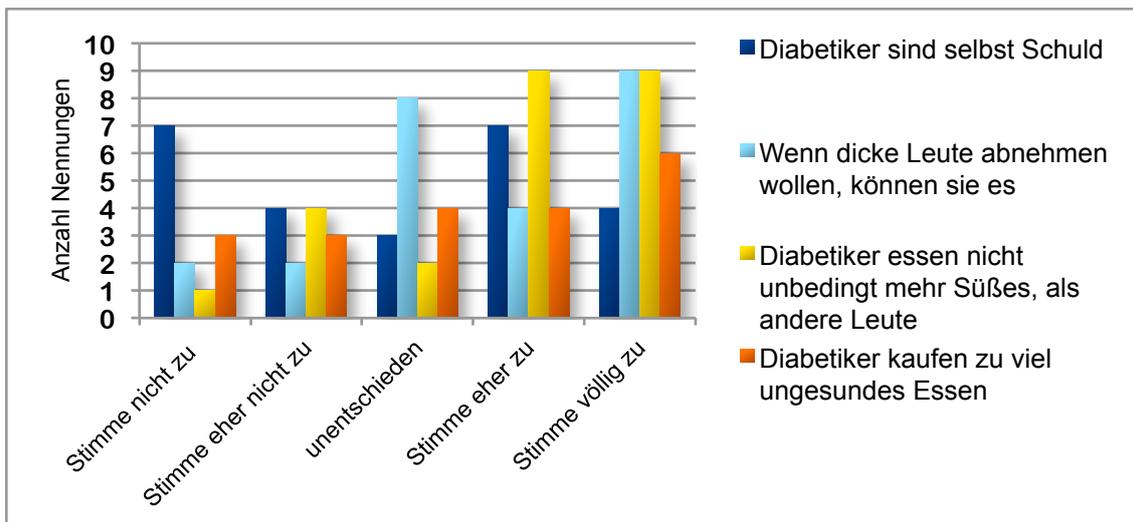
Vorurteile-Diagramm 1:

Die Prozentzahl gibt an, wie hoch der Anteil der Bevölkerung ist, der ein gleiches oder geringeres Ausmaß an Vorurteilen gegenüber übergewichtigen oder adipösen Menschen hat. Als Referenzgruppe wurde für die Auswertung eine repräsentative Stichprobe der deutschen Bevölkerung von 1000 Menschen ab einem Alter von 14 Jahren herangezogen.

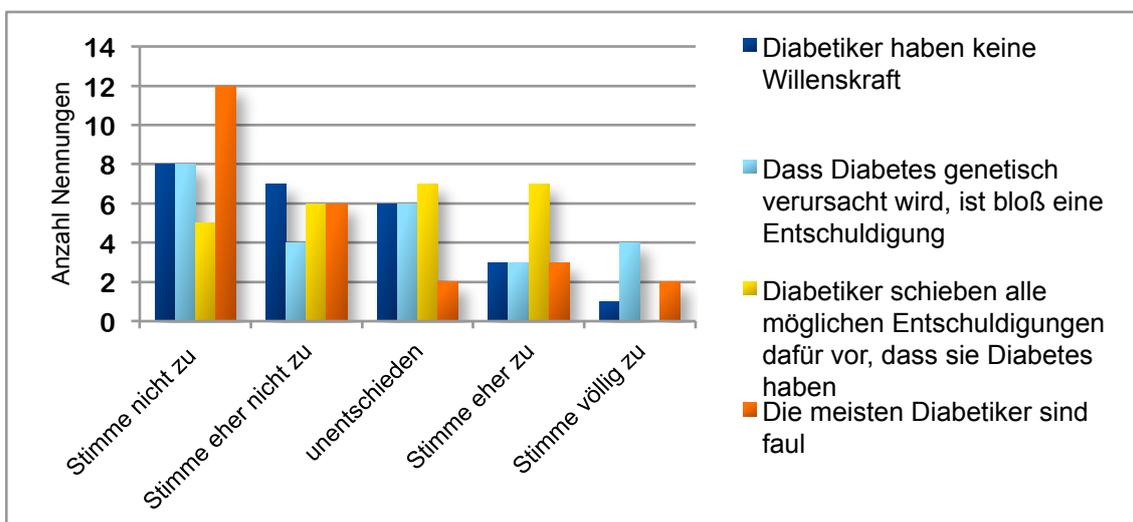
⁶⁶ Website „Stigmatisierung bei Adipositas“ der medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Leipzig, (abgerufen am 6.8.2014)
<http://www.adipositasstigma.de/praxis/selbsttest.php>

Die Kurve des Ausmaßes der Vorurteile zeigt eine ziemlich regelmäßige Verteilung, was in diesem Fall der Vorurteilsverteilung von Deutschland entsprechen würde. Die ganz marginale Mehrheit unter der 50%-Marke lässt nicht wirklich darauf schließen, dass die selbst betroffenen Probanden geringere Vorurteile hatten.

Man könnte auch vermuten, dass selbst betroffene Diabetiker mit höherer Bildung und/oder jüngerem Alter geringere Vorurteile aufwiesen. Anhand der 25 Probanden in dieser Studie konnte keine Korrelation zwischen Alter, Bildung und Ausmaß der Vorurteile festgestellt werden. Betrachtet man die Verteilung der Antworten auf die einzelnen Fragen, so lassen sich doch einige Rückschlüsse ziehen.



Vorurteile-Diagramm 2:



Vorurteile-Diagramm 3:

Auffällig ist die hohe Anzahl an „stimme eher zu“ und „stimme völlig zu“ auf den Satz „Diabetiker essen nicht unbedingt mehr Süßes, als andere Leute“. Wo doch die allgemeine Meinung ist, dass Diabetes Typ2 vor allem durch zu hohen Zucker-Konsum verursacht wird. Selbst Ärzte argumentieren damit. Die Erfahrung der Betroffenen dürfte eine andere sein.

„Naja, trinken Sie nichts Süßes und essen Sie nichts Süßes.“ Mehr hat er nicht gesagt und hat mir Pulver verschrieben. Und ich hab mir gedacht: Heast des is ein Vollkoffer, das kann´s ja nicht sein. Da muss es ja ein bissl eine genauere Information geben. Bin dann in die Diabetikerambulanz gegangen in Wien.“

70 jährige Frau, seit 1 Jahr Diabetikerin

Die Frage nach der Schuld wurde fast je zur Hälfte mit Zustimmung und Nicht-Zustimmung beantwortet. Ziemlich eindeutig fielen die Antworten zur Eigenschaft „faul sein“ auf. Dieser Begriff kam bereits in den Heterostereotypen stark vor und stieß hier recht heftig auf Ablehnung.

„Was noch dazukommt ist das Vorurteil Übergewichtige Leute sind ungepflegt – finde ich ist eine Frechheit – stimmt nicht. Gibt´s sicher, aber es gibt auch Dünne, die stinken. (...) Faul sein beinhaltet auch faul im Kopf - im Denken. Und das ist schlimm so abgestempelt zu sein.(...) Ich find mich überhaupt nicht faul.“

51 jährige Frau, seit 7 Jahren Diabetikerin

„Viele sagen Du bist faul. Dabei beweg ich mich mehr als viele andere Leute – aber vielleicht beweg ich mich auch falsch.“

52 jähriger Mann seit 2 Jahren Diabetiker

Anhand der Ergebnisse aus diesem Fragen-Set lässt sich schließen, dass selbst Betroffene auch ähnliche normative Vorstellungen von Typ2 Diabetikern haben, wie es die stigmatisierenden Stereotypen vorgeben. Möglicherweise haben sie zu einzelnen Detailfragen etwas andere Einstellungen.

6.2.3 In-Group und Out-Group

Über Lückentexte wollte ich erfahren, welche Assoziationen Betroffene zu den Stereotypen von Typ2 Diabetikern haben. Dies waren die allerersten Aufgaben, so dass die Antworten noch unbeeinflusst vom Verlauf und den Themen des Fragebogens und des Interviews bleiben konnten. Indem die Probanden Typ2 Diabetiker, zu denen sie ja selbst gehörten, charakterisieren sollten, beschrieben sie einerseits ihre Haltung zur Gruppe und über Projektion auch sich selbst.

Beim ersten zu vervollständigenden Satz „Typ2 Diabetiker sind vor allem..... Menschen“, entschieden sich knapp die Hälfte derer, die das Feld ausgefüllt hatten (20) dafür, nicht anders zu sein als andere Menschen auch. Es gab nur 4 gewichtsbezogene Nennungen. Trotzdem in der Folge das Übergewicht durchgehend ein wichtiges Merkmal war, wurde es an dieser Stelle nicht als das ausschlaggebende Merkmal für Typ2 Diabetiker angeführt. 3 Personen nannten sogar positive Merkmale wie „gesund“, „geduldig“ und „ruhig“. Ebenso 3 nannten einen Krankheitsbezug.

Typ2 Diabetiker sind vor allem..... Menschen				
normale 4 x	ältere / alte 2 x	dicke 3 x	geduldige	gesunde
gleich		stärkere	ruhige	kranke
auch				gefährdete
junge und alte				arme
wie viele				
Nicht anders als andere Menschen auch	altersbezogen	gewichtsbezogen	charakterbezogen	krankheitsbezogen

Der zweite Satzteil „weil sie.....“ gibt vor allem Aufschluss auf Verhaltensweisen. 4 Probanden gaben keine Angabe dazu. 7 Personen gaben eine Begründung an, die sich auf die Gleichheit zu anderen Menschen bezog, wie „nicht auffallen“, „wie Du und ich“, „nicht krank sind“. 5 x wurde negatives Verhalten angeführt, wie „zu viel essen“, „ungesund leben“, „zu wenig Bewegung machen“. Hier bestätigt sich die Übernahme der stigmatisierenden Stereotype.

Eine Person bezog sich auf ein positives Verhalten, das die Erkrankung erfordert: „sich an Diät halten“. 6 Mal wurde die Erkrankung an sich angegeben. Im Vergleich zu anderen Menschen wurde wieder die Gleichheit zu anderen Menschen betont (5x), genauso oft allerdings auch Erschwernisse durch die Krankheit: „gefährdet“, „benachteiligt“,..... Alle Drei Stigma-Themen wurden je 1 Mal genannt (gewichtiger, Vielesser, unsportlich), aber auch 4 positive Charakter-eigenschaften (großzügig, lustiger, humorvoll, vorsichtig). Als „traurig“ bezeichnete eine Person die Typ2 Diabetiker.

Anhand der oben beschriebenen Charakterisierungen lässt sich erkennen, dass es sich um sehr inhomogene Beschreibungen der Typ2 Diabetiker handelte. Je nachdem, worauf der persönliche Fokus lag bzw. die persönlichen Erfahrungen, fielen die Antworten aus. Stigmatisierungen fielen an dieser Stelle eher marginal aus. Die Identifizierung mit der zu beschreibenden Gruppe war an dieser Stelle so stark, dass ein eher positives Bild gezeichnet wurde.

Um sicher zu gehen, in der Befragung nicht nur negative Bilder zu erhalten und den Fokus auch auf positive Eigenschaften zu legen, die solch eine Erkrankung fordert, habe ich dezidiert im Lückensatz „Diabetiker müssen besonderssein, damit sie ihren Zucker im Griff haben können“ danach gefragt. Es wurden sowohl eine ganze Reihe positive Eigenschaften, wie auch Verhaltensweisen angeführt.

Diabetiker müssen besonders.....sein,
damit sie ihren Zucker im Griff haben können.

Eigenschaften	Verhaltensweisen
diszipliniert (3)	ernährungsbewusst (3)
genau (2)	gezielt Diät halten (3)
konsequent (2)	aufpassen (2)
vorsichtig (2)	auf sich aufpassen
achtsam	Kohlenhydrate meiden
gelassen	Auf Nährstoffe achten
wachsam	Auf Bewegung und gesunde Ernährung achten
aufmerksam	

Demnach müsste ein Typ2 Diabetiker gegenüber „anderen“ ernährungsbewusster, disziplinierter, konsequenter und achtsamer sein. Alle Faktoren, die im Kapitel 6.1 überhaupt nicht erwähnt wurden.

Die letzte Lückentextfrage „ich bin nicht wie die meisten Diabetiker, weil.....“ macht deutlich, dass es in der Wahrnehmung 2 Gruppen von Typ2 Diabetikern gibt: Die „braven Diabetiker“ – therapietreu, diszipliniert etc.... und jene, die den Stigmata entsprechen. Im Satz selbst wird kein Bezug zu der einen oder anderen Gruppe genommen. Trotzdem hat sich nur eine einzige Person als „ich bin wie die meisten Diabetiker“ bezeichnet. Alle anderen grenzten sich als „brave“ Diabetiker von der allgemeinen Gruppe der Typ2 Diabetiker ab, indem sie sich positiver als diese darstellten – entweder bezüglich der diabetesassoziierten Verhaltensweisen (hellblau markierte Felder) oder bezüglich persönlicher Merkmale (gelb markierte Felder). Weitere Antworten waren: „weil sich meine Gene geändert haben“, „ich mich nicht angesprochen fühle“, (vollkommene Distanzierung), „ich lebe“ (meines Erachtens auch ein Ausdruck der Gleichheit).

<u>Lückentext im Fragebogen:</u>	<u>Deduktion:</u>
„Ich bin nicht wie die meisten Diabetiker, weil“	Das bedeutet die meisten Diabetiker.....
ich mehr Bewegung mache und nach Kalorien esse	machen wenig Bewegung und essen nicht nach Kalorien
ich sehr sportlich bin, mich viel bewege und viel Obst und Gemüse esse	sind unsportlich, bewegen sich wenig und ernähren sich ungesund
ich gut eingestellt bin und auf meinen Lebensstil achte	sind schlecht eingestellt und achten nicht auf ihren Lebensstil
ich meinen Diabetes überwache	überwachen nicht ihren Diabetes
ich diszipliniert bin	sind undiszipliniert
ich damit umgehen kann	können nicht damit umgehen
ich viel Bewegung mache	machen nicht viel Bewegung
ich mich daran halte	halten sich nicht daran
ich mein jetziges Leben ändern werde	ändern ihr Leben nicht
ich nicht so dick bin	sind dick

<u>Lückentext im Fragebogen:</u> „Ich bin nicht wie die meisten Diabetiker, weil“	<u>Deduktion:</u> Das bedeutet die meisten Diabetiker.....
Ich motiviert bin	sind nicht motiviert
ich immer lache	lachen nicht viel
ich zu viel arbeite	arbeiten nicht so viel
ich es noch nicht so lange weiß	wissen es schon lange
ich nur auf die Ernährung achten muss	müssen auf mehr als nur Ernährung achten
ich kein großes Thema mache ich die Krankheit locker nehme	machen ein großes Thema daraus

Bezüglich der befragten Typ2 Diabetiker lässt sich sagen, dass sie sich mit großer Mehrheit als Out-Group des von ihnen wahrgenommenen allgemeinen Bildes definieren. Auf der anderen Seite lässt sich eine starke In-Group Beziehung zu „braven“ Diabetikern feststellen, die sich durch Abgrenzung zur Out-Group beschreibt.

„Eigentlich fühle ich mich nicht zu denen dazugehörig, die von der Gesellschaft als selbst Schuld hingestellt werden.“

74 jähriger Mann, seit 22 Jahren Diabetiker

„Mehr arbeiten und leisten, wie ich mit meinem Alter, tut nicht bald wer!“

70 jährige Frau, seit 1 Jahr Diabetikerin

6.2.4 Beeinflussen wahrgenommene Heterostereotype die Autostereotype?

Vordergründig sah sich die große Mehrzahl der Befragten als nicht der allgemein wahrgenommenen sozialen Norm „Typ2 Diabetiker“ zugehörig. Bei näherer Betrachtung konnten drei Phänomene festgestellt werden:

1. Es gibt eine Stereotype des „braven“ Diabetikers, die vordergründig als Autostereotype übernommen wurde.
2. Diese Autostereotype definierten sich durch die Abgrenzung zur allgemein wahrgenommenen sozialen Norm.
3. Trotz dieser Abgrenzung hatten Typ2 Diabetiker das gleiche Ausmaß an Vorurteilen, wie die Gesamtbevölkerung. Themen wie Schuld, falsches Verhalten etc. wurden demnach intrinsisch sehr wohl auf sich selbst bezogen.

Daraus lässt sich schließen, dass wahrgenommene Heterostereotype einen bedeutenden Einfluss auf die Autostereotype haben.

Womit die Hypothese zwei bestätigt wurde.

6.3 Beeinflussung der Selbstwirksamkeitsvorstellungen durch Auto- und Heterostereotype

In den vorangegangenen Kapiteln war bereits deutlich zu erkennen, dass sowohl die Auto- als auch die Heterostereotype stark von bestimmten Verhaltensweisen (Sport machen, Diät halten, zu viel essen, faul sein...) determiniert wurden.

In der Theory of Planned Behavior stellen die Kontrollüberzeugung und die Bewertung von Hindernissen und Ressourcen, als Elemente für die wahrgenommene Verhaltenskontrolle, den dritten großen Einflussfaktor für eine Verhaltensintention dar. Mit den folgenden Themenkreisen versuchte ich herauszufiltern, inwieweit Selbst- und wahrgenommene Fremdbilder Einfluss auf diese Kontrollüberzeugung nehmen. Es ging also nicht darum, die Kontrollüberzeugung der Probanden zu bestimmen, sondern den Einfluss der subjektiven Norm darauf.

6.3.1 Diabetes-Kampagnen

Um Awareness zu schaffen, Informationen zu verbreiten und Verhaltensänderungen zu unterstützen, werden zunehmend Kampagnen von den unterschiedlichsten Gesundheits-Trägern und –Organisationen eingesetzt. Deshalb interessierte es mich, inwieweit diese bei Betroffenen Niederschlag finden, welches Fremdbild diese zeichnen und ob das, was als Heterostereotype wahrgenommen wird, dem Stigma entspricht oder eher eine Handlungsmöglichkeit als „braver“ Diabetiker aufzeigt.

Kampagnen, wie Diabetes-Tage im Wiener Rathaus, oder am Heldenplatz waren unter den Probanden sehr bekannt (17 Personen). Der Anteil jener, die schon einmal daran teilgenommen hatten, lag bei drei. Diese 3 Personen hatten jeweils über die Jahre insgesamt lediglich eine einzige Veranstaltung besucht.

Die Begründungen dafür, warum man diese Angebot nicht nutzte, lagen in der Regionalität (zu weit weg und kein ähnliches Angebot in der Nähe), der Sorge vor Verunsicherung, der Kontrollüberzeugung und der Abgrenzung zur Bezugsgruppe der Typ2 Diabetiker.

Sorge vor Verunsicherung:

„Man muss irgendwo (der behandelnde Arzt) einmal hingehen und dem vertrauen.“

70 jährige Frau, seit 1 Jahr Diabetikerin

„Nicht für mich relevant. Ich fühl mich nicht angesprochen und ich würde dort auch nicht hingehen, wenn es mich ansprechen würde, weil ich bei einem Arzt in Behandlung bin, bei dem ich mich gut betreut fühle. Und somit muss ich nicht zusätzlich woanders hingehen, um für meine Krankheit Informationen zu holen.“

55 jährige Frau seit 4 Jahren Diabetikerin

Kontrollüberzeugung:

„Ich weiß, dass es das gibt, ich weigere mich das anzunehmen. Was will man mir dort erzählen? Dinge, die ich weiß. Dass ich Zucker hab, weiß ich. Was ich alles nicht essen darf, weiß ich auch. Wie ich leben WILL, weiß ich auch.“

62 jähriger Mann, seit 12 Jahren Diabetiker

„Nein, war ich noch nie. Kenne es aber. Habe gedacht, ich habe es selbst in Griff.“

55 jähriger Mann, seit 7 Jahren Diabetiker

Abgrenzung zur Bezugsgruppe:

„Ich hab einfach den Eindruck, wenn man selber alt ist, dann fühlt man sich immer noch jung und ich glaub das ist dann für die uralten - und dann will ich dort schon gar nicht hin. Man möchte nicht dazugehören, zu denen die dorthin (Diabetes-Tage) gehen – alt sind immer die anderen.“

69 jährige Frau, seit 20 Jahren Diabetikerin

„Ich brauch mich da nicht unter die Massen schmeißen.“

61 jährige Frau, seit 5 Jahren Diabetikerin

Als positives Erlebnis bzw. Ergebnis des Besuchs solch einer Veranstaltung wurden das Kabarett und das gratis Blutzuckermessgerät genannt. Beides keine Faktoren für subjektive Norm oder Kontrollüberzeugung und daher auch nicht relevant für Verhaltensintentionen. Immerhin berichtete ADA-Online⁶⁷ (Homepage der Aktiven Diabetiker Austria) von 6.000 Besuchern am Diabetestag am 27. März 2014 im Wiener Rathaus.

Unter den Probanden waren 3 Personen, die „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“⁶⁸, das Disease-Management-Programm der Wiener Gebietskrankenkasse, kannten. Eine Person besuchte die Bewegungskurse, eine andere fragte den Arzt aktiv nach einem Schulungs- bzw. Begleit-Programm. Das Disease-Management-Programm fand in der Wahrnehmung der befragten Personen keinen relevanten Niederschlag, sodass daraus für diese Untersuchung keine Ergebnisse abgeleitet werden können.

Abgesehen von Schulungen in Krankenhäusern, wurden ungestützt keinerlei andere Programme oder Kampagnen genannt. Auch nicht, nachdem geklärt war, was damit gemeint sein könnte.

⁶⁷ Website des Vereins „ADA - Aktive Diabetiker Austria“, (abgerufen am 8.8.2014)

http://www.aktive-diabetiker.at/index.php?article_id=768_id=768

⁶⁸ Website des Disease-Management-Programms „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ der österreichischen Gebietskrankenkassen, (abgerufen am 8.8.2014)

[http://diabetes.therapie-](http://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/content/contentWindow?contentid=10007.682095&action=2&viewmode=content)

[aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/content/contentWindow?contentid=10007.682095&action=2&viewmode=content](http://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/content/contentWindow?contentid=10007.682095&action=2&viewmode=content)

6.3.2 Medien als Quelle für Selbstwirksamkeitsvorstellungen und Kontrollüberzeugung

Aufgrund der oben beschriebenen Ergebnisse aus den Fragebögen und Interviews, stellen Medien, allgemein gesehen, keine brauchbare Quelle für positive Selbstwirksamkeitsvorstellungen dar. Es könnte sogar zu gegenteiligen Effekten kommen:

- „Selbst wenn ich meinen Lebensstil ändere, gehöre ich immer noch zu den Typ2 Diabetikern, die derart negativ dargestellt werden“
- „Die Diabetiker in den Medien schaffen es auch nicht, kann ich es denn schaffen?“
- „Nützt ja alles nichts, wie man sieht“ usw.

„Die Medien: da gibt es Kultfiguren und Soll-Schemas. Hängt von der Kultur ab in der wir leben. Es gibt Kulturen, wo nur eine starke Frau eine Augenweide ist.“ 62 jähriger Mann, seit 12 Jahren Diabetiker

6.3.3 Unterstützung und Motivation den Erwartungen zu entsprechen

In der TPB ist die Motivation, den Erwartungen von Bezugspersonen zu entsprechen, ein relevanter Faktor für die subjektive Norm. Unterstützung, als Spiegel für Erwartungen, die gestellt, aber auch mitgetragen werden, findet im sozialen Kontext einen realen Niederschlag, im Gegensatz zum ideellen Begriff der Erwartung.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gaben an, Unterstützung im Umgang mit ihrem Diabetes Typ2 zu erhalten. Diese Unterstützung kam hauptsächlich aus dem Kreise der Familie. 8 Personen nannten den Ehe- oder Lebenspartner, 10 die gesamte Familie, Kinder und Eltern eingeschlossen. 5 Probanden konnten sich über Unterstützung seitens Ihres Arbeitgebers, Chefs und

Arbeitskollegen freuen. Lediglich 2 Personen fühlten sich von ihrem Arzt unterstützt, abgesehen davon, dass dieser die Therapie verordnete. Worauf im Kapitel „Typ2 Diabetiker und Health Professionals“ noch näher eingegangen wird. Ganz deutlich kristallisiert sich heraus, dass die Familie und ganz nahe stehende Menschen, jene sind, die den größten Anteil überhaupt an Berührungspunkten für den Umgang mit Diabetes haben und demnach wahrscheinlich auch den größten Einfluss auf Selbstwirksamkeitsvorstellungen.

Unterstützung von der Familie

„Meine Freundin unterstützt mich, weil sie mir Zwischenmahlzeiten so wunderschön herrichtet.“ 48 jähriger Mann, seit 1 Jahr Diabetiker

„Meine Frau geht mit zum Doktor, damit sie weiß was wichtig ist und los ist.“ 52 jähriger Mann, seit 2 Jahren Diabetiker

„Die Tochter hat lange Zeit gebraucht, dass sie mitdenkt und mittut.“ 55 jährige Frau, seit 26 Jahren Diabetikerin

Unterstützung am Arbeitsplatz

„In der Fa. sagen sie selbst : „Ach ja, Du darfst ja nicht!“ Der Chef motiviert mich sogar.“ 55 jähriger Mann, seit 7 Jahren Diabetiker

„Mein Chef hat mich unterstützt, damit ich die Schulung machen konnte. Er selber hat geraten zur Kur zu fahren – ich solle doch was machen.“ 42 jährige Frau, seit 1 Jahr Diabetikerin

Ganz deutlich wird auch, dass diese Unterstützung sehr wichtig für den Umgang mit den Erfordernissen der Erkrankung im Alltag ist. Trotzdem zeichnet sich ein Bild der Ambivalenz ab. Denn Unterstützung, bzw. die Notwendigkeit dieser, wurde zum Teil auch als Autonomie-Verlust oder Kränkung erlebt.

Ambivalenz

„Ich würde mehr Unterstützung bekommen, als mir lieb ist.“

51 jährige Frau, seit 7 Jahren Diabetikerin

„Unterstützung? Wehe!“

62 jähriger Mann seit 12 Jahren Diabetiker

Meine Schwiegertochter ist da ganz streng und fragt: „ Wieso tust Du das?“ Einerseits denke ich mir – naja...- andererseits: „Ja, Du hast ja recht.“ Das gibt mir dann zu denken. Ich hab dann auch ein schlechtes Gewissen. Deshalb möchte ich mich bemühen, auch wenn das Enkerl kommt, nicht mehr zu backen. Das muss ich aufhören das viele Backen. Ja das ist schon eine Kränkung, aber ich denk mir dann schon was dabei. Andererseits ist es gut, denn wenn ich gar niemanden hab, dann verkomm ich komplett.“

54 jährige Frau, seit 8 Jahren Diabetikerin

5 Probanden hatten das Gefühl, den Erwartungen von Familie, Freunden und ihrem Arzt zu entsprechen. 2 Personen sahen das eher differenziert nach Bezugsgruppe, Situation und Themenkreis. 3 fanden Erwartungen anderer als nicht relevant. Trotzdem die Frage auch die „Gesellschaft“ miteinschloss, bezogen sich die Antworten hauptsächlich auf die Familie, die somit als stärkster moderierender Faktor identifiziert werden konnte.

Die gespiegelte Sicht der Erfüllung der Erwartungen macht aus dem Betroffenen einen „braven“ oder einen „unfolgsamen“ Diabetiker. Aus dieser Bewertung kann man sich durch die Abgrenzung zu Erwartungen im Allgemeinen herausnehmen. Das Gefühl den Erwartungen nicht vollends entsprechen zu können, stellte sich hauptsächlich bei langjährigen Patienten ein. Neu Diagnostizierte empfanden sich eher als compliant. Obwohl nicht direkt abgefragt, korrelierte die Eigenbeurteilung nicht mit den medizinischen Werten, sondern mit der Einschätzung der Verhaltensweise und Zielerreichung. Für diese Beurteilung war somit das Selbstbild im Vergleich zur Norm „braver Diabetiker“ bzw. Abgrenzung zu den stigmatisierenden Bildern des Typ2 Diabetikers von Bedeutung.

Den Erwartungen nicht entsprechen

„Erwartungen entsprechen: Nein, weil im Prinzip habe ich nach wie vor 30 Kg Übergewicht. Das Idealbild für die Erwartungen bringe ich nicht. Macht das ein schlechtes Gefühl? Ja!“

49 jähriger Mann, seit 18 Jahren Diabetiker

Abgrenzung zu Erwartungen

„Das ist mein ganz privater Lebensraum, meine ganz privaten Lebensumstände und die gestalte ich mir so, dass es mir trotzdem gut geht. Das was die anderen dabei denken, ist mir egal.“

74 jähriger Mann, seit 22 Jahren Diabetiker

„Eigentlich sind mir die Erwartungen der anderen wurscht. Meine Erwartung ist die Wichtige und die, auf die es ankommt.“

55 jährige Frau, seit 4 Jahren Diabetikerin

„Aus der Sicht der Krankheit bin ich der Wichtige.“

52 jähriger Mann, seit 2 Jahren Diabetiker

„Ich hab halt Diabetes. Es wird jeder irgendwann sterben. Ich lasse jeden Menschen so leben, wie er leben möchte, um glücklich zu sein. Und das erwarte ich auch von den anderen.“

62 jähriger Mann, seit 12 Jahren Diabetiker

6.3.4 Health Professionals als Moderatoren der Selbstwirksamkeitsvorstellungen und Kontrollüberzeugung

Im Kapitel 6.1.4 über das wahrgenommene Bild von Health Professionals konnte eine starke Wahrnehmung von stigmatisierenden Fremdbildern von Typ2 Diabetikern festgestellt werden. Im vorherigen Kapitel sahen wir auch, dass sich lediglich 2 der 25 Probanden von ihrem Arzt unterstützt fühlten. Wenn es um die Erwartungen von Bezugsgruppen ging, waren Health Professionals lange nicht so relevant wie der enge soziale Kreis der Familie oder von Freunden. Mit zwei ganz typischen Szenen wollte ich etwas zur Wahrnehmung der Haltung von Health Professionals gegenüber Typ2 Diabetikern herausfinden und zu den daraus resultierenden Selbstwirksamkeitsvorstellungen.



Diese Szene entspricht häufigem Erleben von Typ2 Diabetikern. Die Antwort sollte darlegen, inwieweit ein in dieser Form dargebrachter ärztlicher Ratschlag Einfluss nimmt auf die Motivation, diesen Erwartungen zu entsprechen, und die damit

verbundenen Selbstwirksamkeitsvorstellungen der Patienten.

8 Probanden antworteten mit einfacher Zustimmung, wie „Ja“ oder „Ich mache das, weil mir der Arzt das gesagt hat.“. 13 Probanden entwickelten eine Art Widerstand aufgrund von empfundenem Unverständnis von ärztlicher Seite: „leicht gesagt!“, „rede nur zu“, „das versuche ich längst!“. 4 Personen gaben gleich Hürden an wie „würde ich gerne, aber es fällt schwer“, „ich habe doch ein kaputtes Knie“. Bedenkt man die stigmatisierende Annahme des Fremdbildes, das Ärzte offenbar den Patienten vermitteln, verwundert diese rechtfertigende, sich abgrenzende Haltung zum Ratschlag von 17 aus 25 Probanden nicht. Wenn man noch bedenkt, dass Erwünschtheit in dieser Szene, vor allem bei Probanden des Reha-Zentrums möglicherweise auch noch hineinspielte, zeigt dies deutlich, dass ein so formulierter Ratschlag eher eine kontraproduktive Wirkung auf erwünschte Selbstwirksamkeitsvorstellungen und damit auch auf Verhaltensänderungen hat. Siehe auch Zitat „Naja, trinken Sie nichts Süßes und essen Sie nichts Süßes...“ auf Seite 61.

„Die Vertretung, kennt sich aber mehr aus, als es meine Doktorin tut. Hätte meine Ärztin früher geschaut, dann wärs gar nicht soweit gekommen. Sie hat zwar immer gesagt „abnehmen – abnehmen“ aber dass sie mir ein wenig geholfen hätte oder so. Nein - keine Unterstützung. Die Vertretung hat dann was unternommen – meine Ärztin hätte eh nichts gemacht. Dabei hätte ich schon früher hierher (Alland) kommen können.“

42 jährige Frau, seit 1 Jahr Diabetikerin



In dieser zweiten Szene ging es darum zu erfahren, welche Erwartungen Patienten an den Arzt haben, bezüglich der

Motivation ihrer Selbstwirksamkeitsvorstellungen und ihrer Kontrollüberzeugung. Auch wenn sich nicht so einfach sagen lässt, dass der Umgang mit Stress und Aufregungen - unabhängig von physiologischen Körperfunktionen - von Einstellungen, Psyche und Strategien abhängig ist, so handelt es sich doch um einen Bereich der durch persönliches Verhalten beeinflussbar ist. Vor allem gehört das Thema Stress nicht zu den stark strapazierten Diabetes stigmatisierenden Themen wie Ernährung und Bewegung. Ich könnte mir auch vorstellen, dass die Information „Stress und Ärger könnten für einen Zuckeranstieg verantwortlich sein“, neu für manchen der Probanden war. 11 Probanden antworteten mit einer einfachen Zustimmung, 7 mit Kritik am Patienten wie „die sollte lieber abnehmen“, „dann reg dich halt nicht auf“, „selber schuld!“, etc.. Offenes Desinteresse signalisierte eine Person mit der Antwort „Krankenschein herbei!“. Positive Zustimmung und weiterführende Schlussfolgerung gaben nur drei Personen der 22, die die Sprechblase ausgefüllt hatten, an. „Gut, wenn er schon weiß warum“, „Logische Folge der Aufregung. Patient sollte trachten ruhiger zu bleiben.“ und „das kann sein, darum ist es immer wichtig Zucker zu messen.“ Wenn man die einfachen Zustimmungen neutral betrachtet, stehen 8 kritische (7 Kritik + 1 Desinteresse), 3 Anteil-nehmenden Äußerungen gegenüber. In den kritischen Äußerungen finden sich die Stigma-Themen wieder, wie „selbst schuld“, „Übergewicht“, „Unkontrolliertheit“. Dies bestätigt einerseits das von Betroffenen wahrgenommene stigmatisierende Fremdbild, andererseits die geringe Erwartung an Ärzte, positive Einflüsse auf ihre Kontrollüberzeugung geltend zu machen.

Erwartungshaltung

„Der Arzt muss mich in der Mitte halten, denn wenn ich wieder gesund bin, hat er mich auch verloren.“

54 jähriger Mann, seit 6 Jahren Diabetiker

„Ist ein Mix – ich kann mich nicht 100% halten – bin aber in einer Phase der Krankheit, wo ich mir das leisten kann. Im Urlaub schlage ich über die Strenge. Mein Arzt erwartet sicher, dass ich das nicht tue – diese Erwartungshaltung erfülle ich nicht – macht mir aber kein Problem.“

48 jähriger Mann, seit 1 Jahr Diabetiker

Selbstwirksamkeitsvorstellungen

„Grenzwertiger Diabetes: Deswegen ist es mir nicht so bewusst gewesen und auch nicht bewusst gemacht worden, muss ich schon auch sagen, dass das auch anders hätte sein können.“

55 jährige Frau, seit 4 Jahren Diabetikerin

„Beim Arzt ist es oft so, dass ich nachher den Beipackzettel lese – wenn steht starke Gewichtszunahme – dann fürchte ich mich noch mehr zuzunehmen. Ich geh dann meistens mit der Einnahme der Medikamente zurück.“

54 jährige Frau, seit 8 Jahren Diabetikerin

Besonders relevant sind diese Ergebnisse in Anbetracht der Erkenntnisse aus der groß angelegten amerikanischen „Look Ahead“-Studie⁶⁹. Diese besagt, dass regelmäßige Betreuung durch Health Professionals, als Interventionen zu den Themen Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Psyche einerseits die medikamentöse Compliance fördern und - obwohl diese wenig Einfluss auf die großen Ereignisse wie Schlaganfall, Herzinfarkt und Todeszeitpunkt haben – zu einer signifikant niedrigeren Wahrscheinlichkeit Folgeerkrankungen, wie offene Beine, Neuropathien, Niereninsuffizienz, etc., zu einer Reduktion der Depressionen, zu einer Steigerung der körperlichen Fitness und Lebensqualität und somit auch zu Einsparungen von Kosten für Gesundheitsleistungen, führen.

⁶⁹ Seufert J. Univ.Prof.Dr.med., (27.8. 2013), Look Ahead. Bewegung und Gewichtsabnahme nutzlos bei Typ-2-Diabetes? 73. Jahrestagung der American Diabetes Association (ADA), in Chicago, Illinois, 21. - 25. Juni 2013, (abgerufen am 27.8.2014)

<http://www.diabetologie-online.de/a/1591358>

und Website: Look Ahead / Action for Health in Diabetes (abgerufen am 27.8.2014)

<https://www.lookaheadtrial.org/public/home.cfm>

Studienprotokoll: <https://www.lookaheadtrial.org/public/LookAHEADProtocol.pdf>

6.3.5 Hürden und Chancen

Die beiden abschließenden Fragen des Interviews sollten sich auf Hürden der Kontrollüberzeugung und Chancen der Selbstwirksamkeitsvorstellungen beziehen.

Die genannten Themenkreise umfassten das Ernährungsverhalten, das Bewegungs- bzw. Sport-Verhalten, psychische Dispositionen und Motivation. Während bei der Frage nach den erschwerenden Eigenschaften das Thema Ernährung (gelb – in der Tabelle auf der folgenden Seite) vorherrschend war, war es bei der Frage nach den gewünschten Eigenschaften die Motivation (hellgrün).

Die Nennungen der erschwerenden Eigenschaften lehnten sich stark an die Stigmata an. Auch dies bewerte ich als Zeichen dafür, dass Betroffene Typ2 Diabetiker die Stigmata für sich annehmen.

Diese Stigmata, die sie auch für sich definiert hatten, stellten Hürden für die Kontrollüberzeugung, ein positives Verhalten auszuführen, dar. Die erwünschten Eigenschaften hatten eher mit der Frage zu tun: „Was bräuchte ich oder wie müsste ich sein, damit mir ein optimaler Umgang mit meinem Diabetes gelingen kann?“. Diese lagen sehr viel mehr in den Persönlichkeitsfaktoren und waren damit stärker vom Selbstbild abhängig, während sich die erschwerenden Eigenschaften eher auf wahrgenommene Stereotype bezogen.

Einmal wurde sogar dezidiert der „starke soziale Druck“ angeführt.

Welche Ihrer persönlichen Eigenschaften erschweren Ihnen den Umgang mit Ihrem Diabetes?	Welche Eigenschaften hätten Sie gerne, um besser mit Ihrem Diabetes zurecht zu kommen?
4x Keine	3 x keine
3x Lustvolles essen	4x Spaß an Bewegung haben
3x Süßes	Mehr Sport machen
Heißhunger	Aktiver sein
Nicht essen können, wann man möchte (Zeitpunkt)	Weniger Appetit
Menge des Essens	Strenger mit der Ernährung sein
Hunger	Kein Alkohol
Gusto / Verführungen	Nicht so viel zum Heurigen gehen
Überwindung für Sport	3x Weniger Gewicht haben
Unsportlichkeit	Gesünder sein
Faulheit	2x Geduldiger sein
Trägheit	2x Disziplin
Der innere Schweinehund, der einen in die alte Gewohnheit zurückfallen lässt	Willenskraft
Frust	Kraft durchzuhalten
Depression	Leichter den Schweinehund überwinden
Meine Explosivität. Ich reg mich so leicht auf.	Widerstandskraft
Die eigene Ignoranz	Motivation
Suchtverhalten	Mehr Selbstwertgefühl
Sorge vor Unterzuckerung	Klugheit
Der starke soziale Druck	Mehr Zeit

Diese Tabelle zeigt deutliche Hinweise dafür, dass Fremdbilder und deren Wahrnehmung die Hürden für Kontrollüberzeugung beeinflussen können und die Chancen stärker durch das Selbstbild bestimmt werden.

6.3.6 Sind Selbstwirksamkeits-Vorstellungen von Auto- und wahrgenommenen Heterostereotype abhängig?

Das vorangegangene Kapitel hat gezeigt, dass Auto- und wahrgenommene Heterostereotype einen großen Einfluss auf Selbstwirksamkeitsvorstellungen und Kontroll-überzeugung haben. Auch die Bewertung von Hindernissen und Chancen wird von Selbst- und wahrgenommenen Fremdbildern beeinflusst.

Womit die Hypothese drei bestätigt wurde.

6.4 Beeinflussung des konkreten Verhaltens in Bezug zum Typ2 Diabetes durch Auto- und wahrgenommene Heterostereotype

Um die Beeinflussung auf konkrete Verhaltensweisen nachzuweisen, ohne in medizinisch-therapeutische Bereiche dringen zu wollen, habe ich zwei Parameter aus dem täglichen Leben gewählt:

- Kommunikationsverhalten in Bezug zum Typ2 Diabetes
Wie sprechen Typ2 Diabetiker selbst über ihre Erkrankung?
- Normatives Verhalten in einer häufig vorkommenden sozialen Interaktion: Anbieten eines Stücke einer Geburtstagstorte

6.4.1 *Wie sprechen Typ2 Diabetiker selbst über ihre Erkrankung?*

Auf die Frage „Wie sprechen Sie über Ihren Diabetes?“ gaben 9 Probanden an, ganz offen darüber zu sprechen, 7 thematisierten es gelegentlich. Von diesen 16 Probanden schränkten 5 den Kreis der Personen, mit denen sie sprachen, auf die engste Familie ein. 9 Probanden sprachen gar nicht darüber.

6 Probanden gaben dezidiert an, dass sie nicht wollten, dass außer ihrer engsten Familie jemand wüsste, dass sie Diabetes Typ2 hätten. Lediglich 5 Probanden tauschten sich mit anderen Betroffenen aus (Pensionistenverband, Arbeitskollegen). Im Falle einer Situation, wie der weiter unten beschriebenen Geburtstagsfeier, gaben je 6 Probanden an es zu thematisieren bzw. auf keinen Fall darüber zu sprechen, oder es zu sagen.

Offene Kommunikation

„Es passt öfters dazu und nachdem es mich beschäftigt, gib ich meinen Senf dazu aus Diabetikersicht.“

48 jähriger Mann, seit 1 Jahr Diabetiker

Restriktive Kommunikation

„Über Diabetes sprechen: ungern bis gar nicht. Gibt es Leute bei denen Sie nicht wollen, dass sie es wissen? Ja – meine ganze Familie – bis auf meine Frau.“ 49 jähriger Mann, seit 18 Jahren Diabetiker

„Nein, geht sie nichts an. Ich frag ihn ja auch nicht, ob er Krebs hat oder so.“ 52 jähriger Mann, seit 2 Jahren Diabetiker

„In meinem Bekanntenkreis gibt es keine Diabetiker. Die ticken nicht so. Übergewicht wird schon mit Stoffwechsel in Verbindung gebracht – Schilddrüse oder so – aber nicht Diabetes.“ 50 jähriger Mann, seit 2 Jahren Diabetiker

„Fremde Leute haben eigentlich mit meinem Gesundheitszustand nichts zu tun.“ 62 jährige Frau, seit 2 Jahren Diabetikerin

Verharmlosende Kommunikation

„Nachdem ich kein Drama daraus mache, wird auch keins gemacht.“ 55 jährige Frau, seit 4 Jahren Diabetikerin

„Die meisten (Bekanntekreis) wissen es, aber das ist kein Thema, weil ich das Thema nicht aufkommen lasse.“ 52 jähriger Mann, seit 2 Jahren Diabetiker

Es kristallisierten sich 3 Typen von Arten des Kommunikationsverhaltens heraus:

- Offene Kommunikation
- Restriktive Kommunikation
- Verharmlosende Kommunikation

Diese Arten der Kommunikation reflektierten auf Vorstellungen davon, welche Heterostereotypen der Kommunikationspartner haben könnte (soziale Norm). Ebenso konnte die Art der Kommunikation eine Reaktion auf die Wahrnehmung eines entsprechenden Ausdrucks, auch nonverbal, einer sozialen Norm gewesen sein.

Wichtig scheint die Konsequenz der jeweiligen Art der Kommunikation – nicht der Inhalte – für das Bild, das vom Diabetiker im Kommunikationspartner entstehen könnte.

Nachdem Diabetes Typ2 als Life-Style-Erkrankung und als Lebensstil bezogen gilt, könnte man annehmen, dass es für Gespräche diesbezüglich im sozialen Kontext eine Reihe an Anknüpfungspunkten gäbe. Auch bezeichnete sich, wie im Laufe der Untersuchung mehrmals bestätigt, der Großteil der Probanden als „braver“ Diabetiker. Das hieße, diese Gruppe müsste über ein überdurchschnittliches Wissen über gesunde Ernährung, Funktionen des Stoffwechsels etc. verfügen. Trotzdem sprach der Großteil der Probanden nicht gerne über Themen, die Diabetes-assoziiert waren, oder mit Personen, die nicht aus dem engsten Kreis stammten. Sich zu „outen“ birgt offenbar die Gefahr des sozialen Stigmas.

Eine weitere Schwierigkeit für einen kommunikativ offenen Umgang mit dem Thema Diabetes Typ2 stellt die Unwissenheit der Kommunikationspartner dar. Trotz der massiven Kampagnen und der gesellschaftlichen Relevanz dürften inhaltliche Informationen kaum in der Bevölkerung angelangt sein. Betroffenen fehlen somit auch Kommunikationspartner, die sowohl für die Bildung der subjektiven Norm, als auch für die Bewertung der Hürden und Chancen für ihre Kontrollüberzeugung bedeutend wären.

„Man redet schon, aber zu viel kann man auch nicht erzählen – die, die das nicht haben, wissen nicht, wie das geht. Da haben sie keine Ahnung.“

73 jährige Frau, seit 9 Jahren Diabetikerin

„Viele wissen ja gar nicht, was das bedeutet. Erkläre es dann auch.“

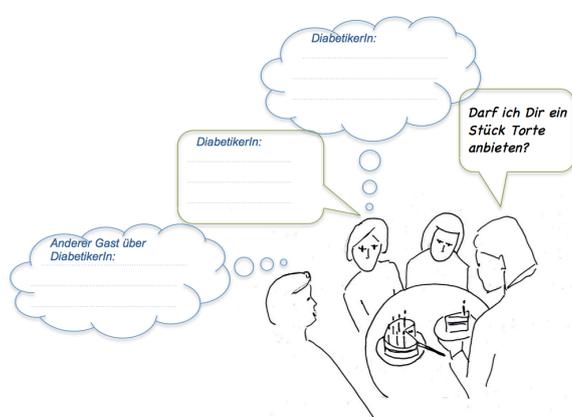
55 jähriger Mann, seit 7 Jahren Diabetiker

Wissen Ihre Bekannten was das bedeutet? „Ja: Zuckerkrank: Ganz ehrlich ich hab´s vorher auch nicht gewusst, bevor ich da her (Alland) gekommen bin.“

43 jährige Frau, seit 1 Jahr Diabetikerin

In Anbetracht dessen, was Betroffene annehmen, was andere über Diabetiker Typ2 denken (S. 49), ist es auch verständlich, dass dies kein Thema ist, über das man gerne spricht – und schon gar nicht über mögliche Schwierigkeiten, erwünschte Verhaltensweisen auszuführen. Siehe auch die „blame and shame“ Studie von Browne et al.⁷⁰

6.4.2 Normatives Verhalten in einer häufig vorkommenden sozialen Interaktion: Anbieten eines Stückes einer Geburtstagstorte



Diese Szene wurde stellvertretend als Beispiel für eine Situation gewählt, in der erwünschtes Verhalten von einem Typ2 Diabetiker in einen Konflikt mit sozialen Normen gerät.

Auf die Frage des Gastgebers: "Darf ich Dir ein Stück Torte anbieten?", lehnten 15 Probanden für den /die DiabetikerIn vollständig ab - 2 davon argumentierten mit Diabetes, 7 relativierten und verkleinerten mit „nur ein ganz kleines Stück“ uä. ohne einer Begründung, ein einziger sagte einfach zu. 2 Personen füllten das Feld nicht aus. Diese Reaktionen waren zu erwarten und entsprechen dem Verhalten eines „therapietreuen“ Typ2 Diabetikers. Erwünschtheit spielte mit Sicherheit eine Rolle beim Eintragen dieser Antworten, diese müssen nicht dem realen Verhalten der Probanden entsprechen.

Interessant wird es bereits bei der Frage, was sich Typ2 Diabetiker dabei denken. 16 Probanden hatten gegenteilige Gedanken zu dem, was sie sagten. Nur 8 dachten auch das, was sie sagten. 13 Personen hätten eigentlich das Stück Torte gerne gehabt und drückten die Schwierigkeit aus, der Versuchung

⁷⁰ Browne JL, Ventura A, Mosely K, et al., (2013)

zu widerstehen. 3 Personen wunderten sich über das Unverständnis des Gastgebers, der doch wissen müsste, dass er wegen des Diabetes keine Torte essen sollte.

Unabhängig von der Antwort, die der Diabetiker in der Szene gab, reagierte in der Vorstellung ein weiterer Gast entweder

- verständnisvoll wohlwollend: (6 Antworten)
zB: „die Arme darf das nicht essen“ oder „naja, ab und zu sollte sie sich das gönnen“

oder

- ohne Verständnis für die Lage des Diabetikers (16) - in 2 Richtungen:
 - DiabetikerIn könnte doch die Torte essen (10 Antworten)
zB: „ein kleines Stück ginge wohl“, „der soll sich nicht so haben, bissl was wird schon nicht schaden“ oder „schön blöd so eine gute Torte nicht zu essen“
 - DiabetikerIn sollte keine Torte essen (6 Antworten)
zB: „Ist der blöd!“, „Wie kann sie nur!“

Es erscheint ganz einerlei wie man sich verhält, kann die Meinung der anderen in der eigenen Wahrnehmung, auch antizipiert, günstig oder ungünstig für einen ausfallen. Der soziale Druck erfolgt in solch einer Situation von mehreren Seiten.

- Richtiges Verhalten als Diabetiker (für seine Gesundheit einstehen)
- Richtiges Verhalten als Gast (man möchte niemanden beleidigen)
- Den Erwartungen der anderen Gäste entsprechen wollen (welche auch immer man meint, dass sie wären – basierend auf angenommenen Stereotypen)

„In der Situation (Anbieten der Torte) sag ich es. Weil bei einer Geburtstagstorte ist ein „Nein“ unhöflich und da muss ich das schon begründen.“
48 jähriger Mann, seit 1 Jahr Diabetiker

„Sage: „Heute nicht – vielleicht beim nächsten Mal.“ So kann ich es von einem Tag auf den anderen verschieben. Sage nicht, dass ich Diabetes habe.“
55 jährige Frau, seit 26 Jahren Diabetikerin

„Es wissen alle, dass ich Diabetikerin bin, trotzdem backen sie (anlässlich eines Beisammenseins). Das ist eigentlich gemein.“
73 jährige Frau, seit 9 Jahren Diabetikerin

In unserer Kultur bedeutet „Kuchen oder Torte backen“ eine ganz elementare soziale Interaktion, die mit einer Reihe an positiven Assoziationen belegt ist. Neben dem Verzicht auf den Genuss, macht dieser sozial-interaktive Aspekt es für Typ2 Diabetiker besonders schwer damit gut umzugehen.

Entscheidend für eine Verhaltensintention ist der Grad der Motivation, dieser oder jener Norm zu folgen, bzw. welches Verhalten die geringeren „sozialen Sanktionen“ nach sich ziehen würde oder auch inwieweit man dieses Verhalten mit den Stigmatisierungen in Verbindung bringt und man sich davon abgrenzen möchte. Der Umgang mit solch einer Situation wird ebenso davon bestimmt, wie man ganz grundsätzlich über seinen Diabetes spricht.

An diesem Beispiel ist zu erkennen, dass die Unsicherheit, wo nun die relevante subjektive Norm liegt, einen gravierenden Einfluss auf das Gefühl zum eigenen Verhalten darstellt.

6.4.3 Haben Auto- und wahrgenommene Heterostereotype einen direkten Einfluss auf den Umgang und das Verhalten in Bezug zum Typ2 Diabetes?

Anhand der herausgearbeiteten Verhaltens-Komponente „Kommunikation“ und der Verhaltens-Situation „Anbieten einer Geburtstagstorte“ konnte gezeigt werden, dass Selbst- und wahrgenommene Fremdbilder eine maßgebliche Komponente für ein bestimmtes Verhalten darstellen.

Womit die Hypothese vier bestätigt wurde.

6.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

6.5.1 Auto- und wahrgenommene Heterostereotype sind nicht deckungsgleich

In den Bereichen der wahrgenommenen Fremdbilder aus Medien, der Gesellschaft im Allgemeinen und von Health Professionals kristallisieren sich stigmatisierende Stereotypen heraus. Das wahrgenommene Bild zeichnet einen übergewichtigen, ja adipösen, kranken, faulen, trägen, unglücklichen, unsportlichen Menschen, der an seiner Erkrankung selbst schuld ist. Dies entspricht den Ergebnissen, die auch in diversen Stigma-Studien⁷¹ generiert wurden.

Laut dem Konzept der Kultivation⁷² kommt es über die Darstellung in den Medien auch zu einer stigmatisierenden Einstellung der Gesellschaft und im Zuge auch der Health Professionals, die als solche von den Betroffenen wahrgenommen bzw. möglicherweise antizipiert werden.

Bei der Selbstbeschreibung gesteht sich zwar ein Großteil ein, als sichtbares Zeichen übergewichtig und dick zu sein, aber in der Auswahl der anderen Eigenschaften sehen sie sich überwiegend positiv, sehr differenziert und vor allem nicht als krank.

In der Bewertung der anderen Diabetiker kommt es durch persönliche Erfahrung mit anderen Betroffenen und der Bewertung der eigenen Identität zu einer weitaus geringeren stigmatisierenden Einstellung anderen Typ2 Diabetikern gegenüber als angenommen wird, dass es „die Gesellschaft bzw. andere Leute“ hätten.

⁷¹ Browne J.L. et al., (2013), Greenberg B. S. et al., (2003), Hilbert A. et al., (2008), Puhl R.M. et al., (2005), Middleton A. et al., (2012),

⁷² Hawkins R.P. & Pingree S., (1982), Gerbner G. et al., (2002), Greenberg B.S. et al., (2003)

6.5.2 Wahrgenommene Heterostereotype beeinflussen die Autostereotype

Die eindeutigste Bestätigung dieser Hypothese liefert das Ergebnis zum Stigma-Fragebogen, der eine ähnliche Vorurteils-Verteilung zeigt, wie die gesamte Deutsche Bevölkerung. Im Gegensatz zu der auf der vorherigen Seite gezeichneten Einschätzung anderer Typ2 Diabetiker, kommt es nicht zu einer Verschiebung der Vorurteile. Eigene Meinung und Selbsterfahrung sind offenbar nicht ausreichend, um eigene Vorurteile zu verändern. Das wahrgenommene stigmatisierende Bild nimmt somit Einfluss auf eigene Meinung und Einstellung – ganz besonders in den Fragen der eigenen Schuld und des „Faul Seins“. Relationen zu Alter, Bildung und Krankheitsdauer konnten nicht festgestellt werden.

Die Selbstbilder leiten sich hauptsächlich durch Abgrenzung zum wahrgenommenen stigmatisierenden Bild ab. Es entsteht eine Norm des „braven Diabetikers“, die sich durch eine Reihe positiver Eigenschaften und Verhaltensweisen auszeichnet, aber hauptsächlich durch „Nicht-Zugehörigkeit“ definiert. Eine starke In-Group Beziehung zu „braven“ Diabetikern beschreibt sich durch die Abgrenzung zur stigmatisierten Out-Group „typischer Diabetiker“. Die Stereotype des „braven“ Diabetikers wird im Prozess der Selbstkategorisierung⁷³ vordergründig als Autostereotype übernommen.

Als Effekt dieser Abgrenzung kommt es zu Reaktanz, dem Widerstand und Verdrängen von medial – TV, Tageszeitung, Magazine, Informations-Kampagnen – vermittelten, Diabetes Typ2 bezogenen, Inhalten.

⁷³ Terry D. J. & Hogg M.A., (1996)

6.5.3 Die Selbstwirksamkeits-Vorstellungen sind von Auto- und wahrgenommenen Heterostereotype abhängig

Die Selbstkategorisierung als „braver“ oder „unfolgsamer“ Diabetiker erfolgt aufgrund der gespiegelten Sicht der Erfüllung der Erwartungen von Bezugsgruppen. Durch die Abgrenzung zu Erwartungen im Allgemeinen kann man sich vordergründig aus diesem Bewertungssystem herausnehmen.

Hauptsächlich langjährige Patienten hatten das Gefühl, den Erwartungen nicht vollends entsprechen zu können.

Der Einfluss von Health Professionals auf die Kontrollüberzeugung von Typ2 Diabetikern wird als sehr ambivalent erlebt. Während sich allgemein formulierte Ratschläge ohne konkretes Angebot an Lösungsansätzen und Verhaltensrepertoire eher als kontraproduktiv für Verhaltensänderungen herausstellen, führt das wahrgenommen stigmatisierende Fremdbild prinzipiell zu einer geringen Erwartung an selbstwirksamkeitsfördernden Einflüssen.

Medien haben sich lediglich als zur Abgrenzung genutzte Bezugsgruppe für Selbstwirksamkeitsvorstellungen herausgestellt.

Die stärkste auf Selbstwirksamkeitsvorstellungen und Kontrollüberzeugung einflussnehmende Bezugsgruppe sind persönlich ganz nahe stehende Menschen bzw. die engsten Angehörigen. Die wahrgenommenen Erwartungen beziehen sich besonders stark auf Verhaltensweisen, weniger auf medizinische Resultate. Die Motivation diesen Erwartungen zu entsprechen liegt sowohl in der starken persönlichen Bindung als auch in der identitätsstiftenden Kraft von bestimmten Verhaltensweisen, die zB einen „braven“ Diabetiker auszeichnen.

Erschwerende Eigenschaften - die Hürden - für eine positive Kontrollüberzeugung lehnen sich stark an den Stigmata an und entstammen demnach den wahrgenommenen Fremdbildern. Chancen werden stärker durch ein positives Selbstbild geprägt.

Bereits die Studie von C-L. Blue⁷⁴ kam zu dem Ergebnis, dass das erwünschte Verhalten von Typ2 Diabetikern in Korrelation mit subjektiver Norm und Kontrollüberzeugung in Verbindung steht, aber nicht mit erwarteten Konsequenzen.

6.5.4 Auto- und wahrgenommene Heterostereotype prägen den Umgang und das Verhalten im Bezug zur Krankheit

Anhand zweier Beispiele, dem Kommunikationsverhalten zum Thema Diabetes und einer Situation - dem Anbieten einer Geburtstagstorte - konnte gezeigt werden, dass Auto- und wahrgenommene Stereotype einen direkten Einfluss auf konkrete Verhaltensweisen haben.

Da ein „Outing“ offenbar die Gefahr eines Stigmas birgt, spricht ein Großteil nicht gerne über das Thema – mit einer Ausnahme, den engsten Angehörigen. Als weitere Schwierigkeit in der Kommunikation stellte sich die Unwissenheit und Uninformiertheit der Kommunikationspartner heraus.

In dem Moment, wo eine Entscheidung für oder gegen eine konkrete (diabetes-assoziierte) Handlungsweise getroffen werden muss, erfolgt ein sozialer Druck gleich von mehreren Seiten. Im Falle der Geburtstagstorte:

- Richtiges Verhalten als Diabetiker für seine Gesundheit einstehen - Autostereotype
- Richtiges Verhalten als Gast man möchte niemanden beleidigen – Autostereotype / Heterostereotype
- Den Erwartungen der anderen Gäste entsprechen wollen welche auch immer man meint, dass sie wären – basierend auf angenommenen Stereotypen wahrgenommene Heterostereotype / antizipierte Heterostereotype

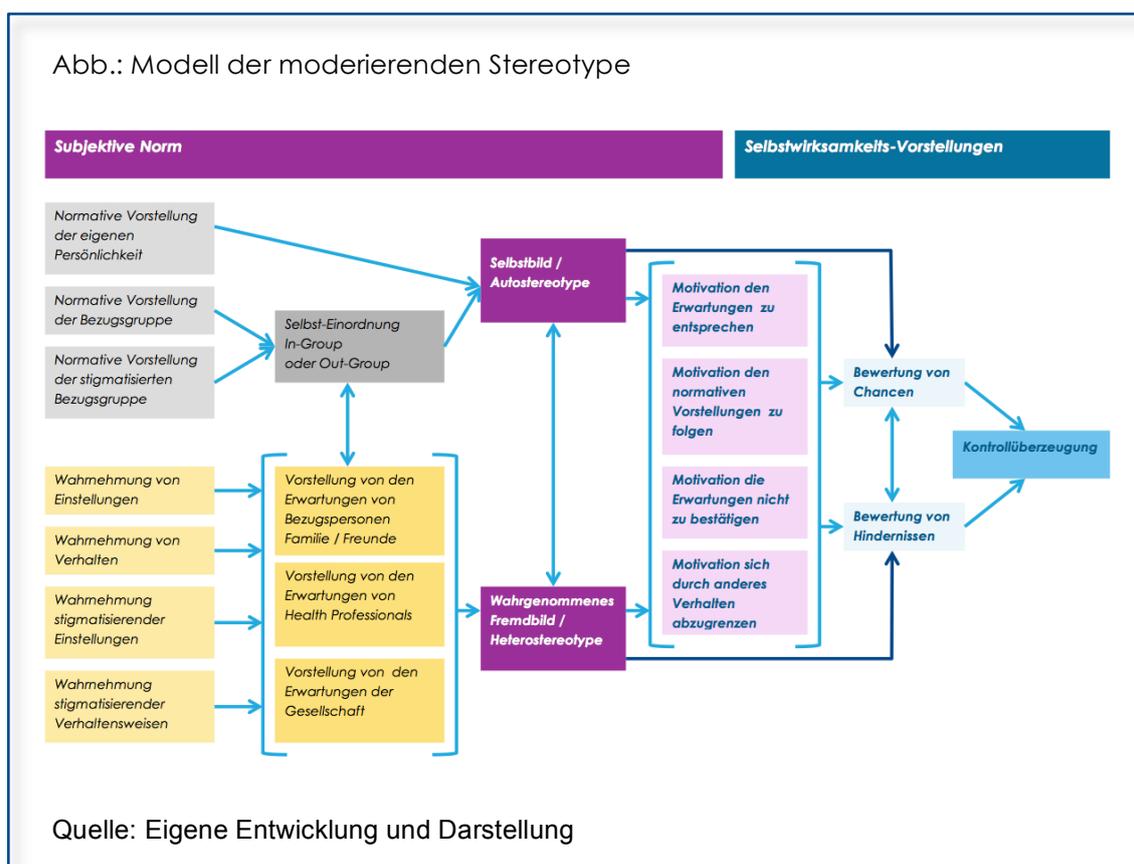
In der eigenen Wahrnehmung oder antizipierten Vorstellung, kann die Meinung der anderen günstig oder ungünstig für einen ausfallen, ganz einerlei wie man

⁷⁴ Blue C.L., (2007)

sich verhält. Nicht nur die subjektive Norm an sich, sondern auch eine Unsicherheit, wo nun die relevante Norm liegt, hat einen gravierenden Einfluss auf das Gefühl zum eigenen Verhalten, die Verhaltensintention und das Verhalten selbst.

6.5.5 Entwicklung eines Modells der moderierenden Stereotype

Basierend auf der Idee der Theory of Planned Behavior und den Ergebnissen dieser Arbeit sehen die Einfluss-Wege der subjektiven Norm auf die Kontrollüberzeugung - im Falle einer stigmatisierenden Erkrankung - wie in dem unten dargestellten, von mir persönlich entwickelten Modell, aus. Subjektive Norm und Selbstwirksamkeits-Vorstellungen bleiben dabei weiterhin Einflussfaktoren für Verhaltensintention und nachfolgendes Verhalten.



Die Relationen zwischen subjektiver Norm und Kontrollüberzeugung wurden weder in der TPB noch in deren Weiterentwicklungen, dem integrativen Modell der Theory of Planned Behavior⁷⁵ oder dem Integrated Behavioral Model⁷⁶, thematisiert. Das Modell der moderierenden Stereotype ist als Ausschnitt und Erweiterung dieser Relationen zu verstehen. Die relevanten Ebenen sind herausgearbeitet und dargestellt und bieten somit Ansatzpunkte für moderierende Einflüsse, zB für Gesundheitskommunikation.

⁷⁵ Fishbein M. & Yzer M. C., (2003)

⁷⁶ Montano, D.E. & Kasprzyk D., (2008)

7 Schlussfolgerung

7.1 Erkenntnis-Interesse: Antworten

7.1.1 Für Gesundheitsziele förderliche und hinderliche Selbstwahrnehmung

Die stigmatisierenden Stereotype erfüllen ihre Aufgabe als Norm von der man sich abgrenzen kann und sich als Gegenteil definiert. Für förderliche Selbstwirksamkeitsvorstellungen sind sie eindeutig kontraproduktiv. Förderliche Autostereotype liegen in persönlichen Eigenschaften, die Chancen für Verhaltensänderungen fördern:

- Geduld
- Disziplin
- Willenskraft
- Widerstandskraft
- Motivation
- Hohes Selbstwertgefühl
- Klugheit
- Genauigkeit
- Konsequenz
- Vorsicht
- Gelassenheit
- Wachsamkeit
- Aufmerksamkeit

Die Selbstwahrnehmung über gespiegelte Erwartungen ist dann gesundheitsförderlich, wenn sie einem „braven“ Diabetiker entspricht.

7.1.2 Zielgerichtete Kommunikation und Maßnahmenentwicklung im Bereich Lebensstil und medizinisches und therapeutisches Verhalten

Nachdem sich Autostereotype offenbar stärker über Kommunikation als über eigene Erfahrung bilden, wäre vorrangig, für eine Reduzierung der Vorurteile und Stigmata zu sorgen. Empowerment der Patienten steht an oberster Stelle.

Für medizinisch / therapeutisches Verhalten ist Empowerment der Ärzte und Ärztinnen unerlässlich. Es sollte Ziel sein, den stigmatisierende Einstellungen von Health Professionals entgegenzuwirken und ihnen eine neue Rolle als Coach zuzuschreiben. Erfolg oder Misserfolg einer Diabetes Therapie hängt in geteilter Verantwortung von Health Professionals und Patienten ab. Dass Stigmatisierungen bereits Einfluss auf die Wahl der Therapie haben, zeigte ja bereits die Studie von Hrisis et al. (2009).⁷⁷ Placebo- und Nocebo-Studien hingegen zeigen, wie stark die Kraft der Vorstellung sein kann.⁷⁸ Der Journalist Kurt Langbein berichtet über eine „italienische Studie mit 242 Ärzten, die 21.000 Diabetes-Patienten betreuten“, die besagt dass „je mitfühlender und verständnisvoller der Arzt reagierte, desto besser (...) war das Resultat der Behandlung und desto weniger Komplikationen traten auf.“⁷⁹ Health Professionals sollten bereits in ihrer Ausbildung auf ihre Rolle als Moderatoren für Selbstwirksamkeitsvorstellungen in ihrer Kommunikationskompetenz geschult werden. Denn sie könnten damit einen direkten Einfluss auf Verhaltensintentionen geltend machen und somit positives Gesundheitsverhalten fördern.

Da es die subjektive Norm ist, die in einer konkreten Situation entscheidet, welches Verhaltensrepertoire gerade zur Verfügung steht, ist das Aufzeigen von gewünschten Handlungsweisen in Kombination mit positiven sozialen Normen eine Möglichkeit, erwünschtes Verhalten zu fördern. Diese Handlungsweisen

⁷⁷ Hrisis S. et al., (2009), Abstract

⁷⁸ zB Jütte R., Hoppe J.D., Scriba P.C., (2010), Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer „Placebo in der Medizin“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 28–29, 19. Juli 2010

⁷⁹ Langbein K., (2014), Weissbuch Heilung, Ecowin, Salzburg, S.122

dürfen allerdings weder zu trivial, noch zu fordernd sein, da es sonst zu einer Abgrenzung oder Verdrängung kommt. Weiters kommt es auch darauf an, sehr differenziert zielgruppengerechte Möglichkeiten anzubieten.

7.1.3 Förderung der Selbstwahrnehmung durch Kommunikation

Intrapersonale Ebene:

In ambivalenten und unsicheren Situationen sollte gesundheitsförderndes Verhalten als die relevante Norm bewertet werden.

Ein umfassender Gesundheitsbegriff stellt die Basis hierfür und für eine sozial hohe Wertigkeit dar. Gleichzeitig sollte Victim Blaming und Schuldzuweisungen unterlassen werden, da dies in der Selbstkategorisierung und daraufhin für die Selbstwirksamkeitsvorstellungen negative Folgen hat.

Interpersonale Ebene:

Auf Arzt-Patienten Kommunikation wurde bereits weiter oben eingegangen. Wichtig scheint auch gezielte Information und Schulung von Angehörigen und deren Einbeziehung als Coach. Allgemeine Information und Aufklärung, ohne Stigmatisierungen, kann einen offenen Umgang mit Diabetes Typ2 fördern. Laut R.M. Puhl et al., (2005)⁸⁰ kann In-Group Kommunikation dazu genutzt werden, um Meinungen zu beeinflussen und Verhaltens-änderungen herbeizuführen. Dazu müssen die Stigmata reduziert werden, damit zunächst überhaupt über den Diabetes gesprochen werden kann.

Organisationale Ebene:

Organisationale Strukturen - zB Reha-Zentren, Disease-Management-Programme, Vereinigungen, Pharma-Initiativen, etc. - können genutzt werden, um Vorurteile zu beeinflussen und zu verringern. Da stigmatisierende Meinungen von der Wahrnehmung anderer beeinflusst werden, finden sich hier

⁸⁰ Puhl R.M. et al., (2005)

die größten Möglichkeiten den Stigmata entgegenzuwirken. Auch sollte besonders auf differenzierte Zielgruppen-Ansprache geachtet werden. Das Stärken von Kontrollüberzeugung – den Chancen – für Verhaltensänderungen, könnte mit Persuasionstechniken, zB mit Cialdinis Werten⁸¹ wie Konsistenz, Anpassung und Sympathie, erfolgen.

Ebene der Massenkommunikation:

Da Meinungen dadurch beeinflusst werden können, dass es eine Kommunikation über einen sozialen Konsens von Meinung gibt⁸², hätten Medien die Aufgabe über die Darstellung eines sozialen Konsens der Heterostereotype, die Autostereotype der Typ2 Diabetiker positiv zu beeinflussen. Dazu bräuchte es positive Darstellungsformen und relevante Inhalte. Der Kultivationscharakter von Fernsehen kann als Multiplikator für Stigmareduktion und Stärkung der Kontrollüberzeugung über Heterostereotype, deren Antizipierung und Wahrnehmung gesehen werden. Alle genannten Überlegungen gelten ebenso für jegliche Art der Online-Kommunikation.

Zu untersuchen wäre, ob es die stigmatisierenden Bilder braucht, um positive Autostereotypen durch die Abgrenzung definieren zu können.

⁸¹ Website von Dr. Robert B. Cialdini: „influence at work“, (abgerufen am 1. Juni 2013)

<http://www.influenceatwork.com/>

Link zum Youtube Video „Secrets from the Science of Persuasion by Robert Cialdini & Steve Martin“

<http://www.youtube.com/watch?v=cFdCzN7RYbw&list=UU8IMseLCZx2BZe3thxHXnog&index=1&feature=plcp>

⁸² Puhl R.M. et al., (2005)

7.1.4 Ansatzpunkte und Hebel für den Einsatz von Kommunikation

- Stärken der Chancen für Verhaltensänderungen über die Stärkung eines positiven Selbstbildes
- Allgemeine Reduzierung der Stigmata
- Stärkung der Kommunikationskompetenz der Health Professionals
- Einbeziehung der nahen Angehörigen als stärkste moderierende Faktoren – auch in Kommunikationsmaßnahmen
- Differenzierte Zielgruppenansprache
- Inhaltliche Informationen auch für Nicht-Betroffene
- Vergrößern des Verhaltensrepertoires durch Beispiele
- Aufhebung des Tabus für das Thema „Diabetes Typ2“
- Reduktion der Kommunikation über Verhaltenskonsequenzen

7.2 Grenzen und Chancen der Studie

7.2.1 Grenzen

- Geringe Anzahl der Probanden
- Wenig differenzierte Settings
- Fehlen von jugendlichen Typ2 Diabetikern
- Differenzierung der Medien – TV, Tageszeitung, Life-Style-Magazine, Gesundheitsmagazine / Diabetes-Zeitungen, Webseiten etc.
- Inhaltsanalyse der Darstellungen in Medien
- Gegenüberprüfung der Heterostereotype bei Angehörigen, Health-Professionals, Gesellschaft

7.2.2 Chancen

- Gültigkeit des Modells für andere chronische Erkrankungen
- Möglichkeit eines Studiendesigns für eine repräsentative Untersuchung
- Berücksichtigung der Erkenntnisse für Arzt-Patienten Kommunikation
- Berücksichtigung der Erkenntnisse für Health Professional-Kommunikation
- Berücksichtigung der Erkenntnisse für alle medialen Kommunikationsmaßnahmen
- Angehörige erhalten wegen ihres starken moderierenden Einflusses eine eigenständige Position als Zielgruppe
- Eine Typ2 Diabetiker-Zielgruppe kann in mehrere inhomogene Zielgruppen aufgeteilt werden, so dass Botschaften zielgruppengerecht aufbereitet und kommuniziert werden können

Ganz persönlich hatte ich das Gefühl, dass alle meine Interviewpartner froh waren, endlich einmal offen über diese Themen reden zu können – da Betroffene ja sonst eher nicht über ihren Diabetes sprechen.

„Jetzt machen wir ein Gruppenfoto, wo wir endlich mal die Schlankesten sind!“

49 jähriger Mann, seit 18 Jahren Diabetiker
zum Tenor bei Ankunft des neuen Reha-Turnus
mit adipösen Menschen, die keinen Diabetes haben

8 Literaturverzeichnis

- Ajzen I.**, (1991), The theory of planned behavior. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 50 (2)
- Ajzen I.**, (2011), The theory of planned behavior: Reactions and reflections, *Psychology & Health*, 26:9, 1113-1127, DOI: 10.1080/08870446.2011.613995
- Ajzen I. & Fishbein M.**, (1980), *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Antonovsky A.**, (1997), *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. DGVT-Verlag, Tübingen
- Bandura A.**, (1994), Social cognitive Theory of mass communication, in Byrant J. & Zillmann D., *Media Effects. Advances in Theory an Research*, S. 61-90, Hillsdale
- Baumann E.**, (2012), *Skriptum Einführung in die Gesundheitskommunikation, Teil 1* Forschungsfeld, Universität Wien
- Bawadi H.A. et al.**, (2012), Stage of Change of 6 health-related behaviors among patients with type 2 diabetes, Department of Nutrition and Food Technology, Jordan University, Jordan, doi: 10.1016/j.pcd.
- Blue C.L.**, (2007), Does the theory of planned behavior identify diabetes-related cognitions for intention to be physically active and eat a healthy diet?, School of nursing, University of North Carolina-Greensboro, USA, PMID 17319886
- Bormann C.**, (1990), Subjektive Morbidität: Prävalenz, Reliabilität und Validität von Angaben über Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes und Risikofaktoren im Nationalen Untersuchungs- und Befragungs-Survey , Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, München
- Braun B.**, (2001), *Die medizinische Versorgung des Diabetes Typ2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Krankheit aus Patientensicht*, Bremen
- Browne J.L., Ventura A., Mosely K., et al.**, (2013), 'I call it the blame and shame disease': a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open* 2013;3:e003384. doi:10.1136/bmjopen-2013- 003384
- Festinger L.**, (1957 - 2. deutsche Auflage 2012), *Theorie der Kognitiven Dissonanz*, Irle M (Hrsg), Möntmann V. (Hrsg), Huber, Stuttgart
- Fishbein M. & Ajzen I.**, (2010), *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York, NY: Psychology Press
- Fishbein M. & Ajzen I.**, (2010), *Predicting and changing Behavior. The Reasoned Action Approach*, Taylor & Francis Group, New York
- Fishbein M. & Yzer M. C.**, (2003), *Using theory to design effective health behavior interventions*, *Communication Theory*, 13
- Fromm B., Baumann E., Lampert C.**, (2001), *Gesundheitskommunikation und Medien*, Stuttgart, Kohlhammer
- Funnell M. & Anderson R.M.**, (Nov. 2004), *Empowerment and Self-Management of Diabetes*, *Clinical Diabetes*, Volume 22
- Gerbner G., Gross L., Morgan M., Signorielli N.**, (2002) Growing Up with Television. The Cultivation Perspective. In: Michael Morgan (Hrsg.): *George Gerbner: Against the Mainstream. The Selected Works of George Gerbner*. NewYork / Frankfurt a.M: Lang
- Greenberg B.S., Eastin M., Hofshire L., Lachlan K., & Brownell K. D.**, (2003), The portray of overweight and obese individuals on commercial television. *American Journal of Public Health*, 93
- Griebler R., Geißler W., Winkler P.**, (Hrsg.), (2013), *Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen*. Österreichischer Diabetesbericht 2013. Wien: Bundesministerium für Gesundheit

- Hawkins R.P. & Pingree S.**, (1982), Television's influence on social reality. In D. Pearl, I. Bouthilet & J.B. Lazar (Hrsg.), *Television and behavior. Ten years of scientific progress and implications for the eighties*. Vol. 2 (S. 224-247). Rockville, MD: National Institute of Mental Health
- Hilbert A.**, Rief W., Brähler E., (2008), Stigmatizing attitudes towards obesity in a representative population-based sample: Prevalence and psychosocial determinants? *Obesity*; 16: 1529-1534
- Hrisis S. et al.**, (2009), Using psychological Theory to understand the clinical management of type 2 diabetes in primary Care: a comparison across two European countries Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle, UK doi: 10.1186/1472-6963-9-140
- Hurrelmann K.**, (2010), *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*, Juventa, München
- Hurrelmann K. & Leppin A.**, (2001), *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*, Bern, Huber
- Jütte R.**, Hoppe J.D., Scriba P.C., (2010), Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer „Placebo in der Medizin“, *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 107, Heft 28–29, 19. Juli 2010
- Langbein K.**, (2014), *Weissbuch Heilung*, Ecowin, Salzburg, S.122
- Luft, J. & Ingham, H.**, (1955), The Johari Window, a graphic model for interpersonal relations. Western Training Laboratory in Group Development, August 1955; University of California at Los Angeles, Extension Office.
- Middleton A.**, LaVoie N., Brown L., (2012), Sources of Uncertainty in Type 2 Diabetes: Explication and Implications for Health Communication Theory and Clinical Practice / Department of Communication Studies, University of Texas at Austin / doi 10.1080/10410236.2011.618435
- Montano D.E. & Kasprzyk D.**, (2008), Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Hrsg.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (S.67-96). San Francisco, CA: Wiley & Sons
- Noelle Neumann E.**, (1989), Die Theorie der Schweigespirale als Instrument der Medienwirkungsforschung, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*
- Partapsingh V.A.**, Maharaj R.G., Rawlins J.M., (2011), Applying the Stages of Change model to type 2 Diabetes care in Trinidad: A randomised trial, in Partapsingh et al. *Journal of Negative Results in BioMedicine*
- Prochaska J.O & DiClemente C.C.**, (1984), *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin
- Prochaska J.O. & DiClemente C.C.**, (2005), The transtheoretical approach, in Norcross J. Goldfried M.R. *Handbook of psychotherapy integration*, New York Oxford University Press
- Puhl R.M.**, Schwarz M.B., Brownell K.D., (2005), *Impact of Perceived Consensus on Stereotypes About Obese People: A New Approach for Reducing Bias*. Yale University
- Rosenzweig S. & Hörmann H.**, (1957), *Der Rosenzweig P-F Text: (The Picture Frustration Study von Saul Rosenzweig); Form für Erwachsene*, Göttingen: Verlag für Psychologie, Hofgreffe
- Rossmann C.**, (2011), *Theory of reasoned action, theory of planned behavior*, Baden-Baden, Nomos
- Schnabel P.**, (2012), *Gesundheitskommunikation. Mehr als reden über Krankheit*, Weinheim und Basel, Beltz Juventa
- Signitzer B.**, (2001), *Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication*, Bern, Huber
- Tajfel H. & Turner J.C.**, (1986), The social identity theory of intergroup behavior. In Worchel S. & Austin W.G. (Hrsg.): *Psychology of intergroup relations* (S. 7-24). Chicago, IL: Nelson-Hall
- Terry D. J., & Hogg, M. A.**, (1996), Group norms and the attitude-behavior relationship: A role for group identification, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 776-793.

9 Web-Verzeichnis

Adipositasstigma

Website „Stigmatisierung bei Adipositas“ der medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Leipzig, (abgerufen am 6.8.2014)
<http://www.adipositasstigma.de/praxis/selbsttest.php>
http://www.adipositasstigma.de/ueber_uns/ueber_uns.php

Ajzen Icek

Website von Ajzen Icek, TPB Diagramm, (abgerufen am 31.7.2014)
<http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html#null-link>

Aktive Diabetiker Austria

Website des Vereins „ADA - Aktive Diabetiker Austria“, (abgerufen am 8.8.2014)
http://www.aktive-diabetiker.at/index.php?article_id=768

Body-Mass-Index

Website zur Informationen zum Body-Mass-Index, Sun Sirius GmbH, (abgerufen am 4.8.2014)
<http://www.bmi-rechner.net/>

Cialdini Robert B. Dr.

Website von Dr. Robert B. Cialdini: „influence at work“, (abgerufen am 1.6.2013)

<http://www.influenceatwork.com/>

Link zum Youtube Video „Secrets from the Science of Persuasion by Robert Cialdini & Steve Martin“

<http://www.youtube.com/watch?v=cFdCzN7RYbw&list=UU8IMseLCZx2BZe3thxHXnog&index=1&feature=plcp>

Francesconi Claudia Dr., Österreichische Diabetes-Gesellschaft

Francesconi Claudia Dr., OÄ Diabetes- und Stoffwechselambulanz, Gesundheitszentrum Wien-Mitte der WGKK, Erste Sekretärin der ÖDG, (18.3.2014) Statement für die Österreichische Diabetes-Gesellschaft, „FACE DIABETES“ – Konfrontation mit Defiziten und Diskriminierung, (abgerufen am 12.8.2014)

http://www.oedg.org/1403_pr_face_diabetes2.html

Gesundheitsförderungs-Forschung

APA/red, derStandard.at, (14.8.2012) Artikel zu Studie des Ludwig Boltzmann Instituts für Gesundheitsförderungs-Forschung zum Thema Gesundheitskompetenz, (abgerufen am 3.7.2014)

<http://derstandard.at/1343744803294/Ein-Viertel-der-Oesterreicher-versteht-Arzt-nicht>

Look Ahead

Seufert J. Univ.Prof.Dr.med., (27.8. 2013), Look Ahead. Bewegung und Gewichtsabnahme nutzlos bei Typ-2-Diabetes? 73. Jahrestagung der American Diabetes Association (ADA), in Chicago, Illinois, 21. - 25. Juni 2013, diabetologie-online, (abgerufen am 27.8.2014)

<http://www.diabetologie-online.de/a/1591358>

und Website: Look Ahead / Action for Health in Diabetes (abgerufen am 27.8.2014)

<https://www.lookaheadtrial.org/public/home.cfm>

Studienprotokoll:

<https://www.lookaheadtrial.org/public/LookAHEADProtocol.pdf>

Semantische Wolke

Website zur Erstellung von semantischen Wolken „TagCrowd“, Daniel Steinbock, (abgerufen am 7.7. 2014)

<http://tagcrowd.com/>

Therapie Aktiv

Website des Disease-Management-Programms „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ der österreichischen Gebietskrankenkassen, (abgerufen am 8.8.2014)

[http://diabetes.therapie-](http://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/content/contentWindow?contentid=10007.682095&action=2&viewmode=content)

[aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/content/contentWindow?contentid=10007.682095&action=2&viewmode=content](http://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/content/contentWindow?contentid=10007.682095&action=2&viewmode=content)

10 Anhang

10.1 Fragebogen und Leitfaden-Interview

Liebe Diabetikerin! Lieber Diabetiker!

Die folgende Befragung zum Leben mit Diabetes soll helfen, Typ 2 Diabetikerinnen und Diabetiker noch besser zu betreuen.

Es handelt sich um eine vollkommen **unabhängige, anonyme wissenschaftliche Studie**. Alle Daten werden anonym erhoben und **vertraulich** behandelt.

Ich bitten Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Anschließend bitte ich Sie zum Interview.

Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre wertvolle Mitarbeit!

Die Eingangsfrage:

Haben Sie Diabetes Typ 2? Ja Nein

Wie lange kennen Sie bereits die Diagnose?

Aufgabe 1

Bitte vervollständigen Sie die folgenden Sätze, ohne dass Sie lange zögern oder nachdenken.

Diabetiker sind vor allem.....Menschen, weil sie.....

Diabetiker sind im Vergleich zu anderen Menschen.....

**Diabetiker müssen besonders.....sein,
damit sie ihren Zucker im Griff haben können.**

Ich bin nicht wie die meisten Diabetiker, weil.....

Aufgabe 2

Bitte ergänzen Sie die Sprech-



und Denk-Blasen.



Hören Sie auf zu rauchen,
nehmen Sie ab und
bewegen Sie sich mehr!



DiabetikerIn:

.....
.....
.....

DiabetikerIn:

.....
.....
.....

Darf ich Dir ein
Stück Torte
anbieten?

DiabetikerIn:

.....
.....
.....

Anderer Gast über
DiabetikerIn:

.....
.....
.....



Wenn ich mich
aufrege oder
Stress habe,
steigt mein
Zucker.



Arzt, Ärztin:

.....
.....
.....

Aufgabe 3 / 1

Bitte suchen Sie insgesamt 5 Adjektive aus, die Sie für die Aussagekräftigsten halten und kreuzen diese an:

Ich bin

<input type="checkbox"/> aktiv	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> mitfühlend	<input type="checkbox"/> übergewichtig
<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> geduldig	<input type="checkbox"/> nervös	<input type="checkbox"/> unabhängig
<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> geschickt	<input type="checkbox"/> nett	<input type="checkbox"/> unglücklich
<input type="checkbox"/> anpassungsfähig	<input type="checkbox"/> gesund	<input type="checkbox"/> organisiert	<input type="checkbox"/> unkontrolliert
<input type="checkbox"/> bekümmert	<input type="checkbox"/> glücklich	<input type="checkbox"/> reaktionsschnell	<input type="checkbox"/> unsauber
<input type="checkbox"/> beschämt	<input type="checkbox"/> hilfreich	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unsicher
<input type="checkbox"/> bescheiden	<input type="checkbox"/> intelligent	<input type="checkbox"/> schlau	<input type="checkbox"/> unsportlich
<input type="checkbox"/> bestimmt	<input type="checkbox"/> introvertiert	<input type="checkbox"/> selbstbewusst	<input type="checkbox"/> verlässlich
<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> kompetent	<input type="checkbox"/> selbstsicher	<input type="checkbox"/> verlegen
<input type="checkbox"/> dick	<input type="checkbox"/> korpulent	<input type="checkbox"/> spontan	<input type="checkbox"/> vernünftig
<input type="checkbox"/> energievoll	<input type="checkbox"/> krank	<input type="checkbox"/> sportlich	<input type="checkbox"/> verzweifelt
<input type="checkbox"/> extrovertiert	<input type="checkbox"/> langsam	<input type="checkbox"/> stolz	<input type="checkbox"/> warmherzig
<input type="checkbox"/> fähig	<input type="checkbox"/> liebevoll	<input type="checkbox"/> tapfer	<input type="checkbox"/> weise
<input type="checkbox"/> faul	<input type="checkbox"/> Mit geringem Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> träge	<input type="checkbox"/> witzig

Aufgabe 3 / 2

Bitte suchen Sie insgesamt 5 Adjektive aus, die Sie für die Aussagekräftigsten halten und kreuzen diese an:

Meine Familie und Freunde denken, ich bin.....

<input type="checkbox"/> aktiv	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> mitfühlend	<input type="checkbox"/> übergewichtig
<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> geduldig	<input type="checkbox"/> nervös	<input type="checkbox"/> unabhängig
<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> geschickt	<input type="checkbox"/> nett	<input type="checkbox"/> unglücklich
<input type="checkbox"/> anpassungsfähig	<input type="checkbox"/> gesund	<input type="checkbox"/> organisiert	<input type="checkbox"/> unkontrolliert
<input type="checkbox"/> bekümmert	<input type="checkbox"/> glücklich	<input type="checkbox"/> reaktionsschnell	<input type="checkbox"/> unsauber
<input type="checkbox"/> beschämt	<input type="checkbox"/> hilfreich	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unsicher
<input type="checkbox"/> bescheiden	<input type="checkbox"/> intelligent	<input type="checkbox"/> schlau	<input type="checkbox"/> unsportlich
<input type="checkbox"/> bestimmt	<input type="checkbox"/> introvertiert	<input type="checkbox"/> selbstbewusst	<input type="checkbox"/> verlässlich
<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> kompetent	<input type="checkbox"/> selbstsicher	<input type="checkbox"/> verlegen
<input type="checkbox"/> dick	<input type="checkbox"/> korpulent	<input type="checkbox"/> spontan	<input type="checkbox"/> vernünftig
<input type="checkbox"/> energievoll	<input type="checkbox"/> krank	<input type="checkbox"/> sportlich	<input type="checkbox"/> verzweifelt
<input type="checkbox"/> extrovertiert	<input type="checkbox"/> langsam	<input type="checkbox"/> stolz	<input type="checkbox"/> warmherzig
<input type="checkbox"/> fähig	<input type="checkbox"/> liebevoll	<input type="checkbox"/> tapfer	<input type="checkbox"/> weise
<input type="checkbox"/> faul	<input type="checkbox"/> Mit geringem Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> träge	<input type="checkbox"/> witzig

Aufgabe 3 / 3

Bitte suchen Sie insgesamt 5 Adjektive aus, die Sie für die Aussagekräftigsten halten und kreuzen diese an:

Meiner Meinung nach sind Typ 2 Diabetiker im Allgemeinen.....

<input type="checkbox"/> aktiv	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> mitfühlend	<input type="checkbox"/> übergewichtig
<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> geduldig	<input type="checkbox"/> nervös	<input type="checkbox"/> unabhängig
<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> geschickt	<input type="checkbox"/> nett	<input type="checkbox"/> unglücklich
<input type="checkbox"/> anpassungsfähig	<input type="checkbox"/> gesund	<input type="checkbox"/> organisiert	<input type="checkbox"/> unkontrolliert
<input type="checkbox"/> bekümmert	<input type="checkbox"/> glücklich	<input type="checkbox"/> reaktionsschnell	<input type="checkbox"/> unsauber
<input type="checkbox"/> beschämt	<input type="checkbox"/> hilfreich	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unsicher
<input type="checkbox"/> bescheiden	<input type="checkbox"/> intelligent	<input type="checkbox"/> schlau	<input type="checkbox"/> unsportlich
<input type="checkbox"/> bestimmt	<input type="checkbox"/> introvertiert	<input type="checkbox"/> selbstbewusst	<input type="checkbox"/> verlässlich
<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> kompetent	<input type="checkbox"/> selbstsicher	<input type="checkbox"/> verlegen
<input type="checkbox"/> dick	<input type="checkbox"/> korpulent	<input type="checkbox"/> spontan	<input type="checkbox"/> vernünftig
<input type="checkbox"/> energievoll	<input type="checkbox"/> krank	<input type="checkbox"/> sportlich	<input type="checkbox"/> verzweifelt
<input type="checkbox"/> extrovertiert	<input type="checkbox"/> langsam	<input type="checkbox"/> stolz	<input type="checkbox"/> warmherzig
<input type="checkbox"/> fähig	<input type="checkbox"/> liebevoll	<input type="checkbox"/> tapfer	<input type="checkbox"/> weise
<input type="checkbox"/> faul	<input type="checkbox"/> Mit geringem Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> träge	<input type="checkbox"/> witzig

Aufgabe 3 / 4

Bitte suchen Sie insgesamt 5 Adjektive aus, die Sie für die Aussagekräftigsten halten und kreuzen diese an:

Die meisten Leute glauben Typ 2 Diabetiker sind.....

<input type="checkbox"/> aktiv	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> mitfühlend	<input type="checkbox"/> übergewichtig
<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> geduldig	<input type="checkbox"/> nervös	<input type="checkbox"/> unabhängig
<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> geschickt	<input type="checkbox"/> nett	<input type="checkbox"/> unglücklich
<input type="checkbox"/> anpassungsfähig	<input type="checkbox"/> gesund	<input type="checkbox"/> organisiert	<input type="checkbox"/> unkontrolliert
<input type="checkbox"/> bekümmert	<input type="checkbox"/> glücklich	<input type="checkbox"/> reaktionsschnell	<input type="checkbox"/> unsauber
<input type="checkbox"/> beschämt	<input type="checkbox"/> hilfreich	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unsicher
<input type="checkbox"/> bescheiden	<input type="checkbox"/> intelligent	<input type="checkbox"/> schlau	<input type="checkbox"/> unsportlich
<input type="checkbox"/> bestimmt	<input type="checkbox"/> introvertiert	<input type="checkbox"/> selbstbewusst	<input type="checkbox"/> verlässlich
<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> kompetent	<input type="checkbox"/> selbstsicher	<input type="checkbox"/> verlegen
<input type="checkbox"/> dick	<input type="checkbox"/> korpulent	<input type="checkbox"/> spontan	<input type="checkbox"/> vernünftig
<input type="checkbox"/> energievoll	<input type="checkbox"/> krank	<input type="checkbox"/> sportlich	<input type="checkbox"/> verzweifelt
<input type="checkbox"/> extrovertiert	<input type="checkbox"/> langsam	<input type="checkbox"/> stolz	<input type="checkbox"/> warmherzig
<input type="checkbox"/> fähig	<input type="checkbox"/> liebevoll	<input type="checkbox"/> tapfer	<input type="checkbox"/> weise
<input type="checkbox"/> faul	<input type="checkbox"/> Mit geringem Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> träge	<input type="checkbox"/> witzig

Aufgabe 3 / 5

Bitte suchen Sie insgesamt 5 Adjektive aus, die Sie für die Aussagekräftigsten halten und kreuzen diese an:

Typ 2 Diabetikerinnen und Diabetiker werden in den Medien folgendermaßen dargestellt:

<input type="checkbox"/> aktiv	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> mitfühlend	<input type="checkbox"/> übergewichtig
<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> geduldig	<input type="checkbox"/> nervös	<input type="checkbox"/> unabhängig
<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> geschickt	<input type="checkbox"/> nett	<input type="checkbox"/> unglücklich
<input type="checkbox"/> anpassungsfähig	<input type="checkbox"/> gesund	<input type="checkbox"/> organisiert	<input type="checkbox"/> unkontrolliert
<input type="checkbox"/> bekümmert	<input type="checkbox"/> glücklich	<input type="checkbox"/> reaktionsschnell	<input type="checkbox"/> unsauber
<input type="checkbox"/> beschämt	<input type="checkbox"/> hilfreich	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unsicher
<input type="checkbox"/> bescheiden	<input type="checkbox"/> intelligent	<input type="checkbox"/> schlau	<input type="checkbox"/> unsportlich
<input type="checkbox"/> bestimmt	<input type="checkbox"/> introvertiert	<input type="checkbox"/> selbstbewusst	<input type="checkbox"/> verlässlich
<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> kompetent	<input type="checkbox"/> selbstsicher	<input type="checkbox"/> verlegen
<input type="checkbox"/> dick	<input type="checkbox"/> korpulent	<input type="checkbox"/> spontan	<input type="checkbox"/> vernünftig
<input type="checkbox"/> energievoll	<input type="checkbox"/> krank	<input type="checkbox"/> sportlich	<input type="checkbox"/> verzweifelt
<input type="checkbox"/> extrovertiert	<input type="checkbox"/> langsam	<input type="checkbox"/> stolz	<input type="checkbox"/> warmherzig
<input type="checkbox"/> fähig	<input type="checkbox"/> liebevoll	<input type="checkbox"/> tapfer	<input type="checkbox"/> weise
<input type="checkbox"/> faul	<input type="checkbox"/> Mit geringem Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> träge	<input type="checkbox"/> witzig

Aufgabe 3 / 6

Bitte suchen Sie insgesamt 5 Adjektive aus, die Sie für die Aussagekräftigsten halten und kreuzen diese an:

Ich habe das Gefühl Ärzte, Ärztinnen und das Pflegepersonal glauben von Diabetikern sie seien alle.....

<input type="checkbox"/> aktiv	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> mitfühlend	<input type="checkbox"/> übergewichtig
<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> geduldig	<input type="checkbox"/> nervös	<input type="checkbox"/> unabhängig
<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> geschickt	<input type="checkbox"/> nett	<input type="checkbox"/> unglücklich
<input type="checkbox"/> anpassungsfähig	<input type="checkbox"/> gesund	<input type="checkbox"/> organisiert	<input type="checkbox"/> unkontrolliert
<input type="checkbox"/> bekümmert	<input type="checkbox"/> glücklich	<input type="checkbox"/> reaktionsschnell	<input type="checkbox"/> unsauber
<input type="checkbox"/> beschämt	<input type="checkbox"/> hilfreich	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unsicher
<input type="checkbox"/> bescheiden	<input type="checkbox"/> intelligent	<input type="checkbox"/> schlau	<input type="checkbox"/> unsportlich
<input type="checkbox"/> bestimmt	<input type="checkbox"/> introvertiert	<input type="checkbox"/> selbstbewusst	<input type="checkbox"/> verlässlich
<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> kompetent	<input type="checkbox"/> selbstsicher	<input type="checkbox"/> verlegen
<input type="checkbox"/> dick	<input type="checkbox"/> korpulent	<input type="checkbox"/> spontan	<input type="checkbox"/> vernünftig
<input type="checkbox"/> energievoll	<input type="checkbox"/> krank	<input type="checkbox"/> sportlich	<input type="checkbox"/> verzweifelt
<input type="checkbox"/> extrovertiert	<input type="checkbox"/> langsam	<input type="checkbox"/> stolz	<input type="checkbox"/> warmherzig
<input type="checkbox"/> fähig	<input type="checkbox"/> liebevoll	<input type="checkbox"/> tapfer	<input type="checkbox"/> weise
<input type="checkbox"/> faul	<input type="checkbox"/> mit geringem Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> träge	<input type="checkbox"/> witzig

Aufgabe 4

Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	unentschieden	Stimme eher zu	Stimme völlig zu
1. Typ2 Diabetiker sind selbst Schuld Diabetes zu haben.	<input type="checkbox"/>				
2. Wenn dicke Leute wirklich abnehmen wollen, können sie es.	<input type="checkbox"/>				
3. Typ2 Diabetiker essen nicht unbedingt mehr Süßes als andere Leute.	<input type="checkbox"/>				
4. Die meisten Typ2 Diabetiker kaufen zu viel ungesundes Essen	<input type="checkbox"/>				
5. Typ 2 Diabetiker haben keine Willenskraft.	<input type="checkbox"/>				
6. Dass Typ2 Diabetes genetisch verursacht wird, ist bloß eine Entschuldigung.	<input type="checkbox"/>				
7. Die meisten Typ2 Diabetiker schieben alle möglichen Entschuldigungen dafür vor, dass sie Diabetes haben.	<input type="checkbox"/>				
8. Die meisten Typ2 Diabetiker sind faul.	<input type="checkbox"/>				

Noch ein paar Fragen zu Ihrer Person

Ihre Diabetestherapie:

1. Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein
2. Spritzen Sie Insulin? Ja Nein
3. Wenden Sie eine andere Therapie an Ja Nein
4. Welche?
5. Wenn Sie Ihren BMI kennen - wie hoch ist er?
7. Fühlen Sie sich durch den Diabetes
dauerhaft außerordentlich belastet? 1 2 3 4 5
gar nicht sehr stark
8. Ihr Alter:
9. Geschlecht weiblich männlich
10. Staatsbürgerschaft:.....
11. Familienstand: ledig verheiratet Lebensgemeinschaft
 geschieden verwitwet
12. Haben Sie Kinder? Ja Nein
13. Leben Sie in einer Stadt am Land ?
14. Ihr höchster Bildungsabschluss: Pflichtschule
 Matura/Abitur
 Fachschule
 Fachhochschule/Universität
 Abgeschlossene Berufsausbildung
15. Ihre Berufstätigkeit: Angestellt
 Selbstständig / freiberuflich
 Karenz
 In Pension
 Derzeit arbeitslos
 In Ausbildung
 Im Haushalt

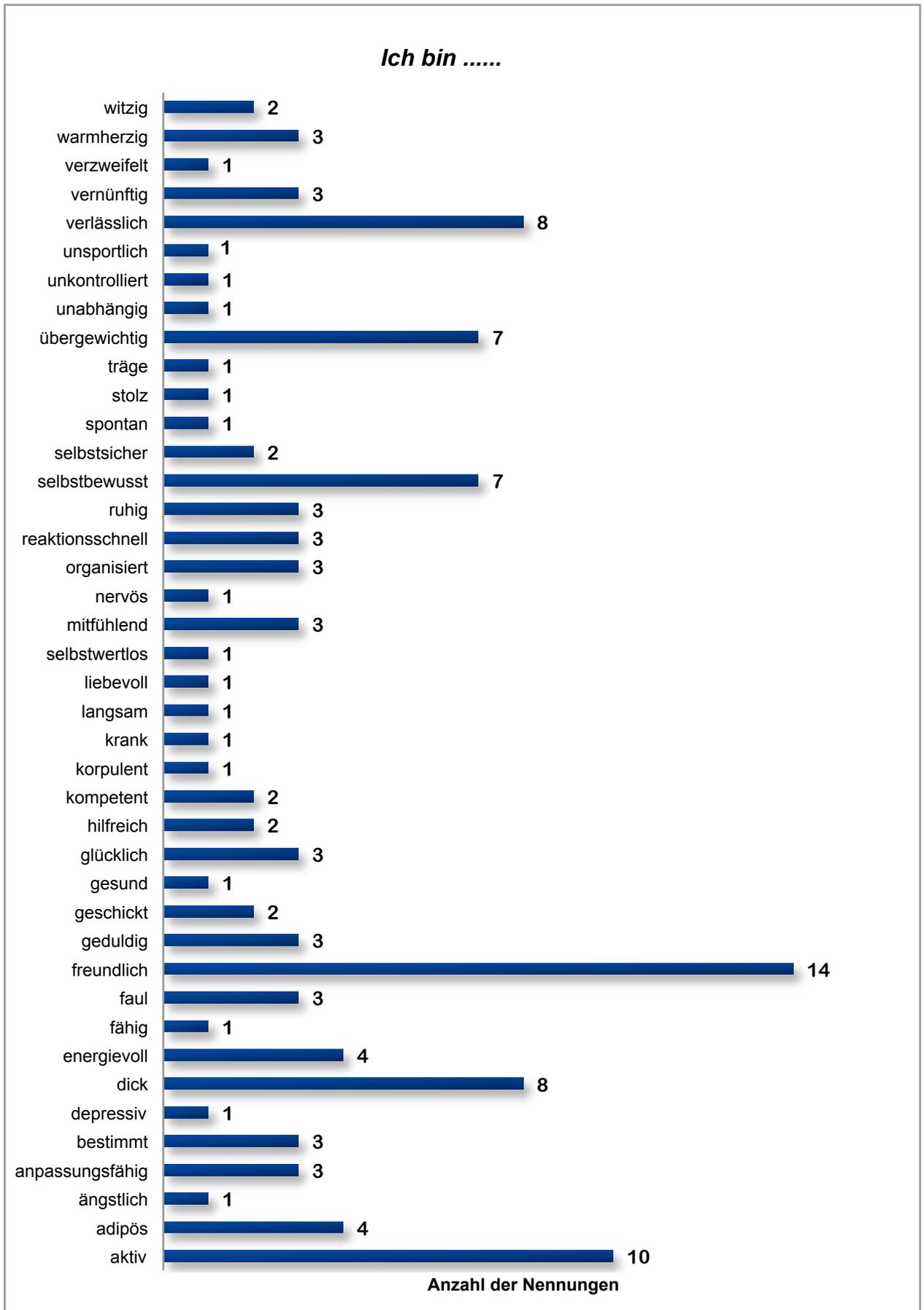
Herzlichen Dank. Nun bitte ich Sie zum Interview.

Leitfadeninterview

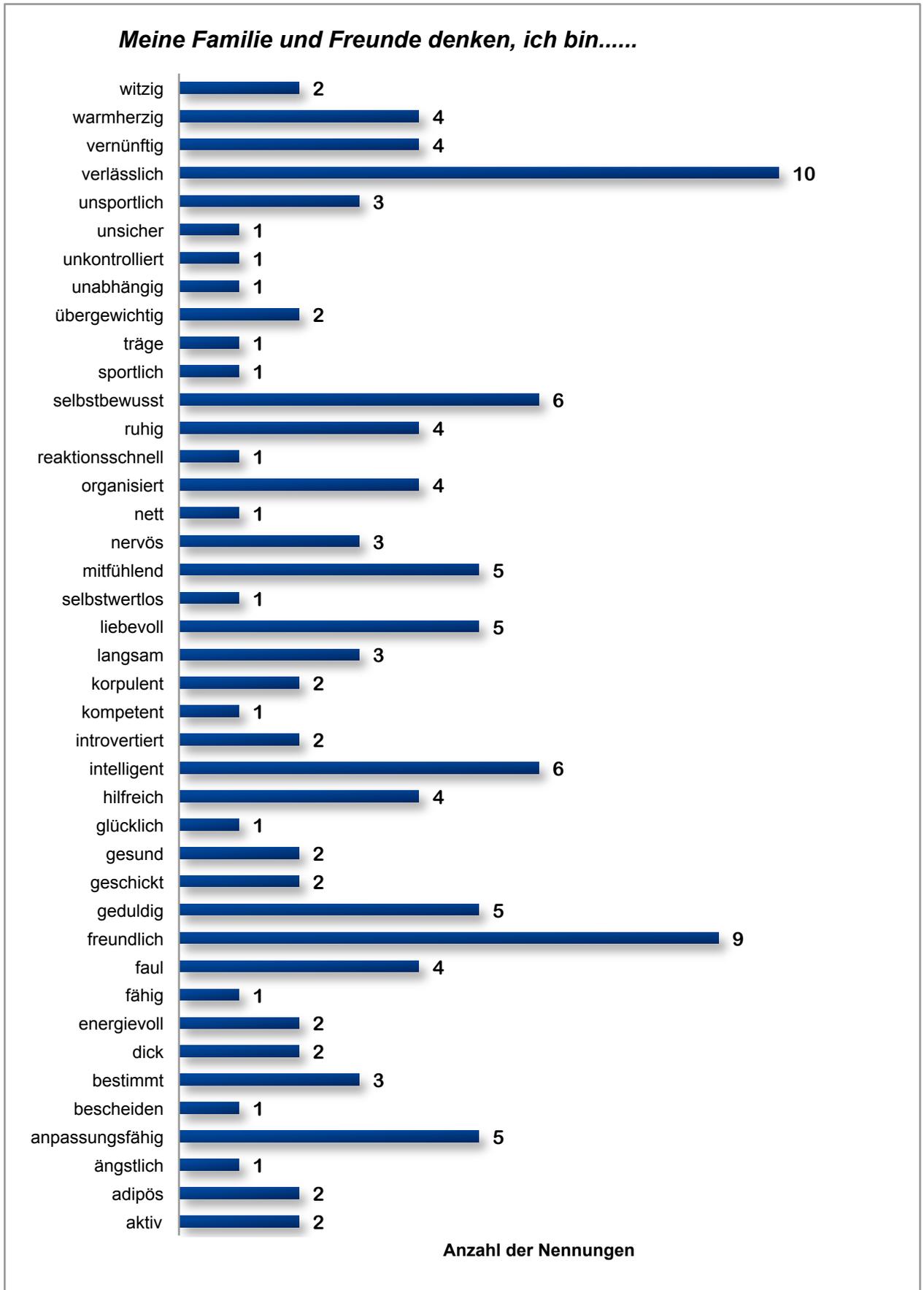
- 1. Wenn Sie an Artikel in Tageszeitungen oder Magazinen denken, an Arztserien und Ähnliches: wie sehr stimmt für Sie persönlich das Bild von Typ 2 Diabetikern in den Medien?**
Wo und Wie finden Sie sich wieder?
Was empfinden Sie als ermutigend oder hilfreich?
Was ärgert oder verletzt Sie?
Gesundheitsberichterstattung / Arztserien / Tageszeitungen / Magazine
- 2. Kennen Sie Diabetes-Kampagnen, wie Therapie Aktiv, Diabetes Tage im Rathaus oder am Heldenplatz und fühlen Sie sich davon angesprochen?**
Was spricht Sie an?
Wodurch wenden Sie sich eher ab?
- 3. Wie sprechen Sie selbst über Ihren Diabetes? Wer darf es wissen?**
Sprechen Sie offen darüber? Wer soll es lieber nicht wissen?
- 4. Haben Sie das Gefühl, den Erwartungen Ihrer Umwelt an Sie als DiabetikerIn entsprechen zu können?**
Falls noch nicht genannt: Mit Umwelt ist gemeint: Ihrer Familie / Ihrem Arzt / Der Gesellschaft / Sich selbst
- 5. Erhalten Sie Unterstützung als DiabetikerIn?**
Welche? Von wem? Welche Unterstützung hätten Sie gerne?
- 6. Sind Sie als DiabetikerIn schon Vorurteilen begegnet?**
Von Ärzten / Diabetes behandelnder Arzt / Zahnarzt (geben Sie zB. Diabetes an?) / Andere Health professionals wie Therapeuten / Pflegepersonal?
Freunde / Bekannte?
In der Arbeit / Geschäftsleben?
Falls noch nicht genannt: Welche Vorurteile waren das? (zB Übergewicht)
- 7. Welche Ihrer persönlichen Eigenschaften erschweren Ihnen den Umgang mit Ihrem Diabetes?**
- 8. Welche Eigenschaften hätten Sie gerne, um besser mit Ihrem Diabetes zurecht zu kommen?**

10.2 Diagramme zu den Aufgaben 3/1 bis 3/6

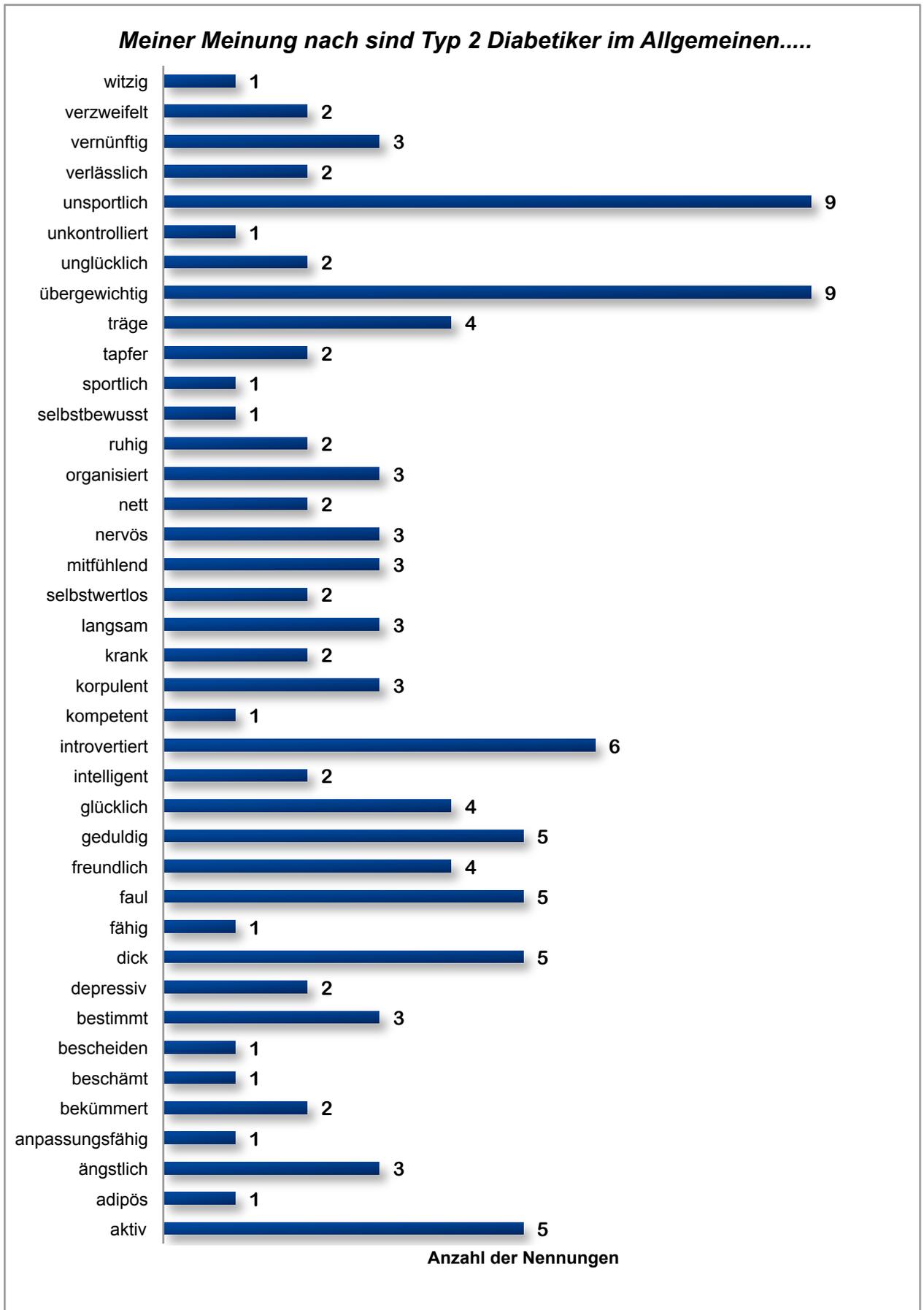
Aufgabe 3 / 1



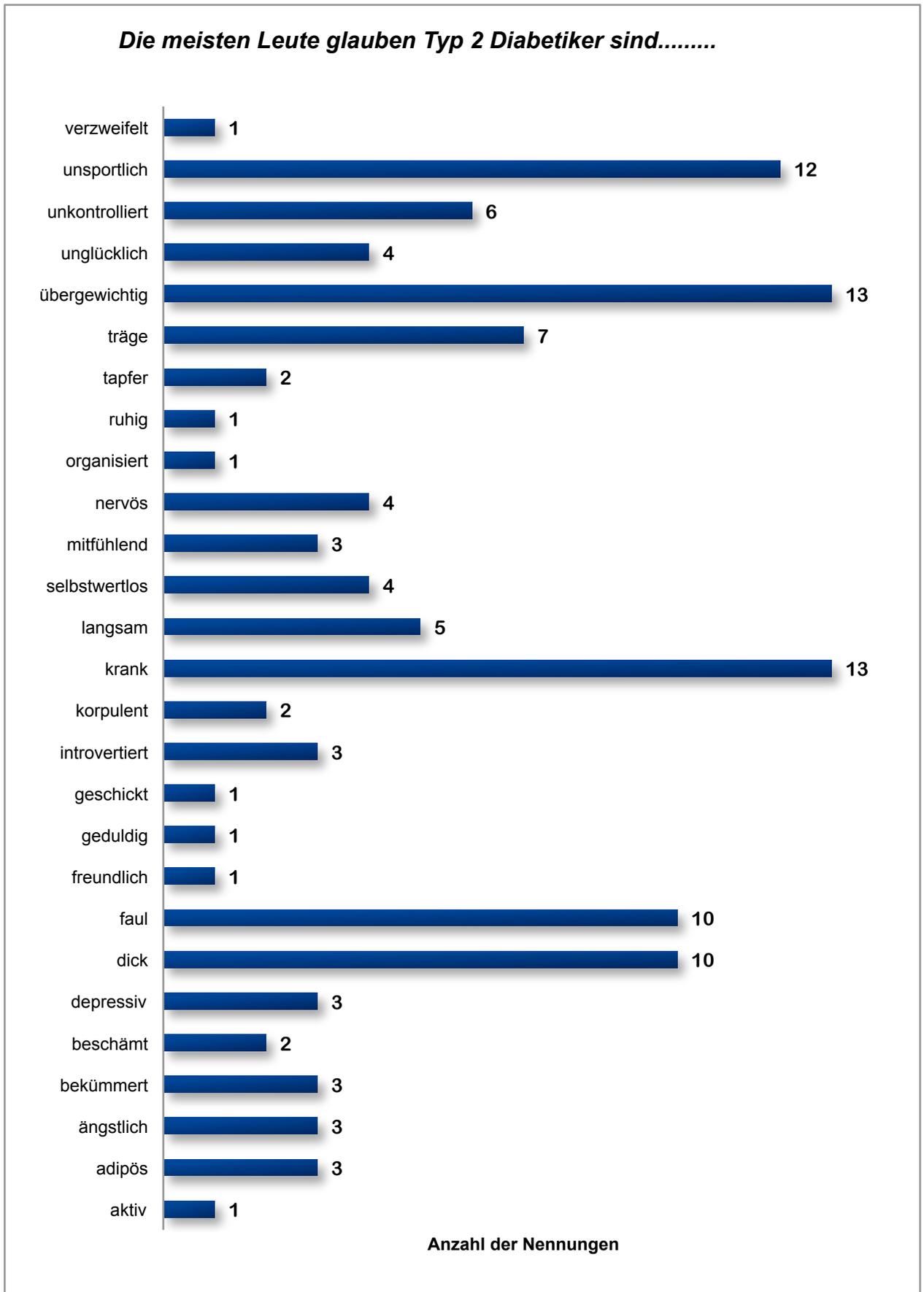
Aufgabe 3 / 2



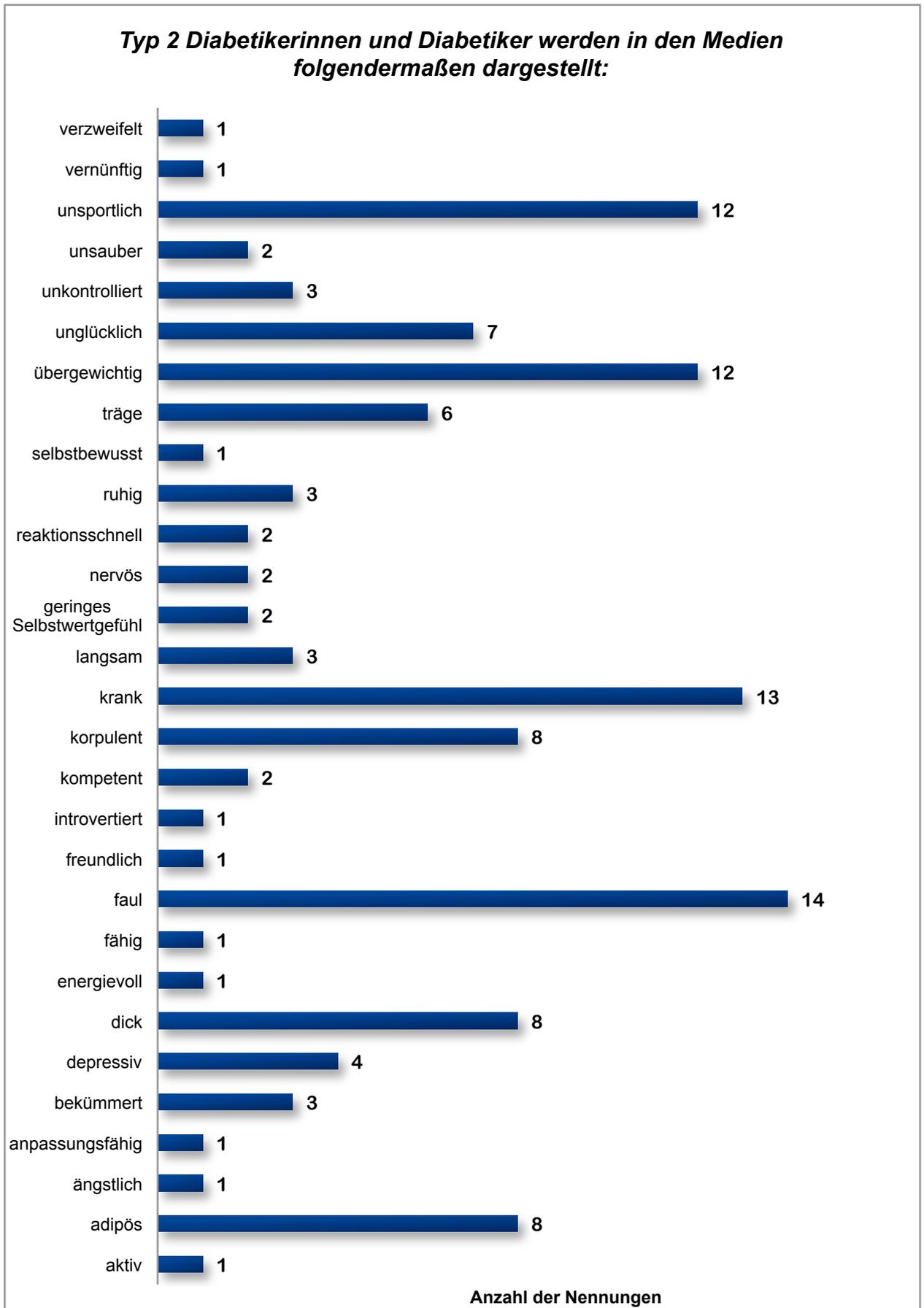
Aufgabe 3 / 3



Aufgabe 3 / 4



Aufgabe 3 / 5



Aufgabe 3 / 6

