

Aus dem Institut
für Medizinische Psychologie
(Univ.-Prof. Dr. rer. medic. Hans- Joachim Hannich)
der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Hindernisse auf dem Weg zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Warum Männer
die Prostatavorsorge nicht nutzen.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des akademischen
Grades
Doktor der Medizin
(Dr. med.)
der
Medizinischen Fakultät der
Ernst-Moriz-Arndt-Universität
Greifswald
2008

vorgelegt von: David Köpke
geb. am: 17.11.1984
in: Schwerin

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Heyo K. Kroemer

1. Gutachter: Prof. Dr. rer. medic. Hans-Joachim Hannich

2. Gutachter: Prof. Dr. med. habil. Klaus-Jürgen Klebingat

3. Gutachter: Prof. Dr. phil. Joachim Weis

Ort, Raum: Urologie Greifswald, Fleischmannstraße 42-44, SR 34

Tag der Disputation: 30.03.2011

Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung.....	4
1. Einleitung.....	6
2. Das Prostatakarzinom	7
2.1. Epidemiologie und Pathogenese	7
2.2. Diagnostik.....	9
2.2.1. Die digital-rektale Untersuchung (DRU).....	9
2.2.2. Der PSA-Test.....	10
2.2.3. Transrektaler Ultraschall (TRUS).....	11
2.2.4. Biopsie	11
2.2.5. Bildgebende Verfahren	12
2.3. Therapie	13
2.3.1. Prostatektomie.....	14
2.3.2. Bestrahlung.....	14
2.3.3. Hormonentzug	15
2.3.4. Chemotherapie	16
2.3.5. Hoch intensiver, fokussierter Ultraschall (HIFU)	16
2.3.6. Kontrolliertes Zuwarten	17
3. Die Krebsfrüherkennung (KFU) in Deutschland.....	18
3.1. Überblick.....	18
3.2. Inanspruchnahme.....	20
3.3. Potentielle Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme	20
4. Ziele.....	24
5. Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns	24
6. Methoden.....	27
6.1. Der Interviewleitfaden.....	27
6.2. Der Fragebogen	29

Inhaltsverzeichnis

6.3. Die Stichprobe	30
6.4. Datenanalyse.....	31
7. Ergebnisse.....	32
7.1. Der Fragebogen	33
7.2. Risikowahrnehmung.....	35
7.3. Handlungs-Ergebnis-Erwartung.....	47
7.4. Selbstwirksamkeitserwartung	55
7.4.1. Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung.....	55
7.4.2. Bereichsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung	56
7.5. Zusammenfassung	58
7.5.1. Risikowahrnehmung	58
7.5.2. Handlungs-Ergebnis-Erwartung.....	59
7.5.3. Selbstwirksamkeitserwartung	60
8. Diskussion.....	60
9. Literaturverzeichnis.....	64
10. Anhang.....	73
10.1. Der Interviewleitfaden.....	73
10.2. Der Fragebogen.....	79
10.3. Lebenslauf.....	82
10.4. Eidesstattliche Erklärung.....	82
10.5. Danksagung.....	83

0. Zusammenfassung

Hintergrund:

11000 Männer sterben jedes Jahr allein in Deutschland an Prostatakrebs, 50000 erkranken jährlich neu. Wird er frühzeitig genug erkannt, ist die Prognose nach Behandlung gut – aber da sich die Erkrankung erst im sehr späten Stadium in klinischen Symptomen manifestiert, bleibt neben Zufallsbefunden die Krebsfrüherkennungsuntersuchung die einzige Möglichkeit für eine rechtzeitige Diagnose. Diese Möglichkeit wird aber nur von wenigen, nämlich nicht einmal 20 % der anspruchsberechtigten Männer, wahrgenommen. Diesen Anteil zu erhöhen, sollte diese Arbeit Grundlagen schaffen, da die Ursachen für die spärliche Inanspruchnahme der bedeutenden Prävalenz der Erkrankung zum Trotz bisher kaum untersucht wurden.

Material und Methoden:

Es wurden 178 Männer, die älter als 44 Jahre waren, in zwei Hausarztpraxen und auf drei Krankenhausstationen gebeten, an einem Interview teilzunehmen und einen Fragebogen auszufüllen. Die Interviews waren teilstrukturiert und orientierten sich an den Dimensionen Risikowahrnehmung, Handlungs-Ergebnis-Erwartung und Selbstwirksamkeitserwartung, die von einem sozial-kognitiven Prozessmodell postuliert werden, dem „health action process approach“ von R. Schwarzer; die Messung der Selbstwirksamkeitserwartung wurde zusätzlich innerhalb des Fragebogens mittels eines geeigneten Instruments validiert.

64 der angesprochenen Männer nutzten die angebotene KFU bereits regelmäßig, 18 lehnten eine Teilnahme ab und drei waren an Prostatakrebs erkrankt und wurden den Ausschlusskriterien entsprechend nicht miteinbezogen. Außerdem gingen die ersten zehn Interviews aus Gründen der Qualitätssicherung nicht in die Analyse ein, sodass schließlich 83 teilstrukturierte Interviews inhaltsanalytisch ausgewertet werden konnten. Das Durchschnittsalter der Probanden betrug 59 Jahre.

Ergebnisse:

81 % hielten Prostatakrebs in der Bevölkerung für sehr häufig; aber nur 16 % sahen für sich selbst ein entsprechendes Risiko, daran zu erkranken. 33 % der Teilnehmer waren durch ihren Hausarzt über die KFU informiert worden, 54 % erinnerten sich zumindest an seine Empfehlung – der Großteil hatte aber aus den Medien oder von

0. Zusammenfassung

Bekannten von der Vorsorge gehört. 78 % aller Befragten hielten die angebotene Untersuchung für sehr zuverlässig und sogar 89 % die Erkrankung bei früher Diagnose für gut therapierbar und vermuteten richtig, dass eine spätere Diagnose auch eine deutlich schlechtere Prognose zur Folge hätte. 63 % konnten sich nicht vorstellen, wie die Krebsfrüherkennungsuntersuchung konkret ablaufen könnte. In 77 % war das größte Hindernis, dass die Betroffenen keinerlei Schmerzen oder andere Symptome an sich selbst bemerkten. Für 24 % waren die Kosten des PSA-Tests und für 20 % die langen Wartezeiten bei Ärzten hinderlich. Insgesamt wurden deutlich mehr internale oder emotional-kognitive Barrieren als organisatorisch-strukturelle genannt.

Diskussion:

Es fiel auf, dass der Sinn einer *Vorsorgeuntersuchung*, nämlich Krankheiten zu entdecken, *bevor* sie symptomatisch werden, kaum bei den Probanden auch in diesem Sinne verstanden worden war. So war eben für einen Großteil der Befragten eine wichtige Barriere auf dem Weg zur KFU, dass sie keine Schmerzen oder andere Beschwerden hätten und nur weniger als 10 % der Teilnehmer konnten sich vorstellen, dass sie womöglich ein Prostatakarzinom auch ohne Beschwerden haben könnten. Es gab insgesamt nicht einen Probanden, der nicht schon einmal von der Prostata-KFU gehört hätte; dass sich aber eine bessere Aufklärung leistende Kommunikation, vielleicht besonders seitens der Hausärzte dennoch lohnen könnte, zeigt sich darin, dass sich sehr viele der Befragten unter der Untersuchung selbst nichts vorstellen konnten und auch nur etwa die Hälfte der Befragten sich an eine Empfehlung ihres Hausarztes erinnerte.

So ließen sich die größten Hindernisse im Feld der Risikowahrnehmung finden; im Bereich einer Handlungs-Ergebnis-Erwartung erscheint weiterhin problematisch, dass viele Männer durch die mangelnde Information über Möglichkeiten und vor allem Durchführung der Krebsfrüherkennungsuntersuchung verunsichert sein könnten; im Bereich einer Selbstwirksamkeitserwartung ließen sich keine Defizite feststellen. Für künftige Interventionen scheint sich außerdem eher der „hausärztliche Rahmen“ anzubieten, da die im Krankenhaus gewonnenen Probanden häufiger und mehr Barrieren zur KFU angaben und daher womöglich der Teilnahme an oder auch nur Informationen über die angebotene Krebsfrüherkennungsuntersuchung weniger abgeschlossen gegenüberstanden als die bei ihrem Hausarzt befragten.

1. Einleitung

1. Einleitung

Mit fast 50000 neuen Fällen pro Jahr ist Prostatakrebs der am häufigsten bei Männern diagnostizierte Krebs in Deutschland und mit 11000 Todesfällen die dritthäufigste Todesursache unter den Krebserkrankungen. Da sich der Krebs meist erst in sehr späten Stadien in Symptomen bemerkbar macht, bleibt die Sekundärprävention in Form der durchgeführten Krebsfrüherkennungsuntersuchung die einzige Möglichkeit, ihn rechtzeitig zu detektieren. Daher hat jeder Mann im Alter ab 45 Jahren gemäß den deutschen Leitlinien zur Diagnostik von Prostatakarzinomen das Recht auf solch eine jährliche Untersuchung. Allerdings ist auch zu konstatieren, dass offensichtlich ein Großteil aller Männer *mit* und nicht *an* einem Prostatakarzinom stirbt.

So lässt sich nach Autopsiebewertungen bei rund einem Drittel aller über 50-jährigen Männer der Krebs nachweisen; die Wahrscheinlichkeit, auch an entsprechenden Beschwerden zu leiden oder gar daran zu sterben, ist hingegen nur etwa halb so hoch. Die potentielle Unsicherheit der Unterscheidung von insignifikantem und signifikantem Karzinom in der Diagnostik birgt so leider die Gefahr einer – an möglichen Nebenwirkungen und Kosten reicher – Übertherapie.

Auch muss auf den evidenzbasierten Beweis einer durch das Screening gesenkten Mortalität gegenüber einer nicht-gescreenten Bevölkerung noch gewartet werden – diesen sollen zwei große Studien in den USA (PLCO) beziehungsweise Europa (ERSPC) erbringen. In diesen Studien soll auch die Beweiskraft der PSA-Messung bewertet werden – die Messung wurde bislang noch nicht in die Leitlinien aufgenommen, wird aber auf Empfehlung der Ärzte bereits häufig durchgeführt.

Zusammenfassend ergeben sich also bisher zwei größere Probleme: Zum Einen ist bislang offensichtlich nicht hinreichend erwiesen, ab *wann* ein Patient mit Prostatakarzinom sinnvollerweise zu behandeln ist, ohne einer riskanten Übertherapie seiner vielleicht bis Lebensende „symptomlosen Krankheit“ zum Opfer zu fallen. Zum Anderen ist auch noch strittig, inwieweit denn die sich zum Screening anbietenden Maßnahmen auch tatsächlich aussagekräftig genug sind, dieses „*wann*“ zu messen und so einen günstigen Einfluss auf Morbidität und Mortalität einer Bevölkerung zu nehmen.

Dennoch lässt die immer frühere Diagnose des Karzinoms durch die KFU im Sinne eines „Stadien-shift“ zu, dass immer mehr Männer rechtzeitig behandelt werden können und erscheint daher schon ethisch geboten; aber die Möglichkeit der dazu not-

2.1. Epidemiologie und Pathogenese

wendigen Vorsorgeuntersuchung nehmen bislang nur wenige Männer in Anspruch – bei entsprechenden Krebsvorsorgeuntersuchungen nehmen Frauen mehr als doppelt so häufig teil.

Worin Ursachen dafür liegen könnten, ist in Deutschland bisher allerdings nur unzureichend untersucht. Daher soll es Aufgabe dieser Arbeit sein, eine Grundlage für eine mögliche Intervention zur Erhöhung der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu schaffen, indem sie mittels eines psychologischen Modells von Gesundheitsverhalten Hinweise auf die Haltung der Männer zu der Vorsorge liefert und bestehende Vermutungen – etwa, dass die Konfrontation mit einer potentiell bedrohlichen Krankheit häufig möglichst vermieden wird – bestätigen oder in Frage stellen. Mit teilstrukturierten Interviews sollen so Qualifizierungen einer „Ablehnung“ der Untersuchungen geschaffen und damit Vermutungen zu den spezifischen Anforderungen künftiger Interventionen ermöglicht werden.

2. Das Prostatakarzinom

2.1. Epidemiologie und Pathogenese

Im Jahre 2005 waren in Deutschland rund 79500 Männer [1] an einem Prostatakarzinom erkrankt, jedes Jahr finden sich etwa 48700 Neuerkrankungen, deren Folge 11000 jährliche Todesfälle sind [1, 2, 3]. Damit liegt Prostatakrebs bezüglich der Morbidität mit etwa 22,3 % aller Krebserkrankungen bei Männern an erster Stelle, noch vor Darm- und Lungenkrebs mit 16,3 beziehungsweise 14,9 % [20]. Auf die Sterbefälle bezogen liegt er an dritter Stelle mit 10,4 % aller an Krebs gestorbenen Männer – nach Lungenkrebs mit 26,3 % und Darmkrebs mit 12,8 %. Entsprechend hoch gestalten sich auch die Behandlungskosten mit 1,371 Milliarden € pro Jahr [2].

Bei der Prävalenz zeigt sich eine deutliche Abhängigkeit vom Alter der Erkrankten; mehr als 90 % der Betroffenen sind älter als 60 Jahre – bei Männern, die jünger als 50 sind, findet sich das Karzinom hingegen kaum [1, 20]. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei etwa 70 Jahren; in der Altersgruppe 85+ beträgt die Inzidenz etwa 1000, in der Altersgruppe von 45-60 circa 66 Fälle je 100 000.

2.1. Epidemiologie und Pathogenese

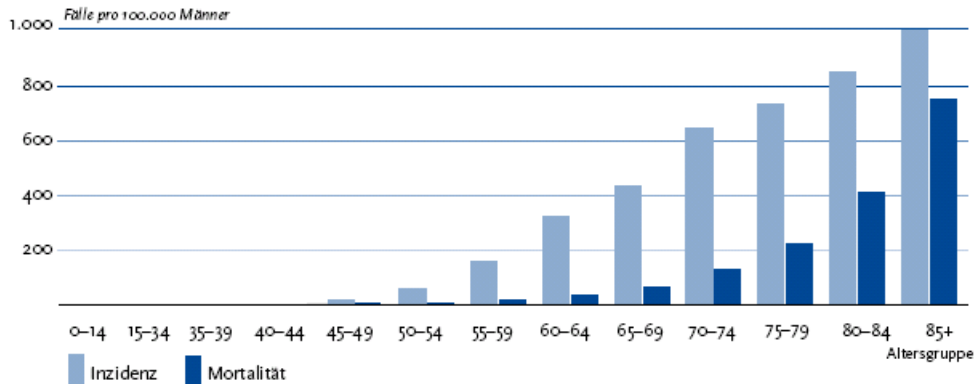


Abbildung 1 nach Gesundheitsberichterstattung des Bundes [1]

Wie sich in Sektionen zeigte, kommt – problematisch für Screening-Bestrebungen – noch eine große Zahl von nicht diagnostizierten und – zumindest zu einem großen Teil – auch *asymptomatischen* Fällen hinzu, sodass man davon ausgeht, dass etwa ein Drittel aller über 50-jährigen Männer Träger von Prostatakarzinomen sind, die aber insignifikant bleiben [21].

Die Zugehörigkeit zu ethnischen Gruppen scheint neben dem Alter ebenfalls eine Rolle als Risikofaktor zu spielen; so ist die Inzidenz in der afroamerikanischen Bevölkerung der USA fast doppelt so hoch wie die in der kaukasischen, die Mortalität noch deutlicher erhöht [22, 23, 72]. Neben gesellschaftlich-sozialen Unterschieden – im Hinblick auf Gesundheitsverhalten, Zugang zu und Nutzung von medizinischer Infrastruktur oder ähnlichem – können hierfür zum Teil genetische Ursachen gefunden werden. Zum Beispiel wird eine differierende Expression von Testosteronrezeptoren als Ursache für ein erhöhtes Risiko erwogen [24].

Auch in der deutschen Bevölkerung besteht ein genetischer Zusammenhang in Form einer familiären Disposition; so lässt sich bei circa 9 % der diagnostizierten Karzinome eine familiäre Häufung beobachten, sodass das Risiko für diesen Krebs gegenüber der Normalbevölkerung doppelt so hoch ist, wenn ein Mann bereits einen Verwandten ersten Grades mit dem Karzinom hat. Fünf- bis elffach ist das Risiko erhöht, wenn er mehr als einen Verwandten ersten Grades mit dieser Diagnose hat [1, 3]. Daher gelten Patienten mit einer positiven Familienanamnese auch als Risikogruppe und werden in Deutschland üblicherweise früher und regelmäßiger hinsichtlich eines möglichen Prostatakarzinoms untersucht.

Als weiterer Risikofaktor wird die Ernährung diskutiert – so zeigen asiatische Einwanderer in der zweiten Generation in den USA die gleiche Inzidenz wie der ameri-

2.2. Diagnostik

kanische Durchschnitt während das Prostatakarzinom in Asien sonst mit 0,5 Fällen je 100000 nahezu unbekannt ist [25]. Insbesondere die Ernährung mit vielen tierischen Fetten [26] könnte neben einer allgemeinen Überernährung eine Bedeutung für die Entstehung von Prostatakrebs haben – beides ist aber nur schwer nachzuweisen [27, 28] und auch nicht unumstritten [106]; noch schwieriger wird der schlüssige Nachweis eines Zusammenhanges zwischen vermehrtem Verzehr von Tomatenprodukten und verminderter Inzidenz für das Prostatakarzinom [29]. Der Zusammenhang des Krebswachstums mit Testosteron gilt hingegen als gesichert und wird auch in der Therapie genutzt.

Als Karzinogene kommen hauptsächlich Zigarettenrauch und Cadmium in Betracht [29, 30, 31], Vitamin D könnte ebenfalls eine Rolle als Radikalfänger oder bei einem Vitaminmangel – oder einem entsprechenden Rezeptorpolymorphismus – als Risikofaktor spielen [28, 32].

2.2. Diagnostik

Mögliche Symptome eines Patienten mit Prostatakrebs sind Miktionsstörungen – wie Nykturie, Pollakisurie und Dysurie. Seltener kommt es zu Erektionsstörungen. Ebenso können durch bereits entstandene Metastasen Knochenschmerzen in Wirbelsäule und Becken sowie Gewichtsverlust und Anämie auftreten. Alle Symptomklassen treten aber meist erst bei sehr fortgeschrittenen Stadien des Karzinoms auf und sind auch keinesfalls pathognomonisch [33]. Daher wird immer eine gezielte Diagnostik nötig sein, um ein Prostatakarzinom überhaupt diagnostizieren zu können.

Die wichtigsten diagnostischen Maßnahmen sind die digital-rektale Untersuchung (DRU) und die Quantifizierung des prostataspezifischen Antigens (PSA), die zusammen mit dem transrektalen Ultraschall (TRUS) und der Anamnese des Patienten eine Biopsie notwendig machen können.

Im Folgenden soll ein Überblick über die bestehenden Möglichkeiten erhellen, was die heutige Diagnostik leisten beziehungsweise nicht leisten kann und wie sie verwendet wird.

2.2. Diagnostik

2.2.1. Die digital-rektale Untersuchung (DRU)

Hierbei palpiert der Untersucher die Prostata transrektal, um unter anderem mögliche Verhärtungen oder sonstige Strukturveränderungen der Prostata beurteilen zu können. Diese Methode wird auch aus anderen diagnostischen Gründen häufig angewandt, zum Beispiel bei traumatologischen Patienten oder bei Verdacht auf ein Colonkarzinom, und erfordert nur einen geringen Untersuchungsaufwand. Dabei können aufgrund der anatomischen Verhältnisse besonders Karzinome in der peripheren Zone der Prostata bemerkt werden – wo sie auch am häufigsten entstehen. Bezüglich der Diagnose eines Prostatakarzinoms beträgt seine Sensitivität – bei gleichzeitiger Messung des PSA-Wertes – durchschnittlich nur 37 %, die Spezifität etwa 91 % [34]. Besonders die Sensitivität zeigt sich hier abhängig vom PSA-Wert; ist er sehr gering, beträgt sie nur etwa 20 %, bei höherem PSA 46 %. Die Spezifität schwankt dabei zwischen 83 % und 94 % [34]. Ohne Berücksichtigung des PSA-Wertes sind allerdings Sensitivität wie Spezifität deutlich geringer und überhaupt von der Erfahrung des Untersuchers abhängig. Bei *alleiniger* Anwendung der DRU werden daher in Deutschland auch nur 2-5 % der Karzinome entdeckt – bis zu 50 % sind davon nicht mehr heilbar [1].

2.2.2. Der PSA-Test

Bei dieser Untersuchung wird die Menge des Prostata-spezifischen Antigens, einer Serin-Protease, im Blut nachgewiesen; dabei wird derzeit eine um 4 ng/l schwankende Grenze verwendet – in Deutschland gilt eine Unterschreitung des Wertes eher als unbedenklich, bei einer Überschreitung wird weitere Diagnostik nötig. Denn der Test ist keineswegs pathognomonisch für ein Karzinom und schwankt, abhängig von einigen Parametern wie Ethnizität, Alter, mechanischer Stimulation und weiteren, aber vor allem der Größe der Prostata allgemein [35, 36]; dies spielt natürlich besonders in Anbetracht der hohen Prävalenz der benignen Prostatahyperplasie eine Rolle – eine sichere Diagnose kann allein mit diesem Test keinesfalls gestellt werden.

Methoden der Testoptimierung sind etwa altersadjustierte PSA-Werte, die Messung der PSA-Dichte oder PSA-Anstiegsgeschwindigkeit und das Verhältnis von freiem zu

2.2. Diagnostik

gesamten PSA [19, 37, 40], da die Protease in verschiedener Weise gebunden vorliegt.

Dabei wird bisher durchschnittlich bei einer Sensitivität von 92 % eine Spezifität von nur 23 % erreicht. Auch für die Unterscheidung zwischen insignifikantem und therapiebedürftigem Prostatakarzinom ist der „einfache“ PSA-Wert nur von bedingter Aussagekraft; die Messung der PSA-Dichte, also der gemessenen Menge an PSA bezogen auf das Prostatavolumen, findet allerdings in fast allen vorgeschlagenen Nomogrammen zur Vorhersage von insignifikanten Tumoren Verwendung. Von diesen konnte sich bisher allerdings keines als aussagekräftigstes durchsetzen [21].

2.2.3. Transrektaler Ultraschall (TRUS)

Diese Untersuchung wird meist bei einem bereits bestehenden Verdacht auf Veränderungen der Prostata verwandt; dabei ist die transrektale der suprapubischen (transvesikalen) Echographie deutlich überlegen. Bei auffälligen PSA-Spiegeln – wiederum mehr als 4 ng/l – betragen Sensitivität und Spezifität etwa 41 % beziehungsweise 81 %. Bei niedrigeren Spiegeln fallen beide Werte deutlich ab. Dennoch können sich mittels transrektalem Ultraschall Befunde ergeben, die allein durch Messung des PSA-Wertes nicht zu finden wären – besonders im Zusammenhang mit der DRU gewinnt die Untersuchung an Bedeutung, wenn es um die Diagnose von Karzinomen geht, die anhand eines PSA-Wertes von weniger als 4 ng/l insignifikant bleiben würden. Des Weiteren ermöglicht diese Technik eine wesentlich bessere Platzierung der Stanzbiopsien [41, 42, 43].

2.2.4. Biopsie

Bei dieser heute ultraschallgestützten Gewebeentnahme wird nach der „Sextanten“-Technik vorgegangen, bei der an mindestens sechs geometrisch verteilten Punkten der Prostata transrektal Stanzproben entnommen werden. Aktuell werden aber oft mehr als die gesetzlich empfohlenen sechs Stenzen vorgenommen; so sind acht bis

2.2. Diagnostik

12 Probeentnahmen, bei Rebiopsien auch bis zu 20 üblich. Auf diese Weise kann die Sensitivität der Untersuchung erhöht werden. So werden bei bis zu 30 % von wiederholten Biopsien Karzinome entdeckt, die vorher übersehen wurden [44, 45] – daher wird auch oft mehrfach biopsiert, um einen bestehenden Verdacht auf ein Karzinom – etwa bei ungewöhnlichen PSA-Werten – auch mit einer möglichst großen Sicherheit ausräumen zu können.

Bei einer Sensitivität von etwa 70 % wird mutmaßlich eine Spezifität von 99 % erreicht [47], wobei die Spezifität aus methodischen Gründen aber bisher nur ungenau untersucht wurde.

Bei der histologischen Beurteilung der Proben kommt der Gleason-Score zum Einsatz, in dem für den Grad der Zellentartung Punkte von eins bis fünf vergeben werden. Diese Punkte werden zweimal vergeben: beim ersten Mal für die Entartung, die den größten Anteil der Proben ausmacht („primäres Grading“), beim zweiten für die Komponente mit der zweitgrößten Ausdehnung in den Proben („sekundäres Grading“). Nachdem beide Werte addiert werden, können sich Werte von zwei bis zehn Punkten ergeben, wobei die Intervalle von zwei bis sechs Punkten als eher günstig, von sieben bis zehn Punkten als eher ungünstig gelten. Eine neuere Modifikation des Gradings könnte aber gerade in diesem Grenzbereich eine Verschiebung der Messungen bewirken; bisher wurden bei Biopsien am häufigsten sechs Punkte vergeben, wobei sich nach Prostatektomie am häufigsten sieben Punkte ergeben haben. Das modifizierte Gleason-Grading könnte die Übereinstimmung von der Bewertung des Tumors durch Biopsie mit der des Prostatektomie-Gutes von 36 - 70 % auf über 81 % steigern, indem weniger Befunde mittels des Gradings als zu niedrig interpretiert werden; diese Tendenz ist derzeit nämlich deutlich häufiger zu beobachten als eine Überbewertung des Befundes [64, 65].

Da die Bewertung des entnommenen Materials auf eine möglichst „repräsentative“ Probe der Prostata angewiesen ist und durchaus schwanken kann [48, 49], wird die Durchführung der Biopsie selbst ebenfalls stetig verbessert; die mediale Lage des ursprünglichen Verfahrens lässt beispielsweise die lateralen Areale der Prostata ununtersucht, sodass die heutigen Verfahren diese besonders berücksichtigen.

Der transperineale Zugang für das Sextant-Verfahren [45] oder die Feinnadelaspirationsbiopsie [46, 47], bei der keine Proben herausgestanzt, sondern Zellmaterial mittels Hohlnadel aspiriert wird, kommen eher selten zum Einsatz.

2.3. Therapie

2.2.5. Bildgebende Verfahren

Zu diesen oft noch experimentellen Untersuchungen zählen beispielsweise die dynamische Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel, die Computertomographie zusammen mit einer Positronenemissionstomographie oder bestimmte Doppler-Untersuchungen mit Kontrastmittel, die geeignet sind, entweder die Biopsie zu unterstützen oder generell die diagnostischen Mittel zu ergänzen, aber sicher nicht vollständig zu ersetzen [50, 51]. Denn obwohl die Sensitivität sehr zufrieden stellend sein kann [60], ist die Aussagekraft aufgrund mangelnder Spezifität eingeschränkt, was zusammen mit den hohen Kosten der Untersuchungen bisher für wenig Verbreitung sorgt.

2.3. Therapie

In die Wahl der angemessenen Therapie sollten immer individuelle Unterschiede wie das Alter des Patienten im Zusammenhang mit seiner Lebensqualität – auch *welche* Aspekte davon ihm besonders wichtig sind – sowie seine statistische Lebenserwartung und mögliche Nebendiagnosen miteinbezogen werden. Weiterhin entscheidend ist das Stadium des Karzinoms; bei organüberschreitendem oder metastasiertem Wachstum ist beispielsweise eine Operation nicht immer sinnvoll – so werden in Deutschland in solchem Falle auch oftmals palliative Ansätze verfolgt.

Allerdings lässt sich auch in einem noch lokalisierten Stadium nicht immer eine leichte Entscheidung bezüglich des therapeutischen Vorgehens treffen. Denn immerhin findet sich in Sektionen bei rund 30 % der über 50-jährigen Männer zwar ein Prostatakarzinom, das Risiko, an einem zu versterben, beträgt hingegen nur 2,5 % [21]. Das lässt darauf schließen, dass Prostatakrebs nicht immer lebensbedrohend sein oder überhaupt symptomatisch werden muss.

Insgesamt lässt sich so die Wahl der optimalen Therapie vielleicht auch an Konstrukten wie „quality-adjusted life years“ [56] ausrichten, wobei im besten Falle der Patient und sein Arzt die Entscheidung in einem Dialog gemeinsam treffen oder der Patient

2.3. Therapie

die Entscheidung zumindest mitträgt. Da ein Prostatakarzinom keine Notfallindikation ist, sollte dem Patienten zumindest immer umfassende Information und Beratung zuteil werden [1].

Im Folgenden sollen die in Deutschland wichtigsten therapeutischen Maßnahmen kurz dargestellt und Vor- und Nachteile jeweils angedeutet werden. Dabei wird neben den tatsächlich intervenierenden Therapiemöglichkeiten wie Prostatektomie, Bestrahlung sowie Hormon- und Chemotherapie auch auf die Alternative des „watchful waiting“ eingegangen.

2.3.1. Prostatektomie

Die radikale Prostatektomie, bei der die gesamte Prostata samt vesiculae seminales und bei Bedarf die nächstliegenden Lymphknoten entfernt werden, gilt als Methode der Wahl, wenn die statistische Lebenserwartung des Patienten noch mindestens zehn Jahre beträgt und anzunehmen ist, dass der Krebs organbegrenzt ist [1]. Des Weiteren spielen bei der Erwägung einer Operation mögliche Begleiterkrankungen des Patienten sowie Präferenzen hinsichtlich seiner Lebensqualität eine Rolle. Denn die Nebenwirkungen in Form von Inkontinenz und Impotenz spielen nach wie vor durchaus eine Rolle; allerdings schwanken die Angaben zur Inkontinenz sehr stark, was auf die verschiedenen Definitionen des Begriffes, aber auch auf die Erfahrungen des Operateurs zurückzuführen ist – demnach spielt Inkontinenz bei rund 10 - 34 % der Patienten auch ein Jahr nach der Operation noch eine Rolle [53, 57, 58].

Störungen der erektilen Funktion können in 33 – 86 % der Fälle vermieden werden [53, 59] und spielen damit ebenfalls eine Rolle im Rahmen der Aufklärung und Entscheidungshilfe gegenüber dem Patienten. Die Angaben zur 10-Jahres-Überlebensrate nach Prostatektomie erreichen bis zu 90 %, wobei ein niedrig bleibender PSA-Wert nach zehn Jahren in etwa 70 % der Fälle erreicht wird [52, 55].

Einige Vorteile hinsichtlich intraoperativer Komplikationsrate oder Verweilzeit im Krankenhaus könnte die laparoskopische OP bieten [54]; das üblichere Verfahren ist noch der retropubische Zugang, bei dem die nächstliegenden Lymphknoten besser entfernt werden können und bisher seltener Stuhlinkontinenz und Rektumverletzun-

2.3. Therapie

gen auftreten, die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts hingegen ist etwas länger als beim perinealen Zugang [59].

2.3.2. Bestrahlung

Hierbei stehen die 3D-Konformationsbehandlung und die Brachytherapie zur Verfügung. Bei ersterem wird die Prostata perkutan bestrahlt, bei letzterem ultraschallgestützt eine Strahlungsquelle transrektal in die Prostata eingebracht, wobei zwischen kürzer dort verbleibenden „High-Dose-Seeds“ und länger verbleibenden „Low-Dose-Seeds“ unterschieden wird – der Vorteil der Brachytherapie ist die potentiell geringere Strahlenbelastung umliegender Organe und somit weniger strahlungsbedingter Nebenwirkungen. Diese manifestieren sich beispielsweise als Strahlenproktitis mit Stuhlinkontinenz und schmerzhaften Hämorrhoiden bei rund 40 % der Patienten [59]; dies sind meist vorübergehende Nebenwirkungen, können aber in seltenen Fällen auch bestehen bleiben. Langfristige Inkontinenz spielt als Nebenwirkung in etwa 12 – 15 % der Fälle eine Rolle, Impotenz wiederum in 14 – 66 % der Bestrahlungen [59, 89].

Insbesondere bei besser differenzierten und kleineren Tumoren scheint die Bestrahlung ähnlich gute Ergebnisse wie die radikale Prostatektomie zu liefern – bei einem Zeitraum von mehr als zehn Jahren scheint die Bestrahlung der Operation allerdings bezüglich morbiditätsspezifischer Mortalität und Auftreten von Metastasen oder anderen Spätkomplikationen im Nachteil zu sein [52, 56, 59]. Der Vorteil gegenüber der Operation ist neben den statistisch selteneren und weniger schwerwiegenden Nebenwirkungen natürlich die Möglichkeit, Patienten mit Komorbidität die womöglich riskante Operation mit zugehöriger Hospitalisierung ersparen zu können.

Daher können perkutane und Brachytherapie – auch in Kombination – mit relativ geringem Risiko nicht nur kurativ, sondern auch palliativ eingesetzt werden, indem sie die Krebslast mindern und damit Beschwerden lindern können.

2.3. Therapie

2.3.3. Hormonentzug

Da das Wachstum des Prostatakarzinoms sich unter Testosteronentzug verlangsamen, zum Stillstand bringen oder gar rückläufig machen lässt, gibt es neben der heute nur noch selten gebräuchlichen chirurgischen Orchiektomie medikamentöse Mittel, um den Testosteronspiegel drastisch zu senken. Am etabliertesten sind hier Gonadolibereinagonisten (LHRH-Agonisten). Obwohl die physiologische Wirkung des Hormons eher eine Testosteronfreisetzung ist, resultiert ein künstlich erhöhter Spiegel in einer gesenkten Rezeptordichte der Zielorgane – auch der Prostata – sodass weniger Testosteron freigesetzt wird. Um dem in 10 % der Patienten auftretendem „flare up“ des Prostatakarzinoms, also des beschleunigten Wachstums zu Beginn dieser Therapie, zu begegnen, werden initial direkte Anti-Androgene in die Therapie miteinbezogen [60, 62].

Diese Therapieform wird aber nur palliativ oder bestenfalls adjuvant zur Radiotherapie oder radikalen Prostatektomie durchgeführt und ist für bereits metastasierte Karzinome indiziert. Denn neben den Nebenwirkungen wie Libido- und Potenzverlust, einem erhöhten Risiko für Osteoporose oder kognitiven Einschränkungen, verhindert ein interindividuell stark differierendes Ansprechverhalten bis hin zu einer auch noch später in der Therapie möglichen völligen Resistenz gegenüber den entsprechenden Medikamenten die breitere Anwendung.

2.3.4. Chemotherapie

Die Chemotherapie beschränkt sich ausschließlich auf den palliativen Einsatz und kann hier sinnvoll im Rahmen der Schmerztherapie günstig auf Beschwerden infolge von Knochenmetastasen einwirken; daher sollte sich die Therapie nur am symptomatischen Progress orientieren [60].

2.3.5. Hoch intensiver, fokussierter Ultraschall (HIFU)

Diese noch relativ neue Technik kommt wie die radikale Prostatektomie beim organbegrenzten Karzinom zum Einsatz und ist auch auf eine möglichst geringe Größe der Prostata angewiesen. Bei dem Verfahren wird mittels transrektaler Ultraschallsonde

2.3. Therapie

und ihrem gebündeltem Echosignal direkt im Tumor Hitze appliziert, ohne das durchschallte Gewebe zu schädigen. Diese Behandlung eignet sich möglicherweise für Risikopatienten, die die Risiken einer radikalen Prostatektomie nicht eingehen können oder wollen. In der morbiditätsspezifischen Mortalität scheint der fokussierte Ultraschall der Operation allerdings noch deutlich unterlegen zu sein – selbst bei Betrachtung vom relativ kurzen Zeitraum von fünf Jahren nach Therapieeinsatz; auch Nebenwirkungen wie Miktionsprobleme und Potenzstörungen kommen vor, sind aber gegenüber der Prostatektomie seltener [63]. Da inzwischen die ersten Informationen über den Verlauf bei dieser Therapie über zehn Jahre hinweg vorliegen, wird sie sich womöglich künftig stärker etablieren können.

2.3.6. Kontrolliertes Zuwarten

Der Begriff des „watchful waiting“ oder „wait and see“ berücksichtigt das oftmals sehr langsame Wachstum eines Prostatakarzinoms, das eine Intervention nicht immer angezeigt erscheinen lässt. Unter diesem „abwartendem Management“ wird die beobachtende Haltung des Arztes, die in Deutschland eher selten eingenommen wird [1], verstanden.

Voraussetzung ist die regelmäßige Bewertung des Fortschreitens der Erkrankung mittels PSA-Kontrolle und gegebenenfalls Biopsie, damit bei Auffälligkeiten oder dem Auftreten krankheitsspezifischer Symptome rechtzeitig eine Behandlung eingeleitet werden kann. Dieses Vorgehen lässt sich unter bestimmten Bedingungen durchaus vertreten; dafür ist allerdings eine möglichst genaue Risikostratifizierung nötig.

Zunächst spielt hier das Alter des Patienten beziehungsweise seine unter Berücksichtigung aller Komorbiditäten möglichst zuverlässig geschätzte Lebenserwartung eine Rolle; denn deutliche Vorteile bieten radikale Prostatektomie und Bestrahlung bezüglich der krankheitsspezifischen Mortalität anscheinend erst bei einer Lebenserwartung von mindestens zehn Jahren.

Des Weiteren ist die Beurteilung des Tumors wichtig. Denn wenn sich vermuten lässt, dass der Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit zu der großen Menge von insignifikanten Tumoren gehört, könnte ein Zuwarten eine sinnvolle Alternative sein, um

2.3. Therapie

das wie bei keinem anderen Krebsleiden gegebene Risiko einer Übertherapie mit Operationsrisiko und den nicht unerheblichen Nebenwirkungen zu vermeiden [21].

Lässt sich der Tumor beispielsweise nicht palpieren, ist in der Biopsie in weniger als drei der Proben nachzuweisen und hat ein zu erwartendes Volumen von nicht mehr als 3 mm³ bei guter Differenzierung, so ließe sich bei entsprechendem Alter des Patienten durchaus eine abwartende Haltung vertreten.

Diese Kriterien entsprächen allerdings nur einem von vielen vorgeschlagenen Nomogrammen zur Vorhersage eines insignifikanten Tumors, bei denen jeweils unterschiedliche Aspekte und Grenzwerte der beschriebenen Diagnostik vorgeschlagen werden [21, 88].

Bezüglich ihrer Lebensqualität scheinen Patienten bei einem Gleason-Score von zwei bis vier – in einem Modell der quality-adjusted life years (QUALYs) – gegenüber Operation und Bestrahlung recht deutlich zu profitieren [56] oder haben zumindest kaum einen Nachteil zu erwarten [67]; bei einem Score von fünf bis sechs ist der Vorteil nur gering und ab einem Gleason-Wert von sieben profitieren die Patienten statistisch deutlich mehr von der Operation [56].

Allerdings lässt sich die zu erwartende Lebensqualität nicht allein anhand der gefundenen Tumorentität, statistischer Lebenserwartung und geschätzter Funktionseinschränkungen bei möglichen Nebenwirkungen einfach vorhersagen; so kann die Einschätzung bezüglich der erlebten Einschränkung durch die häufigsten Nebenwirkungen der Behandlungen – Impotenz und Inkontinenz – erheblich interindividuell abweichen, auch wenn die „Funktionseinbußen“ objektiv gleich zu bewerten wären [90]. So übt beispielsweise auch die Sozialisation in einer supportiven Partnerschaft einen positiven Effekt auf die Krankheitsbewältigung und die erlebte Lebensqualität aus [91, 92].

Insgesamt sollte dieses abwartende Vorgehen aber natürlich nicht unkritisch betrachtet werden [66] und ist sicherlich nur unter strenger Beachtung der genannten Kriterien im Dialog mit dem Patienten zu empfehlen. Dabei ist es die Aufgabe des behandelnden Arztes, die „richtige“ Kommunikation zu finden, da eine zu gefühlsbetonte und einfühlsame Art angesichts der Bedrohung durch eine Krebserkrankung zusätzlich verunsichern und dem Patienten die Bewältigung erschweren kann [91].

3. Die Krebsfrüherkennunguntersuchung (KFU) in Deutschland

3.1. Überblick

Weil sich bösartige Neoplasien der Prostata der Primärprävention weitgehend entziehen [4], ist die Frage der Sekundärprävention hier – wie bei vielen anderen Krebsarten auch – von besonderer Bedeutung, da die frühzeitigere Diagnose eine deutlich bessere Prognose erlaubt [4, 5].

Da die Erkrankung aber meist bis in die späten und damit schlechter zu behandelnden Stadien symptomlos bleibt [6], ist die Zahl der Früherkennungen sehr gering und lässt sich nur mit gezielten Untersuchungen erhöhen.

Seit 1971 hat daher jeder Mann im Alter von 45 oder mehr Jahren den Anspruch auf eine kostenlose KFU bezüglich der Haut, des äußeren Genitales und der Prostata sowie zusätzlich des Rektums und Dickdarms im Alter ab 50 Jahren [8]. Zur ersteren Untersuchung gehören neben einer gründlichen (Familien-)Anamnese die Inspektion und Palpation der äußeren Genitale sowie regionärer Lymphknoten und die Palpation der Prostata in Form der digital-rektalen Untersuchung (DRU). Die Verwendung des PSA-Tests wurde bisher nicht in die Richtlinien aufgenommen [7] und muss daher auf Wunsch des Patienten von ihm selbst mit rund 20 € bezahlt werden. Denn obwohl die DRU allein – wie in 2.2.1. geschildert – kaum einer *Früherkennung* gerecht werden kann und der PSA-Test inzwischen eine fundamentale Bedeutung in der Prostatadiagnostik besitzt und die Nutzung in Deutschland weitgehend verbreitet ist, bestehen immer noch Zweifel an der Berechtigung der PSA-Messung als explizite Screening-Methode. Ursache dafür ist, dass zwar die Senkung der morbiditätsspezifischen Mortalität mittels PSA-Screening wahrscheinlich ist, jedoch die allgemeine Senkung der Mortalität gegenüber der „ungescreenten“ Bevölkerung bisher nicht signifikant nachgewiesen werden konnte [1, 4, 9, 68, 69, 70, 71]. Zwei große randomisierte Studien zu diesem Thema können frühestens 2008 evidenzbasierte Argumente für oder gegen das momentan häufig durchgeführte Screening mit PSA-Test liefern; zum Einen die Studie „Prostate, Lung, Colorectal and Ovary“ (PLCO) in den USA, zum Anderen die „European Randomized Screening for Prostate Cancer“-Studie (ERSPC) in 7 europäischen Ländern.

3.2. Inanspruchnahme der KFU

Solange es aber keine solch positiven Daten hinsichtlich des Screenings gibt, lässt sich das eingegangene Risiko der Übertherapie mit all seinen Nachteilen für Patient und Kosteneffizienz schwieriger rechtfertigen; denn nach wie vor ist die sichere Differenzierung zwischen signifikantem und insignifikantem Tumor schwierig und die Prävalenz des insignifikanten hoch.

Grundsätzlich lässt aber die immer frühere Diagnose des Prostatakarzinoms im Sinne eines „Stadien-shift“ die berechtigte Vermutung zu, dass auch mehr Karzinome rechtzeitig behandelt und somit geheilt werden können [68, 70], sodass zusammen mit der stetigen Verbesserung der Testverfahren im Sinne einer erhöhten Spezifität und somit geringeren Wahrscheinlichkeit der Übertherapie sich die Kombination von DRU und PSA-Messung – auch auf Grundlage evidenzbasierter Daten – als gesetzlich empfohlen durchsetzen kann.

3.2. Inanspruchnahme der KFU

Nachfolgend sollen die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungen und mögliche Einflussgrößen dargestellt werden, die auf die Teilnahme einwirken können. Dabei gibt es kaum Arbeiten aus Deutschland, die sich explizit mit der Prostata-KFU auseinandersetzen; vielmehr sind nachfolgend Ergebnisse aus Deutschland, die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen allgemein betreffen und internationale Beiträge, die sich auch genauer auf die KFU der Prostata beziehen, zur Darstellung herangezogen worden.

Sowohl für die gegenwärtige als auch für mögliche andere Screening-Methoden bezüglich der Prostata erhebt sich die Frage, inwieweit sich die Rate der teilnehmenden Männer erhöhen ließe.

Denn bisher nehmen nur 18,3 % die angebotenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch, von den berechtigten Frauen nehmen immerhin 46,8 % teil [11, 15].

Dabei wird bei den gängigen vorliegenden Daten nicht zwischen einer Prostata-KFU und einer Colon-KFU unterschieden, die Männern im Alter ab 50 Jahren zusteht, sodass sich vielleicht differenziertere Erhebungen hinsichtlich einer Inanspruchnahme anbieten, um auch mehr über mögliche Barrieren erfahren zu können.

3.3. Potentielle Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme

Von großer Bedeutung für eine eher geringe KFU-Inanspruchnahme von Männern könnte ein typisiertes Rollenverhalten des Mannes sein, das es ihm deutlich erschwert, Gesundheitsvorsorge im Allgemeinen und vielleicht besonders in Bezug auf eine Prostata-Vorsorge in Anspruch zu nehmen [15, 74]. „Gesellschaftliche Konstruktionen, die Männlichkeit nach wie vor über das Streben nach Macht, Status und Privilegien sowie über persönliche Attribute wie Unabhängigkeit, Stärke oder „Toughness“ definieren, fördern Risikoverhalten bei Männern und unterminieren präventives Gesundheitsverhalten“ [86]. Dabei entscheidet offensichtlich nicht so sehr das biologische Geschlecht, sondern vielmehr ein jeweils persönlich akzeptiertes Geschlechterrollenselbstkonzept darüber, inwieweit Männer Gesundheitsverhalten tendenziell ablehnender und Risikoverhalten positiver gegenüberstehen als Frauen.

So zeigt sich, dass Männer, die ihr Ideal dem „Marlboro-Mann“ angleichen, genannte Tendenzen zeigen – Männer, die ein davon abweichendes Selbstbild haben, hingegen kaum [86].

Auch scheinen Männer eher defensive Bewältigungsstrategien und Einstellungen im Sinne einer „kognitiven Vermeidung“ [96] hinsichtlich Gesundheitsverhalten zu zeigen, wohingegen Frauen öfter zu vigilanter Verarbeitung neigen [86, 96]; was für aktiv präventives Handeln im Sinne der Nutzung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ersteren auch hinderlich sein könnte, da Männer folglich schon die *Möglichkeit* einer bestehenden Krankheit eher verneinen und in der Konsequenz auch keinen Arzt aufsuchen.

Allgemein scheint das Gesundheitskonzept eines Mannes gegenüber dem komplexeren der Frau eher funktionalistisch determiniert zu sein: Für ihn ist Gesundheit tendenziell gleichbedeutend mit „Abwesenheit von Krankheit“, Leistungsfähigkeit und körperlicher Funktionsfähigkeit; so sind Männer auch öfter zufrieden mit ihrer Gesundheit, was zu einem „defizitären Hilfesuch- und Inanspruchnahmeverhalten bei Männern, das ihrem objektiven Behandlungsbedarf nicht entspricht“, führt [95]. Frauen wird entsprechend einer angenommenen Geschlechterrolle mehr Emotionalität zugesprochen, die sie in negativer und positiver Richtung auch in Bezug auf ihr Körper- und Gesundheitsempfinden häufiger äußern „dürfen“, sodass sie schließlich öf-

3.3. Potentielle Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme

ter ärztliche Hilfe aufsuchen als Männer [98]. „Männer hingegen müssen mehr Emotionskontrolle beweisen, insbesondere in Form von Unterdrückung von körperlichen Symptomen, der Negation von Schmerzen, und dem Nichtzulassen von Unwohlsein“ [97].

Zusätzlich sind Frauen meist schon ab Beginn ihres gebärfähigen Alters einerseits vermutlich deutlicher in Richtung regelmäßiger oder symptombezogener Arztbesuche sozialisiert; andererseits sind sie auch schon die Art der Untersuchung bei ihrem Gynäkologen gewohnt – wohingegen die Schwelle für Männer im Alter von 45 Jahren, mit der Inanspruchnahme von regelmäßigen Untersuchungen – mit denen sie auch noch keinen Kontakt hatten – erst zu beginnen, deutlich höher liegen könnte [15]. Diese Vermutung lässt sich auch dadurch stützen, dass die Teilnahmeraten der Frauen nach der Menopause – wenn also die Zahl ihrer Arztkontakte wieder abnimmt – deutlich absinken [73].

Im Hinblick auf soziodemographische Faktoren übt das Alter bei beiden Geschlechtern einen mehr oder weniger starken Einfluss auf die Partizipation an den Untersuchungen aus; so nehmen mit zunehmendem Alter immer mehr Männer, aber immer weniger Frauen die Angebote in Anspruch, sodass in der Altersgruppe ab 75 Jahre sogar mehr Männer, nämlich 24 % aller anspruchsberechtigten, als Frauen mit 21 % teilnehmen.

Die Teilnahmerate der Frauen korreliert positiv mit ihrem sozialen Status im Sinne von Schulbildung, Erwerbstätigkeit, beruflicher Position oder Sozialschichtindizes. Bei Männern konnte eine positive Korrelation nicht nachgewiesen werden; sie scheint nicht nur nicht vorhanden, sondern teilweise auch negativ zu sein. Lediglich bei Verwendung sozialer Indizes lässt sich für Männer ein schwach positiver Zusammenhang mit der Teilnahmerate finden [1, 15, 73].

Möglich wäre auch, dass die zusätzlichen Kosten eines PSA-Testes abschreckend wirken [101]; immerhin sanken die Teilnahmeraten auch nach der Einführung der Praxisgebühr von 19,9 % auf die erwähnten 18,3 % bei den Männern und von 51,7 % auf 46,8 % bei den Frauen [15]. Genauere Untersuchungen zu möglichen Einflüssen von soziodemographischen Faktoren bezüglich der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern liegen in Deutschland kaum vor [15].

3.3. Potentielle Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme

Aber auch unabhängig von soziodemographischen „Prädiktoren“ für die KFU-Inanspruchnahme gerade in Bezug auf die Prostata sind das in der Bevölkerung allgemein vorhandene Wissen über diese KFU, möglicherweise verschiedene Haltungen und Motivationen für oder gegen sie, das Vorhandensein von spezifischen Hürden, die allgemein oder individuell sein könnten, und das Maß ihrer Bedeutung in Deutschland ebenfalls kaum untersucht [15, 75]; erste Hinweise deuten beispielsweise darauf hin, dass mehr als die Hälfte aller Männer, die die KFU nicht regelmäßig nutzen, sie entweder schon einmal genutzt haben oder sie zumindest grundsätzlich nutzen wollen [75], sodass sich bei diesen mit sehr viel größerer Wahrscheinlichkeit eine sinnvolle Interventionsstrategie entwickeln ließe als bei der anderen Hälfte, die der KFU mit relativ großer Distanz gegenübersteht.

Außerdem scheinen bei den Männern mit grundsätzlichen Vorbehalten persönliche Ängste im Hinblick auf die Untersuchung die größte Rolle zu spielen, während bei den schon eine Nutzung erwägenden eher externe Bedingungen wie lange Wartezeiten wichtig sind [75].

Nicht außer Acht zu lassen ist auch, dass die Unsicherheit und Angst des potentiellen Patienten vor Untersuchung und möglichem positiven Befund – wie die anderen wahrgenommenen Barrieren auch – nach einer einmaligen Teilnahme eher zu- als abnehmen können, was auf eine zu verbessernde Kommunikation zwischen Arzt und Patient schließen lassen könnte [75].

Bezieht man aus Mangel an Daten auch gesamt-europäische Arbeiten mit ein, scheint das kaum vorhandene Risikobewusstsein bezüglich Prostatakrebs und das mangelnde Wissen über die Krankheit eine fundamentale Rolle zu spielen [80, 77]; dass der Krebs beispielsweise symptomlos sein könnte, kann sich nur 1 % der Europäer vorstellen [76]. Außerdem bestätigt sich das Vorhandensein von Befürchtungen in Hinblick auf eine „schmerzhafte“ oder „unangenehme“ Untersuchung [77].

In den USA, Kanada und Australien zeigt sich ebenfalls, dass das recht geringe Risikobewusstsein, verbunden mit wenig Wissen über die heutigen Möglichkeiten der Medizin – selbst bei bereits persönlich in Anspruch genommener KFU – zu der relativ geringen Akzeptanz der Untersuchung führen könnten [78, 79]. Dabei scheint die bloße Information – besonders über den PSA-Test und seine Möglichkeiten – die Ablehnung des Testes noch eher zu erhöhen [81, 82, 100]. Eine persönliche Emp-

4. Ziele

fehlung von Ärzten zu einem Screening scheint dennoch die Tendenz, an einem teilzunehmen, deutlich zu verstärken [102].

4. Ziele

Insgesamt ist die Untersuchung der Beweggründe für oder gegen eine KFU besonders in der deutschen Bevölkerung noch zu verbessern; denn auch, wenn die Kontroverse um die Evidenzbasiertheit besonders des PSA-Testes noch nicht abgeschlossen ist, ließen sich bei einer erhöhten Teilnahmebereitschaft der Männer gemäß den deutschen Leitlinien zur Diagnostik von Prostatakarzinomen [65] mehr Karzinome im noch zu behandelnden Stadium entdecken und somit womöglich heilen [68, 70].

Um aber tatsächlich sinnvoll intervenieren zu können, sollen in dieser Arbeit die Gründe für die geringe Inanspruchnahme genauer beleuchtet oder überhaupt erst erfasst werden, da entsprechende Daten für Deutschland bisher kaum vorliegen. Es bietet sich für die Qualifizierung solcher Gründe das psychologische Verhaltensmodell Health Action Process Approach (HAPA) an, das sich in der Beschreibung von Gesundheitsverhalten und der Erarbeitung und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen bisher bewährt hat [85, 99].

So sollen spezifische Barrieren zur Teilnahme an einer Prostata-KFU erfasst und möglichst innerhalb der postulierten Konstrukte des Modells eingeordnet werden, um erste Grundlagen für die Erarbeitung einer effektiven Sekundärprävention ermöglichen zu können.

5. Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

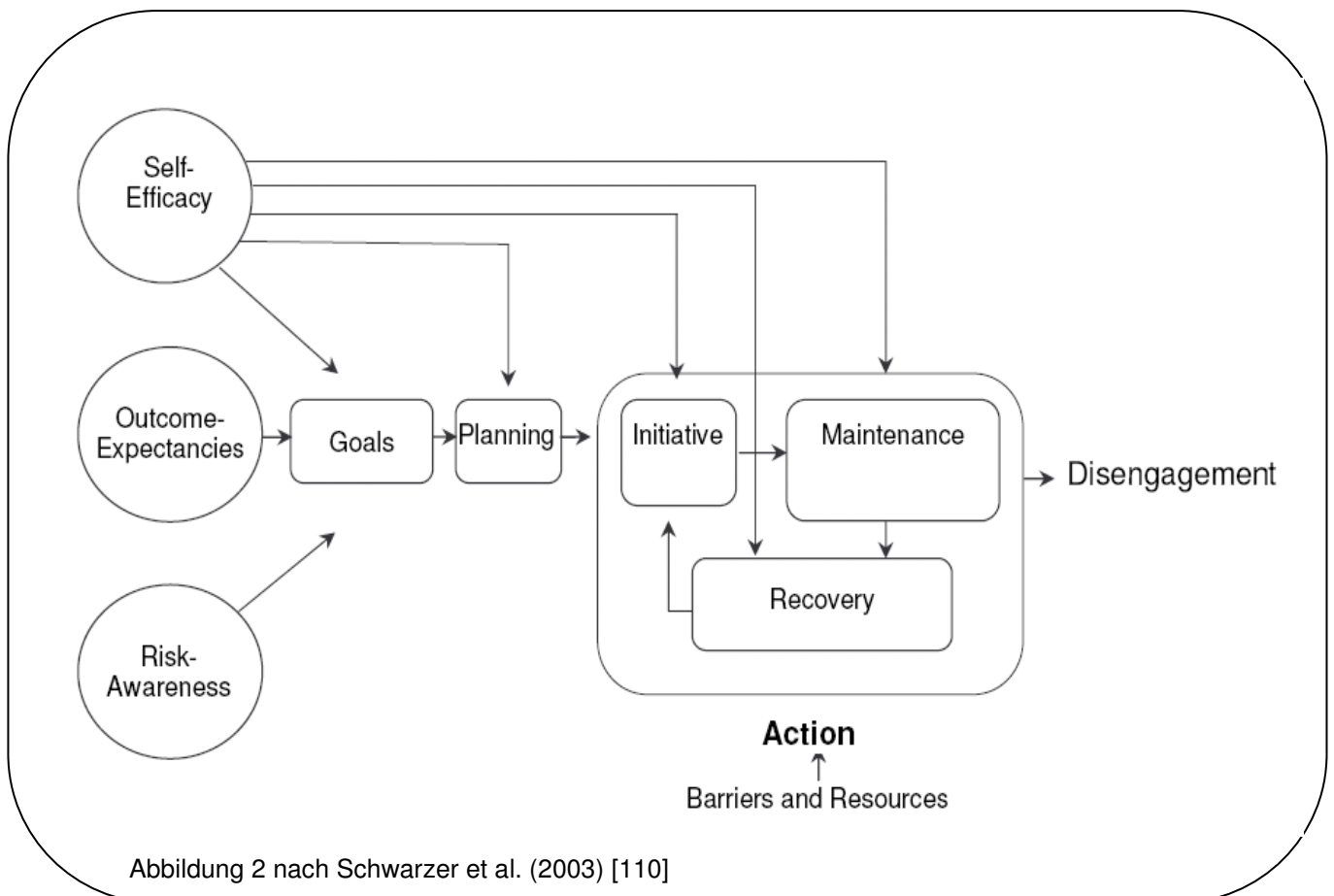
Das HAPA-Modell (HAPA für „health action process approach“) ist ein sozial-kognitives Prozessmodell, das als heuristisches Konstrukt dazu dient, Verhalten und Verhaltensänderungen, besonders in Bezug auf die Gesundheit, zu beschreiben und möglichst vorherzusagen [85, 87]. Es wird zu den dynamischen Stadienmodellen ge-

5. Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

zählt; so wird postuliert, dass einer Handlung vorausgehend – und nachfolgend – jeder Mensch nacheinander eine bestimmte Abfolge von Phasen durchläuft. Dabei integriert das Modell einige Bestandteile anderer Modelle und kann sich dahingehend auch auf relativ gut gesicherte Ergebnisse stützen [85, 99, 107, 108].

Der HAPA postuliert die Unterscheidung von motivationalen und Volitionsprozessen, die zeitlich durch die Intention getrennt sind, sodass eine präintentionale von einer intentionalen Phase abgegrenzt werden kann.

In der *präintentionalen* Motivationsphase bildet sich demnach in jedem Individuum hinsichtlich einer Handlung zunächst die Intention. Dieser Prozess wird nach dem Modell maßgeblich von der Risikowahrnehmung, der Handlungsergebniserwartung und der Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst.



Unter Risikowahrnehmung wird dabei sowohl die subjektive Einschätzung des Schweregrades verstanden, zum Beispiel einer möglichen Erkrankung, als auch die Einschätzung der persönlichen Verwundbarkeit im Sinne der Wahrscheinlichkeit, zu erkranken. Daraus ergibt sich ein bestimmter Grad der Bedrohung, der mehr oder

5. Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

weniger positiv verzerrt sein wird [93, 94]. Daher ist eine zur Handlung führende Kommunikation von Risiken in Bezug auf Gesundheitsverhalten wichtiger Bestandteil von Interventionskonzepten, auch hinsichtlich der verbesserten Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen [104, 105].

Wenn eine Bedrohung tatsächlich wahrgenommen wird, kommt es nach dem HAPA-Konzept zu dem Abwägen von positiven und negativen Auswirkungen einer möglichen Handlung, um der Bedrohung zu begegnen – was der Bildung der Handlungsergebniserwartung entspricht. Dabei ist ein Überwiegen der positiven Konsequenserwartungen naturgemäß günstiger für eine Intentionsbildung und konnte auch als positiver Prädiktor für eine Teilnahme an einem Prostata-Screening belegt werden [103].

Unter Selbstwirksamkeitserwartung wird im HAPA die Überzeugung verstanden, das gewünschte Verhalten auch beim Auftreten von Hindernissen ausführen zu können. Dabei ist diese „subjektive Verfügbarkeit von Handlungsressourcen über unterschiedliche Situationen hinweg auch als ein *generalisiertes* und zeitlich stabiles Konstrukt konzeptualisiert worden“ [83] – im Gegensatz zur ursprünglich *situationsspezifischen* Konzeptualisierung Banduras [84]. Allerdings räumt der HAPA auch eine phasenspezifische Selbstwirksamkeitserwartung ein, die „als funktional für die unterschiedlichen Phasen des Modells angenommen werden“ kann [85]. Diese Kompetenzerwartung hat nicht nur in der Phase der Intentionsbildung, sondern über alle Phasen dieses Modells hinweg eine bedeutende Rolle inne und ist spätestens bei dem Überwinden einer Phase von entscheidender Bedeutung.

Mit der Bildung einer Intention endet die präintentionale Motivationsphase und die postintentionale Volitionsphase beginnt. In dieser geht es um die Planung, Initiierung und Aufrechterhaltung eines Gesundheitsverhaltens. Hierbei lässt sich wiederum zwischen *präaktionaler* Planung und Initiative, der tatsächlich *aktionalen* Handlungsausführung- und Aufrechterhaltung und der *postaktionalen* Bewertung der Handlung unterscheiden.

Allerdings findet bereits in der aktionalen Phase – nach einer mehr oder weniger genauen Planung der Handlung in der präaktionalen – eine ständige Handlungsausführungskontrolle statt, „bei der es darum geht, sowohl die Handlung als auch die Inten-

5. Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

tion gegenüber Distraktoren abzuschirmen. Metakognitive Abschirm- und Durchhaltenden können dafür sorgen, dass man nicht vom Ziel abkommt, die Handlung nicht unterbricht oder seine Aufmerksamkeit nicht ständig anderen Dingen zuwendet.“ [85]

In der abschließend-bewertenden postaktionalen Phase schließlich kann es einerseits bei misslungenen Realisierungsversuchen zum Disengagement – der Zielentbindung – oder zumindest zur Schwächung der Volitionsstärke kommen, andererseits bei positiver Bewertung zur Erhöhung von Anstrengungsbereitschaft und Verstärkung oder Wiederholung der betreffenden Handlung.

6. Methoden

Im Rahmen dieser Studie arbeitete ich mit zwei Autorinnen ähnlicher Untersuchungen zum Thema der KFU-Inanspruchnahme in Bezug auf Colon- und Rektumkarzinome am Institut der Medizinischen Psychologie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald zusammen; diese Zusammenarbeit kam während der Erarbeitung eines Interviewleitfadens und Fragebogens sowie während der Kategorisierung der erhobenen Daten zum Tragen.

Im Laufe der Untersuchung nahmen 93 Männer im Alter von mehr als 44 Jahren an einem teilstrukturierten Interview teil und füllten jeweils besagten Fragebogen aus; im Folgenden soll zunächst der benutzte Interviewleitfaden und dann der verwendete Fragebogen beschreibend erläutert werden, um dann auf die vorgefundene Stichprobe einzugehen.

6.1. Der Interviewleitfaden

Dieser wurde von uns am Institut der Medizinischen Psychologie entwickelt. Er integriert neben Fragen nach dem persönlichen Stellenwert der Gesundheit des Probanden sowie Angaben zu „vorbeugenden Maßnahmen“ allgemein und möglicher Teil-

6.1. Methoden: Der Interviewleitfaden

nahme daran vor allem die Konstrukte des HAPA-Modells. So wurden zu den entsprechenden Bereichen Risikowahrnehmung, Handlungs-Ergebnis-Erwartung und Selbstwirksamkeit, auch mit Fragen zu einer möglichen Zielformulierung und Planung zur Durchführung hinsichtlich einer KFU-Teilnahme insgesamt mindestens 33 Fragen gestellt. Dabei hatten sowohl Interviewer als auch Proband immer die Möglichkeit, außerdem Fragen zu stellen oder andere Äußerungen zu treffen. Auch war dem Interviewer im Sinne eines teilstrukturierten Interviews die Reihenfolge der Fragen freigestellt, um dem Probanden einen nach Möglichkeit natürlichen Verlauf des Gespräches zu bieten, der seinerseits durch ein angenehmeres Gesprächsklima vielleicht zu offeneren Äußerungen motiviert war.

Wir brachten die erarbeiteten Fragen auch in eine Reihenfolge, die einen gewissen Fluss des Interviews ermöglichen sollte und nahmen uns zwei Tage Zeit, die Durchführung an uns selbst zu erproben, indem wir uns mit wechselnden Rollen gegenseitig interviewten. Außerdem bezog ich die Daten der ersten zehn Interviewteilnehmer im Sinne eines „Pre-Tests“ ebenfalls nicht in die Auswertung mit ein.

Im Bereich der Risikowahrnehmung tauchten beispielsweise Fragen nach allgemeinem Wissen über Prostatakrebs, seiner geschätzten Prävalenz und der Möglichkeit einer Erkrankung des Probanden selbst auf, aber auch danach, welche Folgen die Erkrankung vielleicht für ihn persönlich hätte und ob es in seinem Bekannten- und Verwandtenkreis Personen gäbe, die bereits ein Prostatakarzinom hätten oder gehabt haben.

Bezüglich der Handlungs-Ergebnis-Erwartung wurde zunächst nach allgemeinem Wissen über eine Behandlung bei einem diagnostizierten Krebs und Vertrauen in diese gefragt. Außerdem wurde der Kenntnisstand hinsichtlich der angebotenen Krebsfrüherkennungsuntersuchung und wiederum das Vertrauen in diese überprüft sowie nach den potentiellen Informationsquellen, aus denen der jeweilige Proband sein Wissen bezogen hatte, gefragt.

In diesem Bereich wurden zunächst auch direkt Barrieren erfragt, die sich der Proband vorstellen könnte und die hinderlich sein könnten, an der Vorsorgeuntersuchung teilzunehmen, sodass er sich frei äußern konnte. Dann wurden die Interviewteilnehmer aber auch spezifisch nach Hemmnissen, die vorher als möglicherweise

6.2. Methoden: Der Fragebogen

relevant erarbeitet worden waren, befragt. Die einzelnen Fragen aller Bereiche sind im Anhang nachzulesen.

Um die Selbstwirksamkeitserwartung zu erfassen, wurde mit den Probanden darüber gesprochen, inwieweit sie bisher in ihrem Leben umsetzen konnten, was sie sich vorgenommen hatten und wie sie sich dahingehend selbst bewerten würden. Es wurde auch nach aktuellen Beispielen aus ihrem Alltag gefragt und mit welcher Einstellung sie an die Umsetzung von Plänen und Vorhaben gingen. Daneben kam das im Fragebogen enthaltene Instrument zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, das im Folgenden unter 6.2. umrissen wird, zum Einsatz. Zusätzlich wurde danach gefragt, inwieweit sich Genanntes auf alle oder nur bestimmte Bereiche ihres Lebens bezog, um eventuell eine „allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung“ von einer „bereichsspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung“ abzugrenzen.

Es wurde ebenfalls versucht, eine bereichsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung speziell im Hinblick auf Gesundheitsverhalten allgemein abzugrenzen.

Bezüglich einer Zielformulierung waren die Probanden angehalten sich zu äußern, inwieweit eine Absicht vorläge, an der Prostata-KFU teilzunehmen und ob diese Absicht durch das Gespräch bereits beeinflusst worden wäre und inwieweit denn eine konkrete Planung der Teilnahme – entsprechend der Planungsphase des HAPA – vorläge und wie diese aussähe.

6.2. Der Fragebogen

Dieser wurde ebenfalls am Institut der Medizinischen Psychologie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald entwickelt und erfasste in 14 Fragen den soziodemographischen Hintergrund der Probanden sowie zusätzlich mögliche chronische Krankheiten.

Für eine zusätzliche Validierung wurde ein von R. Schwarzer entwickeltes Instrument integriert, das der Erfassung der von ihm postulierten allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung dient; diese eindimensionale Skala umfasst zehn Items und wurde in den letzten 20 Jahren hinsichtlich der psychometrischen Leistungsfähigkeit recht gut untersucht [108, 109, 110].

6.3. Methoden: Die Stichprobe

Die zehn Fragen lassen sich vierstufig beantworten, wobei jeder Antwortmöglichkeit ein Punktwert von eins bis vier zugeordnet ist. Eine zu auf sich selbst zu beziehende Aussage wäre beispielsweise: „Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.“

Hierauf hat der Proband die Möglichkeit, „stimmt nicht“ (1), „stimmt kaum“ (2), „stimmt eher“ (3) oder „stimmt genau“ (4) anzukreuzen. Schließlich werden die zehn den Antwortmöglichkeiten zugeordneten Punkte addiert, sodass ein Score von zehn bis 40 Punkten erreichbar ist, wobei der deutsche Durchschnitt bei 29 Punkten zu finden ist

6.3. Die Stichprobe

Einschlusskriterien der Stichprobe waren männliches Geschlecht und ein Lebensalter von mehr als 44 Jahren.

Es wurden auch keine Probanden befragt, die das Angebot der Krebsfrüherkennungsuntersuchung in vollem Umfang nutzen, sodass folgende Ausschlusskriterien festgelegt wurden:

1. die regelmäßige Teilnahme an einer Prostata-KFU. Als „regelmäßig“ galt, mindestens an zwei solcher Untersuchungen teilgenommen zu haben, wobei zwischen den letzten beiden nicht mehr als zwei Jahre liegen und die letzte ebenfalls nicht mehr als zwei Jahre zurückliegen durfte.
2. die dem Probanden bekannte eigene Diagnose eines Prostatakarzinoms.
3. mangelnde Fähigkeit zur Kommunikation. Dies bezog sich vornehmlich auf die ausreichende Beherrschung der deutschen Sprache sowie Demenz.

Es wurden insgesamt 178 Männer – im Alter von mindestens 45 Jahren – aufgefordert, an einem Interview teilzunehmen, nachdem sie über den Zweck, den groben Inhalt der Fragestellung und natürlich ihre ausdrücklich *freiwillige* Teilnahme aufgeklärt wurden. 116 potentielle Probanden fanden sich in zwei Hausarztpraxen im Zentrum Greifswalds, 62 in einer Klinik in Schwerin; erstere wurden jeweils im Anschluss ihrer Behandlung durch den Hausarzt gefragt, ob sie Interesse an einem Interview hätten, das dann gleich anschließend in einem der Behandlungsräume vor Ort statt-

6.4. Methoden: Datenanalyse

finden würde. Von ihnen erklärten sich schließlich 52 zur Teilnahme bereit, 47 kamen nicht in Frage, da sie die KFU bereits regelmäßig in Anspruch nahmen, 2 hatten die gesicherte Diagnose Prostatakarzinom und 15 der Männer lehnten eine Befragung aus persönlichen Gründen ab. Die Daten der ersten zehn Probanden gingen im Sinne eines Pretest nicht mit in die Bewertung ein, sodass 42 Männer verblieben, deren Durchschnittsalter 59 Jahre betrug, wobei das Alter zwischen 45 und 85 Jahren schwankte.

Außerdem wurden 62 Männer auf einer chirurgischen, einer neurochirurgischen und einer traumatologischen Station der HELIOS Kliniken Schwerin um eine Teilnahme gebeten. Das Interview fand anschließend oder nach Absprache mit den Patienten zu einem späteren Zeitpunkt bevorzugt in einem separaten Untersuchungsraum statt, bei verordneter Bettruhe entsprechend im jeweiligen Patientenzimmer. Von den Aufgeforderten nahmen schließlich 41 tatsächlich teil, 17 nutzten die KFU bereits regelmäßig, einer hatte die gesicherte Diagnose eines Prostatakarzinoms, drei lehnten eine Befragung aus persönlichen Gründen ab. Das Durchschnittsalter betrug auch hier 59 Jahre, wobei das Alter der Probanden zwischen 45 und 79 Jahren schwankte.

Schließlich nahmen also insgesamt 93 Männer an dem Interview teil, das ohne das Ausfüllen des Fragebogens zwischen 13 und 37 Minuten in Anspruch nahm, sodass nach Ausschluss der ersten zehn geführten Interviews die Stichprobe 83 Probanden umfasste. 81 von diesen waren einverstanden, das Interview mittels eines Diktiergerätes mitschneiden zu lassen, um eine möglichst gute Qualität der Notizen zu gewährleisten, die während des Gespräches und zusätzlich bei Bedarf vor der Kategorisierung der Daten erfolgten.

6.4. Datenanalyse

Für die Darstellung der Ergebnisse wurden jeweils die Antworten der Interviewteilnehmer nach inhaltlichen Aussagen geordnet [111] – entsprechend einer Kategorisierung im Sinne einer „Ordnung eines Datenmaterials nach bestimmten, empirischen und theoretisch sinnvoll erscheinenden Ordnungsgesichtspunkten, um so eine

6.4. Methoden: Datenanalyse

strukturiere Beschreibung des erhobenen Materials zu ermöglichen“ [112]. Indem wir solch eine „Konstruktion deskriptiver Systeme“ für alle Interviews jeweils zu dritt vornahmen, wurde im Sinne einer „Interkoder-Reliabilität“ bereits während der Analyse eine gewisse Beachtung von „...Reliabilität und Validität statt einer einmaligen Einschätzung am Ende der Analyse“ [112] ermöglicht. Dazu wurden möglichst prägnante Antwortgruppen geschaffen, um sowohl die Antworten der Probanden als auch ihre spontanen Äußerungen sinnvoll unter einem aussagekräftigen Begriff oder kurzen Satz zusammenfassen und darstellen zu können; daher klingen die in der Ergebnisdarstellung zur Anwendung gekommenen Antworten der Probanden zumeist wissenschaftlicher als sie wirklich waren, bilden aber die Meinungen der Interviewteilnehmer dennoch ab; die an jeweiliger Stelle folgenden Zitate sind vielleicht geeignet, dies zu verdeutlichen. Unter Zuhilfenahme der während des Gespräches gemachten Notizen und der Mitschnitte wurden so die einzelnen Äußerungen jedes Interviewteilnehmers in ein System mehrerer „Antwortgruppen“ je Frage sortiert. Insgesamt entsprach das Vorgehen also einer induktiven Kategorisierung beziehungsweise einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse zum Zweck einer später folgenden quantitativen Analyse [112], da im Folgenden vorrangig die Häufigkeiten der verschiedenen häufigen Antworten dargestellt werden sollen.

Zu Beginn schufen wir so für jede Frage zunächst Kategorien, die uns erinnerungsgemäß besonders häufig begegnet waren; anschließend prüften wir jeweils für das gesamte Interview eines Probanden, inwieweit sich seine Antworten in den vorhandenen Kategorien wiederfinden ließen und sortierten sie dementsprechend ein beziehungsweise erweiterten die bestehenden Kategorien um eine weitere, wenn sich eine Äußerung so besser abbilden ließ.

Auf diese Weise gingen wir sowohl bei den zwei Probandengruppen dieser Arbeit als auch bei denen der beiden Arbeiten über die Inanspruchnahme der Colon-KFU vor, indem wir uns jeweils gemeinsam für die Subsumption einer Aussage in eine bereits vorhandene oder neue Kategorie einigten; auch achteten wir darauf, dass Informationen, die sich nur schlecht auf die jeweils gestellte Frage beziehen ließen, nicht verloren gingen, sondern sich in einem geeigneten Abschnitt der Interviewauswertung

darstellten.

7.1. Ergebnisse: Der Fragebogen

7. Ergebnisse

Um die Stichprobe genauer zu beleuchten, sollen zunächst die Daten des Fragebogens dargestellt und dann die Ergebnisse des Interviews gemäß der Reihenfolge der größeren Komplexe Risikowahrnehmung, Handlungs-Ergebnis-Erwartung, Selbstwirksamkeit und möglicher relevanter Zielstellungen und Vorhaben in Bezug auf die Teilnahme an einer Prostata-KFU beleuchtet werden.

7.1. Der Fragebogen

Dieser enthielt 14 Items, die den soziodemographischen Hintergrund der Probanden beschreiben sollten; so waren beispielsweise unter den Beteiligten beim Hausarzt 81 %¹, auf den Krankenhausstationen 66 % verheiratet.

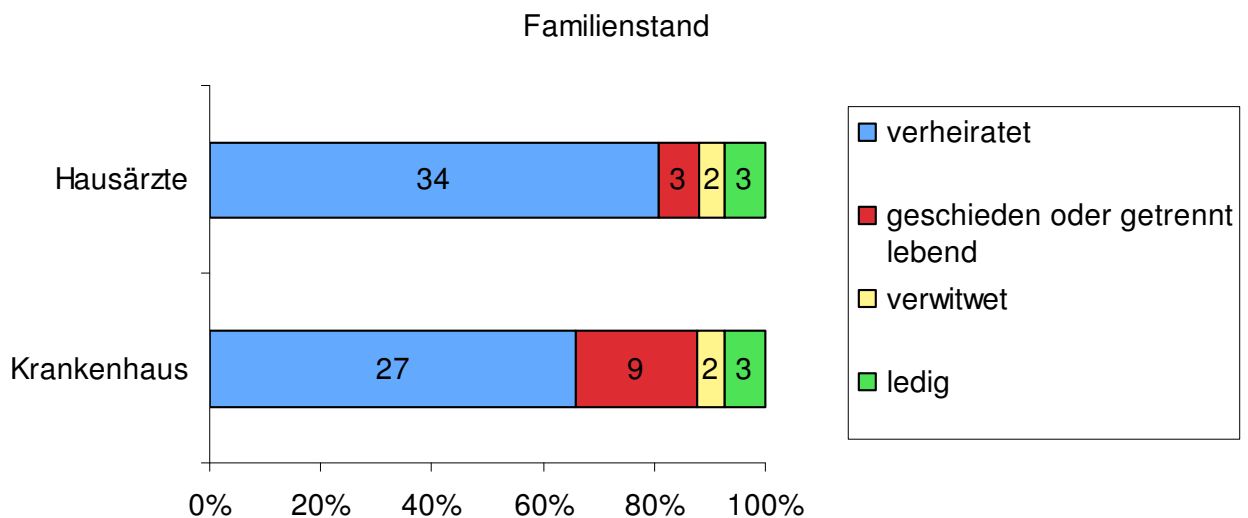


Abbildung 3: Familienstand der Probanden

29 % der HA-Stichprobe (Hausarzt-Stichprobe) beziehungsweise 24 % der KH-Stichprobe (Stichprobe auf den Stationen der genannten Klinik) hatten eine Hochschulreife vorzuweisen, 31 % beziehungsweise 27 % einen Realschulabschluss und

¹ Prozentangaben sind zugegebenermaßen für die gegebene Stichprobe (N = 83) mathematisch nur bedingt vertretbar. Dennoch habe ich mich entschlossen, die Ergebnisse in dieser Weise darzustellen, um eine gewisse Übersicht zu erleichtern.

7.1. Ergebnisse: Der Fragebogen

24 % respektive 37 % einen Hauptschulabschluss oder jeweils entsprechende Abschlüsse. Die verbleibenden Probanden hatten zumeist nur eine begonnene schulische Ausbildung erfahren, die sie während des 2. Weltkrieges nicht fortsetzen konnten.

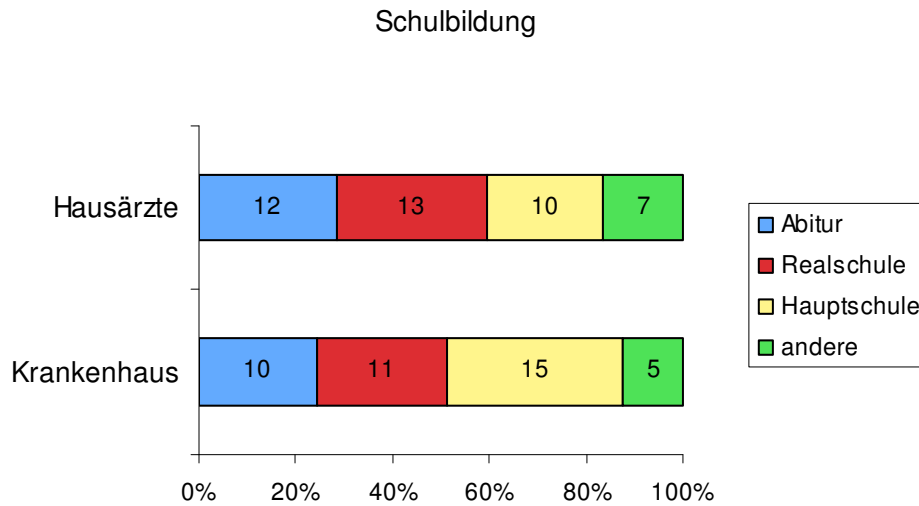


Abbildung 4: Schulische Bildung der Probanden

Außerdem hatten aus der HA-Stichprobe 21 %, in der KH-Stichprobe 27 % ein Hochschul- oder Fachhochschulstudium absolviert, 76 % beziehungsweise 66 % eine Berufsausbildung und der Rest jeweils keine weitere Ausbildung vorzuweisen.

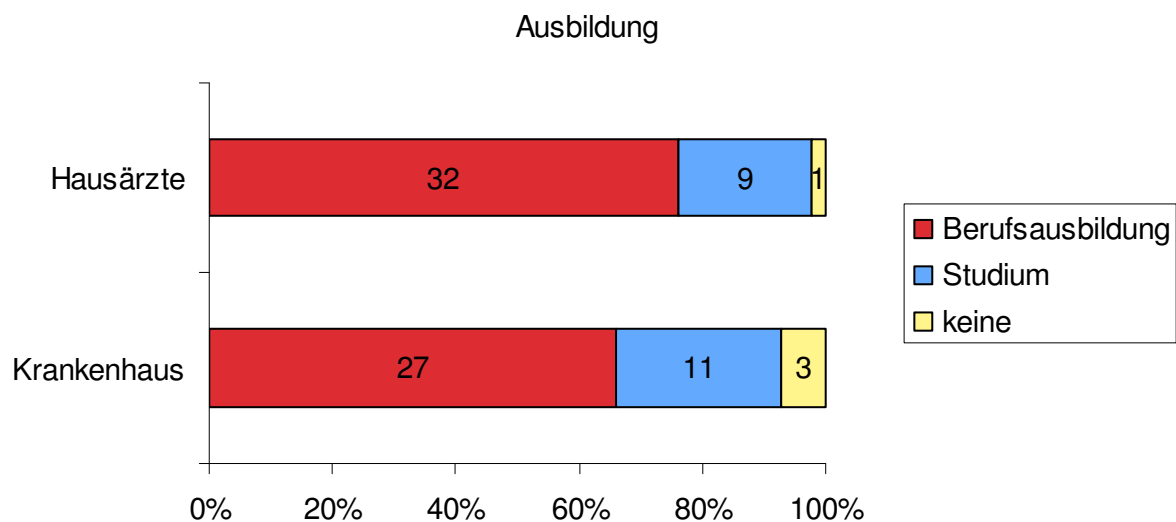


Abbildung 5: außerschulische Bildung der Probanden

7.1. Ergebnisse: Der Fragebogen

Unter den Probanden der HA-Stichprobe waren etwa 45 % berufstätig, 48 % berentet und die übrigen arbeitslos; im Krankenhaus waren hingegen rund 41 % berufstätig, 44 % berentet und die übrigen arbeitslos.

Gefragt nach ihrem aktuellen oder letzten beruflichen Status, stuften sich bei den Hausärzten etwa 43 % als Angestellte, 43 % als Arbeiter, 10 % als Selbstständige und die übrigen 4 % als Beamte ein. Im Krankenhaus betrug die entsprechenden Anteile rund 51 % an Angestellten, 37 % an Arbeitern und 10 % an Selbstständigen sowie 2 % an Beamten.

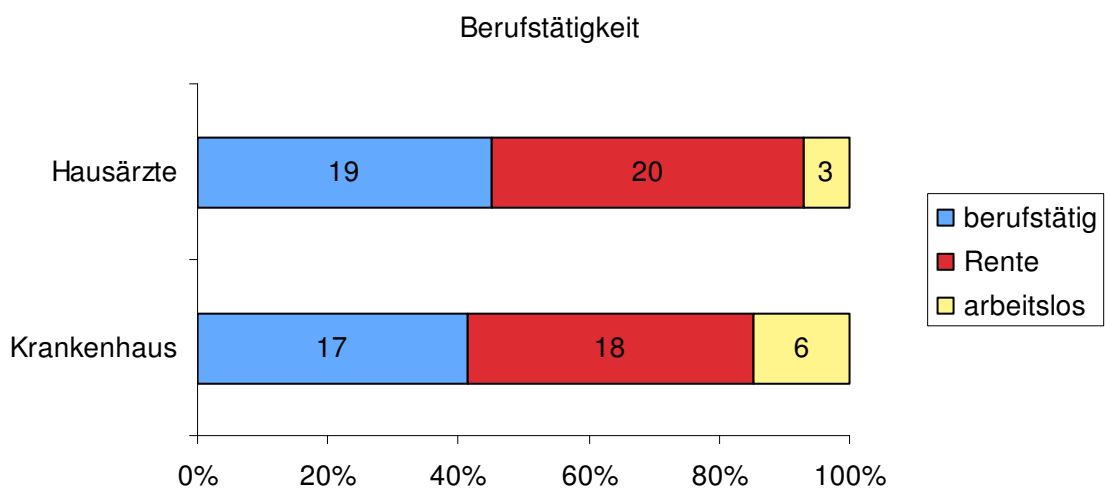


Abbildung 6: Berufstätigkeit der Probanden

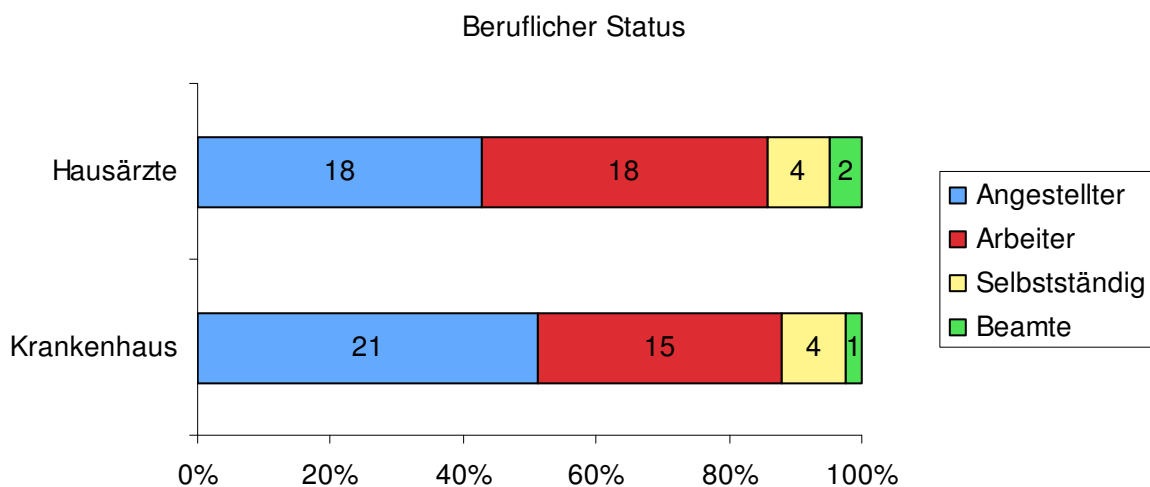


Abbildung 7: Arbeitsverhältnis der Probanden

7.1. Ergebnisse: Der Fragebogen

63 % HA-Stichprobe wohnten direkt in der Stadt, die übrigen kamen von außerhalb; 38 % hielten ihren Hausarzt für sehr gut erreichbar, 57 % für gut und die restlichen 5 % für schlecht erreichbar.

In der KH-Stichprobe wohnten 49 % direkt in der Stadt, die übrigen außerhalb; hier hielten 39 % ihren Hausarzt für sehr gut, 54 % für gut und 7 % für schlecht erreichbar. Die Antwortmöglichkeit „sehr schlecht erreichbar“ nutzte keiner der Probanden beider Gruppen; auch gaben alle an, die Angebote eines *einzigsten* Hausarztes in Anspruch zu nehmen.

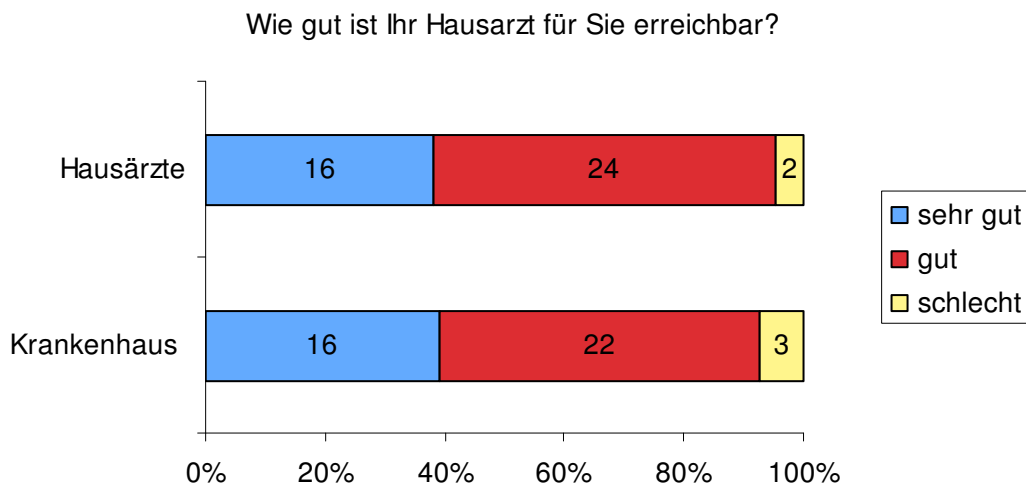


Abbildung 8: Erreichbarkeit des jeweiligen Hausarztes

Auf die gestellte Frage, wie oft sie im letzten halben Jahr ihren Hausarzt aufgesucht hätten, kreuzten 64 % „ein- bis dreimal“ an, 21 % „öfter als dreimal“ und 14 % „gar nicht“ an.

In der KH-Stichprobe waren es 37 %, 54 % und unter 10 %.

7.1. Ergebnisse: Der Fragebogen

Wie oft waren Sie im letzten halben Jahr bei Ihrem Hausarzt?

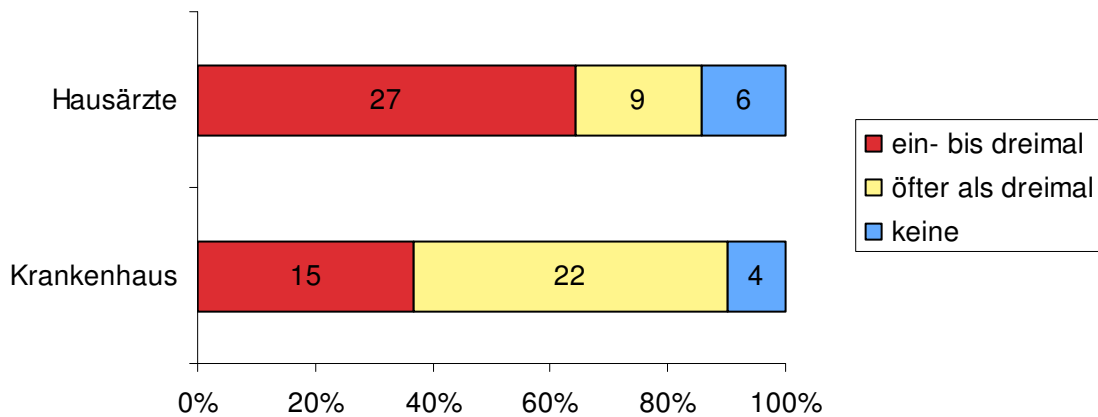


Abbildung 9: Vorstellungshäufigkeit beim Hausarzt

Gesondert wurden die Probanden auch aufgefordert, mögliche chronische Krankheiten anzugeben, die sie hätten; dabei konnten sie zwischen häufigen chronischen Krankheiten – zum Beispiel arterieller Hypertonie, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, aber auch Angina pectoris, koronarer Insuffizienz, pAVK und weiteren – auswählen und auch eigene angeben, wobei die Auswahlmöglichkeiten in allgemein verständlicher Form gehalten waren.

Unter der HA-Stichprobe kreuzten 33 % an, sie hätten keine dieser Krankheiten, 29 %, sie wären wegen einer, 21 % wegen zwei und 17 % wegen drei oder mehr chronischer Krankheiten in Behandlung.

In der KH-Gruppe betragen die entsprechenden Werte 12 %, 44 %, 22 % und 22 %.

Anzahl chronischer Krankheiten

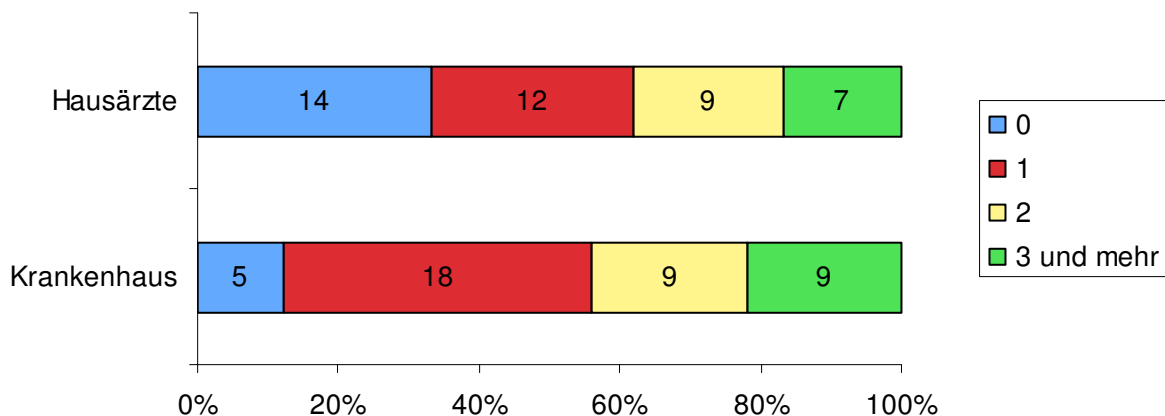


Abbildung 10: Anzahl der chronischen Krankheit je Proband

7.2. Ergebnisse: Risikowahrnehmung

93 % in der HA-Gruppe und 98 % in der KH-Gruppe waren gesetzlich krankenversichert, die übrigen privat.

Wir befragten die Probanden auch hinsichtlich konfessioneller Zugehörigkeit; dabei gaben 74 % der HA-Probanden keine Konfession, 24 % Zugehörigkeit zu evangelischer und 2 % zu katholischer Konfession an.

In der KH-Gruppe waren es 80 %, 15 % und 5 %.

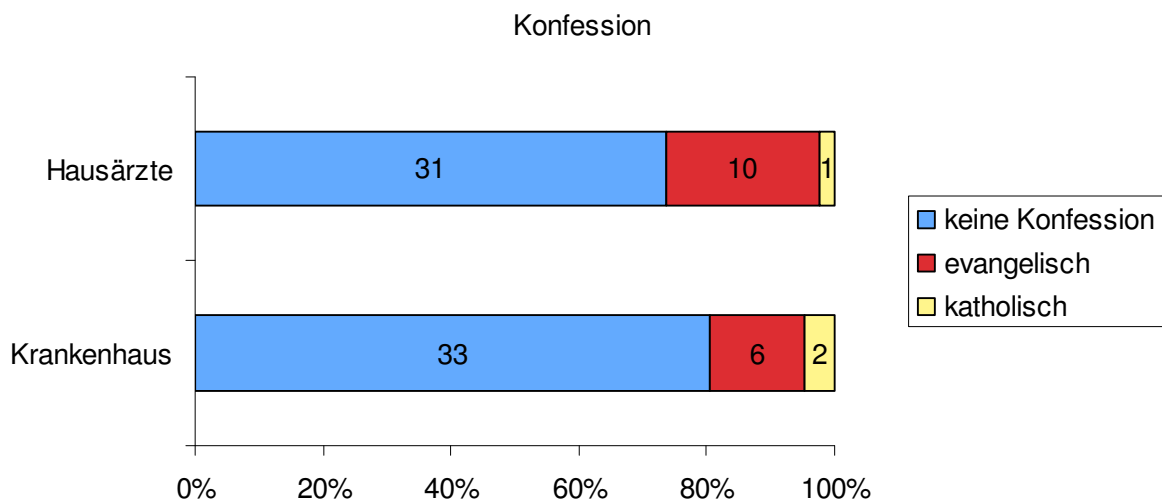


Abbildung 11: Konfession der Probanden

7.2. Risikowahrnehmung

Innerhalb dieses Bereiches wurde nicht nur nach der Risikowahrnehmung hinsichtlich eines Prostatakarzinoms gefragt, sondern auch nach der allgemeinen Einstellung zu Gesundheit und nach möglicherweise gesundheitsrelevantem Verhalten; hierbei zeigte sich, dass zwar ein Großteil der Befragten den Stellenwert ihrer persönlichen Gesundheit schon immer als sehr hoch einstufen – 93 % der HA- und 85 % der KH-Gruppe –, aber kaum jemand Vorsorgemaßnahmen im Sinne einer Prostata- oder Colon-KFU und ähnlicher Angebote in Anspruch nahm: 51 % aller Männer in der Klinik und nur 36 % bei den Hausärzten hatten überhaupt jemals eine Prostata-KFU durchführen lassen. Dass die Zahl der einmaligen Teilnehmer im Krankenhaus höher liegt, ist auch dadurch zu erklären, dass einige der dortigen Patienten im Rah-

7.2. Ergebnisse: Risikowahrnehmung

men der Statuserhebung je nach vermuteten Differentialdiagnosen während ihres Krankenhausaufenthaltes einer DRU unterzogen wurden und damit zumindest einmalig hinsichtlich eines Prostatakarzinoms untersucht wurden.

Interessant war, dass zwei Probanden aus der HA-Gruppe und einer aus der KH-Gruppe von sich aus exakt das funktionalistische Moment ihrer Körper- und Gesundheitswahrnehmung beschrieben, das in 3.2. kurz dargestellt wurde, zum Beispiel auf die Frage nach dem persönlichen Stellenwert der Gesundheit: „...also, ich achte eigentlich nicht drauf, das...das wird für mich nur relevant, wenn ich krank bin. Also...wenn's irgendwie nicht mehr funktioniert...“

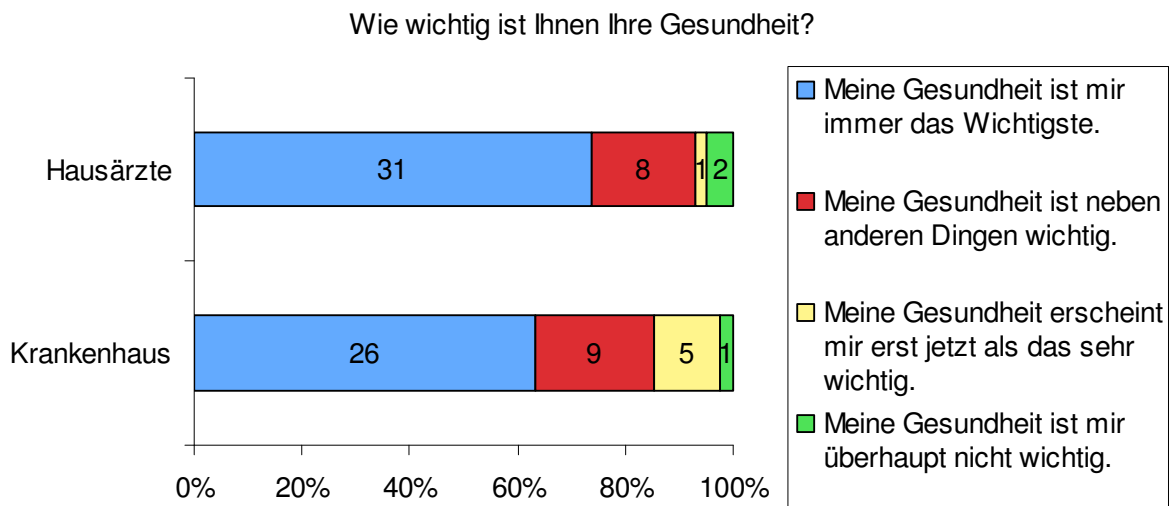


Abbildung 12: Stellenwert der Gesundheit

Der Begriff „Vorsorge“ im Zusammenhang mit Gesundheit wurde allgemein von sehr vielen Patienten offensichtlich fehl interpretiert: Ein Großteil antwortete auf die Frage „Haben Sie sich schon einmal an vorbeugenden Maßnahmen beteiligt?“ ähnlich dem Beispiel: „Ja, ich gehe immer gleich zum Arzt, wenn 'was wehtut.“ Die wenigsten verstanden den Begriff derart, dass er eine Maßnahme beschreibt, die ergriffen wird, *bevor* sich Symptome ergeben.

Dennoch war die Häufigkeit der Arztbesuche seitens der Probanden recht hoch; 83 % der bei den Hausärzten Interviewten und ebenfalls 83 % aus der KH-Gruppe wurden regelmäßig, 14 % respektive 2 % selten und 2 % beziehungsweise 15 % fast nie bei ihrem Hausarzt vorstellig.

7.2. Ergebnisse: Risikowahrnehmung

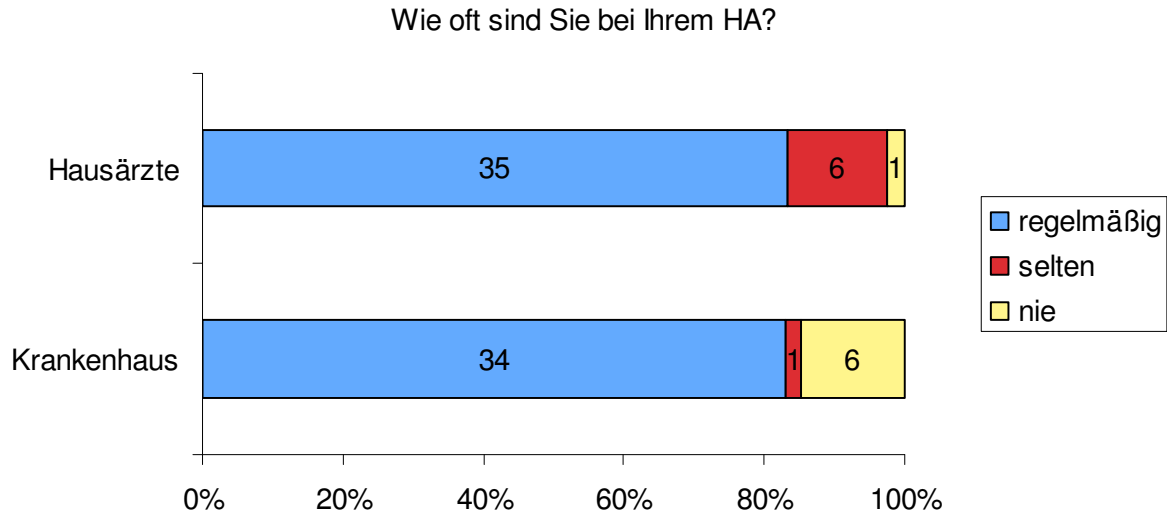


Abbildung 13: Konsultationshäufigkeit beim Hausarzt

Hinsichtlich ihres allgemeinen Gesundheitsverhaltens berichteten die Probanden gemäß folgender Abbildung 14. Dabei fällt unter „Ich achte auf etwas Bewegung“ weit häufiger „...ein bisschen Gartenarbeit...“ und „...spazieren gehen...“ als etwa regelmäßiger Ausdauersport wie Laufen oder Fahrradfahren, was nur zwei Probanden in der HA-Gruppe und einer in der KH-Gruppe angaben.

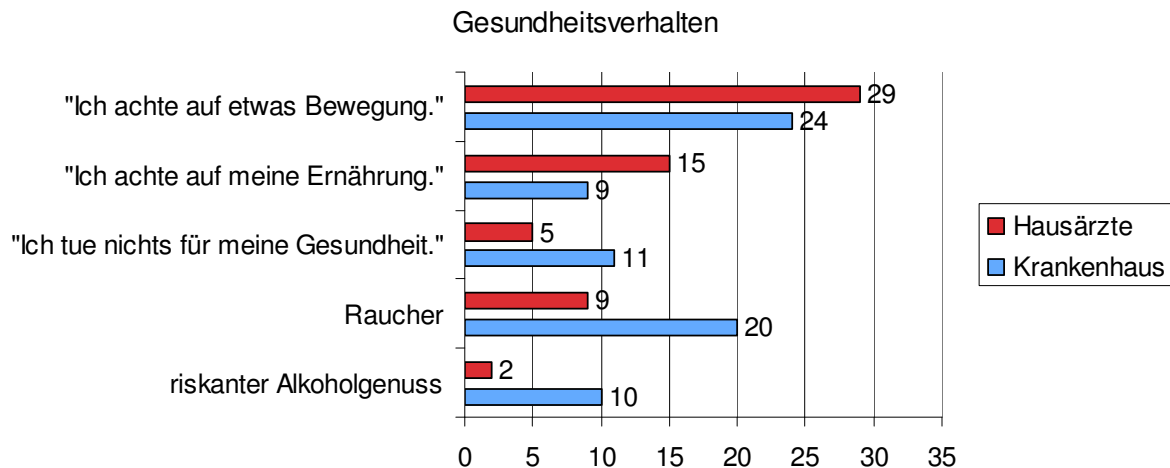


Abbildung 14: ausgewähltes Gesundheitsverhalten der Probanden

In Bezug auf das Prostatakarzinom allgemein wurden die Probanden innerhalb des Gespräches zweimal befragt; zunächst, gleichsam eröffnend, was ihnen zu diesem Thema einfallen würde und an späterer Stelle, was geschehen würde, wenn sie per-

7.2. Ergebnisse: Risikowahrnehmung

sönlich von dieser Krankheit betroffen wären und die Krankheit vielleicht nicht entdeckt werden würde.

Insgesamt nahmen der Literatur entsprechend fast alle Probanden an, dass man an diesem Krebs – wie an jedem anderen Krebs auch – durchaus sterben könnte.

Bei der ersten Frage nach den bekannten Informationen über den Krebs allgemein antworteten derartig zunächst 48 % der HA-Gruppe und 12 % der KH-Gruppe spontan. Vorstellungen über mögliche Beschwerden oder Symptome, die man selbst bemerken würde, hatten 36 % beziehungsweise 32 % der Interviewteilnehmer. Dass sie gar nichts über diese Krankheit wüssten, äußerten – auch bei genauerem Nachfragen – 21 % respektive 37 %. Weiterhin antworteten die Probanden häufiger mit Vorstellungen über die möglichen Ursachen der Krankheit, wie häufig sie in der Bevölkerung sei und dass sie bedrohlich für das persönliche Wohlbefinden und Leben allgemein sei: „...das wär´ schon übel. Ich glaub´, dann sieht´s ziemlich finster aus.“

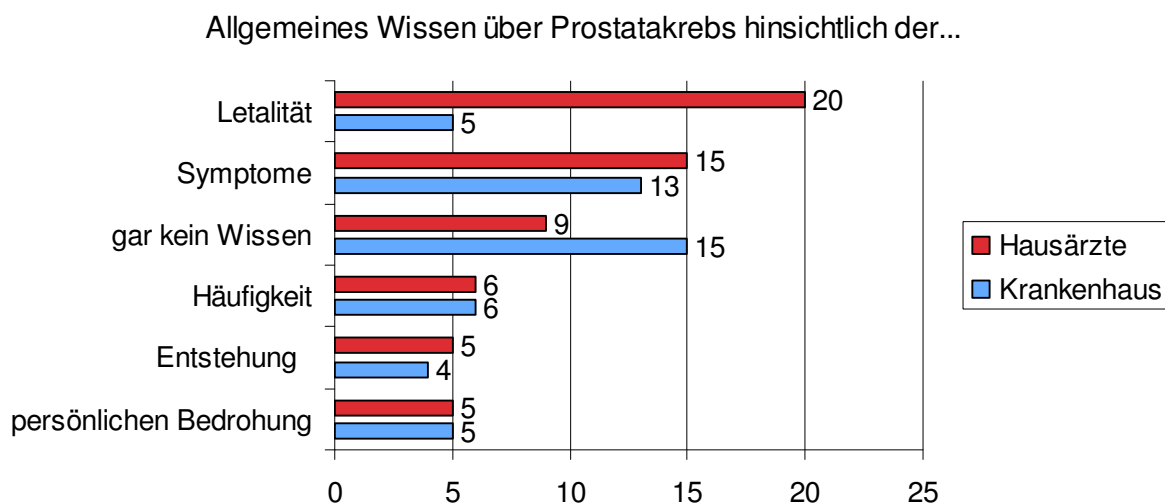


Abbildung 15: Äußerungen bei der Frage nach dem Wissen über Prostatakrebs allgemein

Gefragt, inwieweit sich die Probanden denn bestimmte Beschwerden oder andere Symptome vorstellen könnten, an denen sie ein Prostatakarzinom selbst bemerken würden, wusste ein Großteil nicht zu antworten: 67 % respektive 63 % in der HA- und KH-Gruppe.

Am häufigsten aber unter den Vorstellungen zu möglichen Symptomen, nämlich bei 26 % der HA-Probanden und bei 34 % der KH-Probanden, waren Miktionsbeschwerden wie Pollakisurie und Algurie zu finden: „...dass man öfter auf´s Klo muss und das denn weh tut vielleicht?“ Allerdings konnten sich nur 10 % beziehungsweise 2 % der

7.2. Ergebnisse: Risikowahrnehmung

Interviewteilnehmer vorstellen, dass sie ein Prostatakarzinom vielleicht gar nicht bemerken würden.

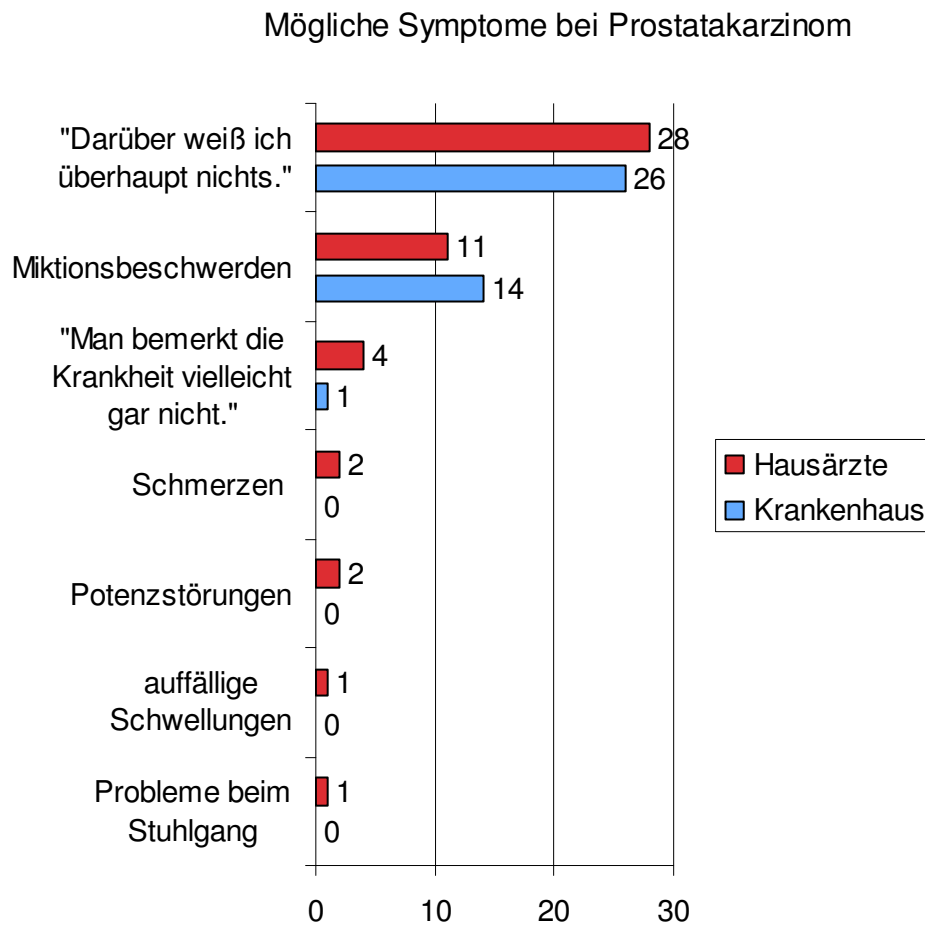


Abbildung 16: Vorstellungen über mögliche Symptome bei Prostatakrebs

Die an späterer Stelle folgende Frage „Was würde passieren, wenn Sie Prostatakrebs hätten und es nicht entdeckt werden würde?“ sollte dem Entwurf des Interviewleitfadens gemäß ursprünglich der Klärung der Frage dienen, inwieweit die Probanden die fehlende Erkennung des Karzinoms für nachteilig hielten. Allerdings wurde sie von diesen zumeist in einem weiter gefassten Sinne verstanden und dementsprechend beantwortet.

Häufig, etwa in 43 % und 41 % der Antworten, äußerten die Probanden wiederum die mögliche Letalität der Krankheit – „...da müsste man wohl dran sterben!“ – und in 31 % und 41 % ihren allgemein bedrohlichen Charakter in Bezug auf Gesundheit und weitere Lebensqualität – „...das wär´ ganz schön schlimm...“ oder „...dann wird man durch Schläuche ernährt...“.

7.2. Ergebnisse: Risikowahrnehmung

Einige, etwa 26 % der Probanden der HA-Gruppe und 12 % der KH-Gruppe, gaben aber auch zu, mit solch einer Diagnose erst gar nicht konfrontiert werden zu wollen und 12 % respektive 29 % meinten, es sei ihnen egal, ob sie die Krankheit hätten.

29 % und 5 % äußerten – trotz drohender Letalität durch die Krankheit – Gedanken hinsichtlich einer vermutlich erfolgreichen Therapie, die sich anschließen würde: „Ach, ich glaub´, da können die heute schon ´was machen!“

Insgesamt häufiger – bei 21 % und 22 % – war aber auch die Antwort, dass dem jeweiligen Probanden der drohende Tod nicht allzu viel ausmachen würde; in ähnlicher Weise antworteten zumeist ältere Teilnehmer, deren Einstellung zu Leben und Tod sich doch oft von der jüngerer Probanden unterschied.

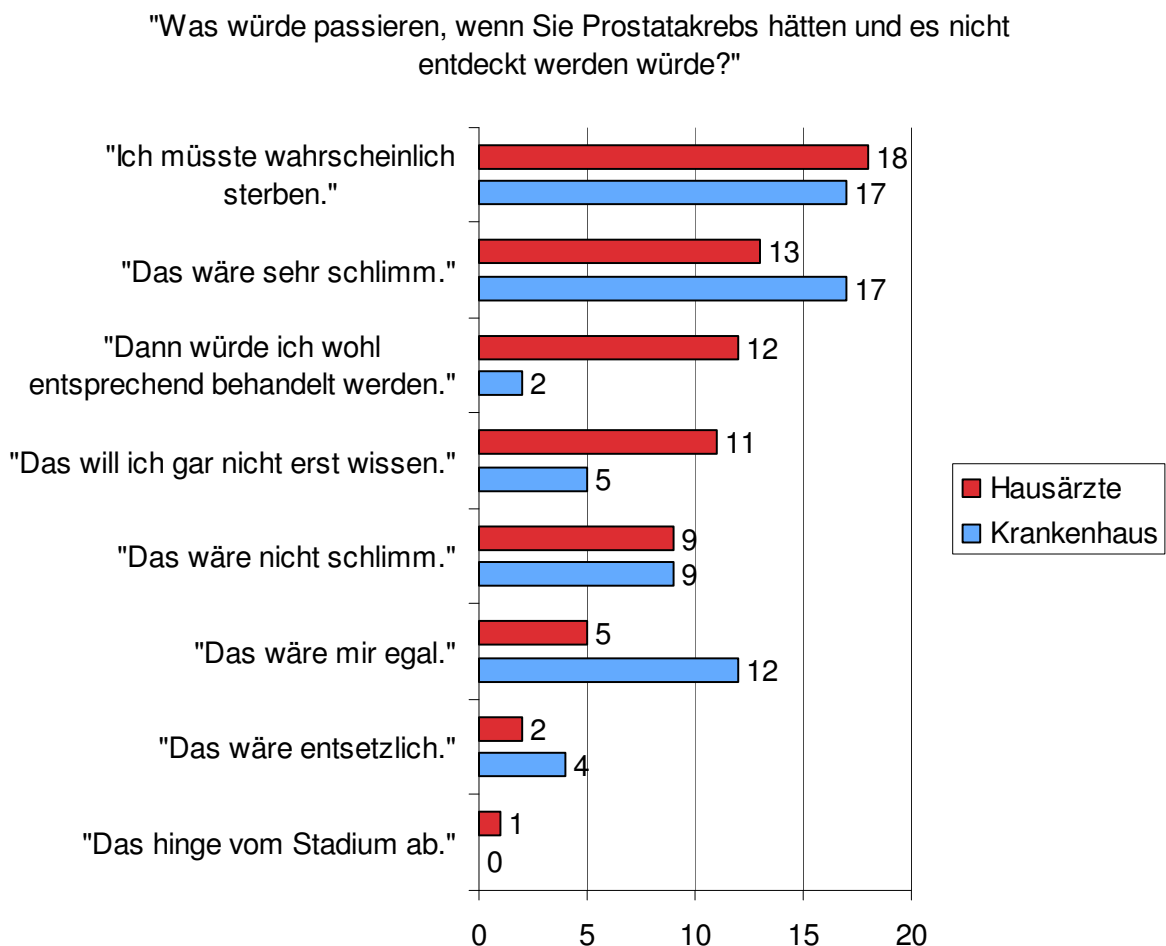


Abbildung 17: Bedrohlichkeit eines unentdeckten Karzinoms

Auf die direkte Frage, inwieweit sich die Probanden durch die Möglichkeit, an einem Prostatakarzinom zu erkranken, bedroht fühlten, antworteten 83 % und 61 % sinn-

7.2. Ergebnisse: Risikowahrnehmung

gemäß „überhaupt nicht“; die übrigen räumten eine immerhin geringe Bedrohlichkeit durch die potentielle Krankheit ein.

Außerdem wurden die Teilnehmer gefragt, inwieweit sie die Entstehung dieser Krankheit zu beeinflussen können glaubten; die meisten Antworten – etwa 57 % der bei den Hausärzten gewonnenen Probanden und 37 % der in der Klinik Interviewten – meinten, die Entstehung gar nicht beeinflussen zu können und erwähnten oft auch spontan, dass sie sich eine Vererbung durchaus vorstellen könnten: „...wenn das in der Familie häufig ist...“. 36 % und 37 % meinten, durch ihre Lebensweise Einfluss auf die Krankheitsentwicklung ausüben zu können, etwa durch Alkoholgenuss („...das kommt vom vielen Biertrinken; in Bayern ist das bestimmt häufiger...“), Rauchen oder Ernährung, und einige gestanden auch ihrer Einstellung, vorsorglicher Medikamenteneinnahme oder anderen Faktoren einen Einfluss zu, die sie zwar nicht kennen würden, die es aber geben müsse – „...irgendwie bestimmt...“



Abbildung 18: Kontrollierbarkeit der Karzinomentstehung

Ebenfalls wurden die Probanden danach gefragt, für wie häufig vorkommend sie Prostatakrebs hielten, auch gesondert in Bezug auf Männer im jeweiligen Alter des Probanden und im Vergleich dazu nach ihrem persönlichen Risiko, an dem Krebs zu erkranken.

Die allgemeine Prävalenz wurde zumeist als sehr hoch eingeschätzt: 76 % beziehungsweise 85 % hielten Prostatakrebs für ziemlich häufig. Auch stellten viele der

7.2. Ergebnisse: Risikowahrnehmung

Probanden, nämlich 83 % der HA-Stichprobe und 66 % der KH-Gruppe den richtigen Zusammenhang her zwischen steigendem Alter und steigendem Risiko, an dem Karzinom zu erkranken.

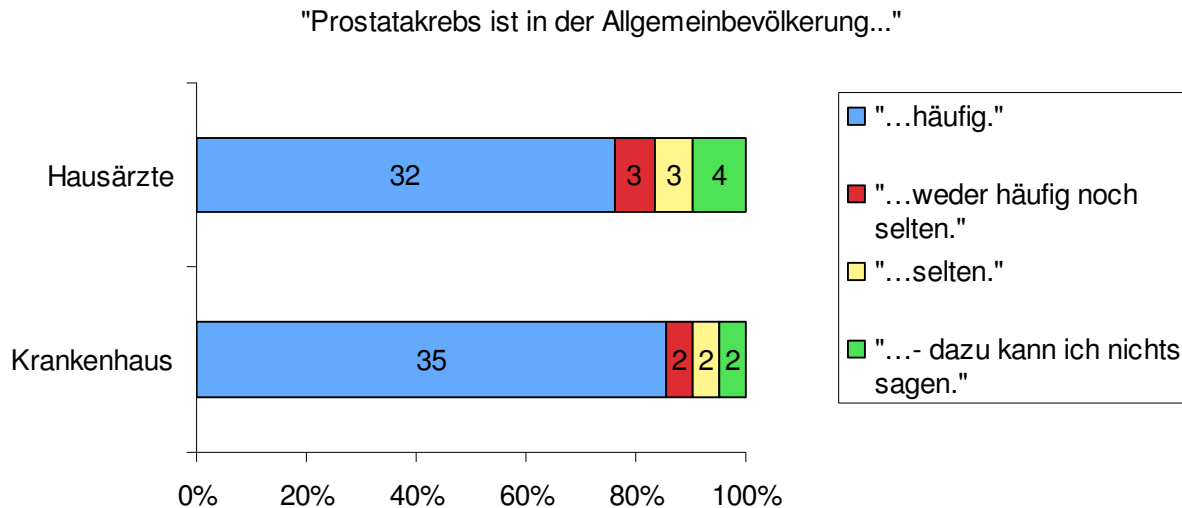


Abbildung 19: angenommene Prävalenz

Bei der Frage nach ihrem *persönlichen* Risiko allerdings antworteten 26 % respektive 24 %, dass dieses praktisch nicht vorhanden sei – „...nee, glaub´ ich nicht...“ – , 21 % beziehungsweise 12 %, dass es gering sei und 26 % und 5 %, dass ihr persönliches Risiko, an dem Karzinom zu erkranken, tatsächlich hoch sei; 17 % und sogar 49 % konnten oder wollten ihr persönliches Risiko nicht einschätzen.

Interessanterweise besteht dabei zu der nächsten Frage, inwieweit sich das jeweils persönliche Risiko von dem der Altersgenossen unterscheidet, eine gewisse Diskrepanz: Denn obwohl – wie eben beschrieben – recht viele Probanden ihr persönliches Risiko für gering oder sogar überhaupt nicht vorhanden hielten und damit faktisch geringer als bei Gleichaltrigen einschätzten, äußerten 62 % und 51 % bei Nachfrage, inwieweit sich ihr persönliches Risiko von dem der Altersgenossen unterscheidet, dass diesbezüglich kein Unterschied vorhanden sei: „Nein, ich bin ja nichts Besonderes.“

7.2. Ergebnisse: Risikowahrnehmung

"Die Wahrscheinlichkeit, dass ich selbst Prostatakrebs bekommen könnte, ..."

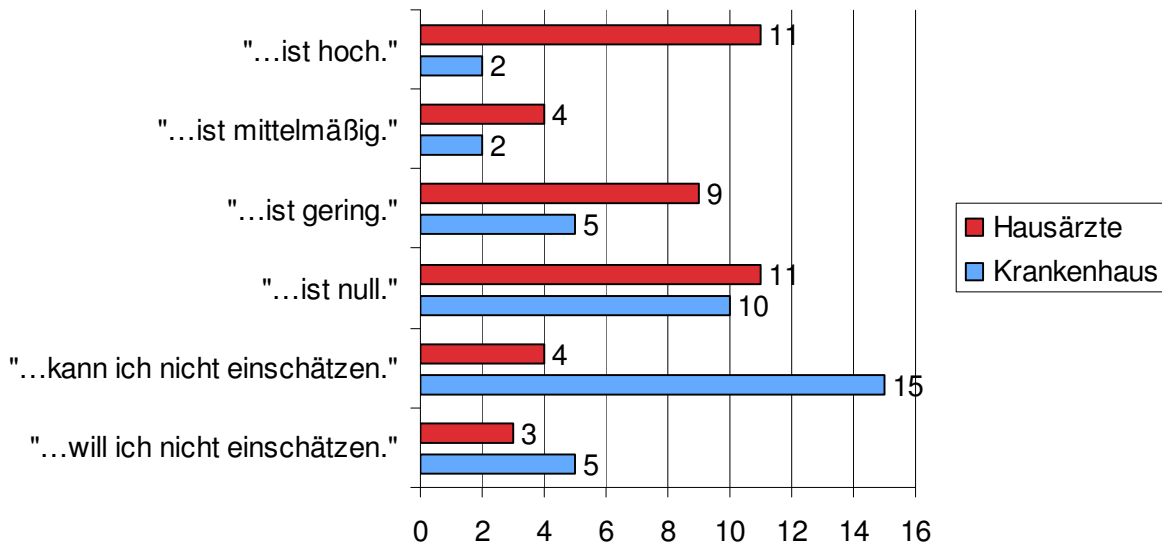


Abbildung 20: absolutes persönliches Risiko

"Mein persönliches Risiko, an Prostatakrebs zu erkranken, im Vergleich zu dem Risiko anderer in meinem Alter, ..."

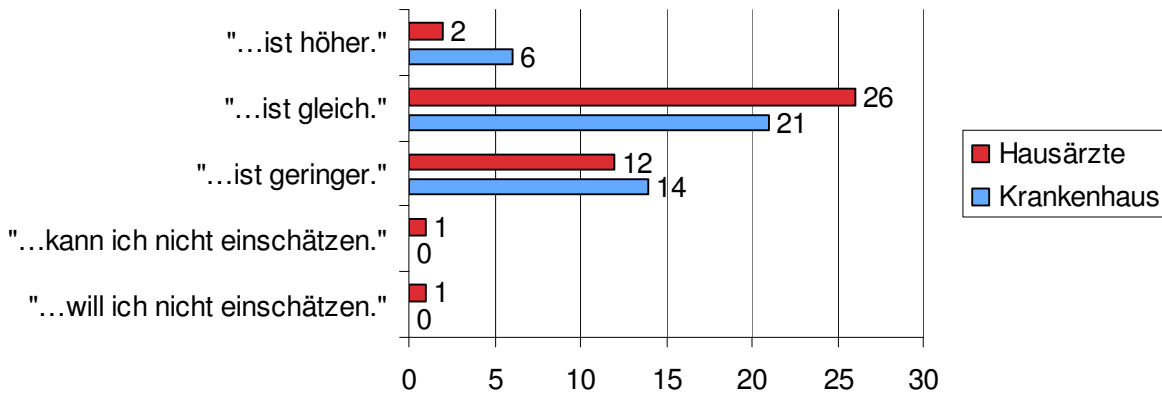


Abbildung 21: relatives persönliches Risiko

Für die Beschreibung der vorherrschenden Risikowahrnehmung schien auch potentiell relevant, ob die Probanden in ihrem persönlichen Umfeld Kontakt mit der Krankheit hätten; 55% und 56 % bejahten dies – allerdings war diese Tatsache nur bei je einem Probanden aus beiden Gruppen „handlungsführend“ in der Hinsicht, dass beide eine zumindest einmalige Prostata-KFU durchführen ließen.

7.3. Handlungs-Ergebnis-Erwartung

Mithilfe von Fragen nach dem Wissen über die KFU allgemein, die vielleicht notwendige Behandlung eines Karzinoms, aber auch die Beurteilung von beidem wurde versucht, im Interview die möglicherweise bei der Motivation zur KFU eine Rolle spielende Handlungs-Ergebnis-Erwartung abzubilden.

Zunächst wurden die Probanden gefragt, was sie über die Behandlung eines Prostatakarzinoms wüssten oder vermuteten; die meisten, nämlich 52 % beziehungsweise 71 %, rechneten dabei mit einer Operation („...das kann man bestimmt rausschneiden...“), 45 % und 37 % mit einer Chemotherapie und 31 % und 29 % mit einer Bestrahlung.

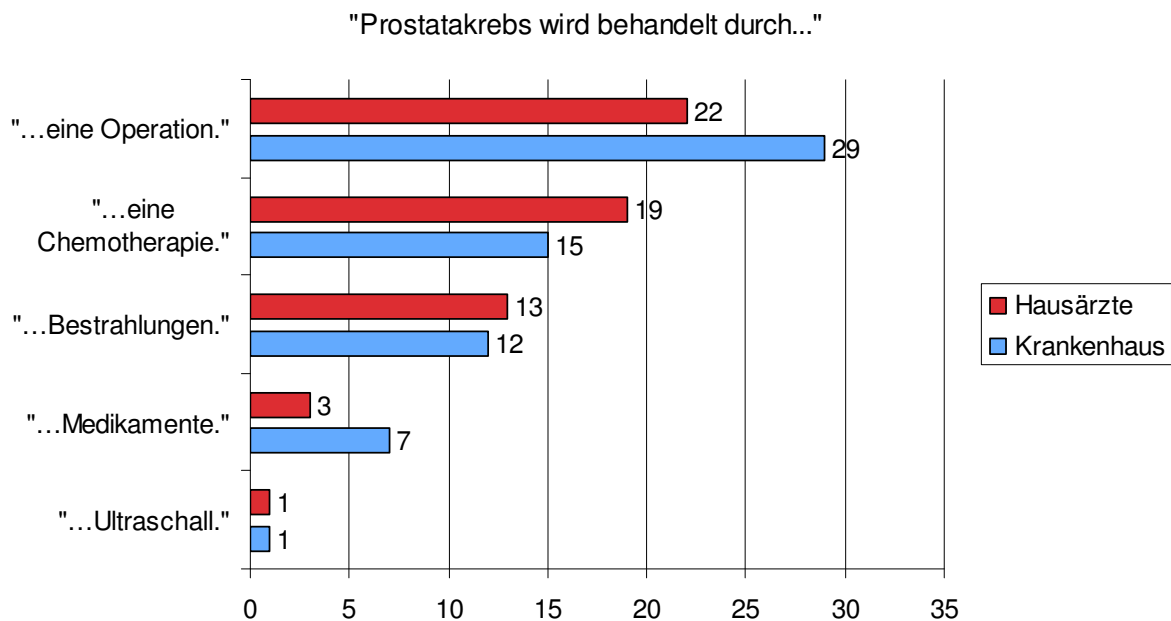


Abbildung 22: angenommene Therapieoptionen

Dabei meinten 81 % und 98 %, dass eine frühere Diagnose des Karzinoms eine bessere Prognose erlaube: „...je früher, desto besser.“ Außerdem versprachen sich 76 % und 88 % der Probanden von der Behandlung die Heilung der Krankheit; 29 % und 32 % rechneten vorrangig mit einer Lebensverlängerung („...dass man das zumindest rauszögert...“). Für 19 % und 27 % ist die Vorstellung von einer Therapie

7.3. Ergebnisse: Handlungs-Ergebnis-Erwartung

allerdings auch mit erheblichen Nebenwirkungen und einer Verringerung der Lebensqualität assoziiert: „Ich weiß nicht, ob ich das mitmachen würde. Da geht's einem richtig dreckig.“

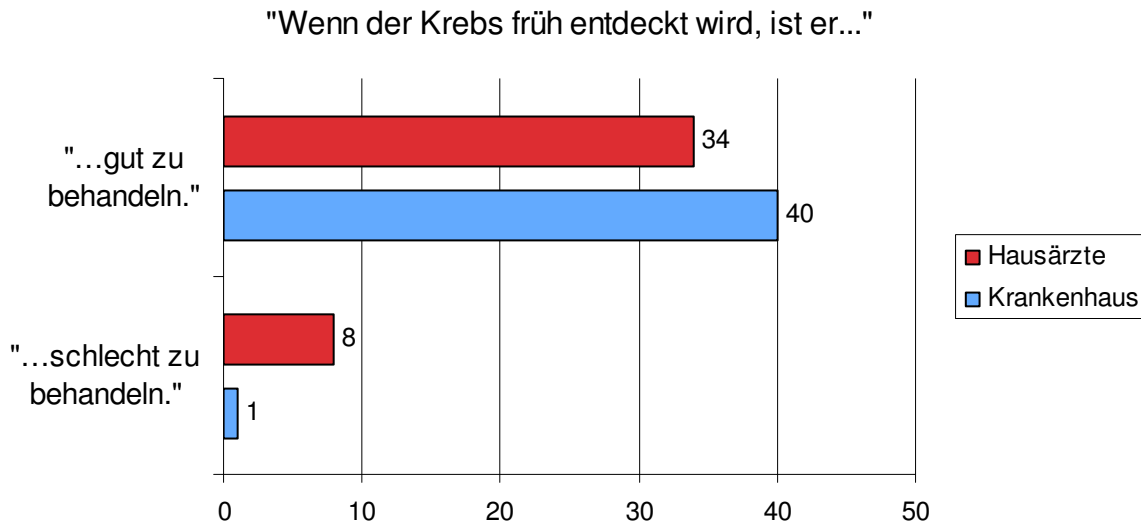


Abbildung 23: angenommene Prognose bei früher Diagnose

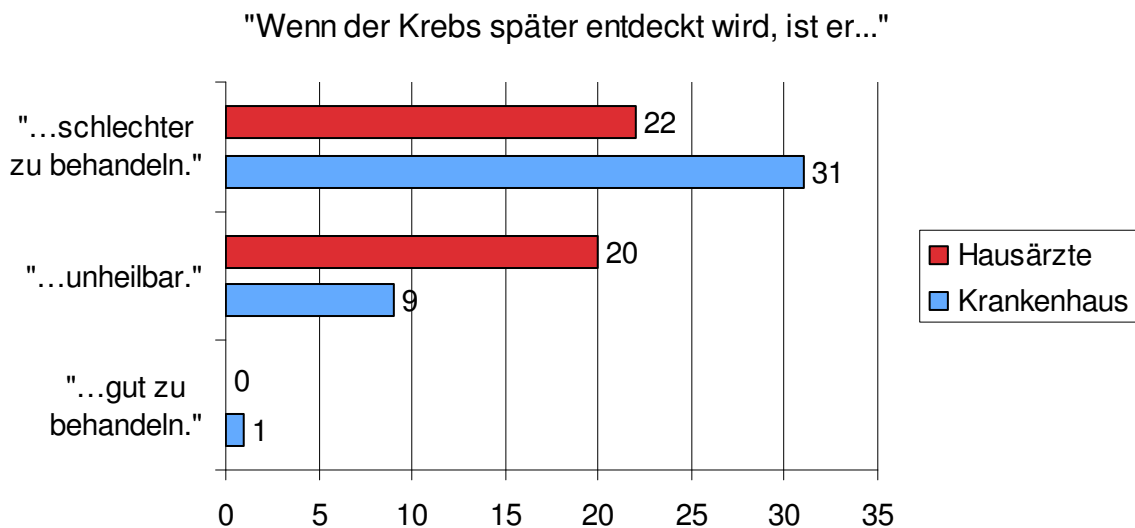


Abbildung 24: angenommene Prognose bei später Diagnose

Interessant war, dass absolut *jeder* der Probanden wusste, dass es eine Prostata-KFU gibt, aber die genauere Informationslage doch interindividuell erheblich differierte.

So konnten sich 43 % der HA-Gruppe und 32 % der KH-Gruppe auch bei Nachfrage nicht vorstellen, wie eine entsprechende Untersuchung aussehen könnte.

7.3. Ergebnisse: Handlungs-Ergebnis-Erwartung

50 % und 63 % wussten aber von der DRU, 31 % und 27 % sprachen von Blutuntersuchungen, einige davon kannten auch den Begriff des Prostataspezifischen Antigens, und 14 % beziehungsweise 7 % vermuteten eine Ultraschalluntersuchung, wobei sowohl spezifische Vorstellungen, etwa zu einer transrektalen Sonographie, als auch unspezifische geäußert wurden („...dass der Arzt den Schallkopf draufhält...“).

Vorstellungen über Untersuchungsmethoden

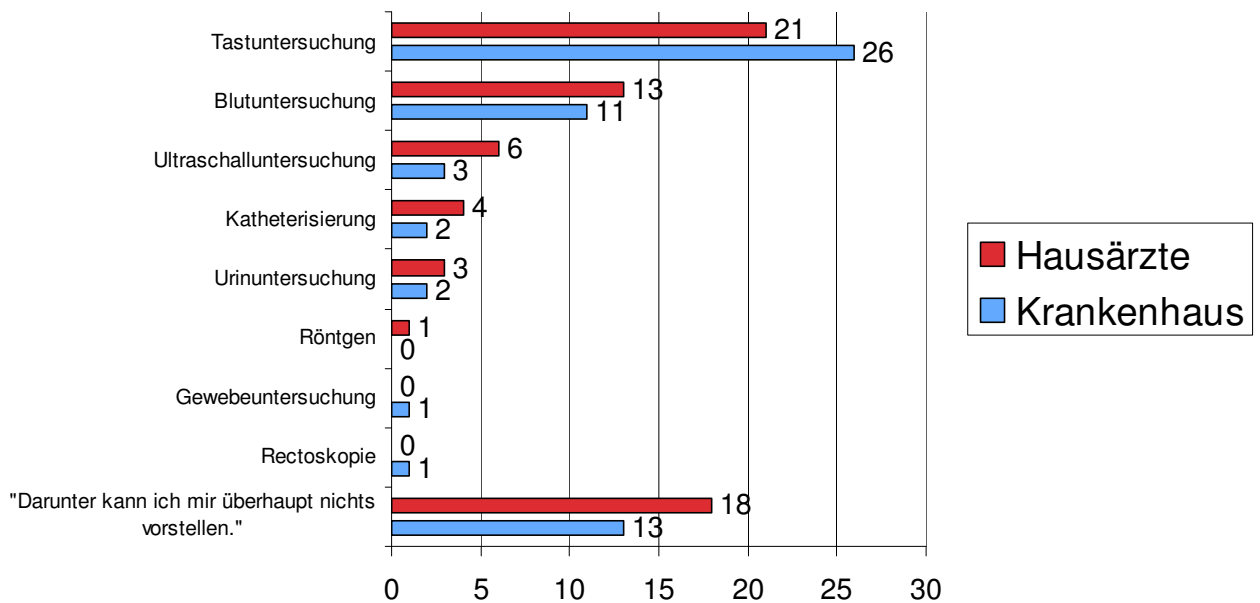


Abbildung 25: angenommene diagnostische Methoden

Dass man die KFU regelmäßig durchführen sollte, wussten immerhin 50 % der HA-Probanden und sogar 83 % der Probanden aus der Klinik; 12 % respektive 37 % meinten, dass die Abstände zwischen den Untersuchungen ein Jahr, 29 % beziehungsweise 12 % zwei Jahre betragen sollten.

Die meisten Angaben zu dem Alter, in dem der Beginn der KFU sinnvoll wäre, schwankten zwischen 40 und 55 Jahren, wobei 50 Jahre am häufigsten angegeben wurden.

Als häufigste Informationsquelle dienten dabei mit 36 % und 32 % offenbar Medien – meist Fernsehsendungen, aber auch Zeitschriften – Ärzte folgen mit 21 % respektive 34 %.

45 % und 54 % berichteten erst bei Nachfrage, dass sie Bekannte hätten, die die KFU zum Teil regelmäßig durchführen ließen und sie daher von der Untersuchung gehört hätten.

7.3. Ergebnisse: Handlungs-Ergebnis-Erwartung

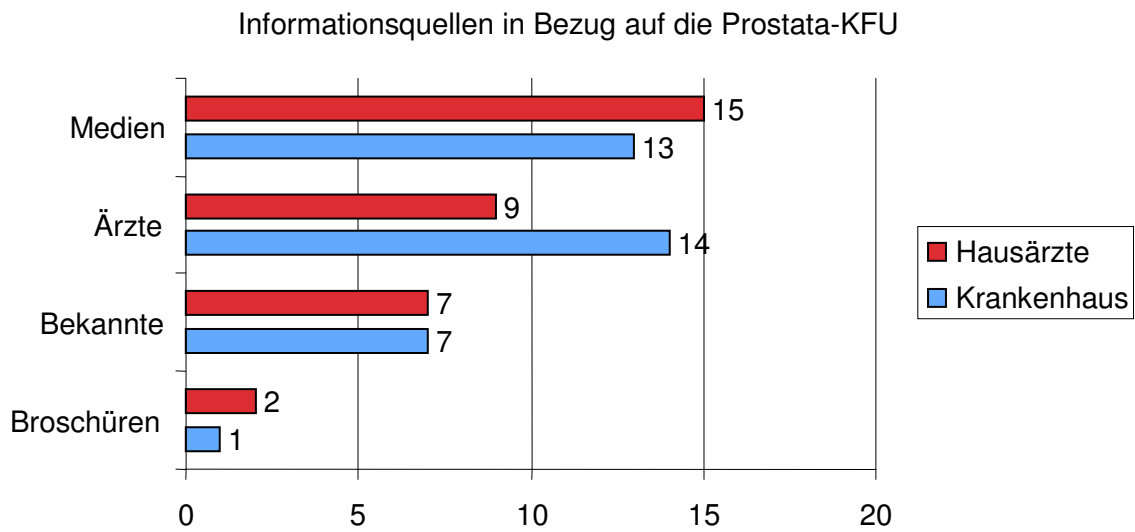


Abbildung 26: erinnerte Informationsquellen hinsichtlich der KFU

Gefragt nach einer ärztlichen Empfehlung hinsichtlich der KFU, bejahten 50 % und 59 %; unter den restlichen waren allerdings auch Probanden, die eine länger zurückliegende Arzttempfehlung nicht verneinen wollten, sich aber nicht daran erinnern konnten.

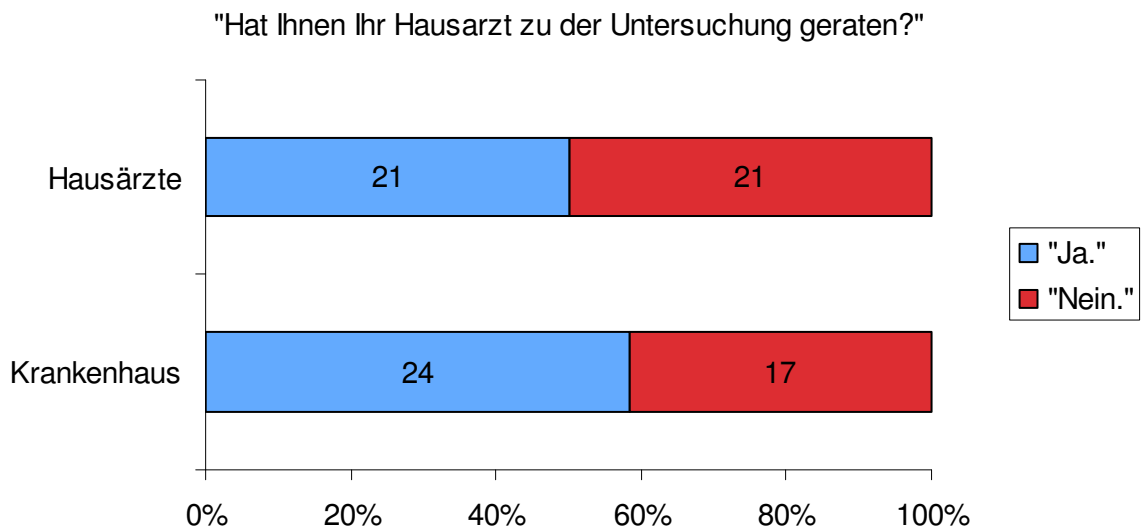


Abbildung 27: erinnerte Empfehlung des Hausarztes zur KFU

7.3. Ergebnisse: Handlungs-Ergebnis-Erwartung

Das Vertrauen in die Aussagekraft der Untersuchung schließlich wurde von 64 % und sogar 93 % der Probanden als hoch angegeben: „Doch, da habe ich Vertrauen in die Medizin. Da dürfte die Fehlerquote eigentlich nicht so hoch sein.“ Dabei wurde die Aussagekraft von den Beteiligten zumeist im Sinne der Sensitivität verstanden; eine mögliche Differenzierung zur Spezifität wurde nur vereinzelt geäußert.

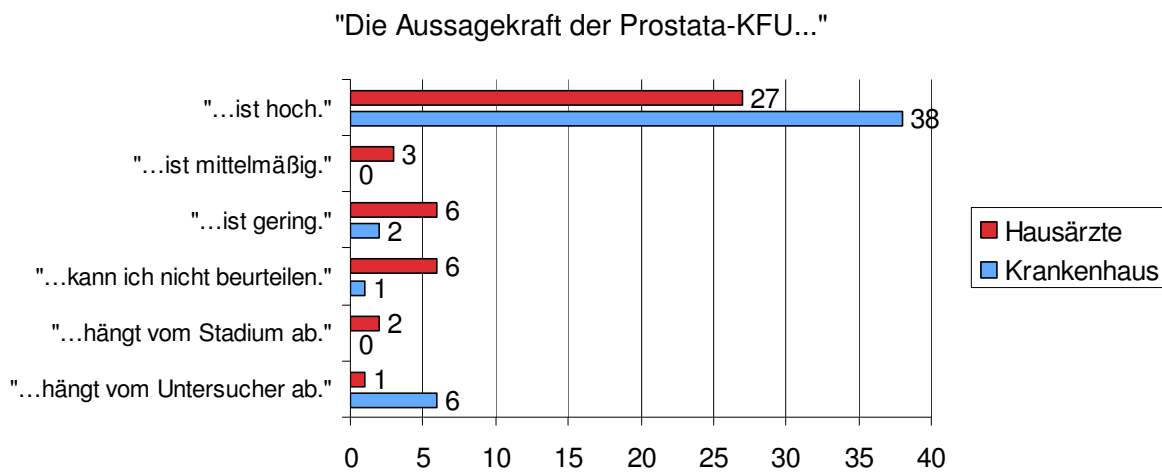


Abbildung 28: Vertrauen in die KFU

Zu dem Thema der spezifischen Barrieren zur KFU-Teilnahme wurde zunächst allgemein erfragt, inwiefern sich die Probanden Gründe vorstellen könnten, die Männer hindern könnten, regelmäßig an der KFU teilzunehmen und dann, inwieweit diese Gründe auch auf sie persönlich zutreffen könnten.

Nach den offenen Fragen folgten dann solche nach Barrieren, die gemäß der Literatur oder den psychologischen Konstrukten erwartet wurden.

Dabei wurden die Barrieren in internale, gleichsam emotional-kognitive, und externa-le, also organisatorische oder strukturelle Barrieren eingeteilt, wobei die externalen insgesamt deutlich seltener genannt wurden.

Innerhalb der internalen Barrieren war am häufigsten – von 76 % und 78 % – zu hören, dass die Probanden sich einer KFU unterziehen würden, wenn sie Schmerzen oder andere Beschwerden hätten oder Veränderungen an sich entdecken würden: „Na, wenn ´was wehtut, würde ich hingehen.“ Dies stützt wiederum die bei 7.2. er-

7.3. Ergebnisse: Handlungs-Ergebnis-Erwartung

wähnte Annahme, dass der Begriff der Vorsorge und die Zielstellungen eines solchen Konstruktes kaum angenommen sind.

19 % und 34 % räumten ein, dass die potentielle Konfrontation mit einem positiven Befund sie von einer KFU abhalten könnte – „...am Ende hat man das dann doch!“ 10 % und 17 % äußerten, dass sie sich auch während des Gespräches nicht mit der Möglichkeit einer solchen Erkrankung auseinandersetzen wollten.

17 % beziehungsweise 32 % fanden, dass sie sich schon wegen ihrer anderen Krankheiten so häufig bei Ärzten aufhielten, sodass sie keine Zeit und/oder Lust zu noch häufigeren Arztbesuchen hätten oder auch einfach nicht mehr an noch zusätzliche Untersuchungen im Sinne der Vorsorge dächten.

14 % respektive 29 % vermuteten auch, dass der Krebs schon längst entdeckt worden wäre: „...der nimmt mir doch immer so viel Blut ab...“. Hierbei spielt die Annahme eine Rolle, dass, wenn man den Krebs schon mit einer „Blutuntersuchung“ entdecken könnte, diese doch wahrscheinlich „...gleich mit gemacht...“ werden würde.

17 % und 15 % meinten, dass sie allgemein nur sehr ungern einen Arzt aufsuchten und daher jeder weiteren Arztkonsultation aus dem Wege gingen.

Für mich unerwartet wenige – 12 % und 24 % – äußerten auch auf Nachfrage, dass die Verletzung ihrer Intimsphäre durch die DRU sie negativ im Hinblick auf eine KFU-Teilnahme beeinflusse.

7.3. Ergebnisse: Handlungs-Ergebnis-Erwartung

"Was könnte Sie an einer regelmäßigen KFU-Teilnahme hindern?"

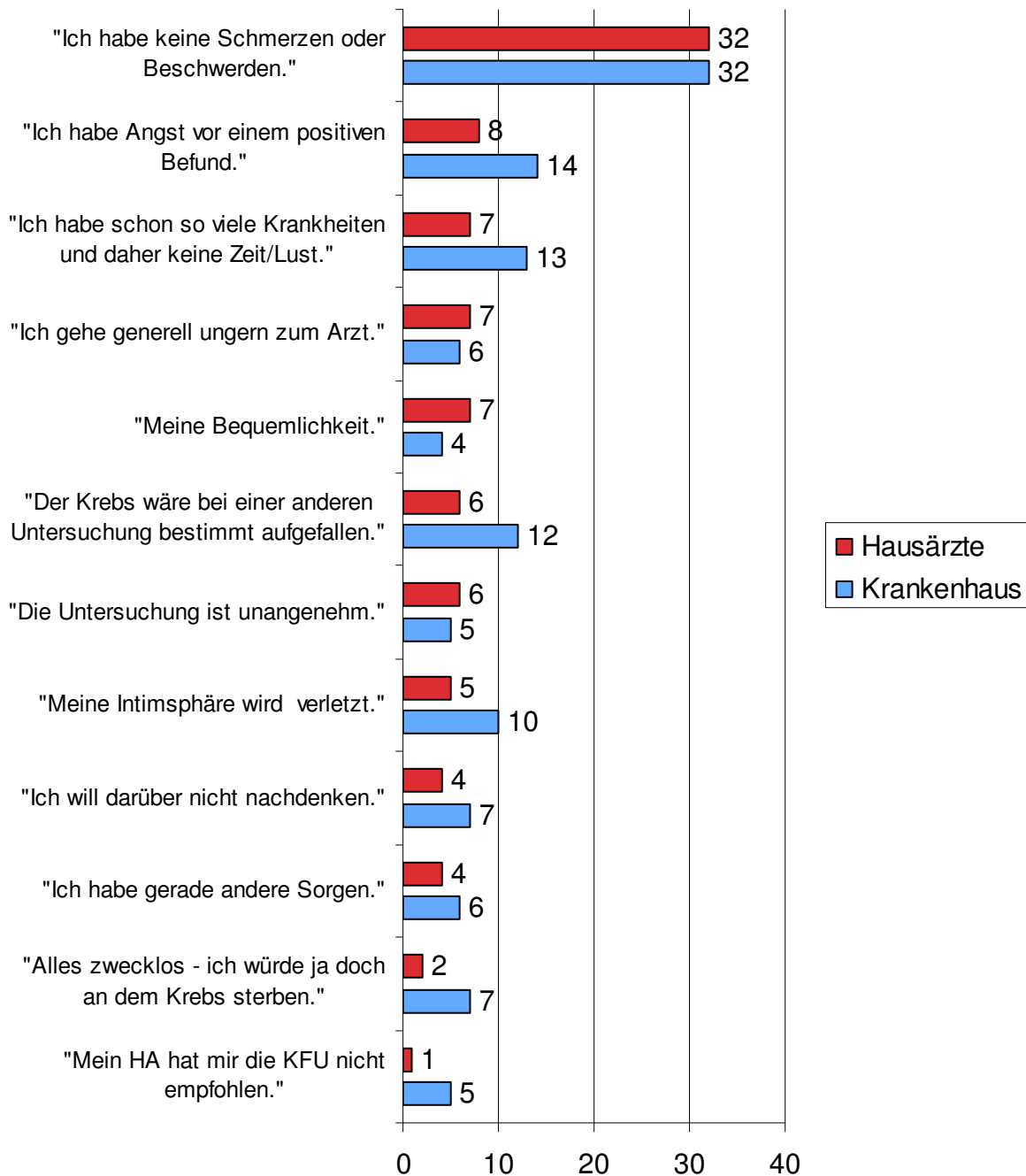


Abbildung 29: geäußerte internale Barrieren der Inanspruchnahme

Unter den weit seltener angegebenen externalen Barrieren waren mit 26 % und 22 % die durch den PSA-Test zusätzlich entstehenden Kosten die häufigsten; mit 19 % und 22 % folgten lange Wartezeiten. Zeitmangel allgemein, der notwendige Urlaub oder die Organisation von Terminen und Überweisungen wurden deutlich seltener genannt.

7.3. Ergebnisse: Handlungs-Ergebnis-Erwartung

"Was könnte Sie an einer regelmäßigen KFU-Teilnahme hindern?" -

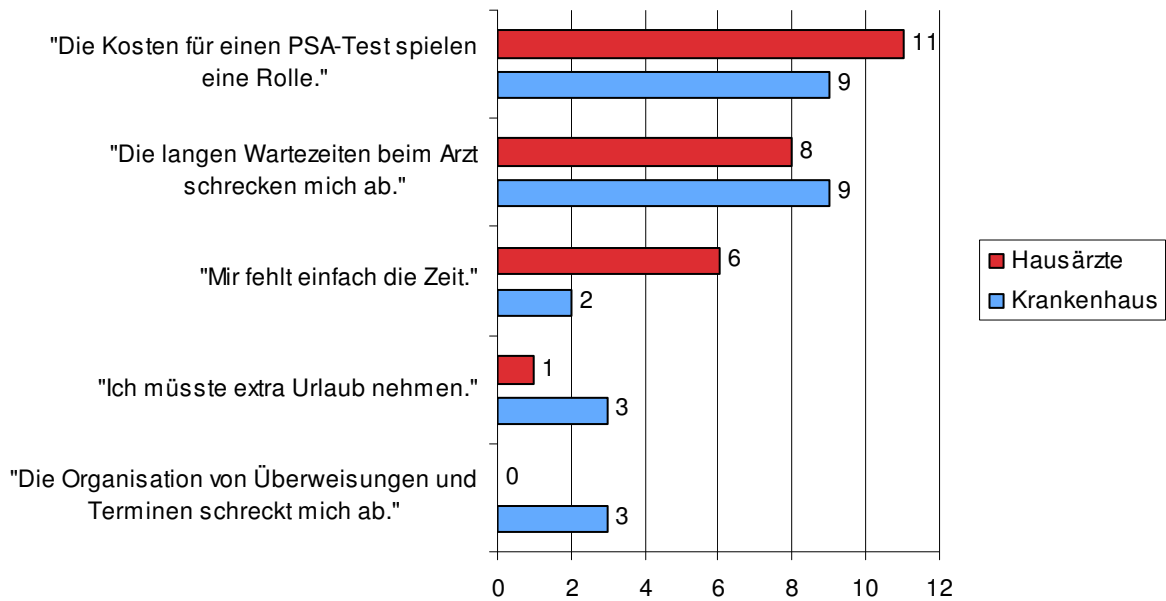


Abbildung 30: geäußerte externale Barrieren der Inanspruchnahme

Gefragt nach möglichen Motivationen zur KFU-Teilnahme, die sich die Probanden vorstellen könnten, antworteten 48 % der HA-Stichprobe und 39 % der KH-Stichprobe beispielhaft: „Dann wäre ich beruhigt.“

Für 45 % und 51 % wäre die durch die frühere Diagnose bessere Prognose eine wichtige Motivation: „...dass man bessere Chancen hat.“

"Was könnten Gründe für Sie sein, an der KFU teilzunehmen?"

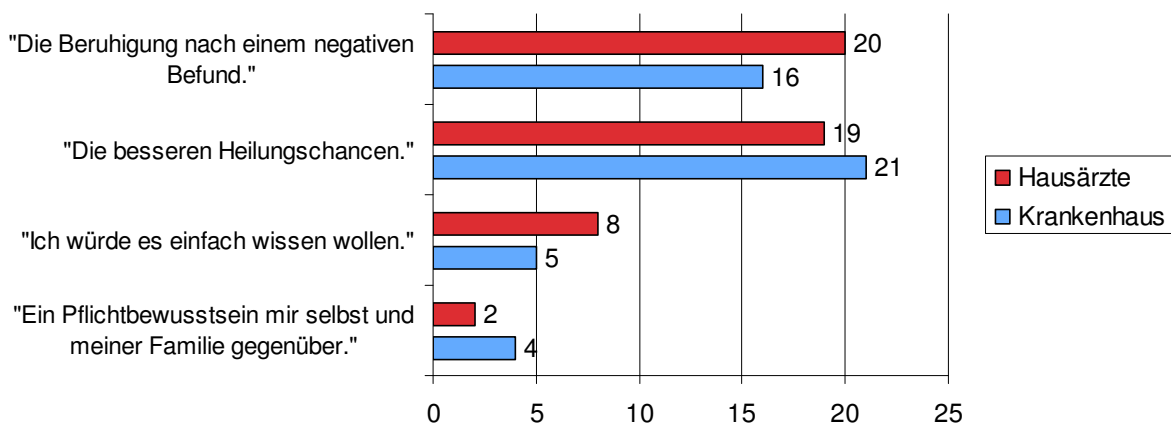


Abbildung 31: Mögliche Motivationen zur Inanspruchnahme

7.4. Ergebnisse: Selbstwirksamkeitserwartung

7.4. Selbstwirksamkeitserwartung

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung wurde mittels Fragen nach der grundsätzlichen Überzeugung erfasst, Probleme bewältigen zu können und Krisen zu meistern; zur Validierung kam hier das Instrument aus dem Fragebogen hinzu. Außerdem wurde versucht, eine bereichsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung abzugrenzen, sowohl allgemein als auch speziell im Hinblick auf den „Bereich“ Gesundheitsverhalten.

7.4.1. Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

Diese wurde in drei Gruppen als „hoch“, „mittelmäßig“ und „gering“ kategorisiert. So ließen sich bei 90 % der bei den Hausärzten gewonnenen Probanden und 78 % der Probanden aus der Klinik eine hohe, bei 10 % und 20 % eine mittlere und bei keinem Fall beziehungsweise 2 % eine geringe allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung feststellen.

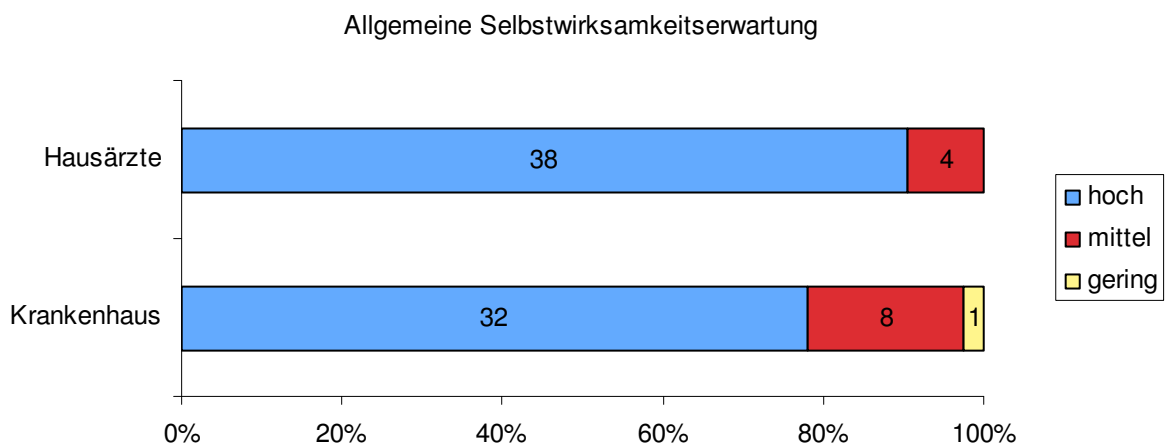


Abbildung 32: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

Der Mittelwert des erhobenen Selbstwirksamkeitsscores beträgt unter den Probanden, die bei den Hausärzten gewonnen wurden, 31,98 und die Standardabweichung 4,50; in der Stichprobe aus der Klinik beträgt der Mittelwert 32,20 und die Standard-

7.4. Ergebnisse: Selbstwirksamkeitserwartung

abweichung 5,19. Insgesamt war eine Schwankung zwischen 21 und 40 Punkten zu verzeichnen.

Mittelwert und Standardabweichung anderer Populationen liegen etwa bei 29 und 4 Punkten.

7.4.2. Bereichsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung

Die von den Probanden kommunizierte bereichsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung nach verschiedenen Lebensbereichen zu kategorisieren, erschien bei Sichtung der Ergebnisse wenig sinnvoll und auch kaum objektivierbar, sodass lediglich die Anzahl der Bereiche, in denen die jeweilige Selbstwirksamkeitserwartung besonders hoch und derjenigen, in denen sie besonders gering ausgeprägt war, gezählt wurden und auf Abweichungen von der allgemeinen oder speziell in Bezug auf Gesundheit und KFU-Inanspruchnahme bereichsspezifischen Selbstwirksamkeit geachtet wurde; solche Abweichungen waren aber nicht festzustellen.

Hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens allgemein ließ sich bei 81 % und 73 % eine hohe, bei 17 % in beiden Gruppen eine mittlere und bei 2 % beziehungsweise 10 % eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung feststellen.

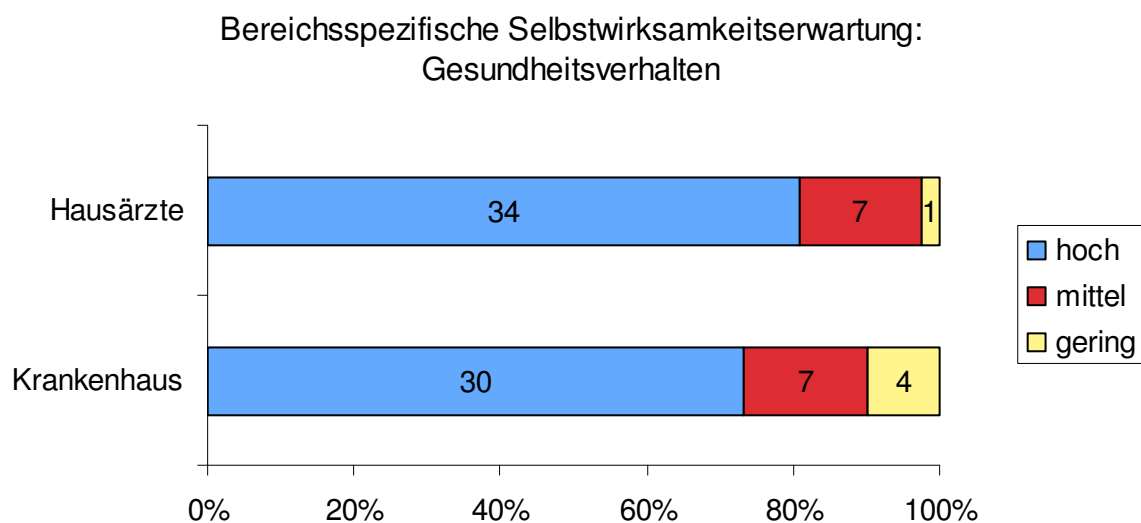


Abbildung 33: Bereichsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf das persönliche Gesundheitsverhalten

7.4. Ergebnisse: Selbstwirksamkeitserwartung

Auf die Frage, inwieweit sich die Probanden vorstellen könnten, eine Prostata-KFU auch regelmäßig durchführen zu lassen, antworteten 33 % und 27 % sinngemäß mit „nie“, 31 % und 27 % mit „bestimmt“ und 29 % respektive 44 % mit „vielleicht“.

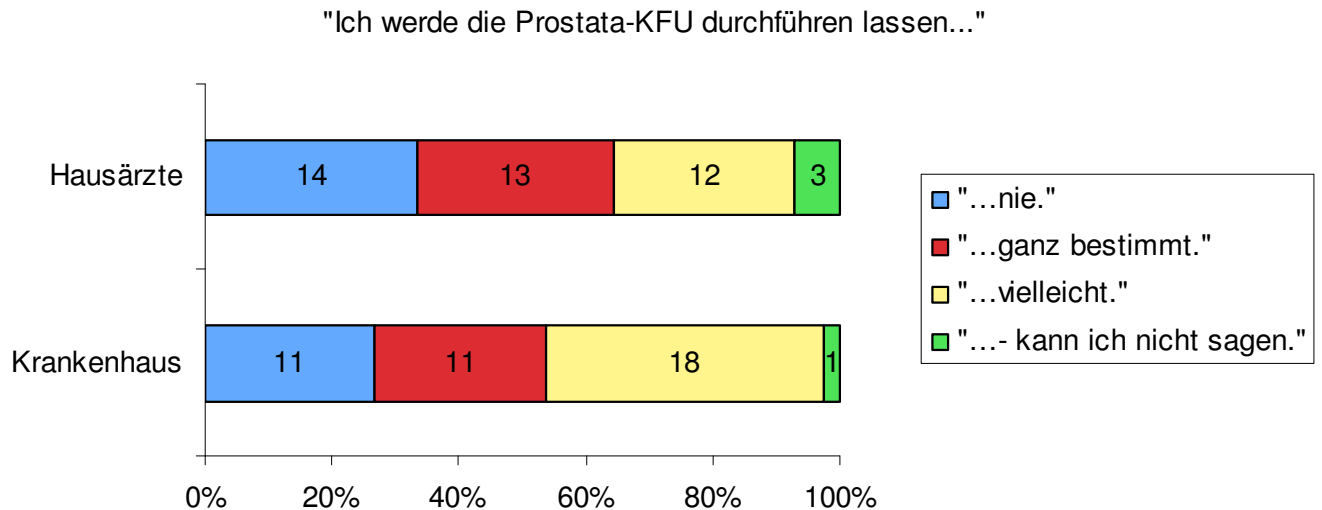


Abbildung 34: Haltung zur künftigen KFU-Inanspruchnahme

Außerdem ließ sich bei einigen der Probanden im Rahmen der Kategorisierung zusätzlich die bereichsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung gesondert im Hinblick auf die regelmäßige Teilnahme an der Prostata-KFU erfassen; so hatten 71 % und 49 % der Probanden dahingehend eine hohe und 12 % respektive 7 % eine mäßige Selbstwirksamkeitserwartung – bei den übrigen Probanden ließen sich die Daten nicht objektiv erfassen, jedoch ist davon auszugehen, dass die spezifische Selbstwirksamkeitserwartung auch hier meist hoch war.

26 % und 24 % der Probanden äußerten am Ende des Gespräches, dass ihre Motivation hinsichtlich der Inanspruchnahme der KFU allein durch das Interview erhöht worden wäre, die übrigen verneinten dies.

7.5. Zusammenfassung

Zu den allgemeinen Erkenntnissen der durch die Interviews gewonnenen Daten gehört zunächst, dass eine verbreitete Begrifflichkeit der Vorsorge absolut nicht vorausgesetzt werden kann: Sehr vielen Probanden galt es als gute Gesundheitsvorsorge, „rechtzeitig“ ihren Arzt aufzusuchen – nämlich dann, wenn sie Schmerzen oder andere Beschwerden wahrnahmen.

Dies gilt auch für den Begriff einer „Prostata-KFU“ im Speziellen: Viele Patienten gaben an, dass sie, wenn sie Schmerzen oder Miktionsprobleme hätten, sicherlich an einer solchen Untersuchung teilnehmen würden – welche dann aber nicht mehr dem Ziel einer *Vorsorge* entsprechen würde.

Hierzu passen auch die folgenden Daten aus dem Bereich der Risikowahrnehmung.

7.5.1. Risikowahrnehmung

Denn für die meisten Probanden wären Schmerzen und andere Symptome die stärksten Motivatoren zur KFU, weil sie erst dann an eine Erkrankung dächten; nur die wenigsten konnten sich vorstellen, dass ein Prostatakarzinom auch lange symptomlos bleiben könnte.

Im Bereich der Risikowahrnehmung lassen sich auch weitere hemmende Einflüsse auf die Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchung ausmachen: Zwar schätzten fast alle, dass das allgemeine Risiko für die Erkrankung hoch sei – und erkannten auch völlig richtig den Zusammenhang zwischen höherem Alter und höherer Prävalenz – , doch wiesen sich sehr viele Probanden persönlich ein erheblich geringeres Risiko als ihren Altersgenossen zu, ohne dies zu bemerken.

Auf eine veränderte Risikowahrnehmung oder zumindest ihre Kommunikation während eines Krankenhausaufenthaltes könnte hinweisen, dass in der Gruppe der Probanden aus der Klinik bei dem „allgemeinen Thema Prostatakarzinom“ deutlich seltener spontan die drohende Letalität angesprochen wurde; bei dem „persönlichen Thema Prostatakarzinom“ hingegen wurde der Krankheit – zumindest potentiell – öfter eine gewisse Bedrohlichkeit zugesprochen, zugleich aber häufiger ein persönli-

7.5. Ergebnisse: Zusammenfassung

ches Risiko völlig verneint oder auch geäußert, es sei dem jeweiligen Probanden egal, ob er ein Karzinom habe; außerdem wollte oder konnte fast die dreifache Menge der Probanden ihr persönliches Risiko nicht einschätzen.

Auch sprachen die Probanden aus den Hausarztpraxen häufiger offen an, dass eine gewisse Vermeidungshaltung sie hindere, sich in Form einer KFU mit dem Thema Prostatakrebs zu konfrontieren.

7.5.2. Handlungs-Ergebnis-Erwartung

Interessant ist, dass es keinesfalls am Wissen um die Existenz der Untersuchungen mangelt; es gab keinen Probanden, der nicht schon von einer Prostata-KFU zumindest gehört hatte.

Auch das Vertrauen sowohl in die KFU als auch in die Möglichkeiten der Behandlung sind sehr hoch; ebenso scheint das Wissen weit verbreitet, dass eine möglichst frühe Entdeckung des Karzinoms eine deutlich bessere Prognose erlaubt – beides gilt scheinbar für die Gruppe aus der Klinik in höherem Maße.

Dass das mangelnde Wissen dennoch eine wesentliche Rolle spielen könnte, zeigt, dass 32 % der Probanden aus der Klinik und sogar 43 % aus den Hausarztpraxen sich zum Ablauf der KFU überhaupt nicht äußern konnten – außerdem konnten sich 50 % der HA-Gruppe und 43 % der KH-Gruppe nicht an eine Empfehlung der KFU ihres Arztes erinnern.

Bei den direkt erfragten – zunächst internalen – Barrieren äußerten die Probanden der KH-Gruppe insgesamt deutlich mehr von diesen; bei beiden Gruppen standen hier wiederum die fehlenden Symptome der Krankheit deutlich im Vordergrund. Die Vermeidung des Themas „Krebs“ und eines möglichen Befundes spielten ebenfalls eine Rolle; des Weiteren die mangelnde Bereitschaft, mehr Zeit bei Ärzten zu verbringen – insbesondere, wenn der jeweilige Proband ohnehin viel Zeit für seine übrigen Krankheiten aufwendete.

So waren auch bei den gefundenen externalen Barrieren nach den zusätzlichen Kosten für den PSA-Test die langen Wartezeiten bei Haus- und Fachärzten die häufigsten.

8. Diskussion

7.5.3. Selbstwirksamkeitserwartung

Barrieren hinsichtlich der Inanspruchnahme einer Prostata-KFU innerhalb dieses Konstruktes ließen sich nahezu ausschließen, da sowohl die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung wie auch die bereichsspezifische hinsichtlich einer Inanspruchnahme meist hoch war; dies bestätigt auch die innerhalb des Fragebogens verwendete Skala zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung.

Das Vorhandensein konkret definierter Ziele sowie Planungen zur Erreichung solcher Ziele ließen sich nur in der Hinsicht nachweisen, entweder „eventuell“ oder „mit großer Sicherheit“ eine KFU durchführen zu lassen – als Plan zur Erreichung dieses Ziel wurde fast immer geäußert, dass die Rücksprache mit dem jeweiligen Hausarzt der erste Schritt sein müsse.

8. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, Barrieren aufzuzeigen und Einstellungen oder Haltungen zu beschreiben, die Männer hindern könnten, die angebotenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Prostatakrebs zu nutzen, um eventuell Grundlagen für mögliche Interventionen zur Erhöhung der Teilnahmeraten zu ermöglichen.

Dazu nahmen 83 Männer in einem Krankenhaus und bei zwei Hausärzten an einem Interview teil und füllten einen Fragebogen aus.

Anschließend wurden die Aussagen nach inhaltlichen Kernaussagen kategorisiert und ausgewertet.

Aufgrund des Mangels an Arbeiten, die sich mit Krebsvorsorgeuntersuchungen von Männern oder speziell der Prostata-KFU und ihren Barrieren beschäftigen, lassen sich die Ergebnisse zunächst nur mit einer Arbeit aus Lüneburg [75] vergleichen, die mittels Fragebögen, die das transtheoretische Modell integrieren, Beiträge lieferte. Allerdings ist zu beachten, dass dabei eine Stichprobe vorlag, die auch Probanden mit einbezog, die eine KFU bereits regelmäßig nutzten und somit der Vergleich von

8. Diskussion

anteiligen Angaben zwischen dieser und jener Arbeit differenziert zu betrachten ist – eine Betrachtung der Größenordnungen ist aber möglicherweise berechtigt.

Ein Grund, warum sich dennoch viele Ergebnisse ähneln, könnte sein, dass der Faktor der „sozialen Erwünschtheit“ sich in einem Interview stärker niederschlägt als bei dem Ausfüllen eines Fragebogens.

Es fällt zunächst auf, dass der dort gefundene Anteil der Männer, die der Durchführung auch einer regelmäßigen KFU eher positiv gegenüberstehen, mit 35 % in etwa dem Anteil der bei dieser Arbeit gefundenen Männer entspricht, die die KFU „bestimmt“ oder zumindest „vielleicht“ durchführen wollen, nämlich 30 % in der HA-Gruppe und 35 % in der KH-Gruppe.

Betrachtet man die Bedeutung der einzelnen Barrieren im Vergleich, konnten übereinstimmende Werte für die Bedrohung eines potentiell positiven Befundes mit 26 % in der genannten Arbeit und bei 27 % der Probanden dieser Arbeit gefunden werden. Bezieht man auch den Aspekt der verletzten Intimsphäre in die Barriere der „unangenehmen Untersuchung“ mit ein, äußerten dies in dieser Arbeit über beide Stichproben hinweg etwa 31 % (26 % in den Hausarztpraxen und 37 % in der Klinik), bei Hartwig et Haller 30 % [75].

Eine größere Diskrepanz allerdings zeigt sich in Bezug auf die dort am häufigsten gefundene Hürde der zusätzlich nötigen „Termine und Wartezeiten“ in 46 %, welche damit klar die wichtigste war; im Laufe dieser Arbeit konnte sie hingegen nur bei etwa 24 % gefunden werden. Mögliche Ursachen könnten das vielleicht geringere Durchschnittsalter in [75] sein sowie die differierende Struktur der Probandenauswahl, denn „auch regelmäßige Teilnehmer betrachten diese Hürde noch zu 44 % als potenzielles Erschwernis einer Teilnahme“.

Dass „man von niemandem besonders auf die Krebsvorsorge hingewiesen“ [75] wird, äußerten die Probanden dieser Untersuchung zwar nicht bei der Frage nach Hindernissen in Bezug auf die KFU-Insanspruchnahme; aber immerhin konnten sich 46 % nicht an eine Empfehlung ihres Arztes erinnern; es war auch auffällig, dass mehr Probanden ihre Informationen hinsichtlich der KFU aus den Medien bezogen als von ihrem Hausarzt.

8. Diskussion

Die außerdem registrierte Barriere der „Unwissenheit“ wurde im Rahmen dieser Untersuchung zum Beispiel gestützt durch die Tatsache, dass rund 37 % sich unter der Prostata-KFU gar nichts vorstellen konnten und etwa 22 % davon ausgehen, dass ihr Hausarzt bestimmt die zur Verfügung stehende „Blutuntersuchung“ – den PSA-Test – bei den Routinekontrollen bereits durchführt.

Neue Erkenntnisse konnten im Rahmen dieser Arbeit hinsichtlich der Perzeption eines „Vorsorgebegriffes“ und den Spezifitäten der vorliegenden Risikowahrnehmung gewonnen werden; innerhalb dieses Bereiches liegen zweifelsohne erhebliche Barrieren verborgen. Dabei scheint die Risikowahrnehmung- und Bewertung oder zumindest deren Kommunikation sich während eines Krankenhausaufenthaltes durchaus – im Sinne einer defensiveren Haltung – von der üblichen zu unterscheiden

Auch scheint die Kommunikation seitens der Hausärzte hinsichtlich der KFU noch zu verbessern; aufgrund des hohen grundsätzlichen Vertrauens der Probanden in die Untersuchung, verbunden mit einer gewissen Verunsicherung durch das mangelnde Wissen über Ablauf und Funktionsweise der KFU, wären hier Interventionen vielleicht von Nutzen und bei entsprechender Motivation der Ärzte auch umzusetzen; allein durch das Interview, das zu keinem Zeitpunkt interventionell war, beschrieb immerhin ein Viertel der Probanden ihre Motivation hinsichtlich der KFU als verstärkt.

Zusätzlich stellten sich erste Hinweise hinsichtlich der möglichen Motivationsstruktur in Bezug auf die KFU allgemein dar, die als Basis für die Entwicklung effizienter Interventionsstrategien dienen könnten.

Nahezu ausgeschlossen werden konnte beispielsweise eine mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung als Hürde vor der Vorsorgeuntersuchung; auch das Unwissen um ihre Existenz allein oder wohin man sich wenden müsse, um sie in Anspruch zu nehmen, scheint kaum eine Rolle zu spielen.

Ob diese Erkenntnisse spezifisch für „Nicht-Teilnehmer“ an der KFU sind oder allgemein verbreitet, ob sie sich bei größeren Probandenzahlen bestätigen und auch auf eine für die durchschnittliche Bevölkerung repräsentative Gruppe anwendbar sind, müssten weitere Arbeiten erweisen – beispielsweise wurden auch Männer, die einfach weniger Kontakt mit dem Gesundheitssystem insgesamt haben, in dieser Arbeit überhaupt nicht erfasst und wären womöglich für greifende Interventionsmaßnahmen

8. Diskussion

von besonderer Bedeutung. Bezüglich der Vergleichbarkeit der beiden untersuchten Probandengruppen sind Zweifel nicht ganz auszuräumen, da eine in Schwerin, eine in Greifswald erhoben wurde. Daher müssten auch potentielle Unterschiede zwischen der Einstellung zur „KFU im Krankenhaus“ beziehungsweise „im Alltag“ oder beim Hausarzt zweifelsohne an größeren Probandengruppen, die natürlich möglichst einer die relevante Bevölkerung repräsentierenden Stichprobe entsprechen müssten, überprüft werden. In diesem Zusammenhang würde sich vielleicht auch eher die Herausarbeitung einer potentiellen Unterscheidung und differenzierteren Beschreibung von möglichen „Nicht-Teilnehmer-Typen“, die eine Inanspruchnahme generell ablehnen gegenüber „Teilnehmer-Typen“, die einer Teilnahme grundsätzlich positiv gegenüberstehen, anbieten; eine solche Unterscheidung und Betrachtung vielleicht sich unterscheidender Barrieren ließe sich durchaus vorstellen, aber stellte sich angesichts der Probandenzahl innerhalb dieser Arbeit nur als bedingt sinnvoll dar. Insgesamt würde wohl eine vor den durchgeführten Interviews vorhandene Kategorisierung auch Objektivität und Rationalität der Datenerhebung noch deutlich erhöhen können – mangels geeigneter Daten und daher auch, um eine möglichst große Bandbreite von Erkenntnissen gewinnen zu können, wurde hier die Kategorisierung, wie beschrieben, nach Durchführung der Interviews vorgenommen.

Dabei könnte insbesondere die Entwicklung von geeigneten Fragebögen sinnvoll sein, die den Einfluss der „sozialen Erwünschtheit“ verringern oder andere Verzerrungen des Antwortverhaltens der Teilnehmer, die durch die Komponente einer Beziehung zwischen Interviewer und Interviewtem entstehen, mindern können; auch die Bewertung für die Kategorisierung der Antworten könnte so noch objektiviert werden.

Um solches angehen zu können, könnte diese Arbeit aber zumindest hilfreich sein und vielleicht als Grundlage dienen, um Hinweise darauf zu finden, wie die Teilnehmeraten an der angebotenen Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Prostata und womöglich auch an anderen Vorsorgeuntersuchungen bei Männern erhöht werden könnten, sodass Prostatakarzinome zunehmend früher erkannt werden und rechtzeitig behandelt werden können, um die Chancen auf eine Heilung deutlich zu erhöhen.

9. Literaturverzeichnis

- [1] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 36, Prostataerkrankungen, Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000. V. Rohde, A. Katalinic, J. Wasem, P. Aidelsburger (2007, Hrsg. Robert-Koch-Institut, Berlin)
- [2] Jahrbuch 2006, Bundesamt für Statistik (2006, Hrsg. Bundesamt für Statistik, Wiesbaden)
- [3] Krebs in Deutschland. W. U. Batzler, K. Giersiepen, S. Hentschel, G. Husmann, P. Kaatsch, A. Katalinic, J. Kieschke, K. Kraywinkel, M. Meyer, R. Stabenow, C. Stegmaier, J. Bertz, J. Haberland, U. Wolf (2008, Hrsg. Robert-Koch-Institut, Berlin, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., Lübeck.)
- [4] Prostatakarzinom-Screening. P. Hammerer, H. Augustin, J. Palisaar, J. Noldus, M. Graefen, H. Huland (2002, Der Onkologe, 8: 1072-79)
- [5] Prostate cancer: natural history and surgical treatment of localised disease. Fritz H. Schröder (2001, European Journal of Cancer, 37 Suppl 7: 127-36)
- [6] Prostate cancer treatment and quality of life. D. Prezioso, R. Galasso, M. Di-Martino, G. Iappicca. (2007, Recent results in cancer research, 175: 251-65)
- [7] Beschluss des Bundesrates vom 14.3.2003, Drucksache 913/02. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH
- [8] Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“). Bundesanzeiger Nr. 45 (S.4213, 5.3.2003)
- [9] Chancen und Risiken der Vorsorge bei älteren Menschen bezogen auf die großen Drei: Mammakarzinom, Prostatakarzinom und kolorektale Karzinome. G. F. Kolb. (2006, Zentralblatt Gynäkologie, 128: 123-28)
- [10] Prostate cancer screening. P. Tenke, J. Horti, P. Balint, B. Kovacs. (2007, Recent results in cancer research, 175: 65-81)
- [11] Gesetzliche Krankenversicherung. Abrechnungs- und Leistungsfälle ambulanter Behandlung 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
- [12] Barriers to Planning and Conducting a Screening: Prostate. G. J. Jr. McDougall, M. L. Adams, W.F. Voelmeck. (2004, Geriatric nursing: American journal of care for the aging, 25(6): 336-340)
- [13] Barriers to Prostate Cancer Screening. S. P. Weinrich, W. A. Jr. Reynolds, M. S. Tingen, C. R. Starr. (2000, Cancer nursing: an international journal for cancer care, 23(2): 117-21)
- [14] Factors influencing behavioral intention regarding prostate cancer screening among older African-American men. M. E. Ford, S. W. Vernon, S. L. Havstad, S. A.

9. Literaturverzeichnis

Thomas, S. D. Davis. (2006, Journal of the National Medical Association, 98(4): 505-14)

[15] Soziodemographische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. S. Scheffer, S. Dauven, M. Sieverding (2006, Das Gesundheitswesen, 68: 139-46)

[16] Achtung! Die männliche Rolle gefährdet Ihre Gesundheit! M. Sieverding (2004, Psychomed, 16: 25-30)

[17] Hauptsache, das Auto ist gesund! Zu wenig Männer nutzen Potenzial der Früherkennung. Prof. Dr. Monika Sieverding (12.8.2004, Informationsdienst Wissenschaft)

[18] Colorectal cancer screening participation: comparisons with mammography and prostate-specific antigen screening. S. Lemon, J. Zapka, E. Puleo, R. Luckmann, L. Chasan-Taber. (2001, American Journal of Public Health, 81(8): 1264)

[19] Preoperative PSA Velocity and the Risk of Death from Prostate Cancer after Radical Prostatectomy. A. V. D'Amico, M. H. Chen, K. A. Roehl, W. J. Catalona. (2004, The New England Journal of Medicine, 351(2): 125-35)

[20] Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister (2006, Saarbrücken)

[21] Selektionskriterien zum abwartenden Management des lokalisierten Prostatakarzinoms. M. Graefen, G. Salomon, E. Currelin, C. Eichelberg, T. Schlomm, H. Huland. (2005, Der Urologe, 44(11): 1277-68)

[22] Prostate Cancer among African-American males: Understanding the current issues. R. A. Jones, J. Wenzel. (2005, Journal of National Black Nurses' Association, 16(1): 55-62)

[23] Epidemiology and Pathophysiology of Prostate Cancer in African-American Men. I. J. Powell (2007, The Journal of Urology, 177(2): 444-449)

[24] Racial differences in androgen receptor protein expression in men with clinically localised prostate cancer. K. E. Gaston, D. Kim, S. Singh, O. H. Ford, J. L K. Mohler. (2003, The Journal of Urology, 170(3): 990-3)

[25] Family history and prostate cancer risk in black, white and asian men in the United States and Canada. A.S. Whittemore, A. H. Wu, L. N. Kolonel, E. M. John, R. P. Gallagher, G. R. Howe, D. W. West, C. Z. Teh, T. Samey. (1995, American Journal of Epidemiology, 141(8): 732-40)

[26] A prospective study of Dietary Fat and Risk of Prostate Cancer. E. Giovannucci, E. B. Rimm, G. A. Colditz, M. J. Stampfer, A. Ascherio, C. C. Chute, W. C. Willet. (1993, Journal of the National Cancer Institute, 85(19): 1571-9)

[27] Obesity and the Risk of Prostate Cancer. M. P. Porter et J. L. Stanford (2005, The Prostate, 62: 316-21)

9. Literaturverzeichnis

- [28] Associations of Energy, Fat, Calcium and Vitamin D with Prostate Cancer Risk. A. R. Kristal, J. H. Cohen, P. Qu, J. L. Stanford. (2002, Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention, 11:719-25)
- [29] Prostate cancer risk and diet, recreational physical activity and cigarette smoking. G. A. Darlington, N. Kreiger, N. Lightfoot, J. Purdham, A. Sass-Kortsak. (2007, Chronic Diseases in Canada, 27(4).
- [30] Cadmium and prostate cancer: a critical epidemiologic analysis. A. E. Sahmoun, L. D. Case, S. A. Jackson, G. G. Schwartz. (2005, Cancer investigation 23(3): 256-63)
- [31] Cigarette smoking and risk of prostate cancer in middle-aged men. L. A. Plaskon, D. F. Penson, T. L. Vaughan, J. L. Stanford (2003, Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention 12(7): 604-9)
- [32] A prospective study of plasma vitamin D metabolites, vitamin D receptor polymorphisms and prostate cancer. H. Li, M. J. Stampfer, B. W. Hollis, L. A. Mucci, J. M. Gaziano, D. Hunter, D. L. Giovannucci, J. Ma. (2007, PLOS Medicine, 4(3): 562-71)
- [33] Prostate-specific symptoms of prostate cancer in a German general population. B. Bestmann, C. Loetters, T. Diemer, W. Weidner, T. Kuchler, V. Rohde. (2007, Prostate Cancer and Prostatic Diseases, 10: 52-59)
- [34] Evaluation of the Digital Rectal Examination as a Screening Test for Prostate Cancer. Rotterdam section of the European Randomized Study of Screening for Prostate. F. H. Schröder, P. Maas, P. Beemsterboer, A. B. Kruger, R. Hoedemaeker, J. Rietbergen, R. Kranse. (1998, Journal of the National Cancer Institute, 90(23): 1817-35)
- [35] Einfluss von Präanalytik und Analytik auf die Aussagekraft des prostataspezifischen Antigens. P. Fornara, K. Fischer, H.-J. Luboldt, C. Doehn, A. Semjonow. (2004, Deutsches Ärzteblatt, 101(25): 1820-3)
- [36] Short-term stability of the molecular forms of prostate-specific antigen and effect on percent complexed prostate-specific antigen and percent free prostate-specific antigen. L. J. Sokoll, D. J. Bruzek, R. Dua, W. Dunn, P. Mohr, G. Wallerson, M Eiserberger, A. W. Partin, D. W. Chan. (2002, Urology, 60(4A): 24-30)
- [37] Stellenwert der PSA-Bestimmung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms. P. Hammerer et M. Lein (2004, Deutsches Ärzteblatt, 101(26): 1892-4)
- [38] A Metaanalysis of the Performance Characteristics of the Free Prostatespecific Antigen Test. A. R. Localio, K. Armstrong, S. B. Malkowicz, J. S. Schwartz, The free PSA study group. (2006, Urology, 67(4): 762-8)
- [39] Complexed Prostate-specific Antigen, Complexed Prostate-specific Antigen Density of Total and Transition Zone, Complexed/Total Prostatespecific Antigen Ratio Free-to-All Prostatespecific Antigen Ratio, Density of Total and Transition Zone Prostate-Specific Antigen: Results of the Prospective Multicenter European Trial. B.

9. Literaturverzeichnis

- Djavan, M. Remzi, A. R. Zlotta, V. Ravery, P. Hammerer, A. Reissigl, P. Dobronski, A. Kaisary, M. Marberger. (2002, *Urology*, 60(4A): 4-9)
- [40] Prostate Cancer Detection in Men with a "Normal" Total Prostate-specific Antigen (PSA) Level Using Percentage Free Psa: A Prospective Screening Study. E. W. J. Rowe, M. E. Laniado, M. M. Walker, A. Patel. (2006, *British Journal of Urology*, 95: 1249-52)
- [41] Diagnostic significance of Digital Rectal Examination and Transrectal Ultrasonography in Men with Prostate-specific Antigen Levels of 4 ng or less. T. Yamamoto, K. Ito, M. Ohi, Y. Kubota, K. Suzuki, Y. Fukabori, K. Kurokawa, H. Yamanaka. (2001, *Urology*, 58(6): 994-8)
- [42] Predictors of Prostate Carinoma: Accuracy of Gray-Scale and Color Doppler US an Serum-Markers. E. Kuligowska, M. A. Barish, H. M. Fenlon, M. Blake. (2001, *Radiology*, 220(3): 757-64)
- [43] Proste-Specific Antigen, Digital Rectal Examination and Transrectal Ultrasonography: A Meta-Analysis for This Diagnostic Triad of Prostate Cancer in Symptomatic Korean Men. J. M. Song, C.-B. Kim, R. L. Kane. (2005, *Yonsei Medical Journal*, 46(3): 414-24)
- [44] Update on prostate biopsy technique. A. Ochiai et R. J. Babaian. (2004, *Current Opinion in Urology*, 14(3): 157-62)
- [45] Incidence and clinical significance of false-negative sextant prostate biopsies. F. Rabbani, N. Stroumbakis, B. Kava, M. Cookson, W. Fair. (1998, *The Journal of Urology*, 159(4): 1247-50)
- [46] Detection of Prostate Cancer: A Comparative Study of the Diagnostic Efficacy of Sextant Transrectal versus Sextant Transperineal Biopsy. A. N. Vis, M. O. Boerma, S. Ciatto, R. F. Hoedemaeker. (2000, *Urology*, 56(4): 618-21)
- [47] GEK-Broschüre: Prostatakrebs – Diagnose und Prognose. A. Böcking et W. Samsel. (2005)
- [48] Correlation of Gleason Scores Between Needle-Core Biopsy and Radical Prostatectomy Specimens in Patients with Prostate Cancer. T.-F. Hsieh, C.-H. Chang, W.-C. Chen, C.-L. Chou, C.-C. Chen, H-C. Wu. (2005, *Journal of the Chinese Medical Association*, 68(4): 167-71)
- [49] Patterns of Prostate Cancer Biopsy Grading: Trends and Clinical Implications. C. R. King. (2000, *International Journal of Cancer*, 90: 305-11)
- [50] High-Speed 3T MR Spectroscopic Imaging of Prostate With Flyback Echo-Planar Encoding. A. P. Chen, C. H. Cunningham, E. Ozturk-Isik, D. Xu, R. E. Hurd, D. A. C. Kelley, J. M. Pauly, J. Kurhanewicz, S. J. Nelson, D. B. Vigneron. (2007, *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 25: 1288-92)

9. Literaturverzeichnis

- [51] Fluorocholine PET/CT in Patients with Prostate Cancer: Initial Experience. D. T. Schmid, H. John, R. Zweifel, T. Cservenyak, G. Westera, G. W. Goerres, G. K. Schulthess, T. F. Hany. (2005, Radiology, 235: 623-8)
- [52] The Surgery of Prostate Cancer: An Update of Contemporary Radical Prostatectomy and Brachytherapy Series. J. S. Krumholtz et G. L. Andriole. (1999, Seminars in Surgical Oncology, 17: 213-8)
- [53] Combined Reporting of Cancer Control and Functional Results of Radical Prostatectomy. L. Salomon, F. Saint, A. G. Anastasiadis, P. Sebe, C.-C. Abbou. (2003, European Urology, 44: 656-60)
- [54] Die laparoskopische radikale Prostatektomie. Türk, I. S. Deger, B. Winkelmann, J. Roigas, B. Schönberger, S. A. Leoning. (2001, Der Urologe, 40: 199-206)
- [55] 25-Year Prostate Cancer Control and Survival Outcomes: A 40-Year Radical Prostatectomy Single Institution Series. C. R. Porter, K. Kodama, R. P. Gibbons, R. Correa, F. K.-H. Chun. (2006, The Journal of Urology, 176: 569-74)
- [56] Treatment Options for Localized Prostate Cancer: Quality-Adjusted Life Years and the Effects of Lead-Time. V. Bhatnagar, S. T. Stewart, W. W. Bonney, R. M. Kaplan (2001, The Journal of Urology, 63(1): 103-9)
- [57] Quantifying the natural history of post-radical prostatectomy incontinence using objective pad test data. A. R. Smither, M. L. Guralnick, N. B. Davis, W. A. See. (2007, BMC Urology, 7: 2)
- [58] Minimising Postoperative Incontinence Following Radical Prostatectomy: Considerations and Evidence. A. J. Cambio, C. P. Evans. (2006, European Urology, 50: 903-13)
- [59] Therapieoptionen beim lokalisierten Prostatakarzinom. B. Mazzola, R. Ruszat, R. Casella, T. Sulser. (2004, Onkologie, 4: 10-2)
- [60] Leitlinien zur Therapie des Prostatakarzinoms der Deutschen Gesellschaft für Urologie. (1998, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 043/022)
- [61] Bildgebende Verfahren bei der Diagnose des Prostatakarzinoms. M. Seitz, B. Scher, M. Scherr, D. Tilki, B. Schlenker, C. Gratzke, A. Schipf, P. Stanislaus, U. Müller-Lisse, O. Reichl, C. Stief. (2007, Der Urologe A, CME-Weiterbildung, 10.1007/s00120-007-1455-x)
- [62] Luteinizing Hormone-Releasing Hormone Agonists in the Treatment of Prostate Cancer: A Review of Their Discovery, Development, and Place in Therapy. J. Moreau, P. Delavault, J. Blumberg. (2006, Clinical Therapeutics, 28(10): 1485-1508)
- [63] High-Intensity Focused Ultrasound (HIFU) for Prostate Cancer. F.-J. Murat, L. Poissonier, G. Pasticier, A. Gelet. (2007, Cancer Control, 14(3): 244-9)
- [64] Die Wertigkeit des 2005 modifizierten Gleasongradings in der urologischen Diagnostik. B. Helpap, L. Egevad. (2006, Der Urologe, 46: 59-62)

9. Literaturverzeichnis

- [65] Leitlinien zur Diagnostik von Prostatakarzinomen. Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (1999, *Der Urologe A*, 38: 388-401)
- [66] „Time, gentlemen, please“ for watchful waiting in prostate cancer? L. M. Kenny, S. Ngan, J. Waxman. (2007, *The British Journal of Urology*, 100(2): 244-246)
- [67] Watchful Waiting and Health Related Quality of Life for Patients with Localized Prostate Cancer: Data from CaPSURE. S. A. Arredondo, T. M. Downs, D. P. Lubeck, D. J. Pasta, S. J. Silva, K. L. Wallace, P. R. Carroll. (2004, *The Journal of Urology*, 172: 1830-34)
- [68] Rotterdam Randomized Pilot Studies of Screening for prostate cancer - an overview after 10 years. F. H. Schröder, M. J. Roobol, R. A. M. Damhuis, H. J. de Koning, B. G. Blijenberg, T. H. Kwast, W. J. Kirkels. (2005, *Journal of the National Cancer Institute*, 97(9): 696)
- [69] Screening Decreases Prostate Cancer Mortality: 11-Year Follow-Up of the 1988 Quebec Prospective Randomized Controlled. F. Labrie, B. Candas, L. Cusan, J. L. Gomez, A. Bélanger, G. Brousseau, E. Chevrete, J. Lévesque. (2004, *The Prostate*, 59: 311-18)
- [70] Screening by Prostate-Specific Antigen and Digital Rectal Examination in Relation to Prostate Cancer Mortality. S. Weinmann, K. E. Richert-Boe, S. K. van den Eeden, S. M. Enger, B. A. Rybicki, J. A. Shapiro, N. S. Weiss. (2005, *Epidemiology* 16(3): 367- 76)
- [71] Krebsfrüherkennung. Kath. (2004, *Der Onkologe*, 10:175-86)
- [72] Do Racial Differences in Prostate Size Explain higher Serum Prostate-Specific Antigen Concentrations in Black Men? J. C. Mavropoulos, A. W. Partin, C. L. Amling, M. K. Terris, C. J. Kane, W. J. Aronson, J. C. Presti, L. A. Mangold, S. J. Freedland. (2007, *Urology*, 69: 1139-42)
- [73] Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. H. Kahl, H. Hölling, P. Kamtsiuris (1999, *Das Gesundheitswesen*, 61 (S2): 163-68)
- [74] Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. W. H. Courtenay (2000, *Social Science and Medicine*, 50: 1385-401)
- [75] Stufen und Hürden der Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen bei 45 – 60-jährigen Männern – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. J. Hartwig, H. Haller. (2006, *Das Gesundheitswesen*, 68: 357-63)
- [76] Awareness of Prostate Cancer among the General Public: Findings of an Independent International Survey. C. C. Schulman, R. Kirby, J. M. Fitzpatrick. (2003, *European Urology*, 44: 294-302)

9. Literaturverzeichnis

- [77] Why do men refuse or attend population-based screening for prostate cancer? H. G. T. Nijs, M. L. Essink-Bot, H. J. DeKoning, W. J. Kirkels, F. H. Schröder. (2000, *Journal of Public Health Medicine*, 22(3): 312-16)
- [78] Impact of Undergoing Prostate Carcinoma Screening. K. L. Taylor, R. Shelby, J. Kemer, W. Redd, J. Lynch. (2002, *Cancer*, 95(5): 1037-44)
- [79] Information and patient participation in screening for prostate cancer. B. J. Davison, P. Kirk, L. F. Degner, T. H. Hassard. (1999, *Patient Education and Counseling*, 37: 255-63)
- [80] Informed decision making and prostate specific antigen (PSA) testing for prostate cancer: A randomised controlled trial exploring the impact of a brief patient decision aid on men's knowledge, attitudes and intention to be tested. E. Watson, P. Hewitson, J. Brett, C. Bukach, R. Evans, A. Edwards, G. Elwyn, A. Cargill, J. Austoker. (2006, *Patient Education and Counseling*, 63: 367-79)
- [81] Informed Consent for Cancer Screening With Prostate-Specific Antigen: How Well Are Men Getting the Message? E. C. Y. Chan, S. W. Vernon, F. T. O'Donnell, C. Ahn, A. Greisinger, D. W. Aga. (2003, *American Journal of Public Health*, 93(5): 779-85)
- [82] Evaluation of Two Methods to Facilitate Shared Decision Making for Men Considering the Prostate-specific Antigen Test. D. L. Frosch, R. M. Kaplan, V. Felitti. (2001, *Journal of General Internal Medicine*, 16: 391-98)
- [83] Persönlichkeit und Gesundheit. H. Weber. (2005, *Gesundheitspsychologie*, S. 129-47, Hrsg Ralf Schwarzer, Hogrefe Verlag)
- [84] Self-efficacy. A. Bandura. (1998, *Encyclopedia of human behaviour*, 4: 71-81, Hrsg V. S. Ramachaudran, Academic Press)
- [85] Modelle der Gesundheitsverhaltensänderung. U. Scholz, R. Schwarzer (2005, *Gesundheitspsychologie*, S. 389-405, Hrsg Ralf Schwarzer, Hogrefe Verlag)
- [86] Geschlecht und Gesundheit. M. Sieverding (2005, *Gesundheitspsychologie*, S. 55-70, Hrsg Ralf Schwarzer, Hogrefe Verlag)
- [87] Social-Cognitive Predictors of Health Behavior: Action Self-Efficacy and Coping Self-Efficacy. R. Schwarzer, B. Renner. (2000, *Health Psychology*, 19(5): 487-495)
- [88] Role of nomograms for prostate cancer in 2007. F. K.-H. Chun, P. I. Karakiewicz, H. Huland, M. Graefen. (2007, *Journal of Urology*, 25: 131-42)
- [89] Complications of Prostate Cancer Treatment: Spectrum of Imaging Findings. M. Yablon, M. P. Banner, P. Ramchandani, E. S. Rovner. (2004, *Radiographics*, 24: 181-94)

9. Literaturverzeichnis

- [90] Should function and bother be measured and reported separately for prostate cancer quality-of-life domains? B. B. Reeve, A. L. Potosky, G. B. Willis. (2006, Journal of Urology, 68(3): 599-603)
- [91] Krankheitserleben und Verhalten von Männern mit Krebserkrankungen. M. Keller, M. Birmele. (2004, Forum Deutsche Krebsgesellschaft 04/01: 32-34)
- [92] Prostate Cancer Quality of Life: Beyond Initial Treatment – and the Patient. J. A. Talcott. (2007, Journal of Clinical Oncology, 25(27): 4155-56)
- [93] Risiken aus der Perspektive von Wissenschaft, Medien und Öffentlichkeit. H. Schütz, H. P. Peters (2002, Bundeszentrale für politische Bildung, Aus Politik und Zeitgeschichte, B: 10-11)
- [94] The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. A. Tversky, D. Kahnemann (1981, Science, 211(4481): 453-8)
- [95] Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. A. M. Möller-Leimkühler. (2007, Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie, S. 471-84, Hrsg Anke Rohde, Andreas Marneros, Verlag W. Kohlhammer)
- [96] Repression – Sensitization. H. W. Krohne. (1994, Enzyklopädie der Psychologie. Serie Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung: Band 3. Individuelle Unterschiede: Temperament und Persönlichkeit. Hrsg M. Amelang, Hogrefe Verlag)
- [97] Geschlechterunterschiede: Beschreibung, Erklärung, Folgen. D. Alfermann. (1996, Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten, S. 93-160, Kohlhammer Verlag)
- [98] Contributions of Changing Gender Differences in Behavior and Social Roles to Changing Gender Differences in Mortality. I. Waldron. (1996, Men's Health and Illness. Gender, Power, and the Body. S. 22-45, Hrsg D. Sabo et D. F. Gordon, Sage Publications.
- [99] Is General Self-Efficacy a Universal Construct? U. Scholz, B. G. Doña, S. Sud, R. Schwarzer. (2002, European Journal of Psychological Assessment, 18(3): 242-51)
- [100] Informed Decision Making: What Is Its Role in Cancer Screening? B. K. Rimer, P. A. Briss, P. K. Zeller, E. C. Y. Chan, S. H. Woolf. (2004, Cancer, 101(5)S1: 1214-27)
- [101] Does Patient Cost Sharing Matter? Its Impact on Recommended Versus Controversial Cancer Screening Services. S.-Y. Liang, K. A. Phillips, S. Tye, J. S. Haas, J. Sakowski. (2004, The American Journal of Managed Care, 10(2): 99-107)
- [102] Knowledge, Attitudes, and Screening Practices Among Older Men Regarding Prostate Cancer. C. B. Steele, D. S. Miller, C. Maylahn, R. J. Uhler, C. T. Baker. (2000, American Journal of Public Health, 90(10): 1595-600)

9. Literaturverzeichnis

- [103] Perceived benefits: A predictor of participation in prostate cancer screening. M. S. Tingen, S. P. Weinrich, D. D. Heydt, M. D. Boyd, M. C. Weinrich. (1998, *Cancer Nursing* 21(5): 349-57)
- [104] Risk Perception and Risk Communication for Cancer Screening Behaviors - a Review. S. W. Vernon. (1999, *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 25(1): 101-19)
- [105] Treating People with Information: an Analysis and Review of Approaches to Communicating Health Risk Information. A. J. Rothmann, M. T. Kiviniemi. (1999, *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 25(1): 44-51)
- [106] Obesity does not predispose to more aggressive prostate cancer either at biopsy or radical prostatectomy in European men. A. Gallina, P. I. Karakiewicz, G. C. Hutterer, F. K.-H. Chun, A. Briganti, J. Walz, E. Antebi, S. F. Shariat, N. Suardi, M. Graefen, A. Erbersdobler, A. Salonia, P. Rigatti, H. Huland, F. Montorsi. (2007, *International Journal of Cancer*, 121: 791-95)
- [107] Action plans and coping plans for physical exercise: A longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation. F. F. Sniehotta, U. Scholz, R. Schwarzer. (2006, *British Journal of Health Psychology*, 11: 23-37)
- [108] Planning and self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination: A longitudinal study on self-regulatory cognitions. A. Luszczynska et R. Schwarzer (2003, *Psychology and Health*, 18(1): 93-108)
- [109] Initiation and Maintenance of Physical Exercise: Stage-Specific Effects of a Planning Intervention. S. Lippke, J. P. Ziegelmann, R. Schwarzer (2004, *Research in Sports Medicine* 12: 221-240)
- [110] On the Assessment and Analysis of Variables in the Health Action Process Approach: Conducting an Investigation. R. Schwarzer, F. F. Sniehotta, S. Lippke, A. Luszczynska, U. Scholz, B. Schüz, M. Wegner, J. P. Ziegelmann. (2003, Freie Universität Berlin)
- [111] Datenaufbereitung und erste Ergebnisse. J. Geider. (1998, *Methodenatlas*, Hrsg. Klaus-Eckart Rogge, S. 185-195, Springer Verlag)
- [112] Techniken qualitativer Inhaltsanalyse. P. Mayring (2003, *Qualitative Inhaltsanalyse*, S. 42-99 Hrsg. Philipp Mayring, Beltz Verlag)

10.1. Anhang: Der Interviewleitfaden

10.1. Der Interviewleitfaden

Gliederung des Interviewleitfadens

Nr.	
Begrüßung, Erläuterung des Vorgehens, Sinnes etc.	
Fragen nach Einverständnis (auch Aufnahme)	
Ausschlusskriterien abfragen: Alter, bekannte Diagnose, REGELMÄßIGE Inanspruchnahme	
<ul style="list-style-type: none"> • "Opener": Welchen Stellenwert hat Gesundheit für Sie? Was können Sie selbst für Ihre Gesundheit tun? (Var. 1) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Inwieweit haben Sie sich schon einmal an vorbeugenden Maßnahmen beteiligt? (Var. 2) 	
<p>Risikowahrnehmung: allgemeine Risikowahrnehmung (Wahrscheinlichkeit allgemein), subjektive Risikowahrnehmung (Wahrscheinlichkeit subjektiv), Vulnerabilität/Schwere, Qualität, Kontrollierbarkeit, Einschätzung des wissenschaftl. Kenntnisstandes</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Was wissen Sie über Prostatakrebs ? (Var. 3) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Wie häufig, denken Sie, kommt er in der Bevölkerung vor? (Prävalenz) (Var. 4) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Wie häufig denken Sie kommt Prostatakrebs bei Männern in Ihrem Alter vor? (altersspezifische Prävalenz) (Var. 5) 	

10.1. Anhang: Der Interviewleitfaden

<ul style="list-style-type: none"> Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie jemals an Prostatakrebs erkranken werden? (Var. 6) => hier: wenn Prozente genannt werden, nochmal nachfragen nach eigener Einschätzung der Höhe (sehr hoch, hoch, niedrig,...) 	
<ul style="list-style-type: none"> Wenn Sie sich mit Männern in Ihrem Alter vergleichen, wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie jemals an Prostatakrebs erkranken werden? (Var. 7) 	
<ul style="list-style-type: none"> Kennen Sie Personen in Ihrem Bekanntenkreis/ Familie, die von dieser Erkrankung betroffen sind? (Var. 8) 	
<ul style="list-style-type: none"> Inwieweit hat Sie das beeinflusst? (Var. 9) 	
<ul style="list-style-type: none"> Wie stark fühlen Sie sich durch die Möglichkeit an Prostatakrebs zu erkranken bedroht? (Var. 10) 	
<ul style="list-style-type: none"> Was würde geschehen, wenn Sie Prostatakrebs hätten und das nicht entdeckt würde? - wie schlimm wäre das? (Var. 11) 	
<ul style="list-style-type: none"> Inwieweit haben Sie es in der Hand, ob Sie an Prostatakrebs erkranken? (Var. 12) 	
<p>Handlungs-Ergebnis-Erwartung: Kenntnisstand sowohl über die Vorsorge wie über mögliche Behandlung und ihren Nutzen abfragen (pro und contra, Untersuchung durchzuführen - sowohl allgemein wie persönlich, sowohl körperliche wie soziale und selbstbewertende Reaktionen); woher kommt dieser Kenntnisstand? Wie vertrauenswürdig ist die Quelle?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Was wissen Sie über die Behandlung von Prostatakrebs? (Var. 13) 	

10.1. Anhang: Der Interviewleitfaden

<ul style="list-style-type: none"> • Was bringt die Behandlung von Prostatakrebs? (Var. 14) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Wie gut kann Prostatakrebs erfolgreich behandelt werden, wenn es früh erkannt wird? (R) (Var. 15) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Wie gut kann Prostatakrebs erfolgreich behandelt werden, wenn es nicht früh erkannt wird? (R) (Var. 16) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Was wissen Sie über Vorsorgemaßnahmen in Bezug auf Prostatakrebs? (Var. 17) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Wie gut kann Prostatakrebs durch Früherkennungsmaßnahmen erkannt werden? (R) (Var. 18) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Was wissen Sie über ... (die Früherkennungsmaßnahme)? (Var. 19) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Welche Empfehlungen in Bezug zu KFU kennen Sie? (S) (Var. 20) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Woher wissen Sie über ... (Vorsorgemaßnahme)? (Var. 21) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kennen Sie andere Personen, die sich schon einmal eine KFU haben machen lassen? (S) (Var. 22) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Wenn Sie an einer KFU teilnehmen würden, was 	

10.1. Anhang: Der Interviewleitfaden

wären mögliche Nachteile davon? (**Var. 23**)

- Was hindert Sie (ganz praktisch) daran, zu einer KFU zu gehen?
- Gibt es konkrete Hindernisse? zB
 - Kognitiv-Emotionale Barrieren:
 - Sorge (auch vor Befund/Ergebnis, Untersuchung selbst)
 - Scham (Welche Rolle spielt das Geschlecht des Untersuchers?)
 - persönliche Belastungen
 - fehlende Symptome
 - Kein Nutzen
 - Arztbesuch allg. reicht
 - andere Screening-Maßnahm. neg. - gesunder Lebensstil
 - Fatalismus
 - organisatorische Probleme:
 - gestresst (andere Termine...)
 - andere gesundheitliche Probleme (auf EIN Gesundheitsproblem konzentrieren)
 - Zeitmanagement (Vorbereitung aufwendig)
 - Kinderbetreuung
 - Urlaub nehmen/fehlende Arbeitszeit
 - Kosten
 - Transportprobleme
 - lange Wartezeiten
 - Planungsschwierigkeiten (Papierkrieg mit Überweisungen, neue Anmeldungen)
 - Arzt-Patient-Beziehung schlecht
 - wenig HA-Besuche

10.1. Anhang: Der Interviewleitfaden

<ul style="list-style-type: none"> - häufiger HA-Wechsel - kein Vertrauen in HA-Empfehlungen - noch nie mit Arzt darüber gesprochen 	
<ul style="list-style-type: none"> • Wenn Sie an einer KFU teilnehmen würden, was wären mögliche Vorteile davon? • Was sind Gründe für Sie/könnten Gründe sein, an der KFU teilzunehmen? (Var. 24) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Stellen Sie sich vor, Sie würden eine KFU (Früherkennungsmaßnahme) durchführen lassen. Was würde das für Sie bedeuten? (Var. 25) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Was würde Ihre Familie / Freunde dazu sagen? (Var. 26) 	
<p>Selbstwirksamkeit: eigene Erfahrungen, Beobachtungen von Erfahrungen anderer, Information über effektive Strategien ("soziale Kommunikation"); interne oder externe "Überredung"; generalisiert, bereichsspezifische, konkrete Wirksamkeit</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Inwieweit haben Sie bisher in Ihrem Leben umgesetzt, was Sie sich vorgenommen haben? (Var. 27) 	
<ul style="list-style-type: none"> • In welchen Bereichen gelang Ihnen das besonders gut? (Var. 28) 	

10.1. Anhang: Der Interviewleitfaden

<ul style="list-style-type: none">• In welchen Bereichen gelang Ihnen das weniger gut? (Var. 29)	
<ul style="list-style-type: none">• In wie weit gelingt es Ihnen, Vorsorge für Ihre Gesundheit zu treffen? (Var. 30)	
8. Zielformulierung: Zielintention; Ziele, die Sie mit Früherkennungsmaßnahmen verbinden?/Wünsche; Was soll passieren?	
<ul style="list-style-type: none">• Wie sehen Ihre Ziele in Bezug auf diese Vorsorgemaßnahme aus? (Var. 31) vorher und jetzt!	
9. Planung: Durchführungsintention; Plan, Was konkret haben Sie vor? Wie wollen Sie ihr Ziel erreichen? Haben Sie etwas geplant?	
<ul style="list-style-type: none">• Was glauben Sie, wie Sie Ihr Ziel erreichen können? (Var. 32)	
<ul style="list-style-type: none">• Was wollen Sie als nächstes tun? Haben Sie konkrete Vorstellungen? Welche? (Var. 33)	

10.2. Der Fragebogen

Nr.

FRAGEBOGEN

Vielen Dank, für Ihre Teilname an unserer Umfrage zum Thema „Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen“. Im Folgenden möchten wir Sie bitten, uns ein paar Fragen zu beantworten, die wir für die Auswertung der Interviews benötigen.

Geschlecht:

weiblich

männlich

Alter: _____ Jahre

Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

- ledig
- verheiratet
- geschieden/ getrennt lebend
- verwitwet

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erreicht?

- kein Schulabschluss
- Volksschul-, Hauptschulabschluss/ POS 8./9. Klasse
- Realschulabschluss/ POS 10.Klasse
- Abitur/ EOS, (Fach-)Hochschulreife
- Anderer Abschluss _____

Welche berufliche(n) Ausbildung(en) haben Sie absolviert?

- (noch) keine Berufsausbildung
- Abgeschlossene Berufsausbildung
- Abgeschlossenes (Fach-)Hochschulstudium
- Anderer Ausbildungsabschluss _____

Sind Sie zurzeit...

- berufstätig?
- in Ausbildung/Umschulung?
- arbeitslos?

10.2. Anhang: Der Fragebogen

- in Rente oder pensioniert?
- ausschließlich Hausfrau/Hausmann?
- Sonstiges _____

In welcher beruflichen Stellung sind Sie oder waren Sie zuletzt beschäftigt?

- Noch nie berufstätig gewesen
- Arbeiter
- Angestellte
- Beamte (auch Richter, Berufssoldaten)
- Selbständige (einschließlich mithelfende Familienangehörige)
- Sonstige _____

Wo wohnen Sie?

a)

- auf dem Land in der Stadt

b)

- zur Miete
- Eigentumswohnung/ eigenes Haus
- Sonstiges _____

Welcher Religion gehören Sie an?

- keiner
- christlich
 - römisch-katholisch evangelisch freikirchlich
- Sonstige _____

Wie sind sie krankenversichert?

- Ich bin nicht versichert
- Gesetzliche Krankenversicherung
- Private Krankenversicherung

Haben Sie einen festen Hausarzt?

- ja nein

Wie häufig haben Sie im letzten halben Jahr Ihren Hausarzt besucht?

- gar nicht 1 bis 3 mal mehr als 3 mal

10.2. Anhang: Der Fragebogen

Wie gut ist Ihr Hausarzt für Sie erreichbar?

- sehr gut gut schlecht Sehr schlecht

Welche der folgenden Erkrankungen haben oder hatten Sie?

- Falls Sie eine Krankheit haben oder hatten, kreuzen Sie bitte zusätzlich an, ob Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 6 Monaten ärztlich behandelt wurden.

	Ich hatte oder habe:	ich war deswegen den letzten 6 Monaten in ärztlicher Behandlung
Durchblutungsstörungen am Herzen, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen in den Beinen (außer Krampfadern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhtes Cholesterin (erhöhte Blutfette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberentzündung, akute oder chronische Hepatitis, Fettleber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberverhärtung, Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht, Harnsäureerhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere schwere Krankheiten (auch Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall), und zwar:

1. _____

2. _____

3. _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

10.3. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: David Köpke
Geburtsdatum: 17.11.1984
Geburtsort: Schwerin
Familienstand: ledig
Anschrift: Hunnenstraße 18, 17489 Greifswald

Schulbildung

ab 1992 Grundschule Alt Meteln
ab 1996 Gymnasium Fridericianum Schwerin
2004 Abitur
ab 2004 Medizinstudium an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

10.4. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Greifswald, den

10.5. Anhang: Danksagung

10.5. Danksagung

Zunächst möchte ich Prof. Dr. rer. medic. Hans-Joachim Hannich und Dr. phil. Wolfgang Hannover für das Thema der Arbeit und die professionelle Unterstützung danken. Des Weiteren danke ich Kristina Alfke und Anna Mogwitz für ihre Mitarbeit und Hilfe sowie den Drs. Meyer, Theurer und Karwath, die mir den Zugang zu ihren Patienten ermöglichten. Ich danke meinen Eltern, die mich auch im Hinblick auf diese Arbeit unterstützten, meinen Lehrern (insbesondere seien hier die Namen Roettig und Eggeling genannt) und Herrn F.W. Nietzsche.

Außerdem sei Frau N.M. Prinzler für Unterstützung und Motivationsarbeit gedankt.