

Männer und Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Monika Sieverding

Männer haben ein höheres Risiko, an Krebs zu erkranken und zu sterben als Frauen. Mehr Männer als Frauen müssen wegen bösartiger Neubildungen stationär behandelt werden, im Jahr 2007 beispielsweise wurden in deutschen Krankenhäusern 813.003 männliche und 684.763 weibliche Patienten wegen Krebserkrankungen behandelt. Im gleichen Jahr starben 113.405 Männer und 98.369 Frauen an Krebs [1]. Für die Ungleichheit in Krebsinzidenz und –mortalität werden der riskantere Lebensstil, die geringere Sorge um die eigene Gesundheit und den eigenen Körper sowie die geringere Nutzung von primär- und sekundärpräventiven Angeboten bei Männern verantwortlich gemacht [2,3]. In diesem Beitrag werden empirische Befunde zur Inanspruchnahme von primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen bei Männern dargestellt, wobei der Schwerpunkt auf der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen liegt.

1 Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme von primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen

Angebote zur Förderung der Gesundheit sowie zur Früherkennung und Prävention von Krankheiten werden sehr viel häufiger und regelmäßiger von Frauen als von Männern wahrgenommen, insbesondere dann, wenn sie nicht im betrieblichen Setting angeboten werden, sondern eine individuelle Initiative verlangen. Analysen aus den 1990er Jahren zeigten beispielsweise, dass bei primär verhaltensorientierten Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Nichtrauchertraining, Entspannung und Stressbewältigung, die von der Barmer Ersatzkasse ihren Versicherten angeboten wurden, im Durchschnitt nur jeder 7. Teilnehmer (von insgesamt ca. 160.000) männlich war [4]. Aktuelle Zahlen zur Inanspruchnahme von individuellen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention sind den Präventionsberichten zu entnehmen, die seit 2002 einmal jährlich vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen¹ herausgegeben werden. Die Zahl der Versicherten, die primärpräventive Kurs- und Seminarangebote in Anspruch genommen haben, ist ständig gestiegen, und zwar von 353.000 im Jahr 2002 auf 2.06 Mio Kursteilnahmen im Jahr 2008². Der Männeranteil konnte jedoch kaum gesteigert werden. Über alle Angebote hinweg war die Mehrheit der Teilnehmer, nämlich 77 %, auch 2008 nach wie vor weiblich. Besonders niedrig waren die Männerquoten bei den Angeboten zur Bewegung (24 %), Ernährung (22 %) und Stressbewältigung (17 %); lediglich bei Angeboten zum verantwortlichen Umgang mit Sucht- und Genussmitteln war das Geschlechterverhältnis einigermaßen ausgeglichen.

¹ www.gkv-spitzenverband.de

² Der Präventionsbericht 2009 ist abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/09-11-4503_Pr%C3%A4ventionsbericht_2009_gV_11291.pdf

Als eine wesentliche Ursache für die geringe Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten bei Männern gilt die traditionelle männliche Geschlechterrolle. Die Sorge um den eigenen Körper und die eigene Gesundheit und die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe scheint für viele Männer unvereinbar mit einem Männlichkeitsideal zu sein, das von ihnen Stärke, Leistung, Selbstsicherheit und Unabhängigkeit verlangt. In einer Studie mit Medizinern zeigte sich, dass Männer sich um so weniger vorstellen konnten, an einem Stressbewältigungskurs teilzunehmen, je mehr ihr Selbstkonzept dem Prototypen des Marlboro-Mannes aus der Werbung ähnelte. „Ich bewältige meinen Stress selbst!“ begründete einer der Studienteilnehmer sein fehlendes Interesse [5]. Weitere Ursachen für die geringen Männerquoten könnten darin liegen, dass die Kursangebote eher auf die Bedürfnisse von Frauen zugeschnitten sind und dass Männer die Minderheitenposition in solchen Gruppen scheuen. Angebote zur Gesundheitsförderung, die explizit auf die Bedürfnisse von Männern zugeschnitten sind und die sich ausschließlich an Männer wenden, könnten eine vielversprechende Alternative sein [6].

Wie sieht es bei sekundärpräventiven Maßnahmen wie Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs aus? Seit 1971 haben Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland einen jährlichen Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen (§25 SGB), Frauen frühestens von Beginn des 20. Lebensjahres (PAP-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs), Männer frühestens von Beginn des 45. Lebensjahres an. Das Krebsfrüherkennungsprogramm sieht für Männer ab 45 Jahren standardmäßig eine jährliche Untersuchung von Prostata und End- bzw. Mastdarm vor (digital-rektale Untersuchung, DRU). Der PSA-Test zur Früherkennung des Prostatakarzinoms (Bestimmung des prostataspezifischen Antigens im Blut) gehört in Deutschland nicht zum gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramm [7], wird jedoch zunehmend von Männern im Rahmen sogenannter IGeL-Leistungen selbst bezahlt oder aber dann durchgeführt, wenn bei der Tastuntersuchung ein auffälliger Befund resultiert. Zur Früherkennung von Darmkrebs können Männer (wie Frauen) ab 50 Jahren einmal jährlich einen Test auf verborgenes Blut im Stuhl machen lassen. Im Jahr 2002 wurde außerdem die Darmspiegelung (Koloskopie) als Standarduntersuchung der Darmkrebsfrüherkennung eingeführt. Gesetzlich Versicherte können sich seitdem entscheiden, ob sie alle 10 Jahre eine Darmspiegelung oder alle 2 Jahre einen Stuhlbluttest machen wollen. Eine Früherkennungs-Darmspiegelung steht Männern und Frauen erstmalig mit 55 Jahren zu.

Die Inanspruchnahmeraten an diesen gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden einmal jährlich vom Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (ZI) aus den Ab-

rechnungsdaten von Vertragsärzten geschätzt³. Die jeweiligen Statistiken geben an, wie viel Prozent der anspruchsberechtigten Personen innerhalb eines Jahres eine KFU zur Früherkennung von Prostatakrebs (Männer) bzw. Gebärmutterhalskrebs (Frauen) haben durchführen lassen. Die letzten offiziellen Zahlen liegen für das Jahr 2008⁴ vor, in dem 21 % der anspruchsberechtigten Männer und 47% der anspruchsberechtigten Frauen bei einer Prostata- bzw. Gebärmutterhals-KFU waren. Zur Früherkennung von Darmkrebs haben 2008 17% der Frauen und 13% der Männer einen Stuhlbluttest und jeweils 2% der anspruchsberechtigten Männer und Frauen eine Vorsorge-Darmspiegelung durchführen lassen.

In den Medien wird sehr häufig die geringe Inanspruchnahme von KFU bei Männern thematisiert, häufig unter reißerischen Titeln wie „Männer sind Vorsorgemuffel“ oder „Nur jeder fünfte Mann geht zur Krebsvorsorge“. Aber stimmt das überhaupt? Die Zahlen über die Inanspruchnahme verschiedener KFU innerhalb eines einzigen Jahres geben nämlich keinen Aufschluss darüber, wie viele Personen regelmäßig zur Krebsfrüherkennung gehen oder wie hoch die Quote der Männer und Frauen im anspruchsberechtigten Alter ist, die noch nie bei einer KFU waren. Bisher gab es in Deutschland keine verlässlichen Zahlen darüber, wie viele Männer überhaupt wie regelmäßig die Standard-KFU in Anspruch nehmen. Es fehlte eine Erhebung an einer einschlägig großen repräsentativen Bevölkerungsstichprobe, die das Muster zurückliegender KFU-Inanspruchnahme differenziert erfasst und mit relevanten soziodemographischen Faktoren in Zusammenhang bringt. Ein zentrales Anliegen eines von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojektes [8] war es, verlässliche Zahlen zur Prävalenz der Darm- und Prostata-KFU-Inanspruchnahme in Deutschland zu ermitteln.

2 Bestandsaufnahme in 29.000 bundesdeutschen Haushalten zu Prävalenz und Korrelaten der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) bei Männern (und Frauen)

Die Daten für diese Bestandsaufnahme wurden im Jahr 2004 im Rahmen einer Haushaltserhebung (Healthcare Access Panel, HCAP) in Kooperation mit TNS Healthcare München erhoben. Das HCAP reflektiert wichtige Populationsparameter wie Alter, Geschlecht, regionale Herkunft [9], leichte Abweichungen von den Populationsparametern werden durch einen Gewichtungsfaktor ausgeglichen, so dass eine Repräsentativität der Stichprobe resultiert. Das HCAP des Jahres 2004 enthielt 29.022 Haushalte mit insgesamt 71.446 Personen (weiblich und männlich). In unserer Bestandsaufnahme wurde die bisherige Inanspruchnahme (noch nie, unregelmäßig, regelmäßig alle 1 bis 2 Jahre) der gesetzlichen KFU bei Männern und Frauen erfasst, wobei die in Deutschland gängigen Untersuchungsmethoden abgefragt wurden. Für die Darm-KFU erfragten wir bei Männern und Frauen: Test auf verborge-

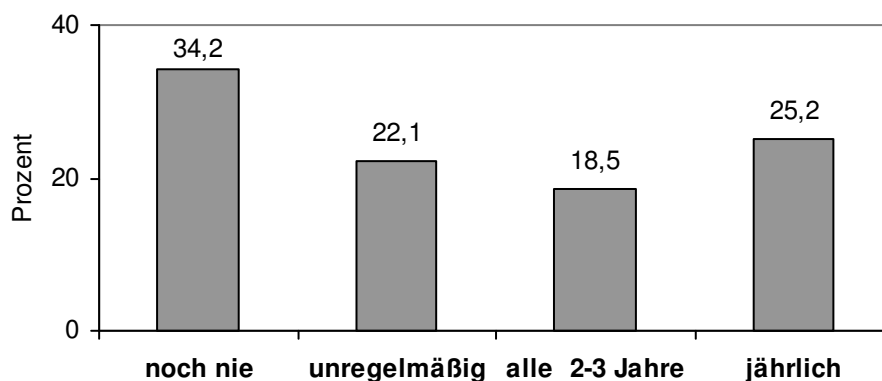
³ <http://www.zi-berlin.de>

⁴ http://www.zi-berlin.de/news/downloads/Beteiligungsdaten_2008_Bundesgebiet.pdf

nes Blut auf Stuhl (Hämoccult-Test) sowie Darmspiegelung; für die Prostata-KFU: digital-rektale Untersuchung der Prostata (DRU) sowie der Test auf prostataspezifisches Antigen im Blut (PSA-Test). Für die Analyse der Darm-KFU wurden die Personen beiderlei Geschlechts im Alter von 50 – 70 Jahren berücksichtigt (n = 17.146), für die Inanspruchnahmeraten von Prostata-KFU wurde die Teilstichprobe der Männer im Alter von 45 – 70 Jahren analysiert (n = 11.778). Die detaillierten Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme sind in verschiedenen Veröffentlichungen dargestellt [10-12].

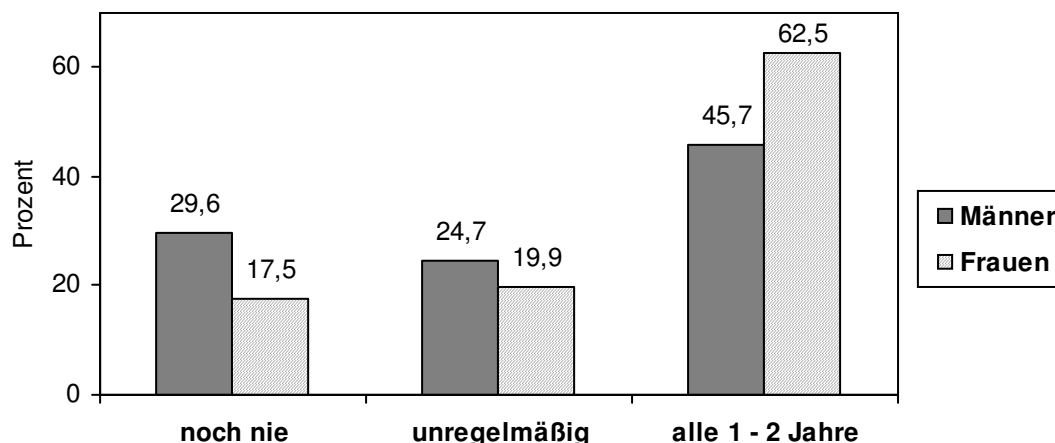
Die Auswertungen unserer Bestandsaufnahme ergaben, dass der Prozentsatz der Männer, die zur Krebsfrüherkennung gehen, deutlich höher ist, als die Schätzungen des ZI erwarten lassen. Grob kann man sagen, dass ca. ein Drittel der Männer unregelmäßig zur Prostata- bzw. Darm-KFU geht, ein weiteres Drittel der Männer geht nach eigenen Angaben (einigermaßen) regelmäßig hin (s. Abbildungen 1 und 2).

Abbildung 1: Inanspruchnahme der Standarduntersuchung zur Prostatakrebsfrüherkennung (DRU) bei Männern im Alter von 45 bis 70 Jahren (in Prozent)



Anmerkung. N = 10.659, Selbstangaben, DRU = digital-rektale Untersuchung, modifiziert aus: Sieverding, Matteredne, Cicarello & Luboldt (2008)

Abbildung 2: Inanspruchnahme der Standarduntersuchung zur Darmkrebsfrüherkennung (Stuhlbluttest) bei Männern und Frauen im Alter von 50 bis 70 Jahren (in Prozent)



Anmerkung. N = 15.810, Selbstangaben, modifiziert aus: Sieverding, Matteredne & Cicarello (2008)

Die Zahl der Männer, die im anspruchsberechtigten Alter noch gar keine Darm- oder Prostata-KFU haben machen lassen, ist nach unserer Erhebung weniger hoch als befürchtet. 28 % der Männer haben nach eigenen Angaben noch keinerlei Darm-KFU (Stuhlbluttest oder Koloskopie) durchführen lassen, 32 % der Männer gaben an, noch keinerlei Prostata-KFU gemacht zu haben (d.h., weder digital-rektale Untersuchung noch PSA-Test). Weiter zu beachten ist, dass die Quoten der Nie-Teilnehmer mit zunehmendem Alter sinken, d.h., je älter ein Mann ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass er – mindestens einmal – an einer KFU teilgenommen hat. So haben beispielsweise in der Altersgruppe der 45 bis 49-Jährigen bereits 49 % der Männer Erfahrung mit Prostata-KFU (entweder DRU oder PSA), die Quote steigt dann mit zunehmendem Alter an: 62 % in der Gruppe der 50- bis 54-Jährigen, 71 % in der Gruppe der 55 bis 60-Jährigen auf 80 % in der Gruppe der Männer im Alter von 60 bis 64 Jahren. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Zahlen aus dieser Erhebung auf Selbstangaben der Männer (und Frauen) beruhen. Vergleicht man Selbstberichte zur KFU-Inanspruchnahme mit offiziellen Inanspruchnahmedaten, findet man in der Regel ein gewisses „Over-Reporting“ [13]. Vergleicht man die Angaben in unserer Erhebung, wie viele Personen angeben, jährlich zur KFU zu gehen, mit den Hochrechnungen des ZI, sieht man, dass auch in unserer Erhebung ein solcher Over-Reporting-Effekt vorhanden ist.

Gleichwohl zeigen die Ergebnisse unserer Bestandsaufnahme erstmalig für Deutschland, dass die Teilnahmeraten der Männer zwar deutlich unter denen der Frauen liegen, dass aber doch die Mehrheit der Männer im anspruchsberechtigten Alter schon Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen hat und dass die Quote der Männer, die einigermä-

Ben regelmäßig KFU in Anspruch nehmen (d.h., ca. alle 2 bis 3 Jahre) deutlich höher ist als die vom ZI ermittelten Inanspruchnahmeraten innerhalb eines Jahres nahelegen.

3 Welche Faktoren tragen überhaupt dazu bei, dass Männer zu einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gehen?

Während Studien in den USA einen eindeutigen sozialen Einflussfaktor ermitteln – Personen mit geringerer Bildung und fehlender Krankenversicherung nehmen KFU seltener in Anspruch –, ergab ein Überblick über Studien, die seit Einführung des gesetzlichen Früherkennungsprogramms durchgeführt wurden, dass in Deutschland soziale Faktoren für die Inanspruchnahme von KFU nur eine untergeordnete Rolle spielen [14]. Männer mit höherer Bildung bzw. einem höheren sozioökonomischen Status gehen nach den Ergebnissen dieser Analysen nicht unbedingt häufiger zur KFU als Männer mit geringerer Bildung und niedrigerem sozioökonomischen Status. In unserer Bestandsaufnahme wurde die Bedeutung soziodemografischer Variablen explizit untersucht. Es wurde analysiert, inwiefern das Alter, das Haushaltseinkommen, der Schulabschluss, der familiäre Status, die Haushaltsgröße oder der Versichertenstatus (gesetzlich oder privat versichert) mit der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zusammenhängen. Darüber hinaus wurde der Einfluss weiterer Faktoren überprüft, von denen aus der internationalen Forschung bekannt ist, dass sie mit der Inanspruchnahme von KFU zusammenhängen: familiäre Vorbelastung durch Krebs, Teilnahme an allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen sowie die ärztliche Empfehlung zur KFU.

Die differenzierten Analysen der Korrelate der KFU-Inanspruchnahme ergaben, dass die soziodemografischen Variablen nur einen vergleichsweise geringen Zusammenhang zur KFU-Teilnahme aufweisen [12,15]. Am relativ wichtigsten von den erfassten soziodemografischen Variablen ist das Alter: mit zunehmendem Alter nehmen mehr Männer Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch. Variablen des sozialen Status wie private Krankenversicherung, Einkommen oder Schulabschluss haben in Deutschland entweder keinen signifikanten oder nur einen geringen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Prostata- oder Darmkrebs. Auch die familiäre Vorbelastung zeigte weniger große Effekte auf die Teilnahmeraten als erwartet. Ein interessantes Ergebnis in diesem Zusammenhang war, dass deutlich mehr Männer (61 %) als Frauen (52 %) angaben, sie hätten keine Geschwister, Eltern oder Großeltern, die an Krebs erkrankt seien. Dieses Ergebnis könnte ein Hinweis darauf, dass Männer häufiger als Frauen nichts von der Krebserkrankung von Familienangehörigen wissen oder diese eher wieder vergessen.

Sehr viel wichtiger als soziodemografische Faktoren oder die familiäre Vorbelastung für die Inanspruchnahme von KFU sind dagegen die ärztliche Empfehlung sowie die Teilnahme an einem allgemeinen Gesundheits-Checkup (Checkup-35). Personen beiderlei Geschlechts, die regelmäßig zum Gesundheits-Checkup gehen sowie Personen, die eine ärztliche Empfehlung zur KFU-Teilnahme erhalten hatten, haben sehr viel häufiger und auch regelmäßiger KFU in Anspruch genommen. Auch in diesen Variablen zeigten sich Geschlechtsunterschiede: Männer gaben an, weniger regelmäßig zum Gesundheits-Checkup zu gehen als Frauen und hatten auch seltener eine ärztliche Empfehlung zur KFU erhalten (54% versus 66 %). Ein Arzt oder eine Ärztin kann einem Mann erst dann Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs (oder anderen Erkrankungen) empfehlen, wenn dieser in die ärztliche Praxis kommt. Während Frauen in jüngeren und mittleren Altersgruppen bei ihren Besuchen in der gynäkologischen Praxis auch über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen aufgeklärt werden können und diese dann häufig „gleich mitmachen lassen“, verfügen viele Männer nicht über einen Arzt des Vertrauens und gehen insgesamt seltener zum Arzt als Frauen [16]. Dies wurde aktuell (2010) wieder in einer Forsa-Umfrage zum Thema Männergesundheit⁵ deutlich, die die Techniker Krankenkasse in Auftrag gegeben hatte.

Wie könnten Männer alternativ erreicht und über Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung informiert werden? Im Rahmen des in Deutschland 2005 neu eingeführten Mammographie-Screenings erhalten anspruchsberechtigte Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren ein Einladungsschreiben mit einem Terminvorschlag. Bisher gibt es in Deutschland kein Einladungsschreiben, mit dem anspruchsberechtigte Männer zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen eingeladen werden; von daher werden die Personen, die selten oder gar nicht zu Ärzten gehen, nur schlecht erreicht. Medienkampagnen können zwar helfen, auf bestimmte Krebserkrankungen (wie Darmkrebs) und entsprechende Möglichkeiten der Vorsorge und Früherkennung aufmerksam zu machen. Bei den meisten Männern lösen diese Kampagnen aber nicht notwendigerweise den Wunsch zum Handeln aus. So fanden wir in einer Studie, dass auch fast alle Männer, die noch nie bei einer KFU gewesen waren, bereits durch Medienkampagnen informiert worden waren [17]. In letzter Zeit gab es verschiedene Initiativen, Männer im Rahmen von „Männergesundheitstagen“ zu erreichen und sie beispielsweise über Prostatakrebs und Möglichkeiten der Früherkennung zu informieren [18]. Zusätzlich könnten Krankenkassen, regionale Krebsgesellschaften und Werksärzte eine aktivere Rolle bei der Information von Männern über Krebsfrüherkennungsuntersuchen einnehmen.

⁵ <http://www.tk-online.de/tk/presse-center>

4 Die Rolle deskriptiver Normen für das KFU-Verhalten von Männern

In weiterführenden Studien unseres Forschungsprojektes wurde die Rolle sozialer Normen erforscht. Menschen orientieren sich in ihrem Verhalten unter anderem daran, was andere vergleichbare Menschen tun (= deskriptive Norm). Inwiefern könnte diese deskriptive Norm, das heißt, das Wissen über das Verhalten anderer Männer, die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen beeinflussen? In einer Studie, in der drei Gruppen von Männern in verschiedenen soziodemografischen und psychologischen Variablen vergleichend untersucht wurden, fanden wir heraus, dass Männer, die noch nie bei einer KFU gewesen waren, schätzten, dass auch relativ wenige andere Männer (nämlich nur 28 %) hingehen würden. Die entsprechenden Schätzungen lagen bei unregelmäßigen Teilnehmern mit 36 % und vor allem bei regelmäßigen KFU-Teilnehmern mit 45 % deutlich höher [10]. In einer experimentellen Nachfolgestudie [19] überprüften wir die Hypothese, dass die Information über das Verhalten von anderen Männern die Motivation zur Teilnahme an einer KFU ursächlich beeinflusst.

Männer im Alter von 45 bis 70 Jahren wurden von studentischen Mitarbeitern in den Fußgängerzonen zweier mittelgroßer Städte angesprochen und um die Teilnahme an einer schriftlichen Befragung gebeten. Die Männer, die bereit waren, teilzunehmen und die selber noch nie bei einer KFU gewesen waren, wurden nach Zufall in eine von drei Gruppen eingeteilt: Eine Gruppe erhielt die Information, die jährlich vom ZI ermittelt wird, nämlich die, dass im letzten Jahr nur jeder 5. Mann bei einer Standard-KFU war. Eine zweite Gruppe erhielt die Information, die wir in unserer Bestandsaufnahme ermittelt hatten, nämlich die, dass zwei Drittel aller anspruchsberechtigten Männer bereits an einer Standard-KFU teilgenommen haben. Die dritte Gruppe diente als Kontrollgruppe und erhielt keine Informationen über das Verhalten von anderen Männern. Den Männern wurden anschließend einige Fragen zu ihren Einstellungen zu KFU gestellt, zum Schluss der schriftlichen Befragung wurden sie gefragt, ob sie vorhaben, im Lauf der nächsten 12 Monate selbst zu einer KFU zu gehen. Außerdem wurde ihnen angeboten, weiteres Informationsmaterial über KFU per Post zugeschickt zu bekommen.

Die Männer, die Interesse an weiteren Informationen hatten, wurden gebeten, ihren Namen und ihre Adresse anzugeben. Es stellte sich ein hochsignifikanter Effekt der Information über das Verhalten anderer Männer auf die Motivation und das aktive Interesse der Studienteilnehmer heraus: Die Männer, die die Information erhalten hatten, dass im letzten Jahr nur jeder 5. Mann zur KFU gegangen war, äußerten eine deutlich geringere Motivation, selber zu einer Krebsfrüherkennung zu gehen als die Männer der beiden anderen Gruppen. Und sie hinterließen deutlich seltener (nämlich nur in 18 % der Fälle) ihren Namen und ihre Adresse,

um weitere Informationen zu erhalten. In den anderen beiden Gruppen war das aktive Interesse deutlich höher; in der Gruppe der Männer, die die Information erhalten hatten, dass 2/3 der Männer bereits bei einer KFU gewesen waren, lag die Quote der Männer, die Namen und Adressen hinterließen, bei 38 %, in der Kontrollgruppe bei 47 %. Wir konnten mit dieser experimentellen Studie somit nachweisen, dass die Information über die geringe Nutzung der Standard-KFU bei Männern keine motivierende, sondern eine demotivierende Wirkung hat. Ein Mann, der die Statistiken des ZI liest, könnte zum Beispiel denken: „Wenn so wenige Männer dort hingehen, dann wird das wohl auch einen Grund haben. Warum also sollte ich gehen?“

5 Resumé

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in Deutschland Männer primär- und sekundärpräventive Maßnahmen und Untersuchungen weniger häufig und weniger regelmäßig nutzen als Frauen. Trotzdem sind die Quoten der Männer, die bereits Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen haben, deutlich höher, als vielfach vermutet. Da Menschen sich daran orientieren, was andere vergleichbare Personen tun, sollten die Informationen und Statistiken, die in Medienkampagnen benutzt werden, sehr sorgfältig ausgewählt werden. Das Problem ist, dass die Einjahres-Hochrechnungen des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung immer wieder in den Medien zitiert und meist falsch interpretiert werden. So heißt es häufig: „Nur jeder 5. Mann geht zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung“. Diese Aussage ist korrekt, wenn man sie auf ein Jahr bezieht, d.h. also: „Im Jahr 2006 nahm jeder 5. anspruchsberechtigte Mann an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil“. Meist wird der Erhebungszeitraum jedoch nicht genannt, und so entsteht der Eindruck, als ob 80 % der Männer überhaupt nicht zur KFU gingen. Dies ist eine massive Unterschätzung der tatsächlichen Inanspruchnahme und wirkt zudem demotivierend auf Männer, die bisher noch nicht bei einer KFU waren. Ebenfalls korrekt, jedoch deutlich motivierender wäre dagegen folgende Aussage: „Wussten Sie eigentlich ... dass bereits 2/3 aller anspruchsberechtigten Männer in Deutschland mindestens einmal an einer Untersuchung zur Krebsfrüherkennung teilgenommen haben?“

Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden; 2009
2. Evans REC, Brotherstone H, Miles A, Wardle J. Gender differences in early detection of cancer. *Journal of Men's Health & Gender* 2005;2:209-217
3. Courtenay WH. Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. *Journal of Men's Studies* 2000;9:81-142
4. Meierjürgen R, Schulte M. Routinestatistiken im Gesundheitsförderungsbereich: Aufgaben, Ziele, erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung* 1993;5:61-65
5. Sieverding M. Die Bedeutung von Prototype-Matching für präventives Verhalten: Ist die Teilnahme an Streßbewältigungskursen „unmännlich“? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 1997;5:272-289
6. Meierjürgen R, Dalkmann S. Gender Mainstreaming im Präventionsangebot einer Krankenkasse. In: Kolip P, Altgeld T eds, *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. Weinheim: Juventa; 2006:245-257
7. Deutsche Krebshilfe. Sachstandserhebung „Krebs-Früherkennung“ der Deutsche Krebshilfe - Zusammenfassung der Ergebnisse der Hearings mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Jahr 2005 In; 2007
8. Sieverding M. Psychologische Determinanten der (Nicht-) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern - Abschlussbericht zum Forschungsprojekt (2004 - 2007). In. Heidelberg: Universität Heidelberg, Psychologisches Institut; 2008
9. Potthoff P, Heinemann LAJ, Güther B. Ein Haushalts-Panel als kosteneffektive Grundlage für bevölkerungsbezogene Gesundheitssurveys. *German Medical Science* 2004;2
10. Sieverding M, Matteredne U, Ciccarello L. What role do social norms play in the context of men's cancer screening intention and behavior? Application of an extended theory of planned behavior. *Health Psychology* 2010;29:72-81
11. Sieverding M, Matteredne U, Ciccarello L, Haug U. Colonoscopy use in a country with a long-standing colorectal cancer screening programme: Evidence from a large German survey. *Zeitschrift für Gastroenterologie* in press
12. Sieverding M, Matteredne U, Ciccarello L, Luboldt H-J. Prostatakarzinom-Früherkennung in Deutschland - Untersuchung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Der Urologe* 2008;47:1233-1238
13. Hall HI, Van Den Eeden SK, Tolsma DD, et al. Testing for prostate and colorectal cancer: comparison of self-report and medical record audit. *Preventive Medicine* 2004;39:27-35
14. Scheffer S, Dauven S, Sieverding M. Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland - Eine Übersicht. *Gesundheitswesen* 2006;68:139-146
15. Sieverding M, Matteredne U, Ciccarello L. Gender differences in FOBT use: evidence from a large German survey. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 2008;46 Suppl 1:S47-51
16. Brähler E, Kupfer J. *Mann und Medizin*. Göttingen: Hogrefe.; 2001
17. Matteredne U, Sieverding M. What makes men attend early detection cancer screenings? An investigation into the roles of cues to action. *International Journal of Men's Health* 2008;7:3-20
18. Weißbach L, Lein M, Fornara P, Wirth M. Ergebnisse der Männergesundheitstage 2006. *Der Urologe* 2008;47:205-211
19. Sieverding M, Decker S, Zimmermann F. Information about low participation in cancer screening demotivates other people. *Psychological Science* 2010;21:941-943