



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Wieso ich als Mann (nicht)?“

Eine qualitative Forschungsarbeit zum Erleben von Brustkrebs bei Männern
einer vermeintlich „typischen Frauenkrankheit“

Verfasserin

Manuela Zellner

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften
Betreuerin / Betreuer:	Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Ich versichere,

dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

dass diese Arbeit mit der zur Begutachtung vorgelegten und beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich für die hervorragende und erstklassige Betreuung von Fr. Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer bedanken. Sie hat mich sowohl bei der Themenfindung als auch bei der gesamten Verfassung der Diplomarbeit unterstützt und motiviert. Außerdem hat sie mir dabei geholfen selbst Lösungen für anscheinend unlösbare Probleme zu finden. Auch hatte Sie für jegliche Verzögerungen meinerseits vollstes Verständnis.

Folgend möchte ich mich bei den Ärzten und der Ärztin bedanken, welche mich bei der Interviewpartnerrekrutierung unterstützt haben.

Zusätzlich gebührt ein großer Dank meinen Interviewpartnern, welche ihren Mut bewiesen haben, mir ihr Vertrauen geschenkt haben und offen über ihr Erleben, den Nebenwirkungen der Medikamente, ihren Informationsbedürfnis und ihren Wünsche berichtet haben.

Zuletzt möchte ich mich noch bei meiner Familie, meinem Lebensgefährten, meinen Freunden und Freundinnen für das Verständnis und die Unterstützung während meiner gesamten Studienzeit bedanken.

Abstrakt

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Erleben von Brustkrebs bei Männern einer vermeintlich „typischen Frauenkrankheit“.

Ziel ist es herauszufinden, was es für Männer bedeutet an Brustkrebs, einer vermeintlich „typischen Frauenkrankheit“, zu erkranken, welchen Einfluss die vermeintlich „typische Frauenkrankheit“ auf das Krankheitserleben beim Mann hat und wie sich die Betroffenen vom Gesundheitssystem und der Umwelt in ihrer Erkrankung wahrgenommen und unterstützt sehen.

Insgesamt wurden sechs qualitative Interviews mit betroffenen Männern geführt, welche in Anlehnung nach Mayring ausgewertet wurden.

Die Ergebnisse zeigen, dass an Brustkrebs erkrankte Männer sich entmannt und als Exoten fühlen. Außerdem fühlen sie sich mit ihrem Brustkrebs allein gelassen, da sie keine bis sehr wenige Informationen erhalten. Die vermeintlich „typische Frauenkrankheit“ hat insofern Einfluss auf das Krankheitserleben, als dass sie aufgrund von Unwissenheit später diagnostiziert werden. Zuzüglich zu ihrer Erkrankung werden ihre Bedürfnisse nach einem unversehrten Körperbild als nicht von Interesse vom medizinischen Personal und ihren Freunden wahrgenommen. Ferner wird ihr Schamgefühl aufgrund der Brustamputation negiert. Überdies hinaus entsteht eine Unsicherheit im Bezug auf ihre eigene Männlichkeit aufgrund der Nebenwirkung der medikamentösen Nachbehandlung, nämlich der Impotenz. Des Weiteren vermitteln Ärzte eine Unsicherheit im Bezug auf die Behandlung, der Nebenwirkungen der Nachbehandlung und aufgrund des Informationsmangels. Männer sehen sich vom Gesundheitssystem und der Umwelt als nicht existent wahrgenommen, da Brustkrebs beim Mann nicht in der Öffentlichkeit bekannt ist. Weder gibt es schriftliche Informationen zu Nebenwirkungen der Nachbehandlung noch zur Therapie. Auch werden ihnen keine Treffen mit betroffenen Männern angeboten. Die Rolle des Gesundheitssystems wäre es, Brustkrebs beim Mann in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, damit andere Männer wissen, dass sie an Brustkrebs erkranken können und somit früher zum Arzt gehen.

Empfehlungen für die Praxis ist es, dass man mit Männern mehr über Sachthemen und Informationen als über Gefühle und Emotionen spricht. Außerdem, dass man ihnen genügend Informationen gibt und dass man ihnen die Möglichkeit geben sollte mit anderen betroffenen Männern zu sprechen. Zusätzlich wünschen sich Männer in Informationsbroschüren Kapiteln, welche sich mit männerspezifischen Themen befassen und dass die Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Brustkrebs auch Männer inkludiert.

Abstract

This diploma thesis tries to describe und explore the lived experiences of men with breast cancer, an illness typical associated with women.

The main aims of this thesis are to find out how men with breast cancer feel about their diagnosis, the influence of a feminized illness, breast cancer, to their illness itself and in addition how men feel supported and recognized from the society and the healthcare system.

The data were collected via six qualitative interviews with men with breast cancer. The content analysis, following to Mayring, was used for the data analysis.

The results show that men who are diseased on breast cancer sometimes feel exotic or not recognized as real men. They also often feel left alone with their illness due to too little or the lack of information. The next problem is that the illness breast cancer is diagnosed very late by men because of the unawareness. A very big problem is the loose of the own body image because of the total mastectomy carried out on men with breast cancer. But this problem is denied by the medical personal. They say it is not urgent to reconstruct a new breast and tell men that there is no reason to be ashamed. One of the side effects of the medicaments is importance, which makes many of the patients feel weak and castrated. The patients often feel uncertainty as the doctors give them less information about their illness, the treatment and their treatment's side effects. This causes men to feel not recognized or ignored by the health care system and the society. That men can disease on breast cancer is not known in the society and the medical system. There is no written information about the illness and the side effects of the treatment. They are not invited to meet with other male patients with this disease. The most important role of the health care system would be to inform the society about breast cancer by men, so that men also know that they can get this sort of cancer and will go earlier to a doctor when they notice symptoms.

My recommendations for the praxis are that one should at first do a long talk with the patients about the facts and provide information and afterwards talk about their emotions and feelings. The patient should also receive a lot of written information. One of the most important things is to give men with breast cancer the chance to talk with other men. Many men wish that the brochures include chapters which only treat their sort of cancer problems. They also wish to be included by campaigns like the "pink ribbon" campaign to raise the awareness that this disease can also inflict men.

Literaturverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Problem, Erkenntnisinteresse und Motivation.....	1
1.2 Ziel der vorliegenden Arbeit.....	3
1.3 Fragestellungen dieser Arbeit	3
1.4 Kurze Kapitelvorschau	4
2 Theoretischer Hintergrund	5
2.1 Die Brust.....	5
2.1.1 Die Physiologie der Brust	5
2.1.2 Maligne Tumore der Brust.....	5
2.1.2.1 Risikofaktoren	6
2.1.2.2 Brustkrebsarten.....	6
2.2 Wahrnehmung von Brustkrebs als „typische Frauenkrankheit“ in der Öffentlichkeit.....	8
2.2.1 Epidemiologische Daten	8
2.2.2 Präsentationsart von Brustkrebs in Fach- und Sachbüchern.....	9
2.2.3 Öffentliche Aufklärungsarbeit zum Thema Brustkrebs, die „Pink Ribbon“ Kampagne	13
2.2.4 Zusammenfassung.....	15
2.3 Stand der Forschung	15
2.3.1 Durchführung der Literaturrecherche	16
2.3.2 Darstellung des wissenschaftlichen Diskurses.....	16
2.4 Unsicherheitstheorie von Mishel	24
3 Methodik	28
3.1 Forschungsansatz.....	28
3.2 Methode der Datenerhebung	29
3.2.1 Allgemeine Datenerhebungsmethode	29
3.2.2 Geschlechtsspezifische Interviews.....	31
3.3 Methode der Datenanalyse	35
3.4 Beschreibung der Interviewpartner und des Feldzuganges	36
3.5 Ethische Überlegungen.....	37
3.5.1 Ethik in der Pflegeforschung	37
3.5.2 Ethische Aspekte der vorliegenden Arbeit.....	39
4 Darstellung der Ergebnisse.....	41

4.1 Was bedeutet es für einen Mann an Brustkrebs, einer vermeintlich „typischen Frauenkrankheit“, zu erkranken?	41
4.1.1 Kategorie 1 – An der Männlichkeit genagt.....	41
4.1.2 Kategorie 2 - Exot.....	45
4.1.3 Kategorie 3 – Alleine auf weiter Flur	47
4.2. Welchen Einfluss hat es an einer vermeintlich „typischen Frauenkrankheit“ zu erkranken auf das Krankheitserleben beim Mann?	49
4.2.1 Kategorie 4 – Nicht wahrhaben wollen.....	49
4.2.2 Kategorie 5 – Man sieht es ja FAST nicht.....	51
4.2.3 Kategorie 6 - Um ein Eck mehr	54
4.2.4 Kategorie 7 – Unsicherheit	57
4.3 Wie sehen sich die Betroffenen vom Gesundheitssystem und der Umwelt in ihrer Erkrankung wahrgenommen?	59
4.3.1 Kategorie 8 – Existiere Ich	59
4.3.2 Kategorie 9 – Rolle des Gesundheitssystems	63
4.4 Umgang von Männern mit Erkrankungen	63
5 Diskussion:	68
5.1 Diskussion anhand des wissenschaftlichen Diskurses.....	68
5.2 Diskussion anhand der Unsicherheitstheorie von Mishel.....	71
5.2.1 Diskussion der Kategorie Unsicherheit anhand der Unsicherheitstheorie von Mishel	72
5.2.2 Diskussion der nicht verwendeten Ergebnisse anhand der Unsicherheitstheorie von Mishel	72
5.3 Welche Einschränkungen mussten getroffen werden.....	73
6 Schlussfolgerung	74
7 Reflexion	76
7.1 Interviewpartnerrekrutierung	76
7.2 Probleme mit dem geschlechtsspezifisches Interview	76
8 Literaturverzeichnis.....	78
9 Anhang	83
9.1 Einladungsschreiben	83
9.2 Informationsschreiben	84
9.3 Einverständniserklärung	85
CURRICULUM VITAE	86

1 Einleitung

In der Einleitung werden das Problem, das Erkenntnisinteresse und die Motivation der Autorin beschrieben. Des Weiteren wird das Ziel der vorliegenden Arbeit und dessen Fragestellung genannt. Im Anschluss daran wird eine Kapitelvorschau gegeben.

1.1 Problem, Erkenntnisinteresse und Motivation

Diese Arbeit beschäftigt sich mit Männern, die an Brustkrebs erkrankt sind. Diese Patientengruppe ist eine Minderheit innerhalb dieser Krebserkrankung. Laut Statistik Austria sind im Jahr 2009 5001 Personen an Brustkrebs erkrankt, davon waren 46 erkrankte Männer, die restlichen 4955 Frauen. Dies bedeutet, dass circa jeder 100te Fall von Brustkrebs einen Mann betrifft. Das Risiko für einen Mann an Brustkrebs zu erkranken beträgt 0,1%, bei Frauen beträgt es 7,3%. Das Sterberisiko bis zum 75 Lebensjahr an Brustkrebs liegt bei einem Mann bei 0% und bei einer Frau bei 1,7%. Jedoch muss erwähnt werden, dass im Jahr 2009 12 Männer und 1594 Frauen an Brustkrebs gestorben sind. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html, Zugriff am 22.12.2011).

Aus Studien (Bunkley, Robinson, Bennett und Gordon (2000), France, Michie, Barrett-Lee, Brain, Harper und Gray (2000), Peate (2001), Williams, Iredale, Brain, France, Barrett-Lee und Gray (2003), Iredale, Brain, Williams, France und Gray (2006), Naymark (2006), Donovan und Flynn (2007), Iredale, Williams, Brain, France und Gray (2007), Pituskin, Williams, Au und Martin-McDonald (2007), Robinson, Metoyer und Bhayani (2008)) geht hervor, dass eine große Lücke an Informationen und Bedürfnissen der Patienten in den Gesundheitsbereichen besteht. Aufgrund dieser Studien erscheint die Frage, ob diese Lücke auch in Österreich vorhanden ist, als wesentlich.

Aus den nun angeführten Studien werden drei wesentliche Probleme ersichtlich:

Das erste Problem ist, dass Männer, welche die Diagnose Brustkrebs erhalten haben, nicht wussten, dass Brustkrebs auch Männer betreffen kann. Dieses Problem geht aus den Studien (France, Michie, Barrett-Lee, Brain, Harper und Gray (2000), Williams, Iredale, Brain, France, Barrett-Lee und Gray (2003), Lorenzel und Dow (2004), Iredale, Brain, Williams,

France und Gray (2006), Naymark (2006), Pituskin, Williams, Au und Martin- McDonald (2007), Robinson, Metoyer und Bhayani (2008)) hervor.

Als zweites Problem wird genannt, dass bei Männern keine Vorsorgeuntersuchung auf Brustkrebs stattfindet, auch nicht bei Männern, welche unter einem erhöhten Krankheitsrisiko Risikogruppen (Männer mit Hodenhochstand, späte Pubertät, Unfruchtbarkeit) leiden. Dies wird durch diese Studien (Bunkley, Robinson, Bennett und Gordon (2000), Robinson, Metoyer und Bhayani (2008)) belegt.

Als drittes Problem wird aus den Studien (Bunkley, Robinson, Bennett und Gordon (2000), France, Michie, Barrett-Lee, Brain, Harper und Gray (2000), Williams, Iredale, Brain, France, Barrett- Lee und Gray (2003), Lorenzel und Dow (2004), Naymark (2006), Iredale, Brain, Williams, France und Gray (2006), Robinson, Metoyer und Bhayani (2008)) benannt, dass der Brustkrebs bei Männern in einem späteren Stadium diagnostiziert wird als bei Frauen. Diese späte Diagnose ist auf die verbreitete Annahme zurückzuführen, dass Brustkrebs eine „typische Frauenkrankheit“ ist. Diese Annahme ist sowohl im Gesundheitssystem als auch in der Öffentlichkeit vertreten.

Folgend sind Erfahrungsberichte zusammengefasst, um die Probleme, die Unwissenheit im Bezug auf die Erkrankung Brustkrebs beim Mann, auf die nicht vorhandene Vorsorgeuntersuchungen und die Annahme das Brustkrebs eine „reine Frauenkrankheit“ ist, aufmerksam zu machen.

Piper (2008) beschreibt in einem Artikel die Situation eines Patienten, der an Brustkrebs erkrankt ist. Beschrieben wird wie der Mann seinen Arbeitskollegen mitteilt, dass er an Brustkrebs erkrankt ist. Bei Brustkrebs erkrankten Frauen führt dies zu Mitgefühl und Unterstützung von Kollegen und Freunden. Bei Brustkrebs erkrankten Männern führte dies zu Zweifel und Unglauben. Des Weiteren geht seine Frau zu einer Selbsthilfegruppe und gibt vor an Brustkrebs erkrankt zu sein, um die Fragen ihres Mannes zu stellen. Die Therapie von Brustkrebs ist bei Frauen und Männern gleich, außer dass bei Männern die gesamte Brust inklusive der Brustwarze entfernt wird. Des Weiteren wird Männern eine Brustrekonstruktion seltener angeboten als Frauen (Piper, 2008).

Im Erfahrungsbericht von Samvelson (2006) wird ihm selbst von einem Freund berichtet, dass dieser Brustkrebs hat. In diesem Text wird deutlich, dass keiner der beiden Männer wusste, dass Brustkrebs keine „reine Frauenkrankheit“ sei. Nach dem Gespräch mit seinem Freund untersucht Samvelson seine eigene Brust und entdeckt bei sich selbst einen Knoten:

Brustkrebs im Stadium III (Samvelson, 2006). „When it comes to breast cancer, men are more likely to die from embarrassment than they are from the disease.“ (Samvelson, 2006, 605) Wright (2009) beschreibt, dass er selbst an Brustkrebs erkrankt ist und zu den Überlebenden zählt, da er an einem untypischen Symptom, dem Schmerz, gelitten hat. Aufgrund dessen ging er solange zum Arzt, bis er eine Diagnose erhalten hatte. Er hat mit anderen Männern gesprochen, deren Briefe und die Briefe deren Frauen oder Witwen gelesen. Es waren Männer, die Angst vor Gelächter hatten, daher haben sie alleine gelitten, da sie Angst hatten entmannt zu werden. Das Problem ist der Unglaube krank zu sein, da die Krankheit Brustkrebs beim Mann weitgehend unbekannt ist. Die „Pink Ribbon“ Kampagnen haben viele Frauenleben gerettet. Männer sterben an Brustkrebs aufgrund der fortgeschrittenen Krebsstadien bei der Diagnose und nicht weil sie schlechtere Überlebenschancen haben. Wright hofft, dass in Zukunft eine Bewusstseinsbildung stattfindet, dass auch Männer an Brustkrebs erkranken können. Es wird sich nichts ändern, wenn die Überlebenden sich weiterhin verstecken (Wright, 2009).

Aus diesen drei Texten geht hervor, dass ein Mangel an Bewusstseinsbildung, sowohl in der Gesellschaft als auch im medizinischen Bereich, im Bezug auf Brustkrebs beim Mann vorhanden ist. Denn, einerseits werden Männer später diagnostiziert und andererseits finden sie weniger Unterstützung und werden teilweise von unserer Gesellschaft nicht ernst genommen, wenn sie sagen, welche Erkrankung sie haben.

1.2 Ziel der vorliegenden Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Forschungsstand in diesem Gebiet zu erweitern und Unterstützungsvorschläge für betroffene Männer zu entwickeln. Dadurch wird voraussichtlich das Verständnis für die Situation von Männern mit Brustkrebs gefördert. Wünschenswert wäre es, wenn das Gesundheitsteam durch die Ergebnisse dieser Studie eine Handlungsempfehlung darin sieht und eventuelle Wünsche der Betroffenen mit Hilfe eines weiteren Forschungsprojekts in die Tat umgesetzt werden.

1.3 Fragestellungen dieser Arbeit

Aufgrund der Problemlage ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Was bedeutet es für einen Mann an Brustkrebs, einer vermeintlich „typischen Frauenkrankheit“, zu erkranken?
- Welchen Einfluss hat es an einer vermeintlich „typischen Frauenkrankheit“ zu erkranken auf das Krankheitserleben beim Mann?
- Wie sehen sich die Betroffenen vom Gesundheitssystem und der Umwelt in ihrer Erkrankung wahrgenommen und unterstützt?

1.4 Kurze Kapitelvorschau

In der folgenden Arbeit werden als theoretischer Hintergrund die Physiologie der Brust und die malignen Tumore der Brust beschrieben. Außerdem wird die Wahrnehmung von Brustkrebs als „typische Frauenkrankheit“ in der Öffentlichkeit anhand der epidemiologischen Daten, der Präsentationsart von Brustkrebs in Fach- und Sachbüchern und anhand der Kampagne „Pink Ribbon“ erörtert. Folgend wird der Stand der Forschung mittels der Durchführung der Literaturrecherche und der Darstellung des wissenschaftlichen Diskurses erläutert. Anschließend erfolgt die Vorstellung der Unsicherheitstheorie von Mishel.

Im nächsten Kapitel wird die Methodik mithilfe des Forschungsansatzes, der Datenerhebungsmethode und der Methode der Datenanalyse dargelegt. Folgend werden die Interviewpartner und der Feldzugang beschrieben. Anschließend finden sich ethische Grundlagen und wichtige ethische Überlegungen.

Folgend werden die Ergebnisse anhand der drei Forschungsfragen mithilfe von neun Kategorien beantwortet und zusätzlich um das Kapitel Umgang von Männern mit Erkrankungen ergänzt. In der Diskussion werden versucht die Ergebnisse einerseits mit dem wissenschaftlichen Diskurs und andererseits mit der Unsicherheitstheorie von Mishel zu beleuchten. Anschließend folgen die Schlussfolgerungen mit einem Ausblick auf mögliche weitere Forschungsarbeiten. Abschließend erfolgt eine Reflexion anhand der spezifischen Probleme, welche sich aufgrund der Interviewpartner ergeben haben.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Die Brust

In diesem Kapitel wird kurz die Physiologie der Brust beschrieben. Außerdem wird auf die malignen Tumore der Brust eingegangen.

2.1.1 Die Physiologie der Brust

Um besser verstehen zu können, wieso es aus anatomischer Sicht logisch ist, dass auch Männer an Brustkrebs erkranken können, wird hier kurz die Physiologie der Brust erläutert.

Skibbe und Löseke (2007) beschreiben den Aufbau der Brustdrüse. Die Brustdrüse, auch Mammae genannt, ist bei der Frau und beim Mann gleich aufgebaut. Des Weiteren ist zu sagen, dass sich die Mammae der Frau innerhalb der Pubertät weiterentwickelt und zum sekundären Geschlechtsmerkmal der Frau heranreift. Beim Mann findet eine solche Weiterentwicklung nicht statt. Die Brust der erwachsenen Frau liegt zwischen dem dritten und sechsten Rippenbogen und enthält fünfzehn bis zwanzig Drüsenlappen. Die Drüsenlappen enthalten die Milchgänge, deren Ausgänge an der Brustwarze sind. Die Drüsenlappen werden von Fett- und Bindegewebe getrennt. Das Bindegewebe ist für die Straffheit der Brust verantwortlich. Das Bindegewebe ist vom großen Brustmuskel umgeben, wobei die Brustdrüse vom Brustmuskel gut verschieblich ist. Ein Hinweis auf Tumore ist, wenn die Verschieblichkeit verloren geht. (Skibbe & Löseke, 2007)

Die Physiologie der männlichen Brust unterscheidet sich nur geringfügig gegenüber der weiblichen Brust. „Die Brustdrüse des Mannes ist nur rudimentär angelegt, besteht aus verzweigten Milchgängen, die blind enden und die Areola normalerweise nicht erreichen“ (Drake, Vogl, Mitchel, 2007, 117).

2.1.2 Maligne Tumore der Brust

Folgend werden die Risikofaktoren für Brustkrebs und die Brustkrebsarten dargelegt.

2.1.2.1 Risikofaktoren

In der Literatur werden eine Vielfalt von Risikofaktoren beschrieben. Aufgrund dessen, dass bei Margulies, Fellingner, Kroner und Gaisser (2006) die Risikofaktoren genannt werden, die alle anderen auch erwähnen, werden diese angeführt.

- Die Mutation der Gene BRCA1 und BRCA2. Hierbei besteht ein 80-90% Erkrankungsrisiko bis zum 80. Lebensjahr und rund 5% aller Brustkrebserkrankungen sind aufgrund dieser Mutation.
- Vorerkrankungen der Brust
- Familiäre Vorbelastung; dies bedeutet die Brustkrebserkrankung der Mutter oder der Schwester
- „Proliferierende Mastopathie mit Atypien¹
- Kinderlosigkeit, höheres Alter bei der ersten Geburt (über 30)
- Frühe erste Regelblutung (vor dem 12. Lebensjahr), späte Menopause
- Hormonersatztherapie in den Wechseljahren: bei mehr als 5-jähriger Einnahme Risiko bis zu 2,5fach erhöht“ (Margulies, Fellingner, Kroner & Gaisser, 2006, S. 656)

2.1.2.2 Brustkrebsarten

Goldmann-Posch und Martin (2009) teilen Brustkrebs in zwei Arten ein: in das nichtinvasive Karzinom und das invasive Karzinom.

Das **nichtinvasive Karzinom** wird auch In-situ-Karzinom genannt. Hierbei handelt es sich um eine bösartige Krebserkrankung, welche keine Metastasen bildet und somit auf ihren Ursprung begrenzt ist. Beim Karzinom in situ werden zwei Formen unterschieden:

- Duktales Carcinoma in Situ
- Lobuläre Neoplasie auch Lobuläres Carinoma in Situ.

Beim **duktalem Carcinoma in Situ** sind die Krebszellen auf die Milchgänge beschränkt. Es bildet keine Metastasen, aber es breitet sich nicht immer gleichmäßig aus, sondern lässt immer wieder Stücke in den Milchgängen frei. Ferner gibt es zwei unterschiedliche Arten von

¹ Mastopathie ist eine „Nichttumoröse, hormonabhängige degen. od. proliferative Veränderung im Brustdrüsenparenchym.“ (Pschyrembel, 2002, S. 1032)

duktalen Carcinoma in Situ, nämlich sehr aggressive und weniger aggressive Carcinome. Das sehr aggressive duktales Carcinoma in situ wird immer zu einem invasiven Karzinom. Daher ist die frühzeitige Diagnose sehr wichtig.

Die Therapie ist eine Mastektomie und eine anschließende Strahlentherapie, hierbei muss bei der Operation darauf geachtet werden, jegliche Krebszellen zu entfernen und somit muss das Carcinom aus dem gesunden Gewebe entfernt werden. Die Diagnose wird mittels Mammographie gestellt, wobei eine Früherkennung besser durch eine Magnetresonanztomographie der Brust möglich ist.

Bei der **lobulären Neoplasie** handelt es sich um krebsartige Zellen in den Gängen der Brustdrüsenläppchen. Die lobuläre Neoplasie wird meist zufällig erkannt, weil aus anderen Gründen eine pathologische Untersuchung stattfindet. Die Diagnose findet immer aufgrund einer pathologischen Untersuchung statt. Die lobuläre Neoplasie kann nicht mittels Mammografie diagnostiziert werden. Sie „tritt in etwa bei 60 Prozent gleichzeitig an verschiedenen Stellen innerhalb einer Brust auf, in über 30 Prozent auch beidseitig. Etwa 20 Prozent der Betroffenen entwickeln innerhalb von 14 Jahren ein invasives Mammarkarzinom.“ (Goldmann- Posch & Martin, 2009, S. 7) Aufgrund dieser Fakten entscheiden sich Frauen, die eine familiäre Vorgeschichte im Bezug auf Brustkrebs haben, und die auf der sicheren Seite stehen wollen für eine einseitige oder beidseitige totale Mastektomie. Alle Frauen, die keine totale prophylaktische Mastektomie vornehmen lassen, sollten zu regelmäßigen Kontrollen gehen.

Invasive Karzinome sind alle Karzinome, welche sich nicht mehr auf ein Gewebe beschränken, sondern schon ins Nachbar Gewebe vorgedrungen sind. Somit kann das Karzinom schon in anderen Organen sein und Metastasen gebildet haben. Daher kann das Karzinom das gesamte Organsystem befallen. Die Unterscheidung, um welches Mammarkarzinom es sich handelt, findet nach der Biopsie statt.

Bei invasiven Karzinomen werden fünf Formen unterschieden:

- Das **invasive duktales Karzinom** geht von den Milchgängen aus, bildet meist solide Knoten, welche sowohl bei der Mammografie und beim Ultraschall eindeutig diagnostizierbar sind. Es betrifft 78 Prozent der Brustkrebsfälle.
- Das **invasive lobuläre Karzinom** geht vom Gangsystem der Drüsenläppchen aus. Es ist problematisch bei der Diagnosestellung, da sich das invasive lobuläre Karzinom nur geringfügig vom gesunden Gangsystem der Drüsenläppchen unterscheidet. Dieses

Karzinom wird leichter unter der Kernspintomografie, als bei der Mammografie diagnostiziert. Es betrifft 12 Prozent der Brustkrebsfälle

- Das **muzinöses, tubuläres und papiläres Karzinom** geht von der inneren Zellschicht des Milchgangsystems aus. Hierbei handelt es sich um drei verschiedene Karzinome, die eine gute Prognose haben und selten vorkommen.
- Das **inflammatorische Karzinom** sieht ähnlich aus wie eine Brustentzündung. Hierbei werden Schwellungen, Rötungen und Erwärmung der Brust festgestellt, meist bereitet dies keine Schmerzen, hingegen schmerzt eine Brustentzündung. Um diese zwei Erkrankungen voneinander zu unterscheiden muss eine Biopsie vorgenommen werden. Dieses Karzinom ist selten, aber sehr aggressiv.
- Das **Paget-Karzinom** tritt meist zusätzlich zu einem duktalem Carzinom in situ oder einem invasiven duktalem Karzinom auf. Charakteristisch für das Paget-Karzinom ist eine schuppige Rötung der Brustwarze oder des Warzenvorhofs. Die Diagnosestellung erfolgt mittels Biopsie. (Goldmann-Posch & Martin, 2009)

2.2 Wahrnehmung von Brustkrebs als „typische Frauenkrankheit“ in der Öffentlichkeit

Dieses Kapitel soll verdeutlichen, wieso in dieser Arbeit Brustkrebs als „typische Frauenkrankheit“ bezeichnet wird. Um dies darzulegen, werden die epidemiologischen Daten kurz beschrieben. Außerdem wird die Darstellung von Brustkrebs in der Öffentlichkeit genauer betrachtet. Dies wird durch die Präsentation von Brustkrebs in Fach- und Sachbüchern dargelegt. Zusätzlich wird auf die Öffentlichkeitsarbeit bei Brustkrebs, welche ausschließlich aus der „Pink Ribbon“ Kampagnen besteht, näher eingegangen.

2.2.1 Epidemiologische Daten

Brustkrebs wird in dieser Arbeit aufgrund der hohen Krebsinzidenz als vermeintlich „typische Frauenkrankheit“ deklariert. Laut Statistik Austria liegt 2009 die Krebsinzidenz in absoluten Zahlen bei insgesamt 5001 Personen, wobei 4955 Frauen und 46 Männer betroffen sind. Hieraus wird ersichtlich, dass unter 1% Männer sind und über 99% Frauen. Das Erkrankungsrisiko bei einer Frau unter 75 Jahren liegt bei 7,3% und beim Mann bei 0,1% (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html,

Zugriff am 22.12.2011). Aufgrund dieser zwei Fakten kann gesagt werden, dass Brustkrebs eine „typische Frauenkrankheit“ ist.

2.2.2 Präsentationsart von Brustkrebs in Fach- und Sachbüchern

Um dieses Kapitel ausarbeiten zu können wurden Fach- und Sachbücher zum Thema Brustkrebs gesucht. Diese Suche fand in der Universitätsbibliothek der Universität Wien, der Bibliothek der medizinischen Universität Wien und in den Büchereien der Stadt Wien statt.

Durch Fach- und Sachbücher zum Thema Brustkrebs wird das Bild vermittelt, dass Brustkrebs eine „typische Frauenkrankheit“ ist. In vielen von diesen Publikationen wird ausschließlich von Patientinnen und erkrankten Frauen gesprochen.

Auf den Büchern sind nackte Frauen am Cover, welche ihre Brüste zeigen oder mit den Händen bedecken.

- Früherkennung Brustkrebs. Der beste Weg, die Krankheit zu besiegen von Graf (2006).
- Den Brustkrebs besiegen. Rechtzeitig erkennen, richtig behandeln, heilen und leben. Methoden der Früherkennung, Erfolgreiche Therapie und wirksame Nachsorge, Möglichkeiten zum Wiederaufbau der Brust von Höffken und Hertel (2003).
- Love M., Lindsey K. (2000): Das Brustbuch. Was Frauen wissen wollen von Love und Lindsey (2000).
- Brustkrebs. Diagnostik und Therapie von Silva und Zurrida (2007).
- Hilfe bei Brustkrebs. Vorsorge, Früherkennung, Behandlung, Nachsorge von Smola (2005).

Bei diesen Büchern ist eine Grafik von einer Frau auf dem Cover und kein Foto.

- Überlebensbuch Brustkrebs. Anleitung zur aktiven Patientin. In Abstimmung mit international anerkannten Brustkrebs- Experten von Goldmann-Posch und Martin (2009).
- Was sie über Brustkrebs-Früherkennung wissen müssen. Risiken-Vorbeugung-Früherkennung- Hilfen von Hoger (2003).

Autoren wenden sich mit ihren Büchern im Titel direkt an Frauen, indem sie ihn so formulieren, dass das Buch speziell für Frauen ist. Die Titel lauten:

- Brustkrebs Überlebenshilfen für junge Frauen. Erlebnisbericht: Eine Betroffene und zwei Experten beraten von Emos, Beuth und Rösing (2008).
- Überlebensbuch Brustkrebs. Anleitung zur aktiven Patientin. In Abstimmung mit international anerkannten Brustkrebs- Experten von Goldmann-Posch und Martin (2009).
- Gesundheitslexikon für Frauen und Mädchen. Alle Themen von A bis Z von Leodolter und Mezei (2004).
- Das Brustbuch. Was Frauen wissen wollen von Love und Lindsey (2000).

Harbeck (2008) geht nicht auf die Brusterkrankung beim Mann ein. Der Brustkrebs wird sowohl bei der Inzidenz als auch bei der Mortalität ausschließlich auf Fallzahlen von der Frau gestützt. (Harbeck, 2008). Graf (2006) schreibt im Kapitel Häufigkeit von Brustkrebs über die Krankheitsfälle bei Frauen, Männer werden nicht erwähnt (Graf, 2006). Leodolter und Mezei (2004) geben keinen Hinweis, dass Männer an Brustkrebs erkranken können (Leodolter und Mezei, 2004). Meden (2009), spricht in seinem Vorwort ausschließlich von Frauen, da Brustkrebs die häufigste Krebsart ist, welche bei Frauen zum Tod führt (Meden, 2009). In der Broschüre von Hoyer (2003) ist die Zielgruppe Frauen von 50-69 Jahren. Wobei auch in dieser Broschüre nicht erwähnt wird, dass Männer an Brustkrebs erkranken können (Hoyer, 2003).

Bei Höffken und Hertel (2003) ist das Vorwort von einer Frau geschrieben, es wird von „uns“ gesprochen und auf erkrankte, betroffene Frauen hingewiesen. Im Inhaltsverzeichnis wird über Aufbau und Funktion der weiblichen Brust gesprochen. Das Vorwort und das Inhaltsverzeichnis zeigen keine Hinweise, dass Männer an Brustkrebs erkranken können. Des Weiteren wird im ersten Kapitel „Vorsorgeuntersuchungen nutzen“ zwar von einer Krankheitsinzidenz gesprochen, wobei an dieser Stelle die erkrankten Männer nicht erwähnt werden (Höffken und Hertel, 2003).

Berg (2000) erwähnt weder im ersten Kapitel noch im Inhaltsverzeichnis, dass Brustkrebs auch Männer betreffen kann. Berg beschäftigt sich in ihrem Buch mit der Früherkennung, der Diagnose, der Therapie und der Nachsorge von Brustkrebs. Unter Nachsorge werden Themen, wie Brustwiederherstellung, Büstenhalter, Schwangerschaft und die Wechseljahre verstanden (Berg, 2000).

Goldmann-Posch und Martin (2009) bezeichnen ihr Buch im Vorwort selbst als „ein Buch zum Handeln“ (Goldmann- Posch, Martin, 2009, S. XI). Dieses Buch richtet sich direkt an Frauen, denn es wird von Patientinnen gesprochen. Im Inhaltsverzeichnis werden einige Themen angesprochen wie: „Diagnose Brustkrebs in der Schwangerschaft“, „Angriff gegen den Krebs oder gegen meine Weiblichkeit“. Wobei die Autorinnen im Kapitel „Lernen Sie Ihr Brustkrebsrisiko kennen“ erwähnen, dass Frauen ein erhöhtes Brustkrebsrisiko haben, wenn ein Verwandter, egal ob weiblich oder männlich an Brustkrebs erkrankt ist (Goldmann- Posch und Martin, 2009).

Selbst wenn aus dem Titel hervorgeht, dass es sich um Männer im Zusammenhang mit Brustkrebs handelt, wird man wieder enttäuscht, denn auch dann geht es ausschließlich um das Erleben von Männern, deren Frauen an Brustkrebs erkrankt sind und nicht um Männer, welche an Brustkrebs erkrankt sind. Als Beispiel ist das Buch „Männerperspektiven zu Brustkrebs“ von Beier 2009 zu nennen (Beier, 2009).

Sachs (2003) erwähnt mit dem Satz „Die wenigen Brustkrebsfälle bei Männern wurden hier außer Acht gelassen“ (Sachs, 2003, S. 24). Auch wird erwähnt, dass Männer an Brustkrebs erkranken können, aber eine zu geringe Fallzahl haben um bei einem Vergleich zwischen den Häufigkeiten zweier Krebserkrankungen in Betracht gezogen werden müssen (Sachs, 2003).

Love und Lindsey (2000) widmen in ihrem Buch den Männern ein Unterkapitel namens „Brustkrebs bei Männern“, wobei dieses nur 1,5 Seiten beträgt. Überdies werden nur frauenspezifische Themen angeschnitten wie Brustrekonstruktion, Prothese und Schwangerschaft (Love und Lindsey, 2000).

Silvia und Zurrida (2007) erwähnen Brustkrebs bei Männern bei der geschätzten Mortalität und bei den Risikofaktoren an Brustkrebs zu erkranken. Hierbei wird erwähnt, dass das Verhältnis von Frau zu Mann an Brutkrebs zu erkranken 135 zu 1 ist. Des Weiteren widmen die Autoren der männlichen Brust beziehungsweise dem Brustkrebs beim Mann ein gesamtes Kapitel im Umfang von fünf Seiten. Trotzdem wird ausschließlich über die Nachsorge bei Patientinnen mit Mammakarzinom geschrieben (Silvia und Zurrida, 2007).

Smola (2005) widmet in seinem Buch den Männern zwei Kapitel „Brusterkrankungen des Mannes und Brustkrebs - Der vergessene Mann“. Des Weiteren führt er die Gynäkomastie an, welche eine gutartige Vergrößerung der männlichen Brustdrüse bedeutet. In diesem Buch werden dem Mann mit Brusterkrankungen insgesamt sieben Seiten gewidmet. Auf diesen

Inhalt wird man jedoch erst aufgrund des Inhaltsverzeichnisses aufmerksam gemacht, da auf diesem Ratgeber eine nackte Frau abgebildet ist, welche ihre Brüste mit ihren Händen bedeckt. In diesem Werk wird ausschließlich der Aufbau der weiblichen Brust geschildert. Zusätzlich wird auf die Risikofaktoren, die Vorsorge und auch auf Brusterkrankungen eingegangen, welche nicht bösartig sind. Beim Brustkrebs selbst wird auf die verschiedenen Brustkrebsarten eingegangen, auf Behandlungsmöglichkeiten und auch auf die chirurgischen Maßnahmen um eine Brust wieder aufzubauen sowie auf die Situation nach der Operation und die Nachbehandlung (Smola, 2005).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass aufgrund der Präsentation von Brustkrebs allgemein davon ausgegangen wird, dass Brustkrebs ausschließlich Frauen betrifft. Hierbei fängt es beim Titel der Bücher, über das Titelbild bis hin zur weiblichen Ansprache der betroffenen Brustkrebserkrankten an. Darüber hinaus wird im Großteil der Bücher weder im Vorwort noch irgendwo innerhalb des Inhaltsverzeichnisses auf Männer eingegangen. Noch werden Männer bei der Häufigkeit, der Inzidenz noch unter der Mortalitätsrate von Brustkrebs erwähnt. Auch wenn der Titel darauf schließen lässt, dass sich das Buch mit Männern und deren Brustkrebs befasst, wird man enttäuscht, denn auch hierbei handelt es sich um Männer deren Ehefrauen an Brustkrebs erkrankt sind.

Insgesamt wurden vierzehn Sach-, Fachbücher und Broschüren durchgesehen, wobei zu sagen ist, dass in zehn Büchern nicht auf den Brustkrebs beim Mann eingegangen wird.

Nur in vier davon wird Brustkrebs beim Mann erwähnt. In einem wurden insgesamt zwei Sätze zum Thema Brustkrebs beim Mann geschrieben. In einem anderen wurde dem Mann insgesamt eineinhalb Seiten zugestanden und eine Überschrift im Inhaltsverzeichnis in Form von einem Unterkapitel. In einem weiteren Buch werden den Männern insgesamt fünf Seiten gewidmet. Am stärksten vertreten waren Männer in einem Buch, in welchem sie insgesamt zwei Kapitel erhielten in einem Ausmaß von sieben Seiten. Des Weiteren ist zu sagen, dass in keinem dieser vier Bücher näher auf den Mann mit seinen Bedürfnissen eingegangen wurde, sondern ausschließlich darauf eingegangen wird, dass Männer an Brustkrebs erkranken können und nicht auf deren Probleme, auf die Auswirkungen der Therapie oder auf die Nachsorge für den Mann.

2.2.3 Öffentliche Aufklärungsarbeit zum Thema Brustkrebs, die „Pink Ribbon“ Kampagne

„Das „Pink Ribbon“ ist aber mehr als „nur“ eine rosa Schleife: Es ist das internationale Zeichen der Solidarität mit Brustkrebspatientinnen und Ausdruck der Hoffnung auf Heilung.“ (<http://www.krebshilfe.net/kampagnen/pinkribbon11/start.shtm>, Zugriff am 25.12.2011)

Laut der Homepage der Krebshilfe wurde „Pink Ribbon“ 1992 von Evelyn Lauder gegründet. Die „Pink Ribbon“ steht für die Wichtigkeit von Brustkrebsvorsorge und Brustkrebsfrüherkennung. Außerdem zeigt man sich mit dem Tragen der „rosa Schleife“ mit betroffenen Frauen solidarisch. Pink Ribbon steht weltweit als Symbol für Brustkrebs bei der Frau. Jährlich startet eine Pink Ribbon Tour durch Österreich. Das Ziel dieser Tour ist es Aufklärung über Früherkennung und Vorsorge zu Brustkrebs zu leisten und Gelder zu sammeln um Brustkrebspatientinnen zu unterstützen. Die Tour durch Österreich startet im Brustkrebsmonat Oktober.

„Pink Ribbon“ hat mehrere Aufgaben, einerseits die Informationsarbeit, andererseits auch Spendengelder zu sammeln. Die Spendengelder werden unterschiedlich genutzt, einerseits um die Krebshilfe, im speziellen die Brustkrebshilfe, zu finanzieren und andererseits um betroffenen Familien zu helfen, die aufgrund der Erkrankung in finanzieller Not geraten sind

„Pink Ribbon“ sammelt auf verschiedensten Wegen Geld um Frauen mit Brustkrebs zu unterstützen. Einerseits wurden hierfür spezielle „Pink Ribbon Produkte“ entworfen. Bei diesen Produkten handelt es sich um Kooperationen mit den verschiedensten Unternehmen, welche „Pink Ribbon Produkte“ verkaufen. Ein Teil des Erlöses der „Pink Ribbon Produkte“ erhält der Soforthilfefond der Krebshilfe für Brustkrebspatientinnen (<http://www.krebshilfe.net/kampagnen/pinkribbon11/ribbon06.shtm>, Zugriff am 25.12.2011)

Der Pink Ribbon Lauf dient dazu Gelder zu sammeln um die Brustkrebshilfe zu unterstützen und um auf Brustkrebs aufmerksam zu machen. Das Motto des Laufs lautet „3.000 Schritte aus Liebe zum Leben“ (http://www.krebshilfe.net/asp/presse_lang.asp?id=192, Zugriff am 25.12.2011) Hierbei wurden insgesamt 17 000 Euro erwirtschaftet (http://www.krebshilfe.net/asp/presse_lang.asp?id=192, Zugriff am 25.12.2011).

Nicht nur in Wien findet ein Pink Ribbon Lauf statt, sondern auch in anderen Städten Österreichs findet ein Frauenlauf statt. Diese Städte waren 2011 Bodensee, Innsbruck, Wals Siezenheim und Villach (<http://www.krebshilfe.net/kampagnen/pinkribbon11/ribbon06.shtm>,

Zugriff am 25.12.2011) Zusätzlich wurde mit der Almrausch Charity Veranstaltung im Schreiberhaus in Wien, Gelder in der Höhe von 3000 Euro gesammelt (<http://www.krebshilfe-wien.at/Almrausch-im-Schreiberhaus-11.256.0.html>, Zugriff am 25.12.2011).

Die Pink Night in Salzburg wurde erstmals 2010 veranstaltet (<http://www.amadeohotel.at/Blog/pink-night-salzburg-charity/>, Zugriff am 25.12.2011). Hierbei wurden 10 000 Euro für die Krebshilfe Salzburg gespendet. Aufgrund des großartigen Erfolges wurde für 2011 wieder eine Pink Night geplant (pinknight.at, Zugriff am 25.12.2011). Diese fand am 18.5.2011 in wieder statt.

Zudem werden auch Events veranstaltet, wo Prinzessinnen oder Königinnen gewählt werden und somit Gelder gesammelt werden, wie bei der Living Culture Partnership Event in der Therme Nova in Köflach oder beim „Pink Ribbon Princess“- Charity in der Shopping Nord in Graz (<http://www.krebshilfe.net/kampagnen/pinkribbon11/ribbon06.shtm>, Zugriff am 25.12.2011)

Die „Pink Ribbon“ Night ist die offizielle Auftaktveranstaltung der „Pink Ribbon“ Tour in Österreich und findet immer im Brustkrebsmonat Oktober statt. Im Jahr 2011 startete die „Pink Ribbon“ Night erstmals vor dem Österreichischen Parlament, welches mit einer rosa Schleife geschmückt war. Dazu wurden 5000 rosa Luftballons in die Lüfte entlassen. Außerdem fand am Nachmittag ein Informationstag zum Thema Brustkrebs statt. Darauf folgend fand am Abend ein Charity Gala Dinner im Magna Racino statt und auch ein Clubbing die „Fete Pink“ im Palais Auersperg. (<http://www.krebshilfe.net/kampagnen/pinkribbon11/ribbon06.shtm>, Zugriff am 25.12.2011)

Die „Pink Ribbon“ Tour führt durch alle Bundesländer, wobei die Tour-Stopps immer ein Informationsevent und einen Charityevent beinhalten.

Der pink ribbon initiative mobilizing Awareness (P.R.I.M.A.) Award wurde 2007 von A1, einem „Pink Ribbon“ Partner, ins Leben gerufen. Bei diesem Award werden Personen geehrt, welche besonderes für Brustkrebspatientinnen leisten. „Ziel der Auszeichnung ist es, die Wichtigkeit der sensiblen Kommunikation in den Mittelpunkt zu stellen und gleichzeitig Wertschätzung an ganz besondere Personen und tolle KommunikatorInnen auszusprechen.“ (<http://www.prima-award.at/?page=award>, Zugriff am 25.12.2011) Der Award würdigt jedes Jahr andere Personengruppen, welche sich um Brustkrebspatientinnen kümmern. Die letzten

Jahre wurden Ärzte, Pflegepersonal, Pflege-Teams und Menschen aus dem persönlichen Umfeld geehrt. 2012 sollen Personen im Berufsumfeld geehrt werden. Nämlich Kollegen und Kolleginnen, Vorgesetzte und Unternehmen, welche betroffene Frauen besonders unterstützen (<http://www.prima-award.at>, Zugriff am 25.12.2011).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass „Pink Ribbon“ und Brustkrebskampagnen, Vorsorge und Früherkennung immer in einem Satz genannt werden. Des Weiteren möchte „Pink Ribbon“ Brustkrebspatientinnen unterstützen. Auch hier werden Männer, die an Brustkrebs erkranken nicht erwähnt. Denn es geht um Hilfestellung für Brustkrebspatientinnen und auch um deren Unterstützung, und nicht um Brustkrebspatienten und Brustkrebspatientinnen. Auch mithilfe der rosa Schleife verbindet man eher Frauen als Männer. Weil auch schon kleinen Mädchen rosafarbenes Gewand angezogen wird und nicht den kleinen Buben.

2.2.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich sowohl bei den epidemiologischen Daten, den Sach- und Fachbüchern als auch bei „Pink Ribbon“ immer auf Frauen bezogen wird und auf diese eingegangen wird. Man versucht betroffene Frauen zu unterstützen und diese zur Vorsorge von Brustkrebs zu bewegen. Brustkrebs wird somit in der Öffentlichkeit als ausschließlich Frauen betreffende Krankheit präsentiert. Deswegen gehen Männer später zum Arzt und erhalten dadurch später die Diagnose Brustkrebs und somit haben sie auch eine schlechtere Prognose. Auch wenn dies nur ein Prozent der Brustkrebsfälle trifft, sollte man auch auf diese eingehen.

2.3 Stand der Forschung

Im folgenden Kapitel werden die Vorgehensweise bei der Literaturrecherche und der aktuelle Forschungsstand zum Thema Männer mit Brustkrebs und ihr Erleben beschrieben. Der Forschungsstand wird durch zusammengefasste Studien dargestellt.

2.3.1 Durchführung der Literaturrecherche

Die Literatursuche zum Thema Brustkrebs beim Mann wurde einerseits an der Universitätsbibliothek der Universität Wien, der Bibliothek der medizinischen Universität Wien und der Fachbibliothek am Rudolfinerhaus durchgeführt. Andererseits wurde mithilfe von Schlagwörtern in elektronischen Datenbanken nach relevanter Literatur gesucht. Die zu nennenden Datenbanken sind Cinahl und PubMed. In der Suche wurden ausschließlich deutsch und englisch sprachige Studien berücksichtigt. Die zu nennenden Suchbegriffe sind: „breast cancer“, „not women“, „nurse“, „not female“, „men“, „man“ und „male“. Als Limits wurden gesetzt: „male“, „English“, „German“ und „Nursing journals“. Bei der Literaturrecherche wurden Großteils medizinische Studien gefunden, welche sich mit der Medikamenten Wirksamkeit und der Behandlung auseinander setzen, diese wurden ausgeschlossen. Eingeschlossen wurden ausschließlich Studien, welche sich mit dem Krankheitserlebnissen und der Bedeutung Brustkrebs für den Mann befassen haben. Bei relevanten Artikeln wurde auch das Hilfsmittel der „related citations“ verwendet. Ausgegrenzt wurden jene Studien, welche sich ausschließlich mit medizinischen Problemen befassen haben und jene die weder in Deutsch noch in Englisch vorhanden waren.

2.3.2 Darstellung des wissenschaftlichen Diskurses

Bunkley, Robinson, Bennett und Gordon (2000) beschreiben in ihrer Literaturliteraturarbeit, dass Brustkrebs in der Öffentlichkeit als geschlechtsspezifische Krankheit - also nur Frauen betreffend - dargestellt wird. Daher ist es wenig verbreitet, dass auch Männer an Brustkrebs erkranken können. Daraus folgt, dass Männern, selbst bei einem hohen Risiko für Brustkrebs, weder eine Selbstuntersuchung gelehrt wird, noch eine Mammografie empfohlen wird. Die Therapie bei Männern mit Brustkrebs ist meistens eine radikale Mastektomie inklusive der Entfernung der Lymphknoten. Die Entfernung der Lymphknoten kann als Nebenwirkung haben, dass die Kraft des Armes verringert wird und Männer dadurch zusätzlich von anderen Männern abgegrenzt werden. Eine weitere Entwicklung aufgrund der Geschlechtszuordnung dieser Krankheit ist, dass Männer mit Brustkrebs als „feminizing“ Männer dargestellt werden. Risikofaktoren, welche ausschließlich Männer betreffen, sind: Hodenhochstand, späte Pubertät und Unfruchtbarkeit (Donegan und Redlich, 1996, Mabuchi, Bross und Kessler 1985. In: Bunkley, Robinson, Bennett und Gordon, 2000). Aufgrund der Seltenheit dieser

Erkrankung können sich Männer als soziale oder medizinische Kuriosität fühlen (Bunkley, Robinson, Bennett und Gordon, 2000).

Peate (2001) gibt in ihrer Literaturarbeit an, dass betroffene Männer sich isoliert fühlen. Sie wissen nicht, mit wem sie über die Krankheit sprechen können. Hierbei sollen Pflegende helfen, indem sie den Betroffenen Informationen über die Pflege bei Brustkrebs geben und sich als Gesprächspartner anbieten. Auch sollten Informationen über Nebenwirkungen einer Hormontherapie an die Betroffenen weitergegeben werden. Nebenwirkungen können Gynäkomastie, Impotenz, Libidoverlust und eine erektile Dysfunktion sein. Ein Lymphödem kann aufgrund einer Mastektomie entstehen, welches die Tagesroutine beeinflusst und die Ausübung von Hobbies behindern kann. Pflegende sollten die gleich gute Betreuung bei Männern mit der Erkrankung Brustkrebs leisten wie bei Frauen. Männern müssen aufgeklärt werden, dass jegliche Veränderung an der Brust und der Brustwarze einer ärztlichen Untersuchung unterzogen werden sollte. Den meisten Männern wird Brustkrebs in einem Stadium mit Metastasen diagnostiziert (Peate, 2001).

Lorenzel und Dow (2004) schreiben in ihrer allgemeinen Literaturarbeit, dass Brustkrebs bei Männern erst später diagnostiziert wird als bei Frauen. Dies liegt an der Unaufgeklärtheit der Bevölkerung das Brustkrebs beide Geschlechter betreffen kann. Implikationen für die Praxis sollten sein, dass Pflegende wissen, dass Brustkrebs beide Geschlechter betreffen kann. Des Weiteren sollten die Risikofaktoren, Anzeichen und Symptome bekannt sein. Pflegende sollten geschult werden, betroffenen Männern, bei einer Diagnose, auf Fragen antworten zu können. Männer fühlen sich aufgrund ihrer Diagnose isoliert, da sie weniger mit Freunden über ihre Diagnose sprechen. (Lorenzel und Dow, 2004).

In der quantitativen und qualitativen Studie von Iredale, Williams, Brain, France und Gray (2007) wird gezeigt, dass Männer mit Brustkrebs zwar Information erhalten, diese erfüllen aber nicht die Bedürfnisse der Erkrankten. Männer erhalten zwar Informationen über die Krankheit, aber gleichzeitig zu viele frauenspezifische Informationen. Hingegen zu wenige Informationen über Probleme, welche sich speziell bei Männern ergeben (Iredale, Williams, Brain, France und Gray, 2007).

Iredale, Brain, Williams, France und Gray (2006) haben in ihrer Studie herausgefunden, wie Männer sich mit der Diagnose Brustkrebs in ihrem täglichen Leben zurechtfinden. Wie sie

sich mit der Diagnose fühlen und welche Informationen und Unterstützungen sie bekommen. Des Weiteren wurden Verbesserungsvorschläge von den Interviewten eingeholt. Hierbei werden vier Themen angegeben: Diagnose und „Offenbarung/Enthüllung“, Notwendige Information, Unterstützung und aufmerksam machen, dass Brustkrebs auch Männer betrifft. Bei der Diagnose und Offenbarung handelt es sich um den Schock an Brustkrebs erkrankt zu sein und nicht über den Schock Krebs zu haben. Sie sagen ihren Bekannten/Freunden, dass sie Krebs haben, aber nicht immer welche Art von Krebs. Psychologisch ist es bedeutend, dass bei der Mastektomie meistens die Brustwarze entfernt wird und daher eine Narbe über der Brust zu sehen ist. Dies beschäftigt meist jüngere Männer, da ältere Männer mit den körperlichen Veränderungen besser zurechtkommen. Bei dem Thema Notwendige Informationen wird darauf eingegangen, dass Männer sehr wenig Information erhalten. Die meisten Informationen, die sie erhalten, sind frauenspezifisch. Es wird nicht auf spezifische Männerprobleme eingegangen. Unter dem Punkt Unterstützung wird deutlich, dass Männer mit anderen männlichen Betroffenen reden wollen, auch wenn dies nicht auf jeden Befragten zutrifft. Trotzdem sollte dies jedem neuen Betroffenen ermöglicht werden. Von Betroffenen selbst wurden Vorschläge gemacht, wie man auf Brustkrebs bei Männern aufmerksam machen könnte: dies wäre durch Posters, Fernsehspots und durch eine Geschichte in einer Fernsehserie leicht möglich. Auch eine telefonische Helpline wäre eine große Unterstützung (Iredale, Brain, Williams, France und Gray, 2006).

Donovan und Flynn (2007) beschreiben in ihrer phänomenologischen Studie psychische Probleme, welche mit der Diagnose Brustkrebs zusammenhängen. Sie zitieren die Aussage eines Betroffenen, der nicht verhandelt wieso das Karzinom gerade ihn getroffen hat, sondern wieso das Karzinom in der Brust aufgetreten ist und nicht an einem anderen Körperteil. Auch wird beschrieben, dass Männer sich für ihre Narbe und ihre fehlende Brustwarze schämen. Sie wollen nicht, dass sich jemand Gedanken macht, wieso die Brustwarze fehlt, daher verdecken sie die Körperhälfte zum Beispiel mit einem Handtuch am Strand. Die Therapie mit Tamoxifen² führt zu einer erektilen Dysfunktion, welche dazu führen kann, dass sich Männer nicht mehr wie Männer fühlen. Andere gehen mit ihrer Mastektomienarbe um, wie mit jeder anderen Narbe auch: wenn sie jemand sieht, soll er sie sehen. Ein Betroffener berichtet, dass er vom Gesundheitspersonal diskriminiert wurde: er soll in einem anderen Warteraum warten,

²Tamoxifen ist ein „synthetisches nichtsteroidales Antiöstrogen mit östrogenen Partialwirkungen; bewirkt eine kompetitive Hemmung von Östrogenrezeptoren u. eine Stimulation von Progesteronrezeptoren;“ (Pschyrembel, 2002, 1635)

andere Ein- und Ausgänge benutzen, um bei den weiblichen Patienten kein Gefühl des „Unwohlseins“ zu erwecken. Hierbei zeigt sich, dass Frauen eine bessere Versorgung haben. Zusätzlich wird ein Mangel an Aufklärung über Symptome und Nebenwirkungen der Therapie erwähnt (Donovan und Flynn, 2007).

France, Michie, Barrett-Lee, Brain, Harper und Gray (2000) haben in ihrer qualitativen Studie sieben Kategorien benannt, welche bei Männern mit Brustkrebs auftreten: Verzug der Diagnose, Schock, Stigma, Körperbild, auslösende Faktoren, Bereitstellung der Informationen, emotionale Unterstützung und Beratung. Die Erkrankung wird meistens später diagnostiziert, da die Befragten die Veränderungen ignorieren und erst spät zum Arzt gehen. Von den sechs Befragten mussten zwei der Befragten ihren Hausarzt drängen näher hinzusehen oder einen Anderen aufsuchen. Brustkrebs beim Mann ist ein Stigma, da geglaubt wird, dass Brustkrebs eine „reine Frauenkrankheit“ ist. Die Freunde reagieren mit Verlegenheit oder Lachen, andere erzählen es ihren Freunden nicht. Mit der Veränderung des Körperbildes gehen die Betroffenen unterschiedlich um, die Einen würden es sogar ihren Enkelkindern zeigen, die Anderen behalten wahrscheinlich ihre Oberbekleidung am Strand an. Die auslösenden Faktoren werden von allen unterschiedlich beschrieben. Zweien wurde gesagt, dass niemand weiß wieso gerade sie an Brustkrebs erkrankt sind. Einer meinte, es wäre familiär bedingt und drei sagten, sie hätten sich Umweltgiften ausgesetzt. Zwei der Befragten haben schriftliches Informationsmaterial erhalten, welches frauenspezifisch war, die anderen haben zwar mündliche Informationen erhalten, aber nur allgemeine und nicht spezifisch für Männer. Die Informationen zur Behandlung waren mäßig. Sie wurden mit Tamoxifen behandelt, wobei sich die Fakten im Beipackzettel ausschließlich auf Frauen bezogen, welches zu Zweifeln an der Therapie führte. Bei der Beratung und Unterstützung wurden nur zwei Männer an „Breast Care Nurse“ weiterüberwiesen, wobei diese zugeben mussten, dass sie sich nicht beim Brustkrebs beim Mann auskennen. Vier der befragten Männer hatten Kontakt mit einer Bekannten, welche Brustkrebs hatte und haben sich mit dieser über die Situation unterhalten (France, Michie, Barrett-Lee, Brain, Harper und Gray, 2000).

Williams, Iredale, Brain, France, Barrett-Lee und Gray (2003) beschreiben in ihrer qualitativen Arbeit die Ergebnisse einer Diskussion zu bestimmten Themen von vier Gruppen (zwei Gruppen mit Männern mit Brustkrebs, 1 Gruppe mit Frauen mit Brustkrebs und ein Expertenteam). Die Ergebnisse dieser Analysen sind, dass Männer selten ihren Hausarzt

besuchen und teilweise von ihren Partnern mit Hilfe von Terminvereinbarungen gedrängt werden den Arzt aufzusuchen. Experten beschreiben die Reaktion von Männern auf die Diagnose als stoisch jedoch auf den Alltag bezogen beunruhigt. Eine Pflegende sagt, dass sie bei Männern mehr Fakten nennt und weniger auf die Emotionen eingeht. Männer reden weniger über die Diagnose Brustkrebs, manche verstecken sich, andere wiederum gehen damit offen um. Die größte Unterstützung für betroffene Männer waren deren Partner und der einzige offizielle Ansprechpartner waren die Pflegenden. Betroffene würden es hilfreich finden mit einem anderen männlichen Betroffenen über die Situation zu reden. Männer sprechen sich einstimmig gegen gemischte Selbsthilfegruppen im Bezug auf Brustkrebs aus. Frauen sind unsicher, ob sie gemischte Gruppen aufsuchen wollen würden. Geschlechtsspezifische Informationen werden von Männern gewünscht, wobei spezifische Abschnitte in allgemeinen Broschüren reichen würden (Williams, Iredale, Brain, France, Barrett-Lee und Gray, 2003).

Naymark (2006) beschreibt in ihrer qualitativen Studie, dass von sechs befragten Männern mit Brustkrebs, drei der Befragten feststellen konnten, dass ihre betreuenden Ärzte wenig Erfahrung mit dieser Krankheit haben. Ihnen wurden keine möglichen Wirkungen beziehungsweise Nebenwirkungen mitgeteilt. Auch wussten die Ärzte teilweise nicht, wie lange eine Therapie zu sein hat. Andererseits meinten die interviewten Pflegenden (breast cancer care professionals), dass die Therapie eindeutig sei. Eine Pflegende lenkt ein, dass man weiß, dass Männer und Frauen unterschiedlich sind und daher nicht von der Effektivität der Therapie bei der Frau auf die Effektivität beim Mann geschlossen werden kann. Die Betroffenen wissen nicht, dass Männer an Brustkrebs erkranken können und klagen darüber, dass Männer ausschließlich über Hoden- und Prostatakrebs aufgeklärt werden, aber nicht über Brustkrebs. Beim Erfahren der Diagnose entsteht im Freundeskreis Fassungslosigkeit und Verunsicherung statt Unterstützung und Verständnis. Aussagen folgen wie: „Du bist ein Mann! Du kannst keinen Brustkrebs haben!“ „Brustkrebs ist etwas was mit Frauen zu tun hat, nicht mit Männern.“ Der Inhalt der Broschüre, welche er nach der Mastektomie erhalten hat, wird beschrieben. Wenn man sich aufgrund der Mastektomie unwohl fühlt und nicht schlafen kann, soll man einen Schlafbüstenhalter tragen, oder wenn man depressiv ist, soll man etwas Make-up oder das Lieblingsparfüm auftragen. Woraufhin der Mann aufhörte die Broschüre zu lesen, da er sich mit dem Inhalt nicht identifizieren konnte. Trotz der Ablehnung von Selbsthilfegruppen, interessiert sich die Mehrheit der Männer für soziale Einrichtungen, welche unterschiedliche Ziele und Richtungen sowie verschieden Grade der Involvierung

haben. Viele haben aufrichtig ihre Hilfe für andere Männer mit Brustkrebs angeboten, sowie ihr Bestreben zum Ausdruck gebracht, sich in Selbsthilfegruppe einzubringen und Bewusstseinsbildung für Männer mit der Erkrankung Brustkrebs zu schaffen. In der Diskussion wird beschrieben, dass männerspezifische Fakten, Daten und Informationsmaterialien fehlen und, dass zu wenig über die Wünsche, die emotionale und soziale Hilfestellung von Männern bekannt ist (Naymark, 2006).

Pituskin, Williams, Au und Martin-McDonald (2007) zeigen in ihrer qualitativen Studie, dass die interviewten Männer unterschiedliche Angaben im Bezug auf die Länge der Diagnosestellung machen. Der Eine geht zum Arzt und wird innerhalb kürzester Zeit operiert, der Andere wird von einem Chirurgen aus dem Untersuchungszimmer verabschiedet, da dieser keine Erkrankung feststellen kann. Im Umgang mit der Krankheit und deren Umgebung werden unterschiedliche Vorgehensweisen beschrieben. Der Eine sagt, dass er Thoraxkrebs und nicht Brustkrebs hat. Der Andere wiederum sagt, dass er Brustkrebs hat und zeigt die Narbe seinen Arbeitskollegen. Auch was die Hilfestellungen, insbesondere die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen angeht, sind Männer unterschiedlicher Meinung. Die Einen hätten gerne jemanden zum Reden, die Anderen nicht. Jüngere Männer fühlen sich nutzlos, sie brauchen Hilfe, vermeiden es aber darum zu bitten. Um den Lebensstandard erhalten zu können, müssen teilweise die Frauen arbeiten gehen, wobei die Männer aufgrund ihrer Erkrankung nicht einmal beim Haushalt helfen können. Über die mangelnden Informationen haben sich alle Befragten beklagt, denn selbst im Internet sind sämtliche Informationen frauenspezifisch. Über Männer mit der Diagnose Brustkrebs ist nichts zu finden. Im Fitnesscenter ist die Mastektomienarbe einem jüngeren Mann peinlich, einem älteren Mann ist diese wiederum egal. Wieder ein Anderer hat eine beidseitige Mastektomie und ist stolz überlebt zu haben. Jüngere Männer bezeichnen das Überleben des Krebses als einen Neuanfang, die Arbeit steht nicht mehr an erster Stelle, man genießt das Leben und es verbindet die Familie (Pituskin, Williams, Au und Martin- McDonald, 2007).

Robinson, Metoyer und Bhayani (2008) beschreiben die Risikofaktoren für beide Geschlechter sind Alter, ein hoher Estrogenspiegel, Genetik, Übergewicht, hoher Alkoholkonsum, Lebererkrankungen und radioaktive Strahlungen. Typische Symptome sind Knoten, vergrößerte Brüste, schmerzende Brustwarzen, Ausfluss bei den Brustwarzen und vergrößerte Lymphknoten. Des Weiteren spielen die Genetische Präposition mit den Genen BRCA 1 und BRCA 2 eine Rolle.

Die Erkrankung wird beim Mann später diagnostiziert, daher sind die Lymphknoten zweimal so oft betroffen, wie bei Frauen. Der Zeitraum vom ersten Symptom bis zur Diagnosestellung beträgt im Durchschnitt 19 Monate (Symptoms, 2007. In: Robinson, Metoyer und Bhayani, 2008). Eine weitgehende Aufklärung über das Brustkrebsrisiko bei Männern muss erfolgen, bevor Betroffene sich früher untersuchen lassen. Die Rolle des Arztes ist eine Entscheidende. Für einen Mann ist es schwierig, mit seinem Arzt über Probleme bei der Brust zu sprechen, daher werden diese des Öfteren ignoriert. Die Diagnose selbst ist für viele Männer verwirrend, da Brustkrebs von der Allgemeinheit als „Frauenkrankheit“ gesehen wird. Die Ärzte müssen richtig darauf reagieren. Patienten glauben, dass der Arzt die Symptome nicht rechtzeitig beziehungsweise richtig erkannt hat. Die Nebenwirkungen der Krebstherapie können dazu führen, dass sie ihren Beruf und ihre Hobbies dadurch nicht mehr ausüben können. Gefühle, wie Nutzlosigkeit und Hilflosigkeit können auftreten. Bei Alleinverdiener kann es darüber hinaus auch zu Existenzängsten kommen. Die Informationslücke ist bei Männern mit Brustkrebs sehr groß, die schriftlichen Informationen sind auf Frauen zugeschnitten. Aufgrund dessen werden Informationen meistens verbal vermittelt. Die wichtigsten spezifischen Informationen, welche sich die Betroffenen Männer wünschen, wären ein Foto von einem Mann nach einer Mastektomie und die Nebenwirkungen von einer Hormontherapie. Die soziale Unterstützung fehlt bei Männern mit Brustkrebs. Sie werden weder von anderen Betroffenen noch von ihrer Umgebung unterstützt. Das Bewusstsein, dass Männer an Brustkrebs erkranken können, fehlt in der Bevölkerung. Selbsthilfegruppen für Männer mit Brustkrebs existieren nicht. Wobei Selbsthilfegruppen im Allgemeinen öfters von Frauen als von Männern besucht werden. Männer besuchen Selbsthilfegruppen wegen den Informationen und weniger wegen dem emotionalen Aspekt. Mit der Narbe von der Mastektomie wird unterschiedlich umgegangen. Der Eine versteckt sich und geht nicht mehr schwimmen, für einen Anderen ist die Narbe überhaupt nicht von Bedeutung. Der Verlust der Kraft in der einen Hand kann zu psychischen Problemen und zum Jobverlust führen (Robinson, Metoyer und Bhayani, 2008).

Aus dem Forschungsstand geht deutlich hervor, dass die Gesellschaft nicht weiß, dass Brustkrebs auch beim Mann vorkommen kann. Brustkrebs wird als „typische Frauenkrankheit“ gesehen, wodurch Männer meist später diagnostiziert werden, sich für ihre Erkrankung schämen und verheimlichen diese. Für sie selbst ist die Diagnose Brustkrebs verwirrend und schockierend. Zusätzlich fühlen sie sich als „feminizing“ Männer. Wenn Männer ihrem Freundeskreis mitteilen, dass sie an Brustkrebs erkrankt sind, reagieren diese

meist mit Fassungslosigkeit und Verunsicherung, statt mit Unterstützung und Verständnis. Männer fühlen sich isoliert, nutzlos und hilfsbedürftig. Nach der Diagnose Brustkrebs erhalten sie sehr wenige Informationen. Die Informationen, die sie erhalten, sind mangelhaft und frauenspezifisch, enthalten aber keine Informationen zu den Problemen des Mannes. Auch zu Wirkung, Dauer und Nebenwirkungen der Medikamente werden keine oder lückenhafte Informationen gegeben. Die Nebenwirkungen der Medikamente sind: Gynäkomastie, Impotenz, Libidoverlust und eine erektile Dysfunktion. Des Weiteren kann aufgrund der totalen Mastektomie, inklusive der Lymphknoten, ein Lymphödem auftreten, welches die Kraft im betroffenen Arm mindert und somit zu Jobverlust – also auch zu Existenzängsten – und zur Aufgabe von Hobbies führen kann. Diese Nebenwirkungen können zu psychischen Problemen führen. Männer fühlen sich entmannt. Dies wird dadurch verstärkt, dass nun des Öfteren der Lebensunterhalt von den Frauen verdient wird. Ein weiteres psychisches Problem kann die Mastektomienarbe sein. Meist kommen ältere Männer damit sehr gut zurecht, doch jüngere Männer schämen sich meist und verstecken die amputierte Brust. Nicht nur die betroffenen Männer scheinen mit der Situation überfordert zu sein, sondern auch Ärzte vermitteln eine gewisse Überforderung. Betroffene Männer glauben, dass Ärzte wenig Erfahrung mit Männern mit Brustkrebs haben, denn diese deuten die Symptome falsch und sind sich bei der Therapie nicht immer sicher. Des Weiteren beschwerten sich betroffene Männer, dass sie nie über die Vorsorge von Brustkrebs informiert worden sind, sondern immer nur zur Vorsorge von Hoden- und Prostatakrebs. Deshalb muss Öffentlichkeitsarbeit geschehen. Viele betroffene Männer würden bei der Öffentlichkeitsarbeit unterstützen wollen. Vorschläge zur Öffentlichkeitsarbeit sind: die Gestaltung von Postern, ein Fernsehspot oder die Erkrankung Brustkrebs beim Mann in eine Fernsehserie einbauen. Hierbei soll auch darauf hingewiesen werden, dass Männer bei Veränderungen der Brust einen Arzt aufsuchen sollen.

Zusätzlich geht hervor, dass die soziale Unterstützung sowohl von der Umgebung als auch von anderen Betroffenen fehlt. Als Unterstützung werden die eigenen Partnerinnen und Pflegenden angesehen. Pflegenden sollen Informationen geben und als Gesprächspartner fungieren. Pflegenden sagen von sich selbst, dass sie bei Männern mehr auf Fakten und weniger auf die emotionale Ebene eingehen. Betroffene Männer wünschen sich, dass sie mit anderen betroffenen Männern reden können. Sie wünschen sich geschlechtsspezifische Informationen, auch eine Helpline wäre hilfreich. Auch würden sie gerne vor der Operation ein Foto von Männern nach einer Mastektomie sehen. Über einen Absatz zu Männern mit Brustkrebs und deren Problemen würden sie sich in allgemeinen Broschüren zum Brustkrebs

freuen. Sie bieten sich selbst an, um andere Betroffene zu unterstützen. In der jetzigen Situation reden betroffene Männer mit betroffenen Frauen über ihre Probleme.

2.4 Unsicherheitstheorie von Mishel

Im theoretischen Hintergrund wurde die „Theories of Uncertainty in Illness“ von Mishel ausgewählt, weil sie sich mit dem Krankheitserleben und dessen Unsicherheit beschäftigt. Des Weiteren wurde sich für die „Reconceptualized Theory of Uncertainty in Illness“ entschieden, weil sie sich aus der Unsicherheitstheorie entwickelt hat, welche sich mit der Unsicherheit nach der akuten Erkrankung beschäftigt. Diese Unsicherheit, nach der akuten Erkrankung, ist bei Männern mit Brustkrebs mitunter am Größten, da sich erst dann die weiteren Probleme herauskristallisieren.

Wie im Forschungsstand beschrieben wird, ist bei Männern mit Brustkrebs, das größte Problem der zu geringen Aufklärung über ihre Erkrankung und auch, dass Männer nicht wissen und die Gesellschaft nicht wahrhaben will, dass Männer an Brustkrebs erkranken können. Nun wird die „Theories of Uncertainty in Illness“ und die „Reconceptualized Theory of Uncertainty in Illness“ kurz beschrieben.

Der Buchbeitrag von Mishel und Clayton (2008) befasst sich mit zwei Theorien zum Thema Unsicherheit. Einerseits mit den „Theories of Uncertainty in Illness“, welche sich mit der Unsicherheit während der Diagnose und der Behandlung beschäftigt. Andererseits wird die „Reconceptualized theory of Uncertainty in Illness“ beschrieben, welche sich mit Menschen, welche mit einer ständigen Unsicherheit aufgrund einer chronischen Krankheit oder auch mit der Unsicherheit einer wiederauftretenden Krankheit leben, wobei das Selbstmanagement in der Behandlung im Vordergrund steht. Beide Theorien befassen sich mit der erkrankten Person und deren Familie im Rahmen ihrer Erkrankung oder ihres Behandlungsstandes. Wenn die Unsicherheit überhandnimmt, dann wird das gesamte Leben, also der Alltag, die Partnerschaft und die eigene Persönlichkeit und die psychische Stabilität, von ihr bestimmt (Mishel und Clayton, 2008).

Mishel (1997) beschreibt die Krankheitsunsicherheit als Unfähigkeit die Bedeutung von Ereignissen zu erfassen, die mit der Krankheit zusammenhängen. Unsicherheit tritt immer dann auf, wenn man nicht weiß was Einen erwartet. Unsicherheit bedeutet extremen Stress, „nicht zu wissen, wann sich die Tragödie ereignen wird, wann sich Schwierigkeiten, widrige Umstände oder sonst etwas einstellen werden, nicht zu wissen, wie sie sich verhindern lassen,

nicht zu wissen, wie damit umgehen oder sie zu überleben.“ (Mishel, 1997, S. 62) Die Unsicherheit wird auch als Hölle bezeichnet und hat als Nebenwirkungen Angst und Depression. Die quälende Unsicherheit bedeutet, dass man nicht weiß, was auf einen zu kommt. Diese Unsicherheit würde man lieber mit einer negativen Nachricht tauschen, als mit dem Warten, Hoffen und Bangen weiter zu leben. Unsicherheit betäubt einen, hat negative Auswirkungen auf das Leben, sowohl in der Familie, im Beruf als auch in der Freizeit, und mindert somit die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit, auch wenn man die Hoffnung aufrecht erhalten kann. Unsicherheit kann auch positiv sein. Als Beispiel wird die Unsicherheit bei Transplantationspatienten genannt, welche auch als zweite Lebenschance gesehen werden kann (Mishel, 1997). Mishel und Clayton (2008) sagen, dass Unsicherheit immer bei Krankheitssituationen auftritt, welche schwierig und unvorhersehbar sind und wenn Informationen nicht vorhanden oder widersprüchlich sind (Mishel und Clayton, 2008).

Mishel und Clayton (2008) beschreiben die „Theory of Uncertainty in Illnes“, also die Unsicherheitstheorie bei Krankheit. Diese Theorie beschreibt wie Patienten ein Schema mithilfe von kognitiven Strukturen bilden und mit Hilfe dieser Strukturen die Unsicherheit bei Krankheit, Behandlung und Wirkung subjektiv wahrnehmen. Das Ziel ist es zum vorherigen Leben und dessen Werte zurück zu kehren. Die Unsicherheitstheorie bei Krankheit ist linear, sie beschreibt die Unsicherheit in der Akuten- und in der Behandlungsphase. Sie setzt sich aus drei großen Themen zusammen: Unsicherheitsauslösende Faktoren, Einschätzung von Unsicherheit, Bewältigung von Unsicherheit.

- Unsicherheitsauslösende Faktoren setzen sich zusammen aus:
 - o Stimulus: ist definiert als die Form, Komposition und Struktur, welche die erkrankte Person erkennt. Sie werden in drei Gruppen unterteilt: Symptommuster beziehen sich auf die Häufigkeit der Auftretenden Symptome um sie als Muster zu erkennen. Die Vertrautheit der Situation bezieht sich auf das Ausmaß, in welcher die Situationen als gewohnt, wiederholend oder wiedererkennend bezeichnet werden. Übereinstimmung der Ereignisse bezieht sich auf die Beständigkeit der erwarteten und der erfahrenen krankheitsbedingten Situationen. Die Stimuli werden von der Kognitiven Kapazität und den unterstützenden Ressourcen beeinflusst.
 - o Kognitive Kapazität: ist die Fähigkeit Informationen zu verstehen

- o Unterstützende Ressource bezeichnet die Fähigkeit mit Hilfe der eigenen Bildung, sozialer Unterstützung und glaubhafter Autorität, die Stimuli zu interpretieren.
- Einschätzung/Bewertung von Unsicherheit/Ungewissheit: ist definiert als der Prozess der Einschätzung bei einem unsicheren Ereignis oder Situation, wobei die Einschätzung der Unsicherheit als Gefahr oder Chance gesehen werden kann. Sie wird in zwei Komponenten unterteilt. Die eine Komponente ist der Rückschluss, welcher bedeutet, dass die Einschätzung von Unsicherheit aufgrund von ähnlichen Beispielen, eigenen Charakter, allgemeinen Erfahrungen, Wissen und Heilung im gegebenen Zusammenhang basiert. Die zweite Komponente ist die Illusion, welche bedeutet, dass man an den positiven Ausgang der Situation glaubt.
- Bewältigung/Umgang mit Unsicherheit/Ungewissheit, welche sich in vier Konzepte unterteilt. Das Erste ist Gefahr, welche bedeutet dass die Möglichkeit eines negativen Ausgangs besteht. Das zweite ist die Möglichkeit eines positiven Ausgangs. Die Dritte lautet Coping, darunter versteht man Aktivitäten um Unsicherheit zu reduzieren. Die Vierte ist Adaption, also die Verstärkung des eigenen biopsychosozialen Verhaltens (Mishel und Clayton, 2008).

Die „Reconceptualized theory of Uncertainty in Illness“ behält die Definition von Unsicherheit bei sowie die drei Hauptthemen, wobei sie um zwei Themen, die Selbstorganisation und das Wahrscheinlichkeitsdenken, ergänzt wurde. Diese zwei Konzepte beschreiben den Prozess, welcher bei Personen auftritt, die an chronischen Krankheiten oder an Krankheiten mit einer hohen Rückfallswahrscheinlichkeit leiden. Das Ziel der Unsicherheitstheorie bei chronischer Krankheit ist es ein neues Wertesystem zu finden.

Selbstorganisation ist die Reformierung von einem neuen Ordnungssinn, der aufgrund der Integration von ständiger Unsicherheit in das eigene Selbst entsteht. Jedoch wird die ständige Unsicherheit im eigenen Leben akzeptiert. Wahrscheinlichkeitsdenken ist das Glauben an eine Welt in welcher die Erwartungen von Sicherheit und Vorhersehbarkeit aufgehoben werden.

Die Theorie beinhaltet vier Faktoren, welche die neuen Lebensperspektiven beeinflussen. Die Faktoren heißen: bisherige Lebenserfahrungen, Physiologischer Zustand, Soziale Ressourcen und Gesundheitsversorgung. Es ist eine neue Fähigkeit zwischen vielen Alternativen und Möglichkeiten zu wählen, das einzuschätzen was im Leben wichtig ist und das Leben neu wertzuschätzen. Die Theorie identifiziert Bedingungen unter welchen neue Fähigkeiten aufrechterhalten oder blockiert werden können. Sie beschäftigt sich mit der Umstrukturierung

und Umformulierung der Sicht des Lebens, von einem Menschen, der aufgrund seiner Erkrankung, mit einer ständigen Unsicherheit lebt (Mishel und Clayton, 2008).

Das Problem der Unsicherheit kann gemessen werden und somit kann man Patienten, die an Unsicherheit leiden, in ihrer Bewältigung unterstützen (Mishel, 1997).

3 Methodik

Im folgenden Kapitel wird kurz die qualitative Forschung, das halbstandardisierte Interview, die Anpassung des Interviewleitfadens und der Fragetechnik aufgrund des männlichen Geschlechts und die Inhaltsanalyse nach Mayring erläutert. Auch der Feldzugang, die Interviewpartner und die ethischen Überlegungen dieser Arbeit werden dargelegt.

3.1 Forschungsansatz

Um die Forschungsfrage nach dem Erleben von Männern mit Brustkrebs, einer „typischen Frauenkrankheit“, zu beantworten, wurde der qualitative Forschungsansatz gewählt. Die qualitative Forschung beschäftigt sich, laut Mayer (2007), mit der Bedeutung und dem Zusammenhang von sozialer Interaktion und versucht das menschliche Leben und Erleben zu beschreiben, wobei immer die subjektive Sichtweise des Individuums im Vordergrund steht. Die Beschreibung basiert auf Ganzheitlichkeit und von innen heraus. Die Wirklichkeit, also auch die Ergebnisse, bilden sich aus dem subjektiven Verstehen und ist keine objektive Wahrheit. Dies bedeutet außerdem, dass die qualitative Forschung induktiv, also theoriebildend und nicht theorieüberprüfend, ist. Die Forschungsinstrumente sind nicht oder halb standardisiert und werden der Situation angepasst und gegebenenfalls adaptiert (Mayer, 2007).

Grundprinzipien der qualitativen Forschung sind laut Mayer (2007): die Induktion, die Theoriebildung, die ideographische Beschreibung, die Interpretation, das im Vordergrund stehende Relevanzsystem des Betroffenen, die Ganzheitlichkeit, die Subjektivität und die Offenheit und die Flexibilität im Forschungsprozess (Mayer, 2007).

In meiner Arbeit wurde die Theoriebildung, aufgrund der nicht gesättigten Daten, außer Acht gelassen. Jedoch wurden alle anderen Grundprinzipien befolgt. Die Forschung erfolgte induktiv, dies bedeutet, dass man neues Wissen generiert und nicht, dass man es überprüft. Den Anspruch auf Theoriebildung wurde bei dieser Arbeit aufgrund der geringen Fallzahlen und der nicht gesättigten Daten außer Acht gelassen. Den Interviewpartnern wurde die Möglichkeit gegeben ihre Situation aus ihrer Sicht zu schildern und für sie die wichtigsten Themen anzusprechen. Die Flexibilität des Forschungsprozesses wird bei der

geschlechtsspezifischen Änderung des Interviewleitfadens deutlich. Außerdem wurde auf Offenheit und Subjektivität großen Wert gelegt.

Die Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (2002) lauten die Verfahrensdokumentation also die genaue Dokumentation des Forschungsherganges, um die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Unter argumentative Interpretationsabsicherung wird verstanden, dass die Interpretationen nachvollziehbar sein müssen. Die Regelgeleitetheit bedeutet, dass man sich an die Vorgaben der gewählten Datenanalyse und Datenerhebung hält und Abweichungen dokumentiert. Die Nähe zum Gegenstand wird erklärt als dass die Forschungen in der gewohnten Umgebung der Teilnehmer und der Teilnehmerinnen durchgeführt werden muss und dass das Thema der Forschung von Interesse für die Teilnehmern und die Teilnehmerinnen ist. Unter kommunikative Validierung wird verstanden, dass die Ergebnisse mit den Forschungsteilnehmern und Forschungsteilnehmerinnen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Bei der Triangulation geht es um die Betrachtung der Ergebnisse aus verschiedenen Blickwinkeln (Mayring, 2002).

Um die Gütekriterien nach Mayring (2002) zu erfüllen wurde eine genaue Dokumentation der Vorgangsweise durchgeführt. Die Nähe zum Gegenstand wurde hergestellt, indem man die Interviewpartner den Ort des Interviews bestimmen lies. Auch auf die Betrachtung der Ergebnisse aus verschiedenen Blickwinkeln und auf die Nachvollziehbarkeit von Interpretationen wurde geachtet. Die Methode der Datenanalyse und der Datenerhebung wurde genau beschrieben. Die kommunikative Validierung wurde nicht durchgeführt.

3.2 Methode der Datenerhebung

Als erstes wird die allgemeine Datenerhebungsmethode also das halbstandardisierte Interview beschrieben. Folgend wird die Geschlechtsspezifische Anpassung des Interviews mithilfe von Literatur dargestellt.

3.2.1 Allgemeine Datenerhebungsmethode

Das Interview „kommt v.a. bei qualitativen Forschungsprojekten häufig zum Einsatz, um Erlebnisse, Erfahrungen, Meinungen oder Gefühle der Teilnehmerinnen in Erfahrung zu bringen“ (Mayer, 2007, S. 175). Mayer (2007) beschreibt, das halbstandardisierte Interview als ein Leitfadens gestütztes Interview. Die Interviews werden mithilfe eines Leitfadens

geführt, welcher sich an Themengebieten orientiert. Dieser Leitfaden dient als Unterstützung und Hilfestellung, wobei die Fragen umformuliert und in einer anderen Reihenfolge gestellt werden können als sie im Interviewleitfaden stehen. Das Interview soll anhand des Gespräches geführt werden, es können weitere Fragen gestellt werden, welche nicht im Leitfaden stehen, sich aber aus dem Gespräch ergeben (Mayer, 2007). Der Leitfaden kann nach jedem Interview adaptiert werden.

Um feststellen zu können, was es für Männer bedeutet an einer vermeintlichen „typischen Frauenkrankheit“ wie Brustkrebs zu erkranken, wurde als Datenerhebungsmethode das qualitative halbstandardisierte Interview gewählt. Der Interviewleitfaden wurde anhand dieser Forschungsfragen entwickelt:

- Was bedeutet es für einen Mann an Brustkrebs, einer vermeintlich „typischen Frauenkrankheit“, zu erkranken?
- Welchen Einfluss hat es an einer vermeintlich „typischen Frauenkrankheit“ zu erkranken auf das Krankheitserleben beim Mann?
- Wie sehen sich die Betroffenen vom Gesundheitssystem und der Umwelt in ihrer Erkrankung wahrgenommen?

Sechs Interviews mit betroffenen Männern wurden mit einer Ausnahme im Einzelgespräch geführt, einmal war auf Wunsch des Interviewpartners seine Gattin anwesend. Die Auswahl der Interviewumgebung wurde den Interviewpartnern überlassen. Die Interviews wurden sowohl im Spital bei Kontrollterminen in geschlossenen Räumen, in den Wohnungen der Interviewpartner als auch im Kaffeehaus geführt. Die Interviews wurden mithilfe eines von der Verfasserin erstellten Leitfadens geführt. Der Interviewleitfaden musste aufgrund von Schwierigkeiten beim Interview angepasst werden. Die Schwierigkeiten waren, dass Männer nicht über Gefühle und Probleme reden, da sie diese ihrer Meinung nach nicht haben. Aufgrund dessen konnten keine qualitativ hochwertigen Daten gewonnen werden. Um dieses Problem zu beheben, wurden die zentralen Punkte von Schwalbe und Wolkomir (2001) zu Hilfe genommen.

3.2.2 Geschlechtsspezifische Interviews

Der Interviewleitfaden und die Interviewtechnik wurden nach den Schwerpunkten von Schwalbe und Wolkomir (2001) überarbeitet und angepasst. Folgend werden die angewandten Methoden beschrieben.

Um die Überarbeitung des Interviewleitfadens und die verwendeten Strategien besser zu verstehen, werden kurz ein paar Inhalte des Artikels von Schwalbe und Wolkomir (2001) dargelegt.

Schwalbe und Wolkomir (2001) beschreiben, dass die Interviewsituation sowohl dazu führen kann die männlichen Stärken aufzuzeigen als auch die Dominanz des Mannes zu schwächen. Sie kann den Mann dabei unterstützen seine überlegene Rolle, als das stärkere Geschlecht, zu präsentieren. Das überlegene Geschlecht wird als autonom, kontrolliert und rational dargestellt (=männliche Selbst). Die Interviewsituation kann aber auch als Bedrohung aufgefasst werden, da der Interviewer die Kontrolle im Bezug auf den Dialog hat. Fragen werden gestellt, welche die Dominanz des Mannes in Frage stellen können. Dies geschieht mittels Themen wie Angst, Gefühle und Emotionen. Somit werden Männer in eine verletzte Position gebracht. Allein die Interviewsituation an sich ist schon ein Kontrollverlust: der Interviewer legt die Fragen und die Themengebiete fest, mit denen man sich befasst und legt somit auch die Rahmenbedingungen fest, in die sich der zu Interviewende begibt.

Zusätzliche Bedrohungen stellen zwei Quellen dar: einerseits die Fragen und das Interesse an genderspezifischen Unterschieden, wodurch das männliche Selbst als Illusion entlarven werden kann, wenn die Kontrolle, die Autonomie oder die Rationalität in Zweifel stellen. Andererseits kann der Interviewer selbst die Bedrohung sein (Schwalbe & Wolkomir, 2001).

Der Interviewerin wurde aufgrund, dass sie weiblich war, unterstellt die Situation nicht verstehen zu können und natürlich auch die Frage gestellt wieso es sie eigentlich interessiert, sich mit diesem Thema auseinander zu setzen. Schwalbe und Wolkomir (2001) benennen dieses Vorgehen von Interviewpartnern als „Testing“ und nennen hierfür einige Strategien um dieses Verhalten des Interviewpartners zu reduzieren. Um das „Testing“ zu reduzieren soll man versuchen in der Interviewsituation Kontrolle zurückzugeben. Dies geschieht am einfachsten indem man dem Interviewpartner folgende Dinge zugesteht:

- den Ort und die Zeit des Interviews bestimmen
- die erste Frage stellen: Dies zeigt dem Interviewpartner, dass er Fragen stellen kann. Als Beispiel wird angeführt: „Ich bedanke mich für ihre Teilnahme an meiner Studie. Bevor ich einige Fragen stelle, würde ich gerne wissen, ob sie noch Fragen an mich haben?“ Somit wird Kontrolle über die Situation zurückgegeben und Unsicherheit in Bezug auf das Thema reduziert und somit das Gefühl des ausgeliefert sein reduziert. Die Chance den Interviewer zu testen wird gegeben, wobei dies zu qualitativ hochwertigeren Daten führen kann.
- Den Expertenstatus des Interviewpartners hervorheben.
- Fragen mit „ich bin mir nicht sicher, wie ich die Frage stellen soll, doch ____.“ einleitend beginnen - dies sollte jedoch sparsam verwendet werden. Es vermittelt dem Interviewpartner die Rolle des Experten und auch, dass die Erfahrungen nicht immer auf Verständnis bei Außenstehenden treffen. Des Weiteren vermittelt der Interviewer, dass er die Antwort auf die Frage vermutlich schon kennt.
- Das offensichtliche „Testing“ akzeptieren und die Einstellung des Interviewpartners respektieren, wobei man aber unerschrocken und entschlossen sein sollte, in Erfahrung zu bringen, was für den Interviewpartner wichtig ist.
- Wenn sensible Themen angesprochen werden, sollen diese sofort aufgreifen werden, welches dem Interviewpartner das Gefühl gibt den Gesprächsfluss zu bestimmen und es verpflichtet den Interviewpartner mehr zu diesem Thema zu sagen, da er es selbst angesprochen hat. Als Beispiel: „ Da sie das Thema der ____ selbst angesprochen haben, würde es mich interessieren, mehr darüber zu erfahren...“ (Schwalbe und Wolkomir, 2001)

Bei den ersten drei Interviews wurde der Ort und der Zeitpunkt mithilfe eines Mittelsmanns, nämlich dem behandelnden Arzt, bestimmt und somit kann hierbei keine Aussage gegeben werden, wer den Ort und den Zeitpunkt bestimmt hat. Wobei die Ärzte meinten, dass die Kontrolltermine für den jeweiligen Betroffenen am einfachsten sind. Bei den anderen drei Interviews wurden der Ort und der Zeitpunkt vom Interviewpartner bestimmt. Auch der Beginn des Interviews wurde an die Strategien von Schwalbe und Wolkomir (2001) angepasst, indem versucht wurde, den Interviewpartner die ersten Fragen zu gestatten. Auch wurde von Anfang an der Expertenstatus des Interviewpartners hervorgehoben und versucht sensible Themen, sobald sie angesprochen wurden, aufzugreifen. Bei den letzten drei Interviews wurde das offensichtliche „Testing“ akzeptiert und versucht adäquat darauf zu reagieren.

Um „Sexualizing“ von Anfang an zu vermeiden wurde zu den Interviews immer Businesskleidung bzw. lange Hosen und hochgeschlossene T- Shirts getragen. Die Interviews wurden aber immer in privater Atmosphäre geführt, da es sich um sensible Themen handelte. Der Interviewort war entweder der Esstisch oder in einem Kaffeehaus oder auch in Untersuchungsräumen. Vielleicht kam es aufgrund dieser Gegebenheiten nie zu unangebrachten „Sexualizing“.

Von Schwalbe und Wolkomir (2001) wird unangebrachtes „Sexualizing“ als ein Weg beschrieben, welchen manche heterosexuellen Männer einschlagen um die Kontrolle wieder zu erlangen, wenn sie von Frauen interviewt werden. Dies kann flirten, sexuelle Anspielungen, Berührungen und Bemerkungen zum Äußeren sein. Dies kann harmlos und unschuldig sein, es kann aber auch bedeuten, dass man der Frau die Position als Interviewerin abspricht und ihr hiermit mitteilt, dass sie im Interview zwar die Fragen stellt, aber trotzdem „nur“ eine Frau ist. Da „Sexualizing“ etwas Normales zwischen Männern und Frauen ist, könnte es schwer sein, dies als Problem anzusehen. Flirten kann auch als positiv angesehen werden, da man dadurch eventuell mehr Informationen erhält, wobei diese Informationen eventuell übertrieben dargestellt werden. Dadurch muss jeder für sich selbst entscheiden ob „Sexualizing“ eine Strategie oder ein Problem darstellt (Schwalbe & Wolkomir, 2001).

Bei dem zweiten Interviewpartner hat es sich um einen „Minimizer“ gehandelt, wobei hierbei die Interviewerin überfordert war und leider wenige qualitativ hochwertige Antworten erhalten hat. Die Interviewerin hat versucht mithilfe der Circle-Back-Strategie tiefgehendere Antworten zu erhalten. Sie hat beobachtet, dass kaum, dass das Diktiergerät ausgeschaltet und eigentlich das Interview als beendet galt, der Interviewpartner angefangen hat zu erzählen, woraufhin sie versucht hat sich so viel als möglich zu merken und diese Inhalte zu verwenden.

„Minimizing“ und Strategien um dieses zu vermeiden werden von Schwalbe und Wolkomir (2001) wie folgt beschrieben: „Minimize“ bringt meist ein schlechtes Interview zu Tage, da der Interviewer meist mehr spricht als der Interviewpartner und somit das Interessensgebiet nicht beantwortet wird. „Minimize“ kann sich ergeben um das männliche Selbst, entweder durch die Erhaltung der Kontrolle oder das nicht zeigen der Verletzlichkeit und Unsicherheit, zu schützen. Wenn dies geschieht, also keine der Fragen in der erwarteten Tiefe beantwortet werden, ist es besser das Interview abzuschreiben und zu hoffen, dass das Nächste besser wird. Gute Interviewer können mit folgenden Strategien das „Minimize“ reduzieren.

- Der Interviewpartner antwortet weiterhin mit seinen kurzen Antworten, wobei man am Ende des Gesprächs, die Aussagen wiederholt und darlegt, dass man sich nicht klar ist was er gemeint hat und ob er zu gewissen Punkten noch etwas sagen will. Als Beispiel: „Sie haben vorhin gesagt, dass ... Was haben sie damit gemeint?“ Dieses Vorgehen wird auch Circle-Back-Strategie bezeichnet.
- Einbringen, was in anderen Interviews gesagt wurde. Als Beispiel: „Sie haben gesagt ‚dass Dies war sehr interessant, andere Interviewpartner haben folgendes ... gesagt. Dies scheint Unterschiedlich zu ihren Erfahrungen zu sein, was können sie mir dazu sagen?“ Da andere Männer schon über dieses Thema gesprochen haben, scheint das Thema „ungefährlich“ zu sein.
- Notizen und Aufnahmegeräte sind Zeichen der Macht des Interviewers und können einschüchternd wirken. Versuchen sie das Gespräch so normal wie möglich zu führen und das Aufnahmegerät nicht zu beachten und die Notizen sein zu lassen. Manche Interviewpartner werden gesprächiger sobald das Aufnahmegerät und das Notizbrett beiseitegelegt wurden. In solchen Fällen führen sie das Interview weiter und machen sich danach so viele Notizen wie möglich (Schwalbe & Wolkomir, 2001).

Aufgrund der zu geringen Anzahl an davor geführten Interviews, konnten leider von zuvor geführten Interviews nur wenige Inhalte als Beispiele verwendet werden.

Während der Interviews wurde festgestellt, dass Männer nicht gerne über Gefühle und Emotionen reden und die Fragen zu diesen Themen mit sehr kurzen Antworten wie: „Damit hatten sie keine Probleme. Das hat sie nicht gestört.“ beantworten.

Diese Reaktionen erklären Schwalbe und Wolkomir (2001) aufgrund der Vertraulichkeitsvereinbarung von Emotionen und somit zu versuchen so wenige Emotionen von sich preis zu geben wie möglich. Dies ist ein Schlüsselkonzept des männlichen Selbst. Dies ist ein Problem, wenn Interviewer herausfinden wollen was Männer fühlen und nicht nur was Männer tun und denken. Bei Themen, welche unverschämt sind, mag das direkte Fragen funktionieren. „Wie haben sie sich dabei gefühlt?“ Manchmal wird man beim direkten Fragen die gewünschte Antwort erhalten, meist jedoch eine, welche das männliche Selbst präsentiert, wie: „Ich glaube ich komme damit zurecht“ mit keiner weiteren Erklärung. Daraus wird deutlich, dass es wahrscheinlich besser ist, indirekt zu fragen. Diese Strategien werden verwendet um die Bedrohung an das männliche Selbst zu reduzieren.

- Frage nicht zuerst die emotionsgeladenen Themen, sondern versuche später darauf zurück zu kommen. Wenn ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wurde, werden viele

Männer eher geneigt dazu sein über Emotionen zu sprechen. Als Beispiel wird genannt: „Sie haben vorhin über _____ gesprochen. Es scheint mir, dass sie dabei stärkere Gefühle hatten als sonst, würden sie mir darüber mehr erzählen damit ich das verstehe.“

- Einbringen, was andere Männer gesagt haben. „Ein anderer Interviewpartner hat mir was Ähnliches berichtet, er hatte Gefühle von _____. Oder ein anderer Interviewpartner hat mir ähnliches berichtet, es machte ihn wütend aber auch traurig, trifft das auch auf Sie zu?“
- Nach Gedanken fragen und nicht nach Gefühlen. Wobei, wenn der Interviewpartner zu den Gedanken antwortet, soll man auch den Eindruck als Interviewer reflektieren. „Es scheint mir, dass sie das Gesagte wütend macht“ (Schwalbe & Wolkomir, 2001).

Diese genannten Strategien wurden versucht einzubauen, wobei es doch sehr schwierig war. Von der Interviewerin wurde versucht, das von anderen gesagte einzubauen. Als Beispiel ist zu nennen: „Ein Interviewpartner hat mir gesagt, dass er aufgrund der Medikamente an Impotenz leidet. Welche Nebenwirkungen der Medikamente sind bei Ihnen aufgetreten?“ Somit hat sich der Interviewpartner sicherer gefühlt, da die Interviewerin schon wusste, dass dies als eine Nebenwirkung auftreten kann und hat offener über dieses Problem gesprochen.

Die genannten Strategien und Methoden führten zu einem besseren Gesprächsfluss und zu einer höheren Qualität der Interviews.

3.3 Methode der Datenanalyse

Die Daten wurden während des Interviews mittels Diktiergerät, nach Zustimmung der Untersuchungsteilnehmer, aufgenommen. Laut Mayer (2007) ist der erste Schritt der Datenanalyse, die Datenaufbereitung. Diese erfolgte mittels Transkription. Um die Lesbarkeit zu verbessern, wurde die Sprache ins normale Schriftdeutsch übertragen. Dies ist erlaubt, da die inhaltliche Analyse im Vordergrund steht. Auch auf Anonymität wurde Wert gelegt. Jede Zeile des Transkripts wurde nummeriert und das Interview mit Buchstaben kodiert (Mayer, 2007). Charakterisierung von Nichtsprachlichem, wie Unterbrechungen und Lachen wurde in Klammer notiert. Pausen wurden mit drei Punkten gekennzeichnet (Mayring, 2002).

Mayring (2008) beschreibt drei Grundformen des Interpretierens: die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Zusammenfassung bedeutet, dass man das Material

soweit reduziert wird, dass der Inhalt des Materials auf abstrakter Ebene beibehalten wird. Explikation bedeutet, dass man bei unverständlichen Textteilen zusätzliches Material ergänzt. Strukturierung erfolgt durch weitere Filterung des Materials (Mayring, 2008).

Mayring (2008) beschreibt die Grundprinzipien der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse bedeutet, dass man sich auf eine Abstraktionsebene der Zusammenfassung festlegt und diese durch mehrere Schritte erreicht, welche wie folgt lauten:

1. Bestimmung der Analyseeinheit: Bestimmung der relevanten Textstellen anhand der Forschungsfragen.
2. Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen: Die Analyseeinheiten werden auf ein gleiches Sprachniveau gebracht
3. Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveau – Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau: Die Analyseeinheiten werden weiter abstrahiert und verallgemeinert.
4. Reduktion durch Selektion und streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen: Die inhaltsgleichen, unwichtigen und nichtssagenden Paraphrasen, werden nun gestrichen.
5. Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau: Es werden Paraphrasen mit einer ähnlichen Bedeutung zusammengefasst und mit einem neuen Namen versehen.
6. Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem: Die entstandenen Aussagen werden nun zusammengefasst und in ein Categoriesystem übertragen.
7. Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial: Nun wird das Categoriesystem anhand der Transskripte überprüft (Mayring, 2008).

Die Transskripte wurden in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring (2008), mithilfe der Zusammenfassung, analysiert.

3.4 Beschreibung der Interviewpartner und des Feldzuganges

Der Feldzugang erwies sich als deutlich schwieriger als am Anfang gedacht. Bevor die Verfasserin mit der Arbeit an diesem Thema begonnen hat, hat sie Kontakt zur Krebshilfe Wien aufgenommen, welche sie zu einem Chirurgen verwies, der nach ihrem Wissen, Männer mit Brustkrebs betreut.

Zu Beginn des Feldzuganges wurde erneut zu dem erwähnten Chirurgen Kontakt hergestellt. Dieser verwies weiter zu einem Kollegen, da er selbst nur drei Patienten hatte, welche meine Einschlusskriterien erfüllten. Die Einschlusskriterien waren, dass die Interviewpartner männlich, an Brustkrebs erkrankt und in einem stabilen psychischen und physischen Zustand sind.

Des Weiteren wurden Wiener Krankenhäuser angerufen und um Hilfe bei der Kontaktaufnahme von Männern mit Brustkrebs gebeten. Insgesamt wurden 8 Krankenhäuser kontaktiert, wobei 4 Krankenhäuser sich zur Mithilfe bereit erklärt haben. Informationsmaterial wurde von den Krankenhäusern an insgesamt 20 Patienten verschickt, wobei sich 8 zu einem Interview bereit erklärten. Ein Interviewpartner wurde ausgeschlossen, da er von seiner Familie nicht über seine Erkrankung aufgeklärt wurde. Ein weiterer Patient ist zum Interviewtermin nicht erschienen und konnte telefonisch nicht wieder erreicht werden. Die Männer, die sich zu einem Interview bereit erklärt haben, waren zwischen 54 und 82 Jahre alt und lebten alle in einer Partnerschaft, welches sich als einzige Gemeinsamkeit festhalten lies. Unterschiede zeigten sich in der Zeit die seit der Diagnosestellung, welche zwischen bis vor einem Jahr und bis zu vor sechs Jahren variierten. Einige hatten Kinder, andere hatten keine, ausschließlich ein Mann hatte Metastasen, zwei Männer hatten zuvor schon eine Krebserkrankung, wobei diese unterschiedlicher Natur war. Das Alter als die Krebserkrankung auftrat, variierte von 48-80 Jahren, wobei die Tendenz bei unter 60 Jahren lag.

3.5 Ethische Überlegungen

Im folgenden Kapitel werden auf Vulnerable Probanden aufmerksam gemacht sowie die ethischen Grundsätze der Pflege, die Forschungsethik, vier Prinzipien der Medizin- und Pflegeethik und die drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes erläutert.

Des Weiteren wird beschrieben wie in der vorliegenden Arbeit auf die oben genannten Punkte eingegangen wurde.

3.5.1 Ethik in der Pflegeforschung

Ethik ist in der Pflegeforschung, wie in der Medizin, ein sehr wichtiger Punkt. Denn die Pflegeforschung beschäftigt sich meist mit einer vulnerablen Teilnehmer- und

Teilnehmerinnengruppe. „Vulnerable (verletzte, verletzliche) Probanden sind Personen, die aufgrund ihres Alters oder ihrer eingeschränkten geistigen Fähigkeiten keine informierte Zustimmung geben können und/oder die aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation durch die Teilnahme an einem Forschungsvorhaben in besonderem Maße belastet oder gar gefährdet werden könnten“ (Schnell, 2007, S. 168). Mayer (2007) hält fest, dass in der Pflegeforschung die ethischen Grundsätze wie in der Pflege gelten. Dies bedeutet, dass man die Menschenwürde und die Rechte der Patienten und Patientinnen zu schützen hat und niemals Schmerz oder Leid zufügen soll (Mayer, 2007). Bei der Pflegeforschung müsse also zwei ethische Grundsätze befolgt werden, also die Ethik der Pflege als auch die Forschungsethik. Laut Schnell (2007) befasst sich die Forschungsethik einerseits mit den Interventionen und deren Einflüsse auf die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, andererseits mit den Maßnahmen, welche getroffen werden müssen um die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu schützen (Schnell, 2007).

Körtner (2004) beschreibt vier Prinzipien der Medizin- und Pflegeethik, die Autonomie, das Benefizienzprinzip, das Nichtschadensprinzip und das Gerechtigkeitsprinzip der Pflegeethik und der Medizinethik. Autonomie bedeutet, dass jeder das Recht hat über die Behandlung/Intervention aufgeklärt zu werden und diese jederzeit verweigern darf. Das Benefizienzprinzip besagt: (Körtner, 2004) „das Wohl des Patienten ist das oberste Gebot“ (Körtner, 2004, S. 117).

Laut Mayer (2007) sind die drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes zu wahren: die Umfassende Information und die freiwillige Zustimmung, die Anonymität und der Schutz des Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden. Umfassende Information und freiwillige Zustimmung bedeutet, dass die Information sowohl schriftlich als auch mündlich gegeben wird, dass die voraussichtlichen Teilnehmer und Teilnehmerinnen Fragen stellen dürfen um das Gelesene und Gehörte auch zu verstehen. Die Freiwillige Zustimmung bedeutet, dass es keine Konsequenzen geben darf, wenn man an der Studie nicht teilnimmt und, dass man jederzeit das Recht hat, seine einmal gegebene Zustimmung zu widerrufen. Dies alles wird auch „informed consent“, was so viel heißt wie „aufgeklärte Einwilligung“, genannt. Anonymität bedeutet, dass die Daten so aufbewahrt und auf bearbeitet sind, dass niemals ein Rückschluss auf die Person möglich ist und dass nur die Forscher und Forscherinnen Zugriff auf die Daten haben. In Situationen in denen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen gefährdet sind oder bei denen die Forschung gefährliche Situationen

aufdeckt muss die Anonymität vernachlässigt werden und Hilfe geleistet werden um die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu schützen. Schutz der Einzelnen vor eventuellen physischen und psychischen Schäden bedeutet, dass man vor Beginn der Forschung immer abwägen muss welchen Nutzen die Forschung bringt und welche Nebenwirkungen, Schäden oder Unannehmlichkeiten auftreten könnten. Um die Nebenwirkungen so gering wie möglich halten zu können, müssen diese vor Beginn der Studie abgewogen werden und die Studie so geplant werden sodass das Risiko so gering wie möglich bleibt. Es muss immer der Schutz der Teilnehmer und Teilnehmerinnen im Vordergrund und die Forschungsergebnisse im Hintergrund stehen. Eine Intervention muss sofort abgebrochen werden wenn man feststellt, dass Schäden verursacht werden. Des Weiteren bedeutet dies, dass, sobald man feststellt, dass eine Intervention viel bessere Ergebnisse erzielt als die bisherige Intervention, die Studie abzubrechen ist um die neue Intervention allen Studienteilnehmern zu gute kommen zu lassen. Ein weiteres ethisches Prinzip ist die Wahrhaftigkeit, welches bedeutet, dass man die Untersuchungsergebnisse nicht manipuliert oder absichtlich falsch interpretiert (Mayer, 2007).

„Die Zustimmung einer Ethikkommission zu einem Forschungsvorhaben wird dann besonders wichtig, wenn die Versuchspersonen über Verlauf und Zweck der Untersuchung nicht (oder nicht vollständig) aufgeklärt werden können und dadurch nicht in der Lage sind, eine aufgeklärte Einwilligung zu geben.

Aufgabe der Ethikkommission ist es, einen ethischen Befund zu erstellen. Folgende Faktoren werden dabei in Erwägung gezogen:

- Relevanz der Forschungsanliegens
- Einhaltung der drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes
- Verhältnis von Nutzen und Risiko
- Seriosität der Forscherin
- Seriosität und Wissenschaftlichkeit der geplanten Untersuchung (d.h. der Methodik und der Vorgangsweise)“ (Mayer, 2007, S. 72).

3.5.2 Ethische Aspekte der vorliegenden Arbeit

Aufgrund der äußerst vulnerablen Patientengruppe war ein behutsames Vorgehen sehr wichtig. Die Kontaktaufnahme fand auf zwei Arten statt. Einerseits wurde vom behandelnden Spital dem Interviewpartner im Voraus ein Informationsschreiben und eine

Einverständniserklärung zugesendet und andererseits wurden Interviewpartner vom behandelnden Arzt telefonisch informiert und gefragt ob sie an dem Interview teilnehmen wollen, wobei das Informationsschreiben und die Einverständniserklärung dann vor Beginn des Interviews zu lesen gegeben und besprochen wurden. Im Informationsschreiben wurde über den Sinn, den Verwendungszweck des Interviews, über die Analysemethode und über ethische Hintergründe informiert, welche ebenfalls in der Einverständniserklärung dargelegt wurden. In der Einverständniserklärung wurde deklariert, dass die Teilnahme freiwillig ist und jederzeit widerrufen werden kann und, dass die Nicht-Teilnahme keine negativen Auswirkungen auf ihre weitere Behandlung hat. Des Weiteren, dass die Daten anonymisiert werden und vertraulich behandelt werden. Vor Beginn des Interviews wurden die Inhalte der Einverständniserklärung und des Informationsschreiben mündlich besprochen und Fragen der Interviewpartner beantwortet. Die Zustimmung zur Teilnahme an der Studie wurde vor Beginn des Interviews schriftlich festgehalten. Um eine angenehme Atmosphäre während dem Interview zu gestalten wurde den zu interviewenden Männern die Wahl des Ortes überlassen.

4 Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt nach den folgenden Forschungsfragen, die auch für die Kategoriebildung maßgeblich waren.

- Was bedeutet es für einen Mann an Brustkrebs, einer vermeintlich „typischen Frauenkrankheit“, zu erkranken?
- Welchen Einfluss hat es an einer vermeintlich „typischen Frauenkrankheit“ auf das Krankheitserleben beim Mann?
- Wie sehen sich die Betroffenen vom Gesundheitssystem und der Umwelt in ihrer Erkrankung wahrgenommen?

Die Ergebnisse werden zusätzlich um den Umgang von Männern mit Erkrankungen erweitert. Die Kategorie der Umgang von Männern mit Erkrankungen entstand während der Analyse der Interviews, wobei danach nicht explizit gefragt wurde.

4.1 Was bedeutet es für einen Mann an Brustkrebs, einer vermeintlich „typischen Frauenkrankheit“, zu erkranken?

Die Frage wird mithilfe der Kategorien: an der Männlichkeit genagt, Exot und alleine auf weiter Flur beantwortet.

4.1.1 Kategorie 1 – An der Männlichkeit genagt

Die Kategorie an der Männlichkeit genagt beschäftigt sich mit der Bedeutung der Diagnosestellung. Die Diagnose Brustkrebs ist für einen Mann etwas sehr ungewöhnliches und kurioses. Die Kategorie wird in zwei große Unterkategorien gegliedert. Erstens in das Erleben von Krebs, wobei hier das Erleben ausschließlich auf Krebserkrankungen im Allgemein zutrifft. Zweitens in das Erleben von Brustkrebs. Hierbei wird die Bedeutung von der Diagnose Brustkrebs, einer „typischen Frauenkrankheit“, für den Mann beschrieben.

Im **Erleben von Krebs** geht es um die Reaktionen vom betroffenen Mann selbst, als er die Diagnose Krebs erhalten hat. Die Männer hatten Angst, waren geschockt und alarmiert. Viele reagierten mit Verdrängung, was sich dadurch zeigte, dass sie sich wohl fühlten, dass sie

keine Informationssuche betrieben und, dass sie die Erkrankung nicht realisieren wollten. Des Weiteren, dass sie die Erkrankung nicht ernst nahmen. Manche sind bei ihrem Standpunkt der Verdrängung geblieben:

„ich will das auch gar nicht realisieren, so fühl ich mich am wohlsten“ (H, Zeile 24)

Eine andere Art von Reaktion war die wechselhafte Stimmung. Man verharmlost die Situation, macht Witze darüber und macht sich über den eigenen Tod Gedanken. Zusätzlich wurde von depressiven Phasen berichtet, wo Gedanken auftauchen über die eigene Sterblichkeit und auch wie lange man überlebt.

Folgend werden auch emotionale Zustände wie Akzeptanz und Zuversicht beschrieben. Unter Zuversicht wird verstanden, dass sie daran glauben, den Krebs zu überleben und eine positive Einstellung beibehalten. Unter Akzeptanz wird verstanden die Erkrankung zu akzeptieren und zu lernen mit ihr zu Leben.

Allgemein wurde gesagt, dass die Diagnose am Anfang schlimm war und dass man zunehmend gelernt hat, mit dieser Diagnose umzugehen. Dieses lernen bedeutet auch, dass man sich über jeden Tag freut, den man erlebt, und dass man im „heute“ lebt. Dadurch wird der Augenblick wichtiger als die Zukunft.

Innerhalb der Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod kam es zu Niedergeschmettertheit, zu Schlafstörungen, zur Trauer und auch teilweise zu Selbstmordgedanken. Außerdem haben viele auch eine Zwischenbilanz über ihr Leben gemacht: Was haben sie bis jetzt erreicht? Was wollen sie noch erreichen?

Natürlich wurde sich auch über das Krebsstadium und über das Verhalten des Krebs Gedanken gemacht: Welches Stadium? Wie gefährlich ist er? Wie schaut die Therapie aus?

Die Betroffenen hielten einen gewissen Optimismus aufrecht und wollten für ihre Familie stark bleiben.

Natürlich war es für jeden ein Schock als sie erfuhren, dass der Krebs bösartig war.

„zweite Keule war natürlich auch die nach der Biopsie als es hieß es ist ein Karzinom“ (Sch, Zeile 91 f.)

„jetzt auch dass noch, also es bleibt mir sozusagen nichts erspart da war ich etwas niedergeschmettert“ (Sch, Zeile 25 f.)

Im **Erleben einer „typischen Frauenkrankheit“** werden mehrere Perspektiven bearbeitet. Einerseits die Reaktionen vom betroffenen Mann selbst, andererseits sein Umgang mit der Diagnose und auch die Reaktionen von seiner Umwelt.

Die eigenen Reaktionen verliefen unterschiedlich. Die Einen meinten Brustkrebs sei eine Krankheit wie jede andere und hatten mit der Erkrankung keine Probleme. Die Anderen waren seltsam betroffen und empfanden die Situation als kurios. Sie fühlten sich durch den Brustkrebs entmannt und sie meinten doch, dass die Diagnose an der Männlichkeit nagt, auch wenn dies rein mental stattfindet.

„so selbst nicht glauben oder das war eigentlich auch die Diagnose alleine war für mich schon das heißt bist du irgendwie irgendwie nicht normal also so sagen wir ein bissi an der Männlichkeit genagt ja wie kann dir als Mann das passieren“ (K, Zeile 784 ff.)

Trotzdem kommt der Gedanke:

„Gescheiter ich bekomme den Brustkrebs als wie meine Frau, weil bei mir ist die Auswirkung doch geringer“ (K, Zeile 60).

Männer stellten sich Fragen wie: Wie kann es einem Mann passieren? Wieso bekomme ich als Mann Brustkrebs? Brustkrebs ist doch eigentlich für Frauen? Hab ich zu viele weibliche Hormone? Bin ich normal? *„Wieso passiert dir das als Mann“ (K, Zeile 1052)*

Männer formulierten Gedanken wie: Ich war schon komisch betroffen. *„Es war ein bissi kurios auch das Gefühl auch weil man sich gedacht hat, mein Gott ja wieso ich als Mann, nicht?“ (Sch, Zeile 175 f.)* Sie waren komisch betroffen.

„Vom Hirn aus oder vom Intellekt her sag ich das ist ein Blödsinn ja aber rein mental ist das halt etwas das man schon erwähnen soll diese Gedanken hab ich gehabt, wieso passiert dir das als Mann, sozusagen es ist ja sonst im sexual Bereich sich nichts geändert hat,“ (K, Zeile 1051 ff.)

„Diagnose alleine war für mich schon das heißt bist du irgendwie irgendwie nicht normal“ (K, Zeile 784 f.)

Die Aussagen zeigen auf, dass sich Männer teilweise betroffener als Frauen fühlen, wobei sie meinen, dass sie die Diagnose gefasster aufnehmen als Frauen.

Auch im Bezug auf die Offenheit, wer erfährt aller von meiner Diagnose Brustkrebs, gehen Männer unterschiedlich um. Die Einen haben es gleich zu Anfangs allen erzählt, es wissen sogar weit entfernte Bekannte, wie der Wirt des Stammlokals, da es keine Schande ist. Bei anderen wiederum, haben es anfangs nur die engste Familie gewusst und die Arbeitskollegen. Wobei die Arbeitskollegen, darüber nur informiert wurden, weil das Geheim halten der Diagnose stressen würde.

„Habs ihnen gesagt es ist jetzt auch irgendwie weniger eine Belastung wenn man kein Geheimniskrämer muss, es stresst einen ja auch“ (K; Zeile 993)

Die meisten haben es ihren Freunden und ihrer Verwandtschaft mit der Zeit erzählt.

Trotzdem gibt es Personen, die nicht über die Erkrankung Bescheid wissen, wie Verwandte in im Ausland, weil der Betroffene glaubt, dass er diesen Verwandten erst sagen muss, dass er Überlebenschancen hat und dies würde wiederum ihn mental zu viel belasten. Auch wissen oft die Nachbarn und das weitere Umfeld nicht Bescheid. Betroffene meinen, dass man mit einem Herzinfarkt schon fast angibt, da diese Erkrankung schon als gesellschaftsfähig gesehen wird, welches der Brustkrebs beim Mann nicht ist.

Die Reaktionen von seiner Umwelt fielen auch ganz unterschiedlich aus. Einerseits waren natürlich die „normalen“ Reaktionen wie bei jeder Krebserkrankung, wie Mitleid, Bedauern, Anteilnahme, Sorge und die Angst vor dem Krebs und den Betroffenen. Des Weiteren kam der Schock, einerseits weil der Betroffene Krebs hat und andererseits wegen der Krebsart. Die Meisten reagierten erstaunt und überrascht, was sich mit Äußerungen wie „Das gibt es auch? Wie gibt es denn sowas? Ein Mann kann Brustkrebs bekommen, ist das wirklich so?“ darlegte.

„ja überraschend erstaunen also ja wie gibt’s denn sowas“ (K, Zeile 921)

Dies zeigt, dass viele nicht wussten, dass an Brustkrebs auch Männer erkranken können. Laut den Betroffenen hat sich das Verhältnis zu ihren Freunden, Arbeitskollegen und zur Familie nicht geändert.

Auf die Frage, wie seine Freunde, Arbeitskollegen und Familie auf seine Diagnose reagiert hatten, kamen sofort Antworten wie: „Es gab keine negativen Reaktionen. Es hat niemand blöde Bemerkungen gemacht. Es kam keine Bemerkung wie: bist du jetzt eine Frau oder ein Mann?“

„Keine Bemerkung bist du jetzt eine Frau oder ein Mann oder so irgendwas“ (K; Zeile 85 f.)

Trotzdem wurde über die Diagnose auch ironisch gescherzt:

„Ironie war dann immer, ja wennst dann operiert bist werden sie dir auch ein Implantat setzten, dann schaut dann aus wie die Pamela Andersson aus und so in der Richtung, war immer lustig“ (H, Zeile 39 ff.)

4.1.2 Kategorie 2 - Exot

Unter der Bezeichnung Exot wird die Bedeutung der Therapie von Brustkrebs beim Mann zusammengefasst. Denn die Therapie beim Brustkrebs unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen nicht. Trotzdem, dass die Therapie bei Männern und Frauen nicht unterschiedlich ist, haben Männer und Frauen unterschiedliche Probleme. Einerseits sind die Nebenwirkungen und mentalen Belastungen verschieden und andererseits glauben Männer mit einem chemotherapiebedingtem Haarausfall besser umgehen zu können als Frauen.

Die **Nebenwirkungen der Medikamente** stellen für betroffene Männer ein schwerwiegendes Problem dar. Einerseits werden Gliederschmerzen und Muskelschmerzen genannt, mit welchen alle Männer anscheinend gelernt haben umzugehen, und das Problem der Impotenz. Auf dieses Problem wird in dem Kapitel 4.2.3 Kategorie 7 - Unsicherheit näher eingegangen. Des Weiteren beeinflussen die Medikamente den Blutzuckerspiegel und den Blutdruck.

„bei mir, das ist mir wurscht es auch, das ist natürlich das kastrierte durch die Medikamente, die hat zu mir gesagt sie sind halt jetzt wie eine Frau, in den Wechseljahren also auch etwas was der Bauch, der Bauch so einen runden Bauch ich bekommen habe und ja mein Gott ja ich hab Hitzewallungen hab ich natürlich sind aber auch auf das Zoladex zurück zuführen“ (Sch, Zeile 402 ff.)

Auch glauben ältere Betroffene, dass es für jüngere Männer schlimmer ist. Die Medikamente müssen insgesamt fünf Jahre genommen werden und sind laut Ärzten so wichtig, dass die Nebenwirkungen zu einer Nebensächlichkeit werden.

„Nebenwirkungen wurden ein bissi heruntergespielt oder unter dem Aspekt das muss man in Kauf nehmen“ (K; Zeile 516)

Das restliche Leben wird von der Nachbehandlung bestimmt, daher von den Medikamenten und deren Nebenwirkungen. Wenig verwunderlich scheint es, dass ältere Männer versucht haben, die Dauer der Nachbehandlung zu verhandeln. Erstaunlich ist, dass viele Männer die Therapie fortsetzten obwohl sie an Impotenz leiden und nicht wissen ob die Impotenz nach absetzen der Therapie wieder erlischt. Betroffene wünschen sich, dass Ihnen gesagt wird, wie die Situation nach der Chemotherapie und der Bestrahlung ist, denn man glaubt, dass es nach diesen Behandlungen vorbei ist. Dies ist jedoch nicht der Fall.

„Chemotherapie und dann ist alles vorbei aber es ist nicht ganz vorbei na“ (SCH, Zeile 582 f.)

Außerdem sagen Betroffene, dass sie keine Schmerzen aufgrund ihrer Krebserkrankung haben sondern aufgrund der Nebenwirkungen der Medikamente. Großteils sind diese keine Probleme mehr, weil sie gelernt haben mit ihrer Erkrankung und deren Nebenwirkungen zu leben. Nichts desto trotz hoffen alle, dass sie ihre Nachbehandlung so schnell wie möglich hinter sich bringen und somit ihre Medikamente absetzen können, da diese eine große Belastung sind.

Eine große **mentale Belastung** entsteht aufgrund der Mastektomie und der Nebenwirkungen der Medikamente. Einerseits werden viele gesundheitliche Probleme auf die Medikamente geschoben, wie Gelenksprobleme und Abnahme der Muskelstärke, wobei beide Probleme auch mit zunehmendem Alter auftreten können. Andererseits wird man aufgrund der Mastektomie täglich durch das eigene Spiegelbild an seine Krebserkrankung erinnert. Die Mastektomienarbe ist *„auch im psychischen geblieben, mit dem ich zunehmend umgehen kann“ (K, Zeile 629 f.)*

Männliche Freunde meinen die amputierte Brustwarze wäre ihnen egal, aber nicht betroffene können leicht reden.

Eine weitere mentale Belastung ist, dass Ärzte oft vermitteln, dass die Therapie wie bei einer Frau erfolgt und somit auch der Gedanke *„ich bin aber keine Frau“ (K, Zeile 765)* entsteht.

Ein weiterer negativer Punkt ist, dass Männer nicht wissen, zu welcher Gruppe sie mit dieser Erkrankung gehören:

„dazwischen reingekommen, weder typisch weiblich aber und männlich naja das ist halt kein Thema was beim Mann jetzt da ist,“ (K, Zeile 769)

Männer fühlen sich als Exot. Dieses Gefühl entsteht aufgrund der letzten zwei angeführten Punkte.

Zusätzlich wurden Männer bei ihrem ersten Besuch im Spital auf die Gynäkologie geschickt. Diese Situation wurde als unangenehm aufgefasst, weil sie nicht wussten, was sie dort machen sollten und sich auch fehl am Platz vorgekommen sind zwischen schwangeren Frauen

Männer glauben zu Beginn, dass der **Umgang mit Haarausfall** nicht so schlimm ist und dass sie mit Haarausfall umgehen können. So wie jedem Chemotherapiepatienten haben auch sie den Haarausfall erwartet, sie haben jedoch nicht mit ihrer Reaktion gerechnet. Die Perücke

wurde als psychischer Schutz getragen, denn es ist ein harter Anblick den eigenen kahlen Kopf im Spiegel zu sehen, auch wenn man weiß, dass es wieder nachwächst.

Jemand anderer hat nur schütteres Kopfhaar bekommen und den Haarausfall an anderen Körperstellen und hatte daher eine Kappe gekauft, weil er meint, dass er keine Perücke gebraucht hat.

4.1.3 Kategorie 3 – Alleine auf weiter Flur

Unter alleine auf weiter Flur werden die mangelnden Informationen für Männer mit Brustkrebs verstanden. Die interviewten Männer haben keine bis wenige Informationen erhalten. Falls sie Informationen erhalten haben, waren diese ausschließlich mündlich und nicht schriftlich, denn die schriftlichen Informationen waren für Frauen, genauso wie die Broschüren. Des Weiteren wurde kein Informationsbedürfnis geweckt.

Die Interviewpartner haben **Informationen** zur Operationsmethode, Chemotherapie, Bestrahlung und zum Lymphödem **erhalten**. Bei der Operationsmethode wurden sie darüber informiert, dass die Brustwarze amputiert wird und es wurde gezeigt dass die Haut ähnlich wie ein ägyptisches Auge weggeschnitten wird. Weitere Informationen waren, dass die Hand nicht übermäßig belastet werden darf und dass die Brustwarze entfernt wird. Jedoch wurde keinem ein Foto gezeigt, wie der Oberkörper nach der Operation aussieht. Einige hätten gerne ein Foto gesehen, andere meinte dass es nichts geändert hätte und darum hätten sie auch keines sehen wollen.

Sie haben **keine Informationen** zur Nachsorge beim Brustkrebs und Brustrekonstruktion **erhalten**, noch zu den Nebenwirkungen der Medikamente. Die Nebenwirkungen der Medikamente stehen im Beipackzettel oder im Internet oder man findet sie bei der Einnahme selbst heraus. Einem Interviewpartner wurde von einer Ärztin gesagt, dass er jetzt wie eine Frau in den Wechseljahren ist. Er bekommt eine runde Bauchform und wird unter Hitzewallungen leiden. Die Betroffenen rechneten nicht mit Gelenksschmerzen, Gliederschmerzen und Impotenz. Einem Interviewpartner wurde vom Urologen gesagt, dass man mit Gewalt wieder Geschlechtsverkehr haben kann. Einem Anderen wurde vom Urologen gesagt, dass er entweder Geschlechtsverkehr haben kann, indem er die Medikamente absetzt, oder den Krebs besiegen und somit weiter leben kann. Die anderen Interviewpartner scheinen nie mit einem Urologen über dieses Problem gesprochen zu haben.

Einige Interviewpartner haben sich auf die **Informationssuche** begeben. Sie suchten im Internet, in der Literatur und auch nach Studien, wobei auch hier nicht jede Frage beantwortet werden konnte. Großteils wurde nach medizinischen Informationen gesucht, wobei aber auch Erfahrungsberichte gelesen wurden. Hierbei musste von Frauenforschung auf Männer geschlossen werden da keine männerspezifischen Informationen gefunden wurden. In den gelesenen Broschüren wurden Vorgehensweise und Behandlung beschrieben, welche bei Frauen und Männer gleich ist. Jedoch wurden viele frauenspezifische Informationen gegeben, welche für Männer irrelevant sind. Außerdem fehlen die Auswirkungen der Hormontherapie auf den Mann. In manchen Broschüren wird erwähnt, dass Männer an Brustkrebs erkranken können, jedoch empfinden Männer die Informationen in den Broschüren nicht als hilfreich.

*„Broschüren: Ich glaub schon, das liegt ja auf, ja aber hab es sicher durchgeblättert hab es dann wieder weggelegt weil doch oft des nicht die Probleme sind die ich hab.“
(K, Zeile 902 f.)*

„Broschüren vom Brustkrebs beim Facharzt und Praktischen Arzt und auch beim AKH und ja man blättert es durch eigentlich schon durch jetzt nicht sehr aufmerksam mit dem faden Auge durch“ (Sch, Zeile 573 ff.)

Männer **wünschen sich Informationen** zu der Nachsorge, den Nebenwirkungen der Medikamente und zu empirische Untersuchungen, wobei sie im selben Satz relativieren:

„... es ist natürlich gut wenn es geschlechtsspezifische Untersuchungen gibt, aber bei den wenigen Fällen“ (H, Zeile 216-218)

Sofort wird relativiert, dass bei jedem Menschen die Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten unterschiedlich sind und daher sei dies nicht so wichtig. Männer wünschen sich allgemein mehr Informationen, denn auch wenn sie im ersten Moment glauben, dass diese Information irrelevant ist, verwenden sie sie doch.

Informationen zu Nebenwirkungen der Medikamente wären wichtig um eine andere mentale Einstellung zu erhalten und Enttäuschungen über den Gesundheitszustand zu ersparen. Um dies sicher zu stellen, wäre es wichtig zu wissen, wie das Leben ein Jahr nach der Krebsdiagnose aussieht und was es für einen Mann bedeutet wechselartige Beschwerden zu haben. Eine weitere wichtige Information ist, ob die Nebenwirkungen der Medikamente nach Beendigung der Therapie wieder weg gehen. Am Wichtigsten war die Frage, ob die Impotenz dauerhaft ist oder auf die Zeit der Medikation beschränkt ist.

„Hab mich halt mit Brustkrebs als Mann schon ein bissl alleine auf weiter Flur gesehen“ (K, Zeile 453)

4.2. Welchen Einfluss hat es an einer vermeintlich „typischen Frauenkrankheit“ zu erkranken auf das Krankheitserleben beim Mann?

Die Frage wird mithilfe der Kategorien nicht wahrhaben wollen, man sieht es ja fast nicht, um ein Eck mehr und Unsicherheit beantwortet.

4.2.1 Kategorie 4 – Nicht wahrhaben wollen

Unter nicht wahrhaben wollen versteht man die Verdrängung der Erkrankung. Hierbei werden die Selbstvorwürfe aufgrund der späteren Diagnosestellung, die Fragestellung wieso gerade Brustkrebs, wieso die Mammografie, das Scherzen über die Erkrankung Brustkrebs beim Mann vor der Diagnosestellung und die Rechtfertigung ihrer eigenen Erkrankung gegenüber anderen, beschrieben.

Da die Krankheit Brustkrebs in der Gesellschaft dem Geschlecht der Frauen zugeschrieben wird, wissen viele nicht, dass Männer Brustkrebs bekommen können. Alleine aufgrund dieser Tatsache gehen Männer später zum Arzt als Frauen.

„Wenn ein Mann so wie ich irgendwo einen Dippel spürt und sagt man weh tut er nicht des war ja des“ (SCH, Zeile 625 f.)

Diese Aussage soll verdeutlichen, dass Männer keinen Grund sehen zum Arzt zu gehen, denn an Brustkrebs haben sie selbst nicht gedacht und Schmerzen haben sie keine. Trotzdem, oder gerade deswegen, machen sich Männer meistens **Selbstvorwürfe aufgrund ihrer späteren Diagnosestellung** durch eigenes Verschulden. Aufgrund der späten Diagnosestellung ist die Operation meist größer ausgefallen. Männer geben an, dass sie aufgrund ihrer eigenen Nachlässigkeit später operiert wurden und auch, dass sie auch schon zwei Monate früher zum Arzt hätten gehen können, wenn sie das Symptom ernst genommen hätten.

„Ja ich hatte nie damit gerechnet, sonst wäre ich ja auch früher gegangen, im Nachhinein könnte man sagen, du hast eh bemerkt das der Knoten ein bissal größer wird“ (K, Zeile 57 f.)

Die Diagnosestellung dauerte zwischen einer Woche und fünf Monate von der Entdeckung des Knotens bis zum ersten Arztbesuch.

Andere Untersuchungsteilnehmer machen sich keine Vorwürfe, weil sie meinen, dass Brustkrebs eine Vorlaufzeit von 5-6 Jahren hat und es daher keinen Unterschied mache, wann man zum Arzt gehe.

Aufgrund dieser späteren Diagnosestellung und der Selbstvorwürfe fragen sich manche „**Wieso Brustkrebs?**“ und nicht ein anderer Krebs, an den sie gedacht hätten. Sie wussten nicht, dass Männer Brustkrebs bekommen können. Daher haben sie nie an Brustkrebs gedacht und sind erst spät zum Arzt gegangen. Manche fragen sich auch: „Wie kann es einem Mann passieren.“

„es war ein bissi kurios auch das Gefühl auch weil man sich gedacht hat, mein Gott ja wieso ich als Mann, nicht?“ (Sch, Zeile 175 f.)

Ein Betroffener hat sich gedacht:

„gescheiter ich bekomme den Brustkrebs als wie meine Frau einfach weil bei mir ist die Auswirkungen doch gering, Amputation besteht ja nur in der Entfernung der Brustwarze und der Hautanteile, hatte allerdings schon die ersten Jahre a bissl wie soll ich sagen ein bissl war ich schüchtern“ (K, Zeile 60 ff.)

Trotz dieser Aussage ist festzustellen, dass er anfangs dachte, dass er mit der Brustamputation keine Probleme haben wird, wobei sich diese Annahme im weiteren Verlauf des Lebens als falsch herausgestellt hat. Trotzdem sagt jeder Mann, dass er seine Situation beim Brustkrebs nicht mit der Situation einer Frau vergleichen will. Ein Interviewpartner meint auch, dass er die Situation gefasster als eine Arbeitskollegin, welche auch Brustkrebs bekommen hat, aufgenommen hat.

Die Interviewpartner bekamen alle eine **Mammografie** und eine Ultraschalluntersuchung, trotzdem haben sie nie an Brustkrebs gedacht. Sie wussten nicht **wieso** diese Untersuchungen notwendig waren, sie haben auch nicht nachgefragt. Über die Überweisung waren sie erschüttert, verwundert, fanden es abstrus, seltsam, „blöd“ und seltsam. Eine Mammografie war ausschließlich bekannt, weil es bei Frauen gemacht wurde. Auch haben sie sich die Frage gestellt, was diese Untersuchung sollte.

„aber nicht selbst die Mammographie hat mich auf die theoretische Möglichkeit zumindest hinweisen können, also halt offenkundig ich habe den Arzt auch nicht gefragt glauben sie wirklich dass das Brustkrebs sein konnte die Frage ist mir nicht einmal

untergekommen im Nachhinein sag ich eigentlich komisch das das jetzt wirklich einen Laien nicht einfällt mir war, nicht fällt zumindest die Möglichkeit schon bekannt theoretisch doch so entfernt dass ich selbst nicht auf die Idee gekommen bin“ (K; Zeile 1011 ff.)

„dann eine Mammografie mit mir gemacht was für den Mann schon ungewöhnlich ist und Ultraschall“ (Sch, Zeile 9 f.)

Noch vor der Diagnosestellung wurden **Scherze zum Thema Brustkrebs beim Mann** gemacht. Aber es scheint der Fall zu sein, dass die Untersuchungsteilnehmer unterbewusst doch an Brustkrebs gedacht haben.

„Hab meiner Freundin mal spaßeshalber gesagt naja ich hab Krebs und ich sterb bald“ (D, Zeile 6-8)

„später sagte ich zu meinem Hautarzt sie sind möglicherweise einer der ganz wenigen die bei Männern am Brustkrebs operiert hat“ (K, Zeile 22 f.)

Wenn Interviewpartner ihrer Umwelt mitgeteilt haben, dass sie an Brustkrebs erkrankt sind, kamen einerseits die Reaktionen, welche bei jeder Krebskrankheit auftreten, wie: Mitleid, Bedauern, Angst und Schock. Andererseits traten auch Reaktionen auf, wie: Verwunderung und Erstaunen, welches sich mit Äußerungen wie:

„dass gibt es ja nicht dass das bei einem Mann sowas passieren kann (H, Zeile 31 ff.)

„ja überraschend erstaunen also ja wie gibt’s denn sowas“ (K, Zeile 921)

charakterisieren lässt.

Aufgrund solcher Aussagen mussten sich Männer **rechtfertigen**, weil sie an Brustkrebs erkrankt sind. Bei dieser Rechtfertigung kamen sich Männer blöd vor, und meinten, dass sie sich die Krankheit nicht ausgesucht haben und daran keine Schuld haben. Teilweise wird auch geantwortet mit:

„Mein Gott, ja wieso ich als Mann nicht?“ (SCH; Zeile 174)

„was halt beim Mann Brustkrebs, ist das wirklich so, und ich musste denen eigentlich erklären ja es tut mir leid ich kann nichts dafür ich hab ihn“ (Sch, Zeile 250 f.)

4.2.2 Kategorie 5 – Man sieht es ja FAST nicht

Unter der Kategorie man sieht es ja FAST nicht wird verstanden, dass niemand außer Betroffene verstehen, dass Männer mit einer Brustamputation auch Probleme haben und nicht

nur Frauen. Die Kategorie beinhaltet, dass nicht thematisieren der Brustamputation und die Verlegenheit im Schwimmbad seinen nackten Oberkörper zu präsentieren.

Die **Brustamputation** wurde bei Männern **nie thematisiert**. So wie bei vielen anderen Themen gibt es zwei Formen um mit der Brustamputation umzugehen.

Die Einen kommen mit ihrer amputierten Brust gut zu recht. Sie stehen zu ihren Brustkrebs, die Mastektomienarbe ist ihnen nicht peinlich und sie meinen dass man es fast nicht sieht. Wobei jeder dieser Männer glaubt:

„Ja, Ich glaub schlimmer ist wenn es in jüngeren Jahren ist“ (S, Zeile 65)

Die Anderen meist jüngere Männer haben doch ihr Problem mit der amputierten Brust. Denn diese Mastektomienarbe ist sowohl im körperlichen als auch im psychischen Bereich vorhanden. Nach einiger Zeit lernt man mit dieser Narbe immer besser umzugehen und sie wird einem zunehmend egal, wobei es immer Zeiten gibt, in denen es einem nicht egal ist.

Die Interviewpartner beschreiben den ersten Blick in den Spiegel unterschiedlich. Die Einen meinen es ist genauso wie nach der Rasur des Bartes. Die Anderen meinen, dass die Narbe sie täglich daran erinnert, dass sie schwer krank sind. Des Weiteren fühlen sich Männer aufgrund ihrer Mastektomie amputiert. Außerdem bleibt eine Asymmetrie zurück, diese ist je nach Körperbau stärker oder weniger stark sichtbar. Männer versuchen sich über ihren „entstellten“ Körper mit der Aussage:

„Was braucht ein Mann schön sein“ (K, Zeile 618)

über ihr verändertes Körperbild hinwegzutrusten.

Trotzdem, dass beim Mann die Brust nicht eines der primären Geschlechtsmerkmale ist, wie bei der Frau, gehört die Brust auch beim Mann in den geschlechtlichen Bereich angesiedelt. Ein Interviewpartner meint auch, dass er wahrscheinlich aufgrund dieser Tatsache gesagt hat:

„gescheiter ich bekomme den Brustkrebs als wie meine Frau.“ (K, Zeile 60)

Trotz der Aussage, *„Ich stehe zu meinem Brustkrebs“ (D, Zeile 176)*, hat sich im Laufe des Interviews herausgestellt, dass der gleiche Interviewpartner auch am Anfang Probleme mit seiner Mastektomienarbe hatte. Im **Schwimmbad** war er anfangs **schüchtern**.

„am Anfang hab ich noch mein Leiberl länger angelassen“ (D, Zeile 178)

„Anfangs war es schon problematisch“ (D, Zeile 185)

Andere Interviewpartner geben zu, dass sie mit der Brustamputation ihre Probleme haben. Ein Interviewpartner gibt an starke Komplexe im Schwimmbad zu haben und dass er anderen

Badegästen nicht in die Augen schauen kann. Außerdem hat er aufgehört in die Sauna zu gehen, weil er sich schämt.

In dieser Gruppe haben die meisten Männer Probleme ihren nackten Oberkörper zu präsentieren. Schwimmen gehen ist meist eine große Überwindung. Sie sind schüchtern und versuchen ihre amputierte Brust zu verstecken, indem sie ein Handtuch darüber legen oder ein T-Shirt anziehen und dieses erst kurz bevor sie ins Wasser gehen ausziehen oder weglegen. Dies geschieht einerseits weil sie schüchtern sind, sich schämen und andererseits um Fragen zu vermeiden. Des Weiteren präsentieren sie nicht mehr ihren schönen Körper, sondern versuchen so wenig wie möglich aufzufallen. Wobei dies mit der Zeit abnimmt und sie mit dieser Situation immer besser umgehen können.

„der Mann ist ja nicht eitel aber irgendwo ist es schon ein Punkt, was weiß ich beim Freibaden leg ich ganz gerne so zufällig ein Handtuch oder ein T-Shirt drüber wenn ich unter Leute gehe nett es lässt sich nicht immer machen und ... zunehmend ist mir das auch egal“ (K, Zeile 257 ff.)

Andere Interviewpartner meinen, dass sie normal Schwimmen gehen, dass es sie nicht stört, wenn einer schaut und dass es wenige Reaktionen von anderen Gästen gibt. Die Reaktionen im Schwimmbad sind unterschiedlich. Entweder schauen Leute diskret oder weniger diskret oder sie schauen gar nicht. Aufgefallen ist es den wenigstens, dass andere Gäste seltsam schauen, wobei sie nicht wissen was sich andere denken.

„Weiß nicht es hat eigentlich niemand komisch geschaut oder so, keine Ahnung manche denken sich wahrscheinlich wieso hat der nur eine Brustwarze oder so, aber ist mir jetzt egal.“ (D, Zeile 182 f.)

Männer legen sich Antworten parat, falls sie auf ihre Narbe angesprochen werden.

„Hat sich vorgenommen zu sagen, mich hat der Krebs gebissen. Leute die mir ans Herz gewachsen sind, wissen es, die anderen, was die dann davon halten von so einer Antwort weiß ich nicht, eine Frau interpretiert das vielleicht anders.“ (K, Zeile 261 ff.)

„Es ist wenn mich einer angelehnt hat was ich da für eine Narbe hab, sag ich dass sie mir die Brust operiert haben also Genauso wie es ist nicht“ (H; Zeile 192 f.)

Die meisten Interviewpartner wurden noch nie auf ihre Narbe angesprochen, wobei es doch auch vorkommt. Somit wird man wieder an die Erkrankung erinnert, auch zu Zeiten zu denen man keine Probleme hat und eigentlich die Krankheit vergessen möchte.

„einmal ein deutscher der hat gefragt ja was ist denn ihnen passiert, da ich musste man halt erzählen“ (Sch, Zeile 384 ff.)

Je länger die Erkrankung zurück liegt, desto besser können Männer mit ihrer Narbe umgehen. Sowohl im Auftreten als auch im psychischen Bereich. Trotzdem, dass sie mit ihrer Situation immer besser umgehen können bleibt eine Narbe die nicht nur sichtbar sondern auch im psychischen Bereich spürbar ist.

4.2.3 Kategorie 6 - Um ein Eck mehr

Unter der Kategorie um ein Eck mehr wird verstanden, dass Brustkrebs und dessen Behandlung für den Mann doch noch etwas mehr ist. Hierbei wird die Brustamputation, die Probleme der Nachbehandlung und die Stigmatisierung von Brustkrebs beim Mann erläutert.

Brustkrebs gilt im Allgemeinen als „typische Frauenkrankheit“, welches sich auch dadurch zeigt, dass man während der Behandlung viel Kontakt mit betroffenen Frauen hat, aber keinen Kontakt zu betroffenen Männern. Frauen haben während der Chemotherapie und der Bestrahlung ähnliche Beschwerden. Männer glauben, dass die **Brustamputation** bei der Frau ein größeres, psychologisches Problem ist, als beim Mann.

„Manchmal hab ich gesehen, dass halt viele junge Frauen um jeden Zentimeter gekämpft haben, daher für eine Frau ist das natürlich was anderes“ (Sch, Zeile 41 f.)

Ein weiterer Unterschied ist, dass Frauen mit dem Handtuch bis zur Bestrahlungsliege gehen und es erst dort weg nehmen, wohingegen Männer mit dem nackten Oberkörper zur Liege gehen. Manche Frauen hatten die Menopause schon, daher sind die Wechselbeschwerden keine neuen Beschwerden. Diese wenigen Beispiele zeigen, dass es „für einen Mann noch ein Eck mehr“ (Sch, Zeile 485) ist. Bei Männern wird gesagt:

„Je Mehr wegkommt desto sicherer ist es“ (Sch, Zeile 32)

Ein Chirurg erzählt, dass man bei jungen Frauen nicht die Brustwarze entfernt, da es bei Frauen ein Schönheitsproblem ist, aber nicht bei einem Mann, denn da kann man die Brustwarze entfernen.

Aus diesem Grund **sollte** auch Männern eine **Brustrekonstruktion angeboten werden**, auch wenn vielleicht viele diese Möglichkeit ablehnen. Dadurch wird gezeigt, dass auch Männer mit Brustkrebs Mitgefühl und Wertschätzung verdienen.

„vielleicht einfach nur als Möglichkeit und man haut aber dann den Hut drauf, aber weil das nicht wirklich so wichtig ist letztlich dann in der Praxis dass man einfach das Gefühl hat naja da ist jemand der will dir das dem ist das ein Thema vielleicht“ (K, Zeile 790 ff.)

Er hat einer Ärztin von seinen Komplexen erzählt und diese meinte, dass die Leute denken, dass er einen Verkehrsunfall gehabt hätte und er solle genauso denken. Er erzählt auch, dass er eine private Schönheitsoperation machen wollte, jedoch hat seine Frau ihm davon abgeraten. Mittlerweile denkt er nicht mehr darüber nach, aufgrund der Kosten.

Trotzdem sollte man auch dem Mann das Recht gewähren zu sagen, dass ihm die Symmetrie des Körpers und somit seine Brust, also auch sein Körperbild, wichtig ist.

„so im Nachhinein dass es bissi als Mann du bist entstellt“ (K, Zeile 787 f.)

„ich hab es mal thematisiert einem Onkologen der meinte es fällt nicht auf, vielleicht fällt einem dass nur selber auf weil man das halt so sieht“ (K, Zeile 799)

„es ist eine Asymmetrie oder es ist offenkundig fehlt da etwas und es ist weg aus“ (K, Zeile 825)

Dies sollte nicht von Ärzten in Hinsicht auf die Behandlung missachtet werden.

Bei der **Nachbehandlung** wird ein Mann in die Wechseljahre versetzt und wird impotent.

Männer wollen ihre Probleme beim Brustkrebs auf keinen Fall mit den Problemen der Frauen vergleichen. Sie meinen, dass es für Frauen ein größeres psychologisches Problem ist, mit dem sie sich nicht auf eine Stufe stellen wollen.

„sicher nicht das Problem wie bei der Frau wo wirklich dann die doch die Weiblichkeit dann wenn das nicht Brusterhaltend ist das ist sicher ...“ (K, Zeile 839 f.)

„Mit dem will ich mich absolut nicht vergleichen deswegen hab ich auch gesagt gescheiter ich als wie meine frau“ (K, Zeile 839 f.)

„ich hab natürlich das Gefühl, dass Frauen viel mehr darunter leider, also mehr psychisch leiden darunter weil sie sich irgendwie kastriert oder was weiß ich wie vorkommen“ (Sch, Zeile 398 ff.)

„Brust ist zwar beim Mann nicht wirklich lange nicht den Stellenwert aber wiederrum auch wiederum nicht nichts, nicht?“ (K, Zeile 767)

Männer fühlen sich aufgrund mehrerer Punkte einer **Stigmatisierung** ausgesetzt. Brustkrebs beim Mann ist weder in der Öffentlichkeit noch bei den Medizinerinnen ein Thema. Jedoch geben sich die Männer selbst die Schuld. Aufgrund dessen, dass sie ihre Probleme mit sich selbst ausmachen. Aufgrund von Aussagen wie die Therapie erfolgt gleich wie bei der Frau, folgen Gedanken wie

„ich bin aber keine Frau“ (K, Zeile 765)

Des Weiteren fühlen sich Männer aufgrund des Informationsmangels mit ihrem Brustkrebs allein gelassen. Der Informationsmangel wurde in 4.1.3 Kategorie 3 – Alleine auf weiter Flur ausführlich beschrieben.

Bei Frauen ist nach einer Mastektomie eine Gruppenphysiotherapie vorgesehen, diese wird den Männern grundsätzlich verweigert. Entweder erhalten Männer überhaupt keine Physiotherapie, denn Männer haben Muskulatur und brauchen deswegen keine Physiotherapie oder sie erhalten sie in Form von Einzeltherapie in ihrem Zimmer.

„hoff halt schon so dass der Brustmuskel wieder leistungsfähig sein wird, ja das hat mir aber keiner gezeigt ich bekam auch irgendwie keine das war nur bei Frauen vorgesehen Physiotherapie, das war kein Thema ich hab auch nichts verlangt aber es wurde mir mit keinem Wörtchen auch nicht angeboten, ein Mann braucht das nicht der hat Muskulatur okay so wurde es auch gesagt ich hab das dann auch so zur Kenntnis genommen“ (K, Zeile 411 ff.)

„da war auch so ein Training sowas mit der Hand rauf und dieses an der Wand, da wurde ich allerdings ausgeschlossen weil ich der einzige Mann war, da ist die Dame die das gemacht hat, die Physiotherapeutin gekommen und wir haben im Zimmer geübt“ (Sch, Zeile 108 ff.)

Bei jedem Mann wurde die Funktionsfähigkeit seiner Hand wieder hergestellt, wobei nur einer meiner sechs Interviewpartner eine Physiotherapie erhalten hatte.

Bei Frauen wird die amputierte Brust thematisiert, sie wird vom medizinischen Personal angesprochen und eine Brustrekonstruktion wird angeboten. Bei Männern hingegen wird dies nicht gemacht. Wenn Männer Probleme mit ihrer Brustamputation haben müssen sie das Thema selbst ansprechen und erhalten meist von Ärzten Aussagen wie: „Man sieht es ja nicht“ und „Es fällt nicht auf“. Des Weiteren wird ihnen vorgeschlagen zu denken, dass sie einen Verkehrsunfall gehabt haben und deswegen keine Brustwarze mehr haben und eine

Narbe an ihrer Stelle, denn eine Ärztin meint, dass werden sich auch diejenigen Denken, die seine Narbe sehen. Einem Betroffenen wurde gesagt, dass man eine Brustwarze tätowieren könnte. Dies wurde von dem Betroffenen abgelehnt. Ein Anderer meinte, er hätte eventuell eine Brustrekonstruktion durchgeführt, doch um dies entscheiden zu können, müsste er wissen wie „echt“ es danach aussieht. Hiermit wird deutlich, dass für ihn keine Tätowierung in Frage gekommen wäre. Jüngere Männer denken meist über eine Brustrekonstruktion nach, doch auch gleichzeitig über die Kosten. Männer entscheiden sich meist gegen eine Rekonstruktion auch deswegen, weil sie meinen dass es zu teuer ist. Männer finden sich mit der Asymmetrie und dem offenkundigem fehlen der Brustwarze ab und schützen sich mit den Gedanken:

„was braucht ein Mann schön sein aber, mag den einen wurscht sein vielleicht ist es bei keinem richtig wurscht“ (K, Zeile 618 f.)

Zusätzlich trösten sie sich damit, dass ihnen Ärzte und andere männliche Bekannte sagen, dass es nicht auffällt.

4.2.4 Kategorie 7 – Unsicherheit

Männer verspüren vor allem eine Unsicherheit bei zwei wichtigen Themen: bei Impotenz und bei der Unsicherheit, die durch Ärzte vermittelt wird.

Die **Impotenz** ist eine Nebenwirkung der Medikamente, von der keiner der Männer vor Einnahme der Medikamente informiert wurde. Der Verlust der Potenz wird von einigen Männern mit dem Verlust der Männlichkeit gleich gesetzt. Die Untersuchungsgruppe hat drei unterschiedliche Reaktionen auf diese Situation gezeigt.

Einerseits empfinden Männer ihre Libido als so wichtig, dass sie die Therapie abgebrochen haben. Diesen Abbruch rechtfertigen sie damit, dass der Libidoverlust nicht vertretbar ist und, dass es keine empirischen Studien gibt, die belegen, dass das Medikament die gleichen guten Ergebnisse beim Mann herbeiführt wie bei der Frau.

„dann hab ich gemerkt nein die ist für Männer nichts für mich jedenfalls wirklich nicht das wahre also ich bekomme drauf Knochenschmerzen, Gelenkschmerzen außerdem die Libido geht gegen null also es ist wirklich ich als Mann brauch mein Testosteron also da dann hab ich das dann aufgegeben und seit dem geht's mir besser“ (D, Zeile 209 ff.)

Meist für jüngere Männer ist die Impotenz ein großes Problem. Sie denken darüber nach die Medikamente abzusetzen, jedoch ist meist die Ehefrau dagegen und überzeugt den Mann die Medikamente weiterhin zu nehmen.

„ein großes Problem, wie Bestrafung für mich“ (F, Zeile 294)

„Urologe hat gesagt das ist Lebensrettung, das ist Notfall zum Leben, das ist das wichtigste Lebensretten oder Sex machen, normal ist erste, aber es ist normal für einen Mann wenn er ist noch stark wenn ich habe, Lebenslust, und ich hab nichts, ja, das ist aber ich hoffe, wenn ich nach 4 oder 5 Jahre wenn ich lasse, ich kann noch Liebe (F, Zeile 294 ff.)

Aufgrund dieser Aussage wird deutlich, dass Männer nicht wissen, ob die Nebenwirkung der Impotenz vorübergehend, also auf die Dauer der Therapie beschränkt ist oder dauerhaft ist. Alle Männer freuen sich auf den Zeitpunkt, wenn sie die Medikamente absetzen dürfen und hoffen, dass sie dann wieder Geschlechtsverkehr haben können.

Andere wiederum, meist ältere Männer, kommen mit dem Verlust der Libido sehr gut zurecht und meinen, dass das nicht das wichtigste ist oder dass sie in der Hinsicht ihr Leben schon gelebt haben. Sie glauben auch, dass die Impotenz viel unangenehmer gewesen wäre, auch psychisch, wenn man jünger wäre.

„Chemisch kastriert, naja ja, mein Gott na das ist nicht das Drama, meine Frau ist etwas älter als ich“ (SCH, Zeile 174)

„ Ja mein Gott, irgendwann ist das auch aus“ (Sch, Zeile 212)

„Jetzt sagt man sich mein Gott ich mein Leben auch in der Hinsicht gelebt“ (Sch, Zeile 474 f.)

Zwei unterschiedliche Aussagen von Urologen wurden zum Thema medikamentös bedingter Impotenz gegeben. Einem Interviewpartner wurde gesagt, dass er keinen Geschlechtsverkehr haben kann, einem Anderen wurde gesagt, dass man mit Gewalt Geschlechtsverkehr haben könnte.

Ärzte vermitteln Unsicherheit indem sie immer wieder die gleichen Fragen stellen. Außerdem vermitteln sie, dass sie selbst nicht wissen, welche Therapie angebracht ist. Zusätzlich haben sie auf viele Fragen selbst keine Antworten. Des Öfteren wissen sie selbst nicht, mit welchen Nebenwirkungen die Behandlung einhergeht.

Trotzdem sie diese Unsicherheit vermitteln sind die Interviewpartner mit der Betreuung von Ärzten und Pflegenden zufrieden. Sie vertrauen ihren Ärzten und behalten eine positive Einstellung zum Krankheitserleben.

Auch im Bezug auf die Impotenz wird von Ärzten Unsicherheit vermittelt, denn es weiß kein Interviewpartner ob er nach Beendigung der medikamentösen Nachbehandlung wieder Geschlechtsverkehr haben kann.

„man impotent ist wo ich natürlich nicht weiß, hört das auf, hört es auf wenn die Behandlung auf hört das auch auf ich glaube zwar nicht weil man wird immer älter“ (Sch, 466 ff.)

Auch kann Unsicherheit mit Aussagen wie:

„Was hast du? Brustkrebs bei Männern das ist ganz selten!“ (F, Zeile 363f.)

vermittelt werden.

4.3 Wie sehen sich die Betroffenen vom Gesundheitssystem und der Umwelt in ihrer Erkrankung wahrgenommen?

Um die letzte Frage zu beantworten, wurden die Kategorien existiere ich und die Rolle des Gesundheitssystems gebildet.

4.3.1 Kategorie 8 – Existiere Ich

Unter der Kategorie Existiere ich wird die fehlende Wahrnehmung des Gesundheitssystems und der Umwelt verstanden. Dies wird mittels den Unterkategorien nicht vom Gesundheitssystem wahrgenommen, gerne mit anderen Betroffenen gesprochen, Wünsche der Betroffenen, Brustkrebs beim Mann und der Öffentlichkeitsarbeit beschrieben.

Männer empfinden, dass sie **nicht vom Gesundheitssystem wahrgenommen** werden. Denn es gibt ihrem empfinden nach keine empirischen Studien zur Behandlung von Brustkrebs beim Mann und zur wechselseitigen Wirkung von Medikamenten und deren Nebenwirkungen. Außerdem empfindet das Gesundheitssystem es als nicht notwendig, Männer über die Nebenwirkungen von Medikamenten aufzuklären. Auf diese zwei Themen

wurde in den Kategorien 2 Exot und 7 Unsicherheit näher eingegangen. Auch Selbsthilfegruppen gibt es nicht für Männer mit Brustkrebs, noch wurde ihnen Angeboten, dass man Kontakt mit anderen Betroffenen herstellt.

Einige Männer würden eine Selbsthilfegruppe aufsuchen, andere wiederum nicht. Jedoch hat sich herausgestellt, dass viele während der Zeit der Behandlung beziehungsweise als die Probleme akut waren, **gerne mit andern Betroffenen gesprochen hätten**. Entweder durch zufällige Begegnungen oder im Krankenhaus selbst. Männer glauben, dass Gespräche mit Betroffenen eine Unterstützung und Erleichterung gewesen wären. Ein Interviewpartner hat zufällig im Urlaub einen anderen Mann mit der Erkrankung Brustkrebs getroffen. Für ihn war es eine große Hilfe, da er sag, dass er nicht alleine war und kein Einzelfall ist.

*„ja irgendwo doch weil ich mir gedacht habe es gibt doch auch Leidensgenossen“
(Sch, Zeile 647)*

„auch sicher ja, weil die Probleme die jeder einzelne hat, es wird ja leichter, wenn man selbst Probleme hat und dann hört man bei einem anderen der hat sie auch, also ich bin kein Einzelfall“ (Sch, Zeile 651 ff.)

Männer haben den einzigen logischen Schritt getan um mit anderen über ihren Brustkrebs zu sprechen: sie haben mit anderen gesprochen, die auch Brustkrebs haben, nämlich mit Frauen. Aber auch mit Ihnen haben sie nicht über alles gesprochen, sondern Großteils über die Probleme, welche sie mit der Behandlung, also der Chemotherapie und der Strahlentherapie, hatten. Es war ein guter Gedankenaustausch.

„Ja mit der Arbeitskollegin hab ich die Problematik diskutiert, war ein guter austausch, weil jeder weiß ungefähr.... Als Frau dann halt nicht aber ich glaub das des ja“ (K, Zeile 160 ff.)

Aufgrund dieser Aussage wird deutlich, wie wichtig es auch für einen Mann ist mit Betroffenen des gleichen Geschlechts zu reden.

Wie so oft gibt es auch hier eine zweite Meinung. Manche hätten nicht mit anderen Betroffenen reden wollen, weil sie meinen, dass sie keine Unterstützung gebraucht hätten.

Jeder Interviewpartner hat sich bereit erklärt mit anderen Betroffenen zu reden. Wobei es allen darum ging, anderen Betroffenen zu helfen und diese bei ihrem Krankheitserleben und ihrer Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Männer äußern, auf Nachfragen, **was sie sich gewünscht hätten**. Es hat sich herausgestellt, dass ein sehr großer Wunsch nach Informationen vorhanden ist. Einerseits nach gesichertem Wissen über Nebenwirkungen und Wirkungen der Behandlung.

„ganz gerne gehabt wenn ich schon vorher gewusst hätte, wie schaut es in einem Jahr aus also nicht jetzt sondern 1 Jahr nach der OP das wäre ganz gut gewesen natürlich“ (Sch, Zeile 579 ff.)

Andererseits hätten Männer, welche Probleme mit ihrer Mastektomienarbe haben, gerne ein Foto gesehen. Die, die damit keine Probleme hatten, denen wäre es egal ob sie ein Foto vor der Operation sehen oder nicht.

Des Weiteren wünschen sie sich, dass auch in Broschüren deutlich sichtbar wird, dass auch Männer an Brustkrebs erkranken können. Auch das Angebot der Rekonstruktion ist ihnen wichtig, denn Männer verwerfen die Gedanken zur Rekonstruktion aufgrund der Kostenfrage, da sie dieses Geld nicht für eine Schönheitsoperation verwenden wollen. Außerdem vermittelt das Angebot einer Rekonstruktion, dass auch Männer dem Arzt wichtig sind und dass es auch für den Mann die Möglichkeit gibt.

Als weitere wichtige Hilfsmitteln wären laut den Interviewten Männern gewesen: Einerseits die Ermöglichung von Treffen mit anderen betroffenen Männern und andererseits ein Internetforum, in welchem relevante Informationen stehen und in dem man mit anderen über ihre Probleme diskutieren kann.

Aspekte, die auf den ersten Blick vielleicht weniger wichtig erscheinen, sind der Wunsch nach Aufklärung wieso sie zu einer Mammografie geschickt wurden und das Fragen nach ihrem Befinden.

Vor der Diagnosestellung wussten wenige Männer aus gesicherten Quellen, dass **Brustkrebs** auch **beim Mann** auftreten kann. Wobei einer es wusste aufgrund seines Berufes und beim anderen war ein Brustkrebsfall im Bekannten Kreis. Ein Interviewpartner glaubt, dass in der Öffentlichkeit bekannt ist, dass Männer an Brustkrebs erkranken können und ausschließlich die Häufigkeit unbekannt sei. Dieser Glaube basiert auf logischem Denken, denn Männer haben so wie Frauen Brustdrüsen.

„ich glaub inzwischen weiß es ein großer Teil der Öffentlichkeit obwohl manche mit Erstaunen reagieren naja Brustkrebs beim Mann das tritt ja so gut wie nicht auf, das sagen sogar Ärzte dass sie ganz erstaunt sagen beim Mann Brustkrebs aber dass es

auch beim Mann vorkommt, dass wissen glaube ich schon die meisten nur die Häufigkeit ist nicht bekannt“ (D, Zeile 464 ff.)

Die meisten Untersuchungsteilnehmer wussten vor der eigenen Diagnosestellung nicht, dass Brustkrebs auch beim Mann auftreten kann. Ein Untersuchungsteilnehmer gibt an die theoretische Möglichkeit unbewusst gewusst zu haben.

„naja ja, aber sagen wir so, ich wusste ja, dass es Männer bekommen können ist eher so wenn ich sagen würd du kannst auch vom Goldklumpen erschlagen werden der vom Himmel fällt“ (K, Zeile 778 ff.)

Die meisten Untersuchungsteilnehmer sind sich einig, dass Brustkrebs beim Mann und in der Gesellschaft nicht bekannt ist.

Aus den oben genannten Gründen ist Brustkrebs beim Mann ein Thema für die **Öffentlichkeitsarbeit**. Öffentlichkeitsarbeit soll helfen, dass anderen Männern früher diagnostiziert werden und um diese als Existent zu zeigen. Die befragten Männer sind sich einig, dass Brustkrebs beim Mann zwar in die Öffentlichkeitsarbeit mit einbezogen gehört, aber dass keine eigenen Kampagnen entstehen sollen, sondern dass Brustkrebs beim Mann in die Brustkrebskampagnen mit einbezogen gehören. Des Weiteren sollten sie die breite Masse ansprechen und das Ziel der Kampagnen sollte sein, dass Männer an Brustkrebs erkranken können zum Allgemeingut wird. Auf die Frage, wie sie selbst diese Thematik präsentieren würden, kamen diese Vorschläge:

- *„Bemerkung verliert von einem Arzt oder was dass des einfach mit dem nichts zu tun hat ob man ein Mann ist oder eine Frau dass das halt ein Organ ist wie halt die Nase oder das Gehör oder irgendwas“ (K, Zeile 818 f.)*
- *„irgendwo wie man die breite Öffentlichkeit anspricht also es gibt ja so wie bei den Rathaus Gesundheitssachen, dass man da auch oder auch in Zeitschriften“ (Sch, Zeile 633 ff.)*
- *„jetzt nicht großartig die Aktion sein, vielleicht hin und wieder sagt ja Brustkrebs kann denn wenn da irgendwelche Aktionen sind vorsorge direkte Werbung ist wurscht und im Fernsehen oder auch in den Medien dass man vielleicht sei es jetzt als Fußnote weiß jetzt auch nicht Brustkrebs kann auch Männer betreffen.“ (K, Zeile, 832 ff.)*
- *„so wie es auch bei den Rauchern steht: rauchen kann gesundheitsschädlich sein oder 1 Prozent aller Brustkrebsfälle betreffen Männer einfach dass des nur so, dass das ein bissl allgemein gut jetzt wird“ (K, Zeile 836 ff.)*

4.3.2 Kategorie 9 – Rolle des Gesundheitssystems

Die **Rolle des Gesundheitssystems** ist es einen erkrankten Menschen so professionell und ganzheitlich zu Betreuen, so dass er sich gut versorgt fühlt. In dieser Befragungsgruppe hatten die Befragten Probleme mit Informationsmangel, Unaufgeklärtheit und der Stigmatisierung. Wobei auch das Gesundheitssystem an sich einiges richtig gemacht hat, denn die Interviewten wurden von freundlichen und verständnisvollen Personal versorgt, was immer als große Unterstützung wahrgenommen wurde. Es wurden Gespräche mit Pflegenden geführt, welche dabei halfen den Lebensmut und den Optimismus zu stärken.

„Gespräche mit Pflegenden haben geholfen: erstens dass ich nicht der einzige Mann bin, dann sie werden sehen es wird gut werden, es wird nicht immer angenehm sein aber es wird gut werden weil da denkt man sich doch die haben sehr viele gesehen oder sie sehen sehr viele was einem natürlich auch hilft“ (Sch, Zeile 719 ff.)

Diese Aussagen von Pflegenden helfen besser als von der eigenen Familie, da man ihnen aufgrund ihrer Erfahrung glaubt. Dadurch vermitteln sie, dass es trotz der Erkrankung noch eine Zukunft gibt. Wobei zu sagen ist, dass keine Aufklärungsgespräche mit den Inhalten: Verhalten nach der Mastektomie, Nebenwirkungen der Medikamente und Brustrekonstruktion stattgefunden haben. Wie schon bei der Stigmatisierung erwähnt wurde, wurde den meisten Männern keine Physiotherapie angeboten, wobei einmal eine Einzeltherapie stattgefunden hat. Die Psychoonkologin wurde angeboten.

4.4 Umgang von Männern mit Erkrankungen

Das Kapitel Umgang von Männern mit Erkrankungen entstand während der Auswertung der Interviews. Trotz, dass nicht nach dem Umgang von Männern mit Erkrankungen gefragt wurde, wurde beim Bearbeiten der Interviews deutlich, dass Männer einen speziellen Umgang mit Erkrankungen haben. Die Schwerpunkte dieses Kapitels sind: Unwissenheit über den Umgang ihrer Angehörigen mit ihrer Krebserkrankung, dass sie ihre Familie beschützen wollen, Informationssuche zu Sachthemen, Verharmlosung der eigenen Erkrankung, der Umgang mit der Erkrankung, die Akzeptanz der Brustamputation, mussten die Männer selbst etwas tun, der unfreiwillige Arztbesuch und die Unterstützung der Familie die als Ressource wahrgenommen oder nicht wahrgenommen wird.

Männer im Allgemeinen scheinen nicht mit ihren Angehörigen über ihre Krankheit zu reden, wobei ihnen die Reaktion der Angehörigen wenn sie die Diagnose erfahren, nämlich die Betroffenheit sehr wohl bewusst ist. Jedoch **wissen sie nicht, wie ihre Angehörigen mit der eigenen Krebserkrankung umgegangen** sind, denn sie haben weder mit ihren Ehefrauen noch mit ihren Kindern über die Krankheitssituation und über deren Ängste gesprochen.

Männer scheinen trotz, dass sie krank sind oder gerade weil sie krank sind, weiterhin ihre **Familie beschützen zu wollen**, selbst wenn es darum geht, ihnen nicht zu zeigen, wie es einem selbst mit der Erkrankung geht. Dies zeigt sich besonders dann, wenn sie sich selbst mit ihrer eigenen Sterblichkeit auseinander setzten, aber versuchen es ihrer Familie nicht zu zeigen

Informationen werden von Männern eher zu **Sachthemen**, also zur medizinischen Seite, zur Behandlung und zur Therapie und deren Nebenwirkungen gesucht. Interviewpartner suchten nach gesicherten Informationen, wie die Therapie sich auf den Mann auswirkt. Nachdem sie zu diesem Thema nichts gefunden haben, resignierten sie und meinten, dass es zwar gut gewesen wäre, welche zu finden aber, dass die Verträglichkeit von Medikamenten bei jedem anders ist. Außerdem auch, dass es aufgrund der geringen Erkrankungsfällen bei Männern nicht realisierbar wäre, empirische Daten zu finden. Männer geben sich selbst die Schuld, dass sie wenige bis gar keine Informationen erhalten haben, weil sie diese nicht eingefordert haben. Broschüren wurden durchgeblättert und beiseite gelegt, weil oft andere Probleme beschrieben wurden als auf Männer zutreffen. Auch hat er sich auf die Suche nach Erlebnisberichten gemacht. Nachdem er keine von einem Mann gefunden hat, las er Erlebnisberichte von Frauen. Er weiß nicht ob Erlebnisberichte von Männern hilfreicher gewesen wären als von Frauen. Hier lässt vermuten, dass er wie bei den medizinischen Informationen keine Erlebnisberichte einfordern will aufgrund der wenigen erkrankten Männer.

Männer **verharmlosen die eigene Brustkrebserkrankung**, weil sie sich nicht mit der Situation, in welcher Frauen sind, vergleichen wollen. Dies Begründen sie damit, dass die Brust für Frauen doch ein Geschlechtsmerkmal ist und bei Männern nicht. Männer glauben, dass Brustkrebs für Frauen psychisch schlimmer ist, aufgrund der Mastektomie, als für Männer, weil sie sich kastriert fühlen. Wobei Männer durch die Medikamente „kastriert“ werden und in die Wechseljahre einer Frau versetzt werden. Männer meinen, dass sie die

Diagnose Brustkrebs gefasster aufgenommen haben, als betroffene Frauen. Männer scheinen sich mit der Amputation der Brustwarze und der nicht angebotenen Wiederherstellung abzufinden. Viele meinen, dass sie sich amputiert fühlen und dass sie über die Brustrekonstruktion nachgedacht haben. Aber sie haben sich mit ihrem entstellten Körperbild abgefunden, da beim Mann die Brust nicht so wichtig ist. Interviewpartner wollten eine Schönheitsoperation machen, aber ihre Ehefrauen haben es ihnen ausgeredet.

Der **Umgang mit der Erkrankung** ist sowohl bei Männern als bei Frauen unterschiedlich die einen gehen Arbeiten aus den verschiedensten Gründen und die Anderen gehen in Krankenstand um sich um sich selbst zu kümmern. Für den Patienten war die Erkrankung als hätte er eine Grippe gehabt, er ging gleich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, während der Bestrahlungen und der Chemotherapie wieder arbeiten. Ein Anderer ging, trotz starken Nebenwirkungen der Chemotherapie, arbeiten um nicht ständig an seine Erkrankung zu denken und sich abzulenken. Wieder Andere waren während der Behandlungen im Krankenstand, weil sie froh waren sich um sich selbst und ihre mentale Situation kümmern zu können.

„Froh mir einen Krankenstand während der Bestrahlung leisten zu können weil ich hab gewusst ich hab halt das schwitzen angefangen wenn irgendwas nicht nur körperlich sondern wenn ein bissi stress da war der nicht sonderlich hat sein müssen und ich hab mich halt da bissi gepflegt zwar mental Musik hören Kreuzworträtsel, Sudoku oder ich hab ein spannendes Buch gelesen“ (K, Zeile 735 ff.).

Aufgrund der Brustamputation und der Diagnose Brustkrebs fühlen sich Männer als Exoten, wobei sie gestehen, dass sie die Diagnosestellung gefasster aufnehmen als Frauen. Der Status des Exoten und der Ausnahme wird noch verstärkt indem man ihnen mitteilt, dass die Therapie gleich wie bei einer Frau ist. Aufgrund solcher Aussagen denken sich Männer „*ich bin aber keine Frau*“ (K, Zeile 764). Die **Brustamputation** wurde als solches **hingenommen**, da es beim Mann keine Alternative gibt, als die komplette Mastektomie inklusive Brustwarze. Rein Intellektuell gesehen wissen Männer, dass Brustkrebs auch beim Mann auftreten kann und, dass sie nichts dafür können, aber trotzdem sind Gedanken wie: „Wieso passiert dir das als Mann“ vorhanden, auch wenn sich im sexuellen Bereich nichts geändert hat. Es ist festzustellen, dass Männer mit der Erkrankung Brustkrebs eine Seltenheit sind, aber in einem professionellen Gesundheitsteam sollte dies, den Erkrankten nicht als solches vermittelt werden. Es sollte ihnen Sicherheit und Vertrauen in die Behandlung

vermittelt werden und nicht, wir behandeln sie gleich wie eine Frau, weil wir nicht wissen wie wir sie sonst behandeln sollen.

Männer gehen **selten freiwillig zum Arzt**, sondern meist aufgrund der Sorge oder der Aufforderung von deren Gattin oder Lebensgefährtin. Des Weiteren haben sie den Arzt meist aufgrund anderer Angelegenheiten wie Routinebesuch oder wegen anderen Erkrankungen aufgesucht. Teilweise wird auch gesagt, dass sie Angst hatten, dass vielleicht doch eine bösartige Erkrankung dahinter steckt.

Um die Erkrankung zu überleben und damit zu Recht zu kommen, mussten die **Männer selbst etwas tun**. Dies bedeutet, dass man selbst an seinem Lebensmut und Lebensziele festhalten muss und, dass man eine positive Einstellung beibehält. Für viele war der eigene Optimismus und beten eine große Hilfe. Männer reden weniger über ihre Probleme, falls doch dann nicht in einer Psychotherapie. Sie machen es Großteils mit sich selbst aus und ziehen sich in sich selbst zurück.

„da kann man mir eh nicht helfen“ (K, Zeile 944)

Auch die Komplementärmedizin und die gesunde Ernährung sowie Sport scheinen wichtig für die eigne Gesundung zu sein.

Eine weitere Hilfe um die Erkrankung zu bewältigen war **die Familie**, wobei hier die **Unterstützung** einmal zwar vorhanden war, aber von den Männern **nicht wahrgenommen** wurde, andererseits wurde **die Unterstützung der Familie als Ressource wahrgenommen**.

Die Unterstützung der Familie wird von vielen Männern nicht wahrgenommen. Sie hatten nicht das Bedürfnis nach Unterstützung, da sie der Meinung sind, dass sie keine Unterstützung gebraucht haben und dass sie es mit sich selbst ausgemacht haben. Einer findet es kurios, dass er keine Unterstützung gebraucht hat. Trotz dass sie keine Unterstützung gebraucht haben, haben sie mit ihrer Ehefrau und Geschwistern über ihre Probleme gesprochen.

„es war eine massive Unterstützung glaubt er nicht notwendig“ (K, Zeile 94 f.)

Teilweise wird bedauert, dass man über die Gefühle gesprochen hat, denn die Gesprächspartner waren geschockter als man selbst. Mit einem Psychologen wurde nicht gesprochen, da man die Unterstützung nicht gebraucht hat. Des Weiteren wurden die Betroffenen mittels Spitalsbesuche unterstützt.

Untersuchungspartner wissen nicht wie ihre eigene Familie mit der eigenen Erkrankung umgegangen ist.

„aber wie das eine Ehefrau mitbekommt weiß ich nicht, da müsste man sie fragen“ (K, Zeile 946 f.)

„ich weiß nicht ich hab meine Kinder nie befragt, habt euch da jetzt um den Papa geängstigt“ (K, Zeile 965 f.)

„daheim hab ich diesbezüglich mit meinen Kindern nicht besprochen, muss ich ehrlich sagen ob die das irgendwie hergenommen hat ich weiß es nicht“ (K, Zeile 967 f.)

Die Unterstützung der Familie wird als Ressource wahrgenommen, wenn eine massive Unterstützung erfolgt. Bei einem Interviewpartner war die Situation anders. Er wusste wie seine Frau und seine Tochter mit der Situation zurechtkommen, sie waren beide am schockiert und am Boden zerstört, sie haben beide viel mit ihm geweint. Doch nach kurzer Zeit hat die Unterstützung begonnen. Die Tochter hat viele Unterstützung geleistet, einerseits Meditation CDs und Gespräche, andererseits hat sie in ihrem Bekanntenkreis herum gefragt und Berichte von Überlebenden ihrem Vater erzählt und immer wieder Mut zugesprochen. Die Meditation CDs beinhalten, dass man die Krankheit akzeptieren muss, dass man positiv denken muss und Hilfestellungen zum Nachdenken und Überleben. Seine Frau hat ihn als Gesprächspartner unterstützt und hat auch Berichte über Überlebende erzählt. Er selbst hatte auch Selbstmordgedanken, welche er seiner Frau mitgeteilt hat. Er hat psychologische Hilfe in Anspruch genommen und nimmt stimmungsaufhellende Medikamente, seitdem geht es ihm gut.

5 Diskussion:

In der Diskussion sollen die durch die Interviews gewonnenen Ergebnisse mit dem wissenschaftlichen Diskurs in Verbindung gesetzt werden. Des Weiteren wird die Kategorie Unsicherheit mit der Unsicherheitstheorie von Mishel diskutiert. Folgend werden noch die Einschränkungen der Arbeit genannt.

5.1 Diskussion anhand des wissenschaftlichen Diskurses

Die Diagnose nagt an der Männlichkeit, da sie niemals mit der Diagnose Brustkrebs gerechnet haben, weil Brustkrebs in der Öffentlichkeit als „typische Frauenkrankheit“ präsentiert wird. Sie fühlten sich seltsam betroffen und empfanden die Situation als kurios und fühlen sich entmannt. Bunkley, Robinson, Bennett und Gordon (2000) beschreiben, dass Männer sich aufgrund der Seltenheit ihrer Erkrankung oft als soziale und medizinische Kuriosität sehen. Zusätzlich ist die Diagnosestellung für viele Männer verwirrend, da Brustkrebs in der Öffentlichkeit als „typische Frauenkrankheit“ angesehen wird (Bunkley, Robinson, Bennett und Gordon, 2000). Andere meinen, es ist eine Diagnose wie jede andere.

Auch wird anhand des wissenschaftlichen Diskurs ersichtlich, dass Männer über die Brustkrebsdiagnose geschockt sind und nicht über die Krebsdiagnose selbst. Dies zeigen auch die Studie von Iredale, Brain, Williams, France und Gray (2006) und die Studie von Donovan und Flynn (2007).

Beim Umgang mit der Erzählung über die Diagnose gehen Männer unterschiedlich um, die Einen erzählen es Allen, die Anderen erzählen es nur wenigen, ausgesuchten Personen. Bei der Studie von Iredale, Brain, Williams, France und Gray (2006) sagen die Betroffenen ihren Bekannten/Freunden, dass sie Krebs haben, aber nicht immer welche Art von Krebs (Iredale, Brain, Williams, France und Gray, 2006). Pituskin, Williams, Au und Martin-McDonald (2007) stellten fest, dass die Einen sagen, dass sie Thoraxkrebs und nicht Brustkrebs haben. Die Anderen wiederum sagen, dass sie Brustkrebs haben und zeigen die Narbe sogar ihren Arbeitskollegen (Pituskin, Williams, Au und Martin-McDonald, 2007).

Die Reaktionen der Umwelt waren zu großen Teilen gleich, alle waren erstaunt und überrascht über die Brustkrebsdiagnose. Es fielen Äußerungen wie „Das gibt es auch?“ „Ein Mann kann Brustkrebs bekommen ist das wirklich so?“. Bei France, Michie, Barrett-Lee, Brain, Harper und Gray (2000) reagieren die Freunde mit Verlegenheit oder Lachen (France,

Michie, Barrett-Lee, Brain, Harper und Gray, 2000). Bei Naymark (2006) entsteht im Freundeskreis Fassungslosigkeit und Verunsicherung statt Unterstützung und Verständnis. Aussagen folgen wie: „Du bist ein Mann! Du kannst keinen Brustkrebs haben!“ und „Brustkrebs ist etwas was mit Frauen zu tun hat, nicht mit Männern“ (Naymark, 2006).

Außerdem fühlen sich Männer alleine auf weiter Flur aufgrund des Informationsmangels. Sie erhalten weder Informationen zur Nachbehandlung noch zu deren Nebenwirkungen. Auch erhalten sie keine Informationen zur Nachsorge von Brustkrebs und der Brustrekonstruktion. Dies wird von Naymark (2006) und Donovan und Flynn (2007) beschrieben. Wenn sie Informationen erhalten haben, waren diese frauenspezifisch oder sehr gering und dann diese mündlich. Dies wird auch von France, Michie, Barrett-Lee, Brain, Harper und Gray (2000), Iredale, Brain, Williams, France und Gray (2006), Iredale, Williams, Brain, France und Gray (2007) und Pituskin, Williams, Au und Martin-McDonald (2007) bestätigt. Sie haben sich auf Informationssuche begeben, aber ausschließlich frauenspezifische Informationen gefunden. Der Wunsch der Betroffenen ist es Informationen zur Nachsorge von Brustkrebs und zu den Nebenwirkungen der Medikamente zu erhalten. Diese Wünsche werden auch bei Williams, Iredale, Brain, France, Barrett-Lee und Gray (2003) genannt, wobei geschlechtsspezifische Abschnitte in allgemeinen Broschüren ausreichen würden (Williams, Iredale, Brain, France, Barrett-Lee und Gray, 2003). Naymark (2006) beschreibt, dass männerspezifische Fakten, Daten und Informationsmaterialien fehlen und dass zu wenig über die Wünsche, die emotionale und soziale Hilfestellung von Männern bekannt ist.

Aufgrund der allgemeinen Unwissenheit im Bezug auf Brustkrebs beim Mann werden Männer später diagnostiziert, wie auch die Arbeit von Lorenzel und Dow (2004) bestätigt. Aufgrund dieser Unwissenheit ignorieren Männer ihre Symptome und gehen später zum Arzt und werden dadurch später diagnostiziert. Dies bestätigt France, Michie, Barrett-Lee, Brain, Harper und Gray (2000) mit ihrer Arbeit.

Die Brustamputation beim Mann wurde nie thematisiert. Hierbei gibt es zwei Wege mit der Situation umzugehen. Die Einen haben keine Probleme damit, die Anderen, meist jüngere Männer, haben große Probleme damit. Dieses Phänomen wurde auch von Iredale, Brain, Williams, France und Gray (2006), Pituskin, Williams, Au und Martin-McDonald (2007), Donovan und Flynn (2007) und Robinson, Metoyer und Bhayani (2008) beschrieben.

Sie haben große Komplexe ihren nackten Oberkörper zu zeigen, sie schämen sich für ihre Narbe und verstecken sie hinter Handtüchern und T-Shirts. Auch haben sie Angst vor Fragen.

Sie bekommen keine Brustrekonstruktion angeboten und werden mit den Aussagen von Ärzten getröstet, dass die Brustamputation nicht auffällt. Das Thema der Brustrekonstruktion ist bei keinem Artikel im wissenschaftlichen Diskurs ein Thema.

Männer mit Brustkrebs fühlen sich vom Gesundheitssystem und der Gesellschaft als nicht existent wahrgenommen. Denn die Behandlung erfolgt gleich wie bei einer Frau und niemand sagt ihnen welche Nebenwirkungen sie erwarten. Es gibt keine Selbsthilfegruppen und keine Unterstützungsangebote. Sie würden gerne mit anderen Betroffenen reden, um andere „Leidensgenossen“ kennen zu lernen, vermittelt zu bekommen, dass sie nicht alleine sind und zum Gedankenaustausch. Dieser Wunsch wurde auch in den Studien von Williams, Irdale, Brain, France, Barrett-Lee und Gray (2003) und Iredale, Brain, Williams, France und Gray (2006) genannt. Der Wunsch des Gedankenaustauschs wird noch verdeutlicht, indem gezeigt wird, dass Männer mit betroffenen Frauen reden um nicht mit ihrer Krankheit alleine zu sein. Dies wird auch von France, Michie, Barrett-Lee, Brain, Harper und Gray (2000) beschrieben.

Männer wünschen sich treffen mit anderen Betroffenen, Informationen zur Nachsorge von Brustkrebs, zu den Nebenwirkungen der Medikamente und der Wirkung der Behandlung. Des Weiteren würden viele gerne ein Foto vor der Operation sehen, damit sie wissen, was auf sie zukommt. Diese Wünsche wurden auch bei Robinson, Metoyer und Bhayani (2008) dargelegt. Außerdem wäre das Angebot einer Rekonstruktion wünschenswert. Da die wenigsten Betroffenen vor ihrer Diagnose wussten, dass Brustkrebs auch beim Mann auftreten kann, wünschen sie sich eine bessere Öffentlichkeitsarbeit, damit die Gesellschaft weiß, dass Männer an Brustkrebs erkranken können und damit andere Männer früher diagnostiziert werden. Die meisten würden sich für Gespräche mit anderen Betroffenen zur Verfügung stellen, dies hat auch Naymark (2006) festgestellt. Vorschläge zur Öffentlichkeitsarbeit waren: Rathausgesundheitsstage, Zeitschriften und Fernsehen und die Eingliederung in bestehende Brustkrebskampagnen. In der Studie von Iredale, Brain, Williams, France und Gray (2006) wurden zur Öffentlichkeitsarbeit diese Vorschläge genannt: Posters, Fernsehspots oder eine Geschichte in einer Fernsehserie. Auch eine telefonische Helpline wäre eine große Unterstützung (Iredale, Brain, Williams, France und Gray, 2006).

Gespräche mit Pflegenden wurden als Hilfreich genannt. Bei Williams, Iredale, Brain, France, Barrett-Lee und Gray (2003) sagt eine Pflegende, dass sie bei Männern mehr Fakten nennt

und weniger auf die Emotionen eingeht. Das Gesundheitssystem sollte noch viel mehr Verantwortung für Männer mit Brustkrebs übernehmen. Männer sollte gutes Informationsmaterial zu ihrer Therapie und den Nebenwirkungen der Nachbehandlung zur Verfügung gestellt werden. Des Weiteren sollten sie eine gleich gute Betreuung erhalten wie Frauen, also auch eine Physiotherapie erhalten und das Treffen mit anderen betroffenen Männern ermöglichen.

Ob die Unterstützung der Familie als Ressource oder als nicht notwendig angesehen wird, scheint davon abzuhängen, ob der Betroffene in seinem Selbstbild Schwächen zugeben kann, sodass er Hilfe und Unterstützung braucht oder eben nicht. Männer die Schwächen zugeben können, scheinen die Unterstützung der Familie als Ressource anzusehen, Männer die anscheinend Schwächen nicht zugeben können, geben an keine, Unterstützung und Hilfe zu brauchen.

Männer gehen selten freiwillig zum Arzt, sie gehen meist wegen anderen Erkrankungen und auf Drängen ihrer Gattin, auch deswegen weil sie Angst vor einer bösartigen Erkrankung haben. Dies wird von Williams, Iredale, Brain, France, Barrett-Lee und Gray (2003) bestätigt.

Im wissenschaftlichen Diskurs konnten noch zwei erschütternde Erlebnisse ausgearbeitet werden. Bei Donovan und Flynn (2007) wurde von einem Betroffenen berichtet, dass er vom Gesundheitspersonal diskriminiert wurde: er soll in einem anderen Warteraum warten und andere Ein- und Ausgänge benutzen, um bei den weiblichen Patienten kein Gefühl des „Unwohlseins“ zu erwecken.

Als zweites wurde bei France, Michie, Barrett-Lee, Brain, Harper und Gray (2000) genannt, dass von den sechs Befragten zwei der Befragten ihren Hausarzt drängen mussten näher hinzusehen oder einen anderen Arzt aufsuchen mussten, um eine Diagnosestellung zu erhalten (France, Michie, Barrett-Lee, Brain, Harper und Gray, 2000). Hierbei muss erwähnt werden, dass keiner der Untersuchungsteilnehmer Probleme hatte eine Mammografieüberweisung zu erhalten, sondern nur, dass sie nicht darüber informiert wurden, wieso eine Mammografie gemacht wurde.

5.2 Diskussion anhand der Unsicherheitstheorie von Mishel

Nun werden zwei Kapiteln mit der Unsicherheitstheorie von Mishel diskutiert, einerseits die Kategorie Unsicherheit und andererseits Ergebnisse, welche bei der Analyse der Interviews

gewonnen wurden, aber aufgrund der nicht passenden Fragestellung nicht im Kapitel Ergebnisse dargelegt wurden.

5.2.1 Diskussion der Kategorie Unsicherheit anhand der Unsicherheitstheorie von Mishel

Aufgrund dessen, dass die Nachbehandlung bei Brustkrebs und dessen Nebenwirkungen mindestens fünf Jahre andauern, müssen Männer mit Brustkrebs, trotz dass sie in der Behandlungsphase sind, versuchen mit der Unsicherheit bei einer Krankheit mit hoher Rückfallswahrscheinlichkeit umzugehen lernen. Hierbei leben sie zwar in der Behandlungsphase, aber die Behandlungsphase dauert einige Jahre und kann somit auch schon zur Behandlung von einer chronischen Krankheit gesprochen werden.

Betroffene Erleben zu Beginn der Behandlung eine Unsicherheit im Bezug auf die Nebenwirkungen der Therapie, da ihnen niemand gesagt hat, welche Nebenwirkungen sie zu erwarten haben. Als Bewältigungsstrategie wird hierbei das Coping angewandt oder aber auch die Abwendung der Gefahr, nämlich das Absetzen der Medikamente. Somit wird zwar die Unsicherheit im Bezug auf die Nebenwirkungen der Medikamente reduziert, da keine Nebenwirkungen mehr vorhanden sind, aber die Unsicherheit im Bezug auf den weiteren Krankheitsverlauf erhöht.

Ärzte vermitteln aufgrund von mangelnden Informationen Unsicherheit bei den Betroffenen und wenn sie auf Fragen der Betroffenen keine Antworten wissen. Außerdem vermitteln sie Unsicherheit bei der Therapie, weil sie sich bei dieser nicht immer sicher sind.

Daraus folgend erleben Männer Unsicherheit im Bezug auf die Dauer der Nebenwirkungen der Therapie, nämlich ob sie nach absetzen der Therapie die Nebenwirkungen wieder geben werden oder nicht. Die Nebenwirkung der Impotenz vermittelt auch die Unsicherheit im Bezug auf die eigene Männlichkeit.

5.2.2 Diskussion der nicht verwendeten Ergebnisse anhand der Unsicherheitstheorie von Mishel

Bei der Auswertung der Interviews ergab sich die Kategorie mit Unsicherheit umgehen. Da diese Kategorie nicht zu den Fragestellungen passte wurde sie bei der Ergebnisdarstellung nicht berücksichtigt. Diese Kategorie lässt sich aber sehr gut mit der Unsicherheitstheorie von Mishel gleichsetzen und zeigt somit auf wie groß das Problem der Unsicherheit bei Männern mit Brustkrebs ist.

Um die Unsicherheit bei der akuten Krankheitsphase zu bewältigen versuchten sie die Unsicherheitsauslösenden Faktoren zu erkennen und diese einzuschätzen. Dies wurde versucht mittels eines guten Dialogs mit medizinischer Forschung und mittels der Übernahme von Verantwortung für die eigene Krankheit zu erreichen.

Das Ziel der Unsicherheitstheorie bei chronischer Krankheit ist es ein neues Wertesystem zu finden. Dieses Ziel versuchen viele betroffene unbewusst zu erreichen, indem sie die Selbstorganisation, also die Reformierung ihres eigenen Ordnungssinnes, zulassen.

Dies scheint der Grund zu sein, wieso betroffene Männer ihren Lebensstil geändert haben. Hierbei wählten sie einen ruhigeren Lebensstil, mit mehr Pausen, mehr Ruhe und auch mehr Zeit für sich selbst und die Familie. Zusätzlich versuchten sie ihren Lebensstil gesünder zu gestalten, indem sie mehr Sport betreiben, ihr Gewicht reduzieren, weniger Alkohol trinken und gesundes Essen bevorzugen. Weiteres änderten sie ihre Lebenseinstellung, denn jetzt ist die Familie und die Gesundheit im Vordergrund und nicht mehr der berufliche Erfolg.

5.3 Welche Einschränkungen mussten getroffen werden

Aufgrund der geringen Gesamtstichprobe und auch, dass manche Spitäler nicht mit der Verfasserin aufgrund von Personalmangel zusammenarbeiten wollten, musste man sich mit sechs Interviews zufrieden geben, weswegen keine Sättigung der Daten stattfand.

In dieser Arbeit wurde der Fokus der Datenauswertung ausschließlich auf den Aspekt der „typischen Frauenkrankheit“ gelegt. Während der Erstellung der Arbeit hat sich gezeigt, dass Unsicherheit ein sehr großer Faktor bei Männern mit Brustkrebs ist. Unsicherheit sollte bei weiteren Forschungsarbeiten eine bedeutende Rolle spielen.

6 Schlussfolgerung

Schlussfolgernd ist zu sagen, dass Brustkrebs beim Mann zwar eine Seltenheit ist und hoffentlich auch bleibt, aber, dass die Gesellschaft und das medizinische Personal trotzdem eine große Verantwortung tragen um Betroffene besser zu unterstützen. Hoffentlich konnte diese Arbeit dazu beitragen die Lücke an Wissen über die Bedürfnisse von Männern mit Brustkrebs zu verringern.

Für die Praxis sollte nun deutlich erkennbar geworden sein, dass Männer sich Informationen, Gesprächspartner und Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit wünschen.

Wir Pflegenden sind nun „am Zug für unseren Patienten ein Sprachrohr“ zu sein. Die Stimme, die den Ärzten vermittelt, auch Männer fühlen sich in ihrem Körperbild geschädigt und wollen dieses wiederhergestellt haben. Auch Männer brauchen Informationen zur Nachsorge und zu den Nebenwirkungen der Behandlungen, trotz dass Männer selten für sich sprechen. Einerseits weil sie sich nicht mit Frauen vergleichen wollen, da sie ihnen nicht das Recht absprechen wollen, dass für sie Brustkrebs psychisch belastender ist als für einen Mann, andererseits weil sie selbst keine Schwächen zugeben wollen.

Des Weiteren soll betroffenen Männern die Möglichkeit gewährt werden, mit anderen betroffenen Männern zu sprechen, um über ihre Situation reden zu können.

Für die Pflege heißt es im speziellen beim Umgang mit Männern, dass sie eher auf der Sachebene bleiben und fragen: Welche Informationen brauchen sie? Welche Unterstützungen können wir anbieten? Dies soll weiterführend bedeuten, dass Pflegende Männer nicht nach ihren Gefühlen fragen sollen.

Für zukünftige Kampagnen heißt es, dass Männer in diese inkludiert werden sollen, und wenn es nur Randbemerkungen sind, damit die Erkrankung Brustkrebs nicht für immer eine „typische Frauenkrankheit“ bleibt. Außerdem sollen Informationsbroschüren Kapiteln beinhalten, welche im Speziellen den Mann betreffen.

Für weitere Forschungsarbeiten wären diese Forschungsfragen von Interesse:

- Wie zeigt sich Unsicherheit bei Männern mit Brustkrebs?
- Welche Unterstützungen brauchen Männer im Bezug auf therapiebedingte Impotenz?
- Wie gehen Angehörige mit der Brustkrebserkrankung eines männlichen Familienmitglieds um?
- Wie gehen Männer mit Erkrankungen und dem Krankheitserleben um?

7 Reflexion

Aufgrund des Themas hat diese qualitative Forschungsarbeit, neben den Anforderungen und Hürden jeder anderen Forschungsarbeit, noch zwei weitere spezifische Probleme aufgezeigt. Die Probleme sind die Interviewpartnerrekrutierung und das geschlechtsspezifische Interview.

7.1 Interviewpartnerrekrutierung

Das größte Problem war die Interviewpartnerrekrutierung, denn hierbei war man auf Spitäler und behandelnde Ärzte angewiesen. Aufgrund der geringen Anzahl an erkrankten Personen, wurde man von vielen Spitälern abgewiesen, da sie keine Männer mit Brustkrebs behandeln und es wurde empfohlen sich ans Allgemeine Krankenhaus zu wenden. Folgend trat noch das Problem auf, dass manche Spitäler zwar Männer mit Brustkrebs behandeln, aber die Hilfestellung von der Leitung des Spitals verweigert wurde, da man einen Personalmangel habe und somit keine Briefe mit Informationsmaterial an Patienten, welche in ihrem Spital in Behandlung sind, verschicken können. Aufgrund dessen und der geringen Zahl an erkrankten Personen kam es zu Problemen genügend Interviewpartner zu finden. Insgesamt wurden circa 30 Personen angesprochen, jedoch haben sich nur sechs zu einem Interview bereit erklärt. Die Interviewpartnerrekrutierung hat insgesamt sieben Monate in Anspruch genommen. Mit einer solch langen Rekrutierungsphase wurde nicht gerechnet.

7.2 Probleme mit dem geschlechtsspezifisches Interview

Männer zu interviewen bedeutet, die Fragen ganz anders zu formulieren als wir Frauen es gewohnt sind. Ein qualitatives Interview soll einer Gesprächssituation gleichen, als ob es mit einem Freund geführt wird, jedoch auch gewisse Themen abhandelt. In Gesprächen mit männlichen Freunden ist der Unterschied nicht so auffallend, da man dabei selten etwas Gezieltes zu Gefühlen und Emotionen wissen will. Auffallend ist, dass man Männer niemals zu Gefühlen und Emotionen fragt, denn darauf bekommt man ausschließlich ausweichende Antworten. Des Weiteren sollte man niemals direkt fragen, wann sie Hilfe und Unterstützung gebraucht haben, denn diese Frage wird immer mit: „ich habe keine Hilfe und Unterstützung gebraucht“ oder „dies war gar nicht nötig“ beantwortet. Sobald man sich auf diese männlichen Eigenheiten eingestellt hat und gelernt hat, damit umzugehen, ist dies auch kein Problem. Das größte Problem war das „weibliche“ Denken auf die Gesprächsführung mit

einem Mann anzupassen. Außerdem sollte man versuchen Männern zu vermitteln, dass sie auch über die Interviewsituation eine gewisse Kontrolle haben, denn dadurch verstärkt man ihre Bereitschaft über ihre Situation zu sprechen.

Das weitere Problem war das geschlechtsspezifische Interview. Aufgrund dessen waren die ersten drei Interviews, welche innerhalb von zwei Tagen stattfanden, leider alle von der Qualität nicht so hochwertig wie die darauffolgenden.

8 Literaturverzeichnis

Berg I. (2000). Brustkrebs. Wissen gegen Angst Das Handbuch. (Vollständig überarbeitete Neuausgabe). München: Verlag Antje Kunstmann.

Beier J. (2009). Männerperspektiven zu Brustkrebs. Bremen: UNI MED Verlag AG.

Bunkley D. T., Robinsons J. D., Bennett N. E., Gordon S. (2000). Breast Cancer in Men: Emasculation by Association? Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, Vol. 7, No 2, 91- 97.

Drake R.L., Vogl W., Mitchell A.W.M. (2007). Gray's Anatomie für Studenten. Übersetzt und herausgegeben von Friedrich Paulsen. München: Elsevier.

Donovan T., Flynn M. (2007). What Makes Man a Man? The Lived Experience of Male Breast Cancer. Cancer Nursing, 30, 464-470.

Emos D., Beuth J., Rösing B. (2008). Brustkrebs Überlebenshilfen für junge Frauen. Erlebnisbericht: Eine Betroffene und zwei Experten beraten. Stuttgart: TRIAS.

Estala S.M. (2006). Proposed Screening Recommendations for Male Breast Cancer. The Nurse Practitioner, 31, 62-63.

France L., Barrett- Lee P., Brain K., Harper P., Gray J. (2000): Male cancer: a qualitative study of male breast cancer. The Breast, 9, 343-348.

Goldmann-Posch U., Martin R. (2009). Überlebensbuch Brustkrebs. Anleitung zur aktiven Patientin. In Abstimmung mit international anerkannten Brustkrebs- Experten(4. aktualisierte und erweiterte Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Graf O. (2006). Früherkennung Brustkrebs. Der beste Weg, die Krankheit zu besiegen. Steyr: Ennsthaler.

Harbeck N. (2008). Das frühe Mammakarzinom. Bremen: UNI – MED Verlag AG.

Höffken, K. Hertel U. (unter Mitarbeit) (2003). Den Brustkrebs besiegen. Rechtzeitig erkennen, richtig behandeln, heilen und leben. Methoden der Früherkennung, Erfolgreiche Therapien und wirksame Nachsorge, Möglichkeiten zum Wiederaufbau der Brust. München: Südwest.

Iredale R., Williams B., Brain K., France E., Gray J. (2007). The information needs of men with breast cancer. British Journal of Nursing, 16, 540-544.

Iredale R., Brain K., Williams B., France E., Gray J. (2006). The experiences of men with breast cancer in the United Kingdom. European journal of Cancer, 42, 334-341.

Körtner U.H.J. (2004). Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas UTB.

Leodolter S., Mezei H. (2004). Gesundheitslexikon für Frauen und Mädchen. Alle Themen von A bis Z. Wien: axel jentzsch bei LINDE VERLAG WIEN.

Loerenzel V.W., Dow K.H. (2004). Male breast cancer. Clinical journal of oncology nursing, 8, 191-192.

Love M., Lindsey K. (2000): Das Brustbuch. Was Frauen wissen wollen. (3. Aufl.). München: dtv.

Margulies A., Fellingner K., Kroner Th., Gaisser A. (2006). Onkologische Krankenpflege. (4. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Mishel M. (1997): In: Funk S.G., Tornquist E. M., Champagne M. T., Wiese R.A. (Hg) (1997): Die Pflege chronisch Kranker – Key aspects. Bern: Verlag Hans Huber. S61-74.

Mishel M. H., Clayton M. F. (2008): Theorie of Uncertainty in Illness. In: Smith M. J., Liehir P. R. (Hg.) (2008): Middle Range Theory for Nursing (2. Aufl.). New York: Springer Publishing Company, LLC. S. 55- 84.

Mayer H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. (2. Aufl.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mayring P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. (5. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse- Grundlagen und Techniken. (10. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Meden H. (2009). Mammakarzinom. Neue Aspekte zur Diagnostik und Therapie. Berlin, New York: de Gruyter.

Naymark P. (2006). Male breast cancer: incompatible and incompareable. Jmhg, Vol 3, No. 2, 160-165.

Peate, I.(2001). Caring für men with breast cancer: causes, symptoms and treatment. British journal of nursing, 10, 975-981.

Piper L. (2008). A race for men too. Nursing standard, 23, 26-27.

Pituskin E., Williams B., Au H.-J., Martin-McDonald K. (2007). Experiences of men with breast cancer: a qualitative study. Jmhg, vol. 4, no. 1. 44-51.

Pschyrembel.Klinisches Wörterbuch. 259.Auflage, 2002, Walter de Gruyter, Berlin, New York

Robinson J.D., Metoyer K.P. Bhayani N. (2008). Breast Cancer in Men: A Need for Psychological Intervention. Journal of clinical psychology in medical settings, 15, 134-139.

Sachs H. (2003). Brustkrebs. Somatik, Psychosomatik, Selbsthilfe, Prävention. Hamburg: akademos.

Samvelson M. H. (2006). Breast cancer: not for women only. The lancet, 367, 605.

Schwalbe M. L., Wolkomir M. (2001) Interviewing Men. In: Gubrium J. F.; Holstein, J. A. (2001). Handbook of Interview Research. Context & Method. Sage Publication.

Schnell M. (2007). Pflegeforschungsethik. In: Brandenburg H., Panfil E., Mayer H. (Hg.) (2007). Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Silva O.E., Zurrida S. (Hrsg.) (2007). Brustkrebs. Diagnostik und Therapie. München, Jena: Urban & Fischer.

Skibbe X. & Löseke A. (2007). Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Smola M.G. (2005). Hilfe bei Brustkrebs. Vorsorge, Früherkennung, Behandlung, Nachsorge. Wien: Verlagshaus der Ärzte GmbH.

Williams B., Iredale R., Brain K., France E., Barrett- Lee P., Gray J. (2003): Experiences of men with breast cancer an exploratory focus group study. British Journal of Cancer, 89, 1834-1836.

Women's Health Coalition e.V., Deutsche Krebshilfe e.V., Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., The Susan G. Komen Breast Cancer Foundation, Verein zur Heilung von Brustkrebs e.V. (Hrsg.) Hoyer, H. (2003). Was sie über Brustkrebs-Früherkennung wissen müssen. Risiken-Vorbeugung-Früherkennung- Hilfen. Marburg: PPPPS Marburg.

Wright S.W. (2009). Oh, to live in an Age When Men Had Breasts. JAMA, Vol. 302, No.14, 1511-1512.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html,
Zugriff am 22.12.2011

<http://www.krebshilfe.net/kampagnen/pinkribbon11/start.shtm>, Zugriff am 25.12.2011

<http://www.krebshilfe.net/kampagnen/pinkribbon11/ribbon06.shtm>, Zugriff am 25.12.2011

http://www.krebshilfe.net/asp/presse_lang.asp?id=192, Zugriff am 25.12.2011

<http://www.krebshilfe-wien.at/Almrausch-im-Schreiberhaus-11.256.0.html>, Zugriff am 25.12.2011

<http://www.amadeohotel.at/Blog/pink-night-salzburg-charity/>, Zugriff am 25.12.2011

pinknight.at, Zugriff am 25.12.2011

<http://www.prima-award.at/?page=award>, Zugriff am 25.12.2011

<http://www.prima-award.at>, 25.12.2011

9 Anhang

9.1 Einladungsschreiben



universität
wien

Fakultät für Sozialwissenschaften
Institut für Pflegewissenschaft

An
Herr _____
Adresse

Manuela Zellner
Institut für Pflegewissenschaft
E-Mail: manuelazellner@gmx.at
Tel.: 0650/71-57-710

Sehr geehrter Herr _____,

hiermit lade ich Sie herzlichst zu einem Gespräch über ihre Erkrankung an Brustkrebs ein.

Ich, Manuela Zellner, bin eine Studentin der Pflegewissenschaft. Ich verfasse meine Diplomarbeit zum Thema: „Die Bedeutung für Männer an Brustkrebs zu erkranken“. Um dieses Thema zu bearbeiten, würde ich Sie gerne zu einen ca. einstündigen Gespräch an einem Ort ihrer Wahl treffen. Ziel dieser Arbeit ist es, die Situation von Männern mit Brustkrebs besser zu verstehen und die Hilfestellungen zu verbessern.

Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt und ausschließlich in anonymisierter Form weiterverarbeitet. Die Information über Ihre Teilnahme an dieser Diplomarbeit wird weder an Ihren behandelnden Arzt noch an Ihr behandelndes Krankenhaus weitergegeben.

Zusätzlich sende ich Ihnen ein Informationsblatt, damit Sie sich genauer über meine Arbeit informieren können, und eine Einverständniserklärung mit.

Für Ihre Fragen und eine eventuelle Terminvereinbarung stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Manuela Zellner, Datum des Absendetages

9.2 Informationsschreiben



universität
wien

Fakultät für Sozialwissenschaften
Institut für Pflegewissenschaft

Sehr geehrter Herr!

Im Rahmen des Magisterstudiums an der Universität Wien soll diese Diplomarbeit zum Thema: **Die Bedeutung für Männern an Brustkrebs zu erkranken**, von mir, Manuela Zellner, Studentin der Pflegewissenschaft, durchgeführt werden. Wissenschaftlich betreut wird die Arbeit von V.- Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer. Für die Diplomarbeit bin ich auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Nur Sie alleine können uns anhand Ihrer Erfahrungen einen Einblick in Ihre Situation geben. Interviews über Ihre Probleme, Ihre Bedürfnisse und Ihren Umgang mit Ihrer Krankheit sowie wie Sie die Diagnose erlebt haben, können uns helfen, Ihre besondere Situation besser zu verstehen und Ihre Bedürfnisse besser wahrzunehmen. Aufgrund dessen können wir Ihnen beziehungsweise anderen Betroffenen bessere Hilfestellungen anbieten.

Sollten Sie sich entschließen an dieser Befragung im Rahmen der Diplomarbeit teilzunehmen, werde ich mit Ihnen ein etwa einstündiges Gespräch an einem für Sie angenehmen Ort führen. Dabei werde ich Ihnen Fragen zu Ihren Bedürfnissen und zum Umgang mit Ihrer Krankheit stellen. Das Gespräch wird auf Tonband aufgenommen und anschließend in eine schriftliche Form übertragen.

Die Teilnahme an dieser Forschungsarbeit ist freiwillig, Sie können jederzeit, auch nach dem Beginn des Interviews, abbrechen und müssen dafür keine Gründe nennen.

Wir versichern Ihnen, dass die Inhalte des Gesprächs vertraulich behandelt werden und ausschließlich in anonymisierter Form weiterverarbeitet werden. Nur ich selbst und meine Betreuerin werden Zugang zu dem Datenmaterial haben. Ihr Name wird an keiner Stelle im Forschungsmaterial erscheinen. Dies gilt auch für eine etwaige Veröffentlichung der Forschungsergebnisse.

Die Information über Ihre Teilnahme an dieser Diplomarbeit wird weder an Ihren behandelnden Arzt noch an ihr behandelndes Krankenhaus weitergegeben.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie an dieser Befragung teilnehmen! Wenn Ihrerseits Interesse an der Teilnahme an dieser Arbeit besteht, wenden Sie sich bitte an mich. Für Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Manuela Zellner
DGKS, Studentin der
Pflegewissenschaft
Tel.: 0650/71 57 710

V.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer
Institut für Pflegewissenschaft
der Universität Wien

9.3 Einverständniserklärung



universität
wien

Fakultät für Sozialwissenschaften
Institut für Pflegewissenschaft

DIPLOMARBEIT UNTER DER BETREUUNG VON V.-PROF. MAG. DR. HANNA
MAYER

Die Bedeutung für Männern an Brustkrebs zu erkranken.

Einverständniserklärung

Ich wurde von der verantwortlichen Person dieser Befragung vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Forschungsarbeit aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden. Ich bin über den möglichen Nutzen dieser Befragung informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Befragung zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen diese Zustimmung widerrufen und das Interview abbrechen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert werden, vertraulich behandelt und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Aus meiner Beteiligung an dieser Befragung entstehen mir weder Kosten noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich habe eine Kopie des schriftlichen Informationsmaterials erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Befragung.

Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Datum

Unterschrift der Untersucherin

Ganz herzlichen Dank, dass Sie vorhaben an dieser Befragung teilzunehmen!

CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten

Geboren am 21. Februar 1986 in Wien, ledig, römisch - katholisch

Beruflicher Werdegang

November 2007 bis heute

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester im SMZ - Floridsdorf an der 1. medizinischen Abteilung.

Parallel zum Studium der Pflegewissenschaften

- Durchführungen im eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich
- Eingabe der Pflegebedarfsberechnung
- Erstellung der Pflegeplanung
- Anleitung von Schülern (PflegehelferInnen und Gesundheits- und Krankenpflegeschülern)

Bisheriger Ausbildungsweg

März 2007 bis
Februar 2012

Studium der Pflegewissenschaft, parallel zur Gesundheits- und Krankenpflegeschule

- Schwerpunkt: Forschung in der Pflege
- seit September 2009: Studienrichtungsvertreterin
 - o Mitarbeit beim Tag der Pflege
 - o Mitfinanzierung des Buches: Mayer, Hanna & Zellhofer, Helga(Hg.) (2011). Krebs – (ER)LEBEN. Eine pflegewissenschaftliche Perspektive. Wien: Facultas

September 2004 bis
September 2007

Gesundheits- und Krankenpflegeschule Hietzing

- Basisseminar Basale Stimulation in der Pflege
- Grundkurs Kinaesthetics
- GuK - Natürliche Pflegemethoden von Bärbl Buchmayr
- Klassensprecherin

Juni 2004

Matura im GRG 23 Draschestraße im Realgymnasium mit Schwerpunkt auf Biologie, Physik und Chemie

Kongresse

Oktober 2010

„Pflegekongress10“ in Wien (Teilnahme)

November 2009

„Pflegekongress09“ in Wien (Mitarbeit und Teilnahme)

September 2008

„13th Research Conference the Workgroup of European Nurse Researchers“ in Wien (Teilnahme)

EDV Kenntnisse

Microsoft Office

- Word (sehr gut)
- Power Point (sehr gut)
- Outlook (sehr gut)
- Exel (gut)

SPSS (gut)

MAXQDA (Grundkenntnisse)

Sprachen

Deutsch (Muttersprache)

Englisch (sehr gut)

Latein (gut)

Führerschein

Klasse B

Hobbys

Schwimmen und Radfahren

Aerobic und Krafttraining

Lesen

Reisen