

# Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Krebspatienten – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

## Stigmatizing Attitudes towards Cancer Patients – Results of a Representative Population Survey

### Autoren

Jochen Ernst<sup>1</sup>, Elmar Brähler<sup>1,2</sup>, Andreas Hinz<sup>1</sup>, Michael Friedrich<sup>1</sup>, Antje Lehmann-Lau<sup>1,3</sup>, Anja Mehnert<sup>1</sup>, Gregor Weißflog<sup>1,4</sup>

### Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

### Schlüsselwörter

- soziale Distanz
- Krebs
- Stigma
- Stigmatisierung
- Psychoonkologie

### Keywords

- social distance
- cancer
- stigma
- stigmatization
- psycho-oncology

**eingereicht** 2. April 2015  
**akzeptiert** 30. November 2015

### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-100736>  
Psychother Psych Med 2016; 66: 112–119  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York  
ISSN 0937-2032

### Korrespondenzadresse

**PD Dr. Jochen Ernst**  
Abteilung für Medizinische  
Psychologie und Medizinische  
Soziologie  
Universität Leipzig  
Philipp-Rosenthal-Straße 55  
04103 Leipzig  
jochen.ernst@medizin.uni-  
leipzig.de

### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Empirische Untersuchungen zu stigmatisierenden Einstellungen gegenüber Krebspatienten liegen für den deutschen Sprachraum nicht vor. Die vorliegende Studie untersucht die Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen in der deutschen allgemeinen Bevölkerung und prüft den Zusammenhang mit soziodemografischen Merkmalen sowie den wahrgenommenen Ursachen von Krebs.

**Methoden:** Eine repräsentative Stichprobe aus der deutschen Allgemeinbevölkerung wird analysiert (n=2420, Durchschnittsalter: 52 Jahre, 54% Frauen). Zustimmungen zu stigmatisierenden Aussagen werden mit einer 9-Item-Skala erfasst.

**Ergebnisse:** Zwischen 3,6% (Item: mit Krebspatienten beruflich zusammenarbeiten) und 18,9% (Item: dasselbe Geschirr wie Krebspatient benutzen) stimmen stigmatisierenden Aussagen zu. Die wahrgenommenen Ursachen von Krebskrankheiten, die mit einem potenziell hohen Maß an Eigenverantwortung einhergehen, zeigen nur schwache Korrelationen mit der Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen (alle  $r < 0,31$ ). Die stärksten Prädiktoren (alle  $p < 0,01$ ) für eine stigmatisierende Einstellung sind keine persönlichen Kontakte zu Krebskranken (Beta = -0,26), Alter > 60 Jahre (Beta = 0,1) und die Annahme, sich gut gegen Krebs schützen zu können (Beta = 0,11). Weitere Einflussgrößen für die Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen sind männliches Geschlecht und Wohnen in ländlichen Gebieten.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse zeigen insgesamt nur geringe Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen. Weitere Studien sollten auf der Grundlage spezifischer methodischer Instrumente stigmatisierende Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Krebspatienten erfassen.

### Abstract

**Objective:** To investigate stigmatizing attitudes towards cancer patients in the general population and to examine their association with socio-structural characteristics and perceived causes of disease.

**Methods:** We recruited a representative sample from the German general population (n=2420; mean age: 52 years; 54% women). Stigmatizing attitudes were assessed with a 9-item scale. Predictors of stigmatizing attitudes were identified using a regression analysis.

**Results:** Agreement with stigmatization items ranged from 3.6% (item: work together with a cancer patient) to 18.9% (item: use the same dishes as a cancer patient). Perceived causes of disease with a high levels of personal responsibility showed only weak correlations with stigmatizing attitudes (all  $r < 0.31$ ) and were partially statistical significant (e.g. food intake) or not significant (e.g. alcohol). The strongest predictors of stigmatizing attitudes were lack of cancer-related experiences (Beta = -0,26), age < 60 years (Beta = 0,1) and the assumption that one cannot protect oneself from cancer (Beta = 0,11) (all  $p < 0.001$ ). Further predictors were male gender and living in rural area ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** The results demonstrate a need for further research and the development of valid methodological instruments to assess stigmatization towards cancer patients.

## Einleitung

Als Stigmatisierung wird ein sozialer Zuschreibungsprozess bezeichnet, in dessen Folge es zu einer sozialen Abwertung und Ausgrenzung von Menschen aufgrund bestimmter körperlicher oder psychischer Merkmale oder Eigenschaften kommt. Diese Merkmale weichen von einem geltenden Normbereich ab und werden durch die Gesellschaft in unterschiedlichem Umfang als „gesellschaftsgefährdend“ definiert. Der Prozess der Stigmatisierung folgt einer eigenen Logik [1], die zunächst in der Wahrnehmung und Identifizierung einer Normabweichung besteht, sodann in der negativen Etikettierung des unterscheidenden Merkmals und der Aktivierung weiterer negative Stereotype, deren Zuschreibung keinerlei Bezug zu dem Träger oder dem Merkmal des Stigmas haben muss (z.B. Krebspatienten tragen durch fehlende Vorsorge, unachtsames Verhalten oder unverarbeitungsfähige Konflikte zur Krankheitsgenese bei). Der Prozess der Stigmatisierung vollzieht sich über individuelle und gesellschaftliche Mechanismen. Die soziale Funktion des Stigmas besteht darin, individuelle und soziale Lebenszusammenhänge kontrollierbar zu halten, zu strukturieren und zu stabilisieren. Der Ausschluss des Stigmaträgers aus elementaren Vergesellschaftungsmustern und sozialen Rollen (z.B. in Freundeskreis, Familie, Beruf) lässt sich in den Dimensionen soziale Zurückweisung, finanzielle Unsicherheit, internalisierte Schamgefühle und soziale Ausgrenzung / Isolation operationalisieren [2]. Negative Einstellungen gegenüber Krebspatienten können aber ebenso als Projektionen verdrängter Ängste, z.B. vor körperlicher Versehrtheit und Tod, gedeutet werden. Auch in diesem Kontext erfüllt Stigmatisierung eine Entlastungsfunktion [3]. Die Vermeidung und Abwehr von Kontakten mit Krebspatienten verhindert die Konfrontation mit negativen Begleiterscheinungen und unangenehmen Empfindungen, etwa hinsichtlich der Endlichkeit des eigenen Lebens [4–6]. Entscheidend für die Ausprägung von Stigmatisierung ist auch, in welchem Kausalzusammenhang die Krankheit eingebettet wird. Dabei sind die Ursachen einer Krebserkrankung in den meisten Fällen unklar und eröffnen ein großes Erklärungsvakuum und Raum für Spekulationen über die Krebsgenese [7]. Internale Ursachenzuschreibung („Raucher“) und Ideologisierung („Krebspersönlichkeit“) tragen in erheblichem Umfang zur Stigmatisierung bei [8]. So zeigt eine Übersichtsarbeit (besprochen werden 38 veröffentlichte empirische Arbeiten) einen geringeren Grad der Stigmatisierung bei extern attribuierten Krebserkrankungen im Unterschied zu den Krebserkrankungen, die auf kontrollierbare Ursachen zurückgeführt werden [9]. Neben Lungenkrebs gilt dies vor allem für Gebärmutterhalskrebs aufgrund des unterstellten promiskuitiven Sexualverhaltens [7,9]. Dabei sind stigmatisierende Einstellungen häufig auch mit Wissensdefiziten verknüpft. Bis in die 1980er Jahre weit verbreitet war die Annahme, Krebserkrankungen seien generell ansteckend und z.B. über die gemeinsame Geschirrnutzung oder in Schwimmbädern übertragbar [6]. Bezogen auf Gebärmutterhalskrebs zeigen Studienergebnisse (von 2004), dass nur 14% der Befragten aus der Allgemeinbevölkerung die Krebsursache mit sexueller Übertragbarkeit in Verbindung bringen [10]. Aktuelle Untersuchungen belegen, dass mögliche Risikofaktoren und die Inzidenz von Krebserkrankungen in der Allgemeinbevölkerung oft falsch oder verzerrt wahrgenommen werden [11]. Nur sehr vereinzelt zeigen Befunde zur Stigmatisierung von Krebspatienten auch Zusammenhänge zu soziodemografischen Merkmalen der Befragten, wobei die wenigen Untersuchungen dazu aus anderen Kulturkreisen stammen und nur

bedingt übertragbar sind. Männer und Personen mit geringerem Einkommen, niedrigerer Bildung sowie mit schlechterem Gesundheitszustand bringen eine stärkere Stigmatisierung gegenüber Krebspatienten zum Ausdruck [12,13]. Dabei ist zu beachten, dass Erhebungen zu stigmabezogenen Einstellungen mit sozial erwünschten Antworten korrespondieren können und sozial erwünschtes Antwortverhalten negative Einstellungen nicht oder abgeschwächt reflektiert [14]. Fife and Wright [2] verweisen darauf, dass die offene Stigmatisierung von Krebskranken selbst eine sozial unerwünschte Verhaltensweise darstellt und zunehmend subtiler und verdeckt erfolgt (z.B. nicht bezogen auf die Krebserkrankung, sondern auf die daraus resultierenden Leistungseinbrüche, die Immobilität oder Interaktionsbarrieren)

Insgesamt ist die Befundlage zur Stigmatisierung von Krebspatienten durch die Öffentlichkeit nicht zufriedenstellend, vor allem hinsichtlich deutschsprachiger Befunde. Der folgende Beitrag untersucht daher auf der Basis einer bevölkerungsbezogenen deutschen Repräsentativerhebung Fragestellungen, die sich mit der Einstellung zu stigmatisierenden Aussagen gegenüber Krebspatienten in der Allgemeinbevölkerung befassen:

- ▶ Wie stark stimmen erwachsene Befragte stigmatisierenden Aussagen zu Krebspatienten zu und welchen Einfluss haben persönliche Kontakte zu Krebskranken?
- ▶ Welche Auffassungen hinsichtlich der subjektiven Einschätzung von Krebsursachen bestehen in der Allgemeinbevölkerung und wie hängen diese mit der Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen zusammen?
- ▶ Welche personenbezogenen und strukturellen Merkmale lassen sich als Prädiktoren für eine größere Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen gegenüber Krebspatienten identifizieren? Besteht ein Zusammenhang zwischen der eigenen psychischen Gesundheit und der stigmatisierenden Einstellung?

## Methode

### Stichprobe

Für die vorliegende Untersuchung werden die Daten einer bundesweiten repräsentativen Bevölkerungsstudie ausgewertet, die von November-Dezember 2009 durch das Meinungsforschungsinstitut USUMA (Berlin) mittels face-to-face Interviews erhoben wurden. Ausgehend von 258 Sample Points (melderegisterbasierte Stichprobenauswahl) erfolgte die Auswahl der Haushalte nach dem Random-Route-Verfahren bzw. innerhalb der Haushalte wurde die Zielperson ebenfalls nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Die Brutto-Stichprobe betrug 4091 Personen ab dem 14. Lebensjahr. 2520 Personen erklärten ihre Zustimmung zur Befragung, was einer Response-Rate von 61,9% entspricht. Gründe für die Nichtteilnahme waren: Ablehnung der Teilnahme an der Befragung (24,1%), 3 erfolglose Kontaktversuche (12,6%) oder Abwesenheit der Befragungsperson (Urlaub oder Krankheit) (1,4%). Die Stichprobe bestand aus 1166 Männern und 1354 Frauen. In den nachfolgenden Berechnungen werden erwachsene Personen ab 18 Jahren untersucht, womit sich eine Stichprobengröße von insgesamt 2420 Personen ergibt.

## Erhebungsinstrumente

**Stigmatisierung.** Es wurde ein Fragebogen zur Erfassung der Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen gegenüber Krebspatienten eingesetzt. Dieser Fragebogen setzt sich zusammen

aus insgesamt neun Items. Von diesen neun Items gehen sieben Items auf die „Social Distance Scale“ (SDS) zurück. Dieses Erhebungsinstrument wurde von Link et al. entwickelt und bezieht sich auf unterschiedliche interaktionale und stigmasensitive Rollenkontexte (z. B. Vermieter, beruflicher Mitarbeiter, eigener Schwiegersohn/-tochter, Nachbar, Kinderbetreuer) [15]. Die SDS ist für den deutschsprachigen Raum von Angermeyer et al. übersetzt und für die Untersuchung der Stigmatisierung psychisch Kranker eingesetzt worden (die berichtete interne Konsistenz beträgt Cronbach's  $\alpha=0,90$  [16]). Für die vorliegende Untersuchung zu Krebserkrankungen wurden diese Items durch die Autoren sprachlich angepasst. Beispielimens sind: „Eine Person, die an Krebs erkrankt ist, würde ich ohne Weiteres ein Zimmer vermieten.“ oder „Ich hätte Probleme damit, eine Person mit Krebs zum Schwiegersohn/ zur Schwiegertochter zu haben.“ 2 weitere Items wurden aus inhaltlichen Erwägungen hinzugefügt: Ein Item, welches die Einstellung zur strukturellen Diskriminierung von Krebspatienten abbildet („höhere Kassenbeiträge“; angelehnt an eine Frage der „Skala zur Einschätzung der öffentlichen Akzeptanz struktureller Diskriminierung“ [16], und das Item „Angst vor Ansteckung durch eine Krebserkrankung“ (selbst formuliert). Die Antworten für alle neun Items wurden in der vorliegenden Befragung nicht 5-stufig likertskaliert erfasst (wie in der Originalversion), sondern 3-stufig skaliert mit den Ausprägungen ja, stimme zu / unentschieden / nein, stimme nicht zu. Ziel war die unmittelbare kategoriale Zuordnung der Antworten. Die interne Konsistenz des verwendeten Fragebogens weist über alle neun Items in dem vorliegenden Sample einen Wert von Cronbach's  $\alpha=0,81$  auf. Ohne die beiden neu hinzugefügten Items ist die interne Konsistenz etwas niedriger (Cronbach's  $\alpha=0,80$ ). Die durchschnittliche Iteminterkorrelation verringert sich in der 9-Itemversion im Vergleich zur 7-Itemversion leicht (von durchschnittlich  $r=0,36$  auf  $r=0,31$ ). Eine explorative Faktorenanalyse (Hauptachsen-Faktorenanalyse, Varimax-Rotation, Kaiser-Kriterium: Eigenwerte  $>1$ ) zur Prüfung der faktoriellen Struktur des Instruments zeigt eine 2-faktorielle Lösung. Der erste Faktor umfasst Items, die eine hohe soziale Intimität abbilden (4 Items, z. B.: „Eine Person mit Krebs würde ich mein Kind zur Betreuung anvertrauen“, „Eine Person, die an Krebs erkrankt ist, würde ich ohne Weiteres ein Zimmer vermieten“). In dem zweiten Faktor sind Items integriert, die eine geringe soziale Intimität bzw. strukturelle Aspekte erfassen (5 Items, z. B.: „Ich meine, dass Personen mit einer Krebserkrankung höhere Kassenbeiträge bezahlen sollten“, „Ich würde einer Person mit Krebs keinen Job bei einem Freund vermitteln“). Die neun Einzelwerte (nur vollständige Antworten und unter Berücksichtigung der z. T. unterschiedlichen Polung) wurden zu einer Gesamtskala Stigmatisierung aufsummiert mit Werten von 0 (keine Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen) bis 18 (Zustimmung zu allen stigmatisierenden Aussagen).

**Psychische Gesundheit.** Der PHQ-4 besteht aus 4 Kernkriterien für depressive Störungen und generalisierte Angststörungen. Bei der Auswertung erfolgt eine Aufsummierung, ein Cut-off von  $\leq 6$  differenziert zwischen psychisch belastet und nicht belastet. Die interne Konsistenz beträgt Cronbach's  $\alpha=0,85$  [17].

**Einzelitems.** Folgende weitere relevante Items sind erhoben worden und werden in den Auswertungen als Kontrollvariablen berücksichtigt: bisher persönliche Kontakte mit Krebskranken (ja/nein); Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (nein/einmal/mehrmals); Schutzmöglichkeit vor Krebs (sehr gut

bis überhaupt nicht, 5-stufige Likert-Skala) und Krebs als die vergleichsweise gefährlichste Krankheit (basierend auf der einzuschätzenden Rangfolge der Gefährlichkeit der 7 Krankheiten Krebs, Gelbsucht, AIDS, Herzinfarkt, Schlaganfall, Querschnittslähmung, seelische Erkrankung). Wurde Krebs auf Rangplatz 1 gesetzt, galt diese Krankheit als gefährlichste („ja“). Wurde Krebs auf Rangplatz 2 oder niedriger verwiesen, galt diese Erkrankung nicht mehr als die gefährlichste („nein“). Ferner wurde ein Fragenset zur subjektiven Krankheitstheorie bezüglich der 17 wichtigsten Ursachen von Krebserkrankungen abgefragt (z. B. Alkohol, Rauchen, erbliche Faktoren, Strafe Gottes, Zufall). Die Befragten konnten einschätzen, ob diese Ursache gar keinen (Skalenwert 1) oder einen starken Einfluss (Skalenwert 5) auf die Entstehung von Krebs hat. Diese Liste wurde zusammengestellt aus den wichtigsten Risikofaktoren für Krebs [18] sowie den häufigsten (psycho-) ätiologischen Annahmen von Gesunden bzw. Krebspatienten, wie sie im z. B. Zusammenhang mit Studien zur Krankheitsverarbeitung erfasst sind [19].

**Auswertung.** Die Analyse der Daten erfolgt zunächst deskriptiv nach Häufigkeiten (Unterschiedsprüfungen kategorialer Merkmale mit dem Chi-Quadrat-Test). Für die Untersuchung von Gruppenunterschieden werden weiterhin Mittelwertvergleiche durchgeführt. Zusammenhangsanalysen werden mittels Korrelation (nach Pearson) berechnet. Eine schrittweise lineare Regression wird zur Analyse der multivariaten Zusammenhänge zwischen der Gesamtskala Stigmatisierung (Summenscore) und möglichen Prädiktoren verwendet. Die Irrtumswahrscheinlichkeit ist auf 5% festgelegt. Des Weiteren werden Effektstärken  $d$  nach Cohen berechnet ( $d=0,2$ : kleine Effekte;  $d=0,5$ : mittlere Effekte;  $d=0,8$ : große Effekte).

## Ergebnisse

In **Tab. 1** sind Merkmale der Studienteilnehmer ( $n=2420$ ) dargestellt. Das mittlere Alter liegt bei 52 Jahren, 54% der Befragten sind weiblich. Die Mehrheit ist verheiratet (54%), in Partnerschaft lebend (59%) und erwerbstätig (48%).

### Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen gegenüber Krebspatienten

Zwischen 3,6% (nicht mit Krebspatienten beruflich zusammenarbeiten) und 18,9% (nicht dasselbe Geschirr wie Krebspatient benutzen) der Probanden stimmten stigmatisierenden Aussagen zu (in **Tab. 2** grau unterlegt). 14,7% möchten keine/n Schwiegertochter/-sohn mit Krebs, 13,4% würden keinen Job für Krebspatienten bei einem Freund vermitteln und 13% würden einem Krebspatienten ihr Kind nicht zur Betreuung anvertrauen. Geringere Zustimmung zeigt sich bei den Items höhere Kassenbeiträge für Krebspatienten (4,8%) und Vermietung an Krebskranke (4,1%). Bezogen auf alle 9 Items liegt der Anteil der Unentschiedenen zwischen 10,1 und 28,3%.

Betrachtet man die Befunde auf der Ebene der zustimmenden stigmatisierenden Ja-Antworten, so zeigt sich, dass 22,6% der Befragten kein einziges stigmatisierendes Urteil bezüglich der neun Items abgeben. Umgekehrt zeigt sich, dass nur 0,1% der Befragten für alle neun Items ausschließlich zustimmende Urteile abgeben. Der Median liegt bei dem Wert 2, der Mittelwert bei 3,5 zustimmenden Urteilen.

**Abb. 1** zeigt die Antworten zu den neun Einzelitems differenziert danach, ob Befragte bereits persönliche Kontakte mit

Krebskranken hatten (ja, Kontakt gehabt: 47,9% aller Befragten). Personen, welche bereits persönlichen Kontakt mit Krebskranken hatten, stimmen signifikant seltener stigmatisierenden Aussagen zu. Die entsprechenden Effektstärken liegen zwischen 0,20 und 0,41 und sind damit als klein zu interpretieren. Die höchste Zustimmung besteht bei den familienbezogenen Items (Fragen 4 und 5): 19% der Befragten, die bisher keinen Kontakt zu Krebspatienten hatten, hätten Probleme mit einem krebskranken Schwiegersohn bzw. einer Schwiegertochter, 17% würden ihr Kind nicht einem Krebskranken zur Betreuung anvertrauen. Bei den Befragten mit Kontakt zu Krebspatienten lag der entsprechende Anteil bei 10 bzw. 9%. Der Abstand zwischen den

beiden Gruppen (Kontakt bzw. kein Kontakt mit Krebspatienten) ist mit rund 10 Prozentpunkten bei diesen Items am größten. Bei den berufsbezogenen Aussagen (Fragen 2 und 8) ist der Grad der stigmatisierenden Zustimmungen etwas geringer, und auch die Differenz bei den zustimmenden Antworten in beiden Gruppen ist mit jeweils rund 5 Prozentpunkten deutlich niedriger. Zu beobachten ist weiterhin, dass der Anteil „Unentschiedenen“ bei den Befragten mit persönlichem Kontakt zu Krebskranken um die Hälfte bis ein Drittel geringer ist.

### Subjektive Einschätzungen von Krebsursachen und Zusammenhang mit der Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen

In **Abb. 2** sind die subjektiven Einschätzungen von Krebsursachen sowie die Korrelation mit der Gesamtskala Stigmatisierung dargestellt. Es zeigt sich, dass hinsichtlich der Krankheitsursachen tatsächliche Krebsrisiken von der Allgemeinbevölkerung als solche eingeschätzt werden, insbesondere Rauchen, Alkohol oder auch erbliche Faktoren (Mittelwert >3). Demgegenüber werden z.B. der Ansteckung, den familiären Konflikten, bestimmten „negativen“ Persönlichkeitseigenschaften (Unterdrückung von Gefühlen, Ängste) sowie religiösen oder spirituellen Einflüssen deutlich weniger Gewicht beigemessen (Mittelwert <2,5). Der Zusammenhang (Korrelation) mit der Gesamtskala Stigmatisierung ist bei 5 von 17 Items nicht signifikant ( $p \geq 0,05$ ). Zudem repräsentieren die meisten Koeffizienten eine nur sehr geringe Korrelation bzw. Effektstärke (<0,2). Rauchen z.B. wird als Faktor eingeschätzt, der mit einem größeren Krebsrisiko verbunden ist, jedoch führt dies nicht zu einer größeren Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen. Gleiches gilt für die Faktoren Alkohol oder Ernährung. Eine Ausnahme stellt die Ursache Ansteckung dar. Ihr wird einerseits eine geringe Bedeutung als Ursache von Krebs zugeschrieben (Mittelwert = 1,5), andererseits aber korreliert sie vergleichsweise stark mit der Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen ( $r = 0,31$ ). Faktoren, die seltener als Ursache genannt werden (Mittelwert <2,5), zeigen eine höhere Korrelation mit der Zustimmung zu stigmabezogenen Aussagen. Personen mit (sehr) hohen Werten auf der Gesamtskala Stigmatisierung (10%-Perzentil) schätzen dabei signifikant häufiger als die anderen Personen die selten genannten Faktoren als krebserzeugend ein (Faktoren 1–8, alle  $p < 0,001$ ). Für die übrigen Faktoren liegen die Unterschiede zwischen dem 10%- und 90%-Perzentil im schwach signifikanten ( $p < 0,05$ , Faktoren 10 und 11) bzw. im nicht-signifikanten Bereich.

Tab. 1 Stichprobenbeschreibung (n = 2420).

Merkmal		n	%
Alter (M, Spannweite)	51,9 (18–95)		
Altersgruppen	bis 30 Jahre	351	14,5
	>30–60 Jahre	1227	50,7
	>60 Jahre	842	34,8
Geschlecht	männlich	1114	46,0
	weiblich	1306	54,0
Familienstand	verheiratet	1314	54,3
	ledig	489	20,2
	geschieden verwitwet	285 332	11,8 13,7
Partnerschaft	ja	1433	59,2
	nein	987	40,8
Erwerbsstatus	erwerbstätig (in Voll-/Teilzeit)	1165	48,1
	Rentner	856	35,4
	arbeitslos	153	6,3
	nicht berufstätig	132	5,5
	anderes	114	4,7
Haushaltsnettoeinkommen	< 1 250 Euro/Monat	508	21,0
	1 250 – <2 500 Euro/Monat	1255	51,9
	> 2 500 Euro/Monat	580	24,0
	k. A.	77	3,2
Bildungsstand	kein Schulabschluss, Hauptschule	1159	47,9
	Realschule, POS <sup>1)</sup>	924	38,2
	Abitur, Fachabitur	337	13,9
Bundesgebiet	Westdeutschland	1929	79,7
	Ostdeutschland	491	20,3
Wohnregion <sup>2)</sup>	Land	302	12,5
	Stadt	2118	87,5

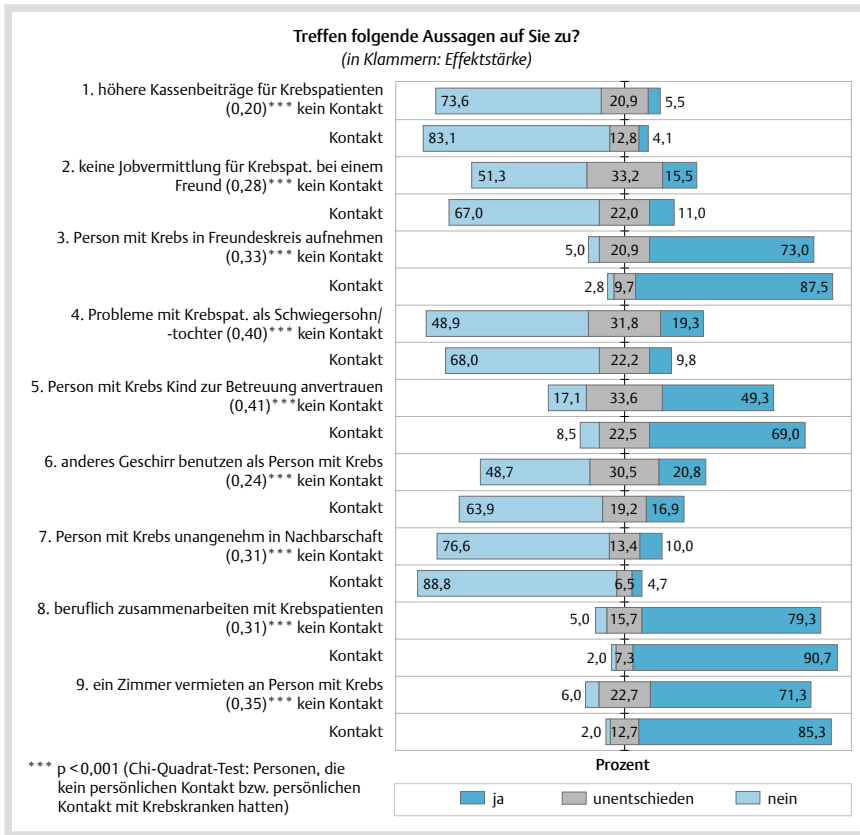
<sup>1)</sup> POS (Polytechnische Oberschule) war die allgemeine Schulform im Schulsystem der DDR und umfasste 10 Klassen

<sup>2)</sup> „Land“ entspricht einer Einwohnerzahl bis unter 5 000 Einwohner

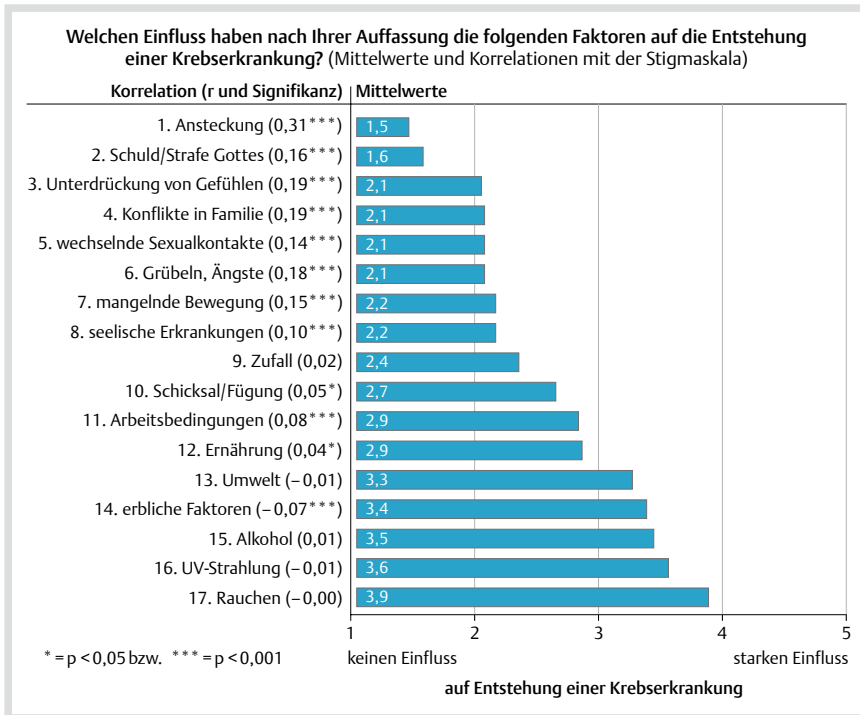
Tab. 2 Umfang der Zustimmung zu bzw. Ablehnung von stigmatisierenden Aussagen zu Krebspatienten.

Item	n*	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung
1. Ich meine, dass Personen mit einer Krebserkrankung höhere Kassenbeiträge bezahlen sollten.	2408	4,8%	17,0%	78,2%
2. Ich würde einer Person mit Krebs keinen Job bei einem Freund vermitteln.	2413	13,4%	27,8%	58,8%
3. Eine Person mit Krebs würde ich ohne weiteres in meinen Freundeskreis aufnehmen.	2414	80,0%	16,1%	3,9%
4. Ich hätte Probleme damit, eine Person mit Krebs zum Schwiegersohn/ zur Schwiegertochter zu haben	2411	14,7%	27,2%	58,1%
5. Einer Person mit Krebs würde ich mein Kind zur Betreuung anvertrauen.	2411	58,7%	28,3%	13,0%
6. Ich würde nicht dasselbe Geschirr benutzen, das bereits eine Person mit Krebs genutzt hat	2408	18,9%	25,1%	56,0%
7. Es wäre mir unangenehm, eine Person mit Krebs in der Nachbarschaft zu haben.	2416	7,5%	10,1%	82,4%
8. Mit einer Person, die an Krebs erkrankt ist, könnte ich ohne Probleme beruflich zusammenarbeiten.	2416	84,7%	11,7%	3,6%
9. Einer Person, die an Krebs erkrankt ist, würde ich ohne weiteres ein Zimmer vermieten.	2415	78,1%	17,9%	4,1%

\* Differenz zu n=2420: keine Angabe



**Abb. 1** Antworten zu den Einzelitems für Personen mit bzw. ohne persönlichen Kontakt zu Krebskranken und entsprechende Effektstärken.



**Abb. 2** Subjektiven Einschätzungen von Krebsursachen sowie deren Korrelationen mit der Gesamtskala Stigmatisierung.

### Der Zusammenhang zwischen Zustimmung zu stigmabezogenen Aussagen und soziostrukturellen Merkmalen

Die Zusammenhänge von soziodemografischen, krebsbezogenen sowie soziostrukturellen Merkmalen und der Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen sind in **Tab. 3** dargestellt. Die gruppenbezogenen Mittelwerte der Gesamtskala Stigmatisierung (Range: 0–18) liegen zwischen 2,6 und 5,2 und damit im

unteren Drittel des Wertebereichs. Die stärksten Zusammenhänge bzw. Effektstärken ergeben sich bezüglich des Merkmals persönlicher Kontakt/kein persönlicher Kontakt mit Krebskranken: Personen ohne persönlichen Kontakt zeigen signifikant höhere Werte auf der Gesamtskala Stigmatisierung mit hohen Effektstärken (d=0,51). Gleiches trifft auf die Befragten zu, welche die Schutzmöglichkeit vor Krebs als gut oder sehr gut einschätzen (d=0,56). Ebenfalls signifikante Zusammenhänge zeigen



Merkmal	Ausprägung	Stigmabewertung					
		n	M	SD	p	d <sup>1)</sup>	
Soziodemografie	Altersgruppen	18–30	348	3,4	3,30	<b>0,005</b>	0,15
		>30–60	1214	3,3	3,26		
		>60	825	3,8	3,69		
Geschlecht	männlich	1104	3,7	3,44	<b>0,006</b>	0,12	
	weiblich	1283	3,3	3,41			
Partnerschaft	ja	1418	3,5	3,37	0,830	0,00	
	nein	969	3,5	3,51			
Bildung	kein Abschl., Hauptschule	1144	3,7	3,51	<b>0,033</b>	0,14	
	Realschule, POS	911	3,4	3,36			
	Abitur, Fachabitur	332	3,2	3,32			
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	1156	3,3	3,30	0,055	0,12	
	Rente	840	3,7	3,66			
	arbeitslos	149	3,6	3,27			
	Hausfrau/nicht erwerbstätig	129	3,3	3,12			
	anderes	113	3,7	3,37			
Haushaltsnettoeinkommen (Euro/Monat)	<1250	496	3,6	3,63	0,350	0,06	
	1250 – <2500	1238	3,4	3,30			
	>2500 Euro	576	3,5	3,53			
<b>Psychische Gesundheit</b>							
Depressivität/Ängstlichkeit (PHQ-4 Cut-off ≤ 6)	psychisch belastet	137	3,7	3,32	0,428	0,06	
	psychisch nicht belastet	2239	3,5	3,44			
<b>Krebsbezogene Merkmale</b>							
persönlicher Kontakt zu Krebskranken	ja	1145	2,6	2,83	<b>&lt;0,001</b>	0,51	
	nein	1242	4,3	3,70			
an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilgenommen	einmal	474	3,5	3,31	0,657	0,03	
	mehrfach	973	3,5	3,63			
	nein	861	3,6	3,30			
Schutzmöglichkeit vor Krebs?	(sehr) gut	166	5,2	4,17	<b>&lt;0,001</b>	0,56	
	etwas	486	3,6	3,53			
	kaum/gar nicht	1727	3,3	3,28			
Krebs gefährlichste Krankheit? <sup>2)</sup>	ja	962	3,5	3,38	0,808	0,00	
	nein	1379	3,5	3,44			
<b>Strukturelle Faktoren</b>							
Bundesgebiet	Westdeutschland	1905	3,4	3,49	0,349	0,06	
	Ostdeutschland	482	3,6	3,18			
Wohnregion	Land	294	4,1	3,93	<b>0,001</b>	0,21	
	Stadt	2093	3,4	3,34			

<sup>1)</sup>angegeben sind die Beträge; bei mehr als 2 Gruppen wird die maximale Effektstärke aufgeführt

<sup>2)</sup>im Vergleich mit Gelbsucht, AIDS, Herzinfarkt, Schlaganfall, Querschnittslähmung, seelischer Erkrankung

Merkmal	Kategorie [Referenz]	B	SD B	stand. Beta	p
Altersgruppe	>60 [bis 60 Jahre]	0,715	0,143	0,099	<b>&lt;0,001</b>
Geschlecht	männlich [weiblich]	0,285	0,135	0,041	<b>0,035</b>
Kontakt mit Krebskranken?	ja [nein]	-1,720	0,136	-0,257	<b>&lt;0,001</b>
Wohnregion	Stadt [Land]	-0,619	0,204	-0,059	<b>0,002</b>
Schutzmöglichkeit vor Krebs?	(sehr) gut [etwas, kaum/gar nicht]	1,531	0,265	0,114	<b>&lt;0,001</b>
Konstante		3,589	0,544		<b>&lt;0,001</b>
<b>erklärte Varianz (korr. R<sup>2</sup>)</b>			<b>0,091</b>		

sich hinsichtlich der Wohnregion: Befragte, die in ländlichen Gebieten leben, bringen stärker stigmatisierendere Beurteilungen zum Ausdruck ( $d=0,21$ ). Bei den soziodemografischen Merkmalen sind es eher Ältere (>60 Jahre), Männer sowie Personen mit geringerer Bildung, die höhere Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen zeigen, allerdings liegen die Effektstärken bei diesen Merkmalen bei  $d<0,2$ . Keine gruppenbezogenen Unterschiede sind unter anderem in Bezug auf die eigene psychische Gesundheit, das Haushaltseinkommen oder den Partnerschaftsstatus festzustellen.

Die in den bivariaten Analysen gefundenen signifikanten Zusammenhänge (Merkmale: Alter, Geschlecht, Bildung, persönlicher Kontakt mit Krebskranken, Wohnregion, Schutzmöglichkeit vor Krebs) werden in einem multivariaten Regressionsmodell auf ihren prädiktiven Gehalt überprüft (► Tab. 4). Alle in das Modell eingebrachten Merkmale (außer Bildung) zeigen einen (hoch-) signifikanten Einfluss auf den Umfang der Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen. Die Richtung des Einflusses entspricht dem der bivariaten Befunde. Den vergleichsweise größ-

**Tab. 3** Zustimmung zu stigma-bezogenen Aussagen gegenüber Krebspatienten: gruppenbezogene Mittelwertunterschiede.

**Tab. 4** Prädiktoren für die Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen gegenüber Krebspatienten: schrittweise multiple Regression.

ten Beitrag zur Varianzaufklärung leisten die Variablen „persönlicher Kontakt zu Krebskranken“ sowie die Annahme, vor Krebs könne man sich (sehr) gut schützen. Das Geschlecht hat die geringste Varianzaufklärung. Die erklärte Varianz des Gesamtmodells beträgt 9,1%.

## Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte anhand von Daten einer repräsentativen Bevölkerungsstudie (n=2420) die Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen gegenüber Krebspatienten und prüfte entsprechende Zusammenhänge zu Merkmalen der Befragten. Verwendet wurde ein Fragebogen zur krebsbezogenen Stigmatisierung, der die Zustimmung bzw. Ablehnung zu neun Einzelaussagen zu interaktionaler und struktureller Stigmatisierung erfasste.

In der Allgemeinbevölkerung stimmen zwischen 3,6% (Item: mit Krebspatienten beruflich zusammenarbeiten) und 18,9% (Item: dasselbe Geschirr benutzen) der Befragten stigmatisierenden Aussagen zu. Das zuletzt genannte Item widerspiegelt die nach wie vor große Angst, Krebs sei eine ansteckende Krankheit, obwohl tatsächlich die Ansteckungsgefahr in bedeutsamen Umfang nur bei Gebärmutterhalskrebs gegeben ist. Die Einschätzung der neun krebsbezogenen Aussagen wurde differenziert danach, ob es bereits persönliche Kontakte zu Krebskranken gab, ausgewertet. Personen, welche bisher persönlichen Kontakt mit Krebskranken hatten, bringen für alle neun krebsbezogenen Aussagen signifikant weniger stigmatisierende Einstellungen zum Ausdruck, die entsprechenden Effektstärken liegen dabei im kleinen Bereich. Vergleichbare neuere Studien hierzu gibt es nicht; ältere Befunde zumindest berichten ebenso von einer geringeren Stigmatisierung von Krebspatienten, wenn krebspezifische Erfahrungen bestehen und z.B. eine Krebserkrankung in der Familie auftritt [20]. Angermeyer und Kollegen hatten einen analogen Effekt bei der Stigmatisierung psychisch Kranker beschrieben: Persönliche Kontakte und ein sozialer Austausch mit Betroffenen reduzieren stigmatisierende Einstellungen [21]. Ferner zeigen unsere Ergebnisse, dass bei den familienbezogenen Aussagen die stigmatisierende Zustimmung vergleichsweise groß ist im Unterschied zu berufsbezogenen Aussagen: Nur rund 4% geben an, nicht mit Krebspatienten beruflich zusammenarbeiten zu wollen. Auch in anderen Studien wird von einer vergleichsweise geringen Stigmatisierung von Krebskranken am Arbeitsplatz berichtet (weniger als 6% der Krebspatienten sind von Stigmatisierung im Beruf betroffen) [22]. Insgesamt zeigt sich eine eher moderate Ausprägung der Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen: 23% der Befragten zeigen keinerlei Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen und 77% stimmen in überwiegend geringem Umfang zu. Diese ist vor allem auf den persönlichen und sensiblen familiären Kontext gerichtet und reflektiert wahrscheinlich die in der Literatur beschriebene Unsicherheit und Abwehr im engen Umgang mit Krebspatienten sowie die Angst vor emotional negativ besetzten Themen wie z.B. Sterben, Tod oder der möglichen eigenen Betroffenheit [3, 5]. Untersucht wurde weiterhin der Zusammenhang von subjektiv eingeschätzten Krebsursachen und der Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen. Tatsächliche Krebsursachen (insbesondere Rauchen, Alkohol oder erbliche Faktoren) werden von den Befragten vielfach auch als Risikofaktoren eingeschätzt. Ursachen, die individuellem Verhalten zugeschrieben werden (z.B.

Rauchen, Alkoholkonsum), korrelieren jedoch nicht oder nur äußerst schwach mit einer größeren Zustimmung zu Stigmatisierung. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich lediglich ein Item der verwendeten Skala auf die „Schuldfrage“ im Sinne der Krankheitsverursachung bezieht. In anderen Studien wird demgegenüber ein enger Zusammenhang zwischen internal attribuierten Krebserkrankungen (insbesondere Lungenkrebs) und stigmatisierenden Einstellungen gezeigt [9].

Die Ergebnisse zum Zusammenhang von soziodemografischen und persönlichen Merkmalen und der Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen sind konform mit den Befunden aus der Literatur: höhere Zustimmung zu krebsstigmatisierenden Aussagen geben Ältere (>60 Jahre) sowie Männer [5, 12]. Der Faktor formale Bildung spielte als Prädiktor keine Rolle, möglicherweise sind stärker krebspezifisches Wissen und persönliche Erfahrungen von Relevanz [21]. So stimmen Personen ohne persönlichen Kontakt zu Krebskranken häufiger stigmatisierenden Aussagen zu. Auch Befragte, welche die Schutzmöglichkeit vor Krebs als gut oder sehr gut einschätzen (und damit zu einer internalen Ursachenattribution tendieren) sowie Personen, die in ländlichen Gebieten wohnen. Dies ist ein Zusammenhang, der partiell durch soziodemografische Aspekte (z.B. Altersstruktur) und Wertemuster (z.B. konservative Weltbilder) erklärt werden kann, jedoch weiterer Untersuchungen bedarf.

Die Limitierungen der vorliegenden Untersuchung bestehen vor allem darin, dass das verwendete Erhebungsinstrument zu Einstellungen gegenüber Krebspatienten in der eingesetzten deutschen Version bislang nicht in validierter Form vorliegt. Auch wurden im Wesentlichen interaktionale Aspekte der Stigmatisierung erfasst (im Sinne der Kontaktvermeidung), strukturelle Aspekte bzw. Fragen zur Kausalattribution sind demgegenüber nicht bzw. kaum integriert. Die Zusammenstellung der Items erfolgte pragmatisch, englischsprachige Fragen wurden keinem rigiden Übersetzungs- und Rückübersetzungsprozedere unterzogen. Zudem ist die lediglich 3-gestufte Antwortskalierung (ja, nein, unentschieden) kritisch zu sehen, da sie nur wenig differenzierte Abstufungen zulässt und zu Messfehlern (z.B. zu Deckeneffekten) führen kann sowie zu einem hohen Anteil an Unentschiedenen. Dieses Problem könnte sich verstärken, da 5 von 9 Items des Stigmafragebogens sowie die Gesamtskala keine bzw. nur annähernde Normalverteilung aufwiesen. Dabei lagen bei 3 Items der Stigmaskala die Werte sowohl der Schiefe als auch der Kurtosis im kritischen Bereich von >2, was auf eine praktisch bedeutsame Abweichung hinweist [23]. Möglich ist ferner, dass die Probanden im Sinn der sozialen Erwünschtheit geantwortet haben und somit deren Zustimmung zu stigmatisierenden Einstellungen in der vorliegenden Studie unterschätzt wird. Dieser Aspekt wurde nicht kontrolliert. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass es sich in der vorliegenden Untersuchung um hypothetische Szenarien handelt. In welchem Umfang sich die Zustimmung zu stigmatisierenden Aussagen tatsächlich in konkretem Handeln abbildet, kann nicht abgeleitet werden. Eine Stärke der Untersuchung ist der große Stichprobenumfang eines Allgemeinbevölkerungssamples, der erstmals differenzierte Subgruppenvergleiche zum Umfang der Stigmatisierung von Krebspatienten im deutschen Sprachraum ermöglicht.

### Fazit für die Praxis

Etwa drei Viertel der Allgemeinbevölkerung bringt krebspezifische Stigmatisierung in überwiegend geringem Umfang zum Ausdruck. Vergleichsweise stark ist die Zustimmung zu stigmatisierenden Einstellungen bei Männern, älteren Personen sowie bei Personen, die in ländlichen Regionen leben. Kontakte und Erfahrungen mit Krebspatienten reduzieren hingegen stigmatisierende Einstellungen deutlich. Die Vermittlung krebspezifischen Wissens und eine gezielte Aufklärung können einen Beitrag zur Entstigmatisierung von Krebspatienten leisten.

**Interessenkonflikt:** Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht

### Institute

- <sup>1</sup> Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig
- <sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz
- <sup>3</sup> Psychosoziale Beratungsstelle für Tumorpatienten und Angehörige, Universitätsmedizin Leipzig
- <sup>4</sup> Helios Park-Klinikum, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Leipzig

### Literatur

- 1 Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27: 363–385
- 2 Fife BL, Wright ER. The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *J Health Soc Behav* 2000; 41: 50–67
- 3 Hohmeier J. Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozeß. In: Brusten M, Hohmeier J, (Hrsg.). Stigmatisierung: Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen. Darmstadt: Luchterhand; 1975: 5–24
- 4 Waller J, Marlow LA, Wardle J. The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. *Sex Transm Infect* 2007; 83: 155–159
- 5 Mosher CE, Danoff-Berg S. Death anxiety and cancer-related stigma: a terror management analysis. *Death Stud* 2007; 31: 885–907
- 6 Butts Stahly G. Psychosocial aspects of the stigma of cancer: An overview. *J Psychosoc Oncol* 1989; 6: 3–27

- 7 Balmer C, Griffiths F, Dunn J. A qualitative systematic review exploring lay understanding of cancer by adults without a cancer diagnosis. *J Adv Nurs* 2014; 70: 1688–1701
- 8 Schwarz R. Die Krebspersönlichkeit: Mythos und klinische Realität. Stuttgart: Schattauer; 1994
- 9 Lebel S, Devins GM. Stigma in cancer patients whose behavior may have contributed to their disease. *Future Oncol* 2008; 4: 717–733
- 10 Waller J, McCaffery K, Wardle J. Beliefs about the risk factors for cervical cancer in a British population sample. *Prev Med* 2004; 38: 745–753
- 11 Sach TH, Whynes DK. Men and women: beliefs about cancer and about screening. *BMC public health* 2009; 9: 431
- 12 Eldeek B, Alahmadi J, Al-Attas M et al. Knowledge, perception, and attitudes about cancer and its treatment among healthy relatives of cancer patients: single institution hospital-based study in Saudi Arabia. *J Cancer Educ* 2014; 29: 772–780
- 13 Shim HY, Shin JY, Kim JH et al. Negative Public Attitudes Towards Cancer Survivors Returning to Work: A Nationwide Survey in Korea. *Cancer Res Treat*. 2015 doi:10.4143/crt.2015.094
- 14 Marlow LA, Wardle J. Development of a scale to assess cancer stigma in the non-patient population. *BMC cancer* 2014; 14: 285
- 15 Link BG, Cullen FT, Frank J et al. The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *Am J Sociol* 1987; 92: 1461–1500
- 16 Angermeyer MC, Matschinger H. The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bull* 2004; 30: 1049–1061
- 17 Löwe B, Wahl I, Rose M et al. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord* 2010; 122: 86–95
- 18 GEKID. Krebs in Deutschland 2009/2010. Häufigkeiten und Trends. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. In: <http://www.gekid.de> 2013
- 19 Wolf C, Meyer PC, Richter D et al. Kausalattribution und Krankheitsverarbeitung bei Brustkrebspatientinnen: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1995; 41: 356–369
- 20 Bloom JR, Kessler L. Emotional support following cancer: a test of the stigma and social activity hypotheses. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 118–133
- 21 Angermeyer MC, Matschinger H, Corrigan PW. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr Res* 2004; 69: 175–182
- 22 Park JH, Park JH, Kim SG et al. Changes in employment status and experience of discrimination among cancer patients: findings from a nationwide survey in Korea. *Psycho-oncology* 2010; 19: 1303–1312
- 23 Miles J, Shevlin M. *Applying Regression & Correlation – A Guide for Students and Researchers*. London: SAGE Publications; 2001