



Dieter Schilling · Jürgen F. Riemann *Hrsg.*

Prävention gastro- enterologischer Tumorerkrankungen

Primär-, Sekundär-
und Tertiärprävention

Prävention gastroenterologischer Tumorerkrankungen

Dieter Schilling
Jürgen F. Riemann
(Hrsg.)

Prävention gastroentero- logischer Tumor- erkrankungen

Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention



Hrsg.

Dieter Schilling

Chefarzt der Med. Klinik II und Ärztlicher
Direktor Medizinische Klinik
Diakonissenkrankenhaus Mannheim
Mannheim, Deutschland

Jürgen F. Riemann

ehem. Direktor Medizinische Klinik C am
Klinikum Ludwigshafen am Rhein
Vorstandsvorsitzender der Stiftung
LebensBlicke
Ludwigshafen, Deutschland

ISBN 978-3-662-58878-9

ISBN 978-3-662-58879-6 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-58879-6>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über ► <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © Henry Schmitt/stock.adobe.com

Planung/Lektorat: Katrin Lenhart

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort

Derzeit erkranken rund 500.000 Menschen neu an Krebs. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Zahlen in den nächsten Jahren wegen der steigenden Lebenserwartung weiter erhöhen werden. Krebserkrankungen sind bundesweit nach Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems die zweithäufigsten zum Tode führenden Erkrankungen. Eine optimale Therapie, die zunehmend individualisiert und damit auf den Einzelnen abgestimmt werden kann, ist die eine Seite der Medaille, eine effektive, mit großer Durchdringung in der Bevölkerung ausgestattete Prävention die andere. Viele Aktivitäten in diesem Feld und besonders die im letzten Jahr ins Leben gerufene, schon im Koalitionsvertrag fixierte Nationale Dekade gegen den Krebs sind sehr intensiv der Krebsprävention gewidmet. Innerhalb der Dekade gegen den Krebs soll und muss nun auch die Forschung in den Bereichen Prävention und Früherkennung vorangetrieben werden, da noch so manches offen und nicht klar Evidenz-basiert ist. Auch in der Früherkennung deutet vieles auf eine risikoadaptierte Entwicklung hin. Das molekulare Verständnis für viele Krankheitsentitäten wird zu einer viel besseren Detektion, aber auch Prävention so mancher Krebserkrankungen führen. Hereditäre Syndrome, wie z. B. das Lynch-Syndrom oder der erbliche Darmkrebs sind richtig gute Blaupausen für eine personalisierte, risikoadaptierte Vorsorge.

Der Gastrointestinaltrakt stellt eine wichtige Schnittstelle zwischen Körper und Umwelt dar. Viele seiner Organe sind Ausgangspunkt schwerwiegender und häufiger Tumoren, wie z. B. das Magen- und das kolorektale Karzinom. Aber auch der Bauchspeicheldrüsenkrebs, dessen Prävention und vor allem dessen Therapie noch weit entfernt von einer definitiven Lösung sind, gehören dazu. Und so ist es doch naheliegend, dass sich ein ganzes Buch mit den derzeitigen Möglichkeiten der Prävention gastrointestinaler Tumorerkrankungen beschäftigt. Wichtig war uns dabei, die einzelnen Organsysteme, aber auch die „Vorsorgemathematik“ zu beleuchten. Es ist für jeden einleuchtend, dass die über die Vorsorge aufklärenden Ärzte tatsächlich auch in Maß und Zahl ausdrücken können, welchen Vorteil die Menschen von der Teilnahme an der Vorsorge tatsächlich haben. Genauso wichtig ist im Beratungsgespräch aber auch die „Vorsorgepsychologie“.

Maß und Zahl sind aber nicht in allen Bereichen des GI-Traktes gleichwertig vorhanden. Da gibt es deutliche Unterschiede, die wir klar darzustellen versuchen. Aber in den letzten Jahren auch große Fortschritte, die zu skizzieren wir mit großer Erleichterung und einer Portion Genugtuung vornehmen. Immerhin waren gerade wir Deutschen mit der konsequenten Vorsorgestrategie beim Darmkrebs Vorreiter nicht nur in Europa. Das neue Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz KFRG regelt erstmals ein bundesweites organisiertes Screening, zu der auch die informierte Entscheidung als „Conditio sine qua non“ gehört für jeden, der Vorsorgemaßnahmen in Anspruch nehmen will.

Wir hoffen, den Lesern eine informationsreiche und aktuelle Übersicht zur Prävention gastroenterologischer Tumorerkrankungen zusammengestellt zu haben und wünschen viel Freude und Gewinn beim Lesen.

Dieter Schilling

Jürgen F. Riemann

Ludwigshafen Mannheim

März 2020

Inhaltsverzeichnis

I Grundlagen

1	Psychologie und Kommunikation in der Vorsorge	3
	<i>Dirk Böcker und Bernhard Mikoleit</i>	
1.1	Prolog – denken reicht nicht	6
1.2	Der Kontext	6
1.2.1	One Size Doesn'T Fit All.....	6
1.2.2	Situation und Zielkorridor.....	7
1.2.3	Einbettung der Vorsorge.....	8
1.3	Charakterisierung der Person	9
1.3.1	Rolle der individuellen Persönlichkeit für zukünftige Methoden der Darmkrebsvorsorge	9
1.3.2	Persönlichkeit – Definitionen und Abgrenzungen	9
1.3.3	Erhebung eines psychometrischen Profils.....	12
1.3.4	Der Einfluss des Unbewussten	13
1.3.4.1	Verfälschung von Ergebnissen bei expliziter Befragung zum Selbstkonzept.....	14
1.3.5	Theorien und Instrumente	14
1.3.5.1	Die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI)	14
1.3.5.2	Der Visual Questionnaire (ViQ)	16
1.3.6	Das Rubikon Model der Handlungsphasen.....	16
1.3.6.1	Erste Phase (Abwägen)	18
1.3.6.2	Zweite Phase (Planen)	18
1.3.6.3	Dritte Phase (Handeln).....	18
1.3.6.4	Vierte Phase (Bewerten)	21
1.3.7	Motive.....	22
1.3.7.1	Die Bindungsmotivierten	23
1.3.7.2	Die Leistungsmotivierten	23
1.3.7.3	Machtmotivierte	24
1.3.8	Interpersonelle und Mensch-Maschine-Kommunikation	24
1.3.9	Die Haltung zu Gesundheitsfragen als Persönlichkeitsmerkmal	25
1.3.10	Effekte von Gender und Alter	28
1.3.10.1	Genderspezifische Effekte.....	29
1.3.10.2	Altersspezifische Effekte	29
1.4	Kommunikation in der Vorsorge.....	30
1.4.1	Personalisierung der Kommunikation.....	31
1.4.1.1	Berücksichtigung psychologischer Kriterien.....	31
1.4.1.2	Die Patienten Journey	32
1.4.2	Technologische Aspekte	33
1.4.2.1	Automatisierter Kommunikationsprozess.....	35
1.4.3	Programmplanung	36
1.4.3.1	Aspekte und Rahmenbedingungen.....	36
1.4.4	Ganzheitliche Ansätze	37

1.4.4.1	Personalisierung	37
1.4.4.2	Longitudinales Programm Design	38
1.4.4.3	Einbindung von Partnern	38
1.5	Beispiele aus Forschung und Markt.....	39
1.5.1	Derzeitige Patienteneinladungsprogramme	40
1.5.1.1	Felix-Burda-Stiftung	40
1.5.1.2	Stiftung Lebensblicke.....	40
1.5.2	Attraktive Komponenten in anderen Bereichen	41
1.5.2.1	BJ Fogg – Kleine Schritte bei der Verhaltensänderung	41
1.5.2.2	Dan Ariely – Irrationalität der Entscheidungsfindung	42
1.5.2.3	Daniel Kahneman – Die Vorherrschaft der Intuition bei Entscheidungen.....	43
1.5.2.4	Pharma Industrie – Adaptive automatische Unterstützungssysteme.....	43
1.5.2.5	Krankenkassen/Stiftungen – Gender und Typ-spezifische Ansprache	44
1.5.2.6	TRUER Health News360 SMART News – USA – Personalisierte Zusammenstellung von Nachrichten und Angeboten	45
1.5.2.7	WELLTOK (USA) – Holistischer Ansatz und Communities.....	45
1.5.3	Fazit	46
1.6	Quo Vadis Vorsorge	46
	Literatur	47
2	Was Ärzte und Ärztinnen über Testergebnisse, Früherkennungsuntersuchungen, medizinische Risiken und Risikokommunikation wissen müssen	49
	<i>Ines Lein, Niklas Keller und Mirjam Jenny</i>	
2.1	Medizinische Testergebnisse verstehen und kommunizieren	50
2.1.1	Natürliche Häufigkeiten und deren grafische Aufbereitung als Bäume.....	50
2.2	Früherkennungsuntersuchungen bewerten und kommunizieren	52
2.3	Medizinische Risiken kommunizieren.....	54
2.4	Testen Sie sich selbst mit dem Schnelltest Risikokompetenz	59
	Literatur	60
II	Primärprävention	
3	Primärprävention GI Tumoren durch Ernährung – Was können wir durch Ernährung erreichen?.....	65
	<i>Stephan C. Bischoff</i>	
3.1	Einleitung: Primärprävention von Erkrankungen durch Ernährung und Bewegung	66
3.2	Risikofaktor Körpergewicht	67
3.3	Epidemiologische Evidenz	69
3.4	Mediterrane Ernährung (MedD)	70
3.5	Empfehlungen des World Cancer Research Fund (WCRF) zur Krebsprävention	70
3.6	Zusammenfassung	71
	Literatur	71

4	Sport und Bewegung zur Prävention von gastrointestinalen Tumorerkrankungen	73
	<i>Joachim Wiskemann</i>	
4.1	Hintergrund.....	75
4.2	Sport & Bewegung zur Senkung des gastrointestinalen Krebsrisikos.....	75
4.2.1	Kolonkarzinom.....	75
4.2.2	Rektumkarzinom	76
4.2.3	Magenkarzinom.....	76
4.2.4	Ösophaguskarzinom.....	76
4.2.5	Pankreaskarzinom.....	77
4.2.6	Leber- und Gallentumore	77
4.3	Besondere Aspekte	78
4.3.1	Dosis-Wirkungs-Beziehung	78
4.3.2	Entitätsspezifische Subgruppen.....	78
4.3.3	Subgruppen nach Patientencharakteristika	79
4.4	Wirkmechanismen.....	79
4.4.1	Verkürzte Gastrointestinale Transitzeit.....	79
4.4.2	Körperzusammensetzung und Hormone.....	79
4.4.3	Inflammatorische Prozesse.....	80
4.4.4	Immunfunktion	81
4.4.5	Weitere Mechanismen	81
4.5	Diskussion	82
4.6	Empfehlungen zur körperlichen Aktivität für die Primärprävention von gastrointestinalen Krebserkrankungen	83
4.6.1	Einschränkungen.....	83
4.7	Schlussfolgerungen	84
	Literatur	84
5	Sonstige lebensstilassoziierte Präventionsmöglichkeiten	87
	<i>Carmen Jochem und Michael Leitzmann</i>	
5.1	Tabakkonsum	89
5.1.1	Verbreitung des Tabakkonsums in Europa und Deutschland	89
5.1.2	Formen des Tabakkonsums	90
5.1.3	Tabakkonsum und Krebsrisiko	90
5.1.4	Biologische Mechanismen	91
5.1.5	Verzicht auf Tabakkonsum als Präventionsmöglichkeit	91
5.2	Alkoholkonsum	92
5.2.1	Verbreitung des Alkoholkonsums	92
5.2.2	Alkoholkonsum und Krebsrisiko.....	93
5.2.3	Biologische Mechanismen	94
5.2.4	Reduktion des Alkoholkonsums als Primärprävention	94
5.3	Ernährung	95
5.3.1	Verbreitung relevanter Ernährungsfaktoren.....	95
5.3.2	Biologische Mechanismen	96
5.3.3	Verzehr von pflanzlichen Lebensmitteln und Krebsrisiko.....	96
5.3.4	Verzehr von rotem und verarbeitetem Fleisch und Krebsrisiko	97
5.3.5	Verzehr von salzhaltigen Lebensmitteln	97

5.3.6	Ernährungsempfehlungen zur Primärprävention gastroenterologischer Tumorerkrankungen.....	98
5.4	Medikamenteneinnahme	98
5.4.1	Azetylsalizylsäure	98
5.4.2	Fibrate.....	100
5.4.3	Statine.....	100
5.4.4	Metformin	101
5.4.5	Insulin	102
5.5	Zusammenfassung	103
	Literatur	104

III Sekundärprävention

6	Endoskopische Detektion von frühen Läsionen im Gastrointestinaltrakt in der Allgemeinbevölkerung und in Risikokollektiven.....	109
	<i>Ralf Kiesslich</i>	
6.1	Einleitung.....	110
6.2	Ösophagus.....	111
6.2.1	Adenokarzinom der Speiseröhre	111
6.2.2	Plattenepithelkarzinom der Speiseröhre	115
6.3	Magenkarzinom.....	116
6.4	Kolorektales Karzinom	118
6.5	Techniken zur Verbesserung der Adenomdetektionsrate	119
6.6	Diagnostik und Dignitätsvorhersage kolorektaler Läsionen	120
6.7	Fazit	123
	Literatur	123
7	Vorsorgegastroskopie – lohnt sich das wirklich?.....	127
	<i>Joachim Labenz und Christian Labenz</i>	
7.1	Wann macht eine Vorsorge Sinn?.....	129
7.2	Erkrankungen des Ösophagus.....	129
7.2.1	Ösophaguskarzinom.....	129
7.2.1.1	Risikofaktoren.....	129
7.2.2	Gastroösophageale Refluxkrankheit	129
7.2.3	Barrett-Ösophagus	130
7.2.3.1	Definition.....	130
7.2.3.2	Klassifikation.....	130
7.2.3.3	Epidemiologie	131
7.2.4	Ansätze für eine Primärprävention des Ösophaguskarzinoms	131
7.2.5	Sekundärprävention (=Früherkennung)	134
7.3	Magenerkrankungen	134
7.3.1	Magenkarzinom.....	134
7.3.2	Gastritis.....	135
7.3.3	Magenpolypen.....	136
7.3.4	Ansätze für eine Primärprävention maligner Erkrankungen	136

7.4	Erkrankungen des Duodenums	137
7.4.1	Duodenalpolypen	137
7.4.2	Zoeliakie.....	138
7.5	Vorsorge-Gastroskopie – aktueller Stand.....	138
	Literatur	139
8	Vorsorgekoloskopie – ein Erfolgsmodell in Deutschland	141
	<i>Hermann Brenner</i>	
8.1	Angebote zur Darmkrebsvorsorge im gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramm in Deutschland	142
8.2	Inanspruchnahme der Vorsorgekoloskopie	143
8.3	Befunde der Vorsorgekoloskopie	144
8.4	Komplikationen der Vorsorgekoloskopie.....	144
8.5	Effektivität und Kosten-Effektivität der Vorsorgekoloskopie.....	145
8.6	Entwicklung der Darmkrebs-Inzidenz und -Mortalität.....	145
8.7	Ausblick	146
	Literatur	147
9	Hereditäre Tumorerkrankungen – Diagnostik und Überwachungsstrategien	149
	<i>Jochen Rädle</i>	
9.1	Einleitung.....	150
9.2	Hereditäre Tumorerkrankungen mit kolorektaler Tumordisposition	151
9.2.1	Identifikation und Überwachung	151
9.2.2	Hereditäres nichtpolypöses Kolonkarzinom.....	154
9.2.2.1	Diagnostik	155
9.2.2.2	Überwachung von Anlageträgern und Risikopersonen	156
9.2.3	Adenomatöse Polyposissyndrome.....	157
9.2.3.1	Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP).....	157
9.2.3.2	Attenuierte familiäre adenomatöse Polyposis.....	160
9.2.3.3	MUTYH-assoziierte Polyposis.....	161
9.2.4	Nicht-adenomatöse Polyposissyndrome	161
9.2.4.1	Peutz-Jeghers-Syndrom	161
9.2.4.2	Juvenile Polyposis.....	162
9.2.4.3	Cowden-Syndrom	163
9.2.4.4	Chemoprävention	163
9.3	Hereditäre Tumorerkrankungen mit Tumordisposition im Magen und Pankreas	163
9.3.1	Hereditäres Magenkarzinom	164
9.3.2	Hereditäres diffuses Magenkarzinom	164
9.3.2.1	E-Cadherin.....	166
9.3.3	Magenkarzinom mit proximaler Polypose des Magen.....	167
9.3.4	Erbliches Pankreaskarzinom.....	168
9.3.4.1	Assoziierte hereditäre Tumorsyndrome	168
	Literatur	169

10	Prävention der nicht-alkoholischen Steatohepatitis (NASH) und deren Folgeerkrankungen	173
	<i>Yvonne Huber und Jörn M. Schattenberg</i>	
10.1	Einleitung.....	175
10.2	Definition.....	175
10.3	Epidemiologie	176
10.4	Pathogenese und Risikofaktoren	177
10.5	Klinik und Diagnostik.....	178
10.6	Verlauf und Prognose.....	179
10.7	Folgeerkrankungen, die einer Prävention zugängig sind.....	179
10.7.1	Terminale Lebererkrankung.....	179
10.7.2	Das hepatozelluläre Karzinom auf dem Boden einer NASH.....	180
10.7.3	NAFLD als Risikofaktor für weitere Erkrankungen.....	180
10.8	Prävention	181
10.8.1	Risikofaktoren der NAFLD	181
10.8.2	Ist ein Screening auf das Vorliegen einer NAFLD sinnvoll?	181
10.8.3	Was sollte ein Screening auf das Vorliegen einer NAFLD beinhalten?	182
10.8.4	Allgemeine Maßnahmen der Prävention	183
10.8.5	Modifikation des Lebensstils	184
10.8.6	Gewichtsabnahme/Selbstkontrollen Gewicht	185
10.8.7	Bariatrische Chirurgie.....	186
10.8.8	Prävention kardiovaskulärer Morbidität bei NAFLD	186
10.8.9	Prävention Lebererkrankung.....	187
10.8.10	Prävention durch medikamentöse Therapie.....	188
	Literatur	188
11	Labordiagnostik/Tumormarker: Was ist sinnvoll/effektiv, was wird kommen?	191
	<i>Marcus Kleber</i>	
11.1	Einleitung.....	193
11.2	Kolorektales Karzinom	193
11.3	Etablierte Marker in der Primär- und Sekundärprävention.....	193
11.4	Fäkaler okkulter Bluttest (FOBT)	193
11.5	M2-PK Test.....	194
11.6	Carcinoembryonales Antigen	196
11.7	Tissue inhibitor of matrix metalloproteinase 1 (TIMP1) und andere Proteinmarker ..	196
11.8	Mikrosatelliteninstabilität	197
11.9	18q-Allelverlust	198
11.10	Genetische Tests	198
11.10.1	Genetische Stuhltests zum KRK-Screening	198
11.11	Molekulargenetische Diagnostik vor Therapieeinleitung.....	198
11.11.1	RAS Mutation	199
11.11.2	BRAF-Mutation	199
11.11.3	P53-Mutationen	199
11.11.4	PIK3CA-Mutationen	199
11.12	Welche Marker werden kommen?	200
11.12.1	Liquid biopsy	200
11.12.2	Herausforderungen für die Verwendung der liquid biopsy in der Routine	201

11.12.3	DNA-Methylierungsmarker.....	201
11.12.4	microRNA.....	202
11.13	Fazit	204
	Literatur	204

IV Tertiärprävention

12	Aufpassen auf die Menschen, die Krebs überlebt haben	211
	<i>Georgia Schilling</i>	
12.1	Einleitung.....	212
12.2	Tertiärprävention.....	212
12.3	Gesundheitsverhalten von Krebslangzeitüberlebenden und Adhärenz zu Lebensstilveränderungen.....	213
12.4	Pathophysiologie.....	214
12.5	Körperliche Aktivität.....	215
12.6	Ernährung und Nahrungsergänzungsmittel.....	215
12.7	Chemoprävention	216
12.8	Empfehlungen zu Lebensstilveränderungen	216
12.9	Motivation zu tertiärpräventiven Maßnahmen	217
12.10	Zusammenfassung	218
	Literatur	218
13	Stiftungsarbeit in der Vorsorge.....	221
	<i>Jürgen F. Riemann</i>	
	Literatur	228

Herausgeber- und Autorenverzeichnis

Über die Herausgeber

Prof. Dr. Dieter Schilling

Chefarzt der Med. Klinik II und Ärztlicher Direktor
Diakonissenkrankenhaus Mannheim
Medizinische Klinik II
Mannheim
Deutschland

Prof. Dr. Jürgen F. Riemann

Stiftung LebensBlicke
ehem. Direktor Medizinische Klinik C am Klinikum Ludwigshafen am Rhein
Ludwigshafen
Deutschland

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. Stephan C. Bischoff

Institut für Ernährungsmedizin, Universität
Hohenheim, Stuttgart, Deutschland

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung,

Berlin, Deutschland

Dr. Dr. Dirk Böcker

Toto Consulting, San Jose, USA

Dr. Carmen Jochem

Institut für Epidemiologie und
Präventivmedizin, Universitätsklinikum
Regensburg, Regensburg, Deutschland

Prof. Dr. Hermann Brenner

Deutsches Krebsforschungszentrum,
Heidelberg, Deutschland

Dr. Niklas Keller

Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt
operative Intensivmedizin, Charité
Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Dr. Yvonne Huber

Medizinische Klinik und Poliklinik,
Universitätsmedizin Mainz, Mainz,
Deutschland

Prof. Dr. Ralf Kiesslich

HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden,
Wiesbaden, Deutschland

Dr. Mirjam Jenny

Harding-Zentrum für Risikokompetenz,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland;

Dr. Marcus Kleber

V. MEDIZINISCHE KLINIK, Mannheim,
Deutschland

Dr. Christian Labenz

Universitätsmedizin Johannes Gutenberg
Universität, Mainz, Deutschland

Prof. Dr. Joachim Labenz

Diakonie Klinikum Jung-Stilling, Siegen,
Deutschland

Dr. Ines Lein

Harding-Zentrum für Risikokompetenz,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland

Prof. Dr. Michael Leitzmann

Institut für Epidemiologie und
Präventivmedizin, Universitätsklinikum
Regensburg, Regensburg, Deutschland

Bernhard Mikoleit

Hamburg, Deutschland

Prof. Dr. Jochen Rädle

Klinik für Innere Medizin 3, Westpfalz-Klinikum
GmbH, Kaiserslautern, Deutschland

PD Dr. Jörn M. Schattenberg

Medizinische Klinik und Poliklinik,
Universitätsmedizin Mainz, Mainz,
Deutschland

PD Dr. Georgia Schilling

Onkologische Rehabilitation Asklepios
Nordseeklinik Westerland/Sylt, Asklepios
Tumorzentrum Hamburg, Hamburg,
Deutschland

PD Dr. Joachim Wiskemann

Abteilung Medizinische Onkologie, Nationales
Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg
und Universitätsklinikum Heidelberg,
Heidelberg, Deutschland

Grundlagen

Inhaltsverzeichnis

**Kapitel 1 Psychologie und Kommunikation in
der Vorsorge – 3**

Dirk Böcker und Bernhard Mikoleit

**Kapitel 2 Was Ärzte und Ärztinnen über Testergebnisse,
Früherkennungsuntersuchungen, medizinische
Risiken und Risikokommunikation wissen
müssen – 49**

Ines Lein, Niklas Keller und Mirjam Jenny



Psychologie und Kommunikation in der Vorsorge

Dirk Böcker und Bernhard Mikoleit

- 1.1 Prolog – denken reicht nicht – 4
- 1.2 Der Kontext – 4
 - 1.2.1 One Size Doesn't Fit All – 4
 - 1.2.2 Situation und Zielkorridor – 5
 - 1.2.3 Einbettung der Vorsorge – 6
- 1.3 Charakterisierung der Person – 7
 - 1.3.1 Rolle der individuellen Persönlichkeit für zukünftige Methoden der Darmkrebsvorsorge – 7
 - 1.3.2 Persönlichkeit – Definitionen und Abgrenzungen – 7
 - 1.3.3 Erhebung eines psychometrischen Profils – 10
 - 1.3.4 Der Einfluss des Unbewussten – 11
 - 1.3.4.1 Verfälschung von Ergebnissen bei expliziter Befragung zum Selbstkonzept – 12
 - 1.3.5 Theorien und Instrumente – 12
 - 1.3.5.1 Die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI) – 12
 - 1.3.5.2 Der Visual Questionnaire (ViQ) – 14
 - 1.3.6 Das Rubikon Model der Handlungsphasen – 14
 - 1.3.6.1 Erste Phase (Abwägen) – 16
 - 1.3.6.2 Zweite Phase (Planen) – 16
 - 1.3.6.3 Dritte Phase (Handeln) – 16

- 1.3.6.4 Vierte Phase (Bewerten) – 19
 - 1.3.7 Motive – 20
 - 1.3.7.1 Die Bindungsmotivierten – 21
 - 1.3.7.2 Die Leistungsmotivierten – 21
 - 1.3.7.3 Machtmotivierte – 22
 - 1.3.8 Interpersonelle und Mensch-Maschine-Kommunikation – 22
 - 1.3.9 Die Haltung zu Gesundheitsfragen als Persönlichkeitsmerkmal – 23
 - 1.3.10 Effekte von Gender und Alter – 26
 - 1.3.10.1 Genderspezifische Effekte – 27
 - 1.3.10.2 Altersspezifische Effekte – 27
- 1.4 Kommunikation in der Vorsorge – 28**
- 1.4.1 Personalisierung der Kommunikation – 29
 - 1.4.1.1 Berücksichtigung psychologischer Kriterien – 29
 - 1.4.1.2 Die Patienten Journey – 30
 - 1.4.2 Technologische Aspekte – 31
 - 1.4.2.1 Automatisierter Kommunikationsprozess – 33
 - 1.4.3 Programmplanung – 34
 - 1.4.3.1 Aspekte und Rahmenbedingungen – 34
 - 1.4.4 Ganzheitliche Ansätze – 35
 - 1.4.4.1 Personalisierung – 35
 - 1.4.4.2 Longitudinales Programm Design – 36
 - 1.4.4.3 Einbindung von Partnern – 36
- 1.5 Beispiele aus Forschung und Markt – 37**
- 1.5.1 Derzeitige Patienteneinladungsprogramme – 38
 - 1.5.1.1 Felix-Burda-Stiftung – 38
 - 1.5.1.2 Stiftung Lebensblicke – 38
 - 1.5.2 Attraktive Komponenten in anderen Bereichen – 39
 - 1.5.2.1 BJ Fogg – Kleine Schritte bei der Verhaltensänderung – 39
 - 1.5.2.1.1 Zur Person – 39
 - 1.5.2.1.2 Relevanz für die Vorsorge – 39
 - 1.5.2.2 Dan Ariely – Irrationalität der Entscheidungsfindung – 40
 - 1.5.2.2.1 Zur Person – 40

- 1.5.2.2.2 Relevanz für die Vorsorge – 40
- 1.5.2.3 Daniel Kahneman – Die Vorherrschaft der Intuition bei Entscheidungen – 41
 - 1.5.2.3.1 Zur Person – 41
 - 1.5.2.3.2 Relevanz für die Vorsorge – 41
- 1.5.2.4 Pharma Industrie – Adaptive automatische Unterstützungssysteme – 41
 - 1.5.2.4.1 Global Behavior Study – 41
 - 1.5.2.4.2 Relevanz für die Darmkrebsvorsorge – 42
- 1.5.2.5 Krankenkassen/Stiftungen – Gender und Typ-spezifische Ansprache – 42
 - 1.5.2.5.1 Gender – spezifisch – 42
 - 1.5.2.5.2 Typ- spezifisch – 42
 - 1.5.2.5.3 Relevanz für die Darmkrebsvorsorge – 42
- 1.5.2.6 TRUER Health | News360 | SMART News – USA – Personalisierte Zusammenstellung von Nachrichten und Angeboten – 43
 - 1.5.2.6.1 News360 – 43
 - 1.5.2.6.2 SMART News – 43
 - 1.5.2.6.3 TRUER Health – USA – 43
 - 1.5.2.6.4 Relevanz für die Vorsorge – 43
- 1.5.2.7 WELLTOK (USA) – Holistischer Ansatz und Communities – 43
 - 1.5.2.7.1 Der Ansatz von Welltok – 43
 - 1.5.2.7.2 Relevanz für die Vorsorge – 43
- 1.5.3 Fazit – 44

1.6 Quo Vadis Vorsorge – 44

Literatur – 45

1.1 Prolog – denken reicht nicht

Irrationalität spielt bei persönlichen, wirtschaftlichen und politischen Entscheidungen nicht nur irgendeine Rolle, sondern oft die Hauptrolle. Oder um mit der britischen Hirnforscherin Baroness Susan Greenfield zu sprechen:

» „Logik ist das Letzte, was das Gehirn tut.“
(Baroness Susan Greenfield)

Dies wird noch deutlicher in den Forschungsergebnissen von Nobelpreisträger Daniel Kahneman, der die Funktionsweise des menschlichen Hirns und seine Entscheidungsprozesse untersucht hat (Kahneman 2012). Im Hinblick auf die Basis der vermeintlich wohlfundierten persönlichen Entscheidungen beim Thema Vorsorge ist die Ignoranz dem eigenen Nicht-Wissen gegenüber, ein großes Hindernis.

» „Unsere beruhigende Überzeugung, dass die Welt Sinn macht, beruht auf einer sicheren Grundlage: unserer nahezu unbegrenzten Fähigkeit, unsere Ignoranz zu ignorieren.“ (Daniel Kahneman in ‚Thinking, Fast and Slow‘)

Entscheidungen zur Vorsorgeplanung werden – wie fast alle Entscheidungen – intuitiv gefällt. Will man hier Einfluss nehmen, muss man auf **diesen** Kanal ‚einzahlen‘, etwa mit Möglichkeiten relevante Erfahrungen und Erlebnisse zu machen. Diese beeinflussen dann im Nachhinein die Intuition als Hauptinstanz der Entscheidung.

Durch die ‚rationale‘ Vordertür kommt man meist ‚nicht rein‘. Personen lassen sich eben nicht hinreichend über rationale Argumente und Kampagnen steuern. Die Vermittlung von Informationen zur Vorsorge sollte deshalb breiter aufgestellt werden. Erfahrungskomponenten und psychologisch basierte, früher ansetzende Lernmuster sind bei der Einbettung der Thematik in

den Lebenskontext der Zielpopulationen zu berücksichtigen.

Dieses Kapitel soll Mut machen das Problem der unzureichenden Inanspruchnahme der Darmkrebsvorsorge in einem breiten, psychologisch basierten Kontext neu zu betrachten. Wir geben hier Beispiele einiger heuristisch basierter Ansätze im Populationsmanagement, die im Sinne Kahnemann’s die Intuition der Individuen stärken und diese dann in Richtung einer individuell gereiften Entscheidungsfindung nutzen.

1.2 Der Kontext

1.2.1 One Size Doesn’t Fit All

Vorsorge findet im Spannungsfeld von Anspruch und Verpflichtung statt. Neben den rationalen und Fakten basierten Aspekten geht es um das Empfinden und Erleben des Einzelnen bei der Entscheidungsfindung.

Das Menschen hier extrem unterschiedlich sind und der „one-size-fits-all-approach“ nicht funktioniert, kommt langsam im Bewusstsein derer an, die sich um die Compliance von Patienten bemühen. Bei Experten ist dies bereits ‚Old School‘. Ist man auf der Ebene der individuellen Persönlichkeit angekommen, so wird man mit der nächsten traditionsgefestigten Annahme (Denk-Blockade?) konfrontiert.

Wird nach Lösungen für Probleme gesucht, welche man im Bereich der menschlichen Psyche verortet, so wird in der Psychologie – traditionell – eher nach einer **monokausalen** Lösung gesucht. Dies impliziert auch die Suche nach der **einen** Methode für eine erfolgreiche Bewerbung der Darmkrebsvorsorge.

Das hat in der Vergangenheit nicht zufriedenstellend funktioniert und wird höchstwahrscheinlich auch die Zukunft nicht **die** Idee zu Tage fördern, die die **eine** Antwort bringt.

Das Gute ist: Moderne Erkenntnisse der Psychologie, sowie moderne Online Technik, machen nicht nur einen individualisierten Ansatz, sondern zusätzlich auch noch eine Differenzierung auf der Ebene der Persönlichkeit möglich. Es ist also nicht utopisch oder gar unethisch, sondern geradezu eine Verpflichtung die neuen Möglichkeiten für die Promotion der Vorsorge optimal zu nutzen.

Wir müssen die multi-kausalen Zusammenhänge besser verstehen, wenn wir die Ursachen einer „Nicht-Entscheidung“ im Themenbereich Darmkrebsvorsorge adressieren wollen. Hierfür braucht man allerdings eine Theorie (oder Theorien), die multikausale Analysen ermöglicht und einen rein heuristischen Ansatz ergänzen hilft. Einen vielversprechenden Versuch liefert hier J. Kuhl (2001) mit seinem Modell, das menschliches Verhalten verstehbar macht und viele Anregungen für eine differenzierte Intervention liefert.

Daneben muss die Darmkrebsvorsorge vielleicht auch anders positioniert werden um besser in gelernte, persönliche Entscheidungsmechanismen integriert werden zu können.

Ein Beispiel einer etablierten Positionierung in das allgemeine Gesundheitsverhalten liefert die zugegebenermaßen weniger ernste Rolle der Zahnpflege. Hier ist die (mindestens) jährliche Kontrolluntersuchung weitgehend praktizierter Standard. Es kommt es zu keiner psychologischen Interferenz. Das Thema Darmkrebsvorsorge wird jedoch vollkommen anders erlebt. Vielleicht ist hier eine Möglichkeit dem Thema Darmkrebsvorsorge (analog der jährlichen Untersuchung zur Karies und Gingivitis Kontrolle) eine persönliche Aufgabe der routinemäßigen persönlichen „Darmpflege“ (analog der Zahnpflege) anbei zu stellen. So könnten auch Themen wie Biom-Biologie, Ernährung und sportliche Aktivität im Kontext einer notwendigen Vorsorge **gelebt** werden. Der Vorsorgeuntersuchung würde so die Rolle einer meist positiven Bestätigung einer gut praktizierten „Darmpflege“ zukommen. Aber wir greifen vor – dazu später mehr.

1.2.2 Situation und Zielkorridor

Darmkrebs ist eine häufige Erkrankung. In Deutschland trifft die Diagnose jährlich fast 70.000 Menschen von denen ca. 9000 (13 %) daran sterben. Dabei ist bei keiner anderen Krebsart die Versorgung und frühzeitige Intervention so effektiv. Allerdings scheuen immer noch viele Menschen die Vorsorge. Sie schämen sich bzw. fürchten die Darmspiegelung (Koloskopie).

Die geringe Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, insbesondere bei Männern, ist wegen der Biologie des Darmkrebses ein dringendes Problem. Männer werden früher diagnostiziert und haben im Screening-Alter weiter fortgeschrittene Adenome (Kolligs et al. 2011).

Eine Änderung des Einladungsverfahrens könnte sich sowohl auf die Inzidenz als auch auf die Mortalität von Darmkrebs bei Männern und auf das deutsche Gesundheitssystem im Allgemeinen positiv auswirken, da das verbesserte Verfahren Kosten spart: Das Screening ist billiger als die Behandlung von fortgeschrittenem Darmkrebs (Kolligs et al. 2011; Sonnenberg et al. 2000). Es wird produktivere Arbeitsjahre fördern und die Stabilität für den Ruhestand verbessern.

Die 20 Mio. Anspruchsberchtigten auf eine routinemäßige Darmkrebsvorsorge sollen laut Votum des Gemeinsamen Bundesauschuss (GBA) in die Lage versetzt werden, eine informierte Entscheidung auf Basis evidenzbasierter Information über Nutzen und Schaden der Darmkrebsfrüherkennung und -vorsorge zu treffen. Hier greift auch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (in Kraft seit April 2013).

Der Gesetzgeber hat also beschlossen, von einem opportunistischen zu einem organisierten Einladungsverfahren überzugehen. Man muss diesen Impuls nutzen, um einen effektiven und wissenschaftlich validierten Einladungsprozess zu entwickeln.

Allerdings greifen sowohl Gesetz als auch Votum des GBA in Richtung evidenzbasierter Informationspolitik zu kurz, da bewiesenermaßen mit reiner Informationsübermittlung die Akzeptanzraten bisher nicht wesentlich gesteigert werden konnten. Was fehlt sind individuell adäquate, personalisierte und vor allem psychologisch basierte Kommunikationsmodelle.

Diesen hohen Anforderungen können die klassischen Formen von Patienteninformations- und Begleitprogrammen nicht mehr gerecht werden. Das neue Handlungsfeld ist die Verbesserung der persönlichen Patientenorientierung. Hier ist ein individuell niederschwelliger Zugang zum Themenbereich und eine Unterstützung der persönlichen, oft in vielen Schritten und meist nicht rational ablaufenden Entscheidungsprozesse gefragt.

Patientenorientierung beinhaltet auch die Frage nach der Lebensqualität des Patienten. Zum einen die der subjektiv erlebten Gesundheit und zum anderen die Einstellung gegenüber einer geplanten Intervention wie der Koloskopie und der damit verbundenen gesicherten oder auch verbesserten (empfunden oder real) Lebensqualität.

Durch die neuen digitalen Möglichkeiten sind viele Patienten besser ausgestattet als früher, doch gilt es, dieses Potenzial strukturiert zu nutzen und in neuen Kommunikationsmodellen zu realisieren, die deutlich jenseits einer reinen Informationsübermittlung liegen und auch longitudinal gestaltet werden können.

Natürlich muss die Ansprache und Begleitung viele unterschiedliche Personengruppen erreichen **und** bewegen. Deshalb muss der Ansatz ‚bunt‘ sein und eine Vielfältigkeit der Ansprache erlauben. Zum Beispiel muss man Angst mit vertrauensbildenden Maßnahmen begegnen und Unsicherheit mit niederschwelliger Information beantworten.

1.2.3 Einbettung der Vorsorge

Es ist extrem wichtig zu realisieren, dass die Vorsorgeplanung der Einzelnen in deren ganz persönlichen Erfahrungs- und Lebensbereich, entlang ihrer individuell sehr unterschiedlichen psychologischen Charakteristika eingebettet ist.

Wenn wir die Psychologiebasierten Möglichkeiten ausloten um eine neue Wahrnehmung und einen anderen Umgang mit dem Thema Vorsorge zu erreichen, müssen wir diese deshalb im Kontext zahlreicher anderer persönlicher Einflussfaktoren wie Gesundheitszustand, sozialem Umfeld, Bildung, Kultur, Absicherung, u. v. a. m. begreifen.

Man kann die psychologischen Einflussfaktoren zur persönlichen (Neu)Orientierung in Richtung Vorsorge in drei große Gruppen einteilen:

1. Kognitive Orientierung

Hierhin gehören Bildungsinstrumente, die den Erwerb von Wissen und Fähigkeiten durch die Personalisierung von Inhalten anregen und erleichtern. Dazu gehören die personalisierte Präsentation von Websites und Online Kommunikationen, sowie die personalisierte Empfehlung von qualitativ hochwertigen Lernvideos aus proprietären oder offenen Datenbanken.

2. Soziale Unterstützung

Hierzu zählen Online Angebote, die den Austausch zwischen Angehörigen und/oder Betroffenen entweder im 1-zu-1-Modus oder in Gruppen erlauben. Die fortgesetzte Auseinandersetzung mit anderen Personen fördert ein Gruppengefühl, wodurch die Identifikation mit dem Thema und damit die Motivation, über einen längeren Zeitraum „am Ball“ zu bleiben, gestärkt werden.

3. Emotionale Fundierung

Hierin gehören Maßnahmen zur Akquise und Stärkung der persönlichen

Ressourcen der Patienten. Es ermöglicht es den Patienten, sich mit selbst gewählten Referenzgruppen zu vergleichen und im Sinne einer Selbstbeobachtung (Thema „Achtsamkeit“ – Mindfulness) zu lernen, idiosynkratische Risikomuster zu erkennen und zu vermeiden.

1.3 Charakterisierung der Person

1.3.1 Rolle der individuellen Persönlichkeit für zukünftige Methoden der Darmkrebsvorsorge

» „Ein Großteil des Lernens resultiert nicht aus Unterrichtung. Es ist vielmehr das Resultat einer ungehinderten Teilnahme an relevanter Umgebung.“ (Ivan Illich 1972)

Der Philosoph Ivan Illich formulierte diese Sätze als Reaktion auf das Überschätzen der klassischen Form der Wissensvermittlung und Unterweisung und das Unterschätzen des informellen Lernens. Informelles Lernen meint lernen in Lebenszusammenhängen.

Wäre Darmkrebsvorsorge ein Thema in der Schule so würde man formulieren: Es kommt auf den pädagogischen Rahmen, die Personen, ihre Haltung, ihre Interaktionen, Beziehungen, die richtige Mischung, sowie die persönliche und gesellschaftliche Relevanz der flankierenden Themen an.

Jahrzehnte nach Illich zeigen Untersuchungen, dass der Anteil des Informellen Lernens bis zu 70 % des Gesamtlernerfolgs einer Unterweisung ausmachen kann (Brodowski 2009). In der Pädagogik ist also die Schaffung eines herausfordernden und motivierenden Gestaltungsrahmens entscheidend! – und in der Darmkrebsvorsorge? Auch hier kann „Teilhabe an relevanter Umgebung“ Bildung nah am Leben und seinen Herausforderungen bedeuten.

Eigentlich ist der „aufzuklärende Patient“ doch auch nichts anderes als ein Lernender.

Zukünftige Methoden und Instrumente der Darmkrebsvorsorge sollten für den Patienten die Möglichkeit bieten, das Thema ganzheitlich zu erfassen, selbstständig nach Lösungen für Probleme zu suchen und selbstorganisiertes und so informelles Lernen zu erleben. Sie sollten es dem Patienten ermöglichen dem Thema emotional nahe zu kommen und die Resonanz eigener bewusster und unbewusster Ressourcen zu spüren, wenn der Reiz des Themas diese von außen anregt.

Relevanz für den Einzelnen herzustellen, wird für absehbare Zeit die Herausforderung bleiben. Aber – um hier mal das Klischee zu bemühen: „Auch der längste Marsch beginnt mit dem ersten Schritt“. Ein solch’ erster Schritt könnte das „persönliche“ Kennenlernen der Zielgruppe sein, da die Herstellung einer relevanten Umgebung nur gelingt, wenn man ausreichend viel über seine Zielgruppe weiß. Was gilt es also von einer Person zu wissen und was bildet das, was wir Persönlichkeit nennen?

1.3.2 Persönlichkeit – Definitionen und Abgrenzungen

Der Versuch den Begriff ‚Persönlichkeit‘ zu definieren hat bereits viele Psychologen, Genetiker und Neurobiologen beschäftigt. Diese Definition hat sich durchgesetzt:

» Persönlichkeit ist die „Summe aller prägenden Eigenschaften eines Menschen“

Man begreift Persönlichkeit in gewissem Grad als ständig in Entwicklung und nicht als feststehendes Konstrukt von Wahrnehmungs- und Denkstrukturen, Kenntnissen und Fähigkeiten. Sie ist ein dynamisches Ordnungssystem, das es dem Individuum prinzipiell möglich macht, sich an Veränderungen und Anforderungen seines Umfeldes anzupassen.

Als Persönlichkeitsmerkmale werden Eigenschaften bezeichnet, die wissenschaftlich fundierte Beschreibungen und Voraussagen von individueller Wahrnehmung, Verarbeitung von Reizen und Verhalten ermöglichen. In der differenziellen Psychologie, die sich mit der genaueren Definition von Persönlichkeitsmerkmalen befasst, werden diese mit dem englischen Begriff „Traits“ zusammengefasst. Der Begriff „Traits“ grenzt zeitstabile Merkmale von den sogenannten „States“ ab, die den aktuellen, oft volatilen Zustand einer Person beschreiben.

Ein Merkmal, das häufig zur Beschreibung von Persönlichkeit herangezogen wird, ist „Offenheit für Neues“. Es verändert sich in der Regel nur langsam über die Lebenszeit und fällt unter die Kategorie Trait. Die „Aufmerksamkeit“ eines Menschen hingegen ist sehr flüchtig und verändert sich, z. B. über den Tag, mehrmals (= Kategorie „States“). Bei den folgenden Betrachtungen fokussieren wir auf die zeitstabilen Traits, die für die Vorsorgeplanung wegen ihrer Vorhersagbarkeit von größerer, praktischer Bedeutung sind.

Soll in medizinischen Studien der Einfluss von Persönlichkeit mitberücksichtigt werden, so wird häufig eine schriftliche Befragung durchgeführt. Das im Wissenschaftsbereich wohl etablierteste Modell erfasst fünf unterschiedliche Merkmale – die sogenannten „Big Five“. Das ursprünglich von L. Thurstone und G. Allport (1936) stammende Konzept wurde vielfach weiterentwickelt und gilt heute als Standardmodell in der Persönlichkeitsforschung. Nach dem ‚Big 5‘ Modell lässt sich die Persönlichkeit auf fünf Dimensionen projizieren:

- Offenheit für Erfahrungen (Aufgeschlossenheit)
- Gewissenhaftigkeit (Perfektionismus)
- Extraversion (Geselligkeit)
- Verträglichkeit (Rücksichtnahme, Kooperationsbereitschaft, Empathie)
- Neurotizismus (emotionale Labilität und Verletzlichkeit)

Für alle Persönlichkeitsmodelle gilt die Annahme, dass sämtliche Eigenschaften, die

Menschen in ihrer Wahrnehmung, ihrem Denken, Fühlen und Verhalten unterscheiden, in allen Menschen vorhanden sind, allerdings in unterschiedlicher Ausprägung.

Zusätzlich zu den Persönlichkeitsmerkmalen formt das „Identitätsgefühl“ die Persönlichkeit. Identität beantwortet die Frage: „Wer bin ich?“. Identität ist ein Akt sozialer Konstruktion: Die eigene Person oder eine andere Person wird in einem Bedeutungsnetz erfasst. Menschen entwickeln nicht nur eine persönliche Identität aufgrund ihrer Eigenschaften – sondern auch eine soziale: als Mitglieder von Familie, Gruppen, usw. in denen sie bestimmte Rollen einnehmen und wo bestimmte Normen und Werte gelten. Der Psychoanalytiker Erik H. Erikson postulierte, dass Menschen ein inneres Bild von sich als Persönlichkeit entwickeln und Vorstellungen von dem, was sie gerne sein wollen (Erikson 1966). Im Idealfall stimmt das Selbst-Bild mehr oder weniger mit dem ‚Fremdbild‘ des sozialen Umfeldes überein; es ist für Menschen wichtig, hier eine Kohärenz anzustreben.

Die Ausprägung von Persönlichkeit und Identität ist immer eingegliedert in die Kultur, in der jemand lebt. Daneben spielt auch das Geschlecht eine Rolle. Auch wenn diese Erkenntnis sich in der Wissenschaftswelt langsamer etabliert als in vielen anderen Lebensbereichen – Männer und Frauen sind verschieden.

Wie stark auch die individuellen Grundbedürfnisse eines Menschen seine Situation beeinflussen, demonstrierte Abraham Maslow mit seiner berühmten Bedürfnispyramide (s. □ Abb. 1.1).

Es ist wichtig den Entwicklungsweg im Wesentlichen als stufenartiges Fortschreiten über Zwischenziele der Bedürfnispyramide zu betrachten. So kann Angst oder Alleinsein zur Barriere werden, die die Wirkung anderer Motivatoren buchstäblich zurückdrängt. Beseitigt man die Barriere werden Entwicklungskräfte frei für höhere Ziele, die ein weiterer Aspekt von Persönlichkeit sind.