

Darmkrebs und Darmkrebsvorsorge – eine soziale Frage?

Die Darmkrebsvorsorge in Deutschland ist effektiv. Das zeigt sich daran, dass seit 2002 die Inzidenz- und Mortalitätsraten des Kolorektalen Karzinoms (KRK) sinken. Zum 1. Oktober 2002 wurde die Darmkrebsvorsorge für Bürger der GKV etabliert. Dennoch bleibt zu konstatieren, dass die jährliche Teilnehmerate an Maßnahmen der Darmkrebsvorsorge (FIT = immunologischer Stuhltest und Vorsorgekoloskopie) verbesserungswürdig ist. So berichtet die AOK Rheinland/Hamburg (Stand 2019), dass sich nur 14 % ihrer Versicherten innerhalb der ersten 5 Jahre nach dem 55. Geburtstag einer Vorsorgekoloskopie unterzogen und 9.2% an einem Stuhltest teilgenommen haben (1).

Welche Faktoren beeinflussen die Teilnehmerate?

In der Kommunikation der Darmkrebsvorsorge gehen die meisten von einem Menschenbild des „informierten“ und selbst bestimmten Bürgers aus. Dem Informationsmaterial des GBA ist ein solches Menschenbild hinterlegt, unsere Motivationskampagnen verfolgen einen solchen Ansatz. Spätestens die „Corona-Pandemie“ macht jedoch deutlich, dass dieses Menschenbild und eine entsprechende medizinische Aufklärung einen Teil der Gesellschaft nicht erreicht. Der Anteil liegt schätzungsweise bei ca. 30% und ist deshalb epidemiologisch relevant. Gründe für „das Nichterreichen“ dieses Bevölkerungsanteils sind vielfältig. Sie liegen in einer medialen Entkopplung, sprachlicher Inkompetenz, kultureller Abgeschiedenheit und fehlender Gesundheitskompetenz (2). Eine bedeutsame Ursache für diese Entwicklung liegt in der sozioökonomischen Lage der Betroffenen. Dies zeigen aktuelle Untersuchungen.

Deutsche Erfahrungen

Eine Arbeitsgruppe um Hermann Brenner (DKFZ Heidelberg) hat zusammen mit dem Hamburger Krebsregister die Krebshäufigkeit und das Überleben für Darm-, Brust-, Lungen- und Prostatakrebs in den letzten Jahren untersucht. Dazu wurde Hamburg in 104 Stadtbezirke unterteilt und dortigen Bewohner durch einen Sozialindex charakterisiert. Dieser berücksichtigte die Wohnsituation, das Ausmaß der jeweiligen Arbeitslosigkeit und der Sozialunterstützung (Hartz IV, Wohngeld, etc.) sowie das Haushaltseinkommen. Das Ergebnis: In den sozioökonomisch stärksten Vierteln (mit dem besten Sozialindex auf einer 5-stufigen Skala) betrug die 5-Jahres-Überlebenszeit für Darmkrebs 72.9%, in den ärmsten Vierteln lag die Rate nur bei 62.1%. Der Darmkrebs (aber auch alle anderen untersuchten Tumoren) wurden in den reichsten Stadtteilen häufiger in einem prognostisch günstigeren UICC Stadium als in der Gruppe mit dem niedrigsten Sozialindex diagnostiziert. Im Zeitraum von 14 Jahren (2004-2018) änderte sich an dieser Differenz von ca. 10% nichts. Als Ursache für die Ungleichheit werden eine höhere Arztaffinität, bessere Gesundheitskompetenz und dadurch bedingte höhere Teilnehmerate an Vorsorgeprogrammen diskutiert (3). Die Ärztezeitung fasste diese Erkenntnis unter dem Titel „Mit Krebs lebt man länger in der Elbchaussee“ zusammen (ÄZ, 5.3.2021, 7). Die „taz“ weist in einer eindrucksvollen Sozialreportage unter dem Titel „Die geteilte Stadt“ auf die ungleiche medizinische Versorgung zwischen dem ärmsten Stadtteil „die Veddel“ und „Blankenese“ hin (taz, 29/30.5.2021, 20-22).

Eine aktuell publizierte Studie aus Niedersachsen beschäftigt sich mit den „Determinanten der Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen beim kolorektalen Karzinom in Deutschland“. In dieser Untersuchung werden ca. 1.4 Millionen Daten der AOK aus den Jahren 2014-2016 ausgewertet, die die Teilnahme am Guajak basierten Stuhltest (gFOBT)

und an der Vorsorgekoloskopie erfasst. Das Ergebnis: mit zunehmendem Lebensalter sinken die Teilnahmeraten für Männer und Frauen. Frauen erreichen höhere Teilnahmeraten als Männer. Bei Männern nimmt die gFOBT-Teilnahme im Alter zu. Türkische Mitbürger unterziehen sich weniger Vorsorgekoloskopien, aber mehr gFOBT als Deutsche. Die Teilnahmeraten sind von der sozialen Lage (Arbeitslose) und der Bildung abhängig (4).

Erfahrungen aus dem europäischen Ausland

Die Niederlande setzen in ihrer Darmkrebsvorsorge primär auf eine schriftliche Einladung, den beigefügten (FIT) und auf ein Recallsystem der Bürger. Das seit 2014 bestehende Programm erscheint sehr erfolgreich. Jährlich nehmen senden > 70% der adressierten Bürger ihren Stuhltest zurück. Eine noch nicht veröffentlichte Studie untersucht den Einfluss des sozioökonomischen Status der Bürger auf die Teilnahmerate in diesem Vorsorgeprogramm. Die Angaben beziehen sich auf die Jahre 2014/15, legen eine methodisch etablierte 5 -stufige Schichtung der holländischen Gesellschaft (Quintile) zugrunde und differenzieren diese geographisch nach Postleitzahlen. Das Ergebnis: die Teilnahme an dem Stuhltest ist in den ökonomisch bestgestellten 3 Quintilen am größten und am niedrigsten in der am niedrigsten eingeschätzten Quintile (75.1% vs. 67.0%). Gleichzeitig ist die Positivrate des Stuhltestes in der letztgenannten Gruppe am höchsten (7.2% vs. 5.8%). Und wie viele Leute nehmen nach positivem Stuhltest eine Abklärungskoloskopie in Anspruch? 82.4% der 2. Quintile, aber nur 75.8% der 5. Quintile. Dabei finden sich in der letzteren Gruppe 4% Karzinome nach positivem Test, in der ökonomisch am besten gestellten Gruppe nur 3.3%. Zusammenfassend heißt dies: sozioökonomisch schlechter gestellt Bürger nehmen seltener an der Darmkrebsvorsorge teil, haben eine höhere Positivitätsrate beim FIT, nehmen aber seltener die notwendige Abklärungskoloskopie in Anspruch. Bei denen, die teilnehmen ist die Karzinomrate höher als in der bestgestellten sozialen Schicht.

Dennoch erscheint die Partizipation der Bürger durch das nationale Einladungsverfahren – verglichen mit Deutschland - mit Ankündigung, Verschicken des FIT und Reminder relativ effektiv, auch um sozialökonomische Differenzen zumindest zu reduzieren. Möglicherweise könnte die zusätzliche Einbeziehung der Hausärzte in dieses Programm (zur Aufklärung, Beratung und Motivation) noch mehr zum sozialen Ausgleich der Teilnahmerate beitragen. Daten aus Italien und Großbritannien weisen – soweit erfasst – ebenfalls auf sozioökonomische Unterschiede und regionale Differenzen hin (5).

Analysen einer deutschen Krankenkasse

Pro Jahr erhalten etwa 490.000 Menschen in Deutschland die Diagnose Krebs. Ärmere Menschen erkranken deutlich früher als Menschen, die ein höheres Einkommen haben. Das zeigt ein Report der AOK Rheinland/Hamburg (1): Wer arm ist, hat ein höheres Gesundheitsrisiko. Doch wie stark das Risiko, an Krebs zu erkranken, mit dem sozioökonomischen Status verknüpft ist, überrascht dennoch. Dies betrifft alle Krebsarten, Geschlechter unabhängig. Für die Auswertungen zum Alter der Ersterkrankung wurden alle Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg betrachtet, die im Zeitraum 2017 bis 2019 erstmalig an Krebs erkrankten. Dies waren mehr als 81.000 Versicherte. Der Sozialstatus wurde durch das Rentenniveau abgebildet. Für diesen Aspekt wurden nur die Daten der Rentner und Rentnerinnen ausgewertet (vergl.: Abbildung 1 und 2).

Demnach erkrankten Frauen, die mit einer monatlichen Rente von weniger als 800 Euro auskommen müssen, im Schnitt erstmals mit 74.1 Jahren an Darmkrebs. Frauen mit einer Rente über 1.600 Euro sind dagegen im Mittel 80.1 Jahre alt. Liegt das Einkommen dazwischen, ist das durchschnittliche Erkrankungsalter bei 77.6 Jahre. Männer erkranken mit vergleichbaren Einkommensgrenzen mit 71.3 bzw. 77.6 Jahren und 73.5 Jahren.

Rentenhöhe	< 800 €	800-1600 €	> 1600 €	
Frauen	74.1	77.6	80.1	Jahre
Männer	71.3	73.5	77.6	Jahre

Tbl. 1: Darmkrebsalter und Rentenhöhe bei AOK-Patienten (nach 1)

Warum haben Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status ein höheres Risiko, an Krebs zu erkranken?

Als ein sehr wichtiger Faktor für die Entstehung von Krebs gilt - neben genetischen Einflüssen und Umweltbelastungen - ein ungesunder Lebensstil. Bei ärmeren Menschen häufen sich die Gesundheitsbelastungen und damit die Risikofaktoren für Krebs, andere Erkrankungen und Infektionen. Der Anteil der Raucher und Raucherinnen ist in dieser Bevölkerungsgruppe höher, sportliche Aktivitäten sind weniger verbreitet, während zugleich das Ernährungsverhalten "ungünstiger" ist und Adipositas häufiger vorkommt. "Zum einen haben sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit sowie ihrer Wohn- und Lebensverhältnisse oftmals ein höheres Infektionsrisiko. Zum anderen leiden sie häufiger an Vorerkrankungen und weiteren Faktoren, die schwere Krankheitsverläufe begünstigen", erklärt AOK-Rheinland/Hamburg. Zudem nehmen sozial schwächer gestellte Menschen weniger an Krebsvorsorgeprogrammen teil. Dabei sind Frauen Vorsorgeangeboten eher aufgeschlossen als Männer.

So macht z.B. nur knapp jede zweite Frau, die Anspruch auf ein Mammografie-Screening hat, auch davon Gebrauch. Bei Arbeitnehmerinnen sind es 54.9%, während sich nur 43% der Frauen, die „Hartz IV“ beziehen, untersuchen lassen.

Die verschiedenen Angebote zur Krebsvorsorge nutzen im Schnitt nur etwa 20 Prozent der berechtigten Männer. Auch hier spielt der Sozialstatus eine Rolle: 19.8% der Arbeitnehmer machen die spezielle Krebsfrüherkennung für den Mann, bei den „Hartz IV“-Beziehern sind es lediglich 14%. (1)

Durch Maßnahmen der Primärprävention und die Einhaltung allgemeiner Empfehlungen, die einen gesunden Lebensstil beinhalten kann das Darmkrebsrisiko - *unabhängig* vom genetischen Risiko - um fast 50% senkt werden. Das belegen internationale Studien. Dazu gehören: Nichtrauchen, geringer Alkoholkonsum, gesunde Ernährung (Kohlenhydrat- und Fleischreduktion), körperliche Aktivität (5x30 Minuten/pro Woche) sowie ein normales Körpergewicht (6). Diese Empfehlungen individualisieren die Verantwortung, berücksichtigen aber nicht die sozioökonomische Lage der Menschen. Bei Nichteinhaltung der Empfehlungen wird ein „schuldhaftes Verhalten“ suggeriert. Die Individualisierung der Empfehlungen greift damit zu kurz, wenn gesellschaftlich nicht zugleich die Werbung für Alkohol und Tabak abgeschafft wird und die Steuern auf diese Suchtmittel erhöht werden. Eine „gesunde Ernährung“ müsste mit einer Ernährungsausbildung schon in Kita und Schule beginnen und z.B. durch eine „Zuckersteuer“ ergänzt werden. Regelmäßige körperliche Aktivität kann nicht realisiert werden, wenn man 3 „Jobs“ benötigt, um ein auskömmliches Einkommen zu erzielen.

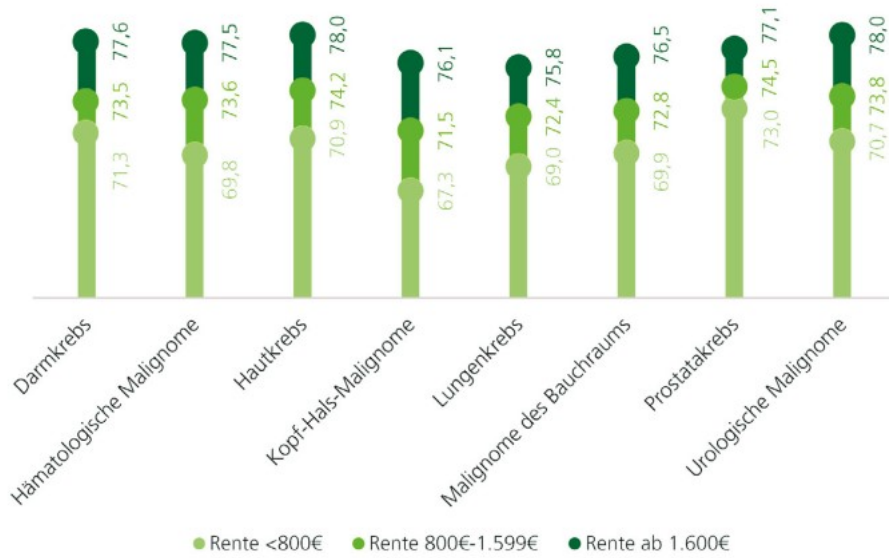
Die Auswertungen der AOK legt die These nahe, dass sich durch den Abbau sozialer Ungleichheit und einer gezielten Stärkung der individuellen Gesundheitsressourcen die Entstehung von Krebs hinauszögern lasse. Um sozial schwächeren Bürgern und Bürgerinnen den Zugang zu medizinischen Leistungen zu erleichtern, versucht die AOK Rheinland/Hamburg daher durch Stadtteil-Projekte wie etwa das Gesundheitsnetzwerk "die Kümmerei" in Köln-Chorweiler oder den "Gesundheitskiosk" in Hamburg-Billstedt eine bessere Primärprävention zu ermöglichen (7).

Ärztlicher(hausärztlicher)seits sollte es darum gehen, mehr Ressourcen für die Beratung über Primärprävention zu mobilisieren, z.B. auch durch Einbeziehung von MFAs, und Netzwerke zu etablieren, die auch marginalisierte Bürger/Patienten erreichen kann. In dem ärmsten Stadtteil in Hamburg „die Veddel“ hat sich eine hausärztliche geführte Poliklinik mit einer Hebammenpraxis und einem Verein als Dach aus kooperativen Diensten („Gruppe für Stadtteilgesundheit und Verhältnisprävention e.V.“) zusammengeschlossen, um diesen Anspruch zu realisieren (Ärztezeitung, 12.11.2021, 4-6). Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung sieht die Unterstützung solche Projekte vor.

Literatur:

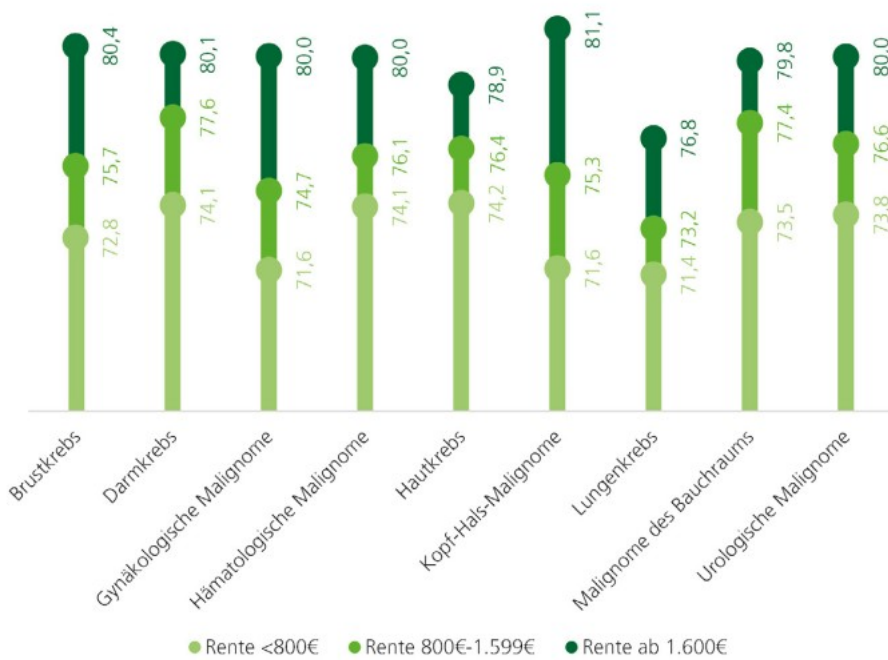
- (1) Onkologie-Report der AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf 2021
- (2) Schaeffer D, Brens E-M, Gille S et al.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Universität Bielefeld 2021
- (3) Jansen L., Erb C., Brenner H. et al: Socioeconomic deprivation and cancer survival in a metropolitan area: An analysis of cancer registry data from Hamburg, Germany. The Lancet Regional Health – Europe 4(2021) 100063, 1-8
- (4) Pardey N, Kreis K, Schmidt T et al. Determinants of colorectal cancer screening in Germany: a claims data analysis. Z Gastroenterol 2021;59:644-656
- (5) Expert workshop "Colorectal cancer screening programs – experiences from different European countries" (online meeting), Stiftung Lebensblicke, 8.12.2021
- (6) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 2.1,2019, AWMF Registriernummer 021/007OL
- (7) ZDF heute (17.11.2021) AOK-Report: Der Armutsfaktor bei Krebs

Dr. med. Dipl. rer. soc. Dietrich Hüppe
Co-Sprecher Fachgruppe Kolorektales Karzinom des bng
Vorstand Stiftung Lebensblicke
Wissenschaftl. Leiter des Deutschen Hepatitis C Registers (DHC-R))
c/o Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis Herne
Wiescherstrasse 20
44623 Herne
Mobil: 01714648966
Privat: hueppe.herne@t-online.de



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 1: Ersterkrankung nach sozialem Status 2017-2019 (Männer) (1)



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 2: Ersterkrankung nach sozialem Status 2017-2019 (Frauen) (1)