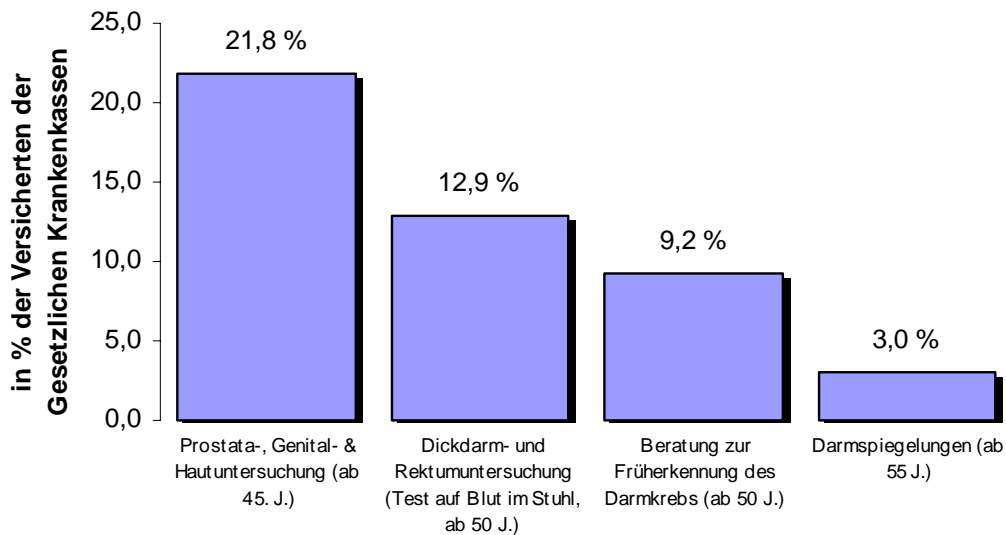


Bielefeld



Prävention & Früherkennung ausgewählter Krebserkrankungen von Männern

Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung von Männern 2005 in Bielefeld*



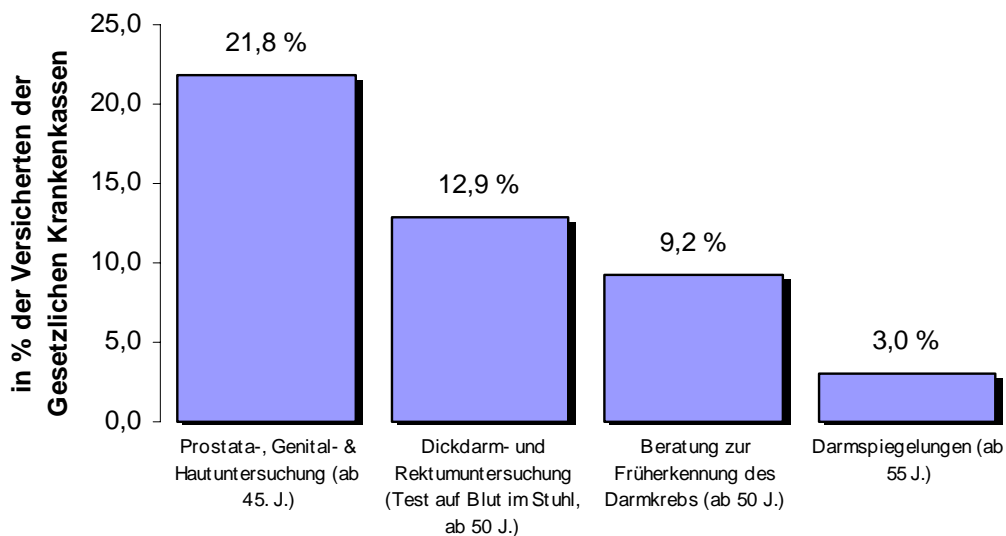
*Geschätzt. Quellen: KVWL, Statistisches Bundesamt, LDS, Iögd, Amt für Statistik & Wahlen, eigene Berechnungen.

Bielefeld



Prävention & Früherkennung ausgewählter Krebserkrankungen von Männern

Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung von Männern 2005 in Bielefeld*



*Geschätzt. Quellen: KVWL, Statistisches Bundesamt, LDS, Iögd, Amt für Statistik & Wahlen, eigene Berechnungen.

- Gesundheitsberichterstattung -

Impressum:

Herausgeberin:

Stadt Bielefeld

Dezernat 3, Umwelt und Gesundheit

Kommunale Gesundheitskonferenz

Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt

Gesundheitsberichterstattung

Postfach 33597 Bielefeld

Autorinnen und Autoren:

Dirk Cremer (Gesundheitsberichterstattung) und Heidi Robe (Praktikantin des Studiengangs Gesundheitskommunikation, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld)

Verantwortlich: Tim Kähler, Dezernent für Jugend, Soziales, Wohnen und Gesundheit

Redaktionsschluss: Februar 2007, Datenstand bis 2004, z.T. bis 2006.

Bestellungen:

Telefon: 0521/51-5022

Fax: 0521/51-3406

E-Mail: Gesundheitsamt@bielefeld.de

Internet: <http://www.bielefeld.de> (Stichwort Gesundheitsberichterstattung bitte in die Suchfunktion eingeben)

Vorwort

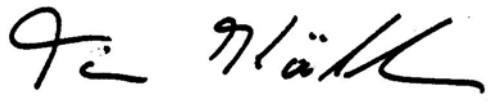
Dieser Gesundheitsbericht beschreibt mit Empfehlung der Kommunalen Gesundheitskonferenz im Auftrag des Sozial- und Gesundheitsausschusses des Rates der Stadt Bielefeld das Leistungsvermögen der Vorbeugung und Früherkennung für die Bielefelder Männer. Die Bielefelder Männer können mehr aus ihrer Gesundheit machen, insbesondere was die Vorbeugung und die Früherkennung der hier behandelten Krebserkrankungen anbelangt. Vorbeugung und Früherkennung haben aber auch ihre Grenzen, über die auch berichtet wird.

Ich wünsche mir, dass die in diesem Bericht zusammengetragenen Informationen dazu ermutigen, im Sinne der vereinbarten Handlungsempfehlungen sowohl an einer guten Veränderung der Strukturen der Männergesundheit in Bielefeld mitzuwirken, als auch Orientierung im Einzelfall zu leisten, so dass ein gesunder Mittelweg zwischen Möglichkeiten und Grenzen der Vorsorge eingeschlagen werden kann.

Ich möchte mich besonders bei den Vertreterinnen und Vertretern der nachfolgend genannten Institutionen bedanken, die bei der Erstellung des vorliegenden Berichts mitgewirkt haben. Im Einzelnen waren das:

- AG der Betriebskrankenkassen
- AG der Innungskrankenkassen
- Allgemeine Ortskrankenkasse
- Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e.V., Psychosoziale Krebsberatung
- Ärztekammer Westfalen-Lippe
- Barmer (sowie VdAK)
- Bielefelder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen
 - PSA-Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bielefeld
 - Prostata-Selbsthilfegruppe Bielefeld
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- Lögd NRW
- Männerwege GbR
- Obmann der Bielefelder Gastroenterologie

- Obmann der Bielefelder Urologie
- PatientInnenstelle im Gesundheitsladen Bielefeld e.V.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tim Kähler'.

Tim Kähler

Dezernent für Jugend, Soziales, Wohnen & Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	5
INHALTSVERZEICHNIS	7
EINLEITUNG	8
GESCHLECHTSSTEREOTYPEN UND GESCHLECHTSSPEZIFISCHE SOZIALISATIONEN - EINE SKIZZE	10
RAUCHEN	11
ALKOHOLKONSUM	11
ERNÄHRUNG	12
BEWEGUNG	12
WERBUNG FÜR PRÄVENTION UND KREBS-FRÜHERKENNUNG	13
STRUKTURELLE EINBETTUNG IN DIE GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG	14
STRUKTURELLE EINBETTUNG IN DIE BERUFS- UND FAMILIENARBEIT	14
PRÄVENTIONSAKTIVITÄTEN DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN	15
DAS KREBS-FRÜHERKENNUNGSPRO-GRAMM FÜR MÄNNER	17
RISIKOFAKTOREN, PRÄVENTION, FRÜHERKENNUNG & EPIDEMIOLOGIE AUSGEWÄHLTER KREBSERKRANKUNGEN VON MÄNNERN	19
BÖSARTIGE GESCHWÜLSTE DER HAUT	19
BÖSARTIGE NEUBILDUNGEN DER PROSTATA	22
BÖSARTIGE NEUBILDUNGEN DES HODENS	25
BÖSARTIGE NEUBILDUNGEN DES DICK- UND MASTDARMS	27
VERFAHREN ZUR STEIGERUNG DER TEILNAHME AN FRÜHERKENNUNGSPROGRAMMEN ...	30
HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	31
ANHANG	33
ANMERKUNGEN ZU DEN VERWENDETEN DATEN UND METHODEN	33
VERWENDETER KURZFRAGEBOGEN FÜR DIE KRANKENKASSEN	35
LITERATUR	37
WEITERE TABELLEN	39

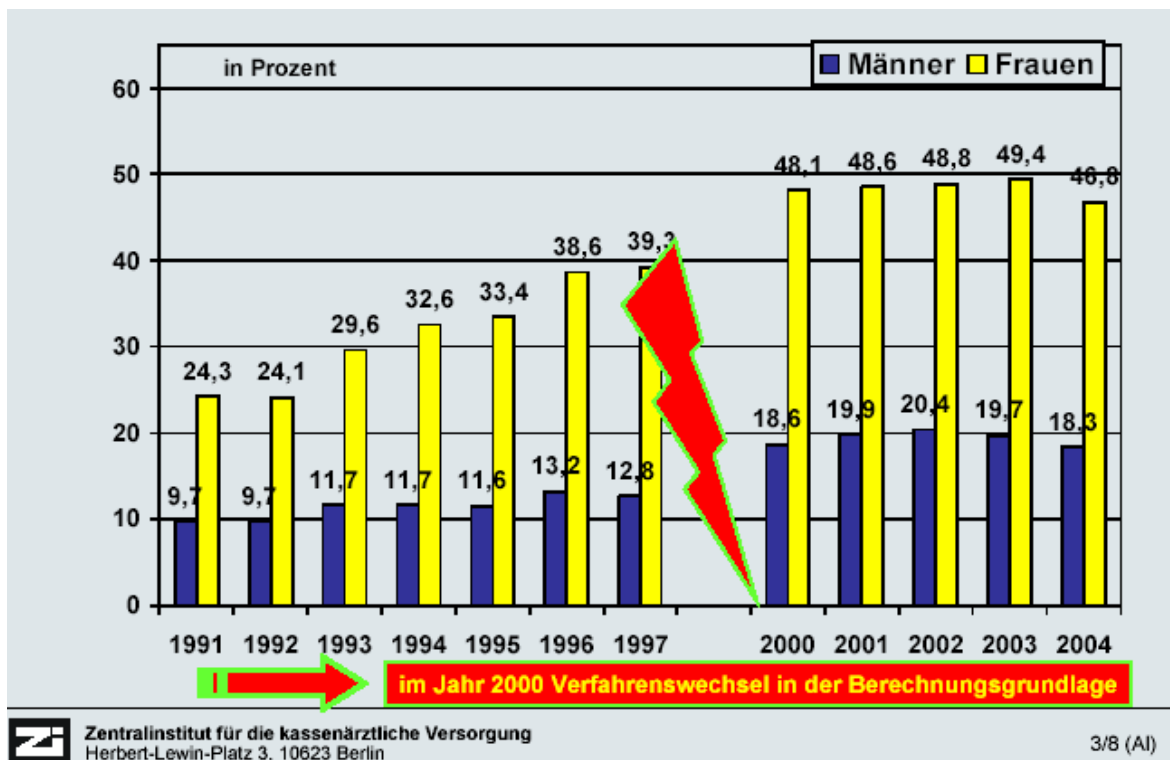
Einleitung

Die Krebs-Früherkennungsuntersuchungen wurden seit 1971 in der Bundesrepublik Deutschland für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt.

Im Jahr 2004 wurde die Krebsfrüherkennung bundesweit von 46,8% der

Konnte von 1991 bis 2003 bei beiden Geschlechtern überwiegend eine steigende Akzeptanz der Krebs-Früherkennung festgestellt werden, änderte sich dies 2004 durch die Einführung der Praxisgebühr. Die Teilnehmeraten sanken auf Größen wie Ende der neunziger Jahre, obwohl für Früherkennungsuntersuchungen keine Praxisgebühr entrichtet werden muss.

Abbildung 1 Teilnahme an den Früherkennungsprogrammen in der BRD



gesetzlich krankenversicherten Frauen in Anspruch genommen, aber nur von 18,3% der gesetzlich krankenversicherten Männer (Abbildung 1).¹

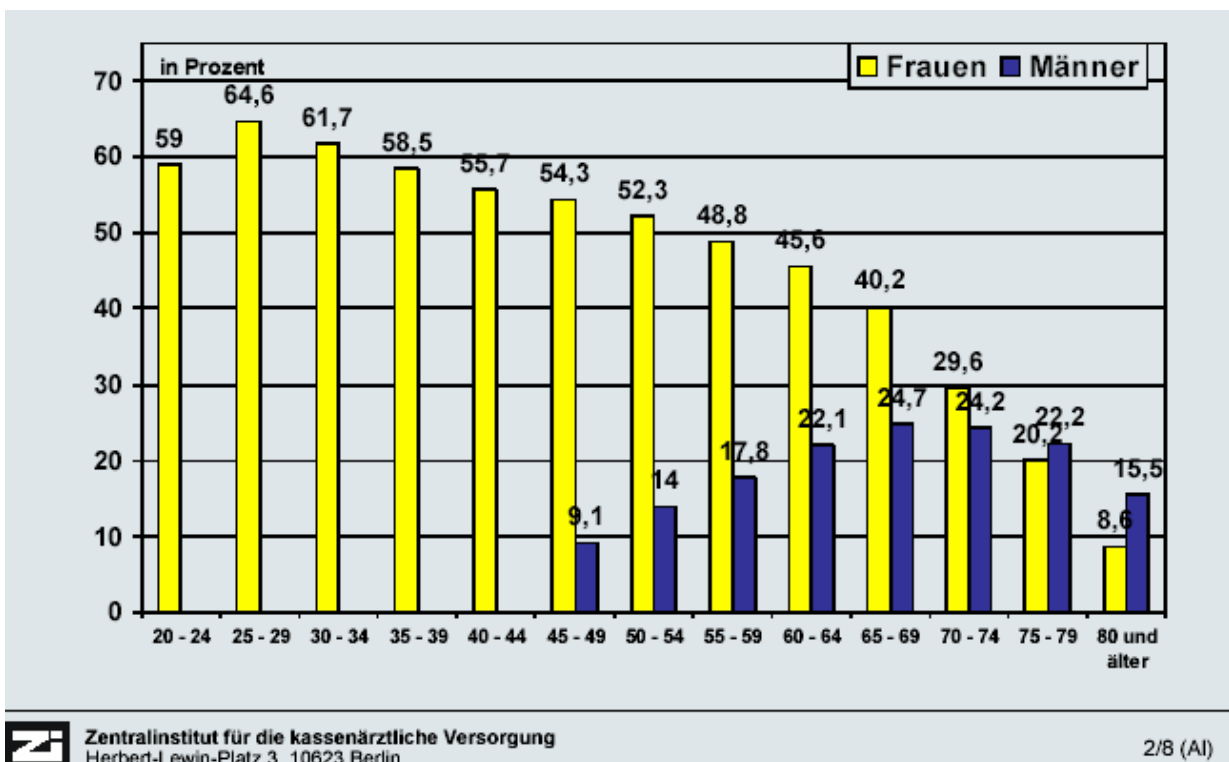
¹ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2005): Hochrechnung zur Akzeptanz von Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei gesetzlich Versicherten.

In der geschlechts- und altersspezifischen Betrachtung zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter die Teilnahme an den Krebs-Früherkennungsuntersuchungen unter Männern beständig zunimmt und 2004 im Alter von 65-69 Jahren mit 24,7% einen Höhepunkt erreicht (Abbildung 2). Danach verringert

sie sich. Unter Frauen wird bereits mit 25-29 Jahren der Altersgipfel erreicht (64,6%) und sinkt kontinuierlich mit zunehmendem Alter. Ab 75 Jahren ist die Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen seitens der Männer größer als seitens der Frauen.

Frauen und insbesondere nur ein Fünftel der Männer erreicht. Welchen Sinn macht die Primärprävention gegen Krebs im Rahmen des Früherkennungs-Programms? Der mit Empfehlung der Kommunalen Gesundheitskonferenz im Auftrag des

Abbildung 2 Teilnahmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen nach Alter in der BRD 2004



Trotz der bis 2003 festzustellenden, kontinuierlich steigenden Tendenz in der Teilnahme beider Geschlechter an der Krebs-Früherkennung, stellt sich die Frage, wie es kommt, dass die Krebs-Früherkennung, eine z.T. seit Jahrzehnten im Katalog der GKV verankerte Maßnahme der Primärprävention, alles in allem nur die Hälfte der

Sozial- und Gesundheitsausschusses erstellt, ausdrücklich geschlechtsspezifische Gesundheitsbericht, geht dieser Frage in Bezug auf Männer nach. Er führt schlaglichtartig Aspekte der geschlechtsspezifischen Sozialisatio-nen, der Geschlechtsstereotypen und geschlechtsspezifischen Sozialstruktu-ren an, insofern sie die Gesundheit betreffen, und bettet die Früherken-

nung im Rahmen der allgemeinen Prävention der Krankenkassen ein.

Zudem wird die jeweilige Früherkennung anhand eines Schemas der STIFTUNG WARENTEST bewertet, insofern es verfügbar ist. Zusätzlich wird das Ausmaß der Inanspruchnahme der jeweiligen Früherkennungsmethoden, der mit entsprechenden Krebserkrankungen krankgeschrieben, im Krankenhaus behandelten sowie verstorbenen Männer dargestellt. Dies erfolgt anhand von Bielefelder Daten. Sofern möglich, wird die Bielefelder Lage mit Minimal- und Maximalwerten aus den nordrhein-westfälischen, kreisfreien Städten verglichen.

Die Teilnahme an den Krebs-Früherkennungsuntersuchungen unterscheidet sich sozial nach ethnischer Gruppe sowie sozialer Schicht.² Diese Unterscheidungen werden hier jedoch überwiegend nicht berücksichtigt, weil entsprechende Daten für Bielefeld weitgehend nicht vorliegen und die ge-

² Scheffer, S.; Dauven, S.; Sieverding, M. (2006): Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland - Eine Übersicht, in: Das Gesundheitswesen, 68: 139-146 sowie Richter, M.; Brand, H. ; Rössler, G. (2002): Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW, in: Das Gesundheitswesen 64, 417-423.

schlechtsspezifische Betrachtung den Schwerpunkt bildet.

Geschlechtsstereotypen und geschlechtsspezifische Sozialisati- onen - eine Skizze³

Von Vorbeugung (Prävention) spricht man, wenn man Menschen zu einem Lebensstil motiviert, der sie vor Krankheiten - auch Folgeerkrankungen - schützt (verhaltensbezogene Prävention). Eine andere Ebene der Prävention bezieht sich auf die Inanspruchnahme der Vorsorgemöglichkeiten im Gesundheitssystem. Nur wenn deren Strukturen entsprechend ausgerichtet sind, ist eine gute Prävention möglich (verhältnisbezogene Prävention).⁴ Geschlechtsspezifische Unterschiede können in beiden Präventionsbereichen festgestellt werden. Im Falle des Verhaltens wird das sog. „doing gender“, d.h. das alltägliche, in der direkten Begegnung erzeugte Geschlecht, unmittelbar bedeutsam. Es kann unterschieden werden von den sozialstrukturellen und biologischen Gesichtspunkten der Geschlechtszugehörigkeit.

³ Die nachfolgende Darstellung folgt primär der Argumentation in Kuhlmann, Ellen und Kolip, Petra (2005): Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik, Weinheim und München, S. 95-119.

⁴ Zur Definition der verschiedenen Präventionsbegriffe vgl. Stadt Bielefeld (2002): Bielefelder Gesundheitsziele. Für eine bessere Gesundheit, S. 13 ff.

In Bezug auf Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung und Bewegung ist die geschlechtsspezifische Datenlage bzgl. des Gesundheitsverhaltens fortgeschritten. Alle vier Aspekte können eine Bedeutung für die Entstehung verschiedener Krebserkrankungen haben, auch wenn sie nicht im spezifischen Rahmen des Krebs-Früherkennungsprogramms für Frauen und Männer berücksichtigt werden, weil dieses an bestimmte organbezogene Früherkennungsmethoden gebunden ist (s. u.). Sie werden im Folgenden lediglich anhand der bereits genannten Literatur umrissen. Für eine ausführliche Darstellung sei auf diese Literatur verwiesen.

Rauchen

Die Häufigkeitsraten des Rauchens gleichen sich zwischen Frauen und Männern an. Zwar rauchen noch mehr Männer, aber mehr Frauen als früher versterben an Lungenkrebs.⁵ Zigaretten haben heute weitgehend ihre männliche Symbolkraft verloren. So wird die Marke Marlboro gerne von Frauen konsumiert. Lediglich hinsicht-

⁵ In Bielefeld stieg die Zahl der an Lungenkrebs verstorbenen Frauen von 24 im Jahr 1994 auf 53 im Jahr 2000 nach ICD-9. Von 2000 bis 2004 sank hingegen die Anzahl der an Lungen- und Bronchienkrebs verstorbenen Frauen von 53 auf 30. Letztere Zahl ist nach wie vor größer als 1994.

lich filterloser Zigaretten mit hohem Teergehalt, Zigarren und Pfeifen gibt es noch Unterschiede im Geschlechterverhalten. Diese Produkte werden deutlich häufiger von Männern konsumiert.

Alkoholkonsum

Dass Männer mehr und härtere Alkoholika als Frauen konsumieren, ist bekannt. Sie zeigen häufiger auch alkoholassoziertes Verhalten, wie das Autofahren unter Alkoholeinfluss. Im Jugendalter dient Alkohol bei Jungen dazu, „über die Stränge zu schlagen“. Gesellschaftlich tolerierte Grenzüberschreitungen, insbesondere in Hinsicht auf sexuelle Aktivität, sind so möglich, die im nüchternen Zustand weniger anzutreffen wären. Für Mädchen bedeutet übermäßiger Alkoholkonsum eher sexuelle Gefährdung. Bier und harte Alkoholika gelten überdies als männlich, Alkoholika wie Sekt und Likör als weiblich. Entsprechender Alkoholkonsum dient insofern der Darstellung von Männlichkeit und Weiblichkeit. Eine Ausnahme stellt die Schichtzugehörigkeit bei Frauen dar. Frauen in höheren Sozialschichten trinken deutlicher mehr Alkohol als Frauen niedriger Sozialschichten. Eine Entsprechung bei Männern gibt es nicht.

Eine Erklärung für den Unterschied bei den Frauen steht jedoch aus.

Wichtig ist die identitätsbildende Wirksamkeit der Geschlechtsstereotype. Wenn in Präventionsangeboten darauf Bezug genommen wird, ist Verhaltensänderung eher möglich als z.B. durch einfache Information.

Ernährung

Frauen essen gesünder entsprechend der allgemeinen Ernährungsempfehlungen. Dabei ist dieses Verhalten nicht nur einer Gesundheitsorientierung geschuldet, sondern auch einer Schlankeitsorientierung. Häufig wird darauf hingewiesen, dass Männer biologisch bedingt einen höheren Energiebedarf haben. Aber dass über das Essverhalten hinaus Geschlecht hergestellt wird, wird oft nicht gesehen. Rotes, in grobe Teile zerlegtes Fleisch und Alkohol gelten als männlich besetzt: „...die Ablehnung von Männern gegen weiblich besetzte Speisen wie Quark, Salat, Obst oder Fisch könne als Verteidigung männlicher Identität gedeutet werden, weil sich Männlichkeit nicht nur über die Verwendung männlich besetzter Symbole, sondern auch über die Ablehnung alles Weiblichen konstituiere“.⁶

⁶ Kuhlmann, Ellen und Kolip, Petra (2005): Gender und Public Health. Grundlegende Ori-

Auch hier sollten Präventionsansätze entsprechend nicht nur die Verbreitung von Ernährungsempfehlungen berücksichtigen, sondern die geschlechtsspezifische Bedeutung des Essverhaltens als identitätsbildend einbeziehen.

Bewegung

Mehr Männer als Frauen treiben Sport. Sie verhalten sich quantitativ gesehen gesundheitsförderlicher, und zwar in allen Altersgruppen. Männer treiben Sport primär unter Leistungsaspekten, um Grenzerfahrungen zu erleben, Frauen eher unter Gesundheitsaspekten. Berücksichtigt man jedoch auch die Alltagsaktivitäten, z.B. im Haushalt, relativiert sich der Geschlechtsunterschied. In der Pubertät geht das Sporttreiben von Mädchen gegenüber Jungen zurück, da soziokulturell verbreitet ist, dass das Sporttreiben nicht mit Weiblichkeitsbildern kompatibel sei. Zugleich werden die Hürden in den Sportvereinen als hoch geschildert.

Auch hier kann eine entsprechende Ausrichtung von Bewegungsprogrammen, die es in Bielefeld in Teilen bereits gibt, eine größere Akzeptanz ermöglichen, z.B. für sehr übergewichti-

entierungen für Forschung, Praxis und Politik, Weinheim und München, S. 103

ge Frauen oder sehr übergewichtige Männer.

Frauen und Männer unterscheiden sich somit in ihrem Gesundheitsverhalten. Zusammenfassend mag man festhalten: „ Weibliche Körpersozialisation zielt auf einen fürsorglichen und empathischen Umgang mit dem eigenen Körper ab. Der weibliche Stereotyp ist auf körperlicher Ebene von Empfindsamkeit, Selbst-Fürsorge, Nachgiebigkeit, Empfänglichkeit und Verwundbarkeit gekennzeichnet. Dem steht eine männliche Körpersozialisation gegenüber, die auf Härte, Unempfindlichkeit gegenüber Schmerzen und Unverwundbarkeit abzielt und Männern einen instrumentellen Körpereinsatz nahe legt ... Die Orientierung an männlichen und weiblichen Geschlechterstereotypen resultiert in einem riskanten Umgang der Männer mit ihrem Körper einerseits und einem fürsorglichen, auf die Erfüllung ästhetischer Normen (Stichwort: Schlankheitsideal) ausgerichteten Umgang der Frauen andererseits.“⁷

Werbung für Prävention und Krebs-Früherkennung

⁷ Kuhlmann, Ellen und Kolip, Petra (2005): Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik, Weinheim und München, S. 105

Die Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen werden überwiegend von Frauen in Anspruch genommen. Nur ein kleiner Anteil der männlichen GKV-Versicherten nimmt aktiv diese Angebote wahr (Zahlen siehe unten). Die Werbung spricht solchermaßen männliche GKV-Versicherte - neben den zuvor genannten Männlichkeitsstereotypen, die in entsprechenden Verhalten resultieren - offensichtlich nicht an. Die Werbung ist eher am weiblichen Geschlechtsstereotyp orientiert, wobei bereits hierbei die Gefahr besteht, dass ein Geschlechtsstereotyp gestärkt wird, welcher eigentlich verändert werden soll, indem er als problematisch hervorgehoben wird (sog. nicht-intendierte Folge von Veränderungsprozessen).

Für Männer wird in der angebenen Literatur diesbezüglich vorgeschlagen, die Werbungsstrategien kommerzieller Gesundheitskommunikation zu übernehmen:

- Vermittlung einer einfachen technischen Lösbarkeit möglicher Gesundheitsprobleme
- Ausblendung komplexer, insbesondere psychischer Ursachen und

- Bagatellisierung von Erkrankungsverläufen und –wahrscheinlichkeiten
- überdeutliche Neigung zu Anglizismen⁸

Auch wenn dies sicherlich nicht alle Möglichkeiten erschöpft und nur als ein Diskussionsvorschlag angeführt wird, Männer für Präventionsveranstaltungen zu gewinnen, ist es sicher ein anregender Hinweis, männerspezifische Präventionsmaßnahmen zu bewerben.

Strukturelle Einbettung in die gesundheitliche Versorgung

Die strukturelle Einbettung der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in das gesundheitliche Versorgungssystem wird häufig für die Erklärung des Unterschieds zwischen den Teilnahmeraten der Geschlechter angeführt. Der Rückgang der Teilnahmerate von Frauen, insbesondere ab dem 55. Lebensjahr, wird mit der Beendigung der reproduktiven Phase begründet, die zu einem selteneren Aufsuchen der gynäkologischen Praxen führt. Routinearztbesuche zur Verschreibung von Kontrazeptiva, zur Schwangerschaftsvorsorge oder zur Verschreibung von

postmenopausalen Hormonpräparaten entfallen. Dementsprechend wird die Krebsfrüherkennung nicht mehr „mitgemacht“. Dieser Tatbestand kann sich möglicherweise durch das bundesweit im Aufbau befindliche Mammographiescreening zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr ändern.

Entsprechend gibt es auch Hinweise bei Männern, die zeigen, dass das regelmäßige Aufsuchen von Arztpraxen die Teilnahmerate der Krebsfrüherkennung steigert, z.B. bei Männern mit chronischen Erkrankungen.

Strukturelle Einbettung in die Berufs- und Familienarbeit

Die aktive Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen setzt voraus, dass man sich einen Termin in einer Arztpraxis geben lässt und diesen auch wahrnimmt: „Männern wird eine größere Ferne zum Medizinsystem zugeschrieben. Sie suchen seltener eine Arztpraxis auf und sind allein aufgrund der höheren (Vollzeit-) Erwerbsquoten stärker in die Erwerbsarbeit eingebunden, so dass der objektive und subjektive Spielraum für Früherkennungsuntersuchungen und präventive Kursangebote geringer ist ... Als zweitwichtigste Barriere für die Inanspruchnahme einer Krebsfrüherken-

⁸ Altgeld, Thomas zitiert nach Kuhlmann, Ellen und Kolip, Petra (2005): Gender und Public Health, 111.

nung wird genannt, dass Termine und Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen.“⁹

Präventionsaktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen

Seit Anfang 2001 ist es den gesetzlichen Krankenkassen (im weiteren GKV) möglich, verstärkt in dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention tätig zu werden. Hintergrund ist die (Wieder-) Erstarkung des § 20 Absatz 1 und 2 SGB V, der die Primärprävention verhältnis-, verhaltens- und betriebsbezogen als eine Aufgabe der Krankenkassen beschreibt. Die Gesundheitsreform von 2004 ermöglichte darüber hinaus der GKV, nachdem dies für den Bereich der Zahnversorgung bereits länger der Fall war, eine Bonusregelung einzuführen, die in Form von Sach- und/oder Geldprämien Mitglieder für gesundheitsbewusstes Verhalten belohnt (§ 65a SGB V). Damit waren zwei Finanzierungs- und Anreizsysteme geschaffen, die positiv auf das Präventionsverhalten Einzelner sowie die Verbesserung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Bevölkerung und in Betrieben zielten.

Die GKV erreichte im Jahr 2004 über die Verhältnisprävention (durch den

⁹ Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik, Weinheim und München, S. 112.

sog. Settingansatz, d.h. die Prävention in Schulen, Kindergärten etc.) bundesweit schätzungsweise rd. 1,01 Millionen Personen direkt und 0,9 Millionen Personen indirekt. Der individuelle bzw. verhaltensbezogene Ansatz erreichte 803.416 Personen (Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer), d.h. 1,1% der GKV-Versicherten (2003 0,9%). Die betriebliche Gesundheitsförderung sprach schätzungsweise 398.000 Personen direkt und 272.000 Personen indirekt an.¹⁰ Seit der Stärkung des § 20 konnte ein Zuwachs an direkt und indirekt erreichten Personen auf den verschiedenen Präventionsebenen festgestellt werden.

Über die Inanspruchnahme der neuen Bonusregelung nach § 65a liegen noch keine bundesweiten Zahlen vor.

Für den vorliegenden Bericht interessierte, was aus den neuen Handlungsspielräumen für die GKV in Bezug auf das Thema Krebsprävention unter Männern vor Ort geworden ist. Dazu wurden 15 GKV 'n angeschrieben, die eine Zweigstelle in Bielefeld haben, mit der Bitte, einen entsprechenden Kurz-

¹⁰ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2006): Dokumentation 2004. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, Essen, S. 20, 62 und 73.

fragebogen auszufüllen (siehe Anhang). Von den 15 GKV'n antworteten 12.

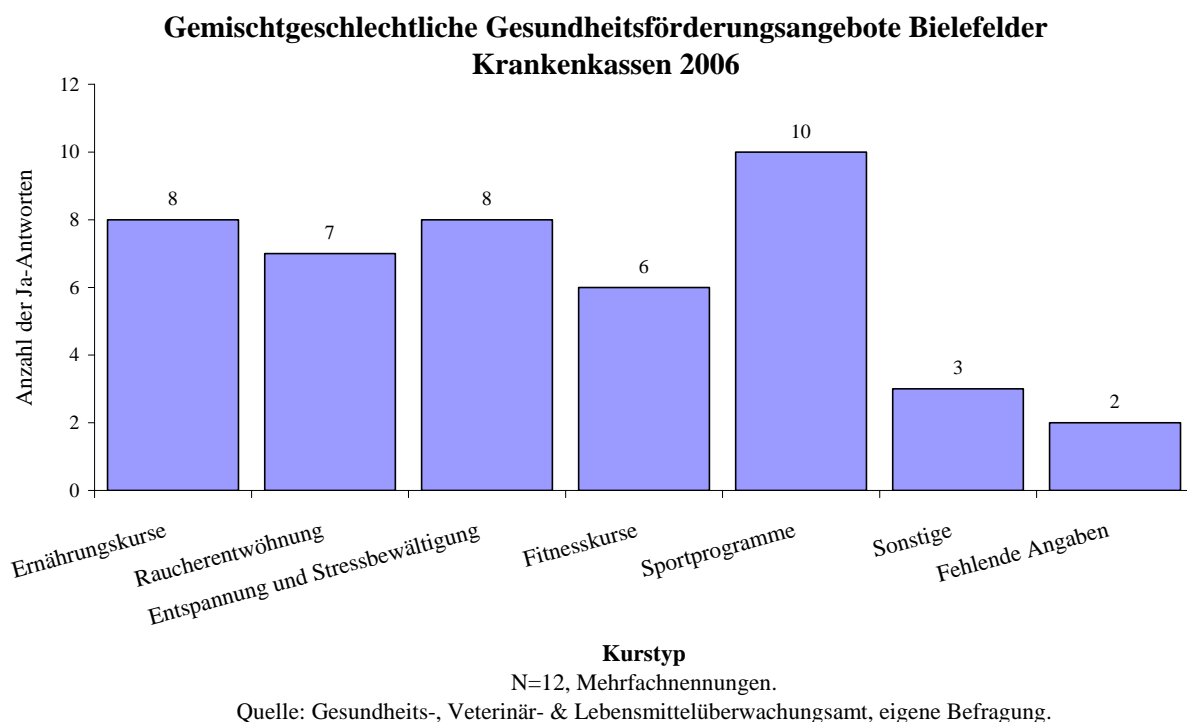
Bis auf eine Krankenkasse führen alle Krankenkassen Kurse zur Gesundheitsförderung nach § 20 durch, z.T. vergeben sie diese an Fremdanbieter.

Sämtliche Kurse zur Gesundheitsförderung und Primärprävention, die für die gesetzlich Versicherten in Bielefeld angeboten werden, sind *keine geschlechtsspezifischen* Angebote. Am häufigsten werden Sport- / Bewegungskurse angeboten, und zwar von

Gruppen und Rückenschulen (Abbildung 3). Am zweithäufigsten werden Ernährungskurse sowie Kurse zur Entspannung und Stressbewältigung offeriert.

In einer weiteren Frage sollte herausgefunden werden, wie sich die Teilnahme an den Kursen zur Gesundheitsförderung seit Stärkung des § 20 insbesondere unter den Männern entwickelt haben. Leider fehlten hierzu die Angaben von sieben Krankenkassen, so dass eine aussagekräftige Auswertung nicht erfolgen konnte.

Abbildung 3



12 Krankenkassen. Darunter befinden sich Angebote wie Herz-Kreislauf-

Im Präventionsbericht der Spitzenverbände der Krankenkassen wird für das

Bundesgebiet die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der verhaltensbezogenen Kursangebote sowohl für 2003 als auch für 2004 unverändert mit 80% bzgl. der Frauen und 20% bzgl. der Männer ausgewiesen, und zwar von denjenigen, die diese Angebote wahrnehmen (s.o.).

Alle Krankenkassen bieten Bonusregelungen an und alle Bonusregelungen berücksichtigen die Krebsfrüherkennung für Männer. Geld- und die Wahl zwischen Sach- oder Geldprämien werden dabei am häufigsten verwendet.

Eine Einschätzung darüber, inwiefern die Bonusregelungen zu einer häufigeren Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bzgl. Krebserkrankungen unter den männlichen Versicherten der GKV geführt haben, konnte nur von wenigen Krankenkassen eingeholt werden, so dass diesbzgl. keine allgemeine Aussage gemacht werden kann. Die Krankenkassen wagen mehrheitlich derzeit noch keine eigene Bewertung und verweisen auf die noch ausstehenden Evaluationsergebnisse seitens des Bundesversicherungsamts.

Die Frage, ob die Krankenkassen weitere Maßnahmen zur Intensivierung

der Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung unter Männern durchführen, ergab ein zweigeteiltes Bild. Die eine Hälfte der Krankenkassen führte keine weiteren Maßnahmen durch. Die andere Hälfte bejahte diese Frage und wies auf Informationen in ihren Medien, wie z.B. Mitgliederzeitungen und Internetauftritten, hin. Zum Teil wurde auch eine direkte Ansprache gewählt, z.B. schriftlich oder - nach vorherigem, persönlichem Einverständnis - telefonisch. Darüber hinaus wurden Risikogruppen gezielt angesprochen. Eine Krankenkasse führte entsprechende Informationsveranstaltungen durch. Möglicherweise gab es hierbei auch Angaben, die sich auf Aktivitäten im strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm (DMP)) für Brustkrebs o.a. bezogen.

Das Krebs-Früherkennungsprogramm für Männer

Die Krebs-Früherkennungsrichtlinien umfassen für Männer bestimmten Alters die folgenden Untersuchungen:

- ab 45 Jahren jährlich die Prostata- und Genitaluntersuchung. Im einzelnen ist das:
 - - die gezielte Anamnese
 - Inspektion und Abtastung der äußeren Geschlechtsteile

- Abtasten der Prostata vom After aus
 - Abtasten regionärer Lymphknoten
 - eine einfache Hautuntersuchung (durch Urologen oder Hausarzt)
 - Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung.
- das Früherkennungsprogramm bzgl. Krebserkrankungen des Dickdarm- und Mastdarmbereiches (gleich gültig für Frauen)

- ab 50 Jahren einmalig die Gesamtinformation über das Früherkennungsprogramm
- von 50 bis 55 Jahren jährlicher Schnelltest auf Blut im Stuhl
- ab 55 Jahren eine Beratung, die insbesondere folgende Inhalte umfasst: Häufigkeit und Krankheitsbild des Dick- und Mastdarmkrebs; Ziele und zugrunde liegende Konzeption der Darmspiegelung oder alternativ Untersuchung auf Blut im Stuhl; Effektivität (Sensitivität, Spezifität¹¹) und Wirksamkeit der je-

weiligen Früherkennungsuntersuchungen; Nachteile (Belastungen, Risiken) der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen; Vorgehensweise bei einem positiven Befund; Aushändigung des entsprechenden Merkblatts.

- ab 55 Jahren zwei Darmspiegelungen im Abstand von 10 Jahren; alternativ alle 2 Jahre Schnelltest auf Blut (wenn der Befund positiv ist, besteht der Anspruch auf eine Darmspiegelung)¹²

Die Krebsfrüherkennungen schützen nicht vor einer Krebserkrankung. Die regelmäßigen Untersuchungen vergrößern jedoch die Chance, dass ein entstehender Krebs rechtzeitig erkannt und geheilt werden kann. Dabei unterscheiden sich die jeweiligen Verfahren in Hinsicht auf ihre Aussagekraft, was jeweils unten anhand von Auswertungen der STIFTUNG WARENTEST beschrieben wird.

¹¹ Sensivität bezeichnet den Anteil der Kranken, die als solche von einem Test bzw. einer Untersuchung erkannt werden. Spezifität bezeichnet den Anteil von Gesunden, den ein Test oder eine Untersuchung korrekt als Gesunde erkennt.

¹² Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen, Oktober 2005.

Risikofaktoren, Prävention, Früherkennung & Epidemiologie ausgewählter Krebserkrankungen von Männern

Bösartige Geschwülste der Haut

Die Neuerkrankungszahlen für bösartige Geschwülste (Melanome) der Haut steigen bis 2003 auf Bundesebene an.¹³ Zurückzuführen ist dies unter anderem auf die Mehrbelastung der Haut durch ultraviolettes Licht aufgrund natürlicher oder künstlicher Strahlung (Freizeitverhalten, Solarien).

Bestimmte Risikofaktoren sind:

- Sonnenbrände in der Kindheit
- hellhäutige Menschen des Hauttyps I oder II, d.h. Personen, die fast immer Sonnenbrand und keine oder nur eine geringe Hautbräunung haben.
- zeitweilig stark erhöhte UV-Exposition (z.B. im Urlaub, Solarium)
- mehr als 40 bis 50 gewöhnliche Pigmentmale (durch eine starke UV-Exposition vermehrt sich die Bildung der Pigmentmale)
- atypische Pigmentmale
- angeborenes großes Pigmentmal

- genetische Faktoren (Melanom in Eigenanamnese u. Familienanamnese)

Besonders ausschlaggebend ist die UV-Belastung in der Kindheit und Jugend, da die Haut noch nicht die Schutzfunktionen eines Erwachsenen übernehmen kann. Das Risiko an bösartigen Melanomen der Haut zu erkranken, steigt mit der lebenslang erhaltenen UV-Dosis und somit mit zunehmendem Alter. Dennoch kann man der Erkrankung vorbeugen:

a) primärpräventiv durch die Vermeidung der Risikofaktoren für die Entstehung von Hautkrebs (z.B. durch die Aneignung von Wissen über die Gefahren der natürlichen und künstlichen UV-Strahlung; richtiger Umgang mit Sonne und Solarien). Kinder bis zum Abschluss des zweiten Lebensjahres sollten keinen direkten UV-Strahlen ausgesetzt werden.

b) sekundärpräventiv durch die Erkennung von Erkrankungen im Frühstadium, da dadurch bessere Heilungschancen existieren (früh erkannt nahezu 100% heilbar).

Seit 1971 ist das bösartige Melanom der Haut ein Zielkrebs der gesetzlichen

¹³ Krankenhausfälle, Quelle: <http://www.gbe-bund.de>, letzter Zugriff Februar 2007 (ICD-10: C43).

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Männer können ab 45 Jahren jährlich eine einfache Kontrolle der Haut durch einen Hausarzt oder Urologen vornehmen lassen (Frauen können diese Untersuchung ab 30 Jahren in Anspruch nehmen, auch vom Frauenarzt). Eine fachärztliche Inspektion der gesamten Körperoberfläche durch einen Hautarzt ist eine individuelle Gesundheitsleistung (im weiteren IGe-Leistung) und wird nicht von der GKV finanziert. Maßnahmen der Selbstbeobachtung, wie z.B. die Beobachtung,

ist, inwiefern falsche Befunde oder Überdiagnosen durch Selbstkontrolle entstehen. Die Selbstkontrolle ist nur „bedingt zuverlässig“ und wird als nur wenig zur Früherkennung von Hautkrebs geeignet, eingestuft.¹⁴

Die Kontrolle durch den Hausarzt, Urologen oder Gynäkologen sowie durch den Hautarzt wird ähnlich wie die Selbstkontrolle seitens der STIFTUNG WARENTEST bewertet. Dabei ist die Anzahl der falsch-positiven Befunde unter den Hautärzten geringer als un-

Tabelle 1 Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen von Männern in Bielefeld*

	1. Q. 2005**	2. Q. 2005	3. Q. 2005	4. Q. 2005	2005	2005
	Anzahl					%***
Prostata-, Genital-, Haut- & regionäre Lymphknotenuntersuchung (ab 45. J.)	3.156	3.304	2.509	3.156	12.125	21,8
Dickdarm- & Rektumuntersuchung (u.a. Test auf Blut im Stuhl, ab 50 J.)	1.382	1.745	1.214	1.382	5.723	12,9
Beratung zur Früherkennung des Darmkrebs (ab 50 J.)	1.081	1.093	844	1.081	4.099	9,2
Darmspiegelungen (ab 55 J.)	276	311	232	276	1.095	3,0

*Nach Ort der Behandlung. **Geschätzt mit dem Median. ***Geschätzt an auf Bielefeld hochgerechnete GKV-Versicherte. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Statistisches Bundesamt, LDS, lögd, Amt für Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen.

ob Pigmentmale neu entstehen oder sich verändern, sollten regelmäßig durchgeführt und bei Verdacht sollte ein Arzt konsultiert werden.

ter den Hausärzten, Urologen und Gynäkologen. Sämtliche Hautuntersuchungen an sich sind gefahrlos und bergen keine Risiken in sich. Nur ein falsch-positiver Befund kann zu einer

Inwiefern die Selbstkontrolle der Haut die Heilungschancen bei Hautkrebs erhöht, ist jedoch bisher nicht ausreichend an großen Studien belegt. D.h. auch, dass nur wenig darüber bekannt

¹⁴ STIFTUNG WARENTEST (2005): Untersuchungen zur Früherkennung: Krebs, Berlin, S. 61. Zum Verfahren der methodischen Bewertung vgl. die Anmerkungen zu den Daten im Anhang.

unnötigen Beunruhigung der Patientinnen und Patienten führen.

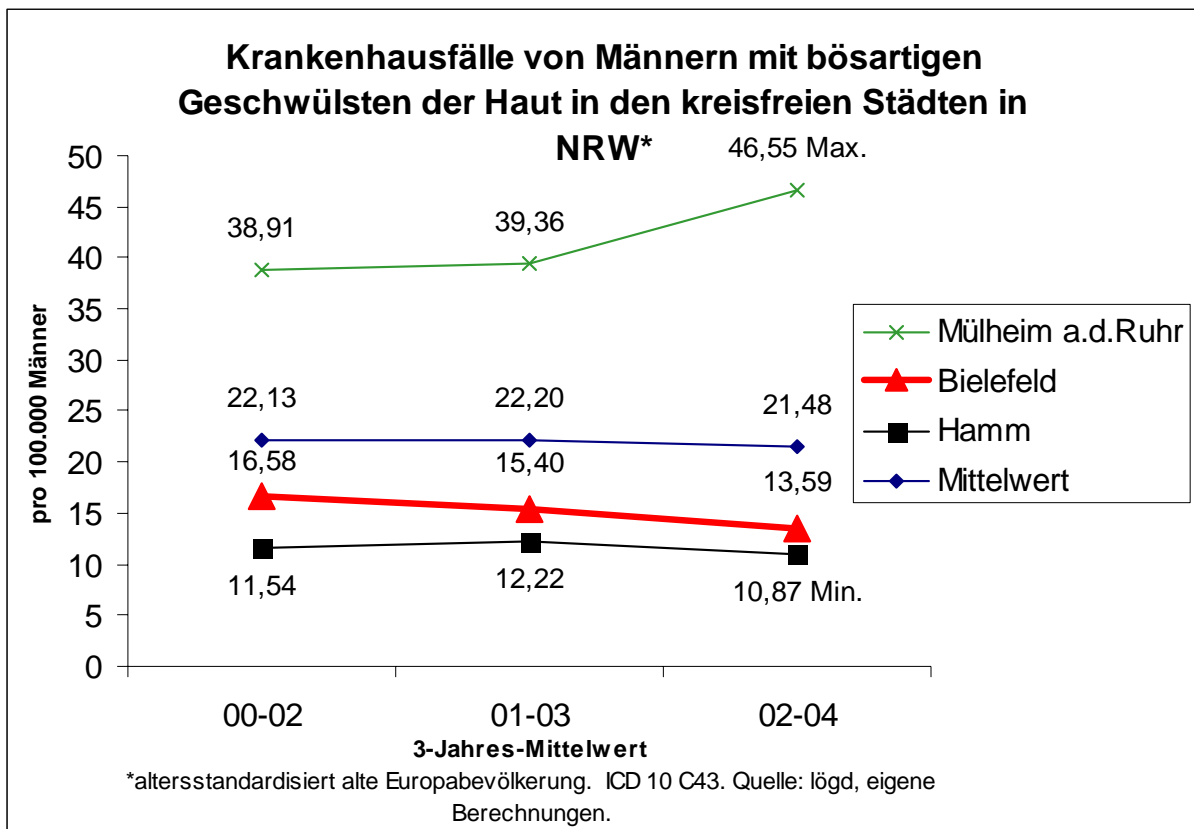
Die von der GKV finanzierte Früherkennungsuntersuchung der Haut wird im Jahr 2005 von ca. 21,8% der in Bielefeld behandelten, männlichen GKV-Versicherten in Anspruch genommen (Tabelle 1). Knapp vier Fünftel nahmen die jährliche GKV-Leistung nicht in Anspruch.

Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen der Haut werden 21 im Jahr 2005 berichtet (Abbildung 7).

Die Krankenhausfälle von Männern mit bösartigen Neubildungen der Haut stagnieren im Mittelwert der kreisfreien Städte in NRW bei rund 22 Fällen pro 100.000 (altersstandardisiert, alte Europabevölkerung, Abbildung 4).

Den größten, gleitenden Mittelwert der Jahre 2002/2004 verzeichnet Mülheim a. d. Ruhr (46,55), wo seit 2001/2003 ein deutlicher Anstieg nachvollzogen werden kann. In Hamm sind die Krankenhausfälle im letzten Betrachtungszeitraum am kleinsten (10,87). In Bielefeld sind die Fälle in allen Jahren geringer als der Mittelwert der kreisfreien Städte und gehen im Betrachtungszeitraum von 16,58 auf

Abbildung 4



13,59 durchgehend zurück. In absoluten Zahlen sind es im Jahr 2000 36 Fälle, der Tiefpunkt mit 12 Fällen wird 2004 erreicht (Tabelle 2 im Anhang). Im gesamten Betrachtungszeitraum 2000-2004 werden Männer am häufigsten in der Altersspanne von 50 bis 74 Jahre behandelt.

Die Sterberaten bei malignen Melanomen steigen im Mittelwert der kreisfreien Städte geringfügig von 1,50 auf 1,72 pro 100.000 (alterstandardisiert, Europabevölkerung alt) an. In Remscheid wird 2002/2004 das Maximum der kreisfreien Städte mit 3,89 erreicht, während in Bottrop kein einziger Todesfall registriert wird. Die Sterberaten lagen in Bielefeld deutlich über dem Mittelwert, gingen aber zuletzt auf 1,80 zurück, so dass eine positive Entwicklung zu vermerken ist. Der letztere Wert weicht signifikant vom NRW-Wert ab. Konkret geht die Zahl der Verstorbenen ohne gleitenden Mittelwert von 6 auf 0 zurück (Tabelle 3 im Anhang). Eine Häufung gibt es in Bielefeld im Mittelwert der Jahre 2000 bis 2004 bei den älteren Männern ab 65 Jahren.

Bösartige Neubildungen der Prostata

Prostatakrebs ist der häufigste Tumor bei Männern. Das liegt zum einen in

den häufiger stattfindenden Untersuchungen und den daraus folgenden Entdeckungen der Krankheit begründet, zum anderen in der Natur dieses Karzinoms. Bösartige Neubildungen der Prostata sind darüber hinaus nach dem Lungenkrebs die zweithäufigste, krebsbedingte Todesursache von Männern. Bestimmte Risikofaktoren sind unter anderem:

- hoher Fettverzehr (insb. tierischer Fette)
- Adipositas und Bewegungsmangel
- Tabakkonsum
- Cadmiumexposition
- positive Familienanamnese
- hormonelle Einflüsse (Testosteron)
- sozioökonomische Faktoren werden diskutiert
- erhöhtes Risiko bestimmter Berufsgruppen wie: Landwirte, Arbeiter in metallverarbeitenden Betrieben, und Mechaniker

Die folgenden Präventionsaktivitäten sind möglich:

a) primäre Prävention:

In Hinsicht auf die primäre Prävention gibt es bisher keine allgemeinen Empfehlungen speziell für Prostatakrebs. Es gelten die allgemeinen Empfehlun-

gen zur Krebsprävention insgesamt, wie z.B. die des europäischen Kodex zur Krebsbekämpfung.

b) sekundäre Prävention:

Von den gesetzlichen Krankenversicherungen werden ab dem 45. Lebensjahr jährliche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen empfohlen, die ein Abtasten der Prostata neben der Befragung von Symptomen beinhaltet. Darüber hinaus gibt es als IGe-Leistungen

- verschiedene prostataspezifische Anti-Gen-Test (PSA; bei Prostatabeschwerden oder zur Kontrolle eines früh entdeckten Prostatakarzinoms übernimmt die GKV die Kosten für die PSA-Tests)
- die transrektale Ultraschalluntersuchung
- spezifische Untersuchungsstrategien bestehen für familiär vorbelastete Patienten.

Sowohl die Abtastuntersuchung, als auch Ultraschall und PSA-Tests gelten als umstritten hinsichtlich ihrer Fähigkeit, Prostatakrebs angemessen zu erkennen. Die STIFTUNG WARENTEST schlussfolgert hinsichtlich aller drei Verfahren, dass sie zur Früherkennung

des Prostatakrebses nicht geeignet sind.¹⁵ Auch das Robert-Koch-Institut beschreibt, dass sowohl die Abtastuntersuchung als auch der PSA-Test zur Früherkennung ungeeignet sind.¹⁶

Die Früherkennungsuntersuchung durch Abtasten bzgl. der Prostata wird 2005 von 21,8% der Männer, die in Bielefeld behandelt worden und gesetzlich krankenversichert sind, wahrgenommen (Tabelle 1).

Es werden im Jahr 2005 64 Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von Prostatakrebs gemeldet (Abbildung 7).

Der Krankenhausstatistik ist zu entnehmen, dass der Mittelwert der kreisfreien Städte über den Betrachtungszeitraum sich nur unbedeutend verringert; rund 164 Krankenhaushfälle von Männern in nordrhein-westfälischen Städten werden wegen Prostatakrebs von Betrachtungszeitpunkt zu Betrachtungszeitpunkt registriert (Abbildung 5). Während Aachen seit Jahren einen deutlichen Rückgang dieser Krankenhaushfälle zu verzeichnen hat, so dass das Minimum in den kreisfreien Städ-

¹⁵ STIFTUNG WARENTEST (2005): Krebsfrüherkennungen, Berlin, S. 170, 173, 176.

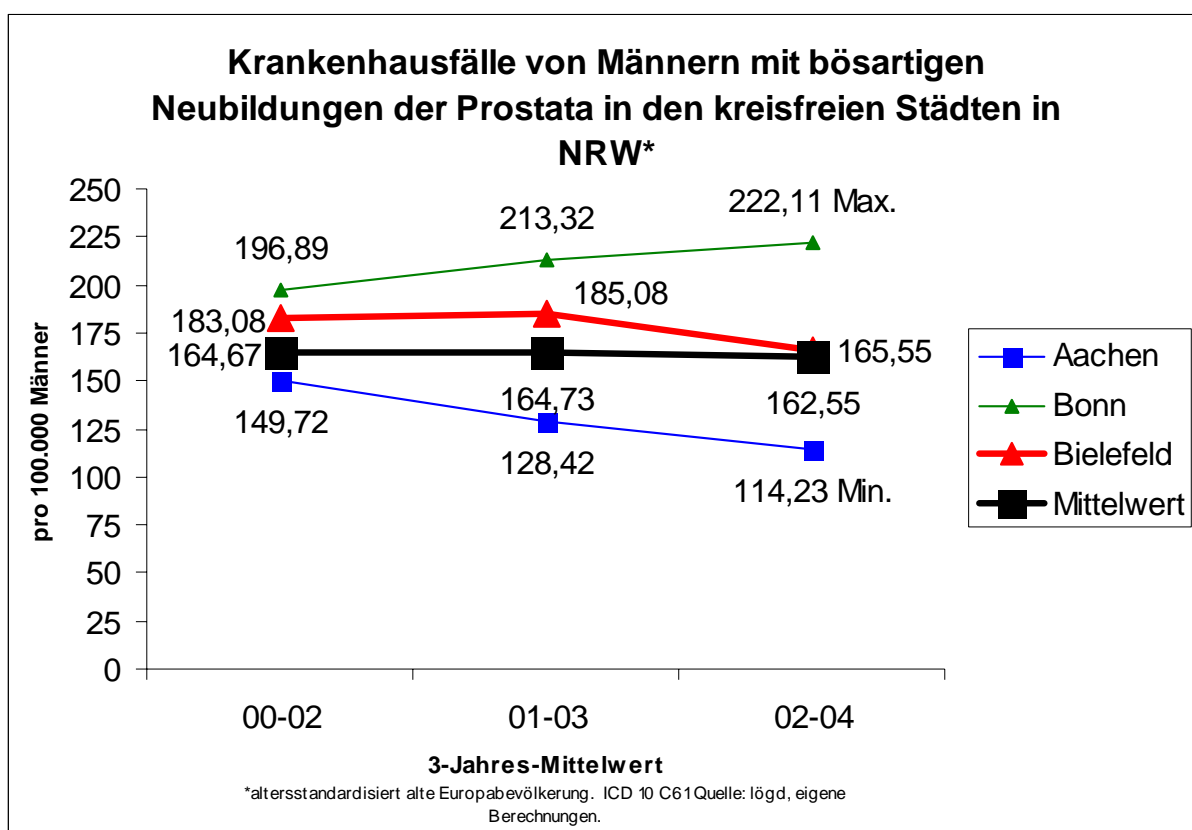
¹⁶ Robert Koch-Institut (2005): Schwerpunktbericht: Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter, Berlin, S. 85 ff.

ten 02/04 erreicht wird (114,23), ist in Bonn seit Jahren ein Anstieg zu beobachten, der 02/04 das Maximum der Verteilung darstellt (222,11). In Bielefeld bewegen sich die Raten der Krankenhausfälle etwas über den Mittelwert, gehen aber zurück und befinden sich mit 165,55 fast im Bereich des Mittelwertes der kreisfreien Städte. Damit kann zuletzt eine positive Entwicklung diesbezüglich festgehalten werden.

Der Altersgipfel liegt 2000-2004 bei 70-74 Jahren.

Der Mittelwert der Sterberate in den kreisfreien Städten verkleinert sich im Betrachtungszeitraum von 24,70 auf 23,09 im geringen Umfange (Abbildung 6). Deutlich über dem Mittelwert liegt Mönchengladbach mit 33,38 in den Jahren 02/04, der Höhepunkt eines kontinuierlichen Anstiegs entgegen des Trends der kreisfreien Städte. Kontinuierlich rückgängig ist hingegen die Prostata-Sterberate in Herne, welches die wenigsten Sterbefälle 02/04 auf-

Abbildung 5



Die absoluten Fallzahlen schwanken über die Jahre. Sie beziffern sich auf 396 (Höhepunkt) 2001 und 291 (Tiefpunkt) 2004 (Tabelle 2 im Anhang).

weist (14,24). In Bielefeld ist eine Abweichung vom Mittelwert nach oben in der Mitte des Betrachtungszeitraumes zu erkennen, der jedoch ein Rückgang

der entsprechenden Sterberate von 25,91 auf 23,36 folgt, so dass auch annähernd der Mittelwert der kreisfreien Städte wieder erreicht wird. Wie bei den Krankenhausfällen ist dies zwar kein Wert, der in eine vertiefende Bewertung eingehen sollte, aber auch kein Spitzenwert im positiven Sinne.

In absoluten Zahlen steigt die Zahl der verstorbenen Bielefelder Männer von 41 (2000) auf 60 (2002), geht aber seitdem bis 2004 jeweils um 10 auf 40 zurück (Tabelle 3 im Anhang).

Der Altersgipfel liegt von 00/04 im Durchschnitt bei 70-79 Jahren.

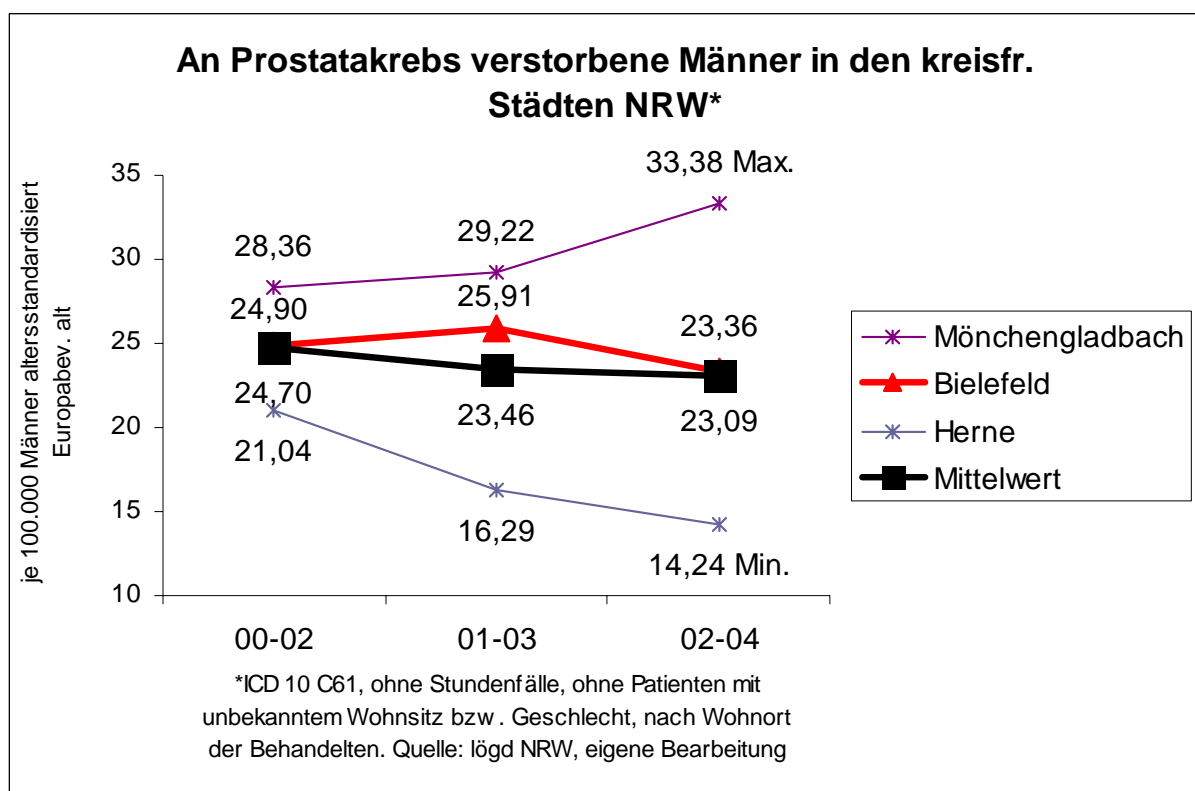
Bösartige Neubildungen des Hodens

Hodenkrebs ist die häufigste Krebserkrankung des Mannes im Alter von 20 bis 40 Jahren.

Risikofaktoren an Hodenkrebs zu erkranken sind:

- Hodenhochstand (20fach erhöhtes Risiko). Eine operative Korrektur vor Vollendung des zweiten Lebensjahr kann das Risiko senken
- lokale Entzündungen (Orchitis), Verletzungen (Trauma), Unterentwicklung des Hodens, Dysgenese Testis

Abbildung 6



- Einfluss genetischer Faktoren wird diskutiert (Vorerkrankung beim Vater / Großvätern)
- möglicherweise vorgeburtlich einwirkende Risikofaktoren
- ethnische Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit sind bekannt (Europäer erkranken häufiger als Afroamerikaner)
- gehäuftes Vorkommen in bestimmten Berufsgruppen (als Ursache wird der Kontakt mit bestimmten chemischen Substanzen angenommen)

Wirksame vorbeugende Maßnahmen für Hodenkrebs sind nicht bekannt. Ziel ist es deswegen, den Tumor frühzeitig zu erkennen, um damit eine verbesserte Heilungschance zu gewährleisten. Wichtigste Maßnahme zur Früherkennung ist die Selbstuntersuchung durch regelmäßiges Abtasten der Hoden. Gleichwohl ist die Inspektion und das Abtasten Bestandteil der Früherkennungsuntersuchung ab 45 Jahren.

Die Früherkennungsuntersuchung wurde 2005 von 21,8% der Männer in Anspruch genommen (Tabelle 1).

Aufgrund von Hodenkrebs gab es 2005 19 Arbeitsunfähigkeitsfälle (Abbildung 7).

Die Krankenhausfälle gehen im Mittelwert der kreisfreien Städte von 38,30 auf 31,71 zurück. Dieser Trend ist sowohl in Bottrop zu erkennen, wo zuletzt die größte Rate der Krankenhausfälle registriert wurde (59,27), als auch in Leverkusen, wo zuletzt der Minimalwert verzeichnet wurde (9,56). Er ist auch in Bielefeld zu erkennen, wo die Rate der Krankenhausfälle von 41,54 auf 27,35 deutlich zurückgegangen ist und damit im letzten Betrachtungszeitraum unter dem Mittelwert liegt. In absoluten Zahlen ausgedrückt, sinken die Behandlungsfälle von 84 im Jahr 2000 auf 34 im Jahr 2004. Der Altersgipfel liegt im Mittel der Jahre 2000-2004 bei 30-34 Jahren.

Die Möglichkeiten einer Behandlung sind bei bösartigen Neubildungen des Hodens im Vergleich zu anderen Krebsarten sehr gut. Bei Patienten im Stadium I, d.h. wenn der Tumor auf den Hoden beschränkt ist, was am häufigsten der Fall ist, liegt die Heilungsrate bei 98-100 Prozent. Aus diesem Grund liegen auch keine relevanten Sterblichkeitsdaten für die einzelnen Städte vor. In Bielefeld wurden von 1998 bis 2004 zwei Todesfälle aufgrund einer bösartigen Neubildung des Hodenkrebses dokumentiert.

Bösartige Neubildungen des Dick- und Mastdarms

Als Risikofaktoren werden bei bösartigen Neubildungen des Dick- und Mastdarmsbereiches genannt:

- Darmkrebs in der Familie
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (insb. Colitis ulcerosa)
- frühere Diagnose von Darmpolypen
- familiäre adenomatöse Polypose (FAP)

Die primäre Prävention erstreckt sich auf einen allgemein gesunden Lebensstil, wie gesunde Ernährung mit wenig Fett und viel Ballaststoffen, ausreichend Sport, mäßiger Alkoholkonsum sowie Verzicht auf Tabakkonsum.

In Hinsicht auf die sekundäre Prävention kann festgehalten werden, dass es bisher keine Markersubstanzen für eine Primär- oder Frühdiagnostik, die direkt einsetzbar wären, gibt.¹⁷ Tumoren im Rektum können durch Austasten entdeckt werden.

¹⁷ Die STIFTUNG WARENTEST bewertet a.a.O. den Tumormarker CA19-9 und das CEA sowie den Test auf Tumor-M2-Pyruvatkinase im Stuhl in Hinsicht auf die Früherkennung und kommt zu dem Schluss, dass diese Verfahren zur Früherkennung nicht geeignet sind. Zur gleichen Bewertung kommt sie hinsichtlich der Doppelkontrastuntersuchung des Dickdarms, der Computertomografie des Dickdarms sowie des Tests zum Nachweis von Genveränderungen im Stuhl.

Bei Verdacht werden weitere Untersuchungen durchgeführt: Endoskopie oder vereinzelt eine Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms.

Bestimmte Maßnahmen zur Früherkennung bzw. zur rechtzeitigen Diagnose sowie regelmäßige Untersuchung für Hochrisikogruppen (Personen, auf denen eine oder mehrere Risikofaktoren zutreffen) existieren.

Es gibt besondere Präventionsmaßnahmen für Familien mit erblich bedingtem Dickdarmkrebs.

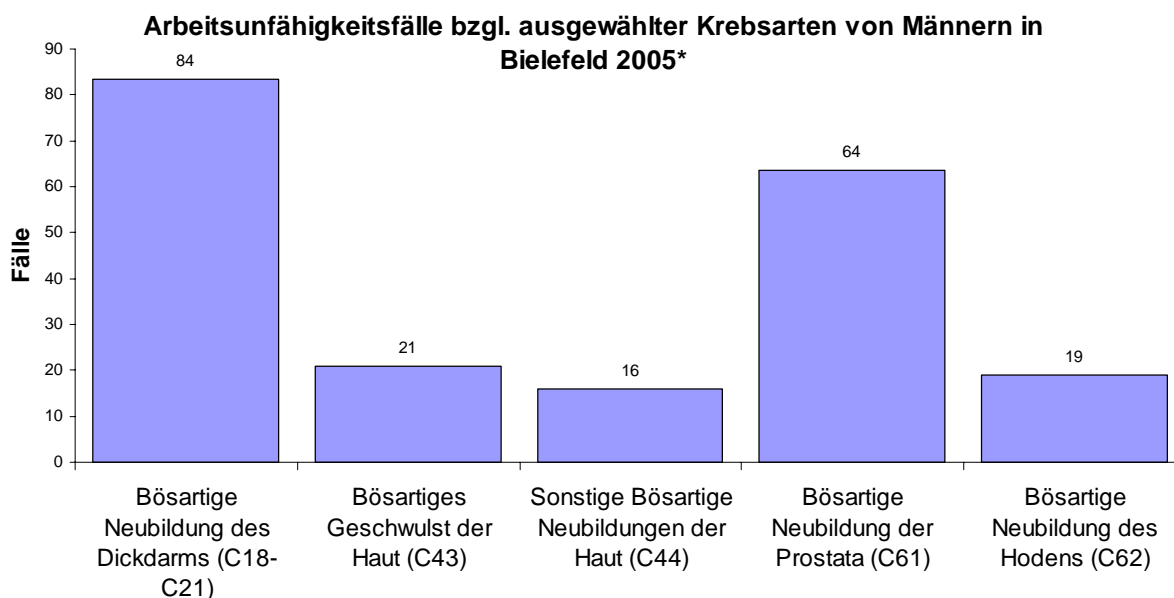
Der Stuhltest (chemischer Test auf verborgenes Blut im Stuhl) ist bei Personen zwischen 45 und 75 Jahren in der Kosten-Nutzen-Abwägung „noch positiv“, wenngleich das Risiko eines falschen Befundes gegeben ist. Gleichwohl gilt er in der Bewertung seitens STIFTUNG WARENTEST „mit Einschränkung geeignet“.

Die große Darmspiegelung (Koloskopie) wird in der Bewertung seitens der STIFTUNG WARENTEST - anders als die Verfahren zur Früherkennung von Haut- oder Prostatakrebs - als „mit Einschränkung geeignet“ für Personen ab 50 Jahren eingestuft. Die Nutzen-Risiken-Abwägung „fällt noch“ positiv

aus, d.h. die Risiken, wie sie z. B. im Zusammenhang mit der in der Regel verabreichten Betäubung entstehen können, überragen nicht den Nutzen dieser Früherkennungsmethode.

Gleiches gilt für die kleine Darmspiegelung (Sigmoidoskopie), die jedoch eine IGe-Leistung ist.

Abbildung 7



Ausgewählte Krebsarten

*Ohne Daten der Barmer, ktp BKK, DAK, GEK, Hamburg Münchener sowie KKH. Quellen: AOK, BKK vor Ort, BKK Gildemeister Seidensticker, BKK Oetker, BKK Dürkopp Adler AG, BKK Gesundheit, IKK Westfalen, TK. Darstellung Gesundheitsamt.

Die Früherkennungsuntersuchung ab 50 Jahren auf Blut im Stuhl wird 2005 lediglich von 12,9% der in Bielefeld behandelten Männer wahrgenommen (Tabelle 1; BRD 2004 ca. 13,3%). Die Beratung zur Früherkennung auf Darmkrebs wird zu 9,2% in Anspruch genommen (BRD 2004 ca. 5,7%) und

die Früherkennungs-Darmspiegelung ab 55 Jahren nur zu 3,0% (BRD 2004 ca. 4,3%).

In Anbetracht dessen, dass Dickdarm- und Mastdarmkrebs bei Männern die dritthäufigste Krebserkrankung ist und die Verfahren zur Früherkennung geeignet sind, stehen diese Inanspruchnahmezahlen in einem deutlichen Missverhältnis.

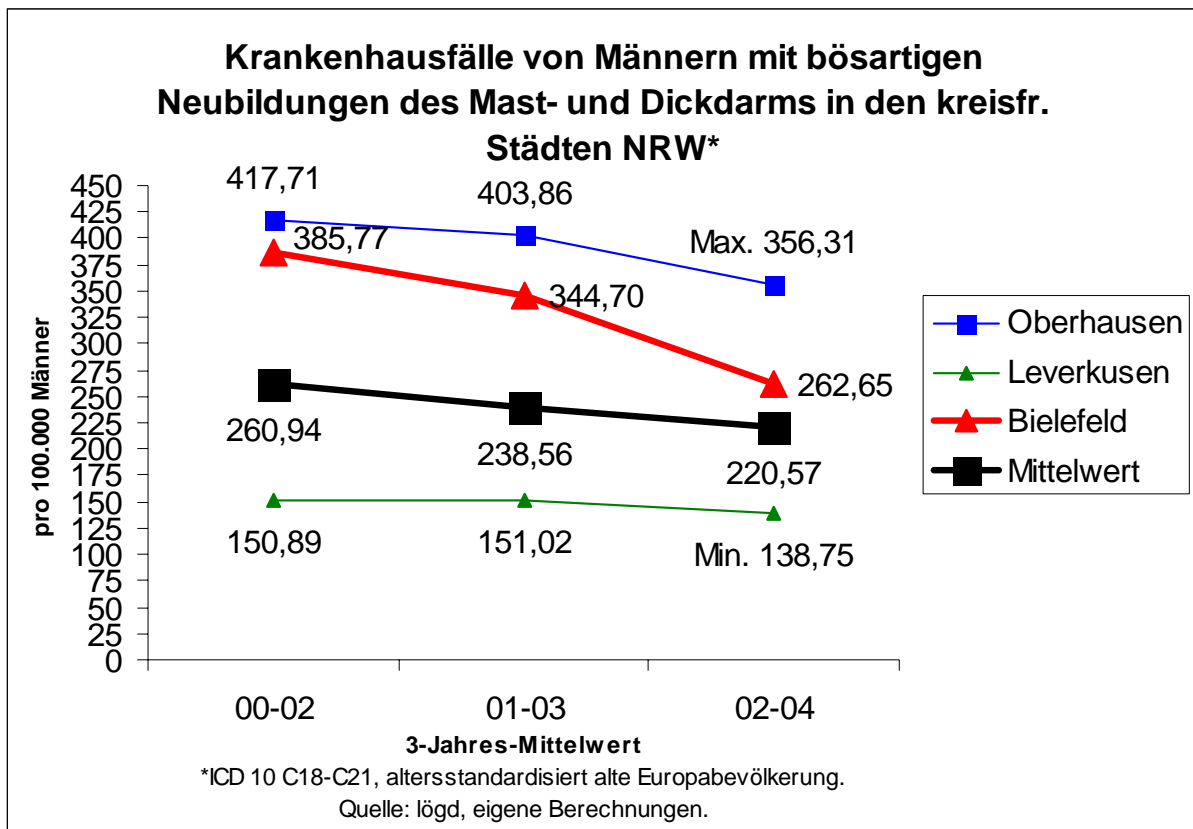
84 Arbeitsunfähigkeitsfälle werden 2005 aufgrund von Dickdarm- und Mastdarmkrebs von Männern berichtet (Abbildung 7).

Die Rate der Krankenhausfälle geht in den kreisfreien Städten in NRW von 260,94 auf 220,57 zurück. Das kann im

Großen und Ganzen sowohl für die niedrige Rate in Leverkusen gelten (150,89 auf 138,75) als auch für die sehr große Rate in Oberhausen (417,71 auf 356,31, Abbildung 8).

im Anhang). Der Altersgipfel liegt im Mittelwert des gesamten Betrachtungszeitraums in Bielefeld bei 65-69 Jahren.

Abbildung 8



Ein sehr deutlicher Rückgang ist bei den Krankenhausfällen in Bielefeld zu erkennen, und zwar von 386,77 auf 262,65. Gleichwohl liegen die Zahlen in Bielefeld immer noch über den Zahlen des Mittelwertes der kreisfreien Städte.

In absoluten Zahlen wird 2001 ein Gipfel von 888 behandelten Fällen erreicht, der seitdem auf 397 Fälle durchgehend gesunken ist (Tabelle 2

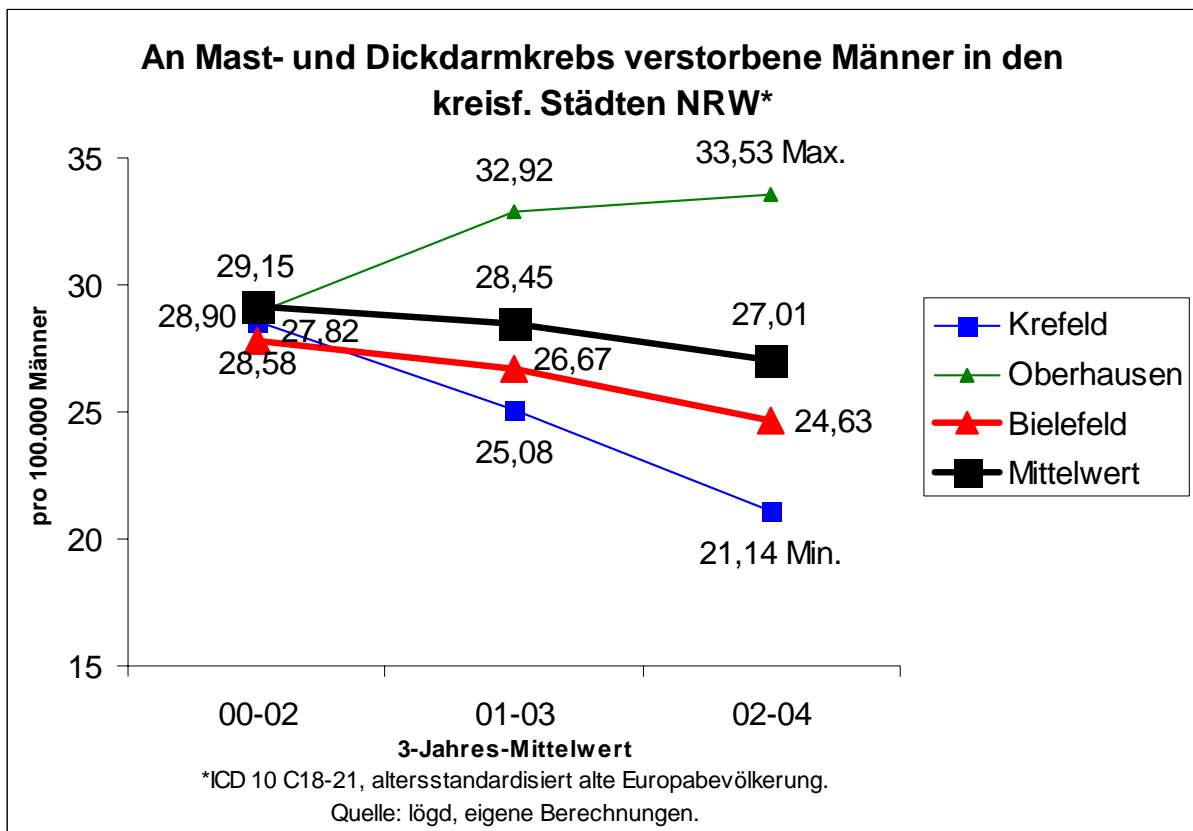
Entsprechend den Krankenhausfällen gehen die Todesfälle männlichen Geschlechts bei den bösartigen Neubildungen des Dick- und Mastdarmbereiches zurück: in den kreisfreien Städten von 29,15 auf 27,01 und in Krefeld, die Stadt, die zuletzt die kleinste Sterberate hat, von 28,58 auf 21,14 (Abbildung 9). In Oberhausen ist hingegen ein Anstieg zu verzeichnen von 28,90 auf 33,53. Letztere Zahl ist zugleich der Maximalwert.

Entgegen den Krankenhauszahlen, ist die Sterberate in Bielefeld kleiner als der Durchschnitt der kreisfreien Städte und verkleinert sich von 27,82 auf 24,63.

Verfahren zur Steigerung der Teilnahme an Früherkennungsprogrammen

„Verfahren zur Steigerung der Teilnehmerate an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen“, so der Titel eines

Abbildung 9



Nach einem Höhepunkt von 62 Verstorbenen 2002, geht die Anzahl der an bösartigen Neubildungen des Dickdarm- und Mastdarmbereiches verstorbenen Bielefelder Männer auf 43 im Jahr 2004 zurück (Tabelle 3 im Anhang).

systematischen Übersichtsberichtes für gesundheitspolitische und –planerische Entscheidungen, können hinsichtlich ihrer Wirksamkeit unterschieden werden.¹⁸ Dabei sind im genann-

¹⁸ deutsche Agentur für HTA des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (2006): Verfahren zur Steigerung der Teilnehmerate an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen, HTA-Bericht 42, Köln. Die HTA-Berichte wurden bzw. werden im Auftrag des BMGS bzw. jetzt BMG, entsprechend der sozialrechtlichen Regelung im SGB V, u.a. für den Gemeinsamen Bundesausschuss erstellt.

ten Bericht Verfahren der Primärprävention systematisch unterbewertet, da sie den Studien-Auswahanforderungen nicht entsprechen können.¹⁹ Im Bereich der Sekundärprävention sind weiterhin Studien über Verfahren zur Steigerung der Prävention und Früherkennung von Männern (sowie Kindern) weitgehend nicht vorhanden. Es existieren überwiegend Übersichten in Hinsicht auf das Mammographiescreening sowie Zervixkarzinomscreening bei Frauen.

Verfahren, die sich in ihrer Wirksamkeit bewährt haben, werden schlaglichtartig aufgeführt.

- Erinnerungshilfen
- Einladungsschreiben
- Nutzung von Datenbeständen (z. B. des Einwohnermelderegisters)
- z.T. massenmediale Kampagnen
- teamorientierte Qualitätsentwicklung (z. B. in Praxen)
- der Einsatz von Gesundheitshelfern für ethnische Minderheiten (wird derzeit in Bielefeld erprobt)

Die Verfahren sind dann wirksam, wenn sie zielorientiert, sorgfältig geplant, theoretisch fundiert und programmatisch ausgerichtet werden.

Edukative Verfahren, wie z.B. die Gesundheitserziehung, haben sich hingegen als nur begrenzt wirksam erwiesen. Dabei lagen bzgl. der Edukation von Medizinerinnen keine Studien vor. Es ist dabei zu beachten, dass edukative Verfahren erst nach längerer Zeit wirken, nicht in den zumeist nur kurzen Untersuchungsräumen der Einzelstudien.

Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen wurden im Beteiligungsverfahren ausgehandelt und abgestimmt mit folgenden Vertreterinnen und Vertretern des örtlichen Gesundheitswesens:

- AG der Betriebskrankenkassen
- AG der Innungskrankenkassen
- Allgemeine Ortskrankenkasse
- Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e.V., Psychosoziale Krebsberatung
- Ärztekammer Westfalen-Lippe
- Barmer (sowie VdAK)
- Bielefelder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen
 - PSA-Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bielefeld

¹⁹ Es ist dies das Kriterium „Randomisierung“.

- Prostata-Selbsthilfegruppe Bielefeld
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- Männerwege GbR
- Obmann der Bielefelder Gastroenterologie
- Obmann der Bielefelder Urologie
- PatientInnenstelle im Gesundheitsladen Bielefeld e.V.

Handlungsempfehlungen:

Das Früherkennungsprogramm für Mast- und Dickdarmkrebs soll in Bielefeld deutlich häufiger von Männern in Anspruch genommen werden. Entsprechende Kampagnen sollen vor Ort durchgeführt werden. Ziel ist dabei, dass Männer gleich häufig wie Frauen das Früherkennungsprogramm „Mast- und Dickdarmkrebs“ wahrnehmen.

Im Einzelnen sollen die folgenden Maßnahmen verfolgt werden:

- Gezielte Ansprache von Männern über die betriebliche Gesundheitsförderung, u. a. durch Einladungsschreiben (Beispiel: Kampagne der BKK Diakonie in den v. Bodelschwingschen Anstalten; Bonusregelung nach §

65 b hier auch für Betriebe möglich)

- Gezielte Ansprache von Männern über die Hausärzte, Internisten, Gastroenterologen und Urologen, also über die relevanten Facharztgruppen im ambulanten Bereich (z.B. über ein Einladungsschreiben ggf. zentral über die KVWL oder dezentral nach vorhergehenden persönlichen Einverständnis über die Praxen)

- Stärkung des Früherkennungsverhaltens in sozialen Netzwerken, Freundeskreisen und Familien.
- Die Einrichtung einer entsprechenden AG „Männergesundheit“ im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz.

Anhang

Anmerkungen zu den verwendeten Daten und Methoden

Zur Beantwortung der Frage, inwiefern Gesundheitsförderung und Prävention von den Krankenkassen geleistet wird, um insbesondere die Prävention von Krebserkrankungen von Männern zu verbessern, wurde ein Kurzfragebogen verschickt, der nach entsprechenden Angeboten fragte und zusätzlich erfasste, wie die neue Bonusregelung die Krebsfrüherkennungen berücksichtigt und wie sie seitens der Krankenkassen diesbzgl. bewertet wird.

Die Zahlen für die Inanspruchnahme der Früherkennungen wurden auf das Jahr 2005 hochgerechnet, da nur aus drei Quartalen Zahlen aufgrund einer Änderung der Leistungsabrechnungen verfügbar waren. Die ausgewiesenen Prozentzahlen wurden auf der Grundlage der GKV-Versicherten in Westfalen-Lippe für Bielefeld geschätzt. Dabei handelt es sich um den Ort der Behandlung und nicht um den Wohnort der Behandelten. Aufgrund der Oberzentrums-Funktion Bielefelds überschätzt diese Hochrechnung etwas die wirklichen Zahlen, die jedoch nicht verfügbar sind.

Die Angaben zu den Arbeitsunfähigkeitsfällen, den Krankmeldungen, haben nur eine eingeschränkte Aussagekraft, weil sie nicht von allen Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Dies ist in der entsprechenden Grafik vermerkt. Angaben über den ambulanten Sektor sind somit nur sehr rudimentär vorhanden.

Die Angaben zur Krankenhausdiagnose-Statistik und der Todesursachen-Statistik sind anhand der alten Europabevölkerung altersstandardisiert und beziehen sich auf 100.000 männliche Einwohner, wobei es sich bei der Krankenhausdiagnose-Statistik um Fälle handelt. Es werden altersstandardisierte Zahlen verwendet, um bevölkerungsbezogene Gesundheitsdaten ohne Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Alterszusammensetzung in den Stadtbevölkerungen miteinander vergleichen zu können. Dabei wurden ausschließlich kreisfreie Städte aus Nordrhein-Westfalen mit gleicher Zeitreihe herangezogen um die entsprechenden Entwicklungen erkennen zu können, und um zu sehen, an welcher Stelle Bielefeld als kreisfreie Stadt steht.

Das Verfahren zur Bewertung der Früherkennungsuntersuchungen sei-

tens der STIFTUNG WARENTEST beruht auf internationalen wissenschaftlichen Standards in Kombination mit einer darauf beruhenden, relativ „strengen“ Bewertungs-Semantik (vgl. a.a.O. Seite 10-14). Im Einzelnen sind dies: Systematische Literaturrecherche und systematische Auswahl der Studien nach Zuverlässigkeit, Aussagekraft und Qualität. So dann Anwendung der Kriterien *Treffsicherheit* (Sensitivität, Spezifität sowie positiver Vorhersagewert), *Nutzen* (Einteilung in vier Evidenzklassen nach dem „Scottish Intercollegiate Guidelines Network“ (SIGN)) in Kombination mit systematischer Bewertung der *Qualität* sowie Einordnung der Studien in drei *Risikokategorien*. Aufgrund dieser Kriterien wurden die Studien bzw. Früherkennungsverfahren wie folgt bewertet:

„a) Geeignet: Der Nutzen des Tests ist mit hoher Zuverlässigkeit belegt und es besteht nur ein geringes Risiko. Die Abwägung von Nutzen und Risiken fällt positiv aus.

b) Mit Einschränkung geeignet: Der Nutzen des Tests ist für das angegebene Anwendungsgebiet mit hoher oder mittlerer Zuverlässigkeit belegt, allerdings birgt die Anwendung ein er-

höhtes oder nicht ausreichend abschätzbares Risiko. Die Abwägung von Nutzen und Risiken fällt nicht eindeutig positiv aus.

c) Wenig geeignet: Der Nutzen des Tests ist für das angegebene Anwendungsgebiet lediglich mit geringer Zuverlässigkeit belegt oder nicht abschätzbar, es besteht jedoch nur ein geringes Risiko. Die Abwägung von Nutzen und Risiken fällt eher positiv aus.

d) Nicht geeignet: Die Abwägung von Nutzen und Risiken fällt eindeutig negativ aus. Z.B., wenn der Nutzen des Tests für das angegebene Anwendungsgebiet mit hoher oder mittlerer Zuverlässigkeit widerlegt ist, unabhängig vom Risiko. Die Abwägung fällt auch dann negativ aus, wenn der Nutzen lediglich mit geringer Zuverlässigkeit belegt oder gar nicht abschätzbar ist und die Anwendung ein erhöhtes oder nicht ausreichend abschätzbares Risiko birgt.“

Verwendeter Kurzfragebogen für die Krankenkassen

Fragebogen für den Kurzbericht zur Inanspruchnahme der Krebsvorsorge bei Männern

= bitte Zutreffendes ankreuzen _____ = bitte ausfüllen

1. Bietet Ihre Krankenkasse Kurse zur Gesundheitsförderung an (laut §20 SGB V)?

- ja
 nein

2. Wenn ja, welche Kurse bietet Ihre Krankenkasse an?

	nur für Frauen	nur für Männer	für Frauen und Männer
Ernährungskurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurse zur Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Entspannung oder Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fitnesskurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportprogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige, und zwar:			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wieviele Männer haben seit dem Jahr 2000 (seit der Stärkung des § 20) pro Jahr an den Kursen teilgenommen?

	2001	2002	2003	2004	2005
Ernährungskurse					
Kurse zur Raucherentwöhnung					
zur Entspannung und Stressbewältigung					
Fitnesskurse					
Sportprogramme					
sonstige, und zwar:					

4. Seit dem 01. Januar 2004 ermöglicht der Gesetzgeber den Krankenkassen Bonusregelungen. Bietet Ihre Krankenkasse Bonusregelungen an?

- ja
- nein, weiter mit Frage 7

5. Wenn ja, werden in ihrem Bonusprogramm die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen von Männern berücksichtigt?

- ja
- nein

6. Falls ja, wie wird innerhalb des Bonusprogrammes Ihrer Krankenkasse die jeweilige Krebsfrüherkennung angerechnet? (Geld-, Sachprämien, Punkte,...)

a) Prostata-, Genital-, Hautuntersuchung (ab 45 Jahre):

b) Dickdarm und Rektum (ab 50 Jahre):

c) Darmspiegelung (ab 55 Jahre):

7. Ist seit Einführung der Bonusprogramme die Inanspruchnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern Ihrem Eindruck nach gestiegen?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Überhaupt nicht | Etwas | Mäßig | Ziemlich | Sehr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Führen Sie weitere Maßnahmen zur Intensivierung der Früherkennung bei Männern durch?

- ja
- nein

9. Wenn ja, welche?

Vielen Dank, dass Sie den Fragebogen beantwortet haben! Bitte senden Sie den Fragebogen bis möglichst **17. März 2006** mit beiliegenden, frankierten Rückumschlag zurück.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2005): Gesundheit KOMPAKT. Ein ganzer Mann - dank Vorsorge und Früherkennung, Internetzugriff: www.die-gesundheitsreform.de

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005): GKV-Statistik KM6.

deutsche Agentur für HTA des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (2006): Verfahren zur Steigerung der Teilnehmerate an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen, HTA-Bericht 42, Köln.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2006): Gesundheit im Beruf 52. Jahrgang Heft 1, Hodenkrebs. Selten vorkommend, gut behandelbar.

Hartwig, J.; Waller, H. (2006): Stufen und Hürden der Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen bei 45- 60-jährigen Männern - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, in: Das Gesundheitswesen, 68: 357-363.

Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. (2004): Krebserkrankungen im Regierungsbezirk Münster, Band 3: Bericht für die Jahre 1998-2002, Münster.

Kuhlmann, Ellen und Kolip, Petra (2005): Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik, Weinheim und München.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2006): Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung. Dokumentation 2004, Essen.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000, Bielefeld.

Richter, M.; Brand, H. ; Rössler, G. (2002): Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW, in: Das Gesundheitswesen 64, 417-423.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen, Siegburg, Oktober 2005.

Robert Koch-Institut (2004): Hautkrebs, Heft 22 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Robert Koch-Institut (2005): Schwerpunktbericht: Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter, Berlin.

Scheffer, S.; Dauven, S.; Sieverding, M. (2006): Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland - Eine Übersicht, in: Das Gesundheitswesen, 68: 139-146.

Sieg, A.; Theilmeier, A. (2006): Ergebnisse der Vorsorge-Koloskopie 2005. Internetbasierte Dokumentation, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 131: 379-383

Stadt Bielefeld (2002): Bielefelder Gesundheitsziele. Für eine bessere Gesundheit.

Stadt Bielefeld (2006): Protokolle über die Abstimmungsgespräche am 27.9.2006 und 17.1.2007 zu den Entwürfen geschlechtsspezifischer Gesundheitsberichterstattung.

Stadt Wien (1999): Männergesundheitsbericht.

STIFTUNG WARENTEST (2005): Untersuchungen zu Früherkennungen - Krebs.
Nutzen und Risiken.

Wirth, Manfred P.; Hakenberg, Oliver W. (2005): Prävention des Prostatakarzinoms,
in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 130 Nr. 36.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2005): Hochrechnung zur Akzeptanz von Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei gesetzlich Versicherten

Weitere Tabellen

Tabelle 2: Anzahl der Krankenhausfälle von Männern mit ausgewählten Krebsarten in Bielefeld

	2000	2001	2002	2003	2004
bösartiges Geschwulst der Haut (ICD-10 C43)	36	22	31	28	12
Prostatakrebs (ICD-10 C61)	351	396	371	375	291
Hodenkrebs (ICD-10 C62)	84	66	61	40	34
Dickdarmkrebs (ICD-10 C18-C21)	726	888	632	550	397

Quelle: lögd

Tabelle 3: Verstorbene Bielefelder Männer nach ausgewählten Krebsarten

	2000	2001	2002	2003	2004
bösartiges Geschwulst der Haut (ICD-10 C43)	6	5	5	5	0
Prostatakrebs (ICD-10 C61)	41	53	60	50	40
Hodenkrebs (ICD-10 C62)	entf.	entf.	entf.	entf.	entf.
Dickdarmkrebs (ICD-10 C18-C21)	54	51	62	49	43

Quelle: lögd

Bielefelder Gesundheitsberichterstattung

Bisher erschienen:

Das Gesundheitssystem in Bielefeld
im Urteil der Bürgerinnen und Bürger, 1999

Berichtsmodul:
Umwelt, Verkehr & Gesundheit
2000, revidierte Fassung Dezember 2001

Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, 2003

Bielefelder Gesundheitsziele. Für eine bessere Gesundheit, 2003

Die gesundheitliche Lage & Versorgung von Migrantinnen &
Migranten, 2004

Update Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2003 – „Impfungen im
Kindesalter“, 2005

Bielefelder Gesundheitsziele - Monitoring und Evaluierung:
Abschlussbericht der Info^{PLUS}Impfkampagne, 2005

Bielefelder Gesundheitsziele - Monitoring und Evaluierung:
Abschlussbericht der Help-Kampagnen - Gesundheitliche Aufklärung
und Hepatitis-A- und B-Schutzimpfung für schwule Männer und Männer
und Frauen der offenen Drogenszene, 2005

Prävention und Früherkennung ausgewählter Krebserkrankungen
von Männern, 2007

Herzinfarkt bei Frauen – die längere Prähospitalphase, 2007

Alle Berichte können auch als PDF-Dateien unter www.bielefeld.de heruntergeladen werden (Stichwort "Gesundheitsberichterstattung" bitte in die Suchfunktion eingeben).