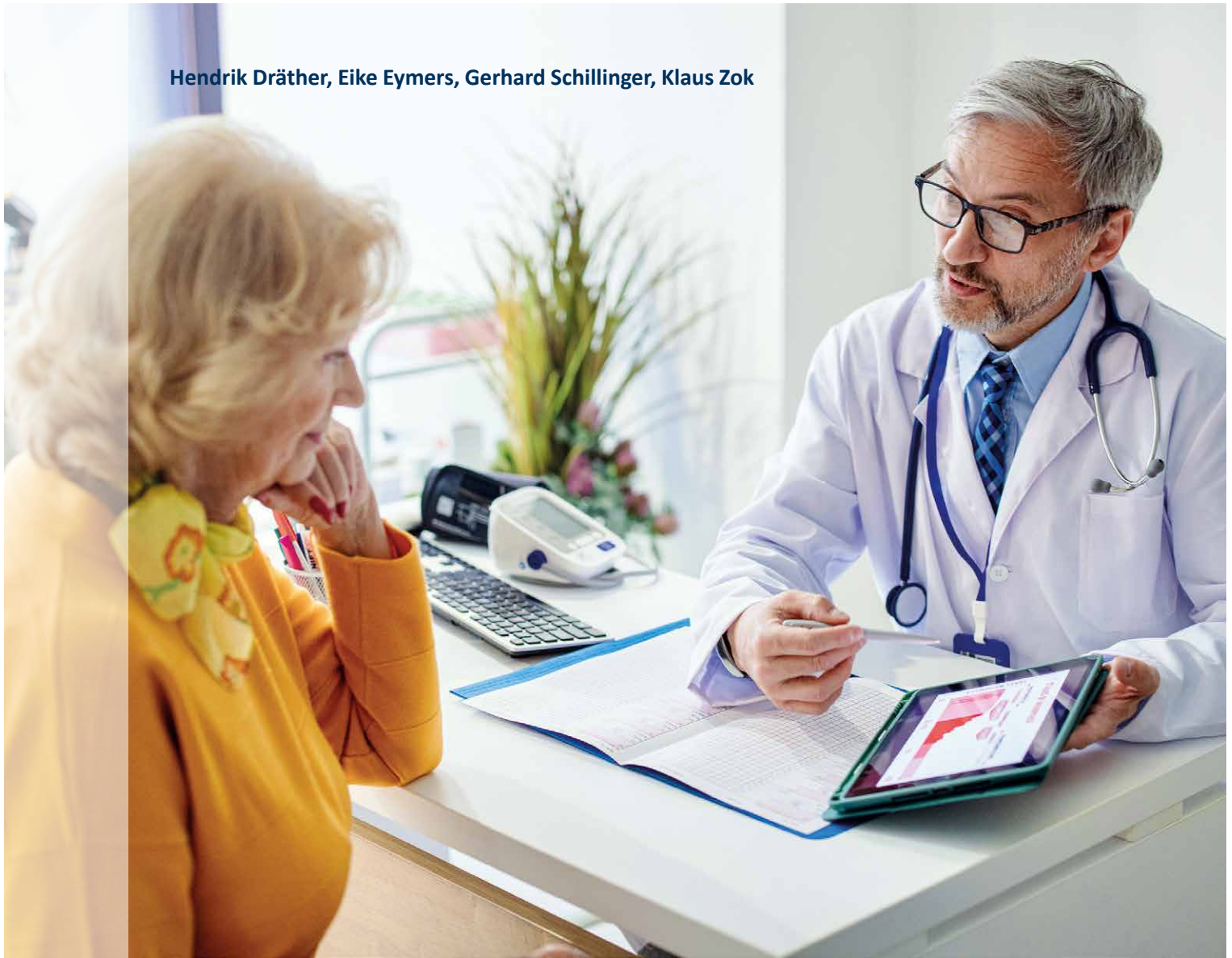


Hendrik Dräther, Eike Eymers, Gerhard Schillinger, Klaus Zok



Früherkennungs- monitor 2024

Inanspruchnahme von Krebs-
Früherkennungsleistungen der GKV

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).

Früherkennungsmonitor 2024
Inanspruchnahme von Krebs-Früherkennungsleistungen der GKV
Berlin, im November 2024

Hendrik Dräther, Klaus Zok (WIdO)
Dr. Eike Eymers, Dr. Gerhard Schillinger (AOK-Bundesverband)

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin
Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
<http://www.aok-bv.de/impressum/index.html>

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung –
SenGPG– Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Sollmann, Melanie Hoberg
Grafik: KomPart Verlag/Désirée Gensrich
Titelfoto: iStock/Anchry



Copyright: © 2024 Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).
Creative Commons: Namensnennung – Weitergabe unter gleichen
Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>
Der Inhalt dieser Publikation darf demnach uneingeschränkt und in
allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben werden, solange
der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung
(gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes, bedürfen der
ausdrücklichen Genehmigung.

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: <https://www.wido.de>

Inhalt

1	Krebsfrüherkennungsleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung	2
1.1	Überblick	2
1.2	Entwicklung der Krebserkrankungen in der Sterbestatistik	5
1.3	Voraussichtliche Bedeutung von Krebserkrankungen	7
2	Inanspruchnahme von Krebs-Früherkennungsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung	9
2.1	Hinweise zu den Berechnungen und Datengrundlagen	9
2.2	Entwicklung der Inanspruchnahme in der GKV	10
2.2.1	Kurzfristige Trends 2019 bis zum 1. Quartal 2022	10
2.2.2	Längerfristige Trends seit 2014	12
3	Schwerpunkt: Früherkennung von Hautkrebs	15
3.1	Hautkrebs-Screening nach Alter, Geschlecht und Ort der Untersuchung	15
3.2	Inanspruchnahme in regionaler Perspektive	17
4	Hautkrebsprävention und -vorsorge – Ausgewählte Befragungsergebnisse	23
4.1	Angst, Wissen und Informationsbedarf	23
4.2	Hautkrebsprävention	24
4.2.1	Risiko Sonneneinstrahlung – Einstellungen und Schutzverhalten	24
4.2.2	Eigenuntersuchung auf Auffälligkeiten	26
4.2.3	Nutzung des Hautkrebscreenings	26
5	Literaturverzeichnis	28
6	Anhang	29
6.1	Ausgewerteter Leistungskatalog	29

1 Krebsfrüherkennungsleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

1.1 Überblick

Zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zählen mittlerweile acht Maßnahmen, die der Früherkennung von Erkrankungen bei Erwachsenen dienen (siehe Tabelle 1). Mit dem Screening auf Gebärmutterhalskrebs, der Früherkennung von Prostatakrebs, dem Mammographie-

Screening, dem Darmkrebs-Screening und dem Hautkrebs-Screening haben sie einen Schwerpunkt bei den Krebserkrankungen. Die Allgemeine Gesundheitsuntersuchung, das 2009 eingeführte Chlamydien-Screening und das 2019 eingeführte Screening auf Bauchaortenaneurysmen zählen zu den Früherkennungsleistungen ohne Bezug zu Krebserkrankungen.

Tabelle 1: Übersicht zu den (Krebs-)Früherkennungsleistungen für Erwachsene in der GKV

Leistung	Alter	Inanspruchnahmeintervall
Früherkennung Gebärmutterhalskrebs PAP-Test HPV-Test und PAP-Test	ab 20 ab 35	Jährlich Alle drei Jahre
Früherkennung Prostatakrebs	ab 45	Jährlich
Allgemeine Gesundheitsuntersuchung	ab 18 ab 35	Einmal Alle drei Jahre
Darmkrebs-Früherkennung Stuhltest Stuhltest Beratung Koloskopie	50 bis 54 ab 55 ab 50 bzw. 55 ab 50 (Männer) bzw. 55 (Frauen)	Jährlich Alle 2 Jahre, wenn keine Koloskopie in Anspruch genommen wird Einmal Zweimal, mit mind. 10 Jahren Abstand
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	ab 35	alle zwei Jahre
Mammographie-Screening	50 bis 75	alle zwei Jahre
Screening auf Chlamydien (Frauen)	20 bis 25	Jährlich, bei sexuell aktiven Frauen
Screening auf Bauchaortenaneurysmen (Männer) Beratung Sonographie	ab 65 ab 65	Einmal Einmal

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

© WIdO 2024

Die Anspruchsberechtigung variiert je Früherkennungsleistung und mit dem Alter (vgl. Tabelle 1). So haben Frauen ab 20 Jahren Anspruch auf die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und sexuelle aktive Frauen bis 25 Jahre auf einen jährlichen Chlamydien-Test. Ab dem Alter von 18 Jahren können beide Geschlechter einmalig an der Allgemeinen Gesundheitsuntersuchung (ehemals Check-up 35) und ab 35 Jahren alle drei Jahre an der Gesundheitsuntersuchung sowie alle zwei Jahre am Hautkrebs-Screening teilnehmen. Der Anspruch auf die Prostatakrebs-Früherkennung beginnt mit 45 Jahren. Männern wie Frauen ab 50 Jahren steht der Zugang zum Darmkrebs-Screening offen. Dazu gibt es auch ein Beratungsangebot. Angeboten wird zwischen 50 und 54 Jahren eine jährliche Untersuchung auf verstecktes (okkultes) Blut im Stuhl, Männer ab 50 können zwischen einem Stuhltest oder einer Darmspiegelung (Koloskopie) wählen. Auch für Frauen ab 55 Jahren wird eine Darmspiegelung

angeboten, alternativ können sie alle zwei Jahre einen Stuhltest durchführen lassen. Die Koloskopie kann auch bei den Frauen mit einem Abstand von zehn Jahren wiederholt werden. Das Mammographie-Screening wurde zum 1. Juli 2024 angepasst und richtet sich nun an Frauen zwischen 50 und 75 Jahren. Zuletzt ist 2019 für Männer ab 65 Jahren ein Screening auf Bauchaortenaneurysmen eingeführt worden.

Diese Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene sind ein wesentlicher Bestandteil der ambulanten Versorgung. Das zeigen die Ausgaben der GKV für Früherkennungsuntersuchungen insgesamt sowie die damit verbundenen Laboruntersuchungen und abklärenden Folgeuntersuchungen. Für diese Untersuchungen wurden im Jahr 2023 mehr als 1,8 Mrd. Euro aufgewendet (vgl. Tabelle 2). Im Vorjahr 2022 lagen die Kosten mit 1,578 Mrd. Euro noch deutlich niedriger.

Tabelle 2: Ausgaben der GKV für Untersuchungen zur Früherkennung von Erkrankungen 2019 bis 2023 – Angaben in Mio. €¹

Maßnahmen zur Früherkennung von ...	Jahr				
	2019	2020	2021	2022	2023
... Krebserkrankungen bei Frauen	823,5	891,7	972,0	853,2	1.040,4
... Krebserkrankungen bei Männern	186,7	205,1	210,5	214,9	238,8
... anderen Krankheiten (Allgemeine Gesundheitsuntersuchung, Screening auf Bauchaortenaneurysmen)	509,9	332,5	461,1	510,3	523,1
Gesamt	1.520,2	1.429,3	1.643,7	1.578,4	1.802,3

Quelle: KJ1 2019 bis 2024, Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit. © WIdO 2024

Hinter den Ausgaben in Höhe von ca. 1,8 Milliarden Euro verbergen sich im Falle der Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau Leistungen für schätzungsweise fast 14 Millionen GKV-versicherte Frauen und im Falle der Krebsfrüherkennung des Mannes knapp 4 Millionen

Männer, die diese Untersuchungen in Anspruch nahmen.² Die Allgemeine Gesundheitsuntersuchung hat 2023 mehr als 9,5 Millionen Frauen und Männer erreicht, beim Mammographie-Screening waren es ca. 2,9 Millionen Frauen.³

¹ Ausgaben der GKV gemäß KJ1 für die Konten 521 bis 523 (Stand: Oktober 2024).

² Eigene Hochrechnung auf Basis von AOK- und GKV-Zahlen.

³ Hochrechnungen auf Basis von Abrechnungszahlen der GKV. Das Mammographie-Screening richtet sich an Versicherte der GKV und anderweitig – u. a. privat – Versicherte

Durch das Screening auf Gebärmutterhalskrebs können – genauso wie beim Darmkrebs-Screening – nicht nur frühe Krebsstadien erkannt und damit die Sterblichkeit gesenkt werden. Vielmehr können auch Vorstufen entfernt und Krebs-Neuerkrankungen verhindert werden. 1971 war der Gebärmutterhalskrebs in Deutschland die häufigste Krebsart bei Frauen; im Jahr 2010 war er nur noch die zwölft häufigste Krebsart mit einem Anteil von 2,1 Prozent an allen bösartigen Tumoren bei Frauen.

Neben den Chancen können Früherkennungsuntersuchungen aber auch Risiken bergen. Sie werden bei Personen durchgeführt, die wahrscheinlich nicht erkrankt sind, sodass es zu sogenannten „falsch positiven“ Befunden kommen kann. Falsch positiv bedeutet, dass ein positives Testergebnis mitgeteilt wird, obwohl die Erkrankung bei der untersuchten Person in Wirklichkeit gar nicht vorliegt. Für die betroffene Person resultieren daraus weitere Untersuchungen und in vielen Fällen eine hohe emotionale Belastung, bis das endgültige Ergebnis vorliegt. Aber auch Übertherapien sind möglich, wie operative Eingriffe mit all ihren möglichen Nebenwirkungen und Folgen bei Befunden, die sich letztlich als gutartig erweisen, oder die Behandlung von Tumoren, die zu Lebzeiten keine Beschwerden gemacht hätten. Daher müssen bei der Einführung von Früherkennungsuntersuchungen Nutzen und Risiken immer sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

In Deutschland liegt die Entscheidung darüber, welche Früherkennungsuntersuchungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden, beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Ihr Nutzen wurde klar nachgewiesen. Auch europäischer Ebene gibt es seit 2021 einen europäischen Plan zur Krebsbekämpfung („Europas Plan gegen den Krebs“). Dieser beinhaltet unter anderem die Verbesserung der Früherkennung, aber auch Maßnahmen zur besseren Krebsvorsorge durch Impfungen. Im Auftrag der Europäischen Kommission werden zudem Empfehlungen zur Früherkennung sowie zur Verbesserung der Krebstherapie erstellt. Die Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs sind neben dem Mammographie-Screening auf Brustkrebs in Europa nahezu flächendeckend umgesetzt.

Die hier vorliegende Studie aktualisiert bzw. erweitert den WIdO-Bericht zu Früherkennungsleistungen für die Jahre 2008 bis 2021 (Tillmanns et al. 2022 sowie Tillmanns et al. 201) sowie die Untersuchungen von Dräther und Tillmanns 2021 zum Darmkrebs-Screening. Frühere Untersuchungen zur Inanspruchnahme beziehen sich entweder auf jahresbezogene Raten (siehe zum Beispiel Grobe et al. 2017, S. 113 ff.) oder aber auf solche für Zwei- bzw. Drei-Jahres-Zeiträume (z. B. Kerek-Bodden et al. 2010, S. 33). Lediglich das Zentralinstitut für die kassenärztliche Vereinigung in Deutschland (Zi) hat 2020 für Versicherte der GKV die Inanspruchnahme des Darmkrebs-Screenings über einen Zehn-Jahres-Zeitraum nachverfolgt (Steffen et al. 2020), allerdings ohne die Koloskopien in Krankenhäusern berücksichtigen zu können. Zuvor hatte das Zi für die Jahre 2002 bis 2004 die Teilnahme an der Krebs-Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs in den Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Bremen analysiert. Dabei zeigte sich eine jährliche Inanspruchnahmerate der Frauen bis 50 Jahren von ca. 50 Prozent, die aber mit zunehmendem Alter niedriger ausfällt. Bei einer Drei-Jahres-Betrachtung wurde in dieser Studie bei Frauen unter 55 Jahren eine Teilnehmerate zwischen 70 Prozent und 80 Prozent beobachtet, während anschließend die Teilnahme deutlich abnahm, je älter die Frauen waren (Kerek-Bodden et al. 2010). Die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen war auch Teil einer Gesundheitsbefragung des Robert Koch-Instituts im Jahr 2010 (RKI 2012). Bei der Veröffentlichung dieser Befragungsergebnisse fiel auf, dass sich diese Inanspruchnahmeraten von den vom Zi mit routinemäßig erhobenen Daten ermittelten Raten zum Screening auf Gebärmutterhalskrebs unterschieden. Mögliche verzerrende Faktoren wurden diskutiert. Unter anderem könnte die Diskrepanz damit zusammenhängen, dass die Befragten dazu neigen, das erwünschte Verhalten zu berichten. Es könnte auch sein, dass an der Gesundheitsbefragung überwiegend Personen teilnehmen, die an ihrer Gesundheit mehr interessiert sind. Aktuelle Auswertungen von Routinedaten zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen bietet darüber hinaus die BARMER in ihren Arztreporten an, die für den Versichertenkreis dieser Kasse jahresbezogene Raten ausweisen (Grobe et al. 2023).

Nachdem im vergangenen Jahr die Inanspruchnahme der Früherkennung von Darmkrebs besonders beleuchtet worden ist, legt der Früherkennungsmonitor 2024 den Schwerpunkt auf das Thema Hautkrebs. Neben Auswertungen auf Basis von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen insgesamt und speziell der AOK (Kapitel 2 und 3) werden auch Ergebnisse einer Forsa-Befragung zum Thema Hautkrebs berichtet (Kapitel 4).

Die für die vorliegende Publikation ausgewerteten Daten lassen Analysen in unterschiedlicher Differenziertheit zu. Die GKV-Daten erlauben allgemeine Aussagen zur GKV-weiten Abrechnung von Leistungen und zu den Ausgaben für die gesamte GKV. Differenziertere Teilnahmeraten nach Alter und Geschlecht oder nach Regionen können dagegen nur auf Basis von AOK-Daten ermittelt werden (siehe dazu auch Kapitel 2.1). Auch Aussagen zu den in den jeweiligen Regionen Deutschlands in Anspruch genommenen Untersuchungen beim Hautkrebs-Screening sind nur auf Basis von AOK-Routinedaten möglich (siehe Kapitel 3). Da in der vorliegenden Analyse alle Regionen Deutschlands einbezogen sind, liegt im Hinblick auf den berücksichtigten Zeitraum und die Regionen Deutschlands sowie den anspruchsberechtigten Personenkreis die umfassendste Datengrundlage zugrunde, die für solche Untersuchungen bisher herangezogen worden ist. Es werden Untersuchungen zum Hautkrebs-Screening sowohl innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung als auch diejenigen berücksichtigt, die AOKs im Rahmen ihrer Einzelverträge nach §§ 64, 71b oder 140a SGB V vereinbart haben. Ausgewiesen werden dabei unter anderem 3- und 10-Jahres-Teilnahmeraten (Kohorten- oder Panelanalysen).

1.2 Entwicklung der Krebserkrankungen in der Sterbestatistik

Dass in den letzten Jahrzehnten deutliche Fortschritte in Bezug auf die krebsbedingte Mortalität erreicht wurde, zeigt der Blick auf die Sterberaten aller Krebserkrankungen in Deutschland. Die Auswertungen der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (www.gekid.de) zeigen durchgehend und in beiden Geschlechtern eine abnehmende altersstandardisierte Mortalitätsrate für die Jahre 2000 bis 2020. Bei Frauen ist die Rate von 144,1 auf 118,7 pro 100.000 Frauen jährlich und bei Männern von 239,4 auf 174,9 pro 100.000 Männern jährlich gefallen, obgleich die absoluten Fallzahlen in den Jahren 2000 bis 2019 bei den Frauen von 100.903 auf 104.949 und bei den Männern von 109.407 auf 125.274 leicht gestiegen sind.

Die altersstandardisierte Berechnung ist bei der Analyse von Krebsstatistiken von großer Bedeutung und wird durchgeführt, indem die Effekte demografischer Veränderungen herausgerechnet werden, um so die Mortalität in den verschiedenen Altersgruppen vergleichbar zu machen. Als Referenz wird eine gewählte Standardbevölkerung verwendet, um die beobachteten Sterberaten in den verschiedenen Altersgruppen zu gewichten.

Wären die Sterberaten an Krebs in allen Altersgruppen auf dem Niveau des Jahres 2000 geblieben, wäre es alleine durch die Alterung in der Gesellschaft zu einem jährlichen Anstieg auf rund 296.000 Sterbefälle gekommen. Bei der altersstandardisierten Berechnung mit Berücksichtigung der demografischen Veränderung wird deutlich, dass die Mortalität in den letzten zwei Jahrzehnten bei Frauen um 17 Prozent und bei Männern um 27 Prozent gesunken ist (RKI 2021 „Krebs in Deutschland“).

Für einzelne Krebserkrankungen, die durch Früh-erkennungsmaßnahmen rechtzeitig erkannt und somit frühzeitig behandelt werden können, zeigen sich über die letzten zwanzig Jahre folgende Entwicklungen (www.gekid.de):

Beim Darmkrebs sind die altersstandardisierten Sterberaten für Frauen von 19,3 auf 11,1 pro 100.000 Frauen jährlich und für Männer von 29,8 auf 18,6 in den Jahren 2000 bis 2020 gesunken. Deutlich sichtbar ist der Rückgang der absoluten Fallzahlen von 15.329 auf 11.022 bei den Frauen und 13.658 auf 13.381 bei den Männern in den Jahren 2000 und 2020.

Die altersstandardisierte Sterberate beim schwarzen Hautkrebs (malignes Melanom) haben sich bei beiden Geschlechtern kaum verändert, wobei die Zahlen immer noch eine leicht höhere Mortalität bei der männlichen Bevölkerung aufzeigt. Die Sterbefallzahlen für das Jahr 2020 liegt bei Frauen bei 1.162 pro 100.000 und bei Männern bei 1.778 pro 100.000 Männern.

Eine starke Abnahme der altersstandardisierten Raten zeigt sich beim Gebärmutterhalskrebs: Sie sanken von 3,3 auf 2,4 pro 100.000 Frauen jährlich, was in absoluten Zahlen einen Rückgang von 1.882 Fällen im Jahr 2000 auf 1.546 Fälle im Jahr 2020 bedeutet.

Auch bei der Mortalitätsrate aufgrund von Brustkrebs sieht man eine deutliche Abnahme von 28,3 im Jahr 2000 auf 22,3 im Jahr 2019, während die absoluten Fallzahlen aufgrund der Demographie von 17.814 Fällen auf 18.519 Fälle stiegen.

Beim Prostatakrebs sieht man aufgrund der demographischen Entwicklung ebenfalls steigende Fallzahlen von 11.107 im Jahr 2000 auf 15.040 im Jahr 2019, was sich aber bei den altersstandardisierten Sterberaten als eine Reduktion von 25,0 auf 18,7 pro 100.000 Männern darstellt.

Die Sterberate aufgrund von Hodenkrebs ist grundsätzlich sehr niedrig. In absoluten Zahlen waren in Deutschland 2020 197 Fälle pro 100.000 Männern zu verzeichnen. Dies entspricht einer altersstandardisierten Sterberate von 0,4. Im betrachteten Zeitraum werden nur minimale Schwankungen in den Fallzahlen berichtet.

Tabelle 3: Altersstandardisierte Krebs-Sterberaten und Sterbefallzahlen in Deutschland der Jahre 2000 und 2020 (Angaben pro 100.000 Personen pro Jahr)

Krebsarten	Altersstandardisierte Sterberate 2000	Altersstandardisierte Sterberate 2020	Fallzahl 2000	Fallzahl 2020
Darmkrebs (Frau) ICD: C18 -21	19,3	11,1	15.329	11.022
Darmkrebs (Mann) ICD: C18 -21	29,8	18,5	13.658	13.381
Malignes Melanom (Frau) ICD: C43	1,6	1,4	1.017	1.162
Malignes Melanom (Mann) ICD: C43	2,6	2,5	1.161	1.778
Gebärmutterhalskrebs ICD: C53	3,3	2,4	1.882	1.546
Brustkrebs (Frau) ICD: C50	28,3	21,8	17.814	18.425
Brustkrebs (Mann) ICD: C50	0,5	0,2	221	166
Prostatakrebs ICD: C61	25,0	18,6	11.107	15.403
Hodenkrebs ICD: C62	0,4	0,4	194	197

Quelle: GEKID Länderatlas Mortalität © WIDO 2024

Die Entwicklung der Mortalitätsraten bei den Krebserkrankungen, zu denen ein Früherkennungsprogramm angeboten wird, ist multifaktoriell zu bewerten. Das Sinken der Sterberaten ist nicht allein durch die Früherkennungsprogramme bedingt. Auch eine bessere Aufklärung sowie die Weiterentwicklung und Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten tragen dazu bei, dass die Sterberaten zurückgehen.

1.3 Voraussichtliche Bedeutung von Krebserkrankungen

Ein nicht vermeidbarer Risikofaktor für Krebs ist das Alter. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für Genveränderungen in den Zellen, was die Entstehung von Krebs befördert. Angesichts der demographischen Entwicklung in Deutschland bedeutet dies, dass wir theoretisch steigende Zahlen an Krebsneuerkrankungen zu erwarten haben. Gemäß dem RKI-Bericht „Krebs in Deutschland 2017/2018“ (RKI 2021) haben sich aber die absoluten Zahlen der Krebsneuerkrankungen zwischen 2008 und 2018 jedoch kaum verändert. Da das Alter ein Risikofaktor für fast alle Krebsarten ist, wäre infolge der demographischen Entwicklung ein Anstieg der Neuerkrankungen von rund 1 Prozent pro Jahr zu erwarten gewesen. Die tatsächliche Entwicklung verläuft genau umgekehrt: Bei einer altersstandardisierten Betrachtung der Daten zeigt sich ein Rückgang an Neuerkrankungen. Laut RKI-Bericht lag dieser Rückgang bei Männern innerhalb der untersuchten Jahre 2008 bis 2018 bei 13 Prozent, bei Frauen waren es 9 Prozent.

Ein Rückgang von Krebs-Neuerkrankungen zeigt sich zum Beispiel bei den bösartigen Tumoren des Dick- und Enddarms. Im RKI-Bericht „Krebs in Deutschland“ wird von einem Rückgang (altersstandardisiert) seit etwa 2003 berichtet. Welchen Einfluss die Krebsfrüherkennung hat, ist schwierig zu sagen, denn auch Faktoren wie Lebensstilveränderungen, Ernährungsumstellung oder die Reduktion des Tabakkonsums beeinflussen die Anzahl der Krebs-Neuerkrankungen.

Tabakkonsum ist ein vermeidbarer Risikofaktor und hat einen großen Einfluss auf das Krebsgeschehen in Deutschland, insbesondere auf die Entwicklung von Lungenkrebs. So zeigt sich in den Jahren von 2008 bis 2020 ein Anstieg an bösartigen Tumoren der Lunge insbesondere bei Frauen (www.gekid.de). Die altersstandardisierte Erkrankungsrate bei den Frauen ist von 19,2 pro 100.000 Frauen im Jahr 2000 auf 33,0 pro 100.000 Frauen im Jahr 2021 angestiegen. Bei der männlichen Bevölkerung sehen wir einen Rückgang in Zeitfenster von 2008 bis 2020 von 66,4 auf 52,7/100.000 Männern. Auch im RKI-Bericht „Krebs in Deutschland für 2017/2018“ wird beschrieben, dass seit einigen Jahren bei Frauen unter 45 Jahren annähernd so viele Erkrankungen an Lungenkrebs auftreten wie unter gleichaltrigen Männern. Ein potenzieller Nutzen für eine Früherkennungsmaßnahme bei Lungenkrebs wurde vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) festgestellt; das Thema wird aktuell im Gemeinsamen Bundesausschuss beraten.

Maßnahmen der Primärprävention wie Impfungen gegen das Humane Papillomvirus oder das Hepatitis B-Virus könnten sich in den nächsten Jahrzehnten auszahlen und die Rate der Neuerkrankungen von Gebärmutterhalskrebs und Leberkrebs reduzieren. Ein Rückgang der Krebsvorstufen des Gebärmutterhalskrebs in den letzten Jahren wird in der Übersichtsarbeit von Osmani und Klug 2021 beschrieben. Auch die Registerdaten (www.gekid.de) zeigen in einer Zeitspanne von 20 Jahren einen langsamen, aber stetigen Rückgang der Neuerkrankungen von 6.229 Fällen im Jahr 2000 auf 4.644 Fälle im Jahr 2020. Wie hoch der Einfluss der HPF-Impfung auf den Rückgang der Neuerkrankungen ist, untersuchte eine schwedische Registerstudie (Lei, J et al. 2020). Im Beobachtungszeitraum 2006 bis 2017 reduzierte sich das Risiko, an Zervixkarzinomen zu erkranken, für geimpfte Frauen gegenüber ungeimpften Frauen um 88 Prozent. Voraussetzung war, dass die Mädchen bzw. jungen Frauen vor dem 17. Lebensjahr mit dem quadrivalenten Impfstoff geimpft worden waren.

Auch wenn der Impfung laut Leitlinienprogramm Onkologie eine gute Effektivität bescheinigt wird und mit einer hohen bundesweiten Impfquote eine Herdenimmunität erreicht werden könnte, müssen zukünftig weiterhin effektive Screening-Programme für Frauen angeboten werden. Die Früherkennungsuntersuchungen sind unerlässlich, da die zugelassenen Impfstoffe nicht alle HPV-Subtypen abdecken, die bei persistierender Infektion zu einem Karzinom führen könnten.

Für den schwarzen Hautkrebs (malignes Melanom) ist noch nicht abschätzbar, inwieweit sich die Aufklärung der Bevölkerung über individuellen Hautschutz gegen UV-Strahlung reduzierend auf das Erkrankungsniveau auswirkt. Schädigung der Haut durch starke UV-Belastung und vermehrte Sonnenbrände im Kindesalter können noch nach Jahrzehnten zu Hautkrebs im Alter führen. Das mittlere Erkrankungsalter für das maligne Melanom liegt bei Frauen bei 62 Jahren und bei Männern bei 68 Jahren (RKI 2021). Falls die Präventionsmaßnahmen greifen, wird ein Rückgang der Inzidenzen des malignen Melanoms erst in Zukunft sichtbar werden. Die aktuellen Krebsregisterdaten für die Jahre 2000 bis 2020 zeigen, dass die Inzidenzraten für das maligne Melanom im Allgemeinen von 2000 bis 2007 leicht angestiegen sind. Im Jahr 2008 wurde neu das Hautkrebs-Früherkennungsprogramm eingeführt, was vermutlich den einmaligen deutlichen Anstieg der altersstandardisierten Inzidenz auf 19,9 bei den Männern bzw. von 18,8 bei den Frauen begründet. Seitdem sind die Inzidenzraten mehr oder weniger unverändert, sowohl in den altersstandardisierten Raten (19,9 bei Männern bzw. 19,1 bei Frauen im Jahr 2020) sowie in den absoluten Fallzahlen (12.240 bzw. 11.323 Fälle pro 100.000 Männern bzw. Frauen). Unverändert ist eine leicht höhere Mortalitätsrate bei der männlichen Bevölkerung erkennbar (www.gekid.de). Möglicherweise liegt dieser Unterschied darin begründet, dass männlich geprägte Berufsgruppen wie Dachdecker oder Straßenarbeiter aufgrund der Arbeit im Freien stärker der UV-Strahlung ausgesetzt sind.

Beim weißen Hautkrebs handelt es sich überwiegend um das Plattenepithelkarzinom (Spinaliom) und das Basalzellkarzinom (Basaliom). Das Basaliom machen etwa drei Viertel, das Spinaliom ein Viertel der nicht melanotischen Hautkrebsformen aus. Beide Hautkrebsarten sind weniger aggressiv wachsend als das maligne Melanom, metastasieren erst im späten Stadium und sind im Früherkennungsprogramm gut behandelbar – insbesondere, weil hier schon Krebs-Vorstufen wie die aktinische Keratose entdeckt und entfernt werden können (RKI, Krebs in Deutschland für 2019/2020, 2023). In den Daten der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) werden diese Formen unter „Sonstige Tumore der Haut (ICD-10 C44)“ zusammengefasst. Im Jahr 2020 lag die altersstandardisierte Inzidenzrate bei 157,6 unter den Männern und bei 123,5 unter den Frauen pro 100.000 Personen pro Jahr. Das entspricht in absoluten Zahlen 112.301 Männern und 96.492 Frauen. Im Vergleich zu den Daten von 2003 ist bei den Inzidenzen ein steigender Trend bis 2015 erkennbar, der seitdem wieder leicht rückgängig ist (www.gekid.de). Die Sterberaten sind sehr niedrig: Den ungefähr 210.000 Erstdiagnosen des weißen Hautkrebses im Jahr 2020 stehen ca. 1.100 Sterbefälle gegenüber.

2 Inanspruchnahme von Krebs-Früherkennungsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

2.1 Hinweise zu den Berechnungen und Datengrundlagen

Die Inanspruchnahme von Krebs-Früherkennungsleistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird auf Basis von GKV- und AOK-Routinedaten untersucht. Hierzu zählen „kollektivvertragliche“ Daten der vertragsärztlichen Versorgung nach §§ 295 Abs. 1 SGB V und 87 a Abs. 4 Satz 1 u. 2 SGB V, die wesentliche Teile der ambulanten Versorgung widerspiegeln. Gesetzliche Krankenkassen vereinbaren daneben Leistungen nach § 73b SGB V zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV), nach § 140a SGB V oder nach § 64 SGB V zur fachärztlichen und Arztgruppen übergreifenden Versorgung mit oftmals gesonderten Abrechnungswegen ohne Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Mittlerweile nehmen GKV-weit ca. 8,6 Prozent der Versicherten an solchen HzV- oder Facharztverträgen teil (Datenstand 2022). Eine die gesamte GKV umfassende Datengrundlage unter Einschluss einzelvertraglich vereinbarter Leistungen steht dem WIdO nur für Versicherte der AOK zur Verfügung. In diesem Monitor ausgewiesene GKV-bezogene Kennzahlen des Kapitel 2 beschränken sich weitgehend auf kollektivvertraglich geregelte Leistungen. Die Analysen des Kapitels 3 bauen auf AOK-Routinedaten aus der kollektiv- sowie selektivvertraglichen Versorgung auf.

Bei einer der insgesamt fünf untersuchten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen haben einzelvertragliche Regelungen eine besondere Bedeutung. Beim Hautkrebs-Screening, das von Dermatologen und Dermatologinnen sowie in größeren Teilen auch von Hausärzten und -ärztinnen durchgeführt wird, können auf der Ebene der GKV nur kollektivvertraglich abgerechneten Leistungen gezählt und ins Verhältnis zur Grundgesamtheit aller GKV-Versicherten gesetzt werden. Selektivvertraglich abgerechnete Leistungen – ohne (Abrechnungs-)Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen – bleiben unberücksichtigt.⁴ Veränderungen bei der Inanspruchnahme des Hautkrebs-Screenings im Zeitverlauf geben Veränderungen in der GKV innerhalb der kollektivvertraglichen Versorgung wieder.

⁴ Die gesamte GKV betreffenden kollektivvertraglichen Routinedaten bilden lediglich in Teilen die Inanspruchnahme des Hautkrebs-Screening ab, wenn z. B. HzV-Teilnehmer den Hautarzt oder die Hautärztin der Kollektivversorgung aufsuchen. Das Screening bei einem Hausarzt oder einer Hausärztin der HzV ist in den kollektivvertraglichen Routinedaten nicht enthalten.

2.2 Entwicklung der Inanspruchnahme in der GKV

2.2.1 Kurzfristige Trends 2019 bis zum 1. Quartal 2022

Die Vorsorge- und Krebsfrüherkennungsleistungen der GKV haben eine erhebliche quantitative Bedeutung (siehe Tabelle 4). Am häufigsten findet die Früherkennungsuntersuchung zum Gebärmutterhalskrebs statt (14,49 Millionen Untersuchungen im

Jahr 2023). Das Hautkrebs-Screening wurde 2023 ca. 7,3 Millionen Mal durchgeführt und ist damit die zweithäufigste Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen. Die Prostatakrebs-Früherkennung hat im vergangenen Jahr etwa 4,2 Millionen Männer (ab dem 50. Lebensjahr) erreicht, während das Mammographie-Screening von ca. 2,9 Millionen Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren in Anspruch genommen wurde. Schließlich gehört auch das Darmkrebs-Screening mit seinen 611.000 Früherkennungskoloskopien im Jahr 2023 zu den Krebsfrüherkennungsleistungen der GKV.

Tabelle 4: Vorsorge- und Früherkennungsleistungen in der GKV 2019 bis zum 1. Quartal 2024

Früherkennungsleistung	2019	2020	2021	2022	2023	2023				2024
	1 - 4	1 - 4	1 - 4	1 - 4	1 - 4	1	2	3	4	1
Anzahl Leistungen in Tsd.*										
Früherkennung Gebärmutterhalskrebs	14.973	14.149	13.859	13.850	14.495	4.253	3.668	3.300	3.273	4.107
Früherkennung Prostatakrebs	4.048	3.723	3.912	4.004	4.239	1.336	1.039	911	953	1.364
Früherkennung Hautkrebs	7.555	6.018	6.841	6.925	7.344	2.097	1.838	1.789	1.621	2.106
Koloskopien des Darmkrebs-Screenings	534	545	559	566	611	165	147	151	149	169
Mammographie-Screening	2.781	2.517	2.893	2.723	2.924	824	702	722	676	802
Anzahl Leistungen je 100.000 Versicherte**										
Früherkennung Gebärmutterhalskrebs	47.385	44.639	43.799	43.599	45.401	13.322	11.490	10.335	10.253	12.844
Früherkennung Prostatakrebs	23.939	21.948	23.070	23.563	24.876	7.841	6.097	5.348	5.590	7.975
Früherkennung Hautkrebs	17.579	14.026	15.946	16.036	16.871	4.817	4.221	4.111	3.723	4.810
Koloskopien des Darmkrebs-Screenings	1.629	1.651	1.687	1.704	1.843	496	444	454	449	508
Mammographie-Screening	25.396	22.866	26.233	24.688	26.553	7.485	6.374	6.558	6.135	7.319
*Ohne Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Verträgen nach §§ 64, 71b u. 140a. SGB V abgerechnet werden.										
**Berücksichtigte anspruchsberechtigte Versichertengruppen: Darmkrebs-Screening: Versicherte ab 50; Mammographie-Screening: Versicherte Frauen zwischen 50 und 70; Hautkrebs-Screening: Versicherte ab 35; (Früherkennung Prostatakrebs: Versicherte Männer ab 45; Früherkennung Gebärmutterhalskrebs: Versicherte Frauen ab 20; Eigene Berechnung und Darstellung.										
Quelle: Vertragsärztliche Routinedaten nach Formblatt 3 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.										© WIdO 2024

Da die Gesamtzahl der GKV-Versicherten vom 1. Quartal 2019 bis zum 1. Quartal 2024 von 73 Millionen um etwa 1,9 Prozent auf knapp 74,5 Millionen gestiegen ist, ist in den Tabellen 4 und 5 jeweils die Anzahl sowie die Veränderungsrate der abge-

rechneten Früherkennungsleistungen auf je 100.000 GKV-Versicherte berechnet worden, um Auswirkungen der gestiegenen Versichertengrundgesamtheit zu berücksichtigen.

Tabelle 5: Veränderung der Inanspruchnahme von GKV-Früherkennungsleistungen in den Jahren 2020 bis 2024 im Verhältnis zu 2019

Früherkennungsleistung	2020	2021	2022	2023	2023				2024
	1 - 4	1 - 4	1 - 4	1 - 4	1	2	3	4	1
Veränderung Anzahl Leistungen gegenüber 2019*									
Früherkennung Gebärmutterhalskrebs	-5,5 %	-7,4 %	-7,5 %	-3,2	-3,9 %	-5,2 %	-3,4 %	0,3 %	-7,2 %
Früherkennung Prostatakrebs	-8,1 %	-3,4 %	-1,1 %	4,7	5,6 %	3,6 %	3,8 %	5,7 %	7,8 %
Früherkennung Hautkrebs	-20,3 %	-9,4 %	-8,3 %	-2,8	-10,1 %	-5,7 %	-4,2 %	15,2 %***	-9,7 %
Koloskopien des Darmkrebs-Screenings	2,2 %	4,8 %	6,2 %	14,8	26,9 %	16,7 %	8,9 %	7,6 %	29,9 %
Mammographie-Screening	-9,5 %	4,0 %	-2,1 %	5,1 %	7,3 %	5,6 %	3,9 %	3,4 %	4,4 %
Veränderung Anzahl Leistungen je 100.000 Versicherte gegenüber 2019**									
Früherkennung Gebärmutterhalskrebs	-5,8 %	-7,6 %	-8,0 %	-4,2 %	-4,9 %	-6,2 %	-4,4 %	-0,7 %	-8,3 %
Früherkennung Prostatakrebs	-8,3 %	-3,6 %	-1,5 %	3,9 %	4,8 %	2,9 %	3,0 %	4,9 %	6,6 %
Früherkennung Hautkrebs	-20,2 %	-9,3 %	-8,8 %	-4,0 %	-11,2 %	-6,9 %	-5,4 %	13,7 %***	-11,3 %
Koloskopien des Darmkrebs-Screenings	1,4 %	3,7 %	4,9 %	13,5 %	25,4 %	15,4 %	7,7 %	6,4 %	28,4 %
Mammographie-Screening	-10,0 %	3,3 %	-2,8 %	4,6 %	6,7 %	5,0 %	3,4 %	2,8 %	4,3 %
*Ohne Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Verträgen nach §§ 64, 71b u. 140a. SGB V abgerechnet werden.									
**Berücksichtigte anspruchsberechtigte Versichertengruppen: Darmkrebs-Screening: Versicherte ab 50; Mammographie-Screening: Versicherte Frauen zwischen 50 und 69; Hautkrebs-Screening: Versicherte ab 35; Früherkennung Prostatakrebs: Versicherte Männer ab 45; Früherkennung Gebärmutterhalskrebs: Versicherte Frauen ab 20									
***Hohe Steigerungsraten aufgrund besonderer Basiseffekte in Q4/2019 infolge der Anhebung des Untersuchungswiederholungsintervalls von alle 2 auf alle 3 Jahre bei der Allgemeinen Gesundheitsuntersuchung, die oftmals zusammen mit dem Hautkrebs-Screening durchgeführt wird (siehe auch Abbildung 2). Eigene Berechnung und Darstellung.									
Quelle: Vertragsärztliche Routinedaten des Formblattes 3 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung									© Wido 2024

Nachdem in den Pandemie Jahren 2020 bis einschließlich 2022 bei nahezu allen Früherkennungsmaßnahmen – mit Ausnahme der Koloskopien zur Darmkrebs-Früherkennung – ein zum Teil erheblicher Rückgang in der Inanspruchnahme festzustellen war (vgl. Tabelle 5), stellt sich die Situation im Jahr 2023 und im ersten Quartal 2024 differenzierter dar. Schon in den letzten Jahren war zu beobachten, dass die Versicherten der GKV immer häufiger Koloskopien im Rahmen des Darmkrebs-Screenings in Anspruch genommen haben. Auch das Jahr 2023 weist mit einer Steigerung von 14,8 Prozent gegenüber 2019 einen neuen Höchstwert auf. Das Mammographie-Screening mit einem Plus von 5,1 Prozent im Jahr 2023 gegenüber 2019 sowie die Früherkennung auf Prostatakrebs (Plus von 4,7 Prozent im Jahr 2023 gegenüber 2019) werden ebenso öfter erbracht als in den Pandemie Jahren. Auch wenn Früherkennungsuntersuchungen zum Gebärmutterhalskrebs 2023 gegenüber 2019 einen Rückgang von 3,2 Prozent zu verzeichnen haben, fällt dieser niedriger aus als in den Vorjahren 2020 bis 2022. Und schließlich haben die Versicherten der GKV auch das Hautkrebs-Screening 2023 öfter durchführen lassen als in den Pandemie Jahren. Dennoch liegt es immer noch um 2,8 Prozent unterhalb des Niveaus des „Vor-Pandemie-Jahres“ 2019.

Im ersten Quartal 2024 setzt sich bei den Koloskopien zum Darmkrebs-Screening der Trend steigender Inanspruchnahmen fort (Steigerung von 29,9 Prozent gegenüber den ersten Quartal 2019). Auch die Untersuchungen zur Früherkennung von Prostatakrebs liegen um 7,8 Prozent über dem entsprechenden Wert des ersten Quartals 2019, im ersten Quartal 2023 waren es 5,6 Prozent.

Dagegen liegt die Zahl an Untersuchungen im Rahmen des Mammographie-Screenings zwar auch oberhalb des Wertes des 2019er Quartals (Plus von 4,4 Prozent), im Vorjahresquartal 2023 fiel das Plus aber größer aus (7,3 Prozent). Bei diesem Screening ist in den letzten Jahren eine leicht rückläufige Inanspruchnahme zu beobachten (siehe dazu auch Kapitel 2.2.2), die sich 2023 und 2024 nicht mehr fortsetzt. Sowohl in Bezug auf das ganze Jahr 2023, als auch auf die Quartale 1/2023 bis einschließlich 1/2024 liegt die jeweilige Zahl abgerechneter Mammographien über den entsprechenden 2019er-Werten.

Das Hautkrebs-Screening ist dagegen weiterhin weit vom Niveau des Jahres 2019 entfernt; hier ist im ersten Quartal 2024 immer noch einen Rückgang von 9,7 Prozent zu verzeichnen, was etwa den Abweichungen des Vorjahresquartals zu 2019 entspricht (Rückgang von 10,1 Prozent). Allerdings hängt dieser im Vergleich zu 2019 gemessene Rückgang in erster Linie mit den geänderten Anspruchsvoraussetzungen bei der Allgemeinen Gesundheitsuntersuchung (ehemals Check Up 35) zusammen, die seit 2019 nur noch in einem dreijährigen und nicht mehr in einem zweijährigen Rhythmus in Anspruch genommen werden darf. Da das Hautkrebs-Screening häufig zusammen mit der Allgemeinen Gesundheitsuntersuchung nachgefragt und durchgeführt wird (siehe Abbildung 2 auf Seite 16), haben die Änderungen bei den Anspruchsvoraussetzungen für die Allgemeine Gesundheitsuntersuchung Einfluss auf die Inanspruchnahme beim Hautkrebs-Screening.

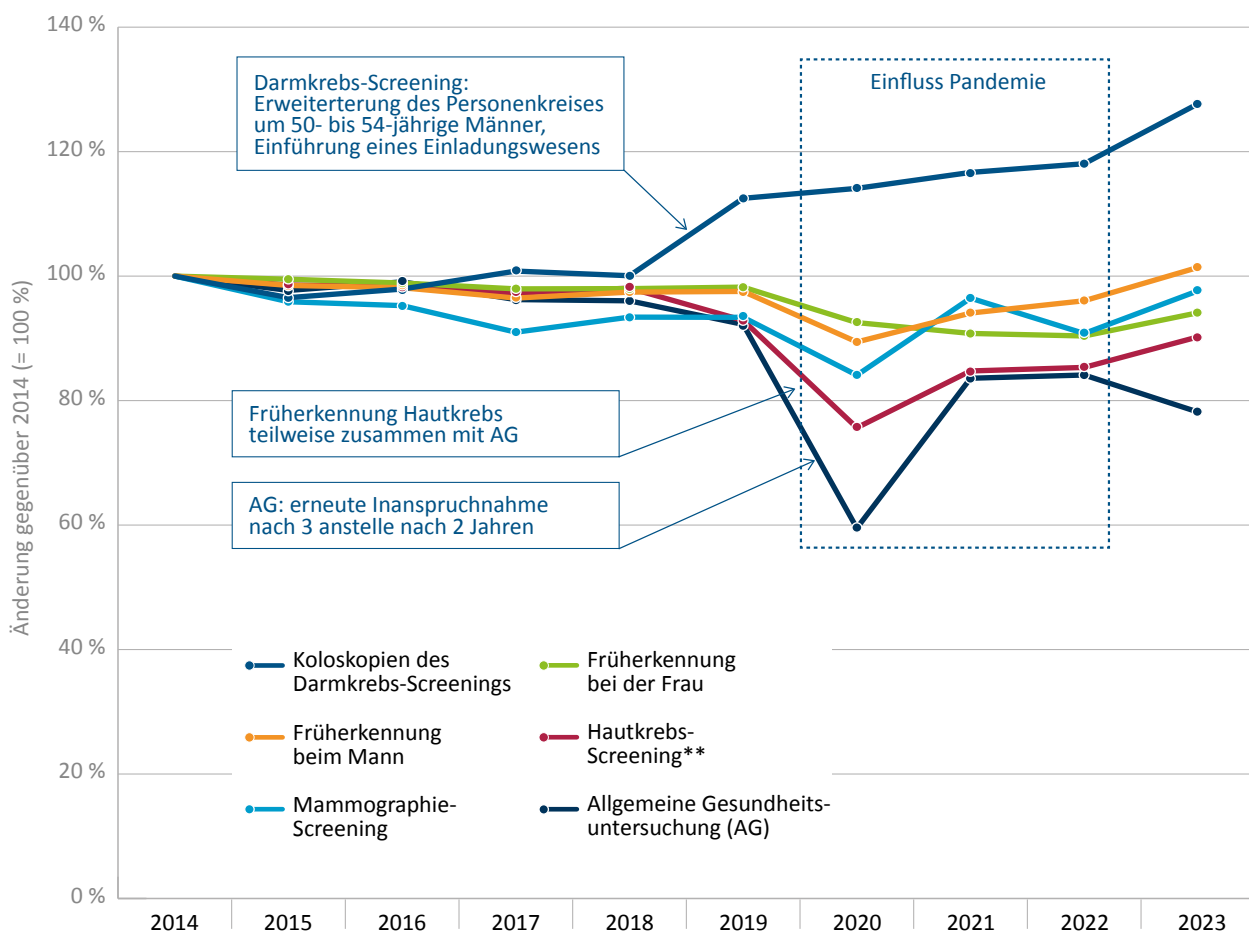
2.2.2 Längerfristige Trends seit 2014

Ein Blick auf den Zeitraum seit 2014 beleuchtet die Entwicklungen aus der Zeit vor, während und nach der Corona-Pandemie (siehe Abbildung 1). Insgesamt ist bei den Früherkennungskoloskopien im Rahmen des Darmkrebs-Screenings erst seit 2019 ein stetig positiver Trend mit steigenden Teilnahmeraten zu erkennen. In Bezug auf 1.000 GKV-Versicherte im entsprechend anspruchsberechtigten Alter wurden Darmspiegelungen 2019 um 12,5 Prozent häufiger abgerechnet als 2014. Dieser Anstieg ist in wesentlichen Teilen auf eine Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises zurückzuführen, der 2019 um Männer zwischen 50 und 54 Jahren erweitert (vorher: Frauen und Männern ab 55 Jahren) wurde. Ein weiterer Faktor für den Anstieg ist die Einführung eines schriftlichen Einladungswesens, die ebenfalls 2019 erfolgte.

In den Folgejahren 2020 bis 2023 ist die Zahl an Früherkennungs-Koloskopien stetig gewachsen und hat 2023 einen neuen Höchstwert erreicht, der nunmehr um 27,7 Prozent über dem 2014er-Ausgangswertes liegt.⁵ Allerdings ändert dieser positive Trend wenig daran, dass der anspruchsberechtigte Per-

sonenkreis mit einer Früherkennungskoloskopie (oder einer vergleichbaren Darmspiegelung) mit unter 2.000 Untersuchungen je 100.000 Versicherten im Jahrvergleichsweise weiterhin gering ausfällt (siehe dazu auch Früherkennungsmonitor 2023, S. 15 ff.).

Abbildung 1: Entwicklung der Vorsorge- und Früherkennungsleistungen je Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung 2014 bis 2023 (2014 = 100%)*



Quelle: Vertragsärztliche Routinedaten nach § 87a SGB V (Formblatt 3) ohne Früherkennungsleistungen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß Verträgen nach §§ 64, 71b u. 140a SGB V abgerechnet werden und insbesondere bei der Allgemeinen Gesundheitsuntersuchung eine Bedeutung hat.

*Berücksichtigte anspruchsberechtigte Versichertengruppen: Darmkrebs-Screening: Versicherte ab dem 50., Mammographie-Screening: Versicherte Frauen zwischen dem 50. und 69., Hautkrebs-Screening: Versicherte ab dem 35., (Krebs-)Früherkennung beim Mann: Versicherte Männer ab dem 45., Krebsfrüherkennung bei der Frau: Versicherte Frauen ab dem 20. und bei der Allgemeinen Gesundheitsuntersuchung: Versicherte ab dem 35. Lebensjahr.

**Zahl der kollektivvertraglich abgerechneten Hautkrebs-Screening Untersuchungen im Verhältnis zu der Zahl an GKV-Versicherten, die in Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht eingeschrieben sind (Schätzung). Eigene Berechnung und Darstellung.

Bei den weiteren Vorsorge- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist dagegen kein vergleichbarer kontinuierlicher Anstieg der Inanspruchnahme zu erkennen. Beim Hautkrebs-Screening, bei der Allgemeinen Gesundheitsuntersuchung sowie der Früherkennung bei der Frau und beim Mann zeigen sich – gemessen an der Zahl der Untersuchungen je 1.000 Versicherte im jeweils anspruchsberechtigten Alter – in der Zeit von 2014 bis 2018 keine größeren Veränderungen. Die Inanspruchnahmeraten bewegen sich etwa auf dem Ausgangsniveau von 2014 mit leicht rückläufigen Tendenzen.

Die Entwicklung im Jahr 2019 ist insbesondere bei der Allgemeinen Gesundheitsuntersuchung und infolge dessen auch beim Hautkrebs-Screening auffällig, weil in diesem Jahr – wie oben beschrieben – das Inanspruchnahme Intervall von zwei auf drei Jahre ausgedehnt worden ist.⁶

Erfreulicherweise liegt die Zahl der Untersuchungen je 100.000 GKV-Versicherten im entsprechenden anspruchsberechtigten Alter im Jahr 2023 mit Ausnahme bei der Allgemeinen Gesundheitsuntersuchung bei allen untersuchten Vorsorgeuntersuchungen über den Werten von 2022. Nur der 2023er-Indexwert für Früherkennungsuntersuchungen zum Prostatakrebs erreicht auch einen Wert oberhalb des Wertes von 2014. Die anderen Untersuchungen liegen weiterhin unterhalb des Indexwertes von 2014.

Beim Mammographie-Screening war über eine längere Zeit eine rückläufige Inanspruchnahme zu verzeichnen, wenn man die Leistungen im Verhältnis zu der Anzahl an GKV-Versicherten im anspruchsberechtigten Alter betrachtet.⁷ Im Jahr 2023 werden für Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren zwar weiterhin weniger Mammographien abgerechnet als 2014 (97,6 Prozent im Verhältnis zu 2014), es sind jedoch mehr als in den Vorjahren, sodass sich der rückläufige Trend 2023 nicht fortsetzt.

6 Die Allgemeine Gesundheitsuntersuchung (AG), die nicht primär der Früherkennung von Krebserkrankungen dient, ist dennoch mit aufgeführt, weil sie in vielen Fällen zusammen mit dem Hautkrebs-Screening durchgeführt wird (siehe dazu auch Kapitel 3). Da die AG sowohl innerhalb der hier dargestellten kollektiv-, aber auch innerhalb der hier nicht berücksichtigten selektivvertraglichen Versorgung nach § 73b SGB V angeboten wird, fällt die tatsächliche Inanspruchnahme größer aus und nimmt im Zeitverlauf einen abweichenden Verlauf ein.

7 Siehe dazu auch Jahresbericht der Kooperationsgemeinschaft Mammographie 2022, S. 11 ff.

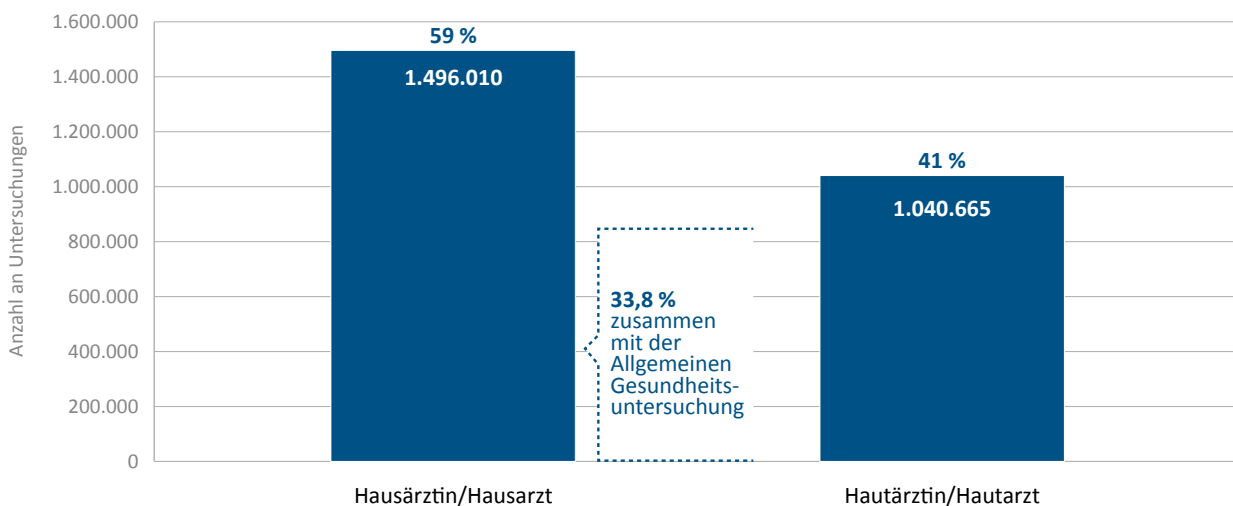
3 Schwerpunkt: Früherkennung von Hautkrebs

3.1 Hautkrebs-Screening nach Alter, Geschlecht und Ort der Untersuchung

Alle zwei Jahre haben GKV-Versicherte ab ihrem 35. Lebensjahr einen Anspruch auf Teilnahme am Hautkrebs-Screening, welches neben den Dermatologen und Dermatologinnen auch Hausärztinnen und Hausärzte durchführen können, sofern sie die

erforderlichen Qualifikationen vorweisen und die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Zulassungen erteilt haben. Dieses Screening wird mehrheitlich von Hausärztinnen und Hausärzten (59 Prozent der abgerechneten Untersuchungen) und in 33,8 Prozent aller Untersuchungen zusammen mit der Allgemeinen Gesundheitsuntersuchung durchgeführt (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Hautkrebs-Screening bei Haus- und Hautärzten/-ärztinnen⁸ bei Versicherten der AOK in 2023



Quelle: Kollektiv- und einzelvertragliche Routinedaten der AOK nach § 295 SGB V. WIdO 2024

Auch wenn Versicherte alle zwei Jahre am Hautkrebs-Screening teilnehmen dürfen, wird dieses Intervall nur von einem relativ kleinen Teil ausgeschöpft. Dies ist aus Abbildung 3 zu entnehmen, in der der Anteil an Versicherten nach Alter aufgetragen ist, die mindestens drei Mal in zehn Jahren (blaue Linie), mindestens zwei Mal (orangene Linie) oder mindestens einmal (graue Linie) zum Screening gegangen sind.

Bei den männlichen Versicherten steigt die Teilnehmerate sowohl für die einmalige als auch für die wiederholte Teilnahme bis zu einem Alter von ca. 80 Jahren kontinuierlich an und sinkt ab ca. 90 Jahren deutlich ab. Weiblichen Versicherte nehmen in jungen Altersgruppen die Vorsorgeuntersuchungen deutlich häufiger in Anspruch als männliche Versicherte. Die Teilnehmerate zwischen 44 und 80 Jahren steigt aber nicht so deutlich an wie bei den

⁸ Zuordnung zu der Gruppe der Haut- oder Hausärzte ist aus der Fachgruppennummern der Hautkrebs-Screening abrechnenden lebenslangen Arztnummer entnommen.

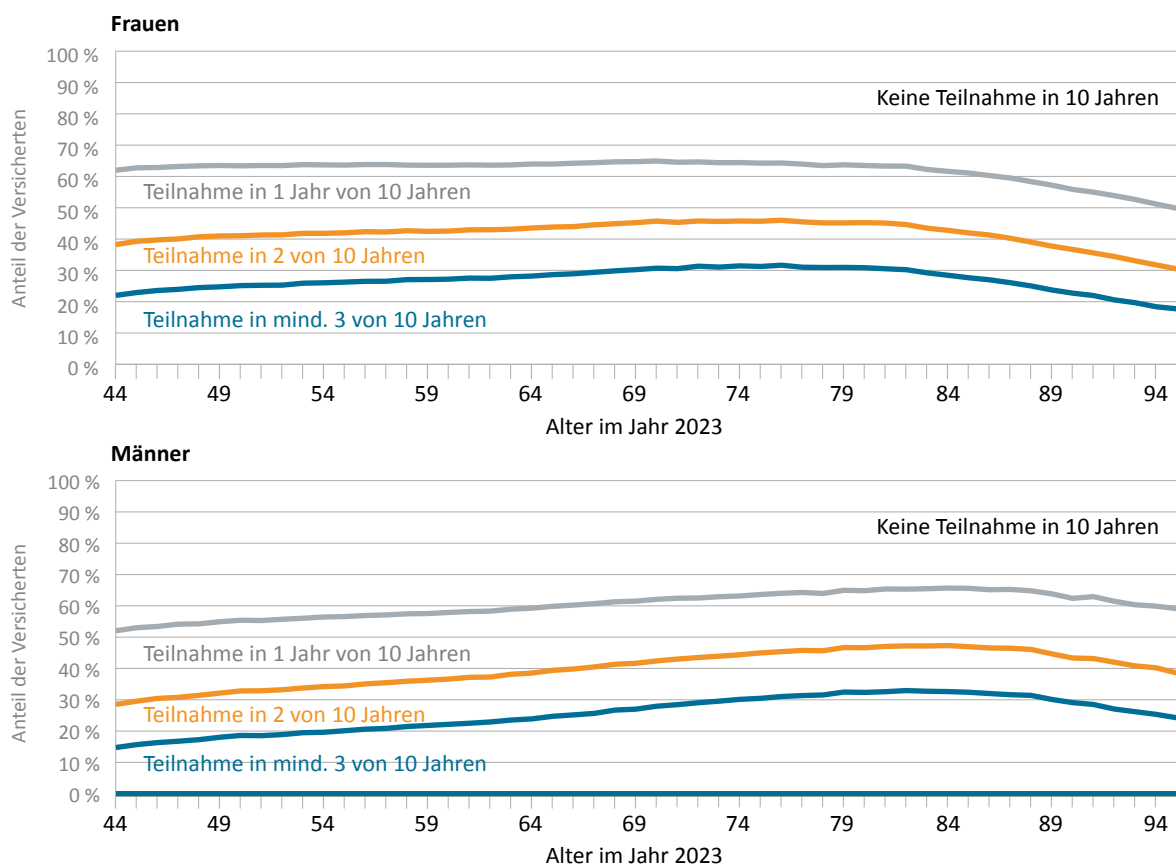
männlichen Versicherten. Versicherte beider Geschlechter nehmen in hohem Alter (ab ca. 90 Jahren) ähnlich häufig die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, wobei der Rückgang bei den Frauen stärker ausfällt. Der Höchstwert der Teilnahmerate von Versicherten, die wenigstens einmal innerhalb von zehn Jahren teilnehmen, liegt für beide Geschlechter bei ca. 65 Prozent.

Auch wenn dieses Screening alle zwei Jahre durchgeführt werden darf, nehmen bei den Frauen lediglich ca. 20 Prozent bis etwa 30 Prozent (70- bis 80-Jährige) dieses Angebot innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren regelmäßig wahr, wobei unter „regelmäßig“ diejenigen Frauen mit mindestens drei Untersuchungen in zehn Jahren gefasst werden.

Bei den Männern fällt der Anteil mit entsprechend regelmäßigen Untersuchungen in zehn Jahren insgesamt niedriger aus.

Auffallend groß ist auch der Personenkreis, der trotz eines Leistungsanspruchs innerhalb von zehn Jahren kein einziges Mal zum Hautkrebs-Screening gegangen ist. Bei den Männern liegt der Anteil zwischen ca. 35 Prozent bei den 80- bis 85-Jährigen und bis zu 50 Prozent bei den 44-Jährigen. Bei den Frauen fallen diesbezüglich die Unterschiede zwischen den 44- und bis 85-Jährigen geringer aus: etwas mehr als 35 Prozent von ihnen sind zwischen 2014 und 2023 kein einziges Mal zum Screening gegangen. Bei den älteren Frauen steigt dieser Anteil auf bis zu ca. 50 Prozent.

Abbildung 3: Hautkrebs-Screening nach Alter und Geschlecht und nach Häufigkeit der Inanspruchnahme im 10 Jahreszeitraum 2014 bis 2023



Quelle: Routinedaten der AOK auf Basis von Versicherten, die in der Zeit von 2014 bis einschließlich 2023 bei der AOK durchgehend versichert waren. WIdO 2024

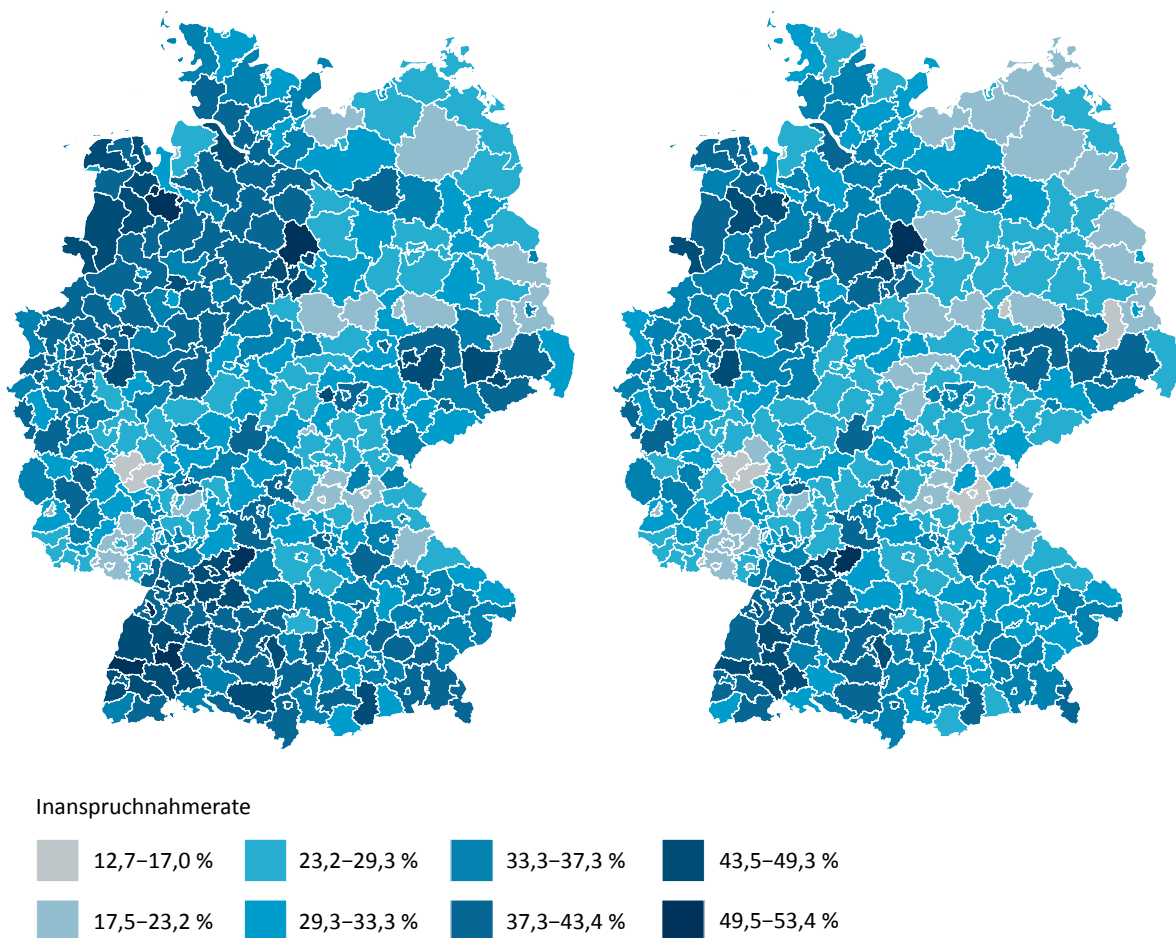
3.2 Inanspruchnahme in regionaler Perspektive

Unterschiede zeigen sich auch in einer kleinräumigen Analyse. In Abbildung 4 werden für den Zeitraum 2021 bis einschließlich 2023 Drei-Jahres-Inanspruchnahmeraten für die insgesamt 400 Kreise Deutschlands für Frauen und Männer ausgewiesen. Versicherte, die in diesem Zeitraum durchgehend bei der AOK versichert und 2023 mindestens 38 Jahre alt waren, sind in diese Auswertung einbezogen und wurden demjenigen Kreis zugeordnet, in dem sie Ende 2023 gemeldet waren. Für diese Versicherten –

Abbildung 4 – wird untersucht, ob sie im Zeitraum 2021 bis 2023 mindestens einmal zum Hautkrebs-Screening gegangen sind oder nicht (Drei-Jahres-Inanspruchnahmeraten).

Sieben Kreise und kreisfreie Städte in Baden-Württemberg, Niedersachsen und Hessen (Hohenlohekreis, Delmenhorst, Offenbach am Main (Stadt), Gifhorn, Rottweil, Emmendingen und Oldenburg) weisen bei den Frauen für den Drei-Jahres-Zeitraum 2021 bis 2023 altersstandardisierte Inanspruchnahmeraten von über 50 Prozent auf. Bei den Männern sind es nur die beiden Regionen Delmenhorst (Stadt)

Abbildung 4: Altersstandardisierte 3-Jahres-Inanspruchnahmeraten (2021 bis 2023) des Hautkrebs-Screenings für AOK-Versicherte ab dem 38. Lebensjahr nach Geschlecht und Kreisen



Datengrundlage: AOK-Versicherte ohne Todesfälle und mit Versichertenzeiten in allen Quartalen des Auswertungszeitraums. Abrechnungsfälle mit EBM-Ziffern 01745, 01746, 19315, regional vereinbarter Ziffern sowie den Sonderziffern 94501, 94502, 94503, 94504, 98200, 99190, 99841, 773001732, 773001745, 71100016A103, 71100016A106, 71100024A106, 71100030A106 und 71100042A106. WiDO 2024

und Hohenlohekreis (siehe Tabelle 7). Auch in diesen Kreisen mit den höchsten Inanspruchnahmeraten in Deutschland nutzen in einem Drei-Jahreszeitraum fast die Hälfte der dort wohnenden anspruchsberechtigten Versicherten das Angebot eines Hautkrebs-Screening nicht. Insbesondere Kreise in den westlichen Bundesländern Baden-Württemberg, Niedersachsen, Hessen und Bayern,

aber auch in Sachsen (Leipzig, Stadt) erreichen im Bundesvergleich die höchsten Inanspruchnahmeraten.

Auf der anderen Seite weisen 12 Kreise bei den Frauen und 18 Kreise bei den Männern Teilnahme-raten von weniger als 20 Prozent auf. Mindestens 80 Prozent der Versicherten mit Wohnort in diesen

Tabelle 6: 20 Kreise mit den niedrigsten 3-Jahres-Inanspruchnahmeraten (2021 bis 2023) nach Geschlecht

Rang-liste	Frauen			Rang-liste	Männer		
	Kreis	Bundesland	Alterss. Inanspruch-nahme-Rate		Kreis	Bundesland	Alterss. Inanspruch-nahme-Rate
1	Bamberg	Bayern	13,2 %	1	Bamberg	Bayern	12,7 %
2	Rhein-Lahn-Kreis	Rheinland-Pfalz	15,7 %	2	Bayreuth	Bayern	14,2 %
3	Rheingau-Taunus-Kreis	Hessen	16,0 %	3	Rhein-Lahn-Kreis	Rheinland-Pfalz	15,0 %
4	Bayreuth	Bayern	16,5 %	4	Oberspreewald-Lausitz	Brandenburg	15,1 %
5	Oberspreewald-Lausitz	Brandenburg	17,5 %	5	Bayreuth	Bayern	16,3 %
6	Bayreuth	Bayern	17,8 %	6	Dessau-Roßlau, Stadt	Sachsen-Anhalt	16,4 %
7	Zweibrücken, kreisfreie Stadt	Rheinland-Pfalz	18,0 %	7	Rheingau-Taunus-Kreis	Hessen	16,7 %
8	Frankenthal (Pfalz), kreisfreie Stadt	Rheinland-Pfalz	18,5 %	8	Zweibrücken, kreisfreie Stadt	Rheinland-Pfalz	17,0 %
9	Lichtenfels	Bayern	19,1 %	9	Lichtenfels	Bayern	17,5 %
10	Dessau-Roßlau, Stadt	Sachsen-Anhalt	19,2 %	10	Frankenthal (Pfalz), kreisfreie Stadt	Rheinland-Pfalz	18,2 %
11	Darmstadt-Dieburg	Hessen	19,4 %	11	Coburg	Bayern	18,3 %
12	Bamberg	Bayern	19,5 %	12	Donnersbergkreis	Rheinland-Pfalz	18,5 %
13	Coburg	Bayern	21,5 %	13	Wittenberg	Sachsen-Anhalt	18,8 %
14	Kaiserslautern	Rheinland-Pfalz	21,7 %	14	Pirmasens, kreisfreie Stadt	Rheinland-Pfalz	19,5 %
15	Wittenberg	Sachsen-Anhalt	21,7 %	15	Kaiserslautern	Rheinland-Pfalz	19,5 %
16	Spree-Neiße	Brandenburg	21,9 %	16	Darmstadt-Dieburg	Hessen	19,6 %
17	Donnersbergkreis	Rheinland-Pfalz	21,9 %	17	Suhl, Stadt	Thüringen	19,6 %
18	Trier, kreisfreie Stadt	Rheinland-Pfalz	22,1 %	18	Bamberg	Bayern	19,8 %
19	Pirmasens, kreisfreie Stadt	Rheinland-Pfalz	22,5 %	19	Kyffhäuserkreis	Thüringen	20,4 %
20	Bremerhaven, Stadt	Bremen	22,7 %	20	Nordwest-mecklenburg	Mecklenburg-Vorpommern	20,5 %

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

© WIdO 2024

Kreisen nehmen in einem Zeitraum von drei Jahren also gar nicht am Hautkrebs-Screening teil (siehe Tabelle 6). Diese Kreise verteilen sich auf mehrere Bundesländer und sind sowohl im Süden (Bayern),

als auch im Westen (Rheinland-Pfalz und Hessen) und im Osten (Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen) Deutschlands zu finden.

Tabelle 7: 20 Kreise mit den höchsten 3-Jahres-Inanspruchnahmeraten (2021 bis 2023) nach Geschlecht

Rangliste	Frauen			Rangliste	Männer		
	Kreis	Bundesland	Alterss. Inanspruchnahme-Rate		Kreis	Bundesland	Alterss. Inanspruchnahme-Rate
381	Wolfsburg, Stadt	Niedersachsen	47,6 %	381	Heilbronn	Baden-Württemberg	43,9 %
382	Heilbronn	Baden-Württemberg	47,7 %	382	Hamm, Stadt	Nordrhein-Westfalen	44,0 %
383	Leipzig, Stadt	Sachsen	47,8 %	383	Baden-Baden, Stadtkreis	Baden-Württemberg	44,1 %
384	Salzgitter, Stadt	Niedersachsen	47,9 %	384	Oldenburg	Niedersachsen	44,2 %
385	Dresden, Stadt	Sachsen	48,5 %	385	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	Niedersachsen	44,3 %
386	Tuttlingen	Baden-Württemberg	48,6 %	386	Freudenstadt	Baden-Württemberg	44,6 %
387	Peine	Niedersachsen	48,7 %	387	Neu-Ulm	Bayern	45,0 %
388	Freudenstadt	Baden-Württemberg	48,8 %	388	Cloppenburg	Niedersachsen	45,0 %
389	Schwarzwald-Baar-Kreis	Baden-Württemberg	48,8 %	389	Grafschaft Bentheim	Niedersachsen	45,1 %
390	Pforzheim, Stadtkreis	Baden-Württemberg	49,1 %	390	Peine	Niedersachsen	45,2 %
391	Neu-Ulm	Bayern	49,3 %	391	Märkischer Kreis	Nordrhein-Westfalen	45,5 %
392	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	Niedersachsen	49,5 %	392	Schwarzwald-Baar-Kreis	Baden-Württemberg	45,7 %
393	Baden-Baden, Stadtkreis	Baden-Württemberg	49,9 %	393	Emmendingen	Baden-Württemberg	46,0 %
394	Oldenburg	Niedersachsen	50,0 %	394	Pforzheim, Stadtkreis	Baden-Württemberg	46,2 %
395	Emmendingen	Baden-Württemberg	50,1 %	395	Tuttlingen	Baden-Württemberg	46,4 %
396	Rottweil	Baden-Württemberg	51,9 %	396	Offenbach am Main, Stadt	Hessen	48,0 %
397	Gifhorn	Niedersachsen	52,7 %	397	Rottweil	Baden-Württemberg	49,0 %
398	Offenbach am Main, Stadt	Hessen	53,2 %	398	Gifhorn	Niedersachsen	49,6 %
399	Delmenhorst, Stadt	Niedersachsen	53,4 %	399	Hohenlohekreis	Baden-Württemberg	50,5 %
400	Hohenlohekreis	Baden-Württemberg	53,4 %	400	Delmenhorst, Stadt	Niedersachsen	51,4 %

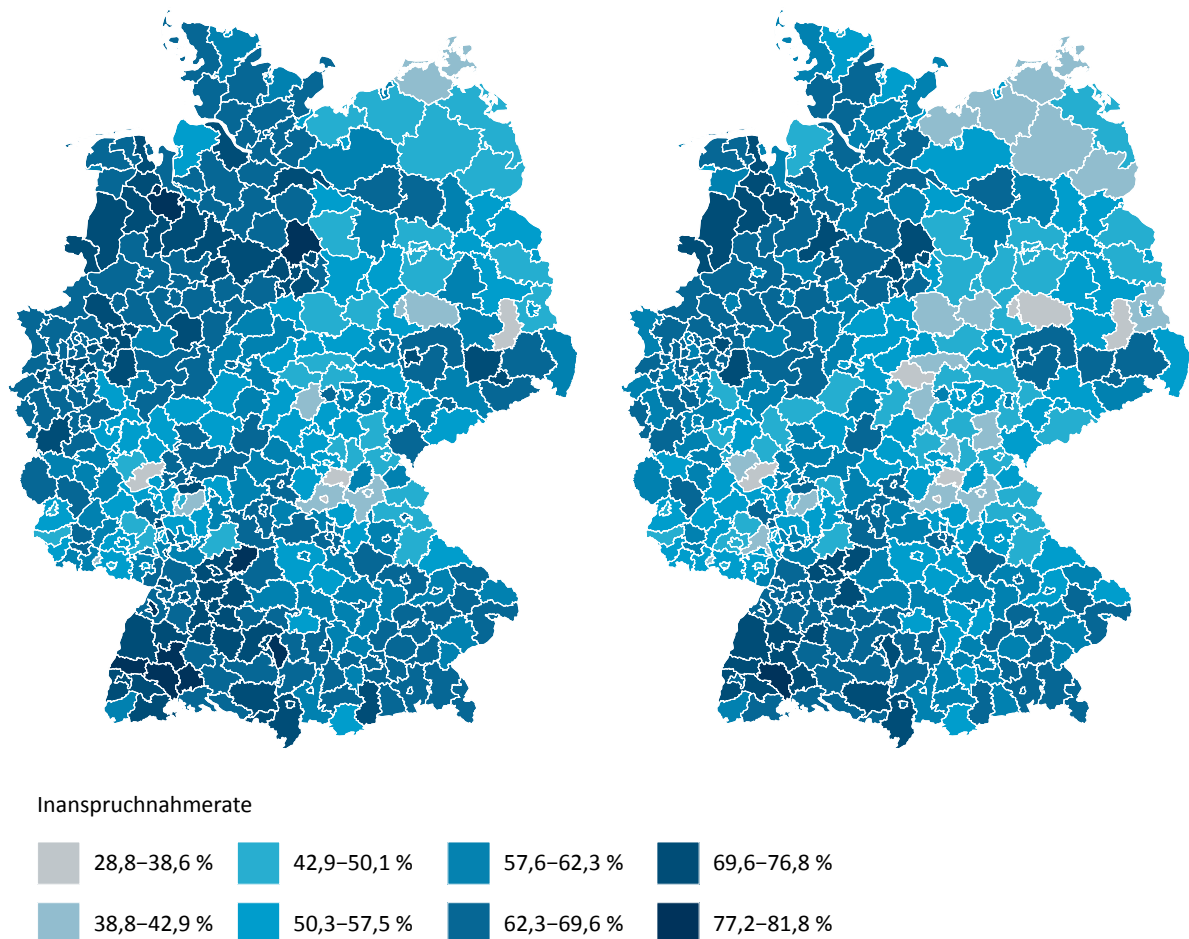
Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

© WIdO 2024

Ein vergleichbares Bild ergibt sich bei den Zehn-Jahres-Inanspruchnahmeraten (siehe Abbildung 5). Die kreisbezogenen Inanspruchnahmeraten liegen hier in einem Spektrum zwischen 28,8 Prozent (im brandenburgischen Kreis Oberspreewald-Lausitz bei den Männern) und 81,8 Prozent (in der niedersächsischen Stadt Delmenhorst bei den Frauen; siehe Tabelle 8 und Tabelle 9). Die Kreise mit den höchsten

Zehn-Jahres-Raten sind überwiegend in Baden-Württemberg und Niedersachsen, aber auch in Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen zu finden. Die Kreise mit den geringsten Zehn-Jahres-Raten verteilen sich dagegen auf mehrere Bundesländer (Brandenburg, Bayern, Sachsen-Anhalt, Hessen, Thüringen, Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern).

Abbildung 5: Altersstandardisierte 10-Jahres-Inanspruchnahmeraten (2014 bis 2023) des Hautkrebs-Screenings für AOK-Versicherte ab dem 45. Lebensjahr nach Geschlecht und Kreisen



Datengrundlage: AOK-Versicherte ohne Todesfälle und mit Versichertenzeiten in allen Quartalen des Auswertungszeitraums. Abrechnungsfälle mit EBM-Ziffern 01745, 01746, 19315, regional vereinbarter Ziffern sowie den Sonderziffern 94501, 94502, 94503, 94504, 98200, 99190, 99841, n 773001732, 773001745, 71100016A103, 71100016A106, 71100024A106, 71100030A106 und 71100042A106. WiIdO 2024

Tabelle 8: 20 Kreise mit den niedrigsten 10-Jahres-Inanspruchnahmeraten (2014 bis 2023) nach Geschlecht

Rang- liste	Frauen			Rang- liste	Männer		
	Kreis	Bundesland	Alterss. Inanspruch- nahme- Rate		Kreis	Bundesland	Alterss. Inanspruch- nahme- Rate
1	Oberspreewald- Lausitz	Brandenburg	33,2 %	1	Oberspreewald- Lausitz	Brandenburg	28,8 %
2	Bamberg	Bayern	35,6 %	2	Bamberg	Bayern	33,6 %
3	Rheingau-Taunus- Kreis	Hessen	37,2 %	3	Dessau-Roßlau, Stadt	Sachsen-Anhalt	34,2 %
4	Lichtenfels	Bayern	38,6 %	4	Lichtenfels	Bayern	36,9 %
5	Gotha	Thüringen	39,3 %	5	Wittenberg	Sachsen-Anhalt	36,9 %
6	Dessau-Roßlau, Stadt	Sachsen-Anhalt	39,9 %	6	Rheingau-Taunus- Kreis	Hessen	38,1 %
7	Wittenberg	Sachsen-Anhalt	40,8 %	7	Unstrut-Hainich-Kreis	Thüringen	38,2 %
8	Darmstadt-Dieburg	Hessen	41,4 %	8	Zweibrücken, kreisfreie Stadt	Rheinland-Pfalz	38,8 %
9	Bayreuth	Bayern	41,5 %	9	Kyffhäuserkreis	Thüringen	39,0 %
10	Zweibrücken, kreisfreie Stadt	Rheinland-Pfalz	41,7 %	10	Gotha	Thüringen	39,2 %
11	Bamberg	Bayern	41,8 %	11	Mecklenburgische Seenplatte	Mecklenburg- Vorpommern	39,5 %
12	Vorpommern-Rügen	Mecklenburg- Vorpommern	42,7 %	12	Bayreuth	Bayern	39,6 %
13	Bayreuth	Bayern	42,9 %	13	Vorpommern-Rügen	Mecklenburg- Vorpommern	39,8 %
14	Kyffhäuserkreis	Thüringen	43,1 %	14	Bayreuth	Bayern	39,9 %
15	Mecklenburgische Seenplatte	Mecklenburg- Vorpommern	43,5 %	15	Sonneberg	Thüringen	40,1 %
16	Harz	Sachsen-Anhalt	43,6 %	16	Landkreis Rostock	Mecklenburg- Vorpommern	40,3 %
17	Sonneberg	Thüringen	43,6 %	17	Harz	Sachsen-Anhalt	40,6 %
18	Rhein-Lahn-Kreis	Rheinland-Pfalz	43,6 %	18	Uckermark	Brandenburg	40,9 %
19	Bad Dürkheim	Rheinland-Pfalz	44,1 %	19	Bad Dürkheim	Rheinland-Pfalz	41,1 %
20	Unstrut-Hainich-Kreis	Thüringen	44,5 %	20	Darmstadt-Dieburg	Hessen	41,2 %

Quelle: AOK-Versicherte ohne Todesfälle und mit Versichertenzeiten in allen Quartalen des Auswertungszeitraums. Abrechnungsfälle mit EBM-Ziffern 01745, 01746, 19315, regional vereinbarter Ziffern sowie den Sonderziffern 94501, 94502, 94503, 94504, 98200, 99190, 99841, 773001745, 71100016A103, 71100016A106, 71100024A106, 71100030A106 und 71100042A106 © Wido 2024

Insgesamt zeigt sich für Deutschland ein heterogenes Bild mit vermehrt höheren Inanspruchnahmeraten im Süden und Nordwesten Deutschlands. Aber auch in Sachsen weisen einzelne Kreise vergleichsweise hohe Teilnahmeraten auf. Die Kreise mit niedriger Inanspruchnahme verteilen sich ebenso auf

mittlere, östliche und nordöstliche Regionen Deutschlands. Die Spannen fallen beträchtlich aus; sie liegen bei den Drei-Jahres-Inanspruchnahmeraten um einen Faktor von mehr als 4 und bei den Zehn-Jahres-Inanspruchnahme-Raten um einen Faktor von ca. 3,5 auseinander.

Tabelle 9: 20 Kreise mit den höchsten 10-Jahres-Inanspruchnahmeraten (2014 bis 2023) nach Geschlecht

Rang- liste	Frauen			Rang- liste	Männer		
	Kreis	Bundesland	Alterss. Inanspruch- nahme- Rate		Kreis	Bundesland	Alterss. Inanspruch- nahme- Rate
381	Friesland	Niedersachsen	75,2 %	381	Oldenburg	Niedersachsen	71,0 %
382	Karlsruhe, Stadtkreis	Baden- Württemberg	75,2 %	382	Heilbronn, Stadtkreis	Baden- Württemberg	71,0 %
383	Salzgitter, Stadt	Niedersachsen	75,4 %	383	Offenbach am Main, Stadt	Hessen	71,1 %
384	Ammerland	Niedersachsen	75,5 %	384	Ammerland	Niedersachsen	71,6 %
385	Ortenaukreis	Baden- Württemberg	75,6 %	385	Baden-Baden, Stadt- kreis	Baden- Württemberg	71,7 %
386	Märkischer Kreis	Nordrhein- Westfalen	75,7 %	386	Friesland	Niedersachsen	71,8 %
387	Wolfsburg, Stadt	Niedersachsen	76,2 %	387	Freudenstadt	Baden- Württemberg	71,9 %
388	Freudenstadt	Baden- Württemberg	76,3 %	388	Grafschaft Bentheim	Niedersachsen	72,7 %
389	Offenbach am Main, Stadt	Hessen	76,8 %	389	Ortenaukreis	Baden- Württemberg	73,0 %
390	Oldenburg	Niedersachsen	77,2 %	390	Cloppenburg	Niedersachsen	73,2 %
391	Oldenburg (Olden- burg), Stadt	Niedersachsen	77,4 %	391	Märkischer Kreis	Nordrhein- Westfalen	73,5 %
392	Baden-Baden, Stadt- kreis	Baden- Württemberg	77,9 %	392	Oldenburg (Olden- burg), Stadt	Niedersachsen	73,9 %
393	Rottweil	Baden- Württemberg	78,0 %	393	Tuttlingen	Baden- Württemberg	75,0 %
394	Tuttlingen	Baden- Württemberg	78,2 %	394	Hohenlohekreis	Baden- Württemberg	76,4 %
395	Hohenlohekreis	Baden- Württemberg	78,6 %	395	Emmendingen	Baden- Württemberg	76,5 %
396	Emmendingen	Baden- Württemberg	78,8 %	396	Gifhorn	Niedersachsen	76,5 %
397	Gifhorn	Niedersachsen	79,1 %	397	Rottweil	Baden- Württemberg	76,6 %
398	Neu-Ulm	Bayern	79,4 %	398	Neu-Ulm	Bayern	76,7 %
399	Schwarzwald-Baar- Kreis	Baden- Württemberg	80,5 %	399	Schwarzwald-Baar- Kreis	Baden- Württemberg	77,4 %
400	Delmenhorst, Stadt	Niedersachsen	81,8 %	400	Delmenhorst, Stadt	Niedersachsen	78,2 %

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

© WiDO 2024

4 Hautkrebsprävention und -vorsorge – Ausgewählte Befragungsergebnisse

Im Auftrag des AOK-Bundesverbands hat Forsa eine bundesweit repräsentative Befragung zum Themenfeld „Hautkrebsprävention und -vorsorge“ durchgeführt. Die Erhebung fand zwischen dem 22. März bis 4. April 2024 statt. An der Befragung auf der Basis eines offline-rekrutierten Online-Panels haben 1.508 Personen ab 18 Jahren teilgenommen. Unter anderem wurden Fragen zu hautkrebsbezogenen Einstellungen sowie Verhaltensweisen zur Risikominimierung durch Hautkrebsvorsorge gestellt. Im Folgenden werden zentrale empirische Befunde, auch mit Blick auf relevante demographische Differenzierungen, berichtet.

4.1 Angst, Wissen und Informationsbedarf

53,7 Prozent der Befragten haben Angst, einmal an Hautkrebs zu erkranken. Ähnlich viele (52,9 Prozent) fühlen sich über Hautkrebs gut informiert. Am besten informiert fühlen sich die Menschen ab einem Alter von 65 Jahren. Unter den 18- bis 34-Jährigen fühlt sich hingegen lediglich ein Drittel gut über Hautkrebs informiert.

59,6 Prozent der Befragten wünschen sich mehr Informationen zum Thema Hautkrebs. Eine kleinere Gruppe von Befragten, etwa jede sechste Person, wird durch das Thema nicht angesprochen, gibt an, dass sie das Thema Hautkrebs nicht interessiert (16,5 Prozent; neue Bundesländer 20,3 Prozent) oder nicht betreffe (15,7 Prozent).

Tabelle 10: Einstellungen zum Thema Hautkrebs

	Befragte insgesamt	Altersgruppen				Geschlecht	
		18-34	35-49	50-64	65 u. älter	Männer	Frauen
Anzahl Befragte	1.508	360	354	356	438	736	772
Ich wünsche mir mehr Informationen zum Thema Hautkrebs.	59,6	62,5	56,7	59,6	59,5	60,3	58,9
Ich habe Angst, einmal an Hautkrebs zu erkranken.	53,7	56,0	57,8	52,4	49,6	52,6	54,9
Über Hautkrebs fühle ich mich gut informiert.	52,9	34,0	49,3	57,5	67,5	49,4	56,2
Das Thema Hautkrebs interessiert mich nicht.	16,5	18,6	19,6	15,4	13,0	17,6	15,4
Das Thema Hautkrebs betrifft mich nicht.	15,7	18,7	14,2	13,4	16,1	15,6	15,7
<i>Anteile jeweils „stimme voll und ganz zu“/„stimme eher zu“ auf einer vierstufigen Antwortskala</i>							
<i>Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK</i>						© WIdO 2024	

4.2 Hautkrebsprävention

4.2.1 Risiko Sonneneinstrahlung – Einstellungen und Schutzverhalten

Für neun von zehn Befragten steigert die Sonne das persönliche Wohlbefinden, Sonnenschutz halten aber auch 81 Prozent für wichtig. Immerhin 20 Pro-

zent halten Sonnenschutz aber für nicht so wichtig, dabei Männer eher als Frauen. Wert auf sommerliche Bräune legen am ehesten die unter 65-Jährigen, Frauen eher als Männer.

Etwa jeder dritte Befragte (34 Prozent), achtet im Alltag auf den UV-Index und passt die Sonnenschutz-Maßnahmen entsprechend an, Frauen eher als Männer (38 Prozent zu 29 Prozent).

Tabelle 11: Einstellungen zu Sonneneinstrahlung

	Befragte insgesamt	Altersgruppen				Geschlecht	
		18-34	35-49	50-64	65 u. älter	Männer	Frauen
Anzahl Befragte	1.508	360	354	356	438	736	772
Sonne ist gut für mein persönliches Wohlbefinden.	92,4	92,6	92,5	92,6	92,0	91,4	93,4
Der Schutz vor Sonneneinstrahlung ist mir sehr wichtig.	81,3	83,0	79,2	81,7	81,2	77,6	84,8
... eigenen Sonnenschutz in Zukunft verstärken.	68,6	68,8	59,7	68,0	76,1	67,1	70,0
Ich lege viel Wert auf eine sommerliche Bräune.	38,3	43,0	40,0	42,2	29,8	35,6	40,8
Es ist mir egal, ob ich einen Sonnenbrand bekomme.	4,3	5,0	5,6	4,1	2,8	5,7	2,9
<i>Anteile jeweils „stimme voll und ganz zu“/„stimme eher zu“ auf einer vierstufigen Antwortskala</i>							
<i>Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK</i>						© WIdO 2024	

Tabelle 12: Häufigkeit von Sonnenbrand

Wenn Sie einmal an die letzten Jahre denken: Wie häufig hatten Sie da pro Jahr für gewöhnlich einen Sonnenbrand?	Befragte insgesamt	18-34		35-49		50-64		65 und älter	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Anzahl Befragte	1.508	187	173	179	175	177	179	194	245
mehrmals pro Jahr	6,4	16,6	14,0	5,0	6,7	5,8	2,0	1,5	1,5
etwa einmal pro Jahr	31,3	43,6	40,1	45,2	36,3	33,3	29,1	17,4	13,1
seltener	37,5	25,3	32,6	36,5	39,9	48,4	43,2	39,8	35,6
nein, gar nicht	24,5	14,4	13,3	13,3	16,2	11,8	25,6	40,5	49,8
weiß nicht/k.A.	0,3				1,0	0,7		0,8	
<i>Angaben in Prozent</i>									
<i>Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK</i>						© WIdO 2024			

Gleichwohl hatten in den letzten Jahren 2 von 5 Personen mindestens einmal im Jahr einen Sonnenbrand (37,7 Prozent). Dies trifft vor allem auf Befragte unter 50 Jahren zu, hier ist es mehr als jede zweite Person. Männer nehmen Sonnenbrand generell eher in Kauf.

Zum Sonnenschutz gibt die Hälfte der Befragten an, lange Aufenthalte in der Sonne zu vermeiden, zwei Drittel verwenden Sonnenschutzmittel. Frauen kümmern sich generell stärker um Sonnenschutzmaßnahmen.

Tabelle 13: Sonnenschutzmaßnahmen

Welche Maßnahmen ergreifen Sie normalerweise, um sich im Frühjahr und Sommer draußen vor der Sonne zu schützen?	Befragte insgesamt	Altersgruppen				Geschlecht	
		18-34	35-49	50-64	65 u. älter	Männer	Frauen
Anzahl Befragte	1.508	360	354	356	438	736	772
Ich nutze Sonnenschutzmittel, z.B. Sonnencreme oder -spray.	65,4	74,9	72,7	60,2	55,8	58,8	71,9
Ich trage eine Sonnenbrille.	58,0	61,1	62,3	50,2	58,2	50,6	65,0
Ich vermeide lange Aufenthalte in der Sonne.	50,1	52,4	44,3	48,2	54,5	48,5	51,7
Ich halte mich überwiegend im Schatten auf.	42,0	43,1	40,3	42,8	41,8	38,5	45,3
Ich meide die Mittagssonne.	41,3	38,1	39,8	40,3	45,9	34,7	47,5
Ich trage eine Kopfbedeckung.	36,8	33,8	38,5	33,6	40,5	43,7	30,2
Ich trage lange Kleidung.	12,3	13,4	9,6	14,4	12,0	14,0	10,7
Sonstiges	1,4	0,6	1,7	1,6	1,6	1,3	1,4
Ich ergreife keine Maßnahmen, ...	8,1	6,5	9,9	9,1	7,5	11,0	5,4
weiß nicht/keine Angabe	0,1		0,2	0,2		0,2	
<i>Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen möglich</i>							
<i>Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK</i>						© WIdO 2024	

4.2.2 Eigenuntersuchung auf Auffälligkeiten

In der Erhebung wurde zudem gefragt, wie häufig Personen die eigene Haut selbst oder mit Hilfe einer vertrauten Person gezielt auf Auffälligkeiten, z. B. neue oder sich eventuell verändernde, Muttermale, untersuchen. Rund jeder fünfte Befragte (20 Prozent)

untersucht die eigene Haut mindestens etwa einmal im Monat, ein Drittel der Befragten mindestens einmal im Quartal. Dem gegenüber gibt aber auch ein gutes Drittel der Befragten an, seltener als einmal im Jahr oder nie nach Auffälligkeiten der Haut zu schauen. Generell zeigen auch hier Frauen eine etwas höhere Aufmerksamkeit.

Tabelle 14: Eigenständige Untersuchung der Haut auf Auffälligkeiten

Wie häufig untersuchen Sie (selbst oder mit Hilfe einer vertrauten Person) gezielt Ihre Haut auf Auffälligkeiten ...?	Befragte insgesamt	Altersgruppen				Geschlecht	
		18-34	35-49	50-64	65 u. älter	Männer	Frauen
Anzahl Befragte	1.508	360	354	356	438	736	772
häufiger als einmal pro Woche	1,6	1,4	1,5	1,2	2,3	1,7	1,5
etwa einmal pro Woche	5,0	4,4	4,3	4,1	6,8	4,4	5,6
etwa einmal im Monat	13,4	13,1	9,4	13,6	16,7	11,2	15,4
etwa alle drei Monate	13,2	12,7	13,3	14,3	12,7	12,3	14,1
etwa alle sechs Monate	11,0	7,0	9,8	12,5	14,1	10,7	11,4
etwa einmal pro Jahr	17,0	18,4	18,9	16,0	15,0	18,2	15,8
seltener als ein Mal pro Jahr	18,0	18,7	21,2	18,7	14,1	19,8	16,2
nie	17,1	22,1	18,3	15,3	13,4	18,8	15,4
weiß nicht/keine Angabe	3,7	2,2	3,2	4,3	4,9	2,8	4,5
<i>Angaben in Prozent</i>							
<i>Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK</i>						© WIdO 2024	

4.2.3 Nutzung des Hautkrebscreenings

Von den zur Teilnahme berechtigten Befragten ab 35 Jahren geben 39,3 Prozent an, regelmäßig das Hautkrebscreening beim Haus- oder Hautarzt durchgeführt zu haben. 17 Prozent ordnen ihr Teilnahmeverhalten als unregelmäßig ein. Immerhin 28,2 Prozent haben noch nie ein Hautkrebscreening absolviert und auch bei den Menschen ab 65 Jahren ist es noch jeder Fünfte. Frauen zeigen sich erneut affiner für Vorsorgeuntersuchungen. Die Nichtnutzung fällt bei Personen mit geringem Haushaltseinkommen (< 2.000 Euro: 35,3 Prozent) und Menschen aus Ostdeutschland (33,5 Prozent) überdurchschnittlich hoch aus.

Die Befragten, die bislang noch nicht bei der Früherkennungsuntersuchung von Hautkrebs beim Arzt waren, wurden nach den Gründen dafür gefragt. Etwa ein Viertel der Befragten (25,9 Prozent) gibt Unkenntnis an (Männer fast doppelt so häufig wie Frauen), jeder Fünfte verweist auf lange Wartezeiten oder Unsicherheit hinsichtlich der Anspruchsberechtigung. Bemerkenswert ist vor allem auch, dass jeder Fünfte (18,6 Prozent) das Screening nicht für notwendig hält. 12,7 Prozent geben an, keine Zeit für diese Untersuchung zu haben (Männer 15,4 Prozent; Frauen 9,5 Prozent).

Anspruchsberechtigte, die alleine leben, geben im Vergleich zu nicht alleinlebenden Befragten deutlich häufiger an, nichts von einem solchen Angebot gewusst zu haben (30,1 Prozent zu 24,1 Prozent) sowie unsicher zu sein, ob sie Anspruch haben (23,8

Prozent zu 19,4 Prozent). Befragte aus Ostdeutschland geben am häufigsten lange Wartezeiten auf einen Termin als Begründung für eine Nichtnutzung an (31,4 Prozent; alte Bundesländer: 18,3 Prozent).

Tabelle 15: Nutzung des Hautkrebscreenings

Haben Sie schon einmal eine solche Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs (Hautkrebscreening) genutzt?	Befragte (ab 35 J.) insgesamt	Altersgruppen			Geschlecht	
		35-49	50-64	65 u. älter	Männer	Frauen
Anzahl Befragte	1.148	354	356	438	550	598
ja, regelmäßig	39,3	31,6	37,3	47,1	35,5	42,8
ja, unregelmäßig	17,0	18,3	19,0	14,3	17,8	16,3
ja, einmal	14,9	10,8	15,9	17,5	14,3	15,5
nein, noch nicht	28,2	38,7	27,3	20,5	31,9	24,8
weiß nicht/k.A.	0,5	0,7	0,4	0,5	0,5	0,6
<i>Angaben in Prozent</i>						
<i>Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK</i>					© WIdO 2024	

Tabelle 16: Gründe für die Nicht-Nutzung des Hautkrebscreenings

Warum haben Sie das Hautkrebscreening bisher nicht genutzt?	Befragte (ab 35 J.) insgesamt	Altersgruppen			Geschlecht	
		35-49	50-64	65 u. älter	Männer	Frauen
Anzahl Befragte, die lt. Angabe bisher kein Hautkrebscreening genutzt haben	324	137	97	90	176	148
Ich wusste nicht, dass ein solches Screening angeboten wird.	25,9	25,0	28,1	24,9	33,2	17,3
Auf einen Termin muss ich lange warten.	21,5	24,3	23,0	15,7	19,4	24,0
Ich bin unsicher, ob ich Anspruch ... habe.	20,4	30,1	18,1	8,2	20,0	20,9
Ich halte es nicht für notwendig.	18,6	16,6	16,5	23,9	18,3	19,0
keine Zeit	12,7	21,7	10,4	1,5	15,4	9,5
Angst vor dem Ergebnis.	5,4	4,5	6,1	6,2	4,9	6,1
Ich scheue mich davor, mich ... zu entkleiden.	4,9	7,0	1,5	5,5	2,9	7,2
Sonstiges	18,0	19,6	15,5	18,4	20,6	15,0
weiß nicht/k.A.	5,7	3,3	5,3	9,8	3,9	7,8
<i>Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen von Befragten ab 35 Jahren</i>						
<i>Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK</i>					© WIdO 2024	

5 Literaturverzeichnis

Thomas G. Grobe, Joachim Szecsenyi BARMER Arztreport 2023 – Kindergesundheit – Frühgeburtlichkeit und Folgen; Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 39, S. 217.

Zentrum für Krebsregisterdaten/ Robert Koch Institut, Broschüre „Krebs in Deutschland für 2017/2018“ 13. Auflage, 2021

https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/krebs_in_deutschland_inhalt.html

Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (www.gedik.de)

Osmani, V; Klug, St „HPV Impfung zur Prävention von Genitalwarzen und Krebsvorstufen -Evidenzlage und Bewertung“, Bundesgesundheitsblatt 2021;64;590-599).

Lei J, Ploner A, Elfström KM et al (2020) HPV vaccination and the risk of invasive cervical cancer. *N Engl J Med* 383(14):1340–1348. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1917338>

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Prävention des Zervixkarzinoms, Langversion 1.1, 2020, AWMF Registernummer: 015/027OL, <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/zervixkarzinom-praevention/> (abgerufen am: 04.10.2023)

Brenner, H., L. Altenhofen, C. Stock, and M. Hoffmeister. 2015. “Prevention, Early Detection, and Overdiagnosis of Colorectal Cancer Within 10 Years of Screening Colonoscopy in Germany.” *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 13: 717–23.

Dräther, Hendrik; Gutsch, Andreas (2022): Das Leistungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2021. Auswertung der GKV-Frequenzstatistik. Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO), 2022, S. 106, Berlin. DOI: <https://doi.org/10.4126/FRL01-006399939>

Dräther, Hendrik; Tillmanns, Hanna 2021: Querschnittsanalyse zum Darmkrebs-Screening bei Versicherten der AOK. Zur Inanspruchnahme des reformierten Darmkrebs-Screenings in den Jahren 2018 und 2019. Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO), 2022. S. 20, Berlin. DOI: <https://dx.doi.org/10.4126/FRL01-006425261>

Grobe, T., and J. Szecsenyi. 2021. „Arztreport 2021 Schriftenreihe Zur Gesundheitsanalyse. Band 27.“ Barmer.

Hornschuch, M., S. Schwarz, and U. Haug. 2020. “10-Year Prevalence of Diagnostic and Screening Colonoscopy Use in Germany: A Claims Data Analysis.” *Eur J Cancer Prev.* <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000736>.

Kerek-Bodden, H., L. Altenhofen, G. Brenner, and A. Franke. 2010. „Inanspruchnahme Der Früherkennung Auf Zervixkarzinom in Den Jahren 2002-2004“ 62.

Kooperationsgemeinschaft Mammographie (2022): Jahresbericht Evaluation 2020. Deutsches Mammographie-Screening-Programm, Tabelle 1. <https://www.mammo-programm.de/de/info-deutsch>, Jahresbericht Evaluation 2020.

Tillmanns, Hanna; Schillinger, Gerhard; Dräther, Hendrik (2022): Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen durch AOK-Versicherte im Erwachsenenalter. 2007 bis 2021. Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO), 2022. S. 118, Berlin. DOI: <https://doi.org/10.4126/FRL01-006438493>

Tillmanns, H., G. Schillinger, and H. Dräther. 2019. „Früherkennung Bei Erwachsenen in Der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ergebnisse Einer AOK-Sekundärdatenanalyse.“ In *Versorgungsreport Früherkennung*. Berlin: Günster, C.; Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schmacke, N.; Schmucker, C

6 Anhang

6.1 Ausgewerteter Leistungskatalog

Tabelle 17: Ausgewertete Leistungen: Abrechnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), regional oder von Krankenkassen einzelvertraglich vereinbarter Leistungen)

Früherkennungsleistung	Abrechnungsschlüssen	Abrechnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), regional oder von Krankenkassen einzelvertraglich vereinbarte Leistungen und OPS-Codes
Ambulante Koloskopien inklusive Darmkrebs-Screenings	EBM	04514, 01741 und 13421
	Einzelvertraglich geregelt	90741, 97790 und 99741 Gesonderte Regelungen in Baden-Württemberg
Allgemeine Gesundheitsuntersuchung (ehemals CheckUp 35)	EBM	01732
	Einzelvertraglich geregelt	91409, 95056, 99022, 99023, 99057 und 99308
Früherkennung bei der Frau	EBM	01730, 01760 und 01761
	Einzelvertraglich geregelt	91407
Früherkennung beim Mann	EBM	01731
	Einzelvertraglich geregelt	91408 und 91411
Hautkrebs-Screening	EBM	01745 und 01746
	Einzelvertraglich geregelt	94501, 94502M, 94503, 94504, 98200, 99841, (Sachsen) 99190, 71100024A106, 71100016A103, 71100030A106, 773001745 und 71100042A106
Mammographie-Screening	EBM	01750

Die Grundgesamtheit der Versicherten bilden beim Mammographie-Screening die 50 bis 69 jährigen versicherten Frauen, bei den Koloskopien des Darmkrebs-Screenings die 50 jährigen und älteren Versicherten, beim Hautkrebs-Screening sowie bei der Allgemeinen Gesundheitsuntersuchung die

35 jährigen oder älteren Versicherten, bei der Früherkennung beim Mann die 45 jährigen GKV versicherten Männern und bei der Früherkennung bei der Frau die 20 jährigen oder älteren versicherten Frauen gemäß der amtlichen Versichertenstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung (KM6).

www.wido.de