

(C) Vorträge

Im Folgenden sind die autorisierten Vorträge der Referenten veröffentlicht. Sechs von sieben Vorträgen, die vollständig abgedruckt sind, wurden mit Hilfe von PowerPoint Folien referiert. Einige der Vorträge werden durch Abstracts eingeleitet, die die Referenten ebenfalls zur Verfügung gestellt haben.

Epidemiologische und methodische Aspekte einer gesundheitsbezogenen Forschung für Migrantinnen und Migranten

Epidemiologische Perspektiven der Migrationsforschung am Beispiel von Krebspatienten

Hajo Zeeb
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Krebs- und andere chronische Erkrankungen sind bisher noch nicht als Hauptgesundheitsproblem von Migrantinnen und Migranten in Deutschland identifiziert. Insbesondere aufgrund des demographischen Wandels ist aber mit einem erheblichen Anstieg der Krebshäufigkeit bei Migrantengruppen zu rechnen. Zudem stellt sich die Frage, ob besondere Lebens-, Umwelt- und Versorgungsbedingungen das Krebsgeschehen bei Migranten beeinflussen.

Studien zum Thema Krebs bei Migranten können aus verschiedenen Perspektiven angelegt werden: steht die Untersuchung von gesundheitlicher Ungleichheit im Mittelpunkt, wird oft ein Gruppenvergleich zwischen Migrantengruppen und einer Referenzbevölkerung im Ziel- und/oder Heimatland durchgeführt. Dieser Ansatz ist unproblematisch auf das klinische Setting übertragbar. Studien zur Ursachenforschung bedürfen einer individuellen Erfassung von Risiko- oder prognostischen Faktoren; hierzu gibt es bisher aus Deutschland nur wenige Beispiele mit Fokus auf Migrantinnen und Migranten.

Im Vortrag werden einige epidemiologische Projekte zum Thema Krebs und Migration erläutert. Ein Ausblick auf zukünftige Fragestellungen in diesem Bereich wird zur Diskussion gestellt.





Übersicht

- Epidemiologische Forschungsansätze
- Migration und Krebs
- Studien zu Krebsinzidenz, - mortalität
- Studien zur Versorgung
- Ausblick: Notwendigkeit von Kohortenansätzen



Warum Migration und Gesundheit ?

- **Gesellschaftliche Dimension:**
 - soziale-gesundheitliche Ungleichheit untersuchen und verringern
- **Ätiologische Dimension:**
 - Nutzung des Migrationsstatus und der zeitlichen Dynamik von Risikoveränderungen für Erforschung von Krankheitsursachen
 - Migration als „Naturexperiment“



These

- Keine Unterschiede in den epidemiologischen Forschungsdesigns bei Migranten und Nicht-Migranten
- Adaptation, u.a.
 - Definition der Studienpopulation
 - Erhebungsmethoden (z.B. sprachliche Gestaltung)
 - Teilnahmemotivation



Fokus Ungleichheit

- Vergleich von Krankheitshäufigkeit und gesundheitsrelevanten Faktoren bei Migranten und Zielland- (Heimatland-) bevölkerung
- Ziel: Erkrankungs- und Versorgungsungleichheiten aufdecken, Public Health Maßnahmen begründen



Fokus Ursachen

- Erforschung von Krankheitsursachen; Nutzung der Tatsache, dass Migranten zu unterschiedlichen Lebensabschnitten unterschiedlichen Umwelteinflüssen ausgesetzt sind
 - ... das genetische Make-up aber unverändert ist
 - insbesondere bei Krebs Hinweise auf Wirkungsmechanismen (Induktion, Promotion, Karzinogeneseprozess)



Ätiologische Erkenntnisse aus Migrantenstudien

- Konvergenz von Erkrankungshäufigkeit/Mortalität zwischen Migranten und Bevölkerung des Ziellandes
 - „schnelle“ Änderung des Risikos: Umweltfaktoren wirken spät in der Karzinogenese (Darmkrebs, Zervix-Karzinom)
 - Langsame Änderung (z.B. 2. Generation): Exposition in Kindheit und Jugend besonders bedeutsam (Magenkrebs, Brustkrebs)
 - Kaum Änderung im Risikomuster zwischen Generationen: Hinweis auf starke genetische Komponente (Melanom, Nasopharynx-Ca)



Krebsrisiken von Migranten

- Generell geringere Krebsinzidenz im Vergleich zur Bev. des Ziellandes
 - Für einzelne Krebsarten auch erhöhte Inzidenzen (Leber, Speiseröhre, Magen, Zervix etc.)
- Zum Teil niedrigere Gesamtkrebssterblichkeit
- Migranten mit afrikanischer Herkunft in den USA:
 - 33 % höhere Mortalität als Weiße
 - 75 % höhere Inzidenz für Prostataumore
- Teilweise bei gleichen Inzidenzen andere Mortalität,
 - z.B. haben indische Migranten in UK höchste Mortalität bei Gallen-, Leber- und Mundraumtumoren

Parkin et al. 2002, Leos 2000, Ehopal & Rankin 1996, Kiewer 1992

Hamburg Werkstattgespräch 12/2006

8

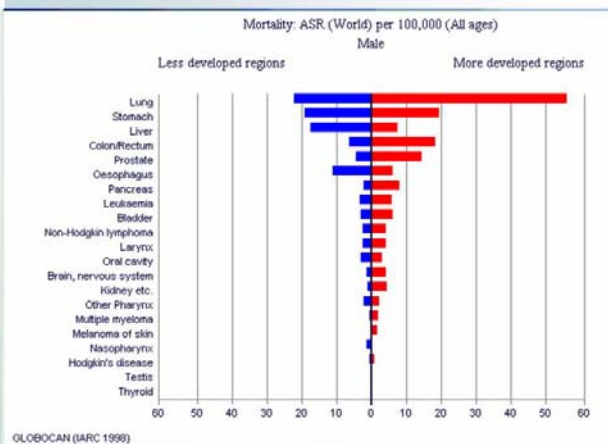


Vergleichsmöglichkeiten

1. Migranten – Bevölkerung im Zielland
⇒ Gleiche Umwelt, verschiedene Genetik
 2. Migranten – Bevölkerung im Ursprungsland
⇒ Verschiedene Umwelt, gleiche Genetik
- ➔ Änderung von Prädiktoren/Risiken durch den Migrationsprozess über die Zeit

Hamburg Werkstattgespräch 12/2006

9



Hamburg Werkstattgespräch 12/2006

10



Krebssterblichkeit bei Türken in Deutschland 1980-97 (Alter ≤ 64)

Periode	Türkische Männer		Deutsche Männer	
	AMR	95% CI	AMR	95% CI
1980-85	27,4	(23,9-30,8)	76,5	(76,1-76,9)
1992-97	34,8	(33,2-36,4)	72,3	(72,0-72,6)

Periode	Türkische Frauen		Deutsche Frauen	
	AMR	95% CI	AMR	95% CI
1980-85	19,1	(15,5-22,6)	57,2	(56,9-57,6)
1992-97	21,5	(19,9-23,0)	52,4	(52,1-52,7)

AMR = Altersstandardisierte Mortalitätsrate (WHO-Standard, per 100.000)

Hamburg Werkstattgespräch 12/2006

Zeeb, Razum et al. 2002 11



Krebsrisiken von Migranten - Änderungen über die Zeit -

- Ansteigende Krebsraten (auf Niveau des Gastlandes) bei:
 - Tumoren, die z.T. mit fleischreicher Diät assoziiert sind (z.B. Kolon, Rektum)
 - Lungentumoren (Rauchen)
 - Brustkrebs (?)
- Sinkende Krebsraten mit entsprechender Annäherung an das Niveau des Gastlandes:
 - Tumoren mit infektiösem Hintergrund bzw. mit Nahrungsmittelkontamination (Magen, Speiseröhre, Leber, Zervix)

Hamburg Werkstattgespräch 12/2006

12



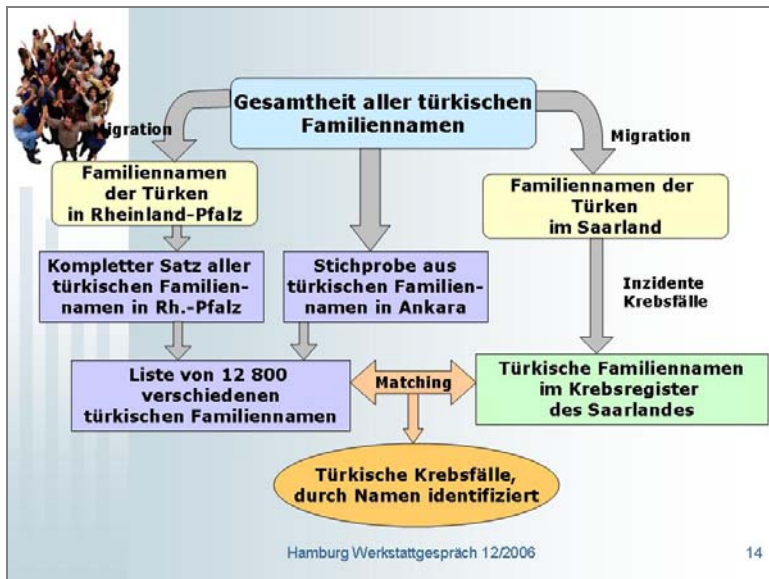
Krebsinzidenz bei Erwachsenen

- Krebsinzidenzstudien mit Registerdaten
- Problem: Identifikation von Migranten (hier: Türkinnen und Türken) im Krebsregister Saarland
- Ansatz: Nutzung der Namen von Patientinnen und Patienten

Zeeb, Razum et al, 2002

Hamburg Werkstattgespräch 12/2006

13



Krebsinzidenz (Saarland 1970-98)

Männer (n = 91)

Tumoren (ICD-9)	O	E	PCIR	95% CI
Orale Tumoren (140-149)	6	6,4	0,93	(0,45-1,92)
Magen (151)	11	3,8	2,89	(1,74-4,78)
Darm (153/154)	9	6,9	1,31	(0,73-2,38)
Andere intest. Tumoren (150, 155-159)	10	4,2	2,38	(1,40-4,08)
Lunge (162)	10	12,6	0,80	(0,48-1,32)
NHL (200/202)	8	4,1	1,95	(1,04-3,68)

Hamburg Werkstattgespräch 12/2006 15

Krebsinzidenz (Saarland 1970-98)

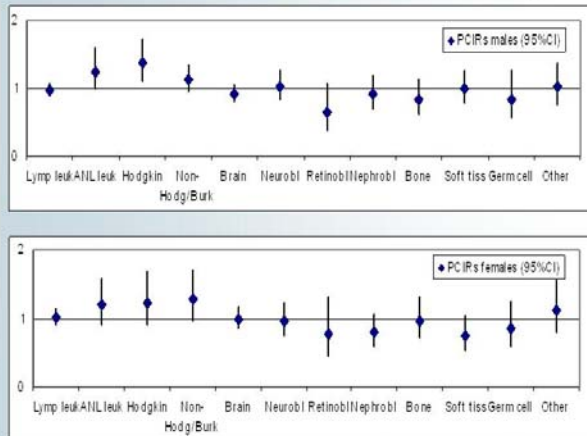
Frauen (n = 53)

Tumoren (ICD-9)	O	E	PCIR	95% CI
Gastro-intestinale Tu (150-159)	9	8	1,13	(0,59-2,17)
Brust (174)	10	15,3	0,65	(0,39-1,09)
Gynäkol. Tu. (179-183)	11	10,2	1,08	(0,60-1,94)
Hirn/Nerven (191-192)	6	2,1	2,90	(1,67-5,05)
NHL (200/202)	3	0,8	3,93	(1,53-10,10)

Hamburg Werkstattgespräch 12/2006 16



Krebsinzidenz bei Kindern (PCIRs)



Hamburg Werkstattgespräch 12/2006

17



Studien zur Versorgung

- Bisher keine Daten zu Stadienverteilung bei Diagnose, Survival, Quality of Life
 - Problem Remigration
- Kaum Informationen zur Nutzung von Therapie- und Beratungsangeboten
 - Krebs-Informationsdienst, Krebshilfe
- In den Niederlanden unproportional niedrige Nutzung onkologischer Dienste durch Migranten (ca. 1%)

Hamburg Werkstattgespräch 12/2006

18



Krebsprävention bei Migranten

- Niedrigere Risiken so lange wie möglich erhalten
- Anstieg von Risiken über die Zeit so lange wie möglich hinauszögern

Hamburg Werkstattgespräch 12/2006

19



Ausblick

- Zunehmende Probleme bei der Nutzung von Sekundärdaten (u.a. Identifikation)
- Häufigste Datenquelle: Surveys
- Immer noch viel zu wenig Studien mit Individualdaten
 - zu Risikofaktoren
 - zu Versorgungsaspekten incl. Screening
 - zu Aspekten zeitlicher Dynamik: Einfluß von Aufenthaltsdauer, Generationenunterschiede



Migrantenkohorte in Deutschland (Europa)

- würde Erhebung von Individualdaten erlauben (eventuell Kontext Beruf)
- Zeitliche Dynamik berücksichtigen
- Mehrere Outcomes (Herz-Kreislauf, Krebs, andere)
- Bias (Remigration) zumindest quantifizierbar, eventuell minimierbar
- Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Herkunftsländern
- Aber: Aufwand, Kosten, Wille, Geduld



Dank an...

- Jacob Spallek
 - Oliver Razum
- } Universität Bielefeld
- und die Deutsche Krebshilfe