

Warum die soziale Lage in der Onkologie mitgedacht werden muss

Scham überwinden bei Armut und Krebs

Viele haben sicher solche Erfahrungen in der Praxis bereits gemacht: Eine Patientin, die monatelang zuverlässig erschien, bleibt plötzlich aus. Ein Patient, der bei jeder Erklärung nickt, setzt keine der besprochenen Maßnahmen um. Jemand lehnt die Überweisung zur Psychoonkologie freundlich, aber bestimmt ab. Im Behandlungsalltag liegt es nahe, an fehlende Motivation zu denken oder an mangelnde Compliance. Das trifft vielleicht zu, aber manchmal steckt etwas anderes dahinter, etwas, das sich im Gespräch kaum zeigt: Schamgefühle.

Soziale Scham entsteht oft dort, wo finanzielle Not auf eine schwere Erkrankung trifft. Wer schon vor der Diagnose am Rand der finanziellen Belastbarkeit lebt, erlebt eine Krebserkrankung anders: als medizinische Krise, aber auch als Bedrohung der Existenz, der Würde und der sozialen Zugehörigkeit. Krebs trifft Menschen nie in einem sozialen Vakuum. Eine soziale Lage, die Scham erzeugt, beeinflusst, wie Betroffene mit Diagnose und Therapie umgehen können. Dieser Beitrag lädt ein, genauer hinzuschauen.

Ein Fall, der das Problem sichtbar macht

Um zu zeigen, was das klinisch bedeuten kann, ein Beispiel aus der eigenen Praxis:

Eine 66-jährige Patientin mit schwerer COPD wurde notfallmäßig in die gynäkologisch-onkologische Praxis überwiesen. Klinisch zeigte sich ein fortgeschrittenes, exulzeriertes Mammakarzinom mit Lungen- und Knochenmetastasen. Vorsorge und Screening hatte sie über Jahre nicht wahrgenommen. Unter systemischer Therapie kam es zunächst zu einem Ansprechen. Später wurden CT- und Blutkontrollen versäumt, schließlich setzte die Patientin die Medikation zeitweise ab. Der Anlass war keine grundsätzliche Therapieverweigerung, sondern eine Zuzahlung von 30 Euro und die Belastung durch Fahrtkosten. Solche Verläufe sind erfahrungsgemäß keine Ausnahmen am Rand der Versorgung. Sie machen deutlich, wie klein ein Betrag aus Sicht des Systems sein kann und wie groß er für die betroffene Person wird. Allein eine Busfahrt, ausbleibende Lohnfortzahlung, ein unverständlich formulierter Antrag kann zwischen kontinuierlicher Therapie und Therapieabbruch entscheiden.

Armut als onkologischer Risikofaktor

Diese Erfahrung ist kein Einzelfall, sie ist empirisch gut belegt. Sozioökonomische Benachteiligung beeinflusst Krebsrisiko, Diagnosezeitpunkt, Zugang zur Versorgung und Überleben. Die Gründe dafür wahrscheinlich liegen nicht allein in individuellem Verhalten. Geringere Gesundheitskompetenz, höhere Prävalenz von Krebsrisiken, schwierige Arbeits- und Wohnbedingungen, Komorbiditäten, geringere Vorsorgebeteiligung, Mobilitätsprobleme, fehlende digitale Zugänge und finanzielle Toxizität greifen ineinander. Eine auf den ersten Blick schwerer zu erfassende Barriere können Schamgefühle sein.

Epidemiologischer Hintergrund: Krebs und Armut

Epidemiologische Studien haben verschiedene Zusammenhänge zwischen Armut, sozialer Deprivation und Krebs in Deutschland untersucht. Querschnittstudien haben deutliche soziale Unterschiede in der Verbreitung von Risikofaktoren und im Gesundheitsverhalten für verschiedene Erkrankungen, darunter auch häufige Tumorformen gezeigt. So rauchen beispielsweise Männer und Frauen mit Armutsrisiko häufiger, treiben weniger Sport oder sind häufiger übergewichtig. Menschen der unteren Bildungsgruppe nehmen Krebsvorsorgeangebote und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen weniger häufig in Anspruch. Bevölkerungsweite Analysen von Krebsregisterdaten haben darüber hinaus die Auswirkungen von sozialer Deprivation (in Form gebietsbezogener sozioökonomischer Benachteiligung in sieben Dimensionen gemessen auf Ebene der Landkreise), auf die Krebsinzidenz sowie dem tumorspezifischen Überleben auf regionaler Ebene untersucht. So war der Rückgang der Krebsinzidenz in Deutschland zwischen 2007 und 2018 in Landkreisen mit besonders hoher sozialer Deprivation weniger ausgeprägt, so dass bestehende Unterschiede in der Krebsbelastung zwischen Bevölkerungen in weniger und stärker deprivierten Gebieten weiter zugenommen haben. Weiterhin haben Studien bestehende Unterschiede im tumorspezifischen Überleben von Patientinnen und Patienten und eine höhere tumorspezifische Sterblichkeit in Regionen mit höherer sozialer Deprivation beobachtet, ohne hierfür spezifische zugrundeliegende Einflussfaktoren oder Ursachen aufzeigen zu können.

Drei Ebenen der Scham

Scham im Kontext von Krebs und Armut zeigt sich auf mindestens drei Ebenen.

Finanzielle Scham

Zuzahlungen, Fahrtkosten, Hilfsmittel, Kinderbetreuung oder Einkommensausfall – viele Betroffene erleben diese Belastungen nicht nur als ökonomisches Problem, sondern als persönliches Defizit. Sie fühlen sich als Bittstellerinnen und Bittsteller. Das kann dazu führen, dass sie Hilfen nicht einfordern, Behandlungsprobleme verschweigen oder Empfehlungen still nicht umsetzen. Im Gespräch zeigt sich das oft als Schweigen, nicht als Widerstand.

Selbstbeschuldigung

Krebserkrankungen werden gesellschaftlich häufig mit ungesundem Lebensstil, Vorsorgeversäumnissen oder vermeintlich falschen Entscheidungen verknüpft. Besonders bei Lungenkarzinomen, Kopf-Hals-Tumoren, HPV-assoziierten Krebs-

formen oder sehr spät diagnostizierten Erkrankungen entsteht leicht der Gedanke: „Ich bin selbst schuld.“ Dabei ist die klinisch entscheidende Verschiebung folgende: Aus „Ich habe vielleicht etwas falsch gemacht“ wird „Mit mir stimmt grundlegend etwas nicht.“ Schuld bezieht sich auf ein Tun; Scham trifft die Person. Diese Verschiebung fördert Rückzug, Verheimlichung und Vermeidung – und damit genau das Gegenteil von dem, was therapeutisch gebraucht wird.

Interaktionsscham

Die dritte Ebene entsteht im Kontakt mit uns Ärztinnen und Ärzten und der Pflege selbst. Patientinnen und Patienten fürchten, medizinische Begriffe nicht zu verstehen, „dumm“ zu wirken, wegen Kleidung, Sprache, Herkunft, Suchtgeschichte oder sozialer Lage bewertet zu werden. Typisch ist das stille Nicken trotz fehlendem Verständnis. Gerade in der Onkologie, wo Therapieentscheidungen komplex sind, kann dies Shared Decision Making erheblich erschweren.

Warum Scham prognoserelevant werden kann

Eine aktuelle deutsche Studie zur krankheitsbezogenen Stigmatisierung bei Krebserkrankten liefert dazu aufschlussreiche Befunde: Direkt nach der Diagnose berichten Betroffene aller Sozialgruppen über moderate Stigmatisierung. Nach zwölf Monaten nimmt die Belastung bei Menschen mit mittlerem und hohem sozioökonomischem Status ab, bei niedrigem Status persistiert sie. Besonders betroffen sind finanzielle Unsicherheit, soziale Isolation, soziale Ablehnung und internalisierte Scham.

Damit wird Scham zu einem Faktor, der Versorgung messbar beeinflusst. Wer sich schämt, fragt weniger nach, nimmt Hilfen später an, spricht finanzielle Hürden nicht an, vermeidet Kontrolltermine und zieht sich sozial zurück. Für Behandelnde ist deshalb wichtig, Scham nicht als Charaktereigenschaft oder mangelnde Motivation zu deuten, sondern als mögliches Symptom einer belastenden sozialen Situation.

Auch das System kann beschämen

Dieser Gedanke verdient eine ehrliche Selbstprüfung, nicht als Vorwurf, sondern als kollegiale Einladung zur Reflexion. Unbewusste Vorannahmen können auch im Behandlungsteam wirksam sein: Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status werden manchmal weniger ausführlich informiert, seltener in Studien eingeschlossen oder weniger konsequent in komplexe Therapiekonzepte eingebunden. Dies geschieht nicht aus böser Absicht, sondern weil Betroffenen unbewusst geringere Adhärenz oder geringeres Verständnis zugeschrieben wird. Moralische Bewertungen bei lebensstilassozierten Tumoren verstärken dieses Risiko.

Eine hilfreiche Frage in solchen Momenten: Ist das wirklich ein „schwieriger Patient“? Oder zeigt sich Scham über Geldnot, Überforderung, Analphabetismus, Schulden, Angst vor Behörden oder schlechte Erfahrungen mit Institutionen? Diese Frage verändert die Haltung und damit häufig auch das Gespräch.

Was können wir in der Praxis tun?

Es braucht keine aufwändigen neuen Strukturen um sich auf die Betroffenen einzustellen: Einige gezielte Veränderungen im Gespräch und in der Praxisorganisation können viel bewirken.

Finanzielle Fragen normalisieren

Finanzielle Belastungen sollten nicht erst angesprochen werden, wenn die Therapie scheitert. Hilfreich ist eine routinemäßige, entlastende Sprache: „Viele Patientinnen und Patienten erleben, dass durch die Erkrankung finanzielle Dinge eng werden. Wie ist das bei Ihnen?“ Oder: „Fahrtkosten sind für viele ein Problem. Können Sie die Termine gut erreichen?“ Entscheidend ist, dass die Frage nicht nach Kontrolle klingt, sondern nach Fürsorge.

Verständnis sichern, ohne zu prüfen

Teach-back ist ein einfaches, wirkungsvolles Mittel gegen Interaktionsscham: „Damit ich sicher bin, dass ich es verständlich erklärt habe: Was würden Sie Ihrer Familie heute über den nächsten Schritt erzählen?“ Die Verantwortung für Verständlichkeit bleibt damit beim Behandlungsteam. Fachsprache sollte sparsam eingesetzt werden; schriftliche Informationen sollten möglichst klar, kurz und bei Bedarf in leichter Sprache verfügbar sein.

Psychoonkologie und Sozialdienst früh einbinden

Psychoonkologische Unterstützung und Sozialberatung sollten nicht als spätes Zusatzangebot erscheinen, sondern als regulärer Teil onkologischer Behandlung. Kurze Fragen nach finanziellen Belastungen und ein niedrigschwelliger Kontakt zu Sozialdienst, Onkolotsen oder spezialisierten Pflegekräften können helfen, Scham früher sichtbar zu machen. Praktische Unterstützung bei Fahrtkosten, Härtefallregelungen, Zuzahlungsbefreiung, Reha-Anträgen und Terminbündelung ist oft ebenso therapeutisch relevant wie ein weiteres Aufklärungsgespräch.

Schuld reframe, Würde stärken

Bei Selbstbeschuldigung hilft eine klare, wiederholte Entlastung. Krebs ist fast immer multikausal: Lebensumstände, Biologie, Zufall, Expositionen und Versorgungschancen greifen zusammen. Ein Satz wie „Sie sind ein Mensch, der unter schwierigen Bedingungen sein Bestes gegeben hat“ kann mehr bewirken als eine lange Risikofaktorerklärung. Ziel ist nicht, Verantwortung zu negieren, sondern Handlungsfähigkeit zurückzugeben.

Eine Aufgabe für die saarländische Versorgung

Gerade im Saarland liegt hier eine besondere Chance: Mit seinen vergleichsweise gut vernetzten Versorgungswegen können Facharztpraxen, Kliniken, Krebsberatungsstellen, Sozialdienste sowie Hausärztinnen und Hausärzte enger zusammenarbeiten als anderswo. Wenn finanzielle und soziale Belastungen früh geteilt werden, muss die einzelne Patientin sie nicht allein tragen.

Der regionale Blick unterstreicht die Relevanz: Im Saarland waren 2025 laut AROPE-Erhebung 22,2 Prozent der Bevölkerung von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht, gegenüber 21,2 Prozent im Bundesschnitt. Die Arbeitslosenquote lag 2024 im Jahresdurchschnitt bei 7,0 Prozent, bundesweit bei 6,0 Prozent. Auch der Anteil der Menschen, die Grundversicherung erhalten liegt im Saarland über dem Bundesdurchschnitt, je nach Stichtag etwa im Bereich von 10 bis 11 Prozent.

gegenüber rund 8 bis 8,5 Prozent bundesweit. Soziale Verwundbarkeit ist im Saarland damit kein Randthema, sondern ein häufiger Versorgungskontext.

Das Angebot der Saarländischen Krebsgesellschaft nutzen

Einen besonderen Stellenwert hat deshalb das engmaschige Netz der Beratungsstellen und Außenstellen der Saarländischen Krebsgesellschaft: Sie bieten Betroffenen und Angehörigen vor, während und nach der Therapie kostenfreie, unbürokratische psychosoziale Beratung einschließlich psychoonkologischer Unterstützung und Sozialberatung bei finanziellen und organisatorischen Fragen. Gerade für Patientinnen und Patienten, die aus Scham Geldnot oder Überforderung im ärztlichen Gespräch nicht ansprechen, sind diese wohnortnahen Angebote an den mittlerweile 10 Beratungsstellen eine zentrale Brücke zurück in die Versorgung.

Kernaussagen für die Praxis

- Scham bei Armut und Krebs ist häufig verborgen und zeigt sich oft indirekt: Durch Schweigen, Terminversäumnisse oder Therapieunterbrechungen.
- Finanzielle Belastungen sollten routinemäßig und normalisierend angesprochen werden.

- Teach-back, klare Sprache und frühe Sozialberatung reduzieren Barrieren im Arzt-Patienten-Kontakt.
- Wer als „schwieriger Patient“ gilt, verdient einen zweiten Blick: Dahinter steckt oft eine soziale Belastung, keine mangelnde Bereitschaft.
- Empfehlen Sie routinemäßig die psychosoziale Beratung bei der Saarländischen Krebsgesellschaft. Das entlastet nicht nur die Betroffenen sondern auch Sie selbst.

Korrespondenzadressen:

*Dr. med. Steffen Wagner, Frauenarzt/Gyn. Onkologe
Vorsitzender der Saarländischen Krebsgesellschaft*

Lebacher Straße 78, 66113 Saarbrücken

Email: dr.wagner@krebsgesellschaft-saar.de

Vortrag zum Thema auf dem Deutschen Krebsskongress 2026, Berlin

Priv.-Dozent Dr. Bernd Holleczeck

Krebsregister Saarland

*Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit
Neugeländstraße 9, 66117 Saarbrücken*

E-Mail: b.holleczeck@krebsregister.saarland.de

Literatur beim Verfasser

Anzeige



„HILFE VON DER BANK.“

Mit der mediserv Bank habe ich einen starken Partner an meiner Seite – von der Privatabrechnung über Finanzierung und Versicherung bis zur Geldanlage. Das gibt mir den Freiraum, mich voll und ganz auf meine Praxis und die optimale Betreuung meiner Spieler zu konzentrieren.

Dr. med. Frank Krämer

Mannschaftsarzt der SV Elversberg und seit 30 Jahren zufriedener Kunde der mediserv Bank.



Jetzt unverbindlich informieren und beraten lassen!
mediservbank.de

