

**Gesamtprogramm
zur
Krebsbekämpfung**



KREBS IN DEUTSCHLAND

HÄUFIGKEITEN UND TRENDS

Herausgeber:

**Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener
Krebsregister in Deutschland**

in Zusammenarbeit mit dem

Robert Koch - Institut

Diese Broschüre wurde gefördert vom Bundesministerium für
Gesundheit im Rahmen des Gesamtprogrammes zur
Krebsbekämpfung

2. aktualisierte Ausgabe
Saarbrücken, Dezember 1999

Impressum

Herausgeber:

Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland

Für "Krebs in Deutschland - Häufigkeiten und Trends" sind verantwortlich:

Wolf Ulrich Batzler	Dieter Schön
Cornelia Baumgardt-Elms	Joachim Schüz
Bettina Eisinger	Christa Stegmaier
Martin Lehnert	

Grafik u. Satz: R. Pfeiffer, Statistisches Landesamt Saarland
Druck: Fa. Braun Druck, Riegelsberg

*Nachdruck, auch im Auszug, nur mit Quellenangabe gestattet.
Zitierweise: Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland. Krebs in Deutschland. 2. aktualisierte Ausgabe, Saarbrücken, 1999*

Bezug:

Einzelexemplare zu beziehen über die Krebsregister der jeweiligen Länder und das BMG

(Adressen im Anhang)

auch: Internet: <http://www.rki.de/KREBS>

ISBN 3-88718-153-0

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Ziele der Krebsregistrierung	4
”Krebs in Deutschland” zur Broschüre	6
Krebsinzidenz u. Krebsmortalität 1997	9
Geschätzte Zahl jährlich neu an Krebs Erkrankter, Deutschland 1997	10
Krebs insgesamt ohne ICD-9 173	11
Mund und Rachen	14
Magen	17
Darm.	20
Bauchspeicheldrüse	23
Lunge	26
Malignes Melanom der Haut	29
Harnblase	32
Weibliche Brust	35
Gebärmutterhals.	37
Gebärmutterkörper	39
Eierstock.	41
Prostata	43
Hoden	45
Leukämien.	47
Non-Hodgkin-Lymphome	50
Morbus Hodgkin	53
Krebs bei Kindern	56
Anhang:	
Die Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland .	61
Anschriften der bevölkerungsbezogenen Krebsregister in Deutschland	63
Literaturverzeichnis	64

Ziele der Krebsregistrierung

Bevölkerungsbezogene (epidemiologische) Krebsregister sind Einrichtungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Analyse und Interpretation von Daten über das Auftreten und die Häufigkeit von Krebserkrankungen in räumlich definierten Bevölkerungen. Von den bevölkerungsbezogenen Krebsregistern sind klinische Krebsregister zu unterscheiden. Diese erfassen allein Daten über die Patienten ihres Behandlungszentrums, unabhängig von deren regionaler Herkunft. Sie können in der Regel die in einer Region auftretenden Krebserkrankungen nicht vollzählig erfassen und damit die Krebshäufigkeit nicht exakt bestimmen.

Folgende wichtige Fragestellungen können beispielsweise ausschliesslich von epidemiologischen Krebsregistern beantwortet werden:

- *Trifft es zu, dass jeder Vierte an Krebs erkrankt?*
- *Wie viele Menschen erkranken jährlich an Dickdarmkrebs?*
- *Welche Krebsformen sind die häufigsten, bei Männern, bei Frauen?*

Epidemiologische Krebsregister messen die Krebsinzidenz, das heisst die Häufigkeit des Auftretens von Neuerkrankungen pro Jahr, differenziert nach Krebsform, Alter und Geschlecht sowie einigen weiteren Merkmalen. Verlässliche Angaben zur Inzidenz bilden eine unverzichtbare Grundlage bei der Beschreibung von Ausmass und Art der Krebsbelastung einer Bevölkerung und können als Basis für weiterführende epidemiologische Studien einen Beitrag bei der Suche nach den Ursachen der Krebsentstehung leisten.

- *Welche Krebsformen haben in ihrem Auftreten zugenommen, welche abgenommen?*
- *In welchem Ausmass gleichen sich die Lungenkrebsraten von Frauen und Männern an?*

Epidemiologische Krebsregister beschreiben zeitliche Entwicklungstrends der Inzidenz. Dem Register kommt hier eine Signal- und Alarmfunktion zu, in dem es zur Aufdeckung von Krebsgefahren beitragen kann. Andererseits dienen Krebsregisterdaten der Bewertung von Präventions- und Früherkennungsprogrammen. Rückläufige Trends der Krebsinzidenz, zum Beispiel beim Gebärmutterhalskrebs, können auf Erfolge solcher Programme hinweisen.

- *Gibt es regionale Unterschiede in den Erkrankungsraten des malignen Melanoms der Haut (Schwarzer Hautkrebs)?*
- *Treten in der Umgebung einer Industrieanlage mehr Leukämieerkrankungen auf als erwartet?*

Epidemiologische Krebsregister analysieren die räumliche und zeitliche Verteilung von Krebserkrankungen. Sie haben auch die Aufgabe, beobachtete Häufungen von Krebserkrankungen (Cluster) zu überprüfen. Eine weitere Abklärung dieser Häufungen muss gegebenenfalls durch nachgehende analytische Studien erfolgen.

- *Wie hoch ist der Anteil an Patienten mit Hodenkrebs, die 10 Jahre nach Erstdiagnose noch leben?*
- *Zeigt sich ein Trend zur Verbesserung der Überlebenszeiten bei Brustkrebspatientinnen?*

Epidemiologische Krebsregister führen Überlebenszeitanalysen der Patienten ihrer Bezugsbevölkerung durch. Zur Bewertung der Effektivität des Gesundheitswesens in der Bekämpfung der Krebserkrankungen stellen bevölkerungsbezogene Überlebensraten eine überaus wichtige Kenngrösse dar.

- *Wie viele Menschen mit Krebs leben schätzungsweise in der Region? Welcher Bedarf leitet sich aus diesen Schätzungen für die Nachsorge ab?*

Epidemiologische Krebsregister versuchen Angaben zur sogenannten Krebsprävalenz (Zahl der Krebserkrankten in einer Bevölkerung) bereitzustellen. Dies spielt zum Beispiel bei der Planung qualitativ und quantitativ bedarfsgerechter Einrichtungen der medizinischen Versorgung eine wichtige Rolle.

- *Welches sind die Ursachen von Leukämien im Kindesalter?*
- *Erkranken Angehörige einer bestimmten Berufsgruppe häufiger an Lungenkrebs als erwartet?*
- *Für welche Krebsformen ist Rauchen ein Risiko?*
- *Wie wirkt sich fettreiche Ernährung auf das Risiko aus, an Krebs zu erkranken?*

Epidemiologische Krebsregister erlauben im Unterschied zu klinischen Krebsregistern, dass alle in einer definierten Bevölkerung gemeldeten Erkrankungsfälle für die Ursachenforschung berücksichtigt werden können. Hierdurch kann weitgehend gesichert werden, dass die Ergebnisse solcher Studien nicht nur für die untersuchte Gruppe, sondern die Gesamtbevölkerung gelten. Fall-Kontroll-Studien und der Abgleich exponierter Personengruppen im Rahmen von Kohortenstudien stellen die häufigste Nutzung von epidemiologischen Krebsregisterdaten zur Erforschung von Krebsursachen und -risiken und dar.

Für ein umfassendes Gesundheitsmonitoring, das heisst eine laufende vergleichende Analyse des Krebsgeschehens, reicht es nicht aus, nur in ausgewählten Regionen der Bundesrepublik bevölkerungsbezogene Krebsregister zu führen. Zur Erreichung dieses Ziels ist es erforderlich, in allen Bundesländern Krebsregister einzurichten. Das am 1. Januar 1995 in Kraft getretene Gesetz über Krebsregister (KRG) des Bundes hat den Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Landeskrebsregistern in die Wege geleitet. Zwar räumt das zum Ende 1999 auslaufende Gesetz den Bundesländern beim Aufbau und der Organisation einen breiten Gestaltungsspielraum ein, gleichzeitig aber verlangt es ausdrücklich die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten mit dem Ziel der Nutzung für statistisch-epidemiologische Auswertungen. Hieran wird auch nach Auslaufen des KRG festgehalten werden.

Zur Vermeidung von Doppelerfassungen und zur Zusammenführung von Informationen aus verschiedenen Quellen müssen die Daten derart erhoben werden, dass Mehrfachmeldungen erkannt werden können. Für Forschungsfragen muss der Personenbezug wiederhergestellt werden können. Dabei erfordert die Wahrung des Persönlichkeitschutzes der Betroffenen und das Recht des Patienten auf informationelle Selbstbestimmung umfassende Vorkehrungen zum Schutz und zur Sicherung personenbezogener Daten.

Erst bei einem Erfassungsgrad von über 90 Prozent ist eine Beantwortung der oben genannten Fragestellungen möglich. Deshalb ist die Mitarbeit **aller** Ärztinnen und Ärzte entscheidend für die Funktionstüchtigkeit eines bevölkerungsbezogenen Krebsregisters. Dies ist unabhängig davon, ob Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern, in pathologischen Instituten, als niedergelassene Kolleginnen und Kollegen oder Werksärzte an der Diagnostik, Therapie oder Nachsorge des Patienten beteiligt sind.

“Krebs in Deutschland”: Zur Broschüre

In der Broschüre sind Informationen über ausgewählte Krebserkrankungen in Deutschland zusammengestellt. Für jede dieser Krebserkrankungen wird die geschätzte Zahl der jährlichen Neuerkrankungen angegeben, gefolgt von einem Vergleich der Neuerkrankungsraten in Deutschland mit denen der anderen Länder der Europäischen Union (EU). Daran anschließend wird auf die wichtigsten derzeit bekannten Risikofaktoren für die Krebserkrankung eingegangen. Zusätzliche Informationen über die zeitliche Entwicklung (Trend) der Neuerkrankungsraten werden in Texten und Grafiken dargestellt. Die relativen Überlebensraten runden zusammen mit der Zahl der durch die jeweilige Krebskrankheit verlorenen Lebensjahre das Bild ab. Diese Kenngrößen werden im folgenden näher erläutert.

Geschätzte Zahl der jährlichen Neuerkrankungen: Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen ist eine Schätzung auf Basis der in der Vergangenheit beobachteten Häufigkeiten. Die Schätzung der 1997 in Deutschland neu an Krebs erkrankten Personen wurde unter Berücksichtigung des Trends für die Neuerkrankungen des Saarlandes in den einzelnen Altersgruppen sowie der Mortalität im Saarland und in Deutschland insgesamt vorgenommen.

Inzidenz: Als Inzidenz bezeichnet man die Zahl neu aufgetretener Fälle einer Erkrankung (hier: Krebserkrankung) in der Bevölkerung in einem bestimmten Zeitintervall, im allgemeinen in einem Jahr. Sie wird als Rate, zum Beispiel pro 100.000 Personen einer Bevölkerung, berechnet.

Die hier dargestellte jährliche Inzidenz wurde auf die Altersstruktur der europäischen Standardbevölkerung bezogen. Damit ist ein Vergleich mit ebenfalls nach Europastandard altersstandardisierten Inzidenzraten anderer Länder möglich.

In der grafischen Darstellung der Altersverteilung wird die altersspezifische Inzidenz getrennt nach Männern und Frauen angegeben. Grundlage sind die Neuerkrankungen im Krebsregister Saarland für die Jahre 1987 bis 1996.

Mortalität: Die Krebsmortalität beruht auf der Zahl der Krebstodesfälle innerhalb der Bevölkerung eines Jahres. Die Zahlen stützen sich auf die Daten der amtlichen Todesursachenstatistik der alten Länder der Bundesrepublik bis 1990, ab 1990 für Deutschland insgesamt. Die Mortalität wurde ebenfalls als Rate je 100.000 Einwohner der europäischen Standardbevölkerung berechnet.

Mittleres Erkrankungsalter: Das mittlere Erkrankungsalter beschreibt die altersbezogene Verteilung der Erkrankungsfälle. Dazu werden die Erkrankungsfälle der einzelnen Altersgruppen multipliziert mit der jeweiligen Altersklassenmitte und die daraus gebildete Summe auf die entsprechende Gesamtzahl aller Erkrankungsfälle bezogen. Hierbei wird implizit unterstellt, dass die Erkrankungsfälle innerhalb der einzelnen Altersklassen gleichverteilt sind. Für die oberste, nach oben hin offene Altersgruppe wird die aus der Sterbetafel resultierende fernere Lebenserwartung verwendet.

In dieser Form beschreibt das mittlere Erkrankungsalter das durchschnittliche Alter, in dem die jeweilige Krebserkrankung auftritt. Die Berechnungen beziehen sich auf die Daten des Krebsregisters Saarland (Zeitraum 1987 bis 1996).

Relative Überlebensrate : Zur Beurteilung der Prognose von Krebserkrankungen werden häufig relative Überlebensraten berechnet. Hierzu werden die beobachteten Überlebensraten der Krebspatienten ins Verhältnis gesetzt zu den aus Sterbetafeln geschätzten Überlebensraten der Allgemeinbevölkerung entsprechender Alters- und Ge-

schlechtsstruktur. Sie geben den prozentualen Anteil der Patienten an, die zu einem bestimmten Zeitpunkt nach der Diagnosestellung nicht an ihrer Krebserkrankung verstorben sind.

Die relativen 5- Jahres-Überlebensraten wurden dem Band " Entwicklung der Überlebensraten von Krebspatienten in Deutschland" (siehe Literaturhinweis) entnommen. Die Berechnung der Raten erfolgte für die im Zeitraum 1985 und 1988 im Saarland diagnostizierten Krebserkrankungen unter Verwendung der entsprechenden saarländischen Sterbetafel.

Die Überlebenszeiten unterscheiden sich je nach dem Stadium der Krebserkrankung. Hier werden die durchschnittlichen Überlebensraten unabhängig vom Stadium dargestellt.

Verlorene Lebensjahre: Das Konzept der verlorenen Lebensjahre beschreibt die Auswirkung eines Krankheitsgeschehens auf eine Bevölkerung beziehungsweise Gesellschaft. Die Berechnung wurde nach der Sterbetafelmethode vorgenommen. Für jeden an Krebs Verstorbenen geht dabei die Anzahl der Lebensjahre ein, die ein Gleichaltriger der Normalbevölkerung laut allgemeiner Sterbetafel noch zu erwarten hat. Die Zahl der verlorenen Lebensjahre wurde als Summe über alle Sterbefälle an der jeweiligen Krebserkrankung auf der Basis der gesamtdeutschen Todesursachenstatistik 1997 berechnet.

Neben den verlorenen Gesamtlebensjahren sind die Jahre, die einem einzelnen Krebspatienten durchschnittlich durch die Krebserkrankung an Lebenserwartung verloren gehen, angegeben. Diese Zahlen wurden im Zusammenhang mit den relativen Überlebensraten berechnet und beziehen sich auf die Daten des Krebsregisters Saarland für die zwischen 1985 und 1988 erkrankten Patienten im Alter unter 90 Jahren.

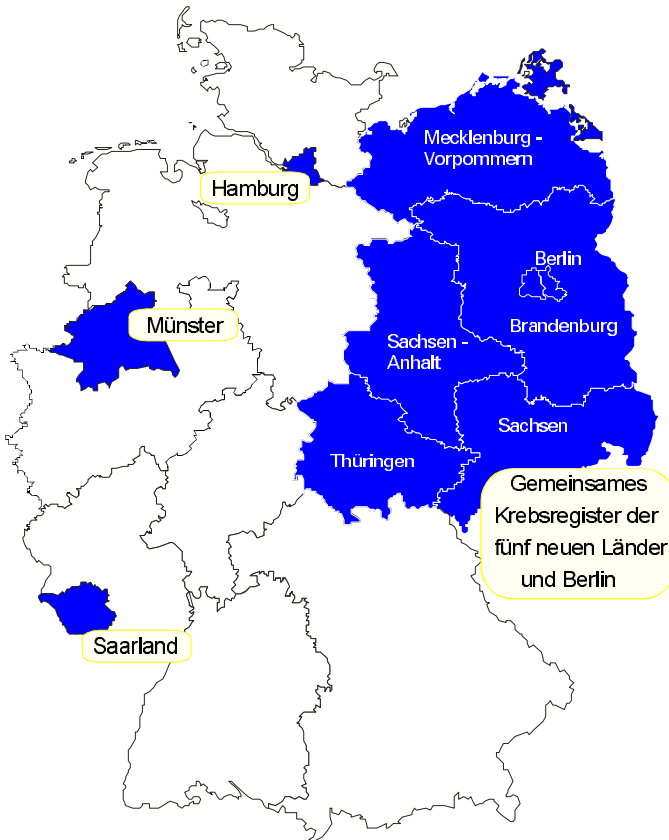
Die Darstellung der Inzidenzentwicklung der Krebskrankheiten erfolgte ab 1970 mit Daten verschiedener regionaler epidemiologischer Krebsregister (siehe Abbildung Seite 8). Die unterschiedlichen Zeiträume und Krebslokalisationen, die von den jeweiligen Krebsregistern abgedeckt werden, reflektieren den Grad der Vollständigkeit der Erfassung in den Registern.

Alleine das Krebsregister des Saarlandes deckt den vollständigen Zeitraum bis 1996 ab. Das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR), in dessen Bestand die Daten des Nationalen Krebsregisters der DDR eingegangen sind, verzeichnet auf Grund der nach 1990 veränderten politischen und juristischen Rahmenbedingungen seit 1994/95 wieder steigende Melderaten. Das GKR präsentiert den vollständigen Zeitraum bis 1989 sowie erste aktuellere Daten für einzelne Lokalisationen aus Brandenburg und dem Freistaat Sachsen. Wegen einer Umstrukturierung im Hamburgischen Krebsregister sind die Daten nicht für den gesamten Zeitraum vollzählig. Deshalb sind für Hamburg die Erkrankungsdaten für den Zeitraum vor der Umstrukturierung bis 1979 für alle betrachteten Krebskrankheiten dargestellt. Für viele Lokalisationen können die Daten danach erst wieder ab 1991 präsentiert werden. Das Krebsregister Münster nahm die Registrierung 1985 auf und hat nach einer Anlaufphase seit 1989 für viele Krebskrankheiten eine nahezu vollständige Erfassung.

In den anderen Bundesländern sind derzeit (1999) bevölkerungsbezogene Krebsregister noch im Aufbau .

Um zu zeigen, welche Position die Krebsinzidenz in Deutschland innerhalb der Länder der Europäischen Union (EU) einnimmt, werden die nach Europastandard altersstandardisierten Neuerkrankungsraten in Deutschland mit den vom Programm EUCAN (siehe Literaturhinweise) bereitgestellten Inzidenzen verglichen.

Datenquellen für "Krebs in Deutschland - Häufigkeiten und Trends"

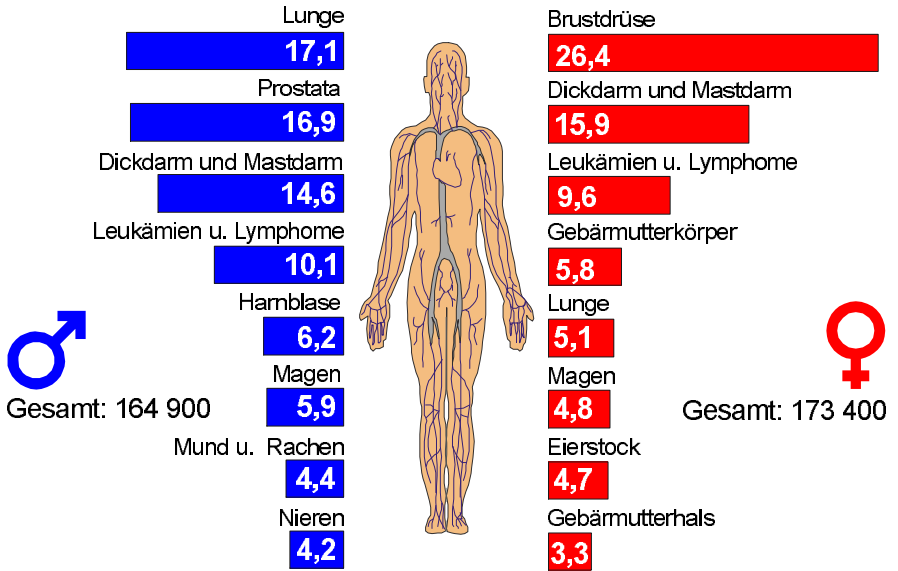


Datenquelle	Krebslokalisationen	Zeitraum
Krebsregister Saarland	alle	1970 bis 1996
Gemeinsames Krebsregister der neuen Bundesländer und Berlin	alle	1970 bis 1989
Brandenburg	teilweise	1995 bis 1997
Freistaat Sachsen	teilweise	1994 bis 1997
Hamburgisches Krebsregister	alle teilweise	1970 bis 1979 1991 bis 1997
Krebsregister Münster	teilweise	1991 bis 1997

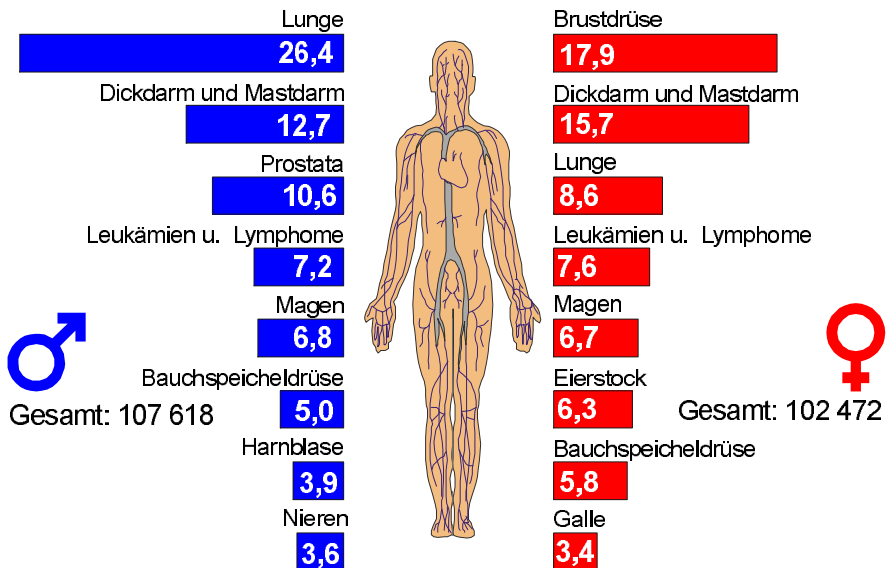
Datenquelle für das Kapitel "Krebs bei Kindern":
Deutsches Kinderkrebsregister, Zeitraum 1980 bis 1998

Prozentuale Anteile der häufigsten Krebsformen an der Gesamtzahl 1997 in Deutschland

Neuerkrankungsfälle (geschätzt)



Sterbefälle



Geschätzte Zahl jährlich neu an Krebs Erkrankter Deutschland 1997

Lokalisation	ICD'9	Männer		Frauen	
		unter 60 Jahren	insgesamt	unter 60 Jahren	insgesamt
Mundhöhle und Rachen	140-149	4 000	7 200	900	2 500
Speiseröhre	150	1 300	3 200	300	900
Magen	151	2 000	9 700	1 300	8 300
Dickdarm	153	2 400	14 400	2 600	18 000
Mastdarm	154	2 700	9 700	1 600	9 600
Leber	155	700	3 400	200	1 800
Gallenblase und -gänge	156	300	1 800	300	3 900
Bauchspeicheldrüse	157	1 200	4 700	600	5 400
Verdauungsorgane	150-159	11 100	47 900	7 200	48 800
Kehlkopf	161	1 100	2 900	300	400
Lunge	162	6 700	28 200	2 500	8 900
Atmungsorgane	160-165	8 100	32 400	3 000	10 100
Knochen	170	300	700	200	500
Bindegewebe	171	400	800	300	700
M. Melanom der Haut	172	1 400	3 100	1 500	3 800
Brustdrüse	174/175	100	400	17 000	45 800
Gebärmutterhals	180	-	-	3 400	5 800
Gebärmutterkörper	179, 182	-	-	2 100	10 000
Eierstöcke	183	-	-	2 200	8 200
Weibl. Geschlechtsorgane	179-184	-	-	8 200	26 500
Prostata	185	2 500	27 800	-	-
Hoden	186	3 000	3 600	-	-
Penis	187	100	600	-	-
Harnblase	188	2 100	10 300	400	4 700
Niere	189	2 000	6 900	1 300	5 200
Nervensystem	191-192	2 200	4 000	1 700	3 600
Schilddrüse	193	400	800	900	2 000
Ungenau bez. Lokalisation	195-199	1 000	5 200	800	6 300
Non-Hodgkin-Lymphome	200, 202	2 100	5 400	1 500	5 200
Hodgkin-Lymphome	201	700	1 000	400	800
Multipl. Myelom	203	400	1 500	300	1 700
Leukämien	204-208	1 300	4 400	1 100	4 500
Lymphome und Leukämien	200-208	4 500	12 300	3 300	12 200
Alle bösart. Neubild. ohne nicht-melanotischen Hautkrebs	140-208 ohne 173	43 400	164 900	47 000	173 400

Krebs insgesamt ohne ICD-9 173

Unter Krebs insgesamt werden alle bösartigen Neubildungen einschließlich der primär systemischen Lymphome und Leukämien verstanden. Nicht berücksichtigt wird, internationalen Gepflogenheiten folgend, der Hautkrebs mit Ausnahme des malignen Melanoms der Haut. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an Krebs in Deutschland wird auf 164.900 Fälle bei Männern und 173.400 bei Frauen geschätzt. Das mittlere Erkrankungsalter liegt für Männer bei 65,6 und für Frauen bei 67,2 Jahren.

Die für Deutschland erwarteten Inzidenzraten der Männer liegen im Durchschnitt der EU. Höhere Inzidenzraten ergeben sich für Männer in Belgien, Italien, den Niederlanden, Luxemburg und Frankreich. Niedriger fallen sie in Irland, Schweden, Portugal und Griechenland aus. Bei Frauen liegt die geschätzte Inzidenzrate in Deutschland um 6% über dem EU-Durchschnitt. Höhere Krebserkrankungsraten ergeben sich in Dänemark, Schweden, den Niederlanden, in Großbritannien, Irland und Finnland. Niedrigere Raten werden in Frankreich, Portugal, Spanien und Griechenland beobachtet.

Die Entstehung einer Krebskrankheit beruht in der Regel nicht auf einer einzigen Ursache, sondern auf einem Geflecht verschiedenster Faktoren. Von den vermeidbaren Risikofaktoren ist das (Zigaretten) Rauchen, das 25-30% aller Krebstodesfälle verursacht, von überragender Bedeutung. Ein ähnlich großer, weniger genau abzuschätzender Anteil aller Krebstodesfälle von 20-40% dürfte auf falsche Ernährungsweise, wie allgemeine Überernährung, einen zu hohen Anteil tierischen Fetts und einen zu geringen Anteil bestimmter Vitamine, Mineralien und unverdaulicher Faserstoffe aus frischem Obst und Gemüse zurückführen sein. Weitere Risikofaktoren sind Infektionen, genetische Faktoren, erhöhter Alkoholgenuß, Expositionen am Arbeitsplatz und Umwelteinflüsse.

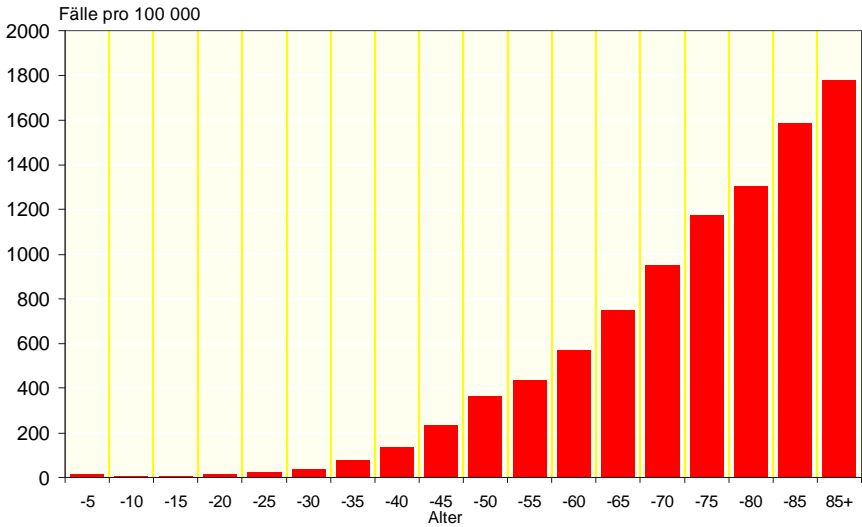
Trends: Bei Männern zeigt die altersstandardisierte Inzidenz im Saarland wie in der DDR einen kontinuierlichen Anstieg bis zur Mitte der 80er Jahre, und ist danach leicht rückläufig. Für Frauen ist weder eine Zu- noch eine Abnahme der altersstandardisierten Inzidenzraten im Saarland feststellbar, während die altersstandardisierten Inzidenzraten in der DDR bis 1989 einen leichten Anstieg mit der Zeit aufweisen.

Überlebensraten: Seit den 70er Jahren zeigt sich eine Verbesserung der Überlebensraten von Krebspatientinnen und -patienten. Dazu hat auch der Rückgang des Magenkrebses und die Zunahme von Dickdarmkrebs beigetragen, der mit besseren Überlebensraten verknüpft ist. Für saarländische Patientinnen der Diagnosejahrgänge 1985-88 ergeben sich relative 5-Jahres-Überlebensraten von 53%, für Patienten von 40%. Diese Ergebnisse entsprechen denen US-amerikanischer Krebspatientinnen der Diagnosejahre 1979-84 mit 54% und Patienten mit 43%. Durch das Auftreten einer Krebskrankheit gehen Männern und Frauen im Mittel 8 Jahre ihrer ferneren Lebenserwartung verloren. Insgesamt gehen der deutsche Bevölkerung 2.868.000 Lebensjahre durch Krebs verloren, 1.431.000 Jahre den Männern und 1.437.000 Jahre den Frauen.

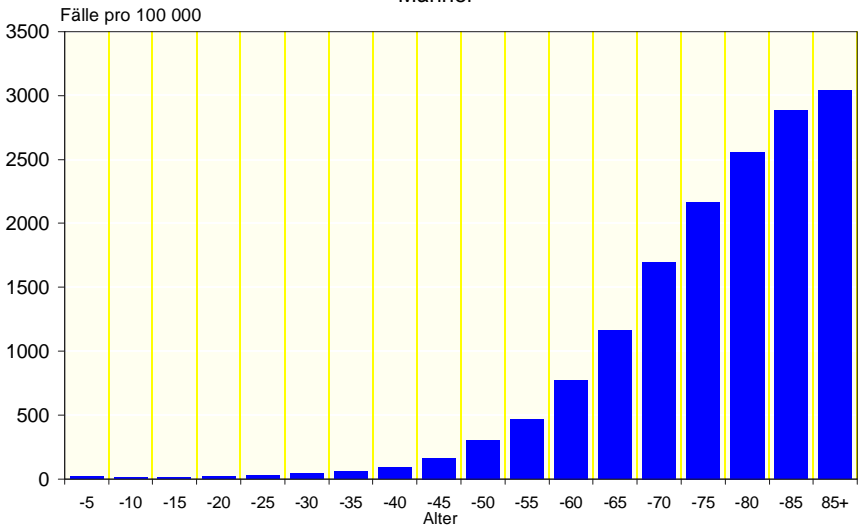
Krebs insgesamt ohne ICD-9 173

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland

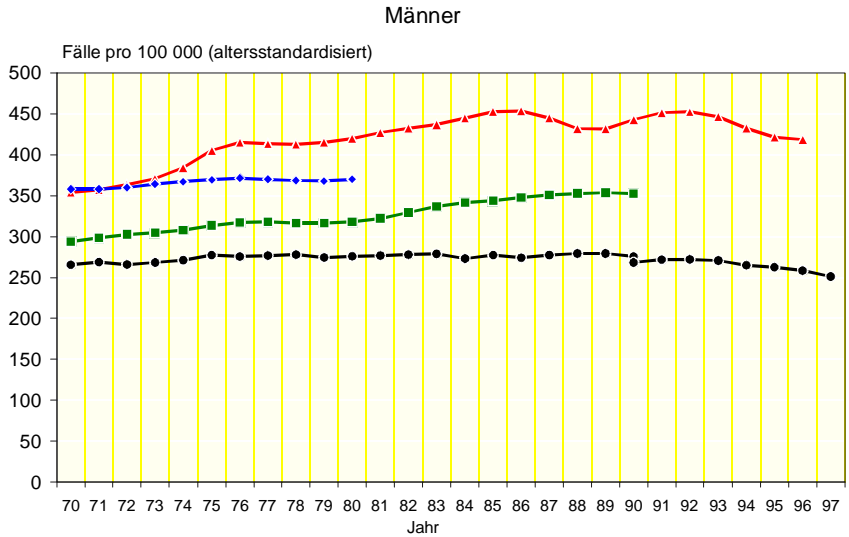
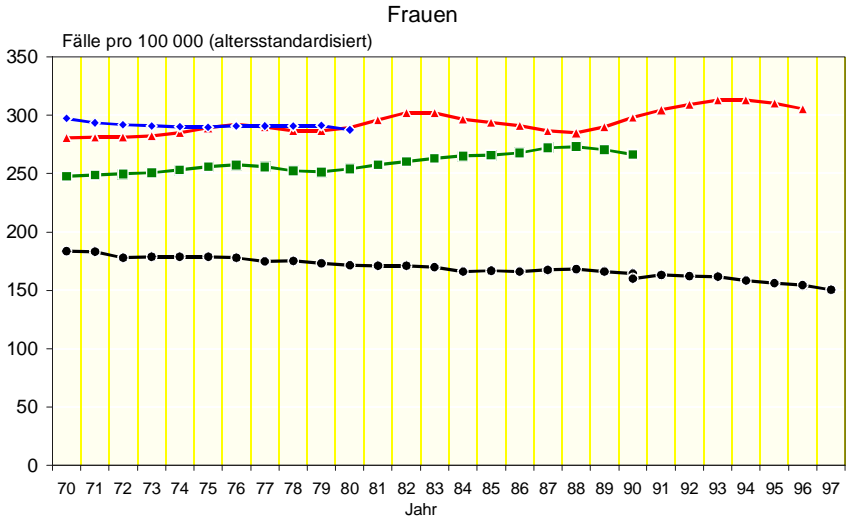
Frauen



Männer



Trends der Inzidenz und Mortalität



—▲— Inz. Saarland —◆— Inz. Hamburg —■— Inz. DDR —●— Mort. Deutschland

Mund und Rachen

Diese Gruppe umfaßt bösartige Neubildungen des Gaumens, der Zunge, des Mundbodens, der Lippe, der Speicheldrüsen und des Rachens. Die geschätzte Zahl der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland ist bei Männern mit 7.200 fast dreimal so hoch wie bei Frauen (2.500). Das mittlere Erkrankungsalter liegt für Männer bei 57,5 und für Frauen bei 63 Jahren.

Im Vergleich mit den Erkrankungsraten anderer EU-Länder liegt die Inzidenz in Deutschland im oberen Drittel für Männer und im mittleren Bereich für Frauen. Die höchste Inzidenz in den EU-Ländern wird sowohl für Männer als auch für Frauen in Frankreich, die niedrigste in Griechenland ermittelt.

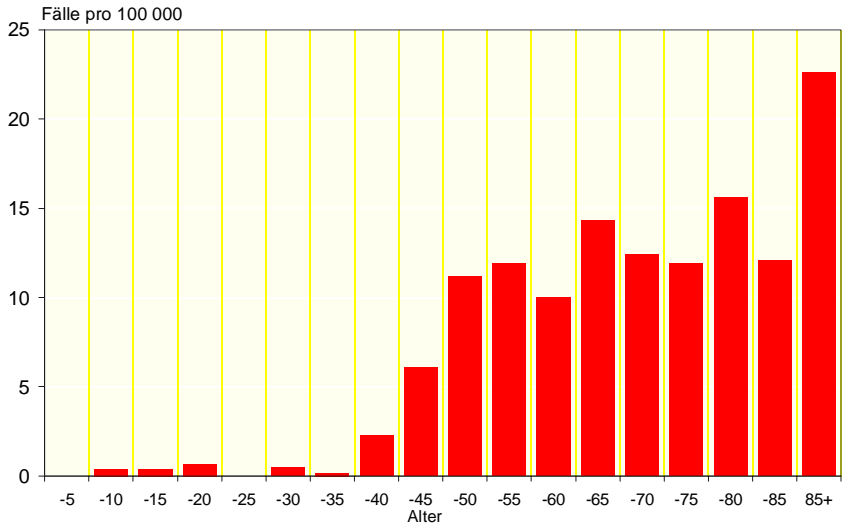
Heiserkeit, Schluckstörungen und Fremdkörpergefühl sind erste Symptome. Hauptrisikofaktoren sind hoher Alkohol- und starker Tabakkonsum, wobei bei letzterem Hinweis darauf bestehen, daß der Genuß von rohem Tabak (zum Beispiel Kautabak) ein besonders hohes Risiko bedeutet. Ein weiterer Risikofaktor kann auch mangelnde Mundhygiene sein.

Trends: Krebserkrankungen des Mund- und Rachenraumes gehören zu den Krebserkrankungen, deren Zahl in Deutschland seit den 70er Jahren zunimmt. Diese Entwicklung ist sowohl für Frauen als auch für Männer zu beobachten.

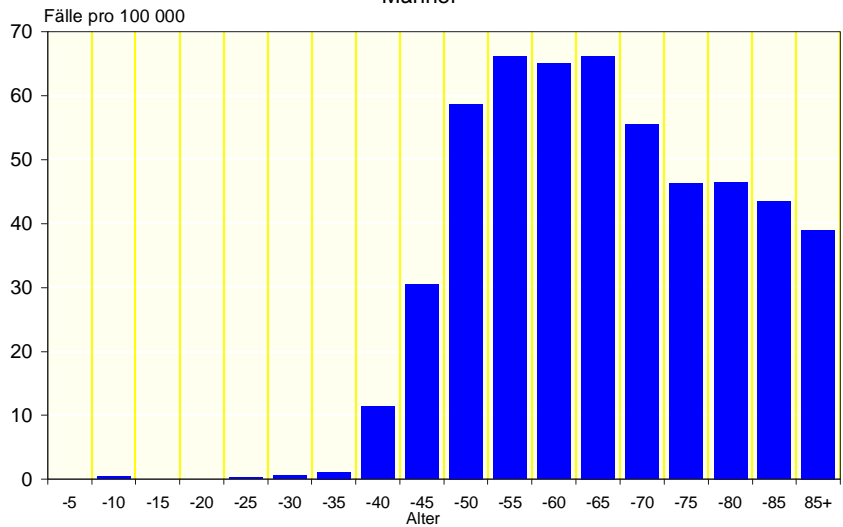
Überlebensrate: Die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt bei Männern 43%, bei Frauen 56%. Gemessen an der Lebenserwartung gehen in Deutschland durch den Tod an bösartigen Neubildungen von Mundhöhle und Rachen bei Männern insgesamt etwa 72.200 und bei Frauen etwa 17.500 Lebensjahre verloren. Der durchschnittliche Verlust an Lebenserwartung ist für Krebs im Bereich des Mundes mit 10 Jahren für Männer und Frauen gleich; er beträgt für Krebs im Rachenraum jedoch bei Männern 15 Jahre und bei Frauen 11 Jahre.

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland

Frauen



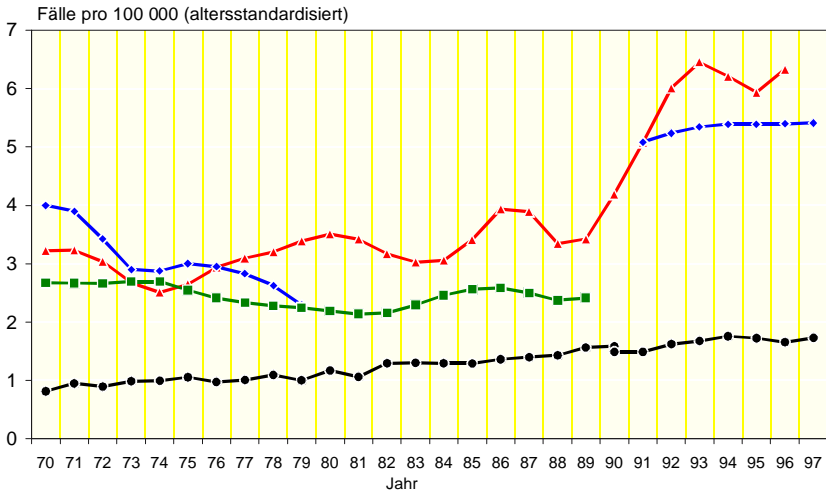
Männer



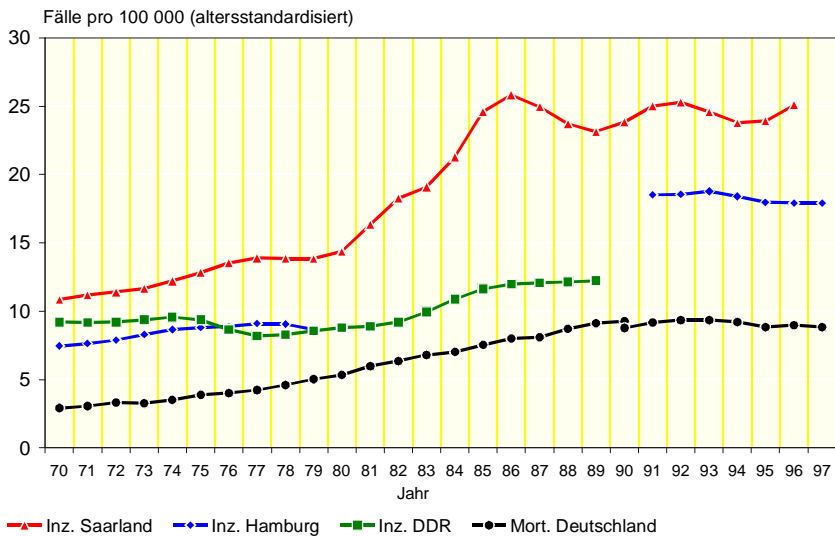
Mund und Rachen

Trends der Inzidenz und Mortalität

Frauen



Männer



Die geschätzte Zahl der jährlichen Neuerkrankungen beträgt in Deutschland insgesamt nahezu 18.000, davon 9.700 Männer und 8.300 Frauen. Trotz rückläufiger Neuerkrankungsraten gehört Magenkrebs zu den häufigsten tumorbedingten Todesursachen. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 68,4 Jahren für Männer und bei 73,9 Jahren für Frauen.

Im EU-Vergleich liegt die Inzidenz in Deutschland für Männer wie für Frauen im oberen Drittel. Höhere Erkrankungsraten werden in Portugal, Österreich und Italien, die niedrigsten in Dänemark, Frankreich und Schweden festgestellt.

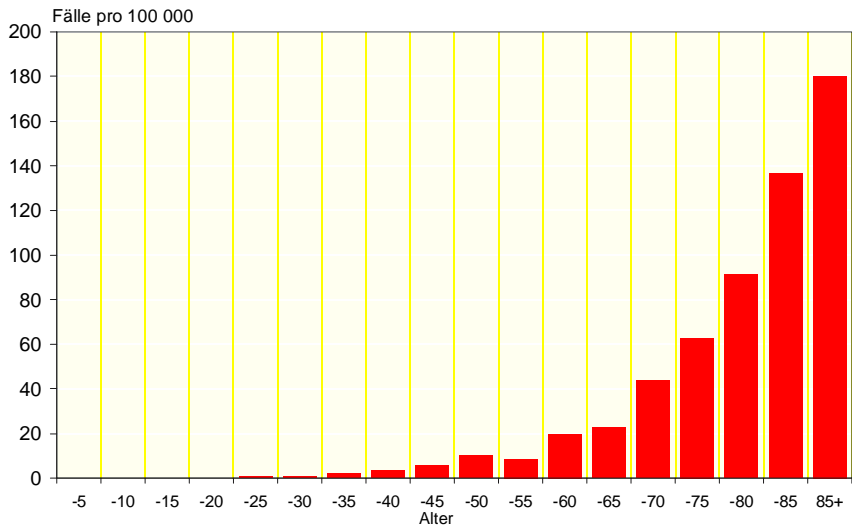
Ernährungsgewohnheiten, und hier insbesondere der Verzehr stark gesalzener oder geräucherter Speisen, scheinen von Bedeutung für die Erkrankung an Magenkrebs zu sein. Aber auch Vorerkrankungen wie die chronisch-atrophische Gastritis (insbesondere Typ B) oder chronische Magengeschwüre erhöhen das Risiko, an Magenkrebs zu erkranken. In den letzten Jahren wurde darüber hinaus gezeigt, daß die bakterielle Infektion mit *Helicobacter pylori* bei der Entstehung von Magenkrebs vermutlich eine Rolle spielt.

Trends: Seit über zwanzig Jahren ist in Deutschland wie auch in den anderen Industrienationen ein stetiger Rückgang der Neuerkrankungen an Magenkrebs zu beobachten. Die Inzidenz in der Mitte der 90er Jahre ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen nur noch halb so hoch wie Anfang der 70er Jahre.

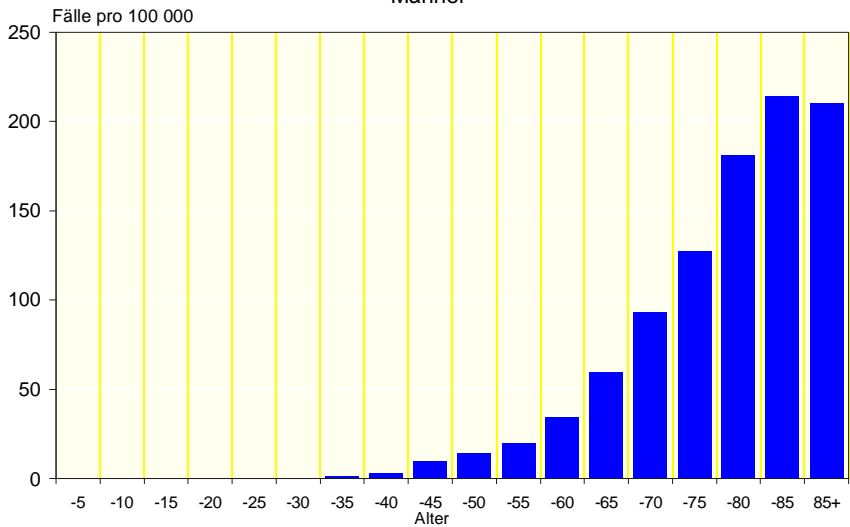
Überlebensrate: Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt für Männer bei 27%, für Frauen bei 28%. Die Zahl der verlorenen Lebensjahre beträgt zusammen 170.600 Jahre (Männer: 89.400 Jahre, Frauen: 81.200 Jahre). Krebserkrankungen des Magens bedingen einen durchschnittlichen Verlust an Lebenserwartung von 8 (Männer) beziehungsweise 9 Jahren (Frauen).

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland

Frauen

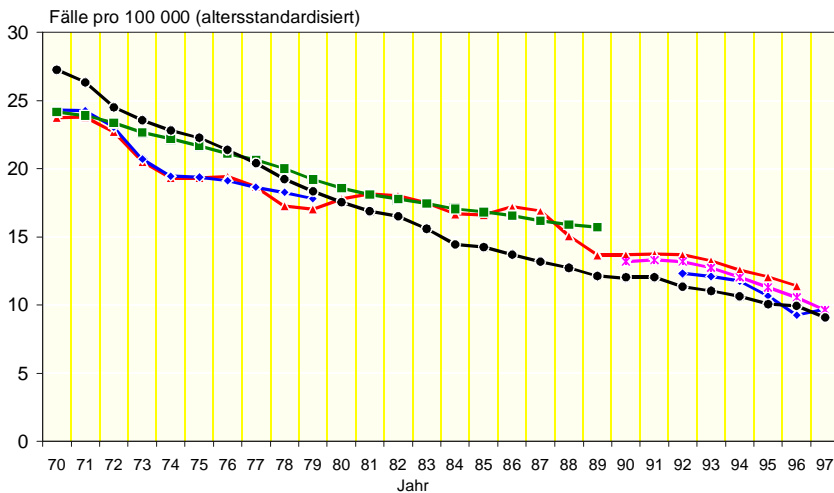


Männer

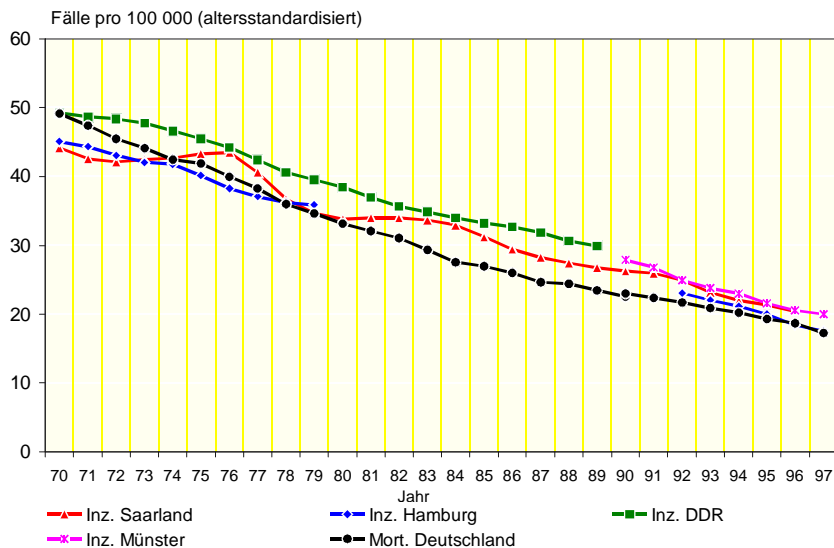


Trends der Inzidenz und Mortalität

Frauen



Männer



Darm

Unter Darmkrebs werden hier Krebserkrankungen des Dickdarms und des Mastdarms zusammengefasst. Bei Frauen ist Darmkrebs die zweithäufigste Krebserkrankung, bei Männern die dritthäufigste. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland wird für Männer auf über 24.000, für Frauen auf nahezu 28.000 geschätzt. Männer erkranken im Mittel mit 68,1 Jahren, Frauen mit 72,3 Jahren.

Im Vergleich mit den Erkrankungsraten anderer EU-Länder liegt die Inzidenz in Deutschland im oberen Drittel. Die höchste Inzidenz wird für Männer in Irland und Österreich, für Frauen in Dänemark und den Niederlanden ermittelt. Die niedrigsten Erkrankungsraten in den EU-Ländern findet man in Griechenland, Finnland, Spanien und Italien.

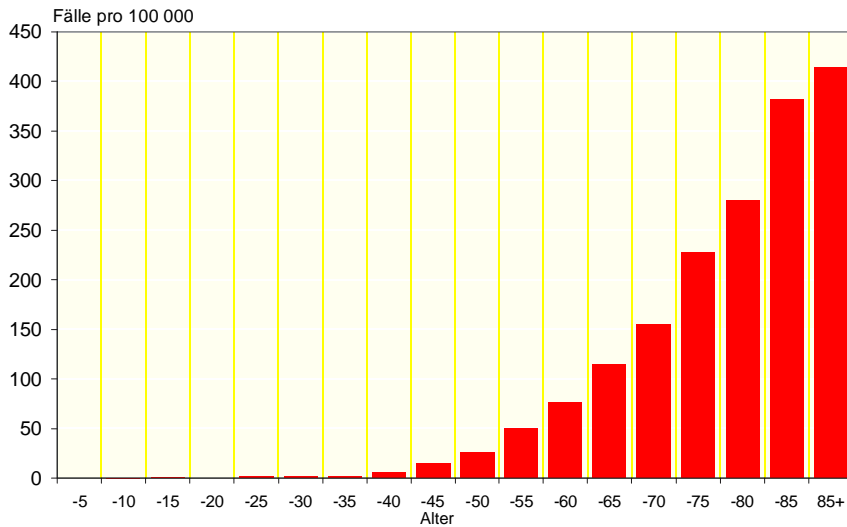
Risikofaktoren für Darmkrebs sind vor allem in der Ernährung zu finden, wobei der häufige Konsum von "rotem Fleisch" (Rind, Schwein, Lamm) und tierischen Fetten ebenso eine Rolle spielt wie die Gesamtkalorien der Nahrungsaufnahme. Der Aufnahme ballaststoffreicher Nahrung, vornehmlich aus Obst und Gemüse, hingegen wird ein protektiver Effekt zugesprochen. Daneben gibt es auch Darmerkrankungen, die das Krebsrisiko erhöhen, zum Beispiel chronisch-entzündliche Erkrankungen der Darmschleimhaut wie die Colitis ulcerosa oder zum Teil erblich bedingte Adenomatosen.

Trends: Die Neuerkrankungsraten in Deutschland verzeichnen sowohl bei Männern als auch bei Frauen seit Mitte der 80er Jahre keinen weiteren Anstieg mehr.

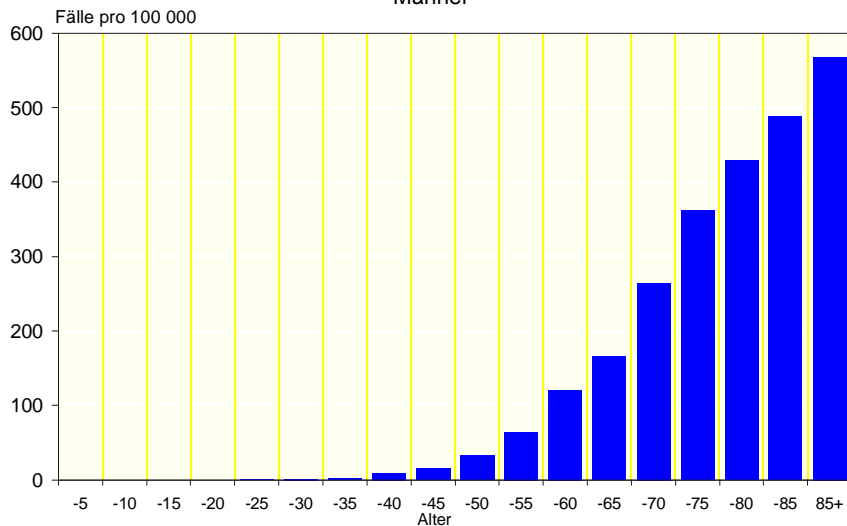
Überlebensrate: Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt für Männer bei 48% und für Frauen bei 51%. Die Erkrankung an Darmkrebs hat bei den Männern einen Verlust von über 165.000, bei den Frauen von 184.000 Lebensjahren zur Folge. Der Verlust an Lebenserwartung beträgt für Männer wie für Frauen 6 Jahre.

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland

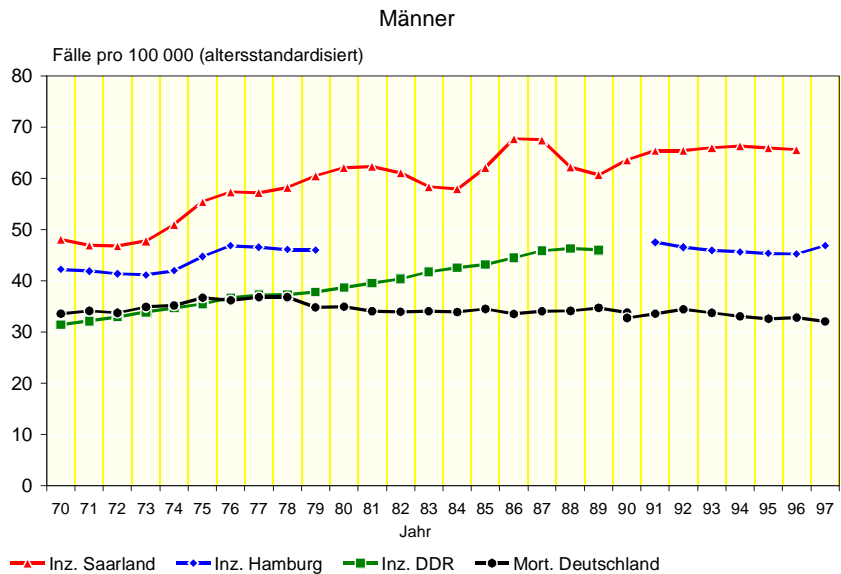
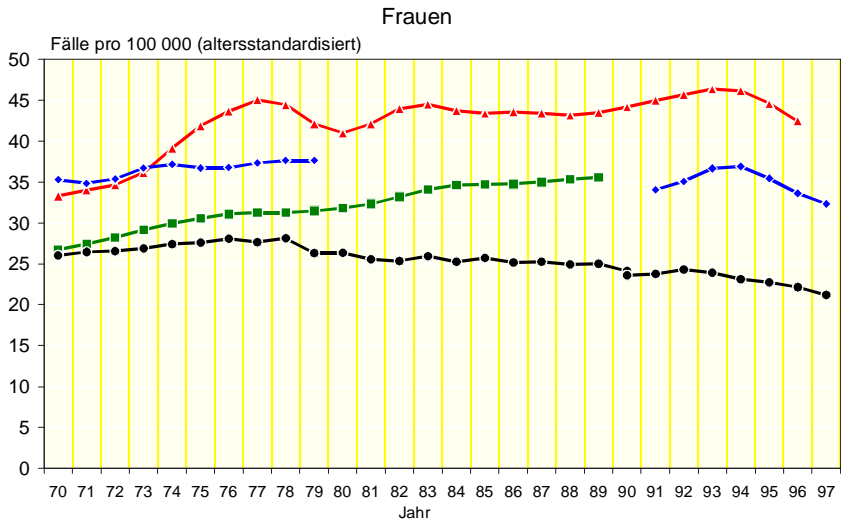
Frauen



Männer



Trends der Inzidenz und Mortalität



Bösartige Neubildungen der Bauchspeicheldrüse gehören zu den Krebserkrankungen, deren Frühsymptome selten und uncharakteristisch sind. Daher werden Pankreaskarzinome häufig erst in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. Für die überwiegende Zahl der an einem Pankreaskarzinom Erkrankten besteht nach wie vor kaum eine Aussicht auf Heilung.

In Deutschland wird die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen bei Männern auf 4.700, bei Frauen auf 5.400 geschätzt. Somit sind Pankreaskarzinome für etwa 3% aller Krebserkrankungen und etwa 5% aller Krebstodesfälle verantwortlich. Das mittlere Erkrankungsalter liegt für Männer bei 67,7, für Frauen bei 74,6 Jahren.

Für Männer wie für Frauen liegen die in Deutschland ermittelten Erkrankungsraten an Bauchspeicheldrüsenkrebs im EU-Vergleich im oberen Bereich. Die höchste Inzidenz findet man in Österreich und in Finnland, die niedrigste in Spanien und Portugal.

Rauchen wird ebenso wie der erhöhte Konsum von Fleisch und tierischen Fetten als Risikofaktor diskutiert. Hoher Alkoholkonsum scheint insbesondere in Kombination mit Rauchen das Erkrankungsrisiko zu erhöhen. Risikomindernd kann eine Ernährungsweise, die durch einen hohen Anteil an Gemüse und Obst gekennzeichnet ist, wirken.

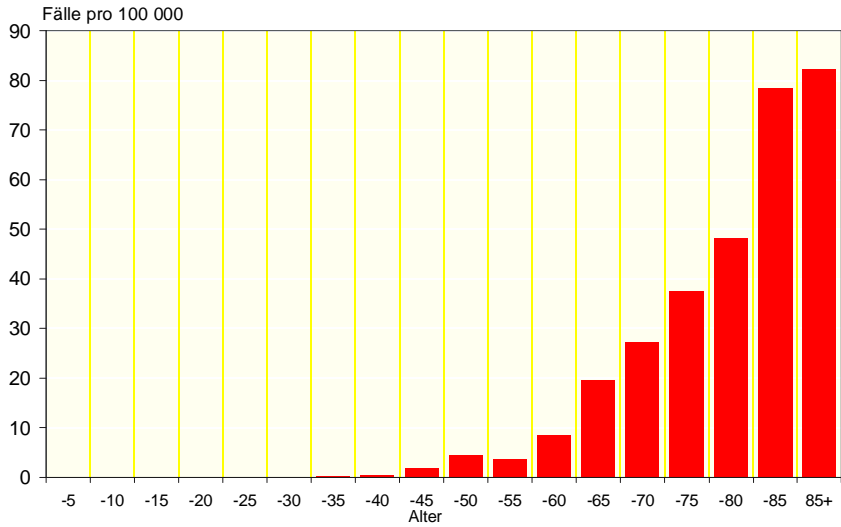
Trends: Die Neuerkrankungsraten in Deutschland steigen bei Männern wie auch bei Frauen seit 1970 an, wobei seit Beginn der 90er Jahre kein weiterer Anstieg zu beobachten ist.

Überlebensrate: Bei der Erkrankung an einem Pankreaskarzinom ist die relative 5-Jahres-Überlebensrate ausgesprochen ungünstig. Sie liegt für Männer bei 6%, für Frauen bei 3%. Die Zahl der verlorenen Lebensjahre beträgt zusammen über 146.000 Jahre (Männer: 72.900 Jahre, Frauen: 73.300 Jahre).

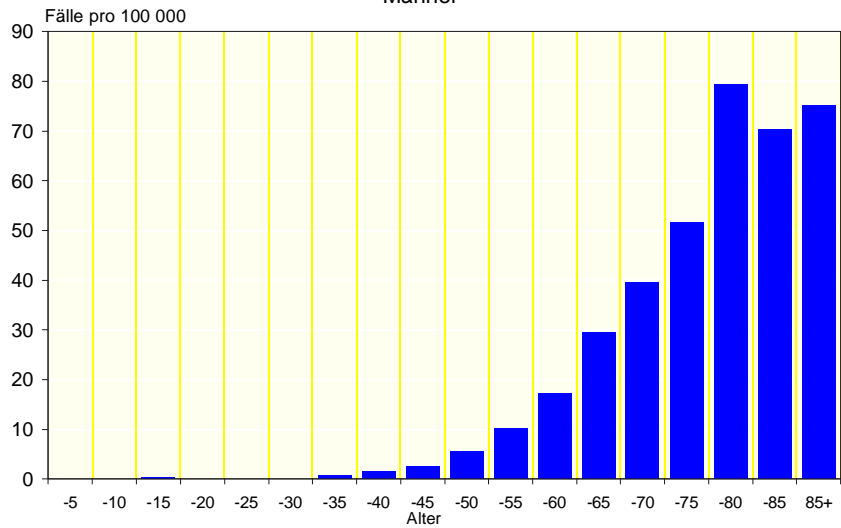
Bauchspeicheldrüse

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland

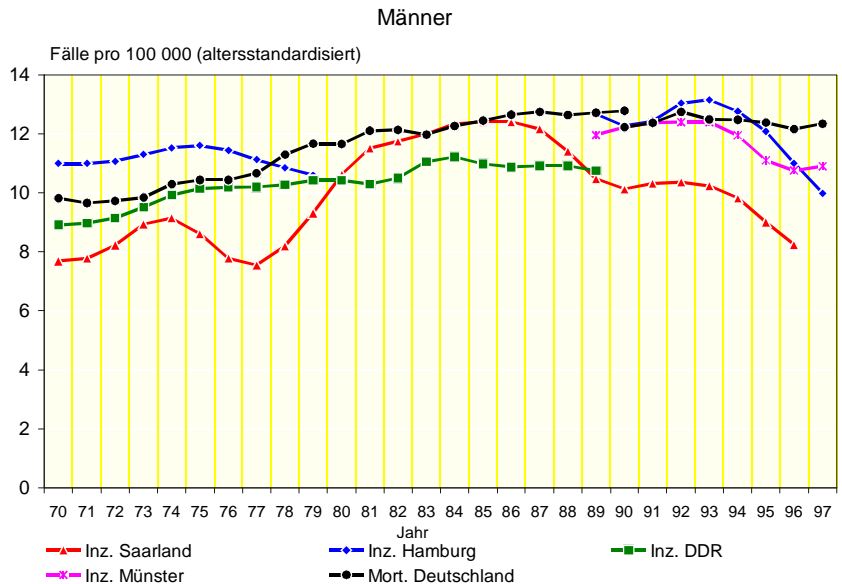
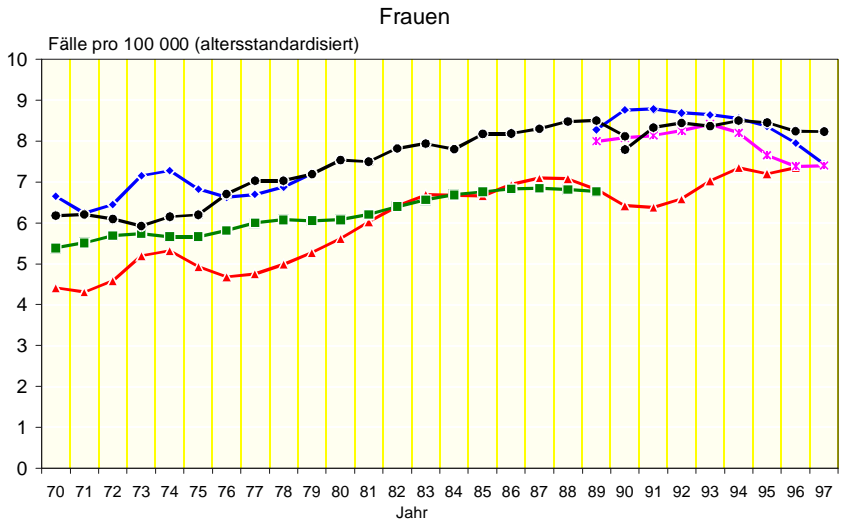
Frauen



Männer



Trends der Inzidenz und Mortalität



Lunge

Der Lungenkrebs ist in Deutschland bei Männern mit etwa 28.200 jährlichen Neuerkrankungen (17% aller bösartigen Neubildungen) die häufigste Krebserkrankung. Bei den Frauen gehört diese Lokalisation mit jährlich etwa 8.900 Neuerkrankungen (5% aller bösartigen Neubildungen) inzwischen bereits zu den fünf häufigsten Krebsformen. Die altersspezifische Inzidenz hat den für viele Krebslokalisationen typischen Verlauf mit einem stetigen Anstieg und einem Maximum der Erkrankungshäufigkeit zwischen dem 75. und 80. Lebensjahr. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 66,8 (Männer) bzw. 67,3 (Frauen) Jahren.

Die Inzidenz für Lungenkrebs in Deutschland liegt im EU-Vergleich im mittleren Bereich. Die höchsten Raten findet man für Männer in den Beneluxstaaten und Italien, für Frauen in Dänemark, Großbritannien und Irland. Die niedrigste Inzidenz wird für Männer in Schweden und Portugal ermittelt, für Frauen in Spanien, Portugal und Frankreich.

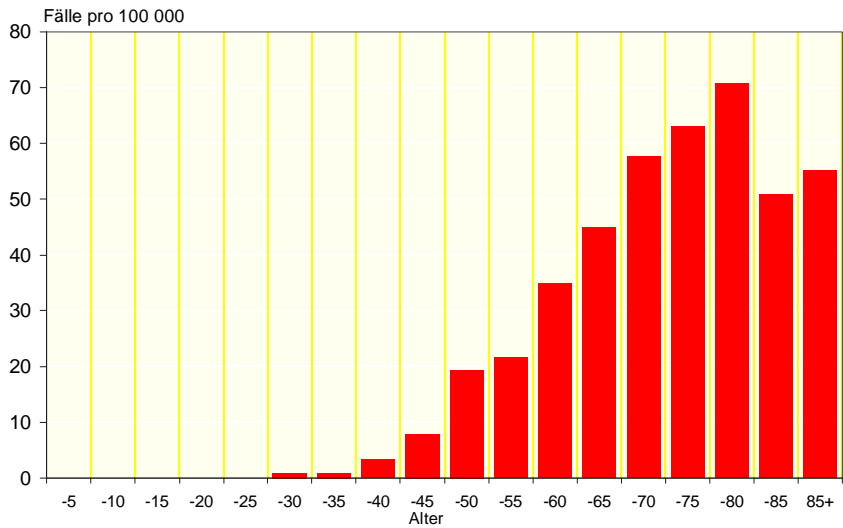
Der Lungenkrebs gehört zu den wenigen Krebslokalisationen, bei denen der Hauptrisikofaktor - das Rauchen - bekannt ist. Bei Männern sind mindestens 90%, bei Frauen 30-60% der Lungenkrebserkrankungen dem Rauchen zuzuschreiben. Da der Anteil von Raucherinnen in der Vergangenheit zugenommen hat, wird der derzeit noch niedrige prozentuale Anteil durch Rauchen bedingter Lungenkrebsfälle bei Frauen mit zunehmender Erkrankungshäufigkeit weiter ansteigen. Ein vergleichsweise geringer Teil aller Lungenkrebsfälle wird auf berufliche Expositionen gegenüber verschiedenen kanzerogenen Stoffen zurückgeführt. Neben Passivrauchen dürfte auch Radonbelastung in Wohnhäusern ein Lungenkrebsrisiko darstellen. Ein Zusammenhang mit der Luftverschmutzung konnte bisher nicht zweifelsfrei abgeklärt werden.

Trends: In Deutschland ist die Inzidenz bei Männern seit etwa 20 Jahren nahezu konstant mit beginnendem rückläufigen Trend. Bei den Frauen steigt die Inzidenz mit einer jährlichen Zuwachsrate von etwa 3% an.

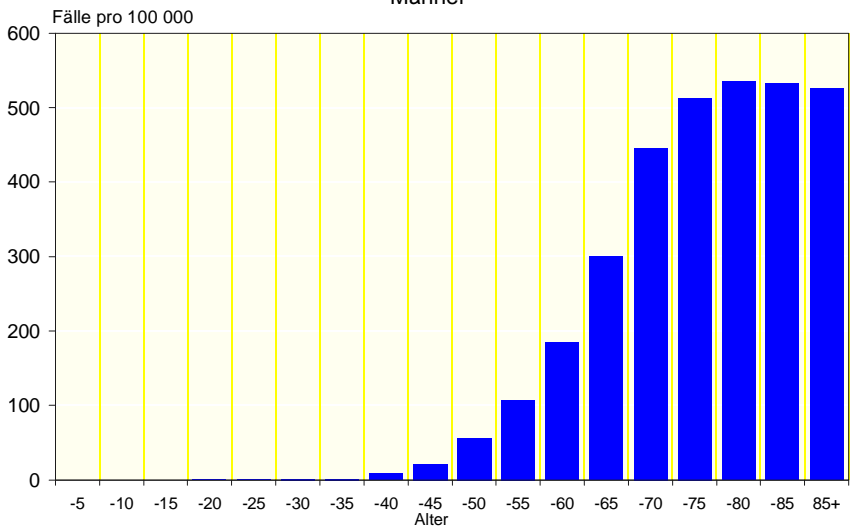
Überlebensrate: Mit einer relativen 5-Jahres-Überlebensrate von etwa 9% bei Männern und 17% bei Frauen gehört der Lungenkrebs zu den prognostisch ungünstigsten Krebsformen. Für einen Lungenkrebspatienten in Deutschland beträgt der Verlust an Lebenserwartung im Durchschnitt 12 bis 13 Jahre und die Gesamtzahl der verlorenen Lebensjahre durch den Tod an Lungenkrebs ist mit 535.500 Jahren, davon 394.700 Jahre bei Männern, so groß wie für keine andere Krebslokalisation.

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland

Frauen

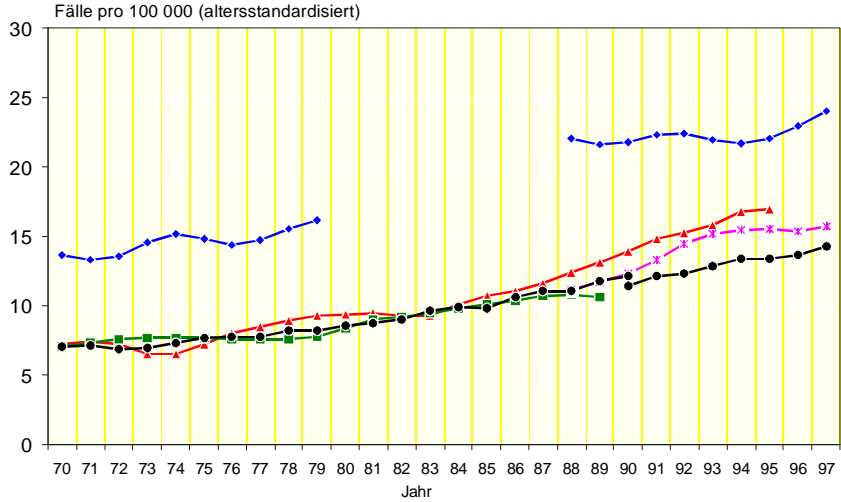


Männer

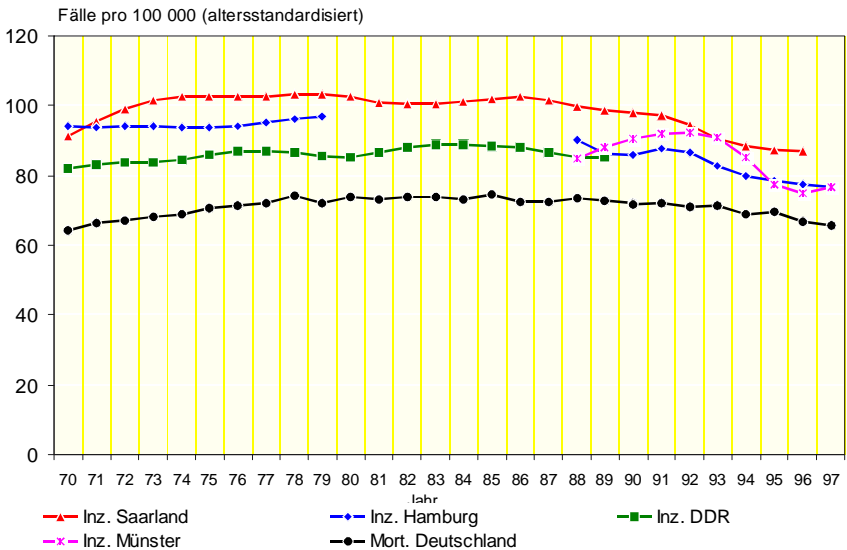


Trends der Inzidenz und Mortalität

Frauen



Männer



Malignes Melanom der Haut

Als bösartige Neubildung der Pigmentzellen entstehen die meisten malignen Melanome im Bereich der Haut. Es kommen darüber hinaus auch maligne Melanome an den Schleimhäuten, zum Beispiel des Darms und der Netzhaut des Auges vor. Jährlich erkranken in Deutschland 6.900 Menschen an einem malignen Melanom der Haut, darunter 3.800 Frauen und 3.100 Männer. Damit macht das maligne Melanom in Deutschland etwa 2% aller bösartigen Neubildungen aus und verursacht etwa 1% aller Krebstodesfälle. Das mittlere Erkrankungsalter liegt für beide Geschlechter bei etwa 56 Jahren. Bereits ab dem 20. Lebensjahr ist eine relevante Erkrankungsrate zu beobachten.

In Deutschland liegt die Erkrankungsrate für maligne Melanome der Haut im Vergleich zu anderen europäischen Ländern im mittleren Bereich. Die höchste Inzidenz wird in Schweden, Dänemark und den Niederlanden beobachtet, die niedrigste in Griechenland, Portugal und Spanien.

Als Risikofaktoren gelten eine große Anzahl von Pigmentmalen, ein heller Hauttyp und genetische Dispositionen (familiäres Auftreten). Obwohl bisher keine Dosis-Wirkungs-Beziehung definiert werden konnte, scheint intensive Sonnenexposition, insbesondere in der Kindheit, die Entstehung der Erkrankung zu begünstigen.

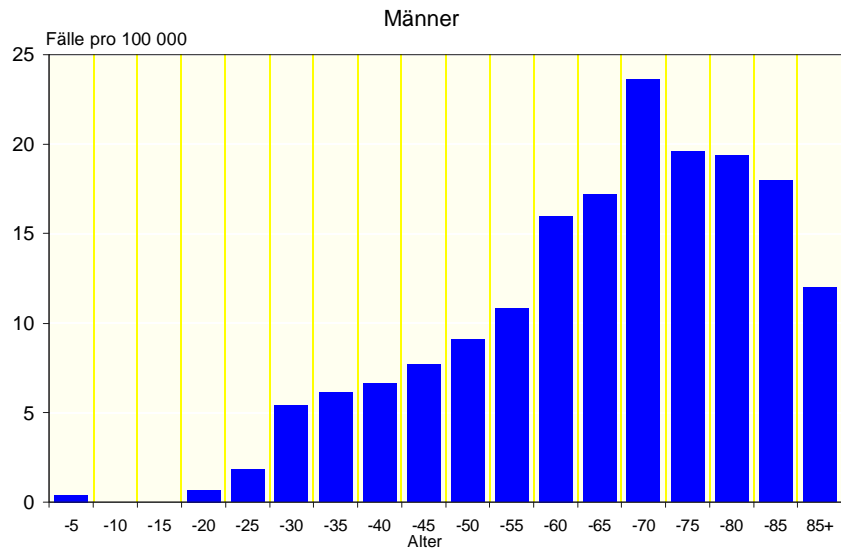
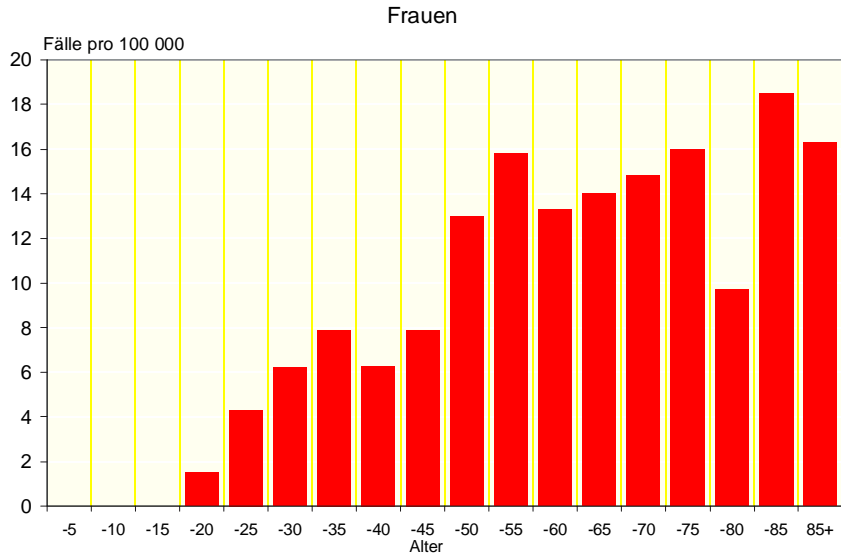
Durch die Lokalisation auf der Körperoberfläche erscheint das maligne Melanom der Haut besonders zur Früherkennung geeignet. Sowohl die erhöhte Aufklärung der Bevölkerung als auch die Sensibilität der Ärzteschaft könnten die Ursachen dafür sein, dass in den letzten Jahren zahlreiche Erkrankungen in einem prognostisch günstigen Stadium, bei noch geringer Tumordicke diagnostiziert wurden.

Trends: Bei beiden Geschlechtern wurde in Deutschland in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Anstieg der Neuerkrankungsrate beobachtet, während sich die Mortalität am malignen Melanom der Haut seit den 70er Jahren kaum verändert hat.

Überlebensrate: Für Frauen liegt die relative 5-Jahres-Überlebensrate bei 80%, während sie für Männer 69% beträgt. Bei bereits eingetretener Metastasierung sinkt die Überlebenswahrscheinlichkeit auf unter 10%. Gesamtgesellschaftlich betrachtet verursachen maligne Melanome der Haut einen Verlust von 18.500 Lebensjahren bei Männern und 16.500 bei Frauen. Dabei gehen erkrankten Frauen durchschnittlich 3 Jahre ihrer weiteren Lebenserwartung verloren, Männern etwa 5 Jahre.

Malignes Melanom der Haut

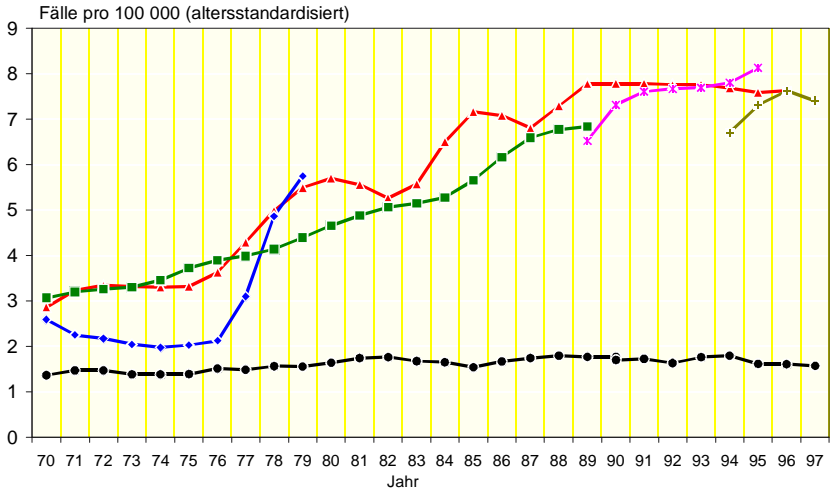
Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland



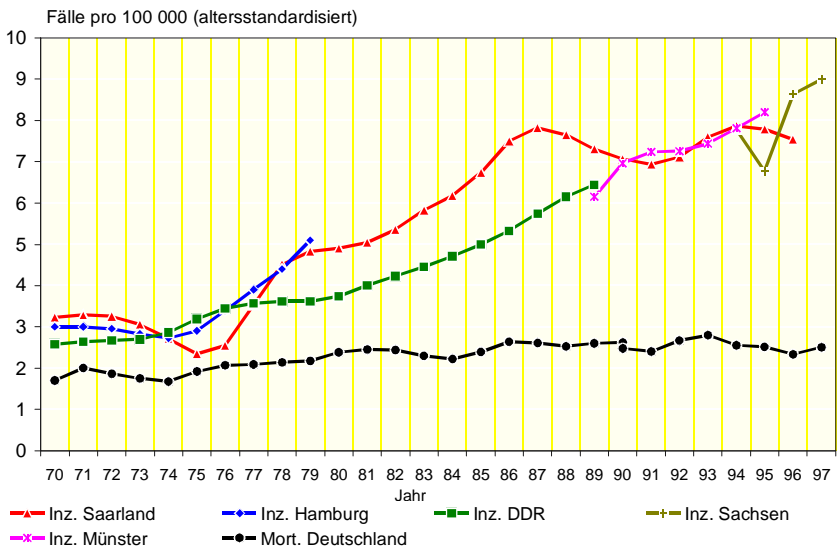
Malignes Melanom der Haut

Trends der Inzidenz und Mortalität

Frauen



Männer



Harnblase

Jährlich erkranken in Deutschland 15.000 Menschen an Blasenkrebs. Mit 10.300 jährlichen Neuerkrankungen sind mehr als doppelt so viele Männer von Blasenkrebs betroffen wie Frauen (4.700). Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 69,1 Jahren für Männer und 73,4 Jahren für Frauen.

Im EU-Vergleich liegen die in Deutschland ermittelten Erkrankungsdaten für Harnblasenkrebs im mittleren Bereich. Die höchsten Raten findet man bei den Männern in Italien und Spanien, bei den Frauen in Dänemark und Großbritannien. Die niedrigsten Raten im EU-Vergleich werden bei den Männern in den Niederlanden, bei den Frauen in Luxemburg, Frankreich und den Niederlanden gefunden. Der internationale Vergleich von Erkrankungsdaten wird allerdings durch unterschiedliche histopathologische Bewertungen der Bösartigkeit von Harnblasentumoren erschwert.

Neben dem Tabakkonsum wurden auch verschiedene Arbeitsstoffe, wie zum Beispiel aromatische Amine als Risikofaktoren identifiziert, wobei die gefährlichsten Agenzien zumindest in Europa längst aus dem Arbeitsprozess verbannt wurden. Ein Zusammenhang zwischen Harnblasenkrebs und der Verwendung von Saccharin beziehungsweise anderen künstlichen Süßstoffen hat sich offensichtlich nicht bestätigt.

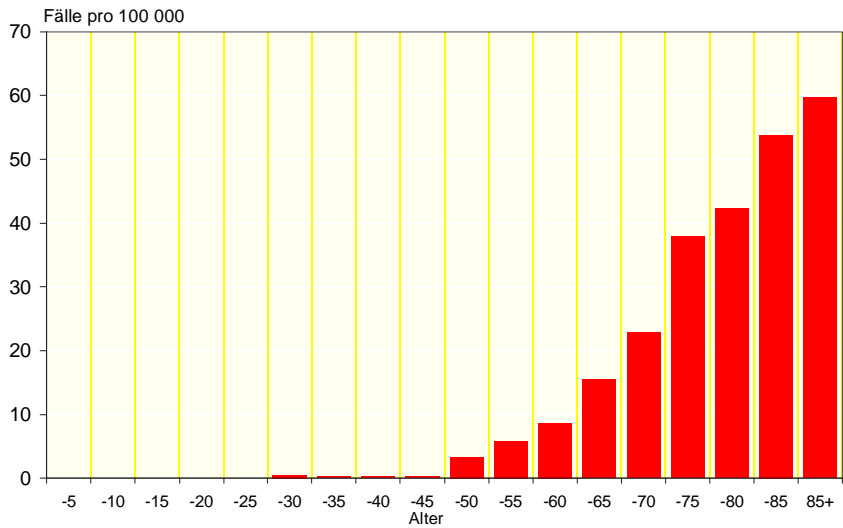
Das Leitsymptom des Harnblasenkarzinoms ist eine schmerzlose, aber sichtbare Blutbeimengung im Urin, die jedoch auch andere Ursachen haben kann. Es werden invasive von nicht-invasiven oberflächlichen oder auch polypösen Wachstumsformen unterschieden. Seit Beginn der 70er Jahre werden auf Grund geänderter Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verstärkt nicht-invasive oberflächliche Tumorformen in die Gruppe der Harnblasenkarzinome eingeschlossen.

Trends: Der zwischen Anfang der 70er und Mitte der 80er Jahre beobachtete Anstieg der Neuerkrankungen bei Männern beschränkt sich wahrscheinlich auf oberflächliche Tumoren. In Deutschland zeigt die Sterberate bei Männern wie bei Frauen nur eine Zunahme im Alter über 80 Jahren an.

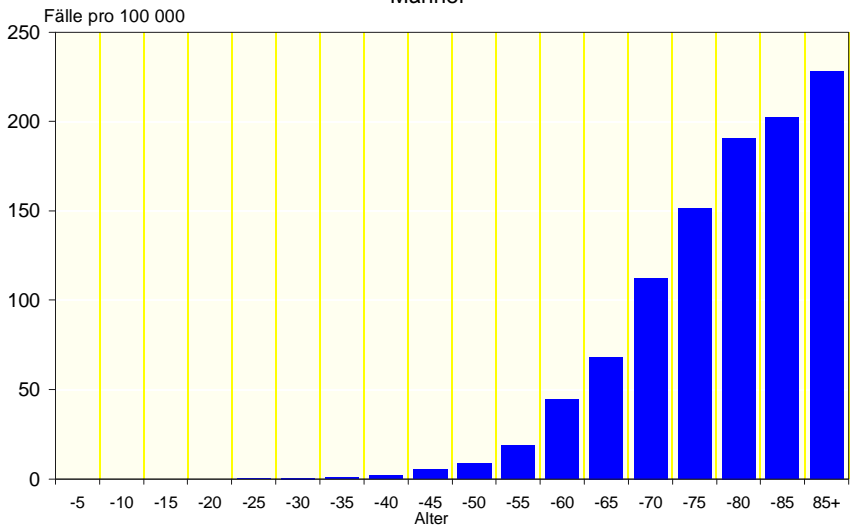
Überlebensrate: Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt für Männer bei 78% und für Frauen bei 63%. Zwischen invasiv wachsenden Tumoren und oberflächlichen Wachstumsformen gibt es erhebliche Unterschiede in der Prognose. Bösartige Neubildungen der Harnblase verursachen jährlich einen Verlust an Lebensjahren von 64.700, wovon etwa 41.800 Lebensjahre auf Männer entfallen. Bei Erkrankung an Blasenkrebs verlieren die Patienten im Durchschnitt 3 Jahre an Lebenserwartung.

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland

Frauen

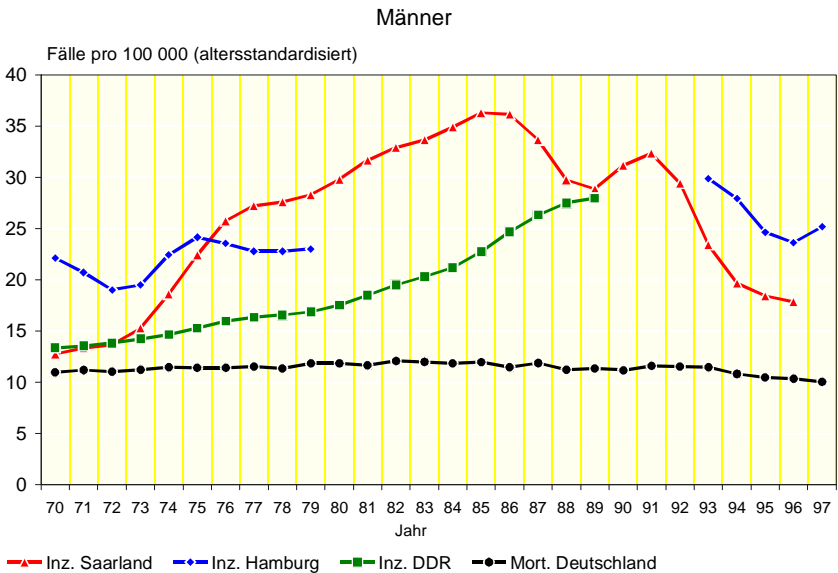
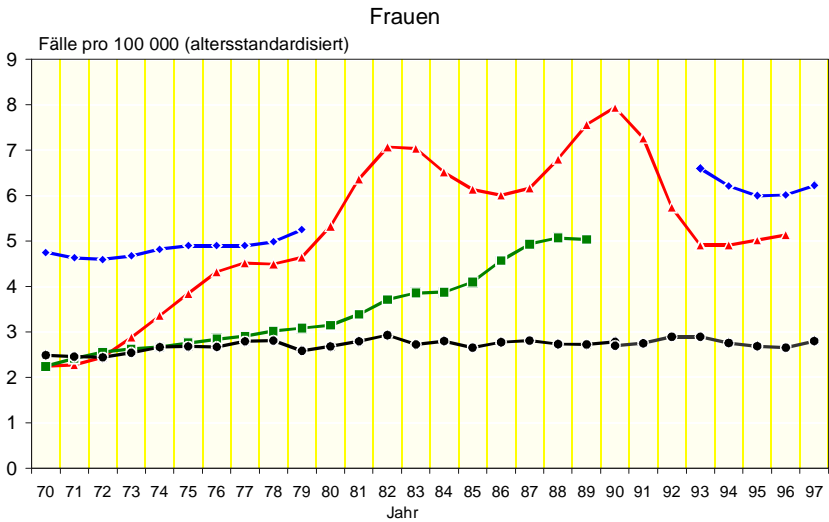


Männer



Harnblase

Trends der Inzidenz und Mortalität



In Deutschland erkranken jährlich nahezu 46.000 Frauen an Brustkrebs, davon etwa 17.000 im Alter unter 60 Jahren. Brustkrebs stellt die häufigste Krebserkrankung bei Frauen dar und ist für 26% aller Krebsneuerkrankungen und 18% aller Krebstodesfälle bei Frauen verantwortlich. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 63,5 Jahren.

Die in Deutschland ermittelte Inzidenz für Brustkrebs bei Frauen liegt im EU-Vergleich im mittleren Bereich. Die höchsten Erkrankungsraten findet man in den Niederlanden, Dänemark, Finnland und Schweden, die niedrigsten in den südeuropäischen Ländern Spanien, Griechenland und Portugal.

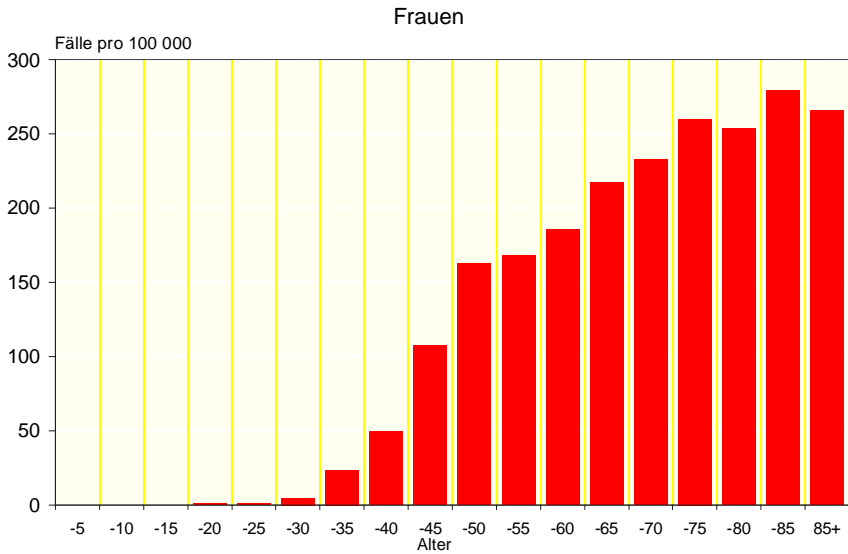
Es wird heute davon ausgegangen, daß vor allem reproduktive, hormonelle und genetische Faktoren mit einem erhöhten Risiko für Brustkrebs assoziiert sind: Brustkrebs in der Familie (Mutter, Schwester), gutartige Brusterkrankungen in der Anamnese, reproduktive Faktoren (höheres Alter bei erster Geburt, Kinderlosigkeit, frühe Menarche und/oder späte Menopause), sowie ionisierende Strahlung. In verschiedenen Studien wurden darüber hinaus Zusammenhänge mit den Ernährungsgewohnheiten (insbesondere eine hyperkalorische Ernährung) sowie mit dem Alkoholkonsum beobachtet. Die Befürchtung, daß die Einnahme oraler Kontrazeptiva zu einer Erhöhung des Brustkrebsrisikos führt, hat sich offenbar nicht bestätigt.

Trends: Die Brustkrebsinzidenz zeigt in Deutschland wie in allen anderen Ländern der EU in den letzten 20 Jahren einen steigenden Trend.

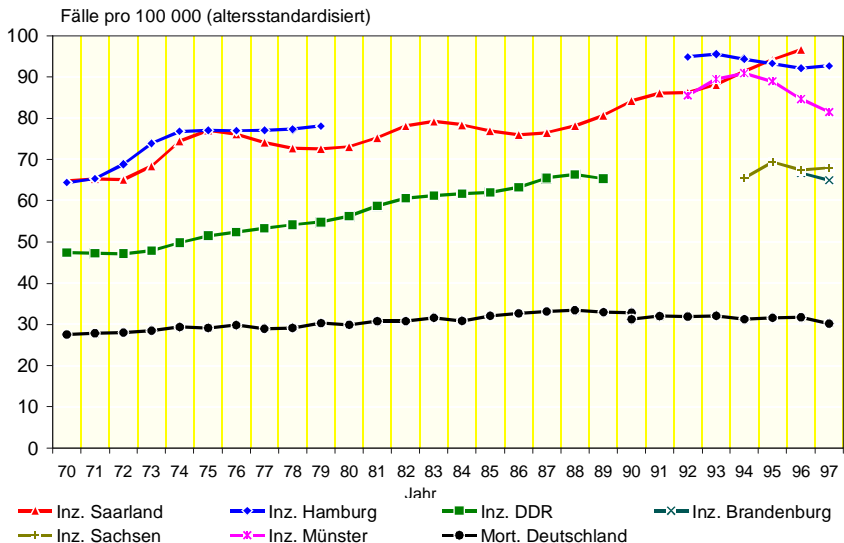
Überlebensrate: Die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt heute etwa 73%. Brustkrebs verursacht bei Frauen mit fast 310.000 Jahren den größten krebsbedingten Verlust an Lebensjahren. Einer an Brustkrebs erkrankten Frau gehen durchschnittlich 6 Jahre ihrer ausstehenden Lebenserwartung verloren.

Weibliche Brust

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland



Trends der Inzidenz und Mortalität



Jährlich erkranken derzeit etwa 5.800 Frauen in Deutschland an Gebärmutterhalskrebs. Das entspricht einem Anteil von 3-4% an allen bösartigen Neubildungen bei Frauen, der jedoch stark mit dem Alter variiert. So wird bei jeder vierten Frau, die im Alter zwischen 25 und 35 Jahren an Krebs erkrankt, Gebärmutterhalskrebs diagnostiziert. Bei den über 65-jährigen beträgt dieser Anteil weniger als 5%. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 55,1 Jahren. Vor wenigen Jahren war das Zervixkarzinom noch die häufigste Krebserkrankung der weiblichen Genitalorgane, inzwischen sind Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers und der Eierstöcke häufiger.

Die in Deutschland ermittelten Erkrankungsraten liegen im oberen Drittel im EU-Vergleich, wobei innerhalb Deutschlands teilweise erhebliche Unterschiede bestehen. So waren die Neuerkrankungsraten 1989 in der DDR noch beinahe doppelt so hoch wie im Saarland. Ebenfalls hohe Erkrankungsraten treten in Portugal, Dänemark, und Österreich auf. Am niedrigsten liegt die Inzidenz in Luxemburg, Finnland, den Niederlanden und Spanien.

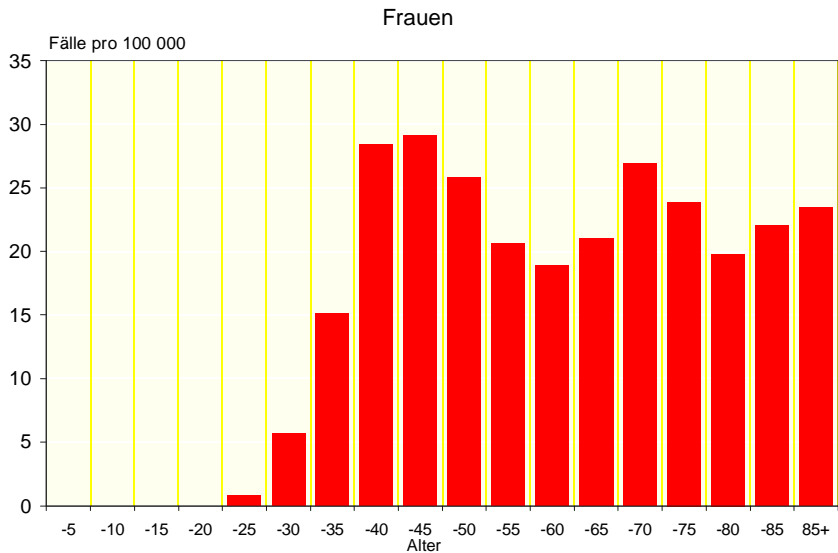
Wichtiger Risikofaktor für die Entstehung des Gebärmutterhalskrebses ist die HPV-Infektion (Human Papilloma Virus), insbesondere Typ 16 und 18. Der Hauptübertragungsweg dieser Infektion ist der ungeschützte Geschlechtsverkehr, was die beobachteten Zusammenhänge dieser Erkrankung mit der Zahl der Sexualpartner oder der frühzeitigen Aufnahme des Geschlechtsverkehrs erklären könnte. Bei anderen Infektionen, wie zum Beispiel mit dem Herpes Simplex Virus Typ 2 (HSV-2), konnte diese Assoziation bisher nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden.

Trends: Die Inzidenz des Gebärmutterhalskrebses weist in Deutschland wie auch europaweit bis Mitte der 80er Jahre einen deutlich rückläufigen Trend auf und ist seitdem annähernd konstant. Einen nicht unbedeutenden Anteil an diesem Rückgang hat der Erfolg des Screening-Programms, durch das ein Vorstadium der Krebserkrankung erkannt und erfolgreich behandelt werden kann.

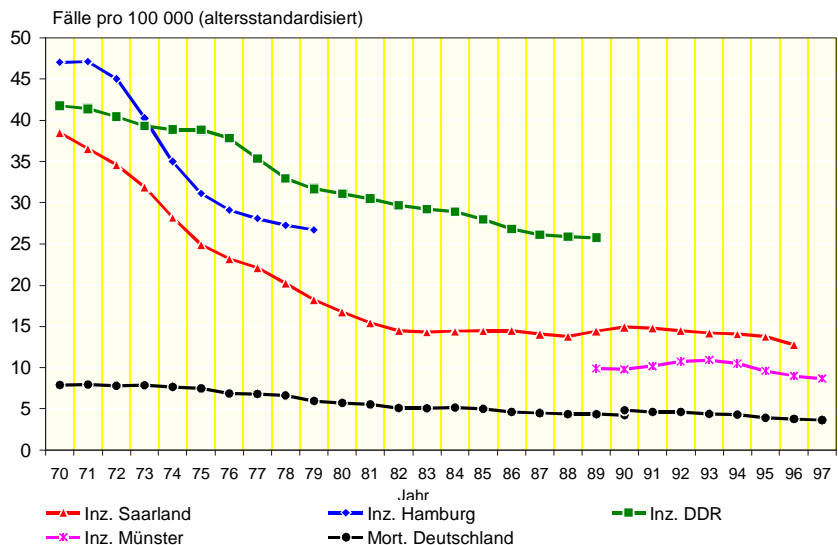
Überlebensrate: Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten mit Gebärmutterhalskrebs liegen bei 64%. Der Verlust an Lebensjahren durch Gebärmutterhalskrebs beträgt insgesamt 42.500, wobei der Verlust an Lebenserwartung für eine an diesem Krebs erkrankte Frau im Durchschnitt 9 Jahre beträgt.

Gebärmutterhals

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland



Trends der Inzidenz und Mortalität



Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers sind meist endometriale, das heisst von der Schleimhaut der Gebärmutter ausgehende Karzinome. Mit jährlich etwa 10.000 Neuerkrankungen und einem Anteil von knapp 6% an allen bösartigen Neubildungen gehört Krebs des Gebärmutterkörpers zu den häufigsten Krebslokalisationen bei Frauen. Die Inzidenz steigt mit dem Alter kontinuierlich an und erreicht ihren Gipfel zwischen dem 70. und 80. Lebensjahr (mittleres Erkrankungsalter: 67,9 Jahre).

Innerhalb der EU-Länder liegen die in Deutschland ermittelten Erkrankungsdaten für Gebärmutterkörperkrebs neben Griechenland, Großbritannien, Irland und Frankreich im unteren Bereich. Die höchsten Raten findet man in Italien, Luxemburg und den skandinavischen Ländern.

Als Risikofaktoren für die endometrialen Korpuskarzinome gelten vor allem hormonelle Einflüsse. Diskutiert werden auch Zusammenhänge mit Diabetes mellitus und Bluthochdruck als Vor- beziehungsweise Begleiterkrankung.

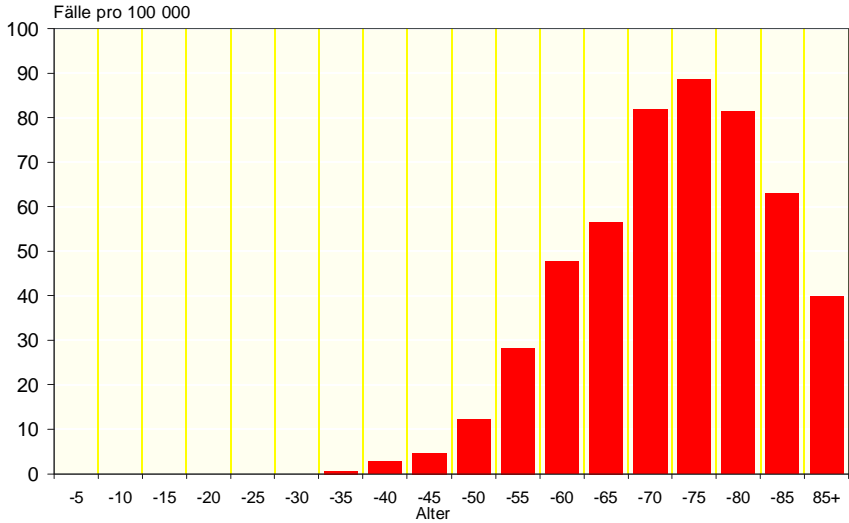
Trends: Die Neuerkrankungsdaten in Deutschland sind in den letzten 20 Jahren annähernd konstant. Bei jüngeren Frauen ist ein Inzidenzrückgang zu beobachten.

Überlebensrate: Mit einer relativen 5-Jahres-Überlebensrate von 70% können diese Karzinome zu den prognostisch günstigen gezählt werden. Sie verursachen einen Verlust von insgesamt 39.300 Lebensjahren. Einer an dieser Erkrankung leidenden Frau gehen durchschnittlich 4 Jahre ihrer weiteren Lebenserwartung verloren.

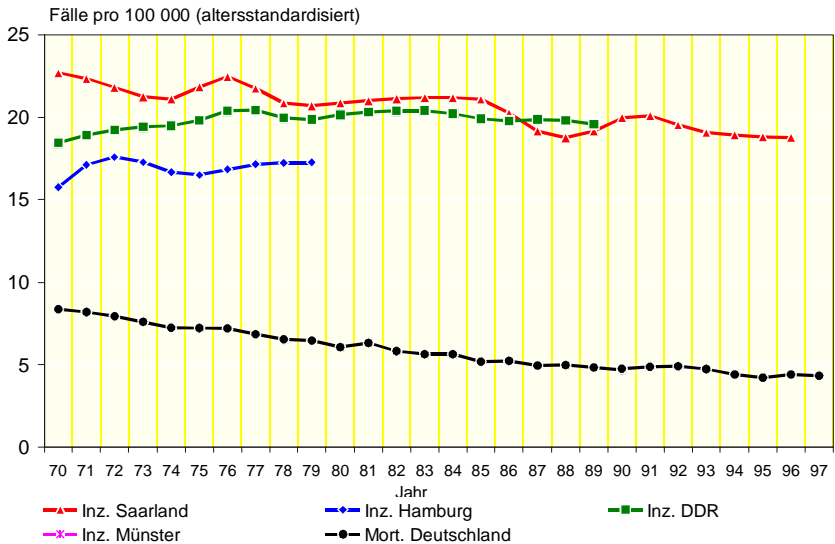
Gebärmutterkörper

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland

Frauen



Trends der Inzidenz und Mortalität



Etwa 8.200 Frauen erkranken in Deutschland jährlich an Ovarialkrebs. Damit entfallen auf diese Krebserkrankung 4-5% aller bösartigen Neubildungen bei Frauen. Bei annähernd gleicher Erkrankungshäufigkeit wie beim Gebärmutterkörper- und Gebärmutterhalskrebs ist die Sterblichkeit etwa doppelt so hoch. Der Verlauf der altersspezifischen Inzidenzen ist ähnlich dem des Gebärmutterkörperkrebses mit den höchsten Raten im Alter über 65 Jahren. Allerdings treten fast 10% aller Ovarialkrebserkrankungen, zumeist vom Typ des Keimzelltumors, bereits im Alter unter 45 Jahren auf, wogegen es beim Gebärmutterkörperkrebs weniger als 5% sind. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 66,3 Jahren.

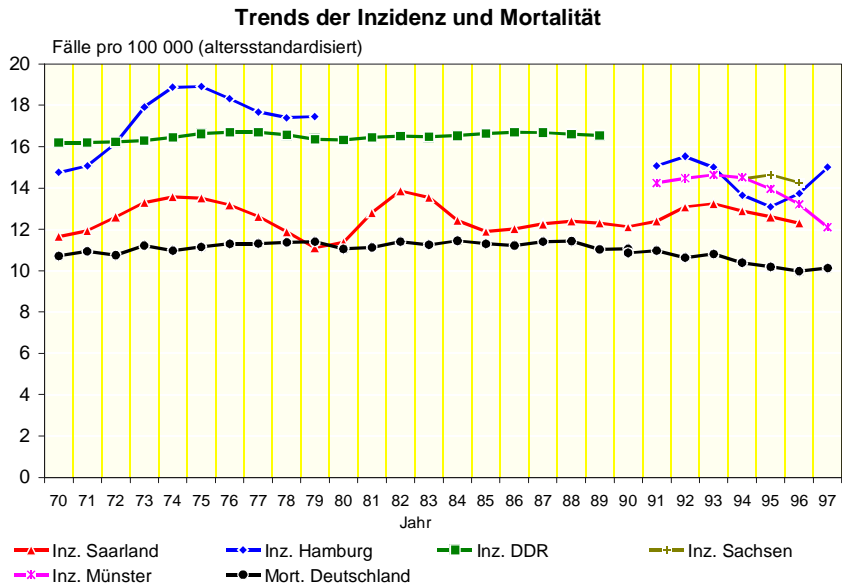
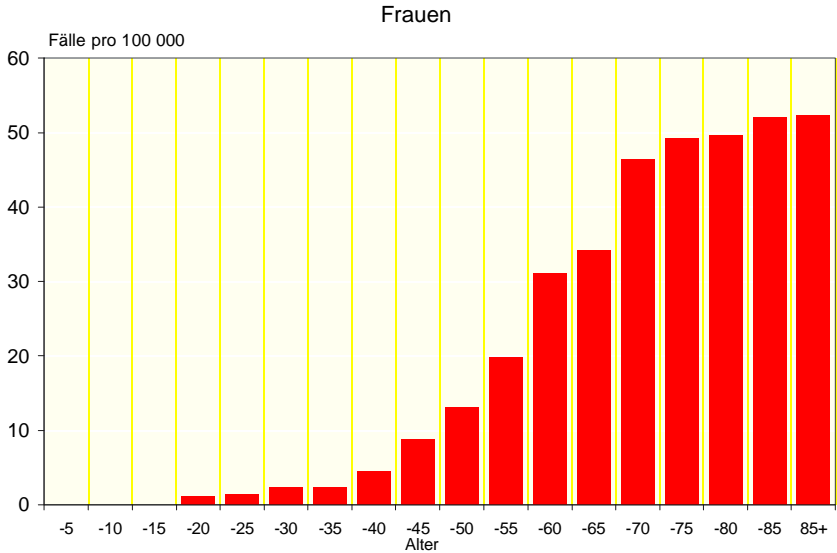
Die in Deutschland ermittelten Erkrankungsraten liegen verglichen mit denjenigen anderer EU-Länder im mittleren Bereich. Die höchsten Raten findet man in den skandinavischen Ländern, die niedrigsten in Südeuropa (Portugal, Griechenland, Spanien und Italien).

Über die Ursachen des Eierstockkrebses ist wenig bekannt. Ähnliche geografische Verteilungsmuster in Europa beim Brust-, Gebärmutterkörper- und Ovarialkrebs unterstützen die Vermutung einer ähnlichen Ätiologie bei diesen drei Krebserkrankungen. Kinderlose und spätgebärende Frauen scheinen ein erhöhtes Risiko zu haben. In verschiedenen epidemiologischen Studien wurden familiäre Häufungen beobachtet. Auch wird ein Zusammenhang mit erhöhtem Fettkonsum vermutet. Als einzig bekannter Risikofaktor wird die Zahl der Eisprünge angesehen.

Trends: Trotz Rückgangs der Inzidenz bei jüngeren Frauen sind die Erkrankungsraten über alle Altersgruppen insgesamt betrachtet in den letzten 20 Jahren in Deutschland nahezu konstant. Damit zeigt sich auch im Trendverlauf dieser Krebserkrankung die epidemiologische Ähnlichkeit zum Gebärmutterkörperkrebs.

Überlebensrate: Die Prognose ist für diese Tumoren vergleichsweise schlecht. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt nur etwa 35%, das heisst 2 von 3 Frauen überleben die ersten 5 Jahre nach der Diagnosestellung nicht. Die Zahl der verlorenen Lebensjahre summiert sich auf etwa 98.800. Der Verlust an Lebenserwartung für die einzelne Patientin beträgt im Durchschnitt 11 Jahre.

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland



Mit jährlich fast 28.000 Neuerkrankungen ist Prostatakarzinom die zweithäufigste Krebserkrankung bei Männern (etwa 17% aller bösartigen Neubildungen bei Männern). Der Krebs der Prostata (Vorsteherdrüse) ist eine Erkrankung des höheren Lebensalters. Das mittlere Erkrankungsalter beträgt 72,3 Jahre. Erkrankungen treten üblicherweise erst in den Altersklassen jenseits des 50. Lebensjahres auf.

Im europäischen Vergleich liegen die in Deutschland ermittelten Erkrankungsrate für Prostatakrebs im mittleren Bereich. Die höchsten Raten werden in Schweden, Finnland, den Niederlanden und Österreich, die niedrigsten in Griechenland, Italien, Spanien und Portugal beobachtet. Bei internationalen Vergleichen muss der Einfluss unterschiedlicher diagnostischer Methoden auf die Erkrankungsrate berücksichtigt werden.

Autopsie-Studien haben gezeigt, daß offenbar bei einem großen Anteil älterer Männer, die an anderen Ursachen versterben, nicht diagnostizierte Prostatakarzinome vorliegen. Ein Teil dieser Karzinome, die offenbar keinen Einfluß auf die Lebenserwartung des Patienten haben, würden beim großflächigen Einsatz intensiver Frühdiagnostik noch zu Lebzeiten entdeckt und behandelt werden. Eine Symptomatik mit Blasenentleerungsstörungen und Blutbeimengungen im Urin tritt allerdings erst im fortgeschrittenen Stadium auf.

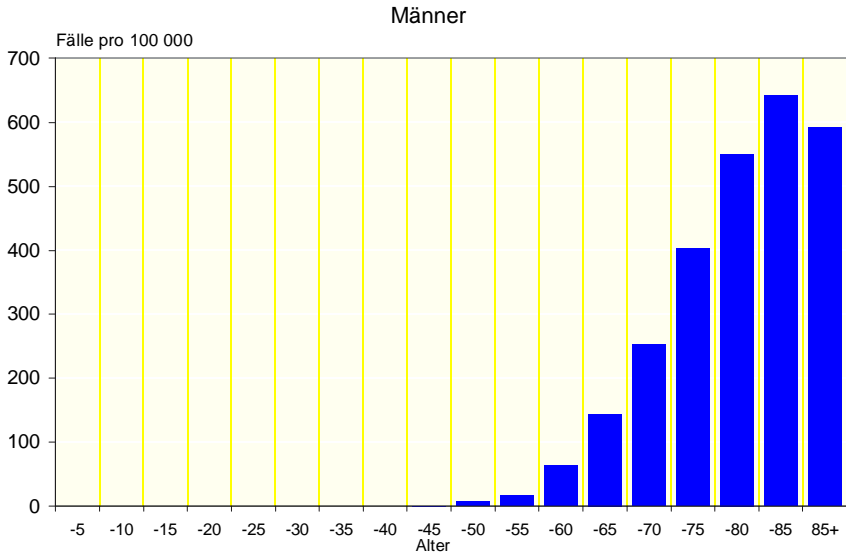
Als Risikofaktoren für das Prostatakarzinom spielen möglicherweise das Sexualverhalten, hormonelle Einflüsse sowie ein hoher Fettverzehr eine Rolle. Auch eine virale Genese wird diskutiert.

Trends: Seit Ende der 80er Jahre ist in Deutschland ein steiler Anstieg der Neuerkrankungsrate zu beobachten. Dem gegenüber steht ein nur geringfügiger Anstieg der altersstandardisierten Mortalität seit den 70er Jahren. Ein großer Teil des aktuellen Inzidenzanstiegs ist vermutlich auf die Einführung spezieller Methoden in der Frühdiagnostik zurückzuführen. Die Zunahme der Erkrankungshäufigkeit vor allem um viele symptomlose oder latente Prostatakrebsfälle wird in der Folge unweigerlich zu scheinbar günstigeren Überlebensraten führen.

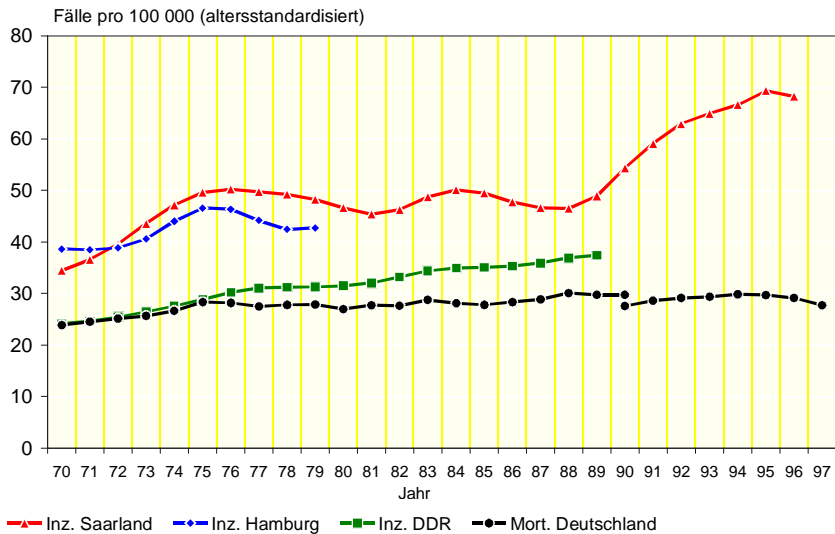
Überlebensrate: Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei etwa 70%. Bei der Prognose sind langsame Progressionen von aggressiven, metastasierenden Verlaufsformen zu unterscheiden, die häufiger unter den wenigen Fällen in den jüngeren Altersgruppen anzutreffen sind. Durch den frühzeitigen Tod an Prostatakrebs gehen Männern in Deutschland jährlich insgesamt 95.500 Lebensjahre verloren. Für den einzelnen erkrankten Mann sinkt die weitere Lebenserwartung um durchschnittlich 3 Jahre.

Prostata

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland



Trends der Inzidenz und Mortalität



Hodenkrebs ist für weniger als 2% aller bösartigen Neubildungen beim Mann verantwortlich. Allerdings handelt es sich bei 20 bis 30% aller Krebserkrankungen unter 40-jähriger Männer um Hodenkrebs. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland beträgt zirka 3.600. Etwa 240 Männer sterben jährlich an Hodenkrebs. Die höchste Inzidenz finden wir zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 34,9 Jahren. Insgesamt weicht die Altersverteilung damit erheblich von der anderer Tumorformen ab.

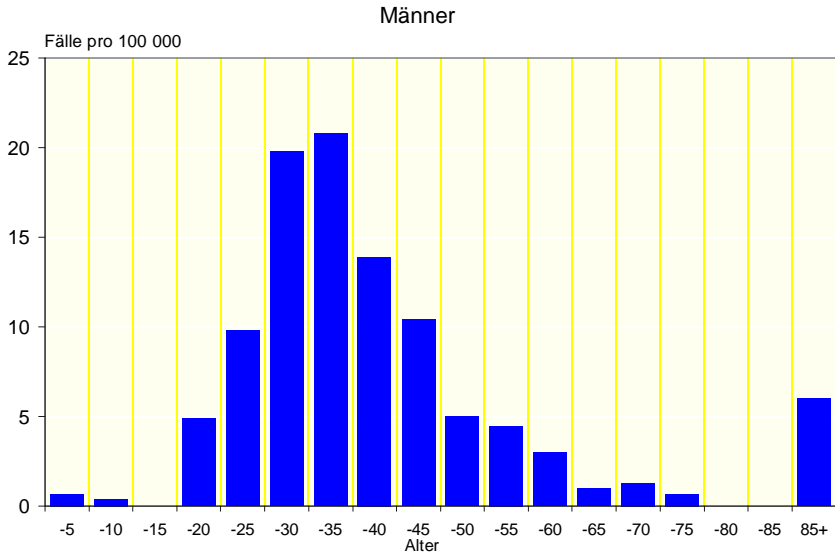
Die Erkrankungsraten für Hodenkrebs in Deutschland gehören zu den höchsten innerhalb der EU-Länder. Höhere Raten werden nur noch in Dänemark gemessen. Die niedrigsten Erkrankungsraten findet man in Finnland, Spanien und Belgien. Trotz der beträchtlichen Variationen der Hodenkrebsinzidenzen in den verschiedenen europäischen Ländern ist die Altersverteilung bei Erstdiagnose sehr ähnlich.

Bisherige Untersuchungen legen den Schluss nahe, dass die Hauptrisikofaktoren vorwiegend in sehr jungem Alter wirken, vermutlich schon während der Schwangerschaft und in geringerem Maße nach der Geburt und im Erwachsenenalter. Zu den gesicherten Risikofaktoren gehört der Kryptorchismus (Hodenhochstand). Eine Reihe weiterer Risikofaktoren wird diskutiert (Östrogene, Mumpsorchitis, Traumen sowie berufliche Faktoren). Wenig Klarheit herrscht jedoch bisher darüber, welche Risikofaktoren für den beobachteten Inzidenzanstieg in den letzten Jahrzehnten verantwortlich sind.

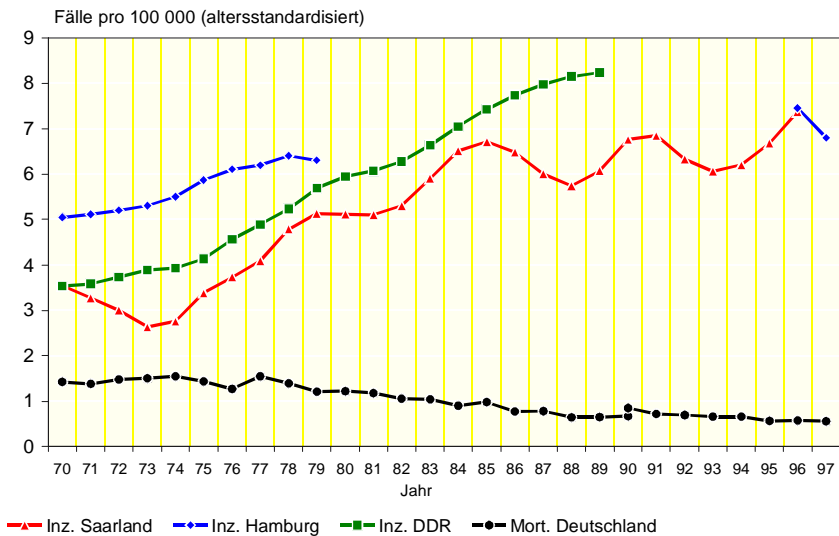
Trends: Europaweit ist seit Jahrzehnten ein Anstieg der Hodenkrebsinzidenz zu beobachten. Dies ist auch in Deutschland zu sehen, wo bis in die späten 80er Jahre ein Anstieg zu erkennen ist. Danach scheint die Inzidenz nicht mehr anzusteigen; die schmale Datenbasis in den 90er Jahren erlaubt jedoch keine sichere Trendbewertung für Deutschland.

Überlebensrate: Die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt heute nahezu 93%. Durch einen frühzeitigen Tod an Hodenkrebs gehen Männern in Deutschland jährlich etwa 7.100 Lebensjahre verloren. Dem erkrankten Mann gehen durch die Krebskrankheit durchschnittlich 8 Jahre seiner ferneren Lebenserwartung verloren.

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland



Trends der Inzidenz und Mortalität



Leukämien haben ihren Ursprung im Knochenmark und werden nach akuten und chronischen Verlaufsformen sowie dem Befall unterschiedlicher Zellarten eingeteilt. Je nach Krankheitsbild zeigen sich unterschiedliche Altersgipfel und Überlebenszeiten.

Jährlich erkranken insgesamt 8.900 Menschen in Deutschland an Leukämien, darunter sind etwa 570 Kinder unter 15 Jahren. Männer sind fast doppelt so häufig betroffen wie Frauen.

Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 60,7 Jahren für Männer und 64,6 Jahren für Frauen. Im europäischen Vergleich liegen die in Deutschland ermittelten Erkrankungsraten im mittleren Bereich. Die höchsten Raten findet man in Dänemark, Italien, Irland und Belgien, die niedrigsten in Finnland, den Niederlanden und Spanien, wobei die Unterschiede allerdings gering sind.

Bekannte Auslöser sind ionisierende Strahlung, Zytostatika und verschiedene Chemikalien wie zum Beispiel Benzol. Auch eine virale Mitverursachung wird diskutiert (siehe auch das Kapitel "Krebs bei Kindern").

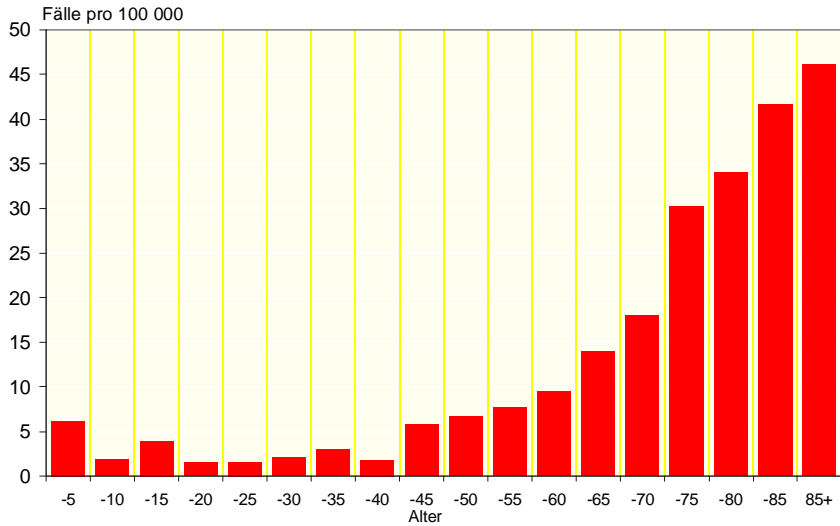
Trends: Neuerkrankungs- und Mortalitätsraten zeigen in den letzten Jahren in Deutschland wie in den anderen Ländern der EU keine Veränderungen und verlaufen im Wesentlichen konstant.

Überlebensrate: Die relative 5-Jahres-Überlebensrate variiert je nach Erkrankungstyp erheblich und beträgt im Durchschnitt 42%. Die schlechteste Prognose hat die akute myeloische Leukämie in der Altersgruppe der über 65-jährigen. Die Zahl der verlorenen Lebensjahre durch Leukämien addiert sich jährlich auf über 103.000. Unter allen bösartigen Neubildungen verursachen Leukämien bei Erkrankten mit durchschnittlich 13,5 Jahren den größten Verlust an weiterer Lebenserwartung. Ursache dafür sind die wenigen Sterbefälle an Leukämien im Kindesalter, durch die jeweils mehr als 70 anstehende Lebensjahre verloren gehen.

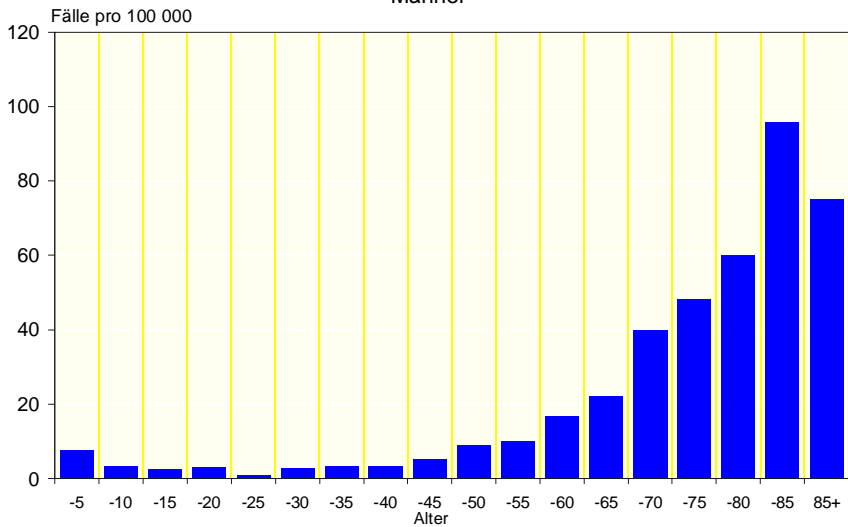
Leukämien

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland

Frauen

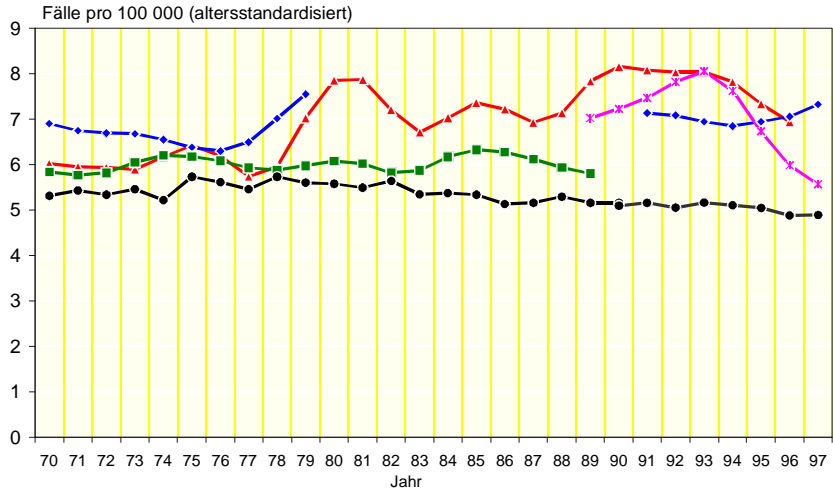


Männer

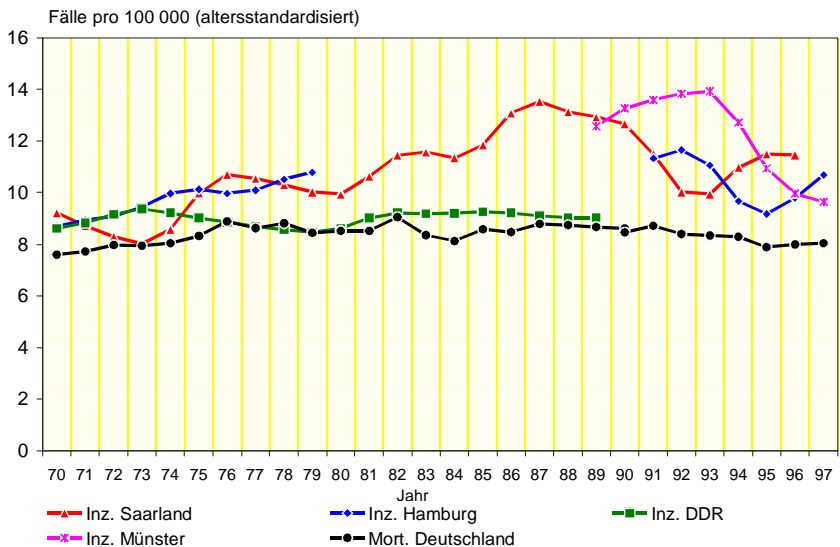


Trends der Inzidenz und Mortalität

Frauen



Männer



Non-Hodgkin-Lymphome

Unter der Bezeichnung "Non-Hodgkin-Lymphome" werden unterschiedliche Lymphomtypen zusammengefasst, wobei das bestimmende Merkmal ausschließlich die Nichtzugehörigkeit zum Morbus Hodgkin ist. Somit stellen die Non-Hodgkin-Lymphome eine sehr heterogene Gruppe hinsichtlich ihrer morphologischen Zuordnung dar. Die Zahl der jährlich neu Erkrankenden in Deutschland beträgt nahezu 11.000 (5.200 Frauen und 5.400 Männer). Das mittlere Erkrankungsalter liegt für Männer bei 60 Jahren und für Frauen bei 65,6 Jahren.

Im Vergleich der Erkrankungsraten der EU-Länder liegen die in Deutschland ermittelten Inzidenzen leicht unter dem Durchschnitt. Die höchsten Raten findet man in Italien, Frankreich und Schweden, die niedrigsten in Griechenland, Österreich und Spanien.

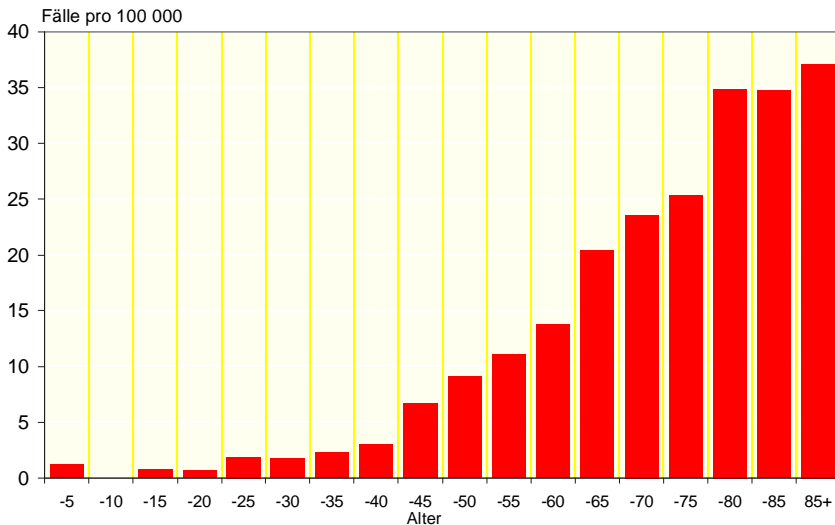
Nach heutigen Erkenntnissen geht man davon aus, dass virale Infektionen wesentlich zur Entstehung dieser Erkrankungen beitragen. Darüber hinaus werden berufliche und industrielle Expositionen, zum Beispiel gegenüber Schwermetallen, Lösungsmitteln und Herbiziden als ätiologische Faktoren diskutiert.

Trends: Die Erkrankungsraten in Deutschland wie in den anderen Ländern der EU sind in den letzten 20 Jahren für beide Geschlechter beträchtlich gestiegen. Weniger steil verläuft demgegenüber der Anstieg der Mortalität.

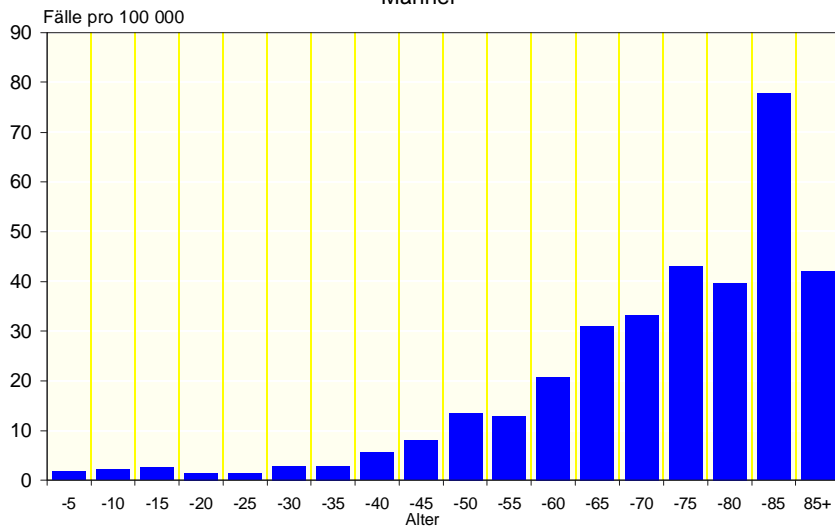
Überlebensrate: Die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt zurzeit 52% für Männer und 56% für Frauen. Durch den Tod an Non-Hodgkin-Lymphomen gehen in Deutschland jährlich fast 77.000 Lebensjahre verloren (Männer: 39.900, Frauen: 37.000 Lebensjahre). Im Durchschnitt verliert ein Mann durch die Erkrankung 9 Jahre seiner ausstehenden Lebenserwartung, eine Frau 6 Jahre.

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland

Frauen

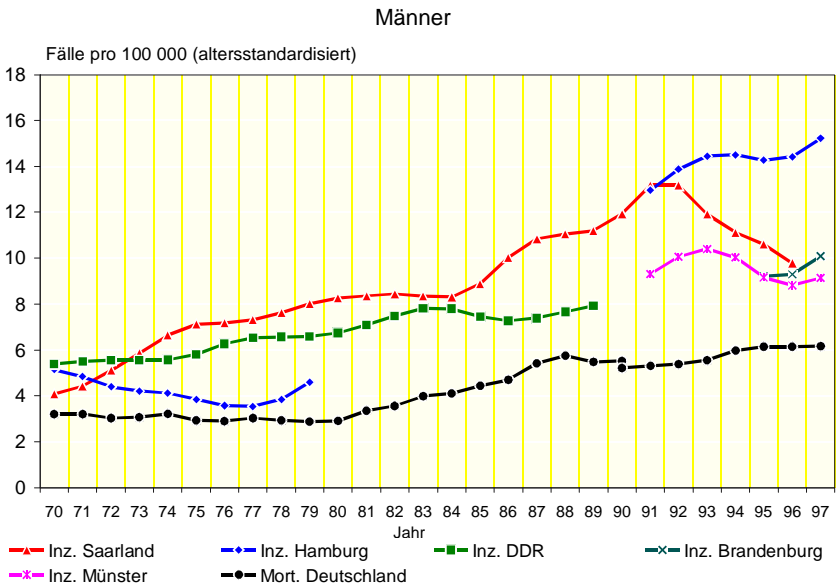
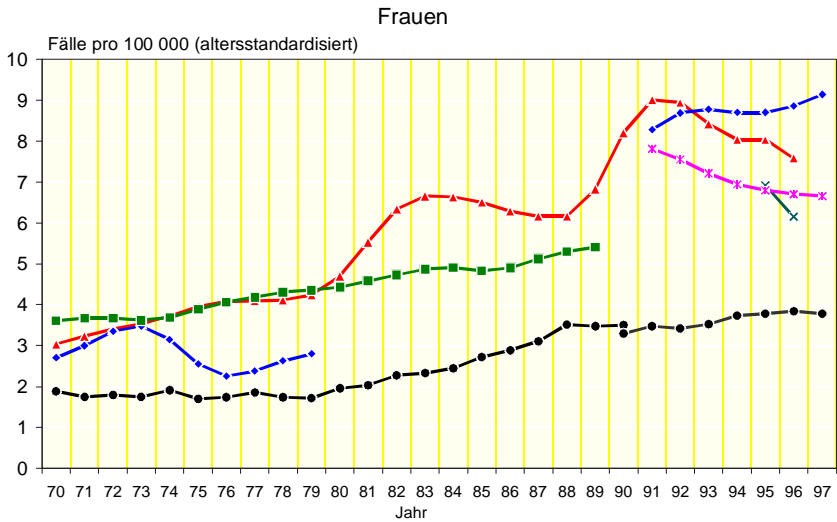


Männer



Non-Hodgkin-Lymphome

Trends der Inzidenz und Mortalität



- ▲— Inz. Saarland
- ◆— Inz. Hamburg
- Inz. DDR
- ×— Inz. Brandenburg
- ×— Inz. Münster
- Mort. Deutschland

Der Morbus Hodgkin, der im Gegensatz zu den Non-Hodgkin-Lymphomen mikroskopisch sogenannte Reed-Steinberg Riesenzellen aufweist und in drei Hauptformen aufgeteilt wird, nimmt mit insgesamt günstigerer Prognose unter den Lymphomen eine Sonderstellung ein. Jährlich erkranken etwa 1.800 Menschen in Deutschland am Morbus Hodgkin, davon sind 1.000 Männer und 800 Frauen. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 42,8 Jahren (Männer) bzw. 45,8 Jahren (Frauen).

Die in Deutschland ermittelten Inzidenzen liegen im Durchschnitt der EU-Länder. Die höchsten Erkrankungsraten findet man in Österreich, Griechenland und Italien, die niedrigsten in Belgien, Frankreich und Schweden.

Ebenso wie bei den Non-Hodgkin-Lymphomen werden virale Infektionen als Risikofaktor diskutiert. Man geht davon aus, dass Viren hierbei bereits im Kindesalter oder zu Beginn des Erwachsenenalters wirksam werden.

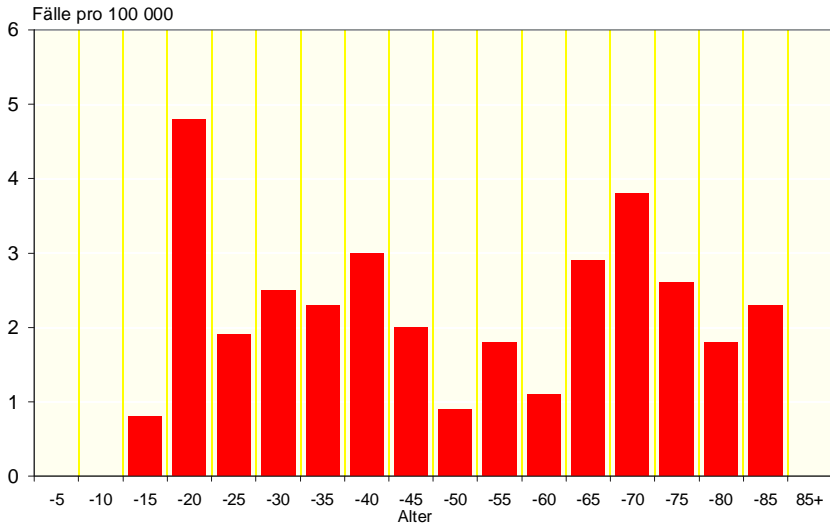
Trends: Bei den auch durch die relativ geringen Fallzahlen bedingten zeitlichen Schwankungen der Neuerkrankungsraten in Deutschland lässt sich bei Frauen kein Trend eines Anstiegs oder Rückgangs der Inzidenz erkennen, bei Männern scheint die Inzidenz leicht zu sinken. Die Mortalität nimmt bei beiden Geschlechtern über den Zeitraum hinweg ab.

Überlebensrate: Die Prognose beim Morbus Hodgkin ist vergleichsweise günstig: Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten betragen 73% bei Männern und 65% bei Frauen. Morbus Hodgkin verursacht jährlich etwa einen Verlust von insgesamt 12.300 Lebensjahren (Männer: 7.100 Lebensjahre, Frauen: 5.200 Lebensjahre). Männern gehen durch die Erkrankung durchschnittlich 9 Jahre ihrer anstehenden Lebenserwartung verloren, Frauen 8 Jahre.

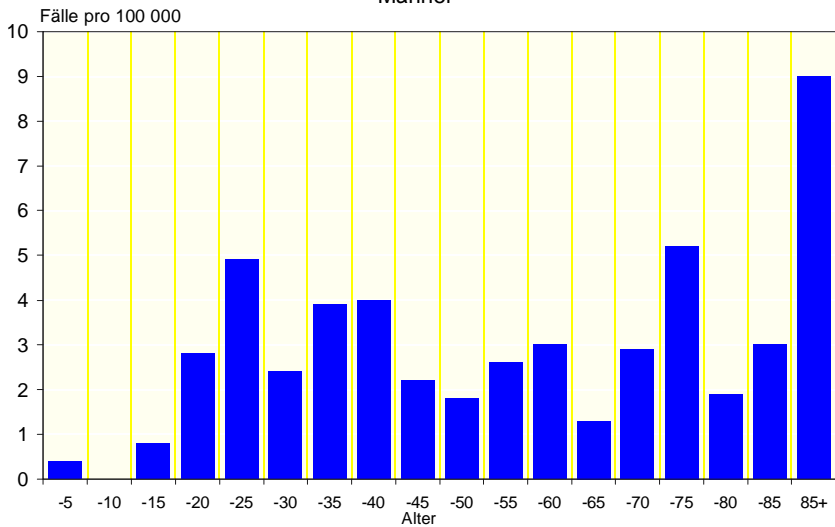
Morbus Hodgkin

Neuerkrankungen nach Alter 1987 bis 1996 im Saarland

Frauen

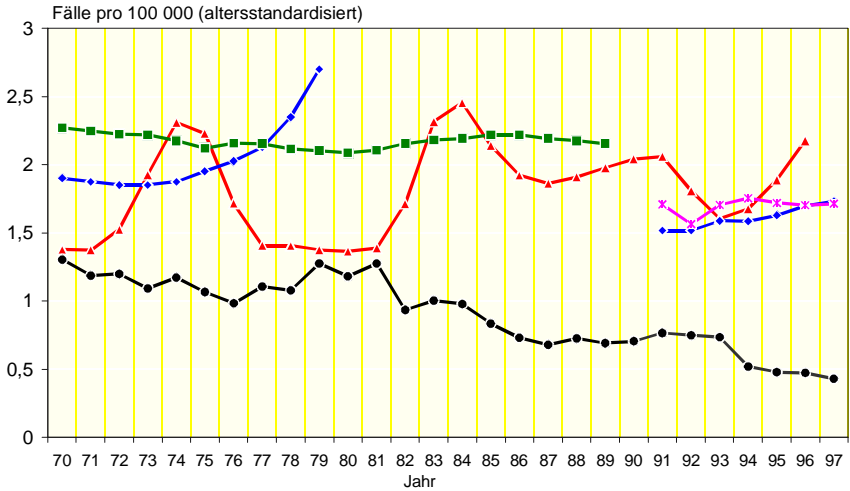


Männer

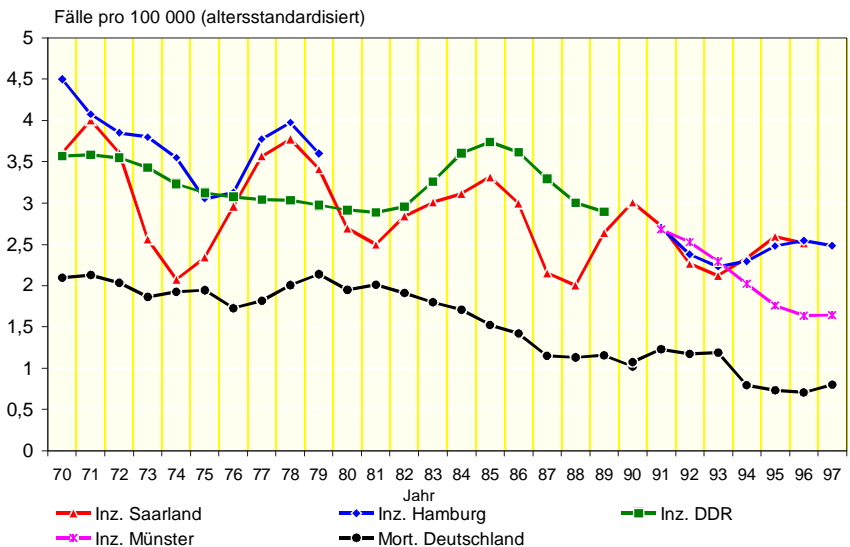


Trends der Inzidenz und Mortalität

Frauen



Männer



Krebs bei Kindern

Krebserkrankungen im Kindesalter werden seit 1980 in den alten Bundesländern und seit 1991 auch in den neuen Bundesländern systematisch im bundesweiten Deutschen Kinderkrebsregister an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz registriert. Seit 1988 ist von einem ausreichend hohen Erfassungsgrad für alle Diagnosegruppen auszugehen. Der Inzidenzanstieg aus den Jahren 1980 bis 1988 ist auf die Anfangsphase der Registerarbeit zurückzuführen, wobei auf Grund der Einbeziehung von Therapiestudien in das Meldesystem für manche Diagnosegruppen von Beginn an eine hohe Vollständigkeit zu verzeichnen war.

In Deutschland erkranken jährlich 1.750 Kinder unter 15 Jahren an bösartigen Neubildungen. Somit liegt die jährliche Inzidenz für Malignome im Kindesalter bei etwa 13 bis 14 pro 100.000 Kindern unter 15 Jahren. Die Betrachtung der zeitlichen Entwicklung der Inzidenz gibt keinerlei Hinweise auf einen Anstieg oder einen Rückgang der Erkrankungsraten. Seit Beginn der Registrierung in den neuen Bundesländern wurde nach einer anfänglich deutlich niedrigeren Neuerkrankungsrate ein Angleich an die für die alten Bundesländer ermittelte Inzidenz beobachtet. 1997 lag die Inzidenz für alle Malignome im Kindesalter in den alten Bundesländern bei 14,4 und in den neuen Bundesländern bei 13,7.

Der Anteil krebsskranker Kinder an allen Krebskranken liegt bei unter 1%. Bösartige Neubildungen sind bei Kindern die zweithäufigste Todesursache. Die Überlebensrate liegt 3 Jahre nach Diagnosestellung bei 74% und 5 Jahre nach Diagnosestellung bei 69%.

Im Folgenden werden die wichtigsten Krebserkrankungen im Kindesalter skizziert. Die jährlichen Neuerkrankungsraten und die 3- beziehungsweise 5-Jahresüberlebensraten für die einzelnen Diagnosen sind in einer Tabelle zusammengefasst.

Die häufigsten bösartigen Neubildungen im Kindesalter sind mit 34,5% die **Leukämien**. Häufigste Einzeldiagnose mit 28,5% ist die akute lymphatische Leukämie (ALL) . Die ALL ist bei den unter 1-4-jährigen mehr als doppelt so häufig wie in den anderen Altersgruppen. Auf Grund therapeutischer Erfolge stiegen erfreulicherweise die Überlebensraten in den letzten Jahren noch deutlich an.

Etwa 5% aller kindlichen Malignome sind akute nicht-lymphatische Leukämien (ANLL). Die ANLL ist am häufigsten bei den unter 1-jährigen. Die Überlebensraten sind deutlich niedriger als für die ALL.

Genetische Einflüsse und damit auch die Exposition der Eltern mit schädigenden Noxen scheinen als Risikofaktoren für die Leukämie im Kindesalter eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen. So haben Kinder mit Down-Syndrom ein erhöhtes Risiko, an einer akuten Leukämie zu erkranken. Als Risikofaktoren sind Pharmaka mit alkylierenden Substanzen und höhere Dosen ionisierender Strahlung bekannt, allerdings nicht in jenem Dosisbereich, der in der Diagnostik eingesetzt wird. Inwieweit Benzolverbindungen, Pestizide und elektromagnetische Felder eine Rolle bei der Entstehung von Leukämien spielen, ist umstritten. Häufigere Impfungen während der Kindheit scheinen einen protektiven Effekt zu haben. Im Blickpunkt steht auch die Hypothese einer immunologischen Isolation, nach der Kinder, die in frühester Kindheit vor Infektionen geschützt waren, bei einer späteren Exposition gegenüber Infektionserregern mit einer besonders starken Immunantwort reagieren. Dies kann ein größeres Risiko zur Entartung dieser Zellen beinhalten.

Tumoren des zentralen Nervensystems (**ZNS-Tumoren**) im Kindesalter sind mit 19,1% die zweithäufigsten Krebserkrankungen. Dieser Anteil ist im internationalen Vergleich

noch eher niedrig (hauptsächlich durch Untererfassung bedingt). Die häufigsten Einzeldiagnosen unter den ZNS-Tumoren sind Astrozytome (7,7%), primitive neuroektodermale Tumoren (5,1%) und Ependymome (1,9%).

Lymphome machen 12,8% aller Malignome bei Kindern aus, wobei sich die Inzidenzen für Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) und Morbus Hodgkin nicht gravierend unterscheiden. Die Überlebenschancen hingegen sind jedoch deutlich günstiger beim Morbus Hodgkin.

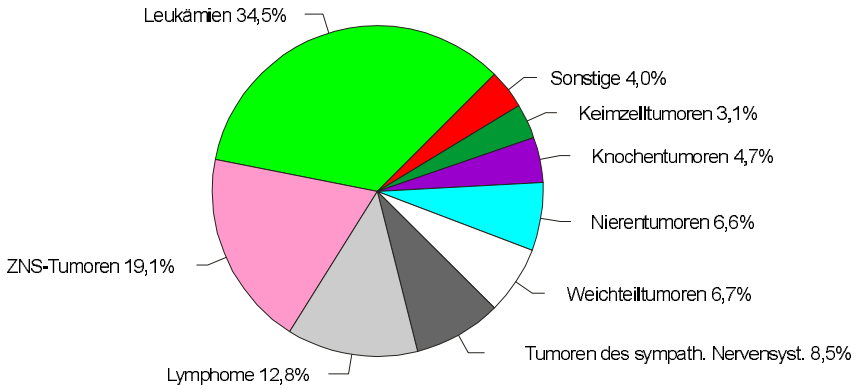
Weitere häufige bösartige Erkrankungen im Kindesalter stellen das **Neuroblastom**, das **Nephroblastom**, die **Keimzelltumoren**, die **Knochentumoren** und das **Rhabdomyosarkom** dar. Während die Prognose für die an einem Nephroblastom oder Keimzelltumor erkrankten Kinder vergleichsweise günstig ist, liegen die Überlebensraten für die drei anderen Erkrankungen deutlich niedriger.

Das Deutsche Kinderkrebsregister betreibt seit Jahren umfangreiche Ursachenforschung. So wurden beispielsweise in einer bundesweiten Fallkontrollstudie mögliche Risikofaktoren für Leukämien bei Kindern analysiert und die Erkrankungsraten in der Umgebung deutscher Kernkraftwerke betrachtet und ein potenzieller Einfluss elektromagnetischer Felder auf das Leukämierisiko untersucht. Ein möglicher Effekt des Tschernobyl-Fall-out auf die Neuroblastom-Erkrankungsrate ist ebenso Gegenstand der Forschung wie das Follow-up krebskranker Kinder, um deren Zweitumorrisiko beurteilen zu können. Das Deutsche Kinderkrebsregister ist ferner in mehrere internationale Verbundstudien integriert, zum Beispiel zur Evaluation des Neuroblastomscreenings in Europa oder zur regionalen Verteilung von Leukämie- und Lymphomerkrankungen in Europa. Ergebnisse zu den vielfältigen Forschungsaktivitäten können direkt beim Deutschen Kinderkrebsregister erfragt werden (Adresse siehe Anhang).

Krebserkrankung	Inzidenz*	Überlebensraten in %	
		nach 3 Jahren	nach 5 Jahren
akute lymphatische Leukämie	3,7	80	74
akute nicht-lymphatische Leukämie	0,7	41	37
ZNS-Tumoren	2,5	67	62
Non-Hodgkin-Lymphom	0,8	78	78
Morbus Hodgkin	0,7	95	92
Neuroblastom	1,2	65	61
Nephroblastom	0,9	87	86
Keimzelltumoren	0,4	84	81
Knochentumoren	0,6	71	62
Rhabdomyosarkom	0,5	68	62

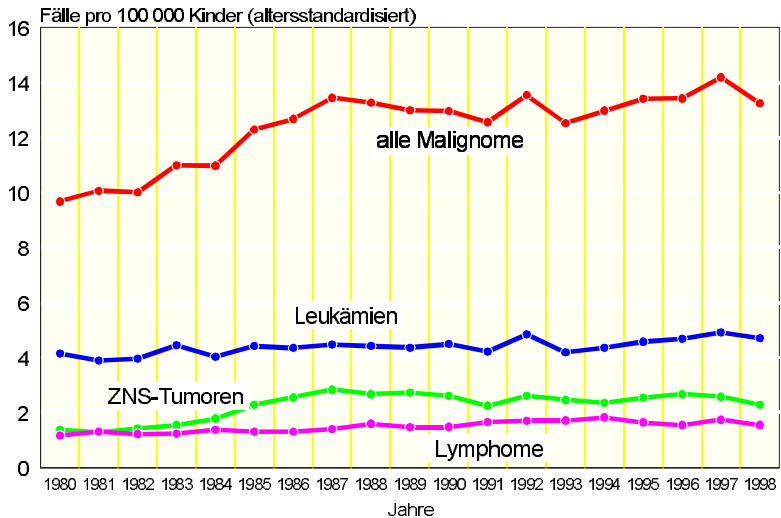
* bezogen auf 100.000 Kinder unter 15 Jahren, altersstandardisiert auf die westdeutsche Bevölkerung 1987

Krebs bei Kindern



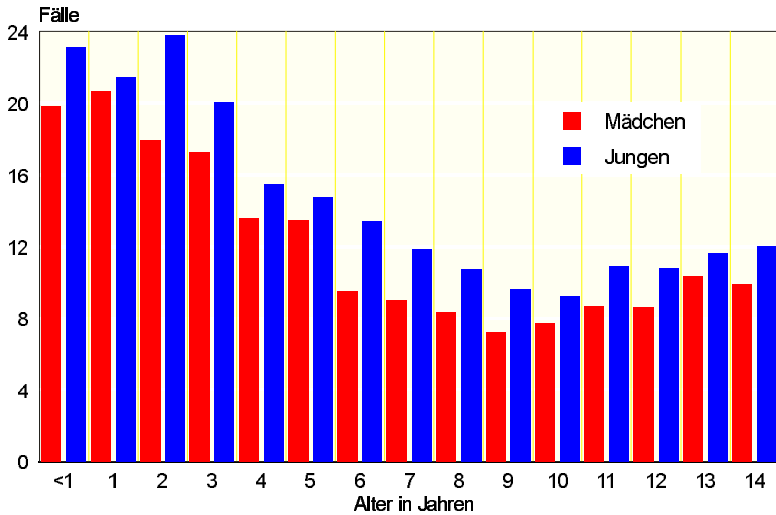
- ermittelt aus den Jahren 1980 - 1998

Trends der Inzidenz für ausgewählte Diagnosegruppen und alle Malignome



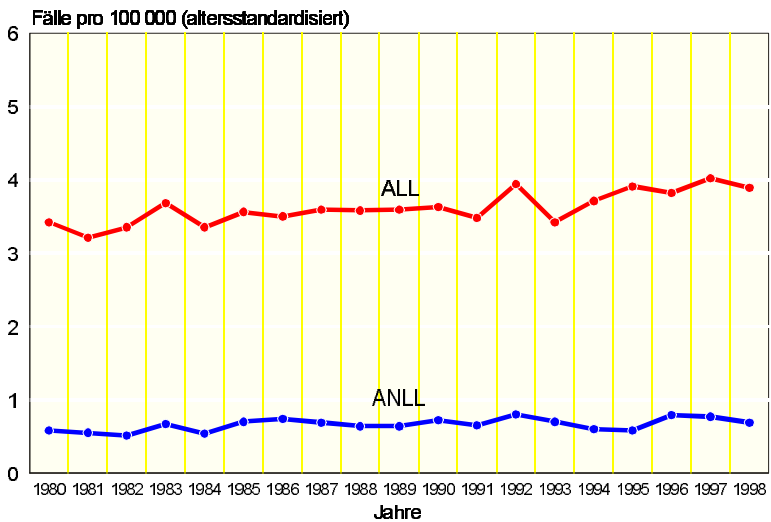
- ab 1991 einschließlich neue Bundesländer

Neuerkrankungen nach Alter und Geschlecht, alle Malignome im Kindesalter



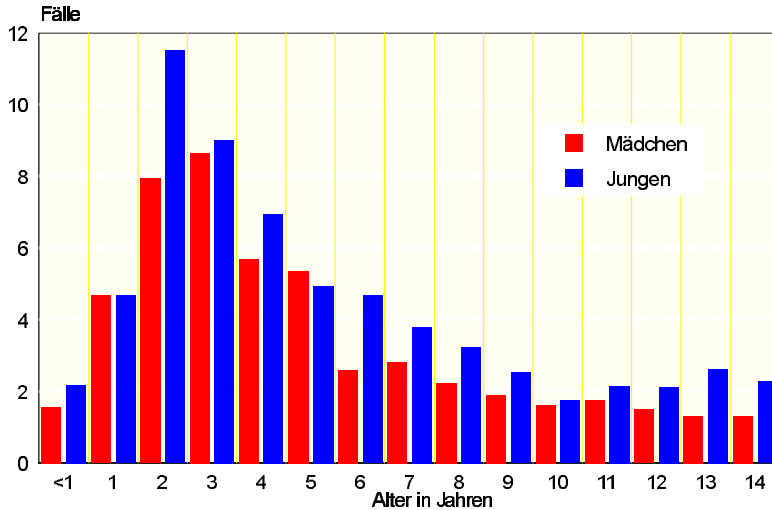
- ermittelt aus den Jahren 1994 - 1998
- alte und neue Bundesländer

Trends der Inzidenz für Leukämien im Kindesalter



- ab 1991 einschließlich neue Bundesländer

Neuerkrankungen nach Alter und Geschlecht, ALL im Kindesalter



- ermittelt aus den Jahren 1994-1998
- alte und neue Länder

Literatur:

Kaatsch, P., Kaletsch, U., Spix, C., Michaelis, J.: German Childhood Cancer Registry - Annual Report 1998 (Jahresbericht 1998 des Deutschen Kinderkrebsregisters), Technischer Bericht des Instituts für Medizinische Statistik und Dokumentation, Universität Mainz, 1999
Internet: http://info.imsd.uni-mainz.de/k_krebsregister

Parkin, D.M., Kramárová, E., Draper, G.J., Masuyer, E., Michaelis, J., Neglia, J., Qureshi, S., Stiller, C.A. (Hrsg): International Incidence of Childhood Cancer, Vol. II, IARC Scientific Publication No. 144, Lyon, 1999

Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland

Im Januar 1996 wurde die "Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland" eingerichtet, in der alle epidemiologischen Krebsregister Deutschlands sowie die im Robert Koch-Institut angesiedelte Dachdokumentation Krebs zusammenarbeiten. Die Arbeitsgemeinschaft ist dem Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung der Bundesregierung assoziiert.

Vorrangige Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft ist es, trotz teilweise unterschiedlicher landesgesetzlicher Regelungen eine weit gehende methodische Einheitlichkeit durch inhaltliche Standards zu erlangen. Nur mit einer deutschlandweiten Zusammenarbeit kann eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Krebsregister gewährleistet werden. Darüber hinaus ist die Arbeitsgemeinschaft ein gemeinsamer Ansprechpartner der epidemiologischen Krebsregister bei länderübergreifenden Fragestellungen.

Die Arbeitsgemeinschaft hat sich folgende Aufgaben gestellt:

- Ansprechpartner für sowohl nationale und internationale Kooperationspartner als auch die interessierte Öffentlichkeit zu sein,
- über den Stand der Krebsregistrierung in Deutschland zu informieren und die Ziele epidemiologischer Krebsregistrierung zu vermitteln,
- über gemeinsame Informationsaktivitäten einen Beitrag zur Erreichung und Sicherstellung der Vollzähligkeit der einzelnen Krebsregister zu leisten,
- inhaltliche Standards als Grundlage der Vergleichbarkeit epidemiologischer Krebsregister zu definieren (Krebsregistermanual),
- sich gegenseitig zu unterstützen, vornehmlich bei länderübergreifenden Aufgaben und
- registerübergreifende Aufgaben zu koordinieren und den Kontakt mit der klinischen Tumordokumentation zu pflegen.

Kontakte zur "Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland" oder weitere Informationen über den Sprecher der Arbeitsgemeinschaft:

Wolf Ulrich Batzler
Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg
bei der Landesärztekammer
Postfach 101237
70197 STUTTGART
Tel. 0711 / 661920, Fax 0711 / 6619211
e-mail: wolf-ulrich.batzler@dgn.de

sowie über jedes regionale bevölkerungsbezogene Krebsregister.

Die Broschüre "Krebs in Deutschland" kann in **Einzelexemplaren** über das epidemiologische Krebsregister des entsprechenden Bundeslandes oder das BMG bezogen werden. Die Broschüre ist auch im Internet unter <http://www.rki.de/KREBS> verfügbar.

Anschriften der bevölkerungsbezogenen Krebsregister Deutschlands

Epidemiologisches Krebsregister **Baden-Württemberg**
bei der Landesärztekammer

Postfach 101237
70011 Stuttgart

Telefon: 0711/661920
Telefax: 0711/6619211
E-mail: krebsregister-bw@dgn.de

Bevölkerungsbezogenes Krebsregister **Bayern**

Carl-Thiersch-Str. 7
91052 Erlangen

Telefon: 09131/8536035 (R) Telefax: 09131/8534001 (R)
0911/ 3786738 (V) 0911/3787619 (V)
E-mail: Krebsregister@ekr.med.uni-erlangen.de
Internet: <http://www.ekr.med.uni-erlangen.de>

Krebsregister des Landes **Bremen**

Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)

Grünenstrasse 120
28199 Bremen

Telefon: 0421/5959651 (R) Telefax: 0421/5959668 (R)
0421/3404341 (V)
E-mail: krebsregister@bips.uni-bremen.de

Gemeinsames Krebsregister der Länder **Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt** und der Freistaaten **Sachsen und Thüringen**

Brodauer Str. 16-22
12621 Berlin

Telefon: 030/56581401 (R) Telefax: 030/56581444 (R)
030/56581315 (V) 030/56581333 (V)
E-mail: registerstelle@gkr.verwalt-berlin.de
vertrauensstelle@gkr.verwalt-berlin.de

Hamburgisches Krebsregister

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Tesdorpfstrasse 8
20148 Hamburg

Telefon: 040/428482460
Telefax: 040/428482624

Krebsregister **Hessen**

Regierungspräsidium Darmstadt

64278 Darmstadt

Telefon: 06151/126385 (R) Telefax: 06151/125722 (R)
069/97672159 (V) 069/97672177 (V)
E-mail: Pressestelle@RPDa.Hessen.de

Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk **Münster**

Domagkstr. 3
48149 Münster

Telefon: 0251/8358571
Telefax: 0251/8358572
E-mail: krebsregister@uni-muenster.de

Epidemiologisches Krebsregister **Niedersachsen**

OFFIS

Escherweg 2
26121 Oldenburg

Telefon: 0441/9722130 (R) Telefax: 0441/9722102 (R)
0511/4505350 (V) 0511/4505140 (V)
E-Mail: ekn@krebsregister-niedersachsen.de
Internet: <http://www.krebsregister-niedersachsen.de>

Krebsregister **Rheinland-Pfalz**

Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation der Universität Mainz

55101 Mainz

Telefon: 06131/176710 (R) Telefax: 06131/172968
06131/173002 (V)

E-mail: Krebsregister@imsd.uni-mainz.de

Internet: <http://info.imsd.uni-mainz.de/krebsregister>

Epidemiologisches Krebsregister **Saarland**

Statistisches Landesamt

Virchowstrasse 7

Telefon: 0681/5015982

66119 Saarbrücken

Telefax: 0681/5015998

E-mail: krebsregister@stala.saarland.de

Krebsregister **Schleswig Holstein**

Medizinische Universität zu Lübeck

Institut für Krebs epidemiologie e.V.

Beckergrube 43-47

Telefon: 0451/7992550 (R) Telefax: 0451/7992551 (R)

23552 Lübeck

04551/803104 (V)

E-Mail: krebsregister.info@sozmed.mu-luebeck.de

Internet: <http://www.krebsregister.mu-luebeck.de>

R = Registerstelle

V = Vertrauensstelle

Weitere Kontakte:

Deutsches Kinderkrebsregister

Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation der Universität Mainz

55101 Mainz

Telefon: 06131/173111

Telefax: 06131/172968

E-Mail: kinderkrebsregister@imsd.uni-mainz.de

Internet: http://info.imsd.uni-mainz.de/k_krebsregister

Dachdokumentation Krebs im Robert Koch-Institut

General-Pape-Str. 62-66

Telefon: 01888/7543321

12101 Berlin

Telefax: 01888/7543333

E-Mail: d.schoen@rki.de

Internet: <http://www.rki.de/KREBS>

Bundesministerium für Gesundheit

Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung

Referat 317

Telefon: 0228/9413170

53108 Bonn

Telefax: 0228/9414938

Literatur:

Schön, D., Bertz, J. Hoffmeister, H. (Hrsg.): Bevölkerungsbezogene Krebsregister in der Bundesrepublik Deutschland, Band 3, RKI-Schriften 2/95, MMV Medizin Verlag, München, 1995

Schüz, J., Chang-Claude, J.: Krebsregister in Deutschland: Aufgaben, Entwicklungsstand und Einbindung in die epidemiologische Forschung. *Medgen* 10:229-238, 1998

Michaelis, J.: Towards nation-wide cancer registration in the Federal Republic of Germany. *Ann Oncol* 6:344-346, 1995

Schüz, J., Schön, D., Baumgardt-Elms, C., Eisinger, B., Lehnert, M., Stegmaier, C.: Cancer registration in Germany: current status, perspectives, and trends in cancer incidence from 1973 to 1993. A report from the Network of German Population-based Cancer Registries. *J Epidemiol Biostat* (in press), 2000

Becker, N., Wahrendorf, J.: Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland 1981 - 1990, 3. Auflage, Springer Verlag, 1997

Möhner, M., Stabenow, R., Eisinger, B.: Atlas der Krebsinzidenz in der DDR 1961-1989. Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden, 1994

Schön, D., Bertz, J., Görsch, S., Haberland, J., Ziegler, H., Stegmaier, C., Eisinger, B., Stabenow, R.: Entwicklung der Überlebensraten von Krebspatienten in Deutschland, Robert Koch-Institut, 1999

Fachserie 12, Gesundheitswesen, Reihe 4 Todesursachen in Deutschland, Statistisches Bundesamt, Metzler-Poeschel Verlag Stuttgart

Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, Band 122 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden

Tomatis, L. (Hrsg.): Cancer: Causes, Occurrence and Control, IARC Scientific Publication No. 100, Lyon, 1990

Parkin, D.M., Whelan, S.L., Ferlay, J., Raymond, L., Young, J.: Cancer Incidence in Five Continents Vol. VII, IARC Scientific Publication No. 143, Lyon, 1997

Berrino, F., Capocaccia, R., Estève, J., Gatta, G., Hakulinen, T., Micheli, A., Sant, M., Verdecchia, A. (Hrsg.): Survival of Cancer Patients in Europe: the EUROCARE-2 Study, IARC Scientific Publication No. 151, Lyon, 1999

Ferlay, J., Bray, F., Sankila, R., Parkin, M.D.: EUCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1995, version 2.0., IARC CancerBase No. 4. Lyon, IARC Press, 1999

sowie Berichte und Jahresberichte, die von den einzelnen Krebsregistern der Länder angefordert werden können