

3.19 Gebärmutterhals

Tabelle 3.19.1

Übersicht über die wichtigsten epidemiologischen Maßzahlen für Deutschland, ICD-10 C53

Inzidenz	2017	2018	Prognose für 2022
	Frauen	Frauen	Frauen
Neuerkrankungen	4.430	4.320	4.100
rohe Neuerkrankungsrate ¹	10,6	10,3	9,7
standardisierte Neuerkrankungsrate ^{1, 2}	8,8	8,6	8,1
mittleres Erkrankungsalter ³	55	55	
Mortalität	2017	2018	2019
	Frauen	Frauen	Frauen
Sterbefälle	1.588	1.612	1.597
rohe Sterberate ¹	3,8	3,8	3,8
standardisierte Sterberate ^{1, 2}	2,5	2,6	2,5
mittleres Sterbealter ³	64	65	65
Prävalenz und Überlebensraten	5 Jahre	10 Jahre	25 Jahre
	Frauen	Frauen	Frauen
Prävalenz	16.600	30.900	69.800
absolute Überlebensrate (2017–2018) ⁴	62 (60–73)	55 (53–63)	
relative Überlebensrate (2017–2018) ⁴	65 (62–76)	61 (58–70)	

¹ je 100.000 Personen ² altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung ³ Median ⁴ in Prozent (niedrigster und höchster Wert der einbezogenen Bundesländer)

Epidemiologie

In Deutschland erkrankten 2018 etwa 4.320 Frauen am Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom). Bei etwa sieben von zehn Frauen geht ein invasiver Tumor vom Plattenepithelgewebe der Muttermundschleimhaut aus. Adenokarzinome weisen eher auf einen höher gelegenen Ursprung am Übergang zwischen Gebärmutterkörper und -hals hin. Die Neuerkrankungsraten der Frauen am invasiven Karzinom des Gebärmutterhalses verlaufen seit 10 Jahren leicht rückläufig, nach einem sehr starken Rückgang in den drei Jahrzehnten vor den 2000er Jahren, und einem Stagnieren der Raten bis 2010. Das mittlere Erkrankungsalter am invasiven Karzinom beträgt 55 Jahre. Etwa vier von zehn Frauen werden bereits im frühen Tumorstadium (Stadium I) diagnostiziert. Das sehr viel häufigere in situ-Karzinom wird meist im Rahmen der Früherkennung bei im Mittel um 20 Jahre jüngeren Frauen entdeckt. Insgesamt sterben in Deutschland derzeit jährlich etwa 1.600 Frauen an Gebärmutterhalskrebs, vor 30 Jahren waren es noch mehr als doppelt so viele. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate nach der Diagnose eines invasiven Gebärmutterhalstumors liegt bei 65 %. Im internationalen Vergleich liegen die Sterberaten in Ländern mit lange bestehenden, gut organisierten Früherkennungsprogrammen deutlich niedriger als in Ländern ohne solche Angebote.

Risikofaktoren, Früherkennung und Prävention

Hauptursache von Gebärmutterhalskrebs sind sexuell übertragene humane Papillomviren (HPV). Eine asymptomatische HPV-Infektion ist häufig, heilt jedoch meist ohne Folgen aus. Durch anhaltende Infektionen mit einem oder mehreren von 12 Hochrisikoviren (vorrangig HPV 16 und 18) kann sich ein Zervixkarzinom entwickeln. Weitere Risikofaktoren sind Rauchen, andere sexuell übertragbare Erreger, früher Beginn der sexuellen Aktivität, viele Geburten und Immunsuppression, etwa nach Organtransplantation. Auch die langfristige Einnahme oraler Kontrazeptiva (»Pille«) erhöht das Erkrankungsrisiko leicht.

Das gesetzliche Krebsfrüherkennungsprogramm sieht für Frauen ab 20 Jahren einen jährlichen Zellabstrich vom Gebärmutterhals (PAP-Abstrich) und dessen zytologische Untersuchung vor. Ab dem Alter von 35 Jahren wird seit Anfang 2020 stattdessen alle drei Jahre ein HPV-Test kombiniert mit dem PAP-Abstrich angeboten. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt, Mädchen und Jungen gegen HPV zu impfen, vorrangig im Alter von 9 bis 14 Jahren. Bis zum 18. Geburtstag übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten. Die Impfung ersetzt die Früherkennung nicht, da sie nicht vor allen Hochrisiko-HP-Viren schützt.

Abbildung 3.19.1a
Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten, ICD-10 C53, Deutschland 1999–2018/2019,
Prognose (Inzidenz) bis 2022
je 100.000 (alter Europastandard)

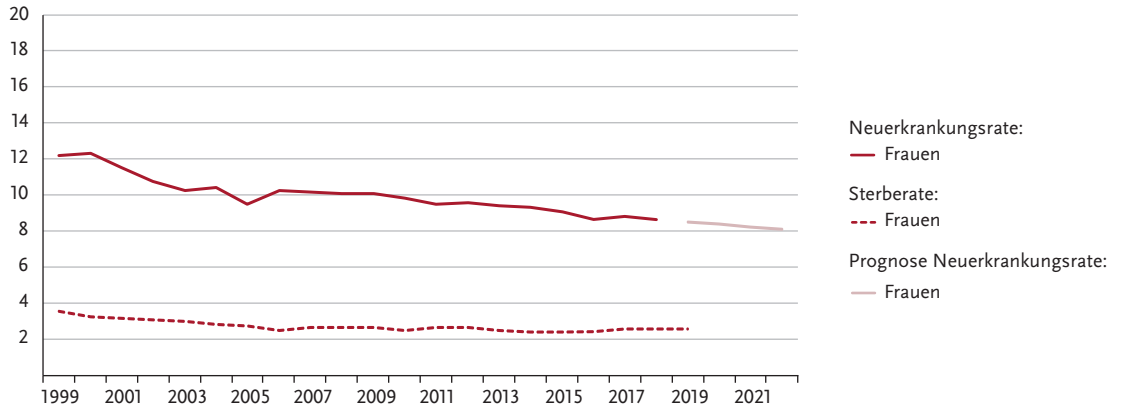


Abbildung 3.19.1b
Absolute Zahl der Neuerkrankungs- und Sterbefälle, ICD-10 C53, Deutschland 1999–2018/2019,
Prognose (Inzidenz) bis 2022

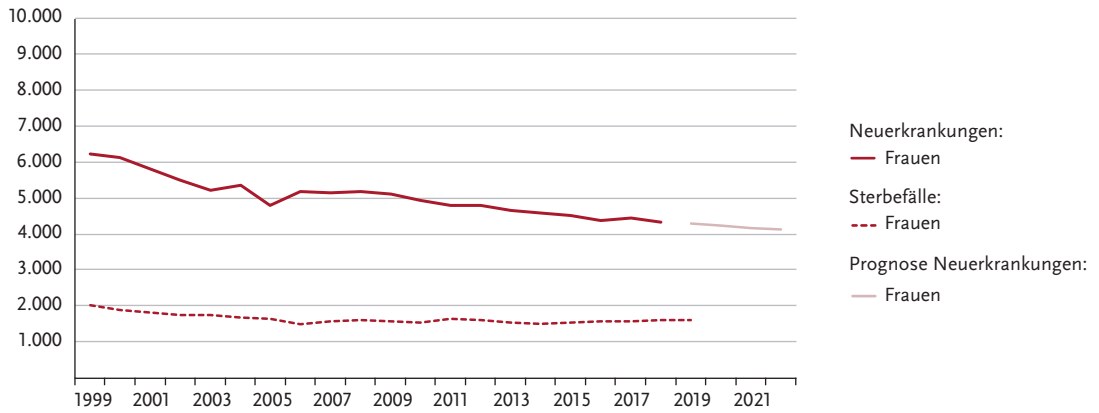


Abbildung 3.19.2
Altersspezifische Neuerkrankungsraten, ICD-10 C53, Deutschland 2017–2018
je 100.000

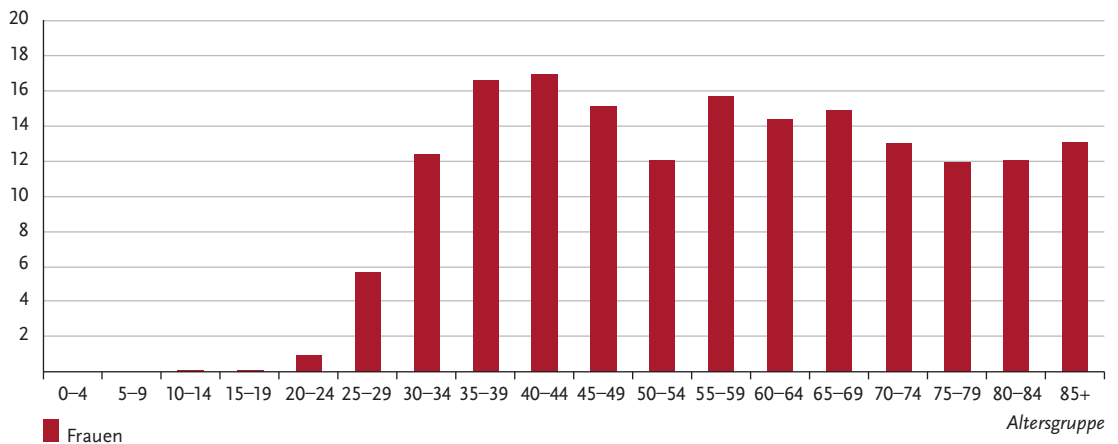


Tabelle 3.19.2
Erkrankungs- und Sterberisiko in Deutschland nach Alter, ICD-10 C53, Datenbasis 2018

Frauen im Alter von	Erkrankungsrisiko				Sterberisiko			
	in den nächsten 10 Jahren		jemals		in den nächsten 10 Jahren		jemals	
15 Jahren	< 0,1 %	(1 von 12.300)	0,8 %	(1 von 130)	< 0,1 %	(1 von 437.900)	0,3 %	(1 von 340)
25 Jahren	0,1 %	(1 von 1.100)	0,8 %	(1 von 130)	< 0,1 %	(1 von 11.500)	0,3 %	(1 von 340)
35 Jahren	0,2 %	(1 von 620)	0,7 %	(1 von 150)	< 0,1 %	(1 von 4.600)	0,3 %	(1 von 350)
45 Jahren	0,1 %	(1 von 730)	0,5 %	(1 von 190)	< 0,1 %	(1 von 2.500)	0,3 %	(1 von 380)
55 Jahren	0,1 %	(1 von 700)	0,4 %	(1 von 250)	0,1 %	(1 von 1.600)	0,2 %	(1 von 440)
65 Jahren	0,1 %	(1 von 740)	0,3 %	(1 von 370)	0,1 %	(1 von 1.400)	0,2 %	(1 von 570)
75 Jahren	0,1 %	(1 von 1.000)	0,2 %	(1 von 650)	0,1 %	(1 von 1.500)	0,1 %	(1 von 860)
Lebenszeitrisiko			0,8 %	(1 von 130)			0,3 %	(1 von 340)

Abbildung 3.19.3
Verteilung der UICC-Stadien bei Erstdiagnose, ICD-10 C53, Deutschland 2017–2018
oben: nach 7. Auflage TNM; unten: nach 8. Auflage TNM.
Der DCO-Anteil betrug 4%. Für 43% der übrigen Fälle konnte kein UICC-Stadium zugeordnet werden.

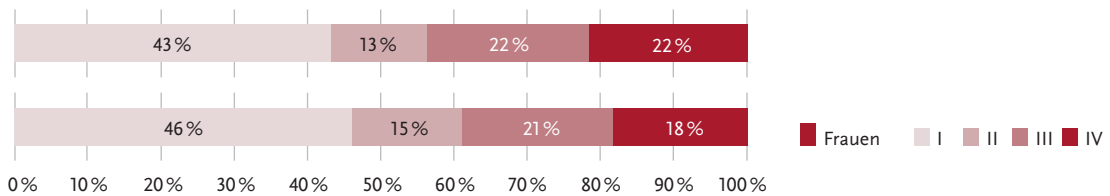


Abbildung 3.19.4
Absolute und relative Überlebensraten bis 10 Jahre nach Erstdiagnose, ICD-10 C53, Deutschland 2017–2018

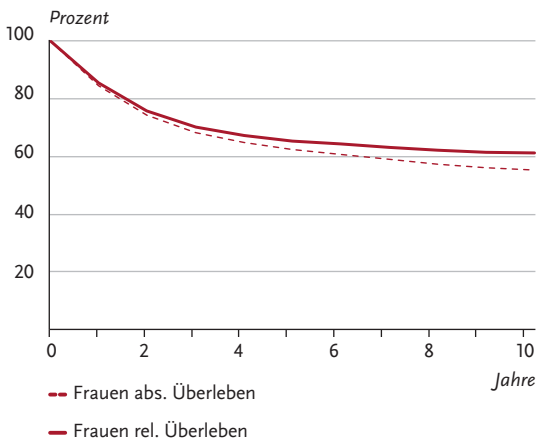


Abbildung 3.19.5
Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadium (7. Auflage TNM), ICD-10 C51, Deutschland 2016–2018

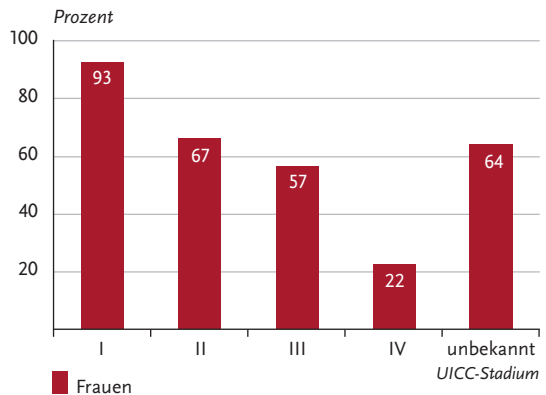


Abbildung 3.19.6

Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten in den Bundesländern, ICD-10 C53, 2017–2018
je 100.000 (alter Europastandard)

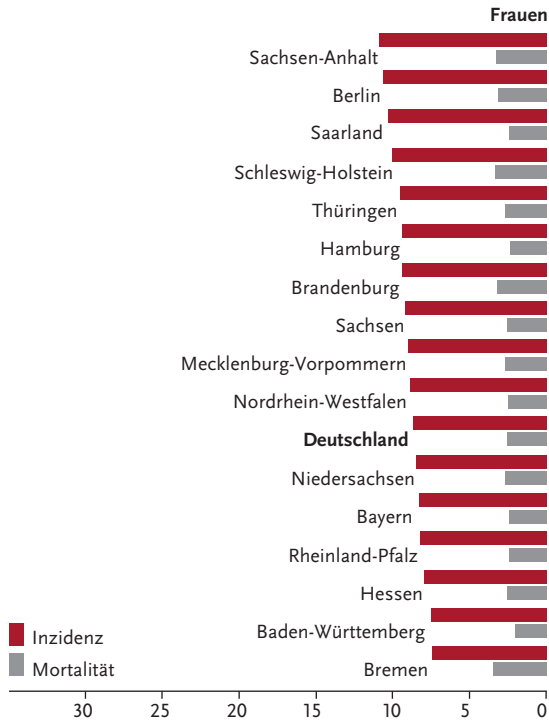


Abbildung 3.19.7

Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten im internationalen Vergleich,
ICD-10 C53, 2017–2018 oder letztes verfügbares Jahr (Einzelheiten und Datenquellen s. Anhang)
je 100.000 (alter Europastandard)

