

3.7 Lunge

Kernaussagen

- ▶ **Inzidenz und Mortalität:** Im Jahr 2004 erkrankten ca. 13.200 Frauen und 33.000 Männer an Lungenkrebs. Die Zahl der jährlichen Erkrankungsfälle hat sich bei den Frauen seit 1980 fast verdreifacht. Nur ein geringer Anteil dieses Anstiegs ist auf die demografische Entwicklung zurückzuführen. Bei Männern sind dagegen die Inzidenzraten seit Anfang der 1990er-Jahre kontinuierlich gesunken. Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung sind die jährlichen Neuerkrankungszahlen dennoch leicht gestiegen. Die Entwicklung der Mortalität verlief bei beiden Geschlechtern weitgehend analog zur Inzidenz.
- ▶ **Überlebensraten:** Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten beim Lungenkrebs haben sich seit den 1980er-Jahren von etwa 10 % auf 18 % (Frauen) bzw. 15 % (Männer) verbessert.
- ▶ **Prävalenz:** Im Jahr 2004 lebten in Deutschland etwa 42.200 Männer und 18.600 Frauen, bei denen Lungenkrebs in den zurückliegenden fünf Jahren diagnostiziert wurde (5-Jahres-Prävalenz). Während die Prävalenz der Männer bei abnehmender Erkrankungshäufigkeit allein aufgrund der demografischen Entwicklung noch leicht zugenommen hat, haben sich die Prävalenzen der Frauen zwischen 1990 und 2004 mehr als verdoppelt. Mehr als jede zweite Lungenkrebspatientin und zwei von drei männlichen Lungenkrebspatienten waren 2004 zwischen 60 und 79 Jahre alt. Für das Jahr 2010 ergibt sich hochgerechnet eine 5-Jahres-Prävalenz von 46.300 Männern und 20.500 Frauen.

Hintergrund

Bösartige Tumoren von Lunge, Bronchien und Luftröhre sind zu jeweils etwa einem Drittel Plat-

tenepithel- oder Adenokarzinome. Kleinzellige, zu den neuroendokrinen Tumoren zählende Karzinome mit Neigung zu früher Metastasierung werden bei ca. 20 % der Erkrankten nachgewiesen.

Die wichtigste Ursache für Lungenkrebs ist das Tabakrauchen. Bei Frauen sind bis zu 60 %, bei Männern bis zu 90 % der Lungenkrebserekrankungen auf das aktive Zigarettenrauchen zurückzuführen. Dabei steigt das Erkrankungsrisiko der Raucher dosisabhängig mit der Anzahl der im Laufe des Lebens gerauchten Zigaretten. Das individuelle Erkrankungsrisiko starker Raucher kann mehr als 20-mal höher ausfallen als das von Nichtrauchern. Bei ehemaligen Rauchern sinkt das Lungenkrebsrisiko mit jedem Jahr der Nikotinabstinenz. Ein erhöhtes Risiko liegt auch bei Passivrauchern vor.

In Gegenden mit hoher natürlicher Radonbelastung kann vor allem in Gebäuden (u. a. durch Freisetzung aus Baumaterialien) eine erhöhte Konzentration dieses radioaktiven Gases das Lungenkrebsrisiko erhöhen. Der Einfluss von weiteren Umwelteinflüssen, z. B. Feinstaub, ist vermutlich vorhanden, das Ausmaß jedoch noch Gegenstand der Forschung. Gleiches gilt für den Einfluss genetischer Faktoren. Berufliche Expositionen gegenüber verschiedenen kanzerogenen Stoffen (Asbest, Arsen, Chrom, aromatische Kohlenwasserstoffe u. a.), die vorwiegend an Arbeitsplätzen der 1950er- und 1960er-Jahre auftraten, können auch heute noch in einigen Fällen zu Lungenkrebs führen. Aufgrund des Fehlens effektiver Früherkennungsmaßnahmen, befindet sich die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Diagnose bereits in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium.

Bei kleinzelligen Karzinomen ist aufgrund der Neigung zu okkulten (verborgenen, kleinsten) Fernmetastasen die primäre Chemotherapie die Regel, eventuell in Kombination mit Bestrahlung. Nicht-kleinzellige Karzinome werden dagegen in der Regel primär operativ behandelt. Primär inoperable ausgedehnte Tumoren können gegebenenfalls nach präoperativer Chemo- oder Radio-Chemo-Therapie operiert werden. Palliativ kommt eine Strahlentherapie, auch in Kombination mit Chemotherapie, zum Einsatz.

Trends von Inzidenz, Mortalität und Überlebensraten

Bei den Männern ist seit etwa 1990 ein rückläufiger Trend der Lungenkrebsinzidenz erkennbar, der alle Altersgruppen betrifft. Dagegen nehmen die Inzidenzraten bei den Frauen seit den 1980er-Jahren in allen Altersgruppen erheblich zu (Abbildung 3.7.1 und 3.7.2). Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate ist bei den Männern in diesem Zeitraum um etwa 15 % gesunken, während sie sich bei den Frauen mehr als verdoppelt hat. Die zeitliche Entwicklung der Sterberaten unterscheidet sich bei Frauen und Männern kaum von der Entwicklung der Neuerkrankungsraten. Die gegenläufigen Trends bei beiden Geschlechtern sind im Wesentlichen auf die sich unterschiedlich entwickelnden Rauchgewohnheiten von Frauen und Männern in den zurückliegenden Jahrzehnten zurückzuführen.

Bei den Männern in Deutschland nahm die Zahl der jährlich neu aufgetretenen Erkrankungen an Lungenkrebs, trotz rückläufiger altersstandardisierter Erkrankungsrate, ausschließlich aufgrund demografischer Veränderungen weiter leicht zu. Im Jahr 2004 erkrankten insgesamt nahezu 33.000 Männer neu an Lungenkrebs. Bei den Frauen haben ansteigende altersstandardisierte Inzidenzraten zusammen mit dem demografischen Wandel zu einer ganz erheblichen Zunahme der Erkrankungszahlen geführt. Von ca. 4.500 Erkrankungen im Jahr 1980 sind die Erkrankungszahlen bis zum Jahr 2004 nahezu auf das Dreifache (13.200) angestiegen.

In Deutschland verbesserten sich die relativen 5-Jahres-Überlebensraten von 10 % in den 1980er-Jahren auf 18 % bei Frauen bzw. 15 % bei Männern im Zeitraum von 2000 bis 2004.

Prävalenz

Im Jahr 2004 lebten in Deutschland etwa 42.200 Männer und 18.600 Frauen mit Lungenkrebs, der in den fünf Jahren zuvor aufgetreten war. Bei insgesamt ca. 55.400 Männern und 23.700 Frauen lag die Diagnosestellung bis zu zehn Jahre zurück (Tabelle 3.7.1). Etwa 30 % der betroffenen Frauen und gut 20 % der erkrankten Männer waren jünger als 60 Jahre (Abbildung 3.7.3).

Die Prävalenzen der Männer sind seit 1990 zwischen 15 % (1-Jahres-Prävalenz) und 45 % (10-Jahres-Prävalenz) angestiegen (Abbildung 3.7.4). Diese Entwicklung ist, bei rückläufigen Inzidenzraten, ganz überwiegend auf die demografischen Veränderungen zurückzuführen und findet sich daher speziell in den Altersgruppen mit starker Bevölkerungszunahme, d.h. bei den 60 bis 79-Jährigen (Abbildung 3.7.5). Vor allem für die etwas stärker angestiegenen 5- und 10-Jahres-Prävalenzen spielen auch die verbesserten Überlebensebenen eine Rolle. Entsprechend der deutlich gestiegenen Inzidenzraten findet sich bei den Frauen eine erheblich stärkere Zunahme der Prävalenzen um bis zu 150 % (Tabelle 3.7.2), wobei der Anstieg in allen Altersgruppen relativ gleichmäßig ausfiel.

Für das Jahr 2010 ergeben sich hochgerechnete 5-Jahres-Prävalenzen von 46.300 Männern und 20.500 Frauen.

Fazit

Während die Prävalenzen bei den Männern mit Lungenkrebs seit 1990 trotz gesunkener Erkrankungsrate vor allem aufgrund der demografischen Veränderungen nur noch leicht angestiegen sind, haben sich die entsprechenden Zahlen bei den Frauen im gleichen Zeitraum mehr als verdoppelt. In erster Linie waren hierfür die deutlich gestiegenen Neuerkrankungsraten verantwortlich.

Bei einer Fortsetzung der bisherigen Trends der Inzidenz würde die 5-Jahres-Prävalenz im Jahr 2010 bei den Männern etwas niedriger und bei den Frauen höher als die errechneten 46.300 bzw. 20.500 liegen.

Abbildung 3.7.1
Jährliche Neuerkrankungs- und Sterbefälle sowie altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten (Europastandard) nach Geschlecht, Deutschland 1980–2004, ICD-10 C33, 34

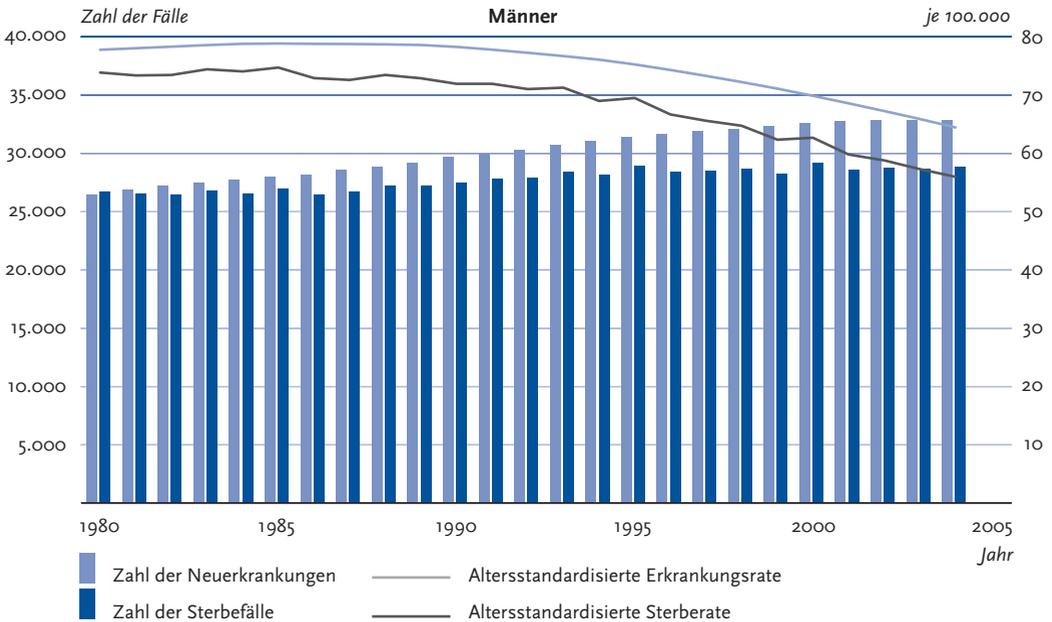
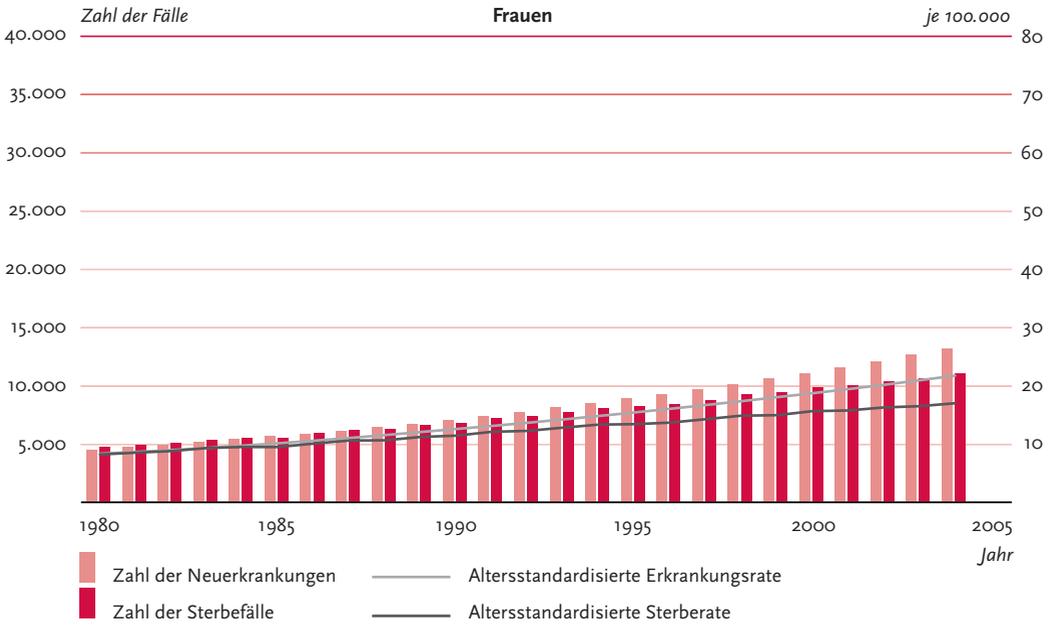


Abbildung 3.7.2
 Altersspezifische Neuerkrankungsraten nach Geschlecht und Altersgruppen,
 Deutschland 1980, 1990 und 2004, ICD-10 C33, 34

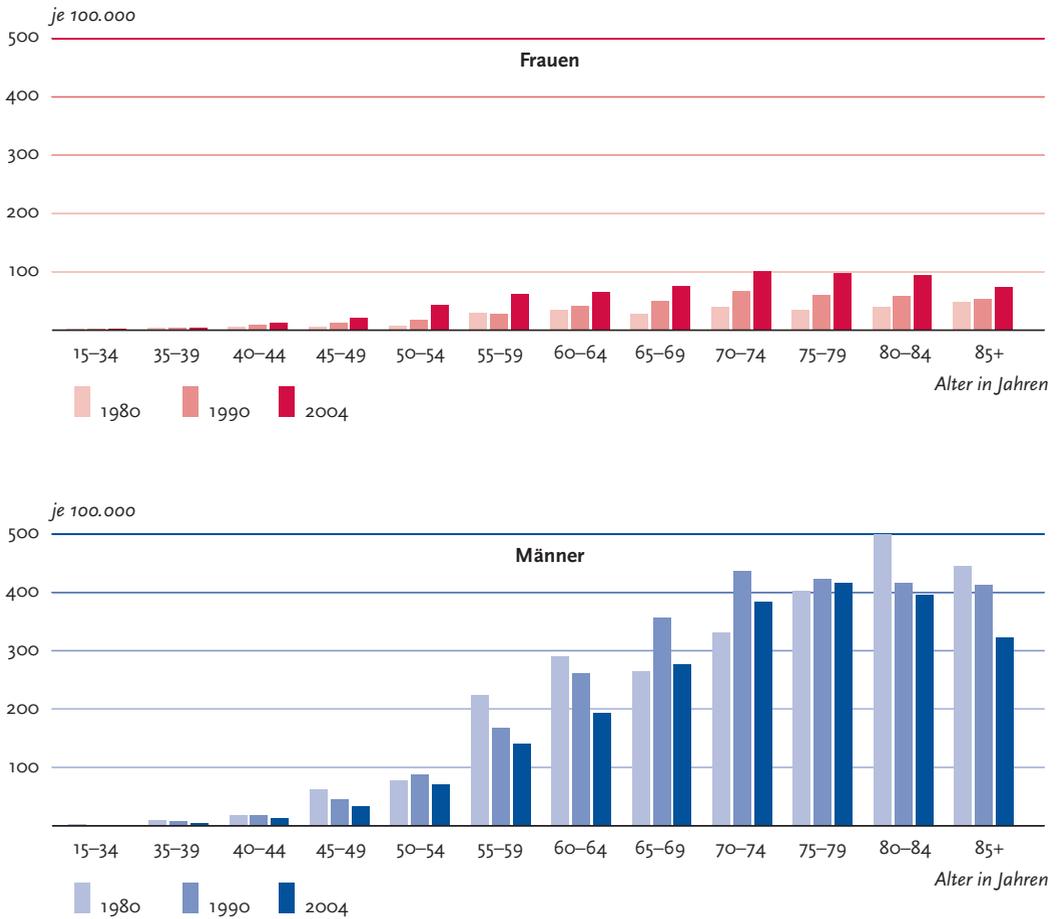


Abbildung 3.7.3
1-, 5- und 10-Jahres-Prävalenzen nach Geschlecht und Altersgruppen,
Deutschland 2004, ICD-10 C33, 34

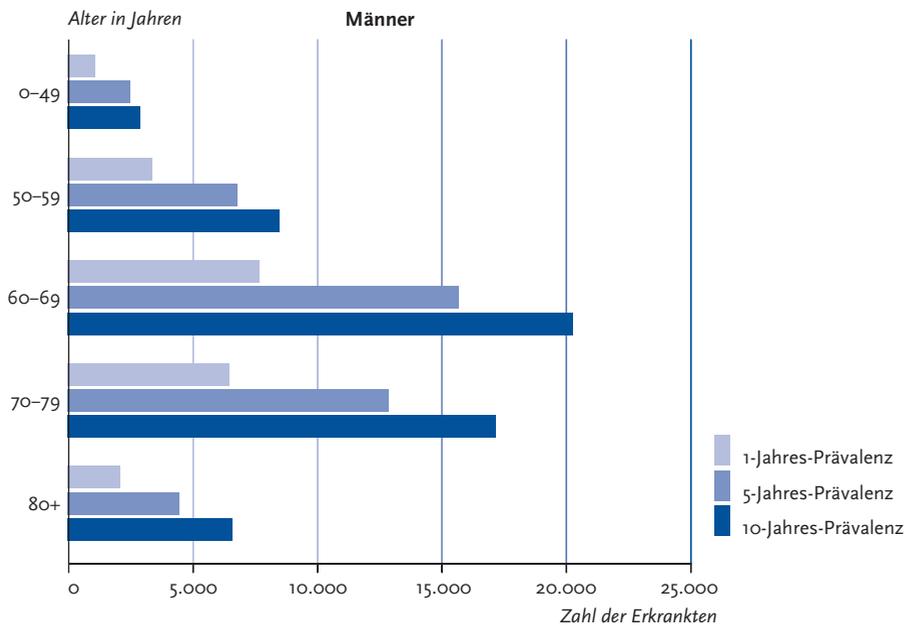
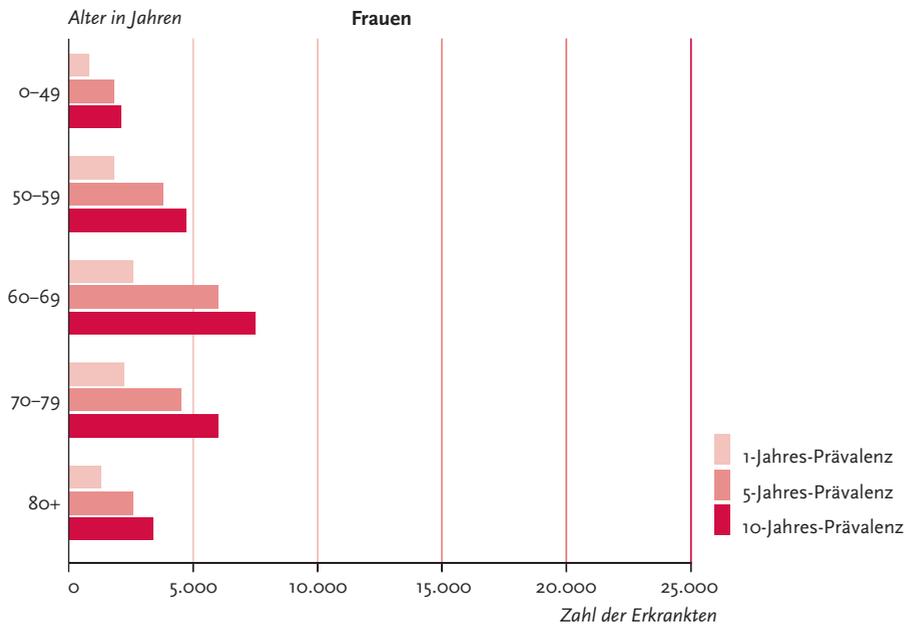


Abbildung 3.7.4

1-, 3-, 5- und 10-Jahres-Prävalenzen nach Geschlecht, Deutschland 1990–2004 mit Projektion bis 2010, ICD-10 C33, 34

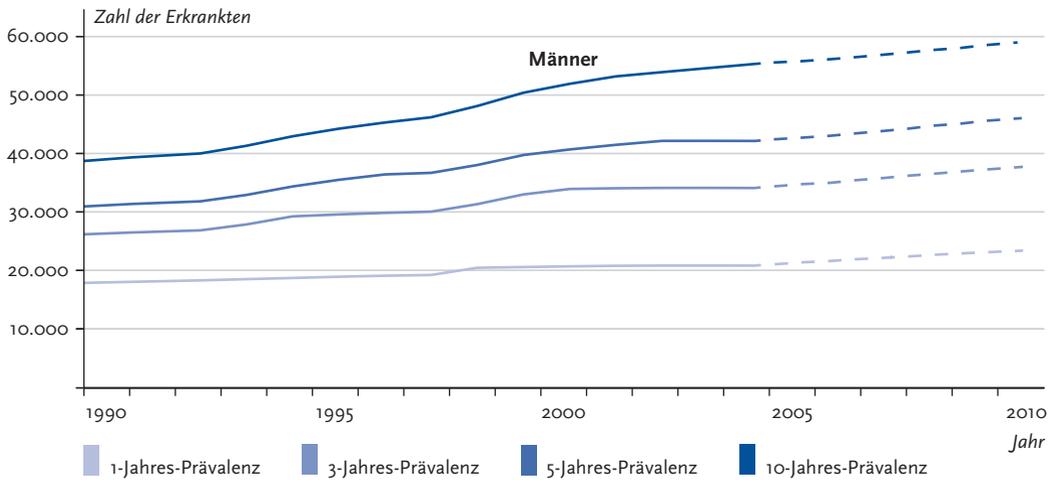
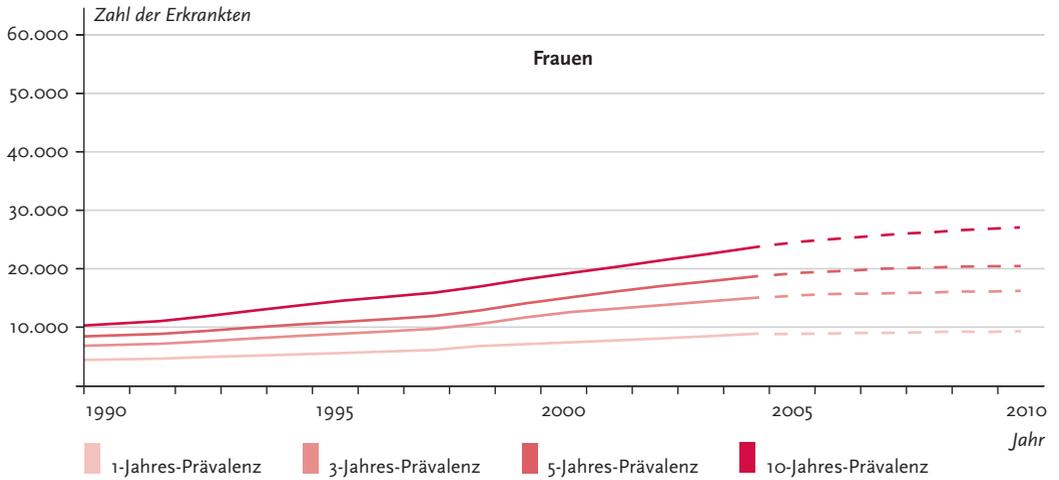


Abbildung 3.7.5
 5-Jahres-Prävalenzen nach Geschlecht und Altersgruppen, Deutschland 1990–2004 mit Projektion bis 2010, ICD-10 C33, 34

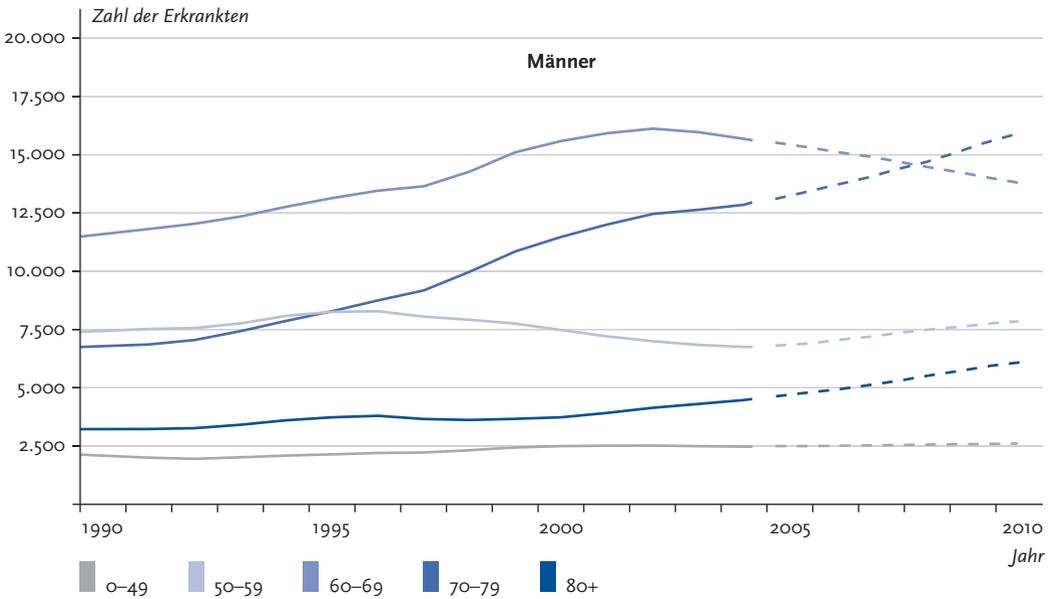
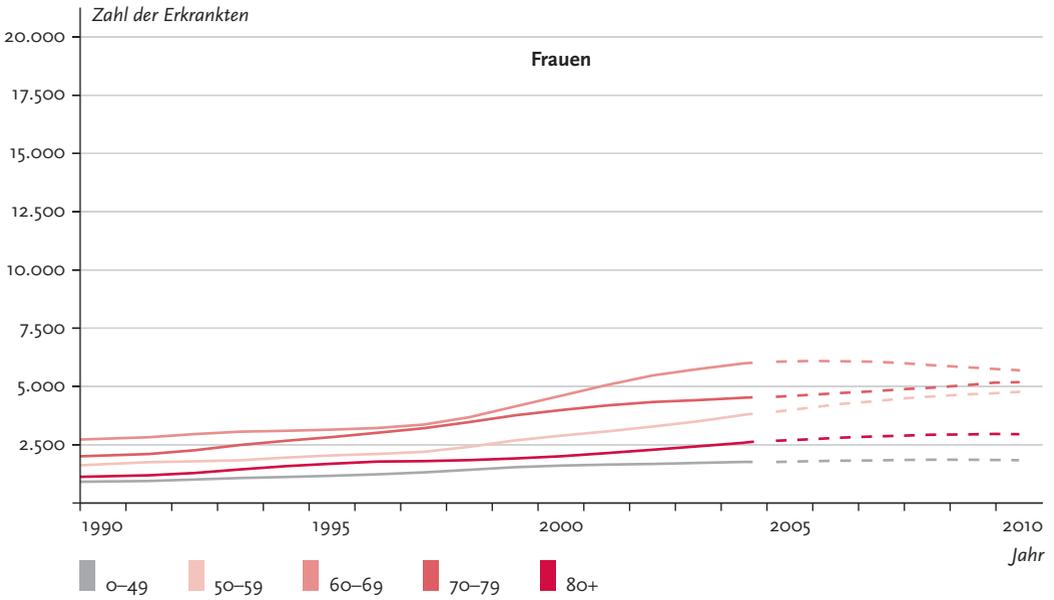


Tabelle 3.7.1

Prävalenzen nach Geschlecht und Altersgruppen, Zahl der Erkrankten und prozentualer Bevölkerungsanteil, Deutschland 2004, ICD-10 C33, 34

Alter in Jahren	1-Jahres-Prävalenz		2-Jahres-Prävalenz		3-Jahres-Prävalenz		5-Jahres-Prävalenz		10-Jahres-Prävalenz	
	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil
Frauen										
0-49	800	<0,01	1.200	<0,01	1.500	0,01	1.800	0,01	2.100	0,01
50-59	1.800	0,04	2.600	0,05	3.100	0,06	3.800	0,08	4.700	0,09
60-69	2.600	0,05	3.900	0,07	4.800	0,09	6.000	0,11	7.500	0,14
70-79	2.200	0,06	3.000	0,08	3.600	0,09	4.500	0,12	6.000	0,16
80+	1.300	0,05	1.700	0,07	2.100	0,08	2.600	0,10	3.400	0,13
Gesamt	8.800	0,02	12.400	0,03	15.000	0,04	18.600	0,04	23.700	0,06
Männer										
0-49	1.100	<0,01	1.700	0,01	2.000	0,01	2.500	0,01	2.900	0,01
50-59	3.400	0,07	4.600	0,09	5.500	0,11	6.800	0,14	8.500	0,17
60-69	7.700	0,15	10.700	0,21	12.800	0,25	15.700	0,31	20.300	0,40
70-79	6.500	0,24	8.600	0,31	10.300	0,38	12.900	0,47	17.200	0,63
80+	2.100	0,22	2.900	0,30	3.500	0,36	4.500	0,46	6.600	0,68
Gesamt	20.800	0,08	28.600	0,11	34.200	0,13	42.200	0,16	55.400	0,21

Tabelle 3.7.2

Prozentuale Veränderung der Prävalenzen und der Bevölkerungszahlen nach Geschlecht und Altersgruppen in Deutschland zwischen 1990 und 2004, ICD-10 C33, 34

Alter in Jahren	1-Jahres-Prävalenz	2-Jahres-Prävalenz	3-Jahres-Prävalenz	5-Jahres-Prävalenz	10-Jahres-Prävalenz	Bevölkerung
Frauen						
0-49	+113 %	+118 %	+109 %	+94 %	+99 %	-1 %
50-59	+120 %	+127 %	+133 %	+134 %	+150 %	-5 %
60-69	+99 %	+115 %	+119 %	+120 %	+122 %	+14 %
70-79	+94 %	+114 %	+122 %	+126 %	+141 %	+14 %
80+	+96 %	+117 %	+125 %	+131 %	+136 %	+18 %
Gesamt	+102 %	+118 %	+122 %	+123 %	+132 %	+3 %
Männer						
0-49	-5 %	+7 %	+14 %	+16 %	+15 %	-1 %
50-59	-21 %	-17 %	-14 %	-9 %	-6 %	-7 %
60-69	+20 %	+28 %	+32 %	+37 %	+43 %	+45 %
70-79	+60 %	+74 %	+82 %	+90 %	+102 %	+61 %
80+	+10 %	+21 %	+29 %	+39 %	+43 %	+16 %
Gesamt	+17 %	+25 %	+30 %	+36 %	+43 %	+5 %