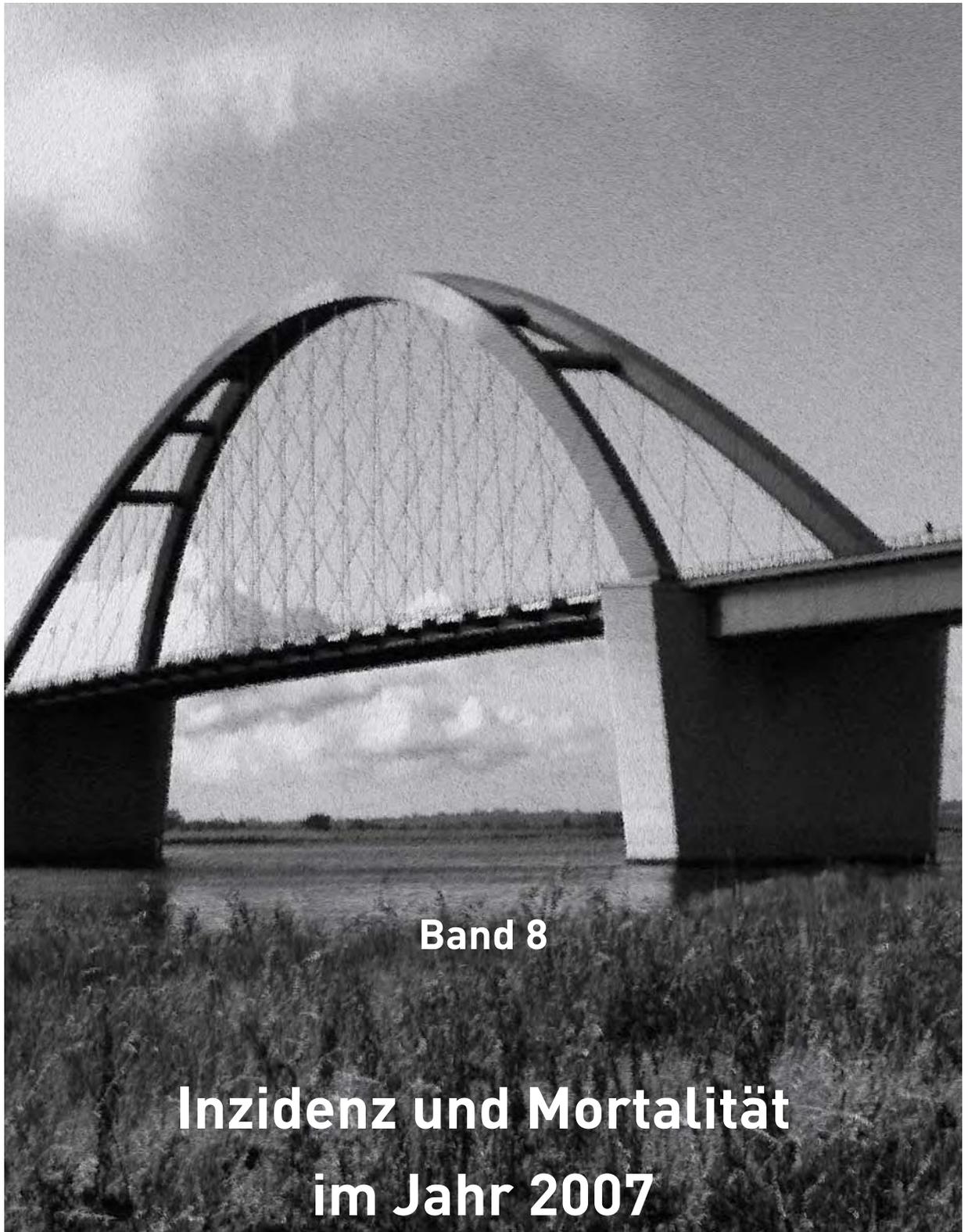


Krebs in Schleswig-Holstein



Band 8

**Inzidenz und Mortalität
im Jahr 2007**

Krebs in Schleswig-Holstein

Band 8
Inzidenz und Mortalität
im Jahr 2007

Ron Pritzkeleit
Miriam Holzmann
Heiner Raspe
Alexander Katalinic

Die Deutsche Bibliothek — CIP-Einheitsaufnahme

Ein Titeldatensatz für diese Publikation
ist bei Der Deutschen Bibliothek erhältlich.

Impressum:

Institut für Krebsepidemiologie e.V.
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel.: 0451 / 500 5440
E-mail: info@krebsregister-sh.de
Internet: www.krebsregister-sh.de

© Institut für Krebsepidemiologie e.V. 2010

Druck und Verlag: Schmidt-Römhild, Lübeck
Titelbild: Fehmarnsundbrücke, nachbearbeitet
Originalfoto: www.wikipedia.de

ISBN 978-3-7950-7075-5



Vorwort

In den letzten Jahren hat sich die Registrierung und Darstellung von Krebserkrankungen zu einem festen Bestandteil in der Gesundheitsberichterstattung in Schleswig-Holstein entwickelt. Dank einer inzwischen sehr guten Datengrundlage – das Robert Koch-Institut geht für das Jahr 2007 erneut von einer vollzähligen Krebsregistrierung in Schleswig-Holstein aus – lässt sich die epidemiologische Entwicklung immer besser beurteilen.

Mit steigender Erhebungsdichte können die schleswig-holsteinischen Krebsregisterdaten zunehmend zur Abklärung von Erkrankungsentwicklungen herangezogen werden. So hat das Krebsregister im Jahr 2009 mehrere Anfragen zu vermuteten lokalen Krebshäufungen in Schleswig-Holstein bearbeitet.

Um die Daten des Krebsregisters Schleswig-Holstein zukünftig noch umfassender nutzen zu können, wurden verschiedene Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der Datenqualität beschlossen. Eine der Maßnahmen gilt dem Ziel, den Anteil an Krebserkrankten, die dem Register ausschließlich aufgrund einer Todesbescheinigung bekannt sind, auf ein international übliches Niveau abzusenken. Außerdem soll in Zukunft der wichtige Parameter „Überlebenszeit nach Krebs“ durch die Berücksichtigung von Wegzügen aus Schleswig-Holstein noch genauer berechnet werden.

Insgesamt kann trotz bestehender Optimierungsmöglichkeiten festgestellt werden, dass das Krebsregister Schleswig-Holstein heute zu Recht als eines der führenden Krebsregister in Deutschland angesehen wird. Dies haben wir dem laufenden Zusammenwirken von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Praxen und Kliniken zu verdanken, deren gemeinschaftliche Berichtstätigkeit in diesem Jahresbericht zusammengefasst wird.

Ihnen gilt mein Dank für ihr Engagement; den Leserinnen und Lesern dieser Veröffentlichung wünsche ich eine informative Lektüre.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Heiner Garg'. The signature is fluid and cursive, written on a light-colored background.

Dr. Heiner Garg

Minister für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein

Beteiligt an der Erhebung der Daten und an der Erstellung dieser Publikation waren:

Cordelia Andreßen¹, Valentin Babaev¹, Iris Braun¹, Wolfgang Dahncke¹, Ulrike Gerdemann², Sabine Grunert¹, Miriam Holzmann², Manuela Jürss¹, Alexander Katalinic², Anja Korthals¹, Sabine Löwig², Annelore Maronga¹, Grit Morawski¹, Annika Pichura¹, Kerstin Polenz², Ron Pritzkeleit², Andrea Ramm¹, Heiner Raspe², Anke Richter², Maren Saldsieder¹, Tina Schmidt¹, Birgit Schwarz¹, Helge Strauß¹, Jutta Tobis², Cornelia Ubert¹, Thomas Wiegmann¹, Annette Wulff¹, Patricia Zahn¹

¹ Ärztekammer Schleswig-Holstein - Vertrauensstelle

² Institut für Krebs Epidemiologie e.V. - Registerstelle

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Begriffsbestimmungen und Abkürzungen	7
Zusammenfassung	9
Methodische Hinweise	11
Datengrundlage.....	11
Dokumentation und Kodierung	11
Vollzähligkeit der Registrierung	12
Verlauf.....	12
Tabellarische Darstellungen.....	12
Kartographische Darstellungen	13
Maßzahlen.....	14
Zugrunde liegende Bevölkerung.....	15
Übersichtskarte Schleswig-Holstein	16
Krebs gesamt – Übersicht über das Krebsgeschehen in Schleswig-Holstein	17
Situation in Deutschland	18
Situation in Schleswig-Holstein.....	18
Verlauf.....	20
Diagnosespektrum	21
Häufigste Krebserkrankungen und Krebstodesursachen in Schleswig-Holstein.....	23
Verlauf von Inzidenz und Mortalität einzelner Tumorgruppen	24
Regionale Aspekte.....	25
Einzeltumoren und Tumorgruppen	29
Mund und Rachen (C00-C14).....	30
Speiseröhre (C15)	32
Magen (C16)	34
Darm (C18-C21)	36
Leber (C22)	38
Bauchspeicheldrüse (C25)	40
Kehlkopf (C32)	42
Lunge (C33-C34).....	44
Malignes Melanom der Haut (C43).....	46
Sonstige Haut (C44).....	48
Brust (C50).....	50
Gebärmutterhals (C53)	52
Gebärmutterkörper (C54-C55)	54
Eierstock (C56)	56
Prostata (C61)	58
Hoden (C62)	60
Niere (C64).....	62
Harnblase (C67)	64
Gehirn und zentrales Nervensystem (C70-C72).....	66
Schilddrüse (C73)	68
Hodgkin-Lymphom (C81).....	70
Non-Hodgkin-Lymphome (C82-C85)	72
Immunproliferative und plasmazelluläre Krankheiten (C88, C90).....	74
Leukämien (C91-C95)	76
Übersichtstabellen zu Inzidenz und Mortalität 2007 — Fallzahlen und Raten	79
Anhang	85
Krebsregistrierung in Schleswig-Holstein	86
Aktivitäten des Krebsregisters Schleswig-Holstein in den Jahren 2008/2009	88
DCO-Anteile.....	90
Wohnbevölkerung in Schleswig-Holstein.....	92
Literatur.....	93
Faltblatt zu Krebshäufungen	95

Allgemeine Begriffsbestimmungen und Abkürzungen

Epidemiologie	Lehre von Häufigkeiten und Verteilungen von Krankheiten, Gesundheitsstörungen und deren Ursachen in der Bevölkerung
Inzidenz	Neuerkrankung
Mortalität	Sterblichkeit
Invasiver Tumor	Bösartiger Tumor, der in das umgebende Gewebe einwächst
Tumor in situ	Frühform einer bösartigen Tumorerkrankung, lokal beschränkt
Obligate Präkanzerose	Frühform einer bösartigen Tumorerkrankung, die regelmäßig und frühzeitig in einen invasiven Tumor übergeht
TNM-Stadium	Einteilung des Erkrankungsstadiums anhand der Ausdehnung des Primärtumors (T-Kategorie, 1-4, x = unbekannt), der Ausbreitung in die benachbarten Lymphknoten (N-Kategorie, 0-3, x) und der Fernmetastasierung (M-Kategorie, 0-1, x). Ein höheres Stadium zeigt eine schlechtere Prognose an.
UICC-Stadiengruppierung	Einteilung der UICC (International Union Against Cancer) für Tumorerkrankungen anhand der TNM-Klassifikation in grobe prognostische Gruppen (0 bis IV). Ein höheres Stadium zeigt eine schlechtere Prognose an.
Histologische Untersuchung	Mikroskopische, feingewebliche Untersuchung des Tumorgewebes zur Diagnosesicherung durch Pathologen
Autopsie	Leichenöffnung zur Ermittlung der Todesursache
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases), 10th Revision
ICD-O-3	Internationale Klassifikation der Krankheiten in der Onkologie, 3rd Edition
DCO-Fall	Krebserkrankung, die ausschließlich auf Grund einer Todesbescheinigung in das Register aufgenommen wird. (Sofern nicht anders angegeben, wird das Sterbedatum als Erkrankungsdatum angenommen.)
M/I	Verhältnis zwischen Mortalität und Inzidenz
HV	histologisch (bzw. zytologisch) gesichert (histologically verified)
PSU	Anteil der Fälle mit unbekanntem Primärtumor (primary site unknown)
o.n.A.	ohne nähere Angabe (in Tabellen zur Lokalisation bzw. Histologie)
n.n.bez.	nicht näher bezeichnet (in Tabellen zur Lokalisation bzw. Histologie)
IARC	International Agency for Research on Cancer
ASR[E]	Altersstandardisierte Rate nach dem Europastandard
LKRG	Landeskrebsregistergesetz
AAPC	Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung (Average Annual Percentage Change)
Nb.	Neubildung

Im Bereich „Methodische Vorbemerkungen - Maßzahlen“ finden Sie weitere Hinweise zu den in diesem Bericht verwendeten Zahlen und Raten.

Eine Anmerkung der Autoren:

Auf einen gleichzeitigen Gebrauch der weiblichen und männlichen Bezeichnungen wurde zugunsten der besseren Lesbarkeit des Berichtes verzichtet. Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass mit der Verwendung des Wortes „Patient“ beide Geschlechter, also Patientinnen und Patienten, gemeint sind. Gleiches gilt für den Begriff „Arzt“, unter dem Ärztinnen und Ärzte zu verstehen sind.

Kernaussagen des Jahresberichtes 2007

In Schleswig-Holstein erkrankten 12.072 Männer und 10.970 Frauen im Jahr 2007 neu an einer Krebserkrankung. Die Neuerkrankungszahlen für Krebs insgesamt sind damit gegenüber dem Vorjahresniveau nur geringfügig angestiegen.

Die Inzidenzraten für Brust-, Prostata- und Lungenkrebs haben sich im Jahr 2007 stabilisiert, liegen aber weiterhin deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (+ 20 bis 30%). Für Darmkrebs deutet sich ein geringfügiger Rückgang der Erkrankungszahlen an.

Der mittelfristige Zeittrend der Krebsinzidenz insgesamt ist relativ konstant. Rückgänge sind beim männlichen Lungenkrebs, bei Magenkrebs und bei den Tumoren der weiblichen Genitalorgane festzustellen. Lungenkrebs bei Frauen und Hodenkrebs zeigen ansteigende Trends.

Die Sterblichkeit von Krebs insgesamt geht jährlich um etwa 2% zurück.

Zusammenfassung

Der achte Band von „Krebs in Schleswig-Holstein“ liefert aktuelle Zahlen zur Gesundheitsberichterstattung von Krebserkrankungen in Schleswig-Holstein im Diagnosejahr 2007. Nachdem sich die grundlegende Überarbeitung des Jahresberichtes im letzten Jahr bewährt hat, wurde der Bericht in diesem Design fortgeführt. Neuerkrankungen (Inzidenz) und Sterblichkeit (Mortalität) sind im Bericht wieder konsequent gegenübergestellt. Die Prognosen für die Fallzahlen des aktuellen Kalenderjahres (2010) und Angaben über die dokumentierten Therapien sind jetzt fester Bestandteil der Berichterstattung.

Der aktuelle Bericht beruht auf dem Datenbestand des Krebsregisters Schleswig-Holstein vom Oktober 2009 und befasst sich mit den im Jahr 2007 neu an Krebs erkrankten Patienten in Schleswig-Holstein. Für das Diagnosejahr 2007 wurden insgesamt 52.270 Meldungen aus Praxen, Kliniken, Pathologi-

en und Gesundheitsämtern (Todesbescheinigungen) in der Vertrauensstelle (an der Ärztekammer) und Registerstelle des Krebsregisters (am Institut für Krebs epidemiologie) verarbeitet. Im Jahr 2007 wurde in Schleswig-Holstein bei 23.042 Männern und Frauen eine neu aufgetretene Krebserkrankung diagnostiziert. Ohne Berücksichtigung des epithelialen Hautkrebses (ICD-10: C44, „weißer Hautkrebs“) – wie dies international üblich ist – erkrankten immer noch 17.699 Menschen in Schleswig-Holstein neu an Krebs.

Einen ersten Überblick über die erfassten Krebserkrankungen und die Krebssterbefälle für das Jahr 2007 gibt die Übersichtstabelle unten auf dieser Seite.

Verglichen mit dem Vorjahr (2006) ist die Erkrankungszahl insgesamt nur geringfügig angestiegen (2006: Krebs insgesamt: 22.214, siehe Krebs in Schleswig-Holstein, Band 7).

Neben den Zahlen zum Auftreten bösartiger Neubildungen werden in Kooperation mit dem Statis-

Krebsneuerkrankungen und -sterblichkeit im Jahr 2007 in Schleswig-Holstein

	Inzidenz (Neuerkrankungen)				Mortalität (Sterblichkeit)			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	Fallzahl	ASR[E]	Fallzahl	ASR[E]	Fallzahl	ASR[E]	Fallzahl	ASR[E]
Mund und Rachen	335	18,8	120	6,4	106	5,8	39	1,8
Speiseröhre	169	9,0	61	2,4	137	7,2	56	2,0
Magen	339	17,5	283	11,0	178	9,1	149	5,6
Darm	1.171	59,3	1.146	42,9	374	18,6	388	12,7
Leber	125	6,5	75	2,7	97	5,0	70	2,4
Bauchspeicheldrüse	254	12,8	283	10,1	240	12,0	242	8,1
Kehlkopf	126	7,0	21	0,9	43	2,4	9	0,3
Lunge	1.384	70,8	636	29,1	1.067	54,6	448	19,8
Malignes Melanom der Haut	258	14,4	285	14,6	42	2,3	36	1,4
Sonstige Haut	2.770	138,2	2.573	105,4	4	0,2	3	0,1
Brust	22	1,1	2.777	136,2	11	0,6	666	28,5
Gebärmutterhals			194	11,5			59	2,9
Gebärmutterkörper			398	17,4			66	2,3
Eierstock			342	15,4			208	8,2
Prostata	2.583	126,9			409	19,8		
Hoden	164	12,1			8	0,5		
Niere	268	14,3	178	7,3	64	3,2	62	2,4
Harnblase	743	36,9	235	9,4	127	6,2	64	1,9
Gehirn und ZNS	118	6,8	87	4,9	105	5,6	86	4,2
Schilddrüse	39	2,3	74	4,2	5	0,3	12	0,5
Hodgkin-Lymphom	37	2,4	39	2,6	5	0,2	7	0,2
Non-Hodgkin-Lymphome	272	14,7	230	10,1	81	4,2	68	2,3
Immunprolif., plasmazell. Nb.	124	6,1	111	4,4	63	3,1	63	2,0
Leukämien	221	12,5	195	8,9	110	5,8	106	4,1
Krebs gesamt	12.072	619,7	10.970	482,2	3.835	195,0	3.460	133,6
Krebs gesamt (ohne sonst. Haut)	9.302	481,5	8.397	376,8	3.831	194,7	3.457	133,5

ASR[E] – Altersstandardisierte Rate mit der Europastandardbevölkerung pro 100.000 Einwohner

tischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein wieder Daten zur Krebssterblichkeit in Schleswig-Holstein vorgestellt. Insgesamt verstarben 7.295 Menschen im Jahr 2007 an einer Krebserkrankung. Dies sind etwa 200 (-3%) Krebstodesfälle weniger als im Vorjahr (2006: 7.494).

Für das Jahr 2010 ist mit einem weiteren Anstieg der Erkrankungszahlen von etwa 6,5% (gegenüber 2007) auf dann 18.300 bis 19.400 Krebsneuerkrankungen (ohne epithelialen Hautkrebs, C44) zu rechnen. Diese erwarteten Fallzahlen beruhen auf den Erkrankungsraten der Jahre 2006 und 2007, der Trendentwicklung der letzten zehn Jahre und der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung.

Im Wesentlichen ist der Anstieg der Neuerkrankungszahlen für Krebs mit dem demographischen Wandel der Bevölkerung zu begründen. Die Bevölkerung altert derzeit zunehmend und da Krebs eine Erkrankung des höheren Lebensalters ist, wird auch die Anzahl der Krebserkrankungen ansteigen.

Die Vollständigkeit der Krebserfassung hat sich weiter verbessert. Nach Schätzung des Datenzentrums für Krebsregisterdaten liegt sie wieder bei über 95% (siehe Tabelle auf S. 11). Erfreulich ist, dass auch die Vollständigkeit des Darmkrebses und die der gynäkologischen Tumoren nun sehr gut bewertet wird.

Die altersstandardisierte Inzidenz („altersbereinigte“ Inzidenz) für Krebs gesamt ist gegenüber dem Vorjahresbericht nur unwesentlich zurückgegangen.

Die Inzidenzraten von Brustkrebs und Prostatakrebs haben sich im Jahr 2007 stabilisiert, beim Prostatakrebs ist die Sterblichkeit weiter abgesunken. Ein interessanter Trend deutet sich für Darmkrebs an. Inzidenz und Sterblichkeit sinken seit einigen Jahren leicht. Der Anteil an Frühstadien (in situ) ist vom Jahr 2000 von unter 5% auf über 10% angestiegen. Ob dies erste Auswirkungen der Darmkrebsfrüherkennung mittels Darmspiegelung sein können, wird derzeit weiter untersucht.

Beim Lungenkrebs halten die langfristigen Trends, trotz einer Stagnation der Erkrankungszahlen im Jahr 2007, weiterhin an. Im mittelfristigen Trend der letzten zehn Jahre steigt die Lungenkrebsrate bei Frauen pro Jahr um 3,2% an, während sie bei Männern in der Größenordnung um etwa 1,7% pro Jahr abnimmt. Inzwischen liegt die Lungenkrebsinzidenz bei Frauen um über 30% höher als im Bundesdurchschnitt.

Beim Gebärmutterhalskrebs ist die Neuerkrankungsrate im Jahr 2007 nach zwei Jahren Stagnation etwas angestiegen und liegt nun leicht über dem Bundesdurchschnitt. Auch die Sterblichkeit liegt, trotz mittelfristigem Rückgang, noch über dem Bundesdurchschnitt. Für den Zeitraum der letzten zehn Jahre ist aber insgesamt ein abnehmender Trend zu

beobachten.

Auffällig ist ein stark ansteigender Trend beim Hodenkrebs. Jährlich nimmt die Inzidenz um etwa 4,4% zu - seit Beginn der Registrierung im Jahr 1998 beträgt der Anstieg schon über 50%.

Die Erfassung im Bereich der Leukämien und Lymphome hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Die Erkrankungszahlen liegen jetzt auf bundesdeutschem Niveau, sind aber im Jahr 2007 etwas zurückgegangen.

Fazit und Ausblick

Die Daten des achten Bandes zeigen erneut ein belastbares Bild des Krebsgeschehens in Schleswig-Holstein. Dies äußert sich auch in der Aufnahme der schleswig-holsteinischen Daten in den neuen interaktiven Atlas der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister (GEKID, www.gekid.de). In diesem Atlas können die schleswig-holsteinischen Zahlen nun mit anderen Bundesländern interaktiv verglichen werden.

Um eine Bewertung der Krebsinzidenz und -mortalität auch auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein zu erleichtern, wurde bereits im Jahr 2008 ein Internet-basiertes geographisches Analysewerkzeug auf der Homepage des Krebsregisters implementiert (www.krebsregister-sh.de >> Datenauswertung >> Regionalvergleich). Hier finden sich nun auch die Daten des Jahres 2007 zu den häufigsten Krebserkrankungen. Diese können dort, frei zugänglich, graphisch im zeitlichen und regionalen Vergleich dargestellt und bewertet werden.

Methodische Hinweise

Datengrundlage

Die Datengrundlage für den vorliegenden Bericht bilden alle für das Diagnosejahr 2007 an das Krebsregister gemeldeten Krebsneuerkrankungen (Stand: Oktober 2009) inklusive der DCO-Fälle aus dem Jahr 2007. Als DCO-Fälle werden Fälle bezeichnet, die dem Krebsregister lediglich auf Grund einer Todesbescheinigung bekannt werden. Dabei wird vereinbarungsgemäß das Sterbedatum, sofern nicht anders angegeben, als Erkrankungsdatum angenommen. Die DCO-Fälle des Jahres 2007 sind also Personen, die im Jahr 2007 mit einer Krebserkrankung verstorben sind und für die keine klinische Meldung vorliegt. Weitere Angaben zu den DCO-Fällen finden sich im Anhang.

Das Krebsregister erfasst die Neuerkrankungen von Personen mit dem Hauptwohnsitz in Schleswig-Holstein. Der Bericht bezieht sich auf alle invasiven Tumorarten, definiert nach ICD-10 C00-C97. Die nicht-invasiven Tumorerkrankungen der ableitenden Harnwege werden, wie national vereinbart, in

die Inzidenz einbezogen (D41.1 zu C65, D41.2 zu C66, D09.0 und D41.4 zu C67, D09.1, D41.3, D41.7, D41.9 zu C68). Für andere Tumoren sind die nicht-invasiven Frühformen lediglich nachrichtlich mit aufgeführt.

Die Daten zur Sterblichkeit in Schleswig-Holstein werden im Rahmen der Todesursachenstatistik vom Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein erhoben und dem Krebsregister zur Verarbeitung zur Verfügung gestellt (Todesursachen nach ICD-10). Ausgewertet wurden alle Todesfälle auf Grund einer Krebserkrankung im Jahr 2007. Zur weiteren Analyse der Krebstodesursachen wird aktuell eine Langzeitstudie auf Kreisebene mit dem Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein durchgeführt.

Dokumentation und Kodierung

Das Krebsregister erfasst das erstmalige Auftreten einer bösartigen Tumorerkrankung oder einer Frühform (im Sinne einer obligaten Präkanzerose). Rezidive, Metastasen einer bekannten Erkrankung oder fakultative Präkanzerosen sollen nach Landeskrebsregistergesetz (LKRGG) nicht registriert werden. Die bösartigen Neubildungen werden an-

Geschätzte Vollständigkeit der Registrierung der Krebsneuerkrankungen für die Diagnosejahre 2004-2006 (Grundlage: Zentrum für Krebsregisterdaten) und Schätzung für das Jahr 2007, Stand 09/2009

	2004	2005	2006	2007*
Krebs gesamt (ohne „Sonstige Haut“)	>95%	>95%	>95%	>95%
Mund und Rachen	>95%	>95%	>95%	>95%
Speiseröhre	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Magen	85-90%	85-90%	80-85%	85-90%
Darm	>95%	>95%	>95%	>95%
Leber	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Bauchspeicheldrüse	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kehlkopf	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Lunge	90-95%	90-95%	85-90%	90-95%
Malignes Melanom der Haut	>95%	85-90%	75-80%	70-75%
Sonstige Haut	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Brust	>95%	>95%	>95%	>95%
Gebärmutterhals	>95%	90-95%	>95%	>95%
Gebärmutterkörper	>95%	>95%	>95%	>95%
Eierstock	80-85%	70-75%	70-75%	70-75%
Prostata	>95%	>95%	>95%	>95%
Hoden	>95%	>95%	>95%	>95%
Niere	80-85%	80-85%	75-80%	75-80%
Harnblase	>95%	>95%	>95%	>95%
Gehirn und ZNS	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Schilddrüse	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Hodgkin-Lymphome	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Non-Hodgkin-Lymphom	>95%	>95%	>95%	>95%
Immunprolif., plasmazell. Nb.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Leukämien	>95%	>95%	>95%	90-95%

*vorläufig, siehe Text zur Vollständigkeit k.A. — keine bzw. keine aktuelle Schätzung vorliegend

hand der Klassifikation der ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Revision) verschlüsselt. Die histologische Einteilung erfolgt ab dem Diagnosejahr 2004 nach der 3. Revision der ICD-O (International Classification of Diseases for Oncology); die Lokalisation wird nach dem Lokalisationsschlüssel der ICD-O, 3. Revision, kodiert. Tumorstadien werden ab 2004 nach der 6. Auflage des TNM-Schlüssels der UICC (International Union Against Cancer) kodiert.

Vollzähligkeit der Registrierung

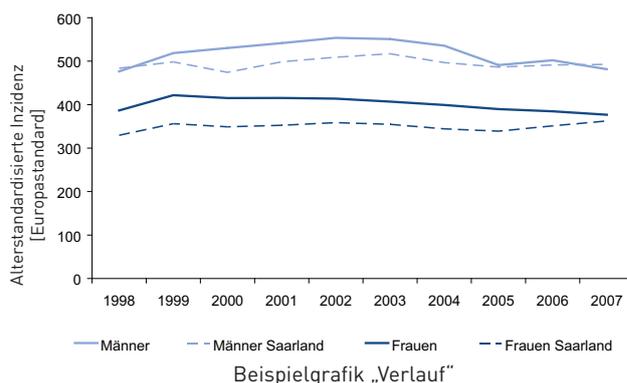
Inzidenzdaten gelten nach internationalen Regeln (IARC) als aussagekräftig, wenn eine Vollzähligkeit von mindestens 90% erreicht wird.

In jährlichen Abständen ermittelt das Zentrum für Krebsregisterdaten aktuelle Zahlen zur Vollzähligkeit der deutschen Krebsregister und stellt diese den Registern zur Verfügung. Dazu werden Verlauf von Inzidenz und Mortalität im Saarland und der Mortalitätsverlauf im eigenen Bundesland modelliert (Haberland et al., 2003) und mittels log-linearer Modelle die Anzahl der erwarteten Krebsneuerkrankungen sowohl für Krebs gesamt als auch für ausgewählte Tumorarten abgeschätzt.

Die offizielle Beurteilung der Erfassungsquote für Schleswig-Holstein wird, wie vereinbart, anhand dieser Zahlen vorgenommen. Die aktuelle Schätzung wurde im September 2009 für das Diagnosejahr 2006 erstellt. Für das jetzt veröffentlichte Diagnosejahr 2007 existiert noch keine Schätzung; es werden daher die Erwartungswerte des Vorjahres verwendet, die Angaben sind als vorläufig und orientierend anzusehen.

Auf Basis der Bewertung der Vollzähligkeit der Krebsregistrierung in Schleswig-Holstein durch das Zentrum für Krebsregisterdaten kann auch für das Diagnosejahr 2007 von einer weitgehend belastbaren Datenbasis ausgegangen werden.

Für seltene Tumoren und regionale Auswertungen ist die Beurteilung der Vollzähligkeit der Registrierung kaum zu leisten, insbesondere dann, wenn ein Krebsregister, wie das in Schleswig-Holstein, eine hohe Vollzähligkeit für Krebs insgesamt erreicht hat. Die Unterscheidung von nicht vollzähliger Erfassung und Inzidenzschwankung ist kaum möglich. Als Konsequenz wurden für alle Tumorarten und auch für die regionalen Untergliederungen die beobachteten Inzidenzen angegeben. Erniedrigte, aber auch erhöhte Inzidenzen werden bei den Tumoren separat diskutiert. Eine ausführliche Analyse zur Vollzähligkeit der Krebsregisterdaten sowie zu weiteren Aspekten der Datenqualität findet sich im letzten Dreijahresbericht des Krebsregisters (Heft 4 der Schriftenreihe des Instituts für Krebs-epidemiologie e.V., März 2008, als Broschüre beim



Krebsregister oder unter www.krebsregister-sh.de/berichte/heft4.pdf verfügbar).

Mit kleinräumigen Analysen (Gemeindeebene) konnten einige hamburgnahe Regionen identifiziert werden, für die von einer noch nicht vollzähligen Erfassung ausgegangen werden muss.

Verlauf

Der Verlauf der altersstandardisierten Krebsinzidenz und -mortalität (Europa-Standard) wird über einen Zeitraum von zehn Jahren (1998 bis 2007) dargestellt (siehe Beispielgrafik oben). Die stärkeren Kurven zeigen die altersstandardisierten Raten für Frauen und Männer in Schleswig-Holstein inklusive der DCO-Fälle. Zur Beurteilung der Verläufe und zur groben Bewertung der Inzidenzraten wurden die altersstandardisierten Krebsinzidenzen des Saarlandes (gestrichelte Linien) mit in die Grafik aufgenommen. Das Saarland stellt als national und international anerkanntes Register mit langer Erfassungszeit eine sinnvolle Referenz dar. Die Inzidenzraten des Saarlandes beinhalten ebenfalls die DCO-Fälle.

Tabellarische Darstellungen

Einzelne Tumorgruppen sind in diversen Tabellen dargestellt.

In einer **Übersichtstabelle** sind jeweils verschiedene epidemiologische Maßzahlen aufgeführt. Diese enthalten auch die Fälle, die dem Register lediglich auf Grund einer Todesbescheinigung bekannt sind (DCO-Fälle). Zusätzlich angegeben sind Erkrankungsfälle eines „Carcinoma in situ“, der nicht invasiven Form der Tumorerkrankung. Diese sind, wie international üblich, nicht in den weiteren Berechnungen enthalten. Am Ende der Übersichtstabellen finden sich immer die aktuellsten Vergleichszahlen für Deutschland insgesamt. Dabei ist zu beachten, dass die Vergleichszahlen zur Inzidenz aus der Deutschlandschätzung der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) für das Jahr 2006 (Quelle: Interaktiver Krebsatlas, www.gekid.de) und die zur Mortalität aus dem Jahr 2007 (Quelle: Statistisches Bundesamt) stammen.

Weiterhin sind Häufigkeitstabellen zu **Stadiengruppen** nach UICC zu beobachteten **Histologien** (orientiert an den internationalen Richtlinien der IARC) und den betroffenen **Lokalisationen** der jeweiligen Tumoren mit absoluten und prozentualen Angaben dargestellt. Für jede dieser Tabellen sind die DCO-Fälle ausgeschlossen worden. Außerdem wurden „nicht näher bezeichnete“ und „sonstige“ Histologietypen bzw. Lokalisationen der Übersicht halber zu „Sonstige Neubildungen“ zusammengefasst.

Für den Jahresbericht wurden auch die im Krebsregister dokumentierten **Therapien** ausgewertet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich um die von den Meldern zum Zeitpunkt der Meldung an das epidemiologische Krebsregister dokumentierten Therapien handelt. Es ist daher durchaus möglich, dass nach dem Zeitpunkt der Meldung noch weitere Therapien durchgeführt wurden, die dem Krebsregister bislang nicht bekannt sind. Auf der Grundlage einer Studie, in der die im Krebsregister erfassten Angaben zu den Therapien mit separat erhobenen Angaben von Ärzten und Patienten verglichen wurden, ist jedoch von einer aussagekräftigen Datengrundlage auszugehen.

Für die Auswertungen zur Therapie wurden zunächst alle DCO-Fälle ausgeschlossen, da hier keine belastbaren Angaben zur Therapie vorliegen. Unberücksichtigt blieben auch Fälle, bei denen für alle Fragen zur Therapie die Angaben fehlten. Das sind z.B. Fälle, die dem Krebsregister ausschließlich auf Grund einer Pathologenmeldung bekannt sind. Beim Pathologen liegen meist keine Angaben zur Therapie vor. Als Auswertungsbasis stehen damit die Patienten zur Verfügung, bei denen zumindest eine der abgefragten Therapieformen angegeben ist. In der Tabelle wird für jede Therapieform der Anteil der mit „Ja“ dokumentierten Fälle ermittelt. Da pro Erkrankungsfall mehrere Therapien möglich sind, ist die Anzahl der Therapien größer als die Patientenzahl. Wurde für wenigstens eine Therapieform ein „Nein“ dokumentiert – unabhängig ob für die anderen Therapieformen ebenfalls ein „Nein“ oder ein „Unbekannt“ registriert ist –, so sind diese Erkrankungsfälle als „Keine Therapie angegeben oder durchgeführt“ in der Tabelle dargestellt.

Im Bericht findet sich eine Tabelle, die die **häufigsten Tumorneuerkrankungen und -sterbefälle** nach Altersgruppen aufzeigt (Seite 22). Zur Stabilisierung der Werte wurden die Daten der Diagnosejahre 2005 bis 2007 zusammengefasst. Aufgeführt sind die zehn häufigsten Tumorentitäten bzw. Tumorgruppen und der zugehörige prozentuale Anteil an allen Krebsneuerkrankungen bzw. -sterbefällen (ohne den epithelialen Hautkrebs; ICD-10: C44). Treten mehrere Entitäten mit gleichem Anteil auf und hätten aus diesem Grund mehr als zehn Entitäten dargestellt werden müssen, so wurde keine dieser

Entitäten dargestellt.

Kartographische Darstellungen

Die regionale Darstellung von Inzidenz und Mortalität bildet einen Schwerpunkt dieses Berichtes. Dabei werden Inzidenz und Mortalität für die einzelnen Tumoren (bzw. Tumorgruppen) auf der Ebene der elf Landkreise und vier kreisfreien Städte jeweils für Männer und Frauen ausgewiesen.

Es werden **altersstandardisierte Raten** (Europa-standard) über die Einfärbung der Flächen dargestellt. Diese Einfärbung wird auf Basis einer absoluten Skalierung vorgenommen (in Anlehnung an den Deutschen Krebsatlas [Becker, Wahrendorf, 1998]). Dies bedeutet, dass eine bestimmte Farbe in allen Karten (außer Krebs gesamt, S. 26) jeweils den gleichen Inzidenz- bzw. Mortalitätswertebereich repräsentiert. Der Vorteil dieses Vorgehens liegt in der direkten Vergleichbarkeit von Inzidenz und Mortalität, zwischen Männern und Frauen und zwischen den verschiedenen Tumorarten. Gleiche Farben bedeuten also ähnliche Raten. Die Skalierung entspricht dabei jener, die auch in den vorherigen Berichten zur Anwendung kam. Lediglich in der farblichen Darstellung wurden geringfügige Anpassungen hin zu einem harmonischeren Verlauf vorgenommen.

Weiterhin wird für jeden Kreis ein Balkendiagramm dargestellt, das die Verteilung der **T-Kategorie** – also der Primärtumorausbreitung, nach der TNM-Klassifikation – verdeutlicht. Der letzte Balken eines jeden Diagramms stellt dabei den Anteil dar, für den im Krebsregister keine Angaben zur T-Kategorie vorliegen (Tx).

Schließlich werden in den Karten die **Fallzahlen** für das Diagnosejahr 2007 pro Kreis angegeben. In Ausnahmefällen wurden auf Grund der geringen Fallzahlen die durchschnittlichen Raten sowie die Fallzahlen der letzten fünf Jahre angegeben.

Im Abschnitt Krebs gesamt wird für die Inzidenz aller Krebserkrankungen zusammen zusätzlich noch eine kleinräumige geglättete Karte ausgewiesen. In diesen beiden Karten (Männer und Frauen) wird auf Ebene der Gemeinden dargestellt, wie weit ein jeweiliges Gebiet vom Landesdurchschnitt abweicht. Zur Reduzierung stark schwankender Werte auf Grund der z.T. sehr geringen Bevölkerungszahl wurden die Werte mit einem speziellen Verfahren (Knorr-Held, Raßer 2000, Software unter www.stat.uni-muenchen.de/~rasser/bdcd/) geglättet, so dass eine zusammenhängende räumliche Struktur sichtbar wird. Die **Abweichungen vom Landesdurchschnitt** können dabei sowohl durch die tatsächlichen räumlichen Unterschiede der Inzidenz als auch durch räumliche Unterschiede des Meldeverhaltens, letztlich also der Erfassung, bedingt sein.

Maßzahlen

Der Bericht verwendet national wie international übliche Bezeichnungen und epidemiologische Maßzahlen.

Inzidenz

Unter der Inzidenz einer Tumorerkrankung versteht man die Anzahl der in einer definierten Region innerhalb einer bestimmten Zeit neu an diesem Tumor erkrankten Personen.

Mortalität

Unter der Mortalität einer Krebserkrankung ist die Anzahl der an diesem Tumor verstorbenen Personen innerhalb einer definierten Region und eines bestimmten Zeitraums zu verstehen.

Rohe Rate

Bezeichnet die beobachtete Fallzahl innerhalb der Bevölkerung einer definierten Region und einer bestimmten Zeit (i.d.R. ein Jahr) dividiert durch die dort lebende Bevölkerung und bezogen auf 100.000 Einwohner. Die rohe Rate beschreibt damit die Anzahl der Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle pro 100.000 Einwohner (pro Jahr). Da Krebs eine Erkrankung des höheren Lebensalters ist, wird die rohe Rate in einer Region, in der viele ältere Menschen leben, per se höher sein als in einer Region, in der weniger ältere Menschen leben.

Altersspezifische Rate

Beschreibt die Inzidenz- bzw. Mortalitätsrate für eine bestimmte Altersklasse und wird aus der beobachteten Fallzahl und der Bevölkerungszahl dieser Altersklasse (üblicherweise 17 Altersgruppen à 5 Jahre, eine Altersgruppe >84 Jahre) gebildet. Inzidenzen bzw. Mortalitäten innerhalb der einzelnen Altersgruppen sind für verschiedene Regionen oder Zeiträume direkt miteinander vergleichbar.

Altersstandardisierte Rate

Mit der altersstandardisierten Rate kann die Inzidenz bzw. Mortalität verschiedener Regionen oder Zeiträume unabhängig von der zugrunde liegenden Altersstruktur der Bevölkerung verglichen werden. Dazu werden die altersspezifischen Raten auf eine künstliche Bevölkerung mit fester Altersverteilung übertragen. Das Ergebnis der Altersstandardisierung gibt an, wie viele Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle (auf 100.000 Personen bezogen) in der angewandten Standardbevölkerung pro Jahr auftreten würden. Der Vorteil dieser Rate ist die direkte Vergleichbarkeit aller Regionen und Zeiträume (mit gleichem Standard), Nachteil ist der fehlende direkte Bezug der berechneten Rate zur tatsächlichen Krebshäufigkeit in einer Region. In diesem Bericht wird, wenn nicht explizit anders angegeben, die Europastandardbevölkerung verwendet (ASR[E]). Die

Altersverteilung dieser Standardbevölkerung ist im Diagramm auf der gegenüberliegenden Seite angegeben. In den Übersichtstabellen ist außerdem die altersstandardisierte Rate nach der Weltstandardbevölkerung aufgeführt. Diese Rate wird häufig für internationale Vergleiche benötigt.

Kumulative Inzidenz

Beschreibt näherungsweise das Risiko, bis zu einem definierten Alter an einem bestimmten Tumor zu erkranken (im vorliegenden Bericht bis zum vollendeten 75. Lebensjahr).

Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung (AAPC)

Dieser Wert gibt die durchschnittliche prozentuale Änderung pro Jahr in der altersstandardisierten Rate über einen definierten Zeitraum an. Für diesen Bericht wurde dieser Zeitraum auf den gesamten Erfassungszeitraum des Krebsregisters Schleswig-Holstein, also die letzten zehn Jahre festgelegt. Die Berechnungen wurden mit der frei verfügbaren Software des National Cancer Institute „Joinpoint“ durchgeführt (Joinpoint Regression Program, Version 3.4.2 - Oktober 2009; Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute, <http://srab.cancer.gov/joinpoint>).

Prognose der Fallzahlen für das Jahr 2010

Der Prognose der erwarteten Neuerkrankungs- bzw. Sterbefallzahlen für das Jahr 2010 liegen zwei Annahmen zugrunde:

- 1) Der mittlere Trend über die letzten zehn Jahre bleibt konstant.
- 2) Die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung 2006 bis 2050 für Schleswig-Holstein, (Variante W1, Statistisches Bundesamt) stellt für das Jahr 2010 eine hinreichend exakte Schätzung der Bevölkerungszahlen und der zugrunde liegenden Altersverteilung dar.

Für die Prognose wurden die altersspezifischen Erkrankungsraten (in 5-Jahres-Altersklassen) der Jahre 2006/7 um die durchschnittliche jährliche Veränderung (jeweils der obere und untere Wert des Konfidenzintervalls des AAPC) erhöht bzw. vermindert und auf die Bevölkerungsvorausrechnung für das Jahr 2010 übertragen. Die errechneten Werte wurden gerundet.

Damit ergibt sich jeweils ein Bereich für die erwartete Anzahl von Krebsneuerkrankungen bzw. -sterbefällen für das Jahr 2010. Da sowohl zeitliche Trends als auch die demographische Entwicklung berücksichtigt wurden, ist es möglich, dass trotz sinkender Krebshäufigkeit (Rate) die prognostizierte absolute Fallzahl aus demographischen Gründen ansteigt.

Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (M/I)

Das Mortalität/Inzidenz-Verhältnis ist ein Indikator, der zur Beurteilung der Vollständigkeit der Registrierung herangezogen werden kann. Bei Tumoren mit ungünstiger Prognose (Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre) erwartet man ein M/I-Verhältnis nahe dem Wert 1, da fast alle Erkrankten nach kurzer Zeit sterben. Bei Tumoren mit günstiger Prognose liegen die Werte deutlich unter 1. Werte größer als 1 deuten im Allgemeinen auf eine Untererfassung durch das Krebsregister hin, weil mehr Todes- als Erkrankungsfälle gezählt wurden. Bei seltenen Tumorerkrankungen mit nur wenigen Erkrankungs- bzw. Todesfällen ist die Aussagekraft des M/I-Verhältnisses auf Grund der starken Variabilität von Mortalität und Inzidenz eingeschränkt.

Erkrankungs- und Sterbealter

Das Erkrankungsalter wird als mittleres Alter der erkrankten Personen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung angegeben. Hierzu wurde der Median verwendet, bei dem das Alter bei der Hälfte der Erkrankten unterhalb und bei der anderen Hälfte oberhalb dieses Wertes lag. Vorteil des Medians ist, dass er durch „Ausreißer“ mit sehr niedrigem oder hohem Alter kaum beeinflusst wird. Für die Beschreibung des mittleren Sterbealters (Alter zum Zeitpunkt des Todes) wird ebenfalls der Median verwendet.

HV - Anteil (histologically verified)

Anteil der histologisch oder zytologisch gesicherten Tumordiagnosen (Soll >90%). Maßzahl zur Beurteilung der Datengüte im Krebsregister.

PSU - Anteil (primary site unknown)

Anteil der Tumoren mit unbekanntem oder ungenau bezeichnetem Primärsitz (C80, C26, C39, C76) an allen Tumoren (Soll <5%). Maßzahl zur Beurteilung der Datengüte im Krebsregister.

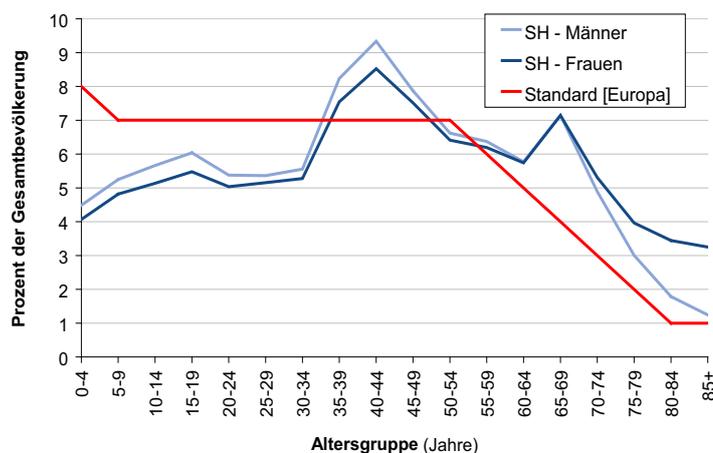
Uterus NOS - Anteil (uterus not otherwise specified)

Anteil der Uterustumoren ohne nähere Differenzierung (C55) zwischen Cervix und Corpus an allen Uterustumoren (Soll <5%). Maßzahl zur Beurteilung der Datengüte im Krebsregister.

DCO - Anteil (death certificate only)

Anteil der Tumordiagnosen, die nur auf eine Todesbescheinigung zurückzuführen sind, an allen Tumoren (Soll <5%). Im aktuellen Bericht sind die DCO-Fälle in den Inzidenzfällen enthalten. Der DCO-Anteil wird aus DCO-Fällen dividiert durch Inzidenzfälle gebildet. Maßzahl zur Beurteilung der Datengüte im Krebsregister.

Altersverteilung der Bevölkerung in Schleswig-Holstein und in der Europastandardbevölkerung



Überlebensraten

In den Anmerkungen zu den einzelnen Tumorarten werden relative 5-Jahres-Überlebensraten angegeben. Das bedeutet, dass der für das Patientenkollektiv beobachtete Anteil nach fünf Jahren noch lebender Personen – berücksichtigt werden alle Todesursachen – in das Verhältnis zur Allgemeinbevölkerung gesetzt wird. Eine relative Überlebensrate von 75% bedeutet somit, dass im Vergleich zu den noch lebenden Personen der Allgemeinbevölkerung nur noch 75% aus dem Kollektiv der erkrankten Personen leben. Eine Überlebensrate von 100% würde anzeigen, dass die Erkrankung keinen Einfluss auf das Überleben hat.

Die nachfolgend angegebenen Überlebensraten beruhen auf Daten des saarländischen Krebsregisters und entstammen der Publikation „Krebs in Deutschland, 6. Aufl., 2008“. Die schleswig-holsteinischen Daten sind in dieser Hinsicht noch nicht ausreichend belastbar.

Zugrunde liegende Bevölkerung

Die Krebsregistrierung erfolgt flächendeckend für Schleswig-Holstein und umfasst eine Bevölkerung von ca. 2,8 Millionen Einwohnern mit 1.448.435 Frauen und 1.388.938 Männern (Stand: 31.12.2007). Der Frauenüberschuss (100,4 Frauen auf 100 Männer) beruht auf Überhängen in den oberen Altersklassen. Der Anteil der über 65-jährigen Personen beträgt 20,8%. Dabei ist der Anteil bei Männern (18,3%) niedriger als bei Frauen (23,3%). Die Verteilung der Bevölkerung in 18 Altersklassen ist in dem oben stehenden Diagramm für die mittlere Bevölkerung (s.S. 92) dargestellt. Dort ist außerdem die Altersverteilung der Europastandardbevölkerung aufgeführt. Aus dem Vergleich der drei Kurven wird deutlich, dass bei der Altersstandardisierung die unteren Altersgruppen bezüglich der Krebshäufigkeit stärker und die mittleren und oberen Altersklassen geringer gewichtet werden.

Übersichtskarte Schleswig-Holstein

Kreise, Kreisstädte und kreisfreie Städte in Schleswig-Holstein



----- Nord-Ostsee-Kanal

● Kreisstadt

kreisfreie Stadt

Landkreis

Krebs gesamt (C00-C97 ohne C44)

**Überblick über das Krebsgeschehen
in Schleswig-Holstein
im Jahr 2007**

Krebs gesamt [C00-C97 ohne C44]

Unter Krebs gesamt versteht man die Summe aller bösartigen Neubildungen einschließlich der Systemerkrankungen (maligne Lymphome und Leukämien). Im Folgenden wird für Krebs gesamt der „epitheliale Hautkrebs“ nicht berücksichtigt. Dieses international übliche Vorgehen begründet sich durch die ausgezeichnete Prognose der nicht-melanotischen Hauttumoren (ICD-10: C44, „weißer Hautkrebs“). Obwohl diese Tumoren sehr häufig sind (20-25% aller Krebserkrankungen), liegt ihr Anteil an der Gesamtsterblichkeit für Krebserkrankungen nur bei 0,3%. Ausführliche Angaben zu den epithelialen Hauttumoren finden sich im organspezifischen Teil des Jahresberichtes.

Situation in Deutschland

Auf Basis der aktuellen Hochrechnungen der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. für das Jahr 2006 erkrankten in Deutschland jedes Jahr etwa 245.000 Männer und 215.000 Frauen neu an einer Krebserkrankung. An Krebs sterben in Deutschland jedes Jahr etwa 113.000 Männer und 98.000 Frauen (Datenbasis 2007). Damit liegt Krebs hinter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiter an zweiter Stelle der Todesursachenstatistik in Deutschland. Die altersstandardisierte Inzidenz ist in den letzten 20 Jahren in Deutschland leicht angestiegen, bei Männern deutlicher als bei Frauen, was insbesondere auf einen starken Anstieg beim Prostatakarzinom (intensivierte Früherkennung) zurückzuführen sein dürfte. In den letzten fünf Jahren scheint aber ein Plateau erreicht zu sein. Erfreulicherweise sinkt die altersstandardisierte Krebssterblichkeit in Deutschland seit etwa 15 Jahren kontinuierlich ab. Dies ist u.a. auf verbesserte Therapien, verbesserte Früherkennung und bei Männern auch auf eine sinkende Lungenkrebssterblichkeit (weniger Rauchen bei Männern) zurückzuführen. Die Überlebensraten nach einer Krebserkrankung haben sich weiter verbessert. Bei Frauen liegt die relative 5-Jahres-Überlebensrate für Krebs gesamt nach Angaben der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister und des Robert Koch-Instituts nun bei 60%, für Männer bei 53%.

Situation in Schleswig-Holstein 2007

Für das Diagnosejahr 2007 wurden 52.270 Meldungen in der Vertrauensstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein (an der Ärztekammer Schleswig-Holstein) erfasst und an die Registerstelle des Krebsregisters (am Institut für Krebs Epidemiologie e.V., Universität zu Lübeck) übermittelt. Auf Basis

der im Krebsregister Schleswig-Holstein erfassten Patienten erkrankten im Jahr 2007 etwa 17.600 Menschen neu an einer Krebserkrankung (ohne C44). Der Anteil an Personen, die ausschließlich auf Basis einer Todesbescheinigung an das Krebsregister gemeldet wurden, lag für das Diagnosejahr 2007 bei etwa 17%.

Von 100.000 Männern erleiden in Schleswig-Holstein jedes Jahr etwa 670 eine invasive Krebserkrankung, bei den Frauen sind es etwa 580 von 100.000. Altersbereinigt liegt die standardisierte Rate (Europastandard) für Männer geringfügig über dem Bundesdurchschnitt (481 vs. 476,1 jeweils pro 100.000), bei Frauen zeigt sich die Neuerkrankungsrates um etwa 10% erhöht (376,8 vs. 334,5 jeweils pro 100.000). Dafür dürfte u.a. die höhere Brust- und Lungenkrebsinzidenz in Schleswig-Holstein verantwortlich sein (s.a. entsprechende Abschnitte in den Einzelbetrachtungen).

Das mittlere Erkrankungsalter für Krebs liegt in Schleswig-Holstein zwischen 68 und 69 Jahren. Damit erkrankten Frauen in Schleswig-Holstein etwa zwei Jahre früher als im Bundesdurchschnitt. Die „Lebenszeitinzidenz“ für Krebs, also die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens — als standardisierte Lebensspanne werden 75 Jahre angenommen — an Krebs zu erkranken, liegt in Schleswig-Holstein für Männer bei knapp 40%, für Frauen bei 30%. Das bedeutet, vier von zehn Männern und drei von zehn Frauen in Schleswig-Holstein werden im Laufe ihres Lebens an Krebs erkranken.

Den 17.600 Neuerkrankungen an Krebs im Jahr 2007 stehen knapp 7.300 Todesfälle gegenüber. Nach einem Anstieg der Krebstodesfälle im Jahr 2006 auf etwa 7.500 ist damit die Anzahl der Krebssterbefälle wieder etwas gesunken. Der Anteil von Krebs an allen Todesursachen ist für Männer weiter gesunken, von 28,6% im Jahr 2006 auf 27,2% für 2007. Bei Frauen liegt dieser Anteil im Jahr 2007 bei 21,8% (Vorjahr 22,1%). Die altersstandardisierte Mortalität für Krebs gesamt liegt in Schleswig-Holstein etwa auf dem Bundesdurchschnitt.

Im Jahr 2010 ist mit einer weiter steigenden Zahl an Krebsneuerkrankungen für Männer und Frauen zu rechnen. Obwohl die relative Häufigkeit über die letzten Jahre leicht gesunken ist, wird auf Grund der demographischen Alterung der Bevölkerung eine steigende absolute Fallzahl zu erwarten sein. Für die Mortalität trifft dieses wegen der stärker sinkenden altersstandardisierten Raten nicht zu. Hier ist mit einer etwa gleichbleibenden Fallzahl zu rechnen. Inzidenz und Mortalität von Krebs sind stark altersabhängig (s. Abbildung rechts und Tabelle S. 20). Während im Alter von 40-44 Jahren etwa 130 Männer bzw. 280 Frauen (jeweils pro 100.000 pro Jahr)

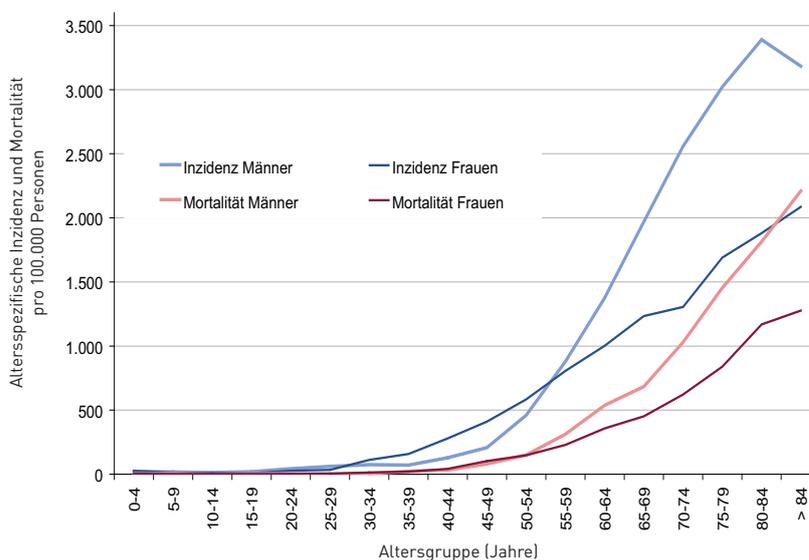
	Inzidenz		Mortalität	
	Neuerkrankungen		Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	9.302	8.397	3.831	3.457
Erwartete Fallzahl 2010	9.700 - 10.500	8.600 - 8.900	3.900 - 4.100	3.400 - 3.550
Anteil an allen Todesfällen			27,2%	21,8%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	69	68	71,6	74,4
Carcinomata in situ	705	1.217		
Geschlechterverhältnis	1,1 : 1		1,1 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	670,2	579,9	276,0	238,8
Weltstandard	330,9	269,6	127,3	89,6
Europastandard	481,5	376,8	194,7	133,5
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 0,2	- 0,4 *	- 2,2 *	- 1,7 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	39,5	30,0	14,4	10,0
Qualitätsindikatoren				
HV	82,4%	80,7%		
M/I	0,41	0,41		
DCO-Fälle	1.485	1.524		
DCO-Rate	16,0%	18,1%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl (Anteil an allen Todesfällen)	245.798	214.608	113.405 (29,0%)	98.360 (22,6%)
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	69	70	72	76
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	467,1	334,5	206,5	130,1

* statistisch signifikant

erkranken, sind es im Alter von 60-64 Jahren schon 1.400 Männer bzw. 1.000 Frauen. Im Alter von 80-84 Jahren erhöht sich die Anzahl der Neuerkrankungen weiter deutlich auf etwa 3.400 bei Männern und 1.900 bei Frauen. Die altersspezifische Betrachtungsweise der Krebsinzidenz verdeutlicht, dass das Risiko für Männer an Krebs zu erkranken deutlich höher ist als für Frauen. Eine allgemein ungesündere Lebensführung von Männern (mehr Rauchen, mehr Alkohol, mehr schädliche arbeitsplatzbedingte Expositionen) dürfte hier eine der wesentlichen Ursachen sein. Obwohl diese Erkenntnis dazu führen sollte, dass Männer neben der verstärkten Vermeidung von Risikofaktoren auch die Krebsfrüherkennung intensiver nutzen, wird letztere von Männern nur sehr zögerlich in Anspruch genommen. Im Jahr 2004 nahmen nach Angaben des Zentralinstituts für die kasernenärztliche Versorgung nur etwa 18% der Männer an der Krebsfrüherkennung teil. Bei Frauen lag die Teilnahme mit 47% deutlich höher. Aber auch bei Frauen ist die Teil-

nahme an der Krebsfrüherkennung noch nicht optimal. Gerade in den höheren Altersklassen, die mit dem höchsten Risiko, an Krebs zu erkranken, verbunden sind, sinkt die Teilnahme deutlich ab. Während bis zum 40. Lebensjahr etwa 60% aller Frauen an der Krebsfrüherkennung teilnehmen, fällt dieser Wert bis zum Alter von 70 Jahren auf 30% ab.

Altersspezifische Inzidenz und Mortalität



Altersgruppe	Altersspezifische Inzidenz				Altersspezifische Mortalität			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	Anzahl	Rate pro 100.000	Anzahl	Rate pro 100.000	Anzahl	Rate pro 100.000	Anzahl	Rate pro 100.000
0-4 Jahre	14	22,5	15	25,5	1	1,6	2	3,4
5-9 Jahre	12	16,5	9	12,9	4	5,5	1	1,4
10-14 Jahre	11	14,0	7	9,4	0	0,0	2	2,7
15-19 Jahre	16	19,1	6	7,6	3	3,6	1	1,3
20-24 Jahre	32	42,9	20	27,4	3	4,0	2	2,7
25-29 Jahre	45	60,5	25	33,5	2	2,7	3	4,0
30-34 Jahre	57	74,0	85	111,3	4	5,2	10	13,1
35-39 Jahre	81	70,9	172	157,5	26	22,8	22	20,1
40-44 Jahre	167	128,9	345	279,6	42	32,4	52	42,1
45-49 Jahre	227	207,8	446	410,0	87	79,6	112	103,0
50-54 Jahre	422	459,3	542	583,7	138	150,2	137	147,5
55-59 Jahre	777	878,6	723	806,1	276	312,1	205	228,6
60-64 Jahre	1.102	1.375,2	833	1.002,0	431	537,9	297	357,3
65-69 Jahre	1.953	1.969,5	1.276	1.234,0	678	683,7	467	451,6
70-74 Jahre	1.737	2.558,4	1.003	1.305,2	699	1.029,6	478	622,0
75-79 Jahre	1.261	3.022,2	970	1.690,1	607	1.454,8	482	839,8
80-84 Jahre	839	3.389,9	938	1.880,3	449	1.814,1	583	1168,7
85 Jahre und älter	549	3.183,2	982	2.085,4	381	2.209,1	601	1276,3
Insgesamt	9.302	670,2	8.397	579,9	3.831	276,0	3.457	238,8

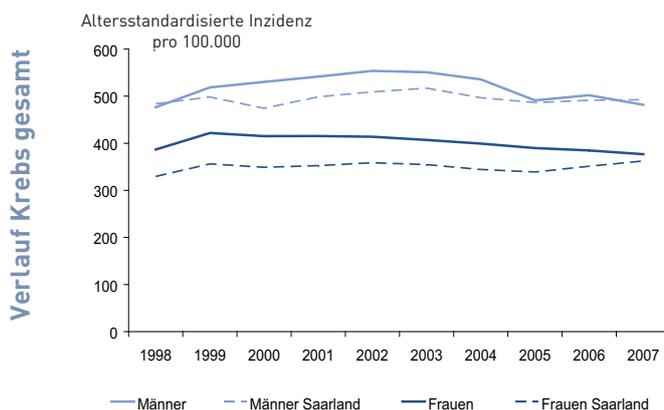
Verlauf

Der Verlauf der altersstandardisierten Inzidenz für Krebs insgesamt deutet einen leicht rückläufigen Trend an (Diagramm unten links). Der Rückgang ist über die letzten zehn Jahre aber nur gering (-0,2% bei Männern bzw. -0,4% bei Frauen pro Jahr). Verglichen mit den Daten des saarländischen Krebsregisters, welches seit Jahrzehnten eine vollzählige Krebserfassung aufweisen kann und daher sehr gut als Referenz geeignet ist, ergibt sich eine sehr gute Übereinstimmung. Die Neuerkrankungsraten für

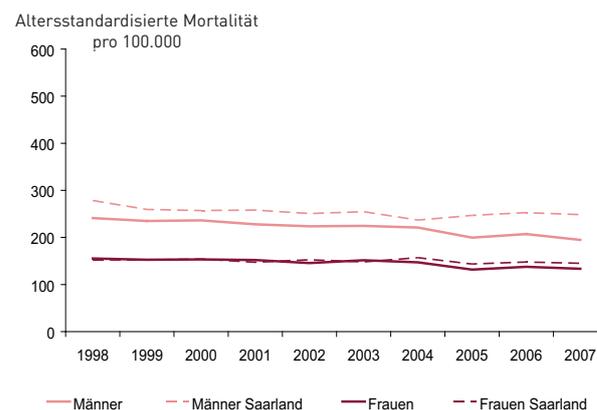
Schleswig-Holstein und das Saarland liegen fast auf identischem Niveau.

Auch die Mortalitätsdaten des Saarlandes und Schleswig-Holsteins sind vergleichbar (Diagramm unten rechts). Der mittelfristige Trend für die Krebssterblichkeit ist erfreulich. Die altersstandardisierte Sterberate sinkt statistisch signifikant um 2,2% pro Jahr bei Männern und 1,7% bei Frauen (siehe Tabelle auf der vorherigen Seite).

Inzidenz



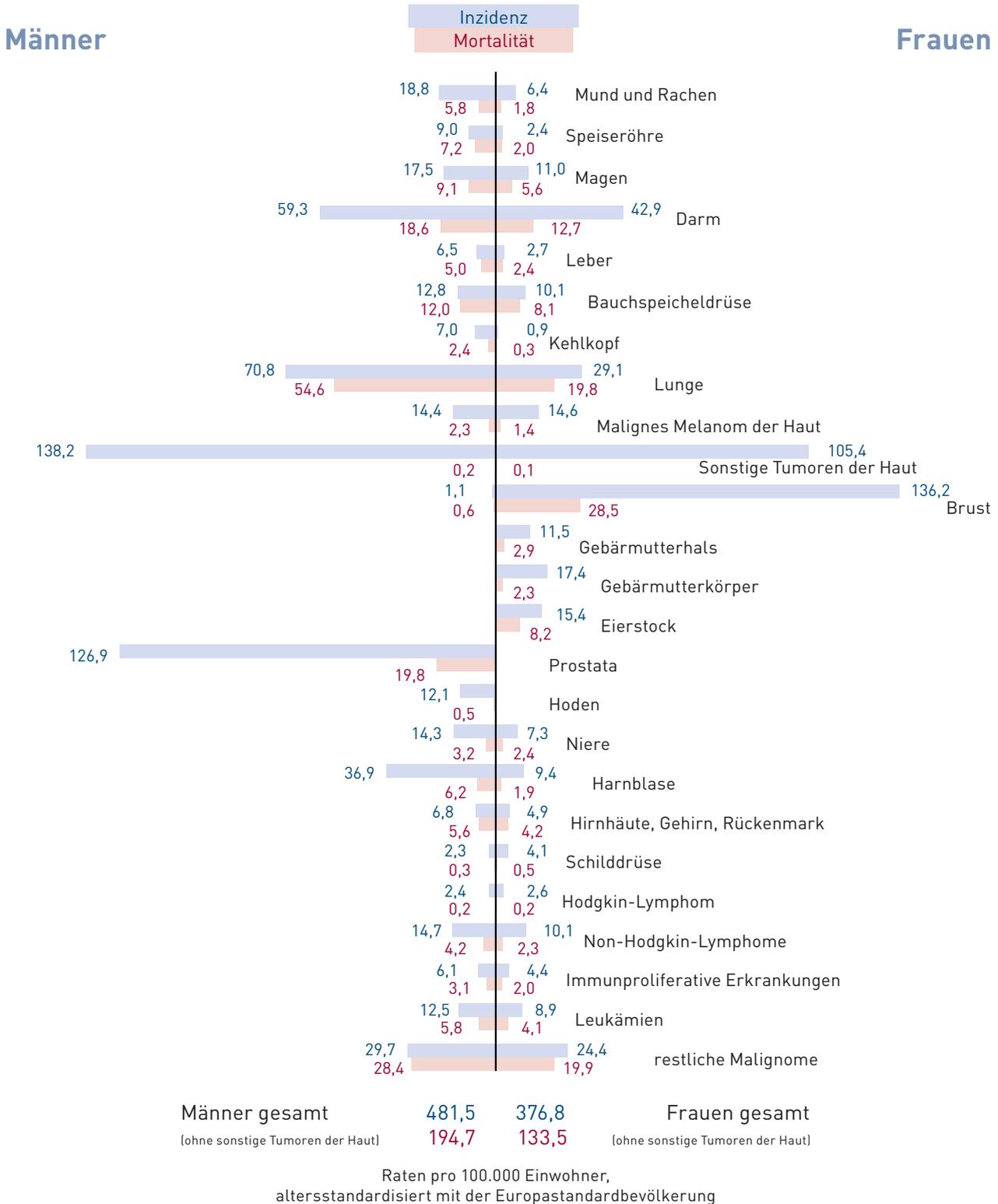
Mortalität



Diagnosespektrum

Krebs gesamt setzt sich aus mehr als 100 verschiedenen Tumorarten zusammen, die wiederum unterschiedliche Tumorbiologien, Häufigkeiten, Altersverteilungen, Krankheitsverläufe und –prognosen sowie Sterblichkeiten aufweisen. Die epidemiologische Betrachtung von Krebs gesamt ist daher nur zu einer orientierenden Beschreibung und Bewertung des Krebsgeschehens in der Bevölkerung geeignet.

Eine spezifische Betrachtung der einzelnen Krebsformen, wie dies im hinteren Teil des Berichtes für 24 Tumorarten realisiert wurde, ist daher von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsberichterstattung. Dennoch gilt es, auch das Zusammenwirken der einzelnen Tumorformen unter dem Blickpunkt „Krebs gesamt“ hinsichtlich der Häufigkeit und des Inzidenz- bzw. Mortalitätsverlaufs der verschiedenen Tumoren zu beleuchten.



Häufigste Krebsneuerkrankungen und -todesfälle 2005 bis 2007 nach Altersgruppen (ohne epithelialen Hautkrebs, C44)

	Inzidenz										Mortalität									
	0 - 14 Jahre	15 - 29 Jahre	30 - 44 Jahre	45 - 59 Jahre	60 - 74 Jahre	75 Jahre und älter	alle Altersgruppen	%	0 - 14 Jahre	15 - 29 Jahre	30 - 44 Jahre	45 - 59 Jahre	60 - 74 Jahre	75 Jahre und älter	alle Altersgruppen	%				
Männer																				
Leukämien	35,1	Hoden	39,5	Prostata	16,6	Prostata	31,6	Prostata	27,8	Prostata	26,7									
Hirn, Meninge, Rückenmark	16,0	Melanom der Haut	12,8	Lunge	16,1	Lunge	15,8	Darm	15,3	Lunge	14,5									
Non-Hodgkin-Lymphom	16,0	Hodgkin-Lymphom	10,2	Darm	12,0	Darm	12,5	Lunge	13,0	Darm	13,0									
periph. Nerven, Bindegew.	9,6	Leukämien	6,4	Non-Hodgkin-Lymphome	6,4	Mund und Rachen	8,0	Harnblase	10,9	Harnblase	8,2									
Knochen, Gelenkknorpel	6,4	Non-Hodgkin-Lymphome	6,0	Lunge	6,6	Mund und Rachen	3,2	Magen	4,5	Magen	3,7									
Auge	5,3	Hirn, Meninge, Rückenmark	5,6	Mund und Rachen	4,0	Magen	3,1	Bauchspeicheldrüse	3,3	Mund und Rachen	3,5									
Niere (ohne -becken)	4,3	periph. Nerven, Bindegew.	4,9	Niere (ohne -becken)	4,7	Niere (ohne -becken)	2,7	Non-Hodgkin-Lymphome	3,0	Non-Hodgkin-Lymphome	3,2									
Hodgkin-Lymphom	2,1	Darm	3,8	Magen	4,1	Melanom der Haut	3,7	Bauchspeicheldrüse	2,7	Leukämien	2,8									
		Knochen, Gelenkknorpel	2,6	Hirn, Meninge, Rückenmark	4,0	Niere (ohne -becken)	3,4	Melanom der Haut	2,5	unspez. Malignome	2,8									
				Harnblase	3,7	Speiseröhre	3,1	Non-Hodgkin-Lymphome	2,2	Niere (ohne -becken)	2,7									
Fälle	94	Fälle	266	Fälle	4.229	Fälle	14.248	Fälle	7.987	Fälle	27.808									
Frauen																				
Leukämien	39,2	Melanom der Haut	20,3	Brustdrüse	44,7	Brustdrüse	45,0	Brustdrüse	21,6	Brustdrüse	31,9									
Hirn, Meninge, Rückenmark	13,4	Hodgkin-Lymphom	15,5	Gebärmutterhals	9,8	Darm	8,4	Darm	20,6	Darm	14,3									
periph. Nerven, Bindegew.	10,3	Brustdrüse	10,6	Melanom der Haut	9,1	Darm	8,2	Lunge	6,0	Lunge	7,4									
Hodgkin-Lymphom	9,3	Gebärmutterhals	9,2	Darm	5,3	Gebärmutterkörper	4,3	Bauchspeicheldrüse	5,2	Gebärmutterkörper	4,7									
Non-Hodgkin-Lymphome	5,2	Schildrüse	8,2	Schildrüse	3,8	Melanom der Haut	3,9	Eierstock	5,0	Eierstock	3,9									
Knochen, Gelenkknorpel	4,1	Leukämien	6,8	Eierstock	3,4	Eierstock	3,9	Bauchspeicheldrüse	4,5	Melanom der Haut	3,5									
Niere (ohne -becken)	4,1	Hirn, Meninge, Rückenmark	6,3	Lunge	3,1	Gebärmutterhals	3,1	Harnblase	4,4	Bauchspeicheldrüse	3,4									
Nebenniere	4,1	Non-Hodgkin-Lymphome	5,3	Non-Hodgkin-Lymphome	2,6	Non-Hodgkin-Lymphome	2,9	Non-Hodgkin-Lymphome	4,2	Gebärmutterkörper	3,3									
Mund und Rachen	2,1	Darm	3,9	Leukämien	2,2	Harnblase	2,2	Magen	3,9	Eierstock	3,1									
Leber, intrahep. Gallengang	2,1	Knochen, Gelenkknorpel	2,9	Gebärmutterkörper	2,0	Mund und Rachen	2,2	Melanom der Haut	3,2	Non-Hodgkin-Lymphome	3,1									
Fälle	97	Fälle	207	Fälle	1.757	Fälle	5.017	Fälle	9.067	Fälle	25.548									
Männer																				
Leukämien	53,3	Leukämien	22,6	Lunge	16,9	Lunge	31,6	Lunge	21,2	Lunge	27,3									
Hirn, Meninge, Rückenmark	20,0	Hirn, Meninge, Rückenmark	19,4	Hirn, Meninge, Rückenmark	12,9	unspez. Malignome	9,7	Darm	17,4	Prostata	10,8									
periph. Nerven, Bindegew.	13,3	unspez. Malignome	16,1	Darm	10,5	Mund und Rachen	7,9	unspez. Malignome	12,7	Prostata	10,4									
Leber, intrahep. Gallengang	6,7	Knochen, Gelenkknorpel	9,7	unspez. Malignome	10,1	Darm	7,5	Prostata	8,6	unspez. Malignome	9,1									
unspez. Malignome	6,7	Hoden	9,7	Magen	7,7	Bauchspeicheldrüse	6,7	Bauchspeicheldrüse	5,9	Bauchspeicheldrüse	6,4									
		Melanom der Haut	6,5	Speiseröhre	5,2	Speiseröhre	6,5	Speiseröhre	5,6	Magen	4,6									
		periph. Nerven, Bindegew.	6,5	Bauchspeicheldrüse	5,2	Hirn, Meninge, Rückenmark	4,0	Magen	5,5	Speiseröhre	3,8									
		Darm	3,2	Magen	4,4	Magen	3,6	Leber, intrahep. Gallengang	3,7	Harnblase	3,3									
		Nebenniere	3,2	Melanom der Haut	4,4	Leber, intrahep. Gallengang	2,7	Mund und Rachen	2,5	Leukämien	2,7									
		Non-Hodgkin-Lymphome	3,2	Leukämien	4,0	Prostata	2,4	Hirn, Meninge, Rückenmark	2,4	Non-Hodgkin-Lymphome	2,7									
Fälle	15	Fälle	31	Fälle	248	Fälle	1.574	Fälle	4.286	Fälle	11.503									
Hirn, Meninge, Rückenmark	54,5	Leukämien	35,0	Brustdrüse	28,7	Brustdrüse	27,7	Brustdrüse	16,4	Brustdrüse	18,6									
Leukämien	18,2	Knochen, Gelenkknorpel	15,0	Lunge	11,9	Lunge	21,9	Brustdrüse	14,3	Darm	13,7									
Leber, intrahep. Gallengang	9,1	unspez. Malignome	15,0	unspez. Malignome	7,3	Darm	7,7	Darm	12,0	Darm	12,4									
Knochen, Gelenkknorpel	9,1	Hirn, Meninge, Rückenmark	10,0	Hirn, Meninge, Rückenmark	6,7	unspez. Malignome	7,2	unspez. Malignome	9,3	unspez. Malignome	10,0									
unspez. Malignome	9,1	Darm	5,0	Darm	6,4	Eierstock	4,5	Bauchspeicheldrüse	8,7	Bauchspeicheldrüse	7,5									
		Nasenhöhlen, Mittelohr	5,0	Eierstock	6,1	Bauchspeicheldrüse	4,1	Eierstock	5,6	Eierstock	6,0									
		Brustdrüse	5,0	Gebärmutterhals	5,5	Magen	4,0	Hirn, Meninge, Rückenmark	5,0	Magen	4,4									
		Gebärmutterkörper	4,9	Leukämien	4,9	Gebärmutterhals	3,0	Magen	3,4	Hirn, Meninge, Rückenmark	3,0									
		Niere (ohne -becken)	5,0	Magen	3,7	Hirn, Meninge, Rückenmark	3,0	Leukämien	2,6	Harnblase	3,0									
			5,0	Bauchspeicheldrüse	3,4	Mund und Rachen	1,6	Immunprofil. Krankh.	2,2	Non-Hodgkin-Lymphome	2,3									
Fälle	11	Fälle	20	Fälle	293	Fälle	1.384	Fälle	3.539	Fälle	10.275									

In der Übersichtsgrafik (s.S. 21) sind die altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsraten für Männer und Frauen gegenübergestellt. Damit lassen sich neben der Häufigkeit des Erkrankens bzw. Versterbens an einzelnen Krebsformen zwei wesentliche Informationen ablesen. Zum einen sind Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf einen Blick zu erkennen (z.B. kommt Lungenkrebs bei Männern mehr als doppelt so häufig wie bei Frauen vor), zum anderen kann die Schwere bzw. die Therapierbarkeit („Heilbarkeit“) einer Krebserkrankung grob abgeschätzt werden. Das Zusammenspiel (Verhältnis) von Inzidenz und Mortalität kann hier eine orientierende Information liefern. Bei Lungenkrebs beispielsweise ist die Mortalitätsrate nur um 20% geringer als die Inzidenzrate. Dies kann so interpretiert werden, dass der überwiegende Anteil der Lungenkrebspatienten auch an Lungenkrebs versterben wird. Beim Hodenkrebs hingegen ist die Mortalität im Vergleich zur Inzidenz so gering, dass von einer überwiegenden Heilung der Hodenkrebspatienten auszugehen ist.

Häufigste Krebserkrankungen und Krebstodesursachen in Schleswig-Holstein

Aus der Übersichtsgrafik auf S. 21 lässt sich die Reihenfolge der Häufigkeit der Tumorerkrankungen nur schwer ablesen. Die nebenstehende Tabelle führt für Männer und Frauen die häufigsten Krebserkrankungen bzw. -todesursachen auf.

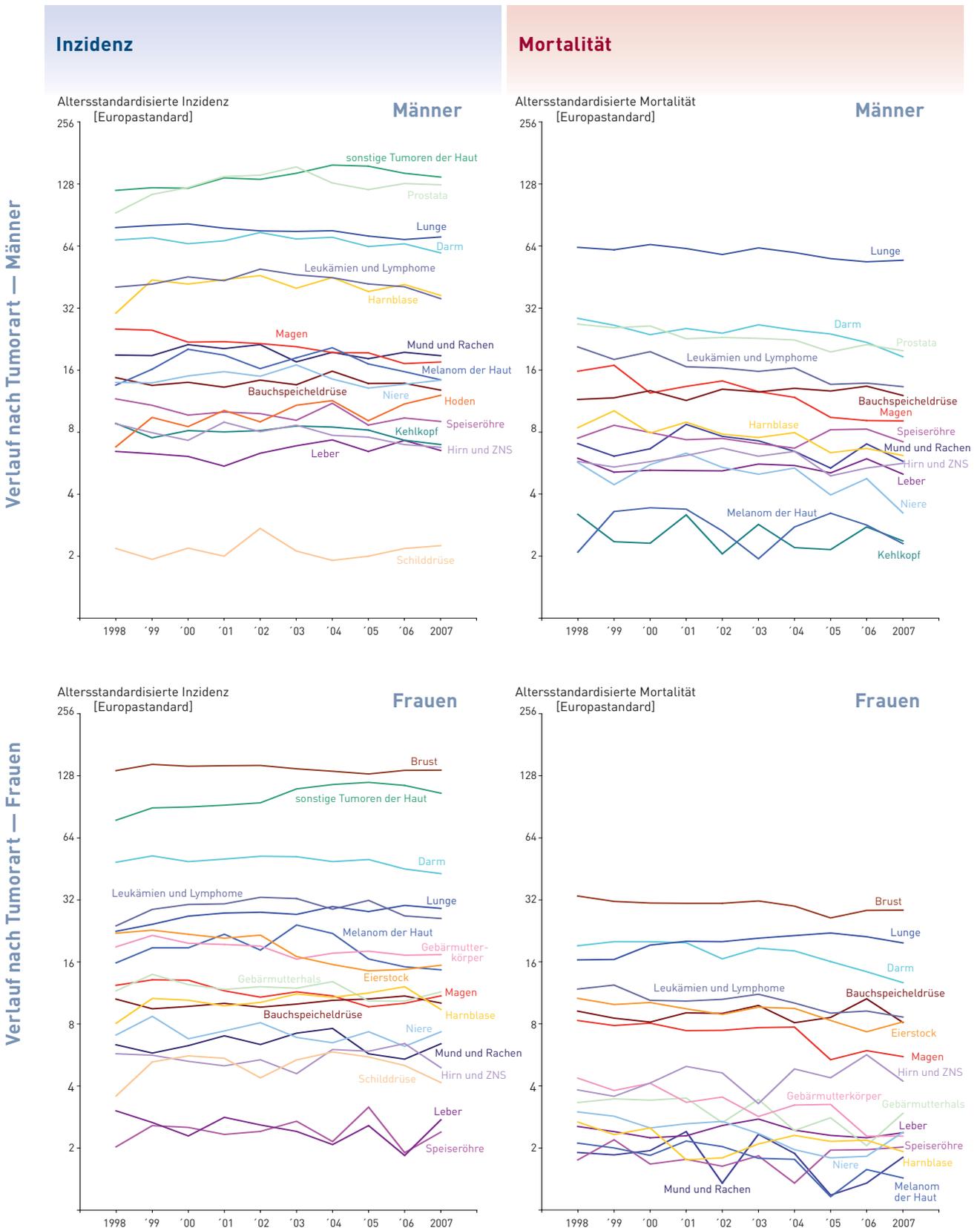
Häufigster Tumor in Schleswig-Holstein ist demnach beim Mann das Prostatakarzinom (26,7%), gefolgt vom Lungenkrebs (14,5%) und vom Darmkrebs (13,0%; rechte Spalte der Tabelle). Bei Frauen liegt Brustkrebs an erster Stelle (31,9%), gefolgt von Darm- und Lungenkrebs (14,3% bzw. 7,4%). Im Vergleich zu Deutschland ist der Anteil des Brustkrebses an allen Krebsneuerkrankungen (ohne epithelialen Hautkrebs) höher (29,3%). Die häufigsten Krebstodesursachen in Schleswig-Holstein sind bei Männern Lungenkrebs (27,3%), Darmkrebs (10,8%) und Prostatakrebs (10,4%). Bei den Frauen sind es Brustkrebs (18,6%), Lungenkrebs (13,7%) und Darmkrebs (12,4%). Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt fällt der hohe Anteil von Lungenkrebstodesfällen in Schleswig-Holstein bei Frauen auf, der im Bund bei 12,6% liegt. Dieser Umstand dürfte mit der gegenüber den Deutschlandwerten um fast 30% erhöhten Lungenkrebsinzidenz zu begründen sein (s.a. Abschnitt Lungenkrebs). Für die Darstellung der häufigsten Krebsarten und Krebstodesursachen, unterteilt in sechs Altersgruppen (nebenstehende Tabelle Spalten 1 bis 6), wurden zur Stabilisierung der Werte die Jahre 2005 bis 2007 zusammengefasst.

Bei den Kindern und Jugendlichen (0-14 Jahre) stehen die Krebserkrankungen des blutbildenden Systems und des Gehirns im Vordergrund. Diese stellen auch die wesentlichen Krebstodesursachen in dieser Altersgruppe dar. Die Fallzahlen sind dabei bezogen auf alle Altersgruppen nur gering. Bei jüngeren Männern (15-29 Jahre) tritt Hodenkrebs als häufigste Tumorerkrankung auf. Mehr als jede dritte Tumorerkrankung in dieser Altersgruppe ist eine Hodenkrebskrankung. Auf Grund der guten therapeutischen Möglichkeiten für Hodentumoren findet sich diese aber nicht als häufigste Todesursache wieder. Bei jungen Frauen tritt das maligne Melanom mit etwa einem Viertel aller Fälle in den Vordergrund. Die Krebssterblichkeit wird in dieser Altersgruppe weiterhin durch Leukämien und Hirntumoren bestimmt. In der Gruppe der 30-44-jährigen Männer ist weiterhin der Hodenkrebs der häufigste Tumor, auch wenn der Anteil gegenüber der vorhergehenden Altersgruppe abnimmt. Die Häufigkeit des Darmkrebses nimmt zu und auch die stark tabakassoziierten Tumoren von Lunge, Mund und Rachen sind unter den häufigsten Tumoren zu finden. Bei den Frauen dominiert ab dieser Altersgruppe der Brustkrebs. Der Anteil liegt bei knapp 45%. Jede zehnte bis elfte Krebserkrankung dieser Altersgruppe entfällt zum einen auf das maligne Melanom der Haut und zum anderen auf den Gebärmutterhalskrebs. Letzterer steht zur Zeit ob der vorbeugenden Schutzimpfungen im Fokus der Öffentlichkeit. Jeder sechste (Männer) und jeder achte (Frauen) Krebstodesfall dieser Altersgruppe ist auf Lungenkrebs zurückzuführen. Bei den Frauen ist der Brustkrebs die häufigste Krebstodesursache. Mit steigendem Alter treten für Männer bei Inzidenz und Mortalität Prostata-, Darm- und Lungenkrebs in den Vordergrund. Bei Frauen ist bereits ab dem Alter von 30 Jahren Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung und auch die häufigste Krebstodesursache.

Verlauf von Inzidenz und Mortalität einzelner Tumorgruppen

Der Verlauf von Krebsinzidenz und -mortalität für die häufigsten Tumorgruppen seit Beginn der Krebsregistrierung in Schleswig-Holstein im Jahre 1998 ist

in den Abbildungen unten dargestellt. Es ist zu beachten, dass die Y-Achse logarithmisch dargestellt wurde, um Trends der verschiedenen Tumorarten besser vergleichbar zu machen. Aus diesen Diagrammen lässt sich z.B. die in den letzten zehn Jahren kontinuierlich sinkende Inzidenz und Mortalität



von Magenkrebs (Inzidenz -4,1%/-2,7%; Mortalität -6,5%/-4,4%; jeweils Männer und Frauen pro Jahr) ablesen. Gleiches gilt für Lungenkrebs bei Männern (Inzidenz: -1,7% pro Jahr), während der Trend bei Frauen ansteigende Werte zeigt (+3,2% pro Jahr). Für das maligne Melanom ist ein deutlicher Rückgang der Inzidenz in den letzten drei Jahren zu verzeichnen, der mit nachlassender Früherkennung in Verbindung gebracht werden kann. Das Modellprojekt zum Hautkrebs-Screening wurde im Jahr 2004 beendet. Seitdem wurden weniger Tumoren diagnostiziert. Für Frauen und Männer deutet sich aber ein Rückgang der Sterblichkeit am malignen Melanom an.

Für die Brustkrebsinzidenz, die in Schleswig-Holstein etwa 30% über dem Bundesdurchschnitt liegt, war ein Rückgang der Inzidenz um etwa 7% von 2002 bis 2005 zu erkennen, der in Zusammenhang mit dem Rückgang der Verschreibung von Hormonpräparaten gebracht wird. Der größte Rückgang ist in der Altersgruppe der 50-69-jährigen Frauen, den Hauptnutzerinnen der Hormontherapie, zu finden (die Daten sind nicht in diesem Bericht aufgeführt). Im Jahr 2006 stieg die Inzidenz für Brustkrebs wieder geringfügig an und blieb 2007 konstant. Für das Jahr 2008 wird aber im Zuge des begonnenen Mammographie-Screenings mit einer steigenden Anzahl von Brustkrebs gerechnet.

Auffällig ist die steigende Inzidenz des Hodenkrebses. Hier liegt die jährliche Steigerungsrate bei über 4%. Insgesamt ist seit Beginn der Krebsregistrierung im Jahr 1998 die Hodenkrebsinzidenz um mehr als 50% gestiegen. Steigende Inzidenzraten des Ho-

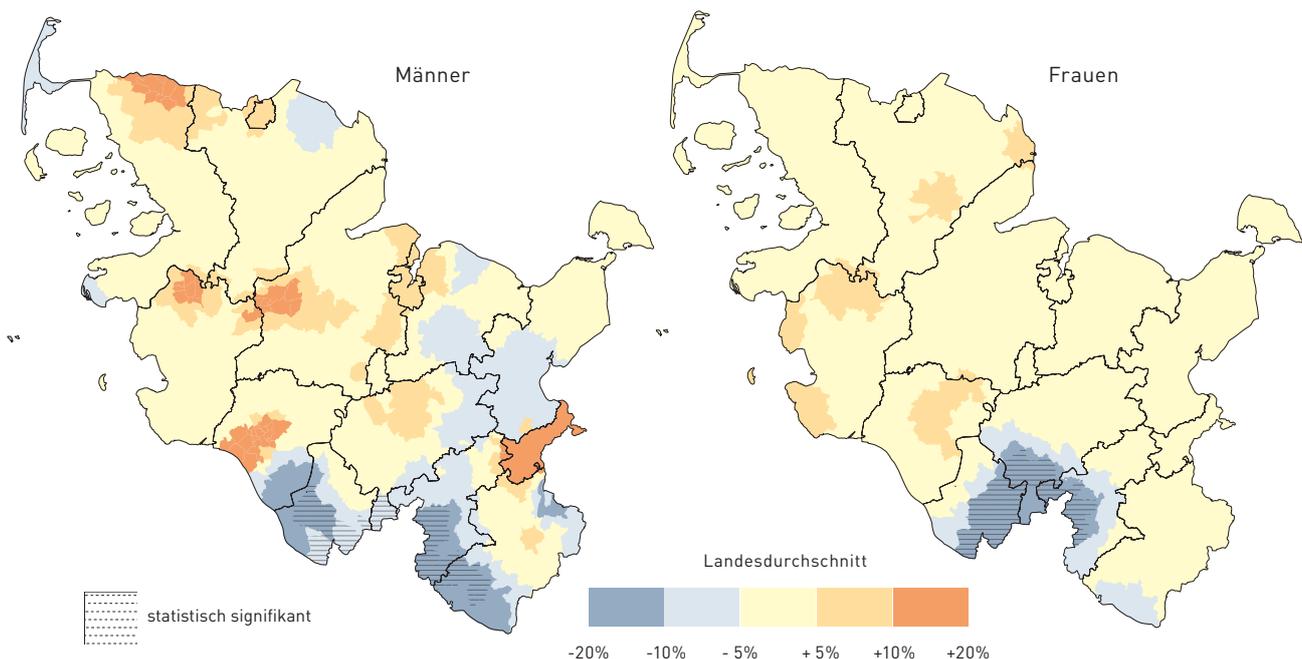
denkrebses sind seit mehreren Jahren nicht nur in Deutschland, sondern auch im übrigen Europa zu beobachten. Eine gesicherte wissenschaftliche Begründung für diesen Anstieg gibt es noch nicht.

Regionale Aspekte

Die kartographische Darstellung von Krebs gesamt soll einen Überblick über das Krebsgeschehen auf räumlicher Ebene geben. Eine Diskussion hinsichtlich möglicher Erkrankungsursachen ist nicht möglich. Krebs gesamt setzt sich aus mehr als einhundert verschiedenen Krebserkrankungen mit unterschiedlichen Risikofaktoren, Erkrankungshäufigkeiten und Altersverteilungen zusammen. Diese Zusammensetzung ist räumlich sehr unterschiedlich. Die Anteile, die die einzelnen Krebsarten in den verschiedenen Gebieten zu Krebs gesamt beitragen, differieren räumlich erheblich – z.B. auf Grund unterschiedlicher Sozialstrukturen –, so dass bei räumlichen Vergleichen von Krebs gesamt unterschiedliche Diagnosespektren miteinander verglichen werden. Für einen allgemeinen Überblick hingegen ist die Form der Darstellung sehr hilfreich.

Zwei unterschiedliche Darstellungsarten wurden hier aufgeführt. Zum einen, auf dieser Seite unten, ein kleinräumiger Vergleich zum Landesdurchschnitt in geglätteter Form und zum zweiten, auf der folgenden Seite, die altersstandardisierten Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte.

Räumliche Verteilung der Inzidenz für Krebs gesamt im Vergleich zum Landesdurchschnitt



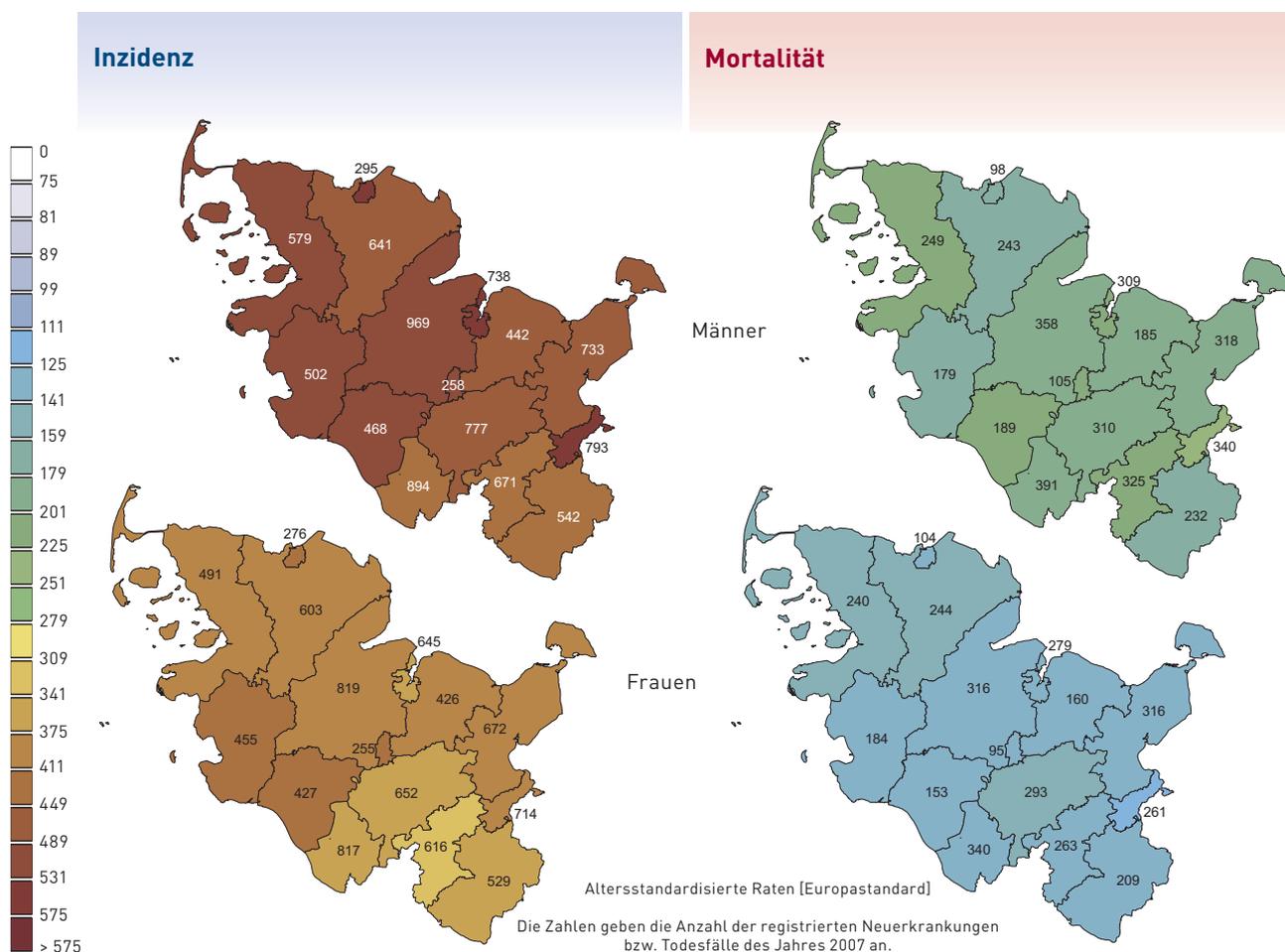
Die ausgewiesene Inzidenz von Krebserkrankungen variiert räumlich, wie sich den Karten in der Abbildung auf S. 25 entnehmen lässt. Das hat sehr unterschiedliche Ursachen, die sich im einzelnen nicht oder nur sehr grob quantifizieren lassen und häufig nicht voneinander zu trennen sind.

Zum einen ist es wahrscheinlich, dass die Krebsregistrierung räumlich nicht ganz einheitlich ist. So wird es beispielsweise Gebiete geben, in denen die Meldungen an das Krebsregister noch nicht mit der notwendigen Konsequenz erfolgen – wenn ein Krankenhaus mit überregionaler Bedeutung nur unzureichend an das Krebsregister meldet, so hat dies einen erkennbaren Einfluss auf die Vollständigkeit der Registrierung der umliegenden Region. Insbesondere im Hamburger Umland ist davon auszugehen, dass viele Patienten in Hamburg versorgt und damit nicht an das schleswig-holsteinische Krebsregister gemeldet werden. Zwar tauschen die Krebsregister untereinander Meldungen aus, auf Grund unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen auf beiden Seiten kann dennoch nicht sichergestellt werden, dass alle in Frage kommenden Meldungen abgegeben und weitergeleitet werden.

Zum anderen dürfte es auch tatsächliche „echte“ Unterschiede in der Inzidenz geben. Sind die typischen Risikofaktoren für Krebs in der Fläche un-

terschiedlich verteilt (z.B. Rauchen), wird sich das auch in unterschiedlichen Erkrankungsraten widerspiegeln. Aus der Literatur ist weiterhin bekannt, dass viele Krebserkrankungen abhängig von der Sozialschicht sind (z.B. höhere Lungenkrebsraten in unteren sozialen Schichten auf Grund des höheren Tabakkonsums; höhere Brustkrebsraten in gehobenen sozialen Schichten). Da es Unterschiede in der räumlichen Verteilung der Sozialstruktur gibt, sind entsprechend auch räumliche Unterschiede in der Krebsinzidenz zu erwarten. Eine weitere Ursache für unterschiedliche Inzidenzraten kann die regional differierende Intensität der Früherkennung sein. Je höher die Inanspruchnahme ist, desto höher wird i.d.R. die Inzidenz sein.

Die Karten auf S. 25, die die räumlichen Abweichungen vom Landesdurchschnitt unterhalb der Kreisebene darstellen, lassen erkennen, dass es einige Gebiete gibt, in denen die Inzidenz statistisch signifikant unterhalb des Landesdurchschnitts liegt. Betroffen ist bei beiden Geschlechtern das Hamburger Umland. Es ist anzunehmen, dass es sich dabei überwiegend um Defizite in der Erfassung handelt. In einigen weiteren Gebieten des Landes fallen bei Männern ebenfalls Raten unterhalb des Landesdurchschnitts auf, ohne dass diese statistisch signifikant sind.



Bei Frauen hingegen finden sich keine weiteren unterdurchschnittlichen Gebiete. Insgesamt bildet die räumliche Verteilung der Krebserkrankungen bei Frauen ein sehr homogenes Bild.

Erfreulich ist, dass es keine Regionen im Land gibt, in denen statistisch signifikant erhöhte Krebsraten zu finden sind.

Dennoch fallen bei den Männern fünf Gebiete mit erhöhten Raten auf. Das Gebiet der Hansestadt Lübeck (eine Übersichtskarte Schleswig-Holsteins findet sich auf S. 16) zeigte auch im letztjährigen Bericht höhere Raten. Aus bisherigen Analysen lässt sich schließen, dass gute Krebsregistrierung in diesem Bereich mit hohen Erfassungsquoten zu „künstlich“ höheren Erkrankungsraten für Krebs insgesamt geführt hat. Einen ähnlichen Effekt dürfte die unterschiedlich intensive Anwendung von Früherkennungsmaßnahmen, wie z.B. die Testung auf das Prostata-spezifische Antigen (PSA) zur Erkennung von Prostatakrebs, haben. In Gebieten mit hohen Teilnehmerraten an der Krebsfrüherkennung ergeben sich zwangsläufig auch höhere bzw. erhöhte Inzidenzwerte. Das Krebsregister hat im Jahr 2009 eine Sonderuntersuchung für das Gebiet der Hansestadt Lübeck durchgeführt, die zeigt, dass es innerhalb Lübecks kaum nennenswerte räumliche Unterschiede gibt. (Der zugehörige Bericht ist im Internet unter www.krebsregister-sh.de zu finden.)

Die anderen vier Gebiete mit erhöhten Raten bei Männern finden sich in ländlichen Räumen – an der dänischen Grenze, im Norden des Kreises Dith-

marschen, westlich der Stadt Rendsburg und im Südwesten des Kreises Steinburg. Alle vier Gebiete zeigten im vorherigen Diagnosejahr durchschnittliche bzw. sogar unterdurchschnittliche Raten. Es ist daher wahrscheinlich, dass es sich um zufällige Schwankungen handelt, möglicherweise auch ausgelöst durch eine verstärkt in Anspruch genommene Krebsfrüherkennung. Dass es sich um umweltbedingte Erhöhungen handelt, ist sehr unwahrscheinlich, da zum einen Krebs gesamt auf Grund der vielen unterschiedlichen Risikofaktoren der einzelnen Krebsarten keinen sinnvollen Indikator für eine umweltbedingte Gefährdung darstellt und zum anderen bei den Frauen keinerlei Auffälligkeiten zu beobachten sind.

Trotz der hier diskutierten räumlichen Abweichungen ist insgesamt von einer räumlich relativ homogenen Inzidenz in Schleswig-Holstein auszugehen, was wiederum eine insgesamt verhältnismäßig einheitliche Erfassung und Versorgung nahe legt.

Für die Mortalität liegen keine Daten vor, die eine Auswertung unterhalb der Kreisebene zulassen. Die vier Karten links zeigen auf Kreisebene die altersstandardisierten Raten und die entsprechenden Fallzahlen für Inzidenz und Mortalität.

Weitere regionale Auswertungen können im Internet (www.krebsregister-sh.de) in einem interaktiven Atlas eingesehen werden. Dort sind Vergleiche auf Ebene der kreisfreien Städte und Kreise sowie Vergleiche mit dem Landesdurchschnitt möglich.

Einzeltumoren und Tumorgruppen

Ausgewählte Tumorentitäten

in Schleswig-Holstein

im Jahr 2007

Mund und Rachen [C00-C14]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	335	120	106	39
Erwartete Fallzahl 2010	330 - 370	110 - 130	100 - 130	25 - 40
Anteil an Krebs gesamt	3,6%	1,4%	2,8%	1,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	63	60	65	67
Carcinomata in situ	6	9		
Geschlechterverhältnis	2,8 : 1		2,7 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	24,1	8,3	7,6	2,7
Weltstandard	13,5	4,8	4,1	1,3
Europastandard	18,8	6,4	5,8	1,8
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 0,5	- 0,3	- 1,7	- 3,2
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,6	0,5	0,5	0,2
Qualitätsindikatoren				
HV	88,1%	83,3%		
M/I	0,32	0,33		
DCO-Fälle	29	18		
DCO-Rate	8,7%	15,0%		

Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)

	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	9.349 3,8%	2.992 1,4%	3.650 3,2%	1.127 1,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	60	64	63	68
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	19,4	5,2	7,3	1,8

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	23	9,8	7	10,0
II	18	7,7	8	11,4
III	36	15,4	17	24,3
IV	157	67,1	38	54,3
Insgesamt	234	100,0	70	100,0
Ohne Stadienangabe	72	23,5	32	31,4

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
siehe Tabelle im Anhang S. 80				

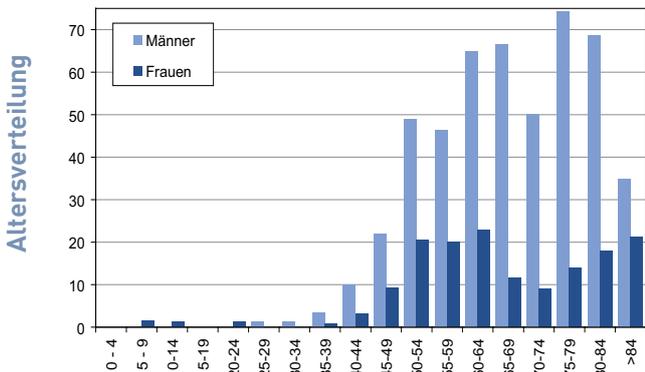
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome	280	91,5	77	75,5
Adenokarzinome	10	3,3	16	15,7
Sonstige Karzinome	13	4,1	7	6,9
Sarkome, sonst. Weichteiltumoren	0	0,0	1	1,0
Sonstige Neubildungen	3	1,0	1	1,0
Insgesamt	306	100,0	102	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	262		78	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	200	76,3	66	84,6
Strahlentherapie	142	54,2	40	51,3
Chemotherapie	99	37,8	25	32,1
Sonstige	7	2,7	3	3,8
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	18	6,9	2	2,6

Anmerkungen: Inzidenz und Mortalität der Mund- und Rachentumoren zeigen sich insgesamt in guter Übereinstimmung mit den bundesdeutschen Zahlen. Mund- und Rachentumoren weisen eine relativ schlechte Prognose auf. Über die Hälfte der registrierten Fälle wurde im Jahr 2007 im prognostisch ungünstigen Stadium IV entdeckt. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei nur 47% bzw. 55% (Männer/Frauen).

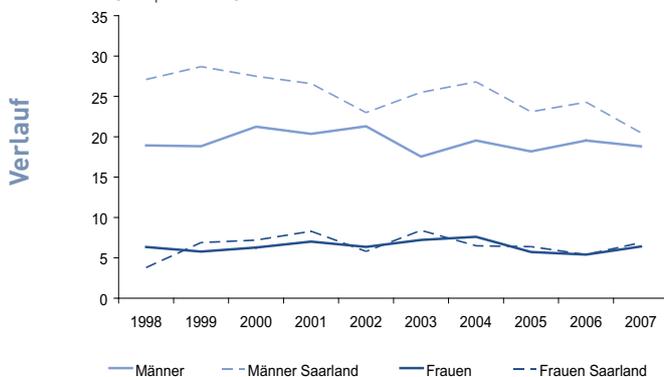
Inzidenz

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000



Altersverteilung

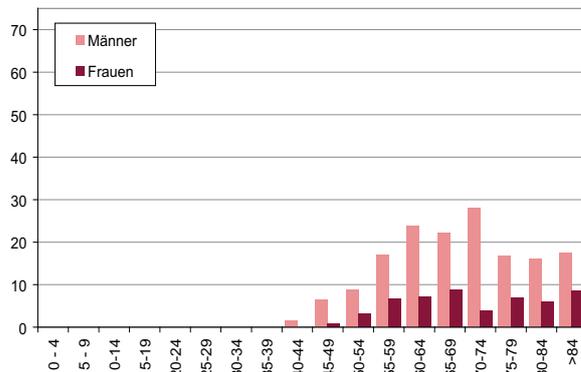
Altersstandardisierte Inzidenz [Europastandard]



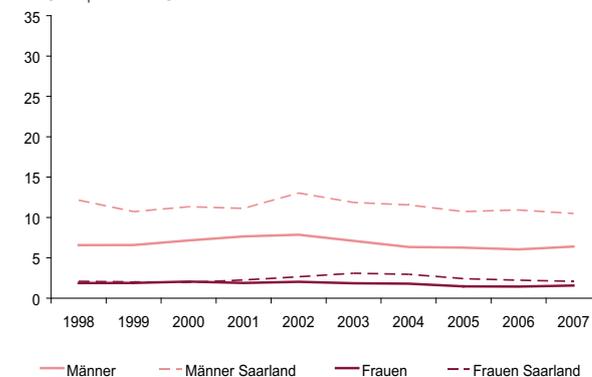
— Männer — Männer Saarland — Frauen — Frauen Saarland

Mortalität

Altersspezifische Mortalität pro 100.000

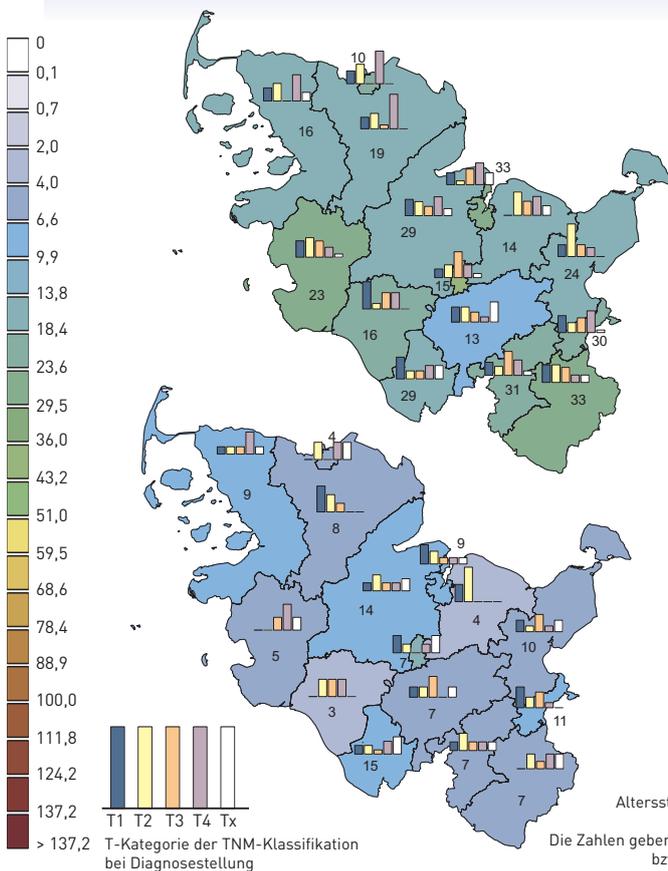


Altersstandardisierte Mortalität [Europastandard]

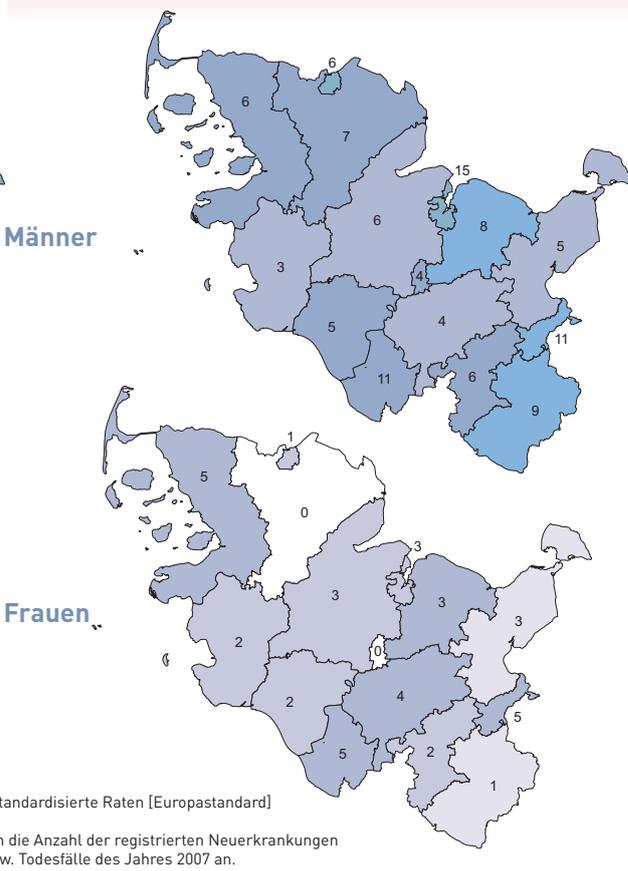


— Männer — Männer Saarland — Frauen — Frauen Saarland

Inzidenz



Mortalität



Speiseröhre [C15]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	169	61	137	56
Erwartete Fallzahl 2010	160 - 180	50 - 65	140 - 160	50 - 65
Anteil an Krebs gesamt	1,8%	0,7%	3,6%	1,6%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	67	74	67	77
Carcinomata in situ	1	1		
Geschlechterverhältnis	2,8 : 1		2,4 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	12,2	4,2	9,9	3,9
Weltstandard	6,3	1,6	5,0	1,3
Europastandard	9,0	2,4	7,2	2,0
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 2,2 *	+ 0,2	- 0,5	+ 0,4
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,8	0,2	0,7	0,1
Qualitätsindikatoren				
HV	84,0%	73,8%		
M/I	0,81	0,92		
DCO-Fälle	26	16		
DCO-Rate	15,4%	26,2%		

Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)

Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	4.605 1,9%	1.352 0,6%	3.725 3,3%	1.120 1,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	66	71	68	74
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	9,1	2,0	7,0	1,6

* statistisch signifikant

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	5	7,4	1	5,3
II	16	23,5	1	5,3
III	18	26,5	9	47,4
IV	29	42,6	8	42,1
Insgesamt	68	100,0	19	100,0
Ohne Stadienangabe	75	52,4	26	57,8

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Zervikaler Ösophagus (C15.0)	5	3,5	2	4,4
Thorakaler Ösophagus (C15.1)	4	2,8	4	8,9
Abdominaler Ösophagus (C15.2)	1	0,7	0	0,0
Ösophagus, oberes Drittel (C15.3)	8	5,6	7	15,6
Ösophagus, mittleres Drittel (C15.4)	28	19,6	3	6,7
Ösophagus, unteres Drittel (C15.5)	55	38,5	14	31,1
Mehr. Teilbereiche überlappend (C15.8)	3	2,1	0	0,0
Ösophagus, n.n.bez. (C15.9)	39	27,3	15	33,3
Insgesamt	143	100,0	45	100,0

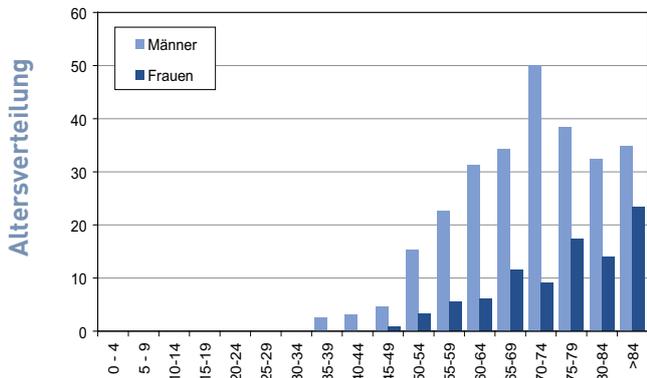
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	107		32	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	46	43,0	9	28,1
Strahlentherapie	55	51,4	20	62,5
Chemotherapie	61	57,0	21	65,6
Sonstige	17	15,9	4	12,5
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	7	6,5	4	12,5

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome	72	50,3	32	71,1
Adenokarzinome	57	39,9	10	22,2
Sonstige Karzinome	12	8,4	2	4,4
Sonstige Neubildungen	2	1,4	1	2,2
Insgesamt	143	100,0	45	100,0

Anmerkungen: Die altersstandardisierte Inzidenz des Speiseröhrenkrebses liegt für beide Geschlechter in etwa auf dem Niveau der Deutschlandschätzung. Erfreulicherweise ist der Trend bei Männern weiter abfallend. Die Prognose des Speiseröhrenkrebses ist schlecht, die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt etwa 20% für Männer und 22% für Frauen.

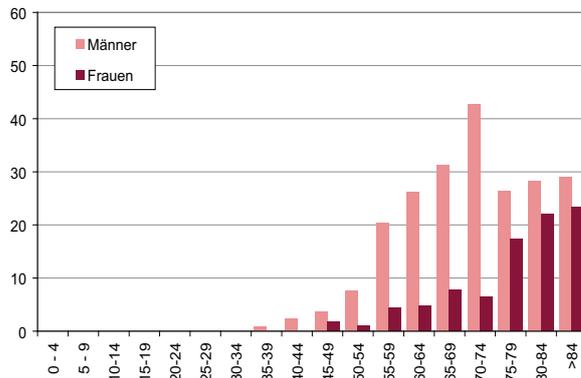
Inzidenz

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000

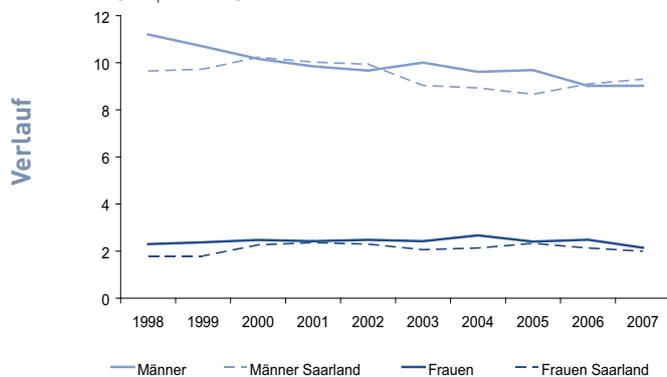


Mortalität

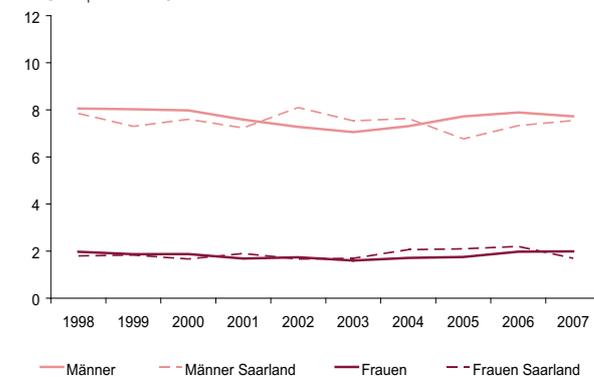
Altersspezifische Mortalität pro 100.000



Altersstandardisierte Inzidenz [Europastandard]

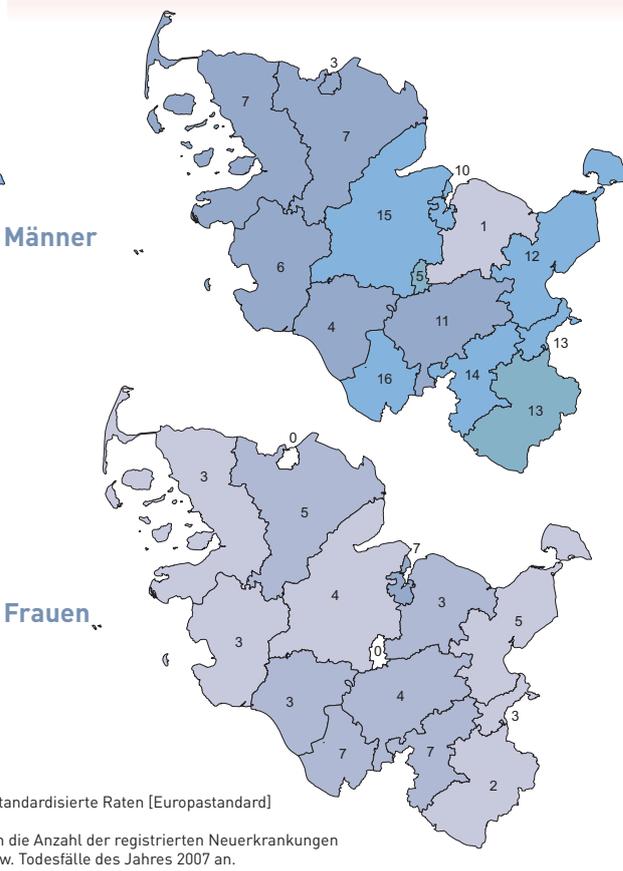
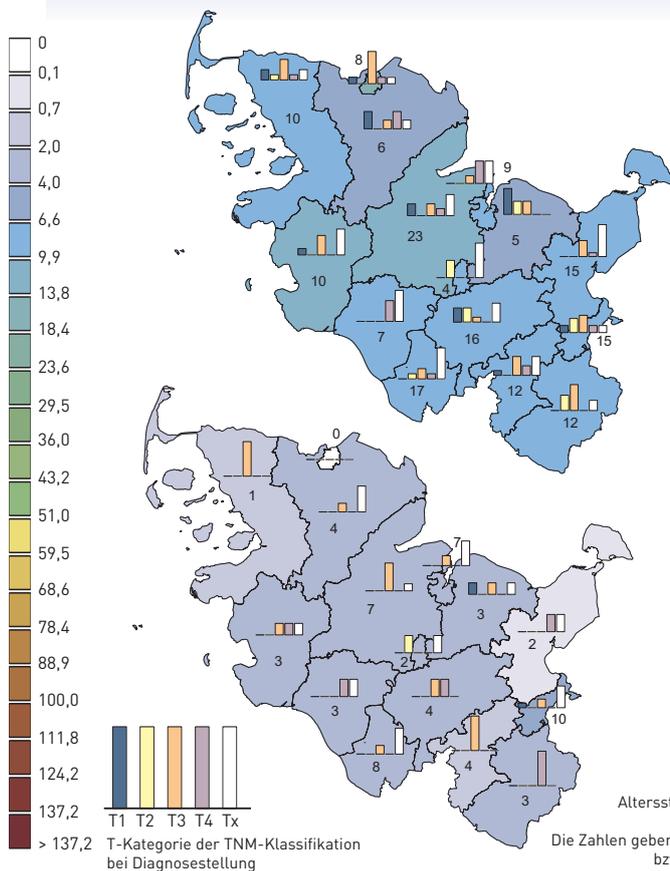


Altersstandardisierte Mortalität [Europastandard]



Inzidenz

Mortalität



T1 T2 T3 T4 Tx
T-Kategorie der TNM-Klassifikation bei Diagnosestellung

Die Zahlen geben die Anzahl der registrierten Neuerkrankungen bzw. Todesfälle des Jahres 2007 an.

Magen [C16]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	339	283	178	149
Erwartete Fallzahl 2010	310 - 330	250 - 280	145 - 170	130 - 160
Anteil an Krebs gesamt	3,6%	3,4%	4,6%	4,3%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70	73	71	77
Carcinomata in situ	0	0		
Geschlechterverhältnis	1,2 : 1		1,2 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	24,4	19,5	12,8	10,3
Weltstandard	11,5	7,3	5,9	3,5
Europastandard	17,5	11,0	9,1	5,6
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 4,1 *	- 2,7 *	- 6,5 *	- 4,4 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,3	0,8	0,7	0,4
Qualitätsindikatoren				
HV	83,2%	82,3%		
M/I	0,53	0,53		
DCO-Fälle	55	50		
DCO-Rate	16,2%	17,7%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	10.259 4,2%	7.367 3,4%	5.846 5,2%	4.641 4,7%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	77	73	79
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	19,2	9,5	10,6	5,7

* statistisch signifikant

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	22	13,5	33	25,8
II	18	11,0	17	13,3
III	31	19,0	18	14,1
IV	92	56,4	60	46,9
Insgesamt	163	100,0	128	100,0
Ohne Stadienangabe	121	42,6	105	45,1

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Kardia (C16.0)	86	30,3	34	14,6
Fundus, Corpus (C16.1, .2)	59	20,8	74	31,8
Antrum, Pylorus (C16.3, .4)	52	18,3	63	27,0
Sonst. Lokalisationen (C16.5-.9)	87	30,6	62	26,6
Insgesamt	284	100,0	233	100

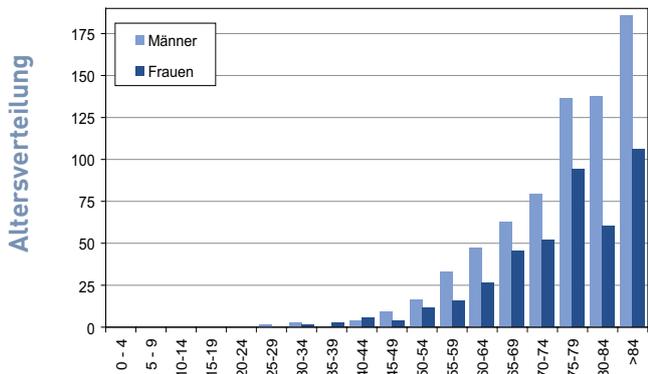
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Adenokarzinome	266	93,7	216	92,7
Sonstige Karzinome	13	4,6	12	5,2
Sarkome	1	0,4	0	0,0
Sonstige Neubildungen	4	1,4	5	2,1
Insgesamt	284	100,0	233	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	209		187	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	157	75,1	151	80,7
Strahlentherapie	21	10,0	5	2,7
Chemotherapie	83	39,7	65	34,8
Sonstige	16	7,7	17	9,1
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	11	5,3	17	9,1

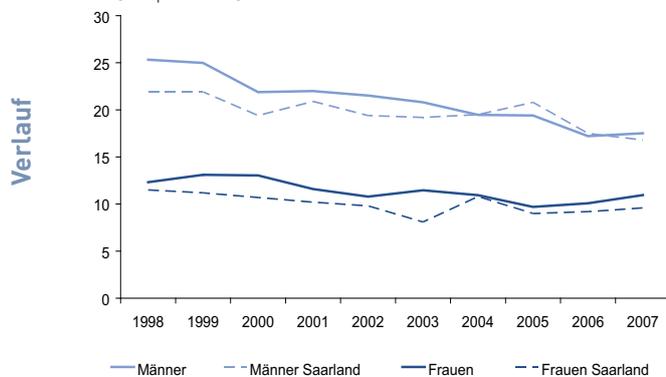
Anmerkungen: Inzidenz und Mortalität des Magenkarzinoms liegen für Männer unterhalb der Deutschlandschätzung. Bei Frauen entspricht die Mortalitätsrate den deutschen Zahlen, während die Inzidenz etwa 15% höher liegt. Der seit vielen Jahren beobachtete Trend hin zu weniger Magenkrebs zeigt sich auch für Schleswig-Holstein. Pro Jahr gehen Inzidenz und Mortalität im Bereich von etwa 3-6 % zurück. Allerdings ist der Anteil von Magenkrebs im ungünstigen Erkrankungsstadium weiterhin hoch (ca. 50%). Die Prognose ist überwiegend schlecht, die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt für beide Geschlechter im Bereich von 30-35% .

Inzidenz

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000

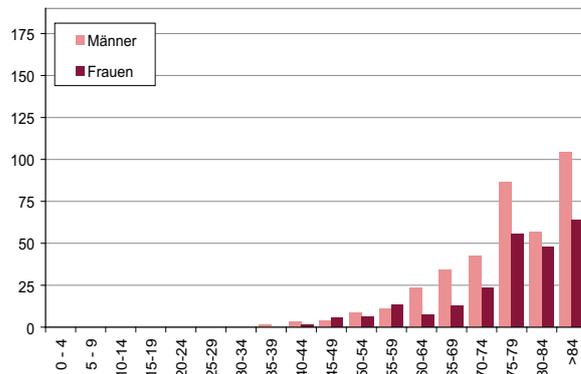


Altersstandardisierte Inzidenz [Europastandard]

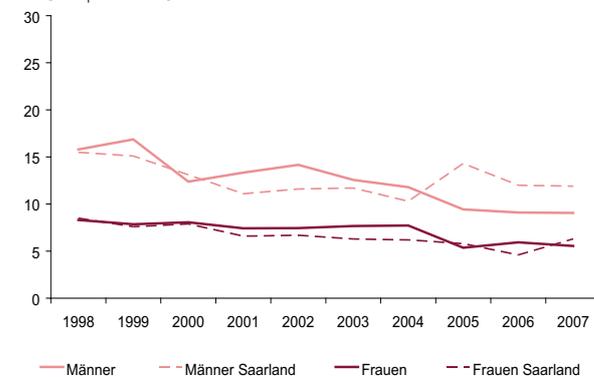


Mortalität

Altersspezifische Mortalität pro 100.000

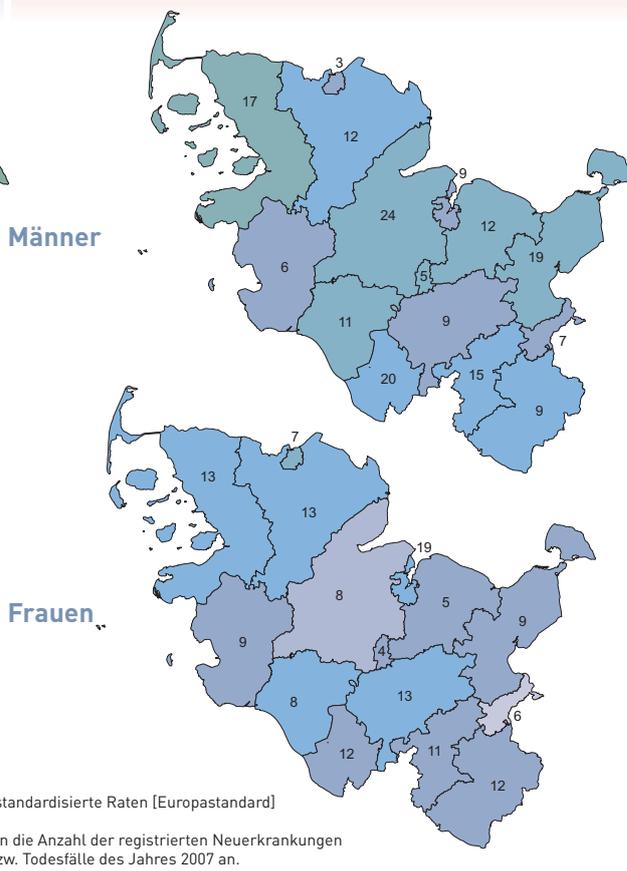
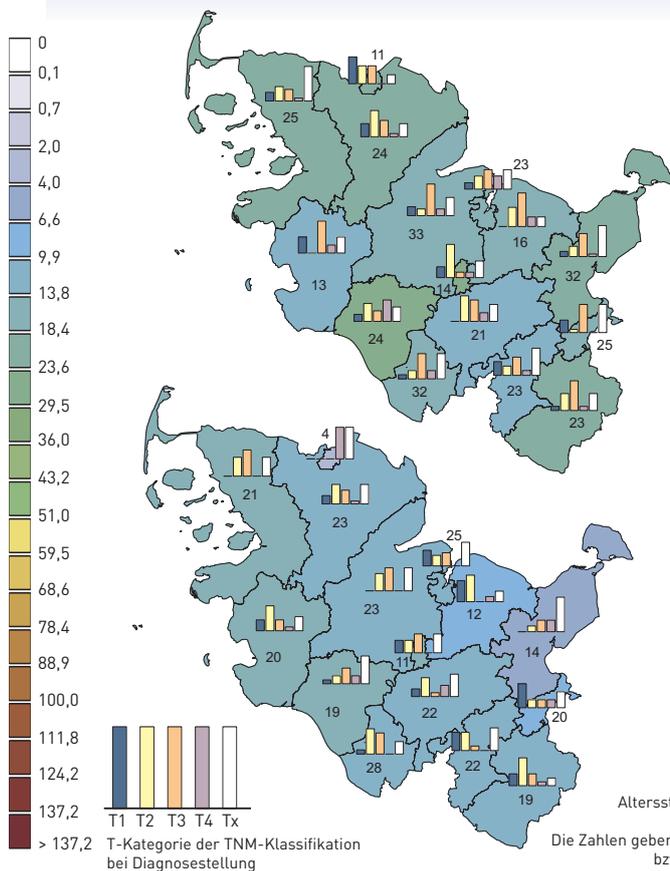


Altersstandardisierte Mortalität [Europastandard]



Inzidenz

Mortalität



Die Zahlen geben die Anzahl der registrierten Neuerkrankungen bzw. Todesfälle des Jahres 2007 an.

Darm [C18-C21]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	1.171	1.146	374	388
Erwartete Fallzahl 2010	1.240 - 1.340	1.080 - 1.250	340 - 450	320 - 410
Anteil an Krebs gesamt	12,6%	13,6%	9,8%	11,2%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70	75	74	80
Carcinomata in situ	175	110		
Geschlechterverhältnis	1 : 1		1 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	84,4	79,2	27,0	26,8
Weltstandard	39,0	28,2	11,7	7,8
Europastandard	59,3	42,9	18,6	12,7
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 1,1	- 1,9	- 3,8	- 4,8 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	4,6	3,1	1,2	0,7
Qualitätsindikatoren				
HV	89,1%	87,5%		
M/I	0,32	0,34		
DCO-Fälle	120	135		
DCO-Rate	10,3%	11,8%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	35.296 14,4%	31.384 14,6%	13.385 11,8%	13.048 13,3%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	75	73	80
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	65,9	41,8	24,0	15,2

* statistisch signifikant

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	132	19,7	109	17,7
II	194	29,0	180	29,2
III	163	24,3	160	25,9
IV	181	27,0	168	27,2
Insgesamt	670	100,0	617	100,0
Ohne Stadienangabe	381	36,3	394	39,0

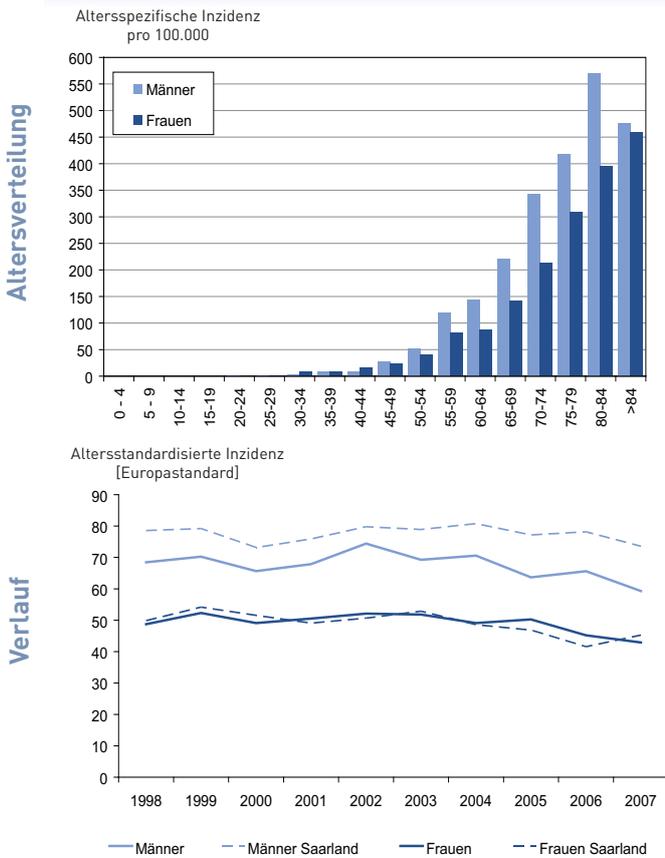
Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Dickdarm (C18)	613	58,3	662	65,5
Rektum incl. Rektosigmoid (C19, C20)	408	38,8	305	30,2
Anus, Analkanal (C21)	30	2,9	44	4,4
Insgesamt	1.051	100,0	1.011	100,0

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome	27	2,6	41	4,1
Adenokarzinome	990	94,2	931	92,1
Sonstige Karzinome	30	2,9	34	3,4
Sarkome	2	0,2	0	0,0
Sonstige Neubildungen	2	0,2	5	0,5
Insgesamt	1.051	100,0	1.011	100,0

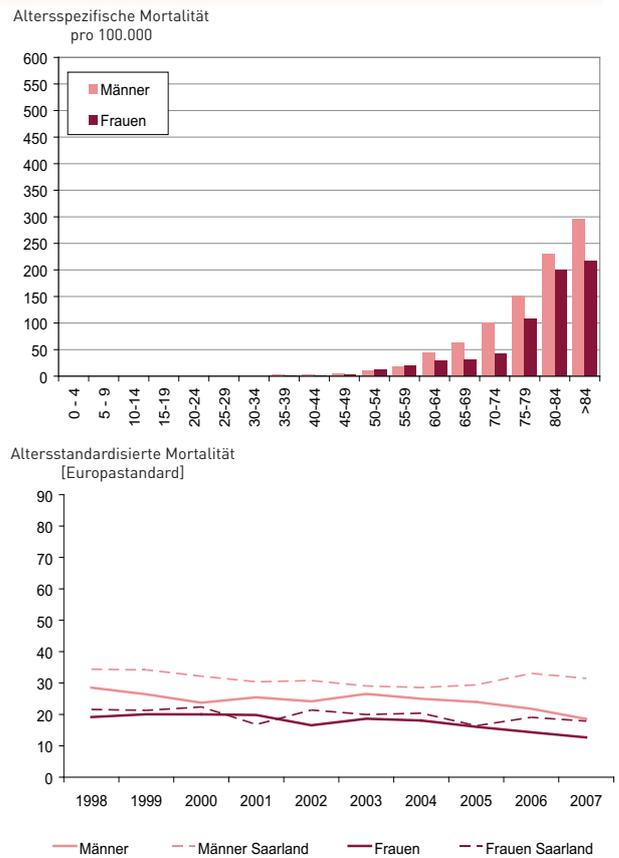
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	892		873	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	817	91,6	818	93,7
Strahlentherapie	186	20,9	125	14,3
Chemotherapie	342	38,3	288	33,0
Hormontherapie	2	0,2	1	0,1
Immuntherapie	9	1,0	7	0,8
Sonstige	20	2,2	28	3,2
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	25	2,8	11	1,3

Anmerkungen: Die Darmkrebsmortalität liegt für beide Geschlechter ca. 20% unter dem Bundesdurchschnitt und ist in den letzten zehn Jahren jährlich um 3,8% (Männer) bzw. 4,8% (Frauen) gesunken. Bei der Inzidenz ist hingegen ein deutlich geringerer Rückgang zu beobachten. Während die Rate der Männer etwa 10% unterhalb der Schätzung für Deutschland liegt, entspricht die Rate für Frauen in etwa den Deutschlandwerten. Durch den Beginn des Koloskopie-Screenings im Jahr 2002 wird aber ein Rückgang der Inzidenz in den kommenden Jahren erwartet. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt etwa 60%.

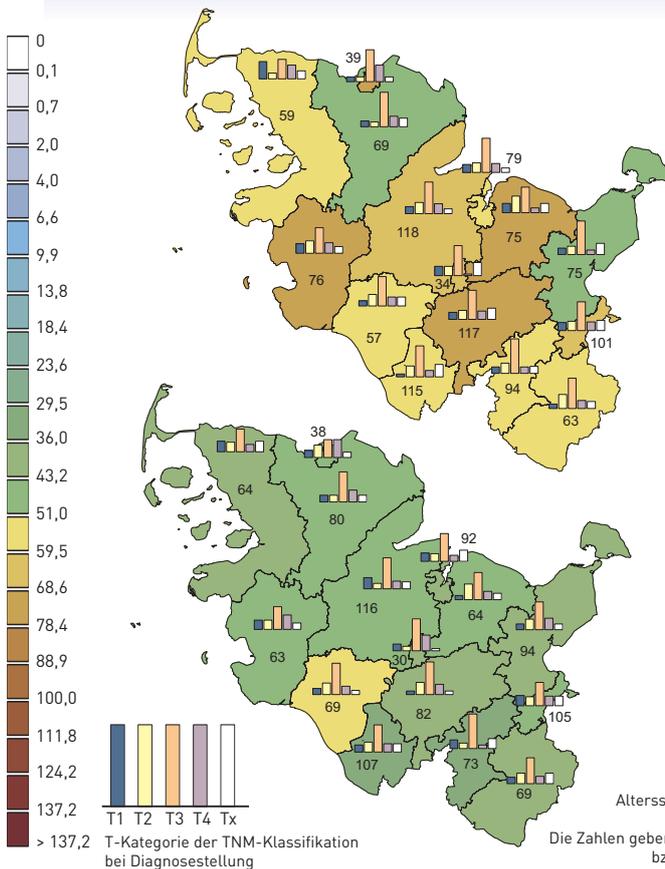
Inzidenz



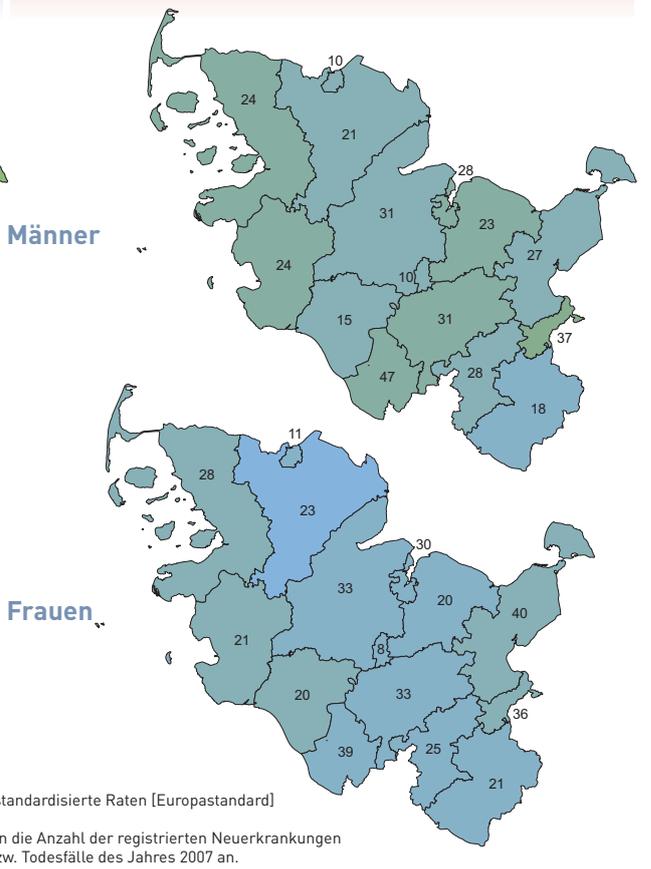
Mortalität



Inzidenz



Mortalität



Leber [C22]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	125	75	97	70
Erwartete Fallzahl 2010	140 - 160	55 - 65	110 - 125	65 - 75
Anteil an Krebs gesamt	1,3%	0,9%	2,5%	2,0%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	67	74	71	78
Carcinomata in situ	0	0		
Geschlechterverhältnis	1,7 : 1		1,4 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	9,0	5,2	7,0	4,8
Weltstandard	4,5	1,8	3,3	1,5
Europastandard	6,5	2,7	5,0	2,4
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 1,4	- 2,3	- 0,3	- 0,4
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,6	0,2	0,4	0,2
Qualitätsindikatoren				
HV	56,8%	42,7%		
M/I	0,78	0,93		
DCO-Fälle	45	38		
DCO-Rate	36,0%	50,7%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	5.281 2,1%	3.346 1,6%	4.469 3,9%	2.358 2,4%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70	76	71	77
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	9,8	4,4	8,1	2,9

* statistisch signifikant

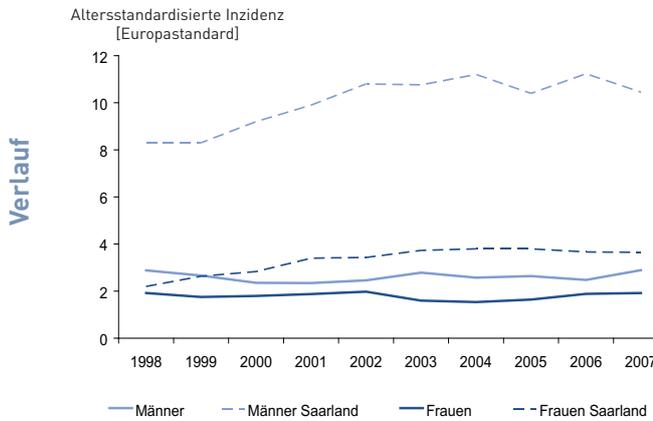
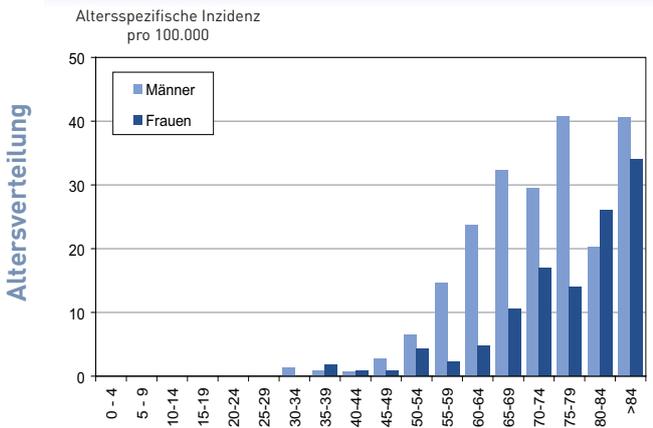
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	6	30,0	0	0,0
II	0	0,0	2	33,3
III	3	15,0	1	16,7
IV	11	55,0	3	50,0
Insgesamt	20	100,0	6	100,0
Ohne Stadienangabe	60	75,0	31	83,8

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Hepatozelluläres Karzinom	54	67,5	18	48,6
Cholangiokarzinom	16	20,0	11	29,7
Sonstige Karzinome	6	7,5	7	18,9
Hepatoblastom	0	0,0	0	0,0
Hämangiosarkom	1	1,3	1	2,7
Sonstige oder n.n.bez. Sarkome	0	0,0	0	0,0
Sonstige Neubildungen	3	3,8	0	0,0
Insgesamt	80	100,0	37	100,0

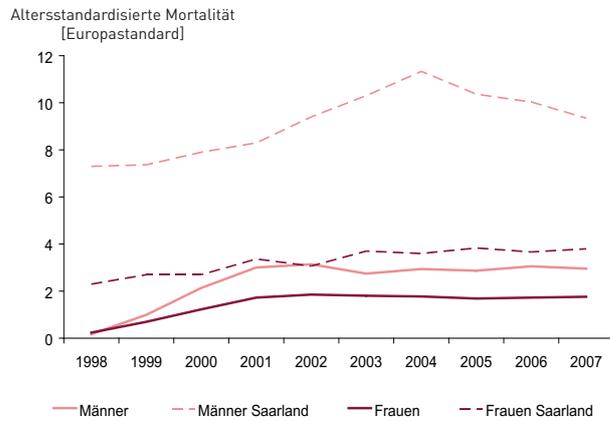
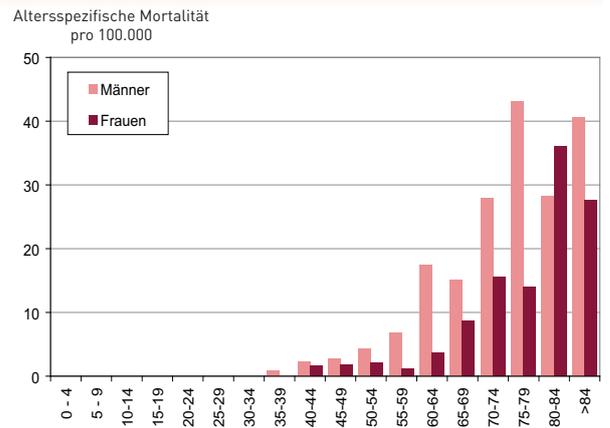
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	66		33	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	28	42,4	11	33,3
Chemotherapie	18	27,3	10	30,3
Sonstige	17	25,8	7	21,2
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	18	27,3	9	27,3

Anmerkungen: Erstmals können für Leberkrebs bundesdeutsche Vergleichszahlen genannt werden. Danach liegen die Inzidenzraten in Schleswig-Holstein etwa 40% unter der Deutschlandschätzung (20-40% bei der Mortalität). Allerdings ist die Beurteilung der Epidemiologie des Leberkrebses äußerst schwierig. Es ist davon auszugehen, dass ein relevanter Anteil der Lebertumoren in Wirklichkeit Metastasen von anderen Primärtumoren darstellt. Auch der hohe Anteil an DCO-Fällen erschwert die Interpretation. Die spärlichen Angaben, die den zugehörigen Todesbescheinigungen zu entnehmen sind, machen eine zweifelsfreie Unterscheidung von Metastase und Primärtumor häufig unmöglich. Eine exakte klinische Dokumentation ist für die zukünftige Interpretation von Leberkrebs von großer Bedeutung.

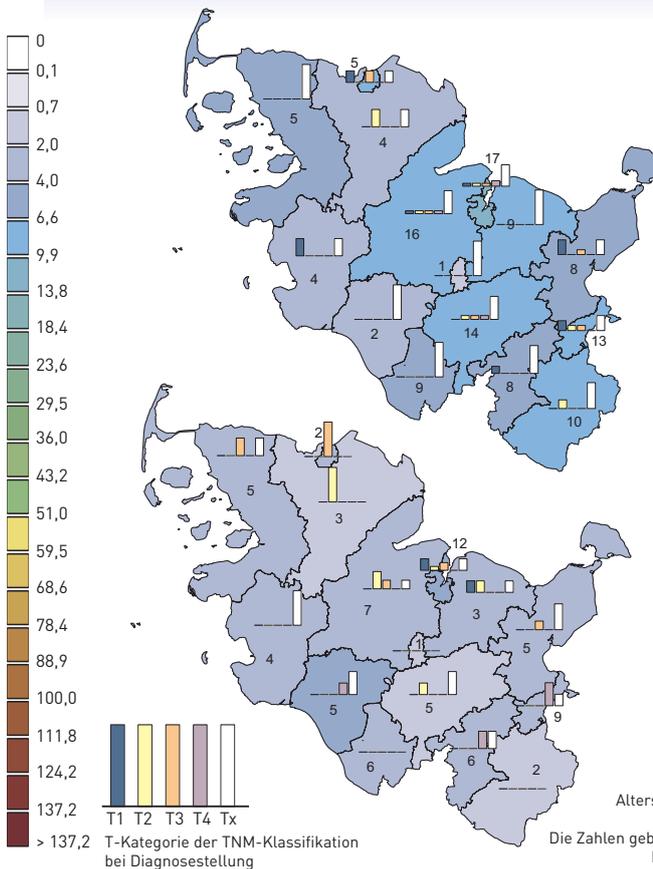
Inzidenz



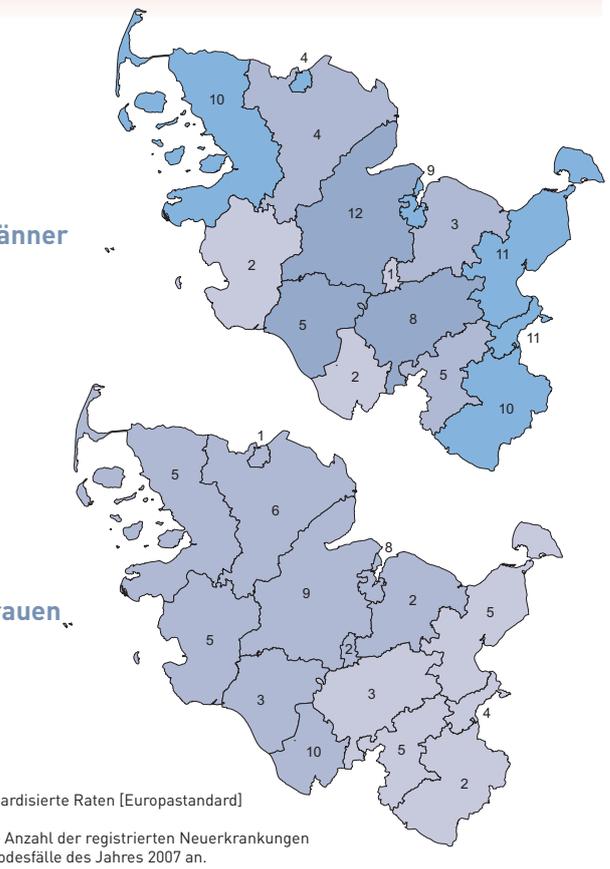
Mortalität



Inzidenz



Mortalität



Bauchspeicheldrüse [C25]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	254	283	240	242
Erwartete Fallzahl 2010	270 - 300	300 - 330	270 - 300	270 - 305
Anteil an Krebs gesamt	2,7%	3,4%	6,3%	7,0%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	76	71	77
Carcinomata in situ	0	0		
Geschlechterverhältnis	1 : 1,1		1 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	18,3	19,5	17,3	16,7
Weltstandard	8,4	6,5	7,9	5,1
Europastandard	12,8	10,1	12,0	8,1
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 0,4	+ 0,7	+ 1,0	+ 0,2
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,0	0,8	0,9	0,6
Qualitätsindikatoren				
HV	50,8%	49,1%		
M/I	0,94	0,86		
DCO-Fälle	112	134		
DCO-Rate	44,1%	47,3%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	7.082 2,9%	6.974 3,2%	6.904 6,1%	7.541 7,7%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70	75	71	77
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	13,5	9,3	12,6	9,3

* statistisch signifikant

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	2	2,9	2	2,4
II	19	27,5	32	38,6
III	3	4,3	1	1,2
IV	45	65,2	48	57,8
Insgesamt	69	100,0	83	100,0
Ohne Stadienangabe	73	51,4	66	44,3

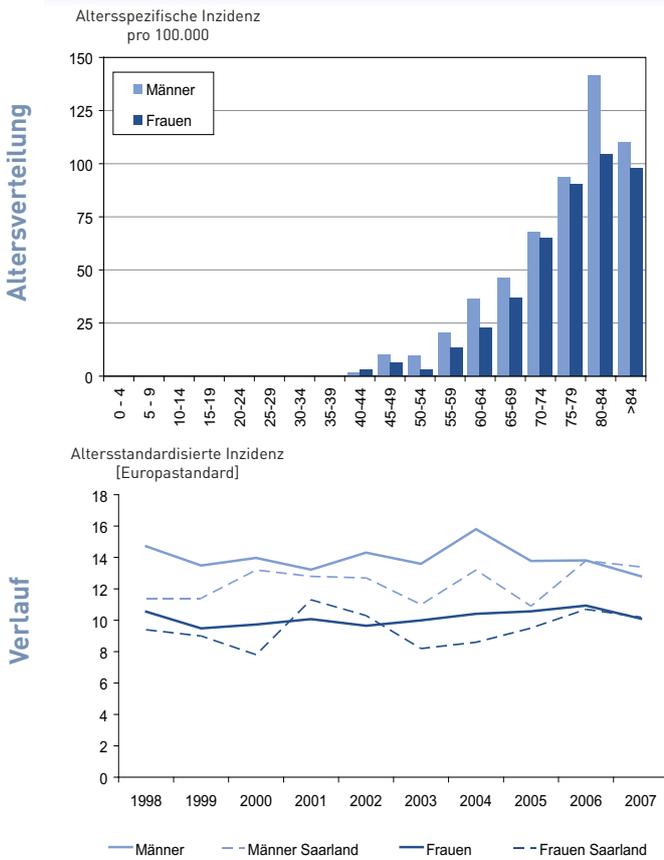
Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Pankreaskopf,-körper,-schwanz, Duct. pancreat. (C25.0-3)	107	75,4	112	75,2
Endokriner Drüsenanteil der Pankreas (C25.4)	1	0,7	1	0,7
Sonst. und nicht näher bezeichn. Lokalisationen (C25.7-9)	34	23,9	36	24,2
Insgesamt	142	100,0	149	100,0

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Adenokarzinome	115	81,0	122	81,9
Sonstige Karzinome	14	9,9	15	10,7
Sarkome	1	0,7	2	1,3
Sonstige Neubildungen	12	8,5	10	6,7
Insgesamt	142	100,0	149	100,0

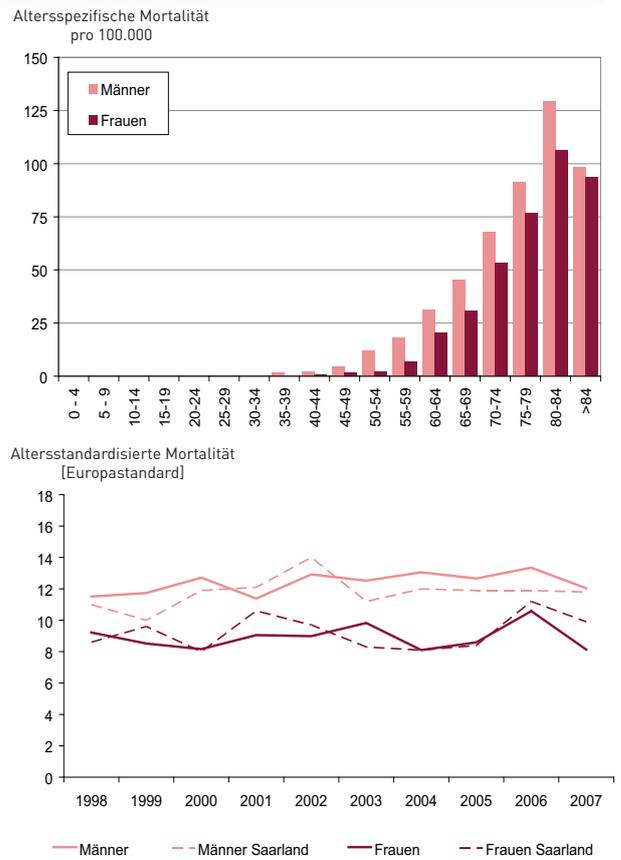
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	116		130	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	66	56,9	83	63,8
Strahlentherapie	1	0,9	4	3,1
Chemotherapie	59	50,9	72	55,4
Sonstige	6	5,2	5	3,8
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	20	17,2	13	10,0

Anmerkungen: Auch wenn die vorliegenden Ergebnisse zum Pankreaskarzinom gut mit den Zahlen für Deutschland in Einklang stehen, ist die Erfassung dieser Tumorart noch unbefriedigend. Über 40% der Pankreastumoren werden dem Krebsregister über Todesbescheinigungen bekannt. Ein eindeutiger Trend ist für die letzten zehn Jahre nicht zu beobachten. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei unter 10%.

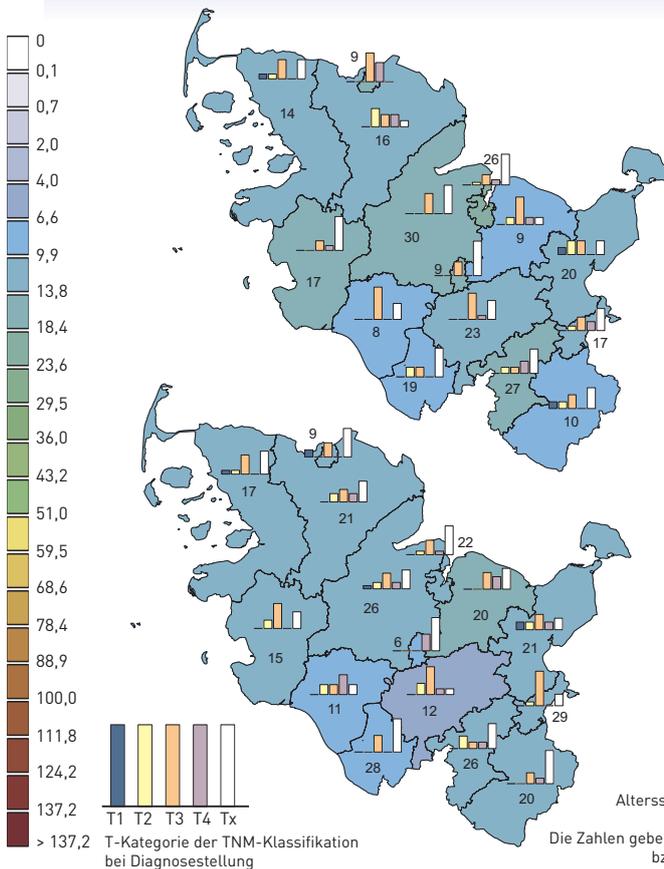
Inzidenz



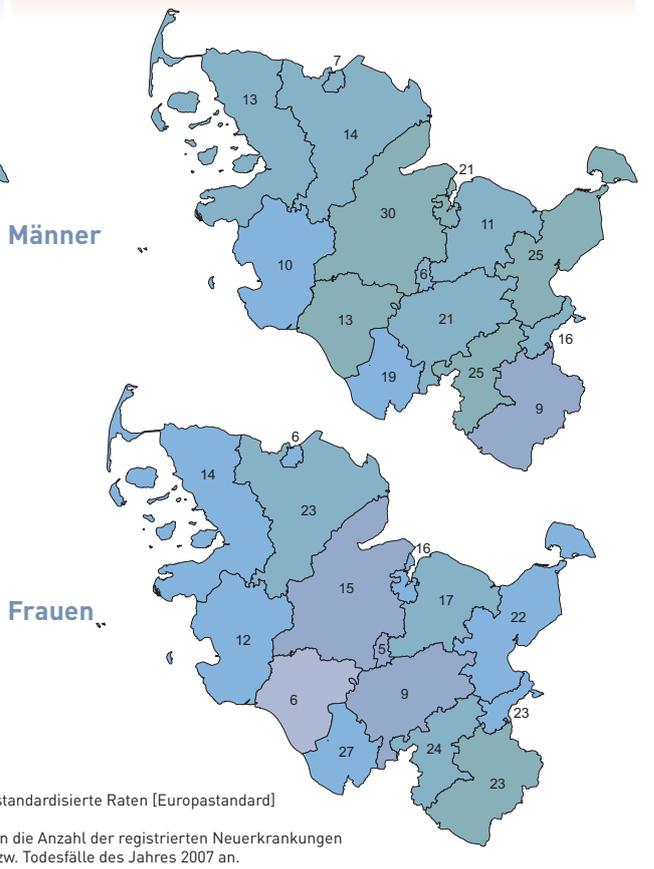
Mortalität



Inzidenz



Mortalität



Kehlkopf [C32]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	126	21	43	9
Erwartete Fallzahl 2010	125 - 140	15 - 20	45 - 60	5 - 15
Anteil an Krebs gesamt	1,4%	0,3%	1,1%	0,3%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	65	65	66	78
Carcinomata in situ	2	1		
Geschlechterverhältnis	6 : 1		4,8 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	9,1	1,5	3,1	0,6
Weltstandard	4,8	0,7	1,6	0,2
Europastandard	7,0	0,9	2,4	0,3
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 1,2	- 2,8	- 1,6	+ 3,9
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,6	0,1	0,2	0,0
Qualitätsindikatoren				
HV	78,6%	66,7%		
M/I	0,34	0,43		
DCO-Fälle	24	6		
DCO-Rate	19,0%	28,6%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	3.329 1,4%	438 0,2%	1.263 1,1%	220 0,2%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	65	63	68	68
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	6,6	0,8	2,4	0,4

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	14	21,9	3	30,0
II	12	18,8	1	10,0
III	10	15,6	2	20,0
IV	28	43,8	4	40,0
Insgesamt	64	100,0	10	100,0
Ohne Stadienangabe	38	37,3	5	33,3

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Glottis (C32.0)	53	52,0	6	40,0
Supraglottis (C32.1)	22	21,6	4	26,7
Subglottis (C32.2)	1	1,0	0	0,0
Sonstige u. n.n.bez. Teile (C32.3-9)	26	25,5	5	33,3
Insgesamt	102	100,0	15	100,0

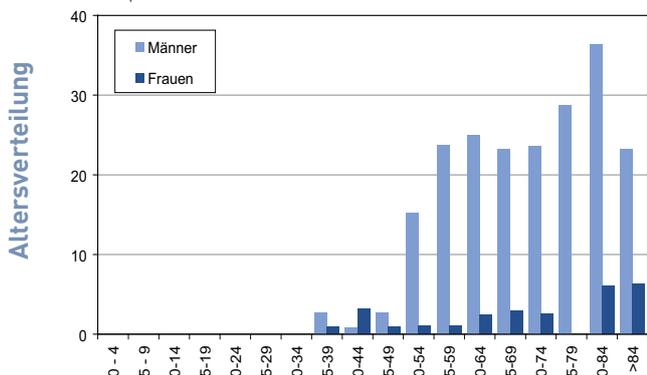
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome	98	96,1	14	93,3
Adenokarzinome	0	0,0	0	0,0
Sonstige Karzinome	2	2,0	1	6,7
Sarkome	1	1,0	0	0,0
Sonstige Neubildungen	1	1,0	0	0,0
Insgesamt	102	100,0	15	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	92		12	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	82	89,1	10	83,3
Strahlentherapie	29	31,5	1	8,3
Chemotherapie	21	22,8	1	8,3
Sonstige	1	1,1	0	0,0
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	3	3,3	2	16,7

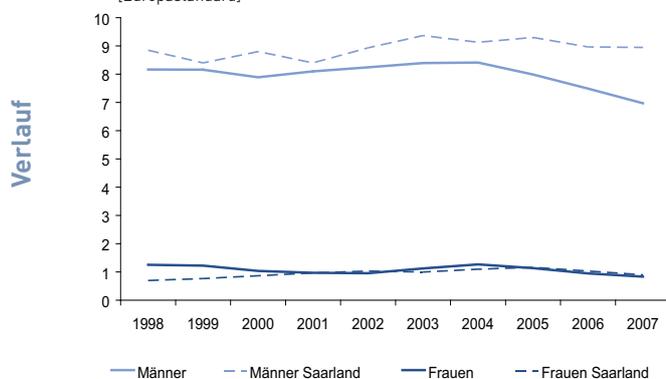
Anmerkungen: Sowohl die Inzidenz- als auch die Mortalitätsraten entsprechen in etwa denen für Deutschland insgesamt. Auffällig für diese Tumorart ist der große Unterschied zwischen Männern und Frauen. Das Geschlechterverhältnis der Erkrankungszahlen liegt bei 6 zu 1 zu Ungunsten der Männer (Deutschland fast 8 zu 1). Die relative 5-Jahres-Überlebensrate nach Kehlkopfkrebs beträgt etwa 60%.

Inzidenz

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000

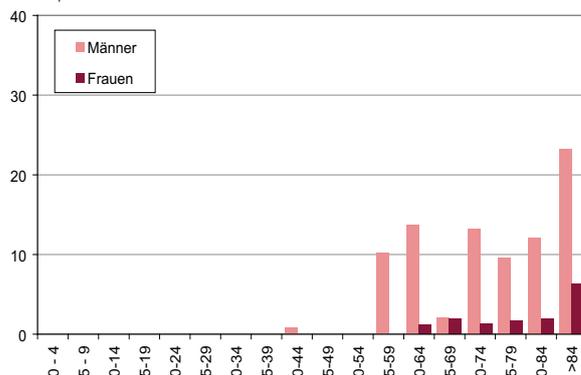


Altersstandardisierte Inzidenz [Europastandard]

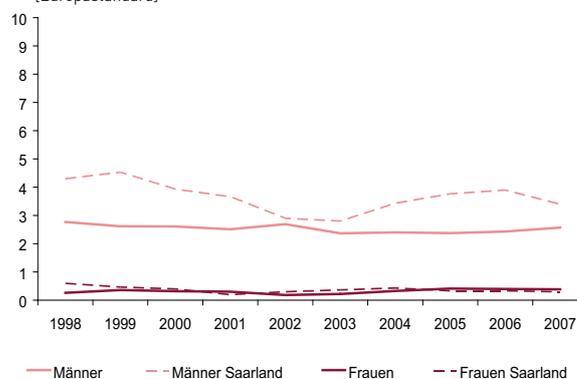


Mortalität

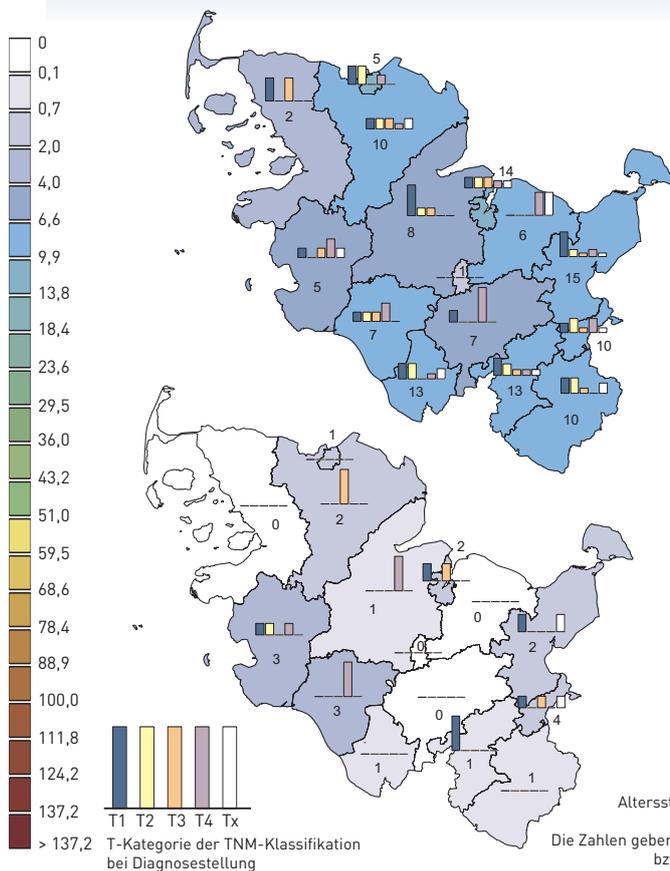
Altersspezifische Mortalität pro 100.000



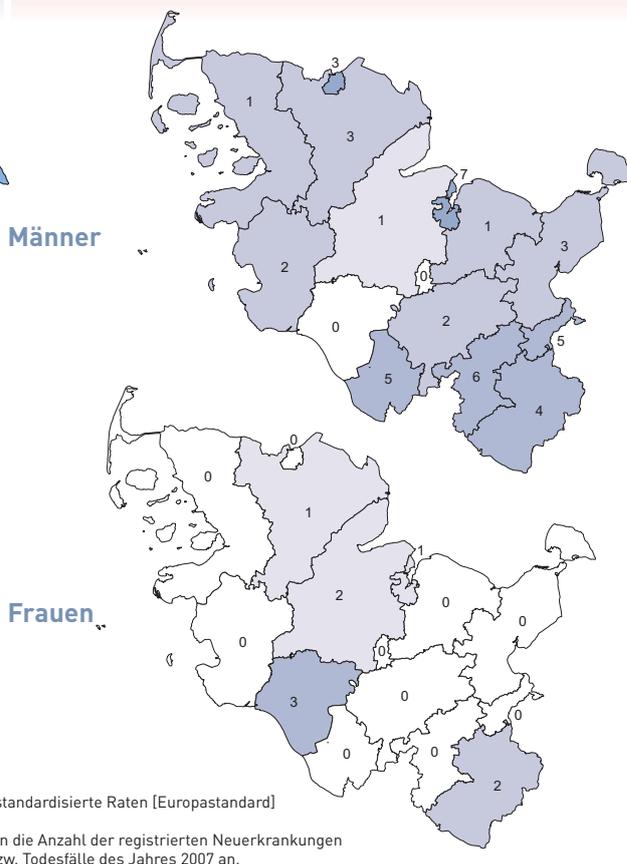
Altersstandardisierte Mortalität [Europastandard]



Inzidenz



Mortalität



Die Zahlen geben die Anzahl der registrierten Neuerkrankungen bzw. Todesfälle des Jahres 2007 an.

Lunge [C33-C34]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	1.384	636	1.067	448
Erwartete Fallzahl 2010	1.350 - 1.410	680 - 780	1.050 - 1.110	465 - 565
Anteil an Krebs gesamt	14,9%	7,6%	27,9%	13,0%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	69	67	69	69
Carcinomata in situ	3	1		
Geschlechterverhältnis	2,2 : 1		2,4 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	99,7	43,9	76,9	30,9
Weltstandard	47,9	20,5	36,6	13,8
Europastandard	70,8	29,1	54,6	19,8
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 1,7 *	+ 3,2 *	- 1,9 *	+ 1,9
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	6,1	2,5	4,5	1,7
Qualitätsindikatoren				
HV	74,0%	70,6%		
M/I	0,77	0,70		
DCO-Fälle	335	174		
DCO-Rate	24,2%	27,4%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	33.336 13,6%	13.308 6,2%	29.143 25,7%	12.379 12,6%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	69	68	70	71
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	62,4	21,3	52,7	18,5

* statistisch signifikant

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	110	14,6	42	13,3
II	44	5,8	18	5,7
III	198	26,2	79	25,0
IV	403	53,4	177	56,0
Insgesamt	755	100,0	316	100,0
Ohne Stadienangabe	294	28,0	146	31,6

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	888		396	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	306	34,5	147	37,1
Strahlentherapie	329	37,0	170	42,9
Chemotherapie	572	64,4	252	63,6
Immuntherapie	1	0,1	1	0,3
Sonstige	34	3,8	12	3,0
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	80	9,0	42	10,6

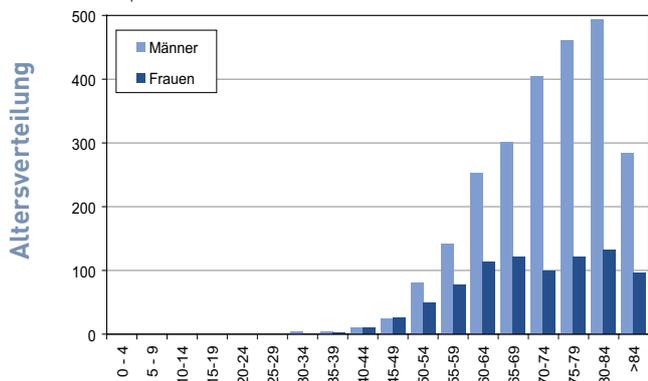
Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Luftröhre (C33)	0	0,0	1	0,2
Bronchien und Lunge (C34)	1.049	100,0	461	99,8
Insgesamt	1.049	100,0	462	100,0

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome	326	31,1	85	18,4
Adenokarzinome	342	32,6	201	43,5
Kleinzellige Karzinome	217	20,7	98	21,2
Großzellige Karzinome	68	6,5	34	7,4
Sonstige Karzinome	78	7,4	32	6,9
Sarkome	1	0,1	1	0,2
Sonstige Neubildungen	17	1,6	11	2,4
Insgesamt	1.049	100,0	462	100,0

Anmerkungen: Die Lungenkrebsinzidenz liegt für beide Geschlechter über den deutschen Vergleichswerten, wobei die Rate der Männer um 14%, die der Frauen allerdings um 37% über dem Bundesdurchschnitt gelegen ist. Eine deutlich höhere Risikobelastung von Frauen in Schleswig-Holstein ist zu unterstellen (wobei für ca. 80% aller Lungenkrebsfälle das Rauchen ursächlich ist). Die Trendentwicklung für Neuerkrankungen und Sterbefälle verläuft zwischen beiden Geschlechtern diametral. Bei Männern sanken beide Raten jährlich um knapp 2%, bei Frauen stieg die Inzidenz jährlich um über 3% und die Mortalität um fast 2%. Alle Trendwerte sind statistisch signifikant. Nach Lungenkrebs beträgt die 5-Jahres-Überlebensrate nur 15-18%.

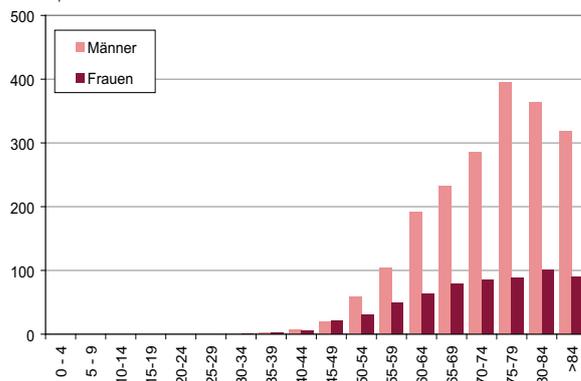
Inzidenz

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000

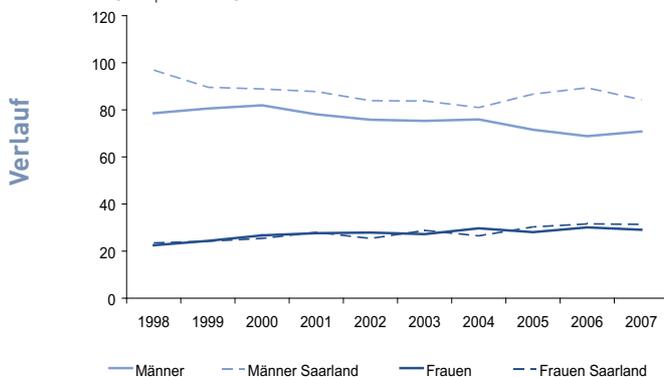


Mortalität

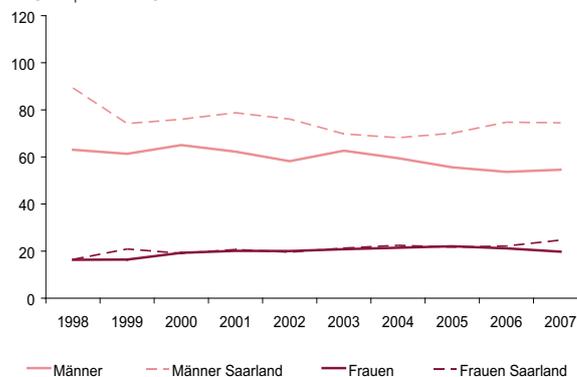
Altersspezifische Mortalität pro 100.000



Altersstandardisierte Inzidenz [Europastandard]

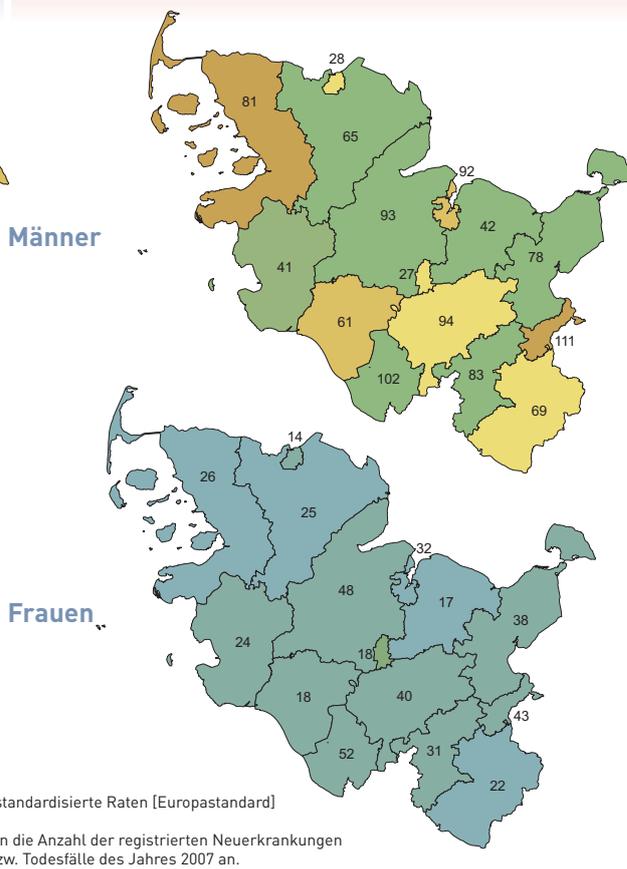
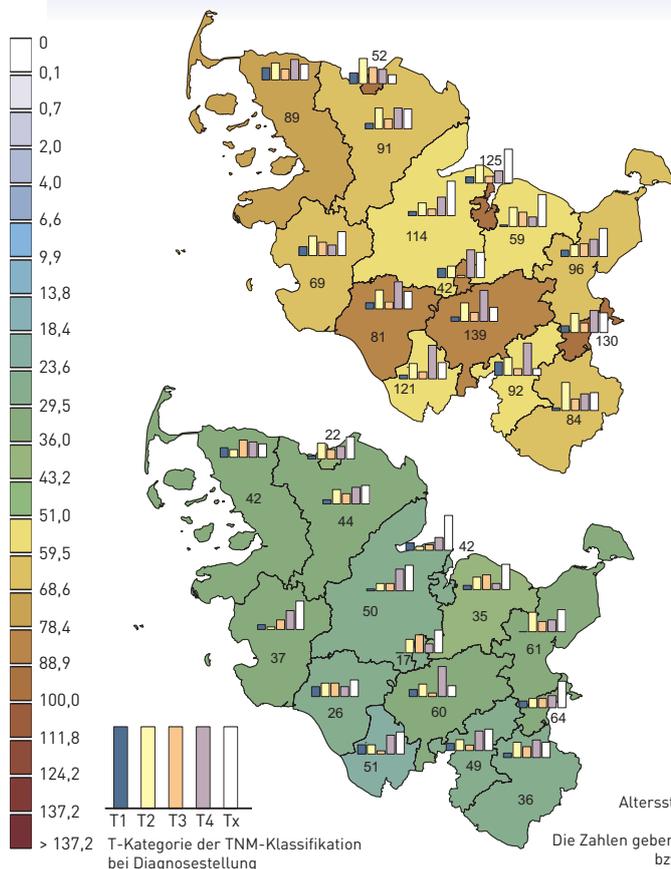


Altersstandardisierte Mortalität [Europastandard]



Inzidenz

Mortalität



Altersstandardisierte Raten [Europastandard]

Die Zahlen geben die Anzahl der registrierten Neuerkrankungen bzw. Todesfälle des Jahres 2007 an.

Malignes Melanom der Haut [C43]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	258	285	42	36
Erwartete Fallzahl 2010	240 - 375	240 - 330	40 - 60	30 - 40
Anteil an Krebs gesamt	2,8%	3,4%	1,1%	1,0%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	66	63	68	76
Melanomata in situ	126	177		
Geschlechterverhältnis	1 : 1,1		1,2 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	18,6	19,7	3,0	2,5
Weltstandard	10,5	11,3	1,5	1,0
Europastandard	14,4	14,6	2,3	1,4
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 1,6	- 1,9	- 0,8	- 4,9 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,1	1,2	0,2	0,1
Qualitätsindikatoren				
HV	95,7%	93,3%		
M/I	0,16	0,13		
DCO-Fälle	11	18		
DCO-Rate	4,3%	6,3%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	6.742 2,7%	7.161 3,3%	1.368 1,2%	1.099 1,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	65	61	69	72
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	13,3	13,1	2,6	1,6

* statistisch signifikant

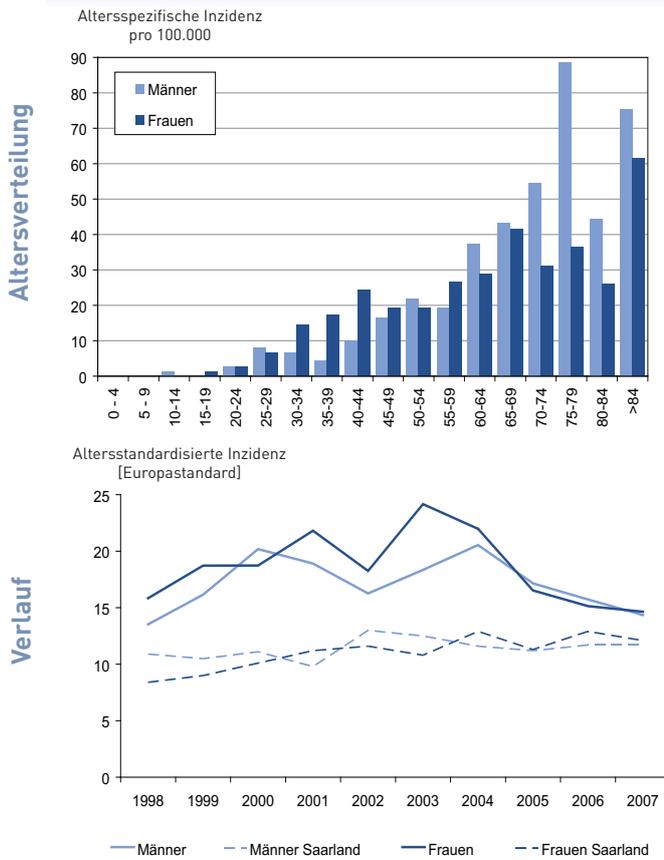
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	28	54,9	35	74,5
II	13	25,5	4	8,5
III	2	3,9	0	0,0
IV	8	15,7	8	17,0
Insgesamt	51	100,0	47	100,0
Ohne Stadienangabe	196	79,4	220	82,4

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Akral-lentiginöses Melanom	0	0,0	4	1,5
Lentigo-maligna-Melanom	13	5,3	9	3,4
Noduläres Melanom	39	15,8	45	16,9
Superfiziell spreitendes Melanom	112	45,3	98	36,7
Sonstige Melanome	83	33,6	111	41,6
Insgesamt	247	100,0	267	100,0

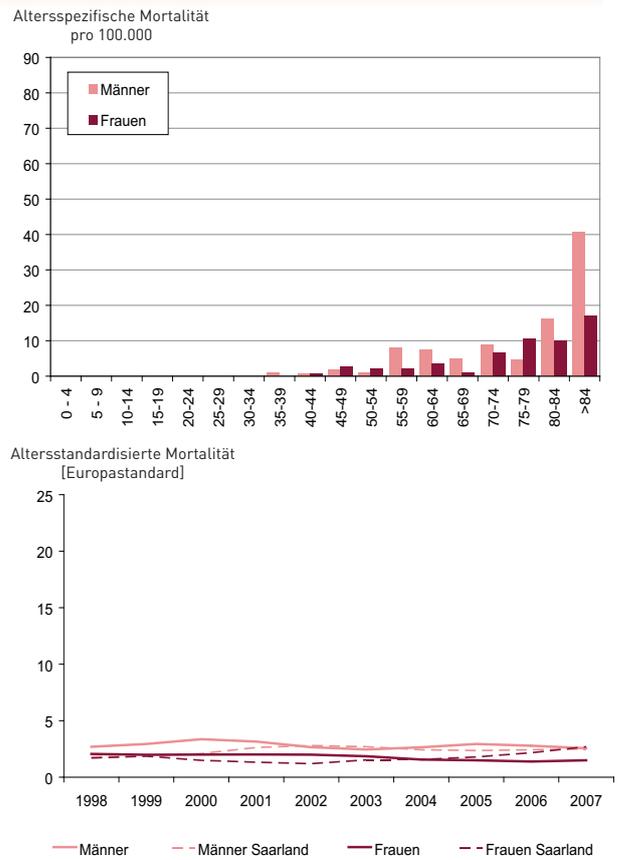
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	206		226	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	201	97,6	223	98,7
Strahlentherapie	3	1,5	1	0,4
Chemotherapie	2	1,0	5	2,2
Immuntherapie	6	2,9	3	1,3
Sonstige	3	1,5	6	2,7
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	2	1,0	0	0,0

Anmerkungen: Nach einer Phase mit hohen Neuerkrankungsraten nähern sich die Inzidenzzahlen seit 2005 wieder dem bundesdeutschen Niveau. Wesentlicher Grund für die hohen Inzidenzzahlen der Jahre 2001 bis 2004 dürfte die Erprobungsphase des Hautkrebs-Screenings in Schleswig-Holstein gewesen sein (Ende: Mitte 2004). Es besteht die Hoffnung, dass die Einführung des Hautkrebs-Screenings als gesetzliche Leistung (Mitte 2008) wieder zu einer vermehrten Entdeckung von Tumoren mit günstiger Prognose führen wird. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt etwa 84-88%.

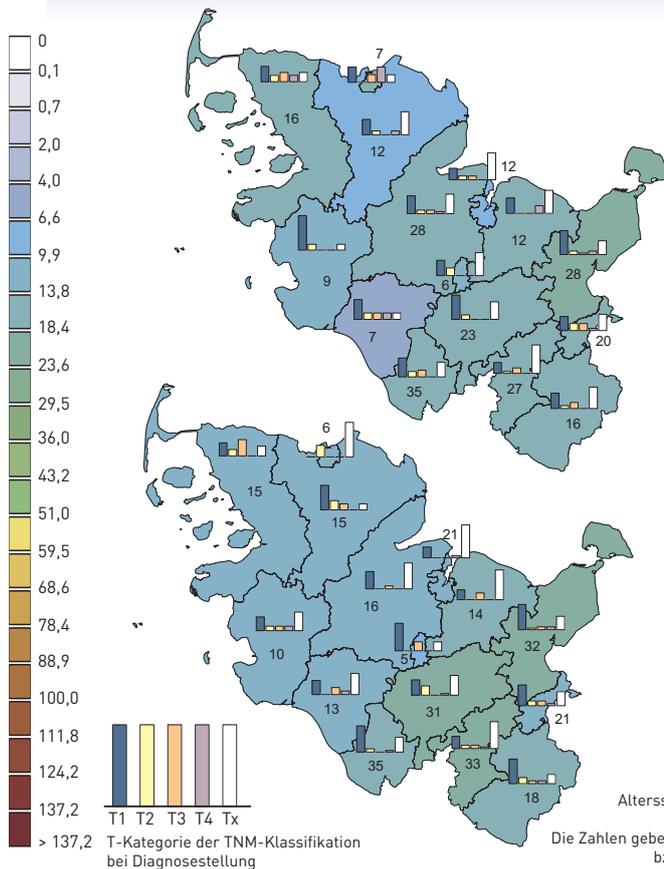
Inzidenz



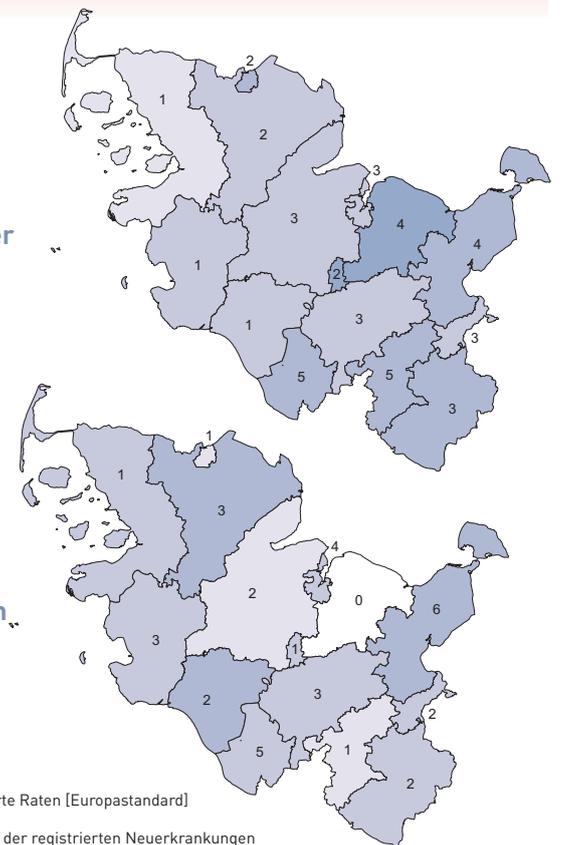
Mortalität



Inzidenz



Mortalität



Sonstige Haut [C44]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	2.770	2.573	4	3
Erwartete Fallzahl 2010	2.970 - 3.420	2.770 - 3.350	0 - 10	0 - 10
Anteil an allen bösartigen Neubildungen	22,9%	23,5%	0,1%	0,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70	71	78	81
Carcinomata in situ	443	508		
Geschlechterverhältnis	1,1 : 1		1,3 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	199,6	177,7	0,3	0,2
Weltstandard	91,4	73,0	0,1	0,1
Europastandard	138,2	105,4	0,2	0,1
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 1,8	+ 3,2 *	- 7,3	- 1,9
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	10,6	8,4	0,0	0,0
Qualitätsindikatoren				
HV	99,1%	99,2%		
M/I	0,001	0,001		
DCO-Fälle	7	11		
DCO-Rate	0,3%	0,4%		

Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)

Fallzahl, Anteil allen bösartigen Neubildungen	45.277 15,6%	41.414 19,3%	284 0,3%	223 0,2%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	73	79	85
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	83,5	59,0	0,5	0,2

* statistisch signifikant

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	394	96,8	350	96,7
II	10	2,5	7	1,9
III	0	0,0	2	0,6
IV	3	0,7	3	0,8
Insgesamt	407	100,0	362	100,0
Ohne Stadienangabe	2.356	85,3	2.200	85,9

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	2.354		2.206	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	2.264	96,2	2.124	96,3
Strahlentherapie	38	1,6	13	0,6
Immuntherapie	6	0,3	7	0,3
Sonstige	87	3,7	77	3,5
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	23	1,0	23	1,0

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome	619	22,4	477	18,6
Basalzellkarzinome	2.111	76,4	2.052	80,1
Adenokarzinome	9	0,3	9	0,4
Merkel-Zell-Karzinome	9	0,3	8	0,3
Karzinome n.n.bez.	1	0,0	5	0,2
Sarkome	13	0,5	7	0,3
Sonstige Neubildungen	1	0,0	4	0,2
Insgesamt	2.763	100,0	2.562	100,0

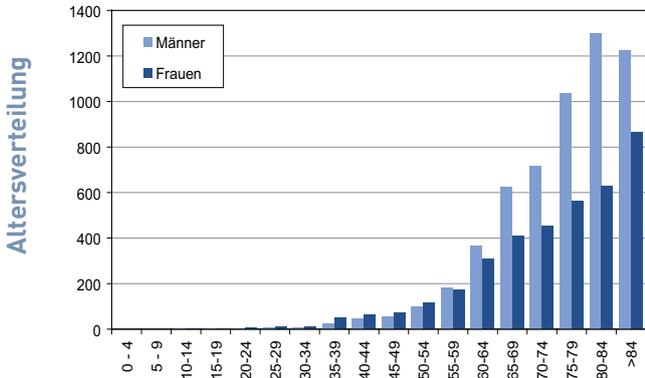
Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Lippenhaut (C44.0)	45	1,6	62	2,4
Haut des Augenlides (C44.1)	83	3,0	122	4,8
Äußeres Ohr (C44.2)	208	7,5	31	1,2
Gesichtshaut (C44.3)	1.144	41,4	1.210	47,2
Behaarter Kopf und Hals (C44.4)	228	8,3	152	5,9
Haut des Stammes (C44.5)	482	17,4	436	17,0
Arm und Schulter (C44.6)	262	9,5	219	8,5
Bein und Hüfte (C44.7)	115	4,2	178	6,9
Regionen überlappend (C44.8)	1	0,0	3	0,1
Nicht spezifiziert (C44.9)	195	7,1	149	5,8
Insgesamt	2.763	100,0	2.562	100,0

Anmerkungen: Der epitheliale Hautkrebs macht etwa ein Viertel aller im Krebsregister erfassten Tumorerkrankungen aus. Die Inzidenz wird von Klinikern und Epidemiologen auf Grund unterschiedlicher Definitionen von Rezidiven unterschiedlich interpretiert. Für die ausgewiesenen 5.343 neu aufgetretenen Tumoren lagen insgesamt 8.671 Meldungen vor (für 59% eine, für 29% zwei, für 7% drei und für 5% vier Meldungen oder mehr). Die rohe Inzidenzrate für 2007 der Basalzellkarzinome beträgt 152,1/100.000 für Männer und 141,7/100.000 für Frauen. Die rohe Inzidenzrate für 2007 der Plattenepithelkarzinome beträgt 44,6/100.000 für Männer und 32,9/100.000 für Frauen. Der große Unterschied zur Deutschlandschätzung dürfte überwiegend auf Erfassungsunterschiede zurückzuführen sein.

Inzidenz

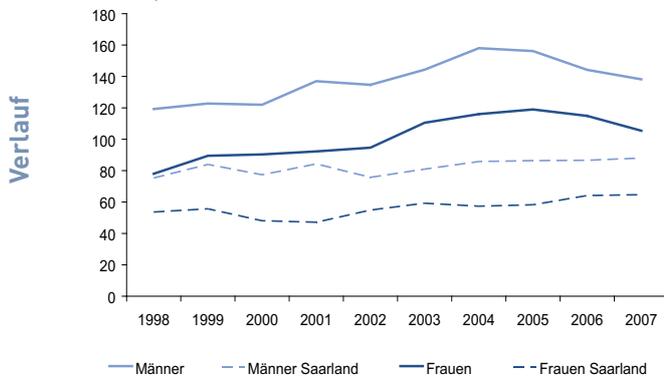
Mortalität

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000



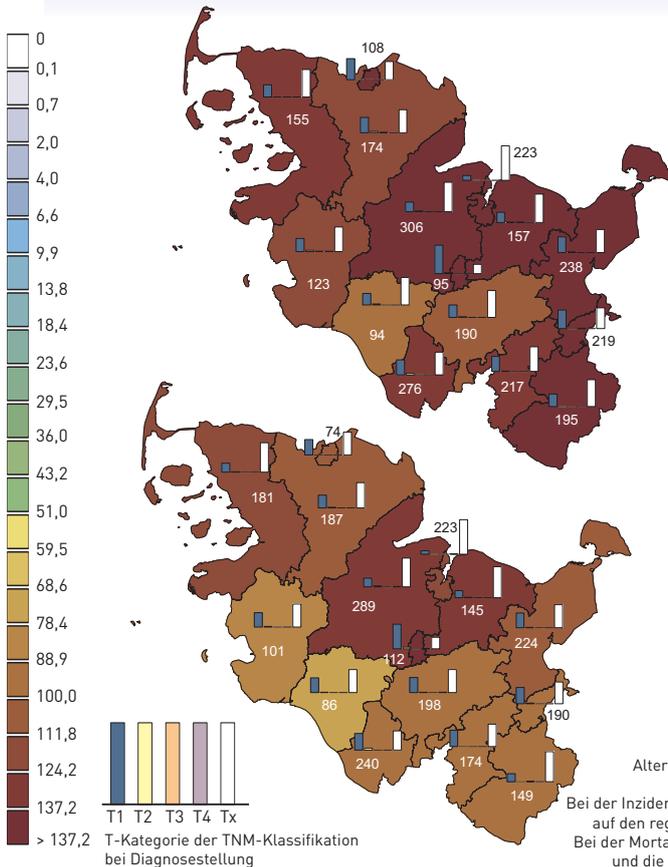
Wegen der geringen Fallzahl werden keine Diagramme zur Mortalität dargestellt.

Altersstandardisierte Inzidenz [Europastandard]



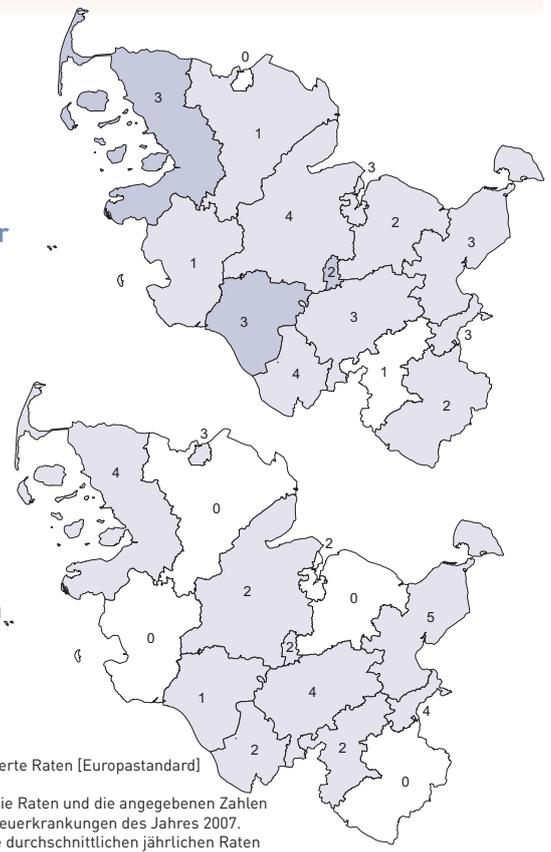
Inzidenz

Mortalität



Männer

Frauen



Altersstandardisierte Raten [Europastandard]

Bei der Inzidenz beruhen die Raten und die angegebenen Zahlen auf den registrierten Neuerkrankungen des Jahres 2007. Bei der Mortalität sind die durchschnittlichen jährlichen Raten und die Todesfälle der Jahre 2003-2007 angegeben.

Brust [C50]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	22	2.777	11	666
Erwartete Fallzahl 2010	20 - 25	2.760 - 2.880	5 - 20	630 - 680
Anteil an Krebs gesamt		33,1%		19,3%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)		65		70
Carcinomata in situ	1	267		
Geschlechterverhältnis	1 : 126,2		1 : 60,5	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	1,6	191,8	0,8	46,0
Weltstandard	0,8	99,5	0,4	19,8
Europastandard	1,1	136,2	0,6	28,5
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)		- 0,6		- 1,8 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)		11,4		2,4
Qualitätsindikatoren				
HV		88,9%		
M/I		0,24		
DCO-Fälle	8	301		
DCO-Rate	36,4%	10,8%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	465 0,2%	62.841 29,3%	249 0,2%	16.780 17,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	69	65	72	72
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	0,9	108,8	0,5	24,3

* statistisch signifikant

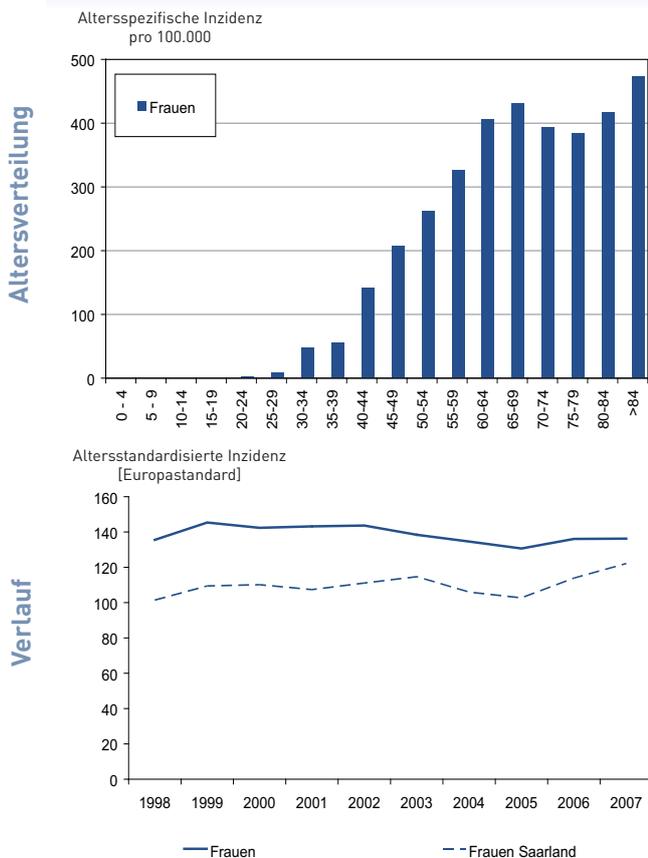
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
0			5	0,2
I			863	41,1
II			749	35,7
III			349	16,6
IV			132	6,3
Insgesamt			2.098	100,0
Ohne Stadienangabe			378	15,3

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung			2.288	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation			2.229	97,4
Strahlentherapie			1.792	78,3
Chemotherapie			1.166	51,0
Hormontherapie			1.618	70,7
Immuntherapie			178	7,8
Sonstige			65	2,8
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt			6	0,3

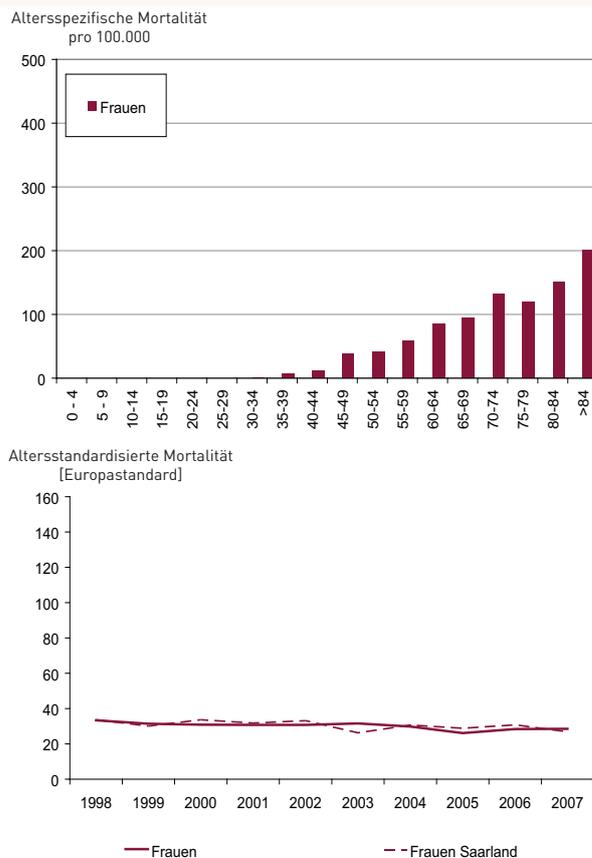
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Adenokarzinome			2.429	98,1
Sonstige näher bez. Karzinome			6	0,2
Karzinome o.n.A.			33	1,3
Sarkome			4	0,2
Sonstige Neubildungen			4	0,2
Insgesamt			2.476	100,0

Anmerkungen: Die Brustkrebsinzidenz liegt etwa 25% über dem Bundesdurchschnitt. Nach einem Absinken zwischen 2002 und 2005 – dies dürfte mit dem Rückgang der Verschreibung von Hormonpräparaten zusammenhängen – stieg die Inzidenz seit 2006 wieder geringfügig an. Hier ist ein erster Einfluss der Einführung des Mammographie-Screenings zu vermuten. Obwohl das Screening in Schleswig-Holstein erst 2007 begann, stand Brustkrebsfrüherkennung bereits vorher im Fokus bundesweiter Informationskampagnen. Die Brustkrebssterblichkeit in Schleswig-Holstein liegt etwa 17% über dem Bundesdurchschnitt. Erfreulicherweise sinkt sie in Schleswig-Holstein aber konstant um etwa 2% pro Jahr. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate nach Brustkrebs beträgt etwa 80%.

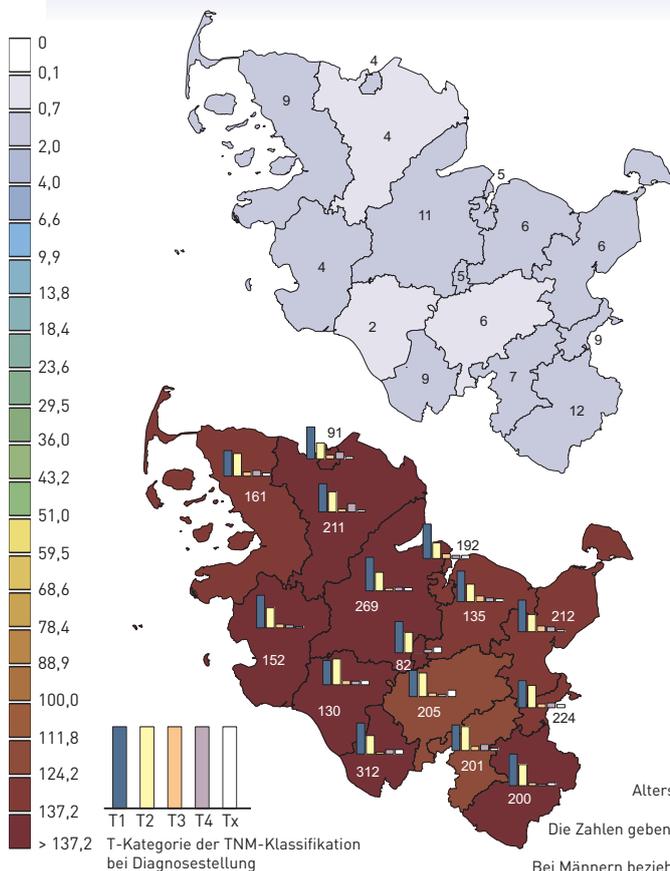
Inzidenz



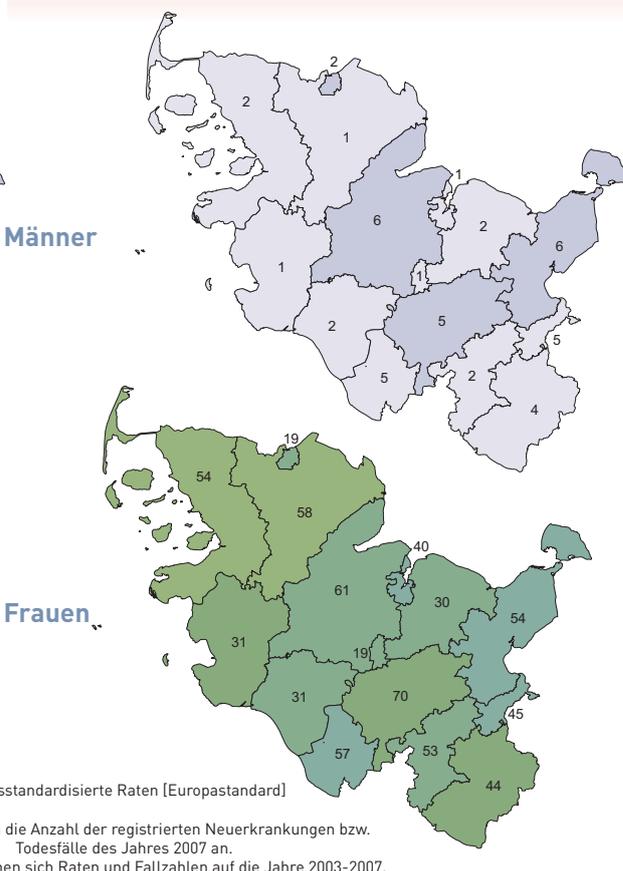
Mortalität



Inzidenz



Mortalität



Gebärmutterhals [C53]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl		194		59
Erwartete Fallzahl 2010		170 - 200		40 - 55
Anteil an Krebs gesamt		2,3%		1,7%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)		50		64
Carcinomata in situ		521		
Geschlechterverhältnis				
Raten (/100.000)				
Rohe Rate		13,4		4,1
Weltstandard		9,1		2,2
Europastandard		11,5		2,9
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)		- 1,7 *		- 3,9 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)		0,8		0,3
Qualitätsindikatoren				
HV		87,1%		
Uterus NOS (not otherwise specified)		4,7%		
M/I		0,30		
DCO-Fälle		22		
DCO-Rate		11,3%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt		4.881 2,3%		1.566 1,6%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)		52		66
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)		9,6		2,5

* statistisch signifikant

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I			55	50,9
II			12	11,1
III			31	28,7
IV			10	9,3
Insgesamt			108	100,0
Ohne Stadienangabe			64	37,2

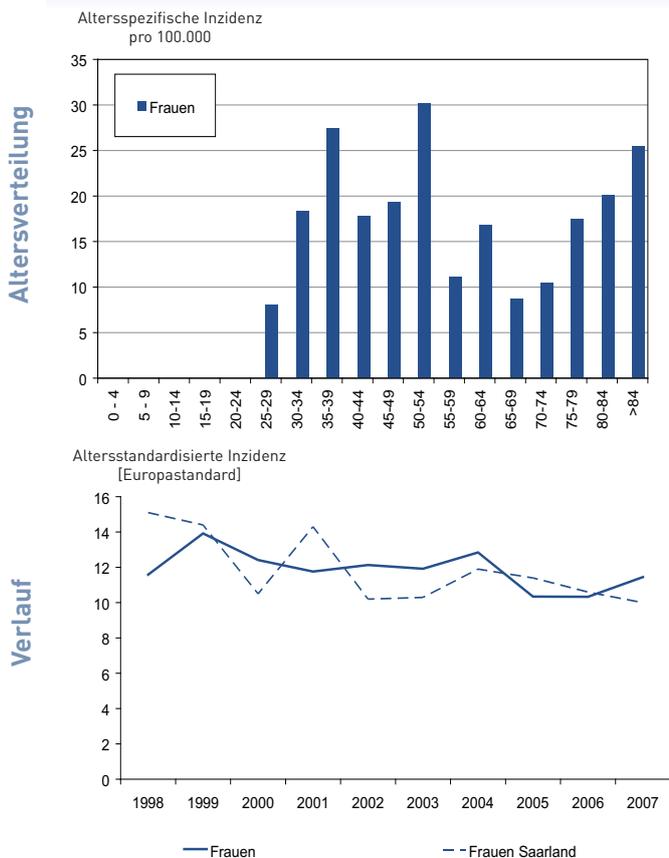
Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Endocervix [C53.0]			50	29,1
Ektocervix [C53.1]			39	22,7
Cervix, n.n.bez. od. überlappend [C53.8, .9]			83	48,3
Insgesamt			172	100,0

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome			115	66,9
Adenokarzinome			44	25,6
Sonstige Karzinome			9	5,2
Sarkome			1	0,6
Sonstige Neubildungen			3	1,7
Insgesamt			172	100,0

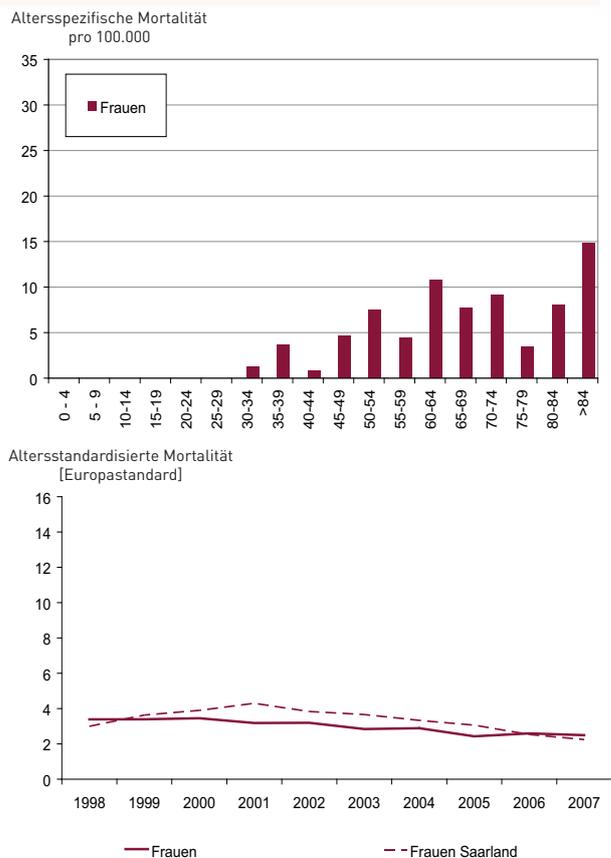
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung			151	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation			128	84,8
Strahlentherapie			84	55,6
Chemotherapie			59	39,1
Sonstige			0	0,0
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt			3	2,0

Anmerkungen: Gebärmutterhalskrebs wird in Schleswig-Holstein überwiegend in seiner nicht invasiven, prognostisch sehr günstigen Form (in situ) diagnostiziert. Sowohl Inzidenz als auch Mortalität des invasiven Gebärmutterhalskrebses liegen um 15-20% über dem Bundesdurchschnitt. Die Trendanalysen für die letzten zehn Jahre zeigen einen jährlichen Rückgang von 1,7% für die Inzidenz und von fast 4% bei der Sterblichkeit. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei etwa 60%.

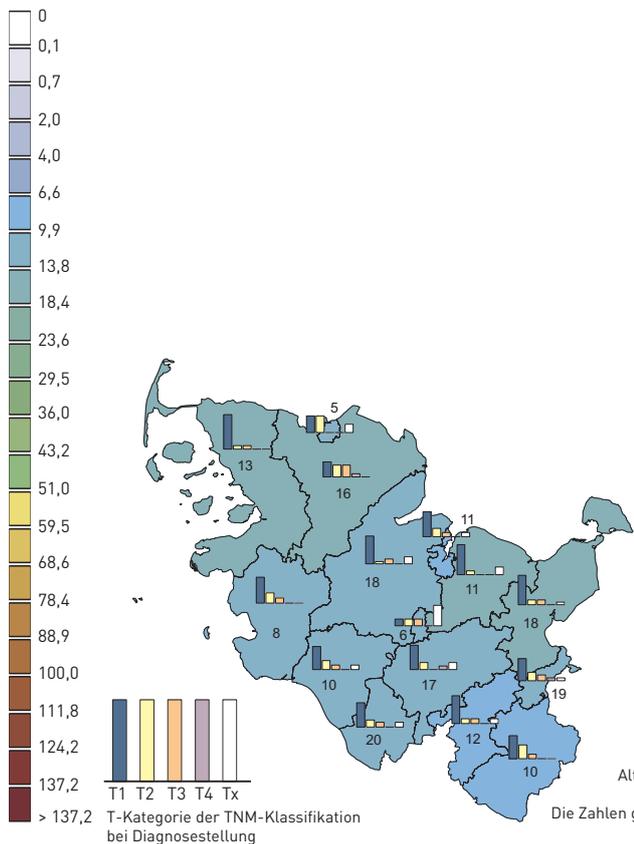
Inzidenz



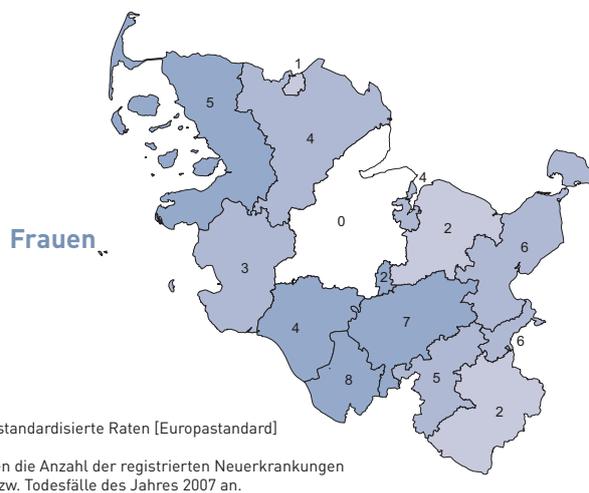
Mortalität



Inzidenz



Mortalität



Gebärmutterkörper [C54-C55]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl		398		66
Erwartete Fallzahl 2010		370 - 410		50 - 60
Anteil an Krebs gesamt		4,7%		1,9%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)		68		78
Carcinomata in situ		0		
Geschlechterverhältnis				
Raten (/100.000)				
Rohe Rate		27,5		4,6
Weltstandard		12,1		1,5
Europastandard		17,4		2,3
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)		- 1,9 *		- 6,4 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)		1,5		0,1
Qualitätsindikatoren				
HV		88,9%		
Uterus NOS (not otherwise specified)		4,7%		
M/I		0,17		
DCO-Fälle		42		
DCO-Rate		10,6%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt		10.919 5,1%		2.443 2,5%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)		69		76
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)		17,1		3,1

* statistisch signifikant

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I			138	75,4
II			10	5,5
III			22	12,0
IV			13	7,1
Insgesamt			183	100,0
Ohne Stadienangabe			173	48,6

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Corpus uteri (C54)			352	98,9
Uterus n.n.bez. (C55)			4	1,1
Insgesamt			356	100,0

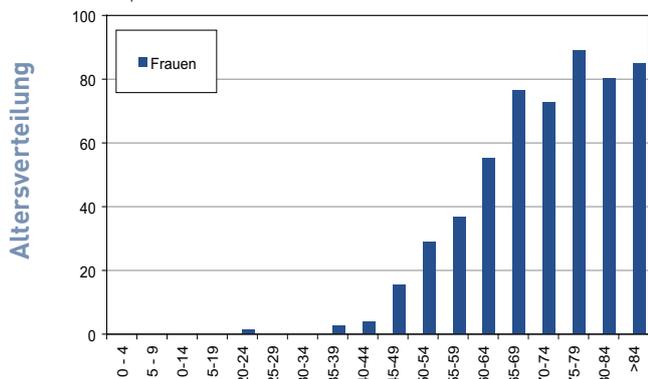
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Adenokarzinome			320	89,9
Sonstige Karzinome			11	3,1
Sarkome			6	1,7
Sonstige Neubildungen			19	5,3
Insgesamt			356	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung			325	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation			316	97,2
Strahlentherapie			181	55,7
Chemotherapie			21	6,5
Hormontherapie			4	1,2
Sonstige			1	0,3
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt			2	0,6

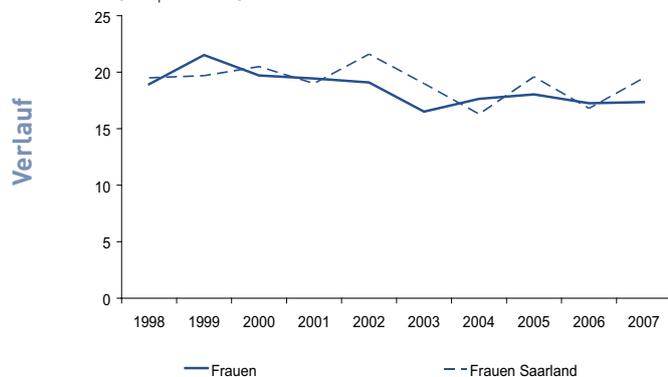
Anmerkungen: Die Inzidenz und die Mortalität des Gebärmutterkörperkrebses weisen eine Übereinstimmung mit den Deutschlandzahlen auf. Im zeitlichen Verlauf hat die Inzidenz jährlich um etwa 2% und die Mortalität um mehr als 6% abgenommen. Die Tumoren des Gebärmutterkörpers haben eine relativ gute Prognose. Die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt ca. 82%.

Inzidenz

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000

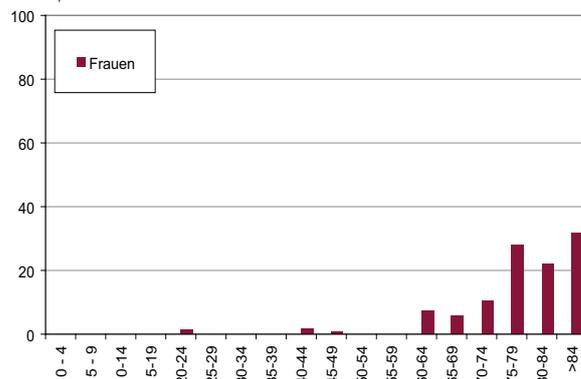


Altersstandardisierte Inzidenz [Europastandard]

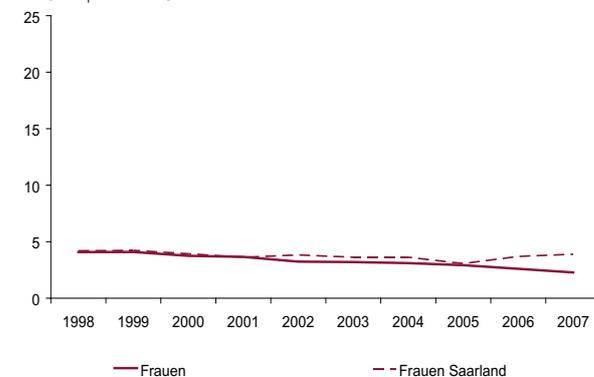


Mortalität

Altersspezifische Mortalität pro 100.000

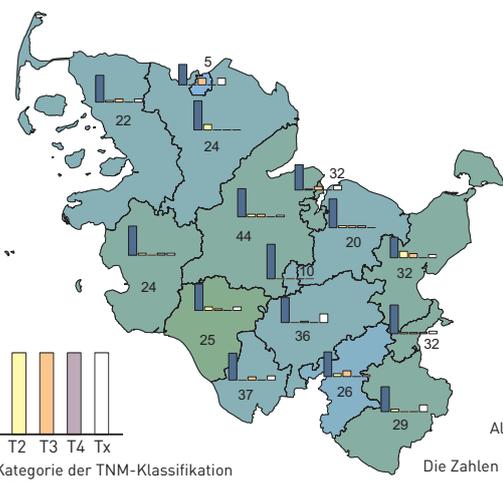
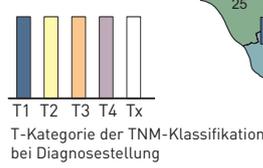
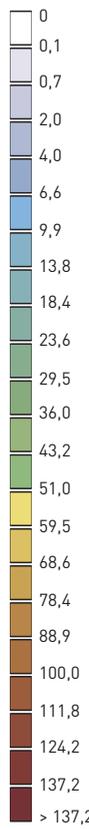


Altersstandardisierte Mortalität [Europastandard]

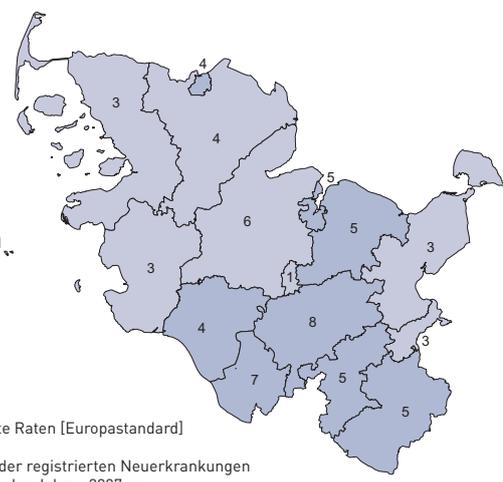


Inzidenz

Mortalität



Frauen



Altersstandardisierte Raten [Europastandard]
Die Zahlen geben die Anzahl der registrierten Neuerkrankungen bzw. Todesfälle des Jahres 2007 an.

Eierstock [C56]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl		342		208
Erwartete Fallzahl 2010		270 - 310		180 - 200
Anteil an Krebs gesamt		4,1%		6,0%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)		69		73
Carcinomata in situ		0		
Geschlechterverhältnis				
Raten (/100.000)				
Rohe Rate		23,6		14,4
Weltstandard		11,0		5,5
Europastandard		15,4		8,2
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)		- 5,6 *		- 3,2 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)		1,3		0,7
Qualitätsindikatoren				
HV		76,0%		
M/I		0,61		
DCO-Fälle		79		
DCO-Rate		23,1%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt		8.038 3,7%		5.564 5,7%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)		68		73
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)		13,0		7,7

* statistisch signifikant

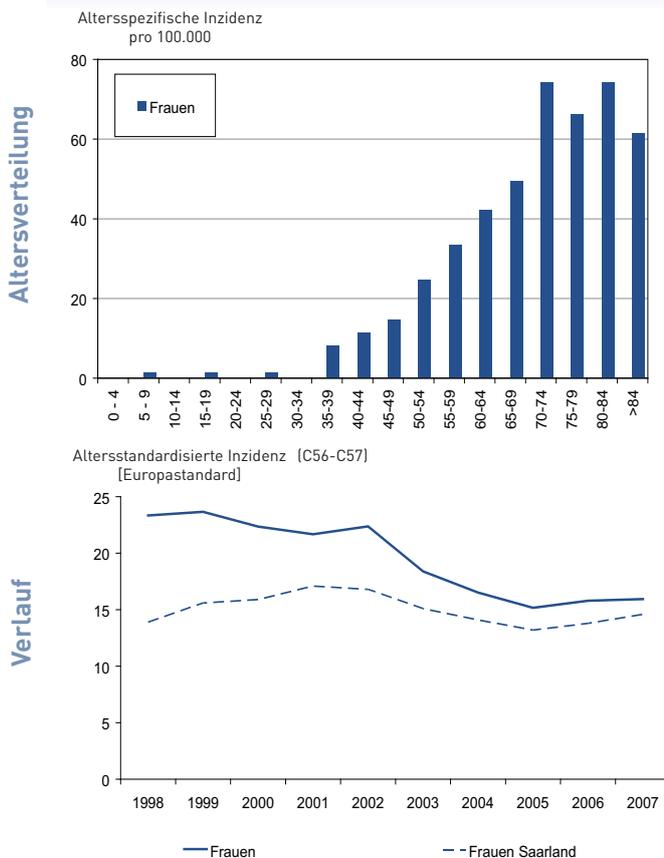
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I			30	17,0
II			7	4,0
III			80	45,5
IV			59	33,5
Insgesamt			176	100,0
Ohne Stadienangabe			87	33,1

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung			238	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation			221	92,9
Strahlentherapie			1	0,4
Chemotherapie			164	68,9
Sonstige			12	5,0
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt			7	2,9

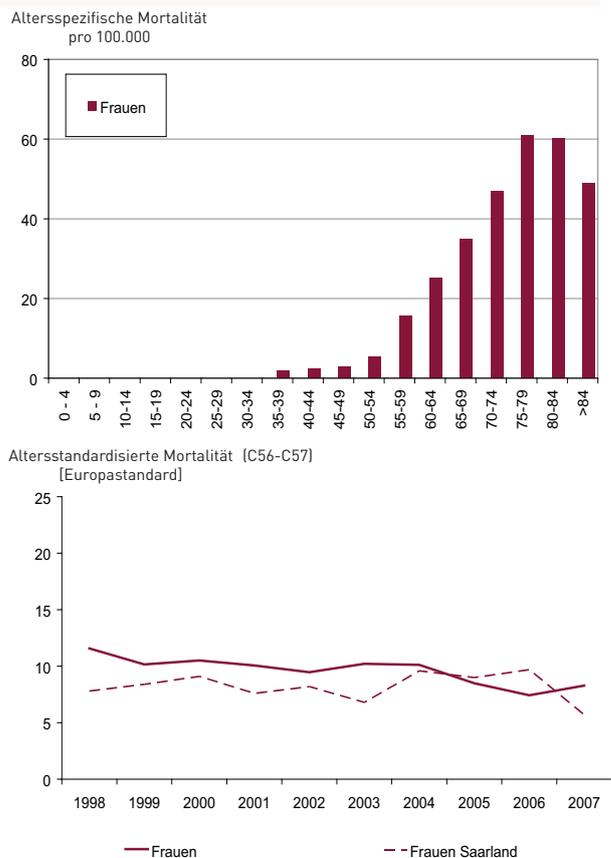
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Seröse Karzinome			123	46,8
Muzinöse Karzinome			18	6,8
Endometrioid Karzinome			29	11,0
Klarzellige Karzinome			1	0,4
Adenokarzinome n.n.bez.			58	22,1
Sonstige Karzinome			21	8,0
Spezielle Gonadenneoplasien			5	1,9
Keimzelltumoren			2	0,8
Sonstige Neubildungen			6	2,3
Insgesamt			263	100,0

Anmerkungen: Eierstockkrebs zeigt in Schleswig-Holstein einen deutlich rückläufigen Trend, sowohl in der Inzidenz als auch in der Mortalität, wobei ein gewisser Anteil des Inzidenzrückgangs auf eine Umstellung der Klassifikation der Borderline-Tumoren zurückzuführen sein dürfte. Beide Raten nähern sich den Deutschlandwerten an, liegen aber noch etwas über diesen Zahlen. Unbefriedigend ist die noch sehr hohe DCO-Rate, fast ein Viertel aller Erkrankungsfälle sind dem Krebsregister nur durch eine Todesbescheinigung bekannt. Trotz leichter Verbesserungen in den letzten Jahren beträgt die 5-Jahres-Überlebensrate nur ca. 47%.

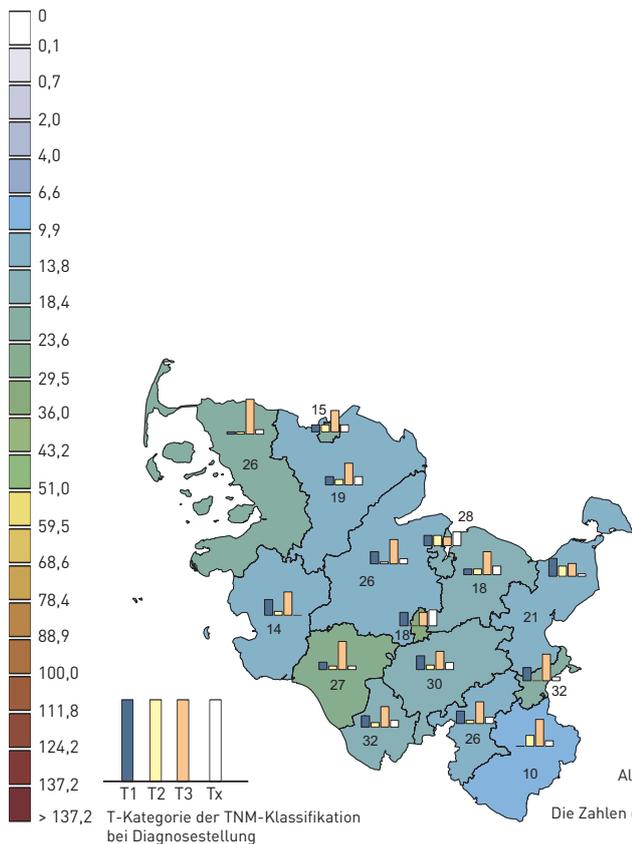
Inzidenz



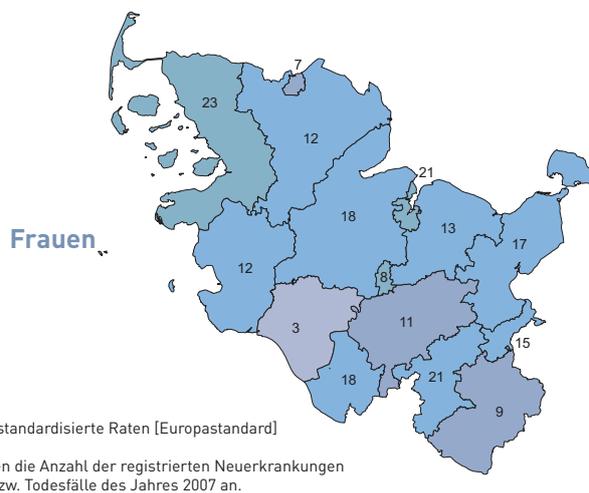
Mortalität



Inzidenz



Mortalität



Prostata [C61]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	2.583		409	
Erwartete Fallzahl 2010	2.700 - 3.450		415 - 445	
Anteil an Krebs gesamt	27,8%		10,7%	
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	69		77	
Carcinomata in situ	6			
Geschlechterverhältnis				
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	186,1		29,5	
Weltstandard	84,4		11,7	
Europastandard	126,9		19,8	
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 3,0		- 3,3 *	
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	11,2		1,1	
Qualitätsindikatoren				
HV	89,0%			
M/I	0,16			
DCO-Fälle	260			
DCO-Rate	10,1%			
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	63.035 25,6%		11.448 10,1%	
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70		78	
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	115,1		20,2	

* statistisch signifikant

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	5	0,6		
II	542	62,7		
III	159	18,4		
IV	159	18,4		
Insgesamt	865	100,0		
Ohne Stadienangabe	1.458	62,8		

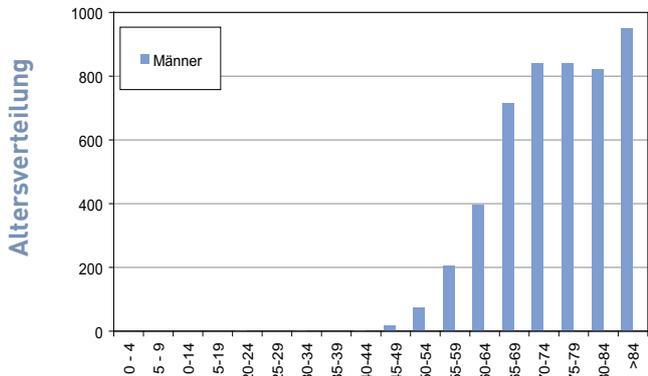
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	1.879			
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	973	51,8		
Strahlentherapie	559	29,7		
Chemotherapie	43	2,3		
Hormontherapie	700	37,3		
Sonstige	89	4,7		
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	95	5,1		

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithel-/Übergangszellkarzinome	1	0,0		
Adenokarzinome	2.264	97,5		
Sonstige Karzinome	32	1,4		
Sarkome	2	0,1		
Sonstige Neubildungen	24	1,0		
Insgesamt	2.323	100,0		

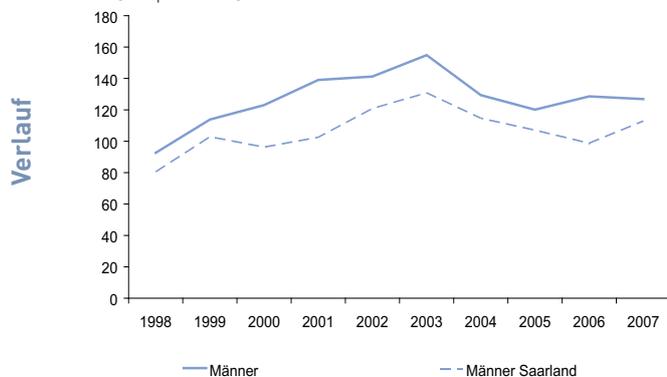
Anmerkungen: Die Zahlen zur Inzidenz des Prostatakarzinoms liegen im Jahr 2007 für Schleswig-Holstein etwa 10% über denen für Deutschland insgesamt. Die Mortalität hingegen entspricht nahezu dem deutschen Niveau. Der Inzidenzverlauf zeigt einen deutlichen Gipfel im Jahr 2003. Dieser könnte auf eine vermehrte Früherkennung mittels Bluttest (PSA-Test, Prostata-spezifisches Antigen) in diesem Zeitraum zusammenhängen. Die Mortalität für den Prostatakrebs sinkt statistisch signifikant um etwa 3% pro Jahr. Die Prognose des Prostatakarzinoms ist gut, die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt etwa 87%.

Inzidenz

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000

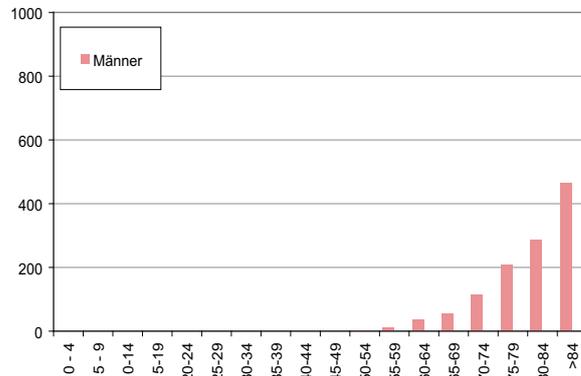


Altersstandardisierte Inzidenz [Europastandard]

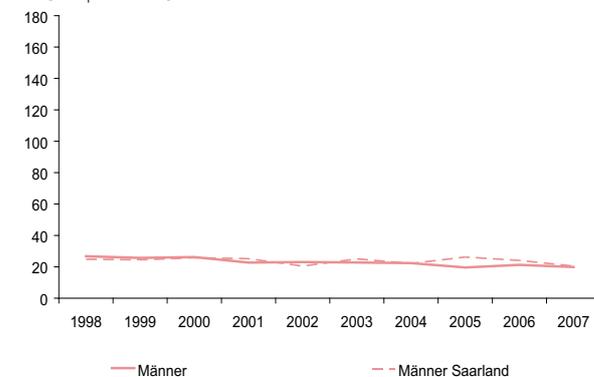


Mortalität

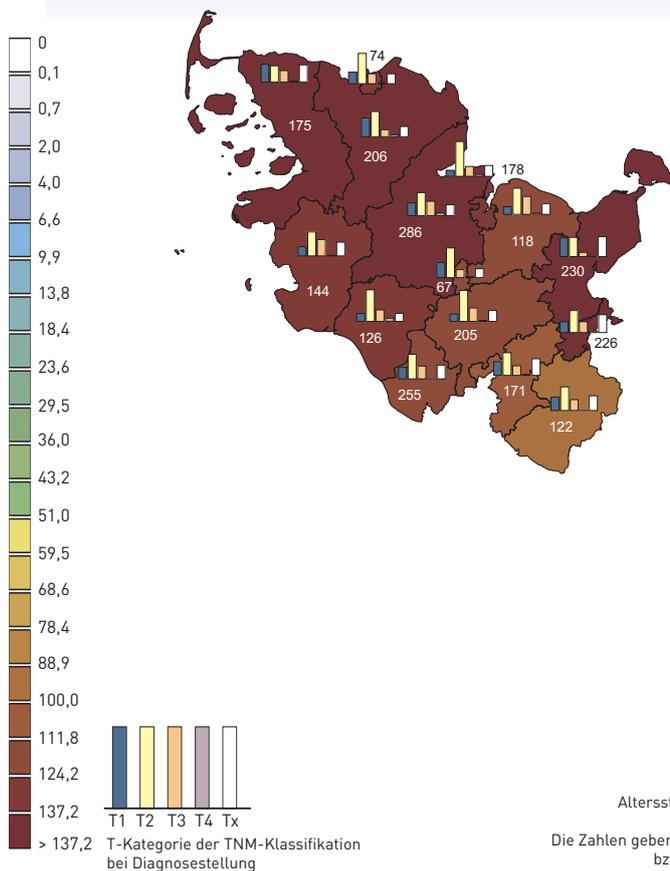
Altersspezifische Mortalität pro 100.000



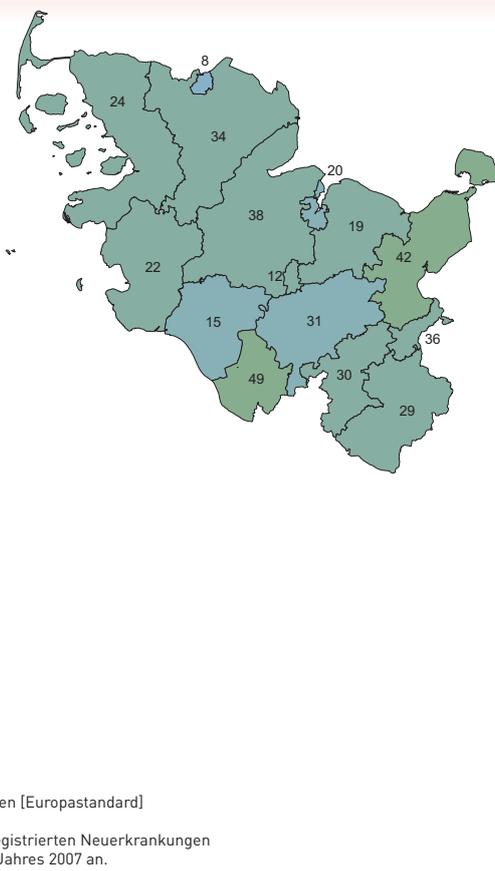
Altersstandardisierte Mortalität [Europastandard]



Inzidenz



Mortalität



Altersstandardisierte Raten [Europastandard]
 Die Zahlen geben die Anzahl der registrierten Neuerkrankungen bzw. Todesfälle des Jahres 2007 an.

Hoden [C62]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	164		8	
Erwartete Fallzahl 2010	160 - 195		-	
Anteil an Krebs gesamt	1,8%		0,2%	
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	37		53	
Carcinomata in situ	0			
Geschlechterverhältnis				
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	11,8		0,6	
Weltstandard	11,3		0,4	
Europastandard	12,1		0,5	
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 4,4 *		-	
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,9		0,0	
Qualitätsindikatoren				
HV	96,3%			
M/I	0,05			
DCO-Fälle	5			
DCO-Rate	3,0%			
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	4.064 1,7%		152 0,1%	
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	37		47	
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	9,7		0,3	

* statistisch signifikant

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	52	74,3		
II	9	12,9		
III	9	12,9		
Insgesamt	70	100,0		
Ohne Stadienangabe	89	56,0		

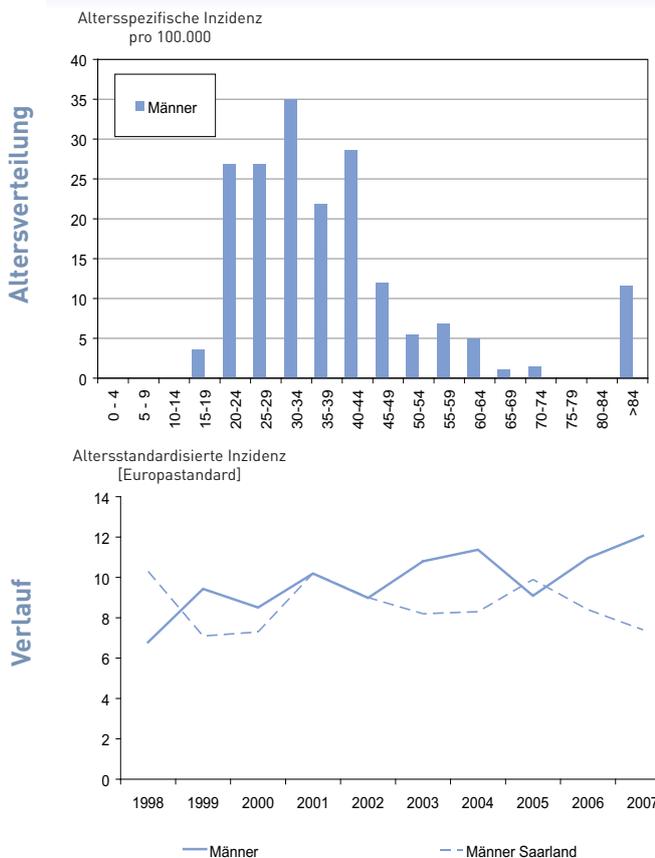
Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Dystoper Hoden (C62.0)	4	2,5		
Deszendierter Hoden (C62.1)	77	48,4		
Hoden, n.n.bez. (C62.9)	78	49,1		
Insgesamt	159	100,0		

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Seminome	105	66,0		
Embryonale Karzinome	13	8,2		
Maligne Teratome	30	18,9		
Chorionkarzinome	8	5,0		
Sonstige Neubildungen	3	1,9		
Insgesamt	159	100,0		

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	136			
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	133	97,8		
Strahlentherapie	45	33,1		
Chemotherapie	58	42,6		
Sonstige	2	1,5		
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	1	0,7		

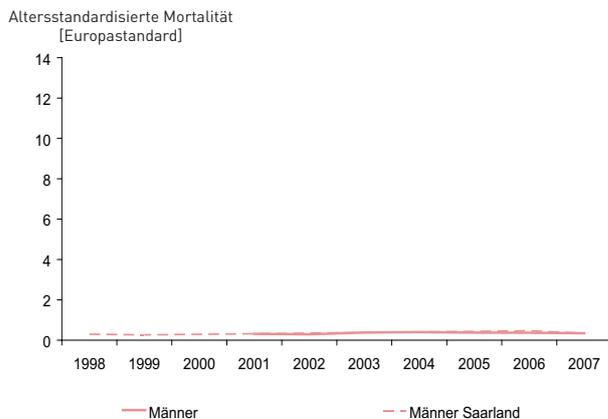
Anmerkungen: Die Inzidenz des Hodenkrebses zeigt einen signifikant ansteigenden Trend. Die Gründe für diesen Anstieg sind noch unklar. Die Inzidenz liegt etwa 25% über dem Bundesdurchschnitt und damit auf demselben Niveau wie die Werte in Niedersachsen und etwas unter der registrierten Inzidenz in Nordrhein-Westfalen. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt nahezu 100%, für die kartographische Darstellung der Mortalität wurden daher die letzten fünf Jahre zusammengefasst.

Inzidenz

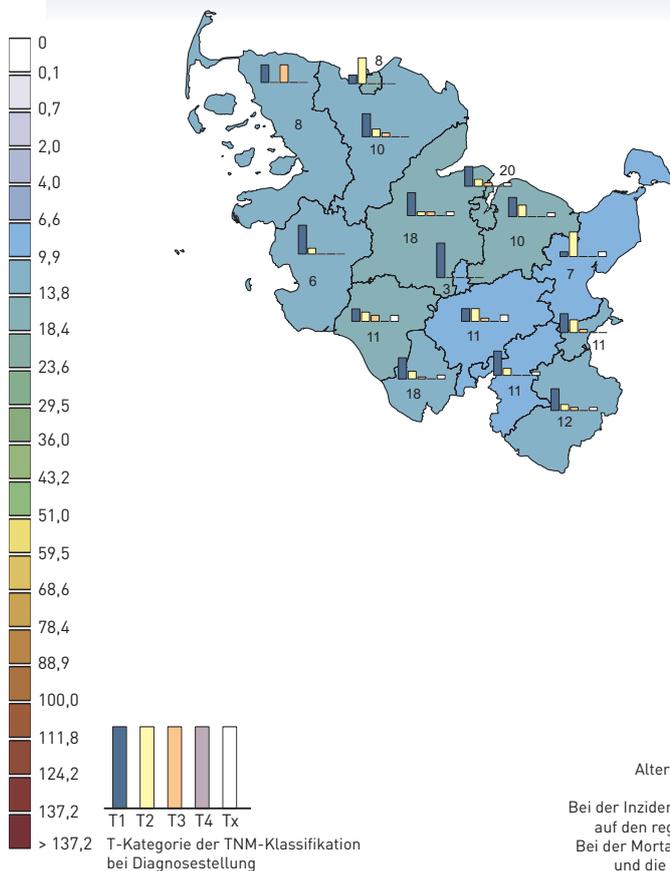


Mortalität

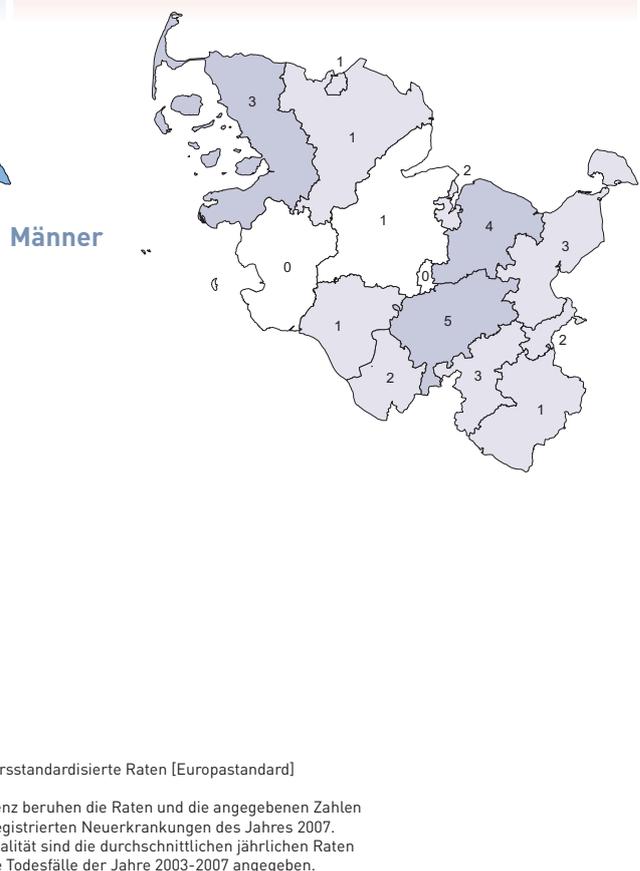
Wegen der geringen Fallzahl wird kein Diagramm zur Mortalität dargestellt.



Inzidenz



Mortalität



Niere [C64]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	268	178	64	62
Erwartete Fallzahl 2010	250 - 290	150 - 180	65 - 85	45 - 60
Anteil an Krebs gesamt	2,9%	2,1%	1,7%	1,8%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	67	72	70	74
Carcinomata in situ	0	0		
Geschlechterverhältnis	1,5 : 1		1 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	19,3	12,3	4,6	4,3
Weltstandard	10,2	5,0	2,2	1,6
Europastandard	14,3	7,3	3,2	2,4
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 0,4	- 1,3	- 4,1 *	- 4,7 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,2	0,6	0,3	0,2
Qualitätsindikatoren				
HV	82,8%	70,8%		
M/I	0,24	0,35		
DCO-Fälle	39	50		
DCO-Rate	14,6%	28,1%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	8.725 3,5%	5.530 2,6%	2.888 2,5%	2.031 2,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	67	71	72	78
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	16,8	8,4	5,2	2,4

* statistisch signifikant

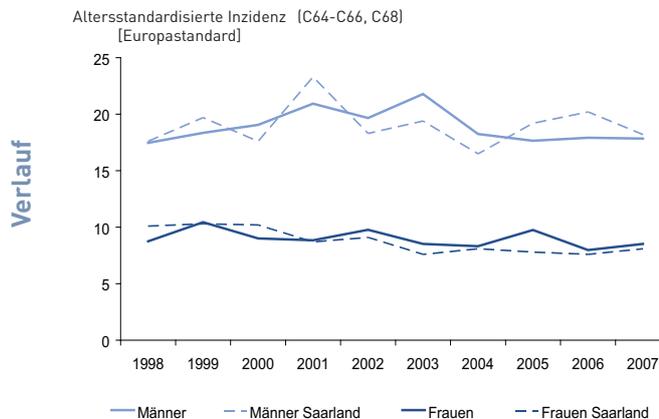
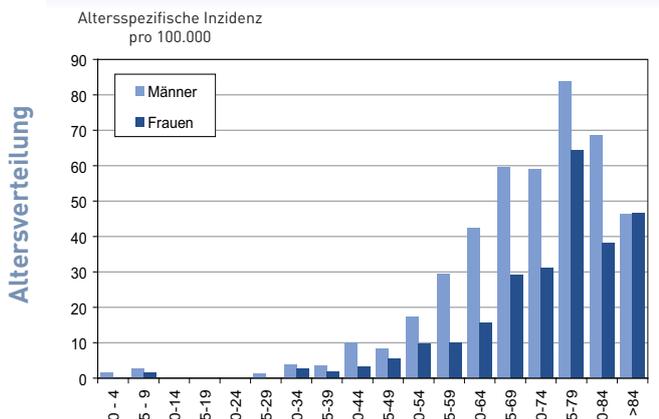
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	41	48,8	13	26,0
II	5	6,0	5	10,0
III	8	9,5	6	12,0
IV	30	35,7	26	52,0
Insgesamt	84	100,0	50	100,0
Ohne Stadienangabe	145	63,3	78	60,9

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung				
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	165	94,8	100	92,6
Strahlentherapie	8	4,6	7	6,5
Chemotherapie	17	9,8	10	9,3
Immuntherapie	3	1,7	5	4,6
Sonstige	6	3,4	6	5,6
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	0	0,0	3	2,8

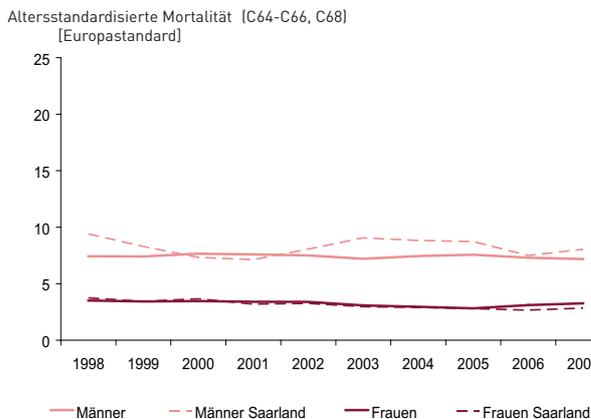
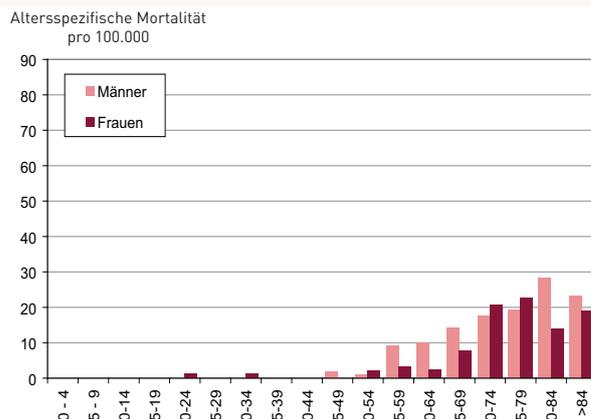
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Nierenzellkarzinome	223	97,4	124	96,9
Sonstige Karzinome	0	0,0	2	1,6
Nephroblastom (inkl. malignem Rhabdoidtumor, klarzell. Nierensarkom)	4	1,7	1	0,8
Sarkome	1	0,4	1	0,8
Sonstige Neubildungen	1	0,4	0	0,0
Insgesamt	229	100,0	128	100,0

Anmerkungen: Erstmals können die Daten zum Nierenkarzinom in einen gesamtdeutschen Kontext gestellt werden. Die Inzidenzraten beider Geschlechter liegen dabei etwa 15% unter den deutschen Werten, die Mortalität bei Männern sogar um 40% niedriger, während die Mortalität bei Frauen dem bundesdeutschen Niveau entspricht. Für beide Geschlechter sank die Mortalität in den letzten zehn Jahren jährlich um über 4%.

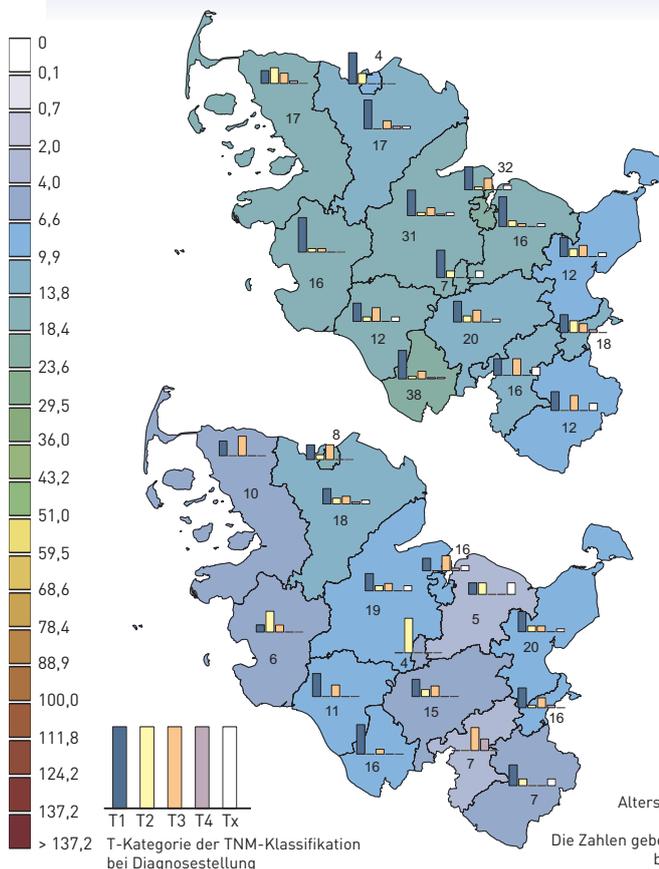
Inzidenz



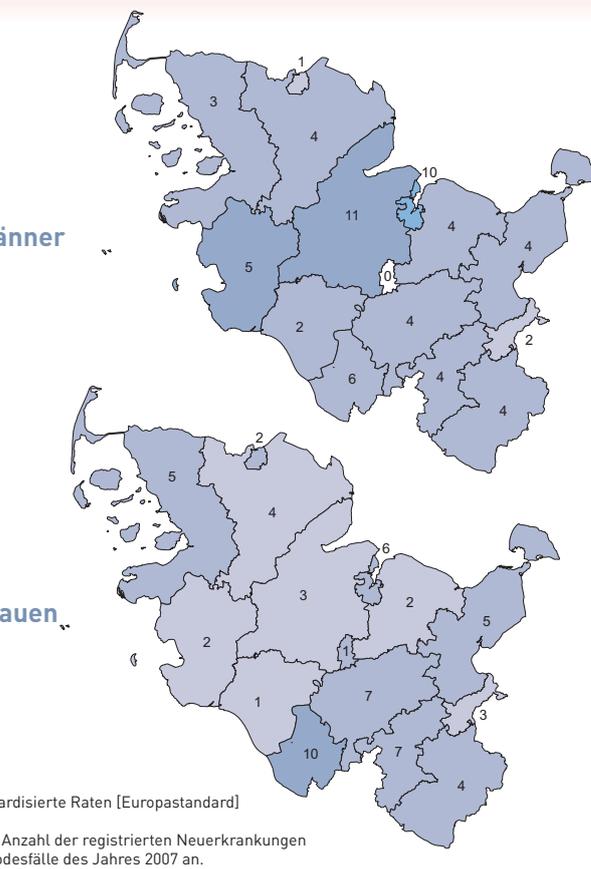
Mortalität



Inzidenz



Mortalität



Harnblase [C67,D09.0, D41.4]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit (nur C67)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	743	235	127	64
Erwartete Fallzahl 2010	790 - 1.030	280 - 325	120 - 140	60 - 80
Anteil an Krebs gesamt	8,0%	2,8%	3,3%	1,9%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	73	80	83
davon nicht-invasive Neubildungen (D09.0)	357	78		
davon Fälle mit unsicherem Verhalten (D41.4)	4	4		
Geschlechterverhältnis	3,2 : 1		2 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	53,5	16,2	9,2	4,4
Weltstandard	24,0	6,3	3,5	1,2
Europastandard	36,9	9,4	6,2	1,9
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 2,0	+ 1,9	- 4,3 *	- 1,9
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	2,8	0,7	0,3	0,1
Qualitätsindikatoren				
HV	91,9%	83,8%		
M/I	0,17	0,27		
DCO-Fälle	53	34		
DCO-Rate	7,1%	14,5%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	19.450 7,9%	6.739 3,1%	3.639 3,2%	1.965 2,0%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	72	75	78	82
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	35,8	8,9	6,5	2,1

* statistisch signifikant

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
0a	336	71,5	77	63,1
0is	21	4,5	1	0,8
I	40	8,5	10	8,2
II	25	5,3	7	5,7
III	8	1,7	6	4,9
IV	40	8,5	21	17,2
Insgesamt	470	100,0	122	100,0
Ohne Stadienangabe	220	31,9	79	39,3

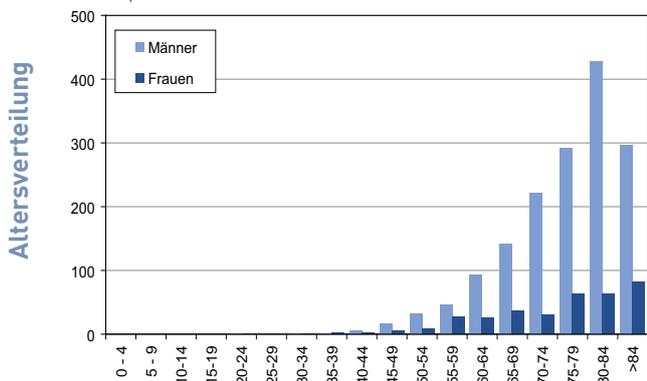
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung				
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	480	91,4	145	90,1
Strahlentherapie	20	3,8	10	6,2
Chemotherapie	78	14,9	25	15,5
Hormontherapie	4	0,8	1	0,6
Immuntherapie	23	4,4	9	5,6
Sonstige	22	4,2	5	3,1
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	30	5,7	9	5,6

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Übergangszellkarzinome	657	95,2	179	89,1
Adenokarzinome	4	0,6	7	3,5
Sonstige Karzinome	16	2,3	12	6,0
Sarkome	2	0,3	0	0,0
Sonstige Neubildungen	11	1,6	3	1,5
Insgesamt	690	100,0	201	100,0

Anmerkungen: Um national eine bessere Vergleichbarkeit der Inzidenz von Harnblasentumoren zu erreichen, umfasst sie neben den invasiven Harnblasentumoren auch die Vorstufen der nicht-invasiven Tumoren (D09.0) und der Tumoren mit unsicherem Verhalten (D41.4). Sowohl Inzidenz als auch Mortalität stimmen für Männer und Frauen sehr gut mit den für Deutschland geschätzten Werten überein. Der Trend zeigt eine steigende Inzidenz bei sinkender Mortalität an. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt etwa 76% für Männer und 70% für Frauen.

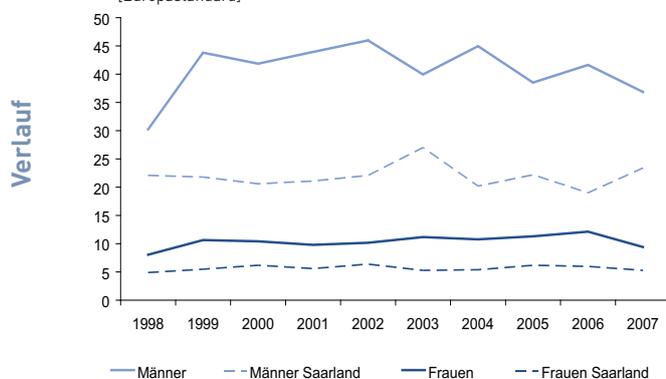
Inzidenz

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000



Altersverteilung

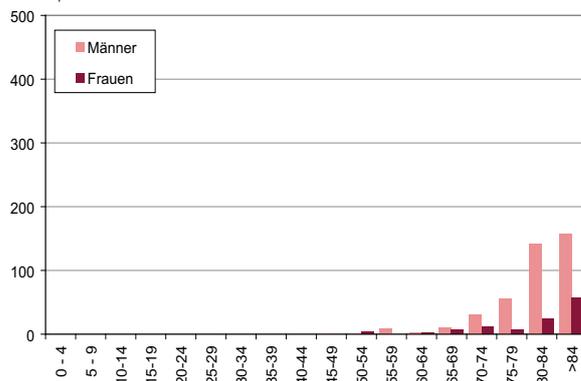
Altersstandardisierte Inzidenz [Europastandard]



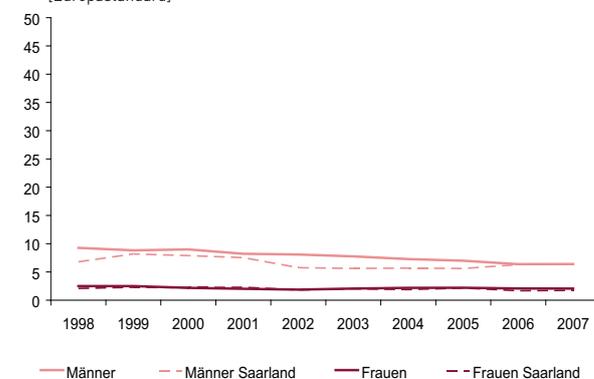
— Männer — Männer Saarland — Frauen — Frauen Saarland

Mortalität

Altersspezifische Mortalität pro 100.000

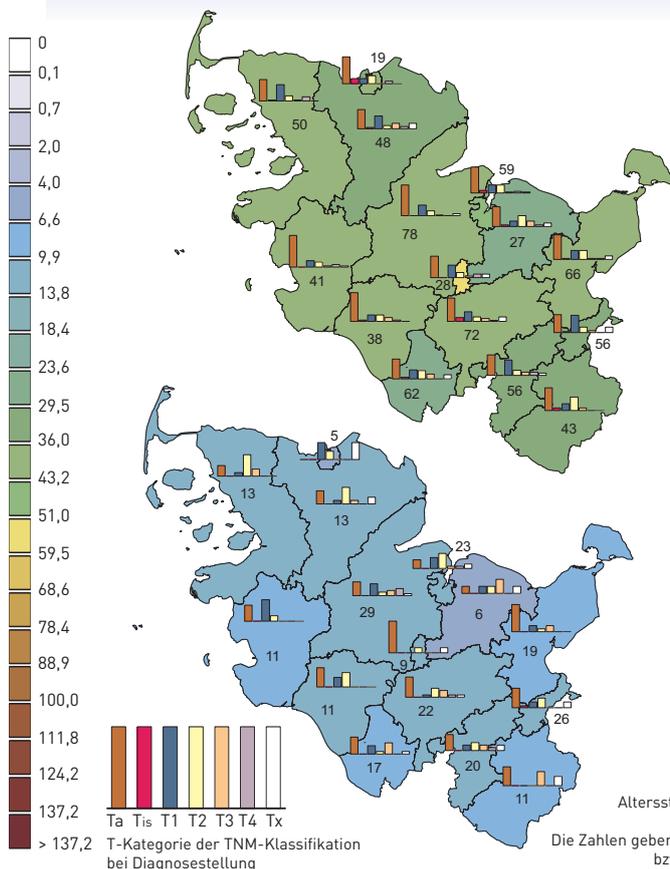


Altersstandardisierte Mortalität [Europastandard]

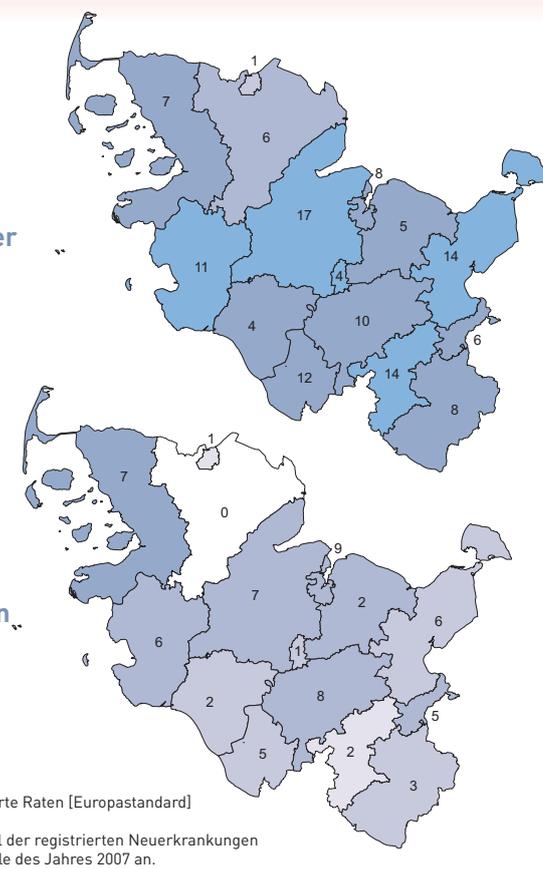


— Männer — Männer Saarland — Frauen — Frauen Saarland

Inzidenz



Mortalität



Altersstandardisierte Raten [Europastandard]

Die Zahlen geben die Anzahl der registrierten Neuerkrankungen bzw. Todesfälle des Jahres 2007 an.

Gehirn und zentrales Nervensystem [C70-C72]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	118	87	105	86
Erwartete Fallzahl 2010	110 - 130	100 - 120	90 - 110	110 - 140
Anteil an Krebs gesamt	1,3%	1,0%	2,7%	2,5%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	65	63	66	66
Geschlechterverhältnis	1,4 : 1		1,2 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	8,5	6,0	7,6	5,9
Weltstandard	5,3	4,3	4,1	3,2
Europastandard	6,8	4,9	5,6	4,2
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	-2,1 *	+ 0,3	- 0,6	+ 2,6
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,5	0,4	0,5	0,4
Qualitätsindikatoren				
HV	59,3%	63,2%		
M/I	0,89	0,99		
DCO-Fälle	38	27		
DCO-Rate	32,2%	31,0%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	3.524 1,4%	2.980 1,4%	2.922 2,6%	2.500 2,5%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	63	67	66	70
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	7,3	5,2	5,7	4,0

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Meningen (C70.-)	1	1,3	1	1,7
Großhirn (C71.0-.5)	43	53,8	35	58,3
Kleinhirn (C71.6)	2	2,5	2	3,3
Hirnstamm (C71.7)	5	6,3	3	5,0
Gehirn n.n.bez. od. Teilbereiche überlap. (C71.8.,9)	27	33,8	16	26,7
Rückenmark u. Cauda equina (C72.0.,1)	0	0,0	2	3,3
Hirnnerven (C72.2-.5)	2	2,5	1	1,7
N.n.bez. Teile des ZNS (C72.8.,9)	0	0,0	0	0,0
Insgesamt	80	100,0	60	100,0

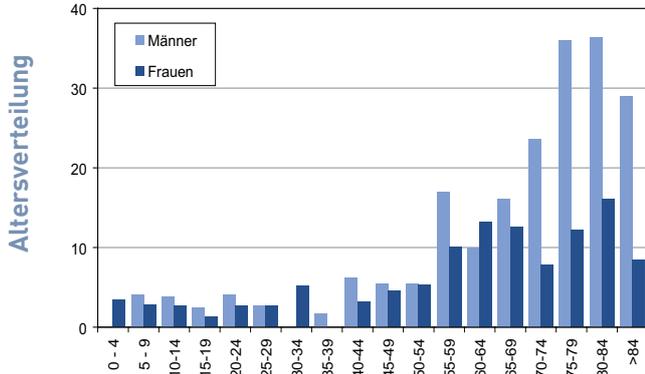
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	70		48	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	61	87,1	45	93,8
Strahlentherapie	56	80,0	42	87,5
Chemotherapie	43	61,4	30	62,5
Hormontherapie	0	0,0	0	0,0
Sonstige	1	1,4	0	0,0
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	6	8,6	0	0,0

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Gliome	67	83,8	56	93,3
Astrozytische Tumoren	63		49	
Oligodendrogliome u. mischdiff. Gliome	2		3	
Ependymome	0		2	
Gliome unbek. Ursprungs	2		2	
Embryonale Tumoren	4	5,0	1	1,7
Sonst. neuroepitheliale Tumoren	1	1,3	1	1,7
Tumoren der Hirnnerven	0	0,0	0	0,0
Tumoren d. Meningen u. verw. Gewebe	2	2,5	1	1,7
Keimzelltumoren	0	0,0	0	0,0
Sonstige Neubildungen	6	7,5	1	1,7
Insgesamt	80	100,0	60	100,0

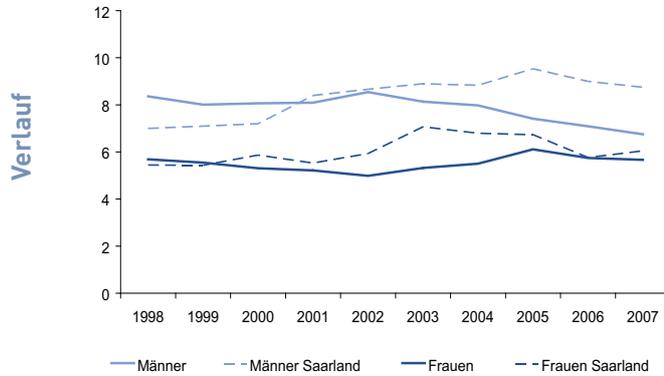
Anmerkungen: Die Werte der Mortalität und der Inzidenz in Schleswig-Holstein entsprechen in etwa der Deutschlandschätzung. Für Männer zeigt sich ein Rückgang von jährlich 2,1% für die Inzidenz, für Frauen ein Anstieg um jährlich 2,6% für die Mortalität. Die Erfassung ist noch unzureichend. Fast ein Drittel aller Fälle sind nur über eine Todesbescheinigung bekannt.

Inzidenz

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000

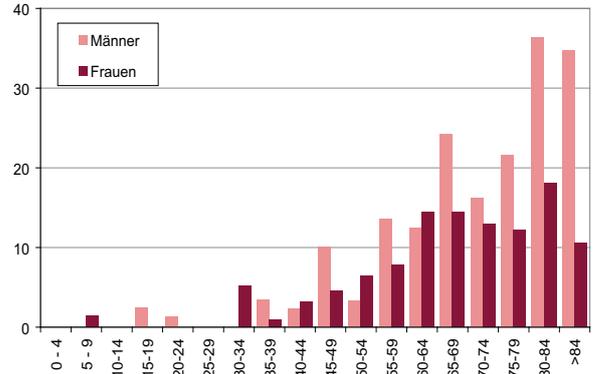


Altersstandardisierte Inzidenz [Europastandard]

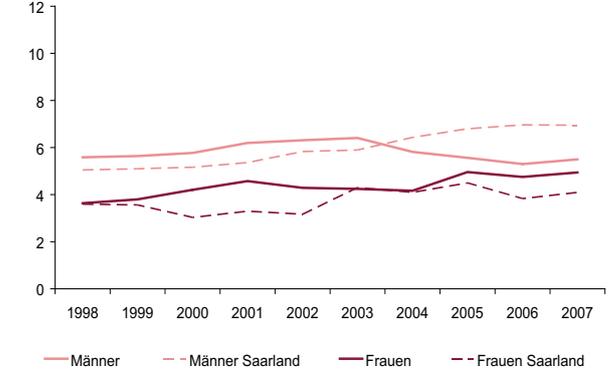


Mortalität

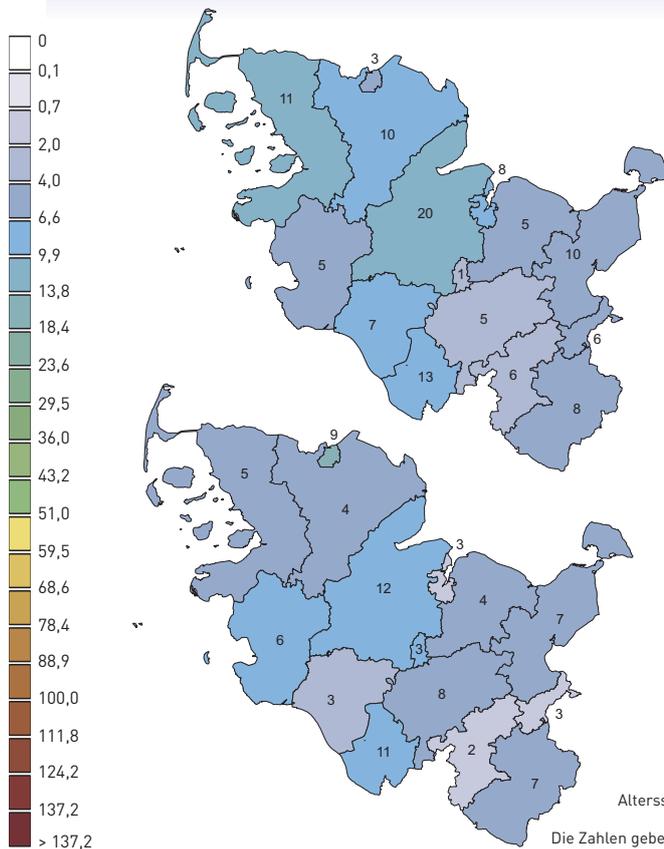
Altersspezifische Mortalität pro 100.000



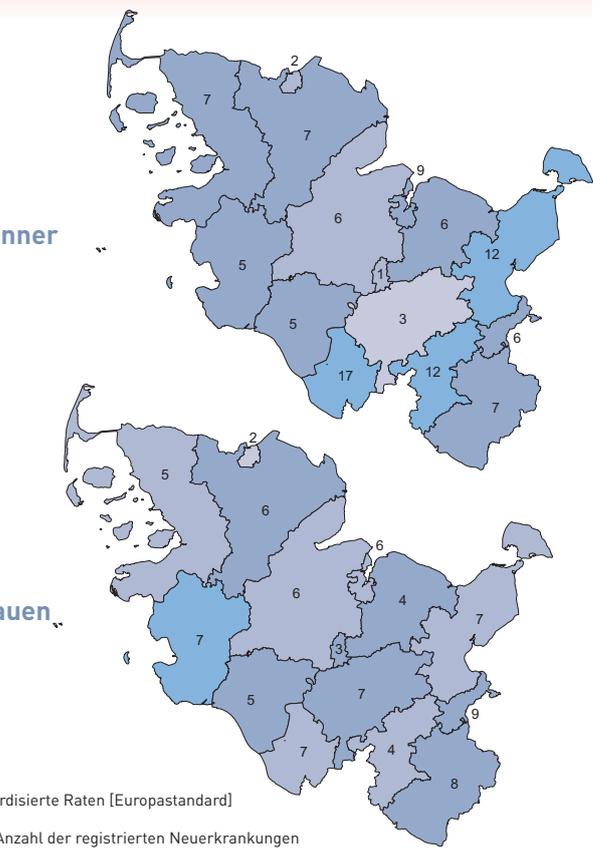
Altersstandardisierte Mortalität [Europastandard]



Inzidenz



Mortalität



Die Zahlen geben die Anzahl der registrierten Neuerkrankungen bzw. Todesfälle des Jahres 2007 an.

Schilddrüse [C73]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	39	74	5	12
Erwartete Fallzahl 2010	35 - 45	70 - 90	3 - 10	5 - 15
Anteil an Krebs gesamt	0,4%	0,9%	0,1%	0,3%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	61	52	68	70
Carcinomata in situ	0	0		
Geschlechterverhältnis	1 : 1,9		1 : 2,4	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	2,8	5,1	0,4	0,8
Weltstandard	1,8	3,2	0,2	0,4
Europastandard	2,3	4,2	0,3	0,5
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 0,2	+ 0,9	- 12,5 *	- 9,2
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,2	0,3	0,0	0,1
Qualitätsindikatoren				
HV	76,9%	91,9%		
M/I	0,13	0,16		
DCO-Fälle	7	6		
DCO-Rate	17,9%	8,1%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	1.438 0,6%	3.630 1,7%	274 0,2%	420 0,4%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	57	54	73	78
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	3,0	7,4	0,5	0,5

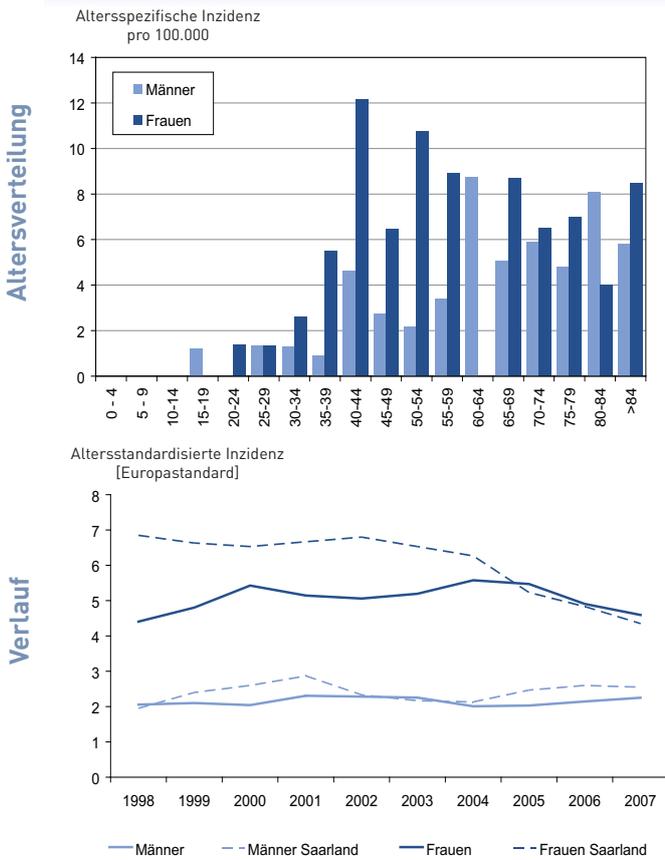
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	7	50,0	16	55,2
II	3	21,4	2	6,9
III	0	0,0	0	0,0
IV	4	28,6	11	37,9
Insgesamt	14	100,0	29	100,0
Ohne Stadienangabe	18	56,3	39	57,4

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	29		62	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	28	96,6	60	96,8
Strahlentherapie	12	41,4	20	32,3
Chemotherapie	2	6,9	1	1,6
Hormontherapie	4	13,8	6	9,7
Sonstige	3	10,3	1	1,6
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	1	3,4	1	1,6

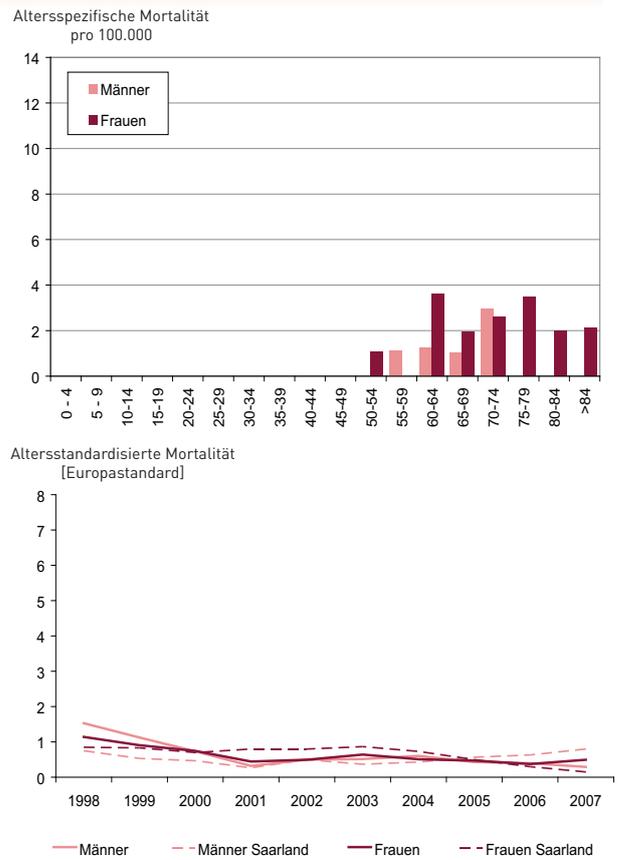
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Follikuläre Karzinome	7	21,9	13	19,1
Papilläre Karzinome	16	50,0	42	61,8
Medulläre Karzinome	2	6,3	5	7,4
Anaplastische Karzinome	3	9,4	5	7,4
Sonstige Karzinome	3	9,4	3	4,4
Sarkome	0	0,0	0	0,0
Sonstige Neubildungen	1	3,1	0	0,0
Insgesamt	32	100,0	68	100,0

Anmerkungen: Die Inzidenz der Schilddrüsentumoren liegt klar unterhalb des Bundesdurchschnitts. Auch wenn die Zahlen für Schleswig-Holstein gut mit den saarländischen Inzidenzziffern übereinstimmen, ist unklar, ob von einer vollzähligen Erfassung der Schilddrüsenkarzinome ausgegangen werden kann. Schilddrüsenkrebs hat eine vergleichsweise gute Prognose, die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt 87-90%. Wegen der geringen Mortalität wurden für die kartographische Darstellung die letzten fünf Jahre zusammengefasst.

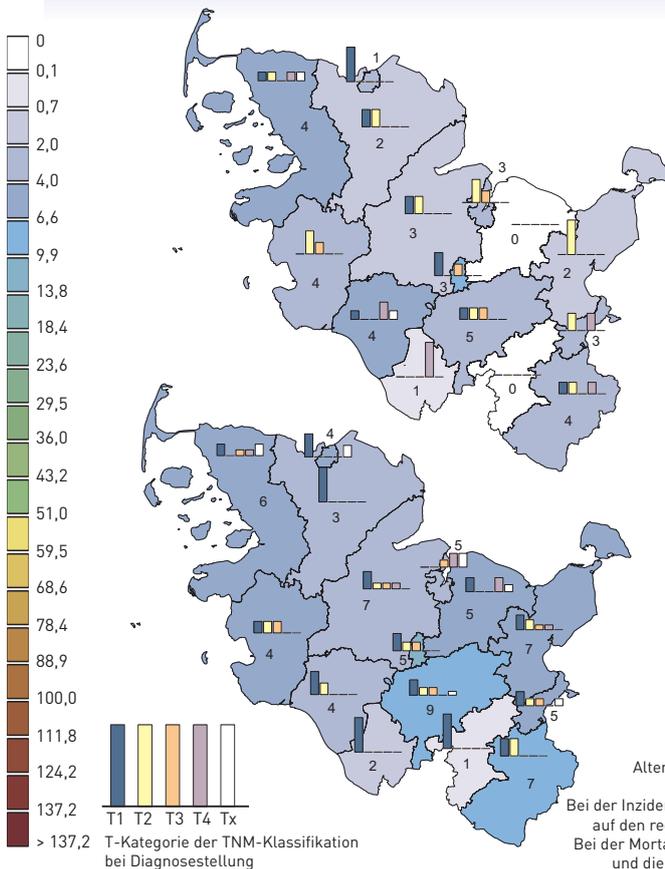
Inzidenz



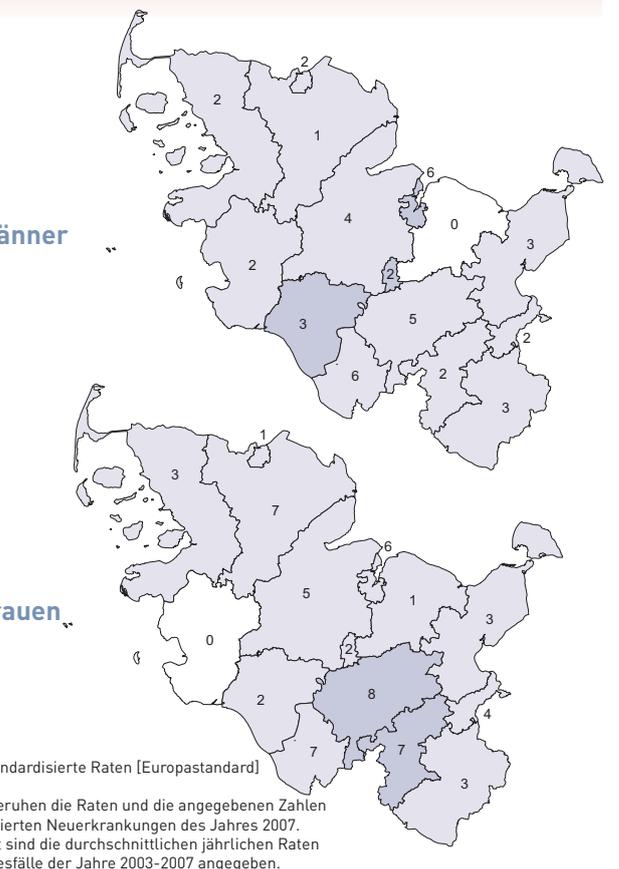
Mortalität



Inzidenz



Mortalität



Hodgkin-Lymphom [C81]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	37	39	5	7
Erwartete Fallzahl 2010	30 - 45	40 - 50	3 - 8	3 - 9
Anteil an Krebs gesamt	0,4%	0,5%	0,1%	0,2%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	44	38	78	74
Geschlechterverhältnis	1 : 1,1		1 : 1,4	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	2,7	2,7	0,4	0,5
Weltstandard	2,1	2,5	0,1	0,1
Europastandard	2,4	2,6	0,2	0,2
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 2,1	+ 2,9 *	- 7,7 *	- 7,6 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,2	0,2	0,0	0,0
Qualitätsindikatoren				
HV	78,4%	84,6%		
M/I	0,14	0,18		
DCO-Fälle	6	5		
DCO-Rate	16,2%	12,8%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	1.012 0,4%	847 0,4%	158 0,1%	149 0,2%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	44	38	68	75
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	2,3	2,0	0,3	0,2

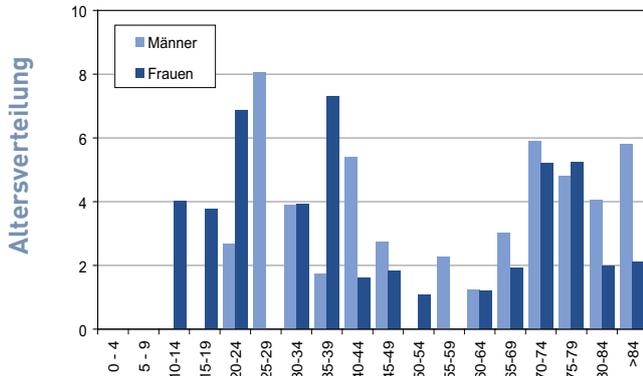
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Lymphozytenreiche Form [C81.0]	5	16,1	2	5,9
Nodulär-sklerosierende Form [C81.1]	10	32,3	19	55,9
Gemischtzellige Form [C81.2]	11	35,5	7	20,6
Lymphozytenarme Form [C81.3]	0	0,0	0	0,0
Sonstige Typen [C81.7]	0	0,0	0	0,0
Hodgkin-Krankheit, n.n.bez. [C81.9]	5	16,1	6	17,6
Insgesamt	31	100,0	34	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	25		25	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	7	28,0	11	44,0
Strahlentherapie	11	44,0	15	60,0
Chemotherapie	23	92,0	23	92,0
Sonstige	0	0,0	1	4,0
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	1	4,0	2	8,0

Anmerkungen: Gut zu erkennen sind die beiden typischen Erkrankungsgipfel im jüngeren und höheren Alter. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei etwa 90%.

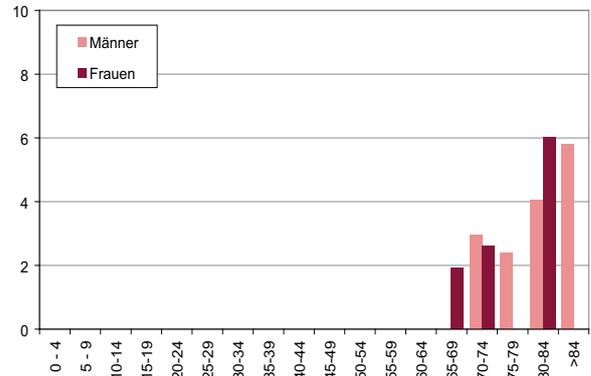
Inzidenz

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000

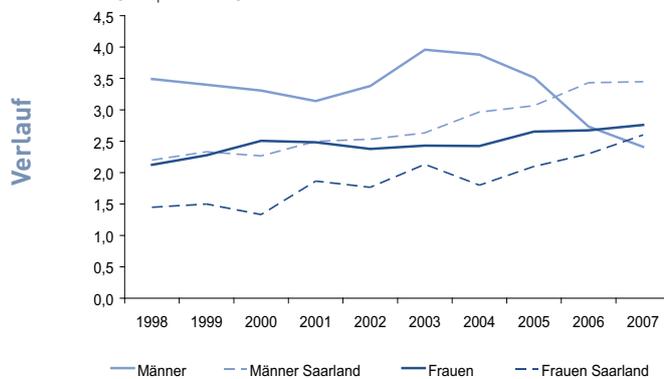


Mortalität

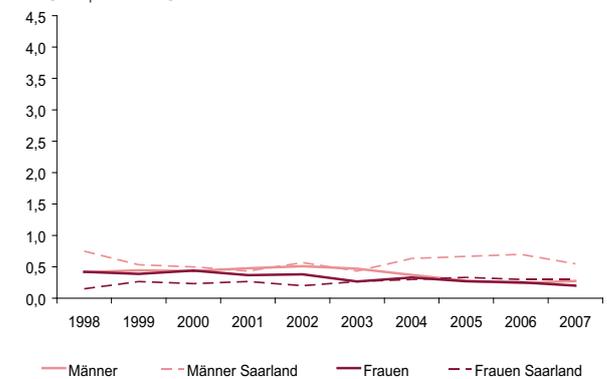
Altersspezifische Mortalität pro 100.000



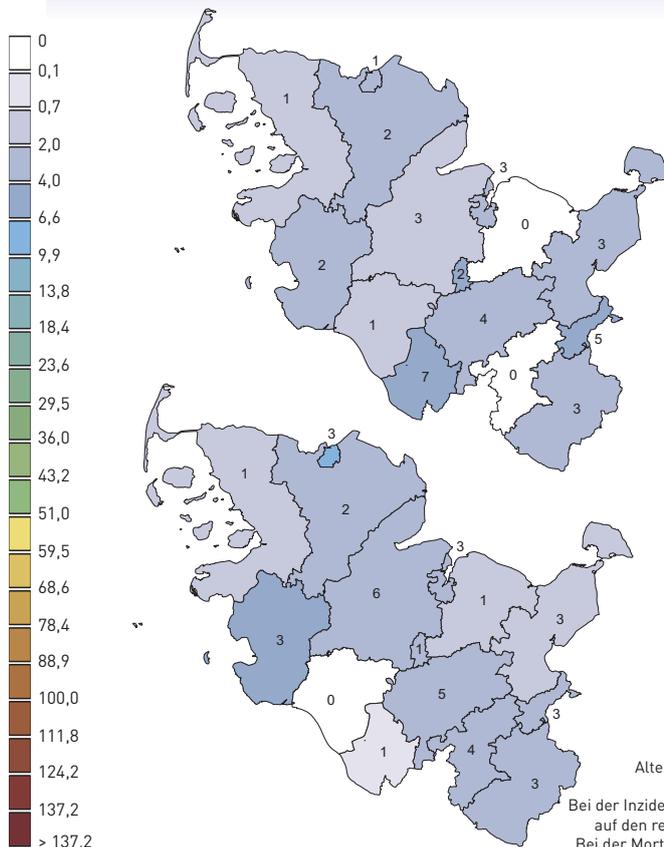
Altersstandardisierte Inzidenz [Europastandard]



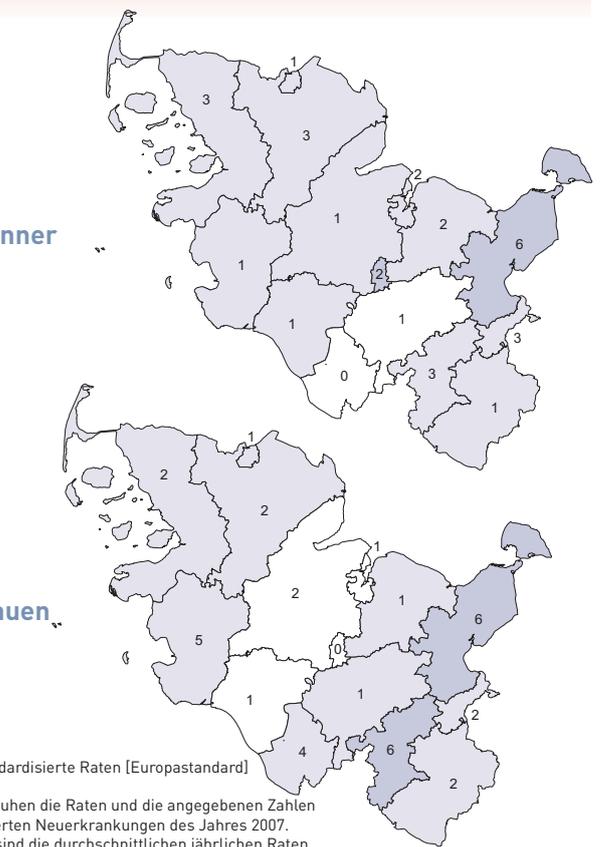
Altersstandardisierte Mortalität [Europastandard]



Inzidenz



Mortalität



Non-Hodgkin-Lymphome [C82-C85]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	272	230	81	68
Erwartete Fallzahl 2010	275 - 390	230 - 285	65 - 75	60 - 80
Anteil an Krebs gesamt	2,9%	2,7%	2,1%	2,0%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	68	70	72	78
Geschlechterverhältnis	1,2 : 1		1,2 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	19,6	15,9	5,8	4,7
Weltstandard	10,4	7,2	2,7	1,5
Europastandard	14,7	10,1	4,2	2,3
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 1,8	+ 0,5	- 6,7 *	- 6,5 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,1	0,8	0,3	0,1
Qualitätsindikatoren				
HV	86,4%	81,7%		
M/I	0,30	0,30		
DCO-Fälle	34	39		
DCO-Rate	12,5%	17,0%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	6.995 2,8%	6.206 2,9%	2.876 2,5%	2.598 2,6%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	67	71	73	78
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	13,6	9,4	5,3	3,2

* statistisch signifikant

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Follikuläres NH-Lymphom (C82)	40	16,8	50	26,2
Diffuses NH-Lymphom (C83)	138	58,0	104	54,5
Periphere u. kutane T-Zell-Lymphome (C84)	20	8,4	13	6,8
Sonstige u. n.n.bez. Typen des NHL (C85)	40	16,8	24	12,6
Insgesamt	238	100,0	191	100,0

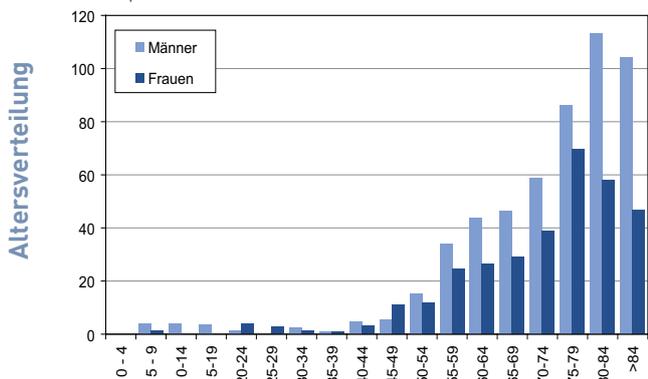
Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Nodal	143	60,1	112	58,6
Extranodal	95	39,9	79	41,4
Magen	17		13	
Darm	11		4	
Haut	15		17	
Gehirn	6		2	
Sonstige	46		43	
Insgesamt	238	100,0	191	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	166		146	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	58	34,9	53	36,3
Strahlentherapie	33	19,9	34	23,3
Chemotherapie	116	69,9	90	61,6
Immuntherapie	45	27,1	34	23,3
Knochenmarktransplantation	3	1,8	2	1,4
Sonstige	10	6,0	11	7,5
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	20	12,0	20	13,7

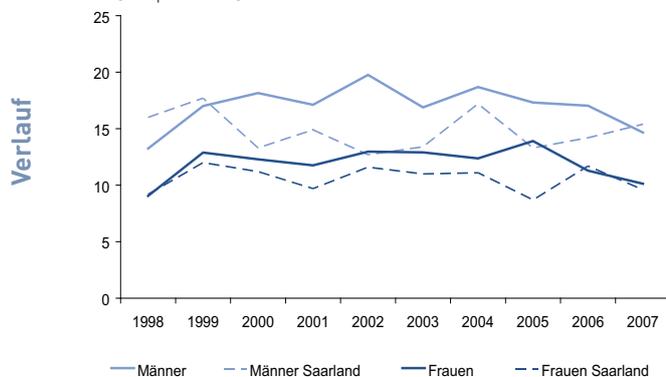
Anmerkungen: Während die Inzidenz der Non-Hodgkin-Lymphome ein relativ konstantes Niveau aufweist, sinkt die Mortalität jährlich um etwa 6-7% ab. Die Inzidenz entspricht dabei in etwa dem deutschen Durchschnitt, die Mortalität liegt mit über 20% deutlich unter dem Durchschnitt. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt etwa 62-66%. Für diese Tumorgruppe gibt es noch deutliche Erfassungsdefizite, was daran zu erkennen ist, dass etwa ein Drittel aller registrierten Erkrankungsfälle dem Krebsregister nur auf Grund einer Todesbescheinigung bekannt sind (DCO-Fälle).

Inzidenz

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000

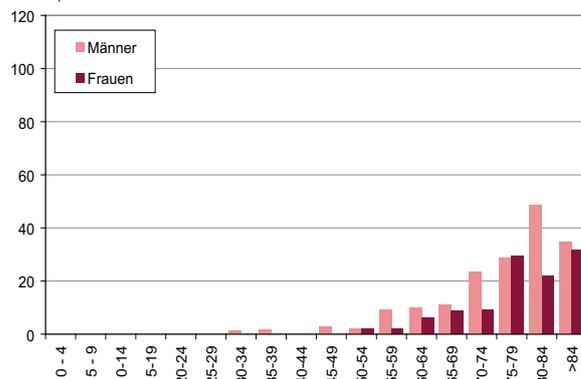


Altersstandardisierte Inzidenz [Europastandard]

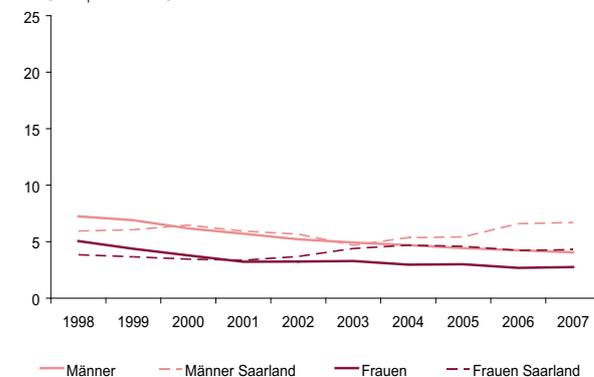


Mortalität

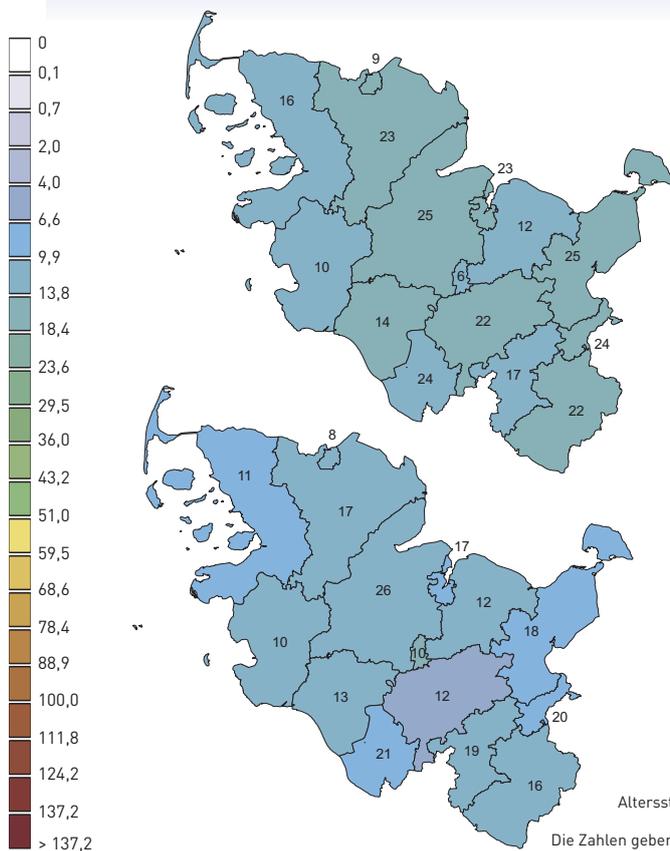
Altersspezifische Mortalität pro 100.000



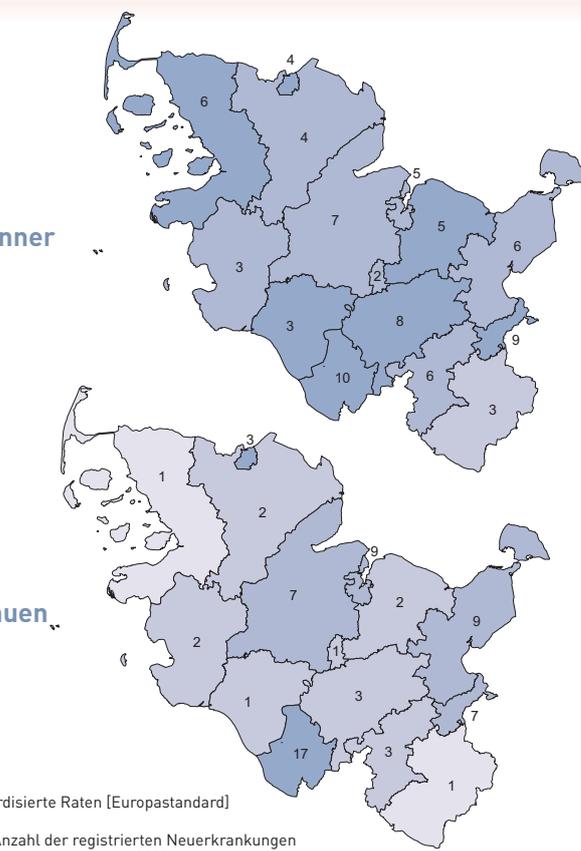
Altersstandardisierte Mortalität [Europastandard]



Inzidenz



Mortalität



Die Zahlen geben die Anzahl der registrierten Neuerkrankungen bzw. Todesfälle des Jahres 2007 an.

Immunproliferative u. plasmazelluläre Krankheiten [C88, C90]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	124	111	63	63
Erwartete Fallzahl 2010	120 - 140	80 - 120	60 - 80	55 - 65
Anteil an Krebs gesamt	1,3%	1,3%	1,6%	1,8%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	70	73	78
Geschlechterverhältnis	1,1 : 1		1 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	8,9	7,7	4,5	4,4
Weltstandard	3,9	3,0	2,0	1,3
Europastandard	6,1	4,4	3,1	2,0
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	-2,6 *	- 2,7	- 2,3	- 2,4
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,4	0,4	0,2	0,2
Qualitätsindikatoren				
HV	64,5%	66,7%		
M/I	0,51	0,57		
DCO-Fälle	41	33		
DCO-Rate	33,1%	29,7%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	2.904 1,2%	2.885 1,3%	1.915 1,7%	1.849 1,9%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	75	73	77
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	5,4	3,8	3,4	2,2

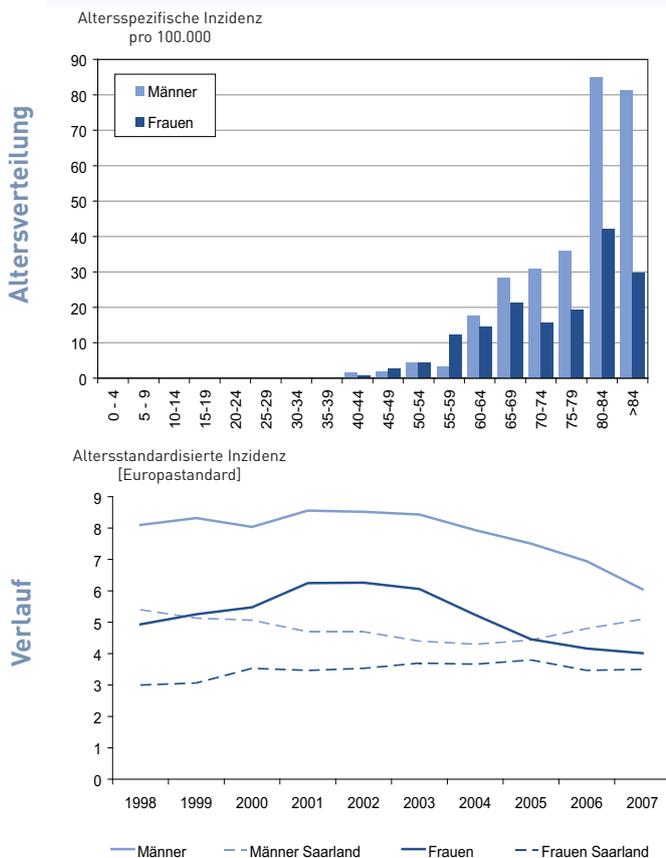
* statistisch signifikant

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Immunproliferative Krankheiten (C88)	4	4,8	1	1,3
Plasmozytom und Plasmazellen-Neubildungen (C90)	79	95,2	77	98,7
Insgesamt	83	100,0	78	100,0

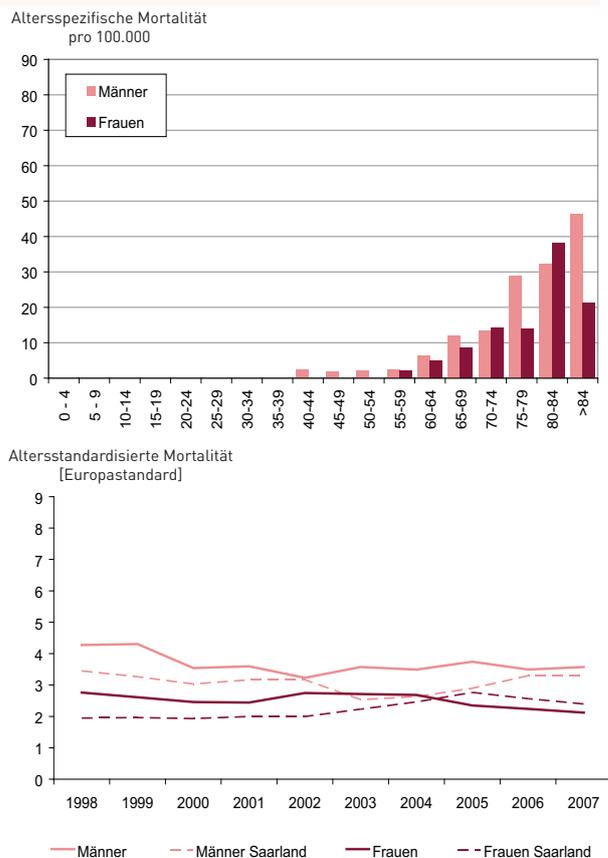
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	63		58	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	7	11,1	8	13,8
Strahlentherapie	16	25,4	15	25,9
Chemotherapie	38	60,3	37	63,8
Hormontherapie	1	1,6	5	8,6
Immuntherapie	0	0,0	1	1,7
Knochenmarktransplantation	2	3,2	5	8,6
Sonstige	12	19,0	11	19,0
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	9	14,3	10	17,2

Anmerkungen: Die Inzidenz in Schleswig-Holstein liegt etwas über der Inzidenz in Deutschland, die Mortalität etwas unterhalb der für Deutschland beobachteten. Für beide – Inzidenz und Mortalität – zeigt sich ein leicht rückläufiger Trend.

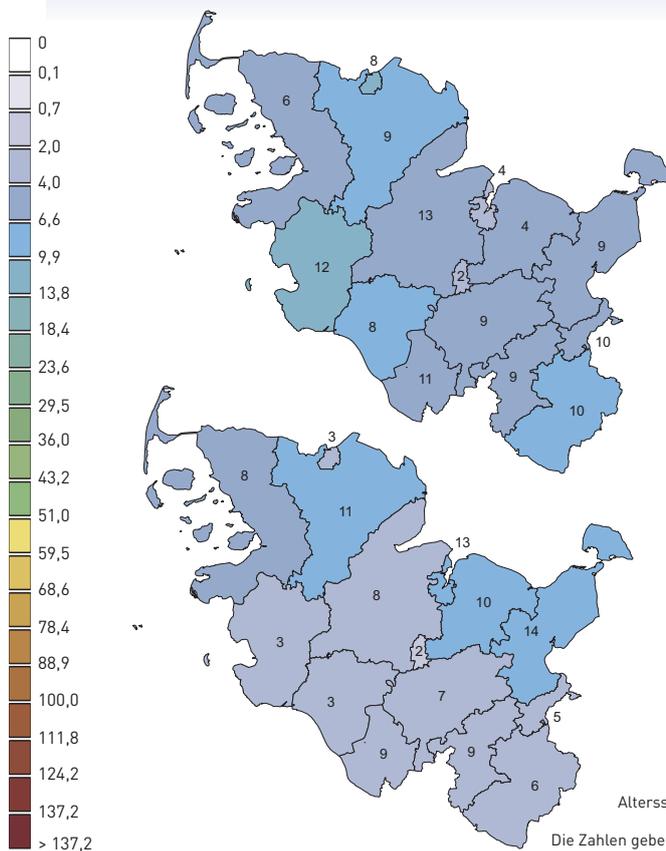
Inzidenz



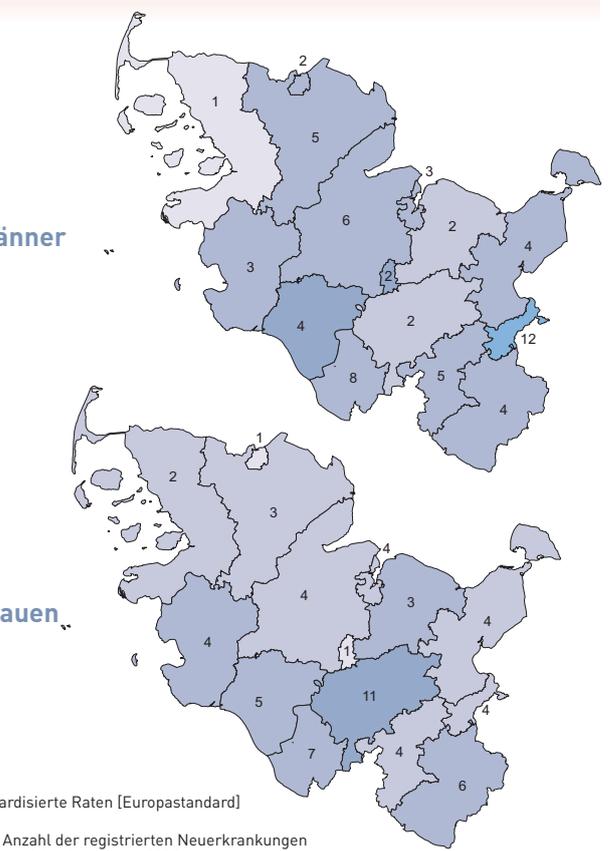
Mortalität



Inzidenz



Mortalität



Leukämien [C91-C95]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Fallzahl	221	195	110	106
Erwartete Fallzahl 2010	220 - 265	180 - 260	100 - 120	95 - 130
Anteil an Krebs gesamt	2,4%	2,3%	2,9%	3,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	71	76	76
Geschlechterverhältnis	1,1 : 1		1 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	15,9	13,5	7,9	7,3
Weltstandard	9,2	7,4	3,9	2,9
Europastandard	12,5	8,9	5,8	4,1
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 1,4	+ 1,5	- 3,9 *	+0,6
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,8	0,7	0,3	0,3
Qualitätsindikatoren				
HV	62,9%	59,5%		
M/I	0,50	0,54		
DCO-Fälle	77	75		
DCO-Rate	34,8%	38,5%		
Deutschland (Inzidenz 2006, Mortalität 2007)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	6.129 2,5%	4.720 2,2%	3.699 3,3%	3.263 3,3%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	69	72	74	77
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	12,5	7,4	6,8	4,2

* statistisch signifikant

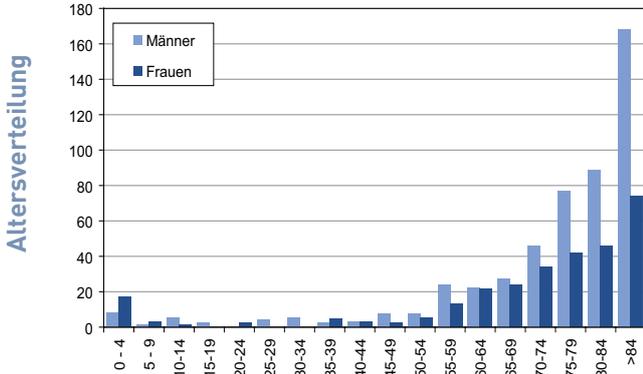
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Lymphatische Leukämie (C91)	85	59,0	67	55,8
chronisch	61		43	
akut	16		19	
Myeloische Leukämie (C92)	50	34,7	46	38,3
chronisch	7		8	
akut	35		36	
Monozytenleukämie (C93)	3	2,1	2	1,7
Sonstige Leukämien (C94, C95)	6	4,2	5	4,2
Insgesamt	144	100,0	120	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung				
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	7	7,3	1	1,3
Strahlentherapie	6	6,3	3	3,9
Chemotherapie	53	55,2	46	59,7
Immuntherapie	7	7,3	1	1,3
Knochenmarktransplantation	2	2,1	1	1,3
Sonstige	4	4,2	6	7,8
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	35	36,5	25	32,5

Anmerkungen: Die Erfassung der Leukämien ist immer noch durch einen zu hohen Anteil an DCO-Fällen gekennzeichnet. Mehr als 35% der gemeldeten Leukämien sind dem Krebsregister ausschließlich auf Basis einer Todesbescheinigung bekannt. Die Interpretation der Daten ist dadurch deutlich erschwert. Die präsentierten Inzidenzraten sind eher als etwas zu hoch einzuschätzen. Die Sterblichkeit liegt für die Leukämien unter dem Bundesdurchschnitt, bei Männern mit einem deutlich absinkenden Trend. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt nur bei etwa 43-48%.

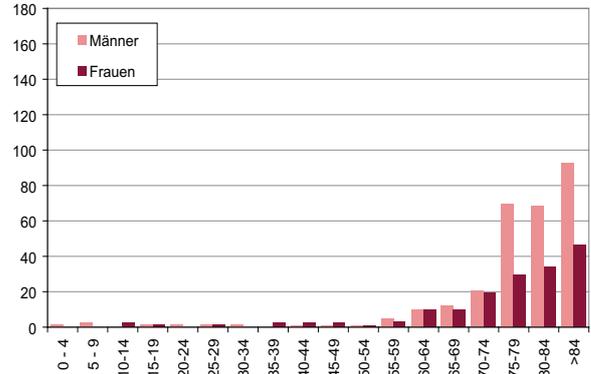
Inzidenz

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000

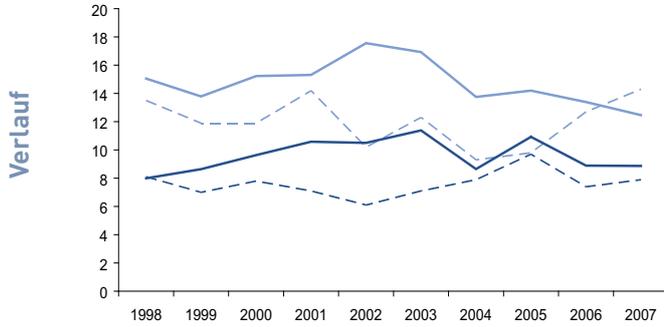


Mortalität

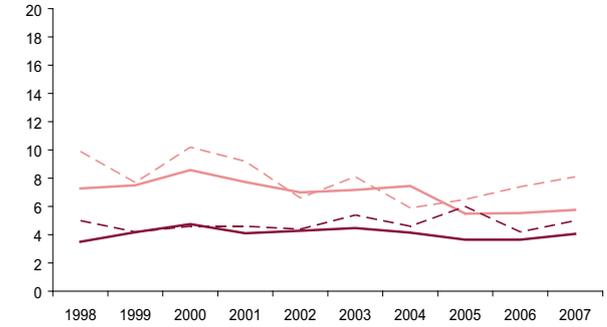
Altersspezifische Mortalität pro 100.000



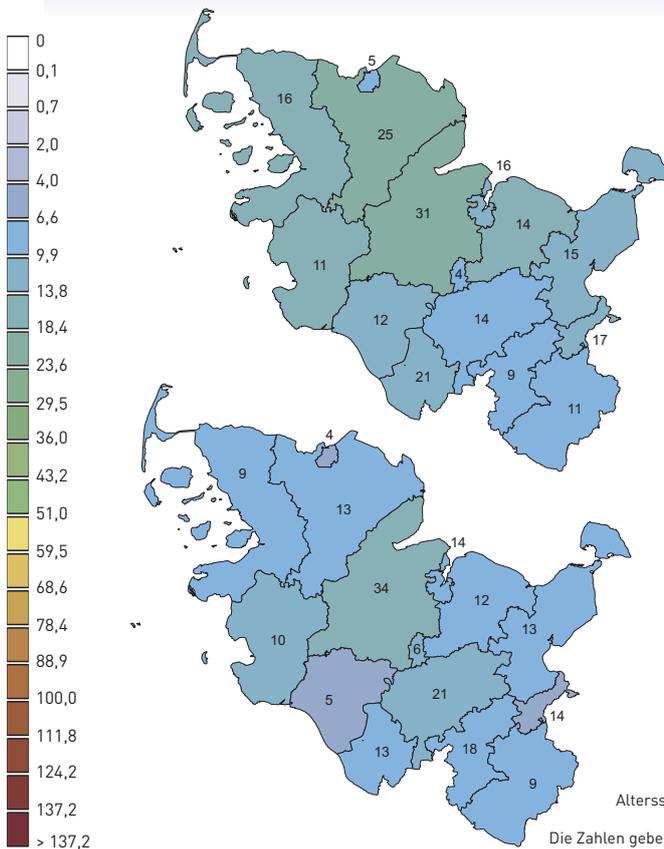
Altersstandardisierte Inzidenz [Europastandard]



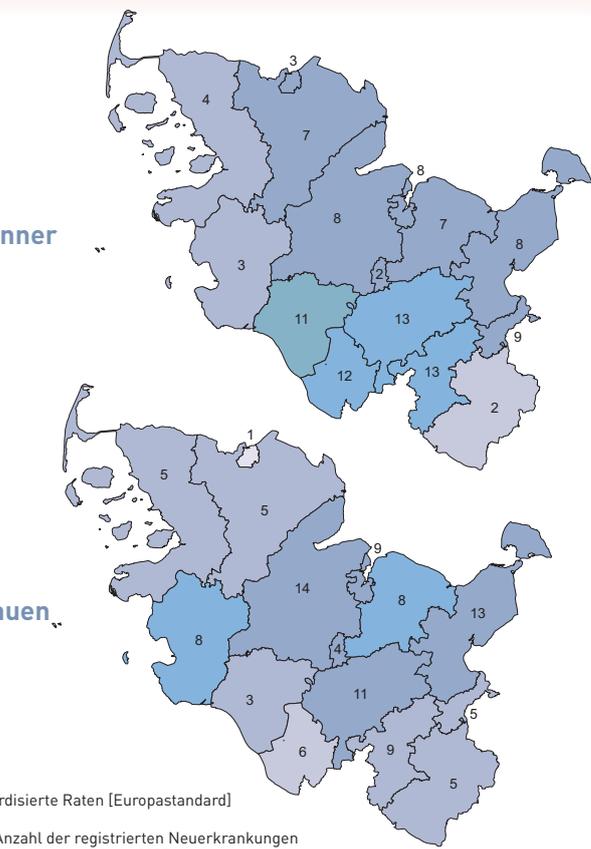
Altersstandardisierte Mortalität [Europastandard]



Inzidenz



Mortalität



Übersichtstabellen zu Inzidenz und Mortalität im Jahr 2007

Fallzahlen und Raten

	Inzidenz Neuerkrankungen										Mortalität Sterblichkeit										
	Männer					Frauen					Männer					Frauen					
	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	100.000	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	100.000	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	100.000	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	100.000	
Mund und Rachen																					
C00 Lippe	16	1,2	0,5	0,8	6	0,4	0,1	0,2	0,2	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
C01 Zungengrund	33	2,4	1,3	1,9	6	0,4	0,2	0,3	0,3	10	0,7	0,4	0,6	0,6	5	0,4	0,2	0,3	0,3	0,3	
C02 Zunge	43	3,1	1,8	2,5	16	1,1	0,5	0,7	0,7	6	0,4	0,2	0,3	0,3	2	0,1	<0,1	0,1	0,1	0,1	
C03 Zahnfleisch	11	0,8	0,4	0,6	10	0,7	0,5	0,6	0,6	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
C04 Mundboden	42	3,0	1,8	2,5	11	0,8	0,4	0,6	0,6	23	1,7	0,9	1,3	1,3	7	0,5	0,2	0,3	0,3	0,3	
C05 Gaumen	12	0,9	0,5	0,7	5	0,4	0,3	0,3	0,3	1	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
C06 Mund, sonstige Teilbereiche	15	1,1	0,5	0,8	3	0,2	0,1	0,2	0,2	0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	
C07 Ohrspeicheldrüse	13	0,9	0,5	0,7	11	0,8	0,5	0,6	0,6	5	0,4	0,2	0,3	0,3	1	0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	
C08 Sonstige große Speicheldrüsen	1	0,1	<0,1	<0,1	4	0,3	0,2	0,2	0,2	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
C09 Gaumenmandel	31	2,2	1,3	1,8	19	1,3	0,8	1,1	1,1	7	0,5	0,3	0,4	0,4	3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	
C10 Mundrachenraum	46	3,3	1,9	2,6	11	0,8	0,4	0,6	0,6	20	1,4	0,8	1,2	1,2	11	0,8	0,3	0,5	0,5	0,5	
C11 Nasenrachenraum	9	0,7	0,4	0,6	2	0,1	0,1	0,1	0,1	2	0,1	0,1	0,1	0,1	1	0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	
C12 Recessus piriformis	6	0,4	0,2	0,3	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
C13 Hypopharynx	51	3,7	2,0	2,7	14	1,0	0,6	0,8	0,8	23	1,7	0,8	1,1	1,1	6	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	
C14 Sonstige Bereiche	6	0,4	0,3	0,4	2	0,1	0,1	0,1	0,1	9	0,7	0,3	0,5	0,5	2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
C00-C14 zusammen	335	24,1	13,5	18,8	120	8,3	4,8	6,4	6,4	106	7,6	4,1	5,8	5,8	39	2,7	1,3	1,3	1,3	1,8	
Verdauungstrakt																					
C15 Speiseröhre	169	12,2	6,3	9,0	61	4,2	1,6	2,4	2,4	137	9,9	5,0	7,2	7,2	56	3,9	1,3	1,3	2,0	2,0	
C16 Magen	339	24,4	11,5	17,5	283	19,5	7,3	11,0	11,0	178	12,8	5,9	9,1	9,1	149	10,3	3,5	3,5	5,6	5,6	
C17 Dünndarm	37	2,7	1,3	1,9	28	1,9	0,8	1,2	1,2	7	0,5	0,3	0,4	0,4	5	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	
C18 Dickdarm	699	50,4	22,7	35,0	771	53,3	18,0	27,8	27,8	248	17,9	7,7	12,4	12,4	270	18,7	5,3	5,3	8,6	8,6	
C19 Rektosigmoid	35	2,5	1,3	1,9	35	2,4	1,0	1,4	1,4	1	0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
C20 Mastdarm	405	29,2	13,9	20,7	294	20,3	7,6	11,4	11,4	121	8,7	3,8	5,9	5,9	112	7,7	2,4	2,4	3,9	3,9	
C21 After	32	2,3	1,2	1,7	46	3,2	1,7	2,3	2,3	4	0,3	0,2	0,2	0,2	6	0,4	0,1	0,1	0,2	0,2	
C22 Leber u. intrahep. Gallengänge	125	9,0	4,5	6,5	75	5,2	1,8	2,7	2,7	97	7,0	3,3	5,0	5,0	70	4,8	1,5	1,5	2,4	2,4	
C23 Gallenblase	15	1,1	0,5	0,8	34	2,4	0,7	1,2	1,2	5	0,4	0,2	0,3	0,3	23	1,6	0,6	0,6	0,9	0,9	
C24 Extrahepatische Gallenwege	51	3,7	1,7	2,6	44	3,0	1,1	1,6	1,6	5	0,4	0,2	0,2	0,2	12	0,8	0,3	0,3	0,5	0,5	
C25 Bauchspeicheldrüse	254	18,3	8,4	12,8	283	19,5	6,5	10,1	10,1	240	17,3	7,9	12,0	12,0	242	16,7	5,1	5,1	8,1	8,1	
C26 Sonstige Verdauungsorgane	11	0,8	0,4	0,6	21	1,5	0,4	0,7	0,7	8	0,6	0,2	0,4	0,4	10	0,7	0,2	0,2	0,3	0,3	
C15-C26 zusammen	2.172	156,5	73,6	111,2	1.975	136,4	48,4	73,8	73,8	1.051	75,7	34,5	53,0	53,0	955	66,0	20,5	20,5	32,6	32,6	

	Inzidenz Neuerkrankungen										Mortalität Sterblichkeit										
	Männer					Frauen					Männer					Frauen					
	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	100.000	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	100.000	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	100.000	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	100.000	
Respirationsstrakt																					
C30	10	0,7	0,4	0,6	0,4	7	0,5	0,2	0,4	0,4	1	0,1	<0,1	<0,1	1	0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	
C31	4	0,3	0,2	0,3	0,2	4	0,3	0,1	0,2	0,2	0	0,0	0,0	0,0	1	0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	
C32	126	9,1	4,8	7,0	0,9	21	1,5	0,7	0,9	0,9	43	3,1	1,6	2,4	9	0,6	0,2	0,2	0,3	0,3	
C33	1	0,1	<0,1	0,1	0,1	1	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
C34	1.383	99,7	47,9	70,8	29,0	635	43,9	20,4	29,0	29,0	1.067	76,9	36,6	54,6	448	30,9	13,8	19,8	19,8	19,8	
C37	2	0,1	0,1	0,1	0,1	3	0,2	0,1	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
C38	4	0,3	0,1	0,2	0,1	2	0,1	0,1	0,1	0,1	6	0,4	0,2	0,3	1	0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	
C39	2	0,1	0,1	0,1	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
C30-C39 zusammen	1.532	110,4	53,6	79,0	30,8	673	46,5	21,7	30,8	30,8	1.117	80,5	38,4	57,3	460	31,8	14,0	20,2	20,2	20,2	
Knochen und Gelenkknorpel																					
C40	6	0,4	0,5	0,4	0,1	2	0,1	<0,1	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
C41	11	0,8	0,8	0,8	0,2	3	0,2	0,2	0,2	0,2	4	0,3	0,2	0,3	4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	
C40-C41 zusammen	17	1,2	1,2	1,2	0,3	5	0,4	0,2	0,3	0,3	4	0,3	0,2	0,3	4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	
Haut																					
C43	258	18,6	10,5	14,4	14,6	285	19,7	11,3	14,6	14,6	42	3,0	1,5	2,3	36	2,5	1,0	1,0	1,4	1,4	
C44	2.770	199,6	91,4	138,2	105,4	2.573	177,7	73,0	105,4	105,4	4	0,3	0,1	0,2	3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	
C43-C44 zusammen	3.028	218,2	101,9	152,5	120,1	2.858	197,4	84,3	120,1	120,1	46	3,3	1,7	2,5	39	2,7	1,0	1,0	1,5	1,5	
Weichteile und mesotheliales Gewebe																					
C45	72	5,2	2,4	3,5	0,7	18	1,2	0,5	0,7	0,7	50	3,6	1,7	2,5	7	0,5	0,2	0,2	0,3	0,3	
C46	0	0,0	0,0	0,0	<0,1	1	0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0	0,0	0,0	0,0	3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	
C47	6	0,4	0,6	0,5	0,2	2	0,1	0,3	0,2	0,2	2	0,1	0,2	0,1	1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
C48	1	0,1	0,1	0,1	0,3	8	0,6	0,2	0,3	0,3	15	1,1	0,5	0,8	22	1,5	0,6	0,6	0,9	0,9	
C49	43	3,1	2,1	2,6	1,6	34	2,4	1,3	1,6	1,6	9	0,7	0,4	0,5	8	0,6	0,3	0,3	0,4	0,4	
C45-C49 zusammen	122	8,8	5,1	6,6	2,8	63	4,4	2,3	2,8	2,8	76	5,5	2,8	4,0	41	2,8	1,3	1,3	1,8	1,8	
Brust																					
C50	22	1,6	0,8	1,1	1,1	2.777	191,8	99,5	136,2	136,2	11	0,8	0,4	0,6	666	46,0	19,8	19,8	28,5	28,5	

		Inzidenz Neuerkrankungen										Mortalität Sterblichkeit									
		Männer					Frauen					Männer					Frauen				
		Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	100.000	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	100.000	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	100.000	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	100.000
Weibliche Genitalorgane																					
C51	Vulva					128	8,8	3,8	5,5							30	2,1	0,7	1,1		
C52	Scheide					14	1,0	0,4	0,5							5	0,4	0,1	0,2		
C53	Gebärmutterhals					194	13,4	9,1	11,5							59	4,1	2,2	2,9		
C54	Gebärmutterkörper					370	25,6	11,4	16,4							32	2,2	0,7	1,1		
C55	Gebärmutter o.n.A.					28	1,9	0,7	1,0							34	2,4	0,8	1,2		
C56	Eierstock					342	23,6	11,0	15,4							208	14,4	5,5	8,2		
C57	Sonst. weibliche Genitalorgane					15	1,0	0,3	0,5							4	0,3	0,1	0,1		
C58	Plazenta					1	0,1	0,1	0,1							0	0,0	0,0	0,0		
C51-C58	zusammen					1.092	75,4	36,7	50,8							372	25,7	10,0	14,8		
Männliche Genitalorgane																					
C60	Penis	29	2,1	1,1	1,6											4	0,3	0,1	0,2		
C61	Prostata	2.583	186,1	84,4	126,9											409	29,5	11,7	19,8		
C62	Hoden	164	11,8	11,3	12,1											8	0,6	0,4	0,5		
C63	Sonstige männl. Genitalorgane	2	0,1	0,1	0,1											0	0,0	0,0	0,0		
C60-C63	zusammen	2.778	200,2	96,9	140,6											421	30,3	12,3	20,6		
Harnorgane																					
C64	Niere	268	19,3	10,2	14,3	178	12,3	5,0	7,3							64	4,6	2,2	3,2		
C65	Nierenbecken	26	1,9	0,9	1,3	14	1,0	0,2	0,4							1	0,1	0,1	0,1		
C66	Harnleiter	17	1,2	0,5	0,8	8	0,6	0,2	0,3							4	0,3	0,1	0,2		
C67	Harnblase	743	53,5	24,0	36,9	235	16,2	6,3	9,4							127	9,2	3,5	6,2		
C68	Harnröhre u. sonst. Harnorgane	27	2,0	0,9	1,4	15	1,0	0,4	0,6							69	5,0	2,0	3,4		
C64-C68	zusammen	1.081	77,9	36,5	54,7	450	31,1	12,0	17,9							265	19,1	7,8	13,1		
Auge, Gehirn und sonstige Teile des Zentralen Nervensystems																					
C69	Auge u. Augenanhangsgebilde	14	1,0	1,2	1,1	18	1,2	0,6	0,9							2	0,1	0,1	0,1		
C70	Hirnhäute	2	0,1	0,1	0,1	1	0,1	0,0	0,0							1	0,1	< 0,1	< 0,1		
C71	Gehirn	114	8,2	5,1	6,5	83	5,7	4,0	4,7							104	7,5	4,1	5,6		
C72	Rückenmark u. sonst. ZNS	2	0,1	0,2	0,2	3	0,2	0,2	0,2							0	0,0	0,0	0,0		
C69-C72	zusammen	132	9,5	6,5	7,8	105	7,3	4,9	5,8							107	7,7	4,2	5,8		

	Inzidenz Neuerkrankungen										Mortalität Sterblichkeit					
	Männer					Frauen					Männer			Frauen		
	Absolute Anzahl	Raten pro 100.000		Absolute Anzahl	Raten pro 100.000		Absolute Anzahl	Raten pro 100.000		Absolute Anzahl	Raten pro 100.000		Absolute Anzahl	Raten pro 100.000		
		Roh	Welt		Europa	Roh		Welt	Europa		Roh	Welt		Europa	Roh	Welt
Schilddrüse und andere endokrine Drüsen																
C73 Schilddrüse	39	2,8	1,8	2,3	74	5,1	3,2	4,2	5	0,4	0,2	0,3	12	0,8	0,4	0,5
C74 Nebenniere	2	0,1	0,1	0,1	2	0,1	0,3	0,2	1	0,1	< 0,1	< 0,1	1	0,1	< 0,1	< 0,1
C75 Sonstige endokrine Drüsen	1	0,1	< 0,1	< 0,1	0	0,0	0,0	0,0	2	0,1	0,1	0,1	2	0,1	0,1	0,1
C73-C75 zusammen	42	3,0	1,9	2,4	76	5,3	3,5	4,4	8	0,6	0,3	0,4	15	1,0	0,4	0,6
Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen																
C76 Ungenau bez. Lokalisationen	9	0,7	0,4	0,5	19	1,3	0,5	0,7	4	0,3	0,1	0,2	4	0,3	0,1	0,1
C80 Unbekannter Primärsitz	147	10,6	5,1	7,6	181	12,5	3,9	6,2	347	25,0	11,6	17,7	352	24,3	7,9	12,1
C76+C80 zusammen	156	11,2	5,4	8,1	200	13,8	4,4	6,9	351	25,3	11,7	17,8	356	24,6	8,0	12,3
Lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe																
C81 Morbus Hodgkin	37	2,7	2,1	2,4	39	2,7	2,5	2,6	5	0,4	0,1	0,2	7	0,5	0,1	0,2
C82-C85 Non-Hodgkin-Lymphome	272	19,6	10,4	14,7	230	15,9	7,2	10,1	81	5,8	2,7	4,2	68	4,7	1,5	2,3
C88-C90 Immunproliferative Erkrankungen	124	8,9	3,9	6,1	111	7,7	3,0	4,4	63	4,5	2,0	3,1	63	4,4	1,3	2,0
C91-C95 Leukämien	221	15,9	9,2	12,5	195	13,5	7,4	8,9	110	7,9	3,9	5,8	106	7,3	2,9	4,1
C96 Sonstige Systemerkrankungen	1	0,1	< 0,1	0,1	1	0,1	< 0,1	< 0,1	0	0,0	0,0	0,0	1	0,1	< 0,1	< 0,1
C81-C96 zusammen	655	47,2	25,7	35,6	576	39,8	20,1	26,0	259	18,7	8,8	13,3	245	16,9	5,8	8,7
Primärtumoren an mehreren Lokalisationen (nur bei Mortalität definiert)																
C97 Bösart. Neub. an mehreren Lokal.									13	0,9	0,4	0,6	15	1,0	0,3	0,5
Bösartige Neubildungen gesamt																
C00-C97 Bösartige Neubildungen gesamt	12.072	869,8	422,4	619,7	10.970	757,6	342,6	482,2	3.835	276,3	127,4	195,0	3.460	239,0	89,6	133,6
C00-C97 ohne C44 (sonstige Haut)	9.302	670,2	330,9	481,5	8.397	579,9	269,6	376,8	3.831	276,0	127,3	194,7	3.457	238,8	89,6	133,5

Anhang

Krebsregistrierung in Schleswig-Holstein

Aktivitäten des Krebsregisters in den Jahren 2008 / 2009

DCO-Anteile

Wohnbevölkerung in Schleswig-Holstein

Literatur

Faltblatt zu Krebshäufungen

Krebsregistrierung in Schleswig-Holstein

Aufgaben und Ziele

Die Ziele der Krebsregistrierung in Schleswig-Holstein sind nach §1 (3) Landeskrebsregistergesetz:

- Beobachtung des Auftretens und der Trendentwicklung aller Formen von Krebserkrankungen
- statistisch-epidemiologische Auswertung der Daten
- Bereitstellung vornehmlich anonymisierter Daten für die Grundlagen der Gesundheitsplanung, für die epidemiologische Forschung einschließlich der Ursachenforschung
- Beitragsleistung zur Bewertung der Qualität präventiver und therapeutischer Maßnahmen

Dieser Paragraph umfasst neben der Aufgabe der regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung zum Thema Krebs auch weitergehende Auswertungen der erfassten Tumordaten, wie beispielsweise Anfragen zum regionalen Krebsgeschehen und die intensive Unterstützung der Forschung.

Rechtliche Grundlage

Die rechtliche Grundlage der Erfassung und Registrierung von Krebsneuerkrankungen in Schleswig-Holstein bildet ein eigenes Landesgesetz, das Landeskrebsregistergesetz (LKRKG).

Dieses wurde im Jahr 1999 vom Landtag einstimmig und unbefristet verabschiedet. Im Jahr 2005 wurde das Gesetz novelliert (Inkrafttreten 1. August 2006) und dabei um aktuelle Aufgaben erweitert. Die Krebsregistrierung stellt damit eine gesetzlich verankerte Verpflichtung dar. Das Gesetz regelt die Organisation des Krebsregisters sowie Art und Umfang der Erhebung, Speicherung, Auswertung und wissenschaftlichen Verwendung der erhobenen Daten. Ein zentraler Punkt des Gesetzes widmet sich dem Datenschutz, der durch sehr strenge Vorgaben einen Missbrauch der Daten nahezu ausschließt. Das LKRKG ist unter www.krebsregister-sh.de einzusehen.

Organisationsstruktur des Krebsregisters

Das Krebsregister ist, insbesondere aus Gründen des Datenschutzes, in zwei Organisationseinheiten aufgeteilt, die nicht nur organisatorisch, sondern auch räumlich getrennt sind (siehe Abbildung gegenüber).

Die *Vertrauensstelle* ist Kontaktstelle für den meldenden Arzt und speichert die personenbezogenen Daten bzw. die Pseudonyme der Patienten. Sie ist in der Ärztekammer Schleswig-Holstein in Bad Segeberg angesiedelt.

Die *Registerstelle* wird vom Institut für Krebsepidemiologie e.V., einem An-Institut an der Universität zu Lübeck, betrieben und erhält nur die anonymisierten epidemiologischen Daten zur Speicherung und Auswertung. Näheres zu Aufbau, Organisation und Verfahrensweisen des Krebsregisters kann der Homepage www.krebsregister-sh.de entnommen werden.

Meldungen an das Krebsregister

Nach dem LKRKG und ihrer Berufsordnung sind alle Ärzte und Zahnärzte in Schleswig-Holstein verpflichtet, neu aufgetretene bösartige Tumorerkrankungen an das Krebsregister Schleswig-Holstein zu melden. Derzeit sind ca. 3.300 Einrichtungen, davon ca. 3.000 Praxen, 230 Kliniken bzw. Abteilungen von Kliniken und 16 Pathologie-Institute, als potentielle Melder erfasst. Zusätzlich hat sich als wichtige Meldequelle der Datenaustausch mit den anderen epidemiologischen Krebsregistern, insbesondere den Krebsregistern Hamburg, Niedersachsen und dem Kinderkrebsregister in Mainz etabliert.

Nach dem LKRKG erfolgt eine namentliche Meldung an die Vertrauensstelle. Der Patient soll durch seinen Arzt, soweit medizinisch vertretbar, über die Meldung an das Krebsregister informiert werden. Hierbei entscheidet der Patient, ob er möglicherweise an zukünftigen Forschungsvorhaben teilnehmen möchte oder nicht. Im letzteren Fall wird der Name des Patienten nach Bildung von Kontrollnummern gelöscht. Gleiches gilt auch, wenn der Patient nicht über die Meldung unterrichtet werden kann.

Neben der Registrierung der Tumormeldungen der Ärzteschaft führt das Krebsregister einen Abgleich mit den Todesbescheinigungen aus den Gesundheitsämtern durch.

Datenschutz

Das Registrierungsmodell garantiert durch die Aufteilung in eine Vertrauens- und eine Registerstelle und die dadurch erreichte Trennung von personenbezogenen Informationen (Vertrauensstelle) und Angaben zur Krankheit (Registerstelle) größtmöglichen Schutz der Betroffenen vor Missbrauch ihrer Daten.

Finanzierung

Die Finanzierung des epidemiologischen Krebsregisters erfolgt vollständig aus Mitteln des Landes Schleswig-Holstein.

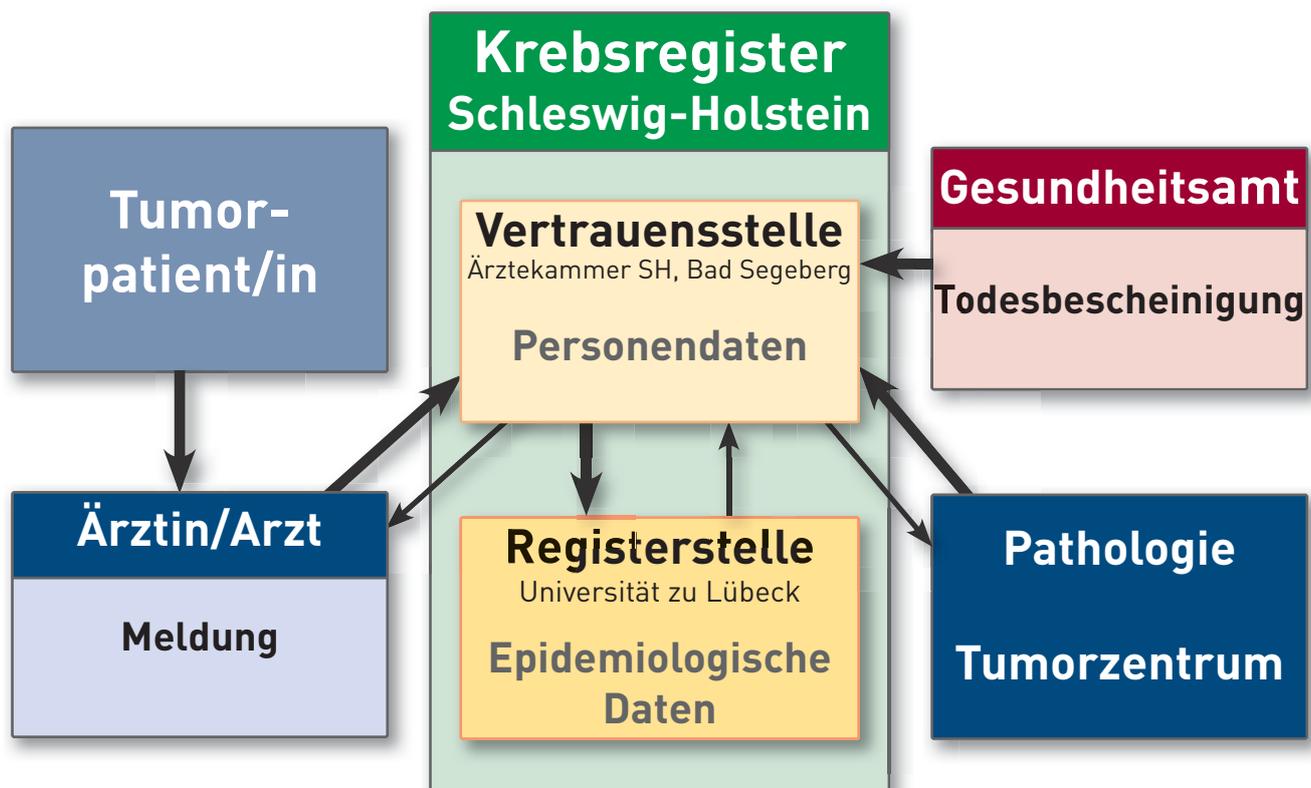
Unterstützung wissenschaftlicher Studien

Das Krebsregister unterstützt durch die Bereitstellung von Daten zu Krebserkrankungen diverse

wissenschaftliche Forschungsprojekte, wobei alle Studien mit personenbezogenen Daten durch eine Ethikkommission und das zuständige Ministerium genehmigt wurden. Leider könnten derzeit nur etwa 50% der gemeldeten Patienten an personenbezogenen Forschungsprojekten teilnehmen, da immer noch nicht alle Patienten von den meldenden Ärzten über die Möglichkeit einer Studienteilnahme aufge-

klärt werden. Der Anteil an Patienten, die an einem Forschungsprojekt teilnehmen würden, liegt – wenn die Patienten über diese Möglichkeit informiert sind – bei über 80%. Zur Verbesserung der wissenschaftlichen Nutzbarkeit des Krebsregisters sollten möglichst alle Patienten im Rahmen der Meldung gefragt werden, ob sie ggf. an Forschungsprojekten teilnehmen möchten.

Datenfluss im Krebsregister



Aktivitäten des Krebsregisters Schleswig-Holstein in den Jahren 2008/2009

Neben den Routinearbeiten – Datenerhebung (Vertrauensstelle) sowie Datenzusammenführung und epidemiologische Auswertungen (Registerstelle) – versucht das Krebsregister mit gezielten Aktivitäten die Krebsregistrierung weiter zu verbessern und die Nutzung der erhobenen Daten zu intensivieren.

So hat die Vertrauensstelle zahlreiche Aktivitäten zur weiteren Steigerung der Meldetätigkeit initiiert:

- Optimierung der EDV-Struktur zur intensivierten Melderbetreuung
- Fortbildungsveranstaltungen zur Meldung an das Krebsregister für medizinisches Assistenzpersonal
- Abschluss einer DCO-Nachrecherche einer definierten Region und Vorbereitung dieses Verfahrens für die Routine. Die DCO-Nachrecherche soll zur Senkung der DCO-Rate beitragen.
- Die Vertrauensstelle präsentierte das Krebsregister auf mehreren Messen und Aktionstagen in Schleswig-Holstein (Krebsinformationstag in Flensburg, Gesundheitsmesse in Neumünster)
- Beteiligung an Forschungsprojekten, z.B. beim Kohortenabgleich für die Qualitätsgesicherte Mammadiagnostik, beim Kohortenabgleich einer Untersuchung zur Mülldeponie Ihlenberg mit der Universität Greifswald, Ermittlung von Überlebenszeiten für weitere Forschungsprojekte
- Intensivierung des Meldungs-austausches mit anderen Bundesländern
- Bearbeitung von Anfragen zu Auswertungen von Meldestellen in Zusammenarbeit mit der Registerstelle

Die Registerdaten wurden in den Jahren 2008 und 2009 sowohl vom Krebsregister selbst als auch von externen Kooperationspartnern intensiv genutzt:

- In der Schriftenreihe des Instituts für Krebs-epidemiologie e.V. (Heft 4) ist ein Dreijahresbericht zur Datenqualität im Krebsregister erschienen. Darin werden die Themen Dokumentationsqualität, Verlauf der Registrierung, Überlebenszeitanalysen und Vollständigkeit der Erfassung ausführlich behandelt.
- Im Bereich der regionalen Gesundheitsberichterstattung wurde ein interaktiver Atlas im Internet implementiert, der es dem Nutzer erlaubt, auf Kreisebene Auswertungen für die häufig-

sten Tumorarten selbst durchzuführen. Dabei können die Kreise in Diagrammen und thematischen Landkarten miteinander oder mit dem Landesdurchschnitt verglichen werden (www.krebsregister-sh.de >> Datenauswertungen).

- Etwa fünfzehn Sonderauswertungen zu vermuteten lokalen Häufungen von Krebserkrankungen wurden vom Krebsregister durchgeführt. Im Jahr 2009 wurden dabei zwei sehr umfangreiche Auswertungen fertig gestellt. Für die Hansestadt Lübeck wurde untersucht, ob es im Zusammenhang mit der Mülldeponie Ihlenberg (Meckl.-Vorp.) innerhalb der Stadt räumliche Unterschiede in der Krebsinzidenz gibt. Für die Gemeinde Wewelsfleth wurde eine Auswertung durchgeführt, die sich auch mit möglichen Ursachen für erhöhte Krebsraten beschäftigt. Beide Berichte können im Internet (www.krebsregister-sh.de >> Mitteilungen) eingesehen werden.
- Anfragen nach epidemiologischen Auswertungen der von ihnen gemeldeten Krebspatienten wurden für 25 Meldestellen durchgeführt. Damit kommen die Ergebnisse der Datensammlung des Krebsregisters direkt zu den meldenden Ärzten und Kliniken zurück und können im klinischen Alltag ihren Niederschlag finden.
- Während der Jahre 2008 und 2009 wurden am Institut für Krebs-epidemiologie e.V. etwa 20 Promotionsarbeiten betreut, die auf Krebsregisterdaten beruhen. Für das Jahr 2010 ist damit zu rechnen, dass mehrere dieser Arbeiten abgeschlossen werden können.
- Die schleswig-holsteinischen Krebsregisterdaten wurden auf etlichen wissenschaftlichen Kongressen (u.a. Deutscher Krebskongress, Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie) vorgestellt und für mehrere Publikationen genutzt.

Darüber hinaus hat das Krebsregister ein Informationsfaltblatt zur Entstehung und Untersuchung vermuteter lokaler Häufungen von Krebserkrankungen für die breite Öffentlichkeit erstellt (siehe letzte Seite dieses Berichtes oder unter: www.krebsregister-sh.de).

Viele Interviewanfragen, Anfragen nach Daten, nach Dateninterpretationen und nach Hintergrundinformationen seitens der Medien zeigen eine große Nachfrage nach gesicherten Informationen zum Krebsgeschehen. Sowohl Zeitungen, Zeitschriften, Rundfunk als auch Fernsehen konnten mit Daten des Krebsregisters versorgt werden.

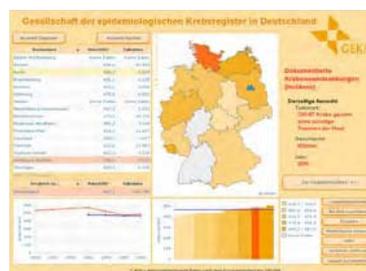
Das Institut für Krebs epidemiologie e.V. hat als Träger der Registerstelle des Krebsregisters verschiedene Drittmittelprojekte unter Nutzung der Krebsregisterdaten beantragt und im Jahr 2008 bewilligt bekommen:

- Projekt zum Abgleich der Qualitätsgesicherten Mammadiagnostik (QuaMaDi) in Schleswig-Holstein mit dem Krebsregister zur externen Evaluation. Das Projekt wird für zweieinhalb Jahre von der Deutschen Krebshilfe e.V. gefördert.
- Projekt zur Erhebung und zum Vergleich von Qualitätsindikatoren in der Brustkrebversorgung zwischen Süddänemark und Nord-Schleswig-Holstein. Das Projekt wird von der Europäischen Union für 18 Monate gefördert.
- Projekt zur Messung gebietsbasierter sozialer Deprivation zur Informationsgewinnung für Krebsregisterdaten. Das Projekt wird von der Deutschen Krebshilfe e.V. zunächst für ein Jahr gefördert.
- Projekt zum Aufbau einer sektorenübergreifenden Brustkrebsdokumentation zur Qualitätssicherung gefördert vom Land Schleswig-Holstein.
- Mitarbeit in einem von der Deutschen Krebshilfe e.V. geförderten multizentrischen Projekt zur Beschreibung der Lebensqualität von Langzeitüberlebenden nach Brust-, Darm- oder Prostatakrebs.
- Projekt zur Feststellung der Machbarkeit des Aufbaus einer sektorenübergreifenden Brustkrebsdokumentation zur Qualitätssicherung, gefördert vom Land Schleswig-Holstein.
- Projekt zur Untersuchung räumlicher Unterschiede im Koloskopie-Screening in Bayern zusammen mit dem Bevölkerungsbezogenen Krebsregister Bayern und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.
- Projekt zur Beschreibung des Einflusses des demographischen Wandels auf die Erkrankungszahlen – mit einer Projektion von Erkrankungszahlen bis ins Jahr 2050, zusammen mit dem Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel.
- Projekt in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem AOK-Bundesverband zur Ermittlung des Potenzials eines Fragebogens zur Identifikation von Risikopersonen für Darmkrebs.

Die Akzeptanz und Anerkennung des Krebsregisters Schleswig-Holstein spiegelt sich auch in den Jahren 2008 und 2009 erneut in diverser Gremienarbeit wider.

- So stellt Schleswig-Holstein den ersten Vorsitzenden der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID).
- Auf Bundesebene ist das Krebsregister Schleswig-Holstein intensiv an der Entwicklung des Nationalen Krebsplans (Bundesgesundheitsministerium) beteiligt. Der besondere Schwerpunkt der Arbeit seitens des Instituts für Krebs epidemiologie e.V. liegt dabei auf der Krebsfrüherkennung.
- In Schleswig-Holstein ist das Institut für Krebs epidemiologie e.V. Mitglied des Lenkungsausschusses der Initiative „Betrifft Brust“ und Mitglied im Krebszentrum Nord des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UK-SH).
- Das Institut für Krebs epidemiologie e.V. unterstützt die Arbeitsgruppen zur Qualitätsgesicherten Mammadiagnostik (QuaMaDi) in Schleswig-Holstein und der Kooperationsgemeinschaft des Mammographie-Screenings und berät diese in methodischen Fragen.

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) ist ein interaktiver Atlas entwickelt worden, mit dem die Krebsdaten der Bundesländer miteinander interaktiv verglichen werden können.



www.gekid.de

Im September 2009 ist das Institut für Krebs epidemiologie e.V. und damit auch die Registerstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein innerhalb Lübecks umgezogen. Die neuen Räumlichkeiten befinden sich auf dem Campus der Universität zu Lübeck. Das Krebsregister ist damit jetzt auch räumlich eng mit der Wissenschaft verbunden. Ein solcher Umzug bedurfte erheblicher Anstrengungen. Insbesondere der Auf- und Abbau der EDV-Strukturen unter Einhaltung aller datensicherungstechnischer und datenschutzrechtlicher Notwendigkeiten hat viele Ressourcen gebunden. Die neue Anschrift der Registerstelle des Krebsregisters finden Sie im Impressum auf S. 2.

DCO-Anteile

Die in diesem Bericht aufgeführten Daten schließen grundsätzlich die Fälle, die dem Krebsregister Schleswig-Holstein lediglich auf Grund einer Todesbescheinigung bekannt sind (DCO-Fälle), mit ein. Ausgenommen sind nur die Auswertungen zur Histologie, zur Lokalisation und zur Therapie, da diese Angaben für DCO-Fälle i.d.R. nicht vorliegen.

Nach den Regeln der IARC sind DCO-Fälle mit in die Inzidenz des jeweiligen Jahres einzubeziehen. Dabei wird definitionsgemäß das Inzidenzdatum für einen DCO-Fall mit dem Sterbedatum gleichgesetzt, wenn keine genaueren Angaben aus der Todesbescheinigung hervorgehen. Daraus folgt, dass die DCO-Fälle des Jahres 2007 zur registrierten Inzidenz von 2007 hinzugerechnet werden.

Nach geltenden Standards sollte der Anteil der DCO-Fälle an der Gesamtinzidenz unter 10% liegen, wobei ein Anteil von 5% anzustreben ist. Obwohl die DCO-Rate in Schleswig-Holstein mit über 15% noch über diesen Vorgaben angesiedelt ist, war die Entscheidung, ab dem Jahresbericht 2004 die Inzidenz inklusive der DCO-Fälle auszuweisen, notwendig, um eine bessere nationale und internationale Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten.

Dieses Hinzurechnen der DCO-Fälle zur Inzidenz beruht auf dem Gedanken, dass die Anzahl der DCO-Fälle in etwa der Anzahl der nicht durch das Krebsregister erfassten Tumorfälle entspricht. Dabei wird von einem relativ konstanten DCO-Anteil ausgegangen. Die Einbeziehung der DCO-Fälle in die Inzidenz wirkt sich auch auf den Anteil histologisch oder zytologisch gesicherter Tumoren aus (HV-Anteil).

Bei der Beurteilung der DCO-Raten sind – insbesondere bei jüngeren Krebsregistern wie dem Krebsregister Schleswig-Holstein – einige Punkte zu beachten. Bei Tumoren mit einer sehr guten Prognose (Melanom, Brustkrebs) ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass das tatsächliche Erkrankungsdatum vor dem Beginn der Registrierung liegt. Versterben solche Patienten und ist die Krebserkrankung auf dem Totenschein erfasst, so werden diese definitionsgemäß im Sterbejahr als Inzidenzfall gezählt, die Inzidenz wird somit überschätzt. Diese Problematik – und damit verbunden auch die hohen DCO-Anteile – wird bei längerer (und ansonsten vollzähliger) Registrierung stetig abnehmen. In der nebenstehenden Grafik ist das stetige Absinken des DCO-Anteils deutlich zu erkennen.

Bei Tumoren mit sehr guter Prognose ist in den ersten Jahren der Krebsre-

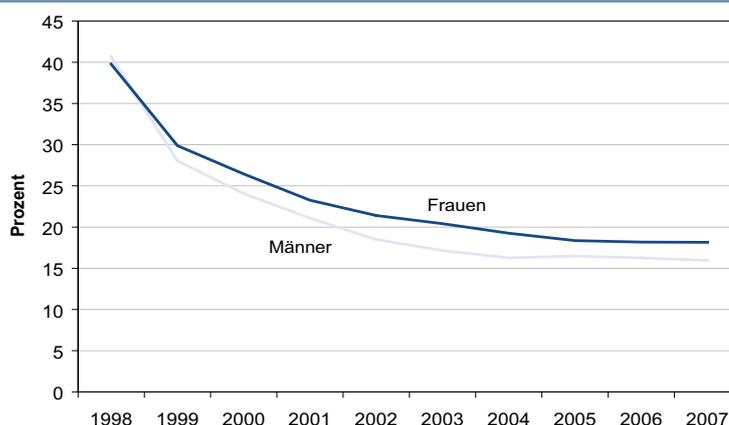
gistrierung ein erhöhter Anteil an DCO-Fällen zu tolerieren. Bei Tumoren mit einer mäßigen Prognose (z.B. Darm, Cervix, Niere) sollte der Anteil bis zum Diagnosejahr 2007 (dem zehnten Jahr nach Beginn der Registrierung) relativ gering geworden sein. Bei Tumoren mit einer sehr schlechten Prognose (z.B. Pankreas, Lunge, Ovar) spielt der Effekt der Diagnose vor Registerbeginn nahezu keine Rolle mehr. Hier sollte die DCO-Rate aktuell und bei vollzähliger Registrierung unter 5% liegen, da DCO-Fälle Tumoren darstellen, die der aktiven Registrierung bei Lebzeiten entgangen sind.

Ein zweiter beachtenswerter Punkt bei der Beurteilung der DCO-Raten ist die Letalität der Tumorart. Bei Tumoren mit einer sehr geringen Sterblichkeit (z.B. malignes Melanom, sonstige Haut, Hoden) kann der Anteil per se nur sehr gering sein. Wenn ohnehin nur wenige Patienten überhaupt an dem Tumor versterben, wäre – selbst wenn alle Todesfälle als DCO-Fälle im Register erfasst würden – der DCO-Anteil gering.

Ein dritter Punkt beeinflusst, auch nach Erfahrungen anderer Krebsregister, die DCO-Anteile. Ist die Prognose der Tumorerkrankung infaust und der zeitliche Abstand zwischen Diagnose und Tod kurz, so tritt die Meldung an das Krebsregister in den Hintergrund und der Fall wird dem Krebsregister erst durch die Todesbescheinigung bekannt. Damit ergibt sich eine hohe DCO-Rate. Erschwerend kommt hinzu, dass für die prognostisch sehr ungünstigen Tumoren häufig nur eine klinische Diagnose ohne weitere histologische Diagnosesicherung gestellt wird. Damit fehlt auch die Pathologenmeldung, die ggf. eine fehlende klinische Meldung ausgleichen kann. Im Gegensatz zu den beiden erstgenannten Punkten handelt es sich hier allerdings um ein – wenn auch zu erklärendes – Defizit in der Registrierung.

In der nebenstehenden Tabelle sind die DCO-Anteile für die einzelnen Tumorarten aufgeführt.

Verlauf des DCO-Anteils für Krebs gesamt (C00-C97 ohne C44)



		Männer				Frauen						Männer				Frauen			
		Fall-zahl	DCO-Anteil in %	Fall-zahl	DCO-Anteil in %	Fall-zahl	DCO-Anteil in %	Fall-zahl	DCO-Anteil in %			Fall-zahl	DCO-Anteil in %	Fall-zahl	DCO-Anteil in %	Fall-zahl	DCO-Anteil in %		
C00	Lippe	16	0,0	6	0,0	C48	Bauchfell und Retroperitoneum	1	0,0	8	12,5								
C01	Zungengrund	33	12,1	6	50,0	C49	Sonst. Bindegew. u. Weichteile	43	9,3	34	11,8								
C02	Zunge	43	7,0	16	18,8	C45-C49	zusammen	122	15,6	63	15,9								
C03	Zahnfleisch	11	0,0	10	0,0	C50	Brustdrüse	22	36,4	2.777	10,8								
C04	Mundboden	42	11,9	11	36,4	C51	Vulva			128	5,5								
C05	Gaumen	12	8,3	5	0,0	C52	Scheide			14	7,1								
C06	Mund, sonst. Teilbereiche	15	13,3	3	0,0	C53	Gebärmutterhals			194	11,3								
C07	Ohrspeicheldrüse	13	23,1	11	0,0	C54	Gebärmutterkörper			370	4,9								
C08	Sonst. große Speicheldrüsen	1	0,0	4	0,0	C55	Gebärmutter o.n.A.			28	85,7								
C09	Gaumenmandel	31	6,5	19	10,5	C56	Eierstock			342	23,1								
C10	Mundrachenraum	46	6,5	11	36,4	C57	Sonst. weibl. Genitalorgane			15	53,3								
C11	Nasendachraum	9	0,0	2	0,0	C58	Plazenta			1	0,0								
C12	Recessus piriformis	6	0,0	0		C51-C58	zusammen			1.092	14,6								
C13	Hypopharynx	51	5,9	14	7,1	C60	Penis	29	10,3										
C14	Sonst. Bereiche	6	50,0	2	50,0	C61	Prostata	2.583	10,1										
C00-C14	zusammen	335	8,7	120	15,0	C62	Hoden	164	3,0										
C15	Speiseröhre	169	15,4	61	26,2	C63	Sonst. männl. Genitalorgane	2	50,0										
C16	Magen	339	16,2	283	17,7	C60-C63	zusammen	2.778	9,7										
C17	Dünndarm	37	5,4	28	10,7	C64	Niere	268	14,6	178	28,1								
C18	Dickdarm	699	12,3	771	14,1	C65	Nierenbecken	26	0,0	14	0,0								
C19	Rektosigmoid	35	0,0	35	2,9	C66	Harnleiter	17	17,6	8	0,0								
C20	Mastdarm	405	7,9	294	7,8	C67	Harnblase	743	7,1	235	14,5								
C21	After	32	6,3	46	4,3	C68	Harnröhre u. sonst. H.	27	40,7	15	40,0								
C22	Leber u. intrahep. Gallengänge	125	36,0	75	50,7	C64-C68	zusammen	1.081	9,8	450	20,0								
C23	Gallenblase	15	13,3	34	29,4	C69	Auge u. Augenanhangsgebilde	14	7,1	18	11,1								
C24	Extrahepatische Gallenwege	51	43,1	44	59,1	C70	Hirnhäute	2	50,0	1	0,0								
C25	Bauchspeicheldrüse	254	44,1	283	47,3	C71	Gehirn	114	32,5	83	32,5								
C26	Sonst. Verdauungsorgane	11	81,8	21	81,0	C72	Rückenmark u. sonst. ZNS	2	0,0	3	0,0								
C15-C26	zusammen	2.172	18,1	1975	21,7	C69-C72	zusammen	132	29,5	105	27,6								
C30	Nasenhöhle u. Mittelohr	10	0,0	7	0,0	C73	Schilddrüse	39	17,9	74	8,1								
C31	Nasennebenhöhlen	4	0,0	4	0,0	C74	Nebenniere	2	0,0	2	0,0								
C32	Kehlkopf	126	19,0	21	28,6	C75	Sonst. endokrine Drüsen	1	0,0	0									
C33	Luftröhre	1	100,0	1	0,0	C73-C75	zusammen	42	16,7	76	7,9								
C34	Bronchien u. Lunge	1.383	24,2	635	27,4	C76	Ungeklärt bez. Lokalisationen	9	44,4	19	57,9								
C37	Thymus	2	0,0	3	0,0	C80	Unbekannter Primärsitz	147	53,7	181	65,2								
C38	Herz, Mediastinum, Rippenfell	4	25,0	2	50,0	C76+C80	zusammen	156	53,2	200	64,5								
C39	Sonst. intrathorakale Organe	2	50,0	0		C81	Morbus Hodgkin	37	16,2	39	12,8								
C30-C39	zusammen	1.532	23,6	673	26,9	C82-C85	Non-Hodgkin-Lymphome	272	12,5	230	17,0								
C40	Knochen, Knorpel d. Extremitäten	6	0,0	2	50,0	C88-C90	Immunprolif. Erkrankungen	124	33,1	111	29,7								
C41	Sonst. Knochen und Knorpel	11	9,1	3	0,0	C91-C95	Leukämien	221	34,8	195	38,5								
C40-C41	zusammen	17	5,9	5	20,0	C96	Sonst. Systemerkrankungen	1	100,0	1	100,0								
C43	Maligne Melanome	258	4,3	285	6,3	C81-C96	zusammen	655	24,3	576	26,6								
C44	Sonstige Haut	2.770	0,3	2573	0,4														
C43-C44	zusammen	3.028	0,6	2858	1,0	C00-C97	Bösart. Neubild. gesamt	12.072	12,4	10.970	14,0								
C45	Mesotheliome	72	19,4	18	27,8	C00 - C97	ohne C44 (sonst. Haut)	9.302	16,0	8.397	18,1								
C46	Kaposi-Sarkome	0		1	0,0														
C47	Periphere Nerven u. auton. NS	6	16,7	2	0,0														

Wohnbevölkerung in Schleswig-Holstein 2007

Mittlere Wohnbevölkerung* in Schleswig-Holstein 2007 nach Altersgruppen

Altersgruppe	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
0-4 Jahre	62.261	4,5%	58.881	4,1%
5-9 Jahre	72.803	5,2%	69.752	4,8%
10-14 Jahre	78.565	5,7%	74.373	5,1%
15-19 Jahre	83.787	6,0%	79.312	5,5%
20-24 Jahre	74.643	5,4%	72.906	5,0%
25-29 Jahre	74.419	5,4%	74.646	5,2%
30-34 Jahre	77.072	5,6%	76.392	5,3%
35-39 Jahre	114.254	8,2%	109.232	7,5%
40-44 Jahre	129.577	9,3%	123.395	8,5%
45-49 Jahre	109.251	7,9%	108.777	7,5%
50-54 Jahre	91.874	6,6%	92.860	6,4%
55-59 Jahre	88.434	6,4%	89.689	6,2%
60-64 Jahre	80.134	5,8%	83.132	5,7%
65-69 Jahre	99.164	7,1%	103.401	7,1%
70-74 Jahre	67.893	4,9%	76.845	5,3%
75-79 Jahre	41.725	3,0%	57.393	4,0%
80-84 Jahre	24.750	1,8%	49.886	3,4%
über 84 Jahre	17.247	1,2%	47.090	3,3%
Gesamt	1.387.853	100,0%	1.447.962	100,0%

Mittlere Wohnbevölkerung* in Schleswig-Holstein 2007 nach Gebieten

Gebiet	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Kreisfreie Stadt Flensburg	42.763	3,1%	44.448	3,1%
Kreisfreie Stadt Kiel	115.200	8,3%	120.934	8,4%
Kreisfreie Stadt Lübeck	101.302	7,3%	111.582	7,7%
Kreisfreie Stadt Neumünster	38.056	2,7%	39.711	2,7%
Dithmarschen	67.149	4,8%	69.492	4,8%
Herzogtum Lauenburg	90.386	6,5%	95.315	6,6%
Nordfriesland	81.579	5,9%	85.178	5,9%
Ostholstein	99.466	7,2%	106.356	7,3%
Pinneberg	147.535	10,6%	153.325	10,6%
Plön	68.047	4,9%	67.445	4,7%
Rendsburg-Eckernförde	134.311	9,7%	138.227	9,5%
Schleswig-Flensburg	98.881	7,1%	100.301	6,9%
Segeberg	126.546	9,1%	131.495	9,1%
Steinburg	66.922	4,8%	68.327	4,7%
Stormarn	109.710	7,9%	115.826	8,0%
Schleswig-Holstein gesamt	1.387.853	100,0%	1.447.962	100,0

* berechnet aus den Angaben des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein, Stichtagspopulationen 31.12.2006 und 31.12.2007

Literatur

BEELTE AK, PRITZKULEIT R, KATALINIC A. Lung cancer incidence and mortality: current trends and projections based on data from Schleswig-Holstein. *Dtsch Med Wochenschr* 133(28-29): 1487-92, 2008.

BECKER N, WAHRENDORF J. Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland 1981-1990, Springer, Heidelberg 1997.

CURADO MP, EDWARDS B, SHIN HR, STORM H, FERLAY J, HEANUE M, BOYLE P (eds.). Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX; IARC, Lyon 2007.

DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION [DIMDI] (Hrsg.). ICD-10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, 2. Auflage, Version 1.3, Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle 2000/2001.

DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION [DIMDI] (Hrsg.). ICD-O, Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie, Dritte Revision (ICD-O-3), 2003.

DUDECK J, WAGNER G, GRUNDMANN E, HERMANEK P (Hrsg.). Basisdokumentation für Tumorkranke, 5. revidierte Auflage, Zuckschwerdt-Verlag, München Bern Wien New York 1999.

FRITZ A, PERCY C, JACK A, SHANMUGARATNAM K, SOBIN L, PARKIN DM, WHELAN S. International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition, WHO, Geneva 2000.

GESELLSCHAFT DER EPIDEMIOLOGISCHEN KREBSREGISTER IN DEUTSCHLAND UND DAS RKI (Hrsg.). Krebs in Deutschland 2003-2004. Häufigkeiten und Trends, 6. überarbeitete, aktualisierte Auflage, Saarbrücken 2008.

GRUNDMANN E, HERMANEK P, WAGNER G. Tumorphistologieschlüssel, Springer-Verlag, Berlin - Heidelberg - New York 1997.

HABERLAND J, BERTZ J, GÖRSCH B, SCHÖN D. Cancer incidence estimates for Germany via log-linear models, *Gesundheitswesen* 63: 556-560, 2001.

HABERLAND J, SCHÖN D, BERTZ J, GÖRSCH B. Vollzähligkeitsschätzungen von Krebsregisterdaten in Deutschland, *Bundesgesundheitsbl* 46: 770-774, 2003.

HENTSCHEL S, KATALINIC A (Hrsg.). Das Manual der epidemiologischen Krebsregistrierung. Zuckschwerdt Verlag, München 2008.

INSTITUT FÜR KREBSEPIDEMIOLOGIE (Hrsg.). Krebs in Schleswig-Holstein - Inzidenz und Mortalität, Band 1-7, Schmidt-Römhild Verlag, Lübeck 2000-2009.

INSTITUT FÜR KREBSEPIDEMIOLOGIE (Hrsg.). Krebs in Schleswig-Holstein - Kurzbericht zu Inzidenz und Mortalität im Jahr 2005 und Datenqualität im Krebsregister Schleswig-Holstein 2003-2005 (Dreijahresbericht). Schriftenreihe des Instituts für Krebs epidemiologie e.V. an der Universität zu Lübeck. Heft 4. Schmidt-Römhild Verlag, Lübeck 2008.

KNORR-HELD L, RASSER G. Bayesian detection of clusters and discontinuities in disease maps. *Biometrics* 56: 13-21, 2000.

KAATSCH P, SPIX C. Jahresbericht 2006/7 des Deutschen Kinderkrebsregisters, Mainz 2008.

KATALINIC A. Epidemiologische Krebsregistrierung in Deutschland - Bestandsaufnahme und Perspektiven, *Bundesgesundheitsbl* 47: 422-428, 2004.

KATALINIC A, BARTEL C, RASPE H, SCHREER I. Beyond mammography screening: quality assurance in breast cancer diagnosis (The QuaMaDi Project). *Br J Cancer* 96(1): 157-161, 2007.

- KATALINIC A, HENSE H-W, BECKER N. Krebsregistrierung in Deutschland, *Der Onkologe*, 12: 1084-93, 2006.
- KATALINIC A, KUNZE U, SCHÄFER T. Epidemiology of cutaneous melanoma and non melanoma skin cancer in Schleswig-Holstein, Germany: incidence, clinical subtypes, tumour stages and localization, *BJD* 149: 1200-1206, 2003.
- KATALINIC A, LEMMER A, ZAWINELL A, RAWAL R, WALDMANN A. Trends in hormone therapy and breast cancer incidence? Results from the German Network of Cancer Registries. *Pathobiology*, 76: 90-97, 2009.
- KATALINIC A, PRITZKULEIT R, WALDMANN A. Recent trends in breast cancer incidence and mortality in Germany. *Breast Care*, 4(2): 75-80, 2008.
- KATALINIC A, RAWAL R. Decline in breast cancer incidence after decrease in utilisation of hormone replacement therapy. *Breast Cancer Res Treat* 107(3): 427-430, 2008.
- KATALINIC A, STEGMAIER C, RAWAL R, WALDMANN A. Weniger Hormonersatztherapie, weniger Brustkrebs in Deutschland? *Geburtsh Frauenheilk* 67: 1217-1222, 2007.
- PARKIN DM, CHEN VW, FERLAY J, GALCERAN J, STORM HH, WHELAN SL. Comparability and Quality Control in Cancer Registration, IARC Technical Report No. 19, Lyon 1994.
- PARKIN DM, SHANMUGARATNAM K, SOBIN L, FERLAY J, WHELAN SL. Histological groups for comparative studies, IARC Technical Report No. 31, Lyon 1998.
- PRITZKULEIT R, WALDMANN A, RASPE H, KATALINIC A. The population-based oncological health care study OVIS - Recruitment of the patients and analysis of the non-participants. *BMC Cancer* 27;8(1): 311, 2008.
- PERCY C, HOLTEN VV, MUIR C. International Classification of Diseases for Oncology, Second Edition, WHO, Geneva 1990.
- EPIDEMIOLOGISCHES KREBSREGISTER SAARLAND, Datenbank zu Inzidenz und Mortalität an bösartigen Neubildungen im Saarland bis 2006, www.krebsregister.saarland.de, Saarbrücken, letzter Zugriff November 2009.
- TYCZYNSKI JE, DÉMARET E, PARKIN DM. Standards and Guidelines for Cancer Registration in Europe. IARC Technical Report No. 40, Lyon 2003.
- SCHÖN D, BERTZ J, GÖRSCH B, HABERLAND J, ZIEGLER H, STEGMAIER C, EISINGER B, STABENOW R. Entwicklung der Überlebensraten von Krebspatienten in Deutschland, Hrsg.: Robert Koch-Institut, Berlin 1999.
- WAGNER G (Hrsg.). Tumorlokalisationsschlüssel, 5. Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 1990.
- WALDMANN A, PRITZKULEIT R, RASPE H, KATALINIC A. S3-Leitlinien-gerechte Versorgung von Patientinnen mit Mammakarzinom - Aktueller Stand in Schleswig-Holstein. *Dtsch Arztebl.* 105(18): 337-343, 2008.
- WITTEKIND CH, KLIMPFINGER M, SOBIN LH. TNM-Atlas, 5. Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 2004.
- WITTEKIND CH, MEYER HJ, BOOTZ F (Hrsg). TNM-Klassifikation maligner Tumoren, 6. Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 2002.
- WITTEKIND CH, WAGNER G (Hrsg). TNM-Klassifikation maligner Tumoren, 5. Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 1997.

Einige Fakten zu Krebs

Krebs tritt häufiger auf, als es sich die meisten Menschen vorstellen Etwa ein Viertel aller Todesfälle sowohl der Bundesrepublik als auch Schleswig-Holsteins sind auf Krebs zurückzuführen. Im Laufe ihres Lebens werden etwa zwei von fünf Männern und etwa jede dritte Frau von einer Krebserkrankung betroffen sein. Seit dem Jahr 2000 sind in Schleswig-Holstein mehr als 150.000 Krebsneuerkrankungen diagnostiziert worden. Es ist leider nicht ungewöhnlich, wenn jeder mehrere Personen in seiner Nachbarschaft oder am Arbeitsplatz kennt, die an Krebs erkrankt oder gestorben sind.

Krebs ist nicht EINE Krankheit Krebs ist eine Gruppe von mehr als 100 unterschiedlichen Krankheiten, die durch das unkontrollierte, zerstörerische Wachstum und die Verbreitung anormaler Zellen im Körper gekennzeichnet ist.

Jede Krebsart hat unterschiedliche Risikofaktoren Unterschiedliche Krebsarten haben unterschiedliche (bekannte oder unbekannte) Ursachen, treten unterschiedlich häufig auf und haben unterschiedliche Prognosen. Die Ursache von Krebs ist fast immer eine

Kombination verschiedener Faktoren, deren Zusammenspiel man bisher nicht vollständig ergründen konnte. Zu den häufigen Ursachen zählen Lebensstilfaktoren (z.B. Rauchen, Alkohol, Übergewicht), genetisch bedingte (erbliche) und Umweltfaktoren (z.B. Luftverschmutzung).

Die Krebsursache liegt oft lange in der Vergangenheit Die Karzinogenese, der Prozess bei dem sich normale Zellen in Krebszellen verwandeln, vollzieht sich gewöhnlich über viele Jahre hinweg. Zwischen dem Kontakt mit einem Karzinogen (krebserregender Stoff) und der Krebsdiagnose liegen oft mehr als 10 Jahre, was die genaue Bestimmung der Krebsursache sehr kompliziert macht.

Das Risiko einer Krebserkrankung steigt mit dem Alter Obwohl Krebs bei Personen jeden Alters auftreten kann, steigen die Krebsraten bei Personen ab dem Alter von 65 Jahren stark an. Leben in einem Wohngebiet oder einer Gemeinde überwiegend Personen dieser Altersgruppe, dann muss man mehr Krebserkrankungen erwarten als in einem Gebiet, in dem mehrheitlich jüngere Menschen leben.

Sie haben noch Fragen?

Zusätzliche Informationen finden Sie auf unserer Internetseite
www.krebsregister-sh.de
oder rufen Sie uns an unter 0451 / 500 5440

Der Text basiert in Teilen auf einer Veröffentlichung des National Cancer Instituts. (s.a. www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/risk/cluster)

Krebshäufungen (Cluster)

Man spricht von einer Häufung, wenn in einer Gruppe von Menschen, einem begrenzten geographischen Gebiet oder einem Zeitraum eine größere als die erwartete Anzahl von Erkrankungsfällen auftritt. Sehr oft wird dafür der englische Begriff Cluster (Zusammenballung) verwendet.

Wenn Menschen von mehreren Familienmitgliedern, Nachbarn oder Arbeitskollegen berichten, die an Krebs erkrankt sind, kann eine verdächtige Krebshäufung vorliegen. In den vergangenen Jahren ist die Zahl der als verdächtig gemeldeten Krebshäufungen angestiegen. Ende der Neunziger Jahre wurden auch daher in allen Bundesländern, in denen es noch keine Krebsregister gab, Register eingerichtet. Mit Hilfe der gesammelten Daten eines Krebsregisters können Epidemiologen (Wissenschaftler, die sich mit der Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung beschäftigen) als verdächtig gemeldete Krebshäufungen systematisch untersuchen.

Krebsregister Schleswig-Holstein
- Registerstelle -
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Tel.: 0451 / 500 5440
Email: info@krebsregister-sh.de
Internet: www.krebsregister-sh.de



Wie wird eine verdächtige Krebshäufung konkret untersucht?

Gibt es für eine verdächtige Häufung EINE bestimmte Ursache oder Quelle? Es gibt einige Bedingungen, die dafür sprechen, dass eine Häufung nur durch eine einzige bestimmte Ursache oder Quelle ausgelöst wurde:

- Es liegt eher eine große Zahl von Fällen einer bestimmten Krebsart anstatt verschiedener Krebsarten vor.
- Es liegt eher eine selten auftretende anstatt einer häufigen Krebsart vor.
- Es tritt eine erhöhte Anzahl von Fällen einer bestimmten Krebsart in einer Altersgruppe auf, die normalerweise nicht oder wenig von dieser Krebsart betroffen ist.

Liegen eine oder mehrere dieser Situationen vor, ist es wahrscheinlich, dass nur eine einzige Quelle oder ein einziger Mechanismus für die Tumorentstehung verantwortlich ist. Treten dagegen mehrere unterschiedliche und häufige Krebsarten (z.B. Lungen-, Brust-, Darm- und Prostatakrebs) in einer Personengruppe oder einem Gebiet auf, ist im Allgemeinen von einer eher zufälligen Häufung auszugehen.

Um beurteilen zu können, ob eine als verdächtig gemeldete Anzahl von Erkrankungensfällen auch eine Häufung ist, werden statistische Auswertungen durchgeführt, deren Datengrundlage sich an der Art der Meldung orientiert. Bei wenig konkreten Angaben („Mir ist aufgefallen, dass in der letzten Zeit in unserem Dorf besonders viele Menschen an Krebs erkrankt sind.“)

wird eine Auswertung mit den vorhandenen Daten des Krebsregisters durchgeführt.

Liegen Angaben über Anzahl und Art der Krebserkrankung vor (z.B.: „In den letzten 8 Jahren sind in unserem Betrieb 12 Personen an einen Tumor erkrankt und 4 gestorben.“), müssen zunächst weitere Informationen (über Diagnose, Diagnosezeitpunkt, Alter der Patienten und Anzahl eventuell gefährdeter Personen) eingeholt werden, um dann mit diesen Daten eine statistische Auswertung durchzuführen.

Wie erfolgt die statistische Auswertung?

Zuerst wird die erwartete Anzahl von Erkrankungsfällen für das Untersuchungsgebiet / die untersuchte Personengruppe anhand einer Referenz, z.B. dem Landesdurchschnitt unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht ermittelt.

Anschließend wird die tatsächlich beobachtete Fallzahl mit der erwarteten Fallzahl verglichen, der Unterschied zwischen beiden errechnet und mit statistischen Methoden die Wahrscheinlichkeit für die Zufälligkeit des Unterschieds ermittelt. Ist diese Wahrscheinlichkeit gering (in der Regel kleiner als 5%), so wird von einem statistisch signifikanten (wesentlichen) Unterschied gesprochen. Man kann dann davon ausgehen, dass die verdächtige Häufung von Krebsfällen zufällig zustande gekommen ist. Zur Verdeutlichung der statistischen Signifikanz wird ein Bereich (Toleranzbereich) berechnet, der angibt, welche Anzahl an Krebserkrankungen für das Untersuchungsgebiet / die untersuchte Gruppe als statistisch unauffällig angesehen werden kann.

Beispiel: In einer Gemeinde wird eine Häufung von Leukämien vermutet und an das Krebsregister gemeldet. Dort sind für die letzten 5 Jahre 28 Erkrankungen registriert. Unter der Annahme, dass in der Gemeinde die gleiche Krebshäufigkeit wie im Land herrscht, ergibt sich folgendes Ergebnis:

	registrierte Fallzahl in der Gemeinde	erwartete Fallzahl für die Gemeinde	Toleranzbereich für die Gemeinde	Abweichung zur Erwartung
Männer	18	13	6 - 21	+40%
Frauen	10	12	6 - 19	-20%

Zwar werden bei Männern mehr Fälle beobachtet (18 statt 13: +40%) als erwartet, die Fallzahl liegt aber innerhalb des Toleranzbereiches und ist damit statistisch nicht signifikant. Bei Frauen werden zwei Fälle (-20%) weniger beobachtet als erwartet. Damit gibt es insgesamt keinen Anhaltspunkt für eine signifikante Krebshäufung in der Gemeinde.

Was passiert, wenn eine Krebshäufung festgestellt wurde?

Wird tatsächlich eine statistisch signifikant höhere Fallzahl beobachtet als erwartet, müssen weitere Untersuchungen folgen. Die Art der Untersuchungen (Studie, Beobachtung) ist von der Krebsart, dem Ausmaß der Erhöhung und der Größe des betroffenen Gebietes bzw. der betroffenen Bevölkerung abhängig. Folgenden Fragen ist nachzugehen:

- Gibt es eine vermutete Quelle und/oder einen krebsereggenden Stoff (Karzinogen), die diese Häufung verursacht haben können?
- Waren die betroffenen Personen dieser Quelle dauerhaft ausgesetzt oder sind sie erst später in das Gebiet gezogen?
- Gibt es weitere, in den bisherigen Untersuchungen nicht berücksichtigte Erkrankte (z.B. Personen, die verzogen oder bereits verstorben sind)?
- Welche weiteren Ursachen kann diese Häufung haben?

Über die Art der Untersuchungsentscheidungen die zuständigen Behörden in Zusammenarbeit mit dem Krebsregister und weiteren Experten.

Sucht auch das Krebsregister aktiv nach Krebshäufungen

und identifiziert damit gefährliche krebsereggende Quellen? Nein, internationale Vorgaben raten davon dringend ab. Für jedes Gebiet (z.B. jede der rund 1.100 schleswig-holsteinischen Gemeinden), für jede der rund 100 Krebsarten sowie für Männer und Frauen wäre zu überprüfen, ob die beobachtete von der erwarteten Fallzahl abweicht. Insgesamt müssten dazu 220.000 Berechnungen durchgeführt werden. Bedingt durch die statistische Methodik werden aber 5 von 100 Berechnungen zufälligerweise ein signifikantes Ergebnis aufweisen. Insgesamt ergäben sich also 5.500 signifikant erhöhte Ergebnisse. Wiederholt man diese Untersuchung im Folgejahr, würde man wieder 5.500 – dann aber andere – zufällige Häufungen finden. Da das systematische Suchen nach Häufungen immer zu zufälligen Ergebnissen führen muss, überprüft das Krebsregister nur, wenn ein Verdacht gemeldet wird.

