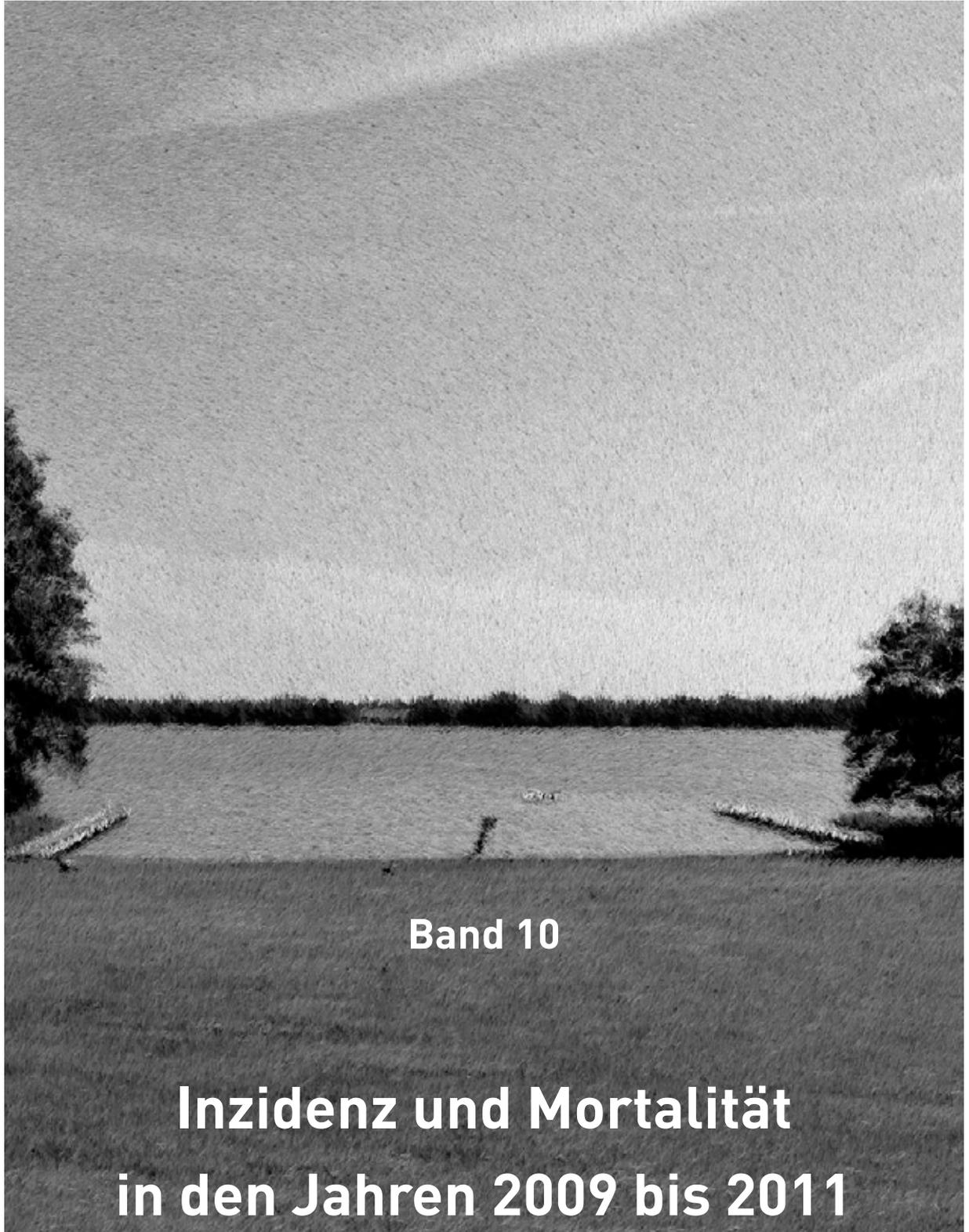


Krebs in Schleswig-Holstein



Band 10

**Inzidenz und Mortalität
in den Jahren 2009 bis 2011**

Krebs in Schleswig-Holstein

Band 10
Inzidenz und Mortalität
in den Jahren 2009 bis 2011

Ron Pritzkuleit
Miriam Holzmann
Nora Eisemann
Ulrike Gerdemann
Anke Richter
Jutta Tobis
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 5448
E-mail: info@krebsregister-sh.de
Internet: www.krebsregister-sh.de

© Institut für Krebsepidemiologie e.V. 2014

Druck und Verlag: Schmidt-Römhild, Lübeck
Titelbild: Badestelle Bornhöveder See, nachbearbeitet
Foto: R. Pritzkeleit

ISBN 978-3-7950-7107-3
ISSN 2190-2356

Vorwort

Krebs ist eine der häufigsten Krankheiten unserer Gesellschaft. Wohl jeder hat die Krankheit entweder unmittelbar oder bei Verwandten oder Freunden bereits einmal miterleben müssen. Fast 28.000 Mal müssen Ärztinnen und Ärzte jedes Jahr in Schleswig-Holstein den lebensverändernden Satz sagen: „Sie haben Krebs!“ Mit dem Alterwerden unserer Gesellschaft nimmt nicht nur die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen, sondern auch der Anteil krebserkrankter Menschen in der Bevölkerung zu. Es ist abzusehen, dass sich diese Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten noch verstärken wird.

Das epidemiologische Krebsregister Schleswig-Holstein zeichnet mit dem vorliegenden Bericht in bewährter Weise ein umfassendes Bild des Krebsgeschehens in unserem Land. Die systematische und bevölkerungsbezogene Beobachtung des Krebsgeschehens liefert gesundheitspolitisch wichtige Informationen. Die Berichterstattung hat sich, seit der Gründung des Krebsregisters vor 18 Jahren, stetig erweitert – hat neue Indikatoren, neue Facetten und neue Darstellungen hinzugefügt. Grundlage dafür ist die hohe Vollständigkeit der Erfassung und eine hohe Datenqualität. Das epidemiologische Krebsregister Schleswig-Holstein ist eines der führenden Krebsregister der Bundesrepublik und auch international anerkannt.

Um den bisherigen Erkenntnissen weitere Aspekte hinzuzufügen und die Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten noch weiter zu verbessern, sollen künftig weitere Informationen zu Diagnose, Therapie und Krankheitsverlauf erfasst werden. Schleswig-Holstein setzt dies auf der Basis des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) um, indem es ein integriertes klinisch-epidemiologisches Krebsregister etablieren wird. Wesentliches Ziel ist es, die Qualität der onkologischen Behandlung auf der Grundlage vergleichbarer Daten einzuschätzen und stetig weiter zu verbessern. Wenn Krebs in unserer Gesellschaft immer präsenter wird, ist es notwendig, die Versorgung so weit wie möglich zu optimieren.

Die vor 20 Jahren getroffenen Entscheidungen zur Struktur des epidemiologischen Krebsregisters in Schleswig-Holstein und seinen Aufgaben erweisen sich heute als weitsichtig. Diese guten Erfahrungen, die gewonnene Expertise und die gute Vernetzung werden wir nutzen, um aus dem epidemiologischen Krebsregister ein klinisch-epidemiologisches Krebsregister zu entwickeln. Bis Ende 2016 soll dieser Umbau abgeschlossen sein und eine dann noch umfassendere Krebsregistrierung erfolgen.

Dabei darf die Krebsregistrierung kein Selbstzweck sein. Die Rückmeldung aufbereiteter Daten an die meldenden Ärztinnen und Ärzte zur Unterstützung ihrer Entscheidungen, die stetige Verbesserung der onkologischen Versorgung, das Informieren von Politik und Öffentlichkeit und die Nutzung der Daten zur wissenschaftlichen Forschung müssen eine Selbstverständlichkeit sein. Ich freue mich, dass auch bisher schon die Daten des Krebsregisters Schleswig-Holstein vielfältig genutzt werden; dieses belegen die vielen im Bericht aufgeführten wissenschaftlichen Publikationen.

Ich danke allen Ärztinnen und allen Ärzten, allen Patientinnen und Patienten für Ihre Meldebereitschaft und damit für Ihre Mitwirkung am Zustandekommen dieses Berichtes. Ich bitte Sie, auch an dem neuen Abschnitt, der flächendeckenden klinisch-epidemiologischen Krebsregistrierung, aktiv mitzuwirken und wünsche Ihnen eine informative Lektüre dieses Berichtes.



Dr. Kristin Alheit

Ministerin für Soziales, Gesundheit, Frauen und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein



Bitte nutzen Sie für detailliertere Angaben zum Krebsgeschehen in Schleswig-Holstein auch unsere **interaktive Datenbank**

und für regionale Angaben auf der regionalen Ebene der Kreise und kreisfreien Städte unseren **interaktiven Atlas**.

Beides finden Sie unter: www.krebsregister-sh.de/datenbank/index.html

Angaben für Deutschland finden Sie unter: www.gekid.de und unter www.krebsdaten.de

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

Iris Braun¹, Wolfgang Dahncke¹, Nora Eisemann², Ulrike Gerdemann², Miriam Holzmann², Alexander Katalinic², Anja Korthals¹, Carsten Leffmann¹, Annelore Maronga¹, Anika Pichura¹, Ron Pritzkeleit², Andrea Ramm¹, Anke Richter², Tina Schmidt¹, Manuela Schwark¹, Birgit Schwarz¹, Helge Strauß¹, Jutta Tobis², Cornelia Ubert¹, Mirja Wendelken¹, Claudia Werner², Annette Wulff¹, Patricia Zahn¹

¹ Ärztekammer Schleswig-Holstein - Vertrauensstelle

² Institut für Krebs Epidemiologie e.V. - Registerstelle

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Begriffsbestimmungen und Abkürzungen	7
Auf einen Blick	9
Übersichtstabellen	10
Häufigste Tumoren	11
Häufige Fragen	12
Zu diesem Bericht	13
Krebs gesamt – Übersicht über das Krebsgeschehen in Schleswig-Holstein.....	15
Krebs – eine Sammelbezeichnung	16
Risikofaktoren und Früherkennung	16
Situation in Deutschland	16
Situation in Schleswig-Holstein	17
Einfluss des demografischen Wandels	18
Aspekte der Altersverteilung	18
Diagnosespektrum	20
Diagnosespektrum nach Alter	21
Verlauf	23
Verlauf von Inzidenz und Mortalität einzelner Tumorguppen	25
Regionale Aspekte	25
Überleben nach Krebserkrankung	27
Leben mit Krebs (Prävalenz)	28
Onkologische Versorgung	29
Einzelne Tumoren und Tumorguppen	31
Mund und Rachen (C00-C14)	32
Speiseröhre (C15)	36
Magen (C16)	40
Darm (C18-C21)	44
Leber (C22)	48
Bauchspeicheldrüse (C25)	52
Kehlkopf (C32)	56
Lunge (C33-C34)	60
Malignes Melanom der Haut (C43)	64
Sonstige Haut (C44)	68
Brust (C50)	72
Gebärmutterhals (C53)	76
Gebärmutterkörper (C54-C55)	80
Eierstock (C56)	84
Prostata (C61)	88

Hoden (C62)	92
Niere (C64)	96
Harnblase (C67)	100
Gehirn und zentrales Nervensystem (C70-C72)	104
Schilddrüse (C73)	108
Hodgkin-Lymphom (C81)	112
Non-Hodgkin-Lymphome (C82-C85)	116
Immunproliferative und plasmazelluläre Krankheiten (C88, C90)	120
Leukämien (C91-C95)	124
Übersichtstabellen zu Inzidenz und Mortalität — Fallzahlen und Raten	129
Diagnosejahr 2009	130
Diagnosejahr 2010	134
Diagnosejahr 2011	138
Anhang	143
Methodische Hinweise	144
Referenzpopulationen	151
Übersichtskarte Schleswig-Holstein	152
Wohnbevölkerung 2010 in Schleswig-Holstein	153
Krebsregistrierung in Schleswig-Holstein	154
Internet-Links und weitere Datenquellen	156
Nutzung der Krebsregisterdaten	157
Literatur	158
Faltblatt zu Krebshäufungen	159

Allgemeine Begriffsbestimmungen und Abkürzungen

AAPC	Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung (Average Annual Percentage Change)
ASR[E]	Altersstandardisierte Rate nach dem Europastandard
Autopsie	Leichenöffnung zur Ermittlung der Todesursache
DCO-Fall	Krebserkrankung, die ausschließlich auf Grund einer Todesbescheinigung in das Register aufgenommen wird. (Sofern nicht anders angegeben, wird das Sterbedatum als Erkrankungsdatum angenommen.)
Epidemiologie	Lehre von Häufigkeiten und Verteilungen von Krankheiten, Gesundheitsstörungen und deren Ursachen in der Bevölkerung
Histologische Untersuchung	Mikroskopische, feingewebliche Untersuchung des Tumorgewebes zur Diagnosesicherung durch Pathologen
HV	histologisch (bzw. zytologisch) gesichert (histologically verified)
IARC	International Agency for Research on Cancer
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases), 10th Revision
ICD-O-3	Internationale Klassifikation der Krankheiten in der Onkologie, 3. Revision
Inzidenz	Neuerkrankung
Invasiver Tumor	Bösartiger Tumor, der in das umgebende Gewebe einwächst
LKRG	Landeskrebsregistergesetz
M/I	Verhältnis zwischen Mortalität und Inzidenz
Mortalität	Sterblichkeit
Nb.	Neubildung
n.n.bez.	nicht näher bezeichnet (in Tabellen zur Lokalisation bzw. Histologie)
NS	Nervensystem
Obligate Präkanzerose	Frühform einer bösartigen Tumorerkrankung, die regelmäßig und frühzeitig in einen invasiven Tumor übergeht
o.n.A.	ohne nähere Angabe (in Tabellen zur Lokalisation bzw. Histologie)
Prävalenz	Zahl der lebenden Erkrankten
PSU	Anteil der Fälle mit unbekanntem Primärtumor (primary site unknown)
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.
Tumor in situ	Frühform einer bösartigen Tumorerkrankung, lokal beschränkt
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.
ZNS	Zentrales Nervensystem

Im Bereich „Methodische Hinweise - Maßzahlen“ finden Sie detailliertere Informationen 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.

Auf einen Blick

19.000 NEUE KREBSERKRANKUNGEN PRO JAHR

traten im Zeitraum 2009 bis 2011 in Schleswig-Holstein auf. Bei den Männern wurden etwa 10.000, bei Frauen rund 9.000 neue Krebserkrankungen diagnostiziert. Zusätzlich wurden noch durchschnittlich 6.700 Neuerkrankungen pro Jahr mit Hautkrebs, der kein Melanom ist („weißer Hautkrebs“), erfasst. Insgesamt wurden in den drei Jahren 76.866 Krebsneuerkrankungen registriert.

7.600 KREBSSTERBEFÄLLE JÄHRLICH

traten im Zeitraum 2009 bis 2011 in Schleswig-Holstein ungefähr auf. Es starben durchschnittlich 4.035 Männer sowie 3.359 Frauen pro Jahr in Schleswig-Holstein an einer Krebserkrankung. In den drei Jahren 2009 bis 2011 wurden 22.782 Krebstodesfälle erfasst.

67% DER FRAUEN UND 61% DER MÄNNER

leben fünf Jahre nach einer Krebsdiagnose noch. Die relative Überlebensrate hat sich damit in den letzten 25 Jahren verbessert. Vergleicht man die Zahlen mit Daten des Saarlandes Ende der 1980er Jahre (Daten aus Schleswig-Holstein gibt es für den Zeitraum nicht), so ist eine deutliche Verbesserung zu erkennen. Damals lagen die Werte bei 53% (Frauen) und 40% (Männer).

100.000 KREBSPATIENTEN

leben in Schleswig-Holstein. Erstmals wurde für Schleswig-Holstein die Anzahl der Personen abgeschätzt, die nach einer Krebsdiagnose zu einem bestimmten Zeitpunkt noch leben. Dieser „Krankenbestand“ (Prävalenz) wurde für verschiedene Zeiträume berechnet. Die knapp 100.000 Patienten haben in den letzten zehn Jahren eine Krebserkrankung durchlitten. Damit sind 3,5% aller Schleswig-Holsteiner – also etwa jeder Dreißigste – in den letzten zehn Jahren von einer Krebserkrankung betroffen.

Die große Zahl an Krebspatienten verdeutlicht, dass sich die onkologische Versorgung nicht nur auf die primäre Behandlung neuer Krebserkrankungen beschränken kann, sondern sich auch immer stärker dem weiteren Krankheitsverlauf widmen muss. Dazu gehören nicht nur die leitliniengerechte Nachsorge, sondern auch Angebote zur psychoonkologischen Versorgung, zur Rehabilitation, zur Wiedereingliederung in den Beruf und zur Selbsthilfe.

BRUST- UND PROSTATAKREBS

sind die häufigsten bösartigen Tumorerkrankungen.

Mit jährlich mehr als 3.000 Neuerkrankungen und 660 Todesfällen sowie mit mehr als 21.000 in Schleswig-Holstein lebenden Patientinnen* ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung der Frau. Danach folgen Darmkrebs (1.150 Neuerkrankungen) und Lungenkrebs (750).

Bei den Männern treten jährlich rund 2.700 neue Prostatakrebskrankungen und 460 Todesfälle auf. Rund 19.000 Prostatakrebspatienten* leben in Schleswig-Holstein. Lungenkrebs (1.400 Neuerkrankungen) und Darmkrebs (1.200) sind die nächsthäufigeren Krebserkrankungen des Mannes

* mit Diagnose innerhalb der letzten zehn Jahre

Krebsneuerkrankungen und -sterblichkeit in den Jahren 2009 bis 2011 in Schleswig-Holstein

	Inzidenz (Neuerkrankungen) pro Jahr				Mortalität (Sterblichkeit) pro Jahr			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	Fallzahl	ASR[E]	Fallzahl	ASR[E]	Fallzahl	ASR[E]	Fallzahl	ASR[E]
Mund und Rachen	334	18,0	152	7,5	102	5,3	34	1,5
Speiseröhre	211	10,7	59	2,3	152	7,6	46	1,7
Magen	361	17,3	224	8,3	165	7,9	117	4,1
Darm	1.216	58,0	1.155	42,2	378	17,5	393	12,4
Leber	145	6,9	67	2,7	128	5,8	91	3,3
Bauchspeicheldrüse	293	13,8	309	11,2	263	12,3	276	9,6
Kehlkopf	108	5,5	20	0,9	31	1,5	7	0,3
Lunge	1.386	66,5	759	34,2	1.056	50,0	561	23,6
Malignes Melanom der Haut	338	17,3	351	18,5	43	2,1	32	1,3
Sonstige Haut	3.530	162,7	3.207	128,9	5	0,2	3	0,1
Brust	24	1,2	3.018	145,1	1	0,0	664	26,8
Gebärmutterhals			179	9,7			30	1,4
Gebärmutterkörper			403	17,3			62	2,2
Eierstock			324	14,2			227	9,0
Prostata	2.685	124,7			460	19,9		
Hoden	126	9,3			5	0,3		
Niere	281	13,9	156	6,3	80	3,7	43	1,4
Harnblase	818	37,8	261	9,5	120	5,3	57	1,7
Gehirn und ZNS	151	8,7	111	5,8	118	6,2	84	3,6
Schilddrüse	43	2,5	109	6,3	9	0,5	12	0,4
Hodgkin-Lymphom	45	3,1	36	2,3	5	0,2	3	0,1
Non-Hodgkin-Lymphome	325	16,3	266	11,0	78	3,5	69	2,2
Immunprolif., plasmazell. Nb.	143	6,7	113	4,4	63	2,8	62	2,1
Leukämien	262	13,5	197	8,4	113	5,2	102	3,6
Krebs gesamt	13.452	644,9	12.170	524,5	4.035	189,0	3.559	133,5
Krebs gesamt (ohne sonst. Haut)	9.922	482,2	8.963	395,6	4.030	188,8	3.556	133,4

ASR[E] — Altersstandardisierte Rate mit der Europastandardbevölkerung pro 100.000 Einwohner
 Fallzahl — Durchschnittliche jährliche Fallzahl 2009 bis 2011

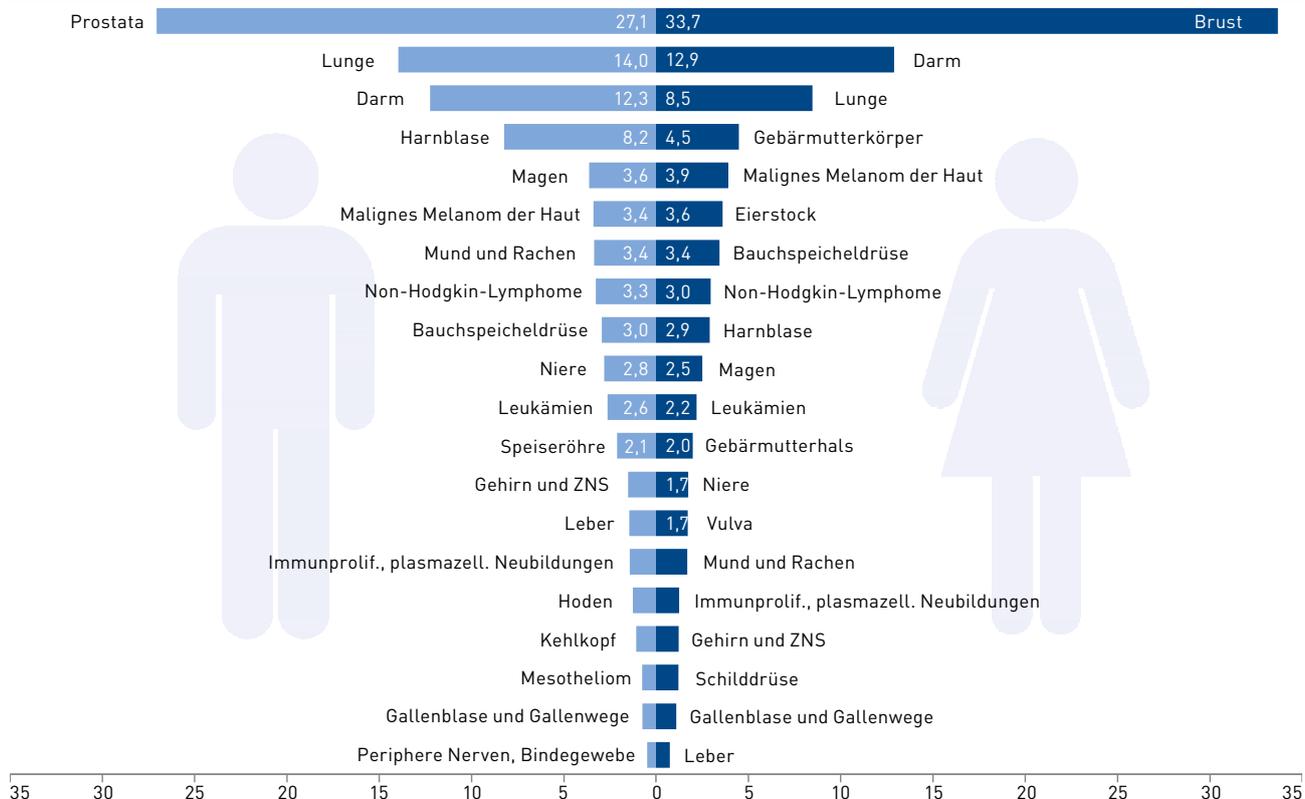
Erwartete Fallzahlen Krebsneuerkrankungen und -sterblichkeit 2014

	Inzidenz		Mortalität			Inzidenz		Mortalität	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen		Männer	Frauen	Männer	Frauen
Mund und Rachen	374	166	95	35	Eierstock		293		221
Speiseröhre	248	61	162	53	Prostata	2.952		499	
Magen	367	216	142	94	Hoden	136		5	
Darm	1.244	1.117	348	339	Niere	310	161	74	39
Leber	184	78	147	107	Harnblase	922	274	115	56
Bauchspeicheldrüse	332	363	282	295	Gehirn und ZNS	172	120	121	86
Kehlkopf	107	24	32	10	Schilddrüse	54	139	9	10
Lunge	1.485	931	1045	628	Hodgkin-Lymphom	42	40	4	4
Malignes Melanom	388	379	43	30	Non-Hodgkin-Lymph.	361	283	71	63
Brust		3.386		663	Plasmozytom*	152	99	69	51
Gebärmutterhals		168		27	Leukämien	278	197	113	105
Gebärmutterkörper		424		50	Krebs gesamt #	10.772	9.667	4.089	3.512

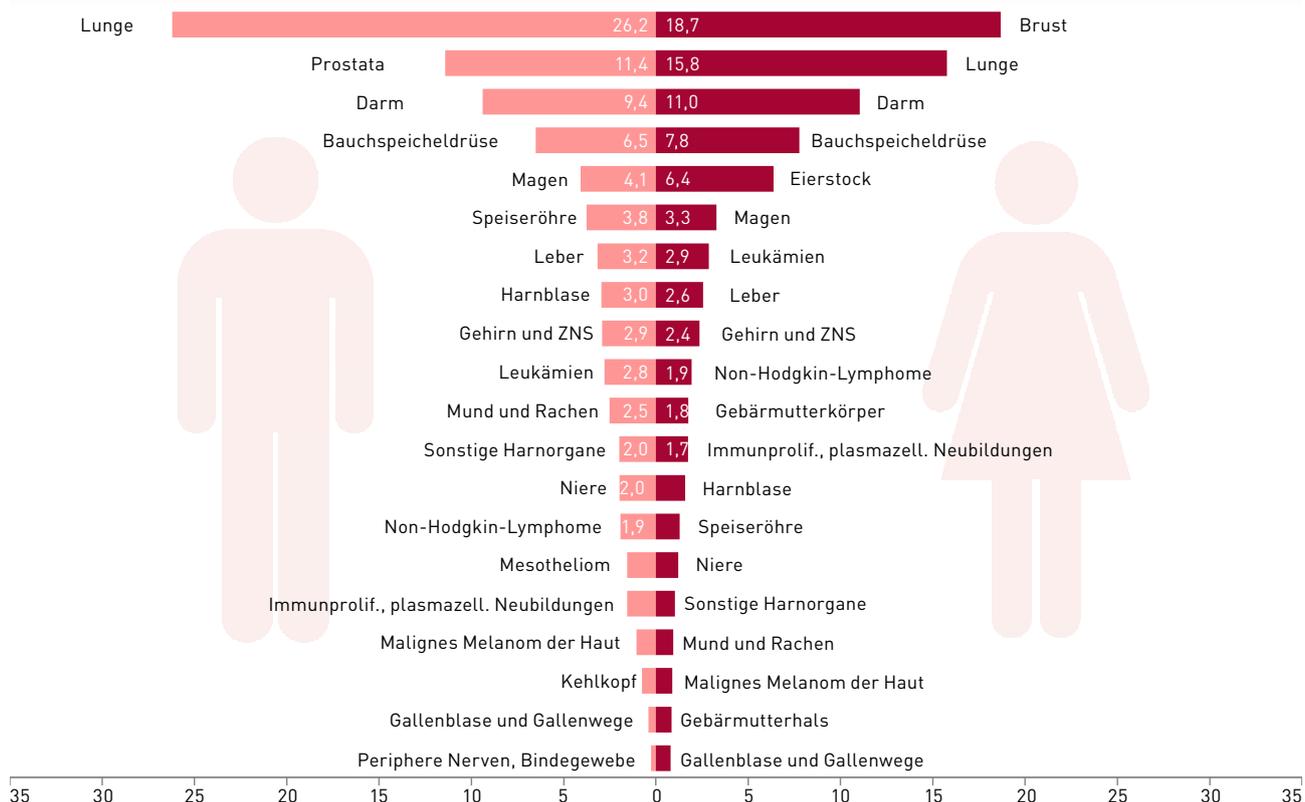
* Plasmozytom = Immunproliferative und plasmazelluläre Krankheiten; # ohne sonstige Haut

Diese Angaben beruhen auf einer Hochrechnung, die sowohl den Trend über die letzten zehn Jahre, die erwartete Bevölkerungsentwicklung als auch Registrierungsverzögerungen berücksichtigt. Insbesondere bei Tumoren, für die ein Screening existiert, kann die Teilnehmerquote erheblichen Einfluss auf die tatsächliche Fallzahl haben.

Prozentualer Anteil der häufigsten an allen Krebsneuerkrankungen in Schleswig-Holstein 2009 bis 2011



Prozentualer Anteil der häufigsten an allen Krebstodesfällen in Schleswig-Holstein 2009 bis 2011



Häufige Fragen

Was ist Krebs?

Krebs ist in unserer Gesellschaft eine häufige und sehr schwerwiegende Erkrankung. Etwa die Hälfte aller Männer und rund 40% aller Frauen werden im Laufe ihres Lebens mit einer Krebsdiagnose konfrontiert. Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Krebs die zweithäufigste Todesursache. Rund ein Viertel aller Todesfälle sind auf eine Krebserkrankung zurückzuführen.

Krebs ist eine Erkrankung, die den genetischen Reparaturmechanismus betrifft. In der Erbsubstanz ursprünglich normaler Körperzellen kommt es zu Veränderungen, die nicht mehr repariert werden können. Mit wenigen Ausnahmen steigt das Erkrankungsrisiko mit dem Alter stark an. Je älter ein Mensch, desto anfälliger wird das Reparatursystem der Gene. Damit ist das Altern der wichtigste (und leider unveränderliche) Risikofaktor für Krebs. Das durchschnittliche Erkrankungsalter in Schleswig-Holstein liegt bei etwa 70 Jahren.

Krebs ist nicht gleich Krebs. In ihrer Entstehung, ihren Ursachen, in der Häufigkeit, den Behandlungsmöglichkeiten, in ihrer Neigung Metastasen zu bilden und in ihrer Überlebenschance unterscheiden sich die Krebsarten teilweise stark voneinander. Je nach Zählweise unterscheidet man derzeit über 100 verschiedene Krebsarten.

Die Krebsursachen liegen oft weit in der Vergangenheit. Meist ist für die Entstehung einer Krebserkrankung eine Kombination sehr verschiedener Faktoren verantwortlich, deren Zusammenspiel man häufig noch nicht kennt. Zu den Faktoren, die Krebs auslösen können, zählen Tabakrauch, Chemikalien, UV-Strahlen, erhöhter Alkoholgenuß, eine unausgewogene Ernährung mit wenig Obst und Gemüse, fehlende Bewegung und chronische Infektionen.

Woher kommen die Daten in diesem Bericht?

Zur Krebsbekämpfung, zur Verbesserung der Datengrundlage über die Verbreitung von Krebs und zur Beobachtung zeitlicher Trends bei Krebserkrankungen hat das Land Schleswig-Holstein 1997 ein Gesetz erlassen, das alle Ärzte und Zahnärzte verpflichtet, neu diagnostizierte Krebserkrankungen an das (epidemiologische) Krebsregister zu melden. Die dadurch gewonnenen Daten und Erkenntnisse werden neben der Forschung auch für die Versorgungsentwicklung genutzt. Dieser Bericht ist Teil der Gesundheitsberichterstattung. Nähere Angaben zur Arbeitsweise des Krebsregisters finden Sie im Anhang.

Warum berichtet die Presse aktuell davon, dass Krebsregister eingerichtet werden sollen?

In den vergangenen Monaten ist in der Presse häufig berichtet worden, dass mit dem Aufbau einer flächendeckenden deutschlandweiten Krebsregistrierung begonnen werden soll. Dazu wurde inzwischen ein neues Bundesgesetz verabschiedet, das KFRG (Krebsregisterfrüherkennungs- und -registergesetz). Nachdem die Krebsregistrierung in Schleswig-Holstein seit über 17 Jahren auf höchstem Niveau durchgeführt wird, erzeugten die Meldungen Verwirrungen – sowohl bei denjenigen, die bereits seit Jahren an das Krebsregister Schleswig-Holstein melden, als auch bei denjenigen, die die Daten des Krebsregisters nutzen. Kurz gesagt handelt es sich bei dem neuen Gesetz um eine Erweiterung der bereits bestehenden Krebsregistrierung, und zwar um den Aspekt der klinischen Krebsregistrierung. Therapie und Verlauf der Krebserkrankung werden zukünftig mit erfasst, um so die onkologische Qualitätssicherung weiter zu stärken.

Grundsätzlich muss zwischen bevölkerungsbezogener (epidemiologischer) Krebsregistrierung, die sich v.a. dem Auftreten und der Trendentwicklung neuer Krebserkrankungen widmet, und klinischer Krebsregistrierung, deren Aufgabe vorrangig die Qualitätssicherung ist, unterschieden werden.

Seit 1998 erfasst das (epidemiologische) Krebsregister Schleswig-Holstein verpflichtend die Krebsneuerkrankungen des Landes Schleswig-Holstein, berichtet im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung, beurteilt angefragte, vermutete kleinräumige Krebshäufungen und stellt der Forschung anonymisierte Daten zur Krebsinzidenz zur Verfügung. Für die epidemiologische Krebsregistrierung ist (vor allem) Ort und Zeitpunkt aller neu aufgetretenen Krebserkrankungen von Interesse, weitere „Stationen“ der Erkrankung – mit Ausnahme des Todes eines Patienten – werden nicht erhoben.

In der klinischen Krebsregistrierung ist das vorrangige Ziel die Analyse der Versorgungsqualität. Dafür sind über das Auftreten der Krebserkrankung hinaus genaue Angaben zu Therapien, die Angabe zum möglichen Wiederauftreten der Erkrankung (Rezidiv oder Metastase) und Nebenwirkungen der Therapien von Interesse. Eine klinische Krebsregistrierung ist also die Zusammenführung, Auswertung und Nutzung aller Daten des Behandlungsverlaufes onkologischer Patienten.

Die Presseberichte zielen also auf den Ausbau der klinischen Krebsregistrierung. Bis spätestens 2018 soll in ganz Deutschland eine klinische Krebsregistrierung implementiert sein, so dass eine standardisierte onkologische Versorgungsbeurteilung möglich wird. Schleswig-Holstein arbeitet zur Zeit an der Umsetzung des KFRG.

Zu diesem Bericht

Der zehnte Band von „Krebs in Schleswig-Holstein“ liefert aktuelle Zahlen zur Gesundheitsberichterstattung von Krebserkrankungen in Schleswig-Holstein in den Diagnosejahren 2009 bis 2011. Der Bericht richtet sich sowohl an die allgemeine Öffentlichkeit, an die Verwaltung im Gesundheitswesen als auch an ein Fachpublikum. Wir haben uns bemüht, eine entsprechende Balance zwischen Verständlichkeit und Detailtiefe zu erzielen.

Warum ein Bericht über drei Jahre?

Der hier vorgelegte Bericht ist der erste über einen Drei-Jahres-Zeitraum. Im Jahr 2012 hat das Krebsregister Schleswig-Holstein sein Publikationskonzept geändert. Während es in der Aufbauphase der Krebsregistrierung ab 1998 vorrangig darum ging, den aktuellen Stand der Registrierung kontinuierlich zu dokumentieren, trat ab 2004 die Gesundheitsberichterstattung in den Vordergrund. Die Daten zum Krebsgeschehen haben sich in Folge der guten Krebsregistrierung stabilisiert. Die Unterschiede zwischen den Diagnosejahren sind nur gering und in der Regel auf zufällige Schwankungen zurückzuführen. Jährliche Daten stehen über die Internetpräsenz des Registers zur Verfügung.

Inhalt und Umfang des Berichtes

Der vorliegende Bericht hat gegenüber den vorangegangenen Jahresberichten an Umfang zugenommen. Kernstück sind weiterhin die statistischen Aufbereitungen zu den 24 häufigsten Tumorgruppen. Für jede werden die wichtigsten epidemiologischen Maßzahlen publiziert. Wie aus der Vergangenheit bekannt, werden die Krebsneuerkrankungen (Inzidenz) und die Krebssterblichkeit (Mortalität) dargestellt. Ebenso enthält der Bericht wieder Angaben zur Überlebenszeit nach einer Krebsdiagnose. Erstmals hingegen wird in dieser Ausgabe die Prävalenz – also die Zahl der an Krebs erkrankten Patienten, die in Schleswig-Holstein leben – berichtet.

Aufbau des Berichtes

Das Grundkonzept der früheren Jahresberichte wurde beibehalten. Dennoch gibt es einige Neuerungen. Beibehalten wurde die Farbgebung für die verschiedenen Maßzahlen. So sind – für einen schnelleren Überblick – Angaben, Tabellen und Diagramme

	der Inzidenz blau,
	der Krebssterblichkeit rosa,
	der Überlebenszeitanalysen gelb,
	und der Prävalenz grün.

Die Anordnung innerhalb des Berichtes wurde etwas verändert. Nach einem kurzen Überblick über

die wichtigsten Zahlen schließt sich ein Kapitel zu Krebs gesamt an. Dieses beinhaltet eine Zusammenfassung des Krebsgeschehens insgesamt, eine Übersicht über das Diagnosespektrum von Krebs und dessen Abhängigkeit vom Lebensalter sowie Angaben zur stationären Versorgung. Dann folgen die 24 häufigsten Tumorgruppen. Der umfangreiche Anhang beinhaltet dann ausführliche Tabellen, methodische Angaben, Basisdaten und Weiteres mehr.

Datenstand

Der aktuelle Bericht beruht auf dem Datenbestand des Krebsregisters Schleswig-Holstein vom Dezember des Jahres 2013 und befasst sich mit den in den Jahren 2009, 2010 und 2011 neu an Krebs erkrankten Patienten in Schleswig-Holstein. Für den Diagnosezeitraum wurden insgesamt 186.902 Meldungen aus Praxen, Kliniken, Pathologien und Gesundheitsämtern (Todesbescheinigungen) in der Vertrauensstelle (an der Ärztekammer) und Registerstelle des Krebsregisters (am Institut für Krebs-epidemiologie e.V an der Universität zu Lübeck) verarbeitet. Im Diagnosezeitraum 2009 bis 2011 wurde in Schleswig-Holstein bei insgesamt 56.655 Personen eine neu aufgetretene Krebserkrankung diagnostiziert. Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Erkrankungszahl von 18.885.

Zusätzlich wurden noch 20.211 Personen mit einem Hautkrebs diagnostiziert, der kein Melanom ist („weißer Hautkrebs“, ICD10: C44). Das sind 6.737 Erkrankung durchschnittlich pro Jahr. Wie international üblich, werden diese Erkrankungsfälle nicht zu Krebs gesamt hinzugezählt.

Weitere Daten, Zahlen und Fakten

Dieser Bericht gibt nur einen allgemeinen Überblick über das Krebsgeschehen im Lande Schleswig-Holstein. Weitere ergänzende Daten finden Sie auch im Internet:

für Schleswig-Holstein

- interaktiver Atlas auf Kreisebene
- Datenbank mit tieferer Klassifizierung
- ältere Jahresberichte, Sonderberichte
- www.krebsregister-sh.de

für Deutschland

- Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (www.gekid.de)
- Zentrum für Krebsregisterdaten (www.krebsdaten.de)

Internationale Daten

- Europa: (eco.iarc.fr)
- weltweit: ci5.iarc.fr

Risikofaktoren und Behandlung

- Deutsches Krebsforschungszentrum
- www.krebsinformationsdienst.de

Selbstverständlich können Sie uns bei Fragen auch direkt kontaktieren (siehe Impressum).

Der Bericht wurde so konzipiert, dass er Informationen für ein breit gefächertes Publikum bereitstellt. Dabei ist es gelegentlich schwierig, eine Balance zwischen Fachbegriffen, Detailinformationen und Verständlichkeit zu finden.

Wesentliche methodische Hinweise sind im Anhang aufgeführt. Für das schnelle Verständnis des Berichtes sollen einige grundlegende Begriffe aber bereits hier kurz erläutert werden.

Inzidenz

Neu aufgetretene Krebserkrankung. Wiedererkrankungen (Rezidive) und Metastasen werden nicht gezählt.

Prävalenz

Zahl der in einem bestimmten Zeitraum an Krebs erkrankten Personen, die nicht verstorben sind

Fallzahl

Abhängig vom jeweiligen Thema – Zahl der neu aufgetretenen Krebserkrankungen, Zahl der Krebstodesfälle, Zahl der nicht verstorbenen Krebspatienten

(rohe) Rate

Fallzahl bezogen auf die zugrunde liegende Bevölkerung (Anteil an der Bevölkerung)

altersstandardisierte Rate

Fallzahl bezogen auf die Bevölkerung, wobei der unterschiedliche Altersaufbau der Bevölkerung „herausgerechnet“ wurde. Wichtig für den Vergleich von Regionen oder Zeitpunkten. (ASR[E]).

altersspezifische Rate

(rohe) Rate einer Altersgruppe. Verwendet werden 5-Jahres-Altersgruppen.

durchschnittlich jährlich

Fallzahl 2009 bis 2011 dividiert durch 3. Jährliche Schwankungen und mögliche Meldedefizite für 2011 werden so verringert.

Durchschnittliche jährliche prozent. Veränderung

Veränderung der altersstandardisierten Inzidenzrate über die letzten zehn Jahre. Es wird angenommen, dass die Veränderung von Jahr zu Jahr gleich groß ist.

Durchschnittsalter (Median)

Die Hälfte der Patienten ist jünger bzw. älter als das angegebene Alter.

Krebs gesamt (C00-C97 ohne C44)

**Überblick über das Krebsgeschehen
in Schleswig-Holstein
in den Jahren 2009 bis 2011**

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 dieses Berichtes.

Krebs ist eine Sammelbezeichnung

Krebs (gesamt) ist die Bezeichnung für über 100 verschiedene Erkrankungen. Allen ist das unkontrollierte Wachstum und die Verbreitung abnormaler Zellen gemeinsam. Krebs ist, im Gegensatz zu gutartigen Tumoren, infiltrierend, destruierend – Tumorzellen wachsen in benachbartes Gewebe ein und zerstören es – sowie metastasierend – über die Blut- oder Lymphbahnen wachsen Tochterneubildungen an anderer Stelle im Körper.

Hinsichtlich der Häufigkeiten, Ursachen, Risiken, Heilungschancen und Prognosen unterscheiden sich Tumorerkrankungen stark voneinander. Während Darmkrebs in Deutschland einen Anteil von rund 13% an Krebs gesamt hat, liegt dieser Wert beim Magenkrebs – einem Tumor, der immerhin noch zu den zehn häufigsten Tumoren zählt – bei rund 3%. Die häufigsten Tumoren dominieren also die Gruppe Krebs gesamt. Das ist bei der Interpretation der Zahlen für Krebs gesamt unbedingt zu berücksichtigen. So kann, wie aktuell in Schleswig-Holstein, die Neuerkrankungsrate für Krebs gesamt über die letzten zehn Jahre statistisch signifikant um 1,4% jährlich sinken (Männer), obwohl die Rate des häufigsten Tumors (Prostata) um 1,4% jährlich und die eines selteneren Tumors (Schilddrüse) um 2,7% jährlich steigen. Die Zusammensetzung – also das Diagnosespektrum – spielt bei räumlichen und zeitlichen Vergleichen eine entscheidende Rolle.

Risikofaktoren und Früherkennung

Einen allgemeinen Risikofaktor für Krebs gesamt gibt es nicht. Für viele Krebsarten sind die Ursachen bis heute nicht oder nur unzureichend bekannt. Häufig sind es wahrscheinlich Kombinationen aus verschiedenen Ursachen, die möglicherweise Jahrzehnte zurückliegen. Ein Teil der bekannten Auslöser lässt sich nicht beeinflussen. Dennoch gibt es vermeidbare Risikofaktoren. Diese sind überwiegend dem Lebensstil zuzuordnen. Rauchen und

übermäßiger Alkoholkonsum sowie Übergewicht, Bewegungsmangel und falsche Ernährung sind die relevantesten Faktoren. Weiterhin sind noch Umwelt- oder Schadstoffeinflüsse, Belastungen am Arbeitsplatz ebenso wie Verunreinigungen von Lebensmitteln als Risikofaktoren zu nennen. Für einzelne Krebsarten unterscheiden sich die Risikofaktoren erheblich. Hier können auch Umweltfaktoren von Relevanz sein oder in der Vergangenheit eine Rolle gespielt haben und wegen der langen Latenzzeit auch heute noch zum Tragen kommen. Zunehmend werden auch Infektionen als Risikofaktoren bei unterschiedlichen Tumorarten erkannt. Für nahezu alle Krebsarten gilt, dass mit zunehmendem Alter die Erkrankungshäufigkeit steigt. Allgemein gilt, je früher eine Krebserkrankung diagnostiziert wird, desto höher sind die Heilungschancen bzw. die Überlebenszeiten. Wegen der Unterschiedlichkeit der Krankheitsursachen und der Krankheitshäufigkeiten gibt es keine Krebsfrüherkennung allgemein, sondern jeweils eigenständige Programme für verschiedene häufige Krebsarten.

Situation in Deutschland

Auf Basis der aktuellen Hochrechnungen der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. für das Jahr 2011 erkrankten in Deutschland jedes Jahr etwa 261.000 Männer und 222.000 Frauen neu an Krebs. Etwa 120.000 Männer und 100.000 Frauen (Datenbasis 2013) sterben jedes Jahr in Deutschland an einer Krebserkrankung. Damit liegt Krebs hinter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiter an zweiter Stelle der Todesursachenstatistik in Deutschland. Die altersstandardisierte Inzidenz ist in den letzten zehn Jahren in Deutschland weitgehend auf dem gleichen Niveau geblieben (Männer) bzw. geringfügig (rund 7%) angestiegen (Frauen). Wegen der Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung gab es bei beiden Geschlechtern eine Zunahme der Erkrankungszahlen.

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 in Deutschland e.V. und des Robert Koch-Instituts nun bei 62-71%, für Männer bei 54-66%.

	Inzidenz		Mortalität	
	Neuerkrankungen		Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	9.922	8.963	4.030	3.556
Erwartete Fallzahl 2014	10.772	9.667	4.089	3.512
Anteil an allen Todesfällen			27,3%	21,8%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70	69	73	74
Carcinomata in situ	700	1.335		
Geschlechterverhältnis	1,1 : 1		1,1 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	714,6	620,1	290,2	246,0
Weltstandard	331,8	285,0	123,5	89,6
Europastandard	482,2	395,6	188,8	133,4
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 1,4*	+ 0,2	- 2,2 *	- 1,3 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	39,8	32,1	13,9	10,0
Qualitätsindikatoren				
HV	84,2%	83,6%		
M/I	0,41	0,40		
DCO-Fälle	1416	1343		
DCO-Rate	14,3%	15,0%		
Vollzähligkeit	> 95%	> 95%		
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl (Anteil an allen Todesfällen)	264.005	227.321	117.855 (28,8%)	100.403 (22,3%)
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	69	69	73	76
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	465,2	352,2	198,7	127,9

* statistisch signifikant

Situation in Schleswig-Holstein

Für die Diagnosejahre 2009 bis 2011 wurden 186.902 Meldungen in der Vertrauensstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein (an der Ärztekammer Schleswig-Holstein) erfasst und an die Registerstelle des Krebsregisters (am Institut für Krebsepidemiologie e.V., Universität zu Lübeck) übermittelt. Auf Basis der im Krebsregister Schleswig-Holstein erfassten Patienten erkrankten in diesem Zeitraum knapp 57.000 Menschen neu an Krebs (ohne C44), was bedeutet, dass jährlich knapp 19.000 Personen betroffen sind. Der Anteil an Tumoren, die ausschließlich auf Basis einer Todesbescheinigung an das Krebsregister gemeldet wurden, lag bei rund 15%.

In Schleswig-Holstein erleiden etwa 715 von 100.000 Männern jedes Jahr eine Krebserkrankung, bei den Frauen sind es rund 620 von 100.000. Altersbereinigt liegt die standardisierte Rate (Europastandard) für Männer minimal über dem Bundesdurchschnitt (482,2 vs. 465,2 jeweils pro 100.000), bei Frauen ist die Neuerkrankungsrate um etwa 12% erhöht (395,6 vs. 352,2 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).

Den jährlich 19.000 Neuerkrankungen an Krebs im Berichtszeitraum stehen etwa 7.600 Todesfälle jährlich gegenüber. Damit liegt die Zahl geringfügig über dem Vergleichszeitraum 2006-2008 (7.400 pro Jahr). Der Anteil von Krebs an allen Todesursachen entspricht mit rund 27% bei Männern und 22% bei Frauen ebenfalls früheren Werten. Die altersstandardisierte Mortalität für Krebs gesamt liegt in Schleswig-Holstein bei Männern rund 5% unter und bei Frauen etwa 4% über dem Bundesdurchschnitt.

Für das aktuelle Jahr (2014) ist mit einer weiter steigenden Zahl an Krebsneuerkrankungen zu rechnen. Krebstodesfälle werden in diesem Jahr etwa auf gleichem Niveau erwartet.

Inzidenz und Mortalität von Krebs sind stark altersabhängig (s.S. 20ff). Während im Alter von 40-44 Jahren etwa 130 Männer bzw. 300 Frauen (jeweils pro 100.000 pro Jahr) erkranken, sind es im Alter von 60-64 Jahren schon 1.400 Männer bzw. 1.100 Frauen. Im Alter von 80-84 Jahren erhöht sich die Anzahl der Neuerkrankungen weiter deutlich auf etwa 3.200 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 Lebensfüh-

rung 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 2011 nahmen nach Angaben des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung nur etwa 27% der Männer an der Krebsfrüherkennung teil. Bei Frauen lag die Teilnahme mit 48% deutlich höher. Aber auch bei Frauen ist die Teilnahme 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 63% aller Frauen an der Krebsfrüherkennung teilnehmen, fällt dieser Wert bis zum Alter von 70 Jahren auf 36% ab. Bei den Männern zeigt sich ein umgekehrter Verlauf. In der Altersgruppe 40-45 Jahre liegt die Teilnehmerate bei 13% und steigt bis zum 70. Lebensjahr auf 42%.

Einfluss des demografischen Wandels

In Schleswig-Holstein vollzieht sich, wie in Deutschland insgesamt, ein demografischer Wandel. Das bedeutet, dass sich die Altersstruktur der Bevölkerung verändert. Im Wesentlichen sind dabei drei Faktoren von Bedeutung, die sich zum Teil überlagern und verstärken. Erstens steigt die Lebenserwartung – insbesondere die noch verbleibende Lebenserwartung, wenn man bereits ein gewisses Alter erreicht hat (fernere Lebenserwartung) – seit Jahren. Gleichzeitig nimmt zweitens die Gesamtbevölkerung ab, da die seit fast vierzig Jahren konstante Geburtenrate nicht ausreicht, um die Elterngeneration durch die Kindergeneration zahlenmäßig zu ersetzen. Dieses Phänomen potenziert sich von Generation zu Generation. Und drittens und der bei weitem relevanteste Punkt ist die natürliche Alterung der Generation der geburtenstarken Jahrgänge (1955-1970). Bis etwa 2040 nimmt die Zahl der Personen im, für eine Krebserkrankung risikoreichen, hohen Alter erheblich zu (s.a. Pritzkeleit et al. 2010 und Sievert et al. 2012).

Die Verschiebungen des Altersaufbaus in der Bevölkerung sowie deren Auswirkungen zeigen sich, wenn man die rohe und die altersstandardisierte Erkrankungsrate im zeitlichen Vergleich betrachtet. Das Erkrankungsrisiko war altersbereinigt bei den Männern vor fünf Jahren 6% und vor zehn Jahren 11% höher als im aktuellen Berichtszeitraum. Während aber heute 715 von 100.000 Männern an Krebs erkranken, waren es 2004-2006 ca. 680 je 100.000 (-5%) und im Zeitraum 1999-2001 rund 640 je 100.000 (-10%). Bei den Frauen ist dieser Effekt, demografisch bedingt und wegen des leicht zu-

nehmenden Erkrankungsrisikos, sehr viel geringer. Sichtbar wird aber, dass trotz sinkendem bzw. nahezu gleichbleibendem Erkrankungsrisiko die Krankheitslast in der Bevölkerung zunimmt. Das Phänomen steigender Erkrankungszahlen wird sich in den nächsten 25 bis 30 Jahren noch deutlich verschärfen.

Diese demografischen Veränderungen haben Konsequenzen für die Infrastruktur der künftigen Versorgung. Dabei wird nicht nur die Krebslast der Bevölkerung weiter zunehmen. Der hier beschriebene Effekt gilt für die Mehrzahl der Erkrankungen – zunehmendes Erkrankungsrisiko mit steigendem Alter. Bei gleichzeitig abnehmender Bevölkerungszahl im erwerbsfähigen Alter wird auch die Personalsituation (Pflegepersonal, Ärzte) eine Herausforderung darstellen.

Aspekte der Altersverteilung

Das mittlere Erkrankungsalter für Krebs liegt in Schleswig-Holstein zwischen 69 (♀) und 70 (♂) Jahren. Damit erkranken Frauen in Schleswig-Holstein ein Jahr früher als im Bundesdurchschnitt. Dass Krebs eine Erkrankungsgruppe des höheren Alters ist, lässt sich auch daran ablesen, dass nur 7% (♂) bzw. 14% (♀) der neu erkrankten Patienten unter 50 Jahre sind. Ein Viertel der Patienten sind 62 (♂) Jahre und jünger bzw. 57 (♀) Jahre und jünger.

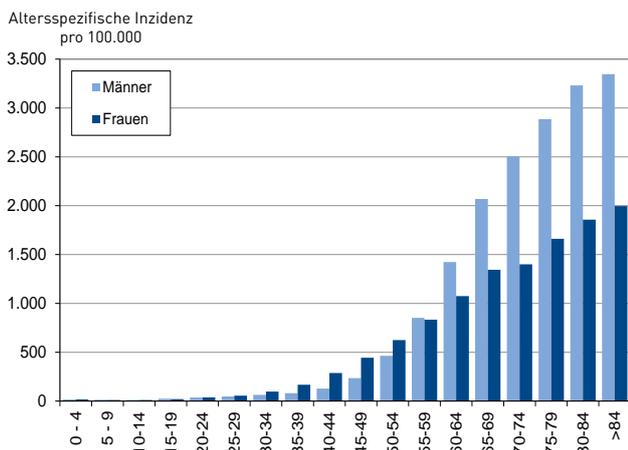
Die „Lebenszeitinzidenz“ für Krebs, also die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens – als standardisierte Lebensspanne werden 75 Jahre angenommen – an Krebs zu erkranken, liegt in Schleswig-Holstein für Männer bei knapp 40%, für Frauen bei 32%. Das bedeutet, vier von zehn Männern und drei von zehn Frauen in Schleswig-Holstein werden bis zu ihrem 75. Geburtstag an Krebs erkranken. Da die durchschnittliche Lebenserwartung in der Realität aber über 75 Jahren liegt und, wie man aus der nebenstehenden Tabelle entnehmen kann, mehr als ein Viertel aller Krebserkrankungen erst nach dem 75. Lebensjahr diagnostiziert wird, ist die tatsächliche Lebenszeitinzidenz erheblich höher. Das Zentrum für Krebsregisterdaten schätzt, dass etwa 51% der Männer und 43% der Frauen im Laufe ihres Lebens an Krebs erkranken.

Das mittlere Sterbealter der an Krebs verstorbenen Personen beträgt in Schleswig-Holstein für Männer 73 und für Frauen 74 Jahre. Bei den Männern entspricht das dem Deutschlandwert, hingegen sind Frauen in Schleswig-Holstein im Mittel 2 Jahre jünger. Ursächlich ist vermutlich die etwas unterschiedliche Diagnosezusammensetzung für Krebs gesamt. Die gegenüber dem Bundesdurchschnitt etwas erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit an Brustkrebs beispielsweise kann zu einer solchen Verschiebung führen.

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	10	16,7	10	18,3	2	2,8	1	1,2
5-9 Jahre	9	14,0	7	11,0	2	2,5	1	1,1
10-14 Jahre	10	12,6	8	10,5	3	3,5	2	2,7
15-19 Jahre	20	24,7	15	20,0	2	2,1	2	2,2
20-24 Jahre	29	36,5	29	38,2	4	4,6	2	2,2
25-29 Jahre	35	47,0	41	55,8	6	7,6	6	7,7
30-34 Jahre	47	63,0	74	97,6	6	8,5	14	18,1
35-39 Jahre	71	80,4	146	166,7	12	13,5	18	20,6
40-44 Jahre	161	127,0	347	287,3	38	29,7	57	46,9
45-49 Jahre	288	235,4	530	444,0	99	80,7	105	87,9
50-54 Jahre	463	462,9	634	624,7	160	160,1	147	144,9
55-59 Jahre	750	852,3	752	833,2	264	299,6	224	247,7
60-64 Jahre	1.156	1.423,2	909	1.075,0	381	469,2	299	353,9
65-69 Jahre	1.781	2.067,8	1.224	1.344,0	618	717,9	438	480,8
70-74 Jahre	2.132	2.504,7	1.318	1.400,3	835	980,8	550	584,8
75-79 Jahre	1.360	2.885,1	1.004	1.660,8	641	1358,8	507	838,4
80-84 Jahre	928	3.230,7	897	1.856,6	524	1823,6	514	1.064,3
85 Jahre und älter	671	3.345,9	1.017	1.995,7	435	2170,8	672	1.317,6
Insgesamt	9.922	714,6	8.963	620,1	4.030	290,2	3.556	246,0

Inzidenz

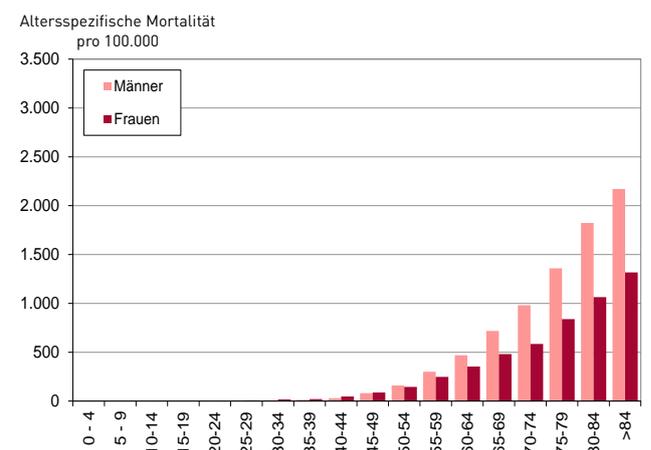
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	62	57
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	70	69
25% älter als ... Jahre	76	78
unter 50 Jahre (%)	6,9	13,5
50 bis 64 Jahre (%)	23,9	25,6
65 bis 74 Jahre (%)	39,4	28,4
75 bis 84 Jahre (%)	23,1	21,2
85 Jahre und älter (%)	6,8	11,4

Mortalität

Altersverteilung

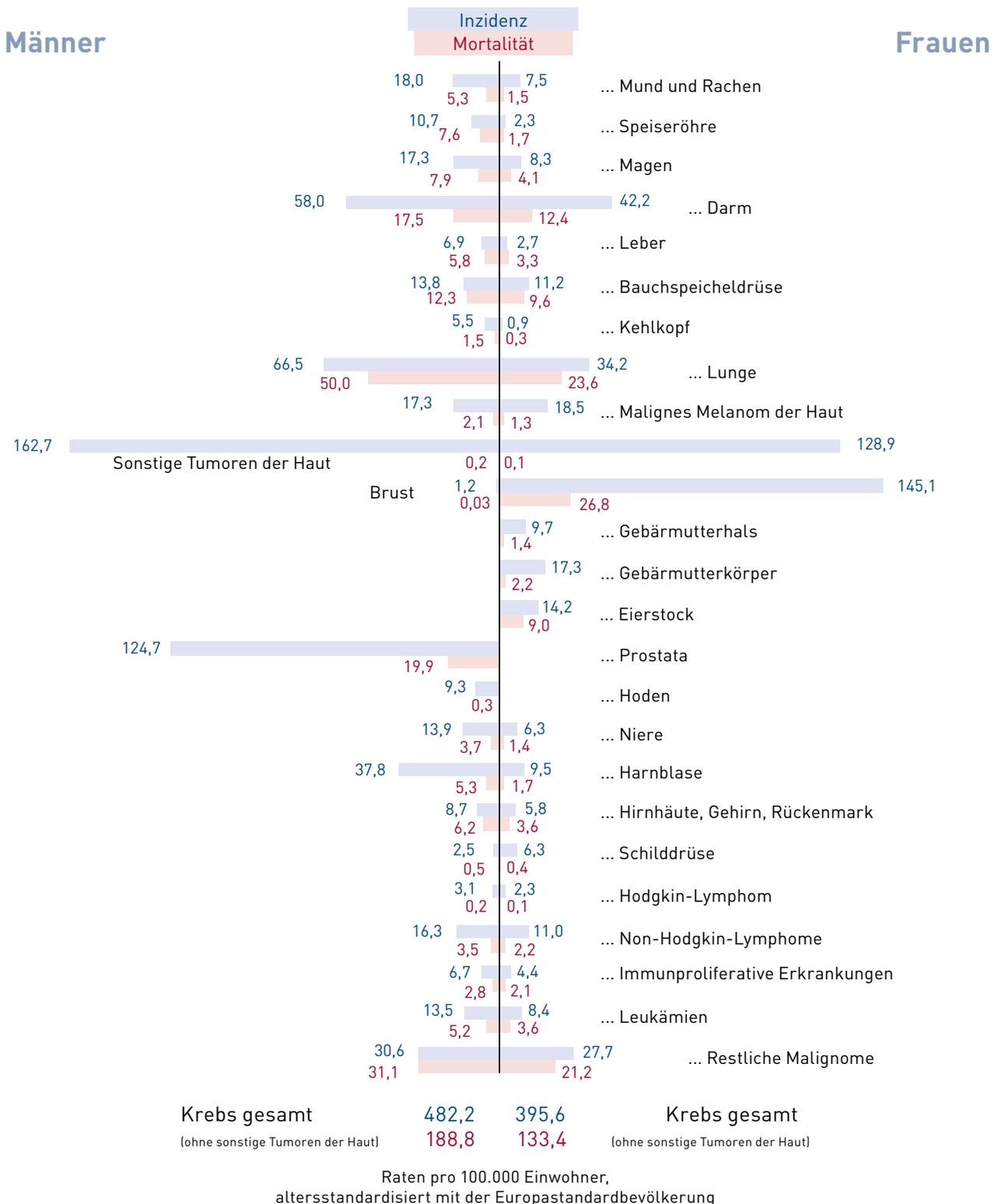


Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	73	74
unter 50 Jahre (%)	4,3	5,8
50 bis 64 Jahre (%)	20,0	18,8
65 bis 74 Jahre (%)	36,1	27,8
75 bis 84 Jahre (%)	28,9	28,7
85 Jahre und älter (%)	10,8	18,9

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 ge-

eignet. 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.



In der Übersichtsgrafik (s.S. 20) 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 fast doppelt so häufig wie bei Frauen vor), zum anderen kann die Schwere bzw. die Therapierbarkeit („Heilbarkeit“) einer Krebserkrankung grob abgeschätzt werden. Der Zusammenhang (Verhältnis) von Inzidenz und Mortalität kann hier eine orientierende Information liefern. Bei Lungenkrebs beispielsweise ist die Mortalitätsrate nur um 25% 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. Die Anordnung der Tumoren bzw. der Tumorgruppen folgt im Wesentlichen der Nummerierung in der Klassifikation, die wiederum, mit Ausnahmen, der Lage im menschlichen Körper – vom Kopf abwärts – entspricht. Zum Schluss folgen die Erkrankungen des blutbildenden und lymphatischen Systems. Da nur die häufigsten Tumoren dargestellt werden können, ist schließlich noch eine Restgruppe ausgewiesen, die alle verbliebenen Krebserkrankungen umfasst. Aus der Abbildung wird ebenfalls deutlich, wie stark die Angaben für Krebs gesamt von wenigen häufigen Tumoren dominiert sind. Die Häufigkeit einer Tumorart und damit verbunden der Anteil dieses Tumors an Krebs gesamt ist stark altersabhängig.

Diagnosespektrum nach Alter

Aus der Übersichtsgrafik auf S. 20 lässt sich die Reihenfolge der Häufigkeit der Tumorerkrankungen relativ schwer ablesen. Die nachfolgende Tabelle (S. 22) führt für Männer und Frauen die häufigsten Krebserkrankungen bzw. -todesursachen auf.

Häufigster Tumor in Schleswig-Holstein ist demnach beim Mann das Prostatakarzinom (27,1%), gefolgt vom Lungenkrebs (14,0%) und vom Darmkrebs (12,3%; rechte Spalte der Tabelle). Bei Frauen liegt Brustkrebs an erster Stelle (33,7%), gefolgt von Darm- und Lungenkrebs (12,9% bzw. 8,5%). Im Vergleich zu Deutschland ist der Anteil des Brustkrebses an allen Krebsneuerkrankungen (ohne epithelialen Hautkrebs) höher (Deutschland: 30,6%).

Die häufigsten Krebstodesursachen in Schleswig-Holstein sind bei Männern Lungenkrebs (26,2%), Prostatakrebs (11,4%) und Darmkrebs (9,4%). Bei den Frauen sind es Brustkrebs (18,7%), Lungenkrebs (15,8%) und ebenfalls Darmkrebs (11,0%).

(Für beide Geschlechter sind in der Tabelle als dritthäufigste Krebstodesursache ‚unspezifische Malignome‘ aufgeführt. In dieser Kategorie sind alle Todesfälle zusammengefasst, für die auf der Todesbescheinigung keine spezifische Krebsart angegeben wurde, sondern mehrere Krebsarten oder nur Krebs allgemein.)

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt fällt der höhere Anteil von Lungenkrebstodesfällen in Schleswig-Holstein bei Frauen auf, der im Bund bei 13,6% liegt. Dieser Umstand dürfte mit der gegenüber den Deutschlandwerten um 41% (2010) erhöhten Lungenkrebsinzidenz zu begründen sein (s.a. Abschnitt Lungenkrebs).

Für die Darstellung der häufigsten Krebsarten und Krebstodesursachen, unterteilt in sechs Altersgruppen (nachfolgende Tabelle Spalten 1 bis 6), wurden zur Stabilisierung der Werte die Jahre 2009 bis 2011 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 maligne Tumorerkrankung auf. Etwa jede dritte Tumorerkrankung in dieser Altersgruppe ist eine Hodenkrebs-erkrankung. 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 20% aller Fälle in den Vordergrund. Die Krebssterblichkeit wird in dieser Altersgruppe für beide Geschlechter weiterhin durch Leukämien und Hirntumoren bestimmt. In der Gruppe der 30- bis 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 43%, so dass etwa jede zweite Krebserkrankung dieser Altersgruppen auf den Brustkrebs, jede zehnte auf das maligne Melanom der Haut und jede dreizehnte Krebserkrankung bei Frauen auf den Gebärmutterhalskrebs entfällt. Jeder sechste (Männer) und jeder neunte (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

Der Verlauf der altersstandardisierten Inzidenzrate für Krebs insgesamt deutet einen leicht rückläufigen Trend an (Diagramme unten, links).

In der statistischen Analyse zeigt sich nur für Männer ein moderater Rückgang (-1,4% pro Jahr). Allerdings liegt dieser Rückgang vorrangig an dem relativ starken Rückgang zwischen 2002 und 2005; ab 2005 sind weitgehend konstante Erkrankungsrate zu beobachten. Dieser Verlauf findet sich in leicht veränderter Form beim Prostatakrebs wieder.

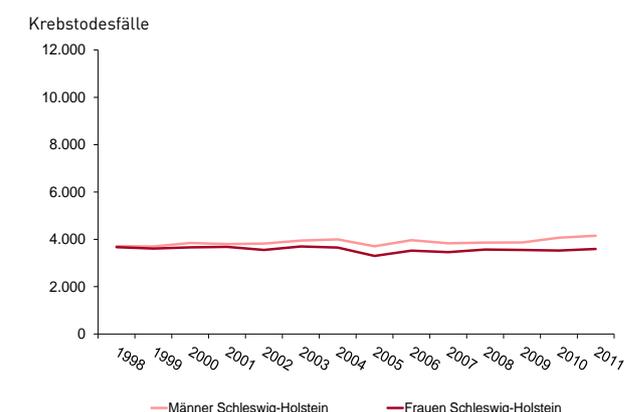
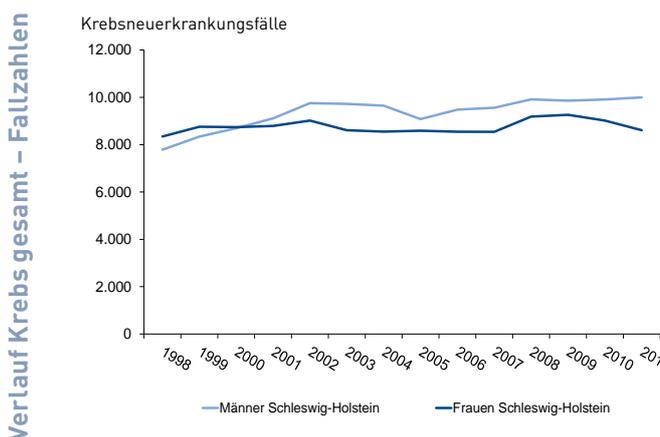
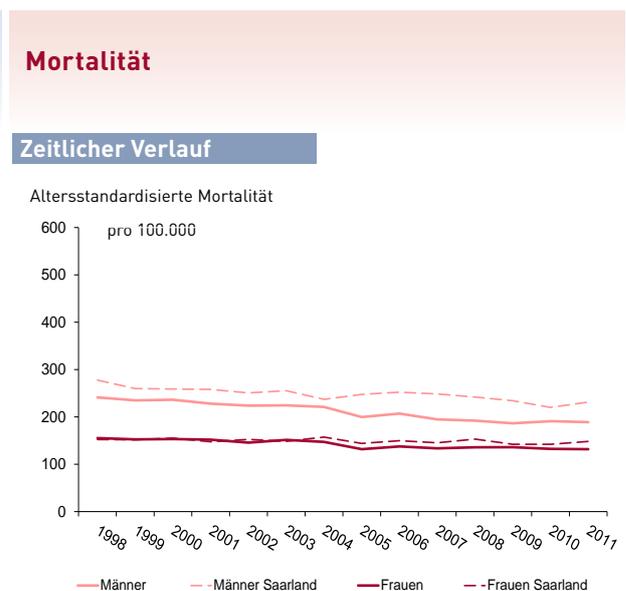
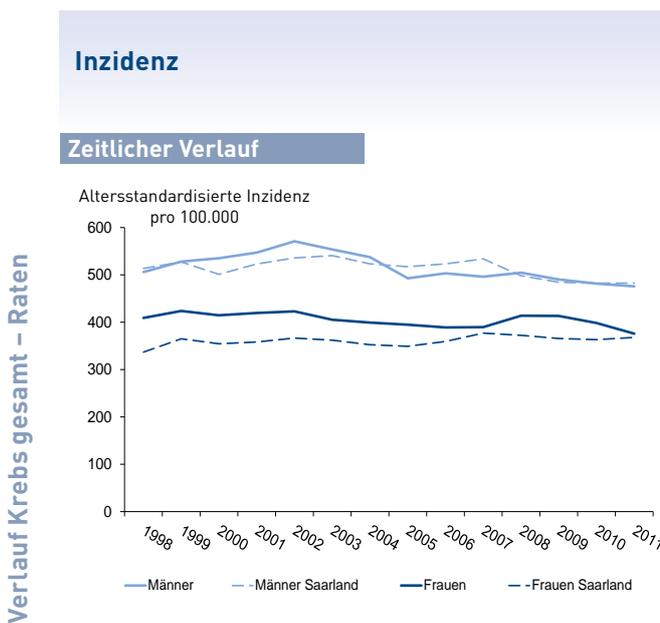
Bei Frauen ist über den Gesamtzeitraum der letzten zehn Jahre im Mittel praktisch keine Veränderung zu beobachten (+0,2%). Allerdings zeigt sich auch für die Frauen eine abnehmende Erkrankungsrate bis etwa 2005. Danach gibt es einen Anstieg – maßgeblich ausgelöst durch die Implementierung des Mammographie-Screenings, der aber seit 2009 bereits wieder rückläufig ist.

Verglichen mit den Daten des saarländischen Krebsregisters, das seit Jahrzehnten eine vollzähli-

ge Krebserfassung aufweisen kann und daher sehr gut als Referenz geeignet ist, ergibt sich eine sehr gute Übereinstimmung der zeitlichen Trends.

Auch die Mortalitätsdaten sind mit denen des Saarlandes vergleichbar (Diagramme unten, rechts). Der mittelfristige Trend für die Krebssterblichkeit ist erfreulich. Die altersstandardisierte Sterberate sinkt statistisch signifikant um 2,2% pro Jahr bei Männern und 1,3% bei Frauen (s. Tab. S. 17).

Im Diagramm zum Verlauf der Neuerkrankungsfälle zeigt sich der bereits oben beschriebene Einfluss der demografischen Veränderungen in der Gesellschaft. Während die Erkrankungsrate (Erkrankungswahrscheinlichkeit) rückläufig (♂) bzw. konstant (♀) ist, steigen die Fallzahlen um jährlich rund 1% an. Die Zahl der Todesfälle ist trotz der demografischen Veränderungen in etwa konstant, weil die Mortalitätsrate (Sterbewahrscheinlichkeit) so stark sinkt, dass der demografische Effekt weitgehend ausgeglichen wird.

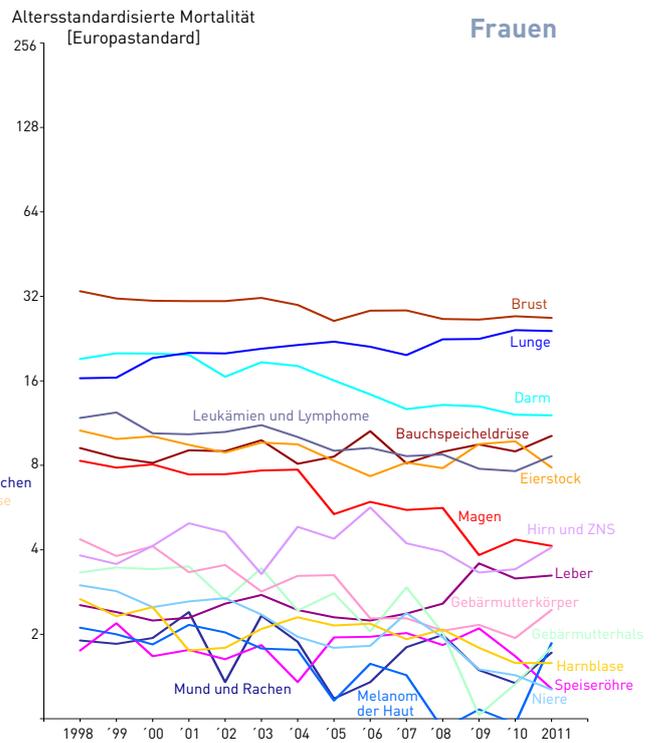
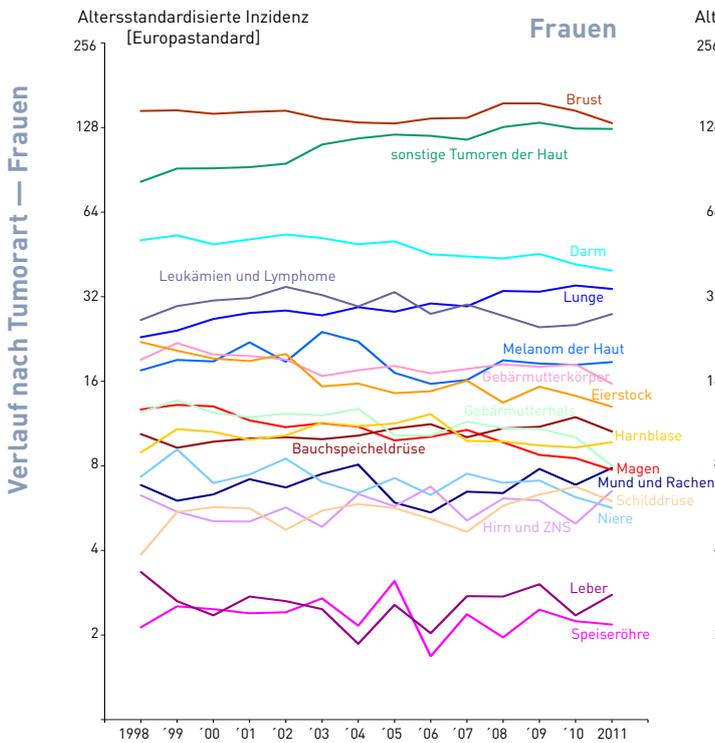
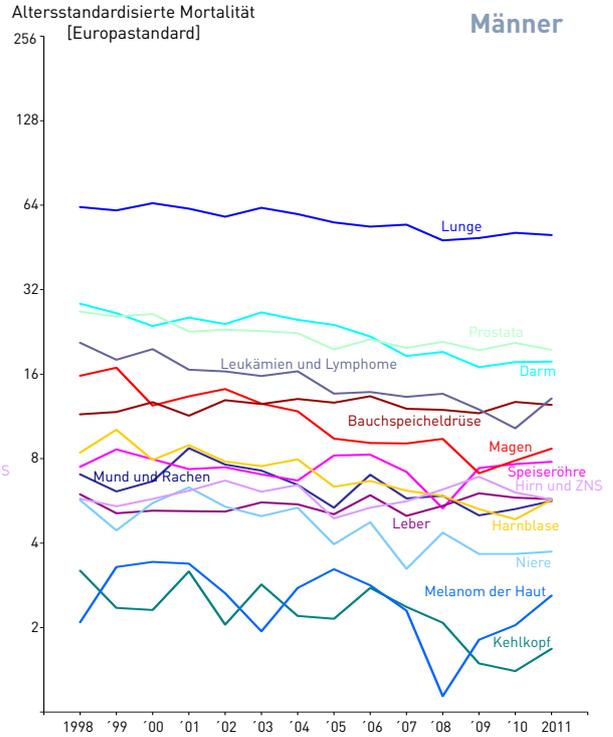
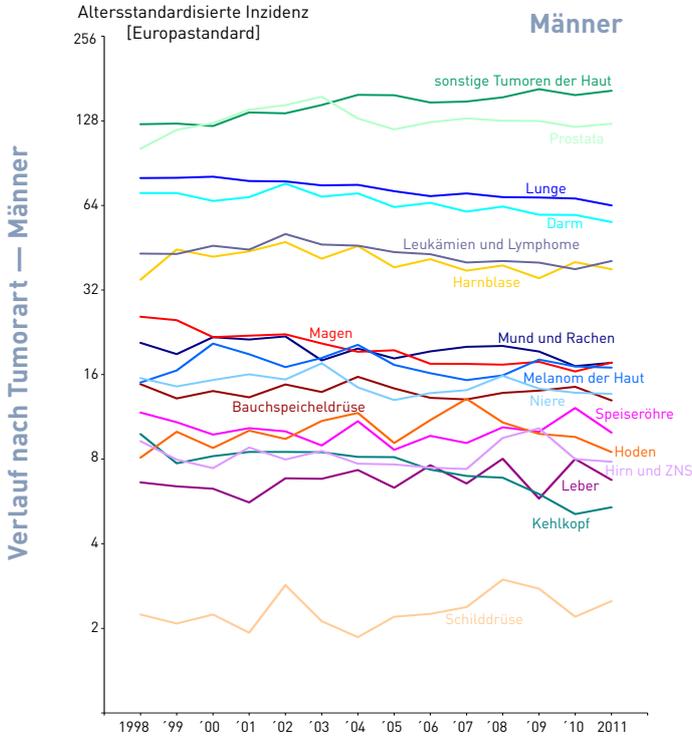


Inzidenz

Mortalität

Zeitlicher Verlauf

Zeitlicher Verlauf



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 Diagrammen auf S. 26 abgebildet. 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 ablesen. Gleiches gilt für Lungenkrebs bei Männern, während der Trend bei Frauen ansteigende Werte zeigt. Beide Trends spiegeln sich jeweils in der Mortalität wider. Rückläufige Inzidenztrends zeigen sich auch für Darmkrebs (beide Geschlechter), Kehlkopfkrebs (Männer), Gebärmutterhalskrebs (Frauen) sowie für Leukämien und Lymphome (beide Geschlechter). Nähere Angaben dazu finden sich auf den Seiten der jeweiligen Krebsarten.

Steigende Inzidenzverläufe sind vor allem bei den Hauttumoren (malignes Melanom, sonstige Haut) zu beobachten. Hier wirkt sich das 2008 eingeführte Hautkrebs-Screening erheblich auf die Inzidenzraten aus. Das war in dieser Form auch zu erwarten, da mit dem Beginn einer Screening-Maßnahme zuzüglich zu den „bisherigen“ Krebserkrankungen auch vermehrt Erkrankungen im Frühstadium (nach bisheriger Praxis „zukünftige“ Fälle) entdeckt werden. Schleswig-Holstein als Erprobungsgebiet für das Hautkrebs-Screening weist bereits früher Inzidenz Gipfel auf. In der Mortalität des malignen Melanoms zeigen sich auch an- und absteigende Verläufe, die auf das Screening zurückzuführen sein dürften.

Regionale Aspekte

Die kartografische Darstellung von Krebs gesamt (siehe folgende Seite) soll einen Überblick über das Krebsgeschehen auf räumlicher Ebene geben. Eine Identifikation möglicher Erkrankungsursachen ist mit einer solchen Darstellung nur sehr eingeschränkt möglich. Krebs gesamt setzt sich aus mehr als 100 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.

Die ausgewiesene Inzidenz von Krebserkrankungen

variiert räumlich, wie sich den Karten in der Abbildung auf S. 28 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 (vgl. hierzu auch S. 31). 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 unterschiedlich verteilt (z.B. Rauchen), wird sich das auch in unterschiedlichen Erkrankungsraten widerspiegeln. Aus der Literatur ist weiterhin bekannt, dass zwischen Krebserkrankungen und Sozialschicht Zusammenhänge bestehen (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.

Krebs gesamt wird von den häufigsten Tumorarten dominiert (Prostata-, Lungen- und Darmkrebs bei Männern und Brust-, Darm- und Lungenkrebs bei Frauen). Bereits geringfügige räumliche Schwankungen in der Inzidenzrate dieser Tumorarten führen zu Abweichungen bei Krebs gesamt. Im Jahr 2008 ist das Mammographie-Screening in ganz Schleswig-Holstein flächendeckend etabliert worden. Das führte vorübergehend zu einer (erwarteten und gewollten) Erhöhung der Inzidenzrate. Dabei gibt es aber räumliche Unterschiede, z.B. sind die Teilnahmeraten in ländlichen Gebieten höher als in städtischen. Dadurch kommt es zu einer stärkeren räumlichen Differenzierung von Krebs gesamt. Ähnliche Auswirkungen kann z.B. bei Männern die räumlich unterschiedlich häufige Anwendung der

Testung auf das Prostata-spezifische Antigen (PSA) zur Erkennung von Prostatakrebs haben.

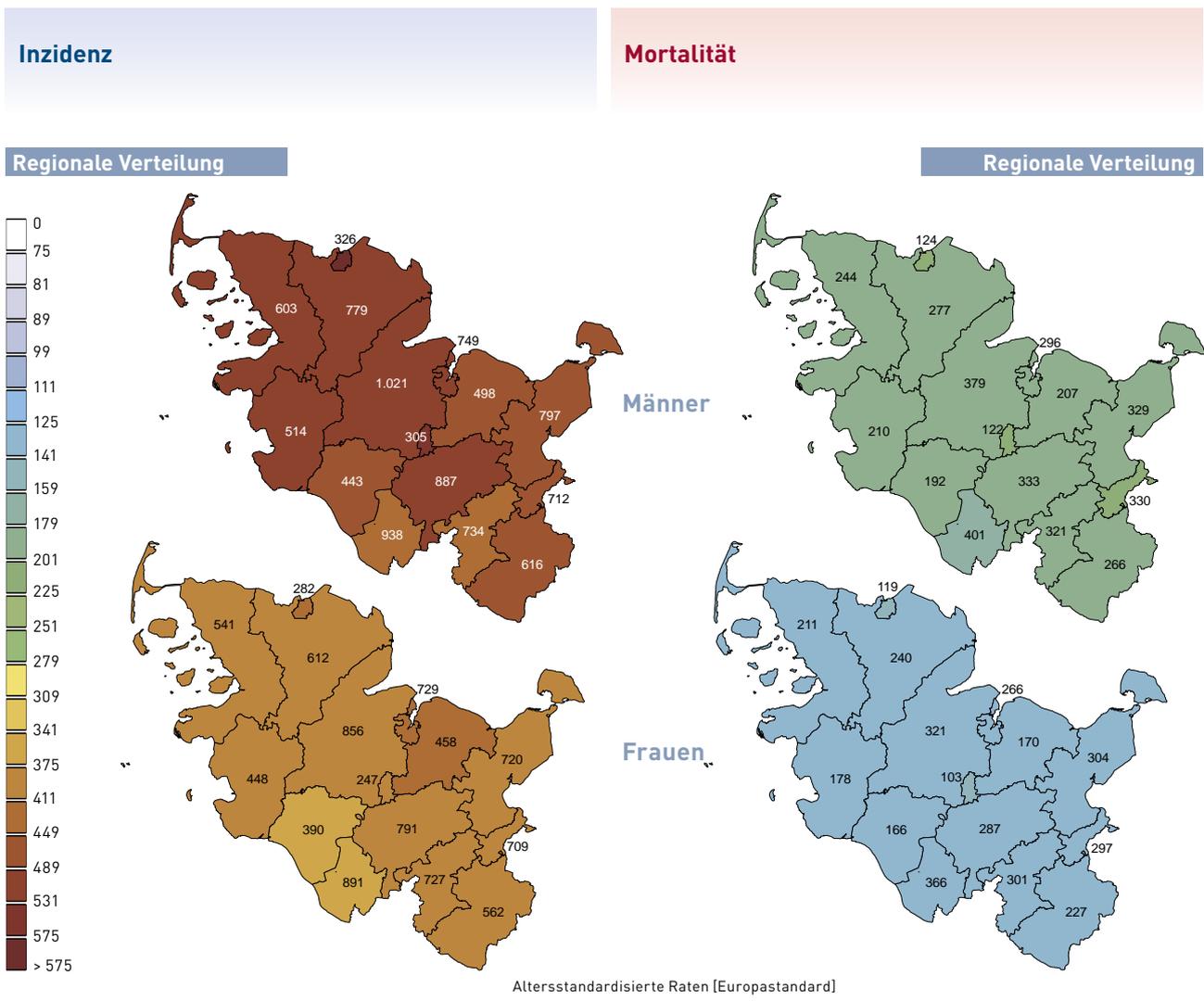
Mit dem Hautkrebs-Screening, das bundesweit im Sommer des Jahres 2008 begonnen hat, ist eine weitere Tumorguppe dazugekommen, deren beobachtete Inzidenz stark von der Inanspruchnahme dieser Früherkennungsmaßnahme abhängig ist. Zwar war Schleswig-Holstein bereits in früheren Jahren Modellregion – sozusagen Testgebiet – für das Hautkrebs-Screening, was sich auch im schwankenden Inzidenzverlauf widerspiegelt, dennoch führt die unterschiedliche Nutzung dieser Maßnahme zu regionalen Unterschieden in der Inzidenz (in der Folge möglicherweise auch einmal in der Mortalität).

Ein weiterer Einflussfaktor auf die registrierte Inzidenz findet sich in der Spezialisierung der Krankenhäuser. Viele Kliniken lassen sich seit einiger Zeit als spezielle Tumorzentren für verschiedene Organe zertifizieren. Eine solche Zertifizierung schließt auch die Überprüfung auf vollzählige und vollständige

Meldungen an das Krebsregister ein. Dadurch kann es im Einzugsbereich des Tumorzentrums zu einer gegenüber dem Landesdurchschnitt „erhöhten“ Meldetätigkeit kommen, was sich dann in einer erhöhten Inzidenz niederschlägt.

Die unten stehenden Karten sind direkt altersstandardisiert, d.h. der unterschiedliche Altersaufbau in den Kreisen wurde berücksichtigt und „herausgerechnet“. Die Kreise, Inzidenz und Mortalität sowie Männer und Frauen sind direkt miteinander vergleichbar.

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. Für nationale Vergleiche nutzen Sie bitte die Möglichkeiten des nationalen Krebsatlases unter www.gekid.de.



Die Karten zeigen die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an.
Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009-2011.

Überleben

Überleben nach Krebserkrankung

Für die Berichterstattung zur Überlebenszeit nach einer Krebsdiagnose (Krebs gesamt) gilt das, was bereits oben mehrfach beschrieben wurde. Krebs ist eine Gruppe von über 100 verschiedenen Erkrankungen mit unterschiedlichen Erkrankungsrisiken, -häufigkeiten und auch Prognosen. Dabei wird die Gruppe „Krebs gesamt“ von wenigen häufigen Krebserkrankungen dominiert. Deren Überlebensraten dominieren damit auch die Überlebensraten von Krebs gesamt.

Grundsätzlich ist bei Überlebensraten zwischen relativen und absoluten Raten zu unterscheiden. Absolute Raten geben an, wie viele von 100 Patienten nach einem bzw. nach fünf Jahren noch am Leben sind. Die relative Rate berücksichtigt, dass in dem jeweiligen Zeitraum auch Personen der Allgemeinbevölkerung – also Nicht-Krebs-Patienten – versterben. (Zur Methodik und zu Interpretationshinweisen siehe S. 146)

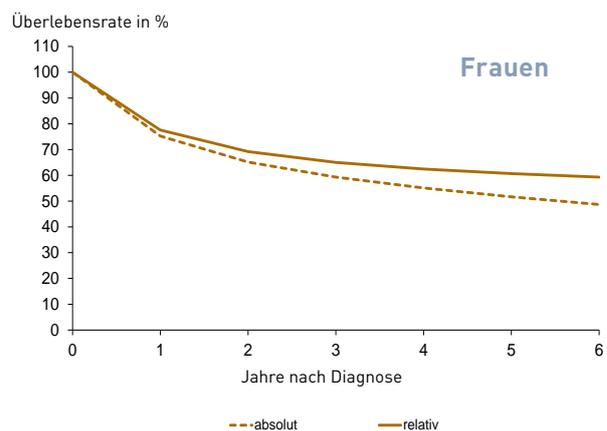
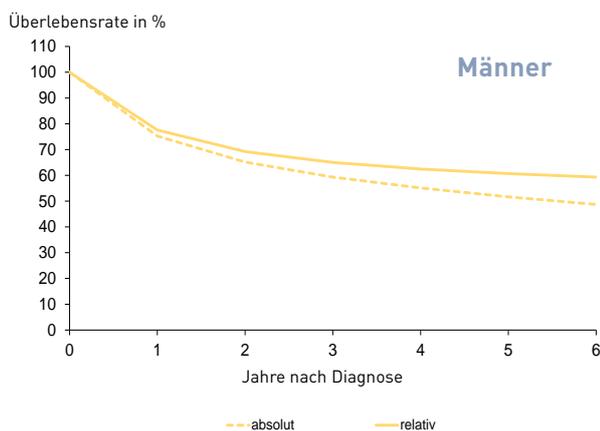
Von allen an Krebs erkrankten Frauen leben fünf Jahre nach Erstdiagnose noch 60%, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung noch 67% (relative Überlebensrate). Anders formuliert: die Wahrscheinlichkeit, fünf Jahre nach Erstdiagnose noch zu leben, ist für eine an Krebs erkrankte Frau um ca. ein Drittel

niedriger als für eine gleichaltrige Frau in der Allgemeinbevölkerung. Für Männer ist sowohl die absolute als auch die relative 5-Jahres-Überlebensrate mit 52% bzw. 61% etwas niedriger. Der grafisch dargestellte zeitliche Verlauf zeigt für beide Geschlechter zunächst ein stärkeres Absinken – insbesondere im ersten Jahr nach Diagnose –, also eine erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit. Je weiter sich die Kurve vom Diagnosezeitpunkt entfernt, desto flacher wird sie – die vom Krebs verursachte Sterblichkeit nimmt ab. Zu Beginn des Analysezeitraums liegen die Kurven für das absolute und das relative Überleben dicht beieinander. Das zeigt an, dass die Sterblichkeit hier nahezu ausschließlich auf die Krebserkrankung zurückzuführen ist. Mit zunehmender Dauer entfernen sich die Kurven voneinander, andere Todesursachen erlangen zunehmend Bedeutung.

Aufgrund der unterschiedlichen Prognosen der einzelnen Krebsarten ist die Analyse für Krebs gesamt nur eingeschränkt zu interpretieren; sinnvoller ist die Betrachtung der einzelnen Tumoren bzw. Tumorguppen. Die Krebserkrankungen mit den höchsten relativen 5-Jahres-Überlebensraten (über 80%) sind nichtmelanozytärer Hautkrebs, Hodenkrebs, malignes Melanom der Haut, Prostatakrebs, Schilddrüsenkrebs, Hodgkin-Lymphom und Brustkrebs bei Frauen. Die niedrigsten Überlebenswahrscheinlichkeiten (relative 5-Jahres-Überlebensrate unter 40%) bestehen bei Bauchspeicheldrüsenkrebs, Leberkrebs, Speiseröhrenkrebs, Lungenkrebs, bösartigen Tumoren des Gehirns und des zentralen Nervensystems sowie bei Magenkrebs.

Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	78	83
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	61	67
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	54-66	62-71
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	75	81
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	52	60

Zeitliche Verteilung



Prävalenz

Leben mit einer Krebserkrankung

Erstmalig wird in diesem Bericht die Krebsprävalenz berichtet, also der Frage nachgegangen, wie viele krebserkrankte Menschen in Schleswig-Holstein leben. Während die Inzidenz (Zahl oder Anteil der Neuerkrankungen in einem Zeitraum) als die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu erkranken interpretiert werden kann, ist die Prävalenz ein Maß für die Krankheitslast der Bevölkerung. Definiert ist die Prävalenz als Zahl (oder Anteil) erkrankter Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt leben und nicht geheilt sind. Bei Krebserkrankungen ist es problematisch, die Heilung an sich sowie deren Zeitpunkt zu definieren. Meist wird erst nach einem mehrere Jahre dauernden krankheitsfreien Zeitraum von Heilung gesprochen. Da man also den geheilten Teil der Patientengruppe nicht kennt, behilft man sich in der Krebs epidemiologie mit sogenannten „partiellen“ Prävalenzen. Dieses ist die Zahl der lebenden Patienten nach einer Krebsdiagnose und für einen bestimmten Zeitraum. Eine 10-Jahres-Prävalenz ist die Zahl der Krebserkrankten, die – im Falle dieses Berichtes – am 31.12.2011 in Schleswig-

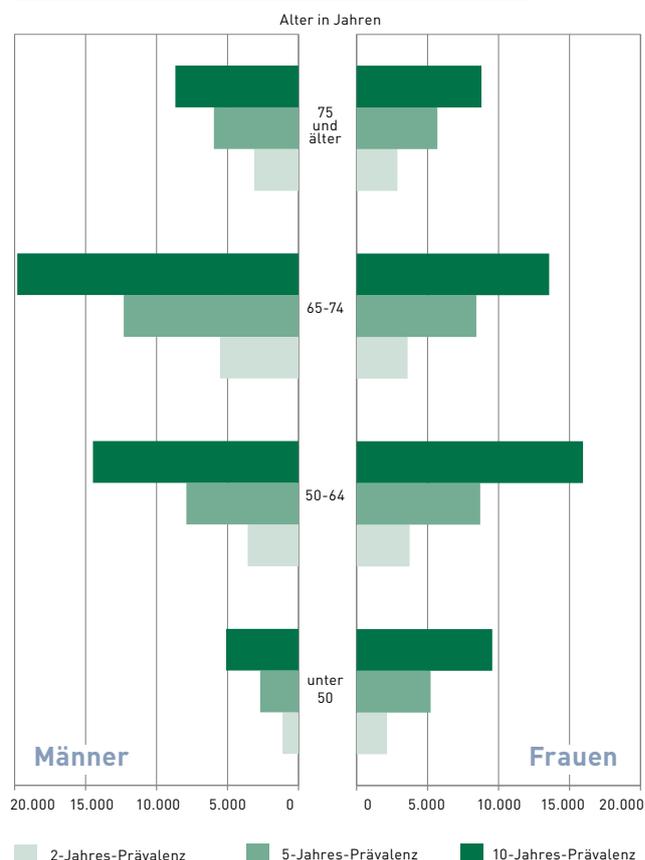
Holstein lebten und innerhalb der letzten zehn Jahre davor – also zwischen dem 01.01.2002 und dem 31.12.2011 – an Krebs erkrankten.

In diesem Bericht sind 1-, 2-, 3-, 5- und 10-Jahres-Prävalenzen angegeben. Diese sind zusätzlich jeweils noch in vier Altersgruppen unterteilt. Je schwerer eine Krebserkrankung, d.h. je geringer die Überlebensrate, desto geringer der Einfluss dieser Tumorart auf die Prävalenz von Krebs gesamt.

Auch die Prävalenz von Krebs gesamt wird von den häufigen Einzeltumoren dominiert. Deutlich wird das an den unten stehenden Zahlen. Während in den unteren beiden Altersgruppen mehr erkrankte Frauen als Männer zu finden sind, ist das in der Gruppe 65 bis 74 Jahre umgekehrt. Im ersten Fall dominiert der Brustkrebs mit dem niedrigeren Erkrankungsalter und im zweiten Fall der Prostatakrebs. Beide Tumorarten haben dazu noch hohe Überlebensraten.

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	7.250	5,21	6.382	4,41
0 bis 49 Jahre	566	0,67	1.077	1,32
50 bis 64 Jahre	1.923	6,97	1.881	6,63
65 bis 74 Jahre	3.023	18,03	1.838	10,11
75 Jahre und älter	1.738	17,00	1.586	9,65
2-Jahres-Prävalenz	13.338	9,59	12.331	8,53
0 bis 49 Jahre	1.116	1,32	2.134	2,62
50 bis 64 Jahre	3.574	12,95	3.730	13,15
65 bis 74 Jahre	5.532	32,99	3.592	19,75
75 Jahre und älter	3.116	30,47	2.875	17,5
3-Jahres-Prävalenz	18.841	13,55	18.021	12,47
0 bis 49 Jahre	1.640	1,94	3.196	3,92
50 bis 64 Jahre	5.069	18,36	5.513	19,44
65 bis 74 Jahre	7.931	47,29	5.381	29,59
75 Jahre und älter	4.201	41,08	3.931	23,93
5-Jahres-Prävalenz	28.875	20,77	28.034	19,39
0 bis 49 Jahre	2.695	3,19	5.208	6,38
50 bis 64 Jahre	7.898	28,61	8.712	30,71
65 bis 74 Jahre	12.321	73,47	8.425	46,32
75 Jahre und älter	5.961	58,29	5.689	34,63
10-Jahres-Prävalenz	48.080	34,58	47.871	33,11
0 bis 49 Jahre	5.096	6,04	9.555	11,71
50 bis 64 Jahre	14.491	52,49	15.952	56,24
65 bis 74 Jahre	19.820	118,19	13.566	74,59
75 Jahre und älter	8.673	84,81	8.798	53,56

Gliederung nach Altersgruppen



Versorgung

Dieser Bericht enthält zum ersten Mal auch Angaben zur Versorgung von Krebserkrankungen. Die Daten sind keine Erhebung des Krebsregisters Schleswig-Holstein, sondern der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes entnommen. Es handelt sich um die Jahre 2009 bis 2011 (aggregiert).

Es sind zwei Sichtweisen zu unterscheiden. Zum einen die Frage: Wo erfolgt die onkologische Behandlung von Schleswig-Holsteinern? Den ersten beiden Ergebnisspalten ist zu entnehmen, dass ca. 81% im Land und weitere 17% in Hamburg behandelt werden. Andere Bundesländer spielen praktisch keine Rolle. Zwischen den einzelnen Tumorentitäten gibt es nur geringe Schwankungen. Der niedrigste Anteil

auswärtiger Behandlungen findet sich beim Lungenkrebs und der höchste Anteil bei Hirntumoren.

Die zweite Frage ist: Woher kommen die Patienten, die in Schleswig-Holstein behandelt werden? Zu 90% sind es Schleswig-Holsteiner, zu 6% Hamburger und zu geringen Anteilen Patienten aus Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen. Auffällig ist der hohe Anteil an Lungenkrebspatienten aus Hamburg (22%). Für Mecklenburg-Vorpommern ist Schleswig-Holstein noch für einige weitere Tumoren von Relevanz (Leber, Melanom, Hoden). In der Gesamtbetrachtung ist die Metropole Hamburg für die onkologische Versorgung in Schleswig-Holstein von größerer Bedeutung als umgekehrt.

Stationäre Versorgung von Patienten ...						
	... mit Wohnort in Schleswig-Holstein		... mit Behandlungsort in Schleswig-Holstein			
	in Schleswig-Holstein	in Hamburg	aus Schleswig-Holstein	aus Hamburg	aus Meckl.-Vorp.	aus Niedersachsen
	%	%	%	%	%	%
Krebs gesamt	80,9	16,9	89,9	5,7	1,7	1,5
Mund und Rachen	71,2	26,3	92,0	1,2	3,5	1,3
Speiseröhre	83,9	14,4	93,1	2,6	1,9	1,3
Magen	84,1	12,6	94,4	2,5	2,0	0,3
Darm	86,8	11,8	94,4	2,5	1,7	0,6
Leber	74,3	22,8	88,0	3,5	4,4	1,8
Bauchspeicheldrüse	82,5	13,7	92,7	3,1	2,0	0,3
Kehlkopf	70,2	28,2	89,9	0,8	3,8	1,7
Lunge	90,6	8,5	71,6	21,5	1,5	4,4
Malignes Melanom	80,5	17,9	88,2	3,5	4,0	2,5
Sonst. Haut	73,3	25,4	93,9	3,0	1,5	1,0
Brust	84,3	14,0	96,3	1,6	1,0	0,6
Gebärmutterhals	85,8	10,4	95,6	1,0	2,4	0,2
Gebärmutterkörper	88,0	10,8	95,2	1,8	2,0	0,5
Eierstöcke	82,4	15,1	96,1	2,2	0,8	0,2
Prostata	73,4	24,1	94,2	1,5	1,1	1,6
Hoden	68,0	30,8	93,0	1,1	4,0	0,4
Niere	78,0	19,8	94,3	2,1	2,5	0,4
Harnblase	84,3	14,2	95,8	1,9	1,1	0,3
Hirn und ZNS	62,7	33,6	91,4	0,9	2,3	1,6
Schilddrüse	67,7	29,1	94,4	1,6	1,8	0,7
Hodgkin-Lymphom	81,4	17,5	92,9	3,3	0,9	1,7
Non-Hodgkin-Lymphome	78,1	20,6	94,7	1,5	1,2	0,3
Immunprolif., plasmazell. KH	74,2	24,9	95,7	1,0	2,1	0,3
Leukämien	74,7	24,7	92,8	0,9	2,1	0,4

Einzeltumoren und Tumorgruppen

**Ausgewählte Tumorentitäten
in Schleswig-Holstein
in den Jahren 2009 bis 2011**

Mund und Rachen [C00–C14]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	334	152	102	34
Erwartete Fallzahl 2014	374	166	95	35
Anteil an Krebs gesamt	3,4%	1,7%	2,5%	1,0%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	64	64	66	66
Carcinomata in situ	6	2		
Geschlechterverhältnis	2,2 : 1		3,0 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	24,1	10,5	7,3	2,3
Weltstandard	12,8	5,4	3,8	1,1
Europastandard	18,0	7,5	5,3	1,5
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 0,5	+ 1,4	- 3,6 *	- 0,6
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,6	0,6	0,5	0,1
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	9.953 3,8%	3.521 1,5%	3.816 3,2%	1.204 1,2%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	61	65	64	70
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	19,4	5,9	7,2	1,8

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	91,5%	92,5%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,31	0,22
DCO-Fälle	26	11
DCO-Anteil (%)	7,9%	7,0%
Vollständigkeit	> 95%	>95%

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	25	10,9	14	15,2
II	23	10,0	13	14,1
III	24	10,4	15	16,3
IV	158	68,7	50	54,3
Insgesamt	230	100,0	92	100,0
Ohne Stadienangabe	79	25,6	47	33,8

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome	282	91,9	121	85,8
Adenokarzinome	14	4,6	13	9,2
Sonstige Karzinome	9	2,9	5	3,5
Sarkome, sonst. Weichteiltumoren	0	0,0	0	0,0
Sonstige Neubildungen	2	0,7	2	1,4
Insgesamt	307	100,0	141	100,0

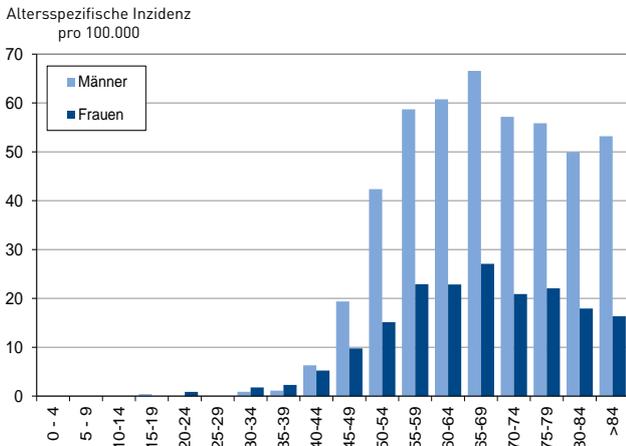
Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Lippe (C00)	13	4,2	8	5,7
Zungengrund, Zunge (C01, C02)	59	19,1	26	18,6
Zahnfleisch (C03)	16	5,2	10	7,1
Mundboden (C04)	38	12,3	16	11,4
Gaumen, sonst. Teile des Mundes (C05, C06)	24	7,8	13	9,3
Parotis, sonst. große Speicheldr. (C07, C08)	19	6,1	13	9,3
Tonsille, Oropharynx (C09, C10)	83	26,9	40	28,6
Nasopharynx (C11)	8	2,6	3	2,1
Sinus piriformis, Hypopharynx (C12, C13)	47	15,2	11	7,9
Lippe, Mundhöhle, Pharynx n.n.bez. (C14)	2	0,6	0	0,0
Insgesamt	309	100,0	140	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	253		115	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgL.)	n	%	n	%
Operation	207	81,8	96	83,5
Strahlentherapie	156	61,7	62	53,9
Chemotherapie	106	41,9	36	31,3
Sonstige	3	1,2	1	0,9
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	12	4,8	4	3,4

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

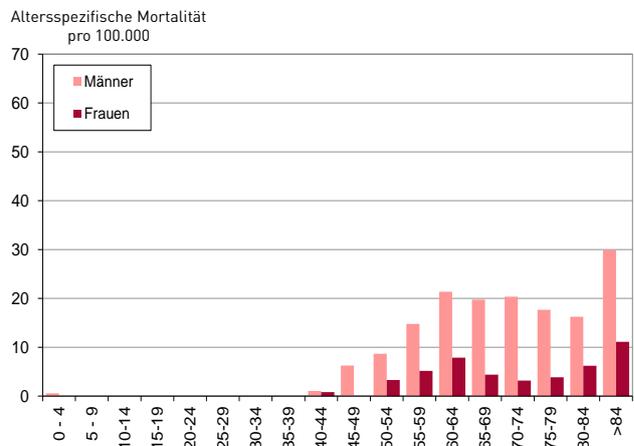
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	55	55
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	64	64
25% älter als ... Jahre	71	72
unter 50 Jahre (%)	10,1	14,5
50 bis 64 Jahre (%)	42,9	36,4
65 bis 74 Jahre (%)	31,7	29,2
75 bis 84 Jahre (%)	12,2	14,5
85 Jahre und älter (%)	3,2	5,5

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	66	66
unter 50 Jahre (%)	9,2	3,0
50 bis 64 Jahre (%)	38,4	43,6
65 bis 74 Jahre (%)	33,8	20,8
75 bis 84 Jahre (%)	12,8	15,8
85 Jahre und älter (%)	5,9	16,8

Risikofaktoren

- Tabak- und Alkoholkonsum (vor allem in Kombination)
- vitaminarme Ernährung mit hohem Fleischverzehr
- unzureichende Mundhygiene
- Sonnenexposition (bei Karzinomen der Lippe)
- Infektion mit humanen Papillomaviren
- mechanische Irritationen, Holzstäube, Chemikalien

Symptome Erste wahrnehmbare Anzeichen der Erkrankung können Fremdkörpergefühl, Heiserkeit, Schluckbeschwerden, sichtbare Schleimhautveränderungen und offene Geschwüre im Mund sein.

Früherkennung Es werden keine regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen für Personen ohne besondere Risikofaktoren empfohlen. Eine Untersuchung der Mundhöhle zur frühzeitigen Entdeckung von Leukoplakien, der häufigsten Vorstufe von Plattenepithelkarzinomen, wäre im Rahmen einer zahnärztlichen Untersuchung denkbar.

Inzidenz Mund- und Rachentumoren werden überwiegend in einem prognostisch schlechten Stadium entdeckt. Histologisch treten vor allem Plattenepithelkarzinome auf, wobei die Tumoren überwiegend von der auskleidenden Schleimhaut ausgehen und sich dann aus dem dort vorherrschenden mehr-

schichtigen verhornten oder unverhornten Plattenepithel entwickeln.

Im zeitlichen Verlauf sind kaum Veränderungen zu beobachten. Die Raten weichen nur unwesentlich von den deutschen Raten ab. Männer sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Frauen.

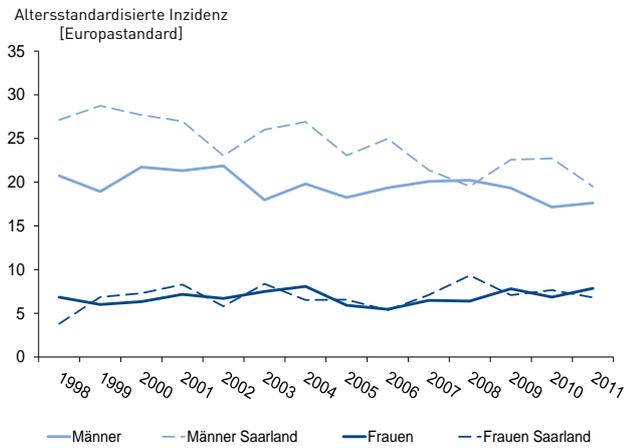
Mortalität Die Mortalitätsrate ist bei Männern in den letzten Jahren um 3,6% jährlich gesunken. Bei Frauen liegt sie insgesamt niedriger; hier zeigte sich aber keine zeitliche Veränderung.

Überlebensraten Die relative 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit liegt bei Männern 15 Prozentpunkte niedriger als bei Frauen, was z.T. auf unterschiedliche Lokalisationen und eine günstigere Tumorstadienverteilung zurückzuführen sein dürfte. Mit zunehmendem Tumorstadium verschlechtern sich die Überlebensraten.

Prävalenz Knapp 2.200 Patienten, die in den letzten 10 Jahren die Diagnose Krebs im Mund- und Rachenraum erhalten haben, leben in Schleswig-Holstein. Der höchste Anteil findet sich im Alter zwischen 50 und 74 Jahren. Bei den Männern sind dort etwa 5 von 2.000 betroffen, bei Frauen 1 pro 1.000.

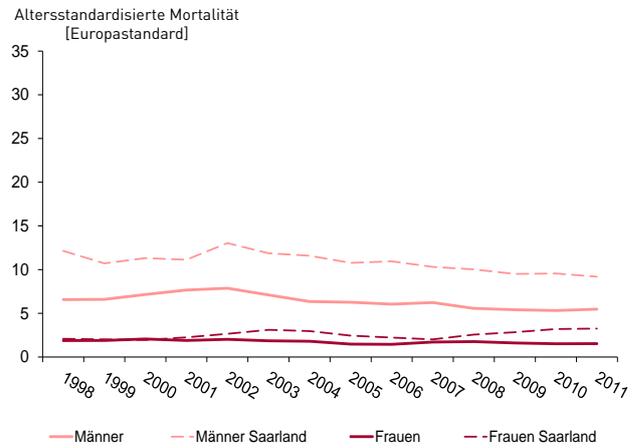
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



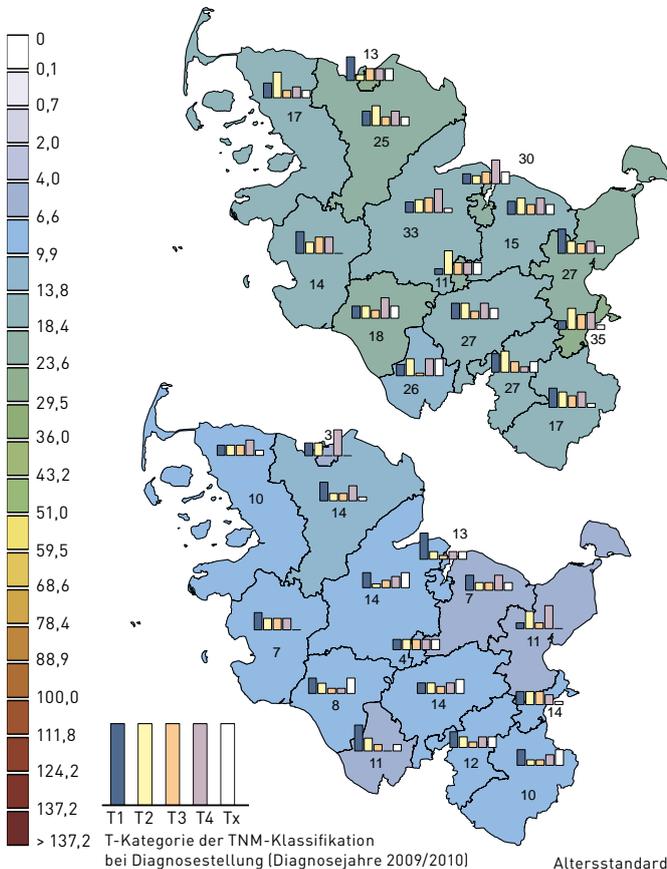
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



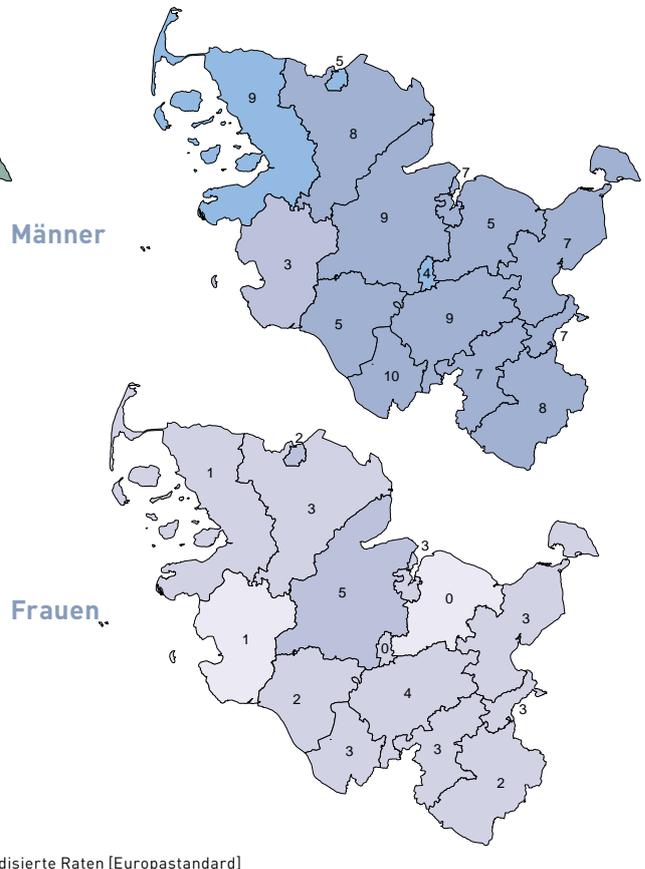
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

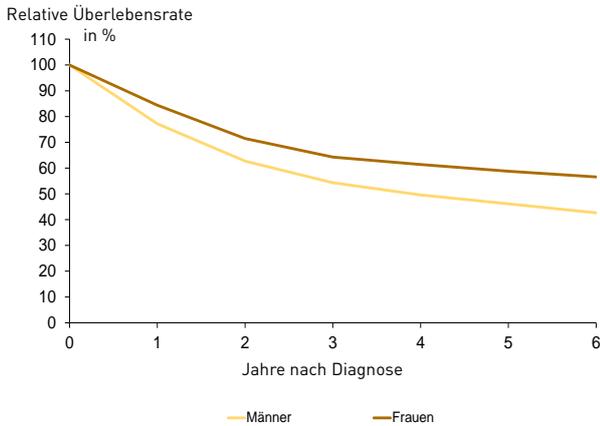
Regionale Verteilung



Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an.
Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

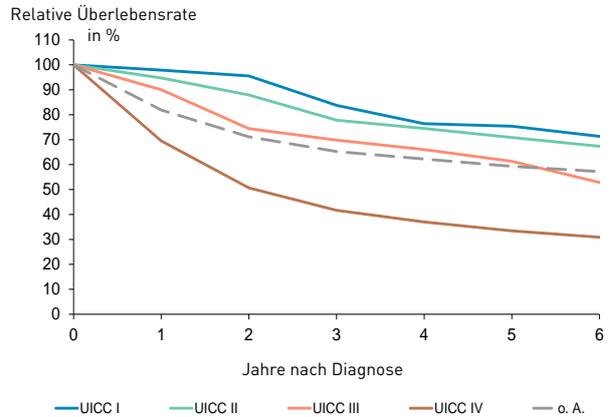
Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	77	84
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	46	59
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	44-50	55-72
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	76	83
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	42	53

Gliederung nach Tumorstadium

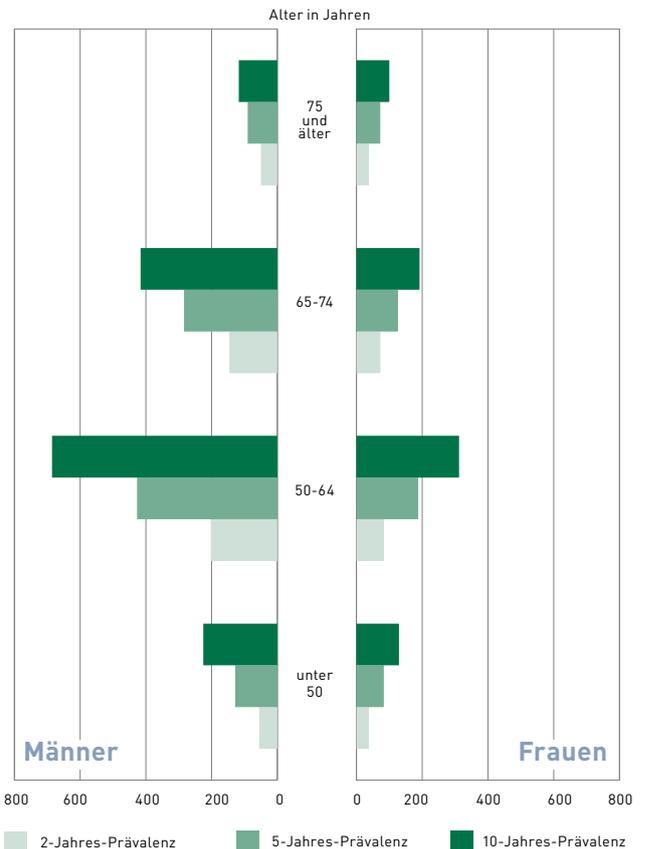


Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer	Frauen
	%	%
UICC I	70	84
UICC II	72	68
UICC III	61	61
UICC IV	31	40
Ohne Angabe	55	68

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	252	0,18	131	0,09
0 bis 49 Jahre	33	0,04	19	0,02
50 bis 64 Jahre	102	0,37	47	0,17
65 bis 74 Jahre	89	0,53	38	0,21
75 Jahre und älter	28	0,27	27	0,16
2-Jahres-Prävalenz	453	0,33	233	0,16
0 bis 49 Jahre	55	0,07	38	0,05
50 bis 64 Jahre	202	0,73	84	0,3
65 bis 74 Jahre	146	0,87	73	0,4
75 Jahre und älter	50	0,49	38	0,23
3-Jahres-Prävalenz	626	0,45	334	0,23
0 bis 49 Jahre	79	0,09	55	0,07
50 bis 64 Jahre	285	1,03	129	0,45
65 bis 74 Jahre	196	1,17	100	0,55
75 Jahre und älter	66	0,65	50	0,3
5-Jahres-Prävalenz	929	0,67	469	0,32
0 bis 49 Jahre	128	0,15	83	0,1
50 bis 64 Jahre	427	1,55	188	0,66
65 bis 74 Jahre	284	1,69	126	0,69
75 Jahre und älter	90	0,88	72	0,44
10-Jahres-Prävalenz	1.444	1,04	733	0,51
0 bis 49 Jahre	225	0,27	129	0,16
50 bis 64 Jahre	686	2,49	312	1,1
65 bis 74 Jahre	416	2,48	192	1,06
75 Jahre und älter	117	1,14	100	0,61

Gliederung nach Altersgruppen



Speiseröhre [C15]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	211	59	152	46
Erwartete Fallzahl 2014	248	61	162	53
Anteil an Krebs gesamt	2,1%	0,7%	3,8%	1,3%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	67	72	68	74
Carcinomata in situ	3	1		
Geschlechterverhältnis	3,6 : 1		3,3 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	15,2	4,1	11,0	3,2
Weltstandard	7,5	1,5	5,3	1,1
Europastandard	10,7	2,3	7,6	1,7
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 1,8	- 1,1	0,0	- 2,4
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,0	0,2	0,7	0,1
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	5.028 1,9%	1.329 0,6%	3.837 3,3%	1.142 1,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	66	71	68	73
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	9,3	1,9	6,9	1,5

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	87,5%	78,0%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,72	0,78
DCO-Fälle	26	12
DCO-Anteil (%)	12,3%	20,9%
Vollzähligkeit	> 95%	> 95%

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome	79	42,7	29	63,0
Adenokarzinome	96	51,9	15	32,6
Sonstige Karzinome	10	5,4	2	4,3
Sonstige Neubildungen	0	0,0	0	0,0
Insgesamt	185	100,0	46	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	150		35	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	62	41,3	11	31,4
Strahlentherapie	68	45,3	16	45,7
Chemotherapie	102	68,0	19	54,3
Sonstige	11	7,3	3	8,6
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	14	9,3	6	17,1

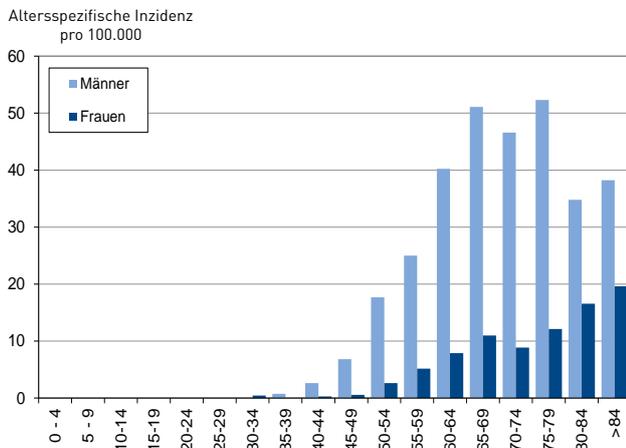
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	5	4,5	2	7,4
II	20	17,9	6	22,2
III	38	33,9	8	29,6
IV	49	43,8	11	40,7
Insgesamt	112	100,0	27	100,0
Ohne Stadienangabe	76	40,4	22	44,9

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Zervikaler Ösophagus (C15.0)	5	2,7	2	4,3
Thorakaler Ösophagus (C15.1)	8	4,3	2	4,3
Abdominaler Ösophagus (C15.2)	4	2,2	1	2,1
Ösophagus, oberes Drittel (C15.3)	11	5,9	3	6,4
Ösophagus, mittleres Drittel (C15.4)	19	10,3	6	12,8
Ösophagus, unteres Drittel (C15.5)	90	48,6	17	36,2
Mehr. Teilbereiche überlappend (C15.8)	4	2,2	1	2,1
Ösophagus, n.n.bez. (C15.9)	44	23,8	15	31,9
Insgesamt	185	100,0	47	100,0

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

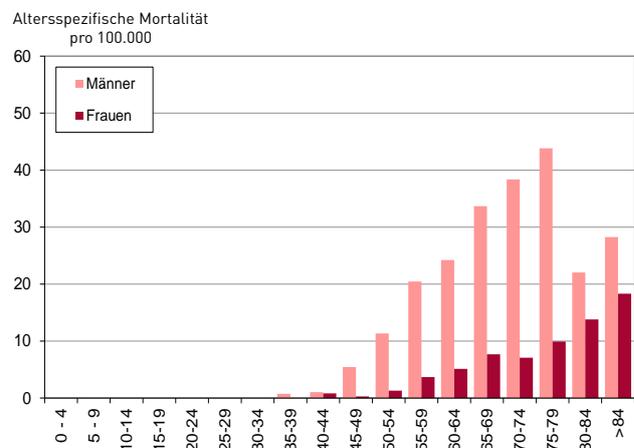
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	60	64
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	67	72
25% älter als ... Jahre	73	82
unter 50 Jahre (%)	5,9	2,3
50 bis 64 Jahre (%)	34,3	23,7
65 bis 74 Jahre (%)	39,7	31,1
75 bis 84 Jahre (%)	16,5	26,0
85 Jahre und älter (%)	3,6	17,0

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	68	74
unter 50 Jahre (%)	5,7	2,9
50 bis 64 Jahre (%)	32,2	19,6
65 bis 74 Jahre (%)	40,6	29,7
75 bis 84 Jahre (%)	17,8	27,5
85 Jahre und älter (%)	3,7	20,3

Risikofaktoren

bei Plattenepithelkarzinomen (ca. 50%)

- Tabak- und Alkoholkonsum (vor allem in Kombination)
- geringer Obst- und Gemüseverzehr

bei Adenokarzinomen (ca. 35%)

- Refluxerkrankungen (chronisches Sodbrennen, Rückfluss von Magensaft in die Speiseröhre)
- geringer Obst- und Gemüseverzehr
- Rauchen, Übergewicht, Diabetes II

Symptome Kleine Tumoren zeigen meist keine spezifischen Symptome. Fortgeschrittene Stadien verursachen aufgrund der Verengung der Speiseröhre typischerweise Schluckbeschwerden.

Früherkennung Es werden keine regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen für Personen ohne besondere Risikofaktoren empfohlen. Eine endoskopische Untersuchung der Speiseröhre zur Entdeckung verdächtiger Schleimhautveränderungen wäre möglich.

Inzidenz Die Erkrankungsraten des Speiseröhrenkrebses liegen geringfügig über den bundesdeutschen Zahlen. Im zeitlichen Verlauf gibt es kaum Änderungen über die letzten Jahre. Speiseröhrenkrebs tritt bei Männern sehr viel häufiger auf als bei Frauen. Außerdem sind Männer bei Diagnose durch-

schnittlich fünf Jahre jünger als Frauen. Speiseröhrentumoren werden meist in einem fortgeschrittenen, prognostisch schlechten Stadium entdeckt.

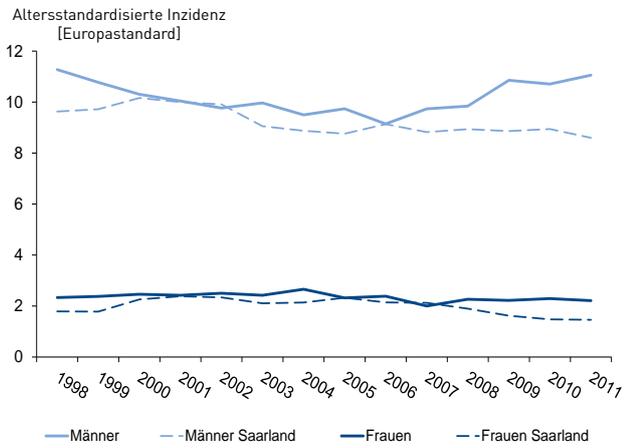
Mortalität Auch die Mortalitätsraten haben sich über die letzten Jahre kaum verändert.

Überlebensraten Der Speiseröhrenkrebs hat eine sehr ungünstige Prognose. Insbesondere in den ersten beiden Jahren nach Diagnose ist die Sterblichkeit sehr hoch. Nach fünf Jahren liegt die relative Überlebenswahrscheinlichkeit unter 20% (♀ 18%, ♂ 19%). Bei Unterscheidung nach Tumorstadium zeigen sich lediglich im UICC-Stadium I günstigere Überlebenswahrscheinlichkeiten.

Prävalenz Wegen der relativ geringen Inzidenz und der insgesamt schlechten Prognose leben nur etwa 500 Patienten in Schleswig-Holstein, die in den letzten zehn Jahren eine Speiseröhrenkrebsdiagnose erhielten.

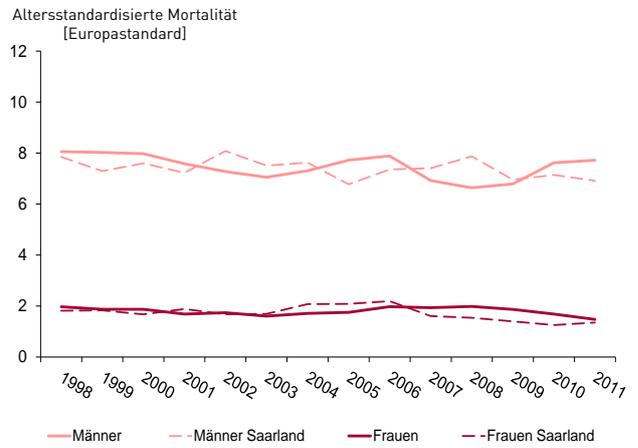
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



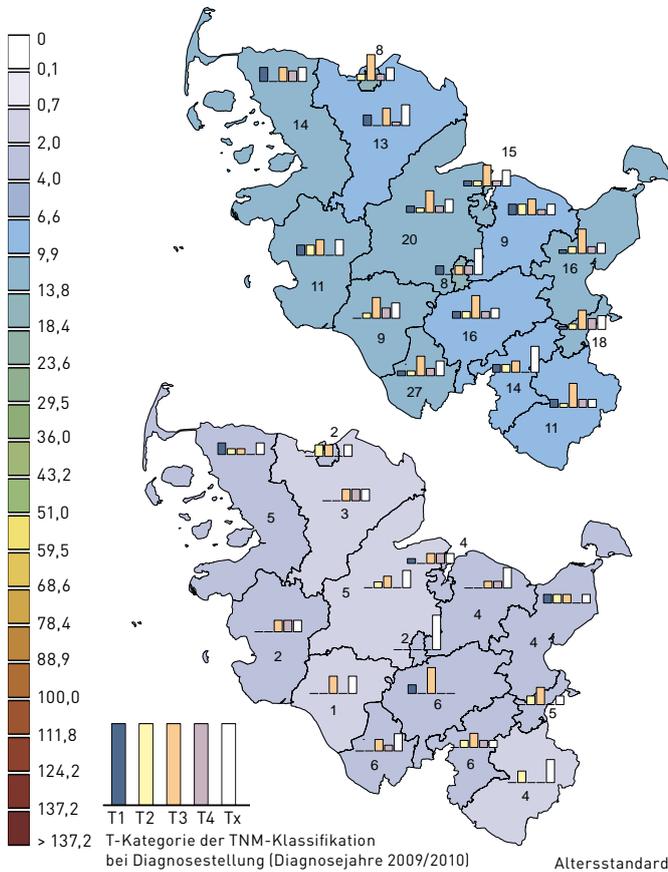
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



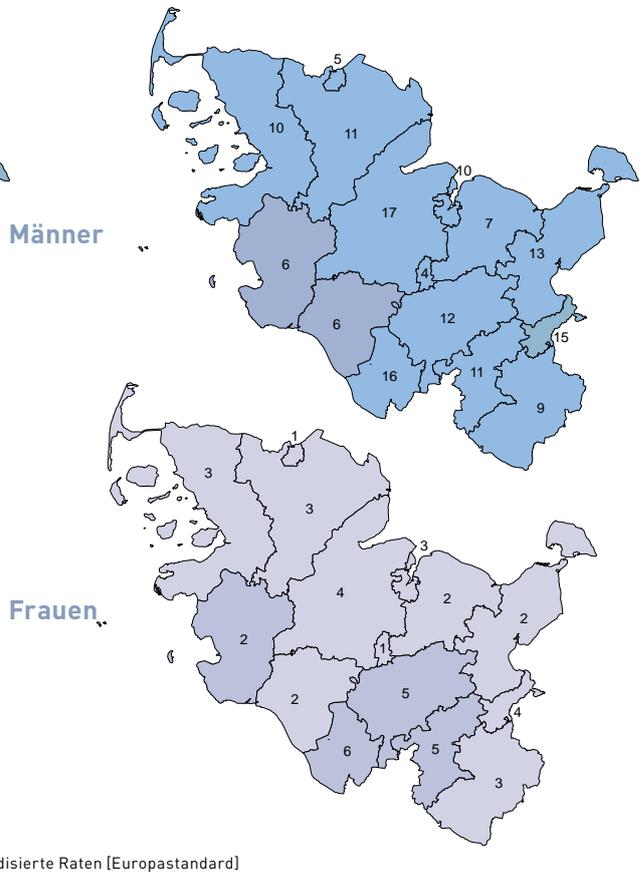
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

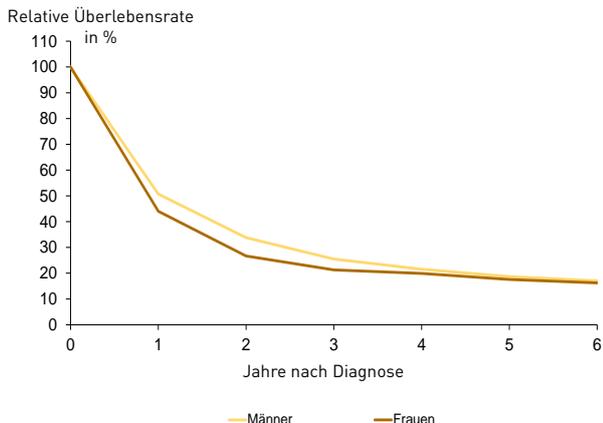
Regionale Verteilung



Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

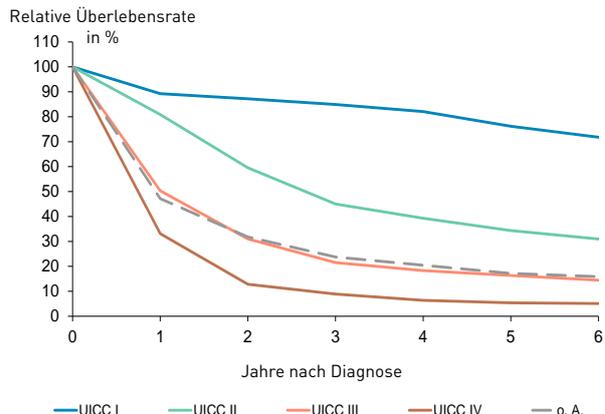
Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Überlebensraten	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	51	51	44	44
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	19	19	18	18
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	17-27		12-31	
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	50		43	
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	17		15	

Gliederung nach Tumorstadium

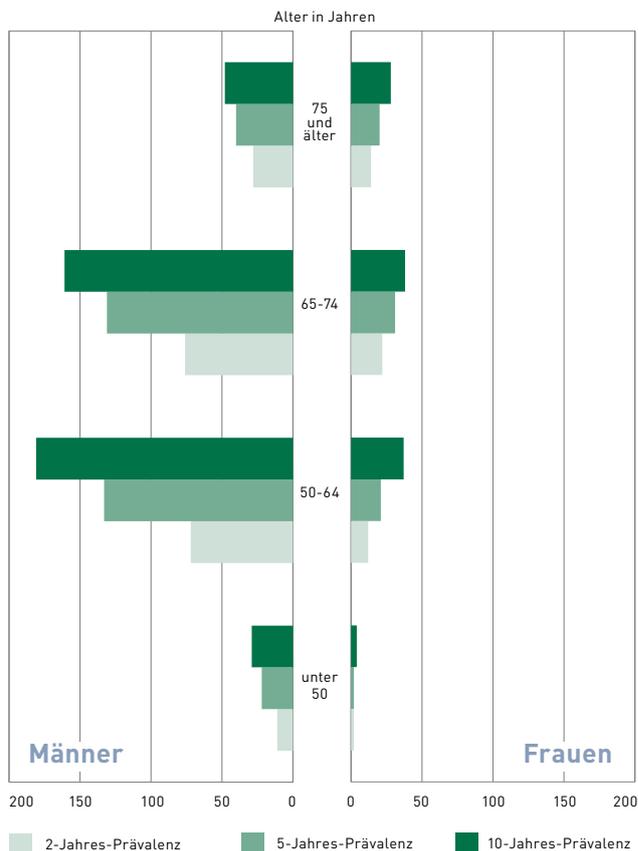


Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
UICC I	77	77	66	66
UICC II	33	33	38	38
UICC III	15	15	19	19
UICC IV	6	6	2	2
Ohne Angabe	18	18	15	15

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	112	0,08	33	0,02
0 bis 49 Jahre	3	0	0	0
50 bis 64 Jahre	41	0,15	7	0,02
65 bis 74 Jahre	53	0,32	15	0,08
75 Jahre und älter	15	0,15	11	0,07
2-Jahres-Prävalenz	187	0,13	50	0,03
0 bis 49 Jahre	11	0,01	2	0
50 bis 64 Jahre	72	0,26	12	0,04
65 bis 74 Jahre	76	0,45	22	0,12
75 Jahre und älter	28	0,27	14	0,09
3-Jahres-Prävalenz	245	0,18	61	0,04
0 bis 49 Jahre	16	0,02	2	0
50 bis 64 Jahre	102	0,37	17	0,06
65 bis 74 Jahre	95	0,57	25	0,14
75 Jahre und älter	32	0,31	17	0,1
5-Jahres-Prävalenz	326	0,23	74	0,05
0 bis 49 Jahre	22	0,03	2	0
50 bis 64 Jahre	133	0,48	21	0,07
65 bis 74 Jahre	131	0,78	31	0,17
75 Jahre und älter	40	0,39	20	0,12
10-Jahres-Prävalenz	419	0,3	107	0,07
0 bis 49 Jahre	29	0,03	4	0
50 bis 64 Jahre	181	0,66	37	0,13
65 bis 74 Jahre	161	0,96	38	0,21
75 Jahre und älter	48	0,47	28	0,17

Gliederung nach Altersgruppen



Magen [C16]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	361	224	165	117
Erwartete Fallzahl 2014	367	216	142	94
Anteil an Krebs gesamt	3,6%	2,5%	4,1%	3,3%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	74	72	76
Carcinomata in situ	1	1		
Geschlechterverhältnis	1,6 : 1		1,4 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	26,0	15,5	11,9	8,1
Weltstandard	11,5	5,5	5,2	2,7
Europastandard	17,3	8,3	7,9	4,1
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 2,3 *	- 3,2 *	- 6,0 *	- 7,4 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,3	0,6	0,6	0,3
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	9.687 3,7%	7.104 3,1%	5.777 4,9%	4.400 4,4%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	72	76	74	79
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	16,6	9,1	9,7	5,1

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	86,6%	84,7%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,46	0,52
DCO-Fälle	48	32
DCO-Anteil (%)	13,2%	14,4%
Vollzähligkeit	> 95%	> 95%

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	30	16,2	13	15,3
II	19	10,3	8	9,4
III	37	20,0	16	18,8
IV	99	53,5	48	56,5
Insgesamt	185	100,0	85	100,0
Ohne Stadienangabe	124	40,1	109	56,2

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Kardia (C16.0)	119	37,9	38	19,7
Fundus, Corpus (C16.1, .2)	70	22,3	60	31,1
Antrum, Pylorus (C16.3, .4)	59	18,8	45	23,3
Sonst. Lokalisationen (C16.5-.9)	66	21,0	50	25,9
Insgesamt	314	100,0	193	100

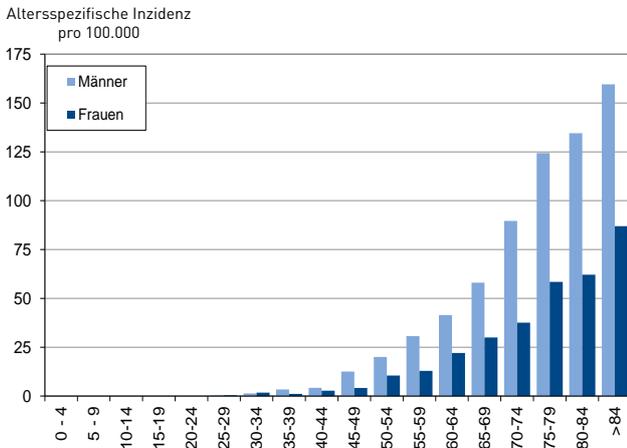
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	239		129	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	172	72,0	92	71,3
Strahlentherapie	11	4,6	2	1,6
Chemotherapie	112	46,9	30	23,3
Sonstige	17	7,1	10	7,8
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	17	7,1	20	15,5

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Adenokarzinome	288	91,7	167	87,0
Sonstige Karzinome	16	5,1	18	9,4
Sarkome	0	0,0	0	0,0
Sonstige Neubildungen	10	3,2	7	3,6
Insgesamt	314	100,0	192	100,0

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

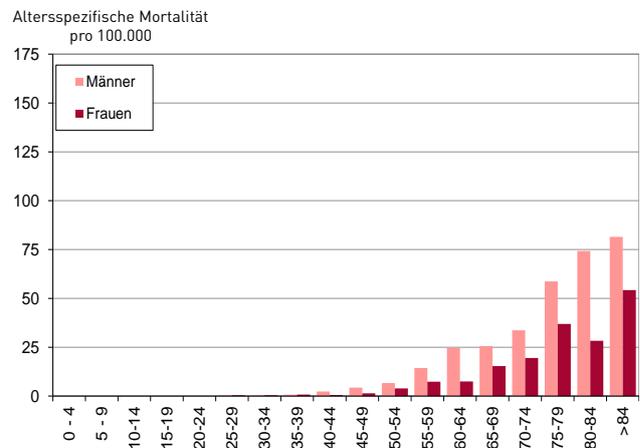
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	62	66
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	71	74
25% älter als ... Jahre	78	83
unter 50 Jahre (%)	6,9	4,9
50 bis 64 Jahre (%)	22,3	18,3
65 bis 74 Jahre (%)	35,0	27,9
75 bis 84 Jahre (%)	26,9	29,1
85 Jahre und älter (%)	8,9	19,8

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	72	76
unter 50 Jahre (%)	5,9	3,1
50 bis 64 Jahre (%)	23,8	14,6
65 bis 74 Jahre (%)	30,7	27,7
75 bis 84 Jahre (%)	29,7	30,9
85 Jahre und älter (%)	9,9	23,7

Risikofaktoren

- bakterielle Infektion des Magens mit *Helicobacter pylori*
- Rauchen und erhöhter Alkoholkonsum
- fleischlastige sowie obst- und gemüsearme Ernährung, insbesondere stark gesalzene, gebrüllte, gepökelte oder geräucherte Speisen
- erhöhtes Risiko bei erstgradigen Verwandten (Ungeklärt ist, ob die ähnliche Ernährung, die gegenseitige Übertragung von *Helicobacter pylori* oder genetische Faktoren die Ursache sind.)

Symptome Magenkarzinome zeigen keine oder nur uncharakteristische Frühsymptome (Oberbauchschmerzen, Mundgeruch, Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, Übelkeit), weshalb Magenkarzinome überwiegend sehr spät entdeckt werden. In fortgeschrittenem Stadium können Völlegefühl im Oberbauch bis hin zu dauerhaften Schmerzen auftreten.

Früherkennung Es werden keine regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen für Personen ohne besondere Risikofaktoren empfohlen. Für Risikopersonen könnte eine Früherkennung durch Magenspiegelung sinnvoll sein, wie sie in Ländern mit hoher Inzidenz (z.B. Japan) Standard ist.

Inzidenz Magentumoren sind überwiegend Adenokarzinome. Mehr als die Hälfte aller Neuerkrankungen werden im prognostisch schlechtesten Stadium entdeckt. Seit mehr als 30 Jahren sinkt die Inzidenzrate in den Industrienationen. Auch in Schleswig-Holstein haben die Raten in den letzten zehn Jahren jährlich um durchschnittlich 2,3% (♂) bzw. 3,2% (♀) abgenommen. Die Raten entsprechen weitgehend den Deutschlandwerten. Das mittlere Erkrankungsalter beim Magenkrebs liegt mit 71 (♂) bzw. 74 (♀) Jahren verhältnismäßig hoch.

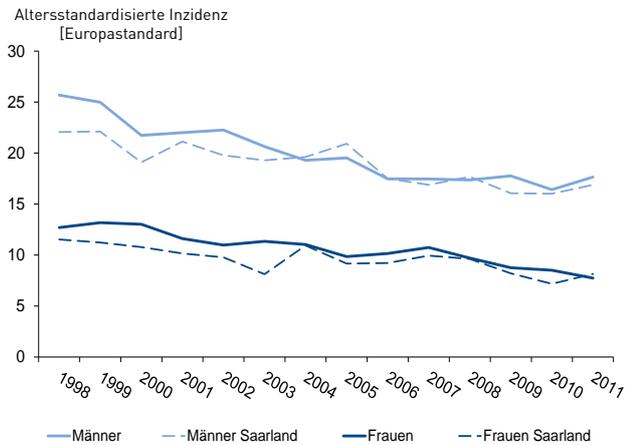
Mortalität Auch die Mortalitätsdaten liegen im deutschen Durchschnitt und nehmen seit Jahren ab – mehr als 6% durchschnittlich pro Jahr.

Überlebensraten Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten liegen bei ca. 30%, was im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen eine relativ ungünstige Prognose darstellt. Wird der Tumor im frühen Stadium I entdeckt, liegt die 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit bei 70% (♂) bzw. 80% (♀).

Prävalenz Wegen der ungünstigen Prognose und dem durchschnittlich hohen Erkrankungsalter ist die Prävalenz relativ gering. Etwa 1.600 Patienten leben in Schleswig-Holstein, die in den letzten zehn Jahren eine Magenkrebsdiagnose erhalten haben.

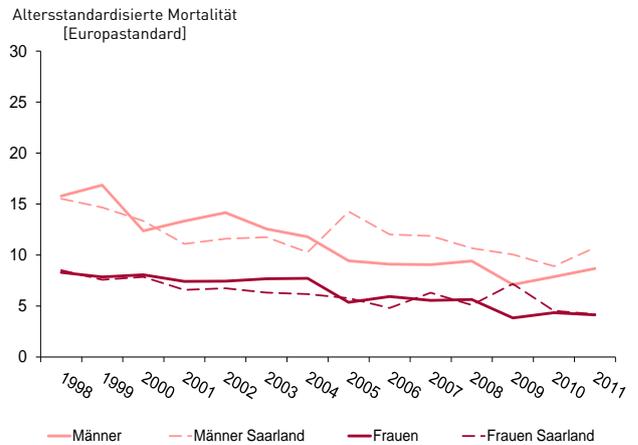
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



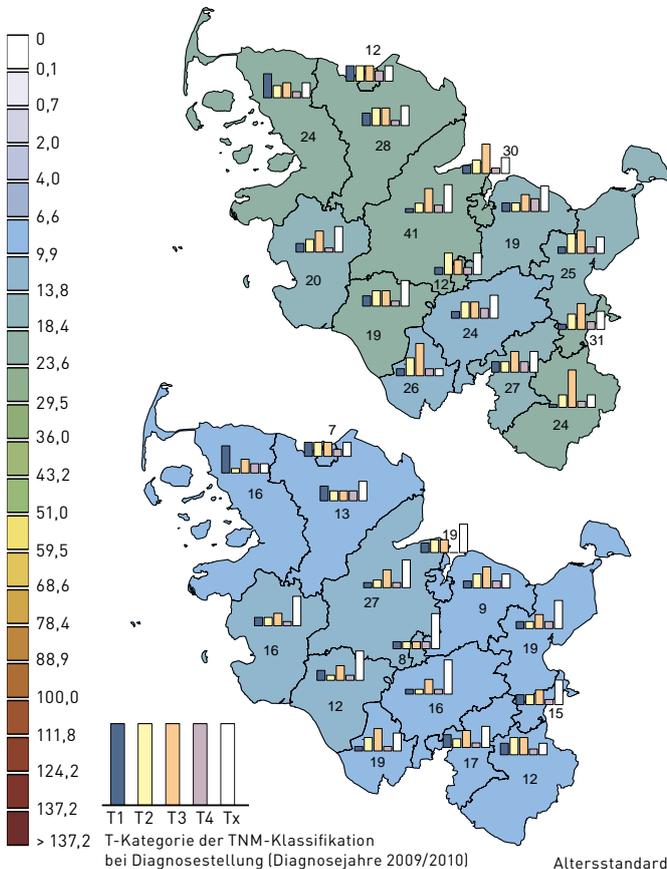
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



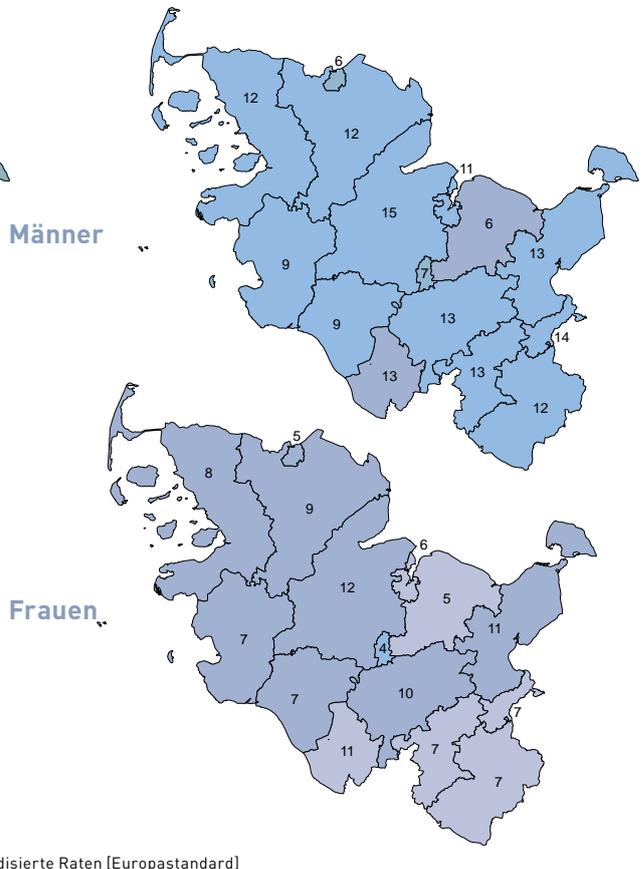
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

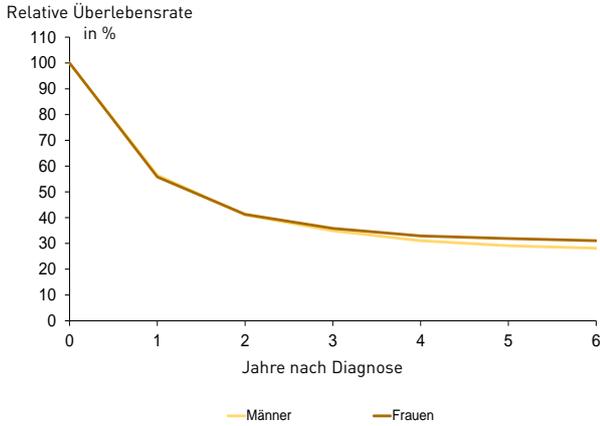
Regionale Verteilung



Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

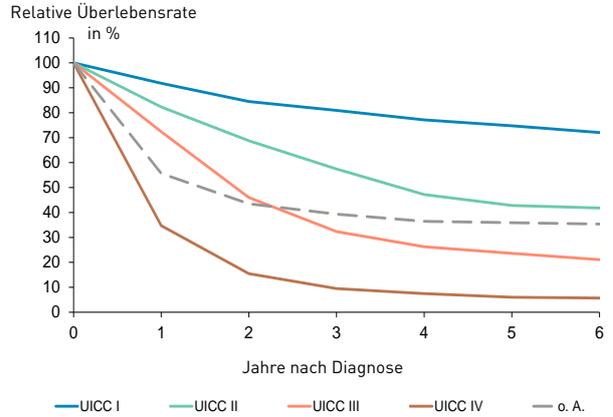
Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	56	56
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	29	32
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	25-36	26-36
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	54	54
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	24	27

Gliederung nach Tumorstadium

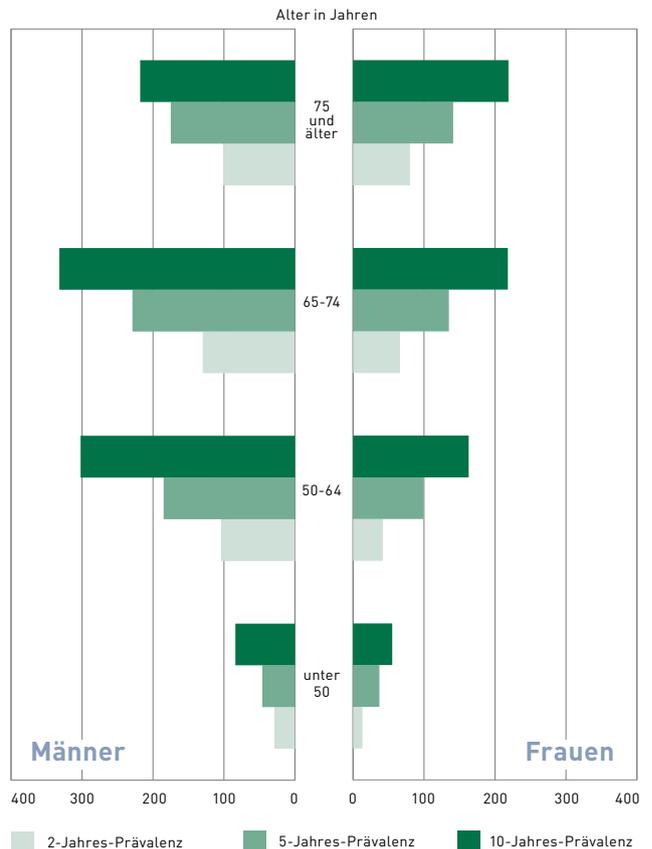


Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer	Frauen
	%	%
UICC I	70	80
UICC II	39	49
UICC III	20	29
UICC IV	5	7
Ohne Angabe	37	35

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	221	0,16	120	0,08
0 bis 49 Jahre	19	0,02	7	0,01
50 bis 64 Jahre	63	0,23	19	0,07
65 bis 74 Jahre	71	0,42	41	0,23
75 Jahre und älter	68	0,66	53	0,32
2-Jahres-Prävalenz	364	0,26	201	0,14
0 bis 49 Jahre	29	0,03	13	0,02
50 bis 64 Jahre	104	0,38	42	0,15
65 bis 74 Jahre	130	0,78	66	0,36
75 Jahre und älter	101	0,99	80	0,49
3-Jahres-Prävalenz	483	0,35	280	0,19
0 bis 49 Jahre	37	0,04	23	0,03
50 bis 64 Jahre	139	0,5	66	0,23
65 bis 74 Jahre	172	1,03	87	0,48
75 Jahre und älter	135	1,32	104	0,63
5-Jahres-Prävalenz	635	0,46	412	0,28
0 bis 49 Jahre	46	0,05	37	0,05
50 bis 64 Jahre	185	0,67	99	0,35
65 bis 74 Jahre	229	1,37	135	0,74
75 Jahre und älter	175	1,71	141	0,86
10-Jahres-Prävalenz	936	0,67	655	0,45
0 bis 49 Jahre	84	0,1	55	0,07
50 bis 64 Jahre	302	1,09	163	0,57
65 bis 74 Jahre	332	1,98	218	1,2
75 Jahre und älter	218	2,13	219	1,33

Gliederung nach Altersgruppen



Darm und Rektum [C18–C21]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	1.216	1.155	378	393
Erwartete Fallzahl 2014	1.244	1.117	348	339
Anteil an Krebs gesamt	12,3%	12,9%	9,4%	11,0%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	74	74	80
Carcinomata in situ	101	91		
Geschlechterverhältnis	1,1 : 1		1 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	87,6	79,9	27,3	27,2
Weltstandard	38,8	28,1	11,2	7,7
Europastandard	58,0	42,2	17,5	12,4
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 2,4 *	- 2,5 *	- 5,0 *	- 4,9 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	4,5	3,1	1,2	0,8
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	34.998 13,3%	29.344 12,9%	13.489 11,4%	12.510 12,5%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	75	74	80
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	60,1	37,7	22,3	13,9

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	91,5%	87,5%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,31	0,34
DCO-Fälle	98	139
DCO-Anteil (%)	8,1%	12,0%
Vollständigkeit	> 95%	> 95%

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Dickdarm (C18)	658	58,9	672	66,1
Rektum incl. Rektosigmoid (C19, C20)	428	38,3	294	28,9
Anus, Analkanal (C21)	32	2,9	50	4,9
Insgesamt	1.118	100,0	1.016	100,0

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome	29	2,6	47	4,6
Adenokarzinome	1.056	94,4	936	92,1
Sonstige Karzinome	30	2,7	28	2,8
Sarkome	1	0,1	1	0,1
Sonstige Neubildungen	3	0,3	4	0,4
Insgesamt	1.119	100,0	1.016	100,0

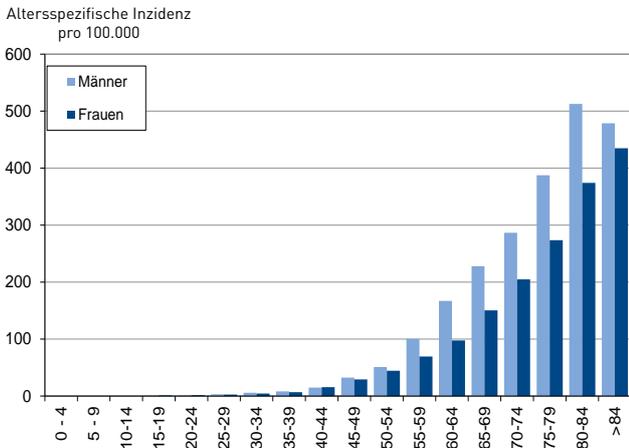
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	120	16,7	101	15,9
II	181	25,1	163	25,7
III	202	28,1	201	31,7
IV	217	30,1	170	26,8
Insgesamt	720	100,0	635	100,0
Ohne Stadienangabe	410	36,3	404	38,9

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung				
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	905	92,4	823	92,4
Strahlentherapie	173	17,7	124	13,9
Chemotherapie	402	41,1	317	35,6
Hormontherapie	1	0,1	1	0,1
Immuntherapie	9	0,9	9	1,0
Sonstige	22	2,2	22	2,5
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	24	2,5	25	2,8

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

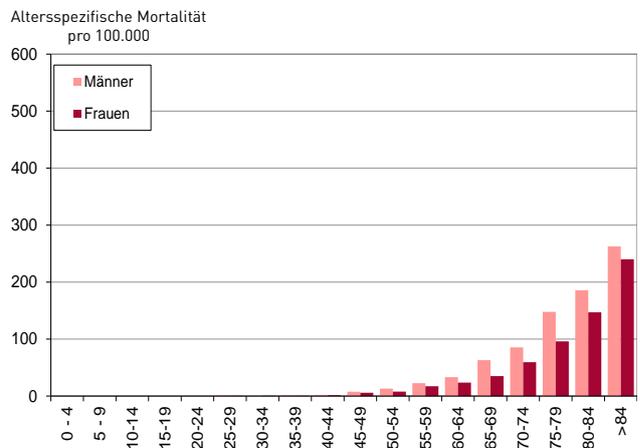
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	63	66
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	71	74
25% älter als ... Jahre	78	83
unter 50 Jahre (%)	6,1	5,9
50 bis 64 Jahre (%)	22,6	16,5
65 bis 74 Jahre (%)	36,2	28,5
75 bis 84 Jahre (%)	27,2	30,0
85 Jahre und älter (%)	7,9	19,2

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	74	80
unter 50 Jahre (%)	4,1	2,5
50 bis 64 Jahre (%)	15,9	11,1
65 bis 74 Jahre (%)	33,6	22,4
75 bis 84 Jahre (%)	32,5	32,9
85 Jahre und älter (%)	13,9	31,2

Risikofaktoren

- Übergewicht, Bewegungsmangel, Tabakkonsum
- ballaststoffarme Ernährung mit hohem Anteil an tierischen Fetten und rotem Fleisch
- chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa)
- Darmpolypen (Adenome)
- genetische Disposition

Symptome Darmkrebs ist in frühen Stadien häufig symptomlos. Später treten Blut im Stuhl, Stuhlnunregelmäßigkeiten (Wechsel von Durchfällen und Verstopfungen) oder durch den Blutverlust verursachte Müdigkeit, Schwäche, Leistungsabfall auf. Im späten Stadium kann es zu Darmverengungen bis hin zum -verschluss kommen.

Früherkennung Seit 2002 besteht im Rahmen des gesetzlichen Früherkennungsprogramms ab dem 55. Lebensjahr die Möglichkeit zweier Darmspiegelungen im Abstand von zehn Jahren. Bereits ab dem 50. bis zum 54. Lebensjahr ist eine jährliche Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl möglich (ab dem 55. Lebensjahr zweijährlich).

Durch die Entfernung von Darmkrebsvorstufen (Polypen) im Rahmen der Früherkennungskoloskopie können Darmkrebserkrankungen verhindert wer-

den. Damit unterscheidet sich die Darmkrebsfrüherkennung von anderen Krebsfrüherkennungsprogrammen, deren Ziel ausschließlich die Diagnose im frühen Stadium ist.

Inzidenz Die Inzidenzraten für Männer in Schleswig-Holstein liegen geringfügig unter, die der Frauen geringfügig über den gesamtdeutschen Zahlen. Über die letzten zehn Jahre sind die Raten um jährlich durchschnittlich 2,5% zurückgegangen. Maligne Darmtumoren sind zu 90% Adenokarzinome und werden in Schleswig-Holstein in allen Tumorstadien etwa gleich häufig diagnostiziert.

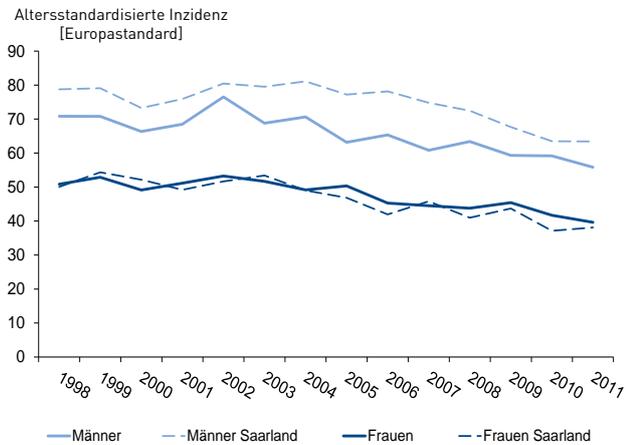
Mortalität Schleswig-Holstein weist mit die geringsten Mortalitätsraten in Deutschland auf. Sie zeigen eine deutlich rückläufige Tendenz (jährlich rund 5%).

Überlebensraten Die Bedeutung einer frühen Diagnose zeigt sich beim Darmkrebs sehr deutlich. Während im Stadium I die 5-Jahres-Überlebensrate bei 94% liegt, beträgt sie für Stadium IV nur noch 16%.

Prävalenz Dass Darmkrebs eine häufige Tumorerkrankung ist, zeigt sich auch in der Prävalenz. Etwa 13.000 Darmkrebspatienten mit Diagnose in den letzten zehn Jahren leben in Schleswig-Holstein.

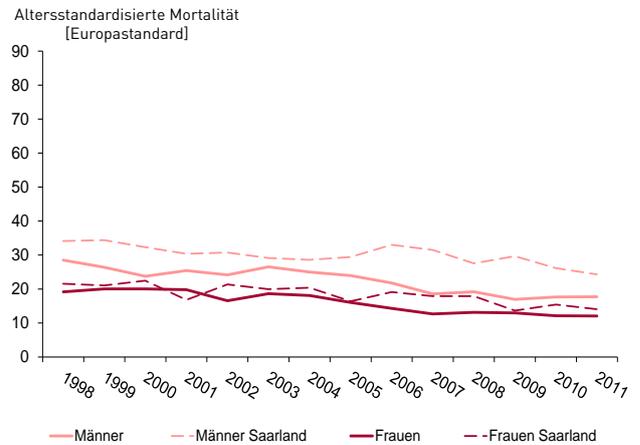
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



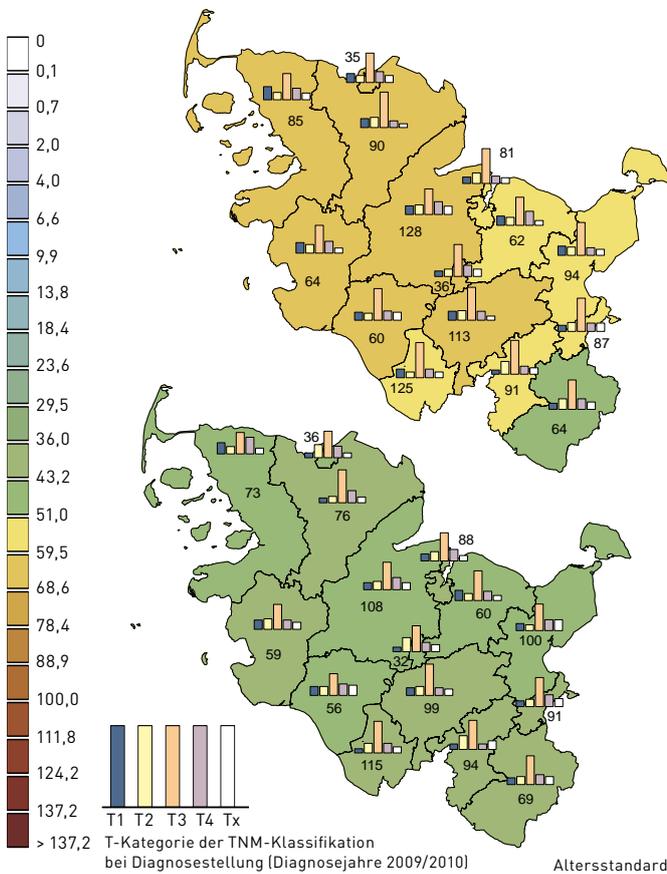
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



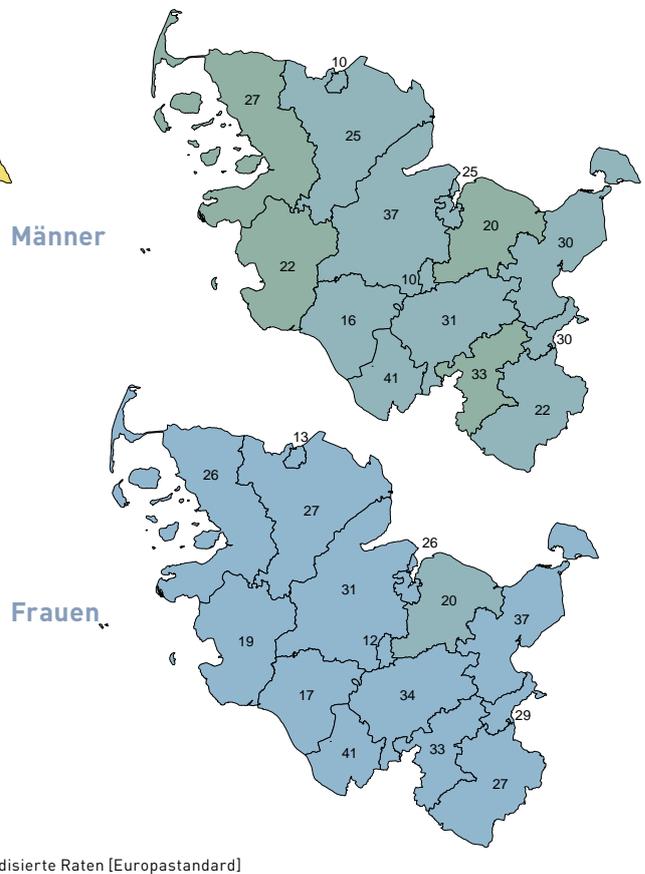
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

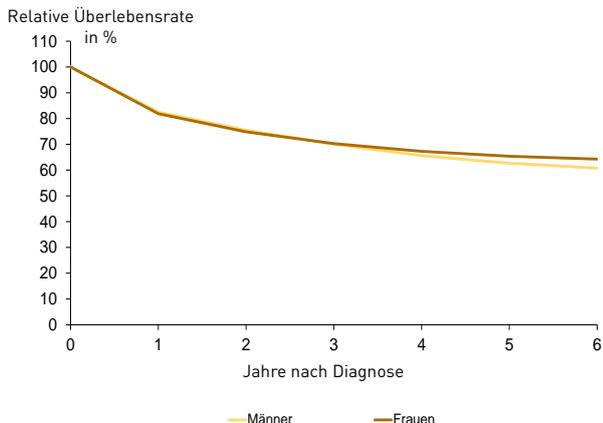
Regionale Verteilung



Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

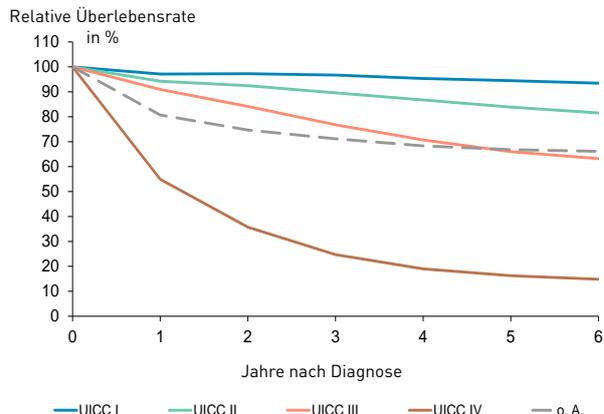
Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	83	82
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	63	65
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	57-68	58-68
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	79	79
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	52	54

Gliederung nach Tumorstadium

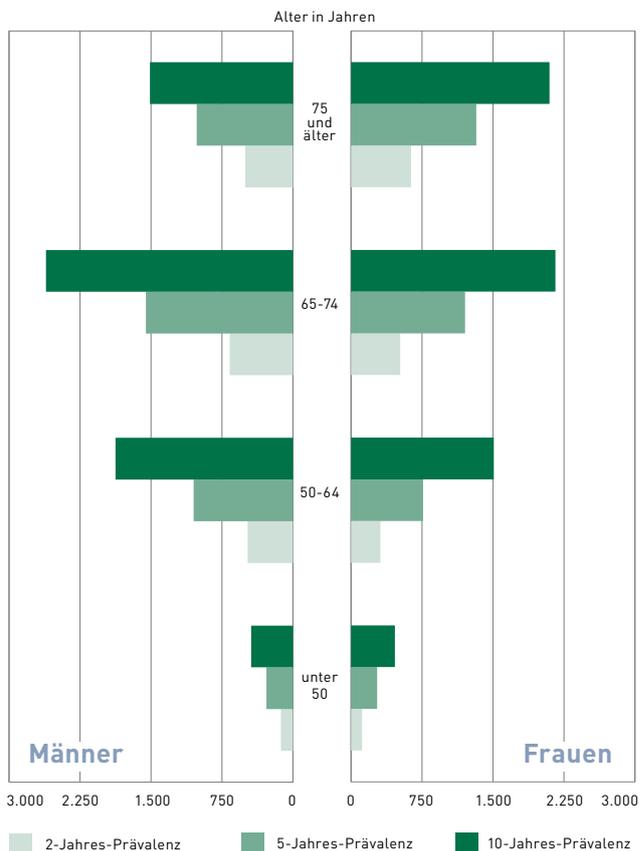


Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer	Frauen
	%	%
UICC I	93	96
UICC II	79	88
UICC III	66	66
UICC IV	16	17
Ohne Angabe	67	67

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	943	0,68	825	0,57
0 bis 49 Jahre	66	0,08	54	0,07
50 bis 64 Jahre	246	0,89	164	0,58
65 bis 74 Jahre	355	2,12	268	1,47
75 Jahre und älter	276	2,7	339	2,06
2-Jahres-Prävalenz	1.774	1,28	1.578	1,09
0 bis 49 Jahre	126	0,15	115	0,14
50 bis 64 Jahre	478	1,73	310	1,09
65 bis 74 Jahre	667	3,98	519	2,85
75 Jahre und älter	503	4,92	634	3,86
3-Jahres-Prävalenz	2.542	1,83	2.313	1,6
0 bis 49 Jahre	188	0,22	174	0,21
50 bis 64 Jahre	672	2,43	475	1,67
65 bis 74 Jahre	974	5,81	767	4,22
75 Jahre und älter	708	6,92	897	5,46
5-Jahres-Prävalenz	3.901	2,81	3.563	2,46
0 bis 49 Jahre	279	0,33	276	0,34
50 bis 64 Jahre	1.049	3,8	761	2,68
65 bis 74 Jahre	1.555	9,27	1.204	6,62
75 Jahre und älter	1.018	9,95	1.322	8,05
10-Jahres-Prävalenz	6.436	4,63	6.227	4,31
0 bis 49 Jahre	441	0,52	462	0,57
50 bis 64 Jahre	1.875	6,79	1.508	5,32
65 bis 74 Jahre	2.610	15,56	2.159	11,87
75 Jahre und älter	1.510	14,77	2.098	12,77

Gliederung nach Altersgruppen



Leber [C22]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	145	67	128	91
Erwartete Fallzahl 2014	184	78	147	107
Anteil an Krebs gesamt	1,5%	0,7%	3,2%	2,6%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	71	72	76
Carcinomata in situ	0	0		
Geschlechterverhältnis	2,2 : 1		1,4 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	10,5	4,6	9,2	6,3
Weltstandard	4,6	1,9	3,8	2,2
Europastandard	6,9	2,7	5,8	3,3
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 1,1	+ 2,7	+ 1,0	+ 3,0
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,6	0,2	0,5	0,2
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	5.604 2,1%	2.288 1,0%	4.856 4,1%	2.534 2,5%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70	75	72	77
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	9,7	3,0	8,1	3,0

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	56,2%	56,7%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,88	1,36
DCO-Fälle	53	23
DCO-Anteil (%)	36,7%	34,8%
Vollständigkeit	84%	87%

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	2	10,5	2	15,4
II	1	5,3	1	7,7
III	6	31,6	3	23,1
IV	10	52,6	7	53,8
Insgesamt	19	100,0	13	100,0
Ohne Stadienangabe	75	79,8	35	72,9

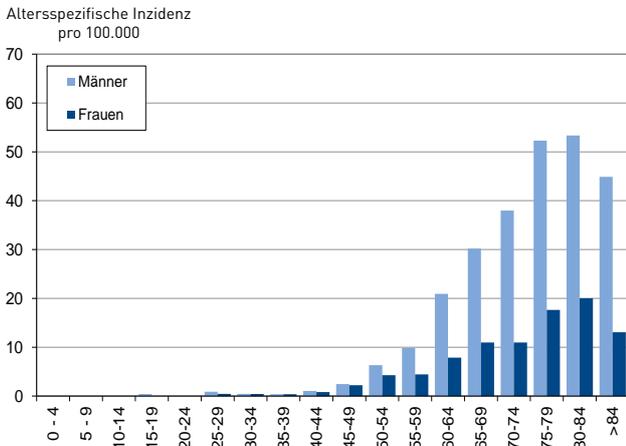
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Hepatozelluläres Karzinom	64	69,6	17	39,5
Cholangiokarzinom	18	19,6	20	46,5
Sonstige Karzinome	5	5,4	3	7,0
Hepatoblastom	0	0,0	0	0,0
Hämangiosarkom	0	0,0	1	2,3
Sonstige oder n.n.bez. Sarkome	0	0,0	0	0,0
Sonstige Neubildungen	5	5,4	2	4,7
Insgesamt	92	100,0	43	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	70		36	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	31	44,3	17	47,2
Chemotherapie	21	30,0	12	33,3
Sonstige	16	22,9	7	19,4
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	15	21,4	6	16,7

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

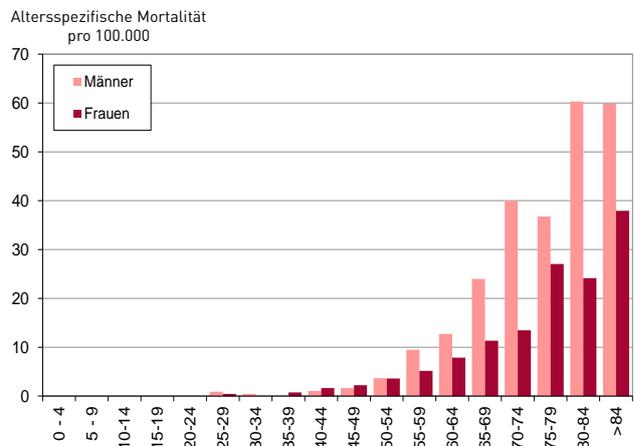
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	64	62
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	71	71
25% älter als ... Jahre	77	79
unter 50 Jahre (%)	4,1	7,0
50 bis 64 Jahre (%)	22,0	22,4
65 bis 74 Jahre (%)	40,1	30,4
75 bis 84 Jahre (%)	27,5	30,4
85 Jahre und älter (%)	6,2	10,0

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	72	76
unter 50 Jahre (%)	3,4	6,2
50 bis 64 Jahre (%)	17,5	16,5
65 bis 74 Jahre (%)	42,7	25,3
75 bis 84 Jahre (%)	27,1	30,8
85 Jahre und älter (%)	9,4	21,3

Den größten Anteil bösartiger Neubildungen der Leber stellen Lebermetastasen (sekundärer Leberkrebs) dar, die ihren Ursprung in anderen Organen haben. Diese werden hier nicht berücksichtigt.

Risikofaktoren

bei hepatozellulärem Karzinom (HCC, Leberzellkrebs)

- chronische Hepatitis (B und C)
- Leberzirrhose
- hoher Alkoholkonsum
- Kontamination mit Schimmelpilzgift (Aflatoxin)
- Einnahme bestimmter Sexualhormone (z.B. Anabolika)
- Diabetes mellitus Typ II

bei cholangiozellulärem Karzinom (CCC, Gallengangskarzinom)

- angeborene Fehlanlagen der Gallenwege
- eine entzündliche Gallenwegserkrankung (primär sklerosierende Cholangitis, PSC)
- Gallengangssteine
- in asiatischen Ländern Parasiten (Leberegel)

Symptome Keine spezifischen bzw. erst im Spätstadium auftretende Symptome (z.B. Druckschmerz im Oberbauch, Wasseransammlungen im Bauch). Im Falle von CCC ist das Leitsymptom der Ikterus (Gelbsucht). Häufig Zufallsdiagnosen.

Früherkennung Es wird keine regelmäßige Früherkennung für Personen ohne besondere Risiko-

faktoren empfohlen. Bei Risikopatienten (Zirrhose, Hepatitis, Fettleberhepatitis) werden halbjährliche Ultraschalluntersuchungen empfohlen.

Inzidenz Die Raten für Schleswig-Holstein sind etwas geringer als die Deutschlandraten. Im zeitlichen Verlauf zeigen sich über die letzten zehn Jahre kaum Veränderungen. Fast die Hälfte aller Erkrankungsfälle sind dem Register nur aufgrund der Todesbescheinigung bekannt. Die Datenqualität ist damit eingeschränkt.

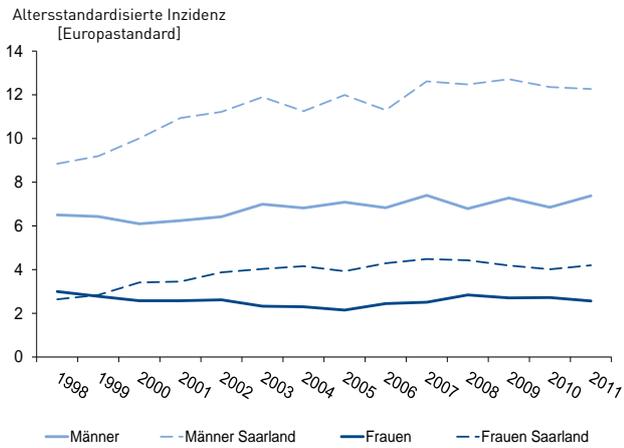
Mortalität Die Mortalitätsraten haben sich in den letzten zehn Jahren kaum verändert. Die Rate der Frauen liegt dabei etwa im Bundesdurchschnitt, während bei Männern die niedrigsten Raten im deutschen Vergleich zu beobachten sind.

Überlebensraten Leberkrebs hat eine sehr ungünstige Prognose. Die Sterblichkeit ist v.a. im ersten Jahr nach Diagnose sehr hoch. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei 18%. Eine differenzierte Analyse nach UICC-Stadien ist aufgrund der relativ kleinen Fallzahlen kaum aussagekräftig.

Prävalenz Niedrige Inzidenz und schlechte Prognose haben zur Folge, dass die 10-Jahres-Prävalenz nur 280 Patienten beträgt.

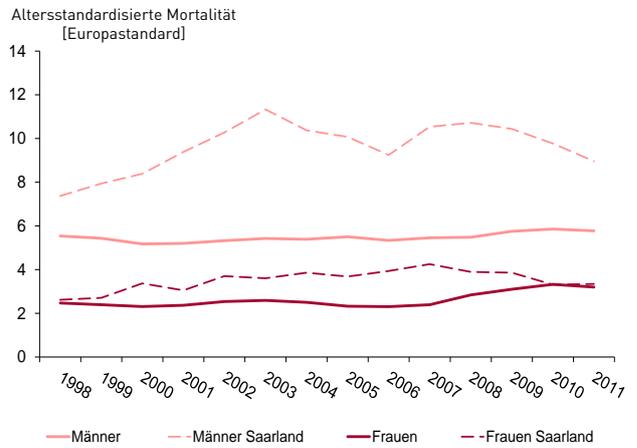
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



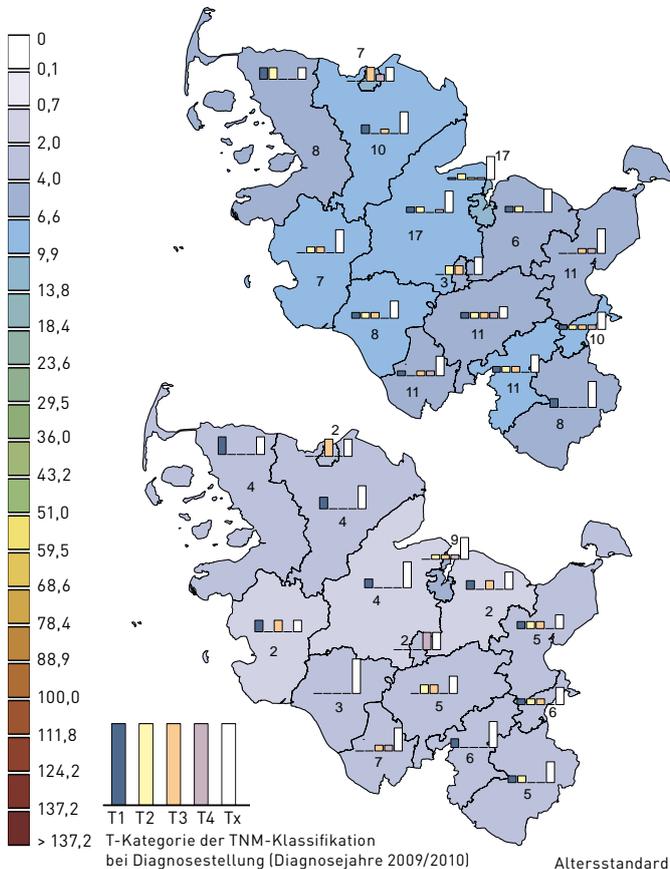
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



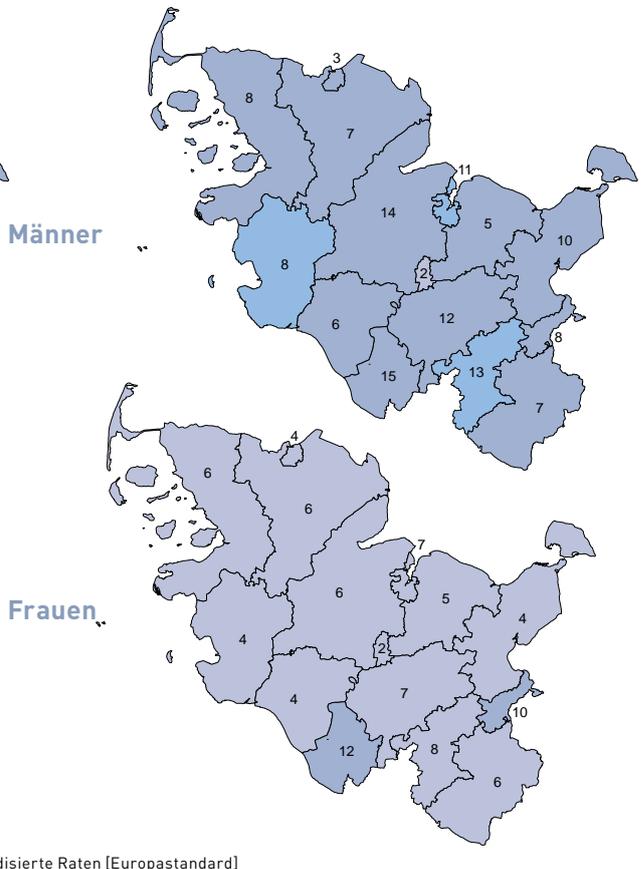
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

Regionale Verteilung



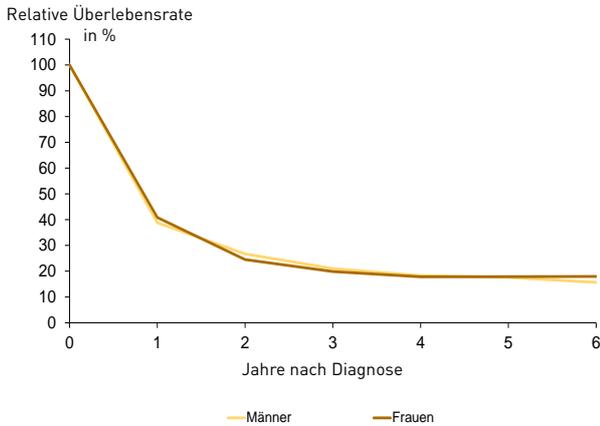
T1 T2 T3 T4 Tx
T-Kategorie der TNM-Klassifikation bei Diagnosestellung (Diagnosejahr 2009/2010)

Altersstandardisierte Raten [Europastandard]

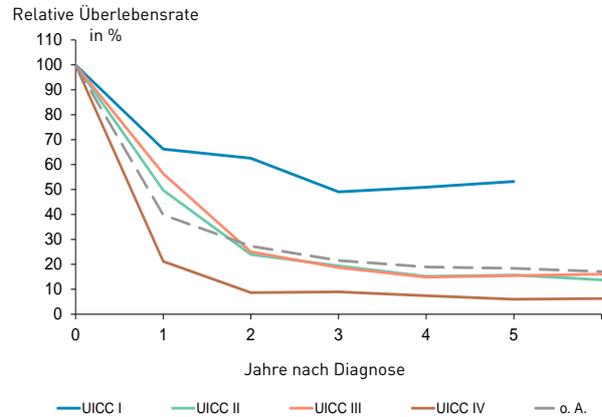
Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Gliederung nach Tumorstadium



Überlebensraten	Männer %	Frauen %
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	39	41
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	18	18
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	11-20	6-19
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	38	40
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	15	15

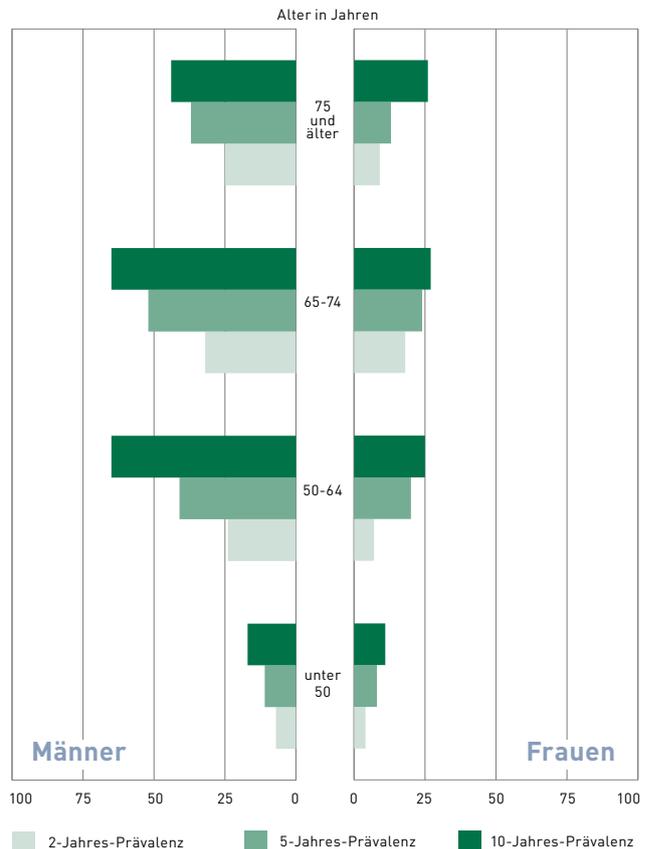
Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer %	Frauen %
UICC I	52	o.A.
UICC II	6	o.A.
UICC III	19	o.A.
UICC IV	o.A.	o.A.
Ohne Angabe	18	19

o.A. Keine Angabe, da Fallzahl zu gering

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	55	0,04	29	0,02
0 bis 49 Jahre	3	0	4	0
50 bis 64 Jahre	16	0,06	5	0,02
65 bis 74 Jahre	17	0,1	13	0,07
75 Jahre und älter	19	0,19	7	0,04
2-Jahres-Prävalenz	88	0,06	38	0,03
0 bis 49 Jahre	7	0,01	4	0
50 bis 64 Jahre	24	0,09	7	0,02
65 bis 74 Jahre	32	0,19	18	0,1
75 Jahre und älter	25	0,24	9	0,05
3-Jahres-Prävalenz	109	0,08	51	0,04
0 bis 49 Jahre	9	0,01	5	0,01
50 bis 64 Jahre	29	0,11	14	0,05
65 bis 74 Jahre	39	0,23	20	0,11
75 Jahre und älter	32	0,31	12	0,07
5-Jahres-Prävalenz	141	0,1	65	0,04
0 bis 49 Jahre	11	0,01	8	0,01
50 bis 64 Jahre	41	0,15	20	0,07
65 bis 74 Jahre	52	0,31	24	0,13
75 Jahre und älter	37	0,36	13	0,08
10-Jahres-Prävalenz	191	0,14	89	0,06
0 bis 49 Jahre	17	0,02	11	0,01
50 bis 64 Jahre	65	0,24	25	0,09
65 bis 74 Jahre	65	0,39	27	0,15
75 Jahre und älter	44	0,43	26	0,16

Gliederung nach Altersgruppen



Bauchspeicheldrüse [C25]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	293	309	263	276
Erwartete Fallzahl 2014	332	363	282	295
Anteil an Krebs gesamt	3,0%	3,4%	6,5%	7,8%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	74	72	76
Carcinomata in situ	1	1		
Geschlechterverhältnis	1 : 1,1		1 : 1,1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	21,1	21,4	18,9	19,1
Weltstandard	9,2	7,4	8,0	6,1
Europastandard	13,8	11,2	12,3	9,6
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 0,2	+ 1,9 *	- 0,7	+ 0,7
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,1	0,9	0,9	0,7
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	8.034 3,0%	7.678 3,4%	7.537 6,4%	7.950 7,9%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	75	72	77
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	13,7	9,8	12,8	9,5

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	57,3%	51,2%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,90	0,89
DCO-Fälle	115	132
DCO-Anteil (%)	39,3%	42,9%
Vollzähligkeit	84%	87%

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Adenokarzinome	154	86,0	138	78,4
Sonstige Karzinome	18	10,1	21	11,9
Sarkome	0	0,0	0	0,0
Sonstige Neubildungen	7	3,9	17	9,7
Insgesamt	179	100,0	176	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	153		150	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	89	58,2	85	56,7
Strahlentherapie	3	2,0	4	2,7
Chemotherapie	90	58,8	87	58,0
Sonstige	12	7,8	11	7,3
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	19	12,4	18	12,0

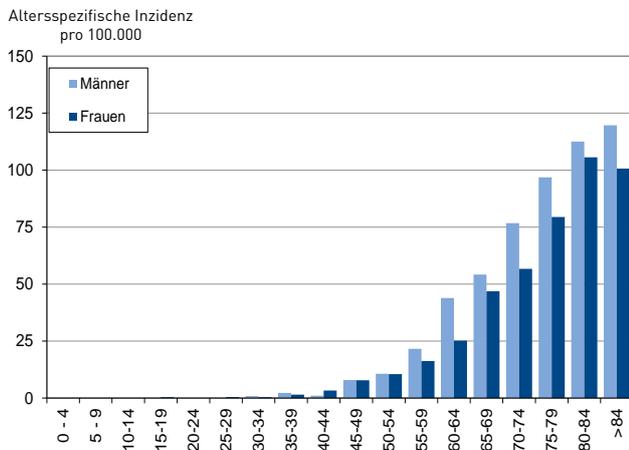
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	3	2,7	6	5,3
II	29	26,4	31	27,4
III	5	4,5	4	3,5
IV	73	66,4	72	63,7
Insgesamt	110	100,0	113	100,0
Ohne Stadienangabe	69	38,5	71	38,6

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Pankreaskopf,-körper,-schwanz, Duct. pancreat. (C25.0-3)	135	76,3	135	76,7
Endokriner Drüsenanteil des Pankreas (C25.4)	0	0,0	1	0,6
Sonst. und nicht näher bezeichn. Lokalisationen (C25.7-9)	42	23,7	40	22,7
Insgesamt	177	100,0	176	100,0

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

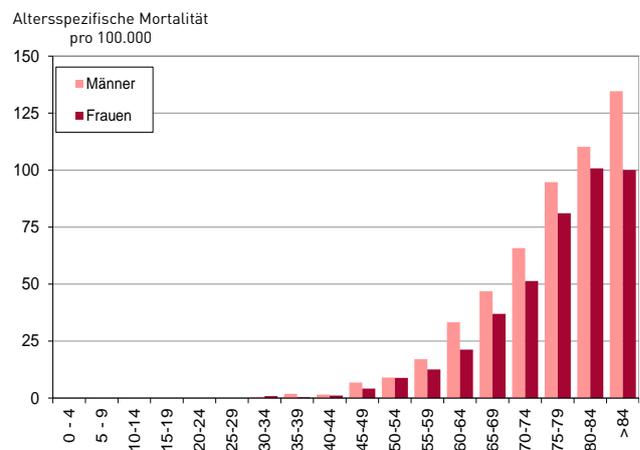
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	64	66
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	71	74
25% älter als ... Jahre	78	82
unter 50 Jahre (%)	4,7	5,1
50 bis 64 Jahre (%)	22,3	15,1
65 bis 74 Jahre (%)	38,2	31,1
75 bis 84 Jahre (%)	26,6	32,1
85 Jahre und älter (%)	8,2	16,6

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	72	76
unter 50 Jahre (%)	4,7	2,7
50 bis 64 Jahre (%)	19,4	13,9
65 bis 74 Jahre (%)	36,6	29,7
75 bis 84 Jahre (%)	29,0	35,3
85 Jahre und älter (%)	10,3	18,5

Risikofaktoren

- Tabak- und Alkoholkonsum
- Diabetes mellitus Typ II
- chronische Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis)
- genetische Disposition

Symptome Meist keine oder nur unspezifische Frühsymptome. Abhängig von der Lage des Tumors in der Bauchspeicheldrüse können im späteren Stadium Gelbsucht (Ikterus), Verdauungsbeschwerden und Gewichtsverlust auftreten.

Früherkennung Besondere Früherkennungsuntersuchungen sind derzeit weder für Personen ohne besondere Risikofaktoren noch für Personen, in deren Familie eine oder mehrere Bauchspeicheldrüsenkrebserkrankungen aufgetreten sind, vorgesehen.

Inzidenz Die altersstandardisierte Inzidenzrate der Männer blieb in den letzten zehn Jahren nahezu unverändert, die der Frauen hingegen hat leicht, um jährlich durchschnittlich 2%, zugenommen. Die entsprechenden Fallzahlen hingegen weisen aufgrund der demografischen Verschiebungen bei beiden Geschlechtern einen Zuwachs von jährlich 2,5 bzw. 3% auf. Das durchschnittliche Erkrankungsalter lag bei Männern drei Jahre niedriger als das der Frauen. Im Vergleich ordnet sich die Rate der Männer etwa auf

dem Niveau und die der Frauen etwa 14% über dem Niveau der Deutschlandschätzung ein. Ca. 80% aller Erkrankungsfälle sind Adenokarzinome. Knapp die Hälfte der Fälle werden dem Register nur über die Todesbescheinigung bekannt, was zum Teil am raschen Fortschreiten und der ungünstigen Prognose der Erkrankung liegt.

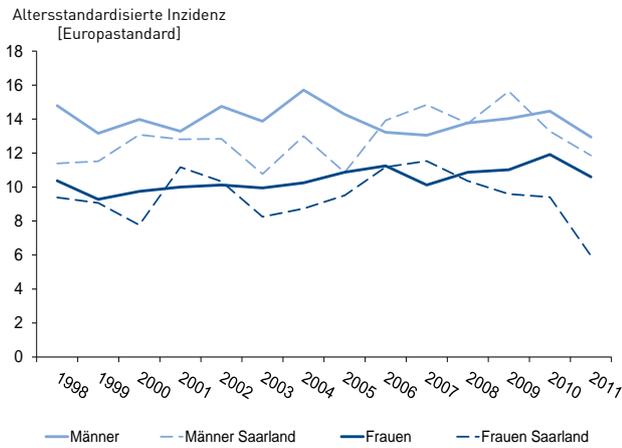
Mortalität Aufgrund der äußerst schlechten Prognose des Pankreaskrebses unterscheiden sich die Mortalitäts- kaum von den Inzidenzraten.

Überlebensraten Mit einer relativen 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von nur 8% (♂) bzw. 10% (♀) weist der Pankreaskrebs, auch wegen frühzeitiger Metastasierung und Infiltration von Nachbarorganen, mit die schlechteste Prognose auf. Bereits im ersten Jahr versterben zwei Drittel der Patienten. Bauchspeicheldrüsenkrebs wird überwiegend in einem sehr späten Stadium entdeckt. Die 5-Jahres-Überlebensrate liegt aber selbst im frühesten Stadium (UICC I) nur bei 16% (♂) bzw. 41% (♀).

Prävalenz Entsprechend der Prognose ist die Prävalenz relativ gering. Etwa 350 Patienten leben in Schleswig-Holstein, deren Diagnose in den letzten drei Jahren erfolgte, bei etwa 520 in den letzten zehn Jahren.

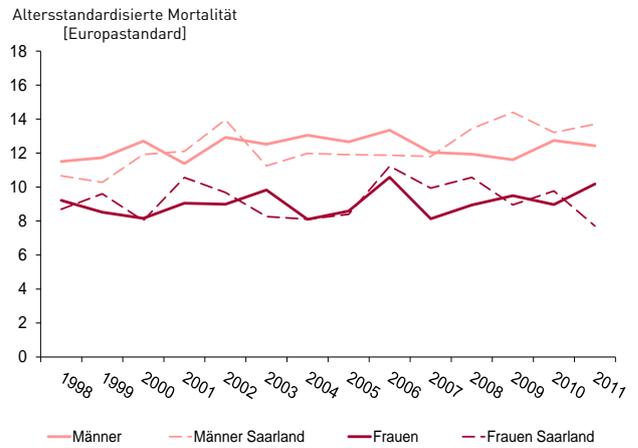
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



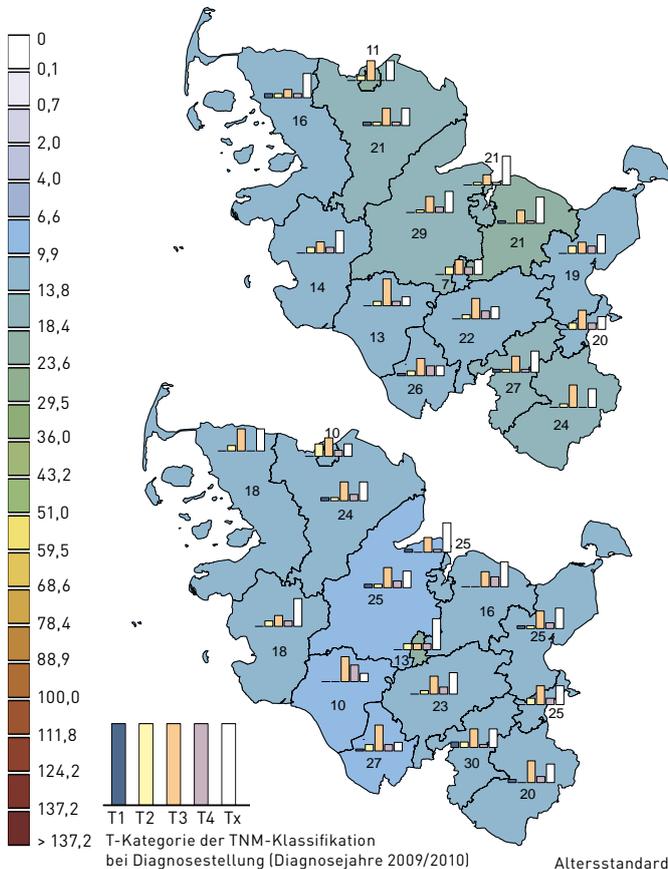
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



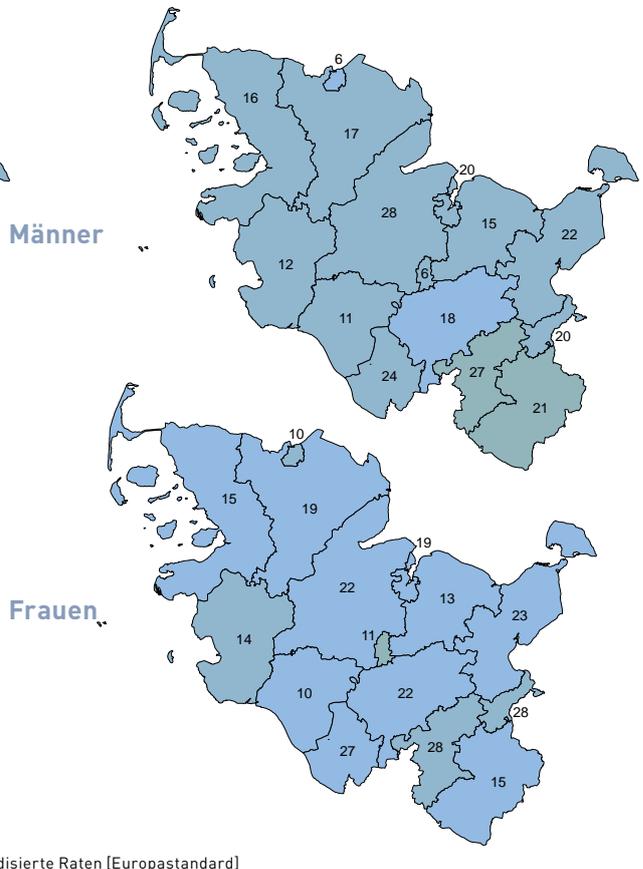
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

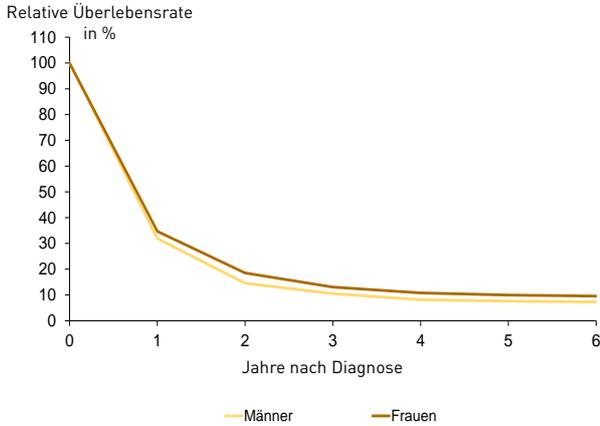
Regionale Verteilung



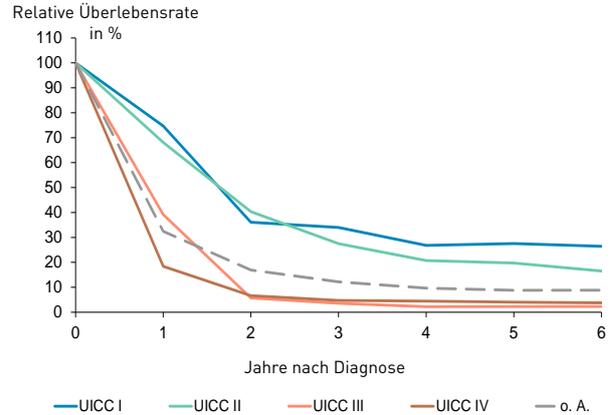
Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Gliederung nach Tumorstadium



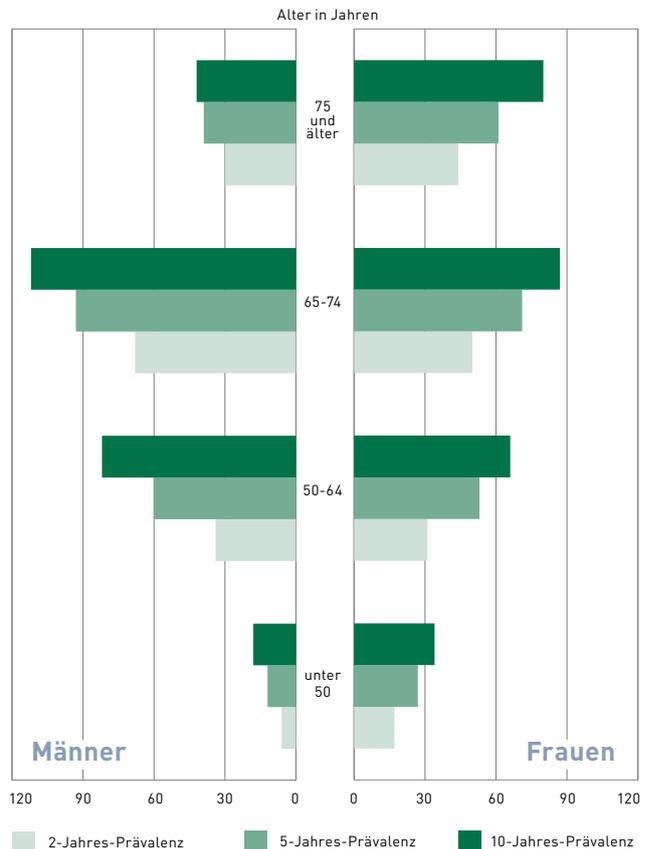
Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	32	35
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	8	10
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	4-11	5-12
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	31	34
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	7	9

Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer	Frauen
	%	%
UICC I	16	41
UICC II	21	19
UICC III	2	2
UICC IV	4	4
Ohne Angabe	7	11

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	99	0,07	80	0,06
0 bis 49 Jahre	4	0	8	0,01
50 bis 64 Jahre	21	0,08	18	0,06
65 bis 74 Jahre	48	0,29	27	0,15
75 Jahre und älter	26	0,25	27	0,16
2-Jahres-Prävalenz	138	0,1	142	0,1
0 bis 49 Jahre	6	0,01	17	0,02
50 bis 64 Jahre	34	0,12	31	0,11
65 bis 74 Jahre	68	0,41	50	0,27
75 Jahre und älter	30	0,29	44	0,27
3-Jahres-Prävalenz	172	0,12	176	0,12
0 bis 49 Jahre	7	0,01	22	0,03
50 bis 64 Jahre	49	0,18	41	0,14
65 bis 74 Jahre	80	0,48	60	0,33
75 Jahre und älter	36	0,35	53	0,32
5-Jahres-Prävalenz	204	0,15	212	0,15
0 bis 49 Jahre	12	0,01	27	0,03
50 bis 64 Jahre	60	0,22	53	0,19
65 bis 74 Jahre	93	0,55	71	0,39
75 Jahre und älter	39	0,38	61	0,37
10-Jahres-Prävalenz	254	0,18	267	0,18
0 bis 49 Jahre	18	0,02	34	0,04
50 bis 64 Jahre	82	0,3	66	0,23
65 bis 74 Jahre	112	0,67	87	0,48
75 Jahre und älter	42	0,41	80	0,49

Gliederung nach Altersgruppen



Kehlkopf [C32]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	108	20	31	7
Erwartete Fallzahl 2014	107	24	32	10
Anteil an Krebs gesamt	1,1%	0,2%	0,8%	0,2%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	67	66	69	74
Carcinomata in situ	6	1		
Geschlechterverhältnis	5,4 : 1		4,4 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	7,8	1,4	2,2	0,5
Weltstandard	3,9	0,7	1,1	0,2
Europastandard	5,5	0,9	1,5	0,3
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 4,6 *	+ 1,4	- 5,3 *	+ 6,7
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,5	0,1	0,1	< 0,1
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	3.284 1,2%	382 0,2%	1.261 1,1%	188 0,2%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	66	65	69	70
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	6,1	0,6	2,2	0,3

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	83,1%	80,0%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,29	0,35
DCO-Fälle	17,33	4
DCO-Anteil (%)	16,0%	20,0%
Vollzähligkeit	> 95%	> 95%

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Glottis (C32.0)	57	62,6	6	37,5
Supraglottis (C32.1)	18	19,8	6	37,5
Subglottis (C32.2)	2	2,2	1	6,3
Sonstige u. n.n.bez. Teile (C32.3-9)	14	15,4	3	18,8
Insgesamt	91	100,0	16	100,0

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome	87	95,6	16	100,0
Adenokarzinome	1	1,1	0	0,0
Sonstige Karzinome	2	2,2	0	0,0
Sarkome	1	1,1	0	0,0
Sonstige Neubildungen	0	0,0	0	0,0
Insgesamt	91	100,0	16	100,0

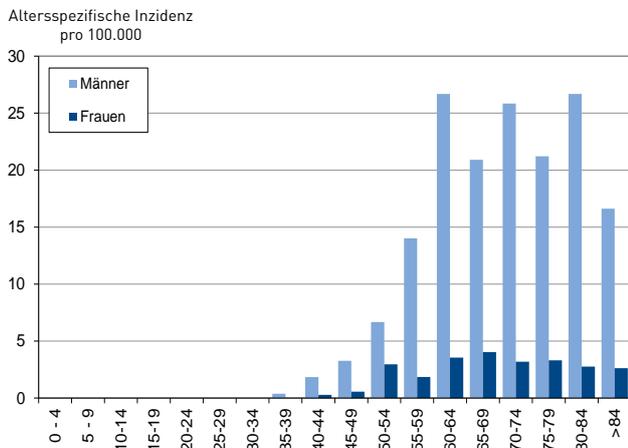
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	12	24,0	3	21,4
II	7	14,0	3	21,4
III	10	20,0	1	7,1
IV	21	42,0	7	50,0
Insgesamt	50	100,0	14	100,0
Ohne Stadienangabe	45	47,4	4	22,2

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	63		13	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	58	92,1	12	92,3
Strahlentherapie	27	42,9	5	38,5
Chemotherapie	15	23,8	3	23,1
Sonstige	2	3,2	0	0,0
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	1	1,6	0	0,0

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

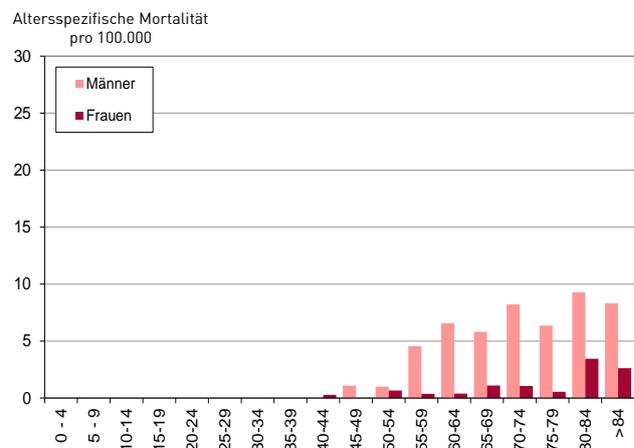
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	60	58
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	67	66
25% älter als ... Jahre	73	74
unter 50 Jahre (%)	6,2	5,0
50 bis 64 Jahre (%)	37,5	38,3
65 bis 74 Jahre (%)	36,9	33,3
75 bis 84 Jahre (%)	16,3	16,7
85 Jahre und älter (%)	3,1	6,7

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	69	74
unter 50 Jahre (%)	4,3	4,8
50 bis 64 Jahre (%)	33,3	19,1
65 bis 74 Jahre (%)	38,7	28,6
75 bis 84 Jahre (%)	18,3	28,6
85 Jahre und älter (%)	5,4	19,1

Risikofaktoren

- Tabakrauch
- Alkoholkonsum (v.a. in Verbindung mit Tabak)
- berufliche Exposition z.B. durch Asbest, Nickel und polyzyklische Kohlenwasserstoffe

Symptome In Abhängigkeit von der genauen Lokalisation kann es bereits im Frühstadium zu anhaltender Heiserkeit kommen. Weitere Symptome sind Fremdkörpergefühl im Hals, ungeklärte Schluckstörungen, Atemnot oder unklare Hals- und Ohrenschmerzen.

Früherkennung Für Personen ohne besondere Risikofaktoren werden keine regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen empfohlen.

Inzidenz Männer sind vom Kehlkopfkrebs erheblich häufiger betroffen als Frauen. Das mittlere Erkrankungsalter von 67 Jahren (♀ = 66 Jahre) liegt für Krebserkrankungen relativ niedrig. Während Raten und Fallzahlen bei Frauen im zeitlichen Verlauf nahezu konstant sind, ist bei Männern in den letzten zehn Jahren ein signifikanter Rückgang der Raten von 4,6% jährlich und trotz demografischer Verschiebungen von 2,7% bei den Fallzahlen zu beobachten. Die Raten beider Geschlechter zeigen eine Übereinstimmung mit den gesamtdeutschen Zahlen.

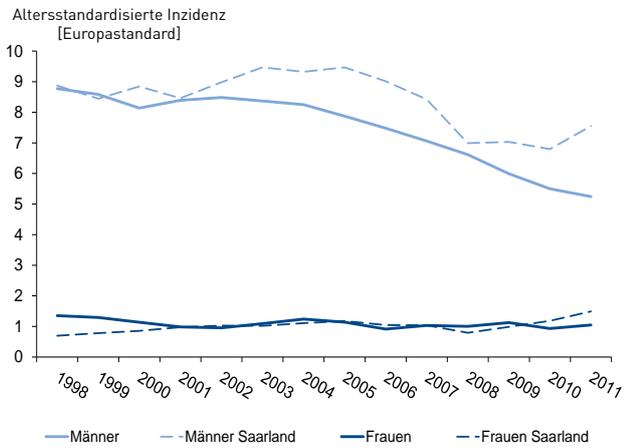
Mortalität Auch die Mortalitätsraten bei Männern in Schleswig-Holstein sinken deutlich (-5% durchschnittlich pro Jahr). Für die Jahre 2009 bis 2011 weist die Mortalitätsrate bei Männern mit die geringsten Werte in Deutschland auf und liegt – bei insgesamt allerdings kleinen Fallzahlen – rund 30% unter der Deutschlandrate.

Überlebensraten Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten liegen bei 70 % (♂) bzw. 69% (♀). Bei der Mehrheit der Kehlkopftumoren handelt es sich um Tumoren der Glottis (Stimmbandkarzinom), die wegen der symptomatischen anhaltenden Heiserkeit häufig früh diagnostiziert und behandelt werden können. Das zeigt sich auch an der guten Prognose im UICC-Stadium I. Die Kurven der absoluten und der relativen Überlebensrate zeigen einen fast linearen Verlauf. Das erste Jahr nach Diagnose ist also nicht von einer überdurchschnittlichen Sterblichkeit gekennzeichnet.

Prävalenz Der Unterschied in der Inzidenz zwischen den Geschlechtern spiegelt sich auch in der Prävalenz wider – ca. 700 Männer und etwa 100 Frauen leben derzeit in Schleswig-Holstein mit einer Kehlkopfkrebsdiagnose, die in den letzten zehn Jahren gestellt wurde.

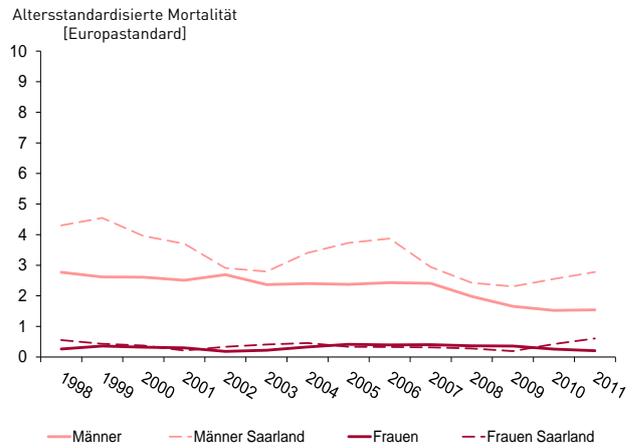
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



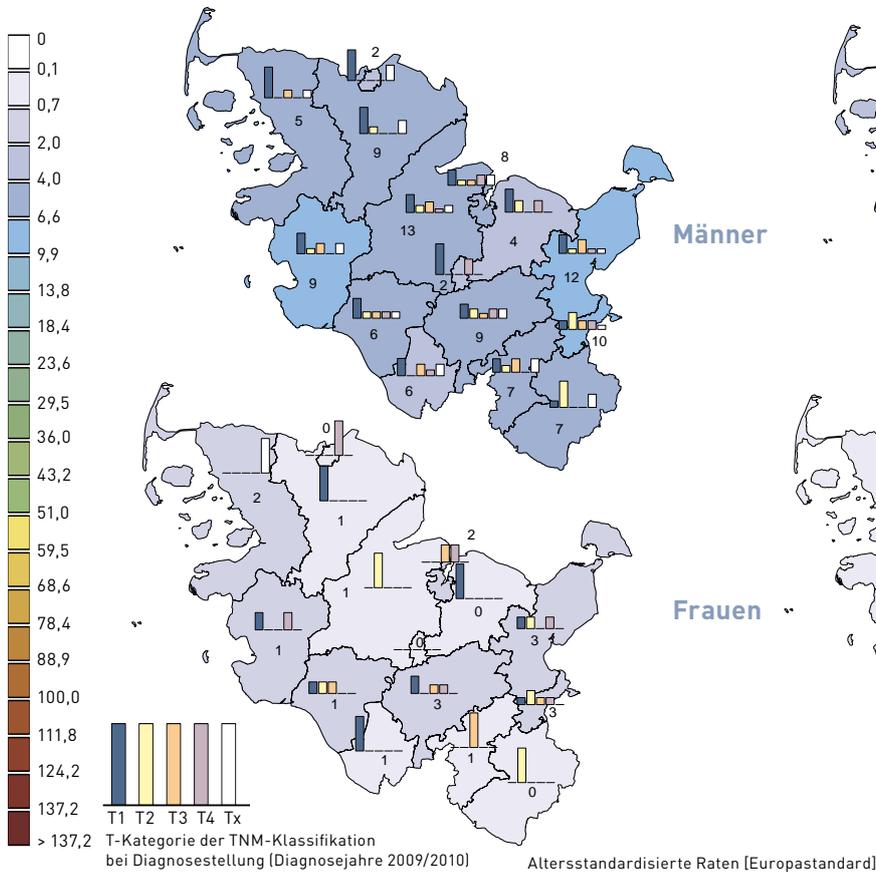
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



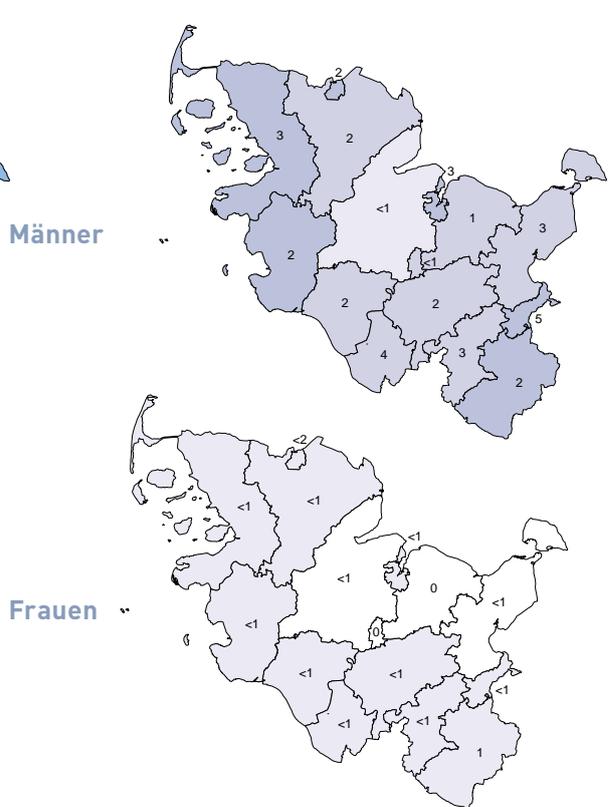
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

Regionale Verteilung



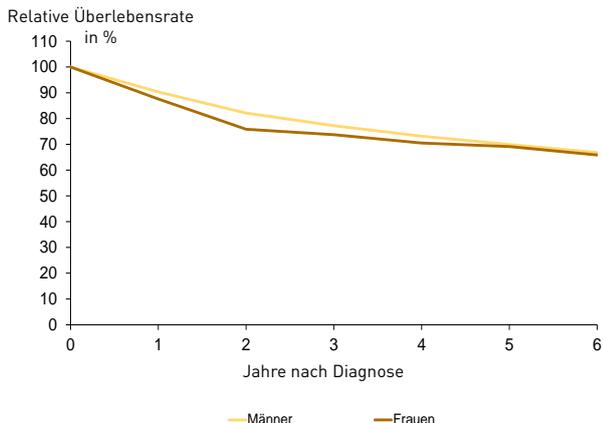
Die Einföhrung der Inzidenzkarten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Inzidenzraten der Jahre 2009 bis 2011.

Die Zahlen in den Inzidenzkarten sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen 2009 bis 2011.

Die Angaben zur Mortalität beziehen sich auf den Zeitraum 2007-2011. (<1 bedeutet: weniger als ein Fall, aber mehr als kein Fall durchschnittlich pro Jahr)

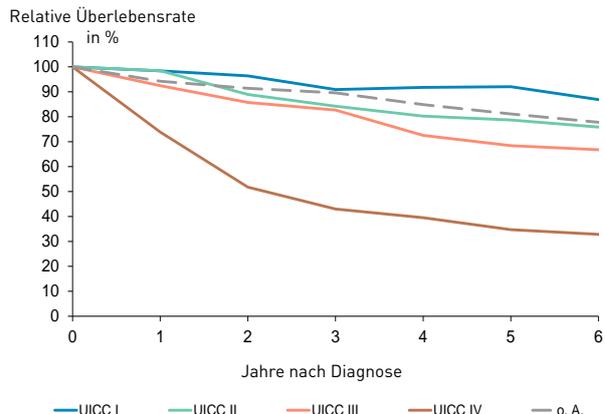
Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Überlebensraten	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	90	90	88	88
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	70	70	69	69
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	56-70	56-70	65	65
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	88	88	86	86
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	62	62	62	62

Gliederung nach Tumorstadium

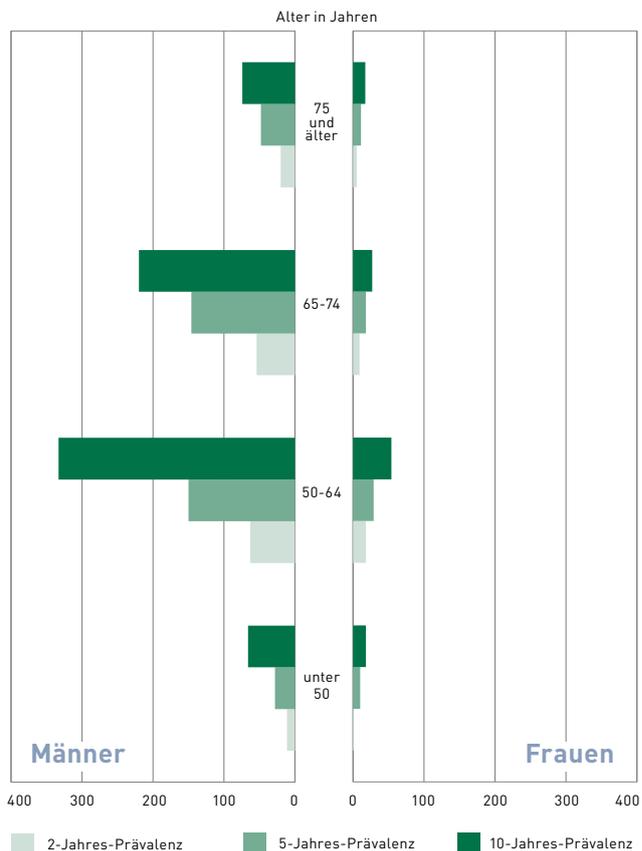


Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
UICC I	94	94	80	80
UICC II	77	77	88	88
UICC III	68	68	71	71
UICC IV	32	32	46	46
Ohne Angabe	82	82	75	75

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	74	0,05	15	0,01
0 bis 49 Jahre	5	0,01	1	0
50 bis 64 Jahre	39	0,14	7	0,02
65 bis 74 Jahre	24	0,14	6	0,03
75 Jahre und älter	6	0,06	1	0,01
2-Jahres-Prävalenz	148	0,11	33	0,02
0 bis 49 Jahre	11	0,01	1	0
50 bis 64 Jahre	63	0,23	18	0,06
65 bis 74 Jahre	54	0,32	9	0,05
75 Jahre und älter	20	0,2	5	0,03
3-Jahres-Prävalenz	222	0,16	43	0,03
0 bis 49 Jahre	17	0,02	1	0
50 bis 64 Jahre	91	0,33	19	0,07
65 bis 74 Jahre	85	0,51	16	0,09
75 Jahre und älter	29	0,28	7	0,04
5-Jahres-Prävalenz	372	0,27	68	0,05
0 bis 49 Jahre	28	0,03	10	0,01
50 bis 64 Jahre	150	0,54	29	0,1
65 bis 74 Jahre	146	0,87	18	0,1
75 Jahre und älter	48	0,47	11	0,07
10-Jahres-Prävalenz	693	0,5	116	0,08
0 bis 49 Jahre	66	0,08	18	0,02
50 bis 64 Jahre	333	1,21	54	0,19
65 bis 74 Jahre	220	1,31	27	0,15
75 Jahre und älter	74	0,72	17	0,1

Gliederung nach Altersgruppen



Lunge [C33–C34]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	1.386	759	1.056	561
Erwartete Fallzahl 2014	1.485	931	1.045	628
Anteil an Krebs gesamt	14,0%	8,5%	26,2%	15,8%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70	68	71	70
Carcinomata in situ	2	0		
Geschlechterverhältnis	1,8 : 1		1,9 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	99,8	52,5	76,1	38,8
Weltstandard	45,1	24,0	33,3	16,3
Europastandard	66,5	34,2	50,0	23,6
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 1,4 *	+ 3,3 *	- 2,5 *	+ 1,8 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	5,8	3,0	4,1	2,0
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	34.140 12,9%	15.981 7,0%	29.381 24,9%	13.627 13,6%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70	69	71	71
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	59,1	24,9	49,9	19,8

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	76,6%	78,0%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,76	0,74
DCO-Fälle	291	151
DCO-Anteil (%)	21,0%	19,9%
Vollzähligkeit	> 95%	89%

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Luftröhre (C33)	1	0,1	0	0,0
Bronchien und Lunge (C34)	1.093	99,9	608	100,0
Insgesamt	1.094	100,0	608	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	946		529	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	298	31,5	164	31,0
Strahlentherapie	331	35,0	204	38,6
Chemotherapie	618	65,3	353	66,7
Immuntherapie	5	0,5	3	0,6
Sonstige	36	3,8	25	4,7
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	106	11,2	50	9,5

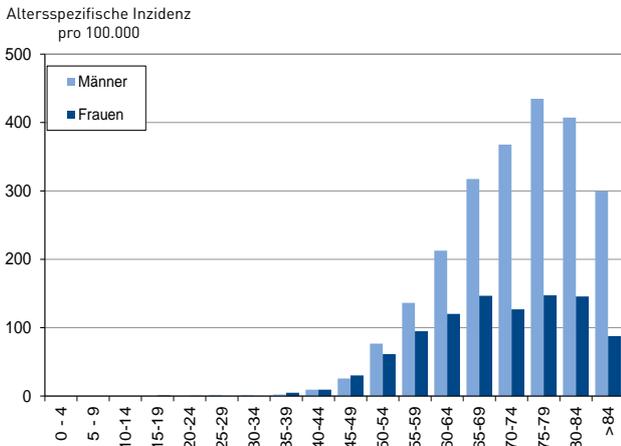
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	77	10,3	48	11,5
II	45	6,0	22	5,3
III	177	23,6	84	20,2
IV	451	60,1	262	63,0
Insgesamt	750	100,0	416	100,0
Ohne Stadienangabe	348	31,7	185	30,8

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome	339	31,0	94	15,5
Adenokarzinome	376	34,4	272	44,7
Kleinzellige Karzinome	204	18,6	143	23,5
Großzellige Karzinome	72	6,6	41	6,7
Andere näher bez. Karzinome	80	7,3	44	7,2
Sarkome	1	0,1	1	0,2
Sonstige Neubildungen	22	2,0	13	2,1
Insgesamt	1.094	100,0	608	100,0

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

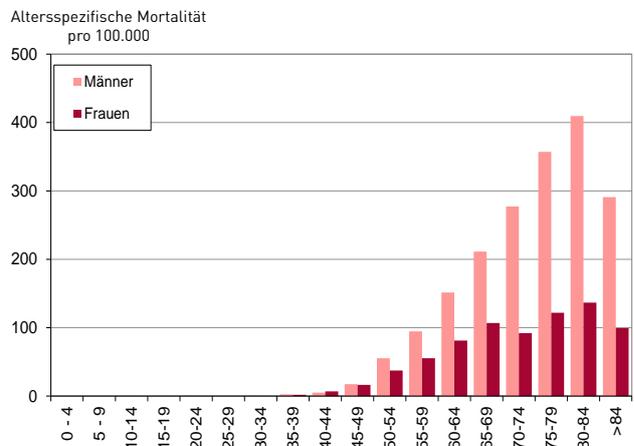
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	63	59
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	70	68
25% älter als ... Jahre	75	75
unter 50 Jahre (%)	3,5	6,9
50 bis 64 Jahre (%)	26,7	32,9
65 bis 74 Jahre (%)	42,3	33,3
75 bis 84 Jahre (%)	23,2	21,0
85 Jahre und älter (%)	4,3	5,9

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	71	70
unter 50 Jahre (%)	3,0	5,3
50 bis 64 Jahre (%)	24,8	27,9
65 bis 74 Jahre (%)	39,6	32,8
75 bis 84 Jahre (%)	27,1	24,9
85 Jahre und älter (%)	5,5	9,0

Risikofaktoren

- Tabakrauch (mit deutlichem Abstand Hauptrisikofaktor)
- Asbest, Radon, polyzyklische Kohlenwasserstoffe, Quarz- und Nickelstäube
- Vireninfektionen (z.B. Epstein-Barr-Virus, humane Papillomaviren)
- genetische Disposition

Symptome Keine oder kaum Frühsymptome, später trockener Husten, Gewichtsverlust, Atemnot, Schmerzen im Brustkorb, Bluthusten

Früherkennung Zur Zeit stehen keine zuverlässigen nebenwirkungsarme Tests zur Frühdiagnose in der Praxis zur Verfügung. Der Nutzen regelmäßiger computertomografischer Untersuchungen zur Früherkennung ist noch nicht belegt und wird nach den aktuellen Leitlinien weder für Risiko- noch für Nichtrisikopersonen empfohlen.

Inzidenz Klinisch werden bei Lungentumoren überwiegend kleinzellige (SCLC) und nicht-kleinzellige (NSCLC) Karzinome differenziert, histologisch gibt es weitere Unterscheidungen.

Lungenkrebs gehört bei beiden Geschlechtern zu den drei häufigsten Krebsarten. Seit Jahren lässt sich beobachten, dass das Erkrankungsrisiko für

Männer sinkt (-1,4% jährlich), während es bei Frauen steigt (+3,3% jährlich). Aufgrund der demografischen Verschiebungen steigen jedoch die Fallzahlen bei beiden Geschlechtern. Trotz unterschiedlicher Entwicklungen sind Männer etwa doppelt so häufig betroffen wie Frauen.

Im nationalen Vergleich liegen die schleswig-holsteinischen Raten sowohl bei Männern (+15%) als auch bei Frauen (+40%) über dem Deutschlandwert.

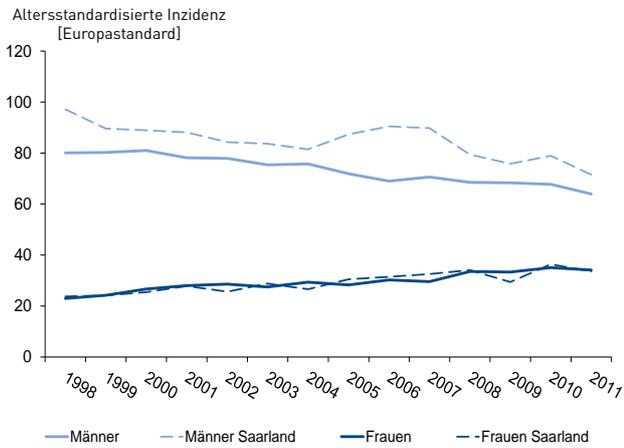
Mortalität Die unterschiedlichen Verläufe zeigen sich auch bei den Mortalitätsraten — Männer -2,5% jährlich etwa auf Deutschlandniveau, Frauen +1,8% mit 20% über dem Deutschlandniveau.

Überlebensraten Die Prognose beim Lungenkarzinom wird durch den hohen Anteil spät diagnostizierter, bereits metastasierter Tumoren gekennzeichnet. Während die 5-Jahres-Überlebensrate im UICC-Stadium I bei 56% (♂) bzw. 73% (♀) liegt, ist der Wert im UICC-Stadium IV bei rund 5%.

Prävalenz Trotz der schlechten Prognose ist die Prävalenz aufgrund der hohen Inzidenz vergleichsweise hoch. Etwa 3.500 Lungenkrebspatienten mit Diagnose in den letzten zehn Jahren leben in Schleswig-Holstein.

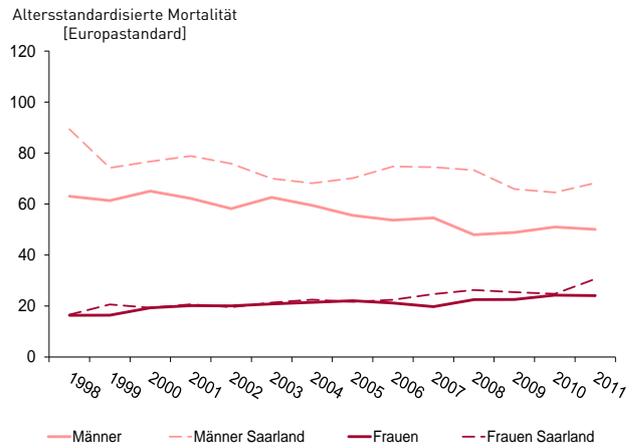
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



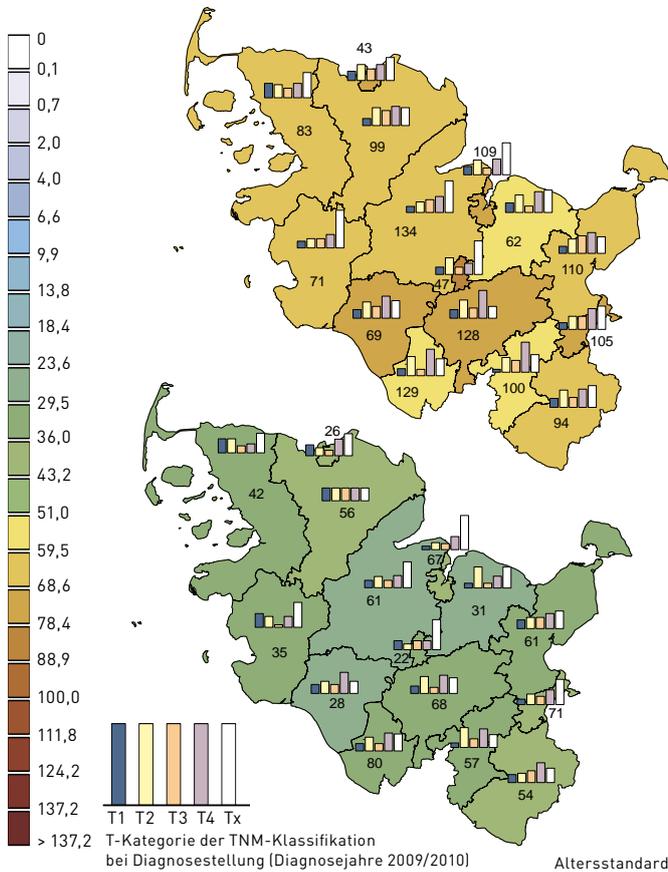
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



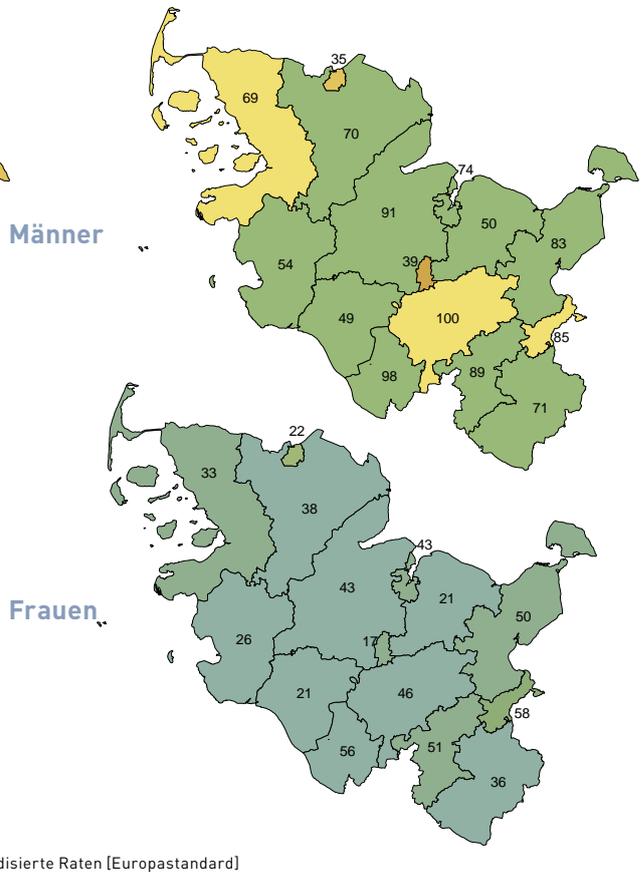
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

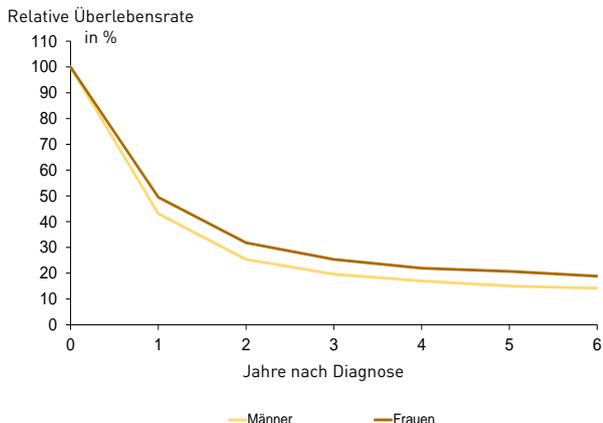
Regionale Verteilung



Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

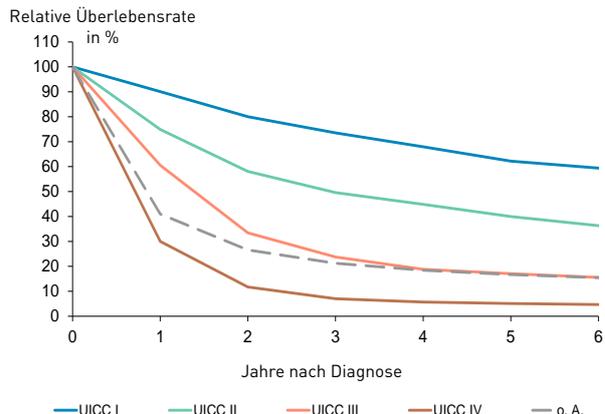
Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Überlebensraten	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	43	43	49	49
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	15	15	21	21
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland		14-19		17-28
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	42		49	
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	13		19	

Gliederung nach Tumorstadium

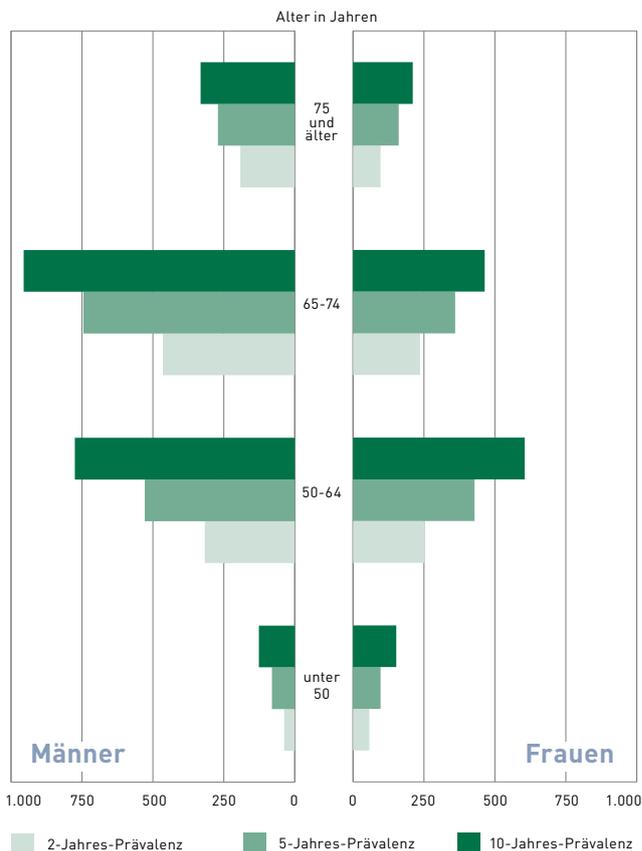


Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
UICC I	56	56	73	73
UICC II	39	39	41	41
UICC III	15	15	22	22
UICC IV	4	4	6	6
Ohne Angabe	15	15	20	20

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	646	0,46	408	0,28
0 bis 49 Jahre	23	0,03	34	0,04
50 bis 64 Jahre	187	0,68	151	0,53
65 bis 74 Jahre	308	1,84	158	0,87
75 Jahre und älter	128	1,25	65	0,4
2-Jahres-Prävalenz	1.011	0,73	641	0,44
0 bis 49 Jahre	37	0,04	57	0,07
50 bis 64 Jahre	317	1,15	251	0,88
65 bis 74 Jahre	465	2,77	236	1,3
75 Jahre und älter	192	1,88	97	0,59
3-Jahres-Prävalenz	1.258	0,9	802	0,55
0 bis 49 Jahre	55	0,07	72	0,09
50 bis 64 Jahre	392	1,42	325	1,15
65 bis 74 Jahre	583	3,48	284	1,56
75 Jahre und älter	228	2,23	121	0,74
5-Jahres-Prävalenz	1.625	1,17	1.046	0,72
0 bis 49 Jahre	80	0,09	97	0,12
50 bis 64 Jahre	529	1,92	428	1,51
65 bis 74 Jahre	745	4,44	360	1,98
75 Jahre und älter	271	2,65	161	0,98
10-Jahres-Prävalenz	2.189	1,57	1.431	0,99
0 bis 49 Jahre	126	0,15	152	0,19
50 bis 64 Jahre	775	2,81	605	2,13
65 bis 74 Jahre	956	5,7	464	2,55
75 Jahre und älter	332	3,25	210	1,28

Gliederung nach Altersgruppen



Malignes Melanom der Haut [C43]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	338	351	43	32
Erwartete Fallzahl 2014	388	379	43	30
Anteil an Krebs gesamt	3,4%	3,9%	1,1%	0,9%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	67	60	70	71
Carcinomata in situ	151	206		
Geschlechterverhältnis	1 : 1		1,3 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	24,3	24,3	3,1	2,2
Weltstandard	12,4	14,6	1,5	0,9
Europastandard	17,3	18,5	2,1	1,3
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 0,3	- 0,3	- 3,1	- 4,9
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,4	1,5	0,2	0,1
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	9.852 3,7%	9.753 4,3%	1.568 1,3%	1.143 1,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	66	59	71	73
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	18,4	18,0	2,7	1,6

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	91,3%	93,9%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,13	0,09
DCO-Fälle	25	19
DCO-Anteil (%)	7,3%	5,3%
Vollständigkeit	> 95%	> 95%

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Akral-lentiginöses Melanom	3	1,0	6	1,8
Lentigo-maligna-Melanom	20	6,4	19	5,7
Noduläres Melanom	38	12,2	28	8,4
Superfiziell spreitendes Melanom	149	47,8	169	50,9
Sonstige Melanome	102	32,7	110	33,1
Insgesamt	312	100,0	332	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	254		278	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	252	99,2	275	98,9
Strahlentherapie	3	1,2	4	1,4
Chemotherapie	5	2,0	4	1,4
Immuntherapie	3	1,2	3	1,1
Sonstige	8	3,1	8	2,9
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	0	0,0	2	0,7

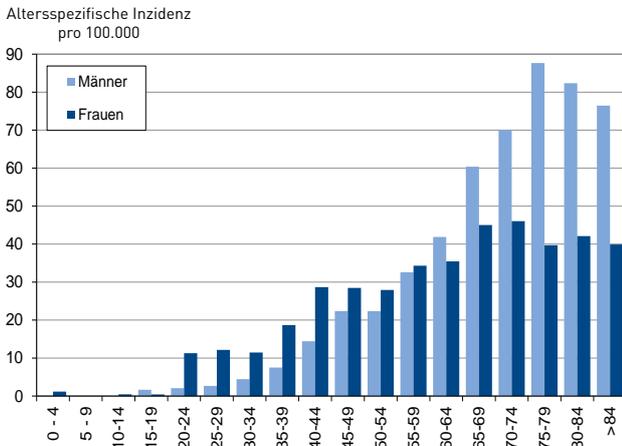
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	59	67,0	61	77,2
II	15	17,0	8	10,1
III	6	6,8	5	6,3
IV	8	9,1	5	6,3
Insgesamt	88	100,0	79	100,0
Ohne Stadienangabe	222	71,6	248	75,8

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Lippenhaut (C43.0)	1	0,3	0	0,0
Haut des Augenlides (C43.1)	1	0,3	1	0,3
Äußeres Ohr (C43.2)	6	1,9	3	0,9
Gesichtshaut (C43.3)	24	7,7	22	6,6
Behaarter Kopf und Hals (C43.4)	17	5,4	8	2,4
Haut des Stammes (C43.5)	142	45,5	94	28,3
Arm und Schulter (C43.6)	72	23,1	83	25,0
Bein und Hüfte (C43.7)	37	11,9	111	33,4
Regionen überlappend (C43.8)	0	0,0	0	0,0
Haut, nicht näher bezeichnet (C43.9)	12	3,8	10	3,0
Insgesamt	312	100,0	332	100,0

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

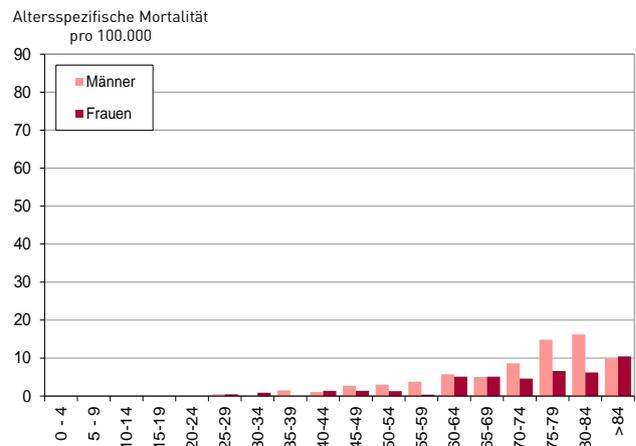
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	55	46
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	67	60
25% älter als ... Jahre	74	71
unter 50 Jahre (%)	18,0	32,1
50 bis 64 Jahre (%)	25,2	25,5
65 bis 74 Jahre (%)	33,1	24,0
75 bis 84 Jahre (%)	19,3	12,6
85 Jahre und älter (%)	4,5	5,8

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	70	71
unter 50 Jahre (%)	14,8	13,7
50 bis 64 Jahre (%)	25,8	19,0
65 bis 74 Jahre (%)	27,3	28,4
75 bis 84 Jahre (%)	27,3	22,1
85 Jahre und älter (%)	4,7	16,8

Risikofaktoren

- UV-Exposition durch Sonne und Solarien, insbesondere in der Kindheit und Jugend, und durch wiederkehrende intensive UV-Belastung (Urlaubssonnenbrände)
- heller Hauttyp
- hohe Anzahl an Pigmentmalen
- genetische Disposition

Symptome Veränderungen und Neuentstehung von Pigmentflecken, Beurteilung (auch Selbstbeurteilung) nach der ABCDE-Regel: A – Asymmetrie (nicht symmetrisch, nicht rund oder oval), B – Begrenzung (unregelmäßig, unscharf), C – Color (inhomogen, mehrfarbig), D – Durchmesser (> 5 mm), E – Entwicklung/Erhabenheit (Dicken- oder Flächenzunahme)

Früherkennung Seit Juli 2008 haben gesetzlich Krankenversicherte ab dem 35. Lebensjahr zweijährlich Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung (Hautkrebs-Screening) durch einen Arzt mit entsprechender Qualifikation. In Schleswig-Holstein sind bereits in den Jahren vor 2008 Erprobungsprojekte zum Hautkrebs-Screening durchgeführt worden, so dass Schleswig-Holsteiner bereits früher dieses Instrument nutzen konnten. Darüber hinaus kann eine regelmäßige (z.B. monatliche) Selbstuntersuchung empfohlen werden.

Inzidenz Die Inzidenzraten zeigen im zeitlichen Verlauf starke Schwankungen. Wesentlicher Grund für die hohen Raten sind die Erprobungsphasen des Hautkrebs-Screenings. Zu Beginn eines Screenings steigen idealerweise die beobachteten Inzidenzraten an, da Tumoren frühzeitig erkannt werden. Erst nach einigen Jahren sollte die Rate wieder zurückgehen. Die aktuellen Inzidenzraten stimmen mit den gesamtdeutschen Raten überein.

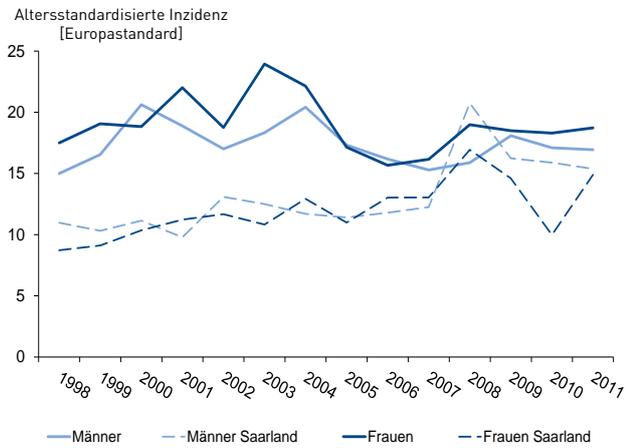
Mortalität Auch die Mortalitätsraten in Schleswig-Holstein weisen Schwankungen auf, die wahrscheinlich mit der Einführung des Screenings bzw. den Erprobungsprojekten zusammenhängen. Nach einem Tiefstand im Jahr 2008 sind die Raten aktuell wieder etwas angestiegen.

Überlebensraten Das maligne Melanom gehört zu den prognostisch günstigen Krebserkrankungen. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt mit über 90% knapp unter der allgemeinen Sterblichkeit. Wird das Melanom allerdings sehr spät diagnostiziert und metastasierte bereits (UICC IV), ist die 5-Jahres-Überlebensrate mit rund 25% deutlich geringer.

Prävalenz Etwa 5.500 Patienten leben in Schleswig-Holstein, bei denen in den letzten zehn Jahren ein malignes Melanom der Haut diagnostiziert wurde.

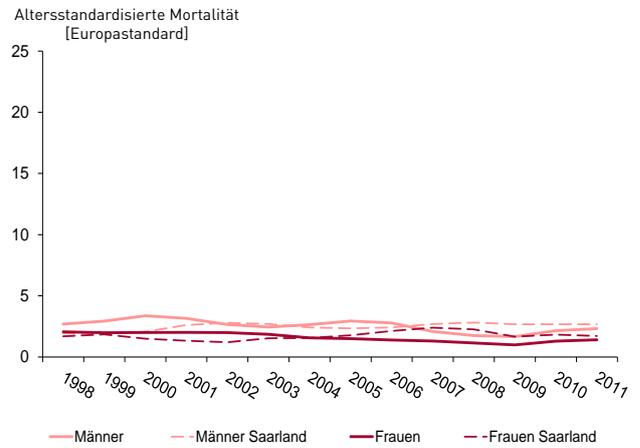
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



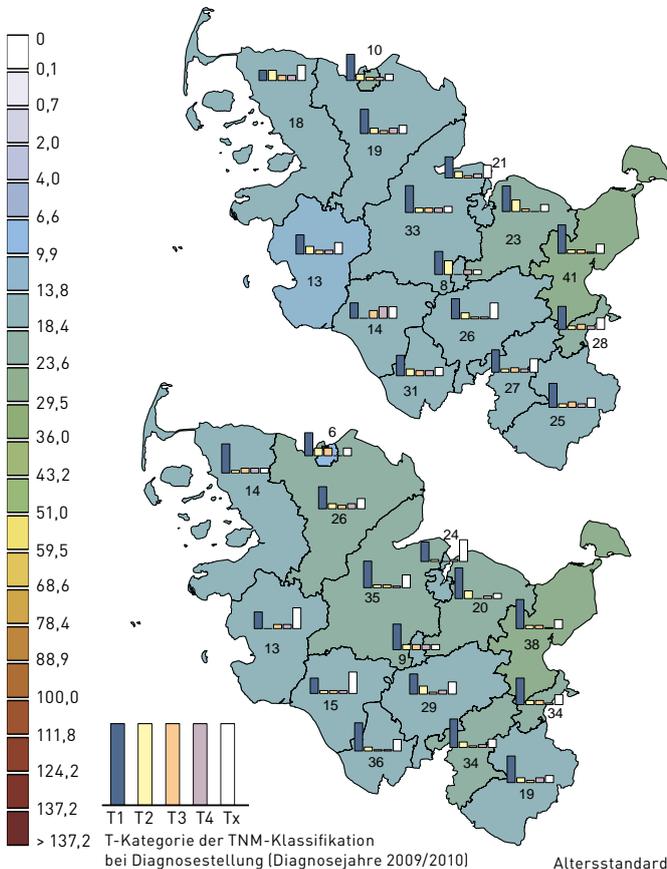
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



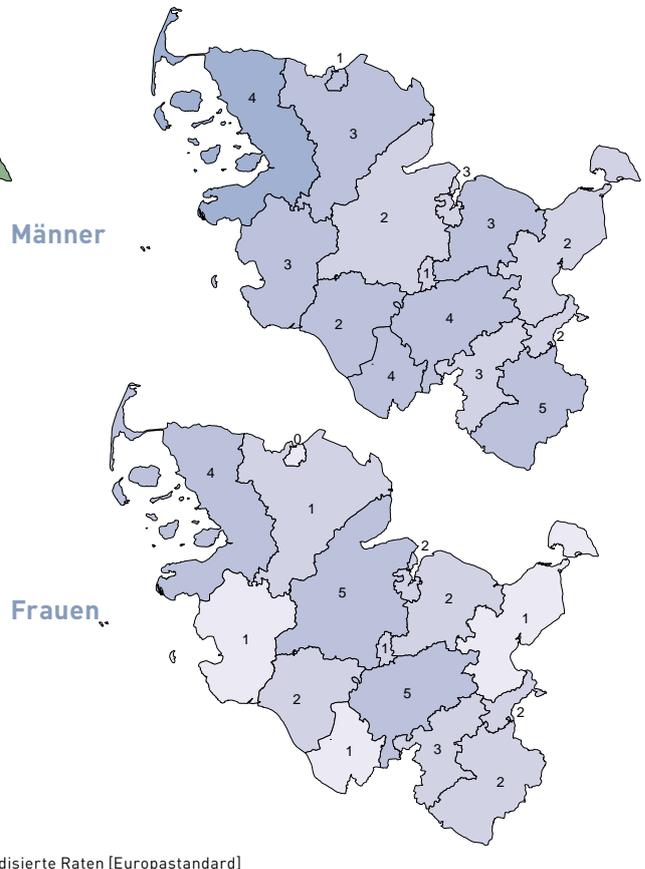
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

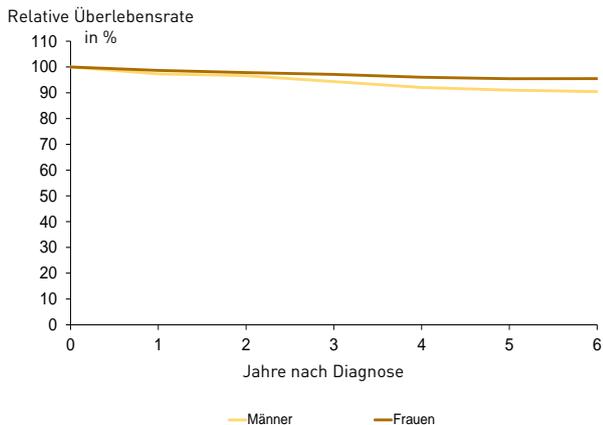
Regionale Verteilung



Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

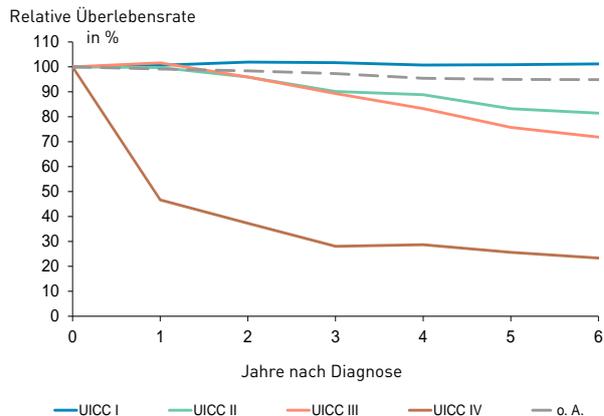
Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Überlebensraten	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	308	97	337	99
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	272	91	393	95
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland		83-95		80-90
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	308	95	337	97
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	272	80	393	87

Gliederung nach Tumorstadium

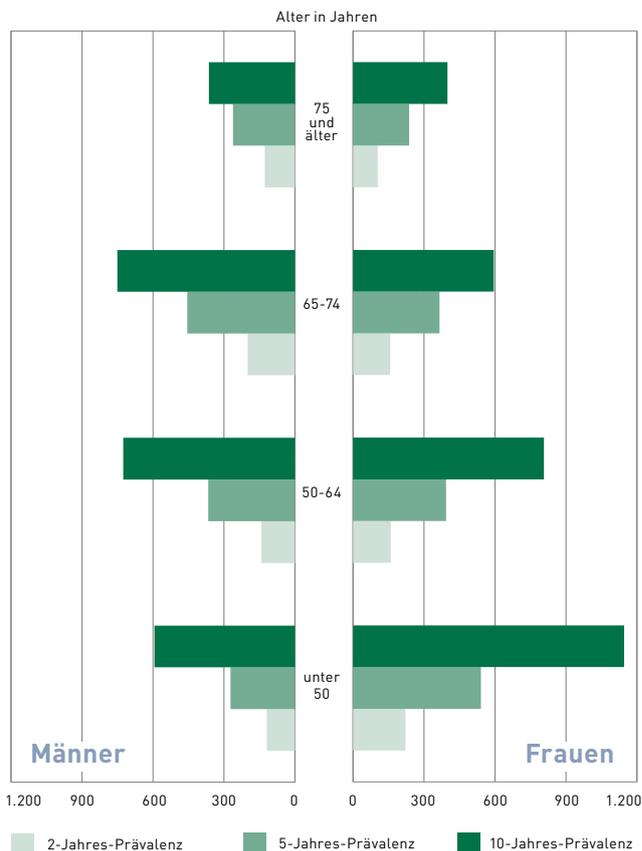


Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
UICC I	102	102	100	100
UICC II	80	80	86	86
UICC III	65	65	91	91
UICC IV	26	26	23	23
Ohne Angabe	93	93	97	97

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	308	0,22	337	0,23
0 bis 49 Jahre	57	0,07	112	0,14
50 bis 64 Jahre	79	0,29	82	0,29
65 bis 74 Jahre	107	0,64	81	0,45
75 Jahre und älter	65	0,64	62	0,38
2-Jahres-Prävalenz	588	0,42	641	0,44
0 bis 49 Jahre	119	0,14	221	0,27
50 bis 64 Jahre	142	0,51	159	0,56
65 bis 74 Jahre	200	1,19	157	0,86
75 Jahre und älter	127	1,24	104	0,63
3-Jahres-Prävalenz	874	0,63	950	0,66
0 bis 49 Jahre	168	0,2	324	0,4
50 bis 64 Jahre	229	0,83	257	0,91
65 bis 74 Jahre	288	1,72	222	1,22
75 Jahre und älter	189	1,85	147	0,89
5-Jahres-Prävalenz	1.355	0,97	1.535	1,06
0 bis 49 Jahre	272	0,32	540	0,66
50 bis 64 Jahre	366	1,33	393	1,39
65 bis 74 Jahre	455	2,71	365	2,01
75 Jahre und älter	262	2,56	237	1,44
10-Jahres-Prävalenz	2.435	1,75	2.947	2,04
0 bis 49 Jahre	594	0,7	1146	1,4
50 bis 64 Jahre	726	2,63	807	2,85
65 bis 74 Jahre	751	4,48	595	3,27
75 Jahre und älter	364	3,56	399	2,43

Gliederung nach Altersgruppen



Sonstige Haut [C44]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	3.530	3.207	5	3
Erwartete Fallzahl 2014	4.756 #	4.254 #	-	-
Anteil an allen bösartigen Neubildungen	26,2%	26,4%	0,1%	0,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	72	71	79	88
Carcinomata in situ	617	677		
Geschlechterverhältnis	1,1 : 1		1,7 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	254,2	221,9	0,4	0,2
Weltstandard	106,9	89,4	0,1	0,1
Europastandard	162,7	128,9	0,2	0,1
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 2,8 *	+ 3,9 *	-	-
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	12,8	10,7	< 0,1	< 0,1
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an allen bösartigen Neubildungen	65.632 19,9%	56.979 20,0%	346 0,3%	275 0,3%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	73	73	79	86
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	108,8	78,4	0,6	0,3

ggf. methodisch bedingt überschätzt

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	99,4%	99,2%
DCO-Fälle	11	12
DCO-Anteil (%)	0,3%	0,4%
Vollzähligkeit	k.A.	k.A.

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome	858	24,4	598	18,7
Basalzellkarzinome	2.629	74,7	2.577	80,7
Sonstige näher bez. Karzinome	18	0,5	14	0,4
Karzinome n.n.bez.	2	0,1	1	0,0
Sonstige Neubildungen	12	0,3	5	0,2
Insgesamt	3.519	100,0	3.195	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	2.847		2.620	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	2.767	97,2	2.535	96,8
Strahlentherapie	34	1,2	35	1,3
Chemotherapie	5	0,2	7	0,3
Immuntherapie	2	0,1	4	0,2
Sonstige	63	2,2	67	2,6
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	17	0,6	13	0,5

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	481	95,6	427	96,0
II	17	3,4	11	2,5
III	4	0,8	4	0,9
IV	1	0,2	3	0,7
Insgesamt	503	100,0	445	100,0
Ohne Stadienangabe	2.957	85,5	2.766	86,1

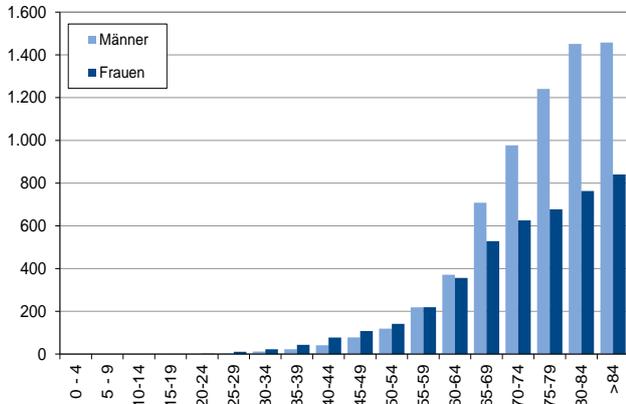
Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Lippenhaut (C44.0)	63	1,8	74	2,3
Haut des Augenlides (C44.1)	123	3,5	180	5,6
Äußeres Ohr (C44.2)	273	7,8	44	1,4
Gesichtshaut (C44.3)	1.360	38,6	1.435	44,9
Behaarter Kopf und Hals (C44.4)	324	9,2	184	5,8
Haut des Stammes (C44.5)	655	18,6	599	18,7
Arm und Schulter (C44.6)	345	9,8	288	9,0
Bein und Hüfte (C44.7)	159	4,5	225	7,0
Regionen überlappend (C44.8)	2	0,1	0	0,0
Nicht spezifiziert (C44.9)	215	6,1	167	5,2
Insgesamt	3.519	100,0	3.196	100,0

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikationen wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

Altersverteilung

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000



Altersverteilung

	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	66	62
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	72	71
25% älter als ... Jahre	78	79
unter 50 Jahre (%)	5,1	9,0
50 bis 64 Jahre (%)	17,4	20,0
65 bis 74 Jahre (%)	40,8	33,4
75 bis 84 Jahre (%)	28,4	24,3
85 Jahre und älter (%)	8,3	13,4

Mortalität

Altersverteilung

Wegen der insgesamt geringen Zahl an Todesfällen werden keine Diagramme und Tabellen zur Altersverteilung dargestellt.

Risikofaktoren

- langjährige UV-Exposition durch Sonne
- heller Hauttyp
- genetische Disposition
- humane Papillomaviren

Symptome Oberflächlich sichtbare Hautveränderungen, kleine Knoten (Basaliomperle), krustenbedeckte Hautverletzungen

Früherkennung Seit Juli 2008 haben gesetzlich Krankenversicherte ab 35 Jahre alle zwei Jahre Anspruch auf Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung (Hautkrebs-Screening) durch einen Arzt mit entsprechender Qualifikation. In Schleswig-Holstein sind bereits in den Jahren vor 2008 Erprobungsprojekte zum Hautkrebs-Screening durchgeführt worden, so dass Schleswig-Holsteiner bereits früher dieses Instrument nutzen konnten.

Inzidenz Der epitheliale Hautkrebs macht etwa ein Viertel aller im Krebsregister erfassten Tumorerkrankungen aus. Er wird üblicherweise nicht zu Krebs gesamt hinzugerechnet. Die Inzidenz wird von Klinikern und Epidemiologen aufgrund unterschiedlicher Definitionen von Rezidiven unterschiedlich interpretiert. Die hier dargestellten Zahlen entsprechen der epidemiologischen Zählweise, bei der Hauttumoren gleicher Histologie, die an unter-

schiedlichen Körperteilen auftreten, nur einmal gezählt werden.

Es werden histologisch hauptsächlich zwei Formen unterschieden – die Basalzellkarzinome (Basaliome), die von der Basalzellschicht ausgehen (ca. ¾), sowie die Plattenepithelkarzinome (Spinaliome, ca. ¼). Die rohe Inzidenzrate der Basaliome beträgt 189,3 (♂) bzw. 178,3 (♀), die der Spinaliome 61,8 (♂) bzw. 41,4 (♀, jeweils pro 100.000).

Im zeitlichen Verlauf zeigen sich sowohl in Schleswig-Holstein als auch in Deutschland insgesamt deutlich steigende Inzidenzraten, die im Wesentlichen auf das eingeführte Hautkrebs-Screening zurückzuführen sind. Die insgesamt erheblich über der Deutschlandschätzung liegenden Inzidenzraten dürften überwiegend auf Erfassungsunterschiede zurückzuführen sein.

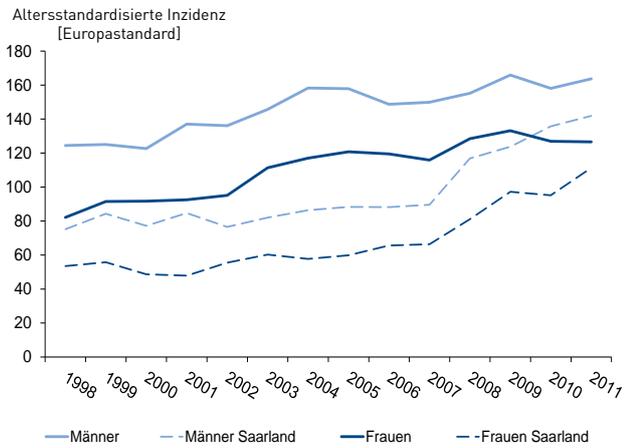
Mortalität Die Mortalität des epithelialen Hautkrebses ist sehr gering.

Überlebensraten Wegen der geringen Mortalität unterscheiden sich die relativen 5-Jahres-Überlebensraten kaum von der Allgemeinbevölkerung.

Prävalenz Entsprechend der hohen Inzidenz und der geringen Mortalität ist die Prävalenz sehr hoch.

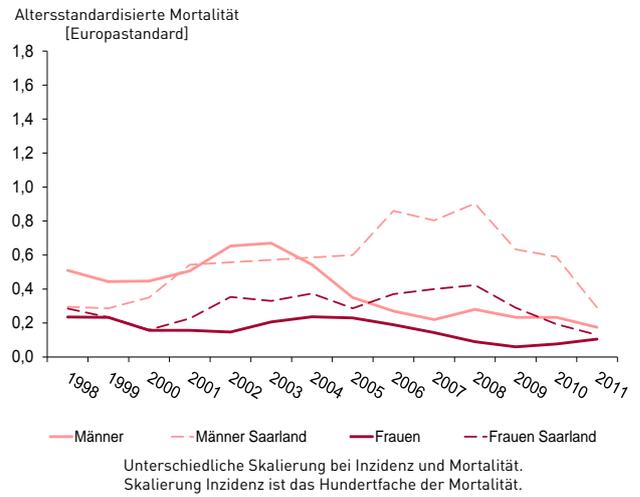
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



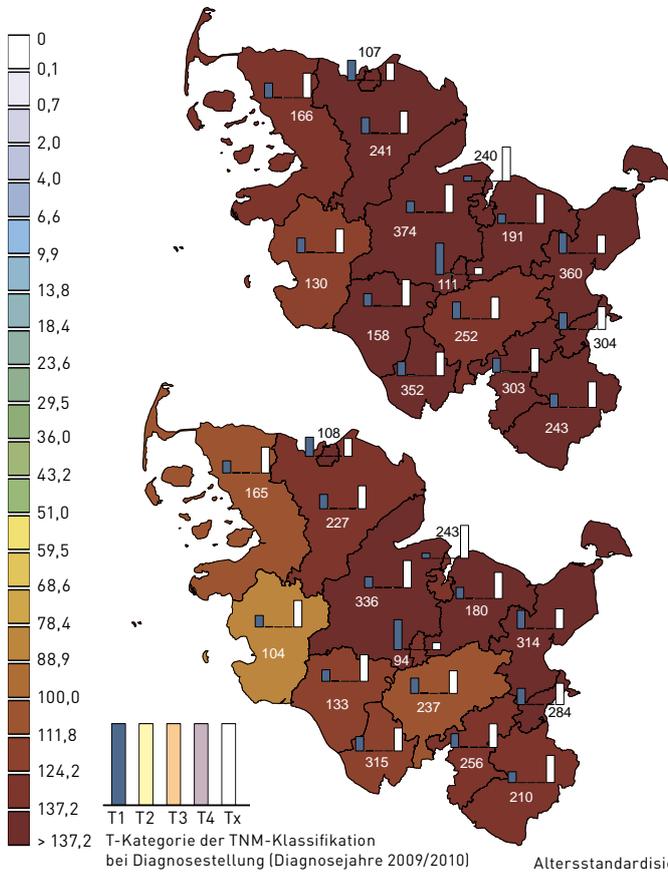
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



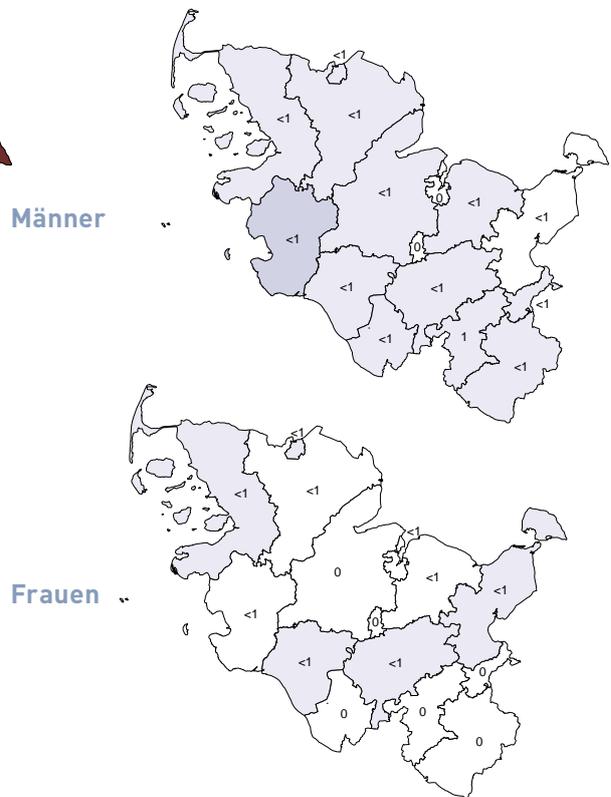
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

Regionale Verteilung



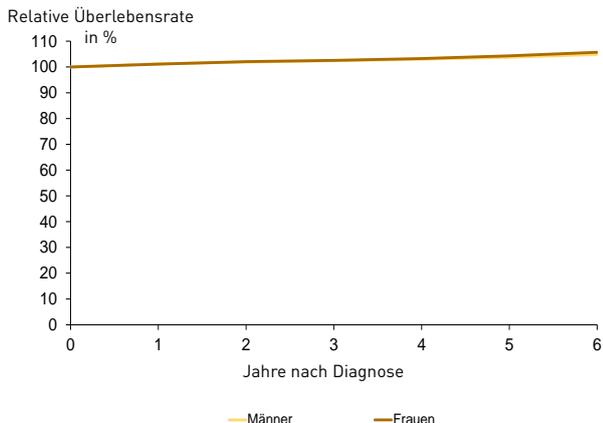
Die Einfärbung der Inzidenzkarten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Inzidenzraten der Jahre 2009 bis 2011.

Die Zahlen in den Inzidenzkarten sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen 2009 bis 2011.

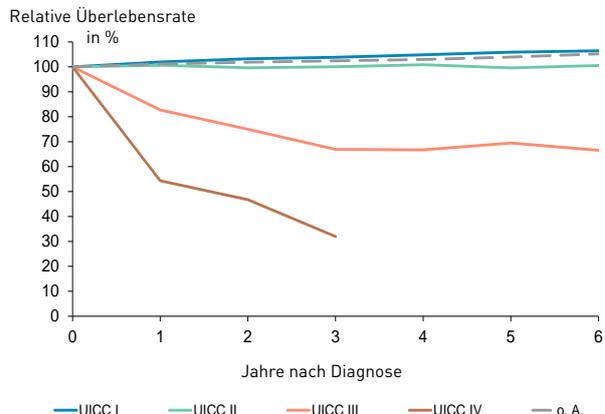
Die Angaben zur Mortalität beziehen sich auf den Zeitraum 2007-2011. (<1 bedeutet: weniger als ein Fall, aber mehr als kein Fall durchschnittlich pro Jahr)

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Gliederung nach Tumorstadium



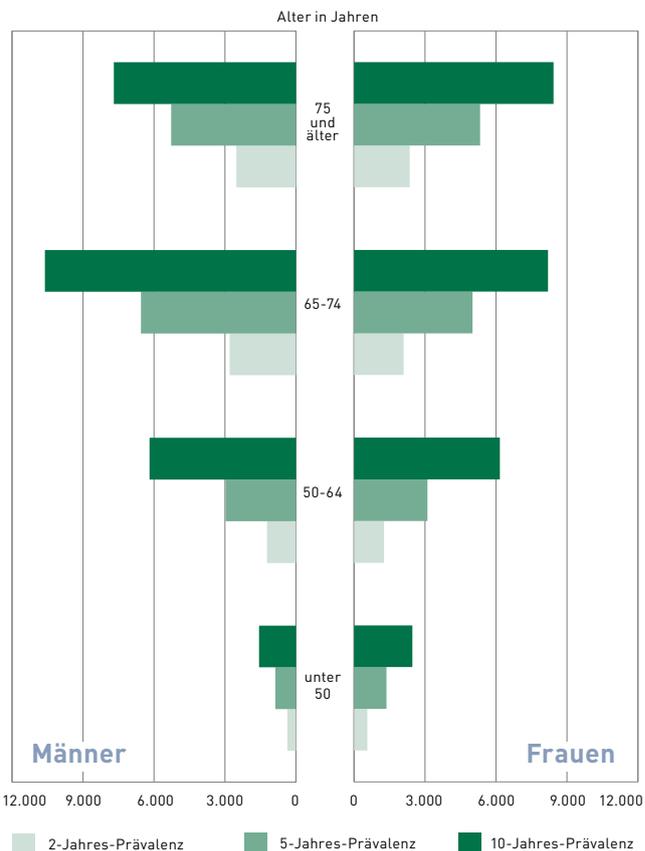
Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	101	101
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	104	104
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	k.A.	k.A.
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	97	97
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	83	85

Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer	Frauen
	%	%
UICC I	106	106
UICC II	102	97
UICC III	61	74
UICC IV	k.A.	k.A.
Ohne Angabe	104	104

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	3.603	2,59	3.153	2,18
0 bis 49 Jahre	187	0,22	266	0,33
50 bis 64 Jahre	638	2,31	661	2,33
65 bis 74 Jahre	1.433	8,55	1.051	5,78
75 Jahre und älter	1.345	13,15	1.175	7,15
2-Jahres-Prävalenz	6.901	4,96	6.262	4,33
0 bis 49 Jahre	357	0,42	559	0,69
50 bis 64 Jahre	1.225	4,44	1.263	4,45
65 bis 74 Jahre	2.802	16,71	2.093	11,51
75 Jahre und älter	2.517	24,61	2.347	14,29
3-Jahres-Prävalenz	10.205	7,34	9.400	6,5
0 bis 49 Jahre	538	0,64	863	1,06
50 bis 64 Jahre	1.824	6,61	1.910	6,73
65 bis 74 Jahre	4.225	25,19	3.185	17,51
75 Jahre und älter	3.618	35,38	3.442	20,95
5-Jahres-Prävalenz	15.672	11,27	14.809	10,24
0 bis 49 Jahre	868	1,03	1.369	1,68
50 bis 64 Jahre	2.976	10,78	3.101	10,93
65 bis 74 Jahre	6.554	39,08	5.010	27,55
75 Jahre und älter	5.274	51,57	5.329	32,44
10-Jahres-Prävalenz	26.070	18,75	25.260	17,47
0 bis 49 Jahre	1.563	1,85	2.467	3,02
50 bis 64 Jahre	6.191	22,43	6.161	21,72
65 bis 74 Jahre	10.614	63,29	8.200	45,09
75 Jahre und älter	7.702	75,31	8.432	51,33

Gliederung nach Altersgruppen



Brust [C50]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	24	3.018	1	664
Erwartete Fallzahl 2014	32	3.386	3	663
Anteil an Krebs gesamt	0,0%	33,7%	0,0%	18,7%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	72	65	75	72
Carcinomata in situ	1	319		
Geschlechterverhältnis	1 : 125,8		1 : 991,5	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	1,7	208,8	0,1	46,0
Weltstandard	0,8	105,9	0,0	18,5
Europastandard	1,2	145,1	0,0	26,8
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 4,0	+ 1,1	k.A.	- 1,7 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,1	12,3	0,0	2,1
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	572 0,2%	69.611 30,6%	107 0,1%	17.466 17,4%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70	64	71	73
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	1,0	118,4	0,2	24,0

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	90,3%	90,9%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,04	0,22
DCO-Fälle	2	266
DCO-Anteil (%)	9,7%	8,8%
Vollzähligkeit	85%	> 95%

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
0	0	0,0	10	0,4
I	4	28,6	1.023	44,3
II	5	35,7	801	34,7
III	4	28,6	311	13,5
IV	1	7,1	165	7,1
Insgesamt	14	100,0	2.310	100,0
Ohne Stadienangabe	7	33,3	553	19,3

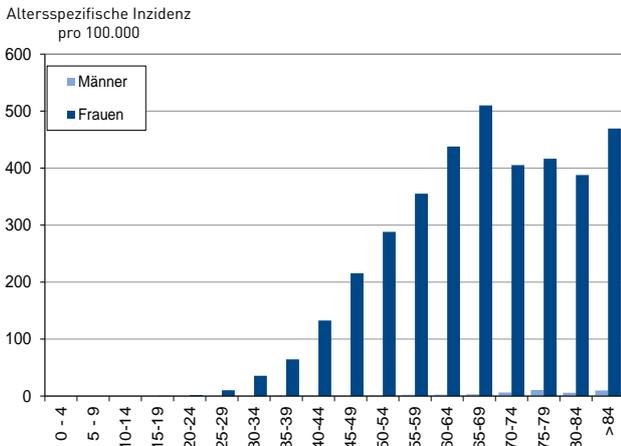
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Adenokarzinome	22	100,0	2.716	98,7
Sonstige näher bez. Karzinome	0	0,0	9	0,3
Karzinome o.n.A.	0	0,0	14	0,5
Sarkome	0	0,0	4	0,1
Sonstige Neubildungen	0	0,0	8	0,3
Insgesamt	22	100,0	2.751	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung				
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	20	100,0	2.483	96,1
Strahlentherapie	9	45,0	1.892	73,2
Chemotherapie	9	45,0	1.179	45,6
Hormontherapie	12	60,0	1.715	66,4
Immuntherapie	0	0,0	195	7,5
Sonstige	0	0,0	181	7,0
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	20	100,0	20	0,8

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

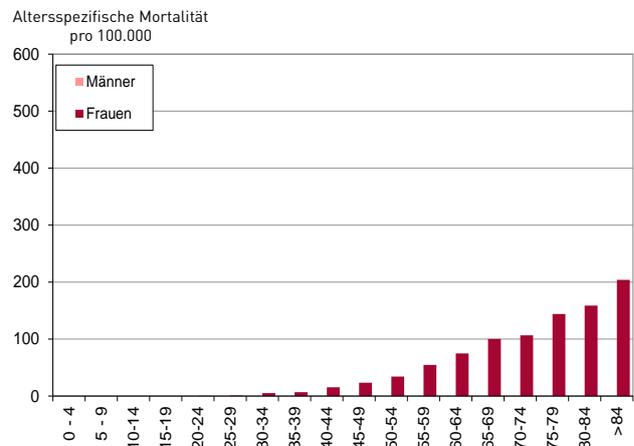
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	63	54
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	72	65
25% älter als ... Jahre	77	73
unter 50 Jahre (%)	9,7	16,9
50 bis 64 Jahre (%)	20,8	32,6
65 bis 74 Jahre (%)	33,3	28,0
75 bis 84 Jahre (%)	27,8	14,6
85 Jahre und älter (%)	8,3	7,9

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	75	72
unter 50 Jahre (%)	0,0	8,7
50 bis 64 Jahre (%)	0,0	22,2
65 bis 74 Jahre (%)	50,0	28,9
75 bis 84 Jahre (%)	50,0	24,6
85 Jahre und älter (%)	0,0	15,7

Risikofaktoren

- frühe Menarche, späte Menopause
- späte erste Schwangerschaft oder Kinderlosigkeit
- Hormonersatztherapie in den Wechseljahren
- genetische Disposition (BRCA-1-, BRCA-2-Gen)
- kalorien- und fettreiche Ernährung
- Tabak- und Alkoholkonsum

Symptome Meist treten keine Frühsymptome auf. Mögliche Anzeichen können Größen- und Formveränderungen, Knoten und Verhärtungen in Brust und Achselhöhle sowie Absonderungen der Brustwarze sein.

Früherkennung Im Rahmen des gesetzlichen Früherkennungsprogramms haben Versicherte ab dem 30. Lebensjahr jährlich Anspruch auf eine klinische Untersuchung der Brust und der regionären Lymphknoten. Zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr wird alle zwei Jahre die Teilnahme an einem systematischen Früherkennungsprogramm (Mammographie-Screening) angeboten. Dazu werden Frauen des entsprechenden Alters schriftlich eingeladen. Das Screening erfolgt in wenigen hochspezialisierten Zentren mit hohem Qualitätsmanagement und ausschließlich durch speziell geschulte Ärzte und Fachkräfte. Frauen mit besonderen Risikofaktoren bzw. Verdacht auf Brustkrebs können sich in Schleswig-

Holstein in einem speziellen qualitätsgesicherten Diagnostikprojekt (QuaMaDi) untersuchen lassen.

Inzidenz Brustkrebs ist mit Abstand die häufigste Krebserkrankung der Frau. Mit der Einführung des Mammographie-Screenings ab 2005 stieg die Inzidenz deutschlandweit und erwartungsgemäß sprunghaft an. In Schleswig-Holstein begann das Programm 2008. Seit 2010 scheinen sowohl die Inzidenzrate als auch die Fallzahlen langsam wieder zu sinken. Trotzdem liegt die Inzidenz Schleswig-Holsteins noch erheblich über der Deutschlandrate. Auch Männer können, auch wenn es sehr selten vorkommt, an Brustkrebs erkranken.

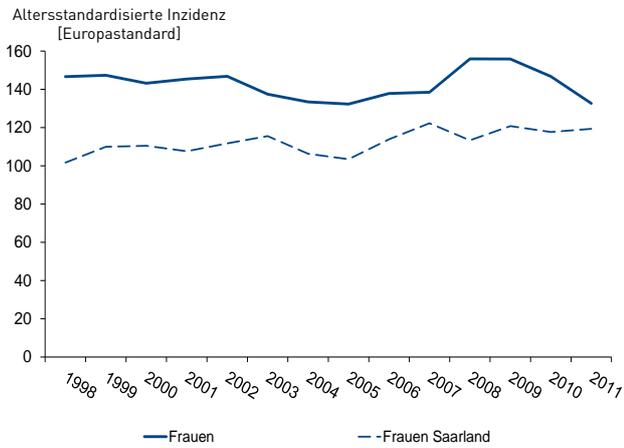
Mortalität Die Mortalitätsrate ist über die letzten zehn Jahre jährlich um durchschnittlich 1,7% gesunken.

Überlebensraten Brustkrebs gehört zu den prognostisch verhältnismäßig günstigen Krebserkrankungen. Je früher der Tumor entdeckt wird, desto höher ist die Überlebenswahrscheinlichkeit.

Prävalenz Die hohe Inzidenz spiegelt sich auch in der Prävalenz wider. Mehr als 20.000 Frauen in Schleswig-Holstein leben mit einer Brustkrebserkrankung, die in den letzten zehn Jahren diagnostiziert wurde. Das sind ca. 15 von 1.000 Frauen.

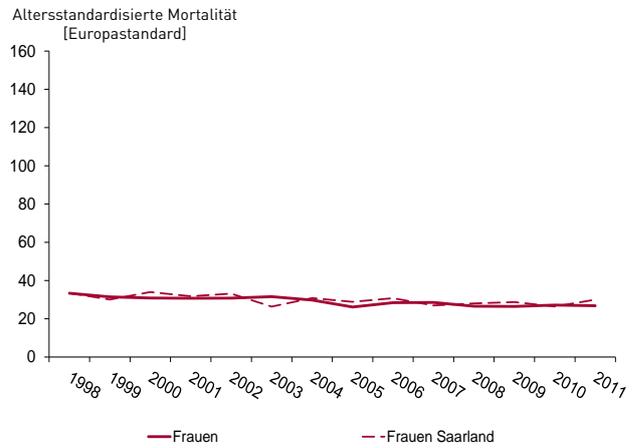
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



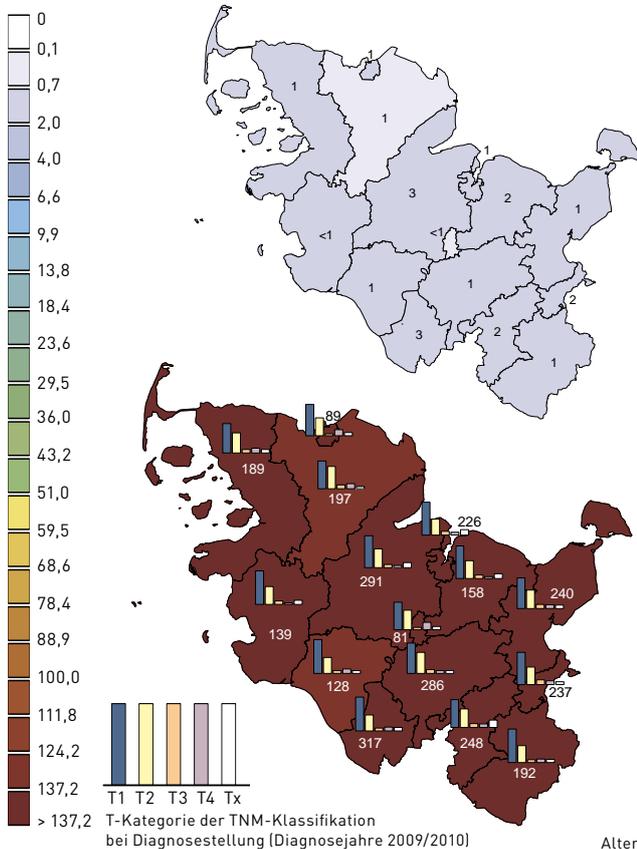
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



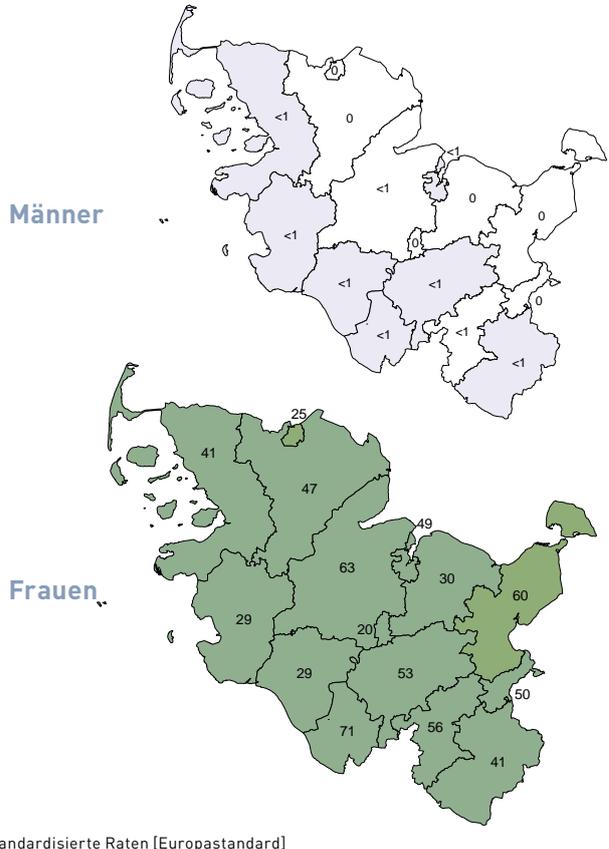
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

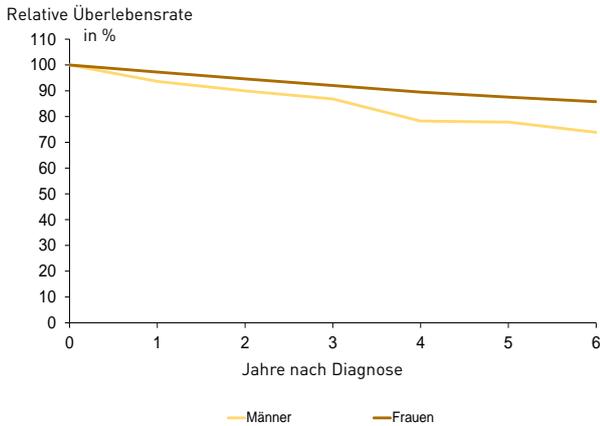
Regionale Verteilung



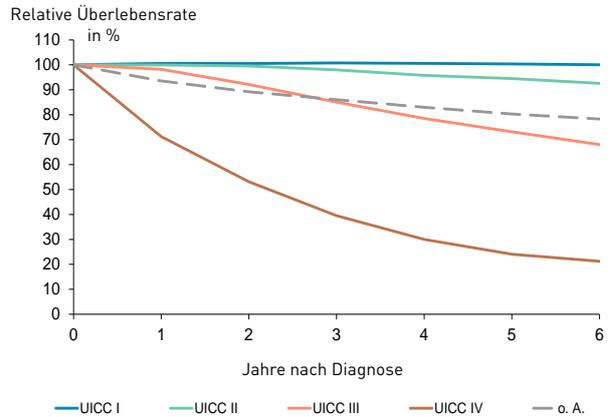
Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 (Frauen).
 Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011 (Frauen).
 Bei den Männern: 2007 bis 2011 (<1 bedeutet: weniger als ein Fall, aber mehr als kein Fall durchschnittlich pro Jahr)

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Gliederung nach Tumorstadium



Überlebensraten	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	94	94	97	97
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	78	78	88	88
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	51-88		86-88	
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	90		96	
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	64		80	

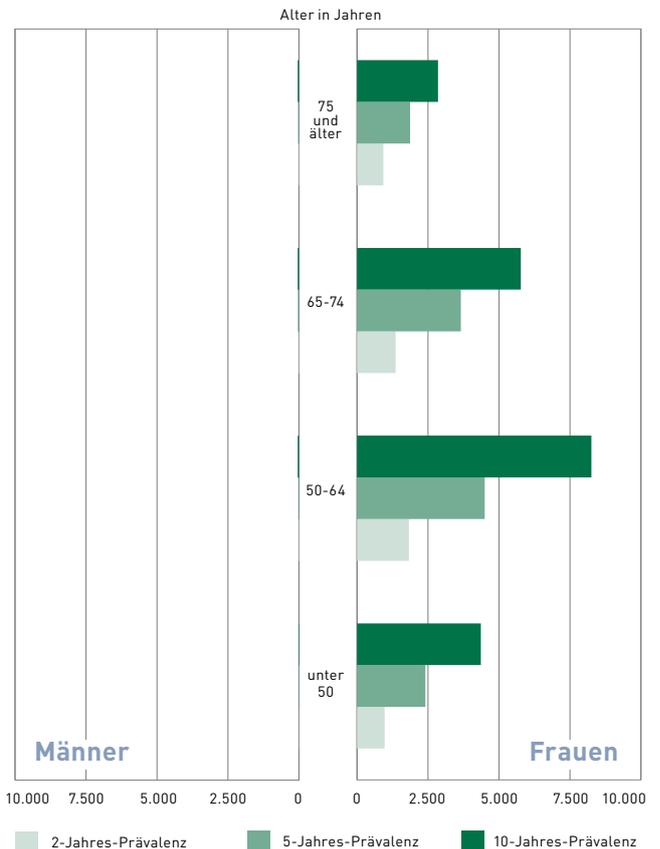
Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
UICC I	109	109	100	100
UICC II	99	99	94	94
UICC III	77	77	73	73
UICC IV	o.A.		24	24
Ohne Angabe	62	62	81	81

o.A. Keine Angabe, da Fallzahl zu gering

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	25	0,02	2.458	1,7
0 bis 49 Jahre	1	< 0,01	480	0,59
50 bis 64 Jahre	5	0,02	879	3,1
65 bis 74 Jahre	9	0,05	645	3,55
75 Jahre und älter	10	0,1	454	2,76
2-Jahres-Prävalenz	48	0,03	5.064	3,5
0 bis 49 Jahre	5	0,01	965	1,18
50 bis 64 Jahre	12	0,04	1.823	6,43
65 bis 74 Jahre	15	0,09	1.354	7,44
75 Jahre und älter	16	0,16	922	5,61
3-Jahres-Prävalenz	60	0,04	7.721	5,34
0 bis 49 Jahre	7	0,01	1.453	1,78
50 bis 64 Jahre	14	0,05	2.773	9,78
65 bis 74 Jahre	20	0,12	2.222	12,22
75 Jahre und älter	19	0,19	1.273	7,75
5-Jahres-Prävalenz	88	0,06	12.426	8,6
0 bis 49 Jahre	11	0,01	2.406	2,95
50 bis 64 Jahre	21	0,08	4.499	15,86
65 bis 74 Jahre	31	0,18	3.656	20,1
75 Jahre und älter	25	0,24	1.865	11,35
10-Jahres-Prävalenz	133	0,10	21.242	14,69
0 bis 49 Jahre	12	0,01	4.361	5,35
50 bis 64 Jahre	39	0,14	8.258	29,11
65 bis 74 Jahre	43	0,26	5.770	31,73
75 Jahre und älter	39	0,38	2.853	17,37

Gliederung nach Altersgruppen



Gebärmutterhals [C53]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl		179		30
Erwartete Fallzahl 2014		168		27
Anteil an Krebs gesamt		2,0%		0,9%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)		55		68
Carcinomata in situ		556		
Geschlechterverhältnis				
Raten (/100.000)				
Rohe Rate		12,4		2,1
Weltstandard		7,6		1,0
Europastandard		9,7		1,4
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)		- 2,9 *		- 8,7 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)		0,8		0,1
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt		4.872 2,1%		1.524 1,5%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)		54		65
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)		9,7		2,5

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)		87,9%
Uterus NOS (not otherwise specified)		5,1%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)		0,17
DCO-Fälle		21
DCO-Anteil (%)		11,6%
Vollzähligkeit		> 95%

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Endocervix (C53.0)			38	24,1
Ektocervix (C53.1)			36	22,8
Cervix, n.n.bez. od. überlappend (C53.8, .9)			84	53,2
Insgesamt			158	100,0

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithelkarzinome			117	73,6
Adenokarzinome			31	19,5
Sonstige Karzinome			9	5,7
Sarkome			0	0,0
Sonstige Neubildungen			2	1,3
Insgesamt			159	100,0

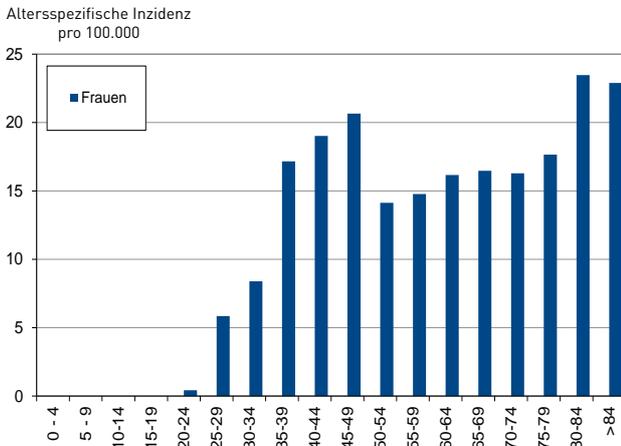
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I			39	36,1
II			15	13,9
III			31	28,7
IV			23	21,3
Insgesamt			108	100,0
Ohne Stadienangabe			65	37,6

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung			142	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation			114	80,3
Strahlentherapie			80	56,3
Chemotherapie			61	43,0
Sonstige			4	2,8
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt			5	3,5

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

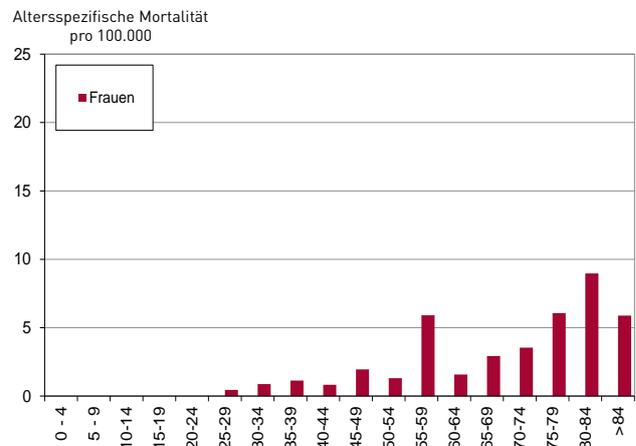
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre		43
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)		55
25% älter als ... Jahre		71
unter 50 Jahre (%)		41,2
50 bis 64 Jahre (%)		23,1
65 bis 74 Jahre (%)		17,0
75 bis 84 Jahre (%)		12,3
85 Jahre und älter (%)		6,5

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)		68
unter 50 Jahre (%)		17,6
50 bis 64 Jahre (%)		26,4
65 bis 74 Jahre (%)		19,8
75 bis 84 Jahre (%)		26,4
85 Jahre und älter (%)		9,9

Risikofaktoren

- Infektionen mit humanen Papillomaviren (HPV)
- früher erster Geschlechtsverkehr
- Promiskuität (häufiger Partnerwechsel)
- Genitalinfektionen (Herpes-simplex, Chlamydien)
- Langzeiteinnahme oraler Kontrazeptiva („Pille“)
- hohe Geburtenanzahl
- geschwächtes Immunsystem

Symptome Im Frühstadium ist der Gebärmutterhalskrebs oft symptomlos. Ansonsten können Schmierblutungen, azyklische Blutungen, später auch Kontaktblutungen und Schmerzen auftreten.

Früherkennung Im Rahmen des gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramms wird für Frauen ab 20 Jahre eine jährliche zytologische Abstrichuntersuchung (PAP-Test) angeboten. Seit 2007 wird von den gesetzlichen Krankenkassen die Vorsorgeimpfung gegen die häufigsten krebserregenden HPV-Typen für Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren erstattet. Da nicht alle HPV-Typen abgedeckt werden, ersetzt die Impfung nicht die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung.

Inzidenz Drei Viertel aller Erkrankungsfälle wurden in Schleswig-Holstein in der nicht invasiven, prognostisch sehr günstigen Form (in situ) diagnostiziert. Dieses und die Tatsache, dass auch die invasiven

Karzinome überwiegend im frühen Tumorstadium (UICC II) diagnostiziert werden, ist sicher ein Ergebnis der Früherkennungsuntersuchungen. Gebärmutterhalskrebs ist eine Krebserkrankung jüngeren Alters. Die Hälfte der Patientinnen ist 55 Jahre und jünger. Im zeitlichen Verlauf weisen sowohl Fallzahlen als auch Inzidenzrate eine abnehmende Tendenz von durchschnittlich über 2% jährlich auf.

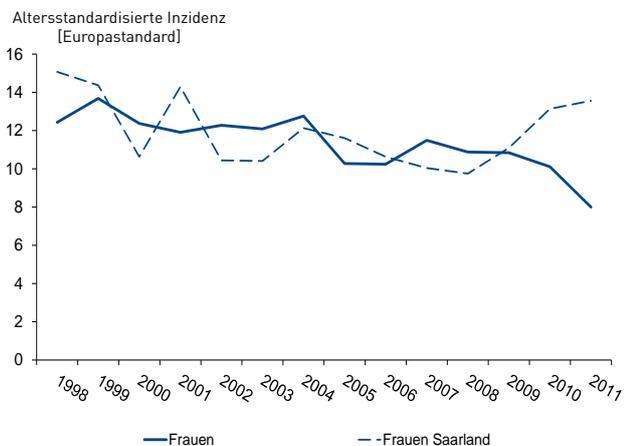
Mortalität Noch größer ist der Rückgang in der Mortalität — zwischen 7 und 9% nehmen die Sterbezahlen bzw. die Mortalitätsraten ab und liegen etwas unterhalb der bundesdeutschen Raten. Noch 1980 lag die Mortalitätsrate fünfmal höher als heute.

Überlebensraten Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt in Schleswig-Holstein bei einem verhältnismäßig linearen Verlauf bei 70%. Das zeigt, dass es in den ersten Jahren nach Diagnose nicht zu einer erhöhten Sterblichkeit kommt. Wird der Tumor in einem späten Stadium entdeckt, verringert sich die Überlebenswahrscheinlichkeit deutlich.

Prävalenz Etwa 1.200 Frauen leben in Schleswig-Holstein mit einer Gebärmutterhalskrebsdiagnose aus den letzten zehn Jahren. Der höchste Bevölkerungsanteil findet sich in der Gruppe der unter 50-Jährigen.

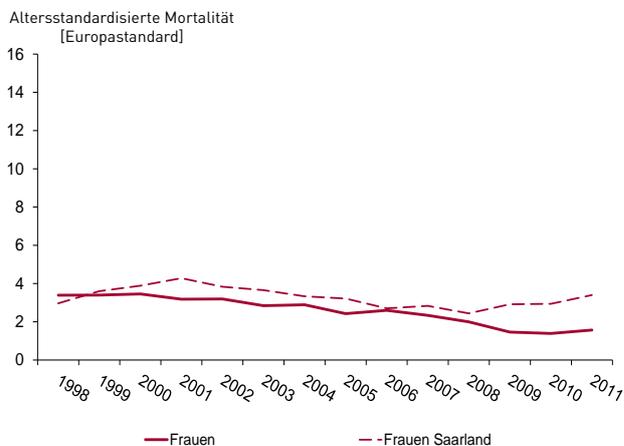
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



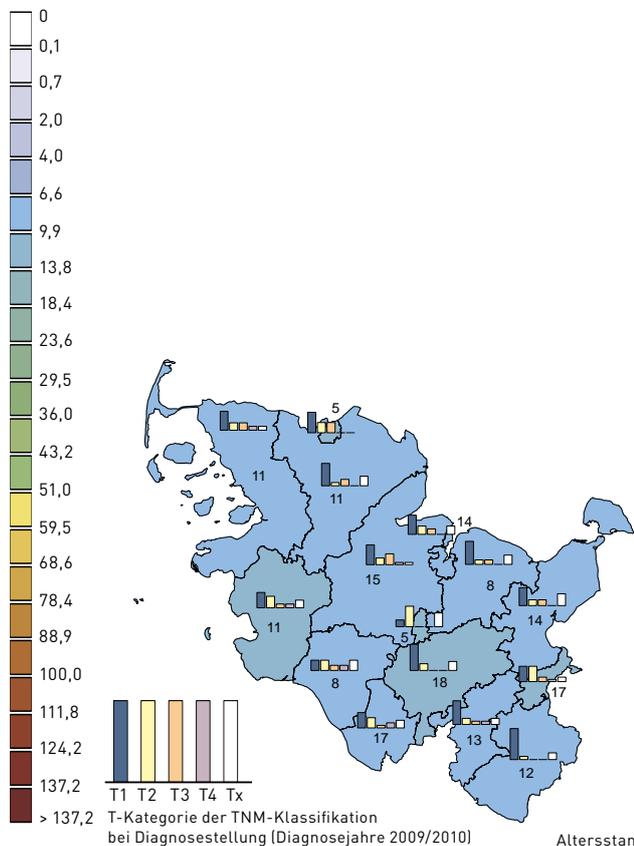
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



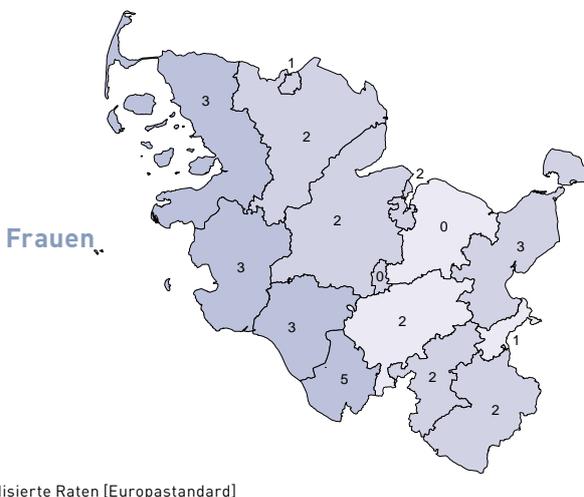
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

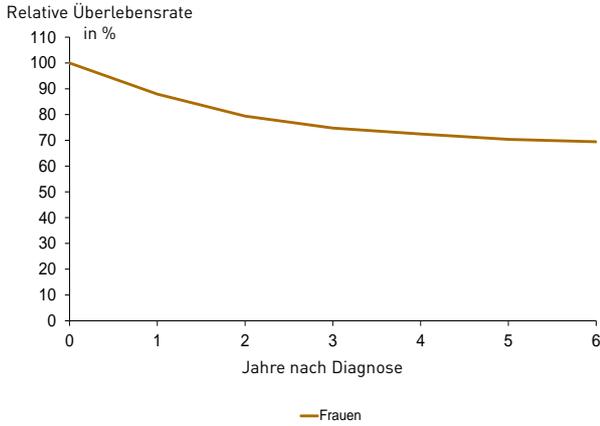
Regionale Verteilung



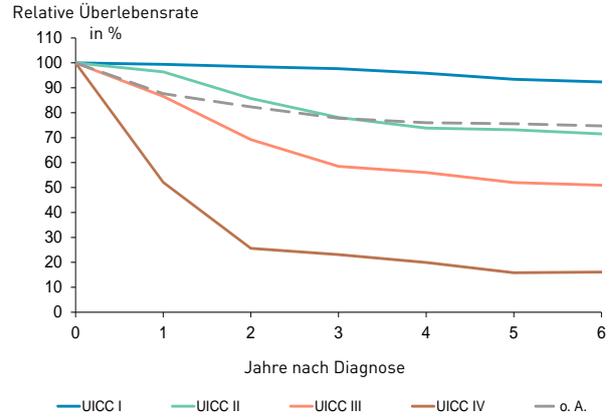
Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Gliederung nach Tumorstadium



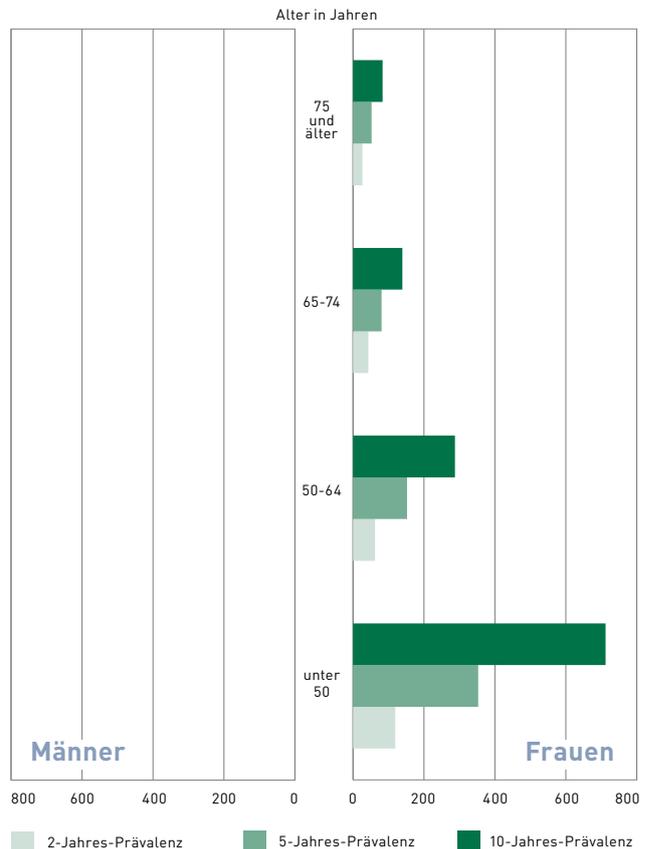
Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate		88
Relative 5-Jahres-Überlebensrate		70
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland		65-73
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate		87
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate		67

Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer	Frauen
	%	%
UICC I		93
UICC II		73
UICC III		52
UICC IV		16
Ohne Angabe		76

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz			122	0,08
0 bis 49 Jahre			54	0,07
50 bis 64 Jahre			29	0,1
65 bis 74 Jahre			23	0,13
75 Jahre und älter			16	0,1
2-Jahres-Prävalenz			250	0,17
0 bis 49 Jahre			119	0,15
50 bis 64 Jahre			62	0,22
65 bis 74 Jahre			43	0,24
75 Jahre und älter			26	0,16
3-Jahres-Prävalenz			379	0,26
0 bis 49 Jahre			197	0,24
50 bis 64 Jahre			94	0,33
65 bis 74 Jahre			55	0,3
75 Jahre und älter			33	0,2
5-Jahres-Prävalenz			637	0,44
0 bis 49 Jahre			353	0,43
50 bis 64 Jahre			152	0,54
65 bis 74 Jahre			80	0,44
75 Jahre und älter			52	0,32
10-Jahres-Prävalenz			1.221	0,84
0 bis 49 Jahre			712	0,87
50 bis 64 Jahre			287	1,01
65 bis 74 Jahre			139	0,76
75 Jahre und älter			83	0,51

Gliederung nach Altersgruppen



Gebärmutterkörper [C54–C55]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl		403		62
Erwartete Fallzahl 2014		424		50
Anteil an Krebs gesamt		4,5%		1,8%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)		69		74
Carcinomata in situ		3		
Geschlechterverhältnis				
Raten (/100.000)				
Rohe Rate		27,9		4,3
Weltstandard		12,1		1,5
Europastandard		17,3		2,2
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)		- 0,1		- 5,5 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)		1,5		0,2
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt		11.374 5,0%		2.432 2,4%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)		70		76
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)		17,4		3,0

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)		90,3%
Uterus NOS (not otherwise specified)		5,1%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)		0,15
DCO-Fälle		37
DCO-Anteil (%)		9,1%
Vollzähligkeit		> 95%

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Corpus uteri (C54)			361	98,6
Uterus n.n.bez. (C55)			5	1,4
Insgesamt			366	100,0

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Adenokarzinome			329	89,9
Sonstige Karzinome			10	2,7
Sarkome			10	2,7
Sonstige Neubildungen			17	4,7
Insgesamt			366	100,0

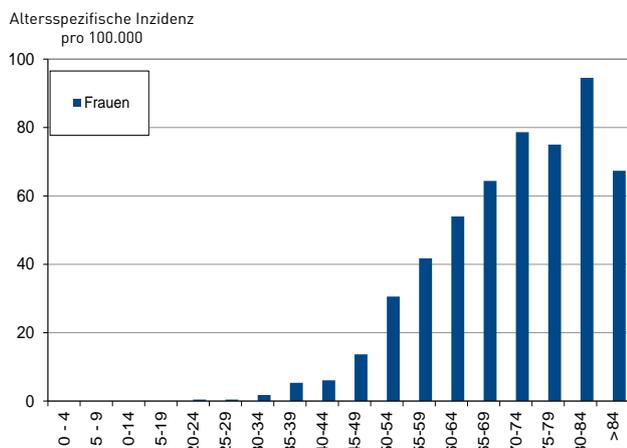
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I			130	67,0
II			21	10,8
III			28	14,4
IV			15	7,7
Insgesamt			194	100,0
Ohne Stadienangabe			186	48,9

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung			338	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation			327	96,7
Strahlentherapie			168	49,7
Chemotherapie			27	8,0
Hormontherapie			4	1,2
Sonstige			2	0,6
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt			6	1,8

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

Altersverteilung

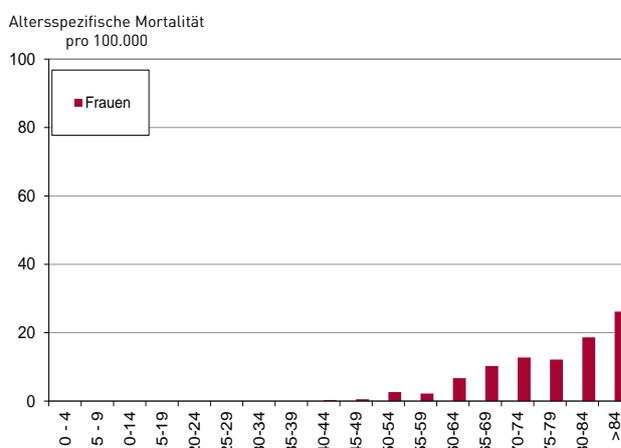


Altersverteilung

	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre		60
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)		69
25% älter als ... Jahre		77
unter 50 Jahre (%)		7,5
50 bis 64 Jahre (%)		28,4
65 bis 74 Jahre (%)		33,0
75 bis 84 Jahre (%)		22,6
85 Jahre und älter (%)		8,5

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung

	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)		74
unter 50 Jahre (%)		1,6
50 bis 64 Jahre (%)		16,6
65 bis 74 Jahre (%)		34,2
75 bis 84 Jahre (%)		26,2
85 Jahre und älter (%)		21,4

Risikofaktoren

- langjähriger erhöhter Einfluss von Östrogen, sowohl körpereigen (frühe Menarche, späte Menopause, Kinderlosigkeit) als auch künstlich (Hormontherapie in den Wechseljahren) bedingt
- Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus
- genetische Disposition

Symptome In der Anfangsphase treten meist noch keine Beschwerden auf. Mögliche Anzeichen sind Blutungen nach den Wechseljahren, mitunter auch atypische Blutungen. Im fortgeschrittenen Stadium können zusätzlich weitere unspezifische Symptome wie Gewichtsverlust, chronische Unterleibsschmerzen, Blutungen aus Blase und Enddarm hinzukommen.

Früherkennung Derzeit gibt es keine empfohlene Methode zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers.

Inzidenz Bösartige Tumoren des Gebärmutterkörpers haben ihren Ursprung fast immer in der Schleimhaut (Endometrium), die das Organ innen auskleidet.

Im zeitlichen Verlauf zeigen sich in der Inzidenzrate in der letzten Dekade keine Veränderungen. Im nationalen Vergleich entsprechen sowohl die Inzidenzrate als auch deren Verlauf den gesamtdeutschen Werten.

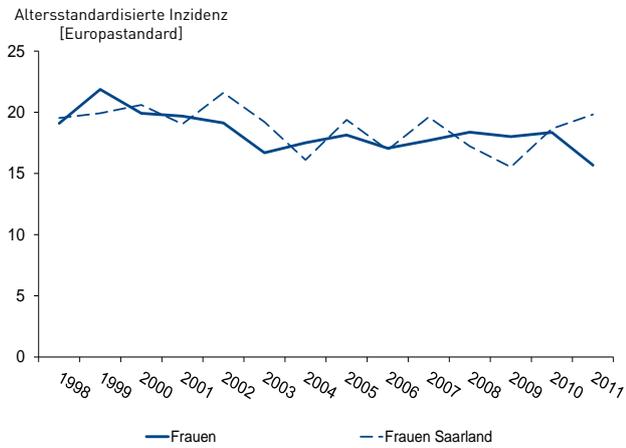
Mortalität Die insgesamt niedrige Mortalität in Schleswig-Holstein hat in den letzten zehn Jahren deutlich, um jährlich durchschnittlich 5%, abgenommen. Auch in Deutschland insgesamt sinkt die Mortalitätsrate. Während die schleswig-holsteinische Rate bis 2005 im Wesentlichen der gesamtdeutschen entsprach, liegt sie heute rund 25% niedriger.

Überlebensraten Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt in Schleswig-Holstein bei 81% und entspricht damit dem deutschen Durchschnitt. Auswertungen der Tumorstadien zeigen, dass bei 67% der erkrankten Frauen der Tumor in einem frühen Stadium (UICC I) erkannt wurde. Die prognostisch sehr günstige Überlebenswahrscheinlichkeit von 95% für dieses Stadium hat einen großen Anteil an der guten Gesamtüberlebensrate. Im fortgeschrittenen Stadium (UICC IV) verringert sich die relative 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit auf 21%.

Prävalenz Die 10-Jahres-Prävalenz liegt bei 2.700 Frauen, mit dem höchsten Bevölkerungsanteil in der Altersgruppe der 65- bis 74 Jährigen, in der mehr als 5 von 1.000 Frauen betroffen sind.

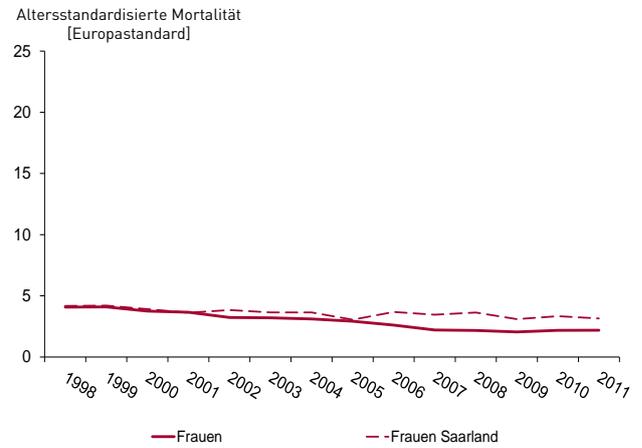
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



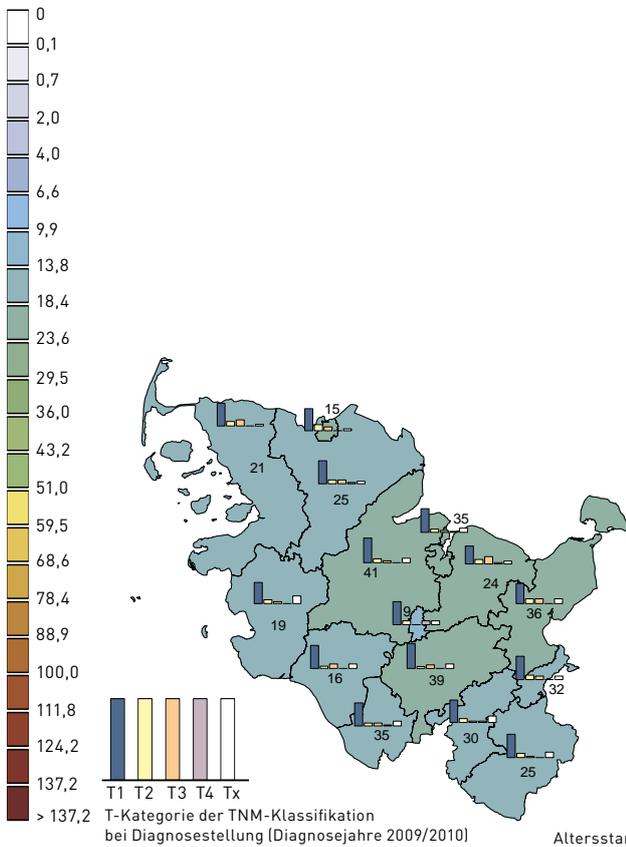
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



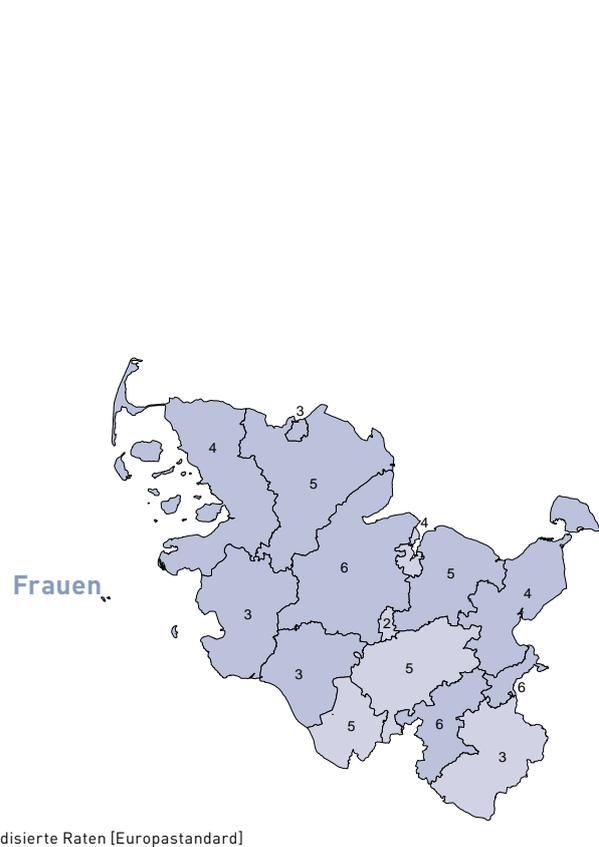
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

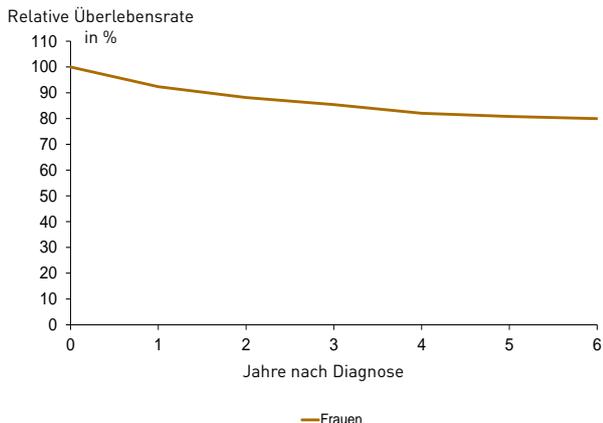
Regionale Verteilung



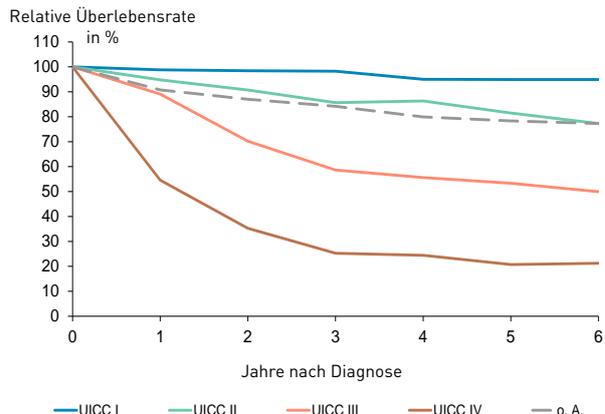
Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Gliederung nach Tumorstadium



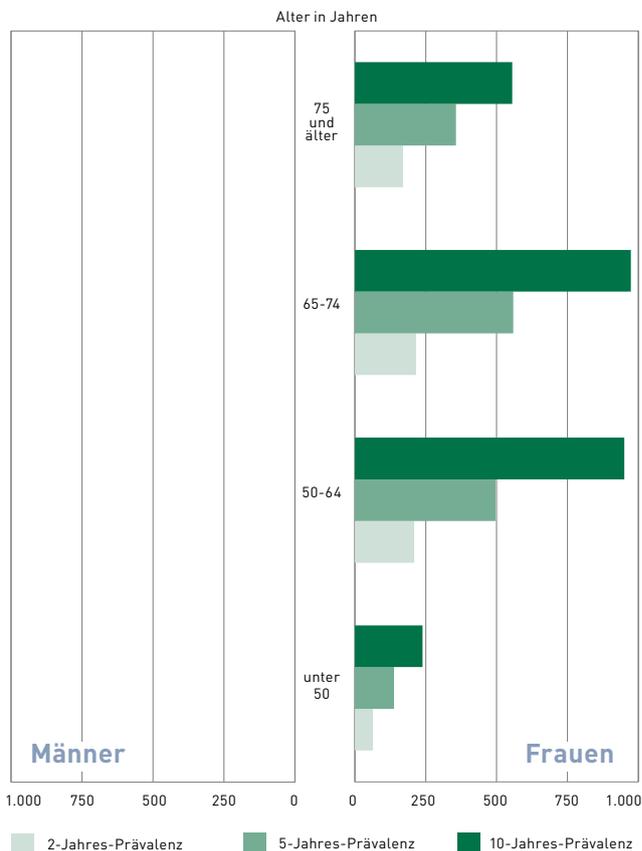
Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate		92
Relative 5-Jahres-Überlebensrate		81
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland		78-88
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate		90
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate		72

Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer	Frauen
	%	%
UICC I		95
UICC II		81
UICC III		53
UICC IV		21
Ohne Angabe		78

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz			324	0,22
0 bis 49 Jahre			30	0,04
50 bis 64 Jahre			99	0,35
65 bis 74 Jahre			103	0,57
75 Jahre und älter			92	0,56
2-Jahres-Prävalenz			659	0,46
0 bis 49 Jahre			64	0,08
50 bis 64 Jahre			209	0,74
65 bis 74 Jahre			216	1,19
75 Jahre und älter			170	1,03
3-Jahres-Prävalenz			969	0,67
0 bis 49 Jahre			87	0,11
50 bis 64 Jahre			310	1,09
65 bis 74 Jahre			333	1,83
75 Jahre und älter			239	1,45
5-Jahres-Prävalenz			1.550	1,07
0 bis 49 Jahre			138	0,17
50 bis 64 Jahre			496	1,75
65 bis 74 Jahre			559	3,07
75 Jahre und älter			357	2,17
10-Jahres-Prävalenz			2.717	1,88
0 bis 49 Jahre			239	0,29
50 bis 64 Jahre			950	3,35
65 bis 74 Jahre			973	5,35
75 Jahre und älter			555	3,38

Gliederung nach Altersgruppen



Eierstock [C56]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl		324		227
Erwartete Fallzahl 2014		293		221
Anteil an Krebs gesamt		3,6%		6,4%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)		69		72
Carcinomata in situ		0		
Geschlechterverhältnis				
Raten (/100.000)				
Rohe Rate		22,4		15,7
Weltstandard		10,2		6,1
Europastandard		14,2		9,0
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)		- 2,6 *		- 0,7
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)		1,2		0,7
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt		8.123 3,6%		5.599 5,6%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)		69		74
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)		12,6		7,5

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)		77,2%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)		0,70
DCO-Fälle		67
DCO-Anteil [%]		20,8%
Vollzähligkeit		94%

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Seröse Karzinome			124	48,4
Muzinöse Karzinome			17	6,6
Endometrioid Karzinome			19	7,4
Klarzellige Karzinome			5	2,0
Adenokarzinome n.n.bez.			56	21,9
Sonstige Karzinome			16	6,3
Spezielle Gonadenneoplasien			3	1,2
Keimzelltumoren			4	1,6
Sonstige Neubildungen			12	4,7
Insgesamt			256	100,0

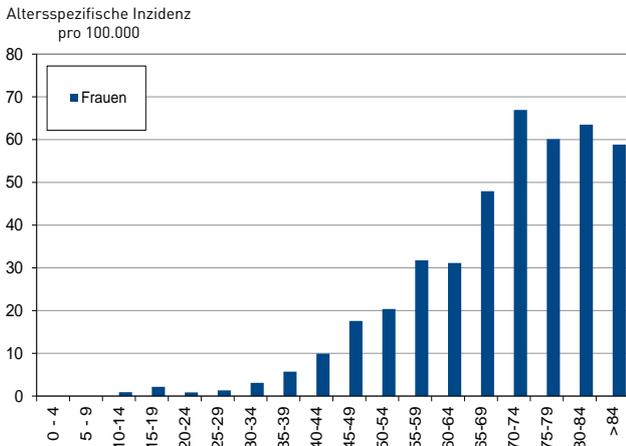
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I			30	17,2
II			15	8,6
III			71	40,8
IV			58	33,3
Insgesamt			174	100,0
Ohne Stadienangabe			96	35,6

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung			230	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation			206	89,6
Strahlentherapie			4	1,7
Chemotherapie			167	72,6
Sonstige			8	3,5
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt			11	4,8

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

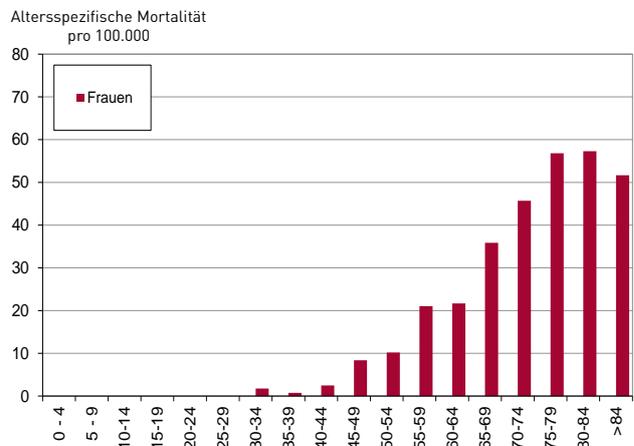
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre		57
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)		69
25% älter als ... Jahre		76
unter 50 Jahre (%)		13,7
50 bis 64 Jahre (%)		23,4
65 bis 74 Jahre (%)		33,0
75 bis 84 Jahre (%)		20,7
85 Jahre und älter (%)		9,3

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)		72
unter 50 Jahre (%)		6,6
50 bis 64 Jahre (%)		21,0
65 bis 74 Jahre (%)		33,4
75 bis 84 Jahre (%)		27,4
85 Jahre und älter (%)		11,6

Risikofaktoren

- genetische Disposition (rund 10%)
- hormonelle Faktoren (frühe Menarche, späte Menopause, Kinderlosigkeit, Hormonersatztherapie, viele Zysten in den Eierstöcken)
- schützende Faktoren: orale Kontrazeptiva („Pille“), hohe Anzahl ausgetragener Schwangerschaften, lange Stillperioden, Sterilisation

Symptome Im Frühstadium treten in der Regel keine Symptome auf, weshalb Tumoren im Frühstadium meist Zufallsbefunde sind. Später können dann Völlegefühl, unklare Bauchschmerzen, Blähungen, Verdauungs- und Blasenbeschwerden und Blutungen auftreten.

Früherkennung Wirksame und nutzenbelegte Methoden zur Früherkennung gibt es bislang nicht. Auch für Risikopatientinnen sind z.Z. keine Früherkennungsuntersuchungen empfohlen.

Inzidenz Die Inzidenzrate des Eierstockkrebses zeigt in Schleswig-Holstein, wie in Deutschland insgesamt, eine rückläufige Tendenz – etwa 2,6% durchschnittlich pro Jahr. Dabei liegen die Landeswerte 10 bis 15% über den Deutschlandwerten.

Mortalität Die Mortalitätsrate ist bei deutlichen Schwankungen im Mittel über die letzten zehn Jahre

nahezu konstant. Sie liegt dabei etwas oberhalb der gesamtdeutschen Rate.

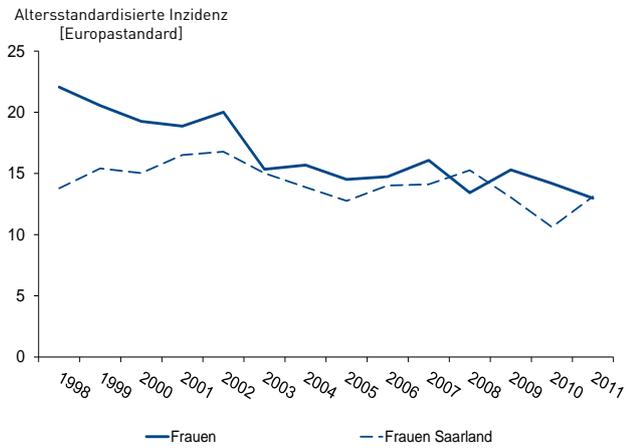
Überlebensraten Der Eierstockkrebs gehört zu den prognostisch eher ungünstigen Tumorarten. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei 45% und reiht sich damit in die Daten der anderen deutschen Krebsregister ein. Wird das Ovarialkarzinom in einem frühen Stadium entdeckt (UICC I oder II), ist die Überlebenswahrscheinlichkeit sehr hoch (> 85%). Berücksichtigt man die Erkrankungsfälle, für die kein Tumorstadium bekannt ist, werden bedauerlicherweise nur rund 17% der Fälle in diesen Stadien diagnostiziert.

Im Unterschied zu anderen gynäkologischen Tumoren ist der Anteil an Erkrankungsfällen, die dem Register lediglich aufgrund einer Todesbescheinigung bekannt sind (DCO-Rate), mit fast 21% sehr hoch. Die Fälle, für die keine Angabe zum Tumorstadium vorliegen, sind tendenziell Fälle höheren Stadiums, wie die entsprechende Überlebenskurve zeigt.

Prävalenz Etwa 1.200 Frauen leben in Schleswig-Holstein, die in den letzten zehn Jahren an einem Ovarialkarzinom erkrankt sind. Die meisten (ca. 35%) von ihnen sind zwischen 50 und 64 Jahre alt.

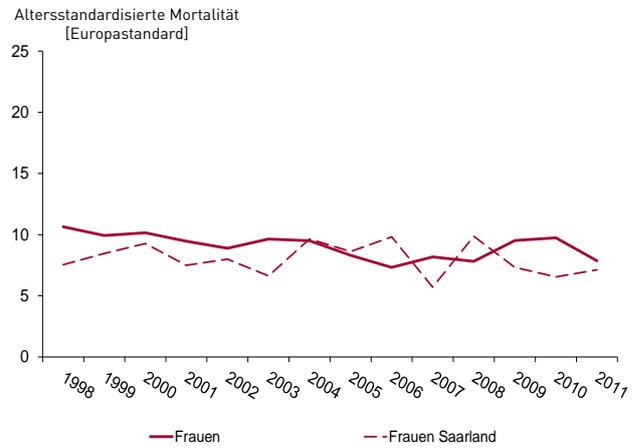
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



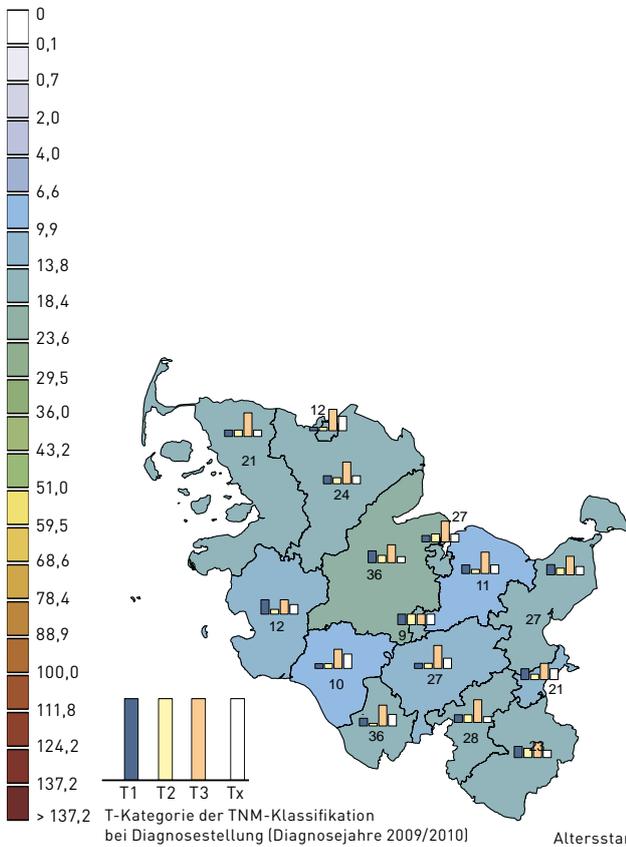
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



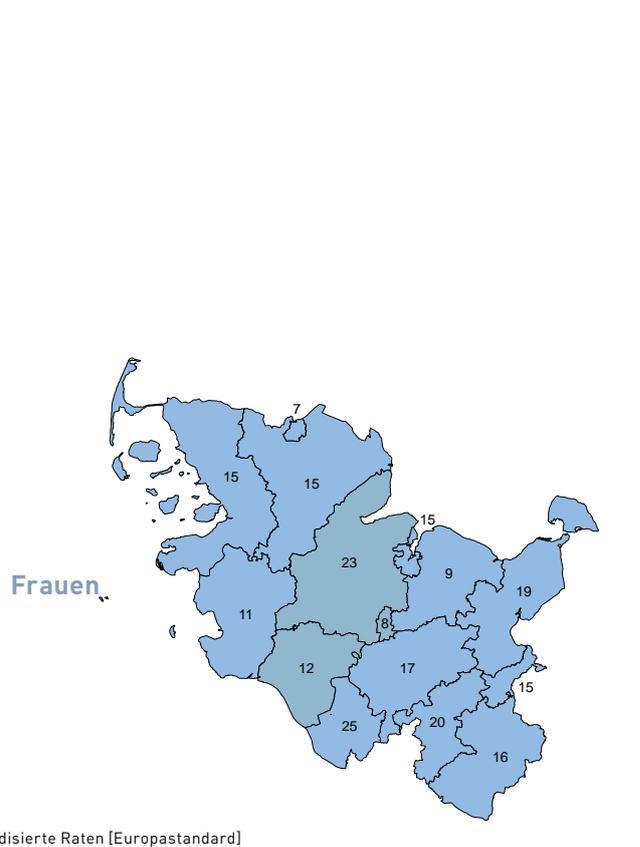
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

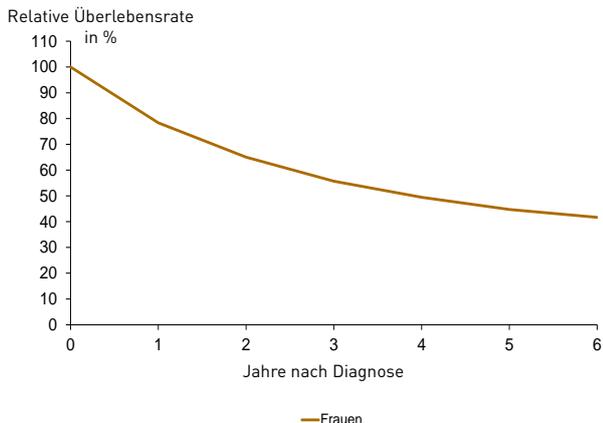
Regionale Verteilung



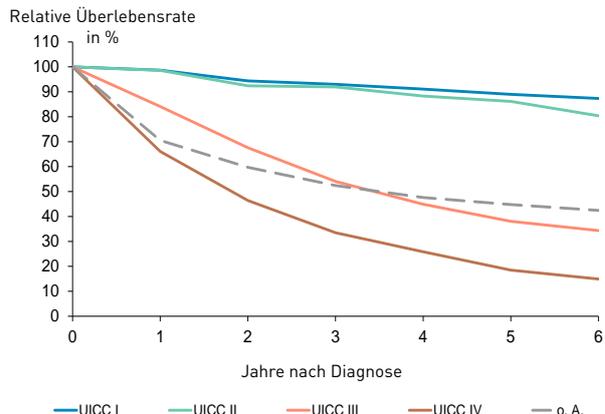
Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Gliederung nach Tumorstadium



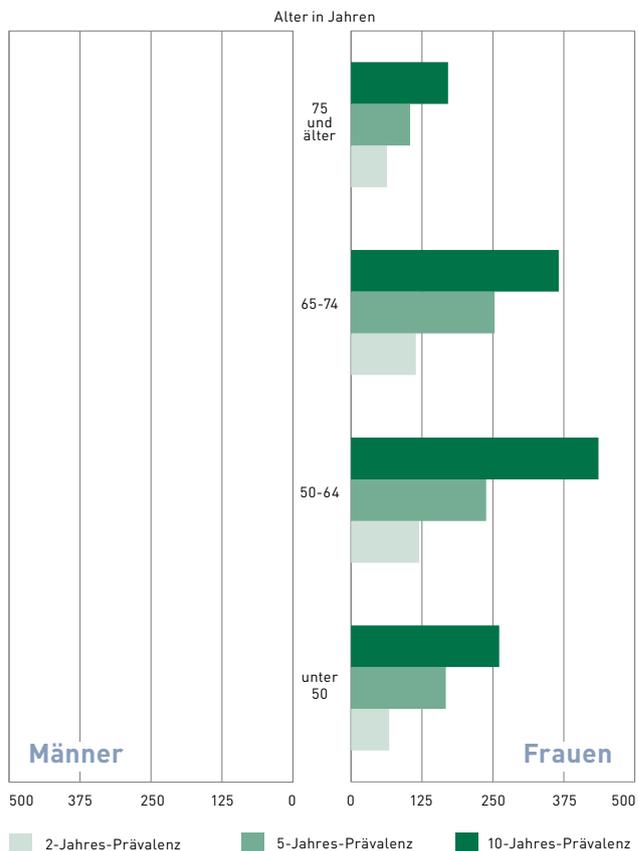
Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate		78
Relative 5-Jahres-Überlebensrate		45
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland		31-47
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate		77
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate		41

Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer	Frauen
	%	%
UICC I		89
UICC II		86
UICC III		38
UICC IV		18
Ohne Angabe		45

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz			185	0,13
0 bis 49 Jahre			36	0,04
50 bis 64 Jahre			61	0,22
65 bis 74 Jahre			47	0,26
75 Jahre und älter			41	0,25
2-Jahres-Prävalenz			364	0,25
0 bis 49 Jahre			67	0,08
50 bis 64 Jahre			120	0,42
65 bis 74 Jahre			114	0,63
75 Jahre und älter			63	0,38
3-Jahres-Prävalenz			514	0,36
0 bis 49 Jahre			102	0,13
50 bis 64 Jahre			159	0,56
65 bis 74 Jahre			175	0,96
75 Jahre und älter			78	0,47
5-Jahres-Prävalenz			762	0,53
0 bis 49 Jahre			167	0,2
50 bis 64 Jahre			238	0,84
65 bis 74 Jahre			253	1,39
75 Jahre und älter			104	0,63
10-Jahres-Prävalenz			1.234	0,85
0 bis 49 Jahre			261	0,32
50 bis 64 Jahre			436	1,54
65 bis 74 Jahre			366	2,01
75 Jahre und älter			171	1,04

Gliederung nach Altersgruppen



Prostata [C61]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	2.685		460	
Erwartete Fallzahl 2014	2.952		499	
Anteil an Krebs gesamt	27,1%		11,4%	
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70		78	
Carcinomata in situ	12			
Geschlechterverhältnis				
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	193,4		33,2	
Weltstandard	83,4		11,6	
Europastandard	124,7		19,9	
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 1,4		- 1,7 *	
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	11,1		1,0	
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	66.514 25,2%		12.676 10,8%	
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71		79	
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	112,6		20,0	

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	90,0%	
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,17	
DCO-Fälle	257	
DCO-Anteil (%)	9,6%	
Vollständigkeit	93%	

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	3	0,4		
II	454	55,6		
III	168	20,6		
IV	192	23,5		
Insgesamt	817	100,0		
Ohne Stadienangabe	1.578	65,9		

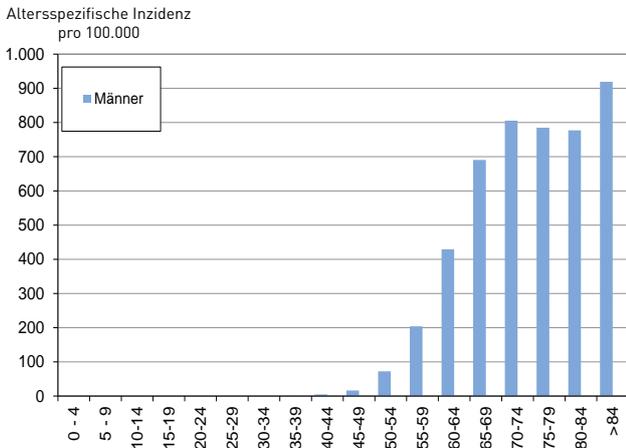
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Plattenepithel-/Übergangszellkarzinome	1	0,0		
Adenokarzinome	2.396	98,7		
Sonstige Karzinome	23	0,9		
Sarkome	0	0,0		
Sonstige Neubildungen	7	0,3		
Insgesamt	2.427	100,0		

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	1.935			
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	1.150	59,4		
Strahlentherapie	578	29,9		
Chemotherapie	36	1,9		
Hormontherapie	642	33,2		
Sonstige	56	2,9		
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	93	4,8		

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

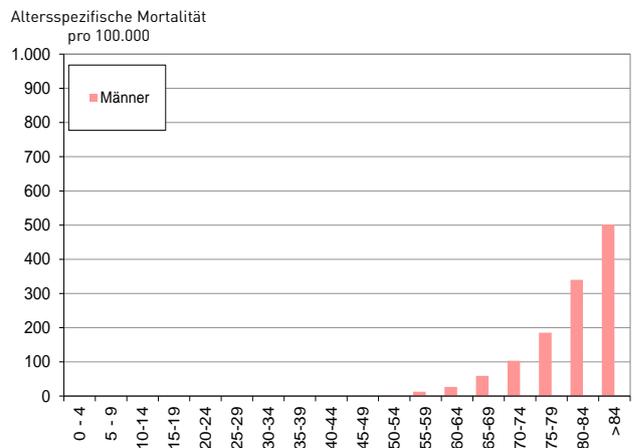
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	65	
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	70	
25% älter als ... Jahre	76	
unter 50 Jahre (%)	1,0	
50 bis 64 Jahre (%)	22,4	
65 bis 74 Jahre (%)	47,7	
75 bis 84 Jahre (%)	22,1	
85 Jahre und älter (%)	6,9	

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	78	
unter 50 Jahre (%)	0,2	
50 bis 64 Jahre (%)	7,5	
65 bis 74 Jahre (%)	30,2	
75 bis 84 Jahre (%)	40,2	
85 Jahre und älter (%)	21,9	

Risikofaktoren Über Ursachen für den Prostatakrebs ist relativ wenig bekannt. Das Erkrankungsrisiko steigt deutlich mit dem Alter. Es gibt, ohne genaue Kenntnis der Zusammenhänge, Hinweise auf genetische Faktoren als Ursache. Bekannt ist der Einfluss des Geschlechtshormons Testosteron. Das sind Faktoren, die sich kaum beeinflussen lassen. Über mögliche beeinflussbare Faktoren (Lebensstil) liegt kein gesichertes Wissen vor.

Symptome Es treten keine Frühsymptome auf. Erst im fortgeschrittenen Stadium treten Blasenentleerungsstörungen verschiedener Art und bei Metastasierung Knochenschmerzen auf.

Früherkennung Im Rahmen des gesetzlichen Früherkennungsprogramms wird für Männer ab dem 45. Lebensjahr eine jährliche digital-rektale Tastuntersuchung (Austastung der Prostata durch den Enddarm) zur Früherkennung angeboten. Die Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens im Blut (PSA) ist nicht Bestandteil der gesetzlichen Früherkennung. Nach bisherigem Wissensstand lässt sich der Nutzen regelmäßiger PSA-Tests bei gesunden Männern nicht eindeutig belegen, während schädliche Nebenwirkungen als gesichert gelten.

Inzidenz Prostatakrebs ist der häufigste bösartige Tumor des Mannes und macht mehr als ein Viertel aller Krebserkrankungen aus. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich ein Anstieg der Inzidenzrate bis 2003, gefolgt von einem Rückgang bis 2005 und einer seitdem relativ konstanten Phase. Dieser Verlauf, der im Wesentlichen auf den PSA-Test-Einsatz zur Früherkennung zurückzuführen sein dürfte, ist in Analogie zu vielen anderen deutschen Krebsregistern.

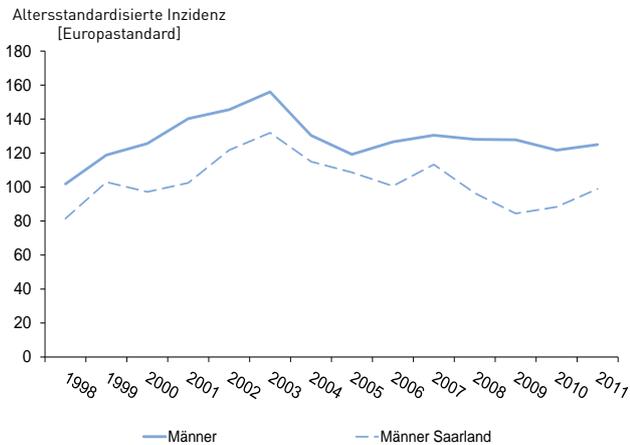
Mortalität Die Mortalitätsrate Schleswig-Holsteins entspricht nahezu der gesamtdeutschen. Die Rate sank über die letzten zehn Jahre im Mittel jährlich um 1,7%, während demografiebedingt die Fallzahlen jährlich um durchschnittlich 2,3% zunehmen.

Überlebensraten Wegen des hohen Erkrankungs- und Sterbealters beim Prostatakrebs unterscheiden sich die absolute und relative 5-Jahres-Überlebensrate deutlich. Zwar sind 23 von 100 Patienten nach fünf Jahren verstorben, allerdings sind auch in der Allgemeinheit Menschen verstorben, so dass nur 7% zusätzlich auf Prostatakrebs zurückzuführen sind.

Prävalenz Wegen der hohen Inzidenz zeigt sich eine 10-Jahres-Prävalenzrate von etwa 1,4% der männlichen Gesamtbevölkerung. Fast 20.000 Männer in Schleswig-Holstein leben mit der Diagnose.

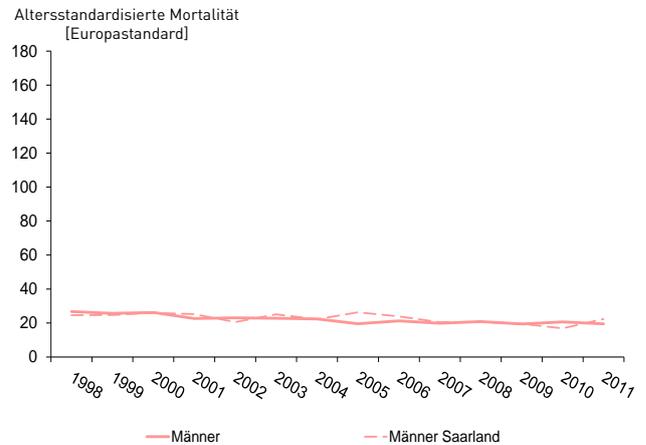
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



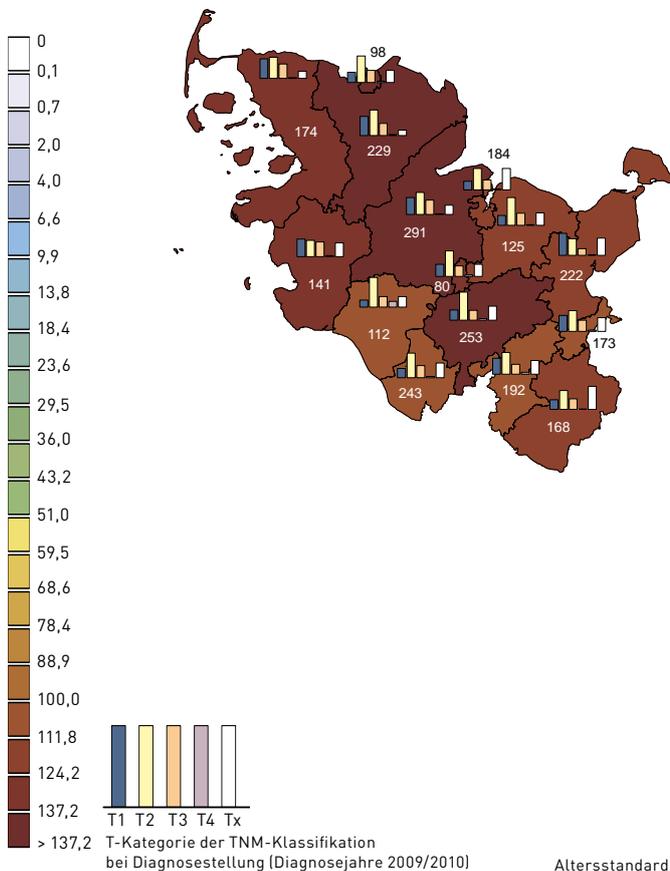
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



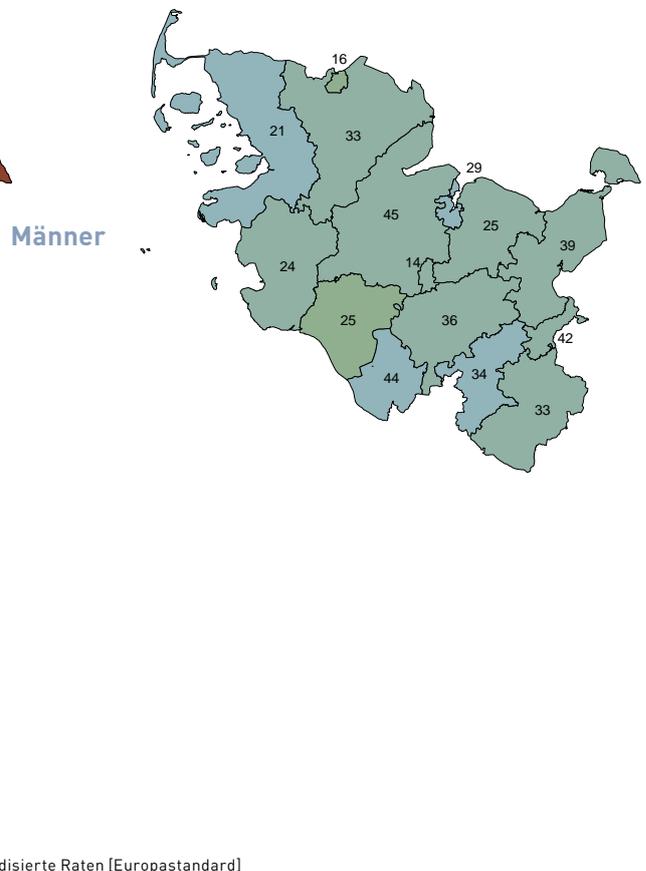
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

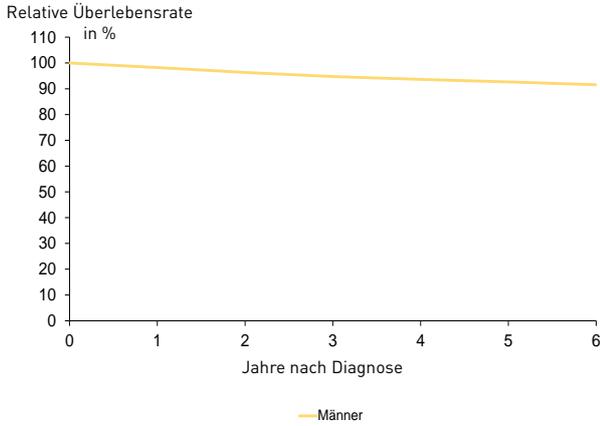
Regionale Verteilung



Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an.
Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

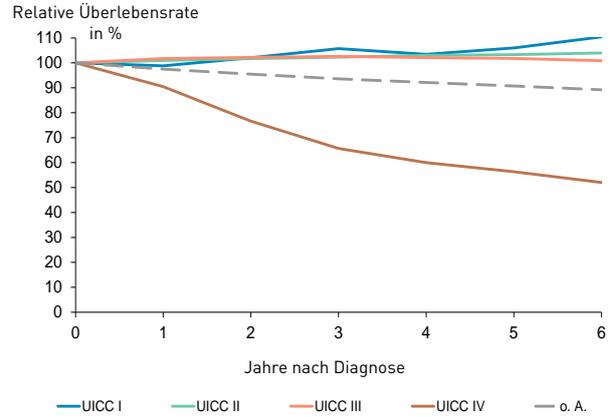
Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Überlebensraten	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	98			
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	93			
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	88-95			
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	95			
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	77			

Gliederung nach Tumorstadium

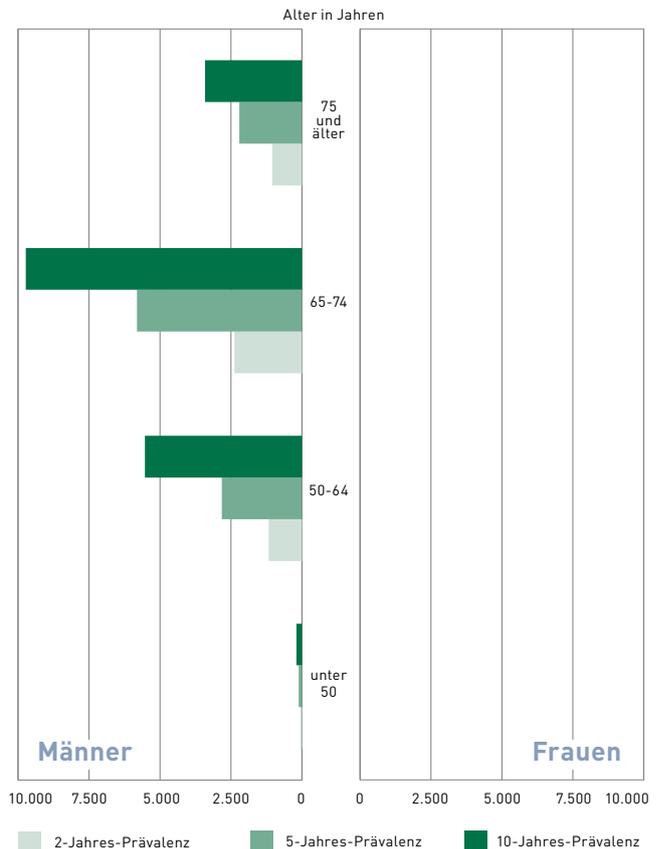


Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
UICC I	106			
UICC II	103			
UICC III	102			
UICC IV	56			
Ohne Angabe	91			

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	2.426	1,74		
0 bis 49 Jahre	27	0,03		
50 bis 64 Jahre	588	2,13		
65 bis 74 Jahre	1.240	7,39		
75 Jahre und älter	571	5,58		
2-Jahres-Prävalenz	4.649	3,34		
0 bis 49 Jahre	57	0,07		
50 bis 64 Jahre	1.168	4,23		
65 bis 74 Jahre	2.378	14,18		
75 Jahre und älter	1.046	10,23		
3-Jahres-Prävalenz	6.818	4,9		
0 bis 49 Jahre	75	0,09		
50 bis 64 Jahre	1.722	6,24		
65 bis 74 Jahre	3.557	21,21		
75 Jahre und älter	1.464	14,32		
5-Jahres-Prävalenz	10.950	7,88		
0 bis 49 Jahre	112	0,13		
50 bis 64 Jahre	2.826	10,24		
65 bis 74 Jahre	5.810	34,65		
75 Jahre und älter	2.202	21,53		
10-Jahres-Prävalenz	18.864	13,57		
0 bis 49 Jahre	190	0,23		
50 bis 64 Jahre	5.531	20,04		
65 bis 74 Jahre	9.733	58,04		
75 Jahre und älter	3.410	33,35		

Gliederung nach Altersgruppen



Hoden [C62]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	126		5	
Erwartete Fallzahl 2014	136		5	
Anteil an Krebs gesamt	1,3%		0,1%	
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	39		49	
Carcinomata in situ	0			
Geschlechterverhältnis				
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	9,1		0,4	
Weltstandard	8,6		0,3	
Europastandard	9,3		0,3	
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 0,2		- 2,0	
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,7		< 0,1	
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	4.048 1,5%		166 0,1%	
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	38		47	
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	10,0		0,4	

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	96,6%	
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,04	
DCO-Fälle	4	
DCO-Anteil (%)	2,9%	
Vollständigkeit	> 95%	

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	38	66,7		
II	11	19,3		
III	8	14,0		
Insgesamt	57	100,0		
Ohne Stadienangabe	72	55,8		

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Dystoper Hoden (C62.0)	2	1,6		
Deszendierter Hoden (C62.1)	58	47,5		
Hoden, n.n.bez. (C62.9)	62	50,8		
Insgesamt	122	100,0		

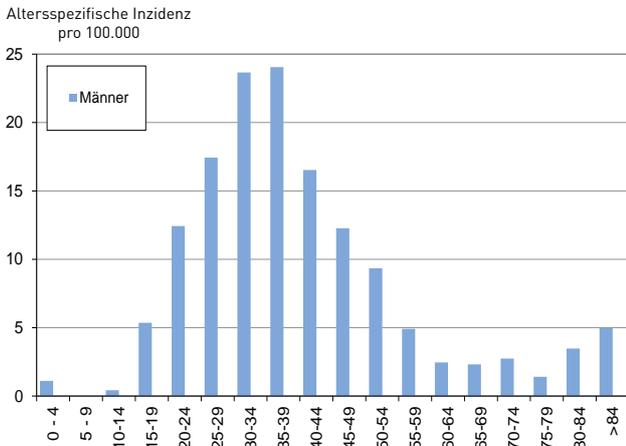
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	108			
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	106	98,1		
Strahlentherapie	16	14,8		
Chemotherapie	62	57,4		
Sonstige	4	3,7		
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	1	0,9		

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Seminome	75	61,5		
Spermatozytisches Seminom	1	0,8		
Nichtseminomatöse Keimzelltumoren	42	34,4		
Sonstige Neubildungen	4	3,3		
Insgesamt	122	100,0		

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

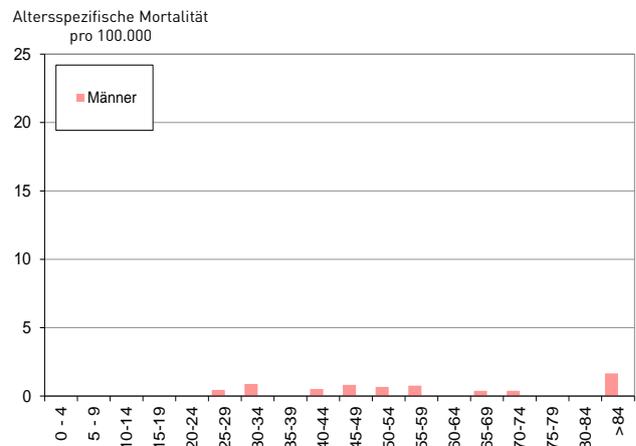
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	31	
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	39	
25% älter als ... Jahre	46	
unter 50 Jahre (%)	82,0	
50 bis 64 Jahre (%)	12,4	
65 bis 74 Jahre (%)	3,4	
75 bis 84 Jahre (%)	1,3	
85 Jahre und älter (%)	0,8	

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	49	
unter 50 Jahre (%)	53,3	
50 bis 64 Jahre (%)	26,7	
65 bis 74 Jahre (%)	13,3	
75 bis 84 Jahre (%)	0,0	
85 Jahre und älter (%)	6,7	

Risikofaktoren

- Hodenhochstand (Kryptorchismus)
- genetische Disposition
- diskutiert werden auch Umweltfaktoren im sehr frühen Lebensalter bzw. in der Embryonalzeit

Symptome Die fast immer schmerzlose Größenzunahme und / oder Gewichtszunahme des Hodens ist das Hauptsymptom. Darüber hinaus können tastbare Knoten oder Verhärtungen vorkommen.

Früherkennung Für Männer ohne besondere Risikofaktoren werden keine regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen empfohlen. Eine regelmäßige Selbstuntersuchung des Hodens nach Größenveränderungen und Knoten ist möglich. Jegliche schmerzlose Schwellung sollte diagnostisch abgeklärt werden.

Inzidenz Hodenkrebs ist ein Tumor jüngeren Alters. Obwohl Hodentumoren insgesamt nur etwa 1,3% aller Krebserkrankungen des Mannes ausmachen, sind sie bis 45 Jahre der häufigste Tumor des Mannes. Mittleres Alter ist 39 Jahre.

Trotz größerer jährlicher Schwankungen hat sich die Erkrankungsrate über die letzten zehn Jahre kaum verändert. Sie entspricht dabei etwa dem bundesdeutschen Niveau.

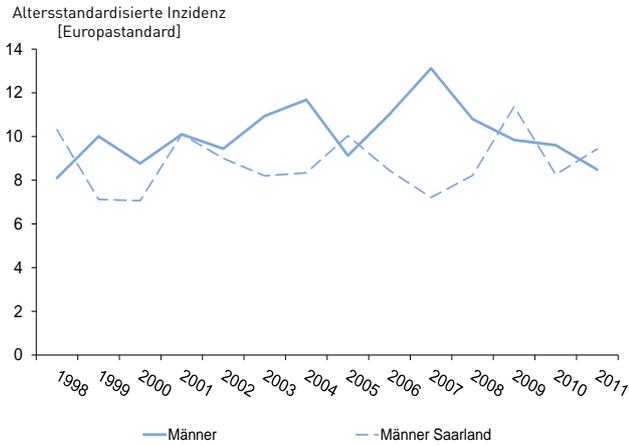
Mortalität Die Mortalität beim Hodenkrebs ist sehr gering. Die Mortalitätsrate Schleswig-Holsteins entspricht in etwa der gesamtdeutschen.

Überlebensraten Hodentumoren gehören zu den prognostisch günstigsten bösartigen Tumorerkrankungen. Die relative 1-Jahres- und 5-Jahres Überlebenswahrscheinlichkeit unterscheidet sich kaum und entspricht mit 98% bzw. 97% nahezu der allgemeinen Sterblichkeit, die entsprechend des geringen Erkrankungsalters ebenfalls gering ist. Nur rund 14% aller Erkrankungsfälle werden im ungünstigsten Stadium (UICC III) entdeckt, wobei auch dieses Stadium mit einer relativen Überlebensrate von 80% einen vergleichsweise hohen Wert aufweist.

Prävalenz Wegen der geringen Mortalität nimmt die Prävalenz jährlich in etwa um die Zahl der Neuerkrankungen zu, so dass die 10-Jahres-Prävalenz bei rund 1.350 Patienten liegt bzw. einer von 1.000 schleswig-holsteinischen Männern betroffen ist. Wegen des geringen Erkrankungsalters betrifft das fast ausschließlich die Altersgruppe bis 49 Jahre.

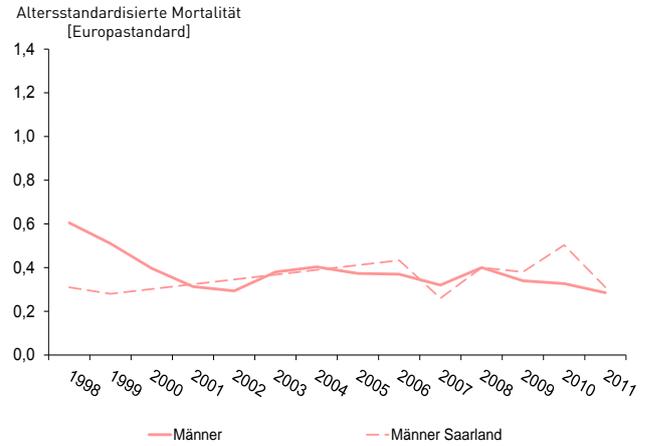
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



Mortalität

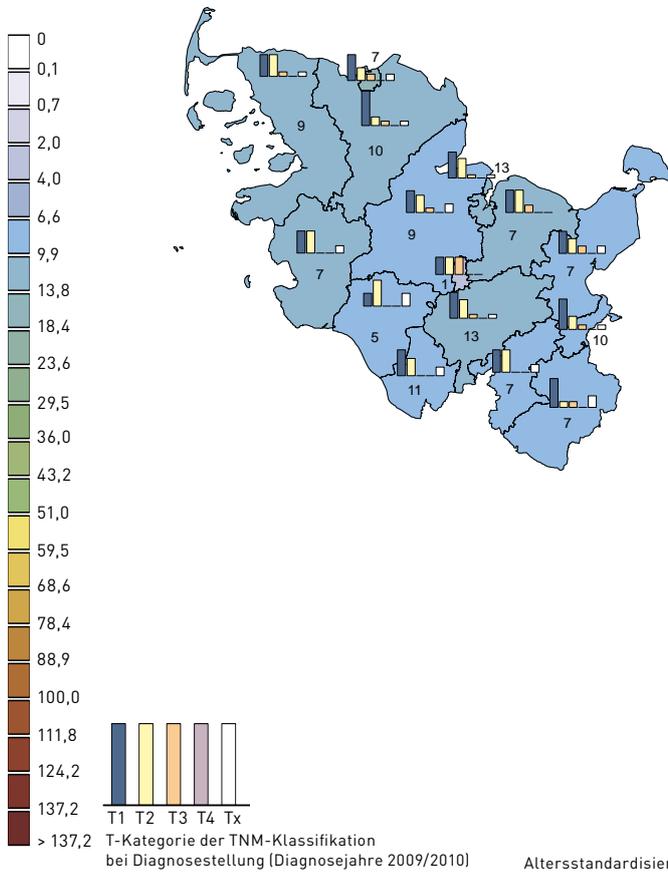
Zeitlicher Verlauf



Unterschiedliche Skalierung bei Inzidenz und Mortalität.
Skalierung Inzidenz ist das Zehn-fache der Mortalität.

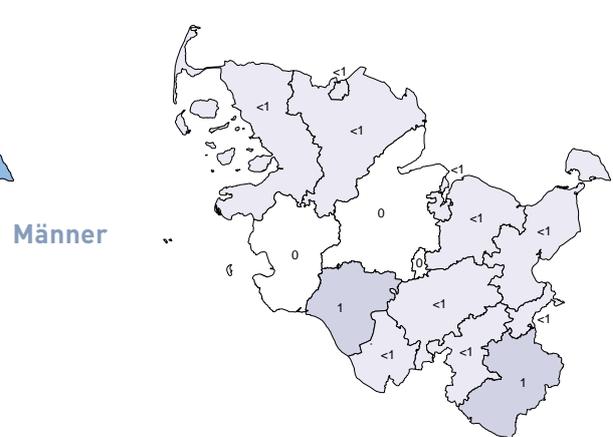
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

Regionale Verteilung



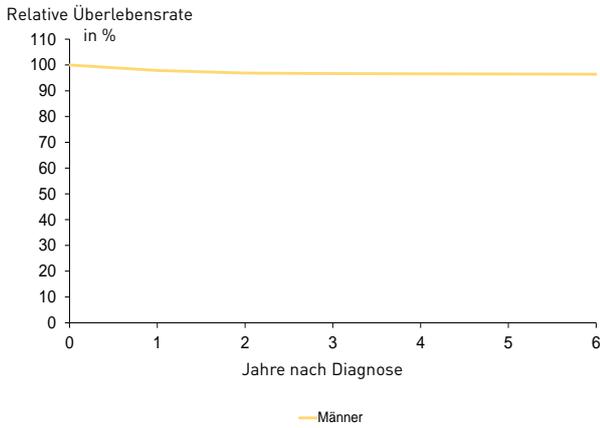
T-Kategorie der TNM-Klassifikation bei Diagnosestellung (Diagnosejahre 2009/2010) Altersstandardisierte Raten [Europastandard]

Die Einfärbung der Inzidenzkarten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Inzidenzraten der Jahre 2009 bis 2011.
Die Zahlen in den Inzidenzkarten sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen 2009 bis 2011.

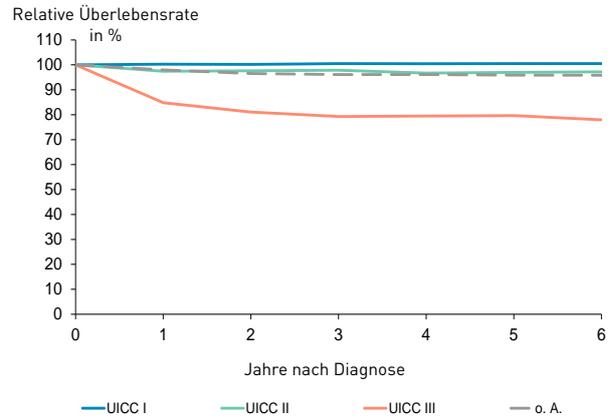
Die Angaben zur Mortalität beziehen sich auf den Zeitraum 2007-2011. (<1 bedeutet: weniger als ein Fall, aber mehr als kein Fall durchschnittlich pro Jahr)

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Gliederung nach Tumorstadium



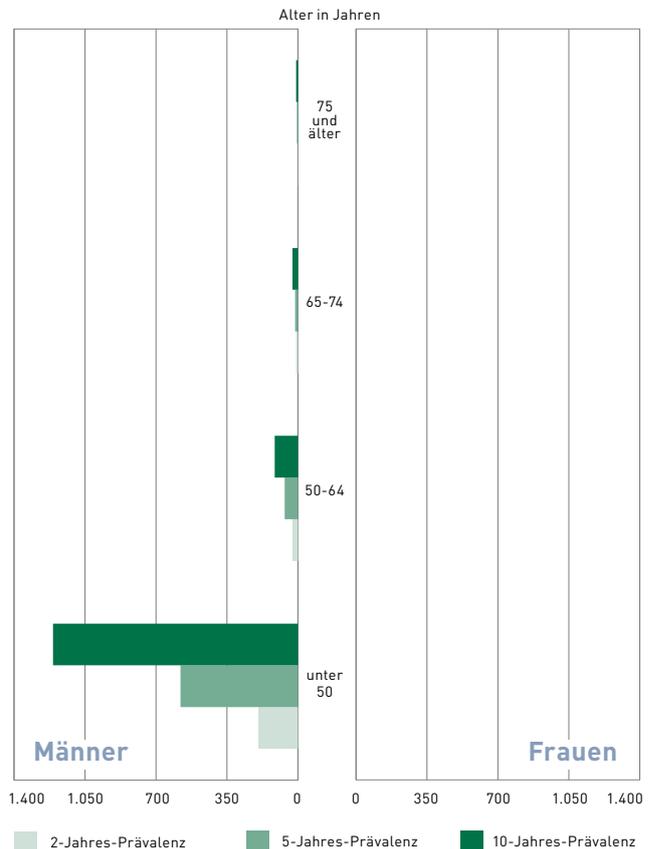
Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	98	
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	97	
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	94-98	
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	97	
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	95	

Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer	Frauen
	%	%
UICC I	100	
UICC II	97	
UICC III	80	
Ohne Angabe	96	

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	109	0,08		
0 bis 49 Jahre	90	0,11		
50 bis 64 Jahre	16	0,06		
65 bis 74 Jahre	3	0,02		
75 Jahre und älter	0	0		
2-Jahres-Prävalenz	232	0,17		
0 bis 49 Jahre	195	0,23		
50 bis 64 Jahre	27	0,1		
65 bis 74 Jahre	9	0,05		
75 Jahre und älter	1	0,01		
3-Jahres-Prävalenz	361	0,26		
0 bis 49 Jahre	307	0,36		
50 bis 64 Jahre	42	0,15		
65 bis 74 Jahre	11	0,07		
75 Jahre und älter	1	0,01		
5-Jahres-Prävalenz	663	0,48		
0 bis 49 Jahre	579	0,69		
50 bis 64 Jahre	65	0,24		
65 bis 74 Jahre	14	0,08		
75 Jahre und älter	5	0,05		
10-Jahres-Prävalenz	1.358	0,98		
0 bis 49 Jahre	1.208	1,43		
50 bis 64 Jahre	114	0,41		
65 bis 74 Jahre	27	0,16		
75 Jahre und älter	9	0,09		

Gliederung nach Altersgruppen



Niere [C64]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	281	156	80	43
Erwartete Fallzahl 2014	310	161	74	39
Anteil an Krebs gesamt	2,8%	1,7%	2,0%	1,2%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	69	72	73	78
Carcinomata in situ	0	0		
Geschlechterverhältnis	1,8 : 1		1,8 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	20,2	10,8	5,7	3,0
Weltstandard	9,6	4,6	2,4	0,9
Europastandard	13,9	6,3	3,7	1,4
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 0,6	- 1,6	- 4,4 *	- 6,5 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,1	0,5	0,3	0,1
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	9.719 3,7%	6.063 2,7%	3.096 2,6%	2.151 2,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	68	72	73	79
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	17,5	8,7	5,2	2,4

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	78,9%	75,9%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,28	0,28
DCO-Fälle	52	34
DCO-Anteil (%)	18,4%	21,8%
Vollständigkeit	88%	93%

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Nierenzellkarzinome	223	97,4	116	95,1
Sonstige Karzinome	1	0,4	2	1,6
Sonstige Neubildungen	5	2,2	4	3,3
Insgesamt	229	100,0	122	100,0

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	31	42,5	18	40,9
II	7	9,6	4	9,1
III	9	12,3	6	13,6
IV	26	35,6	16	36,4
Insgesamt	73	100,0	44	100,0
Ohne Stadienangabe	152	67,6	86	66,2

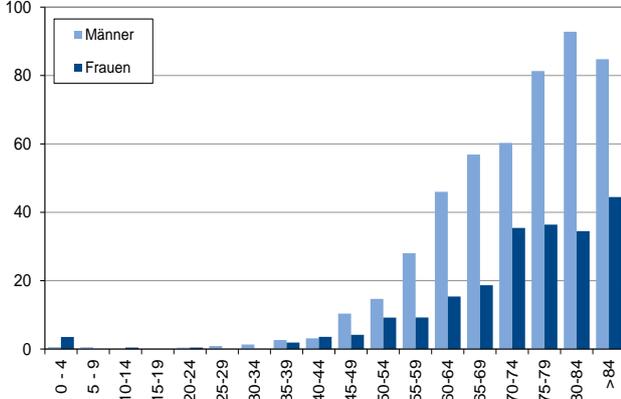
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	195		107	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	189	96,9	102	95,3
Strahlentherapie	4	2,1	3	2,8
Chemotherapie	12	6,2	5	4,7
Immuntherapie	1	0,5	1	0,9
Sonstige	3	1,5	3	2,8
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	3	1,5	2	1,9

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

Altersverteilung

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000

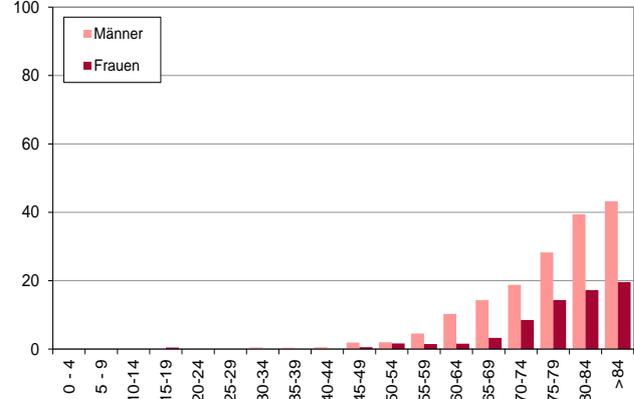


Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	61	62
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	69	72
25% älter als ... Jahre	76	80
unter 50 Jahre (%)	7,7	8,8
50 bis 64 Jahre (%)	27,3	19,7
65 bis 74 Jahre (%)	35,8	32,3
75 bis 84 Jahre (%)	23,2	24,8
85 Jahre und älter (%)	6,1	14,5

Mortalität

Altersverteilung

Altersspezifische Mortalität pro 100.000



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	73	78
unter 50 Jahre (%)	4,6	2,3
50 bis 64 Jahre (%)	18,0	10,0
65 bis 74 Jahre (%)	35,6	25,4
75 bis 84 Jahre (%)	31,0	39,2
85 Jahre und älter (%)	10,9	23,1

Risikofaktoren

- chronische Niereninsuffizienz
- Bluthochdruck (in Verbindung mit Übergewicht)
- Tabakrauch
- diverse chemische Substanzen (halogenierte Kohlenwasserstoffe, Blei, Kadmium)
- einige Arzneimittel
- genetische Disposition (tuberöse Sklerose, Hippel-Lindau-Syndrom)

Symptome Keine Frühsymptome. Im fortgeschrittenen Stadium kommt es zu Blut im Harn (Hämaturie), (Flanken-)Schmerzen und einem tastbaren Tumor. Die meisten Nierentumoren sind Zufallsbefunde bei bildgebenden Untersuchungen.

Früherkennung Für Personen ohne besondere Risikofaktoren werden keine regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen empfohlen. Risikopersonen (Hippel-Lindau-Syndrom) wird eine genetische Beratung angeraten.

Inzidenz Die Neuerkrankungsraten haben sich in den letzten zehn Jahren kaum verändert. Bei beiden Geschlechtern liegt sie deutlich (20-30%) unter der jeweiligen Rate für Deutschland insgesamt. Vom Nierenkrebs sind Männer fast doppelt so häufig betroffen wie Frauen.

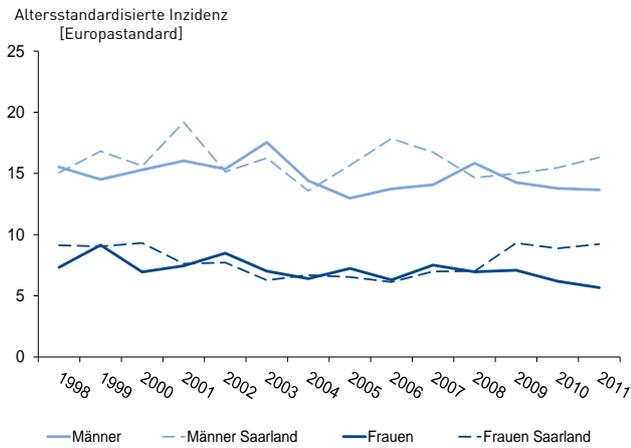
Mortalität Die Sterblichkeit am Nierenkrebs ist vergleichsweise gering. Die altersstandardisierte Sterberate ist in der letzten Dekade jährlich um durchschnittlich 4,4% (♂) bzw. 6,5% (♀) zurückgegangen. Ähnlich wie bei den Inzidenzraten liegen auch die Mortalitätsraten erheblich unter dem Bundesdurchschnitt.

Überlebensraten Die Kurve der relativen Überlebensraten verläuft fast linear - also fast ohne höhere Sterblichkeit im ersten Jahr nach Diagnose. Die Raten der beiden Geschlechter unterscheiden sich kaum. Eine deutlich schlechtere 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit zeigt sich beim fortgeschrittenen Tumorstadium (UICC IV), was auf etwa ein Drittel aller Erkrankungsfälle mit Stadienangabe zutrifft. In zwei Dritteln aller Erkrankungsfälle fehlen die Angaben zur Tumorausbreitung (bei Erstdiagnose). Der Überlebenskurve (o.A.) zufolge scheint es sich dabei aber überwiegend um Erkrankungen im frühen Stadium zu handeln.

Prävalenz Etwa 2.500 Patienten leben in Schleswig-Holstein, bei denen in den letzten zehn Jahren Nierenkrebs diagnostiziert wurde. Der höchste Bevölkerungsanteil ist dabei in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen zu finden.

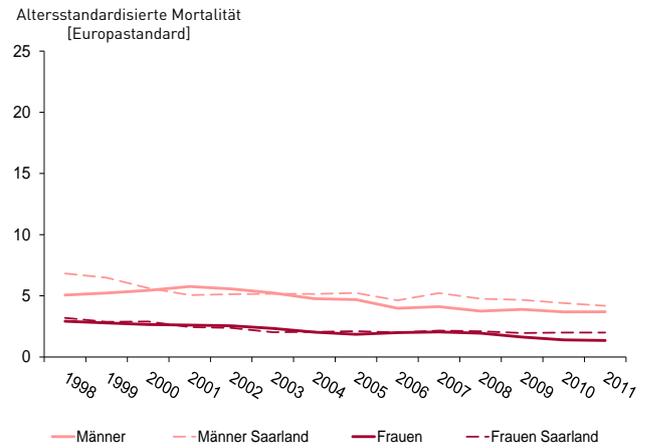
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



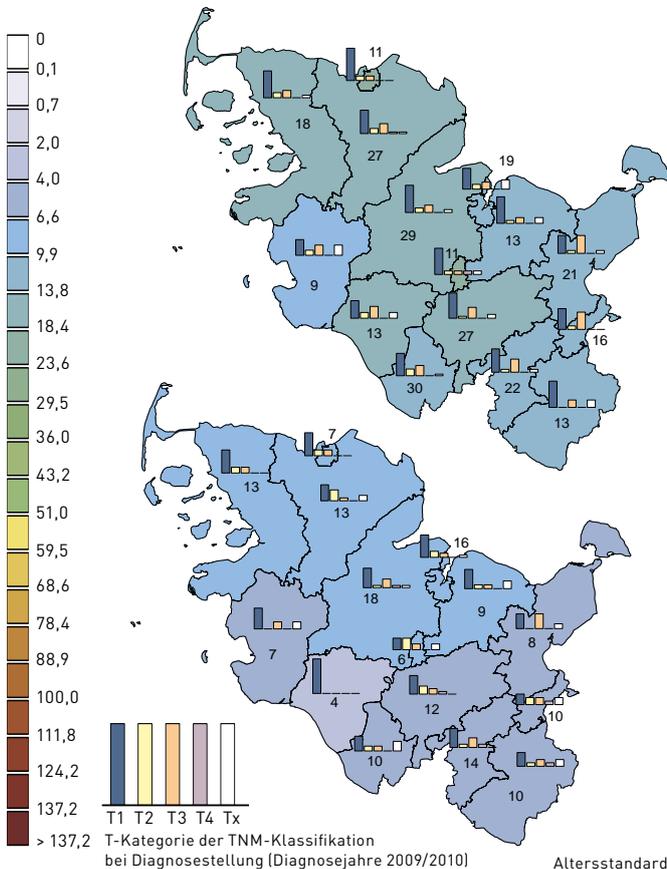
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



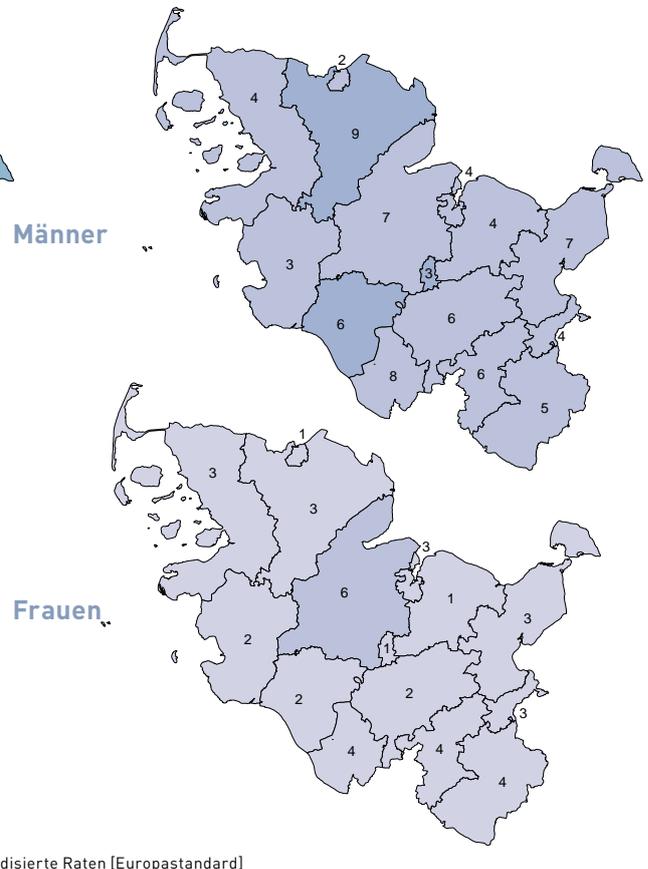
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

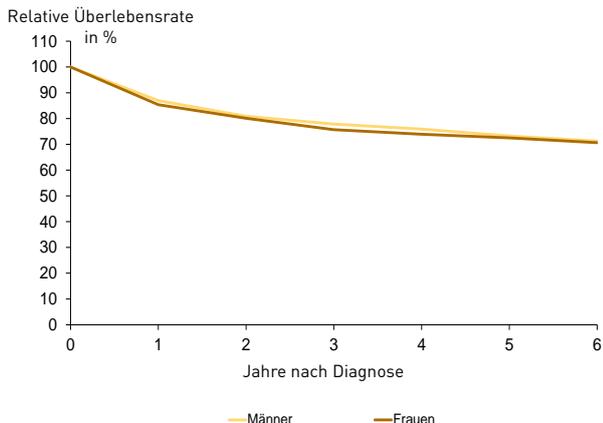
Regionale Verteilung



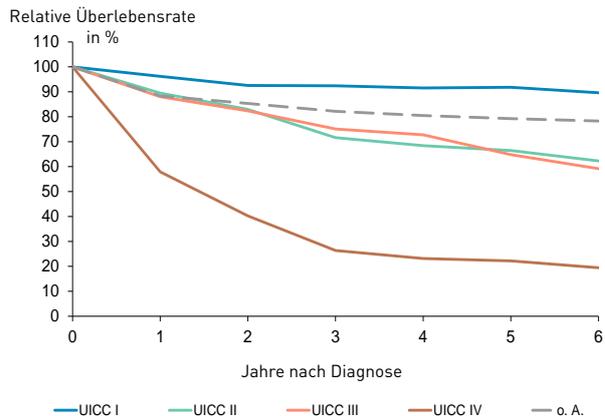
Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Gliederung nach Tumorstadium



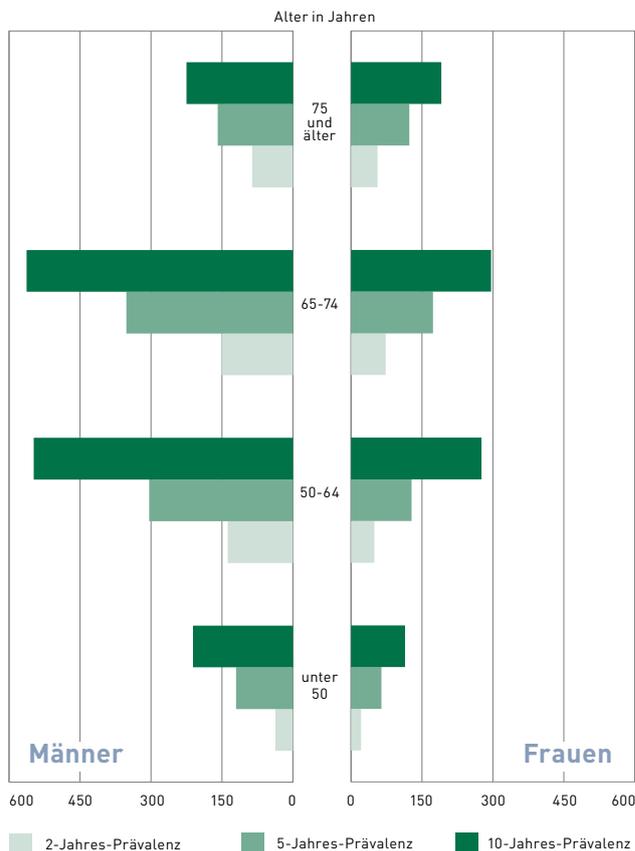
Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	87	85
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	73	72
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	62-81	63-89
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	85	84
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	64	65

Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer	Frauen
	%	%
UICC I	97	92
UICC II	90	66
UICC III	74	65
UICC IV	16	22
Ohne Angabe	77	79

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	220	0,16	95	0,07
0 bis 49 Jahre	17	0,02	10	0,01
50 bis 64 Jahre	81	0,29	28	0,1
65 bis 74 Jahre	79	0,47	33	0,18
75 Jahre und älter	43	0,42	24	0,15
2-Jahres-Prävalenz	412	0,3	199	0,14
0 bis 49 Jahre	37	0,04	21	0,03
50 bis 64 Jahre	138	0,5	49	0,17
65 bis 74 Jahre	151	0,9	73	0,4
75 Jahre und älter	86	0,84	56	0,34
3-Jahres-Prävalenz	581	0,42	312	0,22
0 bis 49 Jahre	58	0,07	39	0,05
50 bis 64 Jahre	189	0,68	77	0,27
65 bis 74 Jahre	214	1,28	114	0,63
75 Jahre und älter	120	1,17	82	0,5
5-Jahres-Prävalenz	935	0,67	488	0,34
0 bis 49 Jahre	120	0,14	64	0,08
50 bis 64 Jahre	304	1,1	128	0,45
65 bis 74 Jahre	352	2,1	173	0,95
75 Jahre und älter	159	1,55	123	0,75
10-Jahres-Prävalenz	1.547	1,11	877	0,61
0 bis 49 Jahre	211	0,25	114	0,14
50 bis 64 Jahre	548	1,99	276	0,97
65 bis 74 Jahre	563	3,36	296	1,63
75 Jahre und älter	225	2,2	191	1,16

Gliederung nach Altersgruppen



Harnblase [C67, D09.0, D41.1]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	818	261	120	57
Erwartete Fallzahl 2014	922	274	115	56
Anteil an Krebs gesamt	8,2%	2,9%	3,0%	1,6%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	72	74	78	83
davon nicht-invasive Neubildungen (D09.0)	384	100		
davon Fälle mit unsicherem Verhalten (D41.4)	12	5		
Geschlechterverhältnis	3,1 : 1		2,1 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	58,9	18,0	8,6	3,9
Weltstandard	24,5	6,3	3,1	1,0
Europastandard	37,8	9,5	5,3	1,7
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 1,2	- 1,1	- 4,9 *	- 1,4
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	2,8	0,7	0,3	0,1
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	19.542 7,4%	6.571 2,9%	3.631 3,1%	1.885 1,9%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	73	75	78	82
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	32,7	8,2	5,9	1,9

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	93,0%	88,6%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,15	0,22
DCO-Fälle	51	28
DCO-Anteil (%)	6,2%	10,9%
Vollzähligkeit	88%	93%

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Übergangszellkarzinome	740	96,5	221	95,3
Adenokarzinome	5	0,7	2	0,9
Sonstige Karzinome	19	2,5	9	3,9
Sarkome	0	0,0	0	0,0
Sonstige Neubildungen	3	0,4	0	0,0
Insgesamt	767	100,0	232	100,0

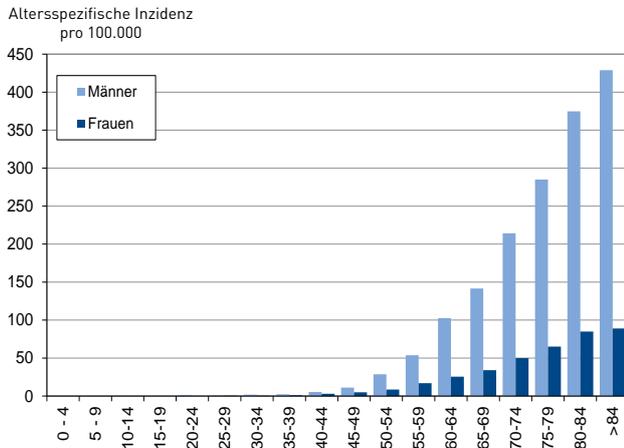
Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
0a	343	69,2	94	62,3
0is	24	4,8	6	4,0
I	46	9,3	10	6,6
II	29	5,8	11	7,3
III	9	1,8	6	4,0
IV	45	9,1	24	15,9
Insgesamt	496	100,0	151	100,0
Ohne Stadienangabe	259	34,3	78	34,1

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	614		183	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	552	89,9	163	89,1
Strahlentherapie	23	3,7	6	3,3
Chemotherapie	90	14,7	28	15,3
Hormontherapie	1	0,2	0	0,0
Immuntherapie	17	2,8	3	1,6
Sonstige	62	10,1	22	12,0
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	8	1,3	4	2,2

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

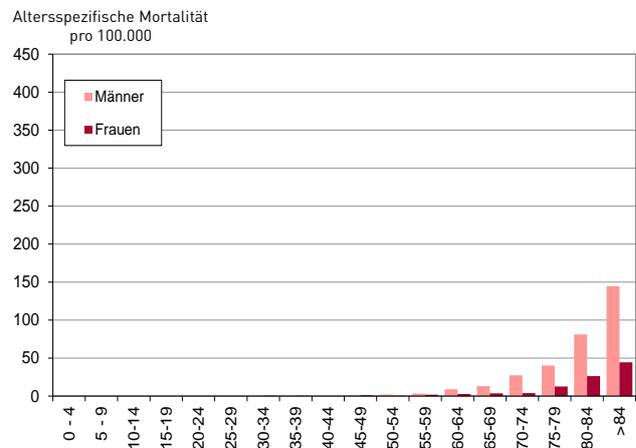
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	66	66
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	72	74
25% älter als ... Jahre	79	82
unter 50 Jahre (%)	3,2	4,4
50 bis 64 Jahre (%)	19,5	17,5
65 bis 74 Jahre (%)	37,2	29,9
75 bis 84 Jahre (%)	29,6	30,8
85 Jahre und älter (%)	10,5	17,4

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	78	83
unter 50 Jahre (%)	1,1	4,1
50 bis 64 Jahre (%)	10,3	7,7
65 bis 74 Jahre (%)	29,0	12,4
75 bis 84 Jahre (%)	35,4	35,9
85 Jahre und älter (%)	24,2	40,0

Risikofaktoren

- Tabakrauchen, mit direkter Abhängigkeit von der Menge gerauchter Zigaretten und der Dauer der Raucherkarriere
- Exposition gegenüber aromatischen Aminen am Arbeitsplatz, wobei zwischen Exposition und Krebsdiagnose bis zu 40 Jahre liegen können
- chronische Entzündungen im Bereich der Harnblase (langjährige Blasensteinleiden, Harnwegsinfekte)
- als Nebenwirkung bei bestimmten Medikamenten (Pioglitazon bei Diabetes, bestimmte Zytostatika bei Krebs)

Symptome Oft liegen keine Frühsymptome vor. Es kann zu schmerzlosen Blutungen aus der Blase kommen (Hämaturie, rötlich-brauner Urin), was aber kein verlässliches Symptom darstellt. Auch häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen (Pollakisurie) kann ein mögliches Symptom sein. Im fortgeschrittenen Zustand können dann auch Schmerzen auftreten. Die Symptome werden auch mit Prostatabeschwerden oder Blasenentzündungen verwechselt.

Früherkennung Für Personen ohne besondere Risikofaktoren werden keine regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen empfohlen. Auftretende

Frühsymptome wie oben beschrieben sollten unverzüglich diagnostisch abgeklärt werden.

Inzidenz Zu den Harnblasentumoren werden auch die nicht-invasiven Vorstufen (D09, D41) gezählt. Dieses entspricht internationalen Vorgaben (IARC). Die Neuerkrankungsraten beider Geschlechter liegen etwa 20% über der Deutschlandschätzung. Über den vergangenen 10-Jahres-Zeitraum haben sich, abgesehen von Schwankungen, keine wesentlichen Veränderungen in der Inzidenzrate in Schleswig-Holstein ergeben. Männer sind etwa dreimal häufiger betroffen als Frauen.

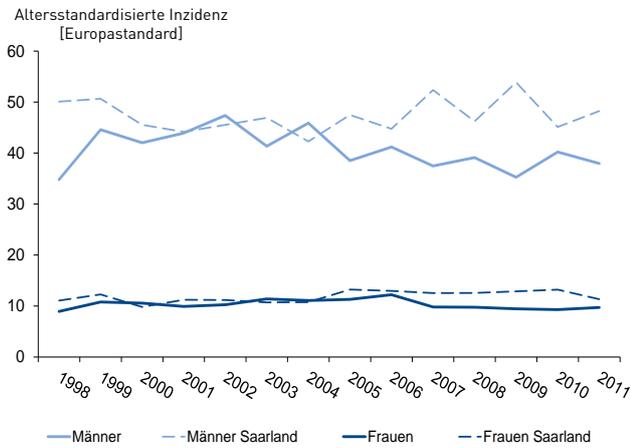
Mortalität Trotz der gegenüber der Deutschlandschätzung etwas erhöhten Inzidenzraten liegen die Mortalitätsraten in etwa auf dem Deutschlandniveau. Im zeitlichen Trend sind die Mortalitätsraten über die letzten zehn (♂) bzw. die letzten acht Jahre (♀) um durchschnittlich jährlich 5% gesunken.

Überlebensrate Die Überlebensraten weisen, mit Ausnahme der nicht-invasiven Tumoren, ungewöhnlicherweise höhere Werte bei Männern auf. Die Ursache hierfür ist noch unklar.

Prävalenz Entsprechend der Inzidenz ist auch die 10-Jahres-Prävalenzrate bei Männern mit ca. 3 Promille dreimal höher als bei Frauen (ca. 1‰).

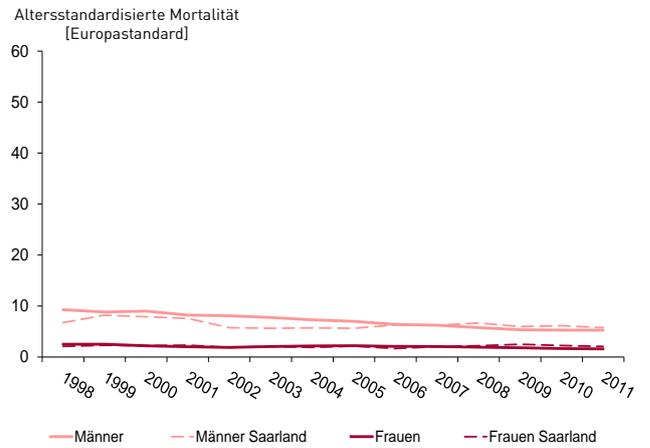
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



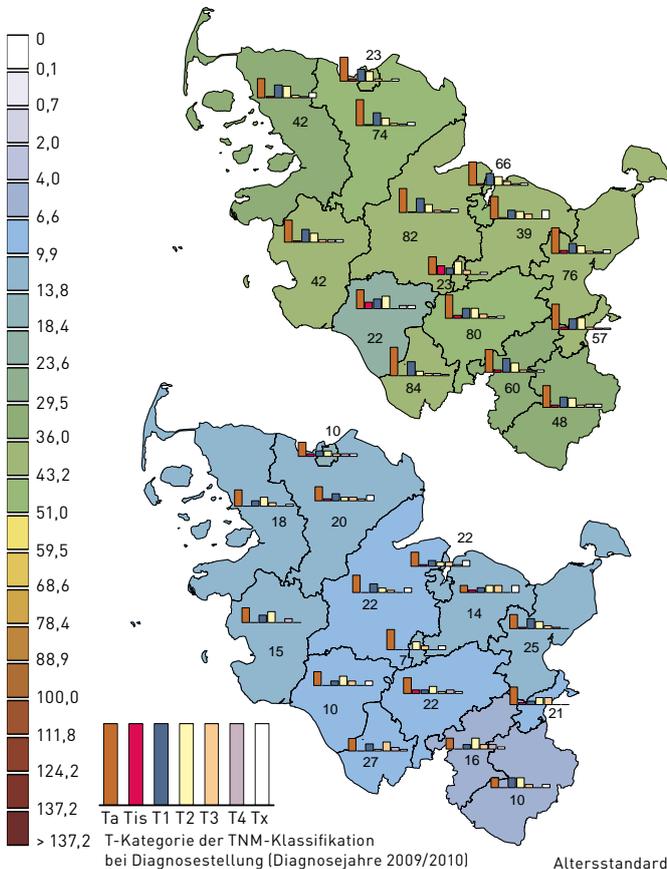
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



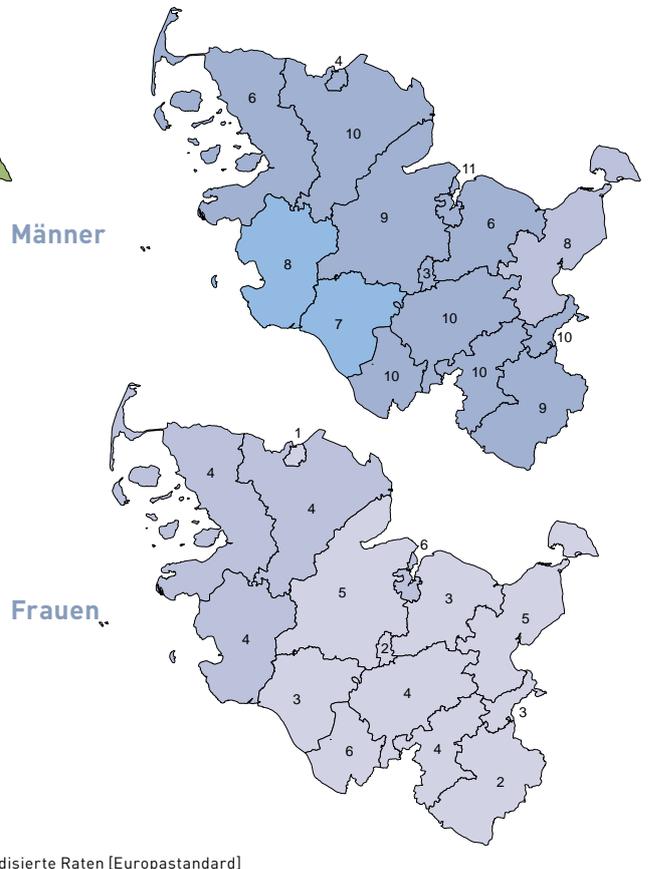
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

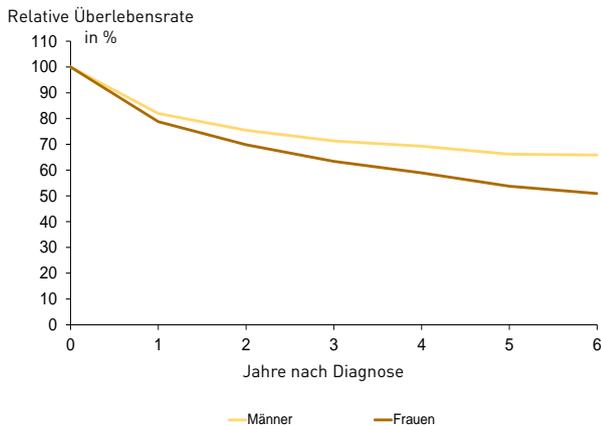
Regionale Verteilung



Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an.
Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

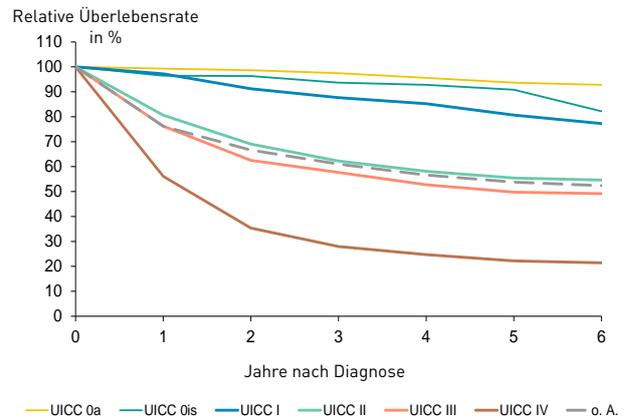
Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Überlebensraten	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	82	82	79	79
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	66	66	54	54
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	43-62		41-60	
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	88		85	
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	73		59	

Gliederung nach Tumorstadium

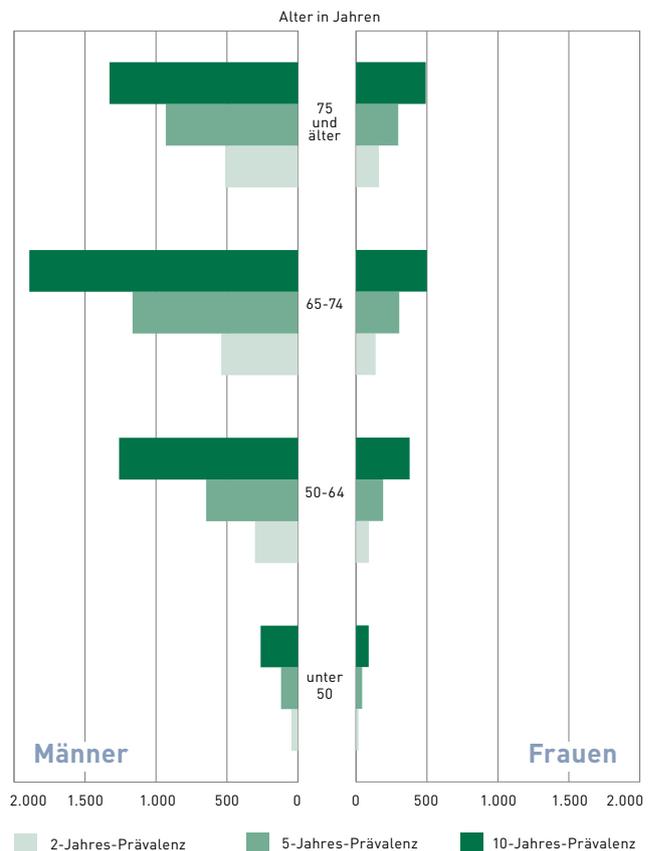


Relative 5-Jahres-Überlebensraten	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
UICC 0a	93	93	97	97
UICC 0is	90	90	92	92
UICC I	81	81	78	78
UICC II	58	58	48	48
UICC III	53	53	40	40
UICC IV	22	22	22	22
Ohne Angabe	58	58	44	44

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	732	0,53	218	0,15
0 bis 49 Jahre	19	0,02	6	0,01
50 bis 64 Jahre	163	0,59	51	0,18
65 bis 74 Jahre	270	1,61	71	0,39
75 Jahre und älter	280	2,74	90	0,55
2-Jahres-Prävalenz	1.402	1,01	403	0,28
0 bis 49 Jahre	46	0,05	16	0,02
50 bis 64 Jahre	303	1,1	90	0,32
65 bis 74 Jahre	540	3,22	137	0,75
75 Jahre und älter	513	5,02	160	0,97
3-Jahres-Prävalenz	1.894	1,36	550	0,38
0 bis 49 Jahre	74	0,09	23	0,03
50 bis 64 Jahre	421	1,53	120	0,42
65 bis 74 Jahre	745	4,44	200	1,1
75 Jahre und älter	654	6,4	207	1,26
5-Jahres-Prävalenz	2.862	2,06	834	0,58
0 bis 49 Jahre	119	0,14	42	0,05
50 bis 64 Jahre	647	2,34	191	0,67
65 bis 74 Jahre	1.165	6,95	304	1,67
75 Jahre und älter	931	9,1	297	1,81
10-Jahres-Prävalenz	4.743	3,41	1.458	1,01
0 bis 49 Jahre	262	0,31	89	0,11
50 bis 64 Jahre	1.260	4,56	378	1,33
65 bis 74 Jahre	1.893	11,29	500	2,75
75 Jahre und älter	1.328	12,99	491	2,99

Gliederung nach Altersgruppen



Gehirn und zentrales Nervensystem [C70–C72]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	151	111	118	84
Erwartete Fallzahl 2014	172	120	121	86
Anteil an Krebs gesamt	1,5%	1,2%	2,9%	2,4%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	61	63	67	71
Geschlechterverhältnis	1,4 : 1		1,4 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	10,9	7,7	8,5	5,8
Weltstandard	6,9	4,8	4,6	2,7
Europastandard	8,7	5,8	6,2	3,6
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 1,2	+ 1,0	- 0,2	- 2,0
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,7	0,5	0,5	0,3
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	3.930 1,5%	2.911 1,3%	3.087 2,6%	2.561 2,6%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	63	67	66	70
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	7,9	5,2	5,8	3,9

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	81,1%	73,2%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,78	0,76
DCO-Fälle	23	24
DCO-Anteil [%]	15,4%	21,7%
Vollständigkeit	95%	95%

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Meningen (C70.-)	3	2,3	2	2,3
Großhirn (C71.0-.5)	79	61,2	51	58,6
Kleinhirn (C71.6)	4	3,1	2	2,3
Hirnstamm (C71.7)	3	2,3	6	6,9
Gehirn n.n.bez. od. Teilbereiche überlap. (C71.8.,9)	36	27,9	24	27,6
Rückenmark u. Cauda equina (C72.0.,1)	2	1,6	2	2,3
Hirnnerven (C72.2-.5)	1	0,8	0	0,0
N.n.bez. Teile des ZNS (C72.8.,9)	1	0,8	0	0,0
Insgesamt	129	100,0	87	100,0

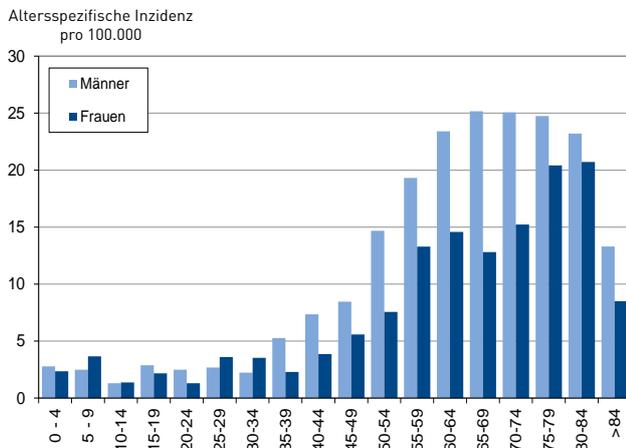
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Gliome	120	93,8	83	95,4
Astrozytische Tumoren	108		70	
Oligodendrogliome u. mischdiff. Gliome	7		6	
Ependymome	2		5	
andere Gliome	3		2	
Embryonale Tumoren	3	2,3	1	1,1
Medulloblastom	3		1	
Sonstige embryonale Tumoren	0		0	
Sonst. neuroepitheliale Tumoren	0	0,0	0	0,0
Sonstige Neubildungen	5	3,9	3	3,4
Insgesamt	128	100,0	87	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	103		70	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	96	93,2	63	90,0
Strahlentherapie	81	78,6	47	67,1
Chemotherapie	66	64,1	39	55,7
Hormontherapie	1	1,0	1	1,4
Sonstige	2	1,9	2	2,9
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	2	1,9	3	4,3

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

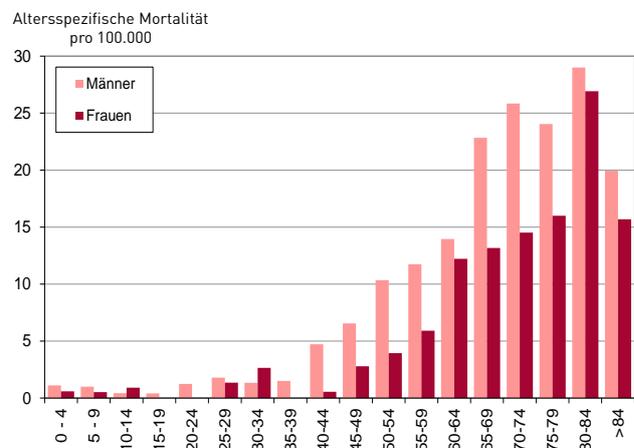
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	50	51
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	61	63
25% älter als ... Jahre	71	74
unter 50 Jahre (%)	24,2	23,5
50 bis 64 Jahre (%)	33,5	28,9
65 bis 74 Jahre (%)	28,4	23,5
75 bis 84 Jahre (%)	12,1	20,2
85 Jahre und älter (%)	1,8	3,9

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	67	71
unter 50 Jahre (%)	17,5	9,9
50 bis 64 Jahre (%)	27,1	23,3
65 bis 74 Jahre (%)	35,3	30,4
75 bis 84 Jahre (%)	16,7	26,9
85 Jahre und älter (%)	3,4	9,5

Risikofaktoren Die Risikofaktoren für Krebserkrankungen des Zentralnervensystems sind trotz intensiver Forschung weitgehend unbekannt. Bekannt ist, dass erbliche Faktoren eine Rolle spielen (seltene erbliche Tumorsyndrome, erhöhtes Risiko bei Verwandten 1. Grades). Therapeutische Kopfbestrahlungen und Computertomografien im Kindesalter erhöhen die Erkrankungswahrscheinlichkeit. Beeinflussbare Umweltfaktoren (Stress, Umweltgifte, Viren) scheinen keine Rolle zu spielen. Trotz umfangreicher Forschungen konnten bisher keine Zusammenhänge mit Strahlen (Mobilfunk) nachgewiesen werden.

Symptome Die klinischen Symptome von Hirntumoren unterscheiden sich je nach Lage, Größe, Art und Wachstumsgeschwindigkeit erheblich voneinander. Sie reichen von unspezifischen Zeichen wie Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen bis zu neurologischen bzw. neuropsychiatrischen Symptomen wie Lähmungen, Gefühls-, Sprach- oder Sehstörungen, epileptischen Anfällen und Persönlichkeitsveränderungen.

Früherkennung Ein Früherkennungsprogramm für Hirntumoren gibt es nicht. In der Regel werden Hirntumoren bei der Abklärung der o.g. Symptome diagnostiziert.

Inzidenz Maligne Tumoren des Zentralnervensystems sind mit einem Anteil von ca. 1,5% aller Krebserkrankungen relativ selten. Obwohl die höchsten Erkrankungsrate im hohen Alter auftreten, sind Hirntumoren nach Leukämien die zweithäufigste Tumorart bei Kindern und Jugendlichen. Bei starken Schwankungen liegen die Inzidenzraten für Schleswig-Holstein geringfügig über der Deutschlandschätzung. Eine Veränderung der Rate über die letzten zehn Jahre ist nicht zu beobachten.

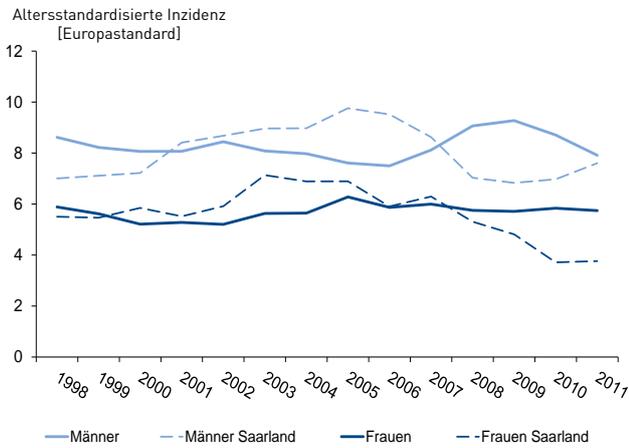
Mortalität Die Mortalitätsraten entsprechen im Wesentlichen den Deutschlandraten. Zeitliche Veränderungen sind nicht zu beobachten. Hirntumoren sind die häufigste Krebstodesursache bei den unter 30-Jährigen.

Überlebensraten Die relative 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit ist mit unter 25% vergleichsweise gering, wobei in den ersten beiden Jahren nach Diagnose eine deutlich erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit vorliegt. Insgesamt ist die Prognose aber sowohl stark vom Erkrankungsalter als auch von der Art des Tumors abhängig.

Prävalenz Etwa 600 Patienten mit einem in den letzten zehn Jahren diagnostizierten Hirntumor leben in Schleswig-Holstein.

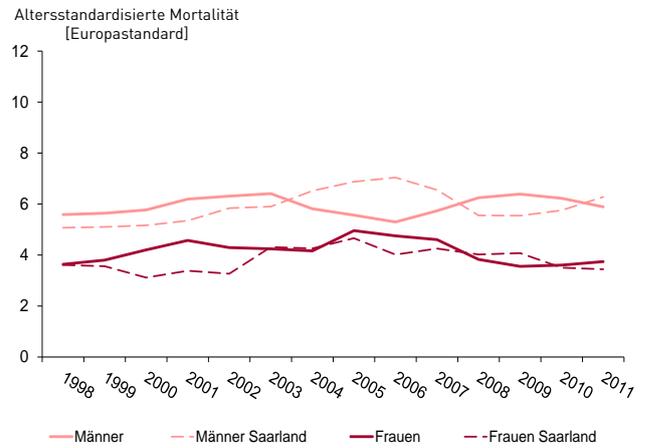
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



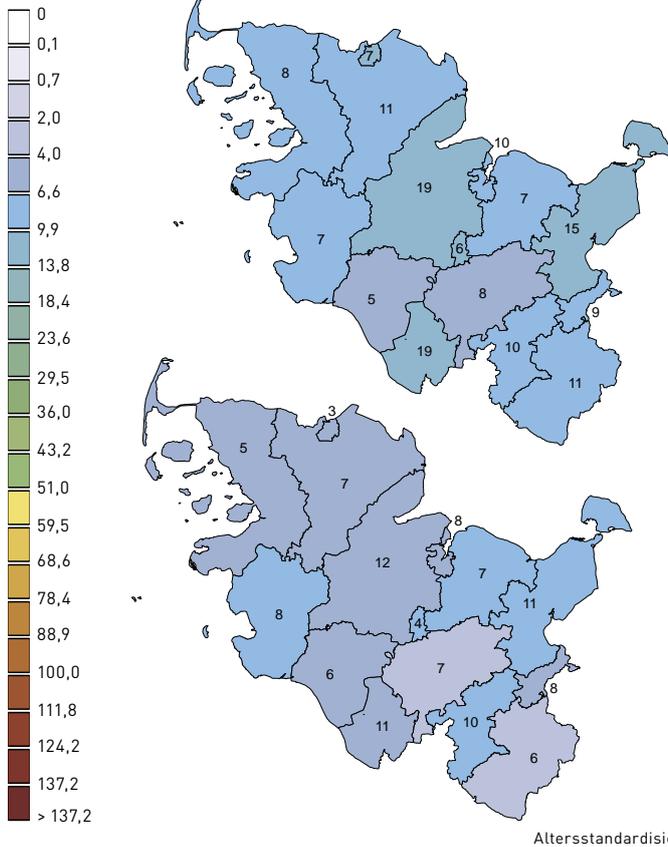
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



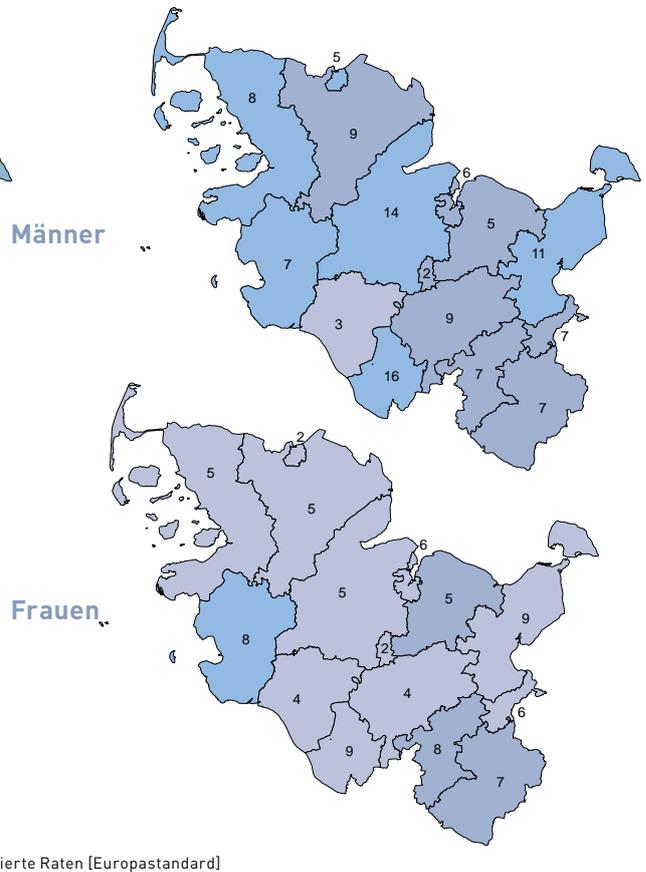
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

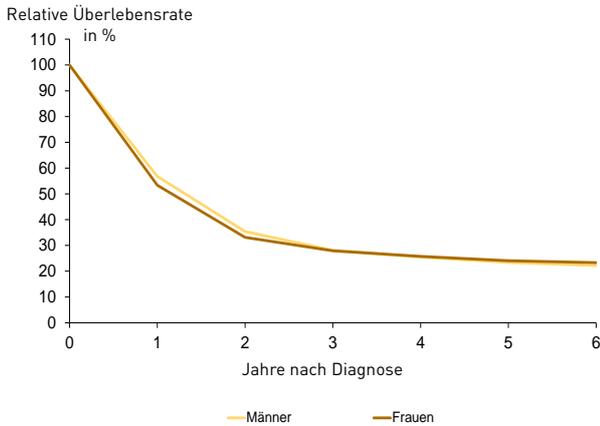
Regionale Verteilung



Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



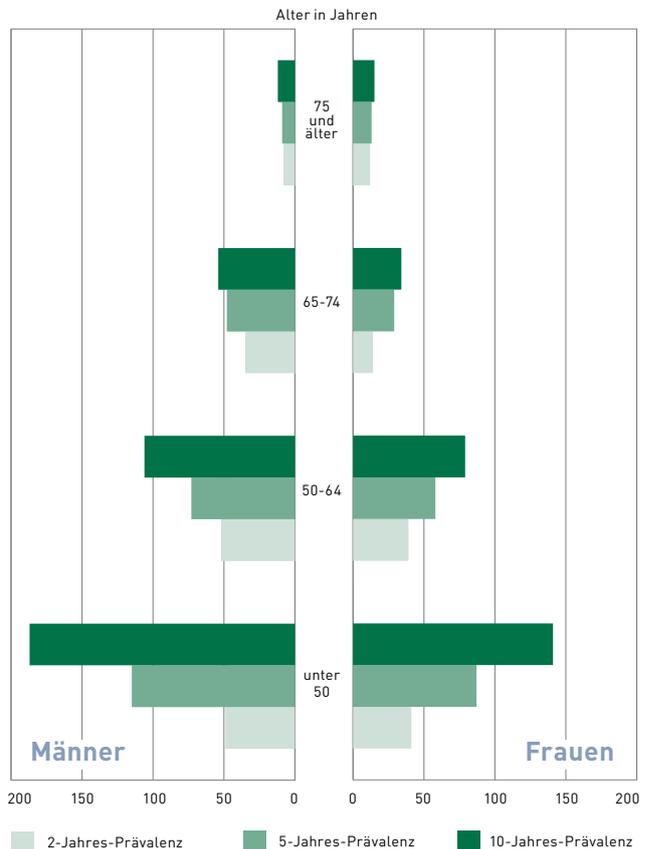
Für Tumoren des Zentralnervensystems ist kein UICC-Tumorstadium definiert.

Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	57	53
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	23	24
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	15-27	18-32
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	56	53
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	22	23

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	86	0,06	62	0,04
0 bis 49 Jahre	22	0,03	24	0,03
50 bis 64 Jahre	35	0,13	21	0,07
65 bis 74 Jahre	24	0,14	8	0,04
75 Jahre und älter	5	0,05	9	0,05
2-Jahres-Prävalenz	144	0,1	106	0,07
0 bis 49 Jahre	49	0,06	41	0,05
50 bis 64 Jahre	52	0,19	39	0,14
65 bis 74 Jahre	35	0,21	14	0,08
75 Jahre und älter	8	0,08	12	0,07
3-Jahres-Prävalenz	189	0,14	136	0,09
0 bis 49 Jahre	73	0,09	58	0,07
50 bis 64 Jahre	67	0,24	46	0,16
65 bis 74 Jahre	40	0,24	19	0,1
75 Jahre und älter	9	0,09	13	0,08
5-Jahres-Prävalenz	245	0,18	187	0,13
0 bis 49 Jahre	115	0,14	87	0,11
50 bis 64 Jahre	73	0,26	58	0,2
65 bis 74 Jahre	48	0,29	29	0,16
75 Jahre und älter	9	0,09	13	0,08
10-Jahres-Prävalenz	359	0,26	269	0,19
0 bis 49 Jahre	187	0,22	141	0,17
50 bis 64 Jahre	106	0,38	79	0,28
65 bis 74 Jahre	54	0,32	34	0,19
75 Jahre und älter	12	0,12	15	0,09

Gliederung nach Altersgruppen



Schilddrüse [C73]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	43	109	9	12
Erwartete Fallzahl 2014	54	139	9	10
Anteil an Krebs gesamt	0,4%	1,2%	0,2%	0,3%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	59	54	67	77
Carcinomata in situ	0	0		
Geschlechterverhältnis	1 : 2,6		1 : 1,3	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	3,1	7,5	0,7	0,8
Weltstandard	1,9	5,2	0,3	0,3
Europastandard	2,5	6,3	0,5	0,4
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	+ 2,7	+ 3,9 *	- 0,5	- 3,5
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,2	0,5	< 0,1	< 0,1
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	1.708 0,6%	4.481 2,0%	275 0,2%	431 0,4
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	56	52	72	79
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	3,5	9,3	0,5	0,5

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	91,4%	92,4%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,21	0,11
DCO-Fälle	3	7
DCO-Anteil (%)	7,8%	6,7%
Vollzähligkeit	74%	77%

Stadium	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Stadienverteilung (UICC)				
I	4	28,6	17	56,7
II	1	7,1	2	6,7
III	3	21,4	4	13,3
IV	6	42,9	7	23,3
Insgesamt	14	100,0	30	100,0
Ohne Stadienangabe	26	65,0	79	72,5

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Follikuläre Karzinome	8	21,1	12	11,9
Papilläre Karzinome	24	63,2	77	76,2
Medulläre Karzinome	4	10,5	6	5,9
Anaplastische Karzinome	2	5,3	3	3,0
Sonstige Karzinome	0	0,0	3	3,0
Sarkome	0	0,0	0	0,0
Sonstige Neubildungen	0	0,0	0	0,0
Insgesamt	38	100,0	101	100,0

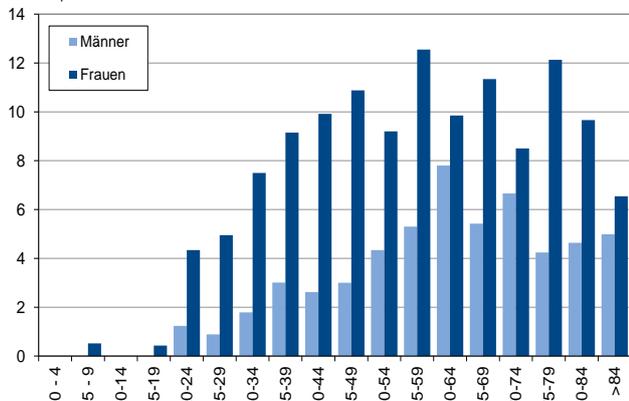
Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	31		87	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	31	100,0	85	97,7
Strahlentherapie	12	38,7	28	32,2
Chemotherapie	1	3,2	2	2,3
Hormontherapie	1	3,2	3	3,4
Sonstige	1	3,2	2	2,3
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	0	0,0	0	0,0

Die Angaben zum Tumorstadium sind durchschnittliche jährliche Fallzahlen über die Diagnosejahre 2009 und 2010. Wegen Änderungen in der TNM-Klassifikation wurde das Diagnosejahr 2011 in diesen Tabellen nicht berücksichtigt. Nennenswerte Veränderungen entstehen dadurch nicht.

Inzidenz

Altersverteilung

Altersspezifische Inzidenz pro 100.000



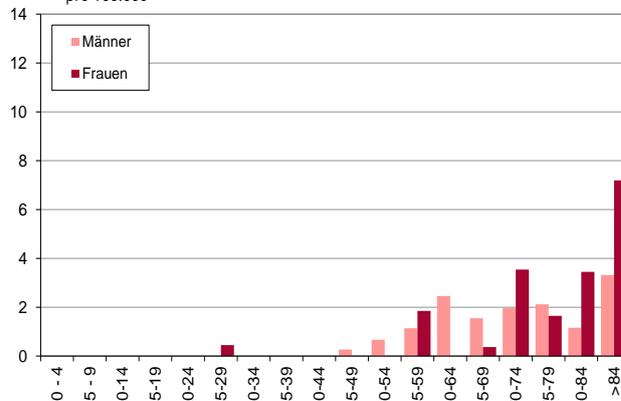
Altersverteilung

	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	46	43
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	59	54
25% älter als ... Jahre	69	68
unter 50 Jahre (%)	29,7	42,5
50 bis 64 Jahre (%)	35,9	26,6
65 bis 74 Jahre (%)	24,2	16,8
75 bis 84 Jahre (%)	7,8	11,0
85 Jahre und älter (%)	2,3	3,1

Mortalität

Altersverteilung

Altersspezifische Mortalität pro 100.000



Altersverteilung

	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	67	77
unter 50 Jahre (%)	3,7	2,8
50 bis 64 Jahre (%)	40,7	13,9
65 bis 74 Jahre (%)	33,3	30,6
75 bis 84 Jahre (%)	14,8	22,2
85 Jahre und älter (%)	7,4	30,6

Risikofaktoren

- Exposition gegenüber ionisierender Strahlung, v.a. im Kindesalter (z.B. durch Radiotherapie)
- genetische Disposition
- weitere Risikofaktoren sind unklar oder umstritten

Symptome Im Frühstadium gibt es keine oder nur unspezifische Symptome wie Schluckbeschwerden, Hustenreiz, Druckgefühl im Hals, Luftnot, Heiserkeit. Im fortgeschrittenen Stadium findet man üblicherweise Knoten im Bereich der Schilddrüse. Auch Vergrößerungen der Schilddrüse (Struma bzw. Kropf) können symptomatisch sein, insbesondere wenn diese rasch wachsen oder plötzlich entstehen.

Früherkennung Ein Früherkennungsprogramm für Schilddrüsentumoren gibt es nicht. Personen mit familiärem medullärem Schilddrüsenkarzinom oder bekanntem MEN 2-Syndrom stehen Tests zur Verfügung.

Inzidenz Vom Schilddrüsenkarzinom sind Frauen zweieinhalbmal häufiger betroffen als Männer. Innerhalb Deutschlands gibt es große regionale Unterschiede, deren Ursache unklar ist. So ist die altersstandardisierte Inzidenzrate in Bayern fast doppelt so hoch wie die schleswig-holsteinische. Die Neuerkrankungsrate bei Frauen ist in Schleswig-Holstein

in den letzten zehn Jahren um durchschnittlich rund 4% pro Jahr angestiegen. Die Zunahme bei den Männern war geringer. Beides – die Zunahme und der Unterschied zwischen den Geschlechtern – deckt sich mit nationalen und internationalen Beobachtungen. Mit einem mittleren Alter unter 60 Jahren ist der Schilddrüsenkrebs ein Tumor des jüngeren Alters.

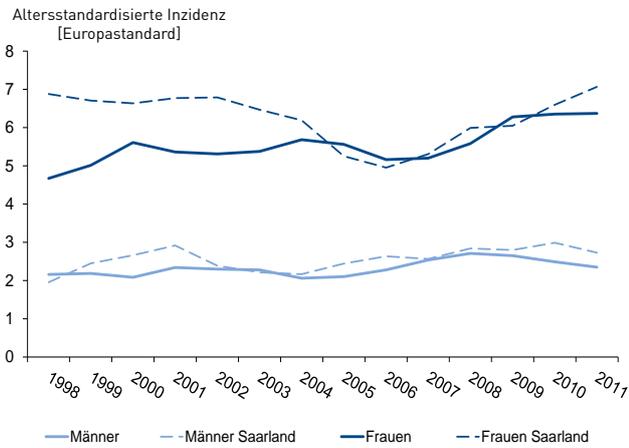
Mortalität Die Mortalität ist relativ gering, hat sich in den letzten Jahren kaum verändert und liegt etwa auf dem gesamtdeutschen Niveau. Das mittlere Sterbealter ist mit Blick auf das Erkrankungsalter vergleichsweise hoch.

Überlebensraten Die relative 5-Jahres-Überlebensrate offenbart insgesamt eine gute Prognose für den Schilddrüsenkrebs. Lediglich im fortgeschrittenen Tumorstadium (UICC IV) ist die Rate erheblich geringer. Bedauerlicherweise wird bei Männern noch jeder fünfte Fall in diesem späten Stadium diagnostiziert. Bei Frauen erfolgt die Diagnose sehr viel häufiger in einem frühen Erkrankungsstadium.

Prävalenz Die 10-Jahres-Prävalenz ist mit etwa 1.100 Patienten insgesamt nicht sehr hoch.

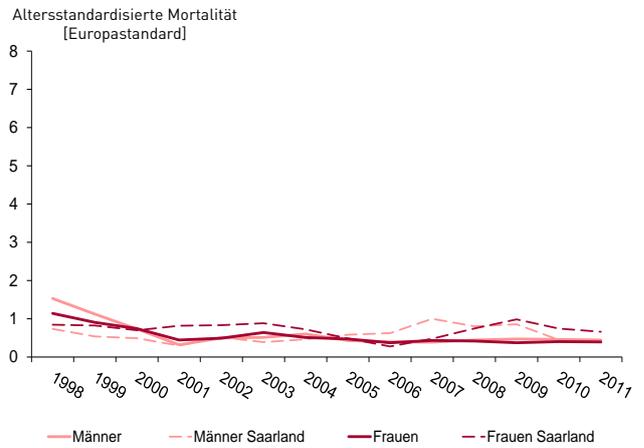
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



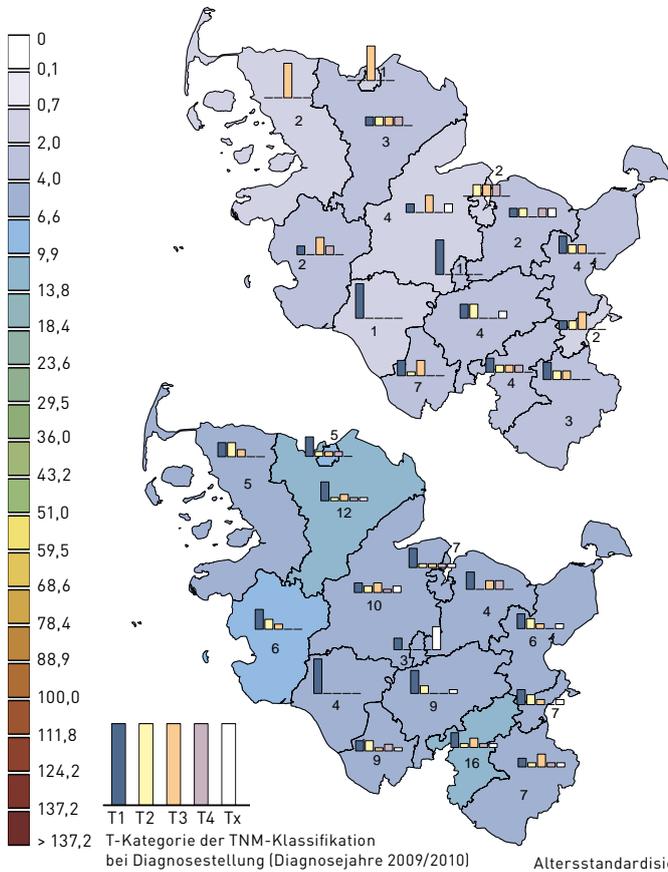
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



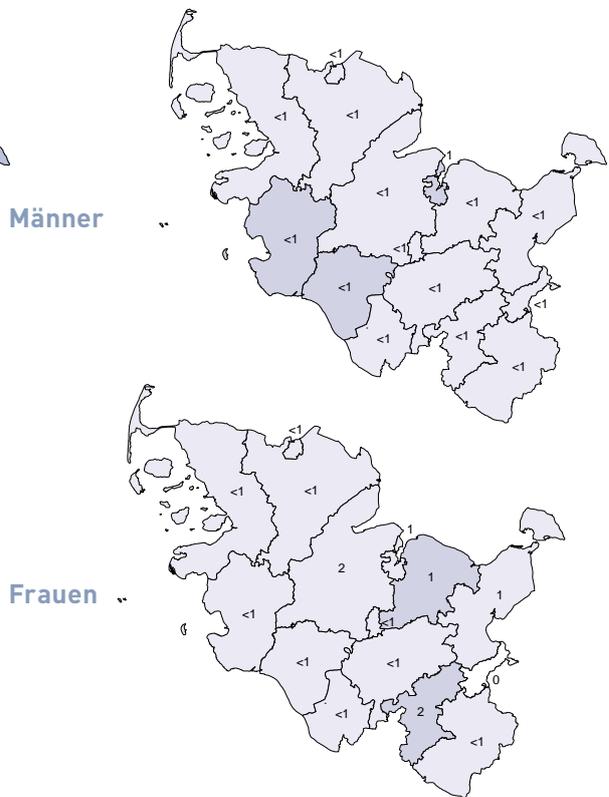
Inzidenz

Regionale Verteilung

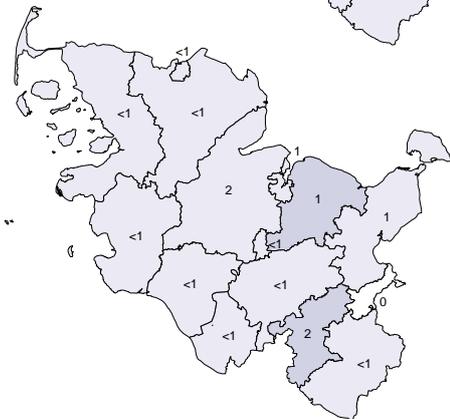


Mortalität

Regionale Verteilung



Frauen



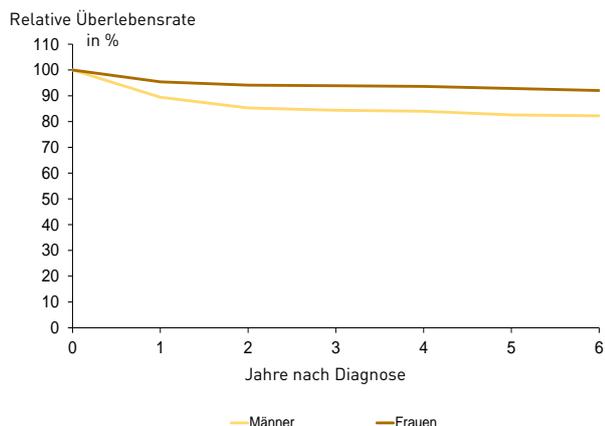
Die Einfärbung der Inzidenzkarten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Inzidenzraten der Jahre 2009 bis 2011.

Die Zahlen in den Inzidenzkarten sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen 2009 bis 2011.

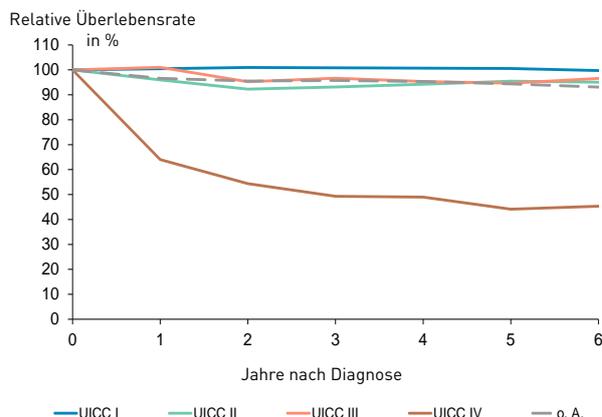
Die Angaben zur Mortalität beziehen sich auf den Zeitraum 2007-2011. (<1 bedeutet: weniger als ein Fall, aber mehr als kein Fall durchschnittlich pro Jahr)

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



Gliederung nach Tumorstadium



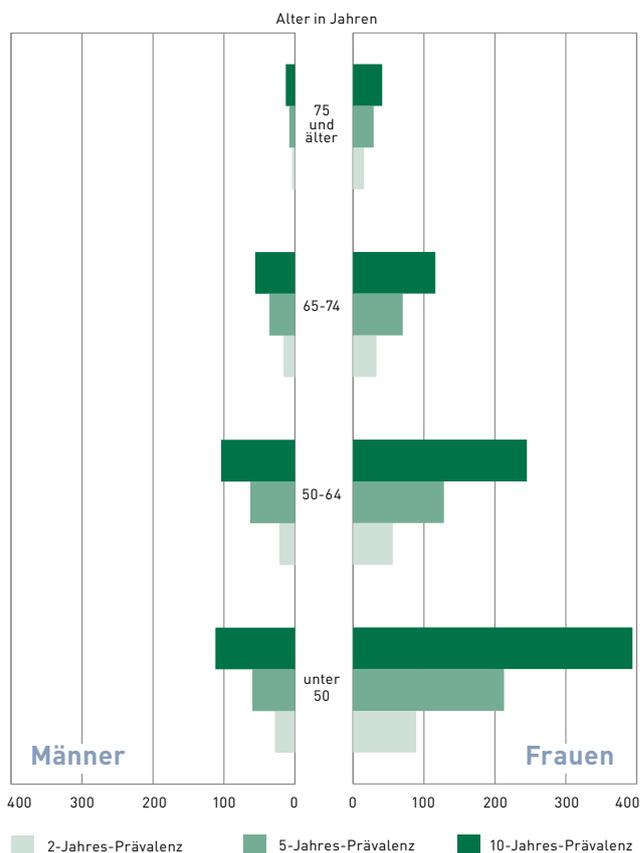
Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	89	95
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	83	93
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	76-95	78-96
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	88	95
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	76	89

Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach UICC-Stadium	Männer	Frauen
	%	%
UICC I	105	99
UICC II	92	96
UICC III	93	95
UICC IV	55	36
Ohne Angabe	83	98

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	34	0,02	84	0,06
0 bis 49 Jahre	14	0,02	48	0,06
50 bis 64 Jahre	12	0,04	22	0,08
65 bis 74 Jahre	5	0,03	11	0,06
75 Jahre und älter	3	0,03	3	0,02
2-Jahres-Prävalenz	70	0,05	193	0,13
0 bis 49 Jahre	28	0,03	89	0,11
50 bis 64 Jahre	22	0,08	56	0,2
65 bis 74 Jahre	16	0,1	33	0,18
75 Jahre und älter	4	0,04	15	0,09
3-Jahres-Prävalenz	105	0,08	287	0,2
0 bis 49 Jahre	38	0,05	139	0,17
50 bis 64 Jahre	39	0,14	82	0,29
65 bis 74 Jahre	22	0,13	46	0,25
75 Jahre und älter	6	0,06	20	0,12
5-Jahres-Prävalenz	167	0,12	440	0,3
0 bis 49 Jahre	60	0,07	213	0,26
50 bis 64 Jahre	63	0,23	128	0,45
65 bis 74 Jahre	36	0,21	70	0,38
75 Jahre und älter	8	0,08	29	0,18
10-Jahres-Prävalenz	285	0,2	796	0,55
0 bis 49 Jahre	112	0,13	394	0,48
50 bis 64 Jahre	104	0,38	245	0,86
65 bis 74 Jahre	56	0,33	116	0,64
75 Jahre und älter	13	0,13	41	0,25

Gliederung nach Altersgruppen



Hodgkin-Lymphom [C81]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	45	36	5	3
Erwartete Fallzahl 2014	42	40	4	4
Anteil an Krebs gesamt	0,5%	0,4%	0,1%	0,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	45	45	77	73
Geschlechterverhältnis	1,2 : 1		1,9 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	3,2	2,5	0,4	0,2
Weltstandard	2,9	2,2	0,2	0,1
Europastandard	3,1	2,3	0,2	0,1
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 2,0	- 0,9	- 8,2	- 9,1
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,2	0,2	< 0,1	< 0,1
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	1.203 0,5%	892 0,4%	169 0,1%	147 0,1%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	44	41	71	77
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	2,8	2,1	0,3	0,2

Inzidenz

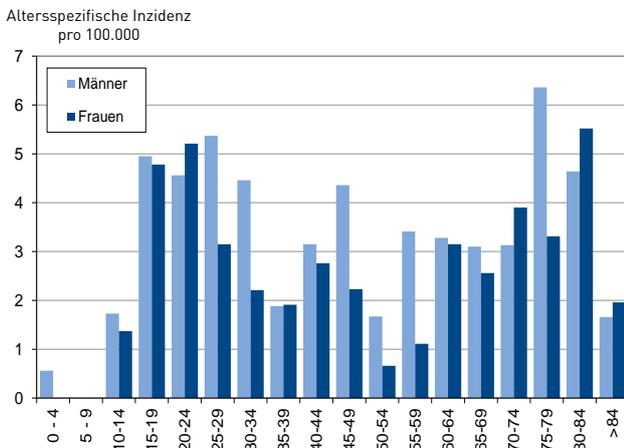
Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	89,6%	89,0%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,11	0,08
DCO-Fälle	4	4
DCO-Anteil (%)	9,6%	11,0%
Vollständigkeit	> 95%	> 95%

Therapie	Männer		Frauen	
Tumoren in der Auswertung	31		27	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	12	38,7	10	37,0
Strahlentherapie	12	38,7	12	44,4
Chemotherapie	29	93,5	24	88,9
Sonstige	2	6,5	2	7,4
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	1	3,2	1	3,7

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Lymphozytenreiche Form (C81.0)	6	14,6	3	9,4
Nodulär-sklerosierende Form (C81.1)	17	41,5	13	40,6
Gemischtzellige Form (C81.2)	10	24,4	9	28,1
Lymphozytenarme Form (C81.3)	1	2,4	0	0,0
Sonstige Typen (C81.7)	0	0,0	0	0,0
Hodgkin-Krankheit, n.n.bez. (C81.9)	7	17,1	7	21,9
Insgesamt	41	100,0	32	100,0

Inzidenz

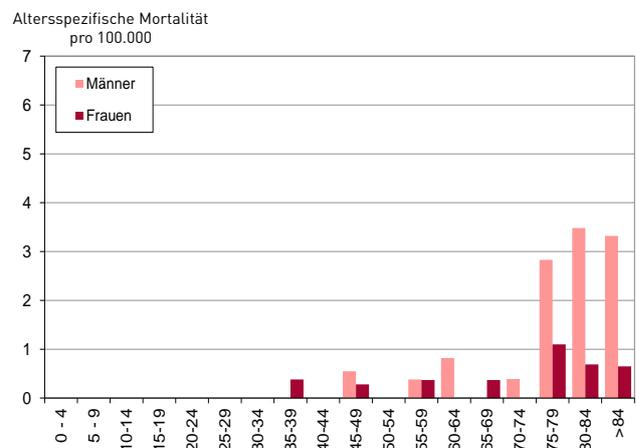
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	27	26
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	45	45
25% älter als ... Jahre	62	70
unter 50 Jahre (%)	61,5	56,0
50 bis 64 Jahre (%)	16,3	11,9
65 bis 74 Jahre (%)	11,9	16,5
75 bis 84 Jahre (%)	9,6	12,8
85 Jahre und älter (%)	0,7	2,8

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	77	73
unter 50 Jahre (%)	13,3	25,0
50 bis 64 Jahre (%)	20,0	12,5
65 bis 74 Jahre (%)	6,7	12,5
75 bis 84 Jahre (%)	46,7	37,5
85 Jahre und älter (%)	13,3	12,5

Risikofaktoren Die Ursachen des Hodgkin-Lymphoms sind bislang noch nicht ausreichend geklärt. Diskutiert werden verschiedene Virusinfektionen (HIV, Epstein-Barr-Virus). Ob lebensstilbedingte oder Umweltrisiken ursächlich sind, ist noch unklar. Diskutiert werden aktuell auch genetische Faktoren.

Symptome Es können Lymphknotenschwellungen am Hals, unter den Achseln und/oder in der Leistenregion auftreten. Dazu sind häufig unspezifische Symptome (unerklärbares Fieber, Nachtschweiß, unerklärbarer Gewichtsverlust — auch als B-Symptomatik bezeichnet) zu beobachten. Im fortgeschrittenen Stadium kann es zu Störungen des Nervensystems, des Hormonhaushaltes und des Urogenitaltraktes kommen. Auch gehäuft auftretende Infektionen (Tuberkulose, Pilz- und Vireninfektionen) sind symptomatisch.

Früherkennung Spezielle Früherkennungsuntersuchungen gibt es nicht. Bei geschwollenen Lymphknoten erfolgt eine entsprechende Diagnostik.

Inzidenz Der Morbus Hodgkin ist eine verhältnismäßig seltene Krebserkrankung. Charakteristisch ist die zweigipflige Altersverteilung mit einem ersten Gipfel etwa um das 25. sowie einem weiteren Gipfel etwa um das 75. Lebensjahr. Die Hälfte aller Patienten ist jünger als 45 Jahre. Im zeitlichen Trend ist

über die letzten zehn Jahre keine Veränderung in der Erkrankungswahrscheinlichkeit zu beobachten. Die in Schleswig-Holstein beobachteten Neuerkrankungsraten liegen knapp über dem Bundesdurchschnitt.

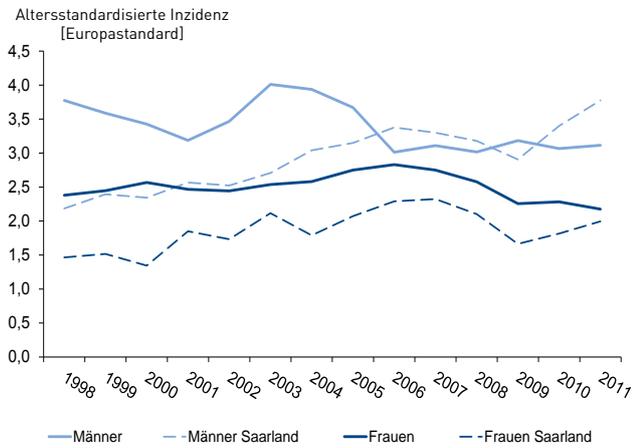
Mortalität Die Mortalitätsraten sind niedrig und weisen über die letzte Dekade einen sinkenden Trend auf.

Überlebensraten Die Prognose des Hodgkin-Lymphoms ist mit einer relativen 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von 85% (♀) bzw. 89% (♂) günstig. Wegen des niedrigen Erkrankungsalters und der Behandlungsnebenwirkungen kann es zu weiteren Tumorerkrankungen kommen.

Prävalenz Wegen der niedrigen Inzidenz ist trotz der günstigen Prognose auch die Prävalenz niedrig. Knapp 700 Patienten leben in Schleswig-Holstein, die in den letzten zehn Jahren eine Hodgkin-Lymphom-Diagnose erhalten haben. Der überwiegende Teil der Patienten ist unter 50 Jahre alt.

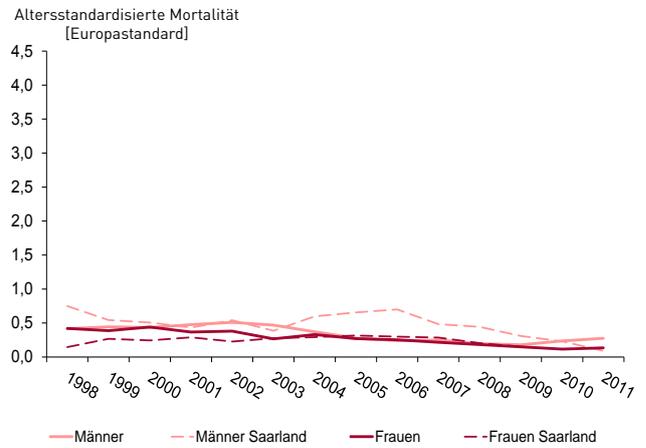
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



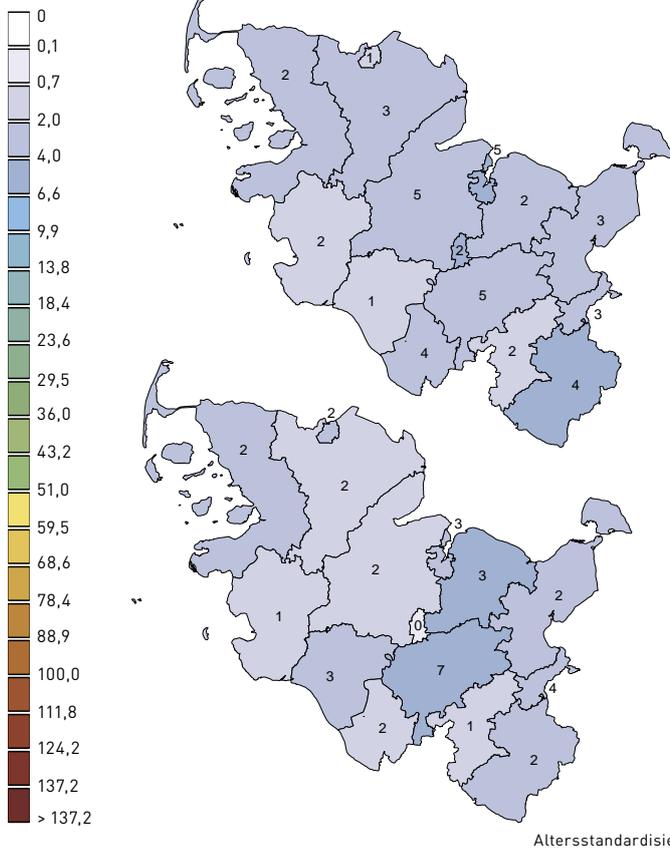
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



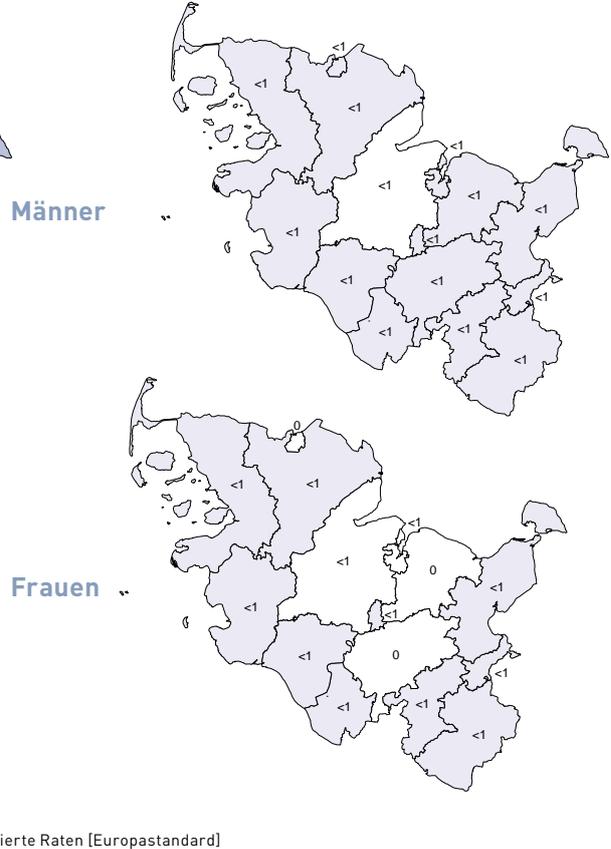
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

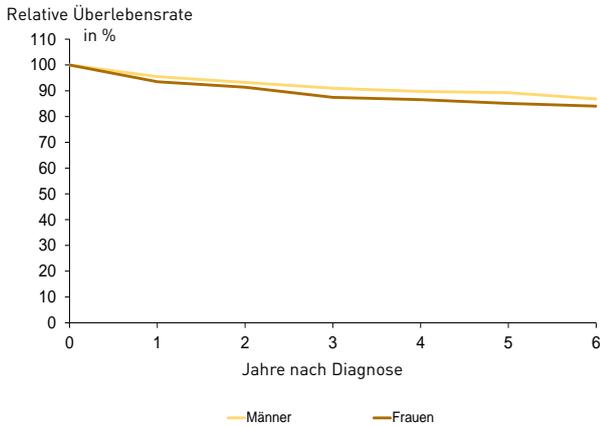
Regionale Verteilung



Die Einfärbung der Inzidenzkarten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Inzidenzraten der Jahre 2009 bis 2011.
 Die Zahlen in den Inzidenzkarten sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen 2009 bis 2011.
 Die Angaben zur Mortalität beziehen sich auf den Zeitraum 2007-2011. (<1 bedeutet: weniger als ein Fall, aber mehr als kein Fall durchschnittlich pro Jahr)

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



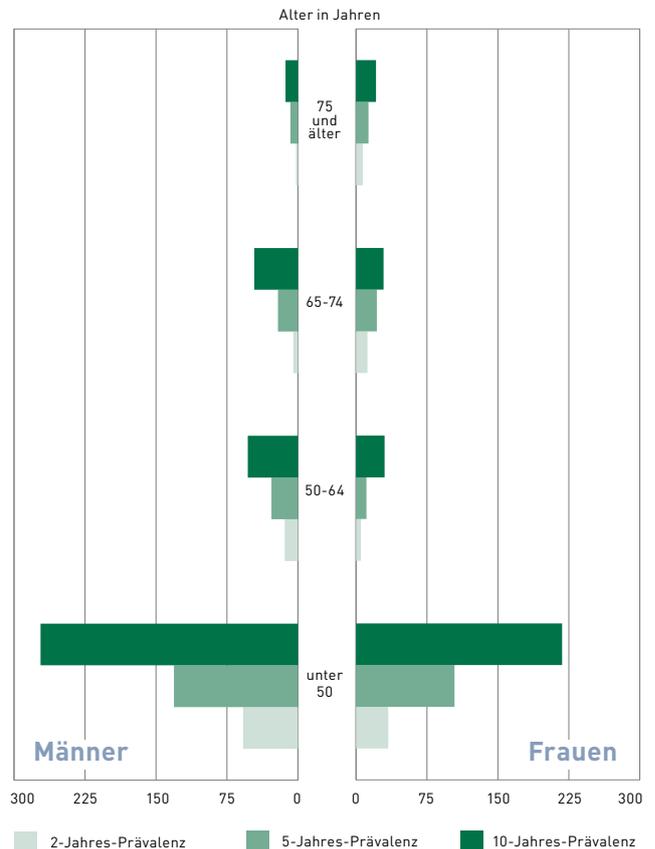
Für das Hodgkin-Lymphom ist kein UICC-Tumorstadium definiert.

Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	95	93
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	89	85
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	75-92	72-92
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	94	93
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	85	82

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	39	0,03	31	0,02
0 bis 49 Jahre	28	0,03	19	0,02
50 bis 64 Jahre	7	0,03	2	0,01
65 bis 74 Jahre	3	0,02	5	0,03
75 Jahre und älter	1	0,01	5	0,03
2-Jahres-Prävalenz	79	0,06	58	0,04
0 bis 49 Jahre	58	0,07	34	0,04
50 bis 64 Jahre	14	0,05	5	0,02
65 bis 74 Jahre	5	0,03	12	0,07
75 Jahre und älter	2	0,02	7	0,04
3-Jahres-Prävalenz	113	0,08	89	0,06
0 bis 49 Jahre	80	0,09	57	0,07
50 bis 64 Jahre	19	0,07	7	0,02
65 bis 74 Jahre	9	0,05	16	0,09
75 Jahre und älter	5	0,05	9	0,05
5-Jahres-Prävalenz	188	0,14	150	0,1
0 bis 49 Jahre	131	0,16	104	0,13
50 bis 64 Jahre	28	0,1	11	0,04
65 bis 74 Jahre	21	0,13	22	0,12
75 Jahre und älter	8	0,08	13	0,08
10-Jahres-Prävalenz	384	0,28	298	0,21
0 bis 49 Jahre	272	0,32	218	0,27
50 bis 64 Jahre	53	0,19	30	0,11
65 bis 74 Jahre	46	0,27	29	0,16
75 Jahre und älter	13	0,13	21	0,13

Gliederung nach Altersgruppen



Non-Hodgkin-Lymphome [C82–C86]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	325	266	78	69
Erwartete Fallzahl 2014	361	283	71	63
Anteil an Krebs gesamt	3,3%	3,0%	1,9%	1,9%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	69	72	74	78
Geschlechterverhältnis	1,2 : 1		1,1 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	23,4	18,4	5,6	4,8
Weltstandard	11,7	7,9	2,2	1,4
Europastandard	16,3	11,0	3,5	2,2
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 1,0	- 1,4	- 5,2 *	- 5,0 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,3	0,9	0,3	0,2
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	8.210 3,1%	7.391 3,3%	3.082 2,6%	2.921 2,9%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	69	72	74	79
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	14,9	10,8	5,2	3,3

* statistisch signifikant

Inzidenz

Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	85,9%	85,3%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,24	0,26
DCO-Fälle	38	32
DCO-Anteil (%)	11,7%	12,0%
Vollzähligkeit	> 95%	> 95%

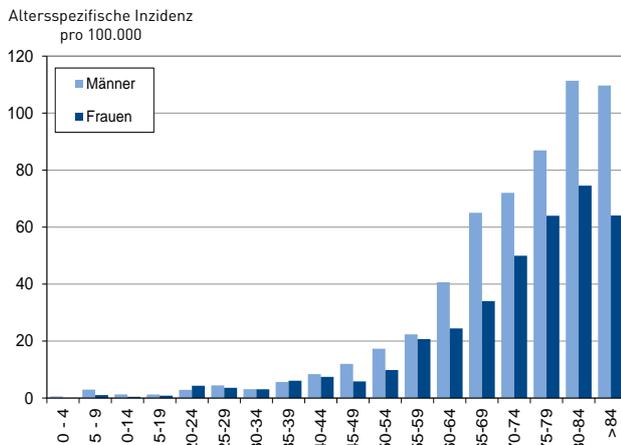
Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Follikuläres NH-Lymphom (C82)	54	18,8	53	22,6
Diffuses NH-Lymphom (C83)	176	61,3	134	57,3
Periphere u. kutane T-Zell-Lymphome (C84)	26	9,1	18	7,7
Sonstige u. n.n.bez. Typen des NHL (C85)	31	10,8	29	12,4
Insgesamt	287	100,0	234	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	203		172	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	78	38,4	63	36,6
Strahlentherapie	37	18,2	37	21,5
Chemotherapie	133	65,5	107	62,2
Immuntherapie	67	33,0	44	25,6
Knochenmarktransplantation	10	4,9	3	1,7
Sonstige	15	7,4	12	7,0
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	26	12,8	20	11,6

Lokalisation	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Nodal	161	56,3	129	54,9
Extranodal	125	43,7	106	45,1
Mund und Rachen	11		14	
Magen	18		12	
Darm	11		11	
Haut	19		13	
Gehirn	6		6	
Blutbildendes System und RES	19		10	
Sonstige	41		40	
Insgesamt	286	100,0	235	100,0

Inzidenz

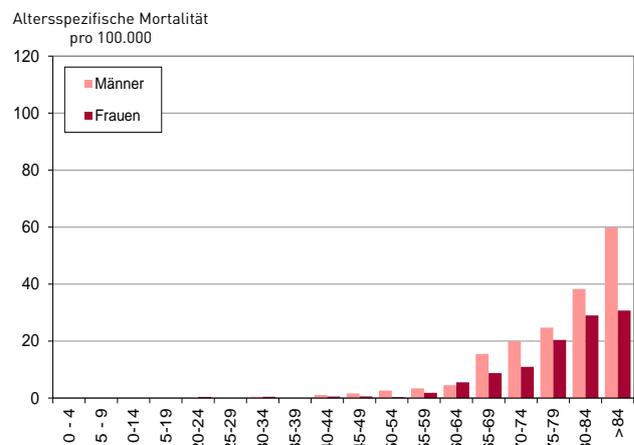
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	60	61
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	69	72
25% älter als ... Jahre	76	80
unter 50 Jahre (%)	13,1	11,8
50 bis 64 Jahre (%)	21,5	18,6
65 bis 74 Jahre (%)	36,1	29,3
75 bis 84 Jahre (%)	22,5	28,1
85 Jahre und älter (%)	6,8	12,3

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	74	78
unter 50 Jahre (%)	4,7	2,9
50 bis 64 Jahre (%)	12,0	9,7
65 bis 74 Jahre (%)	38,9	26,6
75 bis 84 Jahre (%)	29,1	38,2
85 Jahre und älter (%)	15,4	22,7

Risikofaktoren

- bestimmte virale oder bakterielle Infektionen (Epstein-Barr-Virus, HTLV-1, Helicobacter pylori, HIV)
- Strahlung radioaktiver Substanzen
- Pestizide
- Schwermetalle
- organische Lösungsmittel
- Autoimmunerkrankungen

Die Krankheitsentstehung ist noch nicht vollständig geklärt. Man geht heute davon aus, dass verschiedene Faktoren eine Rolle spielen.

Symptome Aufgrund der Vielfältigkeit der Gruppe der Non-Hodgkin-Lymphom-Erkrankungen unterscheiden sich auch die Symptome. Meist treten nicht-schmerzhaft Lymphknotenvergrößerungen auf. Dazu sind häufig unspezifische Symptome (unerklärbares Fieber, Nachtschweiß, unerklärbarer Gewichtsverlust — auch als B-Symptomatik bezeichnet) zu beobachten. Symptomatisch sind auch die Neigung und Anfälligkeit für Infekte und das Auftreten verschiedener Blutbildveränderungen.

Früherkennung Spezielle Früherkennungsuntersuchungen gibt es nicht. Bei geschwollenen Lymphknoten erfolgt eine entsprechende Diagnostik.

Inzidenz Die Neuerkrankungsraten der Non-Hodgkin-Lymphome Schleswig-Holsteins liegen bei beiden Geschlechtern etwas oberhalb der Deutschlandschätzung. Veränderungen über die letzte Dekade sind nicht zu beobachten. Bei der Beurteilung langfristiger Entwicklungen ist zu beachten, dass es Überschneidungen mit der Gruppe der Leukämien gibt und es zu Umklassifizierungen kam.

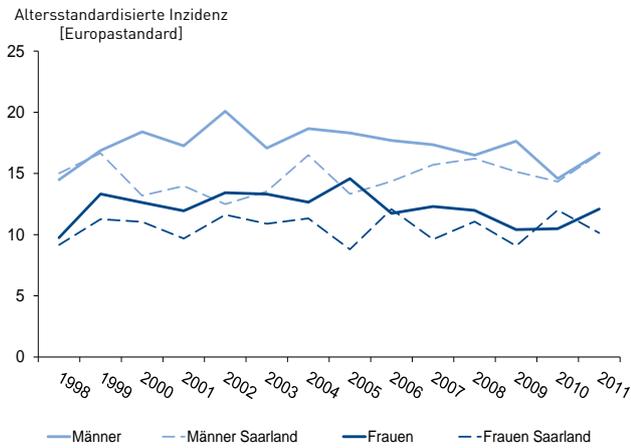
Mortalität Die Mortalitätsrate ist über die letzten zehn Jahre durchschnittlich um jährlich rund 5% zurückgegangen. Dieser Rückgang ist stärker als er für Deutschland insgesamt zu beobachten ist, so dass die Raten mittlerweile unter den gesamtdeutschen Raten liegt.

Überlebensraten Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten unterscheiden sich zwischen den Geschlechtern nicht und zeigen mit 70%, dass die Non-Hodgkin-Lymphome als Gesamtgruppe zu den prognostisch eher günstigen Krebserkrankungen zählen. Aufgrund der Vielfältigkeit der Non-Hodgkin-Lymphome ist die Prognose aber stark vom Alter, vom Lymphomtyp und der Ausbreitung abhängig.

Prävalenz Die 10-Jahres-Prävalenz beträgt rund 3.500 Patienten und ist in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen mit etwa 3 Promille am höchsten.

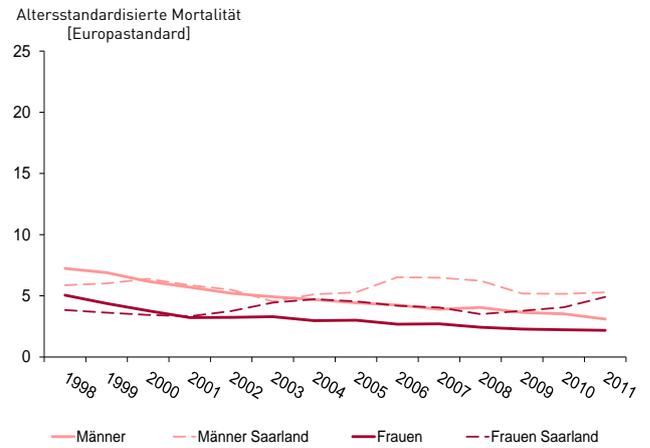
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



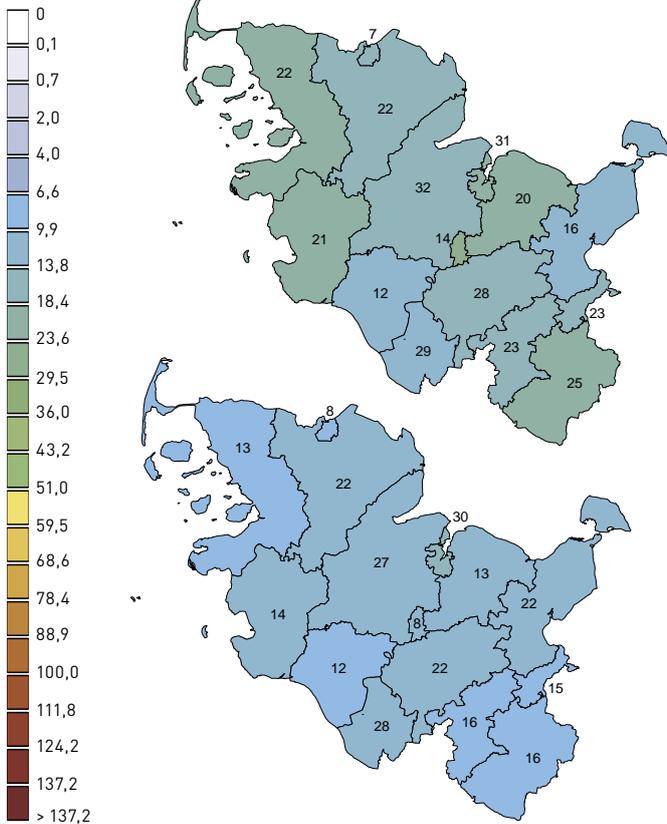
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



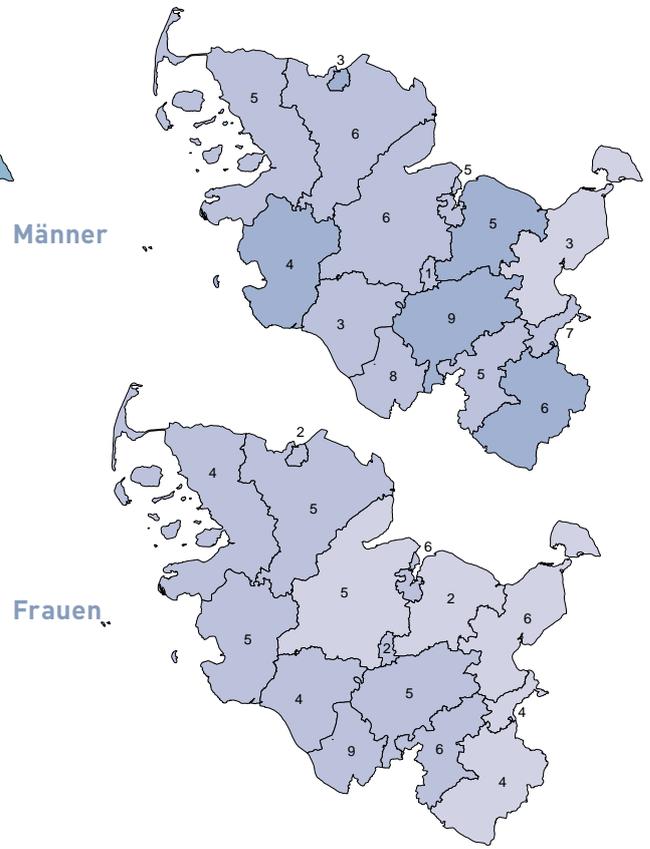
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

Regionale Verteilung



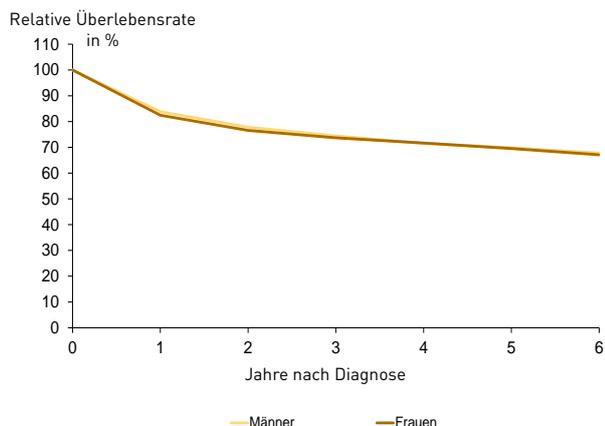
Frauen

Altersstandardisierte Raten [Europastandard]

Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



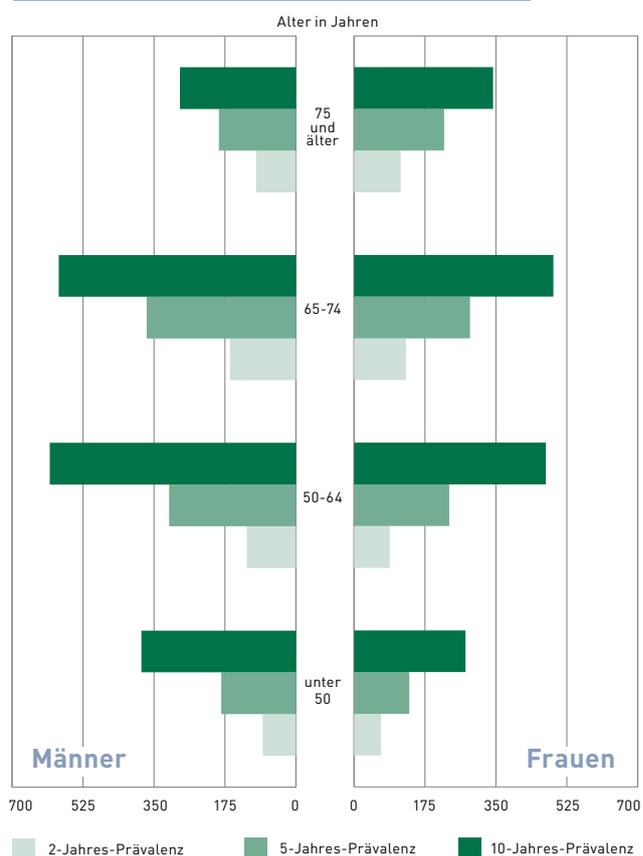
Für die Non-Hodgkin-Lymphome ist kein UICC-Tumorstadium definiert.

Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	84	82
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	70	70
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	57-74	61-71
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	81	80
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	61	61

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	266	0,19	214	0,15
0 bis 49 Jahre	42	0,05	39	0,05
50 bis 64 Jahre	70	0,25	47	0,17
65 bis 74 Jahre	95	0,57	64	0,35
75 Jahre und älter	59	0,58	64	0,39
2-Jahres-Prävalenz	464	0,33	397	0,27
0 bis 49 Jahre	82	0,1	66	0,08
50 bis 64 Jahre	121	0,44	88	0,31
65 bis 74 Jahre	163	0,97	128	0,7
75 Jahre und älter	98	0,96	115	0,7
3-Jahres-Prävalenz	683	0,49	554	0,38
0 bis 49 Jahre	120	0,14	88	0,11
50 bis 64 Jahre	180	0,65	132	0,47
65 bis 74 Jahre	249	1,48	179	0,98
75 Jahre und älter	134	1,31	155	0,94
5-Jahres-Prävalenz	1.055	0,76	879	0,61
0 bis 49 Jahre	184	0,22	136	0,17
50 bis 64 Jahre	313	1,13	235	0,83
65 bis 74 Jahre	368	2,19	286	1,57
75 Jahre und älter	190	1,86	222	1,35
10-Jahres-Prävalenz	1.859	1,34	1.583	1,1
0 bis 49 Jahre	381	0,45	275	0,34
50 bis 64 Jahre	607	2,2	473	1,67
65 bis 74 Jahre	585	3,49	492	2,71
75 Jahre und älter	286	2,8	343	2,09

Gliederung nach Altersgruppen



Immunproliferative u. plasmazelluläre Krankheiten [C88, C90]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	143	113	63	62
Erwartete Fallzahl 2014	152	99	69	51
Anteil an Krebs gesamt	1,4%	1,3%	1,6%	1,7%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	71	73	74	77
Geschlechterverhältnis	1,3 : 1		1 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	10,3	7,8	4,5	4,3
Weltstandard	4,4	2,9	1,8	1,3
Europastandard	6,7	4,4	2,8	2,1
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 2,0	- 3,4	- 2,8	- 4,2 *
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	0,5	0,3	0,2	0,2
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	3.388 1,3%	2.841 1,2%	1.981 1,7%	1.850 1,8%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	72	73	74	77
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	5,8	3,8	3,2	2,2

* statistisch signifikant

Inzidenz

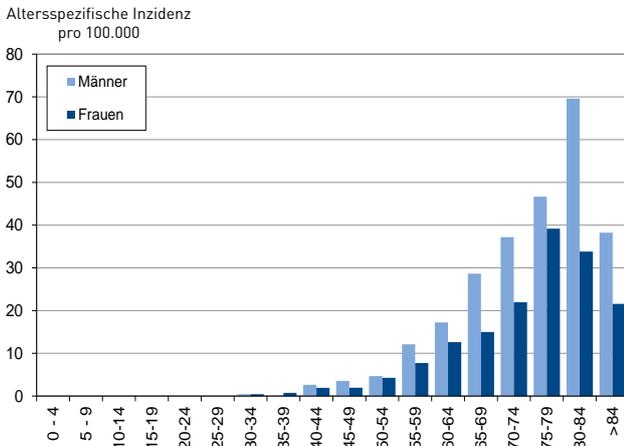
Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	72,6%	69,3%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,44	0,55
DCO-Fälle	32	27
DCO-Anteil (%)	22,1%	23,9%
Vollständigkeit	> 95%	> 95%

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Immunproliferative Krankheiten (C88)	1	0,9	1	1,2
Plasmozytom und Plasmazellen-Neubildungen (C90)	111	99,1	85	98,8
Insgesamt	112	100,0	86	100,0

Therapie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Tumoren in der Auswertung	80		58	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)				
Operation	15	18,8	6	10,3
Strahlentherapie	25	31,3	17	29,3
Chemotherapie	55	68,8	41	70,7
Hormontherapie	1	1,3	1	1,7
Immuntherapie	5	6,3	2	3,4
Knochenmarktransplantation	13	16,3	10	17,2
Sonstige	11	13,8	8	13,8
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	10	12,5	9	15,5

Inzidenz

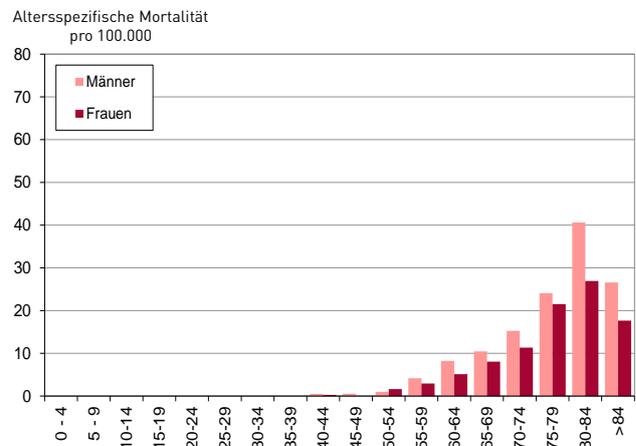
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	64	65
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	71	73
25% älter als ... Jahre	78	79
unter 50 Jahre (%)	5,6	5,0
50 bis 64 Jahre (%)	20,5	19,5
65 bis 74 Jahre (%)	39,3	30,4
75 bis 84 Jahre (%)	29,3	35,4
85 Jahre und älter (%)	5,4	9,7

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	74	77
unter 50 Jahre (%)	2,1	0,5
50 bis 64 Jahre (%)	18,0	14,0
65 bis 74 Jahre (%)	34,9	29,0
75 bis 84 Jahre (%)	36,5	41,9
85 Jahre und älter (%)	8,5	14,5

Diese Krankheitsgruppe (C88, C90) besteht fast ausschließlich (99%) aus dem Plasmozytom (Myelom).

Risikofaktoren Die Ursachen für die Entstehung eines Plasmozytoms sind noch weitgehend unverständlich. Diskutiert werden aktuell chronische Infektionen, Umweltgifte, Strahlung, Übergewicht, genetische Disposition.

Symptome Knochenschmerzen und Knochenbrüche (aufgrund von Osteoporose), Blutarmut, Blutbildveränderungen, Infektneigung, Übelkeit und Erbrechen (aufgrund einer Hyperkalzämie), Nieren(funktions)schäden sind typische Symptome eines Plasmozytoms.

Früherkennung Früherkennungsmaßnahmen für das Myelom gibt es zur Zeit nicht.

Inzidenz Die Neuerkrankungsrate ist über die letzten zehn Jahre insgesamt leicht rückläufig (2-3% durchschnittlich pro Jahr).

Dabei fällt allerdings auf, dass die Raten seit etwa 2002 zunächst deutlich fallen (12,4% (♀) bzw. 5,3% (♂) pro Jahr) und sich ab etwa 2006 bzw. 2008 auf dem erreichten Niveau halten. Während 2003 die Raten noch 50-60% über der Deutschlandschätzung lagen, weichen sie 2011 nur noch geringfügig

nach oben ab. Dieses Phänomen trifft letztlich auf die gesamte Gruppe der Leukämien und Lymphome zu. Dabei ist noch unklar, ob es sich um Effekte der Registrierung oder um tatsächliche Inzidenzveränderungen handelt.

Mit einem mittleren Alter von über 70 Jahren zählt das Multiple Myelom innerhalb der Gruppe der Krebserkrankungen zu den Erkrankungen des höheren Alters.

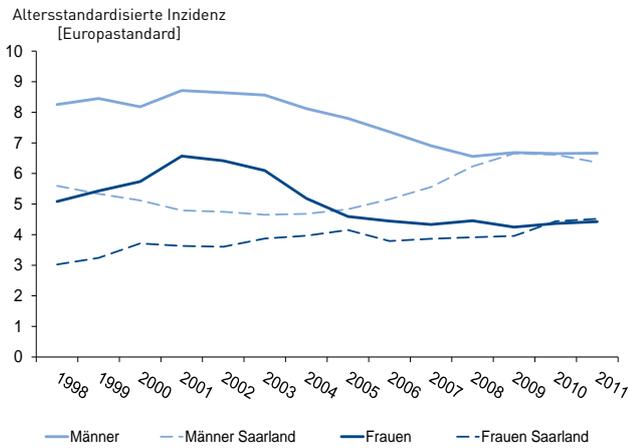
Mortalität Die Mortalitätsrate bei beiden Geschlechtern ist seit 15 Jahren in guter Übereinstimmung mit dem Deutschlandwert und weist leicht rückläufige Tendenzen auf.

Überlebensraten Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten von rund 50% weisen auf eine eher ungünstige Prognose hin. Mit einer dauerhaften Heilung ist praktisch nicht zu rechnen, wohl aber mit langen symptomarmen Phasen.

Prävalenz Die 10-Jahres-Prävalenz ist mit 1.000 Patienten relativ gering. Ursächlich dafür ist die vergleichsweise niedrige Inzidenz bei einem hohen Erkrankungsalter.

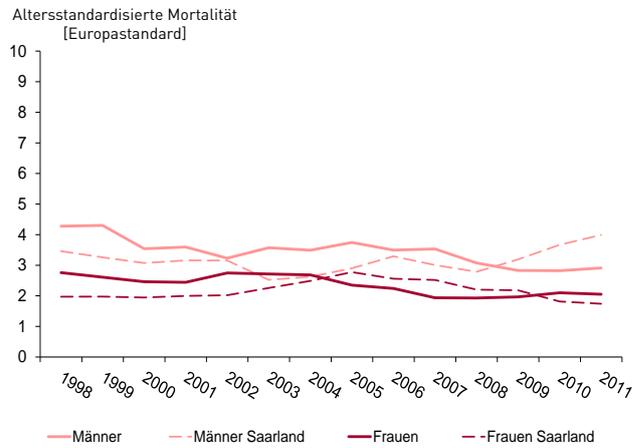
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



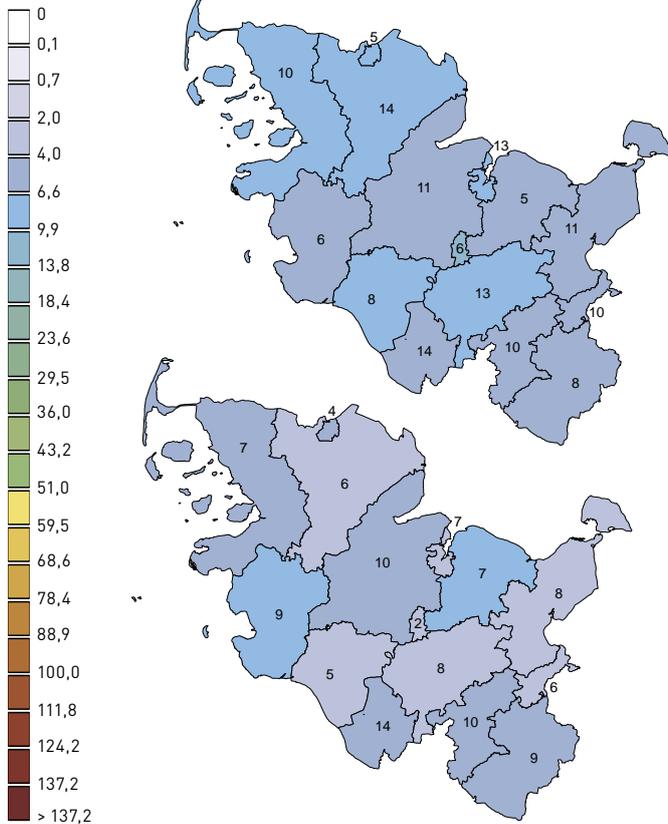
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



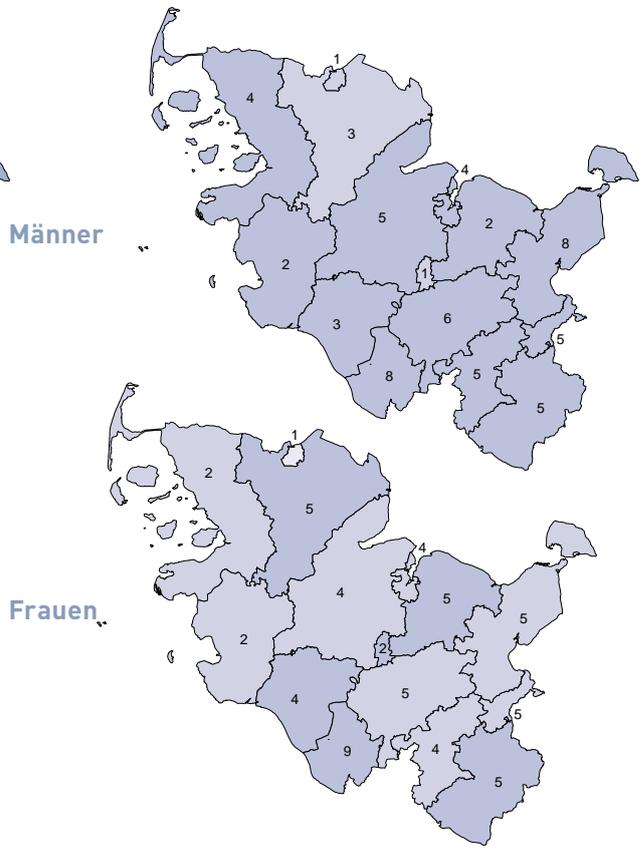
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

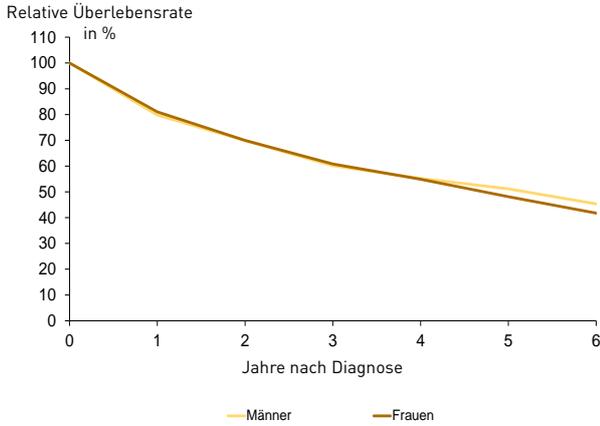
Regionale Verteilung



Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an.
Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



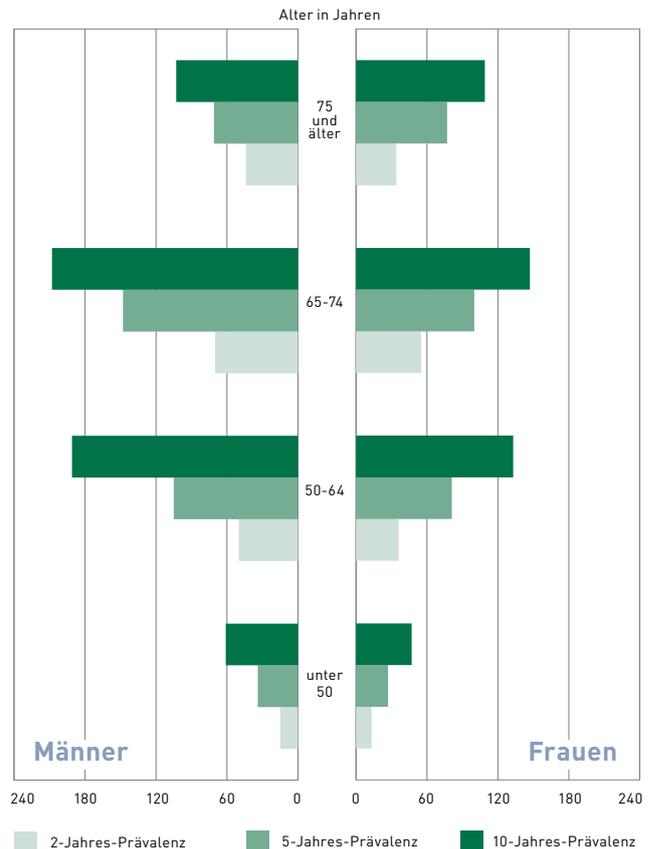
Für die immunproliferativen und plasmazellulären Krankheiten ist kein UICC-Tumorstadium definiert.

Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	80	81
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	51	48
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	37-57	36 - 52
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	77	79
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	44	42

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	90	0,06	81	0,06
0 bis 49 Jahre	6	0,01	7	0,01
50 bis 64 Jahre	23	0,08	18	0,06
65 bis 74 Jahre	37	0,22	37	0,2
75 Jahre und älter	24	0,23	19	0,12
2-Jahres-Prävalenz	179	0,13	138	0,1
0 bis 49 Jahre	15	0,02	13	0,02
50 bis 64 Jahre	50	0,18	36	0,13
65 bis 74 Jahre	70	0,42	55	0,3
75 Jahre und älter	44	0,43	34	0,21
3-Jahres-Prävalenz	254	0,18	191	0,13
0 bis 49 Jahre	22	0,03	15	0,02
50 bis 64 Jahre	66	0,24	50	0,18
65 bis 74 Jahre	111	0,66	70	0,38
75 Jahre und älter	55	0,54	56	0,34
5-Jahres-Prävalenz	358	0,26	285	0,2
0 bis 49 Jahre	34	0,04	27	0,03
50 bis 64 Jahre	105	0,38	81	0,29
65 bis 74 Jahre	148	0,88	100	0,55
75 Jahre und älter	71	0,69	77	0,47
10-Jahres-Prävalenz	563	0,4	436	0,3
0 bis 49 Jahre	61	0,07	47	0,06
50 bis 64 Jahre	191	0,69	133	0,47
65 bis 74 Jahre	208	1,24	147	0,81
75 Jahre und älter	103	1,01	109	0,66

Gliederung nach Altersgruppen



Leukämien [C91–C95]

	Inzidenz Neuerkrankungen		Mortalität Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Durchschnittliche jährliche Fallzahl	262	197	113	102
Erwartete Fallzahl 2014	278	197	113	105
Anteil an Krebs gesamt	2,6%	2,2%	2,8%	2,9%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70	73	73	78
Geschlechterverhältnis	1,3 : 1		1,1 : 1	
Raten (/100.000)				
Rohe Rate	18,9	13,6	8,1	7,1
Weltstandard	10,1	6,6	3,4	2,5
Europastandard	13,5	8,4	5,2	3,6
Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre (AAPC)	- 1,5	- 2,4	- 3,5 *	- 1,8
Kumulative Inzidenz bzw. Mortalität (0-74 Jahre)	1,0	0,6	0,4	0,2
Deutschland (Inzidenz 2010, Mortalität 2010)				
Fallzahl, Anteil an Krebs gesamt	6.797 2,6%	5.391 2,4%	3.942 3,3%	3.304 3,3%
Erkrankungs- bzw. Sterbealter (Median)	70	72	75	78
Altersstandardisierte Rate (Europastandard)	12,8	8,3	6,5	4,0

* statistisch signifikant

Inzidenz

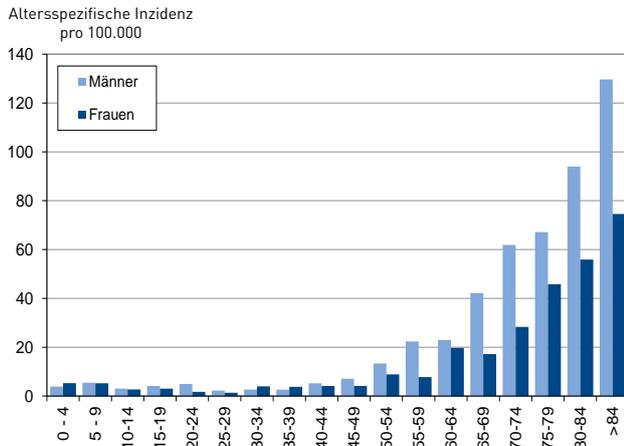
Datenqualität	Männer	Frauen
Histologisch/zytologisch gesichert (HV, %)	70,3%	63,3%
Mortalität zu Inzidenz (M/I)	0,43	0,52
DCO-Fälle	66	62
DCO-Anteil (%)	25,0%	31,5%
Vollzähligkeit	> 95%	> 95%

Therapie	Männer		Frauen	
Tumoren in der Auswertung	118		84	
davon erhielten: (Mehrfachnennung mgl.)	n	%	n	%
Operation	6	5,1	4	4,8
Strahlentherapie	6	5,1	3	3,6
Chemotherapie	68	57,6	47	56,0
Immuntherapie	9	7,6	3	3,6
Knochenmarktransplantation	11	9,3	10	11,9
Sonstige	8	6,8	5	6,0
Keine Therapie angeg. o. durchgeführt	40	33,9	31	36,9

Histologie	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Lymphatische Leukämie (C91)	118	60,2	68	50,4
chronisch	85		48	
akut	18		15	
Myeloische Leukämie (C92)	67	34,2	59	43,7
chronisch	12		12	
akut	46		38	
Monozytenleukämie (C93)	5	2,6	4	3,0
Sonstige Leukämien (C94, C95)	6	3,1	4	3,0
Insgesamt	196	100,0	135	100,0

Inzidenz

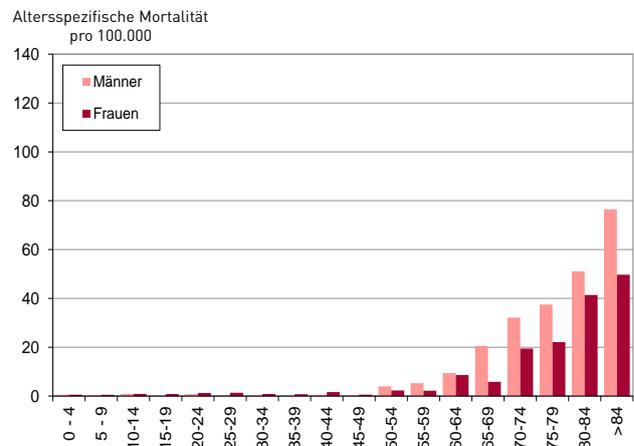
Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
25% jünger als ... Jahre	59	61
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	70	73
25% älter als ... Jahre	77	82
unter 50 Jahre (%)	14,1	14,9
50 bis 64 Jahre (%)	19,7	16,6
65 bis 74 Jahre (%)	33,9	21,5
75 bis 84 Jahre (%)	22,4	27,8
85 Jahre und älter (%)	9,9	19,3

Mortalität

Altersverteilung



Altersverteilung	Männer	Frauen
Mittleres (medianes) Alter (in Jahren)	73	78
unter 50 Jahre (%)	3,3	7,8
50 bis 64 Jahre (%)	14,5	11,4
65 bis 74 Jahre (%)	39,9	23,2
75 bis 84 Jahre (%)	28,7	32,7
85 Jahre und älter (%)	13,6	24,8

Risikofaktoren Die genauen Ursachen und ihr Zusammenwirken sind bislang unklar, was insbesondere für die kindlichen Leukämien gilt. Diskutiert werden:

- ionisierende Strahlung
- Exposition gegenüber Benzol
- Krebsmedikamente (Zytostatika)
- genetische Disposition
- verschiedene Viruserkrankungen (HTLV-1, Epstein-Barr-Virus)
- Chromosomenanomalien (z.B. Down-Syndrom)

Symptome Leukämien zeigen überwiegend unspezifische Symptome (unerklärbares Fieber, Nachtschweiß, unerklärbarer Gewichtsverlust — auch als B-Symptomatik bezeichnet) sowie Milz- und Lymphknotenschwellungen, Juckreiz, Infektionsneigung, Appetitlosigkeit, Blutungsneigung. Alle diese Symptome sind nicht spezifisch und können auch bei anderen Erkrankungen auftreten.

Früherkennung Für Personen ohne besondere Risikofaktoren werden keine regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen empfohlen.

Inzidenz Die schleswig-holsteinischen Neuerkrankungsraten sinken leicht ab und haben ungefähr den Bundesdurchschnitt erreicht.

Bei der Beurteilung langfristiger Entwicklungen ist zu beachten, dass es Überschneidungen mit der Gruppe der Non-Hodgkin-Lymphome gibt und es zu Umklassifizierungen kam.

Obwohl das Durchschnittserkrankungsalter über dem von Krebs gesamt liegt, ist zu beachten, dass Leukämien die häufigste Krebserkrankung des Kinder- und Jugendalters sind. Etwa ein Drittel aller Krebserkrankungen bis zum 15. Lebensjahr sind Leukämien.

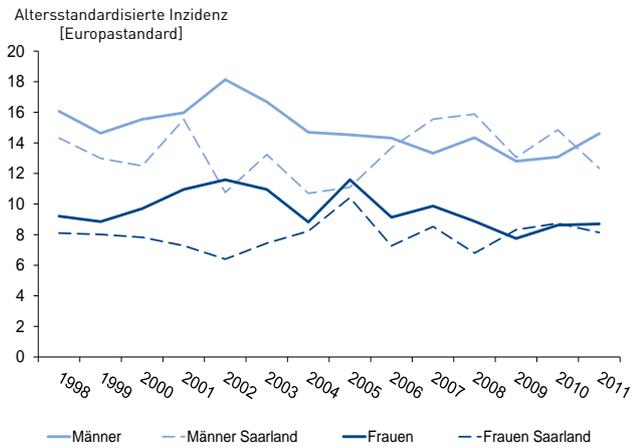
Mortalität Die schleswig-holsteinischen Mortalitätsraten beider Geschlechter liegen etwas unter dem Bundesdurchschnitt und zeigen über die letzten zehn Jahre eine abnehmende Tendenz. Diese ist bei den Männern mit jährlich durchschnittlich 3,5% knapp doppelt so stark ausgeprägt wie bei Frauen.

Überlebensraten Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten für die Gesamtgruppe der Leukämien liegt in Schleswig-Holstein bei 60%. Allerdings ist zu beachten, dass die Verteilung der Einzelentitäten wegen der unterschiedlichen Prognose einen großen Einfluss auf die Rate hat.

Prävalenz Rund 2.000 Patienten leben in Schleswig-Holstein, die in den letzten zehn Jahren eine Leukämiediagnose erhielten.

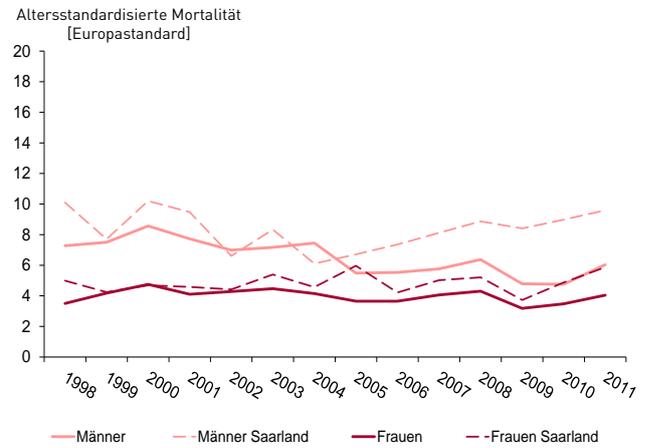
Inzidenz

Zeitlicher Verlauf



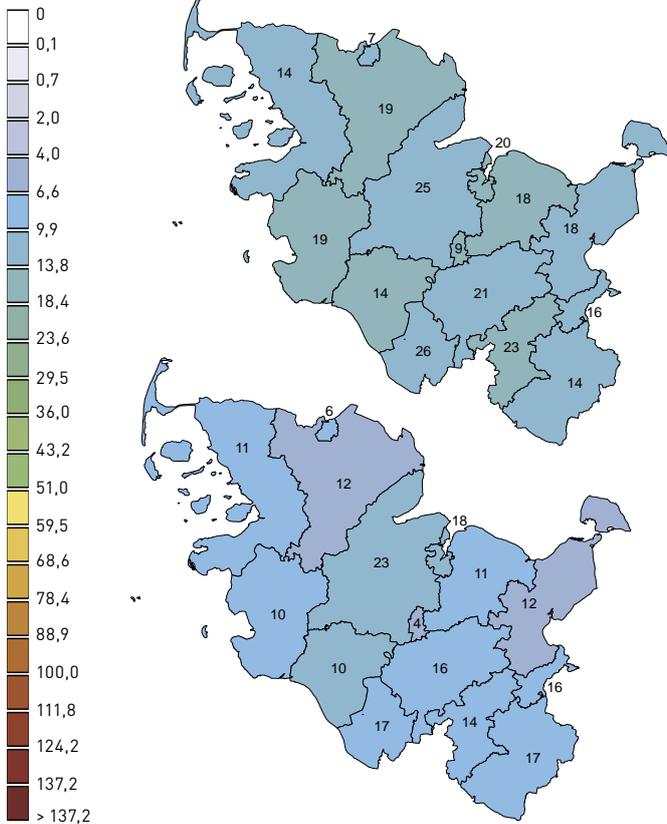
Mortalität

Zeitlicher Verlauf



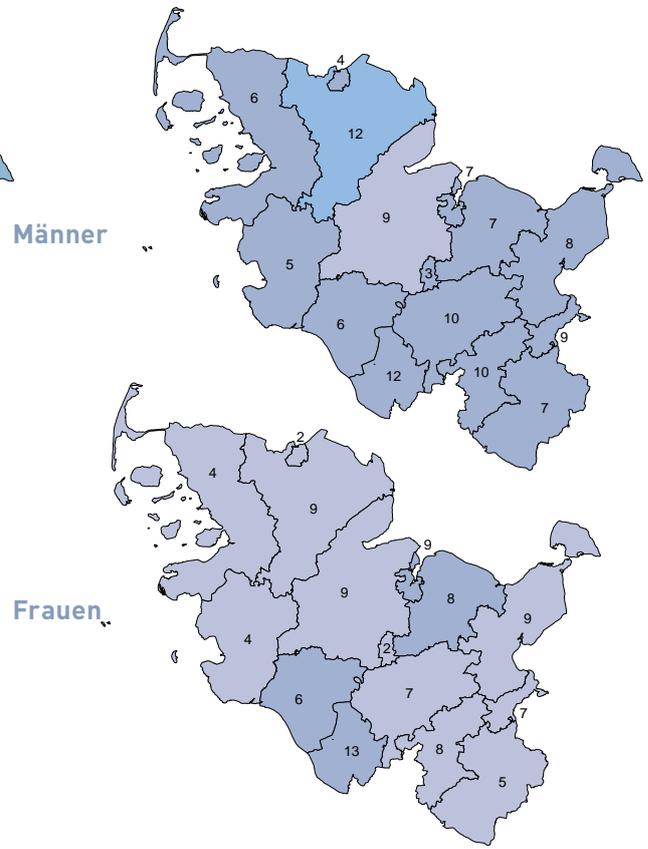
Inzidenz

Regionale Verteilung



Mortalität

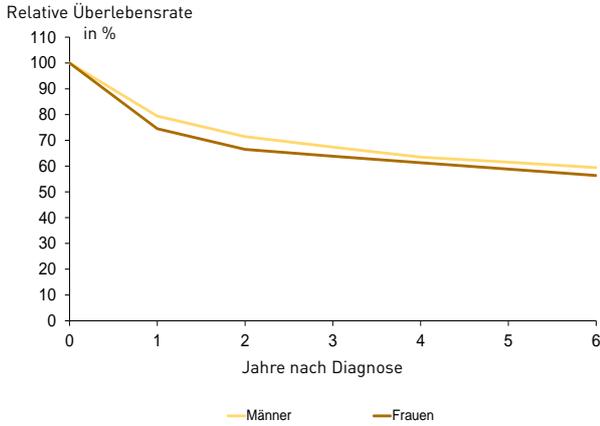
Regionale Verteilung



Die Einfärbung der Karten zeigt die durchschnittlichen jährlichen Raten der Jahre 2009 bis 2011 an. Die Zahlen sind die durchschnittlichen jährlichen Neuerkrankungen bzw. Sterbefälle der Jahre 2009 bis 2011.

Überlebensraten

Gliederung nach Geschlecht



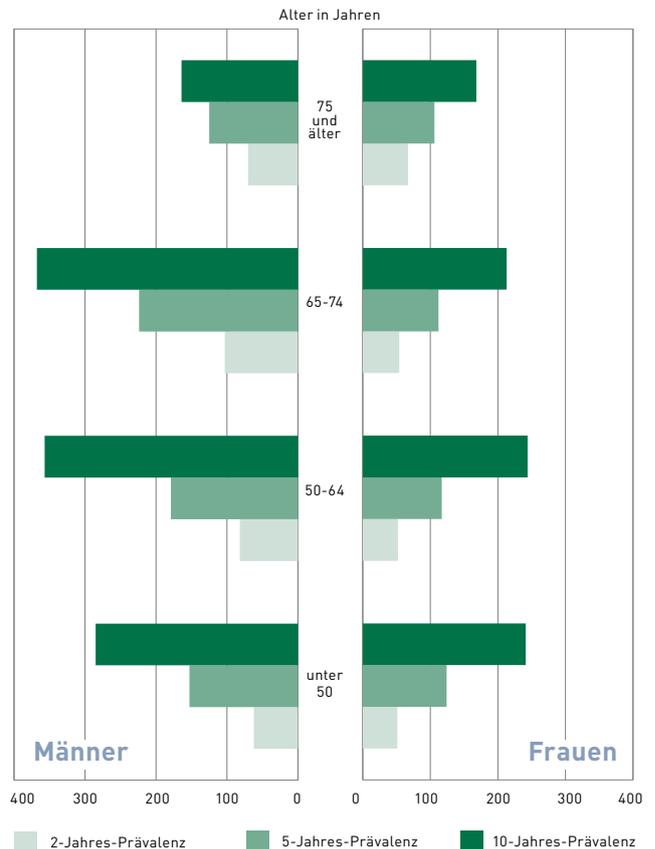
Für Leukämien ist kein UICC-Tumorstadium definiert.

Überlebensraten	Männer	Frauen
	%	%
Relative 1-Jahres-Überlebensrate	79	74
Relative 5-Jahres-Überlebensrate	62	59
Relative 5-Jahres-Überlebensrate Deutschland	41-62	42-61
Absolute 1-Jahres-Überlebensrate	77	73
Absolute 5-Jahres-Überlebensrate	54	53

Prävalenz

Prävalenz	Männer		Frauen	
	n	pro 1.000	n	pro 1.000
1-Jahres-Prävalenz	174	0,13	129	0,09
0 bis 49 Jahre	34	0,04	27	0,03
50 bis 64 Jahre	42	0,15	27	0,1
65 bis 74 Jahre	64	0,38	32	0,18
75 Jahre und älter	34	0,33	43	0,26
2-Jahres-Prävalenz	317	0,23	224	0,15
0 bis 49 Jahre	62	0,07	51	0,06
50 bis 64 Jahre	82	0,3	52	0,18
65 bis 74 Jahre	103	0,61	54	0,3
75 Jahre und älter	70	0,68	67	0,41
3-Jahres-Prävalenz	435	0,31	296	0,2
0 bis 49 Jahre	90	0,11	75	0,09
50 bis 64 Jahre	116	0,42	69	0,24
65 bis 74 Jahre	139	0,83	67	0,37
75 Jahre und älter	90	0,88	85	0,52
5-Jahres-Prävalenz	681	0,49	459	0,32
0 bis 49 Jahre	153	0,18	124	0,15
50 bis 64 Jahre	179	0,65	117	0,41
65 bis 74 Jahre	224	1,34	112	0,62
75 Jahre und älter	125	1,22	106	0,65
10-Jahres-Prävalenz	1.174	0,84	866	0,6
0 bis 49 Jahre	285	0,34	241	0,3
50 bis 64 Jahre	357	1,29	244	0,86
65 bis 74 Jahre	368	2,19	213	1,17
75 Jahre und älter	164	1,6	168	1,02

Gliederung nach Altersgruppen



**Übersichtstabellen zu
Inzidenz und Mortalität
in den Jahren
2009
2010
2011**

Fallzahlen und Raten

2009

	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		Absolute Anzahl	Raten pro 100.000			
		Roh	Europa		Welt	Europa		Roh	Welt		Europa	Roh		Welt	Europa		Roh	Welt	Europa	Roh
Mund und Rachen																				
C00 Lippe	13	0,9	0,4	0,6	7	0,5	0,1	0,2	0	0,0	0,0	1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0			
C01 Zungengrund	36	2,6	1,4	2,0	7	0,5	0,3	0,4	17	1,2	0,6	8	0,6	0,2	0,2	0,3	0,3			
C02 Zunge	34	2,5	1,4	1,9	16	1,1	0,6	0,8	4	0,3	0,2	2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1			
C03 Zahnfleisch	17	1,2	0,6	0,9	11	0,8	0,3	0,4	2	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C04 Mundboden	45	3,2	1,9	2,6	18	1,3	0,7	1,0	23	1,7	1,0	4	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2			
C05 Gaumen	13	0,9	0,5	0,7	5	0,4	0,2	0,2	0	0,0	0,0	1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1			
C06 Mund, sonstige Teilbereiche	13	0,9	0,5	0,7	8	0,6	0,3	0,4	0	0,0	0,0	3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1			
C07 Ohrspeicheldrüse	21	1,5	0,7	1,1	12	0,8	0,4	0,6	3	0,2	0,1	3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1			
C08 Sonstige große Speicheldrüsen	2	0,1	0,1	0,1	2	0,1	0,1	0,1	0	0,0	0,0	2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1			
C09 Gaumenmandel	48	3,5	2,0	2,8	34	2,4	1,3	1,8	9	0,7	0,4	2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1			
C10 Mundrachenraum	37	2,7	1,6	2,1	24	1,7	1,0	1,4	8	0,6	0,3	3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2			
C11 Nasenrachenraum	11	0,8	0,5	0,6	4	0,3	0,2	0,2	2	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C12 Recessus piriformis	4	0,3	0,2	0,2	0	0,0	0,0	0,0	1	0,1	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C13 Hypopharynx	45	3,2	1,8	2,5	6	0,4	0,2	0,3	21	1,5	0,8	4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2			
C14 Sonstige Bereiche	10	0,7	0,4	0,5	0	0,0	0,0	0,0	4	0,3	0,1	1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1			
C00-C14 zusammen	349	25,2	13,7	19,3	154	10,7	5,7	7,8	94	6,8	3,7	34	2,4	1,1	1,5	1,5	1,5			
Verdauungstrakt																				
C15 Speiseröhre	194	14,0	7,0	10,0	64	4,4	1,6	2,5	142	10,2	5,2	56	3,9	1,4	2,1	2,1	2,1			
C16 Magen	365	26,3	11,7	17,8	226	15,6	5,9	8,8	148	10,7	4,7	112	7,8	2,5	3,8	3,8	3,8			
C17 Dünndarm	40	2,9	1,4	2,0	31	2,1	1,0	1,5	5	0,4	0,1	6	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2			
C18 Dickdarm	741	53,4	22,7	35,0	820	56,7	19,2	29,2	218	15,7	6,7	271	18,7	5,3	8,6	8,6	8,6			
C19 Rektosigmoid	38	2,7	1,2	1,8	38	2,6	1,0	1,5	6	0,4	0,2	1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0			
C20 Mastdarm	413	29,8	14,2	20,7	307	21,2	8,2	12,2	128	9,2	4,1	120	8,3	2,6	4,1	4,1	4,1			
C21 After	32	2,3	1,3	1,8	52	3,6	2,0	2,6	4	0,3	0,2	5	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2			
C22 Leber u. intrahep. Gallengänge	125	9,0	3,8	5,8	75	5,2	2,1	3,0	128	9,2	4,0	102	7,1	2,4	3,6	3,6	3,6			
C23 Gallenblase	19	1,4	0,6	0,9	34	2,4	0,7	1,2	9	0,7	0,3	14	1,0	0,3	0,5	0,5	0,5			
C24 Extrahepatische Gallenwege	64	4,6	2,1	3,2	62	4,3	1,4	2,1	5	0,4	0,2	6	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2			
C25 Bauchspeicheldrüse	284	20,5	9,5	14,0	303	21,0	7,3	11,0	243	17,5	7,6	275	19,0	6,1	9,5	9,5	9,5			
C26 Sonstige Verdauungsorgane	10	0,7	0,3	0,5	22	1,5	0,4	0,7	11	0,8	0,3	12	0,8	0,2	0,3	0,3	0,3			
C15-C26 zusammen	2.325	167,6	75,8	113,5	2.034	140,7	50,9	76,1	1.047	75,5	33,3	980	67,8	21,1	33,1	33,1	33,1			

2009

	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	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa
Respirationsstrakt																						
C30	Nasenhöhle u. Mittelohr	6	0,4	0,2	0,3	6	0,4	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	0,0
C31	Nasennebenhöhlen	7	0,5	0,4	0,4	6	0,4	0,2	0,3	0,3	4	0,3	0,2	0,2	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
C32	Kehlkopf	120	8,7	4,2	6,0	18	1,3	0,5	0,7	0,7	29	2,1	1,1	1,5	9	0,6	0,2	0,4	9	0,6	0,2	0,4
C33	Lufttröhre	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	0,0	0	0,0	0,0	0,0
C34	Bronchien u. Lunge	1.392	100,3	46,1	68,3	738	51,1	23,6	33,3	33,3	1.009	72,7	32,6	48,9	520	36,0	15,8	22,6	520	36,0	15,8	22,6
C37	Thymus	3	0,2	0,2	0,2	1	0,1	0,1	0,1	0,1	1	0,1	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
C38	Herz, Mediastinum, Rippenfell	7	0,5	0,3	0,4	2	0,1	0,3	0,2	0,2	6	0,4	0,2	0,3	6	0,4	0,2	0,3	6	0,4	0,2	0,3
C39	Sonstige intrathorakale Organe	1	0,1	0,1	0,1	1	0,1	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	1	0,1	0,1	0,1
C30-C39	zusammen	1.536	110,7	51,4	75,8	772	53,4	24,8	34,8	34,8	1.049	75,6	34,0	50,9	536	37,1	16,2	23,2	536	37,1	16,2	23,2
Knochen und Gelenkknorpel																						
C40	Knochen, Knorpel der Extrem.	5	0,4	0,4	0,4	6	0,4	0,4	0,4	0,4	1	0,1	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
C41	Sonstige Knochen und Knorpel	8	0,6	0,5	0,5	3	0,2	0,0	0,1	0,1	2	0,1	0,1	0,1	4	0,3	0,2	0,2	4	0,3	0,2	0,2
C40-C41	zusammen	13	0,9	0,9	0,9	9	0,6	0,4	0,4	0,4	3	0,2	0,2	0,2	4	0,3	0,2	0,2	4	0,3	0,2	0,2
Haut																						
C43	Maligne Melanome	344	24,8	12,8	18,1	339	23,5	14,6	18,5	18,5	33	2,4	1,3	1,8	22	1,5	0,8	1,1	22	1,5	0,8	1,1
C44	Sonstige Haut	3.523	253,9	109,0	166,0	3.268	226,1	92,5	133,2	133,2	7	0,5	0,2	0,4	1	0,1	0,0	0,0	1	0,1	0,0	0,0
C43-C44	zusammen	3.867	278,7	121,8	184,0	3.607	249,5	107,0	151,7	151,7	40	2,9	1,5	2,2	23	1,6	0,8	1,1	23	1,6	0,8	1,1
Weichteile und mesotheliales Gewebe																						
C45	Mesotheliome	74	5,3	2,2	3,3	13	0,9	0,4	0,5	0,5	57	4,1	1,6	2,5	12	0,8	0,3	0,4	12	0,8	0,3	0,4
C46	Kaposi-Sarkome	1	0,1	0,0	0,0	1	0,1	0,0	0,0	0,0	1	0,1	0,0	0,0	1	0,1	0,0	0,1	1	0,1	0,0	0,1
C47	Periphere Nerven u. auton. NS	6	0,4	0,3	0,4	4	0,3	0,4	0,4	0,4	1	0,1	0,1	0,1	1	0,1	0,0	0,0	1	0,1	0,0	0,0
C48	Bauchfell und Retroperitoneum	9	0,7	0,4	0,5	10	0,7	0,3	0,4	0,4	0	0,0	0,0	0,0	1	0,1	0,0	0,0	1	0,1	0,0	0,0
C49	Sonst. Bindegewebe u. Weichteile	47	3,4	2,1	2,6	50	3,5	2,4	2,7	2,7	6	0,4	0,4	0,4	7	0,5	0,3	0,3	7	0,5	0,3	0,3
C45-C49	zusammen	137	9,9	5,0	6,8	78	5,4	3,5	4,0	4,0	65	4,7	2,0	3,0	22	1,5	0,6	0,9	22	1,5	0,6	0,9
Brust																						
C50	Brustdrüse	15	1,1	0,5	0,7	3.221	222,8	113,8	155,9	155,9	0	0,0	0,0	0,0	643	44,5	18,1	26,4	643	44,5	18,1	26,4

2009

	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		Absolute Anzahl	Raten pro 100.000			
		Roh	Welt		Europa	Roh		Welt	Europa		Roh	Welt		Europa	Roh		Welt	Europa	Roh	Welt
Weibliche Genitalorgane																				
C51				149	10,3	4,4	6,2					28	1,9	0,7	1,1					
C52				15	1,0	0,4	0,6					5	0,4	0,1	0,2					
C53				193	13,4	8,7	10,8					22	1,5	0,7	1,0					
C54				379	26,2	11,8	16,9					27	1,9	0,6	0,9					
C55				36	2,5	0,7	1,1					40	2,8	0,8	1,3					
C56				348	24,1	11,0	15,3					231	16,0	6,5	9,5					
C57				20	1,4	0,6	0,8					4	0,3	0,1	0,2					
C58				0	0,0	0,0	0,0					0	0,0	0,0	0,0					
C51-C58				1.140	78,9	37,5	51,7					357	24,7	9,5	14,1					
Männliche Genitalorgane																				
C60	27	2,0	1,0									2	0,1	0,1	0,1					
C61	2.701	194,7	85,0	1,4	127,8							435	31,4	11,4	19,5					
C62	135	9,7	9,1	9,8								6	0,4	0,3	0,4					
C63	7	0,5	0,3	0,4								0	0,0	0,0	0,0					
C60-C63	2.870	206,9	95,4	139,4								443	31,9	11,8	20,0					
Harnorgane																				
C64	284	20,5	9,9	14,3	11,7	5,1	7,1					77	5,6	2,4	3,7					
C65	27	2,0	0,9	1,3	1,4	0,5	0,8					1	0,1	0,0	0,0					
C66	13	0,9	0,4	0,6	0,7	0,3	0,4					1	0,1	0,0	0,0					
C67	733	52,8	23,1	35,3	17,9	6,3	9,5					116	8,4	3,2	5,3					
C68	32	2,3	0,9	1,5	1,4	0,4	0,6					73	5,3	2,2	3,5					
C64-C68	1.089	78,5	35,1	52,8	33,0	12,6	18,3					268	19,3	7,8	12,5					
Auge, Gehirn und sonstige Teile des Zentralen Nervensystems																				
C69	17	1,2	0,7	0,9	1,3	0,9	0,9					1	0,1	0,0	0,1					
C70	4	0,3	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0					0	0,0	0,0	0,0					
C71	159	11,5	8,3	9,9	8,0	4,7	5,8					125	9,0	5,2	6,9					
C72	3	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3					1	0,1	0,0	0,1					
C69-C72	183	13,2	9,4	11,2	9,7	5,8	7,0					127	9,2	5,3	7,0					

2009

	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	46	3,3	2,1	2,8	104	7,2	5,2	6,3	8	0,6	0,4	0,5	11	0,8	0,3	0,4
C74 Nebenniere	4	0,3	0,6	0,4	6	0,4	0,3	0,3	2	0,1	0,0	0,1	2	0,1	0,1	0,1
C75 Sonstige endokrine Drüsen	2	0,1	0,2	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	1	0,1	0,0	0,0
C73-C75 zusammen	52	3,8	2,8	3,4	110	7,6	5,5	6,6	10	0,7	0,4	0,6	14	1,0	0,4	0,6
Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen																
C76 Ungenau bez. Lokalisationen	14	1,0	0,4	0,7	16	1,1	0,3	0,5	0	0,0	0,0	0,0	2	0,1	0,1	0,1
C80 Unbekannter Primärsitz	155	11,2	5,1	7,8	185	12,8	4,3	6,6	462	33,3	14,9	22,7	492	34,0	12,8	18,9
C76+C80 zusammen	169	12,2	5,6	8,5	201	13,9	4,6	7,1	462	33,3	14,9	22,7	494	34,2	12,8	19,0
Lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe																
C81 Morbus Hodgkin	48	3,5	2,7	3,0	38	2,6	2,4	2,5	3	0,2	0,1	0,2	1	0,1	0,1	0,1
C82-C85 Non-Hodgkin-Lymphome	343	24,7	12,7	17,6	247	17,1	7,5	10,4	93	6,7	2,8	4,4	69	4,8	1,5	2,3
C88-C90 Immunproliferative Erkrankungen	141	10,2	4,4	6,6	117	8,1	2,7	4,3	55	4,0	1,7	2,6	63	4,4	1,4	2,2
C91-C95 Leukämien	243	17,5	9,5	12,8	182	12,6	6,1	7,8	103	7,4	3,1	4,8	87	6,0	2,2	3,2
C96 Sonstige Systemerkrankungen	1	0,1	0,0	0,0	2	0,1	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
C81-C96 zusammen	776	55,9	29,3	40,1	586	40,5	18,7	25,0	254	18,3	7,7	12,0	220	15,2	5,2	7,8
Primärtumoren an mehreren Lokalisationen (nur bei Mortalität definiert)																
C97 Bösart. Neub. an mehreren Lokal.									11	0,8	0,4	0,5	13	0,9	0,3	0,5
Bösartige Neubildungen gesamt																
C00-C97 Bösartige Neubildungen gesamt	13.381	964,5	446,6	656,4	12.529	866,6	390,7	546,5	3.873	279,2	122,8	186,9	3.552	245,7	91,8	136,2
C00-C97 ohne C44 (sonstige Haut)	9.858	710,5	337,6	490,4	9.261	640,6	298,3	413,3	3.866	278,7	122,6	186,6	3.551	245,6	91,8	136,1

2010

	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		Absolute Anzahl	Raten pro 100.000			
		Roh	Europa		Welt	Europa		Roh	Welt		Europa	Roh		Welt	Europa		Roh	Welt	Europa	Roh
Mund und Rachen																				
C00 Lippe	11	0,8	0,3	0,5	6	0,4	0,1	0,2	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0			
C01 Zungengrund	24	1,7	1,0	1,4	1	0,1	0,0	0,0	13	0,9	0,5	6	0,4	0,2	0,3	0,0	0,0			
C02 Zunge	28	2,0	1,0	1,4	22	1,5	0,8	1,1	7	0,5	0,2	3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0			
C03 Zahnfleisch	17	1,2	0,6	0,8	11	0,8	0,4	0,6	2	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C04 Mundboden	51	3,7	2,0	2,8	19	1,3	0,7	1,0	19	1,4	0,7	3	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0			
C05 Gaumen	10	0,7	0,4	0,5	5	0,4	0,2	0,3	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C06 Mund, sonstige Teilbereiche	7	0,5	0,3	0,4	7	0,5	0,4	0,5	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C07 Ohrspeicheldrüse	23	1,7	0,8	1,1	16	1,1	0,4	0,6	4	0,3	0,1	3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0			
C08 Sonstige große Speicheldrüsen	5	0,4	0,2	0,3	2	0,1	0,1	0,1	1	0,1	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C09 Gaumenmandel	60	4,3	2,4	3,3	24	1,7	0,8	1,2	11	0,8	0,4	1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0			
C10 Mundrachenraum	30	2,2	1,2	1,7	13	0,9	0,5	0,6	22	1,6	0,9	6	0,4	0,2	0,3	0,0	0,0			
C11 Nasenrachenraum	6	0,4	0,2	0,3	3	0,2	0,2	0,2	2	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C12 Recessus piriformis	4	0,3	0,2	0,2	1	0,1	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C13 Hypopharynx	39	2,8	1,6	2,2	8	0,6	0,2	0,3	19	1,4	0,7	5	0,4	0,2	0,3	0,0	0,0			
C14 Sonstige Bereiche	5	0,4	0,2	0,3	1	0,1	0,0	0,1	3	0,2	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C00-C14 zusammen	320	23,1	12,2	17,2	139	9,6	5,0	6,9	103	7,4	3,7	27	1,9	1,0	1,3	0,0	0,0			
Verdauungstrakt																				
C15 Speiseröhre	235	16,9	8,5	12,2	55	3,8	1,6	2,2	152	11,0	5,3	42	2,9	1,1	1,7	0,0	0,0			
C16 Magen	346	24,9	10,8	16,4	229	15,9	5,6	8,5	163	11,7	5,2	118	8,2	2,9	4,4	0,0	0,0			
C17 Dünndarm	40	2,9	1,5	2,1	33	2,3	1,1	1,5	10	0,7	0,3	4	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0			
C18 Dickdarm	722	52,0	22,2	34,0	778	53,8	17,7	27,0	211	15,2	6,1	248	17,2	4,7	7,5	0,0	0,0			
C19 Rektosigmoid	65	4,7	2,1	3,1	39	2,7	1,0	1,4	5	0,4	0,2	4	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0			
C20 Mastdarm	422	30,4	14,3	20,7	280	19,4	7,2	10,7	159	11,5	4,7	131	9,1	2,6	4,2	0,0	0,0			
C21 After	26	1,9	1,1	1,4	52	3,6	1,9	2,6	6	0,4	0,2	9	0,6	0,2	0,3	0,0	0,0			
C22 Leber u. intrahep. Gallengänge	167	12,0	5,5	8,0	61	4,2	1,6	2,4	125	9,0	3,9	85	5,9	2,1	3,2	0,0	0,0			
C23 Gallenblase	12	0,9	0,3	0,5	34	2,4	0,7	1,0	13	0,9	0,3	23	1,6	0,3	0,6	0,0	0,0			
C24 Extrahepatische Gallenwege	54	3,9	1,6	2,5	65	4,5	1,4	2,2	4	0,3	0,1	7	0,5	0,2	0,3	0,0	0,0			
C25 Bauchspeicheldrüse	302	21,8	9,6	14,5	322	22,3	8,0	11,9	270	19,5	8,3	259	17,9	5,8	9,0	0,0	0,0			
C26 Sonstige Verdauungsorgane	18	1,3	0,5	0,8	18	1,3	0,4	0,6	10	0,7	0,2	7	0,5	0,1	0,2	0,0	0,0			
C15-C26 zusammen	2.409	173,6	77,9	116,0	1.966	136,0	48,1	72,1	1.128	81,3	34,7	937	64,8	20,2	31,5	0,0	0,0			

2010

	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	Europa		Welt	Europa		Roh	Welt		Europa	Roh		Welt	Europa	Roh
Respirationstrakt																
C30	9	0,7	0,4	0,5	6	0,4	0,2	0,3	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	
C31	8	0,6	0,3	0,4	8	0,6	0,2	0,3	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	
C32	102	7,4	3,6	5,1	23	1,6	0,8	1,2	28	2,0	1,0	8	0,6	0,2	0,3	
C33	2	0,1	0,1	0,1	1	0,1	0,0	0,0	1	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	
C34	1.401	100,9	45,8	67,6	760	52,6	24,7	35,0	1.078	77,7	33,9	568	39,3	16,7	24,3	
C37	3	0,2	0,1	0,1	1	0,1	0,0	0,0	2	0,1	0,1	1	0,1	0,0	0,0	
C38	3	0,2	0,1	0,1	3	0,2	0,1	0,1	3	0,2	0,1	5	0,4	0,1	0,2	
C39	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	1	0,1	0,0	0	0,0	0,0	0,0	
C30-C39 zusammen	1.528	110,1	50,4	74,1	802	55,5	26,1	37,0	1.113	80,2	35,1	52,7	40,3	17,1	24,8	
Knochen und Gelenknorpel																
C40	6	0,4	0,2	0,3	5	0,4	0,6	0,5	1	0,1	0,1	1	0,1	0,1	0,1	
C41	9	0,7	0,5	0,6	9	0,6	0,4	0,5	6	0,4	0,5	2	0,1	0,1	0,1	
C40-C41 zusammen	15	1,1	0,8	0,9	14	1,0	1,0	0,9	7	0,5	0,5	3	0,2	0,2	0,2	
Haut																
C43	333	24,0	12,3	17,1	349	24,2	14,5	18,3	40	2,9	1,4	24	1,7	0,7	1,0	
C44	3.419	246,3	103,7	158,1	3.171	219,4	88,1	126,9	2	0,1	0,1	1	0,1	0,0	0,0	
C43-C44 zusammen	3.752	270,3	116,0	175,2	3.520	243,6	102,6	145,2	42	3,0	1,5	25	1,7	0,7	1,0	
Weichteile und mesotheliales Gewebe																
C45	84	6,1	2,4	3,7	13	0,9	0,4	0,6	67	4,8	2,0	9	0,6	0,3	0,4	
C46	2	0,1	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	2	0,1	0,1	1	0,1	0,0	0,0	
C47	4	0,3	0,3	0,3	4	0,3	0,2	0,2	1	0,1	0,0	1	0,1	0,0	0,0	
C48	6	0,4	0,4	0,4	14	1,0	0,4	0,6	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	
C49	45	3,2	1,9	2,4	31	2,2	1,2	1,5	13	0,9	0,5	5	0,4	0,1	0,2	
C45-C49 zusammen	141	10,2	5,1	7,0	62	4,3	2,2	2,8	83	6,0	2,6	16	1,1	0,5	0,6	
Brust																
C50	24	1,7	0,9	1,3	3.064	212,0	106,7	146,7	0	0,0	0,0	662	45,8	18,9	27,2	

2010

	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	Absolute Anzahl	Roh	Welt	Europa	100.000
Weibliche Genitalorgane																			
C51	Vulva					155	10,7	5,3	7,1						25	1,7	0,5	0,8	
C52	Scheide					10	0,7	0,4	0,5						4	0,3	0,1	0,1	
C53	Gebärmutterhals					188	13,0	7,9	10,1						29	2,0	1,0	1,3	
C54	Gebärmutterkörper					387	26,8	12,2	17,3						28	1,9	0,7	1,1	
C55	Gebärmutter o.n.A.					36	2,5	0,6	1,1						28	1,9	0,5	0,9	
C56	Eierstock					323	22,4	10,2	14,2						238	16,5	6,7	9,7	
C57	Sonst. weibliche Genitalorgane					23	1,6	0,6	0,9						3	0,2	0,1	0,1	
C58	Plazenta					2	0,1	0,2	0,2						0	0,0	0,0	0,0	
C51-C58	zusammen					1.124	77,8	37,4	51,4						355	24,6	9,5	14,0	
Männliche Genitalorgane																			
C60	Penis	32	2,3	1,0	1,5										2	0,1	0,1	0,1	
C61	Prostata	2.612	188,2	81,7	121,7										477	34,4	12,1	20,7	
C62	Hoden	130	9,4	8,7	9,6										5	0,4	0,3	0,3	
C63	Sonstige männl. Genitalorgane	7	0,5	0,2	0,3										0	0,0	0,0	0,0	
C60-C63	zusammen	2.781	200,4	91,6	133,1										484	34,9	12,5	21,1	
Harnorgane																			
C64	Niere	281	20,3	9,3	13,8										80	5,8	2,4	3,7	
C65	Nierenbecken	26	1,9	0,8	1,2										2	0,1	0,1	0,1	
C66	Harnleiter	12	0,9	0,3	0,5										1	0,1	0,0	0,1	
C67	Harnblase	877	63,2	25,9	40,2										111	8,0	2,8	4,9	
C68	Harnröhre u. sonst. Harnorgane	35	2,5	1,0	1,6										75	5,4	2,2	3,5	
C64-C68	zusammen	1.231	88,7	37,4	57,3										269	19,4	7,5	12,2	
Auge, Gehirn und sonstige Teile des Zentralen Nervensystems																			
C69	Auge u. Augenansangsgebilde	20	1,4	0,7	1,0										5	0,4	0,2	0,2	
C70	Hirnhäute	2	0,1	0,1	0,1										2	0,1	0,1	0,1	
C71	Gehirn	137	9,9	5,7	7,4										109	7,9	4,5	6,0	
C72	Rückenmark u. sonst. ZNS	7	0,5	0,4	0,4										0	0,0	0,0	0,0	
C69-C72	zusammen	166	12,0	7,0	9,0										116	8,4	4,8	6,3	

2010

	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	Europa		Welt	Europa		Roh	Welt		Europa	Roh		Welt	Europa	Roh	Welt
Schilddrüse und andere endokrine Drüsen																	
C73 Schilddrüse	40	2,9	1,7	2,2	6,8	126	8,7	5,3	6,8	7	0,5	0,2	0,3	13	0,9	0,3	0,4
C74 Nebenniere	1	0,1	0,1	0,1	0,3	3	0,2	0,5	0,3	2	0,1	0,2	0,1	0	0,0	0,0	0,0
C75 Sonstige endokrine Drüsen	4	0,3	0,3	0,3	0,0	0	0,0	0,0	0,0	2	0,1	0,0	0,1	2	0,1	0,1	0,1
C73-C75 zusammen	45	3,2	2,1	2,6	7,1	129	8,9	5,8	7,1	11	0,8	0,5	0,6	15	1,0	0,4	0,5
Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen																	
C76 Ungenau bez. Lokalisationen	12	0,9	0,4	0,5	0,4	16	1,1	0,2	0,4	3	0,2	0,1	0,1	1	0,1	0,0	0,0
C80 Unbekannter Primärsitz	166	12,0	5,0	7,7	6,2	179	12,4	4,1	6,2	477	34,4	14,8	22,4	433	30,0	10,6	15,8
C76+C80 zusammen	178	12,8	5,3	8,3	6,7	195	13,5	4,4	6,7	480	34,6	14,8	22,6	434	30,0	10,6	15,8
Lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe																	
C81 Morbus Hodgkin	44	3,2	3,2	3,2	1,9	30	2,1	1,8	1,9	4	0,3	0,1	0,2	4	0,3	0,1	0,1
C82-C85 Non-Hodgkin-Lymphome	289	20,8	10,6	14,6	10,5	261	18,1	7,4	10,5	63	4,5	1,9	2,9	63	4,4	1,1	1,9
C88-C90 Immunproliferative Erkrankungen	153	11,0	4,6	7,0	4,4	106	7,3	2,9	4,4	57	4,1	1,5	2,4	67	4,6	1,3	2,1
C91-C95 Leukämien	252	18,2	9,9	13,1	8,6	194	13,4	7,0	8,6	106	7,6	3,1	4,8	102	7,1	2,5	3,5
C96 Sonstige Systemerkrankungen	2	0,1	0,1	0,1	0,1	1	0,1	0,1	0,1	2	0,1	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0
C81-C96 zusammen	740	53,3	28,4	38,1	25,5	592	41,0	19,2	25,5	232	16,7	6,6	10,4	236	16,3	5,1	7,6
Primärtumoren an mehreren Lokalisationen (nur bei Mortalität definiert)																	
C97 Bösart. Neub. an mehreren Lokal.										4	0,3	0,1	0,1	3	0,2	0,1	0,1
Bösartige Neubildungen gesamt																	
C00-C97 Bösartige Neubildungen gesamt	13.330	960,4	434,9	639,8	525,2	12.188	843,4	374,8	525,2	4.072	293,4	124,8	191,1	3.526	244,0	89,1	132,5
C00-C97 ohne C44 (sonstige Haut)	9.911	714,1	331,1	481,7	398,3	9.017	624,0	286,7	398,3	4.070	293,2	124,7	191,0	3.525	243,9	89,1	132,5

2011

	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		Absolute Anzahl	Raten pro 100.000			
		Roh	Welt		Europa	Roh		Welt	Europa		Roh	Welt		Europa	Roh		Welt	Europa	Roh	Welt
Mund und Rachen																				
C00 Lippe	17	1,2	0,5	0,8	11	0,8	0,2	0,4	1	0,1	0,0	0,1	1	0,1	0,0	0,0	0,0			
C01 Zungengrund	46	3,3	1,8	2,5	10	0,7	0,4	0,5	10	0,7	0,4	0,5	6	0,4	0,1	0,2	0,2			
C02 Zunge	20	1,4	0,8	1,1	27	1,9	0,9	1,3	3	0,2	0,1	0,2	4	0,3	0,1	0,2	0,2			
C03 Zahnfleisch	13	0,9	0,5	0,7	9	0,6	0,3	0,4	2	0,1	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C04 Mundboden	36	2,6	1,4	2,0	18	1,3	0,7	1,0	22	1,6	0,8	1,2	5	0,4	0,2	0,2	0,2			
C05 Gaumen	18	1,3	0,6	0,9	8	0,6	0,3	0,4	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C06 Mund, sonstige Teilbereiche	11	0,8	0,4	0,6	6	0,4	0,2	0,3	0	0,0	0,0	0,0	1	0,1	0,0	0,1	0,1			
C07 Ohrspeicheldrüse	13	0,9	0,5	0,7	8	0,6	0,3	0,4	6	0,4	0,2	0,3	3	0,2	0,1	0,1	0,1			
C08 Sonstige große Speicheldrüsen	2	0,1	0,1	0,1	5	0,4	0,2	0,2	0	0,0	0,0	0,0	1	0,1	0,0	0,0	0,0			
C09 Gaumenmandel	65	4,7	2,4	3,4	27	1,9	1,0	1,4	16	1,2	0,6	0,9	4	0,3	0,2	0,2	0,2			
C10 Mundrachenraum	25	1,8	1,0	1,3	13	0,9	0,5	0,7	17	1,2	0,6	0,9	8	0,6	0,3	0,4	0,4			
C11 Nasenrachenraum	10	0,7	0,4	0,5	3	0,2	0,1	0,1	5	0,4	0,2	0,3	0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C12 Recessus piriformis	12	0,9	0,5	0,7	4	0,3	0,2	0,2	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0			
C13 Hypopharynx	46	3,3	1,7	2,4	14	1,0	0,5	0,6	23	1,7	0,9	1,2	6	0,4	0,2	0,3	0,3			
C14 Sonstige Bereiche	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	3	0,2	0,1	0,2	1	0,1	0,0	0,0	0,0			
C00-C14 zusammen	334	24,0	12,6	17,6	163	11,3	5,7	7,9	108	7,8	4,0	5,7	40	2,8	1,2	1,7	1,7			
Verdauungstrakt																				
C15 Speiseröhre	203	14,6	6,9	9,9	58	4,0	1,5	2,2	162	11,7	5,4	7,8	40	2,8	0,8	1,3	1,3			
C16 Magen	373	26,8	11,8	17,7	218	15,1	5,1	7,7	184	13,2	5,7	8,7	120	8,3	2,6	4,1	4,1			
C17 Dünndarm	43	3,1	1,5	2,0	40	2,8	1,1	1,6	7	0,5	0,2	0,3	5	0,4	0,1	0,2	0,2			
C18 Dickdarm	721	51,9	21,9	33,2	738	51,1	16,9	25,6	232	16,7	6,3	10,2	272	18,8	5,0	8,2	8,2			
C19 Rektosigmoid	48	3,5	1,5	2,3	46	3,2	0,9	1,5	5	0,4	0,1	0,2	6	0,4	0,1	0,1	0,1			
C20 Mastdarm	377	27,1	12,6	18,3	266	18,4	7,0	10,3	154	11,1	4,4	7,0	104	7,2	2,3	3,5	3,5			
C21 After	42	3,0	1,6	2,2	50	3,5	1,6	2,2	7	0,5	0,3	0,4	7	0,5	0,2	0,2	0,2			
C22 Leber u. intrahep. Gallengänge	144	10,4	4,5	6,8	65	4,5	1,9	2,8	131	9,4	3,7	5,7	86	6,0	2,2	3,2	3,2			
C23 Gallenblase	13	0,9	0,4	0,6	38	2,6	0,8	1,3	8	0,6	0,3	0,4	20	1,4	0,3	0,5	0,5			
C24 Extrahepatische Gallenwege	62	4,5	1,8	2,7	62	4,3	1,4	2,1	12	0,9	0,4	0,6	15	1,0	0,4	0,5	0,5			
C25 Bauchspeicheldrüse	293	21,1	8,4	12,9	301	20,8	7,0	10,6	276	19,9	8,2	12,4	295	20,4	6,5	10,2	10,2			
C26 Sonstige Verdauungsorgane	11	0,8	0,4	0,5	10	0,7	0,1	0,2	5	0,4	0,1	0,2	9	0,6	0,2	0,3	0,3			
C15-C26 zusammen	2.330	167,6	73,2	108,9	1.892	130,9	45,2	68,2	1.183	85,1	35,0	53,8	979	67,7	20,6	32,5	32,5			

2011

	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	Europa		Roh	Europa		Roh	Europa		Roh	Europa		Roh	Europa	
Respirationsstrakt																
C30	12	0,9	0,4	0,6	8	0,6	0,2	0,3	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	
C31	12	0,9	0,6	0,7	7	0,5	0,2	0,3	1	0,1	0,0	1	0,1	0,1	0,1	
C32	103	7,4	3,8	5,4	19	1,3	0,7	0,9	36	2,6	1,1	4	0,3	0,1	0,1	
C33	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	
C34	1.360	97,8	43,4	63,9	779	53,9	23,8	34,1	1.080	77,7	33,3	594	41,1	16,5	24,1	
C37	5	0,4	0,2	0,3	1	0,1	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	
C38	8	0,6	0,3	0,4	7	0,5	0,2	0,3	1	0,1	0,1	6	0,4	0,1	0,2	
C39	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	1.502	108,0	48,7	71,3	821	56,8	25,1	36,0	1.118	80,4	34,5	605	41,9	16,7	24,4	
Knochen und Gelenkknorpel																
C40	2	0,1	0,1	0,1	4	0,3	0,2	0,2	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	
C41	8	0,6	0,5	0,5	5	0,4	0,3	0,4	5	0,4	0,3	3	0,2	0,1	0,1	
C40-C41 zusammen	10	0,7	0,6	0,7	9	0,6	0,5	0,6	5	0,4	0,3	3	0,2	0,1	0,1	
Haut																
C43	336	24,2	12,3	16,9	365	25,3	14,7	18,7	55	4,0	1,8	49	3,4	1,3	1,9	
C44	3.647	262,3	107,8	163,7	3.183	220,2	87,6	126,6	6	0,4	0,2	7	0,5	0,1	0,2	
C43-C44 zusammen	3.983	286,5	120,1	180,7	3.548	245,4	102,4	145,3	61	4,4	2,0	56	3,9	1,4	2,0	
Weichteile und mesotheliales Gewebe																
C45	71	5,1	2,0	3,0	11	0,8	0,2	0,4	65	4,7	2,0	15	1,0	0,4	0,5	
C46	1	0,1	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	1	0,1	0,0	1	0,1	0,0	0,0	
C47	2	0,1	0,3	0,2	2	0,1	0,2	0,2	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	
C48	5	0,4	0,2	0,3	13	0,9	0,5	0,6	1	0,1	0,0	0	0,0	0,0	0,0	
C49	43	3,1	1,7	2,2	40	2,8	1,4	1,9	12	0,9	0,5	19	1,3	0,8	1,0	
C45-C49 zusammen	122	8,8	4,2	5,8	66	4,6	2,3	3,0	79	5,7	2,5	35	2,4	1,2	1,5	
Brust																
C50	33	2,4	0,9	1,5	2.769	191,5	97,2	132,7	2	0,1	0,0	688	47,6	18,4	26,8	

2011

	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					159	11,0	4,8	6,8						25	1,7	0,6	0,9			
C52	Scheide					16	1,1	0,5	0,7						5	0,4	0,1	0,2			
C53	Gebärmutterhals					156	10,8	6,2	8,0						40	2,8	1,3	1,8			
C54	Gebärmutterkörper					353	24,4	10,6	15,2						38	2,6	0,9	1,4			
C55	Gebärmutter o.n.A.					17	1,2	0,3	0,5						26	1,8	0,7	1,1			
C56	Eierstock					300	20,8	9,3	13,0						211	14,6	5,2	7,9			
C57	Sonst. weibliche Genitalorgane					23	1,6	0,5	0,8						2	0,1	0,0	0,1			
C58	Plazenta					0	0,0	0,0	0,0						0	0,0	0,0	0,0			
C51-C58	zusammen					1.024	70,8	32,4	45,0						347	24,0	8,9	13,2			
Männliche Genitalorgane																					
C60	Penis	28	2,0	1,1	1,5										10	0,7	0,3	0,5			
C61	Prostata	2.742	197,2	83,6	125,0										469	33,7	11,4	19,5			
C62	Hoden	113	8,1	8,0	8,5										4	0,3	0,2	0,2			
C63	Sonstige männl. Genitalorgane	15	1,1	0,6	0,7										0	0,0	0,0	0,0			
C60-C63	zusammen	2.898	208,4	93,2	135,7										483	34,7	11,9	20,2			
Harnorgane																					
C64	Niere	277	19,9	9,6	13,7										82	5,9	2,4	3,7			
C65	Nierenbecken	36	2,6	1,1	1,6										1	0,1	0,0	0,0			
C66	Harnleiter	13	0,9	0,4	0,6										1	0,1	0,0	0,0			
C67	Harnblase	843	60,6	24,6	38,0										132	9,5	3,4	5,7			
C68	Harnröhre u. sonst. Harnorgane	55	4,0	1,4	2,3										93	6,7	2,7	4,1			
C64-C68	zusammen	1.224	88,0	37,1	56,2										309	22,2	8,6	13,6			
Auge, Gehirn und sonstige Teile des Zentralen Nervensystems																					
C69	Auge u. Augenanhangsgebilde	11	0,8	0,5	0,6										6	0,4	0,2	0,3			
C70	Hirnhäute	3	0,2	0,2	0,2										1	0,1	0,1	0,1			
C71	Gehirn	137	9,9	5,7	7,5										115	8,3	4,0	5,6			
C72	Rückenmark u. sonst. ZNS	2	0,1	0,1	0,1										1	0,1	0,0	0,0			
C69-C72	zusammen	153	11,0	6,4	8,4										123	8,9	4,3	6,0			

2011

	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	42	3,0	2,0	2,5	6,7	4,9	6,0	12	0,9	0,4	0,6	12	0,8	0,3	0,4	
C74 Nebenniere	5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,2	0,3	0	0,0	0,0	0,0	3	0,2	0,1	0,1	
C75 Sonstige endokrine Drüsen	2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	2	0,1	0,0	0,1	3	0,2	0,2	0,2	
C73-C75 zusammen	49	3,5	2,7	3,0	7,2	5,3	6,4	14	1,0	0,4	0,6	18	1,3	0,5	0,7	
Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen																
C76 Ungenau bez. Lokalisationen	5	0,4	0,1	0,2	1,6	0,5	0,7	7	0,5	0,2	0,3	11	0,8	0,2	0,3	
C80 Unbekannter Primärsitz	182	13,1	5,7	8,7	8,9	3,1	4,6	375	27,0	11,0	17,1	339	23,5	7,9	12,0	
C76+C80 zusammen	187	13,5	5,8	8,9	10,5	3,5	5,4	382	27,5	11,2	17,4	350	24,2	8,0	12,2	
Lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe																
C81 Morbus Hodgkin	43	3,1	2,8	3,0	2,8	2,3	2,4	8	0,6	0,2	0,4	3	0,2	0,1	0,2	
C82-C86 Non-Hodgkin-Lymphome	343	24,7	11,8	16,7	20,1	8,8	12,1	78	5,6	2,0	3,3	75	5,2	1,6	2,5	
C88-C90 Immunproliferative Erkrankungen	136	9,8	4,2	6,3	8,0	3,1	4,5	77	5,5	2,2	3,4	56	3,9	1,2	2,0	
C91-C95 Leukämien	292	21,0	10,9	14,6	14,9	6,7	8,7	129	9,3	4,2	6,0	117	8,1	2,9	4,0	
C96 Sonstige Systemerkrankungen	5	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	
C81-C96 zusammen	819	58,9	29,9	40,9	46,0	21,1	27,9	292	21,0	8,7	13,1	251	17,4	5,8	8,6	
Bösartige Neubildungen gesamt																
C00-C96 Bösartige Neubildungen gesamt	13.644	981,4	435,4	639,6	11.794	815,8	502,4	4.159	299,1	123,3	189,1	3.600	249,0	88,2	132,0	
C00-C96 ohne C44 (sonstige Haut)	9.997	719,1	327,6	475,8	8.611	595,7	375,8	4.153	298,7	123,1	188,8	3.593	248,5	88,1	131,8	

Anhang

Methodische Hinweise	144
Datengrundlage	144
Dokumentation und Kodierung	144
Vollständigkeit der Registrierung	144
Prognose der Fallzahlen 2014	145
DCO-Anteile	145
Verlauf	146
Überlebenszeiten	146
Prävalenz	147
Darstellungen	148
Maßzahlen	149
Referenzpopulationen - Standardbevölkerungen	151
Übersichtskarte Schleswig-Holstein	152
Wohnbevölkerung 2010 Schleswig-Holstein	153
Krebsregistrierung in Schleswig-Holstein	154
Internet-Links und weitere Datenquellen	156
Nutzung der Krebsregisterdaten	157
Literatur	158
Faltblatt zu Krebshäufungen	159

Methodische Hinweise

Datengrundlage

Die Datengrundlage für den vorliegenden Bericht bilden alle für die Diagnosejahre 2009, 2010 und 2011 an das Krebsregister gemeldeten Krebsneuerkrankungen (Stand: Dezember 2013) inklusive der DCO-Fälle aus den genannten Jahren. 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 2009 sind also Personen, die im Jahr 2009 mit einer Krebserkrankung verstorben sind und für die keine klinische Meldung vorliegt.

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 in den Jahren 2009, 2010 und 2011. Zur weiteren Analyse der Krebstodesursachen wird aktuell eine Langzeitstudie auf Kreisebene mit dem Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein durchgeführt.

Bildung der besten Information

Für die Auswertungen dieses Berichtes werden nicht direkt die einzelnen Meldungen an das Krebsregister analysiert. Sämtliche Auswertungen beruhen auf der besten verfügbaren Information, die zu einem Tumor vorliegt. Wenn zu einer Krebserkrankung mehrere Meldungen verschiedenen Ursprungs im Register eintreffen, etwa aus einer hausärztlichen Praxis, dem pathologischen Institut und der chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses, so verbessert sich im Krebsregister die Informationsgrundlage zu dieser Erkrankung. Allerdings müssen die Angaben sinnvoll zusammengefügt werden, damit bei Auswertungen jeder Erkrankungsfall einerseits nur einmal gezählt und andererseits so gut wie möglich beschrieben wird. Die Bildung der „besten Information“ („Best of“) aus mehreren Meldungen erfolgt nach festgelegten Re-

geln, die im Wesentlichen den Vorgaben im „Manual der epidemiologischen Krebsregistrierung“ (Hentschel, Katalinic 2008) entsprechen. Bei einigen Regeln handelt es sich um die Ergänzung der Information – liegen zwei Meldungen vor, bei denen die eine eine unspezifische und die andere eine spezifische Lokalisation enthält, wird die spezifische für diesen Fall ausgewählt –, bei anderen um eine Reihenfolge – früheres Diagnosedatum „schlägt“ späteres – oder es werden Widersprüche gelöst – zwei Meldungen mit gleichspezifischen aber unterschiedlichen Lokalisationsangaben werden sicherheitshalber zu einem unspezifischeren Kode verändert. Die Bildung eines Best of-Datensatzes ist ein permanenter Prozess im Krebsregister mit sehr vielen, teilweise hierarchisch gestaffelten Regeln. Sowohl die eingehenden Meldungen also auch der zusammengefügte Best of-Datensatz wird vielfach auf Plausibilität geprüft. Einzelheiten sind dem o.g. Manual zu entnehmen.

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 Landeskrebsregistriergesetz (LKRGG) nicht registriert werden. Die bösartigen Neubildungen werden anhand der Klassifikation der ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Revision) verschlüsselt. Für die Mortalität im Jahr 2011 gilt die ICD-10 im major update von 2011; bei der Inzidenz ist dieses noch nicht angewandt. 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 bis einschließlich des Diagnosejahres 2010 nach der 6. Auflage des TNM-Schlüssels der UICC (International Union Against Cancer) kodiert. Ab 2011 erfolgt die Verschlüsselung nach der 7. Auflage des TNM-Schlüssels. Damit die Vergleichbarkeit innerhalb des Berichtes erhalten bleibt, sind die Angaben zum Tumorstadium als Durchschnitt über die Jahre 2009 und 2010 angegeben.

Vollzähligkeit der Registrierung

Inzidenzdaten gelten nach internationalen Regeln (IARC) als aussagekräftig, wenn eine Vollzähligkeit von mindestens 90% erreicht wird. Das Zentrum für Krebsregisterdaten ermittelt Zahlen zur Vollzähligkeit der deutschen Krebsregister und stellt diese den Registern zur Verfügung. Das Verfahren beruht auf der Annahme eines konstanten Verhältnisses von Mortalität und Inzidenz (M/I-Index) in ganz Deutschland. Aus der regionalen Mortalität und mit

Hilfe des M/I-Indexes einer als vollzählig deklarierten Referenzregion (z.Z. Saarland, Hamburg, Bremen, Sachsen, Regierungsbezirk Münster) werden Erwartungswerte in sechs Altersgruppen und 18 Diagnosegruppen errechnet. Die beobachteten und die erwarteten Werte werden, zum Ausgleich zufallsbedingter Schwankungen, mittels log-linearer Modelle geglättet. Bei zu geringer Mortalität wird für die entsprechende Altersgruppe anstelle des M/I-Indexes die modellierte Inzidenz in der Referenzregion verwendet. Der geschätzte Erfassungsgrad ist dann der Quotient der über alle Altersgruppen aufsummierten beobachteten und erwarteten Fallzahlen. Die Vollzähligkeit für „Krebs gesamt“ wird wiederum über die Summation der beobachteten und erwarteten Werte für alle Diagnosegruppen geschätzt.

Auf dieser Grundlage kann auch für die Diagnosejahre 2009 bis 2011 von einer weitgehend belastbaren Datenbasis ausgegangen werden. Für einige Hamburg nahe Regionen ist eine noch nicht vollzählige Erfassung anzunehmen. Zur Einschätzung der Vollzähligkeit durch den Leser ist für jede Tumorgruppe die Vollzähligkeit für 2010, als dem mittleren der drei aufgeführten Diagnosejahre, in der Tabelle „Datenqualität“ genannt.

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. Zu methodischen Problemen und einer ausführlichen Analyse der Vollzähligkeit der Krebsregisterdaten sowie zu weiteren Aspekten der Datenqualität sei auf den 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) verwiesen.

Prognose der Fallzahlen für das Jahr 2014

Die Prognose der Neuerkrankungszahlen bzw. Sterbefallzahlen für 2014 basieren auf den Fallzahlen der Jahre 2002 bis 2011. Dazu ist ein log-lineares Modell an die Neuerkrankungs- bzw. Sterbefallzahlen angepasst worden – also praktisch ein Trend ermittelt worden –, welcher dann bis 2014 fortgeführt wurde.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Neuerkrankungszahlen für die letzten drei Jahre bei einigen Tumor(-gruppen) wegen verspäteter Meldungen in geringem Maße untererfasst sind. Während die Abweichungen für den Bericht aktueller Zahlen von untergeordneter Bedeutung sind, können sie zu einer deutlichen Unterschätzung der prognostizierten Fallzahl in 2014 führen. Daher wurden die

Fallzahlen jeder Tumor(-gruppe) vor der Trendermittlung um die Zahl der erwarteten verspäteten Meldungen korrigiert (report delay corrections). Die so vorhergesagten Fallzahlen für 2014 wurden gerundet. Die Berechnungen wurden mit der frei verfügbaren Software des National Cancer Institutes „Joinpoint“ durchgeführt (Joinpoint Regression Program, Version 4.0.4 - Oktober 2013; Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute, <http://srab.cancer.gov/joinpoint>).

DCO-Anteile

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

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 2009 zur registrierten Inzidenz von 2009, die DCO-Fälle 2010 zur Inzidenz 2010 usw. 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 rund 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, wozu auch das Krebsregister Schleswig-Holstein noch zu zählen ist – 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 Regis-

trierung 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 wird bei längerer (und ansonsten vollzähliger) Registrierung stetig abnehmen. Bei Tumoren mit sehr guter Prognose ist in den ersten Jahren der Krebsregistrierung 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 2011 (dem 14. 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.

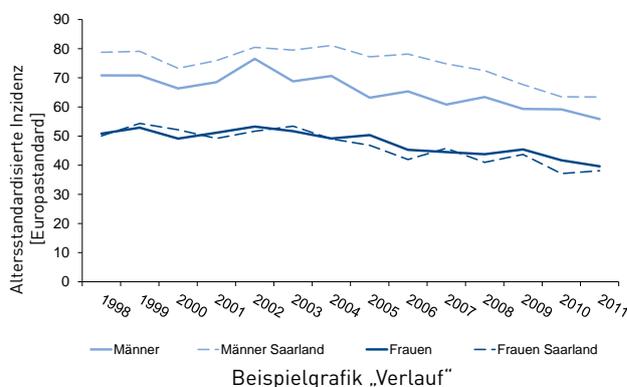
Ein zweiter beachtenswerter Punkt bei der Beurteilung der DCO-Raten ist die Letalität der Tumorart. Bei Tumoren mit einer sehr geringen Sterblichkeit (z.B. malignes Melanom, sonstige Haut, Hoden) kann der Anteil per se nur sehr gering sein. Wenn ohnehin nur wenige Patienten überhaupt an dem Tumor versterben,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

Verlauf

Der Verlauf der altersstandardisierten Krebsinzidenz und -mortalität (Europastandard) wird über einen Zeitraum von vierzehn Jahren (1998 bis 2011) dargestellt (siehe Beispielgrafik). 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.



Überlebenszeitanalysen

Mit Überlebenszeitanalysen soll die Frage beantwortet werden, wie viele Patienten jeweils nach einem bestimmten Zeitraum (z.B. nach einem oder fünf Jahren) noch leben.

Analysiert wurden die Überlebenszeiten aller Patienten im Krebsregister, deren Krebserstdiagnose zwischen 1998 und 2011 liegt. Ausgewertet wird in diesem Bericht der Zeitraum bis zu sechs Jahren nach Diagnose, für den die Anteile der lebenden Personen ausgewiesen werden.

Eine Überlebensrate ist ein wichtiger Indikator für die Schwere der Erkrankung und auch für die Qualität der medizinischen Behandlung.

In der Überlebenszeitanalyse werden zwei Maßzahlen unterschieden – die absolute und die relative Überlebensrate.

Die **absolute Überlebensrate** ist der Anteil an Krebspatienten, der zum Messzeitpunkt (z.B. fünf Jahre nach Diagnose) noch lebt. Die mögliche Todesursache bleibt in der Auswertung unberücksichtigt. Eine absolute 5-Jahres-Überlebensrate von 60% besagt also, dass sechs von zehn Krebserkrankten (60%) nach fünf Jahren noch leben.

Bei der **relativen Überlebensrate** wird berücksichtigt, dass nicht nur an Krebs Erkrankte, sondern auch Personen ohne Krebs an anderen Ursachen versterben. Dem Alter entsprechend wird der absoluten Überlebensrate eine erwartete Überlebensrate gegenübergestellt. Für die erwartete Rate wird die Sterblichkeit der Allgemeinbevölkerung (Quelle: Sterbetafeln für Deutschland, Statistisches Bundesamt) verwendet. Der Quotient aus absoluter und erwarteter Überlebensrate ist die relative Überlebensrate. Die Differenz zwischen 100% (das sind die noch Lebenden der Allgemeinbevölkerung) und der relativen Überlebensrate kann als von der Krebs-

erkrankung verursachte Sterblichkeit interpretiert werden. Es gilt also bei einer relativen 5-Jahres-Überlebensrate ...

- von 100%: Fünf Jahre nach der Krebsdiagnose lebt genau der gleiche Anteil an Personen wie in der Allgemeinbevölkerung – die Krebserkrankung verursacht keine zusätzlichen Todesfälle.
- von unter 100%: Der Anteil noch lebender Personen fünf Jahre nach Krebsdiagnose ist geringer als in der Allgemeinbevölkerung – die Krebserkrankung verursacht zusätzliche Todesfälle.
- von über 100%: Der Anteil noch lebender Personen fünf Jahre nach Krebsdiagnose ist höher als in der Allgemeinbevölkerung. Dies kommt eher selten vor und kann z.B. durch eine intensivere medizinische Betreuung oder einen gesünderen Lebenswandel zustande kommen.

Überlebenszeitanalysen nach Tumorstadium

Die Überlebenszeit wird maßgeblich von Faktoren wie der Tumorausdehnung, der Ausbreitung in benachbarte Lymphknoten und von möglichen Fernmetastasen bei Erstdiagnose beeinflusst. Je nach Ausprägung der einzelnen Faktoren werden die meisten malignen Tumorerkrankungen in Stadien (I bis IV) unterteilt, wobei ein höheres Stadium eine schlechtere Prognose anzeigt. Fälle, für die nicht alle erforderlichen Angaben zur Bestimmung des Stadiums im Register vorliegen, werden mit „o.A.“ (ohne Angabe) gekennzeichnet. Um eine differenzierte Betrachtung der Überlebenszeiten zu ermöglichen, werden in den Grafiken neben den geschlechtsspezifischen Kurven der Überlebensraten zusätzlich die UICC-Stadien-spezifischen Verläufe dargestellt.

Datengrundlage und Methode

- Dateneinschluss: Krebspatienten mit Diagnosejahr 1998 bis 2011
- Datenausschluss:
 - Patienten ohne bekanntes Diagnosedatum
 - Verstorbene ohne bekanntes Sterbedatum
 - DCO-Fälle
 - Patienten, die vor 2003 verstorben sind
- Methode: Periodenansatz, Ederer II (Berechnungen mit Statistiksoftware R)

Interpretation der Überlebenszeitanalysen

Die berechneten Überlebensraten werden sowohl grafisch als auch in Tabellen dargestellt. Während aus den Werten der Tabellen nur Aussagen über den betrachteten Gesamtzeitraum getroffen werden können, lassen sich den Grafiken zum Verlauf der relativen Überlebensraten weitere Informationen entnehmen. So zeigen z.B. ein steiles Absinken der Kurve im ersten Jahr nach Diagnose und eine sehr flache Kurve im Anschluss an, dass viele Pa-

tienten rasch nach der Diagnosestellung versterben und dass Patienten, die das erste Jahr überlebt haben, dann nur noch eine geringe krebsbedingte Sterblichkeit aufweisen. Wenn keine zusätzlichen Sterbefälle mehr auftreten, verläuft die Kurve parallel zur x-Achse; ab diesem Zeitpunkt kann von einer Heilung der Krebserkrankung ausgegangen werden. Es kann vorkommen, dass die Kurve der relativen Überlebensrate wieder ansteigt und über 100% liegt. Eine steigende Kurve zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit zu versterben für Krebspatienten geringer ist als in der Allgemeinheit.

Prävalenz

Wie häufig ist eine Krebserkrankung? Diese Frage kann mit zwei Maßzahlen beantwortet werden, der Inzidenz und der Prävalenz. Während die Inzidenz angibt, wie viele Menschen pro Jahr *neu* an Krebs erkranken, misst die Prävalenz, wie viele Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt krank *sind*, d.h. mit einer früher festgestellten Krebserkrankung leben. Die Prävalenz kann als Krankheitslast in der Bevölkerung interpretiert werden.

Die Prävalenz ist die Zahl der an einer bestimmten Krankheit erkrankten Personen, die zum Untersuchungszeitpunkt nicht verstorben und nicht geheilt sind. Bei Krebserkrankungen ist häufig nicht möglich, eindeutig festzustellen, ob eine Person noch als Krebspatient gelten soll oder ob sie bereits geheilt ist. Daher werden sogenannte „partielle“ Prävalenzen berichtet – in diesem Bericht 1-, 2-, 3-, 5- und 10-Jahres-Prävalenzen. Der Aspekt der Heilung wird bei partiellen Prävalenzen vernachlässigt. Die 10-Jahres-Prävalenz sagt also aus, wie viele Personen innerhalb der letzten zehn Jahre (01.01.2002 bis 31.12.2011) eine Krebsdiagnose erhielten und am 31.12.2011 noch lebten. Entsprechend berücksichtigt die 5-Jahres-Prävalenz nur Diagnosen innerhalb der letzten fünf Jahre (01.01.2007 bis 31.12.2011), usw.

Die Prävalenz einer bestimmten Krebserkrankung hängt stark von der Neuerkrankungsrate und von der durchschnittlichen Überlebenszeit ab: wenn nur wenige Menschen erkranken, ist die Zahl der krebserkrankten Personen in der Bevölkerung selbstverständlich niedrig (d.h. die Prävalenz ist gering); ebenso führt eine kurze Überlebenszeit nach der Krebsdiagnose dazu, dass nur wenige Personen mit dieser Krebsdiagnose leben (d.h. die Prävalenz ist gering). Umgekehrt weist eine hohe Prävalenz darauf hin, dass viele Personen erkranken und/oder die Prognose nach der Erkrankung günstig ist.

Die Prävalenz wird zusätzlich für vier Altersgruppen (unter 50 Jahre, 50-64 Jahre, 65-74 Jahre, 75 Jahre und älter) berichtet. So wird ersichtlich, in welchen Altersgruppen es besonders wahrscheinlich ist, dass eine von 1.000 Personen der entsprechenden

Altersgruppe innerhalb der letzten zwei, fünf, bzw. zehn Jahre eine Krebsdiagnose erhalten hat.

Darstellungen

Tabellarische Darstellungen

Einzelne Tumorgruppen sind in diversen Tabellen dargestellt.

In einer **Übersichtstabelle** sind jeweils verschiedene epidemiologische Maßzahlen aufgeführt. Für diese wurden auch die Fälle berücksichtigt, 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 Vergleichszahlen für Deutschland insgesamt. Dabei ist zu beachten, dass die Vergleichszahlen zur Inzidenz aus der Deutschlandschätzung der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) für das Jahr 2010 (Quelle: Interaktiver Krebsatlas, www.gekid.de, Datenstand: 2013) und die zur Mortalität aus dem Jahr 2010 (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. Die Angaben zum Tumorstadium sind Durchschnittsangaben der Jahre 2009 und 2010. Alle anderen Angaben sind Durchschnittsangaben aller drei Diagnosejahre 2009 bis 2011.

Für den Jahresbericht wurden auch die im Krebsregister dokumentierten **Therapien** ausgewertet. Es 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 möglich, dass nach dem Zeitpunkt der Meldung noch weitere Therapien durchgeführt wurden, die dem Krebsregister bislang nicht bekannt sind. Auf Basis einer Studie, in der die im Krebsregister erfassten Angaben mit separat erhobenen Angaben von Ärzten und Patienten verglichen wurden, ist jedoch von einer aussagekräftigen Datengrundlage auszugehen.

Für die Auswertungen zur Therapie wurden alle DCO-Fälle ausgeschlossen, da hier keine belastbaren Angaben zur Therapie vorliegen. Unberücksichtigt blieben auch Fälle, bei denen für alle Fra-

gen zur Therapie die Angaben fehlten. Das sind z.B. Fälle, die dem Krebsregister lediglich 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 davon, 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.

Neben einer grafischen Darstellung der **Altersverteilung** findet sich auch eine Tabelle, die zusätzliche Angaben zur Altersverteilung bereithält (jeweils für Inzidenz und Mortalität). Neben dem Median gibt es für die Inzidenz Angaben zum 25. und zum 75. Perzentil sowie die Anteile erkrankter bzw. verstorbener Personen nach fünf Altersgruppen.

In der Regel sind zwei Tabellen zu den **Überlebenszeitanalysen** (siehe Methodik Überlebenszeitanalysen S. 146) aufgeführt. In der jeweils linken Tabelle sind geschlechtsgetrennt die Angaben zur 1- und 5-Jahres-Überlebensrate – jeweils relativ und absolut – und in der rechten Tabelle ohne Trennung der Geschlechter die relative 5-Jahres-Überlebensrate differenziert nach Tumorstadium. Wenn kein UICC-Tumorstadium definiert ist, entfällt diese Tabelle.

Angaben zur **Prävalenz** sind für 1-, 2- 3-, 5- und 10-Jahres-Prävalenzen (Methodik Prävalenz siehe S. 147) sind jeweils insgesamt als auch getrennt in vier Altersgruppen tabellarisch aufgeführt. Angegeben ist jeweils die Fallzahl als auch der Bevölkerungsanteil je 1.000 Einwohner.

Im Bericht findet sich eine Tabelle, die die **häufigsten Tumorneuerkrankungen und -sterbefälle** nach Altersgruppen aufzeigt (S. 22). Zur Stabilisierung der Werte wurden die Daten der Diagnosejahre 2009 bis 2011 zusammengefasst. Aufgeführt sind die zehn häufigsten Tumoren bzw. Tumorgruppen und der zugehörige prozentuale Anteil an allen Krebsneuerkrankungen bzw. -sterbefällen (ohne den sonstigen 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.

Im Abschnitt „Krebs gesamt“ (S. 29) ist eine Tabelle mit Angaben zur stationären **Versorgung** onkologischer Patienten nach Bundesländern dargestellt. Die Daten dazu stammen aus der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes und sind

als online-Tabellenabruf der Internetseite www.gbe-bund.de als Rohdaten entnommen. Es ist eine jährliche Vollerhebung der Entlassungsdiagnose aller vollstationären Patienten in allen deutschen Krankenhäusern. Ein Patient kann damit mehrfach in der Statistik enthalten sein. Trotzdem dürften die angegebenen Analysen die regionale Versorgungssituation treffend beschreiben. Die Datenaufbereitung erfolgte durch das Krebsregister.

Kartografische Darstellungen

Die regionale Darstellung von Inzidenz und Mortalität bildet einen Schwerpunkt dieses Berichtes. Dabei werden Inzidenz und Mortalität für die einzelnen Tumoren (bzw. Tumorguppen) 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.

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 durchschnittlichen jährlichen **Fallzahlen** für die Diagnosejahre 2009 bis 2011 pro Kreis angegeben. In Ausnahmefällen wurden auf Grund der geringen Fallzahlen die durchschnittlichen Raten sowie die Fallzahlen der letzten fünf Jahre angegeben.

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]). In den Übersichtstabellen ist außerdem die altersstandardisierte Rate nach der Weltstandardbevölkerung aufgeführt. Diese Rate wird häufig für internationale Vergleiche benötigt. Die Altersverteilungen dieser beiden Standardbevölkerungen (Europa, Welt) sind im Diagramm und in der Tabelle auf S. 151 zusammen mit der Altersverteilung der Wohnbevölkerung Schleswig-Holsteins angegeben. Aus dem Diagramm wird ersichtlich, dass die jüngeren Altersgruppen (bis 39 Jahre) höher gewichtet werden als die älteren Altersgruppen (ab 40 Jahre).

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 Veränderung pro Jahr in der altersstandardisierten Rate über einen definierten Zeitraum an. Für diesen Bericht wurde dieser Zeitraum auf die letzten zehn Jahre (2002 bis 2011) festgelegt. Die Berechnungen wurden mit der frei verfügbaren Software des National Cancer Institute „Joinpoint“ durchgeführt (Joinpoint Regression Program, Version 4.0.4 - Oktober 2013; Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute, <http://srab.cancer.gov/joinpoint>).

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 Erkrankungsbzw. 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 Be-

schreibung 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)

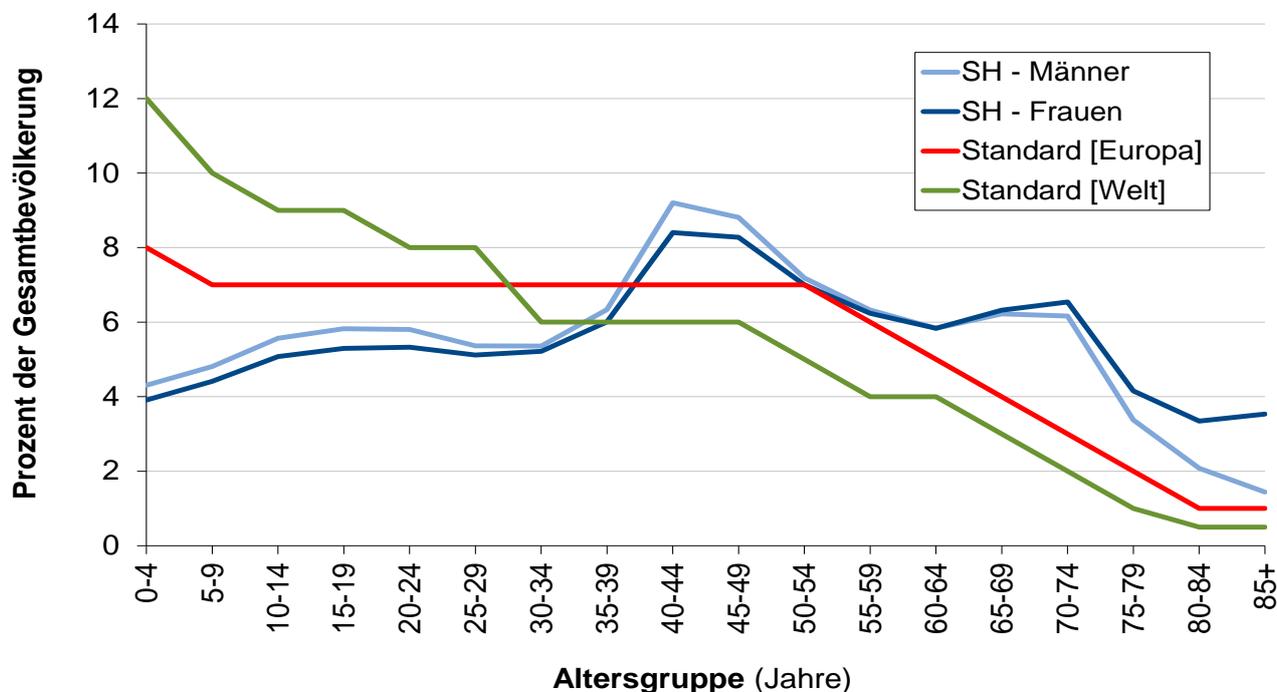
Anteil der Uterustumoren ohne nähere Differenzierung (C55) zwischen Cervix und Corpus an allen Uterustumoren (Soll <5%). Maßzahl zur Beurteilung der Datengüte im Krebsregister.

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.

Referenzpopulationen - Standardbevölkerungen

Altersverteilung der Bevölkerung in Schleswig-Holstein und in der Europastandardbevölkerung



Referenzpopulationen

Altersgruppe	(alter) Europastandard	Weltstandard
0-4 Jahre	8.000	12.000
5-9 Jahre	7.000	10.000
10-14 Jahre	7.000	9.000
15-19 Jahre	7.000	9.000
20-24 Jahre	7.000	8.000
25-29 Jahre	7.000	8.000
30-34 Jahre	7.000	6.000
35-39 Jahre	7.000	6.000
40-44 Jahre	7.000	6.000
45-49 Jahre	7.000	6.000
50-54 Jahre	7.000	5.000
55-59 Jahre	6.000	4.000
60-64 Jahre	5.000	4.000
65-69 Jahre	4.000	3.000
70-74 Jahre	3.000	2.000
75-79 Jahre	2.000	1.000
80-84 Jahre	1.000	500
über 84 Jahre	1.000	500
Gesamt	100.000	100.000

Übersichtskarte Schleswig-Holstein



||||| Nord-Ostsee-Kanal
 ● Kreisstadt
 kreisfreie Stadt
 Landkreis

Zugrunde liegende Bevölkerung

Die Krebsregistrierung erfolgt flächendeckend für Schleswig-Holstein und umfasst eine Bevölkerung von ca. 2,8 Millionen Einwohnern mit 1.445.158 Frauen und 1.387.982 Männern (Mittlere Bevölkerung 2010). Der Frauenüberschuss (104 Frauen auf 100 Männer) beruht auf Überhängen in den oberen Altersklassen. Der Anteil der über 65-jährigen Personen beträgt 21,6%. Dabei ist der Anteil bei Männern (19,3%) niedriger als bei Frauen (23,9%). Die Verteilung der Bevölkerung auf 18 Altersklassen ist in der nebenstehenden Tabelle (S. 153) sowie grafisch im Diagramm auf S. 151 dargestellt. In diesem Diagramm sind außerdem die Altersverteilungen

der Europastandardbevölkerung und der Weltstandardbevölkerung abgebildet. 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.

Wohnbevölkerung in Schleswig-Holstein 2010

Mittlere Wohnbevölkerung* in Schleswig-Holstein 2010 nach Altersgruppen

Altersgruppe	Männer		Frauen	
	Anzahl	Rate	Anzahl	Rate
0-4 Jahre	59.784	4,3	56.525	3,9
5-9 Jahre	66.737	4,8	63.716	4,4
10-14 Jahre	77.285	5,6	73.334	5,1
15-19 Jahre	80.809	5,8	76.559	5,3
20-24 Jahre	80.568	5,8	77.013	5,3
25-29 Jahre	74.435	5,4	73.989	5,1
30-34 Jahre	74.381	5,4	75.354	5,2
35-39 Jahre	87.968	6,3	86.793	6,0
40-44 Jahre	127.720	9,2	121.436	8,4
45-49 Jahre	122.316	8,8	119.615	8,3
50-54 Jahre	99.668	7,2	101.202	7,0
55-59 Jahre	87.807	6,3	90.137	6,2
60-64 Jahre	80.944	5,8	84.324	5,8
65-69 Jahre	86.366	6,2	91.305	6,3
70-74 Jahre	85.511	6,2	94.523	6,5
75-79 Jahre	46.828	3,4	60.014	4,2
80-84 Jahre	28.848	2,1	48.304	3,3
über 84 Jahre	20.007	1,4	51.015	3,5
Gesamt	1.387.982	100,0%	1.445.158	100,0%

Mittlere Wohnbevölkerung* in Schleswig-Holstein 2010 nach Gebieten

Gebiet	Männer		Frauen	
	Anzahl	Rate	Anzahl	Rate
Kreisfreie Stadt Flensburg	43.703	3,2	44.925	3,1
Kreisfreie Stadt Kiel	116.930	8,4	121.976	8,4
Kreisfreie Stadt Lübeck	100.610	7,3	110.893	7,7
Kreisfreie Stadt Neumünster	37.726	2,7	39.139	2,7
Dithmarschen	66.368	4,8	68.669	4,8
Herzogtum Lauenburg	90.500	6,5	94.964	6,6
Nordfriesland	81.095	5,8	84.531	5,9
Ostholstein	99.108	7,1	105.593	7,3
Pinneberg	148.697	10,7	154.257	10,7
Plön	67.480	4,9	66.952	4,6
Rendsburg-Eckernförde	132.946	9,6	137.256	9,5
Schleswig-Flensburg	98.437	7,1	99.727	6,9
Segeberg	127.008	9,2	131.666	9,1
Steinburg	65.980	4,8	67.153	4,7
Stormarn	111.394	8,0	117.457	8,1
Schleswig-Holstein gesamt	1.387.982	100,0%	1.445.158	100,0

* berechnet aus den Angaben des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein, Stichtagspopulationen 31.12.2009 und 31.12.2010

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 (LKRK).

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 wissenschaftliche 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 LKRK 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 LKRK 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 LKRK 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.

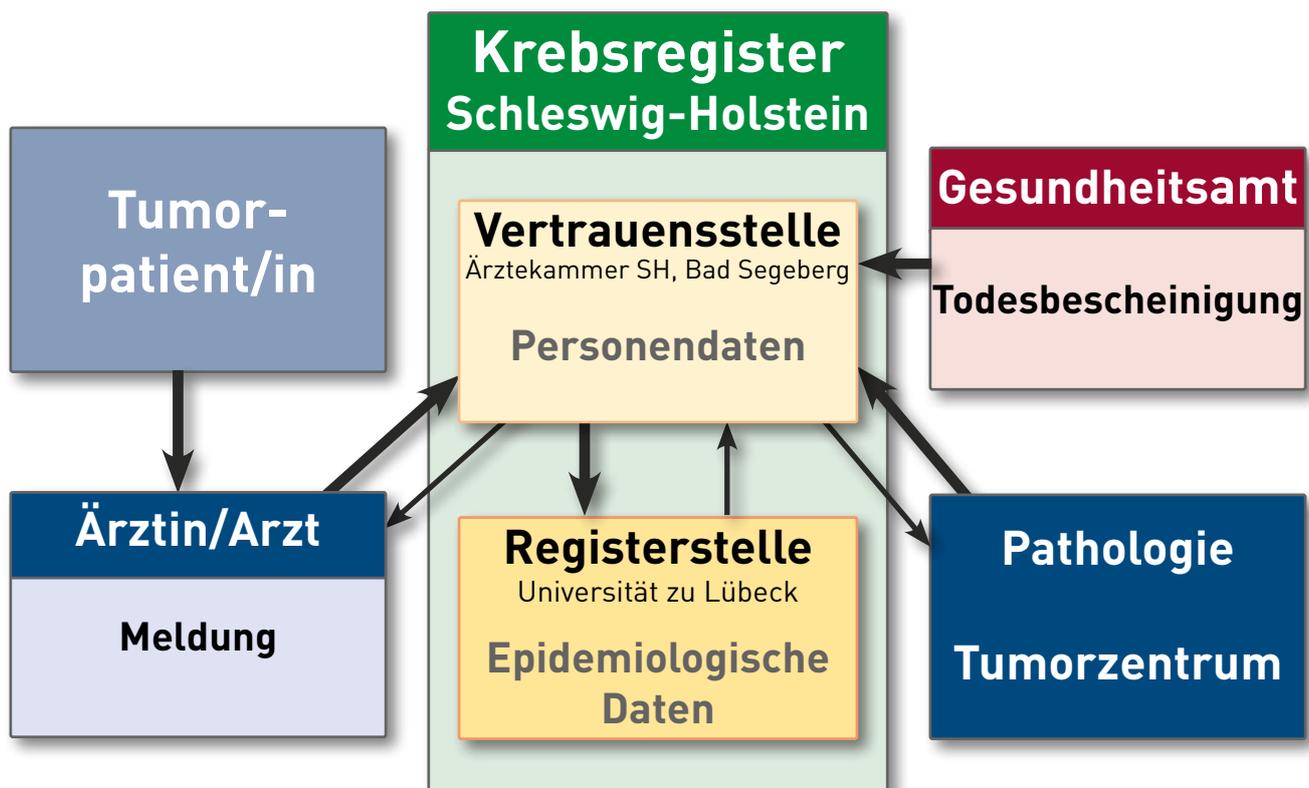
Unterstützung wissenschaftlicher Studien

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

aufgeklärt 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



Internet-Links und weitere Datenquellen

Schleswig-Holstein

Interaktive Datenbank für Schleswig-Holstein

zur Krebsinzidenz und -mortalität auf Ebene der ICD-10-Viersteller

www.krebsregister-sh.de/datenbank/index.php

Interaktiver Atlas für Schleswig-Holstein

zur Krebsinzidenz und -mortalität auf Ebene der Landkreise

www.krebsregister-sh.de/atlas/Inzidenz/atlas.html

Informationen, Kontakte, Selbsthilfegruppen

Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e.V. -

www.krebsgesellschaft-sh.de

Deutschland

Interaktiver Atlas für Deutschland

zur Krebsinzidenz und -mortalität auf Ebene der Bundesländer

www.gekid.de → GEKID-Atlas#

Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID)

- Informationen zur Krebsregistrierung
- Adressen anderer Register
- Links
- Manual

www.gekid.de

Zentrum für Krebsregisterdaten

- Informationen
- Interaktive Datenbank für Deutschland
- Krebs-Fakten-Blätter
- Scientific-use-file

www.krebsdaten.de

Krebsinformationsdienst des DKFZ

Informationen zu Ursachen, Therapien, Früherkennung

www.krebsinformationsdienst.de

Die Blauen Ratgeber der Deutschen Krebshilfe DKH

Informationen zu Ursachen, Therapien, Früherkennung

www.krebshilfe.de/wir-informieren/material-fuer-betroffene

Deutsche Krebsgesellschaft

Informationen zu Ursachen, Therapien, Früherkennung

www.krebsgesellschaft.de

International

International Agency for Research on Cancer (IARC)

Informationen und Statistiken weltweit

www.iarc.fr

European Cancer Observatory

Europaweite Statistiken, Registerdaten, Cancer Fact Sheets, Landkarten, Diagramme

eco.iarc.fr

Nutzung der Krebsregisterdaten

Regelmäßige Berichte

zu finden unter: www.krebsregister-sh.de/berichte/berichte.html

Übergeordnete Datenbanken

- GEKID www.gekid.de
- ZfKD www.krebsregisterdaten.de
- ECO eco.iarc.fr
- Cancer incidence in five continents
- Concord-Studie (Überlebenszeiten)



Forschungsanfragen

Zu wissenschaftlichen Zwecken können die Daten des Krebsregisters genutzt werden.

Wenden Sie sich an das Krebsregister, wenn Sie Projekte zur Nutzung haben.

Ausgewählte wissenschaftliche Literatur mit den Krebsregisterdaten (2011-2014)

- CHEN T, JANSEN L, GONDOS A, EMRICH K, HOLLECZEK B, KATALINIC A, LUTTMANN S, MEYER M, BRENNER H. Survival of ovarian cancer patients in Germany in the early 21st century: a period analysis by age, histology, laterality, and stage. *Eur J Cancer Prev* 2012, 22(1):59-67.
- DITTMER C, KATALINIC A, MUNDHENKE C, THILL M, FISCHER D. Epidemiology of vulvar and vaginal cancer in Germany. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2011, 284(1):169-174.
- EISEMANN N, JANSEN L, HOLLECZEK B, WALDMANN A, LUTTMANN S, EMRICH K, HAUSCHILD A, BRENNER H, KATALINIC A & GEKID SURVIVAL WORKING GROUP. Up-to-date results on survival of patients with melanoma in Germany. *Br J Dermatol* 2012,167(3):606-12.
- EISEMANN N., WALDMANN A, GELLER AC, WEINSTOCK MA, VOLKMER B, GREINERT R, BREITBART EW, KATALINIC A. Non-melanoma skin cancer incidence and impact of skin cancer screening on incidence. *J Invest Dermatol* 2014, 134(1): 43-50.
- EISEMANN N., WALDMANN A, KATALINIC A. Imputation of missing values of tumour stage in population-based cancer registration. *BMC Med Res Methodol* 2011, 11: 129.
- EISEMANN N., WALDMANN A, KATALINIC A. Inzidenz des malignen Melanoms und Veränderung der stadienspezifischen Inzidenz nach Einführung eines Hautkrebscreenings in Schleswig-Holstein. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2014, 57(1):77-83.
- GONDOS A, HIRIPI E, HOLLECZEK B, LUTTMANN S, EBERLE A, BRENNER H & GEKID CANCER SURVIVAL WORKING GROUP. Survival among adolescents and young adults with cancer in Germany and the United States: an international comparison. *Int J Cancer* 2013, 133(9):2207-15.
- HERTRAMPF K, WILTFANG J, KATALINIC A, TIMM O, WENZ HJ. Recent trends in incidence and mortality of oral and pharyngeal cancer in Schleswig-Holstein in Northern Germany. *Community Dent Health* 2012, 29(4):268-73.
- HIRIPI E, GONDOS A, EMRICH K, HOLLECZEK B, KATALINIC A, LUTTMANN S, SIRRI E, BRENNER H. Survival from common and rare cancers in Germany in the early 21st century. *Annals of Oncology* 2012, 23(2):472-9.
- JANSEN L, GONDOS A, EBERLE A, EMRICH K, HOLLECZEK B, KATALINIC A, BRENNER H. Cancer survival in Eastern and Western Germany after the fall of the iron curtain. *Eur J Epidemiol* 27, 5, 2012.
- JANSEN L, EBERLE A, EMRICH K, GONDOS A, HOLLECZEK B, KAJÜTER H, MAIER W, NENNECKE A, PRITZKULEIT R, BRENNER H & GEKID CANCER SURVIVAL WORKING GROUP. Socioeconomic deprivation and cancer survival in Germany: An ecological analysis in 200 districts in Germany. *Int J Cancer* 134(12): 2951-60
- KATALINIC A, WALDMANN A, WEINSTOCK MA, GELLER AC, EISEMANN N, GREINERT R, VOLKMER B, BREITBART EW. Does Skin Cancer Screening Save Lives? - An Observational Study Comparing Trends in Melanoma Mortality in Regions With and Without Screening. *Cancer* 2012, 118(21):5395-402.
- PERL M, WALDMANN A, PRITZKULEIT R, KATALINIC A. Zeitlicher Verlauf der Lebensqualität nach Prostatakarzinom [Temporal changes in quality of life after prostate carcinoma]. *Urologe* 2012, 51(5):706-12.
- PULTE D, JANSEN L, GONDOS A, EMRICH K, HOLLECZEK B, KATALINIC A, BRENNER H & GEKID CANCER SURVIVAL WORKING GROUP. Improved population level survival in younger Hodgkin lymphoma patients in Germany in the early 21st century. *Br J Haematol* 2014, 164(6):851-7.
- RUSNER C, BANDEMER-GREULICH U, ENGEL J, STEGMAIER C, ZAWINELL A, HOLLECZEK B, KATALINIC A, KUSS O, SCHMIDT-POKRZYWNIAN A, SCHUBERT-FRITSCHLE G, TILLACK A, STANG A. Population-based hormone receptor-specific incidence trends of breast cancer in Germany. *Maturitas* 2012, 73(2):152-7.
- SCHNOOR M, WALDMANN A, EBERLE A, HOLLECZEK B, KATALINIC A. Colorectal cancer incidence in Germany: Stage-shift 6 years after implementation of a colonoscopy screening program. *Cancer Epidemiol* 2012, 36(5):417-20.
- WALDMANN A, EISEMANN N, KATALINIC A. Epidemiology of Malignant Cervical, Corpus Uteri and Ovarian Tumours – Current Data and Epidemiological Trends. *Geburtsh Frauenheilk* 2013, 73(2):130-5.
- WALDMANN A, NOLTE S, WEINSTOCK MA, BREITBART EW, EISEMANN N, GELLER AC, GREINERT R, VOLKMER B, KATALINIC A. Skin cancer screening participation and impact on melanoma incidence in Germany--an observational study on incidence trends in regions with and without population-based screening. *Br J Cancer* 2012, 106(5):970-4.

Literatur

- BECKER N, WAHRENDORF J. Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland 1981-1990, Heidelberg 1997.
- CURADO MP, EDWARDS B, SHIN HR, STORM H, FERLAY J, HEANUE M, BOYLE P. (HRSG.). Cancer Incidence in Five Continents Vol IX. IARC Scientific Publications No. 160, 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, 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. revid. Auflage, München Bern Wien New York 1999.
- EPIDEMIOLOGISCHES KREBSREGISTER SAARLAND. Datenbank zu Inzidenz und Mortalität an bösartigen Neubildungen im Saarland bis 2008, www.krebsregister.saarland.de, Saarbrücken, letzter Zugriff März 2014.
- 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.
- HENTSCHEL S, KATALINIC A (HRSG.). Das Manual der epidemiologischen Krebsregistrierung. München 2008.
- HENTSCHEL S, PRITZKULEIT R, SCHMID-HÖPFNER S, KATALINIC A. Epidemiologische Krebsregistrierung in Deutschland. Aufgaben und aktueller Status. *Der Onkologe* 2011, 17(2):97-106.
- INSTITUT FÜR KREBS-EPIDEMIOLOGIE (HRSG.). Krebs in Schleswig-Holstein - Inzidenz und Mortalität, Band 1-9, Lübeck 2000-2011.
- INSTITUT FÜR KREBS-EPIDEMIOLOGIE (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. Heft 4, Lübeck 2008.
- KATALINIC A. Epidemiologische Krebsregistrierung in Deutschland - Bestandsaufnahme und Perspektiven, *Bundesgesundheitsbl* 47: 422-28, 2004.
- KATALINIC A, HENSE H-W, BECKER N. Krebsregistrierung in Deutschland, *Der Onkologe*, 12(11):1084-93, 2006.
- KATALINIC A, RICHTER A, BABAEV V, PRITZKULEIT R. Krebsregistrierung im europäischen und nichteuropäischen Ausland. Was können wir lernen? *Der Onkologe* 2013, 19(12):1025-1036.
- KREBSINFORMATIONSDIENST DES DEUTSCHEN KREBSFORSCHUNGSZENTRUM. Verschiedene Online-Abrufe. www.krebsinformationsdienst.de, letzter Zugriff Juni 2014.
- 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.
- PRITZKULEIT R, EISEMANN N, HOLZMANN M, GERDEMANN U, KATALINIC A. Datenqualität im Krebsregister Schleswig-Holstein von 2006 bis 2008 (Dreijahresbericht), Schriftenreihe des Instituts für Krebs-epidemiologie e.V. Heft 5, Lübeck, 2011,
- PRITZKULEIT R, Fauteck H, Katalinic A. Epidemiologische Grundlagen der Onkologie. *best practice onkologie* 2013, 8(2):6-14.
- PRITZKULEIT R, BESKE F, KATALINIC A. Demographischer Wandel und Krebserkrankungen in der Zukunft. *Onkologie* 2010, 33(suppl 7):19-24.
- ROBERT KOCH-INSTITUT UND GESELLSCHAFT DER EPIDEMIOLOGISCHEN KREBSREGISTER IN DEUTSCHLAND (HRSG.). Krebs in Deutschland 2009/2010. Häufigkeiten und Trends, 9. Ausgabe, Berlin 2013.
- ROBERT KOCH-INSTITUT (HRSG.). Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Berlin, 2010.
- SIEWERT U, HOFFMANN W, FENDRICH K, KATALINIC A, PRITZKULEIT R. Demographische Herausforderung und Zukunft der onkologischen Versorgung. *Onkologie* 2012, 18(2):116-126.
- TYCZYNSKI JE, DÉMARET E, PARKIN DM. Standards and Guidelines for Cancer Registration in Europe. IARC Technical Report No. 40, Lyon 2003.
- WAGNER G (HRSG.). Tumorlokalisationsschlüssel, 5. Auflage, Berlin Heidelberg New York 1990.
- WITTEKIND CH, KLIMFINGER M, SOBIN LH. TNM-Atlas, 5. Auflage, Berlin Heidelberg New York 2004.
- WITTEKIND CH, MEYER HJ, BOOTZ F (HRSG.). TNM-Klassifikation maligner Tumoren, 6. Auflage, Berlin Heidelberg New York 2002.

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 unbekannt) 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 (Krebserreger 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.

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 Neunzigerjahre wurden daher auch 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 5448
Email: info@krebsregister-sh.de
Internet: www.krebsregister-sh.de



Sie haben noch Fragen?

Zusätzliche Informationen finden Sie auf unserer Internetseite

www.krebsregister-sh.de

oder rufen Sie uns an unter 0451 / 500 5448

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

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 Erkrankungenfällen 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 nicht 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 krebseregenden 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 Untersuchung entscheiden die zuständigen Behörden in Zusammenarbeit mit dem Krebsregister und weiteren Experten.

Sucht auch das Krebsregister aktiv nach Krebshäufungen und identifiziert damit gefährliche krebseregende 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.

