

Hamburger Krebsdokumentation 2005–2006
Neuerkrankungen und Sterbefälle
Hamburgisches Krebsregister



Behörde für Soziales,
Familie, Gesundheit
und Verbraucherschutz

Anmerkung zur Verteilung:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts-, Bundestags- und Europawahlen sowie die Wahlen zur Bezirksversammlung. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Druckschrift dem Empfänger zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

Herausgeber:

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit
und Verbraucherschutz
Billstraße 80, 20539 Hamburg
Tel. 040 428 37 2211
Fax 040 428 37 2655
HamburgischesKrebsregister@bsg.hamburg.de

Grafik-Design:

Neuhaus Grafik-Design, Hamburg

Druck:

Mundschenk Druck- und Verlagsgesellschaft mbH,
Soltau

Bezug:

Einzelexemplare können beim Hamburgischen
Krebsregister angefordert werden
oder unter www.hamburg.de/krebsregister

Hamburg, Dezember 2009



Krebserkrankungen sind weit verbreitet. Etwa jeder Vierte erkrankt im Laufe seines Lebens an Krebs. Jährlich sind dies in Hamburg etwa 10.500 Mitbürgerinnen und Mitbürger, wie die Daten des Hamburgischen Krebsregisters ausweisen.

Die verschiedenen Krebserkrankungen unterscheiden sich in ihren Ursachen, Prävention, Diagnosen und Therapien deutlich. Auch wenn jede Krebsdiagnose für den Betroffenen, seine Angehörigen und seine Freunde zunächst eine Bedrohung darstellt, so ist diese in der heutigen Zeit bei vielen Krebserkrankungen nicht mehr so negativ, wie sie es noch für die Generation unserer Eltern oder Großeltern war. Dies trifft insbesondere auf Krebserkrankungen zu, die jetzt frühzeitiger erkannt werden können, deren Therapie verbessert und bei denen die Einschränkungen in der Lebensqualität durch neue Behandlungskonzepte verringert wurde.

Das Hamburgische Krebsregister gehört in Deutschland aufgrund der erreichten Datenqualität zu den führenden epidemiologischen Registern und ist auch international anerkannt. Es verfügt über einen Datenbestand, der weit in die 1990er Jahre zurückreicht und somit auch zeitliche Veränderungen darstellen kann. Es unterstützt die medizinische Qualitätssicherung in den Kliniken Hamburgs durch seine Auswertungen zum Langzeitüberleben und beteiligt sich an verschiedenen wissenschaftlichen Projekten zum besseren Verständnis von Krebserkrankungen.

Aus gesundheitspolitischer Sicht erscheinen mir folgende Hinweise der aktuellen Krebsdokumentation bemerkenswert: Während im Bereich der Magenkrebskrankungen eine erfreuliche Abnahme von Neuerkrankungs- und Sterbefällen zu erkennen ist, ist die Veränderung bei den sehr viel häufiger vorkommenden Darmkrebskrankungen nicht ganz so positiv. Insbesondere bei den Männern stagnieren die Sterbeziffern, obwohl gerade in Hamburg eine breite Krebsfrüherkennung angeboten wird. Bei den häufig vorkommenden Lungenkrebskrankungen weisen die Zahlen des Krebsregisters auf einen gewichtigen geschlechtsbezogenen Unterschied hin. Während die Erkrankungs- und Sterbezahlen bei den Männern langsam sinken, ist bei den Frauen ein gegenläufiger Trend zu erkennen. Insbesondere bei den Frauen zwischen 55 und 85 Jahren ist dieser Trend besorgniserregend. Da in diesem Bereich derzeit trotz intensiver Forschung noch kein erfolgversprechendes Krebsfrüherkennungsprogramm angeboten werden kann, kann eine Verbesserung nur über Nikotinvermeidung erfolgen.

Die in dem Bericht dargestellten Fakten zeigen, dass die Bekämpfung der verschiedenen Krebserkrankungen auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen muss. Während für den Krebserkrankten Diagnose und Therapie zunächst ganz im Vordergrund stehen, sind für die Bevölkerung Hamburgs Fragen der Ursachenvermeidung, der Krebsvorsorge und der Krebsfrüherkennung sowohl für die Senkung der Krebslast als auch die individuelle Gesundheitsvorsorge ebenfalls wichtige Themen.

Mein Dank gilt allen Ärztinnen und Ärzten sowie den Patientinnen und Patienten in Hamburg, die das Krebsregister kontinuierlich durch ihre Mitarbeit unterstützen. Ich bitte Sie, auch weiterhin an das Register zu melden und die dort vorhandenen Daten zur Klärung klinischer und wissenschaftlicher Fragestellungen zu nutzen. Denn nur, wenn die dort gesammelten Informationen vollzählig sind und genutzt werden, kann das Hamburgische Krebsregister seine Aufgaben im Rahmen der Krebsbekämpfung erfüllen.

Dietrich Wersich

Präses der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

Vorwort	3
1. Inhaltsverzeichnis	5
2. Summary/Zusammenfassung	6–7
3. Die wichtigsten Krebserkrankungen – Daten und Fakten zur Epidemiologie in Hamburg	8–75
3.1 Krebs insgesamt C00–97, ohne C44	8–11
3.2 Mundhöhle und Rachenraum C00–14	12–15
3.3 Speiseröhre C15	16–19
3.4 Magen C16	20–23
3.5 Darm C18–21	24–27
3.6 Bauchspeicheldrüse C25	28–31
3.7 Lunge C33–34	32–35
3.8 Malignes Melanom C43	36–39
3.9 Brust C50	40–43
3.10 Gebärmutterhals C53	44–47
3.11 Gebärmutterkörper C54–55	48–51
3.12 Eierstock C56	52–55
3.13 Prostata C61	56–59
3.14 Niere C64–66, 68	60–63
3.15 Harnblase C67, D09.0	64–67
3.16 Non-Hodgkin-Lymphome C82–85	68–71
3.17 Leukämien C91–95	72–75
4. Projekte	76–79
5. Krebsregistrierung in Hamburg	80–89
5.1 Rückblick auf die Hamburgische Krebsregistrierung	80
5.2 Neuere Entwicklungen in der Hamburgischen Krebsregistrierung	81
5.3 Bevölkerungsbezug	81
5.4 Rechtlicher Rahmen und Datenschutz	82
5.5 Erhebungsmerkmale	82
5.6 Meldewege und Informationsfluss	83
5.7 Sicherstellung hoher Datenqualität	84
5.8 Vollständigkeit des Datenbestandes	85–87
5.9 Nutzung der Krebsregisterdaten	88–89
6. Methodik	90–96
6.1 Bildung der „besten Information“ bei Mehrfachmeldungen	90
6.2 Erfassung multipler Tumoren	91–92
6.3 Epidemiologische Häufigkeitsmaße und Methoden	93–94
6.4 Bevölkerungsbezogene Analysen des Langzeitüberlebens	95–96
7. Tabellen	98–129
7.1 Krebsneuerkrankungsfälle	98–107
7.2 Neuerkrankungsraten	108–112
7.3 Krebssterbefälle	114–123
7.4 Sterberaten	124–128
7.5 Bevölkerung in Hamburg	129
8. Anhang	130–140
8.1 Hamburgisches Krebsregistriergesetz	130–132
8.2 Erhebungsbogen	133
8.3 Glossar	134–135
8.4 Literaturverzeichnis	136–137
8.5 Internet-Links	138
8.6 Service	139
8.7 Faxvorlage zur Materialanforderung	140

2. Summary

The new report “Hamburger Krebsdokumentation 2005/2006” gives a review on cancer epidemiology in Hamburg and delivers insight into the current work of the Hamburg Cancer Registry (HCR).

Incidence and mortality data are presented for the most frequent cancers with regard to the period 2005–2006 and to time trends since 1993. For the first time the HCR publishes information on survival of cancer patients in Hamburg.

In Hamburg approximately 4,500 men and 4,300 women annually develop cancer. The most commonly affected organs – prostate in men and breast in women – show similar trends: The age-standardized incidence rates increased until 2002/03 and are slightly going down since, which may be interpreted in relation to early detection measures. The development of lung cancer as declining in men and rising in women correlates with well-known facts on changing smoking habits. Relative 5-year survival of cancer patients in Hamburg appears to be similar to that in Bremen and Saarland, whereby moderate to distinct improvements are observed with regard to malignancies of the stomach, female breast, cervix, prostate as well as malignant melanoma and non-Hodgkin lymphoma.

This report on cancer in Hamburg is based on a largely reliable data stock which is being checked for plausibility as a matter of routine. The data originate from case reports by physicians with the patients' informed consent, supplemented by pseudonymized notifications

from pathologists since 2007. Information on actual deaths is routinely derived from matching all death certificates issued in Hamburg with the entire HCR's database, completed by a continuous update of stored personal details like changes of name, sex, place of residence and vital status by the residential registration office. The inclusion into the international publication “Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX” (Curado 2007), an acceptable proportion of 6 % DCO cases and an estimated overall completeness of currently 95 % confirm the quality standards achieved by the HCR.

Beyond case ascertainment and data processing the HCR sends off annual feedback reports to ca. 50 oncological institutions concerning their notifying activity and survival of their cancer patients. At present the registry participates in clinical quality management within the framework of certification and cooperation treaties, and it engages in the intended evaluation of mammography screening having been started in Hamburg in 2008. Supra-regional activities refer to the Association of Population-based Cancer Registries in Germany (GEKID), the national cancer action plan announced in June 2008 and several research projects promoted by the German Cancer Aid (Deutsche Krebshilfe) and by the federal ministry of health.

Glossary for tables and diagrams

Absolutes 5-Jahres-Überleben	observed 5-year survival
Alter bei Diagnose	age at diagnosis
Altersgruppen	age groups
Altersstandardisierte Rate (ASR)	age-standardised rate
Anteil an Krebs gesamt	proportion of all malignant neoplasms
Bezirk	district
DCO-Anteil	DCO percentage
Durchschnitt; Ø	average
Einwohner	population
Fälle	cases
Frauen	women
Geschlecht	sex
Geschlechterverhältnis	sex ratio
jährlich	annual
Lokalisation	site

Männer	men
Median	median
Mittelwert	mean
Neuerkrankungsfälle	incident cases
Neuerkrankungsraten	incidence rates
Neuerkrankungszahlen	incidence data
Relatives 5-Jahres-Überleben	relative 5-year survival
Rohe Rate	crude rate
Stadienverteilung	stage distribution
Sterbealter	age at death
Sterbefälle	deaths
Sterblichkeitsraten	death rates
Sterblichkeitszahlen	mortality data
Überleben	survival
UICC-Stadien	UICC stages
Vollzähligkeit	completeness
Zeittrend	time trend

Die neue Krebsdokumentation bietet einen Überblick zum Krebsgeschehen in der Hamburger Bevölkerung und gibt Einblicke in die aktuelle Arbeit des Hamburgischen Krebsregisters (HKR).

Für die häufigsten Tumorguppen werden Neuerkrankungshäufigkeiten und krebbsbedingte Sterblichkeit in dem zweijährigen Berichtszeitraum 2005–2006 sowie in ihrer zeitlichen Entwicklung seit 1993 dargestellt und kommentiert. Erstmals veröffentlicht das HKR auch differenzierte Daten zum Überleben onkologischer Patienten in Hamburg.

Insgesamt erkrankten etwa 4500 Männer und 4300 Frauen pro Jahr in Hamburg an einer bösartigen Neubildung. Bei den am häufigsten betroffenen Organen, Prostata bei Männern und Brustdrüse bei Frauen, zeigen sich ähnliche Tendenzen: die altersstandardisierten Erkrankungsraten steigen bis etwa 2002/03 an und sind seitdem leicht rückläufig, was in Zusammenhang mit vermehrten Früherkennungsuntersuchungen zu deuten ist. Die Entwicklung von Lungenkrebs – abnehmend bei Männern und zunehmend bei Frauen – korreliert mit bekannten Daten zur Veränderung der jeweiligen Rauchgewohnheiten. Das relative 5-Jahres-Überleben onkologischer Patienten in Hamburg ist ähnlich wie in Bremen und im Saarland. Im Zeitverlauf sind leichte bis deutliche Verbesserungen bei Krebserkrankungen des Magens, der Brust, des Gebärmutterhalses, der Prostata sowie beim malignen Melanom und bei Non-Hodgkin-Lymphomen zu beobachten.

Die Aussagen zum Krebsgeschehen in Hamburg beruhen auf einer plausibilitätsgeprüften und zunehmend

belastbareren Datengrundlage. Sie stützt sich auf klinische Meldungen mit persönlicher Einwilligung, seit 2007 zusätzlich auf pseudonomysierte Meldungen pathologisch tätiger Ärztinnen und Ärzte, und bezieht die Auswertung sämtlicher Todesbescheinigungen Hamburgs sowie einen regelmäßigen Abgleich mit Namens- und Adress-Angaben des Einwohnermeldeamtes ein. Die Aufnahme der Hamburger Daten in die internationale Veröffentlichung „Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX“ (Curado 2007), der mit 6 % akzeptable Anteil an DCO-Fällen sowie eine aktuell vom Robert Koch-Institut auf über 95 % geschätzte Vollständigkeit der Erfassung belegen die im Hamburgischen Krebsregister erreichte Qualität.

Über die Registrierung hinaus versendet das HKR seit 2007 jährlich Rückmeldeberichte zu Meldeaktivität und Überleben gemeldeter Patienten an ca. 50 Kliniken und Schwerpunktpraxen. Es beteiligt sich im Rahmen von Zertifizierungen und Kooperationsverträgen an der klinischen Qualitätssicherung sowie an der geplanten Evaluation des 2008 in Hamburg gestarteten Mammographiescreenings. Überregionale Aktivitäten des Registers betreffen insbesondere die Gesellschaft epidemiologischer Krebsregister in Deutschland (GEKID), den im Juni 2008 initiierten Nationalen Krebsplan sowie verschiedene von der Deutschen Krebshilfe und dem Bundesministerium für Gesundheit geförderte wissenschaftliche Forschungsvorhaben.



*Das Krebsregister-Team
Hamburg*

3.1 Krebs insgesamt (C00–97, ohne C44)

Unter Krebs insgesamt werden alle bösartigen Neubildungen einschließlich der nicht organgebundenen Neubildungen des blutbildenden Systems verstanden. Gemäß internationalen Standards bleiben dabei die nicht-melanotischen Hautkrebsarten (C44) unberücksichtigt.

Risikofaktoren und Früherkennung

Die Entstehung einer Krebserkrankung beruht in der Regel nicht auf einer einzigen Ursache, sondern auf dem Zusammenwirken verschiedenster Einflüsse im Laufe des Lebens. Zudem umfasst der Begriff „Krebs“ eine große Zahl sehr unterschiedlicher Krankheiten, für die ebenso vielfältige Konstellationen von Risikofaktoren eine Rolle spielen. Dennoch lassen sich einige allgemeine Aussagen treffen: Unter den vermeidbaren Risikofaktoren hat das Rauchen als Ausgangspunkt von 25–30 % aller Krebserkrankungsfälle eine überragende Bedeutung. Ein zunehmender Anteil wird auf falsche Ernährungsweisen zurückgeführt, beispielsweise ein zu hoher Anteil tierischen Fetts und zu geringe Anteile bestimmter Vitamine, Mineralien

und unverdaulicher Faserstoffe aus frischem Obst und Gemüse. Weitere Risikofaktoren für die Entwicklung von Krebs können je nach Krankheitsart Alkoholkonsum, bestimmte Infektionen, genetische Faktoren, Belastungen am Arbeitsplatz und Einflüsse aus der Umwelt sein. Zu letzteren zählen beispielsweise Sonneneinstrahlung, Passivrauchen, sonstige Luftschadstoffe, ionisierende Strahlen und in manchen Regionen Deutschlands auch Radon in Innenräumen. Im Unterschied zur Vermeidung und Begrenzung krebserregender Faktoren ist der Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nur für einzelne Erkrankungen belegt. Generell sind Vorteile und Risiken von diagnostischen Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung sorgfältig abzuwägen.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

In Hamburg dokumentierte das HKR im Berichtszeitraum 2005/2006 pro Jahr durchschnittlich 4490 Neuerkrankungen bei Männern und 4325 bei Frauen. Berücksichtigt man ausnahmsweise die unter ICD10–C44 zusammengefassten nicht-melanotischen bösartigen Hauttumoren, also Basaliome und Plattenepithelkarzinome, so kommen noch einmal etwa 900 registrierte Erkrankungsfälle pro Jahr und Geschlecht dazu. Aufgrund der sehr guten Prognose, der klinisch häufigen Rezidive und Mehrfacherkrankungen und der meist ambulanten Therapie ist jedoch von einer unvollständigen Erfassung nicht-melanotischer Hautkrebserkrankungen auszugehen, und sie werden in der Regel bevölkerungsbezogen nicht ausgewertet. Männer sind bei den meisten Krebslokalisationen häufiger betroffen als Frauen, sowohl absolut wie auch bei den altersstandardisierten und altersspezifischen Neuerkrankungsraten.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	4.490,0	4.325,5	Rohe Rate	531,9	485,0
Geschlechterverhältnis	1 :	1	Altersstandardisierte Rate (Europa)	432,5	330,8
Alter bei Diagnose: Median	68,0	69,0	Altersstandardisierte Rate (Welt)	298,6	237,0
	Mittelwert	66,8			

Bei den meisten Krebserkrankungen steigt die Inzidenz mit dem Lebensalter deutlich an. Das mediane Alter bei einer Krebsdiagnose liegt für Männer mit 68 Jahren etwa ein Jahr früher als bei Frauen.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

ø 2005/06

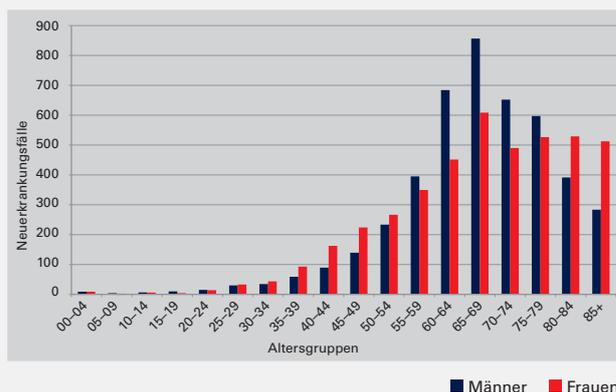
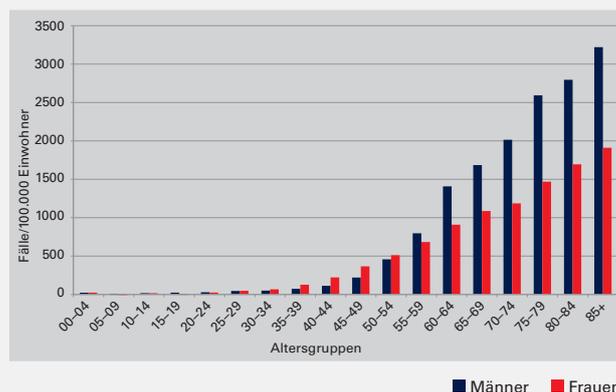


Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

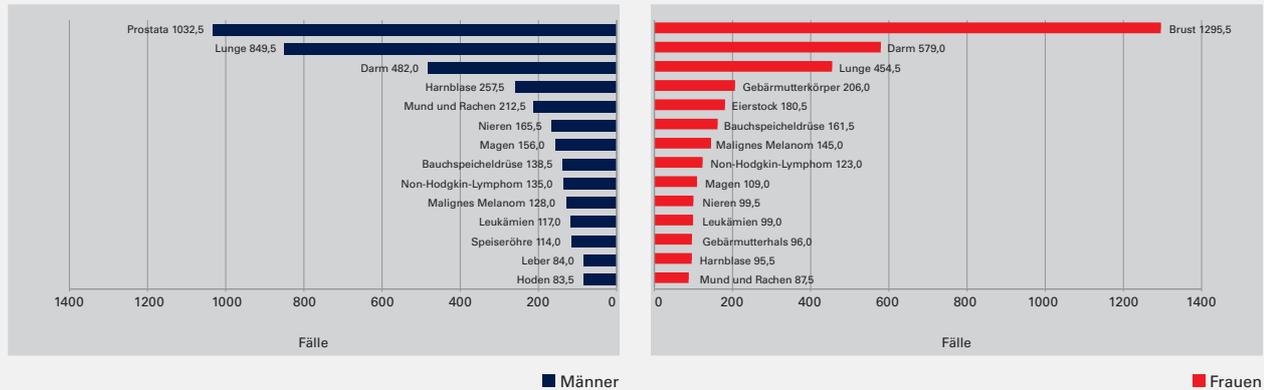
ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

Abb. 3: Die häufigsten Krebsneuerkrankungen in Hamburg

Fälle, Hamburg: Durchschnitt 2005/06



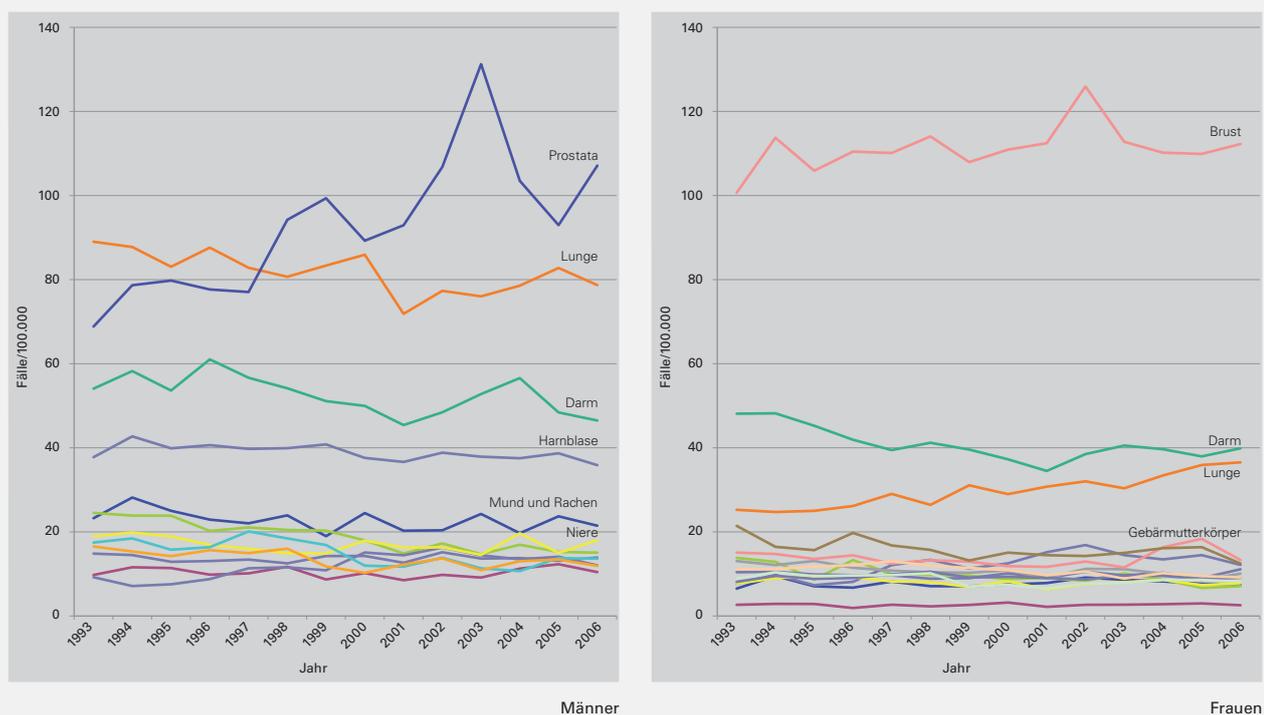
In Hamburg werden die häufigsten Krebsneuerkrankungen bei Männern in Prostata (23 %), Lunge (19 %) und Darm (11 %) diagnostiziert. Bei Frauen sind insbesondere Brust (30 %), Darm (13 %) und Lunge (10 %) betroffen. Auf diese Lokalisationen entfallen jeweils über die Hälfte der Diagnosen von bösartigen Neubildungen.

Betrachtet man die häufigsten Krebsneuerkrankungen im zeitlichen Verlauf seit 1993, so zeigen sich für die altersstandardisierten Raten einige eindrucksvolle Trends: Die durch Früherkennungsmaßnahmen bedingten Zunahmen bösartiger Neubildungen bei Prostata und weiblicher Brustdrüse werden ebenso erkennbar wie die bei Männern und Frauen gegenläufigen Entwicklungen der Häufigkeit von Lungenkrebs aufgrund des unterschiedlichen Rauchverhaltens.

Setzt man anstelle altersstandardisierter Raten die absoluten Fallzahlen oder die auf die gesamte Hamburger Bevölkerung bezogenen rohen Raten ein, ergeben sich aufgrund der zunehmend alternden Bevölkerung teilweise abweichende Aussagen. So zeigen etwa die Fallzahlen bösartiger Lungentumoren bei Männern in Hamburg zwischen 1993 und 2006 keinen Auf- oder Abwärtstrend und rangierten zwischen 750 und 870. Auch die rohe Neuerkrankungsrate lag relativ konstant zwischen 95–100/100.000, und damit deutlich über den altersstandardisierten Werten von zuletzt unter 80/100.000.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten der häufigsten Lokalisationen im Zeitrend

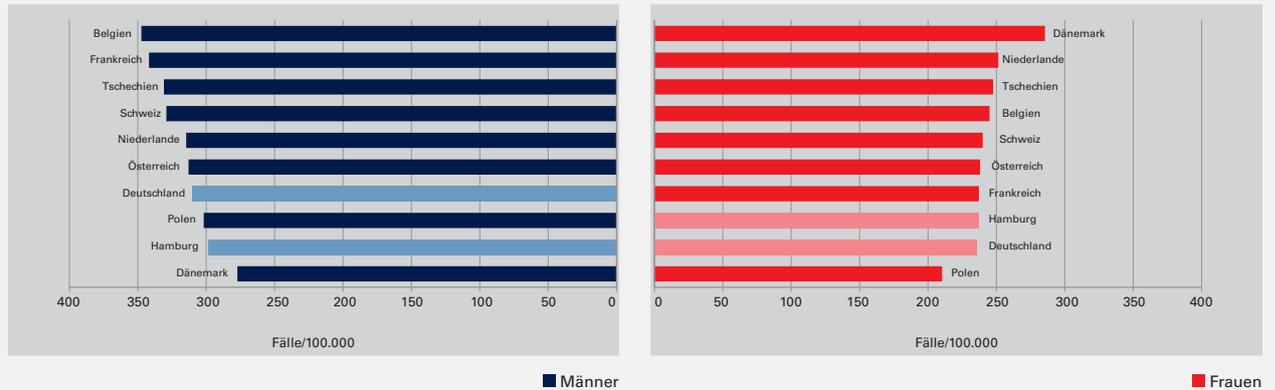
Fälle/100.000 ASR (Europa)



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 5: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten

Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: \bar{x} 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Im Vergleich zu den europäischen Nachbarstaaten liegen die altersstandardisierten Krebsneuerkrankungsraten von Hamburg eher im unteren Bereich und in ähnlicher Größenordnung wie die Deutschlandschätzung. Im Vergleich zu anderen deutschen Landeskrebsregistern zeichnet sich Hamburg mit Ausnahme des Jahres 2001 durch eher stabile bis leicht fallende Neuerkrankungsraten aus. Auffällig ist der deutliche geschlechtsspezifische Unterschied der altersstandardisierten Raten bei absolut nahezu gleichen Fallzahlen.

Abb. 6: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer

Fälle/100.000 ASR (Europa)

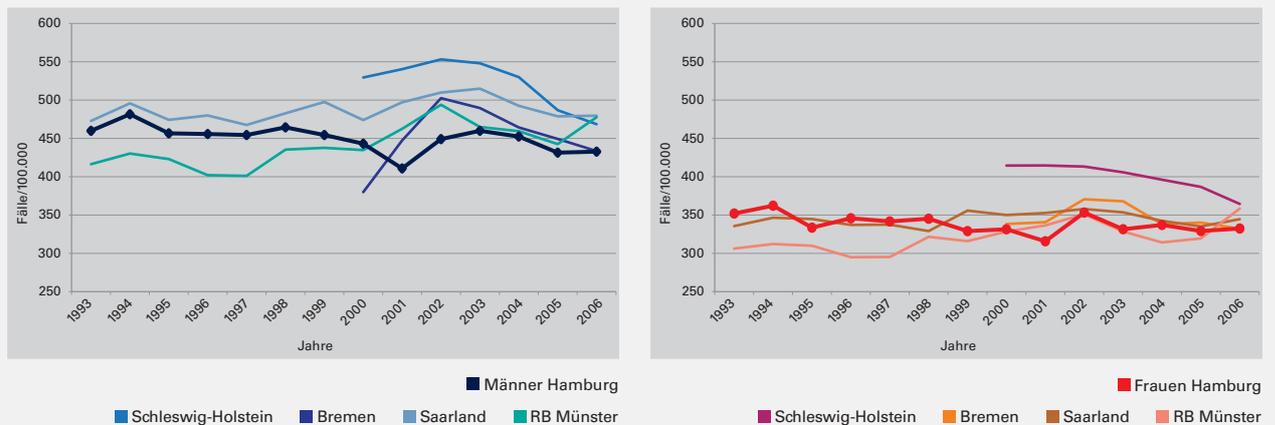
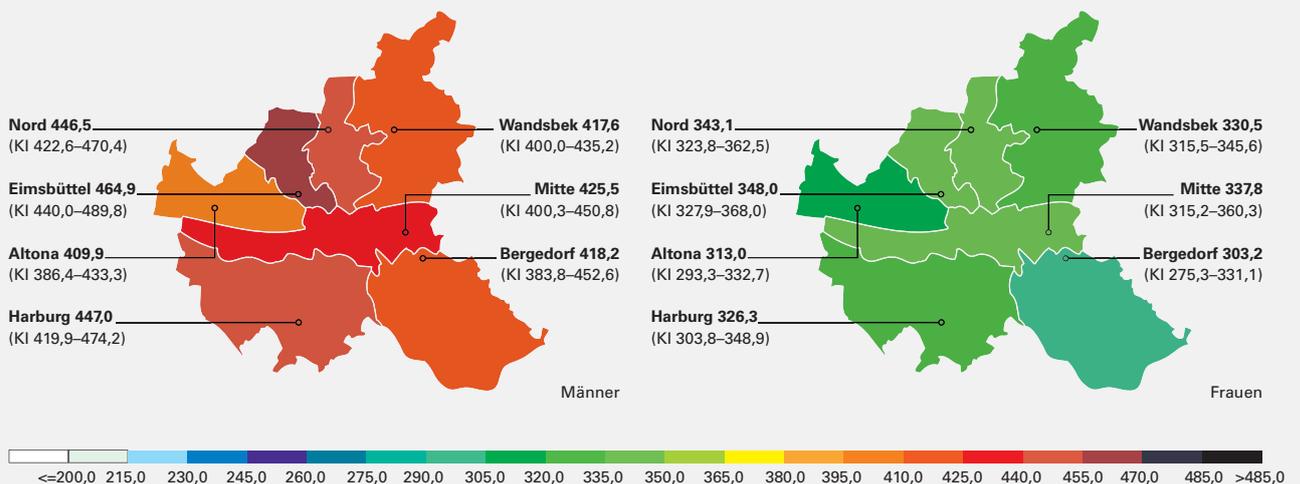


Abb. 7: Neuerkrankungsraten nach Bezirken \bar{x} 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)

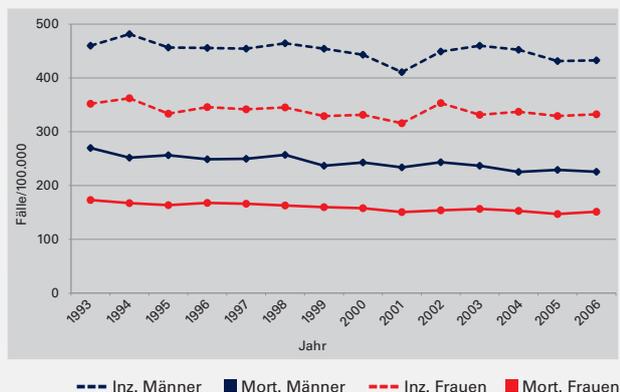


STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail	Männer	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	2.430,0	2.318,0
Geschlechterverhältnis	1,1 : 1	
Sterbealter: Median	71,5	76,0
Mittelwert	71,5	74,3

Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Rohe Rate	2.879	260,0
Altersstandardisierte Rate (Europa)	228,8	149,5
Altersstandardisierte Rate (Welt)	147,4	98,8

Abb. 8: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend
Fälle/100.000 ASR (Europa)



In Hamburg dokumentiert die Todesursachenstatistik des Statistischen Amtes Nord im Berichtszeitraum 2005/2006 pro Jahr durchschnittlich 2430 Sterbefälle an Krebs insgesamt bei Männern und 2318 bei Frauen. Bezogen auf die Bevölkerung sind Männer häufiger betroffen als Frauen. Während die altersspezifischen Sterberaten stetig bis in die hohen Altersklassen steigen, zeigt sich bei den absoluten Fallzahlen der Männer ein Häufigkeitsgipfel in den Altersklassen der 65–79-Jährigen. Das mediane Sterbealter für alle Krebsdiagnosen insgesamt liegt für Männer bei 71,5 Jahren, für Frauen bei 76 Jahren.

Abb. 9: Sterbefälle nach Altersgruppen
Ø 2005/06

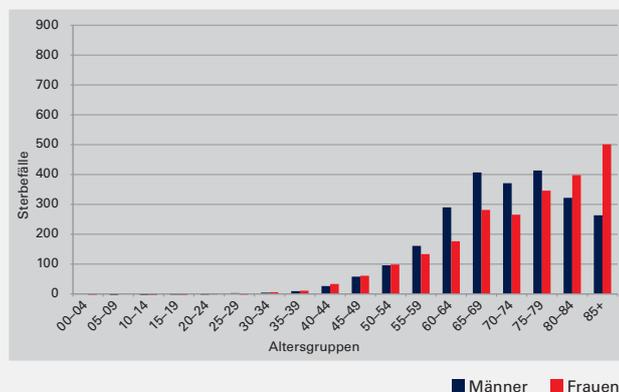
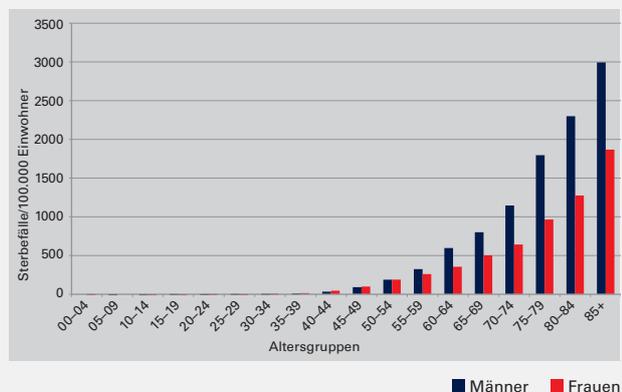


Abb. 10: Sterberaten nach Altersgruppen
Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der DCO-Anteil bei Krebs insgesamt beträgt derzeit insgesamt etwa 6%. Das erreichte Niveau erscheint auch im Vergleich mit anderen europäischen Registern akzeptabel, weicht jedoch in einzelnen Lokalisationen erheblich von diesem Mittelwert ab.

Während der DCO-Anteil im Beobachtungszeitraum seit den 1990er Jahren deutlich gesenkt wurde, nahm die Zahl der Meldungen pro Erkrankungsfall seit dem Jahr 2002 deutlich zu und beträgt aktuell im Durchschnitt 1,8.

C00–97 Krebs gesamt, ohne C44	Männer	Frauen	Männer und Frauen
DCO-Anteil (%)	5,8	6,8	6,3
Vollständigkeit (%) ohne DCO	94,9	95,7	95,3
mit DCO	100,7	102,7	101,7
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,54	0,54	

3.2 Mundhöhle und Rachenraum (C00–14)

Die Gruppe der Krebserkrankungen der Mundhöhle und des Rachenraums umfasst bösartige Neubildungen der Lippe, der Zunge, des Mundbodens, des Gaumens, der Speicheldrüsen und des Rachens.

Risikofaktoren

Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählt ein wiederkehrender Kontakt mit krebserregenden Substanzen. Dies trifft besonders für Nikotin und Alkohol sowie ihre Kombination zu. Eine geringe Mundhygiene und eine obst- und gemüsearme Ernährung gelten ebenfalls bzw. zusätzlich als risikoverstärkend.

Früherkennung

Da die Risikofaktoren bekannt sind, ist die Krankheitsgruppe prinzipiell einer Vermeidung (primäre Prävention) und einer früheren Diagnose (sekundäre Prävention), meist in einer zahnärztlichen Praxis, zugänglich. Die ersten wahrnehmbaren Anzeichen der Erkrankung sind oft ein Fremdkörpergefühl, Heiserkeit und Schluckstörungen. Aufgrund der schmerzlindernden Wirkung der häufig ursächlichen Drogen, oft auch verbunden mit anderen sozialen Problemen, werden viele Patienten erst in fortgeschrittenem Stadium diagnostiziert.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

Mit etwa 300 Fällen jährlich sind die Krebserkrankungen des Mund- und Rachenraums in Hamburg keine seltene Erkrankung. Es erkranken mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen. Etwa 5 % aller bösartigen Neubildungen entfallen bei den Männern auf den Mund- und Rachenbereich, während dieser Anteil bei den Frauen nur 2 % beträgt.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	212,5	87,5	Rohe Rate	25,2	9,8
Geschlechterverhältnis	2,4 : 1		Altersstandardisierte Rate (Europa)	22,1	7,3
Anteil an Krebs gesamt (%)	4,7	2,0	Altersstandardisierte Rate (Welt)	16,1	5,2
Alter bei Diagnose: Median	61,0	67,0			
Mittelwert	61,0	66,5			

Bei den absoluten Fallzahlen ist ein deutlicher Altersgipfel bei den 55- bis 69-jährigen Männern zu erkennen. Das mediane Erkrankungsalter der Männer liegt mit 61 Jahren etwa sechs Jahre niedriger als bei den Frauen.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

ø 2005/06

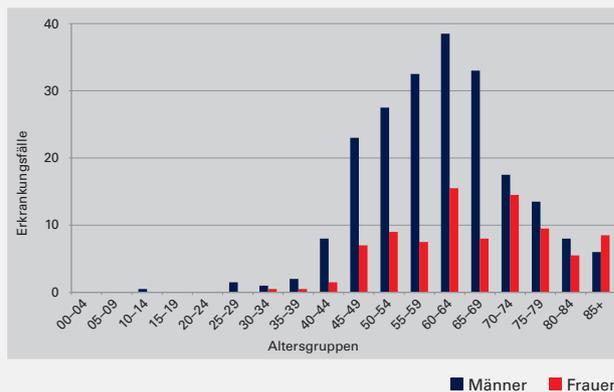
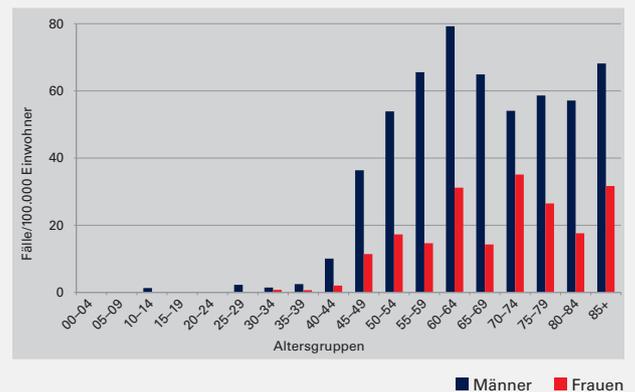


Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

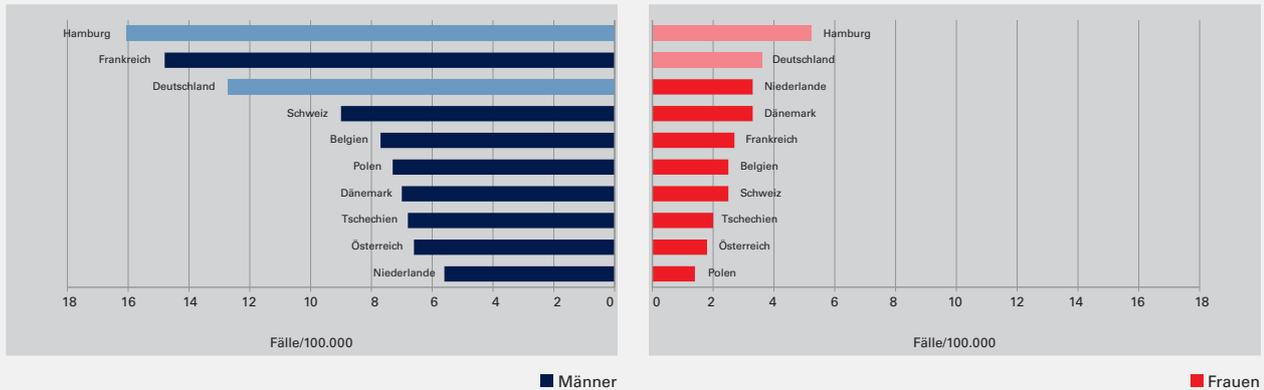
ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten

Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: \bar{x} 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Die altersstandardisierten Raten Hamburgs liegen im europäischen Vergleich für beide Geschlechter deutlich über denen anderer Staaten. Innerhalb Deutschlands ist bei den Männern eine Abnahme im Beobachtungszeitraum und damit aktuell ein mittleres Niveau zu verzeichnen. Bei den Frauen lassen die altersstandardisierten Raten keinen positiven Trend erkennen. Aufgrund der bekannten Risikofaktoren ist zu vermuten, dass die insbesondere bei den Frauen zu beobachtenden erhöhten Erkrankungsrate in Hamburg auf einen vermehrten Nikotin- und Alkoholgenuss in einer Metropolregion zurückzuführen sind.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer

Fälle/100.000 ASR (Europa)

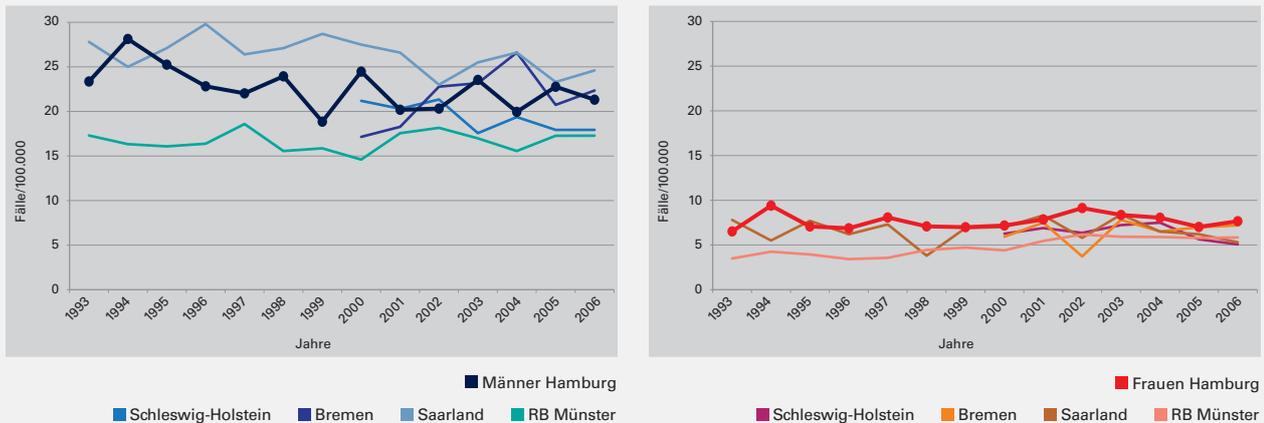
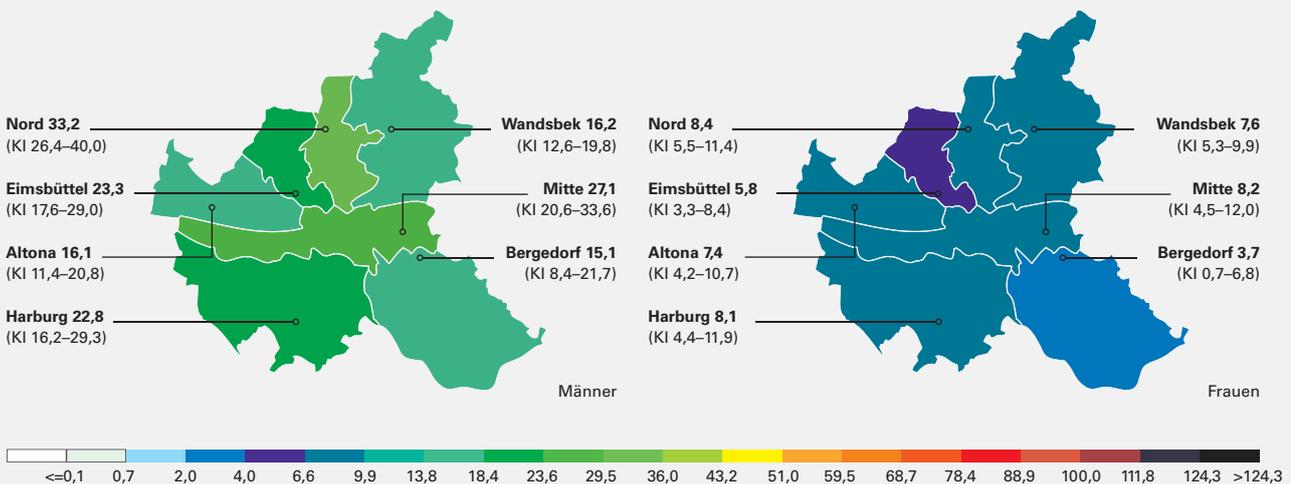


Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken \bar{x} 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

Das in Hamburg beobachtete absolute und relative Überleben nach Diagnosestellung verweist auf die Problematik der relativ späten Diagnose mit oft schwierigeren Behandlungsmöglichkeiten. Darüber hinaus ist zu vermuten, dass die langfristigen Heilungsaussichten auch durch den Suchtcharakter der ursächlichen Noxen begrenzt sind.

Frauen zeigen ein gegenüber Männern leicht verbessertes Überleben nach Diagnosestellung (50 % vs. 44 %) beim 5-Jahres-Überleben. Dieser Geschlechtsunterschied wird auch von anderen Krebsregistern in Deutschland berichtet (Bremen 58 % vs. 43 %; Saarland 55 % vs. 47 %).

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben

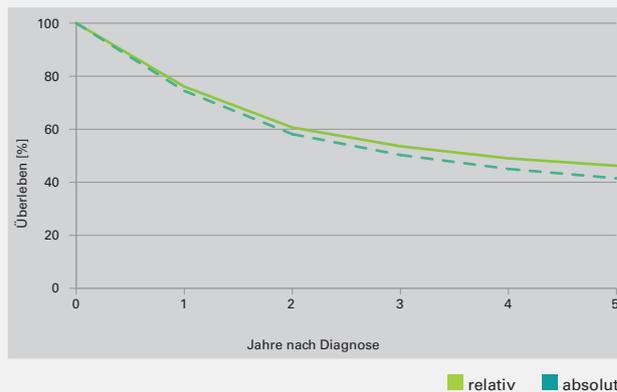
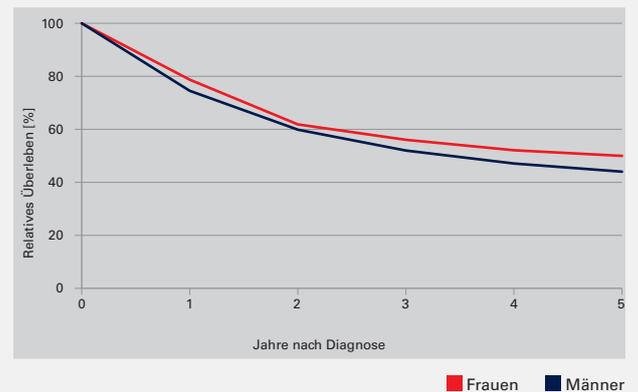


Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach Geschlecht



Die Krebserkrankungen des Mund- und Rachenraums, die in früherem Stadium diagnostiziert wurden, haben eine deutlich erhöhte Langzeitprognose. Insbesondere die Stadien I und II unterscheiden sich deutlich von den Stadien III und IV. Nicht nur der Anteil der langzeitüberlebenden Patienten ist bei den frühen Stadien deutlich höher, auch der parallele Verlauf der relativen Überlebenskurven deutet darauf hin, dass nach drei bis vier Jahren keine erhöhte Sterblichkeit mehr zu beobachten ist.

Im zeitlichen Trend lässt sich keine durchgehende Verbesserung des Überlebens über alle Stadien hinweg feststellen.

Abb. 8: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien

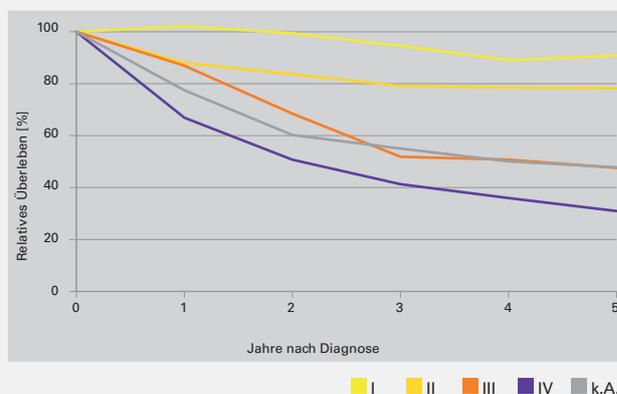
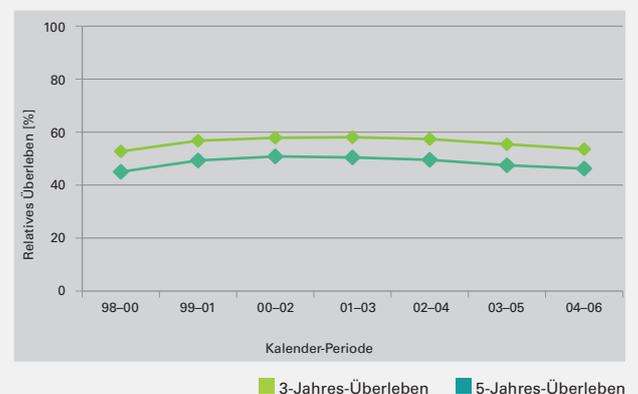


Abb. 9: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend

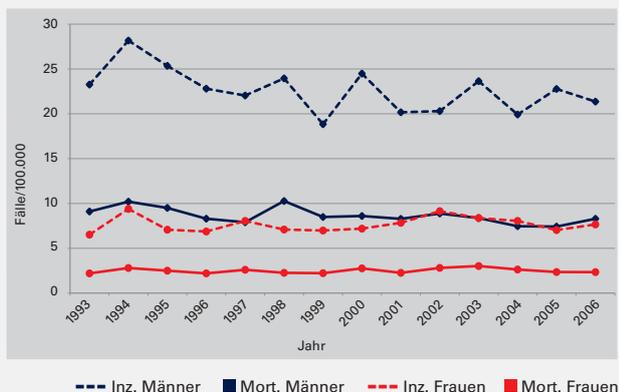


STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail	Männer	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	77,5	33,5
Geschlechterverhältnis	2,3 : 1	
Anteil an Krebs gesamt (%)	3,2	1,4
Sterbealter: Median	63,0	70,5
Mittelwert	65,0	72,0

Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Rohe Rate	9,2	3,8
Altersstandardisierte Rate (Europa)	7,9	2,4
Altersstandardisierte Rate (Welt)	5,6	1,6

Abb. 10: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend
Fälle/100.000 ASR (Europa)



Krebserkrankungen der Mundhöhle und des Rachenraums sind in Hamburg mit jährlich 78 Todesfällen bei Männern die achthäufigste Krebstodesursache, bei Frauen stehen sie mit 34 Fällen an dreizehnter Stelle. Frauen erkranken in höherem Alter als Männer, wie auch das mediane Sterbealter zeigt (63,0 Jahre bei Männern, 70,5 Jahre bei Frauen). Die europastandardisierte Sterblichkeitsrate von Mund- und Rachenkrebs bei Männern bleibt in Hamburg nach leichten Bewegungen seit 1999 stabil bei etwa 8/100.000. Entsprechend der deutlich geringeren Neuerkrankungshäufigkeit bei Frauen beträgt ihre Sterblichkeitsrate konstant etwa 2,5/100.000.

Abb. 11: Sterbefälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

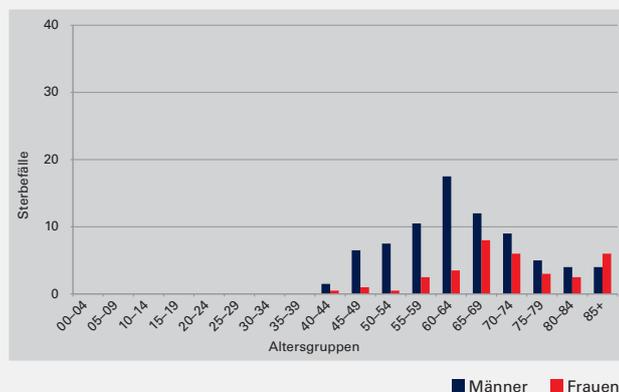
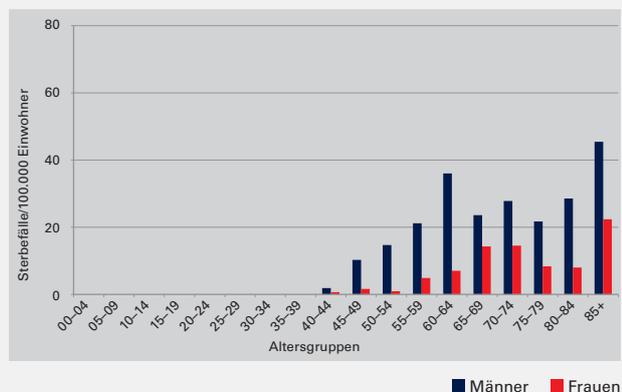


Abb. 12: Sterberaten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der DCO-Anteil bei Krebserkrankungen der Mundhöhle und des Rachenraums beträgt unterdurchschnittliche vier Prozent. Bei gleichzeitiger Vollständigkeit der Erfassung laut aktueller RKI-Schätzung kann die Datenlage als sehr gut angesehen werden. Vollständige TNM-Angaben liegen bei knapp 60 % der im Beobachtungszeitraum 2005/06 zu Lebzeiten gemeldeten Mund- und Rachenkrebskrankungen vor. Hier dominieren mit über zwei Dritteln Karzinome in weit fortgeschrittenen Stadien.

	Männer	Frauen
DCO-Anteil (%)	4,2	4,1
Vollständigkeit (%) ohne DCO	131,7	117,5
mit DCO	137,4	122,3
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,36	0,38

Stadienverteilung (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
I	26	5	8
II	35	6	11
III	35	6	11
IV	218	40	69
k.A.	229	42	

3.3 Speiseröhre (C15)

Krebserkrankungen der Speiseröhre (Ösophagus) gehen überwiegend von den Deckzellen der Schleimhaut (Plattenepithelkarzinom) oder etwas seltener von dem drüsigen Anteil (Adenokarzinom) aus.

Risikofaktoren

Für Plattenepithelkarzinome in der Speiseröhre sind Alkohol- und Tabakkonsum, insbesondere in Kombination, die Hauptfaktoren, die 75 bis 90 % der Erkrankungsfälle verursachen. Auch eine vitaminarme Ernährung, häufiger Verzehr von gepökeltem Fleisch oder Salzfisch und sauer eingelegtem Gemüse sowie vermutlich der Genuss sehr heißer Getränke erhöhen das Risiko, während frisches Obst und Gemüse schützend wirken.

Adenokarzinomen liegt dagegen häufig ein langjährig gesteigerter Säure- und Gallerückfluss (Reflux) zugrunde, der zu einem Umbau der Schleimhaut und damit zu einer Krebsvorstufe, dem sog. Barrett-Ösophagus führt. Auch Übergewicht, insbesondere bei Fettansatz im Bauchraum, und eine Infektion des Verdauungstraktes mit dem Bakterium *Helicobacter pylori* erhöhen das Risiko für Speiseröhrenkrebs.

Früherkennung

Der häufigste Hinweis auf die Erkrankung sind Schluckbeschwerden aufgrund einer tumorbedingten Verengung der Speiseröhre, die anfangs nur bei fester, später auch bei weicher und flüssiger Nahrung auftreten. Auch schmerzhafte Krämpfe, Sodbrennen und häufiges Aufstoßen können auf eine bösartige Neubildung in der Speiseröhre hinweisen, ebenso wie Gewichtsverlust, Schmerzen und Heiserkeit. Derzeit gibt es keine geeigneten Methoden zur Früherkennung.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

In Hamburg wurden im Berichtszeitraum bei Männern 114 Erkrankungen an Speiseröhrenkrebs und bei Frauen 40 pro Jahr registriert. Dies entspricht 2,5 % (Männer) bzw. weniger als 1 % (Frauen) der jeweils erfassten bösartigen Neubildungen. Die insgesamt viel seltener betroffenen Frauen erkranken tendenziell später als männliche Patienten, deren medianes Erkrankungsalter bei 67 Jahren liegt.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	114	39,5	Rohe Rate	13,5	4,4
Geschlechterverhältnis	2,9 : 1		Altersstandardisierte Rate (Europa)	11,1	2,7
Anteil an Krebs gesamt (%)	2,5	0,9	Altersstandardisierte Rate (Welt)	7,7	1,8
Alter bei Diagnose: Median	67,0	74,0			
Mittelwert	66,3	71,9			

Männliche Speiseröhrenkrebspatienten sind am häufigsten zwischen 60 und 79 Jahren alt. Bezogen auf die jeweiligen Altersgruppen in der Bevölkerung tragen die 75- bis 79-Jährigen bei beiden Geschlechtern das größte Erkrankungsrisiko. Bei Männern und Frauen sinkt es in den nachfolgenden Altersgruppen wieder ab.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

ø 2005/06

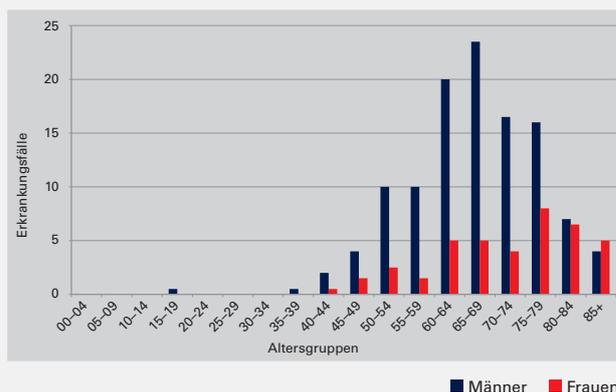
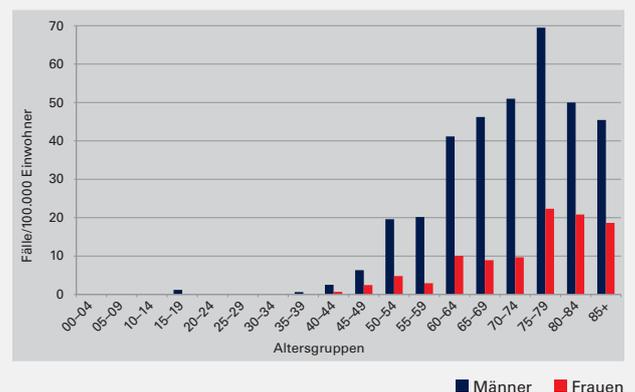


Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

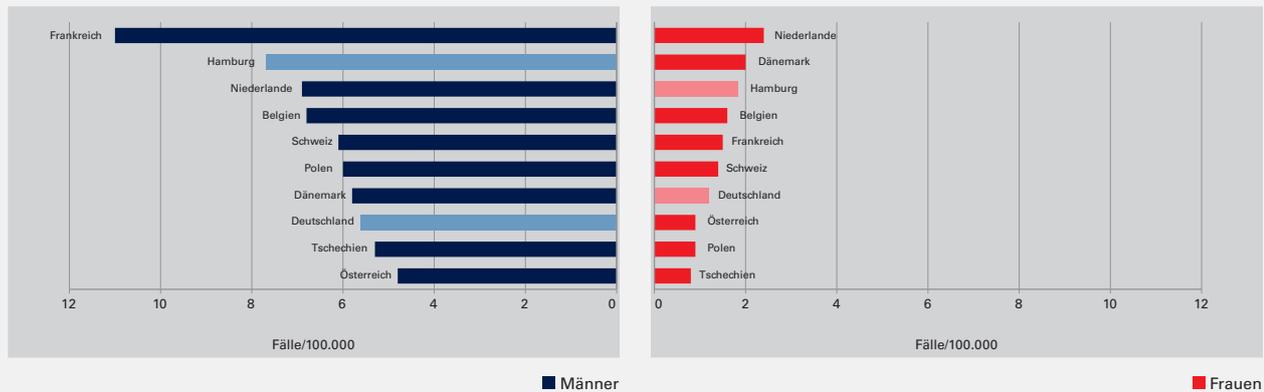
ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten

Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: \bar{x} 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Die Häufigkeit von Speiseröhrenkreberkrankungen verhält sich in Hamburg ähnlich wie in den anderen Bundesländern ohne deutlichen Trend einer Zunahme oder eines Rückganges. Bei Männern schwanken die altersstandardisierten Raten etwas stärker als bei Frauen, zeigen jedoch keine zeitliche Veränderung. Das Niveau liegt bei Männern etwa viermal so hoch wie bei Frauen. Im Vergleich zu benachbarten Staaten und zu der Schätzung für ganz Deutschland liegen die Erkrankungsrate von Frauen und Männern in Hamburg auffällig hoch.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer

Fälle/100.000 ASR (Europa)

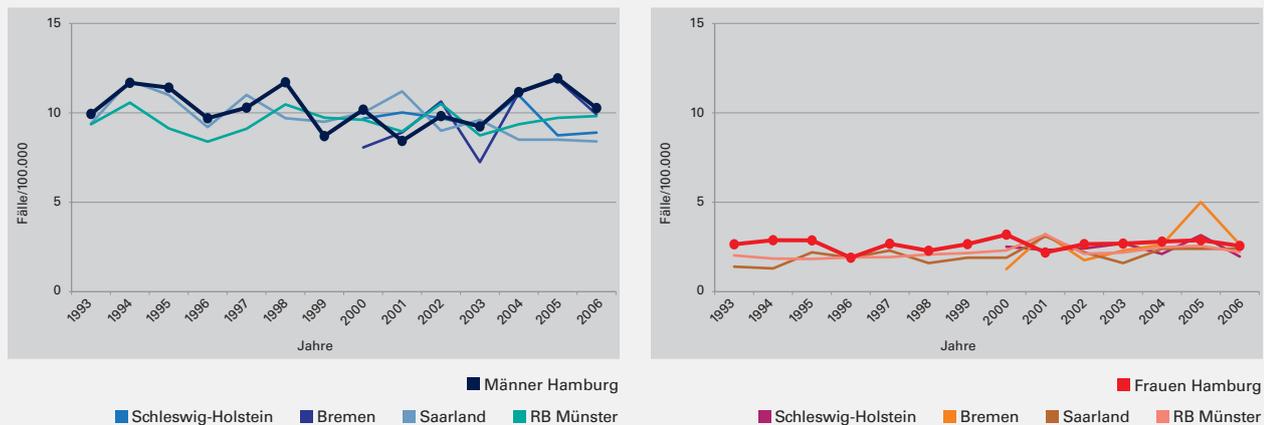
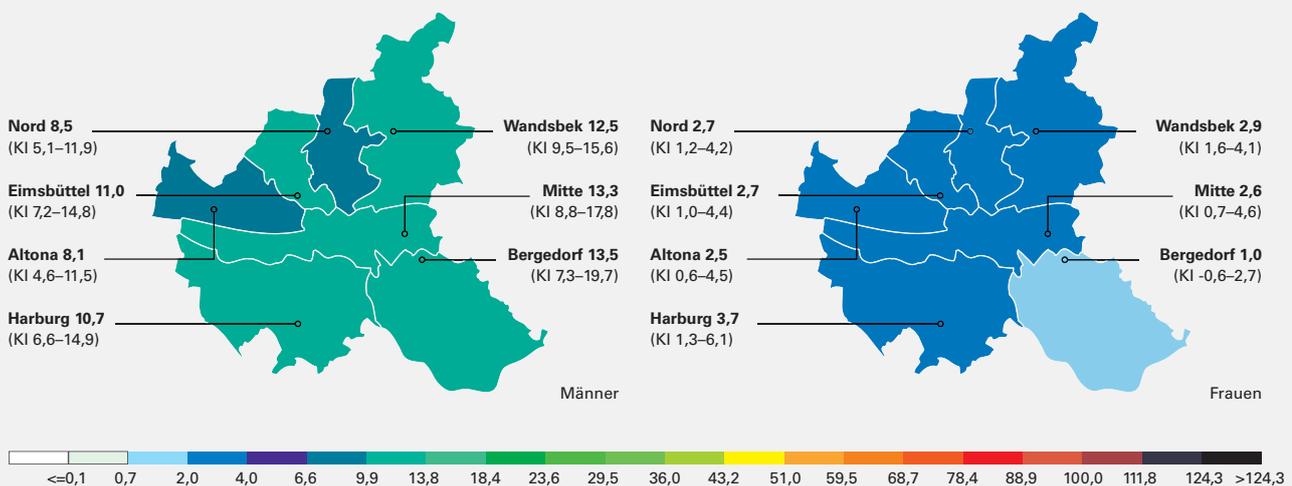


Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken \bar{x} 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

Das relative, also krankheitsspezifische 5-Jahres-Überleben nach der Diagnose von Speiseröhrenkrebs wird für Patienten mit Wohnsitz in Hamburg derzeit auf 13 % geschätzt. Der rasche Abfall der Überlebenskurve in den ersten beiden Jahren und der geringe Anteil der nach fünf Jahren absolut und relativ noch lebenden Speiseröhrenkrebspatienten kennzeichnen die sehr schlechte Prognose dieser Erkrankung.

Differenziert nach Geschlecht wird für männliche Patienten mit Speiseröhrenkrebs ein relatives 5-Jahres-Überleben von 11 % und für weibliche von 16 % beobachtet. Ähnliche Werte wurden von Bremen (M 11 %, F 15 %) veröffentlicht, während für das Saarland etwas höhere Raten (M 22 %, F 20 %) angegeben werden. Bei Betrachtung des gesamten Kurvenverlaufes finden sich keine deutlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben

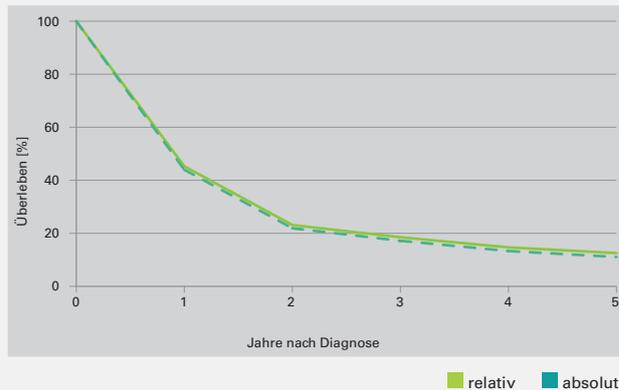
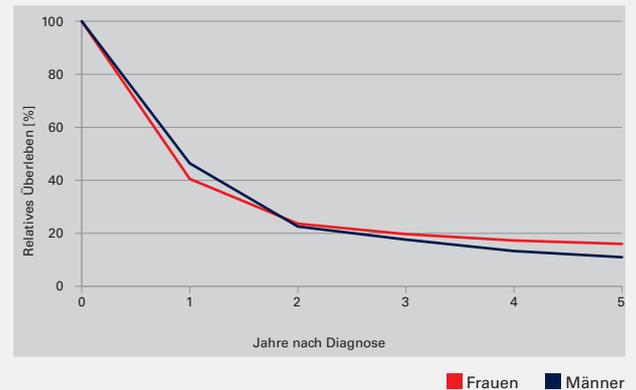


Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach Geschlecht



Etwa 60 % der im Berichtszeitraum an das HKR gemeldeten Speiseröhrenkrebsfälle sind mit vollständigen TNM-Angaben versehen. Die demnach ganz überwiegend spät diagnostizierten Fälle mit bereits bestehenden Fernmetastasen (Stadium IV) zeigen ein relatives 5-Jahres-Überleben von 7 %. Bei den selten in den frühen UICC-I- und II-Stadien diagnostizierten Speiseröhrenkrebsfällen leben fünf Jahre nach Diagnose noch etwa 30 % der Erkrankten.

Seit 1998 blieb das relative 5-Jahres-Überleben von Speiseröhrenkrebspatienten in Hamburg etwa auf gleichem Niveau von 11 bis 13 %. Das nur wenig höhere relative 3-Jahres-Überleben schwankte etwas stärker zwischen 16 und 20 %. Demnach hat sich die Prognose bei dieser Erkrankung für die Gesamtbevölkerung in der jüngeren Vergangenheit nicht erkennbar verbessert.

Abb. 8: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien

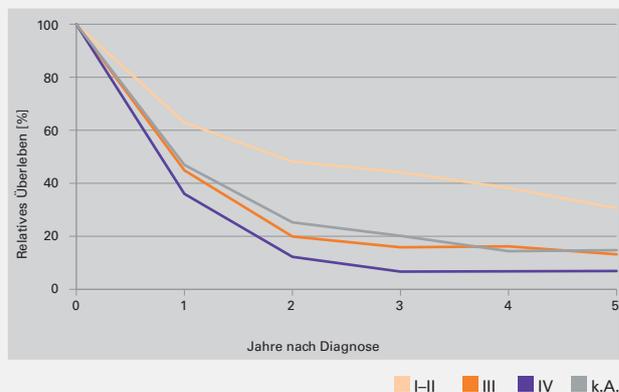
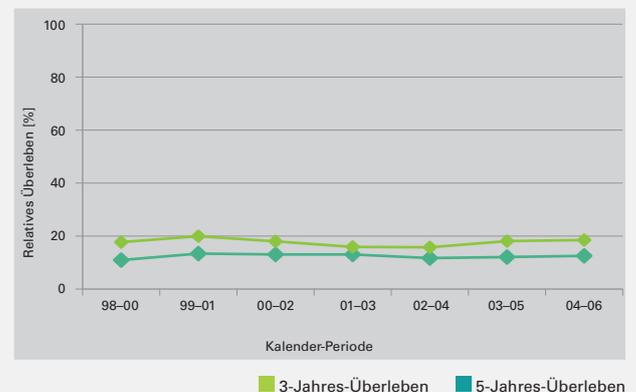


Abb. 9: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend

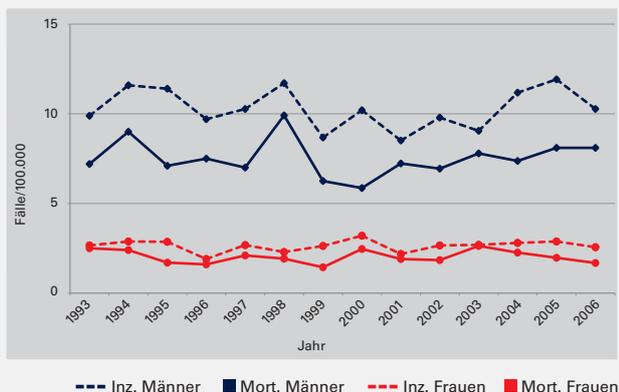


STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail	Männer	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	84,5	27,5
Geschlechterverhältnis	3,1 : 1	
Anteil an Krebs gesamt (%)	3,5	1,2
Sterbealter: Median	67,5	76,5
Mittelwert	68,6	73,5

Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Rohe Rate	10,0	3,1
Altersstandardisierte Rate (Europa)	8,1	1,8
Altersstandardisierte Rate (Welt)	5,5	1,2

Abb. 10: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend
Fälle/100.000 ASR (Europa)



Speiseröhrenkrebs verursacht in Hamburg jährlich etwa 85 Todesfälle bei Männern und 28 bei Frauen. Das mittlere Sterbealter liegt jeweils etwa zwei Jahre über dem mittleren Erkrankungsalter. Bei männlichen Patienten treten absolut die meisten Sterbefälle zwischen 60 und 79 Jahren auf, während die relative Sterblichkeit in den Altersgruppen zwischen 40 und 80 Jahren fast linear zunimmt.

In Hamburg blieb die altersstandardisierte Sterblichkeitsrate von Speiseröhrenkrebs bei Männern nach leichten Schwankungen vor 2001 seitdem stabil bei 7 bis 8/100.000. Die der deutlich geringeren Neuerkrankungshäufigkeit entsprechende niedrigere Sterblichkeitsrate bei Frauen hat in dem betrachteten Zeitraum durchgehend ein Niveau von etwa 2/100.000.

Abb. 11: Sterbefälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

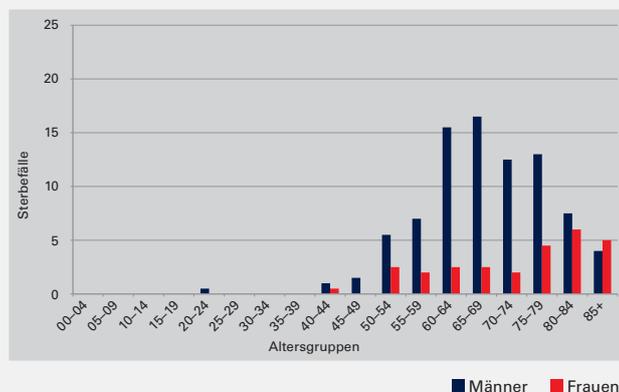
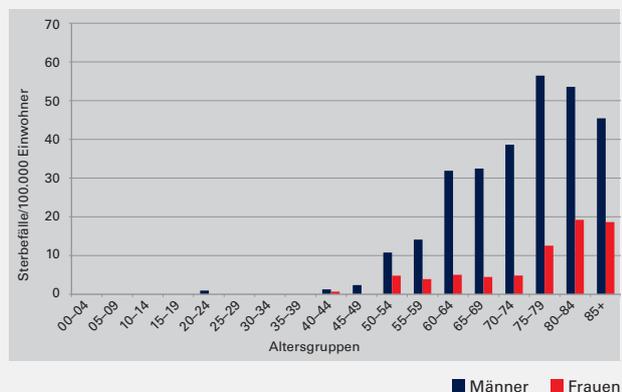


Abb. 12: Sterberaten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der DCO-Anteil von unter 9 % spricht angesichts der hohen Sterblichkeit bei Speiseröhrenkrebskrankungen in den ersten Jahren nach Diagnosestellung für einen zufriedenstellenden Erfassungsgrad. Die geschätzte Vollständigkeit liegt deutlich über dem Erwartungswert, der vom RKI für die Hamburger Bevölkerung berechnet wurde. Vollständige TNM-Angaben liegen bei knapp 60 % der für 2005/06 zu Lebzeiten gemeldeten Speiseröhrenkrebsfälle vor. Bei den daraus abgeleiteten UICC-Stadien überwiegen deutlich die bei Erstdiagnose bereits fernmetastasierten Erkrankungen.

	Männer	Frauen
DCO-Anteil (%)	8,6	7,6
Vollständigkeit (%) ohne DCO	130,0	125,9
mit DCO	142,5	136,2
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,74	0,70

Stadienverteilung (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
I	6	2	4
II	25	10	17
III	40	16	27
IV	79	31	53
k.A.	103	41	

3.4 Magen (C16)

Krebserkrankungen des Magens sind überwiegend Tumoren der Schleimhaut. Die eher selten vorkommenden Lymphomerkrankungen des Magens gehören nicht zu der hier betrachteten Krankheitsgruppe.

Risikofaktoren

Generell erhöhen chronische Entzündungen und der Kontakt mit kanzerogenen Substanzen in Nahrung und Speichel naturgemäß die Erkrankungswahrscheinlichkeit für Magenkrebs. Als Risikofaktoren gelten z. B. bestimmte Ernährungsgewohnheiten, wie etwa Mangel an frischem Obst und Gemüse, häufiger Verzehr von nitratreichem, gesalzenem oder geräuchertem Fleisch bzw. Fisch. Beim Rauchen werden kanzerogene Substanzen aus dem Rauch im Speichel gelöst und gelangen in den Magen. Alkohol begünstigt länger andauernde Entzündungen mit Schleimhautveränderungen. Allgemein erhöhen viele Erkrankungen, die mit einem verminderten Säuregehalt im Magen einhergehen, das Magenkrebsrisiko. Dazu gehören die chronische Magenschleimhautentzündung, die perniziöse Anämie, Magengeschwüre und

Polypen ebenso wie eine Infektion mit dem Bakterium *Helicobacter pylori* und bestimmte Magenoperationen. Fälle von Magenkrebs in der Familie erhöhen das individuelle Erkrankungsrisiko.

Früherkennung

Ein Magenkarzinom macht sich oft erst bemerkbar, wenn die Heilungschancen bereits deutlich vermindert sind. Gezielte Maßnahmen zur Früherkennung gibt es nicht. Die Diagnose wird in der Regel durch eine Magenspiegelung (Gastroskopie) gestellt, während der zugleich Gewebe für eine mikroskopische Untersuchung entnommen werden kann. Unter Umständen sind auch Röntgenkontrastmittel-Untersuchungen erforderlich. Eine Infektion mit *Helicobacter pylori* lässt sich mittels Gewebeentnahme, Blutuntersuchung oder C-Harnstoff-Atemtest feststellen.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

Im Berichtszeitraum dokumentiert das HKR pro Jahr durchschnittlich 156 Neuerkrankungen bei Männern und 109 bei Frauen. Damit entfallen in Hamburg bei Männern etwas mehr, bei Frauen etwas weniger als 3 % der registrierten Krebsfälle auf den Magen. Bezogen auf die jeweilige Altersgruppe in der Bevölkerung sind Frauen durchweg seltener von Magenkrebs betroffen.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	156,0	109,0	Rohe Rate	18,5	12,2
Geschlechterverhältnis	1,4 : 1		Altersstandardisierte Rate (Europa)	14,8	6,8
Anteil an Krebs gesamt (%)	3,5	2,5	Altersstandardisierte Rate (Welt)	9,7	4,5
Alter bei Diagnose: Median	70,0	77,0			
Mittelwert	69,5	73,8			

Das mittlere Alter bei einer Magenkrebsdiagnose liegt für Männer bei 70 Jahren. Bei den Frauen werden die Erkrankungsfälle in deutlich höherem Alter diagnostiziert, was sich in einem Median von 77 Jahren und auch in der großen Anzahl von Erkrankungsfällen in der letzten Altersgruppe (85+ Jahre) widerspiegelt.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

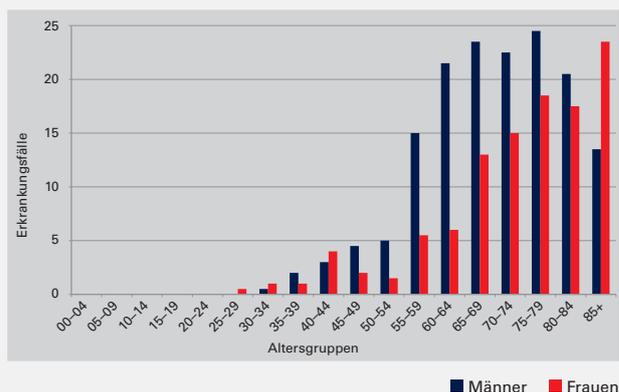
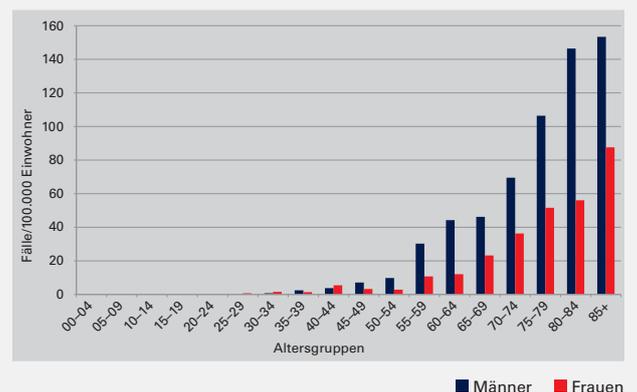


Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

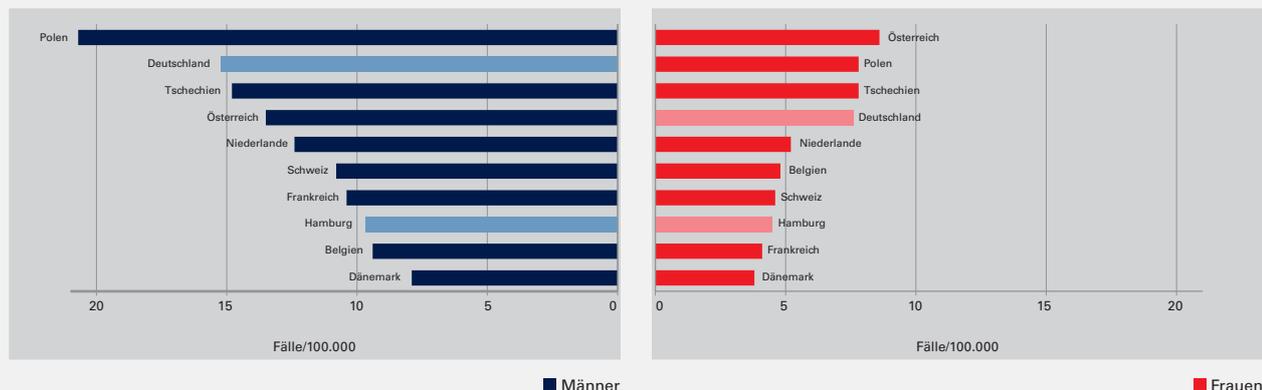
Ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten

Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: \bar{x} 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Magenkrebs ist eine weltweit rückläufige Krebserkrankung. Dies zeigt sich auch in Hamburg, wo die Erkrankungsrate altersstandardisiert (Europa) im Berichtszeitraum 1993–2006 deutlich gesunken ist, bei Frauen auf etwa die Hälfte des Ausgangsniveaus, bei Männern geringfügig weniger. Auch in den anderen Bundesländern ist ein vergleichbarer Trend erkennbar. Darüber hinaus fällt auf, dass das Erkrankungsniveau in Hamburg sowohl bei Männern als auch bei Frauen geringer als in anderen Bundesländern ist.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer

Fälle/100.000 ASR (Europa)

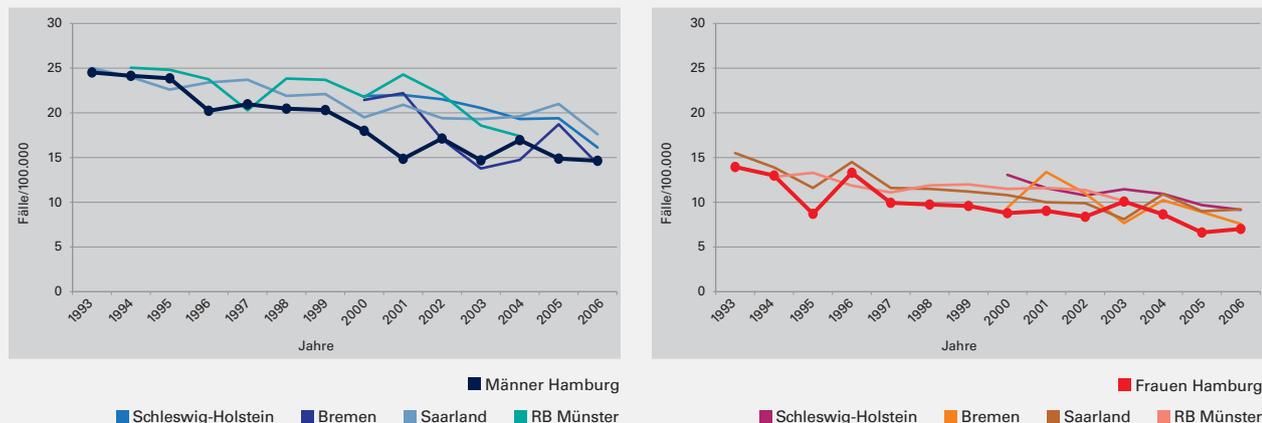
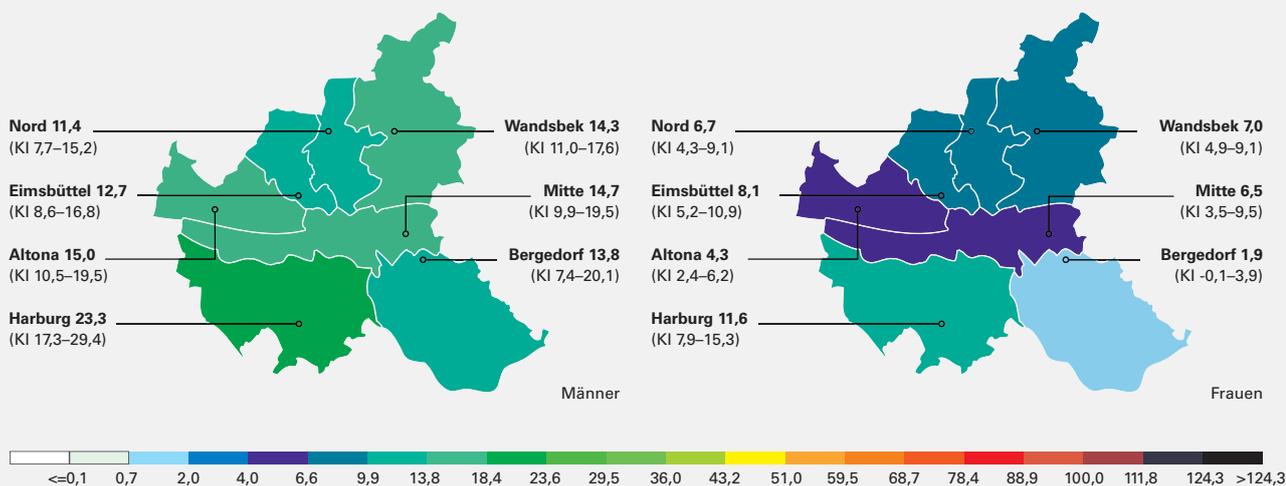


Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken \bar{x} 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

Das relative, also krankheitsspezifische 5-Jahres-Überleben nach der Diagnose von Magenkrebs beträgt für Patienten mit Wohnsitz in Hamburg derzeit 28 %. Es liegt nur etwa fünf Prozentpunkte höher als das absolute oder beobachtete Überleben, d.h. wenige Magenkrebspatienten und -patientinnen sterben aufgrund anderer Todesursachen.

Das 5-Jahres-Überleben unterscheidet sich für Männer mit 26 % und Frauen mit 30 % in Hamburg nur gering. Vergleicht man diese Werte mit denen aus Bremen (M 42 %, F 25 %) und dem Saarland (M 35 %, F 31 %), so liegen sie für Männer in Hamburg niedriger, während das Überleben von Frauen auf einem vergleichbaren Niveau rangiert. Diese Differenzen können sowohl durch Datenqualitätsunterschiede bedingt sein oder auch tatsächliche Abweichungen darstellen.

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben

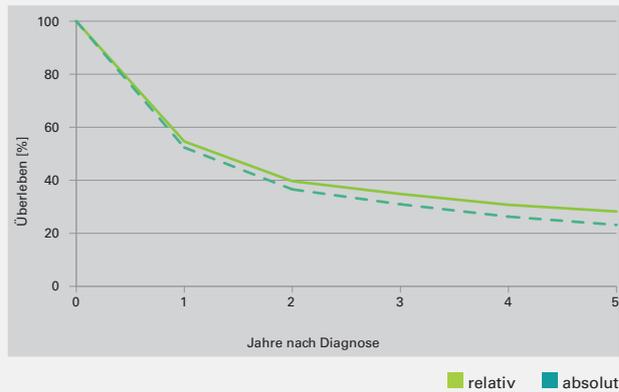
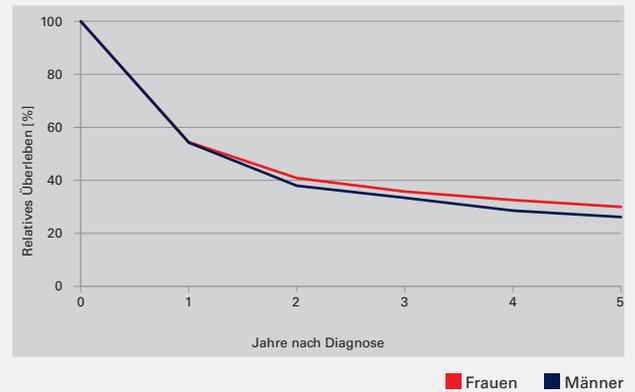


Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach Geschlecht



Für etwa die Hälfte der an das HKR gemeldeten Magenkrebsfälle liegen vollständige TNM-Angaben vor, aus denen sich UICC-Stadien bilden lassen. Die Fallzahlen in den Gruppen I – III sind im Beobachtungszeitraum dieses Berichtes beim Magenkrebs zu gering, um statistisch robuste Aussagen zu treffen. Daher wurde die Beobachtungsperiode im Unterschied zu den anderen Erkrankungen auf den Zeitraum 2000–06 verlängert.

Der Zeittrend über die verschiedenen Kalenderperioden von 1998–2006 zeigt für das 5- und 3-Jahres-Überleben ein zunächst gleichbleibendes Niveau mit leicht steigender Tendenz in den aktuelleren Zeitperioden.

Abb. 8: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien Periode 2000–06

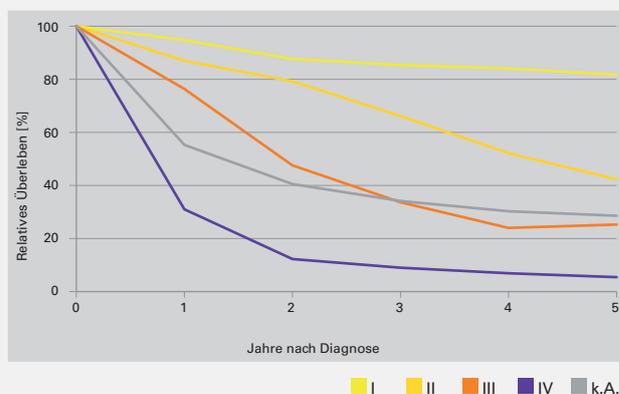
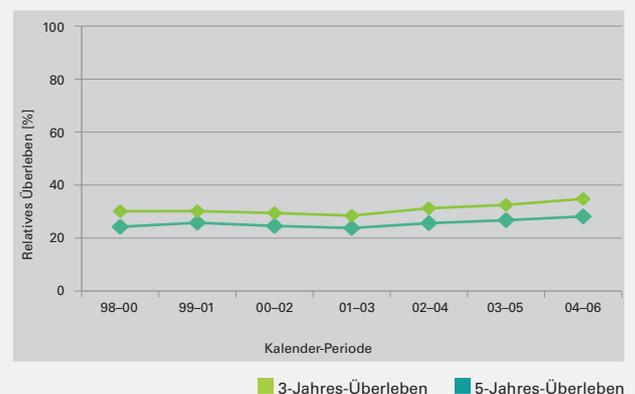


Abb. 9: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend



STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail	Männer	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	97,5	83,0
Geschlechterverhältnis	1,2 : 1	
Anteil an Krebs gesamt (%)	4,0	3,6
Sterbealter: Median	71,5	77,5
Mittelwert	71,7	76,0

Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Rohe Rate	11,6	9,3
Altersstandardisierte Rate (Europa)	9,3	5,0
Altersstandardisierte Rate (Welt)	6,0	3,2

Abb. 10: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend
Fälle/100.000 ASR (Europa)



Magenkrebs gehört in Hamburg mit jährlich 98 Todesfällen bei Männern und 83 bei Frauen zu den jeweils zehn häufigsten Krebstodesursachen. Männer sterben im Mittel vier Jahre früher als Frauen. Aufgrund der Diagnosestellung in einem meist späten Stadium beträgt der Unterschied zwischen dem Durchschnittsalter bei Diagnose und dem des Versterbens nur etwa zwei Jahre.

Sowohl altersstandardisierte Sterblichkeitsraten als auch Neuerkrankungsraten haben im Beobachtungszeitraum deutlich abgenommen.

Abb. 11: Sterbefälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

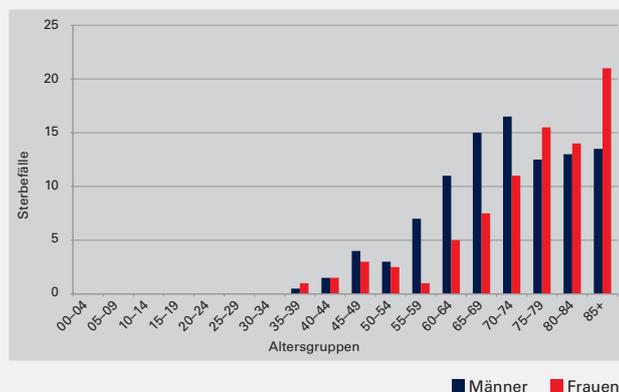
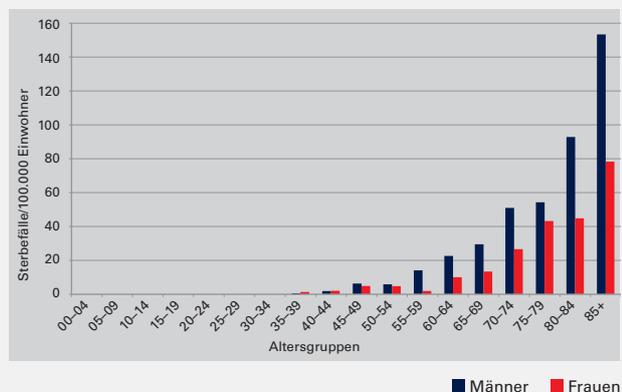


Abb. 12: Sterberaten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der DCO-Anteil bei Magenkrebs beträgt derzeit 8 bis 9 % und liegt damit drei Prozentpunkte über dem aller registrierten Krebserkrankungen. Die Vollständigkeit des HKR bei der Erfassung von Magenkrebs wird vom RKI auf etwa 80 % geschätzt. Bei etwa der Hälfte der zu Lebzeiten gemeldeten Magenkrebskrankungen (52 %) liegen dem HKR in den Diagnosejahren 2005 und 2006 vollständige UICC-Angaben vor, davon befinden sich drei Viertel bereits im fernmetastasierten Stadium. Dies entspricht der klinischen Erfahrung, wonach Magenkarzinome bei Erstdiagnose in der Regel bereits weit fortgeschritten sind.

	Männer	Frauen	Stadienverteilung (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
DCO-Anteil (%)	7,8	9,1	I	29	7	13
Vollständigkeit (%) ohne DCO	81,9	78,6	II	17	4	7
mit DCO	88,8	86,3	III	15	3	6
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,63	0,76	IV	170	38	74
			k.A.	215	48	

3.5 Darm (C18–21)

Die Gruppe der Darmkrebserkrankungen umfasst bösartige Neubildungen des Dickdarms, des Mastdarms und des Anus. Es handelt sich überwiegend um Karzinome des Drüsengewebes (Adenokarzinome).

Risikofaktoren

Zu den Risikofaktoren gehören Ernährungsgewohnheiten, ein bewegungsarmer Lebensstil und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen. Hohe Gesamtkalorienaufnahme, ballaststoffarme und fettreiche Nahrung sowie vermehrter Konsum von rotem Fleisch und regelmäßiger Alkoholgenuss erhöhen das Risiko, während häufiger Konsum von Obst und Gemüse sowie körperliche Aktivität vorbeugend wirken. Zu den seltenen genetischen Belastungen gehörend die familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) und bestimmte nichtpolypöse kolorektale Tumoren (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer – HNPCC).

Früherkennung

Gesetzlich Krankenversicherte im Alter zwischen 50 und 54 Jahren können im Rahmen des Früherkennungsprogramms jährlich einen Test auf nicht mit bloßem Auge erkennbares Blut im Stuhl durchführen lassen. Ab dem 55. Lebensjahr wird alternativ eine kostenlose Darmspiegelung (Koloskopie) mit einer Wiederholungsuntersuchung nach zehn Jahren angeboten. Neben der Erkennung bereits sichtbarer Krebserkrankungen können hierbei schon Vorstufen bösartiger Neubildungen entdeckt und abgetragen werden. Andere Untersuchungsmethoden wie z. B. ein Nachweis krebsspezifischer Substanzen im Stuhl oder die eingriffsfreie virtuelle Koloskopie per Computer- oder Magnetresonanztomographie werden noch auf ihre Eignung hin geprüft.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

Im Berichtszeitraum dokumentierte das HKR pro Jahr etwa 480 Neuerkrankungen bei Männern und 580 bei Frauen. Damit gehören bösartige Neubildungen des Darmes bei Männern (ca. 11 % aller Krebserkrankungen) und Frauen (ca. 13 %) auch in Hamburg zu den häufigsten drei Krebserkrankungen.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	482,0	579,0	Rohe Rate	57,1	64,9
Geschlechterverhältnis	1 :	1,2	Altersstandardisierte Rate (Europa)	45,6	36,9
Anteil an Krebs gesamt (%)	10,7	13,4	Altersstandardisierte Rate (Welt)	29,7	24,4
Alter bei Diagnose: Median	70,0	76,0			
Mittelwert	70,1	73,6			

Frauen sind insgesamt, besonders aber ab dem 80. Lebensjahr häufiger als Männer betroffen, was sich in einem Median von 76 Jahren widerspiegelt. Von 55 bis 79 überwiegen die Erkrankungsfälle der Männer. Die bevölkerungsbezogenen altersspezifischen Raten der Männer übertreffen die der Frauen in allen Altersklassen.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

ø 2005/06

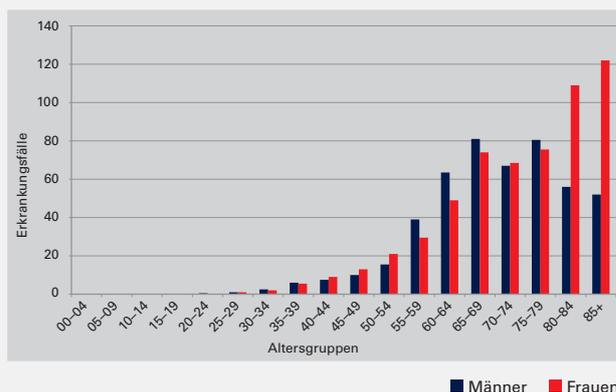
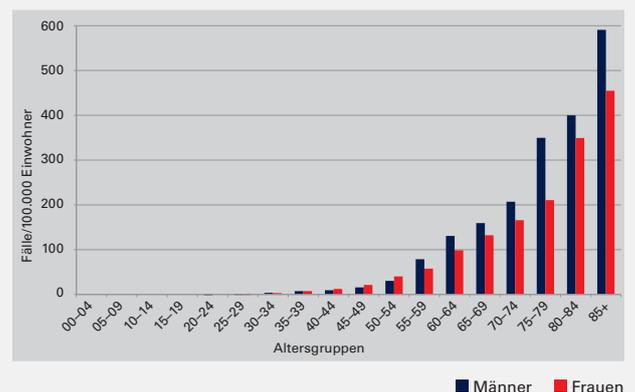


Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

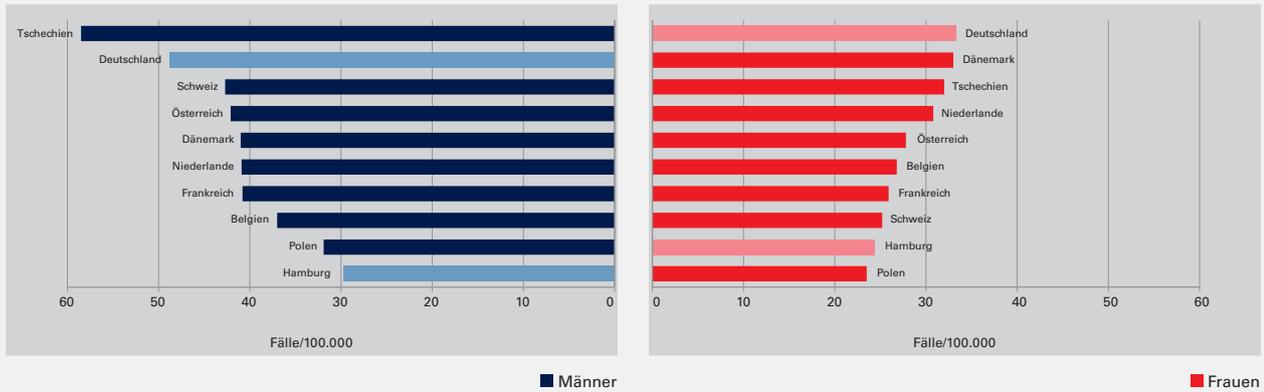
ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten

Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: \bar{x} 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Insgesamt erkennt man in Hamburg eine eher sinkende Tendenz bei den Darmkrebsneuerkrankungen. Im Vergleich zu anderen Registern fällt auf, dass das Saarland stabile und deutlich höhere Erkrankungsdaten dokumentiert. Mehrere Register zeigen wie auch das Hamburgische einen vorübergehenden Anstieg der altersstandardisierten Raten in dem Zeitraum 2001–05, der mit der Einführung der Darmspiegelung als Früherkennungsmaßnahme zusammenfällt. Im regionalen wie auch im internationalen Vergleich liegen die dokumentierten Erkrankungsdaten Hamburgs deutlich niedriger.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer

Fälle/100.000 ASR (Europa)

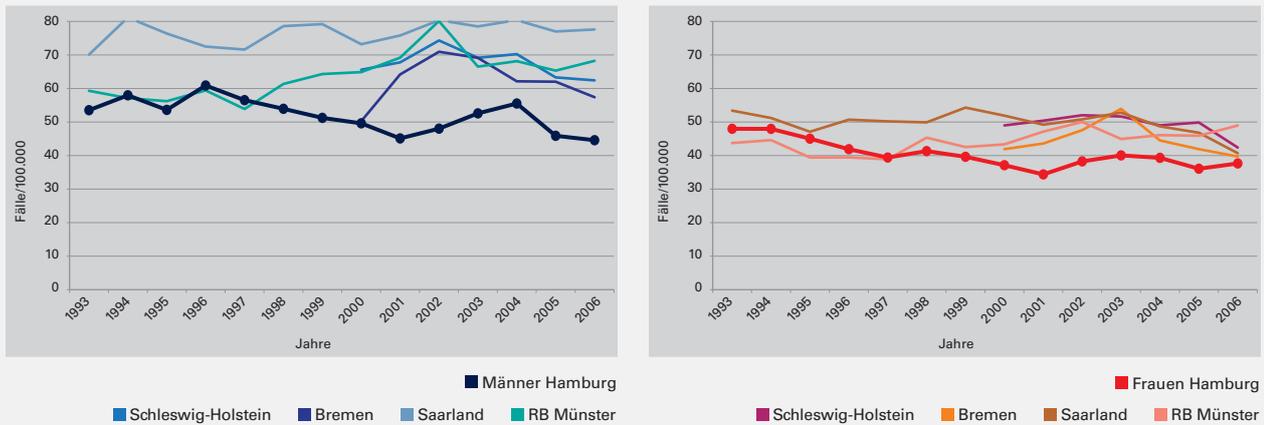
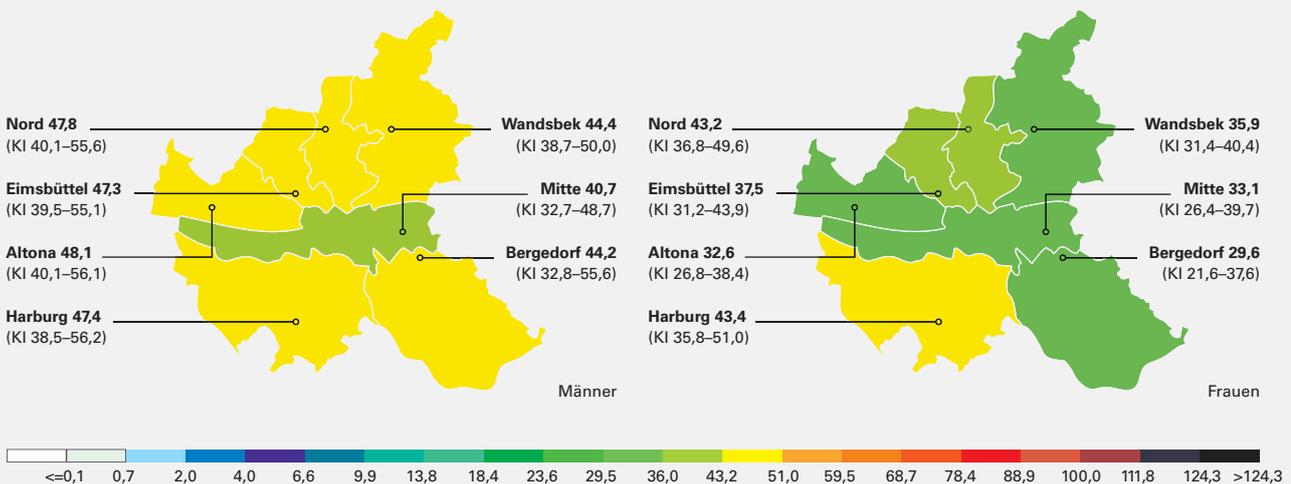


Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken \bar{x} 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

Das relative, also krankheitsspezifische 5-Jahres-Überleben nach der Diagnose von Darmkrebs wird für Patienten mit Wohnsitz in Hamburg auf 55 % geschätzt. Es liegt etwa elf Prozentpunkte höher als das absolute oder beobachtete Überleben, was darauf hindeutet, dass eine Reihe von Darmkrebspatienten nicht an dieser Erkrankung verstirbt.

Die 5-Jahres-Prognose unterscheidet sich in Hamburg nach Geschlechtern nur minimal (Männer 53 %, Frauen 56 %). Vergleicht man diese Werte mit denen aus Bremen (M 63 %, F 61 %) und dem Saarland (M und F jeweils 60 %), so liegen sie in Hamburg für beide Geschlechter niedriger. Dies könnte u.a. durch eine Untererfassung von Fällen mit besserer Prognose (frühe Stadien) oder durch tatsächliche Unterschiede in Früherkennung, Diagnose und Therapie bedingt sein.

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben

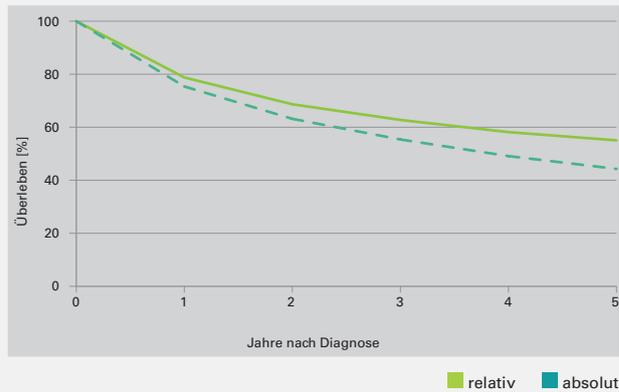
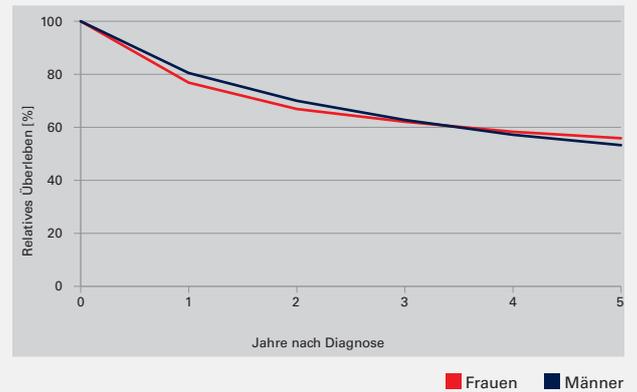


Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach Geschlecht



Für knapp die Hälfte der an das HKR gemeldeten Darmkrebsfälle liegen auch vollständige TNM-Angaben vor, aus denen sich UICC-Stadien bilden lassen. Hiervon entfallen gut 50 % auf die bei Diagnose bereits fernmetastasierten Stadien (IV), während die Fallzahlen in den Gruppen I – III entsprechend gering sind. Deutlich zeigt sich der Einfluss des Stadiums bei Erstdiagnose auf die Prognose.

Im Vergleich der verschiedenen Kalenderperioden blieb das relative 3-Jahres-Überleben relativ stabil bei etwa 60 %, während bei dem 5-Jahres-Überleben eine leichte Tendenz zu besseren Überlebenszeiten zu beobachten ist.

Abb. 8: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien

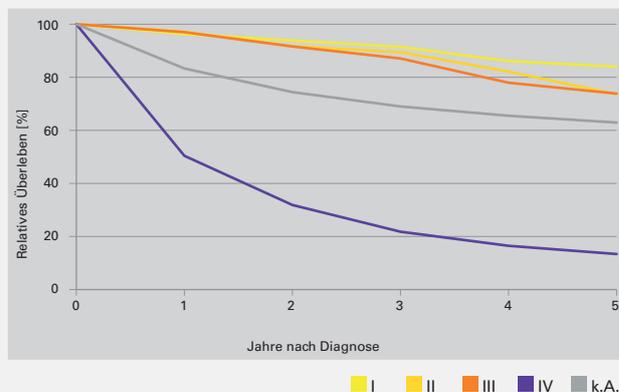
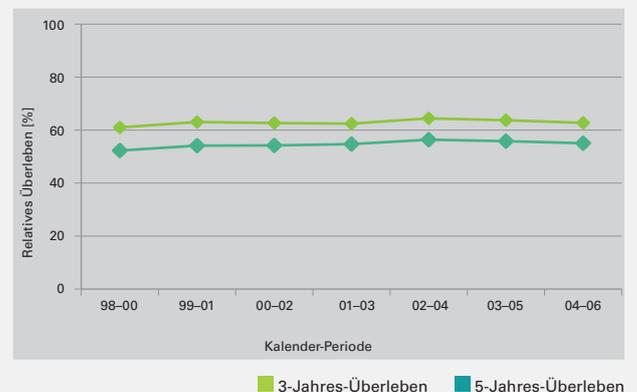


Abb. 9: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend

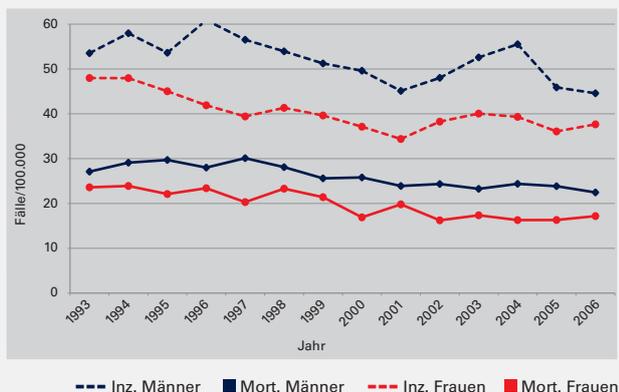


STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail	Männer	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	253,0	314,0
Geschlechterverhältnis	1 : 1,2	
Anteil an Krebs gesamt (%)	10,4	13,5
Sterbealter: Median	73,5	81,5
Mittelwert	73,9	78,8

Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Rohe Rate	30,0	35,2
Altersstandardisierte Rate (Europa)	23,5	16,9
Altersstandardisierte Rate (Welt)	14,6	10,3

Abb. 10: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend
Fälle/100.000 ASR (Europa)



Darmkrebs ist in Hamburg mit jährlich 253 Todesfällen bei Männern die zweithäufigste Krebstodesursache (nach Lungenkrebs), bei Frauen mit 314 die dritthäufigste (nach Brust- und Lungenkrebs). Frauen erkranken in höherem Alter an Darmkrebs als Männer, was sich auch im medianen Sterbealter niederschlägt (gut 73 Jahre bei Männern und gut 81 Jahre bei Frauen).

Die europastandardisierte Sterblichkeitsrate ist im Beobachtungszeitraum deutlich gesunken, bei Männern um etwa 20 %, bei Frauen um etwa 30 %. Mit diesem zeitlichen Trend blieb der Abstand zwischen den Geschlechtern im Wesentlichen konstant.

Abb. 11: Sterbefälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

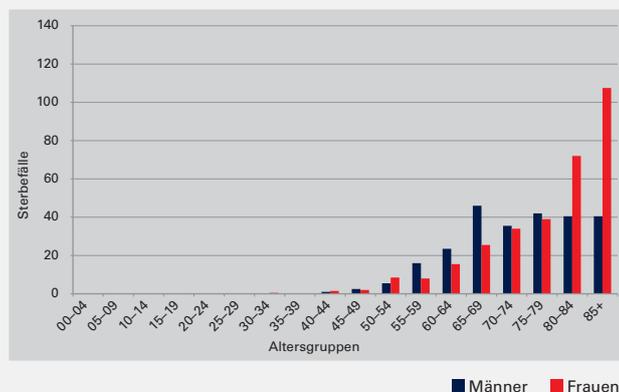
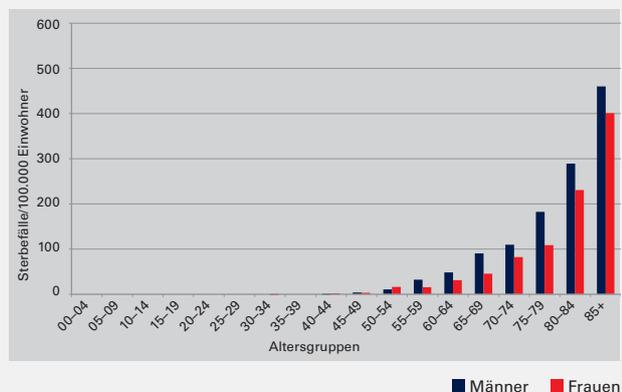


Abb. 12: Sterberaten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der DCO-Anteil bei Darmkrebs beträgt derzeit insgesamt etwa 7 %. Dieser Wert alleine spricht nicht für eine ausgeprägte Untererfassung von Darmkrebs im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen. Das RKI schätzt die Vollständigkeit des HKR demgegenüber lediglich auf etwa 80 %.

Bei etwa 50 % der zu Lebzeiten gemeldeten Darmkrebserkrankungen liegen dem HKR in den Diagnosejahren 2005 und 2006 vollständige klinische Angaben zum Stadium vor, hier dominieren sehr deutlich die bereits fernmetastasierten Stadien.

	Männer	Frauen
DCO-Anteil (%)	5,3	8,1
Vollständigkeit (%) ohne DCO	73,4	83,9
mit DCO	77,6	91,4
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,52	0,54

Stadienverteilung (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
I	125	7	14
II	167	9	19
III	133	7	15
IV	451	24	51
k.A.	979	53	

3.6 Bauchspeicheldrüse (C25)

Bösartige Neubildungen in der Bauchspeicheldrüse können von unterschiedlichen Gewebestrukturen ausgehen: dem Drüsengewebe, der Auskleidung des Pankreasganges, dem Bindegewebe und den hormonproduzierenden Zellen in der Bauchspeicheldrüse.

Risikofaktoren

Rauchen erhöht das Risiko von Bauchspeicheldrüsenkrebs. Als weitere Faktoren gelten eine kalorienreiche Ernährung mit hohen Fleisch- und Fettanteilen, chronische Bauchspeicheldrüsenerkrankungen und möglicherweise ein bestehender Diabetes. Deutlich risikosteigernd sind zudem seltene genetische Konstellationen, hier insbesondere die familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) und vererbare nichtpolypöse kolorektale Tumoren (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer – HNPCC) sowie eine Mutation des BRCA-2-Gens. Eine Ernährung mit hohem Obst- und Gemüseanteil gilt als risikomindernd.

Früherkennung

Bösartige Bauchspeicheldrüsentumoren verursachen anfangs meist wenige und auch unspezifische Symptome. Erste Beschwerden können Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Leistungsschwäche sein, die jedoch auch bei vielen anderen Erkrankungen auftreten. Relativ spät kommt es zu charakteristischen Symptomen wie Gelbsucht und starken Oberbauchschmerzen. Zur Diagnostik werden u.a. Ultraschalluntersuchung, Computertomographie, Bauchspiegelung sowie die Gallengangs- und Bauchspeicheldrüsen-gangsspiegelung (ERCP) eingesetzt. Tritt in einer Familie gehäuft Bauchspeicheldrüsenkrebs auf, sollte die Veränderung des BRCA-2-Gens geprüft werden, das für etwa ein Fünftel der Fälle erblichen Bauchspeicheldrüsenkrebses verantwortlich ist.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

2005 und 2006 erkrankten 300 Menschen pro Jahr in Hamburg an einem Pankreaskarzinom. Mit einem Anteil von unter 4 % ist es in beiden Geschlechtern eine eher seltene Krebserkrankung. Das mediane Erkrankungsalter der Frauen liegt mit 76 Jahren deutlich über dem der Männer, deren Fallzahlen bei den 65- bis 69-Jährigen am höchsten sind. Die Erkrankungszahl der Frauen steigt gleichmäßig bis in die höchsten Altersklassen.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	138,5	161,5	Rohe Rate	16,4	18,1
Geschlechterverhältnis	1	1,2	Altersstandardisierte Rate (Europa)	13,0	9,8
Anteil an Krebs gesamt (%)	3,1	3,7	Altersstandardisierte Rate (Welt)	8,6	6,3
Alter bei Diagnose: Median	68,0	76,0			
Mittelwert	69,4	75,1			

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung Hamburgs (rohe Rate) übersteigt die Rate der betroffenen Frauen die der Männer. Bei den altersstandardisierten Raten kehrt sich dieses Verhältnis durch die geringe Gewichtung der hohen Altersgruppen um.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

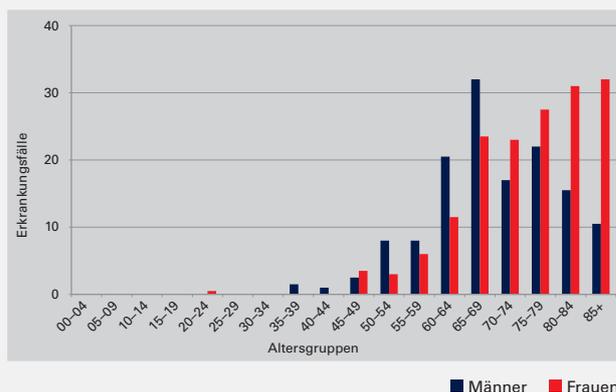
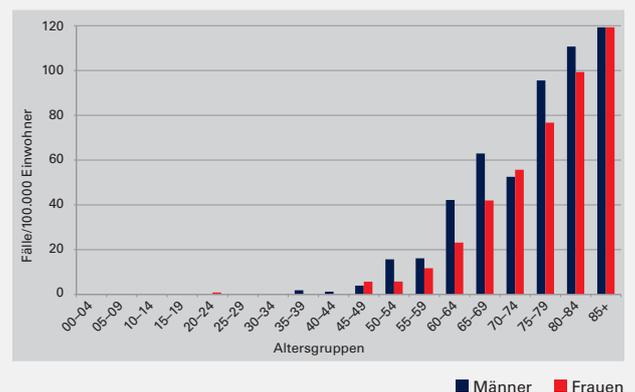


Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten

Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: \bar{x} 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate für Bauchspeicheldrüsenkrebs blieb in Hamburg während des Beobachtungszeitraumes für beide Geschlechter stabil, mit etwas größeren Schwankungen bei Männern. Im Vergleich der Bundesländer und der benachbarten europäischen Staaten liegt das Niveau der Erkrankungshäufigkeit bei Frauen in Hamburg tendenziell im oberen Bereich, das der Männer eher im Mittelfeld.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer

Fälle/100.000 ASR (Europa)

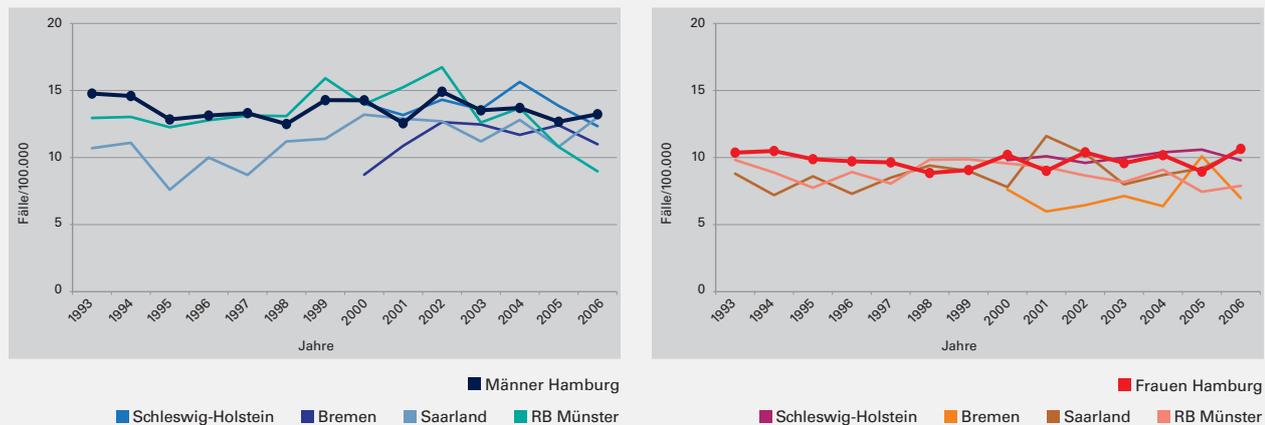
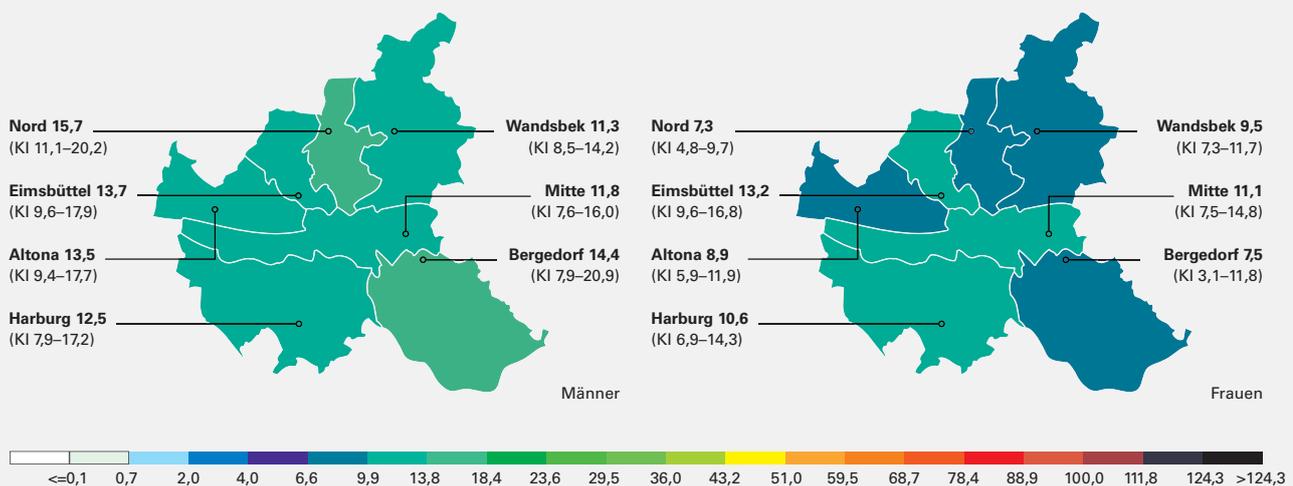


Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken \bar{x} 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

Beim Bauchspeicheldrüsenkrebs liegen die Überlebenskurven für das absolute und das relative Überleben praktisch übereinander. Dies zeigt, dass das Überleben dieser Patientengruppe durch die allgemeine Hintergrundssterblichkeit nicht mehr beeinflusst wird. Die Erkrankung ist mit einer hohen Sterblichkeit im ersten Jahr verbunden. Danach flacht die Kurve auf niedrigem Niveau langsam ab.

Das relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Patienten in Hamburg lediglich 5 %. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht zu beobachten. Auch die von Bremen (M 6 %, F 3 %) und Saarland (M 6 %, F 8 %) berechneten Werte liegen in einer vergleichbaren Größenordnung.

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben

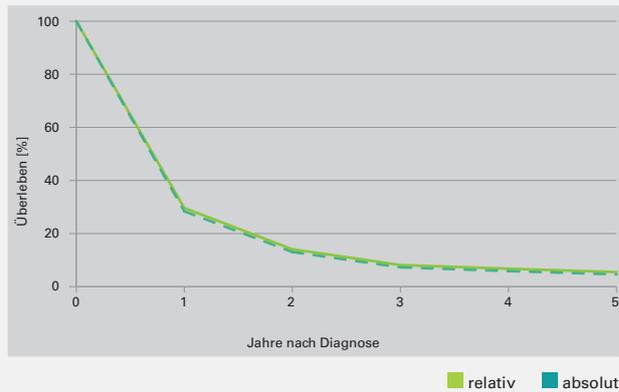
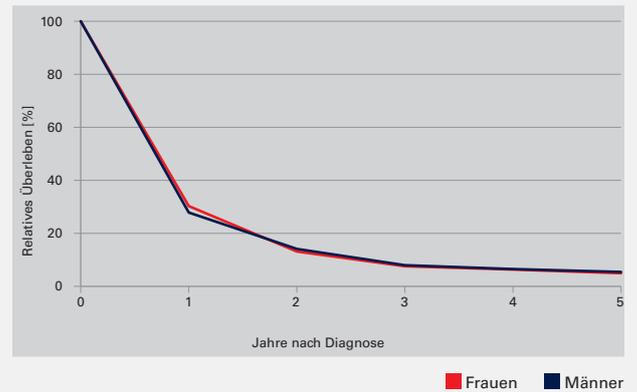


Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach Geschlecht



Der Vergleich der Überlebenszeiten in Abhängigkeit von den Stadien bei Diagnose zeigt positivere Verläufe bei früheren Stadien. Aufgrund der insgesamt sehr geringen Anzahl der nach zwei bis drei Jahren noch lebenden Patienten wurde die Zeitperiode für diese stadienspezifische Berechnung auf den Zeitraum 2000–2006 verlängert.

Eine Verbesserung des 3- und 5-Jahres-Überlebens ist anhand der uns vorliegenden Informationen nicht festzustellen. Auffallend ist der geringe Abstand zwischen den beiden Trendlinien.

Abb. 8: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien Periode 2002–06

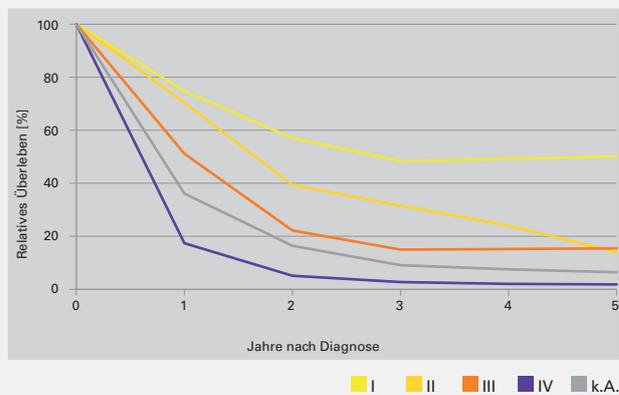
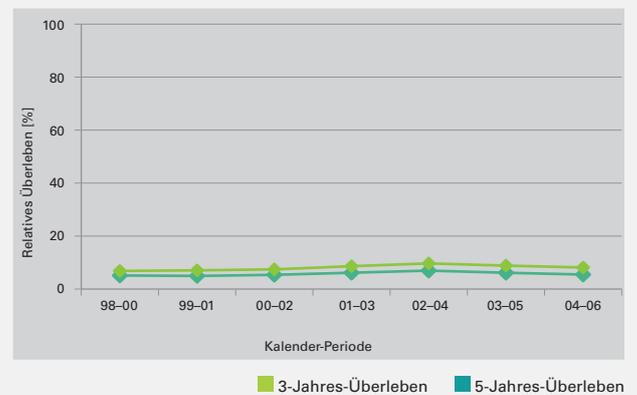


Abb. 9: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend

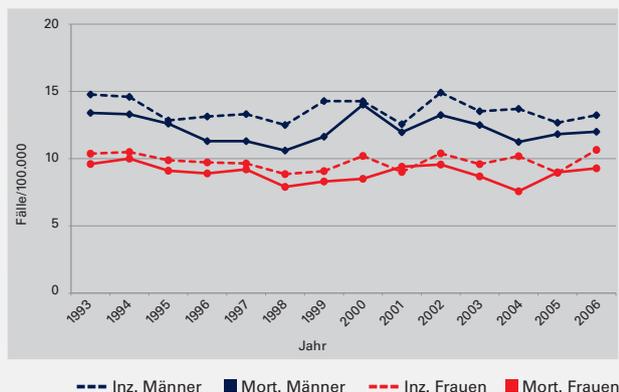


STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail	Männer	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	128,5	158,0
Geschlechterverhältnis	1 : 1,2	
Anteil an Krebs gesamt (%)	5,3	6,8
Sterbealter: Median	70,5	77,5
Mittelwert	71,0	76,9

Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Rohe Rate	15,2	17,7
Altersstandardisierte Rate (Europa)	11,9	9,1
Altersstandardisierte Rate (Welt)	7,8	5,7

Abb. 10: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend
Fälle/100.000 ASR (Europa)



Das Pankreaskarzinom ist eine relativ seltene Krebserkrankung, die aufgrund ihrer hohen Sterblichkeit jedoch eine besondere Bedeutung besitzt. Im Berichtszeitraum erkrankten jährlich 300 Menschen neu, während gleichzeitig 287 Menschen an der Erkrankung verstarben. Auch liegt das mediane Sterbealter nur knapp über dem medianen Erkrankungsalter. Entsprechend verhalten sich die altersspezifischen Sterbefallzahlen und Sterberaten genauso wie die Neuerkrankungen. Der Trend der altersstandardisierten Mortalität blieb ebenfalls für Männer und Frauen stabil.

Abb. 11: Sterbefälle nach Altersgruppen
Ø 2005/06

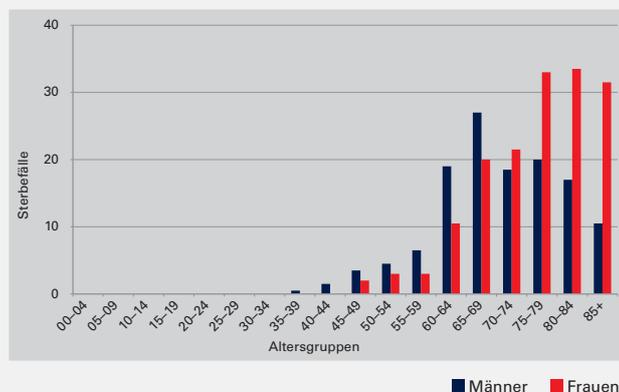
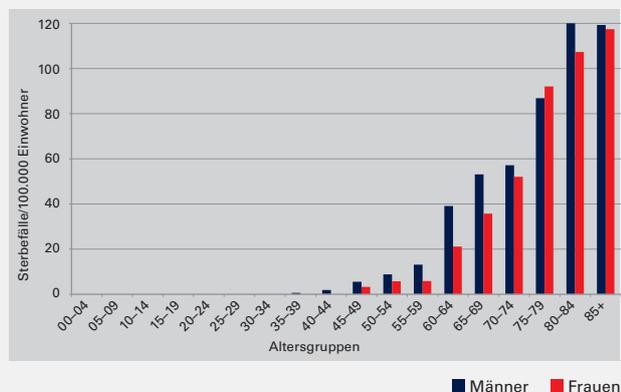


Abb. 12: Sterberaten nach Altersgruppen
Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der Anteil an Fällen, die dem Krebsregister lediglich durch Informationen der Todesbescheinigungen bekannt wurden, liegt über dem Durchschnitt aller Krebserkrankungen. Ein höherer Anteil von DCO-Fällen ist jedoch nicht ungewöhnlich, da viele Bauchspeicheldrüsenkrebserkrankungen erst spät diagnostiziert werden. Auch der Anteil von 42 % dokumentierten Fällen ohne klinische Stadieneinteilung ist für Registerdaten nicht ungewöhnlich. Er entspricht der klinischen Erfahrung, wonach eine Stadieneinteilung bei der ohnehin meist fortgeschrittenen Erkrankung und schlechter Therapiemöglichkeit keinen Gewinn für den Patienten bedeutet.

	Männer	Frauen	Stadienverteilung (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
DCO-Anteil (%)	8,1	17,8	I	5	1	2
Vollständigkeit (%)	113,4	116,8	II	19	4	7
			III	4	1	1
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,93	0,98	IV	239	52	90
			k.A.	193	42	

3.7 Lunge (C33–34)

Lungenkrebs umfasst bösartige Neubildungen von Luftröhre, Bronchien und Lungengewebe. Sie gehören bei Männern und Frauen zu den drei häufigsten Krebserkrankungsarten. Histologisch überwiegen Plattenepithel-, Adeno- und kleinzellige Karzinome.

Risikofaktoren

Der mit Abstand wichtigste Risikofaktor ist Tabakrauch, der bei Männern bis zu 90 % der Lungenkrebskrankungen und bei Frauen etwa 60 % verursacht. In Abhängigkeit von der Menge gerauchter Zigaretten pro Tag, der Zahl der „Raucherjahre“ und anderer Aspekte wie Einstiegsalter, Tabakproduktart und Inhalationsmuster steigt das Lungenkrebsrisiko auf das 20- bis 30-fache eines Nie-Rauchers. Als kaum weniger gefährlich sind Zigarren, Pfeifen, Bidis, Shishas (Wasserpfeifen) und andere Tabakrauchwaren zu beurteilen. Passivrauch erhöht die Erkrankungswahrscheinlichkeit etwa um das 1,3-fache. Weitere Risikofaktoren sind Belastungen am Arbeitsplatz und in der Umwelt durch Radon, ionisierende Strahlen, Asbest, etliche Luftschadstoffe und Stäube sowie chronische Lungenerkrankungen. Genetische Veranlagungen spielen vermutlich eine wichtige Rolle bei der Empfindlichkeit gegenüber Schadstoffen.

Früherkennung

Lungenkrebskrankungen verursachen anfangs selten Beschwerden, im fortgeschrittenen Stadium treten unspezifische Symptome wie Husten, Auswurf, Abgeschlagenheit etc. auf. Befriedigende Möglichkeiten zur Früherkennung eines Bronchialkarzinoms, die auch für Patienten ohne Anzeichen auf eine Lungenerkrankung sinnvoll sind, gibt es bis heute trotz intensiver Forschung nicht.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

In Hamburg erkrankten 2005/06 etwa 850 Männer und 455 Frauen pro Jahr an Lungenkrebs. Damit betrifft fast jede fünfte registrierte bösartige Neubildung bei Männern die Lunge, bei Frauen jede zehnte. Für beide Geschlechter liegt das mittlere Erkrankungsalter bei 68 Jahren.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	849,5	454,5	Rohe Rate	100,7	51,0
Geschlechterverhältnis	1,9 : 1		Altersstandardisierte Rate (Europa)	81,2	36,4
Anteil an Krebs gesamt (%)	18,9	10,5	Altersstandardisierte Rate (Welt)	54,9	25,4
Alter bei Diagnose: Median	68,0	67,0			
Mittelwert	67,8	67,3			

Bei Frauen zeigen sich in den Altersgruppen zwischen 55 und 84 Jahren etwa gleichbleibende Fallzahlen, bei Männern ist ein deutlicher Gipfel bei den 60- bis 69-Jährigen erkennbar. Das Erkrankungsrisiko steigt bei den Männern fast linear bis zur höchsten Altersgruppe, bei den älteren Frauen sind deutlich geringere Erkrankungswahrscheinlichkeiten zu beobachten.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

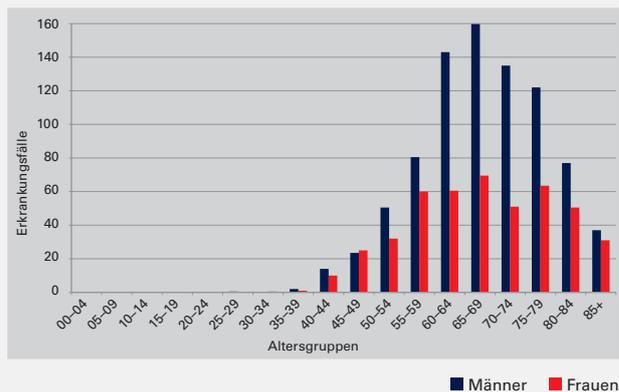
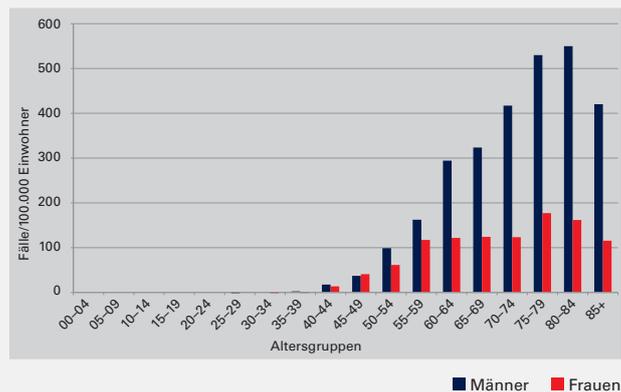


Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

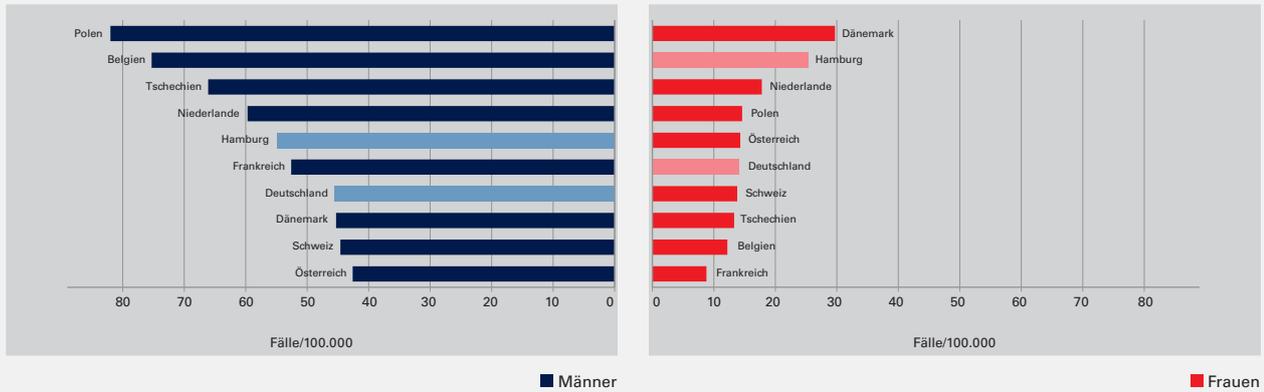
Ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten

Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: \bar{x} 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Die Häufigkeit von Lungenkrebs Erkrankungen folgt in Hamburg dem gleichen Trend wie in den anderen Bundesländern: Bei Männern sind die altersstandardisierten Raten rückläufig und haben in den vergangenen 10 Jahren um etwa 10 % abgenommen. Frauen erkranken zwar insgesamt immer noch viel seltener, aber mit steigender Tendenz: So hat sich seit 1996 die EU-standardisierte Rate von 27 auf 36 pro 100.000 erhöht. Im Vergleich zu benachbarten Staaten und anderen deutschen Regionen liegt die Erkrankungsrate von Frauen in Hamburg auffällig hoch, bei Männern dagegen im Mittelfeld.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer

Fälle/100.000 ASR (Europa)

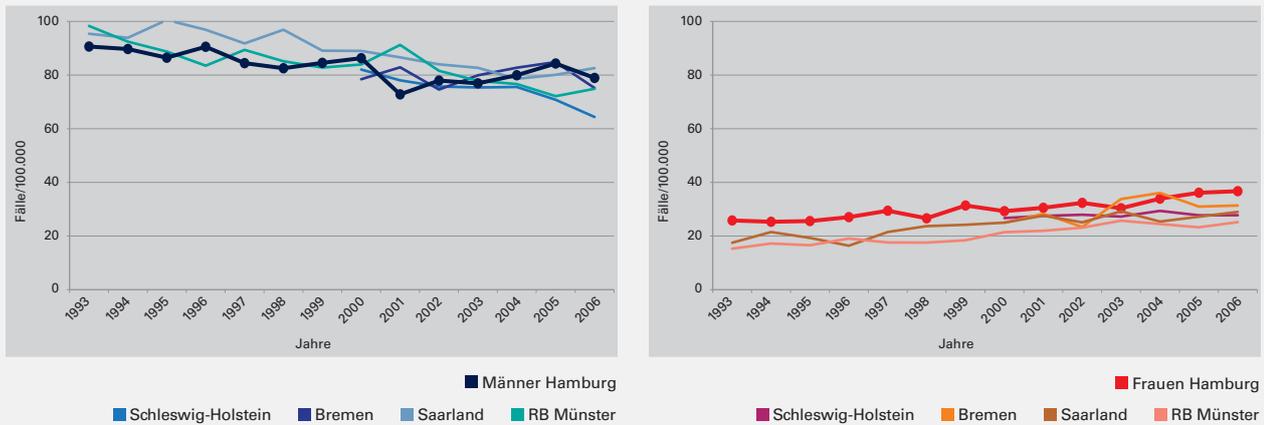
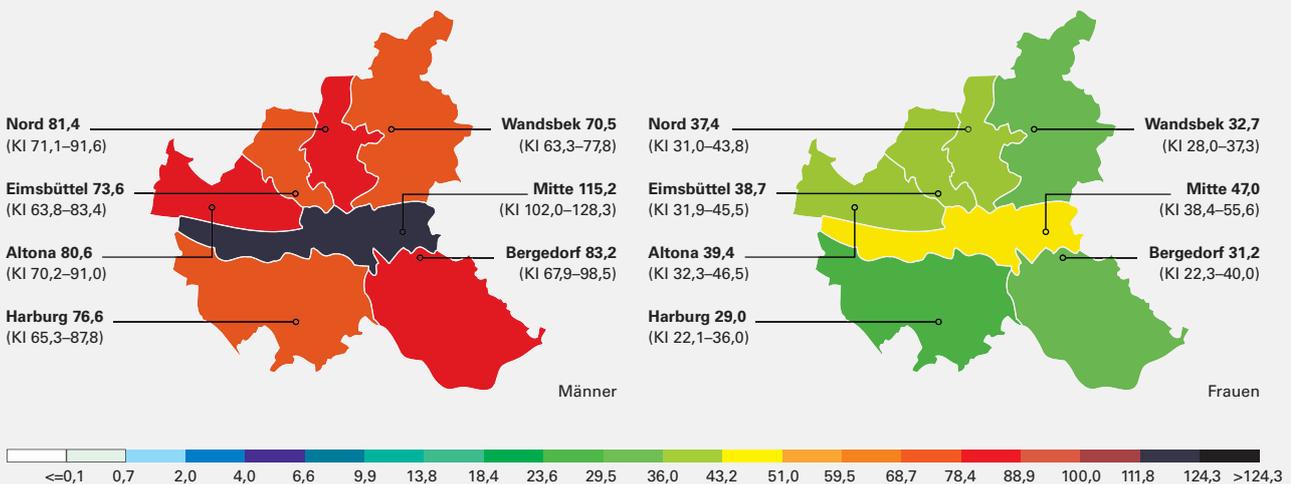


Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken \bar{x} 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

Das relative, also krankheitsspezifische 5-Jahres-Überleben nach der Diagnose von Lungenkrebs wird für Patienten mit Wohnsitz in Hamburg nach dem Periodenansatz auf 15 % geschätzt. Der sehr rasche Abfall der Überlebenskurve in den ersten beiden Jahren und der geringe Anteil der nach 5 Jahren sowohl absolut als auch relativ noch lebenden Lungenkrebspatienten kennzeichnen die weiterhin schlechte Prognose dieser Erkrankung.

Das in Hamburg für Männer und Frauen praktisch identische 5-Jahres-Überleben ist hier nicht grafisch dargestellt. Es liegt in dem von Bremen (M 17 %, F 17 %) und Saarland (M 15 %, F 18 %) angegebenen Bereich. Deutliche prognostische Unterschiede zeigen sich dagegen bei der Differenzierung nach Gewebeart. Für das relative 5-Jahres-Überleben nach Diagnose kleinzelliger Lungentumoren wurden 9 % berechnet, bei nicht-kleinzelligen 18 %.

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben

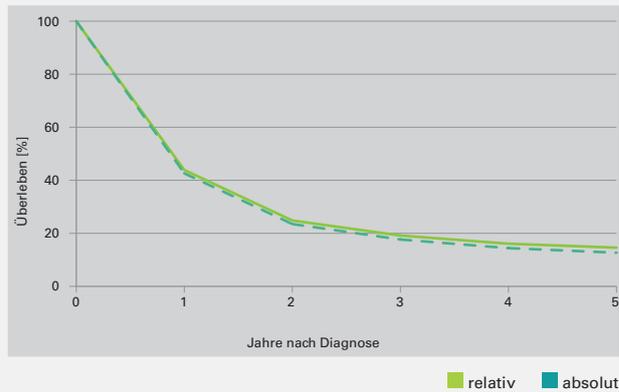
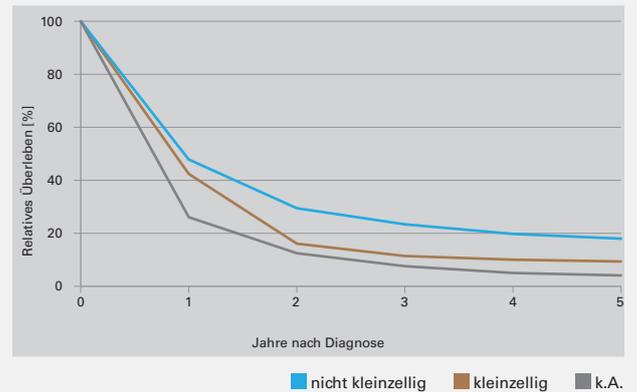


Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach Histologie



Gut 70 % der im Berichtszeitraum an das HKR gemeldeten Lungenkrebsfälle sind mit vollständigen TNM-Angaben versehen. Die demnach ganz überwiegend spät diagnostizierten Fälle mit bereits bestehenden Fernmetastasen (Stadium IV) zeigen ein relatives 5-Jahres-Überleben von 4 %. Bei dem selten auftretenden frühen UICC-Stadium I mit kleinem Primärtumor und weder Lymphknotenbeteiligung noch Fernmetastasen leben 5 Jahre nach Diagnose hingegen noch deutlich über 50 % der Lungenkrebspatienten.

Im Verlauf der Kalenderperioden seit 1998 liegt das relative 3- und 5-Jahres-Überleben gleichbleibend bei etwa 20 bzw. 15 %. Der Zeittrend der relativen 5-Jahres-Überlebensraten von Lungenkrebspatienten in Hamburg zeigt ein stabiles Niveau ohne Trend nach oben oder unten. Demnach hat sich die Prognose bei dieser Erkrankung für die Gesamtbevölkerung in der jüngeren Vergangenheit nicht erkennbar verbessert.

Abb. 8: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien

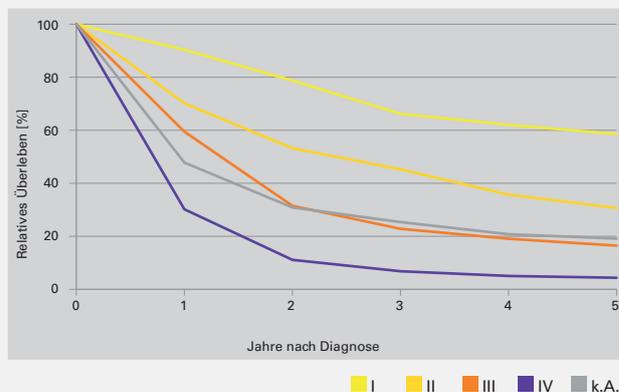
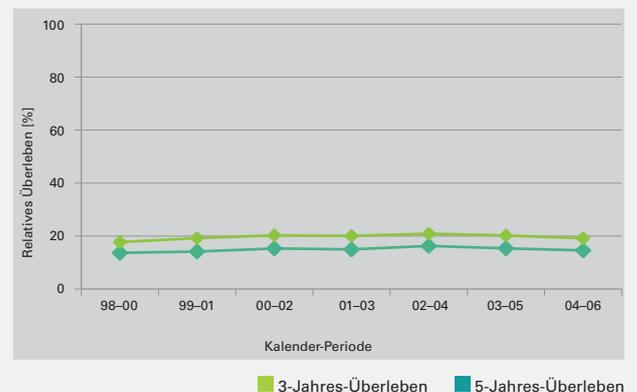


Abb. 9: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend

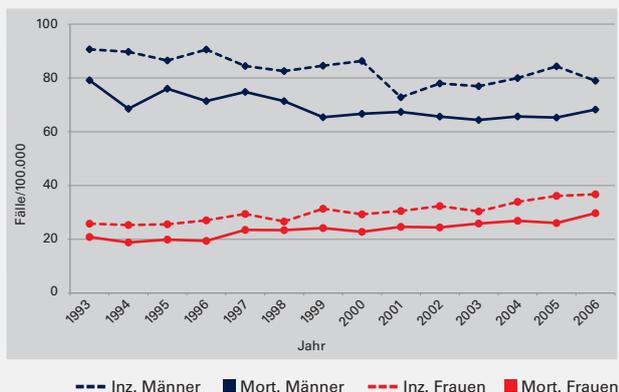


STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail	Männer	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	706,0	379,0
Geschlechterverhältnis	1,9 : 1	
Anteil an Krebs gesamt (%)	29,1	16,4
Sterbealter: Median	68,5	71,0
Mittelwert	69,4	70,4

Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Rohe Rate	83,7	42,5
Altersstandardisierte Rate (Europa)	66,5	27,9
Altersstandardisierte Rate (Welt)	44,3	18,9

Abb. 10: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend
Fälle/100.000 ASR (Europa)



Lungenkrebs ist in Hamburg mit jährlich 706 Todesfällen bei Männern die mit Abstand häufigste Krebstodesursache. Bei Frauen steht sie mit 380 Todesfällen an zweiter Stelle. Absolut sterben etwa doppelt so viele Männer wie Frauen an Lungenkrebs, während in den Altersgruppen ab 60 Jahren 2,5- bis 3-mal so viele Männer wie Frauen pro 100.000 betroffen sind.

Die europastandardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Lungenkrebs liegt bei Männern in Hamburg nach einem Rückgang bis 1999 in den letzten 10 Jahren stabil bei etwa 66/100.000. Bei Frauen zeigt sich seit Mitte der 90er Jahre ein allmählicher Anstieg von 20 auf fast 30/100.000 im Jahr 2006.

Abb. 11: Sterbefälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

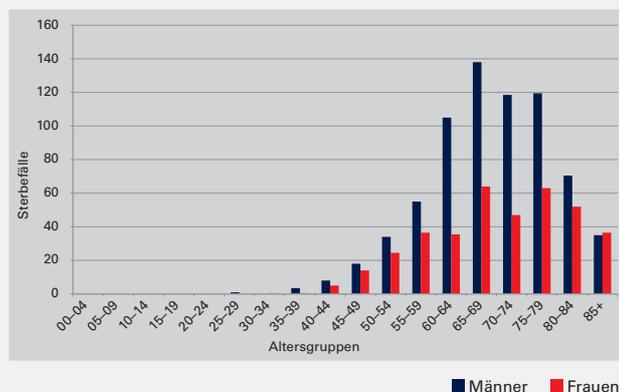
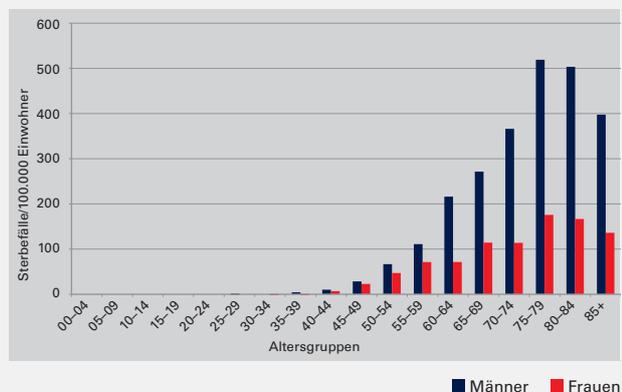


Abb. 12: Sterberaten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der DCO-Anteil von knapp 9 % liegt in einem akzeptablen Bereich. Auch die vom RKI geschätzte Übervollständigkeit (>100 %) deutet daraufhin, dass der DCO-Anteil in Hamburg eher unterdurchschnittlich ist. Vollständige TNM-Angaben liegen bei gut 70 % der für 2005/06 zu Lebzeiten gemeldeten Lungenkrebsfälle vor. Bei den daraus abgeleiteten UICC-Stadien überwiegen deutlich die bei Erstdiagnose bereits fernmetastasierten Erkrankungen, was der klinischen Erfahrung entspricht.

	Männer	Frauen
DCO-Anteil (%)	8,8	8,9
Vollständigkeit (%) ohne DCO	116,0	104,0
mit DCO	126,7	114,0
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,83	0,83

Stadienverteilung (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
I	104	5	7
II	44	2	3
III	318	15	21
IV	1.077	50	70
k.A.	618	29	

3.8 Malignes Melanom (C43)

Das maligne Melanom, auch schwarzer Hautkrebs genannt, ist ein bösartiger Tumor der Pigmentzellen und ist die Hautkrebserkrankung mit der schlechtesten Prognose.

Risikofaktoren

Risikofaktoren sind ein heller Hauttyp, eine hohe Anzahl von Pigmentmalen und das Auftreten maligner Melanome in der Familie. UV-Strahlung gilt als die wichtigste umweltbedingte Melanomursache. Die wichtigste natürliche Quelle ist die Sonne; künstlicher UV-Strahlung ist man beim Besuch von Sonnenstudios sowie ggf. auch an bestimmten Arbeitsplätzen ausgesetzt. Bei häufig wiederkehrender UV-Überdosierung können dauerhafte Schäden am Erbgut entstehen, die zur Entartung der betroffenen Zellen führen.

Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, besonders Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit hellem Hauttyp nachhaltig vor intensiver UV-Strahlung zu schützen.

Früherkennung

Erwachsene können ihre Haut monatlich selber untersuchen. Die ABCDE-Regel weist auf mögliche Warnsignale des Melanoms hin: A steht für Asymmetrie, B für unregelmäßige Begrenzung, C für Color (Farbveränderungen), D für Durchmesser > 6 mm und E für Erhebung über das Hautniveau. Auffällige Hautveränderungen sollten hautärztlich beurteilt werden. Seit dem 1. Juli 2008 haben alle gesetzlich krankenversicherten Personen ab dem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf eine kostenlose Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

Im Berichtszeitraum dokumentierte das HKR pro Jahr durchschnittlich 128 Neuerkrankungen bei Männern und 145 bei Frauen. Damit entfallen für beide Geschlechter etwa 3 % der jeweils registrierten Krebsfälle auf das maligne Melanom. Es tritt insbesondere bei Frauen häufiger als andere Krebserkrankungen bereits in jüngeren Lebensjahren auf.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	128,0	145,0	Rohe Rate	15,2	16,3
Geschlechterverhältnis	1 :	1,1	Altersstandardisierte Rate (Europa)	12,6	12,4
Anteil an Krebs gesamt (%)	2,9	3,4	Altersstandardisierte Rate (Welt)	9,3	9,8
Alter bei Diagnose: Median	63,5	60,5			
Mittelwert	60,5	58,8			

Bei den altersspezifischen Raten überwiegen in den höheren Altersgruppen die Männer mit einem steilen Anstieg zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr. Bei Frauen ist die erhöhte Rate bei den 40- bis 50-Jährigen auffällig, danach folgt ein mäßiger Anstieg der Rate bis ins hohe Alter.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

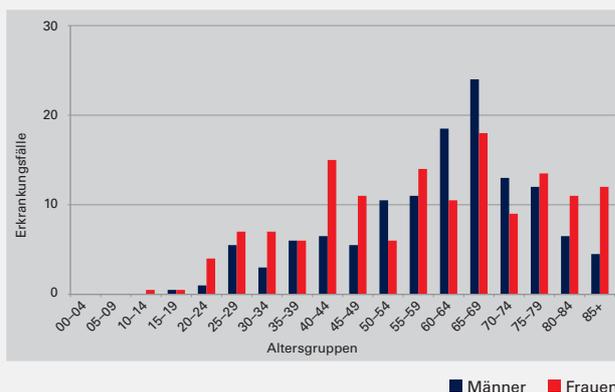
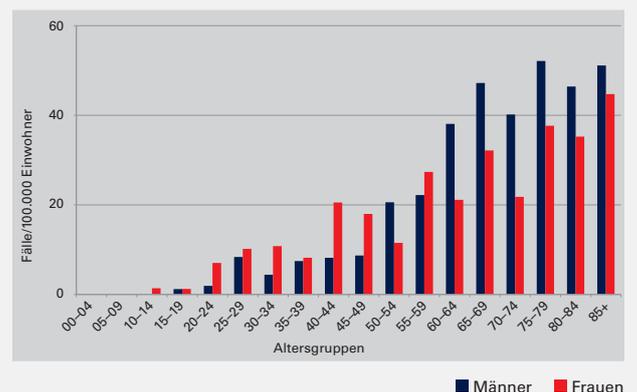


Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

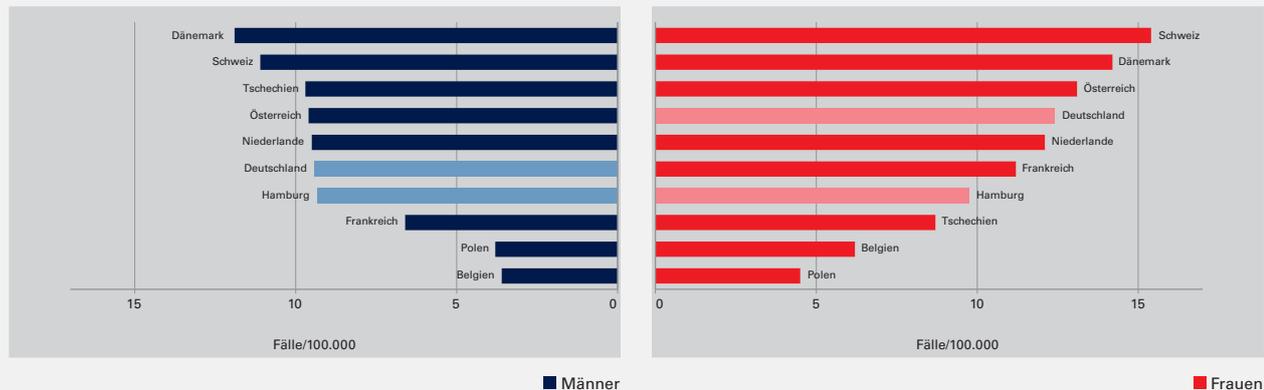
Ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten

Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: \bar{x} 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



In den 90er Jahren ist in Hamburg bei Männern und Frauen ein deutlicher Anstieg der Erkrankungen mit malignem Melanom zu verzeichnen, der fast einer Verdoppelung der altersstandardisierten Raten entspricht. Seit 2002 ist bei beiden Geschlechtern eine rückläufige Tendenz zu erkennen, die sich mit Ausnahme von Schleswig-Holstein so bei anderen Bundesländern nicht feststellen lässt. Das derzeitige Erkrankungsniveau in Hamburg erscheint nicht auffällig im Vergleich zu anderen Bundesländern oder Nachbarstaaten.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer

Fälle/100.000 ASR (Europa)

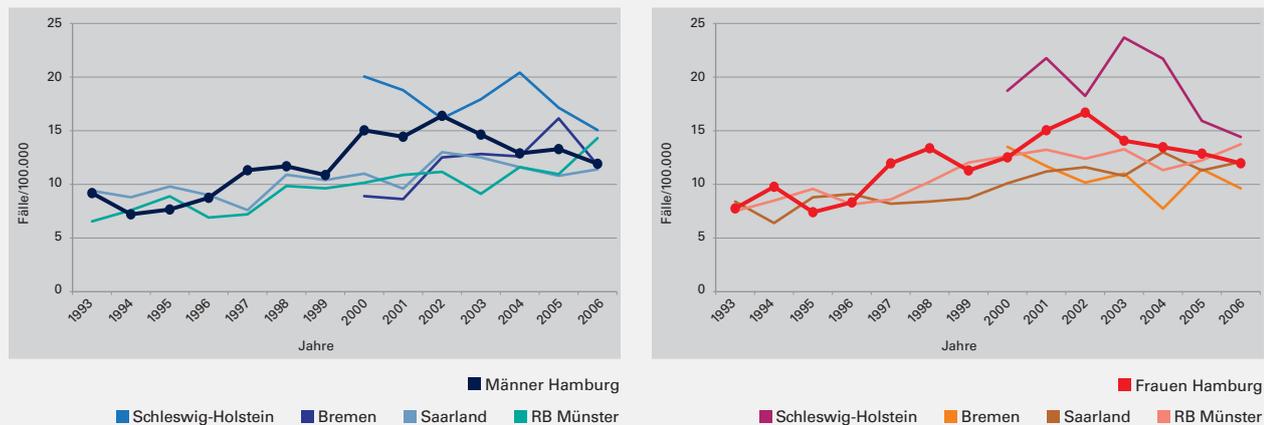
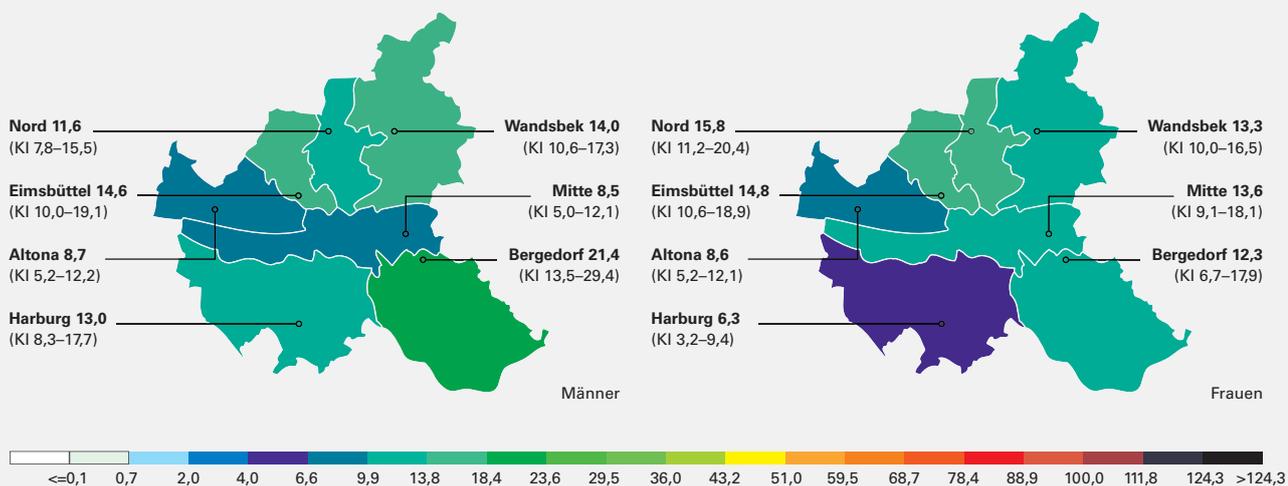


Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken \bar{x} 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

Das relative, also krankheitsspezifische 5-Jahres-Überleben nach der Diagnose eines malignen Melanoms wird für Patienten mit Wohnsitz in Hamburg derzeit auf 93 % geschätzt. Der hohe Anteil überlebender Patienten, der nahezu horizontale Verlauf der relativen Überlebenskurve ab dem dritten Jahr nach Diagnose sowie der deutliche Unterschied zwischen absolutem oder beobachtetem Überleben weisen auf die relativ gute Prognose dieser Erkrankung hin.

Das 5-Jahres-Überleben unterscheidet sich für Männer und Frauen in Hamburg (M 92 %, F 93 %) nicht. Vergleicht man die Werte mit denen aus Bremen (M 86 %, F 92 %) und dem Saarland (M 84 %, F 88 %), so liegen sie für Männer in Hamburg höher, während das Überleben von Frauen in einem vergleichbaren Niveau wie im Saarland und in Bremen liegt.

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben

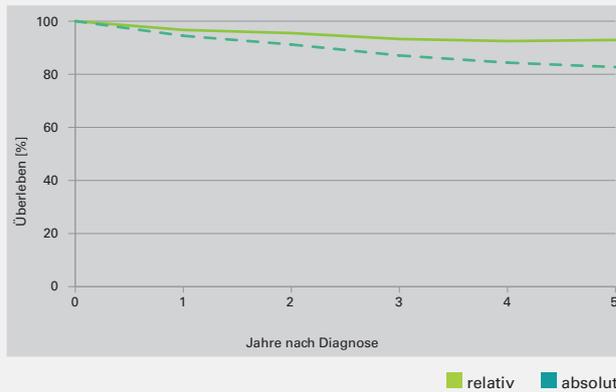
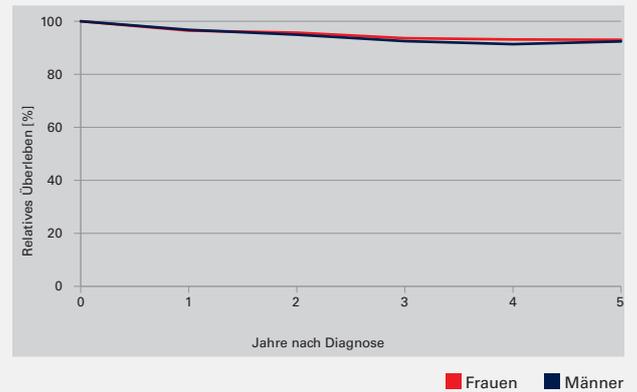


Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach Geschlecht



Für etwa zwei Drittel der dem HKR gemeldeten Fälle mit malignem Melanom liegen vollständige TNM-Angaben vor, aus denen sich UICC-Stadien bilden lassen. Hierbei sind etwa drei Viertel der Fälle im frühen Stadium I. Deutlich zeigt sich der Einfluss des Stadiums bei Erstdiagnose auf das Überleben. Während die im Stadium I diagnostizierten Fälle länger leben als die Vergleichsbevölkerung ohne Melanomdiagnose, ist das Langzeitüberleben in der fernmetastasierten Gruppe deutlich geringer.

Die Überlebensrate nach einer Melanomdiagnose ist insgesamt hoch, das 3- und das 5-Jahres-Überleben unterscheiden sich so gut wie gar nicht voneinander. Im Zeittrend der relativen Überlebensraten in Hamburg zeigt sich eine positive Entwicklung zu einer stetig besser werdenden Prognose mit einer Verbesserung des relativen 5-Jahres-Überlebens von etwa 89 % auf 93 %.

Abb. 8: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien

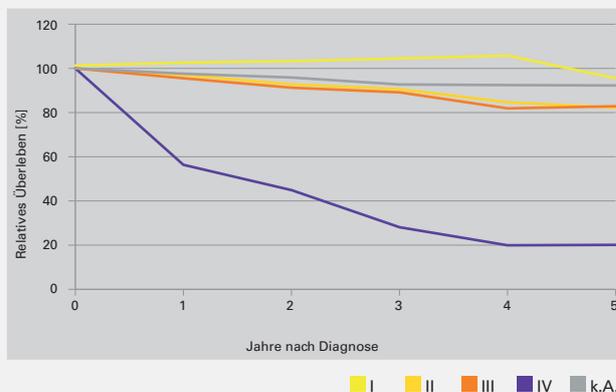
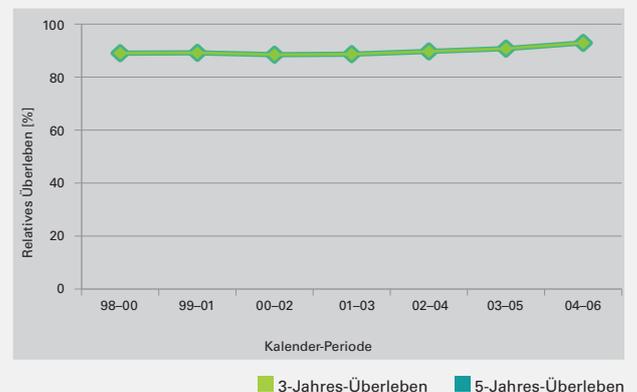


Abb. 9: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend



STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail	Männer	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	19,5	25,5
Geschlechterverhältnis	1 : 1,3	
Anteil an Krebs gesamt (%)	0,8	1,1
Sterbealter: Median	68,5	76,5
Mittelwert	65,8	73,9

Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Rohe Rate	2,3	2,9
Altersstandardisierte Rate (Europa)	1,8	1,6
Altersstandardisierte Rate (Welt)	1,2	1,1

Abb. 10: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend
Fälle/100.000 ASR (Europa)



Melanomkrankungen gehören in Hamburg mit jährlich 20 Todesfällen bei Männern und 26 bei Frauen zu den seltenen Krebstodesursachen. Das um 8 Jahre höhere mediane Sterbealter bei Frauen spiegelt im Wesentlichen die große Anzahl der Fälle bei den sehr alten Frauen wider. Die europastandardisierte Sterblichkeitsrate liegt in Hamburg bei Männern über den gesamten Betrachtungszeitraum bei 3/100.000 und darunter, bei Frauen bei 2/100.000 und darunter. Der Anstieg der Inzidenz des malignen Melanoms in den 90er Jahren findet keine Entsprechung bei den Sterblichkeitsraten.

Abb. 11: Sterbefälle nach Altersgruppen
Ø 2005/06

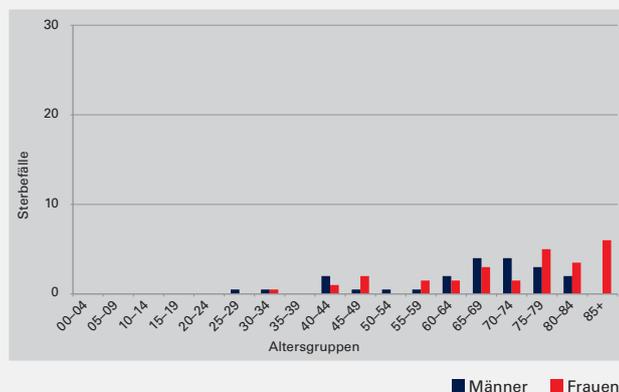
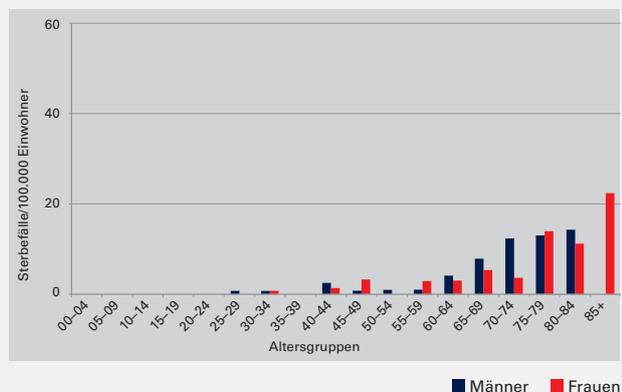


Abb. 12: Sterberaten nach Altersgruppen
Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der Anteil von Melanomfällen, die dem Krebsregister ausschließlich durch Todesbescheinigungen bekannt wurden, ist sehr gering (M 1 %, F 3 %). Mehr Frauen erkranken und versterben in sehr hohem Alter und damit auch häufig ohne weitere Diagnostik an einem Melanom. Das RKI schätzt die Vollständigkeit des HKR beim malignen Melanom auf unter 80 %.

Für etwa zwei Drittel der an das HKR gemeldeten Fälle mit malignem Melanom liegen vollständige TNM-Angaben vor, aus denen sich UICC-Stadien bilden lassen.

	Männer	Frauen
DCO-Anteil (%)	0,8	3,0
Vollständigkeit (%) ohne DCO	75,2	68,3
mit DCO	75,8	70,5
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,15	0,18

Stadienverteilung (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
I	257	49	73
II	43	8	12
III	18	3	5
IV	35	7	10
k.A.	168	32	

In der folgenden Darstellung werden im Wesentlichen Brustkrebskrankungen der Frauen dargestellt, die überwiegend den Drüsenkörper betreffen. Die seltenen Erkrankungsfälle bei Männern werden tabellarisch erwähnt.

Risikofaktoren

Ein erhöhtes Brustkrebsrisiko tragen Frauen mit früher Menarche (erster Regelblutung), später Menopause (letzte Regelblutung), später erster bzw. keiner Schwangerschaft sowie Frauen, in deren naher Verwandtschaft Brustkrebs aufgetreten ist. Für einen kleinen Teil der Brustkrebskrankungen sind genetischen Anlagen wie etwa das Vorhandensein der Gene BRCA1 und BRCA2 ursächlich. Zu weiteren Risikofaktoren zählen langjährige Hormontherapie in den Wechseljahren, proliferative Mastopathie (gutartige Vermehrung der Drüsenläppchen und des Bindegewebes) sowie Strahlentherapie in jungen Jahren. Zusammenhänge mit kalorien- und fettreicher Ernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel sowie Tabak- und Alkoholkonsum wurden in vielen Studien beobachtet.

Früherkennung

Veränderungen im Bereich von Brust und Achselhöhle wie z. B. Verhärtungen, Knoten, nicht heilende Wunden, Einziehungen der Haut, angeschwollene Lymphknoten oder Sekretionen aus der Brustdrüse können Hinweise auf eine Brustkrebskrankung sein. Seit 2008 wird auch in Hamburg ein strukturiertes und qualitätsgesichertes Mammographie-Screening-Programm für alle Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen in Kooperation mit den Ländern aufgebaut. Dieses Programm stellt hohe Ansprüche an Qualität und Datentransparenz. Es ist vorgesehen, dass die Bewertung der Auswirkungen dieses Programms unter Nutzung der im Hamburgischen Krebsregister gesammelten Daten erfolgt.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

Im Berichtszeitraum dokumentierte das HKR pro Jahr durchschnittlich knapp 1.300 Brustkrebsneuerkrankungsfälle bei Frauen. Damit entfallen in Hamburg fast ein Drittel aller bösartigen Neubildungen von Frauen auf diese bei ihnen häufigste Krebserkrankung.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	11,0	1.295,5	Rohe Rate	1,3	145,3
Geschlechterverhältnis	1	118	Altersstandardisierte Rate (Europa)	1,1	109,3
Anteil an Krebs gesamt (%)	0,2	30,0	Altersstandardisierte Rate (Welt)	0,7	80,2
Alter bei Diagnose: Median	70,5	64,0			
Mittelwert	67,9	63,5			

Das mediane Alter bei einer Brustkrebsdiagnose ist mit 64 Jahren niedriger als bei vielen anderen Krebserkrankungen. Die dokumentierten Fälle treten überwiegend in den Altersgruppen ab dem 55. Lebensjahr auf, aber schon bei 25-Jährigen kommt Brustkrebs vor. Absolut betrachtet liegt der Altersgipfel bei den 65- bis 69-Jährigen.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

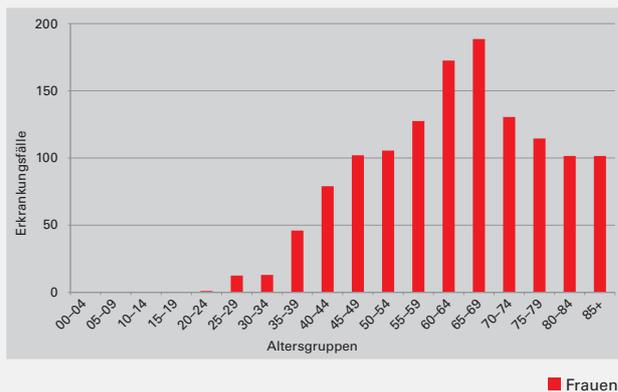
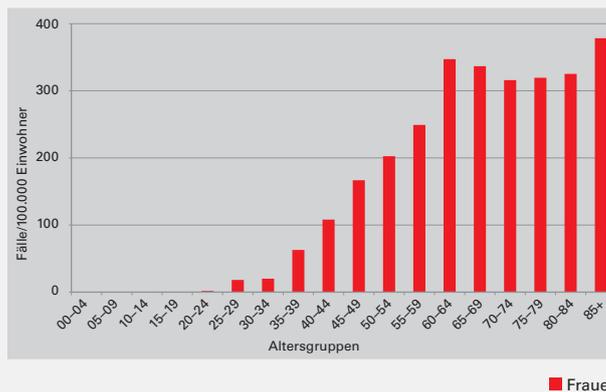


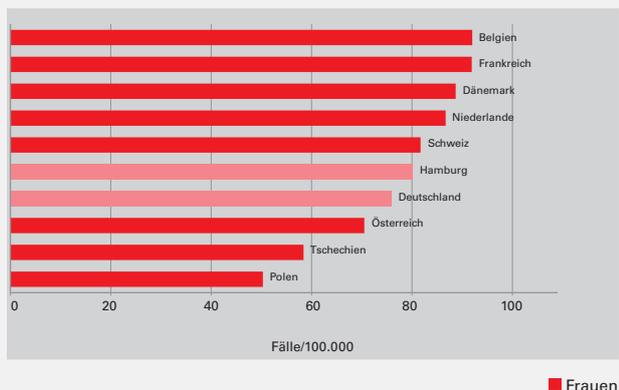
Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten
Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: ø 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



In Hamburg stieg die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate für Brustkrebs im Beobachtungszeitraum bis 2002 bei über mehrere Jahre fast konstantem Niveau insgesamt an. Der dann folgende, auch andernorts zu beobachtende Rückgang steht vermutlich im Zusammenhang mit dem seit 2002 deutlich verminderten Einsatz von Hormontherapie bei Frauen in den Wechseljahren. Gleichzeitig beeinflusst das in den Bundesländern zeitlich versetzt begonnene Mammographiescreening die Neuerkrankungsraten. Aktuell liegt die Rate im Mittelfeld der europäischen Nachbarstaaten.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeittrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer
Fälle/100.000 ASR (Europa)

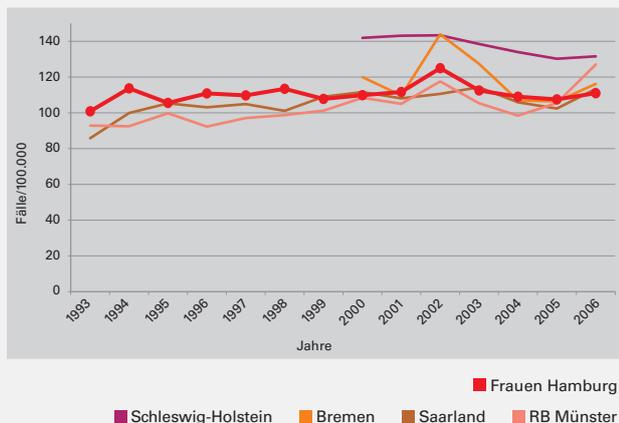
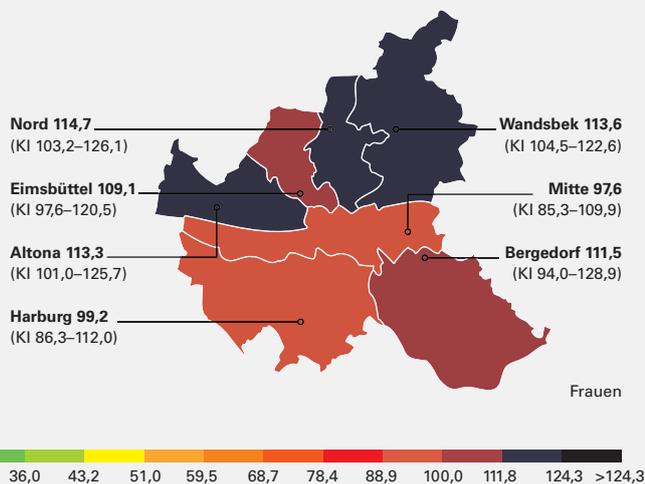


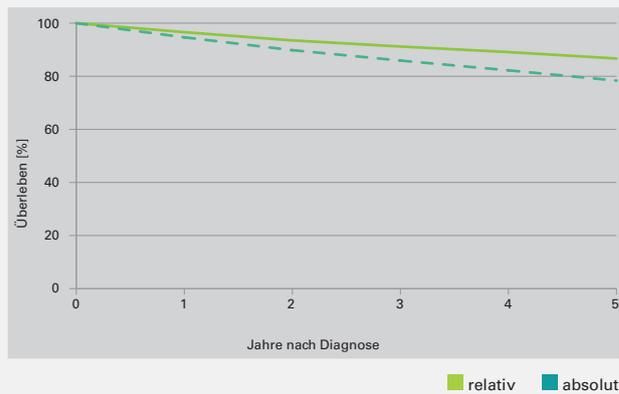
Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken ø 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

Das relative, also krankheitsspezifische 5-Jahres-Überleben nach der Diagnose von Brustkrebs wird für Patientinnen mit Wohnsitz in Hamburg derzeit auf 87 % geschätzt. Dieser hohe Anteil noch Lebender und der deutliche Unterschied zwischen relativem und beobachtetem Überleben kennzeichnen die vergleichsweise gute Prognose dieser Erkrankung. Gleichwohl deutet der stetig fallende Verlauf der Überlebenskurve auf auch fünf Jahre nach Erstdiagnose weiter erhöhte Sterblichkeit bei Brustkrebserkrankungen hin.

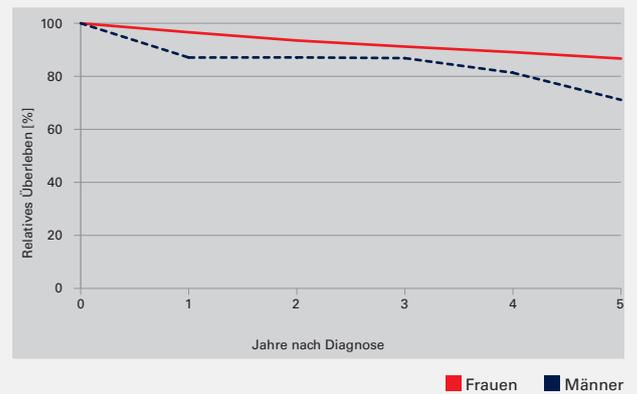
Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben



Die 5-Jahres-Prognose von Brustkrebspatientinnen in Hamburg ist identisch mit dem von Bremen veröffentlichten Wert und fällt günstiger aus als im Saarland (81 %). Für Männer liegt das aufgrund der geringen Fallzahlen über eine längere Zeitperiode berechnete 5-Jahres-Überleben mit 71 % deutlich niedriger.

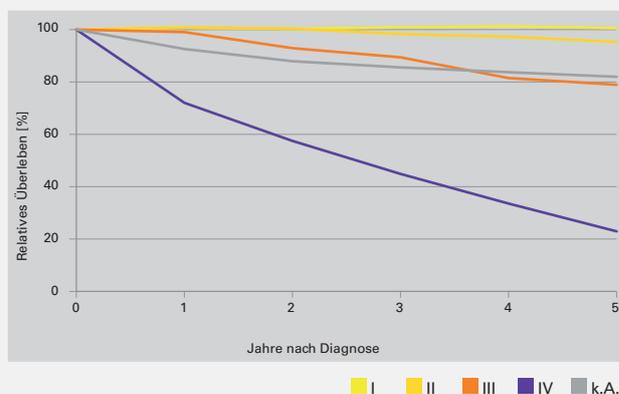
Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach Geschlecht

M: Periode 2000–06; F: 2004–06



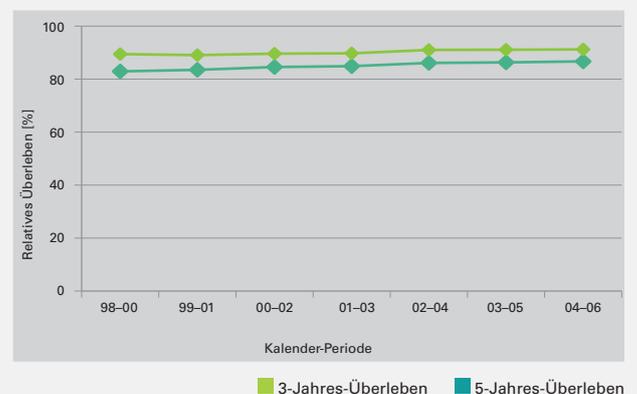
Brustkrebs ist epidemiologisch wie klinisch sehr gut dokumentiert. Für 82 % der an das HKR gemeldeten Fälle liegen vollständige TNM-Angaben vor, aus denen sich UICC-Stadien bilden lassen. Hierbei entfallen weniger als 10 % auf die bereits fernmetastasierten Fälle (Stadium IV), während die meisten Diagnosen in den Stadien I und II gestellt wurden. Deutlich zeigt sich die besonders gute Langzeitprognose der in frühen Stadien entdeckten Brustkrebserkrankungen.

Abb. 8: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien



Im Vergleich der verschiedenen Kalenderperioden ist das relative 5-Jahres-Überleben von 83 % auf 87 % gestiegen. Inwieweit dieser leicht steigende Trend einer tatsächlich verbesserten Prognose oder vielmehr einer durch erhöhte Früherkennungsaktivitäten vorverlagerten Diagnose zuzuschreiben ist, lässt sich nicht sicher beurteilen.

Abb. 9: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend

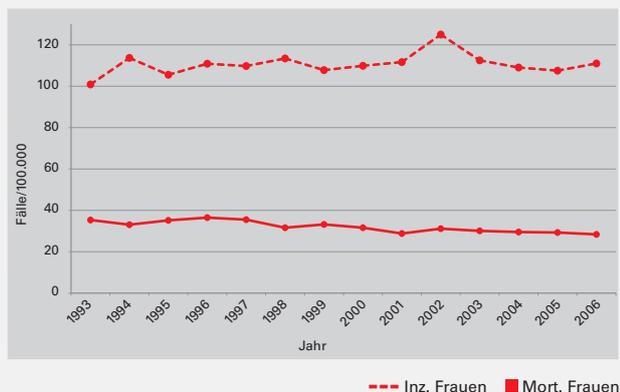


STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail	Männer	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	4,0	405,0
Geschlechterverhältnis	1 :	101,3
Anteil an Krebs gesamt (%)	0,2	17,4
Sterbealter: Median	79,0	71,5
Mittelwert	–	71,4

Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Rohe Rate	0,5	45,4
Altersstandardisierte Rate (Europa)	0,4	28,9
Altersstandardisierte Rate (Welt)	0,2	19,8

Abb. 10: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend
Fälle/100.000 ASR (Europa)



Brustkrebs ist in Hamburg mit jährlich 405 Todesfällen die häufigste Krebstodesursache bei Frauen. Absolut verteilen sich die meisten Sterbefälle etwa gleichmäßig auf die Altersgruppen zwischen 60 und 84 Jahren, während die Sterbewahrscheinlichkeit bevölkerungsbezogen bis zur höchsten Altersgruppe deutlich ansteigt. Das mediane Sterbealter liegt bei gut 71 Jahren.

Die altersstandardisierte Sterblichkeitsrate ist im Gegensatz zur Neuerkrankungsrate in Hamburg seit Mitte der 1990er Jahre erkennbar gesunken, insgesamt in diesem Zeitraum um etwa 20 %.

Abb. 11: Sterbefälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

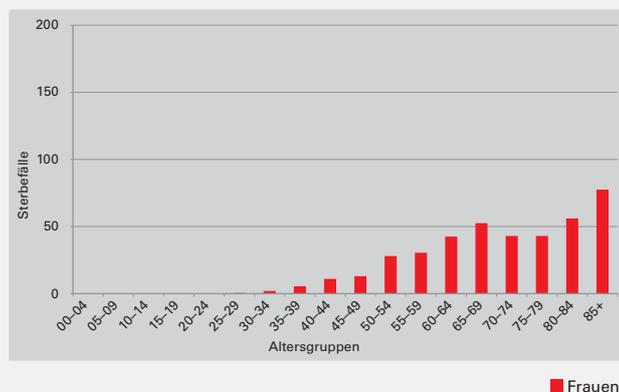
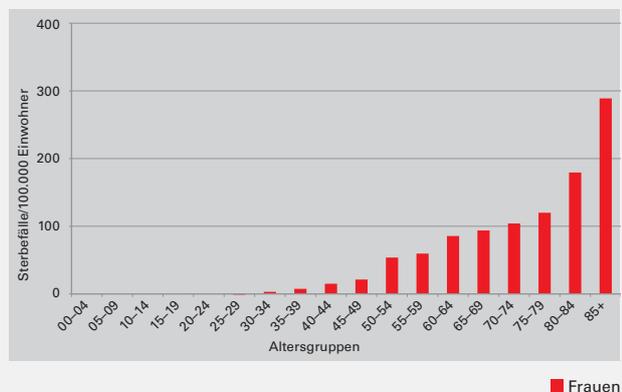


Abb. 12: Sterberaten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Im Berichtszeitraum wurden weniger als 4 % der Brustkrebserkrankungen ausschließlich aufgrund von Todesbescheinigungen erfasst. Nach den Erwartungswerten des RKI liegt die Vollständigkeit des HKR hier bei 100 %. Bei etwa 82 % der zu Lebzeiten gemeldeten Brustkrebserkrankungen liegen dem HKR in den Diagnosejahren 2005 und 2006 vollständige UICC-Angaben vor. Die bereits fernmetastasierten Stadien machen nur 8–10 % aus, was die relativ gute Frühdiagnostizierbarkeit bei Brustkrebs belegt.

	Männer	Frauen
DCO-Anteil (%)	–	3,6
Vollständigkeit (%) ohne DCO	–	100,5
mit DCO	–	104,2
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,36	0,31

Stadienverteilung (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
I	687	29	35
II	721	30	37
III	357	15	18
IV	193	8	10
k.A.	439	18	

3.10 Gebärmutterhals (C53)

Bei Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom oder auch Kollumkarzinom) handelt es sich überwiegend um Plattenepithelkarzinome, auch Adenokarzinome kommen vor.

Risikofaktoren

Eine Reihe der – sexuell übertragbaren – humanen Papillomviren (HPV) stellen eine wesentliche Ursache von Gebärmutterhalskrebs dar. Die erste Ansteckung mit diesen Viren findet meist im Jugendalter statt. Eine chronische Infektion scheint Voraussetzung für die virusbedingte Entstehung von Krebs zu sein. Möglicherweise spielen auch andere sexuell übertragbare Erreger (z. B. *Herpes Simplex 2*, *Chlamydien*) eine Rolle, wenn bereits eine Infektion mit bestimmten krebserregenden HPV-Typen besteht. Das Erkrankungsrisiko erhöht sich durch frühen ersten Geschlechtsverkehr, häufigen Partnerwechsel, mangelnde Hygiene und damit verbundene Infektionen mit HPV. Darüber hinaus haben Raucherinnen und Frauen mit einem schlechten Ernährungszustand ein erhöhtes Risiko.

Früherkennung

Die Vor- und Frühstadien des Gebärmutterhalskrebses können über viele Jahre unverändert und beschwerdefrei bestehen. Im fortgeschrittenen Stadium können unregelmäßige vaginale Blutungen, vor allem nach dem Geschlechtsverkehr, Ausfluss, Schmerzen und urologische Beschwerden auftreten. Mit der Zellabstrichuntersuchung (PAP-Test) von Muttermund und Gebärmutterhalskanal existiert eine einfache Methode, um Gewebeveränderungen frühzeitig zu erkennen und ggf. zu entfernen, so dass sehr gute Heilungschancen bestehen. Ab dem 20. Lebensjahr wird dies einmal jährlich empfohlen und von den Krankenversicherungen übernommen. Seit 2007 wird eine Impfung von 12- bis 17-jährigen Mädchen gegen bestimmte kanzerogene Papillomviren in Deutschland empfohlen.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

Im Berichtszeitraum dokumentiert das Hamburgische Krebsregister pro Jahr durchschnittlich 96 Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs. Damit entfallen in Hamburg etwa 2 % der registrierten Krebsfälle bei Frauen auf das Zervixkarzinom. Das mediane Alter bei einer Diagnose Gebärmutterhalskrebs liegt mit 55 Jahren im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen ungewöhnlich niedrig.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	96,0	Rohe Rate	10,8
Anteil an Krebs gesamt (%)	2,2	Altersstandardisierte Rate (Europa)	8,9
Alter bei Diagnose: Median	55,0	Altersstandardisierte Rate (Welt)	6,9
Mittelwert	56,0		

Die Erkrankung tritt selten vor dem 30. Lebensjahr auf. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit steigt dann kontinuierlich bis zum 60. Lebensjahr auf mehr als 20 Erkrankungen pro 100.000 Hamburgerinnen an. Danach fällt die Neuerkrankungsrate deutlich, um in den höheren Altersklassen wieder zuzunehmen.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

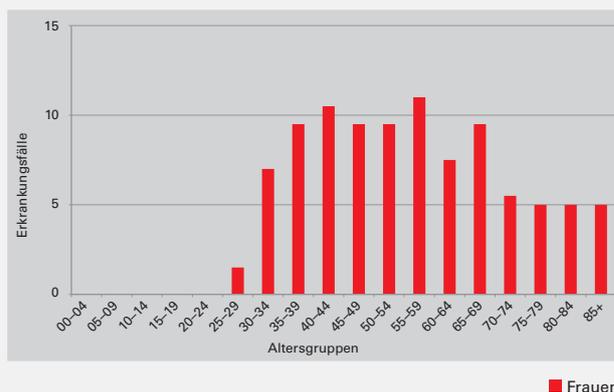
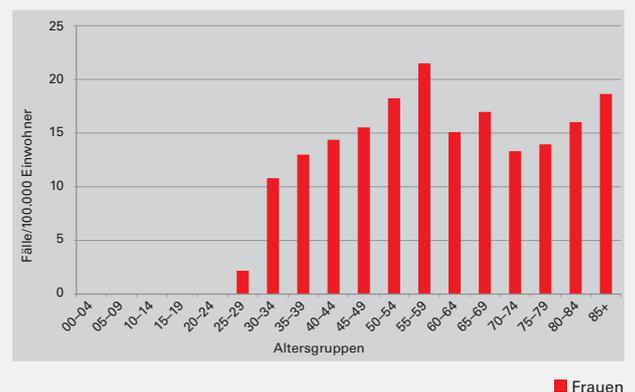


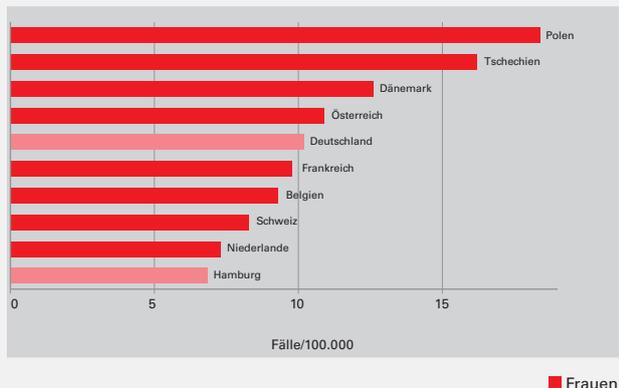
Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten
Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: ø 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Beim Gebärmutterhalskrebs ist die europastandardisierte Erkrankungsrate in Hamburg im Beobachtungszeitraum generell gesunken. In unterschiedlicher Ausprägung ist eine solche Tendenz auch in anderen Krebsregistern festzustellen. Das Erkrankungsniveau in Hamburg liegt zwischen denen der anderen Bundesländer, im Vergleich zu Deutschland gesamt und Nachbarstaaten ist es gering.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeittrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer
Fälle/100.000 ASR (Europa)

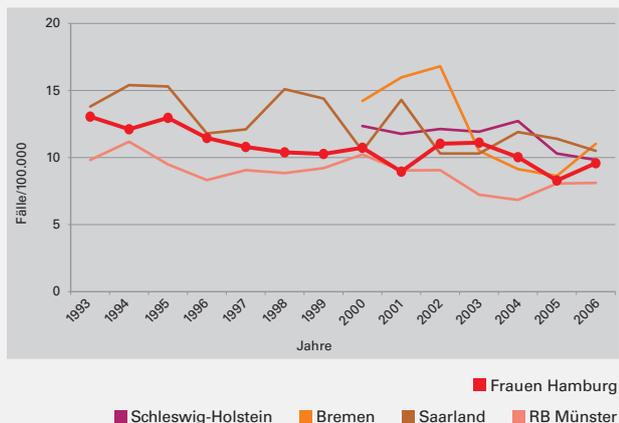
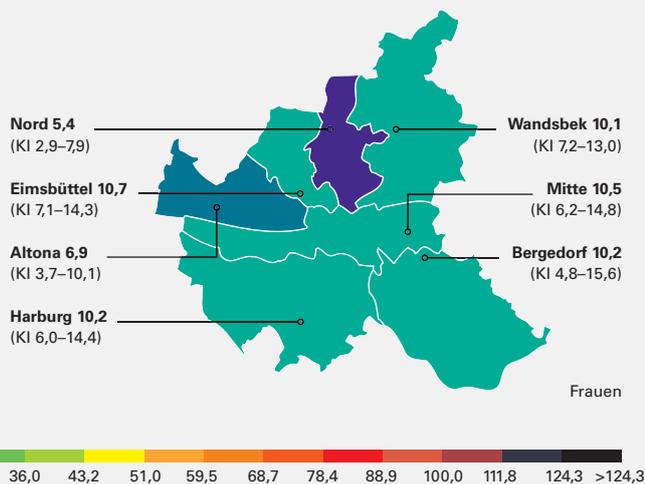


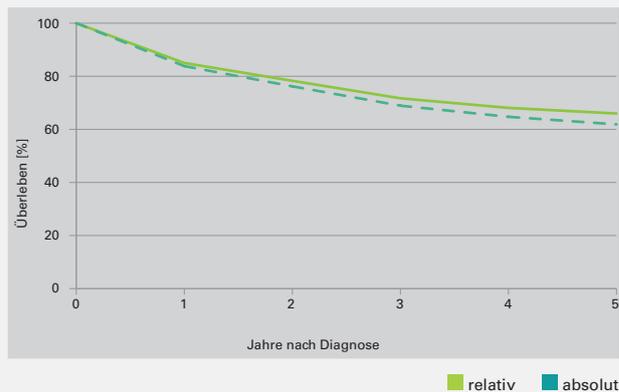
Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken ø 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

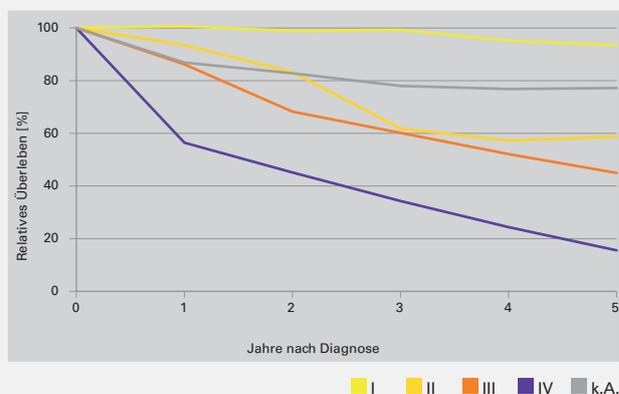
Das relative, also krankheitsspezifische 5-Jahres-Überleben nach der Diagnose von Gebärmutterhalskrebs wird für Frauen mit Wohnsitz in Hamburg derzeit auf 66 % geschätzt. Es liegt nur etwa fünf Prozentpunkte höher als das absolute oder beobachtete Überleben. Demnach sterben nur wenige Frauen mit Zervixkarzinom in den ersten fünf Jahren nach Diagnose aufgrund anderer Todesursachen.

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben



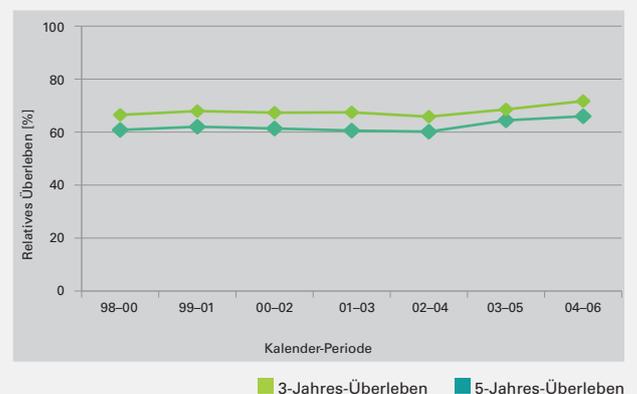
Für lediglich 42 % der an das HKR gemeldeten Fälle mit Gebärmutterhalskrebs liegen vollständige TNM-Angaben vor, aus denen sich UICC-Stadien bilden lassen. Teilweise sind die Fallzahlen gering, sodass die damit berechneten Überlebenskurven statistisch nicht immer robust sind. Deutlich zeigt sich der bekannte Einfluss des Stadiums bei Erstdiagnose auf die Überlebenszeit.

Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien



Im Zeittrend überleben bei den weiter zurückliegenden Kalenderperioden etwa 60 % der Frauen die ersten fünf Jahre nach der Diagnose, in den aktuelleren Perioden ist eine Verbesserung auf etwa 65 % zu erkennen. Das 3-Jahres-Überleben rangiert auf einem etwa fünf Prozentpunkte höheren Niveau und zeigt einen ähnlichen zeitlichen Verlauf.

Abb. 8: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend



STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail

	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	34,5
Anteil an Krebs gesamt (%)	1,5
Sterbealter: Median	63,5
Mittelwert	64,6

Raten (Fälle je 100.000)

	Frauen
Rohe Rate	3,9
Altersstandardisierte Rate (Europa)	3,0
Altersstandardisierte Rate (Welt)	2,1

Abb. 9: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend

Fälle/100.000 ASR (Europa)



Gebärmutterhalskrebs macht in Hamburg mit jährlich 35 Todesfällen weniger als 2 % aller Krebssterbefälle bei Frauen aus. Ähnlich wie bei den Neuerkrankungshäufigkeiten zeigt sich eine zweigipflige Verteilung der Sterbefälle bzw. -raten auf die Altersklassen. Aufgrund des relativ frühen ersten Maximums (50–54) liegt das mediane Sterbealter mit 63,5 Jahren noch gut 12 Jahre früher als das aller Krebserkrankungen zusammen bei Frauen. Die europastandardisierte Sterblichkeitsrate ist – wie auch die Inzidenzrate – im Betrachtungszeitraum deutlich erkennbar gesunken, die Inzidenzrate um etwa ein Viertel, die Sterberate etwaa deutlicher, etwa um ein Drittel.

Abb. 10: Sterbefälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

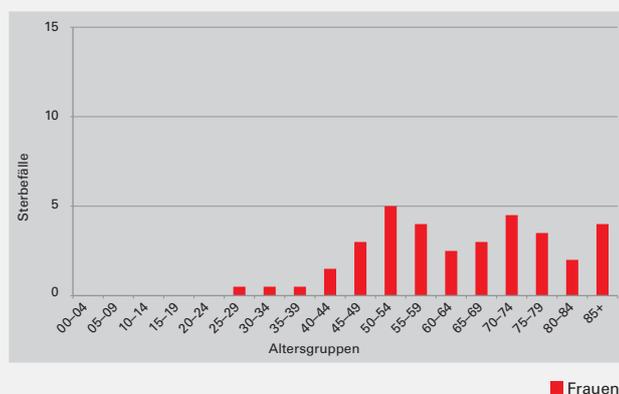
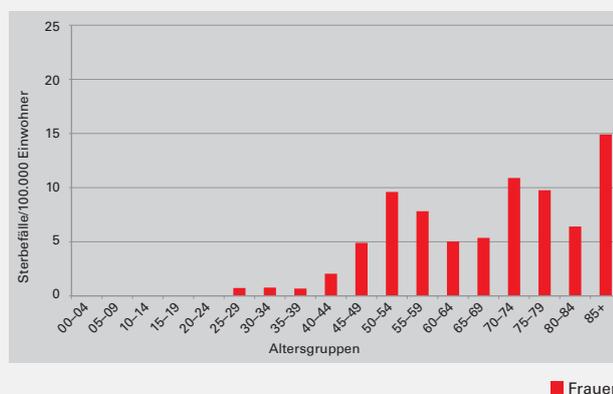


Abb. 11: Sterberaten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der DCO-Anteil bei Gebärmutterhalskrebs liegt mit unter 4 % um die Hälfte niedriger als bei allen registrierten Krebserkrankungen von Frauen. Das RKI schätzt die Vollständigkeit des HKR bei der Erfassung auf über 80 %. Für 58 % der an das HKR gemeldeten Fälle mit Gebärmutterhalskrebs liegen keine ausreichenden TNM-Angaben vor. Bei den mit UICC-Stadien versehenen Fällen entfallen etwa ein Drittel auf das Stadium I, die geringste Anzahl Fälle wurde in Stadium II diagnostiziert, jeweils ein Viertel waren den Stadien III und IV zugeordnet. Der höhere Anteil an frühen Stadien weist auf die Früherkennungsmöglichkeiten hin.

	Frauen	Stadienverteilung (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
DCO-Anteil (%)	3,5	I	35	19	34
Vollständigkeit (%) ohne DCO	82,0	II	16	9	15
mit DCO	85,0	III	27	15	26
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,36	IV	26	14	25
		k.A.	76	42	

3.11 Gebärmutterkörper (C54–55)

Bösartige Tumoren des Gebärmutterkörpers haben ihren Ursprung fast immer in der Schleimhaut (Endometrium), die das Organ im Inneren auskleidet. Deutlich seltener treten die von der Muskelwand ausgehenden Uterussarkome auf.

Risikofaktoren

Viele Risikofaktoren lassen sich darauf zurückführen, dass die Gebärmutter Schleimhaut vermehrt körpereigenem oder zugeführtem Östrogen bei fehlendem Progesteroneinfluss ausgesetzt ist. Dazu zählen eine früh einsetzende Menstruation (Menarche) und späte Menopause, keine Schwangerschaften sowie eine ausschließlich auf Östrogenen beruhende hormonelle Empfängnisverhütung bzw. Hormonersatztherapie in den Wechseljahren. Übergewicht, häufig in Verbindung mit Diabetes mellitus und Bluthochdruck, erhöht auch nach den Wechseljahren aufgrund der unabhängigen Östrogenproduktion im Fettgewebe deutlich das Erkrankungsrisiko. Daneben gibt es weitere Risikofaktoren wie genetische Einflüsse, Strahlentherapien im Beckenbereich oder das Vorliegen einer atypischen Endometriumhyperplasie.

Früherkennung

Derzeit gibt es keine empfohlene Methode zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Gebärmutter Schleimhaut, für die eindeutig Vorteile und eine verringerte Sterblichkeit belegt sind. Die ersten Symptome, die auf eine bösartige Neubildung hinweisen können, sind meistens nach Art, Zeitpunkt und Dauer ungewöhnliche vaginale Blutungen, v.a. nach den Wechseljahren, schlecht riechender Ausfluss, Unterbauchschmerzen und unerklärliche Gewichtsabnahme.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

In Hamburg erkranken pro Jahr 206 Frauen an Gebärmutterkörperkrebs. Mit knapp 5 % der registrierten Krebserkrankungen steht diese Lokalisation an vierter Stelle insgesamt und ist gleichzeitig die häufigste in Bezug auf die weiblichen Geschlechtsorgane. Das mittlere Alter bei Erstdiagnose lag bei 68 Jahren, tatsächlich waren mit Abstand die meisten Patientinnen zwischen 65 und 69 Jahren alt.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	206,0	Rohe Rate	23,1
Anteil an Krebs gesamt (%)	4,8	Altersstandardisierte Rate (Europa)	15,7
Alter bei Diagnose: Median	68,0	Altersstandardisierte Rate (Welt)	11,0
Mittelwert	68,4		

Das Erkrankungsrisiko steigt in den Altersgruppen von Mitte 30 bis 69 fast linear auf über 70/100.000. Von da an verbleibt es auf einem ähnlich hohen Niveau; 80- bis 84-jährige Frauen waren mit 83/100.000 relativ am häufigsten betroffen.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

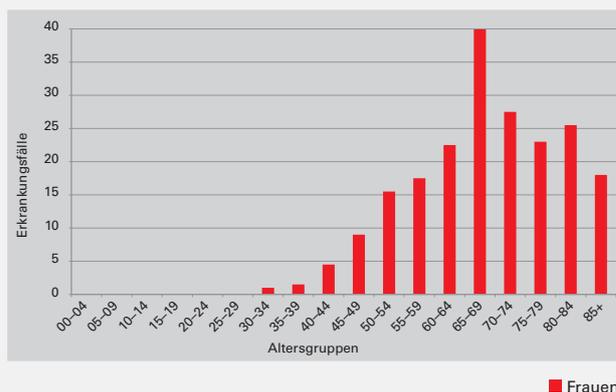
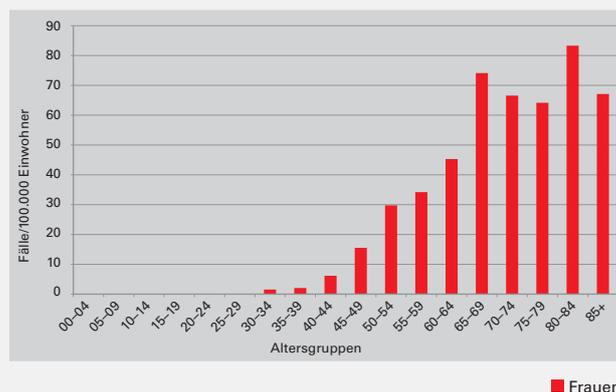


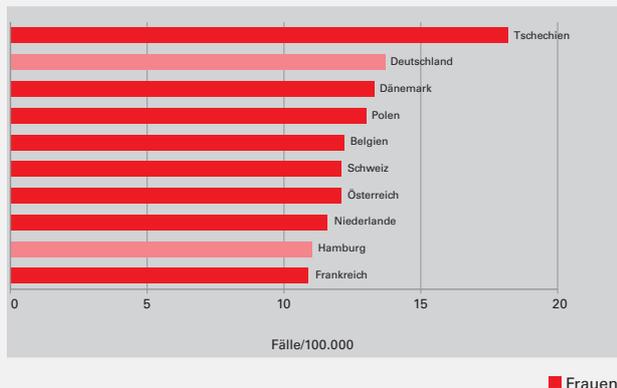
Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten
Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: ø 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Die altersstandardisierten Neuerkrankungsraten für Gebärmutterkörperkrebs in Hamburg sind mit Ausnahme der Jahre 2004/05 niedriger als die der benachbarten Bundesländer. Die Ursachen hierfür lassen sich ohne zusätzliche Informationen nicht sicher bewerten. Gleichzeitig sollten die deutlich höheren Raten in den beiden Jahren 2004 und 2005 nicht als steigender Trend gewertet werden. Trotz der in 2005 ungewöhnlich hohen Anzahl registrierter Neuerkrankungen liegt Hamburg im europäischen Vergleich der Welt-standardisierten Neuerkrankungsraten anders als Deutschland insgesamt auf einem niedrigen Niveau.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeittrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer
Fälle/100.000 ASR (Europa)

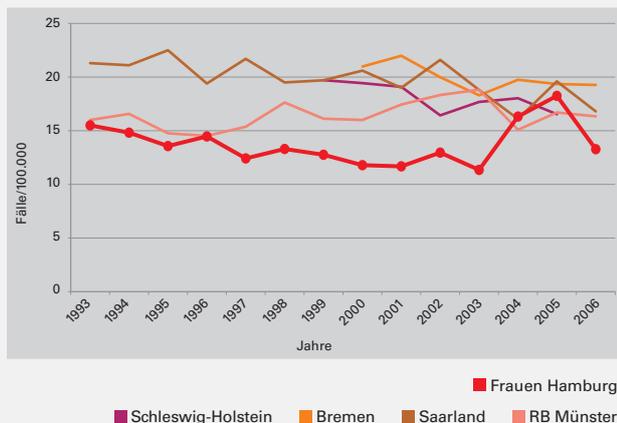
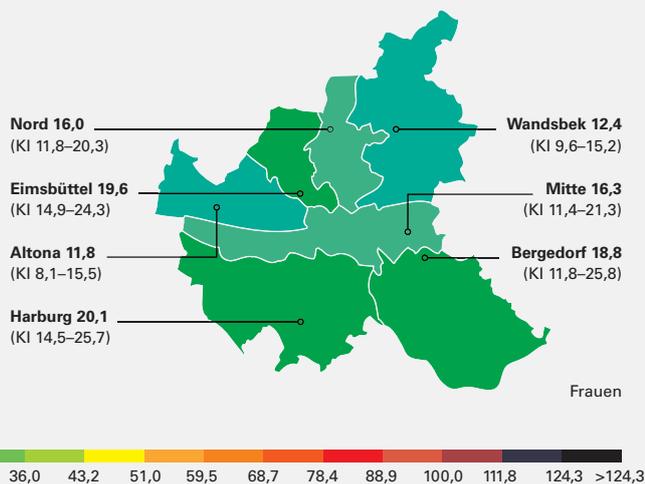


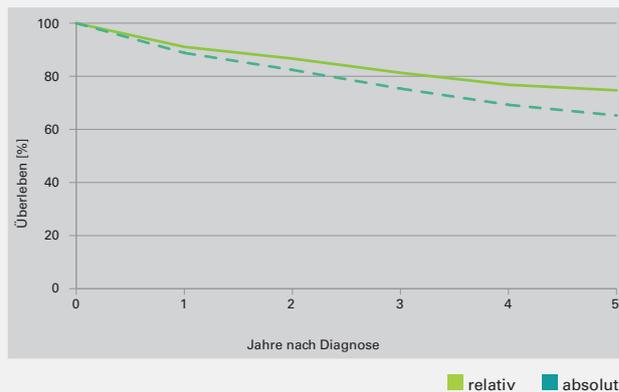
Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken ø 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

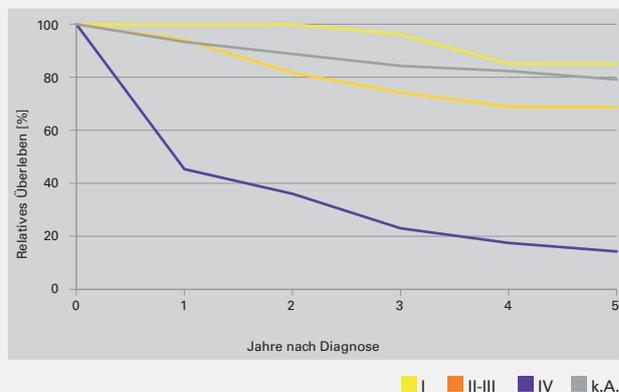
Das relative 5-Jahres-Überleben nach der Diagnose von Gebärmutterkörperkrebs wird für Patientinnen mit Wohnsitz in Hamburg auf 75 % geschätzt. Damit hat diese Erkrankung eine verhältnismäßig günstige Prognose. Vergleichswerte aus Bremen und Saarland liegen bei 81 bzw. 82 %. Der durchgängig fallende Verlauf der Kurven deutet darauf hin, dass auch im weiteren Verlauf noch von einer geringeren Lebenserwartung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auszugehen ist.

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben



Nur wenig mehr als die Hälfte der im Berichtszeitraum gemeldeten Fälle ist mit vollständigen TNM-Angaben versehen. Für die überwiegend in einem frühen Stadium diagnostizierten Erkrankungen, zu denen vermutlich auch die meisten derjenigen ohne vollständige Stadienangaben gehören, wird das relative 5-Jahres-Überleben auf Werte um 80 % geschätzt. Bei den deutlich selteneren Fällen mit bereits bestehenden Fernmetastasen bei Erstdiagnose beträgt das relative Überleben nach fünf Jahren etwa 15 %.

Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien



Über die Kalenderperioden seit 1998 hat sich das aus den gemeldeten Gebärmutterkörperkrebsfällen abgeleitete relative 5-Jahres-Überleben in Hamburg leicht von 71 % auf 75 % gesteigert. Auffallend ist, dass das relative 3-Jahres-Überleben in den mittleren betrachteten Kalenderperioden fast identisch mit dem relativen 5-Jahres-Überleben ist.

Abb. 8: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend



STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail

	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	50,5
Anteil an Krebs gesamt (%)	1,6
Sterbealter: Median	77,0
Mittelwert	76,0

Raten (Fälle je 100.000)

	Frauen
Rohe Rate	5,7
Altersstandardisierte Rate (Europa)	3,1
Altersstandardisierte Rate (Welt)	2,0

Abb. 9: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend

Fälle/100.000 ASR (Europa)



Ungefähr 2 % der krebsbedingte Sterbefälle bei Frauen in Hamburg sind auf Gebärmutterkörperkrebs zurückzuführen, mit jährlich etwa 51 Todesfällen ist die Sterblichkeit eher niedrig. In den Altersgruppen ab 75 Jahren erhöht sich das Sterberisiko deutlich, mit Abstand am größten ist es bei den 85-jährigen und älteren Patientinnen. Die altersstandardisierte Sterblichkeitsrate bei Gebärmutterkörperkrebs ist bei Frauen in Hamburg seit Anfang der 90er Jahre insgesamt von 4,3 auf 2,8/100.000, also um etwa ein Drittel, zurückgegangen. Dies entspricht dem auch auf Bundesebene beobachteten Trend. Die hier auffälligen Schwankungen der Neuerkrankungsrate deuten auf eine Untererfassung in der Vergangenheit hin.

Abb. 10: Sterbefälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

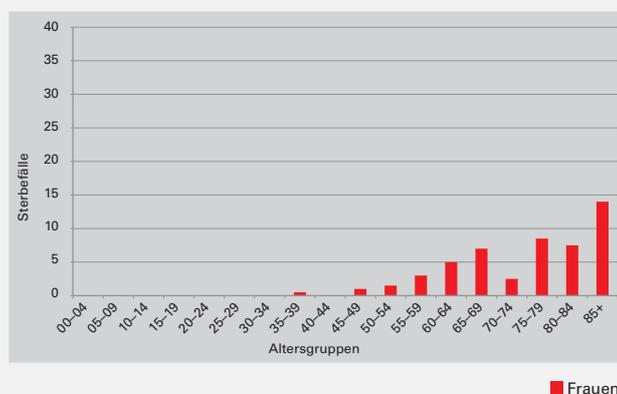
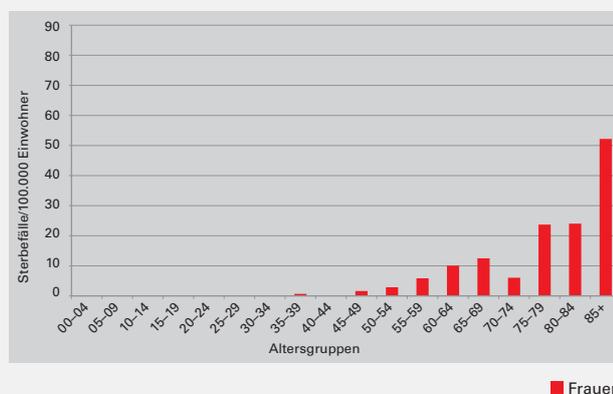


Abb. 11: Sterberaten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Mit einem DCO-Anteil von knapp 4 % und einer geschätzten Vollzähligkeit von 97 % ist im Berichtszeitraum ein guter Erfassungsgrad erreicht worden. Im Vergleich zu den Vorjahren ist hier eine gesteigerte Meldeaktivität zu beobachten.

Noch nicht zufriedenstellend ist die Häufigkeit vollständig vorliegender TNM-Angaben mit 58 %. Die gemeldeten UICC-Stadien verteilen sich überwiegend auf die auf den Primärtumor begrenzten Stufen ohne Lymphknotenbeteiligung und Fernmetastasen.

	Frauen
DCO-Anteil (%)	3,8
Vollzähligkeit (%) ohne DCO	96,9
mit DCO	100,7
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,25

Stadienverteilung (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
I	35	19	34
II	16	9	15
III	27	15	26
IV	26	14	25
k.A.	76	42	

3.12 Eierstock (C56)

Der Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom) gehört aufgrund seiner offenen Lage in der Bauchhöhle zu den besonders schwierig zu behandelnden Tumoren.

Risikofaktoren

Kinderlose und Spätgebärende haben gegenüber der Normalbevölkerung ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Auch eine frühe Menarche, späte Menopause oder Hormontherapie in der Menopause sind teilweise assoziiert. Schwangerschaften, aber auch die Einnahme oraler Kontrazeptiva („Pille“) haben dagegen eine eher schützende Wirkung. Als weiterer Risikofaktor gilt eine erbliche Disposition, d.h. die Erkrankung an Eierstock- oder Brustkrebs in der eigenen Vorgeschichte oder bei nahen Verwandten. Es sind Genveränderungen bekannt, die für das familiär gehäufte Auftreten von Eierstockkrebs und auch Brustkrebs mitverantwortlich sind: das auf dem 17. Chromosom liegende Gen BRCA-1 (BRest CAncer) und ein weiteres Gen (BRCA-2) auf dem Chromosom 13.

Früherkennung

Eierstockkrebs im Frühstadium verursacht in der Regel keine Beschwerden und wird dann selten und meist zufällig bei Routineuntersuchungen des Beckenraumes als tastbarer, schmerzloser Tumor entdeckt. Im weiteren Verlauf kann es zu Druckgefühl, Schmerzen und Auftreibungen im Bauchraum, Verdauungsproblemen, Blasenbeschwerden und menstruationsähnlichen Blutungen kommen. Zur Diagnostik werden vor allem Ultraschall, Bauchspiegelung mit Biopsien sowie der Nachweis sogenannter Tumormarker im Blut eingesetzt. Frauen mit einer familiären Belastung sollten sich regelmäßig untersuchen lassen. Eine effektive Eierstockkrebs-Früherkennungsmethode für alle Frauen gibt es bisher nicht.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

Im Berichtszeitraum dokumentiert das HKR pro Jahr 181 Neuerkrankungen an Eierstockkrebs. Damit entfallen in Hamburg etwa 4 % der registrierten Krebsfälle bei Frauen auf das Ovarialkarzinom. Das mediane Alter bei einer Diagnose Eierstockkrebs liegt bei 69 Jahren.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	180,5	Rohe Rate	20,2
Anteil an Krebs gesamt (%)	4,2	Altersstandardisierte Rate (Europa)	13,7
Alter bei Diagnose: Median	69,0	Altersstandardisierte Rate (Welt)	9,6
Mittelwert	68,3		

Die Erkrankung tritt vereinzelt bereits vor dem 30. Lebensjahr auf. Bevölkerungsbezogen steigt die Rate bis zur höchsten Altersgruppe kontinuierlich an. Ab dem 50. Lebensjahr sind es mehr als 20, ab dem 65. mehr als 50, ab dem 75. mehr als 60 Neuerkrankungen pro 100.000 Hamburgerinnen.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

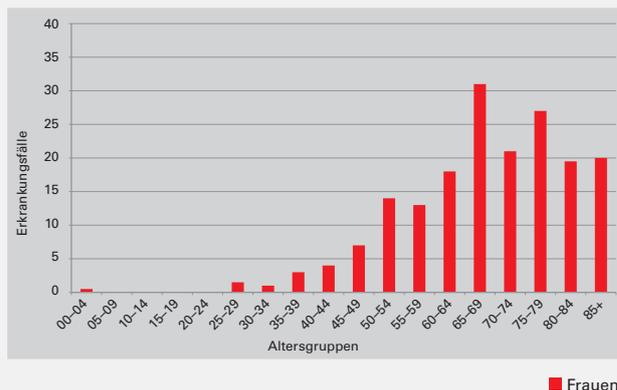
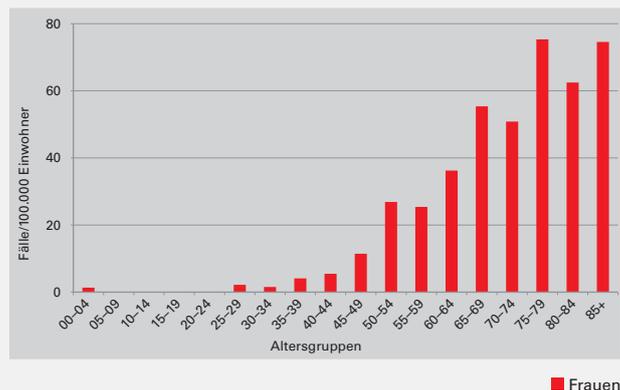


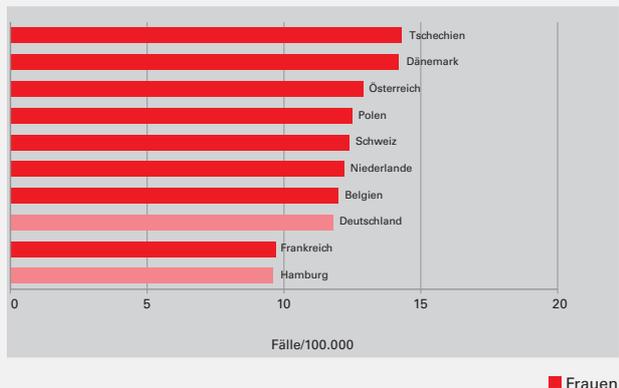
Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten
Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: ø 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Vergleicht man für verschiedene Landeskrebsregister die altersstandardisierten Erkrankungsrate (Europa), liegt sie 2006 in Hamburg bei 12, bei den anderen zwischen 14 und 15 pro 100.000. In Hamburg ist dies der niedrigste Wert im gesamten Beobachtungszeitraum. Insgesamt ergibt sich zeitlich eine eher gleichbleibende Erkrankungswahrscheinlichkeit mit einer Tendenz zu höheren Werten in den Anfangsjahren. Im Vergleich zu den europäischen Nachbarstaaten erscheint das Niveau für Eierstockkrebs in Hamburg niedrig.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer
Fälle/100.000 ASR (Europa)

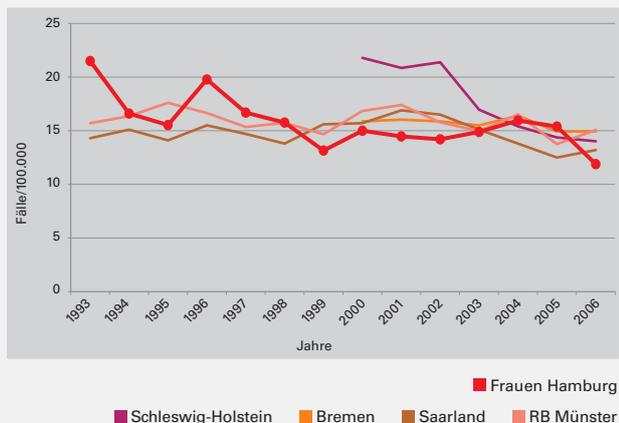
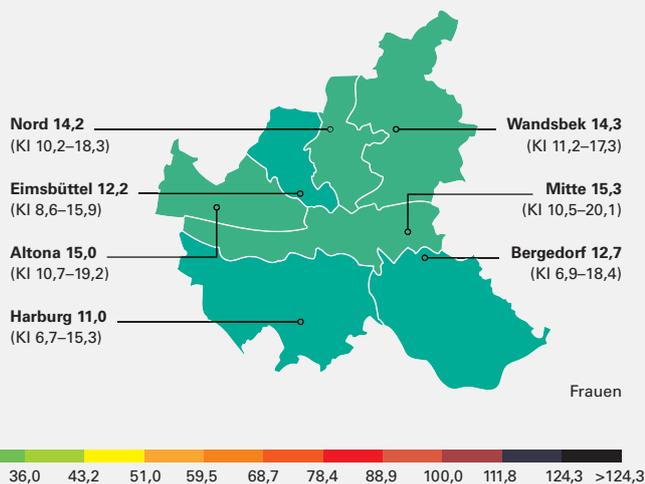


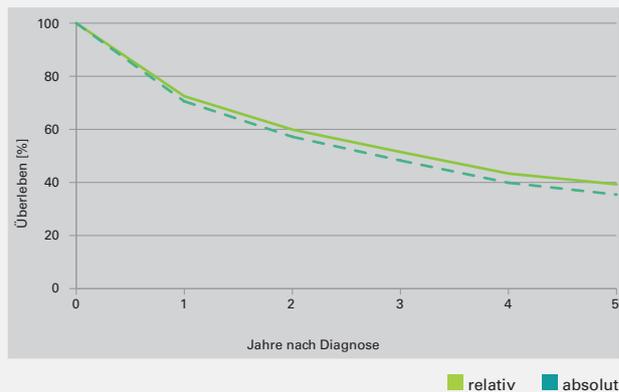
Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken ø 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

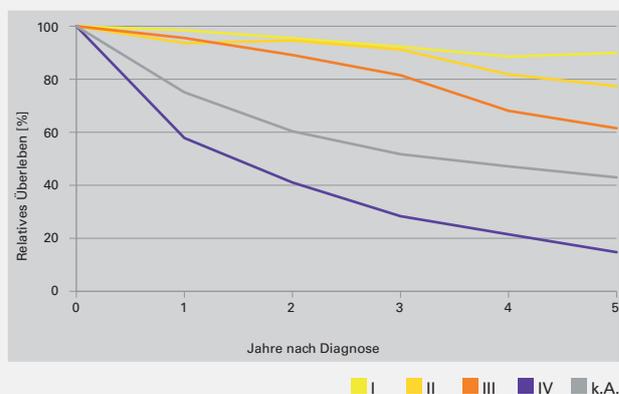
Das relative 5-Jahres-Überleben nach der Diagnose von Eierstockkrebs wird für Frauen mit Wohnsitz in Hamburg derzeit auf 40 % geschätzt. Es liegt kaum höher als das absolute oder beobachtete Überleben, d.h. wenige Frauen mit einem Ovarialkarzinom sterben aufgrund anderer Todesursachen. In Bremen und dem Saarland überleben mehr Frauen den 5-Jahreszeitraum nach Diagnose (49 % resp. 47 %).

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben



Für etwa die Hälfte der an das HKR gemeldeten Fälle mit Eierstockkrebs liegen vollständige TNM-Angaben vor, aus denen sich UICC-Stadien bilden lassen. Hierbei überwiegen die spät diagnostizierten Stadium IV-Fälle. Da die Fallzahlen in den einzelnen Stadien gering sind, wurde die Periode im Sinne einer robusten Darstellung auf 2000–2006 verlängert. Deutlich zeigt sich der Einfluss des Stadiums bei Erstdiagnose auf die Überlebenszeit.

Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien



Im Vergleich der verschiedenen Kalenderperioden liegt das relative 5-Jahres-Überleben zwischen etwas unter 40 bis etwas über 50 %. Nach einer Verbesserung zwischen 1998 bis etwa zum Jahr 2003 ist die Überlebensrate seitdem wieder leicht abgefallen. Das 3-Jahres-Überleben liegt um ca. zehn Prozentpunkte über dem 5-Jahres-Überleben, der neuere zeitliche Abfall ist beim 3- geringer ausgeprägt als beim 5-Jahres-Überleben.

Abb. 8: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend



STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail

	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	126,5
Anteil an Krebs gesamt (%)	5,5
Sterbealter: Median	71,5
Mittelwert	71,6

Raten (Fälle je 100.000)

	Frauen
Rohe Rate	14,2
Altersstandardisierte Rate (Europa)	8,9
Altersstandardisierte Rate (Welt)	6,0

Abb. 9: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeittrend

Fälle/100.000 ASR (Europa)



Eierstockkrebs ist bei Hamburgerinnen mit jährlich 127 Todesfällen die fünfthäufigste Krebstodesursache. Die Sterberaten nach Altersgruppen steigen ab dem 40. Lebensjahr kontinuierlich bis auf über 70 pro 100.000 in der höchsten Altersklasse. Das mediane Sterbealter beträgt gut 71 Jahre. Frauen, die an einer Eierstockkrebs-erkrankung versterben, sind dabei im Mittel etwa vier Jahre jünger als das mediane Sterbealter aller Krebserkrankungen.

Die europastandardisierte Sterblichkeitsrate bewegt sich in Hamburg seit 1998 unter 10 Sterbefällen pro 100.000 Hamburgerinnen. Die Sterbe- und Neuerkrankungsraten ähneln sich in ihrem Verlauf, wenn auch in einzelnen Jahren zeitversetzt und auf unterschiedlichem Niveau.

Abb. 10: Sterbefälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

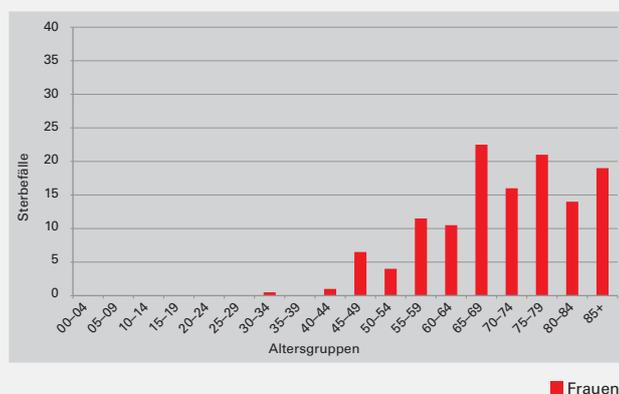
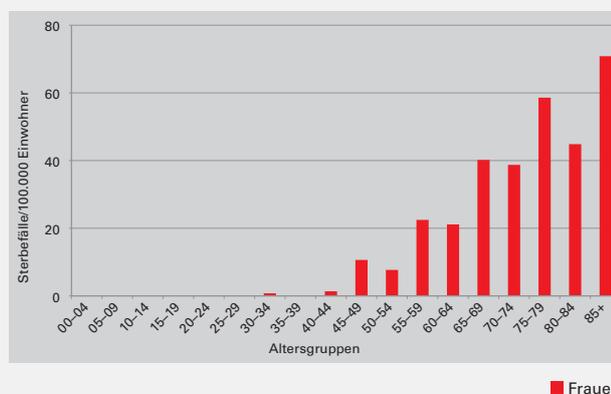


Abb. 11: Sterberaten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der DCO-Anteil bei Eierstockkrebs beträgt derzeit 7 % und unterscheidet sich damit nicht von dem aller registrierten Krebserkrankungen bei Frauen. Das RKI schätzt die Vollständigkeit des HKR bei der Erfassung des Ovarialkarzinoms auf etwas unter 90 %. Bei etwa der Hälfte der zu Lebzeiten gemeldeten Ovarialkarzinome liegen dem HKR in den Diagnosejahren 2005 und 2006 vollständige UICC-Angaben vor, hier dominieren sehr deutlich die bereits fernmetastasierten Stadien. Dies weist auf die in der Regel bei Erstdiagnose bereits weit fortgeschrittenen Eierstockkrebs-erkrankungen hin.

	Frauen
DCO-Anteil (%)	7,0
Vollständigkeit (%) ohne DCO	88,1
mit DCO	94,5
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,7

Stadienverteilung (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
I	23	7	14
II	8	3	5
III	36	11	22
IV	96	30	59
k.A.	154	49	

3.13 Prostata (C61)

Krebserkrankungen der Prostata (Vorsteherdrüse) sind überwiegend Karzinome des Drüsengewebes (Adenokarzinome).

Risikofaktoren

Ursachen und Verlauf beeinflussende Faktoren sind im Wesentlichen noch unbekannt. Es gibt Hinweise auf genetische Prädisposition, so tragen nahe Verwandte von Prostatakarzinompatienten ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Darüber hinaus werden Einflüsse des Lebensstils und der Ernährung (fettreich, kalorienreich, vitaminarm) sowie Umwelteinflüsse diskutiert.

Früherkennung

Prostatakrebs verursacht im Anfangsstadium meist keine Symptome. Erst spät kann es zu Blasenentleerungsstörungen, Blutbeimengungen oder Samenflüssigkeit im Urin kommen. Auch Schmerzen, mitunter zuerst in den Knochen durch Metastasen, können Zeichen der Erkrankung sein. Zur Früherkennung werden die sogenannte digito-rektale Untersuchung (DRE, Austastung der Prostata durch den Enddarm) und der Nachweis des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) im Blut eingesetzt. Im Verdachtsfall kommen Ultraschall und Gewebeproben zur Sicherung der Diagnose hinzu. In Deutschland wird Männern ab 45 Jahren eine DRE pro Jahr empfohlen und kostenfrei von den Krankenkassen angeboten. Die Frage, ob die PSA-Bestimmung tatsächlich im Rahmen eines bevölkerungsbezogenen Screeningprogramms eingesetzt werden sollte, wird wissenschaftlich und politisch kontrovers diskutiert und derzeit in zwei großen Studien näher untersucht.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

Im Berichtszeitraum dokumentierte das HKR pro Jahr durchschnittlich etwa 1.030 Prostatakrebs-Neuerkrankungsfälle. Damit entfallen in Hamburg auf diese häufigste Krebserkrankung bei Männern fast ein Viertel der neu registrierten männlichen Fälle.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	1.032,5
Anteil an Krebs gesamt (%)	23,0
Alter bei Diagnose: Median	68,0
Mittelwert	68,9

Raten (Fälle je 100.000)	Männer
Rohe Rate	122,4
Altersstandardisierte Rate (Europa)	96,9
Altersstandardisierte Rate (Welt)	65,8

Das mediane Alter bei einer Prostatakrebsdiagnose liegt bei 68 Jahren. Die Erkrankungsfälle treten absolut insbesondere in den Altersgruppen der 60- bis 74-Jährigen auf. Bevölkerungsbezogen ist die Erkrankungsrate zwischen dem 65. und 79. Lebensjahr deutlich erhöht, mit einem weiteren Maximum in der letzten Altersgruppe.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

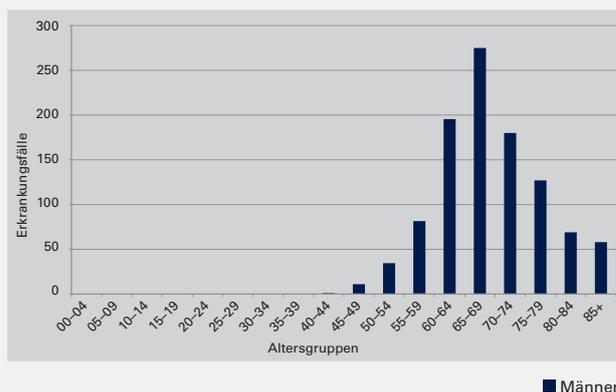
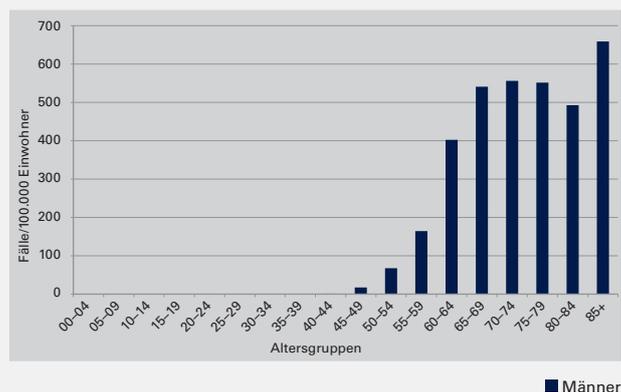


Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

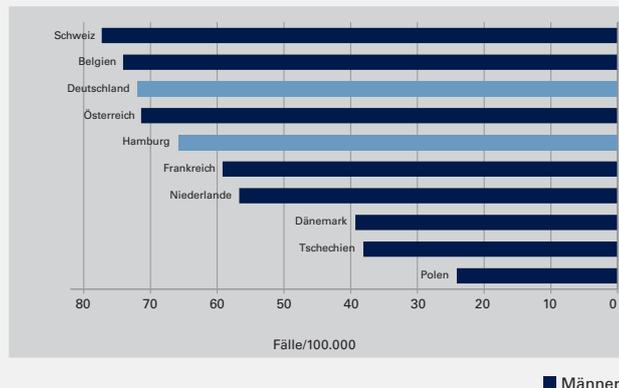
Ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten

Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: \bar{x} 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Das von vielen Krebsregistern berichtete Ansteigen der Prostatakrebsinzidenz zeigt sich auch in Hamburg. Trend und Niveau ähneln denen anderer Bundesländer, insbesondere hinsichtlich eines auffälligen Häufigkeitsgipfels im Jahr 2003 mit anschließender Abnahme. Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate ist seit den 1990er Jahren (Beginn der PSA-Bestimmung) um etwa 40 % angewachsen. Aktuell liegt die Rate etwas unter der Deutschlandschätzung und etwa im Mittelfeld der europäischen Nachbarstaaten.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer

Fälle/100.000 ASR (Europa)

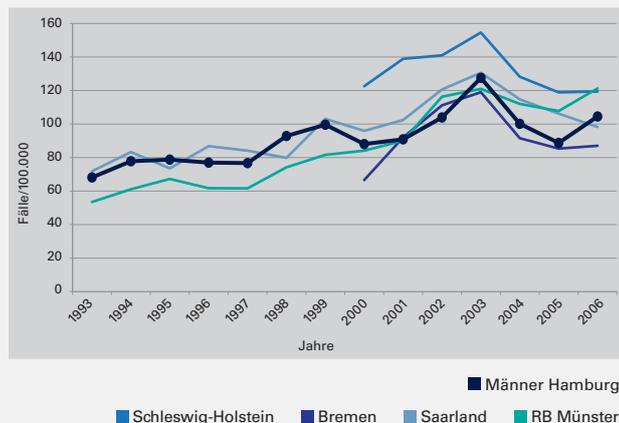
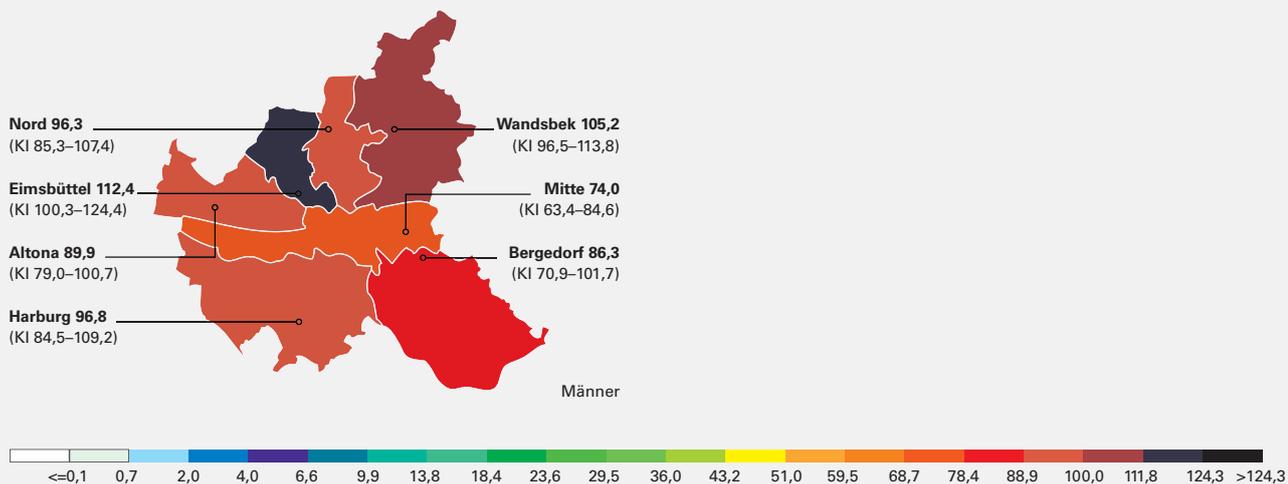


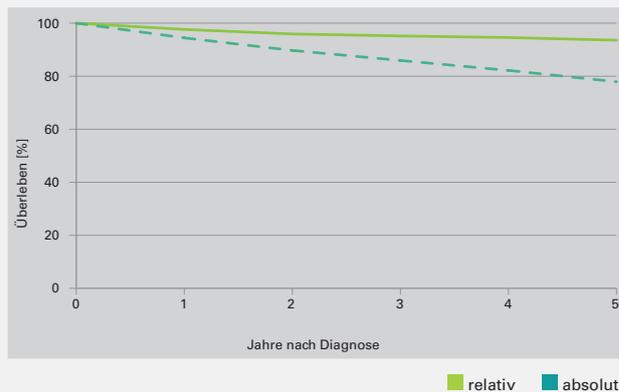
Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken \bar{x} 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

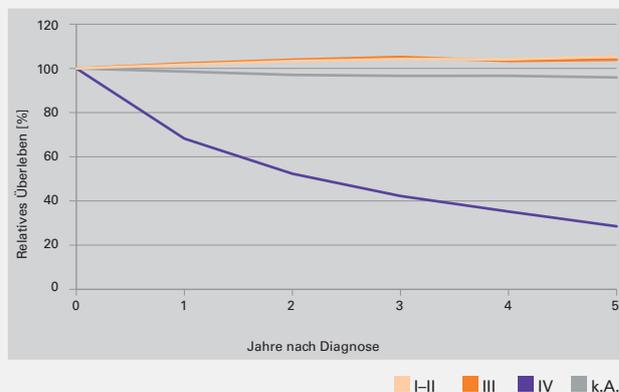
Das relative 5-Jahres-Überleben nach der Diagnose von Prostatakrebs wird für Hamburger Patienten derzeit auf 94 % geschätzt. Es liegt sechzehn Prozentpunkte höher als das absolute Überleben, d.h. eine Reihe von Prostatakrebspatienten stirbt aufgrund anderer Todesursachen. Die 5-Jahres-Prognose in Hamburg fällt mit 94 % günstiger aus als im Saarland (87 %) und in Bremen (85 %). Derartige Differenzen sind ohne Kenntnis möglicher Diagnosevorverlagerungen durch verbreitete PSA-Bestimmung kaum beurteilbar.

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben



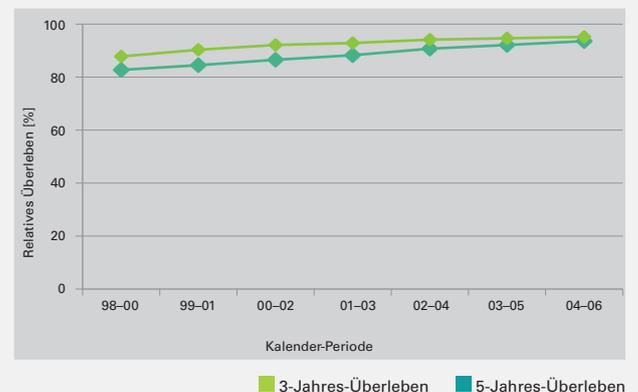
Prostatakrebs ist hinsichtlich der Tumorausbreitung mit 72 % fehlenden TNM-Angaben bei den zu Lebzeiten gemeldeten Fällen auffällig schlecht dokumentiert. Für die nachweislich in den frühen Stadien I – III diagnostizierten Fälle ergibt sich ein relatives 5-Jahres-Überleben von über 100 %. Es ist zu vermuten, dass dies auf eine Verzerrung durch Auswahl von Männern mit ausgeprägtem Gesundheitsverhalten und einer im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhten Lebenserwartung zurückgeführt werden kann.

Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien



Der Zeittrend der relativen 5-Jahres-Überlebensraten bei Prostatakrebs in Hamburg zeigt eine steigende Tendenz von etwa 83 % bis auf zuletzt 94 %. Insbesondere in den aktuellen Zeitperioden haben sich das relative 3- und 5-Jahres-Überleben weitgehend angenähert, was auf die generell günstige Prognose bei früher Diagnose hinweist.

Abb. 8: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend



STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail

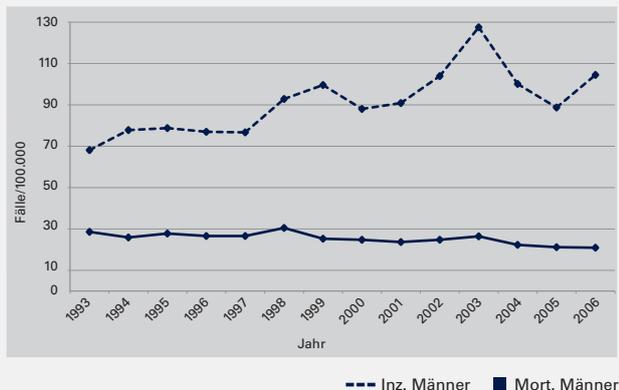
	Männer
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	235,5
Anteil an Krebs gesamt (%)	9,7
Sterbealter: Median	78,0
Mittelwert	78,2

Raten (Fälle je 100.000)

	Männer
Rohe Rate	27,9
Altersstandardisierte Rate (Europa)	21,5
Altersstandardisierte Rate (Welt)	12,3

Abb. 9: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend

Fälle/100.000 ASR (Europa)



Prostatakrebs ist in Hamburg mit jährlich 235 Todesfällen nach Lungen- und Darmkrebs die dritthäufigste Krebstodesursache. Die Erkrankung ist für fast 10 % aller krebsbedingten Sterbefälle verantwortlich. Das mediane Sterbealter liegt mit 78 Jahren gut 6 Jahre über demjenigen bei Krebs insgesamt. Die altersspezifischen Sterblichkeitsraten steigen insbesondere in den hohen Altersgruppen stark an. Die europastandardisierte Sterblichkeitsrate ist im Gegensatz zur Inzidenzrate in Hamburg – wie auch auf Bundesebene – seit etwa Mitte der 1990er Jahre erkennbar gesunken.

Abb. 10: Sterbefälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

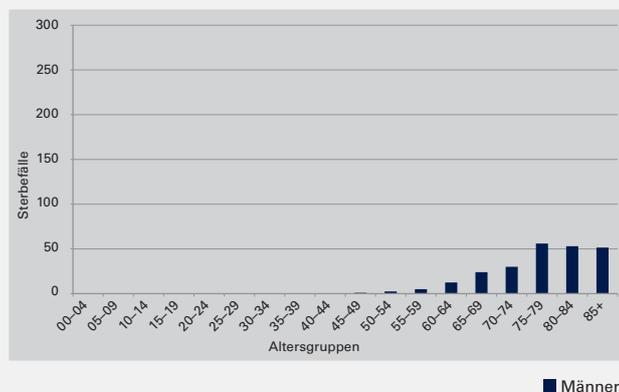
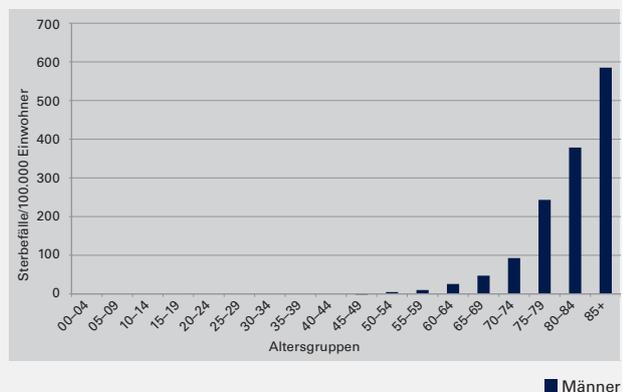


Abb. 11: Sterberaten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der DCO-Anteil bei Prostatakrebs beträgt derzeit etwa 4 % und liegt damit unter dem Durchschnitt der registrierten Krebserkrankungen (6 % bei Männern). Laut RKI weist das HKR bei der Erfassung von Prostatakrebs eine Vollständigkeit von etwa 87 % auf, bei Berücksichtigung der DCO-Fälle über 90 %.

TNM-Angaben werden bei Prostatakarzinomen auffällig schlecht dokumentiert. Bei nur etwa 28 % der zu Lebzeiten gemeldeten Erkrankungen liegen dem HKR für die Diagnosejahre 2005 und 2006 vollständige UICC-Angaben vor, während die Quote erfasster Gleason-Scores inzwischen bei fast 50 % liegt.

	Männer
DCO-Anteil (%)	4,4
Vollständigkeit (%) ohne DCO	86,9
mit DCO	91,0
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,23

Stadienverteilung (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
I	3	0	1
II	310	17	60
III	97	5	19
IV	104	6	20
k.A.	1.349	72	

3.14 Niere (C64–66, 68)

In diesem Kapitel werden Nierenzellkarzinome mit den Karzinomen des Nierenbeckens und der Harnleiter zusammengefasst.

Risikofaktoren

Zigarettenrauch ist ein eindeutiger Risikofaktor für diese Erkrankungsgruppe, da sich die krebserregenden Schadstoffe in dem Ausscheidungssystem sammeln. Prinzipiell gilt dies auch für Schadstoffe am Arbeitsplatz, wie z. B. Halogenkohlenwasserstoffe und Cadmium, sowie für bestimmte langfristig eingenommene Medikamente und deren Abbauprodukte. Übergewicht, insbesondere bei Frauen, ist ebenfalls ein Risikofaktor für das Auftreten von Nierenzellkrebs. Daneben erhöhen chronische Nierenerkrankungen wie insbesondere die erworbene zystische Nephropatie und genetische Besonderheiten die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten dieser Erkrankungen.

Früherkennung

Nierenzell- und Nierenbeckenkarzinome verursachen anfangs selten Schmerzen. Sie werden oft als Zufallsbefund bei Ultraschall- oder Röntgenuntersuchungen entdeckt. Blut im Urin, ein Flanken- oder Nierenschmerz und der tastbare Tumor sind eher Hinweise auf ein fortgeschritteneres Stadium. Bei speziellen Risikofaktoren kann für Männer und Frauen über 45 eine regelmäßige Ultraschalluntersuchung erwogen werden.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

In Hamburg erkranken pro Jahr 255 Menschen neu an Karzinomen der Nierenzellen, des Nierenbeckens und der ableitenden Harnwege. Männer erkranken im Mittel früher und fast doppelt so häufig. Auch bezogen auf die Gesamtzahl aller Krebserkrankungen ist der Anteil bei Männern deutlich gegenüber Frauen erhöht.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	165,5	99,5	Rohe Rate	19,6	11,2
Geschlechterverhältnis	1,7 : 1		Altersstandardisierte Rate (Europa)	16,4	7,4
Anteil an Krebs gesamt (%)	3,7	2,3	Altersstandardisierte Rate (Welt)	11,3	5,2
Alter bei Diagnose: Median	66,0	71,0			
Mittelwert	65,0	68,7			

Von der Gesamtzahl dieser Erkrankungen entfallen ca. 80 % auf das Nierenzellkarzinom. Etwa 20 % der bösartigen Neubildungen betreffen das Nierenbecken und die ableitenden Harnwege, die mit dem gleichen Gewebe wie die Harnblase ausgekleidet sind und oft zeitgleich oder zeitversetzt mit Blasenkrebs auftreten.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

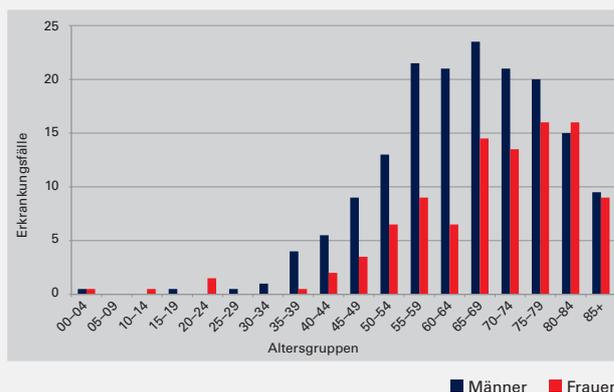
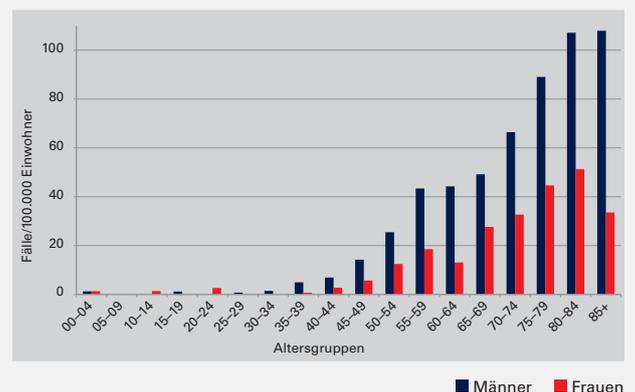


Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten

Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: \bar{x} 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Hamburg nimmt im europäischen wie im nationalen Vergleich mit einer alterstandardisierten Rate von 16,4/100.000 bei Männern und 7,4/100.000 bei Frauen eine mittlere Position ein. Auch der deutliche Geschlechtsunterschied zwischen Männern und Frauen wird von anderen Registern in ähnlicher Weise berichtet. Eine deutliche zeitliche Veränderung der Neuerkrankungen ist in Hamburg in den Jahren seit 1993 für beide Geschlechter nicht festzustellen.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer

Fälle/100.000 ASR (Europa)

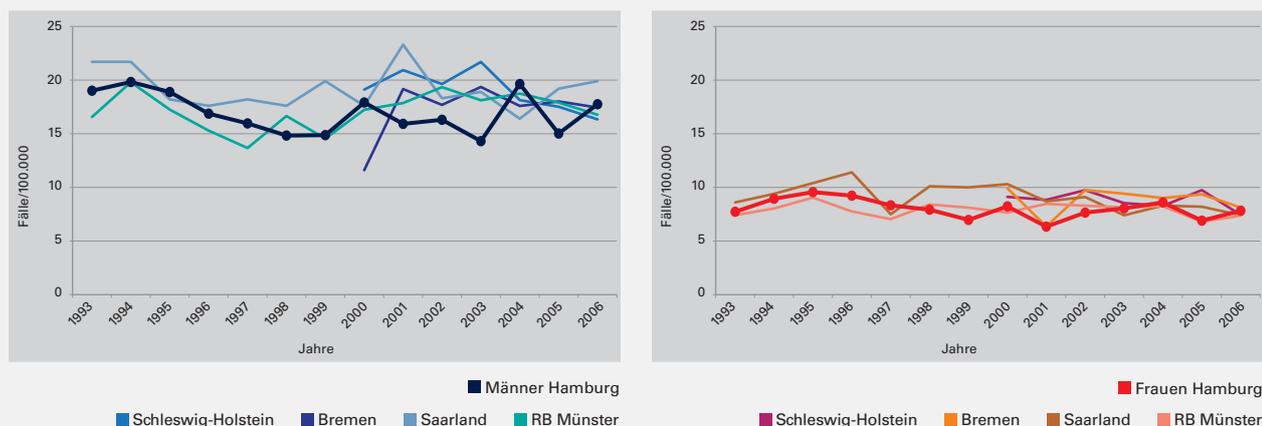
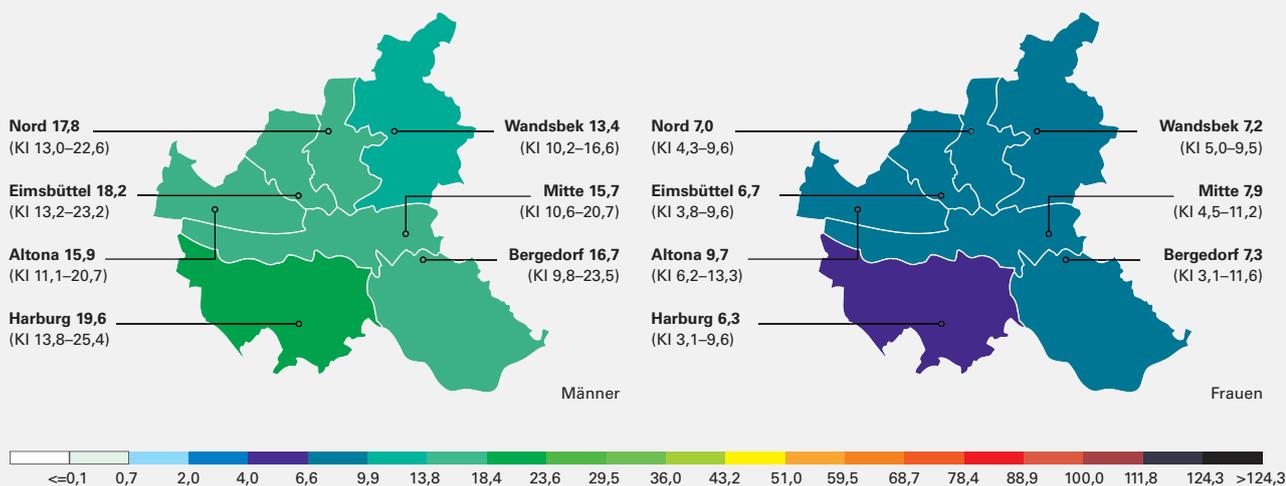


Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken \bar{x} 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

Das relative 5-Jahres-Überleben beträgt 67 %. Die in der Tendenz noch sinkende relative Überlebenskurve zeigt, dass auch nach fünf Jahren in einer Reihe von Fällen noch mit einer krankheitsspezifischen Übersterblichkeit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung zu rechnen ist. Das absolute 5-Jahres-Überleben liegt mit 58 % deutlich niedriger als das krankheitsspezifische Überleben, was darauf hindeutet, dass eine Reihe der Patienten an anderen Todesursachen verstirbt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im krankheitsspezifischen 5-Jahres-Überleben lassen sich bei dieser Erkrankungsgruppe mit je 67 % in Hamburg nicht beobachten, was auch den Ergebnissen des saarländischen Krebsregisters entspricht (M 66 %, F 67 %). In Bremen liegt das Überleben der Frauen mit 76 % deutlich über dem der Männer mit 64 %.

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben

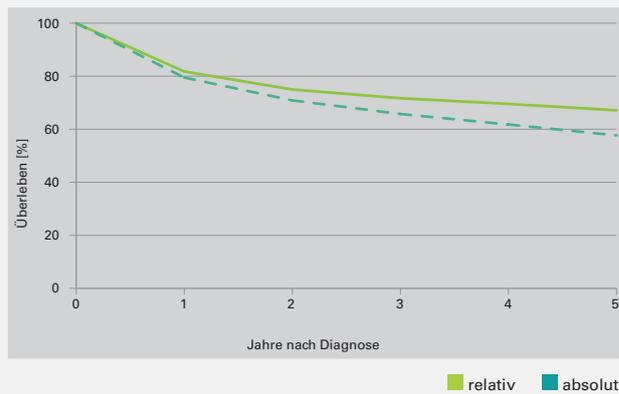
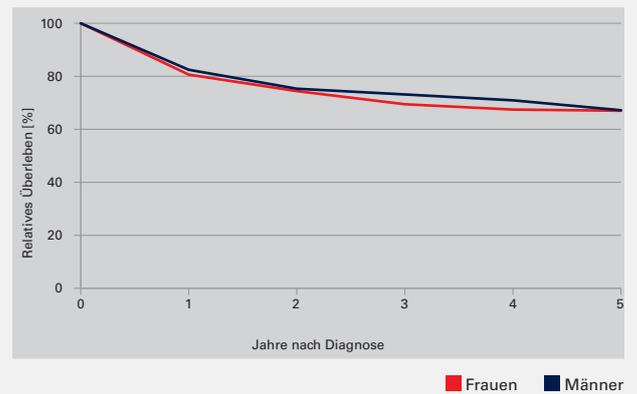


Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach Geschlecht



Aufgrund des geringen Anteils von Fällen mit Stadienangabe wurde die Periode auf den Zeitraum 2000–2006 verlängert. Die frühen Stadien I – III haben eine deutlich bessere Prognose als das Stadium IV. Bei den Stadien I und II deutet sich zwei bis drei Jahre nach Diagnose ein Plateau an. Dies weist darauf hin, dass hier keine gegenüber der Hintergrundssterblichkeit erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit zu beobachten war.

Im zeitlichen Verlauf ist keine deutliche Verbesserung der 3- und 5-Jahres-Überlebenszeiten zu erkennen.

Abb. 8: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien Periode 2000–06

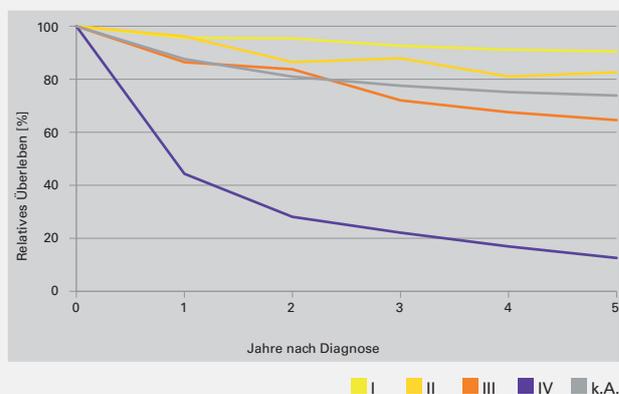
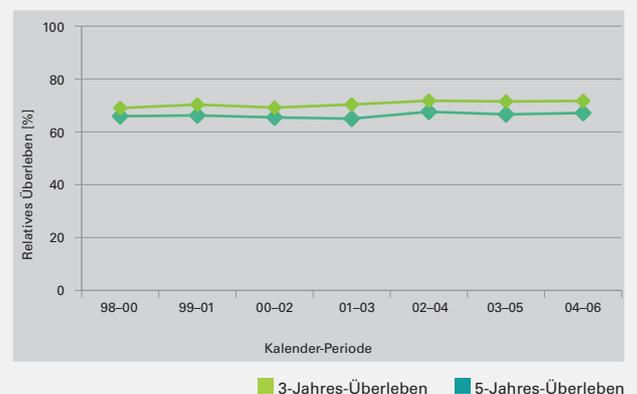


Abb. 9: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend



STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail	Männer	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	71,0	43,5
Geschlechterverhältnis	1,6 : 1	
Anteil an Krebs gesamt (%)	2,9	1,9
Sterbealter: Median	72,5	77,5
Mittelwert	74,8	79,6

Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Rohe Rate	9,5	5,9
Altersstandardisierte Rate (Europa)	7,6	3,1
Altersstandardisierte Rate (Welt)	4,9	2,0

Abb. 10: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend
Fälle/100.000 ASR (Europa)



Pro Jahr sterben in Hamburg 115 Menschen an einer Krebserkrankung der Niere oder der ableitenden Harnwege. Das Geschlechterverhältnis entspricht in etwa dem der Neuerkrankungsfälle. Männer sterben häufiger und deutlich früher an dieser Erkrankungsgruppe. Insbesondere bei den bevölkerungsbezogenen Raten sind die massiven Unterschiede deutlich. Pro 100.000 gleichalte und gleichgeschlechtliche Einwohner sterben fast doppelt so viele Männer wie Frauen. Der zeitliche Verlauf der altersstandardisierten Sterblichkeitsraten in Hamburg zeigt bei Männern und Frauen keine ausgeprägten Veränderungen. Bei den Männern besteht insgesamt ein Hinweis auf einen leichten kontinuierlichen Rückgang in der Sterblichkeit, während bei den Frauen eine Zunahme der Sterblichkeit zu Anfang der 90er Jahre zu beobachten war, die dann ab 1997 von einer eher fallenden Tendenz abgelöst wurde.

Abb. 11: Sterbefälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

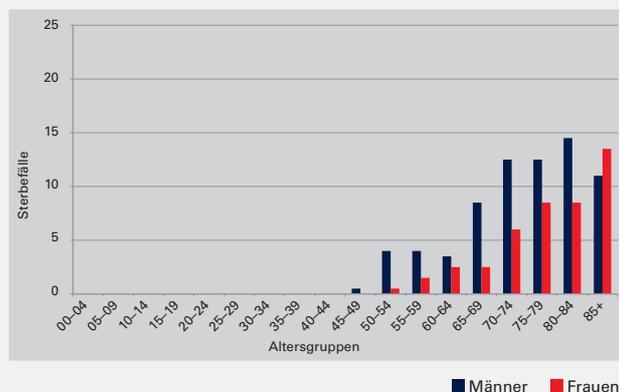
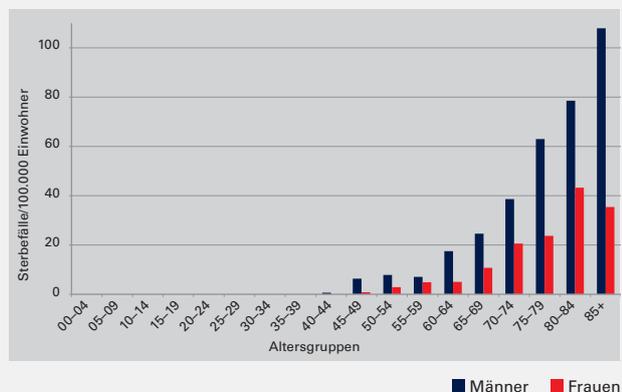


Abb. 12: Sterberaten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der DCO-Anteil ist mit knapp 4 % bei Nierenkarzinomen in Hamburg eher niedrig. Die Vollzähligkeit wird vom RKI auf unter 80 % geschätzt.

Im Berichtszeitraum fehlen bei mehr als zwei Dritteln der zu Lebzeiten gemeldeten Nierenkarzinomerkrankungen vollständige UICC-Stadienangaben. Damit ist die Qualität der Datenlage hier unbefriedigend.

	Männer	Frauen
DCO-Anteil (%)	3,3	4,0
Vollzähligkeit (%) ohne DCO	76,2	70,7
mit DCO	78,8	73,6
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,43	0,44

Stadienverteilung (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
I	43	9	31
II	5	1	4
III	6	1	4
IV	85	18	61
k.A.	333	71	

3.15 Harnblase (C67, D09.0)

Bösartige Neubildungen der Harnblase betreffen in den meisten Fällen die auskleidenden Schleimhautzellen, das so genannte Urothel. Bei der Erstdiagnose eines Urothelkarzinoms wird überwiegend ein oberflächlicher Tumor gefunden.

Risikofaktoren

Der wichtigste Risikofaktor für Harnblasenkrebs ist Zigarettenrauch, der mehr als jede zweite Neuerkrankung bei Männern und knapp ein Drittel bei Frauen verursacht. Ein wesentlicher Anteil des Tabak-bedingten Risikos ist aromatischen Aminen zuzuschreiben. Da die Latenzzeit zwischen Schadstoffbelastung und Krebsentstehung mehrere Jahrzehnte betragen kann, sind vermutlich auch lange zurückliegende Expositionen mit aromatischen Aminen am Arbeitsplatz, die so heute nicht mehr vorkommen, für aktuell auftretende Harnblasenkrebs-erkrankungen noch ursächlich. Eine langfristige Einnahme Phenacetin-haltiger Schmerzmittel (in Deutschland seit 1986 verboten) und die Behandlung mit dem Krebsmedikament Cyclophosphamid sind ebenso nachgewiesene Risikofaktoren

wie Vorerkrankungen der Blase und eine familiäre Disposition. Die tropische Infektionskrankheit Schistosomiasis ist in Teilen Afrikas ein Hauptrisikofaktor für Harnblasenkrebs, was in Deutschland nur für bestimmte Personengruppen (Urlauber, Immigranten) Relevanz hat.

Früherkennung

Harnblasenkrebs bereitet im Frühstadium kaum Beschwerden. Blut im Urin, vor allem beim schmerzlosen Wasserlassen, aber auch wiederkehrende Blasenentzündungen, gesteigerter Harndrang und Schmerzen können Hinweise sein, die ärztlich abgeklärt werden sollten. Die eigentliche Diagnose erfolgt in der Regel über eine Blasenspiegelung (Zystoskopie).

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

In Hamburg erkranken etwa 400 Männer und 140 Frauen pro Jahr an Harnblasenkrebs, wobei die als oberflächliche sog. *In situ*-Tumoren gemeldeten Fälle (D09.0) mit berücksichtigt sind. Betrachtet man ausschließlich die invasiven Tumoren (C67), so handelt es sich bei Männern um die vierthäufigste bösartige Neubildung. Frauen sind tendenziell fünf Jahre später und viel seltener betroffen als Männer.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	257,5	95,5	Rohe Rate	30,5	10,7
mit D09.0	400,5	142,0	mit D09.0	47,5	15,9
Geschlechterverhältnis mit D09.0	2,8 : 1		Altersstandardisierte Rate (Europa)	24,0	5,8
Anteil an Krebs gesamt (%) (mit D09.0)	5,7 (8,9)	2,2 (3,3)	mit D09.0	37,3	8,9
Alter bei Diagnose: Median	73,0	78,0	Altersstandardisierte Rate (Welt)	15,1	3,7
Mittelwert	72,3	75,0	mit D09.0	23,8	5,8

Das Erkrankungsrisiko steigt bei Männern ab dem 40. Lebensjahr konstant bis auf eine Größenordnung von 430/100.000 in der höchsten Altersgruppe. Bei Frauen erhöht sich die Erkrankungswahrscheinlichkeit ebenfalls mit zunehmendem Alter, jedoch in wesentlich geringerem Ausmaß, maximal auf 93/100.000.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

ø 2005/06

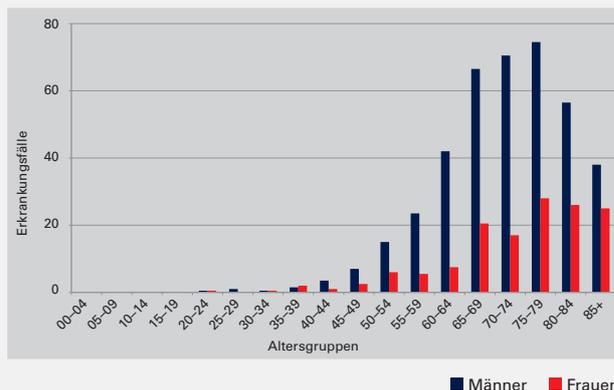
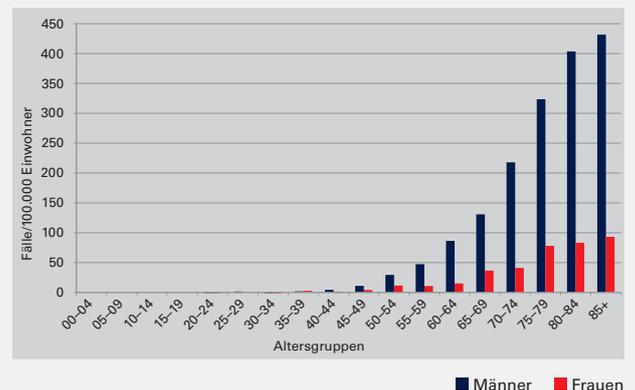


Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

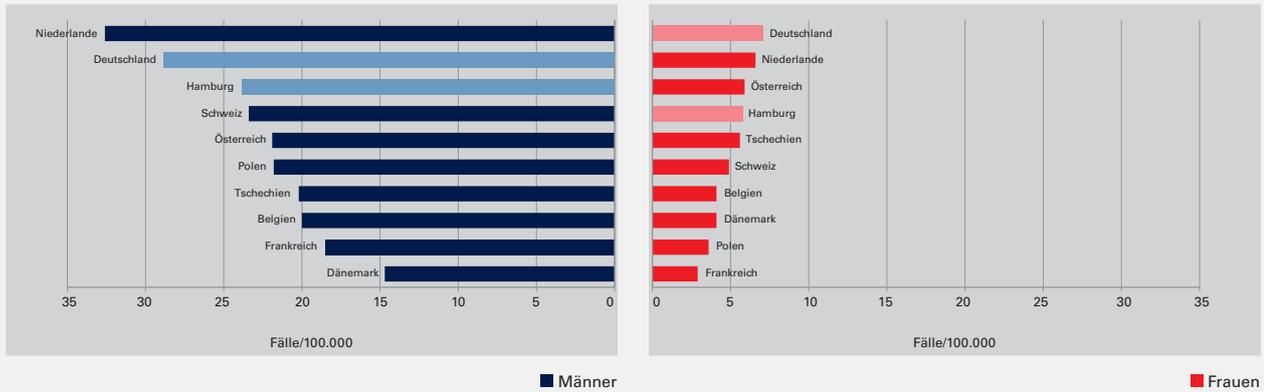
ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten

Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: \bar{x} 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Die erfasste Häufigkeit von Harnblasenkrebskrankungen ist in Hamburg bei beiden Geschlechtern in den vergangenen 15 Jahren nahezu konstant geblieben. Frauen erkranken, wie in den benachbarten Staaten auch, sehr viel seltener als Männer. Insgesamt bleiben die für Hamburg berechneten Erkrankungsraten auffällig unter den Schätzungen für Deutschland. Im Vergleich zu anderen Bundesländern liegt das Niveau der altersstandardisierten Raten ähnlich hoch wie in Bremen und Schleswig-Holstein, und deutlich über denen aus dem Saarland und Münster.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer

Fälle/100.000 ASR (Europa)

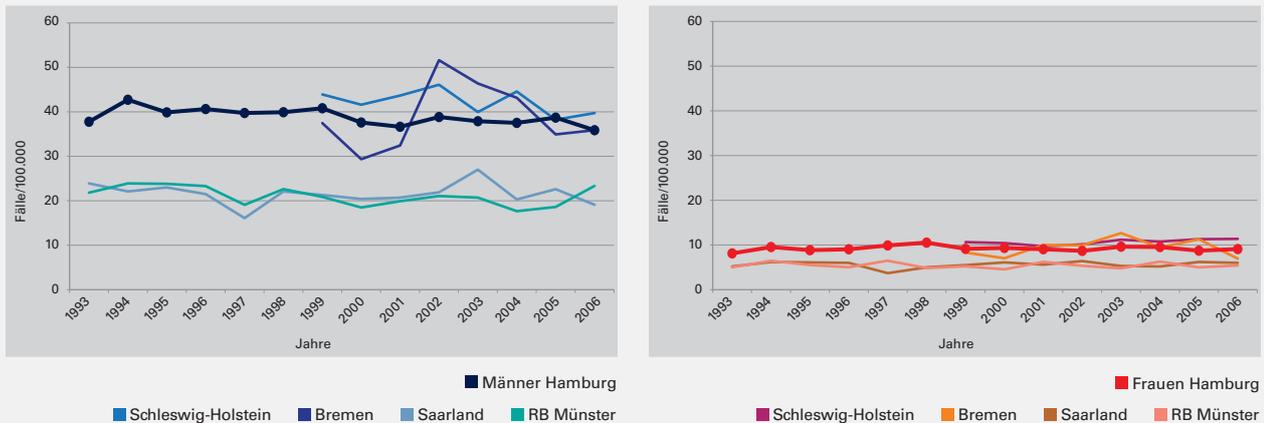
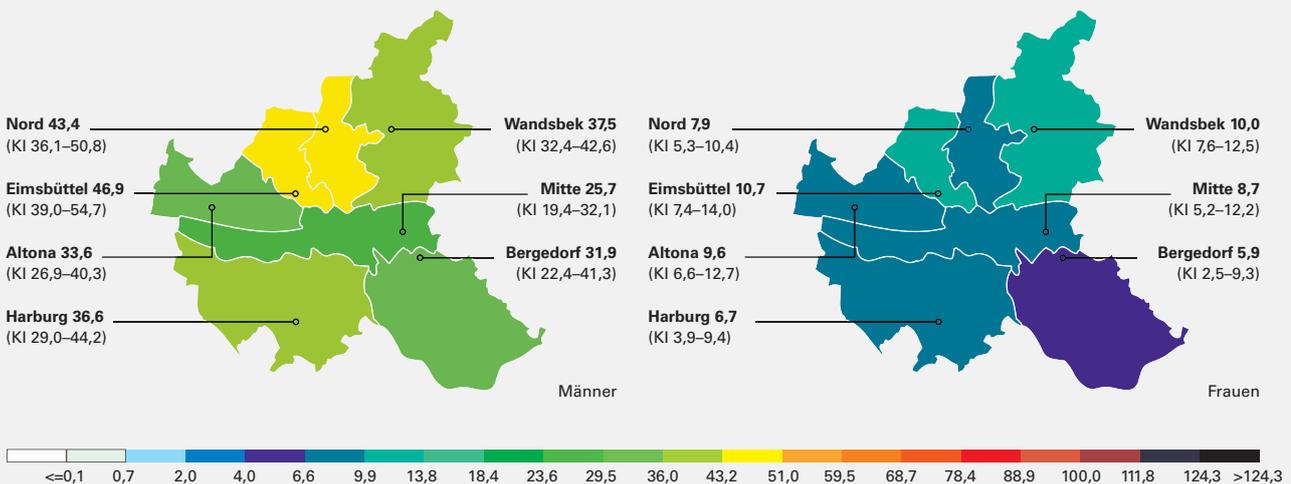


Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken \bar{x} 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

Das relative, also krankheitsspezifische 5-Jahres-Überleben nach der Diagnose von oberflächlichen und invasiven Harnblasentumoren wird für Patienten mit Wohnsitz in Hamburg derzeit auf 70 % geschätzt. Absolut, d.h. bei Einschluss aller Todesursachen leben nach fünf Jahren noch etwa 56 % der Patienten. Für diese deutliche Differenz ist v.a. der hohe Anteil oberflächlicher und damit gut heilbarer Karzinome ursächlich.

Das relative 5-Jahres-Überleben männlicher Harnblasenkrebspatienten liegt mit 72 % um acht Prozentpunkte über dem der betroffenen Frauen. Eine ähnliche Differenz zeigt sich auch in den anderen Bundesländern. In Bremen beträgt die Abweichung des relativen 5-Jahres-Überlebens fünfzehn Prozentpunkte (M 75 %, F 60 %), im Saarland sechs (M 76 %, F 70 %). Eine schlüssige Erklärung für die auch international beobachteten Unterschiede im Überleben der von Harnblasenkrebs betroffenen Männer und Frauen fehlt bisher.

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben

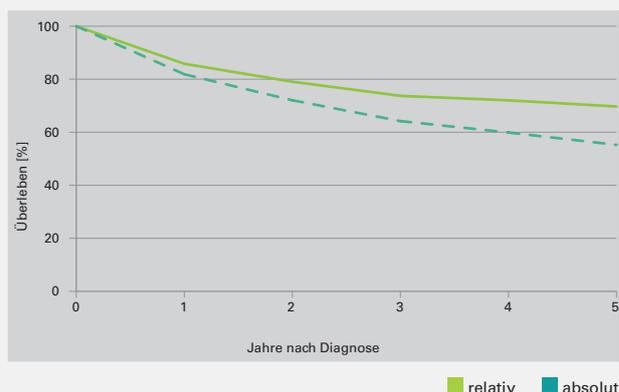
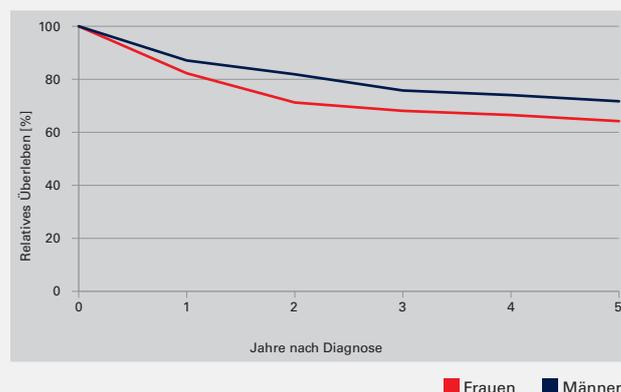


Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach Geschlecht



Etwa die Hälfte der im Berichtszeitraum zu Lebzeiten gemeldeten bösartigen Neubildungen der Harnblase ist mit vollständigen Stadienangaben versehen. Im Interesse verlässlicher stadienspezifischer Überlebensschätzungen wurde die Periode daher auf 2000–06 erweitert. Deutlich erkennbar ist der große Einfluss des Stadiums bei Diagnose auf das Überleben. So leben fünf Jahre nach Diagnose eines kleinen Harnblasentumors ohne Lymphknotenbeteiligung in Hamburg noch über 80 % der Betroffenen.

Im Verlauf der Kalenderperioden seit 1998 hat sich das relative 3- und 5-Jahres-Überleben von Harnblasenkrebspatienten in Hamburg nicht erkennbar verbessert.

Abb. 8: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien Periode 2000–06

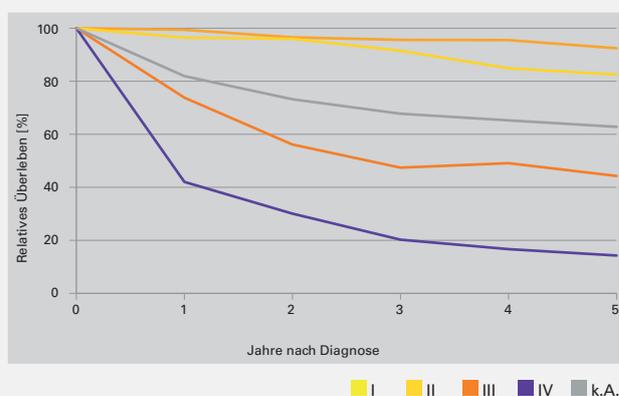
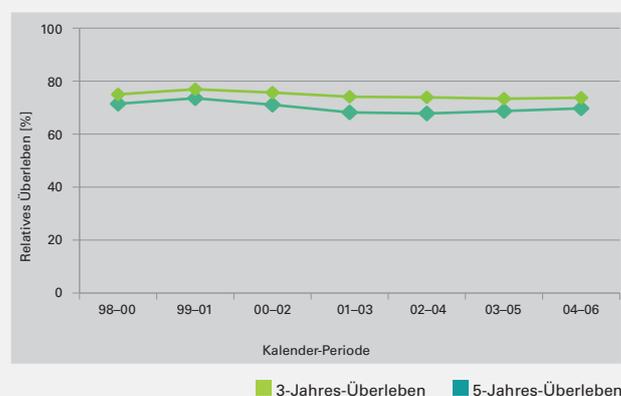


Abb. 9: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend

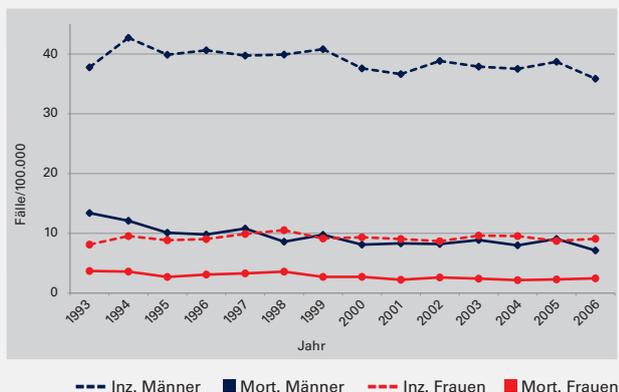


STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail C67	Männer	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	89,0	51,5
Geschlechterverhältnis	1,7 : 1	
Anteil an Krebs gesamt (%)	3,6	2,2
Sterbealter: Median	78,0	83,0
Mittelwert	77,3	82,8

Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Rohe Rate	10,6	5,8
Altersstandardisierte Rate (Europa)	8,2	2,4
Altersstandardisierte Rate (Welt)	4,8	1,4

Abb. 10: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend
Fälle/100.000 ASR (Europa)



Die Aussagen zur Sterblichkeit bei Harnblasenkrebs beziehen sich ausschließlich auf bösartige invasive Neubildungen (C67), da oberflächliche Tumoren (D09.0) in der Todesursachenstatistik nicht aufgeführt sind. Harnblasenkarzinome gehören bei Männern und Frauen jeweils zu den zehn häufigsten krebsbedingten Todesursachen. Bevölkerungsbezogen nimmt die Sterblichkeit mit dem Alter nahezu linear zu, bei Männern deutlich stärker als bei Frauen. Absolut gibt es in der höchsten Altersgruppe jedoch bei Frauen mehr Sterbefälle aufgrund von Harnblasenkrebs als bei Männern.

Die altersstandardisierte Sterblichkeitsrate sank bei Männern und Frauen in Hamburg bis vor etwa zehn Jahren, und blieb seitdem nahezu konstant.

Abb. 11: Sterbefälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

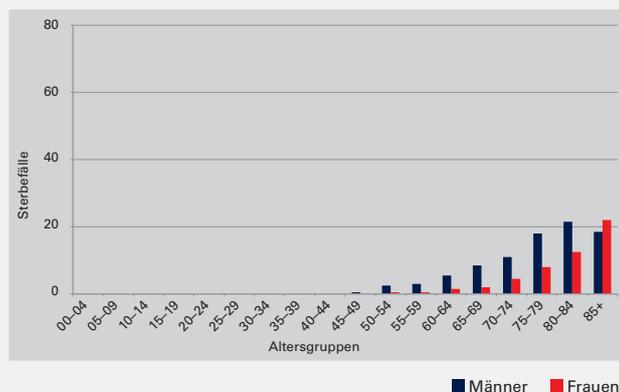
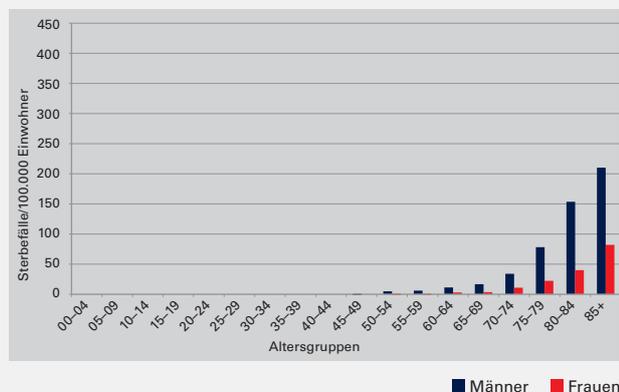


Abb. 12: Sterberaten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Die DCO-Anteile sind mit 2 % bei Männern und 6 % bei Frauen eher niedrig. Die Vollständigkeit der Erfassung von Harnblasenkrebs-erkrankungen wird vom RKI auf über 80 % geschätzt.

Vollständige TNM-Angaben liegen für etwa die Hälfte der 2005/06 zu Lebzeiten gemeldeten Harnblasenkrebs-erkrankungen vor.

inkl. D09.0	Männer	Frauen
DCO-Anteil (%)	2,2	5,6
Vollständigkeit (%) ohne DCO	86,6	81,8
mit DCO	88,6	86,4
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,22	0,36

Stadienverteilung C67 (UICC, nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%	% v. Stadien
I	41	7	29
II	32	5	23
III	17	3	12
IV	51	8	36
k.A.	474	77	

3.16 Non-Hodgkin-Lymphome (C82–85)

Als Non-Hodgkin-Lymphome wird eine Reihe unterschiedlicher bösartiger Erkrankungen des lymphatischen Gewebes bezeichnet, bei denen die für die Hodgkin-Erkrankung typischen Sternbergschen Riesenzellen nicht zu beobachten sind.

Risikofaktoren

Die Krankheitsgruppe ist sehr vielfältig. Sie kann sowohl innerhalb und außerhalb von Lymphknoten auftreten als auch unterschiedliche lymphatische Zellen betreffen (B- und T-Zelllymphome). Sie kann sehr aggressiv, aber auch mit niedrigem Malignitätsgrad verlaufen.

Neben dem Alter gehören angeborene und erworbene Beeinträchtigungen des Immunsystems, wie zum Beispiel HIV/AIDS oder eine medikamentöse Immunsuppression bei Organtransplantationen, zu den Risikofaktoren. Bestimmte Viren (z. B. Epstein-Barr-Viren, Hepatitis C) stehen in einem Zusammenhang mit der Entstehung von Non-Hodgkin-Lymphomen. Eine chronische Infektion der Magenschleimhaut mit *Helicobacter pylori* erhöht das Risiko für ein Lymphom

in der Magenschleimhaut. Neben biologischen Parametern gehören eine Reihe chemischer und physikalischer Einflüsse (z. B. organische Lösemittel, Herbizide und Pestizide, radioaktive Strahlungen) zu den Risikofaktoren.

Früherkennung

Die Frühdiagnose eines Non-Hodgkin-Lymphoms ist unwahrscheinlich. Viele Erkrankungen werden anfänglich aufgrund von Lymphknotenschwellungen oder unspezifischen Beschwerden (Abgeschlagenheit, Gewichtsverlust, Fieber, nächtliches Schwitzen) auffällig, so dass verschiedenste Ärzteguppen in die Erstdiagnose einbezogen sind. Die Erkrankung wird oft erst in einem ausgeweiteten Stadium diagnostiziert.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

In Hamburg erkrankten 2005 und 2006 pro Jahr 135 Männer und 123 Frauen an Non-Hodgkin-Lymphomen. Die Fallzahlen und Erkrankungsdaten der Non-Hodgkin-Lymphome können generell und insbesondere im zeitlichen Verlauf nur mit Einschränkungen beurteilt werden, da sich Diagnosen und Klassifizierungen änderten.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	135,0	123,0	Rohe Rate	16,0	13,8
Geschlechterverhältnis	1,1 : 1		Altersstandardisierte Rate (Europa)	13,3	8,9
Anteil an Krebs gesamt (%)	3,0	2,8	Altersstandardisierte Rate (Welt)	9,6	6,3
Alter bei Diagnose: Median	66,5	70,0			
Mittelwert	64,1	69,1			

Die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Männer liegt bezogen auf die Bevölkerung deutlich höher als die der Frauen. Sie ist bei Männern über 85 Jahren pro 100.000 Einwohner etwa doppelt so hoch wie bei den Frauen in der gleichen Altersgruppe. Auch erkranken Männer im Schnitt deutlich früher als Frauen.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

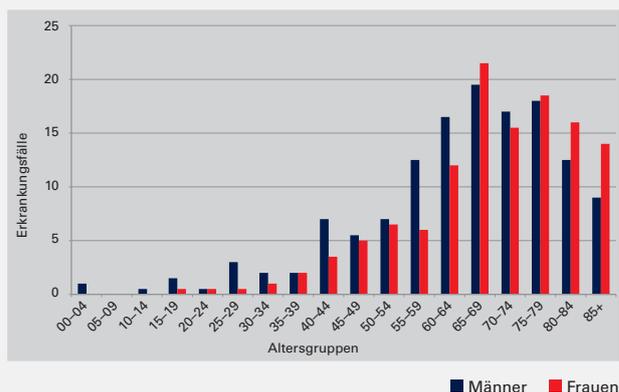
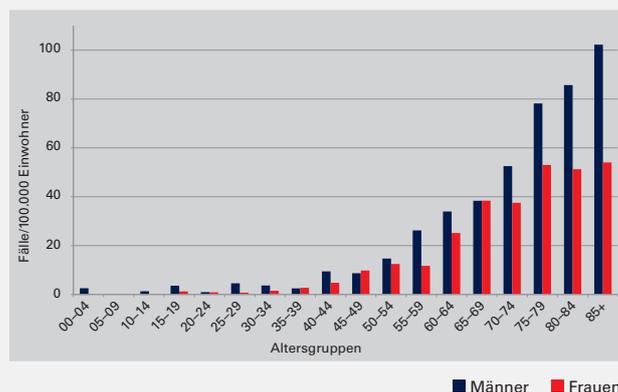


Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

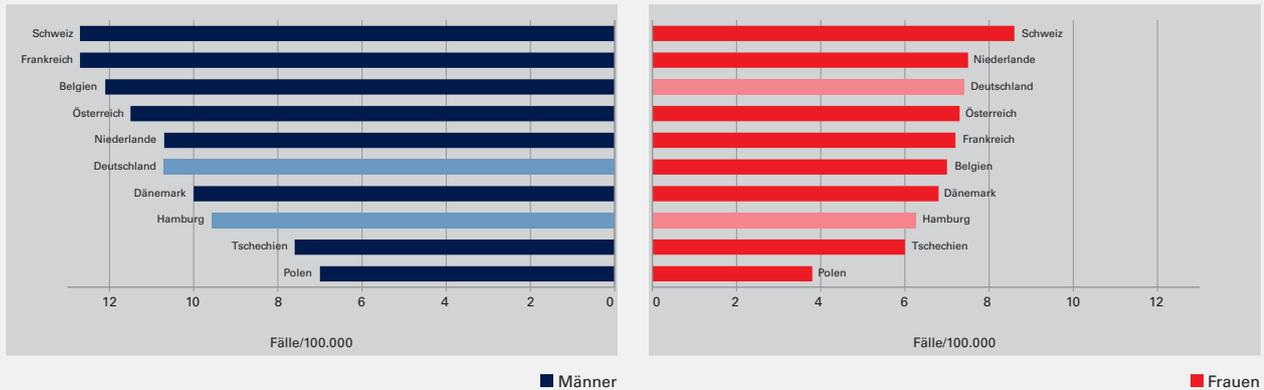
Ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten

Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: \bar{x} 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Im Vergleich mit anderen Bundesländern liegen die Hamburger Raten im Zeitraum bis 1998 über denen der Vergleichsregister, um danach zu sinken. Dies ist teilweise auf die Nacherhebungen im Rahmen der Hamburger Leukämie- und Lymphomstudie (1988–99) zurückzuführen, wodurch der Erfassungsgrad in Hamburg vermutlich höher war. Da aber ähnliches bei den Sterberaten in Hamburg zu beobachten ist, kann hier insgesamt eine reale Senkung der Krebslast angenommen werden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Studie, die eine Senkung der Lymphome in Abhängigkeit von der Belastung durch Kohlenwasserstoffe aus Kraftstoffen ergab.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer

Fälle/100.000 ASR (Europa)

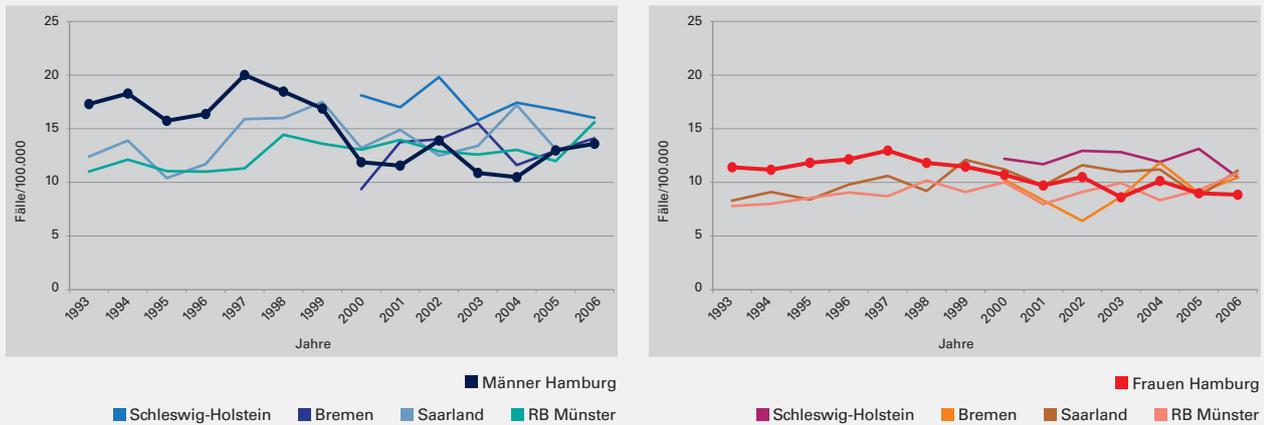
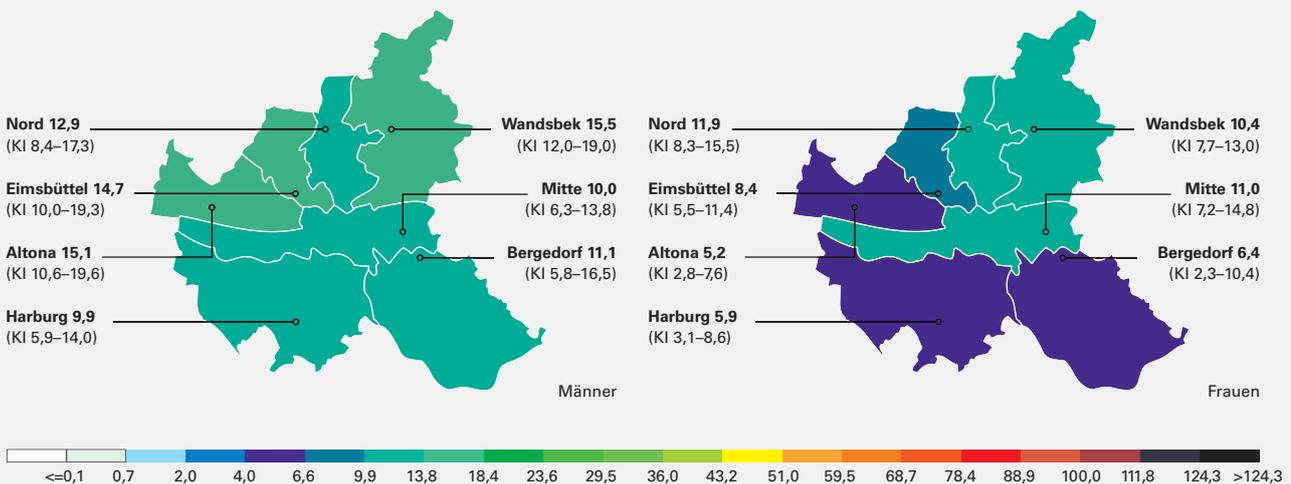


Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken \bar{x} 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

Über alle Erkrankungsstadien betrachtet beträgt das beobachtete 5-Jahres-Überleben von Patienten mit einer Non-Hodgkin-Lymphom-erkrankung 57 %. Im Verhältnis zur Hintergrundssterblichkeit steigt dieser Anteil auf 66 %. Dieser Unterschied zwischen beobachtetem Gesamtüberleben und krankheitsspezifischem Überleben ist auch ein Ausdruck der besonders betroffenen Bevölkerungsgruppe der alten Patienten mit einer hohen Sterblichkeit aufgrund anderer Ursachen.

Bei Frauen ist insgesamt eine etwas bessere Überlebenswahrscheinlichkeit nach Diagnose zu beobachten (M 62 %, F 69 %). Neben anderen Erklärungsmöglichkeiten könnte dieses Ergebnis auch auf einen Zusammenhang mit einer früheren Diagnosestellung hinweisen. Aufgrund der Heterogenität der Erkrankungen und der in der Krebsregistermeldung oft nicht vorhandenen UICC-Stadieneinteilung bleibt diese jedoch eine Vermutung.

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben

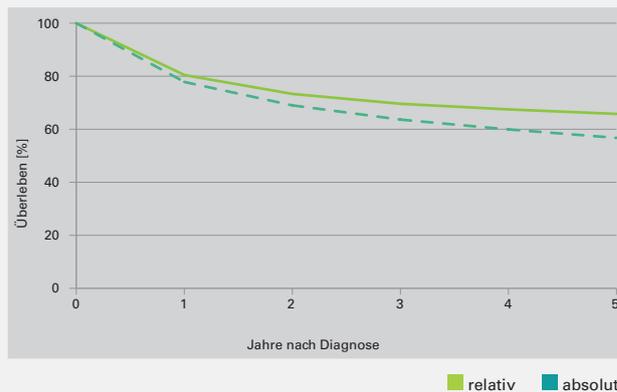
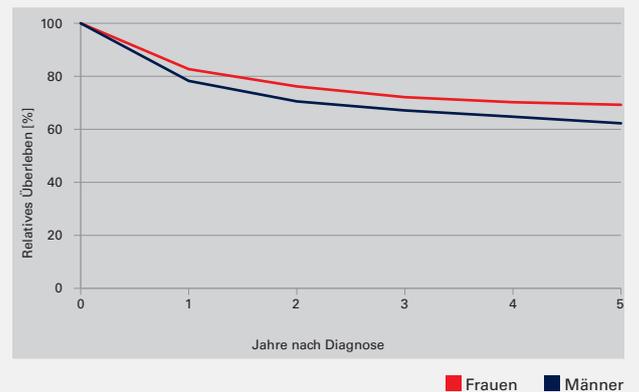


Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach Geschlecht



Das relative Überleben der folliculären Non-Hodgkin-Lymphom-Patienten liegt deutlich über dem der diffusen, peripheren und kutanen sowie der sonstigen Erkrankungstypen.

Das relative 3- und 5-Jahres-Überleben hat sich im Zeitraum zwischen 1998 bis 2009 wahrnehmbar verbessert. Der zeitliche Verlauf und die Höhe des relativen 5-Jahres-Überlebens deckt sich mit den Beobachtungen im Saarland (M 66 %, F 62 %).

Abb. 8: Relatives 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadien

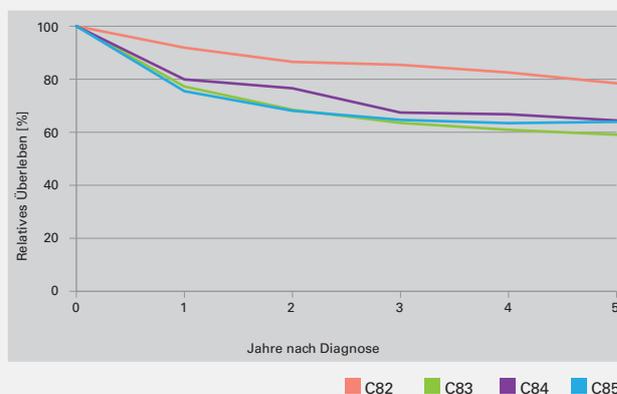
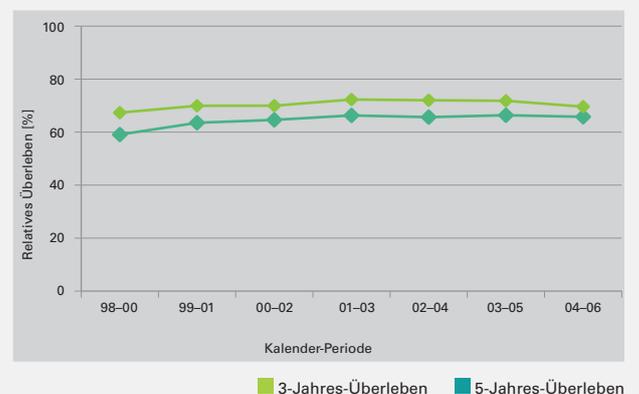


Abb. 9: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend

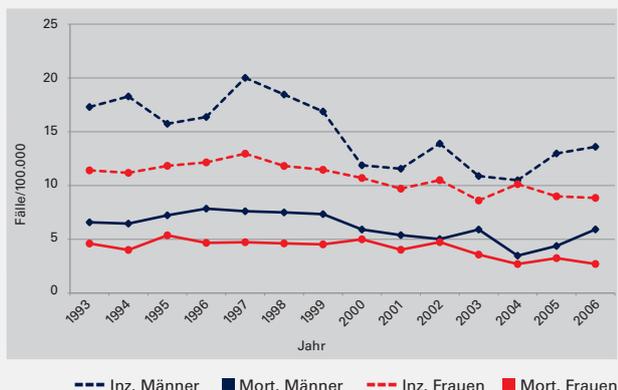


STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail	Männer	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	44,5	38,0
Geschlechterverhältnis	1,2 : 1	
Anteil an Krebs gesamt (%)	1,8	1,6
Sterbealter: Median	73,0	76,0
Mittelwert	77,8	75,6

Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Rohe Rate	6,4	5,5
Altersstandardisierte Rate (Europa)	5,3	3,0
Altersstandardisierte Rate (Welt)	3,4	2,0

Abb. 10: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend
Fälle/100.000 ASR (Europa)



In Hamburg waren 83 Sterbefälle pro Jahr aufgrund eines Non-Hodgkin-Lymphoms zu beobachten. Das mediane Sterbealter betrug 73 Jahre bei Männern, 76 Jahre bei Frauen. Bevölkerungsbezogen ist insbesondere bei Männern im hohen Alter eine gegenüber den Frauen stark erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit zu verzeichnen. Bei der altersstandardisierten Sterblichkeit ist für Männer und Frauen eine über den Zeitverlauf sinkende Rate und eine Angleichung der Geschlechtsunterschiede zu beobachten. Der bei den Männern zu beobachtende Anstieg in den Jahren 2005/2006 ist angesichts der bisher vorliegenden Daten für das Diagnosejahr 2007 derzeit noch nicht als Trendumkehr zu bewerten.

Abb. 11: Sterbefälle nach Altersgruppen
Ø 2005/06

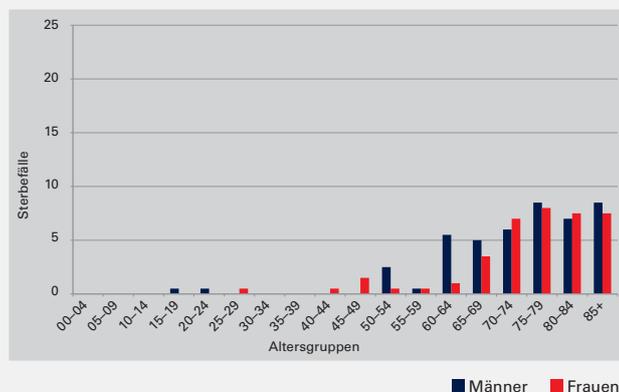
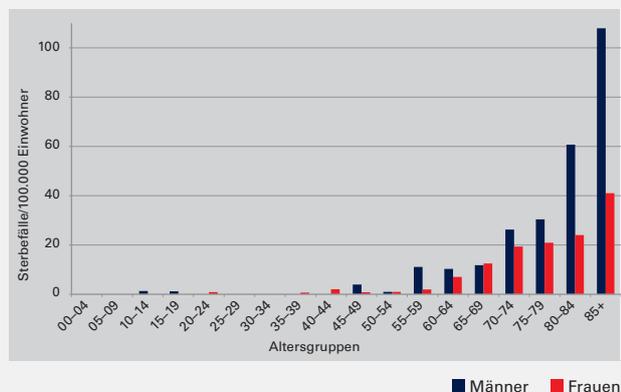


Abb. 12: Sterberaten nach Altersgruppen
Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der DCO-Anteil weist mit gut 2 % auf eine vollständige Erfassung hin. Dementsprechend liegt die Vollzähligkeitsschätzung des RKI bei über 100 %.

Die hier dargestellte Verteilung der Krankheitsgruppen nach ICD-Code lässt keine Rückschlüsse auf die Datenqualität zu. Bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen werden klinische Stadienangaben nicht erfasst.

	Männer	Frauen
DCO-Anteil (%)	2,2	2,4
Vollzähligkeit (%) ohne DCO	115,8	100,6
mit DCO	118,4	103,0
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,33	0,31

Histologie-Verteilung (nur ÜL ≥ 1Tag)	n	%
C82	123	25
C83	164	34
C84	45	0,1
C85	157	0,3

3.17 Leukämien (C91–95)

Leukämien sind Krebserkrankungen des blutbildenden Systems, die sich je nach Zellart und zeitlichem Verlauf erheblich voneinander unterscheiden.

Risikofaktoren

Die akute lymphatische Leukämie (ALL) ist die häufigste bösartige Erkrankung bei Kindern. Die akute (AML) und die chronische myeloische (CML) Leukämie treten meist bei Erwachsenen auf, die chronische lymphatische Leukämie (CLL) eher im fortgeschrittenen Alter.

Als gesicherte Risikofaktoren gelten ionisierende Strahlung, die berufliche Exposition gegenüber Benzol und verwandten Stoffen sowie einige Krebsmedikamente. Bei den meisten CML-Patienten ist eine Chromosomenveränderung (Philadelphia-Chromosom) nachweisbar, ohne dass die Ursachen hierfür im Einzelfall zurückzufolgern sind. Einige mit Chromosomenanomalien einhergehende Erkrankungen (z. B. Down-Syndrom) gehen mit einem erhöhten

Risiko für bestimmte Leukämien einher. Auch für das HTLV-1 („humanes T-lymphotropes Virus 1“) konnte nachgewiesen werden, Leukämie beim Menschen zu verursachen. Der Einfluss niederfrequenter elektromagnetischer Felder wird weiterhin bei kindlichen Formen als Risikofaktor diskutiert, ohne dass bisher ein Wirkungsmechanismus bekannt ist.

Früherkennung

Die Symptome von Leukämien wie Krankheitsgefühl, Schwäche, Appetit- und Gewichtsverlust, Fieber, Blutungsneigung, Knochenschmerzen, geschwollene Lymphknoten, Milz- oder Lebervergrößerung können auch bei anderen Krankheiten auftreten. Eine Früherkennungsmethode für Leukämien gibt es nicht.

JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN

Im Berichtszeitraum dokumentierte das HKR pro Jahr durchschnittlich 117 Leukämie-Neuerkrankungsfälle bei Männern und 99 bei Frauen. Damit entfallen in Hamburg bei beiden Geschlechtern weniger als 3 % der neu registrierten Krebsfälle auf Leukämien. Frauen sind sowohl absolut als auch bei der Darstellung der altersstandardisierten Neuerkrankungsraten seltener betroffen.

Neuerkrankungszahlen im Detail	Männer	Frauen	Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Fälle absolut (mit DCO, 2005/2006)	117,0	99,0	Rohe Rate	13,9	11,1
Geschlechterverhältnis	1,2 : 1		Altersstandardisierte Rate (Europa)	12,1	8,0
Anteil an Krebs gesamt (%)	2,6	2,3	Altersstandardisierte Rate (Welt)	9,7	6,9
Alter bei Diagnose: Median	69,0	70,0			
Mittelwert	62,6	63,7			

Das mediane Alter bei einer Leukämiediagnose liegt bei 70 Jahren, gleichzeitig gehören Leukämien auch zu den häufigsten bösartigen Neubildungen bei den unter 15-Jährigen. Die altersspezifische Verteilung zeigt daher einen U-förmigen Verlauf, absolut entfallen jedoch gut 70 % auf die Altersgruppen nach dem 60. Lebensjahr.

Abb. 1: Neuerkrankungsfälle nach Altersgruppen

ø 2005/06

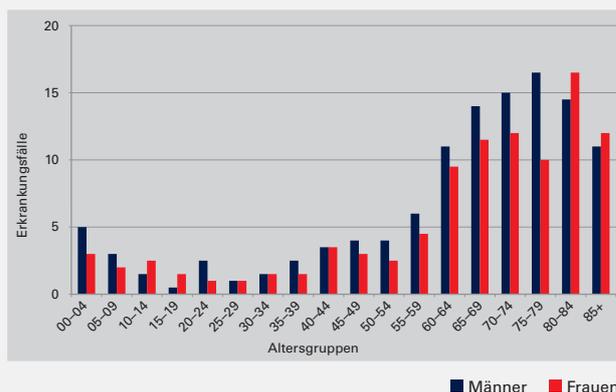
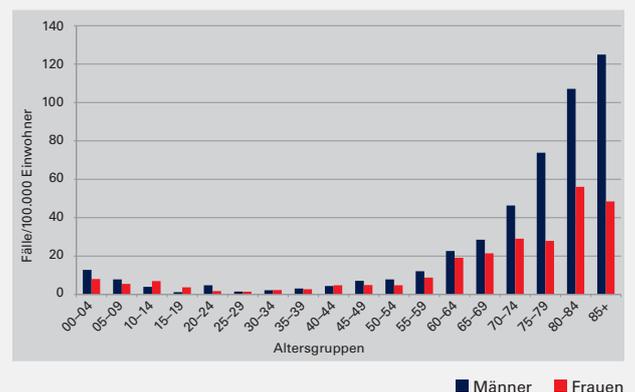


Abb. 2: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen

ø 2005/06, Fälle/100.000 Einwohner



NEUERKRANKUNGEN IM VERGLEICH

Abb. 3: Neuerkrankungsraten: Hamburg, Deutschland und Nachbarstaaten

Fälle/100.000 ASR (Welt), Hamburg: \bar{x} 2005/06, Deutschland: 2002, Nachbarstaaten: 2002 (Globocan)



Die altersstandardisierten Leukämieerkrankungsraten zeigen für Hamburg seit Ende der 90er Jahre ein etwa gleichbleibendes Niveau, ähnlich wie in den anderen Bundesländern. Die vor 1999 höheren Raten sind u.a. auf umfangreiche Nacherhebungen im Rahmen der Hamburger Leukämie-/Lymphomstudie für den Zeitraum 1988–99 zurückzuführen und weisen auf eine gewisse Untererfassung in der Routineregistrierung hin. Im Vergleich zu den europäischen Nachbarstaaten liegen die aktuellen altersstandardisierten (Welt) Neuerkrankungsraten in Hamburg bei Männern im Mittelfeld, bei Frauen im oberen Drittel.

Abb. 4: Neuerkrankungsraten im Zeitrend: Hamburg und ausgewählte Bundesländer

Fälle/100.000 ASR (Europa)

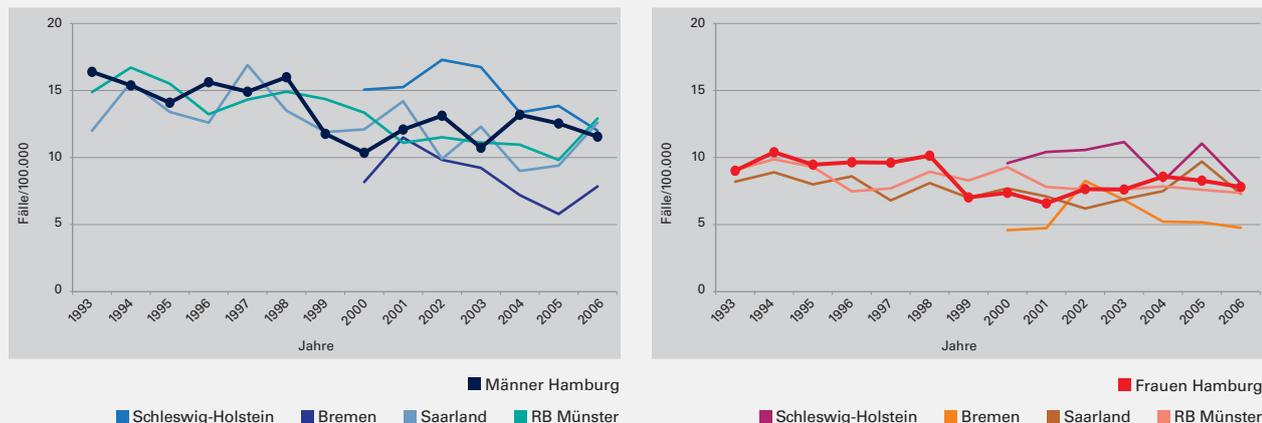
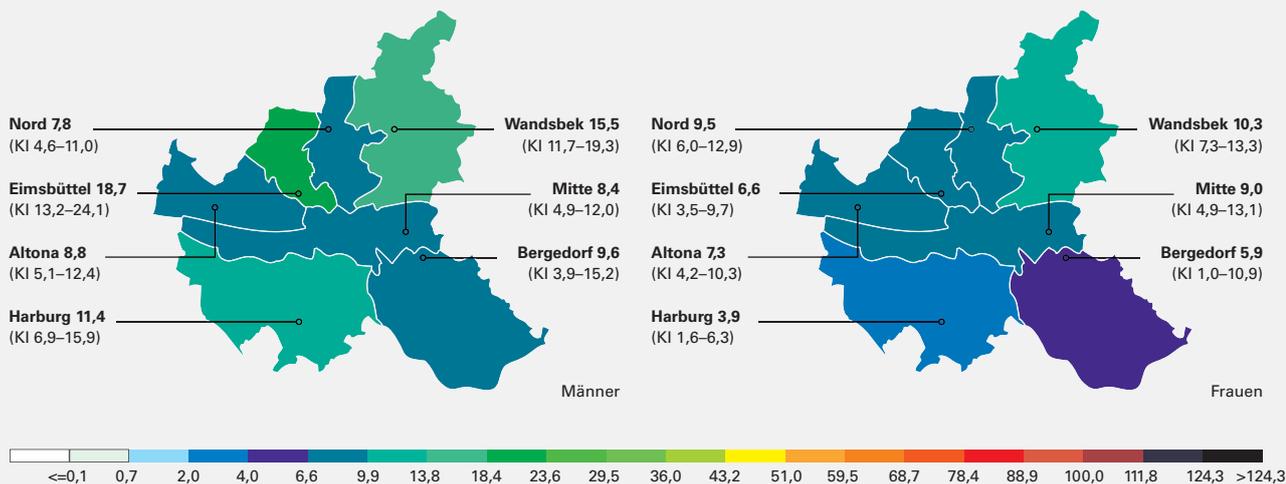


Abb. 5: Neuerkrankungsraten nach Bezirken \bar{x} 2005/06, Fälle/100.000 ASR (Europa) inkl. Konfidenzintervall (KI)



ÜBERLEBEN

Das relative, also krankheitsspezifische 5-Jahres-Überleben nach der Diagnose von Leukämieerkrankungen wird für Patienten mit Wohnsitz in Hamburg derzeit auf 52 % geschätzt. Es liegt knapp acht Prozentpunkte höher als das auch durch andere Todesursachen mitbestimmte absolute oder beobachtete Überleben.

Die 5-Jahres-Prognose unterscheidet sich für Männer mit 53 % und Frauen mit 50 % in Hamburg nur unwesentlich. Vergleicht man diese Werte mit denen aus Bremen (M und W je 33 %) und dem Saarland (M 43 %, W 38 %), so liegen sie in Hamburg deutlich günstiger. Inwieweit diese Differenz auf Unterschieden in der Verteilung der Leukämieformen, in der Datenqualität oder in der onkologischen Versorgung beruht, kann ohne Zusatzinformationen nicht beurteilt werden.

Abb. 6: Absolutes und relatives 5-Jahres-Überleben

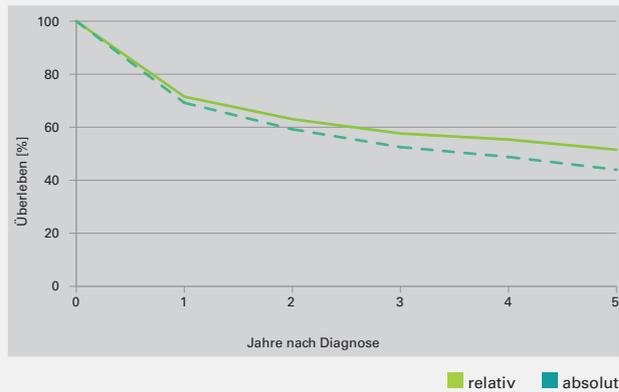
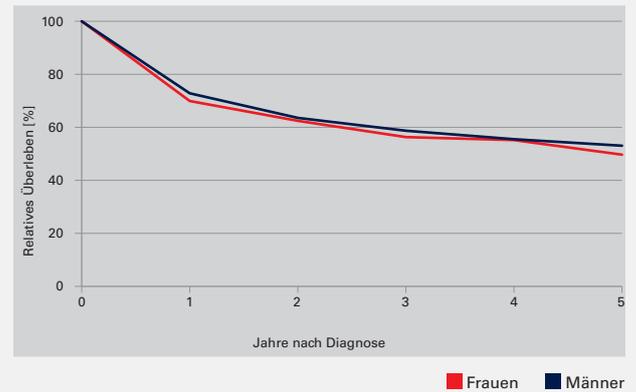


Abb. 7: Relatives 5-Jahres-Überleben nach Geschlecht



Die für den Berichtszeitraum zu Lebzeiten an das HKR gemeldeten Leukämieerkrankungen sind überwiegend lymphatische (C91: ALL, CLL) und myeloische (C92: AML, CML) Leukämien. Für die seltenen Monozytenleukämien (C93) und die übrigen Formen (C94, C95) kann aufgrund der geringen Fallzahlen in Hamburg keine Schätzung vorgenommen werden. Insgesamt haben die lymphatischen Leukämien mit einem relativen 5-Jahres-Überleben von 70 % eine deutlich bessere Prognose als myeloische Leukämien (34 %).

Im Vergleich der verschiedenen Kalenderperioden liegt das relative 3- und 5-Jahresüberleben stabil zwischen etwa 50 bzw. 58 %. Der Zeittrend von relativen 5-Jahres-Überlebensraten bei Leukämieerkrankungen in Hamburg zeigt einen nahezu gleichbleibenden Verlauf. Demnach hat sich die Prognose bei der Gesamtheit der Leukämieerkrankungen in der jüngeren Vergangenheit nicht erkennbar verändert.

Abb. 8: Relatives 5-Jahres-Überleben nach Histologie

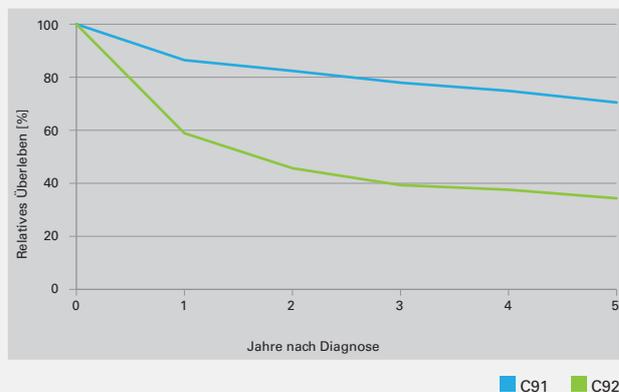
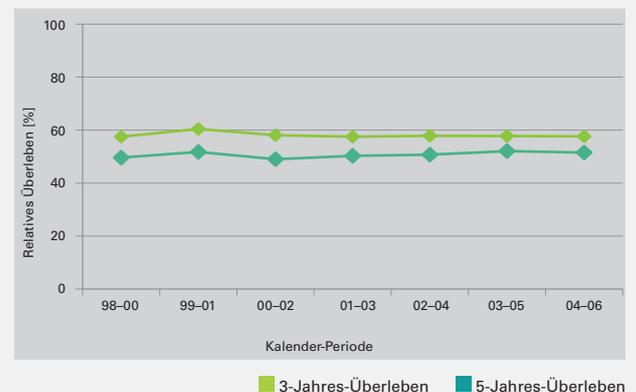


Abb. 9: Relatives 3- und 5-Jahres-Überleben im Zeittrend



STERBLICHKEIT

Sterblichkeitszahlen im Detail	Männer	Frauen
Fälle absolut (Durchschnitt 2005/2006)	67,0	61,0
Geschlechterverhältnis	1,1 : 1	
Anteil an Krebs gesamt (%)	2,7	2,6
Sterbealter: Median	75,0	78,0
Mittelwert	72,6	74,8

Raten (Fälle je 100.000)	Männer	Frauen
Rohe Rate	9,4	8,4
Altersstandardisierte Rate (Europa)	7,3	4,5
Altersstandardisierte Rate (Welt)	4,7	3,1

Abb. 10: Sterbe- und Neuerkrankungsraten im Zeitrend
Fälle/100.000 ASR (Europa)



Leukämieerkrankungen liegen in Hamburg mit jährlich 67 Todesfällen bei Männern auf Rang zehn der häufigsten Krebstodesursachen (3 % aller krebisbedingten Sterbefälle), bei Frauen mit 61 Fällen auf Rang sieben (3 %). Die Sterblichkeit nimmt mit dem Alter zu, im Kindesalter wurden im Berichtszeitraum kaum leukämiebedingte Sterbefälle dokumentiert.

Der für die Bundesebene berichtete Rückgang der Sterblichkeitsrate für Leukämien ist in Hamburg nur schwach erkennbar. Wie bei den Neuerkrankungen liegt auch die Sterberate bei Männern höher als bei Frauen.

Abb. 11: Sterbefälle nach Altersgruppen

Ø 2005/06

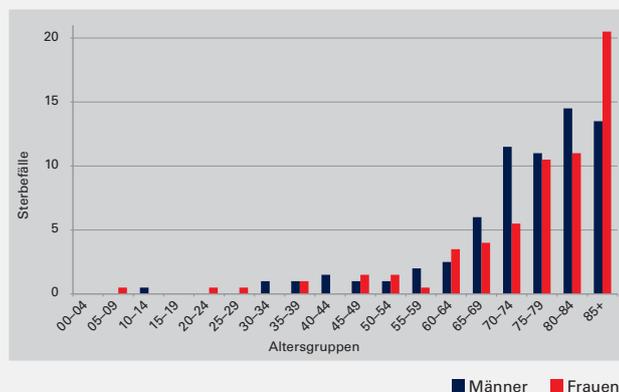
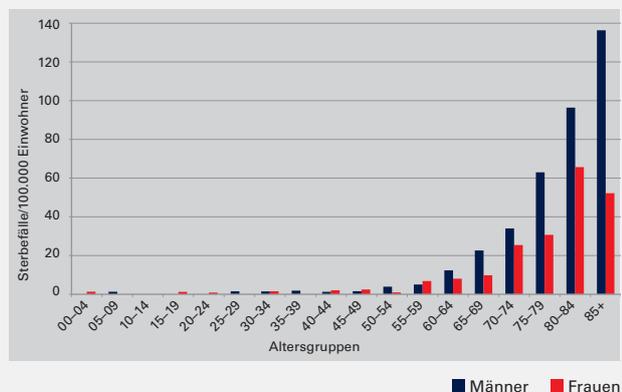


Abb. 12: Sterberaten nach Altersgruppen

Ø 2005/06, Sterbefälle/100.000 Einwohner



HINWEISE ZUR DATENQUALITÄT

Der DCO-Anteil bei Leukämie liegt mit unter 8 % in einem zufriedenstellenden Bereich. Nach den Erwartungswerten des RKI weist das HKR bei der Erfassung von Leukämien eine Vollständigkeit >100 % auf.

Etwa jeweils zur Hälfte zählen Leukämien zu den akuten und chronischen lymphatischen (ALL, CLL; C91) bzw. den akuten und chronischen myeloischen (AML, CML; C92) Formen, nur wenige Fälle gehören zu den monozytischen, sonstigen oder nicht bezeichneten Leukämien (C93–C95).

	Männer	Frauen
DCO-Anteil (%)	5,0	7,4
Vollständigkeit (%) ohne DCO	118,8	110,9
mit DCO	125,2	119,9
M/I (Verhältnis Mortalität zu Inzidenz)	0,57	0,62

Histologie-Verteilung (nur ÜL ≥ 1 Tag)	n	%
C91	181	49
C92	170	46
(C93)	12	3
(C94)	2	1
(C95)	6	2