

JAHRESBERICHT

KREBSGESCHEHEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN 2017

Impressum

Herausgeber

Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen gGmbH
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum

T 0234 54509 000

F 0234 54509 499

info@krebsregister.nrw.de

www.landeskrebsregister.nrw

Geschäftsführer: Dr. Andres Schützendübel

Ärztliche Leitung: Prof. Dr. med. Andreas Stang, MPH

Vorsitzender der Gesellschafterversammlung: Dr. Edmund Heller,
Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Sitz der Gesellschaft: Bochum

Registergericht: Amtsgericht Bochum

HRB: 17715

Bearbeitung und Redaktion

Autorenteam des Landeskrebsregisters NRW
in alphabetischer Reihenfolge:

Vincent Brücher, B.Sc.

Dipl. Ges.-Wirtin Hiltraud Kajüter, M.Sc.

Dr. rer. medic. Laura Khil

Dr. rer. medic. Volker Krieg

Dr. rer. nat. Lena Kühling

Dr. rer. medic. Volkmar Mattauch

Lennart Möller, M.Sc.

Florian Oesterling, M.Sc.

Dipl. Stat. Ina Wellmann, MPH

Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen
Jahresbericht

Krebs in Nordrhein-Westfalen 2017

Gefördert durch



Partner des



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3	Malignes Melanom der Haut (C43)	56
Methoden der Registrierung	4	Mesotheliom (C45)	60
Registerpopulation	4	Brust (C50)	64
Meldungsinhalte	5	Vulva (C51)	68
Meldungsarten	5	Gebärmutterhals (C53)	72
Dokumentation und Kodierung	6	Gebärmutterkörper (C54 + C55)	76
Record Linkage	7	Eierstock (C56)	80
”Best-Of”-Generierung	7	Prostata (C61)	84
Qualitätsindikatoren	8	Hoden (C62)	88
Epidemiologische Maßzahlen	9	Niere (C64)	92
Darstellung ausgewählter Tumorlokalisationen	13	Harnblase (C67, D09.0, D41.4)	96
Präsentation der Daten	13	Zentrales Nervensystem (C70 - C72)	100
Qualität der Registrierung im LKR NRW	13	Schilddrüse (C73)	104
Was ist Krebs?	14	Hodgkin-Lymphom (C81)	108
Die Situation in Nordrhein-Westfalen 2017	14	Non-Hodgkin-Lymphom (C82 - C86, C88)	112
Krebs insgesamt (C00 - C97 ohne C44)	16	Multipl. Myelom (C90)	116
Mund und Rachen (C00 - C14)	20	Leukämien (C91 - C95)	120
Speiseröhre (C15)	24	Bevölkerungstabellen	124
Magen (C16)	28	Bevölkerung in NRW und im RB Münster	124
Darm (C18 - C21)	32	Standardbevölkerung	124
Gallenblase und Gallenwege (C23 + C24)	40	Quellen	125
Bauchspeicheldrüse (C25)	44	Datenquellen	125
Kehlkopf (C32)	48	Software	125
Lunge (C33 + C34)	52	Abkürzungen/Glossar	126

Vorwort

Der Ihnen vorliegende Jahresbericht des Landeskrebsregisters NRW (LKR NRW) beschreibt das Krebsgeschehen für das Diagnosejahr 2017 auf der Grundlage des Datenbankstandes vom 29. November 2020. Der Jahresbericht ist das Ergebnis der intensiven Zusammenarbeit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im LKR NRW. Sie bereiten mit ihren verschiedenen Fachkompetenzen und langjährigen Erfahrungen die Krebsregisterdaten so auf, dass sie der Öffentlichkeit, der Wissenschaft, der Forschung sowie den Melderinnen und Meldern, zur Verfügung gestellt werden können - dafür bedanken wir uns ganz herzlich bei allen Beteiligten!

Das LKR NRW verfügt über vollzählig erfasste Daten zum Krebsgeschehen des bevölkerungsreichsten Bundeslandes Nordrhein-Westfalen. Damit stellt das LKR NRW eine sehr umfangreiche Datenbasis für epidemiologische und klinische Auswertungen zur Verfügung. Neben den bisher schon möglichen epidemiologischen Auswertungen zu Krebserkrankungen, können zukünftig durch die Erfassung von Behandlungs- und Verlaufsdaten auch Aussagen zur Qualität verschiedener Therapieformen getroffen werden und Forschungsvorhaben unter anderem zur Versorgungsqualität unterstützt werden.

Der Bericht enthält epidemiologische Auswertungen zu Krebsneuerkrankungen und Krebssterbefällen in Nordrhein-Westfalen. Insgesamt werden Daten und Auswertungen zu 26 Krebserkrankungen ausführlich präsentiert. Darunter sind in dem vorliegenden Bericht auch erstmals umfangreiche Auswertungen zu bösartigen Neubildungen der Leber, der Gallenblase- und Gallenwege, der Vulva sowie des Zentralen Nervensystems, des Mesothelioms und des Multiplen Myeloms.

Das LKR NRW ist auf jede Meldung der medizinischen Einrichtungen, wie Kliniken, Ärzte und Pathologen angewiesen. Nur auf der Grundlage von vollzähligen und vollständigen Meldungen können Daten für die Qualitätssicherung von Krebsbehandlungen, Wissenschaft und Forschung zur Verfügung gestellt werden. Deshalb danken wir allen meldenden Einrichtungen, die mit ihren Daten einen wertvollen Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung der onkologischen Versorgung in unserem Land leisten. Wir danken darüber hinaus allen Melderinnen und Meldern für das entgegengebrachte Vertrauen. Das Team des Landeskrebsregisters wird Sie auch weiterhin mit allen Kräften dabei unterstützen, dass das gesetzlich vorgeschriebene Melden von Krankheitsdaten so aufwandsarm wie möglich realisiert wird.

Wir freuen uns, wenn Sie uns weiterhin bei dem gemeinsamen Ziel unterstützen, die Grundlagen für Prävention, Krebsfrüherkennung, Forschung und Verbesserung der Behandlungsqualität zu schaffen.

Dr. Andres Schützendübel
Geschäftsführer

Prof. Dr. med. Andreas Stang, MPH
Ärztliche Leitung

Methoden der Registrierung

Registerpopulation

Die epidemiologische Krebsregistrierung bezieht sich auf räumlich genau definierte Populationen. Während das Krebsregister bis zur Mitte des Jahres 2005 Krebserkrankungen ausschließlich in der Wohnbevölkerung des Regierungsbezirks Münster erfasste, besteht die Quell- und Einzugsbevölkerung des LKR NRW seither aus der gesamten Bundeslandes Nordrhein-Westfalen (NRW). Aus epidemiologischer Perspektive ist dies die so genannte "Bevölkerung unter Risiko" oder Registerpopulation.

Das Land NRW grenzt im Westen an die Niederlande und Belgien, im Süden an die Bundesländer Rheinland-Pfalz und Hessen sowie im Norden und Osten an das Bundesland Niedersachsen. NRW hat eine Fläche von ca. 34.100 km². Am 31. Dezember 2017 lebten in seinen 396 Gemeinden 17.912.134 Personen (8.787.579 Männer; 9.124.555 Frauen). Die Bevölkerungsdichte betrug 524,4 Einwohner je

km². Weitere bevölkerungsspezifische Informationen finden sich auf der LKR-Webseite unter www.landeskrebsregister.nrw.

NRW gliedert sich in den Landesteil Nordrhein mit den Regierungsbezirken Düsseldorf und Köln sowie den Landesteil Westfalen-Lippe mit den Regierungsbezirken Münster, Detmold und Arnsberg. Mit insgesamt etwa 9,7 Mio. Personen leben dabei in den beiden nordrheinischen Bezirken Düsseldorf (ca. 5,2 Mio.) und Köln (ca. 4,5 Mio.) deutlich mehr Menschen als im Landesteil Westfalen-Lippe (Regierungsbezirk Münster ca. 2,6 Mio., Regierungsbezirk Detmold ca. 2,1 Mio. und Regierungsbezirk Arnsberg ca. 3,6 Mio., insgesamt etwa 8,3 Mio.). Am dichtesten besiedelt ist der Regierungsbezirk Düsseldorf mit 982,3 Einwohnerinnen und Einwohnern je km², gefolgt vom Regierungsbezirk Köln mit 604,9 dem Regierungsbezirk Arnsberg mit 447,3, dem Regierungsbezirk Münster mit 378,9 und dem Regierungsbezirk Detmold mit 314,8 Einwohnerinnen und Einwohnern je km².

Strukturmerkmale der Registerpopulation des LKR NRW

	Bevölkerung	Fläche in km ²	Einwohner je km ²	Kreisfreie Städte	Kreise	Gemeinden
RB Düsseldorf	5.198.820	5.292,3	982,3	10	5	66
RB Köln	4.454.228	7.364,1	604,9	3	8	99
RB Münster	2.621.153	6.918,4	378,9	3	5	78
RB Detmold	2.054.343	6.525,3	314,8	1	6	70
RB Arnsberg	3.583.590	8.012,4	447,3	5	7	83
Land NRW	17.912.134	34.112,4	525,1	22	31	396

Bevölkerungsstand auf Basis des Zensus 2011: 31. Dezember 2017, RB = Regierungsbezirk, Quelle: IT.NRW

Meldungsinhalte

Seit Juli 2005 werden alle in Nordrhein-Westfalen neu auftretenden Krebserkrankungen im bevölkerungsbezogenen Krebsregister dokumentiert. Für den Regierungsbezirk Münster liegen bereits seit Anfang der 90er Jahre flächendeckend vollzählig erfasste Daten zu Krebsneuerkrankungen aus einem früheren Register vor. Bis 2016 umfasste der medizinische Datensatz im Wesentlichen Informationen zur Diagnose (Datum, Morphologie, Lokalisation, Dignität, Grading), zum Tumorstadium (TNM) und zum Tod (Sterbedatum, Todesursache) der betroffenen Person.

Mit Inkrafttreten des Landeskrebsregistergesetzes (LKRGE NRW) im April 2016 erfolgte die Umstellung zu einem integrierten klinisch-epidemiologischen Krebsregister. Seither werden Meldungsinhalte durch den bundeseinheitlichen onkologischen Basisdatensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) definiert.

Zu melden ist demnach

- eine neue gesicherte Tumordiagnose,
- der Beginn, die Unterbrechung und die Beendigung einer Tumorthherapie- oder palliativen Therapie,
- eine Veränderung des Erkrankungsstatus, insbesondere das Auftreten von Metastasen oder Rezidiven,
- eine unauffällige Nachsorgeuntersuchung, wenn die Durchführung der Untersuchung medizinisch geboten war und
- der Tod der betroffenen Person, einschließlich der Todesursachen.

Meldepflichtig sind alle behandelnden und diagnostizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte. Meldungen an das Krebsregister erfolgen ausschließlich auf elektronischem Weg.

Meldungsarten

Das Landeskrebsregister NRW erhält Meldungen über neu aufgetretene Krebserkrankungen aus verschiedenen Quellen:

Direktmeldungen

Direkte Meldungen erreichen das Krebsregister unter Verwendung des Erfassungs- und Versandprogramms EpiCan. EpiCan ist eine plattformunabhängige Java-Applikation. Es können Meldungen manuell erfasst oder aus Schnittstellen importiert und nachbearbeitet werden. Bei der Erfassung sind Tabellen und Plausibilitätskontrollen zur nutzerseitigen Qualitätskontrolle hinterlegt. EpiCan gewährleistet die doppelte Verschlüsselung und pseudonymisierte Übertragung. EpiCan kann sowohl für Direktmeldungen aus Krankenhäusern als auch für Direktmeldungen aus niedergelassenen Praxen genutzt werden.

Meldungen aus der ONDIS-Datenbank

Bis Ende 2008 bestanden im Landesteil Westfalen-Lippe Onkologische Schwerpunkte, die auf der Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung mit den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) die qualifizierte und interdisziplinäre Versorgung von Tumorpatientinnen und -patienten im Sinne einer Onkologischen Qualitätssicherung zum Ziel hatten. Für ihre Arbeit nutzten die Onkologischen Schwerpunkte in Westfalen-Lippe die zentrale ONDIS-Datenbank, die von der KVWL unterhalten und gepflegt wurde. Wie bereits oben erwähnt, haben Ende 2008 die Krankenkassen die Vereinbarung zur Onkologischen Qualitätssicherung aufgekündigt, sodass die zentrale Datenbank nicht mehr flächendeckend zur Verfügung steht. Viele Krankenhäuser in NRW betreiben jedoch auf Einrichtungsebene die Onkologische Qualitätssicherung mittels ONDIS-Software weiter. Sämtliche Ersterfassungen von Tumorerkrankungen mittels ONDIS werden über eine elektronische Schnittstelle an das Krebsregister weitergeleitet. Dieses Vorgehen erspart den meldenden Ärztinnen und Ärzten zusätzliche Direktmeldungen und damit zusätzlichen Dokumentationsaufwand.

Befunde aus Pathologischen Instituten

Histopathologische Gutachten aus den Pathologischen Instituten in Nordrhein-Westfalen werden direkt an das Krebsregister übermittelt. Die zu übermittelnden Befundtexte werden in den Instituten innerhalb der institutseigenen Software markiert und dann über EpiCan elektronisch an das Krebsregister weitergegeben. Sämtliche Befundberichte aus Pathologischen Instituten (dies gilt darüber hinaus auch für die Meldung aus Dermato- und Neuropathologischen Instituten) werden im Krebsregister von speziell geschulten Tumordokumentationskräften manuell kodiert. Meldungen aus den Pathologischen Instituten werden aus ganz Nordrhein-Westfalen in hoher Vollständigkeit an das Krebsregister geschickt, was insbesondere auf eine sehr hohe Motivation auf Seiten der gesamten Berufsgruppe zurückzuführen ist.

Sterbefallmeldungen

Die Meldebehörden sind verpflichtet, alle Sterbefälle ihres Gebietes an das Krebsregister zu übermitteln. Die Sterbefallmeldungen der Meldeämter werden in der Regel monatlich abgegeben und umfassen neben den personentifizierenden Merkmalen der Verstorbenen und dem Sterbedatum auch die Angabe des beurkundenden Standesamtes und deren Sterbebuchsnummer (inkl. Sterbebuchjahr). In der Regel erhält das Krebsregister die jeweilige Sterbefallinformation nicht direkt von den Meldeämtern, sondern von kommunalen Rechenzentren, die von den Kommunen mit der Übertragung der vorliegenden Sterbefalldaten beauftragt sind.

Meldungen mit Todesursachen

Die kodierte Todesursache der Sterbefälle in NRW werden vom Landesbetrieb IT.NRW einmal jährlich nach Abschluss eines Jahrganges zur Verfügung gestellt. Neben den Todesursachen werden in der Meldung das beurkundende Standesamt, das Sterbebuchjahr und die Sterbebuchsnummer angegeben. Über die Kombination von beurkundendem Standesamt, Sterbebuchjahr und Sterbebuchsnummer werden im

Krebsregister die Sterbefallmeldungen der Meldeämter mit den Todesursachen zusammengeführt und für alle hier dargestellten Krebslokalisationen die DCO-Raten bestimmt.

Dokumentation und Kodierung

Eine valide Auswertung der Daten eines Krebsregisters erfordert die vollständige und konsistente Kodierung der in den Meldungen übermittelten medizinischen Angaben. Hierbei kommen international vergleichbare Klassifikationen zum Einsatz. Folgende Regelwerke bzw. Quellen finden bei der Kodierung onkologischer Erkrankungen sowie der Festlegung von Verfahrensweisen zur Falldefinition im LKR NRW Berücksichtigung:

- ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten – German Modification, 10. Revision
- ICD-O-3 Internationale Klassifikation der Krankheiten in der Onkologie, 3. Revision
- TNM Klassifikation maligner Tumoren, 7. Auflage
- UICC (Union internationale contre le cancer)
- WHO (World Health Organization)
- SEER (Surveillance Epidemiology and End Results)
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information)
- IARC (International Agency for Research on Cancer)
- AJCC (American Joint Committee on Cancer)
- ASCO (American Society of Clinical Oncology)
- AWMF online (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)
- Classifications of Tumours Pathology Genetics - blue books
- DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e. V.)
- IASLC (International Association for the Study of Lung Cancer)
- NCI (National Cancer Institute)
- NET (Deutsches Register neuroendokrine Gastrointestinale Tumore)

Alle nach dem Record Linkage und dem Best-Of-Verfahren (siehe weiter unten) vorliegenden Datensätze sind einheitlich nach diesen Klassifikationssystemen kodiert, wobei der gesamte Prozess der Dokumentation und Kodierung von umfangreichen EDV-gestützten Plausibilitätsprüfungen begleitet und qualitätsgesichert wird.

Record Linkage

Mehrere Meldungen aus den unterschiedlichen Meldequellen zu einer Patientin oder einem Patienten sind auch im Hinblick auf die epidemiologische Krebsregistrierung erwünscht, da sie die Qualität und die Validität der Daten erhöhen; diese Mehrfachmeldungen werden im Krebsregister zusammengeführt.

Aufgabe des Record Linkage (Datensatzverknüpfung) ist es hierbei, für jede eingehende Meldung zu prüfen, ob es zu der betroffenen Person weitere Meldungen im Datenbestand des Krebsregisters gibt. Hierfür kann im LKR NRW nur auf die übermittelten Kontrollnummern zurückgegriffen werden. Wegen der Art und Weise ihrer Erzeugung haben die Kontrollnummern die Eigenschaft, dass man erkennen kann, ob zwei Kontrollnummern und damit der jeweils zugrunde liegende Klartext (z. B. Name, Vorname, Geburtsname) identisch oder verschieden sind. Ähnlich geschriebene Namen oder Vornamen sind allerdings nicht in ähnlichen Kontrollnummern zu erkennen. Zur Entscheidung, ob zu der Person, auf die sich eine neue Meldung bezieht, bereits andere Meldungen vorhanden sind, wird für jedes mögliche Meldungspaar ein sogenanntes Übereinstimmungsgewicht berechnet. Hierbei werden unter anderem auch die Häufigkeiten von Namen, Vornamen oder Geburtsdaten in der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens berücksichtigt.

Ein kleines Übereinstimmungsgewicht entsteht dann, wenn viele Kontrollnummern der beiden Meldungen unterschiedlich sind. Ein hohes Übereinstimmungsgewicht entsteht dann, wenn viele Kontrollnummern der beiden Meldungen identisch sind. Eine eigens hierfür entwickelte Software errechnet alle notwendigen Übereinstimmungsgewichte und trifft an-

schließend die wahrscheinlichkeitsbasierte Entscheidung, ob zu der Person, die der vorliegenden neuen Meldung zugrunde liegt, bereits weitere Meldungen vorhanden sind oder nicht. In einem gewissen "Graubereich" der Übereinstimmungsgewichte kann diese Entscheidung nicht automatisch getroffen werden. Diejenigen Entscheidungen, bei denen sich das Übereinstimmungsgewicht in diesem Graubereich befindet, zurzeit handelt es sich um weniger als 10% aller Meldungen, müssen in einer manuellen Nachbearbeitung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krebsregisters überprüft werden.

Das Verfahren der Datensatzverknüpfung ausschließlich auf der Grundlage von chiffrierten Daten wurde 2009 einer Bewertung unterzogen. Der Abschlussbericht der Gutachtergruppe ist auf der Webseite des LKR NRW hinterlegt. Die Ergebnisse dieser Evaluation wurden zudem publiziert.

"Best-Of"-Generierung

Falls es im Datenbestand des LKR NRW zu einer Person mehrere Meldungen gibt, muss überprüft werden, ob sich die vorliegenden Meldungen einer Person auf einen oder mehrere Primärtumoren beziehen. Hierbei werden die gemeldeten Diagnoseschlüssel, die einerseits die Topographie (anatomische Lage) und andererseits die Morphologie (Wachstumsmuster) eines Primärtumors beschreiben, miteinander verglichen. Von der IACR, vom ENCR und von der GEKID gibt es Vorgaben auf verschiedenen Ebenen, die für diese Vergleiche und Prüfungen herangezogen werden können. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass

- einer der gemeldeten Primärtumoren die Metastase eines anderen Primärtumors sein könnte,
- zwei gemeldete Primärtumoren anatomisch so dicht beieinander liegen, dass es sich um die Manifestation eines einzigen Primärtumors handeln könnte, wenn die morphologische Diagnose der beiden Primärtumoren dies ermöglicht,
- einer der gemeldeten Primärtumoren die Folge eines früher gemeldeten Primärtumors

sein könnte und es sich somit um einen einzigen Primärtumor handelt,

- einer der gemeldeten Primärtumoren nur und ausschließlich im Zusammenhang mit dem Ableben einer Person bekannt geworden ist (Meldung der Todesursache von IT.NRW) und deshalb nicht genauso bewertet werden kann wie eine klinische Meldung.

Eine eigens hierfür entwickelte Software entscheidet in den meisten Fällen automatisch, ob eine Person an einem, zwei oder mehreren Primärtumoren erkrankt ist. Allerdings kann ein solcher Automatismus nicht alle Sachverhalte berücksichtigen. Deshalb müssen Meldungen mancher Personen manuell von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des LKR NRW nachbearbeitet werden. Die "Best-Of"-Generierung ist erst dann beendet, wenn zu jedem Merkmal, das einen Primärtumor beschreibt, die "beste" Merkmalsausprägung aus allen vorliegenden Meldungen extrahiert wurde.

Qualitätsindikatoren

Vollzähligkeit (Methode der Schätzung)

Nach internationaler Übereinkunft wird für Epidemiologische Krebsregister ein Vollzähligkeitsgrad von mindestens 90 % angestrebt. Die Vollzähligkeit der Krebsregistrierung in den Epidemiologischen Krebsregistern in Deutschland wird regelmäßig vom Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) am Robert Koch-Institut (RKI) anhand spezieller statistischer Methoden geschätzt. Zunächst werden hierbei die zu erwartenden Fallzahlen in den einzelnen Regionen berechnet und diese dann den tatsächlich von den jeweiligen Epidemiologischen Krebsregistern erfassten Fallzahlen gegenüber gestellt. Dabei geht man von der Annahme aus, dass sich regionale Unterschiede in der Krebsinzidenz auch in der Mortalität widerspiegeln. Für den vorliegenden Bericht wurde die Vollzähligkeit auf der Grundlage der vom RKI für das Jahr 2016 geschätzten erwarteten Fallzahlen berechnet. Durch Vergleich mit der tatsächlich vom LKR NRW im Berichtszeitraum erfassten Inzidenz ergibt sich damit eine, durch externe Daten gestützte, Vollzähligkeit

für das Diagnosejahr 2016 (→ Darstellung ausgewählter Tumorlokalisationen).

DCO-Anteil

Zu den international üblichen Qualitätsindikatoren eines epidemiologischen Krebsregisters gehört die Bestimmung des Anteils der DCO-Fälle, also derjenigen Fälle, die allein auf Grund der Übermittlung von Todesursachenbescheinigungen bekannt werden (**death certificate only**). Junge Register haben naturgemäß einen relativ hohen Anteil von DCO-Fällen, da für den zurückliegenden Zeitraum der an Krebs Verstorbenen noch keine Registrierung stattgefunden hat.

Mortalitäts-Inzidenz-Verhältnis (M/I)

Das Verhältnis der Mortalität zur Inzidenz ist ein Indikator für die Vollzähligkeit eines Krebsregisters in Abhängigkeit von der Prognose der jeweiligen Entität. Bei Tumoren mit günstiger Prognose soll der Wert von M/I deutlich unter 1, bei Tumoren mit ungünstiger Prognose nahe 1 liegen. Liegt der Wert hingegen über 1, ist dies ein Hinweis auf Untererfassung. Allerdings sind Werte > 1 auch bei sehr seltenen Tumoren möglich.

Anteil histologisch verifizierter Diagnosen (HV %)

Anteil der histologisch gesicherten Diagnosen, Zielwert $> 90\%$. Ein hoher Wert deutet auf einen gegenüber klinischen Meldungen hohen Anteil an Meldungen aus Pathologischen Instituten hin.

Anteil unbekannter Primärtumoren (PSU %)

Anteil der Tumoren mit unbekannter oder ungenau bezeichneter Primärlokalisation (ICD10: C26, C39, C76, C80) an allen Tumoren. Er sollte unter 5 % liegen. Der Anteil liegt für das aktuelle Berichtsjahr bei 2,34 %.

Anteil unspezifischer Uterustumoren (Uterus NOS %)

Anteil der Uterustumoren ohne nähere Differenzierung (ICD10: C55) an den Uterustumoren insgesamt, Zielwert < 5%. Der Anteil liegt für das aktuelle Berichtsjahr bei 2,92%.

Epidemiologische Maßzahlen

Im Folgenden werden diejenigen Kenngrößen beschrieben, die im Datenteil des Berichtes Verwendung finden.

Absolute Fallzahlen

Die absoluten Fallzahlen in diesem Bericht geben die Anzahl der im Jahreszeitraum neu an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten in der jeweiligen Region wieder. Absolute Fallzahlen stellen für regionale Vergleiche oder zeitliche Entwicklungen nur eine bedingt geeignete Informationsquelle dar. Meist ist es besser, die Fallzahlen in Bezug zur Bevölkerung zu setzen, aus der sie hervorgegangen sind (Registerpopulation), und dabei auch deren Altersstruktur zu berücksichtigen. Man bezeichnet diese Maßzahlen dann als Erkrankungsraten.

Rohe Inzidenzrate

Wenn man die Zahl der Neuerkrankungen an Krebs (= Inzidenz) auf die gesamte jeweilige Registerbevölkerung in einem bestimmten Jahr bezieht, so erhält man die rohe Inzidenzrate. Sie bezeichnet die Neuerkrankungen an Krebs pro 100.000 Personen der Bezugsbevölkerung je Kalenderjahr.

$$E_j = \frac{N_j}{B_j} \times 10^5$$

E_j	Rohe Inzidenzrate im Zeitraum j
N_j	Neuerkrankungen im Zeitraum j
B_j	Durchschnittliche Wohnbevölkerung im Zeitraum j

Rohe Inzidenzraten hängen stark von der Geschlechts- und Altersstruktur der jeweiligen Registerbevölkerung ab und sind daher für Vergleiche zwischen verschiedenen Registern oder von Teilbevölkerungen und Regionen innerhalb eines Registers wenig geeignet. Dazu nutzt man besser altersspezifische oder aber altersstandardisierte Inzidenzraten.

Altersspezifische Inzidenzraten

Die altersspezifische Inzidenzrate ist definiert als die Rate der Neuerkrankungen in einer spezifischen Altersklasse.

$$A_{ij} = \frac{N_{ij}}{B_{ij}} \times 10^5$$

A_{ij}	Altersspezifische Inzidenzrate der Altersklasse i im Zeitraum j
N_{ij}	Neuerkrankte Personen der Altersklasse i im Zeitraum j
B_{ij}	Durchschnittliche Gesamtbevölkerung der Altersklasse i im Zeitraum j

Für die Berechnung der altersspezifischen Inzidenzraten wird die beobachtete Anzahl von Neuerkrankungen in einer spezifischen Altersklasse zu der durchschnittlichen Bevölkerungsgröße in dieser Altersgruppe in Beziehung gesetzt. Sie wird als Zahl der jährlich neu auftretenden Krebserkrankungen pro 100.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe ausgedrückt, wobei die Altersgruppen in der Regel fünf Jahre umfassen.

Die Darstellung altersspezifischer Inzidenzraten ist die detaillierteste und informativste Art der Datenpräsentation. Allerdings wird ihre Brauchbarkeit sehr stark dadurch eingeschränkt, dass eine umfassende Analyse aller altersspezifischen Raten sehr aufwändig und für einen Gesamtüberblick oder für Vergleiche zu unübersichtlich ist. Deshalb wird das Krebsgeschehen meist als altersstandardisierte Inzidenzrate ausgedrückt, die eine Maßzahl nicht für einzelne Altersgruppen, sondern für die gesamte Bevölkerung über alle Altersgruppen darstellt.

Altersstandardisierte Inzidenzraten

Bei der Berechnung der altersstandardisierten Inzidenzraten werden die altersspezifischen Inzidenzraten (siehe oben) entsprechend der Altersverteilung einer ausgewählten Referenz bzw. Standardbevölkerung gewichtet und aufsummiert:

$$D_j = \frac{\sum_{i=1}^{18} A_{ij} \times G_i}{\sum_{i=1}^{18} G_i}$$

D_j	Direkt standardisierte Rate im Zeitraum j
A_{ij}	Altersspezifische Inzidenzrate der Altersklasse i im Zeitraum j
G_i	Angehörige der Altersklasse i in der Standardbevölkerung

Die sich ergebenden Raten werden ebenfalls als Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen bezogen auf 100.000 Personen in der Gesamtbevölkerung angegeben. Sie sind gut zu interpretieren, da sie beschreiben, welche Raten vorliegen würden, wenn die Altersstruktur der beobachteten Bevölkerung der der Referenz- oder Standardbevölkerung entspräche. Altersstandardisierte Raten eignen sich daher insbesondere zur Darstellung von Inzidenzverläufen (Trends) und regionalen Vergleichen.

Für die Standardisierung stehen verschiedene, international gebräuchliche Referenzpopulationen zur Verfügung. In dem vorliegenden Bericht werden die altersstandardisierten Inzidenzraten jeweils bezogen auf die Welt- und die alte Europastandardbevölkerung dargestellt.

Mortalität

Hierunter ist die Anzahl der in einem Jahr an einem bestimmten Tumor verstorbenen Personen aus der jeweiligen Registerpopulation zu verstehen. Das Sterbegeschehen wird mit epidemiologischen Maßzahlen beschrieben, die jenen bei den Neuerkrankungen entsprechen (rohe Mortalitätsrate, altersspezifische bzw. altersstandardisierte Mortalitätsrate).

Erkrankungsalter (Median)

Dieser Wert gibt das mittlere Alter der an einer bestimmten Krebsart erkrankten Personen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung an. Die Angabe als Medianwert bedeutet, dass das Alter einer Hälfte aller Erkrankten unterhalb, das der anderen Hälfte oberhalb dieses Wertes liegt.

Prävalenz

Die Prävalenz ist eine epidemiologische Kennzahl, die beschreibt, wie viele Menschen mit einer bestimmten Erkrankung zu einem definierten Zeitpunkt in der Bevölkerung leben und weder verstorben noch geheilt sind. Bei Krebserkrankungen ist, anders als bei vielen Infektionskrankheiten, eine Heilung schwer zu definieren. In der Krebsepidemiologie werden daher häufig Teil-Prävalenzen, die sich auf einen festgelegten Zeitraum (z. B. 2 oder 5 Jahre) beziehen, beschrieben. Eine 5-Jahres-Prävalenz umfasst beispielsweise alle Personen, die zu einem bestimmten Stichtag leben und die in den 5 Jahren vor diesem Stichtag an Krebs erkrankten.

Für die Bestimmung der Krebsprävalenzen in Nordrhein-Westfalen wurde die direkte Zählmethode zum Stichtag 31.12.2016 verwendet. Es wurden alle gemeldeten Krebspatientinnen und -patienten mit Wohnsitz Nordrhein-Westfalen einbezogen, die am 31.12.2016 lebten und innerhalb einer bestimmten Periode davor an Krebs erkrankten (für 5-Jahres-Prävalenz: Krebsdiagnose in den Jahren 2012 bis 2016).

Kumulative Rate

Die kumulative Inzidenz- bzw. Mortalitätsrate beschreibt näherungsweise das Risiko, bis zu einem bestimmten Lebensalter an einer bösartigen Neubildung zu erkranken (bzw. zu versterben). Für die Berechnung werden die jeweiligen altersspezifischen Raten mit fünf multipliziert (da die Raten auf 5-Jahres-Altersklassen beruhen), anschließend aufsummiert und durch 1.000 dividiert.

$$K_j = \frac{5 \times \sum_{i=k}^m A_{ij}}{10^3}$$

A_{ij}	Altersspezifische Inzidenzrate der Altersklasse i im Zeitraum j
K_j	Kumulative Inzidenzrate im Zeitraum j
k	Untere Altersklasse, ab der die kumulative Inzidenzrate berechnet werden soll
m	Obere Altersklasse, bis zu der die kumulative Inzidenzrate berechnet werden soll

Damit wird die kumulative Inzidenz (bzw. kumulative Mortalität) prozentual ausgedrückt, d.h. als Anzahl von Neuerkrankungen bei 100 Personen bis zum vorgegebenen Lebensalter. Kumulative Raten sind für ausgewählte Diagnosen für den Altersbereich 0-74 Jahre ausgewiesen.

Überleben

Bevölkerungsbezogene Überlebenswahrscheinlichkeiten sind ein Maß für die Prognose der Erkrankung und geben darüber hinaus Hinweise zur Effektivität der medizinischen Behandlung. Mit dem sogenannten "absoluten" Überleben wird das tatsächlich beobachtete Überleben der mit Krebs diagnostizierten Patientinnen und Patienten erfasst, wobei hier alle, auch die nicht krebsbedingten Todesursachen in die Berechnung eingehen. Um Aussagen zum krebspezifischen Überleben treffen zu können, wurden für die in diesem Bericht ausführlich dargestellten Tumorarten "relative" 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeiten berechnet. Diese ergeben sich aus dem Anteil der Patientinnen und Patienten an allen Erkrankten, die 5 Jahre nach Diagnose der Krebserkrankung noch leben (absolutes Überleben), im Verhältnis zu den aus der Bevölkerungsstatistik ermittelbaren Überlebenswahrscheinlichkeiten einer altersentsprechenden Allgemeinbevölkerung (erwartetes Überleben):

$$S_{rj} = \frac{S_{bj}}{S_{ej}}$$

S_{rj}	Relative Überlebensrate für den Zeitraum j
S_{bj}	Beobachtete/Absolute Überlebensrate für den Zeitraum j
S_{ej}	Erwartete Überlebensrate für den Zeitraum j

Eine relative Überlebenswahrscheinlichkeit von 100 % für eine Krebserkrankung bedeutet, dass die Überlebenschancen für Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung nicht eingeschränkt sind und dem Überleben der Allgemeinbevölkerung entsprechen. Dagegen deutet eine relative Überlebenswahrscheinlichkeit von 80 % auf eine durch die Krebserkrankung verursachte um 20 % reduzierte Überlebenswahrscheinlichkeit gegenüber der Allgemeinbevölkerung hin. Ein wesentlicher Vorteil dieses Vorgehens ist, dass Aussagen zum krebspezifischen Überleben möglich sind, ohne auf die Angaben zu den Todesursachen zurückgreifen zu müssen.

Das erwartete Überleben der Allgemeinbevölkerung wurde anhand alters- und geschlechtsspezifischer Sterbetafeln für das Land Nordrhein-Westfalen mit der Ederer II Methode berechnet. Die Überlebenswahrscheinlichkeiten wurden mit dem sogenannten Periodenansatz ermittelt. Hierbei wird querschnittartig die altersspezifische Sterblichkeit während einer definierten Kalenderperiode genutzt, um die Überlebenswahrscheinlichkeit für die in der entsprechenden Periode diagnostizierten Fälle zu prognostizieren.

Die 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeiten werden mit Altersstandardisierung aufgeführt. Die Standardisierung erfolgt nach dem International Cancer Survival Standard (ICSS), der zwischen drei Altersgewichtungen, je nach Krebslokalisierung, unterscheidet (s. Tabelle). Der ICSS2 wurde für die Berechnung der Überlebensraten folgender Krebsdiagnosen verwendet: das Maligne Melanom der Haut, Gebärmutterhals- und Schilddrüsenkrebs, der ICSS3 für Hodenkrebs und Hodgkin-Lymphome. Für alle anderen Lokalisationen und Krebs insgesamt erfolgte eine Standardisierung nach ICSS 1.

Alters- klassen	ICSS 1	ICSS 2	ICSS 3
15-44	7	28	60
45-54	12	17	10
55-64	23	21	10
65-74	29	20	10
75+	29	14	10
gesamt	100	100	100

Die relativen 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeiten werden in Abhängigkeit vom Geschlecht und von der Tumorgroße nach TNM dargestellt.

Wie allgemein üblich, wurden Fälle, die dem Register ausschließlich über die Todesbescheinigung bekannt wurden (DCO-Fälle), von der Überlebenszeitanalyse ausgeschlossen.

Darstellung ausgewählter Tumorlokalisationen

Präsentation der Daten

Im nachfolgenden Teil des Jahresberichts 2020 werden Daten zum Krebsgeschehen in Nordrhein-Westfalen für das Diagnosejahr 2017 präsentiert. Stand der LKR NRW-Datenbank für die Auswertungen ist der **29. November 2020**.

Die Darstellung der einzelnen Tumorarten erfolgt jeweils auf vier Seiten. Dabei werden zunächst allgemeine Informationen zu Inzidenz und Mortalität berichtet. Auf den folgenden Seiten werden jeweils das relative Überleben, die Prävalenz, die Verteilung der histologischen Subtypen sowie Daten zur Ausdehnung des Tumors und zum histopathologischen Grading berichtet.

Vollzähligkeitsgrad bösartiger Tumoren NRW 2017

Tumorlokalisation	Männer	Frauen
Mund, Rachen und Kehlkopf	> 95 %	> 95 %
Speiseröhre und Magen	> 95 %	> 95 %
Darm	> 95 %	> 95 %
Bauchspeicheldrüse	> 90 %	> 95 %
Lunge	> 95 %	> 95 %
Malignes Melanom	> 95 %	> 95 %
Brust	> 95 %	> 95 %
Gebärmutterhals	-	> 95 %
Gebärmutterkörper	-	> 95 %
Eierstock	-	> 95 %
Prostata	85-90 %	-
Hoden	> 95 %	-
Niere und Harnblase	> 95 %	> 95 %
Schilddrüse	> 95 %	> 95 %
Leukämien und Lymphome	> 95 %	> 95 %
Krebs gesamt (ohne C44)	> 95 %	> 95 %

Qualität der Registrierung im LKR NRW

Die im Kapitel Qualitätsindikatoren beschriebene Abschätzung der Vollzähligkeit der Krebsregistrierung durch das Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut ergab für das Diagnosejahr 2017 für Krebserkrankungen insgesamt eine landesweite Vollzähligkeit von über 90 %. Die Tabelle zeigt den Grad der Vollzähligkeit für die berichteten Tumorlokalisationen.

Bei einigen Krebsarten konnte die nach internationalen Richtlinien geforderte Vollzähligkeit von mindestens 90 % im Jahr 2017 nicht ganz erfüllt werden. Das liegt einerseits an der im Jahr 2016 begonnenen Umstellung zu einem integrierten klinisch-epidemiologischen Krebsregister und den damit verbundenen neuen Meldemodalitäten. Zum anderen sind Tumoren der Speiseröhre, Lunge und vor allem der Bauchspeicheldrüse durch eine hohe Sterblichkeit gekennzeichnet und werden dem Krebsregister häufig erst durch den Totenschein bekannt. Diese sogenannten DCO-Fälle (death certificate only) werden jedoch in die Berechnung der Vollzähligkeit nicht einbezogen.

Ein weiterer wichtiger Qualitätsindikator ist der PSU-Anteil (Anteil der Fälle mit unbekanntem Primärtumor an allen bösartigen Neubildungen). Ein hoher Anteil von Erkrankungsfällen mit einem unbekanntem/unspezifischen Primärtumor kann zu einer Verzerrung der Diagnosestatistik oder lokalisationspezifischen Betrachtungen führen. Der PSU-Anteil lag mit 2,34 % unterhalb des empfohlenen Richtwertes von <5%. Der Anteil der unspezifischen Uterustumoren (Uterus NOS) an allen bösartigen Uterustumoren lag für das Berichtsjahr 2017 mit 2,92 % ebenfalls unterhalb des Zielwertes von <5%. Andere Qualitätsindikatoren wie die HV-Rate und der M/I-Quotient werden im interaktiven Berichtstool bei den einzelnen Entitäten ausgewiesen.

Was ist Krebs?

Das Krebsgeschehen wird von über 100 verschiedenen Formen bösartiger Neubildungen bestimmt, die sich hinsichtlich ihrer Ursachen, Häufigkeit, Altersverteilung, Sterblichkeit und Prognose sehr unterscheiden. Allen bösartigen Neubildungen gemein ist das unkontrollierte Wachstum. Das heißt, anders als bei gesundem Gewebe, ist bei bösartig entartetem Gewebe das Gleichgewicht zwischen Zellproliferation (Wachstum und Teilung) und Apoptose (Zelltod) gestört. Bösartige Tumorzellen wachsen unkontrolliert in das umgebende Gewebe hinein, zerstören es und können außerdem über Blut- und Lymphbahnen Tochtergeschwulste (Metastasen) bilden. Die Einteilung der Krebsarten erfolgt anhand des Gewebetyps, dem die bösartige Neubildung entstammt (Morphologie), und anhand des Ursprungsortes (Lokalisation).

Die Ätiologie vieler Krebserkrankungen ist bisher nur unzureichend geklärt. Man geht heute davon aus, dass Krebserkrankungen grundsätzlich auf genetischen Mutationen einzelner Zellen beruhen. Solche Schädigungen der Erbsubstanz können erblich bedingt, also bereits bei der Geburt vorhanden sein oder im Laufe des Lebens durch krebsauslösende Stoffe – wie z. B. Tabakrauch – entstehen. Nicht selten sind aber auch eher zufällige Fehler bei der Zellteilung verantwortlich, denen man nicht vorbeugen kann. Häufig ist es nicht eine Ursache allein, sondern eine Kombination verschiedener Faktoren, die an der Entstehung von Krebserkrankungen beteiligt sind.

Bis aus gesunden Zellen Tumorzellen werden, vergehen oft viele Jahre oder Jahrzehnte. So ist Krebs überwiegend eine Erkrankung des Alters: mit zunehmendem Alter steigt die Erkrankungshäufigkeit an. Jedoch sind bei einigen Tumorarten auch jüngere Altersgruppen betroffen. So tritt Hodenkrebs beispielsweise besonders in der Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen auf. Das maligne Melanom, Schilddrüsen- und Gebärmutterhalskrebs sowie einige Formen der Leukämien und Lymphome betreffen ebenfalls auch oder überwiegend jüngere Menschen.

Für einige Krebsarten, zum Beispiel Brust- und Darmkrebs, sind genetische Prädispositionen bekannt, die das Risiko einer Erkrankung zum Teil stark erhöhen. Auch ionisierende Strahlung gilt als bekannter Risikofaktor für verschiedene Krebsarten. Diese Risiken lassen sich individuell kaum beeinflussen. Bei einem großen Anteil der bekannten Ursachen handelt es sich jedoch um vermeidbare Risikofaktoren, die überwiegend dem Lebensstil zuzuordnen sind. Insbesondere dem Tabakkonsum lassen sich in Deutschland etwa 16 % aller Krebserkrankungen zuschreiben. Zu den vermeidbaren Risikofaktoren zählen außerdem übermäßiger Alko-

holkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel, UV-Strahlung sowie chronische Infektionen mit bestimmten Viren oder Bakterien. Nahezu ein Drittel aller Krebserkrankungen insgesamt könnte internationalen Studien zufolge durch Vorbeugen dieser Risikofaktoren verhindert werden. Die Bedeutung von Schadstoffbelastungen in der Umwelt und am Arbeitsplatz bei der Krebsentstehung wird in Deutschland häufig überschätzt. Zwar gilt beispielsweise die Belastung mit Asbest oder Radon als bekannter Risikofaktor für Krebserkrankungen, jedoch sind krebseregende Umweltbelastungen eher selten und daher insgesamt zu einem geringeren Anteil an der Entstehung von Krebserkrankungen beteiligt.

Die Situation in Nordrhein-Westfalen 2017

Im folgenden Datenbericht werden die bösartigen Neubildungen insgesamt (Krebs gesamt) sowie 26 ausgewählte Krebsarten, erstmals auch bösartige Neubildungen der Leber, der Gallenblase und Gallenwege, des Mesothels, der Vulva, des Zentralen Nervensystems sowie das Multiple Myelom, ausführlich dargestellt. Nicht-melanotische und sonstige Hauttumoren (ICD10 C44) sowie in-situ-Erkrankungen (Frühstadien eines Tumors) werden bei "Krebs gesamt" nicht berücksichtigt. Bei der Gruppe der "sonstigen bösartigen Hauttumoren" (Basaliome und Plattenepithelkarzinome) ist die vollzählige Erfassung aufgrund der Multilokalität und Rezidivneigung in allen Krebsregistern sehr schwierig; hinzu kommt die schwierige Abgrenzung von Präkanzerosen der Haut. Dennoch zeigen sich die "sonstigen bösartigen Hauttumoren" im LKR NRW als die mit Abstand häufigste Diagnose; jedoch ist die auf sie zurückzuführende individuelle Bedrohung, gemessen als Sterblichkeit, sehr gering.

Für das Diagnosejahr 2017 wurden bei 58.004 Männern und 54.137 Frauen bösartige Neuerkrankungen dokumentiert. Der Anteil der eingeschlossenen DCO-Fälle beträgt bei Männern 8,7 % (5.024 Fälle) und bei Frauen 9,5 % (5.136 Fälle). Im Mittel erkranken Männer mit 70 Jahren und Frauen mit 68 Jahren. Für einige Krebsarten konnten im Verlauf der letzten Jahre Inzidenztrends beobachtet werden. So sind die altersstandardisierten Neuerkrankungsraten beim Schilddrüsenkarzinom sehr deutlich angestiegen, was teilweise durch verbesserte diagnostische (Früherkennungs-) Verfahren erklärt werden kann. Auch Anstiege der Neuerkrankungsraten beim Malignen Melanom der Haut, bei Brust- und Prostatakarzinomen beruhen auf intensivierten Früherkennungsmaßnahmen, wie der Einführung des Hautkrebsscreenings im Jahr 2008, des Mammographie-Screening-Programms ab 2005 und der seit Ende der 90er Jahre verbreiteten

Durchführung von PSA-Tests. In den letzten Jahren war wiederum eine Abnahme der Neuerkrankungsraten beim Prostatakrebs zu beobachten. Das ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass bei Prostatakarzinomen seit einigen Jahren unter bestimmten Voraussetzungen zunächst auf eine belastende Operation und Therapie verzichtet wird und stattdessen das Wachstum des Tumors regelmäßig überprüft wird. Diese Option des sogenannten "Watchful Waitings" findet vor allem bei Patienten im fortgeschrittenen Alter mit kleinen, gering malignen Neubildungen der Prostata Anwendung. Auch die bis etwa zum Jahr 2010 beobachteten Anstiege der Inzidenzraten bei Brust-, Haut- und Schilddrüsenkarzinomen setzten sich zuletzt nicht fort. Ein ähnliches Bild mit zunächst deutlichem Anstieg der Neuerkrankungsraten bis 2011 und seither konstanter Inzidenz ist für Karzinome der Vulva zu beobachten.

Darüber hinaus nehmen bei Magen- und Eierstockkrebs sowohl die Inzidenz- als auch die Mortalitätsraten seit Jahren deutlich ab. Weiterhin zeigen sich deutliche Trends beim Lungenkrebs. Während die Inzidenz- und Mortalitätsraten bei Männern seit Jahren rückläufig sind, steigen diese bei Frauen kontinuierlich an. Dieser unterschiedliche Verlauf der Lungenkrebsraten kann auf das veränderte Rauchverhalten bei Männern und Frauen zurückgeführt werden. Für Männer ist dieser Trend, allerdings geringer ausgeprägt, auch bei den mit Tabakkonsum assoziierten Karzinomen des Mund- und Rachenraums und des Kehlkopfes zu beobachten.

Bei Non-Hodgkin-Lymphomen steigt die Inzidenzrate seit einigen Jahren leicht aber kontinuierlich an. Ein möglicher Grund könnte die sich ändernde klinische Zuordnung der chronisch lymphatischen Leukämien sein. Wurde diese in der Vergangenheit zu den Leukämien (C91-C95) gezählt, werden sie inzwischen häufiger den niedrig malignen Non-Hodgkin-Lymphomen zugeordnet. Im Laufe des Lebens muss nahezu jede/r Zweite in Nordrhein-Westfalen mit einer Krebsdiagnose rechnen, wobei das Erkrankungsrisiko stark vom Alter und der jeweiligen Tumorart abhängt. Das kumulative Erkrankungsrisiko für Krebs insgesamt bis zum 74sten Lebensjahr liegt für Männer bei 36 % und für Frauen

bei 31 %.

Abgesehen von den sonstigen Hauttumoren stehen bei Frauen bösartige Neubildungen der Brustdrüse mit einem Anteil von 30 % an erster Stelle aller Krebserkrankungen, während bei Männern das Prostatakarzinom mit 22 % die häufigste Krebsart ist. Bei Männern folgen an zweiter und dritter Stelle der häufigsten Krebserkrankungen Lungenkrebs (16 %) und Darmkrebs (12 %). Bei Frauen stehen Darmkrebs (12 %) an zweiter und Lungenkrebs (11 %) an dritter Stelle.

Mehr als jeder vierte Todesfall in der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens ist auf eine Krebserkrankung zurückzuführen. So verstarben im Jahr 2017 in NRW 27.432 Männer und 23.859 Frauen an Krebs. Wobei die häufigsten Tumorarten Brust- und Prostatakrebs mit altersstandardisierten relativen 5-Jahres-Überlebensraten von 86 % bzw. 91 % zwar eine gute Prognose aufweisen, dennoch machen diese Krebsarten durch ihre Häufigkeit auch einen großen Anteil aller Krebssterbefälle aus. Lungenkrebs ist gleichwohl durch die äußerst schlechte Prognose mit Abstand die dominierende Krebstodesursache der Männer. Bei Frauen hat die Lungenkrebsmortalität in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen und verursacht in Nordrhein-Westfalen inzwischen mehr Sterbefälle als Brustkrebs.

Insgesamt leben fünf Jahre nach der Diagnose einer Krebserkrankung noch 61 % der Männer und 66 % der Frauen.

Karzinome der Speiseröhre, Leber, Gallenblase und Gallenwege, Bauchspeicheldrüse und der Lunge sowie das Mesotheliom sind durch eine insgesamt schlechte Prognose gekennzeichnet. Das relative Überleben liegt 5 Jahre nach der Diagnose für diese Krebsarten bei teilweise deutlich unter 30 %. Bei der Interpretation der aktuellen 5-Jahres-Überlebensraten muss außerdem berücksichtigt werden, dass die ohnehin schon schlechte Prognose sogar eher noch überschätzt wird. Für diese Krebsarten liegen teilweise hohe Anteile von ausschließlich über den Totenschein (Death-Certificate-Only) gemeldeten Fällen vor. Diese DCO-Fälle müssen von der Überlebenszeitanalyse ausgeschlossen werden, wodurch die Überlebenszeiten besser erscheinen.

Krebs insgesamt (C00 - C97 ohne C44)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 58.004 Männer und 54.137 Frauen an Krebs (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs) neu erkrankt. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 660,1 und 593,3 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 70 Jahren für Männer und 68 Jahren für Frauen.

Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 27.432 Männer und 23.859 Frauen an Krebs (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs) verstorben. Die Sterbefallzahlen entsprechen 312,2 und 261,5 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 76 Jahren für Männer und 77 Jahren für Frauen.

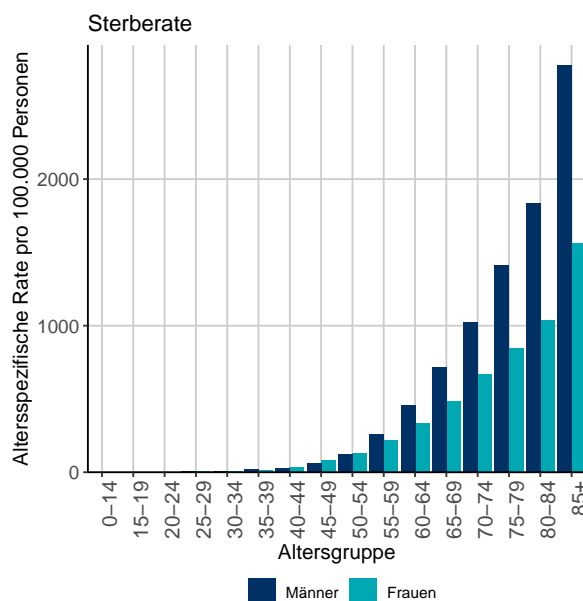
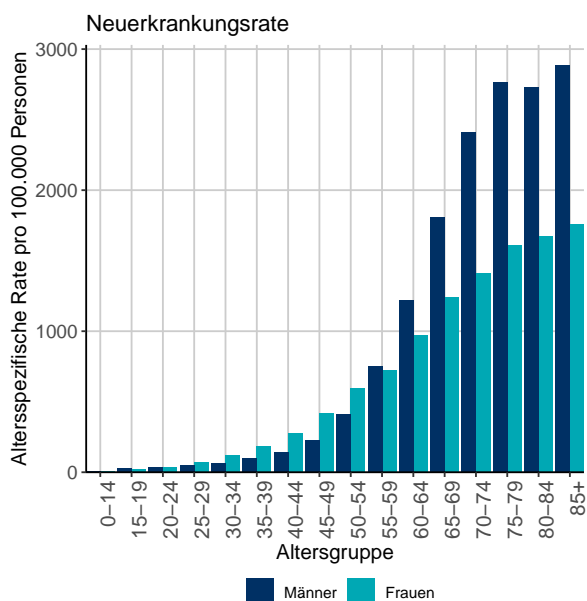
Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	58.004	54.137
davon DCO-Fälle	5.024	5.136
Neuerkrankungsfälle in situ	3.901	7.386
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	70	68
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	36,3	30,5
Rohe Rate ¹	660,1	593,3
Standardisierte Rate ^{1, 2}	437,3	373,5
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	422,9	348,3
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	452,6	407,2

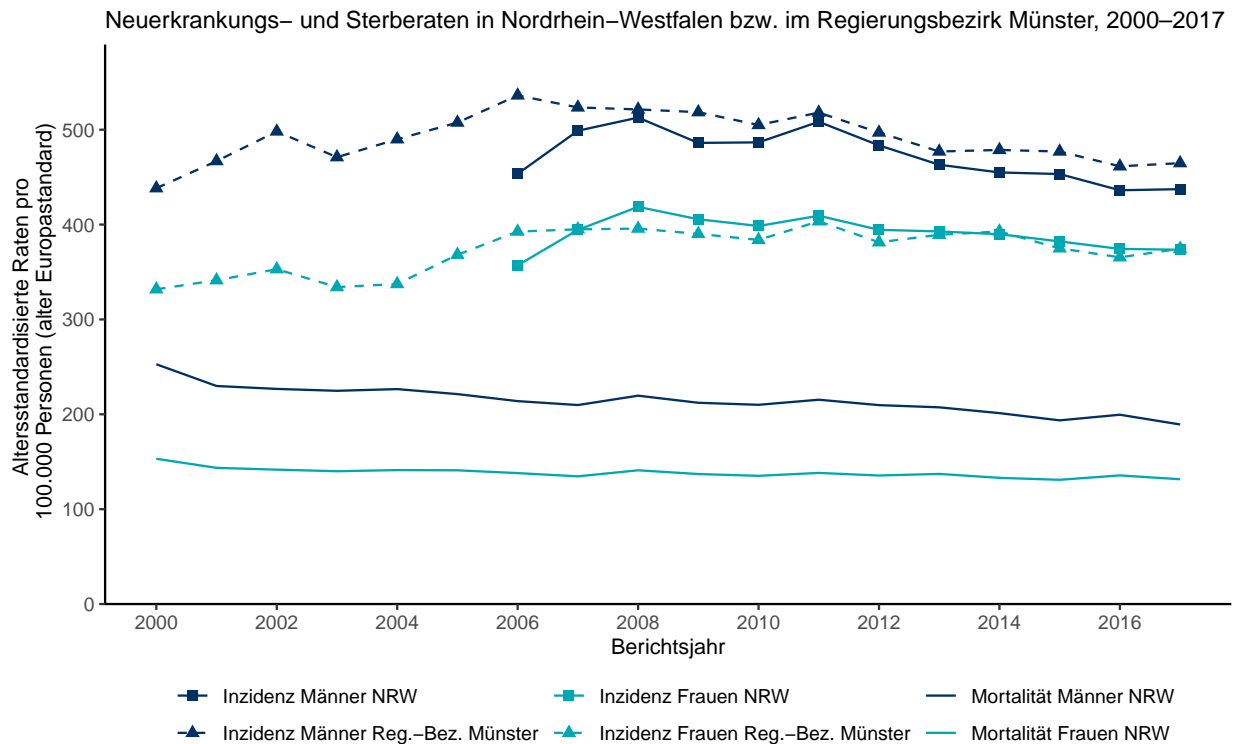
	Mortalität	
	Männer	Frauen
Sterbefälle durch Krebs	27.432	23.859
Mittleres Sterbealter (Median)	76	77
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	13,5	9,9
Anteil aller Sterbefälle (%)	27,5	22,7
Rohe Rate ¹	312,2	261,5
Standardisierte Rate ^{1, 2}	189,3	131,5
Vergleich Deutschland 2017 ^{1, 2}	181,4	123,0
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	202,2	146,3

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

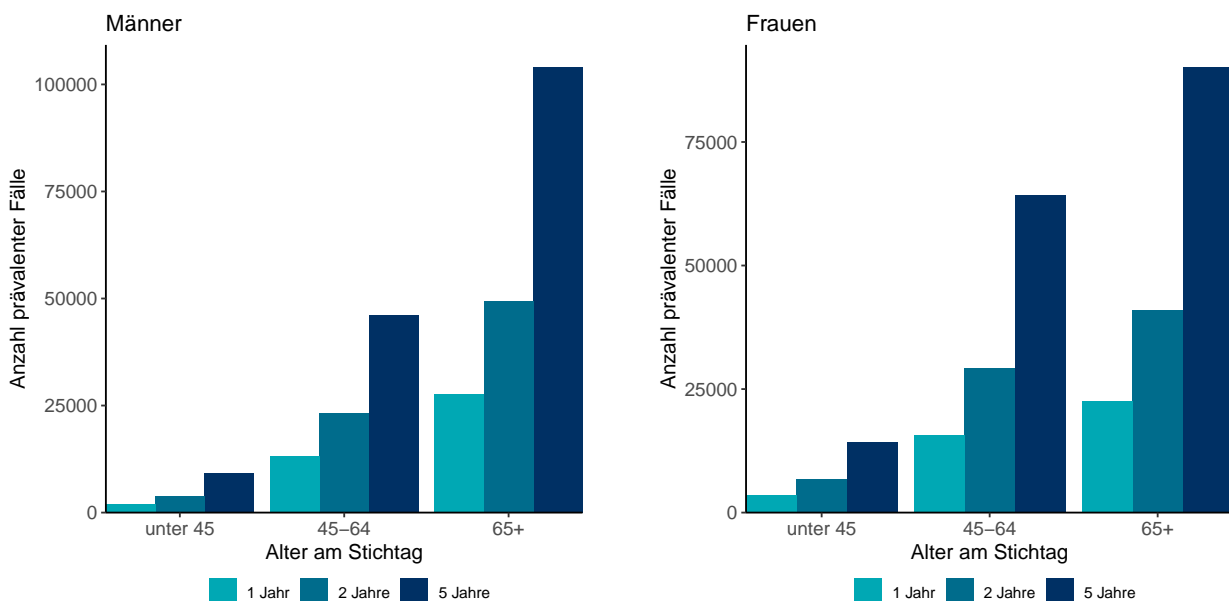


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



Prävalenz 2017

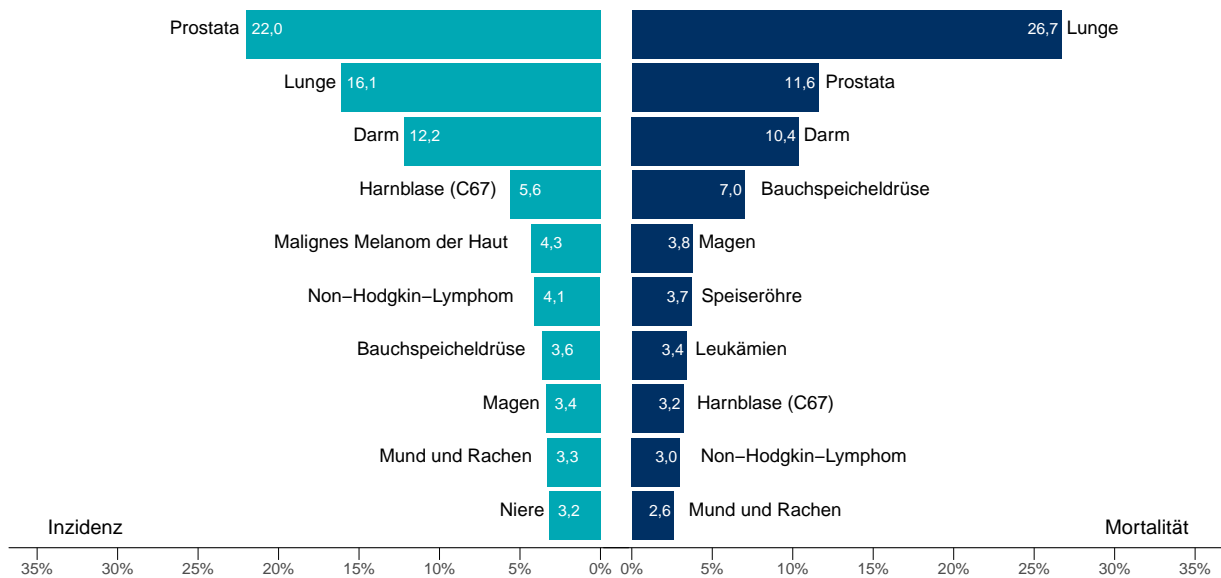
Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 159.181 Männer und 168.708 Frauen mit Krebs (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs), der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 42.855 bzw. 76.748 bei Männern und 41.686 bzw. 76.988 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppen-spezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



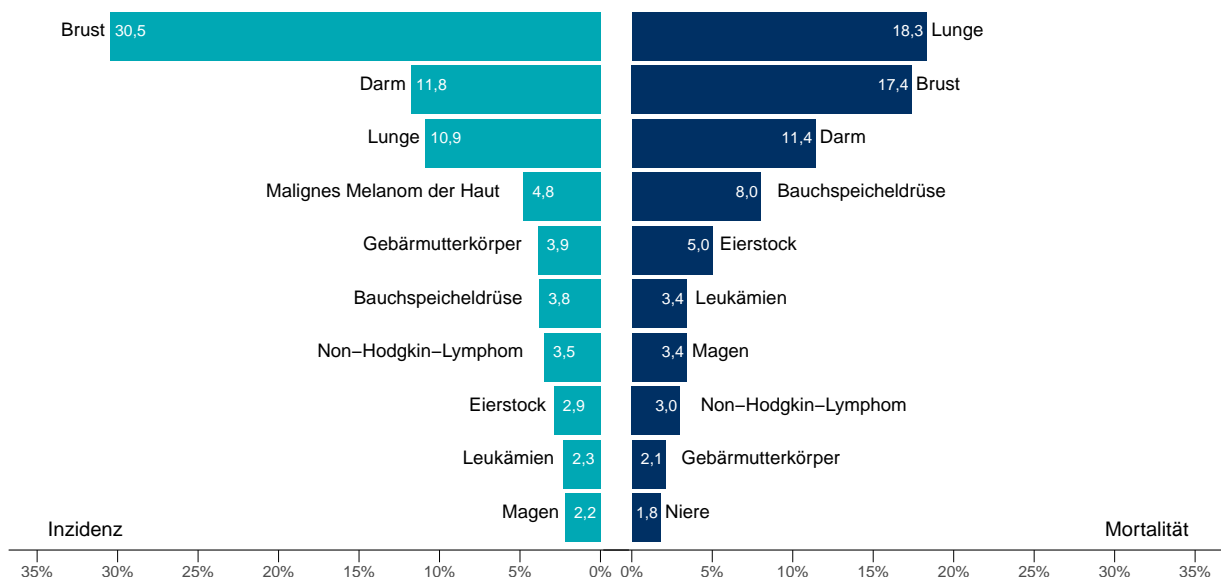
Prozentualer Anteil der zehn häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen und Krebssterbefällen in Nordrhein-Westfalen

Für Männer stellt Prostatakrebs mit 22,0 % die häufigste Krebsneuerkrankung dar. Lungenkrebs (16,1 %) und Darmkrebs (12,2 %) folgen an zweiter und dritter Stelle. Bei Frauen ist Brustkrebs mit einem Anteil von 30,5 % die häufigste Krebsart, ebenfalls vor Darmkrebs (11,8 %) und Lungenkrebs (10,9 %). Insgesamt sind die drei häufigsten Krebsarten bei beiden Geschlechtern für mehr als die Hälfte aller Krebsfälle verantwortlich. Die Krebssterblichkeit wird sowohl bei Männern (26,7 %) als auch bei Frauen (18,3 %) von Lungenkrebs dominiert.

Männer

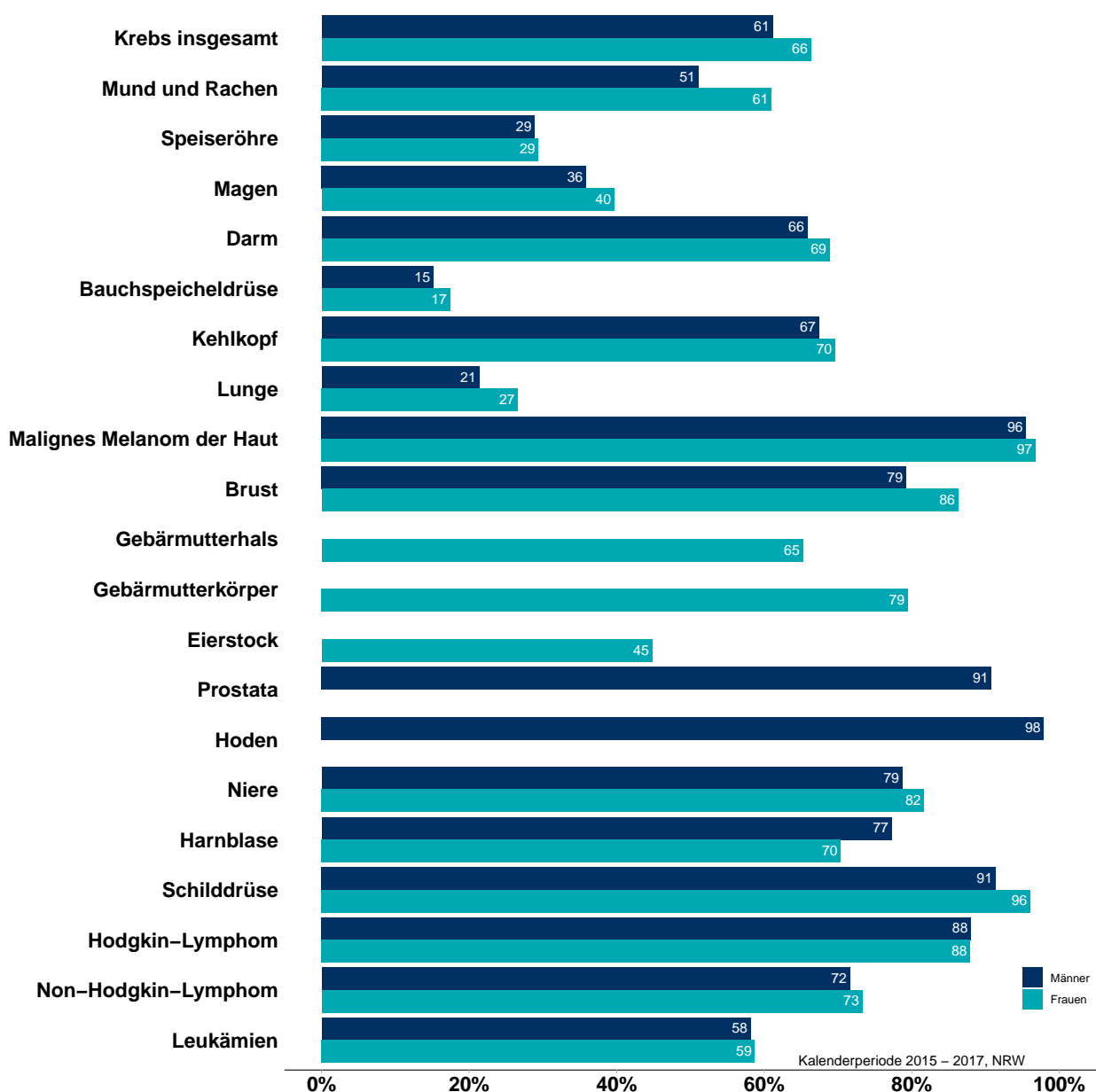


Frauen



Relatives 5-Jahres-Überleben nach Lokalisation und Geschlecht (Kalenderperiode 2015 - 2017, NRW)

Die Abbildung zeigt das durchschnittliche relative 5-Jahres-Überleben (altersstandardisiert). Die häufigsten Krebslokalisationen, Prostatakrebs bei Männern und Brustkrebs bei Frauen, sind mit einem 5-Jahres-Überleben von 91 % bzw. 86 % von einer insgesamt guten Prognose gekennzeichnet. Auch Krebsarten die oft jüngere Menschen betreffen, wie das Maligne Melanom, Hodenkrebs, Hodgkin Lymphome und Schilddrüsenkarzinome, weisen mit einem 5-Jahres-Überleben von teilweise deutlich über 90 % eine insgesamt gute Prognose auf. Dagegen liegt bei Speiseröhren-, Eierstock-, Magen-, Lungen- und Bauchspeicheldrüsenkrebs eine erheblich ungünstigere Prognose vor. Karzinome der Bauchspeicheldrüse haben mit 15 % für Männer bzw. 17 % für Frauen ein vergleichsweise schlechtes 5-Jahres-Überleben.



Mund und Rachen (C00 - C14)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 1.907 Männer und 1.004 Frauen an einem bösartigen Tumor der Mundhöhle oder des Rachens neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 3,3% aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 1,9% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 21,7 und 11,0 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 64 Jahren für Männer und 68 Jahren für Frauen.

Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 708 Männer und 298 Frauen an einem bösartigen Tumor der Mundhöhle oder des Rachens verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 2,6% aller Krebssterbefälle bei Männern und 1,2% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 8,1 und 3,3 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 68 Jahren für Männer und 73 Jahren für Frauen.

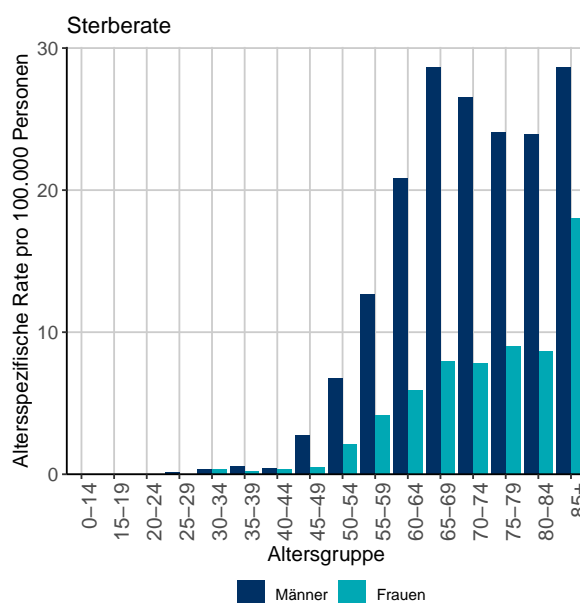
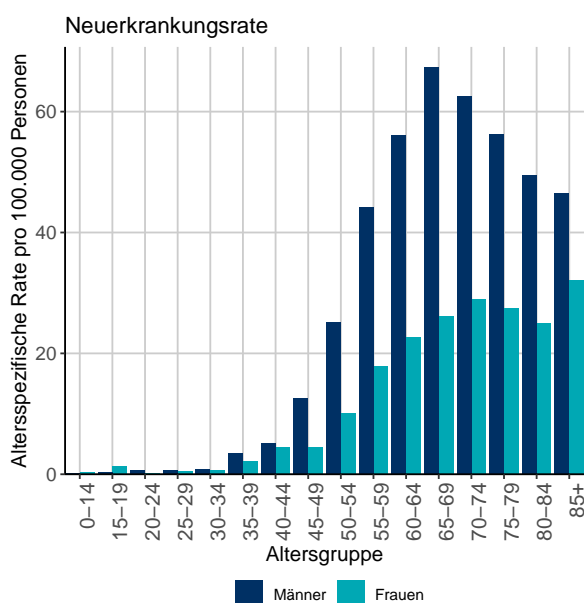
Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	1.907	1.004
davon DCO-Fälle	56	48
Neuerkrankungsfälle in situ	61	34
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	64	68
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	1,4	0,6
Anteil an Krebs insgesamt (%)	3,3	1,9
Rohe Rate ¹	21,7	11,0
Standardisierte Rate ^{1,2}	15,6	7,0
Vergleich Deutschland 2016 ^{1,2}	17,6	6,5
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	13,0	6,7

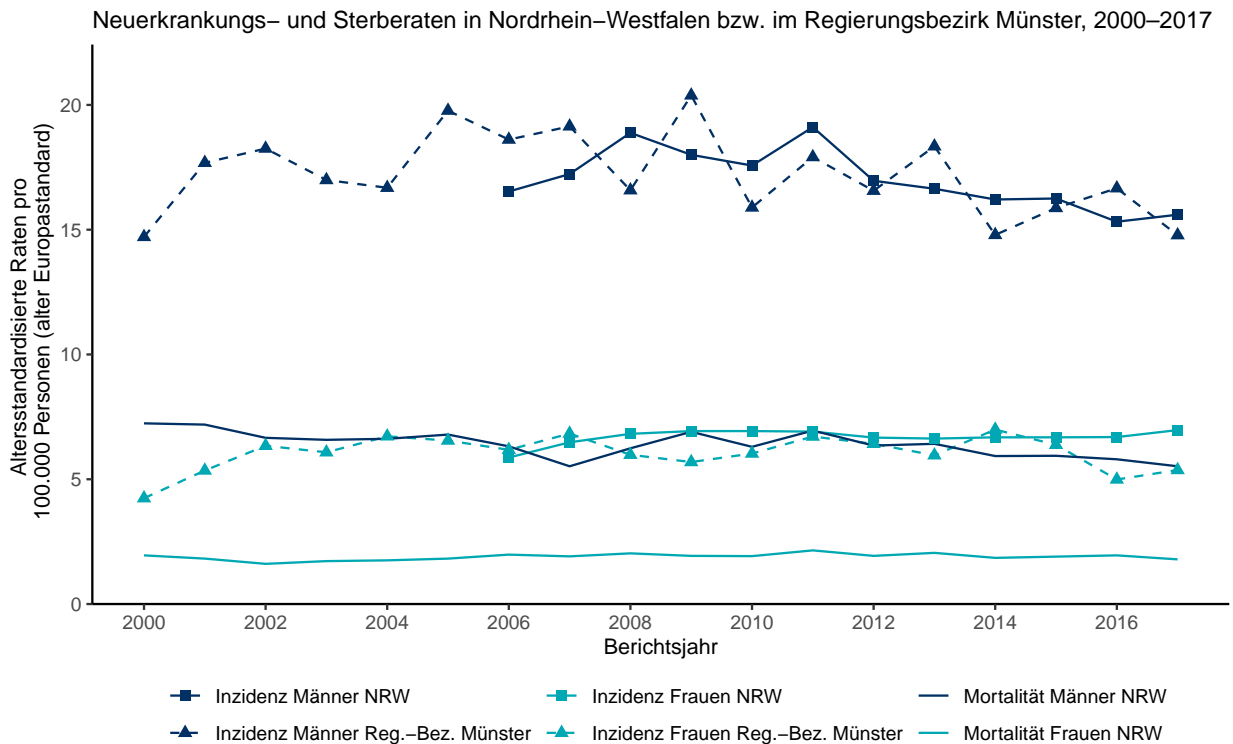
	Mortalität	
	Männer	Frauen
Sterbefälle durch Krebs	708	298
Mittleres Sterbealter (Median)	68	73
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,5	0,1
Anteil aller Krebssterbefälle (%)	2,6	1,2
Anteil aller Sterbefälle (%)	0,7	0,3
Rohe Rate ¹	8,1	3,3
Standardisierte Rate ^{1,2}	5,5	1,8
Vergleich Deutschland 2017 ^{1,2}	6,7	1,8
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	3,7	1,8

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

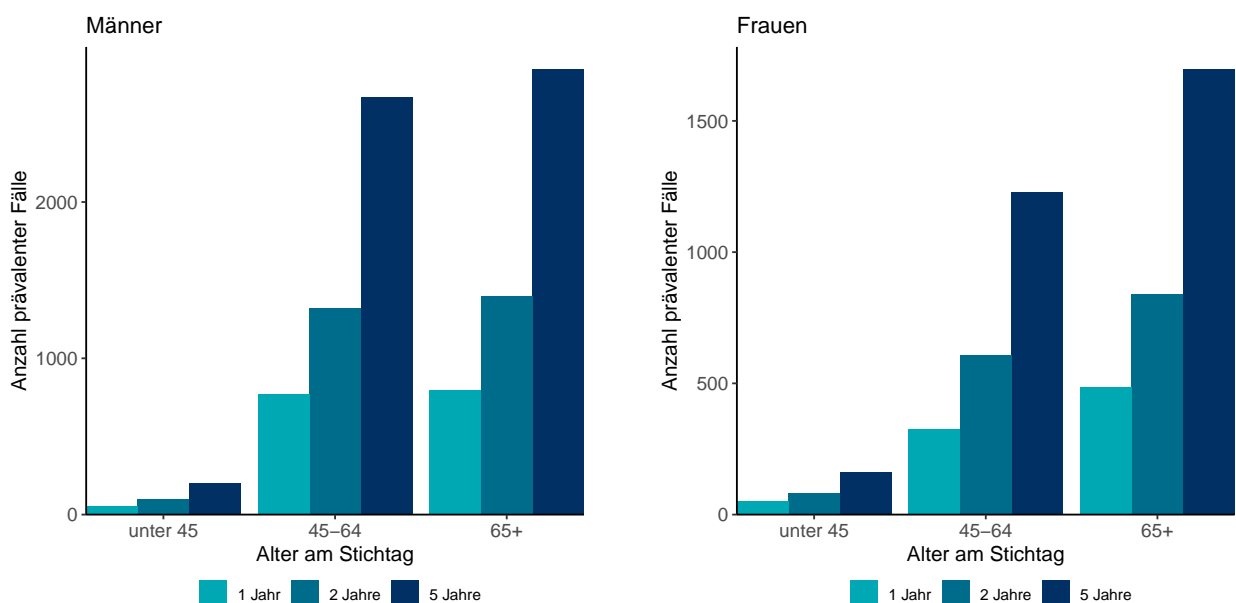


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



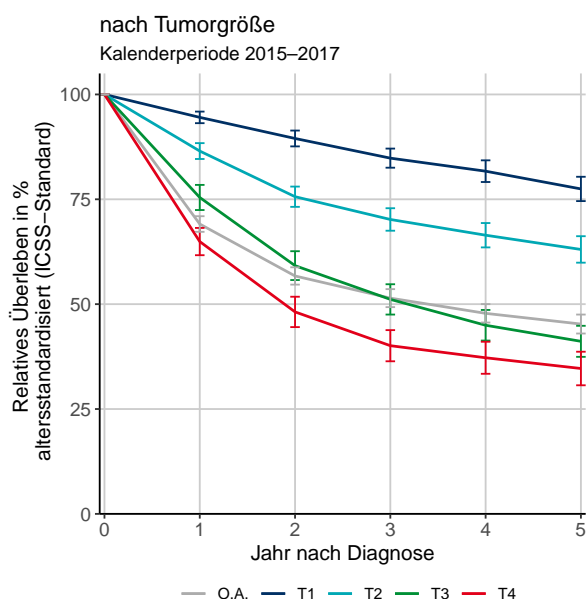
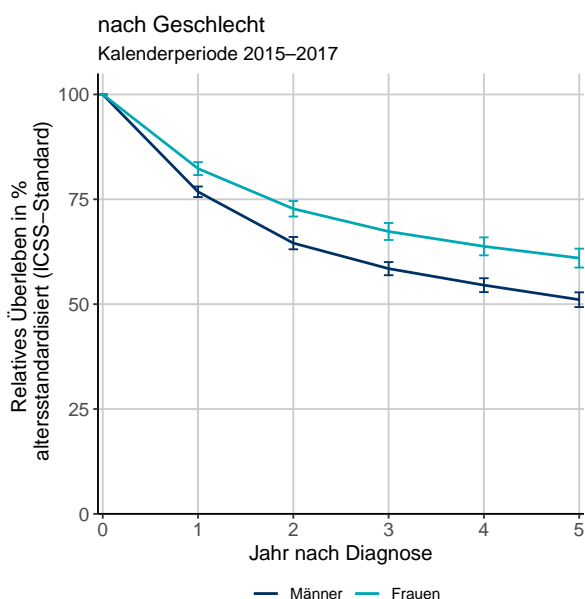
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 5.724 Männer und 3.090 Frauen mit einem bösartigen Tumor der Mundhöhle oder des Rachens, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 1.618 bzw. 2.820 bei Männern und 862 bzw. 1.530 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 51 % und für Frauen 61 %. Wird die Krebserkrankung in einem frühen Stadium mit geringer Tumorausdehnung diagnostiziert, können deutlich bessere relative Überlebensraten beobachtet werden.



Histologische Häufigkeitsverteilung

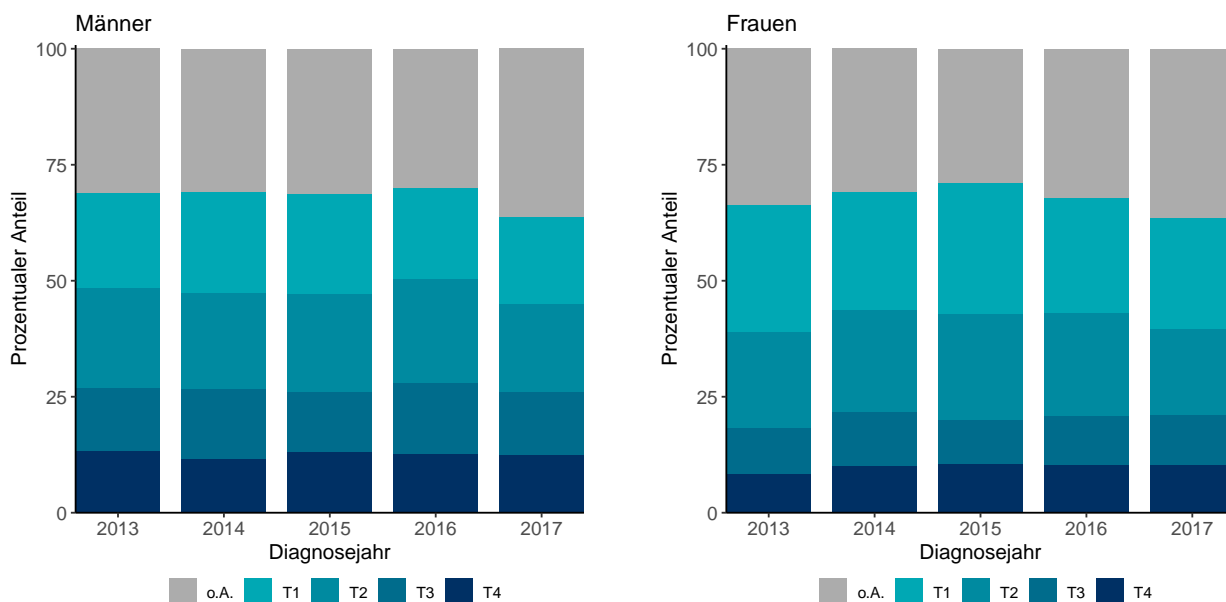
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Adeno-Ca	94	4,9	86	8,6
Plattenepithel-Ca	1.535	80,5	732	72,9
Sonstige spezif. Malignome	44	2,3	19	1,9
Unspezif./ ungenau bezeichnet	234	12,3	167	16,6

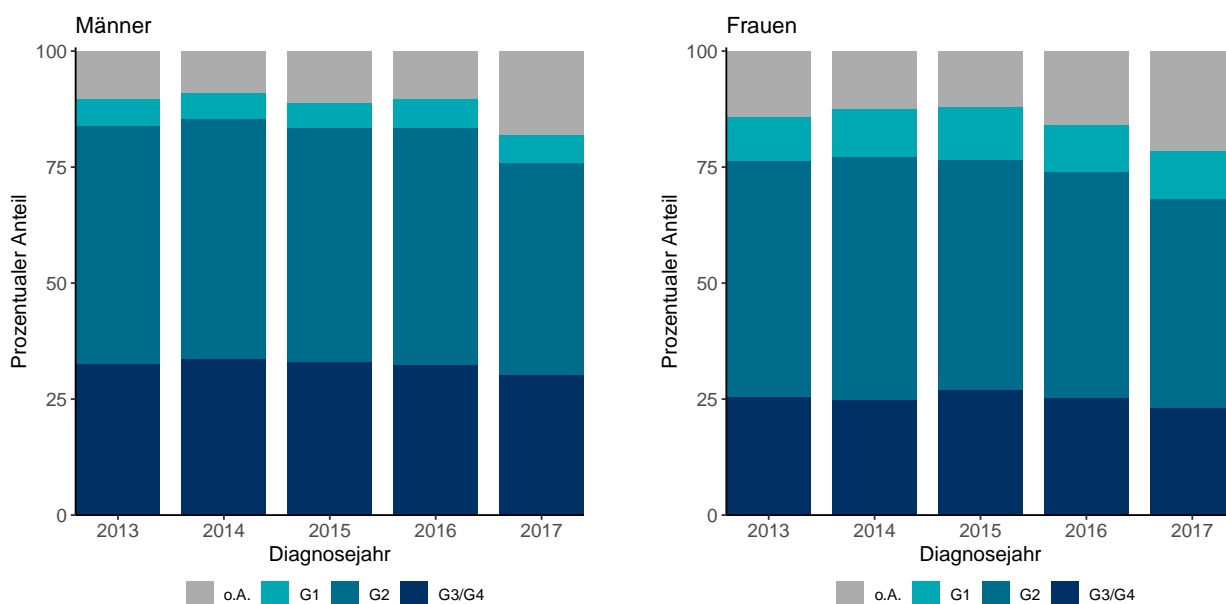
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. In den vergangenen Jahren konnte der Anteil von Fällen mit unbekanntem T-Stadium etwas verringert werden. Etwa die Hälfte der Tumoren wurden im prognostisch günstigen T1- und T2-Stadium diagnostiziert.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei etwa einem Viertel der Karzinome im Mund und Rachen liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor.



Speiseröhre (C15)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 1.234 Männer und 412 Frauen an Speiseröhrenkrebs neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 2,1 % aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 0,8% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 14,0 und 4,5 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 68 Jahren für Männer und 72 Jahren für Frauen.

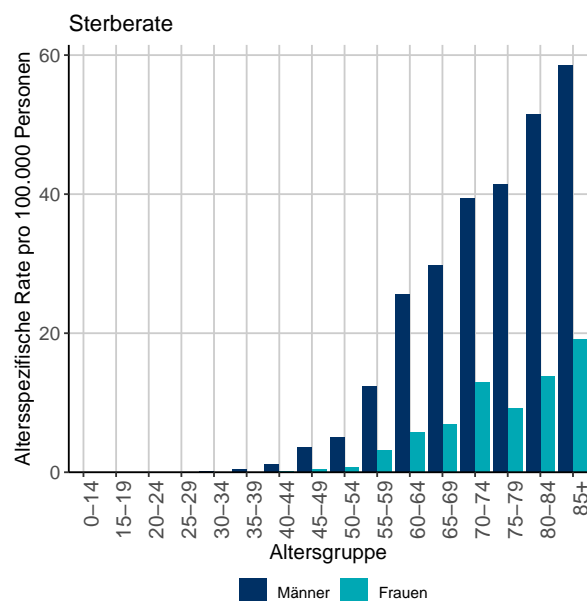
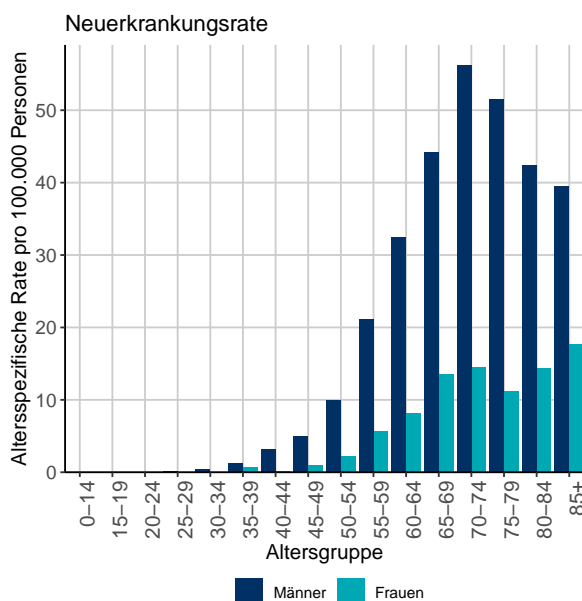
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 960 Männer und 316 Frauen an Speiseröhrenkrebs verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 3,5% aller Krebssterbefälle bei Männern und 1,3% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 10,9 und 3,5 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 72 Jahren für Männer und 75 Jahren für Frauen.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

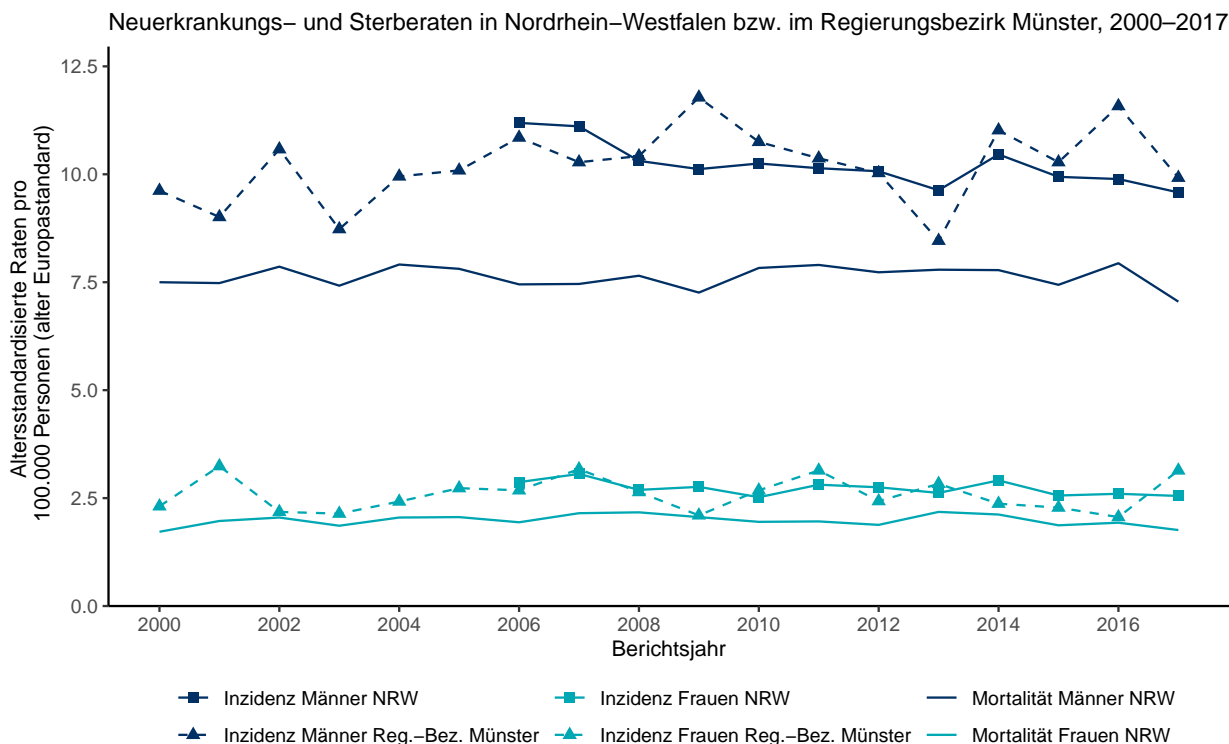
Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	1.234	412
davon DCO-Fälle	84	51
Neuerkrankungsfälle in situ	41	11
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	68	72
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	0,9	0,2
Anteil an Krebs insgesamt (%)	2,1	0,8
Rohe Rate ¹	14,0	4,5
Standardisierte Rate ^{1, 2}	9,6	2,5
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	9,4	2,4
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}		
Sterbefälle durch Krebs	960	316
Mittleres Sterbealter (Median)	72	75
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,6	0,2
Anteil aller Krebssterbefälle (%)	3,5	1,3
Anteil aller Sterbefälle (%)	1,0	0,3
Rohe Rate ¹	10,9	3,5
Standardisierte Rate ^{1, 2}	7,0	1,8
Vergleich Deutschland 2017 ^{1, 2}	6,8	1,5
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}		

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

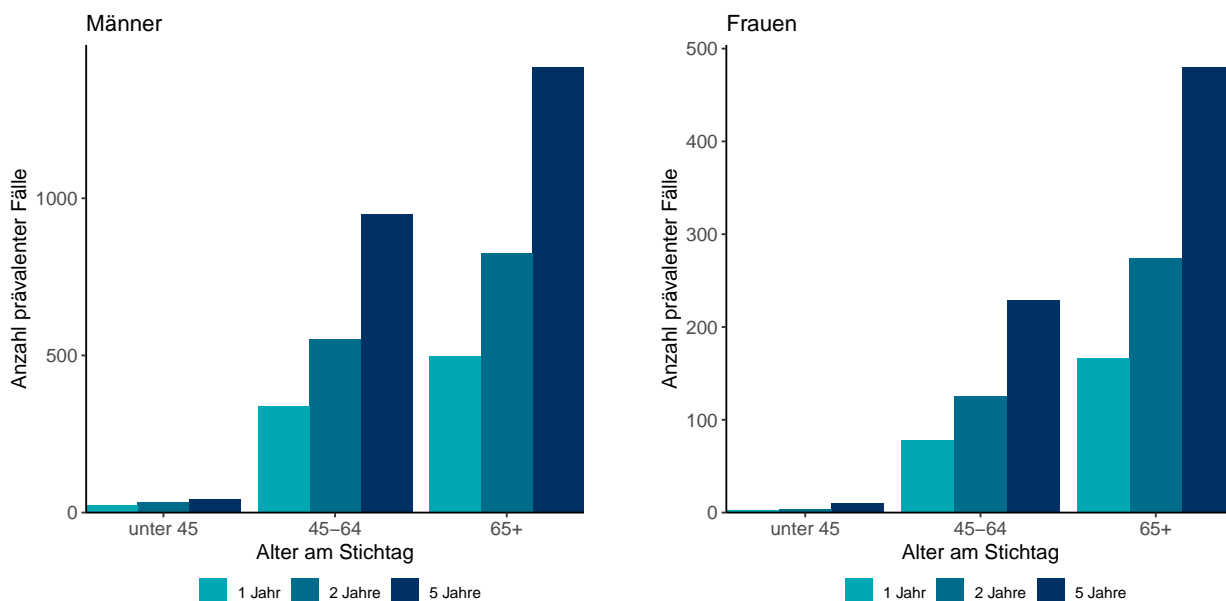


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



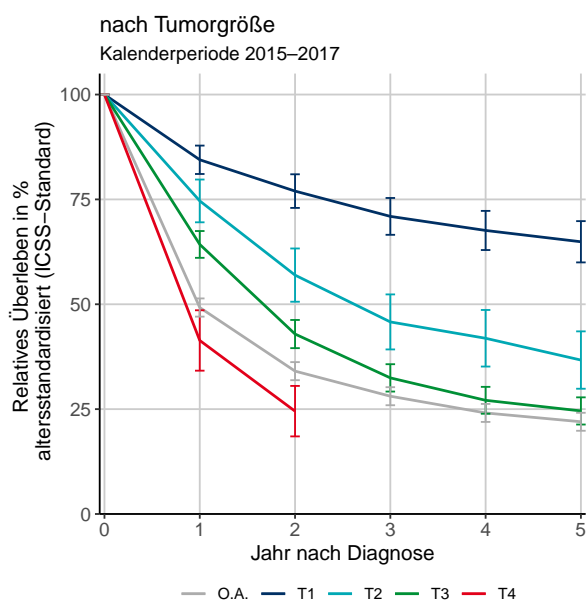
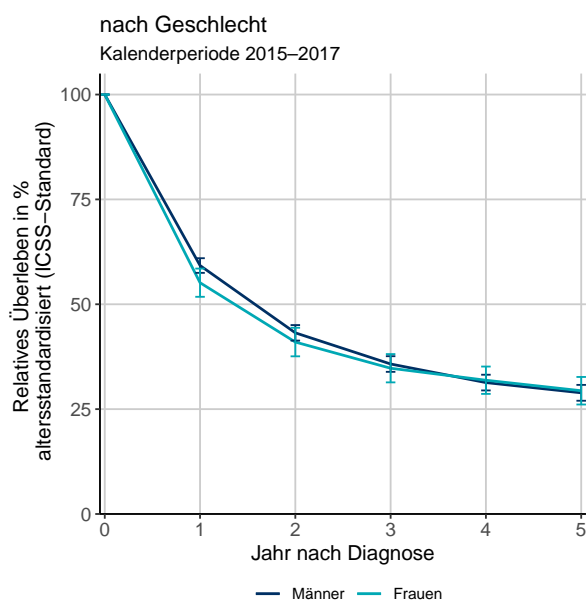
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 2.411 Männer und 719 Frauen mit Speiseröhrenkrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 861 bzw. 1.413 bei Männern und 247 bzw. 404 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 29% und für Frauen 29%. Das 5-Jahres-Überleben nach Speiseröhrenkrebs ist zwar, wie bei den meisten Krebserkrankungen, bei Tumoren mit geringer Größe günstiger, insgesamt ist die Prognose jedoch durch den hohen Anteil von Fällen mit ungünstigem Stadium bzw. ungünstigem Grading eher schlecht.



Histologische Häufigkeitsverteilung

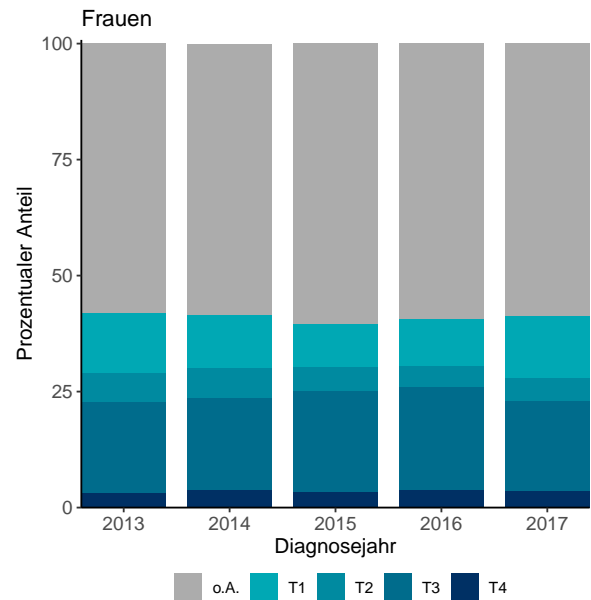
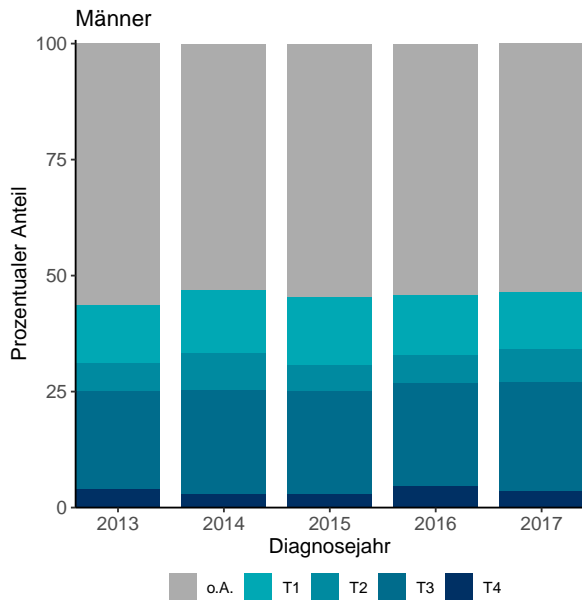
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Adeno-Ca	624	50,6	129	31,3
Plattenepithel-Ca	419	34,0	185	44,9
Sonstige spezif. Malignome	32	2,6	10	2,4
Unspezif./ ungenau bezeichnet	159	12,9	88	21,4

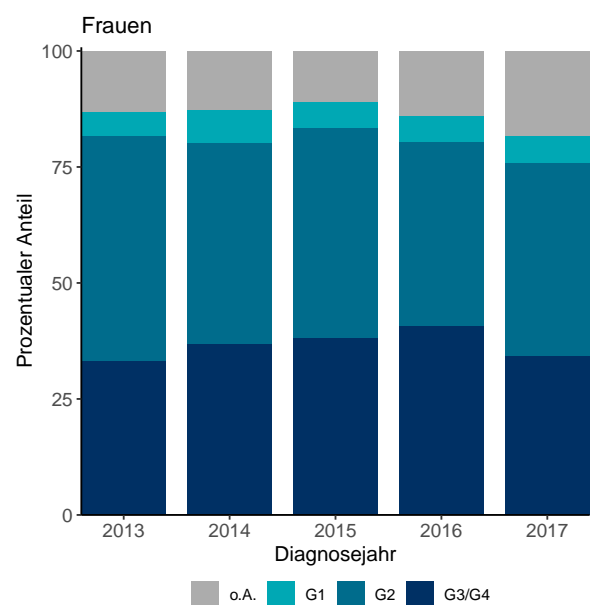
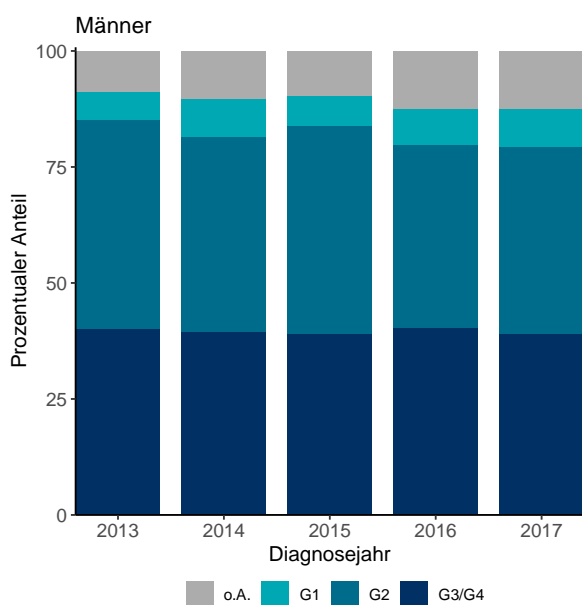
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Für mehr als 50 % der Fälle liegt keine Information zum T-Stadium vor. Darüber hinaus wird nur ein kleiner Anteil im prognostisch günstigeren Stadium T1 entdeckt.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei knapp 40 % der Speiseröhrenkarzinome liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor.



Magen (C16)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 1.965 Männer und 1.317 Frauen an Magenkrebs neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 3,4% aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 2,4% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 22,4 und 14,4 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 71 Jahren für Männer und 75 Jahren für Frauen.

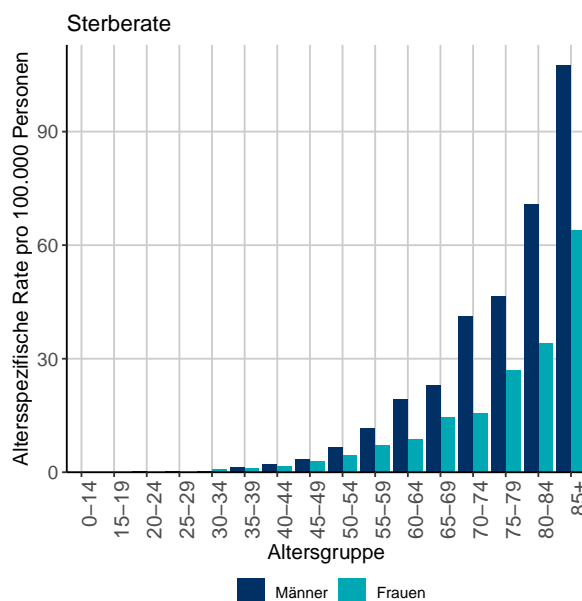
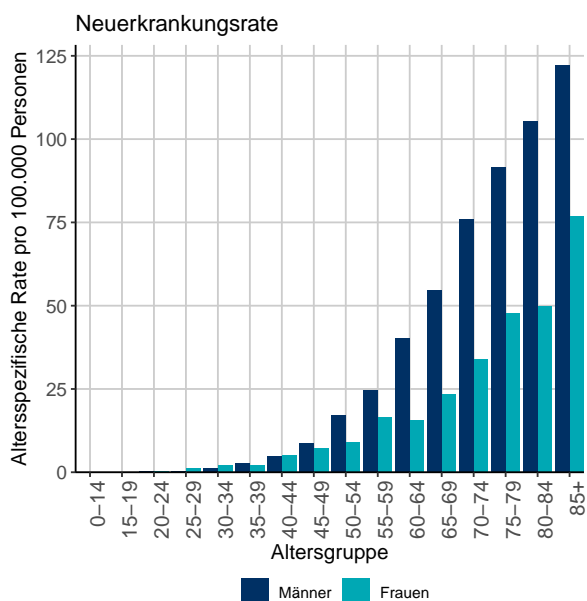
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 1.063 Männer und 785 Frauen an Magenkrebs verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 3,9% aller Krebssterbefälle bei Männern und 3,3% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 12,1 und 8,6 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 75 Jahren für Männer und 78 Jahren für Frauen.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

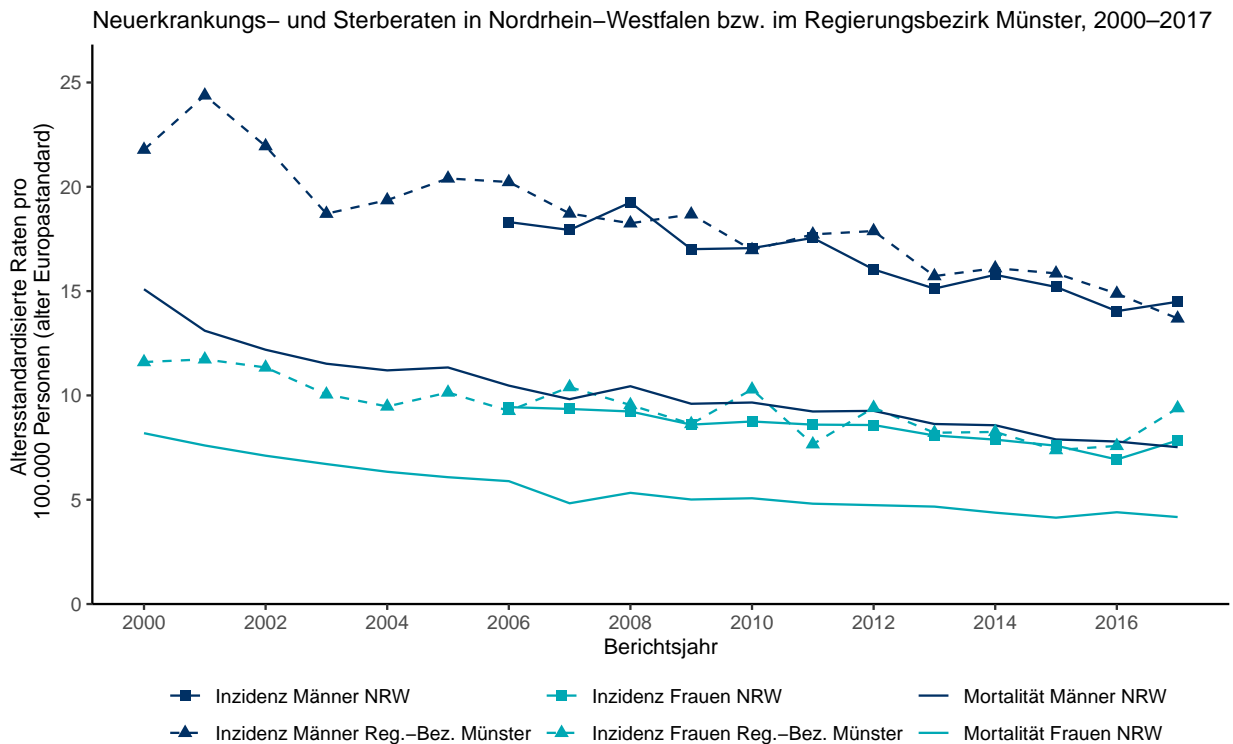
Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	1.965	1.317
davon DCO-Fälle	116	156
Neuerkrankungsfälle in situ	16	5
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	71	75
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	1,2	0,6
Anteil an Krebs insgesamt (%)	3,4	2,4
Rohe Rate ¹	22,4	14,4
Standardisierte Rate ^{1, 2}	14,5	7,8
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	14,8	7,2
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}		

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

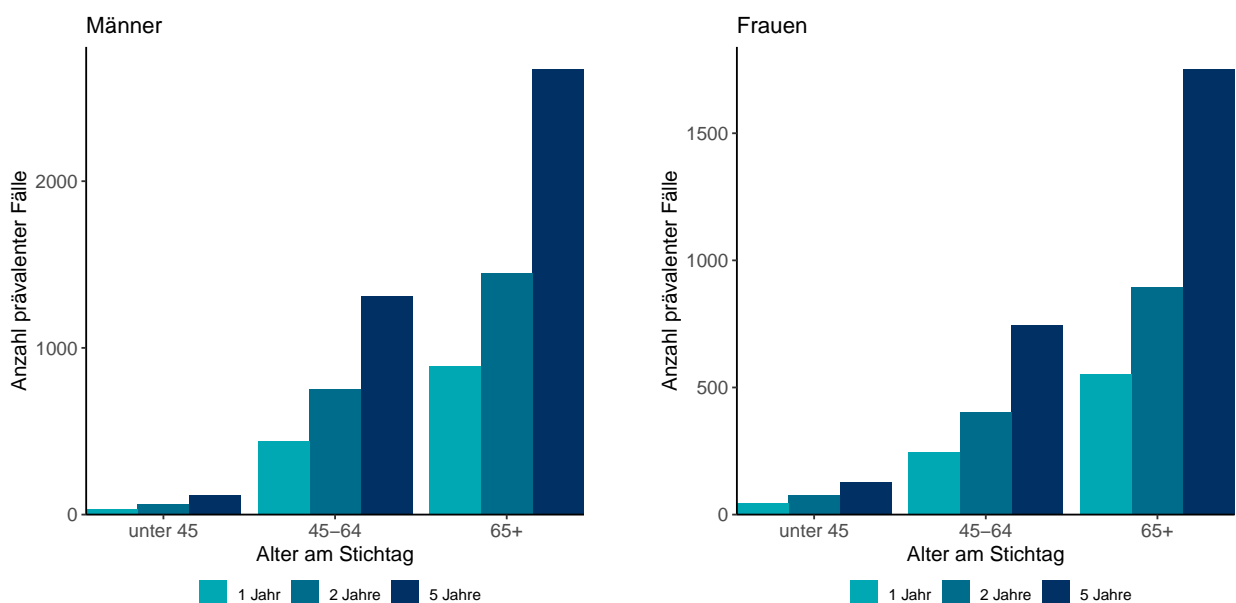


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



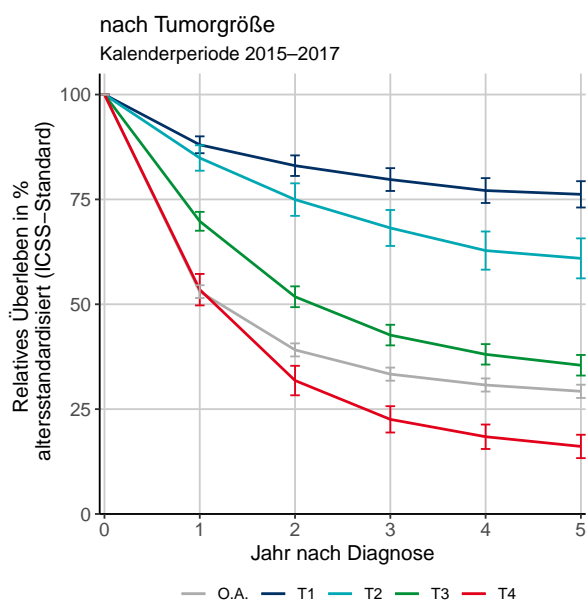
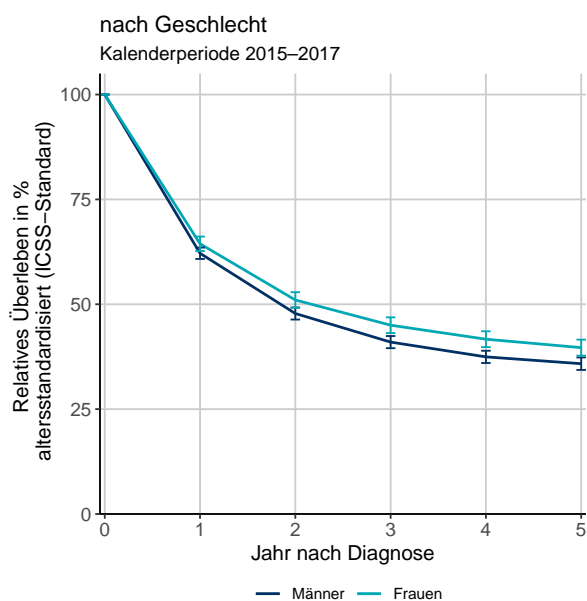
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 4.099 Männer und 2.622 Frauen mit Magenkrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 1.369 bzw. 2.263 bei Männern und 843 bzw. 1.375 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 36 % und für Frauen 40 %. Das 5-Jahres-Überleben nach Magenkrebs ist zwar, wie bei den meisten Krebserkrankungen, bei Tumoren mit geringer Größe günstiger, insgesamt ist die Prognose jedoch durch den hohen Anteil von Fällen mit ungünstigem Stadium bzw. ungünstigem Grading eher schlecht.



Histologische Häufigkeitsverteilung

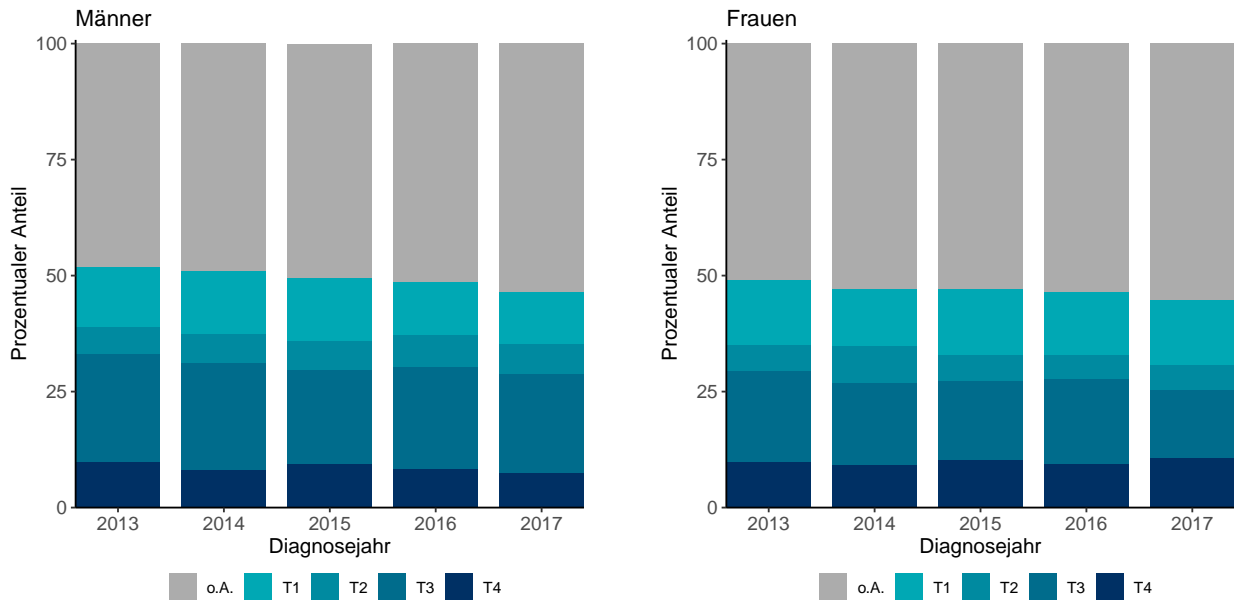
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Adeno-Ca	1.619	82,4	970	73,7
Neuroendokrine Tumoren	72	3,7	66	5,0
Sonstige spezif. Malignome	45	2,3	36	2,7
Unspezif./ ungenau bezeichnet	229	11,7	245	18,6

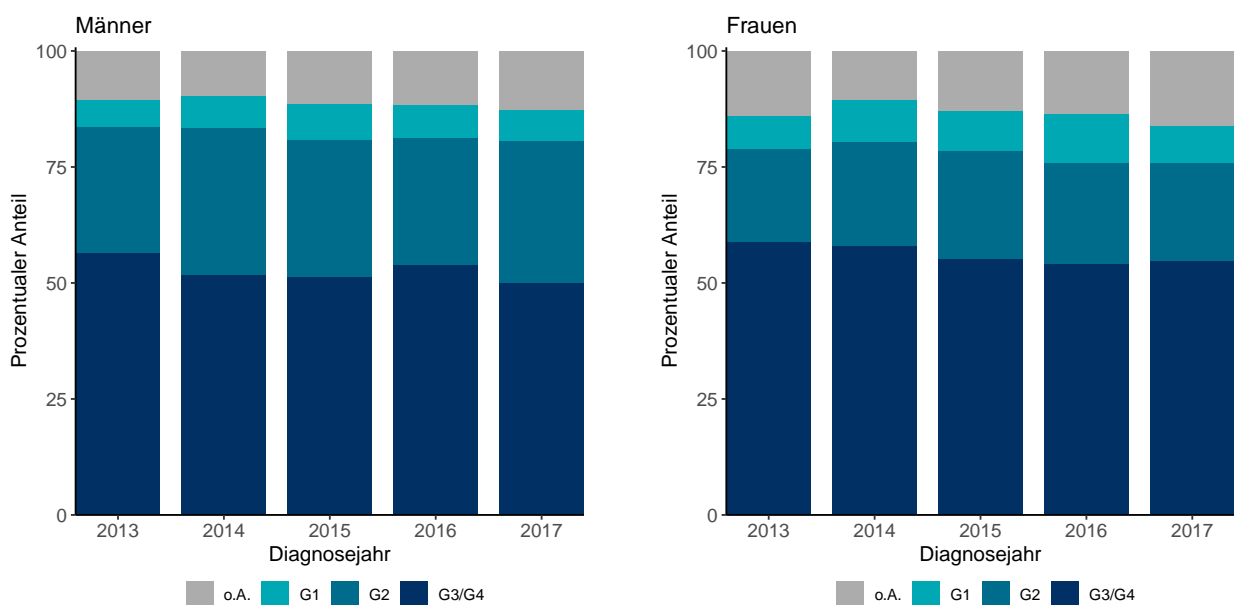
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Für nahezu 50 % der Fälle liegt keine Information zum T-Stadium vor. Darüber hinaus wird nur ein kleiner Anteil im prognostisch günstigeren Stadium T1 entdeckt.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei mehr als der Hälfte der Magenkarzinome liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor.



Darm (C18 - C21)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 7.152 Männer und 6.595 Frauen an Darmkrebs neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 12,3% aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 12,2% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 81,4 und 72,3 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 72 Jahren für Männer und 75 Jahren für Frauen.

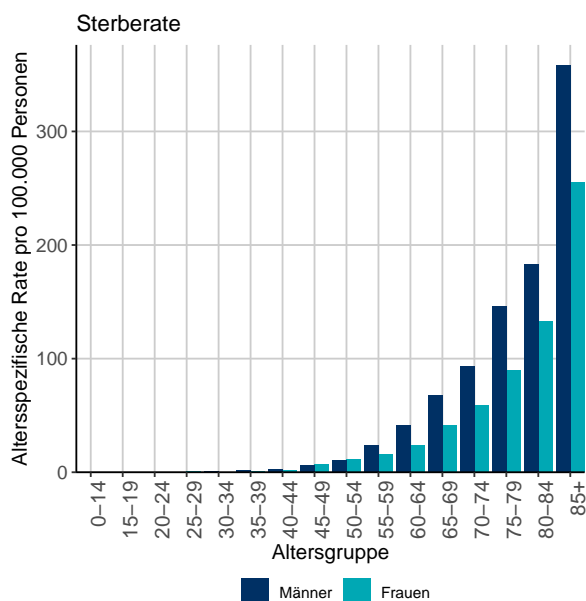
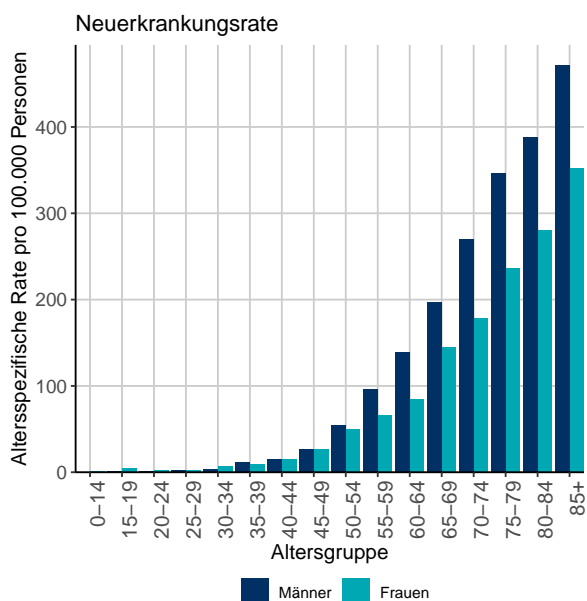
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 2.785 Männer und 2.653 Frauen an Darmkrebs verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 10,2% aller Krebssterbefälle bei Männern und 11,1% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 31,7 und 29,1 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 77 Jahren für Männer und 80 Jahren für Frauen.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

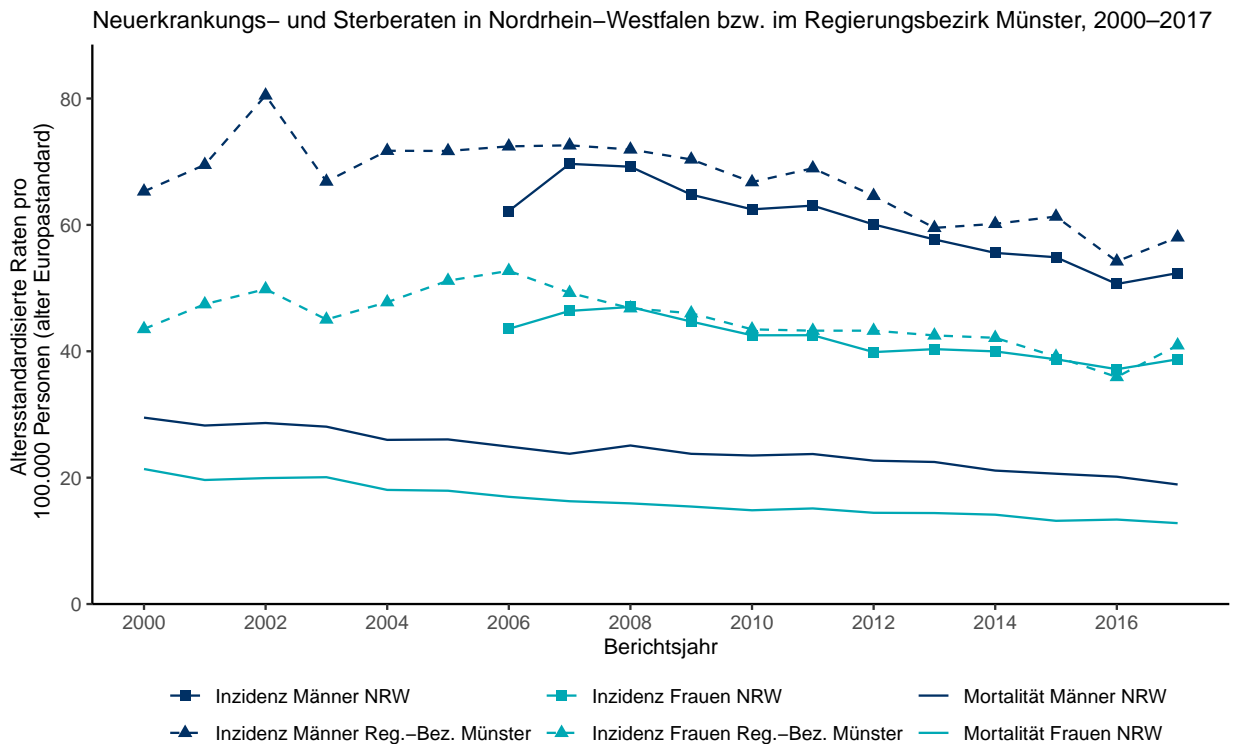
Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	7.152	6.595
davon DCO-Fälle	327	447
Neuerkrankungsfälle in situ	573	442
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	72	75
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	4,1	3,0
Anteil an Krebs insgesamt (%)	12,3	12,2
Rohe Rate ¹	81,4	72,3
Standardisierte Rate ^{1, 2}	52,4	38,7
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	52,2	33,9
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	75,0	51,4

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

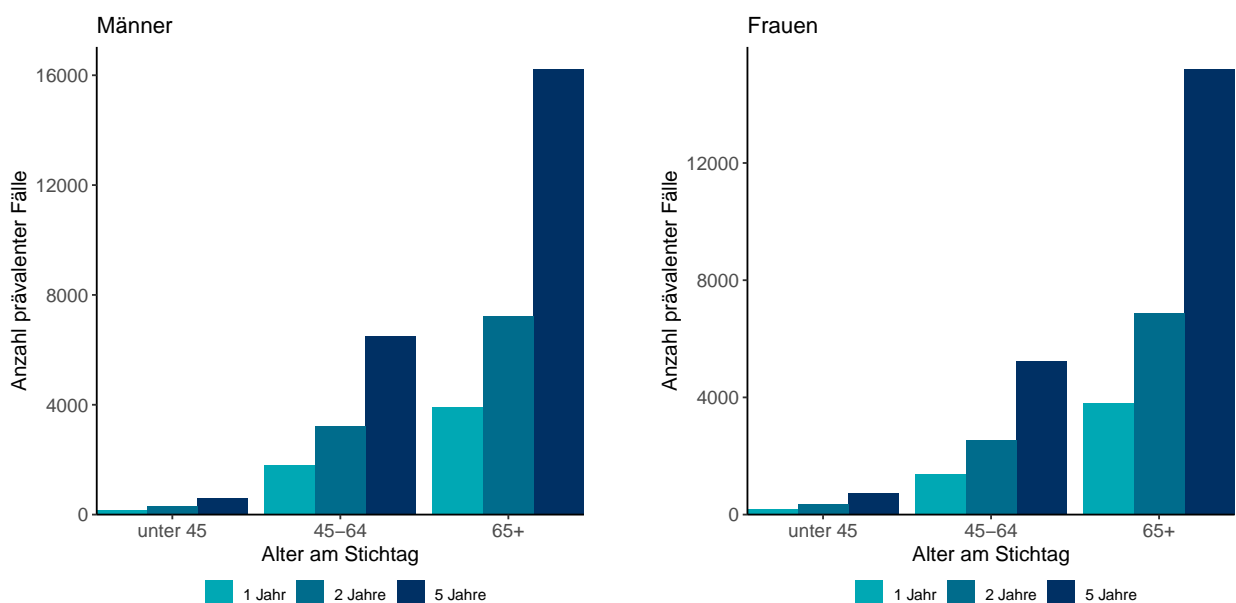


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



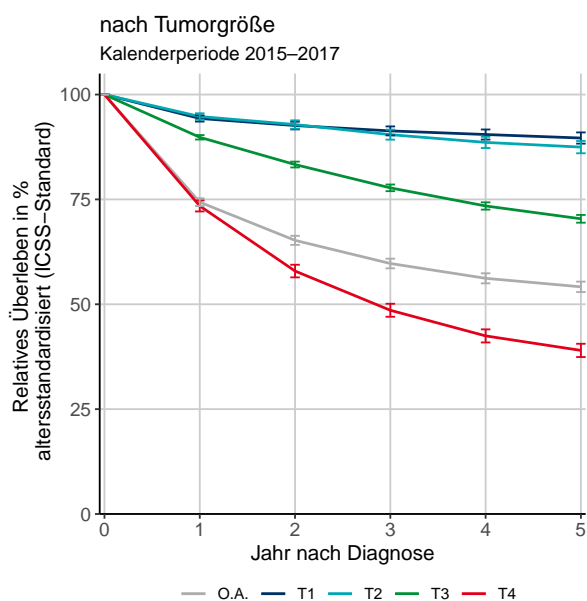
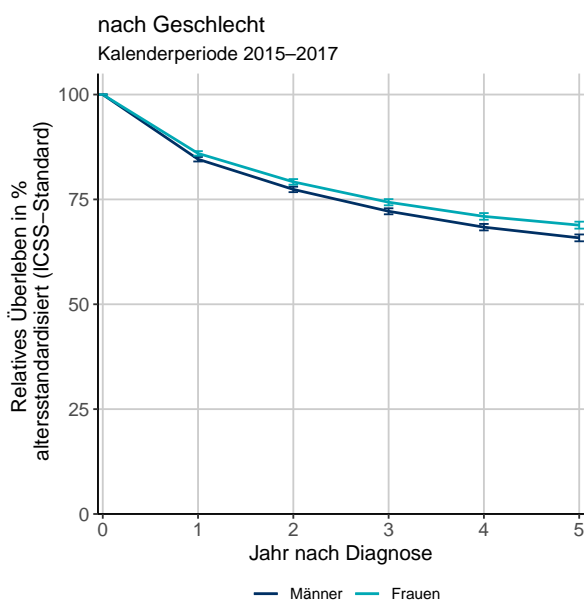
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 23.310 Männer und 21.177 Frauen mit Darmkrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 5.903 bzw. 10.758 bei Männern und 5.380 bzw. 9.791 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 66% und für Frauen 69%. Wird die Krebserkrankung in einem frühen Stadium mit geringer Tumorausdehnung diagnostiziert, können deutlich bessere relative Überlebensraten beobachtet werden.



Histologische Häufigkeitsverteilung

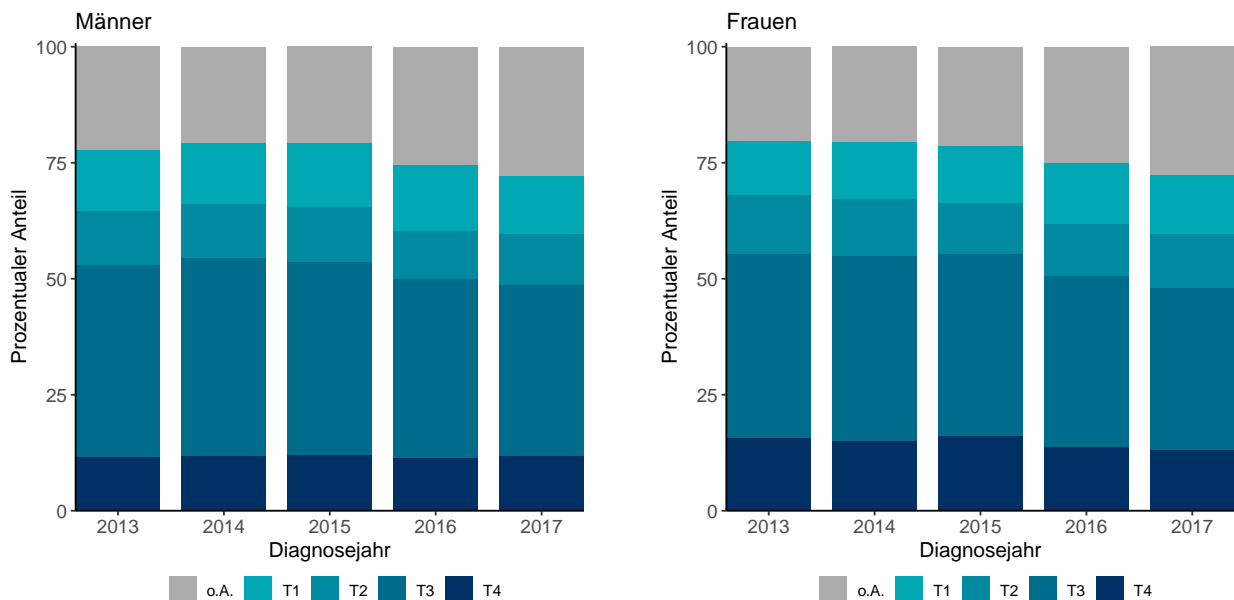
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Adeno-Ca	6.081	85,0	5.223	79,2
Plattenepithel-Ca	120	1,7	290	4,4
Neuroendokrine Tumoren	181	2,5	231	3,5
Sonstige spezif. Malignome	37	0,5	38	0,6
Unspezif./ ungenau bezeichnet	733	10,2	813	12,3

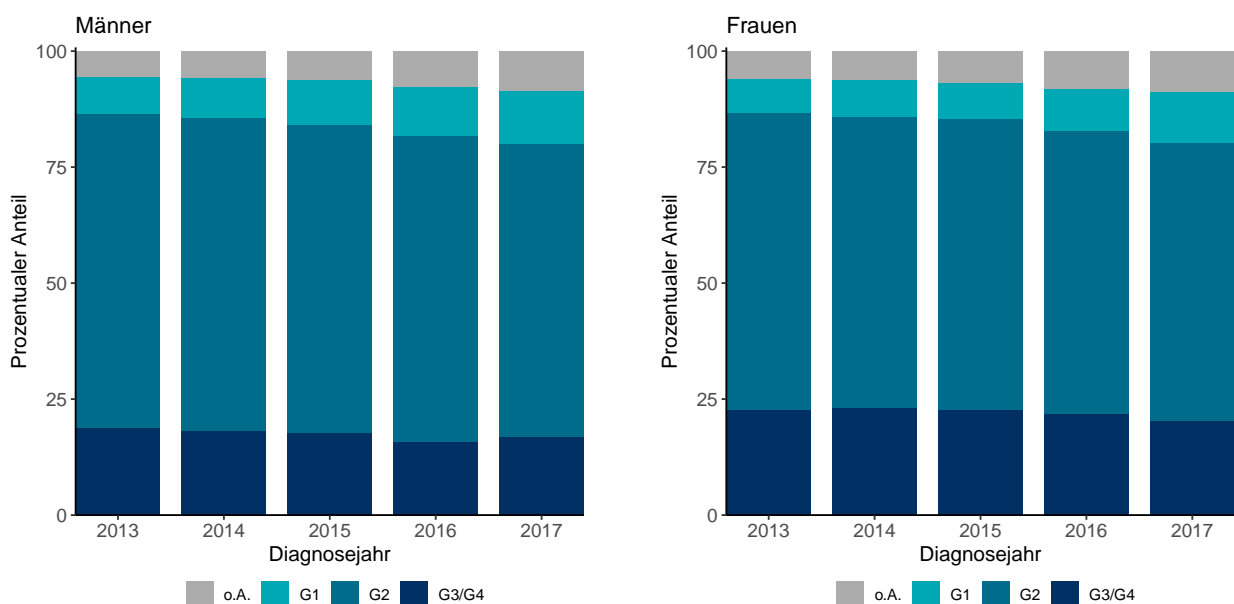
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Trotz der seit Jahren verfügbaren Angebote zur Darmkrebsfrüherkennung wurden in den letzten Jahren deutlich über die Hälfte aller kolorektalen Karzinome erst im prognostisch ungünstigen T3- und T4-Stadium diagnostiziert.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei knapp einem Viertel der kolorektalen Karzinome liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor.



Leber (C22)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 1.197 Männer und 664 Frauen an Leberkrebs neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 2,1% aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 1,2% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 13,6 und 7,3 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 72 Jahren für Männer und 75 Jahren für Frauen.

Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 1.027 Männer und 602 Frauen an Leberkrebs verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 3,7% aller Krebssterbefälle bei Männern und 2,5% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 11,7 und 6,6 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 75 Jahren für Männer und 78 Jahren für Frauen.

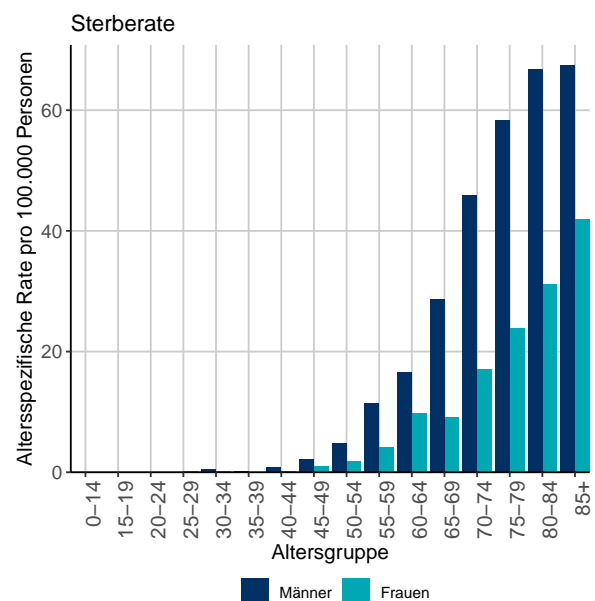
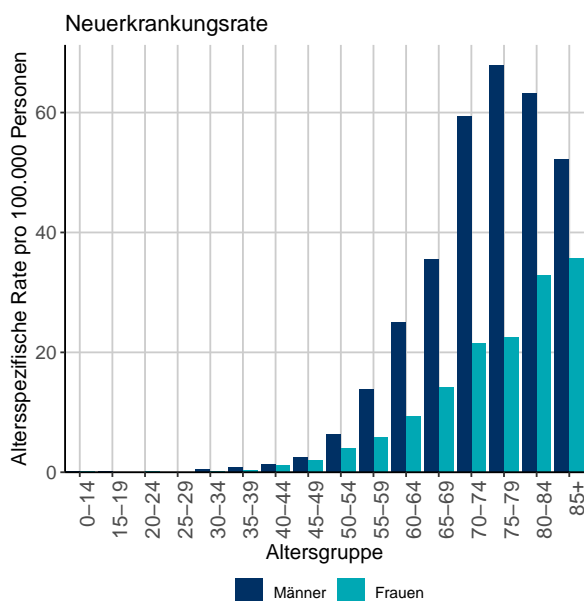
Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	1.197	664
davon DCO-Fälle	248	189
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	72	75
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	0,7	0,3
Anteil an Krebs insgesamt (%)	2,1	1,2
Rohe Rate ¹	13,6	7,3
Standardisierte Rate ^{1,2}	8,7	3,8
Vergleich Deutschland 2016 ^{1,2}	9,8	3,5
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	5,0	2,0

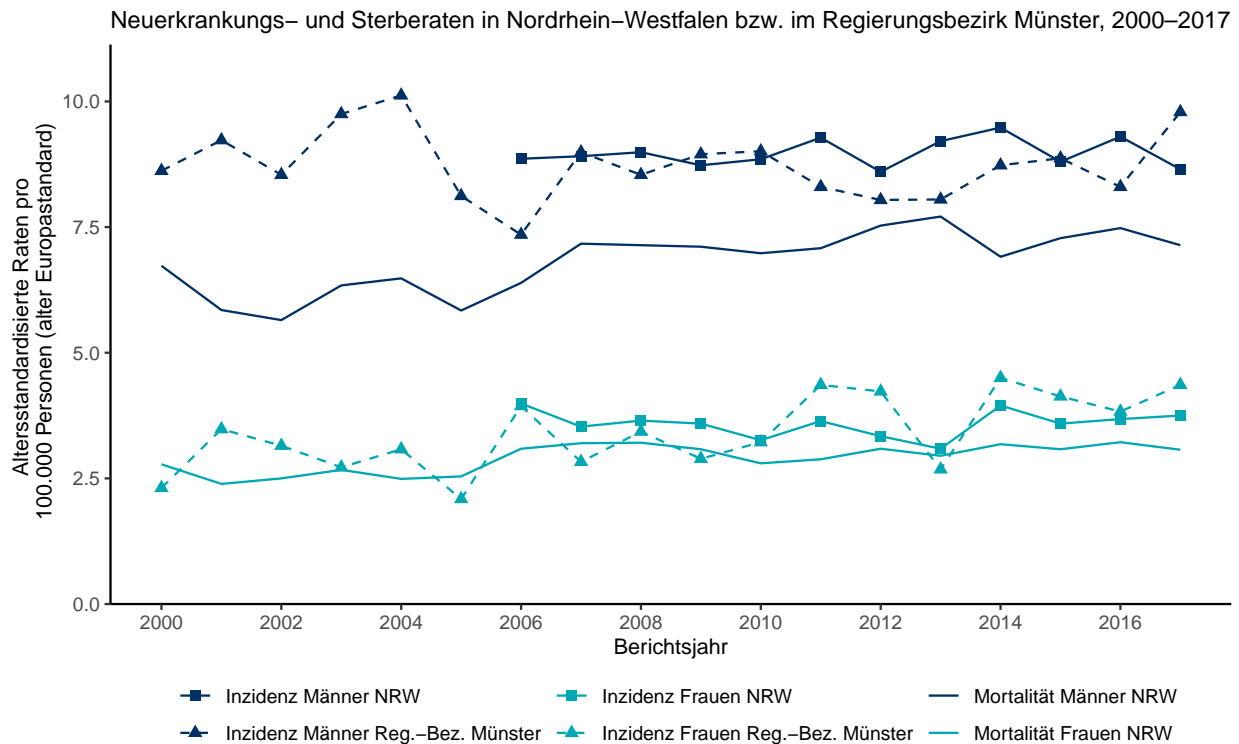
	Mortalität	
	Männer	Frauen
Sterbefälle durch Krebs	1.027	602
Mittleres Sterbealter (Median)	75	78
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,6	0,2
Anteil aller Krebssterbefälle (%)	3,7	2,5
Anteil aller Sterbefälle (%)	1,0	0,6
Rohe Rate ¹	11,7	6,6
Standardisierte Rate ^{1,2}	7,1	3,1
Vergleich Deutschland 2017 ^{1,2}	7,8	3,1
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	5,7	2,9

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Alterspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

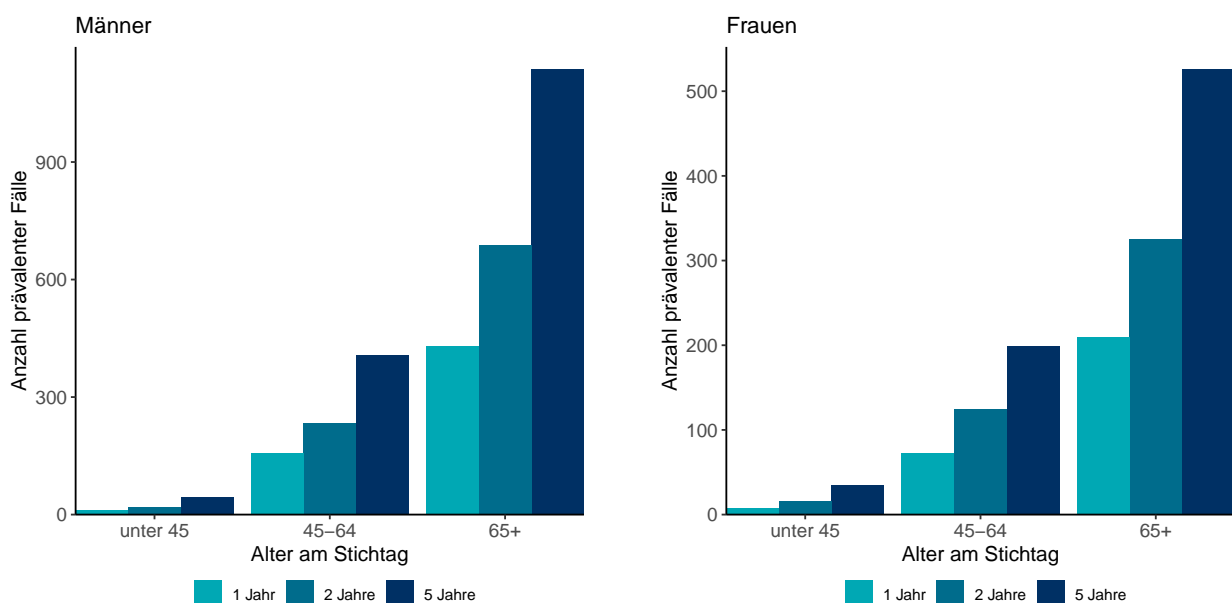


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



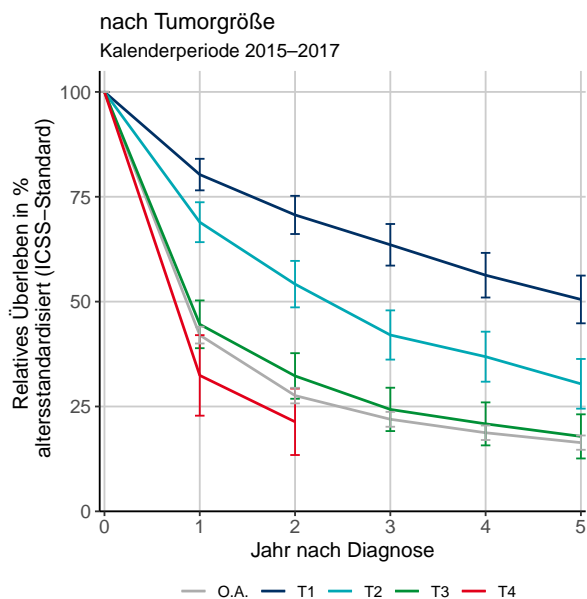
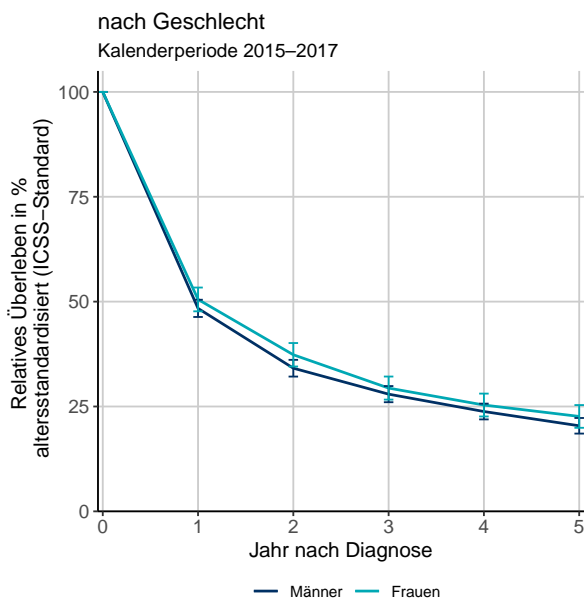
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 1.590 Männer und 760 Frauen mit Leberkrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 597 bzw. 941 bei Männern und 291 bzw. 466 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 20% und für Frauen 23%. Wird die Krebserkrankung im frühen Stadium T1 mit geringer Tumorausdehnung diagnostiziert beträgt das Überleben 51%.



Histologische Häufigkeitsverteilung

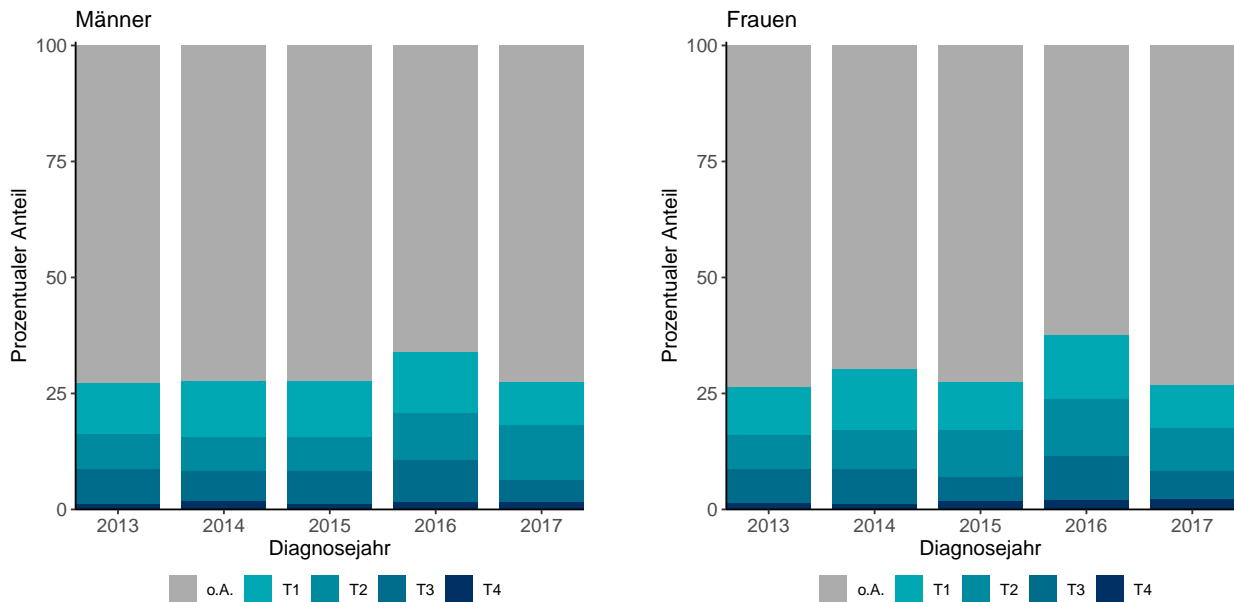
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Hepatozelluläres Ca	838	70,0	289	43,5
Gallengangs-Ca	169	14,1	188	28,3
Gemischtes Leberzell/Gallengangs-Ca	10	0,8	10	1,5
Sonstg. Adeno-Ca	51	4,3	31	4,7
Sarkome u. Weichteiltumore	10	0,8	7	1,1
Sonstige spezif. Malignome	5	0,4	7	1,1
Unspezif./ ungenau bezeichnet	114	9,5	132	19,9

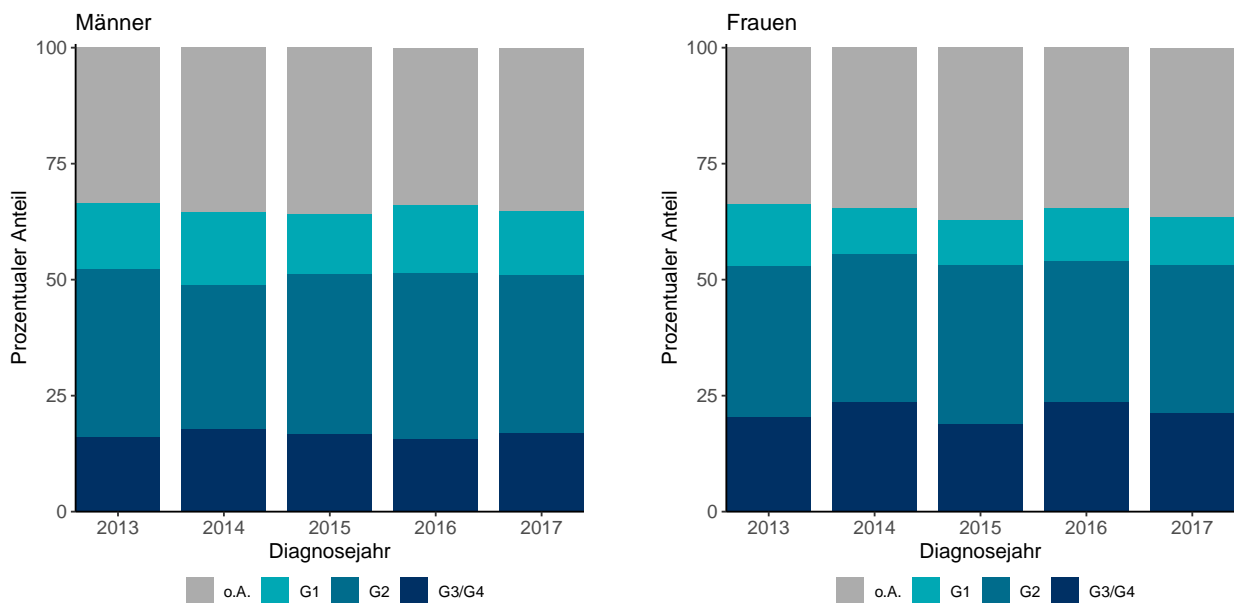
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Für mehr als 60 % der Fälle liegt keine Information zum T-Stadium vor.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei etwas mehr als einem Viertel fehlen Angaben zum Grading.



Gallenblase und Gallenwege (C23 + C24)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 520 Männer und 561 Frauen an bösartigen Tumoren der Gallenblase und Gallenwege neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 0,9% aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 1,0% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 5,9 und 6,1 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 75 Jahren für Männer und 78 Jahren für Frauen.

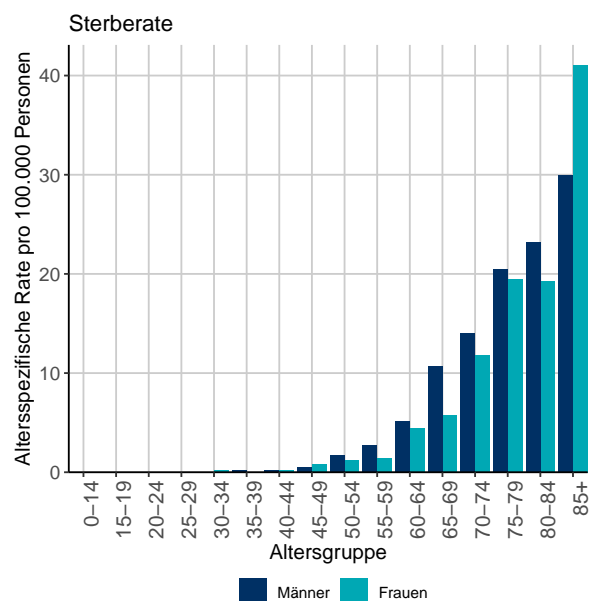
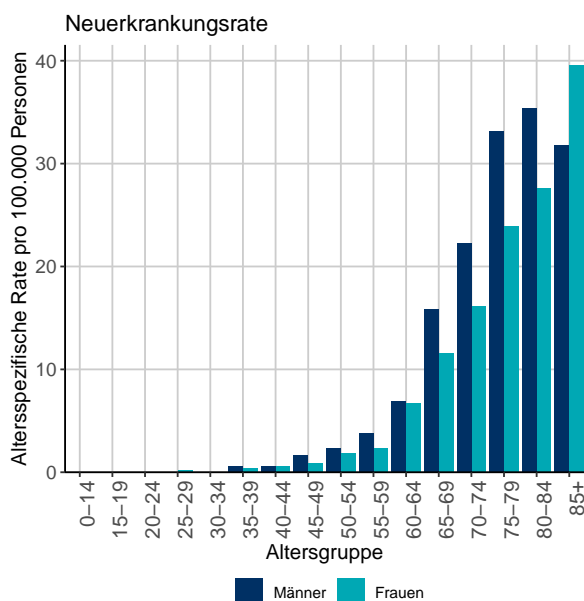
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 350 Männer und 435 Frauen an bösartigen Tumoren der Gallenblase und Gallenwege verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 1,3% aller Krebssterbefälle bei Männern und 1,8% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 4,0 und 4,8 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 76 Jahren für Männer und 80 Jahren für Frauen.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

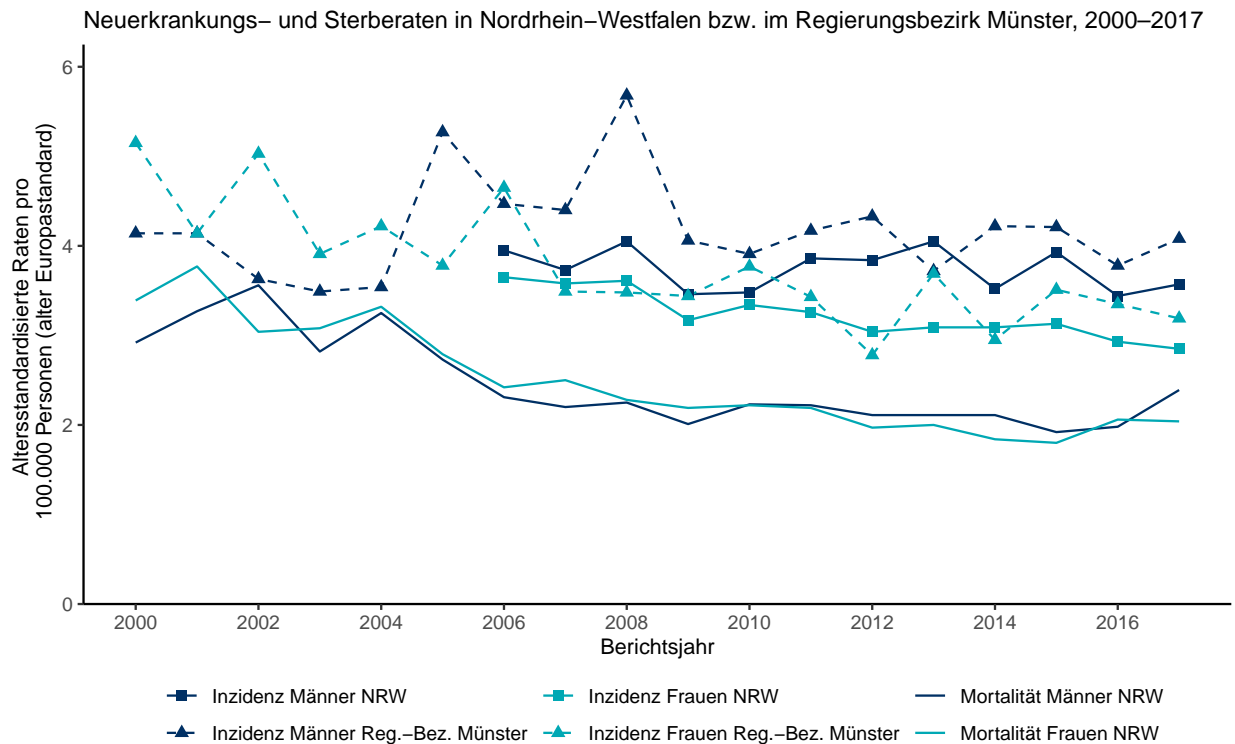
Inzidenz	Mortalität		Männer	Frauen	
	Männer	Frauen			
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	520	561	Sterbefälle durch Krebs	350	435
davon DCO-Fälle	62	117	Mittleres Sterbealter (Median)	76	80
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	75	78	Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,2	0,1
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	0,3	0,2	Anteil aller Krebssterbefälle (%)	1,3	1,8
Anteil an Krebs insgesamt (%)	0,9	1,0	Anteil aller Sterbefälle (%)	0,4	0,4
Rohe Rate ¹	5,9	6,1	Rohe Rate ¹	4,0	4,8
Standardisierte Rate ^{1, 2}	3,6	2,8	Standardisierte Rate ^{1, 2}	2,4	2,0
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	3,9	3,2	Vergleich Deutschland 2017 ^{1, 2}	2,5	2,1
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	3,2	2,7	Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	1,4	1,8

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

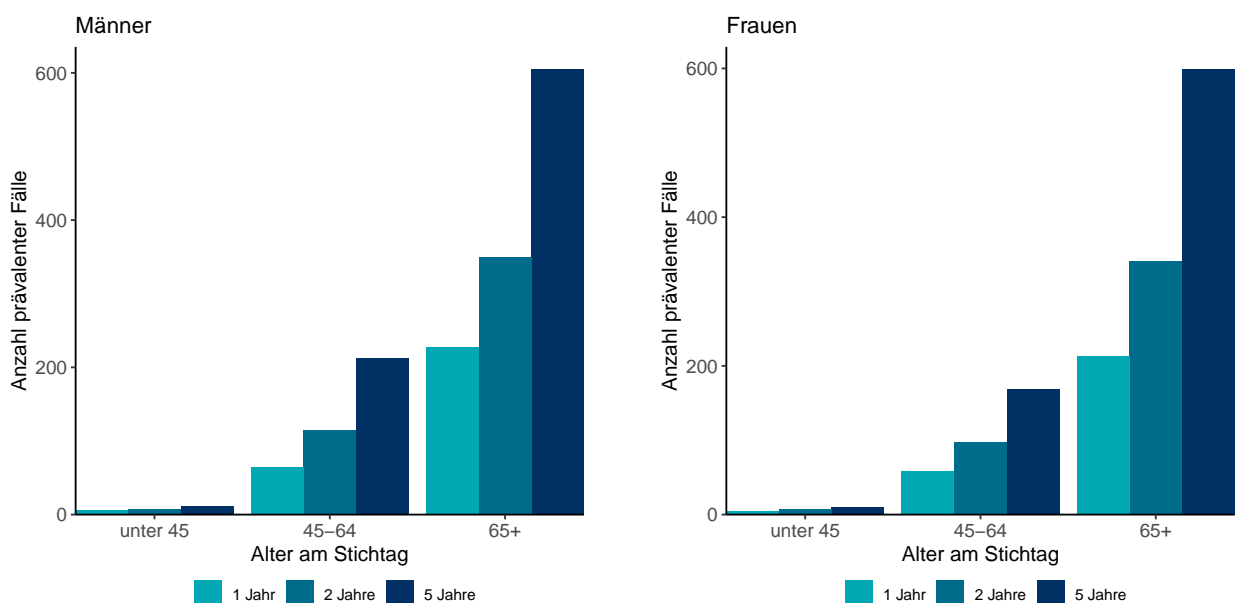


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



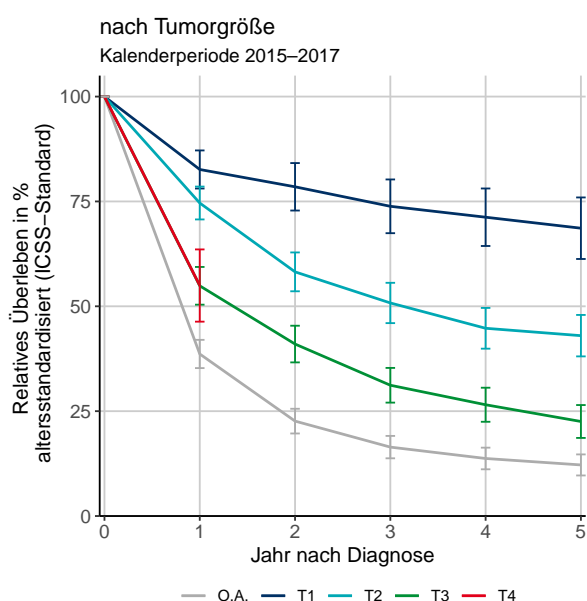
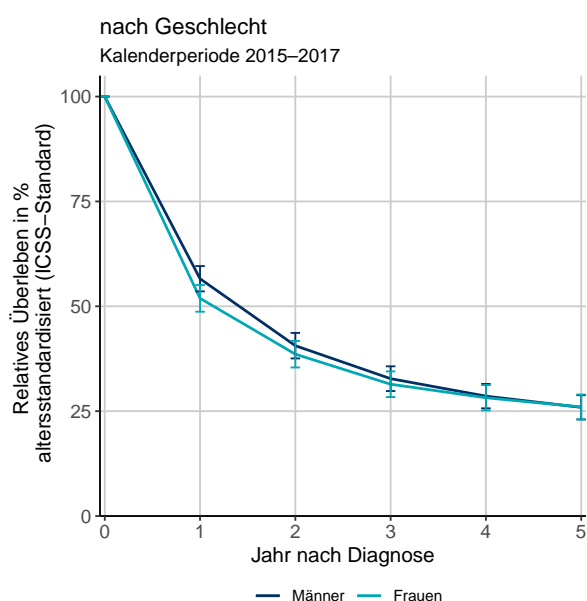
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 829 Männer und 778 Frauen mit bösartigen Tumoren der Gallenblase und Gallenwege, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 298 bzw. 472 bei Männern und 276 bzw. 446 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 26 % und für Frauen 26 %. Wird die Krebserkrankung im frühen Stadium T1 mit geringer Tumorausdehnung diagnostiziert beträgt das Überleben 69 %.



Histologische Häufigkeitsverteilung

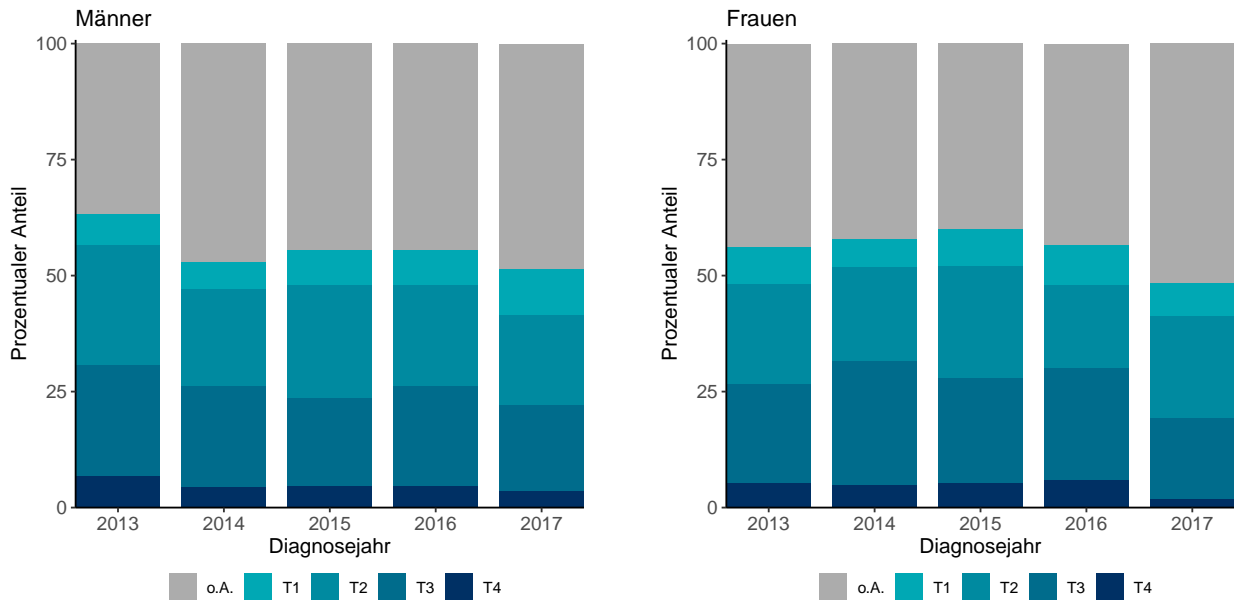
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Adeno-Ca.	273	52,5	273	48,7
Gallengangs-Ca.	108	20,8	95	16,9
Neuroendokrine Tumoren	6	1,2	7	1,2
Sonstige spezif. Malignome	20	3,8	17	3,0
Unspezif./ ungenau bezeichnet	113	21,7	169	30,1

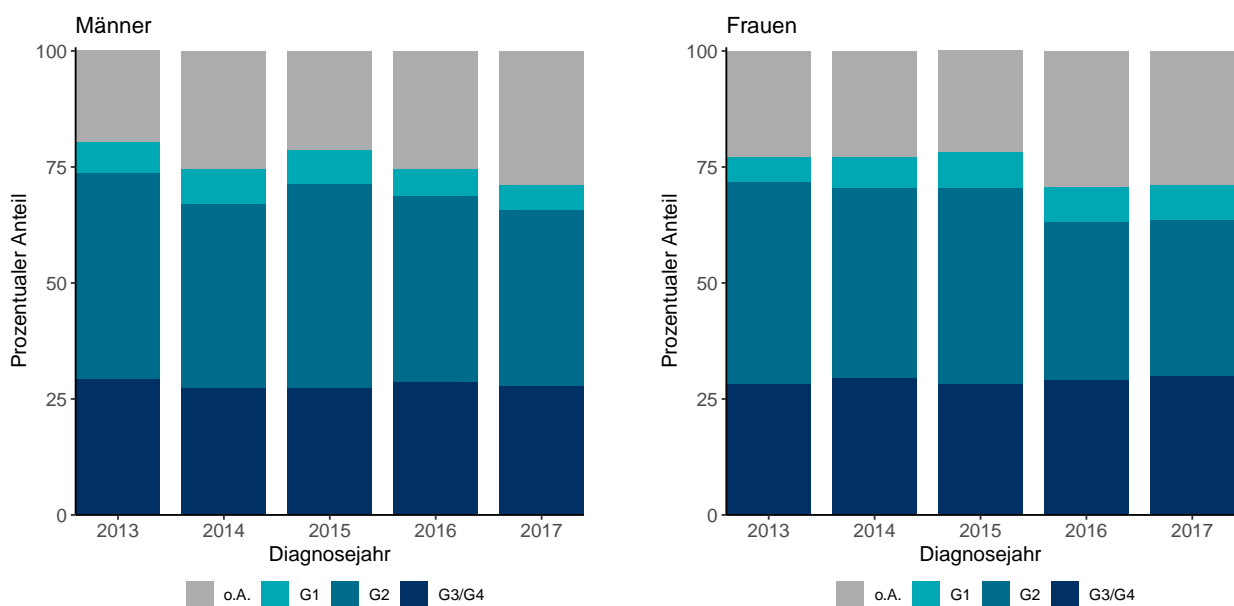
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Für etwa 40 % der Fälle liegt keine Information zum T-Stadium vor. Darüber hinaus wird nur ein kleiner Anteil im prognostisch günstigeren Stadium T1 entdeckt.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei etwa einem Viertel der Karzinome der Gallenblase und Gallenwege liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor.



Bauchspeicheldrüse (C25)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 1.930 Männer und 2.075 Frauen an Bauchspeicheldrüsenkrebs neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 3,3% aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 3,8% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 22,0 und 22,7 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 72 Jahren für Männer und 76 Jahren für Frauen.

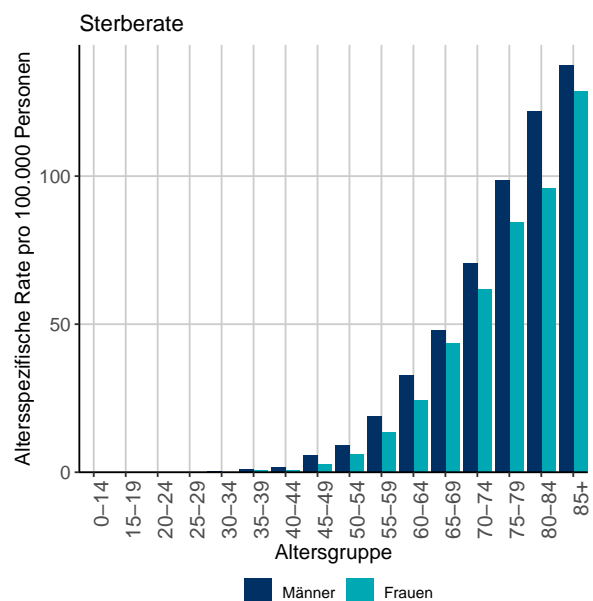
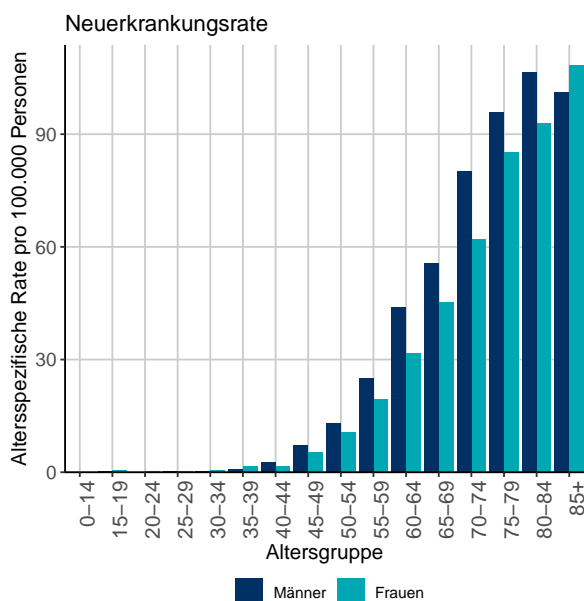
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 1.816 Männer und 1.987 Frauen an Bauchspeicheldrüsenkrebs verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 6,6% aller Krebssterbefälle bei Männern und 8,3% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 20,7 und 21,8 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 75 Jahren für Männer und 78 Jahren für Frauen.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

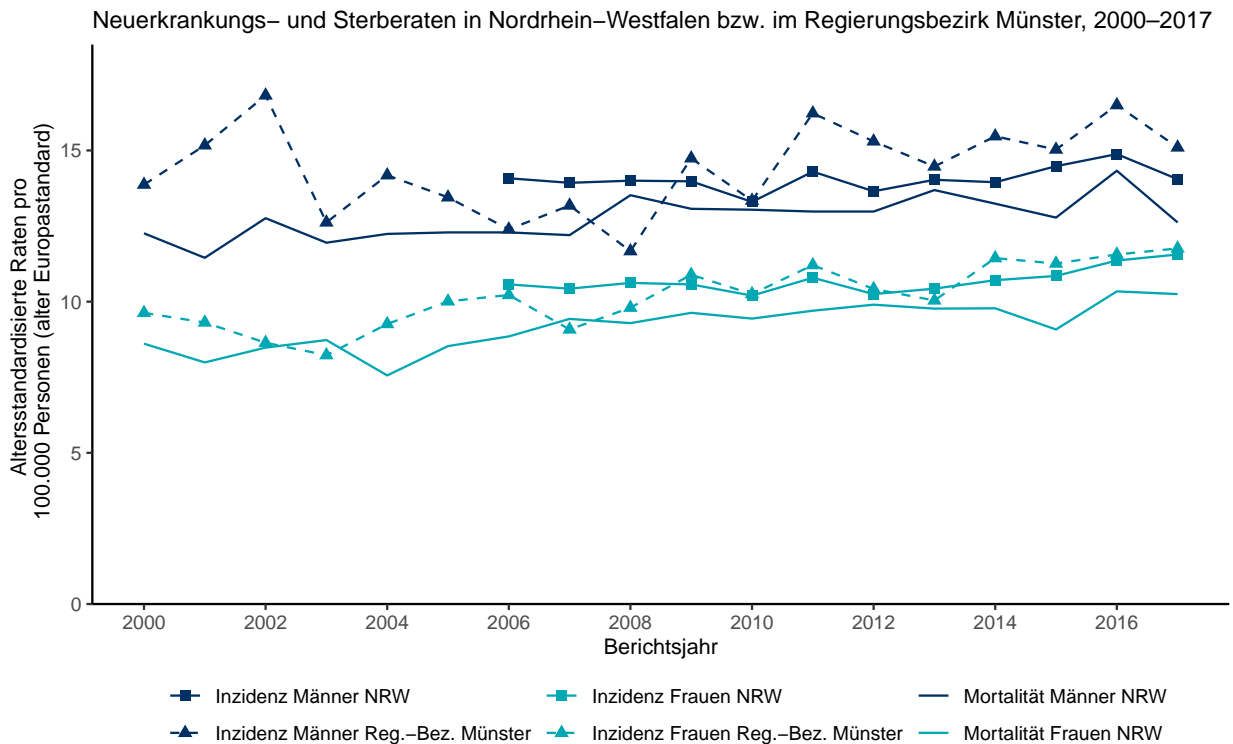
Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	1.930	2.075
davon DCO-Fälle	398	543
Neuerkrankungsfälle in situ	22	18
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	72	76
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	1,1	0,9
Anteil an Krebs insgesamt (%)	3,3	3,8
Rohe Rate ¹	22,0	22,7
Standardisierte Rate ^{1,2}	14,1	11,6
Vergleich Deutschland 2016 ^{1,2}	14,4	10,9
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	11,0	9,1
Sterbefälle durch Krebs	1.816	1.987
Mittleres Sterbealter (Median)	75	78
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,9	0,8
Anteil aller Krebssterbefälle (%)	6,6	8,3
Anteil aller Sterbefälle (%)	1,8	1,9
Rohe Rate ¹	20,7	21,8
Standardisierte Rate ^{1,2}	12,6	10,2
Vergleich Deutschland 2017 ^{1,2}	13,3	9,9
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	11,6	9,6

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

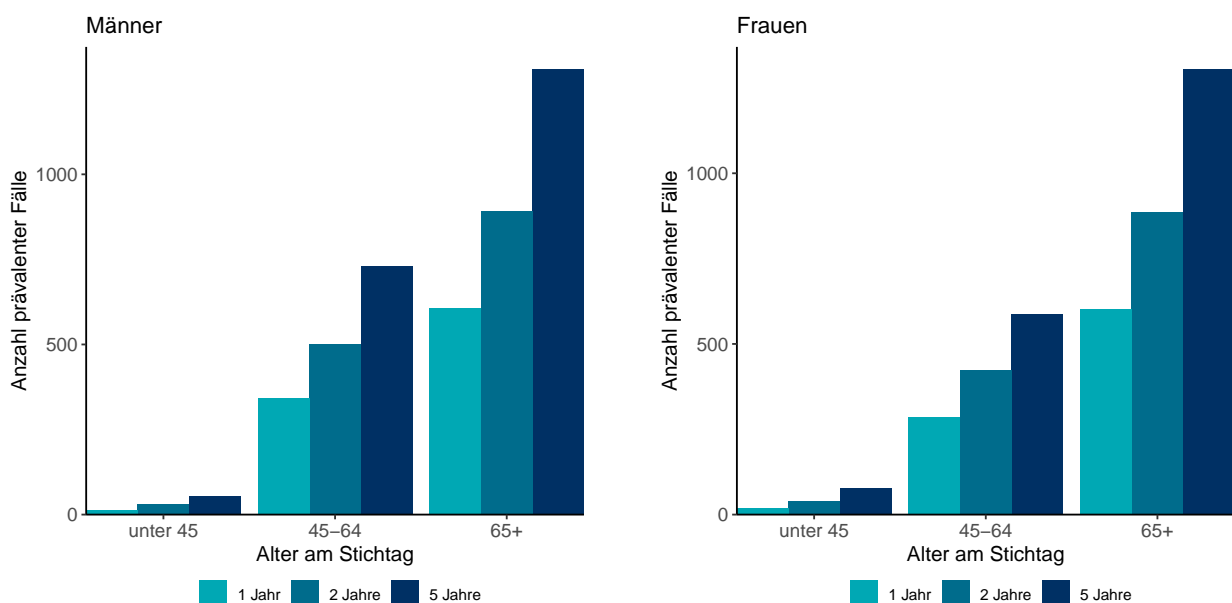


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



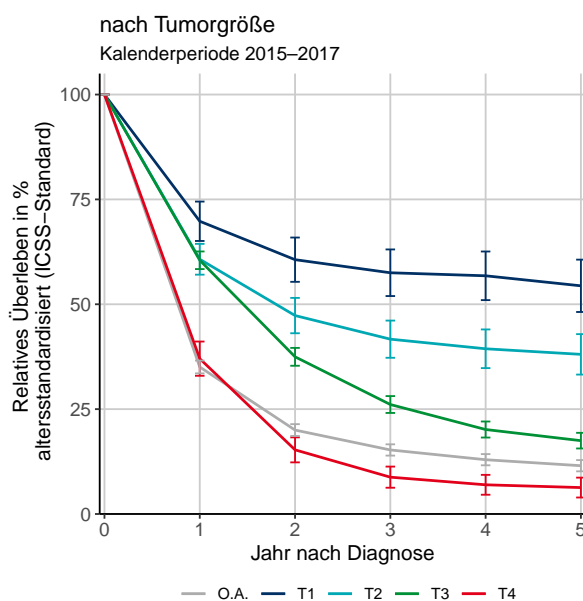
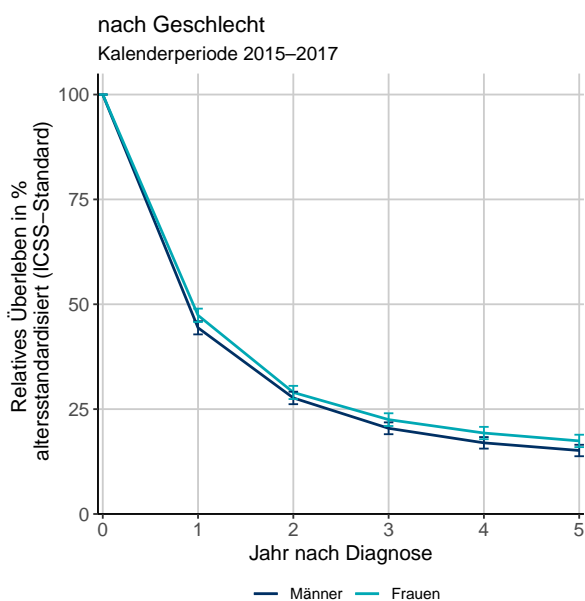
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 2.092 Männer und 1.969 Frauen mit Bauchspeicheldrüsenkrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 965 bzw. 1.421 bei Männern und 908 bzw. 1.349 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 15% und für Frauen 17%. Das 5-Jahres-Überleben nach Bauchspeicheldrüsenkrebs ist zwar, wie bei den meisten Krebserkrankungen, bei Tumoren mit geringer Größe günstiger, insgesamt ist die Prognose jedoch durch den hohen Anteil von Fällen mit ungünstigem Stadium bzw. ungünstigem Grading eher schlecht.



Histologische Häufigkeitsverteilung

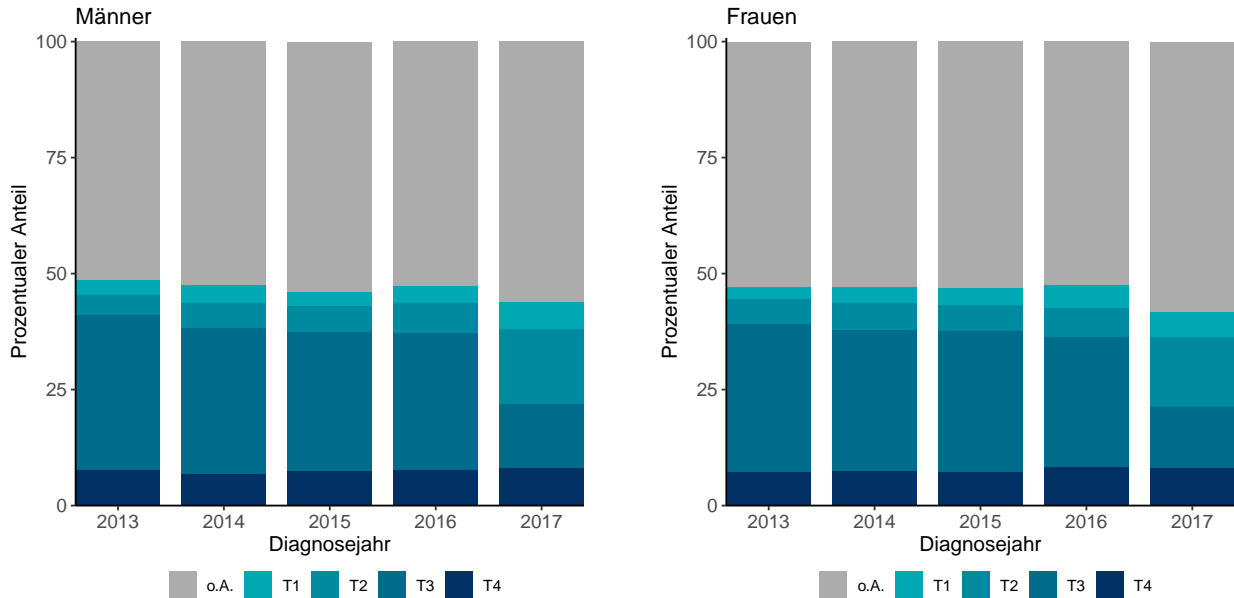
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Adeno-Ca	1.139	59,0	1.089	52,5
Neuroendokrine Tumoren	118	6,1	99	4,8
Sonstige spezif. Malignome	33	1,7	32	1,5
Unspezif./ ungenau bezeichnet	640	33,2	855	41,2

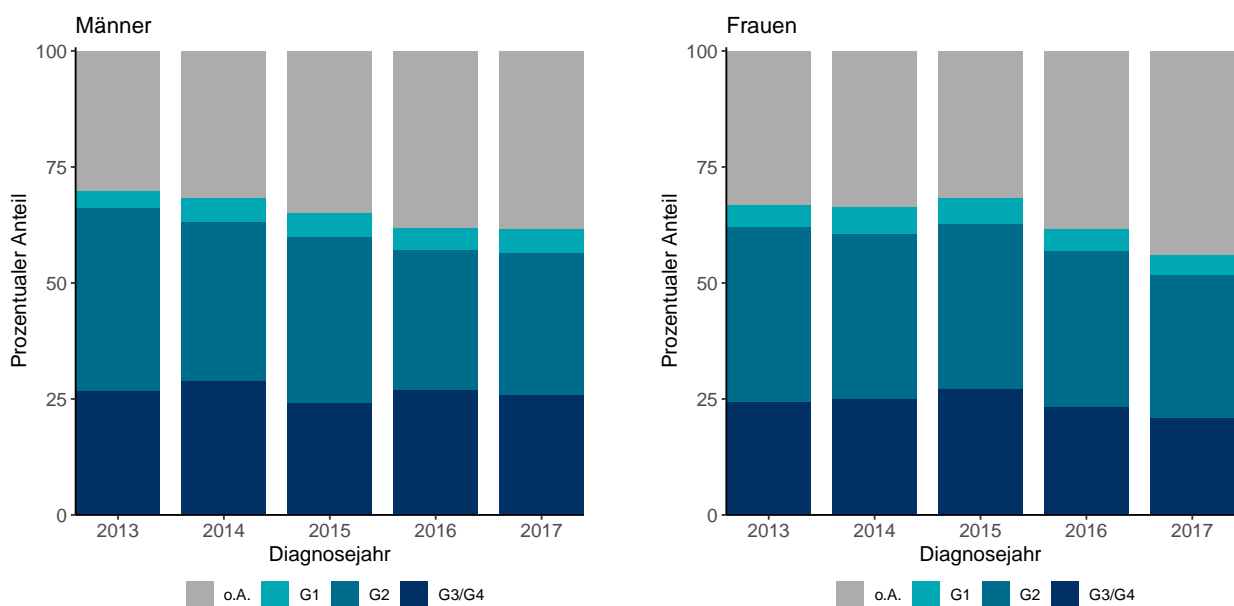
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Für mehr als 50 % der Fälle liegt keine Information zum T-Stadium vor. Darüber hinaus liegen überwiegend prognostisch ungünstige T3- und T4-Stadien vor.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei etwa einem Viertel der Bauchspeicheldrüsenkarzinome liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor.



Kehlkopf (C32)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 682 Männer und 157 Frauen an Kehlkopfkrebs neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 1,2% aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 0,3% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 7,8 und 1,7 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 68 Jahren für Männer und 65 Jahren für Frauen.

Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 292 Männer und 48 Frauen an Kehlkopfkrebs verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 1,1% aller Krebssterbefälle bei Männern und 0,2% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 3,3 und 0,5 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 70 Jahren für Männer und 71 Jahren für Frauen.

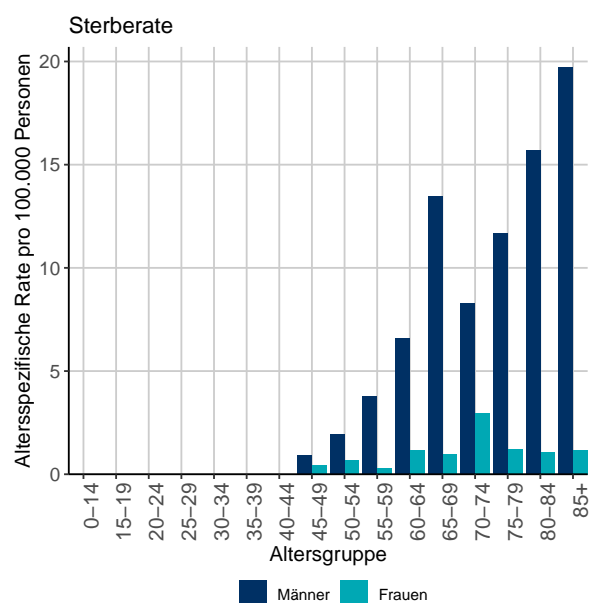
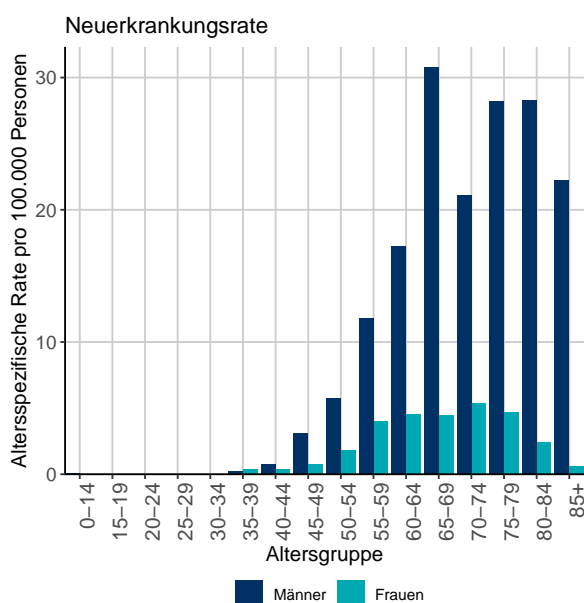
Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	682	157
davon DCO-Fälle	43	6
Neuerkrankungsfälle in situ	44	17
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	68	65
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	0,5	0,1
Anteil an Krebs insgesamt (%)	1,2	0,3
Rohe Rate ¹	7,8	1,7
Standardisierte Rate ^{1, 2}	5,2	1,2
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	5,4	0,8
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	4,8	1,1

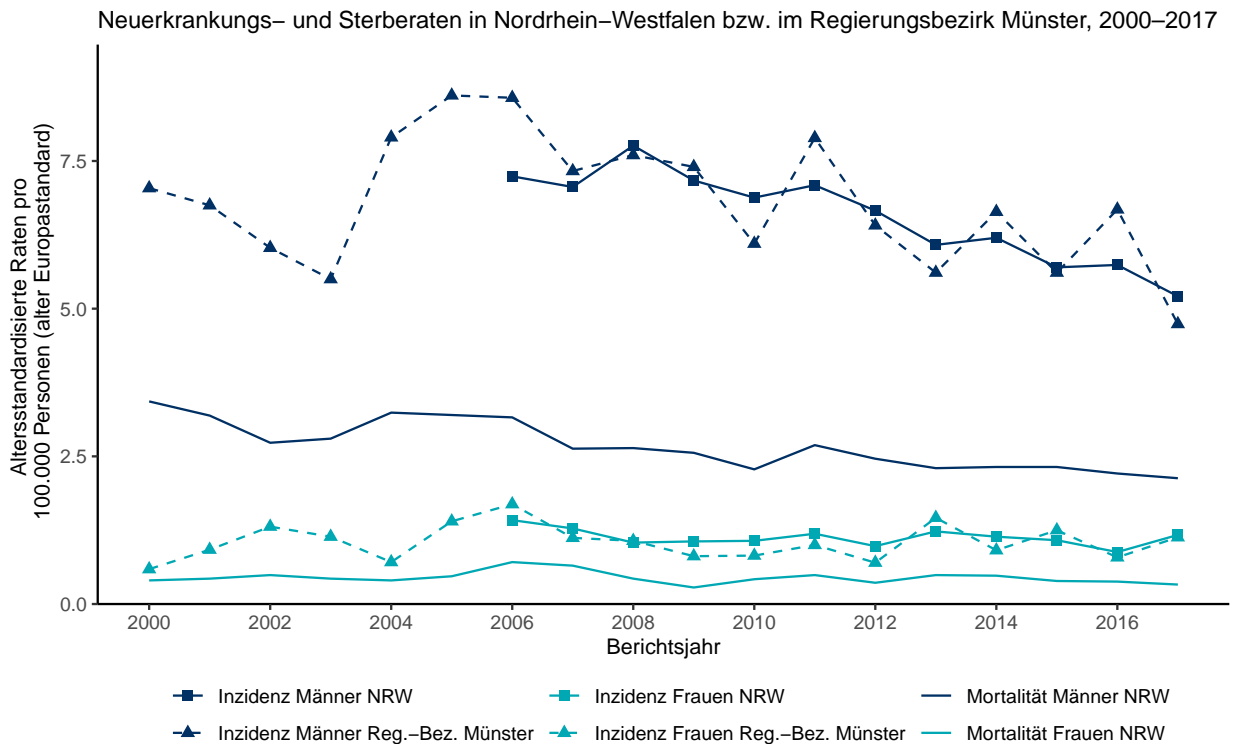
Mortalität	Inzidenz	
	Männer	Frauen
Sterbefälle durch Krebs	292	48
Mittleres Sterbealter (Median)	70	71
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,2	0,0
Anteil aller Krebssterbefälle (%)	1,1	0,2
Anteil aller Sterbefälle (%)	0,3	0,0
Rohe Rate ¹	3,3	0,5
Standardisierte Rate ^{1, 2}	2,1	0,3
Vergleich Deutschland 2017 ^{1, 2}	1,9	0,3
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	1,5	0,3

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

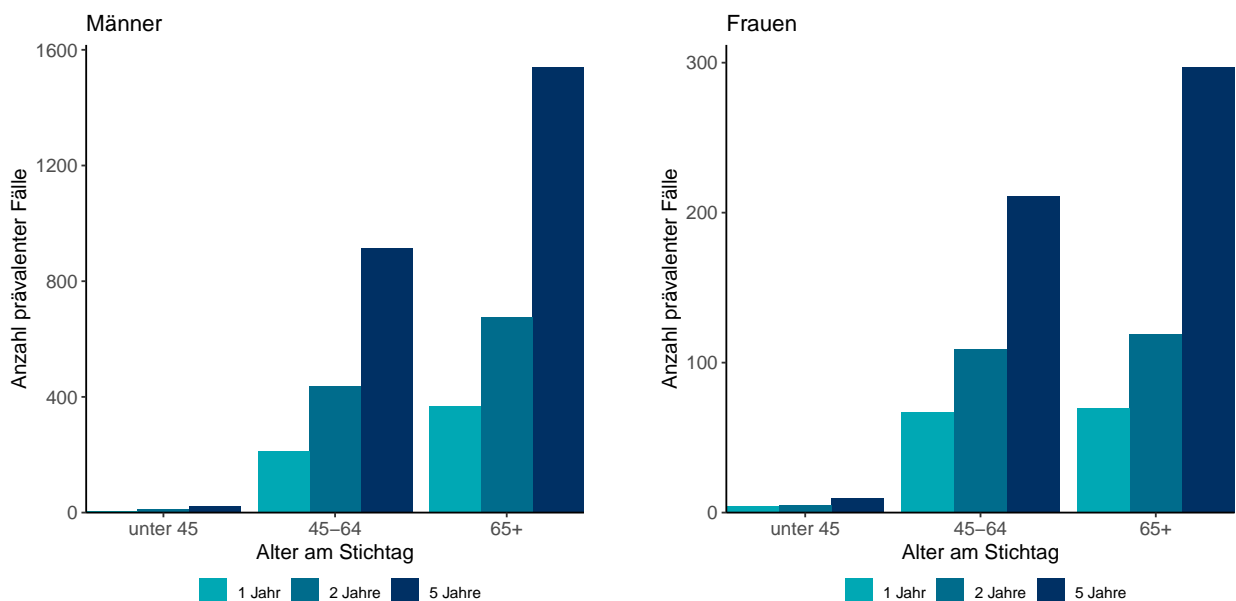


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



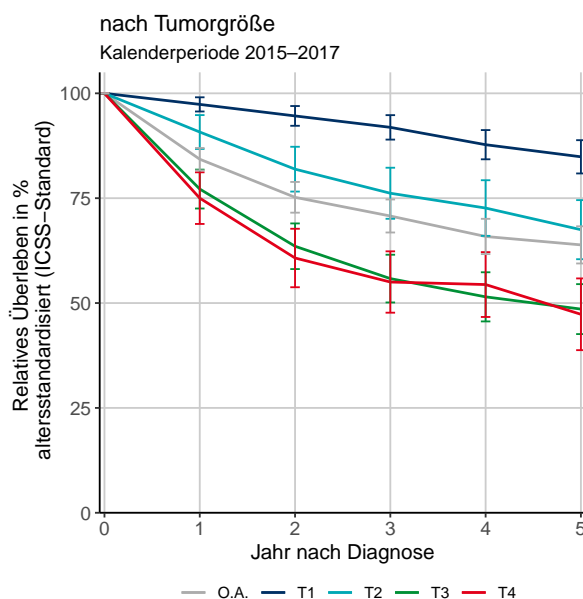
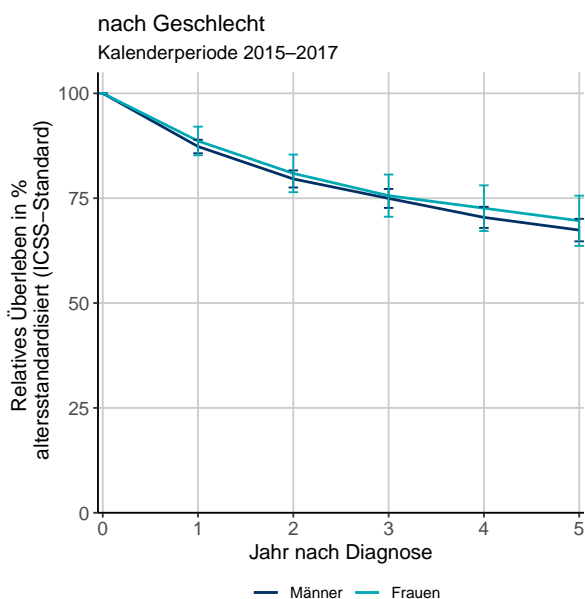
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 2.476 Männer und 518 Frauen mit Kehlkopfkrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 584 bzw. 1.129 bei Männern und 141 bzw. 233 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 67 % und für Frauen 70 %. Wird die Krebserkrankung in einem frühen Stadium mit geringer Tumorausdehnung diagnostiziert, können deutlich bessere relative Überlebensraten beobachtet werden.



Histologische Häufigkeitsverteilung

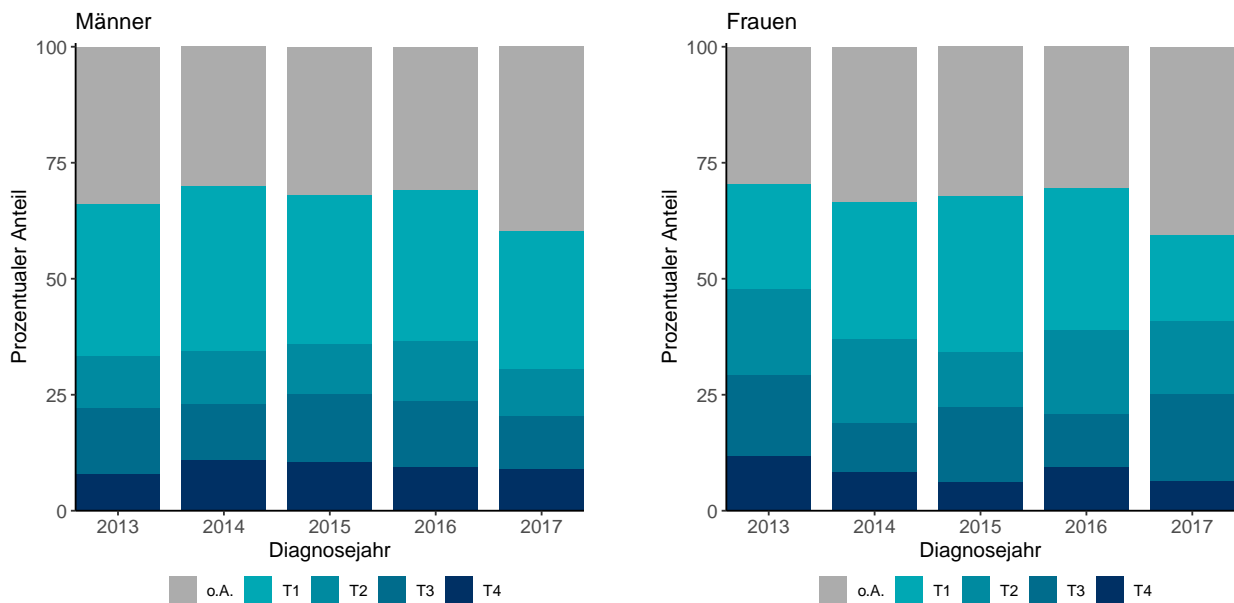
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Plattenepithel-Ca	551	80,8	120	76,4
Sonstige spezif. Malignome	8	1,2	4	2,5
Unspezif./ ungenau bezeichnet	123	18,0	33	21,0

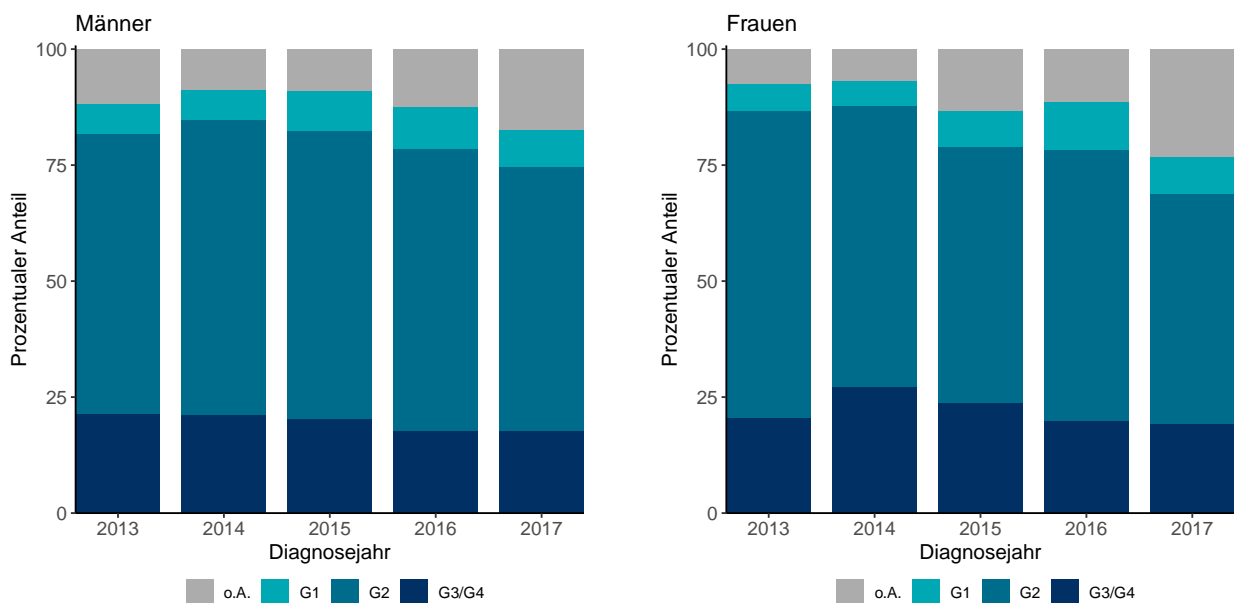
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. In den vergangenen Jahren konnte der Anteil von Fällen mit unbekanntem T-Stadium etwas verringert werden. Etwa die Hälfte der Tumoren wurden im prognostisch günstigen T1- und T2-Stadium diagnostiziert.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei knapp einem Viertel der Kehlkopfkarzinome liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor.



Lunge (C33 + C34)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 8.997 Männer und 5.901 Frauen an Lungenkrebs neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 15,5% aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 10,9% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 102,4 und 64,7 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 70 Jahren für Männer und 68 Jahren für Frauen.

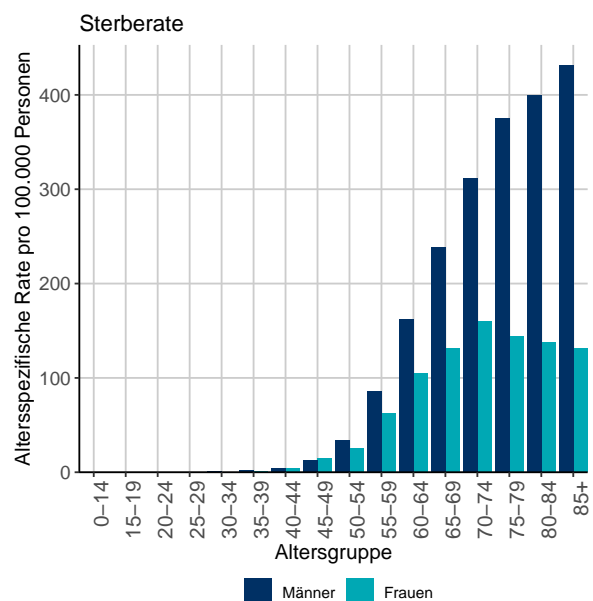
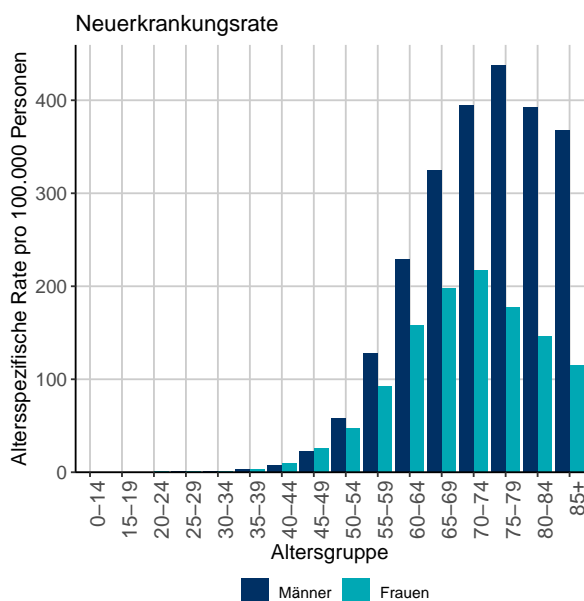
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 7.226 Männer und 4.361 Frauen an Lungenkrebs verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 26,3% aller Krebssterbefälle bei Männern und 18,3% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 82,2 und 47,8 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 73 Jahren für Männer und 71 Jahren für Frauen.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

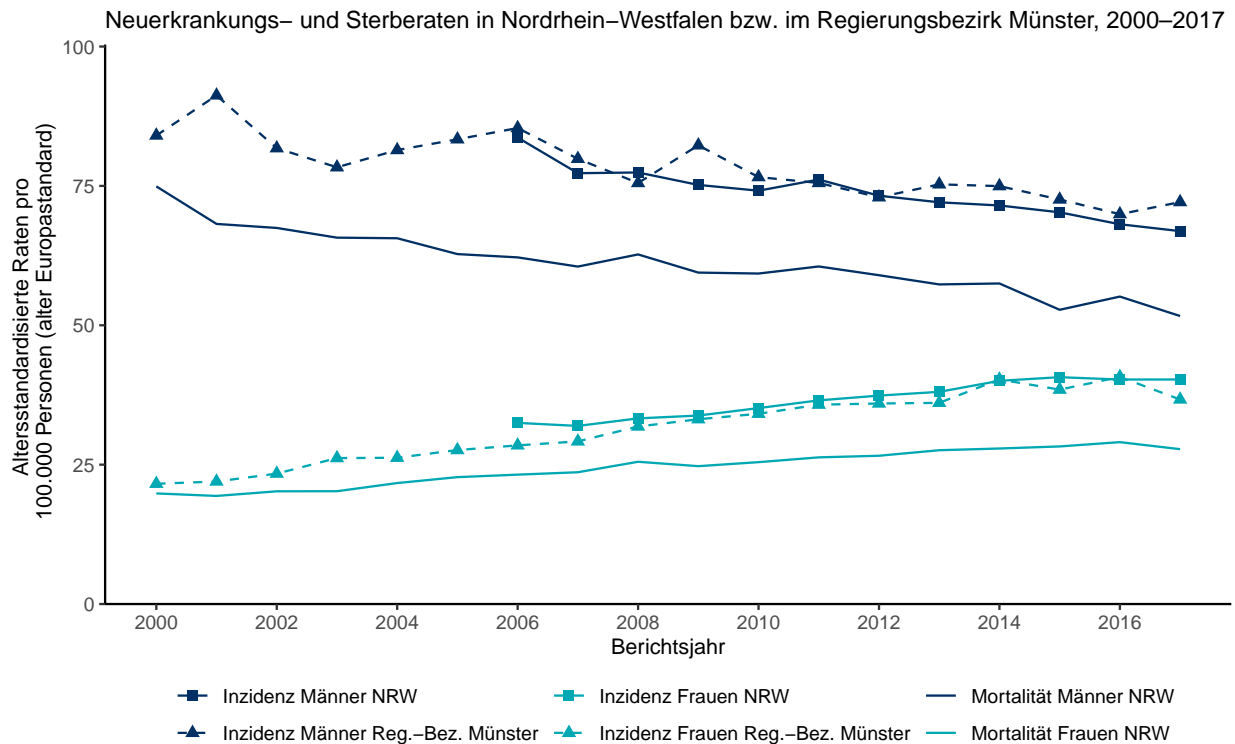
Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	8.997	5.901
davon DCO-Fälle	1.267	867
Neuerkrankungsfälle in situ	31	15
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	70	68
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	5,9	3,8
Anteil an Krebs insgesamt (%)	15,5	10,9
Rohe Rate ¹	102,4	64,7
Standardisierte Rate ^{1, 2}	66,9	40,3
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	57,5	31,4
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	60,3	46,0

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

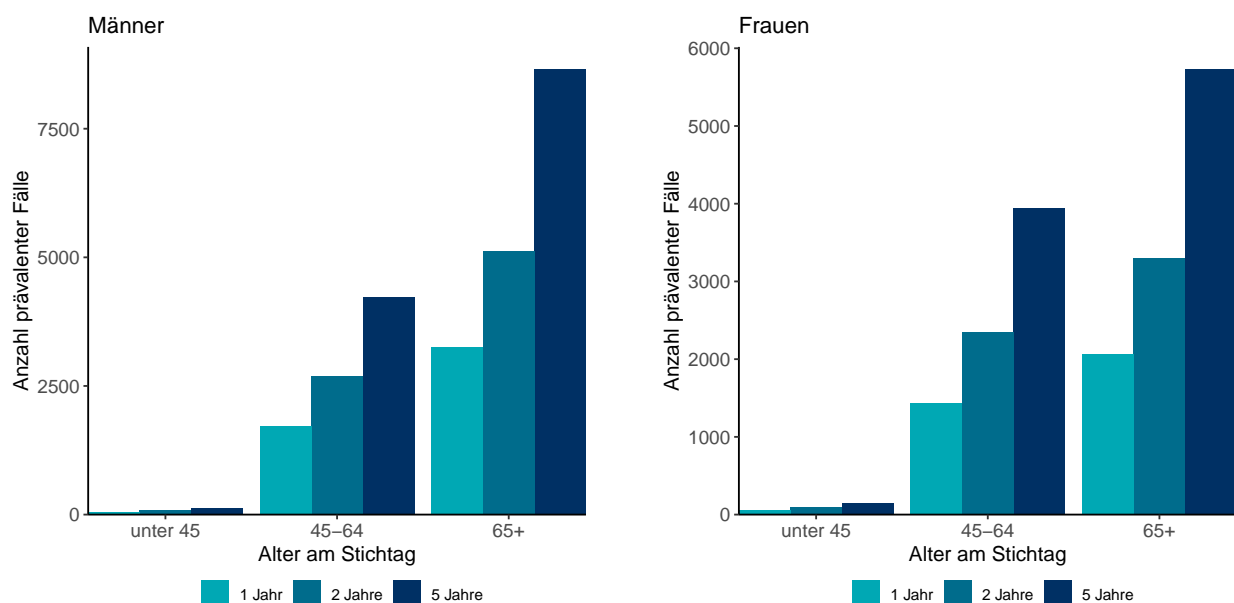


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



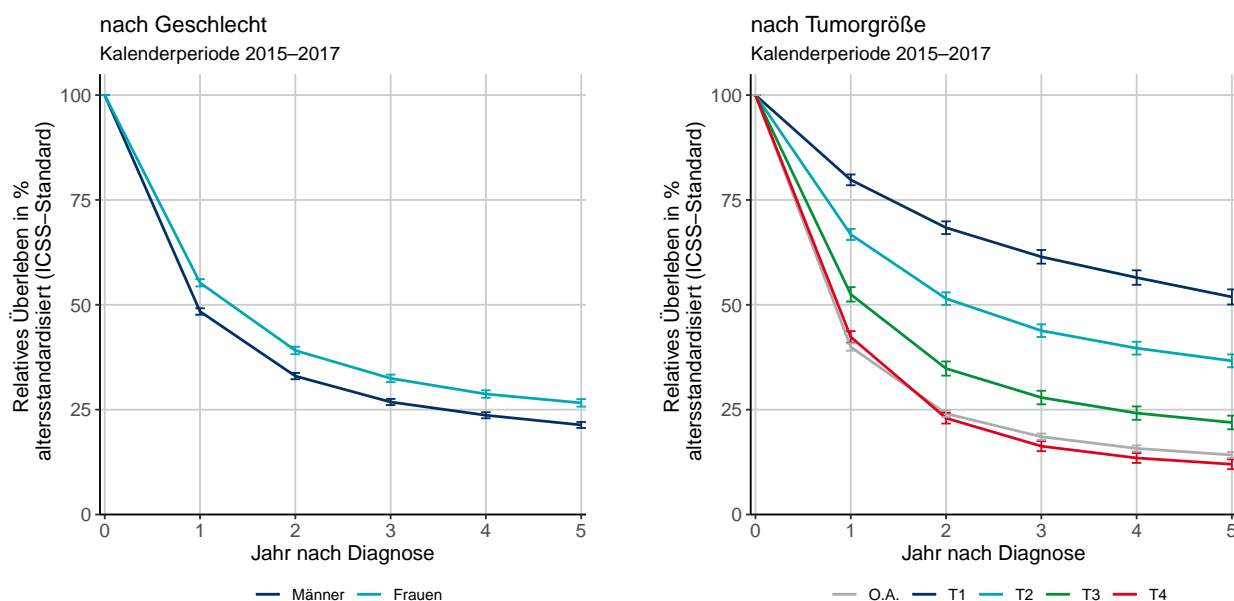
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 12.999 Männer und 9.819 Frauen mit Lungenkrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 5.018 bzw. 7.884 bei Männern und 3.551 bzw. 5.751 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 21 % und für Frauen 27 %. Das 5-Jahres-Überleben nach Lungenkrebs ist zwar, wie bei den meisten Krebserkrankungen, bei Tumoren mit geringer Größe günstiger, insgesamt ist die Prognose jedoch durch den hohen Anteil von Fällen mit ungünstigem Stadium bzw. ungünstigem Grading eher schlecht.



Histologische Häufigkeitsverteilung

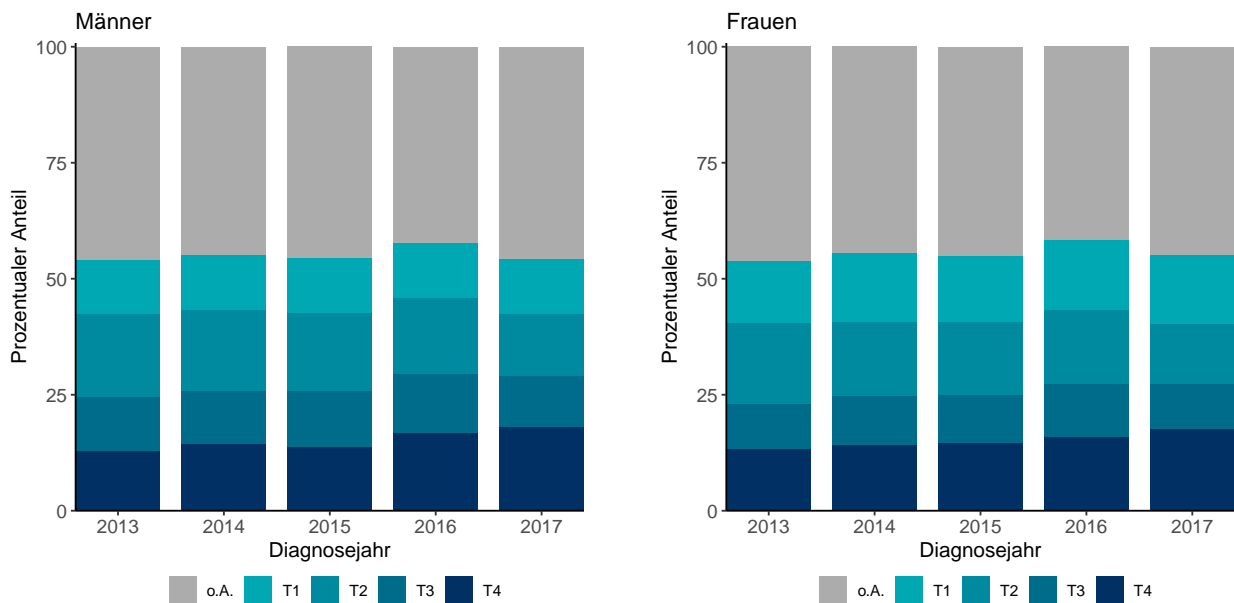
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Plattenepithel-Ca	2.150	23,9	783	13,3
Bronchio-alveoläres Adeno-Ca	63	0,7	58	1,0
Andere Adeno-Ca	2.733	30,4	2.132	36,1
Kleinzellige/neuroendokrine Tumoren	1.290	14,3	1.140	19,3
Grosszellige/nicht-kleinzellige Tumoren	307	3,4	155	2,6
Sonstige spezif. Malignome	495	5,5	296	5,0
Unspezif./ ungenau bezeichnet	1.959	21,8	1.337	22,7

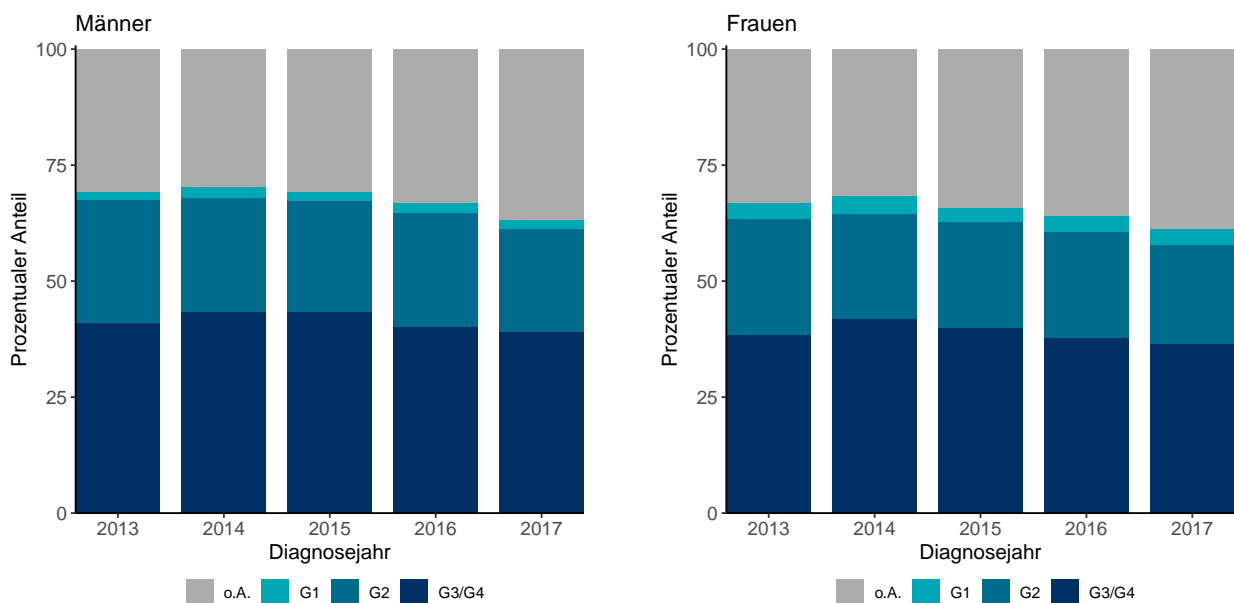
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Für etwa 50 % der Fälle liegt keine Information zum T-Stadium vor. Dieser Anteil konnte in den vergangenen Jahren etwas reduziert werden. Darüber hinaus liegen überwiegend prognostisch ungünstige größere Tumoren (T2 bis T4) vor.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei nahezu 40 % der Bronchialkarzinome liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor.



Malignes Melanom der Haut (C43)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 2.607 Männer und 2.630 Frauen an einem malignen Melanom der Haut neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 4,5% aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 4,9% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 29,7 und 28,8 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 68 Jahren für Männer und 59 Jahren für Frauen.

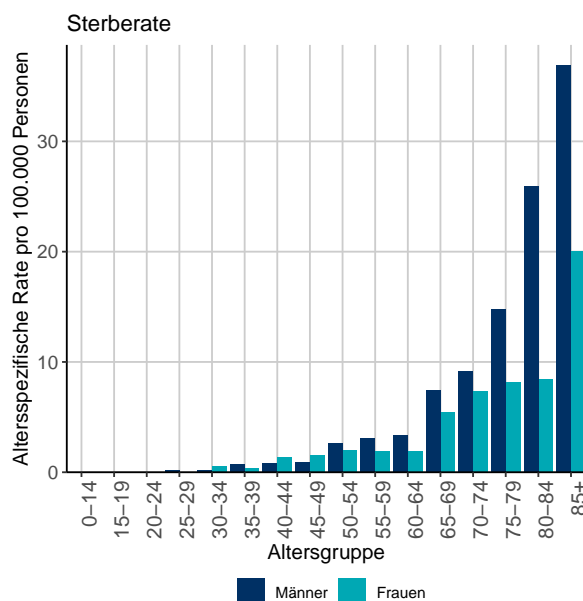
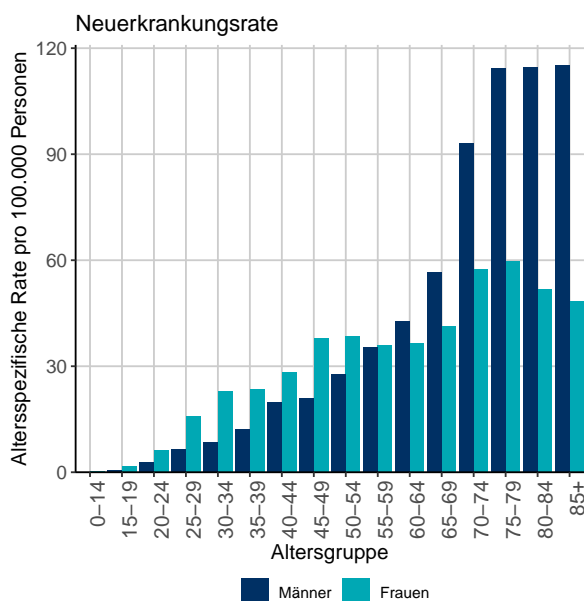
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 324 Männer und 258 Frauen an einem malignen Melanom der Haut verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 1,2% aller Krebssterbefälle bei Männern und 1,1% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 3,7 und 2,8 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 77 Jahren für Männer und 76 Jahren für Frauen.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

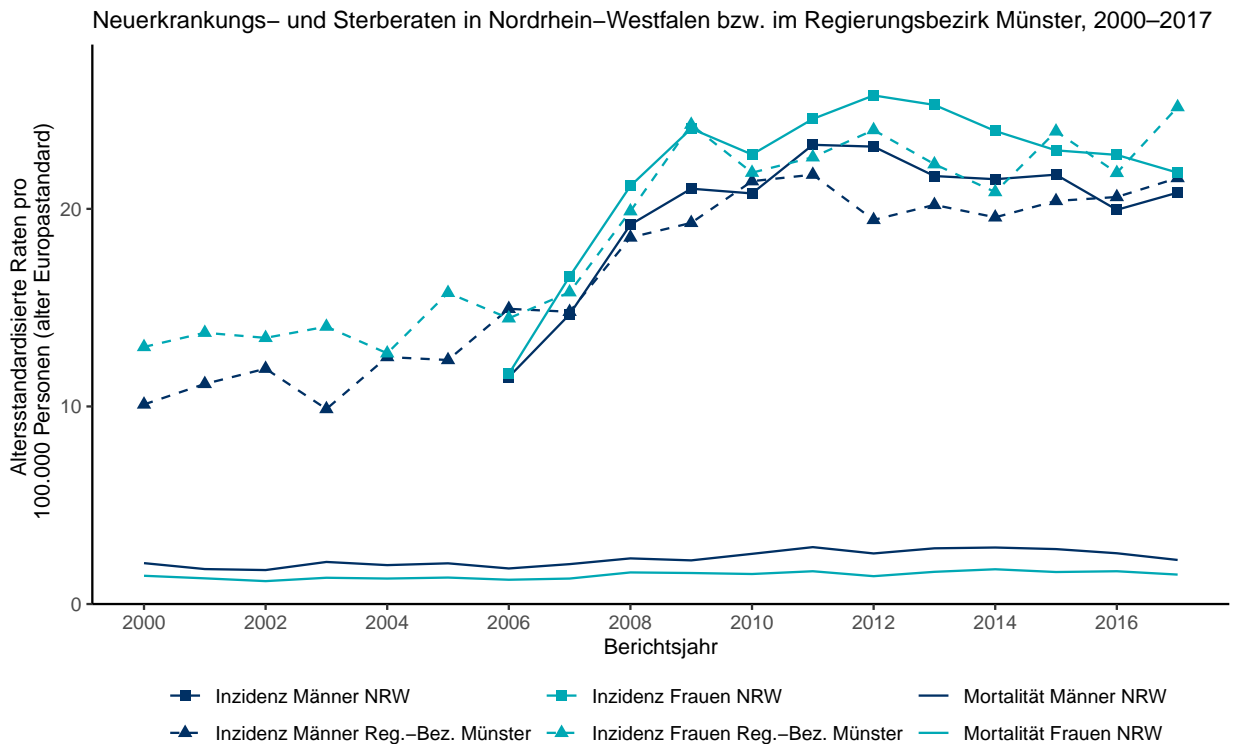
Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	2.607	2.630
davon DCO-Fälle	35	30
Neuerkrankungsfälle in situ	770	927
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	68	59
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	1,6	1,7
Anteil an Krebs insgesamt (%)	4,5	4,9
Rohe Rate ¹	29,7	28,8
Standardisierte Rate ^{1,2}	20,8	21,8
Vergleich Deutschland 2016 ^{1,2}	21,0	19,9
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	29,6	32,6
Sterbefälle durch Krebs	324	258
Mittleres Sterbealter (Median)	77	76
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,1	0,1
Anteil aller Krebssterbefälle (%)	1,2	1,1
Anteil aller Sterbefälle (%)	0,3	0,2
Rohe Rate ¹	3,7	2,8
Standardisierte Rate ^{1,2}	2,2	1,5
Vergleich Deutschland 2017 ^{1,2}	2,4	1,6
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	3,9	2,5

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

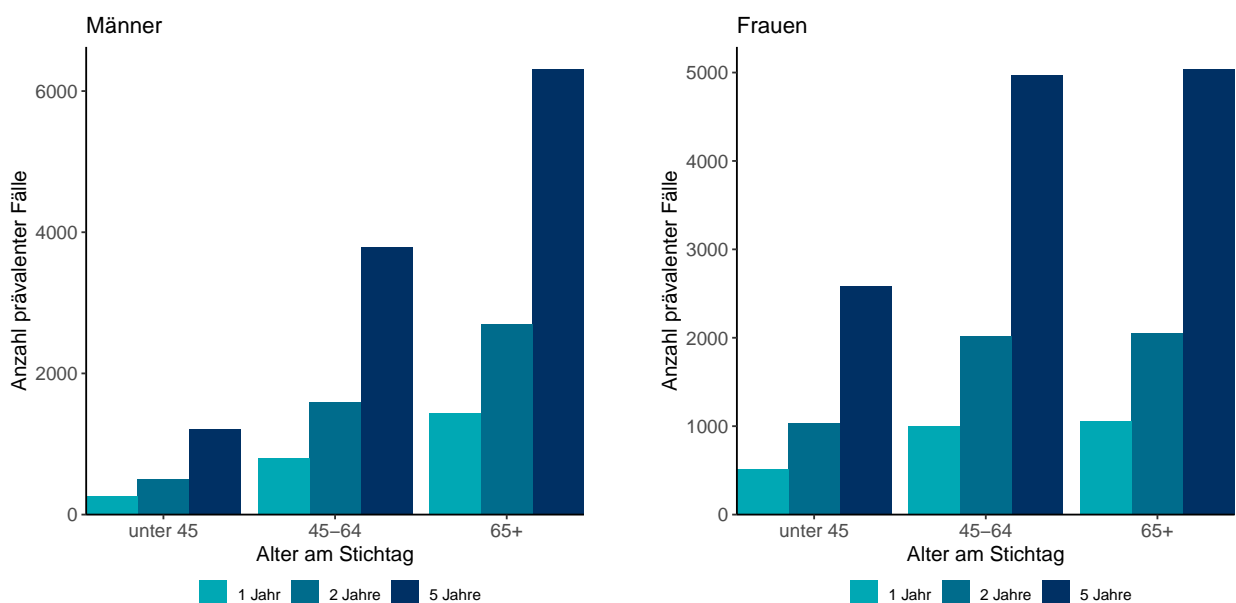


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



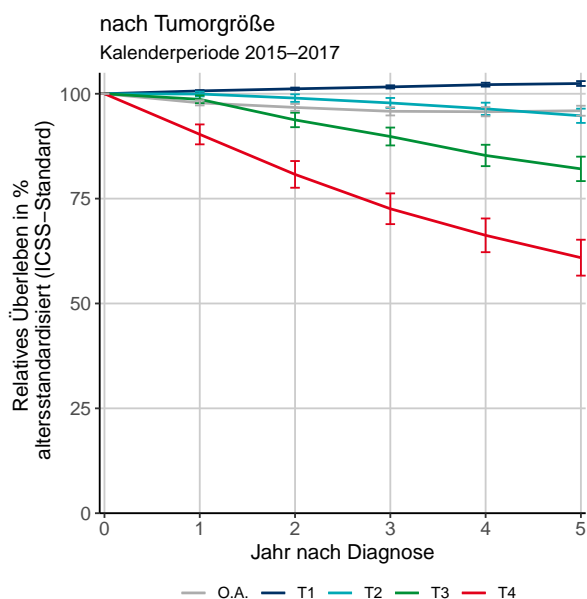
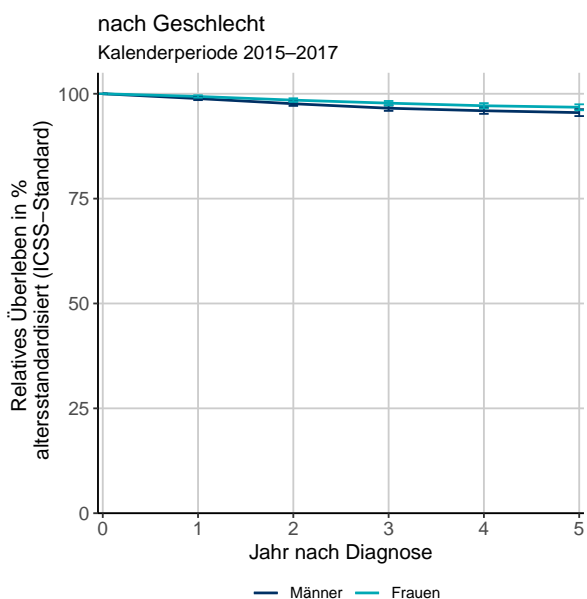
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 11.309 Männer und 12.600 Frauen mit einem malignen Melanom der Haut, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 2.505 bzw. 4.790 bei Männern und 2.566 bzw. 5.106 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 96 % und für Frauen 97 %. Die Prognose bei einem malignen Melanom der Haut ist insgesamt sehr günstig. Wird der Tumor in einem sehr frühen Stadium entdeckt, unterscheidet sich die Überlebenswahrscheinlichkeit kaum von der der allgemeinen Bevölkerung.



Histologische Häufigkeitsverteilung

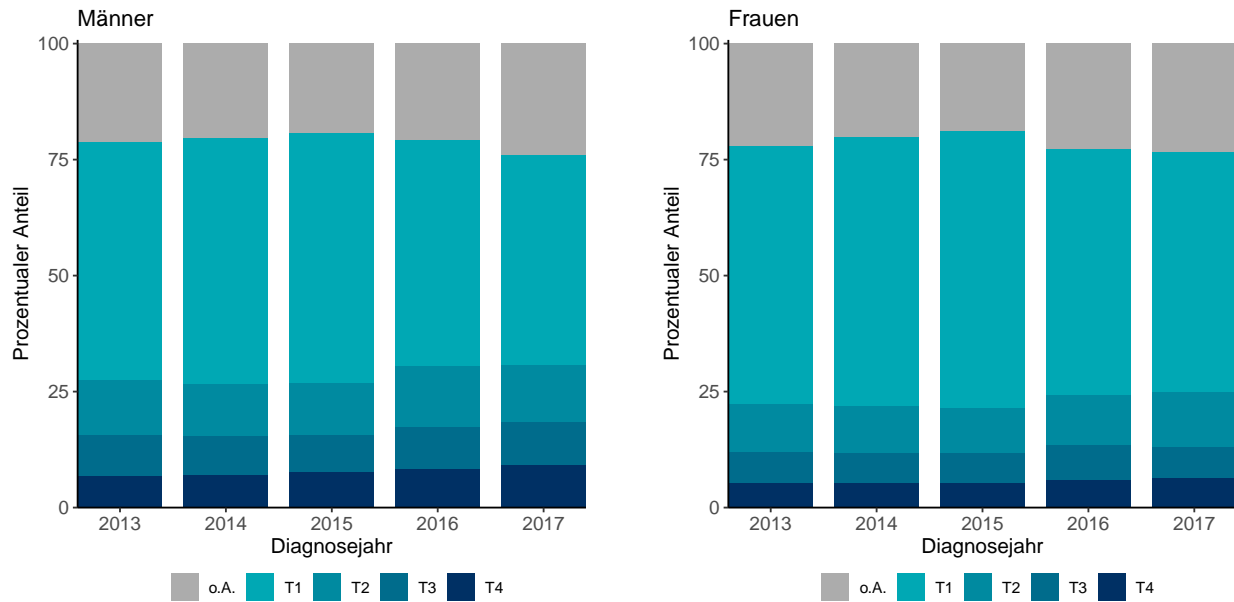
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Superfiziell spreitend	1.055	40,5	1.204	45,8
Nodulär	258	9,9	184	7,0
Lentigo-maligna	250	9,6	191	7,3
Akro-lentiginös	41	1,6	55	2,1
Sonstige	92	3,5	56	2,1
Nicht näher bezeichnet	911	34,9	940	35,7

Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Es werden überwiegend kleine und damit prognostisch günstige Tumoren im Stadium T1 diagnostiziert.



Histopathologisches Grading (G)

Histopathologisches Grading wird hier nicht angewandt.

Mesotheliom (C45)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 329 Männer und 71 Frauen an einem Mesotheliom neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 0,6 % aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 0,1 % bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 3,7 und 0,8 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 76 Jahren für Männer und 77 Jahren für Frauen.

Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 266 Männer und 63 Frauen an einem Mesotheliom verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 1,0 % aller Krebssterbefälle bei Männern und 0,3 % bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 3,0 und 0,7 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 78 Jahren für Männer und 77 Jahren für Frauen.

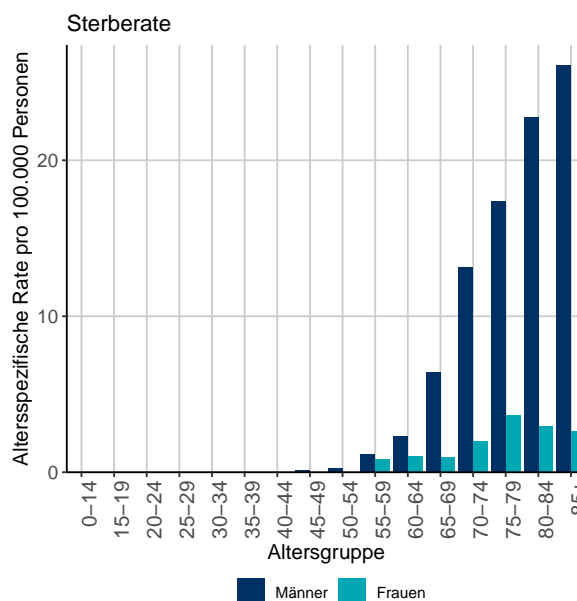
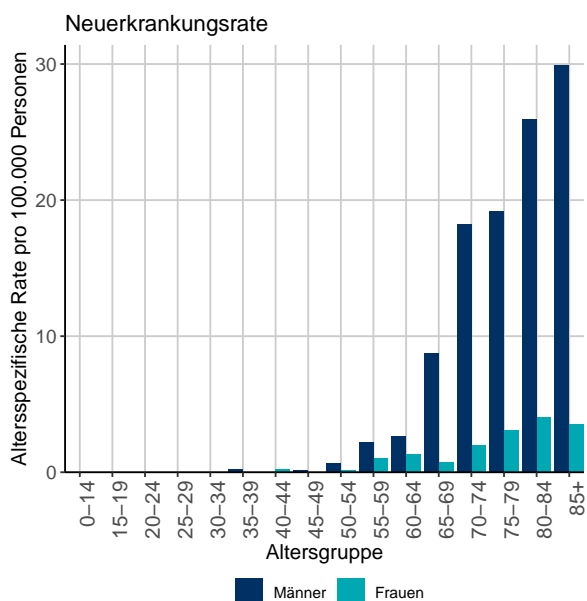
Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	329	71
davon DCO-Fälle	66	14
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	76	77
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	0,2	0,0
Anteil an Krebs insgesamt (%)	0,6	0,1
Rohe Rate ¹	3,7	0,8
Standardisierte Rate ^{1,2}	2,2	0,4
Vergleich Deutschland 2016 ^{1,2}	1,5	0,3
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	4,1	0,6

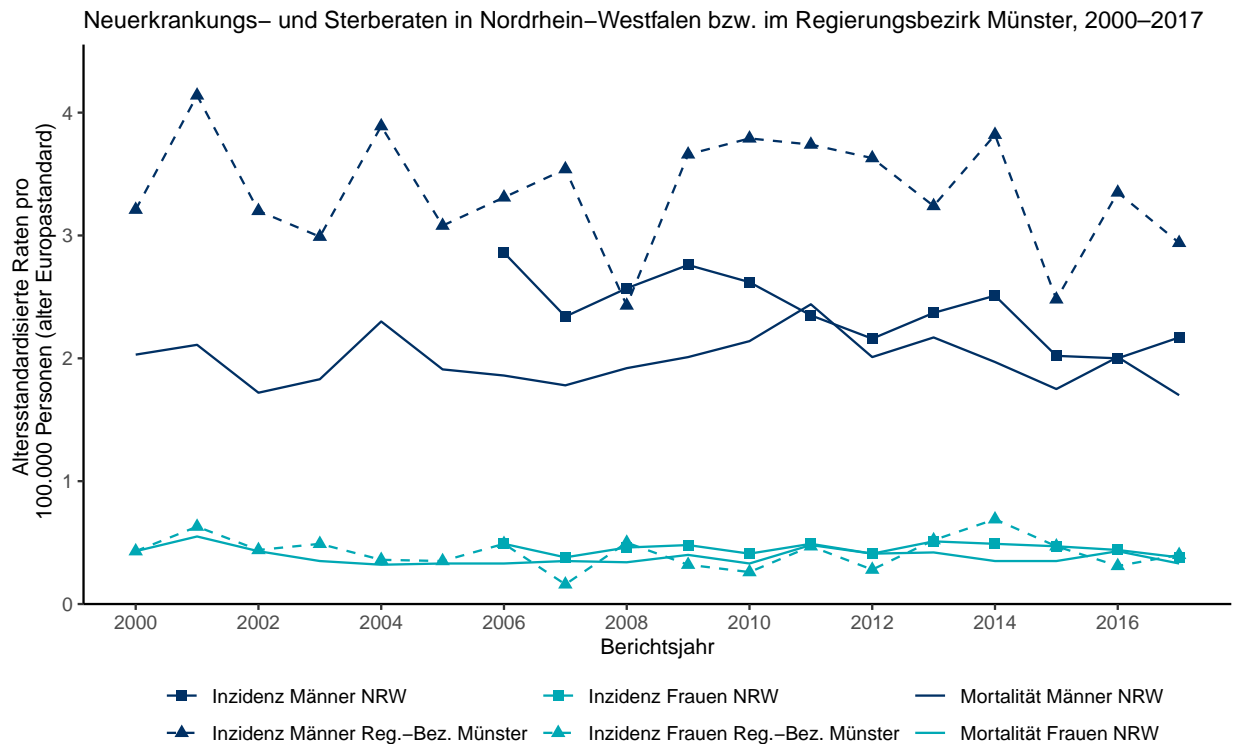
Mortalität	Inzidenz	
	Männer	Frauen
Sterbefälle durch Krebs	266	63
Mittleres Sterbealter (Median)	78	77
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,1	0,0
Anteil aller Krebssterbefälle (%)	1,0	0,3
Anteil aller Sterbefälle (%)	0,3	0,1
Rohe Rate ¹	3,0	0,7
Standardisierte Rate ^{1,2}	1,7	0,3
Vergleich Deutschland 2017 ^{1,2}	1,5	0,3
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	3,6	0,6

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Alterspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

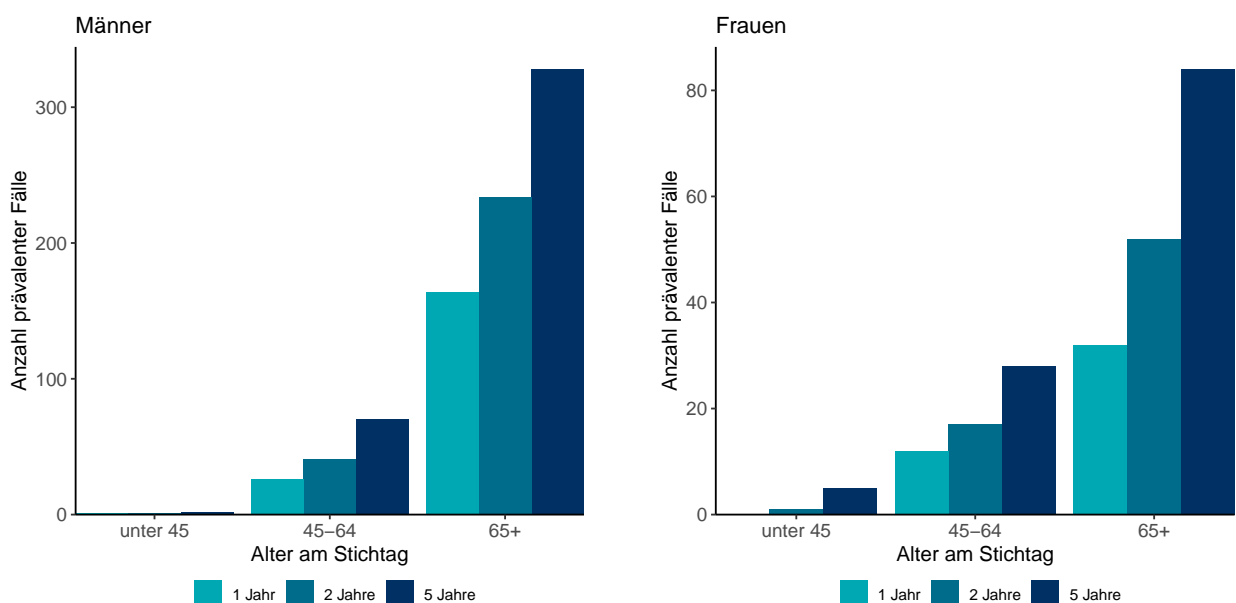


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeittrend



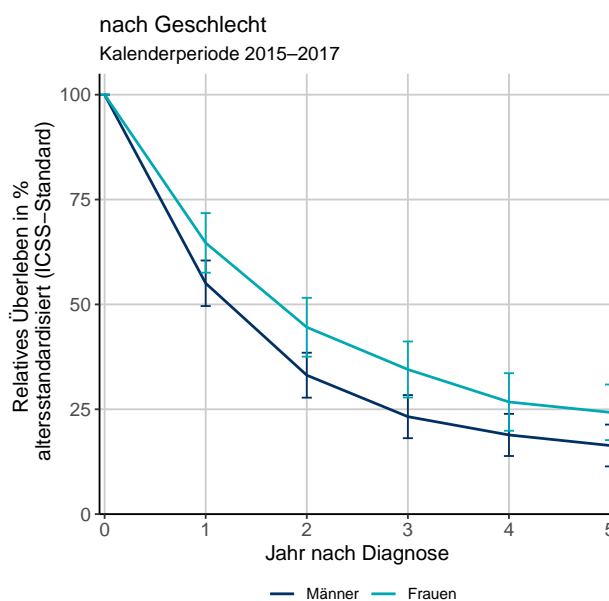
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 400 Männer und 117 Frauen mit einem Mesotheliom, das in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 191 bzw. 276 bei Männern und 44 bzw. 70 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 16% und für Frauen 24%. Eine stadienspezifische Auswertung ist aufgrund der unvollständigen Angaben zum T-Stadium nicht möglich.



Histologische Häufigkeitsverteilung

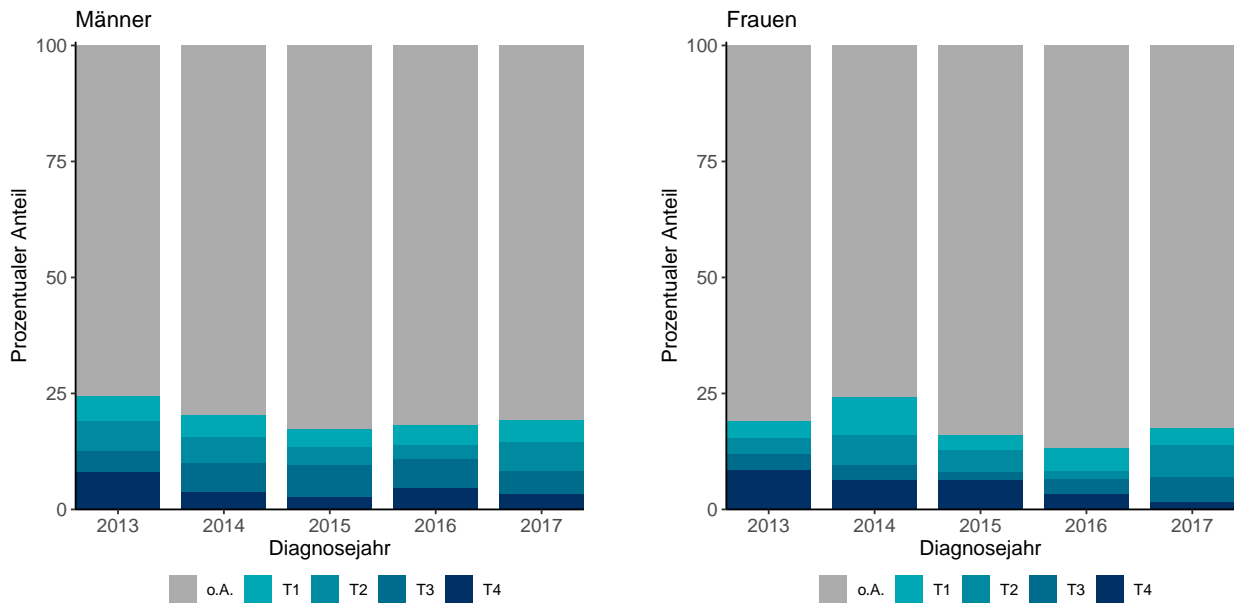
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Diffuses malignes Mesotheliom	134	40,7	27	38,0
Fibröses malignes Mesotheliom	19	5,8	3	4,2
Epitheloides malignes Mesotheliom	153	46,5	39	54,9
Biphasisches malignes Mesotheliom	23	7,0	2	2,8

Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Für mehr als 75 % der Fälle liegt keine Information zum T-Stadium vor.



Histopathologisches Grading (G)

Histopathologisches Grading wird hier nicht angewandt.

Brust (C50)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 138 Männer und 15.998 Frauen an Brustkrebs neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 0,2% aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 29,6% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 1,6 und 175,3 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 73 Jahren für Männer und 64 Jahren für Frauen.

Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 47 Männer und 4.166 Frauen an Brustkrebs verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 0,2% aller Krebssterbefälle bei Männern und 17,5% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 0,5 und 45,7 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 80 Jahren für Männer und 76 Jahren für Frauen.

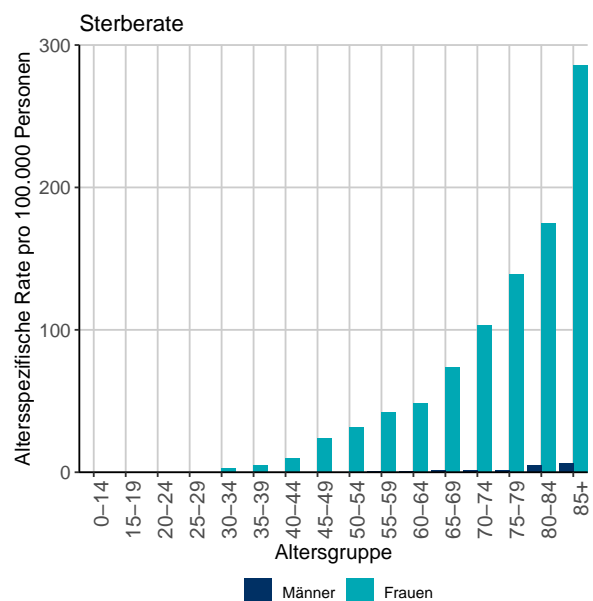
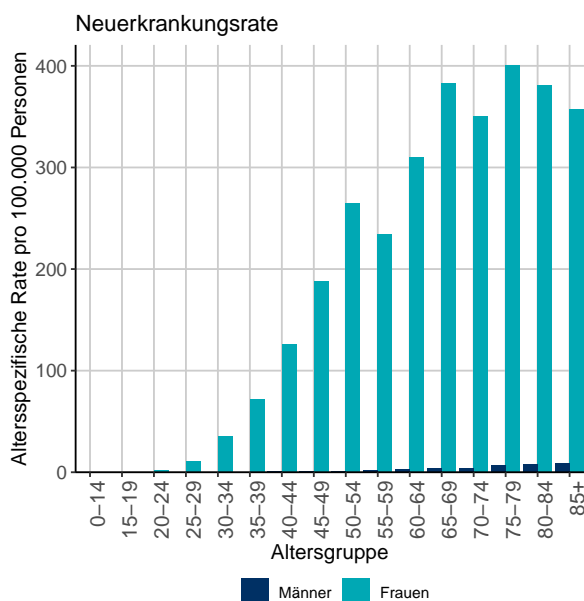
Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	138	15.998
davon DCO-Fälle	5	626
Neuerkrankungsfälle in situ	9	1.407
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	73	64
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	0,1	9,9
Anteil an Krebs insgesamt (%)	0,2	29,6
Rohe Rate ¹	1,6	175,3
Standardisierte Rate ^{1, 2}	1,0	119,7
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	1,1	112,2
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	1,1	132,0

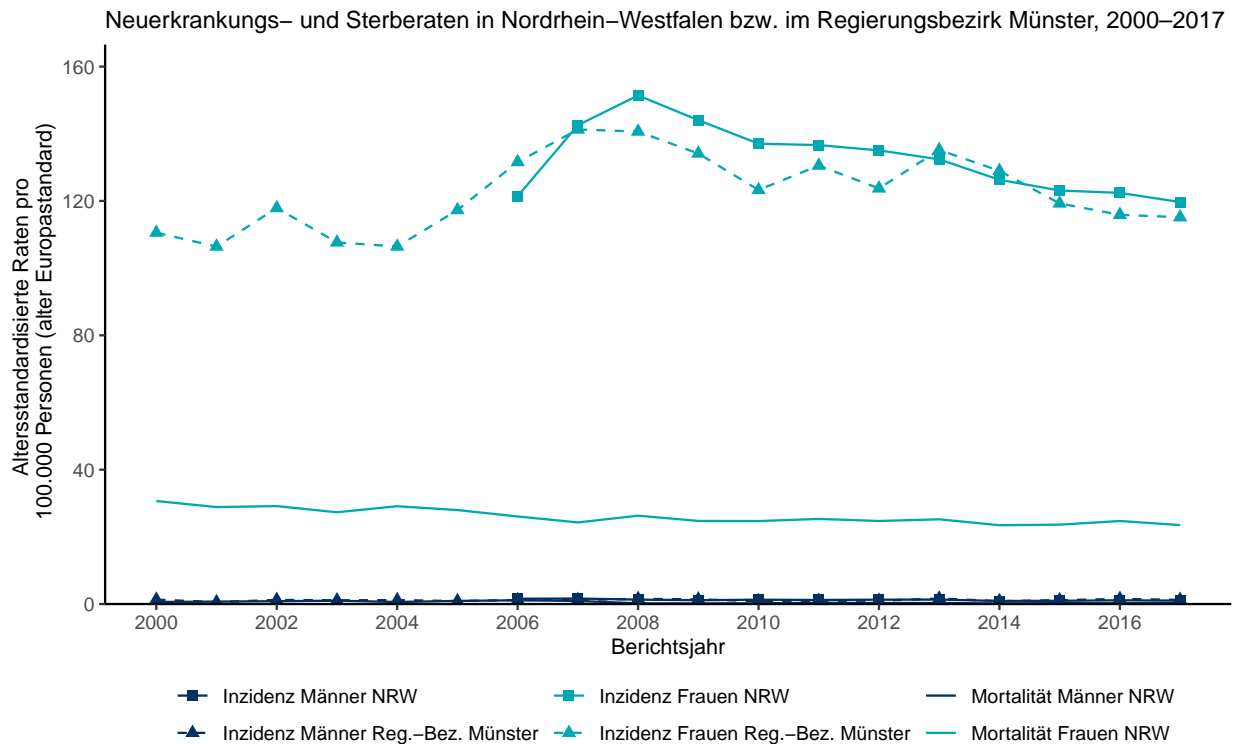
Mortalität	Inzidenz	
	Männer	Frauen
Sterbefälle durch Krebs	47	4.166
Mittleres Sterbealter (Median)	80	76
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,0	1,7
Anteil aller Krebssterbefälle (%)	0,2	17,5
Anteil aller Sterbefälle (%)	0,0	4,0
Rohe Rate ¹	0,5	45,7
Standardisierte Rate ^{1, 2}	0,3	23,5
Vergleich Deutschland 2017 ^{1, 2}	0,3	22,9
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	0,2	23,7

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

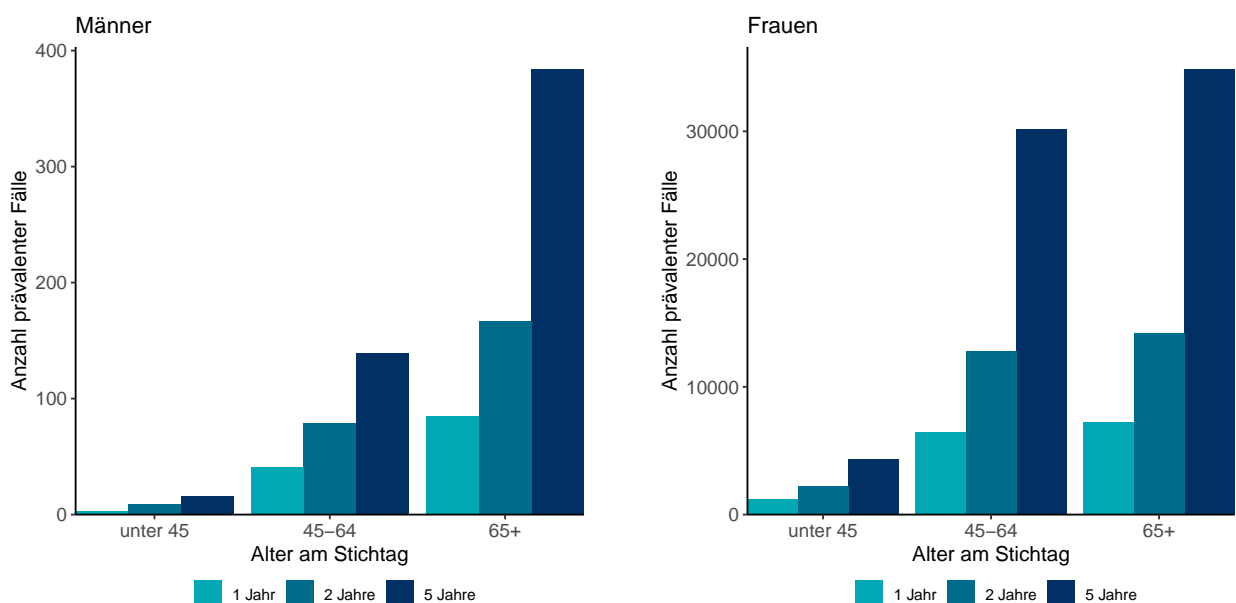


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



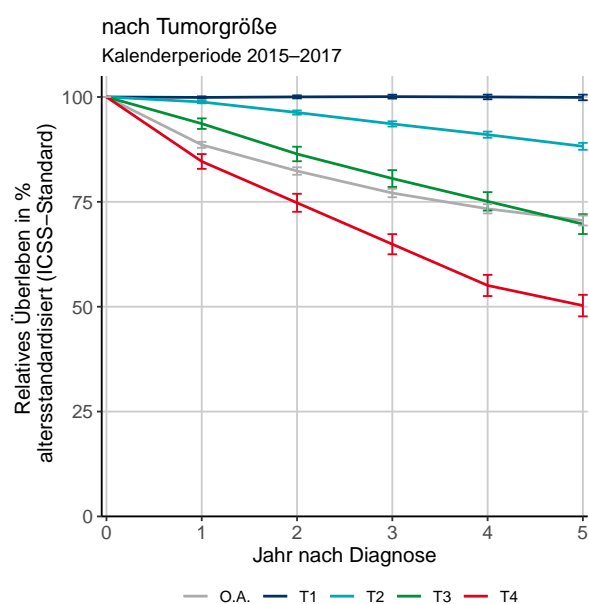
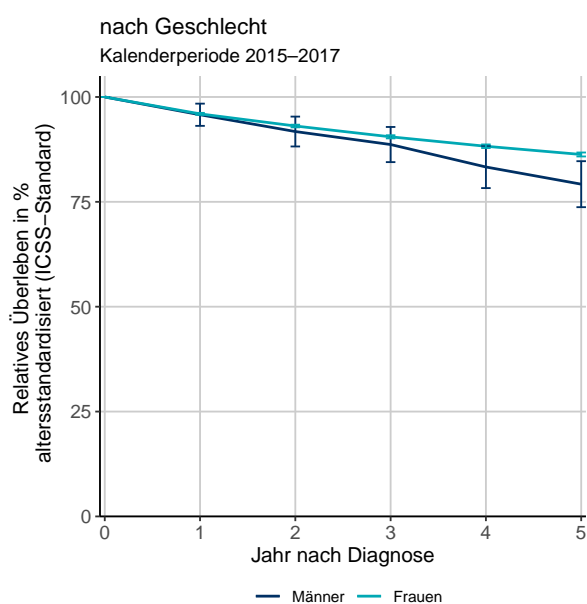
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 539 Männer und 69.436 Frauen mit Brustkrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 129 bzw. 255 bei Männern und 14.880 bzw. 29.242 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 79% und für Frauen 86%. Wird die Krebserkrankung in einem frühen Stadium mit geringer Tumorausdehnung diagnostiziert, können deutlich bessere Überlebensraten beobachtet werden. Da Brustkrebs häufig in einem frühen Stadium entdeckt wird, ist die Überlebenswahrscheinlichkeit insgesamt gut.



Histologische Häufigkeitsverteilung

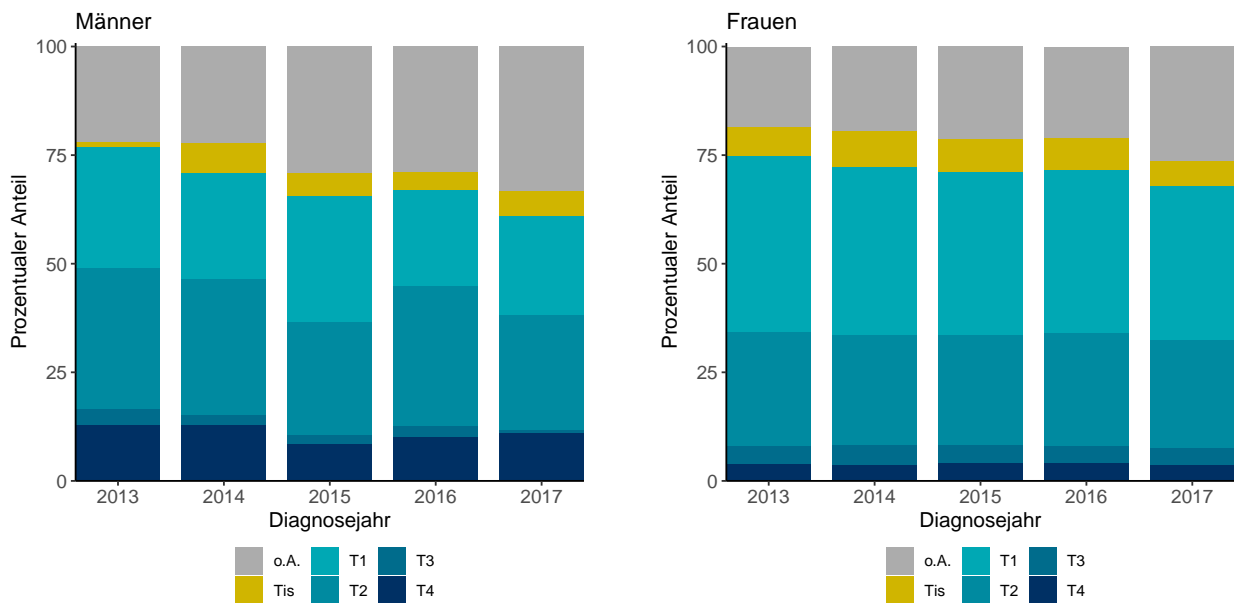
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Duktales Adeno-Ca	97	70,3	10.570	66,1
Lobuläres Adeno-Ca	6	4,3	2.746	17,2
Medulläres Adeno-Ca	2	1,4	117	0,7
M.Paget (invasiv)	1	0,7	82	0,5
Inflammatorisches Adeno-Ca	0	0,0	21	0,1
Andere Adeno-Ca	12	8,7	726	4,5
Andere spez. Malignome	3	2,2	93	0,6
Unspezif./ ungenau bezeichnet	17	12,3	1.643	10,3

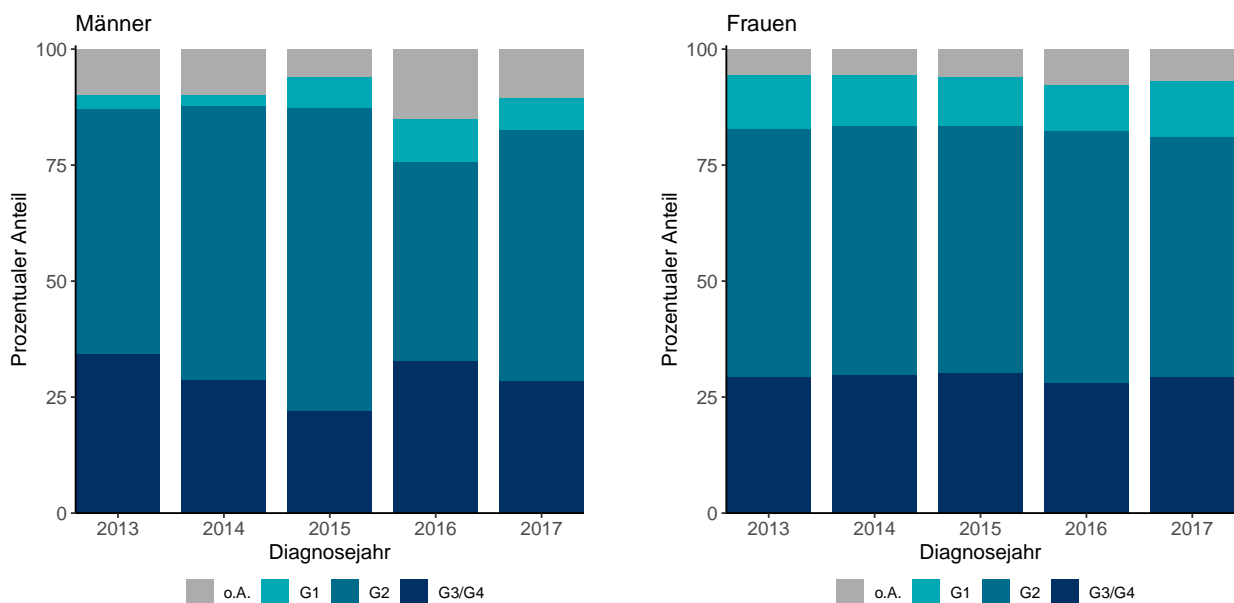
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. In den letzten fünf Jahren wurden nahezu die Hälfte der Mammakarzinome in den prognostisch günstigen Stadien T1 und Tis entdeckt, bei etwa einem Drittel handelt es sich um größere Tumoren der Stadien T2 bis T4.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei etwa 30% der Mammakarzinome liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor.



Vulva (C51)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 879 Frauen an bösartigen Tumoren der Vulva neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 1,6 % aller bösartigen Neubildungen bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 9,6 Erkrankungsfällen pro 100.000 der weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 70 Jahren.

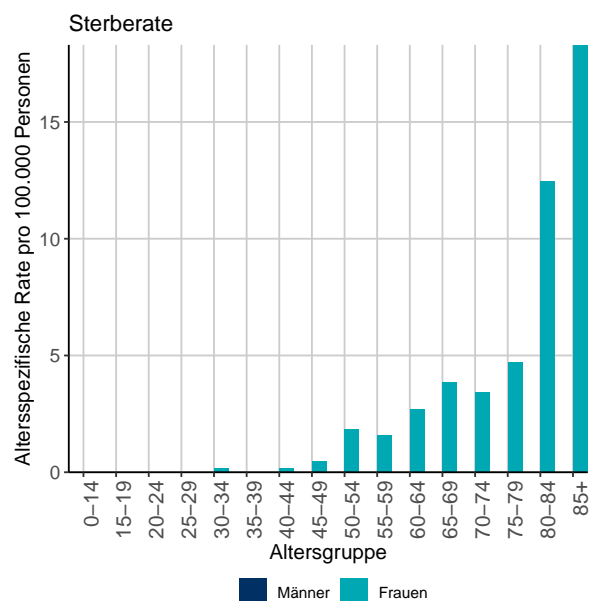
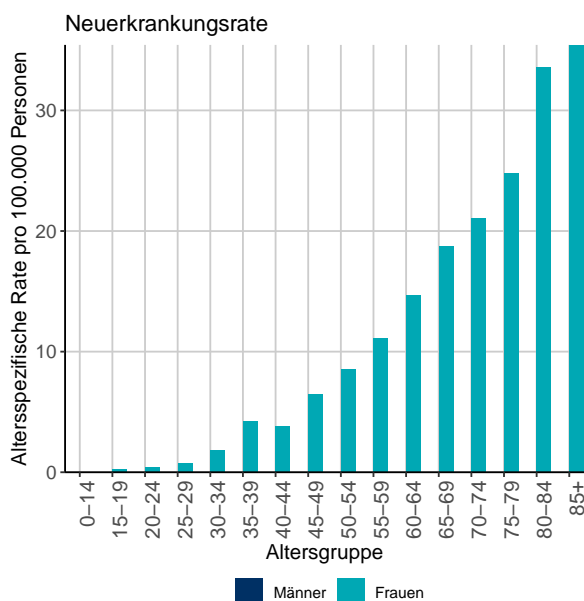
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 211 Frauen an bösartigen Tumoren der Vulva verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 0,9 % aller Krebssterbefälle bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 2,3 Sterbefällen pro 100.000 der weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 80 Jahren.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

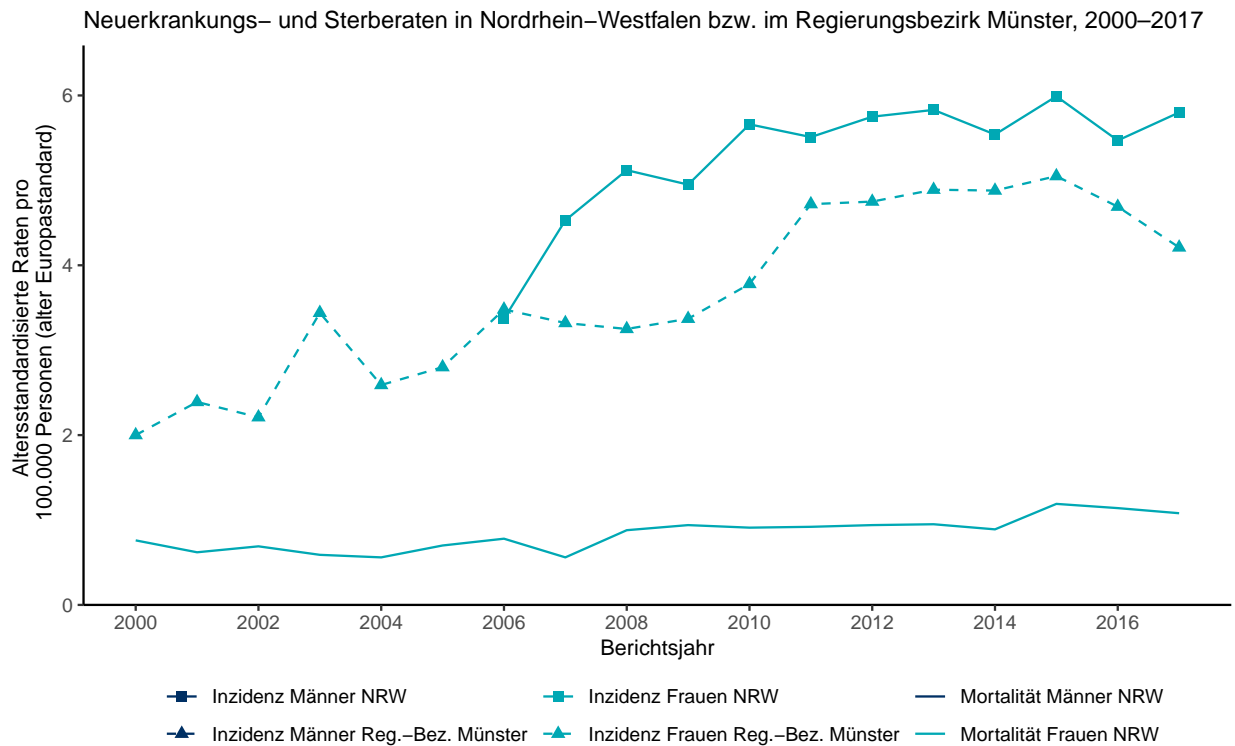
Inzidenz	Mortalität		
	Frauen	Frauen	
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	879	Sterbefälle durch Krebs	211
davon DCO-Fälle	30	Mittleres Sterbealter (Median)	80
Neuerkrankungsfälle in situ	337	Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,1
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	70	Anteil aller Krebssterbefälle (%)	0,9
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	0,5	Anteil aller Sterbefälle (%)	0,2
Anteil an Krebs insgesamt (%)	1,6	Rohe Rate ¹	2,3
Rohe Rate ¹	9,6	Standardisierte Rate ^{1, 2}	1,1
Standardisierte Rate ^{1, 2}	5,8	Vergleich Deutschland 2017 ^{1, 2}	1,0
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	4,5	Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	0,6
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	3,0		

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

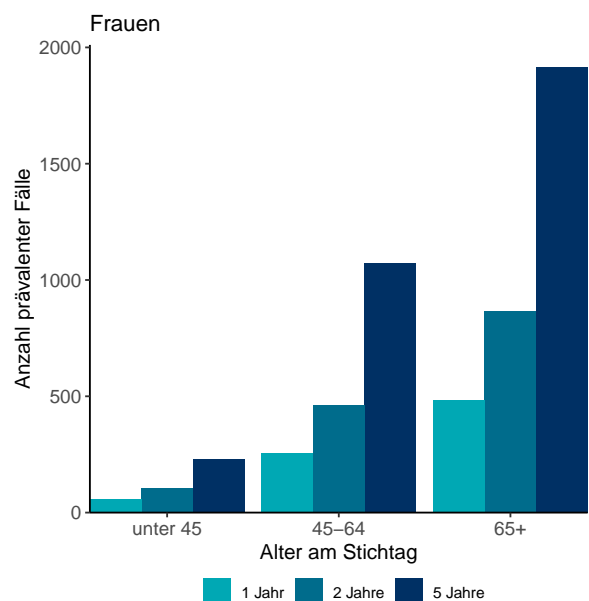


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



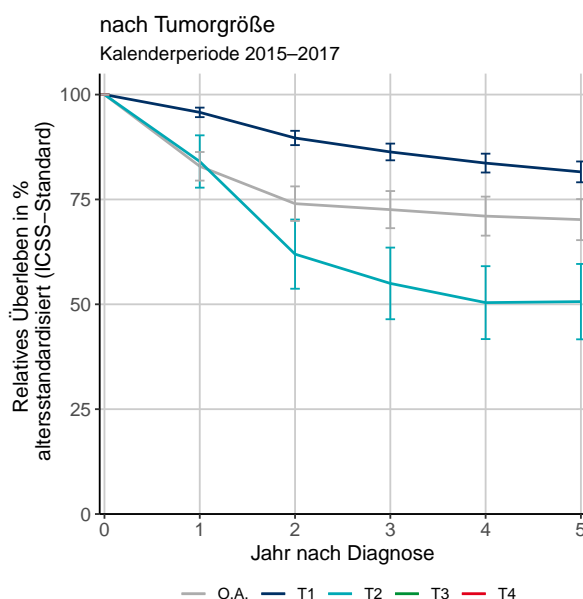
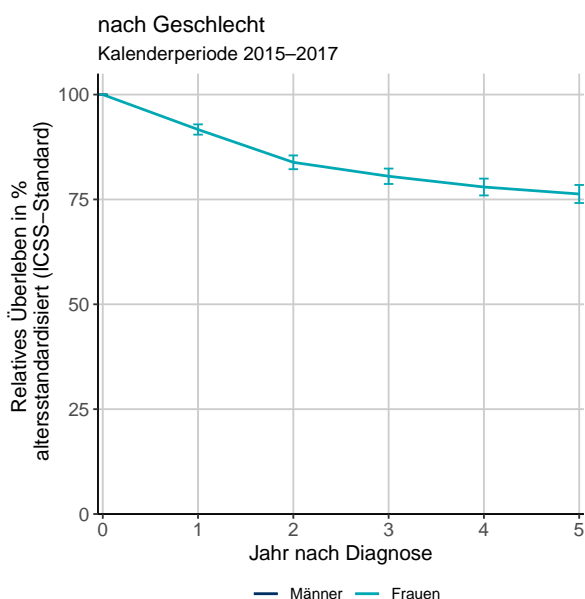
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 3.215 Frauen mit bösartigen Tumoren der Vulva, die in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden waren (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 793 bzw. 1.433. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Frauen 76%. Da bösartige Tumoren der Vulva häufig in einem frühen Stadium entdeckt werden, ist die Überlebenswahrscheinlichkeit insgesamt gut.



Histologische Häufigkeitsverteilung

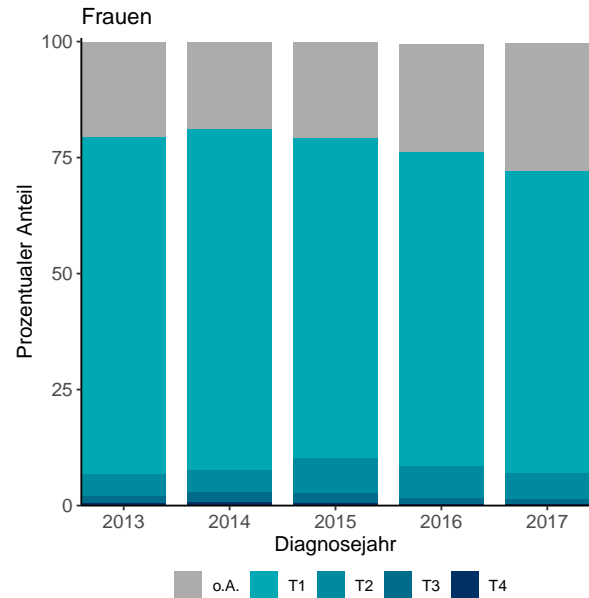
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)
Adeno-Ca	26	3,0
Plattenepithel-Ca	680	77,4
Basalzell-Ca.	40	4,6
Sonstige spezif. Malignome	22	2,5
Unspezif./ ungenau bezeichnet	111	12,6

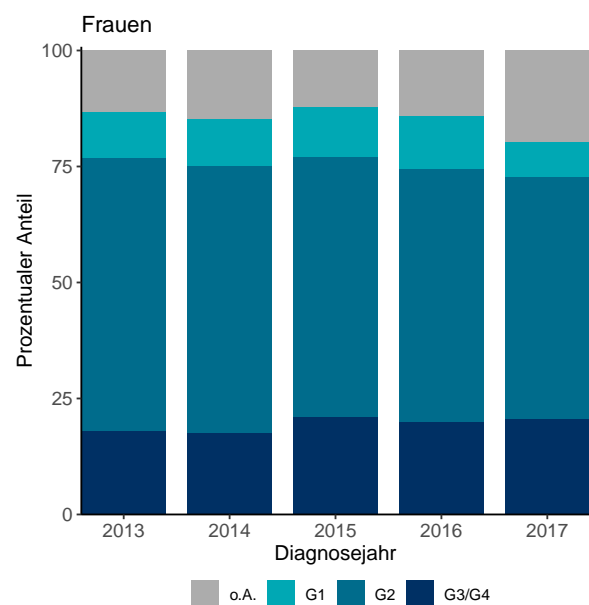
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Es werden überwiegend kleine und damit prognostisch günstige Tumoren im Stadium T1 diagnostiziert.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Der überwiegende Anteil der Vulvakarzinome wird mit einem Grading von G2 diagnostiziert.



Gebärmutterhals (C53)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 953 Frauen an Gebärmutterhalskrebs neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 1,8% aller bösartigen Neubildungen bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 10,4 Erkrankungsfällen pro 100.000 der weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 54 Jahren.

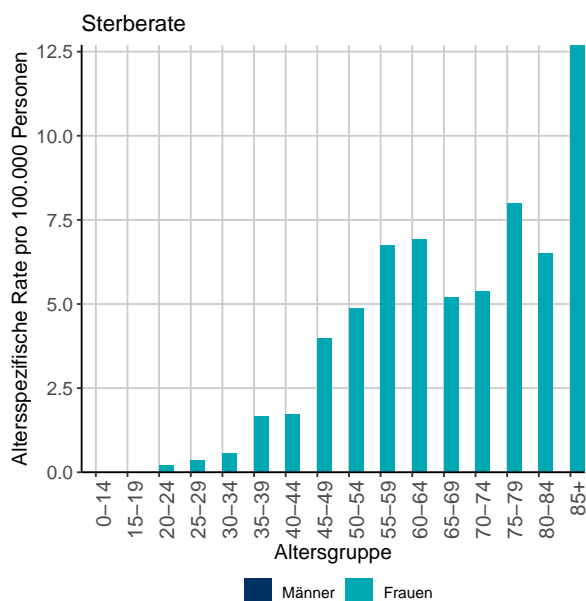
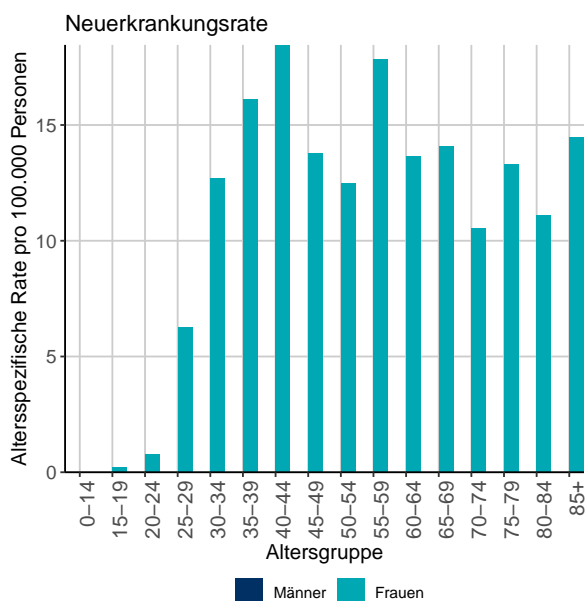
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 330 Frauen an Gebärmutterhalskrebs verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 1,4% aller Krebssterbefälle bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 3,6 Sterbefällen pro 100.000 der weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 64 Jahren.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

Inzidenz	Mortalität		
	Frauen	Frauen	
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	953	Sterbefälle durch Krebs	330
davon DCO-Fälle	51	Mittleres Sterbealter (Median)	64
Neuerkrankungsfälle in situ	3.426	Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,2
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	54	Anteil aller Krebssterbefälle (%)	1,4
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	0,7	Anteil aller Sterbefälle (%)	0,3
Anteil an Krebs insgesamt (%)	1,8	Rohe Rate ¹	3,6
Rohe Rate ¹	10,4	Standardisierte Rate ^{1, 2}	2,4
Standardisierte Rate ^{1, 2}	8,8	Vergleich Deutschland 2017 ^{1, 2}	2,5
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	8,7	Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	1,9
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	8,8		

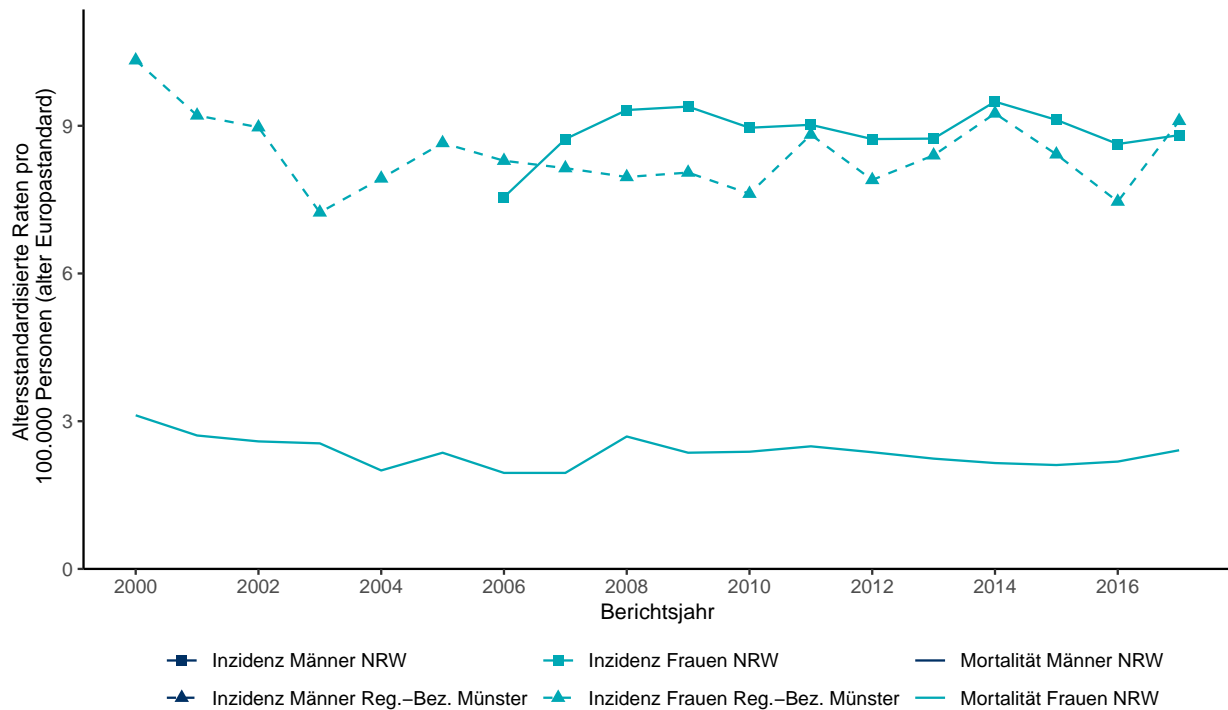
¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten



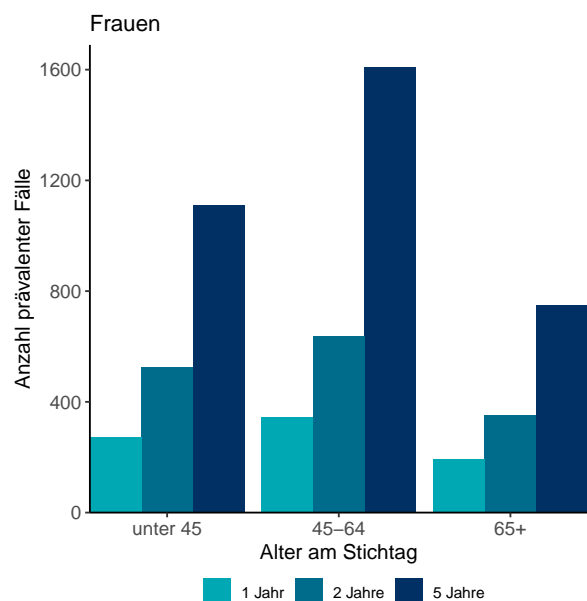
Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend

Neuerkrankungs- und Sterberaten in Nordrhein-Westfalen bzw. im Regierungsbezirk Münster, 2000–2017



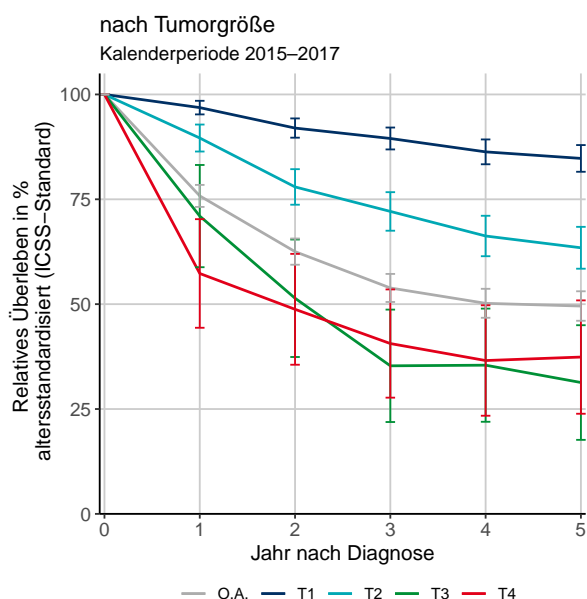
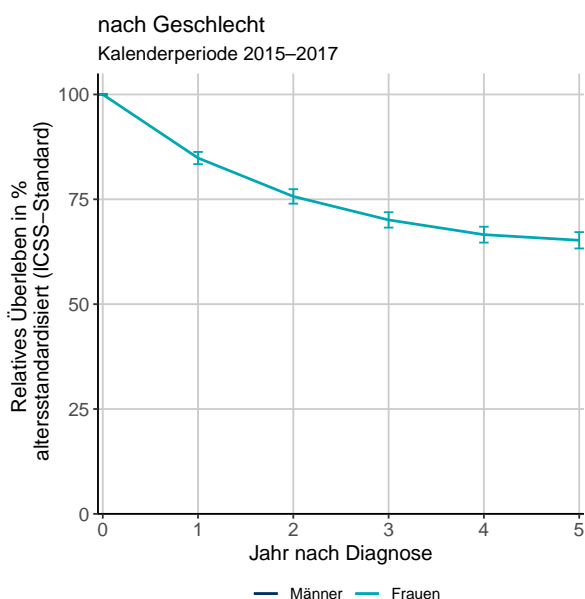
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 3.469 Frauen mit Gebärmutterhalskrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2-Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 814 bzw. 1.513. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Frauen 65%. Wird die Krebserkrankung in einem frühen Stadium mit geringer Tumorausdehnung diagnostiziert, können deutlich bessere relative Überlebensraten beobachtet werden.



Histologische Häufigkeitsverteilung

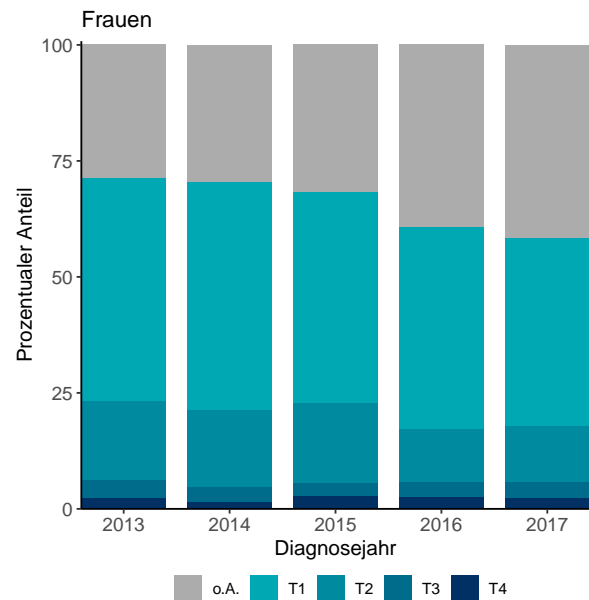
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)
Adeno-Ca	189	19,8
Plattenepithel-Ca	571	59,9
Sonstige spezif. Malignome	41	4,3
Unspezif./ ungenau bezeichnet	152	15,9

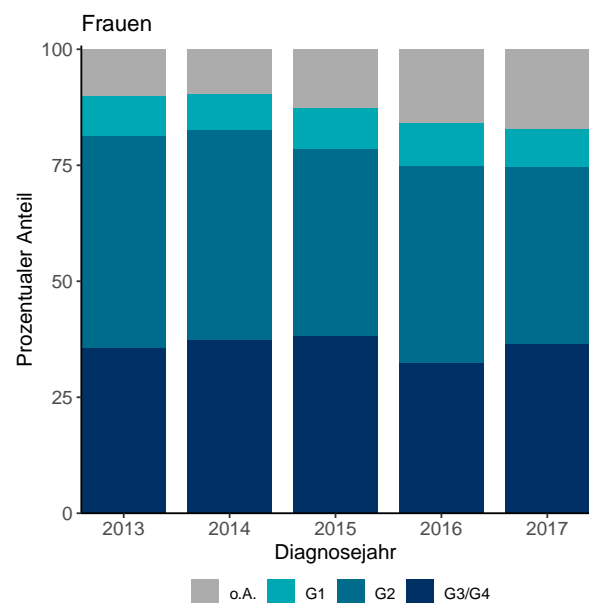
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Etwa zwei Drittel der Gebärmutterhalskarzinome werden in prognostisch günstigen Stadien T1 und T2 entdeckt. Karzinome im Stadium T3 und T4, die deutlich schlechtere Überlebensraten aufweisen, machen nur einen geringen Anteil der Gebärmutterhalskarzinome aus.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei nahezu 40 % der Gebärmutterhalskarzinome liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor.



Gebärmutterkörper (C54 + C55)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 2.163 Frauen an einem bösartigen Tumor des Gebärmutterkörpers neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 4,0% aller bösartigen Neubildungen bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 23,7 Erkrankungsfällen pro 100.000 der weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 66 Jahren.

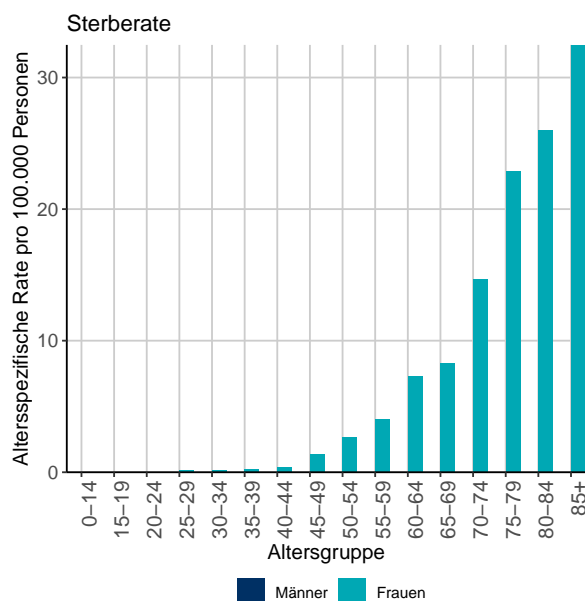
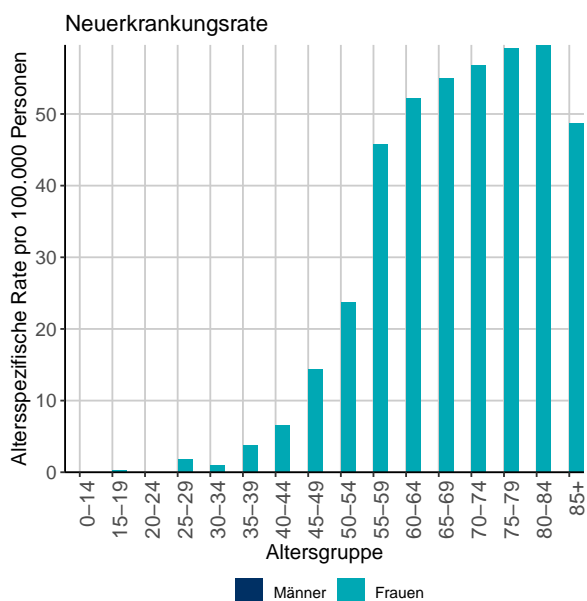
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 526 Frauen an einem bösartigen Tumor des Gebärmutterkörpers verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 2,2% aller Krebssterbefälle bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 5,8 Sterbefällen pro 100.000 der weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 78 Jahren.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

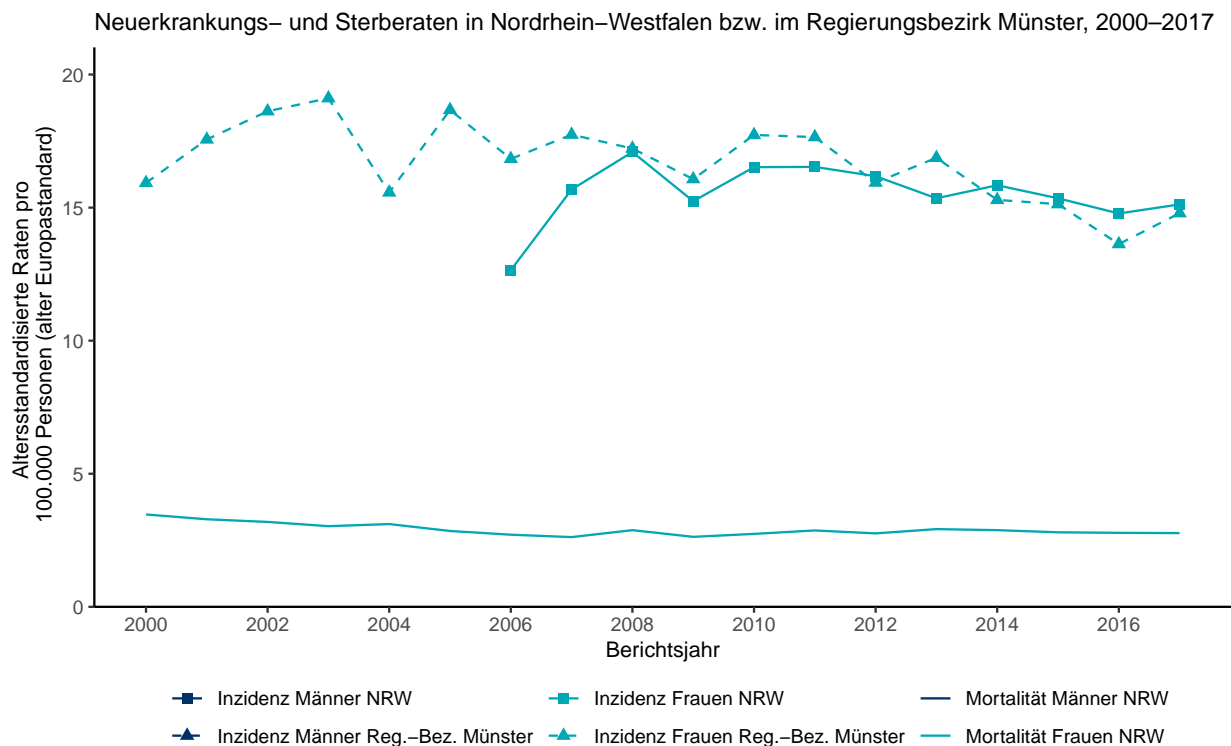
Inzidenz	Mortalität		
	Frauen	Frauen	
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	2.163	Sterbefälle durch Krebs	526
davon DCO-Fälle	89	Mittleres Sterbealter (Median)	78
Neuerkrankungsfälle in situ	50	Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,2
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	66	Anteil aller Krebssterbefälle (%)	2,2
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	1,3	Anteil aller Sterbefälle (%)	0,5
Anteil an Krebs insgesamt (%)	4,0	Rohe Rate ¹	5,8
Rohe Rate ¹	23,7	Standardisierte Rate ^{1, 2}	2,8
Standardisierte Rate ^{1, 2}	15,1	Vergleich Deutschland 2017 ^{1, 2}	3,1
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	16,5	Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	3,6
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	15,8		

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Alterspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

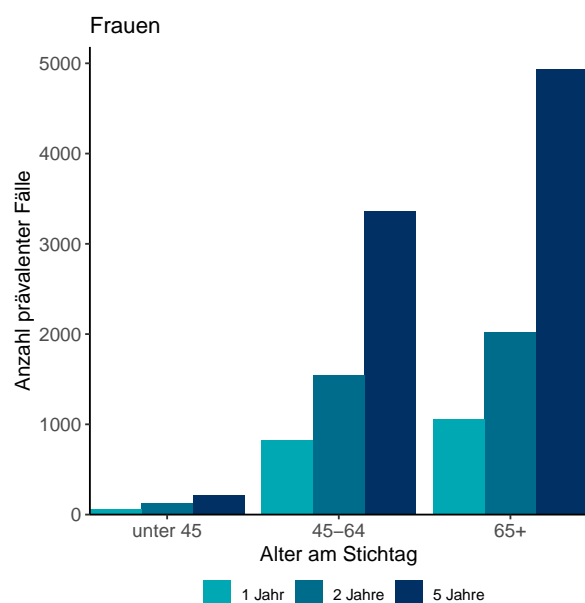


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



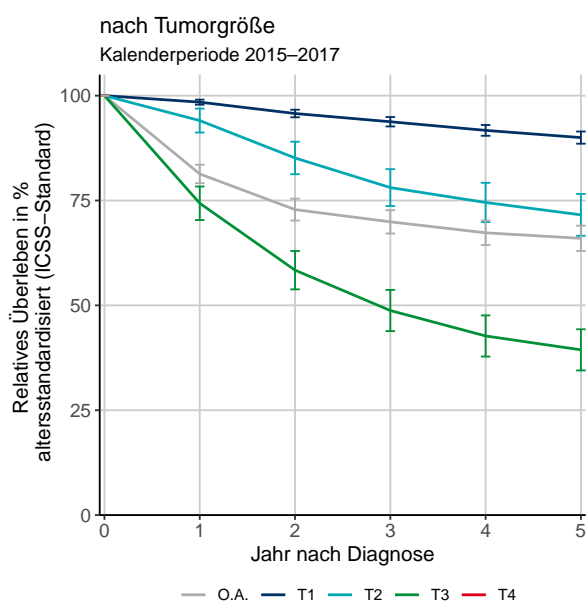
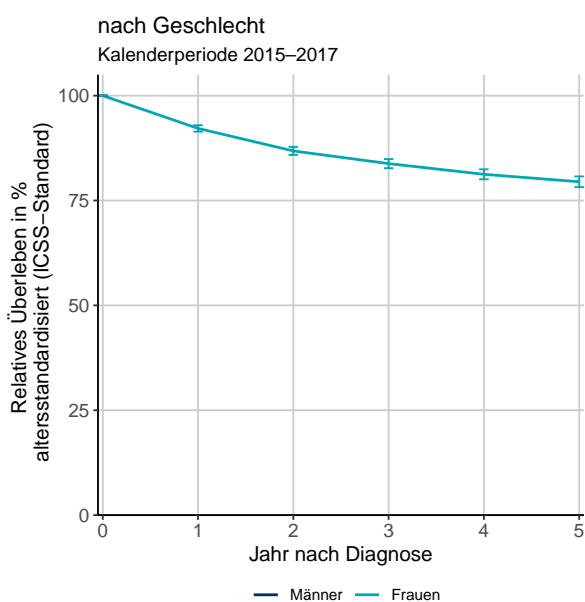
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 8.513 Frauen mit einem bösartigen Tumor des Gebärmutterkörpers, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 1.951 bzw. 3.685. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Frauen 79%. Wird die Krebserkrankung in einem frühen Stadium mit geringer Tumorausdehnung diagnostiziert, können deutlich bessere relative Überlebensraten beobachtet werden.



Histologische Häufigkeitsverteilung

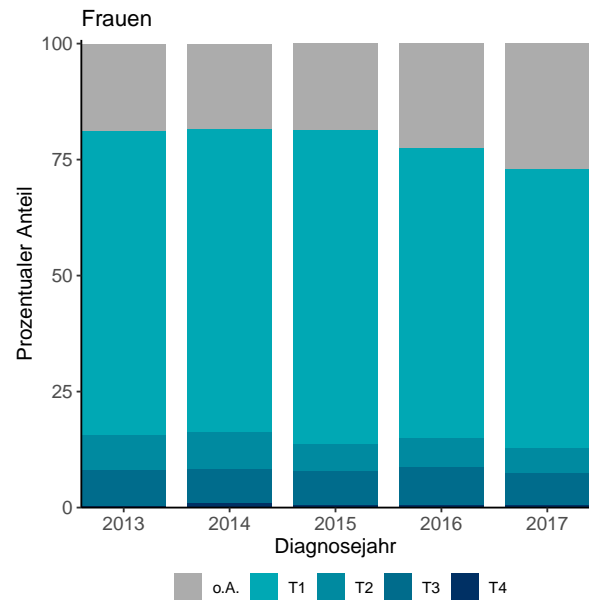
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)
Adeno-Ca	1.808	83,6
Karzinom/Müller-Mischtumore	58	1,5
Sarkome u. Weichteiltumore	32	1,5
Sonstige spezif. Malignome	56	2,6
Unspezif./ ungenau bezeichnet	209	9,7

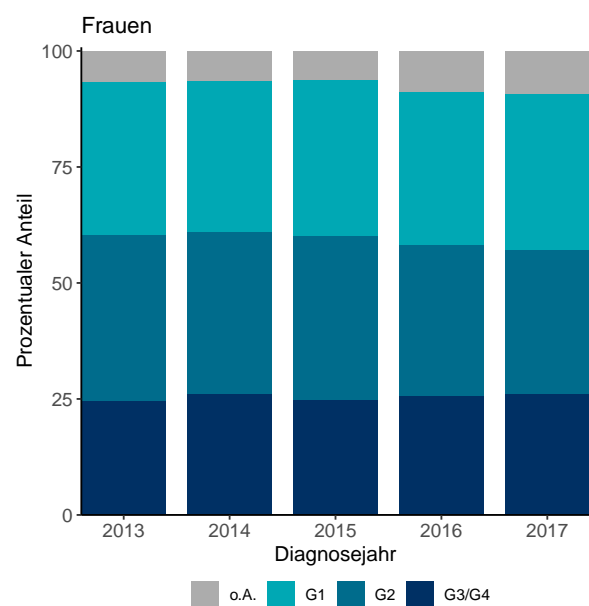
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Es werden überwiegend kleine und damit prognostisch günstige Tumoren im Stadium T1 diagnostiziert.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei etwa einem Viertel der Gebärmutterkörperkarzinome liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor.



Eierstock (C56)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 1.699 Frauen an Ovarialkrebs neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 3,1 % aller bösartigen Neubildungen bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 18,6 Erkrankungsfällen pro 100.000 der weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 68 Jahren.

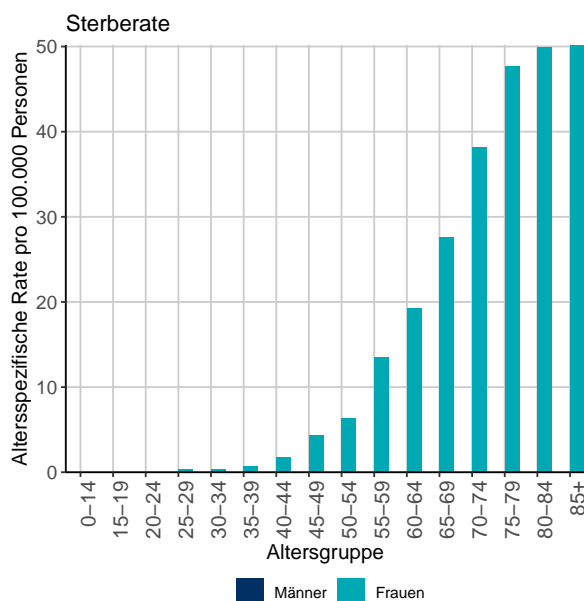
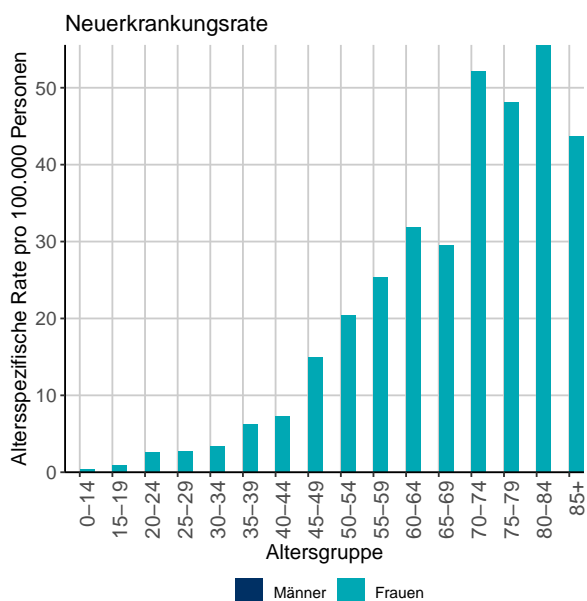
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 1.187 Frauen an Ovarialkrebs verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 5,0 % aller Krebssterbefälle bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 13,0 Sterbefällen pro 100.000 der weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 75 Jahren.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

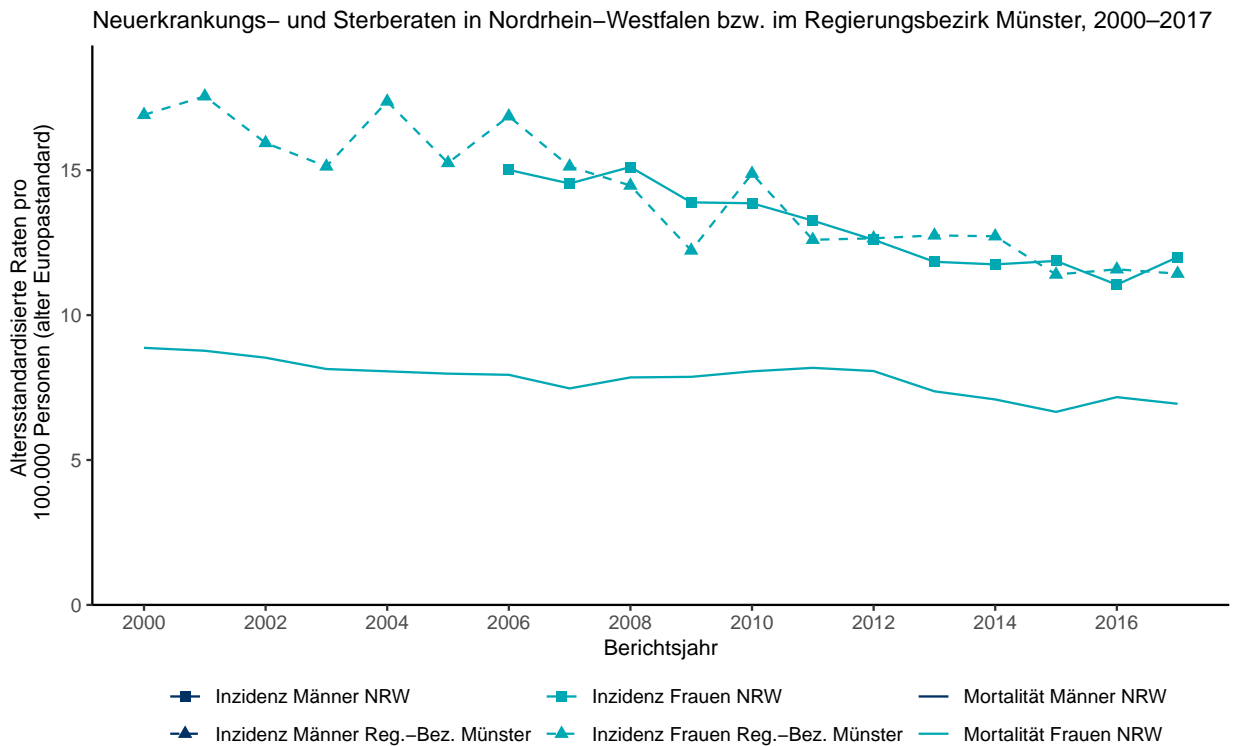
Inzidenz	Mortalität		
	Frauen	Frauen	
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	1.699	Sterbefälle durch Krebs	1.187
davon DCO-Fälle	223	Mittleres Sterbealter (Median)	75
Fälle unsich. Verhaltens	272	Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,6
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	68	Anteil aller Krebssterbefälle (%)	5,0
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	1,0	Anteil aller Sterbefälle (%)	1,1
Anteil an Krebs insgesamt (%)	3,1	Rohe Rate ¹	13,0
Rohe Rate ¹	18,6	Standardisierte Rate ^{1, 2}	6,9
Standardisierte Rate ^{1, 2}	12,0	Vergleich Deutschland 2017 ^{1, 2}	6,6
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	11,1	Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	7,4
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	10,5		

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

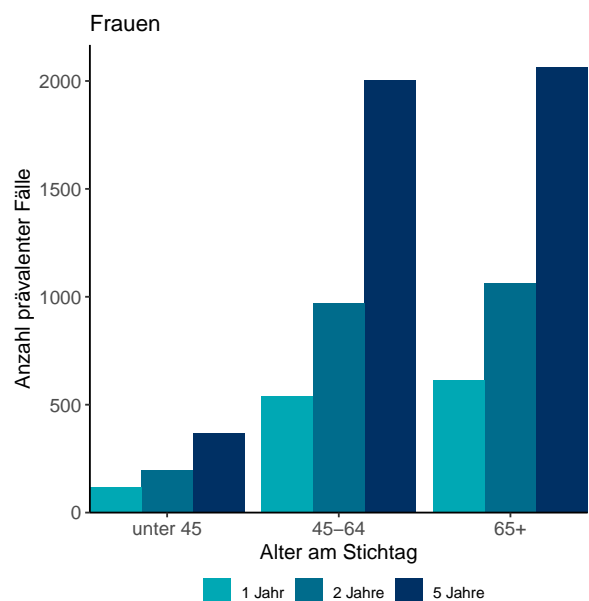


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



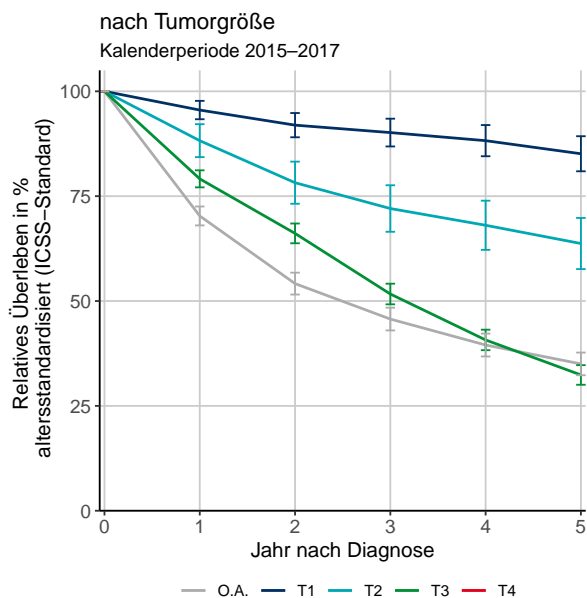
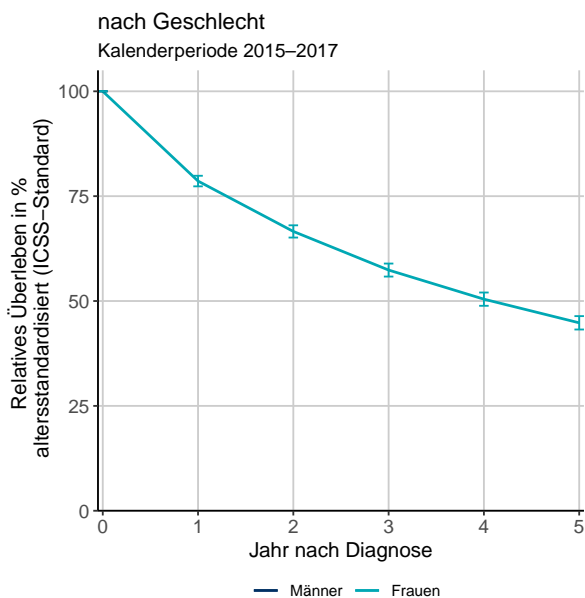
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 4.434 Frauen mit Ovarialkrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 1.273 bzw. 2.231. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Frauen 45%. Das 5-Jahres-Überleben nach Ovarialkrebs ist zwar, wie bei den meisten Krebserkrankungen, bei Tumoren mit geringer Größe günstiger, insgesamt ist die Prognose jedoch durch den hohen Anteil von Fällen mit ungünstigem Stadium bzw. ungünstigem Grading eher schlecht.



Histologische Häufigkeitsverteilung

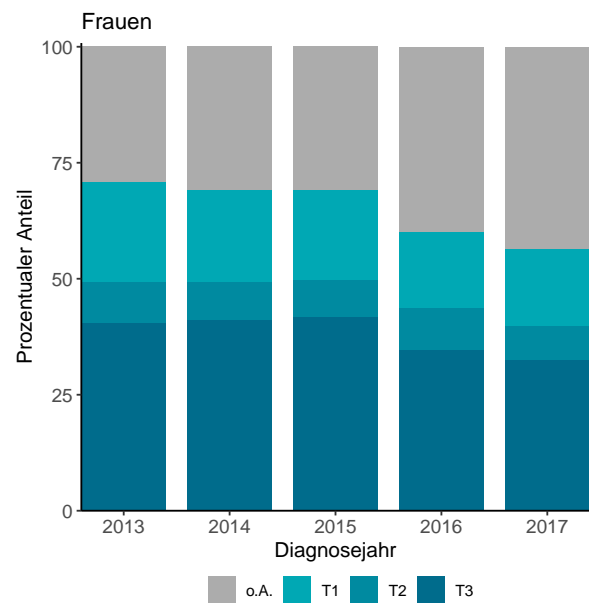
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)
Seröses Adeno-Ca	787	46,3
Endometrioides Adeno-Ca	69	4,1
Muzinöses Adeno-Ca	65	3,8
Andere/n.n.bez. Adeno-Ca	203	11,9
Karzinom/Müller-Mischtumore	19	1,1
Stromatumoren	19	1,1
Keimzelltumoren	19	1,1
Maligner Brenner-Tumor	0	0,0
Sonstige spezif. Malignome	24	1,4
Unspezif./ ungenau bezeichnet	494	29,1

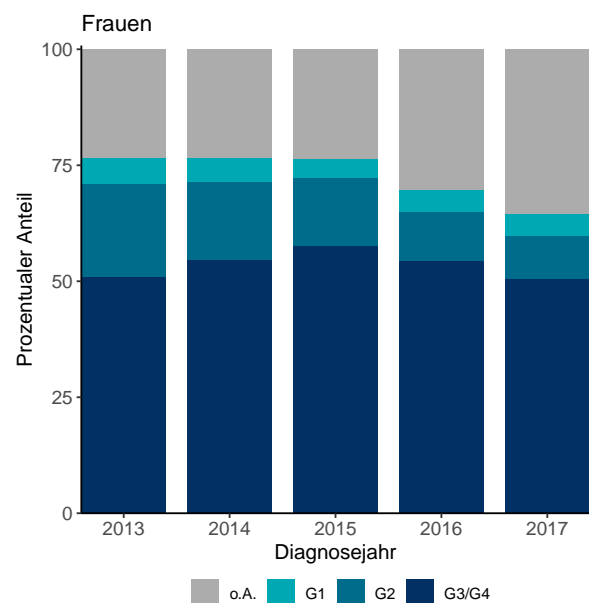
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Eierstockkrebs wird bei über 30% der Patientinnen erst im fortgeschrittenen Stadium T3 diagnostiziert, bei dem bereits Peritonealmetastasen vorliegen. Der Anteil der Fälle ohne Information zum T-Stadium ist 2016 und 2017 größer als in den Jahren zuvor.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei ungefähr der Hälfte der Eierstockkarzinome liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor. Der Anteil der Fälle ohne Information zum Grading ist 2016 und 2017 größer als in den Jahren zuvor.



Prostata (C61)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 13.538 Männer an Prostatakrebs neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 23,4% aller bösartigen Neubildungen bei Männern dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 154,1 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 72 Jahren.

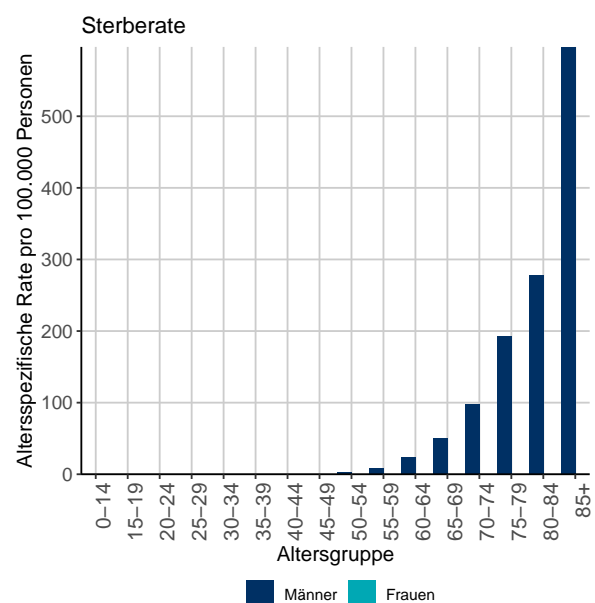
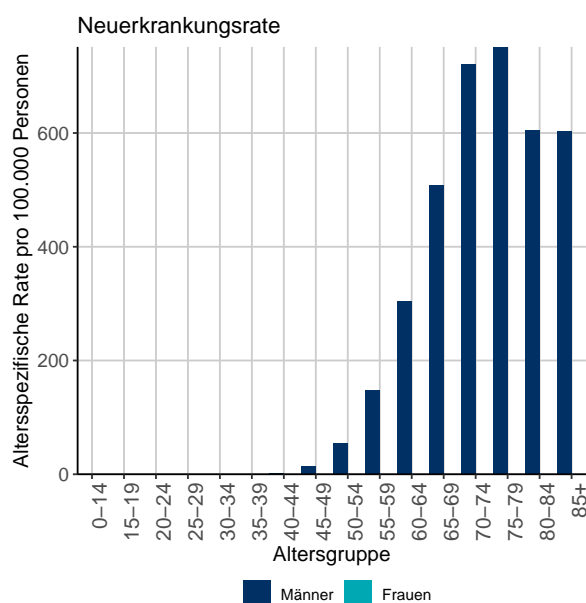
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 3.174 Männer an Prostatakrebs verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 11,6% aller Krebssterbefälle bei Männern dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 36,1 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 80 Jahren.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

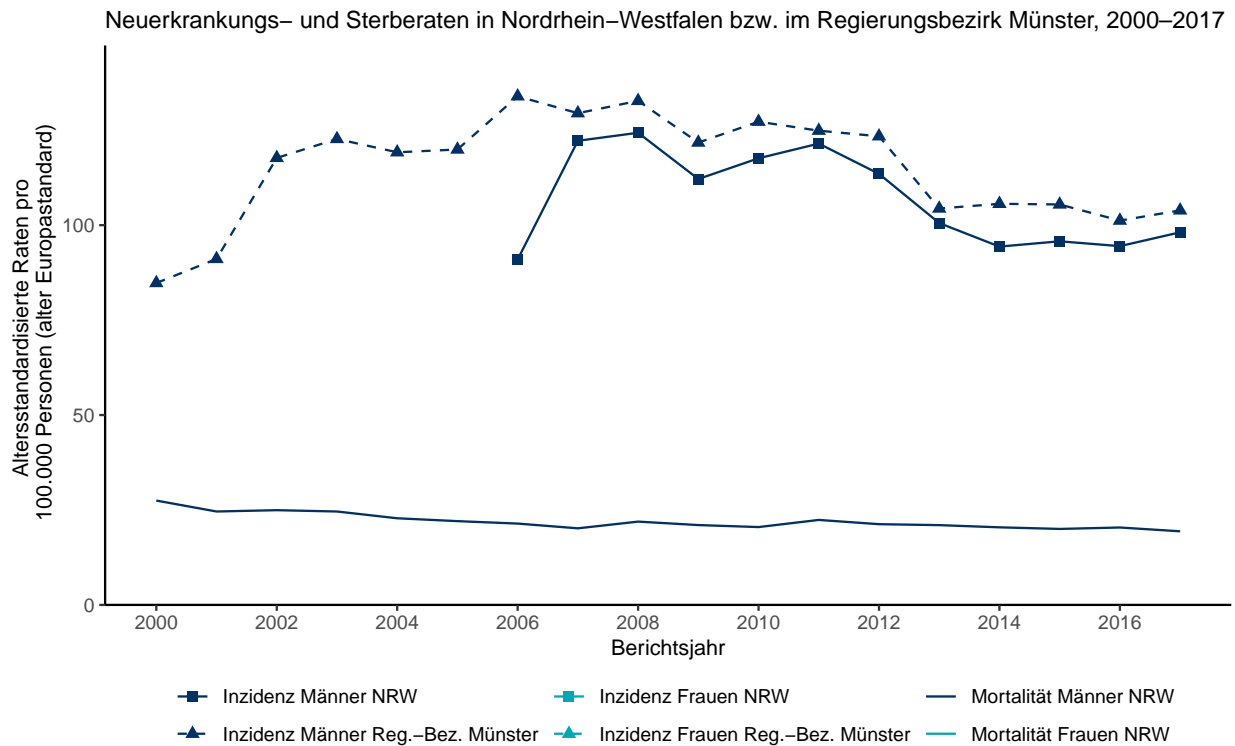
Inzidenz		Mortalität	
	Männer		Männer
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	13.538	Sterbefälle durch Krebs	3.174
davon DCO-Fälle	701		
Neuerkrankungsfälle in situ	62	Mittleres Sterbealter (Median)	80
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	72	Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,9
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	8,8	Anteil aller Krebssterbefälle (%)	11,6
Anteil an Krebs insgesamt (%)	23,4	Anteil aller Sterbefälle (%)	3,2
Rohe Rate ¹	154,1	Rohe Rate ¹	36,1
Standardisierte Rate ^{1, 2}	98,1	Standardisierte Rate ^{1, 2}	19,4
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	91,6	Vergleich Deutschland 2017 ^{1, 2}	18,8
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	91,5	Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	21,7

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

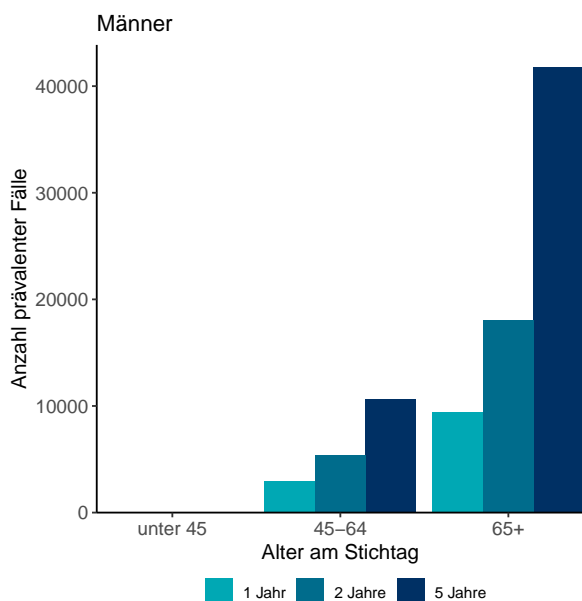


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



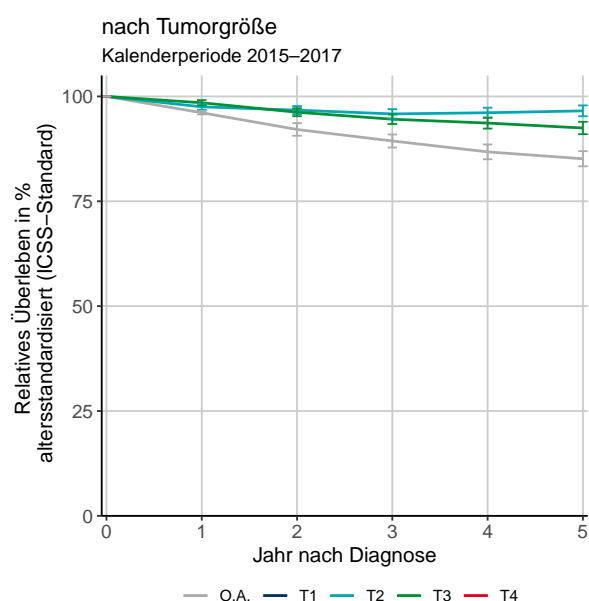
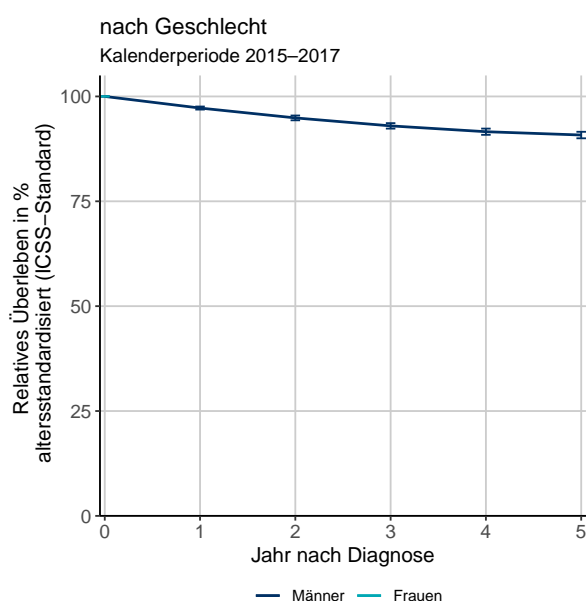
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 52.478 Männer mit Prostatakrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 12.354 bzw. 23.435. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 91 %. Wird die Krebserkrankung in einem frühen Stadium mit geringer Tumorausdehnung diagnostiziert, können deutlich bessere Überlebensraten beobachtet werden. Da Prostatakrebs häufig in einem frühen Stadium entdeckt wird, ist die Überlebenswahrscheinlichkeit insgesamt gut.



Histologische Häufigkeitsverteilung

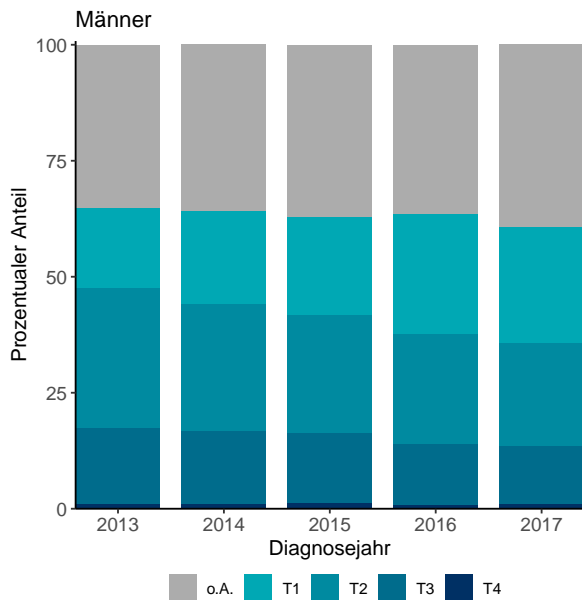
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer	
	Anzahl	Anteil (%)
Adeno-Ca	12.266	90,6
Sonstige spezif. Malignome	64	0,5
Unspezif./ ungenau bezeichnet	1.208	8,9

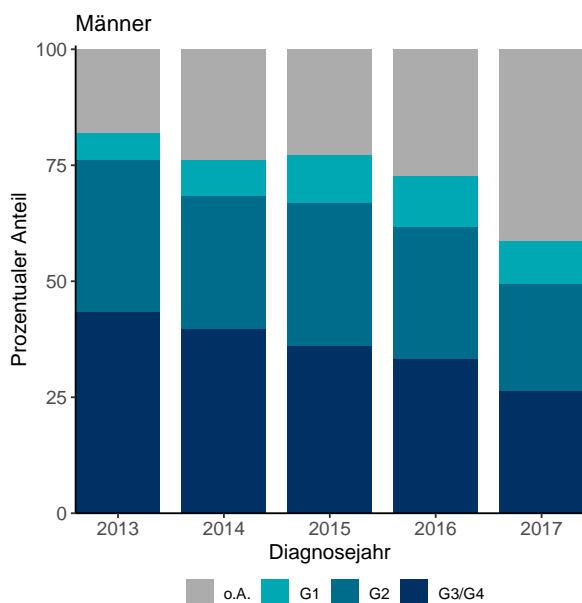
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Prostatakarzinome werden zu etwa 50 % im prognostisch günstigen Stadium T1 und T2 entdeckt. Bei etwa einem Drittel der Fälle liegt keine Information zum T-Stadium vor.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei etwa einem Drittel der Prostatakarzinome liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor. Zwischen 2013 und 2017 ist dieser Anteil kontinuierlich gesunken, während der Anteil der Fälle ohne Information zum Grading angestiegen ist.



Hoden (C62)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 819 Männer an Hodenkrebs neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 1,4 % aller bösartigen Neubildungen bei Männern dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 9,3 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 39 Jahren.

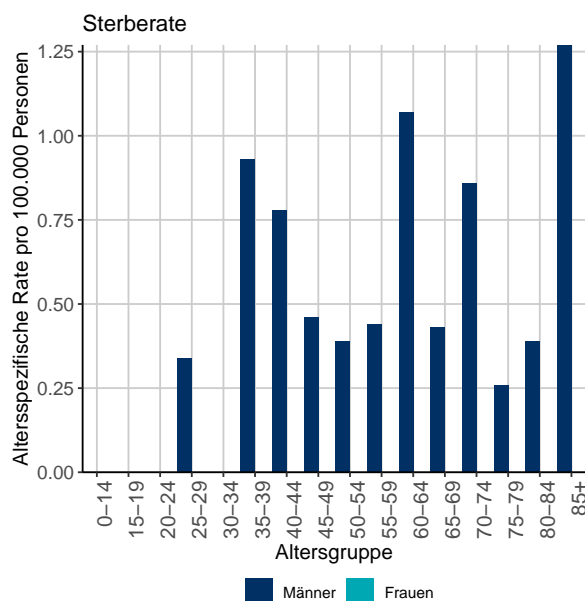
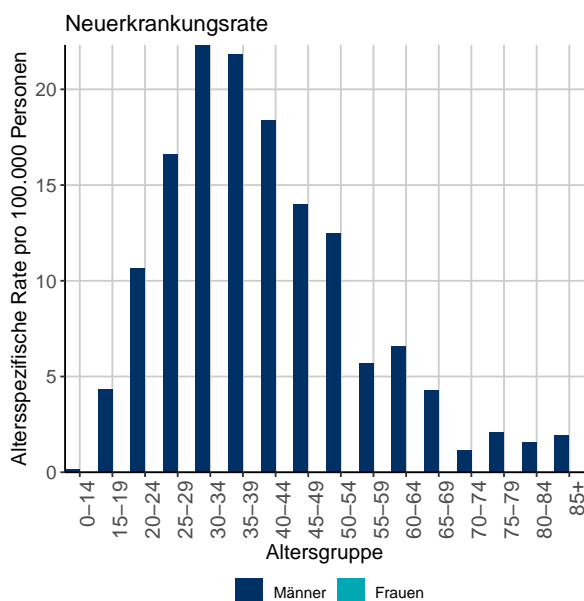
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 35 Männer an Hodenkrebs verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 0,1 % aller Krebssterbefälle bei Männern dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 0,4 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 56 Jahren.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

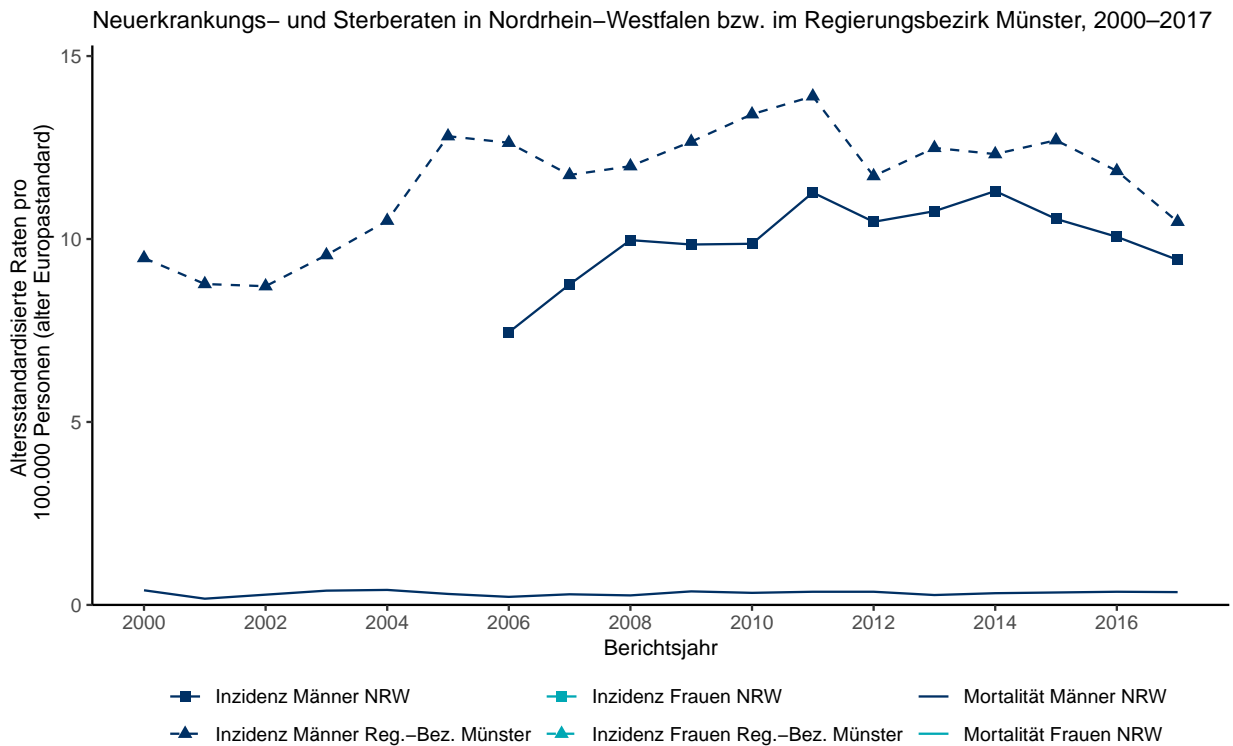
Inzidenz	Männer	Mortalität	Männer
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	819	Sterbefälle durch Krebs	35
davon DCO-Fälle	8		
Neuerkrankungsfälle in situ	9	Mittleres Sterbealter (Median)	56
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	39	Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,0
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	0,7	Anteil aller Krebssterbefälle (%)	0,1
Anteil an Krebs insgesamt (%)	1,4	Anteil aller Sterbefälle (%)	0,0
Rohe Rate ¹	9,3	Rohe Rate ¹	0,4
Standardisierte Rate ^{1, 2}	9,4	Standardisierte Rate ^{1, 2}	0,3
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	10,2	Vergleich Deutschland 2017 ^{1, 2}	0,3
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	10,6	Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	0,2

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

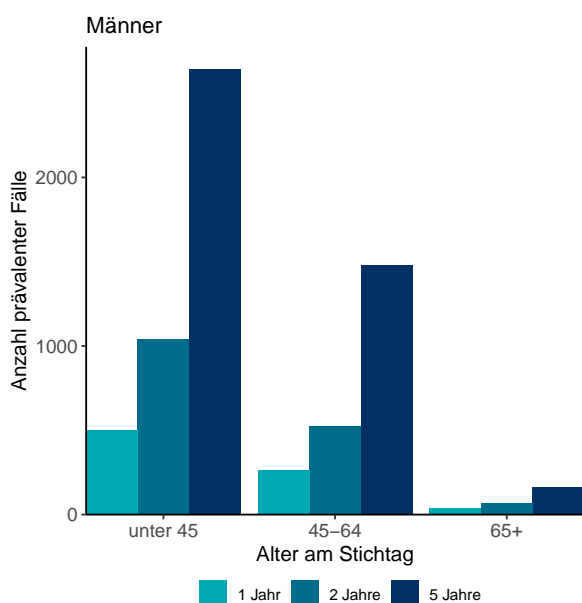


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeittrend



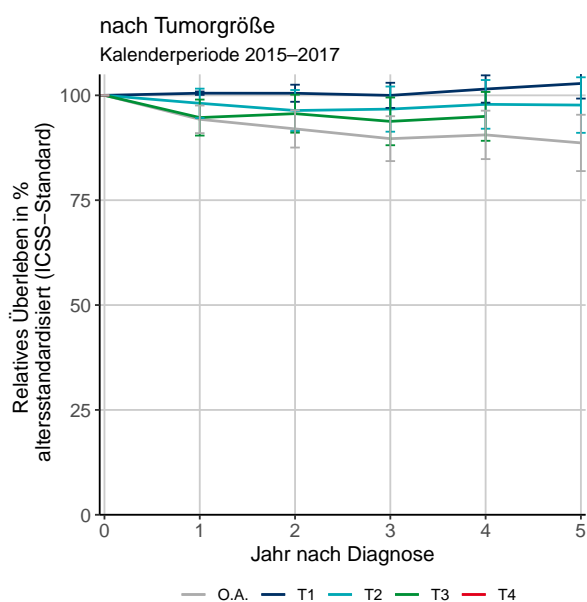
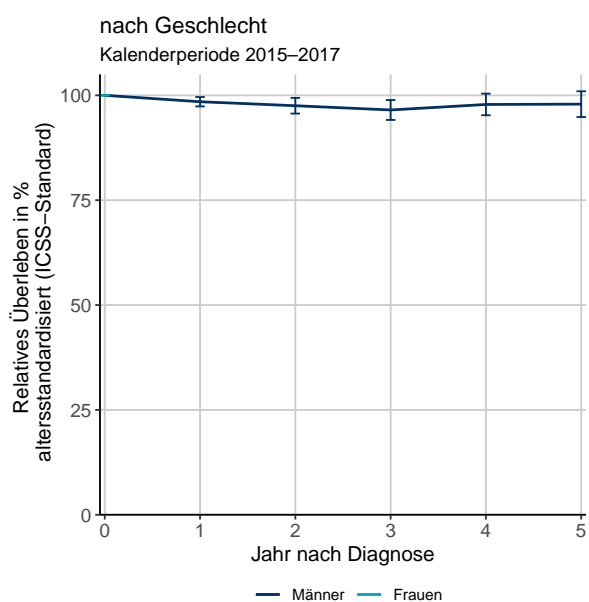
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 4.285 Männer mit Hodenkrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 799 bzw. 1.635. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 98 %. Die Prognose bei Hodenkrebs ist insgesamt sehr günstig. Wird der Tumor in einem sehr frühen Stadium entdeckt, unterscheidet sich die Überlebenswahrscheinlichkeit kaum von der der allgemeinen Bevölkerung.



Histologische Häufigkeitsverteilung

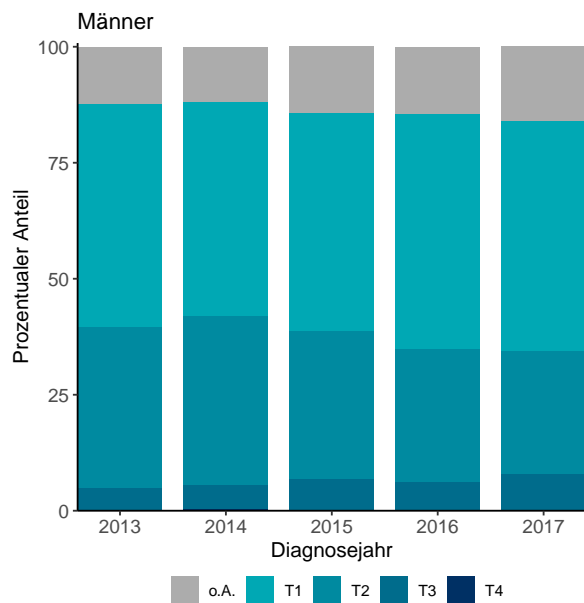
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer	
	Anzahl	Anteil (%)
Seminome	467	57,0
Maligne Teratome	171	20,9
Andere Keimzelltumoren	110	13,4
Stromatumore der Gonaden	4	0,5
Sarkome u. Weichteiltumore	4	0,5
Andere spez. Malignome	12	1,5
Unspezif./ ungenau bezeichnet	51	6,2

Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Über 70 % der Hodentumoren werden in den prognostisch günstigen Stadien T1 und T2 diagnostiziert. Die Prognose für Patienten mit Hodenkrebs ist daher insgesamt sehr gut.



Histopathologisches Grading (G)

Histopathologisches Grading wird hier nicht angewandt.

Niere (C64)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 1.785 Männer und 1.039 Frauen an Nierenkrebs neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 3,1% aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 1,9% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 20,3 und 11,4 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 67 Jahren für Männer und 73 Jahren für Frauen.

Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 672 Männer und 394 Frauen an Nierenkrebs verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 2,4% aller Krebssterbefälle bei Männern und 1,7% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 7,6 und 4,3 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 77 Jahren für Männer und 80 Jahren für Frauen.

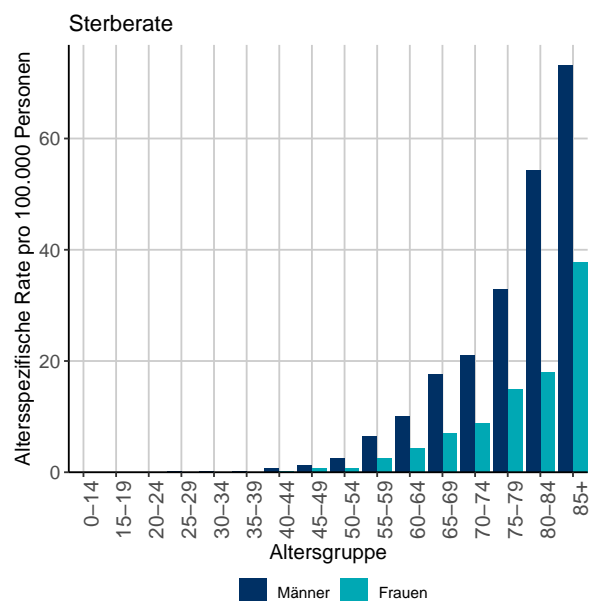
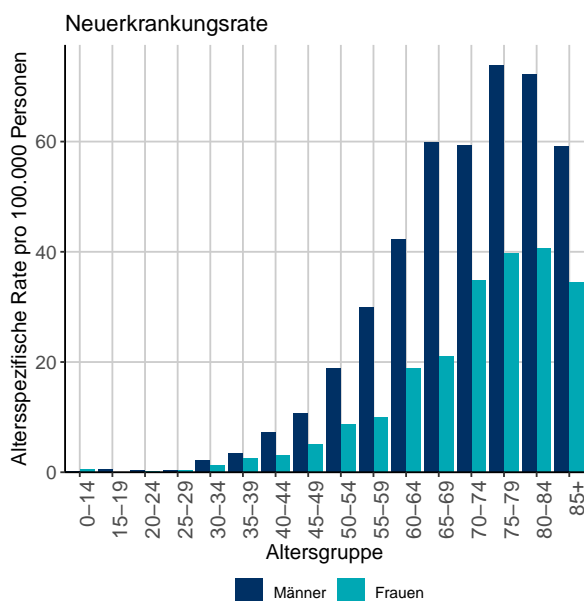
Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	1.785	1.039
davon DCO-Fälle	132	114
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	67	73
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	1,2	0,5
Anteil an Krebs insgesamt (%)	3,1	1,9
Rohe Rate ¹	20,3	11,4
Standardisierte Rate ^{1,2}	14,0	6,6
Vergleich Deutschland 2016 ^{1,2}	15,7	7,5
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	15,4	7,6

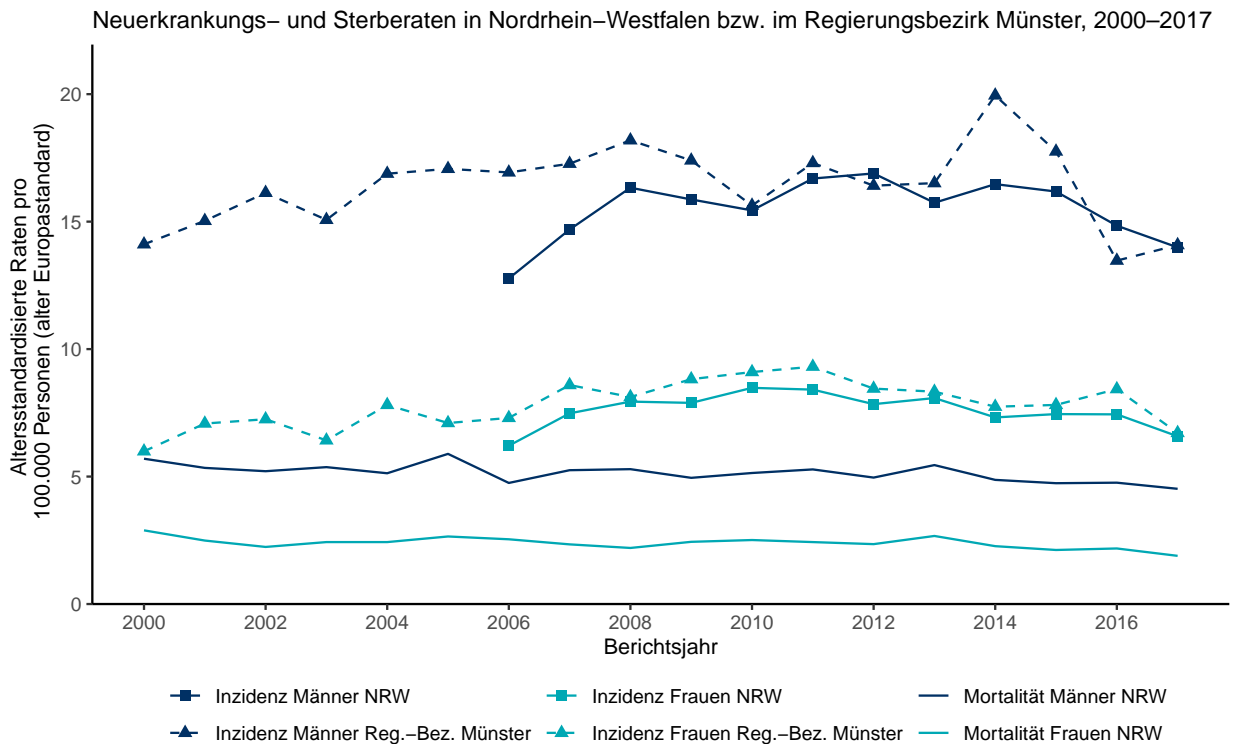
Mortalität	Mortalität	
	Männer	Frauen
Sterbefälle durch Krebs	672	394
Mittleres Sterbealter (Median)	77	80
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,3	0,1
Anteil aller Krebssterbefälle (%)	2,4	1,7
Anteil aller Sterbefälle (%)	0,7	0,4
Rohe Rate ¹	7,6	4,3
Standardisierte Rate ^{1,2}	4,5	1,9
Vergleich Deutschland 2017 ^{1,2}	4,6	2,0
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	4,8	2,2

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Alterspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

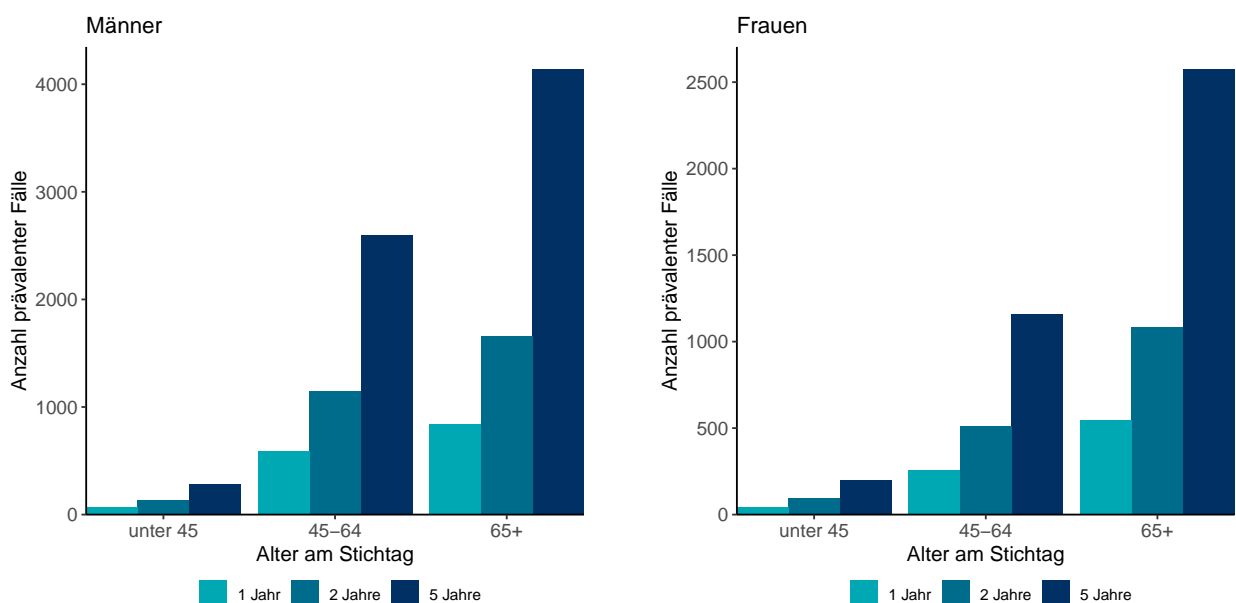


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



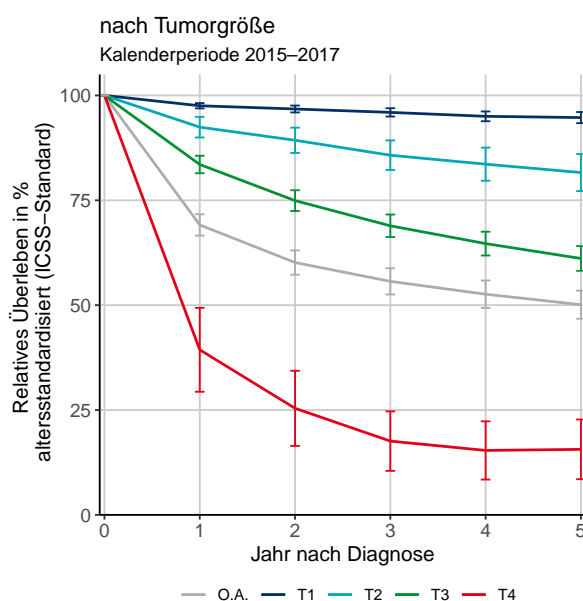
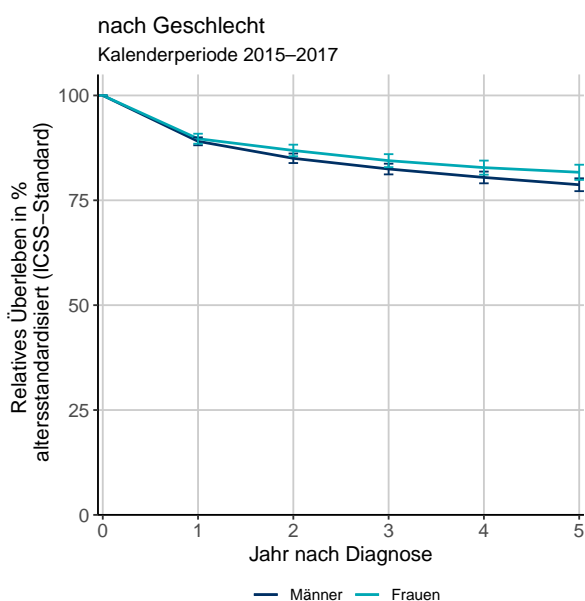
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 7.025 Männer und 3.932 Frauen mit Nierenkrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 1.499 bzw. 2.941 bei Männern und 844 bzw. 1.689 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 79 % und für Frauen 82 %. Das Überleben nach Nierenkrebs hängt stark von der Ausdehnung des Tumors zum Zeitpunkt der Diagnose ab. Da Karzinome der Niere häufig in einem frühen Stadium entdeckt werden, ist die Prognose insgesamt gut.



Histologische Häufigkeitsverteilung

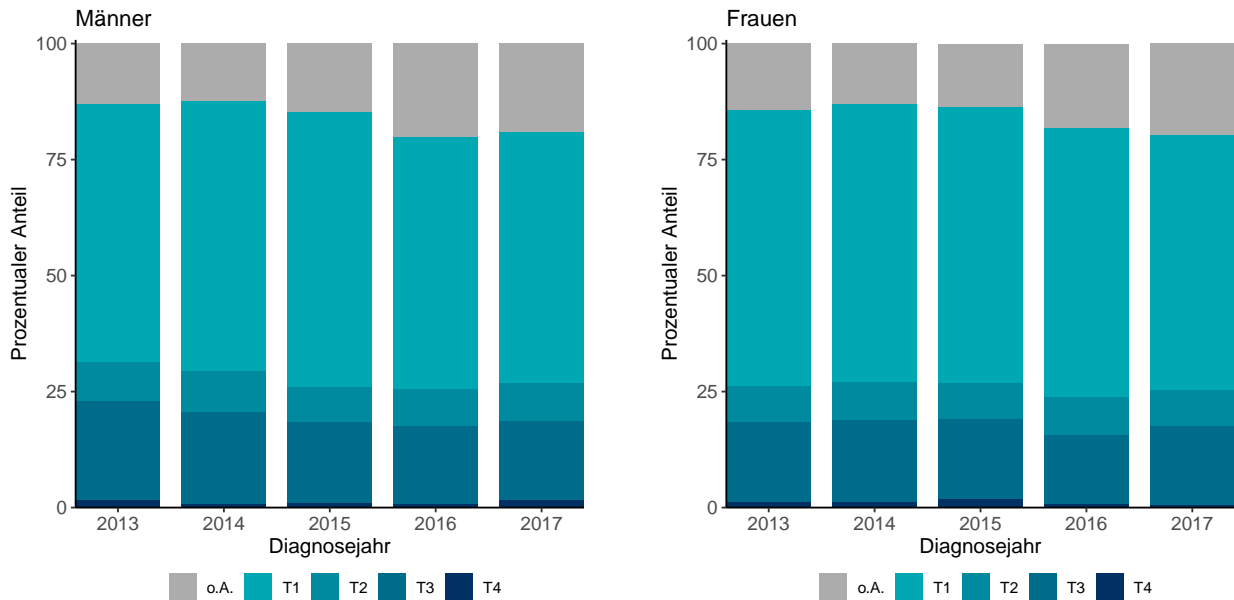
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Klarzelliges Nierenzell-Ca	936	52,4	535	51,5
Chromophobes Nierenzell-Ca	81	4,5	58	5,6
Papilläres Nierenzell-Ca	212	11,9	72	6,9
Sonstg. Nierenzell-Ca	22	1,2	15	1,4
N.n.bez. Nierenzell-Ca	279	15,6	157	15,1
Nephroblastom	2	0,1	3	0,3
Andere spez. Malignome	48	2,7	28	2,7
Unspezif./ ungenau bezeichnet	205	11,5	171	16,5

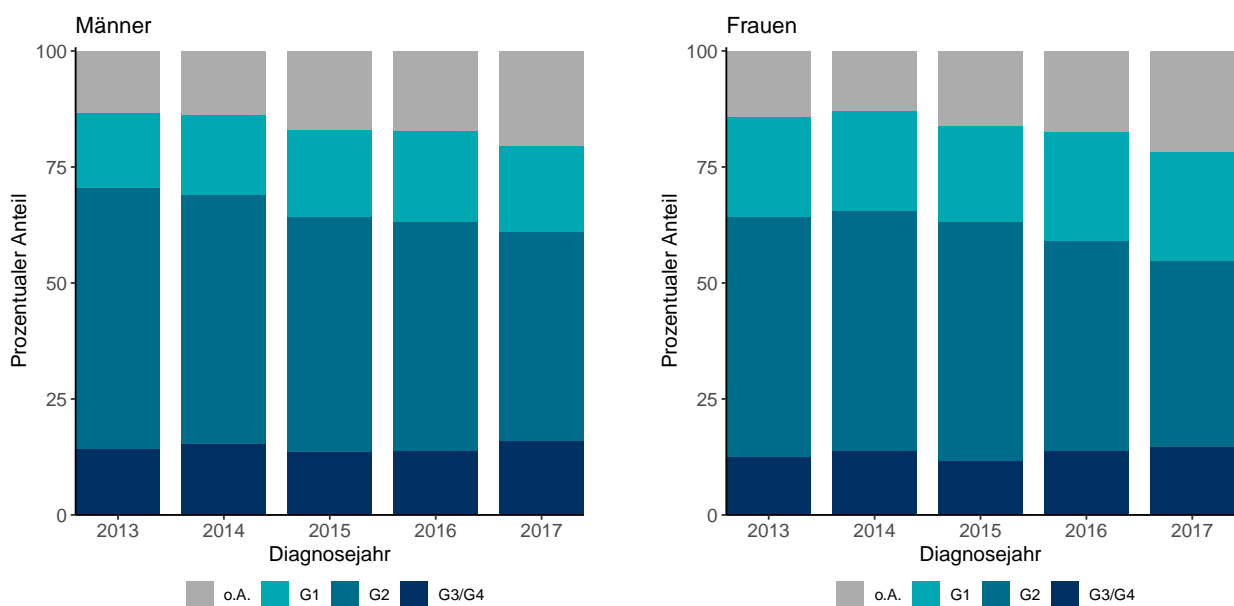
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Es werden überwiegend kleine und damit prognostisch günstige Tumoren im Stadium T1 diagnostiziert.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei etwa 10-15% der malignen Neoplasien der Niere liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor.



Harnblase (C67, D09.0, D41.4)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 5.425 Männer und 1.817 Frauen an Harnblasenkrebs neu erkrankt. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 61,7 und 19,9 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 74 Jahren für Männer und 75 Jahren für Frauen.

Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 950 Männer und 462 Frauen an Harnblasenkrebs verstorben. Die Sterbefallzahlen entsprechen 10,8 und 5,1 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 81 Jahren für Männer und 82 Jahren für Frauen.

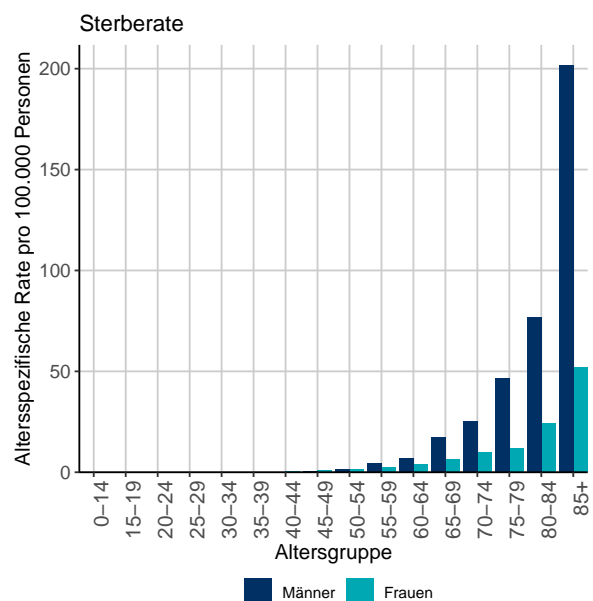
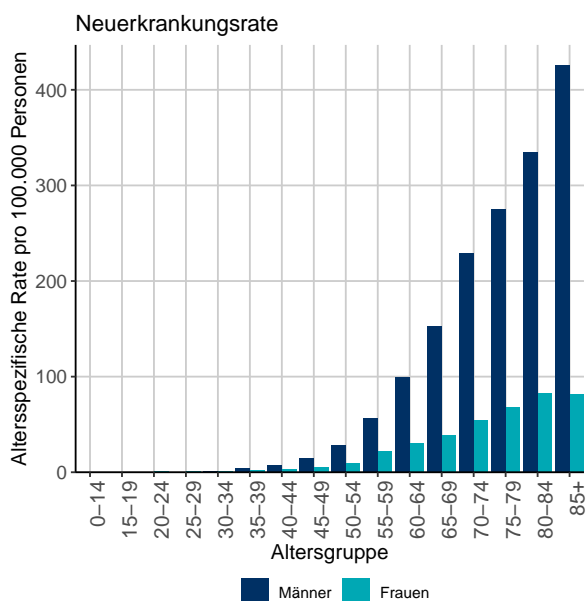
Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	5.425	1.817
davon DCO-Fälle	130	112
Neuerkrankungsfälle in situ	2.048	530
Fälle unsich. Verhaltens	169	81
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	74	75
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	3,0	0,8
Rohe Rate ¹	61,7	19,9
Standardisierte Rate ^{1, 2}	38,3	10,6
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	34,7	9,0
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	42,7	11,2

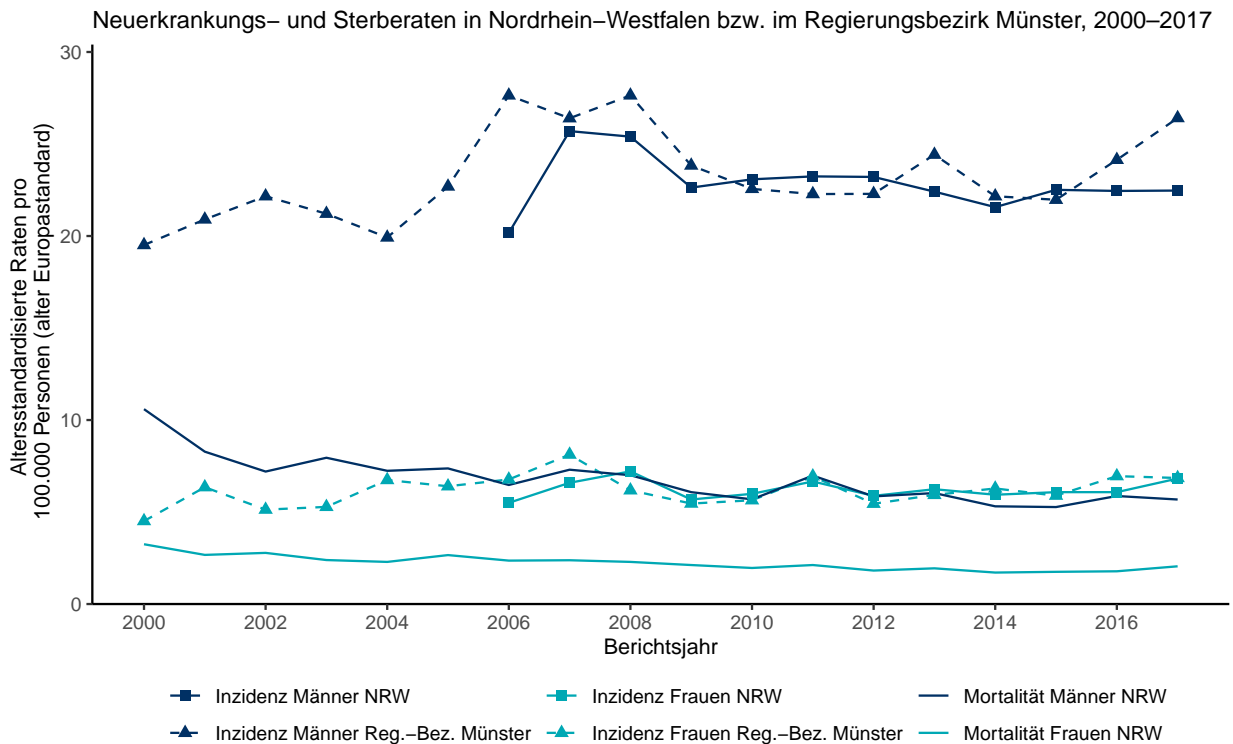
	Mortalität	
	Männer	Frauen
Sterbefälle durch Krebs	950	462
Mittleres Sterbealter (Median)	81	82
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,3	0,1
Anteil aller Sterbefälle (%)	1,0	0,4
Rohe Rate ¹	10,8	5,1
Standardisierte Rate ^{1, 2}	6,0	2,1
Vergleich Deutschland 2017 ^{1, 2}		
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	7,2	2,5

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

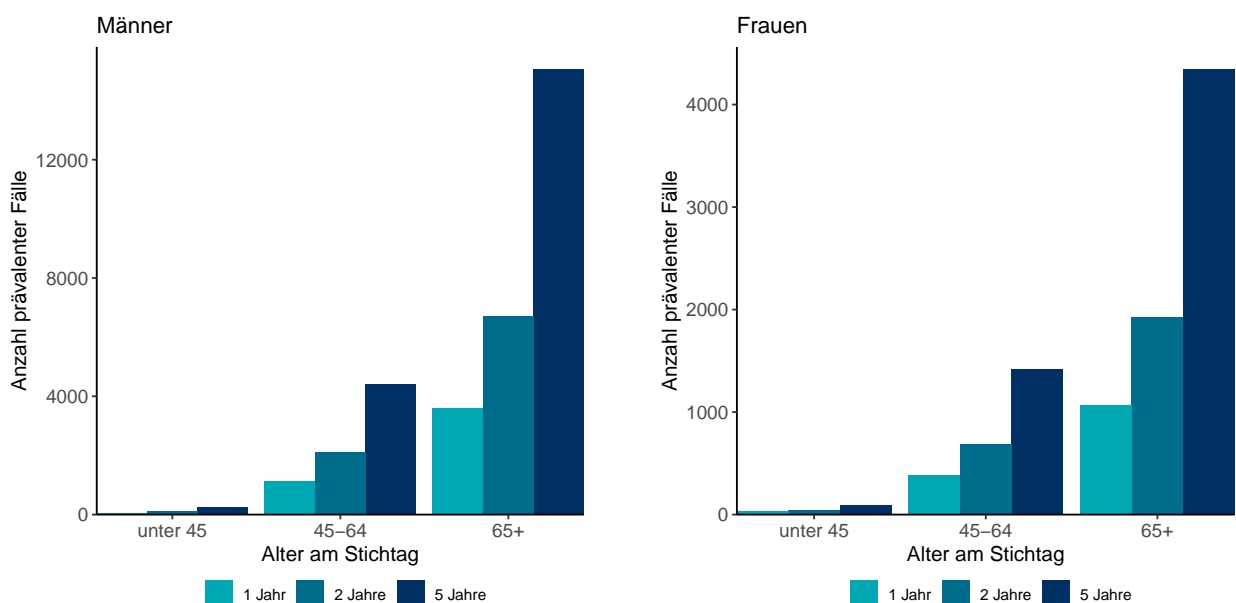


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



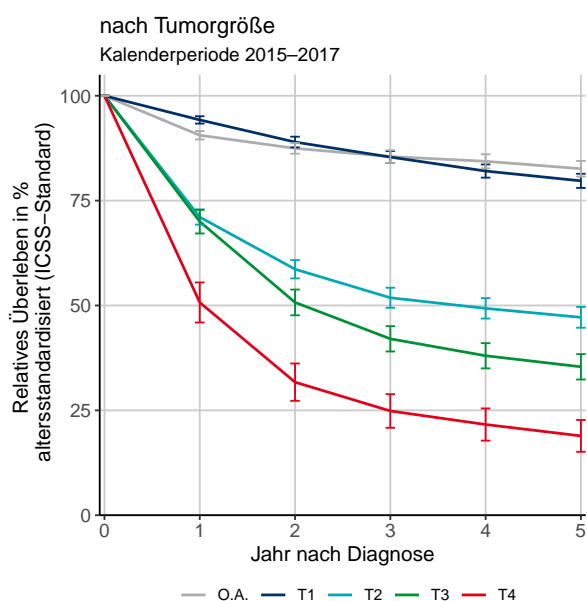
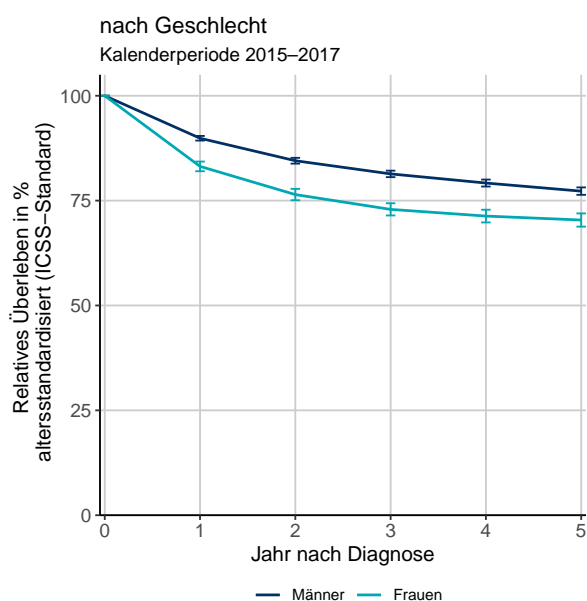
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 19.733 Männer und 5.854 Frauen mit Harnblasenkrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 4.792 bzw. 8.930 bei Männern und 1.494 bzw. 2.660 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 77% und für Frauen 70%. Wird die Krebserkrankung in einem frühen Stadium mit geringer Tumorausdehnung diagnostiziert, können deutlich bessere relative Überlebensraten beobachtet werden.



Histologische Häufigkeitsverteilung

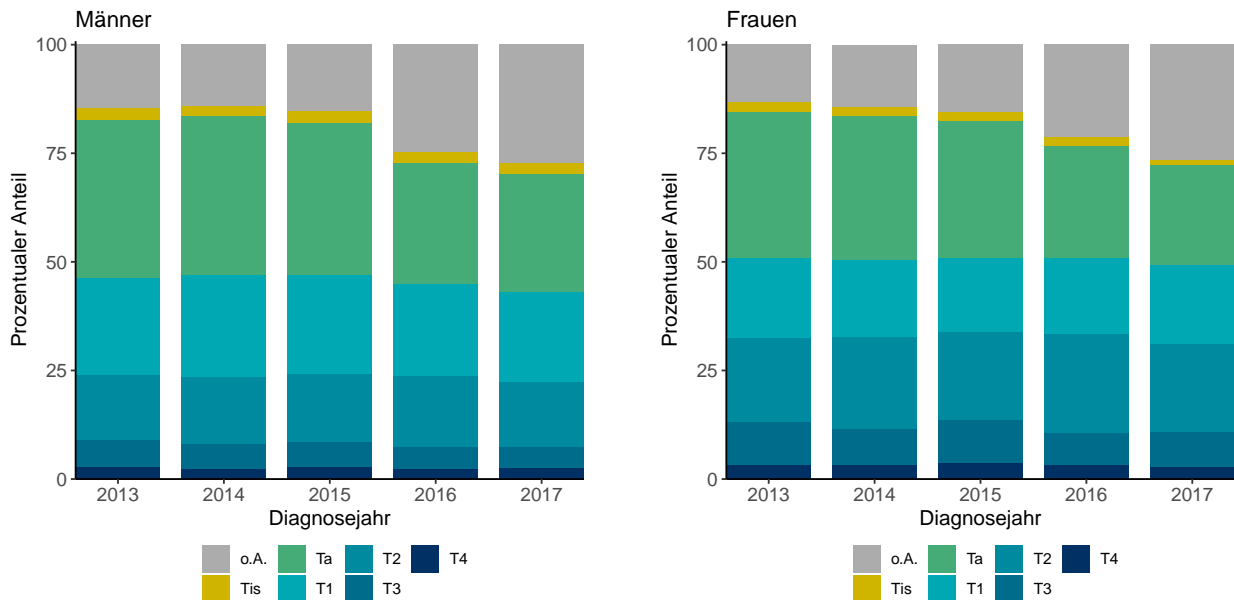
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Transitionalzell-Ca	4.392	81,0	1.326	73,0
Plattenepithel-Ca	38	0,7	53	2,9
Adeno-Ca	29	0,5	16	0,9
Kleinzellig/neuroendokrin	41	0,8	14	0,8
Sarkome u. Weichteiltumore	3	0,1	4	0,2
Andere spez. Malignome	171	3,2	82	4,5
Unspezif./ ungenau bezeichnet	751	13,8	322	17,7

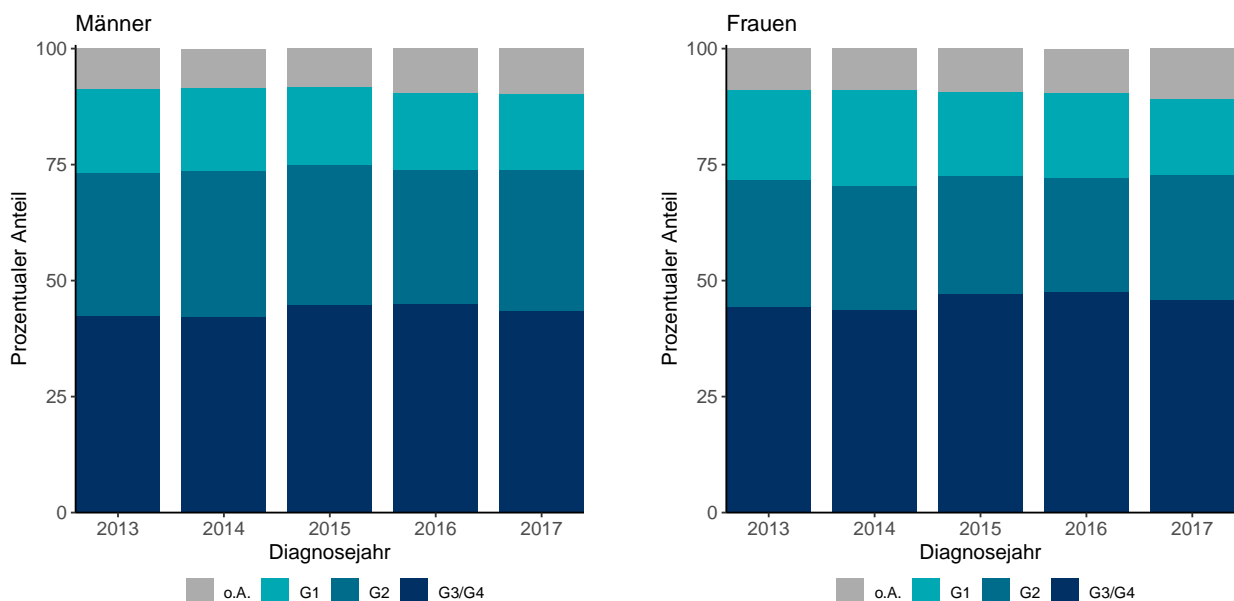
Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Zwischen 50 - 60 % aller Neoplasien der Harnblase werden als prognostisch günstige oberflächliche Tumoren in den Stadien Ta, Tis und T1 diagnostiziert. Bei knapp 25% handelt es sich um muskelinvasive und organübergreifende Tumoren (T2-T4). Für Frauen liegt der Anteil der T2-T4-Stadien bei etwa 30 %.



Histopathologisches Grading (G)

Das histopathologische Grading beschreibt inwieweit das Tumorgewebe dem gesunden Ursprungsgewebe ähnelt und reicht von G1 (gut differenziert) bis G3/G4 (schlecht differenziert/undifferenziert). Bei etwa 40 % der malignen Neoplasien der Harnblase der liegt ein prognostisch ungünstiges Grading von G3/G4 vor.



Zentrales Nervensystem (C70 - C72)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 831 Männer und 621 Frauen an bösartigen Neubildungen des Zentralen Nervensystems neu erkrankt. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 9,5 und 6,8 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 63 Jahren für Männer und 65 Jahren für Frauen.

Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 678 Männer und 561 Frauen an bösartigen Neubildungen des Zentralen Nervensystems verstorben. Die Sterbefallzahlen entsprechen 7,7 und 6,1 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 66 Jahren für Männer und 70 Jahren für Frauen.

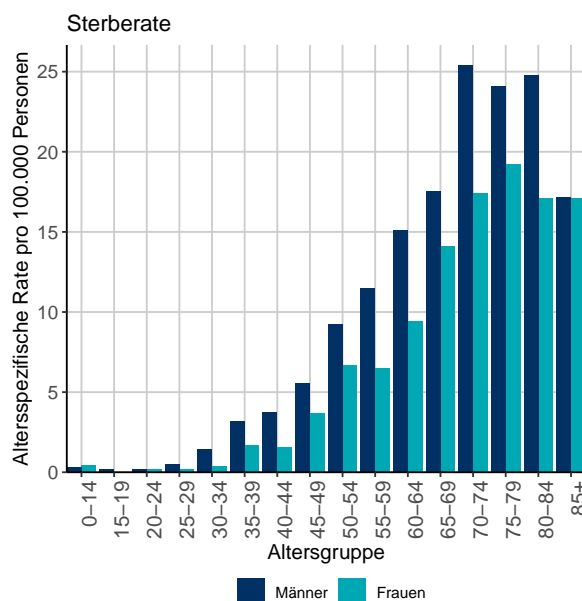
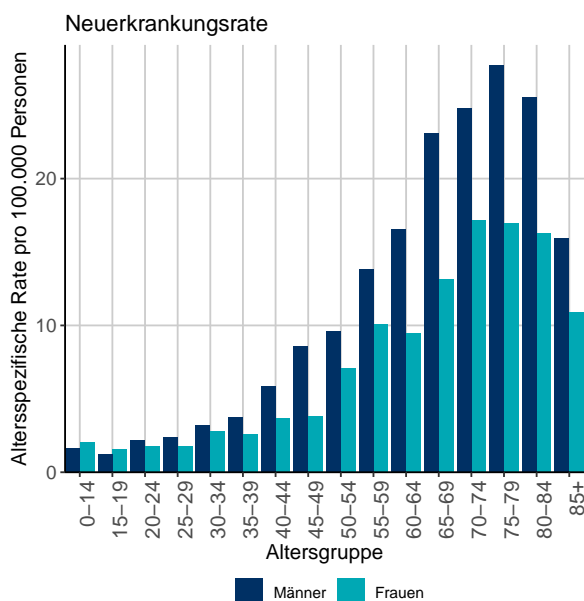
Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	831	621
davon DCO-Fälle	103	117
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	63	65
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	0,6	0,4
Anteil an Krebs insgesamt (%)	1,4	1,1
Rohe Rate ¹	9,5	6,8
Standardisierte Rate ^{1, 2}	7,2	4,9
Vergleich Deutschland 2016 ^{1, 2}	7,6	5,9
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	8,2	6,1

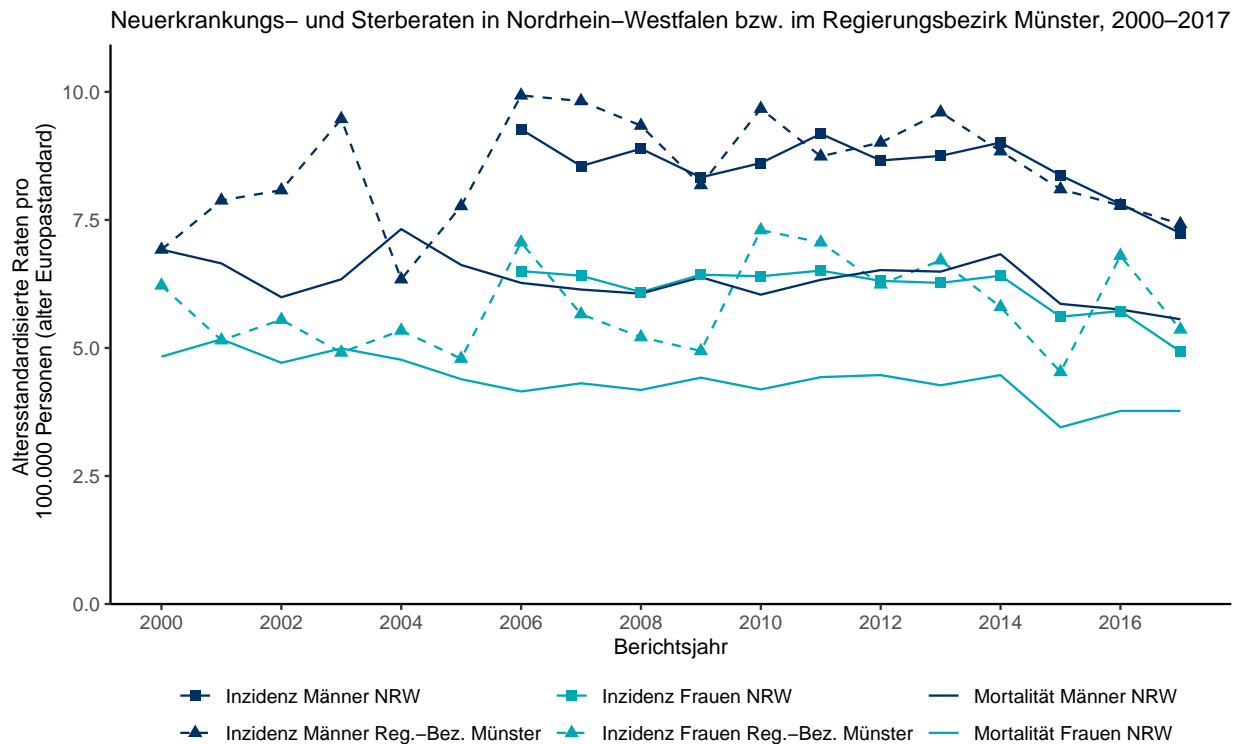
	Mortalität	
	Männer	Frauen
Sterbefälle durch Krebs	678	561
Mittleres Sterbealter (Median)	66	70
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,5	0,3
Anteil aller Krebssterbefälle (%)	2,5	2,4
Anteil aller Sterbefälle (%)	0,7	0,5
Rohe Rate ¹	7,7	6,1
Standardisierte Rate ^{1, 2}	5,6	3,8
Vergleich Deutschland 2017 ^{1, 2}	5,9	4,0
Vergleich Niederlande 2016 ^{1, 2}	5,6	3,5

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

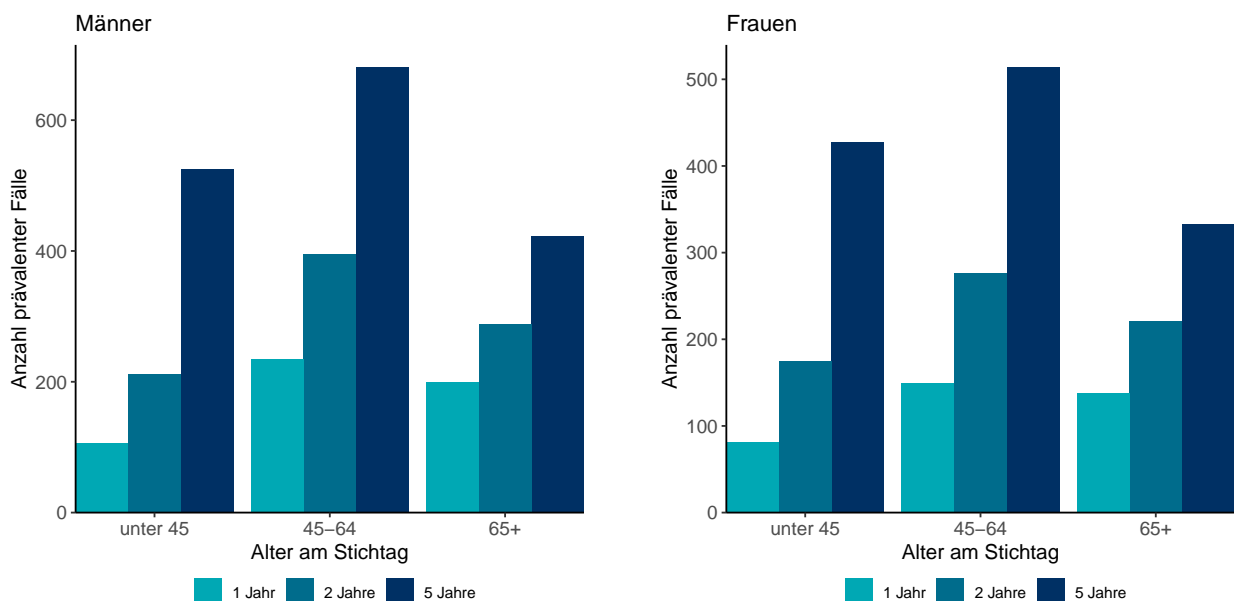


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



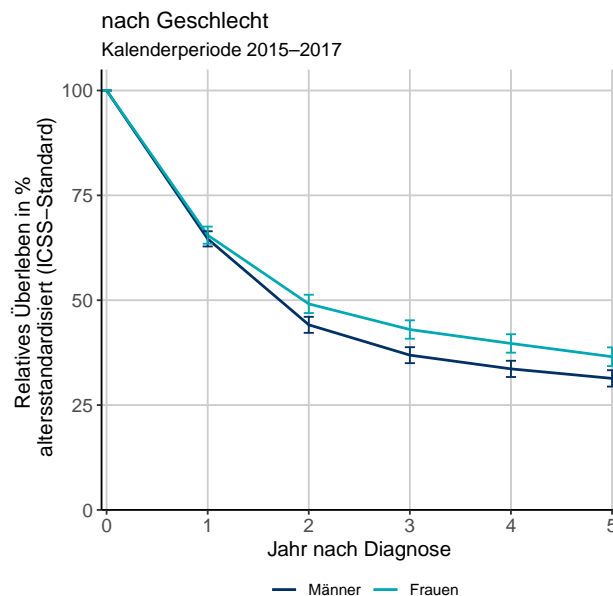
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 1.628 Männer und 1.275 Frauen mit bösartigen Neubildungen des Zentralen Nervensystems, die in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden waren (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 541 bzw. 894 bei Männern und 369 bzw. 672 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 31 % und für Frauen 37 %.



Histologische Häufigkeitsverteilung

Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Glioblastom	475	57,2	305	49,1
Anaplastisches Astrocytom	53	6,4	43	6,9
Sonstg. Astrocytome	39	4,7	24	3,9
Ependymom	24	2,9	21	3,4
Medulloblastom	3	0,4	3	0,5
Oligodendrogliom	27	3,2	21	3,4
Andere gliomatöse Malignome	44	5,3	40	6,4
Andere spez. Malignome	15	1,8	7	1,1
Unspezif./ ungenau bezeichnet	151	18,2	157	25,3

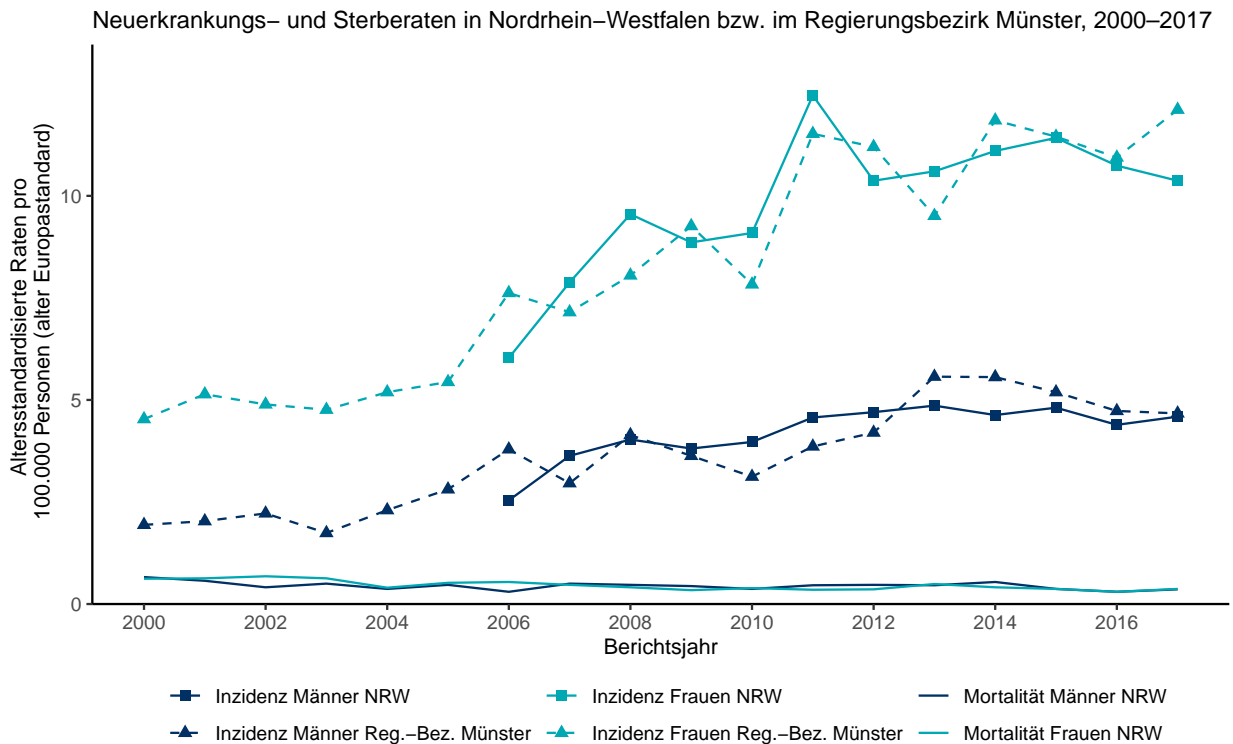
Tumorgröße (T)

Tumorgröße wird hier nicht bestimmt bzw. trifft hier nicht zu.

Histopathologisches Grading (G)

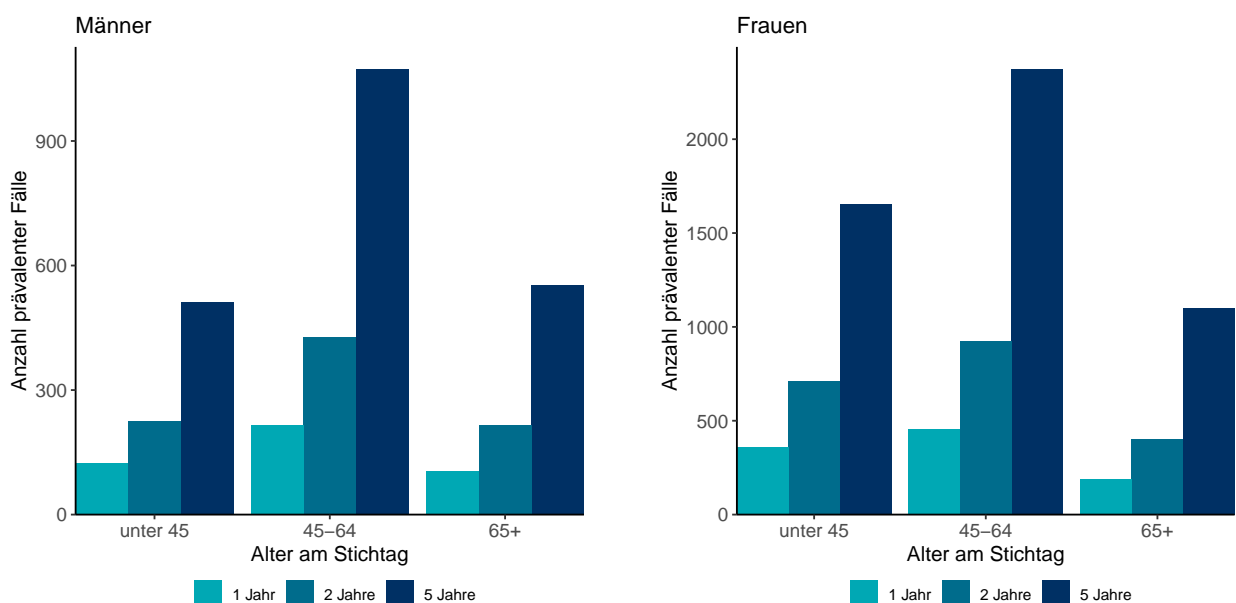
Histopathologisches Grading wird hier nicht angewandt.

Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



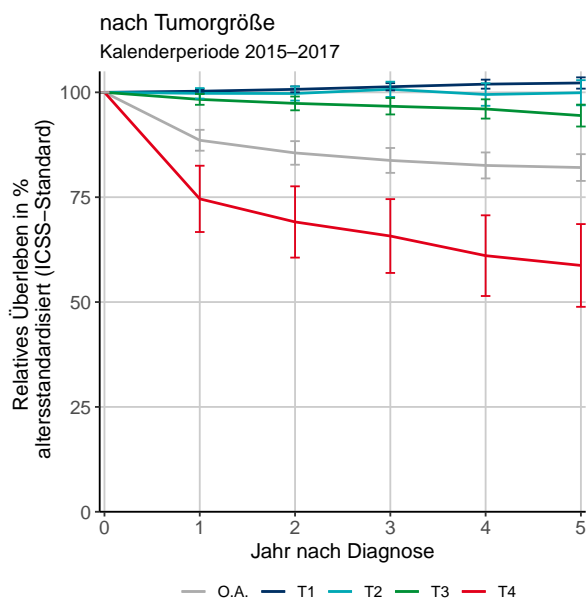
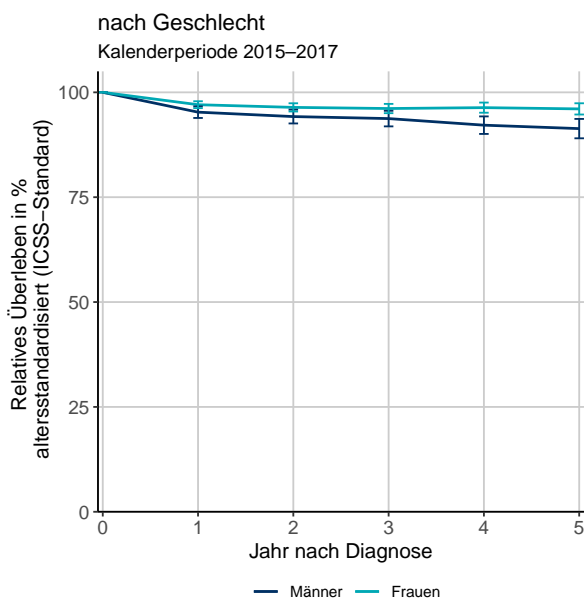
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 2.137 Männer und 5.127 Frauen mit Schilddrüsenkrebs, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 444 bzw. 869 bei Männern und 1.004 bzw. 2.041 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 91 % und für Frauen 96 %. Die Prognose bei Schilddrüsenkrebs ist insgesamt sehr günstig. Wird der Tumor in einem sehr frühen Stadium entdeckt, unterscheidet sich die Überlebenswahrscheinlichkeit kaum von der der allgemeinen Bevölkerung.



Histologische Häufigkeitsverteilung

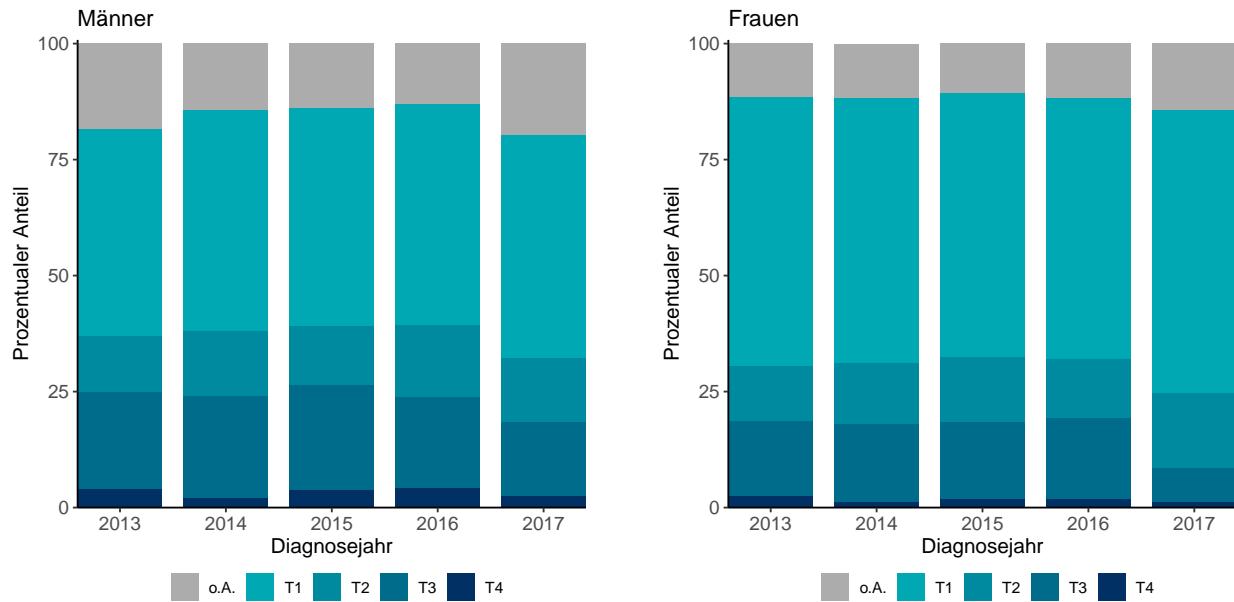
Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Papilläres Adeno-Ca	309	65,3	770	74,0
Follikuläres Adeno-Ca	52	11,0	96	9,2
Medulläres Adeno-Ca	29	6,1	54	5,2
Sonstg. Adeno-Ca	9	1,9	7	0,7
Anaplastisches Ca	9	1,9	3	0,3
Andere spez. Malignome	7	1,5	9	0,9
Unspezif./ ungenau bezeichnet	58	12,3	101	9,7

Tumorgröße (T)

Die Größe des Primärtumors wird als T-Stadium mit zunehmender Ausdehnung des Tumors von T1 bis T4 beschrieben. Es werden überwiegend kleine und damit prognostisch günstige Tumoren im Stadium T1 diagnostiziert.



Histopathologisches Grading (G)

Histopathologisches Grading wird hier nicht angewandt.

Hodgkin-Lymphom (C81)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 309 Männer und 209 Frauen an einem Hodgkin-Lymphom neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 0,5% aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 0,4% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 3,5 und 2,3 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 50 Jahren für Männer und 46 Jahren für Frauen.

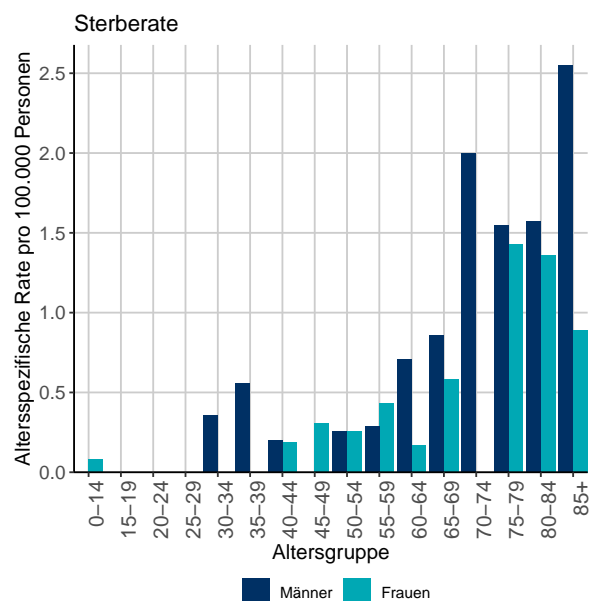
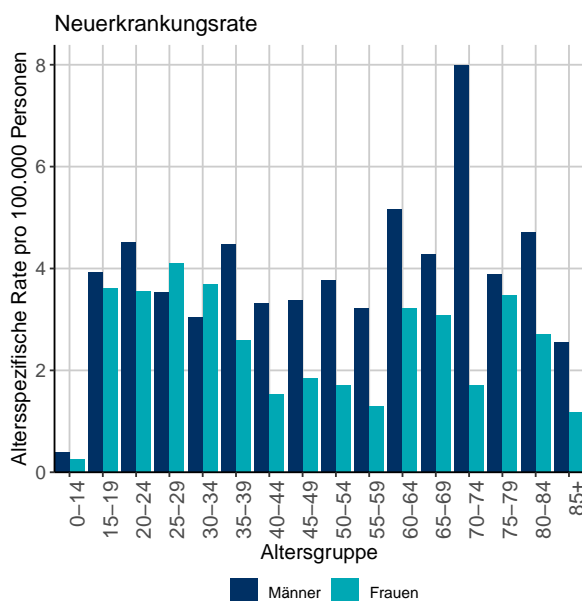
Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 39 Männer und 28 Frauen an einem Hodgkin-Lymphom verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 0,1% aller Krebssterbefälle bei Männern und 0,1% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 0,4 und 0,3 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 71 Jahren für Männer und 76 Jahren für Frauen.

Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

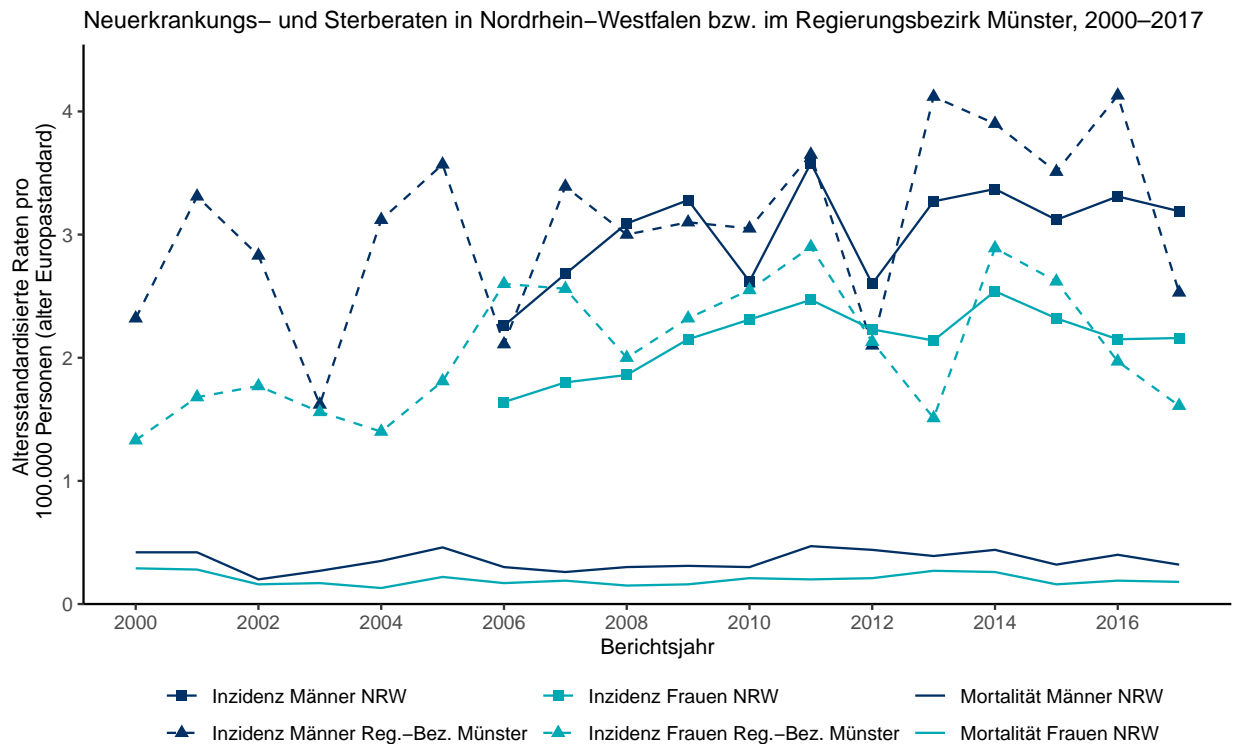
Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	309	209
davon DCO-Fälle	6	5
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	50	46
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	0,3	0,2
Anteil an Krebs insgesamt (%)	0,5	0,4
Rohe Rate ¹	3,5	2,3
Standardisierte Rate ^{1,2}	3,2	2,2
Vergleich Deutschland 2016 ^{1,2}	3,2	2,4
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	2,9	2,6

¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Alterspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten

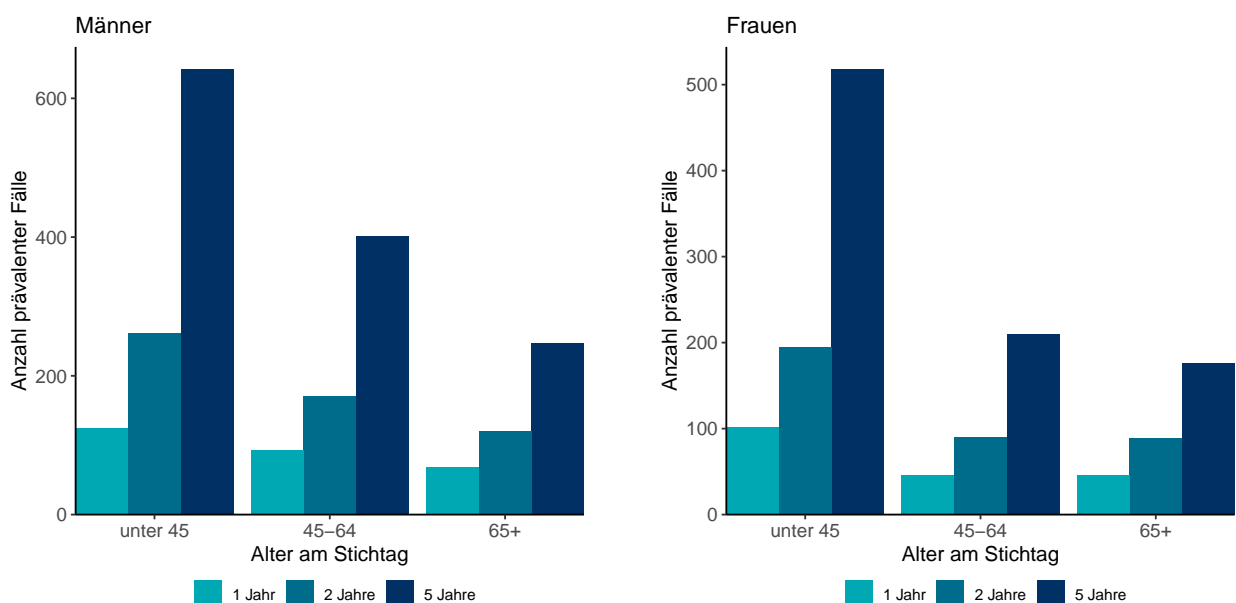


Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



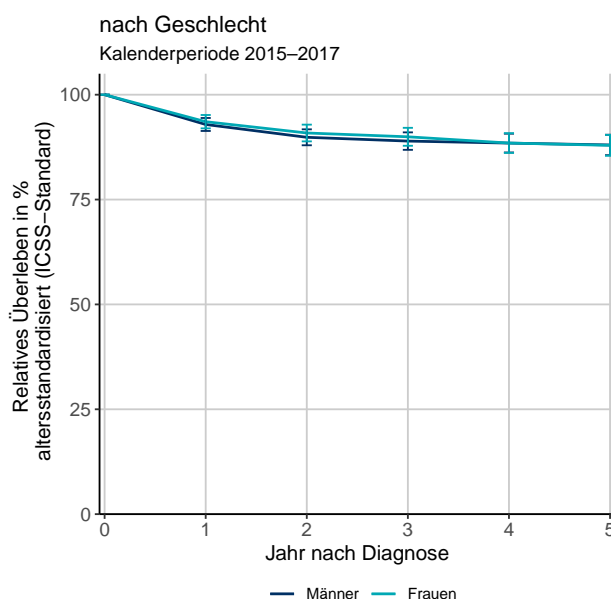
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 1.290 Männer und 904 Frauen mit einem Hodgkin-Lymphom, das in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 285 bzw. 553 bei Männern und 194 bzw. 374 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 88 % und für Frauen 88 %.



Histologische Häufigkeitsverteilung

Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Noduläres lymph.-prääd. HL (C81.0)	35	11,3	13	6,2
Nodulär-sklerosierendes HL (C81.1)	112	36,2	97	46,4
Gemischtzelliges HL (C81.2)	67	21,7	41	19,6
Lymphozytenarmes HL (C81.3)	4	1,3	0	0,0
Lymphozytenreiches HL (C81.4)	27	8,7	7	3,3
Sonstige Typen (C81.7)	0	0,0	0	0,0
Nicht näher bezeichnetes HL (C81.9)	64	20,7	51	24,4

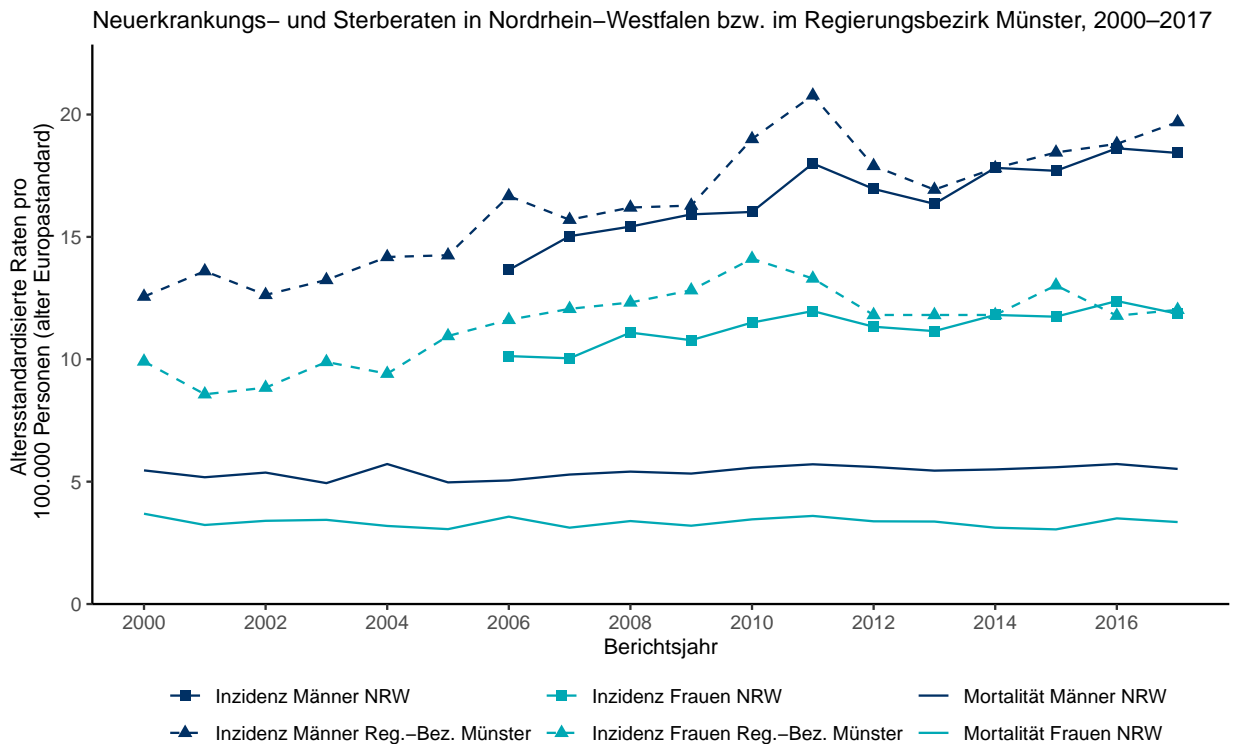
Tumorgröße (T)

Tumorgröße wird hier nicht bestimmt bzw. trifft hier nicht zu.

Histopathologisches Grading (G)

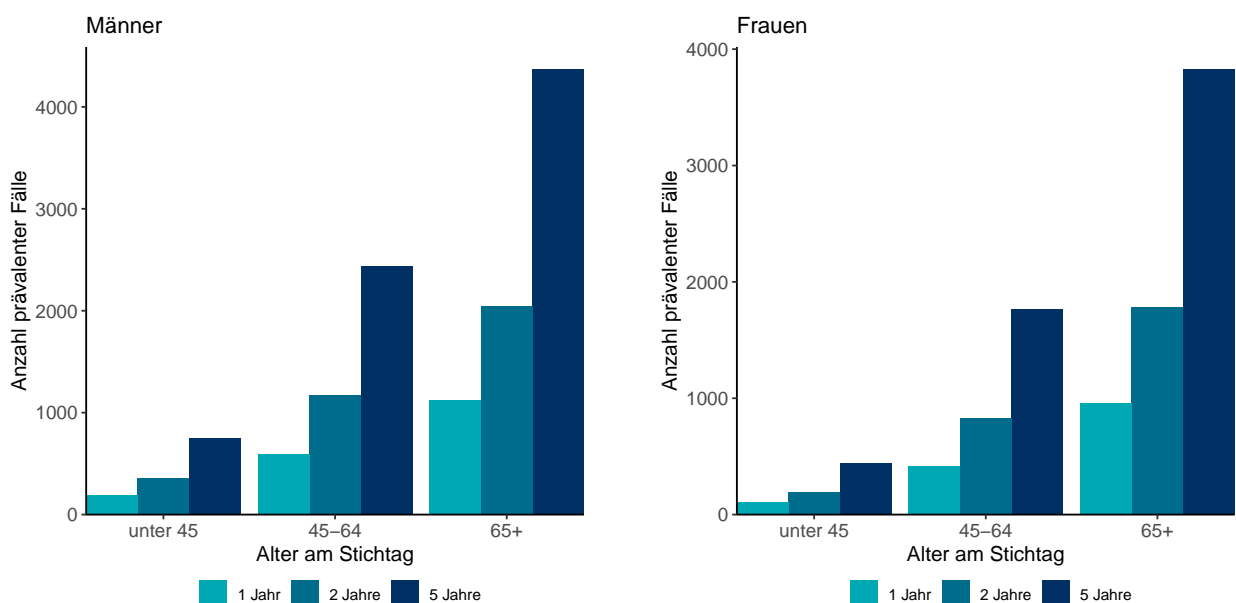
Histopathologisches Grading wird hier nicht angewandt.

Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



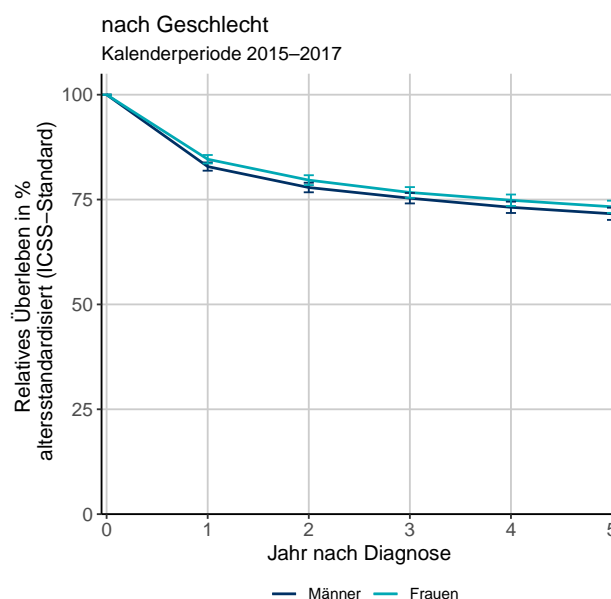
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 7.556 Männer und 6.040 Frauen mit einem Non-Hodgkin-Lymphom, das in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 1.909 bzw. 3.585 bei Männern und 1.483 bzw. 2.814 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 72 % und für Frauen 73 %.



Histologische Häufigkeitsverteilung

Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Follikuläres Lymphom (C82)	350	14,7	337	17,9
Nicht follikuläres Lymphom (C83)	1.173	49,3	862	45,9
Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome (C84)	223	9,4	112	6,0
Sonstige/n.n.bez. Typen des NHL (C85)	396	16,6	341	18,2
Weitere spez. T/NK-Zell-Lymphome (C86)	38	1,6	31	1,7
Bösartige immunproliferative Erkr. (C88)	200	8,4	195	10,4

Tumorgröße (T)

Tumorgröße wird hier nicht bestimmt bzw. trifft hier nicht zu.

Histopathologisches Grading (G)

Histopathologisches Grading wird hier nicht angewandt.

Multiples Myelom (C90)

Inzidenz Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 1.130 Männer und 984 Frauen an einem Multiplen Myelom neu erkrankt. Damit stellen sie einen Anteil von 1,9% aller bösartigen Neubildungen bei Männern und 1,8% bei Frauen dar. Die Neuerkrankungszahlen entsprechen 12,9 und 10,8 Erkrankungsfällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt bei 71 Jahren für Männer und 73 Jahren für Frauen.

Mortalität Im Jahr 2017 sind in Nordrhein-Westfalen 485 Männer und 435 Frauen an einem Multiplen Myelom verstorben. Damit stellen sie einen Anteil von 1,8% aller Krebssterbefälle bei Männern und 1,8% bei Frauen dar. Die Sterbefallzahlen entsprechen 5,5 und 4,8 Sterbefällen pro 100.000 der männlichen bzw. weiblichen Wohnbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Sterbealter (Median) liegt bei 77 Jahren für Männer und 79 Jahren für Frauen.

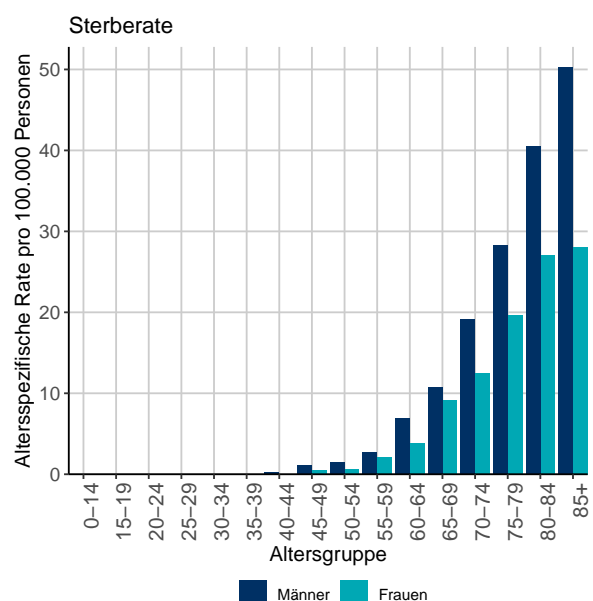
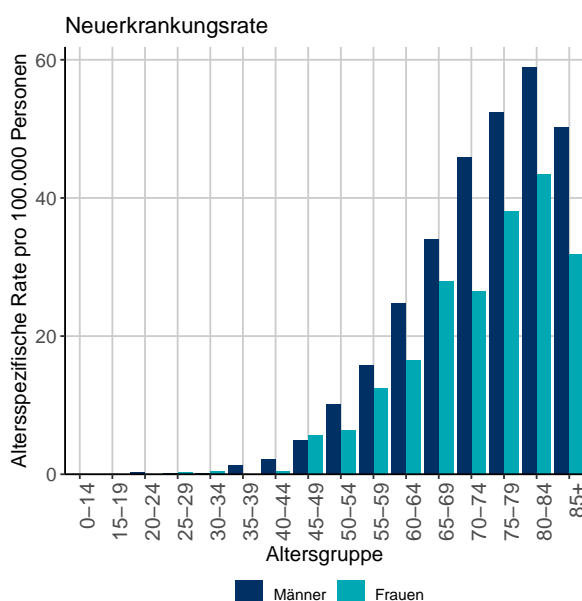
Inzidenz und Mortalität in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017

Inzidenz	Mortalität	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungsfälle (invasiv)	1.130	984
davon DCO-Fälle	144	176
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	71	73
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	0,7	0,5
Anteil an Krebs insgesamt (%)	1,9	1,8
Rohe Rate ¹	12,9	10,8
Standardisierte Rate ^{1,2}	8,4	5,9
Vergleich Deutschland 2016 ^{1,2}	6,1	3,8
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	6,1	4,3

Mortalität	Inzidenz	
	Männer	Frauen
Sterbefälle durch Krebs	485	435
Mittleres Sterbealter (Median)	77	79
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,2	0,1
Anteil aller Krebssterbefälle (%)	1,8	1,8
Anteil aller Sterbefälle (%)	0,5	0,4
Rohe Rate ¹	5,5	4,8
Standardisierte Rate ^{1,2}	3,2	2,1
Vergleich Deutschland 2017 ^{1,2}	3,2	1,9
Vergleich Niederlande 2016 ^{1,2}	3,4	2,3

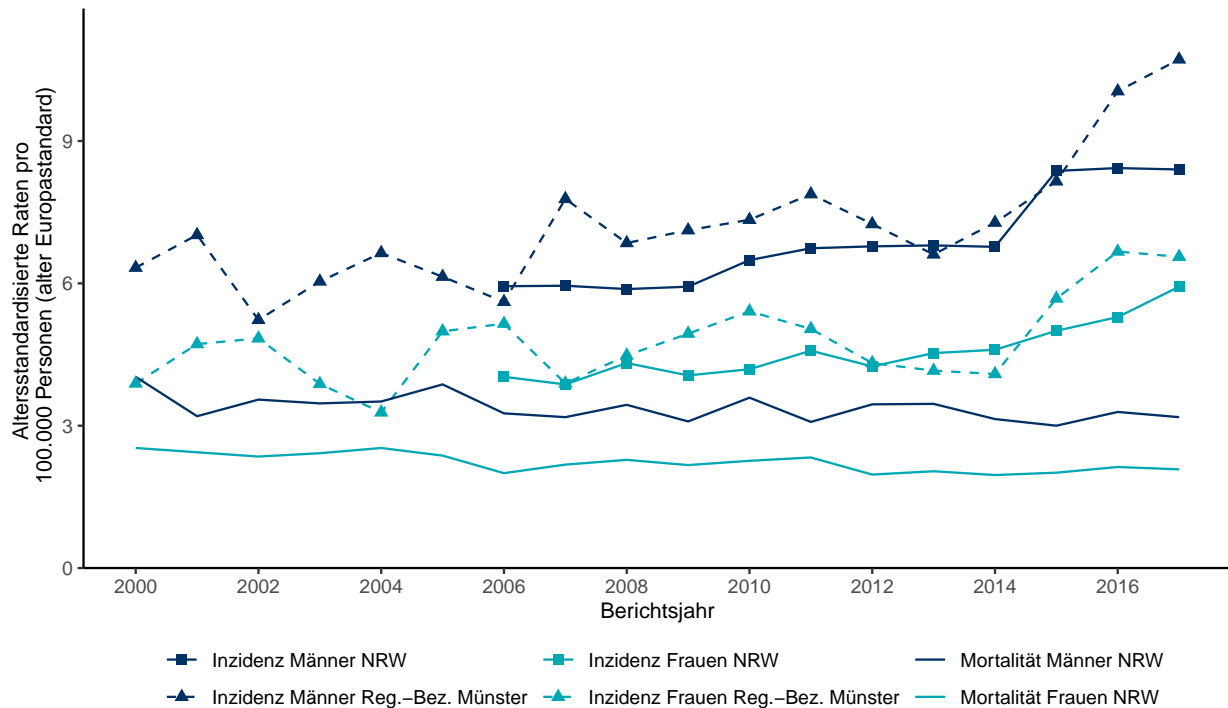
¹ pro 100.000 Personen; ² altersstandardisiert (alter Europastandard)

Altersspezifische Neuerkrankungs- und Sterberaten



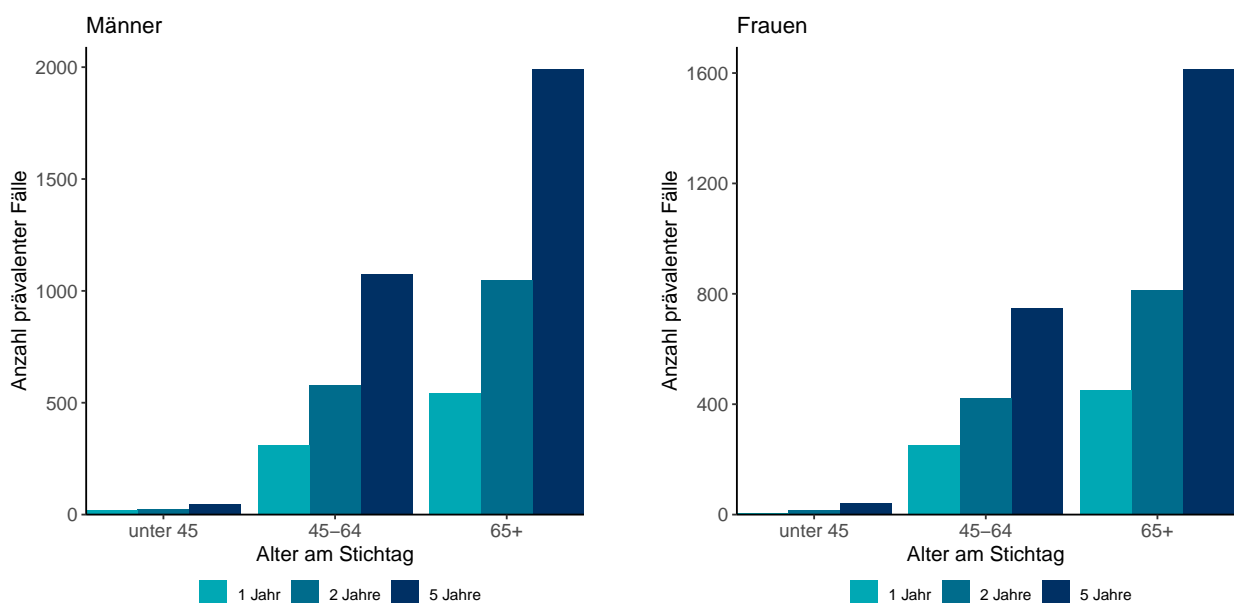
Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend

Neuerkrankungs- und Sterberaten in Nordrhein-Westfalen bzw. im Regierungsbezirk Münster, 2000–2017



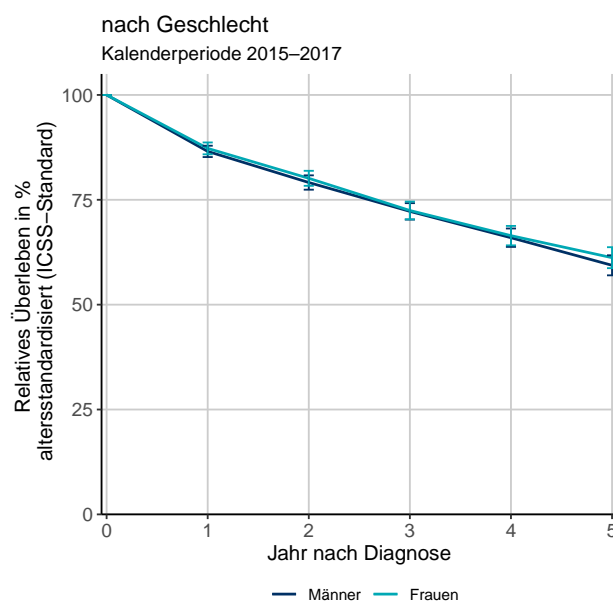
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 3.112 Männer und 2.403 Frauen mit einem Multiplen Myelom, das in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 874 bzw. 1.653 bei Männern und 707 bzw. 1.250 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenschance bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 59% und für Frauen 61%.



Histologische Häufigkeitsverteilung

Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Plasmozytom o.n.A.	562	49,7	505	51,3
Multipl. Myelom	550	48,7	470	47,8
Plasmazell-Leukämie	2	0,2	3	0,3
Extramedulläres Plasmozytom	16	1,4	6	0,6

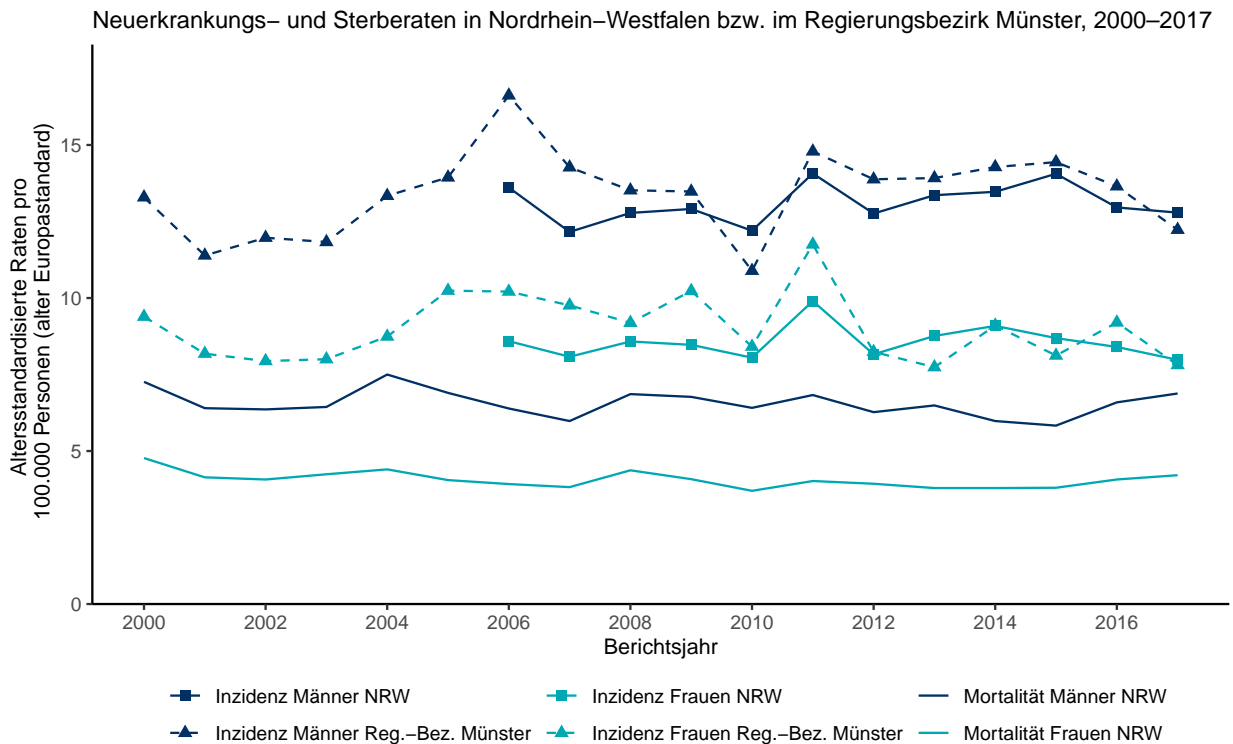
Tumorgröße (T)

Tumorgröße wird hier nicht bestimmt bzw. trifft hier nicht zu.

Histopathologisches Grading (G)

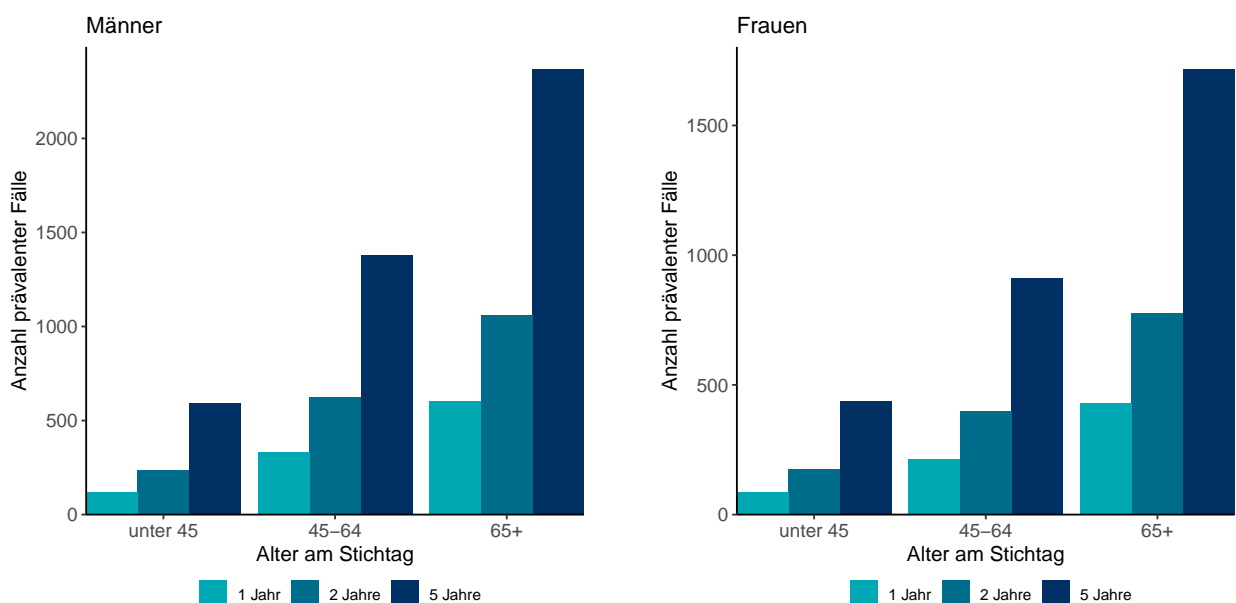
Histopathologisches Grading wird hier nicht angewandt.

Neuerkrankungs- und Sterberaten im Zeitrend



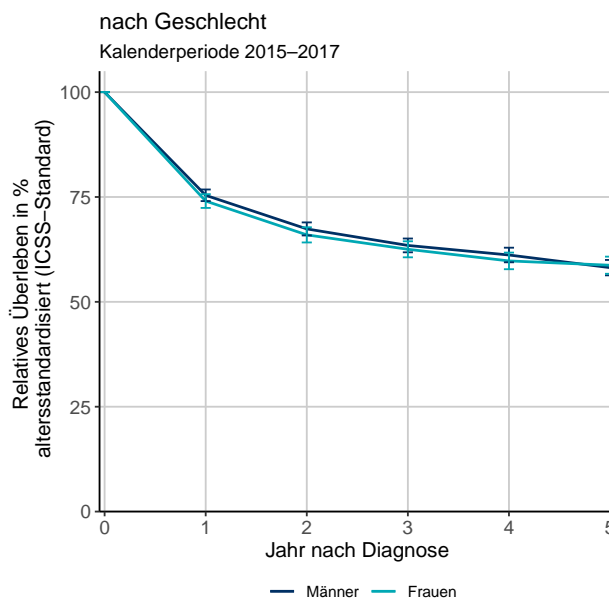
Prävalenz 2017

Am Stichtag 31.12.2017 lebten in Nordrhein-Westfalen 4.342 Männer und 3.064 Frauen mit einer Leukämie, der in den Jahren 2013 bis 2017 festgestellt worden war (5-Jahres-Prävalenz). Die 1- bzw. 2- Jahres-Prävalenz betrug am Stichtag 1.054 bzw. 1.926 bei Männern und 731 bzw. 1.352 bei Frauen. Die Abbildung zeigt die altersgruppenspezifische Anzahl prävalenter Fälle (1-, 2- und 5-Jahres-Prävalenzen).



Relatives 5-Jahres-Überleben

Das relative 5-Jahres-Überleben beschreibt die durchschnittliche krebsspezifische Überlebenswahrscheinlichkeit bis zu fünf Jahre nach der Diagnose. Das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben beträgt für Männer 58% und für Frauen 59%.



Histologische Häufigkeitsverteilung

Mit der Histologie wird der Zelltyp einer Neoplasie beschrieben. Die Tabelle zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der histologischen Subtypen.

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach histologischem Subtyp

Zelltyp	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Akute lymphatische Leukämie (91.0)	102	6,0	66	5,1
Chronische lymphat. Leuk. v. B-Zell-Typ (C91.1)	591	35,1	368	28,6
Sonstige lymphat. Leukämien (C91.2-C91.9)	68	4,0	38	3,0
Akute myeloblastische Leukämie (C92.0)	412	24,4	383	29,8
Chronische myeloische Leukämie (C92.1)	129	7,7	124	9,6
Sonstige myeloische Leukämien (C92.2-C92.9)	202	12,0	154	12,0
Monozytenleukämie (C93)	91	5,4	64	5,0
Sonstige Leukämieformen (C94-C95)	91	5,4	88	6,8

Tumorgröße (T)

Tumorgröße wird hier nicht bestimmt bzw. trifft hier nicht zu.

Histopathologisches Grading (G)

Histopathologisches Grading wird hier nicht angewandt.

Bevölkerungstabellen

Bevölkerung in NRW und im RB Münster

Bevölkerung in NRW nach Alter und Geschlecht, 2017					Standardbevölkerung	
Altersklassen	NRW		RB Münster		Altersklassen	Europa alt
	M	W	M	W		
0–4 J.	430.573	405.958	62.901	59.252	0–4 J.	8.000
5–9 J.	407.840	384.628	60.424	56.697	5–9 J.	7.000
10–14 J.	423.270	397.752	63.901	59.942	10–14 J.	7.000
15–19 J.	483.565	443.761	75.514	69.701	15–19 J.	7.000
20–24 J.	554.619	506.264	84.000	76.939	20–24 J.	7.000
25–29 J.	595.403	559.442	85.048	79.140	25–29 J.	7.000
30–34 J.	559.998	542.719	79.735	75.647	30–34 J.	7.000
35–39 J.	536.332	539.869	76.570	76.275	35–39 J.	7.000
40–44 J.	511.332	520.050	74.958	74.702	40–44 J.	7.000
45–49 J.	650.996	653.320	96.319	96.424	45–49 J.	7.000
50–54 J.	769.477	760.868	114.312	112.982	50–54 J.	7.000
55–59 J.	686.381	695.016	102.133	104.065	55–59 J.	6.000
60–64 J.	561.899	592.368	84.994	88.319	60–64 J.	5.000
65–69 J.	467.765	517.901	69.622	74.915	65–69 J.	4.000
70–74 J.	350.461	408.267	50.179	55.833	70–74 J.	3.000
75–79 J.	385.935	488.779	53.146	67.417	75–79 J.	2.000
80–84 J.	254.571	368.887	34.521	52.098	80–84 J.	1.000
85+ J.	157.162	338.706	22.220	50.308	85+ J.	1.000
gesamt	8.787.579	9.124.555	1.290.497	1.330.656	gesamt	100.000

Bevölkerungsstand auf Basis des Zensus 2011: 31. Dezember 2017,
Quelle: IT.NRW

Quellen

Datenquellen

Zentrum für Krebsregisterdaten (Robert Koch-Institut)

<http://www.krebsdaten.de>

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Statistisches Bundesamt)

<http://www.gbe-bund.de>

Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen

<http://www.it.nrw.de>

Integraal Kankercentrum Nederland – Nederlandse Kankerregistratie

<http://www.cijfersoverkanker.nl>

Software

Krebsepidemiologisches Informationssystem

CARESS – Clinical and Epidemiological Cancer Data Warehouse System and Tooling

OFFIS – Institut für Informatik

<http://www.offis.de>

R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.

<http://www.R-project.org/>

Holleczek B, Gondos A, Brenner H. periodR - an R package to Calculate Long-term Cancer Survival Estimates Using Period Analysis. *Methods Inf Med* 2009; 48: 123-128.

Abkürzungen/Glossar

BKRG	Bundeskrebsregisterdatengesetz
DCO	(=Death Certificate Only); Sterbemeldung mit Todesursache Krebs als einzige Meldequelle für einen Registerfall
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
EKR NRW	Epidemiologisches Krebsregister NRW gGmbH
ENCR	European Network of Cancer Registries
EpiCan	Vom EKR NRW entwickeltes Erfassungs- und Versandtool
EpiNHO	Spezifisches Erfassungs- und Versandtool des EKR NRW für onkologische Schwerpunktpraxen
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.
IACR	International Association of Cancer Registries
IARC	International Agency for Research on Cancer
ICD	International Classification of Diseases
ICD-O-3	International Classification of Diseases for Oncology, 3. Revision
IDEA	International Data Encryption Algorithm, symmetrisches Chiffrierverfahren
In-situ	Frühform einer bösartigen Erkrankung, die noch nicht in umgebende Gewebestrukturen eingedrungen ist.
Invasiv	Tumor durchbricht Grenzen zum umgebenden Gewebe (ein Kennzeichen von Bösartigkeit).
IT.NRW	Landesbetrieb Information und Technik NRW
KGNW	Krankenhausgesellschaft NRW
KFRG	Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz
KRG NRW	Krebsregistergesetz NRW, Gesetz zur Einrichtung eines flächendeckenden bevölkerungsbezogenen Krebsregisters in Nordrhein-Westfalen
KV.IT	KV-IT GmbH – IT-Gesellschaft für integrierte Services im Gesundheitswesen
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
LKRG NRW	Gesetz über die klinische und epidemiologische Krebsregistrierung im Land Nordrhein-Westfalen (Landeskrebsregistergesetz – LKRG NRW)
LKR NRW	Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen
LZG.NRW	Landeszentrum Gesundheit NRW
MD 5	Message-Digest Algorithm 5, Einwegchiffrierverfahren
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NRW	Nordrhein-Westfalen
ONDIS	Softwarekonzept der KVWL zur Onkologischen Qualitätssicherung
OSCI	Online Services Computer Interface; eGovernment-Standard
RKI	Robert Koch-Institut, Berlin
SEER	Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) Program, USA
TNM	Einteilung des Erkrankungsstadiums anhand der Ausdehnung des Primärtumors: T = Größe des Tumors, N = Beteiligung von Lymphknoten; M = Fernmetastasen. Höhere Stadien indizieren weiter fortgeschrittene Erkrankung.
UICC	Prognostisches Einteilungssystem von Tumoren der Union internationale contre le cancer (UICC). Höhere Stadien indizieren ungünstigere Prognosen.
WHO	World Health Organization
ZfKD	Zentrum für Krebsregisterdaten, Berlin (am Robert Koch-Institut)