

Weltkrebstag wird am 4. Februar 2020 unter dem Motto „Ich bin und ich werde“ begangen

In Deutschland erkranken derzeit etwa 500.000 Menschen jedes Jahr neu an Krebs (ohne weißen Hautkrebs).¹ Wegen der demografischen Alterung der Bevölkerung wird in den kommenden Jahren eine Zunahme der Neuerkrankungszahlen erwartet, obwohl die altersstandardisierte Erkrankungsrate rückläufig ist (s. Abb. 1). Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zeigen, dass bis zu etwa 50 % aller Krebserkrankungen durch die Vermeidung bekannter Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht, körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährung, Infektionen) verhindert werden können.^{2,3} Um die Aufmerksamkeit auf die Krebsprävention, die Krebsfrüherkennung, die Krebsforschung und die onkologische Versorgung zu erhöhen, ruft die *Union for International Cancer Control* (UICC) zusammen mit zahlreichen Organisationen und Ländern der Welt jährlich am 4. Februar zum Weltkrebstag auf. Das Thema der aktuellen Kampagne heißt „Ich bin und ich werde“.⁴

Laut aktueller Schätzungen des *Zentrums für Krebsregisterdaten* (ZfKD) im Robert Koch-Institut (RKI) erkrankten im Jahr 2016 233.570 Frauen und 258.520 Männer neu an Krebs.¹ Neuerkrankungen

an Brust-, Prostata-, Darm- und Lungenkrebs machten knapp die Hälfte dieser Krebsneuerkrankungen aus. Weißer Hautkrebs, der aufgrund seiner geringen Letalität und der meist ambulanten Behandlung international üblicherweise nicht in die Krebsstatistik eingeschlossen wird, wurde 2016 in Deutschland etwa 230.000 mal neu diagnostiziert.

Neuerkrankungsraten vieler Krebsdiagnosen gehen aktuell zurück

Die altersstandardisierten Neuerkrankungsraten gehen bei vielen Krebsdiagnosen zurück. Starke Rückgänge seit 2010 gab es bei den häufigen Diagnosen Brust-, Darm- und Prostatakrebs (s. Abb. 2 und Abb. 3, S. 4). Diese Rückgänge hängen vermutlich auch mit der Einführung neuer Früherkennungsuntersuchungen und deren Inanspruchnahme zusammen. Allerdings sind die Beziehungen zwischen Früherkennung und Inzidenz in den o. g. drei Fällen unterschiedlich.

Das Mammographie-Screening-Programm zur Früherkennung von **Brustkrebs** für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren wurde zwischen 2005 und 2008 in Deutschland eingeführt.⁵ Während der Einführung

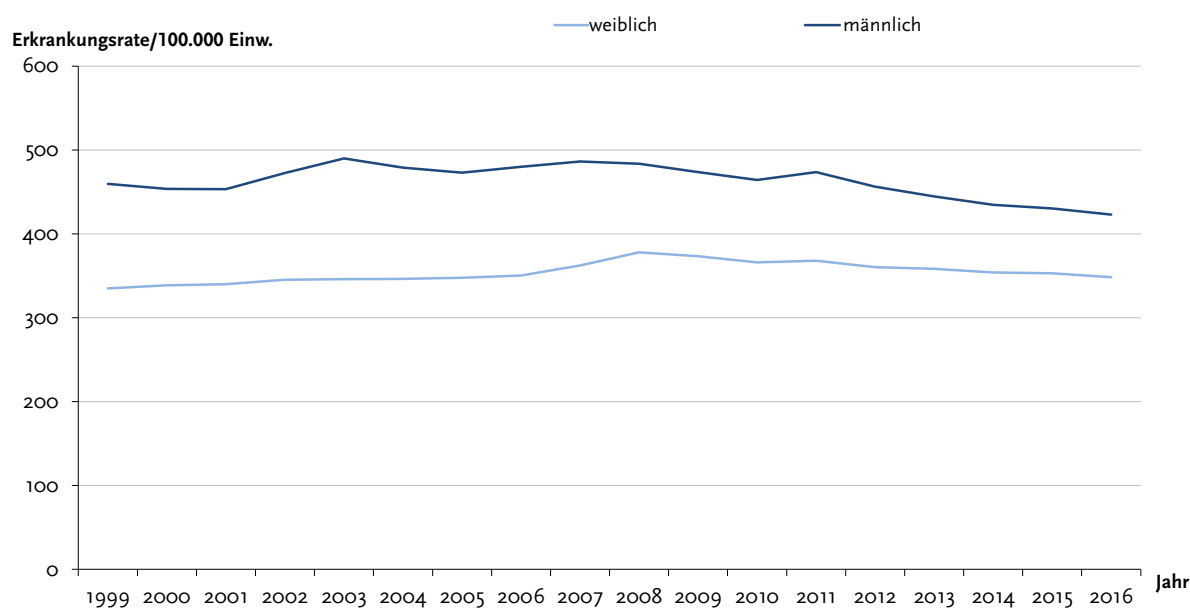


Abb. 1 | Altersstandardisierte Neuerkrankungsrate (je 100.000 Einwohner, alte Europastandardbevölkerung), Krebs gesamt (C00-C97 ohne C44), Deutschland, 1999–2016

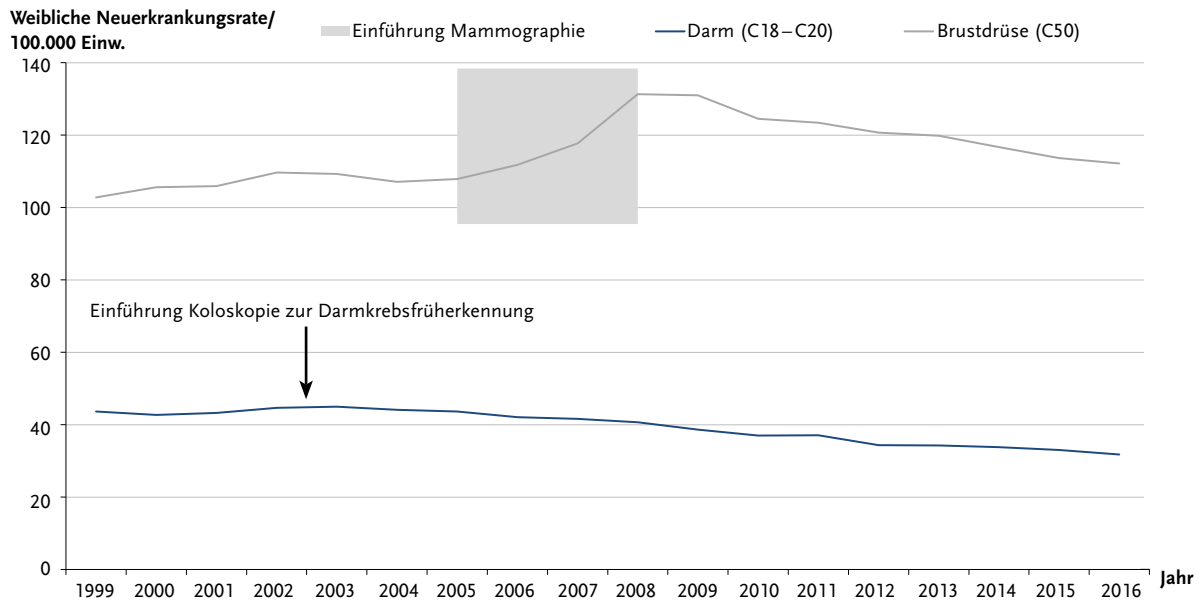


Abb. 2 | Altersstandardisierte Neuerkrankungsrate (je 100.000 Einwohner, alte Europastandardbevölkerung), Darmkrebs (C18–C20) und Brustkrebs (C50), Frauen, Deutschland, 1999–2016

ist die Brustkrebsinzidenz zunächst angestiegen und danach zurückgegangen (s. Abb. 2). Dieses Phänomen, als Prävalenz-Gipfel bekannt, wurde auch in anderen Ländern beobachtet.^{6,8} Gründe für diese Häufung von Diagnosen sind die zeitlich vorgezogene Aufdeckung von Tumoren, die ohne Screening erst zu einem späteren Zeitpunkt diagnostiziert worden wären und die Aufdeckung von Tumoren, die sonst keine Beschwerden verursacht hätten und nur durch das Screening entdeckt wurden.⁹ Die letztere Gruppe von Tumoren trägt dazu

bei, dass die Inzidenzrate von Brustkrebs derzeit leicht über dem Niveau vor Einführung liegt.

Die Koloskopie als Untersuchung zur Früherkennung von **Darmkrebs** wurde Ende 2002 in Deutschland eingeführt.¹⁰ Zusammen mit dem Test auf verstecktes Blut im Stuhl bilden diese Maßnahmen das gesetzliche Angebot zur Darmkrebs-Früherkennung, das 2019 in ein organisiertes Programm überführt wurde.¹¹ Die Koloskopie ermöglicht nicht nur die Identifizierung von potenziell malignen

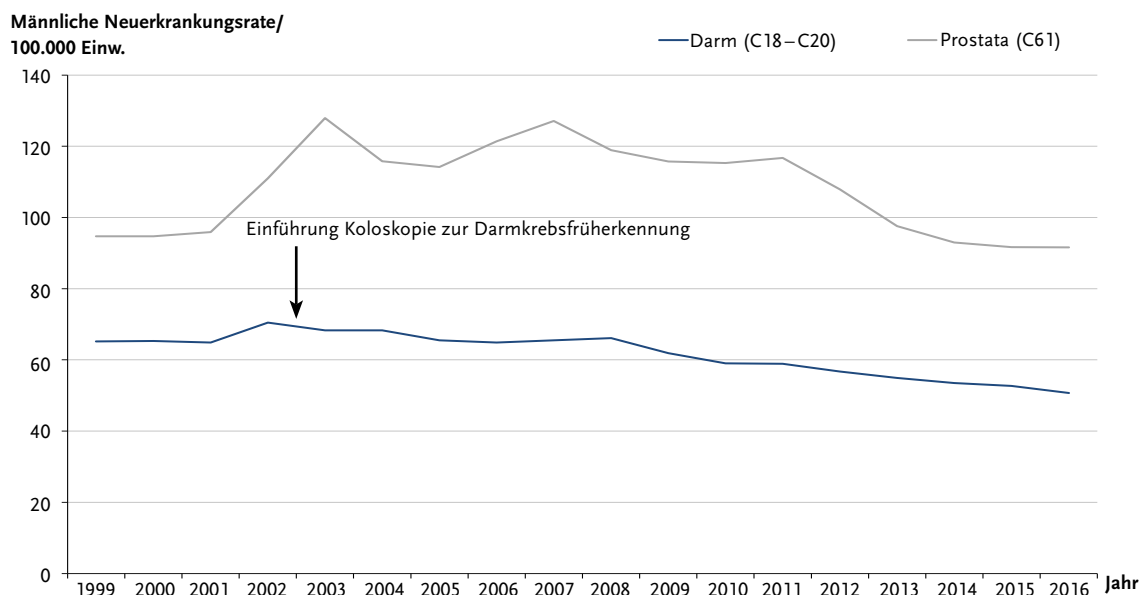


Abb. 3 | Altersstandardisierte Neuerkrankungsrate (je 100.000 Einwohner, alte Europastandardbevölkerung), Darmkrebs (C18–C20) und Prostatakrebs (C61), Männer, Deutschland, 1999–2016

Neubildungen im Darm, sondern auch die Entfernung kleinerer Läsionen und Polypen, die Krebsvorstufen enthalten können. Somit bietet die Koloskopie die Möglichkeit, die Entstehung von Darmkrebs zu verhindern, ähnlich wie die Abstrichuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs. Schätzungen zufolge hat die Koloskopie in den ersten 10 Jahren ihrer Einführung etwa 180.000 Darmkrebsneuerkrankungen verhindert.¹² Ein Teil des Inzidenzrückgangs ist daher auf diese Früherkennungsmaßnahme zurückzuführen.

Das gesetzliche Angebot zur Früherkennung von **Prostatakrebs** besteht aus der digitalen rektalen Untersuchung. Ein Test auf Prostata-spezifisches Antigen (PSA-Test) bei asymptomatischen Männern zur Krebsfrüherkennung gehört nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, wird jedoch häufig als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten.^{13,14} Die Inanspruchnahmerate des PSA-Tests korreliert positiv mit der Inzidenzrate von Prostatakrebs. In den USA gingen beides stark zurück, nachdem sich die *US Preventive Services Task Force* 2008 und 2012 gegen den PSA-Test geäußert hatte.¹⁵ In Deutschland ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in einem aktuellen Vorbericht zu der Schlussfolgerung gekommen, dass der Nutzen des Tests (Reduktion der Prostatakrebsmortalität und der Inzidenz im fortgeschrit-

tenen Stadium) den Schaden (Überdiagnosen und falsch-positive Ergebnisse) nicht überwiegt.¹⁶ Der Verlauf der Inzidenzrate von Prostatakrebs in Deutschland wurde vermutlich durch einen Anstieg der Nutzung des PSA-Tests in den 1990er Jahren und einen Rückgang der Nutzung in den letzten 10 Jahren wesentlich beeinflusst.

Inzidenzraten einiger Krebserkrankungen steigen an

Relativ betrachtet wurden die größten Anstiege der Inzidenzraten bei den eher seltenen Diagnosen Dünndarm-, Anal-, Vulva- und Schilddrüsenkrebs beobachtet (s. Abb. 4 und Abb. 5, S. 6). Mit Ausnahme des Schilddrüsenkrebses sind für diese Erkrankungen auch die altersstandardisierten Mortalitätsraten angestiegen. Die Gründe für den Inzidenzanstieg bei diesen Krebserkrankungen sind nicht vollständig bekannt, aber verbesserte diagnostische Möglichkeiten^{17,18} und chronische Infektionen mit humanen Papillomviren¹⁹ könnten dabei eine Rolle spielen.

Neue Methode für die Inzidenzschätzung

Während der Aufbauphase der klinischen Krebsregistrierung (s. u.) ist es in manchen Landeskrebsregistern zu Verzögerungen in der Erfassung, Verarbeitung und der Übermittlung der epidemiologischen Daten gekommen. Somit wurde die stabile Daten-

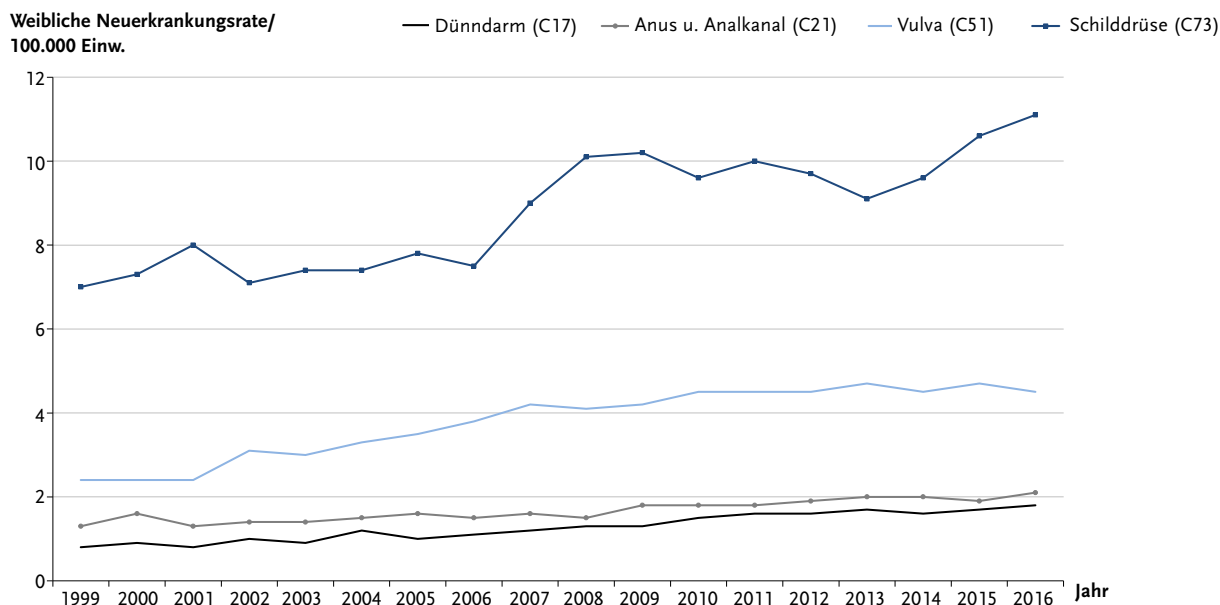


Abb. 4 | Altersstandardisierte Neuerkrankungsrate (je 100.000 Einwohner, alte Europastandardbevölkerung), Dünndarmkrebs (C17), Analkrebs (C21), Vulvakrebs (C51) und Schilddrüsenkrebs (C73), Frauen, Deutschland, 1999–2016

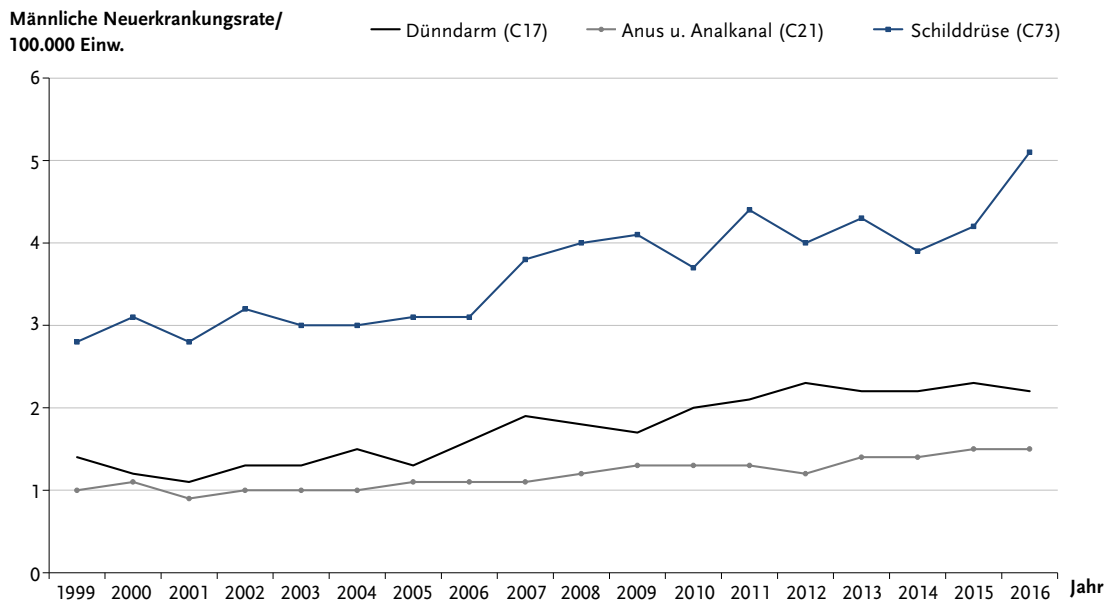


Abb. 5 | Altersstandardisierte Neuerkrankungsrate (je 100.000 Einwohner, alte Europastandardbevölkerung), Dünndarmkrebs (C17), Analkrebs (C21) und Schilddrüsenkrebs (C73), Männer, Deutschland, 1999–2016

basis, auf die die bisherige Schätzmethode basierte, unterbrochen. Diese Umstände haben dazu beigetragen, dass die sonst jährliche Schätzung der Krebsinzidenz vom ZfKD ein Jahr ausgesetzt wurde.²⁰

In dieser Zeit wurde eine neue Methode entwickelt, die mit der derzeitigen heterogenen Datenlage belastbare Schätzungen zur bundesweiten Inzidenz erzeugen kann. Die Methode basiert auf einer gemischten Poisson-Regression auf Grundlage der geschlechts-, alters- und jahresspezifischen Erkrankungsrate sowie der diagnosespezifischen Mortalitätsrate auf Ebene der Bundesländer.¹

Ausblick für die Krebsregistrierung

Das Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz von 2013 verpflichtete alle Bundesländer zum Aufbau klinischer Krebsregister nach einheitlichen Standards, mit dem wesentlichen Ziel der Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung. Neben den bereits in den epidemiologischen Registern erhobenen Angaben zur Diagnose, zur Person (Alter, Geschlecht und Wohnort) und zum Überleben, beschäftigt sich die klinische Registrierung zusätzlich detailliert mit der Therapie und dem Verlauf von Krebserkrankungen. Inzwischen haben die Länder die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen und die

notwendige Infrastruktur aufgebaut, erste Berichte sind bereits veröffentlicht.^{21,22} Damit sind die Grundlagen für eine bundesweit flächendeckende Erfassung und Analyse von Daten aus der onkologischen Versorgung geschaffen, für die es international kaum vergleichbare Vorbilder gibt. Auch für die epidemiologische Berichterstattung wird perspektivisch eine Verbesserung der Datengrundlage und eine höhere Aktualität erwartet. Daten aus der Krebsregistrierung in Deutschland können damit eine zunehmend wichtige Informationsquelle für Wissenschaft, Politik und für Patientinnen und Patienten werden.

Im Bericht „Krebs in Deutschland für 2015/2016“ hat das ZfKD Ende 2019 diese und weitere krebsepidemiologische Kennzahlen ausgewertet und beschrieben.¹ Neu in dieser Ausgabe sind Kapitel zum weißen Hautkrebs, zum Dünndarmkrebs und zum Analkrebs. Darüber hinaus werden für solide Tumoren zum ersten Mal bundesweite Zahlen zum 5-Jahres-Überleben nach UICC-Stadium bei Diagnose berichtet. Zusammen mit der Veröffentlichung des Berichts wurde die interaktive Datenbankabfrage auf www.krebsdaten.de/abfrage mit Zahlen zu Inzidenz, Mortalität, Prävalenz und Überleben aktualisiert.

Literatur

- 1 Krebs in Deutschland für 2015/2016: 2019, Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.: Berlin
- 2 World Health Assembly: Cancer prevention and control in the context of an integrated approach. 2017, World Health Organisation: Geneva
- 3 Katalinic A: The Burden of Cancer in Germany. Dtsch Arztebl Int, 2018;115(35–36):569–570
- 4 World Cancer Day. 2020 13.1.2020; Available from: www.worldcancerday.org/
- 5 Starker A, Kraywinkel K, Kuhnert R: Früherkennung von Brustkrebs: Inanspruchnahme der Mammografie in Deutschland. Journal of Health Monitoring, 2017;2(4):74–80
- 6 Olsen AH, et al.: Breast cancer incidence after the start of mammography screening in Denmark. Br J Cancer 2003;88(3):362–5
- 7 Gangnon RE, et al.: The contribution of mammography screening to breast cancer incidence trends in the United States: an updated age-period-cohort model. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2015;24(6):905–12
- 8 Jorgensen KJ, Gotzsche PC: Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. BMJ 2009;39:b2587
- 9 Katalinic A, et al.: Breast cancer incidence and mortality before and after implementation of the German mammography screening program. Int J Cancer 2019
- 10 Starker A, et al.: Inanspruchnahme der Darmspiegelung in Deutschland. Journal of Health Monitoring, 2017;2(4):81–87
- 11 Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme 2020: Berlin
- 12 Brenner H, et al.: Prevention, early detection, and overdiagnosis of colorectal cancer within 10 years of screening colonoscopy in Germany. Clin Gastroenterol Hepatol 2015;13(4):717–23
- 13 IGeL-Monitor: PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs. 2017. 20.01.2020; www.igel-monitor.de/igel-a-z/igel/show/psa-test-zur-frueherkennung-von-prostatakrebs-1.html
- 14 Sieverding M, et al.: Early detection of prostate cancer in Germany. A study of a representative random sample of the population. Urologe A, 2008;47(9):1233–8
- 15 Fleshner K, Carlsson SV, Roobol MJ: The effect of the USPSTF PSA screening recommendation on prostate cancer incidence patterns in the USA. Nat Rev Urol 2017;14(1):26–37
- 16 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Prostatakrebscreening mittels PSA-Test, Vorbericht 2020: Köln
- 17 Rondonotti E, et al.: Small bowel tumours: update in diagnosis and management. Curr Opin Gastroenterol 2018;34(3):159–164
- 18 Radespiel-Troger M, et al.: Rising incidence of papillary thyroid carcinoma in Germany. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2014;57(1):84–92
- 19 Buttman-Schweiger N, et al.: Incidence patterns and temporal trends of invasive nonmelanotic vulvar tumors in Germany 1999–2011. A population-based cancer registry analysis. PLoS One 2015;10(5):e0128073
- 20 Zentrum für Krebsregisterdaten. Inzidenzschätzung für Diagnosejahr 2015 ausgesetzt. 2019. 21.01.2020; www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Kurzbeitraege/Archiv2019/2019_1_Kurzbeitraege_inzidenzschaeztung.html
- 21 Jahresbericht 2018 Brandenburg und Berlin: 2019, Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin gGmbH: Berlin
- 22 Jahresbericht 2018 Hamburg: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz: 2019 Hamburg

Autorinnen und Autoren

Dr. Benjamin Barnes | Dr. Klaus Kraywinkel

Robert Koch-Institut | Abt. 2 – Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring | Zentrum für Krebsregisterdaten
Korrespondenz: KraywinkelK@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Barnes B, Kraywinkel K: Weltkrebstag wird am 4. Februar 2020 unter dem Motto „Ich bin und ich werde“ begangen. Epid Bull 2020;6:3–7 | DOI 10.25646/6470

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.