

Krebs gesamt

ICD 140–208 ohne 173

Unter Krebs gesamt werden alle bösartigen Neubildungen einschließlich der primär systemischen Lymphome und Leukämien verstanden. Nicht berücksichtigt wird, internationalen Gepflogenheiten folgend, der Hautkrebs mit Ausnahme des malignen Melanoms der Haut (ICD 172). In den wenigen epidemiologischen Krebsregistern, die nicht-melanotische Hautkrebsformen (ICD 173) trotz der damit verbundenen Schwierigkeiten annähernd vollständig erfassen, machen sie 20% und 25% aller Erkrankungsfälle an bösartigen Neubildungen aus, wobei das gleichzeitige Auftreten mehrerer Tumoren nicht selten ist. Ihr Anteil an allen Sterbefällen durch bösartige Neubildungen beträgt jedoch aufgrund ihrer meist problemlosen ambulanten Behandlungsmöglichkeit le-

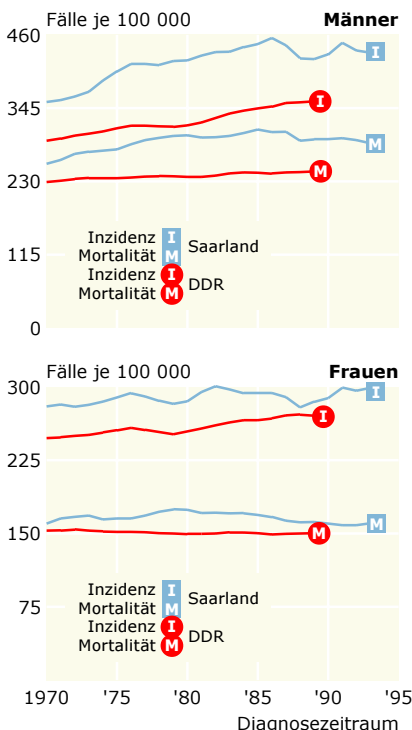
diglich 0,25%. Jährlich erkranken in Deutschland 161600 Männer und 171400 Frauen an Krebs ohne die genannten Hautkrebsformen.

Der bedeutendste Risikofaktor für die Krebsgefährdung unserer Bevölkerung ist demnach das steigende Lebensalter. Zur Zeit ist das Krebserkrankungsrisiko über 80jähriger Männer in Deutschland 300 mal, das gleichaltriger Frauen 200 mal höher als das Krebserkrankungsrisiko 10–15jähriger Jugendlicher des gleichen Geschlechts. Da der Alterungsprozess des Einzelnen unvermeidlich ist und ein zunehmender Anteil älterer Menschen an einer Gesellschaft unter anderem Folge der erfreulicher Weise zunehmenden Lebenserwartung ist, wird das Lebensalter nur selten als bedeutendster Risikofaktor für die Krebsentstehung angesehen. Vielmehr wird durch Altersstandardisierung der Erkrankungs- und Sterberaten an Krebs erreicht, daß der Beitrag aller übrigen Risikofaktoren auf die Krebshäufigkeit nicht durch Änderungen der Alterszusammensetzung einer Bevölkerung verzerrt oder verdeckt wird.

Risikofaktoren

Für die Entstehung einer Krebskrankheit ist in der Regel nicht eine einzelne Ursache verantwortlich zu machen, sondern ein Geflecht verschiedenster Ursachen. Ein Teil dieser Ursachen ist mit der erkrankten Person z.B. im Sinne einer genetischen Veranlagung verbunden. Dazu treten äußere Ursachen, die mit Lebensgewohnheiten, Ernährungsweisen, Freizeitverhalten, dem Arbeitsplatz und der Umwelt verknüpft sind. Diese inneren und äußeren Ursachen von Krebskrankheiten werden unter dem allgemeinen Begriff Risikofaktoren zusammengefaßt, weil jeder dieser Faktoren das Risiko bzw. die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Krebskrankheit erhöhen kann. Ihre jeweilige Bedeutung für die Krebsgefährdung der Bevölkerung insgesamt setzt sich aus der Erhöhung des Krebsrisikos im Einzelfall und der Verbreitung des jeweiligen Risikofaktors in der Bevölkerung zusammen.

Von den verbleibenden, größeren Teils vermeidbaren Risikofaktoren der Krebsentstehung ist das (Zigaretten)rauchen in unserer Gesellschaft von überragender Bedeutung. 25–30% aller Krebstodesfälle sind durch Rauchen verursacht und



		alle Ersterkrankungen (100%)		ausgeschlossene Fälle DCO		einbezogene Fälle nicht-DCO	
		N	%	N	%	N	%
Saarland 1970–1988	M	38145	10,8	144	0,4	33878	88,8
	F	39019	9,6	234	0,6	35027	89,8
DDR 1961/62, 68/69, 1979–1984	M	222409	0,5	665	0,3	220533	99,2
	F	265248	0,5	1183	0,4	262760	99,1

wären durch Nichtrauchen vermeidbar. Durch das Rauchen werden insbesondere Krebskrankheiten der Mundhöhle, des Rachens, der Speiseröhre, des Kehlkopfs, der Lungen und Bronchien, der Harnblase, der Bauchspeicheldrüse und des Gebärmutterhalses verursacht.

Ein ähnlich großer, wenn auch weniger genau abzuschätzender Anteil aller Krebstodesfälle von 20–40% läßt sich auf falsche Ernährungsweisen zurückführen. Darunter ist eine allgemeine kalorische Überernährung, ein zu hoher Anteil tierischen Fetts und ein zu geringer Anteil bestimmter Vitamine, Mineralien und unverdaulicher Faserstoffe aus frischem Obst und Gemüse zu verstehen. Eine so beschriebene Ernährungsweise erhöht das Risiko an Krebs der Mundhöhle, des Kehlkopfs, der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Bauchspeicheldrüse und wahrscheinlich auch der Brust und der Prostata zu erkranken.

Vor allem im Zusammenwirken mit dem Risikofaktor Rauchen erhöht Alkoholgenuß das Krebsrisiko im Bereich der oberen Luft- und Speisewege – also von der Mundhöhle über Rachen und Kehlkopf bis zur Speiseröhre. Auch Krebserkrankungen der Leber und wahrscheinlich der Brustdrüse werden durch regelmäßigen Alkoholgenuß gefördert. Der Beitrag des Alkoholgenußes zu allen Krebstodesfällen wird auf etwa 3% geschätzt.

Bedeutsamer als der Alkoholgenuß für das Krebsgeschehen in der Gesamtbevölkerung ist der Anteil der Krebssterbefälle, der auf die Exposition am Arbeitsplatz gegenüber krebsauslösenden und krebsfördernden Stoffen zurückzuführen ist. Der Anteil von 4–8% aller

Krebstodesfälle bezieht sich nicht auf die heute am Arbeitsplatz vorherrschenden Konzentrationen gefährlicher Stoffe, sondern auf Expositionen, wie sie in den 50er und 60er Jahren zuletzt auftraten. Krebs der Lunge und der Harnblase sind davon am meisten betroffen.

Im Verhältnis zu den zuerst genannten Risikofaktoren ist der Beitrag zu den Krebstodesfällen, der auf die allgemeine Umweltverschmutzung, d.h. die Schadstoffbelastung von Atemluft, Trinkwasser und die Rückstände in Lebensmitteln zurückzuführen ist, mit etwa 2% wesentlich geringer als in der Öffentlichkeit bekannt. Dies betrifft hauptsächlich Todesfälle an Lungenkrebs.

Vornehmlich virale Infektionen tragen ebenfalls mit etwa 5% zu den Krebstodesfällen bei. Leberkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Lymphome und Leukämien werden durch bestimmte virale Infektionen in ihrer frühen Entwicklung gefördert. Mit dem *Helicobacter Pylori* trägt wahrscheinlich auch eine bakterielle Infektion zur Entstehung von Magenkrebs bei.

Die Beachtung, die genetischen Risikofaktoren entgegengebracht wird, hat vor allem durch die Bestimmung spezifischer Gene, die für die familiäre Häufung von Brustkrebs und Ovarialkrebs verantwortlich sind, in letzter Zeit zugenommen. Zusätzlich sind genetische Faktoren auch in Zusammenhang mit dem Auftreten von Darmkrebs, Hautkrebs und einer seltenen Krebskrankheit der Augennetzhaut von erheblicher Bedeutung. Insgesamt liegt der Beitrag genetischer Faktoren zum Krebsgeschehen bei etwa 5%.

Weiteren Risikofaktoren, deren Beitrag zur Entstehung von Krebskrankheiten bestimmter Organe bedeutsam ist, werden in den entsprechenden Einzeldarstellungen kurz aufgeführt.

Trends von Inzidenz und Mortalität

Die altersstandardisierte Inzidenz der Männer für die Gesamtgruppe aller Krebskrankheiten zeigt im Saarland einen kontinuierlichen Anstieg bis zur Mitte der 80er Jahre. Vor allem im Altersbereich zwischen 40 und 60 Jahren ist der Anstieg der Inzidenzraten ausgeprägt. Für Männer in der DDR läßt sich bei niedrigeren Anfangswerten für den gesamten Zeitraum ein anhaltender Anstieg der altersstandardisierten Inzidenz feststellen, der alle Altersgruppen betrifft. Die Mortalitätsraten der Männer im Saarland zeigen einen ähnlichen aber weniger steilen Verlauf als die Inzidenzraten bis Mitte der 80er Jahre und sind danach rückläufig. Etwas niedriger als die Inzidenz und mit geringerem Anstieg ergeben sich die Mortalitätsraten der Männer in der DDR. Der Abstand zwischen Inzidenz und Mortalität nimmt in beiden Regionen mit der Zeit zu.

Für Frauen ist weder eine Zunahme noch eine Abnahme der altersstandardisierten Inzidenzraten im Saarland feststellbar. Bei unter 60jährigen Frauen kommt es zu einem leichten Rückgang der Inzidenzraten. Im Unterschied dazu weisen die altersstandardisierten Inzidenzraten der Frauen in der DDR einen leichten Anstieg mit der Zeit auf. Dieser Anstieg betrifft vor allem die Altersgruppen der über 60jährigen Frauen. Die Inzidenzraten unter 60jähriger Frauen zeigen dagegen wie im Saarland eine rückläufige Erkrankungs-

kungshäufigkeit an. Die altersstandardisierte Mortalität nimmt im Saarland und der DDR ab. Nur wenig niedriger als im Saarland fallen die Mortalitätsraten in der DDR aus. Während der Abstand zwischen Inzidenz und Mortalität im Saarland größer wird, verändert er sich für die DDR nicht.

Früherkennung und Therapie

Das 1971 in den alten Bundesländern eingeführte Krebsfrüherkennungsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen, das seit 1982 Frauen bereits ab dem 20. Lebensjahr und Männern ab dem 45. Lebensjahr einmal jährlich angeboten wird, strebt die frühzeitige Diagnose symptomloser Vorstufen bzw. Frühstadien bestimmter Krebskrankheiten an. Die frühzeitige Entdeckung von Krebskrankheiten ermöglicht weniger eingreifende Behandlungsformen und führt zu günstigeren Überlebensaussichten. Zur Zeit sind das bei Frauen Krebskrankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, der Brustdrüse, der Haut und des Darms, bei Männern zusätzlich zu Krebskrankheiten der Haut und des Darms solche der Prostata. Eine ähnliche Regelung gilt seit 1982 für Frauen ab dem 25. Lebensjahr in der DDR. In den Beiträgen zu den jeweiligen Krebslokalisationen wird darauf genauer eingegangen.

Die Therapie von Krebskrankheiten richtet sich nach der Lokalisation und Histologie des Tumors einerseits und nach dem Stadium der Erkrankung andererseits. Die Frühformen nahezu aller Krebskrankheiten sind durch eine vollständige operative Entfernung des Tumors im Gesunden heilbar. Mit Fortschreiten der Erkrankung wird jedoch eine

Grenze überschritten, jenseits derer eine Heilung immer unwahrscheinlicher und schließlich unmöglich werden kann. Danach ist eine Therapie in kurativer (heilender) Absicht nicht mehr möglich. Zur Linderung bestehender Krankheitssymptome, von Schmerzen oder Funktionseinschränkungen, wird dann eine palliative Therapie durchgeführt.

Überlebensraten

Daten

Bei der Berechnung der Überlebensraten werden etwa 89% der an Krebs erkrankten Männer und 90% der weiblichen Krebspatienten im Saarland berücksichtigt, während für die DDR jeweils um 99% der registrierten Erkrankungsfälle die Eingangsbedingungen erfüllen. Wirksamstes Ausschlußkriterium ist ein DCO-Anteil zwischen 9% und 12% aller Fälle bei Männern und zwischen 9% und 11% aller weiblichen Fälle im Saarland. Im Krebsregister der DDR ergibt sich ein DCO-Anteil von weniger als 1%. Nach Ausschluß der DCO-Fälle ergibt sich in beiden Registern ein etwa gleich großer Anteil von unter 1% der Fälle im Alter von 90 Jahren und älter, die ebenfalls für die Berechnung der Überlebensraten nicht berücksichtigt werden.

Für einzelne Diagnoseintervalle im Saarland werden jeweils zwischen 8000 und 10000 Krebspatienten und -patientinnen berücksichtigt. In der DDR können aufgrund der weit höheren Fallzahlen engere Diagnoseintervalle gewählt werden, die in der Regel bei Männern mehr als 40000 und bei Frauen mehr als 50000 Fälle umfassen. Mit der Zeit steigt das mittlere Erkrankungsalter der Frauen um 3½ bis 4 Jahre an. Gleichzeitig nimmt der Anteil der über 70jährigen von anfangs 27% in der DDR und 30% im Saarland auf zuletzt 44% in der DDR und 45% im Saarland zu. Darüber hinaus ist auch das mittlere Erkrankungsalter innerhalb dieser höchsten Altersgruppe im Saarland um nahezu 2 Jahre und in der DDR um fast 1 Jahr angestiegen. Zuletzt ergibt sich im Saarland ein mittleres Erkrankungsalter der an Krebs erkrankten Frauen von 65½ und in der DDR von 63½ Jahren. Dagegen bleibt das mittlere Alter der männlichen Krebspatienten unter 90 Jahren in beiden Registern mit der Zeit praktisch unverändert bei 64 Jahren.

Überlebensraten nach Diagnosezeiträumen

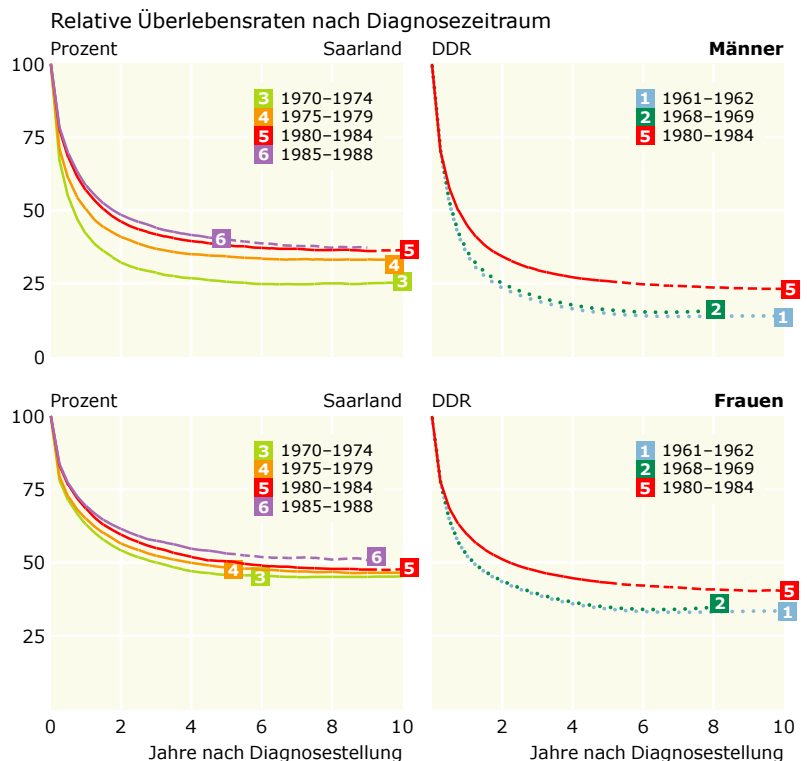
Der Verlauf der relativen Überlebensraten über 10 Jahre zeigt, daß sich bei Männern im Mittel etwa 6 Jahre, bei Frauen etwa 7 Jahre nach der Diagnose einer Krebserkrankung die Überlebensaussichten bzw. die Sterblichkeit der Fälle nicht mehr von der Sterblichkeit der Allgemeinbevölkerung beider Regionen unterscheidet – die Überlebenskurven verlaufen ab diesem Zeitpunkt parallel zur Zeitachse. Sowohl im Saarland als auch in der DDR ergeben sich für Männer mit Krebs erheblich schlechtere Überlebensaussichten als für Frauen. Hin-

tergrund dieses deutlichen Überlebensvorteils von Frauen gegenüber Männern mit der Diagnose Krebs ist ein unterschiedlich großer Anteil prognostisch günstiger Krebslokalisationen. Die häufigste Krebskrankheit der Frauen in Deutschland ist der Brustdrüsenkrebs, der mit relativ günstigen Überlebensaussichten verknüpft ist. Die häufigste Krebskrankheit der Männer in Deutschland ist der Lungenkrebs, der mit ausgesprochen schlechten Überlebensaussichten einhergeht.

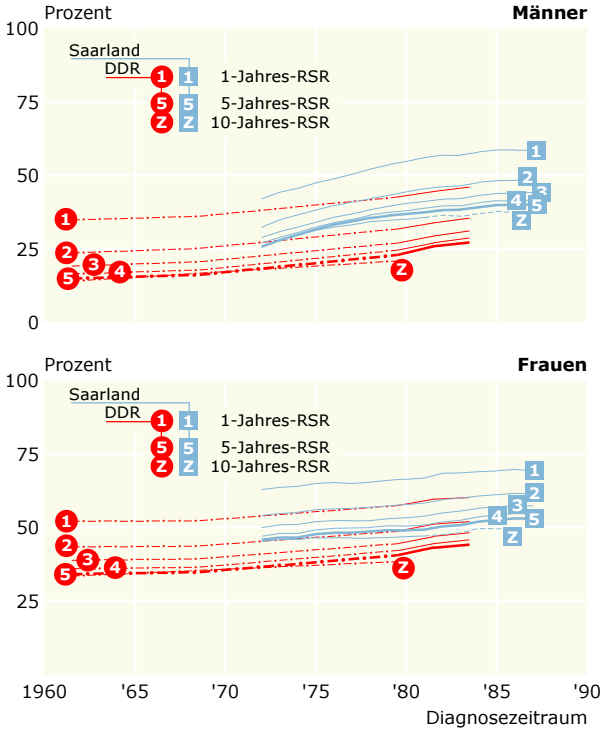
Mit der Zeit verbessern sich die Überlebensraten bei Männern wie Frauen beider Regionen. Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten der Männer verbessern sich in der DDR von ursprünglich 15% für Patienten zu Beginn der 60er Jahre auf mehr als 25% für Patienten des letzten Diagnoseintervalls (1980–84). Im Saarland nehmen sie von etwa 25%

für das Diagnoseintervall 1970–74 bis 40% für Ende der 80er Jahre im Saarland diagnostizierte Fälle zu. In den gleichen Zeiträumen ergibt sich für Frauen ein Anstieg der relativen 5-Jahres-Überlebensraten von 35% auf fast 45% in der DDR und von 45% bis zu 53% für das letzte Diagnoseintervall 1985–88 im Saarland. Zu dieser günstigen Entwicklung hat möglicherweise eine Verschiebung im Lokalisationsspektrums beigetragen. Allein der Rückgang des Magenkrebses mit 5-Jahres-Überlebensraten um 20% und die Zunahme von Darmkrebserkrankungen mit 5-Jahres-Überlebensraten über 40% hat zu einer Verbesserung der Überlebensaussichten mit Krebs bei beiden Geschlechtern geführt.

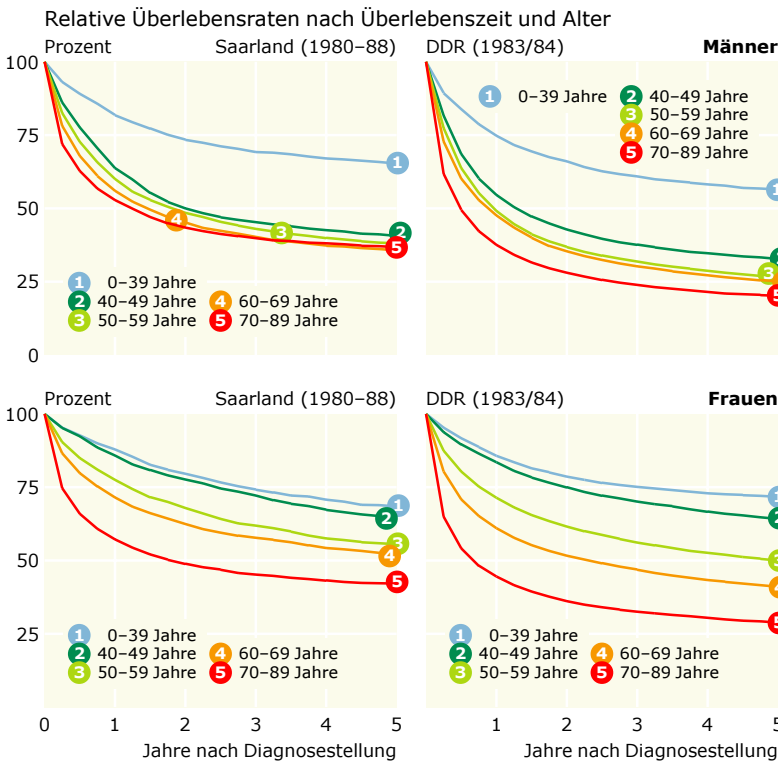
Der größte Teil ihrer fernerer Lebenserwartung geht krebserkrankten Männern und Frauen verloren, deren Erkrankung in den 60er Jahren in der DDR auftritt. Männer verlieren durch ihre Krebskrankheit mehr als 78% ihrer ausstehenden Lebenserwartung, Frauen immerhin noch 60%. Zuletzt geht Männern durch dort aufgetretene Erkrankungen nur noch 65% und Frauen 46% ihrer fernerer Lebenserwartung verloren. Das entspricht etwa den Verlusten saarländischer Patienten zu Anfang der 70er Jahre. Danach kommt es im Saarland zu weiteren Verbesserungen der Überlebensraten. 1985–88 aufgetretene Krebserkrankungen führen bei saarländischen Frauen zu einem Verlust von nur noch 42%, für Männer von 54% ihrer noch ausstehenden Lebensjahre.



Relative 1- bis 10-Jahres-Überlebensraten
im zeitlichen Trend



Die Überlebensraten 1, 2, 3, 4, 5 und 10 Jahre nach der Diagnose einer Krebskrankheit weisen bei Männern und Frauen in beiden Regionen stetige Verbesserungen auf. Von dieser nachhaltigen Besserung der Überlebensaussichten haben Männer im Saarland in stärkerem Maße profitiert als Frauen, deren Überlebensraten trotzdem günstiger ausfallen als die der Männer. Die Schätzung zum Anteil „geheilter“ Patientinnen und Patienten der verschiedenen Diagnosejahrgänge im Saarland weist für Frauen einen Anstieg von 44% auf 49%, für Männer einen von 25% auf 37% für Diagnosen von 1985–88 aus. Die jeweiligen Anteile entsprechen in etwa den 10-Jahres-Überlebensraten. In der DDR verbessern sich die Überlebensraten von Männern und Frauen in etwa gleichem Maße. Dadurch hat der Abstand der Überlebensraten saarländischer Männer gegenüber solchen aus der DDR eher zugenommen, während er für Patientinnen beider Regionen eher abgenommen hat.



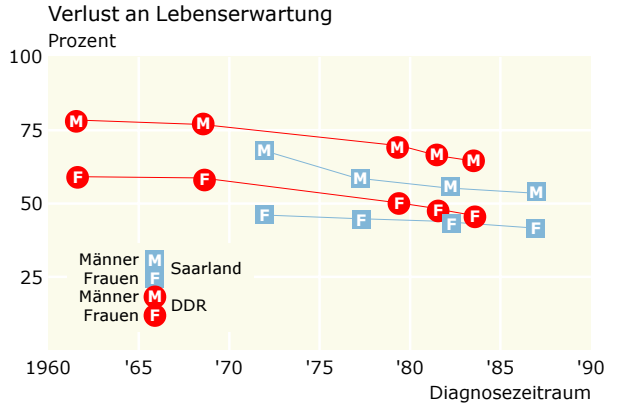
Überlebensraten nach dem Alter

Insgesamt erscheinen die Unterschiede der Überlebensraten nach dem Alter zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bei Frauen in beiden Regionen ausgeprägter als bei Männern und in der DDR für beide Geschlechter ausgeprägter als im Saarland. Für Frauen ergeben sich in beiden Registern deutliche Unterschiede zwischen den Überlebensraten unter 50jähriger, mit etwas günstigeren Raten in der DDR, 50 bis unter 70jähriger und älterer Krebspatientinnen. Der größte Unterschied der Überlebensraten zwischen dem Saarland und der DDR ergibt sich mit Vorteilen für saarländische Patientinnen in der höchsten Altersgruppe, die im Saarland einen deutlich geringeren Verlust an Lebenserwartung aufweist als in der DDR. Bei Männern dagegen sind nur die Überlebensraten unter

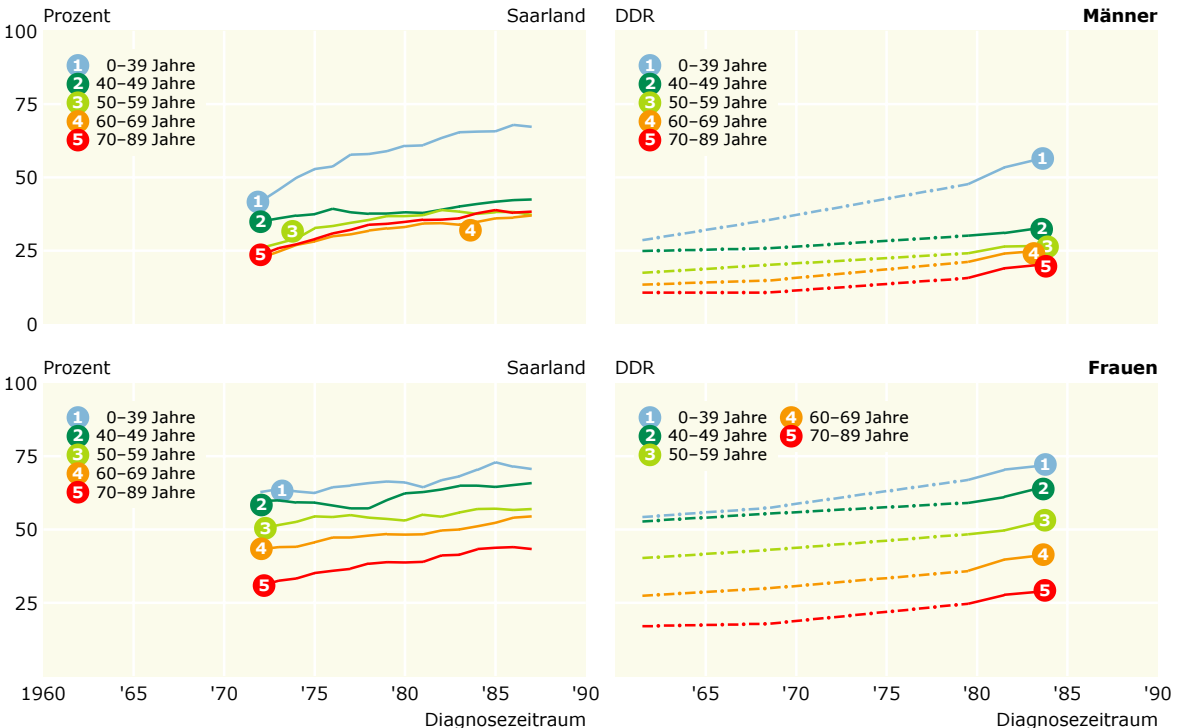
40jähriger in beiden Regionen klar von den Überlebensraten älterer Krebspatienten abzugrenzen. Auch bei den Männern nehmen Überlebensvorteile im Saarland mit steigendem Lebensalter zu. Zur günstigen Entwicklung der Überlebensraten des jüngsten Altersbereichs tragen die häufigsten Krebskrankheiten dieses Alters beim männlichen Geschlecht bei: der Hodenkrebs so-

wie Leukämien und Lymphome im Kindes- und Jugendalter.

Die Verbesserung der 5-Jahres-Überlebensraten mit der Zeit schließt bei Frauen beider Regionen sämtliche Altersbereiche ein. Gemessen am damit verbundenen Verlust an Lebensjahren werden in der DDR die relativ größten Verbesserungen seit den 60er Jahren bei



Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach Alter im zeitlichen Trend



unter 50jährigen Frauen erzielt, im Saarland seit den 70er Jahren bei über 70jährigen Frauen. Bei Männern zeigt sich eine den Frauen vergleichbare Verbesserung der Überlebensraten über 40jähriger mit den relativ größten Fortschritten bei über 70jährigen Männern im Saarland. Dazu kommt eine erhebliche Verbesserung der Überlebensraten unter 40jähriger in beiden Regionen. Zu Beginn der 60er Jahre gehen unter 40jährigen Männern in der DDR noch 72%, zuletzt aber nur noch 44% ihrer ferneren Lebenserwartung verloren. Im Saarland verlieren jüngere Männer des letzten Diagnoseintervalls (1985–88) noch 34% ihrer Lebenserwartung von etwa 45 Jahren. Ursache der außergewöhnlichen Verbesserung der Überlebensraten unter 40jähriger Krebspatienten ist die deutliche Zunahme der Häufigkeit von Hodenkrebs bei gleichzeitig erheblicher Verbesserung der Überlebensraten mit Hodenkrebs. Zusätzlich haben sich die Überlebensraten mit Leukämien und Lymphomen im Kindes- und Jugendalter erheblich verbessert.

Internationaler Vergleich

Die relativen Überlebensraten mit Krebs werden erheblich von dem Anteil bestimmt, den einzelne Krebskrankheiten an der Gesamtheit aller Krebskrankheiten einnehmen. Das Spektrum der Überlebensaussichten mit Krebs, einschließlich der Leukämien und Lymphome, reicht von relativen 5-Jahres-Überlebensraten über 90% für Lippenkrebs bis zu Raten unter 10% für Speiseröhren- oder Pankreaskrebs. Trotz dieser offensichtlichen Abhängigkeit der Überlebensraten an Krebs gesamt von der Zusammensetzung der Krebsinzidenz und trotz ihrer Auswirkungen

auf den Vergleich der Überlebensraten von Männern und Frauen im selben Land und zwischen verschiedenen Ländern, spiegeln die Überlebensraten an Krebs gesamt doch die Gesamtheit der diagnostischen und therapeutischen Anstrengungen zur Bekämpfung von Krebskrankheiten bzw. Begrenzung der Todesfälle an Krebs in einer Bevölkerung wider. Mit Ausnahme nicht-melanotischer Hautkrebsformen werden alle, auch ungenauer bezeichnete Krebskrankheiten, zur Berechnung der Überlebensraten herangezogen.

Ein höherer Anteil von Krebskrankheiten mit günstigerer Prognose führt in beiden deutschen Regionen zu günstigeren, in der DDR sogar erheblich günstigeren 5-Jahres-Überlebensraten von Frauen mit zuletzt (1985–88) 53% im Saarland und (1980–84) 43% in der DDR gegenüber Männern mit 40% im Saarland und 26% in der DDR. Da zur Gesamtgruppe aller Krebskrankheiten, wie auch zu anderen Gruppen von Krebskrankheiten in der zum Vergleich herangezogenen europäischen Studie keine Überlebensraten berechnet wurden, beschränkt sich der internationale Vergleich hier auf US-amerikanische Überlebensraten. In den USA werden 1979–84 mit den saarländischen Raten vergleichbare 5-Jahres-Überlebensraten an Krebs gesamt mit 54% für Frauen und 43% für Männer ermittelt nach durchschnittlich 39% in den 50er Jahren. Bis 1989–94 kommt es dort zu weiteren Verbesserungen mit 62% für Frauen und 58% für Männer. Verbesserungen der Überlebensraten mit der Zeit weisen bei ungünstigerer Höhe der Raten besonders Männer aber auch Frauen beider deutscher Regionen auf. In der DDR steigen die 5-Jahres-Überlebensraten der Frauen

von 35% in den 60er Jahren auf zuletzt 43%, die der Männer von 15% bis auf 26%. Die Raten der Frauen im Saarland verbessern sich von 46% in den 70er Jahren auf zuletzt 53%, die relativen Überlebensraten der Männer von 26% auf 40%.

Zusammenfassung

In beiden Regionen zeigt sich eine Verbesserung der Überlebensraten von Krebspatientinnen und -patienten. Im Saarland fallen die Verbesserungen bei den Männern deutlicher aus als bei den Frauen, wodurch ein in beiden Regionen bestehender Überlebensvorteil von Krebspatientinnen gegenüber Krebspatienten im Saarland zum Teil abgebaut wird. In der DDR verbessern sich die Überlebensraten für Krebspatientinnen und -patienten in etwa gleichem Ausmaß. Dadurch haben sich die Überlebensraten von Krebspatientinnen in der DDR denen von saarländischen Patientinnen angenähert ohne sie ganz zu erreichen. Alle Verbesserungen beziehen die Überlebensraten 1, 2, 3, 4, 5 und 10 Jahre nach Diagnosestellung gleichermaßen mit ein und sind daher nicht in Zusammenhang mit einer Vorverlegung des Diagnosezeitpunkts zu erklären. Der im Modell geschätzte Anteil „geheilte“ Patienten im Saarland ist von 25% für die Diagnosejahrgänge 1970–74 auf 37% für Diagnosen nach 1985 angestiegen. Für Patientinnen ergibt sich eine geringfügigere Verbesserung von 44% bis auf 49%.

Das Ausmaß der erzielten Verbesserungen bei den Überlebensaussichten von Krebspatienten läßt sich anhand des Verlustes an noch ausstehenden Lebensjahren messen. Bei Frauen in der DDR gehen zuletzt (1980–84) nur noch 46%, statt zu-

vor 59% der ferneren Lebenserwartung verloren, im Saarland zum Ende (1985–88) nur noch 42%. Bei Männern kommt es bei schlechteren Ausgangswerten von 78% (1960–61) in der DDR und 68% (1970–74) im Saarland zuletzt zu einem Verlust von 65% bzw. 54% der ferneren Lebenserwartung.

Eine Besonderheit stellt die erhebliche Verbesserung der Überlebensraten unter 40jähriger Krebspatienten in beiden Regionen dar, die für Krebspatientinnen nicht zu beobachten ist. Deutliche Verbesserungen der Überlebensraten an Hodenkrebs – deshalb nur bei Männern zu beobachten – sowie mit Leukämien und Lymphomen bei gleichzeitiger Zunahme der Inzidenz an Hodenkrebs kommen als Erklärung in Frage. Von ihrer ferneren Lebenserwartung zwischen 43 und 47 Jahren geht jungen Männern anfangs aufgrund der Krebserkrankung 73% in der DDR und 59% im Saarland verloren. Zuletzt (1984–88 im Saarland und 1980–84 in der DDR) macht der Verlust an ausstehender Lebenszeit nur noch 44% in der DDR und 34% im Saarland aus.

Die insgesamt bei beiden Geschlechtern in beiden Registern auftretenden Verbesserungen der Überlebensraten stehen auch in einem Zusammenhang mit der Abnahme des Magenkrebses und der Zunahme von Dickdarmkrebs. Hintergrund für die günstigere Entwicklung bei saarländischen Männern könnte die insbesondere im Saarland festzustellende erhebliche Verbesserung der Überlebenaussichten mit dem bei Männern häufigen Harnblasenkrebs sein. In ähnlicher Weise hängt auch die für Männer und Frauen unterschiedliche Beziehung der Überlebensraten zum Alter bei Diagnose mit dem je-

weils anderen Lokalisationsspektrum beider Geschlechter in unterschiedlichen Altersbereichen zusammen. Zwar erlaubt die über alle Lokalisationen aggregierte Darstellung der relativen Überlebensraten eine generelle Beurteilung der Aussichten von Krebspatientinnen und -patienten, die Erklärung für die aufgetretenen Phänomene ist jedoch auf der Ebene der Einzellokalisationen zu suchen.

Die im Vergleich zur Situation in der DDR erheblich günstigeren 5-Jahres-Überlebensraten des letzten Diagnoseintervalls (1985–88) von

saarländischen Patientinnen mit 53% und – deutlicher noch – Patienten mit 40% entsprechen denen von US-amerikanischen Krebspatientinnen der Diagnosejahre 1979–84 mit 54% bzw. Patienten mit 43%. Danach ist es in den USA zu weiteren Verbesserungen der relativen Überlebensraten vor allem bei Männern bis auf 58% und Frauen bis auf 62% gekommen, wobei die Angleichung der Überlebensraten der Männer an die günstigeren Raten der Frauen hauptsächlich in Zusammenhang mit der Entwicklung der Inzidenz- und Überlebensraten an Prostatakrebs stehen dürfte.

Beobachtete und relative 5-Jahres-Überlebensraten

	Altersgruppe	DDR 1983–1984		Saarland 1980–1984		Saarland 1985–1988	
		COSR 95%-CI	CRSR 95%-CI	COSR 95%-CI	CRSR 95%-CI	COSR 95%-CI	CRSR 95%-CI
Männer	0–39	56 58 54	56 58 55	63 67 58	63 68 59	67 71 62	67 72 63
	40–49	32 33 30	33 34 31	38 41 34	39 43 36	41 45 38	43 46 39
	50–59	25 26 24	27 28 26	36 38 34	39 41 36	35 37 32	37 40 35
	60–69	21 22 20	25 26 24	28 30 27	34 37 32	31 33 30	37 39 35
	70–89	12 12 11	20 21 20	20 22 19	36 38 33	22 23 20	38 41 36
Gesamt	21 21 20	27 28 27	29 30 28	38 40 37	31 32 30	40 41 39	
Frauen	0–39	71 73 70	72 73 70	67 71 62	67 71 63	70 75 66	71 75 66
	40–49	63 65 62	64 65 63	63 66 60	64 67 61	65 68 61	66 69 62
	50–59	48 49 47	50 51 49	53 55 50	54 57 52	55 58 53	57 60 54
	60–69	38 38 37	41 42 40	45 47 43	50 52 47	50 53 48	55 57 52
	70–89	19 20 19	29 30 28	28 30 27	41 43 39	29 31 28	43 46 41
Gesamt	37 37 36	44 45 44	42 43 41	50 52 49	44 45 43	53 54 52	