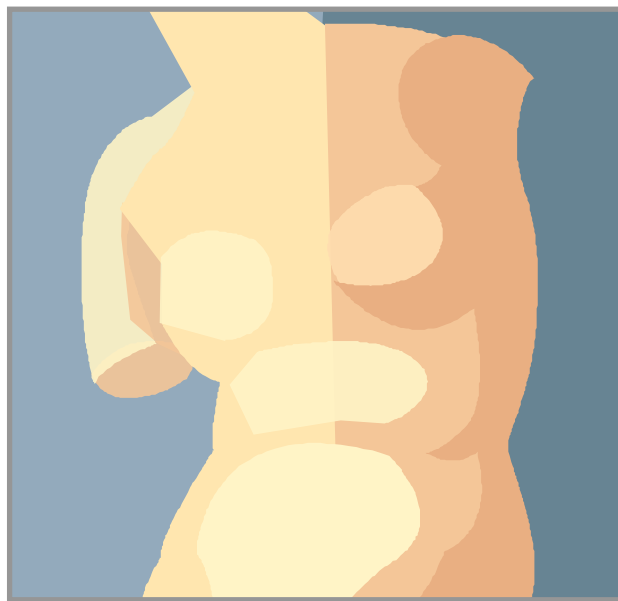


Krebserkrankungen und Früherkennung



Gesundheitsbericht
für den Landkreis Ammerland



Grußwort des Landkreises Ammerland



Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

jedes Jahr erkranken im Ammerland mehr als 500 Menschen an einer Krebserkrankung. Viele von uns werden in ihrem Leben selbst einmal mit einer Krebsdiagnose konfrontiert werden.

Früher galten Krebserkrankungen als nahezu unheilbar. Dies ist aber dank der medizinischen Fortschritte inzwischen nicht mehr der Fall. Viele Krebserkrankungen können geheilt werden, wenn sie in frühen Stadien erkannt und behandelt werden. Im Ammerland stehen mit der Ammerland-Klinik und ihren modernen Fachabteilungen sowie der im vergangenen Jahr neu eröffneten onkologischen Rehabilitation im Reha-Zentrum am Meer in Bad Zwischenahn umfassende Möglichkeiten zur stationären Diagnostik, Behandlung und Nachsorge zur Verfügung.

In unserem Gesundheitsbericht zum Thema „Krebserkrankungen und Früherkennung“ informieren wir Sie über Krebserkrankungen, die häufigsten Krebsdiagnosen und die Bedeutung der Krebserkrankungen für die Sterblichkeit im Ammerland. Einige oft vorkommende und für die Vorsorge wichtige Erkrankungen wie Darm- oder Lungenkrebs werden ausführlicher mit Hinweisen zu den Ursachen dargestellt.

Wir wollen aber nicht nur über Zahlen und Daten zu Krebserkrankungen im Ammerland informieren. Wichtig ist uns vielmehr auch die Darstellung, welche Möglichkeiten der Früherkennung durch Vorsorgeuntersuchungen bestehen. Das rechtzeitige Erkennen von Krebserkrankungen verbessert nicht nur die Heilungschancen, sondern ermöglicht oft auch schonendere Behandlungen. Nutzen Sie daher bitte die Chance der Vorsorgeuntersuchungen!

Westerstede, im Januar 2007

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jörg Bensberg'.

Ihr
Jörg Bensberg
Landrat



Krebserkrankungen und Früherkennung

2. Gesundheitsbericht für den Landkreis Ammerland

	Seiten
Grußwort	2
Inhalt	3
Impressum und Autoren	4
Einführung	5
1. Zusammenfassung	7
2. Bevölkerungsentwicklung des Ammerlandes	9
3. Krebserkrankungen im Ammerland	11
3.1. Datenquellen	11
3.2. Allgemeine Todesursachenanalyse	13
3.3. Krebs nach Organsystemen, Geschlecht und Lebensalter	15
Krebstodesfälle nach Lebensalter	15
Krebstodesfälle nach Organsystemen und Geschlecht	16
Häufigste gemeldete Krebsneuerkrankungen	20
3.4. Ausgewählte Krebserkrankungen:	22
Darm	22
Lunge	23
Prostata	24
Brust	25
Gebärmutterhals	26
3.5. Vergleich zu überregionalen Daten	27
4. Früherkennung	31
4.1. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen als Vorsorge	31
4.2. Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening	33
Mammographie-Screening im Ammerland	33
Ergebnisse aus dem Modellprojekt in Weser-Ems	34

Impressum und Autoren:

Das Gesundheitsamt des Landkreises legt hiermit seinen zweiten kommunalen Gesundheitsbericht vor, der aber ohne eine externe Unterstützung in dieser Form nicht möglich gewesen wäre:

Der erste Berichtsteil zu Krebserkrankungen und Krebssterblichkeit im Ammerland entstand mit Unterstützung des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsens (EKN) und des Nds. Landesgesundheitsamtes.

Die Auswertung der Todesursachenstatistik erfolgte durch Dr. Elmar Vogelsang (Gesundheitsamt).

An der inhaltlichen und textlichen Bearbeitung waren Herr Michael Hoopmann (Nds. Landesgesundheitsamt) und Herr Joachim Kieschke (Krebsregister) beteiligt.

Für die Überlassung von Daten des Krebsregisters zu Erkrankungsfällen und altersabhängigen Erkrankungsdaten sowie den Beitrag zum überregionalen Vergleich danken wir sehr herzlich Frau Iris Urbschat (Krebsregister).

Im zweiten Teil werden die Früherkennungsuntersuchungen (Kapitel 4.1.) bei den niedergelassenen Haus- und Fachärzten von Herrn Werner Bohlken (Ärzteverein Ammerland) dargestellt.

Abschließend stellt Dr. Gerold Hecht (programmverantwortlicher Arzt) das im vergangenen Jahr im Ammerland gestartete Mammographiescreening (Kapitel 4.2.) und erste Ergebnisse aus der Projektphase vor.

Dr. Elmar Vogelsang <i>-Gesamtredaktion-</i>	Gesundheitsamt des Landkreises Ammerland
Werner Bohlken	Vorsitzender des Ärztevereines Ammerland, niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Edewecht
Dr. Gerold Hecht	Programmverantwortlicher Arzt des Mammographie-Screening Nordwest-Niedersachsen, niedergelassener Radiologe in Wittmund
Michael Hoopmann	Dipl.-Stat., Nds. Landesgesundheitsamt, NLGA, in Hannover, (Arbeitsbereich Umweltepidemiologie)
Joachim Kieschke	Ärztlicher Leiter der Registerstelle des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsens in Oldenburg
Iris Urbschat	Dipl.-Biologin, Registerstelle des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsens in Oldenburg

Der Bericht wird herausgegeben vom

Landkreis Ammerland
Gesundheitsamt
Lange Straße 36
26655 Westerstede

Januar 2007

Einführung

Krebserkrankungen sind häufiger als vielfach angenommen

Die Wahrscheinlichkeit für eine Krebserkrankung wird immer noch unterschätzt; deutschlandweit erkranken mehr als 400.000 Menschen jährlich an Krebs. Ungefähr jede dritte Person in Niedersachsen wird irgendwann an einem bösartigen Tumor erkranken.

„Krebs“ ist allerdings an sich nicht nur eine einzige Krankheit, sondern eine Gruppe von über einhundert verschiedenen Erkrankungen, die durch unkontrolliertes und unnormales Wachstum von Zellen entstehen und unterschiedliche Risiken, Verläufe und Überlebenswahrscheinlichkeiten haben.

Alter, Veranlagung, äußere Einflüsse und Lebensweise sind die grundlegenden Faktoren für die Entstehung einer Krebserkrankung

Die Wahrscheinlichkeit, an einer Krebserkrankung zu versterben, steigt grundsätzlich sehr stark mit dem Lebensalter an. Auf die über 60-jährigen entfallen, obgleich sie in Niedersachsen nur rund ein Viertel der Bevölkerung ausmachen, rund drei Viertel aller Krebs-Neuerkrankungen.

Neben dem Alter hängt die Wahrscheinlichkeit einer Krebserkrankung ab von der individuellen Veranlagung, von der eventuellen Exposition gegenüber kreberregenden Stoffen in Arbeits- und Umwelt und von Risiken, die sich aus dem Verhalten und der Lebensweise des Einzelnen selbst ergeben. Hierzu gehören das Rauchverhalten, die Ernährungsgewohnheiten, Bewegungsmangel u. a. Das Zusammenspiel zwischen diesen Faktoren ist dabei für verschiedene Krebserkrankungsformen unterschiedlich und in den meisten Fällen nicht vollständig erforscht.

Früherkennung erhöht die Heilungschancen

Eine Erkrankung an Krebs ist für viele Menschen gleichbedeutend mit dem nahen Ende des Lebens. Dies trifft heute nicht mehr zu, denn viele Krebserkrankungen sind inzwischen heilbar. Allerdings müssen sie in einem möglichst frühen Stadium erkannt werden. Je früher Krebserkrankungen erkannt werden, je kleiner somit der Tumor ist, desto besser sind die Heilungschancen und auch die Behandlung kann dann meist schonender erfolgen.

Im vorliegenden Bericht werden daher zunächst Daten und Auswertungen zu Krebserkrankungen im Ammerland und in einem zweiten Teil dann die Möglichkeiten der Früherkennung dargestellt.

1. Zusammenfassung

Das Thema dieses zweiten Gesundheitsberichtes sind Krebserkrankungen und die Früherkennungsmöglichkeiten im Ammerland.

Im ersten Teil werden anhand der Todesursachenstatistik des Gesundheitsamtes und von Daten des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen Auswertungen zu Krebserkrankungen und zur Krebssterblichkeit im Ammerland dargestellt.

Im zweiten Teil werden dann die Früherkennungsuntersuchungen bei niedergelassenen Haus- und Fachärzten und das 2006 im Ammerland als Regelvorsorgeleistung gestartete Mammographiescreening vorgestellt.

Krebserkrankungen sind die Ursache für ein Viertel der Todesfälle im Ammerland. Die Zahl der Krebstodesfälle steigt mit dem Alter steil an. Aber auch im mittleren Alter haben Krebserkrankungen bereits einen wesentlichen Anteil an den Todesfällen.

Insgesamt lag die Krebssterblichkeit im 10-Jahreszeitraum 1995-2004 sowohl für Männer als auch für Frauen unter dem niedersächsischen Durchschnitt. Dabei spielt eine vergleichsweise niedrigere Sterblichkeit an Lungenkrebs (insbesondere bei Frauen) eine Rolle.

Bei beiden Geschlechtern spielen sowohl im mittleren als auch im höheren Lebensalter Krebserkrankungen des Verdauungssystemes eine wichtige Rolle bei der Krebssterblichkeit. Die größte Gruppe sind dabei die Krebserkrankungen des Darmes. Sie sind im Ammerland bei Männern und Frauen die jeweils zweithäufigste Krebserkrankung. Bei den Krebstodesfällen steht der Darmkrebs bei Frauen noch vor dem Brustkrebs an erster Stelle, bei den Männern an zweiter Stelle.

Lungenkrebs hat bei den Männern zwar nur einen Anteil von 11,1% an den Krebsneuerkrankungen, ist jedoch für ein Viertel und damit die weitaus meisten der Krebstodesfälle bei den Männern verantwortlich. Dies liegt an der geringen Überlebensrate. Bei den Frauen spielt der Lungenkrebs noch keine so bedeutende Rolle wie bei den Männern. Hier ist der Lungenkrebs aber auch schon für jeden 10. Krebstodesfall verantwortlich. Die Zahl der Lungenkrebstodesfälle liegt bei den Frauen allerdings noch unter dem niedersächsischen Durchschnitt.

Brustkrebs ist bei den Frauen im Ammerland mit einem Anteil von mehr als einem Drittel die mit Abstand häufigste Krebserkrankung. Aufgrund der besseren Früherkennungs- und Behandlungsmöglichkeiten ist der Anteil an den Krebstodesfällen mit 15,8% deutlich geringer. Bei den unter 65-jährigen Frauen ist der Brustkrebs allerdings die häufigste Krebstodesursache. Im Vergleich zu verfügbaren überregionalen Daten (Ammerland 2003, Krebsregister Saarland 2003) fallen relativ hohe Meldungen für Neuerkrankungen an Brustkrebs auf. Detailanalysen der dem Krebsregister gemeldeten Krebsstadien und die gleichzeitig im Vergleich niedrigere Sterblichkeit an Brustkrebs im Ammerland sprechen dafür, dass dies auf eine vergleichsweise hohe Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im Ammerland zurückzuführen ist.

Bei den Männern ist der Prostatakrebs mit einem Anteil von einem Drittel die mit Abstand häufigste Krebserkrankung. Aufgrund der Früherkennungsmöglichkeiten, der bei frühen Stadien vergleichsweise guten Behandlungsmöglichkeiten und auch des im Alter langsameren Wachstums ist der Anteil an den Krebstodesfällen mit 12% jedoch deutlich geringer. Auch beim Prostatakrebs sprechen vergleichsweise hohe Neuerkrankungsmeldungen in Verbindung mit einer im niedersächsischen Durchschnitt liegenden Prostatakrebssterblichkeit sowie Detailanalysen der Krebsstadien für eine relativ hohe Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im Ammerland.

Der Gebärmutterhalskrebs gehört mit weniger als 10 Erkrankungen pro Jahr im Ammerland zu den weniger häufigen Krebserkrankungen. Diese Krebserkrankung kann jedoch bereits bei relativ jungen Frauen in den 20er Jahren auftreten.

Die Möglichkeit der Krebsvorsorgeuntersuchung ist eine sinnvolle präventive Maßnahme, um Krebserkrankungen in einem möglichst frühzeitigen Stadium zu entdecken und einer Therapie zuzuführen.

Frauen können ab dem Alter von 20 Jahren Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, ab 30 zusätzlich der Brust und der Haut im Bereich der Untersuchungsregion und ab 50 zusätzlich des Darmes in Anspruch nehmen.

Bei Männern umfassen die Früherkennungsuntersuchungen die Prostata, das äußere Genitale und die Haut ab 45 Jahren sowie des Enddarms und des übrigen Dickdarms ab 50 Jahren.

Ab dem Alter von 55 Jahren besteht die Möglichkeit einer Dickdarmspiegelung oder alle 2 Jahre der Test auf nicht sichtbares Blut im Stuhl. Nach 10 Jahren ist eine zweite Dickdarmspiegelung möglich.

Die "Screening-Mammographie" ist eine Reihenuntersuchung, die im Ammerland seit 2006 für Frauen vom 50sten bis zum 69sten Lebensjahr alle zwei Jahre angeboten wird. Die Kosten für die Untersuchungen werden von den Krankenkassen getragen. Die Untersuchungen finden in Westerstede in der Ammerlandklinik oder in einem speziellen Fahrzeug, dem so genannten "Mammobil" statt. Bei Nachweis eines Tumors wird die Therapie von den kooperierenden Kliniken mit Brustzentren, wie der Ammerlandklinik, durchgeführt.

Vorausgegangen war eine Erprobungsphase des Mammographiescreenings in einem Modellprojekt in Weser-Ems und zwei weiteren Regionen. Dabei konnten die geforderten EU-Qualitätskriterien erfüllt werden.

Im Landkreis Ammerland wurde in der ersten Screeningrunde im Herbst 2003 bei 21 Frauen ein Brustkrebs festgestellt. 20 der Frauen ließen sich im Brustzentrum der Ammerlandklinik behandeln.

Zusammenfassend lag die Gesamtkrebssterblichkeit im Ammerland im Zeitraum 1995-2004 unter dem niedersächsischen Durchschnitt. Aufgrund der absehbaren demographischen Entwicklung mit einer starken Zunahme der älteren Jahrgänge ist jedoch mittelfristig ein Ansteigen der Krebserkrankungszahlen zu erwarten.

Eine wichtige Rolle in der Krebsvorsorge spielen Früherkennungsuntersuchungen. Nach bundesweiten Zahlen ist die Teilnahme an diesen Untersuchungen jedoch mit ca. 50% bei den Frauen und nur 20% bei den Männern noch viel zu gering. Einige der dargestellten Einzeldaten sprechen zwar für eine im Ammerland möglicherweise etwas bessere Inanspruchnahme. Konkrete Zahlen liegen – abgesehen von den Ergebnissen des Modellprojektes Mammographiescreening – jedoch nicht vor. Ziel sollte es sein die Teilnahme an diesen Vorsorgemaßnahmen durch Aufklärung und Motivation weiter zu steigern.

2. Bevölkerungsentwicklung des Ammerlandes

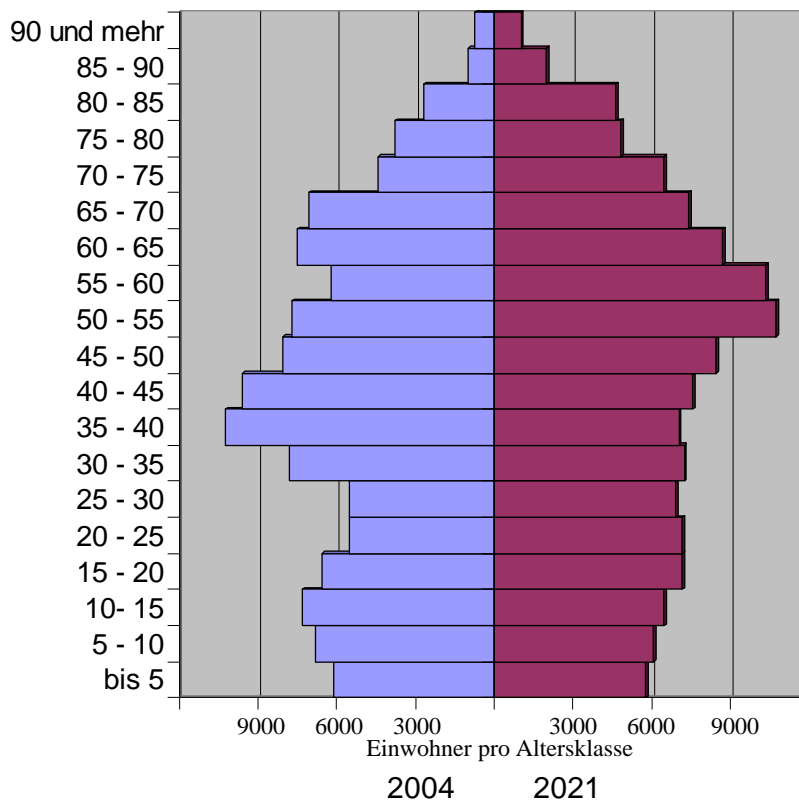
Die gegenwärtige Bevölkerung des Ammerlandes ist geprägt von den Familien mit starken Jahrgängen im mittleren Lebensalter und ebenfalls relativ starken Jahrgängen der Kinder. In den nächsten 15 Jahren wird es allerdings zu einigen deutlichen Verschiebungen der Altersstruktur kommen. Nachfolgend ist die zu erwartende Entwicklung anhand der letzten Bevölkerungsvorausschätzung des statistischen Landesamtes (Stand 2004) für den Landkreis Ammerland dargestellt.

Die in der Alterspyramide des Jahres 2004 dominierende Altersgruppe der 35-45-jährigen, die sog. geburtenstarken Jahrgänge aus den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, werden auch in den nächsten 15 Jahren noch die stärksten Jahrgänge bilden, dann allerdings das Alter von 50 – 60 Jahren erreicht haben.

Gleichzeitig wird bis zum Jahr 2021 voraussichtlich auch die Zahl der über 70-jährigen stark ansteigen und sich die Zahl der über 80-jährigen sogar mehr als verdoppeln.

Altersstruktur Ammerland 2004 und 2021(Prognose)

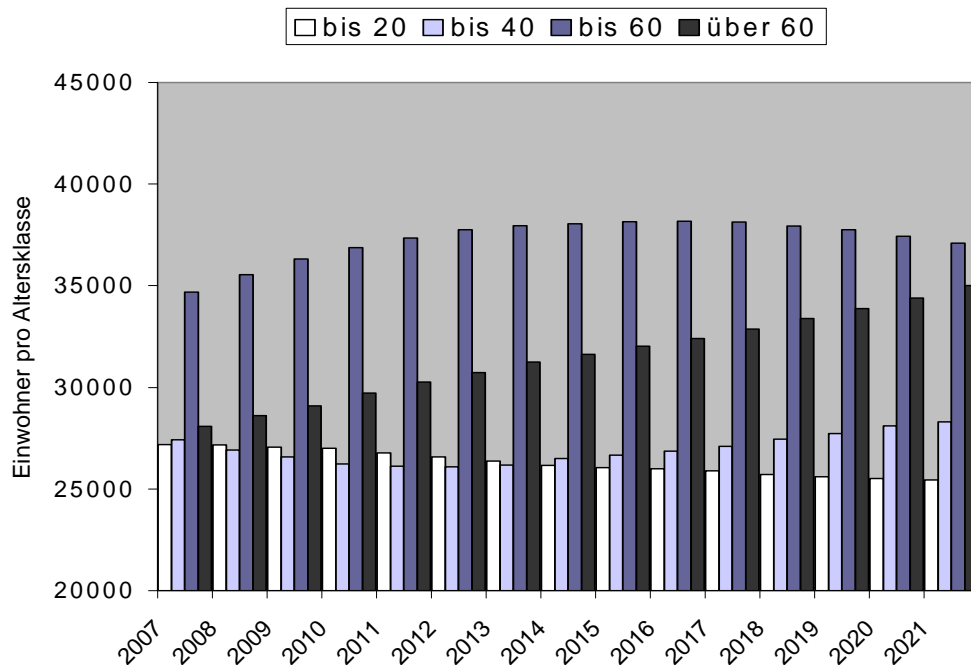
nach Daten des Statistischen Landesamtes



In der folgenden Graphik ist die voraussichtliche Entwicklung im Zeitverlauf und für die einzelnen Altersklassen dargestellt.

Im Einzelnen wird es in den nächsten Jahren zunächst zu einer starken Zunahme der 40- bis 60-jährigen kommen. Ab etwa 2015 werden diese Altersklassen voraussichtlich nicht weiter zu-, sondern tendenziell eher wieder abnehmen, weil die „starken“ Jahrgänge dann zunehmend die nächste Altersklassengruppe erreichen werden. Dementsprechend wird die Zahl der über 60-jährigen in den nächsten 15 Jahren kontinuierlich ansteigen. Da die Häufigkeit von Krebserkrankungen mit dem Alter zunimmt ist zu erwarten, dass auch die Zahl der Krebserkrankungen und –todesfälle mittelfristig zunehmen wird.

Bevölkerungsentwicklungsprognose für das Ammerland
nach Altersklassen 2007 - 2021
nach Daten des Statistischen Landesamtes



3. Krebserkrankungen im Ammerland

Im Kapitel 3.1 werden kurz die Todesursachenstatistik und das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen beschrieben, die als bevölkerungsbezogene Datenquellen für Krebserkrankungen für die folgenden Auswertungen herangezogen wurden.

Kapitel 3.2 beschreibt die Relevanz der Todesursache „Krebs“ im Vergleich zu anderen Todesursachen im Ammerland, während Kapitel 3.3 die Verteilung aller Krebserkrankungen und -todesfälle auf die Organsystemgruppen und die Bedeutung der Verteilung für unterschiedliche Altersklassen betrachtet.

Kapitel 3.4 greift einige der für die Versorgung wichtigsten Krebserkrankungsformen heraus und beschreibt ihre Häufigkeit im Ammerland vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Ursachen und Risikofaktoren.

Kapitel 3.5 stellt die Krebshäufigkeit im Ammerland im Vergleich zu überregionalen Daten dar.

3.1 Datenquellen

Die Todesursachenstatistik

Die Todesursachenstatistik des Statistischen Landesamtes umfasst „alle“ im Berichtsjahr Gestorbenen. Die regionale Zuordnung erfolgt gemäß dem letzten Hauptwohnsitz.

Die Todesursachenstatistik stützt sich auf die Todesbescheinigung, die bei jedem Todesfall vom aufsuchenden Arzt ausgestellt wird. Diese enthält einen „offenen“ Teil mit den Angaben für das Standesamt und einen „vertraulichen“ Teil für das Gesundheitsamt, in dem der Arzt die im Zusammenhang mit dem Todesfall diagnostizierten Krankheitszustände in einer Kausalkette einträgt.

Im Gesundheitsamt werden die medizinischen Angaben zu den Todesursachen von den Amtsärzten inhaltlich überprüft und dem statistischen Landesamt übermittelt. Das Statistische Landesamt berichtet alljährlich in der Landestodesursachenstatistik über die niedersächsischen Zahlen. Zusätzlich erhalten die Kommunen seit dem Jahr 2003 ihre kommunalen Daten vom Landesamt statistisch aufbereitet und in elektronischer Form zurück und können damit kommunale Auswertungen vornehmen. Der letzte vorliegende Datensatz betrifft das Jahr 2005.

Eine vollzählige „Datenerfassung“ der Todesursachenstatistik ist definitionsgemäß sehr hoch, da die Todesursachen aller verstorbenen Ammerländer Bürger vollständig erfasst werden. Allerdings wird die inhaltliche Qualität der medizinischen Angaben in den Totenscheinen in Fachkreisen immer wieder diskutiert. Für die Ärzte ist es häufig schwierig, eine eindeutige Todesursache festzulegen, sei es, dass gleichzeitig mehrere schwere Erkrankungen vorlagen oder sie den Patienten (z. B. im Notdienst) nicht so gut kannten. Eine vergleichsweise hohe Aussagekraft haben jedoch die Angaben zu Krebserkrankungen, weil es hier i. d. R. bekannt und eindeutig ist, wenn ein Patient nach einem Krebsleiden verstirbt.

Das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen (EKN)

Um Ursachen und Risiken von Krebserkrankungen zu erforschen sowie Präventions- und Gesundheitsmaßnahmen für die Bevölkerung langfristig planen zu können, werden verlässliche Zahlen über Neuerkrankungen und Sterbefälle benötigt. Deshalb trat am 01.01.2000 das Gesetz über das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen (GEKN) in Kraft.

Nach dem GEKN hat das Krebsregister die Aufgabe, die Trendentwicklung von Krebserkrankungen in Niedersachsen zu beobachten und statistisch-epidemiologisch auszuwerten.

Das GEKN schreibt aus datenschutzrechtlichen Gründen eine räumliche, organisatorische und personelle Trennung in zwei organisatorisch getrennte Arbeitseinheiten, der Vertrauens- und der Registerstelle vor. In der am Landesgesundheitsamt angesiedelten Vertrauensstelle werden alle Meldungen von Krebserkrankungen, die in Niedersachsen diagnostiziert oder therapiert werden, entgegengenommen und bearbeitet. Danach werden die erfassten Meldungen verschlüsselt zur langfristigen Speicherung und Auswertung an die Registerstelle des Krebsregisters in Oldenburg weitergeleitet.

Die Informationen zu den Neuerkrankungen kommen von den Pathologen, für die eine Meldepflicht in Niedersachsen besteht, sowie mit zusätzlichen Patientinformationen von den sogenannten „klinischen Meldern“, d.h. niedergelassenen Ärzten, Kliniken oder auch Nachsorgeeinrichtungen, nach entsprechender Einwilligung des Patienten.

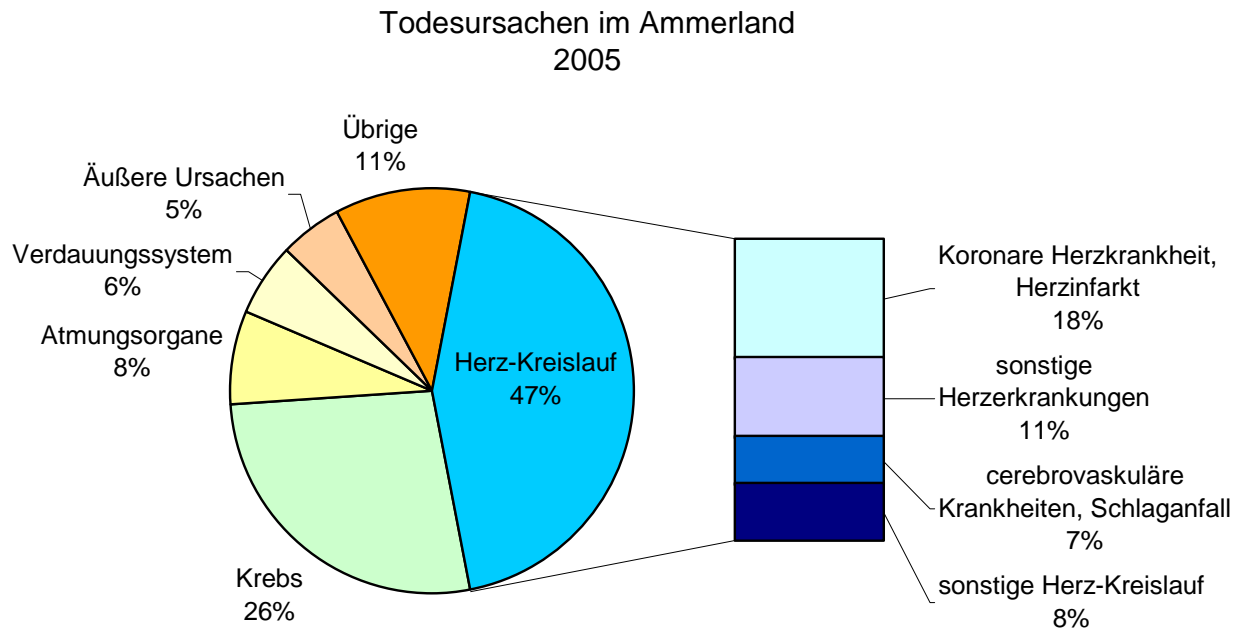
Die Anzahl der Neuerkrankungen in einer Bevölkerungsgruppe an einer bestimmten Krankheit während einer bestimmten Zeit wird als Inzidenz bezeichnet. Wird die Inzidenz auf die zu Grunde liegende Bevölkerung anteilig bezogen, spricht man von einer Inzidenzrate. Bei Krebs bezieht sich die Inzidenzrate i. d. R. auf die in einem Jahr erstmalig diagnostizierten Krebserkrankungsfälle (Neuerkrankungen) je 100.000 Personen.

Da das EKN über die Gesundheitsämter neben den Meldungen zu Krebsneuerkrankungen auch fortlaufend Kopien der Todesbescheinigungen erhält, sind auch Aussagen zu Krebserkrankungen bei Verstorbenen möglich. Die Mortalitätsrate gibt entsprechend an, wie viele Personen – bezogen auf eine Bevölkerungsgruppe - jährlich an einer Krebserkrankung versterben.

Zur Krebsmortalität kamen im EKN Daten von 1995 bis 2004, für die Inzidenz Daten aus den Jahren 2000 bis 2003 zur Auswertung.

3.2. Allgemeine Todesursachenanalyse

Von den rund 1.000 jährlichen Todesfällen im Ammerland entfällt knapp die Hälfte auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ein Viertel auf Krebserkrankungen und geringere Anteile auf Erkrankungen der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane und sonstige Todesursachen. Diese Verteilung entspricht auch den auf Bundes- und Landesebene festzustellenden Verteilungen.



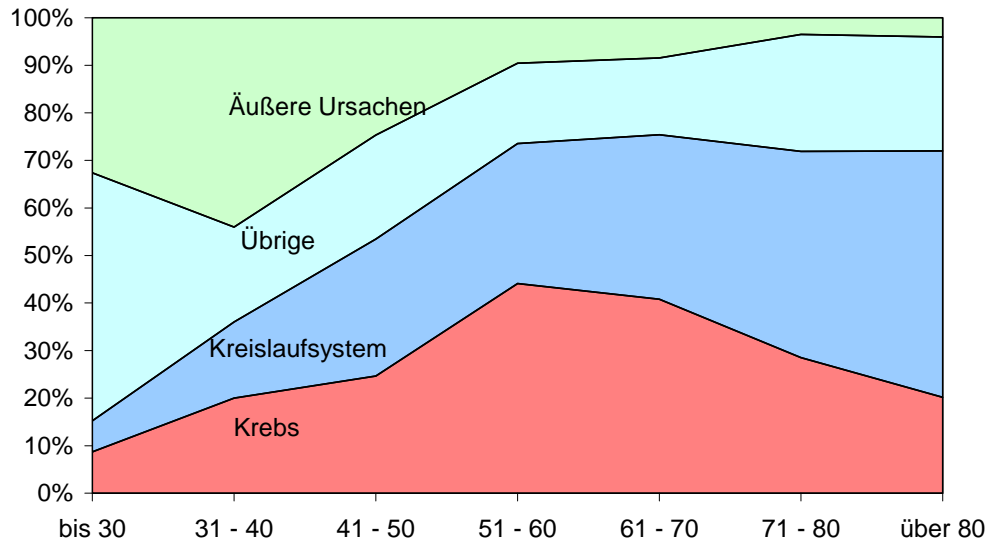
Etwa die Hälfte der knapp 500 Todesfälle, die auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen entfallen, sind auf „Verkalkung“ der Blutgefäße zurückzuführen, wie z. B. die koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt und Schlaganfälle.

Die Verteilung der in den vorangehenden Abbildungen dargestellten Todesursachen ist in den verschiedenen Altersklassen und bei den Geschlechtern sehr unterschiedlich. In den beiden folgenden Abbildungen ist der Anteil der Todesursachen nach Altersklassen und Geschlecht dargestellt. Dargestellt sind nicht die absoluten Zahlen, sondern der prozentuale Anteil an der Sterblichkeit der jeweiligen Altersklasse.

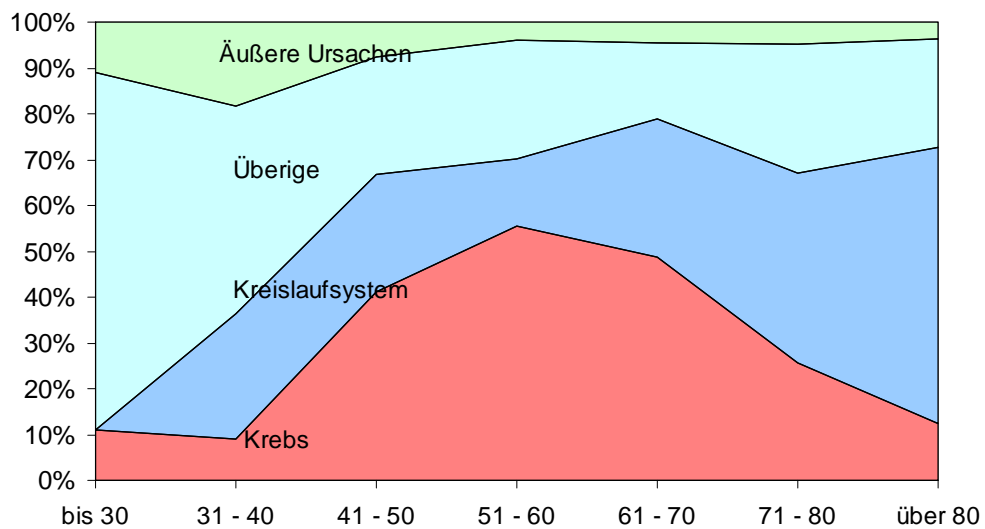
Bei den Männern spielen bis zum Alter von 40 äußere Ursachen, insbesondere Unfälle, eine dominierende Rolle. In den Altersklassen über 50 nimmt dieser Anteil erheblich ab. Der Anteil von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systemes nimmt ab dem 30. Lebensjahr erkennbar und dann kontinuierlich zu, bis es im hohen Alter die dominierende Todesursache ist. Krebserkrankungen tragen in allen Altersklassen erheblich zur Sterblichkeit bei, am deutlichsten ausgeprägt ist ihr Anteil in der Altersklasse 50 bis 70.

Bei den Frauen spielen hingegen äußere Ursachen in allen Altersklassen nur eine vergleichsweise geringe Rolle. Auffällig ist der hohe Anteil der Krebserkrankungen an der Sterblichkeit im Alter von 50 bis 70. Ab etwa dem 70. Lebensjahr werden auch bei den Frauen die Herzkreislauferkrankungen mehr und mehr zur dominierenden Todesursache.

Anteil der Todesursachen bei Männern nach Alterklassen
Auswertung 2003-2005



Anteil der Todesursachen bei Frauen nach Altersklassen
Auswertung 2003-2005



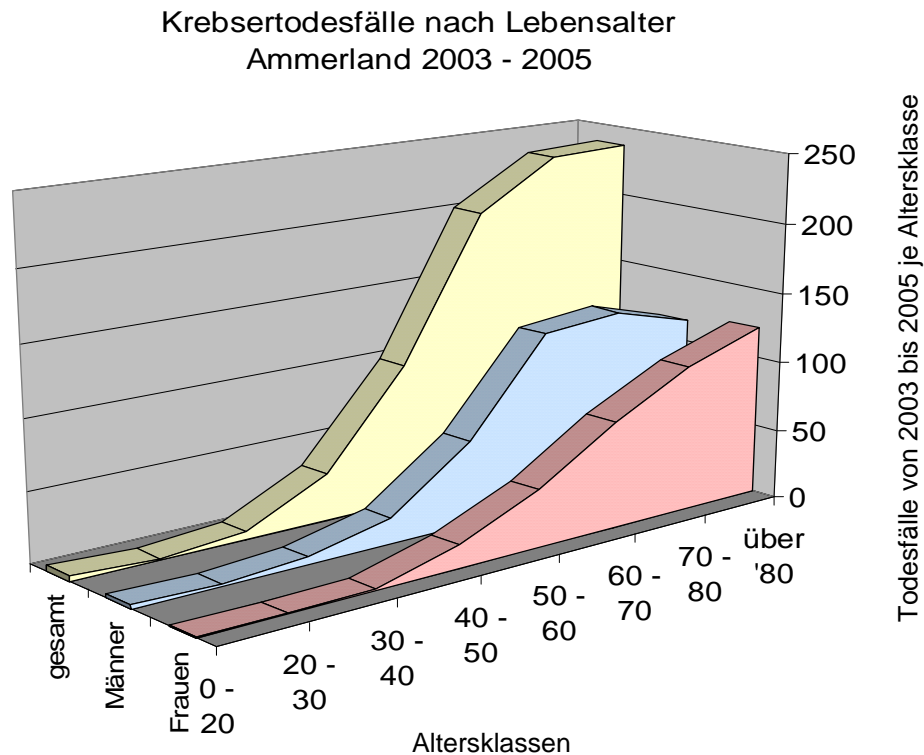
3.3 Krebs nach Organsystemen, Geschlecht und Lebensalter

Krebstodesfälle nach Lebensalter:

Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Zahl der Krebstodesfälle immer stärker an, auch wenn wegen der im Alter insgesamt hohen Sterblichkeit der relative Anteil der Krebserkrankungen an den Todesursachen wieder abnimmt (s. vorangehendes Kapitel).

In den Altersklassen 40-50 zeigt sich ein zunächst leichter, zwischen 50 und 60 deutlicher und dann steiler Anstieg der Krebstodesfälle. Die Höchstzahl an Krebstodesfällen betrifft die Altersklasse zwischen 70 und 80. Dann zeigt sich bei den Männern ein Rückgang der absoluten Zahlen, der allerdings u. a. auch auf den in diesem Alter insgesamt zurückgehenden Jahrgangsstärken beruht.

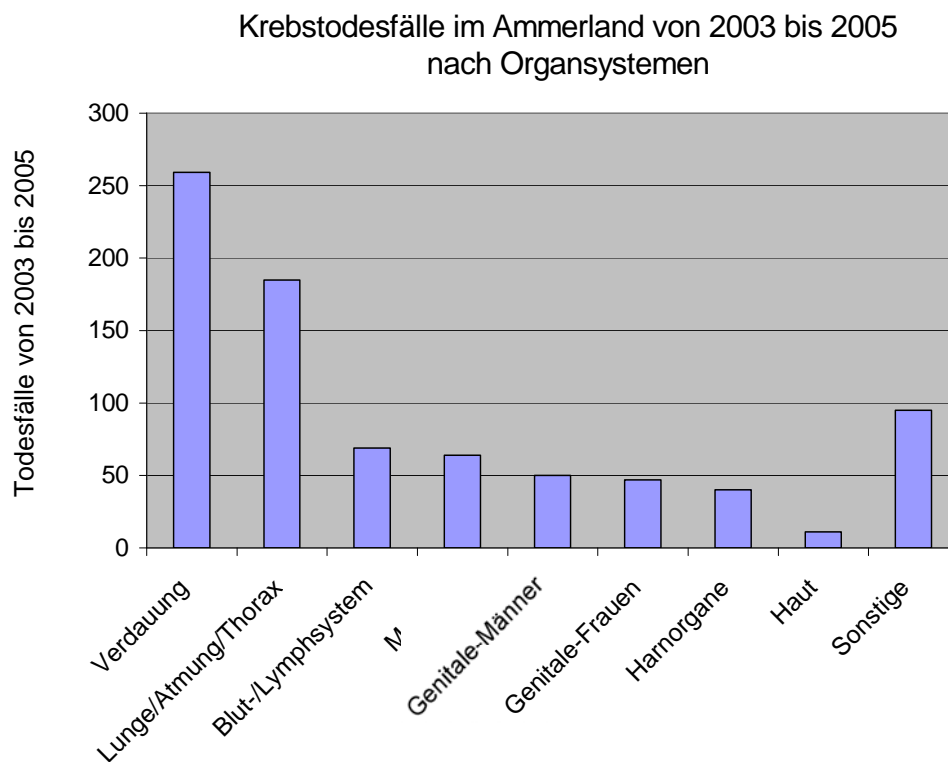
Bei den Frauen steigen die Krebstodesfälle insgesamt langsamer, aber kontinuierlich bis in die 80er Jahre hinein an.



Krebstodesfälle nach Organsystemen¹ und Geschlecht:

Im Folgenden werden die Krebstodesfälle und –erkrankungen im Ammerland nach Lokalisation und Geschlecht weiter differenziert. Entsprechend der unterschiedlichen Systematik der Datenerfassung von Todesursachenstatistik und Krebsregister werden die Krebstodesfälle nach Organsystemen, die Meldungen über Krebsneuerkrankungen aber nach den einzelnen Organen dargestellt. Für die fünf häufigsten bzw. vorsorgerelevanten Krebserkrankungen (Lunge, Darm, Prostata, Brust und Gebärmutterhals) folgt im Kapitel 3.4 dann noch eine gesonderte Darstellung, in der für jede der Erkrankungen noch einmal alle Daten zu Sterblichkeit und Erkrankungshäufigkeit auf einen Blick dargestellt sind.

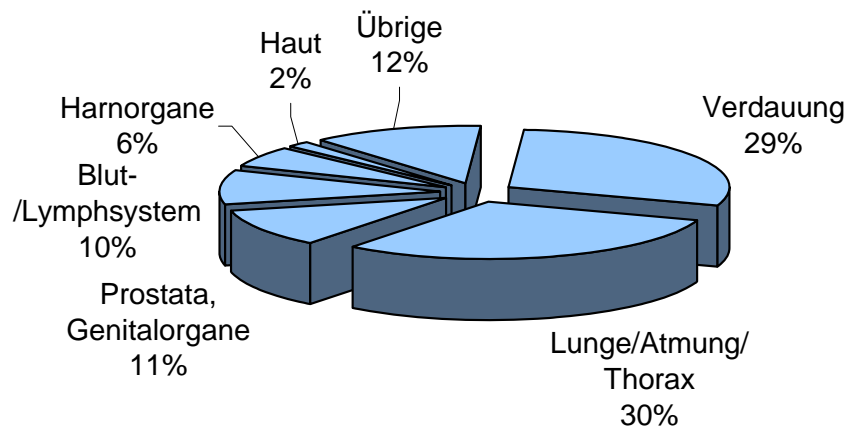
Betrachtet man beide Geschlechter zusammen, entfallen die meisten Krebstodesfälle auf das Verdauungssystem, gefolgt von den Atmungs- und Thoraxorganen (fast ausschließlich Lungenkrebs, selten Kehlkopfkrebs, Rippenfellkrebs o. Ä.) und dann den Krebserkrankungen des Blut-Lymph-Systemes, der Brust sowie der weiblichen und männlichen Geschlechtsorgane.



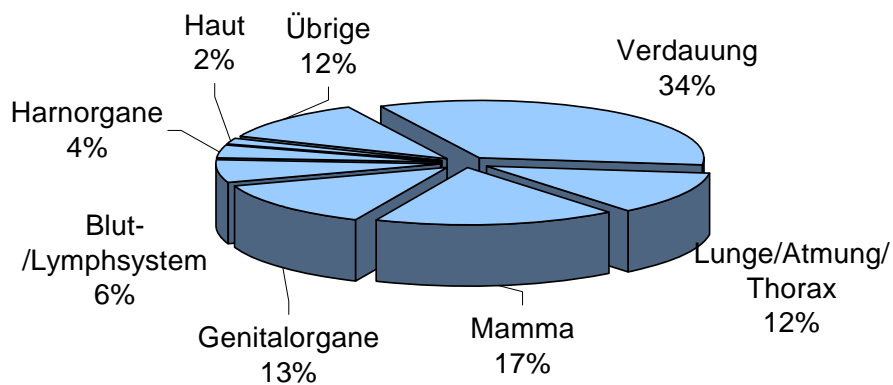
¹ Krebsdiagnosen nach ICD-10 Klassifikation: Verdauung: C15-C26; Lunge/Atmung/Thorax C30-C39; Haut C43+C44; Brust C50; Genitale Frauen C51-C58; Genitale Männer C60-C63; Harnorgane C64-C68; Blut-/Lymphsystem C81-C96

Betrachtet man die jeweiligen Anteile bei den beiden Geschlechtern zeigen sich deutliche Unterschiede:

Krebstodesfälle bei Männern
im Ammerland
Auswertung 2003 - 2005



Krebstodesfälle bei Frauen
im Ammerland
Auswertung 2003 - 2005



Bei den Männern sind die Krebserkrankungen der Atmungs-/Thoraxorgane und des Verdauungssystemes mit einem Anteil von jeweils rund 30% gleich auf und für deutlich mehr als die Hälfte der Krebstodesfälle verantwortlich.

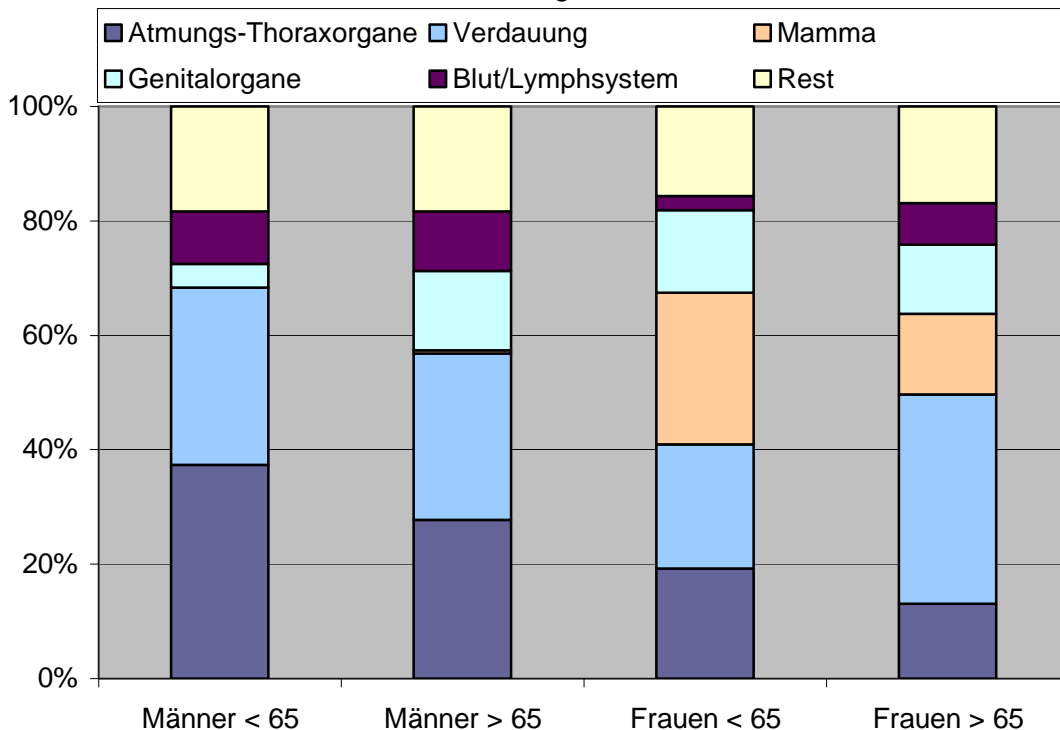
Krebserkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane (fast ausschließlich Prostatakrebs) haben einen Anteil von 11% an der Krebssterblichkeit. Wenngleich der Prostatakrebs bei Männern der weitaus häufigste Krebs ist, ist sein Anteil an der Sterblichkeit deutlich geringer, weil die Prognose besser als bei anderen Krebserkrankungen ist.

Ebenfalls 10% tragen Erkrankungen des Blut- und Lymphsystems zur Krebssterblichkeit bei. Die Krebserkrankungen der übrigen Organsysteme spielen zahlenmäßig eine geringere Rolle. So tragen Hautkrebserkrankungen nur zu 2 % der Krebstodesfälle bei. Allerdings ist auch der Hautkrebs einer Früherkennung zugänglich und durch entsprechendes Verhalten auch zumindest teilweise vermeidbar.

Bei den Frauen dominieren mit 34% deutlich die Todesfälle durch Krebserkrankungen des Verdauungssystemes. An zweiter Stelle der Krebssterblichkeit liegen Krebserkrankungen der Brust. Dies ist insofern bedeutsam, weil gerade dieses Organ der Vorsorge und Früherkennung gut zugänglich ist und sich die Behandlungsmöglichkeiten und die Prognose früh erkannter Brustkrebsformen in den letzten Jahren deutlich verbessert haben. Krebserkrankungen von Atmungs-/Thoraxorganen tragen deutlich geringer als bei den Männern zur Krebssterblichkeit bei, mit allerdings auch schon 12 %.

Krebserkrankungen der Genitalorgane haben mit 13 % ebenfalls einen merklichen Anteil der Krebssterblichkeit. Auch bei den Frauen spielen die Hautkrebserkrankungen zahlenmäßig mit einem Anteil von 2 % an der Krebssterblichkeit eine vergleichsweise geringe Rolle.

Prozentualer Anteil der Organsysteme an der Krebssterblichkeit nach Altersgruppen und Geschlecht
Auswertung 2003 - 2005



Vergleicht man die Krebstodesfälle im mittleren Lebensalter (bis zum 65 LJ.) mit denen im hohen Lebensalter, zeigt sich, dass bei den Männern in beiden Altersgruppen die Krebserkrankungen der Atmungsorgane und der Verdauungsorgane dominieren. Bei den Älteren zeigt sich ein deutlich höherer Anteil der Krebserkrankungen der Geschlechtsorgane, was auf die starke Zunahme des Prostatakrebs im Alter zurückzuführen ist.

Bei den Frauen sind im mittleren Lebensalter die Todesfälle durch Brustkrebs am häufigsten, aber auch die Krebserkrankungen des Verdauungssystemes und der Geschlechts- und der Atemwegsorgane sind bereits stark vertreten. Im Alter dominieren deutlich die Todesfälle durch Krebserkrankungen der Verdauungsorgane, dann folgen die Brust, die Atemwegs- und Geschlechtsorgane.

Die Zahl der Krebstodesfälle steigt mit dem Lebensalter zunächst langsam, im Alter zwischen 50 und 60 dann deutlich an und erreicht im Alter von 70 bis 80 den Höhepunkt.

Bei beiden Geschlechtern spielen sowohl im mittleren als auch im höheren Lebensalter Krebserkrankungen des Verdauungssystemes eine erhebliche Rolle bei der Krebssterblichkeit. Bei den Frauen hat dieses Organsystem den größten Anteil an der Krebssterblichkeit, bei den Männern einen nahezu gleich hohen Anteil wie die Lungen- und Atemwegskrebserkrankungen.

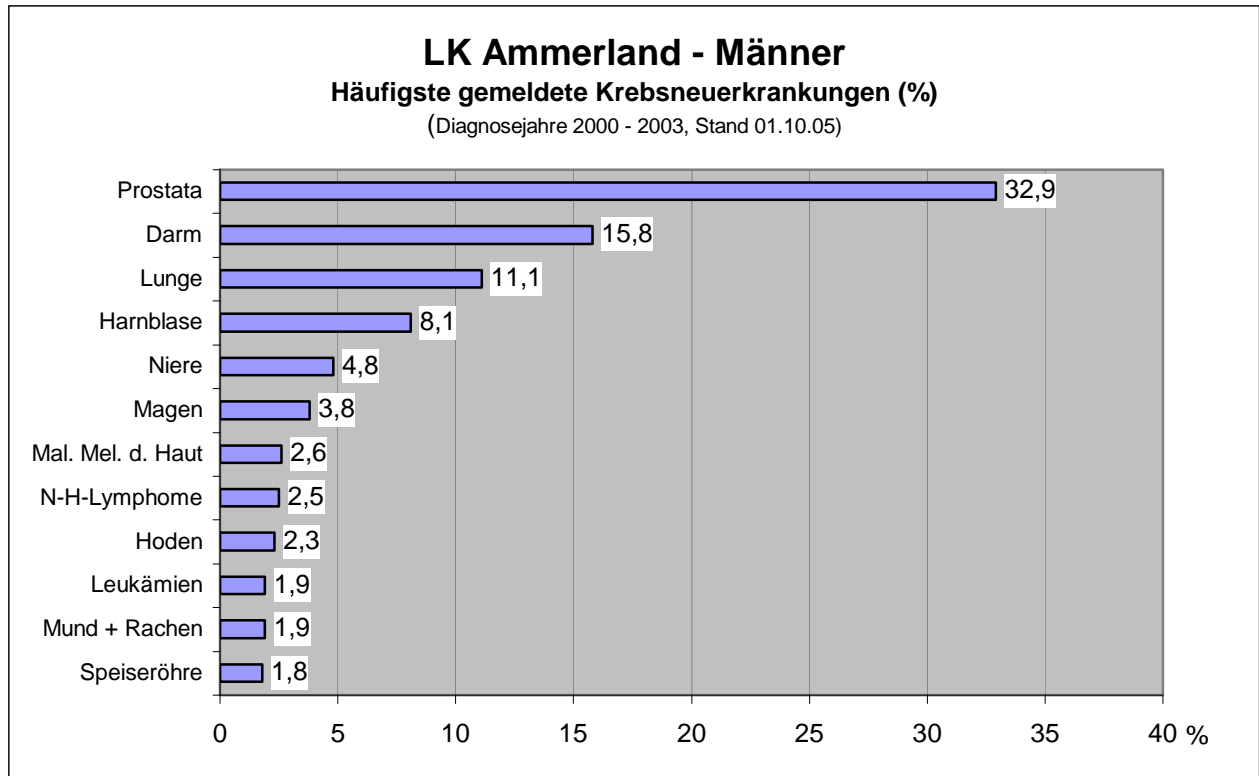
30 % der Krebstodesfälle bei den Männern und rund 12% der Krebstodesfälle bei den Frauen betreffen Lunge, Atemwege und Thoraxorgane. Diese Krebserkrankungen sind einer Früherkennung nicht zugänglich. Im Falle einer Erkrankung an Lungenkrebs ist die Prognose ausgesprochen schlecht.

Bei Frauen ist Brustkrebs die zweithäufigste Todesursache bei den Krebserkrankungen. Bei den jüngeren Frauen bis 65 ist der Brustkrebs sogar die häufigste Krebstodesursache.

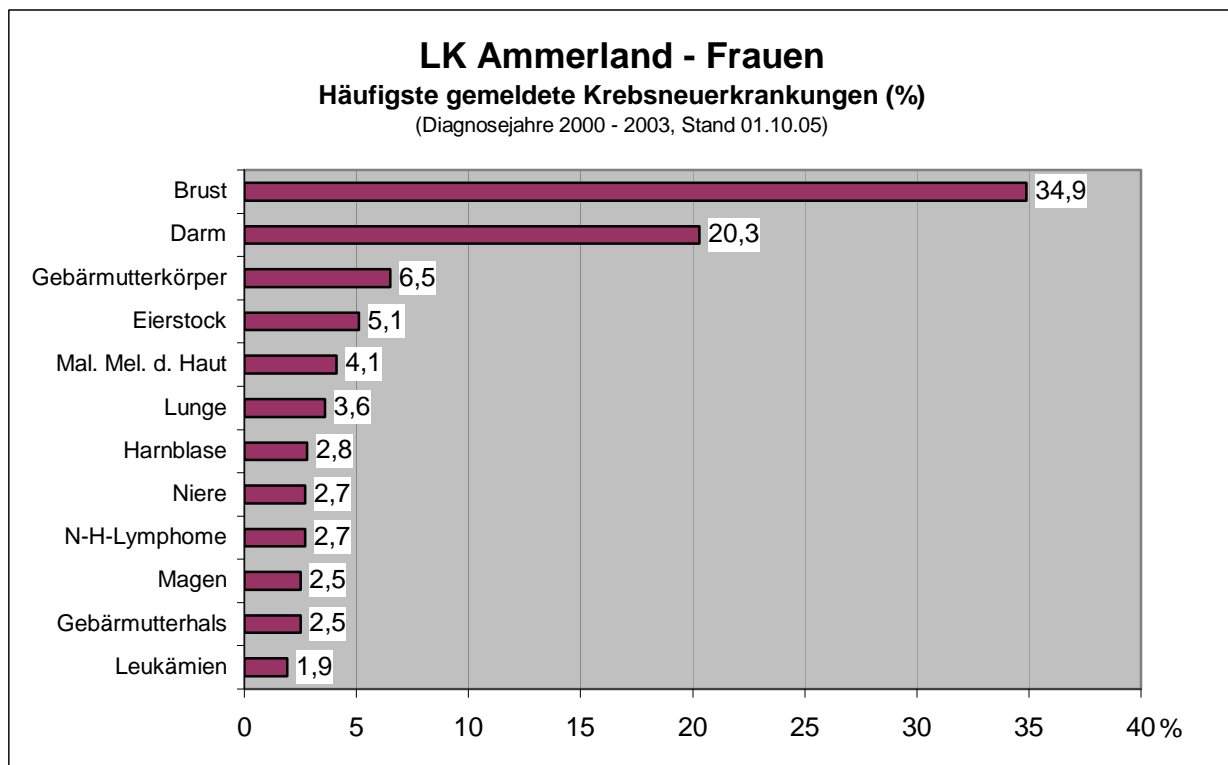
Häufigste gemeldete Krebsneuerkrankungen

In den folgenden Graphiken werden die häufigsten dem Krebsregister gemeldeten Erkrankungen (Diagnosejahre 2000 – 2003) jeweils für Frauen und Männer dargestellt.

Bei den Männern ist der Prostatakrebs mit 32,9% die mit Abstand häufigste Krebsdiagnose. Es folgen Darmkrebs mit 15,8% und Lungenkrebs mit 11,1%.



Bei Frauen dominiert der Brustkrebs mit 34,9% in ähnlicher Weise wie der Prostatakrebs bei den Männern. Es folgen mit deutlichem Abstand Darmkrebs (20,3%) und Gebärmutterkörperkrebs (6,5%) auf den nächsten Plätzen.



Auffällig ist bei einigen der Früherkennung zugänglichen und in frühen Stadien auch z. T. gut therapierbaren Krebsarten wie Brustkrebs, Prostatakrebs und in geringerem Maße auch Darmkrebs ein höherer Anteil diagnostizierter Erkrankungen bei einem vergleichsweise geringeren Anteil an der Sterblichkeit.

3.4. Ausgewählte Krebserkrankungen:

Darmkrebs:

Allgemeines:

Darmkrebs entwickelt sich aus Zellen der Darmschleimhaut, in der Regel über harmlose Vorstufen, die sog. Polypen. Als Risikofaktoren gelten Bewegungsarmut, erhöhter Konsum von Alkohol, von cholesterin- und zuckerhaltigen Nahrungsmitteln und allgemein Überernährung. Auch erbliche Faktoren können eine Rolle spielen. So gibt es Familien, in denen Darmkrebs gehäuft oder auch bereits in jungen Jahren auftritt. Auch chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, wie z.B. Colitis ulcerosa, erhöhen das Risiko an Darmkrebs zu erkranken. In größeren Studien wurde der schützende Effekt einer faserreichen Ernährung nachgewiesen.

Darmkrebs (ICD-10 C18-21)	Männer	Frauen
Jährliche Todesfälle Ammerland 2000-2004	17,4	20,6
Anteil Krebstodesfälle Ammerland 2000-2004	11,8%	17,6%
Neuerkrankungsfälle Ammerland 2003	48	45
Anteil Krebsneuerkrankungen Ammerland 2000-2003	15,8%	20,3%

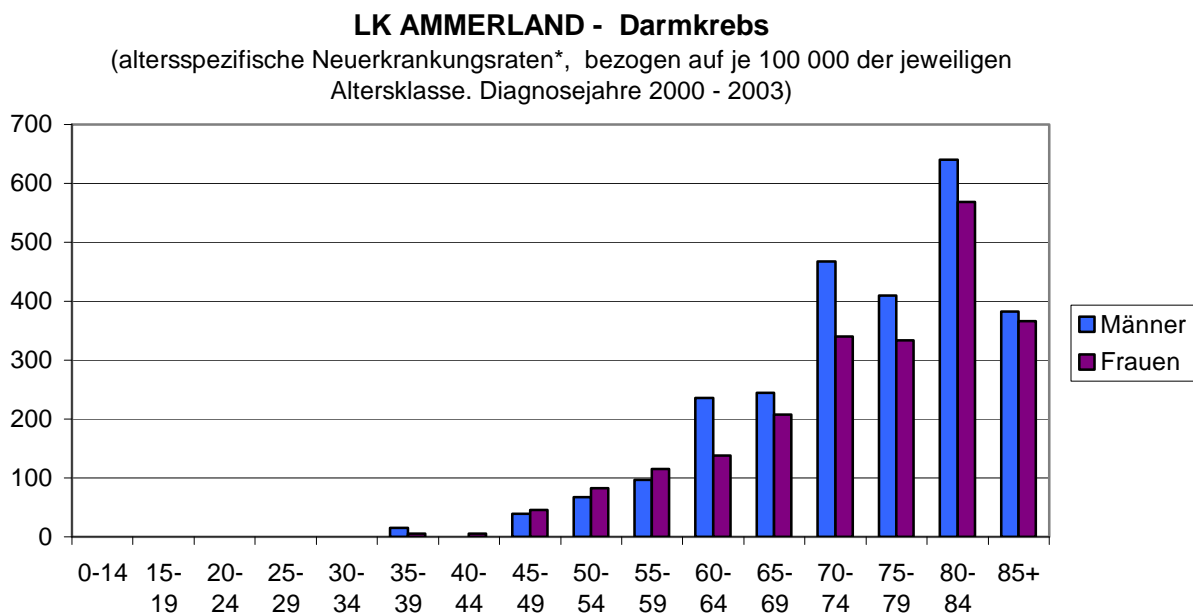
Vorkommen im Ammerland:

Darmkrebs ist im Ammerland bei Männern (nach Prostatakrebs) und Frauen (nach Brustkrebs) die jeweils zweithäufigste Krebserkrankung. Bei den Krebstodesfällen steht der Darmkrebs bei Frauen sogar (knapp) vor dem Brustkrebs an erster Stelle, bei den Männern (nach Lungenkrebs) an zweiter Stelle.

Die Erkrankungszahlen beginnen bereits ab Mitte 40 zunächst gering und dann ab dem 60. Lebensjahr steil anzusteigen.

Früherkennung:

Früherkennungsuntersuchungen können ab dem 55. Lebensjahr in Anspruch genommen werden.



*Die Erkrankungsraten der Altersklasse 85+ können untererfasst sein, da ein Teil der Krebserkrankungen möglicherweise nicht mehr diagnostiziert wird.

Lungenkrebs:

Allgemeines:

Lungenkrebs ist weitaus überwiegend Folge des Rauchens. Etwa 1 % der Lungenkrebs-erkrankungen werden auch auf das Passivrauchen zurückgeführt. Andere (z. T. berufliche) Schadstoffe (Asbest, Arsen, polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe u.a.) spielen eine sehr viel geringere Rolle. Die sicherste Lungenkrebsvorsorge ist nicht zu rauchen bzw. mit dem Rauchen aufzuhören. Wenn dies nicht möglich ist, sollte nicht in Anwesenheit anderer geraucht werden.

Lungenkrebs (ICD-10 C33+34)	Männer	Frauen
Jährliche Todesfälle Ammerland 2000-2004	37,6	12,0
Anteil Krebstodesfälle Ammerland 2000-2004	25,6%	10,3%
Neuerkrankungsfälle Ammerland 2003	42	12
Anteil Krebsneuerkrankungen Ammerland 2000-2003	11,1%	3,6%

Vorkommen im Ammerland:

Lungenkrebs liegt mit einem Anteil von 11,1% bei den Männern zwar nur an dritter Stelle der Krebsneuerkrankungen, ist jedoch für ein Viertel und damit die weitaus meisten der Krebstodesfälle bei den Männern verantwortlich. Dies liegt an der geringen 5-Jahre-Überlebensrate (bundesweit unter 15%). Bei den Frauen spielt der Lungenkrebs (noch) keine so bedeutende Rolle wie bei den Männern. Hier liegt der Lungenkrebs bei den Neuerkrankungen an der 6. Stelle und ist aber immerhin auch schon für 10,3% der Krebstodesfälle verantwortlich. Die Zahl der Krebstodesfälle liegt bei den Frauen derzeit noch unter dem niedersächsischen Durchschnitt.

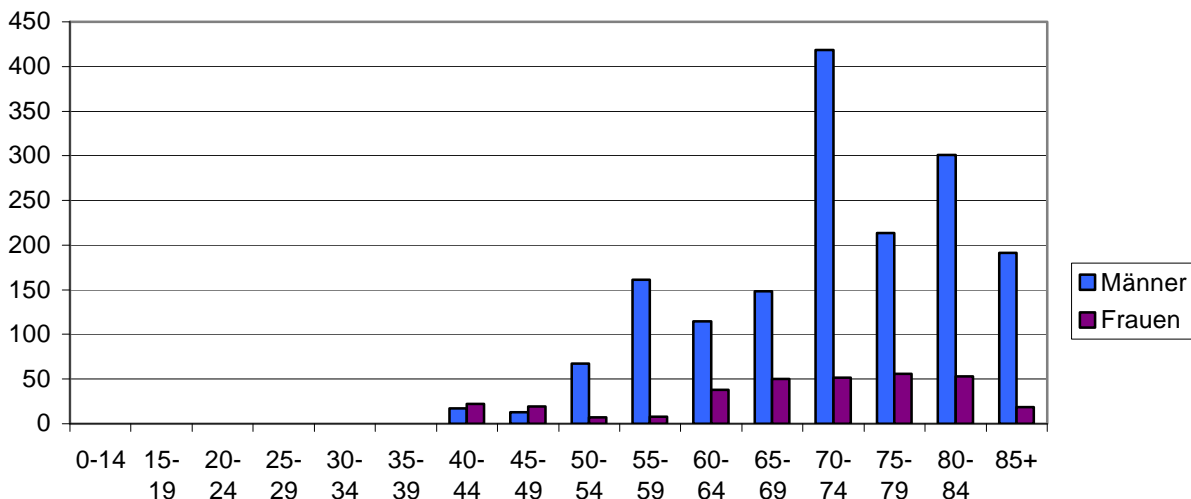
Lungenkrebs tritt bei Männern und Frauen überwiegend nach dem 40. Lebensjahr auf. Die Erkrankungszahlen steigen dann ab Mitte der 50er Jahre bis in die 70er Jahre steil an.

Früherkennung:

Spezifische Früherkennungsuntersuchungen stehen nicht zur Verfügung.

LK AMMERLAND - Lungenkrebs

(altersspezifische Neuerkrankungsraten*, bezogen auf je 100 000 der jeweiligen Altersklasse. Diagnosejahre 2000 - 2003)



*Die Erkrankungsraten der Altersklasse 85+ können untererfasst sein, da ein Teil der Krebserkrankungen möglicherweise nicht mehr diagnostiziert wird.

Prostatakrebs:

Allgemeines:

Die Ursachen der Erkrankung sind bisher weitgehend unbekannt. Offensichtlich spielt allerdings das männliche Sexualhormon Testosteron eine Rolle. Es steuert das Wachstum der Prostata und kann damit auch das Wachstum von Prostatakrebszellen fördern.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko deutlich an. Es besteht auch ein individuelles erbliches Risiko.

In einer kürzlichen großen Studie wurde festgestellt, dass bei Männern mit regelmäßigem Samenerguss im geringeren Maße Prostatakrebs auftritt.

Untersuchungen zur Wirkung von Nikotin, Alkohol, fettreicher Ernährung u.a. sind widersprüchlich geblieben, so dass keine allgemeinen Empfehlungen zur Vorbeugung gegeben werden können.

Vorkommen im Ammerland:

Prostatakrebs ist bei den Männern im Ammerland mit einem Anteil von einem Drittel die mit Abstand häufigste Krebserkrankung. Aufgrund der Früherkennungsmöglichkeiten, der bei frühen Stadien vergleichsweise guten Behandlungsmöglichkeiten und auch des im Alter langsameren Wachstums ist der Anteil an den Krebstodesfällen mit 11% allerdings deutlich geringer.

Die Altersklassenverteilung (s. Graphik) zeigt, dass das Risiko an Prostatakrebs zu erkranken ab Mitte 40 kontinuierlich ansteigt.

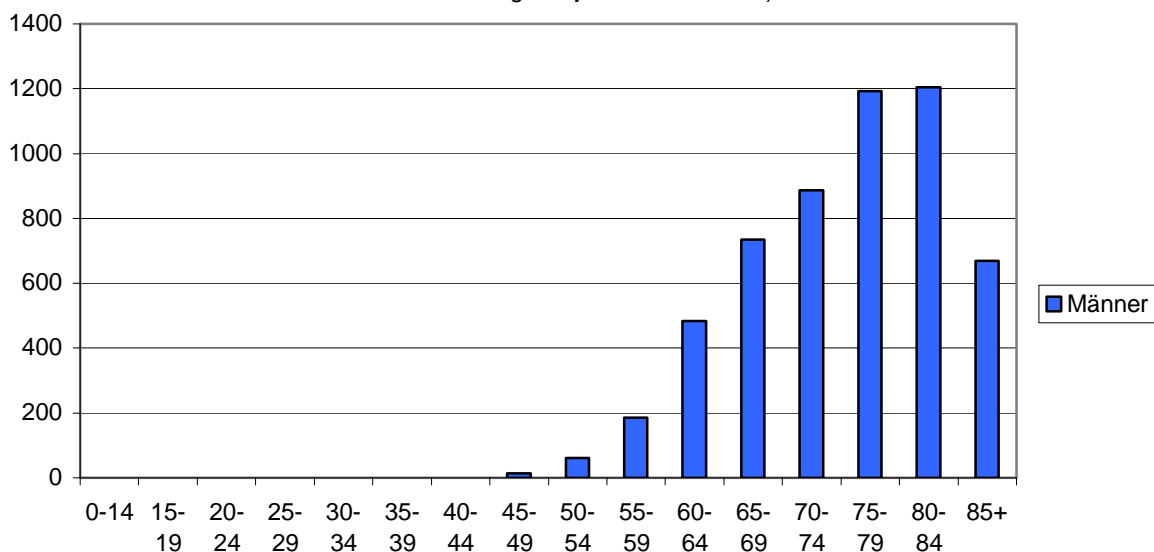
Früherkennung:

Für alle Männer besteht die Möglichkeit einer jährlichen Prostatavorsorgeuntersuchung ab dem 45. Lebensjahr.

Prostatakrebs (ICD-10 C61)	Männer
Jährliche Todesfälle Ammerland 2000-2004	16,4
Anteil Krebstodesfälle Ammerland 2000-2004	11,2%
Neuerkrankungsfälle Ammerland 2003	132
Anteil Krebsneuerkrankungen Ammerland 2000-2003	32,9%

LK AMMERLAND - Prostatakrebs

(altersspezifische Neuerkrankungsraten*, bezogen auf je 100 000 der jeweiligen Altersklasse. Diagnosejahre 2000 - 2003)



*Die Erkrankungsdaten der Altersklasse 85+ können untererfasst sein, da ein Teil der Krebserkrankungen möglicherweise nicht mehr diagnostiziert wird.

Brustkrebs:

Allgemeines:

Die Ursachen von Brustkrebs sind noch weitgehend ungeklärt. Eine fördernde Wirkung wird jedoch den Östrogen-Hormonen zugesprochen. Statistiken zeigen erhöhte Risiken für Frauen, die entweder nie schwanger oder bei ihrer ersten Geburt bereits über 32 Jahre waren, wenn nahe Verwandte ebenfalls Brustkrebs hatten oder bereits an der anderen Brust eine Krebserkrankung vorlag. Auch übermäßiger Alkoholenuss und Übergewicht fördern den Brustkrebs.

Zur Vorbeugung wird die Vermeidung von Übergewicht und übermäßigem Alkoholenuss, regelmäßige körperliche Aktivität oder Sport und eine fettarme Ernährung mit einem hohen Anteil an Ballaststoffen (da dies den Östrogenspiegel herabsetzen soll) empfohlen.

Brustkrebs (ICD-10 C50)	Frauen
Jährliche Todesfälle Ammerland 2000-2004	18,2
Anteil Krebstodesfälle Ammerland 2000-2004	15,6%
Neuerkrankungsfälle Ammerland 2003	91
Anteil Krebsneuerkrankungen Ammerland 2000-2003	34,9%

Vorkommen im Ammerland:

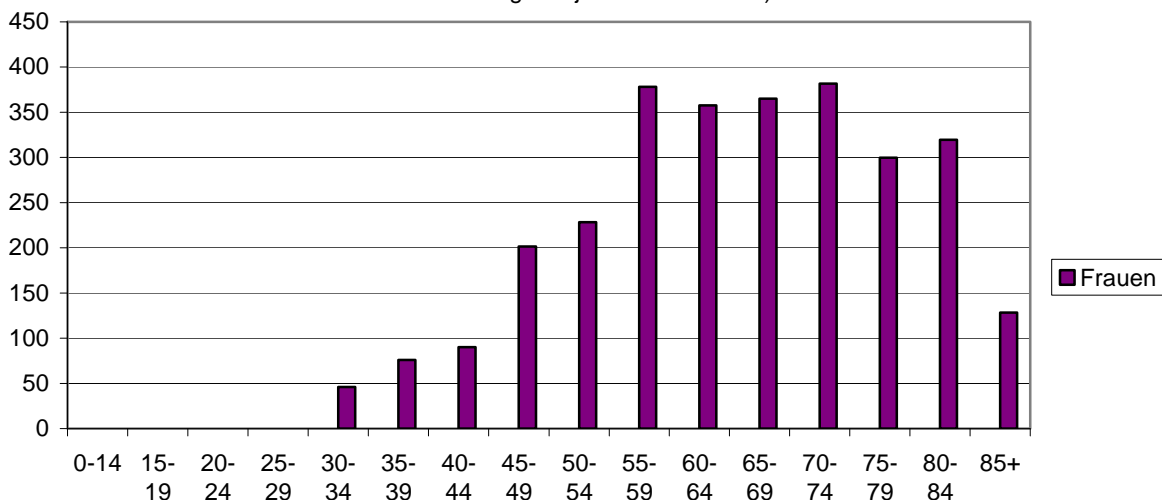
Brustkrebs ist bei den Frauen im Ammerland mit einem Anteil von mehr als einem Drittel die mit Abstand häufigste Krebserkrankung. Bei den Krebstodesfällen liegt Brustkrebs allerdings (auch aufgrund der in den letzten Jahren verbesserten Behandlungsmöglichkeiten) hinter Darmkrebs an 2. Stelle. Die Graphik zur Altersklassenverteilung zeigt, dass die Brustkrebserkrankungen ab dem 30. Lebensjahr zunächst langsam und ab dem 50. Lebensjahr dann deutlich ansteigen.

Früherkennung:

Ab dem 30. bzw. dem 50. Lebensjahr sollten die Frauen die angebotenen Früherkennungsuntersuchungen und das Mammographiescreening nutzen. Auch im höheren Alter sollten die Frauen noch die gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen.

LK AMMERLAND - Brustkrebs

altersspezifische Neuerkrankungsraten*, bezogen auf je 100 000 der jeweiligen Altersklasse. Diagnosejahre 2000 - 2003)



*Die Erkrankungsrate der Altersklasse 85+ können untererfasst sein, da ein Teil der Krebserkrankungen möglicherweise nicht mehr diagnostiziert wird.

Gebärmutterhalskrebs:

Allgemeines:

Bei der Entstehung des Gebärmutterhalskrebses spielen durch Geschlechtsverkehr übertragene Infektionen durch Papillomviren eine entscheidende Rolle.

Dementsprechend gelten auch der Geschlechtsverkehr bereits in sehr jungen Jahren und häufig wechselnde Sexualpartner als Risikofaktoren. Chronische Infektionen werden auch gefördert, wenn die Immunabwehr der Scheide vermindert ist, z.B. durch Nikotinmissbrauch oder unzureichende Vitaminzufuhr.

Seit Herbst 2006 steht ein Impfstoff gegen die krebsauslösenden Papillomviren für Mädchen zur Verfügung. Dieser soll der Gebärmutterhalskrebsentstehung vorbeugen. Er gehört allerdings noch nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen.

Gebärmutterhalskrebs (ICD-10 C53)	Frauen
Jährliche Todesfälle Ammerland 2000-2004	2,0
Anteil Krebstodesfälle Ammerland 2000-2004	1,7%
Neuerkrankungsfälle Ammerland 2003	9
Anteil Krebsneuerkrankungen Ammerland 2000-2003	2,5%

Vorkommen im Ammerland:

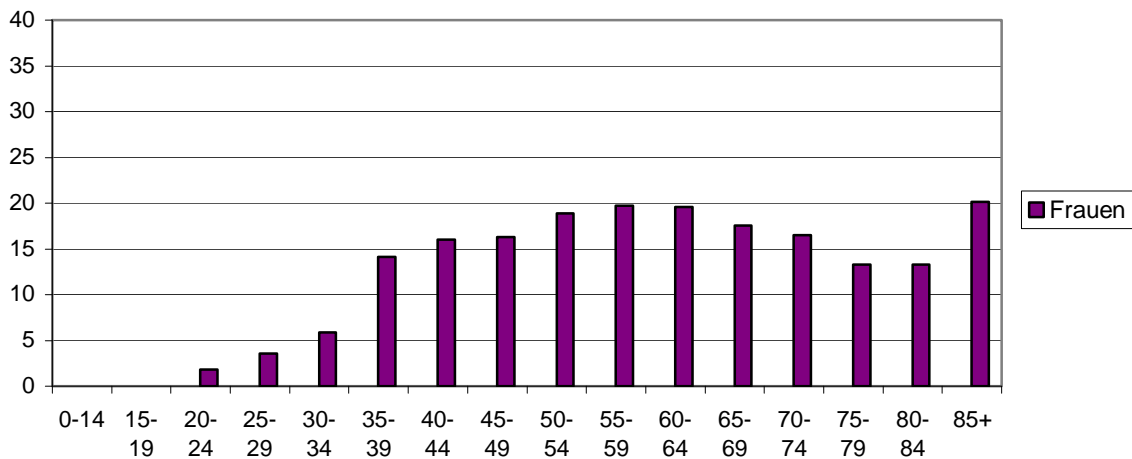
Der Gebärmutterhalskrebs gehört mit weniger als 10 Erkrankungen pro Jahr im Ammerland zu den weniger häufigen Krebserkrankungen. Wie die Graphik zeigt (dargestellt ist aufgrund der geringeren Erkrankungszahlen die Altersklassenverteilung für Weser-Ems), kann diese Krebserkrankung jedoch bereits bei relativ jungen Frauen in den 20er Jahren auftreten.

Früherkennung:

Gerade bei diesem Krebs sind regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen auch schon in jungen Jahren wichtig.

BEZIRK WESER-EMS - Gebärmutterhalskrebs

(altersspezifische Neuerkrankungsraten*, bezogen auf je 100 000 der jeweiligen Altersklasse. Diagnosejahre 2000 - 2003)



*Die Erkrankungsraten der Altersklasse 85+ können untererfasst sein, da ein Teil der Krebserkrankungen möglicherweise nicht mehr diagnostiziert wird.

3.5. Vergleich zu überregionalen Daten

Für dieses Kapitel wurden vom Epidemiologischen Krebsregister Niedersachsen (EKN) sowohl Erkrankungsmeldungen als auch Sterbefallzahlen für Krebs insgesamt und die bei Männern und Frauen jeweils häufigsten Diagnosen Darmkrebs*, Lungenkrebs*, Prostatakrebs* und Brustkrebs* ausgewertet und ein Vergleich mit überregionalen Daten versucht. Für diese Diagnosen liegen sowohl für die Todesfälle als auch für die Erkrankungsmeldungen ausreichend große und interpretationsfähige Zahlen vor.

Krebsmortalität im 10-Jahres-Zeitraum 1995-2004

Jeweils nach Geschlechtern getrennt werden die Gesamtzahlen an Krebstodesfällen (alle Diagnosen) und die der Hauptdiagnosegruppen für den 10-Jahres-Zeitraum 1995-2004 ausgewertet und mit denen Gesamtniedersachsens verglichen. Die folgenden Tabellen enthalten jeweils die im Ammerland aufgetretenen Todesfälle und zum Vergleich mit der Krebssterblichkeit Gesamtniedersachsens die sog. „erwarteten Fälle“, d. h. die Zahl der Todesfälle, die im Ammerland zu erwarten gewesen wäre, wenn man die im gleichen Zeitraum in ganz Niedersachsen aufgetretenen Krebssterbefälle auf die Bevölkerung des Ammerlandes umrechnet.

AMMERLAND	1995-2004	Männer	Krebsmortalität¹	
Diagnose	Todesfälle Ammerland	Todesfälle erwartet ²	Differenz beobachtet-erwartet	Quotient beobachtet:erwartet
Darmkrebs	179	185,2	-6,2	0,97
Lungenkrebs	359	381,9	-22,9	0,94
Prostatakrebs	167	164,1	2,9	1,02
Krebs insgesamt (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs)	1385	1472,2	-87,2	0,94

¹ Quelle: NLS, eigene Berechnungen EKN

² Vergleich mit Niedersachsen gesamt

* Krebsdiagnosen nach ICD-10: Darm C18-21, Lunge C33+34, Brust C50, Prostata C61

AMMERLAND 1995-2004 Frauen Krebsmortalität¹

Diagnose	Todesfälle	Todesfälle	Differenz	Quotient
	Ammerland	erwartet ²	beobachtet-erwartet	beobachtet:erwartet
Darmkrebs	215	197,8	17,2	1,09
Lungenkrebs	96	118,0	-22,0	0,81
Brustkrebs	205	229,2	-24,2	0,89
Krebs insgesamt (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs)	1174	1264,8	-90,8	0,93

¹ Quelle: NLS, eigene Berechnungen EKN

² Vergleich mit Niedersachsen gesamt

Die Gesamt-Krebssterblichkeit des Ammerlandes lag im 10-Jahres-Zeitraum 1995-2004 sowohl für Männer als auch für Frauen unter dem niedersächsischen Durchschnitt.

Bei den Männern wurden insgesamt 1.385 Krebssterbefälle beobachtet (etwa 87 Fälle weniger als erwartet). Von den Frauen starben 1.174 an einer Krebserkrankung (etwa 91 Fälle weniger als erwartet). Diese Untersterblichkeit für Krebs ist sowohl insgesamt als auch jeweils für Männer und Frauen statistisch auffällig.

Als statistisch auffällige Abweichung vom niedersächsischen Durchschnitt zeigt sich auch eine geringere Sterblichkeit an Lungenkrebs bei Frauen. Mit 96 Sterbefällen verstarben 22 Frauen weniger als erwartet an Lungenkrebs. Eine Detailanalyse der Verteilung dieser Krebsfälle innerhalb dieses Zeitraumes zeigt, dass von den insgesamt 96 Sterbefällen 36 in der Zeit von 1995-1999 und 60 in der Zeit von 2000-2004 auftreten.

Die übrigen Abweichungen der tatsächlichen Krebsfälle von den erwarteten liegen im Bereich der normalen statistischen Streubreite.

Die vergleichsweise niedrigere Krebssterblichkeit im Landkreis Ammerland geht zu einem Großteil auf Krebsdiagnosen zurück, die mit dem Rauchen assoziiert sind (Lungenkrebs). Bei Frauen ist dieser positive Effekt im zweiten 5-Jahres-Zeitraum 2000-2004 jedoch nicht mehr so ausgeprägt wie noch 1995-1999. Eine Zunahme der Lungenkrebssterblichkeit bei Frauen ist auch bundesweit zu beobachten, was auf ein verändertes Rauchverhalten zurückgeführt wird. Die Ergebnisse zeigen, dass die vergleichsweise niedrigere Lungenkrebssterblichkeit der Frauen im Landkreis Ammerland sich zunehmend dem niedersächsischen Durchschnitt annähert.

Auswertung von Inzidenzdaten für den LK Ammerland

Nachfolgend wird eine Auswertung der Inzidenzdaten (Inzidenz = gemeldete jährliche Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner) für den Landkreis Ammerland für die Diagnosejahre (DJ) 2000 - 2003 vorgenommen. Den Auswertungen liegt die für den jeweiligen Zeitraum betrachtete durchschnittliche Bevölkerung zugrunde (für 2000-2003 durchschnittlich 55.061 Männer und 56.889 Frauen/Jahr).

Die Vollzähligkeit der Erfassung ist im Ammerland für Krebs insgesamt und die Diagnosen Darm-, Lungen-, Brust-, und Prostatakrebs mit > 90% (2003) ausreichend, um Angaben zur Inzidenz machen zu können.

Für einen überregionalen Vergleich stehen derzeit keine geeigneten bundesweiten Daten zur Verfügung. Auch der Vergleich mit niedersächsischen Daten ist nur sehr eingeschränkt möglich, weil der Erfassungsgrad in den Landkreisen aufgrund des unterschiedlichen Meldeverhaltens noch zu unterschiedlich ist. Im folgenden Abschnitt werden daher die Neuerkrankungsmeldungen des Ammerlandes mit denen des Saarlandes verglichen. Das dortige Krebsregister besteht schon längere Zeit und hat einen hohen Erfassungsgrad.

Vergleich der erfassten Neuerkrankungen des Ammerlandes mit denen des Saarlandes

In der folgenden Tabelle wird die erfasste Inzidenz für das Ammerland im Diagnosejahr 2003 (EKN Stand 1.10.2005) der des Saarlands 2003 [Datenbankabfrage vom 19.01.06] gegenübergestellt. Dargestellt sind die gemeldeten Neuerkrankungen im Ammerland und die „europastandardisierten Erkrankungsrate“ pro 100 000 Einwohner des Ammerlandes und des Saarlandes (= zum Vergleich wurden die im Ammerland und im Saarland jeweils gemeldeten Neuerkrankungen umgerechnet auf eine definierte Standardbevölkerung).

Erfasste Inzidenz im LK Ammerland und im Saarland - Diagnosejahr 2003.

Diagnose	Ammerland Neuerkrankungen		Ammerland standardisierte Rate		Saarland standardisierte Rate	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Krebs gesamt (ohne nichtmelanotischen Hautkrebs)	338	267	485,7	342,2	507,8	349,7
Darmkrebs	48	45	68,1	51,4	77,5	51,3
Lungenkrebs	42	12	64	15,5	79,4	28,2
Brustkrebs	-	91	-	126,5	-	113,9
Prostatakrebs	132	-	179,7	-	127,7	-

Für Krebs insgesamt, männlichen Darmkrebs und Lungenkrebs liegen die Erkrankungsrate (Inzidenzen) im Ammerland unter denen des Saarlandes.

Für die Diagnosen Brustkrebs und Prostatakrebs wurden dagegen vergleichsweise höhere Erkrankungshäufigkeiten erfasst. Auswertungen des EKN haben gezeigt, dass durch Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Brustkrebs (Mammographie) die Erstdiagnose für diese Krebserkrankung zunehmend im früheren Stadium stattfindet. Einige

Gemeinden aus dem Landkreis Ammerland waren zudem Modellregion für das Modellprojekt Mammographiescreening Weser-Ems. Die Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings geht mit einem deutlichen Anstieg der Erkrankungsmeldungen einher, die vor allem auf eine häufigere Diagnose von kleinen Tumoren zurückzuführen ist². Eine Detailanalyse der T-Stadien (Stadieneinteilung, wie weit fortgeschritten eine Krebserkrankung bereits ist) der erfassten Brustkrebserkrankungen zeigt so auch, dass Krebsfrühstadien (In-situ-Karzinome) und sehr kleine Tumoren überdurchschnittlich häufig im Ammerland diagnostiziert werden. Die parallel durchgeführte Mortalitätsanalyse zeigt zudem für den Vergleichszeitraum 2000 - 2004 eine signifikant unterdurchschnittliche Brustkrebssterblichkeit im Landkreis Ammerland. Es gibt somit keinen Anlass für die Annahme, dass aufgrund ungünstigerer Risiken eine ansteigende Häufigkeit von Brustkrebs vorliegen könnte.

Der Prostata-Krebs ist eine mit dem Alter zunehmend häufigere Erkrankung. Allerdings zeigt er bei höherem Alter auch häufig ein langsames Wachstum. Autopsien (=pathologische Untersuchungen Verstorbener) haben gezeigt, dass im Alter von 80 bei vielen Männern bereits ein Prostata-Krebs vorliegt, der häufig noch nicht bekannt ist und meist auch nicht mehr zum Tode führt. Die Häufigkeit von Erkrankungsmeldungen in einer Region hängt daher neben dem Meldeverhalten der Ärzte auch von der Häufigkeit der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen ab.

Auch für das Ammerland weist eine Detailanalyse der T-Stadien der dem Krebsregister aus dem Landkreis gemeldeten Prostatakrebserkrankungen darauf hin, dass eine vergleichsweise hohe Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im LK Ammerland vorliegt. Beim Prostatakrebs sind jedoch neben den kleinen T-Stadien (frühere Krebsstadien) auch bei den größeren T-Stadien (spätere Krebsstadien) höhere Werte zu beobachten. Dieses ist für die Zeit der Neueinführung von Früherkennungsuntersuchungen zu erwarten. In der Zukunft sollten die großen T-Stadien dann allerdings rückläufig sein. Diese Fragestellung könnte anhand der Daten von späteren Diagnosejahren überprüft werden. Die Mortalität für Prostatakrebs entspricht im Zeitraum 2000-2004 dem niedersächsischen Durchschnitt, so dass z. Zt. auch für Prostatakrebs nicht anzunehmen ist, dass aufgrund ungünstigerer Risiken eine ansteigende Häufigkeit vorliegen könnte.

Zusammenfassung:

Die beobachtete Gesamt-Krebssterblichkeit liegt im 10-Jahres-Zeitraum 1995-2004 sowohl für Männer als auch für Frauen unter dem niedersächsischen Durchschnitt. Die vergleichsweise niedrigere Krebssterblichkeit im Landkreis Ammerland geht zu einem Großteil auf Krebsdiagnosen zurück, die mit dem Rauchen assoziiert sind (Lungenkrebs).

Für die Diagnosen Brustkrebs und Prostatakrebs sind allerdings vergleichsweise höhere Meldungen an Neuerkrankungen zu beobachten. Diese erhöhten Erkrankungsmeldungen für Brustkrebs bei gleichzeitig niedrigerer Brustkrebssterblichkeit sind vermutlich auf eine vergleichsweise hohe Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im Ammerland zurückzuführen. Dieses gilt auch für Prostatakrebs. Hier gehen die erhöhten Erkrankungsmeldungen mit einer im niedersächsischen Durchschnitt liegenden Prostatakrebssterblichkeit einher.

² Urbschat I, Kieschke J, Schlanstedt-Jahn U, Gehlen S v, Thiel A, Jensch P: Beiträge bevölkerungsbezogener Krebsregister zur Evaluation des bundesweiten Mammographie-Screenings. Gesundheitswesen, 67: 448-454, 2005

4. Früherkennung

Durch die Fortschritte in der Diagnostik und Therapie sind heute viele Krebserkrankungen heilbar, wenn sie in einem frühen Stadium entdeckt und behandelt werden. Gleichwohl bedeutet die Feststellung einer Krebserkrankung für den Betroffenen und die Angehörigen fast immer einen tiefen Einschnitt in sein bisheriges Leben.

Macht sich der Tumor bereits durch Krankheitserscheinungen wie Gewichtsabnahme, Abgeschlagenheit oder Schmerzen bemerkbar, befindet sich das Krebsleiden häufig schon in einem fortgeschrittenen Stadium. Die Therapie ist dann schwieriger, hat weniger Erfolgsaussichten und ist häufig mit erheblichen Nebenwirkungen behaftet. Deshalb ist die Erkennung früher Tumorstadien von großer Bedeutung.

Allerdings nehmen immer noch viel zu wenig Menschen an Früherkennungsuntersuchungen teil. Hier spielt auch die Angst eine Rolle, dass „etwas“ gefunden werden könnte.

Je früher Krebserkrankungen erkannt werden, insbesondere wenn der Tumor noch klein ist und noch keine Töchtergeschwulste gestreut hat, desto besser sind die Heilungschancen. Auch die Therapien sind dann häufig schonender möglich.

In den beiden folgenden Beiträgen sollen daher die Vorsorgemöglichkeiten durch Früherkennung dargestellt werden.

4.1. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen als Vorsorge

Eine rechtzeitige Erkennung aller Krebsarten ist für deren Behandlung äußerst wichtig. Regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen werden daher von den Ärzten empfohlen und einmal im Jahr von den Krankenkassen finanziert.

Die bestehenden Programme zur Früherkennung von Krebserkrankungen können, entgegen manch landläufiger Meinung, nur bestimmte, häufige und leicht zu untersuchende Krebsarten abdecken.

Bemerkenswert ist, dass Deutschland bereits 1976 ein bevölkerungsbezogenes Krebsfrüherkennungsprogramm eingeführt hat und international damit eine Vorreiterrolle einnahm. Nach einer ersten Änderung 2002 liegen nach einer zweiten Änderung im Jahr 2005 die aktuell gültigen Richtlinien zur Krebsfrüherkennung vor.

Früherkennung bei Frauen:

Die nach diesen Richtlinien durchgeführten Untersuchungen bei Frauen dienen der Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales ab dem Alter von 20 Jahren sowie zusätzlich der Brust und der Haut im Bereich der Untersuchungsregion ab dem Alter von 30 Jahren und zusätzlich des Enddarms und des übrigen Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren.

Eine weitere Möglichkeit zur Früherkennung eines Brustkrebses besteht in einer Röntgenuntersuchung der Brust (Mammographie-Screening) ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 69. Lebensjahres.

Früherkennung bei Männern:

Bei Männern umfassen die Untersuchungen die Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut ab dem Alter von 45 Jahren sowie des Enddarms und des übrigen Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren.

Früherkennung von Dickdarmkrebs:

Die Untersuchung des Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren bei Frauen und Männern umfasst die jährliche Durchführung eines Schnelltestes auf nicht sichtbares Blut im Stuhl.

Der Anstieg der Erkrankungen an Dickdarmkrebs führte 2002 zur Aufnahme der Dickdarmspiegelung in das Vorsorgeprogramm.

Ab dem Alter von 55 Jahren besteht seither die Möglichkeit einer Dickdarmspiegelung oder alle 2 Jahre der Test auf nicht sichtbares Blut im Stuhl. Nach 10 Jahren ist eine zweite Dickdarmspiegelung zur Vorsorge möglich.

Die Möglichkeit der Krebsvorsorgeuntersuchung ist eine sinnvolle präventive Maßnahme, um Krebserkrankungen in einem möglichst frühzeitigen Stadium zu entdecken und einer Therapie zuzuführen.

Anspruchsberechtigte Frauen nehmen am Angebot des Krebsvorsorgeprogramms zu ca. 50% und Männer zu ca. 20% teil. Diese eher unbefriedigenden Zahlen sollten durch weitere Aufklärung und Motivation der Bevölkerung gesteigert werden.

Informationsbroschüren mit weiteren Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen liegen in den Arztpraxen aus.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen auf einen Blick		
Alter	Frauen	Männer
ab 20	Genitale Spiegeluntersuchung, Krebsabstrich jährlich	
ab 30	Brust und Haut Inspektion, Abtasten, Anleitung zur Selbstuntersuchung jährlich	
ab 45		Prostata, Genitale u. Haut Inspektion und Tastuntersuchung jährlich
ab 50	Enddarm Tastuntersuchung jährlich	
ab 50	Dickdarm Streifentest auf Blut im Stuhl jährlich bis 55, dann	
ab 55	entweder Darmspiegelung 2x im Abstand von 10 Jahren oder Streifentest auf Blut im Stuhl alle 2 Jahre	
50 -69	Mammographie-Screening alle 2 Jahre	

4.2. Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening

Mammographie-Screening im Ammerland

Die Mammographie ist eine spezielle Röntgenaufnahme der weiblichen Brust, mit der man Brustkrebs in frühen Stadien entdecken kann. Dadurch verbessern sich die Chancen auf Heilung. Eine unauffällige Mammographie gibt der Frau eine hohe Sicherheit, nicht an Brustkrebs erkrankt zu sein.

Die "Screening-Mammographie" ist eine Reihenuntersuchung für Frauen zwischen dem 50sten und 69sten Lebensjahr, die alle zwei Jahre angeboten wird. Bei Frauen in diesem Alter tritt Brustkrebs häufiger auf als bei jüngeren Frauen. Gleichzeitig ist die Mammographie bei dieser Altersgruppe besonders wirkungsvoll, weil sich Krebsherde leicht aufspüren lassen.

Ablauf der Screeninguntersuchung

Die Frauen werden per Brief eingeladen. Die Adressen zur schriftlichen Einladung kommen - unter Beachtung des Datenschutzes - von den jeweiligen Einwohnermeldeämtern.

Die Untersuchungen finden wohnortnah in Westerstede in der Ammerlandklinik oder in einem speziellen Fahrzeug, dem so genannten "Mammobil" statt.

Beteiligt sind niedergelassene Radiologen und Med. Technische Assistentinnen der Region, die in besonderen Qualifikationsmaßnahmen speziell trainiert werden.

Beim Untersuchungstermin befragt eine Röntgenassistentin die Patientinnen über eventuelle Beschwerden oder Brustkrankungen und steht für Fragen zur Verfügung. Dann werden jeweils zwei Aufnahmen von jeder Brust angefertigt. Der gesamte Besuch dauert etwa eine halbe Stunde.

Jede Frau erhält das Untersuchungsergebnis innerhalb von maximal zwei Wochen in einem Brief. Bei etwa 95 % aller Frauen sind die Mammographien unauffällig. Diesen Frauen wird mitgeteilt, dass sie in zwei Jahren wieder zur Mammographie eingeladen werden. Weniger als fünf Prozent der teilnehmenden Frauen haben auffällige Befunde, die weiter abgeklärt werden müssen.

Was passiert bei einer auffälligen Mammographie?

Im Screening-Zentrum an der Ammerlandklinik kann die Diagnose bei einem einmaligen Besuch geklärt werden. Die Untersuchungen umfassen ein ärztliches Gespräch, eine Tastuntersuchung, eine Ultraschalluntersuchung und eventuell zusätzliche Röntgenaufnahmen.

Nach Abschluss dieser Untersuchungen kann bei den meisten Frauen ein Krebsverdacht ausgeschlossen werden. Bei ganz wenigen Frauen ist hingegen noch eine Gewebeprobe (Biopsie) zur endgültigen Klärung erforderlich.

Ergebnisse aus dem Modellprojekt in Weser-Ems:

Durch Beschluss der Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung wurde 1996 festgelegt, dass die Bedingungen für die Einführung eines Mammographie-Screenings in die Krebsfrüherkennung auf der Basis der Europäischen Qualitätsrichtlinien anhand von Modellprojekten erprobt werden sollten. In 2001 haben die von der Planungsstelle benannten Mammographie-Screening-Modellprojekte in der Stadt Bremen und dem gemischt städtisch/ländlichen Gebiet Wiesbaden/Rhein-Taunus-Kreis ihre Arbeit aufgenommen. 2002 kam als dritte Modellregion Weser-Ems in Niedersachsen hinzu. Diese Modellregion ist mit geringer Bevölkerungsdichte ländlich geprägt, so dass dort eine mobile Mammographie-Einheit, 2003 erstmalig auch in Westerstede zum Einsatz kam.

Bedingt durch die unterschiedliche demographische Ausgangssituation sowie die bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems in den Modellregionen gab es zwischen den Organisationseinheiten des Mammographie-Screenings projektspezifische Unterschiede in Bezug auf die räumliche Aufteilung und die logistische Abwicklung des Screeningbetriebs. Die Ergebnisse zeigen, dass trotz dieser regional unterschiedlichen Realisierung der Screening-Strukturen in allen drei Projekten eine hohe Prozess- und Ergebnisqualität entsprechend den europäischen Richtlinien erreicht werden konnte.

Teilnahme und Resonanz:

Wie auch bei einer Reihe anderer europäischer Länder lagen die Modellprojekte mit einer Teilnahmequote von 53% in der ersten Screening-Runde unter den geforderten 70% der europäischen Empfehlungen (EU-Guidelines). Die Steigerung der Teilnahme in der zweiten Einladungsrunde auf 59% lässt auf einen größeren Bekanntheitsgrad und eine positive Resonanz in der Bevölkerung schließen. Bemerkenswert bei der Betrachtung der Teilnahmequote sind die deutlichen Unterschiede zwischen den Modellregionen. Die mobile Einheit in Weser-Ems hat mit 62% in der ersten und 67% in der zweiten Runde mehr Zuspruch erfahren als die beiden anderen Projekte mit durchschnittlich 51% in der ersten bzw. 57% in der zweiten Runde. In der Stadt Westerstede lag die Teilnehmerquote 2003 mit 45% allerdings zunächst deutlich unter den Erwartungen. Die zweite Einladungsrunde ergab dann aber schon eine deutliche Steigerung auf 59%, was auf eine deutlich bessere Akzeptanz hinweist.

Durchführung:

In den Modellprojekten wurde die gesamte Untersuchungskette umgesetzt, von der Erstellung der Aufnahmen (jede Seite in zwei Ebenen) durch speziell trainierte medizinische MTRA (medizinisch-technische Radiologie-Assistentinnen) über die unabhängige Doppelbefundung durch speziell geschulte Ärzte mit anschließender Befundkonferenz bis hin zur Abklärungsdiagnostik mit weiterer bildgebender Diagnostik (Röntgen und Sonographie) und, falls erforderlich, Stanzbiopsie inklusive prä- und postoperativer multidisziplinärer Fallkonferenzen.

Die operative Behandlung sowie die anschließende Therapie werden von den kooperierenden Kliniken mit Brustzentren, wie der Ammerlandklinik durchgeführt. Die trotz der unterschiedlichen Umsetzung des Screeningprogramms in den einzelnen Regionen erreichte hohe Prozessqualität spiegelt sich in den Ergebnissen bei den Leistungsparametern wider.

Ergebnisqualität:

Der Anteil der Frauen, bei denen Screening-Mammographieaufnahmen wegen Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität wiederholt werden mussten, lag unter den von den geforderten 3% aller Teilnehmerinnen (Bremen 1,4%, Wiesbaden 2,6%, Weser-Ems 2,6%).

Bei der Wiedereinbestellungsquote konnten die Mindestanforderungen der EU-Richtlinien unterschritten und teilweise die Empfehlungen erreicht werden. Bei der Erst-Screening-

Untersuchung lagen alle drei Projekte (Bremen mit 5,7%, Wiesbaden mit 6,2% und WeserEms mit 5,9%) deutlich unter den maximalen 7%. Bei der Folge-Screening-Untersuchung konnten Wiesbaden mit 3% und Weser-Ems mit 2,2% sogar die empfohlenen 3% erreichen. Eine präoperative Befundsicherung bösartiger Tumore erfolgte in rund 94% der Fälle (Mindestanforderung >70%, empfohlen >90%). Der Anteil der unzureichenden Stanzbiopsien lag mit gut 2% weit unter den geforderten maximalen 10%.

Die wichtigsten Parameter für die Ergebnisqualität eines Screening-Programms sind die Brustkrebs-Entdeckungsrate, die Stadienverteilung oder auch der Anteil fortgeschrittener Tumoren der im Screening entdeckten Karzinome.

Die Stadienverteilung der im Screening entdeckten Karzinome entspricht ebenfalls den europäischen Vorgaben. Der Anteil der in-situ Karzinome (Krebsfrühformen) an allen Brustkrebserkrankungen liegt um die 20%. Der Anteil der „kleinen“ invasiven Karzinome, d.h. der invasiven Karzinome mit einem Durchmesser von weniger als 15mm, lag in Bremen bei 62,5%, in Wiesbaden bei 70,3% und in Weser-Ems bei 58,1 % und damit jeweils weit über den Vorgaben von mindestens 50%. Zudem war bei über 80% der entdeckten Karzinome kein Lymphknotenbefall zu verzeichnen.

Ergebnisse im Ammerland:

Im Landkreis Ammerland wurde in der ersten Screeningrunde im Herbst 2003 bei 21 Frauen ein Brustkrebs festgestellt. Lediglich bei 2 Frauen zeigte der Tumor eine Größe über 2 cm, alle Frauen hatten keinen Lymphknotenbefall und haben somit eine gute Prognose. 20 Frauen ließen sich in der Ammerlandklinik behandeln.

Die zweite Screeningrunde in der Stadt Westerstede wurde im Frühjahr 2006 durchgeführt. Im Rahmen der Kooperation wurden die Frauen jetzt nicht mehr im Mammobil, der mobilen Screening-Einheit, untersucht, sondern direkt in neu gestalteten Räumen der Ammerlandklinik. Die MTRA der Röntgenabteilung waren zwischenzeitlich durch spezielle Trainingsmaßnahmen dahingehend qualifiziert, dass sie die Mammographien auf dem EU-Qualitätsstandard durchführen konnten. Gemäß den Erwartungen wurden jedoch weniger Brustkrebserkrankungen entdeckt, trotz deutlich höherer Teilnahmerate. Bei 15 Frauen musste leider eine Krebserkrankung diagnostiziert werden. Alle Frauen hatten keinen Lymphknotenbefall. Die Operation erfolgte jeweils im Brustzentrum der Ammerlandklinik.

Aus Sicht des programmverantwortlichen Arztes konnten die Möglichkeiten der Brustkrebsfrüherkennung mittels Mammographie-Screening im Ammerland insbesondere durch die enge Zusammenarbeit mit dem Brustzentrum und der Abteilung Radiologie der Ammerlandklinik optimal umgesetzt werden.