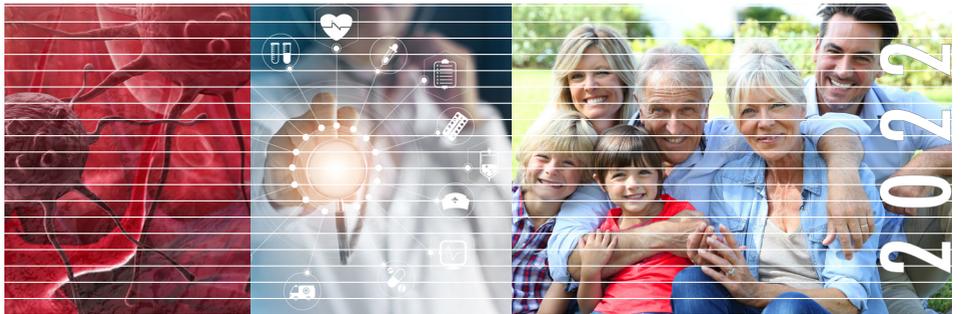


KREBSERKRANKUNGEN IN ÖSTERREICH





KREBSERKRANKUNGEN IN ÖSTERREICH

Herausgegeben von STATISTIK AUSTRIA

Autorinnen:
Mag. Dr.scient.med. Monika Hackl
Petra Ihle, BA



Wien 2022

IMPRESSUM

Auskünfte

Für schriftliche oder telefonische Auskünfte steht Ihnen bei Statistik Austria der Allgemeine Auskunftsdienst zur Verfügung:

Guglgasse 13
A-1110 Wien
Tel.: +43 (1) 711 28-7070
E-Mail: info@statistik.gv.at
Fax: +43 (1) 715 68 28

Website

<http://www.statistik.at>

Herausgeber

STATISTIK AUSTRIA
Bundesanstalt Statistik Österreich
Guglgasse 13
A-1110 Wien

Autorinnen

Mag. Dr.scient.med. Monika Hackl
Tel.: +43 (1) 711 28-7355
E-Mail: monika.hackl@statistik.gv.at
Petra Ihle, BA
Tel.: +43 (1) 711 28-7533
E-Mail: petra.ihle@statistik.gv.at

Umschlaggestaltung, Layout und Satz

Waltraud Unger
Tel.: +43 (1) 711 28-7925
E-Mail: waltraud.unger@statistik.gv.at
nach einem Entwurf der Firma
Satz&Grafik GesmbH

Grafik

Sabine Mitteregger
Tel.: +43 (1) 711 28-7655
E-Mail: sabine.mitteregger@statistik.gv.at

Fotos Cover

© Gorodenkoff / stock.adobe.com,
© New Africa / stock.adobe.com,
© vitanovski / stock.adobe.com

© STATISTIK AUSTRIA

Verkaufspreis Inland: € 10,-

ISBN 978-3-903393-13-4,

Art.Nr. 20-1625-22

Wien 2022

Druck

MDH-Media GmbH
office@mdh-media.at
www.mdh-media.at

Das Produkt und die darin enthaltenen Daten sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind der Bundesanstalt Statistik Österreich (STATISTIK AUSTRIA) vorbehalten. Bei richtiger Wiedergabe und mit korrekter Quellenangabe „STATISTIK AUSTRIA“ ist es gestattet, die Inhalte zu vervielfältigen, verbreiten, öffentlich zugänglich zu machen und sie zu bearbeiten. Bei auszugsweiser Verwendung, Darstellung von Teilen oder sonstiger Veränderung von Dateninhalten wie Tabellen, Grafiken oder Texten ist an geeigneter Stelle ein Hinweis anzubringen, dass die verwendeten Inhalte bearbeitet wurden.

Die Bundesanstalt Statistik Österreich sowie alle Mitwirkenden an der Publikation haben deren Inhalte sorgfältig recherchiert und erstellt. Fehler können dennoch nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Die Genannten übernehmen daher keine Haftung für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte, insbesondere übernehmen sie keinerlei Haftung für eventuelle unmittelbare oder mittelbare Schäden, die durch die direkte oder indirekte Nutzung der angebotenen Inhalte entstehen. Korrekturhinweise senden Sie bitte an die Redaktion.

Krebserkrankungen in Österreich 2022

Auf Basis wissenschaftlich hochwertiger Statistiken und Analysen zeichnet Statistik Austria ein umfassendes und objektives Bild der österreichischen Gesellschaft und Wirtschaft. Mit den Zahlen und Daten liefert Statistik Austria die Grundlage für eine faktenorientierte öffentliche Debatte, die empirische Forschung und evidenzbasierte Entscheidungen in Gesellschaft, Politik und Wirtschaft, etwa zu den Herausforderungen und Weichenstellungen am Arbeitsmarkt, im Bildungswesen, der Sozial-, und Wirtschaftspolitik oder zu der nachhaltigen Finanzierung von Gesundheit, Pflege und Pensionen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels.

Die vorliegende Broschüre „Krebserkrankungen in Österreich“ liegt nunmehr in der achten Auflage vor. Sie stellt die Entwicklung von 23 ausgewählten Krebsarten zwischen 1999 und 2019 auf Basis der aktuellen Maßzahlen zu Inzidenz, Prävalenz, Überleben und Mortalität aus dem von Statistik Austria geführten Österreichischen Nationalen Krebsregister dar. In zusätzlichen Kapiteln finden Sie Informationen zu Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sowie einen Überblick zu in situ Tumoren. Die Änderung der Rechtsgrundlage und deren Auswirkungen werden im Kapitel „Krebsstatistikverordnung 2019“ beschrieben.

Der wissenschaftliche und gesundheitspolitische Wert der Daten des Österreichischen Nationalen Krebsregisters wird durch die Vollzähligkeit des Registers und die Vollständigkeit der einzelnen Meldungen bestimmt. Besonderer Dank gilt daher allen Personen, innerhalb und außerhalb der Krankenanstalten, für ihren Beitrag zu der hochwertigen österreichischen Krebsstatistik und für ihre Mithilfe, die Qualität des Registers laufend zu verbessern.



Prof. Dr. Tobias Thomas
Fachstatistischer Generaldirektor
von STATISTIK AUSTRIA
Wien, im Oktober 2022

Vorwort	3
Inhalt	5
1. Einleitung	8
Ziel der Publikation	8
Maßzahlen	8
Das Österreichische Nationale Krebsregister	9
Melanom und nicht-melanotischer Hautkrebs	9
Onkologiebeirat, Krebsrahmenprogramm & Gesetzliche Grundlage der Krebsstatistik	9
2. Österreichischer Krebsreport	10
Inhalte des ersten Österreichischen Krebsreports	11
3. Krebs bei Kindern und Jugendlichen	12
Einleitung	12
Ausschluss des Malignen Melanoms	12
Neuerkrankungen	12
Neuerkrankungen im internationalen Vergleich	14
Neuerkrankungen nach Bundesländern	14
Überleben	14
Sterbefälle	15
4. Überblick in situ Tumore	16
5. Internationaler Vergleich	18
Krebsinzidenz	18
Krebsmortalität	21
6. Krebsepidemiologie	22
Einleitung	22
Zeitliche Entwicklungen	22
Häufigste Krebslokalisationen	24
Krebsinzidenz nach Bundesländern	25
Krebsinzidenz nach Tumorstadium bei Diagnose	26
Krebsinzidenz nach Morphologie	27
Krebsprävalenz	27
Überleben mit Krebs	29

Qualitätsmerkmale	31
Aufbau der Publikation	34
7. Methodische Hinweise	174
Klassifikation der Tumoren (ICD-O-3)	174
Klassifikation der Tumorstadien (TNM)	175
Qualitätsverbesserung durch Recherche von DCN Fällen und Urgenzen	175
Revisionen der Krebsstatistik	176
Altersstandardisierte Raten / Europäische Standardbevölkerung 2013	176
Internationale Empfehlungen	177
8. Umsetzung der Krebsstatistikverordnung 2019	184
Neuerungen im Überblick	184
Termine im Überblick	184
Datenschutz (bPK-AS)	184
Übermittlung der Daten	185
Datenstrukturbezeichnung	185
Ausblick	185
Weitere Informationen	185
9. Verwendung der Krebsregisterdaten	186
Internet	187
Statistische Datenbank – STATcube	187
Jahrbuch der Gesundheitsstatistik	187
Fachgremien	187
Sonderauswertungen	187
Mikrodaten für die Wissenschaft – Austrian Mikrodatencenter (AMDC)	187
10. Glossar	188
11. Weiterführende Literatur	194

Ausgewählte Erkrankungen

Alle Malignome (C00–C96 ohne C44)	22
Bösartige Neubildung des Kopfs und Halses (C00–C14)	36
Bösartige Neubildung der Speiseröhre (C15)	42
Bösartige Neubildung des Magens (C16)	48
Bösartige Neubildung des Darms (C18–C21)	54
Bösartige Neubildung der Leber (C22)	60
Bösartige Neubildung der Bauchspeicheldrüse (C25)	66
Bösartige Neubildung des Kehlkopfs (C32)	72
Bösartige Neubildung der Lunge (C33–C34)	78
Bösartiges Melanom der Haut (C43)	84
Bösartige Neubildung der Brust (C50)	90
Bösartige Neubildung des Gebärmutterhalses (C53)	96
Bösartige Neubildung des Gebärmutterkörpers (C54)	102
Bösartige Neubildung des Eierstocks (C56)	108
Bösartige Neubildung der Prostata (C61)	114
Bösartige Neubildung des Hodens (C62)	120
Bösartige Neubildung der Niere (C64)	126
Bösartige Neubildung der Harnblase (C67)	132
Bösartige Neubildung des Gehirns (C70–C72)	138
Bösartige Neubildung der Schilddrüse (C73)	144
Hodgkin-Lymphom (C81)	150
Non-Hodgkin-Lymphom (C82–C86, C96)	156
Plasmozytom, Myelom (C90)	162
Leukämie (C91–C95)	168



@ goodluz / stock.adobe.com

Daten zu Krebsinzidenz, Krebsmortalität, Krebsprävalenz und zum Überleben in kompakter und übersichtlicher Form.

Hintergrund und Qualität des Österreichischen Nationalen Krebsregisters.

1. Einleitung

Ziel der Publikation

Epidemiologische Krebsregister gewährleisten eine systematische Dokumentation des Krebsgeschehens einer Bevölkerung und liefern Antworten auf verschiedene Fragen wie zum Beispiel: „Wie viele Österreicherinnen und Österreicher erkranken jährlich an Lungen-, Darm- oder Brustkrebs?“, „Gibt es Regionen, in denen Krebs gehäuft auftritt?“, „Wie viele Personen leben mit einer bestimmten Krebsdiagnose?“ oder „Wie verändern sich Krebssterblichkeit und Überlebenszeiten?“

Die vorliegende achte Auflage der Broschüre „Krebserkrankungen in Österreich“ (früher „Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich“) fasst die revidierten Ergebnisse der Diagnosejahre 1995 bis zum derzeit aktuellen Diagnosejahr 2019 in kompakter und übersichtlicher Form zusammen und liefert damit die Grundlage zur Beantwortung dieser und weiterer Fragen. Erkrankungshäufigkeiten und -risiken, Sterblichkeit, Prävalenz und Überlebenswahrscheinlichkeiten werden für alle Malignome zusammen und für 23 ausgewählte Tumorlokalisationen dargestellt. Die Publikation wendet sich an Fachleute in Medizin und Forschung ebenso wie in Gesundheitspolitik und -verwaltung. Sie bietet aber auch allen interessierten Laien die Möglichkeit, sich aus erster Hand über die Krebsbelastung der österreichischen Bevölkerung zu informieren.

Maßzahlen

Die aus dem Register erstellte Krebsstatistik stellt folgende Maßzahlen, gegliedert nach verschiede-

nen demografischen und tumorspezifischen Merkmalen, dar:

- die Zahl der jährlich neu diagnostizierten Krebsfälle (Inzidenz),
- die Zahl der jährlichen Krebssterbefälle (Mortalität),
- die Zahl der mit einer Krebsdiagnose lebenden Personen (Prävalenz) und
- die Überlebenswahrscheinlichkeiten von Krebspatientinnen und Krebspatienten.

Ergänzend zu den in dieser Print-Publikation präsentierten Ergebnissen können die kompletten Zeitreihen der Krebsinzidenz und -mortalität zwischen 1983 und 2019 auf der Webseite von Statistik Austria heruntergeladen werden (www.statistik.at > Statistiken > Bevölkerung und Soziales > Gesundheit > Krebserkrankungen). In dieser Broschüre wurden alle altersstandardisierten Raten anhand der Europäischen Standardbevölkerung 2013 berechnet. Die online verfügbaren Tabellen enthalten zusätzlich Berechnungen der altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsraten unter Verwendung der Weltbevölkerung nach Segi (1961).

Altersstandardisierte Raten eignen sich besonders für einen zeitlichen oder regionalen Vergleich der Krebsneuerkrankungen und der Krebssterbefälle. Diese Maßzahlen berücksichtigen, dass sowohl das Erkrankungs- als auch das Mortalitätsrisiko mit dem Lebensalter stark ansteigen und daher in einer Bevölkerung mit vielen älteren Menschen auch mehr Neuerkrankungs- und Todesfälle auftreten.



Das Österreichische Nationale Krebsregister

Das Österreichische Nationale Krebsregister ist bevölkerungsbezogen mit einer klaren epidemiologischen Fundierung. Es ist eine Einrichtung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über das Auftreten und die Häufigkeit von Krebserkrankungen aller Personen mit Wohnsitz in Österreich (≈8,9 Millionen, 2020).

Die gesetzliche Grundlage für das Österreichische Nationale Krebsregister bilden das Krebsstatistikgesetz 1969 und die Krebsstatistikverordnung 2019. Personen mit Wohnsitz in Österreich, die sich ausschließlich einer Behandlung im Ausland unterziehen, werden nicht erfasst, da die Meldepflicht ausschließlich für Krankenanstalten in Österreich gilt. In vier Bundesländern (Vorarlberg Tirol, Salzburg und Kärnten) existieren regionale Krebsregister, die in enger Zusammenarbeit mit den Krankenanstalten die Datensammlung und -aufbereitung im jeweiligen Bundesland durchführen. Als Dienstleister für die Krankenanstalten verwalten die regionalen Register die Daten der Krebspatienten und sorgen für die Übermittlung der Krebsmeldungen an Statistik Austria.

Die Gestaltung der Datensammlung, die Aufarbeitung sowie Plausibilitäts- und Qualitätskontrollen sind eng an internationale Empfehlungen geknüpft. Qualitätssicherung und internationale Vergleichbarkeit stehen bei diesen Empfehlungen der „International Association of Cancer Registries“ (IACR) und des „European Network of Cancer Registries“ (ENCR) im Vordergrund. Im interna-

tionalen Vergleich gibt es nur wenige epidemiologische Register, die eine vergleichbare oder noch größere Bevölkerung abdecken als das Österreichische Nationale Krebsregister. Es ist seit langer Zeit Mitglied der IACR und des ENCR. Die Daten des österreichischen Krebsregisters sind international anerkannt und werden seit dem Diagnosejahr 1997 in der Publikation „Cancer Incidence in Five Continents (CI5)“ der „International Agency for Research on Cancer“ (IARC) veröffentlicht.

Melanom und nicht-melanotischer Hautkrebs

Für die Dokumentation der meisten Tumorarten spielt die Einschränkung der Meldepflicht auf Krankenanstalten keine große Rolle, da die Tumordiagnose und -behandlung in der Regel in Spitälern durchgeführt wird – Nicht so beim bösartigen Melanom. Wie eine Studie von Monshi et al. (2015) zeigt, wird das bösartige Melanom dadurch im Österreichischen Nationalen Krebsregister untererfasst. Für den nicht-melanotischen Hautkrebs (NMSC) steht der Nutzen der Daten in keinem Verhältnis zum Aufwand der Erfassung. Daher werden, im internationalen Einklang, Daten zum nicht-melanotischen Hautkrebs (NMSC) nicht publiziert. Bei Tabellen zur Gesamtkrebsinzidenz wird das mit dem Hinweis „ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut (C44)“ verdeutlicht.

Onkologiebeirat, Krebsrahmenprogramm & Gesetzliche Grundlage der Krebsstatistik

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Oktober 2014 das „Krebsrahmenprogramm Österreich“ veröffentlicht. Dieses strategische Papier

wurde vom Onkologie-Beirat erarbeitet, einem multiprofessionell und interdisziplinär zusammengesetzten Expertengremium, das die Bundesministerin für Gesundheit in allen Angelegenheiten rund um das Thema Krebs berät, und in dem auch Statistik Austria vertreten ist. Durch die starke evidenzbasierte Ausrichtung des Programmes liegt ein Schwerpunkt auf der Datensammlung im Krebsregister: Auf Basis der Vorarbeiten des Onkologiebeirates wurde im Sommer 2019 wurde die Krebsstatistikverordnung 2019 erlassen. Sie ist ein wichtiger Meilenstein bei der Modernisierung des Österreichischen Nationalen Krebsregisters. Die Verordnung bildet die Rechtsgrundlage für die elektronische Datenübermittlung von den Krankenanstalten an Statistik Austria. Entsprechend der europäischen Datenschutzgrundverordnung wurde auch die Pseudonymisierung der personenbezogenen Daten umgesetzt. Damit kommt man dem strategischen Ziel Nr. 5 des Österreichischen Krebsrahmenprogramms „Hochwertige Daten und verbesserte evidenzbasierte Information zur Entscheidungsfindung von Gesunden, Patientinnen und Patienten, Leistungserbringern und politischen Entscheidungsträgern“ einen Schritt näher.

Informationen zur Neugestaltung der Krebsregistermeldung finden Sie im „Kapitel Krebsstatistikverordnung 2019“.



© MedMedia Verlag u. Mediaservice GmbH

2. Österreichischer Krebsreport

Ein Meilenstein für die Kresberichterstattung im Jahr 2021 ist der Österreichische Krebsreport. Aus der Presseinfo:

„Mit dem ersten Österreichischen Krebsreport liegt erstmals eine umfassende Gesamtschau über „Krebs in Österreich“ vor. Dafür haben in einer einzigartigen Zusammenarbeit alle wesentlichen Institutionen & ExpertInnen ihre Expertise eingebracht, und es wurden Zahlen, Daten und Fakten in großer Tiefe zusammengeführt sowie zum Teil sogar erstmalig erhoben. Initiiert wurde der Krebsreport von der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO) und der Österreichischen Krebshilfe.“

Im österreichischen Krebsreport finden Sie im Kapitel Epidemiologie den Hintergrund zur Krebsregistrierung in Österreich. Die Wurzeln des österreichischen Krebsregisters reichen bis ins Jahr 1957 zurück, als man zum ersten Mal versucht hat, die Datensammlung auf das gesamte Bundesgebiet auszudehnen. Zuvor wurden bereits in einem Großteil der Wiener Krankenhäuser und in einzelnen Kliniken der Landeshauptstädte statis-

tische Erhebungen zu Krebserkrankungen durchgeführt.

In diesem Kapitel wird die Entwicklung, beginnend mit der Zeit der freiwilligen und zum Teil sogar bezahlten Krebsmeldung auf Papier, bis hin zu einer verpflichtenden, strukturierten elektronischen Datenerhebung beschrieben. Sie finden Informationen zur Organisation der Zusammenarbeit von Krankenanstalten, regionalen bzw. klinischen Tumorregistern und Statistik Austria sowie zur internationalen Einbindung des Österreichischen Nationalen Krebsregisters ins Europäische Netzwerk der Krebsregister bzw. zur Anbindung an die Internationale Krebsforschungsgesellschaft in Lyon.

Darüber hinaus werden im Kapitel „Epidemiologie“ wesentliche Kennzahlen wie Krebsinzidenz, Überlebenswahrscheinlichkeiten, Prävalenz und Erkrankungsrisiken darstellt. Diese Kennzahlen der Krebsstatistik werden aus den Daten des Österreichischen Nationalen Krebsregisters von Statistik Austria berechnet.

Der Österreichische Krebsreport ist im Internet unter www.krebsreport.at zu finden.

Inhalte des ersten Österreichischen Krebsreports

Leitthema: COVID-19 und Krebs

A. Gerger, W. Hilbe, M. Preusser, A. Berghoff

Epidemiologie

Epidemiologie von Krebserkrankungen, M. Hackl, K. Eglau, A. Gerger, A. Weltermann

Vorsorge und Früherkennung

Früherkennung von Krebs während der COVID-19-Pandemie, P. Sevelda, O. Burghuber, M. Ferlitsch, D. Kiefhaber, E. Richtig, R. Ruda

Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen

Leitlinien: Sicherstellung einheitlich hoher Behandlungsstandards, A. Gerger

Flächenversorgungsmodell und Qualitätssicherung in der Onkologie am Beispiel des Tumorzentrums Oberösterreich, A. Weltermann

Relevante Therapiefortschritte beim Magenkarzinom, E. Wöll

Relevante Therapiefortschritte beim Lungenkarzinom, G. Absenger

Relevante Therapiefortschritte mit CAR-T-Zelltherapie, U. Jäger

Nationale Versorgungsstrukturen und Rahmenplanungen der Onkologie, K. Eglau, A. Gerger, M. Hackl, D. Kiefhaber, A. Weltermann

Palliative Versorgung, D. Kiefhaber, G. Kreye, S. Thalinger, G. Kahlhammer

Psychoonkologische Versorgung, M. Hartl, D. Kiefhaber

Onkologische Forschung

Anzahl klinischer Studien und Neuzulassungen, A. Gerger, M. Micksche

Österreichische Studiengruppen

Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group (ABCSCG)

Arbeitsgemeinschaft Medikamentöse Tumortherapie (AGMT)

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie Austria (AGO Austria der OEGGG)

Innovation am Beispiel tumoragnostischer Arzneimittel, A. Gerger, M. Micksche

Publikatorischer Output der Krebsforschung aus Österreich im Jahr 2020 – Daten & Fakten, A. Gerger, M. Micksche

Fachgesellschaften

Berichtsjahr 2020 onkologisch spezialisierter Fachgesellschaften – Eckdaten zur Patientenversorgung, aktuelle und zukünftige Herausforderungen

Österreichische Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (OeGHO)

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)

Österreichische Gesellschaft für Radioonkologie (OEGRO)

Österreichische Gesellschaft für Klinische Pathologie und Molekularpathologie (ÖGPath/IAP Austria)

Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie – Austria (AGO Austria der OEGGG)

Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)

Arbeitsgemeinschaft für pädiatrische Hämatologie und Onkologie (AGPHO)

Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)



@ New Africa / stock.adobe.com

3. Krebs bei Kindern und Jugendlichen

Einleitung

Krebserkrankungen sind bei Kindern und Jugendlichen sehr selten. In Österreich werden jedes Jahr etwa 200 Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und etwa 100 Jugendliche (vom 15. bis zum vollendeten 19. Lebensjahr) mit einer Krebsdiagnose konfrontiert. (<1% aller Krebskranken in Österreich). Rund 25 bis 30 Kinder und 10 bis 15 Jugendliche sterben jährlich an Krebs. Die Inzidenz der Krebserkrankungen ist über die Zeit relativ stabil, wobei die Ergebnisse aufgrund der sehr kleinen Zahlen schwierig zu interpretieren sind. Bei Kindern ist die Inzidenz bei Buben etwas höher als bei Mädchen.

Um die Besonderheit der Verteilung der kindlichen Tumore entsprechend abbilden zu können, sind die in der Erwachsenenendiagnostik übliche Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10, International Classification of Diseases, Version 10) und auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie (ICD-O-3, International Classification of Diseases for Oncology, Version 3) nicht geeignet. Internationaler Standard zur Klassifizierung und Darstellung von Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist die, auf einer besonderen Zusammenfassung von Morphologien und Topographien der ICD-O-3 basierende, Internationale Klassifikation von Kinderkrebs (ICCC-3, International Classification of Childhood Cancer in der Version 3)³.

3) Steliarova-Foucher, E./Stiller, C./Lacour, B./Kaatsch, P. (2005). International Classification of Childhood Cancer, third edition. *Cancer*; 103(7): 1457-1467.

Ausschluss des Malignen Melanoms

Die Daten zu Malignen Melanomen wurden in diesem Bericht von der Analyse ausgeschlossen. Es handelt sich dabei rund 35 dokumentierte Fälle bei Kindern und 100 bei Jugendlichen im Zeitraum 2010–2019. Die Gründe dafür liegen in erster Linie in einer Unterfassung von Malignen Melanomen im Österreichischen Nationalen Krebsregister, bedingt durch eine Einschränkung der Meldepflicht auf Krankenanstalten. Darüber hinaus erschweren auch eine Reihe weiterer Einflussfaktoren bzw. Risikofaktoren die Interpretation vorhandener Daten für diese Entität (Hackl/Ihle, 2019; Monshi et al. 2016).

Neuerkrankungen

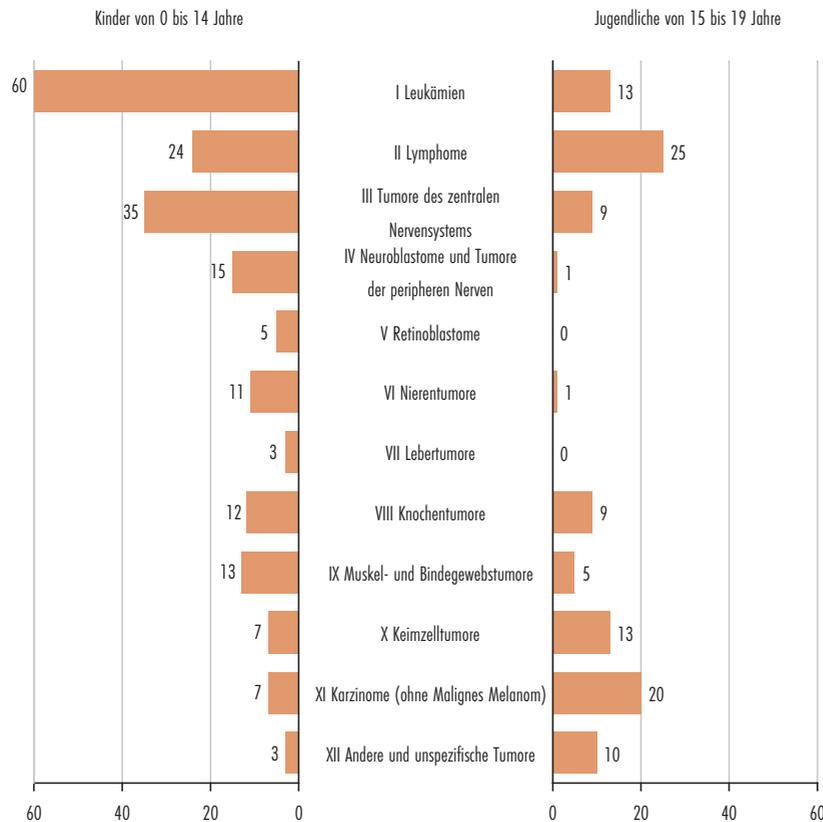
Generell ist das Diagnosespektrum bei Kindern anders als bei Erwachsenen. Die häufigsten Erkrankungsarten im Kindesalter sind Leukämien, Lymphome und Tumore des Zentralnervensystems (ZNS). Diese machen gemeinsam etwa 60% aller Krebserkrankungen bei Kindern und etwa 45% bei Jugendlichen aus und sind auch für mehr als die Hälfte aller Krebssterbefälle von Kindern und Jugendlichen (jeweils rund 60%) verantwortlich.

Leukämien sind mit etwa 60 Neuerkrankungen pro Jahr die häufigsten Krebserkrankungen bei den Kindern (31%). Bei Jugendlichen ist Leukämie die dritthäufigste Krebsdiagnose: Jedes Jahr erkranken in Österreich rund 13 Jugendliche an einer Leukämie. Die lymphatische Leukämie ist die häufigste Form mit rund 80% der Leukämien bei Kindern und nahezu 50% der Leukämien bei Jugend-



Tumorlokalisationen im Kindes- und Jugendalter,

Österreich (Jahresdurchschnitt 2008–2017), ohne Malignes Melanom



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. - 1) Internationale Klassifikation von Kinderkrebskrankungen, ICC-3.

lichen. Bösartige Lymphome sind im Kindesalter die dritthäufigste (24 Neuerkrankungen, 12%). Im Jugendalter sind Lymphome für knapp ein Viertel aller Krebserkrankungen verantwortlich (25 Neuerkrankungen, 23%) und damit die häufigste Krebserkrankung bei Jugendlichen.

Primäre Tumore des Zentralnervensystems (ZNS) sind solide Tumore, die im Gehirn oder Rückenmark entstehen. Sie sind, nach den Leukämien die zweithäufigste Krebserkrankung im Kindesalter (35 Neuerkrankungen pro Jahr). Bei Jugendlichen sind diese Tumore nicht so häufig (rund 9 Neuerkrankungen pro Jahr). Tumore des ZNS, die aufgrund ihres biologischen Verhaltens als gutartig oder mit unsicherem Verhalten einzustufen sind, sind hier nicht gezählt.

Neuroblastome zählen bei Kindern ebenfalls zu den häufigeren Tumoren (15 Neuerkrankungen, 7%), bei den Jugendlichen sind sie hingegen sehr selten. Das Retinoblastom kommt nur bei Kindern unter 10 Jahren vor und ist mit rund fünf Neuerkrankungen pro Jahr für 2 bis 3% aller Neuerkrankungen bei Kindern verantwortlich. Nierentumore (meist Nephroblastome) machen bei Kindern rund 5% aus.

Karzinome, d. h. Krebserkrankungen, die von Zellen im Deckgewebe von Haut oder Schleimhaut (Epithel) ausgehen, sind bei Kindern sehr selten. Im Jugendalter nehmen die Karzinome zu, bei Erwachsenen sind über 80% der Tumore Karzinome. In der Gruppe der Karzinome sind bei den Jugendlichen besonders Tumore der Schilddrüse und das Maligne Melanom relevant.



Neuerkrankungen im internationalen Vergleich

Die Prozentverteilung der Tumorentitäten entspricht sowohl bei den Kindern als auch bei den Jugendlichen der internationalen Verteilung. In West-Europa waren in den Jahren 2001 bis 2010 Leukämien für 31% der kindlichen Krebserkrankungen verantwortlich, Lymphome für 11% und Tumore des ZNS für 24%. Die häufigsten Erkrankungen bei Jugendlichen waren Lymphome (24%), gefolgt von Karzinomen (22% inkl. Malignes Melanom) und Tumoren des Zentralnervensystems (14%). Die Werte für Tumore des ZNS sind in Österreich niedriger als in der internationalen Studie, da diese auch gutartige Hirntumore umfasst. Keimzelltumore und Leukämien machten bei Jugendlichen jeweils 12% bis 13% aus. (Steliarova-Foucher et. al 2017)

Neuerkrankungen nach Bundesländern

Das Erkrankungsrisiko für Kinder je Bundesland unterscheidet sich nicht signifikant vom Österreichwert. In jedem Bundesland wurden etwa ebenso viele Krebserkrankungen verzeichnet, wie aufgrund der Gesamtzahl der Erkrankungen in Österreich und der Einwohnerzahl des jeweiligen Bundeslandes zu erwarten waren (Hackl/Ihle, 2019).

Überleben

Die Überlebenschancen haben in den letzten 10 Jahren zugenommen. Während nach einer Diagnosestellung in den Jahren 2002–2006 das beobachtete 5-Jahres-Überleben eines an

Entwicklung der bösartigen Neubildungen im Kindes- und Jugendalter, Österreich ab 2008, ohne Malignes Melanom, absolute Zahlen						
Jahre	Kinder (0–14 Jahre)			Jugendliche (15–19 Jahre)		
	Insgesamt	Buben	Mädchen	Insgesamt	Buben	Mädchen
Krebsneuerkrankungen						
2010	179	85	94	115	67	48
2011	193	108	85	134	73	61
2012	213	105	108	113	67	46
2013	191	102	89	113	70	43
2014	206	117	89	96	47	49
2015	266	131	135	112	67	45
2016	228	118	110	104	63	41
2017	203	109	94	103	58	45
2018	177	96	81	99	52	47
2019	174	98	76	107	53	54
Krebssterbefälle						
2010	21	8	13	12	7	5
2011	29	13	16	11	7	4
2012	25	14	11	10	6	4
2013	25	13	12	12	4	8
2014	28	15	13	18	8	10
2015	30	14	16	9	5	4
2016	30	13	17	9	6	3
2017	31	17	14	11	8	3
2018	29	16	13	12	7	5
2019	30	18	12	9	5	4

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Internationale Klassifikation von Kinderkrebskrankungen, ICCC-3.



Bösartige Neubildungen im Kindes- und Jugendalter,
Österreich (Jahresdurchschnitt 2008–2017), ohne Malignes Melanom

Krebslokalisation (ICCC-3) ¹	Krebsneuerkrankungen				Rohe Raten			
	0–14 Jahre		15–19 Jahre		0–14 Jahre ²		15–19 Jahre ³	
	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen
Malignome, insgesamt (ohne Malignes Melanom)	106,9	96,1	61,7	47,9	167,2	158,6	256,7	212,4
I Leukämien	33,3	26,9	7,9	5,1	52,1	44,4	32,9	22,6
Ia Lymphatische Leukämien	26,7	19,9	4,2	2,1	41,8	32,8	17,5	9,3
Ib Akute myeloische Leukämien	5,5	5,1	2,4	2,0	8,6	8,4	10,0	8,9
II Lymphome	14,0	9,7	15,0	10,4	21,9	16,0	62,4	46,1
Ila Hodgkin Lymphome	4,6	3,5	8,7	6,9	7,2	5,8	36,2	30,6
Ilb Non-Hodgkin Lymphome	4,8	3,9	4,2	3,2	7,5	6,4	17,5	14,2
Ilc Burkitt Lymphome	3,8	1,7	1,5	0,2	5,9	2,8	6,2	0,9
III Tumore des zentralen Nervensystems	18,3	17,0	4,8	3,7	28,6	28,1	20,0	16,4
IIIa Ependymome und Plexus-Chorideus Tumore	2,1	1,8	0,4	0,2	3,3	3,0	1,7	0,9
IIIb Astrozytome	7,0	5,9	1,5	1,6	10,9	9,7	6,2	7,1
IIIc Intracranielle u. intraspinale embryonale Tumore	4,2	4,1	1,2	0,1	6,6	6,8	5,0	0,4
IV Neuroblastome und Tumore der peripheren Nerven	8,0	6,6	0,4	0,2	12,5	10,9	1,7	0,9
IVa Neuroblastome und Ganglioneuroblastome	8,0	6,4	0,1	0,1	12,5	10,6	0,4	0,4
V Retinoblastome	2,7	2,6	0,0	0,0	4,2	4,3	0,0	0,0
VI Nierentumore	5,1	6,1	0,6	0,3	8,0	10,1	2,5	1,3
VIa Nephroblastome (inkl. Wilms-Tumor)	4,5	5,7	0,0	0,1	7,0	9,4	0,0	0,4
VII Lebertumore	2,1	0,6	0,1	0,1	3,3	1,0	0,4	0,4
VIII Knochentumore	6,3	6,1	5,4	3,1	9,9	10,1	22,5	13,7
VIIIa Osteosarkome	2,2	3,1	2,9	1,8	3,4	5,1	12,1	8,0
VIIIc Ewing-Sarkome	2,9	2,0	1,7	0,7	4,5	3,3	7,1	3,1
IX Muskel- und Bindegewebstumore	7,4	5,2	3,1	2,3	11,6	8,6	12,9	10,2
IXa Rhabdomyosarkome	4,8	2,0	0,8	0,3	7,5	3,3	3,3	1,3
X Keimzelltumore	2,6	4,5	10,7	1,9	4,1	7,4	44,5	8,4
XI Karzinome (ohne Malignes Melanom)	2,2	5,1	6,4	13,3	3,4	8,4	26,6	59,0
XIb Karzinome der Schilddrüse	0,2	1,1	2,0	6,4	0,3	1,8	8,3	28,4
XII Andere und unspezifische Tumore	1,3	2,1	5,2	4,5	2,0	3,5	21,6	19,9

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Internationale Klassifikation von Kinderkrebserkrankungen, ICC3-3. – 2) Altersstandardisierte Inzidenzraten, jeweils auf 1 Mio. Kinder, Europäische Standardbevölkerung 2013. – 3) Altersspezifische Inzidenzraten, jeweils auf 1 Mio. Jugendliche.

Krebs erkrankten Kindes oder Jugendlichen bei 84% lag, stieg es bei Jugendlichen bis zum Diagnosezeitraum 2012–2016 auf 88%, dieser Anstieg allerdings sehr vorsichtig zu interpretieren, da sich die Konfidenzintervalle überlappen.

Durch die Zunahme von Langzeitüberlebenden rückt die langfristige Beobachtung ehemaliger pädiatrischer Krebspatient:innen zunehmend in den Blickpunkt. Das österreichische Krebsregister stellt eine geeignete Datenbasis für eine zeitlich uneingeschränkte Langzeitnachbeobachtung und die Erforschung von Folgetumoren bereit.

Sterbefälle

Der Anteil der pädiatrischen Krebserkrankungen an den Sterbefällen ist stark von der jeweiligen Altersgruppe abhängig. Bei den unter 5-Jährigen ist Krebs nur in etwa 3% die Todesursache, bedingt durch die vergleichsweise hohe Zahl an Sterbefällen durch perinatale Affektionen bzw. angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien. Bei den 5- bis 14-Jährigen sind etwa 30% aller Sterbefälle durch Krebs bedingt. Bei den 15-Jährigen und Älteren ist mehr als die Hälfte der Sterbefälle durch Unfälle und Selbstmord verursacht, Krebserkrankungen machen etwa 8% aus. Die meisten Sterbefälle von Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ereignen sich durch Leukämien und Tumore des ZNS.



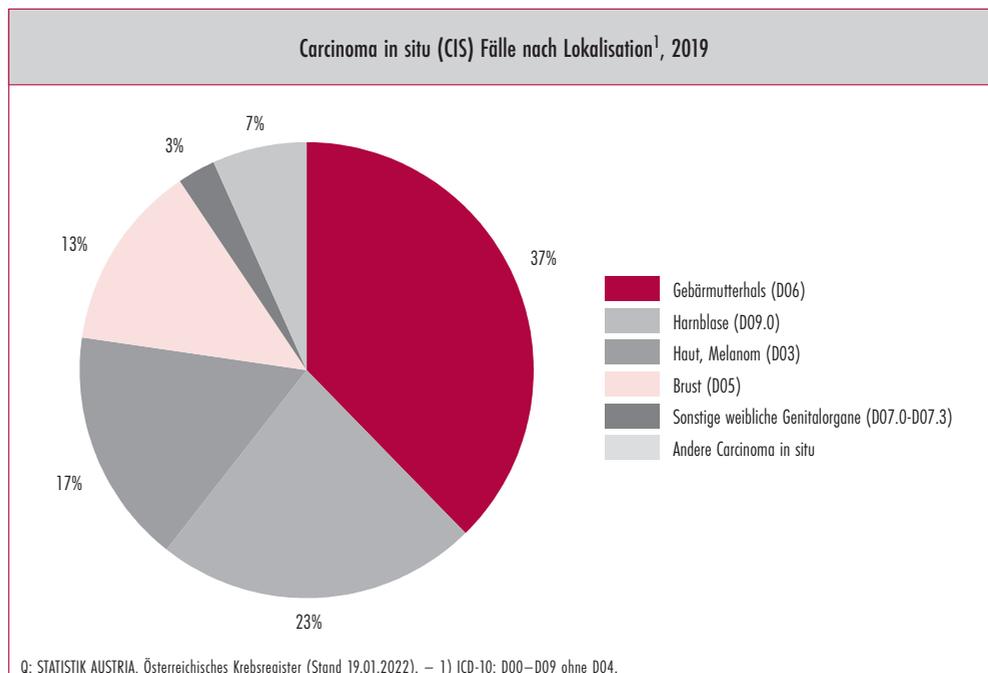
@ Bangkok Click Studio / stock.adobe.com

4. Überblick in situ Tumore

Als Carcinoma in situ (CIS) bezeichnet man das Frühstadium eines epithelialen Tumors ohne invasives Tumorwachstum. Im Gegensatz zu einer Präkanzerose entspricht ein in situ Tumor morphologisch einem invasiv wachsenden Karzinom.

Etwas über ein Drittel aller dokumentierten in situ Tumore betrafen den Gebärmutterhals. 2019 wur-

den 2 084 in situ Tumore des Gebärmutterhalses verzeichnet, Tendenz der letzten Jahre steigend. Gleichzeitig blieb die Anzahl der invasiven Karzinome dieser Lokalisation mit rund 400 Neuerkrankungen pro Jahr relativ stabil, das altersstandardisierte Risiko sank sogar. Weitere Lokalisationen an denen häufig in situ Tumore festgestellt werden, sind die Harnblase, die Haut und die Brust.



Carcinoma in situ (CIS) Fälle nach Lokalisation¹ und Geschlecht, Österreich ab 2009

Lokalisation (ICD-10)		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Zusammen		3 525	3 603	3 882	4 051	4 476	5 055	5 146	5 085	5 352	6 146	5 531
Kopf, Hals (D00.0)	zusammen	11	13	18	12	53	41	54	40	42	49	32
Speiseröhre (D00.1)	zusammen	4	4	3	7	6	6	7	7	5	6	5
Magen (D00.2)	zusammen	12	13	11	14	11	9	18	12	11	8	4
Dickdarm und Enddarm (D01.0-D01.3)	zusammen	278	322	240	248	256	337	287	279	259	192	145
	Männer	180	186	135	141	168	221	185	166	137	105	86
	Frauen	98	136	105	107	88	116	102	113	122	87	59
Leber, Gallenblase und Gallengänge (D01.5)	zusammen	7	6	12	5	5	6	7	5	9	11	1
Kehlkopf (D02.0)	zusammen	20	16	15	10	16	29	27	22	31	15	16
Luftröhre, Bronchien und Lunge (D02.1-D02.2)	zusammen	4	4	9	10	15	10	5	15	6	13	7
Haut, Melanom (D03)	zusammen	495	614	746	684	703	879	1 120	1 026	1 046	1 073	923
	Männer	250	288	363	362	363	407	520	509	553	524	475
	Frauen	245	326	383	322	340	472	600	517	493	549	448
Brust (D05)	zusammen	606	658	679	810	854	887	941	994	890	851	734
	Männer	6	7	4	6	8	8	4	5	6	7	3
	Frauen	600	651	675	804	846	879	937	989	884	844	731
Gebärmutterhals (D06)	zusammen	1 415	1 205	1 280	1 222	1 349	1 535	1 546	1 424	1 806	2 555	2 084
Sonstige weibliche Genitalorgane (D07.0-D07.3)	zusammen	72	84	83	84	120	104	106	93	105	140	150
Prostata (D07.5)	zusammen	32	25	24	38	38	39	26	50	50	41	20
Harnblase (D09.0)	zusammen	504	579	676	829	949	1 067	889	992	966	1 047	1 268
	Männer	381	432	519	642	734	827	703	755	732	809	998
	Frauen	123	147	157	187	215	240	186	237	234	238	270
Sonstige Carcinoma in situ	zusammen	65	60	86	78	101	106	113	126	126	145	142

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022). – 1) ICD-10: D00–D09 ohne D04.



@ ipopba / stock.adobe.com

Schätzungen der Krebsinzidenz,
der Krebsmortalität und der Krebsprävalenz
des Cancer Information System (ECIS)
für 34 Krebslokalisationen und
27 europäische Länder im Jahr 2020.

5. Internationaler Vergleich

Krebsinzidenz

Im Vergleich der geschätzten altersstandardisierten Krebsneuerkrankungsraten (alle Lokalisationen insgesamt) der europäischen Länder wies Österreich im Jahr 2020 eine vergleichbar niedrige Rate auf: Die Inzidenzrate der österreichischen Männer lag auf Rang 27 und die der Frauen auf Rang 21 (von 27 europäischen Ländern, beginnend beim höchsten Wert). Die niedrigsten Krebsneuerkrankungsraten wurden im europäischen Vergleich bei den Frauen in Bulgarien, Portugal und Rumänien dokumentiert. Bei den Männern wurden die niedrigsten Raten in Österreich, Bulgarien und Rumänien verzeichnet. Die höchsten Neuerkrankungsraten wiesen die Frauen in Dänemark, Ungarn und Norwegen, die Männer in Ungarn, Lettland und Irland auf.

Das European Cancer Information System (ECIS) ist ein Projekt des Joint Research Centre der Europäischen Kommission (JRC) und des europäischen Netzwerks der Krebsregister (ENCR). In der Webapplikation sowie auch auf der Webseite werden drei Hauptthemen dargestellt: geschätzte Inzidenz- und Mortalitätsraten für das Jahr 2020, historische Inzidenz- und Mortalitätsindikatoren bis zum letztverfügbaren Berichtsjahr sowie Schätzungen für das relative 5-Jahres-Überleben 2000–2007.

Die Neuerkrankungsrate der häufigsten Krebserkrankung der österreichischen Männer, des Prostatakrebses, lag im unteren Drittel (Rang 20). Die

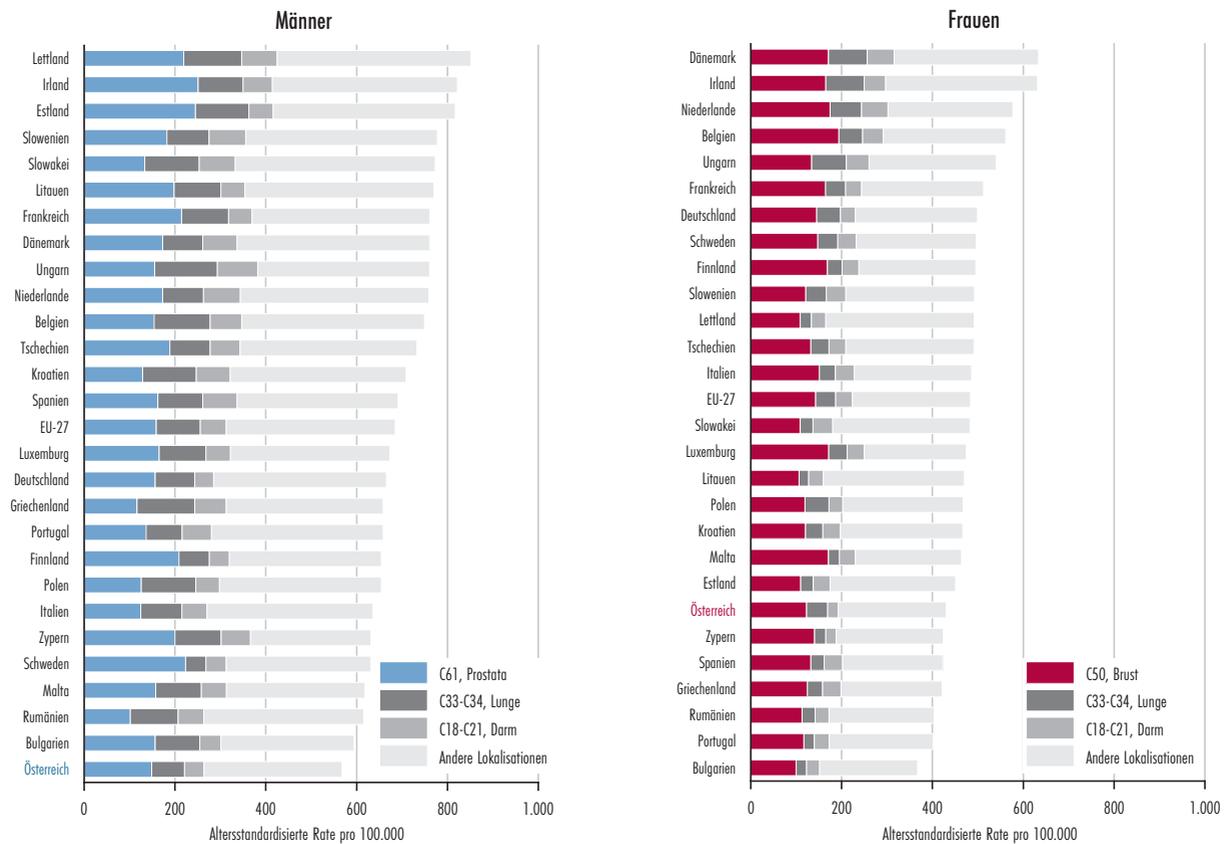
Raten bei den Männern aus Rumänien, Griechenland und Italien waren am niedrigsten, während die Männer aus Irland, Estland und Schweden die höchsten Raten aufwiesen.

Auffallend sind starke Unterschiede beim Lungenkrebs. Die Neuerkrankungsrate der österreichischen Männer war im europäischen Vergleich eher gering (Rang 25), die der Frauen war jedoch höher (Rang 8). Die niedrigsten Raten wurden bei den Männern aus Schweden, Finnland und Österreich, bei den Frauen aus Litauen, Bulgarien und Portugal verzeichnet. Die höchsten Neuerkrankungsraten bei Lungenkrebs wiesen die Männer aus Ungarn, Lettland und Griechenland sowie die Frauen aus Dänemark, Irland und Ungarn auf.

Hinsichtlich der Neuerkrankungsrate bei Brustkrebs lagen die Frauen in Österreich im Mittelfeld (Rang 17). Die niedrigsten Neuerkrankungsraten bei Brustkrebs wurden bei den Frauen aus Bulgarien, Litauen und der Slowakei dokumentiert, die höchsten Raten hingegen bei den Frauen aus Belgien, den Niederlanden und Luxemburg.

Das Risiko für Männer und Frauen in Österreich an Darmkrebs zu erkranken ist im EU-Vergleich sehr gering. Die niedrigsten Raten wurden bei den Männern aus Deutschland, Österreich und Finnland, bei den Frauen aus Zypern, Österreich und Bulgarien verzeichnet. Die höchsten Neuerkrankungsraten bei Darmkrebs wiesen die Männer aus Ungarn, den Niederlanden und Slowenien sowie die Frauen aus Dänemark, den Niederlanden und Ungarn auf.

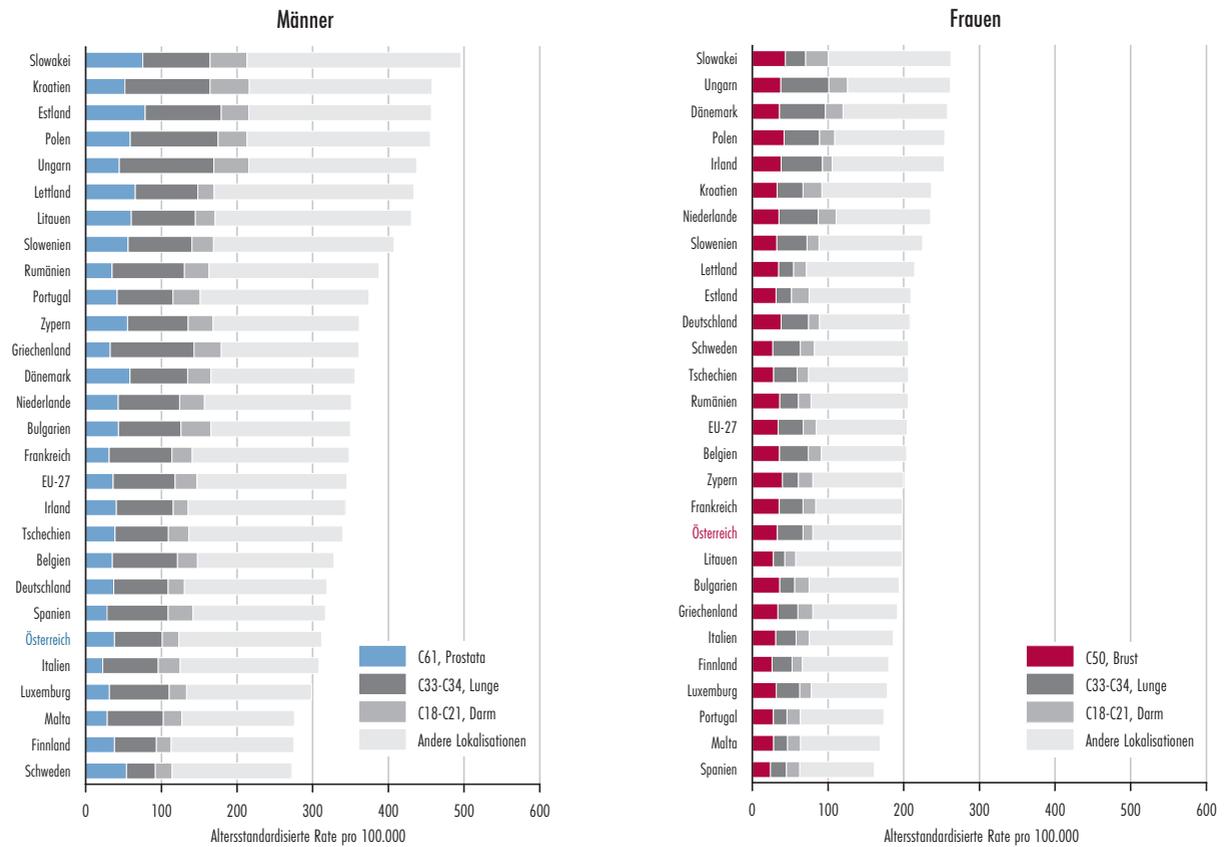
Internationale Krebsinzidenz 2020



Q: IARC / EUKAN: Schätzungen für 2020. – Altersstandardisierte Raten, Standardbevölkerung = Europäische Standardbevölkerung 1976.



Internationale Krebsmortalität 2020





Krebsmortalität

Die geschätzte Krebssterblichkeitsrate der Österreicher und Österreicherinnen lag im Jahr 2020 eher im unteren Drittel (Männer: Rang 22, Frauen: Rang 18, von 27 europäischen Ländern, beginnend beim höchsten Wert). Die Krebssterblichkeit war bei den Frauen aus Spanien, Malta und Portugal sowie bei den Männern aus Schweden, Finnland und Malta am geringsten. Die höchsten Krebssterblichkeitsraten wiesen die Männer aus der Slowakei, Kroatien und Estland sowie die Frauen aus der Slowakei, Ungarn und Dänemark.

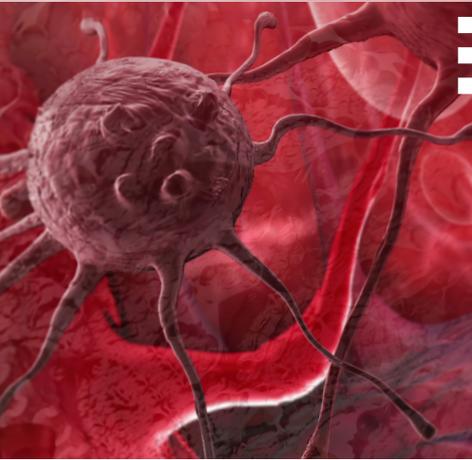
Die Sterblichkeitsrate bei Prostatakrebs lag im Jahr 2020 bei den österreichischen Männern im unteren Mittelfeld (Rang 17). Am höchsten war die Sterblichkeitsrate bei Prostatakrebs bei den Männern aus Estland, der Slowakei und Lettland, am geringsten bei den Männern aus Italien, Spanien und Malta.

Wie schon bei den Neuerkrankungsraten bei Lungenkrebs (Männer: Rang 25, Frauen: Rang 8), war auch bei den Sterblichkeitsraten ein großer Geschlechtsunterschied erkennbar: Die Lungenkrebssterblichkeit war bei den Frauen im europäischen Vergleich deutlich höher (Rang 11) als bei den Männern (Rang 25). Die geringste Sterblich-

keit im europäischen Vergleich verzeichneten die Männer aus die Schweiz, Finnland und Österreich sowie die Frauen aus Litauen, Portugal und Malta. Besonders hohe Lungenkrebssterblichkeitsraten wiesen bei den Männern Ungarn, Polen und Kroatien, bei den Frauen Ungarn, Dänemark und Irland auf.

Bei den Raten zur Brustkrebssterblichkeit lag Österreich im Vergleich der europäischen Länder auf Rang 15, beinahe exakt im Mittelfeld. Die geringste Brustkrebssterblichkeit im internationalen Vergleich war in Spanien, Finnland und Schweden zu beobachten, die höchste in der Slowakei, Polen und Zypern.

Die Inzidenzraten bei Darmkrebs der Männer und Frauen aus Österreich lagen auf dem gleichen Rang (27), jedoch war die Sterblichkeitsrate bei den österreichischen Männern (Rang 23) etwas schlechter als bei den Frauen (Rang 26). Die niedrigsten Sterblichkeitsraten für Darmkrebs wiesen Männer aus Finnland, Irland und Lettland sowie bei den Frauen aus Irland, Österreich und Finnland auf. Die höchste Darmkrebssterblichkeit im internationalen Vergleich wiesen die Männer aus Kroatien, der Slowakei und Ungarn auf, bei den Frauen waren die Raten ebenfalls in der Slowakei, Kroatien und Ungarn am höchsten.



@vitanovski / stock.adobe.com

Daten zu Krebsinzidenz, Krebsmortalität, Krebsprävalenz und zum Überleben für alle Malignome insgesamt und für ausgewählte Tumorlokalisationen.

Inklusive DCO-Fälle, ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut (C44) sowie ohne Carcinoma in situ Fälle.

6. Krebsepidemiologie

Einleitung

In Österreich erkranken jährlich etwa 42 000 Menschen an Krebs. Unter „Krebs“ werden in dieser Publikation des Österreichischen Nationalen Krebsregisters alle bösartigen (malignen) Neubildungen einschließlich der Lymphome und Leukämien verstanden. Unberücksichtigt bleiben, wie international üblich, Hautkrebsformen mit Ausnahme des malignen Melanoms sowie Carcinoma in situ Fälle.

Die zeitliche Entwicklung der Krebserkrankungen lässt sich an Hand verschiedener Maßzahlen und Raten darstellen. Die absolute Anzahl der Neuerkrankungen pro Kalenderjahr wird als Krebsinzidenz bezeichnet. Für die Beschreibung der zeitlichen Entwicklung oder regionaler Unterschiede eignen sich altersstandardisierte Raten am besten. Für Vergleiche zwischen Altersgruppen bieten sich altersspezifische Raten je 100 000 Personen gleichen Alters und Geschlechts an. Setzt man diese Raten zueinander in Beziehung, lässt sich zudem das Risiko für bestimmte Gruppen vergleichen. Allen Berechnungen in dieser Publikation liegt die Europäische Standardbevölkerung 2013 zu Grunde.

Die Prävalenz – also die Anzahl der Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb einer bestimmten Periode an Krebs erkrankt und am Leben sind – berechnet sich auf Basis der im Österreichischen Nationalen Krebsregister registrierten Erkrankungsfälle (inkl. Follow-up zum Überlebensstatus, Stichtag ist der 31.12.2019).

Um einen Überblick über das Überleben nach einer Krebsdiagnose zu geben, erfolgt ein Follow-up zum

Überlebensstatus (End of Follow-up 31.12.2020). Die Ergebnisse werden nach Zeitpunkt der Diagnose und Follow-up-Intervall (Zeitraum der Nachbeobachtung) sowie Geschlecht, Alter und Tumorstadium bei Diagnose gegliedert.

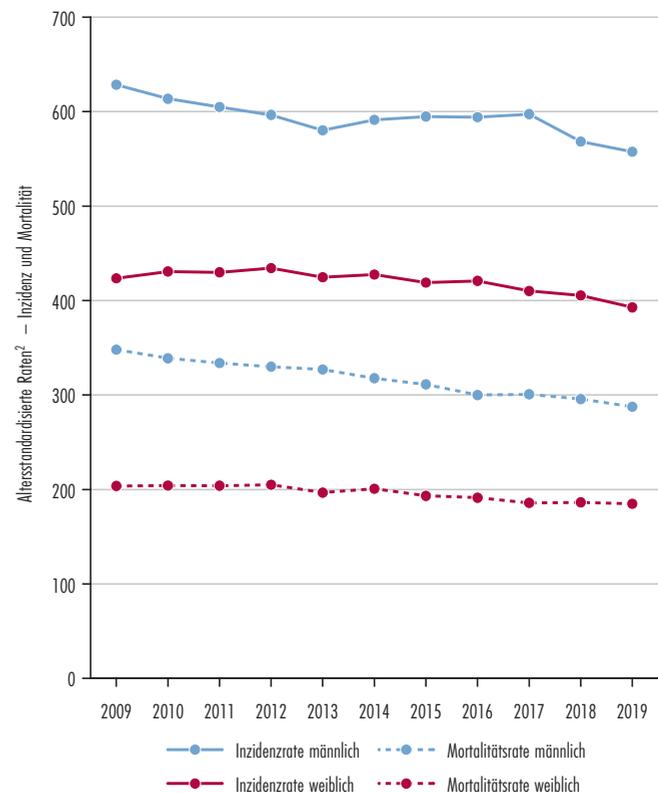
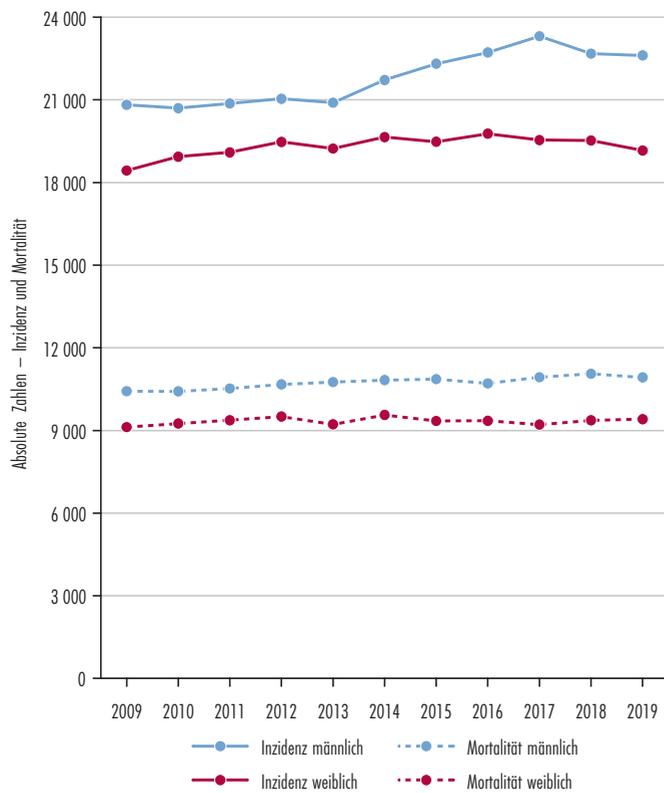
Zeitliche Entwicklungen

Im Jahr 2019 wurden in Österreich bei 41 775 Menschen Krebsneuerkrankungen dokumentiert, 22 614 bei Männern und 19 161 bei Frauen. Bei 10 926 Männern und 9 411 Frauen führte eine Krebserkrankung im Jahr 2019 zum Tod. Damit sind Krebserkrankungen für etwa ein Viertel der jährlichen Todesfälle verantwortlich. Tendenziell gehen aber sowohl das Risiko einer Neuerkrankung als auch das Sterblichkeitsrisiko zurück. Zum Jahresende 2019 lebten in Österreich 375 749 Personen mit der Diagnose Krebs.

Im Jahr 2019 gab es etwas weniger Inzidenzfälle als 2018 (42 207 Neuerkrankungen) und um 6,4 % mehr als vor zehn Jahren (39 256 Neuerkrankungen). Bei beiden Geschlechtern gab es geringfügige Änderungen der Zahl an Neuerkrankungen von 2018 auf 2019 (Männer: -0,3 %, Frauen: -1,9 %); im Vergleich mit 2009 kam es bei den Männern zu einem Anstieg um 8,62 % und bei den Frauen um 3,9 %.

In den zehn Jahren bis 2019 ging bei den Männern die um den Altersstruktureffekt bereinigte Neuerkrankungsrate der bösartigen Tumore um 11,3 % auf 557,6 Fälle pro 100 000 Männer zurück; für die Altersstandardisierung wurde die Europäische Standardbevölkerung 2013 verwendet. Ebenso

Entwicklung aller Malignome¹, Österreich ab 2009



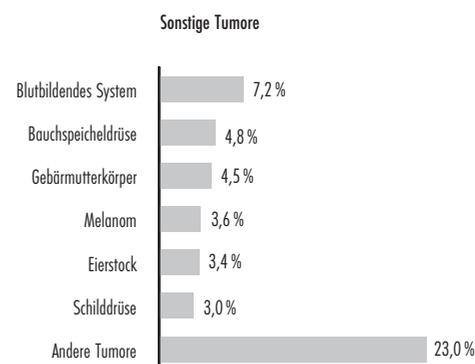
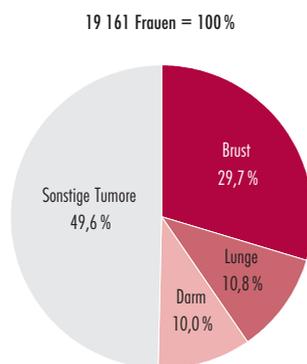
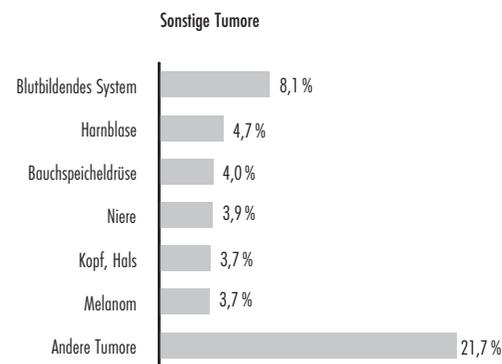
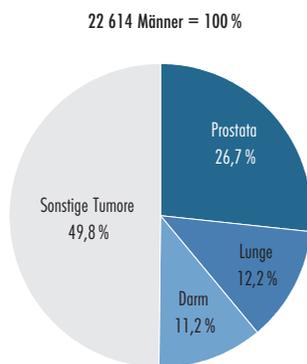
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C00–C96 ohne C44. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

sank die Krebssterberate im gleichen Zeitraum um 17,3%. Auch bei den Frauen lag die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate 2019 unter den Werten von 2009, allerdings nur um 7,2% (392,8 pro 100 000 Frauen); die Krebssterberate sank in diesem Zeitraum um 9,3%. Das Risiko, bis zum 75. Lebensjahr an Krebs zu erkranken, war unter Zugrundelegung der altersspezifischen Erkrankungsverhältnisse von 2019 bei den Männern 1,4-mal so hoch wie bei den Frauen. Das Risiko für Männer, bis zu ihrem 75. Lebensjahr an einem bösartigen Tumor zu erkranken, erreichte 2000 mit 39,8% seinen höchsten Wert und ging in den darauffolgenden Jahren bis zum aktuellen Diagnosejahr 2019 auf 31,6% zurück. Das Risiko für Frauen, bis zu ihrem 75. Lebensjahr an einem bösartigen Tumor zu erkranken, blieb im selben Zeitraum mit etwa 25% gleich; 2019 war es 23,1%.

Häufigste Krebslokalisationen

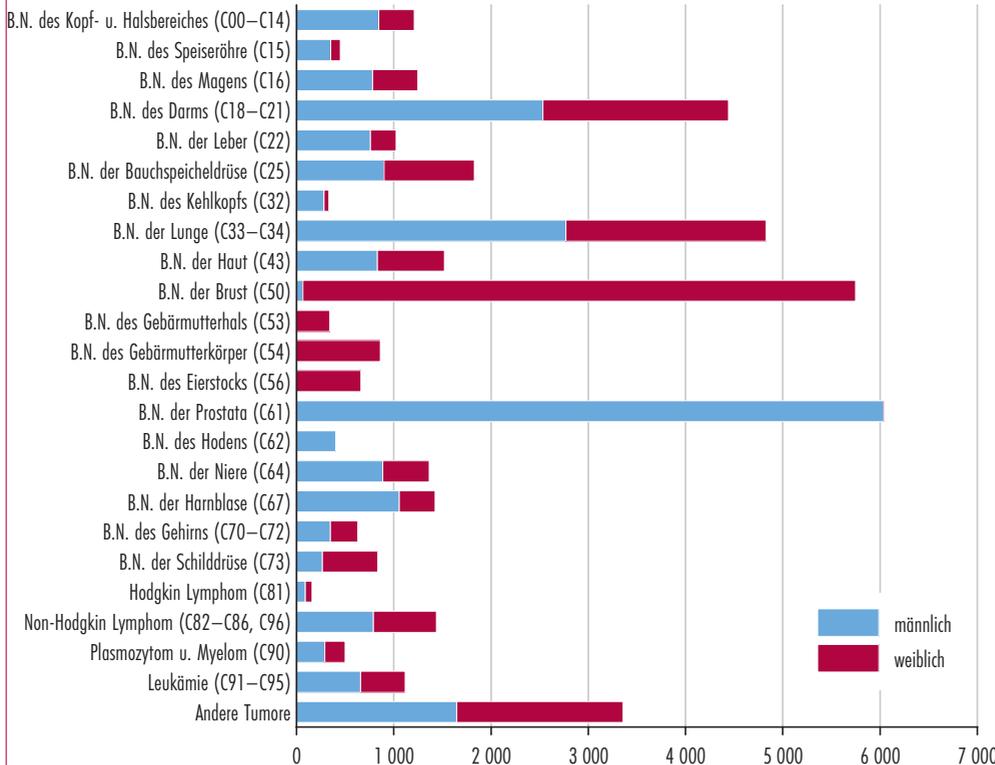
Bei der Hälfte aller Erkrankten wurde ein Darm-, Lungen-, Brust- oder Prostatakrebs diagnostiziert, und zwar 4 444 bösartige Tumore des Dickdarms bzw. Enddarms, 4 831 Tumore der Lunge, 5 682 bösartige Tumore der Brust bei Frauen und 6 039 bösartige Tumore der Prostata bei Männern. Die häufigste Krebserkrankung bei Männern ist seit 1994 Prostatakrebs, im Jahr 2019 mit 6 039 Fällen (bzw. 149,6 pro 100 000 Männer). Nach einem Rückgang gab es in den vergangenen Jahren wieder einen Anstieg an neu diagnostizierten Prostatakrebsfällen. Lungenkrebs, vom Prostatakrebs an die zweite Stelle der häufigsten Krebsleiden verdrängt, zeigt einen nach Geschlechtern stark unterschiedlichen Verlauf: Während das Erkan-

Die häufigsten Tumorlokalisationen nach Geschlecht, 2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik.

Die häufigsten Tumorlokalisationen in Absolutzahlen, 2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik.

kungrisiko der Männer seit Jahren stark sank (die Zahl der Neudiagnosen blieb etwa gleich), stieg das der Frauen stetig an. Bei den Frauen ist Brustkrebs seit jeher die häufigste Krebslokalisation, mit 5 682 Fällen im Jahr 2019 (bzw. 117,5 pro 100 000 Frauen). Die altersstandardisierten Raten der Neuerkrankungen an Brustkrebs und an Eierstockkrebs gingen in den letzten zehn Jahren zurück. Die bösartigen Neubildungen des Magens sanken ebenfalls kontinuierlich, und zwar sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Auch die Anzahl der bösartigen Neubildungen des Dickdarms verringerte sich im Zeitverlauf bei beiden Geschlechtern. Bei anderen Krebsarten blieb die Zahl der Neuerkrankungen weitgehend unverändert.

Krebsinzidenz nach Bundesländern

Für einen regionalen Vergleich der Krebsneuerkrankungen eignen sich ebenfalls altersstandardisierte Raten, um den Einfluss unterschiedlicher Bevölkerungsstrukturen auszuschalten. Da das Risiko an Krebs zu erkranken für ältere Menschen deutlich höher ist, müssen die Daten vor einem regionalen Vergleich um diesen Effekt bereinigt werden. Bei den regionalen Unterschieden spielen auch regionale Screening Programme sowie die Meldefrequenz der Krankenanstalten eine Rolle. Kärnten wies im Jahresdurchschnitt 2017–2019 die höchste altersstandardisierte Rate auf, gefolgt von Tirol und der Steiermark. Die geringsten altersstandardisierten Inzidenzraten wurden im Burgenland und in Salzburg verzeichnet (410,1).

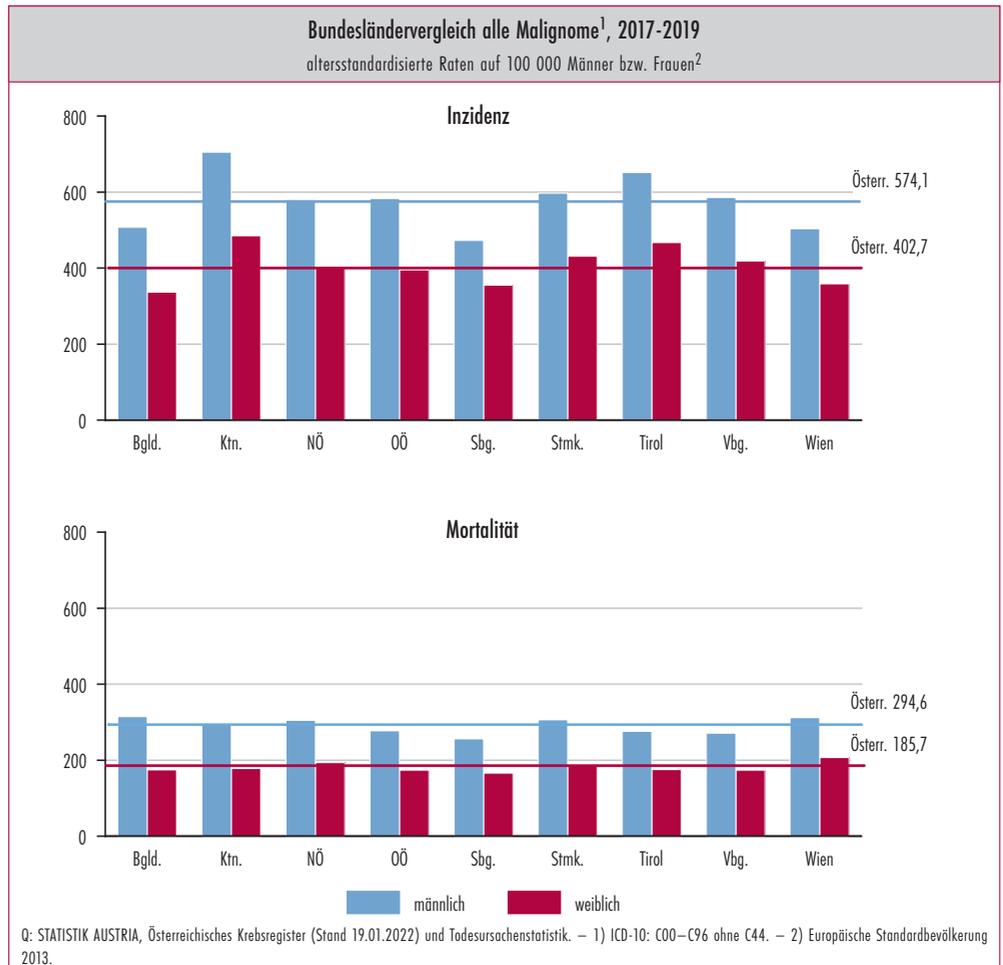
Bei der häufigsten Krebsneuerkrankung der Männer, dem Prostatakrebs, waren im Jahresdurchschnitt



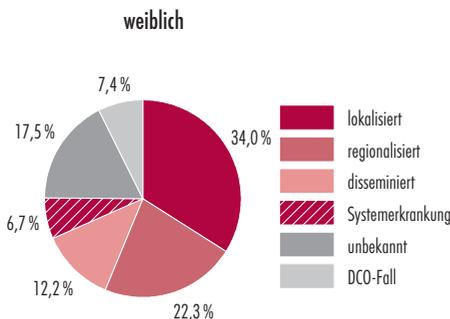
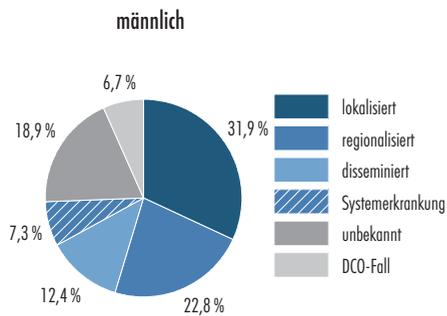
schnitt 2017–2019 die Bundesländer Kärnten (208,7 Neuerkrankungen auf 100 000 Männer) und Tirol (169,1 Neuerkrankungen auf 100 000 Männer) am stärksten betroffen. Die wenigsten Neuerkrankungen wurden im Burgenland und in Wien (126,9 und 115,0 Neuerkrankungen auf 100 000 Männer) verzeichnet. Beim Brustkrebs, der häufigsten Krebsneuerkrankung der Frauen, führen Tirol, Kärnten und Steiermark die Statistik an (137,7, 134,7 bzw. 125,3 Neuerkrankungen auf 100 000 Frauen), im Burgenland und in Wien wurden die wenigsten Neuerkrankungen gemeldet (116,9 bzw. 86,6 Neuerkrankungen auf 100 000 Frauen). Bei den bösartigen Neubildungen des Dickdarms und Enddarms waren in der Steiermark und in Kärnten die meisten Fälle zu verzeichnen (58,0 bzw. 55,3 Neuerkrankungen auf 100 000 Personen). Die wenigsten bösartigen Neubildungen des Dickdarms und Enddarms wurden unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Bevölkerung im Burgenland verzeichnet (34,6 Neuerkrankungen auf 100 000 Personen).

Krebsinzidenz nach Tumorstadium bei Diagnose

Das Tumorstadium bei der Diagnose ist ein wichtiges Kriterium für die Prognose einer Krebserkrankung und wird daher nach Möglichkeit bei allen Krebserkrankungen aufgezeichnet. Die Ergebnisse zum Tumorstadium bilden die Situation bei Diagnosestellung ab. Im Jahresdurchschnitt 2017–2019 gab es 42 279 Neuerkrankungen. Davon wurde etwa ein Drittel aller Tumore diagnostiziert, solange der Tumor noch auf das Organ beschränkt war (lokalisiertes Tumorstadium: 32,9%). Etwas mehr als ein Fünftel der Diagnosen wurde erst



Tumorstadium, alle Malignome¹, 2017-2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C00–C96 ohne C44.

gestellt, als der Tumor bereits die Organgrenzen durchbrochen hatte (regionäre Lymphknotenmetastasen, regionalisiertes Tumorstadium: 22,6%). Bei weiteren 12,4% der neu diagnostizierten Fälle wurden bereits Fern-Metastasen entdeckt (disseminiertes Tumorstadium). Systemische Erkrankungen, d. h. bösartige Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe, sind keinem dieser Prognosestadien zuordenbar und machten 7,0% aller Tumore 2017–2019 aus. 25,3% der Tumore konnten keinem Erkrankungsstadium zugeordnet werden, da entweder die Angaben auf der Krebsmeldung mangelhaft waren (18,3%) bzw. bei DCO-Fällen keine Information über das Erkrankungsstadium vorlag (6,7%).

Krebsinzidenz nach Morphologie

Krebs kann von verschiedenen Gewebetypen ausgehen. Neben dem Erkrankungsstadium sind auch der histologische Zelltyp sowie das Verhalten des Tumors Faktoren, welche die Überlebensprognose entscheidend beeinflussen. Die Einteilung der Morphologiegruppen erfolgte entsprechend den Vorgaben der IARC in deren Standardpublikation „Cancer Incidence in Five Continents, Vol IX“ sowie unter Beratung medizinwissenschaftlicher Fachkollegen. Bei der Darstellung der Verteilung der Morphologien sind die sogenannten DCO-Fälle nicht enthalten, also Sterbefälle an Krebs laut Todesursachenstatistik, die jedoch zuvor nicht dem Krebsregister gemeldet wurden und zu denen auch im Nachhinein keine Informationen zum histologischen Typ der Krebserkrankung recherchiert werden konnten.

Den weitaus größten Teil aller in Österreich diagnostizierten Neuerkrankungen (C00–C96, ohne C44) machen im Jahresdurchschnitt 2017–2019 mit 75% Karzinome aus, also Tumore die von Epithel ausgehen. Davon sind 49% vom Drüsengewebe ausgehende Adenokarzinome. Bei weiteren 11% handelt es sich um Plattenepithelkarzinome. Zu den selteneren Krebsarten zählen u. a. bösartige Neubildungen des lymphatischen und des blutbildenden Systems (8%) sowie die vom Stützgewebe, dem Mesoderm, ausgehenden Sarkome (1%).

Krebsprävalenz

Die Prävalenz von Krebserkrankungen ist neben der Entwicklung der Krebsinzidenz und Krebsmortalität von besonderem Interesse, um ein umfassendes Bild von Krebserkrankungen in Österreich erstellen zu können. Angaben über die Krebsprävalenz dienen als Grundlage für gesundheitspolitische Planungsmaßnahmen und sind elementar für eine bedarfsgerechte Planung von Umfang und Art der Ressourcen sowie für die medizinische Versorgung und Betreuung der Patienten. Aber die Frage: „Wie viele Krebskranke gibt es in Österreich?“ ist nicht nur von gesundheitspolitischem, sondern auch von großem individuellen Interesse für viele Menschen.

Die aktuell verfügbaren Ergebnisse umfassen die Berichtsjahre 1983 bis 2019, d. h. jene Personen, deren Diagnose innerhalb dieses Zeitraums gestellt wurde und die zum Referenzzeitpunkt 31.12.2019 noch am Leben waren. Daraus ergibt sich für die Berechnung der Krebsprävalenz eine Follow up

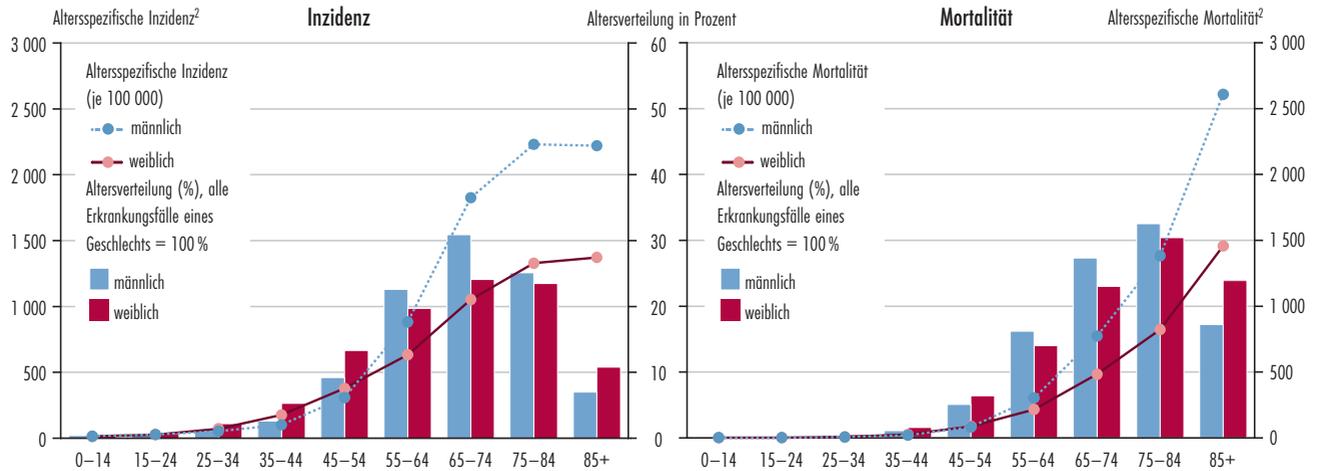


Geschlechtsverteilung alle Malignome¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C00-C96 ohne C44.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität alle Malignome¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C00-C96 ohne C44. – 2) Jeweils auf 100.000 Männer/Frauen.

Periode von 36 Jahren. Insgesamt sind im österreichischen Krebsregister für den Zeitraum 1983 bis 2019 1 349 670 Krebsneuerkrankungen (d. h. maligne invasive Fälle inkl. DCO-Fälle, ohne nicht-melanotischen Hautkrebs) bei 1 249 808 Personen dokumentiert worden. Die Differenz zwischen der Anzahl an Diagnosen und Personen ergibt sich aus den Mehrfachtumoren. Von diesen Personen lebten zum Jahresende 2019 in Österreich 375 749 Personen mit Krebs, davon 179 652 Männer und 196 097 Frauen. Das heißt, 42,2 von 1 000 Österreicherinnen und Österreichern hatten eine vorangegangene Krebsdiagnose und waren zum Stichtag 31.12.2019 am Leben. Diese 375 749 Personen hatten insgesamt 404 933 Tumore.

Im langfristigen Trend zeigt sich eine stetige Zunahme in der Prävalenz sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Vor zehn Jahren lebten in Österreich 290 240 Personen mit einer Krebsdiagnose (137 517 Männer und 152 723 Frauen). Das bedeutet einen Anstieg in der Prävalenz um insgesamt 29,5% (Männer: +30,6%, Frauen: +28,4%). Dieser erhebliche Anstieg ist bedingt durch das Zusammenwirken von demografischer Alterung, generell steigender Lebenserwartung und verbesserten Überlebensaussichten erkrankter Personen. Bei Frauen folgten nach Brustkrebs als häufigster Lokalisation (82 522 Frauen) mit großem Abstand Darmkrebs (20 386) und Gebärmutterkörperkrebs (14 180). Für die mit Krebs lebenden Männer war die häufigste Lokalisation die Prostata mit 70 415 Fällen, ebenfalls mit Abstand gefolgt vom Darm (24 135) und der Harnblase (11 421). Von Krebs betroffene Frauen überleben ihre Krebsdiagnose im Durchschnitt

länger als an Krebs erkrankte Männer. Hauptursache dafür ist der am häufigsten diagnostizierte Brustkrebs, der eine günstige Überlebensprognose aufweist.

Für 22,5% der 179 652 am Jahresende 2019 mit einer Krebsdiagnose lebenden Männer und für 18,4% der 196 097 Frauen lag die Diagnose weniger als drei Jahre zurück (40 380 Männer und 36 100 Frauen).

Überleben mit Krebs

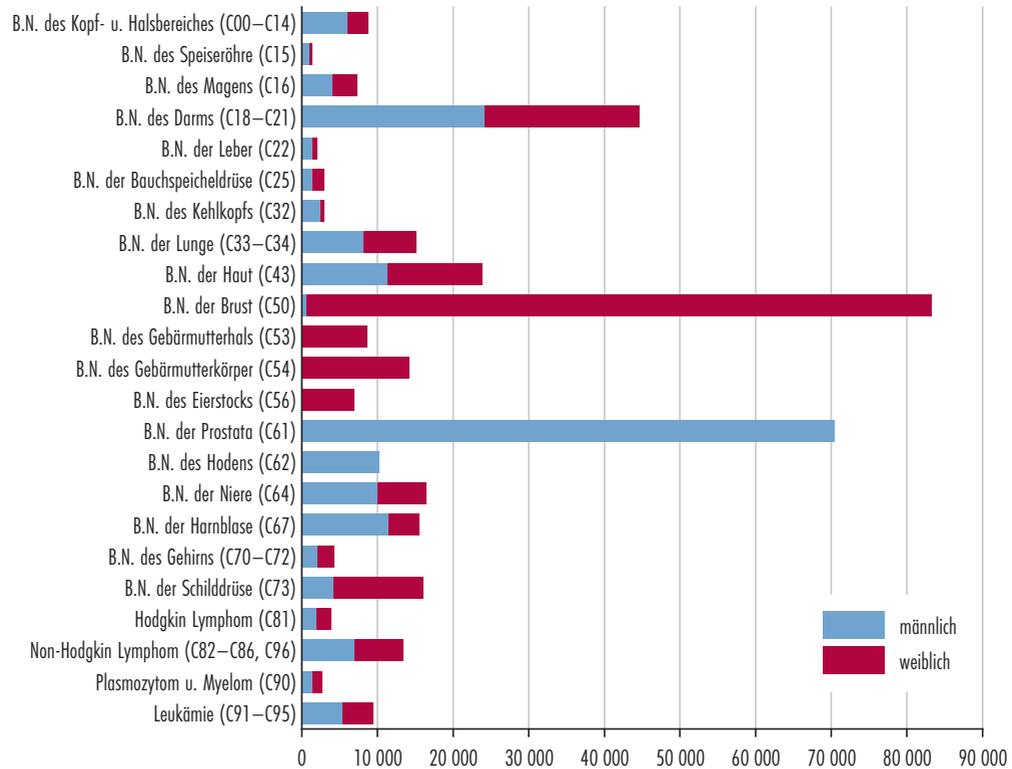
Obwohl die absolute Zahl der Krebsneuerkrankungen in den vergangenen zwei Jahrzehnten stieg, hat sich die Krebssterblichkeit verringert. Frühere Diagnosestellungen und neue Therapiemethoden führten zu einer Verlängerung der Überlebensdauer von an Krebs erkrankten Personen in Österreich. Im Rahmen der Eurocare-Studie, der internationalen Studie zum Überleben von Krebspatient:innen, wurden Österreich wiederholt Überlebensdauern über dem europäischen Durchschnitt bescheinigt. Nach den neuesten Berechnungen der Eurocare-Studie für die Diagnosejahre 2000 bis 2007 liegt Österreich mit einem relativen 5-Jahres-Überleben von 60,1% nach Schweden (64,8%), Finnland (61,4%), Island (61,2%) und Belgien (60,4) an fünfter Stelle. Die Schlusslichter bilden Polen (40,6%) und Bulgarien (38,7%). Für Österreich stehen durch eine Überlebensdaueranalyse der Statistik Austria wesentlich detailliertere Ergebnisse zur Verfügung.

Das relative 5-Jahres-Überleben nahm in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zu. Während nach

Morphologie und Qualitätsmerkmale, alle Malignome ¹ , 2017 – 2019				
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	21 385	100,0	18 043	100,0
Karzinome	15 822	74,0	13 657	75,7
Plattenepithelkarzinome	1 916	12,1*	1 203	8,8*
Adenokarzinome	10 041	63,5*	4 469	32,7*
Karzinome m.n.A.	3 184	20,1*	6 718	49,2*
Karzinome o.n.A.	681	4,3*	1 266	9,3*
Sarkome	179	0,8	177	1,0
Neoplasien des lymphatischen und des blutbildenden Systems	1 676	7,8	1 311	7,3
Bösartige Neubildungen m.n.A.	1 833	8,6	1 294	7,2
Bösartige Neubildungen o.n.A.	1 875	8,8	1 604	8,9
Qualitätsmerkmale	männlich		weiblich	
Mikroskopisch verifiziert	76,1 %		77,7 %	
DCO-Rate	6,7 %		7,4 %	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,48		0,48	
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – * Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C00-C96 ohne C44.				



Krebsprävalenz nach ausgewählten Lokalisationen¹ und Geschlecht, am 31.12.2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C00–C96 ohne C44.

einer Diagnosestellung in der Periode 1992–1996 das relative 5-Jahres-Überleben eines Krebspatienten bei 54,0% lag, stieg es mit der Diagnoseperiode 2012–2016 auf 60,8%. Dabei entspricht ein Wert von 100% der Überlebenswahrscheinlichkeit der Gesamtbevölkerung. Je höher das relative Überleben von Krebspatient:innen ist, desto eher gelten für sie dieselben Sterbewahrscheinlichkeiten wie für die übrige Bevölkerung. Anders ausgedrückt, verglichen mit der allgemeinen Überlebenswahrscheinlichkeit für einen Zeitraum von fünf Jahren war die Überlebenswahrscheinlichkeit von in den Jahren 1992–1996 an Krebs erkrankten Personen nur 0,54 mal so hoch, von 2012–2016 an Krebs erkrankten Personen dagegen 0,61 mal so hoch. Für Männer stieg der Wert von 51% in der Diagnoseperiode 1992–1996 auf 59% in der Periode 2012–2016 und für Frauen im selben Zeitraum von 57% auf 63%. Die weitaus schlechteren Überlebensbedingungen für Männer vor knapp 30 Jahren und die positive Entwicklung sind zu einem Großteil auf die verschiedenen Arten der Tumor-

erkrankungen und deren Anteil an den gesamten Neuerkrankungen zurückzuführen. So tritt zum Beispiel Lungenkrebs, der eine sehr schlechte Prognose hat, bei Männern nicht mehr so häufig auf wie es früher der Fall war.

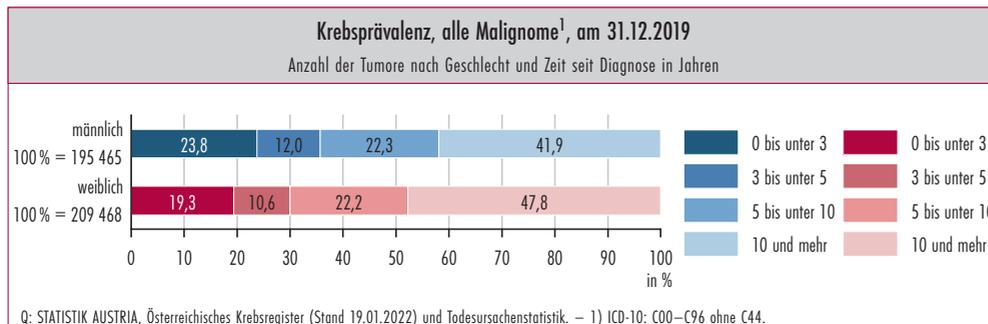
Für Krebspatient:innen, die bei der Diagnose jünger als 45 Jahre waren, betrug das relative 5-Jahres-Überleben 83% (Diagnoseperiode 2012–2016). Im Vergleich dazu betrug es für die älteste Patientengruppe, mit einer Diagnosestellung erst nach dem 75. Geburtstag, nur 47%. Die generell höhere Sterbewahrscheinlichkeit für ältere Menschen wird durch die Methode des relativen Überlebens berücksichtigt. Die Überlebenswahrscheinlichkeiten werden denen der Gruppe der Gesamtbevölkerung gleichen Alters und Geschlechts gegenübergestellt. Bei den unter 45-jährigen Männern betrug das relative 5-Jahres-Überleben 81%, bei den Frauen 85%. Dahingegen betrug das relative 5-Jahres-Überleben der über 75-jährigen Männer sowie der Frauen 46% bzw. 47%. Bei einem

Vergleich der Diagnoseperioden 1992–1996 und 2012–2016 wurde der stärkste Zugewinn bei Männern im Alter zwischen 45 und 59 Jahren beobachtet (+10 Prozentpunkte).

Das Tumorstadium bei Diagnose ist ein wichtiger Parameter für die Einschätzung der Überlebenschancen. Je später ein Tumor entdeckt wird, desto schlechter ist seine Prognose. In der Diagnoseperiode 2012–2016 betrug das relative 5-Jahres-Überleben für alle Tumorstadien zusammen 61%. Werden Tumore in einem Stadium entdeckt, in dem die Organgrenzen noch nicht durchbrochen sind (lokalisiert), liegt die Überlebensrate bei 88%. Sind bereits Lymphknoten befallen (regionalisiert), liegt die relative Überlebensrate nach fünf Jahren bei 61%, wenn bereits Metastasen vorhanden sind (disseminiert), sind es nur mehr 12%. Systemische Tumore weisen ein relatives 5-Jahres-Überleben von 61% auf. Zwischen 1992–1996 und 2012–2016 stiegen die entsprechenden Überlebensraten zwischen 5 und 12 Prozentpunkte an, mit Ausnahme der bereits bei der Diagnose metastasierten Tumore, hier sank der Wert von 13 auf 12%.

Qualitätsmerkmale

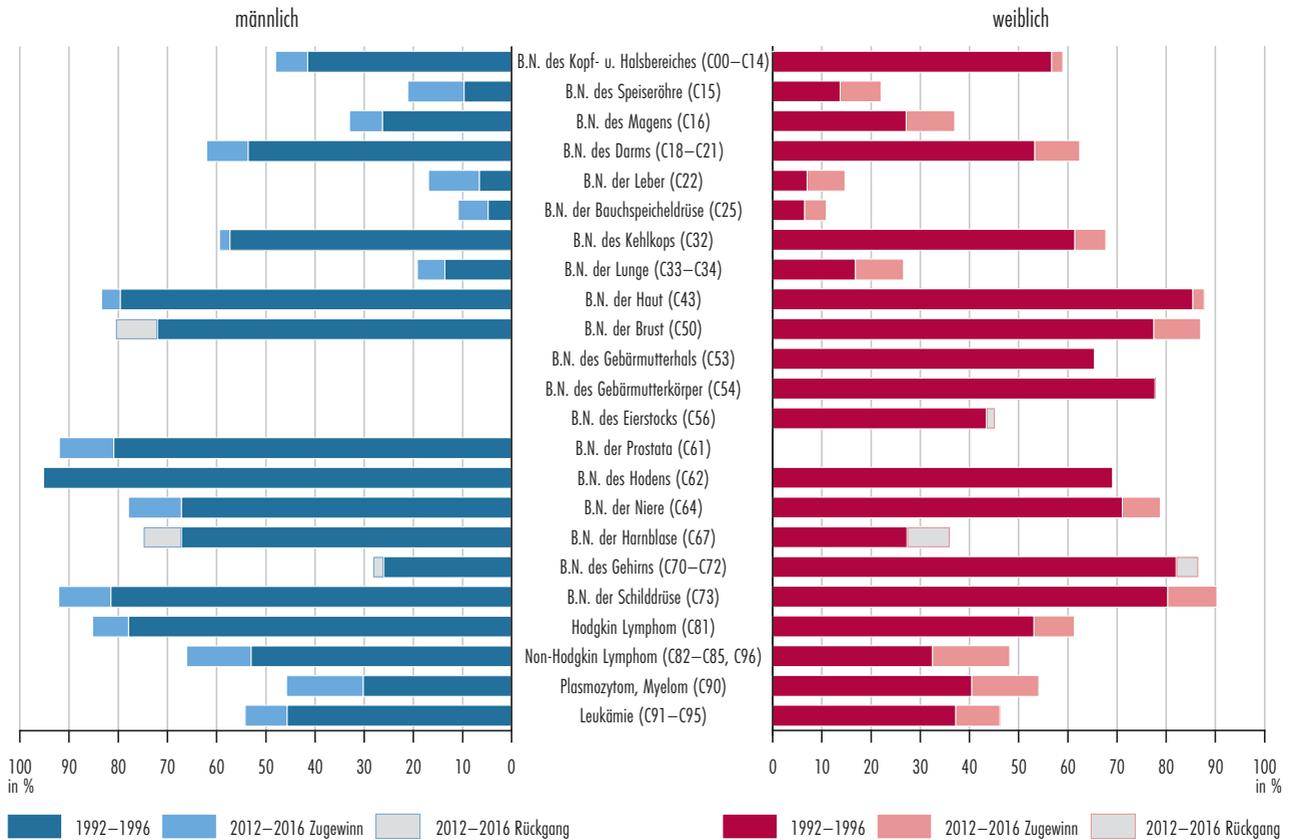
Da die Validität der Daten eines bevölkerungsbezogenen Krebsregisters maßgeblich vom Erfassungsgrad aller Krebsneuerkrankungen abhängt, sind Analysen zur Vollständigkeit der Krebsregistrierung nötig. Dies geschieht einerseits mittels der sog. DCO-Fälle, also Sterbefällen mit der Todesursache Krebs, die nicht zuvor im Krebsregister aufscheinen. Die DCO-Rate als Anteil an allen Krebsfällen konnte in den vergangenen Jahren deutlich





Relatives 5-Jahres Überleben¹ nach Lokalisationen² Überlebens (CRS)

im Vergleich 1992–1996 mit 2012–2016

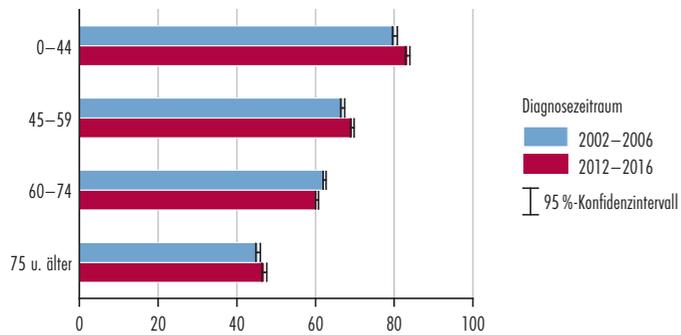


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C00–C96 ohne C44.

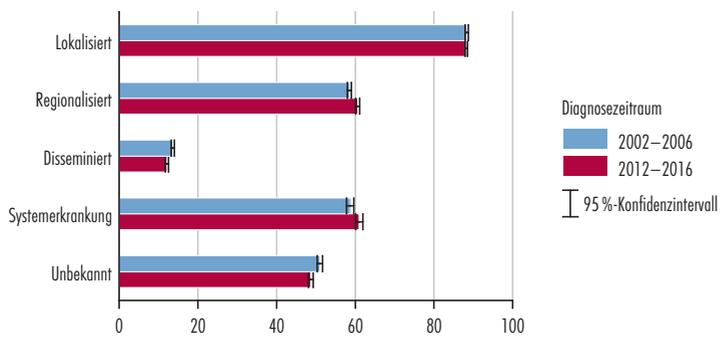
Relatives 5-Jahres Überleben¹, alle Malignome²

in Prozent

Alter bei Diagnose



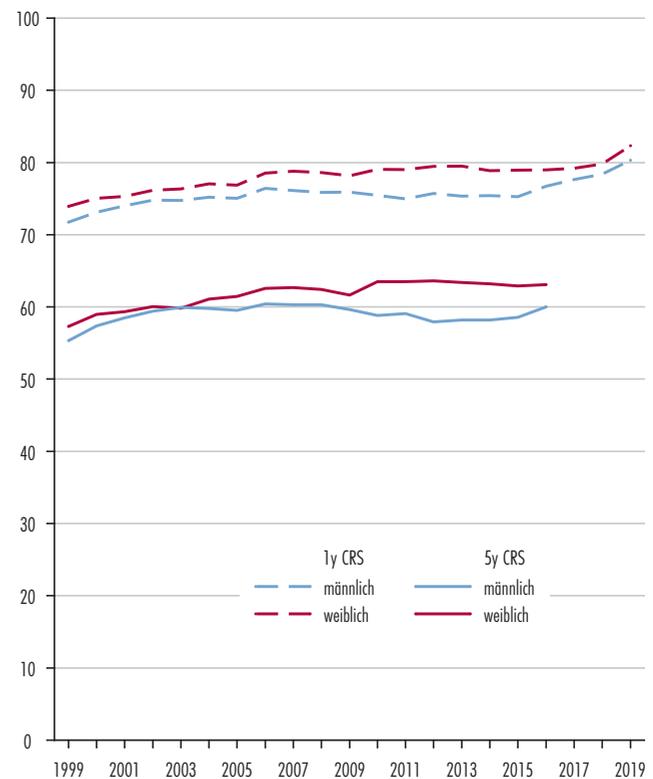
Tumorstadium bei Diagnose



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C00–C96 ohne C44.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), alle Malignome²,

nach Geschlecht in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C00–C96 ohne C44.



Entwicklung des relativen Überlebens¹, alle Malignome²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	56,3	55,6	56,9	55,3	57,3
2000	58,1	57,5	58,7	57,4	59,0
2001	58,9	58,3	59,5	58,5	59,4
2002	59,7	59,1	60,3	59,4	60,1
2003	59,9	59,3	60,5	59,9	59,8
2004	60,4	59,8	61,0	59,8	61,1
2005	60,4	59,8	61,0	59,5	61,5
2006	61,4	60,8	62,0	60,4	62,6
2007	61,4	60,8	62,0	60,3	62,7
2008	61,3	60,7	61,9	60,3	62,4
2009	60,6	60,0	61,1	59,6	61,6
2010	61,1	60,5	61,6	58,8	63,5
2011	61,2	60,6	61,8	59,1	63,5
2012	60,7	60,1	61,2	57,9	63,6
2013	60,7	60,1	61,3	58,2	63,4
2014	60,6	60,0	61,1	58,2	63,2
2015	60,6	60,0	61,1	58,6	62,9
2016	61,5	60,9	62,0	60,0	63,1

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C00-C96 ohne C44. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

gesenkt werden und liegt im Jahresdurchschnitt 2017–2019 etwa bei 7%. Daneben sind auch der Prozentsatz der histologisch verifizierten Fälle und die „Mortalität/Inzidenz Ratio“ Maßzahlen für die Qualität der Daten eines Krebsregisters.

Der Prozentsatz der mikroskopisch verifizierten Fälle dient einerseits als Indikator für die Validität, andererseits aber auch zur Überprüfung der Vollständigkeit. Ein hoher Prozentsatz an mikroskopisch verifizierten Fällen spricht für eine hohe Qualität der Meldungen – durch die mikroskopische Untersuchung wird der Tumor bestätigt, und die fälschliche Aufnahme von Metastasen als Primärtumor kann ausgeschlossen werden. Ein sehr hoher Prozentsatz zeigt allerdings auch, dass im Zuge von Recherchen möglicherweise zu viel Gewicht auf Pathologien gelegt wurde und daher Fälle, die auf anderem Weg diagnostiziert werden, unterrepräsentiert sein könnten. Im Österreichischen Nationalen Krebsregister lag der Prozentsatz im Jahresdurchschnitt 2017–2019 bei 77%. Bei einer Aufgliederung der Tumore nach verschiedenen Lokalisationen ergibt sich bei Lokalisationen mit einer hohen DCO-Rate ein niedrigerer Prozentsatz an mikroskopisch verifizierten Fällen, da die Anzahl dieser Fälle immer in Bezug zur Gesamtinzidenz gesetzt wird.

Ein weiteres Kriterium zur Beurteilung der Vollständigkeit eines Krebsregisters ist die „Mortalität/Inzidenz Ratio“ (M/I Ratio). Die M/I Ratio, also der Quotient von Inzidenz und Mortalität, gibt das Verhältnis der Anzahl der an einem bestimmten Tumor Gestorbenen zu der Neuerkrankungshäufigkeit im selben Zeitraum an eben diesem Tumor

wieder. Die M/I-Ratio ist eine Methode der unabhängigen Fallbestätigung und damit die einzige Methode zur Vollständigkeitsbeurteilung, für die keine Einzeldaten aus einem Register erforderlich sind, sondern mit der sogar aus bereits tabellierten Daten auf die Vollständigkeit geschlossen werden kann. Wäre die Todesursachenstatistik absolut genau, entspräche die M/I Ratio dem Wert 1 abzüglich der Überlebensrate. Für Tumore mit einer ungünstigen Prognose wie z. B. der Lunge, der Speiseröhre, der Leber und des Pankreas werden Werte nahe bei eins erwartet. Für Tumore mit einer günstigen Prognose wie z.B. Hoden, Schilddrüse, Gebärmutterkörper und Haut werden deutlich niedrigere Werte erwartet. Dieses Muster ist im Österreichischen Nationalen Krebsregister sehr gut zu erkennen. Die Werte der Tumore mit einer schlechten Prognose lagen im Jahresdurchschnitt 2017–2019 zwischen 0,8 und 0,9, die der Tumore mit günstiger Prognose liegen zwischen 0 und 0,2. Die M/I Ratio kann in bestimmten Fällen auch den Wert 1 übersteigen, was entweder auf einen Fehlbestand im Register oder auf Ungenauigkeiten bei der Spezifizierung der Todesursache hindeutet. Das Krebsregister verfügt oft über wesentlich genauere Information über die Tumorerkrankung, als am Totenschein, der die Grundlage der Todesursachenstatistik dargestellt, vermerkt ist.

Aufbau der Publikation

Auf den nächsten Seiten werden die Entwicklungen verschiedener Tumorerkrankungen und deren Verteilung nach Bundesländern, Stadium bei Diagnose, Geschlecht und Alter dargestellt und kurz kommentiert. Ergänzend werden sowohl die

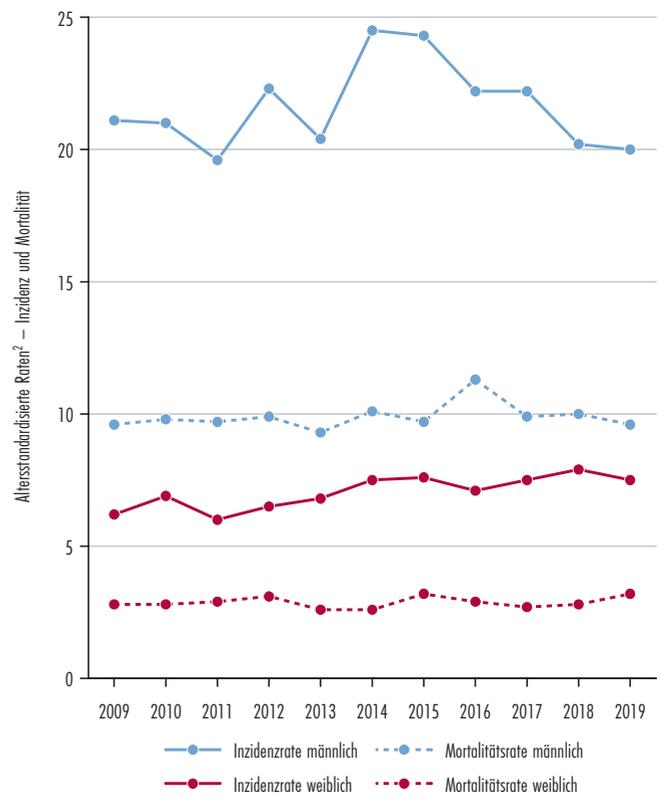
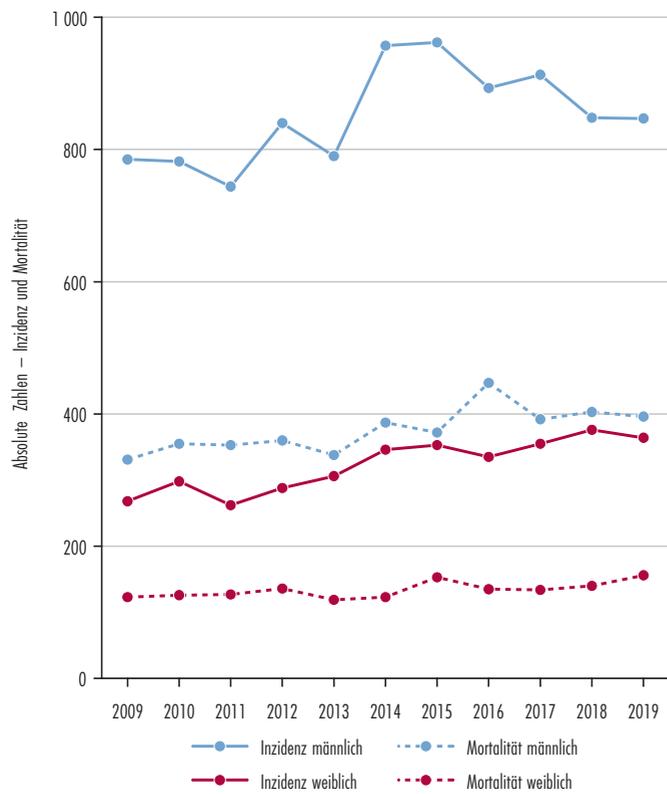
Krebsprävalenz als auch die Entwicklung der Überlebensraten der einzelnen Lokalisationen bzw. Lokalisationsgruppen abgebildet, insgesamt und getrennt nach Alter und Stadium bei Diagnose. Für jede Lokalisation gibt es Tabelle mit Daten zur Morphologie der Tumorerkrankung sowie Maßzahlen zur Qualitätsbestimmung. Die beiden Tabellen am Ende jeder Lokalisation zeigen die zeitliche Entwicklung des relativen 5-Jahres-Überlebens sowie die Entwicklung von Inzidenz und Mortalität. Handelt es sich bei der Darstellung der Daten nicht um Zeitreihen, bezieht sich die Darstellung auf den Jahresdurchschnitt 2017–2019.

Entwicklung aller Malignome ¹ , Österreich ab 1999												
Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	35 874	18 603	17 271	538,2	701,6	440,8	18 650	9 585	9 065	291,2	402,0	229,3
2000	37 594	19 621	17 973	556,5	722,1	454,7	18 693	9 493	9 200	288,0	391,4	230,4
2001	37 555	19 689	17 866	547,3	708,5	447,6	18 442	9 500	8 942	279,8	383,5	221,4
2002	37 715	19 982	17 733	541,2	698,3	440,0	18 580	9 721	8 859	276,8	380,2	216,7
2003	38 733	20 758	17 975	550,5	714,6	442,5	19 191	10 032	9 159	283,1	388,0	222,5
2004	39 304	20 969	18 335	549,6	706,2	446,9	19 185	10 022	9 163	278,8	378,3	220,2
2005	38 315	20 329	17 986	526,3	665,2	432,6	19 075	9 971	9 104	271,5	366,2	214,9
2006	39 491	21 213	18 278	534,4	681,9	434,4	19 008	10 071	8 937	265,9	360,9	208,2
2007	39 659	21 151	18 508	528,5	665,1	434,9	18 925	9 963	8 962	259,7	345,5	205,8
2008	39 452	20 911	18 541	519,1	648,4	431,7	19 718	10 533	9 185	267,3	364,8	208,4
2009	39 256	20 820	18 436	507,8	628,5	423,5	19 547	10 426	9 121	259,2	348,0	203,7
2010	39 636	20 699	18 937	505,1	613,6	430,8	19 672	10 419	9 253	256,2	338,9	204,1
2011	39 963	20 870	19 093	501,3	604,9	429,9	19 896	10 525	9 371	254,6	333,9	204,0
2012	40 513	21 040	19 473	501,2	596,5	434,3	20 178	10 673	9 505	253,7	330,0	205,0
2013	40 130	20 896	19 234	489,2	580,3	424,7	19 982	10 758	9 224	247,7	327,0	196,7
2014	41 369	21 720	19 649	495,5	591,3	427,5	20 392	10 829	9 563	247,2	317,8	200,7
2015	41 792	22 311	19 481	493,4	594,8	419,0	20 209	10 865	9 344	240,9	311,3	193,3
2016	42 492	22 720	19 772	494,5	594,1	420,8	20 060	10 708	9 352	235,2	300,0	191,3
2017	42 855	23 313	19 542	490,9	597,4	410,1	20 146	10 932	9 214	232,4	300,8	185,8
2018	42 207	22 680	19 527	476,4	568,3	405,4	20 427	11 057	9 370	231,7	295,7	186,4
2019	41 775	22 614	19 161	464,6	557,6	392,8	20 337	10 926	9 411	226,6	287,6	184,9

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C00-C96 ohne C44. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013



Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Kopfes und Halses¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C00–C14. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

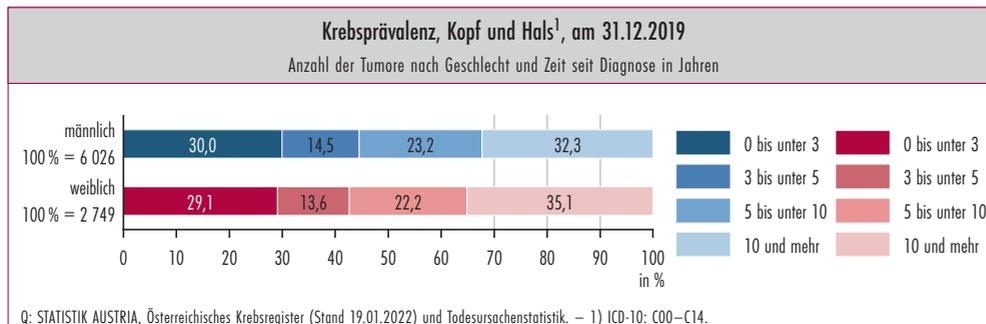
Zu den 1 211 im Jahr 2019 neu diagnostizierten bösartigen Neubildungen des Kopf- und Halsbereichs zählen Tumore der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx. Diese Tumore waren für rund 3 % der jährlichen Krebsneuerkrankungen und Krebssterbefälle verantwortlich. Die altersstandardisierten Raten wiesen 13 Neuerkrankungen und 6 Sterbefälle je 100 000 Personen der Bevölkerung aus. Am Jahresende 2019 waren 6 026 Männer und 2 749 Frauen mit einem bösartigen Kopf- und Hals-Tumor am Leben.

Tabak- und Alkoholkonsum sind die wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung dieser Krebsarten. Die Entwicklung der letzten zehn Jahre (2009 bis 2019) zeigte entsprechende, geschlechtsspezifische Veränderungen der Raten. Während die Inzidenzrate der Männer relativ stabil war (2009: 21,1; 2019: 20,0), zeigte sich bei den Frauen ein leichter Anstieg (2009: 6,2; 2019: 7,5). Die Sterblichkeit bei den Männern blieb stabil auf 9,6; bei den Frauen ergab sich eine leichte Zunahme von 2,8 auf 3,2.

Im Bundesländervergleich war die Neuerkrankungsrate im Jahresdurchschnitt 2017–2019 in Kärnten am höchsten und in Salzburg am geringsten. Die Sterblichkeitsrate war im Burgenland am höchsten und in Vorarlberg am geringsten.

Über 50 % der Diagnosen wurden erst gestellt, als der Tumor bereits die Organgrenzen durchbrochen hatte (regionalisiertes Tumorstadium: 47,9 %; disseminiertes Tumorstadium: 4,7 %). Ein Fünftel der Tumore konnte keinem Stadium zugeordnet werden, da die Angaben auf der Krebsmeldung mangelhaft waren (18,6 %) bzw. bei DCO-Fällen keine Information über das Stadium vorlag (3,4 %).

Die relativen Überlebensraten stiegen im Zeitraum von 2002–2006 bis 2017–2018 (einjähriges Überleben) von 75 % auf 80 % bzw. bis 2012–2016 (fünfjähriges Überleben) von 46 % auf 51 %. Frauen wiesen ein höheres 5-Jahres-Überleben als Männer auf (59 % bzw. 48 %).



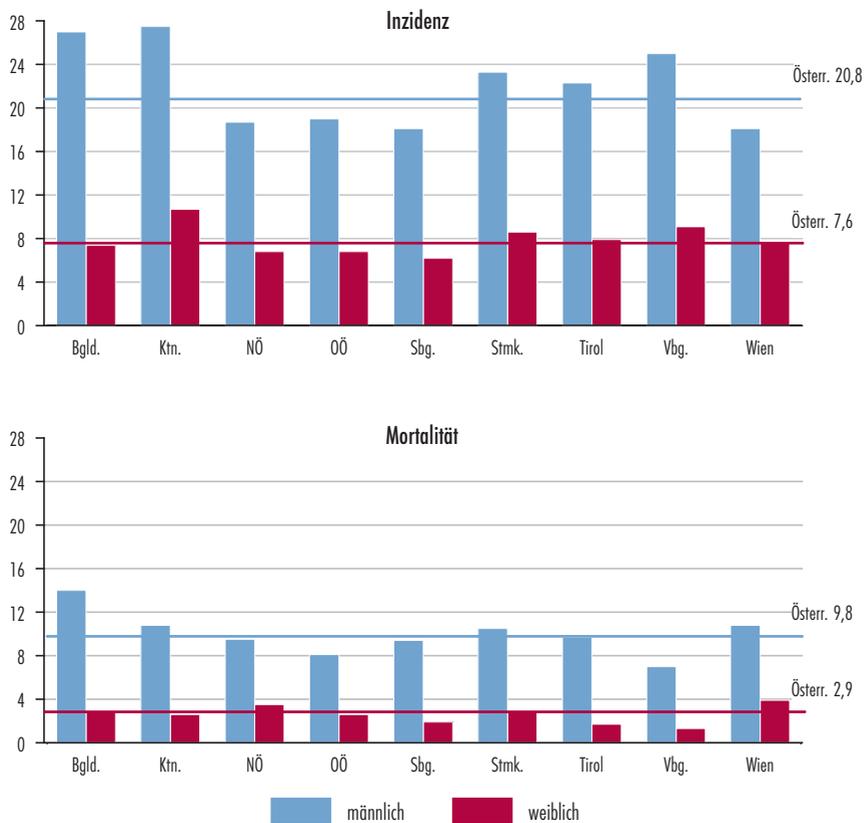
Morphologie und Qualitätsmerkmale, Kopf und Hals ¹ , 2017–2019				
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	843	100,0	351	100,0
Karzinome	791	93,8	324	92,1
Plattenepithelkarzinome o.n.A.	560	70,9*	197	60,8*
Verhormende Plattenepithelkarzinome	156	19,8*	80	24,8*
Adenokarzinome	29	3,6*	21	6,5*
Karzinome m.n.A.	14	1,7*	11	3,3*
Karzinome o.n.A.	32	4,0*	15	4,6*
Sarkome	1	0,2	2	0,7
Bösartige Neubildungen m.n.A.	4	0,4	3	0,9
Bösartige Neubildungen o.n.A.	47	5,6	22	6,3
Qualitätsmerkmale				
Mikroskopisch verifiziert	81,4%		81,5%	
DCO-Rate	3,2%		3,8%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,46		0,39	

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C00–C14.



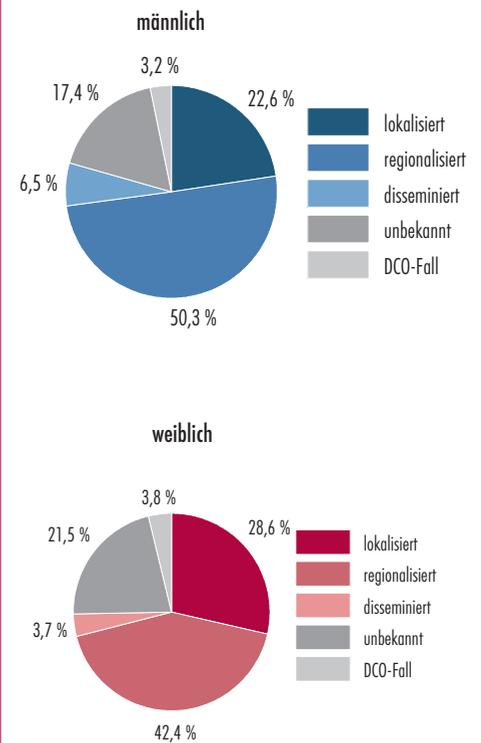
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen des Kopfes und Halses¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C00–C14. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Kopf und Hals¹, 2017–2019



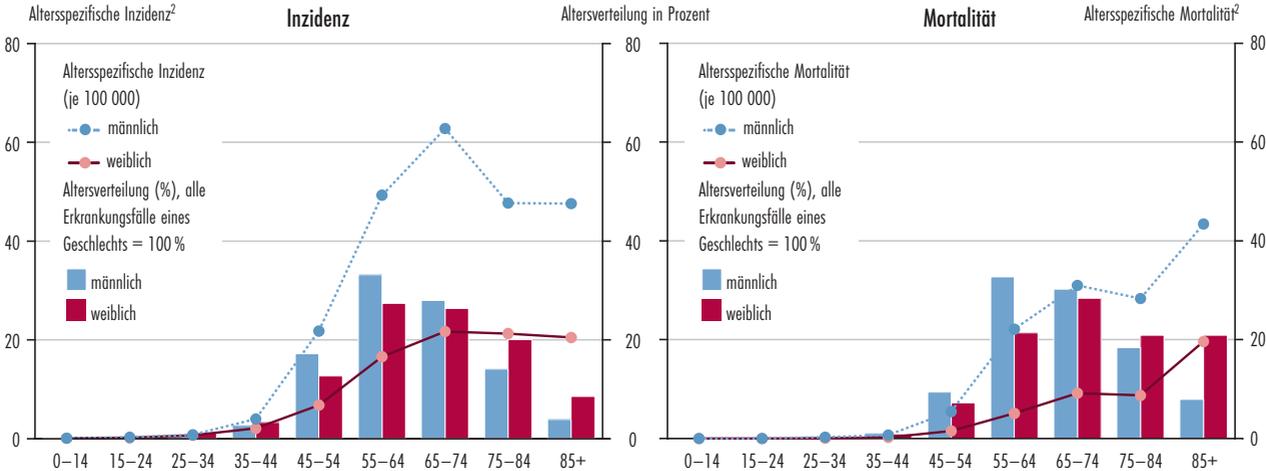
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C00–C14.

Geschlechtsverteilung der bösartigen Neubildungen des Kopfes und Halses¹, 2017–2019

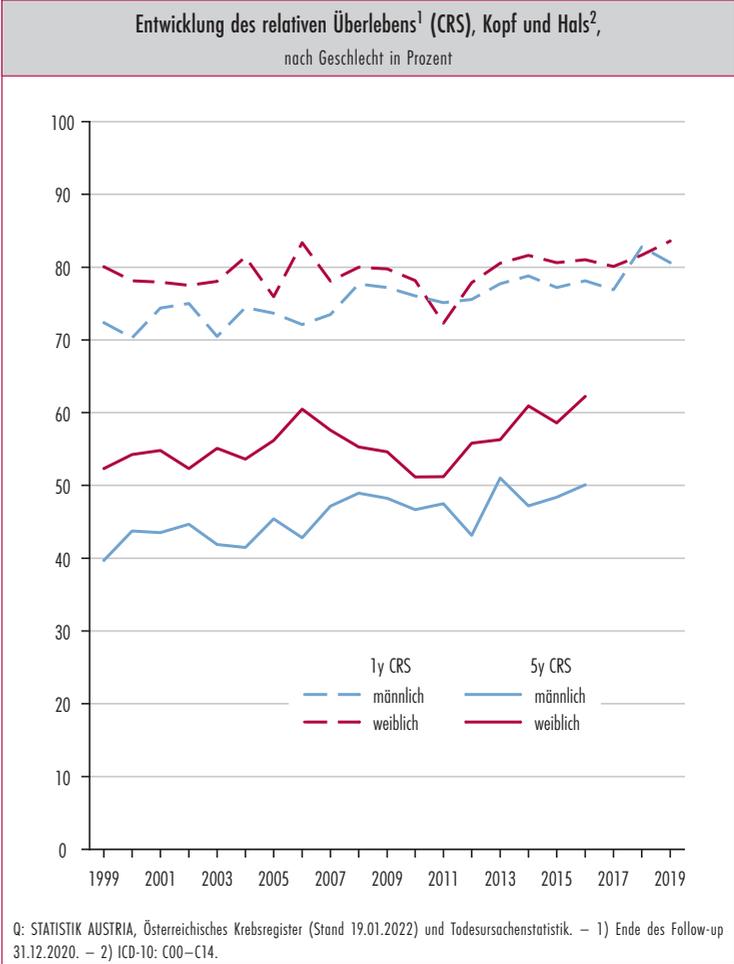
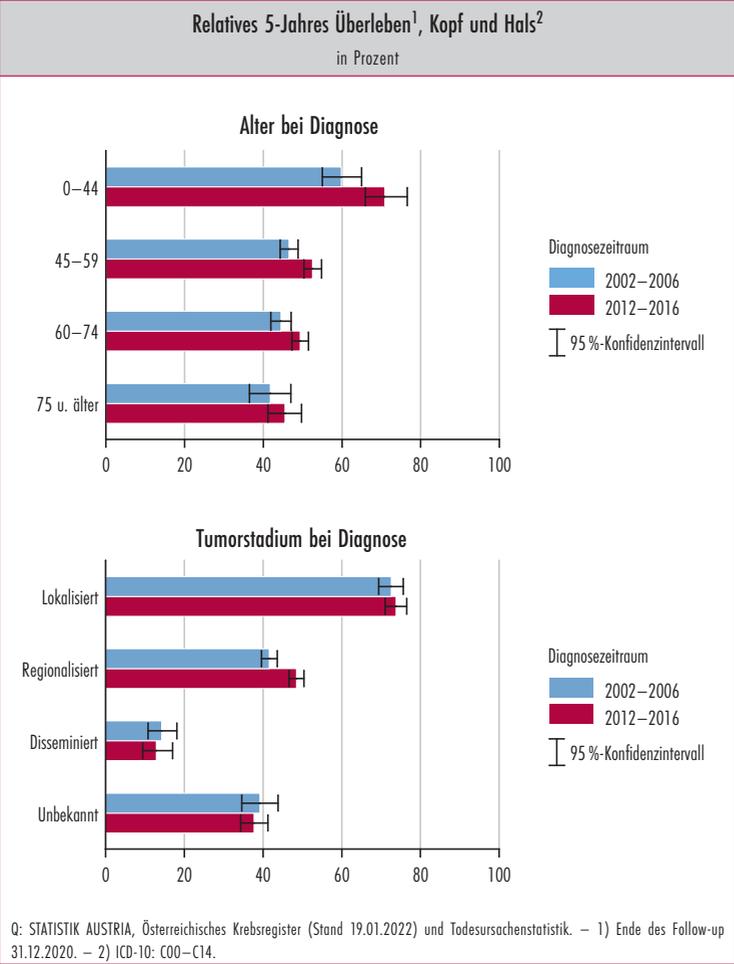


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C00–C14.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität des Kopfes und Halses¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C00–C14. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.



Entwicklung des relativen Überlebens¹, Kopf und Hals²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	42,5	38,9	46,0	39,7	52,3
2000	46,5	43,0	50,0	43,7	54,3
2001	46,1	42,5	49,8	43,5	54,8
2002	46,4	42,9	49,9	44,7	52,3
2003	45,2	41,6	48,8	41,9	55,1
2004	44,3	40,9	47,8	41,5	53,6
2005	48,0	44,6	51,4	45,4	56,2
2006	47,2	43,8	50,6	42,8	60,5
2007	49,9	46,5	53,3	47,2	57,6
2008	50,8	47,5	54,0	48,9	55,3
2009	49,8	46,5	53,1	48,3	54,6
2010	47,9	44,6	51,2	46,7	51,2
2011	48,4	45,0	51,8	47,5	51,2
2012	46,3	43,1	49,6	43,2	55,8
2013	52,5	49,1	55,7	51,0	56,3
2014	50,8	47,7	53,8	47,2	60,9
2015	51,0	47,9	54,1	48,4	58,6
2016	53,4	50,0	56,7	50,1	62,2

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C00–C14. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

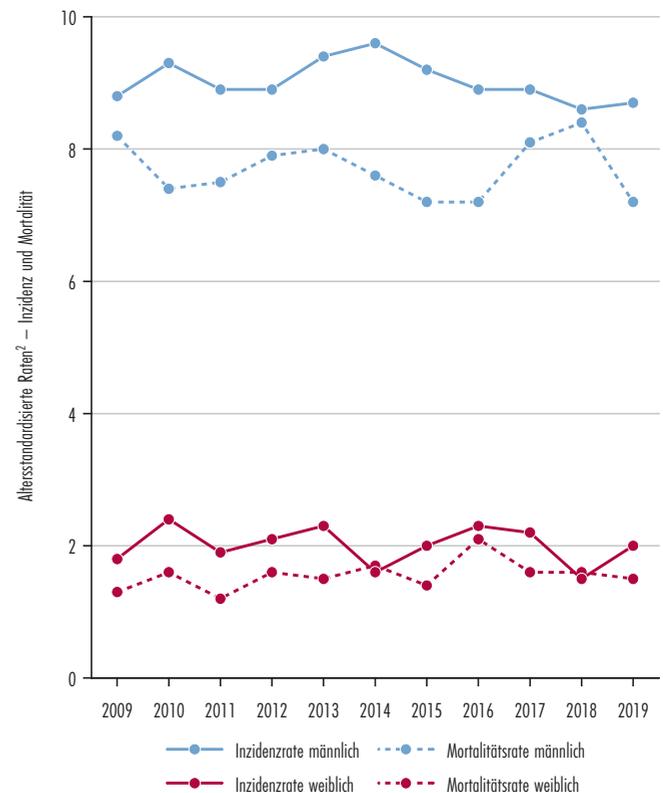
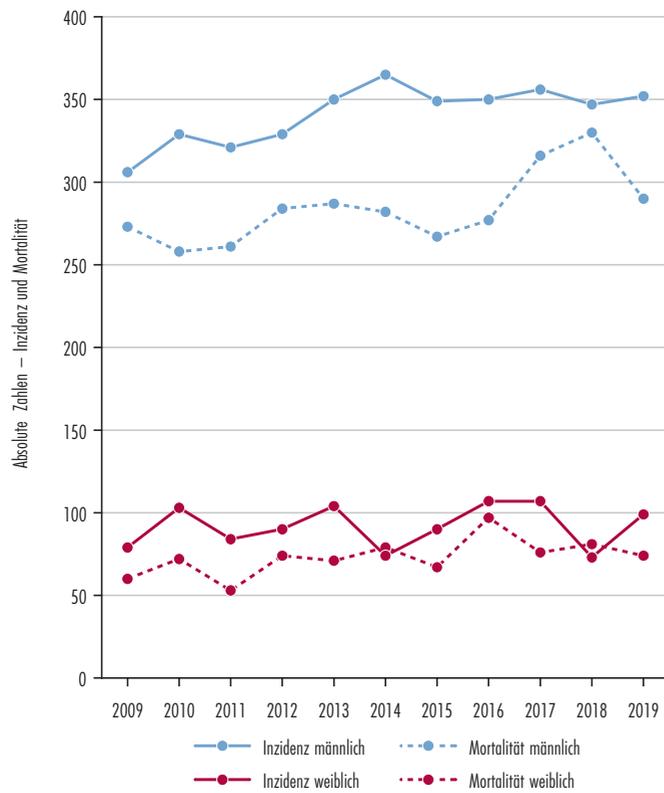
Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Kopfes und Halses¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	905	701	204	13,1	22,5	5,3	457	354	103	6,7	11,6	2,7
2000	986	721	265	14,2	23,2	6,9	479	350	129	7,1	11,6	3,3
2001	888	678	210	12,6	21,0	5,4	461	350	111	6,7	11,5	2,8
2002	944	724	220	13,1	21,7	5,7	473	373	100	6,7	11,9	2,5
2003	892	664	228	12,3	20,1	5,7	473	354	119	6,7	11,3	2,9
2004	976	743	233	13,3	21,9	5,8	477	381	96	6,6	11,8	2,3
2005	997	751	246	13,4	21,8	6,1	446	337	109	6,1	10,1	2,7
2006	1 062	792	270	14,1	22,6	6,6	424	333	91	5,7	9,8	2,2
2007	1 020	748	272	13,2	20,8	6,5	453	342	111	6,0	10,2	2,6
2008	1 122	796	326	14,5	22,4	7,8	475	353	122	6,2	10,4	2,9
2009	1 053	785	268	13,3	21,1	6,2	454	331	123	5,9	9,6	2,8
2010	1 080	782	298	13,5	21,0	6,9	481	355	126	6,1	9,8	2,8
2011	1 006	744	262	12,4	19,6	6,0	480	353	127	6,1	9,7	2,9
2012	1 128	840	288	13,8	22,3	6,5	496	360	136	6,1	9,9	3,1
2013	1 096	790	306	13,1	20,4	6,8	457	338	119	5,6	9,3	2,6
2014	1 303	957	346	15,4	24,5	7,5	510	387	123	6,1	10,1	2,6
2015	1 315	962	353	15,4	24,3	7,6	525	372	153	6,2	9,7	3,2
2016	1 228	893	335	14,2	22,2	7,1	582	447	135	6,8	11,3	2,9
2017	1 268	913	355	14,3	22,2	7,5	526	392	134	6,0	9,9	2,7
2018	1 224	848	376	13,7	20,2	7,9	543	403	140	6,1	10,0	2,8
2019	1 211	847	364	13,3	20,0	7,5	552	396	156	6,1	9,6	3,2

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C00–C14. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Personen/Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Speiseröhre¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C15.

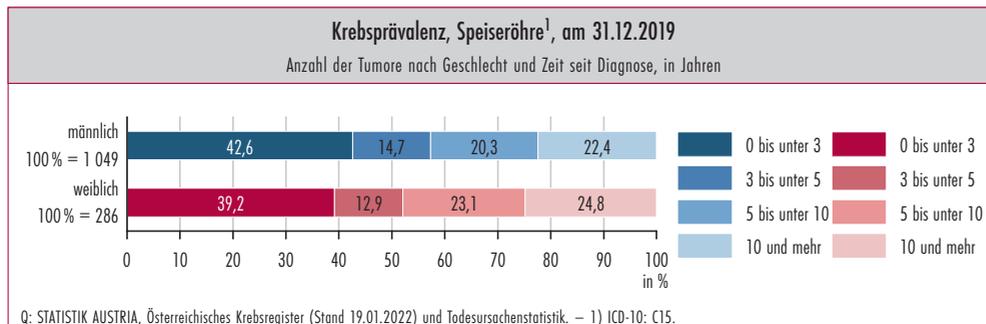
Bösartige Neubildungen der Speiseröhre (Ösophaguskarzinome) zählten mit 451 Fällen zu den seltenen Krebsdiagnosen im Jahr 2019. Sie waren für 1% der jährlichen Krebsneuerkrankungen und knapp 2% der Krebssterbefälle verantwortlich. Die altersstandardisierten Raten wiesen fünf Neuerkrankungen und vier Sterbefälle je 100 000 Personen der Bevölkerung aus. Speiseröhrenkrebs hatte von allen Tumorlokalisationen den höchsten Männeranteil: rund 80% der Neuerkrankungs- und Sterbefälle betrafen Männer. Am Jahresende 2019 waren 1 049 Männer und 286 Frauen mit Speiseröhrenkrebs am Leben.

In der langfristigen Entwicklung zeigten sich zunehmende Raten. Die altersstandardisierte Inzidenz der Männer stieg bis 2008, danach pendelte sie sich um einen Wert von 9 ein. Bei den Frauen blieb die Inzidenz in den letzten zehn Jahren relativ stabil. Die Sterblichkeitsrate blieb bei den Geschlechtern relativ konstant.

Im Bundesländervergleich wies das Burgenland im Jahresdurchschnitt 2017–2019 die höchsten, Salzburg die niedrigste Neuerkrankungsrate auf. Die Sterblichkeit war im Burgenland und in der Steiermark am höchsten und in Salzburg am geringsten.

Rund die Hälfte aller Diagnosen wurde erst gestellt, als der Tumor bereits die Organgrenzen durchbrochen hatte (regionalisiertes Tumorstadium: 30,2%; disseminiertes Tumorstadium: 17,5%). Rund ein Drittel der Tumore konnten keinem Stadium zugeordnet werden, da die Angaben auf der Krebsmeldung mangelhaft waren (24,6%) bzw. bei DCO-Fällen keine Information über das Stadium vorlag (9,6%).

Die relativen Überlebensraten stiegen im Zeitraum von 2002–2006 bis 2017–2018 (einjähriges Überleben) von 45% auf 50% bzw. bis 2012–2016 (fünfjähriges Überleben) von 17% auf 21%. Frauen und Männer wiesen ein ähnliches 5-Jahres-Überleben auf (22% bzw. 21%).

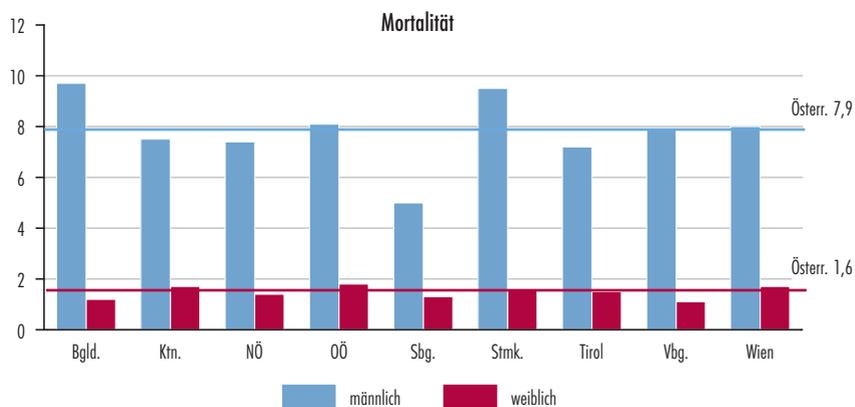
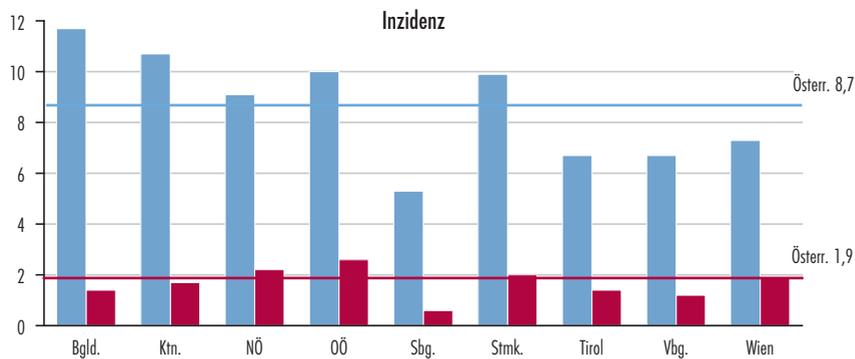


Morphologie und Qualitätsmerkmale, Speiseröhre ¹ , 2017–2019				
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	320	100,0	82	100,0
Karzinome	292	91,4	68	82,2
Plattenepithelkarzinome	137	46,9*	36	53,7*
Adenokarzinome	136	46,4*	24	36,0*
Karzinome m.n.A.	6	2,2*	3	4,9*
Karzinome o.n.A.	13	4,6*	4	5,4*
Sarkome	0	0,1	0	0,0
Bösartige Neubildungen m.n.A.	0	0,1	0	0,0
Bösartige Neubildungen o.n.A.	27	8,4	15	17,8
Qualitätsmerkmale				
Mikroskopisch verifiziert	74,8%		68,8%	
DCO-Rate	9,1%		11,5%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,89		0,64	

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C15.

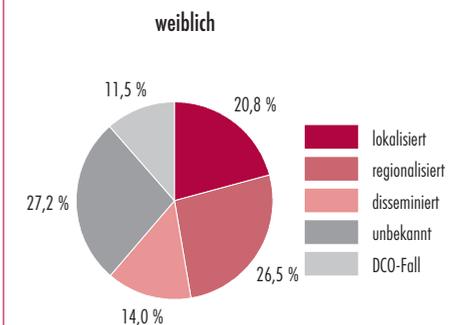
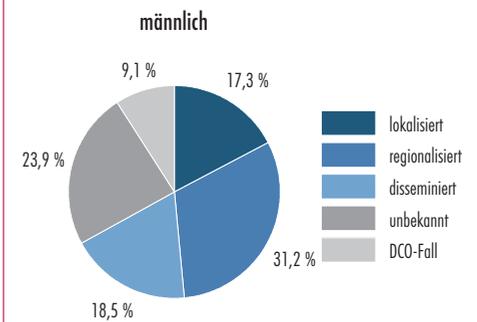
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen der Speiseröhre¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C15. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Speiseröhre¹, 2017–2019



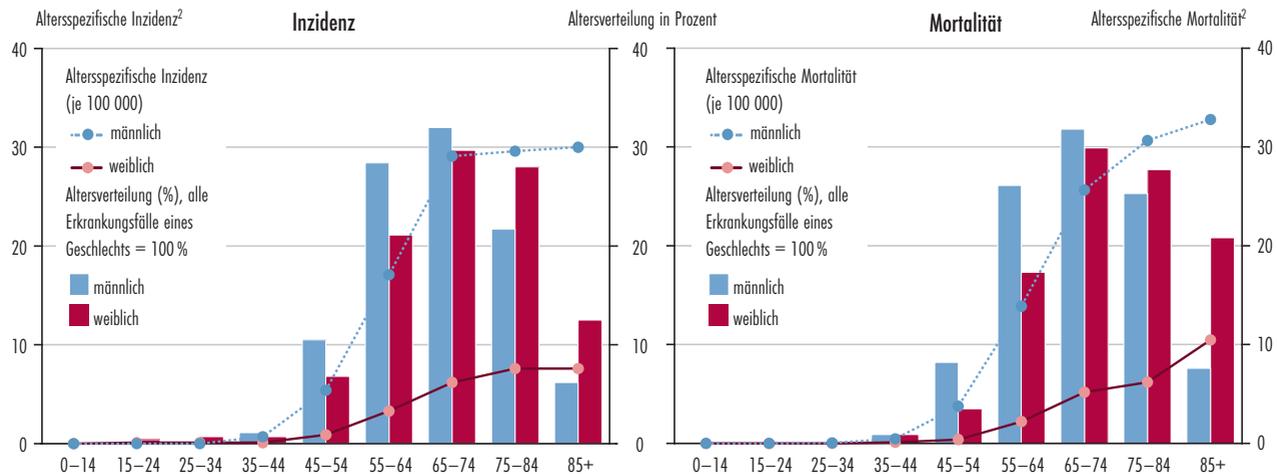
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C15.

Geschlechtsverteilung der bösartigen Neubildungen der Speiseröhre¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C15.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität der Speiseröhre¹, 2017–2019

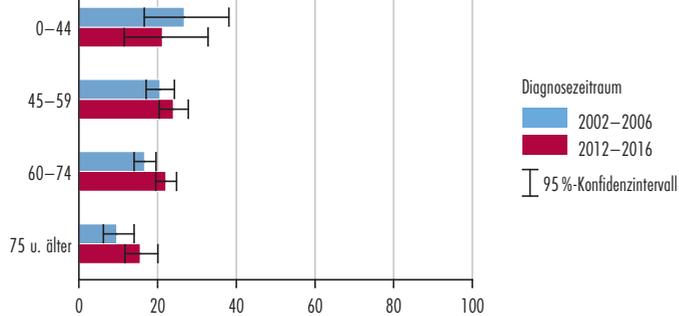


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C15. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.

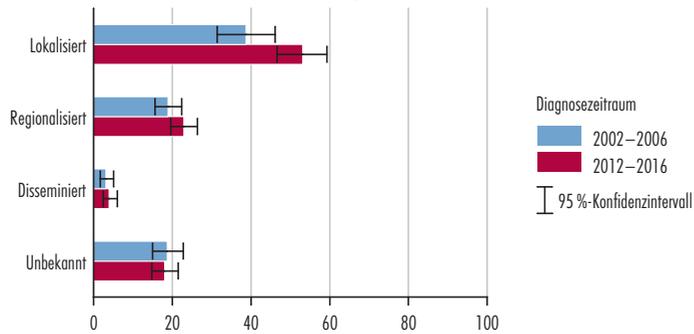


Relatives 5-Jahres Überleben¹⁾, Speiseröhre² in Prozent

Alter bei Diagnose

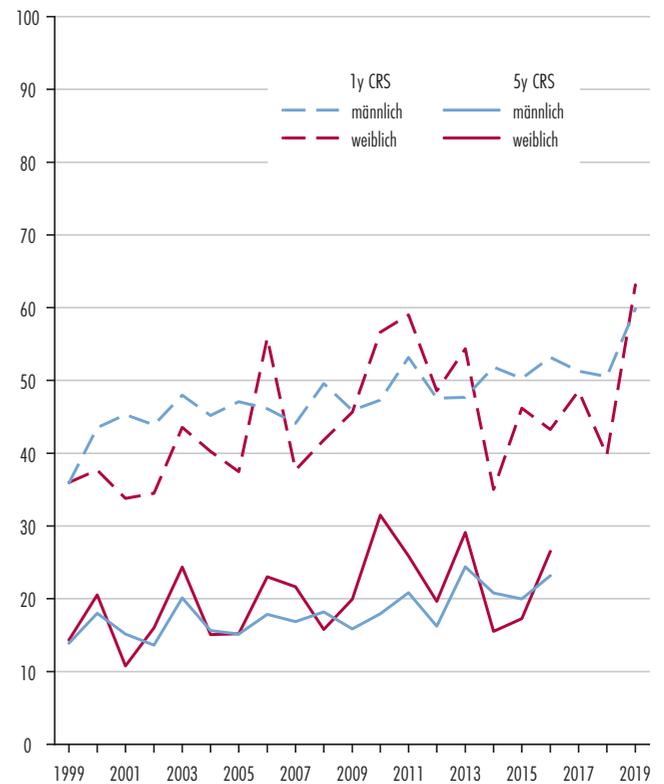


Tumorstadium bei Diagnose



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C15.

Entwicklung des relativen Überlebens¹⁾ (CRS), Speiseröhre² nach Geschlecht, in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C15.

Entwicklung des relativen Überlebens¹, Speiseröhre²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	14,0	10,0	18,6	13,9	14,3
2000	18,5	14,0	23,4	18,0	20,5
2001	14,3	10,6	18,5	15,2	10,8
2002	14,2	10,4	18,5	13,6	16,0
2003	21,1	16,5	26,0	20,1	24,4
2004	15,6	11,7	20,0	15,6	15,1
2005	15,2	11,5	19,4	15,2	15,2
2006	19,0	14,8	23,5	17,9	23,0
2007	17,7	13,8	22,1	16,9	21,6
2008	17,8	14,0	22,0	18,2	15,8
2009	16,7	12,9	21,1	15,9	19,9
2010	21,0	16,9	25,5	17,9	31,5
2011	21,9	17,5	26,6	20,8	25,9
2012	17,0	13,2	21,2	16,2	19,6
2013	25,5	21,2	30,1	24,4	29,1
2014	19,9	15,9	24,2	20,8	15,5
2015	19,4	15,5	23,7	20,0	17,3
2016	23,9	19,5	28,7	23,2	26,5

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C15. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

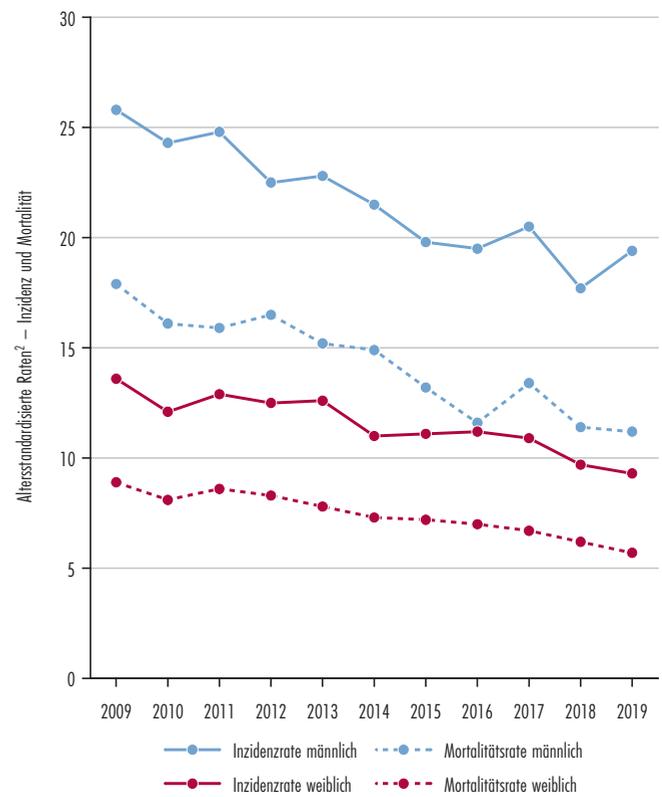
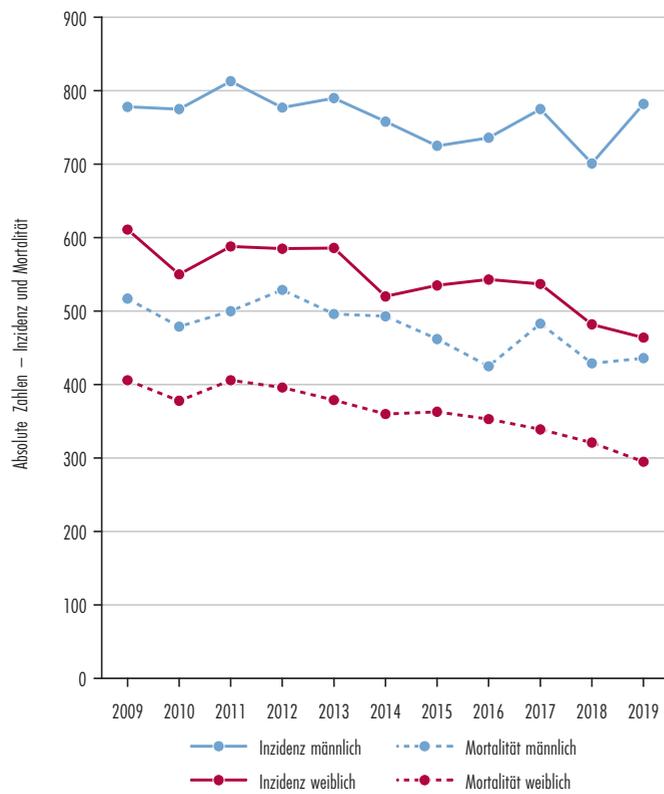
 Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Speiseröhre¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	310	253	57	4,6	8,8	1,5	298	240	58	4,4	8,7	1,5
2000	321	260	61	4,8	9,0	1,6	266	207	59	4,0	7,6	1,5
2001	374	292	82	5,5	10,0	2,1	310	243	67	4,6	8,6	1,7
2002	352	273	79	5,0	9,0	2,0	319	256	63	4,6	8,8	1,5
2003	369	286	83	5,3	9,5	2,1	279	222	57	4,0	7,5	1,4
2004	362	303	59	5,1	9,7	1,5	286	230	56	4,0	7,5	1,4
2005	391	325	66	5,3	10,0	1,6	307	249	58	4,3	8,2	1,4
2006	393	306	87	5,3	9,4	2,0	328	264	64	4,5	8,2	1,5
2007	405	332	73	5,5	10,1	1,8	312	256	56	4,2	8,0	1,3
2008	417	347	70	5,5	10,0	1,7	335	276	59	4,4	8,1	1,3
2009	385	306	79	5,0	8,8	1,8	333	273	60	4,3	8,2	1,3
2010	432	329	103	5,5	9,3	2,4	330	258	72	4,2	7,4	1,6
2011	405	321	84	5,1	8,9	1,9	314	261	53	4,0	7,5	1,2
2012	419	329	90	5,2	8,9	2,1	358	284	74	4,4	7,9	1,6
2013	454	350	104	5,5	9,4	2,3	358	287	71	4,4	8,0	1,5
2014	439	365	74	5,3	9,6	1,6	361	282	79	4,3	7,6	1,7
2015	439	349	90	5,2	9,2	2,0	334	267	67	4,0	7,2	1,4
2016	457	350	107	5,4	8,9	2,3	374	277	97	4,4	7,2	2,1
2017	463	356	107	5,3	8,9	2,2	392	316	76	4,5	8,1	1,6
2018	420	347	73	4,7	8,6	1,5	411	330	81	4,7	8,4	1,6
2019	451	352	99	5,0	8,7	2,0	364	290	74	4,1	7,2	1,5

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C15. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Magens¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C16. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

Mit 1 246 neuen Fällen im Jahr 2019 waren Magenkreberkrankungen für rund 3% der jährlichen Kreberkrankungen und 4% der Krebssterbefälle verantwortlich. Die altersstandardisierten Raten wiesen fast 14 Neuerkrankungen und acht Sterbefälle je 100 000 Personen der Bevölkerung aus. Am Jahresende 2019 waren 4 070 Männer und 3 212 Frauen mit Magenkrebs am Leben.

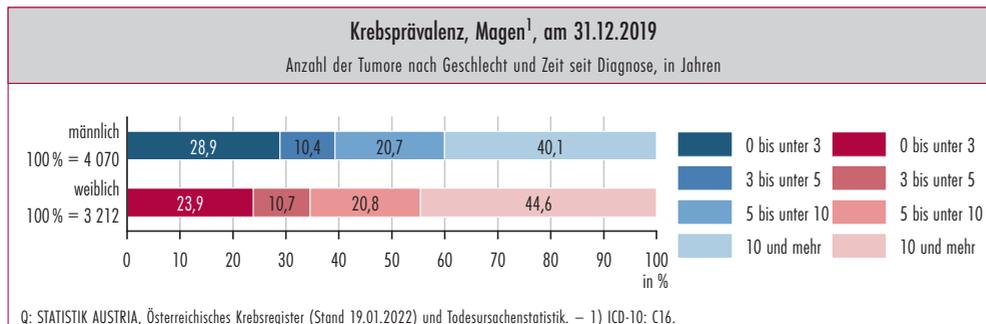
In den letzten Jahrzehnten war in Österreich ein stetiger Rückgang der Erkrankungs- und Sterberaten bei Magenkrebs zu beobachten. Diese Entwicklung zeigt sich auch in anderen Industrienationen und wird vor allem verbesserter Nahrungsmittelhygiene und der Behandlung von Helicobacter Pylori zugeschrieben. Die altersstandardisierte Rate der Neuerkrankungen nahm in den letzten zehn Jahren um ein Viertel ab (-25%), die Rate der Todesfälle sank in leicht höherem Ausmaß (-34%).

Im Bundesländervergleich wies Kärnten im Jahresdurchschnitt 2017–2019 die höchste und Wien

die geringste Neuerkrankungsrate auf. Die höchste Sterblichkeitsrate war in Kärnten, die niedrigste in Wien zu beobachten.

Knapp die Hälfte aller Diagnosen wurde 2017–2019 erst gestellt, als der Tumor die Organgrenzen bereits durchbrochen hatte. Auffallend war ein besonders hoher Anteil an Tumoren die bereits bei der Diagnose Metastasen gebildet hatten (regionalisiertes Tumorstadium: 26,8%; disseminiertes Tumorstadium: 19,7%). Ein Drittel der Tumore konnte keinem Stadium zugeordnet werden, da die Angaben auf der Krebsmeldung mangelhaft waren (25,1%) bzw. bei DCO-Fällen keine Information über das Stadium vorlag (7,0%).

Die relativen Überlebensraten stiegen im Zeitraum von 2002–2006 bis 2017–2018 (einjähriges Überleben) von 52% auf 62% bzw. bis 2012–2016 (fünfjähriges Überleben) von 28% auf 35%. Frauen wiesen ein etwas höheres 5-Jahres-Überleben als Männer auf (37% bzw. 33%).



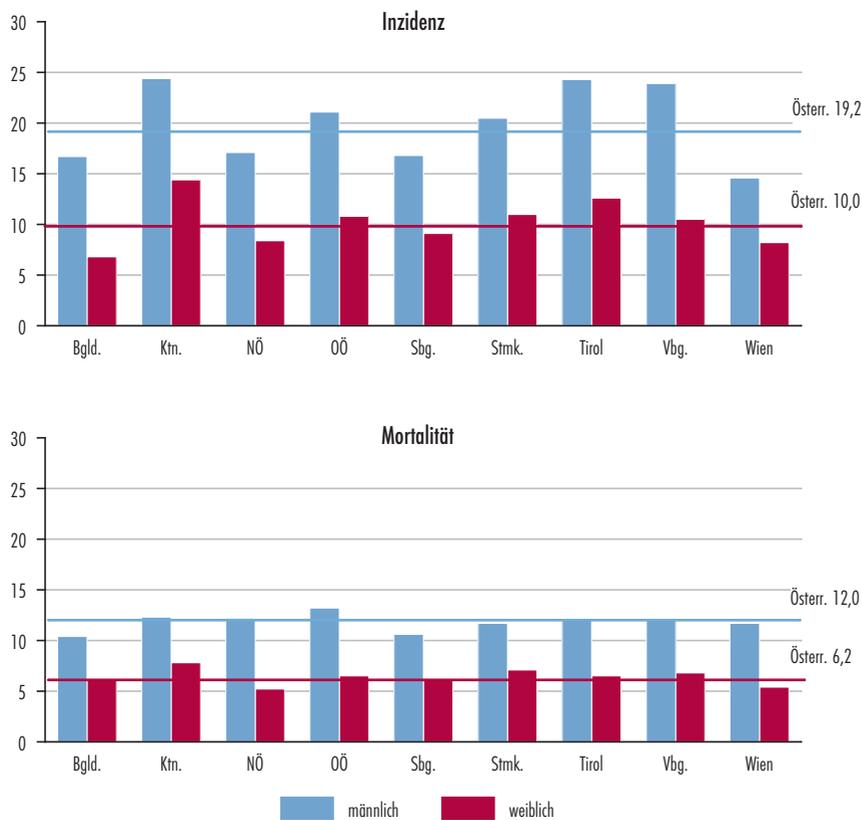
Morphologie und Qualitätsmerkmale, Magen ¹ , 2017–2019				
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	705	100,0	457	100,0
Karzinome	611	86,7	379	83,0
Plattenepithelkarzinom	13	2,1*	5	1,3*
Adenokarzinome o.n.A.	329	53,8*	166	43,7*
Adenokarzinome vom intestinalen Typ	116	19,0*	73	19,2*
Siegelringzellkarzinome	100	16,4*	85	22,5*
Karzinome m.n.A.	33	5,3*	36	9,6*
Karzinome o.n.A.	21	3,4*	14	3,7*
Sarkome	2	0,3	0	0,1
Bösartige Neubildungen m.n.A.	47	6,7	40	8,8
Bösartige Neubildungen o.n.A.	44	6,3	37	8,1
Qualitätsmerkmale				
Mikroskopisch verifiziert	79,8%		79,6%	
DCO-Rate	6,5%		7,8%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,60		0,64	

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – ¹) ICD-10: C16.



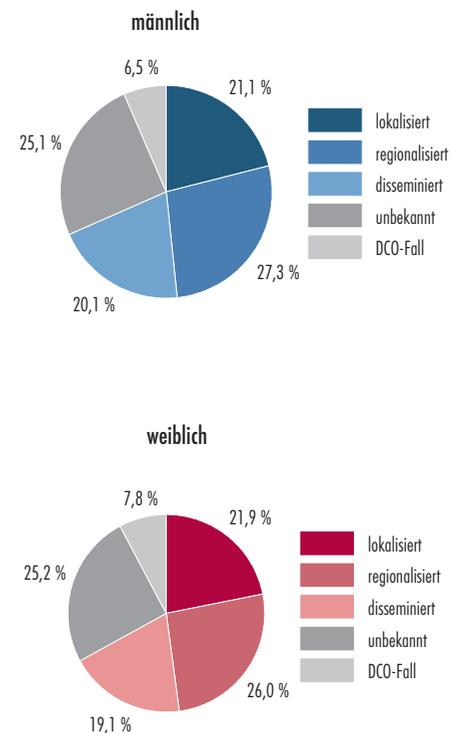
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen des Magens¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C16. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Magen¹, 2017–2019



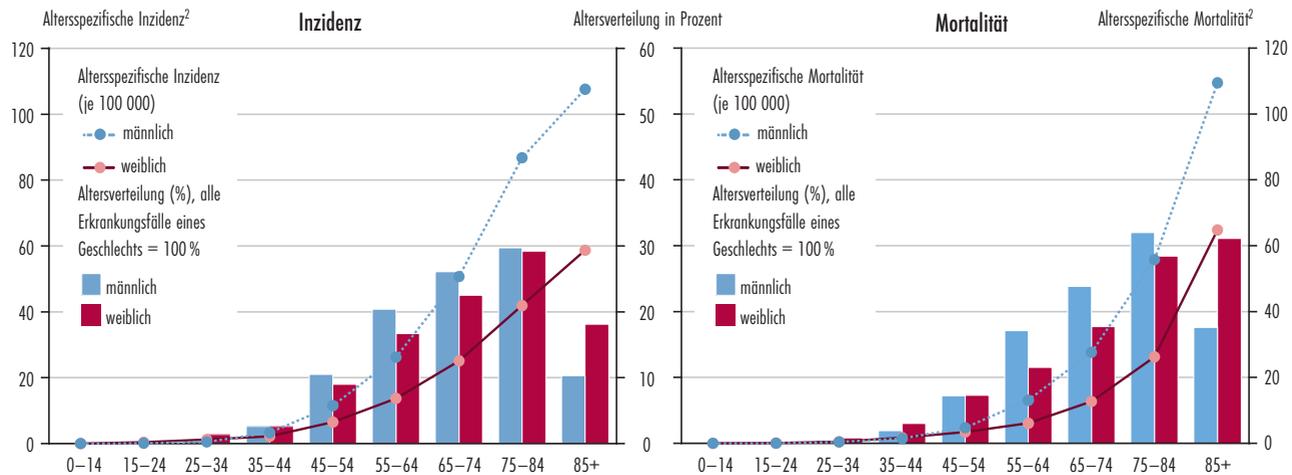
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C16.

Geschlechtsverteilung der bösartigen Neubildungen des Magens¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C16.

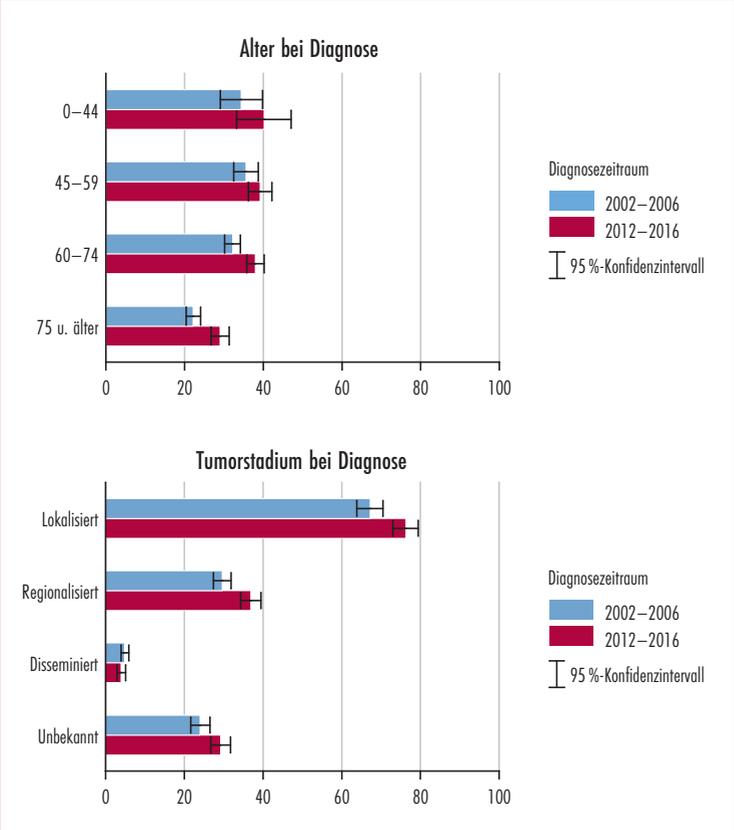
Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität des Magens¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C16. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.

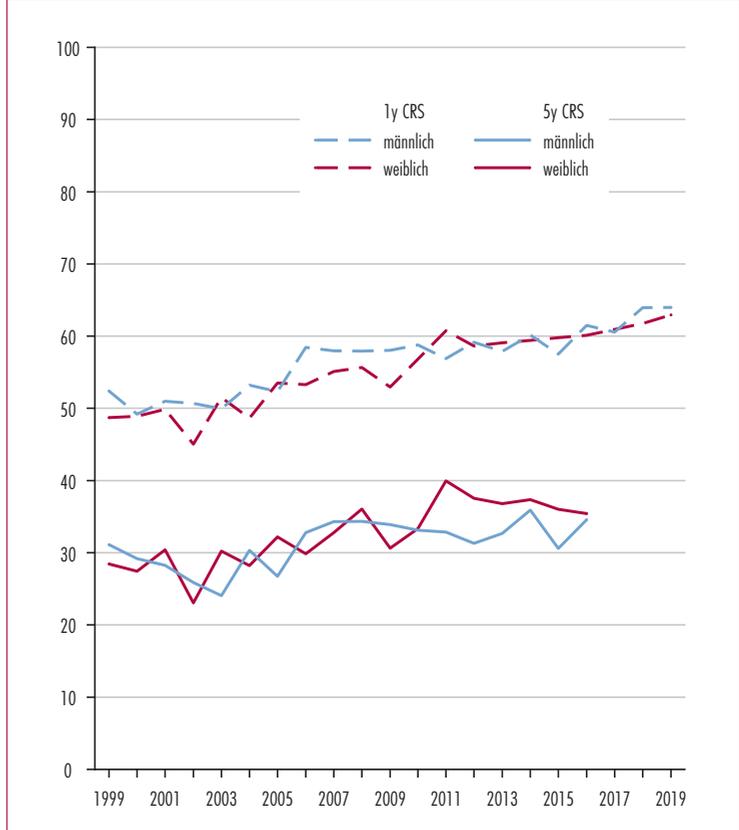


Relatives 5-Jahres Überleben¹, Magen²
in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C16.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), Magen²
nach Geschlecht, in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C16.

Entwicklung des relativen Überlebens¹, Magen²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	29,8	27,1	32,5	31,1	28,4
2000	28,4	25,7	31,1	29,2	27,4
2001	29,2	26,6	31,9	28,3	30,4
2002	24,6	22,0	27,2	25,9	23,1
2003	26,9	24,2	29,6	24,1	30,2
2004	29,4	26,7	32,2	30,3	28,2
2005	29,3	26,6	32,1	26,8	32,2
2006	31,5	28,7	34,4	32,8	29,8
2007	33,7	30,7	36,7	34,3	32,8
2008	35,1	32,1	38,1	34,3	36,1
2009	32,5	29,6	35,5	33,9	30,6
2010	33,2	30,2	36,2	33,1	33,3
2011	35,8	32,8	38,8	32,9	40,0
2012	33,9	31,0	36,9	31,3	37,5
2013	34,4	31,5	37,4	32,7	36,8
2014	36,5	33,4	39,6	35,9	37,4
2015	32,9	29,9	35,9	30,6	36,0
2016	34,9	31,7	38,2	34,6	35,4

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C16. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

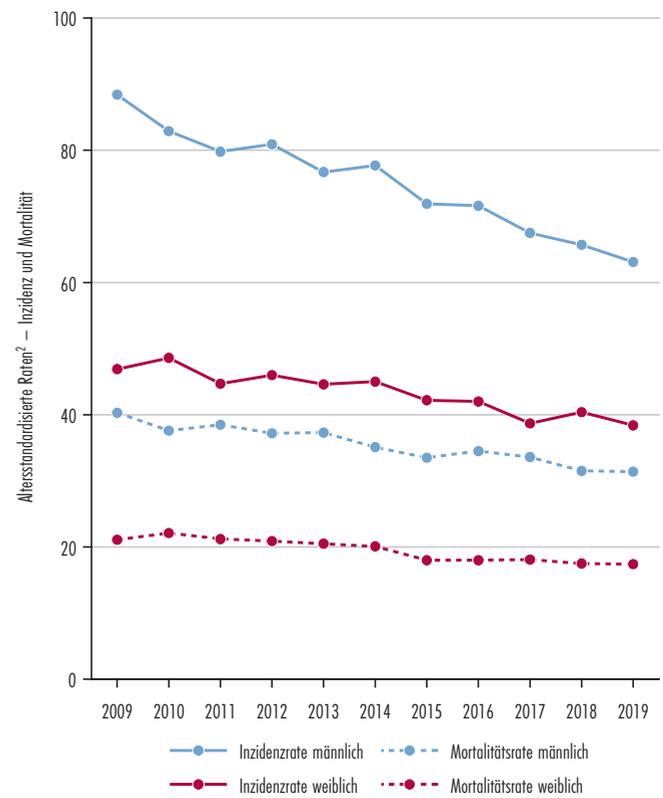
Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Magens¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	1 655	848	807	26,0	35,7	20,3	1 281	655	626	20,5	28,7	15,7
2000	1 565	826	739	24,1	33,5	18,5	1 229	637	592	19,3	27,6	14,8
2001	1 589	882	707	24,0	35,6	17,3	1 150	595	555	17,8	25,7	13,6
2002	1 500	797	703	22,3	31,1	16,8	1 144	597	547	17,4	24,9	13,1
2003	1 515	821	694	22,3	31,4	16,7	1 150	617	533	17,3	25,1	12,7
2004	1 539	846	693	22,2	31,1	16,6	1 125	585	540	16,6	23,1	12,9
2005	1 476	777	699	20,8	27,4	16,3	1 066	565	501	15,3	21,1	11,7
2006	1 459	814	645	20,2	28,7	15,0	1 016	525	491	14,3	19,8	11,2
2007	1 415	811	604	19,2	27,4	13,7	934	519	415	13,0	18,7	9,4
2008	1 362	766	596	18,3	24,9	13,5	932	496	436	12,7	17,3	9,7
2009	1 389	778	611	18,5	25,8	13,6	923	517	406	12,3	17,9	8,9
2010	1 325	775	550	17,1	24,3	12,1	857	479	378	11,2	16,1	8,1
2011	1 401	813	588	17,8	24,8	12,9	906	500	406	11,6	15,9	8,6
2012	1 362	777	585	17,1	22,5	12,5	925	529	396	11,7	16,5	8,3
2013	1 376	790	586	17,1	22,8	12,6	875	496	379	10,8	15,2	7,8
2014	1 278	758	520	15,5	21,5	11,0	853	493	360	10,4	14,9	7,3
2015	1 260	725	535	14,9	19,8	11,1	825	462	363	9,7	13,2	7,2
2016	1 279	736	543	14,9	19,5	11,2	778	425	353	9,0	11,6	7,0
2017	1 312	775	537	15,0	20,5	10,9	822	483	339	9,5	13,4	6,7
2018	1 183	701	482	13,2	17,7	9,7	750	429	321	8,5	11,4	6,2
2019	1 246	782	464	13,8	19,4	9,3	731	436	295	8,1	11,2	5,7

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C16. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Darms¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C18–C21. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

Darmkrebs umfasst bösartige Neubildungen des Dickdarms (Colon und Rectum) und war bei Männern und Frauen mit 11 bzw. 10% die dritthäufigste Krebserkrankung in 2019 (Männer: 2 534 Fälle, Frauen: 1 910 Fälle). Zwei Drittel dieser Erkrankungen traten im Dickdarm auf (C18), 26% betrafen den Enddarm (C20), die übrigen verteilten sich auf den Übergang zwischen Dick- und Enddarm (Rektosigmoid, C19) bzw. den Analkanal (C21). Die sehr seltenen Dünndarmtumore (C17) wurden, wie international üblich, nicht dieser Erkrankungsgruppe zugerechnet. Darmkrebs war für 10% der Krebssterbefälle verantwortlich. Die altersstandardisierten Raten wiesen 49 Neuerkrankungen und 23 Sterbefälle je 100 000 Personen der Bevölkerung aus. Am Jahresende 2019 waren 24 135 Männer und 20 386 Frauen mit der Diagnose Darmkrebs am Leben.

Für beide Geschlechter gingen die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate und die Sterberate in den vergangenen zehn Jahren deutlich zurück.

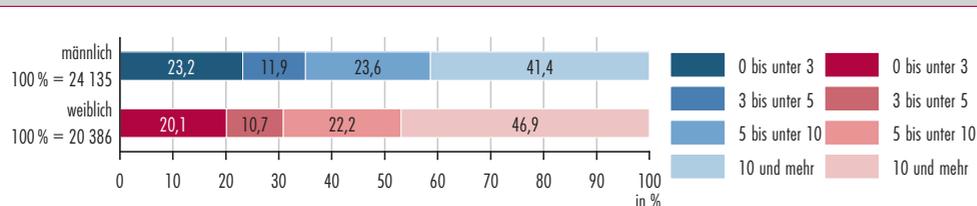
Im Bundesländervergleich wies die Steiermark im Jahresdurchschnitt 2017–2019 die höchste altersstandardisierte Neuerkrankungsrate auf, Burgenland die niedrigste. Die Sterblichkeitsraten waren in Niederösterreich und Wien am höchsten, in Salzburg am niedrigsten.

Etwa 60% aller zwischen 2017 und 2019 gestellten Diagnosen wurden erst gestellt, als der Tumor die Organgrenzen bereits durchbrochen hatte (regionalisiertes Tumorstadium: 43,7%; disseminiertes Tumorstadium: 16,2%). Durch die Darmspiegelung können bösartige Neubildungen des Darms frühzeitig erkannt und sogar vermieden werden (lokalisiertes Tumorstadium: 20,3%).

Die relativen 1- und 5-jährigen Überlebensraten stiegen von 2002–2006 auf 2017–2018 bzw. 2012–2016 von 79% auf 82% bzw. von 60% auf 62%. Bei den Überlebensraten zeigt sich kein Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Krebsprävalenz, Darm¹, am 31.12.2019

Anzahl der Tumore nach Geschlecht und Zeit seit Diagnose, in Jahren



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C18–C21.

Morphologie und Qualitätsmerkmale, Darm¹,

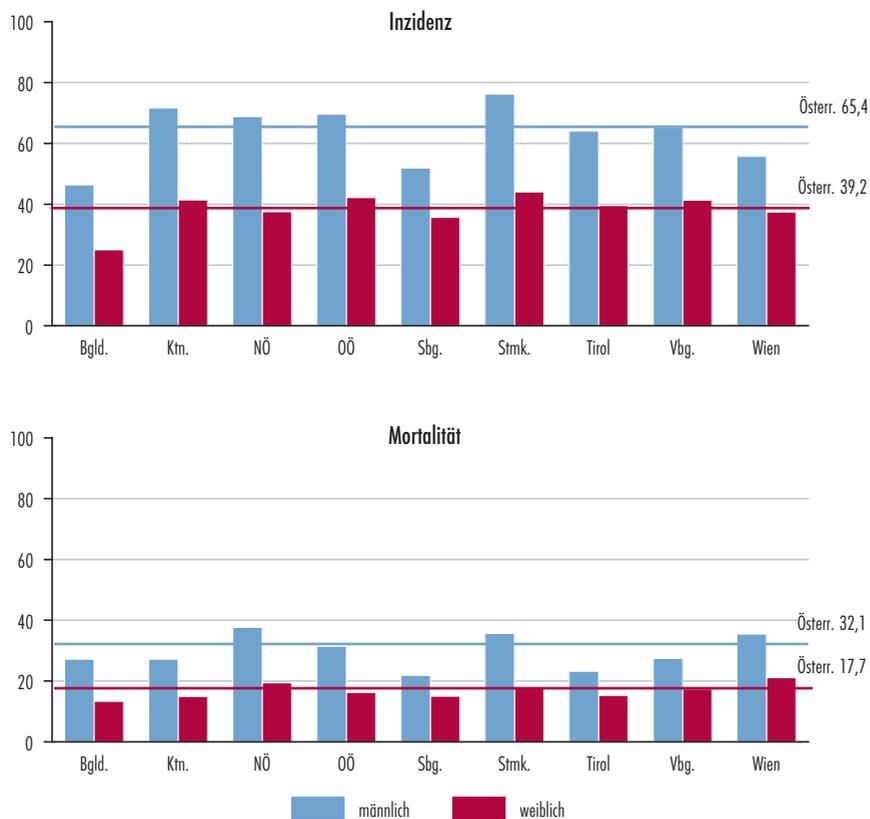
2017–2019

Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	2 468	100,0	1 819	100,0
Karzinome	2 300	93,2	1 692	93,0
Plattenepithelkarzinome	40	1,7*	103	6,1*
Adenokarzinome	2 113	91,8*	1 468	86,8*
Karzinome m.n.A.	90	3,9*	73	4,3*
Karzinome o.n.A.	58	2,5*	47	2,8*
Melanome	2	0,1	2	0,1
Bösartige Neubildungen m.n.A.	8	0,3	5	0,3
Bösartige Neubildungen o.n.A.	158	6,4	120	6,6
Qualitätsmerkmale				
Mikroskopisch verifiziert	82,8%		82,0%	
DCO-Rate	4,4%		6,3%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,46		0,48	

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C18–C21.

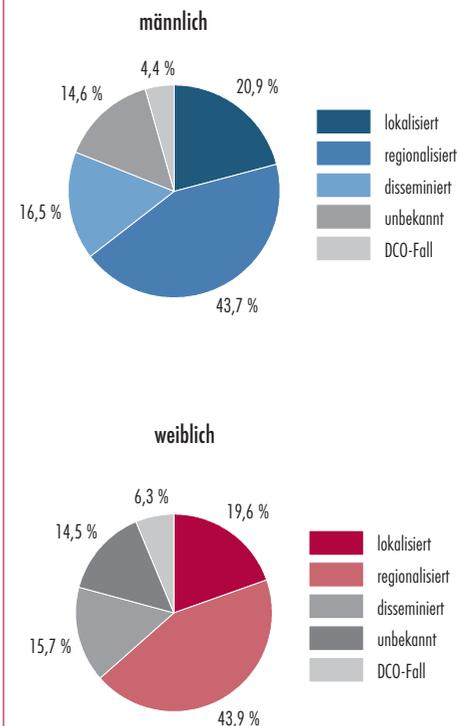
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen des Darms¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C18–C21. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Darm¹, 2017–2019



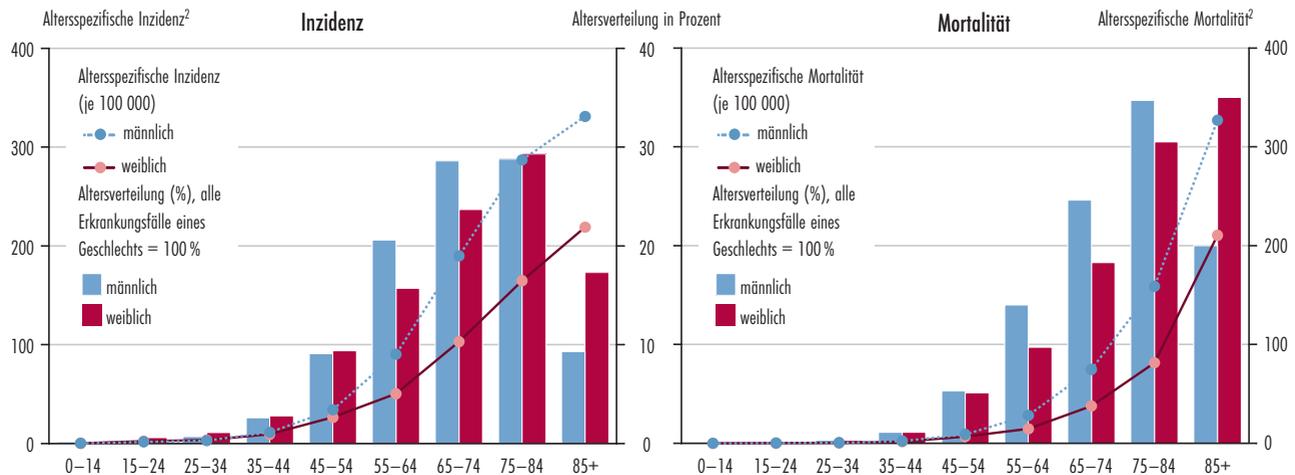
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C18–C21.

Geschlechtsverteilung der bösartigen Neubildungen des Darms¹, 2017–2019

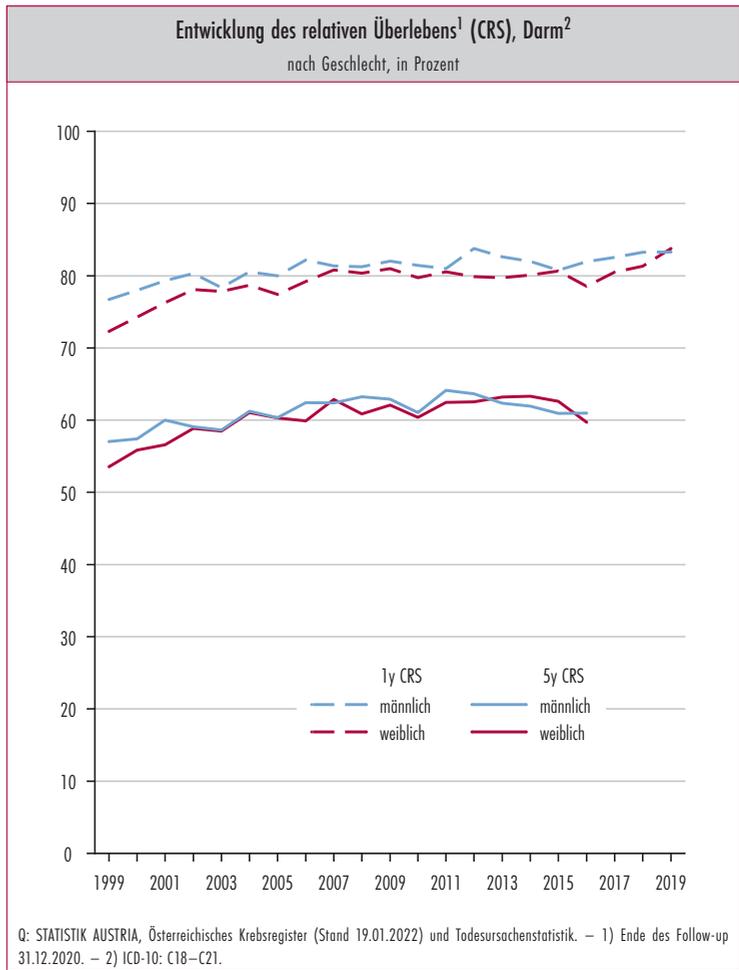
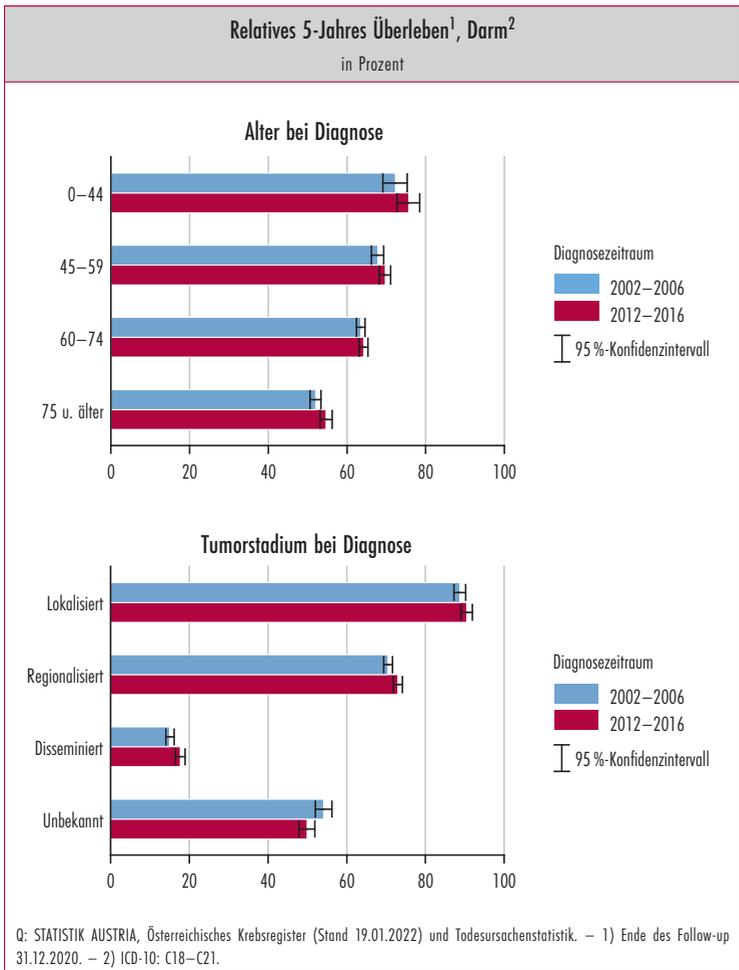


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C18-C21.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität des Darms¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C18–C21. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.



Entwicklung des relativen Überlebens¹, Darm²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	55,4	53,6	57,1	57,0	53,6
2000	56,7	55,0	58,4	57,4	55,8
2001	58,4	56,7	60,1	60,0	56,6
2002	59,0	57,2	60,7	59,1	58,9
2003	58,6	56,9	60,2	58,6	58,5
2004	61,2	59,5	62,8	61,2	61,1
2005	60,3	58,6	62,0	60,3	60,3
2006	61,3	59,6	63,0	62,4	59,9
2007	62,6	60,9	64,3	62,4	62,9
2008	62,2	60,5	63,9	63,2	60,9
2009	62,6	60,8	64,3	62,9	62,1
2010	60,8	59,0	62,5	61,0	60,4
2011	63,4	61,7	65,1	64,1	62,5
2012	63,2	61,4	64,9	63,6	62,5
2013	62,7	61,0	64,4	62,4	63,2
2014	62,5	60,8	64,2	61,9	63,3
2015	61,7	59,9	63,4	60,9	62,6
2016	60,4	58,6	62,2	61,0	59,7

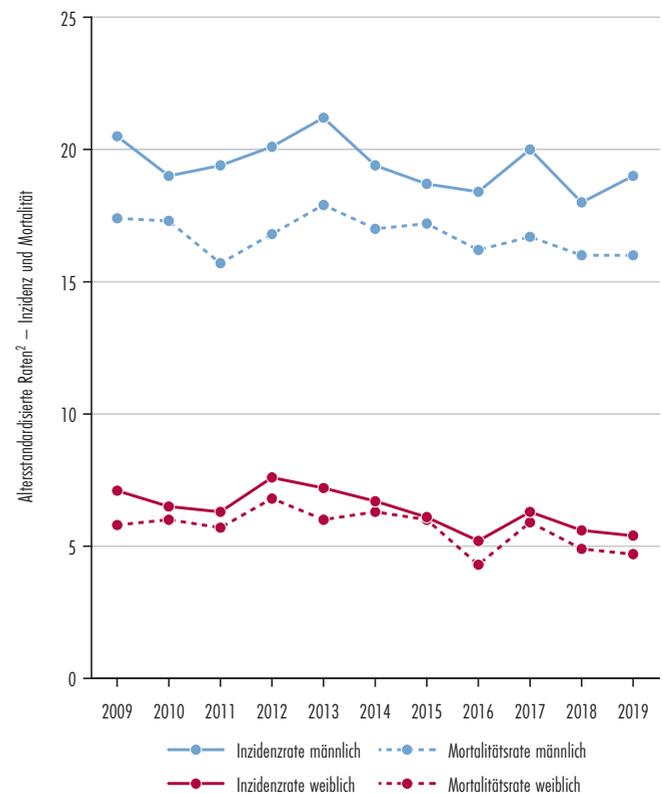
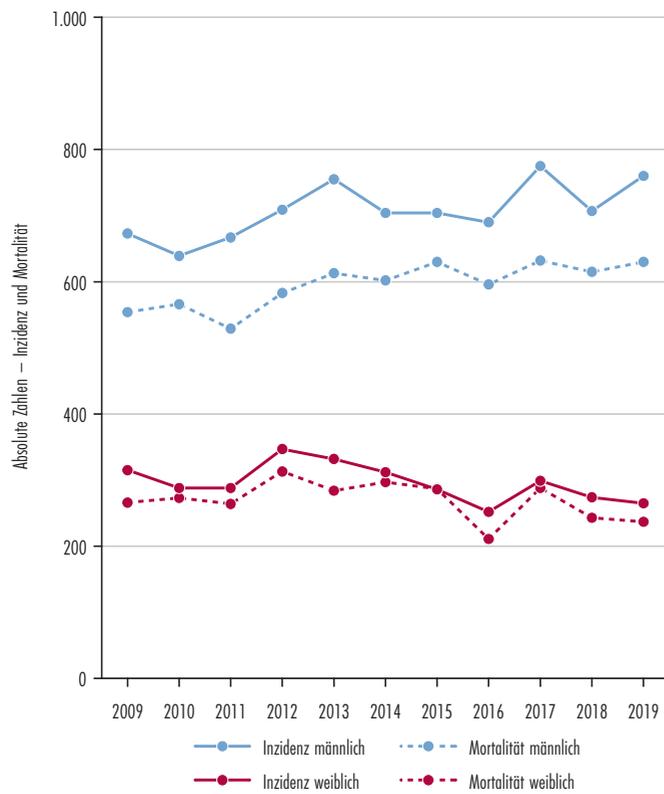
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C18–C21. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Darms¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	4 930	2 533	2 397	76,1	99,1	60,8	2 624	1 297	1 327	41,9	56,9	33,2
2000	5 177	2 705	2 472	78,7	103,4	62,0	2 536	1 240	1 296	40,1	53,6	32,1
2001	4 956	2 602	2 354	74,0	97,0	58,3	2 448	1 243	1 205	37,7	51,7	29,6
2002	4 979	2 641	2 338	73,3	96,7	57,2	2 483	1 301	1 182	37,8	52,6	28,7
2003	5 190	2 803	2 387	75,2	101,0	57,8	2 592	1 344	1 248	38,6	52,5	29,6
2004	5 139	2 769	2 370	73,4	97,3	57,0	2 385	1 244	1 141	35,4	48,8	27,0
2005	5 187	2 812	2 375	72,9	96,8	56,5	2 394	1 244	1 150	34,9	47,5	26,8
2006	5 138	2 833	2 305	70,9	95,0	53,8	2 349	1 230	1 119	33,5	46,3	25,7
2007	4 898	2 738	2 160	66,7	89,9	50,1	2 210	1 178	1 032	30,8	41,5	23,3
2008	5 063	2 793	2 270	67,9	90,0	52,2	2 237	1 222	1 015	30,7	43,6	22,4
2009	4 889	2 809	2 080	64,2	88,4	46,9	2 144	1 175	969	28,7	40,3	21,1
2010	4 874	2 685	2 189	62,9	82,9	48,6	2 146	1 117	1 029	28,3	37,6	22,1
2011	4 696	2 654	2 042	59,6	79,8	44,7	2 175	1 168	1 007	28,1	38,5	21,2
2012	4 860	2 759	2 101	60,8	80,9	46,0	2 141	1 140	1 001	27,2	37,2	20,9
2013	4 756	2 697	2 059	58,4	76,7	44,6	2 178	1 184	994	27,1	37,3	20,5
2014	4 901	2 788	2 113	59,0	77,7	45,0	2 164	1 175	989	26,3	35,1	20,1
2015	4 643	2 640	2 003	55,0	71,9	42,2	2 044	1 145	899	24,5	33,5	18,0
2016	4 713	2 703	2 010	54,9	71,6	42,0	2 123	1 215	908	24,9	34,5	18,0
2017	4 483	2 593	1 890	51,4	67,5	38,7	2 144	1 212	932	24,7	33,6	18,1
2018	4 594	2 592	2 002	51,8	65,7	40,4	2 069	1 161	908	23,5	31,5	17,5
2019	4 444	2 534	1 910	49,4	63,1	38,4	2 080	1 166	914	23,2	31,4	17,4

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C18–C21. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Leber¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C22. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

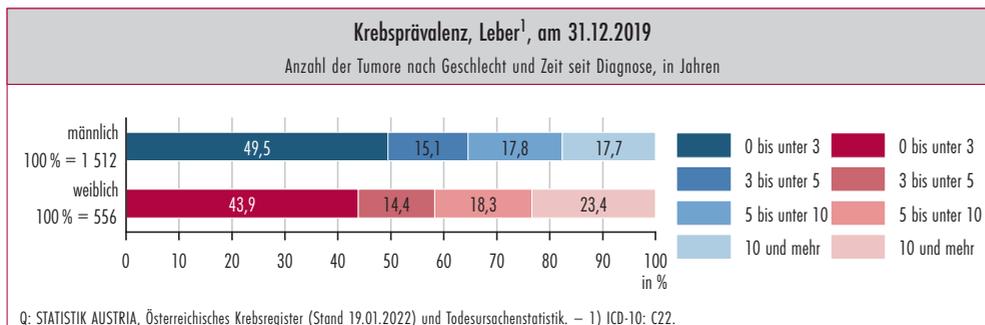
Im Jahr 2019 wurden 1 025 bösartige Neubildungen der Leber diagnostiziert, die damit für etwa 2,5% der jährlichen Krebserkrankungen verantwortlich waren. Die Erkrankung war relativ selten, gehört aber aufgrund der schlechten Prognose zu den dreizehn häufigsten Krebstodesursachen in Österreich (867 Sterbefälle in 2019, 4,2% von allen Krebssterbefällen). Die altersstandardisierten Raten wiesen jährlich rund 12 von 100 000 Personen der Bevölkerung auf, zehn von 100 000 Personen verstarben daran. Der Männeranteil ist überdurchschnittlich hoch: Jeweils rund drei Viertel der jährlichen Neuerkrankungen und Sterbefälle anhand von Lebertumoren betrafen Männer. Am Jahresende 2019 waren 1 512 Männer und 556 Frauen mit einem bösartigen Lebertumor am Leben.

Die altersstandardisierte Inzidenz bei Männern wie auch Frauen war während der letzten zehn Jahre relativ stabil. Ein ähnliches Bild zeigte sich in der Entwicklung der Sterblichkeit.

Im Bundesländervergleich wiesen Oberösterreich und Kärnten im Jahresdurchschnitt 2017–2019 die höchste altersstandardisierte Rate für Neuerkrankungen auf, die höchste Sterblichkeitsrate war im Burgenland zu finden. Die niedrigste Erkrankungsrate wurde in Salzburg verzeichnet, die niedrigste Sterblichkeit in der Steiermark.

Knapp ein Viertel aller Diagnosen wurde 2017–2019 erst gestellt, als der Tumor die Organgrenzen bereits durchbrochen hatte (regionalisiertes Tumorstadium: 12,4%; disseminiertes Tumorstadium: 13,1%). Mehr als die Hälfte der Tumore konnte keinem Stadium zugeordnet werden, da die Angaben auf der Krebsmeldung mangelhaft waren (33,8%) bzw. bei DCO-Fällen keine Information über das Stadium vorlag (18,5%).

Die relativen 1- und 5-jährigen Überlebensraten stiegen von 2002–2006 bis 2017–2018 bzw. 2012–2016 von 32% auf 43% bzw. von 12% auf 16%.

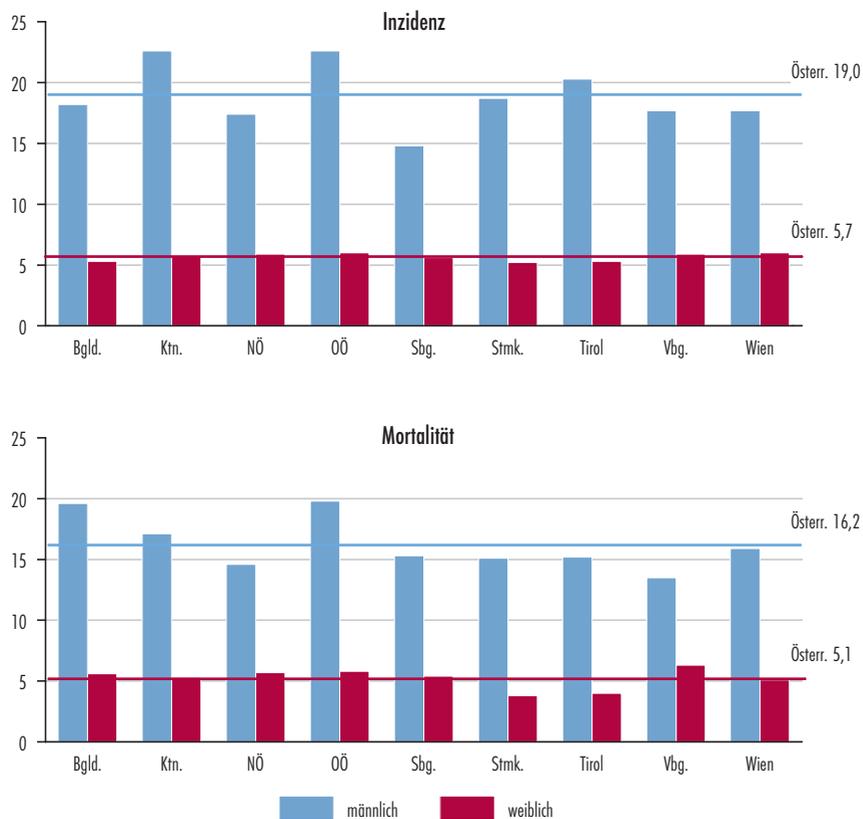


Morphologie und Qualitätsmerkmale, Leber ¹ , 2017–2019				
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	614	100,0	226	100,0
Karzinome	574	93,5	203	89,8
Hepatozelluläre Karzinome	399	69,5*	82	40,6*
Gallengangskarzinome	133	23,2*	100	49,1*
Karzinome m.n.A.	35	6,1*	18	8,9*
Karzinome o.n.A.	7	1,3*	3	1,5*
Hepatoblastome	3	0,5	1	0,3
Sarkome	4	0,6	2	0,9
Bösartige Neubildungen m.n.A.	2	0,3	0	0,1
Bösartige Neubildungen o.n.A.	31	5,0	20	8,8
Qualitätsmerkmale				
Mikroskopisch verifiziert	56,8%		57,9%	
DCO-Rate	18,1%		19,5%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,84		0,91	

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C22.

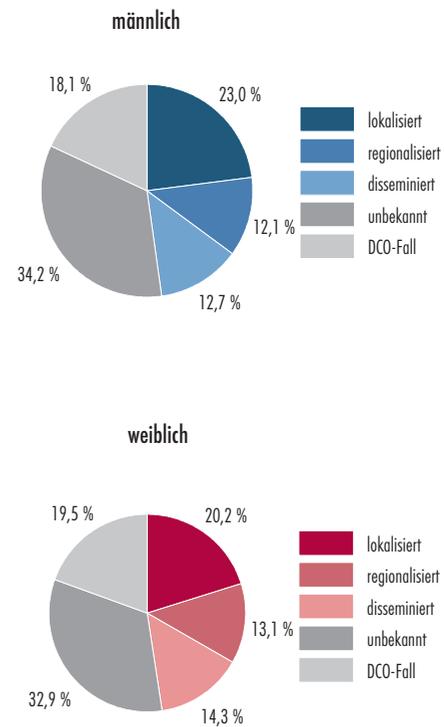
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen der Leber¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C22. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Leber¹, 2017–2019



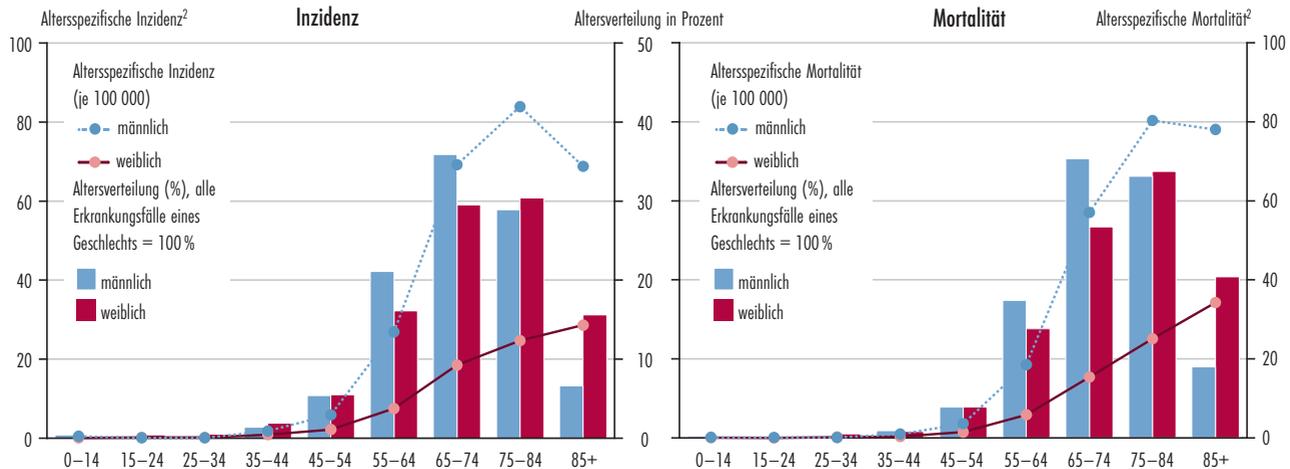
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C22.

Geschlechtsverteilung der bösartigen Neubildungen der Leber¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C22.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität der Leber¹, 2017–2019

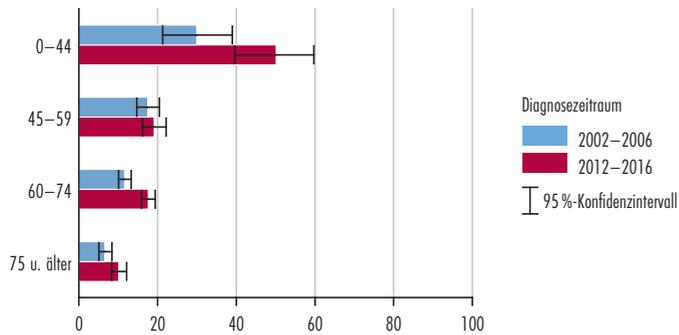


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C22. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.

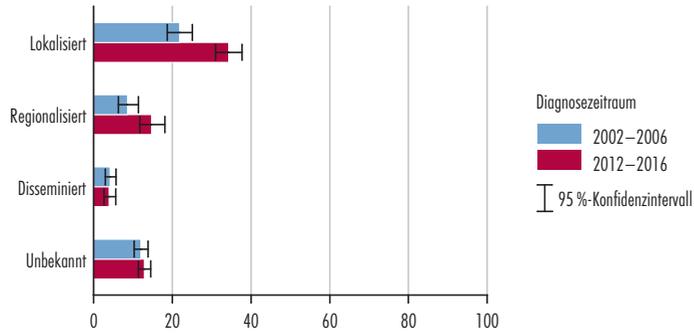


Relatives 5-Jahres Überleben¹, Leber² in Prozent

Alter bei Diagnose

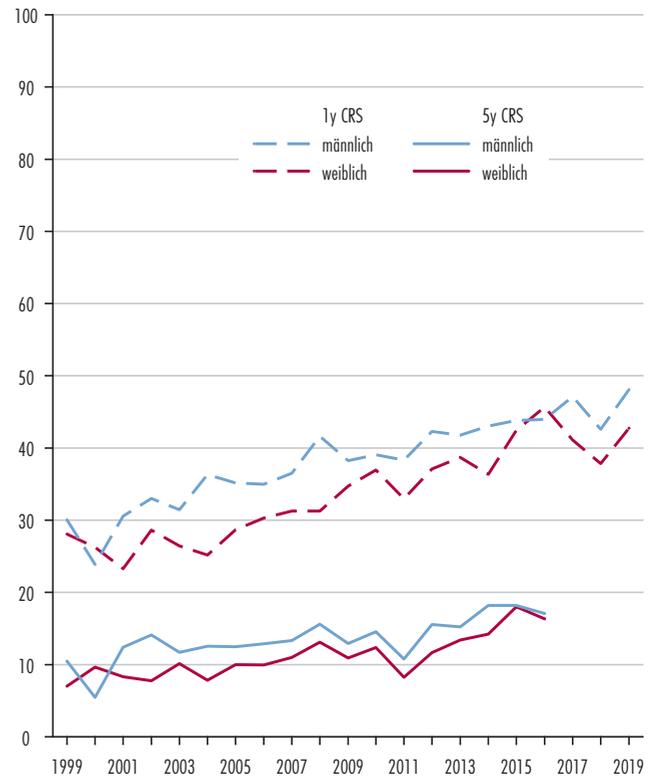


Tumorstadium bei Diagnose



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C22.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), Leber¹ nach Geschlecht, in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C22.

Entwicklung des relativen Überlebens¹, Leber²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	9,3	7,0	11,9	10,5	7,0
2000	6,8	4,9	9,0	5,5	9,7
2001	11,2	8,9	13,7	12,4	8,3
2002	12,1	9,7	14,8	14,1	7,8
2003	11,1	8,9	13,7	11,7	10,1
2004	11,1	8,9	13,7	12,5	7,8
2005	11,7	9,4	14,3	12,5	10,0
2006	12,0	9,6	14,6	12,9	10,0
2007	12,6	10,2	15,3	13,3	11,0
2008	14,8	12,2	17,8	15,6	13,1
2009	12,3	10,0	14,8	12,9	10,9
2010	13,9	11,4	16,6	14,6	12,4
2011	10,0	7,9	12,4	10,8	8,2
2012	14,4	12,0	16,9	15,5	11,7
2013	14,7	12,3	17,3	15,2	13,4
2014	17,0	14,4	19,9	18,2	14,2
2015	18,1	15,4	21,1	18,2	18,0
2016	16,9	13,9	20,1	17,1	16,3

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C22. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

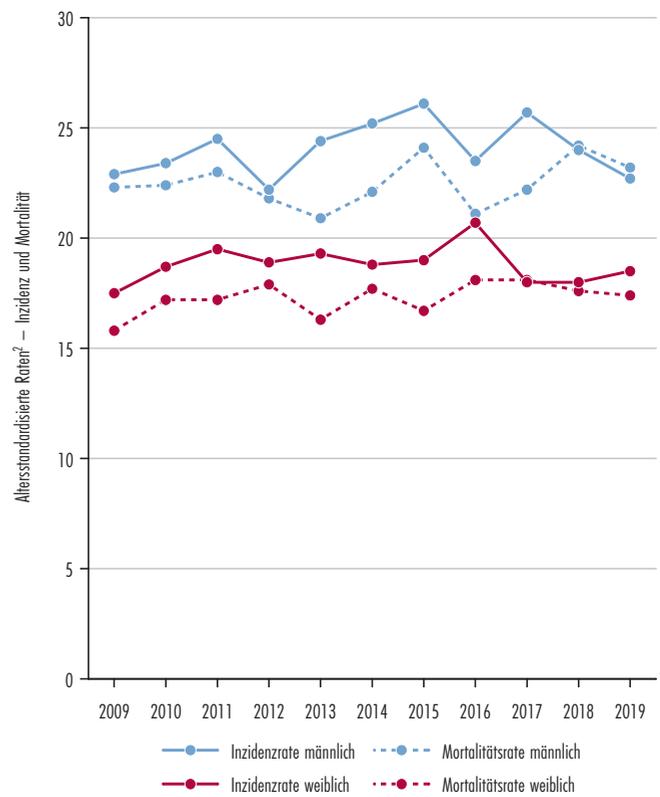
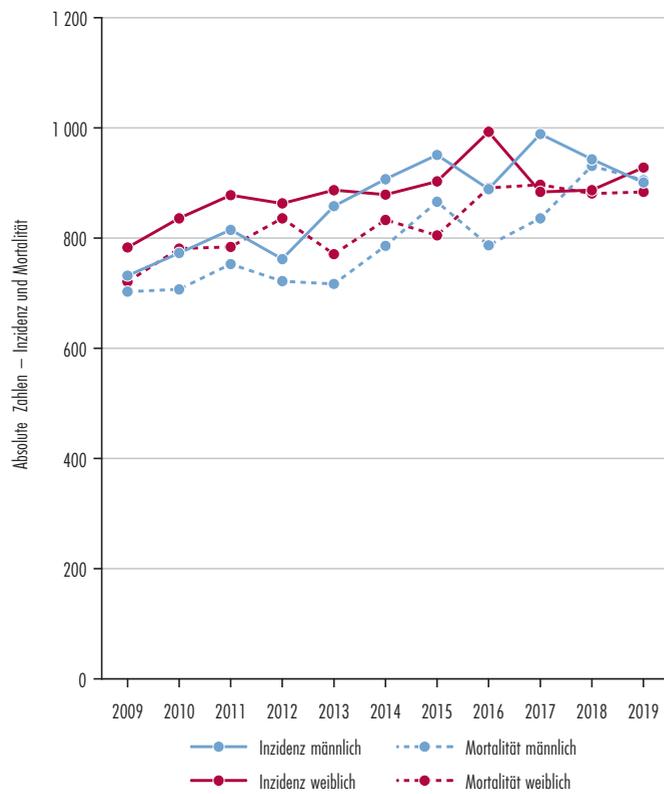
Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Leber¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	772	497	275	11,8	18,6	6,9	650	421	229	10,0	16,0	5,7
2000	788	522	266	11,8	19,0	6,6	681	449	232	10,3	17,1	5,6
2001	890	615	275	13,2	22,3	6,8	723	494	229	10,9	18,4	5,7
2002	852	567	285	12,5	20,1	6,9	704	459	245	10,4	16,7	5,9
2003	950	610	340	13,6	21,6	8,2	784	511	273	11,3	18,4	6,4
2004	927	646	281	13,2	21,5	6,7	762	502	260	10,9	17,4	6,1
2005	914	618	296	12,7	20,2	7,0	789	519	270	11,1	18,0	6,4
2006	916	618	298	12,7	20,5	6,9	822	533	289	11,5	18,1	6,8
2007	928	626	302	12,6	20,1	6,9	774	488	286	10,6	16,3	6,5
2008	864	598	266	11,5	18,7	6,1	784	529	255	10,4	17,1	5,7
2009	988	673	315	12,9	20,5	7,1	820	554	266	10,8	17,4	5,8
2010	927	639	288	12,0	19,0	6,5	839	566	273	10,8	17,3	6,0
2011	955	667	288	12,2	19,4	6,3	793	529	264	10,1	15,7	5,7
2012	1 056	709	347	13,3	20,1	7,6	896	583	313	11,3	16,8	6,8
2013	1 087	755	332	13,5	21,2	7,2	897	613	284	11,2	17,9	6,0
2014	1 016	704	312	12,3	19,4	6,7	899	602	297	10,9	17,0	6,3
2015	990	704	286	11,8	18,7	6,1	917	630	287	11,0	17,2	6,0
2016	942	690	252	11,1	18,4	5,2	807	596	211	9,6	16,2	4,3
2017	1 074	775	299	12,5	20,0	6,3	920	632	288	10,7	16,7	5,9
2018	981	707	274	11,2	18,0	5,6	858	615	243	9,8	16,0	4,9
2019	1 025	760	265	11,5	19,0	5,4	867	630	237	9,7	16,0	4,7

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C22. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Bauchspeicheldrüse¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C25. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

In 2019 erkrankten 1 829 Menschen an Bauchspeicheldrüsenkrebs (Pankreaskarzinom). Damit war dieser Krebs für 4,4% aller bösartigen Tumore verantwortlich. Er war aufgrund seiner hohen Letalität jedoch die vierthäufigste Krebstodesursache in Österreich (1 789 Fälle in 2019, 9% aller Krebssterbefälle). Die altersstandardisierte Rate betrug zuletzt 20 von 100 000 Personen der Bevölkerung für Neuerkrankungen und ebenfalls 20 für die Sterblichkeit. Am Jahresende 2019 lebten 1 474 Männer und 1 484 Frauen mit einem Pankreaskarzinom.

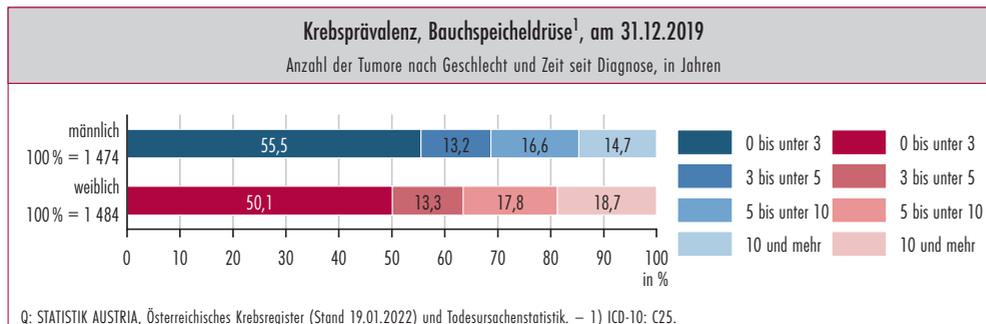
Die altersstandardisierte Inzidenz und die altersstandardisierte Sterblichkeit blieben in den letzten zehn Jahren für Männer und Frauen relativ stabil.

Kärnten führte den Bundesländervergleich (Jahresdurchschnitt 2017–2019) sowohl bei der altersstandardisierten Neuerkrankungsrate als auch bei der Sterberate an, Salzburg und das Burgenland

hatten die geringste Neuerkrankungsrate, Vorarlberg die geringste Sterberate.

Im Jahresdurchschnitt 2017–2019 wurde etwa die Hälfte aller Pankreaskarzinome in sehr fortgeschrittenem Tumorstadium diagnostiziert, d. h. als der Tumor bereits Fernmetastasen gebildet hatte (regionalisiertes Tumorstadium: 20,8%; disseminiertes Tumorstadium: 30,2%). Für weniger als 40% der Tumore wurde kein Tumorstadium gemeldet wurde (20,2% unbekanntes Tumorstadium, 16,2% DCO-Fälle).

Das relative einjährige Überleben stieg von 27% (2002–2006) auf 39% (2017–2018). Das 5-Jahres-Überleben zeigte einen leichten Anstieg und betrug zuletzt 11%. Das Pankreaskarzinom verursacht kaum Frühsymptome und wird daher oft erst in einem weit fortgeschrittenen Stadium entdeckt. Es hat die niedrigsten Überlebenswahrscheinlichkeiten aller dargestellten Tumore.

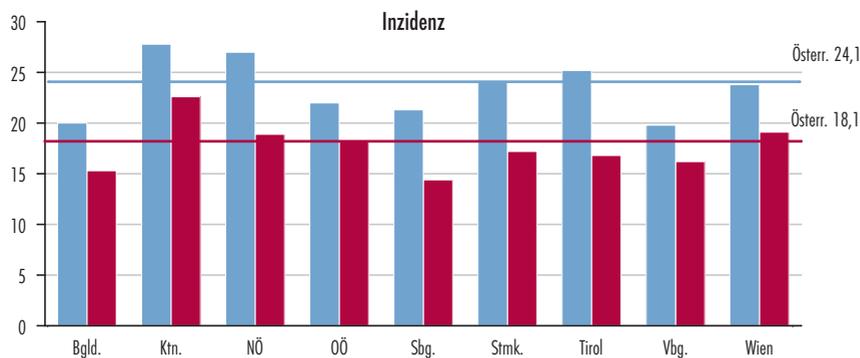


Morphologie und Qualitätsmerkmale, Bauchspeicheldrüse ¹ , 2017–2019				
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	810	100,0	738	100,0
Karzinome	647	79,9	566	76,7
Plattenepithelkarzinome	3	0,5*	2	0,4*
Adenokarzinome o.n.A.	336	52,0*	288	50,9*
Duktales Adenokarzinome	4	0,6*	4	0,7*
Karzinome m.n.A.	244	37,8*	218	38,5*
Karzinome o.n.A.	59	9,1*	54	9,5*
Sarkome	0	0,0	0	0,0
Bösartige Neubildungen m.n.A.	1	0,1	0	0,0
Bösartige Neubildungen o.n.A.	162	20,0	172	23,3
Qualitätsmerkmale	männlich		weiblich	
Mikroskopisch verifiziert	63,3%		59,2%	
DCO-Rate	14,5%		18,1%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,95		0,99	
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C25.				



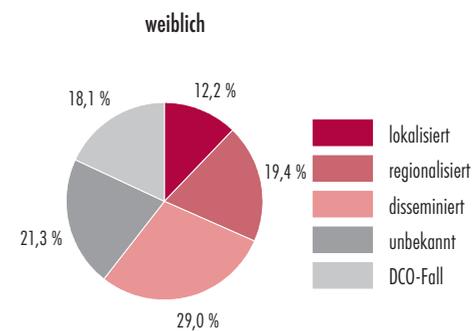
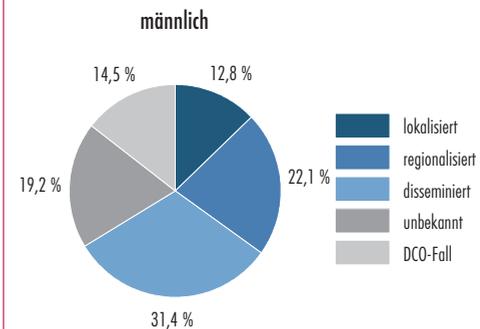
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen der Bauchspeicheldrüse¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C25. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Bauchspeicheldrüse¹, 2017–2019



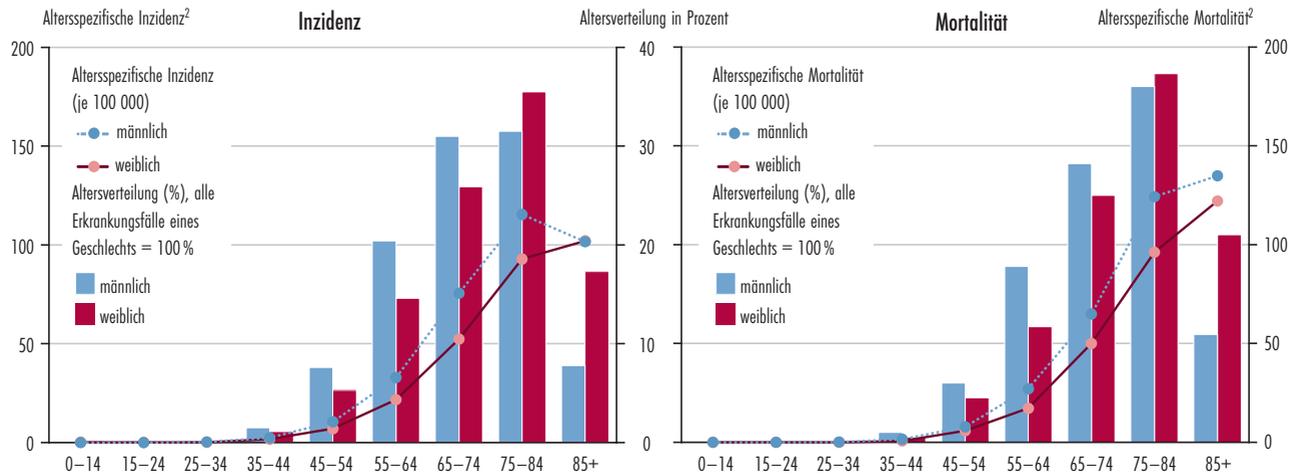
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C25.

Geschlechtsverteilung der bösartigen Neubildungen der Bauchspeicheldrüse¹, 2017–2019

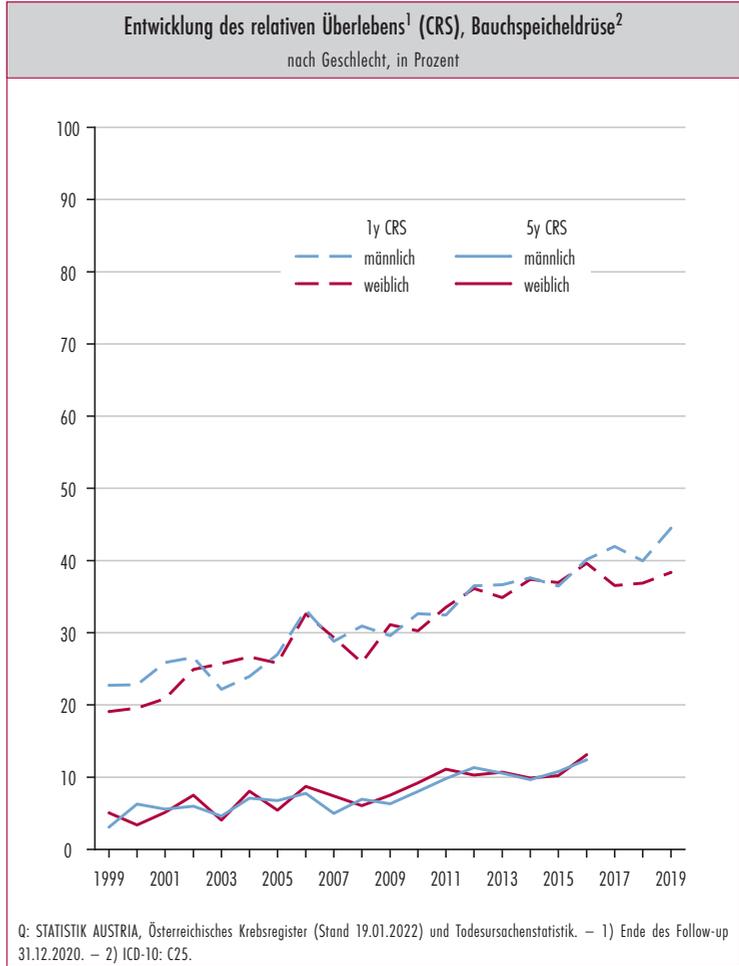
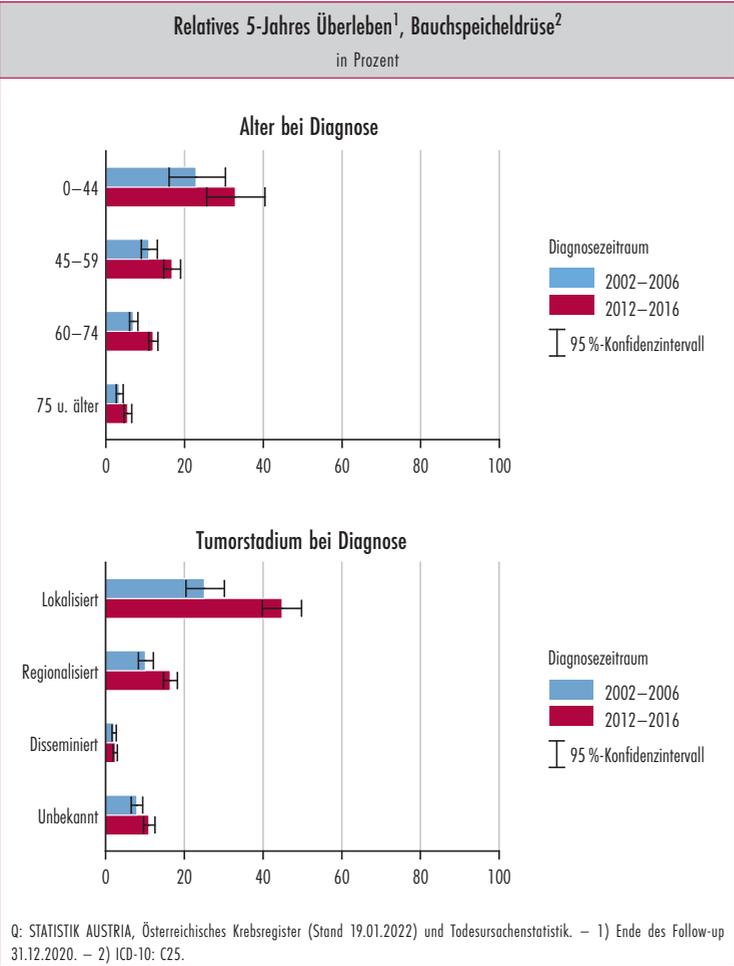


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C25.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität der Bauchspeicheldrüse¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C25. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.



Entwicklung des relativen Überlebens ¹ , Bauchspeicheldrüse ²					
Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	4,1	3,0	5,6	3,1	5,1
2000	4,7	3,4	6,2	6,3	3,4
2001	5,3	4,0	7,0	5,6	5,1
2002	6,8	5,3	8,5	6,0	7,5
2003	4,3	3,1	5,7	4,6	4,0
2004	7,6	6,1	9,3	7,1	8,0
2005	6,1	4,7	7,6	6,8	5,4
2006	8,3	6,7	10,0	7,8	8,7
2007	6,2	4,9	7,8	5,0	7,4
2008	6,5	5,1	8,0	6,9	6,0
2009	6,9	5,5	8,5	6,3	7,5
2010	8,6	7,1	10,3	8,0	9,2
2011	10,5	8,9	12,3	9,8	11,1
2012	10,8	9,1	12,6	11,3	10,3
2013	10,6	9,0	12,4	10,5	10,7
2014	9,8	8,3	11,4	9,6	9,9
2015	10,5	9,0	12,2	10,8	10,2
2016	12,8	11,1	14,7	12,4	13,1

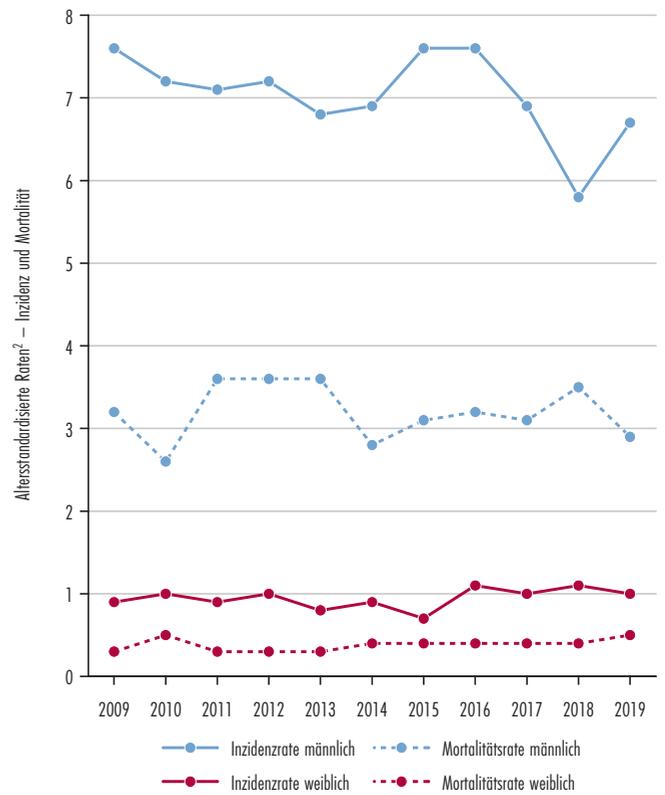
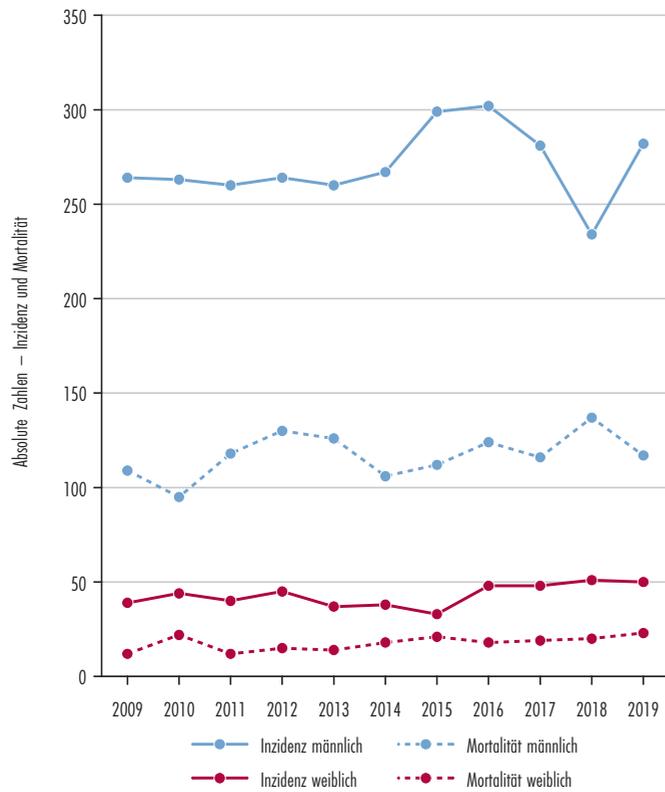
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C25. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Bauchspeicheldrüse ¹ , Österreich ab 1999												
Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	1 249	575	674	19,5	22,7	17,0	1 223	541	682	19,2	21,9	17,1
2000	1 281	553	728	19,8	21,9	18,2	1 264	572	692	19,6	22,7	17,3
2001	1 246	522	724	18,9	19,6	17,7	1 237	512	725	18,9	19,9	17,8
2002	1 333	648	685	19,8	23,7	16,7	1 244	583	661	18,6	22,1	16,0
2003	1 336	594	742	19,8	22,2	18,1	1 336	598	738	19,8	22,6	17,8
2004	1 425	685	740	20,6	24,7	17,9	1 317	634	683	19,3	23,4	16,5
2005	1 373	655	718	19,3	22,1	16,9	1 318	630	688	18,6	21,9	16,2
2006	1 438	716	722	20,0	23,9	17,0	1 300	626	674	18,1	21,1	15,5
2007	1 463	693	770	20,0	22,3	17,8	1 379	652	727	18,9	21,7	16,7
2008	1 514	748	766	20,4	24,2	17,4	1 426	677	749	19,3	22,3	17,0
2009	1 515	732	783	19,9	22,9	17,5	1 424	703	721	18,7	22,3	15,8
2010	1 609	773	836	20,9	23,4	18,7	1 488	707	781	19,4	22,4	17,2
2011	1 693	815	878	21,6	24,5	19,5	1 537	753	784	19,7	23,0	17,2
2012	1 625	762	863	20,4	22,2	18,9	1 558	722	836	19,6	21,8	17,9
2013	1 745	858	887	21,6	24,4	19,3	1 488	717	771	18,4	20,9	16,3
2014	1 786	907	879	21,7	25,2	18,8	1 619	786	833	19,7	22,1	17,7
2015	1 854	951	903	22,2	26,1	19,0	1 671	866	805	20,0	24,1	16,7
2016	1 882	889	993	22,0	23,5	20,7	1 678	787	891	19,6	21,1	18,1
2017	1 873	989	884	21,6	25,7	18,0	1 733	836	897	20,0	22,2	18,1
2018	1 830	943	887	20,8	24,0	18,0	1 812	931	881	20,5	24,2	17,6
2019	1 829	901	928	20,4	22,7	18,5	1 789	905	884	19,9	23,2	17,4

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C25. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C32. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

Bösartige Neubildungen des Kehlkopfs (Larynxkarzinome) zählten zu den seltenen Krebsdiagnosen mit 332 Fällen im Jahr 2019. Sie waren für rund 1% der jährlichen Krebserkrankungen und Krebssterbefälle verantwortlich. Die altersstandardisierte Rate wies vier Neuerkrankungen und zwei Sterbefälle je 100 000 Personen der Bevölkerung aus. Kehlkopfkarzinome wiesen den einen der höchsten Männeranteile auf: 85% der Neuerkrankungen und ebenfalls 84% der Sterbefälle betrafen Männer. Am Jahresende 2019 waren 2 500 Männer und 456 Frauen mit einem bösartigen Kehlkopftumor am Leben.

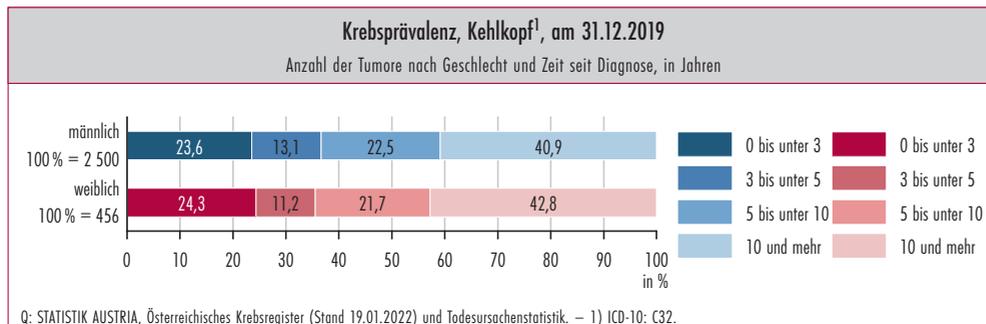
Tabak- und Alkoholkonsum sind die wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung dieser Krebsart. Bei Männern und Frauen blieben sowohl die Neuerkrankungs- als auch die Sterberaten in den letzten zehn Jahren relativ stabil.

Im Bundesländervergleich waren die altersstandardisierten Neuerkrankungsraten im Jahresdurch-

schnitt 2017–2019 in Vorarlberg am höchsten, in Salzburg am geringsten. Die Sterblichkeitsrate war im Burgenland am höchsten und in Salzburg am geringsten.

Bei weit mehr als einem Drittel aller Neudiagnosen wurde die Diagnose erst gestellt, als der Tumor bereits die Organgrenzen durchbrochen hatte (regionalisiertes Tumorstadium: 35,6%; disseminiertes Tumorstadium: 3,5%). Etwa 18% der Tumore konnten keinem Stadium zugeordnet werden, da die Angaben auf der Krebsmeldung mangelhaft waren (14,8%) bzw. bei DCO-Fällen keine Information über das Stadium vorlag (3,4%).

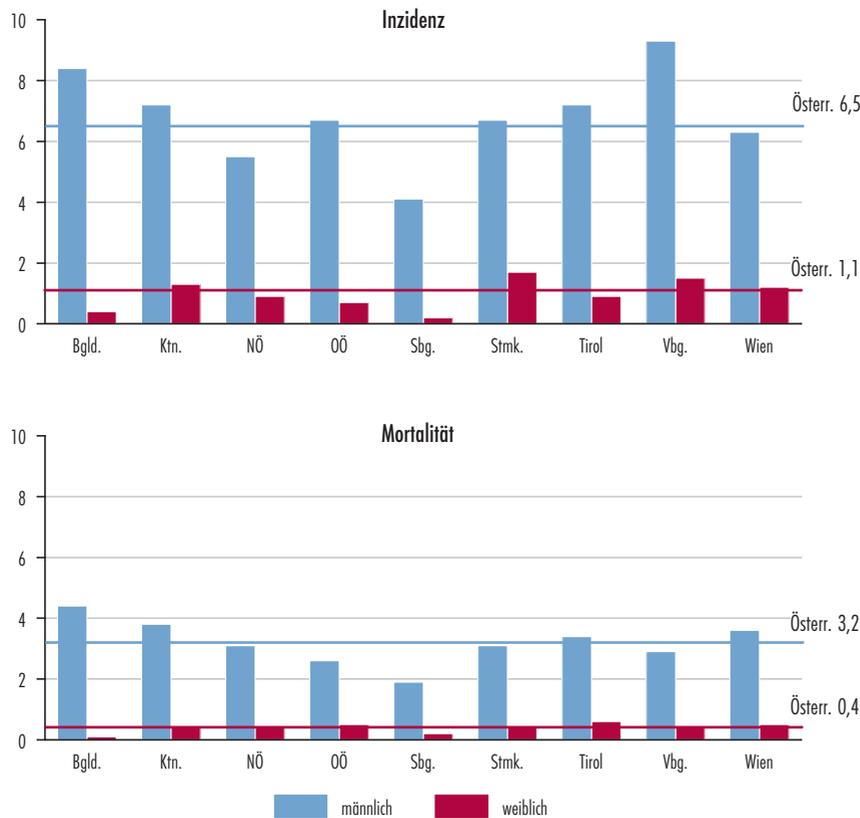
Die relativen Überlebensraten stiegen im Zeitraum von 2002–2006 bis 2017–2018 (einjähriges Überleben) von 83% auf 84% bzw. bis 2012–2016 (fünfjähriges Überleben) blieb auf 60%.



Morphologie und Qualitätsmerkmale, Kehlkopf ¹ , 2017–2019				
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	258	100,0	49	100,0
Karzinome	239	92,5	46	92,5
Plattenepithelkarzinome	233	97,4*	44	97,4*
Adenokarzinome	1	0,4*	1	0,4*
Karzinome m.n.A.	0	0,1*	0	0,1*
Karzinome o.n.A.	5	2,1*	1	2,1*
Sarkome	1	0,3	0	0,3
Bösartige Neubildungen m.n.A.	0	0,1	0	0,1
Bösartige Neubildungen o.n.A.	18	7,1	3	7,1
Qualitätsmerkmale	männlich		weiblich	
Mikroskopisch verifiziert	81,2%		86,6%	
DCO-Rate	3,4%		3,4%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,47		0,42	
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C32.				

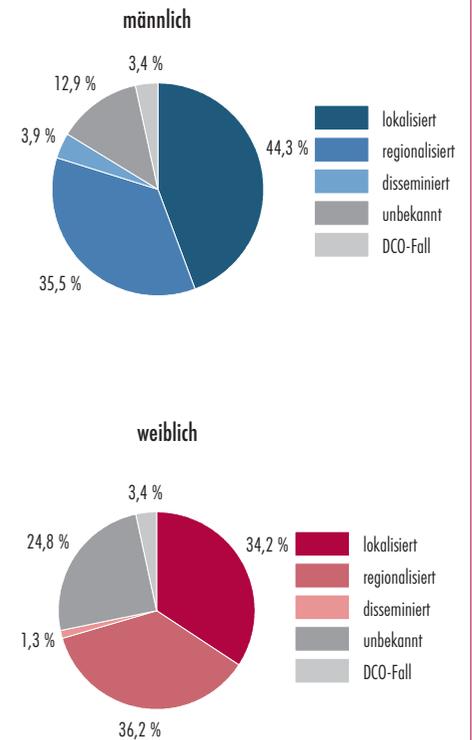
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C32. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Kehlkopf¹, 2017–2019



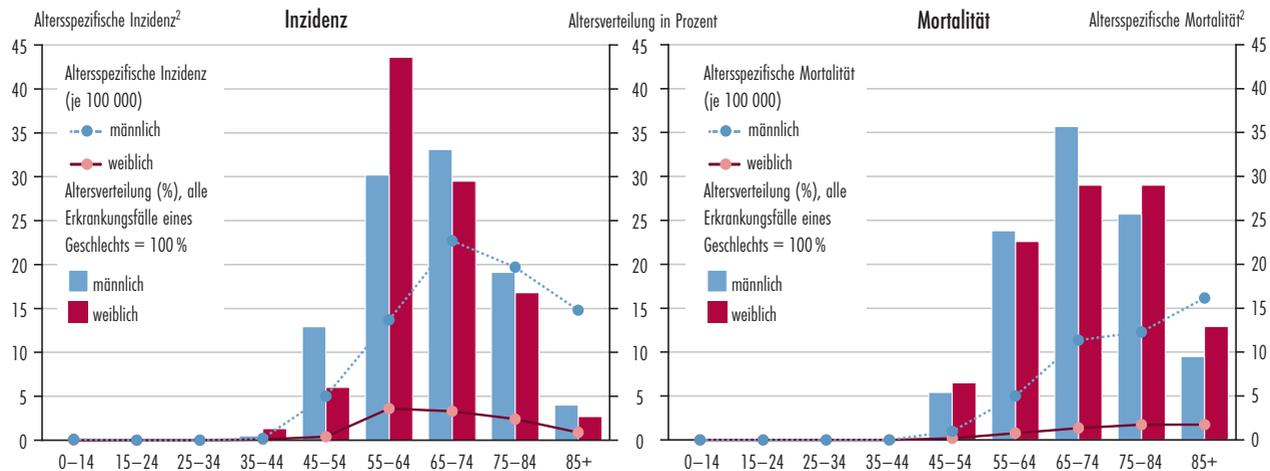
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C32.

Geschlechtsverteilung der bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes¹, 2017–2019

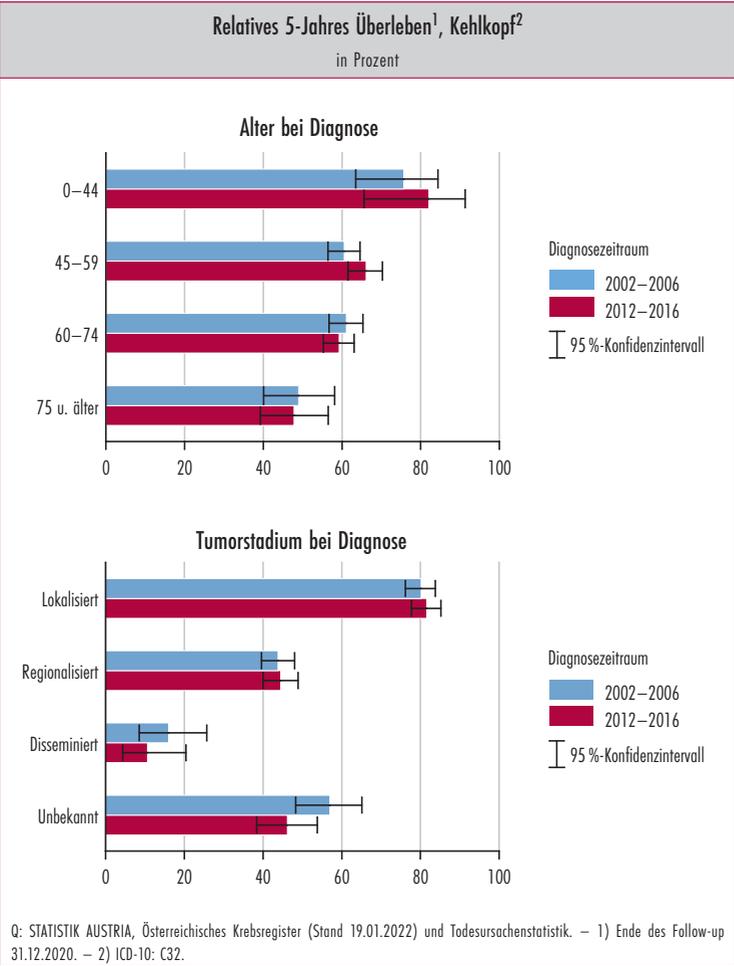


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C32.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität des Kehlkopfes¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C32. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.



Entwicklung des relativen Überlebens¹, Kehlkopf²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	58,6	52,3	64,6	59,2	53,5
2000	51,1	44,6	57,3	51,8	47,1
2001	59,6	53,2	65,6	59,4	61,5
2002	63,8	57,6	69,6	63,3	67,4
2003	59,5	52,7	65,8	58,9	63,9
2004	57,0	50,7	62,9	57,3	54,8
2005	61,4	55,2	67,2	61,9	57,9
2006	57,2	50,8	63,2	56,6	61,2
2007	56,6	50,2	62,6	54,7	70,7
2008	62,1	55,6	68,1	60,1	74,5
2009	60,4	53,9	66,5	60,9	57,0
2010	61,5	55,0	67,6	61,6	60,9
2011	61,3	54,7	67,5	60,2	67,7
2012	65,1	58,5	71,2	63,8	72,6
2013	60,1	53,5	66,2	61,9	46,9
2014	59,1	52,6	65,2	56,4	77,3
2015	58,0	51,8	63,8	56,7	69,4
2016	60,6	54,2	66,7	59,2	69,8

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C32. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

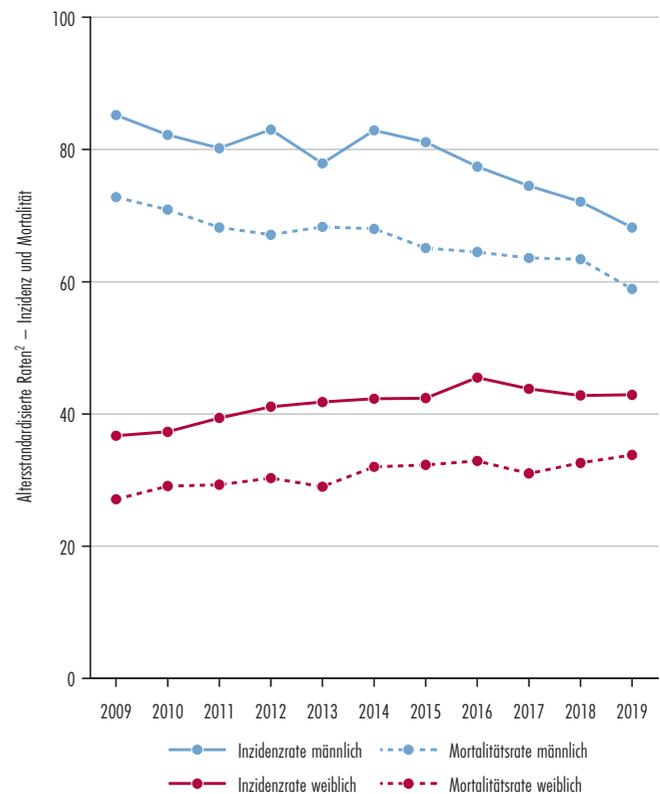
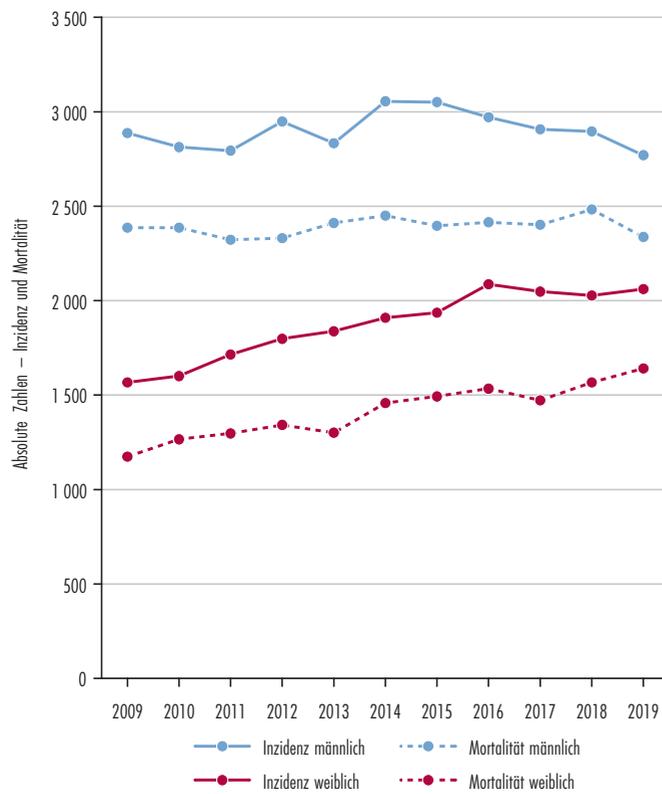
 Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	332	296	36	4,9	9,9	0,9	177	160	17	2,7	5,7	0,5
2000	309	264	45	4,5	8,7	1,2	171	153	18	2,5	5,2	0,5
2001	323	295	28	4,6	9,7	0,7	175	152	23	2,6	5,4	0,6
2002	334	291	43	4,7	9,4	1,1	173	154	19	2,5	5,1	0,5
2003	283	252	31	3,9	7,9	0,8	141	123	18	2,0	4,2	0,5
2004	313	272	41	4,3	8,1	1,0	171	147	24	2,4	4,8	0,6
2005	334	294	40	4,5	8,8	1,0	141	124	17	2,0	4,0	0,4
2006	314	275	39	4,2	8,3	1,0	129	111	18	1,7	3,3	0,4
2007	304	269	35	4,1	8,0	0,9	154	140	14	2,1	4,4	0,4
2008	293	252	41	3,8	7,2	1,0	133	114	19	1,8	3,5	0,4
2009	303	264	39	3,9	7,6	0,9	121	109	12	1,6	3,2	0,3
2010	307	263	44	3,9	7,2	1,0	117	95	22	1,5	2,6	0,5
2011	300	260	40	3,7	7,1	0,9	130	118	12	1,7	3,6	0,3
2012	309	264	45	3,8	7,2	1,0	145	130	15	1,8	3,6	0,3
2013	297	260	37	3,6	6,8	0,8	140	126	14	1,7	3,6	0,3
2014	305	267	38	3,7	6,9	0,9	124	106	18	1,5	2,8	0,4
2015	332	299	33	3,9	7,6	0,7	133	112	21	1,6	3,1	0,4
2016	350	302	48	4,1	7,6	1,1	142	124	18	1,7	3,2	0,4
2017	329	281	48	3,7	6,9	1,0	135	116	19	1,6	3,1	0,4
2018	285	234	51	3,2	5,8	1,1	157	137	20	1,8	3,5	0,4
2019	332	282	50	3,7	6,7	1,0	140	117	23	1,6	2,9	0,5

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C32. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Lunge¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C33–C34. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

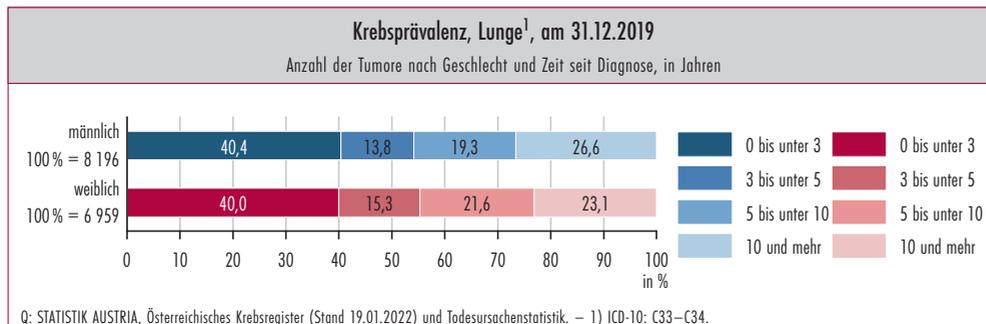
2019 erkrankten 2 770 Männer und 2 061 Frauen an einem bösartigen Lungentumor. Lungenkrebs war damit die häufigste Krebserkrankung bei Männern und Frauen (insgesamt 11,6% aller Krebsneuerkrankungen). 2 337 Männer und 1 641 Frauen verstarben zuletzt daran. Somit war Lungenkrebs weiterhin die häufigste Krebstodesursache bei Männern und bereits die zweithäufigste Krebstodesursache bei Frauen in Österreich (insgesamt 19,6% aller Krebssterbefälle). Die altersstandardisierte Rate betrug zuletzt 54 von 100 000 Personen der Bevölkerung für die Neuerkrankungen und 45 für die Sterblichkeit. Am Jahresende 2019 waren 8 196 Männer und 6 959 Frauen mit einem bösartigen Lungentumor am Leben.

Die Entwicklung des Lungenkrebses erwies sich im vergangenen Jahrzehnt für die Frauen als äußerst ungünstig: Bei ihnen stiegen sowohl die altersstandardisierte Neuerkrankungs- als auch die Sterberate (von 37 in 2009 auf 43 in 2019 bzw. von 27 auf 34 je 100 000 Frauen), während die entsprechenden Werte bei den Männern deutlich sanken.

Im Jahresdurchschnitt 2017–2019 wies Tirol von allen Bundesländern die höchste Neuerkrankungsrate und Wien die höchste Sterblichkeitsrate auf. In Salzburg wurden die wenigsten Neuerkrankungen und die wenigsten Sterbefälle an Lungenkrebs verzeichnet.

Bei mehr als der Hälfte aller Neudiagnosen wurde die Diagnose erst gestellt, als der Tumor bereits die Organ Grenzen durchbrochen hatte (regionalisiertes Tumorstadium: 20,9%; disseminiertes Tumorstadium: 32,9%). Bei ca. 30% der Fälle wurde kein Tumorstadium gemeldet (19,7% unbekanntes Tumorstadium, 11,8% DCO-Fälle).

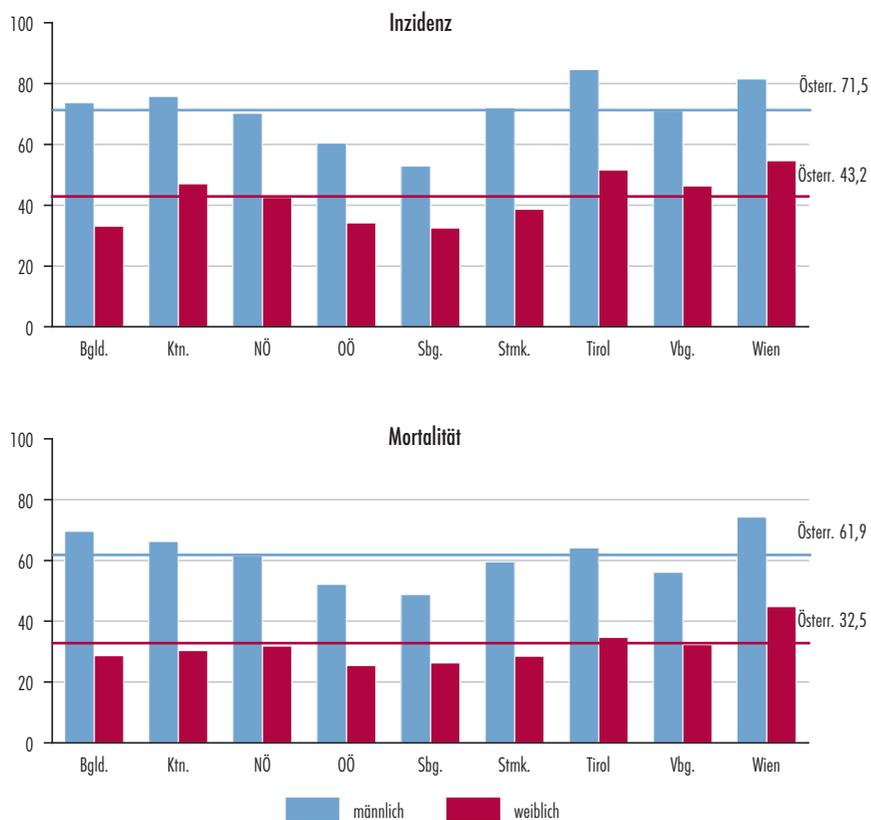
Die relativen Überlebensraten stiegen im Zeitraum von 2002–2006 bis 2017–2018 (einjähriges Überleben) von 43% auf 53% bzw. bis 2012–2016 (fünfjähriges Überleben) von 16% auf 22%. Frauen wiesen ein höheres 5-Jahres-Überleben als Männer auf (27% bzw. 19%).



Morphologie und Qualitätsmerkmale, Lunge ¹ , 2017–2019				
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	2 534	100,0	1 806	100,0
Karzinome	2 165	85,4	1 559	86,3
Plattenepithelkarzinome	540	24,9*	216	13,8*
Adenokarzinome	984	45,5*	849	54,4*
Kleinzellige Karzinome	272	12,6*	211	13,5*
Nicht kleinzellige Karzinome	82	3,8*	41	2,7*
Karzinome m.n.A.	287	13,2*	242	15,5*
Sarkome	4	0,1	2	0,1
Bösartige Neubildungen m.n.A.	3	0,1	2	0,1
Bösartige Neubildungen o.n.A.	363	14,3	243	13,5
Qualitätsmerkmale				
Mikroskopisch verifiziert	67,6%		68,8%	
DCO-Rate	11,6%		12,0%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,84		0,76	
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C33–C34.				

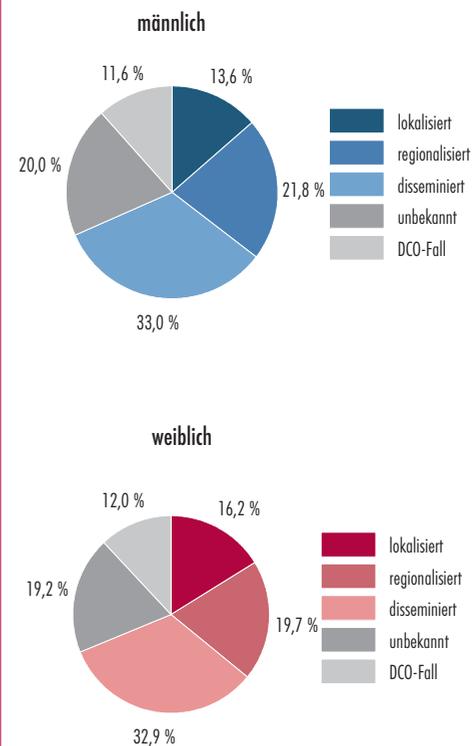
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen der Lunge¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C33–C34. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Lunge¹, 2017–2019



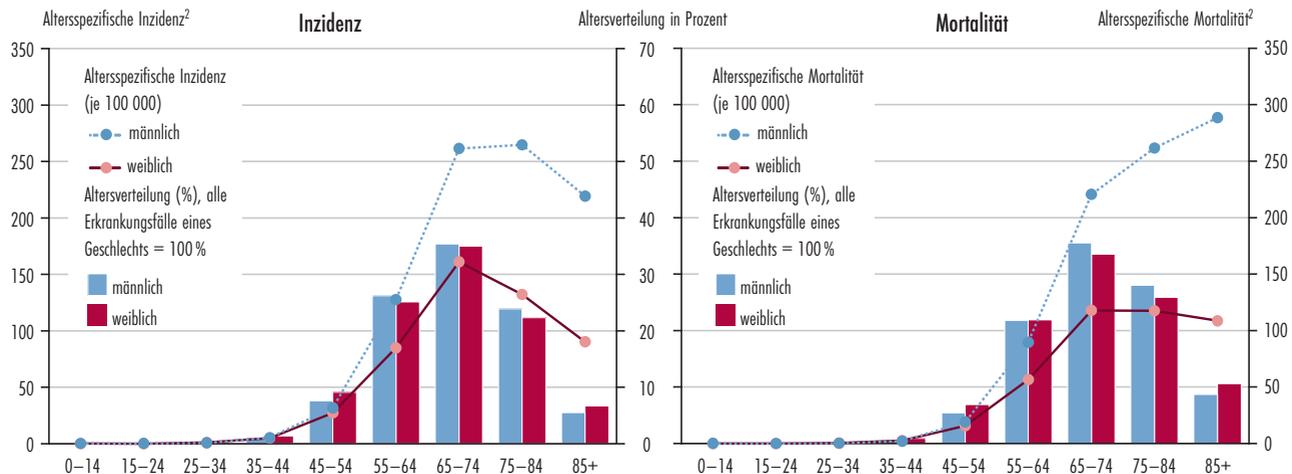
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C33–C34.

Geschlechtsverteilung der bösartigen Neubildungen der Lunge¹, 2017–2019

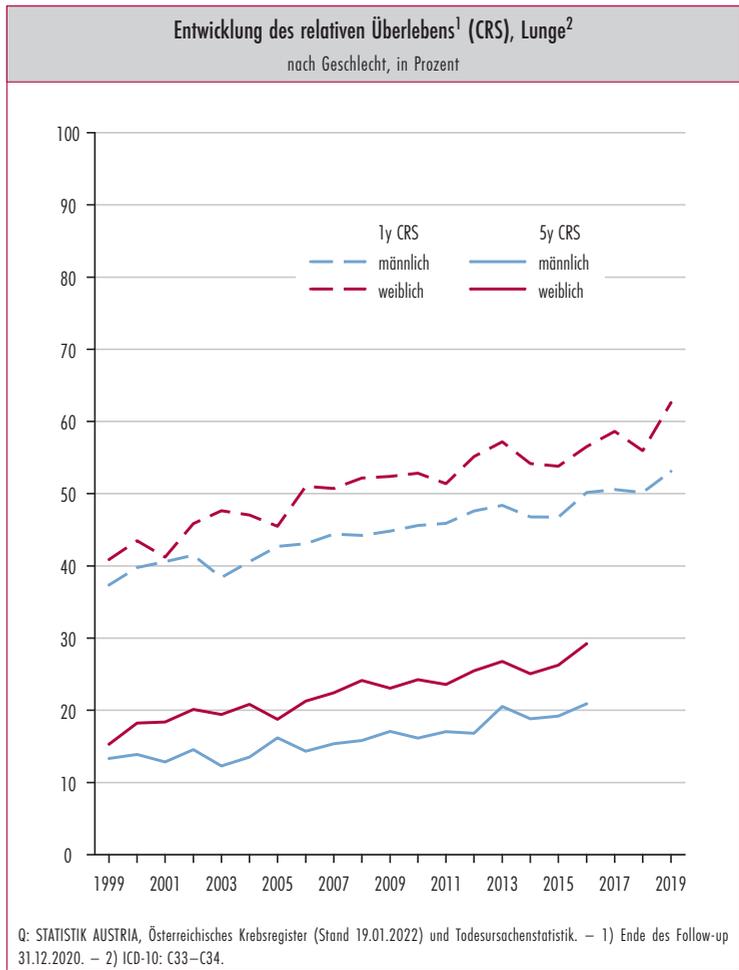
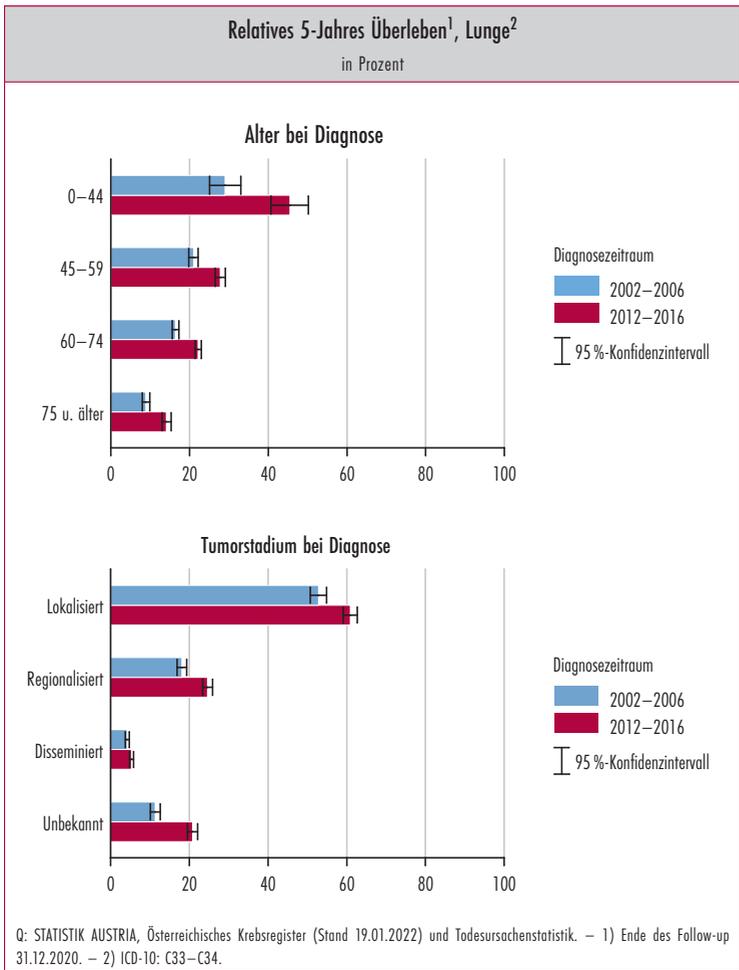


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C33–C34.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität der Lunge¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C33–C34. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.



Entwicklung des relativen Überlebens¹, Lunge²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	13,9	12,7	15,2	13,3	15,3
2000	15,2	13,9	16,5	13,9	18,2
2001	14,5	13,3	15,8	12,9	18,4
2002	16,3	15,1	17,7	14,6	20,1
2003	14,5	13,3	15,8	12,3	19,4
2004	16,0	14,7	17,3	13,5	20,8
2005	17,0	15,7	18,3	16,2	18,7
2006	16,7	15,5	18,0	14,3	21,3
2007	17,8	16,6	19,1	15,4	22,4
2008	18,8	17,5	20,1	15,8	24,1
2009	19,2	17,9	20,5	17,1	23,1
2010	19,1	17,8	20,5	16,2	24,2
2011	19,5	18,3	20,9	17,0	23,6
2012	20,1	18,9	21,4	16,8	25,5
2013	23,1	21,7	24,4	20,5	26,8
2014	21,3	20,0	22,6	18,8	25,1
2015	22,0	20,7	23,3	19,2	26,3
2016	24,4	23,0	25,8	20,9	29,2

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C33–C34. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

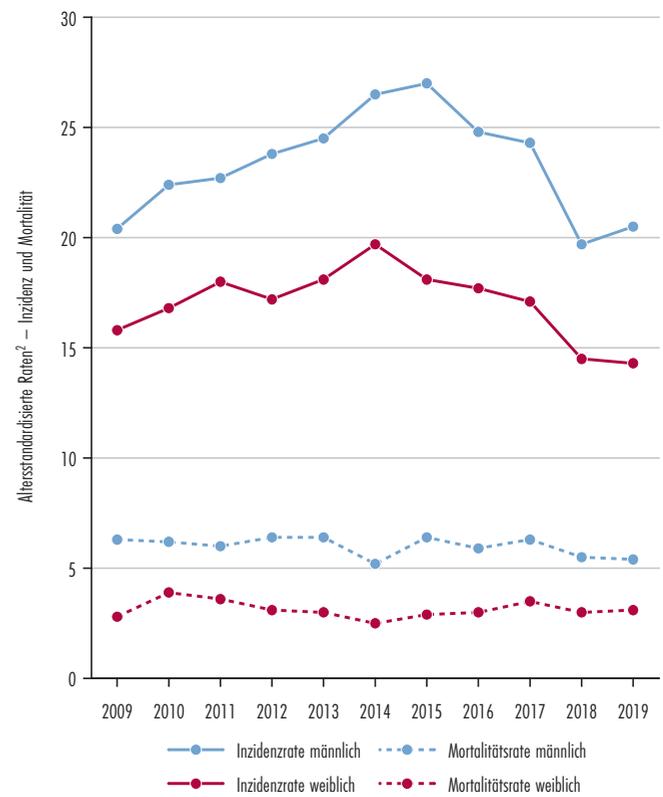
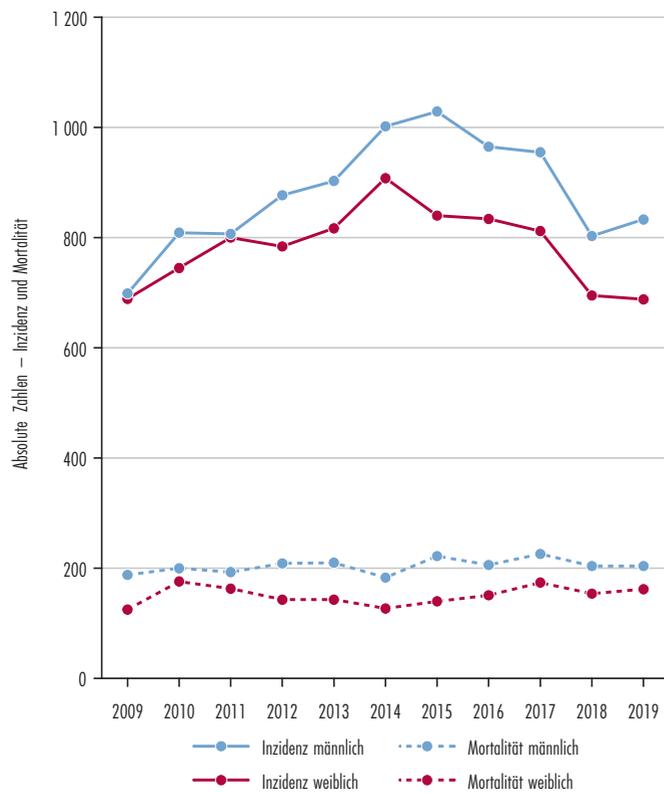
Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Lunge¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	3 773	2 654	1 119	56,7	97,3	28,8	3 247	2 296	951	49,4	87,2	24,4
2000	3 841	2 689	1 152	57,1	96,9	29,5	3 269	2 285	984	48,9	85,4	24,9
2001	3 707	2 573	1 134	54,4	91,7	28,9	3 195	2 258	937	47,2	82,3	23,5
2002	3 890	2 660	1 230	56,1	93,2	30,9	3 419	2 393	1 026	49,8	86,6	25,7
2003	3 957	2 715	1 242	56,4	91,5	31,0	3 332	2 339	993	47,8	82,3	24,5
2004	4 092	2 733	1 359	57,5	90,8	33,6	3 388	2 319	1 069	48,0	79,1	26,2
2005	4 000	2 709	1 291	55,3	87,6	31,4	3 348	2 317	1 031	46,7	78,0	24,9
2006	4 096	2 704	1 392	55,7	86,2	33,6	3 413	2 354	1 059	47,1	77,6	25,4
2007	4 299	2 786	1 513	57,7	86,8	36,1	3 430	2 246	1 184	46,2	71,9	28,0
2008	4 418	2 871	1 547	58,6	88,2	36,8	3 608	2 386	1 222	48,0	75,8	28,4
2009	4 454	2 887	1 567	57,9	85,2	36,7	3 560	2 386	1 174	46,6	72,8	27,1
2010	4 414	2 813	1 601	56,8	82,2	37,3	3 652	2 386	1 266	47,1	70,9	29,1
2011	4 509	2 794	1 715	56,9	80,2	39,4	3 619	2 322	1 297	45,9	68,2	29,3
2012	4 746	2 948	1 798	59,4	83,0	41,1	3 673	2 331	1 342	46,0	67,1	30,3
2013	4 671	2 833	1 838	57,5	77,9	41,8	3 712	2 411	1 301	45,8	68,3	29,0
2014	4 964	3 055	1 909	59,9	82,9	42,3	3 908	2 450	1 458	47,3	68,0	32,0
2015	4 987	3 051	1 936	59,4	81,1	42,4	3 889	2 396	1 493	46,5	65,1	32,3
2016	5 058	2 971	2 087	59,4	77,4	45,5	3 949	2 415	1 534	46,5	64,5	32,9
2017	4 955	2 907	2 048	57,3	74,5	43,8	3 874	2 402	1 472	44,9	63,6	31,0
2018	4 923	2 896	2 027	56,0	72,1	42,8	4 050	2 483	1 567	46,2	63,4	32,6
2019	4 831	2 770	2 061	54,1	68,2	42,9	3 978	2 337	1 641	44,7	58,9	33,8

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C33–C34. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung des Melanoms¹, Österreich ab 2009

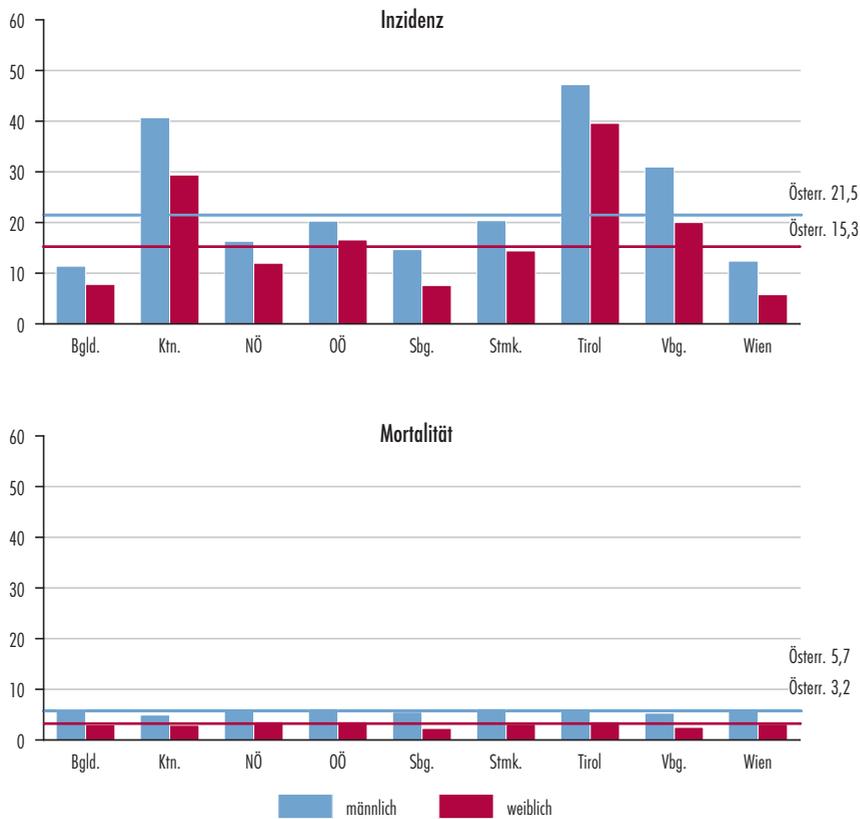


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C43. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



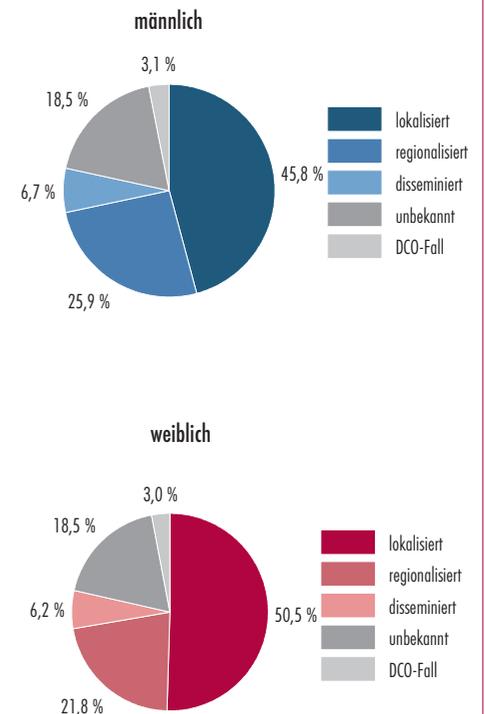
Bundesländervergleich des Melanoms¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C43. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Melanom¹, 2017–2019



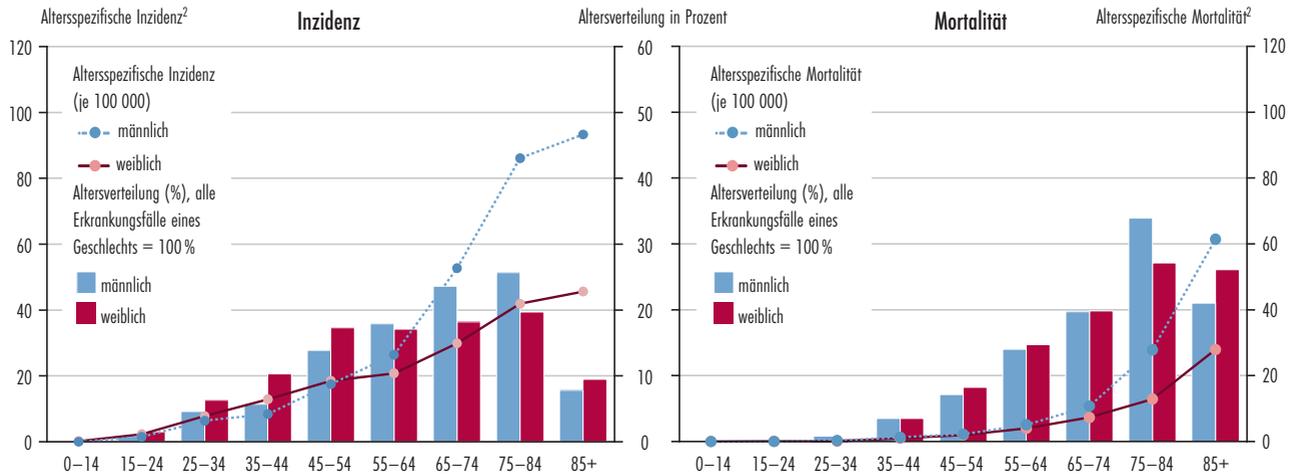
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C43.

Geschlechtsverteilung des Melanoms¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C43.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität des Melanoms¹, 2017–2019

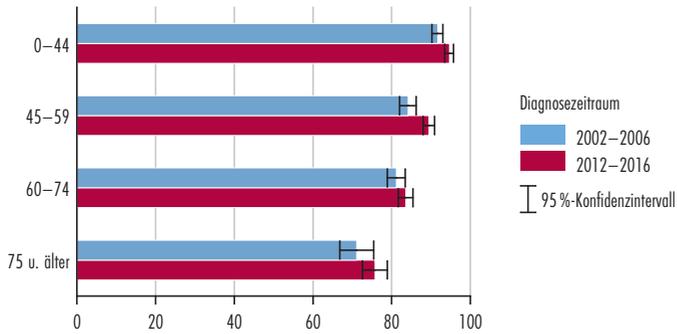


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C43. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.

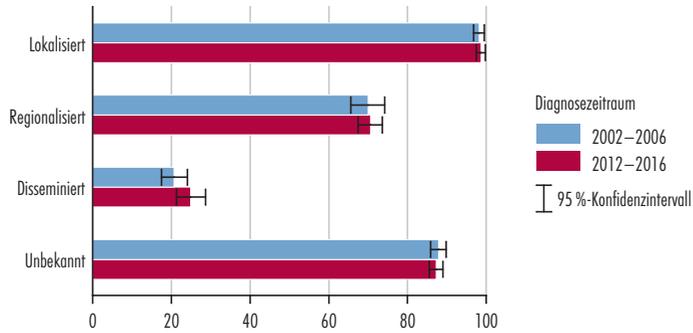


Relatives 5-Jahres Überleben¹, Melanom² in Prozent

Alter bei Diagnose

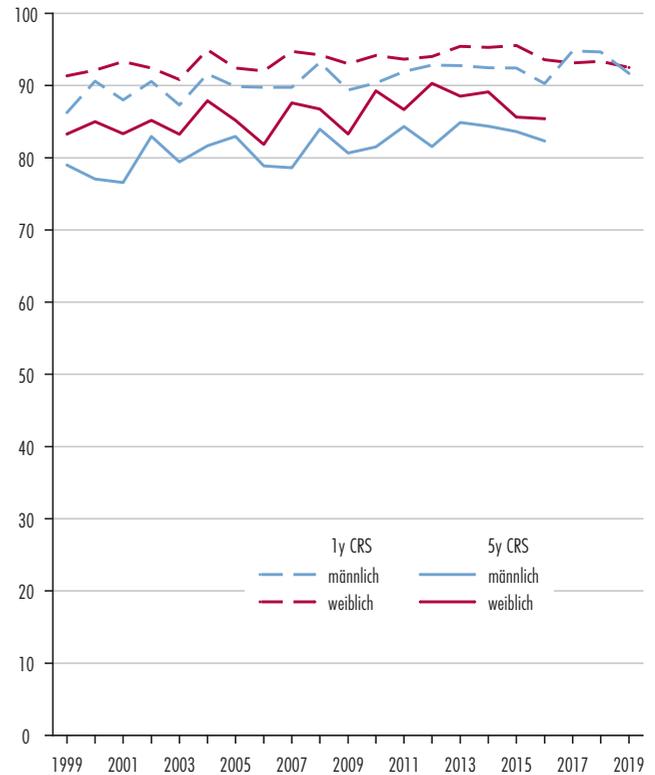


Tumorstadium bei Diagnose



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C43.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), Melanom², nach Geschlecht in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C43.

Entwicklung des relativen Überlebens¹, Melanom²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	81,3	77,9	84,4	79,0	83,3
2000	81,3	78,1	84,2	77,1	85,0
2001	80,0	76,8	82,9	76,6	83,3
2002	84,1	81,1	86,8	83,0	85,2
2003	81,3	78,3	84,0	79,4	83,2
2004	84,6	81,9	87,1	81,7	87,9
2005	84,1	81,4	86,7	82,9	85,2
2006	80,3	77,4	83,1	78,9	81,9
2007	82,8	79,9	85,5	78,6	87,6
2008	85,3	82,7	87,8	84,0	86,7
2009	82,0	79,2	84,5	80,7	83,3
2010	85,2	82,8	87,5	81,5	89,3
2011	85,5	83,0	87,8	84,3	86,7
2012	85,7	83,2	88,0	81,5	90,3
2013	86,6	84,3	88,8	84,9	88,5
2014	86,6	84,4	88,8	84,4	89,1
2015	84,5	82,2	86,7	83,6	85,6
2016	83,7	81,2	86,1	82,3	85,4

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C43. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

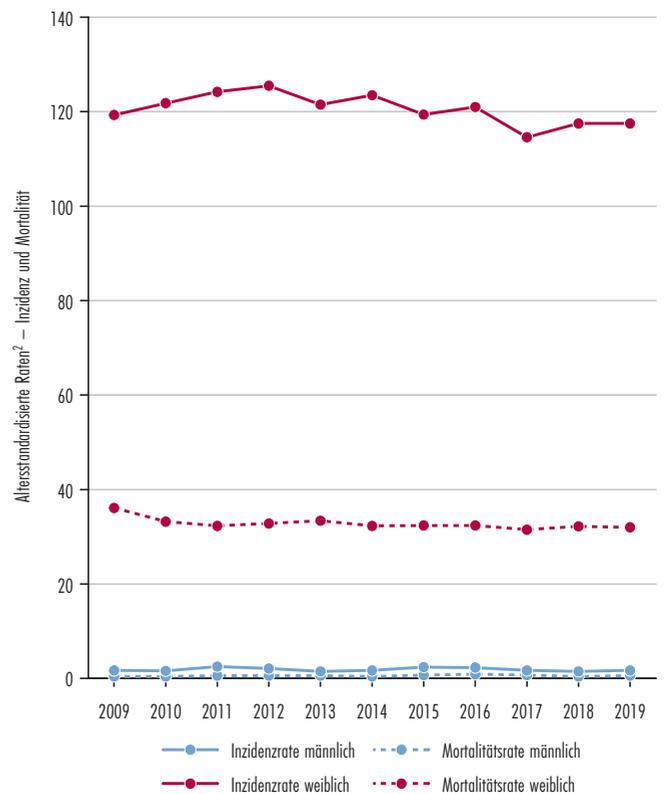
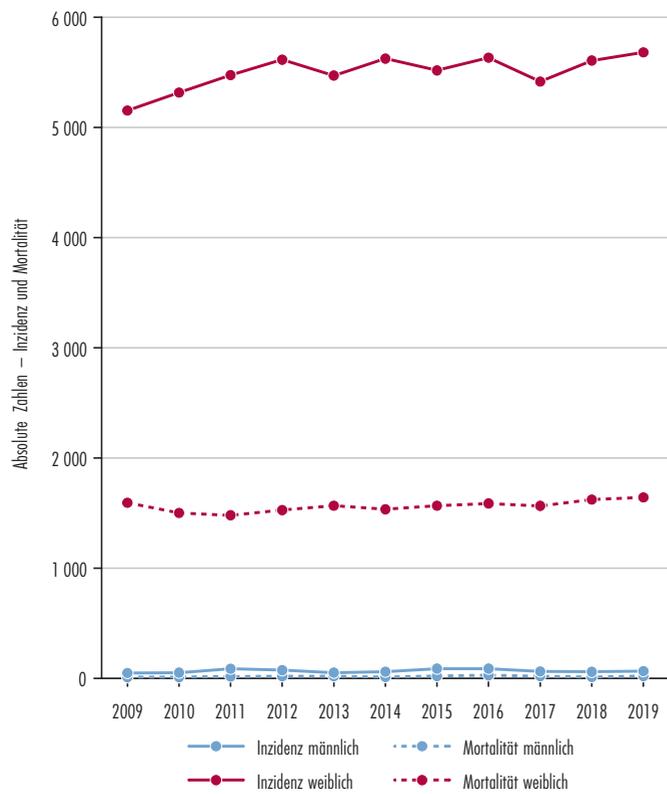
Entwicklung des Melanoms¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	968	456	512	13,7	15,6	12,8	296	144	152	4,5	5,9	3,9
2000	1 092	517	575	15,4	17,6	14,3	262	136	126	3,9	5,3	3,2
2001	1 074	533	541	14,7	16,9	13,4	255	136	119	3,8	4,8	3,0
2002	1 083	555	528	14,7	17,6	13,0	276	149	127	4,0	5,2	3,1
2003	1 168	610	558	15,7	19,2	13,6	299	171	128	4,3	6,1	3,2
2004	1 354	717	637	17,7	21,4	15,1	278	157	121	3,9	5,4	2,9
2005	1 237	580	657	16,2	17,3	15,6	326	188	138	4,5	6,4	3,2
2006	1 224	630	594	15,8	18,7	14,0	304	176	128	4,2	6,1	3,0
2007	1 200	642	558	15,3	18,6	13,1	301	169	132	4,0	5,7	3,0
2008	1 386	711	675	17,7	21,5	15,6	325	189	136	4,3	6,2	3,1
2009	1 388	699	689	17,4	20,4	15,8	313	188	125	4,1	6,3	2,8
2010	1 554	809	745	19,2	22,4	16,8	376	200	176	4,8	6,2	3,9
2011	1 607	807	800	19,7	22,7	18,0	356	193	163	4,5	6,0	3,6
2012	1 661	877	784	20,0	23,8	17,2	352	209	143	4,4	6,4	3,1
2013	1 720	903	817	20,6	24,5	18,1	353	210	143	4,4	6,4	3,0
2014	1 910	1 002	908	22,5	26,5	19,7	310	183	127	3,7	5,2	2,5
2015	1 869	1 029	840	21,7	27,0	18,1	362	222	140	4,3	6,4	2,9
2016	1 799	965	834	20,6	24,8	17,7	357	206	151	4,2	5,9	3,0
2017	1 767	955	812	20,0	24,3	17,1	400	226	174	4,6	6,3	3,5
2018	1 498	803	695	16,7	19,7	14,5	358	204	154	4,0	5,5	3,0
2019	1 521	833	688	16,8	20,5	14,3	366	204	162	4,0	5,4	3,1

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C43. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Brust¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C50.

Mit 5 682 Neuerkrankungen im Jahr 2019 und einem Anteil von knapp 30% an allen Tumoren war Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. 2019 waren auch 66 Männer mit dieser Diagnose konfrontiert. 1 643 Frauen und 22 Männer verstarben zuletzt daran. Somit war Brustkrebs die häufigste Krebstodesursache bei Frauen (17,5% aller Krebssterbefälle bei Frauen). Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate betrug 118 von 100 000 Frauen und 1,7 für Männer, die Sterblichkeitsrate 32 von 100 000 Frauen und 0,6 für Männer. Am Jahresende 2019 waren 695 Männer und 82 522 Frauen mit Brustkrebs am Leben.

Die Inzidenzrate blieb im vergangenen Jahrzehnt relativ stabil, während die altersstandardisierte Sterberate der Frauen von 36,1% auf 32% abnahm.

Die höchste altersstandardisierte Neuerkrankungsrate wiesen zuletzt Tirol und Kärnten auf, die mit Abstand niedrigste Wien. Die Sterblichkeit war im Jahresdurchschnitt 2017–2019 in Wien und Niederösterreich am höchsten, in Kärnten und Salzburg am geringsten.

Etwa die Hälfte aller invasiven Brustkrebsfälle bei den Frauen wurde in einem frühen Tumorstadium diagnostiziert (lokalisiertes Tumorstadium: 51,4%). Bei knapp 18% wurde kein Tumorstadium gemeldet (14,8% unbekanntes Tumorstadium, 3% DCO-Fälle).

Die relativen Überlebensraten stiegen im Zeitraum von 2002–2006 bis 2017–2018 (einjähriges Überleben) von 94% auf 95% bzw. bis 2012–2016 (fünfjähriges Überleben) von 84% auf 87%.

Krebsprävalenz, Brust¹, am 31.12.2019

Anzahl der Tumore nach Geschlecht und Zeit seit Diagnose, in Jahren



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C50.

Morphologie und Qualitätsmerkmale, Brust¹,

2017–2019

Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	61	100,0	5 419	100,0
Karzinome	57	93,5	5 043	93,1
Plattenepithelkarzinome	2	3,5*	30	0,6*
Adenokarzinome o.n.A.	5	8,1*	356	7,1*
Invasive duktale und dukkuläre Karzinome	38	65,7*	3 006	59,6*
Invasive lobuläre Karzinome	1	2,3*	627	12,4*
Invasive duktale Karzinome gemischt mit anderen Karzinomtypen	0	0,6*	52	1,0*
Karzinome m.n.A.	2	4,1*	89	1,8*
Karzinome o.n.A.	9	15,7*	882	17,5*
Sarkome	0	0,5	7	0,1
Bösartige Neubildungen m.n.A.	0	0,0	9	0,2
Bösartige Neubildungen o.n.A.	4	6,0	360	6,6

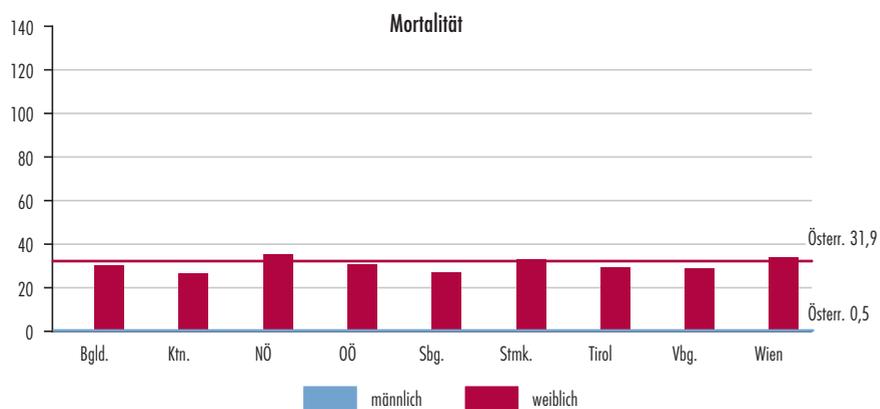
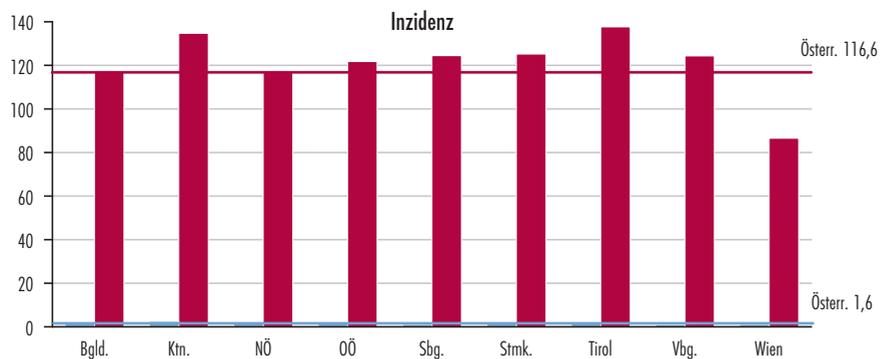
Qualitätsmerkmale	männlich	weiblich
Mikroskopisch verifiziert	84,8%	87,5%
DCO-Rate	4,7%	2,9%
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,3	0,29

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C50.



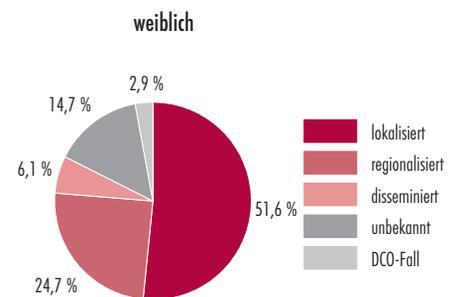
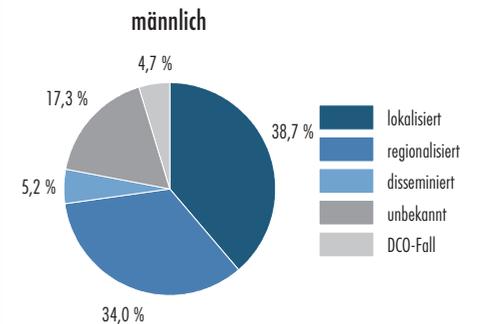
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen der Brust¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C50. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Brust¹, 2017–2019



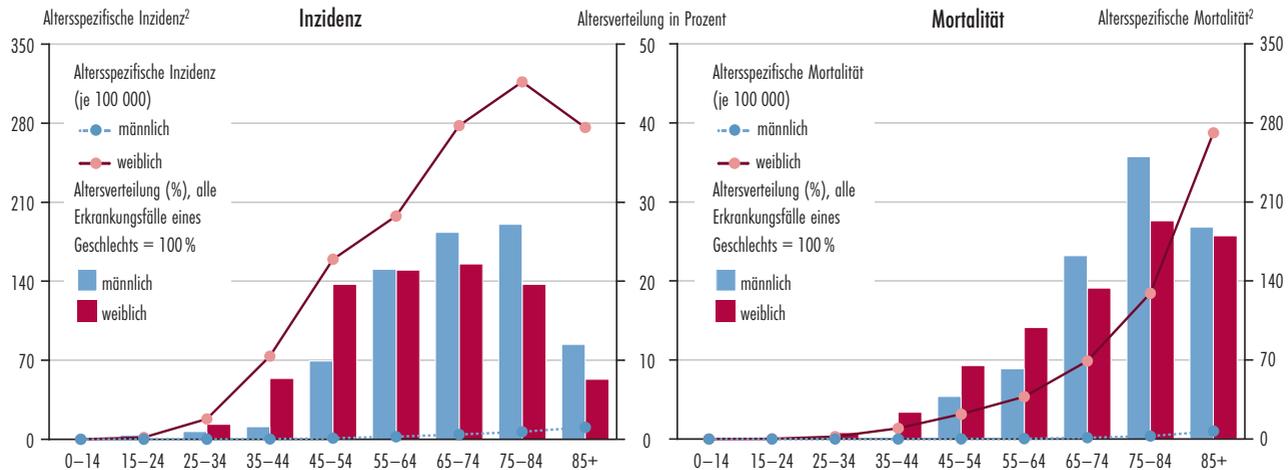
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C50.

Geschlechtsverteilung der bösartigen Neubildungen der Brust¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C50.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität der Brust¹, 2017–2019

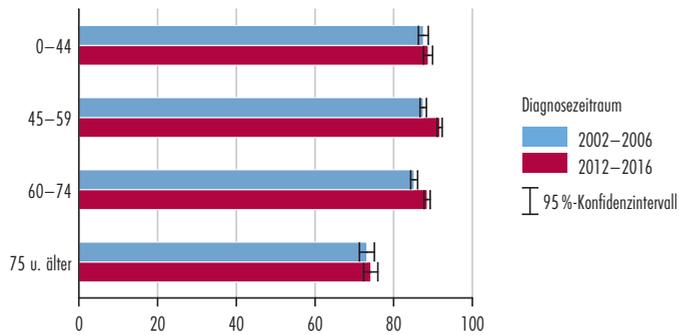


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C50. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.

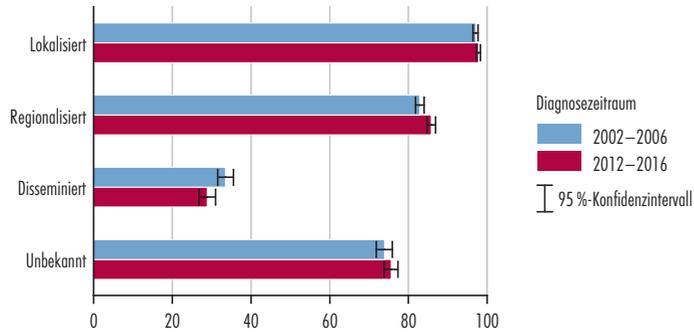


Relatives 5-Jahres Überleben¹, Brust² in Prozent

Alter bei Diagnose

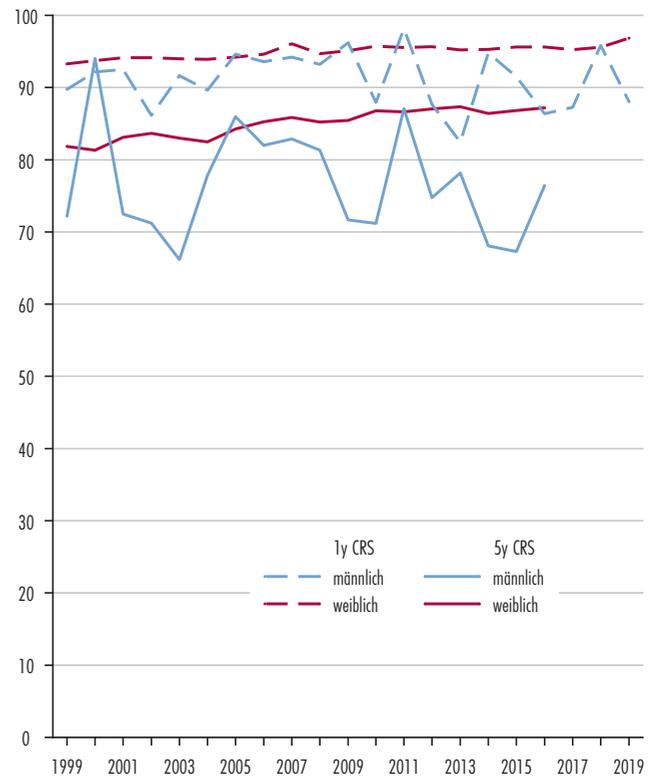


Tumorstadium bei Diagnose



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C50.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), Brust² nach Geschlecht, in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C50.

Entwicklung des relativen Überlebens¹, Brust²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	81,8	80,3	83,2	72,2	81,9
2000	81,4	80,0	82,8	94,0	81,3
2001	83,0	81,7	84,3	72,5	83,1
2002	83,6	82,2	84,9	71,2	83,7
2003	82,8	81,4	84,1	66,2	83,0
2004	82,4	81,1	83,7	77,8	82,5
2005	84,3	82,9	85,5	86,0	84,2
2006	85,2	83,9	86,5	82,0	85,2
2007	85,8	84,6	87,0	82,9	85,9
2008	85,2	83,9	86,4	81,3	85,2
2009	85,3	84,0	86,6	71,7	85,4
2010	86,6	85,4	87,8	71,2	86,8
2011	86,6	85,4	87,8	87,1	86,6
2012	86,9	85,7	88,0	74,7	87,0
2013	87,3	86,1	88,4	78,2	87,3
2014	86,2	85,0	87,4	68,1	86,4
2015	86,5	85,4	87,7	67,3	86,8
2016	87,0	85,7	88,2	76,4	87,2

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C50. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

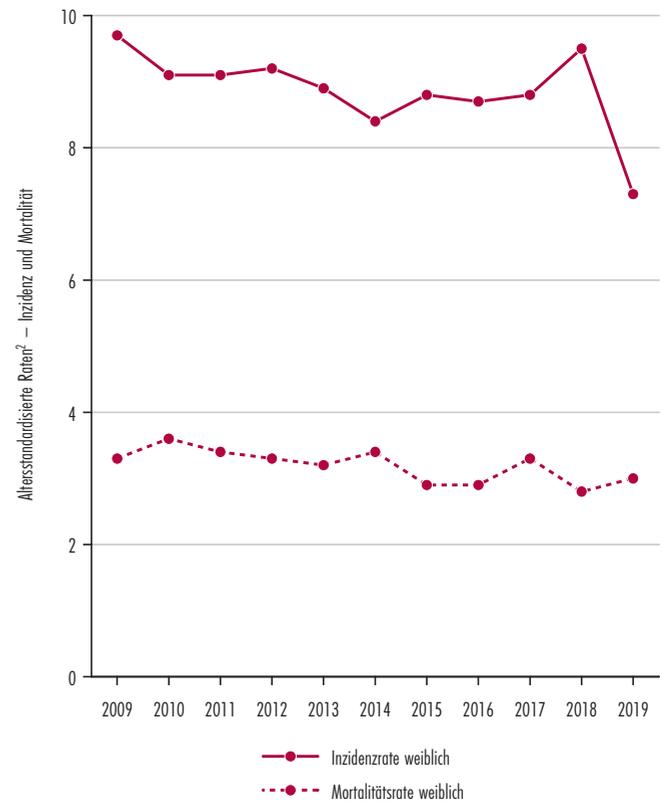
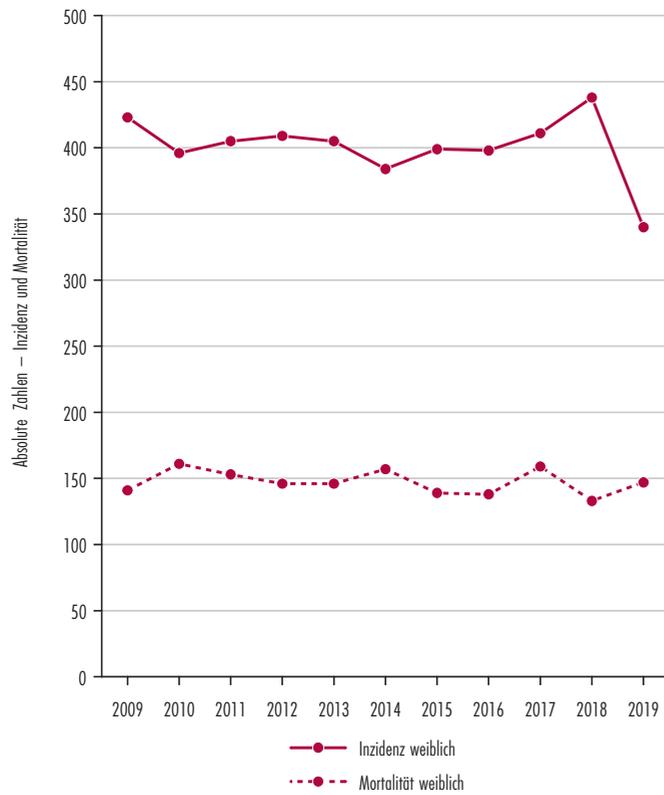
Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Brust¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	4 676	37	4 639	68,6	1,4	120,2	1 577	15	1 562	24,4	0,6	39,9
2000	4 890	43	4 847	70,6	1,7	123,9	1 688	17	1 671	25,9	0,6	42,2
2001	5 066	43	5 023	71,9	1,7	127,7	1 584	12	1 572	23,9	0,5	39,3
2002	4 950	49	4 901	69,2	1,7	122,9	1 610	17	1 593	23,9	0,7	39,3
2003	5 009	53	4 956	69,5	1,9	123,6	1 625	26	1 599	23,9	1,0	39,4
2004	5 066	65	5 001	68,9	2,1	123,0	1 543	13	1 530	22,4	0,4	37,3
2005	4 981	52	4 929	66,3	1,7	119,1	1 602	19	1 583	22,8	0,7	37,7
2006	4 963	56	4 907	65,2	1,8	117,3	1 587	24	1 563	22,2	0,9	37,0
2007	5 478	51	5 427	71,1	1,7	128,3	1 551	20	1 531	21,3	0,8	35,5
2008	5 090	43	5 047	65,0	1,3	118,3	1 499	9	1 490	20,4	0,3	34,1
2009	5 204	50	5 154	65,8	1,7	119,3	1 606	12	1 594	21,5	0,4	36,1
2010	5 370	53	5 317	66,8	1,6	121,8	1 514	12	1 502	19,6	0,4	33,2
2011	5 563	88	5 475	68,1	2,5	124,2	1 499	18	1 481	19,1	0,6	32,3
2012	5 690	75	5 615	68,7	2,1	125,5	1 548	20	1 528	19,3	0,6	32,8
2013	5 524	53	5 471	66,1	1,5	121,5	1 588	20	1 568	19,8	0,6	33,4
2014	5 687	62	5 625	67,0	1,7	123,5	1 549	14	1 535	18,8	0,4	32,3
2015	5 607	89	5 518	64,8	2,4	119,4	1 590	22	1 568	19,0	0,7	32,4
2016	5 722	89	5 633	65,8	2,3	121,0	1 617	29	1 588	18,9	0,9	32,4
2017	5 481	64	5 417	61,9	1,7	114,6	1 587	21	1 566	18,2	0,7	31,5
2018	5 668	61	5 607	63,4	1,5	117,5	1 636	13	1 623	18,4	0,4	32,2
2019	5 748	66	5 682	63,4	1,7	117,5	1 665	22	1 643	18,5	0,6	32,0

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C50. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C53.

Von bösartigen Neuerkrankungen des Gebärmutterhalses (Zervixkarzinom) waren 2019 insgesamt 340 Frauen (1,8% aller weiblichen Krebsneuerkrankungen) bzw. sieben von 100 000 Frauen der Bevölkerung betroffen. 147 Frauen (1,6% aller weiblichen Krebssterbefälle) bzw. drei von 100 000 starben daran. Am Jahresende 2019 waren 8 654 Frauen mit der Diagnose Zervixkarzinom am Leben. Bei 70% aller betroffenen Frauen, das sind rund 6.100 Frauen, liegt die Diagnose bereits zehn oder mehr Jahre zurück.

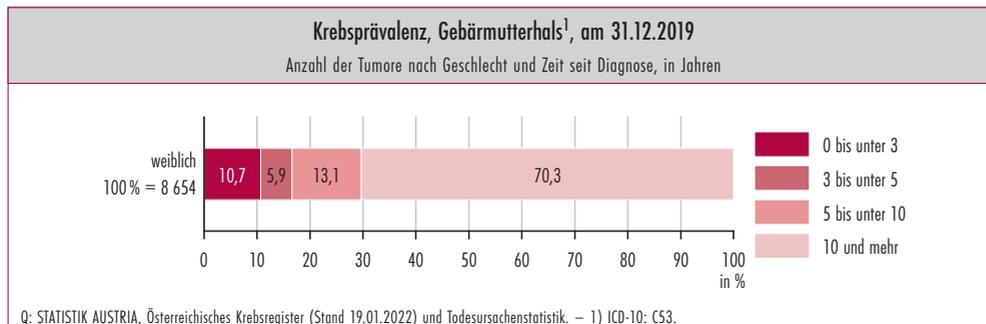
Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate war im vergangenen Jahrzehnt relativ stabil und ging 2019 leicht zurück, die Sterblichkeit veränderte sich kaum.

Im Bundesländervergleich war die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate im Jahresdurchschnitt 2016–2018 in Kärnten am höchsten und im Burgenland am niedrigsten. Die altersstandardisierte

Sterberate war im Wien am höchsten und in Vorarlberg am geringsten.

Annähernd jedes zweite invasive Zervixkarzinom wurde noch in einem frühen Tumorstadium (lokalisiert 45,3%) diagnostiziert. Mehr als ein Viertel der Tumore konnte keinem Stadium zugeordnet werden, da die Angaben auf der Krebsmeldung mangelhaft waren (23%) bzw. bei DCO-Fällen keine Information über das Stadium vorlag (3,9%). Durch den sogenannten Krebsabstrich können bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses frühzeitig erkannt werden. Bösartige Tumore, die die Basallamina noch nicht durchbrochen haben, zählen als Krebsvorstufen (Carcinoma in situ Fälle) und sind daher nicht in dieser Statistik enthalten.

Die relativen 1- und 5-jährigen Überlebensraten waren im vergangenen Jahrzehnt relativ stabil und betragen 86% (2017–2018) und 66% (2012–2016).



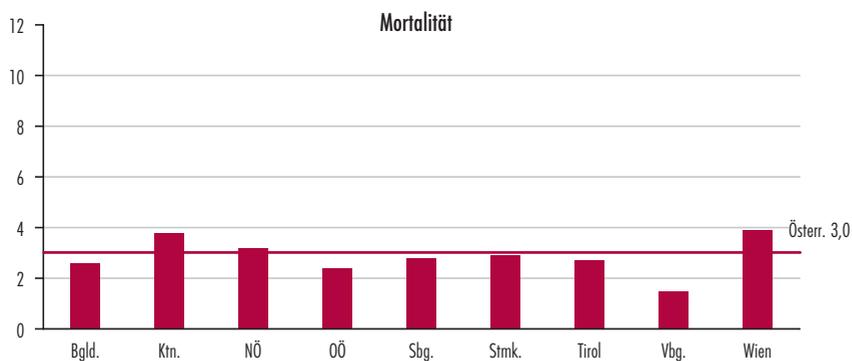
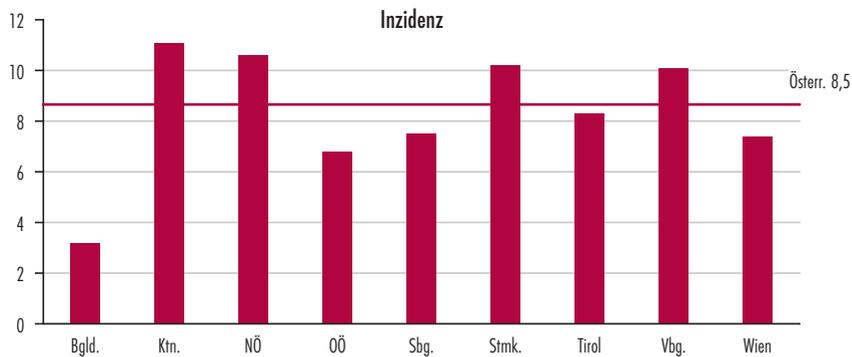
Morphologie und Qualitätsmerkmale, Gebärmutterhals ¹ , 2017–2019				
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	–	–	385	100,0
Karzinome	–	–	321	83,3
Plattenepithelkarzinome	–	–	224	69,9*
Adenokarzinome	–	–	73	22,7*
Karzinome m.n.A.	–	–	7	2,1*
Karzinome o.n.A.	–	–	17	5,4*
Sarkome	–	–	1	0,3
Bösartige Neubildungen m.n.A.	–	–	4	1,0
Bösartige Neubildungen o.n.A.	–	–	60	15,5
Qualitätsmerkmale				
Mikroskopisch verifiziert	–	–	75,4%	
DCO-Rate	–	–	3,9%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	–	–	0,37	

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C53.



Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses¹, 2017–2019

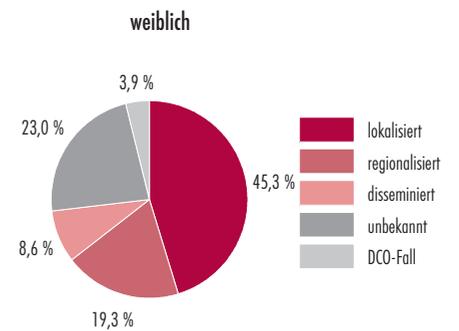
altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



weiblich

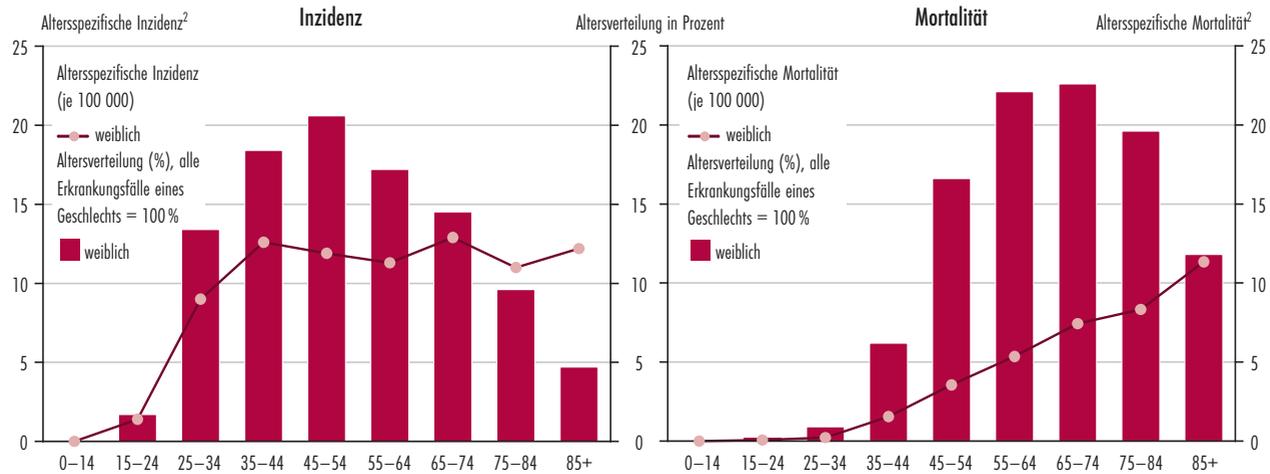
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C53. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Gebärmutterhals¹, 2017–2019

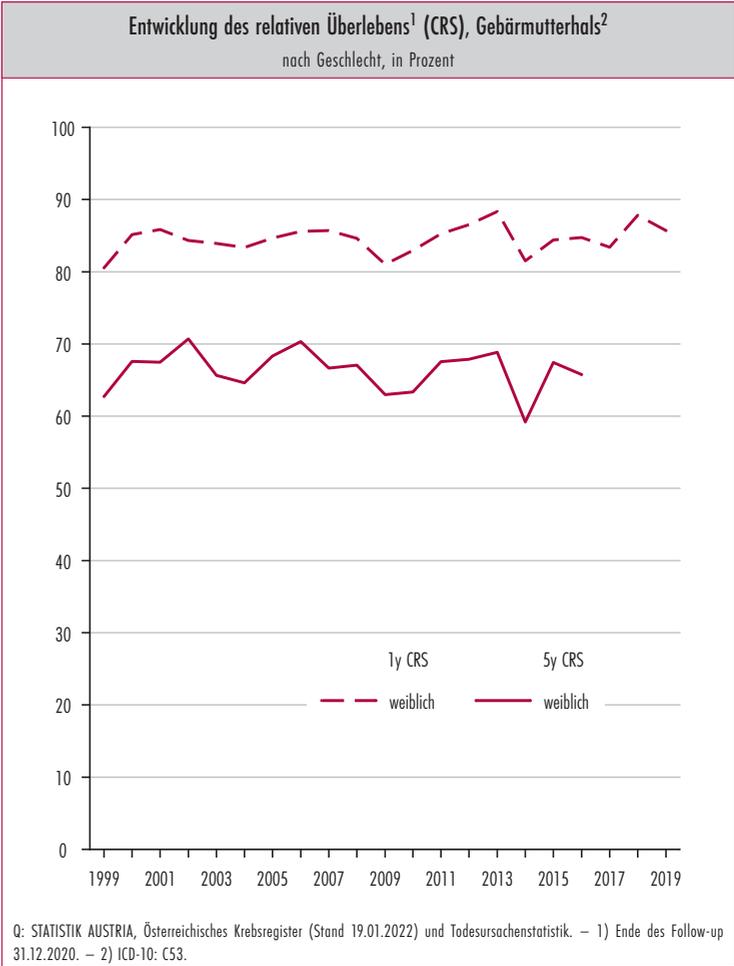
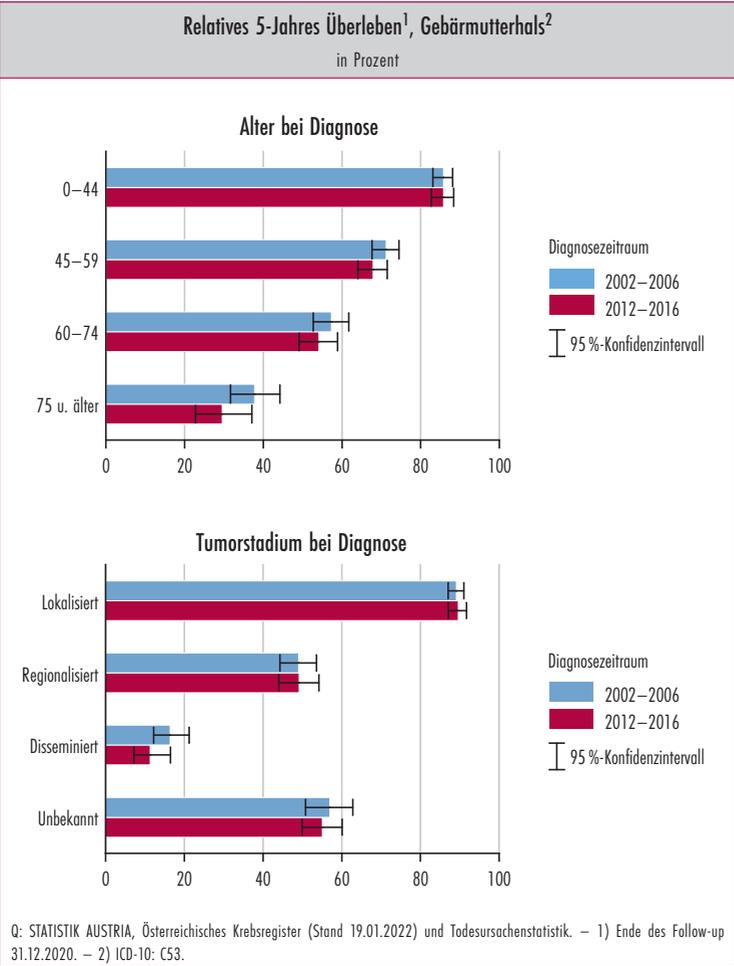


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C53.

Altersverteilung und alterspezifische Inzidenz bzw. Mortalität des Gebärmutterhalses¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C53. – 2) Jeweils auf 100 000 Frauen.



Entwicklung des relativen Überlebens¹, Gebärmutterhals²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	62,7	57,9	67,2	–	62,7
2000	67,6	63,2	71,7	–	67,6
2001	67,5	62,8	71,8	–	67,5
2002	70,7	66,4	74,7	–	70,7
2003	65,7	60,9	70,1	–	65,7
2004	64,6	59,8	69,2	–	64,6
2005	68,3	63,5	72,8	–	68,3
2006	70,3	65,6	74,7	–	70,3
2007	66,7	61,2	71,6	–	66,7
2008	67,1	61,7	72,0	–	67,1
2009	63,0	57,9	67,7	–	63,0
2010	63,4	58,1	68,2	–	63,4
2011	67,6	62,3	72,4	–	67,6
2012	67,9	62,7	72,6	–	67,9
2013	68,8	63,7	73,5	–	68,8
2014	59,2	53,8	64,3	–	59,2
2015	67,4	62,3	72,1	–	67,4
2016	65,8	60,3	70,7	–	65,8

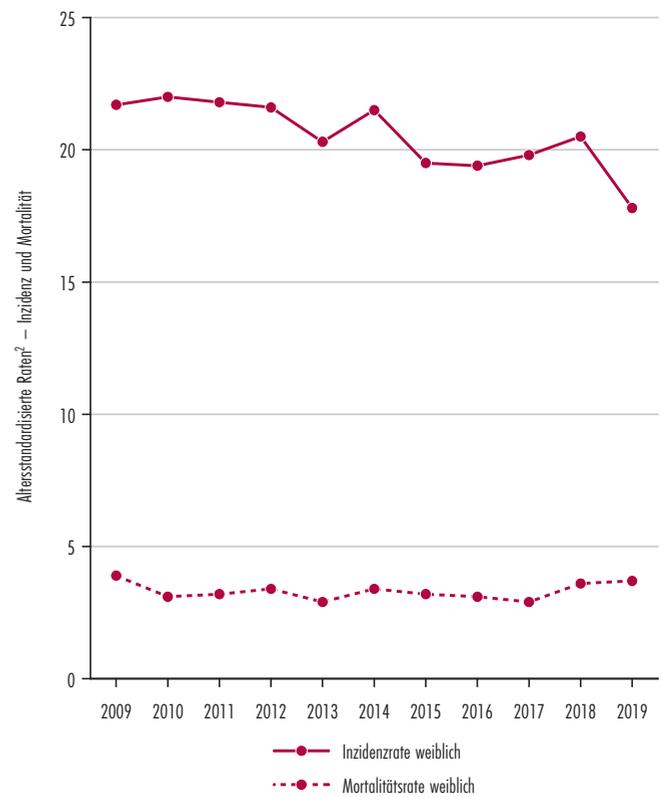
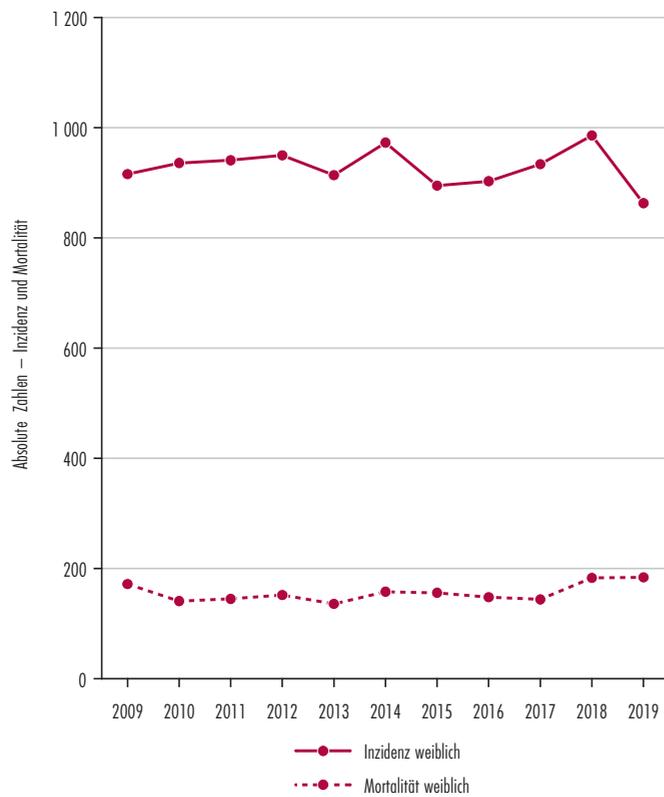
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C53. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	.	–	504	.	–	12,5	.	–	169	.	–	4,4
2000	.	–	562	.	–	13,9	.	–	138	.	–	3,5
2001	.	–	511	.	–	12,4	.	–	128	.	–	3,2
2002	.	–	565	.	–	13,7	.	–	183	.	–	4,5
2003	.	–	484	.	–	11,6	.	–	174	.	–	4,2
2004	.	–	480	.	–	11,4	.	–	164	.	–	4,0
2005	.	–	449	.	–	10,7	.	–	180	.	–	4,3
2006	.	–	476	.	–	11,1	.	–	169	.	–	4,0
2007	.	–	374	.	–	8,6	.	–	164	.	–	3,9
2008	.	–	405	.	–	9,3	.	–	138	.	–	3,1
2009	.	–	423	.	–	9,7	.	–	141	.	–	3,3
2010	.	–	396	.	–	9,1	.	–	161	.	–	3,6
2011	.	–	405	.	–	9,1	.	–	153	.	–	3,4
2012	.	–	409	.	–	9,2	.	–	146	.	–	3,3
2013	.	–	405	.	–	8,9	.	–	146	.	–	3,2
2014	.	–	384	.	–	8,4	.	–	157	.	–	3,4
2015	.	–	399	.	–	8,8	.	–	139	.	–	2,9
2016	.	–	398	.	–	8,7	.	–	138	.	–	2,9
2017	.	–	411	.	–	8,8	.	–	159	.	–	3,3
2018	.	–	438	.	–	9,5	.	–	133	.	–	2,8
2019	.	–	340	.	–	7,3	.	–	147	.	–	3,0

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C53. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

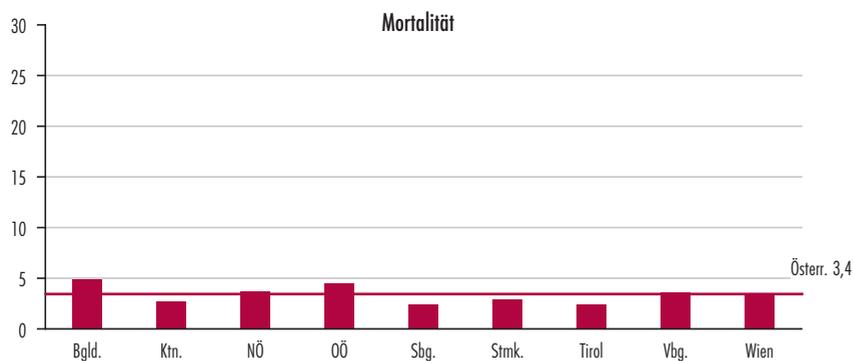
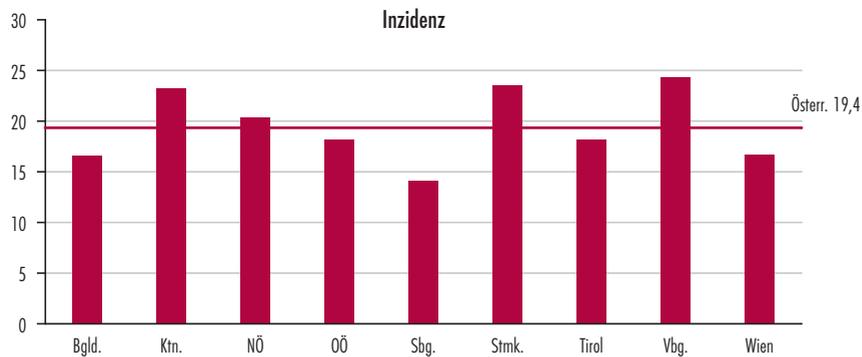
Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Gebärmutterkörpers¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C54. – 2) Jeweils auf 100 000 Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen des Gebärmutterkörpers¹, 2017–2019

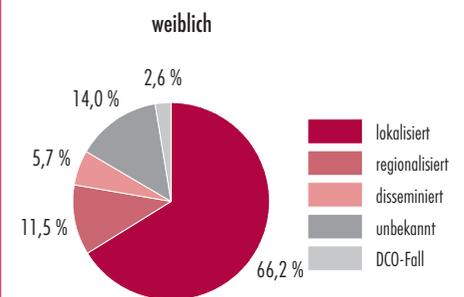
altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



weiblich

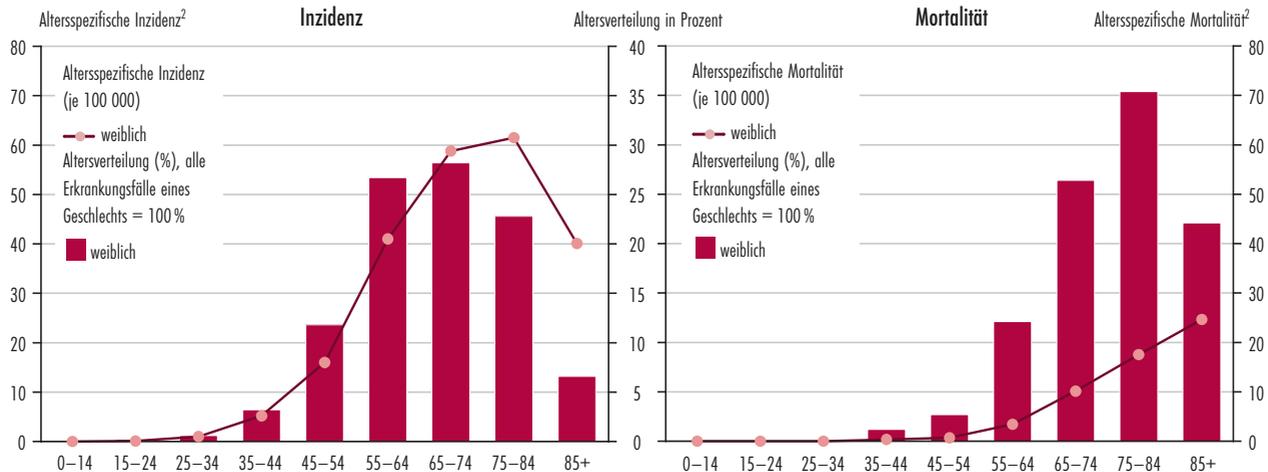
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C54. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Gebärmutterkörper¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C54.

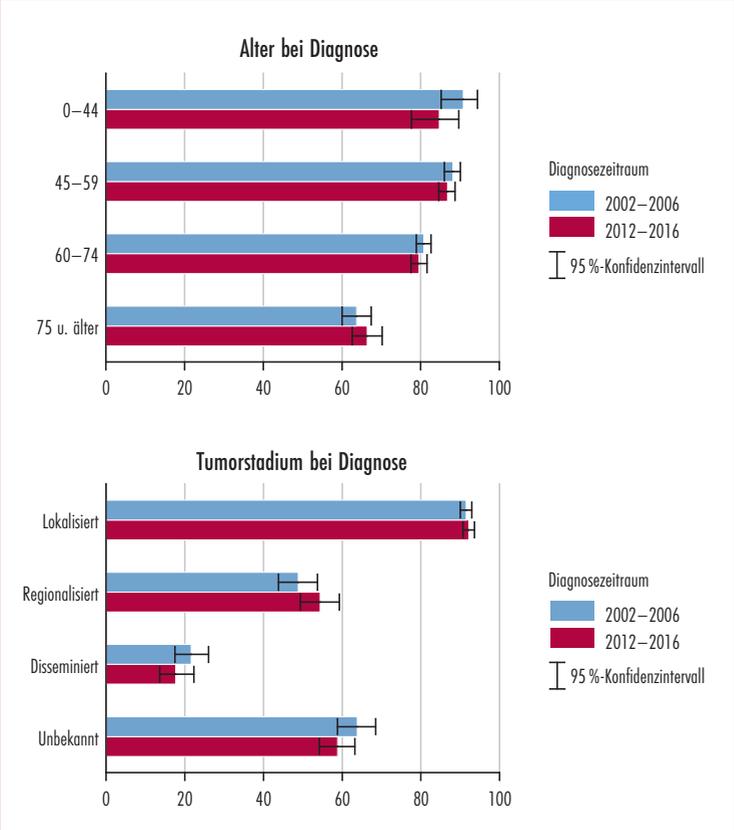
Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität des Gebärmutterkörpers¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C54. – 2) Jeweils auf 100 000 Frauen.

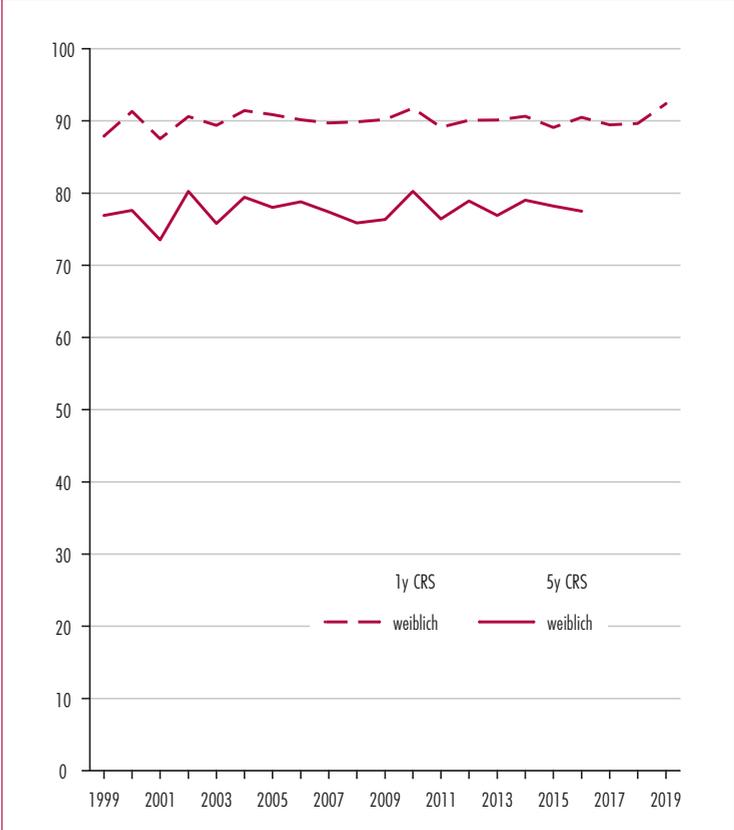


Relatives 5-Jahres Überleben¹, Gebärmutterkörper²
in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C54.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), Gebärmutterkörper²
nach Geschlecht, in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C54.

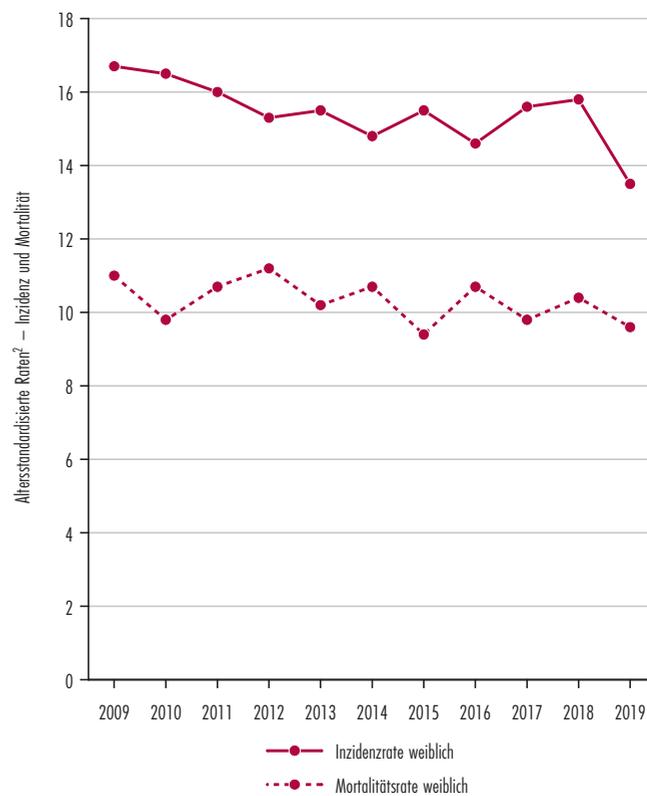
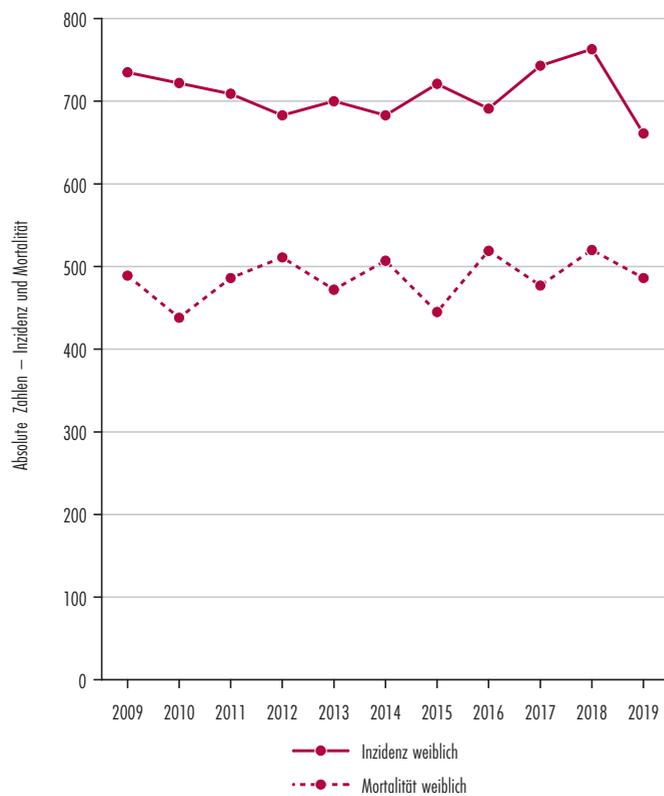
Entwicklung des relativen Überlebens ¹ , Gebärmutterkörper ²					
Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	76,9	73,4	80,2	–	76,9
2000	77,6	74,3	80,7	–	77,6
2001	73,5	70,2	76,7	–	73,5
2002	80,2	76,9	83,3	–	80,2
2003	75,8	72,3	79,0	–	75,8
2004	79,4	76,1	82,5	–	79,4
2005	78,0	74,6	81,2	–	78,0
2006	78,8	75,6	81,8	–	78,8
2007	77,4	74,0	80,5	–	77,4
2008	75,9	72,4	79,1	–	75,9
2009	76,3	72,9	79,5	–	76,3
2010	80,3	77,0	83,3	–	80,3
2011	76,4	73,0	79,5	–	76,4
2012	78,9	75,6	82,0	–	78,9
2013	76,9	73,4	80,2	–	76,9
2014	79,0	75,7	82,0	–	79,0
2015	78,2	74,8	81,4	–	78,2
2016	77,5	73,7	81,0	–	77,5

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C54. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Gebärmutterkörpers ¹ , Österreich ab 1999												
Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	.	–	954	.	–	24,7	.	–	116	.	–	2,9
2000	.	–	1 003	.	–	26,0	.	–	124	.	–	3,1
2001	.	–	1 035	.	–	26,5	.	–	148	.	–	3,6
2002	.	–	966	.	–	24,7	.	–	149	.	–	3,7
2003	.	–	974	.	–	24,6	.	–	155	.	–	3,8
2004	.	–	978	.	–	24,5	.	–	141	.	–	3,4
2005	.	–	954	.	–	23,5	.	–	136	.	–	3,2
2006	.	–	1 015	.	–	25,0	.	–	154	.	–	3,6
2007	.	–	943	.	–	22,8	.	–	141	.	–	3,3
2008	.	–	932	.	–	22,3	.	–	166	.	–	3,8
2009	.	–	916	.	–	21,7	.	–	172	.	–	3,9
2010	.	–	936	.	–	22,0	.	–	141	.	–	3,1
2011	.	–	941	.	–	21,8	.	–	145	.	–	3,2
2012	.	–	950	.	–	21,6	.	–	152	.	–	3,4
2013	.	–	914	.	–	20,3	.	–	136	.	–	2,9
2014	.	–	973	.	–	21,5	.	–	158	.	–	3,4
2015	.	–	895	.	–	19,5	.	–	156	.	–	3,2
2016	.	–	903	.	–	19,4	.	–	148	.	–	3,1
2017	.	–	934	.	–	19,8	.	–	144	.	–	2,9
2018	.	–	986	.	–	20,5	.	–	183	.	–	3,6
2019	.	–	863	.	–	17,8	.	–	184	.	–	3,7

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C54. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Eierstocks¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C56. – 2) Jeweils auf 100 000 Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

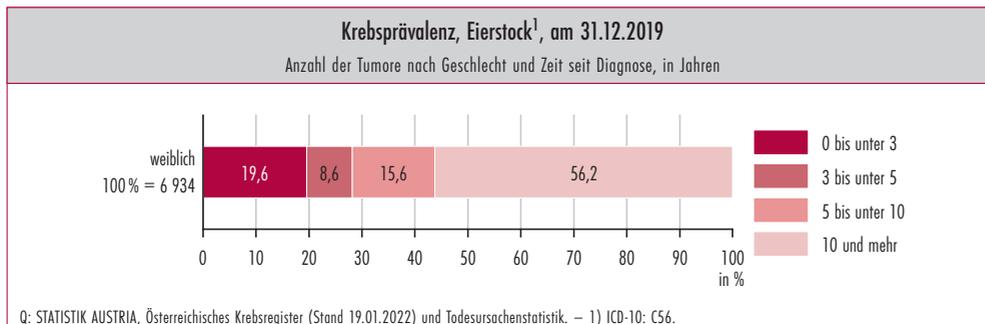
Bösartige Neubildungen der Eierstöcke (Ovarialkrebs) waren die siebent häufigste Krebsart der weiblichen Bevölkerung und machten ca. 3,4% der Tumore der Frauen aus. An Eierstockkrebs erkrankten 661 Frauen im Jahr 2019 und 486 starben daran (5,2%) Die altersstandardisierten Raten wiesen rund 14 Neuerkrankungen und zehn Sterbefälle je 100 000 Frauen der Bevölkerung aus. Am Jahresende 2019 waren 6 934 Frauen mit der Diagnose Eierstockkrebs am Leben. Bei mehr als der Hälfte aller betroffenen Frauen wurde die Diagnose vor zehn oder mehr Jahren gestellt (3 898 Frauen).

Die altersstandardisierte Rate des Eierstockkrebses nahm in Österreich seit Ende der 1990er Jahren deutlich ab. Im vergangenen Jahrzehnt sank die altersstandardisierte Rate der Neuerkrankungen von 16,7% auf 13,5%, jene der Sterblichkeit von 11,0% auf 9,6%.

Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate war im Jahresdurchschnitt 2017–2019 in der Steiermark am höchsten. Das Burgenland war das Bundesland mit der geringsten Rate. Die altersstandardisierte Sterblichkeitsrate war in Wien am höchsten und in Niederösterreich am geringsten.

Etwas weniger als die Hälfte der Diagnosen wurde erst gestellt, als der Tumor bereits die Organgrenzen durchbrochen hatte (regionalisiertes Tumorstadium: 25,7%; disseminiertes Tumorstadium: 18,0%). Ein Drittel der Tumore konnte keinem Stadium zugeordnet werden, da die Angaben auf der Krebsmeldung mangelhaft waren (24,2%) bzw. bei DCO-Fällen keine Information über das Stadium vorlag (9,7%).

Die relativen 1- und 5-jährigen Überlebensraten waren im vergangenen Jahrzehnt relativ stabil und betragen zuletzt 76% (2017–2018) und 44% (2012–2016).

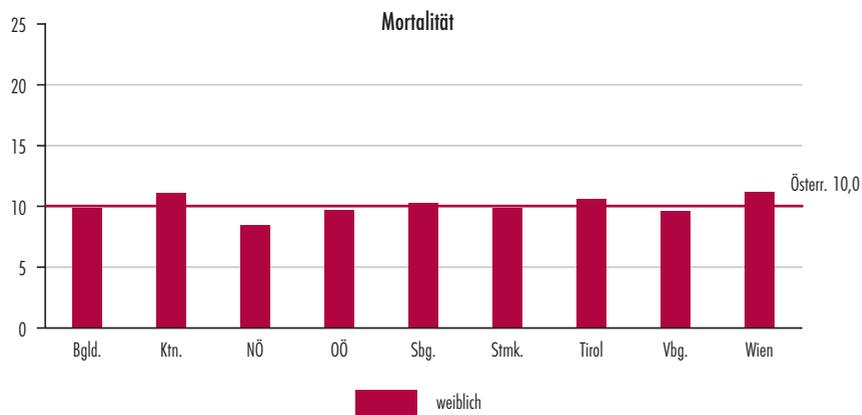
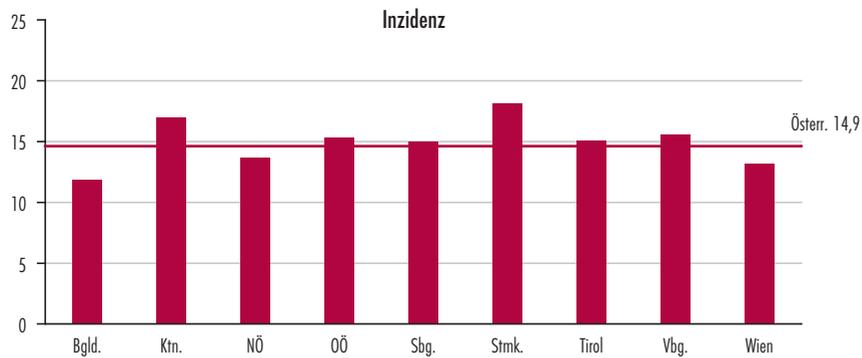


Morphologie und Qualitätsmerkmale, Eierstock ¹ , 2017–2019				
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	–	–	661	100,0
Karzinome	–	–	540	81,7
Seröse Karzinome	–	–	352	65,1*
Muzionöse Karzinome	–	–	21	4,0*
Endometrioid Karzinome	–	–	28	5,2*
Klarzellige Karzinome	–	–	14	2,7*
Adenokarzinome o.n.A.	–	–	82	15,2*
Karzinome m.n.A.	–	–	8	1,5*
Karzinome o.n.A.	–	–	34	6,2*
Tumore der Gonaden	–	–	17	2,6
Keimzelltumore	–	–	11	1,7
Bösartige Neubildungen m.n.A.	–	–	10	1,5
Bösartige Neubildungen o.n.A.	–	–	83	12,6
Qualitätsmerkmale	männlich		weiblich	
Mikroskopisch verifiziert	–	–	72,8%	
DCO-Rate	–	–	9,7%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	–	–	0,07	

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C56.

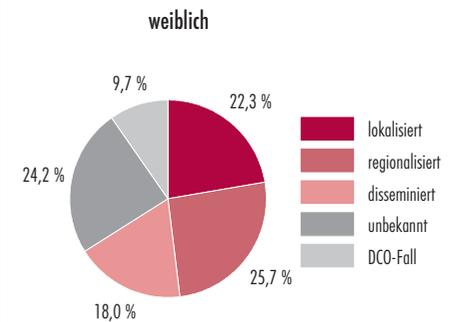
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen des Eierstocks¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



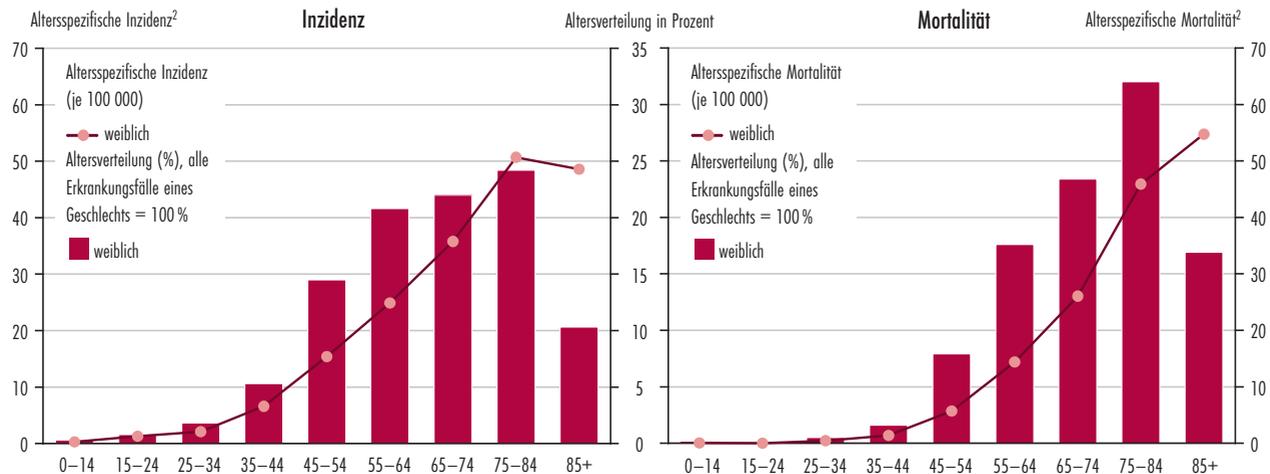
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C56. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Eierstock, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C56.

Altersverteilung und alterspezifische Inzidenz bzw. Mortalität des Eierstocks¹, 2017–2019

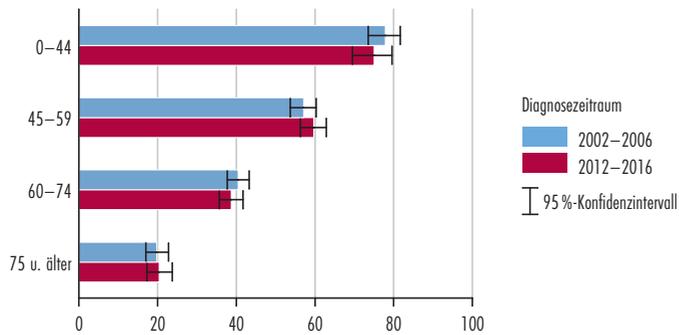


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C56. – 2) Jeweils auf 100 000 Frauen.

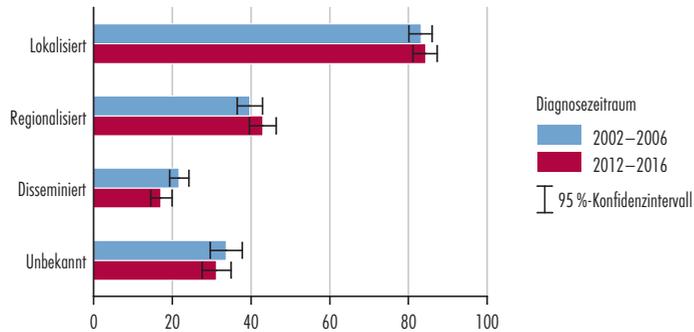


Relatives 5-Jahres Überleben¹, Eierstock² in Prozent

Alter bei Diagnose

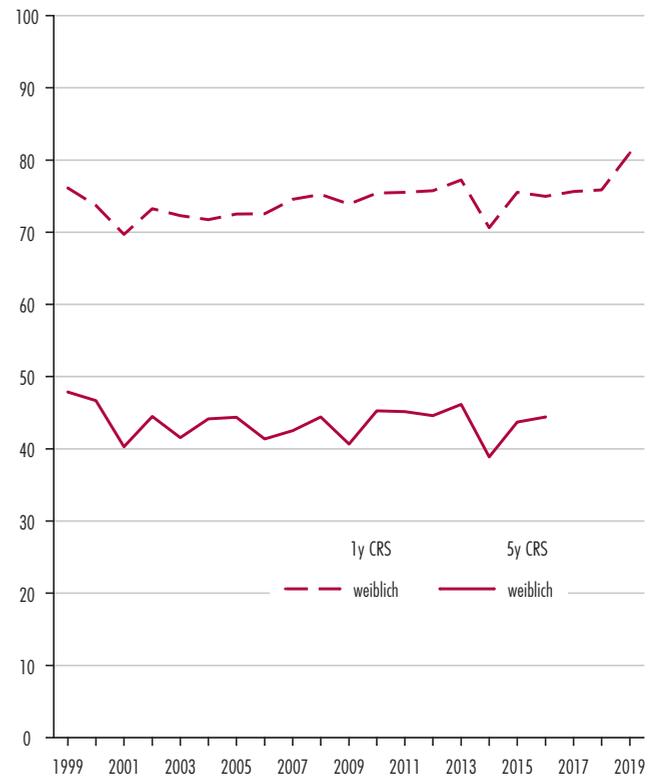


Tumorstadium bei Diagnose



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C56.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), Eierstock² nach Geschlecht, in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C56.

Entwicklung des relativen Überlebens¹, Eierstock²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	47,9	44,1	51,5	–	47,9
2000	46,7	42,9	50,4	–	46,7
2001	40,3	36,6	44,0	–	40,3
2002	44,5	40,7	48,2	–	44,5
2003	41,6	37,7	45,4	–	41,6
2004	44,1	40,4	47,8	–	44,1
2005	44,4	40,4	48,3	–	44,4
2006	41,4	37,5	45,2	–	41,4
2007	42,5	38,4	46,6	–	42,5
2008	44,4	40,4	48,4	–	44,4
2009	40,6	36,7	44,6	–	40,6
2010	45,3	41,3	49,2	–	45,3
2011	45,2	41,0	49,2	–	45,2
2012	44,6	40,4	48,7	–	44,6
2013	46,2	42,1	50,2	–	46,2
2014	38,9	34,8	42,9	–	38,9
2015	43,7	39,7	47,7	–	43,7
2016	44,4	40,1	48,7	–	44,4

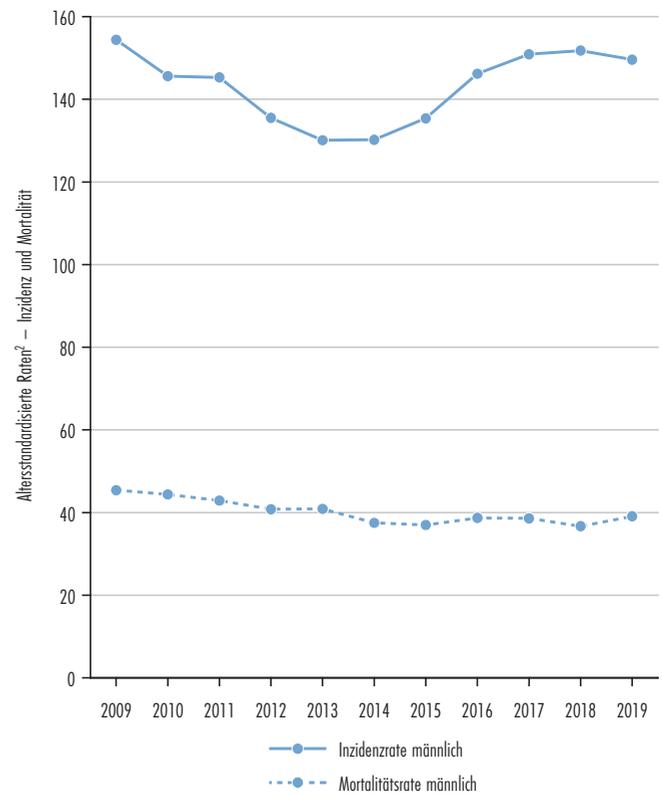
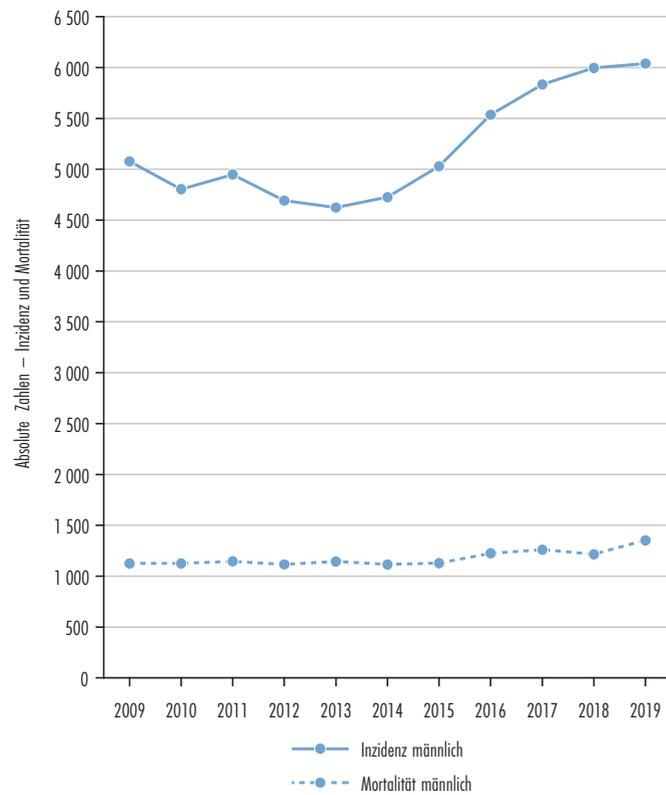
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C56. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Eierstocks¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	.	–	861	.	–	22,1	.	–	528	.	–	13,5
2000	.	–	843	.	–	21,4	.	–	537	.	–	13,7
2001	.	–	838	.	–	21,1	.	–	558	.	–	13,9
2002	.	–	830	.	–	20,9	.	–	519	.	–	12,8
2003	.	–	771	.	–	19,1	.	–	558	.	–	13,7
2004	.	–	837	.	–	20,4	.	–	559	.	–	13,5
2005	.	–	766	.	–	18,6	.	–	539	.	–	12,8
2006	.	–	768	.	–	18,4	.	–	507	.	–	11,9
2007	.	–	717	.	–	16,9	.	–	480	.	–	11,2
2008	.	–	737	.	–	17,2	.	–	540	.	–	12,3
2009	.	–	735	.	–	16,7	.	–	489	.	–	11,0
2010	.	–	722	.	–	16,5	.	–	438	.	–	9,8
2011	.	–	709	.	–	16,0	.	–	486	.	–	10,7
2012	.	–	683	.	–	15,3	.	–	511	.	–	11,2
2013	.	–	700	.	–	15,5	.	–	472	.	–	10,2
2014	.	–	683	.	–	14,8	.	–	507	.	–	10,7
2015	.	–	721	.	–	15,5	.	–	445	.	–	9,4
2016	.	–	691	.	–	14,6	.	–	519	.	–	10,7
2017	.	–	743	.	–	15,6	.	–	477	.	–	9,8
2018	.	–	763	.	–	15,8	.	–	520	.	–	10,4
2019	.	–	661	.	–	13,5	.	–	486	.	–	9,6

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C56. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Prostata¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C61. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer, Europäische Standardbevölkerung 2013.

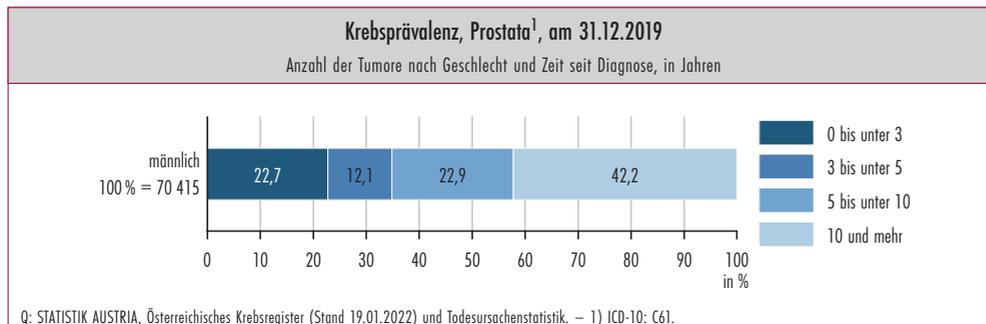
Prostatakrebs war 2019 nach wie vor die häufigste Krebserkrankung der österreichischen Männer und macht knapp 30% der Inzidenz aus. 2019 erkrankten 6 039 Männer, 1 352 Männer starben daran. Nach Altersstandardisierung betrug die Neuerkrankungsrate 150 von 100 000 Männern der Bevölkerung, die Sterblichkeitsrate 39 von 100 000. Am Jahresende 2019 waren 70 415 Männer mit der Diagnose Prostatakrebs am Leben. Bei über 40% aller betroffenen Männer wurde die Diagnose bereits vor zehn oder mehr Jahren gestellt (29 729 Männer).

Die altersstandardisierte Rate der Neuerkrankungen stieg bis 2003 stark an (211 je 100 000 Männer). Nach einer Phase mit rückläufigen Zahlen bis 2014 kam es danach wieder zu einem Anstieg auf 150 je 100 000 Männer, dieser Wert ist seit 2017 stabil. Die Sterberate ging seit dem Höchststand im Jahr 1999 deutlich zurück, von 66,1 auf 39,1 in 2019. Die Entwicklungen beim Prostatakrebs sind stark von den jeweiligen Screening-Standards abhängig.

Im Bundesländervergleich war die Neuerkrankungsrate im Jahresdurchschnitt 2017–2019 in Kärnten mit Abstand am höchsten und in Wien am geringsten. Die Sterblichkeitsrate war in Kärnten und der Steiermark am höchsten und in Tirol am geringsten.

Durch vermehrtes PSA-Screening kam es oft zu einer sehr frühen Diagnosestellung, die sich in der Verteilung der Tumorstadien widerspiegelt: 50,2% aller Neudiagnosen wurden bei lokalisiertem Tumorstadium gestellt. Ein Viertel der Tumore konnten keinem Stadium zugeordnet werden, da die Angaben auf der Krebsmeldung mangelhaft waren (21,2%) bzw. bei DCO-Fällen keine Information über das Stadium vorlag (3,8%).

Das relative einjährige Überleben war im vergangenen Jahrzehnt stabil und betrug zuletzt 98%. Das relative 5-Jahres-Überleben sank von 93% (2002–2006) auf 92% (2012–2016).

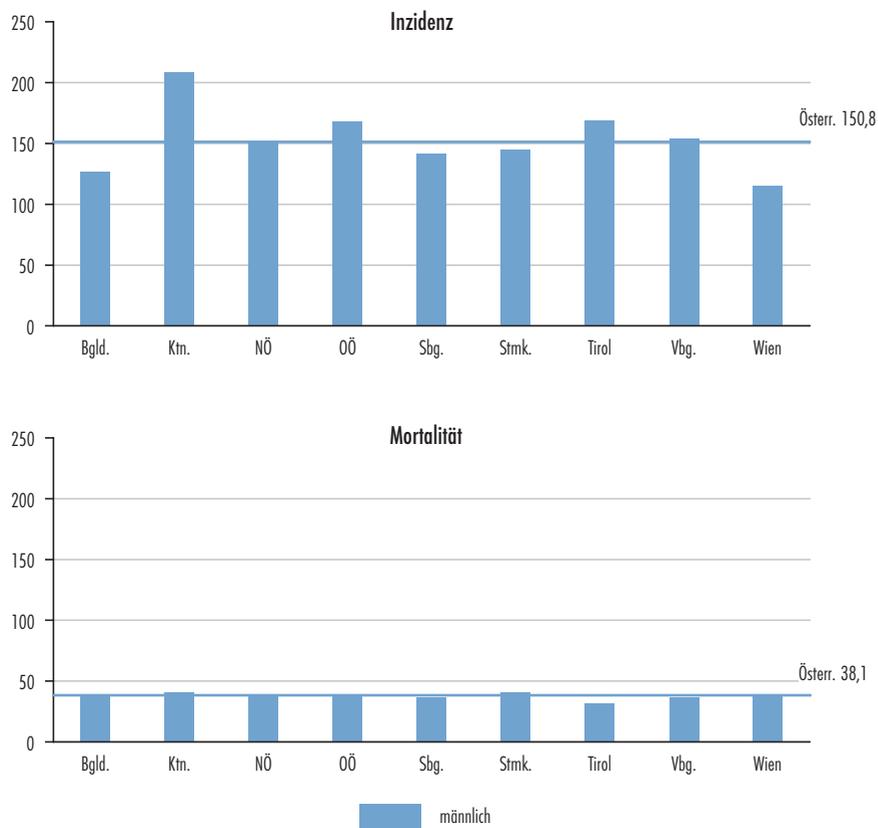


Morphologie und Qualitätsmerkmale, Prostata ¹ , 2017–2019				
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	5 740	100,0	–	–
Karzinome	5 205	90,7	–	–
Plattenepithelkarzinome	3	0,1*	–	–
Adenokarzinome o.n.A.	3 323	63,9*	–	–
Azinäre Adenokarzinome	8	0,2*	–	–
Karzinome m.n.A.	1 630	31,3*	–	–
Karzinome o.n.A.	240	4,6*	–	–
Bösartige Neubildungen m.n.A.	2	0,0	–	–
Bösartige Neubildungen o.n.A.	534	9,3	–	–
Qualitätsmerkmale				
Mikroskopisch verifiziert	80,5%		–	
DCO-Rate	3,8%		–	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,21		–	

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C61.

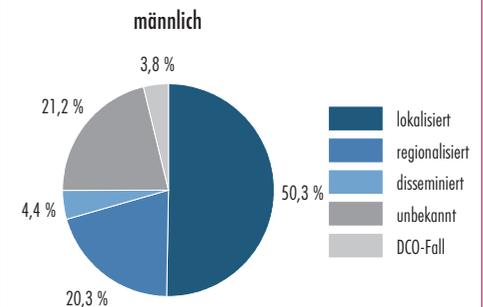
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen der Prostata¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



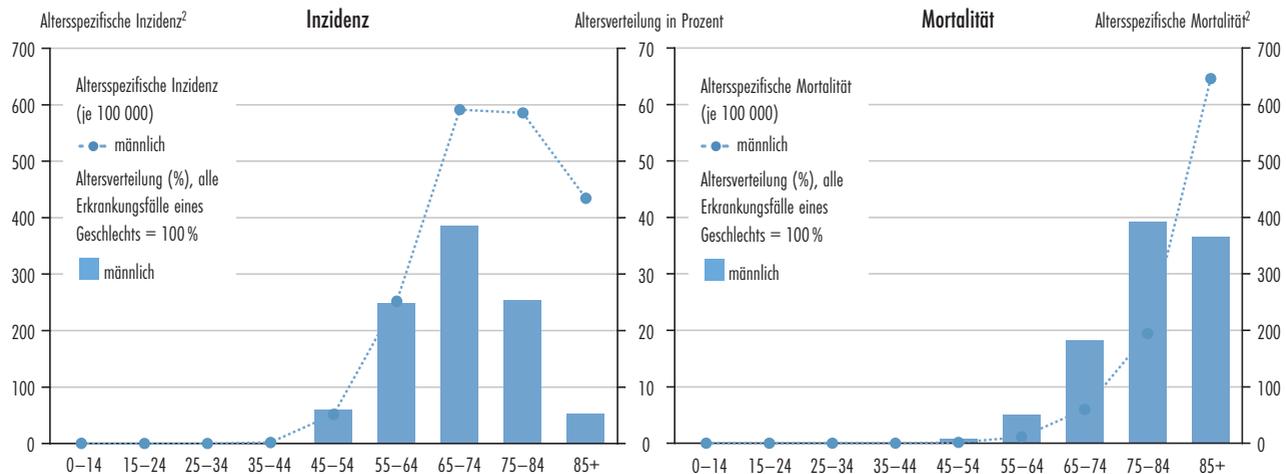
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C61. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Prostata¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C61.

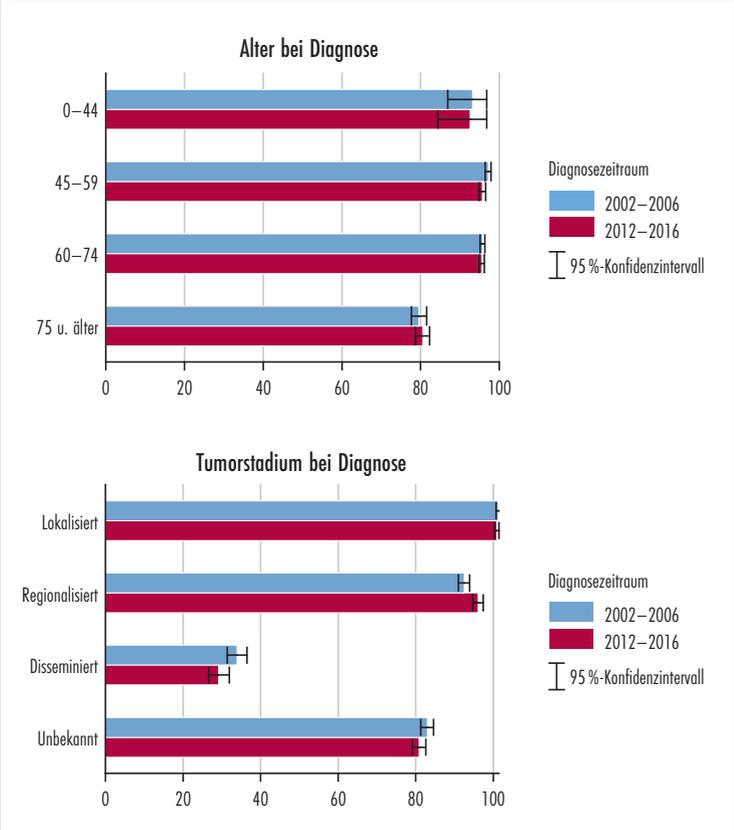
Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität der Prostata¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C61. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer.

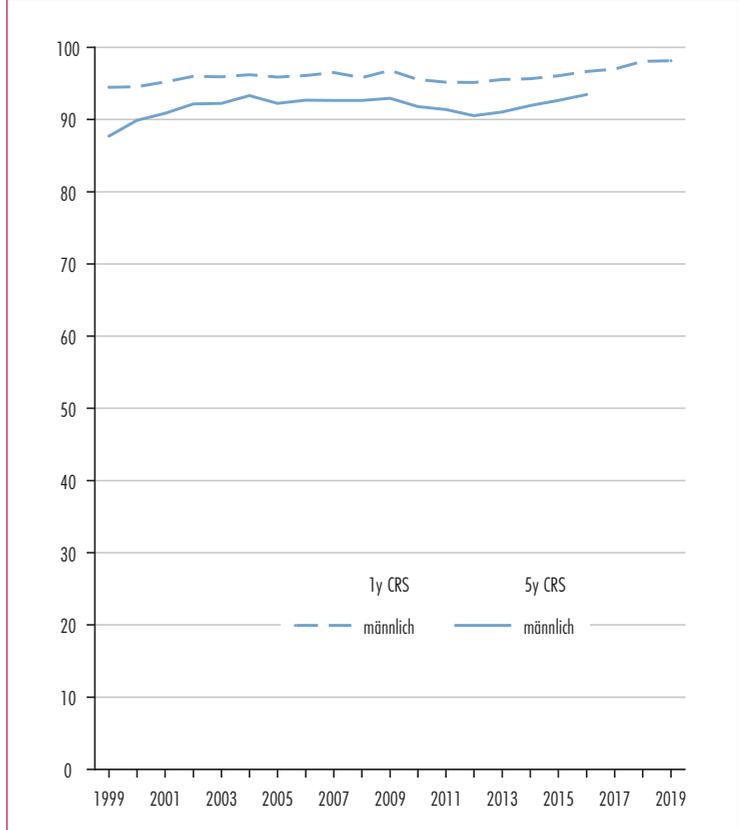


Relatives 5-Jahres Überleben¹, Prostata²
in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C61.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), Prostata²
nach Geschlecht, in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C61.

Entwicklung des relativen Überlebens¹, Prostata²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	87,7	86,1	89,3	87,7	–
2000	89,9	88,5	91,3	89,9	–
2001	90,9	89,5	92,2	90,9	–
2002	92,2	90,8	93,5	92,2	–
2003	92,2	90,9	93,4	92,2	–
2004	93,3	92,0	94,5	93,3	–
2005	92,2	90,9	93,5	92,2	–
2006	92,7	91,4	93,9	92,7	–
2007	92,7	91,4	93,9	92,7	–
2008	92,6	91,3	93,9	92,6	–
2009	93,0	91,6	94,2	93,0	–
2010	91,8	90,4	93,1	91,8	–
2011	91,4	90,0	92,7	91,4	–
2012	90,5	89,1	91,9	90,5	–
2013	91,0	89,6	92,4	91,0	–
2014	91,9	90,5	93,3	91,9	–
2015	92,6	91,3	93,9	92,6	–
2016	93,4	92,1	94,8	93,4	–

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C61. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

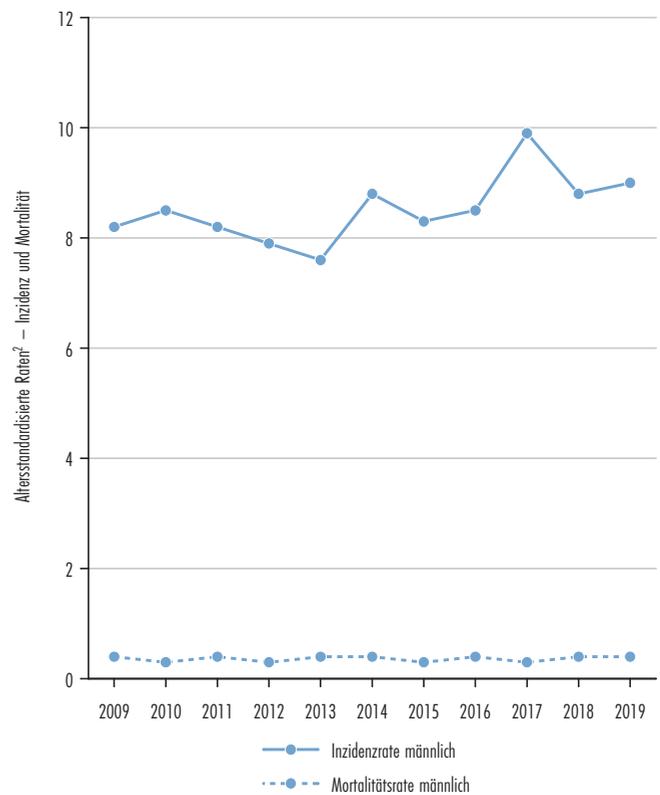
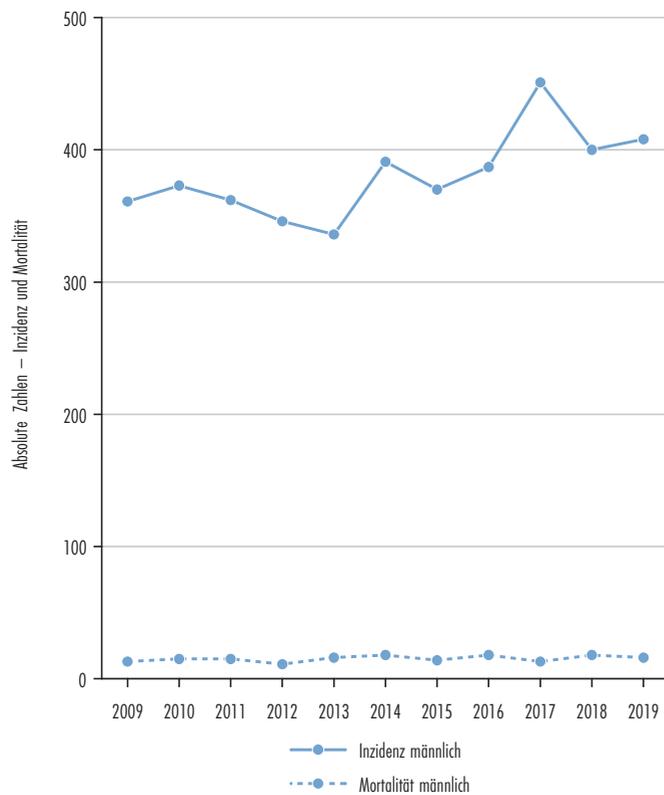
Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Prostata¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	.	4 714	–	.	188,6	–	.	1 222	–	.	66,1	–
2000	.	5 401	–	.	206,5	–	.	1 229	–	.	64,8	–
2001	.	5 436	–	.	201,1	–	.	1 184	–	.	61,2	–
2002	.	5 452	–	.	193,8	–	.	1 138	–	.	54,4	–
2003	.	6 024	–	.	211,3	–	.	1 160	–	.	57,4	–
2004	.	5 761	–	.	196,6	–	.	1 139	–	.	54,1	–
2005	.	5 365	–	.	179,0	–	.	1 097	–	.	50,8	–
2006	.	5 496	–	.	179,4	–	.	1 083	–	.	47,9	–
2007	.	5 567	–	.	176,9	–	.	1 066	–	.	45,1	–
2008	.	5 255	–	.	165,8	–	.	1 184	–	.	50,5	–
2009	.	5 077	–	.	154,4	–	.	1 125	–	.	45,4	–
2010	.	4 804	–	.	145,6	–	.	1 125	–	.	44,4	–
2011	.	4 949	–	.	145,3	–	.	1 146	–	.	42,9	–
2012	.	4 692	–	.	135,5	–	.	1 116	–	.	40,8	–
2013	.	4 624	–	.	130,1	–	.	1 144	–	.	40,9	–
2014	.	4 726	–	.	130,2	–	.	1 115	–	.	37,5	–
2015	.	5 030	–	.	135,4	–	.	1 128	–	.	37,0	–
2016	.	5 536	–	.	146,2	–	.	1 225	–	.	38,7	–
2017	.	5 834	–	.	150,9	–	.	1 260	–	.	38,6	–
2018	.	5 996	–	.	151,8	–	.	1 215	–	.	36,7	–
2019	.	6 039	–	.	149,6	–	.	1 352	–	.	39,1	–

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C61. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Hodens¹, Österreich ab 2009

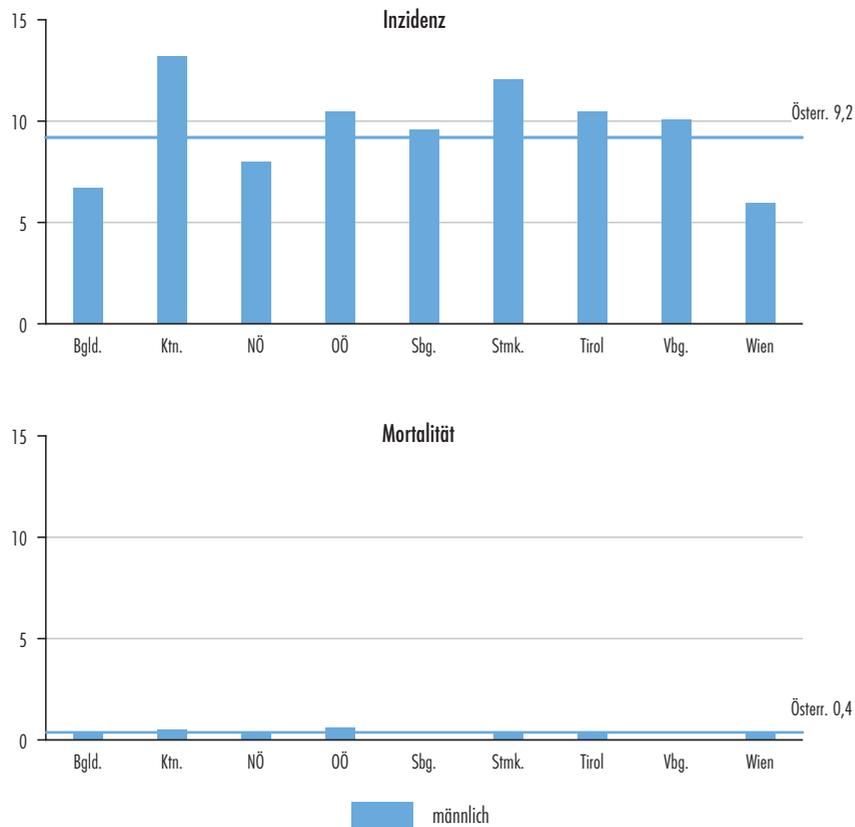


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C62. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer, Europäische Standardbevölkerung 2013.



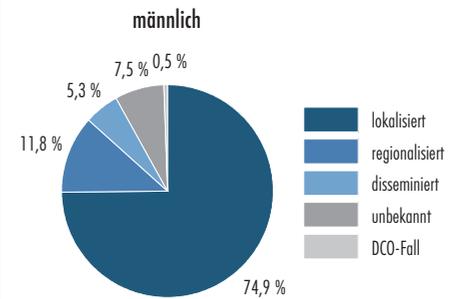
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen des Hodens¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



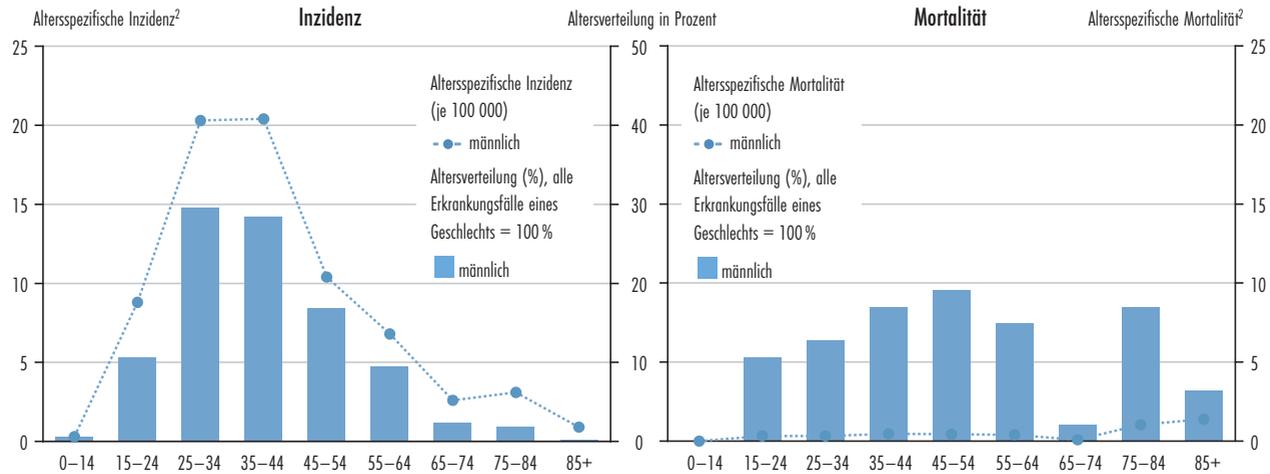
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C62. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Hoden¹, 2017–2019

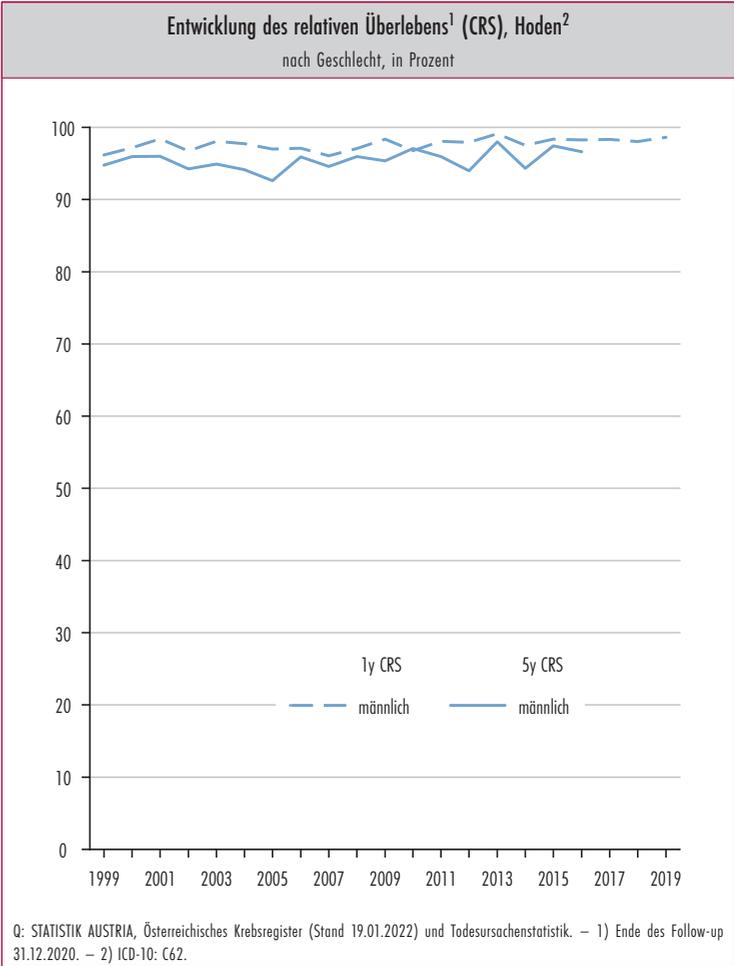
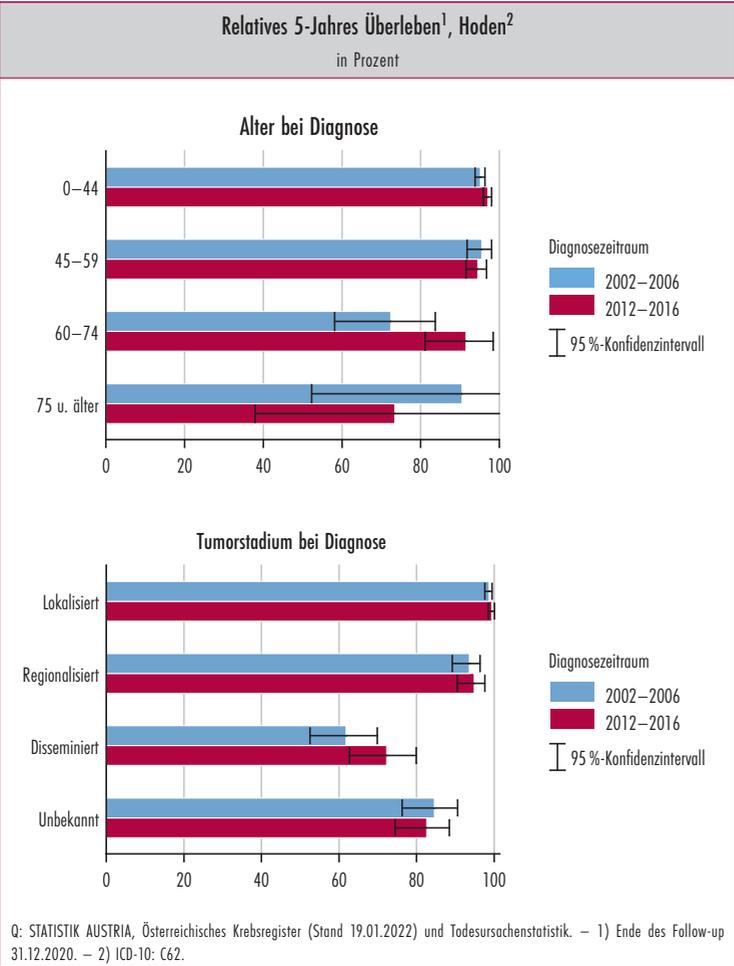


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C62.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität des Hodens¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C62. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer.



Entwicklung des relativen Überlebens¹, Hoden²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben					
	insgesamt			m	w	in %
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³			
1999	94,8	91,4	97,0	94,8	–	
2000	96,0	92,9	98,0	96,0	–	
2001	96,0	92,9	97,9	96,0	–	
2002	94,2	90,9	96,6	94,2	–	
2003	94,9	91,7	97,1	94,9	–	
2004	94,1	90,6	96,6	94,1	–	
2005	92,6	89,0	95,2	92,6	–	
2006	95,9	93,0	97,8	95,9	–	
2007	94,6	91,4	96,7	94,6	–	
2008	96,0	92,9	97,9	96,0	–	
2009	95,3	92,3	97,4	95,3	–	
2010	97,1	94,4	98,7	97,1	–	
2011	95,9	93,0	97,9	95,9	–	
2012	94,0	90,7	96,3	94,0	–	
2013	98,0	95,3	99,6	98,0	–	
2014	94,3	91,2	96,5	94,3	–	
2015	97,4	94,8	99,0	97,4	–	
2016	96,6	93,8	98,5	96,6	–	

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C62. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

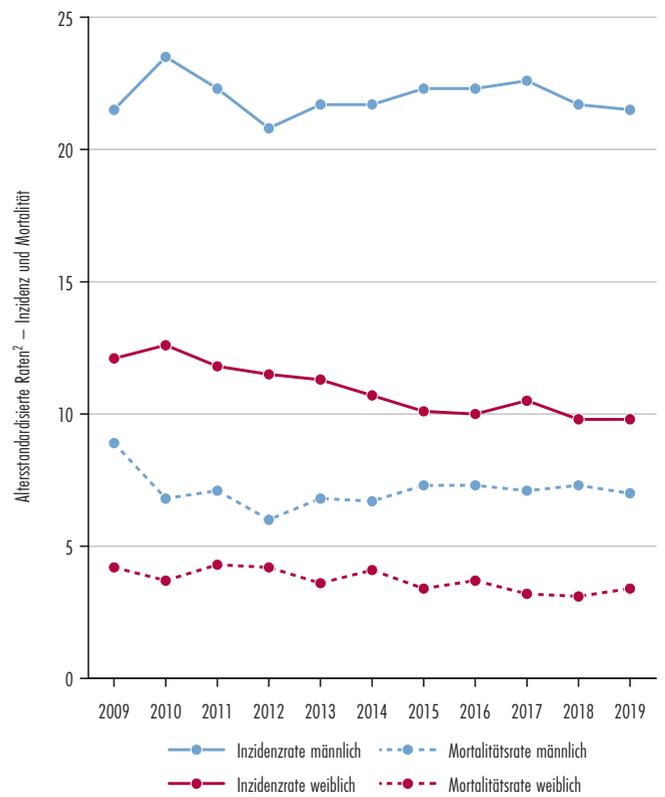
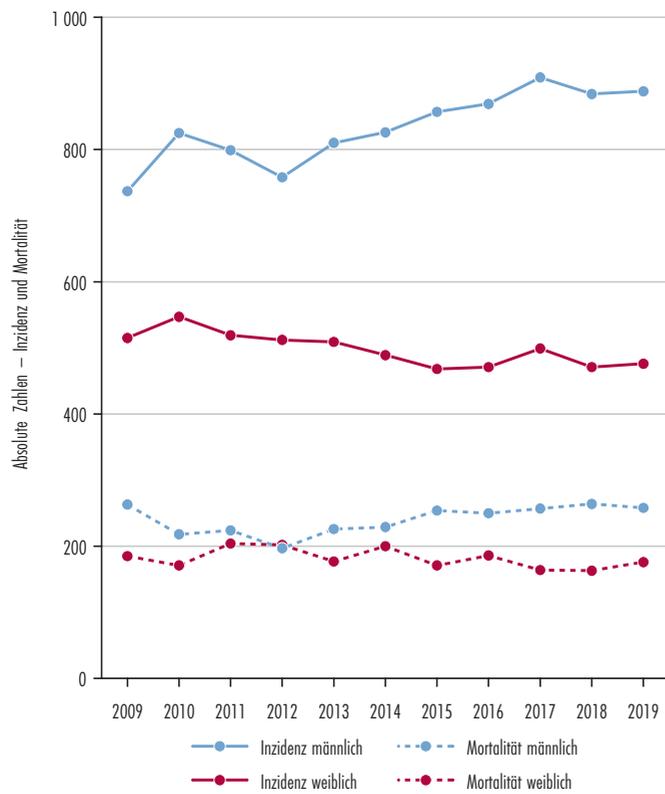
Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Hodens¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	.	334	–	.	7,6	–	.	17	–	.	0,5	–
2000	.	345	–	.	7,8	–	.	18	–	.	0,4	–
2001	.	331	–	.	7,3	–	.	13	–	.	0,3	–
2002	.	336	–	.	7,6	–	.	12	–	.	0,3	–
2003	.	355	–	.	8,1	–	.	19	–	.	0,5	–
2004	.	313	–	.	7,0	–	.	13	–	.	0,3	–
2005	.	341	–	.	7,7	–	.	16	–	.	0,5	–
2006	.	380	–	.	8,5	–	.	23	–	.	0,5	–
2007	.	379	–	.	8,6	–	.	26	–	.	0,6	–
2008	.	340	–	.	7,7	–	.	16	–	.	0,4	–
2009	.	361	–	.	8,2	–	.	13	–	.	0,4	–
2010	.	373	–	.	8,5	–	.	15	–	.	0,3	–
2011	.	362	–	.	8,2	–	.	15	–	.	0,4	–
2012	.	346	–	.	7,9	–	.	11	–	.	0,3	–
2013	.	336	–	.	7,6	–	.	16	–	.	0,4	–
2014	.	391	–	.	8,8	–	.	18	–	.	0,4	–
2015	.	370	–	.	8,3	–	.	14	–	.	0,3	–
2016	.	387	–	.	8,5	–	.	18	–	.	0,4	–
2017	.	451	–	.	9,9	–	.	13	–	.	0,3	–
2018	.	400	–	.	8,8	–	.	18	–	.	0,4	–
2019	.	408	–	.	9,0	–	.	16	–	.	0,4	–

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C62. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Niere¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C64. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

Im Jahr 2019 waren 1 364 Menschen mit der Diagnose Nierenkrebs konfrontiert. Damit war Nierenkrebs für rund 3,3% der jährlichen Krebsneuerkrankungen und 2,1% der Krebssterbefälle verantwortlich. Die altersstandardisierten Raten wiesen 15 Neuerkrankungen und fünf Sterbefälle je 100 000 Personen der Bevölkerung aus. Männer waren häufiger betroffen als Frauen: etwa 65% der Neuerkrankungs- und 59% der Sterbefälle im Jahr 2019 betrafen Männer. Am Jahresende 2019 waren 9 975 Männer und 6 390 Frauen mit einem bösartigen Nierentumor am Leben.

Im vergangenen Jahrzehnt sanken die altersstandardisierten Raten bei Neuerkrankungen und Sterbefällen bei den Frauen minimal, bei den Männern gab es kaum eine Veränderung.

Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate lag im Jahresdurchschnitt 2017–2019 in Kärnten über

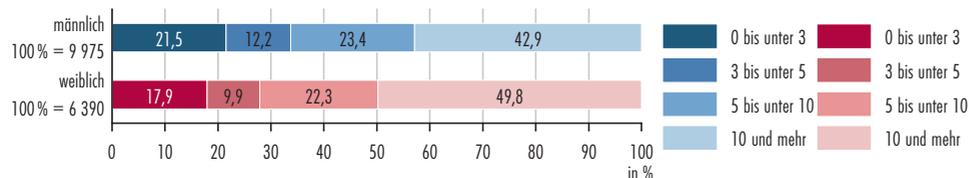
dem Durchschnitt, im Burgenland und in Wien deutlich darunter. Die Sterblichkeitsrate war in der Steiermark am höchsten, in Oberösterreich am geringsten.

Knapp über 60% aller bösartigen Nierentumore wurden in einem frühen Tumorstadium entdeckt, in dem der Tumor die Organgrenzen noch nicht durchbrochen hatte (lokalisiertes Tumorstadium). Bei 13,5% wurde kein Tumorstadium gemeldet (9,4% unbekanntes Tumorstadium, 4,1% DCO-Fälle).

Die relativen Überlebensraten stiegen im Zeitraum von 2002–2006 bis 2017–2018 (einjähriges Überleben) von 83% auf 87% bzw. bis 2012–2016 (fünfjähriges Überleben) von 74% auf 78%. Männer und Frauen wiesen ein annähernd gleiches 5-Jahres-Überleben auf (78% bzw. 77%).

Krebsprävalenz, Niere¹, Österreich am 31.12.2019

Anzahl der Tumore nach Geschlecht und Zeit seit Diagnose in Jahren



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) ICD-10: C64.

Morphologie und Qualitätsmerkmale, Niere¹,

2017–2019

Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	862	100,0	459	100,0
Karzinome	793	92,0	412	89,7
Nierenzellkarzinome	26	3,3*	14	3,4*
Klarzellige Nierenzellkarzinome	754	95,1*	393	95,4*
Klarzellige Adenokarzinome	277	36,8*	163	41,6*
Nierenzellkarzinome o.n.A.	281	37,3*	165	41,9*
Andere Nierenzellkarzinome	196	26,0*	65	16,5*
Karzinome m.n.A.	2	0,3*	1	0,2*
Karzinome o.n.A.	11	1,3*	4	1,1*
Bösartige Neubildungen m.n.A.	10	1,1	10	2,2
Bösartige Neubildungen o.n.A.	59	6,9	37	8,1

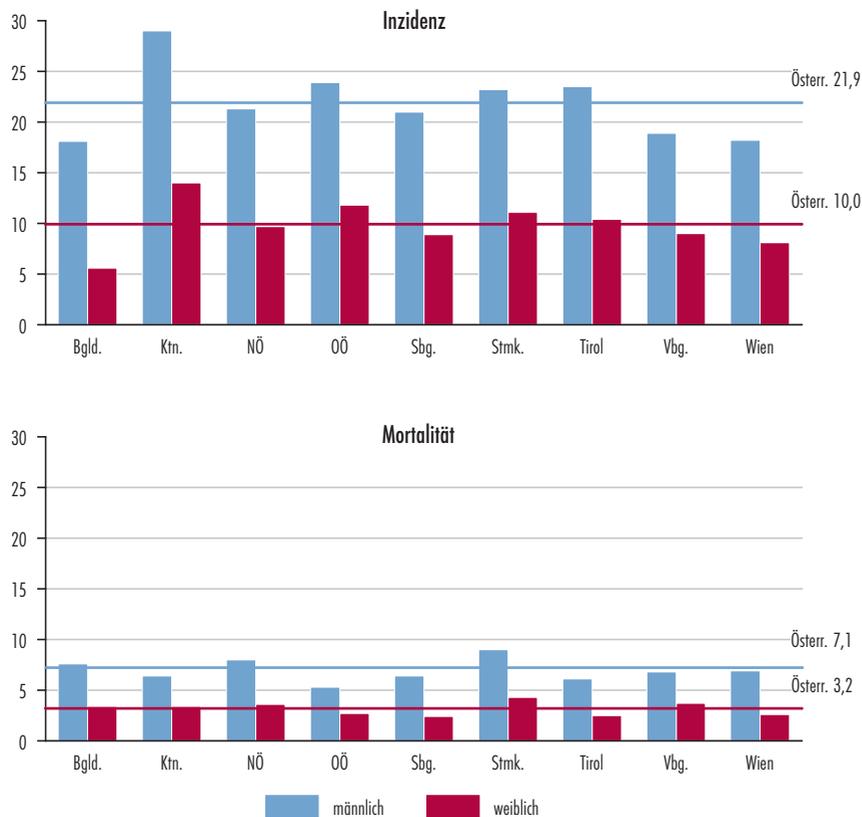
Qualitätsmerkmale	männlich	weiblich
Mikroskopisch verifiziert	78,4%	74,9%
DCO-Rate	3,7%	4,9%
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,29	0,35

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C64.



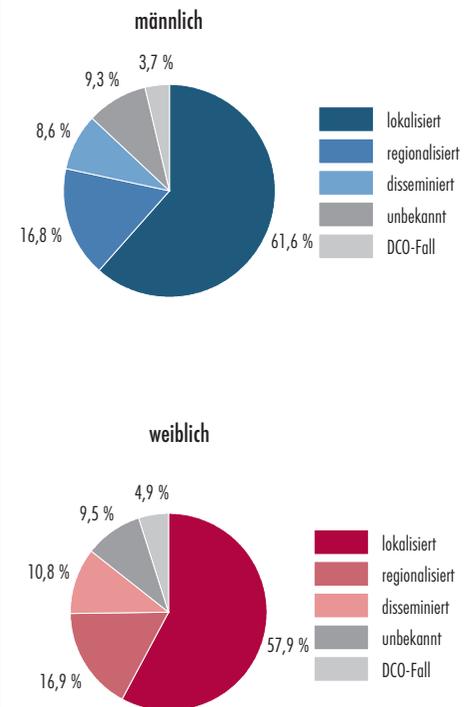
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen der Niere¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C64. – 2), Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Niere¹, 2017–2019



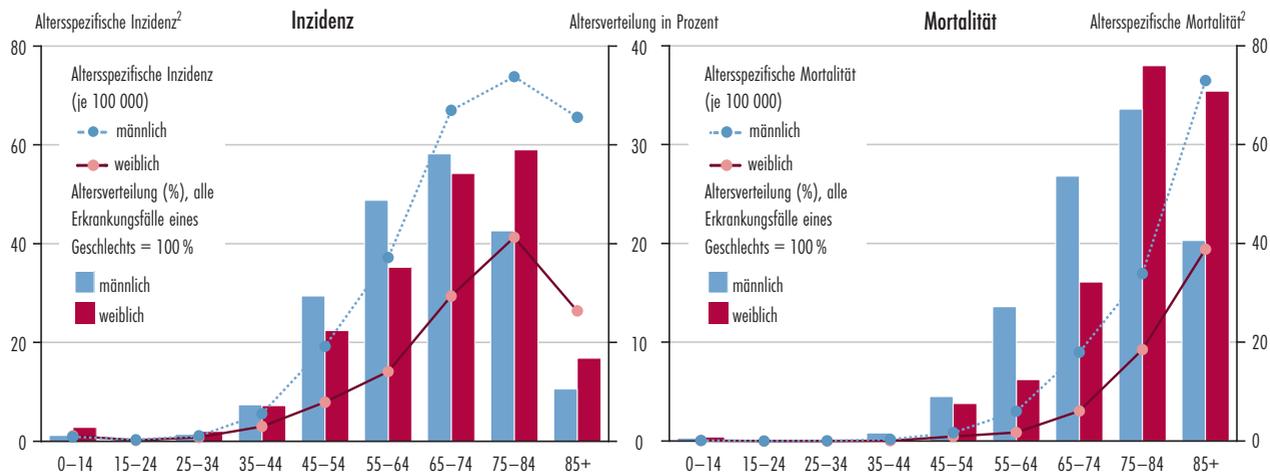
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C64.

Geschlechtsverteilung der bösartigen Neubildungen der Niere¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C64.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität der Niere¹, 2017–2019

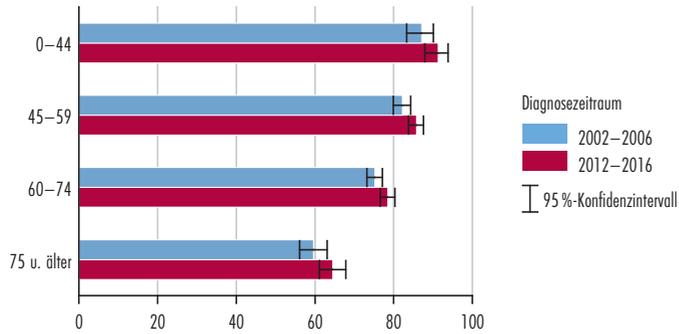


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C64. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.

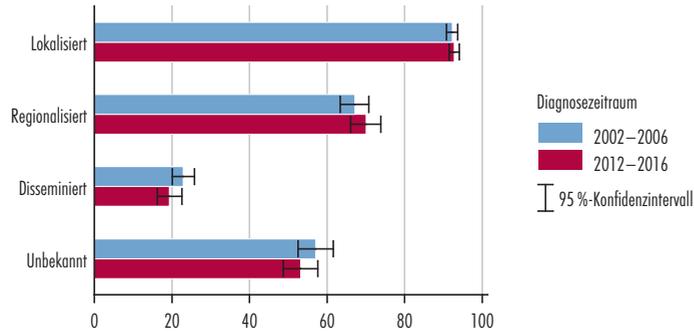


Relatives 5-Jahres Überleben¹, Niere² in Prozent

Alter bei Diagnose



Tumorstadium bei Diagnose



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C64.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), Niere², nach Geschlecht in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C64.

Entwicklung des relativen Überlebens¹, Niere²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	67,8	64,5	70,9	69,7	65,1
2000	71,7	68,6	74,7	72,3	70,9
2001	72,6	69,4	75,6	75,0	69,3
2002	70,8	67,7	73,8	72,2	68,8
2003	74,4	71,2	77,3	73,9	75,0
2004	71,8	68,7	74,8	71,9	71,6
2005	74,3	71,0	77,3	73,2	75,9
2006	77,7	74,6	80,5	79,6	74,8
2007	73,2	70,1	76,1	74,5	71,1
2008	76,6	73,6	79,5	77,5	75,2
2009	77,5	74,4	80,4	79,5	74,5
2010	75,4	72,5	78,2	78,6	70,5
2011	73,6	70,6	76,5	74,9	71,5
2012	77,7	74,7	80,6	79,5	75,1
2013	74,5	71,5	77,4	72,9	77,2
2014	77,5	74,5	80,3	77,5	77,4
2015	80,1	77,1	82,8	79,5	81,1
2016	77,8	74,7	80,7	80,2	73,4

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C64. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

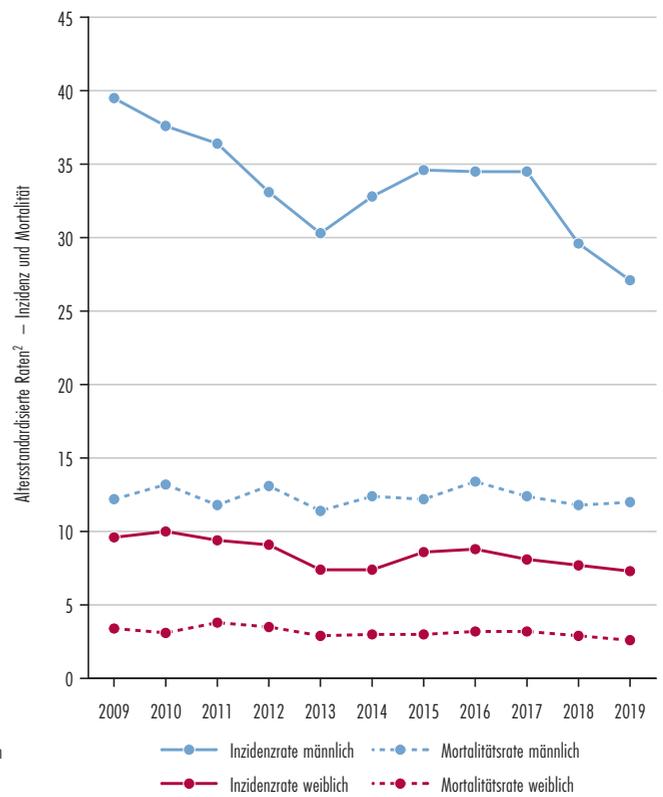
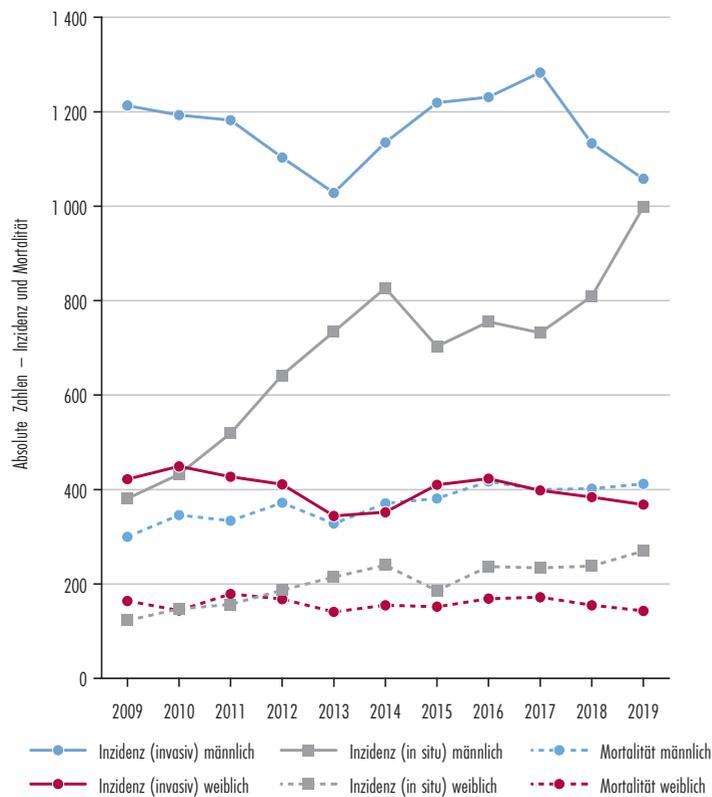
Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Niere¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	1 242	701	541	18,5	25,0	13,9	449	234	215	7,0	9,4	5,4
2000	1 308	735	573	19,3	25,5	14,5	458	233	225	7,1	9,2	5,5
2001	1 283	730	553	18,7	25,4	14,0	421	230	191	6,4	9,1	4,7
2002	1 289	766	523	18,4	25,8	13,2	444	249	195	6,6	9,8	4,7
2003	1 264	767	497	17,9	25,2	12,3	453	261	192	6,7	9,9	4,6
2004	1 288	753	535	18,1	24,6	13,2	424	229	195	6,1	8,3	4,7
2005	1 220	739	481	16,9	23,8	11,7	407	221	186	5,8	8,2	4,4
2006	1 274	755	519	17,4	23,4	12,6	430	237	193	6,0	8,4	4,4
2007	1 328	794	534	17,7	24,1	12,7	407	222	185	5,6	7,7	4,1
2008	1 285	792	493	17,0	23,8	11,7	417	256	161	5,7	8,7	3,6
2009	1 252	737	515	16,3	21,5	12,1	448	263	185	6,0	8,9	4,2
2010	1 372	825	547	17,6	23,5	12,6	389	218	171	5,1	6,8	3,7
2011	1 318	799	519	16,6	22,3	11,8	428	224	204	5,5	7,1	4,3
2012	1 270	758	512	15,7	20,8	11,5	399	197	202	4,9	6,0	4,2
2013	1 319	810	509	16,1	21,7	11,3	403	226	177	4,9	6,8	3,6
2014	1 315	826	489	15,8	21,7	10,7	429	229	200	5,2	6,7	4,1
2015	1 325	857	468	15,6	22,3	10,1	425	254	171	5,0	7,3	3,4
2016	1 340	869	471	15,6	22,3	10,0	436	250	186	5,1	7,3	3,7
2017	1 408	909	499	16,1	22,6	10,5	421	257	164	4,9	7,1	3,2
2018	1 355	884	471	15,2	21,7	9,8	427	264	163	4,9	7,3	3,1
2019	1 364	888	476	15,1	21,5	9,8	434	258	176	4,8	7,0	3,4

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C64. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Harnblase¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C67.

Im Jahr 2019 wurden insgesamt 1 426 Neuerkrankungen und 555 Sterbefälle an invasiven Karzinomen der Harnblase registriert. Das waren rund 3,4 % aller Krebsneuerkrankungen und 2,7 % aller Krebssterbefälle. Die altersstandardisierten Raten wiesen 16 Neuerkrankungen und sechs Sterbefälle je 100 000 der Bevölkerung aus. Männer waren häufiger betroffen als Frauen: etwa 74 % der Neuerkrankungs- und Sterbefälle im Jahresdurchschnitt 2017–2019 betrafen Männer. Am Jahresende 2019 waren 11 421 Männer und 4 050 Frauen mit einem invasiven Karzinom der Harnblase am Leben.

Tabakkonsum gilt als wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung von Blasenkrebs. Die Melde- und Codiergewohnheiten bezüglich der pTa Harnblasentumoren dürften die Inzidenz stark beeinflussen. pTa Tumoren werden zu den nicht-invasiven Tumoren gezählt und sind daher in dieser Statistik nicht enthalten. Diese Verschiebung könnte,

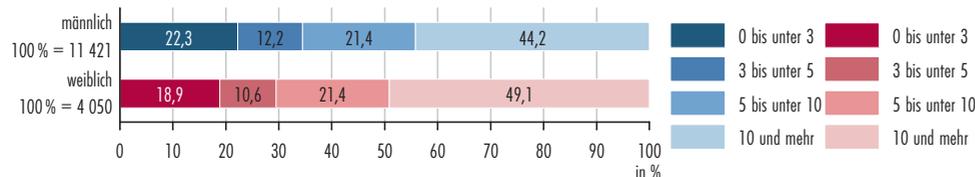
neben verändertem Risikoverhalten auch einen Teil des Rückgangs der altersstandardisierten Inzidenzraten während der letzten zehn Jahre erklären (Männer –31 % bzw. Frauen –24 %). Die altersstandardisierten Raten der Sterblichkeit blieben in diesem Zeitraum nahezu unverändert.

Im Vergleich der Bundesländer wies Wien die höchste altersstandardisierte Neuerkrankungsrate des Jahresdurchschnitts 2017–2019 auf, die geringste Rate war im Burgenland zu beobachten. Die Sterberate war in Wien mit Abstand am höchsten, in Vorarlberg vergleichsweise gering.

Die relativen Überlebensraten sanken im Zeitraum von 2002–2006 bis 2017–2018 (einjähriges Überleben) von 86 % auf 83 % bzw. bis 2012–2016 (fünfjähriges Überleben) von 71 % auf 66 %. Dieser Rückgang könnte ebenfalls durch den Ausschluss der frühen Erkrankungsstadien erklärt werden.

Krebsprävalenz, Harnblase¹, Österreich am 31.12.2019

Anzahl der Tumore nach Geschlecht und Zeit seit Diagnose, in Jahren



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C67.

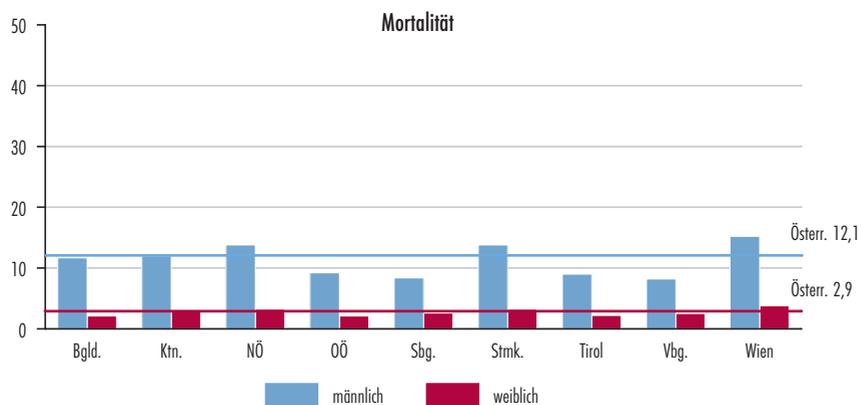
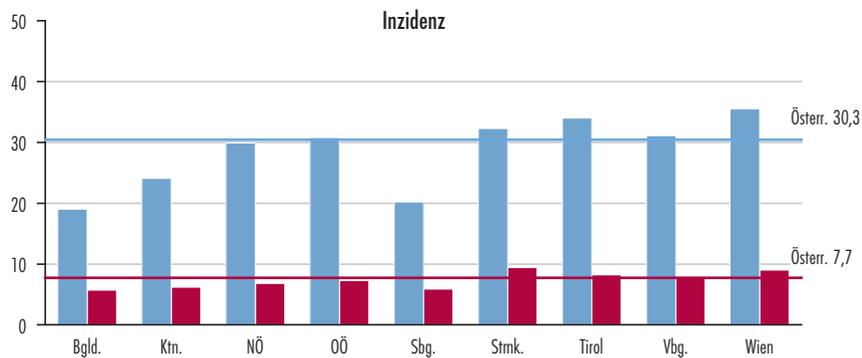
Morphologie und Qualitätsmerkmale, Harnblase¹,

2017–2019

Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	1 118	100,0	358	100,0
Karzinome	1 020	91,2	332	92,7
Plattenepithelkarzinome	4	0,4*	10	3,0*
Papilläre Karzinome	959	94,0*	302	91,0*
Adenokarzinome	22	2,2*	7	2,2*
Karzinome m.n.A.	3	0,3*	0	0,1*
Karzinome o.n.A.	32	3,1*	12	3,7*
Sarkome	2	0,1	1	0,3
Bösartige Neubildungen m.n.A.	0	0,0	0	0,0
Bösartige Neubildungen o.n.A.	96	8,6	25	7,1
Qualitätsmerkmale				
Mikroskopisch verifiziert	78,4%		74,9%	
DCO-Rate	3,7%		4,9%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,35		0,41	
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C67.				

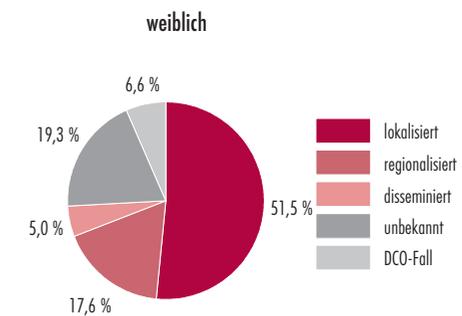
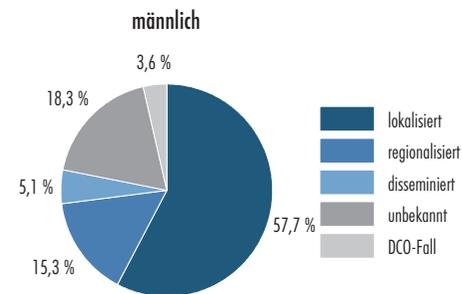
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen der Harnblase¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C67. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Harnblase¹, 2017–2019



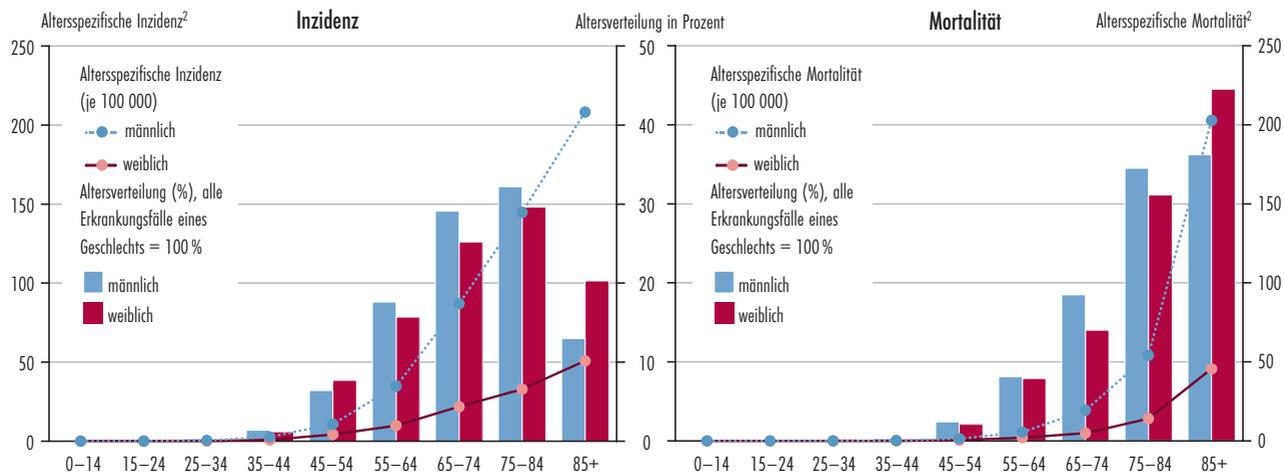
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C67.

Geschlechtsverteilung der bösartigen Neubildungen der Harnblase¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C67.

Altersverteilung und alterspezifische Inzidenz bzw. Mortalität der Harnblase¹, 2017–2019

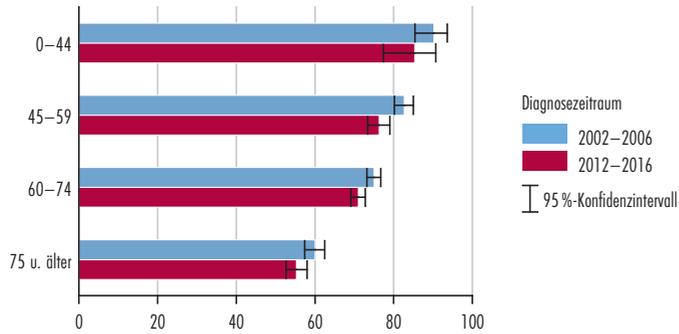


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C67. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.

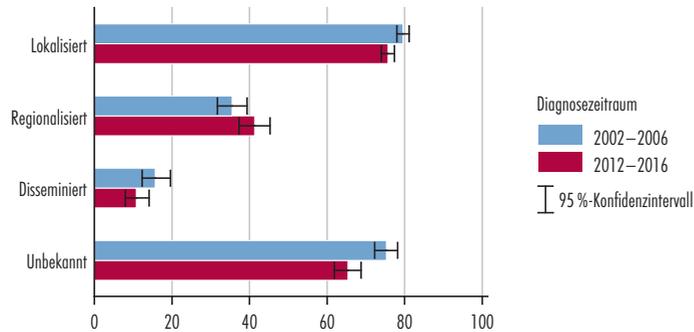


Relatives 5-Jahres Überleben¹, Harnblase² in Prozent

Alter bei Diagnose

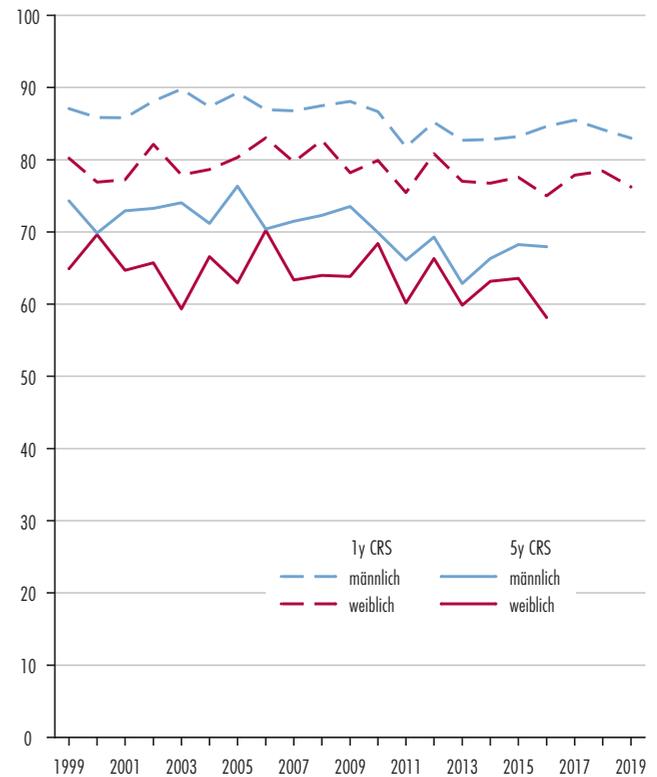


Tumorstadium bei Diagnose



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C67.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), Harnblase² nach Geschlecht, in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C67.

Entwicklung des relativen Überlebens ¹ , Harnblase ²					
Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	71,9	68,8	74,8	74,3	64,9
2000	69,8	66,8	72,7	69,9	69,6
2001	70,6	67,6	73,6	72,9	64,7
2002	71,2	68,2	74,1	73,3	65,7
2003	70,1	67,0	73,0	74,0	59,3
2004	70,0	66,9	72,9	71,2	66,6
2005	72,7	69,6	75,7	76,3	62,9
2006	70,4	67,5	73,2	70,4	70,2
2007	69,2	66,1	72,3	71,5	63,4
2008	70,0	66,9	73,0	72,3	64,0
2009	71,0	68,0	74,0	73,5	63,8
2010	69,5	66,5	72,4	69,9	68,4
2011	64,5	61,5	67,6	66,1	60,2
2012	68,5	65,3	71,6	69,3	66,3
2013	62,1	58,8	65,4	62,9	59,8
2014	65,6	62,4	68,7	66,3	63,2
2015	67,1	64,0	70,1	68,2	63,6
2016	65,4	62,2	68,6	67,9	58,2

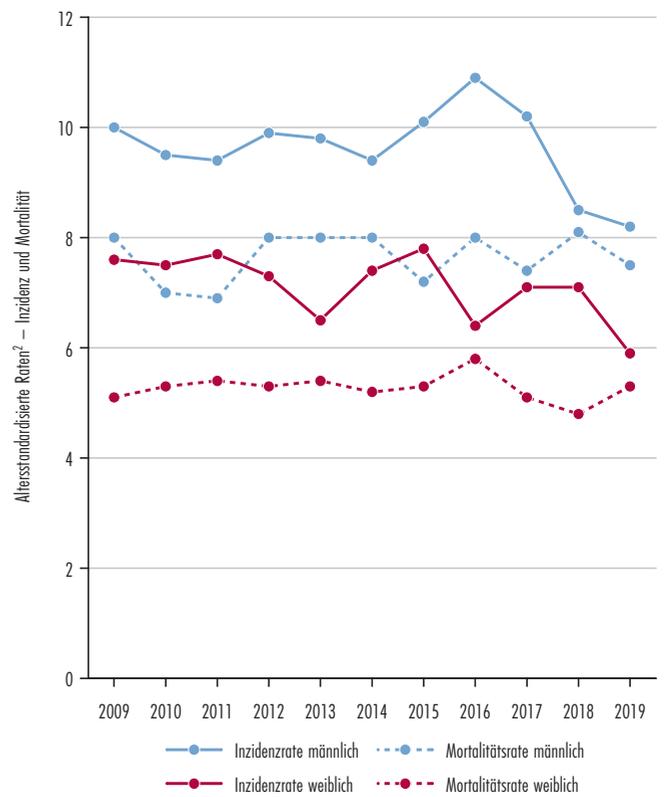
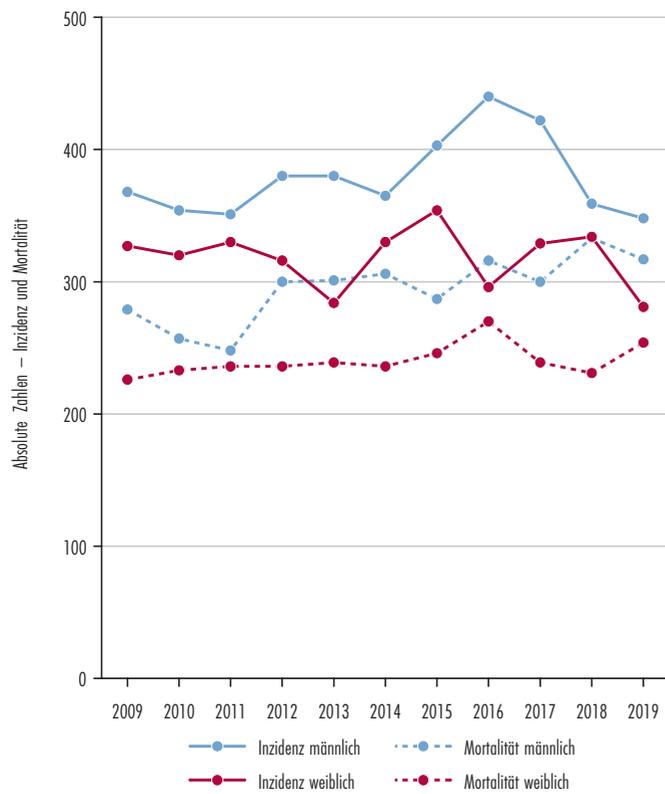
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C67. – 3) Unter- bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Harnblase ¹ , Österreich ab 1999												
Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	1 666	1 223	443	25,5	48,2	11,3	518	347	171	8,4	16,3	4,3
2000	1 706	1 245	461	26,0	49,8	11,7	495	320	175	8,0	15,7	4,3
2001	1 691	1 208	483	25,3	46,9	11,9	536	352	184	8,5	16,3	4,6
2002	1 697	1 219	478	24,9	45,3	11,8	513	337	176	7,9	15,0	4,1
2003	1 697	1 232	465	24,7	45,8	11,2	510	342	168	7,8	15,0	4,0
2004	1 701	1 236	465	24,7	46,6	11,3	527	354	173	8,1	16,8	4,0
2005	1 593	1 167	426	22,5	41,7	10,3	481	305	176	7,1	13,3	4,0
2006	1 826	1 385	441	25,2	48,3	10,2	491	327	164	7,0	13,9	3,6
2007	1 625	1 175	450	22,2	40,4	10,5	478	336	142	6,8	13,5	3,1
2008	1 638	1 178	460	22,0	39,1	10,5	497	341	156	7,0	13,7	3,5
2009	1 635	1 213	422	21,7	39,5	9,6	464	300	164	6,4	12,2	3,4
2010	1 642	1 193	449	21,2	37,6	10,0	490	346	144	6,5	13,2	3,1
2011	1 609	1 182	427	20,5	36,4	9,4	513	334	179	6,7	11,8	3,8
2012	1 514	1 103	411	19,0	33,1	9,1	540	372	168	6,9	13,1	3,5
2013	1 372	1 028	344	16,9	30,3	7,4	469	328	141	5,8	11,4	2,9
2014	1 487	1 135	352	17,9	32,8	7,4	526	371	155	6,4	12,4	3,0
2015	1 629	1 219	410	19,5	34,6	8,6	533	381	152	6,4	12,2	3,0
2016	1 654	1 231	423	19,4	34,5	8,8	586	417	169	6,9	13,4	3,2
2017	1 681	1 283	398	19,4	34,5	8,1	572	400	172	6,6	12,4	3,2
2018	1 517	1 133	384	17,2	29,6	7,7	557	402	155	6,3	11,8	2,9
2019	1 426	1 058	368	15,8	27,1	7,3	555	412	143	6,2	12,0	2,6

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C67. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Gehirns¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C70–C72. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

Zu den bösartigen Tumoren des Gehirns und des zentralen Nervensystems zählen auch Krebserkrankungen der Hirnhäute, Hirnnerven, der Rückenmarkshäute, des Rückenmarks sowie der Spinalnerven im Rückenmarkskanal. Insgesamt machte diese Gruppe 2019 mit 629 Fällen 1,5% aller Krebsneuerkrankungen und mit 571 Sterbefällen 2,8% aller Krebssterbefälle aus. Die altersstandardisierten Raten wiesen sieben Neuerkrankungen und sechs Sterbefälle je 100 000 der Bevölkerung aus. Am Jahresende 2019 waren 2 096 Männer und 2 141 Frauen mit einem bösartigen Gehirntumor am Leben.

Sowohl die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate als auch die altersstandardisierte Sterberate

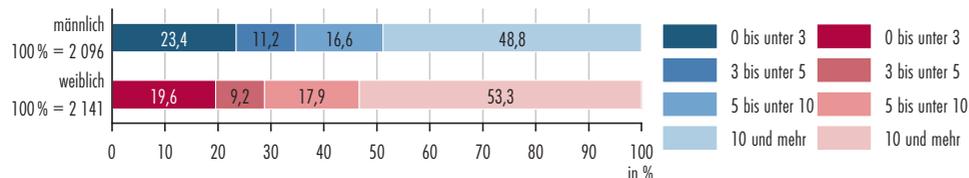
blieb bei Männern und Frauen zwischen 2009 und 2019 relativ konstant.

In Vorarlberg und Niederösterreich war die Neuerkrankungsrate im Jahresdurchschnitt 2017–2019 am höchsten und in Salzburg am niedrigsten. Die Sterberaten waren in Niederösterreich und in Tirol am höchsten und im Burgenland am geringsten.

Die relativen Überlebensraten stiegen im Zeitraum von 2002–2006 bis 2017–2018 (einjähriges Überleben) minimal, von 57% auf 58%. Beim fünfjährigen Überleben (2012–2016) zeigte sich eine Abnahme von 32% auf 28%. Frauen wiesen ein höheres 5-Jahres-Überleben als Männer auf (31% bzw. 26%).

Krebsprävalenz, Gehirn¹, Österreich am 31.12.2019

Anzahl der Tumore nach Geschlecht und Zeit seit Diagnose, in Jahren



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) ICD-10: C70–C72.

Morphologie und Qualitätsmerkmale, Gehirn¹,

2017–2019

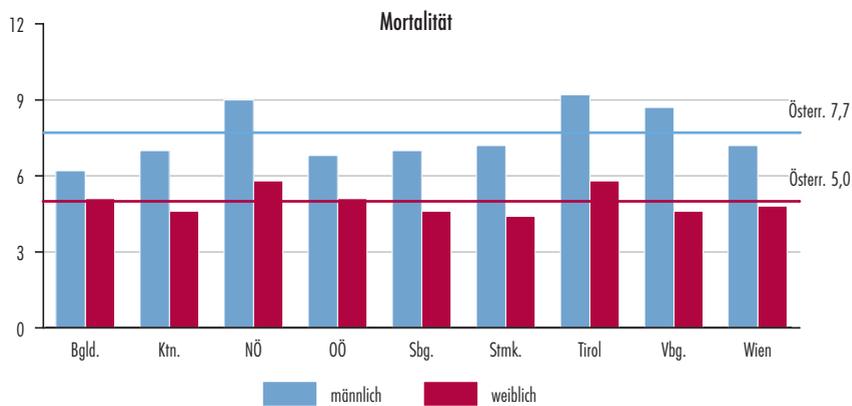
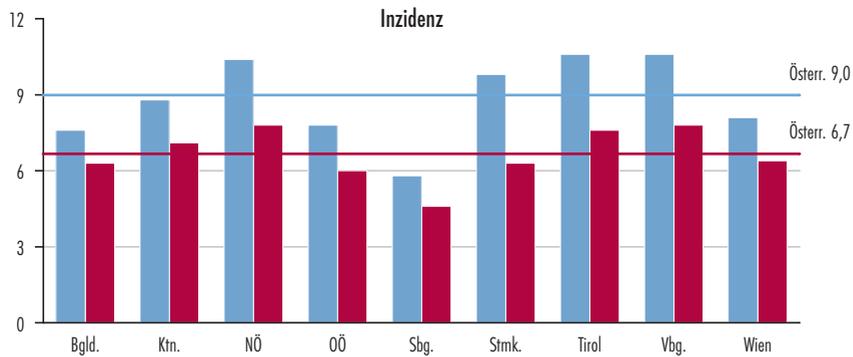
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	342	100,0	281	100,0
Tumore des neuroepithelialen Gewebes	312	91,0	247	87,8
Gliome	304	97,4*	239	96,6*
Astrozytische Gliome	262	86,4*	205	85,8*
Mischgliome	17	5,5*	11	4,7*
Ependymome	9	2,9*	8	3,2*
Andere Gliome	16	5,3*	15	6,3*
Embryonale Tumore	6	2,0*	5	1,9*
Medulloblastome	5	84,2*	3	64,3*
Andere embryonale Tumore	1	15,8*	2	35,7*
Andere neuroepitheliale Tumore	2	0,5*	4	1,5*
Bösartige Neubildungen m.n.A.	8	2,3	8	2,7
Bösartige Neubildungen o.n.A.	23	6,6	27	9,5
Qualitätsmerkmale	männlich		weiblich	
Mikroskopisch verifiziert	78,4%		74,9%	
DCO-Rate	3,7%		4,9%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,85		0,77	

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C70–C72.



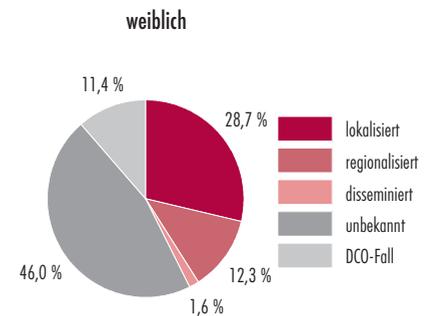
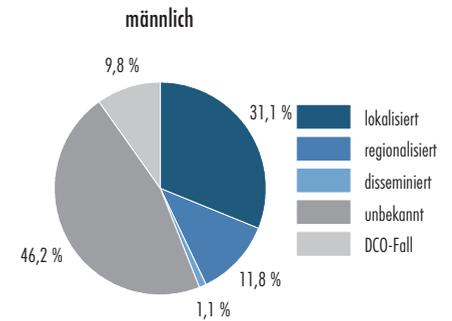
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen des Gehirns¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C70–C72. – 2) Europ. Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Gehirn¹, 2017–2019



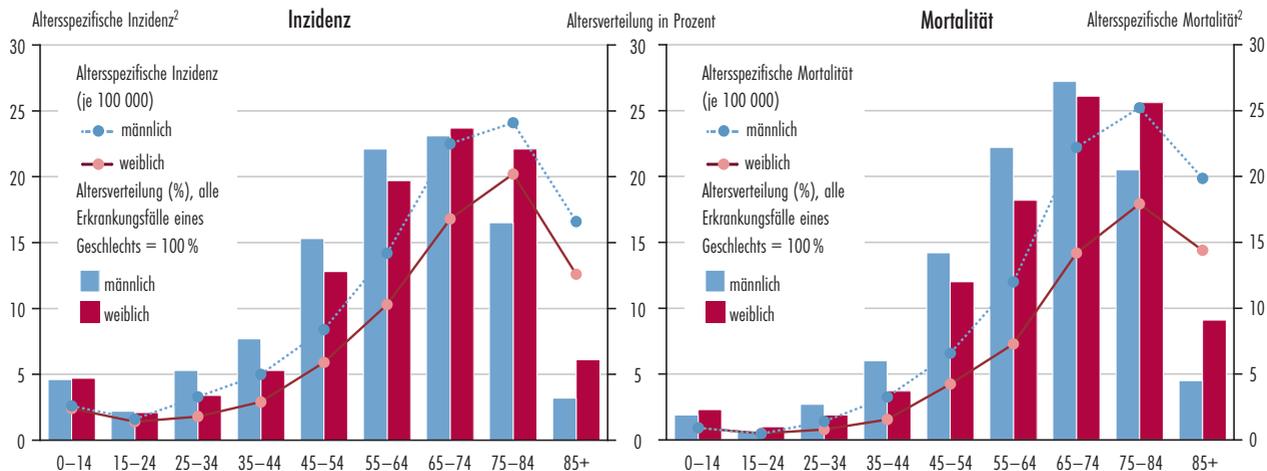
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C70–C72.

Geschlechtsverteilung der bösartigen Neubildungen des Gehirns¹, 2017–2019

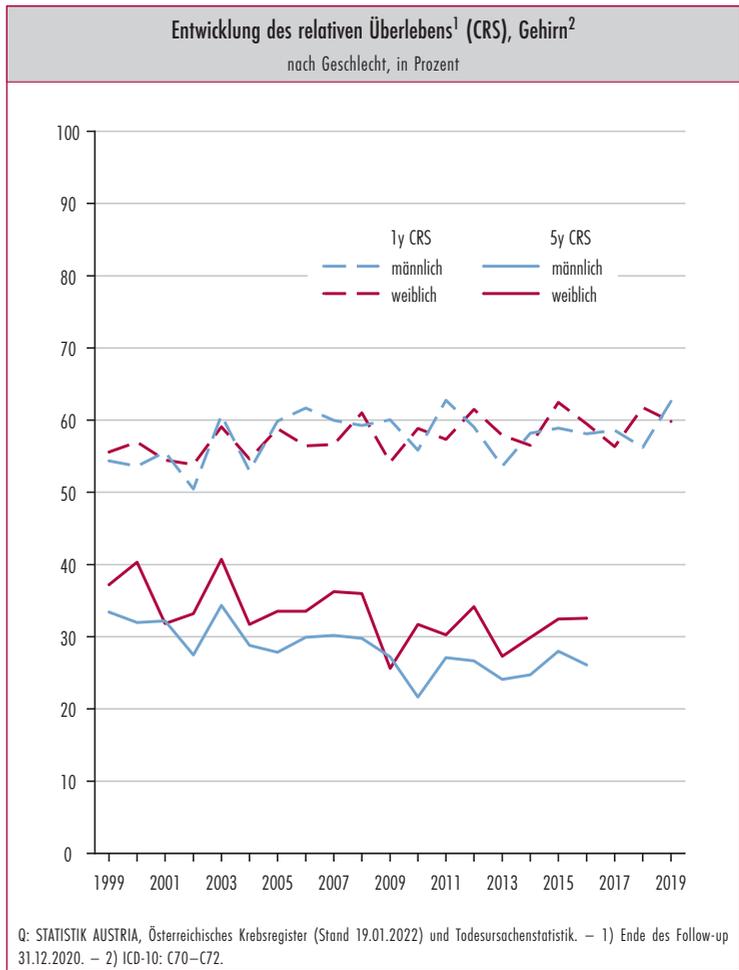
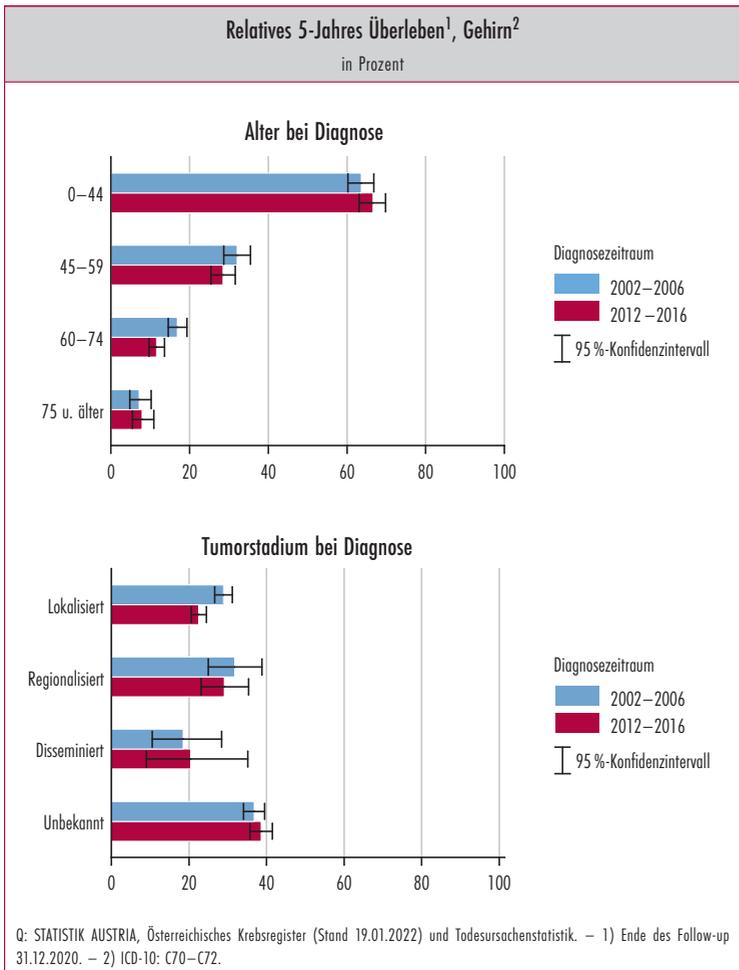


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C70–C72.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität des Gehirns¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C70–C72. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.



Entwicklung des relativen Überlebens¹, Gehirn²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	35,3	31,3	39,3	33,4	37,2
2000	35,7	31,7	39,8	32,0	40,3
2001	32,0	28,2	35,9	32,2	31,8
2002	30,1	26,3	33,9	27,5	33,2
2003	37,5	33,7	41,4	34,4	40,7
2004	30,0	26,3	33,9	28,8	31,7
2005	30,5	27,0	34,1	27,9	33,5
2006	31,6	27,9	35,4	29,9	33,5
2007	33,0	29,2	36,8	30,2	36,2
2008	32,8	29,2	36,4	29,8	36,0
2009	26,5	23,1	30,0	27,2	25,6
2010	26,4	22,9	29,9	21,6	31,7
2011	28,6	25,1	32,3	27,1	30,3
2012	30,1	26,5	33,8	26,7	34,2
2013	25,4	22,0	29,1	24,1	27,3
2014	27,2	23,7	30,7	24,7	29,9
2015	30,0	26,6	33,6	28,0	32,5
2016	28,6	25,0	32,3	26,1	32,6

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C70–C72. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

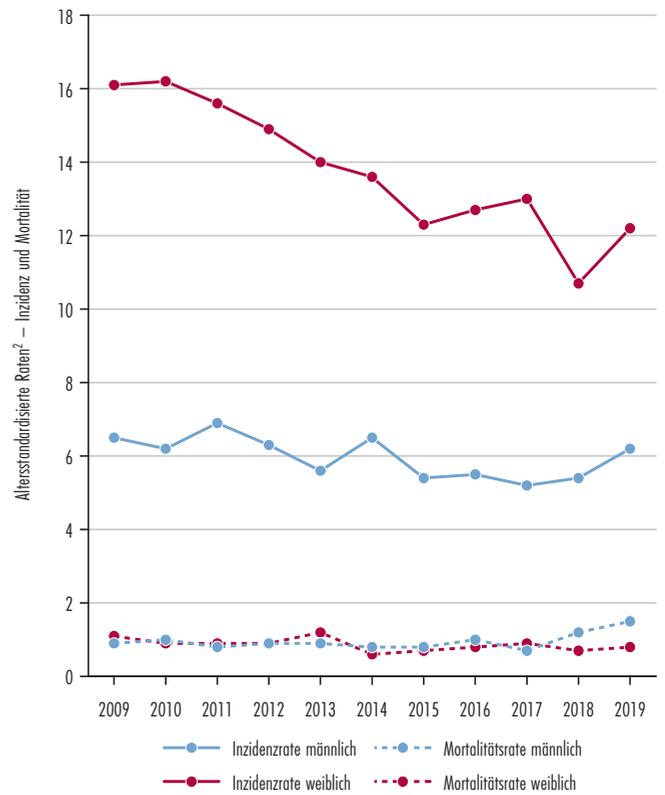
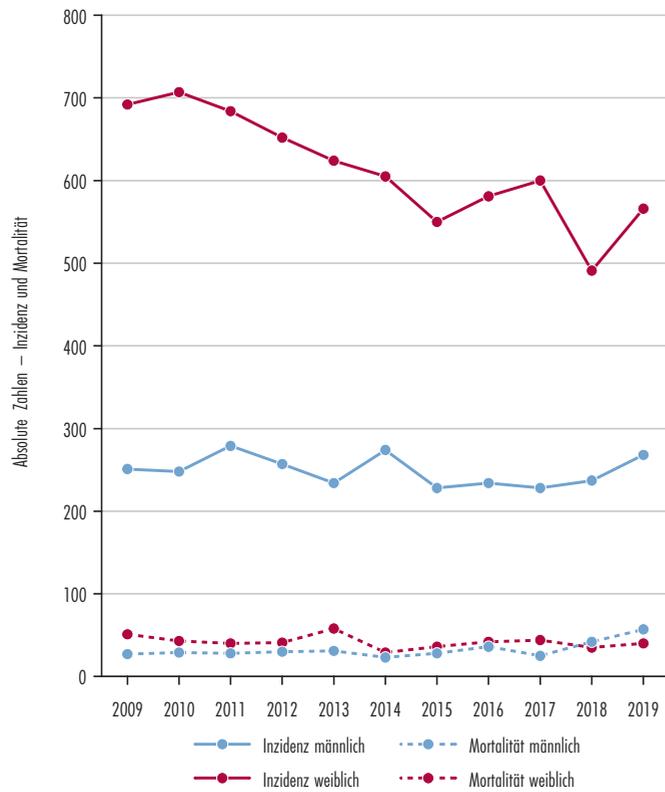
Entwicklung der bösartigen Neubildungen des Gehirns¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	664	345	319	9,2	10,5	8,1	414	231	183	6,0	7,8	4,7
2000	651	352	299	8,9	10,7	7,4	441	244	197	6,3	7,8	4,9
2001	680	361	319	9,3	11,2	7,9	458	256	202	6,5	8,5	5,0
2002	648	348	300	8,8	10,3	7,5	479	247	232	6,7	7,9	5,7
2003	726	364	362	9,7	10,8	9,0	491	268	223	6,8	8,6	5,6
2004	670	383	287	8,9	11,4	7,0	503	268	235	6,8	8,4	5,7
2005	761	399	362	9,9	11,4	8,7	491	268	223	6,5	8,0	5,3
2006	685	361	324	8,8	10,1	7,7	452	248	204	6,0	7,6	4,9
2007	668	352	316	8,6	10,0	7,4	478	250	228	6,3	7,2	5,4
2008	725	375	350	9,2	10,4	8,3	458	244	214	6,0	7,4	5,1
2009	695	368	327	8,7	10,0	7,6	505	279	226	6,4	8,0	5,1
2010	674	354	320	8,4	9,5	7,5	490	257	233	6,1	7,0	5,3
2011	681	351	330	8,4	9,4	7,7	484	248	236	6,0	6,9	5,4
2012	696	380	316	8,5	9,9	7,3	536	300	236	6,6	8,0	5,3
2013	664	380	284	8,0	9,8	6,5	540	301	239	6,5	8,0	5,4
2014	695	365	330	8,3	9,4	7,4	542	306	236	6,4	8,0	5,2
2015	757	403	354	8,9	10,1	7,8	533	287	246	6,2	7,2	5,3
2016	736	440	296	8,5	10,9	6,4	586	316	270	6,8	8,0	5,8
2017	751	422	329	8,6	10,2	7,1	539	300	239	6,2	7,4	5,1
2018	693	359	334	7,8	8,5	7,1	564	333	231	6,3	8,1	4,8
2019	629	348	281	7,0	8,2	5,9	571	317	254	6,3	7,5	5,3

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C70–C72. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Schilddrüse¹ Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C73. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

Im Jahr 2019 wurde bei 834 Personen eine bösartige Neubildung der Schilddrüse diagnostiziert. Sie waren damit für 2% der jährlichen Krebsneuerkrankungen und 0,5% der Krebssterbefälle verantwortlich. Die altersstandardisierten Raten wiesen neun Neuerkrankungen und einen Sterbefall je 100 000 Personen der Bevölkerung aus. Schilddrüsenkrebs hatte von allen Tumorlokalisationen den höchsten Frauenanteil: rund 68% der Neuerkrankungsfälle und 41% der Sterbefälle betrafen Frauen. Am Jahresende 2019 waren 4 215 Männer und 11 877 Frauen mit einer bösartigen Neubildung der Schilddrüse am Leben.

Die altersstandardisierten Raten der Neuerkrankungen zeigten für beide Geschlechter zusammen und besonders bei den Frauen im Laufe der letzten zehn Jahre einen leicht sinkenden Trend. Die Sterberaten waren relativ stabil.

Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate lag im Jahresdurchschnitt 2017–2019 in Kärnten und

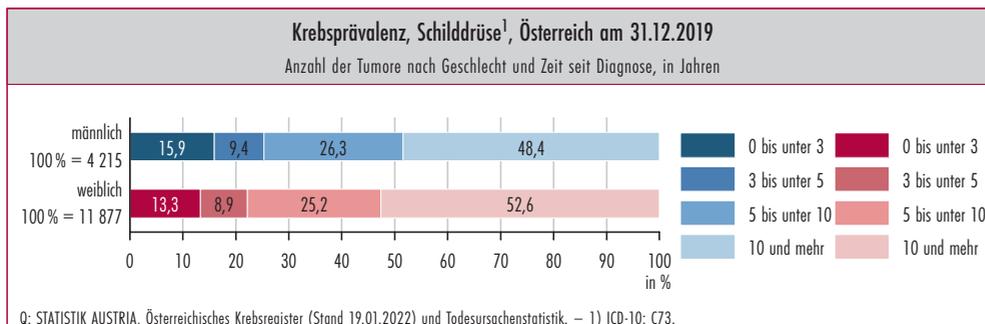
Tirol deutlich über dem österreichischen Durchschnitt und in Vorarlberg und Oberösterreich deutlich darunter. Die altersstandardisierte Sterblichkeitsrate lag in allen Bundesländern nahe am österreichischen Durchschnitt und war in Vorarlberg am niedrigsten.

Bei den Frauen wurden Krebserkrankungen der Schilddrüse früher entdeckt (lokalisiertes Tumorstadium: Frauen 62,4%; Männer 49,4%, Fernmetastasen: Männer 4,6%, Frauen 2,5%). Bei 12,7% der Tumore wurde kein Tumorstadium gemeldet (11,7% unbekanntes Tumorstadium, 1% DCO-Fälle).

Die relativen Überlebensraten stiegen im Zeitraum von 2002–2006 bis 2017–2018 (einjähriges Überleben) von 94% auf 96% bzw. bis 2012–2016 (fünfjähriges Überleben) von 93% auf 95%. Frauen wiesen ein höheres 5-Jahres-Überleben als Männer auf (97% bzw. 92%).

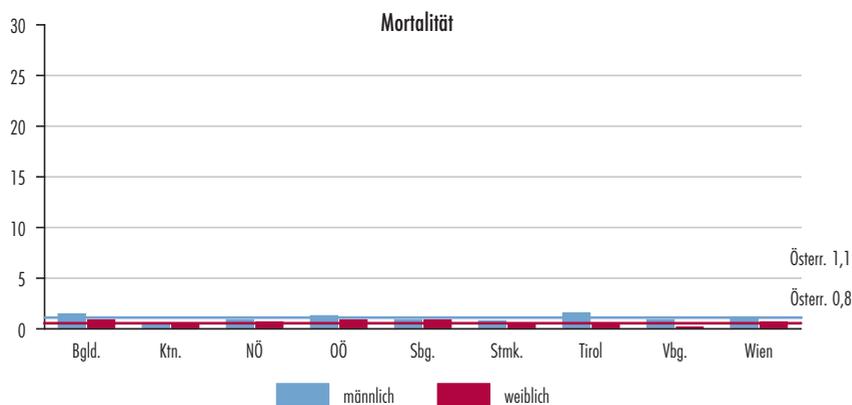
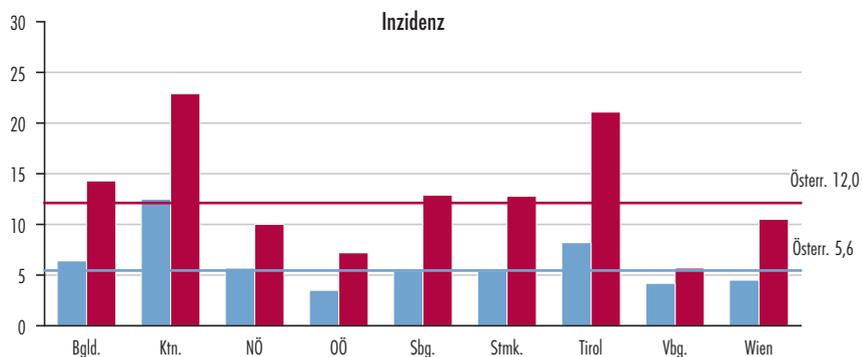
Morphologie und Qualitätsmerkmale, Schilddrüse ¹ , 2017–2019				
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	241	100,0	548	100,0
Karzinome	230	95,3	531	96,8
Follikuläre Karzinome	30	13,2*	47	8,9*
Papilläre Karzinome	166	72,4*	437	82,3*
Medulläre Karzinome	17	7,5*	24	4,5*
Anaplastische Karzinome	6	2,5*	8	1,5*
Karzinome m.n.A.	3	1,5*	5	0,9*
Karzinome o.n.A.	7	2,9*	10	1,9*
Sarkome	0	0,0	0	0,1
Bösartige Neubildungen m.n.A.	0	0,0	0	0,0
Bösartige Neubildungen o.n.A.	11	4,7	17	3,2
Qualitätsmerkmale				
Mikroskopisch verifiziert	89,8%		91,2%	
DCO-Rate	1,4%		0,8%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,17		0,07	

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – *) Diese Werte beziehen sich auf die jeweils übergeordnete Gruppe. – 1) ICD-10: C73.



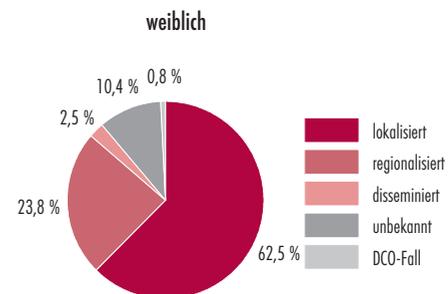
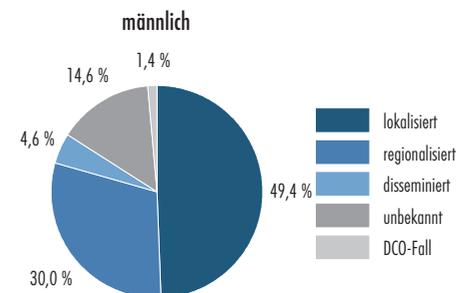
Bundesländervergleich der bösartigen Neubildungen der Schilddrüse¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C73. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Schilddrüse¹, 2017–2019



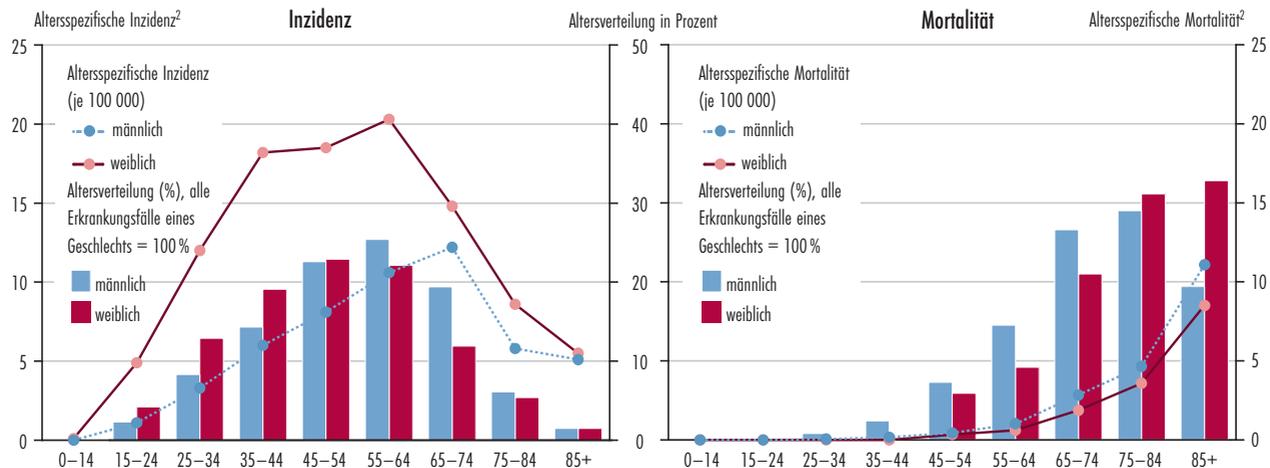
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C73.

Geschlechtsverteilung der bösartigen Neubildungen der Schilddrüse¹, 2017–2019

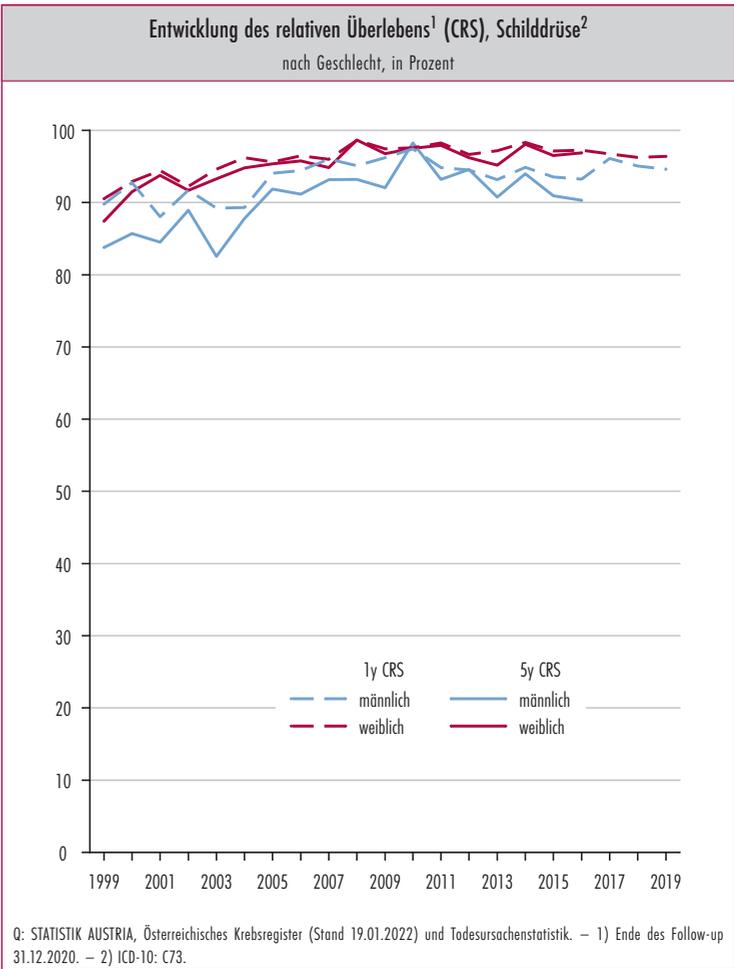
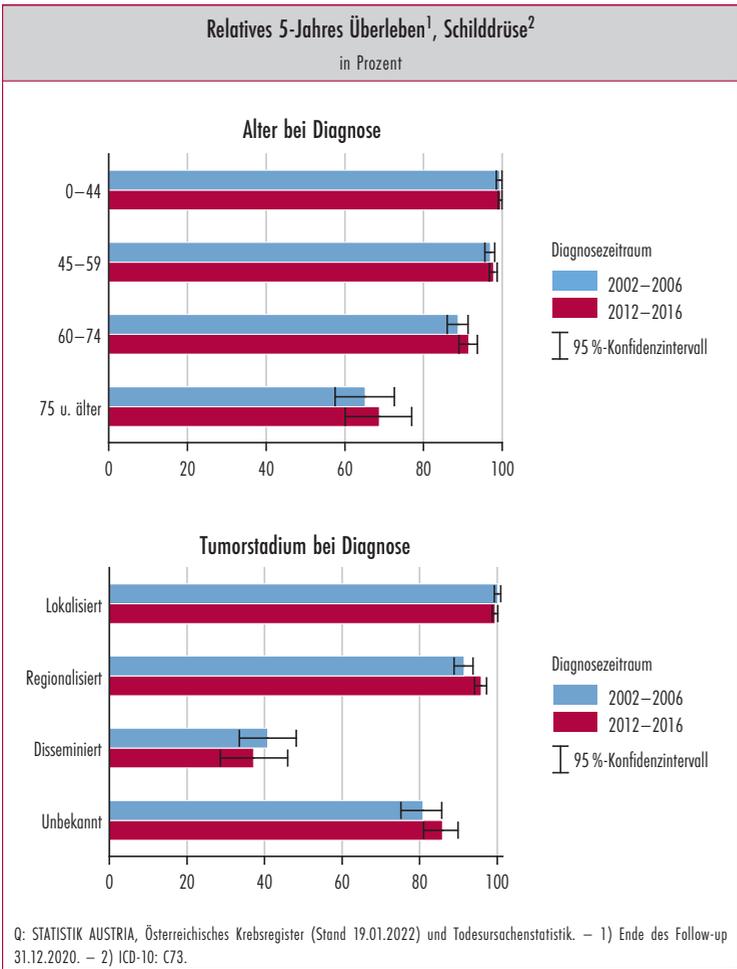


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C73.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität der Schilddrüse¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C73. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.



Entwicklung des relativen Überlebens¹, Schilddrüse²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben					
	insgesamt			m	w	in %
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³			
1999	86,4	82,1	90,0	83,8	87,4	
2000	89,9	86,5	92,8	85,7	91,5	
2001	91,2	87,9	93,9	84,5	93,8	
2002	90,9	87,7	93,6	88,9	91,7	
2003	90,1	86,8	92,8	82,6	93,3	
2004	92,8	90,1	95,1	87,8	94,8	
2005	94,3	91,8	96,4	91,9	95,4	
2006	94,5	92,2	96,4	91,2	95,8	
2007	94,4	92,1	96,2	93,2	94,8	
2008	97,1	95,3	98,5	93,2	98,7	
2009	95,5	93,5	97,2	92,1	96,8	
2010	97,7	95,9	99,1	98,2	97,5	
2011	96,6	94,7	98,1	93,2	97,9	
2012	95,8	93,7	97,4	94,6	96,2	
2013	94,0	91,8	95,7	90,8	95,2	
2014	96,8	94,9	98,3	94,0	98,1	
2015	94,9	92,6	96,7	90,9	96,5	
2016	95,0	92,8	96,8	90,3	96,9	

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C73. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

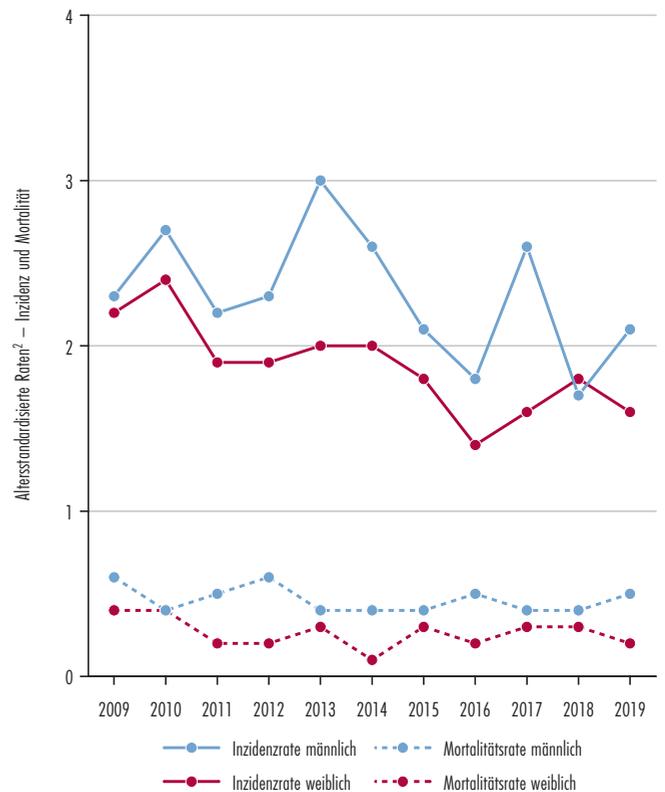
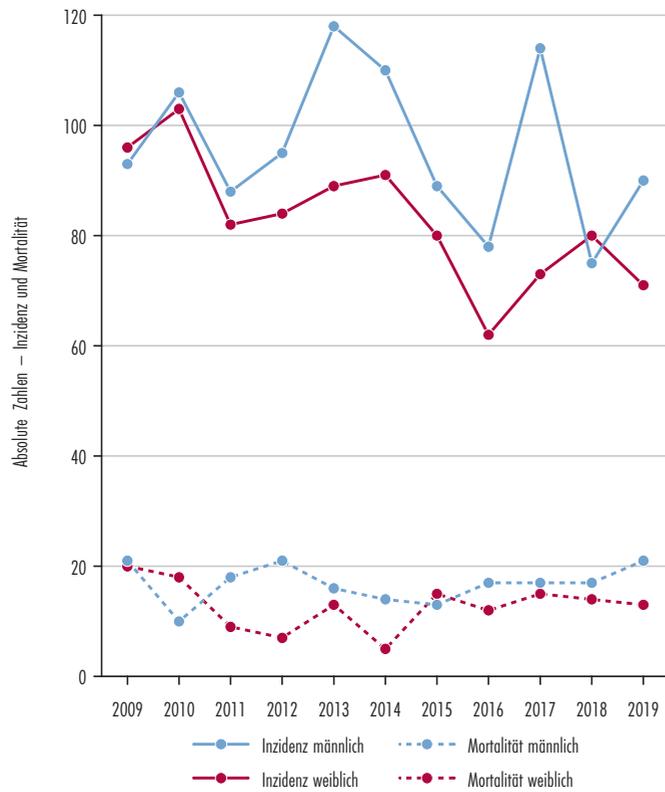
Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Schilddrüse¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	446	128	318	6,1	4,0	8,0	89	30	59	1,4	1,2	1,4
2000	545	152	393	7,3	4,5	9,8	97	30	67	1,4	1,2	1,6
2001	610	171	439	8,1	5,2	10,9	102	36	66	1,5	1,3	1,6
2002	607	172	435	8,0	4,8	10,8	87	27	60	1,3	0,9	1,5
2003	589	176	413	7,6	4,9	10,1	87	33	54	1,3	1,2	1,3
2004	706	199	507	9,1	5,7	12,3	79	33	46	1,2	1,2	1,1
2005	755	228	527	9,6	6,1	12,8	89	30	59	1,3	1,0	1,4
2006	844	240	604	10,5	6,4	14,4	74	28	46	1,0	1,0	1,1
2007	881	245	636	10,8	6,5	15,0	73	25	48	1,0	0,9	1,1
2008	1 001	291	710	12,1	7,5	16,6	70	33	37	1,0	1,1	0,9
2009	943	251	692	11,4	6,5	16,1	78	27	51	1,0	0,9	1,1
2010	955	248	707	11,3	6,2	16,2	72	29	43	0,9	1,0	0,9
2011	963	279	684	11,3	6,9	15,6	68	28	40	0,9	0,8	0,9
2012	909	257	652	10,7	6,3	14,9	71	30	41	0,9	0,9	0,9
2013	858	234	624	9,9	5,6	14,0	89	31	58	1,1	0,9	1,2
2014	879	274	605	10,0	6,5	13,6	52	23	29	0,6	0,8	0,6
2015	778	228	550	8,9	5,4	12,3	64	28	36	0,8	0,8	0,7
2016	815	234	581	9,1	5,5	12,7	78	36	42	0,9	1,0	0,8
2017	828	228	600	9,2	5,2	13,0	69	25	44	0,8	0,7	0,9
2018	728	237	491	8,1	5,4	10,7	77	42	35	0,9	1,2	0,7
2019	834	268	566	9,2	6,2	12,2	97	57	40	1,1	1,5	0,8

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C73. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung des Hodgkin-Lymphoms¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C81. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

Hodgkin-Lymphome (Morbus Hodgkin) zählen zu den malignen Erkrankungen des lymphatischen Systems und mit 161 neu diagnostizierten Fällen im Jahr 2019 zu den seltenen Krebserkrankungen. Die altersstandardisierten Raten wiesen zwei Neuerkrankungen und 0,4 Sterbefälle je 100 000 Personen der Bevölkerung aus. Am Jahresende 2019 waren 2 041 Männer und 1 894 Frauen mit der Diagnose Morbus Hodgkin am Leben. Bei mehr als der Hälfte (63%) der Betroffenen lag die Diagnose zehn oder mehr Jahre zurück (1 271 Männer und 1 202 Frauen).

Die Zeitreihen der altersstandardisierten Neuerkrankungsrate und der Sterberate sind aufgrund der niedrigen Fallzahlen schwierig zu interpretieren.

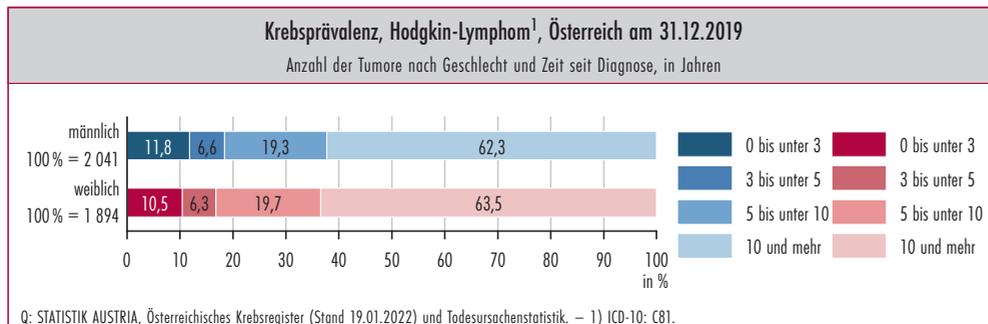
Im Bundesländervergleich zeigte Tirol im Jahresdurchschnitt 2017–2019 eine vergleichsweise hohe

altersstandardisierte Neuerkrankungsrate, Burgenland eine sehr niedrige. Die altersstandardisierten Sterblichkeitsraten sind so niedrig, dass ein Bundesländervergleich nicht sinnvoll ist.

Nahezu ein Drittel der neu diagnostizierten Hodgkin-Lymphome waren vom nodulärsklerosierenden Typ. Für weiterführende Studien stellt der hohe Prozentsatz an nicht näher bezeichneten Hodgkin-Lymphomen (rund 47%, Tendenz steigend) ein Problem dar.

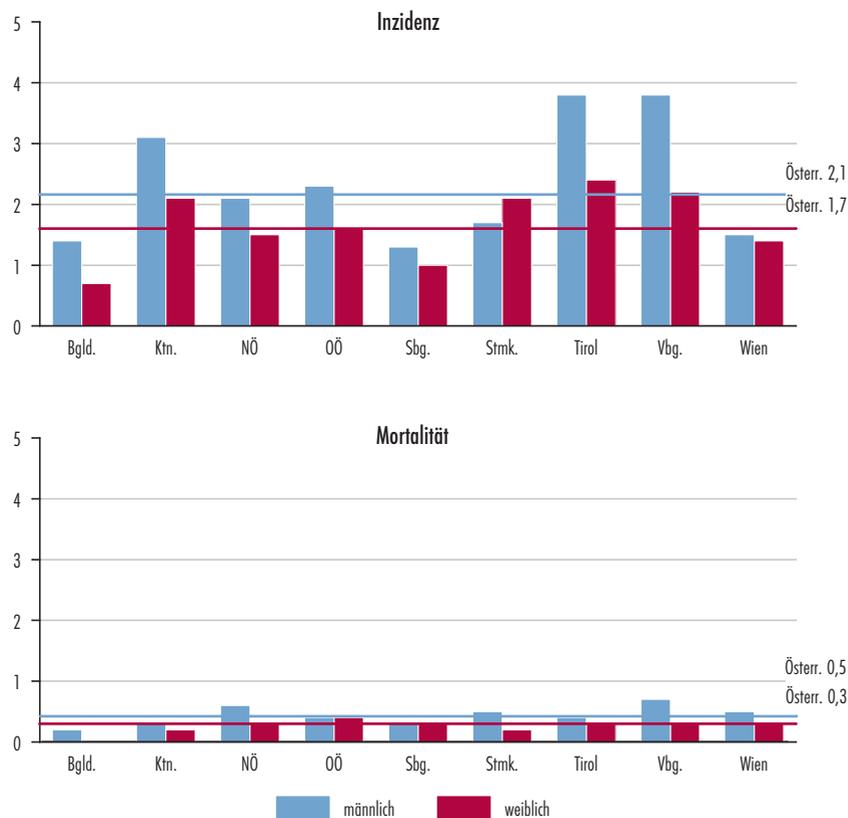
Die relativen Überlebensraten sanken im Zeitraum von 2002–2006 bis 2017–2018 (einjähriges Überleben) von 93% auf 92% bzw. stieg das fünfjähriges Überleben im Zeitraum von 2002–2006 bis 2012–2016) von 86% auf 87%. Frauen wiesen ein leicht höheres 5-Jahres-Überleben als Männer auf (89% bzw. 85%).

Morphologie und Qualitätsmerkmale, Hodgkin-Lymphom ¹ , 2017–2019				
Morphologie, ohne DCO-Fälle	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Insgesamt	90	100,0	72	100,0
Nodulärer lymphozytenprädomanter Typ	4	4,8	2	2,3
Lymphozytenreiche klassische Hodgkin Lymphome	7	7,8	3	4,1
Nodulär-sklerosierender Typ	27	30,0	30	41,0
Gemischtzellige Form	10	11,1	4	5,5
Lymphozytenarmer Typ	0	0,0	0	0,0
Hodgkin Lymphome o.n.A.	42	46,3	34	47,0
Qualitätsmerkmale				
Mikroskopisch verifiziert	80,6%		83,0%	
DCO-Rate	3,2%		3,6%	
Mortalität/Inzidenz Ratio	0,20		0,19	



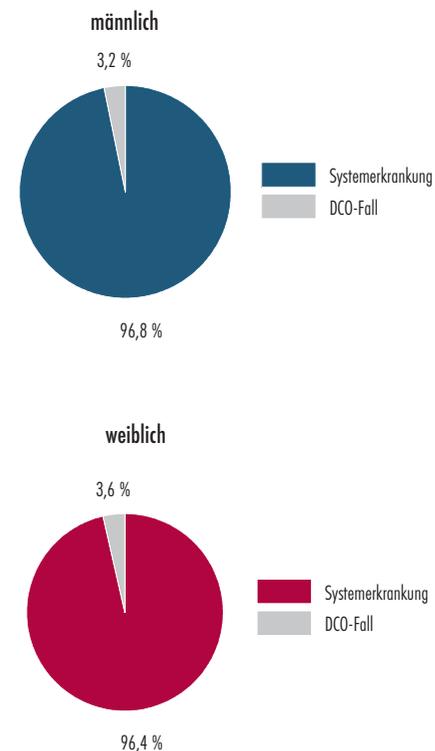
Bundesländervergleich des Hodgkin-Lymphoms¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C81. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Hodgkin-Lymphom¹, 2017–2019



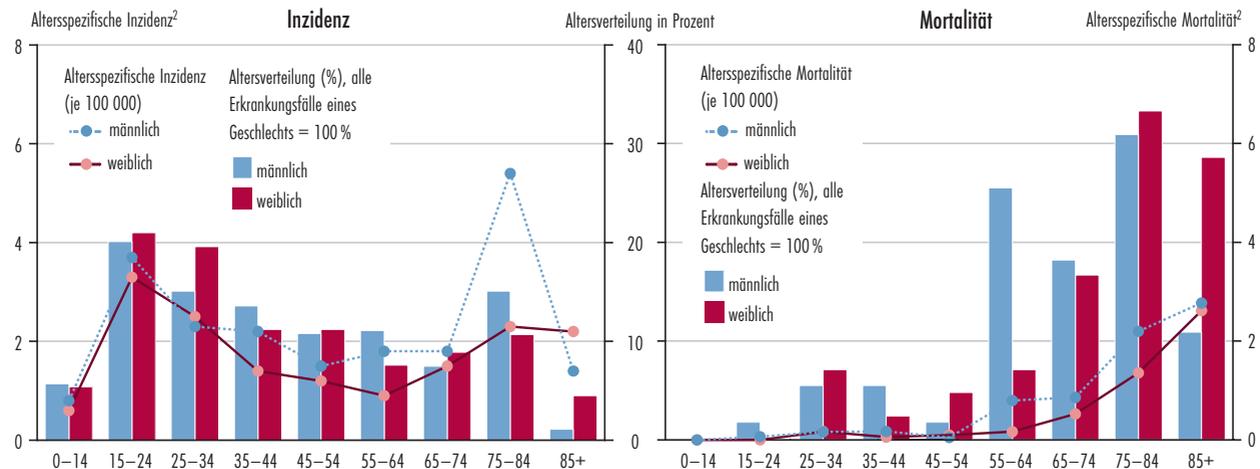
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C81.

Geschlechtsverteilung des Hodgkin-Lymphoms¹, 2017–2019



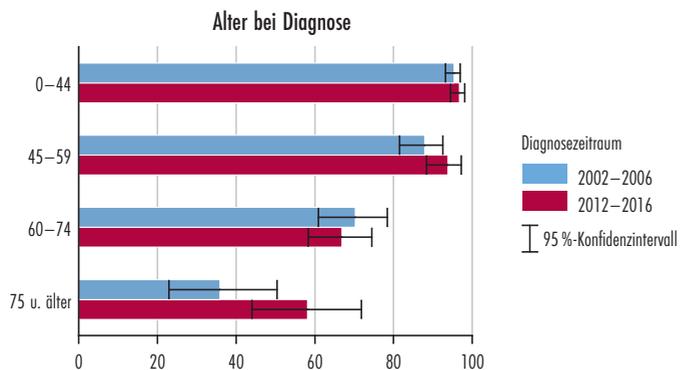
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C81.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität des Hodgkin-Lymphoms¹, 2017–2019



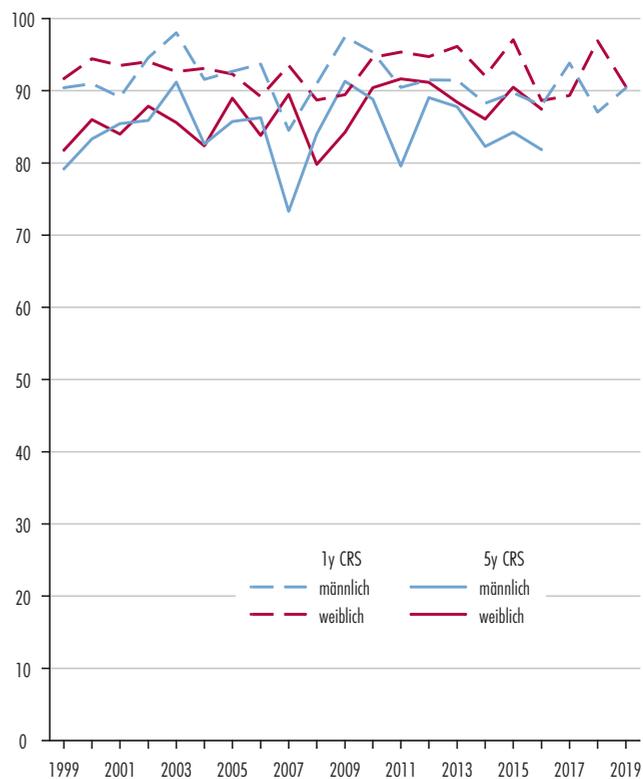
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C81. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.

Relatives 5-Jahres Überleben¹, Hodgkin-Lymphom² in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C81.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), Hodgkin-Lymphom² nach Geschlecht, in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C81.

Entwicklung des relativen Überlebens¹, Hodgkin-Lymphom²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	80,3	73,4	85,9	79,2	81,8
2000	84,5	77,6	89,8	83,3	86,0
2001	84,8	78,1	90,0	85,4	84,0
2002	86,7	80,3	91,5	85,9	87,9
2003	88,7	82,7	93,1	91,2	85,6
2004	82,5	75,7	87,9	82,6	82,4
2005	87,5	81,1	92,2	85,8	89,0
2006	85,4	79,2	90,1	86,3	83,8
2007	80,4	73,7	85,8	73,3	89,5
2008	82,0	75,2	87,4	84,0	79,8
2009	87,8	81,2	92,7	91,3	84,3
2010	89,6	83,9	93,8	88,8	90,4
2011	85,4	78,6	90,4	79,6	91,6
2012	90,0	83,8	94,5	89,0	91,1
2013	88,0	81,9	92,7	87,8	88,4
2014	84,0	77,6	89,1	82,3	86,1
2015	87,2	80,4	92,2	84,3	90,5
2016	84,3	75,9	90,4	81,8	87,5

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C81. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

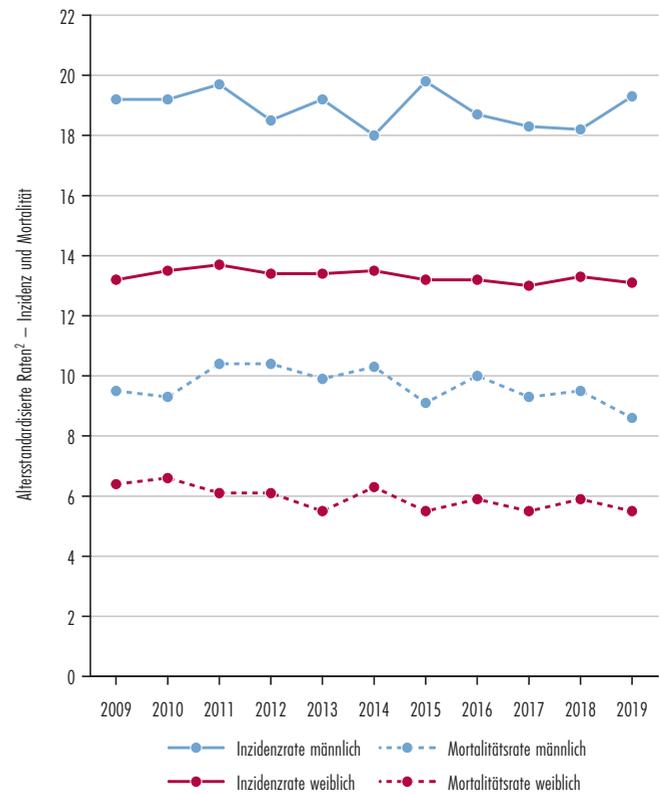
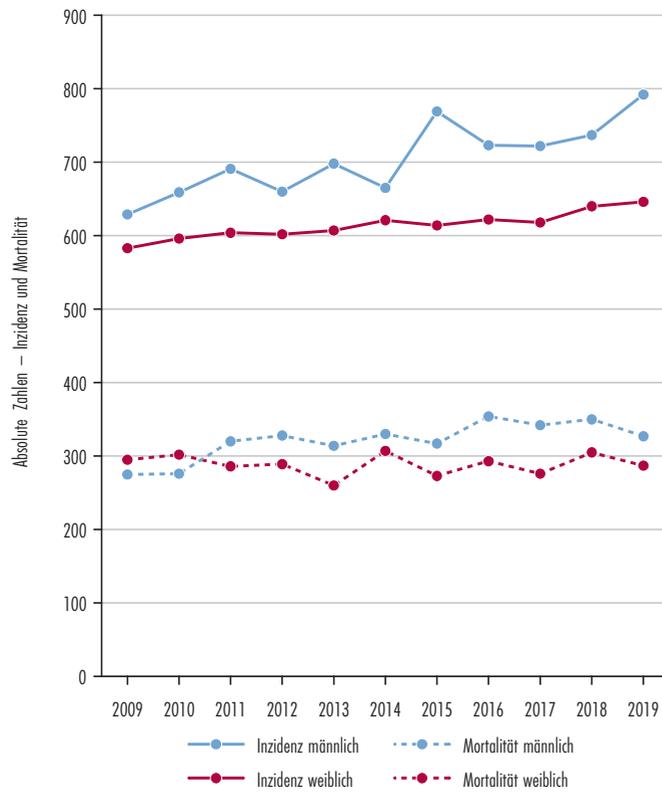
Entwicklung des Hodgkin-Lymphoms¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	203	114	89	2,6	3,2	2,2	37	19	18	0,5	0,6	0,5
2000	186	108	78	2,4	3,2	1,9	30	18	12	0,4	0,8	0,3
2001	186	106	80	2,3	2,8	1,9	42	23	19	0,6	0,8	0,5
2002	192	112	80	2,4	2,9	1,9	40	22	18	0,6	0,8	0,4
2003	194	106	88	2,4	2,7	2,1	29	14	15	0,4	0,5	0,4
2004	189	106	83	2,3	2,8	1,9	37	16	21	0,5	0,6	0,5
2005	184	86	98	2,2	2,2	2,3	42	23	19	0,5	0,7	0,4
2006	204	127	77	2,5	3,2	1,8	37	21	16	0,5	0,6	0,3
2007	195	110	85	2,3	2,8	2,0	36	23	13	0,5	0,7	0,3
2008	184	99	85	2,2	2,5	2,0	44	23	21	0,6	0,7	0,5
2009	189	93	96	2,3	2,3	2,2	41	21	20	0,5	0,6	0,4
2010	209	106	103	2,5	2,7	2,4	28	10	18	0,4	0,4	0,4
2011	170	88	82	2,0	2,2	1,9	27	18	9	0,3	0,5	0,2
2012	179	95	84	2,1	2,3	1,9	28	21	7	0,3	0,6	0,2
2013	207	118	89	2,4	3,0	2,0	29	16	13	0,3	0,4	0,3
2014	201	110	91	2,3	2,6	2,0	19	14	5	0,2	0,4	0,1
2015	169	89	80	1,9	2,1	1,8	28	13	15	0,3	0,4	0,3
2016	140	78	62	1,6	1,8	1,4	29	17	12	0,3	0,5	0,2
2017	187	114	73	2,1	2,6	1,6	32	17	15	0,4	0,4	0,3
2018	155	75	80	1,7	1,7	1,8	31	17	14	0,3	0,4	0,3
2019	161	90	71	1,8	2,1	1,6	34	21	13	0,4	0,5	0,2

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C81. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



Entwicklung des Non-Hodgkin-Lymphoms¹, Österreich ab 2009

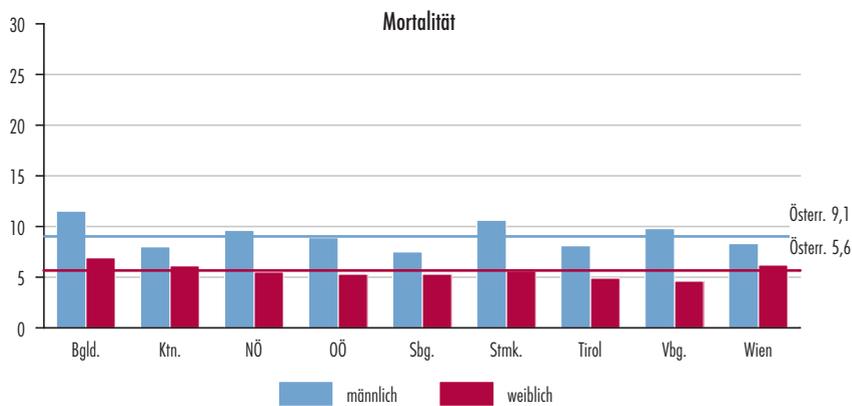
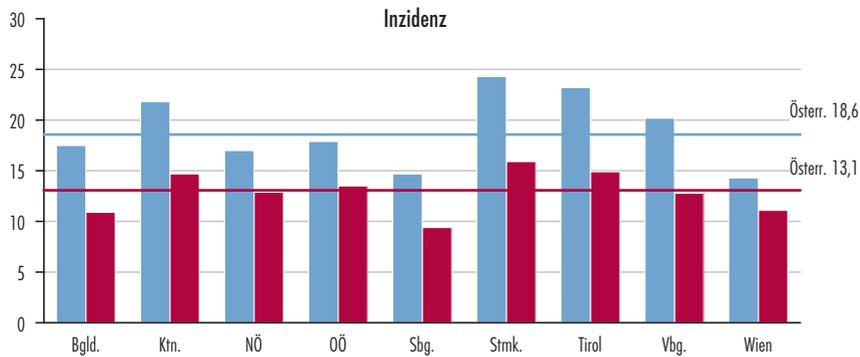


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C82–C85, C96. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



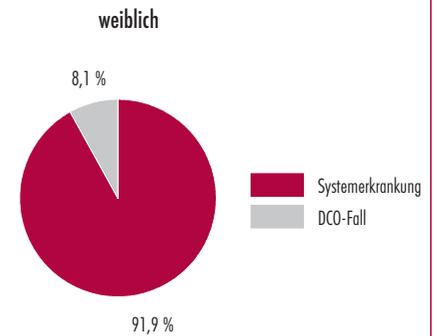
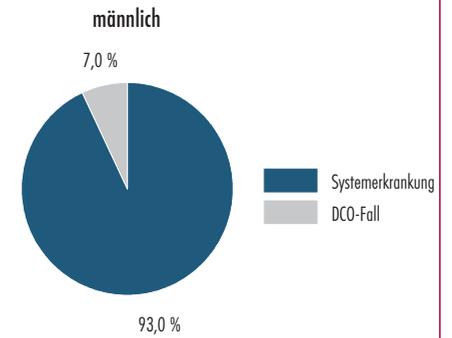
Bundesländervergleich des Non-Hodgkin-Lymphoms¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C82–C85,C96. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Non-Hodgkin-Lymphom¹, 2017–2019



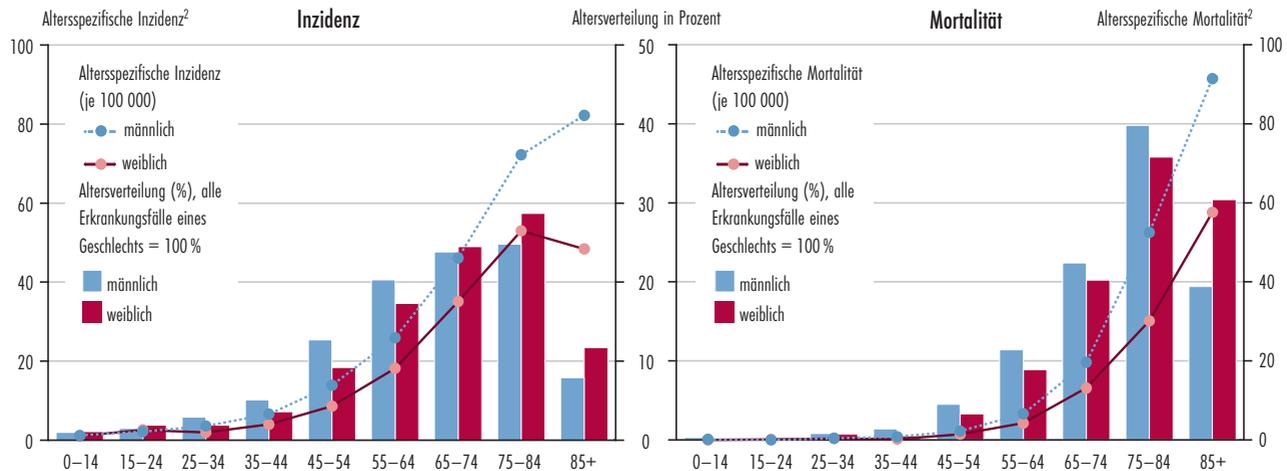
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C82–C85,C96.

Geschlechtsverteilung des Non-Hodgkin-Lymphoms¹, 2017–2019



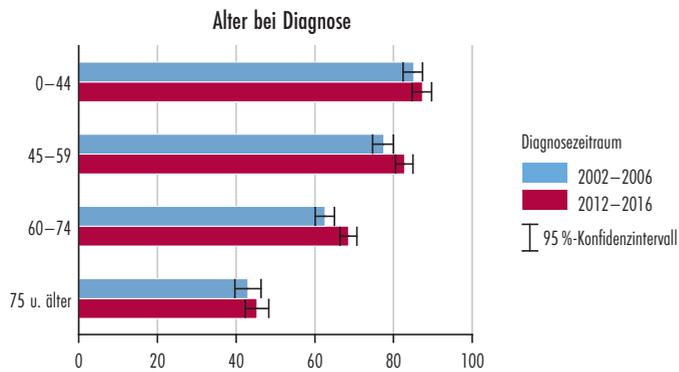
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C82–C85, C96.

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität des Non-Hodgkin-Lymphoms¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C82–C85, C96. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.

Relatives 5-Jahres Überleben¹, Non-Hodgkin-Lymphom² in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C82–C85, C96.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), Non-Hodgkin-Lymphom² nach Geschlecht, in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C82–C85, C96.

Entwicklung des relativen Überlebens ¹ , Non-Hodgkin-Lymphom ²					
Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	55,7	52,1	59,3	55,9	55,5
2000	57,5	54,0	60,9	59,0	56,1
2001	57,9	54,3	61,4	58,3	57,5
2002	59,0	55,6	62,4	61,3	56,6
2003	64,9	61,4	68,3	63,3	66,5
2004	65,9	62,5	69,1	65,7	66,0
2005	65,2	61,8	68,4	64,5	66,0
2006	63,9	60,6	67,1	61,2	66,9
2007	64,4	61,2	67,6	65,8	62,9
2008	66,7	63,4	69,9	66,7	66,8
2009	66,2	62,9	69,3	67,4	64,9
2010	67,2	64,0	70,3	67,8	66,5
2011	67,8	64,6	70,8	67,9	67,6
2012	67,1	64,0	70,1	67,8	66,4
2013	67,8	64,7	70,8	67,4	68,3
2014	65,1	61,9	68,1	64,2	65,9
2015	68,1	65,1	71,0	67,7	68,7
2016	68,3	65,0	71,4	62,8	74,9

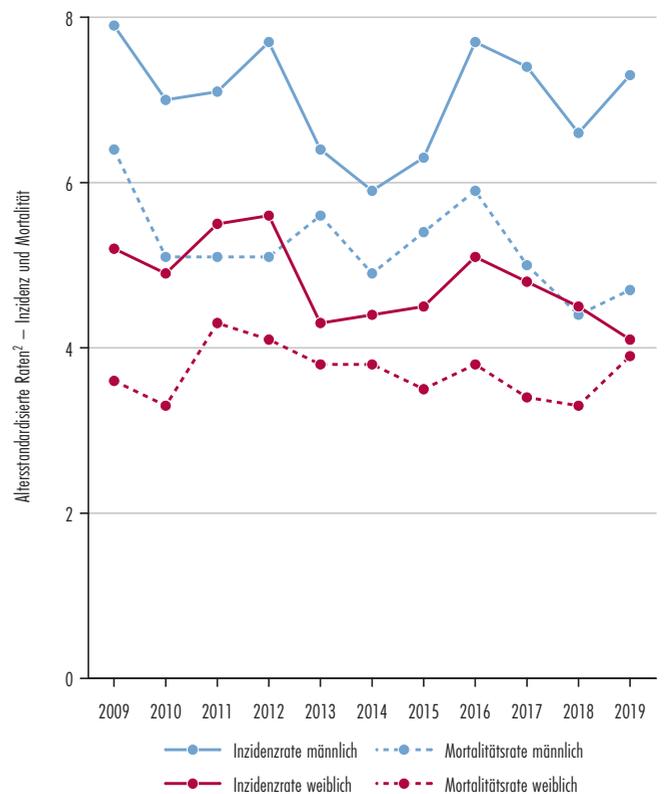
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C82–C85, C96. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

Entwicklung des Non-Hodgkin-Lymphoms ¹ , Österreich ab 1999												
Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	1 016	490	526	14,9	17,5	13,3	499	251	248	7,7	10,2	6,2
2000	1 102	530	572	16,0	18,5	14,3	507	252	255	7,6	9,6	6,3
2001	1 018	529	489	14,6	18,5	12,3	511	257	254	7,6	10,2	6,2
2002	1 142	593	549	16,2	20,1	13,5	538	269	269	8,0	10,3	6,4
2003	1 072	528	544	15,0	17,8	13,4	602	302	300	8,9	11,9	7,3
2004	1 134	557	577	15,6	18,4	14,1	517	260	257	7,4	9,7	6,1
2005	1 115	590	525	15,0	18,1	12,7	523	252	271	7,4	9,5	6,4
2006	1 189	612	577	16,0	19,3	13,7	541	279	262	7,5	9,7	6,0
2007	1 225	654	571	16,2	20,1	13,3	514	271	243	7,0	9,7	5,4
2008	1 186	578	608	15,3	17,2	13,8	579	292	287	7,9	9,9	6,5
2009	1 212	629	583	15,6	19,2	13,2	570	275	295	7,5	9,5	6,4
2010	1 255	659	596	15,9	19,2	13,5	578	276	302	7,6	9,3	6,6
2011	1 295	691	604	16,2	19,7	13,7	606	320	286	7,8	10,4	6,1
2012	1 262	660	602	15,6	18,5	13,4	617	328	289	7,8	10,4	6,1
2013	1 305	698	607	15,9	19,2	13,4	574	314	260	7,2	9,9	5,5
2014	1 286	665	621	15,4	18,0	13,5	637	330	307	7,8	10,3	6,3
2015	1 383	769	614	16,2	19,8	13,2	590	317	273	7,0	9,1	5,5
2016	1 345	723	622	15,6	18,7	13,2	647	354	293	7,6	10,0	5,9
2017	1 340	722	618	15,3	18,3	13,0	618	342	276	7,1	9,3	5,5
2018	1 377	737	640	15,5	18,2	13,3	655	350	305	7,4	9,5	5,9
2019	1 438	792	646	15,9	19,3	13,1	614	327	287	6,8	8,6	5,5

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C82–C85, C96. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



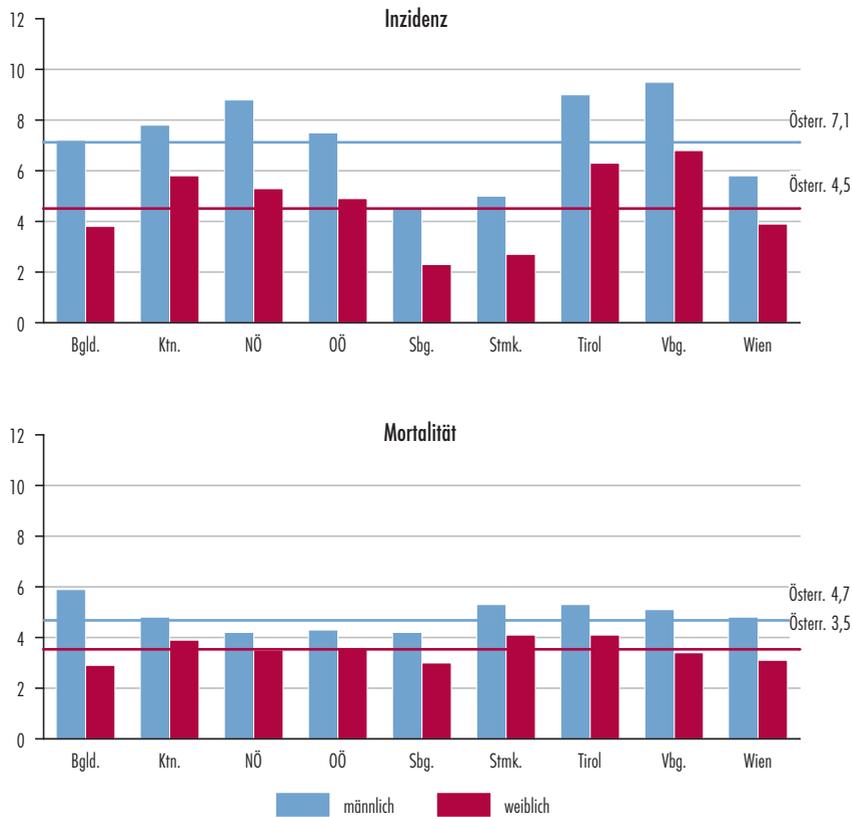
Entwicklung der des Plasmoytoms, Myeloms¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C90. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

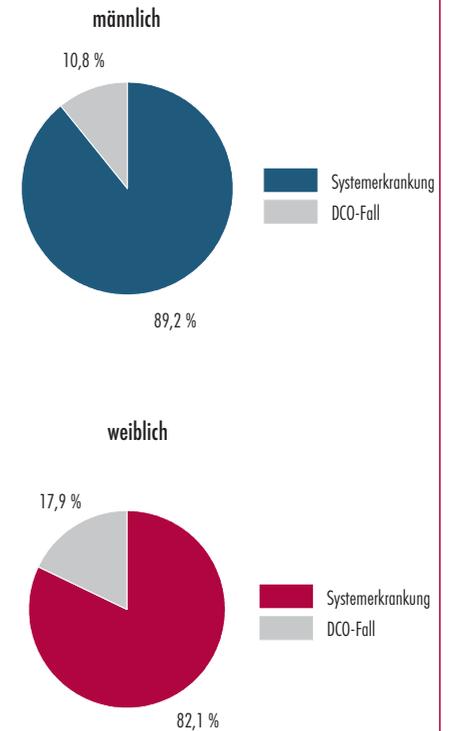
Bundesländervergleich des Plasmozytoms, Myeloms¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C90. – 2) Europäische Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Plasmozytom, Myelom¹, 2017–2019



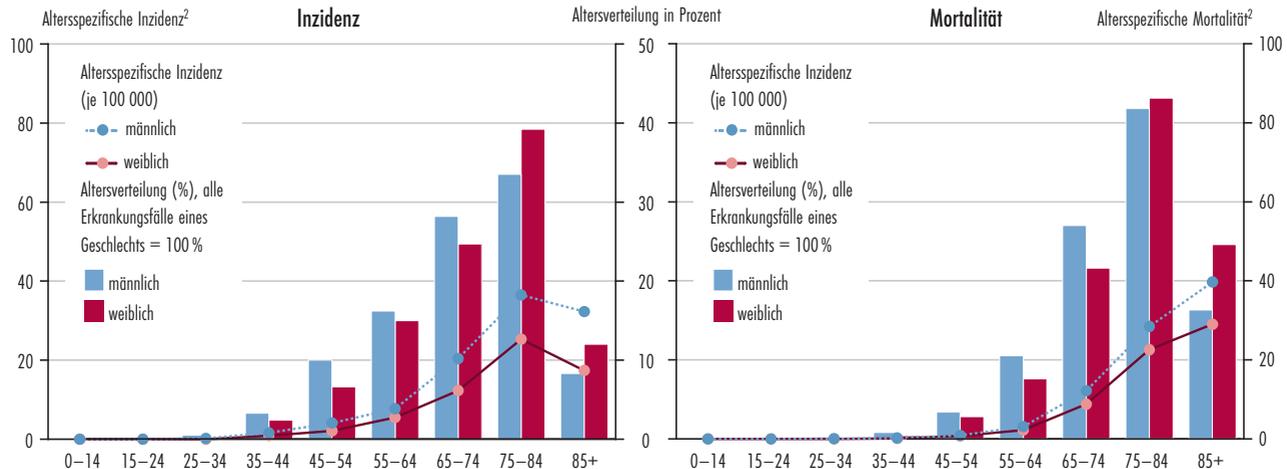
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C90.

Geschlechtsverteilung des Plasmozytoms, Myeloms¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C90.

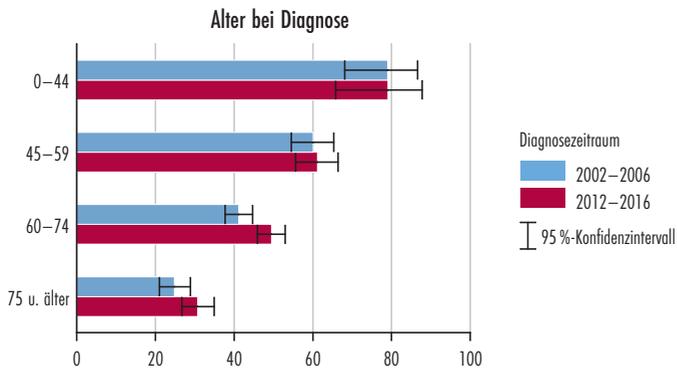
Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität des Plasmozytoms, Myeloms¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C90. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.

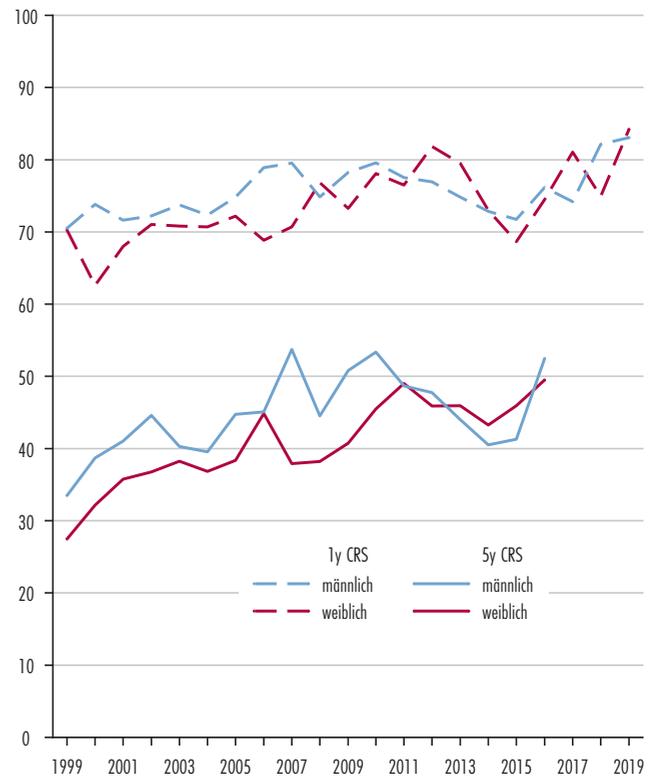


Relatives 5-Jahres Überleben¹, Plasmozytom, Myelom² in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C90.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), Plasmozytom, Myelom² nach Geschlecht, in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C90.

Entwicklung des relativen Überlebens ¹ , Plasmozytom, Myelom ²					
Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	30,2	25,0	35,7	33,5	27,5
2000	35,3	29,9	40,7	38,7	32,2
2001	38,5	33,1	44,1	41,0	35,8
2002	40,2	34,8	45,5	44,6	36,8
2003	39,2	33,8	44,6	40,3	38,3
2004	38,1	32,9	43,3	39,5	36,8
2005	41,6	36,1	47,1	44,7	38,4
2006	45,0	39,6	50,3	45,1	44,8
2007	45,4	40,1	50,7	53,7	37,9
2008	41,2	36,0	46,3	44,5	38,2
2009	45,9	40,6	51,2	50,8	40,7
2010	49,5	43,9	55,1	53,4	45,5
2011	48,9	43,5	54,1	48,7	49,0
2012	46,8	41,8	51,9	47,8	45,9
2013	44,8	39,0	50,7	44,0	45,9
2014	41,8	36,2	47,4	40,5	43,3
2015	43,5	38,2	48,8	41,3	45,9
2016	51,2	45,6	56,6	52,5	49,5

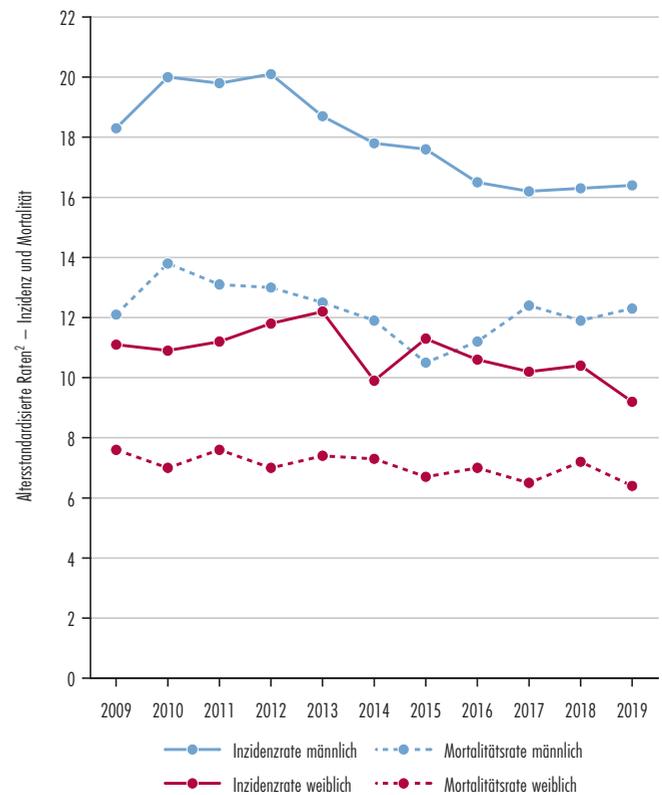
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C91–C95. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

Entwicklung des Plasmozytoms, Myeloms ¹ , Österreich ab 1999												
Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	402	188	214	6,1	7,1	5,4	308	134	174	4,8	5,4	4,4
2000	405	187	218	6,1	6,9	5,5	300	125	175	4,6	5,1	4,3
2001	408	210	198	6,0	7,5	4,9	285	135	150	4,3	5,4	3,6
2002	431	185	246	6,3	6,7	6,1	273	125	148	4,1	5,0	3,7
2003	425	197	228	6,1	6,9	5,5	281	130	151	4,2	5,0	3,7
2004	428	200	228	6,0	6,6	5,6	319	143	176	4,6	5,2	4,1
2005	418	210	208	5,8	7,1	5,0	256	122	134	3,6	4,5	3,2
2006	450	230	220	6,2	7,4	5,2	297	143	154	4,1	5,1	3,5
2007	464	220	244	6,3	7,0	5,8	325	148	177	4,4	5,0	4,0
2008	480	227	253	6,3	7,2	5,8	315	144	171	4,3	5,3	3,8
2009	486	252	234	6,3	7,9	5,2	348	182	166	4,6	6,4	3,6
2010	444	227	217	5,7	7,0	4,9	314	157	157	4,1	5,1	3,3
2011	486	243	243	6,2	7,1	5,5	360	163	197	4,5	5,1	4,3
2012	517	270	247	6,5	7,7	5,6	358	168	190	4,5	5,1	4,1
2013	416	219	197	5,1	6,4	4,3	363	185	178	4,5	5,6	3,8
2014	416	210	206	5,0	5,9	4,4	353	168	185	4,3	4,9	3,8
2015	452	240	212	5,4	6,3	4,5	360	190	170	4,3	5,4	3,5
2016	528	288	240	6,2	7,7	5,1	395	210	185	4,7	5,9	3,8
2017	522	288	234	6,0	7,4	4,8	355	183	172	4,1	5,0	3,4
2018	483	261	222	5,4	6,6	4,5	333	166	167	3,8	4,4	3,3
2019	501	292	209	5,6	7,3	4,1	379	177	202	4,2	4,7	3,9

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C90. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



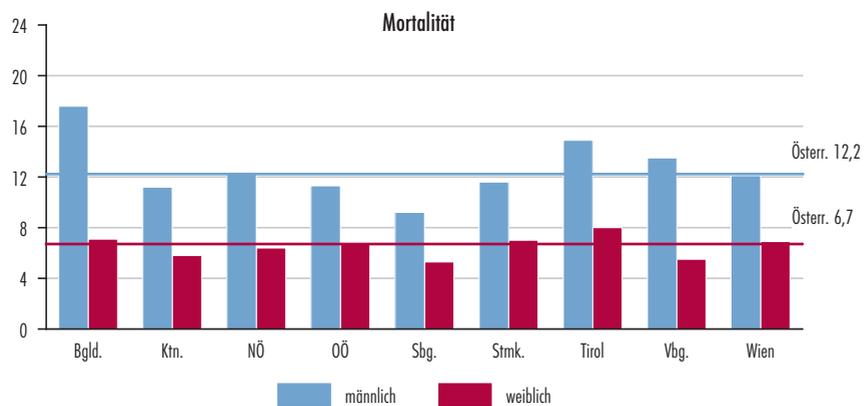
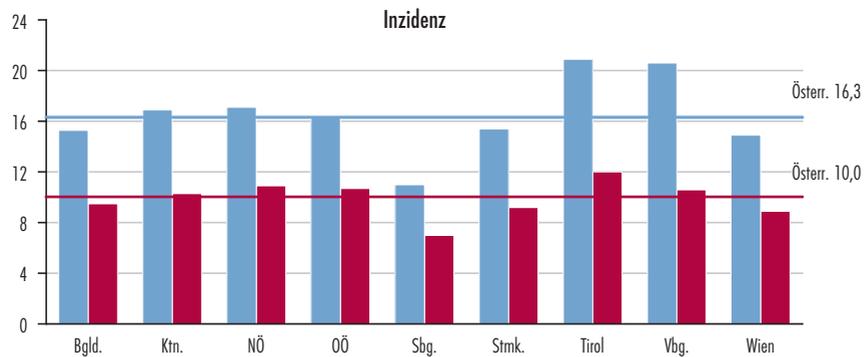
Entwicklung der Leukämie¹, Österreich ab 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C91–C95. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

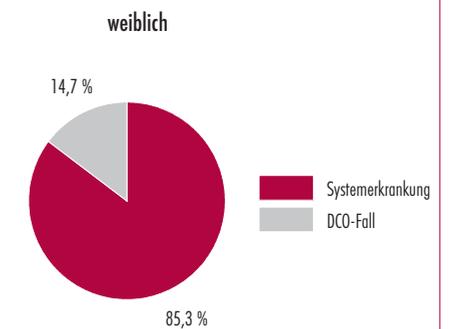
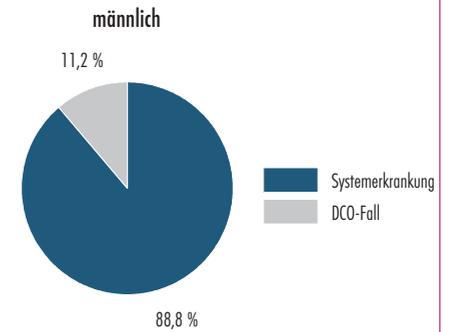
Bundesländervergleich der Leukämie¹, 2017–2019

altersstandardisierte Raten auf 100 000 Männer bzw. Frauen²



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C91–C95. – 2) Europ. Standardbevölkerung 2013.

Tumorstadium, Leukämie¹, 2017–2019



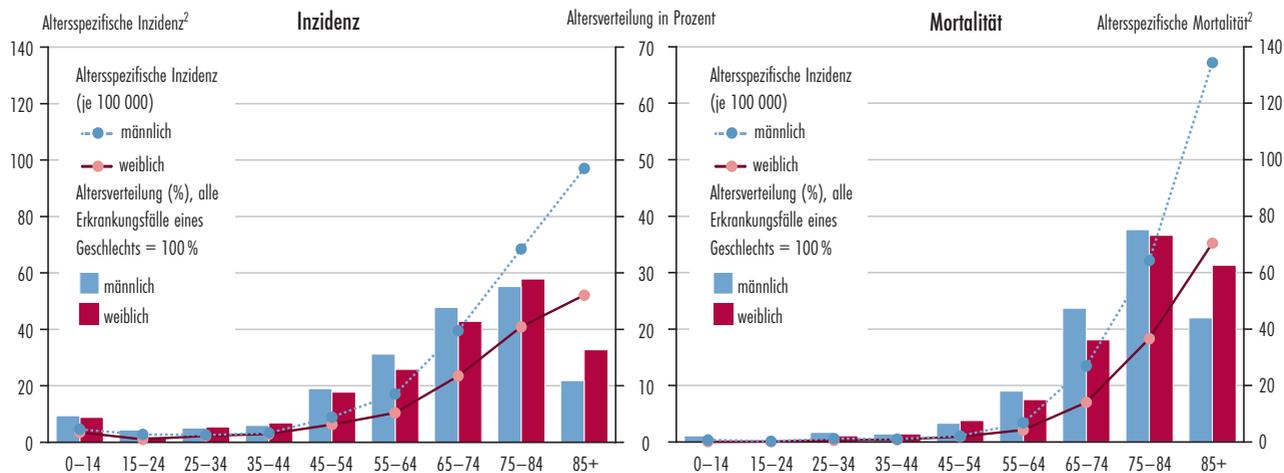
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C91–C95.

Geschlechtsverteilung der Leukämie¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C91–C95.

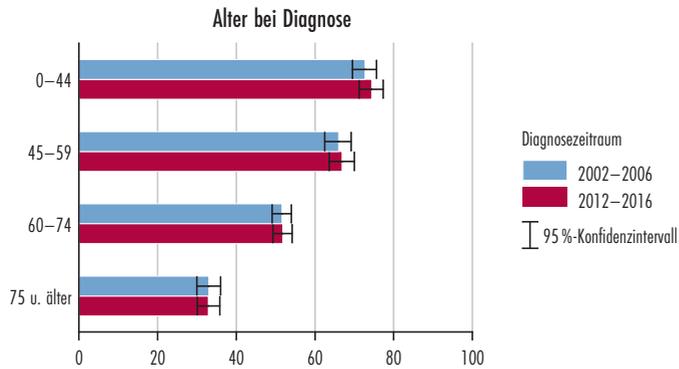
Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz bzw. Mortalität der Leukämie¹, 2017–2019



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C91–C95. – 2) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen.



Relatives 5-Jahres Überleben¹, Leukämie² in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C91–C95.

Entwicklung des relativen Überlebens¹ (CRS), Leukämie² nach Geschlecht, in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C91–C95.

Entwicklung des relativen Überlebens¹, Leukämie²

Jahr	Relatives 5-Jahres Überleben				
	insgesamt			m	w
	in %	unteres KI ³	oberes KI ³	in %	
1999	44,7	41,1	48,3	48,0	40,5
2000	45,0	41,4	48,4	47,4	42,0
2001	46,8	43,2	50,2	47,4	45,9
2002	52,0	48,4	55,5	55,8	47,1
2003	49,9	46,4	53,3	51,1	48,4
2004	50,0	46,5	53,4	47,9	52,4
2005	52,4	48,9	55,7	54,7	49,6
2006	56,4	53,1	59,7	58,7	53,7
2007	55,3	52,0	58,5	58,4	51,0
2008	54,6	51,0	58,1	56,6	51,8
2009	54,9	51,4	58,3	57,7	51,2
2010	54,0	50,5	57,4	54,2	53,6
2011	54,5	51,1	57,9	57,1	50,9
2012	52,5	49,1	55,8	55,1	49,1
2013	54,2	50,9	57,5	57,7	50,0
2014	52,1	48,5	55,5	52,8	51,0
2015	51,7	48,4	55,0	53,8	49,1
2016	50,0	46,4	53,6	51,2	48,5

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) Ende des Follow-up 31.12.2020. – 2) ICD-10: C91–C95. – 3) Unteres bzw. oberes Konfidenzintervall (95%).

Entwicklung der Leukämie¹, Österreich ab 1999

Jahr	Inzidenz ²						Mortalität					
	absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³			absolute Zahlen			altersstandardisierte Raten ³		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
1999	1 002	546	456	14,8	20,1	11,4	613	309	304	9,5	12,8	7,5
2000	1 028	550	478	15,1	19,8	12,0	615	325	290	9,5	13,4	7,3
2001	1 073	574	499	15,6	20,7	12,3	691	355	336	10,5	15,0	8,3
2002	1 065	595	470	15,2	20,9	11,6	669	358	311	10,1	14,9	7,5
2003	1 122	612	510	15,8	20,5	12,5	694	380	314	10,2	14,7	7,5
2004	1 151	611	540	16,2	21,1	13,1	726	368	358	10,6	13,7	8,5
2005	1 141	610	531	15,7	20,2	12,7	695	368	327	10,0	13,8	7,5
2006	1 222	647	575	16,5	20,4	13,7	711	368	343	10,0	13,3	8,0
2007	1 250	727	523	16,6	22,8	12,2	724	386	338	9,9	13,1	7,6
2008	1 100	613	487	14,7	19,5	11,4	737	390	347	10,1	14,3	7,9
2009	1 106	621	485	14,3	18,3	11,1	707	363	344	9,4	12,1	7,6
2010	1 143	659	484	14,7	20,0	10,9	743	407	336	9,6	13,8	7,0
2011	1 186	681	505	14,9	19,8	11,2	758	400	358	9,8	13,1	7,6
2012	1 219	690	529	15,1	20,1	11,8	739	405	334	9,3	13,0	7,0
2013	1 216	664	552	14,9	18,7	12,2	760	409	351	9,4	12,5	7,4
2014	1 093	634	459	13,2	17,8	9,9	740	386	354	9,0	11,9	7,3
2015	1 191	664	527	14,1	17,6	11,3	690	358	332	8,2	10,5	6,7
2016	1 126	627	499	13,2	16,5	10,6	743	393	350	8,7	11,2	7,0
2017	1 110	621	489	12,8	16,2	10,2	765	438	327	8,9	12,4	6,5
2018	1 152	640	512	13,0	16,3	10,4	807	435	372	9,1	11,9	7,2
2019	1 118	658	460	12,4	16,4	9,2	784	450	334	8,8	12,3	6,4

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022) und Todesursachenstatistik. – 1) ICD-10: C91–C95. – 2) Maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle. – 3) Jeweils auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.



@ ipopba / stock.adobe.com

Altersstandardisierung, die Klassifikation der Tumorlokalisationen und des Tumorstadiums sowie die Qualitätsprüfung und die Dokumentation von Mehrfachtumoren erfolgen in internationaler Abstimmung.

Weiterführende Informationen zur Altersstandardisierung in „Einfluss der neuen Europäischen Standardbevölkerung 2013 auf die Trendentwicklung der österreichischen Krebsinzidenzraten 1983–2014“, Statistische Nachrichten 2/2017, Statistik Austria.

7. Methodische Hinweise

Klassifikation der Tumoren (ICD-O-3)

Im Österreichischen Nationalen Krebsregister wird zur Kodierung der Tumorentität die International Classification of Diseases for Oncology, Version 3 (ICD-O-3) verwendet. Die ICD-O ist eine duale Klassifikation, die neben der Codierung der Lokalisation auch die Histologie/Morphologie der Neubildung berücksichtigt. Um den Tumor bestmöglich nach der ICD-O klassifizieren zu können, ist nach Möglichkeit zusätzlich zur Lokalisation des Primärtumors auch die Morphologie anzugeben. Der Lokalisationscode beschreibt den Sitz der Neubildung und verwendet in der Regel denselben drei- bzw. vierstelligen Code, der auch in der ICD-10 benutzt wird. Der morphologische Code beschreibt den Zelltyp der Neubildung (Histologie) und ihr biologisches Verhalten.

Um die Krebsneuerkrankungen direkt mit den Daten aus der Todesursachenstatistik vergleichen zu können, wird vor der Erstellung eines zu veröffentlichenden Datenbestandes der entsprechende Abzug aus der Datenbank mit einem Programm der International Agency for Research on Cancer (IARCcrg Tools Version 2.04, 2008) bearbeitet. Dabei werden die Lokalisations- und Morphologiecodes der ICD-O-3 um einen ICD-10 Code ergänzt. Der ICD-10 Code wurde für alle Grafiken und die meisten Tabellen in dieser Publikation verwendet. Grundlage für die Tabellen zur Morphologie sind die Codes der ICD-O-3.

Die allgemeine Kenntnis der Tumorlokalisation reicht weder für die Behandlungsplanung noch für Forschungszwecke aus. So hängt die Überlebens-

rate bei einigen Lokalisationen stark mit dem morphologischen Typ zusammen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2003). Von der IARC wird die Angabe der Lokalisation, der Morphologie und des Tumorverhaltens als wesentlich erachtet (Parkin, D.M. et. al., 1994).

Von 1980 bis 1989 wurde die Tumorlokalisation nach der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, 9. Version (ICD-9) codiert, für die Morphologie stand nur ein zweistelliger Code zur Verfügung. Ab 1990 wurde statt diesem Zweisteller der Morphologiecode der International Classification of Diseases for Oncology, Version 1 (ICD-O-1) verwendet. Dabei wurden nicht nur neu einlangende Meldungen nach der neuen Version codiert, sondern es wurde die gesamte Datenbank umgestellt. Die zweistelligen Codes wurden durch entsprechende Viersteller ersetzt. Diese sind für den Zeitraum bis 1990 entsprechend unspezifisch, da die Codierung nach dem Zweisteller zu erheblichen Informationsverlusten führte. Bei der Umschlüsselung der Codes wurde nach internationalen Vorgaben vorgegangen. Von Juli 2002 bis August 2006 wurde sowohl für die Lokalisation als auch für die Morphologie die International Classification of Diseases for Oncology, Version 2 (ICD-O-2) verwendet. Von 2006 bis 2021 wurde zur Codierung der Tumorentität die International Classification of Diseases for Oncology, Version 3 (ICD-O-3), ab Juni 2021 in der zweiten Revision (ICD-O-3, Rev2), verwendet. Auch bei diesen Klassifikationsänderungen wurde die gesamte Datenbank auf die jeweils neue Klassifikation umgestellt.



Klassifikation der Tumorstadien (TNM)

Im österreichischen Krebsregister wird die Einteilung der Tumorstadien nach dem TNM-System vorgenommen (Union International Contre le Cancer: TNM-Klassifizierung der malignen Tumore und allgemeine Regeln zur Anwendung des TNM-Systems, 8. Auflage, Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York, 2017). Zu beachten ist, dass die prätherapeutische klinische klassische Klassifikation (cTNM) und/oder die postoperative histopathologische/morphologische Klassifikation (pTNM) zur Anwendung kommen.

Folgende Stadien werden unterschieden (im Klammerausdruck befindet sich die Zuordnung nach dem TNM-System):

- CIS (Carcinoma in situ): Vorstadium (TIS)
- Lokalisiertes Tumorstadium: Tumor auf das Ursprungsorgan beschränkt (T0-2, N0, M0)
- Regionalisiertes Tumorstadium: Tumorausbreitung in unmittelbar benachbartes Gewebe und/oder in regionale Lymphknoten, jedoch keine Fernmetastasen (T0-2, N1-4, M0; T3-4, N0-4, M0; TX, N1-4, M0)
- Disseminiertes Tumorstadium: Nachgewiesene Fernmetastasen (T0-X, N0-X, M1).
- Für DCO (Death Certificate Only)-Fälle ist keine Stadieneinteilung möglich.

Ist die Kategorisierung nach TNM nicht vorhanden oder nicht anwendbar, kann auch eine Einteilung nach einem Grobschema vorgenommen werden: Fragen nach der die Ausdehnung des Tumors über die Organgrenzen, den Befall regionärer Lymphknoten und dem Vorhandensein von Fernmetastasen werden mit ja oder nein beantwortet.

Bei der Erstellung der Krebsstatistik aus den Krebsregisterdaten werden die gemeldeten Informationen zum Tumor, zu den Lymphknotenmetastasen und den Fernmetastasen zu einer einzigen Angabe zum Tumorstadium zusammengefasst: Tumor in situ (TIS), lokalisiertes Tumorstadium, regionalisiertes Tumorstadium, disseminiertes Tumorstadium, unbekanntes Tumorstadium. Systemerkrankungen werden keinem dieser Stadien zugeordnet. Für DCO-Fälle ist grundsätzlich kein Tumorstadium verfügbar, da auf dem Totenschein kein Tumorstadium bei Diagnose erfasst wird.

Qualitätsverbesserung durch Recherche von DCN Fällen und Urgenzen

Der wissenschaftliche Wert der Daten eines Krebsregisters wird durch die Vollzähligkeit des Registers und die Vollständigkeit der einzelnen Meldungen bestimmt. Die IARC empfiehlt eine verstärkte Recherche bei jenen Krebsfällen, die nur durch den Totenschein bekannt werden. Die Datenqualität bei solchen Fällen und damit die Qualität des gesamten Registers kann durch intensive Zusammenarbeit mit den Krankenanstalten wesentlich verbessert werden.

Wenn eine Krebserkrankung nicht im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Krebsregistermeldung an das Krebsregister gemeldet wurde, die Person an der Erkrankung verstarb und diese Erkrankung auf dem amtlichen Totenschein vermerkt wurde, wird im Krebsregister eine Ersatzmeldung angelegt. Darüber hinaus erfolgt eine Kontaktaufnahme mit der Krankenanstalt, die den Totenschein ausgestellt hat. Kann auf diesem Weg weitere Information zu dem Krebsfall gewonnen werden (z. B. Diagnosedatum, Morphologie, Tumorstadium bei Diagnosestellung), wird die Ersatzmeldung um diese Erkenntnisse ergänzt. Zur Qualitätssicherung bleibt allerdings ein Marker an dieser Meldung, der anzeigt, dass der Auslöser für die Krebsregistermeldung der Totenschein war (Death Certificate Notified, DCN-Fall). Kann keine weitere Information ermittelt werden, bleibt die Ersatzmeldung als DCO-Fall (Death Certificate Only) im Register und geht mit unvollständigen Informationen in die Krebsstatistik ein. Die DCO-Rate stellt einen Qualitätsindikator für die Krebsregistrierung dar.

In Österreich werden aber nicht nur DCN-Fälle recherchiert. Erwecken die übermittelten Daten den Anschein, dass Krebsfälle gar nicht gemeldet wurden (z. B. durch plötzliches Absinken der Anzahl der gemeldeten Fälle aus einer Krankenanstalt), stellen die Mitarbeiter:innen der Statistik Austria ebenfalls weitere Nachforschungen an. Die ärztliche Leitung der Krankenanstalten ist per Gesetz zur Meldung jeder Krebsneuerkrankung sowie aller Sterbefälle an Krebserkrankungen an



Statistik Austria verpflichtet. Regelmäßiger Kontakt mit den Krankenanstalten erhöht die Vollständigkeit und Vollständigkeit der Krebsmeldungen und damit die Qualität dieser Statistik.

Revisionen der Krebsstatistik

Bis zum Berichtsjahr 2002 wurde eindeutig zwischen endgültigen und vorläufigen Ergebnissen unterschieden. Dies hatte jährliche Revisionen von einzelnen Diagnosejahren und gelegentliche Revisionen des gesamten Datenbestandes zur Folge. Als Folge der Umschlüsselung der Daten von der ICD-O-2 auf die ICD-O-3, der Anwendung der an die ICD-O-3 adaptierten Mehrfachumregelungen und der laufenden Qualitätsverbesserung durch weiterführende Recherche haben sich die Ergebnisse zur Krebsinzidenz verändert und wurden daher für alle Diagnosejahre revidiert. Ab dem Diagnosejahr 2003 wurde ein neues Publikationskonzept verfolgt, das allen Nutzern aktuelle Daten garantiert.

Dieses Publikationskonzept trägt dem Konzept der lebenden Datenbank Rechnung und nimmt von der Publikation „vorläufiger und endgültiger Zahlen“ Abstand. Ein Diagnosejahr wird nach Aufarbeitung aller eingelangten Krebsmeldeblätter, Recherche offensichtlicher Fehlbestände und dem Abgleich mit der Todesursachenstatistik veröffentlicht. Zu diesem Zeitpunkt wird eine Momentaufnahme der Datenbank fixiert. Diese Momentaufnahme bildet die Grundlage weiterer Analysen und bleibt bis zur Publikation des nächsten Diagnosejahres in Verwendung. Das Datum der ent-

sprechenden Momentaufnahme, das bei sämtlichen Tabellen und Grafiken angegeben ist, gilt für alle Diagnosejahre und gibt die Aktualität der Daten wieder. Für jede Veröffentlichung werden also die jeweils aktuellen Gesamtdaten herangezogen. Qualitätsverbesserungen der Datenbank durch DCN-Recherche, Recherche bei vermuteten Fehlbeständen und Recherche bei unklaren Fällen können so laufend an den Nutzer weitergegeben werden, auch wenn es sich um länger zurückliegende Daten handelt. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass für eigene, weiterführende Berechnungen anhand der Daten des Österreichischen Nationalen Krebsregisters nur komplette neue Zeitreihen verwendet werden sollten, um Vermischungen der neuen Werte mit den alten Zeitreihen zu vermeiden!

Altersstandardisierte Raten / Europäische Standardbevölkerung 2013

Das Österreichische Nationale Krebsregister von Statistik Austria stellt jährlich einer breiten Öffentlichkeit Kennzahlen der Krebsstatistik zur Verfügung. Eine dieser Kennzahlen, die Krebsinzidenz (Krebsneuerkrankungen pro Kalenderjahr), wird einerseits in absoluten Zahlen und andererseits als Rate d. h. bezogen auf die österreichische Wohnbevölkerung dargestellt. Absolute Zahlen zu den jährlichen Krebsneuerkrankungen sind vor allem in der Planung der Gesundheitsversorgung notwendig. Ist man allerdings an der Entwicklung des Krebsrisikos im Zeitvergleich oder an regionalen Vergleichen interessiert, so ist es erforderlich, die absoluten Zahlen in Relation zur Wohnbe-

völkerung der Bezugsregion zu setzen. Dies kann in Form roher Raten oder altersstandardisierter Raten erfolgen.

Während rohe Raten nur den Umfang der jeweiligen Gesamtbevölkerung einbeziehen, wird bei der Altersstandardisierung auch deren Altersstruktur berücksichtigt. Dadurch wird die Kennzahl um Effekte einer im Zeitverlauf sich ändernden Altersstruktur bzw. unterschiedlicher Alterszusammensetzungen der jeweiligen Bezugsbevölkerungen adjustiert.

Technisch vereinfacht gesprochen, wird die jeweilige Bezugsbevölkerung durch eine frei wählbare fiktive oder auch reale Standardbevölkerung ersetzt. Damit gilt für alle zu vergleichenden Zeitpunkte bzw. Regionen dieselbe Altersstruktur der Bevölkerung. Die altersstandardisierten Raten (ASR) können im Sinne eines Erkrankungsrisikos interpretiert werden. Die Raten sind nur im Vergleich interpretierbar, nicht jedoch in ihrer absoluten Höhe. Der tatsächliche Wert der Rate ist abhängig von der verwendeten Standardbevölkerung. Je näher die Altersstruktur der gewählten Standardbevölkerung der Altersstruktur der tatsächlichen Bevölkerung ist, desto näher ist die altersstandardisierte Rate an der rohen Rate.

Von der Europäischen Kommission (Joint Research Centre) wurde den europäischen Krebsregistern empfohlen, auf die EUR-EU 2013 umzusteigen, um durch einen gemeinsamen Bevölkerungsstandard die Vergleichbarkeit der Daten zu erhöhen bzw. Fehlinterpretationen durch den Vergleich



von Daten aus Berechnungen mit verschiedenen Standardbevölkerungen zu vermeiden. Aus diesen Gründen entschied das Österreichische Nationale Krebsregister, ab Herbst 2016 die EUR-EU 2013 für die Publikation der Krebsstatistik zu verwenden.

Internationale Empfehlungen

Die Gestaltung der Datensammlung, die Aufarbeitung sowie Plausibilitäts- und Qualitätskontrollen sind eng an internationale Empfehlungen geknüpft. Qualitätssicherung und internationale Vergleichbarkeit stehen bei diesen Empfehlungen im Vordergrund. Die Empfehlungen werden in erster Linie von der internationalen Vereinigung der Krebsregister (IACR, International Association of Cancer Registries) ausgearbeitet. Das Europäische Netzwerk der Krebsregister (ENCR, European Network of Cancer Registries) unterstützt die einzelnen Länder bei der Umsetzung der Empfehlungen.

So wurden beispielsweise durch eine Arbeitsgruppe der International Agency for Research on Cancer (IARC) Definitionsempfehlungen für multiple Neoplasien (Mehrfachtumore) formuliert. Damit soll die internationale Vergleichbarkeit der Inzidenzen gesichert werden. Jedes Register muss selbst entscheiden, nach welchen Regeln multiple Neoplasien behandelt werden sollen. Das Österreichische Nationale Krebsregister orientiert sich an den Vorschlägen der IARC. Kommt es bei Anwendung dieser Regeln zur Entscheidung für einen Mehrfachtumor, wird der Fall nochmals überprüft und gegebenenfalls recherchiert. Es werden die

International Rules for Multiple Primary Cancers, ICD-O Third Edition, IARC, Lyon, 2004, Internal Report No. 20048/02, umgesetzt.

1. Die Anerkennung der Existenz zweier oder mehrerer Primärtumoren ist nicht vom Zeitpunkt der Diagnosestellung abhängig.
2. Ein maligner Primärtumor entsteht an einer definierten Lokalisation in einem bestimmten Gewebe. Ein Infiltrat der Umgebung, ein Rezidiv oder eine Metastase zählen nicht dazu.
3. Nur eine einzige Neoplasie soll als Primärtumor in einem Organ, Organpaar oder Gewebe akzeptiert werden. Die in bestimmte Gruppen zusammengefassten Lokalisationen werden in Hinsicht auf die Definition multipler Neoplasien als jeweils ein Organ betrachtet. Im Bereich der Haut wird nur die erste Neoplasie eines bestimmten histologischen/morphologischen Typs, egal welcher Lokalisation, als Primärerkrankung an einer malignen Neoplasie gewertet.
4. Regel 3 gilt nicht, wenn eine maligne Neoplasie mit Systembefall vorliegt oder eine multizentrische maligne Neoplasie, die mehrere Organe befallen kann. Ebenso gilt Regel 3 nicht, wenn andere histologische/morphologische Typen als unterschiedlich in Bezug auf die Definition multipler Neoplasien angesehen werden. Somit zählt eine zusätzliche Neoplasie im gleichen Organ, aber eines „anderen“ histologischen/morphologischen Typs als weitere Neoplasie.



Morphologiecodes

Text	Code, ICD-O-3, Rev. 2
Alle Malignome, C00–C96, ohne C44	
Karzinome	8010–8576
Plattenepithelkarzinome	8050–8078, 8083–8084
Adenokarzinome	8140–8141, 8143–8145, 8190–8231, 8260–8263, 8310, 8401, 8480–8490, 8550–8551, 8570–8574, 8576
Karzinome m. n. A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o. n. A.	8010–8035
Sarkome	8800–8811, 8830, 8840–8921, 8990–8991, 9040–9044, 9120–9133, 9150, 9540–9581
Neoplasien des lymphatischen und des blutbildenden Systems	9590–9989
Bösartige Neubildungen m. n. A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o. n. A.	8000–8005
Kopf–Hals, C00–C14	
Karzinome	8010–8576
Plattenepithelkarzinome o. n. A.	8050–8070, 8072–8078, 8083–8084
Verhornende Plattenepithelkarzinome	8071
Adenokarzinome	8140–8141, 8143–8145, 8190–8231, 8260–8263, 8310, 8401, 8480–8490, 8550–8551, 8570–8574, 8576
Karzinome m. n. A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o. n. A.	8010–8035
Sarkome	8800–8811, 8830, 8840–8921, 8990–8991, 9040–9044, 9120–9133, 9150, 9540–9581
Bösartige Neubildungen m. n. A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o. n. A.	8000–8005
Speiseröhre, C15	
Karzinome	8010–8576
Plattenepithelkarzinome	8050–8078, 8083–8084
Adenokarzinome	8140–8141, 8143–8145, 8190–8231, 8260–8263, 8310, 8401, 8480–8490, 8550–8551, 8570–8574, 8576
Karzinome m. n. A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o. n. A.	8010–8035
Sarkome	8800–8811, 8830, 8840–8921, 8990–8991, 9040–9044, 9120–9133, 9150, 9540–9581
Bösartige Neubildungen m. n. A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o. n. A.	8000–8005
Magen, C16	
Karzinome	8010–8576
Plattenepithelkarzinom	8050–8078, 8083–8084
Adenokarzinome o. n. A.	8140–8141, 8143, 8190–8231, 8260–8263, 8310, 8401, 8480–8489, 8550–8551, 8570–8574, 8576



Text	Code, ICD-O-3, Rev. 2
Adenokarzinome vom intestinalen Typ	8144
Siegelringzellkarzinome	8145, 849
Karzinome m.n.A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o.n.A.	8010–8035
Sarkome	8800–8811, 8830, 8840–8921, 8990–8991, 9040–9044, 9120–9133, 9150, 9540–9581
Bösartige Neubildungen m.n.A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o.n.A.	8000–8005
Darm, C18–C21	
Karzinome	8010–8576
Plattenepithelkarzinome	8050–8076, 8083–8084, 8123–8124
Adenokarzinome	8140–8145, 8190–8231, 8260–8263, 8310, 8401, 8480–8490, 8550–8551, 8570–8574, 8576
Karzinome m.n.A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o.n.A.	8010–8035
Melanome	8720–8790
Bösartige Neubildungen m.n.A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o.n.A.	8000–8005
Leber, C22	
Karzinome	8010–8576
Hepatozelluläre Karzinome	8170–8171
Gallengangskarzinome	8050, 8140–8141, 8160–8161, 8260, 8440, 8480–8500, 8550, 8560, 8570–8572
Karzinome m.n.A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o.n.A.	8010–8034
Hepatoblastome	8970
Sarkome	8800–8811, 8830, 8840–8921, 8990–8991, 9040–9044, 9120–9133, 9150, 9540–9581
Bösartige Neubildungen m.n.A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o.n.A.	8000–8005
Pankreas, C25	
Karzinome	8010–8576
Plattenepithelkarzinome	8050–8078, 8083–8084
Adenokarzinome o.n.A.	8140–8141, 8143–8145, 8190–8231, 8260–8263, 8310, 8401, 8480–8490, 8551, 8570–8574, 8576
Duktales Adenokarzinome	8550
Karzinome m.n.A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o.n.A.	8010–8035
Sarkome	8800–8811, 8830, 8840–8921, 8990–8991, 9040–9044, 9120–9133, 9150, 9540–9581
Bösartige Neubildungen m.n.A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o.n.A.	8000–8005
Kehlkopf, C32	
Karzinome	8010–8576



Text	Code, ICD-O-3, Rev. 2
Plattenepithelkarzinome	8050–8078, 8083–8084
Adenokarzinome	8140–8141, 8143–8145, 8190–8231, 8260–8263, 8310, 8401, 8480–8490, 8550–8551, 8570–8574, 8576
Karzinome m. n. A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o. n. A.	8010–8035
Sarkome	8800–8811, 8830, 8840–8921, 8990–8991, 9040–9044, 9120–9133, 9150, 9540–9581
Bösartige Neubildungen m. n. A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o. n. A.	8000–8005
Lunge, C33–C34	
Karzinome	8010–8576
Plattenepithelkarzinome	8050–8078, 8083–8084
Adenokarzinome	8140, 8211, 8230–8231, 8250–8260, 8323, 8480–8490, 8550–8551, 8570–8574, 8576
Kleinzellige Karzinome	8041–8045
Nicht kleinzellige Karzinome (Karzinome o. n. A.)	8010–8012, 8014–8031, 8035, 8310
Karzinome m. n. A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Sarkome	8800–8811, 8830, 8840–8921, 8990–8991, 9040–9044, 9120–9133, 9150, 9540–9581
Bösartige Neubildungen m. n. A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o. n. A.	8000–8005
Haut, C43	
Melanome	8720–8790
Brust, C50	
Karzinome	8010–8576
Plattenepithelkarzinome	8050–8078, 8083–8084
Adenokarzinome o. n. A.	8140–8141, 8143–8145, 8190–8231, 8260–8263, 8310, 8401, 8480–8490, 8551, 8570–8574, 8576
Invasive duktale und duktiläre Karzinome	8500, 8521
Invasive lobuläre Karzinome	8520
Invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinomtypen	8522–8524
Karzinome m. n. A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o. n. A.	8010–8035
Sarkome	8800–8811, 8830, 8840–8921, 8990–8991, 9040–9044, 9120–9133, 9150, 9540–9581
Bösartige Neubildungen m. n. A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o. n. A.	8000–8005
Gebärmutterhals, C53	
Karzinome	8010–8380, 8382–8576
Plattenepithelkarzinome	8050–8078, 8083–8084
Adenokarzinome	8140–8141, 8190–8211, 8230–8231, 8260–8263, 8310, 8380, 8382–8384, 8440–8490, 8570–8574, 8576
Karzinome m. n. A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o. n. A.	8010–8035



Text	Code, ICD-O-3, Rev. 2
Sarkome	8800–8811, 8830, 8840–8921, 8990–8991, 9040–9044, 9120–9133, 9150, 9540–9581
Bösartige Neubildungen m. n. A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o. n. A.	8000–8005
Gebärmutterkörper, C54	
Karzinome	8010–8574, 8576
Adenokarzinome	8140–8141, 8190–8211, 8230–8231, 8260–8263, 8310, 8380, 8382–8384, 8430, 8440–8490, 8510, 8560, 8570–8574, 8576
Karzinome m. n. A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o. n. A.	8010–8035
Sarkome	8800–8811, 8830, 8840–8921, 8990–8991, 9040–9044, 9120–9133, 9150, 9540–9581
Bösartige Neubildungen m. n. A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o. n. A.	8000–8005
Eierstock, C56	
Karzinome	8010–8231, 8246–8576, 9014–9050, 9110
Seröse Karzinome	8441, 8460–8463, 9014
Muzionöse Karzinome	8470–8490, 9015
Endometrioid Karzinome	8380–8383, 8560, 8570
Klarzellige Karzinome	8310–8313, 9110
Adenokarzinome o. n. A.	8140–8147, 8170–8190, 8211–8231, 8260, 8384, 8440, 8576
Karzinome m. n. A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o. n. A.	8010–8035
Tumore der Gonaden	8590–8671
Keimzelltumore	8240–8245, 9060–9102
Bösartige Neubildungen m. n. A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o. n. A.	8000–8005
Prostata, C61	
Karzinome	8010–8576
Plattenepithelkarzinome	8050–8078, 8083–8084
Adenokarzinome o. n. A.	8140–8141, 8143–8145, 8190–8210, 8212–8231, 8260–8263, 8310, 8401, 8480–8490, 8551, 8570–8574, 8576
Azinäre Adenokarzinome	8211, 8550
Karzinome m. n. A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o. n. A.	8010–8035
Bösartige Neubildungen m. n. A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o. n. A.	8000–8005
Hoden, C62	
Keimzelltumore	9060–9102
Seminome	9060–9061, 9064



Text	Code, ICD-O-3, Rev. 2
Spermatozytische Seminome	9063
Nichtseminomatöse Keimzelltumore	9065–9102
Bösartige Neubildungen m.n.A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o.n.A.	8000–8005
Niere, C64	
Karzinome	8010–8576
Nierenzellkarzinome	8051–8084, 8120–8122, 8130–8131
Klarzellige Nierenzellkarzinome	8050, 8140, 8260, 8270, 8280–8312, 8316–8320, 8340–8344
Klarzellige Adenokarzinome	8310
Nierenzellkarzinome o.n.A.	8312
Andere Nierenzellkarzinome	Nierenzellkarzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome m.n.A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o.n.A.	8010–8035
Bösartige Neubildungen m.n.A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o.n.A.	8000–8005
Harnblase, C67	
Karzinome	8010–8576
Plattenepithelkarzinome	8051–8078, 8083–8084
Papilläre Karzinome	8050, 8120–8122, 8130–8131
Adenokarzinome	8140–8141, 8190–8231, 8260–8263, 8310, 8401, 8480–8490, 8550–8551, 8570–8574, 8576
Karzinome m.n.A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o.n.A.	8010–8035
Sarkome	8800–8811, 8830, 8840–8921, 8990–8991, 9040–9044, 9120–9133, 9150, 9540–9581
Bösartige Neubildungen m.n.A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o.n.A.	8000–8005
Gehirn, C70–C72	
Tumore des neuroepithelialen Gewebes	8680, 9350–9362, 9380–9508, 9520–9523
Gliome	9380–9384, 9391–9460
Astrozytisches Gliom	9384, 9400–9421, 9424, 9425, 9440–9442
Mischgliome	9382, 9450–9451
Ependymome	9383, 9391–9394
Andere Gliome	9380–9381, 9423, 9430, 9444, 9460
Embryonale Tumore	9470–9474, 9490, 9500–9504, 9508
Medulloblastome	9470–9472, 9474
Andere embryonale Tumore	Embryonale Tumore mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Andere neuroepitheliale Tumore	Neuroepitheliale Tumore mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen m.n.A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o.n.A.	8000–8005



Text	Code, ICD-O-3, Rev. 2
Schilddrüse, C73	
Karzinome	8010–8576
Follikuläre Karzinome	8290, 8330–8335
Papilläre Karzinome	8050, 8260, 8340–8344, 8350, 8450–8460
Medulläre Karzinome	8345, 8510–8513
Anaplastische Karzinome	8020–8035
Karzinome m. n. A.	Karzinome mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Karzinome o. n. A.	8010–8015
Sarkome	8800–8811, 8830, 8840–8921, 8990–8991, 9040–9044, 9120–9133, 9150, 9540–9581
Bösartige Neubildungen m. n. A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o. n. A.	8000–8005
Hodgkin, C81	
Nodulärer lymphozytenprädominanter Typ	9659
Lymphozytenreiche klassische Hodgkin Lymphome	9651
Nodulär-sklerosierender Typ	9663–9667
Gemischtzellige Form	9652
Lymphozytenarmer Typ	9653–9655
Hodgkin Lymphome o. n. A.	9650
Non-Hodgkin, C82–C85, C96	
B-Zell Neoplasien	9670–9699, 9728, 9731–9734, 9761–9764, 9823–9826, 9833, 9836, 9940
T-Zell und NK-Zell Neoplasien	9700–9719, 9729, 9827–9831, 9834, 9837, 9948
Bösartige Neubildungen m. n. A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Non-Hodgkin-Lymphome o. n. A.	9590, 9591, 9596, 9727, 9760
Plasmozytom/Myelom, C90	
Plasmozytome o. n. A.	9731
Multiple Myelome	9732
Plasmazell-Leukämien	9733
Extramedulläre Plasmozytome	9734
Leukämie, C91–C95	
B-Zell Neoplasien	9670–9699, 9728, 9731–9734, 9761–9764, 9823–9826, 9833, 9836, 9940
T-Zell und NK-Zell Neoplasien	9700–9719, 9729, 9827–9831, 9834, 9837, 9948
Myeloische Neubildungen	9840, 9860–9931, 9945–9946, 9950, 9960–9964, 9975, 9980–9989
Bösartige Neubildungen m. n. A.	Bösartige Neubildungen mit näheren Angaben (andere spezifische Codes)
Bösartige Neubildungen o. n. A.	9800–9801, 9805, 9820, 9832, 9835

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022).



@ Jürgen Fächle / stock.adobe.com

8. Umsetzung der Krebsstatistikverordnung 2019

Neuerungen im Überblick

- Krebsregistermeldungen werden ausschließlich elektronisch übermittelt
- Personenidentifikation mittels verschlüsseltem „bereichsspezifischen Personenkennzeichen Amtliche Statistik“ (vbPK-AS)
- Meldung nach ausreichend gesicherter Erstdiagnose, Wegfall der Folgemeldungen, Meldeverpflichtung im Sterbefall bleibt aufrecht.

Im Mai 2019 wurde im BGBl 2019 II 124 die Krebsstatistikverordnung 2019 veröffentlicht, welche die Vorgaben der europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU Verordnung 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016) umsetzt.

Damit wurde auch eine langjährige Forderung von Statistik Austria erfüllt: Anstelle der Namen der Betroffenen werden künftig nur noch eindeutige, nicht rückführbare Pseudonyme gespeichert, wie dies im e-Government-Gesetz seit langem vorgesehen ist. Die ausschließlich elektronische Übermittlung der Daten soll auch zu einer Verbesserung der Qualität der Krebsstatistik führen und dient damit auch dem strategischen Ziel Nr. 5 des Krebsrahmenprogramms 2014 „Hochwertige Daten und verbesserte evidenzbasierte Information zur Entscheidungsfindung von Gesunden, Patientinnen und Patienten, Leistungserbringern und politischen Entscheidungsträgern“.

Termine im Überblick

01.07.2019
Inkrafttreten der Krebsstatistikverordnung 2019

31.12.2019
Ende der Übermittlung von Daten in der nach der Verordnung BGBl. Nr. 171/1978 vorgesehenen Form (Krebsmeldeblatt als Papierformular)

01.01.2020
Ausschließlich elektronische Übermittlung von Krebsmeldungen

Datenschutz (bPK-AS)

Die auf dem geltenden Krebsstatistikgesetz 1969 basierende bisherige Krebsstatistikverordnung aus dem Jahr 1978 sah die Meldung von Krebserkrankungen unter Angabe der Identitätsdaten in Papierform vor. Da es sich bei gesundheitsbezogenen Daten um höchst sensible Daten handelt, sind diese nun ausschließlich auf elektronischem Weg in pseudonymisierter Form zu übermitteln. Dies sieht die Krebsstatistikverordnung 2019 durch die Verwendung des bereichsspezifischen Personenkennzeichens Amtliche Statistik (bPK-AS) vor.

Das bereichsspezifische Personenzeichen ist im e-Government-Gesetz verankert und dient dazu, Personendatensätze ohne Verwendung des Namens in Datenanwendungen völlig anonym zu handhaben und erlaubt dennoch eine Verknüpfung von Datensätzen derselben Person. Das bPKAS wird für jede Person auf Grund ihrer Identitätsdaten (Name, Geburtsdatum, ...) von der Stammzahlen-



registerbehörde aus der Stammzahl und diese wiederum aus der ZMR-Zahl abgeleitet.

Ein Antrag auf Ausstattung mit verschlüsselten bereichsspezifischen Personenkennzeichen (vbPK) kann von jedem Meldepflichtigen direkt an die Stammzahlenregisterbehörde gestellt werden.

Die Krebsstatistikverordnung 2019 gibt auch Raum für eine Umstellungsphase: Wenn beim Meldepflichtigen die technischen Voraussetzungen für die Ermittlung eines vbPK-AS noch nicht gegeben sind, kann an Stelle des vbPK-AS die Sozialversicherungsnummer und, falls diese nicht vorliegt, der Vor- und Familiennamen sowie die Wohnadresse des oder der Betroffenen an die Bundesanstalt zu übermittelt werden. Dies sollte jedoch die Ausnahme sein.

Übermittlung der Daten

Statistik Austria stellt drei Möglichkeiten zur Verfügung, um der elektronischen Meldeverpflichtung nachzukommen.

- Webformular via eQuest
- Datei-Upload via eQuest
- Datei-Übermittlung via SFTP

Datenstrukturbechreibung

In der Datenstrukturbeschreibung sind die Variablen sowie deren Ausprägungen angeführt. Jedem der zehn folgenden Überbegriffe sind eine oder mehrere Variablen zugeordnet.

„§ 2. (1) Die Meldepflichtigen haben unter Angabe der Krankenanstaltennummer und des Abteilungs-funktionscodes der meldenden Abteilung im Rahmen der Meldung gemäß § 1 die folgenden Daten eines oder einer Betroffenen zu übermitteln:

- Geburtsdatum,
- Geschlecht,
- Aufnahme- / Ambulanzzahl,
- Daten zum Aufenthalt in der Krankenanstalt,
- Tumorbeschreibung,
- Tumorstadium,
- Diagnosestellung
- Behandlung,
- anamnestische Daten,
- allfälliger Verdacht auf Berufskrebs

Ausblick

Seit mehreren Jahren wird an einem neuen Krebsstatistikgesetz gearbeitet. Inhaltliche, technische und datenschutzrechtliche Diskussionen laufen unter Einbindung diverser Stakeholder, insbesondere von Statistik Austria.

Für die Vollzähligkeit des Krebsregisters ist die Ausweitung der Meldeverpflichtung auf den niedergelassenen Bereich besonders relevant. Diese soll jedoch nur im Falle der ausschließlichen Behandlungsführung gelten und betrifft aus heutiger Sicht vor allem die Diagnosen von bösartigen Melanomen bei niedergelassenen Hautärztinnen und -ärzten.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht soll in einem neuen Gesetz die Verantwortung für den Datenschutz und die damit verbundene Pseudonymisierung komplett bei den meldenden Stellen liegen. Entsprechend der Krebsstatistikverordnung 2019 kann Statistik Austria noch „aushelfen“.

Langfristig soll das österreichische Krebsregister auch zusätzliche Daten erheben, um die Tumore exakter zu beschreiben und einen Erkrankungsverlauf zu definierten Zeitpunkten abzubilden. Diese Entwicklung kann jedoch nur in einem Bottom-up Prozess erfolgen, da in einem nationalen Krebsregister sinnvollerweise nur jene Informationen gesammelt werden sollen, die in den medizinischen Einrichtungen strukturiert und in hoher Qualität dokumentiert werden.

Da daher die Krebsstatistikverordnung 2019 eine Übergangslösung darstellt und versucht wurde, die Aufwände für diese möglichst gering zu halten, wurde von weiteren Änderungen wurde Abstand genommen. Die Umsetzung soll eine Erleichterung für die Meldepflichtigen und eine Qualitätsverbesserung für die Krebsstatistik bringen.

Weitere Informationen

Den gesamten Rechtstext und alle nötigen Informationen rund um die neue Krebsregistermeldung finden Sie auf den Webseten von Statistik Austria unter Fragebögen > Gesundheitseinrichtungen und [Krebsregistermeldung](#)



Verbesserte Datenqualität
durch verstärkte Nutzung der Daten

9. Verwendung der Krebsregisterdaten

Das von der Statistik Austria geführte Österreichische Nationale Krebsregister trifft qualitativ hochwertige Aussagen über die Verbreitung und Entwicklungstrends von Krebserkrankungen und stellt diese der Allgemeinheit regelmäßig zur Verfügung. Die Daten des Krebsregisters dienen folgenden nationalen und internationalen Verwendungszwecken:

- Grundlage für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen aufgrund von systematischer und bevölkerungsbezogener Dokumentation des Krebsgeschehens.
- unverzichtbare Basis für weiterführende epidemiologische Studien bei der Suche nach den Ursachen der Krebsentstehung, zur Beurteilung von Früherkennungsmaßnahmen und zur bevölkerungsbezogenen Versorgung von Tumorpatienten.
- Regelmäßige Datenlieferung an internationale Organisationen für nationale und internationale Studien zur Onkologie (IARC, WHO, OECD)
- Auskünfte an Medienvertreter
- Lieferung von Grundinformationen für die Pharmaindustrie und andere Wirtschaftsbereiche

Die Krebsstatistik entspricht in Erhebung und Publikation den internationalen Standards. Jährlich findet ein Fachbeirat für Gesundheitsstatistik statt, in welchem die Konzepte und Ergebnisse regelmäßig zur Diskussion gestellt werden. Die Bedürfnisse der Nutzer können im Allgemeinen sehr gut abgedeckt werden. Regelmäßige Differenzen gibt es nur bei der Tiefe der regionalen Gliederung. Aus Datenschutz- und Qualitätsgründen können z. B. für einzelne Gemeinden keine Auswertungen angeboten werden.

Erst bei einem Erfassungsgrad von über 90 % aller auftretenden Krebserkrankungen ist eine unverzerrte Bewertung der Daten möglich. Deshalb ist die Mitarbeit und kontinuierliche Meldebereitschaft aller Ärztinnen und Ärzte in Österreich für die vollzählige und flächendeckende Krebsregistrierung entscheidend.



Internet

Auf den Webseiten von Statistik Austria stehen Tabellen und Grafiken zu den Neuerkrankungen und zur Mortalität aller Malignome und ausgewählter Tumorlokalisationen (zeitliche Entwicklung, regionale Verteilung, Tumorstadien) sowie zum Überleben nach einer Krebsdiagnose und zur Krebsprävalenz zur Verfügung. Ergänzend werden Informationen zur Prognose der Krebsinzidenz und Krebsmortalität bis 2030, zur Prognose der Krebsprävalenz bis 2030 und zu Krebs bei Kindern und Jugendlichen angeboten.

Statistische Datenbank – STATcube

STATcube ist das Statistische Datenbanksystem, das über die Webseite von Statistik Austria angeboten wird. Es ist öffentlich und im eingeschränkten Umfang kostenfrei zugänglich. Eine Registrierung sowie der Erwerb eines Abonnements sind erforderlich, wenn die Nutzerin bzw. der Nutzer über den Gastzugang hinaus kostenpflichtige Services, z. B. Abruf größerer Datenmengen, Zugriff auf im Gastzugang gesperrte Daten, nutzen möchte. Der Zugang zu diesen kostenpflichtigen Services bedarf der Registrierung einer Nutzerin bzw. eines Nutzers und des Erwerbs eines Abonnements. Die Ergebnisse des Österreichischen Nationalen Krebsregisters werden nach Fertigstellung in STATcube eingelagert.

Weitere Informationen zur Datenbank finden Sie auf unseren [Webseiten](http://www.statistik.at) (www.statistik.at > Datenbanken > STATcube – Statistische Datenbank).

Jahrbuch der Gesundheitsstatistik

Dieses statistische Kompendium zum Gesundheitswesen in Österreich informiert über das Krankheitsspektrum der Bevölkerung (Kreislauferkrankungen, Spitalsaufnahmen etc.), das Todesursachenspektrum und die Auswirkungen auf die Lebenserwartung. Darüber hinaus werden Spitalswesen, Sozialversicherungen und Gesundheitsausgaben in nationaler Perspektive sowie im internationalen Vergleich präsentiert. Mit dieser Publikation setzt Statistik Austria eine seit 1957

Fachgremien

Statistik Austria ist in verschiedenen Fachgremien aktiv, wie z. B. im Onkologiebeirat. Dieser nimmt im Auftrag des BMSGPK zu aktuellen Fragen der Krebsprävention sowie der Planung und Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten in Österreich Stellung. Das von ihm erstellte nationale Krebsrahmenprogramm für Österreich wurde 2014 veröffentlicht. Aussagekräftigen epidemiologischen Daten zu Krebsinzidenz und -mortalität, Prävalenz und Überleben nach einer Krebsdiagnose wird dabei auch in Zukunft eine große Bedeutung zukommen.

Sonderauswertungen

Um die intensivere Nutzung der Krebsregisterdaten für die epidemiologische Forschung zu fördern, stellt das Österreichische Nationale Krebsregister seine Daten, oder Teile davon, auf Anfrage, unter Beachtung des Datenschutzes und gegebenenfalls gegen Bezahlung, zur Verfügung. Für weitere Datenanfragen steht Ihnen der Auskunftsdienst der Statistik Austria gerne zur Verfügung.

Mikrodaten für die Wissenschaft – Austrian Mikrodatencenter (AMDC)

Berechtigten wissenschaftlichen Einrichtungen kann laut Bundesstatistikgesetz §31 auf Basis einer entsprechenden vertraglichen Vereinbarung ein gesicherter Onlinezugang (Remote Access) zu potenziell indirekt identifizierbaren vertraulichen Daten eingeräumt werden. Der Zugang ist nur für Personen, die in einem aufrechten Dienstverhältnis zu einer wissenschaftlichen Einrichtung stehen, im Rahmen eines konkreten Forschungsvorhabens und für einen vereinbarten Zeitraum möglich.

Das Datenangebot sowie weitere Informationen sind auf den [Webseiten von Statistik Austria](http://www.statistik.at) verfügbar (www.statistik.at > Services/Tools > AMDC - Mikrodaten für die Wissenschaft).



© Ingo Bartusek / stock.adobe.com

10. Glossar

Altersspezifische Rate

Die altersspezifische Rate wird bestimmt, indem die Zahl aufgetretener Krebskrankheiten bzw. Todesfälle durch Krebs in einer bestimmten Altersgruppe durch die entsprechende Anzahl von Männern oder Frauen dieses Alters in der Bevölkerung dividiert wird. Die grafische Darstellung dieser Raten zeigt, getrennt nach Geschlecht, den Zusammenhang zwischen Lebensalter und Erkrankungshäufigkeit. Die altersspezifischen Inzidenzraten werden als jährliche Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe und pro Jahr angegeben.

Altersstandardisierte Rate

Durch Altersstandardisierung erzeugte Rate. Die standardisierte Inzidenzrate gibt an, wie viele Erkrankungsfälle aufgrund der jeweils herrschenden Gesundheitsverhältnisse auf 100.000 Lebende entfallen wären, wenn der Altersaufbau der Bevölkerung (gleichen Geschlechts) in der betreffenden Berichtsperiode dem der Standardbevölkerung entsprochen hätte. Der vergleichsstörende Einfluss der Besonderheiten des jeweiligen Altersaufbaues ist dadurch ausgeschaltet.

Altersstandardisierung

Verfahren zur Herbeiführung der Vergleichbarkeit von zwei oder mehr Untersuchungsgruppen mit unterschiedlicher Alterszusammensetzung, die in Bezug auf ein altersabhängiges Merkmal (z.B. Vorkommen eines Tumors) verglichen werden sollen. Für das männliche und das weibliche Geschlecht sowie für beide Geschlechter zusammen wird jeweils dieselbe Standardbevölkerung verwendet. Als Standardbevölkerung dient hier die Europäische Standardbevölkerung 2013.

ASR

Altersstandardisierte Rate

BMSGPK, Sozialministerium

Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Stubenring 1, 1010 Wien

B.N.

Bösartige Neubildungen

CIS – Carcinoma in situ

Karzinome im Vorstadium, d. h. präinvasive bzw. Oberflächen-Karzinome, welche die Basalmembran noch nicht durchbrochen haben.

Altersstruktur von Standardbevölkerungen zur Berechnung altersstandardisierter Raten und die Bevölkerung Österreichs 2019

Altersgruppe	WHO-Welt	Segi-Welt	EUR-EU 1976	EUR-EU 2013	Normierte Bevölkerung Österreich ¹		
					Insgesamt	Männer	Frauen
bis 4 Jahre	12 000	8 800	8 000	5 000	4 907	5 132	4 689
5 bis 9 Jahre	10 000	8 700	7 000	5 500	4 756	4 982	4 538
10 bis 14 Jahre	9 000	8 600	7 000	5 500	4 759	4 961	4 563
15 bis 19 Jahre	9 000	8 500	7 000	5 500	4 928	5 167	4 697
20 bis 24 Jahre	8 000	8 200	7 000	6 000	5 892	6 166	5 627
25 bis 29 Jahre	8 000	7 900	7 000	6 000	6 786	7 064	6 516
30 bis 34 Jahre	6 000	7 600	7 000	6 500	6 824	7 056	6 599
35 bis 39 Jahre	6 000	7 200	7 000	7 000	6 814	6 985	6 650
40 bis 44 Jahre	6 000	6 600	7 000	7 000	6 368	6 483	6 257
45 bis 49 Jahre	6 000	6 000	7 000	7 000	7 115	7 175	7 057
50 bis 54 Jahre	5 000	5 400	7 000	7 000	8 037	8 205	7 875
55 bis 59 Jahre	4 000	4 600	6 000	6 500	7 623	7 731	7 518
60 bis 64 Jahre	4 000	3 700	5 000	6 000	6 249	6 185	6 311
65 bis 69 Jahre	3 000	3 000	4 000	5 500	5 040	4 849	5 225
70 bis 74 Jahre	2 000	2 200	3 000	5 000	4 389	4 093	4 676
75 bis 79 Jahre	1 000	1 500	2 000	4 000	4 356	3 892	4 805
80 bis 84 Jahre	500	900	1 000	2 500	2 608	2 184	3 019
85 bis 89 Jahre	305	443	1 000	1 500	1 621	1 181	2 048
90 bis 94 Jahre	195	157	-	800	736	432	1 030
95 Jahre und älter	-	-	-	200	191	76	303
Gesamt	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.01.2022). – 1) Rundungsdifferenzen nicht ausgeglichen.



CRS – Cumulative Relative Survival
Siehe: Überleben, relatives

DCO-Fall – Death Certificate Only-Fall, DCN-Fall – Death Certificate Notified-Fall

Wenn eine Krebserkrankung nicht im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Krebsregistermeldung an das Krebsregister gemeldet wurde, die Person an der Erkrankung verstarb und diese Erkrankung auf dem amtlichen Totenschein vermerkt wurde, wird im Krebsregister eine Ersatzmeldung angelegt. Darüber hinaus erfolgt eine Kontaktaufnahme mit der Krankenanstalt, die den Totenschein ausgestellt hat. Kann auf diesem Weg weitere Information zu dem Krebsfall gewonnen werden (z.B. Diagnosedatum, Morphologie, Tumorstadium bei Diagnosestellung), wird die Ersatzmeldung um diese Erkenntnisse ergänzt. Zur Qualitätssicherung bleibt allerdings ein Marker an dieser Meldung, der anzeigt, dass der Auslöser für die Krebsregistermeldung der Totenschein war (Death Certificate Notified, DCN-Fall). Kann keine weitere Information ermittelt werden, bleibt die Ersatzmeldung als DCO-Fall (Death Certificate Only) im Register und geht mit unvollständigen Informationen in die Krebsstatistik ein.

DCO-Rate

Der Prozentsatz der DCO-Fälle bezogen auf alle Inzidenzfälle (reguläre Meldungen + DCN-Fälle + DCO-Fälle).

ENCR

European Network of Cancer Registries, www.enccr.com

IACR

International Association for Cancer Registries, www.iacr.com

IARC

International Agency for Research on Cancer, www.iarc.fr

ICD-10

International Classification of Diseases, 10th revision / Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Die ICD ist als eine Systematik von Krankheitsgruppen definiert, der Krankheitsbilder nach feststehenden Kriterien zugeordnet werden. Zweck der ICD ist das Ermöglichen von systematischen Aufzeichnungen, Analysen, Interpretationen und Vergleiche der Mortalitäts- und Morbiditätsdaten verschiedener Länder, Gebiete und Zeiträume.

ICD-O-3

International Classification of Diseases for Oncology, 3rd Edition / Internationale Klassifikation der Krankheiten in der Onkologie, 3. Revision

Inzidenz

Anzahl der Neuerkrankung an bösartigen Neubildungen pro Kalenderjahr, einschließlich der Sterbefälle an Krebs, die zuvor nicht dem Krebsregister gemeldet wurden (DCO-Fälle). Fälle an „nicht-melanotischen Hautkrebsen“ sowie CIS-Fälle gehen nicht in die Ergebnistabellen ein.

Karzinom

Vom Epithel (Deck- oder Drüsengewebe von Organen) ausgehende Krebserkrankungen. Karzinome bilden die größte Gruppe der Krebserkrankungen (ca. 80 %).

Lymphom

Vom Gewebe der lymphatischen Organe ausgehende Krebserkrankung. Man unterscheidet zwischen Hodgkin-Lymphomen und Non-Hodgkin-Lymphomen.

Mammographie

Röntgenuntersuchung der weiblichen Brustdrüse (Mamma) zur Früherkennung von Brustkrebs (Mammakarzinom).

Melanom, malignes

bösartiger Tumor der pigmentbildenden Zellen (Melanozyten) meist der Haut, der Schleimhäute, der Aderhaut des Auges und der Hirnhäute. Das maligne Melanom (schwarzer Hautkrebs) ist die gefährlichste Hautkrebsart. Basaliome und Spinaliome (weißer Hautkrebs) und Melanome in anderen Organen als der Haut sind hier nicht dargestellt.

Mikroskopisch verifiziert

Gibt den Prozentsatz der histologisch bzw. zytologisch verifizierten Fälle an allen Inzidenzfällen (reguläre Meldungen + DCN-Fälle + DCO-Fälle) an.

M/I Ratio

Die M/I Ratio gibt das Verhältnis der Anzahl der Toten (gestorben an einem bestimmten Tumor) zu der Anzahl der im selben Zeitraum, eben an diesem Tumor Erkrankten wieder.

Morphologie (Synonym zu „Histologie“)

Dokumentiert den neoplastisch mutierten Zelltyp und seine biologische Aktivität. Anders ausgedrückt: Sie beschreibt die Art der Neoplasie und ihr biologisches Verhalten.

Mortalität

Sterblichkeit

NMSC

Non-melanotic skin cancer bzw. nicht-melanotischer Hautkrebs.

Neoplasie

Neubildung von Gewebe; oft wird der Begriff als Bezeichnung für Krebs verwendet.



- o. n. A.
ohne nähere Angabe
- OECD
Organisation for Economic Cooperation and Development
- Prävalenz
Anzahl von Personen (oder Anteil an einer Bevölkerung), die jemals an Krebs erkrankt und zu einem bestimmten Zeitpunkt noch am Leben sind.
- PSA
Das prostataspezifische Antigen (PSA) wird in einer Blutprobe gemessen und ist ein wichtiger Marker in der Urologie und der empfindlichste Parameter in der Diagnostik des Prostatakarzinoms.
- Rohe (Inzidenz-) Rate
Diese Maßzahl gibt die Zahl aller Neuerkrankungen pro 100 000 Personen in der Bevölkerung (im Jahresdurchschnitt) an.
- Sarkom
Vom Muskel-, Knochen- oder Bindegewebe ausgehende Krebserkrankungen.
- Screening
Reihenuntersuchung einer Bevölkerungsgruppe zur Entdeckung von Erkrankungen mittels einfacher Diagnosemethoden.
- TNM
Im Österreichischen Nationalen Krebsregister wird die Einteilung der Tumorstadien nach dem TNM-System vorgenommen (Quelle: Union International Contre le Cancer: TNM-Klassifizierung der malignen Tumoren und allgemeine Regeln zur Anwendung des TNM-Systems, 3. Auflage, Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York, 1992).
- Todesursachenstatistik
Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauerarzt, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien (derzeit ICD-10) kodiert. Das mit der Todesursachenstatistik gewonnene Datenmaterial bildet die Grundlage für zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten, welche die geographische, demographische und sozioökonomische Variation der Mortalität an bestimmten Krankheiten untersuchen.

Tumorstadium

Im österreichischen Krebsregister wird die Einteilung der Tumorstadien nach dem TNM-System vorgenommen (Union International Contre le Cancer: TNM-Klassifizierung der malignen Tumore und allgemeine Regeln zur Anwendung des TNM-Systems, 8. Auflage, Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York, 2017). Folgende Stadien werden unterschieden (im Klammerausdruck befindet sich die Zuordnung nach dem TNM-System):

Carcinoma in situ: Vorstadium (TIS)

Lokalisiert: Bösartiger Tumor, der auf das Ursprungsorgan beschränkt ist. (T0-2, N0, M0)

Regionalisiert: Tumorausbreitung eines bösartigen Tumors in unmittelbar benachbartes Gewebe und/oder in regionale Lymphknoten, jedoch keine Fernmetastasen. (T0-2, N1-4, M0; T3-4, N0-4, M0; TX, N1-4, M0)

Disseminiert: Bösartiger Tumor mit nachgewiesenen Fernmetastasen. (T0-X, N0-X, M1)

DCO (Death Certificate Only)-Fälle: Keine Stadieneinteilung möglich. Siehe: DCO-Fall – Death Certificate Only-Fall, DCN-Fall – Death Certificate Notified-Fall

Überleben, beobachtetes

Das tatsächlich beobachtete Überleben von Krebspatientinnen und Krebspatienten. Zur Berechnung des beobachteten Überlebens wurde die Sterbetafel-Methode verwendet.

Überleben, relatives

Das relative Überleben setzt das Überleben an Krebs Erkrankter (beobachtetes Überleben) in Relation zum Überleben der allgemeinen Bevölkerung (erwartetes Überleben), welches durch die Maßzahl Ederer II, unter Verwendung von geschlechts- und altersspezifischen Sterbetafeln je Kalenderjahr, angegeben wird. Ein Wert von 100% entspricht der Überlebenswahrscheinlichkeit der Gesamtbevölkerung. Je höher das relative Überleben von Krebspatientinnen und Krebspatienten ist, desto eher gelten dieselben Sterbewahrscheinlichkeiten wie für die Bezugsbevölkerung.

UICC

Union International Contre le Cancer, www.uicc.org

WHO

World Health Organization, www.who.int/en/Krebsepidemiologie



© Thomas Söllner / stock.adobe.com

11. Weiterführende Literatur

Internationale Literatur zur Krebsregistrierung

Tyczynski, J. / Démaret, E. / Parkin, D. M. (2003). Standards and Guidelines for Cancer Registration in Europe. IARC Technical Publication No. 40. Lyon: International Agency for Research on Cancer.

Coebergh, J. W. / van den Hurk, C. / Rosso, S. / Comber, H. / Storm, H. / Zanetti, R. / Sacchetto, L. / Janssen-Heijnen, M. / Thong, M. / Siesling, S. / van den Eijnden-van Raaij, J. (2015). EURO COURSE lessons learned from and for population-based cancer registries in Europe and their programme owners: improving performance by research programming for public health and clinical evaluation. *European Journal of Cancer*; 51(9): 997-1017.

Siesling, S. / Louwman, W. J. / Kwast, A. / van den Hurk, C. / O'Callaghan, M. / Rosso, S. / Zanetti, R. / Storm, H. / Comber, H. / Steliarova-Foucher, E. / Coebergh, J. W. (2015). Uses of cancer registries for public health and clinical research in Europe: Results of the European Network of Cancer Registries survey among 161 population-based cancer registries during 2010-2012. *European Journal of Cancer*; 51(9): 1039-1049.

Ellis, L. / Woods, L. M. / Estève, J. / Eloranta, S. / Coleman, M. P. / Rachet, B. (2014). Cancer incidence, survival and mortality: explaining the concepts. *International Journal of Cancer*; 135(8): 1774-1782.

Dickman, P. (2004). Estimating and modeling relative survival using SAS. [Internet]. <http://www.paul-dickman.com> (14.12.2015).

Dickman, P. W. / Adami, H. O. (2006). Interpreting trends in cancer patient survival. *Journal of Internal Medicine*; 206(2): 103-117.

De Vries, E. / Karim-Kos, H. E. / Janssen-Heijnen, M. L. / Soerjomataram, I. / Kiemeneij, L. A. / Coebergh, J. W. (2010). Explanations for worsening cancer survival. *Nature reviews clinical oncology*; 7(1): 60-63.

Storm, H. H. / Engholm, G. / Pritzkeleit, R. / Kejs, A. M. T. / Katalinic, A. / Dunst, J. / Holländer N. H. (2015). Less pitfalls and variation in population-based cancer survival comparisons within the European Union: lessons from colorectal cancer patients in neighbouring regions in Denmark and Germany – the Fehmarn Belt project. *European Journal of Cancer*; 51(9): 1188-1198.



Klassifikationen

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (2019). Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie, Dritte Ausgabe, Zweite Revision: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-o-3/icd03rev2html/index.htm> (13.09.2022).
- Steliarova-Foucher, E. / Stiller, C. / Lacour, B. / Kaatsch, P. (2005). International Classification of Childhood Cancer, third edition. *Cancer*; 103(7): 1457-1467.
- Wittekind, C. / Meyer, H. J. (Hrsg.) (2017). TNM Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage. Weinheim: Wiley-VCH Verlag.

Standardbevölkerung

- European Commission (2013). Revision of the European Standard Population – Report of Eurostat’s task force Luxembourg. Publications Office of the European Union.
- Crocetti, E. / Dyba, T. / Martos, C. / Randi, G. / Rooney, R. / Bettio, M. (2016). The need for a rapid and comprehensive adoption of the revised European standard population in cancer incidence comparisons. *European Journal of Cancer Prevention*.
- Hackl, M. / Ihle, P. (2017). Einfluss der neuen Europäischen Standardbevölkerung 2013 auf die Trendentwicklung der österreichischen Krebsinzidenzraten 1983-2014. *Statistische Nachrichten*; 2:106-114.

Qualität der Krebsregistrierung

- Bray, F. / Parkin, D. M. (2009). Evaluation of data quality in the cancer registry: principles and methods. Part I: comparability, validity and timeliness. *European Journal of Cancer*; 45(5): 747-755.
- Bray, F. / Parkin, D. M. (2009). Evaluation of data quality in the cancer registry: principles and methods. Part II: completeness. *European Journal of Cancer*; 45(5): 756-764.
- Hackl, M. / Waldhör, T. (2013). Estimation of completeness of case ascertainment of Austrian cancer incidence data using the flow method. *European Journal of Public Health*; 23(5):889-893.
- Hackl, M. / Klimont, J. / Waldhör, T. (2011). Vollzähligkeitsanalyse der österreichischen Krebsinzidenz, Methode: Stabilität im Zeitverlauf. *Statistische Nachrichten*; 9: 848-859.
- Hackl, M. / Zielonke, N. / Waldhör, T. (2012). Vollzähligkeitsanalyse der österreichischen Krebsinzidenz Methode: Mortality/Incidence-Ratio. *Statistische Nachrichten*; 8: 568-77.



Internationale Literatur zu Krebserkrankungen

- Bray F. / Colombet M. / Mery L. / Piñeros M. / Znaor A. / Zanetti R. / Ferlay J. (2017). Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI. IARC Scientific Publications No.166. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Ferlay J. / Colombet M. / Soerjomataram I. / Dyba T. / Randi G. / Bettio M. / Gavin A. / Visser O. / Bray F. (2018). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European Journal of Cancer*; 103:356-387.
- Sung H. / Ferlay J. / Siegel R. L. / Laversanne M. / Soerjomataram I. / Jemal A. / Bray F. (2021). Global Cancer Statistics 2020. GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 71(3):209-249.
- Arnold, M. / Karim-Kos, H. E. / Coebergh, J. W. / Byrnes, G. / Antilla, A. / Ferlay, J. / Renehan, A. G. / Forman, D. / Soerjomataram, I. (2015). Recent trends in incidence of five common cancers in 26 European countries since 1988: analysis of the European Cancer Observatory. *European Journal of Cancer*; 51(9): 1164-1187.
- Bray, F. / Ren, J. S. / Masuyere E. / Ferlay, J. (2013). Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *International Journal of Cancer*; 132(5): 1133-1145.
- Allemani, C. / Matsuda, T. / Di Carlo, V. / Harewood, R. / Matz, M. / Nikšić, M. / Bonaventure, A. / Valkov, M. / Johnson, C.J. / Estève, J. / Ogunbiyi, O.J. / Azevedo, E. / Silva, G. / Chen, W. Q. / Eser, S. / Engholm, G. / Stiller, C. A. / Monnereau, A. / Woods, R. R. / Visser, O. / Lim, G. H. / Aitken, J. / Weir, H. K. / Coleman, M. P. / CONCORD Working Group (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*; 391(10125): 1023-1075.
- Schüz, J. / Segnan, N. / von Karsa, L. (2015). European Code against Cancer 4th Edition: 12 ways to reduce your cancer risk. *Cancer Epidemiology*; 39(Suppl 1): S1-S152.
- Copur MS. / Manapuram S. (2019). Multiple Primary Tumors Over a Lifetime. *Oncology*; (Williston Park): 33(7):629384.
- Conway C. / Collins D. M. / McCann A. / Dean K. (2021). Research Strategies for Low-Survival Cancers. *Cancers (Basel)*. 2021 Jan 30;13(3):528.
- Espina C. / Yared W. / Ritchie D. / Lipponen S. / Anttila A. / Tamminiemi K. / Schüz J. (2021). Sustainability and monitoring of the European Code Against Cancer: Recommendations. *Cancer Epidemiol.*; 72:101933.
- Weir HK. / Johnson CJ. / Ward KC. / Coleman MP. (2016). The effect of multiple primary rules on cancer incidence rates and trends. *Cancer Causes Control.*; (3):377-90.

de Martel C. / Georges D. / Bray F. / Ferlay J. / Clifford G. M. (2020). Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *Lancet Glob Health*; (2):e180-e190.

Ferlay J. / Colombet M. / Soerjomataram I. / Parkin DM. / Piñeros M. / Znaor A. / Bray F. (2021). Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer*.

Krebs bei Kindern und Jugendlichen

Stiller, C. A. / Desandes, E. / Danon, S. E. / Izarzugaza, I. / Ratiu, A. / Vassileva-Valerianova, Z. / Steliarova-Foucher, E. (2006). Cancer incidence and survival in European adolescents (1978-1997). Report from the Automated Childhood Cancer Information System project. *European journal of Cancer*; 42(13): 2006-2018.

Stiller, C. A. / Marcos-Gragera, R. / Ardanaz, E. / Pannelli, F. / Almar Marques, E. / Canada Martinez, A. / Steliarova-Foucher, E. (2006). Geographical patterns of childhood cancer incidence in Europe, 1988-1997. Report from the Automated Childhood Cancer Information System project. *European Journal of Cancer*; 42(13): 1952-1960.

De Angelis, R. / Sant, M. / Coleman, M. P. / Francisci, S. / Baili, P. / Pierannunzio, D. / Trama, A. / Visser, O. / Brenner, H. / Ardanaz, E. / et al. / EUROCORE-5 Working Group (2014). Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCORE-5: a population-based study. *Lancet Oncology*; 15(1): 23-34.

Gatta, G. / Botta, L. / Rossi, S. / Aareleid, T. / Bielska-Lasota, M. / Clavel, J. / Dimitrova, N. / Jakab, Z. / Kaatsch, P. / Lacour B. / et al. / EUROCORE Working Group (2014). Childhood cancer survival in Europe 1999-2007: results of EUROCORE-5 – a population-based study. *Lancet Oncology*; 15(1): 35-47.

Karim-Kos, H. E. / Hackl, M. / Mann, G. / Urban, C. / Woehrer, A. / Slavic, I. / Ladenstein, R. (2016). Trends in incidence, survival and mortality of childhood and adolescent cancer in Austria, 1994-2011. *Cancer Epidemiology*; 42:72-81.

Hackl, M. / Ihle, P. (2019). Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich, Eine Analyse nach Tumorentitäten und Bundesländern. *Statistische Nachrichten*, 7: 525-532.

Österreichischer Krebsreport

Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie, Österreichische Krebshilfe (2021). Österreichischer Krebsreport. Wien: MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH.

Hackl M. / Eglau K. / Gerger A. / Weltermann A. (2022). 1. Krebsreport. *Epidemiologie. Spectrum Onkologie* 2/2022.



Literatur unter Einbeziehung von Daten aus dem Österreichischen Nationalen Krebsregister

- Monshi, B. / Vujic, M. / Kivaranovic, D. / Sesti, A. / Oberaigner, W. / Vujic, I. / Ortiz-Urda, S. / Posch, C. / Feichtinger, H. / Hackl, M. / Rappersberger, K. (2016). The burden of malignant melanoma - Lessons to be learned from Austria. *European Journal of Cancer*; 56:45-53.
- Srocynski, G. / Esteban, E. / Widschwendter, A. / Oberaigner, W. / Borena, W. / von Laer, D. / Hackl, M. / Endel, G. / Siebert, U. (2016). Towards Improved Cervical Cancer Primary Screening in Austria - A Decision-Analytic Benefit-Harm Analysis. *Valueinhealthjournal*, Volume 19, Issue 7, Page A356, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2016.09.060>
- Heer, E. / Hackl, M. / Ferlitsch, M. / Waldhoer, T. / Yang, L. (2020). Trends in incidence of anal cancer in Austria, 1983–2016. *Wien Klin Wochenschr*. Burtscher, J. / Millet, GP. / Renner-Sattler, K. / Klimont, J. / Hackl, M. / Burtscher, M. (2021). Moderate Altitude Residence Reduces Male Colorectal and Female Breast Cancer Mortality More Than Incidence: Therapeutic Implications? *Cancers (Basel)*; 13(17):4420.
- Rumpold H, Hackl M, Petzer A, Wolf, D. (2022). Improvement in colorectal cancer outcomes over time is limited to patients with left-sided disease. *J Cancer Res Clin Oncol*.

Beiträge in der Zeitschrift „Krebs:Hilfe“

- Hackl, M. / Ihle, P. (2019). Weltkrebstag: Vier Prozent der Gesamtbevölkerung erkrankt. *Krebs:Hilfe*, 1-2, 16.
- Hackl, M. / Ihle, P. (2019). Krebsregister: Ab 2020 nur mehr elektronisch. *Krebs:Hilfe*, 12, 17.

