



Krebsregisterbericht Vorarlberg 1990 - 2015

Herausgeber: Prim. a.D. Dr. Hans Concin; Mag. Georg Posch



Krebsregisterbericht Vorarlberg 1990 - 2015
Diagnosejahr 2015

H. Concin, G. Posch (Hrsg.)



Impressum

Herausgeber: aks gesundheit GmbH, Rheinstraße 61, 6900 Bregenz,
T 055 74 / 202 – 0, gesundheit@aks.or.at, www.aks.or.at

Fotos: ©gremlin – iStock | **Druck:** BULU Buchdruckerei Lustenau GmbH |

Auflage: 1.000 Stück | **ISBN:** 978-3-99018-464-6 | **Stand:** März 2018



Herausgeber (alphabetisch)

Hans Concin
Georg Posch

Autoren (alphabetisch)

Hans Concin
Kristin Ganahl
Alois Lang
Helmut Mühlböck
Willi Oberaigner
Felix Offner
Karin Parschalk

Projektgruppe (alphabetisch)

Hildegard Burtscher
Hans Concin
Kristin Ganahl
Lisa-Marie Kainz
Alois Lang
Karin Parschalk
Elmar Stimpfl

Datenmanagement und -auswertungen (alphabetisch)

Lois Harrasser
Elmar Stimpfl

ZUSAMMENFASSUNG

Im Jahr 2015 verstarben in Vorarlberg 354 Frauen und 391 Männer an einer bösartigen Erkrankung (Malignom). Neu diagnostiziert wurde 2015 ein invasives Karzinom bei 760 Frauen und 848 Männern. Das durchschnittliche Alter bei der Diagnose betrug 64 (Frauen) bzw. 67 Jahre (Männer), 20% der Patientinnen und 11% der Patienten waren jünger als 50 Jahre. Ende 2015 lebten in Vorarlberg 8 200 Frauen und 8 900 Männer mit einer Krebserkrankung.

Die **zeitliche Entwicklung** der altersstandardisierten Raten beschreiben wir mit einer durchschnittlichen jährlichen Zu- oder Abnahme in den letzten zehn Jahren. Für die Tumorgruppe „Alle Karzinome außer NMSC (Non Melanoma Skin Cancer)“ beobachten wir bei den Frauen eine konstante Entwicklung und bei den Männern eine Abnahme der Inzidenz von 1.2% (inkl. Prostatakarzinom 2.9%) und eine Abnahme der Mortalität von 2.6% (jeweils statistisch signifikant).

Eine **deutliche Abnahme** beobachten wir bei den Männern beim Larynxkarzinom (ca. 5% pro Jahr) und beim Prostatakarzinom (ca. 5% pro Jahr). Eine **deutliche Zunahme** können wir bei den Frauen beim Lungenkarzinom (3%) feststellen.

Verglichen wurden die **relativen Überlebensraten** der Vorarlberger Daten mit den Ergebnissen der SEER-Register aus den USA (jeweils altersstandardisiert). Unsere Daten umfassen die Diagnosejahre 2007 bis 2011, dabei sind Mortalitätsdaten bis Ende 2016 berücksichtigt. Für alle Karzinome zusammengefasst liegt die Überlebensrate mit 64% fast identisch mit den Vergleichsraten aus den USA. Die häufigen Tumorlokalisationen haben folgende Fünfjahresüberlebensrate: Mammakarzinom 89%, Lungenkarzinom 19% (Frauen) bzw. 15% (Männer), Prostatakarzinom 95%, kolorektale Karzinome 69% (Frauen) bzw. 66% (Männer), Kopf-Hals-Karzinom 68% (Frauen) bzw. 60% (Männer) und bösartige Neubildungen in blutbildenden Organen 64% (Frauen) bzw. 60% (Männer). **Signifikant bessere Überlebensraten** im Vergleich zu den USA zeigten sich beim Magenkarzinom (Männer), beim Ovarialkarzinom sowie signifikant schlechtere Überlebensraten beim Harnblasenkarzinom und beim Schilddrüsenkarzinom (Männer). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die statistische Signifikanz stark von der jeweiligen Fallzahl abhängt.

Vergleiche EU: Verglichen wurden die Vorarlberger Daten der Jahre 2011-2015 mit EU-Daten des Jahres 2012. Für alle Karzinome zusammengefasst liegen die Raten bei den Frauen knapp unter dem EU-Durchschnitt und bei den Männern deutlich unter dem EU-Durchschnitt. Besonders deutlich zeigt sich das beim kolorektalen Karzinom, Harnblasenkarzinom, Nierenkarzinom, invasiven Zervixkarzinom und Korpuskarzinom. Raten besonders **deutlich über dem EU-Durchschnitt** beobachten wir beim Leberkarzinom (Frauen) und beim Schilddrüsenkarzinom (Frauen Mortalität).

Bezirksverteilung: Wir beobachten bei keiner Tumorentität eine relevante Abweichung vom Landesdurchschnitt.

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG	4
1 BESCHREIBUNG DES REGISTERS	13
1.1 Ziel des Registers	13
1.2 Historisches	13
1.3 Organisatorische Eingliederung.....	14
1.4 Datenschutz.....	14
1.5 Personal.....	14
1.6 Form der Registrierung.....	14
1.7 Datenqualität.....	16
1.8 Auswertungen	17
2 METHODEN, BEZEICHNUNGEN	18
3 BESCHREIBUNG DER POPULATION	19
3.1 Allgemein.....	19
3.2 Altersentwicklung.....	23
3.3 Soziodemografische Fakten.....	23
4 INZIDENZ UND MORTALITÄT	25
4.1 Beschreibung der Tabellen und Grafiken	25
4.2 Häufigkeit der Tumorlokalisation	27
4.3 Alle Karzinome ausser NMSC.....	28
4.4 Karzinom im Kopf-Hals-Bereich außer Larynxkarzinom	34
4.5 Larynxkarzinom	39
4.6 Ösophaguskarzinom	44
4.7 Magenkarzinom.....	49
4.8 Kolorektales Karzinom.....	54
4.9 Leberkarzinom.....	60
4.10 Pankreaskarzinom	65
4.11 Lungenkarzinom	70
4.12 Melanom	76
4.13 Mammakarzinom	82
4.14 Zervixkarzinom	87
4.15 Korpuserkarzinom.....	92
4.16 Ovarialkarzinom.....	97
4.17 Prostatakarzinom	101
4.18 Hodenkarzinom	106
4.19 Nierenkarzinom	110



4.20	Harnblasenkarzinom.....	116
4.21	Schilddrüsenkarzinom	122
4.22	Hirn und Nerven	127
4.23	Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen.....	132
5	TABELLEN AUF BASIS ICD-10	137
6	TABELLENVERZEICHNIS	145
7	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	146
8	LITERATURVERZEICHNIS.....	152
	Anhang A1: Fachbezeichnung der Tumorentität / Lokalisation.....	153
	Anhang A2: Formeln.....	154
	Anhang A3: Glossar, Abkürzungen	155
	Anhang A4: Verzeichnis der Länderabkürzungen	157



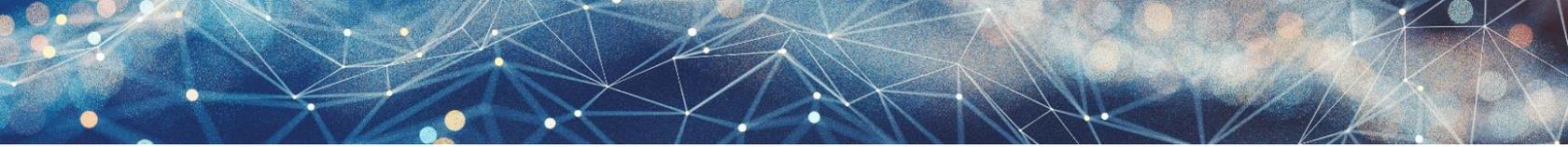
DANK

Dank gebührt an erster Stelle den Ärztinnen und Ärzten in den Krankenhäusern, die durch ihre Meldungen die Basis für unsere Arbeit bilden. Daneben soll auch dem Pflegepersonal und den Mitarbeitenden in den Verwaltungsstellen gedankt werden, die alle unsere Recherchen äußerst engagiert unterstützen.

Ein besonderer Dank gilt den Beschäftigten der Pathologie Feldkirch unter Leitung von Prof. Felix Offner, auch den Pathologie-Instituten außerhalb Vorarlbergs. Nur durch die Pathologiebefunde ist es möglich, einen so hohen Grad an Vollzähligkeit zu erreichen.

Ein Dank ist auch zu richten an die Krankenhausbetriebsgesellschaft (KHBG) für die Landeskrankenhäuser und das Krankenhaus Dornbirn, die uns die Qualitätssicherung mit den Krankenhaus-Abgangsdiagnosen ermöglichen.

Dank gebührt auch der Statistik Austria und der Abteilung Statistik im Amt der Vorarlberger Landesregierung. Zum einen ist eine enge Kooperation hinsichtlich der Tumormeldungen unbedingt notwendig, zum anderen erhalten wir von der Statistik Austria die Todesdaten, mit deren Hilfe die Tumormortalität beschrieben wird und DCI/DCO-Fälle eruiert werden.



VORWORTE

Landesrat Dr. Christian Bernhard

Landesrätin Dr. Barbara Schöbi-Fink

Als einer der ersten Bundesländer hat Vorarlberg Ende der Siebziger Jahre, damals noch als Handkartei, mit dem Aufbau einer wichtigen Datenquelle begonnen, die im Laufe der Jahre mit dem Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (aks) und der Landesstelle für Statistik weiterentwickelt wurde. Das „Krebsregister“, als Sammlung relevanter epidemiologischer Daten, ist neben dem wissenschaftlichen Aspekt auch ein wichtiger Indikator für Entwicklungsmaßnahmen im Bereich Public Health.

Der Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin konnte neben all seinen vielfältigen Tätigkeiten im Bereich der Prävention auf Basis eines weltweit einzigartigen Datenschatzes aus den Vorsorgeuntersuchungen Kompetenz im Bereich der Wissenschaft aufbauen. So wurden seit 2009 eine Reihe von wissenschaftlichen Studien und Forschungsprojekten zu vorarlbergrelevanten Themen wie zu den hüftnahen Frakturen, zur Früherkennung chronischer Nierenerkrankungen bei Risikogruppen, zur Langzeitevaluation des Hautkrebscreenings oder zur Langzeitevaluation der Demenz2000 durchgeführt. Ziel der Forschungsarbeiten ist es, die Ergebnisse und Erkenntnisse in politische Entscheidungen und Entwicklungen weiterer präventiver Maßnahmen im Gesundheitsbereich einfließen zu lassen.

Aus den wissenschaftlichen Studien und Projekten ergaben sich wertvolle Kooperationen und Synergien mit medizinischen und wissenschaftlichen Einrichtungen in Vorarlberg. Darüber hinaus kann der aks auf eine bemerkenswerte Liste von hochkarätigen Publikationen verweisen, die in international renommierten Fachzeitschriften veröffentlicht wurden. Wissenschaftlich ambitionierten Ärztinnen und Ärzten vor Ort bietet der aks eine interessante Plattform und die Möglichkeit der Teilhabe am internationalen Diskurs in Fragen der Gesundheitsprävention.

Die gewonnenen Erkenntnisse haben zu einer Reihe von Initiativen, Projekten und Aktivitäten in unserer Gesundheitslandschaft, insbesondere aber in der Vorsorgemedizin geführt, die im In- und Ausland Beachtung gefunden haben. Aber nicht nur für die Entwicklung und Etablierung, sondern auch für die laufende Überprüfung und Neuadaptierung von Präventionsprogrammen und Früherkennungsmaßnahmen liefert das Krebsregister wertvolle Daten und Fakten.

Der interessierten Fachwelt steht mit dem Krebsregisterbericht 1990-2015 ein aufschlussreicher, interessanter Erhebungsbericht für ihre Arbeit zur Verfügung. Allen an der Entstehung der nun vorliegenden Neuauflage beteiligten Verantwortlichen und Mitwirkenden sei herzlich gedankt.



Mag. Georg Posch

Geschäftsführer der aks gesundheit GmbH

Prim. a.D. Dr. Hans Concin

aks Präsident

Die vorliegende zweite Krebsregister-Dokumentation fasst 26 Jahre Entwicklung in Vorarlberg zusammen. Der erste Bericht aus dem Jahr 2003 umfasst den Zeitraum 1981 bis 1997.

Wir haben in Österreich das älteste Krebsregister aller Bundesländer. Später sind die Bundesländer Tirol, Salzburg und Kärnten gefolgt, die restlichen fünf haben bis zum heutigen Tag kein eigenes Register. Begonnen hat es mit einer Initiative des damaligen Vorstandes der Pathologie am Landeskrankenhaus Feldkirch, Prof. Dr. Gerhard Breitfellner mit einer Handkartei Ende der 1970er Jahre.

Mit Einführung von Computern im Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (aks) Anfang der 1980er Jahre wurde mit Unterstützung der Österreichischen Krebsliga und einer Verordnung der Vorarlberger Landesregierung am 7. April 1981 das Register offiziell etabliert und 1993 definitiv im aks angesiedelt.

Seit 1990 erfolgt die Finanzierung ausschließlich durch die Vorarlberger Landesregierung. Mit fachkundiger Unterstützung durch Prof. Dr. Willi Oberaigner vom Tumorregister Tirol wurde die Vollständigkeit und Qualität unseres Registers auf das international geforderte Niveau gehoben. Seit 1993 werden unsere Daten nach bestandener kritischer Prüfung in der periodischen Publikation der Weltgesundheitsorganisation IARC „Cancer Incidence in Five Continents“ publiziert.

Für die jahrzehntelange Bereitstellung der notwendigen Mittel danken wir der Vorarlberger Landesregierung, dem Amt für Statistik für die konsequente Unterstützung und der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft.



Dr. Alois Lang

Leiter des Krebsregisters Vorarlberg

Die kontinuierliche, flächendeckende Datenerfassung in einem epidemiologischen Krebsregister ist Qualitätssicherung auf hohem Niveau in der Versorgung krebserkrankter Menschen. Die bevölkerungsbezogene Analyse hilft Präventions- und Früherkennungsprogramme zu entwickeln und Risikofaktoren sowie Überdiagnosen zu vermeiden. Auch altersspezifische Betrachtungen sind mit Zunahme von alten und älteren Menschen zu machen, mit dieser Demografie verbunden ist auch eine Zunahme der Krebserkrankungen. Ebenso ist auch Forschung mit (internationalen) Partnern möglich, wie die Publikationen, an denen der aks beteiligt ist, zeigen.

Vorarlberg hat früh begonnen, Zahlen und Fakten zum Krebsgeschehen mit Hilfe vieler Kolleginnen und Kollegen zu sammeln. Auf der Website des aks unter www.aks.or.at steht ein Download dieses Berichtes mit den Details als PowerPoint Präsentation als kleiner Dank für alle Interessierten zur freien Verwendung.

Mein besonderer Dank gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krebsregisters Vorarlberg, namentlich Dr. Karin Parschalk und Hildegard Burtscher, die zum Teil seit Beginn die Daten mit Akribie gesammelt und erfasst haben, Elmar Stimpfl für die Handhabung der „big data“ und Kristin Ganahl für die tatkräftige Unterstützung.

Ebenso ist ein besonderer Dank an das Institut für Epidemiologie der Tirol Kliniken mit dem mittlerweile pensionierten Leiter Prof. Dr. Willi Oberaigner und seinen Mitarbeitern Helmut Mühlböck und Lois Harrasser zu richten.

Für Anregungen, Verbesserungen und auch Projekte bitte ich um Kontaktaufnahme.



Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Willi Oberaigner
Head of Research Unit for Evaluation of Cancer Screening
UMIT - Private University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology GmbH

Krebserkrankungen werden in der öffentlichen Wahrnehmung als besonders belastend wahrgenommen und sind eine der wesentlichen Herausforderungen des Gesundheitssystems. Im vorliegenden Bericht wird gezeigt, dass in Vorarlberg eine von vier Frauen und einer von drei Männern an Krebs erkranken und eine von 9 Frauen bzw. einer von 6 Männern an Krebs versterben wird. Diese Zahlen belegen eindrücklich die Bedeutung der Krebserkrankungen für die Vorarlberger.

Während Onkologen intensiv an neuen diagnostischen und therapeutischen Methoden forschen, ist es Aufgabe der Public Health Forschung, das Ausmaß der Krebserkrankungen auf der Ebene eines Landes bzw. einer Region zu beschreiben. Zu diesem Zweck wurden in den letzten fünfzig Jahren in sehr vielen Ländern epidemiologische Krebsregister aufgebaut. In den letzten Jahrzehnten sind durch internationale Vernetzung ausgehend von der IARC in Lyon massive Anstrengungen unternommen worden, die Qualität der Krebsregister auf ein sehr hohes Niveau zu heben.

Nur hoch qualitative Krebsregister sind in der Lage, so wichtige Fragen zu beantworten wie zum Beispiel „Haben Krebserkrankungen in unserem Land zugenommen oder abgenommen?“, „Sterben mehr oder weniger Personen an Krebs als in früheren Zeiten?“, „Gibt es in unserem Land Gebiete mit erhöhter Krebshäufigkeit?“, „Ist die Krebshäufigkeit in unserem Land niedriger oder höher als in Nachbarländern?“, „Wie gut ist das Überleben von Krebspatienten in unserem Land, im Vergleich zu anderen Ländern?“.

Der vorliegende Bericht des Krebsregisters Vorarlberg setzt sich mit genau diesen Fragen auseinander. Die Darstellung wurde so gewählt, dass die Kernbotschaften auch ohne methodisches Detailwissen gut aufnehmbar sein sollten.

In diesem Sinne hoffe ich, dass der vorliegende Bericht erstens möglichst viele der oben beschriebenen Fragen ausreichend beantwortet und zweitens intensive Diskussionen auslöst mit dem Ziel, das hohe Niveau der Diagnostik und Therapie von Krebspatienten in Vorarlberg zum Wohle der Patienten noch weiter zu verbessern.

1 BESCHREIBUNG DES REGISTERS

Dr. Karin Parschalk / aks Krebsregister Vorarlberg

1.1 ZIEL DES REGISTERS

Das Krebsregister Vorarlberg hat die Aufgabe

- alle Krebsfälle der Vorarlberger Bevölkerung zu dokumentieren.
- durch Verbindung mit Mortalitätsdaten Überlebenszeiten und Überlebensraten zu berechnen.
- in regelmäßigen Berichten die wesentlichen Daten über die Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Vorarlberg vorzulegen.
- Daten für die Evaluierung von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen zu erarbeiten.
- durch Weitergabe der Krebsmeldungen an das Krebsregister der Statistik Austria das Krebsmeldegesetz zu erfüllen.
- Daten für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung zu stellen.

1.2 HISTORISCHES

Im Jahr 1978 begründete der Leiter des Institutes für Pathologie am Landeskrankenhaus Feldkirch, Prim. Dr. Gerhard Breitfellner, ein Tumorregister in Form einer Handkartei im Rahmen des Institutes. 1981 erfolgte auf Beschluss des Landes Vorarlberg, unterstützt durch die Krebsliga, die Eingliederung in den aks (damals: Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin) und somit die Umstellung auf EDV. Maligne Befunde des Pathologieinstitutes (histologisch, zytologisch, autoptisch) wurden dem Krebsregister im aks übermittelt. Dort wurden Erhebungsblätter erstellt und zur Ergänzung der noch fehlenden, für die Basisdokumentation notwendigen, Informationen an die Krankenhäuser verschickt. Die retournierten ausgefüllten Erhebungsblätter wurden im Krebsregister überprüft, codiert und erfasst und damals noch auf Papier, wie im Krebsmeldegesetz vorgesehen, an die Statistik Austria weitergeleitet.

In späteren Jahren konnten noch andere Datenquellen erschlossen werden: Ab 1985 Todesmeldungen aus der Landesstatistik und ab 1999 Informationen aus den Abgangsdiagnosen der Krankenanstalten.

1.3 ORGANISATORISCHE EINGLIEDERUNG

Die Eingliederung in den aks wurde unter "Historisches" beschrieben. Die Infrastruktur dieser Institution, einschließlich EDV, wird vom Krebsregister Vorarlberg genützt.

1.4 DATENSCHUTZ

In allen Bereichen des aks ist der Datenschutz verbindlich.

1.5 PERSONAL

Wissenschaftlicher Leiter: Werkvertrag

Leiterin (Ärztin): 1/8

Leiter Datenmanagement: 1/4

Sachbearbeiterin: 1/2

EDV-Abteilung des aks: nach Bedarf

1.6 FORM DER REGISTRIERUNG

1.6.1 BESCHREIBUNG DOKUMENTATIONSABLAUF

Aus der Gründungsgeschichte ergibt sich, dass es sich um ein pathologiegestütztes Register handelt. Das Institut für Pathologie im Landeskrankenhaus Feldkirch ist das einzige Pathologieinstitut im Land Vorarlberg. Jedem Malignombefund wird ein Erhebungsblatt beigelegt, das bereits mit den zu diesem Zeitpunkt bekannten Daten bedruckt ist (Name, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Lokalisation des untersuchten Gewebes, morphologischer Befund als Text und, falls bekannt, auch das Stadium). Dieses Erhebungsblatt entspricht dem gesetzlich vorgeschrieben österreichischen Meldeblatt. Von den Abteilungen und auch von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wird die komplettierte Meldung an das Krebsregister im aks gesendet und dort weiterverarbeitet, also sorgfältig mit den bereits vorhandenen Daten verglichen, um Mehrfacherfassungen bezüglich Person oder Tumorerkrankung sowie andere mögliche Mängel und Fehler zu vermeiden oder durch Rückfragen zu klären. Die Codierung erfolgte vor dem Jahr 2004 nach ICD-O 1 und ab dem Jahr 2004 nach ICD-O-3 und zusätzlich nach ICD-10. Die Weiterleitung an die Statistik Austria erfolgt als Datensatz vierteljährlich.

1.6.2 BASISDOKUMENTATION

Der Umfang der Basisdokumentation orientiert sich am Österreichischen Krebsmeldegesetz aus dem Jahr 1969, in dem festgelegt ist, dass jedes Krankenhaus, die Krankenhausaufenthalte, bei denen ein Tumorfall diagnostiziert oder therapiert wird, an die Statistik Austria melden muss, nämlich in Form des sogenannten Krebsmeldeblattes.

1.6.3 PRÄKANZERSEN UND KREBSRISIKOFÄLLE

Schon seit Beginn des Registers werden neben den invasiven Malignomen bei uns auch präkanzeröse Läsionen (in-situ-Karzinome, schwere Dysplasien) erfasst. Das Krebsregister wird auch zur Evaluierung bestimmter Vorsorgeprogramme wie z.B. Vorsorgemammographie herangezogen.

1.6.4 DATENQUELLEN

- Institut für Pathologie am LKH Feldkirch
- Krebserhebungsblatt von den Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten
- Institut für Strahlentherapie des Landeskrankenhauses Feldkirch
- Melanomregister des Tumorregisters Tirol
- Abgangsdiagnosen aus den Krankenhausinformationssystemen
- Todesdaten der Statistik Austria (ab 1998)
- Todesanzeigen aus den Tageszeitungen: In Vorarlberg wird nahezu jeder Todesfall in einer Tageszeitung angezeigt, dies wird als zusätzliche Datenquelle genutzt.

1.6.5 TODESDATEN

Todesfälle werden dem Krebsregister Vorarlberg von den Abteilungen gemeldet, sofern der Tod im Krankenhaus erfolgte. Die Abteilung für Radioonkologie, die Todesfälle ihrer Patientinnen und Patienten nahezu lückenlos dokumentiert, meldet diese an das Krebsregister Vorarlberg weiter. Die offiziellen Mortalitätsdaten aus dem Todesursachenregister wurden bis zum Sterbejahr 2014 mit Hilfe eines probabilistischen Record-Linkage mit den Daten aus dem Krebsregister Vorarlberg abgeglichen (jeweils ab Sterbejahr 1985). Ab dem Sterbejahr 2015 wurde das Todesursachenregister vom zentralen Melderegister (ZMR) in das zentrale Personenstandsregister (ZPR) umgestellt. Das ist für die Berechnung der Prävalenz von Bedeutung.

Somit wird für jeden inzidenten Tumorfall das Todesdatum anhand der offiziellen Mortalitätsdaten für Österreich (eingeschränkt auf die Bevölkerung Vorarlbergs) ergänzt.

Zusätzlich führen die Rückfragen der Statistik Austria bei der Abklärung der dort vorliegenden DCN-Fälle (Death Certificate Notified) aus Vorarlberg zur Ergänzung und Verbesserung der Inzidenz- und Todesdaten.

1.6.6 EINDEUTIGKEIT DER PATIENTENSTAMMDATEN

Vor jeder neuen Eingabe von Daten wird von der Sachbearbeiterin persönlich überprüft, ob die Patientin oder der Patient bzw. der Tumor schon im Register vorhanden ist. In einem ersten Schritt wird nach der Sozialversicherungsnummer und dem Geburtsdatum abgefragt, falls keine SV-Nr. vorhanden ist, wird nach dem Familiennamen und dem Geburtsdatum gesucht, und falls kein Geburtsdatum vorhanden ist, wird in einem letzten Schritt nach Nachname und Vorname gesucht.



Des Weiteren setzt das Krebsregister Prüfprogramme der IARC ein:

1.6.7 PATIENTENDATEN

- Geschlecht – Vorname
- Geburtsdatum
- Todesdatum
- Gemeindenummer – Wohnort

1.6.8 TUMORDATEN

- Tumorlokalisierung – Geschlecht
- Lokalisation – Histologie
- Alter – Lokalisation – Histologie
- Stadium – Lokalisation – Histologie

1.6.9 DATUMANGABEN

- Zeitliche Abhängigkeit von Geburtsdatum, Diagnosesicherungsdatum, Todesdatum, Eingabedatum

1.7 DATENQUALITÄT

Die erste Qualitätsüberprüfung erfolgt vor der Eingabe der Daten durch die ärztliche Leiterin und die Sachbearbeiterin; die neu eingegangene Meldung wird mit dem bisherigen Datenbestand verglichen, auf Plausibilität geprüft und codiert. Zuletzt werden die Daten noch durch den Abgleich der Pathologiedaten mit den bereits erfassten Daten und durch den Abgleich mit den Abgangsdiagnosen der Krankenhäuser ergänzt und komplettiert.



1.8 AUSWERTUNGEN

Direkten Datenzugriff haben nur die im Krebsregister beschäftigten Personen. Auswertungen werden auf Anfrage durchgeführt, z.B. Anfragen von Ärztinnen und Ärzten für Vorträge und wissenschaftliche Arbeiten (in solchen Fällen werden nur anonymisierte Daten weitergegeben). Schließlich werden auch gemeinsame Auswertungen mit der Vorsorgemedizin durchgeführt, die hauptsächlich der Qualitätskontrolle von Früherkennungsprogrammen dienen. Die Inzidenzdaten des Krebsregisters Vorarlberg für die Diagnosejahre 1993-2012 fanden Eingang in die Publikation „Cancer Incidence in Five Continents“ der International Association for Research on Cancer (IARC).

2 METHODEN, BEZEICHNUNGEN

Die Todesdaten stammen aus der offiziellen Mortalitätsstatistik Österreichs, die Daten wurden dankenswerterweise von der Statistik Austria zur Verfügung gestellt.

Die Inzidenzdaten für das Bundesland Vorarlberg werden vom Tumorregister gesammelt, dokumentiert und ausgewertet. Die hier vorgelegten Daten werden auch in der von der IARC herausgegebenen Zusammenfassung aller „high quality“-Tumorregister „Cancer Incidence in Five Continents“ publiziert und im Rahmen des Publikationsvorganges genauestens überprüft.

Für die Berechnung der Überlebensraten wird eine Verbindung mit den Todesdaten durchgeführt, die eingesetzte Methode ist ein probabilistisches Record Linkage. Man kann von einer vollständigen Erfassung der Todesdaten ausgehen.

DCI-Raten und DCO-Raten sind wichtige Indikatoren für die Vollständigkeit der Tumormeldungen. In einer ersten Phase werden diejenigen Fälle ermittelt, die nach offizieller Mortalitätsstatistik an einem Tumor verstorben und nicht im Inzidenzregister dokumentiert sind (DCI: Death Certificate Initiated). In einer nächsten Phase werden für alle DCI-Fälle medizinische Daten bei Krankenhäusern und Hausärztinnen und -ärzten, und aus den Todesanzeigen der Tageszeitungen recherchiert. Nur falls keine weiteren Informationen gefunden werden, wird ein DCI-Fall als DCO-Fall (DCO: Death Certificate Only) in die Auswertung aufgenommen, andernfalls als regulärer Tumorfall.

Die verwendeten Maßzahlen sind Standardmethoden der Epidemiologie und in diversen Fachbüchern beschrieben, für eine genaue Beschreibung der Methoden wird auf den Tiroler Krebsregisterbericht 2015 verwiesen (1).

3 BESCHREIBUNG DER POPULATION

3.1 ALLGEMEIN

Die Bevölkerungsdaten der Volkszählungsjahre 1991 und 2011 sind in den Tabellen 1 und 2 für Frauen und in den Tabellen 3 und 4 für die Männer dargestellt. Enthalten sind jeweils die Anzahlen für die einzelnen Bezirke und für das ganze Bundesland sowie die Prozente für die Altersgruppen.

Bei den Frauen ist der Anteil der unter 20-Jährigen von 27,0% auf 22,2% gesunken und der Anteil der über 75-Jährigen von 6,7% auf 8,5% gestiegen.

Bei den Männern ist der Anteil der unter 20-Jährigen ebenfalls gesunken von 29,3% (1991) auf 24,1% (2011) und der Anteil der über 75-Jährigen von 3,2% auf 5,3% gestiegen. Zwischen den Bezirken sind nur geringe Abweichungen in der Altersstruktur festzustellen.

Im Vergleich zu den anderen Bundesländern hat Vorarlberg eine „jüngere“ Bevölkerungsstruktur: für Restösterreich lag im Jahr 2015 (Jahresdurchschnitt) bei den Männern der Anteil der unter 20-Jährigen bei 20,5% (Vorarlberg 22,9%) und der Anteil der über 75-Jährigen bei 6,9% (Vorarlberg 6,2%) und bei den Frauen der Anteil der unter 20-Jährigen bei 18,6% (Vorarlberg 21,2%) und der über 75-Jährigen bei 10,5%. (Vorarlberg 9,3%)

Tabelle 1: Demografische Fakten: Bevölkerungsdaten Frauen 1991

Alter	Bludenz		Bregenz		Dornbirn		Feldkirch		Vorarlberg	
	Anz	%	Anz	%	Anz	%	Anz	%	Anz	%
-19	7 757	27,3	15 598	26,6	9 964	27,0	11 797	27,1	45 116	27,0
20 - 44	10 741	37,8	22 759	38,9	14 043	38,1	17 237	39,7	64 780	38,7
45 - 54	3 121	11,0	6 550	11,2	4 633	12,6	4 925	11,3	19 229	11,5
55 - 64	2 671	9,4	5 216	8,9	3 246	8,8	3 775	8,7	14 908	8,9
65 - 74	2 215	7,8	4 312	7,4	2 520	6,8	2 978	6,9	12 025	7,2
+75	1 907	6,7	4 142	7,1	2 455	6,7	2 760	6,3	11 264	6,7
Gesamt	28 412	100,0	58 577	100,0	36 861	100,0	43 472	100,0	167 322	100,0

Tabelle 2: Demografische Fakten: Bevölkerungsdaten Frauen 2011

Alter	Bludenz		Bregenz		Dornbirn		Feldkirch		Vorarlberg	
	Anz	%	Anz	%	Anz	%	Anz	%	Anz	%
-19	6 595	21,4	14 377	22,3	9 330	22,2	11 427	22,5	41 729	22,2
20 - 44	10 046	32,7	21 689	33,6	14 419	34,3	17 549	34,5	63 703	33,9
45 - 54	4 822	15,7	9 664	15,0	6 015	14,3	7 828	15,4	28 329	15,1
55 - 64	3 518	11,4	7 405	11,5	4 757	11,3	5 584	11,0	21 264	11,3
65 - 74	2 851	9,3	5 809	9,0	4 039	9,6	4 414	8,7	17 113	9,1
+75	2 928	9,5	5 615	8,7	3 423	8,2	4 036	7,9	16 002	8,5
Gesamt	30 760	100,0	64 559	100,0	41 983	100,0	50 838	100,0	188 140	100,0

Tabelle 3: Demografische Fakten: Bevölkerungsdaten Männer 1991

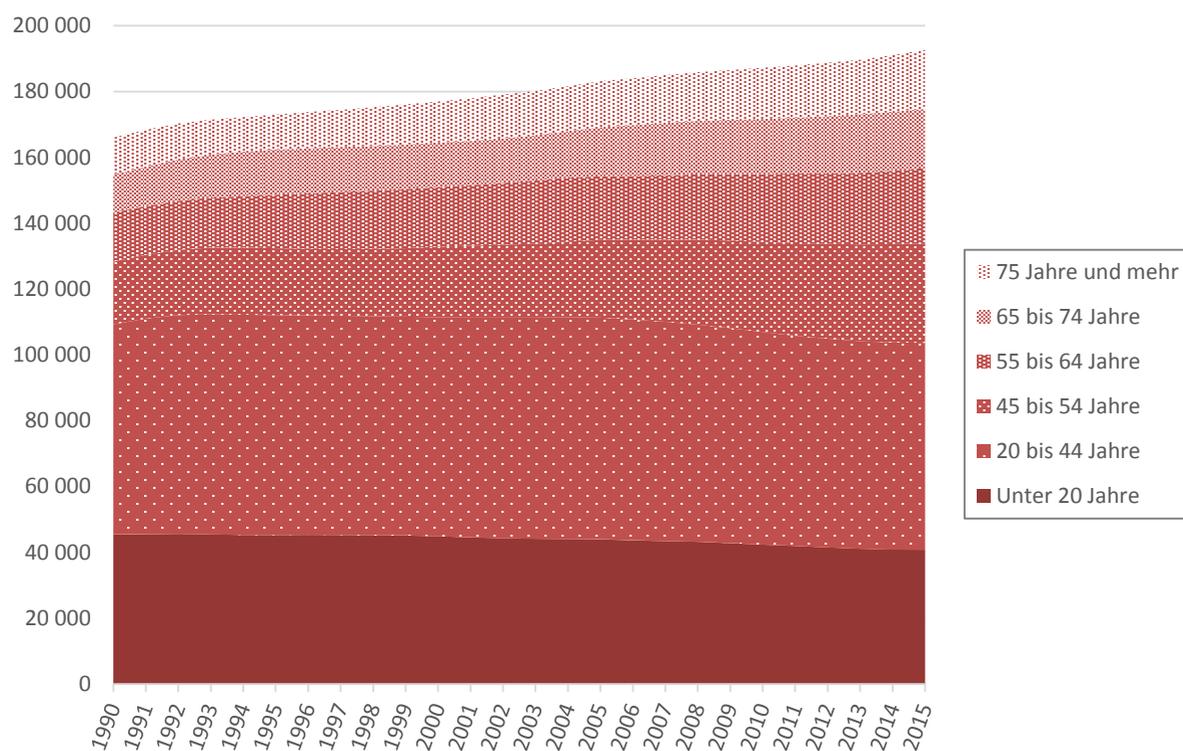
Alter	Bludenz		Bregenz		Dornbirn		Feldkirch		Vorarlberg	
	Anz	%	Anz	%	Anz	%	Anz	%	Anz	%
-19	8 249	28,9	16 647	29,2	10 650	29,7	12 499	29,2	48 045	29,3
20 - 44	12 030	42,2	23 803	41,8	14 637	40,8	18 347	42,9	68 817	41,9
45 - 54	3 308	11,6	6 851	12,0	4 807	13,4	5 347	12,5	20 313	12,4
55 - 64	2 553	8,9	4 973	8,7	3 212	8,9	3 585	8,4	14 323	8,7
65 - 74	1 450	5,1	2 705	4,8	1 511	4,2	1 793	4,2	7 459	4,5
+75	942	3,3	1 944	3,4	1 072	3,0	1 235	2,9	5 193	3,2
Gesamt	28 532	100,0	56 923	100,0	35 889	100,0	42 806	100,0	164 150	100,0

Tabelle 4: Demografische Fakten: Bevölkerungsdaten Männer 2011

Alter	Bludenz		Bregenz		Dornbirn		Feldkirch		Vorarlberg	
	Anz	%	Anz	%	Anz	%	Anz	%	Anz	%
-19	7 025	23,2	15 177	24,3	9 683	24,0	12 003	24,4	43 888	24,1
20 - 44	10 344	34,2	21 632	34,7	14 443	35,7	17 453	35,4	63 872	35,0
45 - 54	5 021	16,6	9 880	15,8	6 194	15,3	7 936	16,1	29 031	15,9
55 - 64	3 535	11,7	7 103	11,4	4 416	10,9	5 513	11,2	20 567	11,3
65 - 74	2 586	8,5	5 239	8,4	3 486	8,6	3 945	8,0	15 256	8,4
+75	1 754	5,8	3 340	5,4	2 181	5,4	2 411	4,9	9 686	5,3
Gesamt	30 265	100,0	62 371	100,0	40 403	100,0	49 261	100,0	182 300	100,0

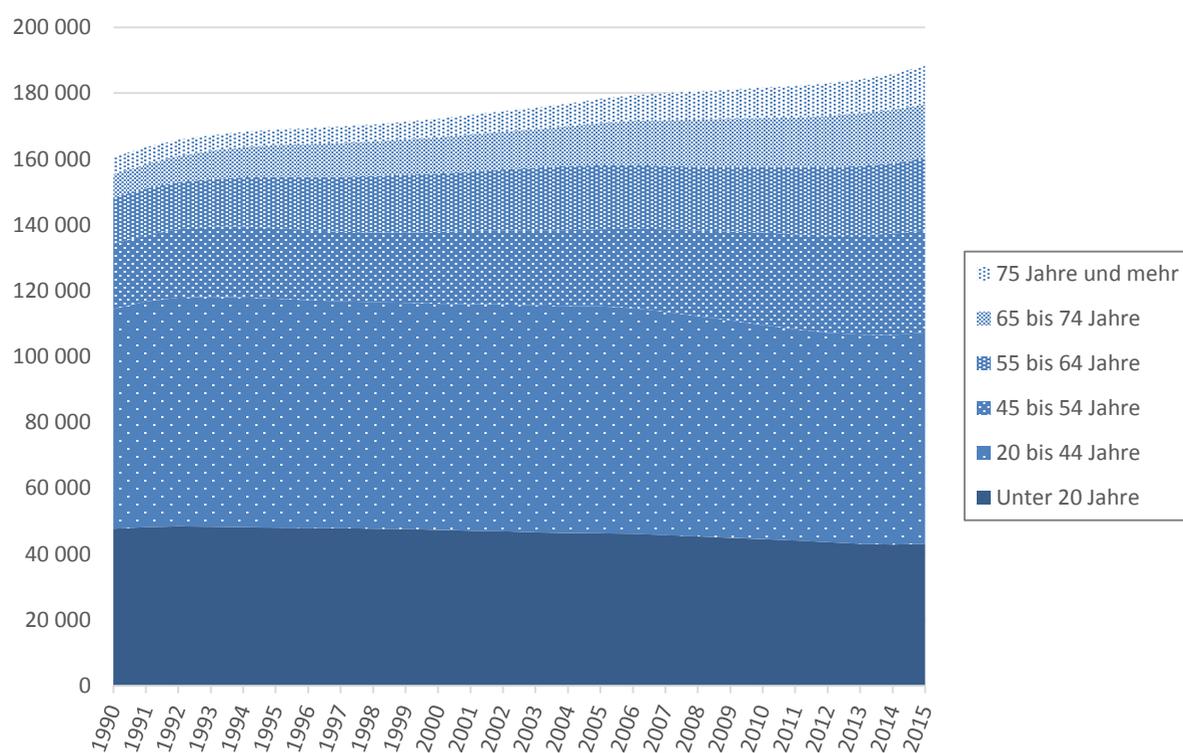


Abbildung 1: Demografische Fakten: Bevölkerungsentwicklung Frauen 1990-2015



Quelle: Jahresdurchschnitt, StatAU, StatAbt Vorarlberg

Abbildung 2: Demografische Fakten: Bevölkerungsentwicklung Männer 1990-2015



Jahresdurchschnitt, StatAU, StatAbt Vorarlberg

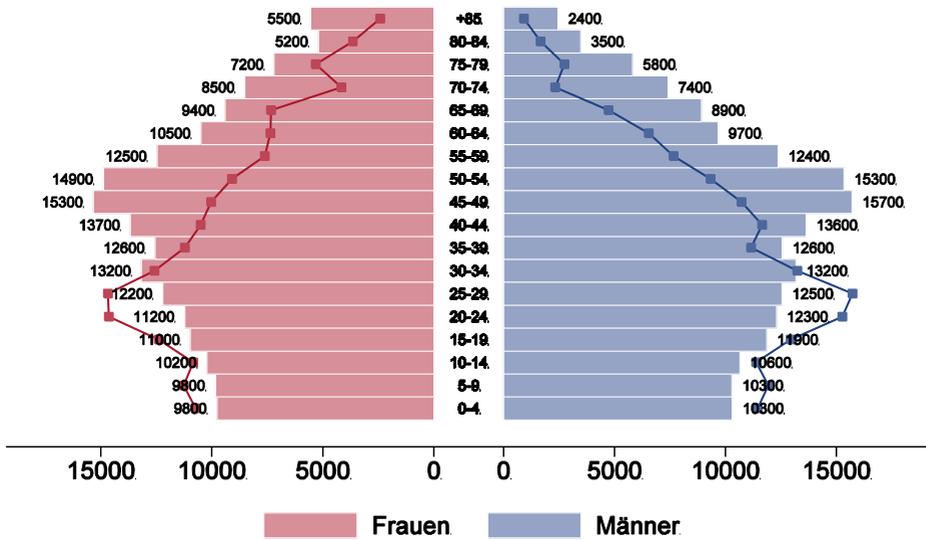
Quelle:



3.2 ALTERSENTWICKLUNG

Die Alterspyramide der Vorarlberger Bevölkerung im Jahr 2015 zeigt im Vergleich zur Situation im Jahre 1990 sehr deutliche Verschiebungen der Altersstruktur, siehe Abbildung 3. Man muss davon ausgehen, dass unabhängig von anderen Faktoren allein durch diese Verschiebungen der Altersstruktur, die Anzahl der Krebspatientinnen und -patienten in den nächsten Jahren deutlich zunehmen wird.

Abbildung 3: Altersstruktur der Vorarlberger Bevölkerung des Jahres 2015



© KRV-Bericht 2015

Angegebene Anzahlen: Bevölkerung Vorarlberg 2015

Die Linie zeigt die Altersstruktur der Vorarlberger Bevölkerung im Jahre 1990. (Quelle: StatAU, StatAbt Vorarlberg)

3.3 SOZIODEMOGRAFISCHE FAKTEN

Vorarlbergs Bevölkerung lebt in 96 Gemeinden, 5 davon sind Städte.

Aufgeschlüsselt nach der Bevölkerungszahl der Gemeinden leben 54% der Vorarlberger Bevölkerung in Gemeinden mit mehr als 10.000 Einwohnerinnen und Einwohnern, 41% in Gemeinden zwischen 1.000 und 10.000 Einwohnerinnen und Einwohnern und 5% in Gemeinden mit weniger als 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

Die meisten Menschen, nämlich um die 80%, leben im Rheintal und im Walgau. Im Rheintal beträgt die Bevölkerungsdichte 482 Einwohnerinnen und Einwohner pro Quadratkilometer, während sie für ganz Vorarlberg bei 148 liegt.



16,2% der in Vorarlberg wohnhaften Menschen sind **Staatsbürgerinnen und Staatsbürger anderer Länder**:

- 3,4% der Türkei
- 2,2% der Länder des ehemaligen Jugoslawiens
- 4,1% Deutschland
- 0,4% Schweiz
- 6,0% sonstiger Länder

In Gesamtösterreich ist der Anteil der Staatsbürgerinnen und Staatsbürger anderer Länder deutlich niedriger, nämlich 14,6%.

Die **arbeitende Bevölkerung** (Registerzählung 2011) ist zu 66,3% (Gesamtösterreich 73,2%) im Dienstleistungsbereich und zu 34,7% (Gesamtösterreich 33,7%) in Industrie und Gewerbe tätig.

Die **Arbeitslosigkeit** lag im Jahresdurchschnitt 2015 bei 6,1% (Österreich 9,1%).

Im Jahr 2015 betrug das **Bruttoregionalprodukt** 44.800 Euro pro Einwohnerin bzw. Einwohner und 86.500 Euro pro Erwerbstätiger bzw. Erwerbstätigem.

4 INZIDENZ UND MORTALITÄT

4.1 BESCHREIBUNG DER TABELLEN UND GRAFIKEN

Sowohl Inzidenzdaten als auch Mortalitätsdaten werden in den folgenden Abschnitten für die häufigen Tumorgruppen tabellarisch und grafisch dargestellt.

In den folgenden Grafiken werden eine Reihe von Informationen dem *Ereignisjahr* zugeordnet, also für Inzidenzdaten dem Diagnosejahr und für Mortalitätsdaten dem Todesjahr. Der Einfachheit halber verwenden wir daher für die Beschreibung die Bezeichnung *Jahr*.

Generell werden alle Informationen getrennt für Frauen und Männer dargestellt, wir verwenden für Informationen über Frauen rote Farbverläufe und über Männer blaue Farbverläufe.

Zuerst werden die wichtigsten Fakten zusammengefasst und die Grundzahlen in zwei Tabellen präsentiert. Details zu den verwendeten Maßzahlen sind im Anhang A2 beschrieben. Folgende Informationen werden anschließend grafisch aufbereitet:

- Geschlechtsverteilung: In einem Kuchendiagramm wird die Aufteilung der Daten nach Frauen und Männern für die Jahre 2011 bis 2015 dargestellt.
- Altersverteilung in Prozent: Die Grafik beschreibt die prozentuelle Verteilung der Fälle auf Altersgruppen und belegt die starke Abhängigkeit der allermeisten Tumorerkrankungen vom Alter.
- Altersspezifische Rate: Wir teilen das Alter in jeweils Zehnjahresgruppen ein. Um stabilere Raten zu erhalten, fassen wir die Jahre in Fünfjahresgruppen zusammen und stellen die zwei aktuellsten Fünfjahresgruppen dar. Damit kann eine zeitliche Entwicklung der altersspezifischen Raten abgelesen werden. Der dünn schraffierte Balken entspricht den Jahren 2006–2010 und der satt eingefärbte Balken den Jahren 2011–2015.
- Zeitliche Entwicklung der altersstandardisierten Raten in Vorarlberg: Für die Inzidenz- und Mortalitätsdaten wird der Zeitraum 1990 bis 2015 dargestellt. Zusätzlich zu den Raten pro Jahr (Dreijahresmittel, um statistische Ausreißer, vor allem bei kleineren Fallzahlen, zu glätten) wird das Ergebnis einer Joinpoint-Regression eingezeichnet sowie die durchschnittliche jährliche Zu- bzw. Abnahme **der letzten zehn Jahre**, Vorgabe für diese Berechnung war ein einziges Segment. Ein Stern nach dem AAPC-Wert gibt an, dass es sich um eine statistisch signifikante Zu- bzw. Abnahme handelt. (Oberaigner et al., 2017)
- Histologieverteilung: Für den Großteil der Tumorgruppen stellen wir auch eine Verteilung der Histologie dar. Zu diesem Zweck wurden die sehr detaillierten Histologie-Codes, die im Tumorregister nach ICD-O Version 3 codiert werden, in Gruppen zusammengefasst. Es werden die Daten der letzten zehn Jahre 2006–2015 dargestellt.
- Stadienverteilung: Für einige Tumorgruppen stellen wir auch eine Stadienverteilung grafisch dar. Zu diesem Zweck werden alle verfügbaren Stadien-Informationen umgerechnet auf UICC-Stadien I-IV.⁽³⁾ Falls ein TNM-Stadium vorliegt, aber die Umrechnung nicht möglich ist, wird das Stadium als X dargestellt. Falls überhaupt kein TNM-Stadium dokumentiert wurde, so wird das Stadium als o.n.A. dargestellt. Für die Umrechnung wurde für die Melanome auch die Tumordicke nach Breslow verwendet und bei gynäkologischen Tumoren auch FIGO-Stadien. Auch hier werden die Zeiträume 2006–2010 und 2011–2015 getrennt dargestellt, damit man den zeitlichen Trend beurteilen kann.
- Vergleich relatives Überleben mit Ergebnissen der SEER-Register aus den USA: In den hier dargestellten Balken werden relative Überlebensraten und Konfidenzintervalle für die Vorarlberger Daten im Vergleich zu den Ergebnissen der SEER-Register aus den USA dargestellt (die SEER-Register



umfassen 18 Krebsregister aus den USA mit einer Gesamtpopulation von ca. 70 Millionen Einwohnerinnen bzw. Einwohnern).⁽⁴⁾ Der Vergleich wird sowohl für die Gesamtgruppe (altersstandardisierte Rate) als auch für einzelne Altersgruppen bzw. nach UICC-Stadiengruppen aufgeteilt dargestellt, sofern entsprechende Informationen vorliegen. Die aktuellsten Vergleichsdaten der SEER-Register zum Fünfjahresüberleben liegen bis zum Jahr 2009 vor. Um stabilere Raten zu erhalten, haben wir für die Vorarlberger Daten beim Fünfjahresüberleben fünf Diagnosejahre (2007–2011) zusammengefasst. Zusätzlich ist das 95%-Konfidenzintervall eingezeichnet. Altersgruppen mit einer Fallzahl (inzidente Patientinnen und Patienten) unter 15 wurden wegen zu großer Instabilität in der Grafik nicht dargestellt. Auch sind für einzelne Untergruppen keine Vergleichsdaten aus der SEER-Datenbank verfügbar.

- Kaplan-Meier-Kurven: Um die Änderung der Überlebensraten in der zeitlichen Entwicklung zu beschreiben, stellen wir Kaplan-Meier-Kurven für Overall Survival dar, und zwar jeweils die Diagnosejahre 1996-2005 versus 2006-2015. Beim Vergleich dieser Kurven sind die bekannten Einflussfaktoren auf die Überlebensraten zu berücksichtigen, also neben insbesondere Therapie und Schaffung von Krebszentren auch eine Verschiebung der Stadien durch Screening-Methoden oder geänderte Diagnostik.⁽⁵⁾ Durch die intensive Diskussion der Vor- und Nachteile bei Screening-Methoden wissen wir, dass auch Überdiagnose (also die Diagnose einer Krebserkrankung, die während des gesamten Lebens der Patientin oder des Patienten niemals Symptome verursachen würde) eine Rolle spielen kann, z. B. bei Prostatakarzinom, Melanom oder Schilddrüsenkarzinom.
- Die Überlebenskurven, die wir in diesem Bericht zeigen, geben einen generellen Überblick über die Entwicklung der Überlebensraten von Krebspatientinnen oder -patienten in Vorarlberg in den letzten beiden Jahrzehnten, müssen aber wie oben beschrieben mit großer Vorsicht und Sachkenntnis interpretiert werden.
- Bezirksverteilung: In dieser Abbildung wird pro Bezirk die SMR bzw. SIR für den Zeitraum 2011 bis 2015 dargestellt. Da auf Bezirksebene zum Teil auch über einen Zeitraum von fünf Jahren große Schwankungen zu beobachten sind, haben wir immer ein 99%iges Konfidenzintervall eingezeichnet (99% wegen der vielfachen Tests: bei 18 Lokalisationen werden insgesamt um die 650 Konfidenzintervalle berechnet).
- Altersstandardisierte Raten im EU-Vergleich: In diesen Abbildungen werden die altersstandardisierten Raten der fünf Diagnosejahre 2011-2015 verglichen mit Ergebnissen der EU-Länder. Die Raten für die EU-Länder wurden der Datenbank ECO der IARC, und zwar für das Jahr 2012, entnommen: Dabei ist zu beachten, dass die Daten in ECO mit dem EUROPA-Standard vorliegen. Damit sind diese altersstandardisierten Raten nicht vergleichbar mit den Raten, die mit den SEGI-Gewichten berechnet wurden.

4.2 HÄUFIGKEIT DER TUMORLOKALISATION

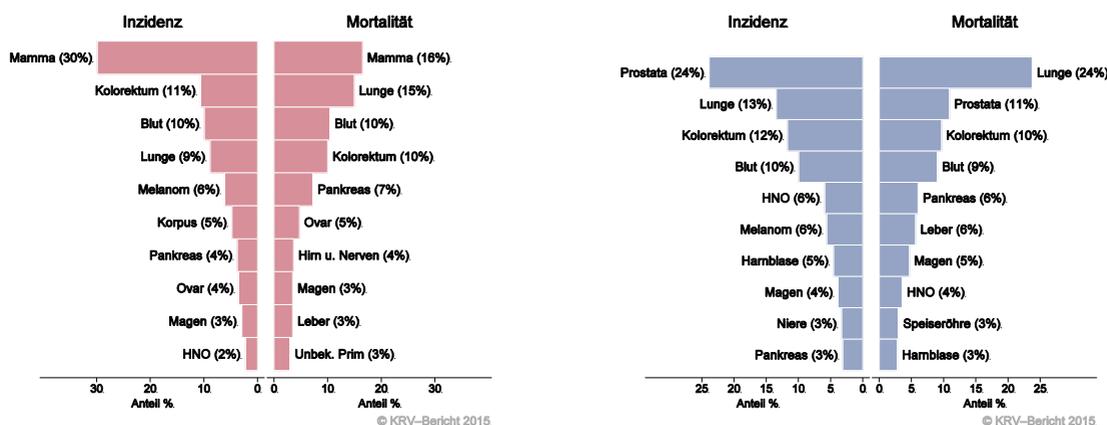
Das mit Abstand am häufigsten diagnostizierte Karzinom der Frau ist der Brustkrebs. Auch bei der Sterblichkeit steht Brustkrebs an erster Stelle, aber schon sehr knapp gefolgt von der Sterblichkeit bei Lungenkrebs.

Während bei der Frau die Sterblichkeit bei Brustkrebs rückläufig ist, nimmt die Lungenkrebs-Sterblichkeit ständig zu. In den nächsten Jahren ist zu erwarten, dass ähnlich wie in den USA schon Mitte der 90er Jahre, die Lungenkrebs-Sterblichkeit höher sein wird als die bei Brustkrebs. Das am zweithäufigsten diagnostizierte Karzinom bei der Frau ist der Dickdarmkrebs, gefolgt von Blut- und Lungenkrebs. Bei der Sterblichkeit liegt Blutkrebs an dritter und Dickdarmkrebs an der vierten Stelle.

Beim Mann ist das am häufigsten diagnostizierte Karzinom der Prostatakrebs, bei der Sterblichkeit allerdings liegt der Lungenkrebs weit vor dem Prostatakrebs. An dritter Stelle sowohl bei den Diagnosen als auch bei der Sterblichkeit liegt beim Mann der Dickdarmkrebs.

Die führende Position bei der Todesursache: Lungenkrebs ist besonders bedauerlich zumal alles dafür spricht, dass 90% diese Erkrankung durch Rauchfreiheit verhindert werden könnte.

Abbildung 4: Zehn häufigste Tumorlokalisationen in Vorarlberg 2011–2015



Basis: Alle Karzinome außer NMSC

4.3 ALLE KARZINOME AUSSER NMSC

Im Jahr 2015 wurde bei 760 Frauen und 848 Männern ein Karzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter bei der Diagnose betrug 66-67 Jahre, 20% der Patientinnen und 11% der Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 8 200 Frauen und 8 900 Männer mit einem Karzinom (außer NMSC). Es verstarben 354 Frauen und 391 Männer an einem Karzinom im Jahr 2015. Die Mortalitätsrate nahm bei den Männern im letzten Jahrzehnt pro Jahr um 2.6% statistisch signifikant ab. Die relative Fünfjahresüberlebensrate (altersstandardisiert) lag bei den Frauen bei 65% und bei den Männern bei 63% und war fast identisch mit den Vergleichsdaten aus den USA. Die Bezirksverteilung zeigte keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Im EU-Vergleich lagen Inzidenz- und Mortalitätsrate bei den Frauen im EU-Durchschnitt und bei den Männern unter dem EU-Durchschnitt.

Tabelle 5: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten *Alle Karzinome außer NMSC*

Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	760	795	848	887
Mittleres Erkrankungsalter	64	66	67	67
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	20.4	19.2	10.5	11.4
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	16.1	17.7	13.6	13.6
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	26.1 (1 von 4)	27.6 (1 von 4)	33.6 (1 von 3)	35.5 (1 von 3)
Rohe Rate pro 100 000	394.5	415.8	450.2	476.3
Altersstandard. Rate pro 100 000	225.7	228.7	259.1	277.4
Histologisch gesicherte Fälle (%)	94.2	94.9	95.3	95.4
DCO-Fälle (%)	2.2	2.0	2.5	1.7
Prävalenz (%) ¹⁾		8212 (4.3)		8857 (4.7)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	354	360	391	403
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	7.1	5.6	3.1	3.0
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	35.6	37.3	29.7	31.2
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	11.3 (1 von 9)	11.6 (1 von 9)	15.7 (1 von 6)	16.1 (1 von 6)
Rohe Rate pro 100 000	183.8	188.2	207.6	216.7
Altersstandard. Rate pro 100 000	75.2	76.4	102.1	107.5
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	46.6	45.3	46.1	45.4
Fünffjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	60.1		56.0	
Relative Rate (%), roh	66.1		63.9	
Relative Rate (%), altersstandardisiert	64.6		62.9	

¹⁾ Die Prozenste sind bezogen auf die Vorarlberger Bevölkerung im Jahr 2015.

Abbildung 5: Geschlechtsverteilung *Alle Karzinome außer NMSC* 2011–2015

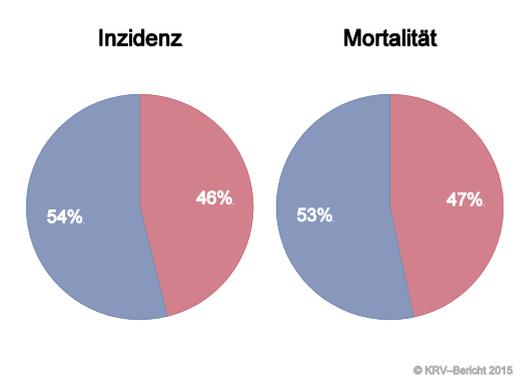


Abbildung 6: Altersverteilung *Alle Karzinome außer NMSC* 2011–2015

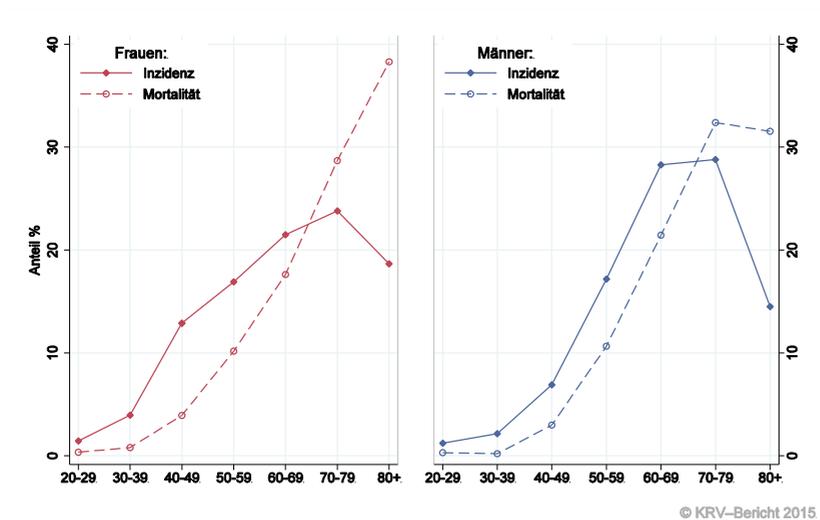


Abbildung 7: Altersspezifische Rate *Alle Karzinome außer NMSC* 2011–2015 versus 2006–2010

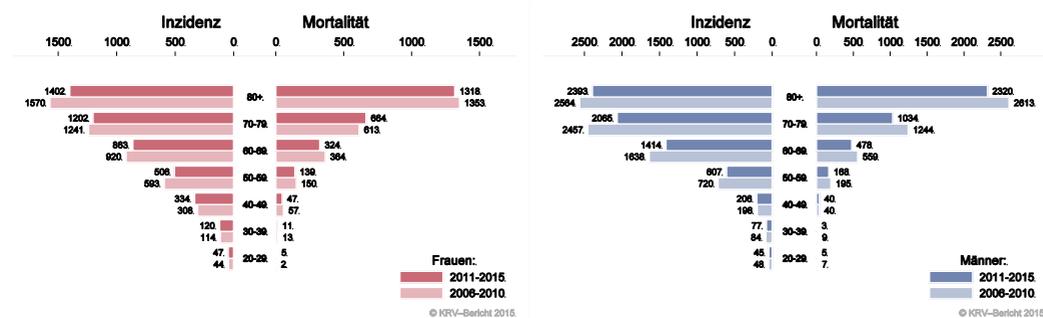
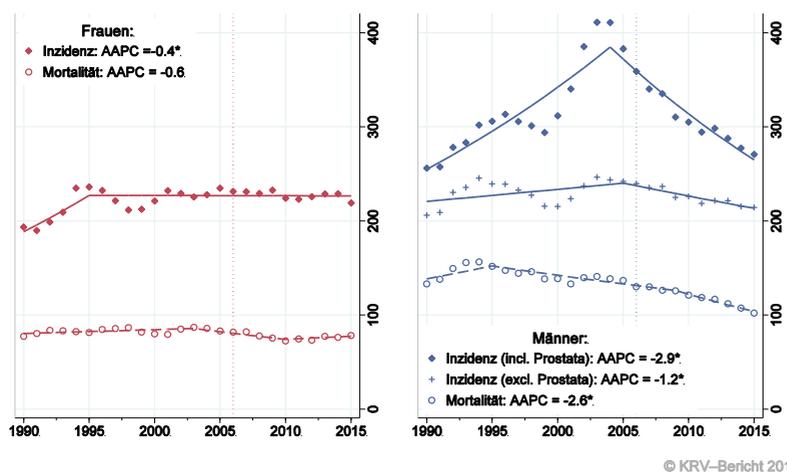


Abbildung 8: Zeitliche Entwicklung alterstandardisierte Rate *Alle Karzinome außer NMSC*



SEGI-Gewichte, AAPC auf Basis der letzten 10 Jahre

Abbildung 9: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *Alle Karzinome außer NMSC* 2006–2010 versus SEER 2007

Nach Altersgruppen:

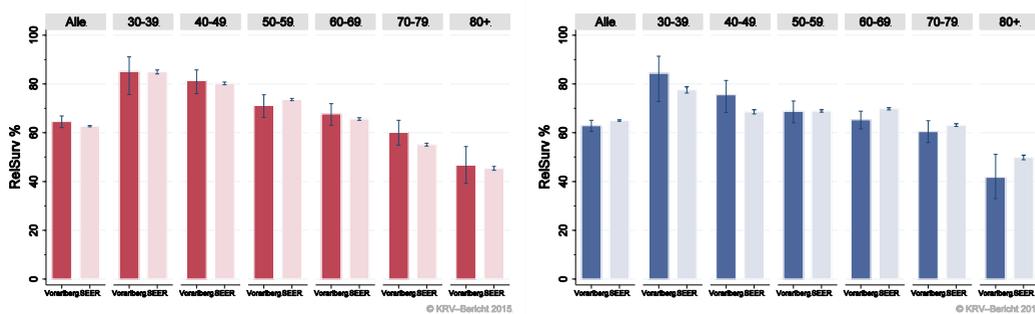
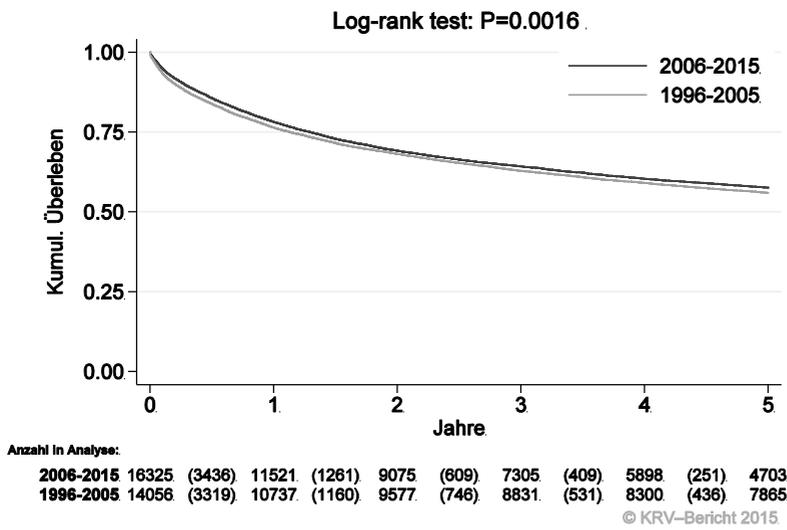


Abbildung 10: Kaplan-Meier-Kurven *Alle Karzinome außer NMSC* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015



Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafik bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 11: Bezirksverteilung *Alle Karzinome außer NMSC* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall

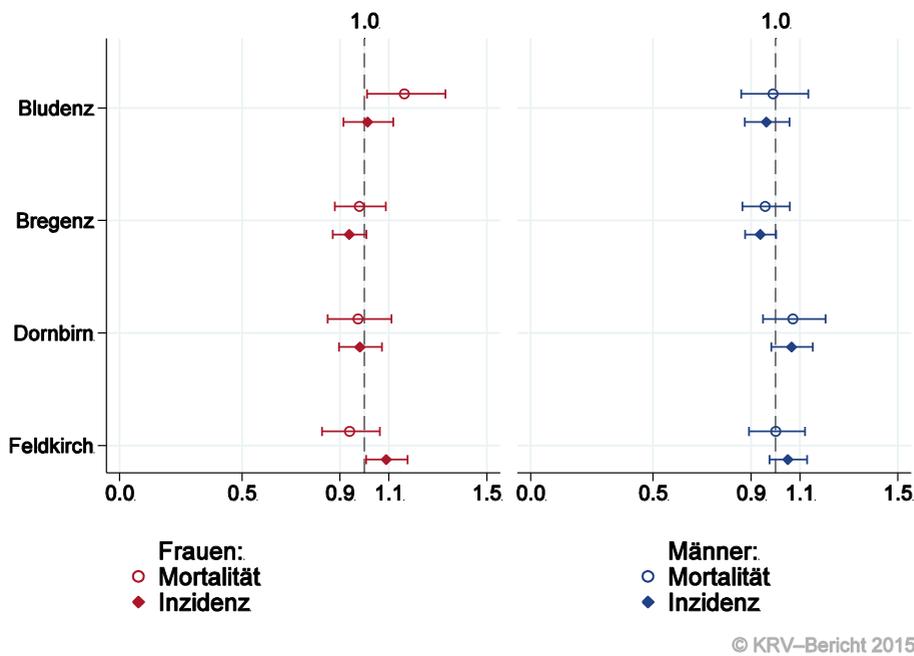
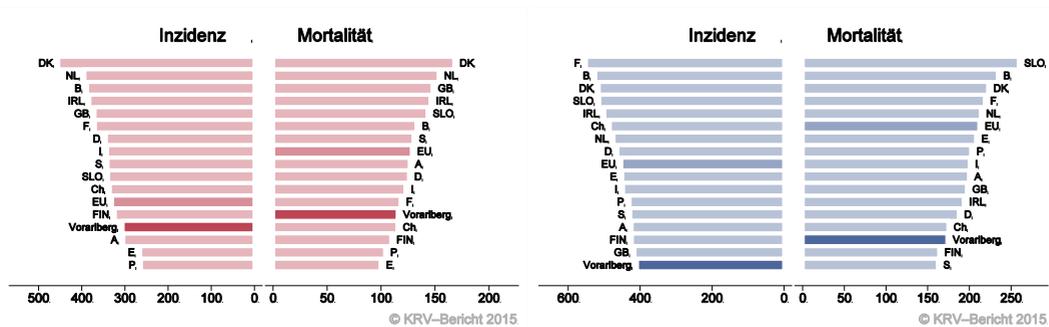


Abbildung 12: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *Alle Karzinome außer NMSC Vorarlberg* 2011–2015 versus ECO 2012





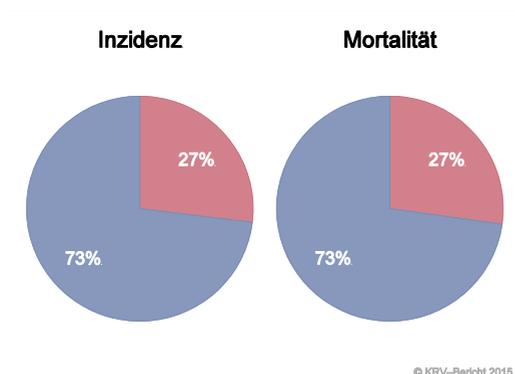
4.4 KARZINOM IM KOPF-HALS-BEREICH AUSSER LARYNXKARZINOM

In dieser Gruppe haben wir die Karzinome in Mund, Nase und Rachen außer Larynxkarzinom zusammengefasst. In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 20 Frauen und 45 Männern ein Karzinom im HNO-Bereich diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter bei der Diagnose betrug 65 Jahre (Frauen) bzw. 61 Jahre (Männer). Um die 15% der Patientinnen bzw. der Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 140 Frauen und 300 Männer mit einem Karzinom im Kopf-Hals-Bereich (außer Larynx). Pro Jahr verstarben um die 5 Frauen und 10 Männer an einem Karzinom im HNO-Bereich. Bei den Männern beobachten wir eine statistisch signifikante Zunahme der Inzidenzrate um 3% pro Jahr. Die relative Fünfjahresüberlebensrate lag bei 68% (Frauen) bzw. 60% (Männer) und war bei den Frauen tendenziell besser als die Vergleichsdaten aus den USA (aber nicht statistisch signifikant). Die Verteilung auf Bezirksebene zeigte keine statistisch signifikanten Auffälligkeiten. Im EU-Vergleich lagen die Inzidenzrate im EU-Durchschnitt und die Mortalitätsrate unter dem EU-Durchschnitt.

Tabelle 6: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten Karzinom im Kopf-Hals-Bereich außer Larynxkarzinom

Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	19	18	37	43
Mittleres Erkrankungsalter	64	65	64	61
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	15.8	13.2	10.8	18.6
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	21.1	20.8	8.1	5.4
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	0.7 (1 von 143)	0.7 (1 von 143)	1.8 (1 von 56)	2.1 (1 von 48)
Rohe Rate pro 100 000	9.9	9.2	19.6	23.1
Altersstandard. Rate pro 100 000	5.4	4.9	11.8	14.4
Histologisch gesicherte Fälle (%)	100.0	98.1	100.0	99.2
DCO-Fälle (%)	0.0	0.0	5.4	1.6
Prävalenz		140 (0.1)		302 (0.2)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	2	3	12	12
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	0.0	0.0	0.0	2.9
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	50.0	20.0	8.3	11.4
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	0.1 (1 von 1000)	0.2 (1 von 500)	0.6 (1 von 167)	0.6 (1 von 167)
Rohe Rate pro 100 000	1.0	1.7	6.4	6.3
Altersstandard. Rate pro 100 000	0.2	0.7	3.8	3.8
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	10.5	16.7	32.4	27.9
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	58.6		52.5	
Relative Rate (%), roh	65.4		57.0	
Relative Rate (%), altersstandard.	68.4		60.1	

Abbildung 13: Geschlechtsverteilung Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom 2011–2015



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 14: Altersverteilung Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom 2011–2015

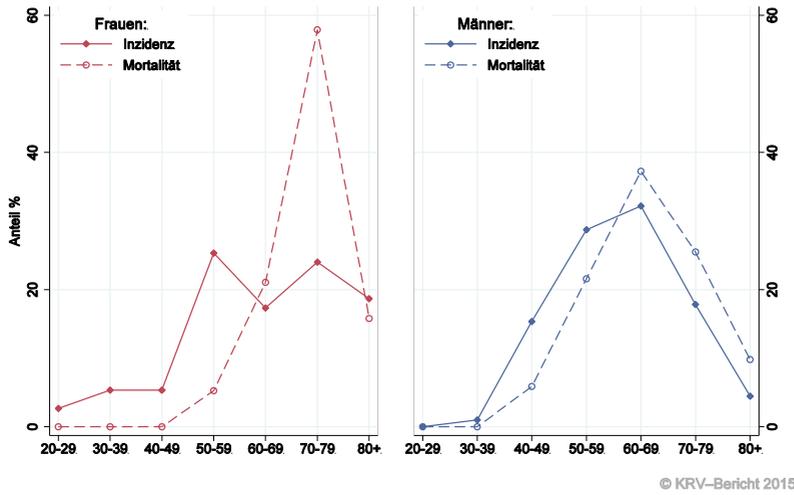


Abbildung 15: Altersspezifische Rate Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010

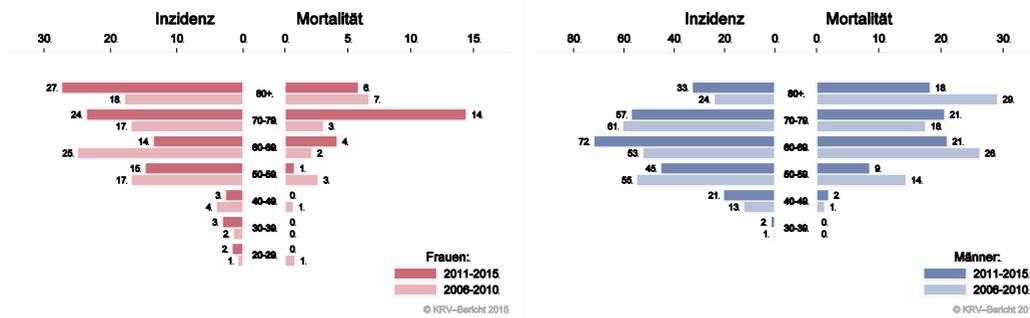
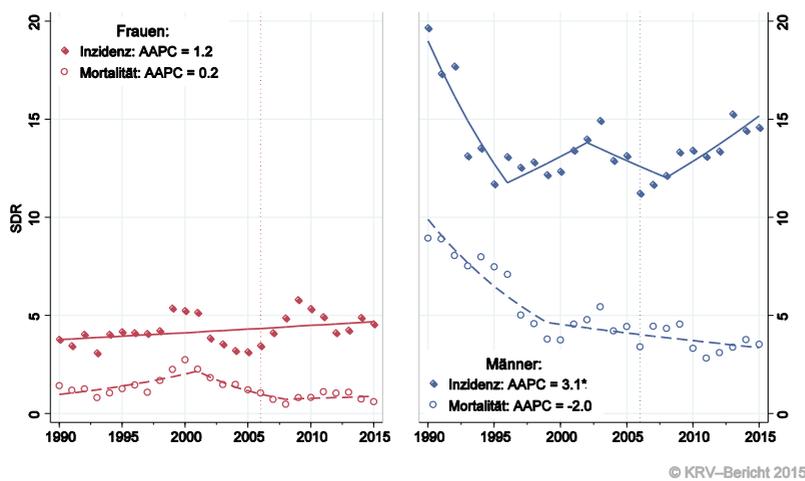


Abbildung 16: Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom



SEGI-Gewichte, AAPC auf Basis der letzten 10 Jahre

Abbildung 17: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007

Nach Altersgruppen:

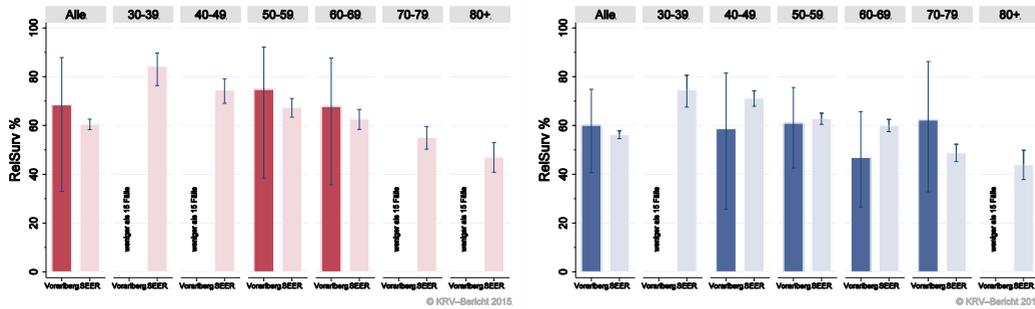
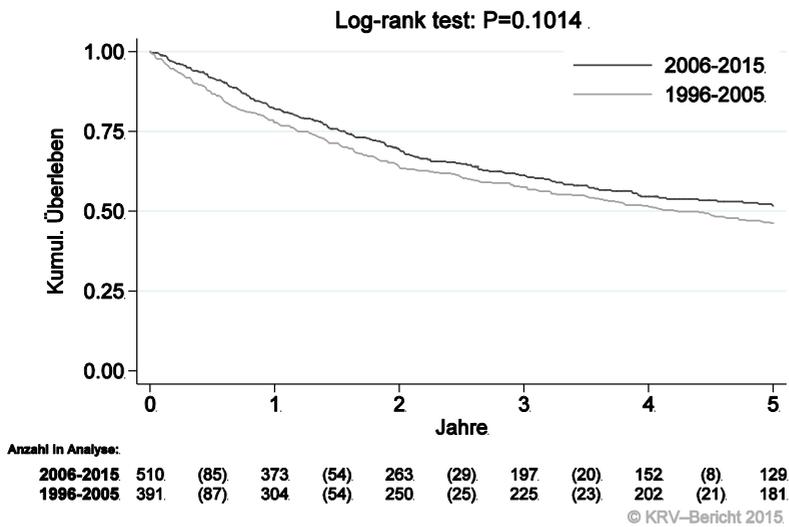
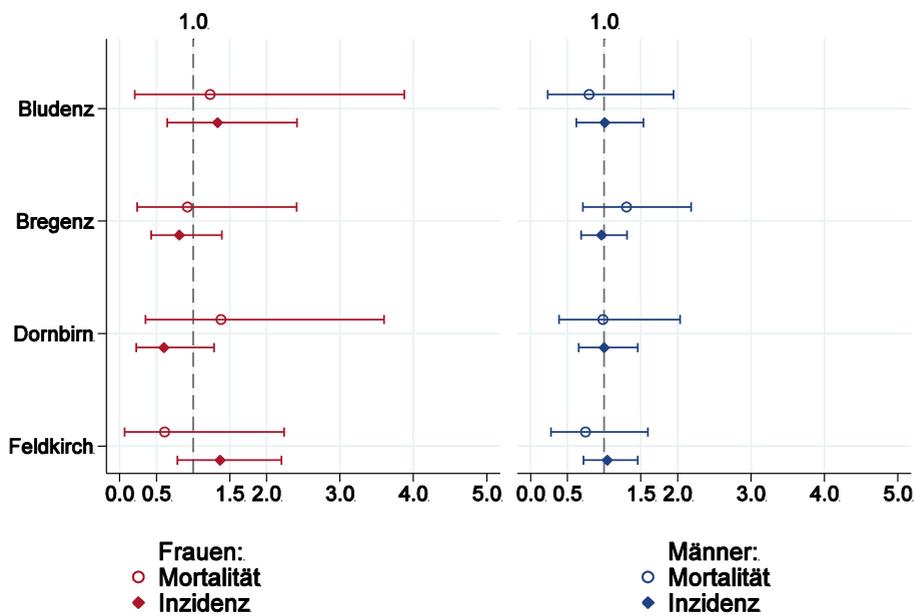


Abbildung 18: Kaplan-Meier-Kurven im Kopf-Hals-Bereich außer Larynxkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahr 2006–2010 und 2011–2015



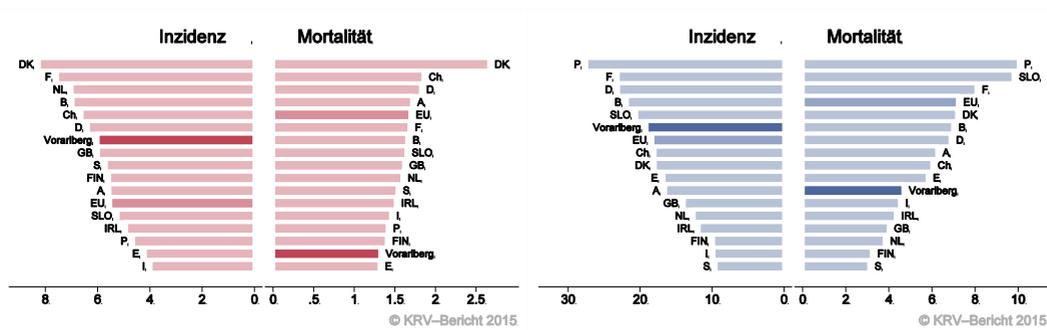
Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 19: Bezirksverteilung Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 20: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



© KRV-Bericht 2015

© KRV-Bericht 2015

4.5 LARYNXKARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei zwei Frauen und 10 Männern ein Larynxkarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter der männlichen Patienten lag bei 63 Jahren. 14% der männlichen Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 15 Frauen und 150 Männer mit einem Larynxkarzinom. Pro Jahr verstarben zirka eine Frau und vier Männer an einem Larynxkarzinom. Aufgrund der kleinen Fallzahlen bei den Frauen haben wir die Grafiken nur für die männlichen Fälle dargestellt. Die Joinpoint-Regression zeigte in den letzten zehn Jahren bei den Männern eine statistisch signifikante jährliche Abnahme der Inzidenz und auch der Mortalität. Die relative Fünfjahresüberlebensrate lag bei den Männern mit 64% fast identisch mit den Vergleichsdaten aus den USA. Die Kaplan-Meier-Kurve zeigt für die Larynxkarzinome eine statistisch signifikante Verbesserung des Überlebens (overall survival) in den Diagnosejahren 2006-2015 im Vergleich zu 1996-2005. Die Verteilung auf Bezirksebene zeigte keine relevanten Auffälligkeiten. Inzidenz- und Mortalitätsrate lagen bei den Männern unter dem EU-Durchschnitt.

Tabelle 7: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten Larynxkarzinom

	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Inzidenz				
Anzahl	3	2	8	12
Mittleres Erkrankungsalter	66	66	63	63
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	0.0	0.0	12.5	13.5
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	0.0	0.0	0.0	5.4
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	0.2 (1 von 500)	0.1 (1 von 1000)	0.4 (1 von 250)	0.6 (1 von 167)
Rohe Rate pro 100 000	1.6	0.9	4.2	6.6
Altersstandard. Rate pro 100 000	1.0	0.6	2.5	4.0
Histologisch gesicherte Fälle (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
DCO-Fälle (%)	0.0	20.0	0.0	2.7
Prävalenz		17 (0.0)		149 (0.1)
Mortalität				
Anzahl	0	1	3	4
Anteil Sterbealter bis 50 (%)		0.0	0.0	0.0
Anteil Sterbealter ab 80 (%)		0.0	0.0	23.1
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht		0.0	0.1 (1 von 1000)	0.2 (1 von 500)
Rohe Rate pro 100 000		0.3	1.6	2.3
Altersstandard. Rate pro 100 000		0.2	0.9	1.2
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)		50.0	37.5	33.3
Fünfjahresüberleben	2006– 2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	62.5		65.2	
Relative Rate (%), roh	65.3		70.6	
Relative Rate (%), altersstandard.	*		67.2	

* Rate konnte aufgrund einer zu kleinen Fallzahl in mindestens einer Altersgruppe nicht berechnet werden

Abbildung 21: Altersverteilung *Larynxkarzinom* 2011–2015

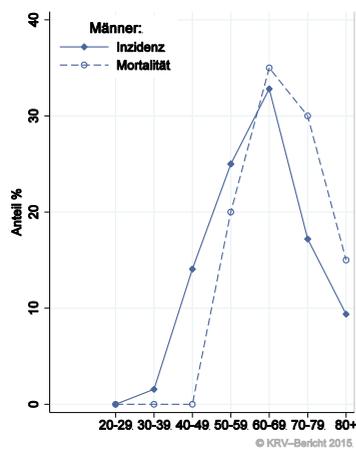


Abbildung 22: Altersspezifische Rate *Larynxkarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010

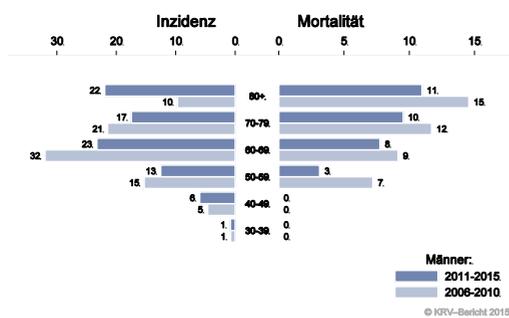


Abbildung 23: Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate *Larynxkarzinom*

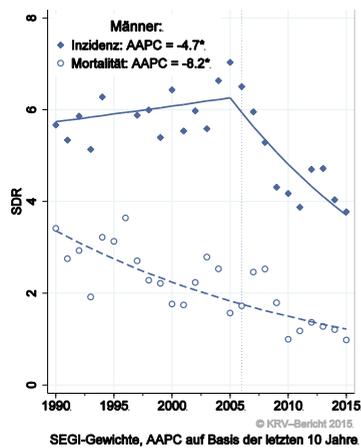


Abbildung 24: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *Larynxkarzinom* 2006–2010 versus SEER 2007

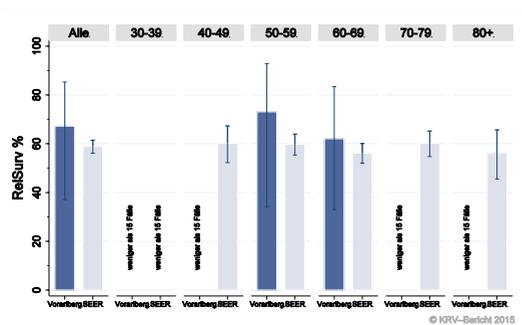
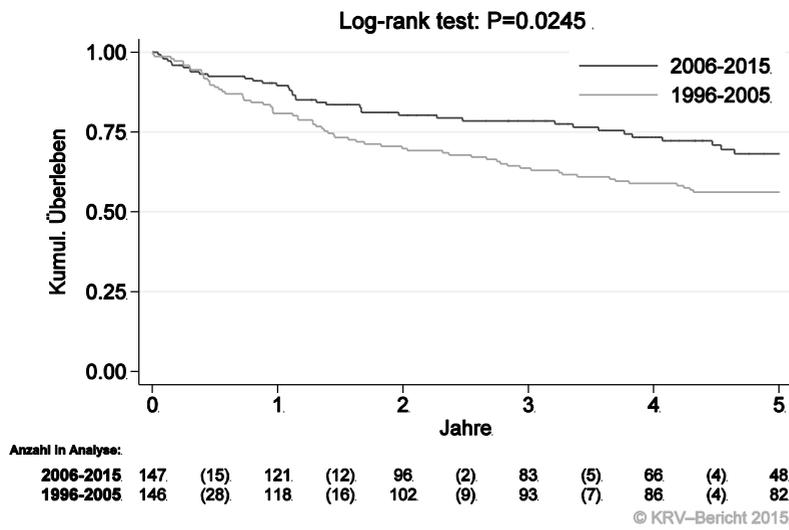


Abbildung 25: Kaplan-Meier-Kurven *Larynxkarzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015



Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 26: Bezirksverteilung *Larynxkarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall

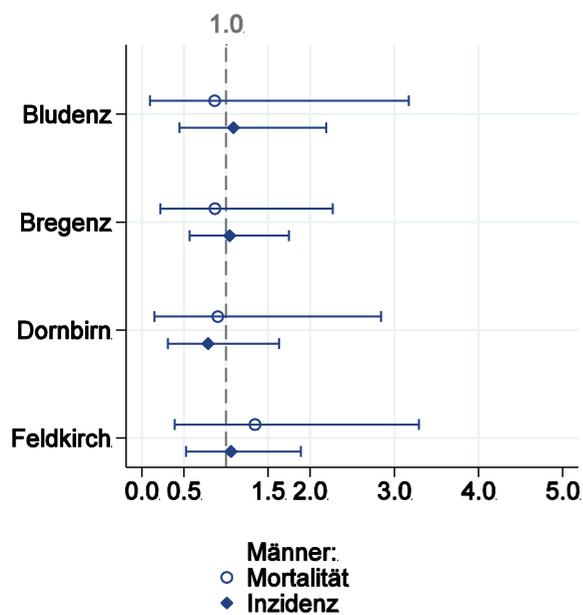
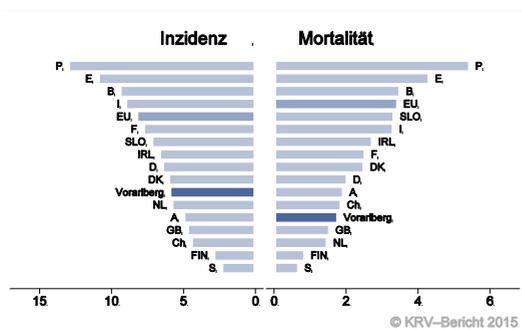


Abbildung 27: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *Larynxkarzinom*
Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



4.6 ÖSOPHAGUSKARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei fünf Frauen und 15 Männern ein Ösophaguskarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter lag bei 70-75 Jahren, 5% der männlichen Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg zirka 10 Frauen und 45 Männer mit einem Ösophaguskarzinom. Pro Jahr verstarben um die fünf Frauen und 10 Männer an einem Ösophaguskarzinom. Auf Grund der kleinen Fallzahlen bei den Frauen haben wir die Grafiken nur für die männlichen Fälle dargestellt. Die zeitliche Entwicklung war von großen Schwankungen geprägt. Es ist zu beachten, dass das lineare Modell den Zeittrend nicht gut beschreibt, also müssen die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Die relative Fünfjahresüberlebensrate lag bei den Männern bei 22% und war fast identisch mit den Vergleichsdaten aus den USA. Die Bezirksverteilung zeigte keine relevanten Abweichungen von Landesdurchschnitt. Im EU-Vergleich lagen sowohl die Inzidenz- als auch die Mortalitätsrate im EU-Durchschnitt.

Tabelle 8: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten Ösophaguskarzinom

Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	6	4	16	14
Mittleres Erkrankungsalter	84	75	70	70
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	0.0	0.0	12.5	4.7
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	66.7	46.2	25.0	18.6
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	0.1 (1 von 1000)	0.1 (1 von 1000)	0.7 (1 von 143)	0.7 (1 von 143)
Rohe Rate pro 100 000	3.1	2.3	8.5	7.7
Altersstandard. Rate pro 100 000	0.8	0.9	4.3	4.0
Histologisch gesicherte Fälle (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
DCO-Fälle (%)	16.7	7.7	6.3	2.3
Prävalenz		10 (0.0)		45 (0.0)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	6	5	9	12
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	50.0	35.7	22.2	20.0
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	0.2 (1 von 500)	0.2 (1 von 500)	0.5 (1 von 200)	0.6 (1 von 167)
Rohe Rate pro 100 000	3.1	2.4	4.8	6.3
Altersstandard. Rate pro 100 000	1.2	1.1	2.2	3.2
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	100.0	125.0	56.3	85.7
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	37.5		21.3	
Relative Rate (%), roh	42.4		23.4	
Relative Rate (%), altersstandard.	*		21.8	

* Rate konnte aufgrund einer zu kleinen Fallzahl in mindestens einer Altersgruppe nicht berechnet werden

Abbildung 28: Geschlechtsverteilung *Ösophaguskarzinom* 2011–2015

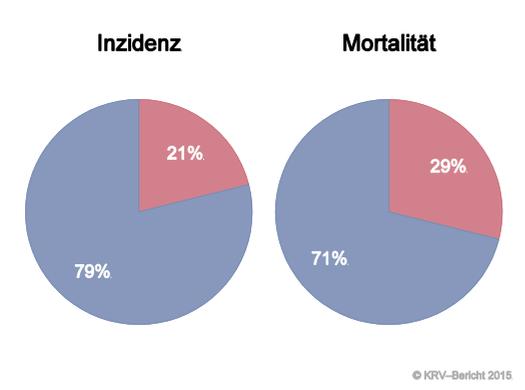


Abbildung 29: Altersverteilung *Ösophaguskarzinom* 2011–2015

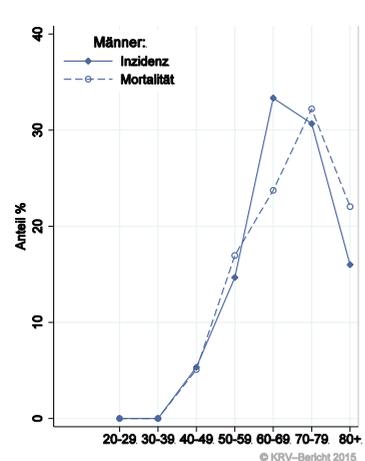


Abbildung 30: Altersspezifische Rate *Ösophaguskarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010

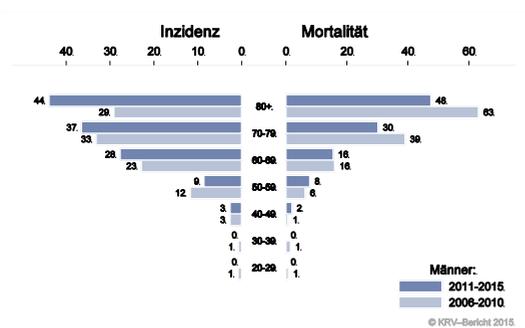


Abbildung 31: Zeitliche Entwicklung alterstandardisierte Rate *Ösophaguskarzinom*

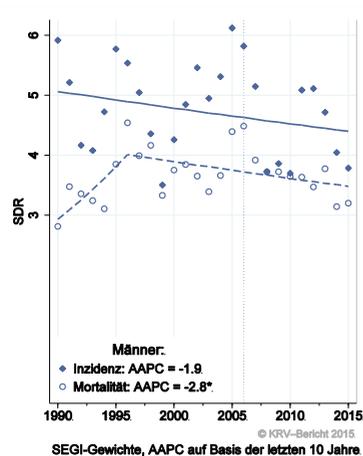


Abbildung 32: Histologieverteilung *Ösophaguskarzinom* 2006–2015

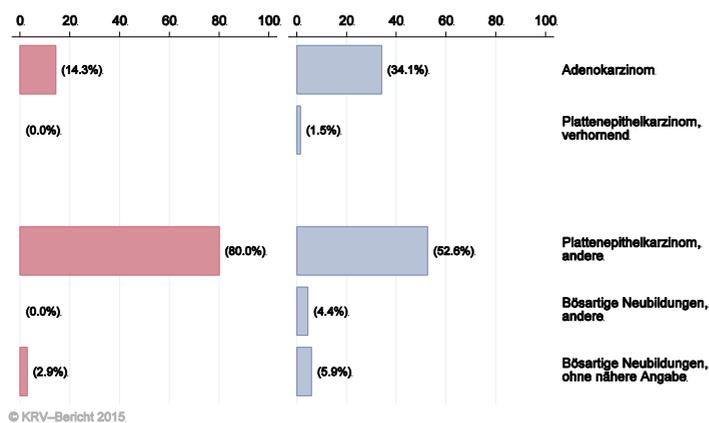


Abbildung 33: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *Ösophaguskarzinom* 2006–2010 versus SEER 2007

Nach Altersgruppen:

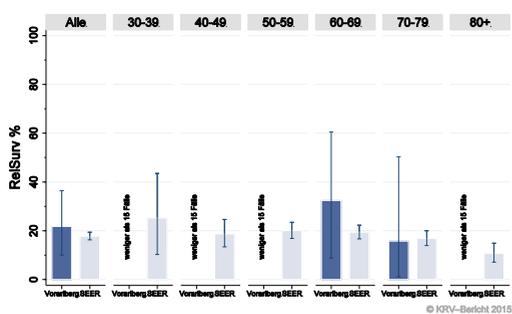
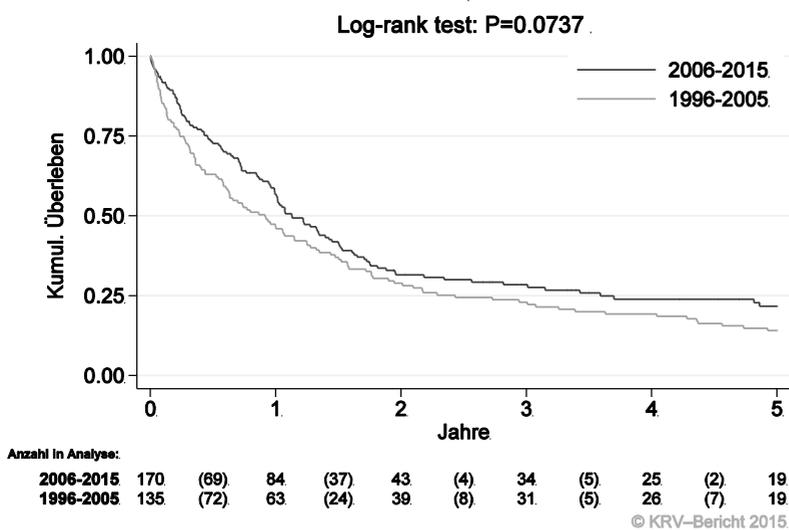


Abbildung 34: Kaplan-Meier-Kurven *Ösophaguskarzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015



Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 35: Bezirksverteilung *Ösophaguskarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall

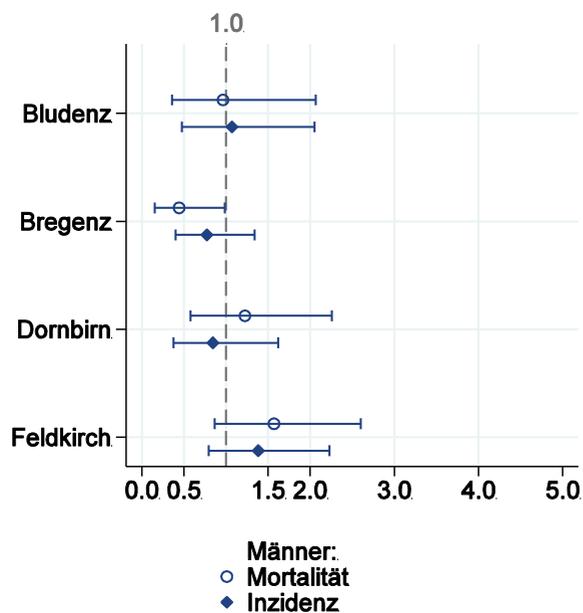
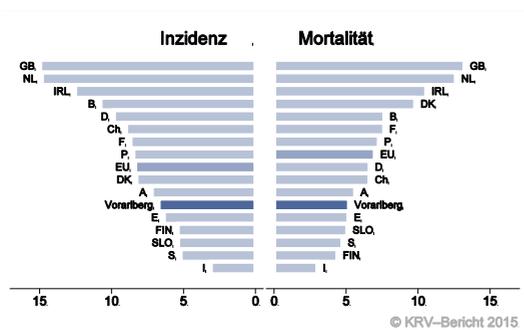


Abbildung 36: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *Ösophaguskarzinom*
Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



4.7 MAGENKARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 20 Frauen und 30 Männern ein Magenkarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten lag bei 75 Jahren (Frauen) bzw. 71 Jahren (Männer), um die 8% der Patientinnen und Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 130 Frauen und 200 Männer mit einem Magenkarzinom. Pro Jahr verstarben 10 Frauen und 20 Männer an einem Magenkarzinom. Die Abnahme von Inzidenz und Mortalität hat sich in den letzten Jahren stark abgeflacht, die Mortalitätsrate nimmt bei beiden Geschlechtern statistisch signifikant ab. Die relative Fünfjahresüberlebensrate war mit 41% bei den Männern besser und bei den Frauen mit 27% tendenziell schlechter als die Vergleichsdaten aus den USA. Die Bezirksverteilung zeigte keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Inzidenz- und Mortalitätsraten lagen im EU-Durchschnitt.

Tabelle 9: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten Magenkarzinom

Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	18	22	28	31
Mittleres Erkrankungsalter	75	75	70	71
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	5.6	6.2	10.7	10.9
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	22.2	29.2	14.3	19.6
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	0.8 (1 von 125)	0.8 (1 von 125)	1.4 (1 von 71)	1.5 (1 von 67)
Rohe Rate pro 100 000	9.3	11.3	14.9	16.5
Altersstandard. Rate pro 100 000	3.9	4.8	7.6	8.8
Histologisch gesicherte Fälle (%)	100.0	96.9	96.3	95.5
DCO-Fälle (%)	5.6	1.5	3.6	3.3
Prävalenz		128 (0.1)		195 (0.1)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	8	11	18	20
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	0.0	12.5	0.0	1.7
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	62.5	50.0	33.3	33.3
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	0.1 (1 von 1000)	0.3 (1 von 333)	0.7 (1 von 143)	0.8 (1 von 125)
Rohe Rate pro 100 000	4.2	5.6	9.6	10.7
Altersstandard. Rate pro 100 000	1.3	2.0	4.6	5.2
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	44.4	50.0	64.3	64.5
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	18.4		30.7	
Relative Rate (%), roh	20.5		35.1	
Relative Rate (%), altersstandard.	27.1		40.8	

Abbildung 37: Geschlechtsverteilung Magenkarzinom 2011–2015

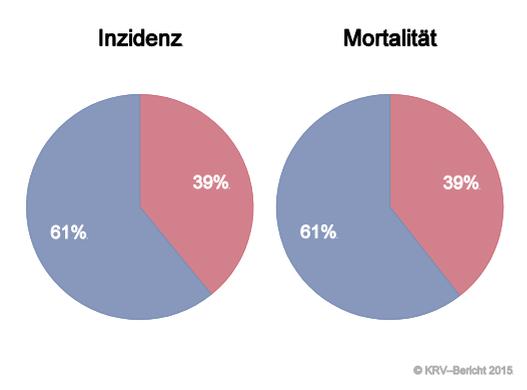


Abbildung 38: Altersverteilung Magenkarzinom 2011–2015

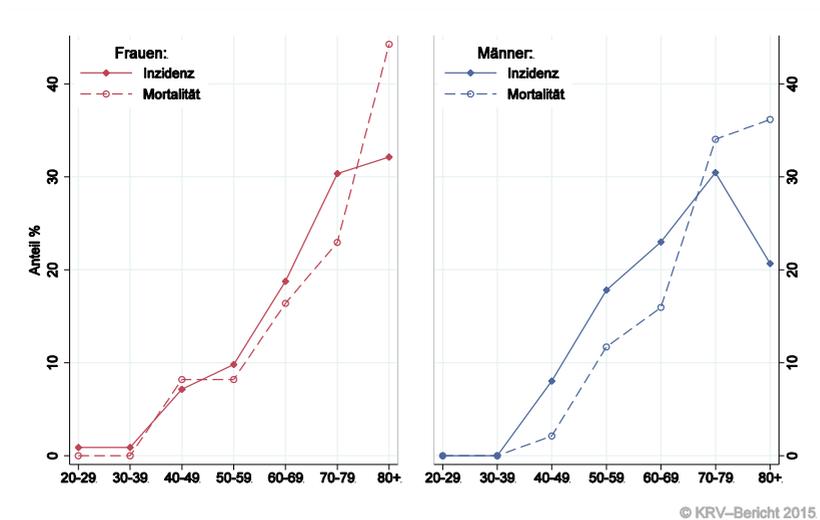


Abbildung 39: Altersspezifische Rate Magenkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010

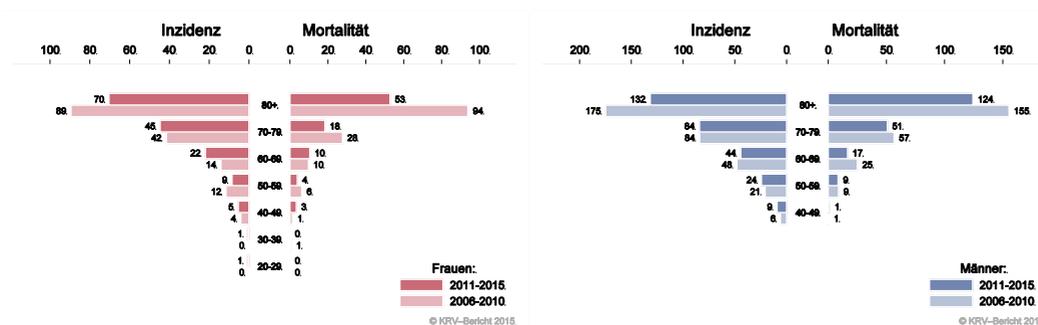
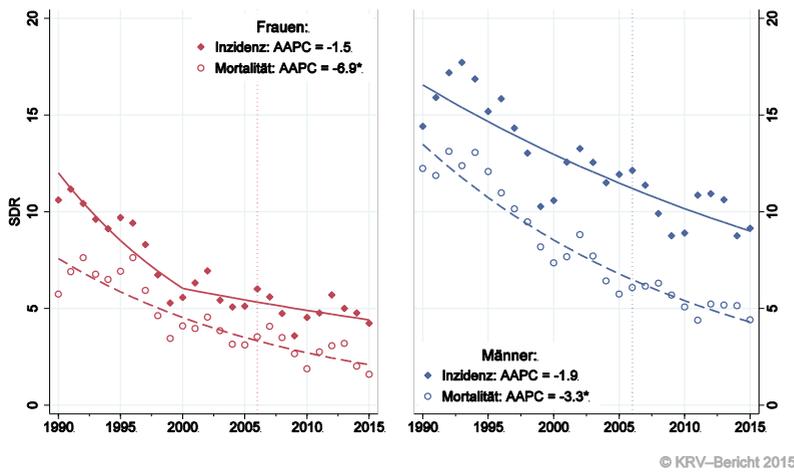


Abbildung 40: Zeitliche Entwicklung alterstandardisierte Rate *Magenkarzinom*



SEGI-Gewichte, AAPC auf Basis der letzten 10 Jahre

Abbildung 41: Histologieverteilung *Magenkarzinom* 2006–2015

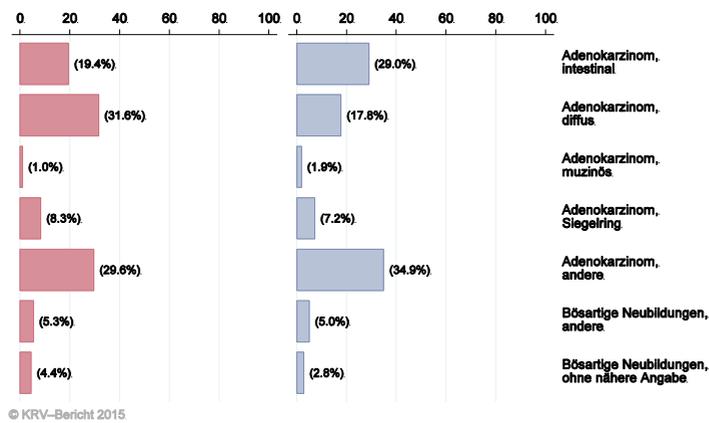


Abbildung 42: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *Magenkarzinom* 2006–2010 versus SEER 2007

Nach Altersgruppen:

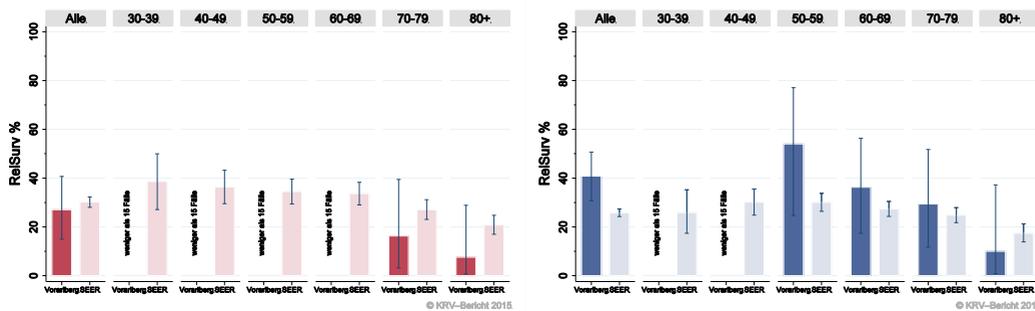
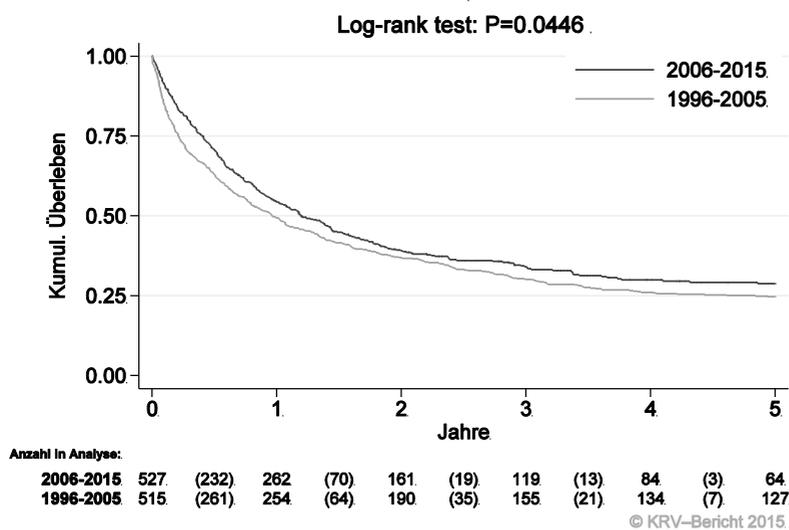


Abbildung 43: Kaplan-Meier-Kurven *Magenkarzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015



Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 44: Bezirksverteilung *Magenkarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall

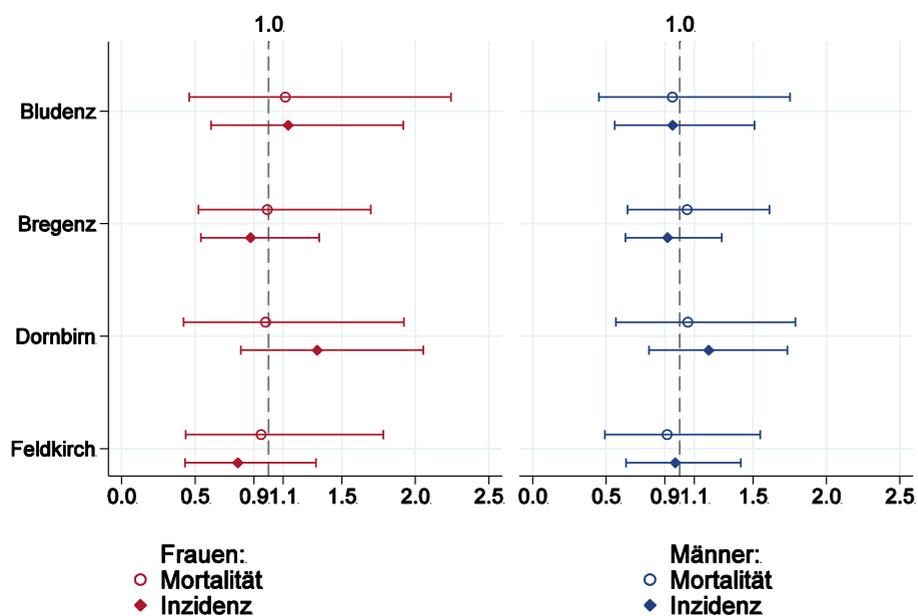
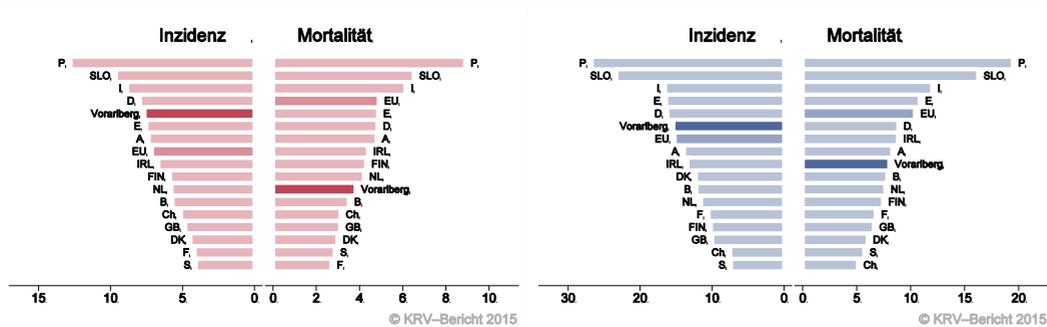


Abbildung 45: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *Magenkarzinom*
Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012





4.8 KOLOREKTALES KARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 85 Frauen und 100 Männern ein kolorektales Karzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten lag bei 70 Jahren, 14% der Patientinnen und 8% der Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 830 Frauen und 970 Männer mit einem kolorektalen Karzinom.

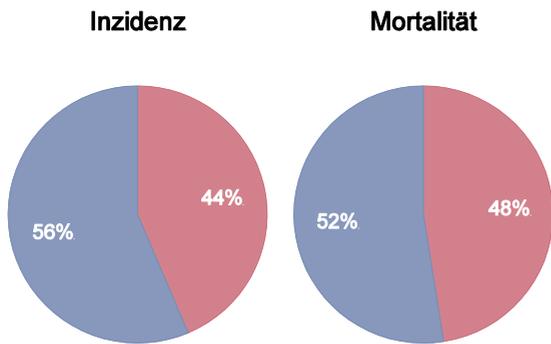
Pro Jahr verstarben um die 40 Frauen und 40 Männer an einem kolorektalen Karzinom. Die relative Fünfjahresüberlebensrate war mit 69% bei den Frauen und 66% bei den Männern fast identisch mit den Vergleichsdaten der SEER-Register aus den USA.

Die Bezirksverteilung zeigte keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Sowohl Inzidenz- als auch Mortalitätsraten lagen bei beiden Geschlechtern deutlich unter dem EU-Durchschnitt.

Tabelle 10: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten *Kolorektales Karzinom*

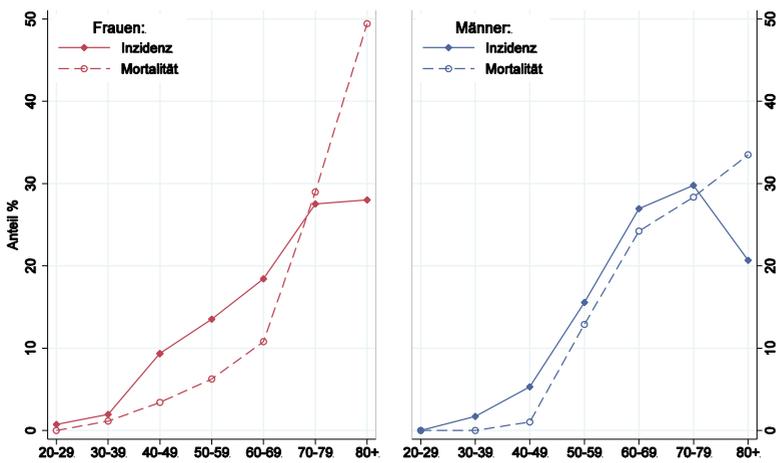
Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	72	84	92	102
Mittleres Erkrankungsalter	70	71	67	69
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	16.7	14.3	7.6	7.8
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	23.6	28.3	14.1	18.2
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	2.7 (1 von 37)	3.1 (1 von 32)	4.4 (1 von 23)	4.8 (1 von 21)
Rohe Rate pro 100 000	37.4	43.8	48.8	55.0
Altersstandard. Rate pro 100 000	19.1	20.7	26.5	29.5
Histologisch gesicherte Fälle (%)	95.8	96.7	100.0	99.0
DCO-Fälle (%)	0.0	2.0	1.1	1.6
Prävalenz		832 (0.4)		973 (0.5)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	34	37	41	40
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	2.9	3.6	0.0	0.8
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	44.1	48.6	22.0	30.3
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	1.1 (1 von 91)	1.1 (1 von 91)	1.9 (1 von 53)	1.7 (1 von 59)
Rohe Rate pro 100 000	17.6	19.4	21.8	21.3
Altersstandard. Rate pro 100 000	6.4	6.4	11.1	10.7
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	47.2	44.0	44.6	39.2
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	57.2		54.4	
Relative Rate (%), roh	66.4		65.2	
Relative Rate (%), altersstandard.	69.4		65.7	

Abbildung 46: Geschlechtsverteilung *Kolorektales Karzinom* 2011–2015



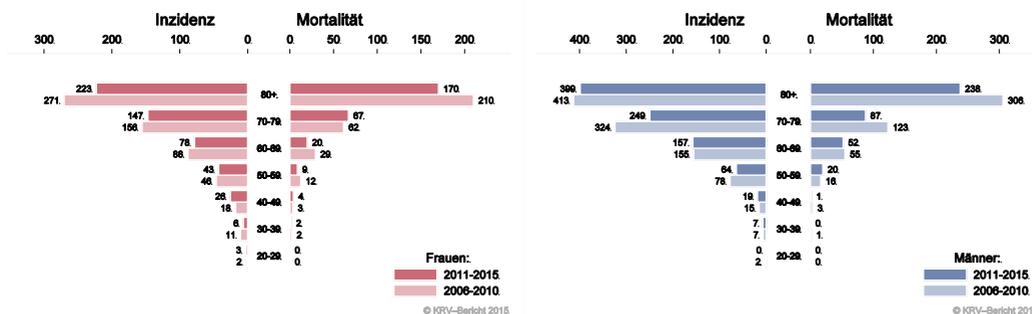
© KRV-Bericht 2015

Abbildung 47: Altersverteilung *Kolorektales Karzinom* 2011–2015



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 48: Altersspezifische Rate *Kolorektales Karzinom* 2011–2015 versus 2006–2010



© KRV-Bericht 2015

© KRV-Bericht 2015

Abbildung 49: Zeitliche Entwicklung alterstandardisierte Rate *Kolorektales Karzinom*

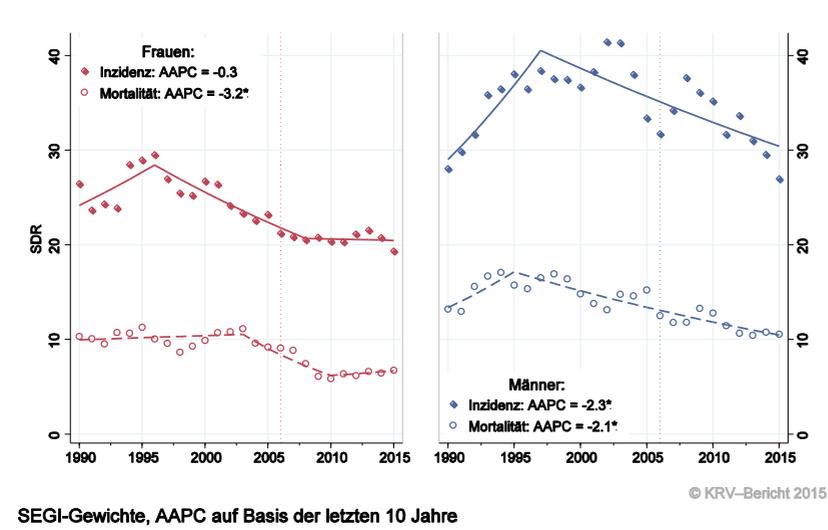


Abbildung 50: Histologieverteilung *Kolorektales Karzinom* 2006–2015

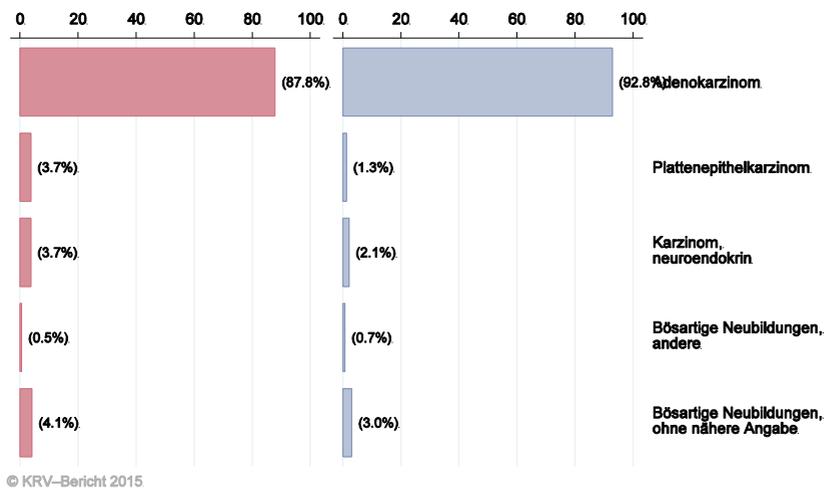


Abbildung 51: Stadienverteilung *Kolorektales Karzinom* 2011–2015 versus 2006–2010

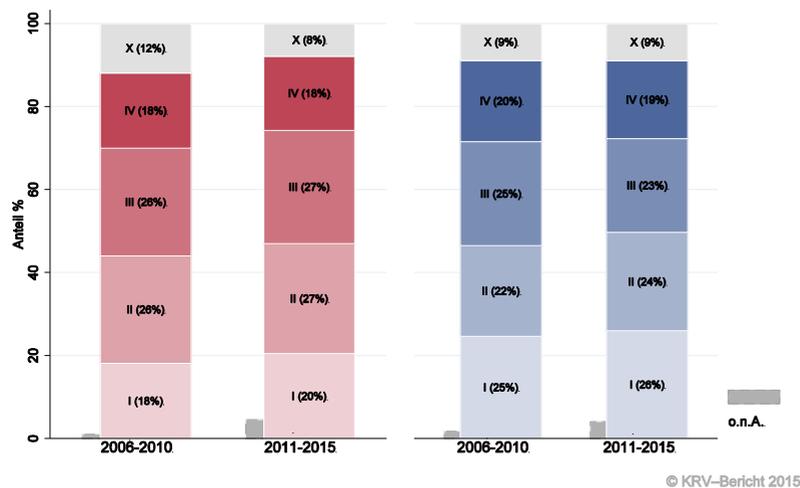


Abbildung 52: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *Kolorektales Karzinom* 2006–2010 versus SEER 2007

Nach Altersgruppen:

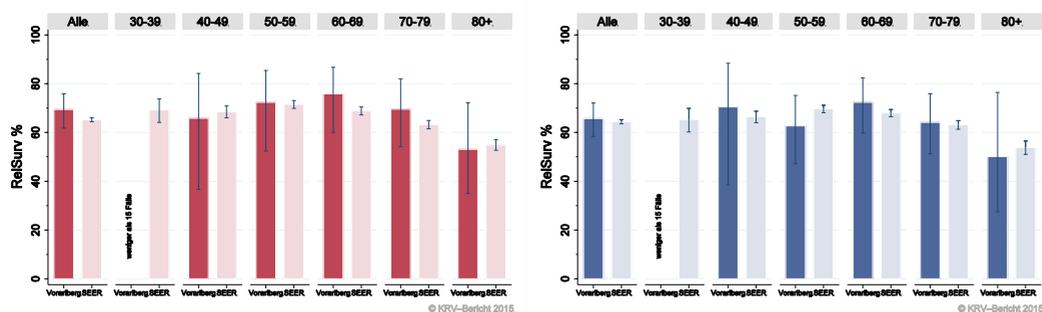
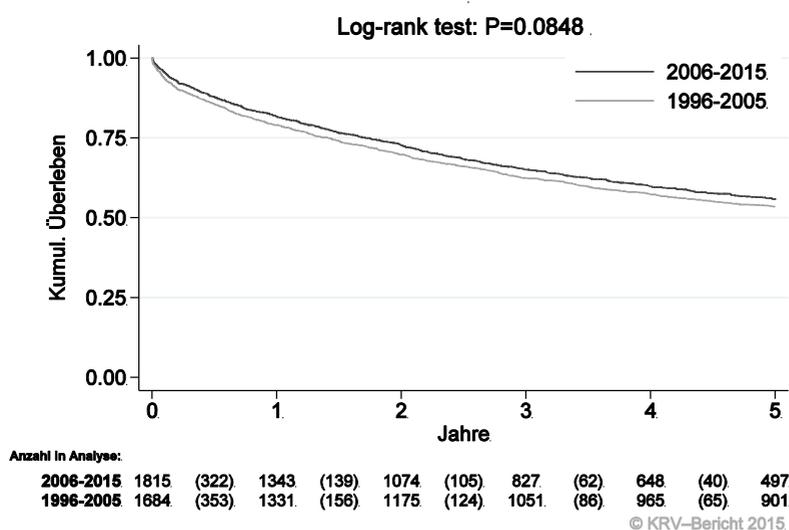
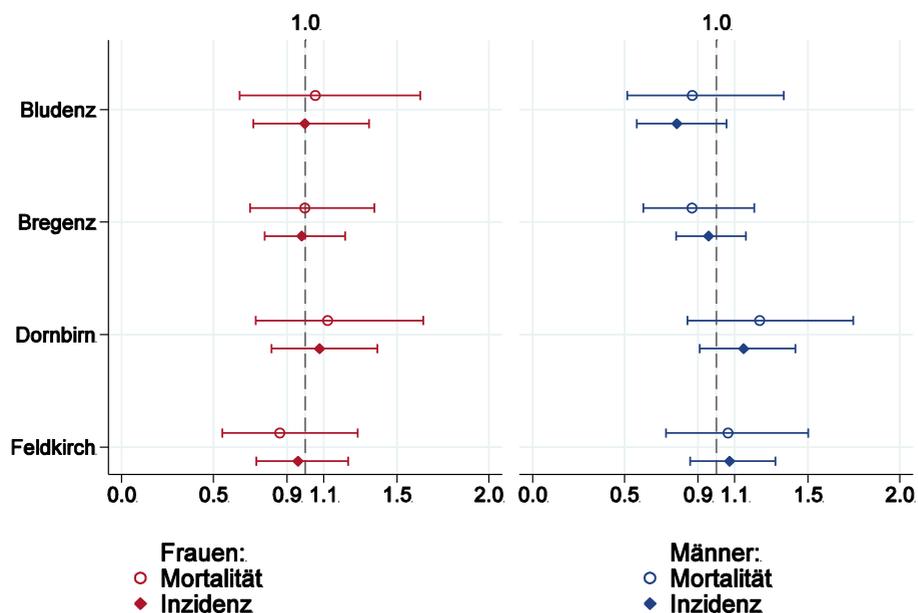


Abbildung 53: Kaplan-Meier-Kurven *Kolorektales Karzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015



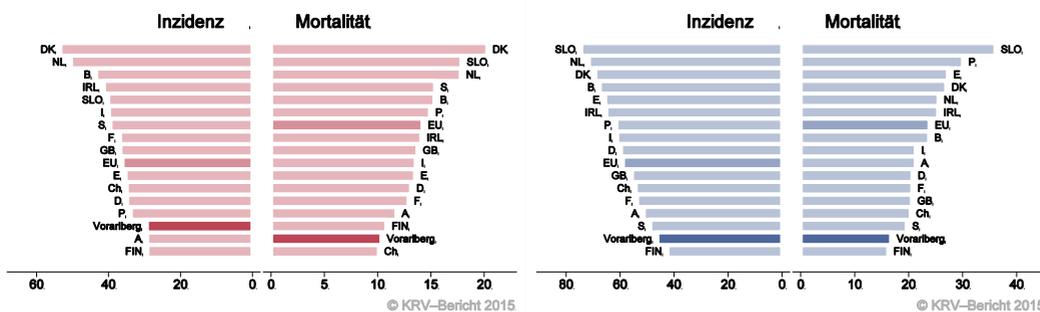
Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 54: Bezirksverteilung *Kolorektales Karzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 55: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *Kolorektales Karzinom* Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



© KRV-Bericht 2015

© KRV-Bericht 2015

4.9 LEBERKARZINOM

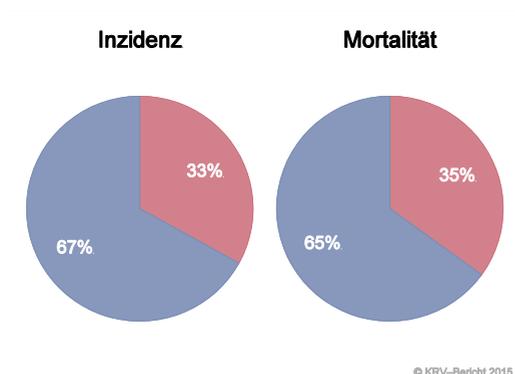
In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 10 Frauen und 25 Männern ein Leberkarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten lag bei 75 (Frauen) bzw. 70 Jahren (Männer), 3% der Patientinnen und Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 20 Frauen und 60 Männer mit einem Leberkarzinom. Pro Jahr verstarben 10 Frauen und 20 Männer an einem Leberkarzinom. Die Schwankungen der Jahresraten waren sehr groß, die Joinpoint-Regression zeigte keinen eindeutigen Trend. Die relative Fünfjahresüberlebensrate lag mit 10% (Frauen) bzw. 12% (Männer) tendenziell unter den Vergleichsdaten aus den USA. Die Kaplan-Meier-Kurve zeigt eine statistisch signifikante Verbesserung des Überlebens (overall survival) in den Diagnosejahren 2006-2015 im Vergleich zu 1996-2005.

Die Bezirksverteilung zeigte keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Inzidenz- und Mortalitätsrate lagen bei den Frauen leicht über dem EU-Durchschnitt und bei den Männern im EU-Durchschnitt.

Tabelle 11: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten *Leberkarzinom*

Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	11	12	32	26
Mittleres Erkrankungsalter	72	75	66	70
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	0.0	2.9	3.1	2.6
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	18.2	22.9	3.1	9.0
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	0.5 (1 von 200)	0.5 (1 von 200)	1.7 (1 von 59)	1.5 (1 von 67)
Rohe Rate pro 100 000	5.7	6.1	17.0	14.0
Altersstandard. Rate pro 100 000	2.5	2.4	9.6	7.4
Histologisch gesicherte Fälle (%)	50.0	64.7	74.2	78.9
DCO-Fälle (%)	9.1	2.9	3.1	2.6
Prävalenz		17 (0.0)		61 (0.0)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	12	12	21	22
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	0.0	2.7	0.0	1.5
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	25.0	32.4	23.8	21.5
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	0.6 (1 von 167)	0.5 (1 von 200)	1.0 (1 von 100)	1.1 (1 von 91)
Rohe Rate pro 100 000	6.2	6.5	11.1	11.6
Altersstandard. Rate pro 100 000	2.0	2.2	5.6	5.8
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	109.1	100.0	65.6	84.6
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	8.7		11.1	
Relative Rate (%), roh	10.3		14.0	
Relative Rate (%), altersstandard.	10.1		12.0	

Abbildung 56: Geschlechtsverteilung *Leberkarzinom* 2011–2015



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 57: Altersverteilung *Leberkarzinom* 2011–2015

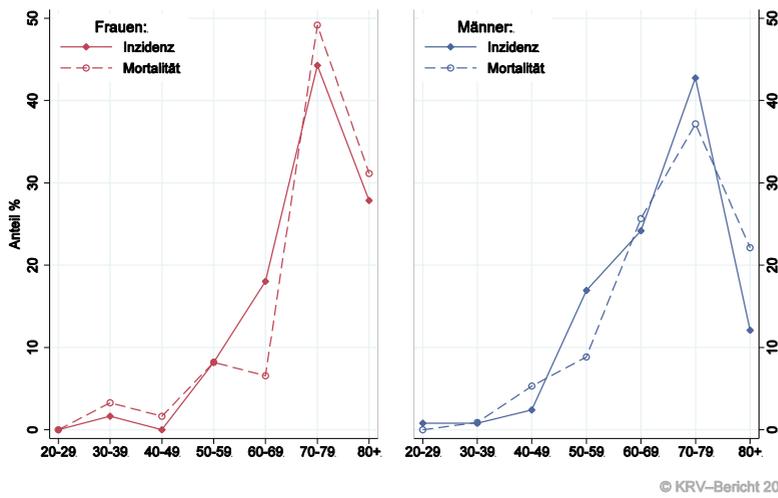


Abbildung 58: Altersspezifische Rate *Leberkarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010

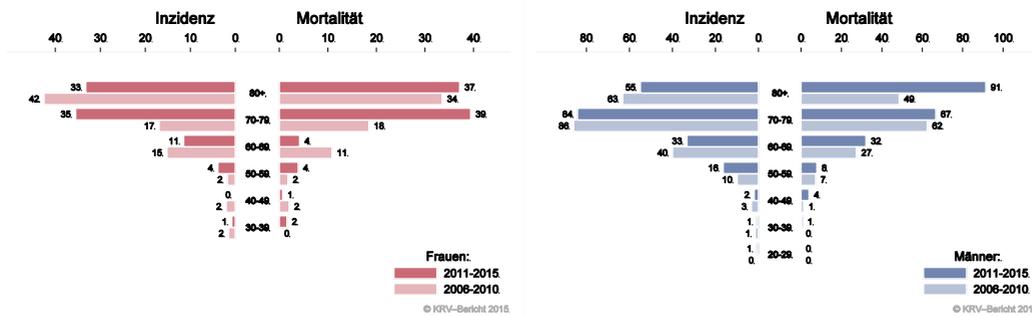
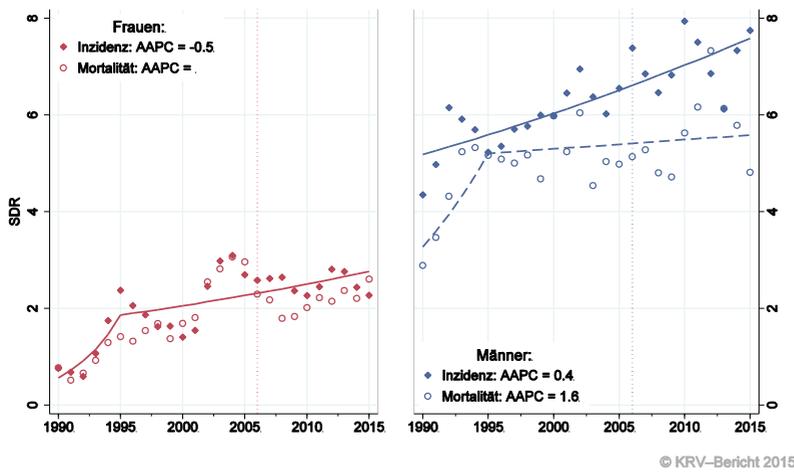
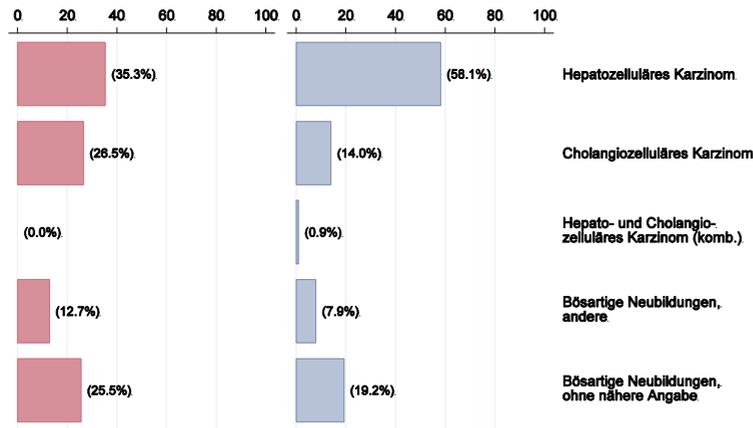


Abbildung 59: Zeitliche Entwicklung alterstandardisierte Rate *Leberkarzinom*



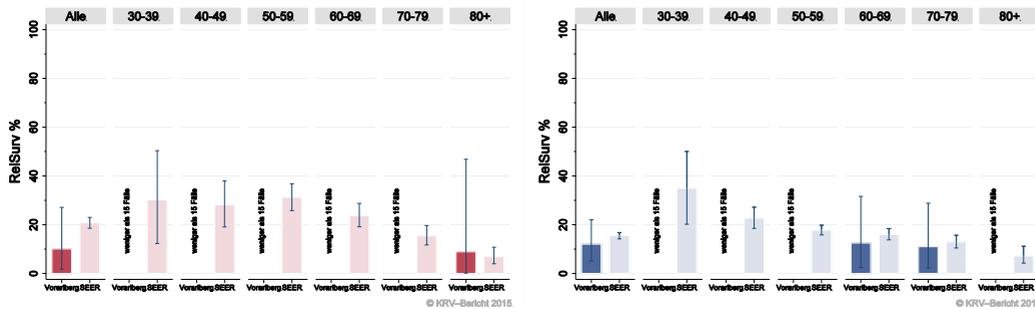
SEGI-Gewichte, AAPC auf Basis der letzten 10 Jahre

Abbildung 60: Histologieverteilung Leberkarzinom 2006–2015



© KRV-Bericht 2015

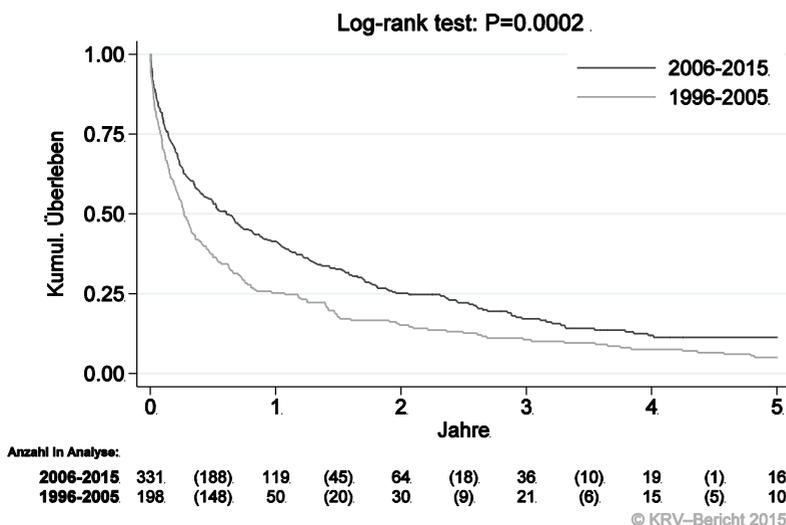
Abbildung 61: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Leberkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007



© KRV-Bericht 2015

© KRV-Bericht 2015

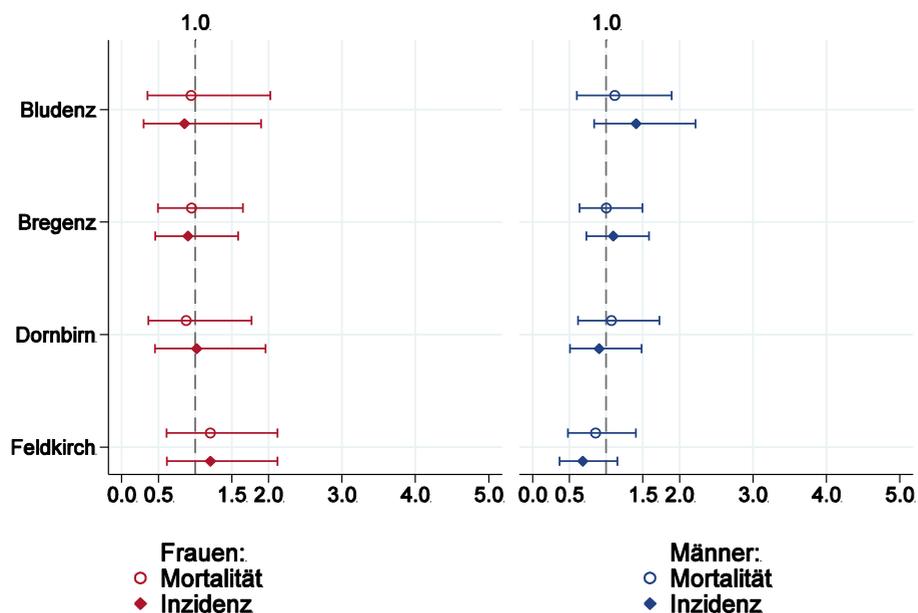
Abbildung 62: Kaplan-Meier-Kurven Leberkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015



© KRV-Bericht 2015

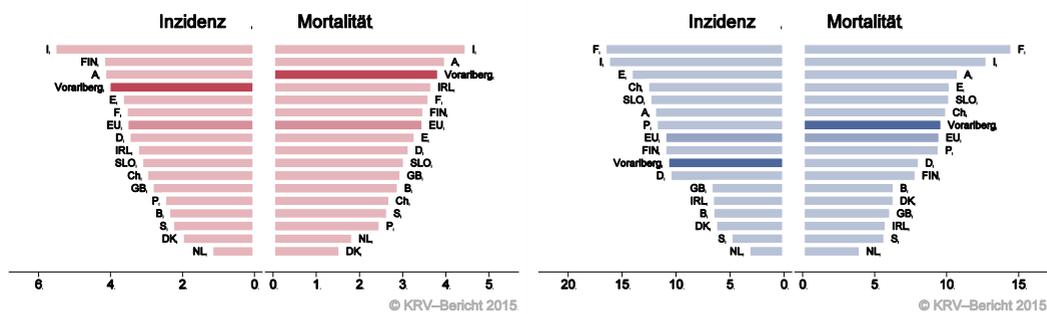
Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafik bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 63: Bezirksverteilung *Leberkarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 64: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *Leberkarzinom* Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



© KRV-Bericht 2015

© KRV-Bericht 2015

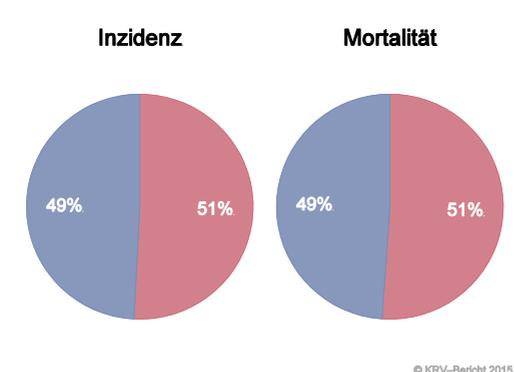
4.10 PANKREASKARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 30 Frauen und 30 Männern ein Pankreaskarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten lag bei 70 Jahren, zirka 5% der Patientinnen und Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 50 Frauen und 50 Männer mit einem Pankreaskarzinom. Pro Jahr verstarben um die 30 Frauen und 30 Männer an einem Pankreaskarzinom. Die Schwankungen der Jahresraten waren sehr groß, die Joinpoint-Regression zeigte keinen klaren Trend im letzten Jahrzehnt. Es ist zu beachten, dass das lineare Modell den Zeittrend nicht gut beschreibt. Die relative Fünfjahresüberlebensrate war mit 6% vergleichbar mit den Überlebensraten aus den USA. Die Kaplan-Meier-Kurve zeigt eine statistisch signifikante Verbesserung des Überlebens (overall survival) in den Diagnosejahren 2006-2015 im Vergleich zu 1996-2005 in den ersten beiden Jahren nach der Diagnose. Die Bezirksverteilung zeigte bei großen Schwankungsbreiten keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Inzidenz- und Mortalitätsrate lagen im EU-Durchschnitt.

Tabelle 12: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten Pankreaskarzinom

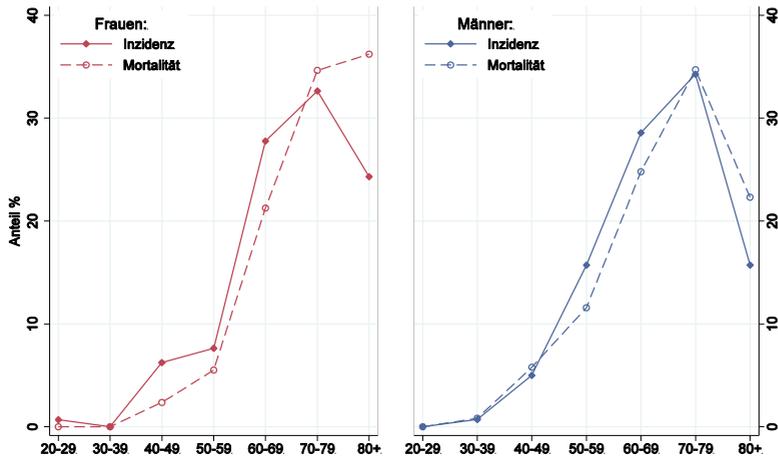
Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	23	30	31	30
Mittleres Erkrankungsalter	66	72	68	70
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	13.0	7.8	0.0	3.3
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	21.7	22.2	19.4	15.4
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	0.9 (1 von 111)	1.3 (1 von 77)	1.4 (1 von 71)	1.5 (1 von 67)
Rohe Rate pro 100 000	11.9	15.7	16.5	16.3
Altersstandard. Rate pro 100 000	6.7	7.4	9.0	8.8
Histologisch gesicherte Fälle (%)	81.8	84.7	80.0	77.5
DCO-Fälle (%)	4.3	5.6	3.2	2.2
Prävalenz		48 (0.0)		48 (0.0)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	24	27	27	26
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	4.2	1.3	3.7	3.8
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	37.5	32.5	25.9	24.4
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	0.8 (1 von 125)	1.1 (1 von 91)	1.1 (1 von 91)	1.2 (1 von 83)
Rohe Rate pro 100 000	12.5	14.0	14.3	14.0
Altersstandard. Rate pro 100 000	4.5	5.4	7.3	7.3
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	104.3	90.0	87.1	86.7
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	4.9		5.1	
Relative Rate (%), roh	5.6		5.6	
Relative Rate (%), altersstandard.	6.4		6.1	

Abbildung 65: Geschlechtsverteilung Pankreaskarzinom 2011–2015



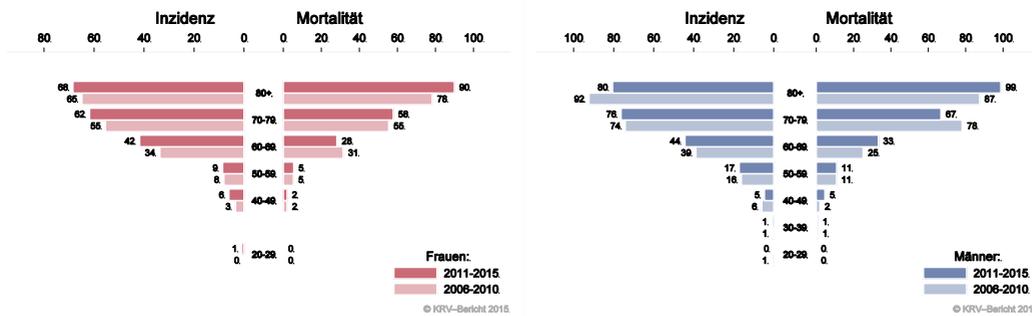
© KRV-Bericht 2015

Abbildung 66: Altersverteilung *Pankreaskarzinom* 2011–2015



© KRV-Bericht 2015

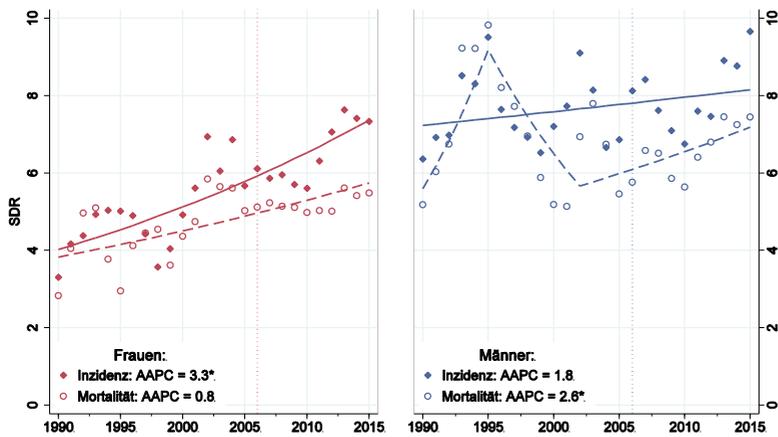
Abbildung 67: Altersspezifische Rate *Pankreaskarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010



© KRV-Bericht 2015

© KRV-Bericht 2015

Abbildung 68: Zeitliche Entwicklung alterstandardisierte Rate *Pankreaskarzinom*



© KRV-Bericht 2015

SEGI-Gewichte, AAPC auf Basis der letzten 10 Jahre

Abbildung 69: Histologieverteilung *Pankreaskarzinom* 2006–2015

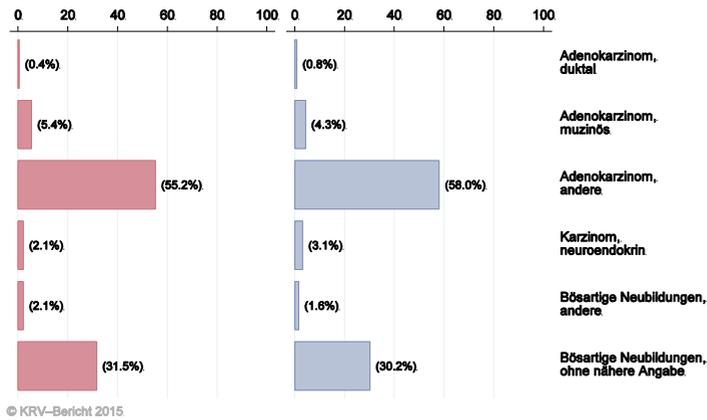


Abbildung 70: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *Pankreaskarzinom* 2006–2010 versus SEER 2007

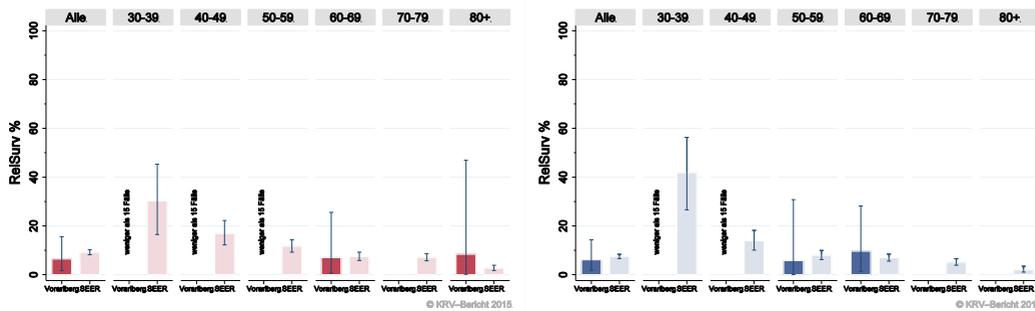
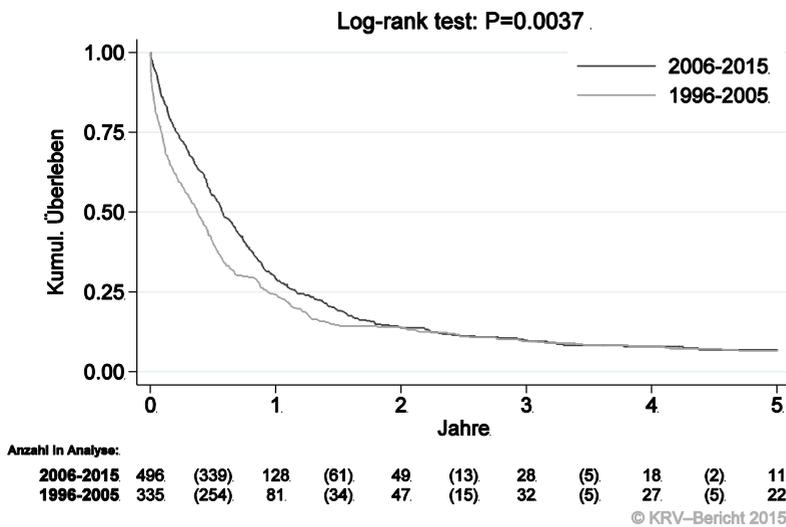
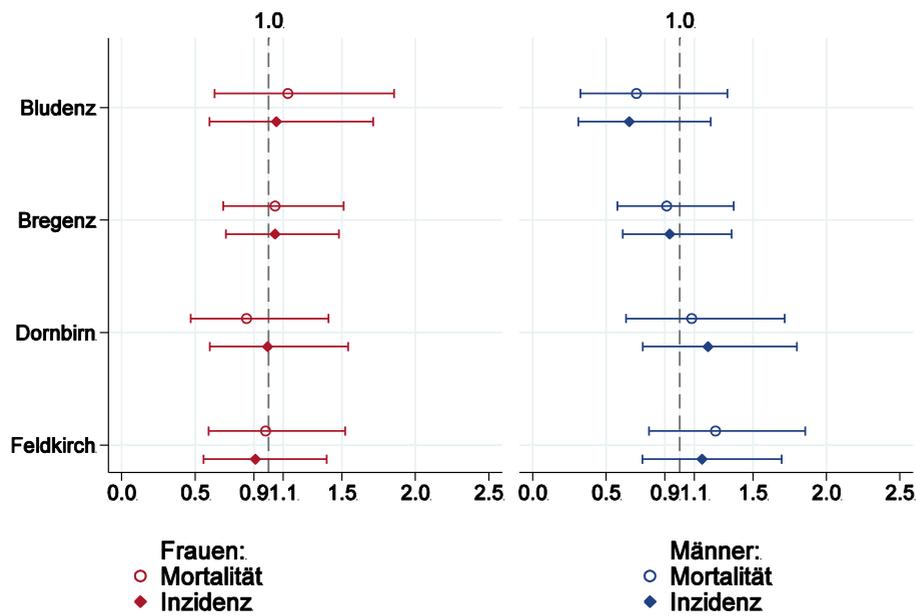


Abbildung 71: Kaplan-Meier-Kurven *Pankreaskarzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015



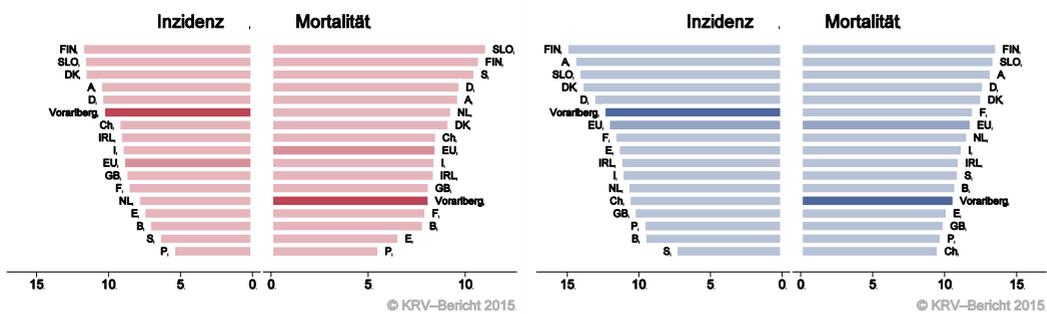
Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 72: Bezirksverteilung *Pankreaskarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 73: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *Pankreaskarzinom* Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



© KRV-Bericht 2015

© KRV-Bericht 2015



4.11 LUNGENKARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 75 Frauen und 120 Männern ein Lungenkarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter lag bei 67 Jahren, zirka 5% der Patientinnen und Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 220 Frauen und 370 Männer mit einem Lungenkarzinom. Pro Jahr verstarben um die 55 Frauen und 100 Männer an einem Lungenkarzinom. Inzidenz- und Mortalitätsrate nahmen in den letzten zehn Jahren bei den Männern pro Jahr statistisch signifikant ab und bei den Frauen statistisch signifikant zu. Die relative Fünfjahresüberlebensrate war mit 19% bei den Frauen und mit 15% bei den Männern fast identisch mit den Vergleichsdaten aus den USA. Die Kaplan-Meier-Kurve zeigt eine statistisch signifikante Verbesserung des Überlebens (overall survival) in den Diagnosejahren 2006-2015 im Vergleich zu 1996-2005. Die Bezirksverteilung zeigte keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Inzidenz- und Mortalitätsrate lagen bei den Männern unter dem EU-Durchschnitt und bei den Frauen im EU-Durchschnitt.

Tabelle 13: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten Lungenkarzinom

Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	69	74	92	119
Mittleres Erkrankungsalter	66	66	65	68
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	5.8	7.6	3.3	3.9
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	8.7	11.2	17.4	13.7
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	3.1 (1 von 32)	3.3 (1 von 30)	4.0 (1 von 25)	5.9 (1 von 17)
Rohe Rate pro 100 000	35.8	38.9	48.8	64.1
Altersstandard. Rate pro 100 000	19.5	21.0	27.4	35.7
Histologisch gesicherte Fälle (%)	94.0	94.5	96.6	95.2
DCO-Fälle (%)	2.9	2.7	3.3	1.7
Prävalenz		222 (0.1)		365 (0.2)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	59	55	94	100
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	6.8	4.8	3.2	2.3
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	15.3	21.2	22.3	19.7
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	2.6 (1 von 38)	2.3 (1 von 43)	4.4 (1 von 23)	4.9 (1 von 20)
Rohe Rate pro 100 000	30.6	28.8	49.9	53.7
Altersstandard. Rate pro 100 000	14.8	13.8	25.2	28.1
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	85.5	74.3	102.2	84.0
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	18.3		13.4	
Relative Rate (%), roh	19.6		15.2	
Relative Rate (%), altersstandard.	18.7		15.3	

Abbildung 74: Geschlechtsverteilung Lungenkarzinom 2011–2015

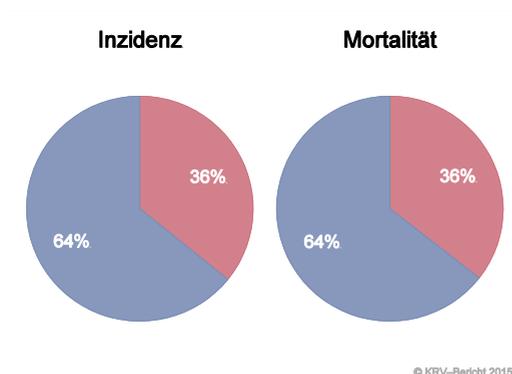


Abbildung 75: Altersverteilung *Lungenkarzinom* 2011–2015

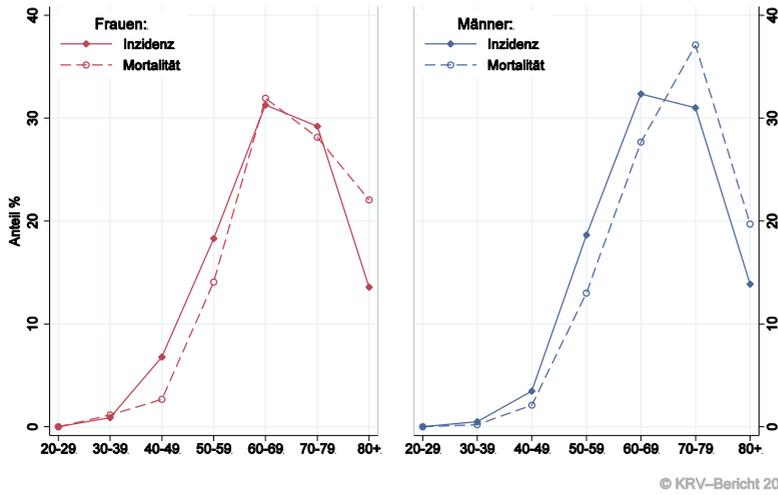


Abbildung 76: Altersspezifische Rate *Lungenkarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010

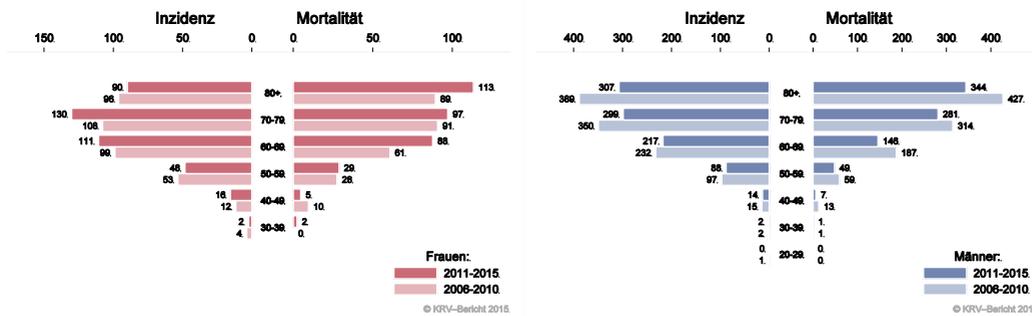
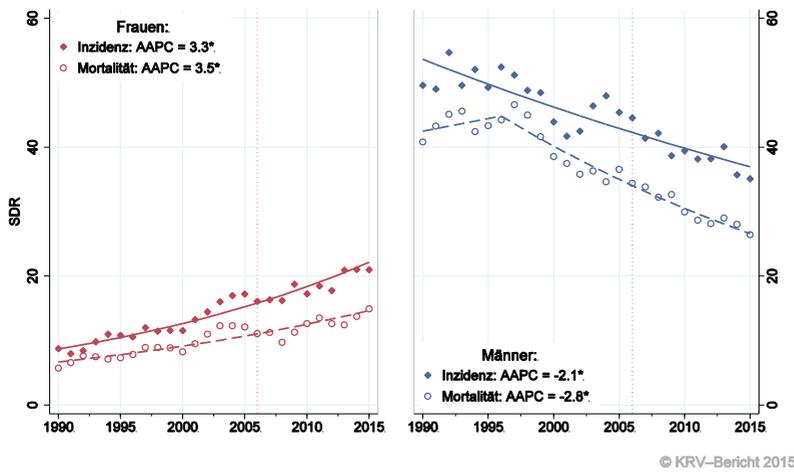


Abbildung 77: Zeitliche Entwicklung alterstandardisierte Rate *Lungenkarzinom*



SEGI-Gewichte, AAPC auf Basis der letzten 10 Jahre

Abbildung 78: Histologieverteilung Lungenkarzinom 2006–2015

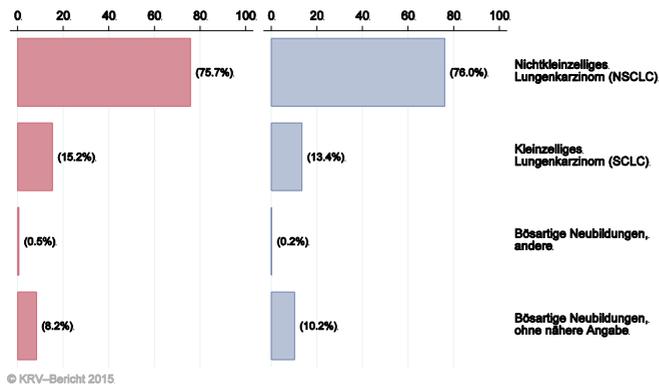


Abbildung 79: Stadienverteilung Lungenkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010

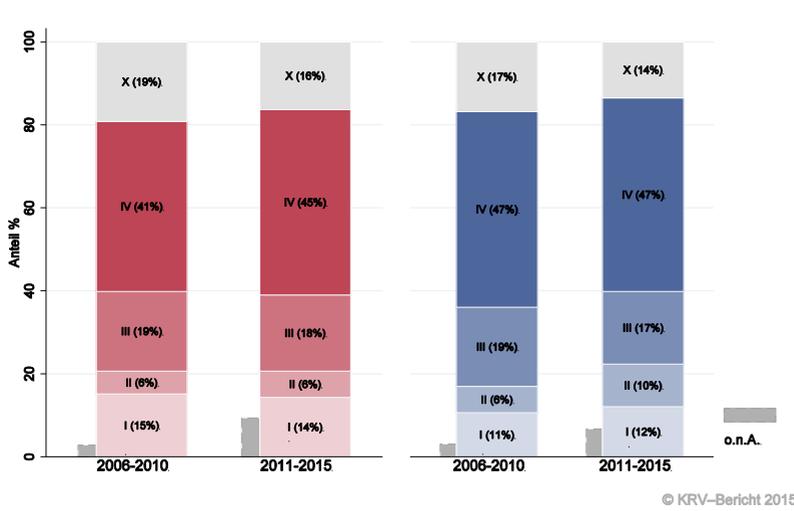


Abbildung 80: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Lungenkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007

Nach Altersgruppen:

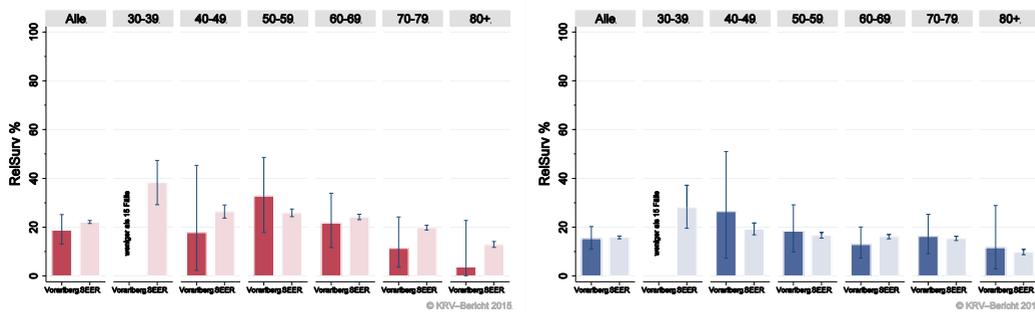
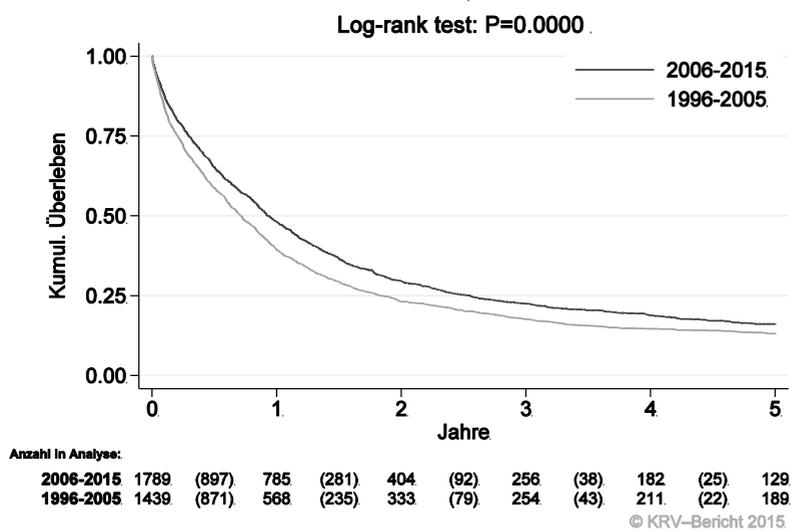


Abbildung 81: Kaplan-Meier-Kurven *Lungenkarzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015



Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 82: Bezirksverteilung *Lungenkarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall

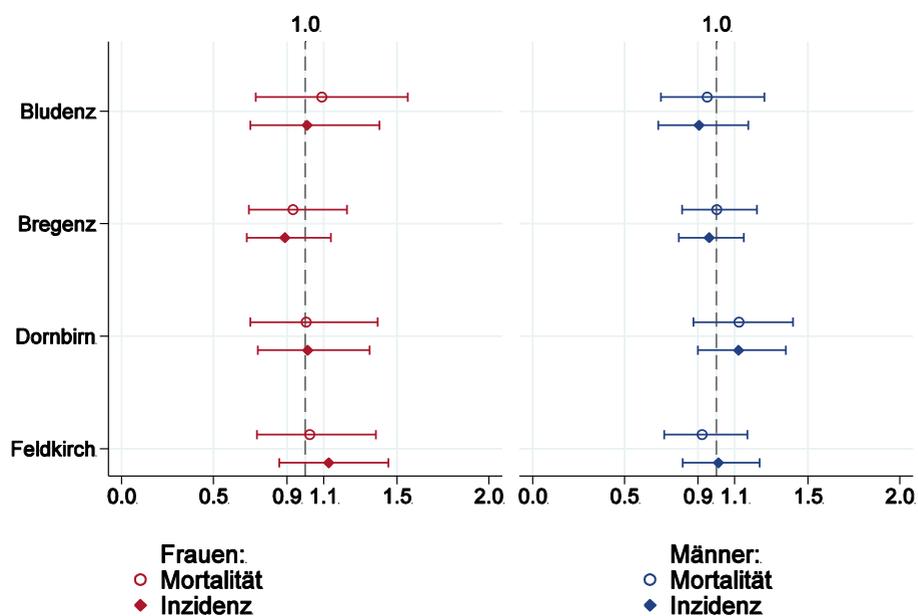
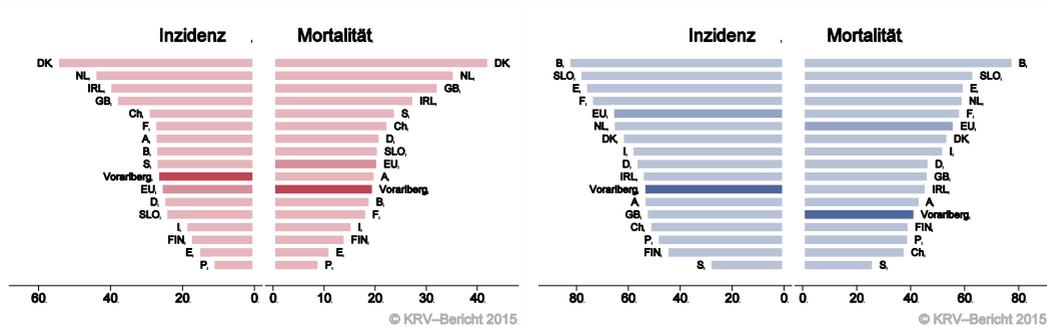


Abbildung 83: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *Lungenkarzinom*
Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



4.12 MELANOM

In den letzten Jahren wurde bei um die 50 Frauen und 50 Männern ein invasives Melanom und bei 360 Frauen und 280 Männern ein in situ-Melanom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten mit einem invasiven Melanom lag bei 56 Jahren (Frauen) bzw. 66 Jahren (Männer), 36% der Patientinnen und 21% der Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 730 Frauen und 750 Männer mit einem invasiven Melanom. Pro Jahr verstarben um die 5 Frauen und 10 Männer an einem invasiven Melanom. In der Übersichtstabelle sind auch die in situ-Fälle aufgeführt.

Sowohl bei den nationalen als auch bei den internationalen Vergleichen muss berücksichtigt werden, dass in Vorarlberg in den letzten Jahren auch diejenigen Fälle registriert wurden, die nicht in Krankenhäusern behandelt worden sind. Nach unseren Analysen waren dies fast drei Viertel der Fälle. Also war zu erwarten, dass wir im Vergleich zu den anderen österreichischen Bundesländern mehr als doppelt so viele Fälle erfassten.

Die folgenden Kennzahlen und Grafiken beschreiben nur die invasiven Krebsdiagnosen. Die zeitliche Entwicklung der Inzidenz wurde, wie schon oben erwähnt, stark durch die zusätzliche Registrierung der nicht-Krankenhausfälle beeinflusst, die im letzten Jahrzehnt zu einer jährlichen Zunahme der Melanome in Vorarlberg um 6% (Frauen) bzw. 4% (Männer) führte (jeweils statistisch signifikant), allerdings sind die Inzidenzraten seit sechs Jahren relativ konstant. Es ist zu beachten, dass das lineare Modell den Zeittrend nicht gut beschreibt, also müssen die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Die relative Fünfjahresüberlebensrate lag bei 95%. Die Bezirksverteilung zeigte keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Im EU-Vergleich lagen die Inzidenzrate über dem EU-Durchschnitt und die Mortalitätsrate im EU-Durchschnitt.

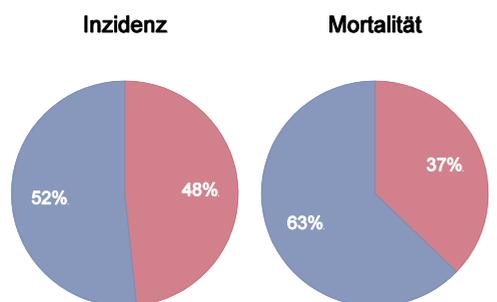
Tabelle 14: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten *Melanom invasiv*

Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	49	48	53	50
Mittleres Erkrankungsalter	53	56	66	66
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	38.8	36.1	26.4	20.7
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	12.2	14.6	20.8	19.3
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	1.8 (1 von 56)	1.8 (1 von 56)	2.2 (1 von 45)	2.2 (1 von 45)
Rohe Rate pro 100 000	25.4	25.1	28.1	26.9
Altersstandard. Rate pro 100 000	17.5	16.1	16.4	15.8
Histologisch gesicherte Fälle (%)	100.0	99.3	100.0	100.0
DCO-Fälle (%)	0.0	0.0	0.0	0.7
Prävalenz		727 (0.4)		752 (0.4)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	7	4	8	8
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	0.0	8.3	0.0	0.0
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	71.4	66.7	37.5	28.0
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	0.1 (1 von 1000)	0.1 (1 von 1000)	0.2 (1 von 500)	0.4 (1 von 250)
Rohe Rate pro 100 000	3.6	2.1	4.2	4.5
Altersstandard. Rate pro 100 000	1.2	0.7	2.0	2.3
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	14.3	8.3	15.1	16.0
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	87.6		84.6	
Relative Rate (%), roh	95.0		93.1	
Relative Rate (%), altersstandard.	95.0		93.8	

Tabelle 15: Inzidenzdaten *Melanom in situ*

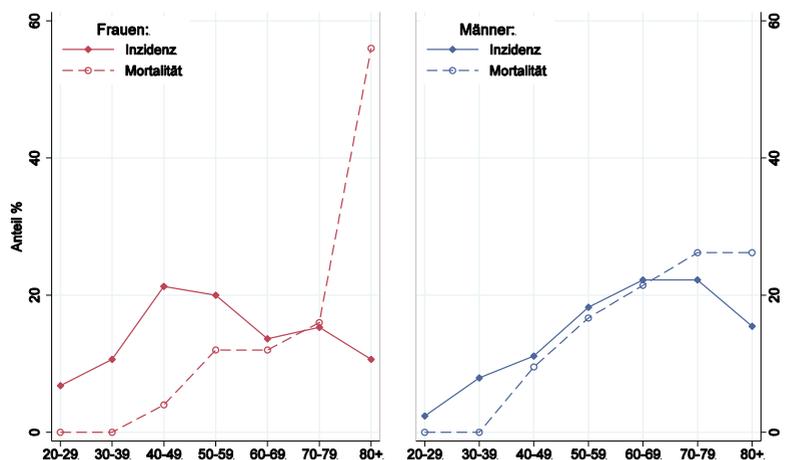
Inzidenz	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	26	32	23	25
Mittleres Erkrankungsalter	66	60	70	67
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	34.6	34.4	34.8	28.4
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	19.2	11.5	26.1	21.6
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	1.0 (1 von 100)	1.3 (1 von 77)	0.8 (1 von 125)	1.0 (1 von 100)
Rohe Rate pro 100 000	13.5	16.7	12.2	13.3
Altersstandard. Rate pro 100 000	7.6	10.9	7.4	7.8

Abbildung 84: Geschlechtsverteilung *invasives Melanom* 2011–2015



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 85: Altersverteilung *invasives Melanom* 2011–2015



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 86: Altersspezifische Rate *invasives Melanom* 2011–2015 versus 2006–2010

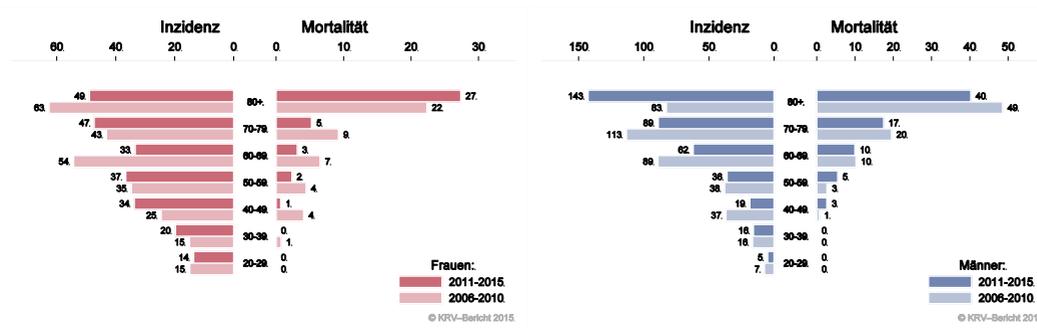
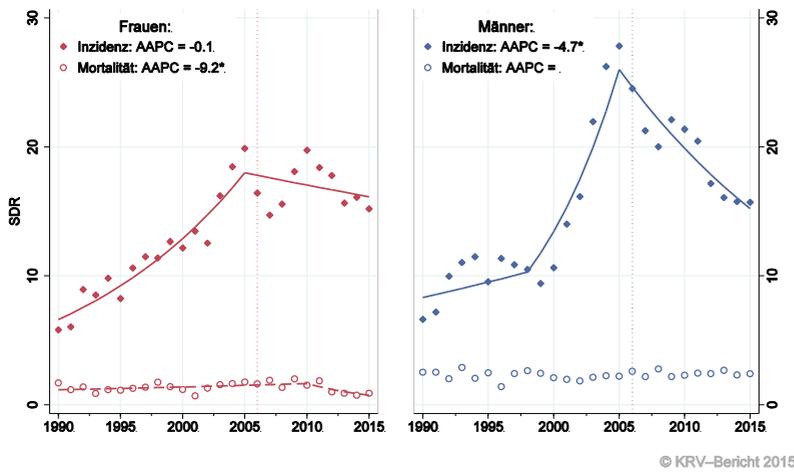


Abbildung 87: Zeitliche Entwicklung alterstandardisierte Rate *invasives Melanom*



SEGI-Gewichte, AAPC auf Basis der letzten 10 Jahre

Abbildung 88: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *invasives Melanom* 2006–2010 versus SEER 2007

Nach Altersgruppen:

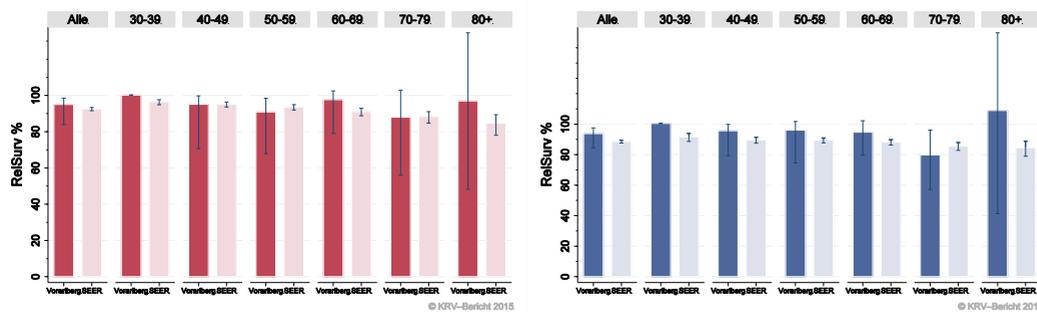
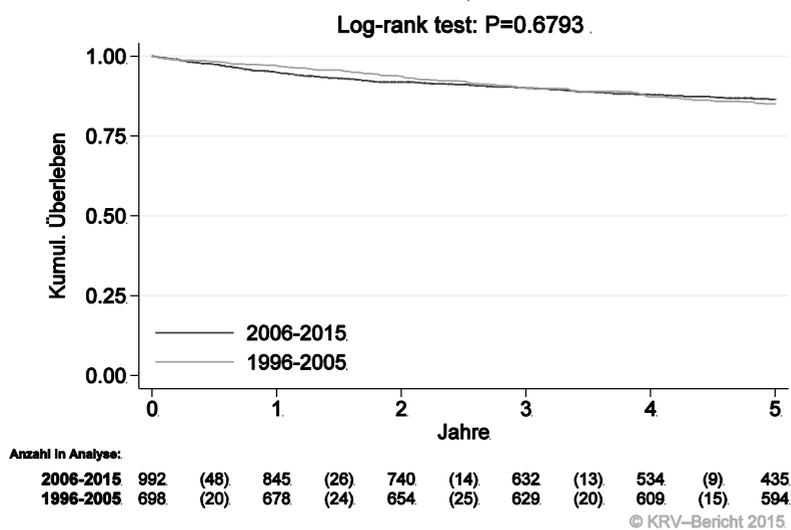


Abbildung 89: Kaplan-Meier-Kurven *invasives Melanom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015



Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafik bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 90: Bezirksverteilung *invasives Melanom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall

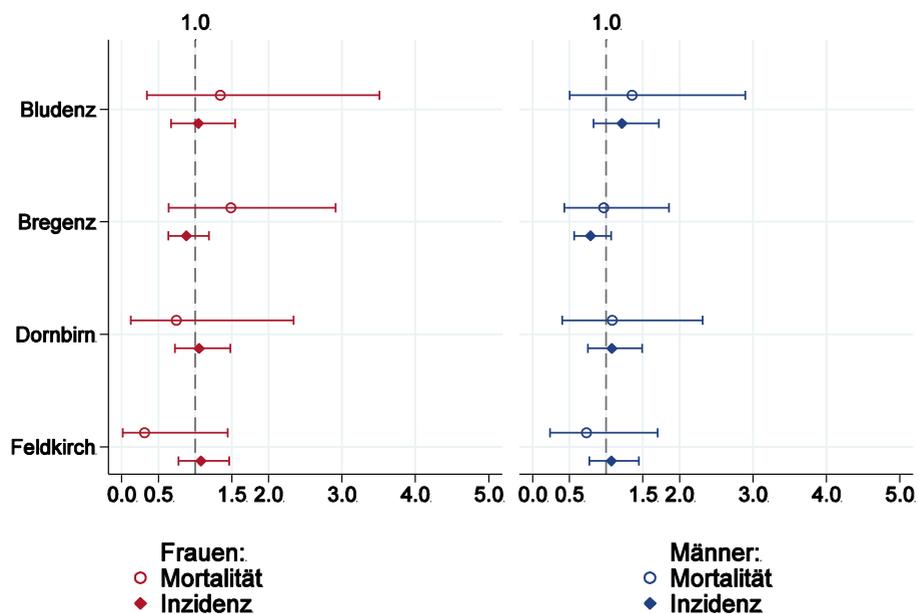
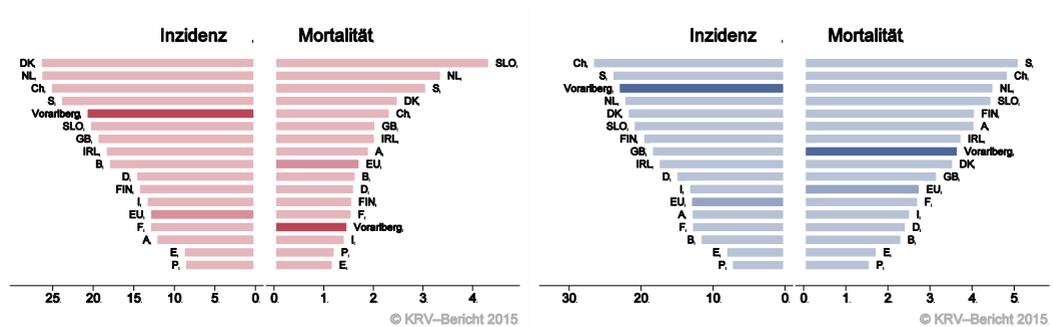


Abbildung 91: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *invasives Melanom* Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



Erklärung: der Balken mit der Beschriftung „Vorarlberg (KH)“ beschreibt die Fälle, die im Krankenhaus diagnostiziert wurden. Nur für diese Fälle liegen internationale Vergleichsdaten vor.

4.13 MAMMAKARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei 2 Männern ein invasives Mammakarzinom diagnostiziert, ein Mann verstarb pro Jahr an einem invasiven Mammakarzinom. In den Tabellen und Grafiken wurden die männlichen Mammakarzinom Patienten nicht dargestellt.

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 240 Frauen ein invasives Mammakarzinom und bei 20 Frauen ein in situ Mammakarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen mit einem invasiven Mammakarzinom lag bei 61 Jahren, 25% der Patientinnen waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 3300 Frauen und 20 Männer mit einem Mammakarzinom. Pro Jahr verstarben um die 65 Frauen an einem invasiven Mammakarzinom.

Die folgenden Kennzahlen und Grafiken beschreiben nur die invasiven Krebsdiagnosen.

Die Inzidenzrate zeigte im letzten Jahrzehnt eine mehr oder weniger konstante Entwicklung. Die relative Fünfjahresüberlebensrate lag bei 89% und war damit identisch mit den Vergleichsdaten aus den USA. Die Kaplan-Meier-Kurve zeigt eine statistisch signifikante Verbesserung des Überlebens (overall survival) in den Diagnosejahren 2006-2015 im Vergleich zu 1996-2005.

Die Bezirksverteilung zeigte keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Die Inzidenzrate lag im EU-Durchschnitt und die Mortalitätsrate unter dem EU-Durchschnitt.

Tabelle 16: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten Mammakarzinom

Inzidenz Frauen	Invasiv		In situ	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	235	237	10	17
Mittleres Erkrankungsalter	60	61	56	57
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	23.0	25.2	20.0	36.5
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	11.1	10.1	10.0	5.8
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	8.9 (1 von 11)	9.4 (1 von 11)	0.4 (1 von 250)	0.7 (1 von 143)
Rohe Rate pro 100 000	122.0	123.8	5.2	9.1
Altersstandard. Rate pro 100 000	72.1	73.5	3.1	5.9
Histologisch gesicherte Fälle (%)	95.7	98.2	100.0	100.0
DCO-Fälle (%)	1.3	1.0	0.0	0.0
Prävalenz		3283 (1.7)		
Mortalität Frauen	2015	Durchschnitt 2013–2015		
Anzahl	67	66	0	0
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	13.4	9.1		
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	35.8	35.4		
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	1.9 (1 von 53)	2.1 (1 von 48)		
Rohe Rate pro 100 000	34.8	34.5		
Altersstandard. Rate pro 100 000	15.6	14.9		
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	28.5	27.8		
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh		81.3		98.7
Relative Rate (%), roh		88.9		103.1
Relative Rate (%), altersstandard.		88.6		*

* Rate konnte aufgrund einer zu kleinen Fallzahl in mindestens einer Altersgruppe nicht berechnet werden

Abbildung 92: Altersverteilung invasives Mammakarzinom 2011–2015

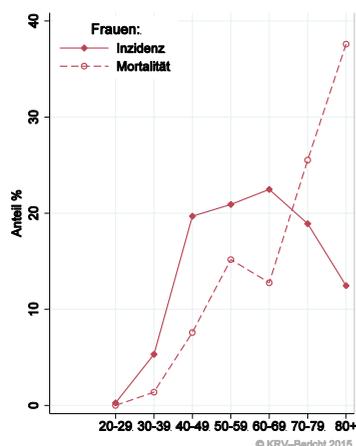


Abbildung 93: Altersspezifische Rate *invasives Mammakarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010



Abbildung 94: Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate *invasives Mammakarzinom*

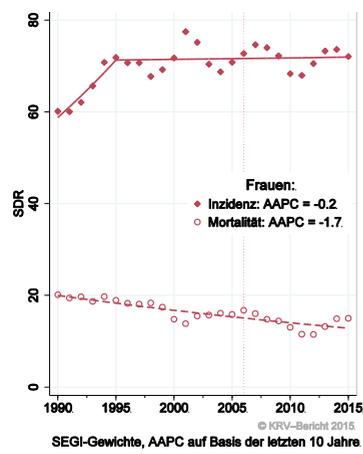


Abbildung 95: Histologieverteilung *invasives Mammakarzinom* 2006–2015

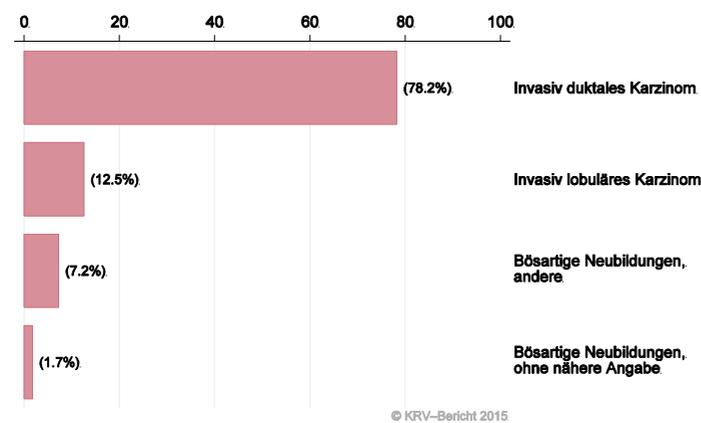


Abbildung 96: Stadienverteilung *invasives Mammakarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010

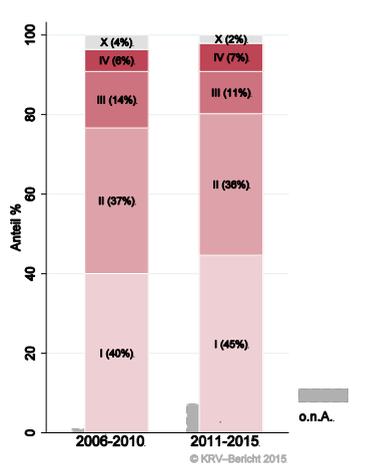


Abbildung 97: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *invasives Mammakarzinom* 2006–2010 versus SEER 2007

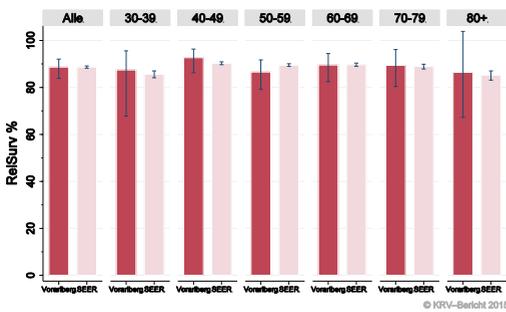
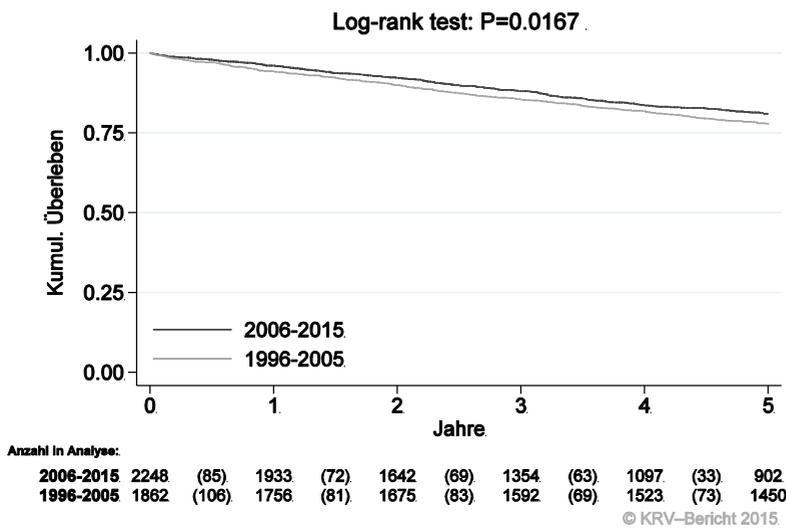
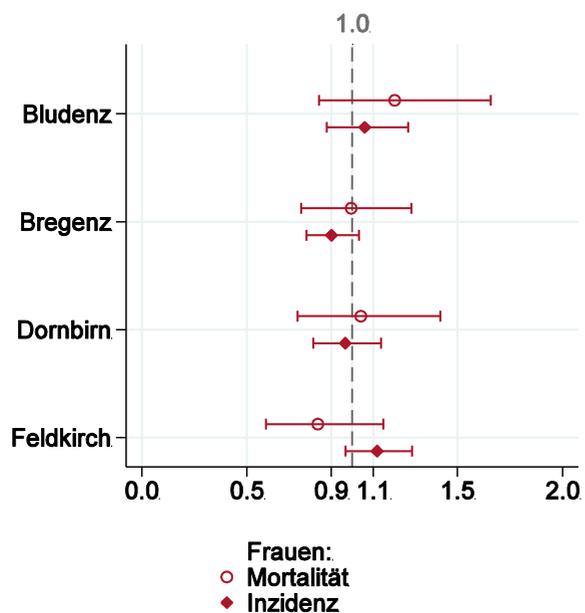


Abbildung 98: Kaplan-Meier-Kurven *Mammakarzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015



Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 99: Bezirksverteilung *invasives Mammakarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 100: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *invasives Mammakarzinom* Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



© KRV-Bericht 2015

4.14 ZERVIXKARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 15 Frauen ein invasives Zervixkarzinom und bei 140 Frauen ein CIS/CIN III diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen mit einem invasiven Zervixkarzinom lag bei 46 Jahren, 61% der Patientinnen waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 300 Frauen mit einem Zervixkarzinom. Pro Jahr verstarben um die 5 Frauen an einem Zervixkarzinom.

In der Übersichtstabelle wurden auch die CIS/CIN III aufgeführt. Da wir keine Vergleichsdaten der SEER-Register und in der ECO-Datenbank haben, enthalten die folgenden Kennzahlen und Grafiken nur die invasiven Fälle. Die relative Fünfjahresüberlebensrate für alle Fälle zusammengefasst lag bei 73% und war damit tendenziell besser als die Vergleichsdaten aus den USA (nicht statistisch signifikant).

Die Verteilung auf Bezirksebene zeigte bei großen Schwankungsbreiten keine relevanten Auffälligkeiten. Inzidenz- und Mortalitätsrate lagen unter dem EU-Durchschnitt.

Tabelle 17: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten Zervixkarzinom

Inzidenz	Invasiv		CIS/CIN III	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	17	15	177 33	142 33
Mittleres Erkrankungsalter	43	46		
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	76.5	61.4	88.7	91.1
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	5.9	6.8	0.0	0.0
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	0.6 (1 von 167)	0.6 (1 von 167)	6.7 (1 von 15)	5.5 (1 von 18)
Rohe Rate pro 100 000	8.8	7.7	91.9	74.5
Altersstandard. Rate pro 100 000	7.1	5.7	100.0	99.8
Histologisch gesicherte Fälle (%)	94.1	97.7		
DCO-Fälle (%)	0.0	0.0	0.0	0.0
Prävalenz		304 (0.2)		
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015		
Anzahl	3	4	0	0
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	0.0	23.1		
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	0.0	7.7		
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	0.2 (1 von 500)	0.2 (1 von 500)		
Rohe Rate pro 100 000	1.6	2.3		
Altersstandard. Rate pro 100 000	0.7	1.2		
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	17.6	26.7		
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	72.7		99.4	
Relative Rate (%), roh	75.8		*	
Relative Rate (%), altersstandard.	73.3		*	

* Rate konnte aufgrund einer zu kleinen Fallzahl in mindestens einer Altersgruppe nicht berechnet werden

Abbildung 101: Altersverteilung invasives Zervixkarzinom 2011–2015

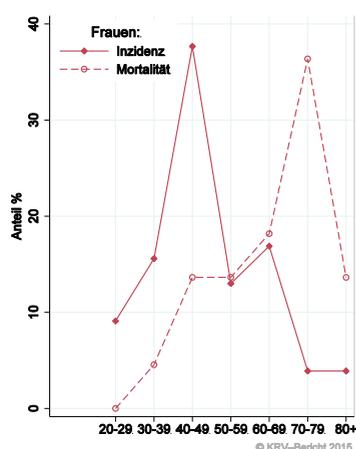


Abbildung 102: Altersspezifische Rate *invasives Zervixkarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010



Abbildung 103: Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate *invasives Zervixkarzinom*

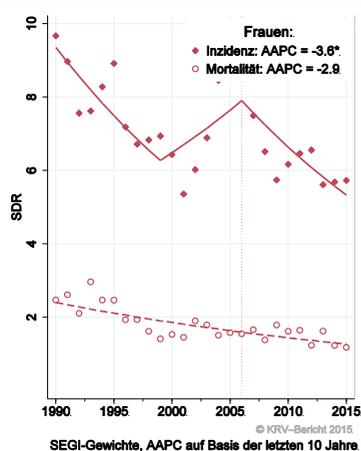


Abbildung 104: Histologieverteilung *invasives Zervixkarzinom* 2006–2015

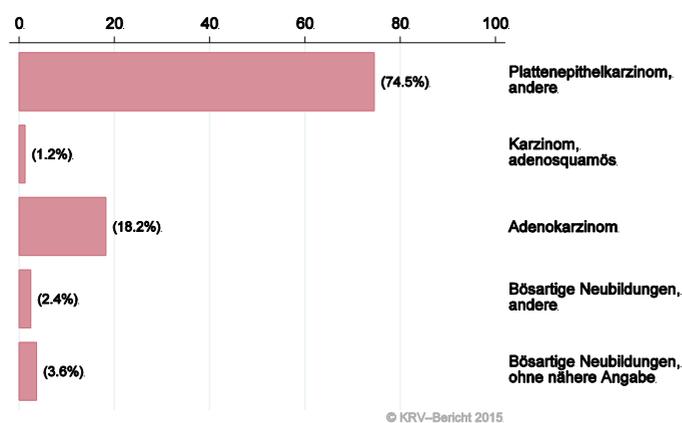


Abbildung 105: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *invasives Zervixkarzinom* 2006–2010 versus SEER 2007

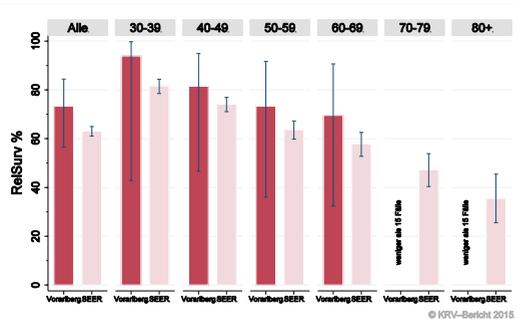
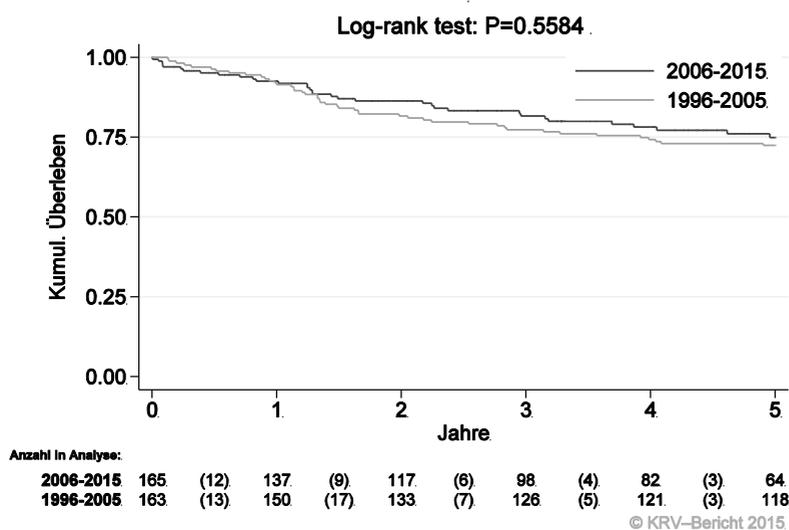
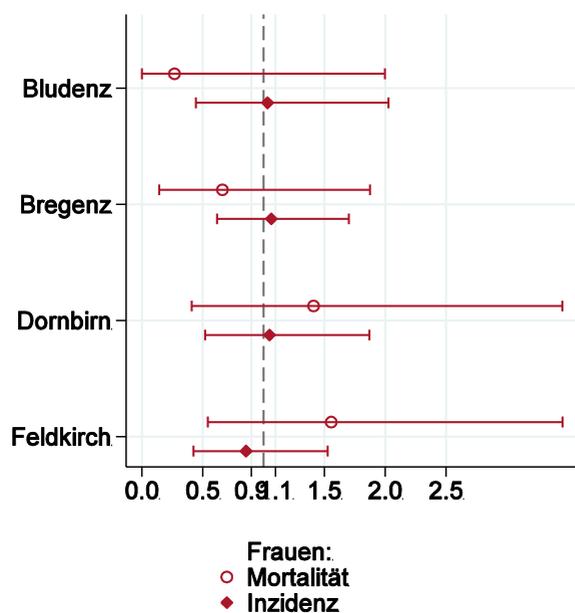


Abbildung 106: Kaplan-Meier-Kurven *invasives Zervixkarzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015



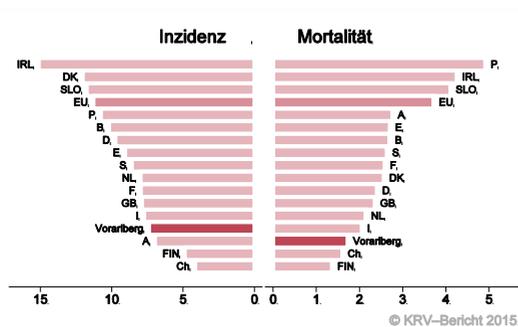
Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 107: Bezirksverteilung *invasives Zervixkarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 108: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *invasives Zervixkarzinom* Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



© KRV-Bericht 2015



4.15 KORPUSKARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 40 Frauen ein Korpuskarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter lag bei 65 Jahren, 13% der Patientinnen waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 580 Frauen mit einem Korpuskarzinom. Pro Jahr verstarben 5 Frauen an einem Korpuskarzinom. Die relative Fünfjahresüberlebensrate war mit 83% fast identisch mit den Vergleichsdaten aus den USA. Die Verteilung auf Bezirksebene zeigte keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Sowohl Inzidenz- als auch Mortalitätsrate sind deutlich unter dem EU-Durchschnitt.

Tabelle 18: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten *Korpuskarzinom*

Inzidenz	Frauen	
	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	38	36
Mittleres Erkrankungsalter	64	65
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	15.8	12.8
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	10.5	10.1
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	1.6 (1 von 63)	1.6 (1 von 63)
Rohe Rate pro 100 000	19.7	19.0
Altersstandard. Rate pro 100 000	11.3	10.7
Histologisch gesicherte Fälle (%)	97.3	97.2
DCO-Fälle (%)	2.6	0.9
Prävalenz		583 (0.3)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	5	4
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	0.0	0.0
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	40.0	41.7
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	0.2 (1 von 500)	0.1 (1 von 1000)
Rohe Rate pro 100 000	2.6	2.1
Altersstandard. Rate pro 100 000	0.8	0.7
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	13.2	11.1
Fünfjahresüberleben	2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	75.1	
Relative Rate (%), roh	82.1	
Relative Rate (%), altersstandard.	83.0	

Abbildung 109: Altersverteilung *Korpuskarzinom* 2011–2015

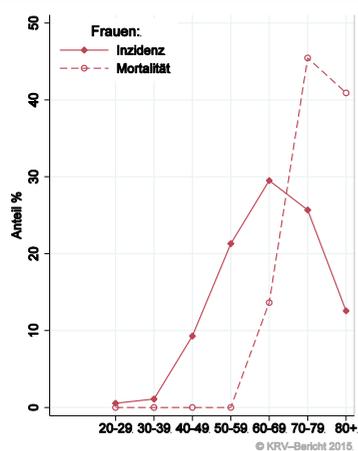


Abbildung 110: Altersspezifische Rate *Korpuskarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010

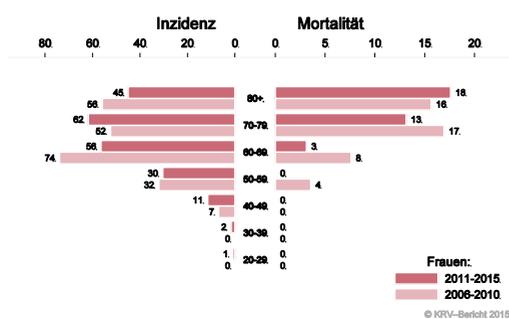


Abbildung 111: Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate *Korpuskarzinom*

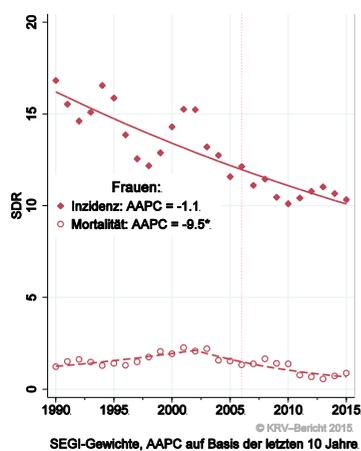


Abbildung 112: Histologieverteilung *Korpuskarzinom* 2006–2015

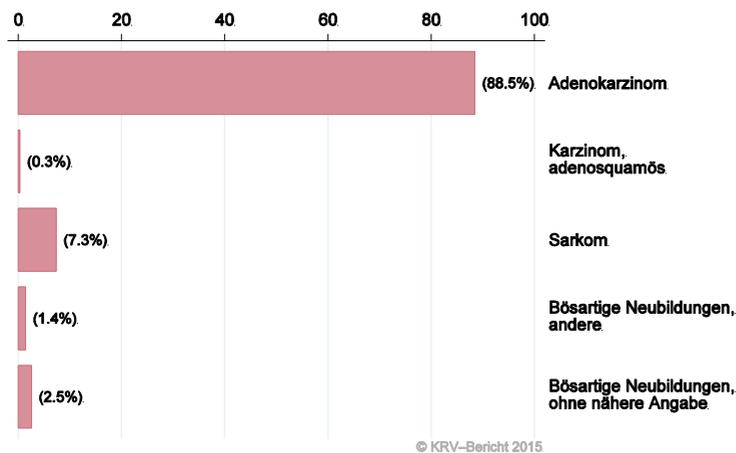


Abbildung 113: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *Korpuskarzinom* 2006–2010 versus SEER 2007

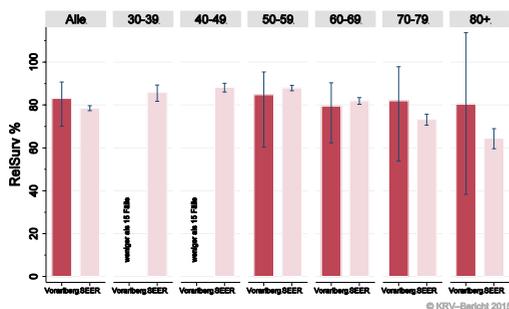
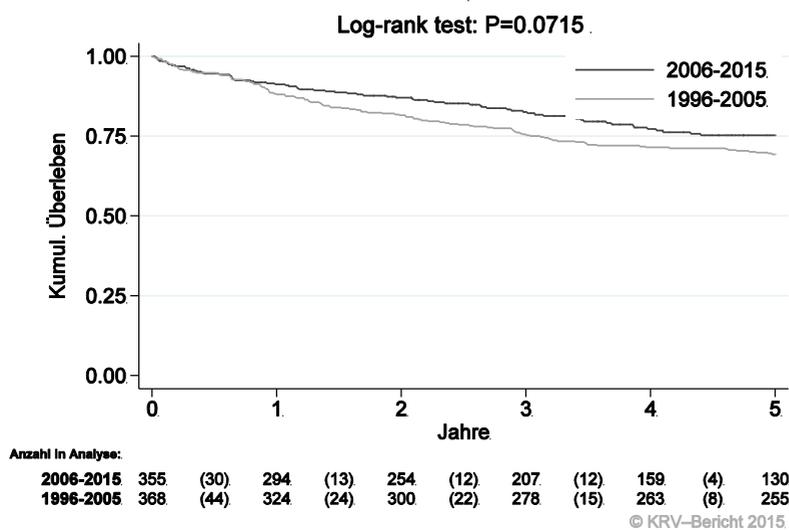
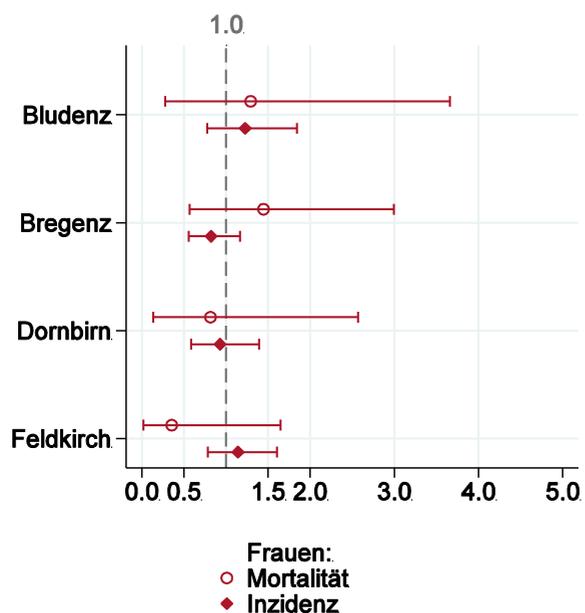


Abbildung 114: Kaplan-Meier-Kurven *Korpuskarzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015



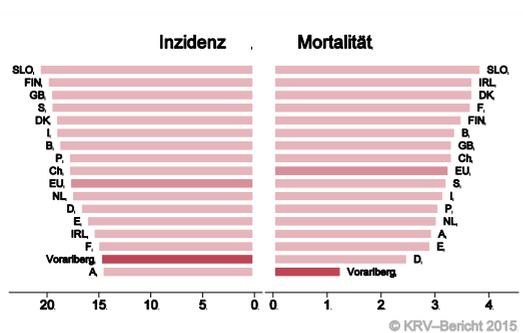
Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 115: Bezirksverteilung *Korpuskarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 116: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *Korpuskarzinom* Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



© KRV-Bericht 2015

4.16 OVARIALKARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 30 Frauen ein Ovarialkarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen mit einem invasiven Ovarialkarzinom lag bei 65 Jahren, 18% der Patientinnen waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 240 Frauen mit einem Ovarialkarzinom. Pro Jahr verstarben um die 20 Frauen an einem invasiven Ovarialkarzinom. Die relative Fünfjahresüberlebensrate lag mit 53% tendenziell besser als die Vergleichsdaten aus den USA (statistisch signifikant). Die geografische Verteilung zeigte keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Sowohl die Inzidenzrate als auch die Mortalitätsrate lagen leicht unter dem EU-Durchschnitt.

Tabelle 19: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten *invasives Ovarialkarzinom*

	Frauen	
	2015	Durchschnitt 2013–2015
Inzidenz		
Anzahl	30	28
Mittleres Erkrankungsalter	62	65
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	26.7	18.1
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	13.3	19.3
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	1.2 (1 von 83)	1.1 (1 von 91)
Rohe Rate pro 100 000	15.6	14.5
Altersstandard. Rate pro 100 000	9.0	7.9
Histologisch gesicherte Fälle (%)	93.3	90.2
DCO-Fälle (%)	0.0	1.2
Prävalenz		244 (0.1)
Mortalität		
Anzahl	17	19
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	5.9	5.2
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	23.5	32.8
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	0.7 (1 von 143)	0.7 (1 von 143)
Rohe Rate pro 100 000	8.8	10.1
Altersstandard. Rate pro 100 000	3.8	4.4
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	56.7	67.9
Fünfjahresüberleben	2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	51.1	
Relative Rate (%), roh	54.5	
Relative Rate (%), altersstandard.	53.0	

Abbildung 117: Altersverteilung *invasives Ovarialkarzinom* 2011–2015

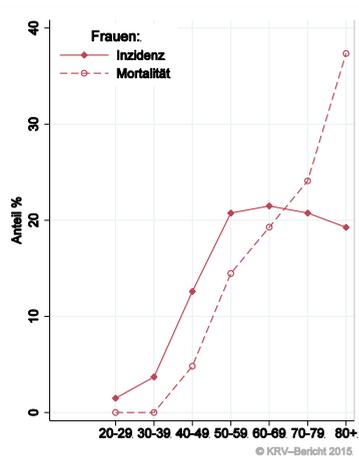


Abbildung 118: Altersspezifische Rate *invasives Ovarialkarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010

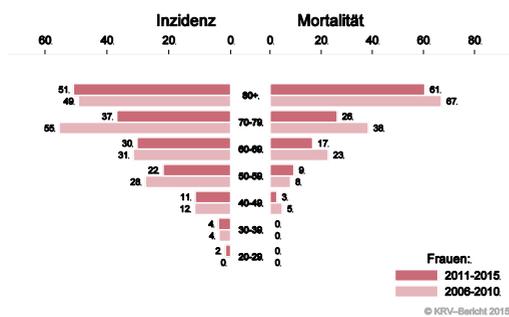


Abbildung 119: Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate *invasives Ovarialkarzinom*

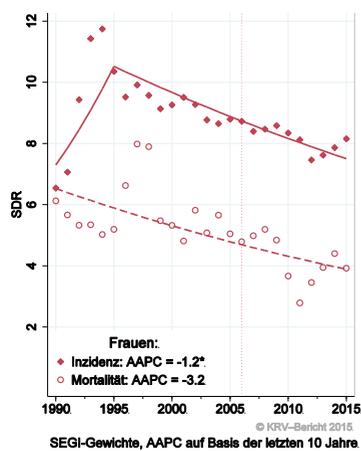


Abbildung 120: Histologieverteilung *invasives Ovarialkarzinom* 2006–2015

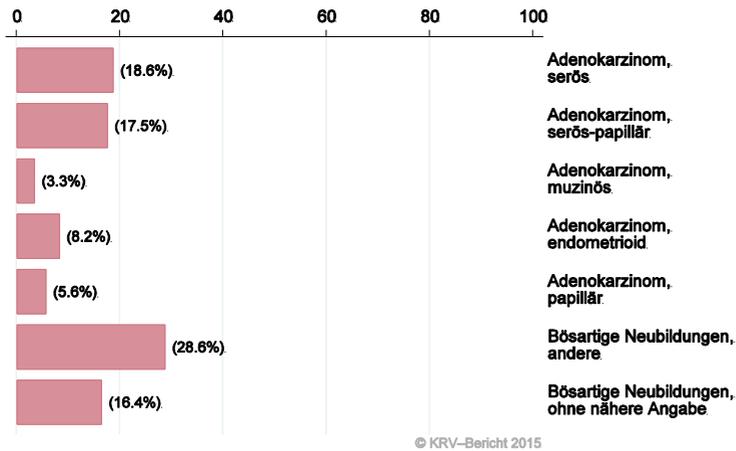


Abbildung 121: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *invasives Ovarialkarzinom* 2006–2010 versus SEER 2007

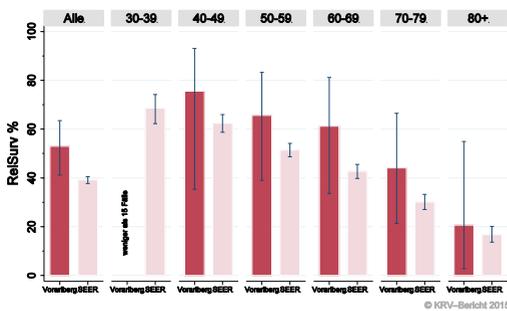
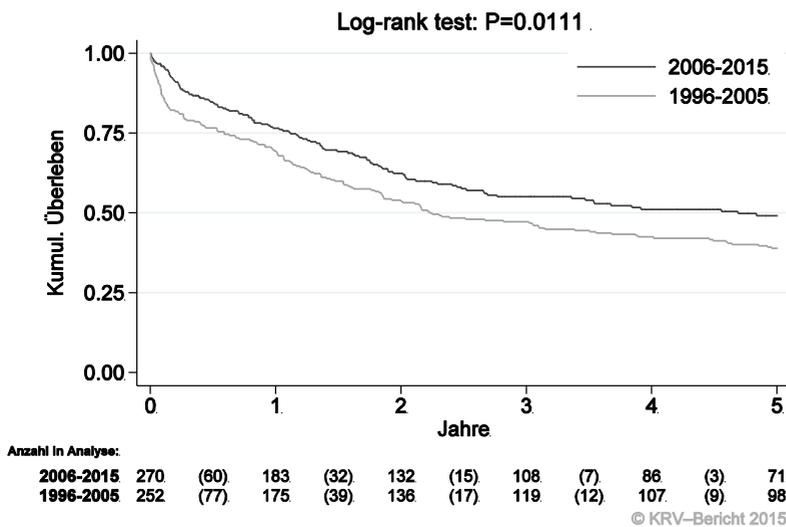
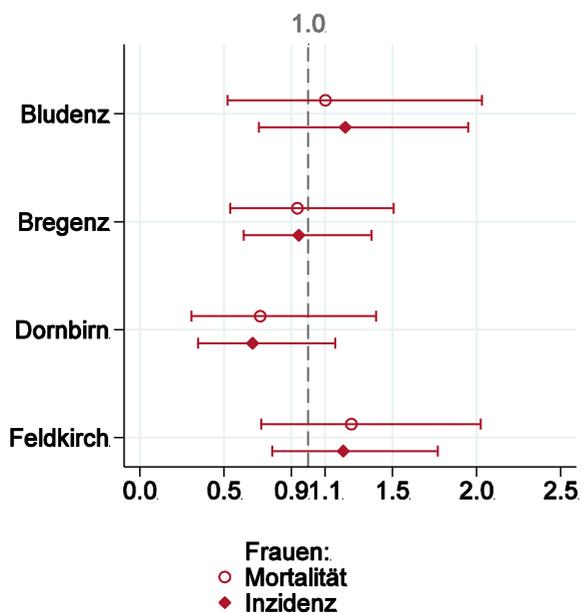


Abbildung 122: Kaplan-Meier-Kurven *Ovarialkarzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015



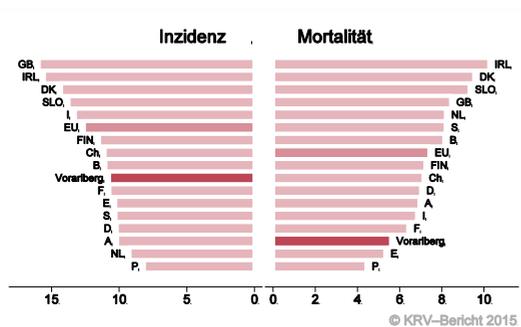
Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 123: Bezirksverteilung *invasives Ovarialkarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 124: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *invasives Ovarialkarzinom* Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



© KRV-Bericht 2015



4.17 PROSTATAKARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 200 Männern ein Prostatakarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter lag bei 67 Jahren, 4% der Patienten waren jünger als 50 Jahre und zirka 22% jünger als 60 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 3600 Männer mit einem Prostatakarzinom. Pro Jahr verstarben um die 45 Männer an einem Prostatakarzinom. Inzidenz- und Mortalitätsrate haben im letzten Jahrzehnt statistisch signifikant abgenommen. Die relative Fünfjahresüberlebensrate für Vorarlberg war mit 95% identisch mit den Vergleichsdaten aus den USA. Die Kaplan-Meier-Kurve zeigt eine statistisch signifikante Verbesserung des Überlebens (overall survival) in den Diagnosejahren 2006-2015 im Vergleich zu 1996-2005.

Es gibt in der Bezirksverteilung keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Inzidenz- und Mortalitätsrate liegen im EU-Durchschnitt.

Tabelle 20: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten *Prostatakarzinom*

Inzidenz	Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	196	198
Mittleres Erkrankungsalter	67	67
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	1.5	3.5
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	7.1	8.1
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	9.8 (1 von 10)	10.0 (1 von 10)
Rohe Rate pro 100 000	104.1	106.5
Altersstandard. Rate pro 100 000	59.9	61.8
Histologisch gesicherte Fälle (%)	99.0	98.8
DCO-Fälle (%)	1.5	1.0
Prävalenz		3564 (1.9)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	47	43
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	2.1	0.8
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	51.1	59.2
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	1.6 (1 von 63)	1.3 (1 von 77)
Rohe Rate pro 100 000	25.0	23.3
Altersstandard. Rate pro 100 000	10.6	9.7
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	24.0	21.7
Fünffjahresüberleben	2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	84.2	
Relative Rate (%), roh	95.9	
Relative Rate (%), altersstandard.	95.3	

Abbildung 125: Altersverteilung *Prostatakarzinom* 2011–2015

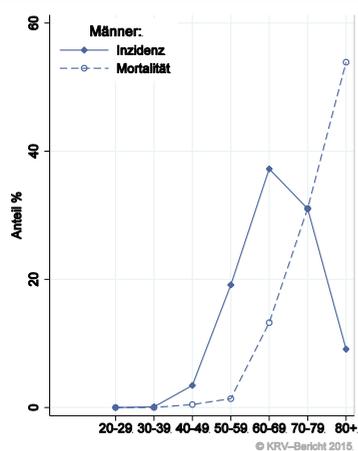


Abbildung 126: Altersspezifische Rate *Prostatakarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010

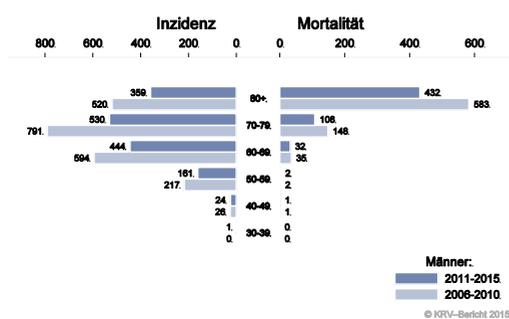


Abbildung 127: Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate *Prostatakarzinom*

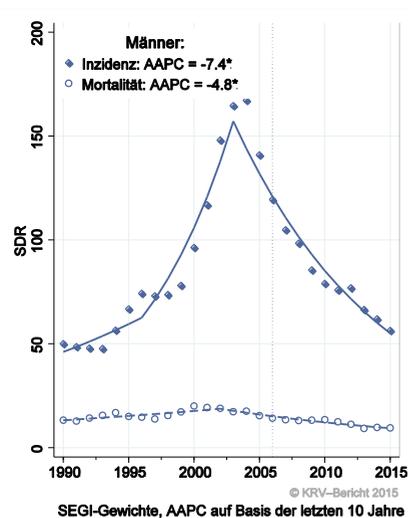


Abbildung 128: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *Prostatakarzinom* 2006–2010 versus SEER 2007

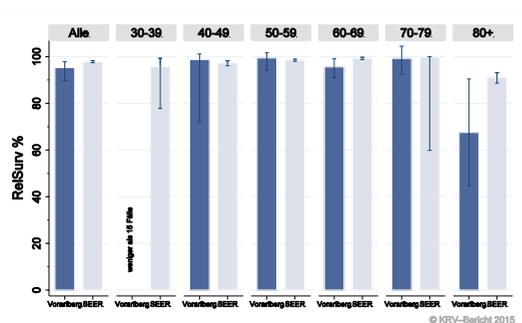
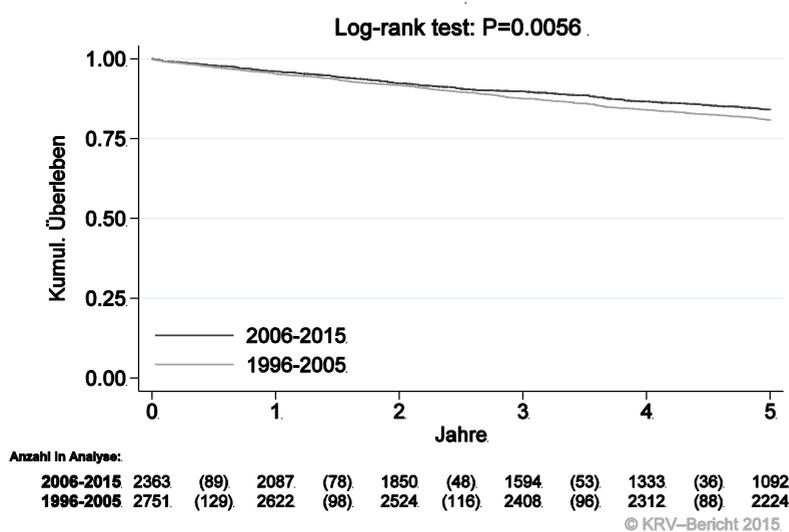
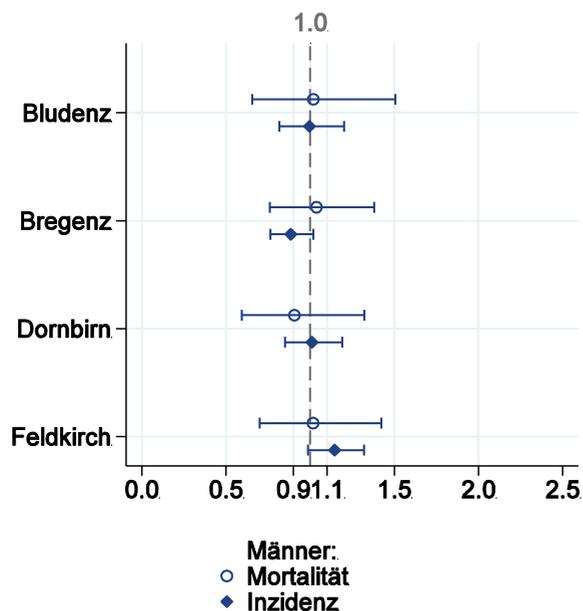


Abbildung 129: Kaplan-Meier-Kurven *Prostatakarzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015



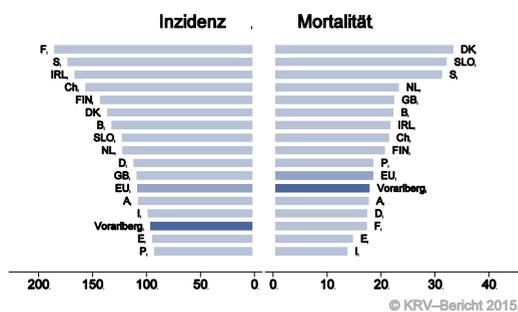
Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 130: Bezirksverteilung *Prostatakarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 131: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *Prostatakarzinom* Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



© KRV-Bericht 2015

4.18 HODENKARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei 20 Männern ein Hodenkarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter der Patienten lag bei 34 Jahren, 89% der Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 370 Männer mit einem Hodenkarzinom. In den letzten drei Jahren verstarb ein Mann an einem Hodenkarzinom. Die zeitliche Entwicklung ist von großen Schwankungen geprägt. Die rohe relative Fünfjahresüberlebensrate lag bei 97% und die altersstandardisierte Rate bei 87%.

Die Bezirksverteilung zeigte bei großen Schwankungsbreiten keine relevanten Auffälligkeiten. Die Inzidenzrate lag über und die Mortalitätsrate unter dem EU-Durchschnitt.

Tabelle 21: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten Hodenkarzinom

Inzidenz	Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	21	19
Mittleres Erkrankungsalter	38	34
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	90.5	89.3
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	0.0	0.0
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	0.8 (1 von 125)	0.7 (1 von 143)
Rohe Rate pro 100 000	11.1	10.0
Altersstandard. Rate pro 100 000	10.0	9.4
Histologisch gesicherte Fälle (%)	100.0	96.4
DCO-Fälle (%)	0.0	0.0
Prävalenz		372 (0.2)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	1	0
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	100.0	
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	0.0	
Risiko bis 80 zu versterben (%)	0.0	
Rohe Rate pro 100 000	0.5	
Altersstandard. Rate pro 100 000	0.4	
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	4.8	
Fünfjahresüberleben	2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	95.7	
Relative Rate (%), roh	96.5	
Relative Rate (%), altersstandard.	87.2	

Abbildung 132: Altersverteilung *Hodenkarzinom* 2011–2015

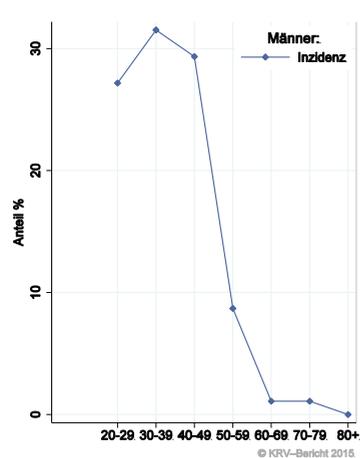


Abbildung 133: Altersspezifische Rate *Hodenkarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010

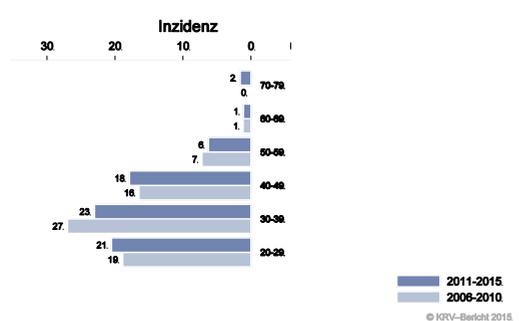


Abbildung 134: Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate *Hodenkarzinom*

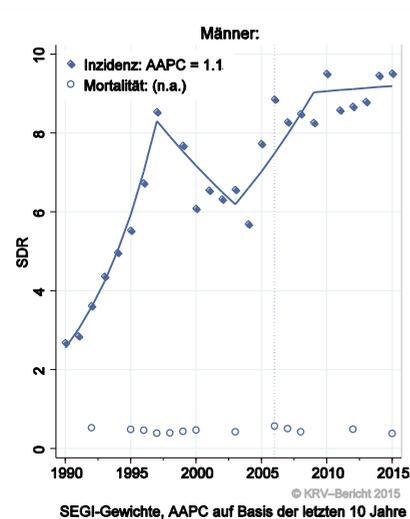


Abbildung 135: Histologieverteilung Hodenkarzinom 2006–2015

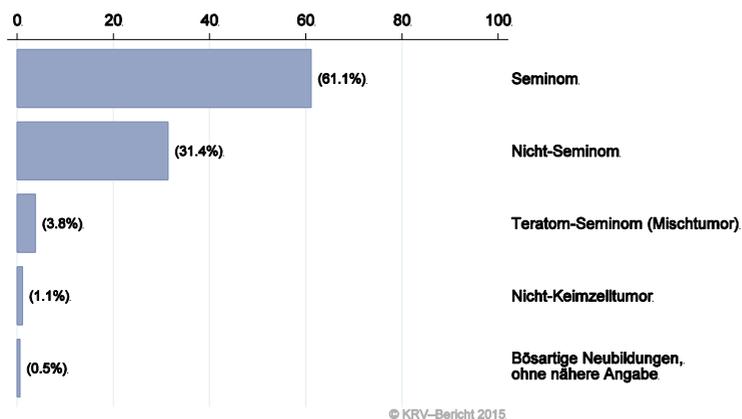
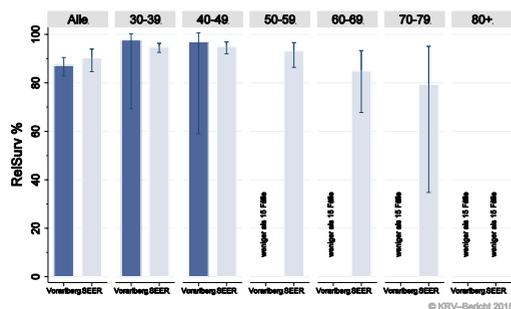
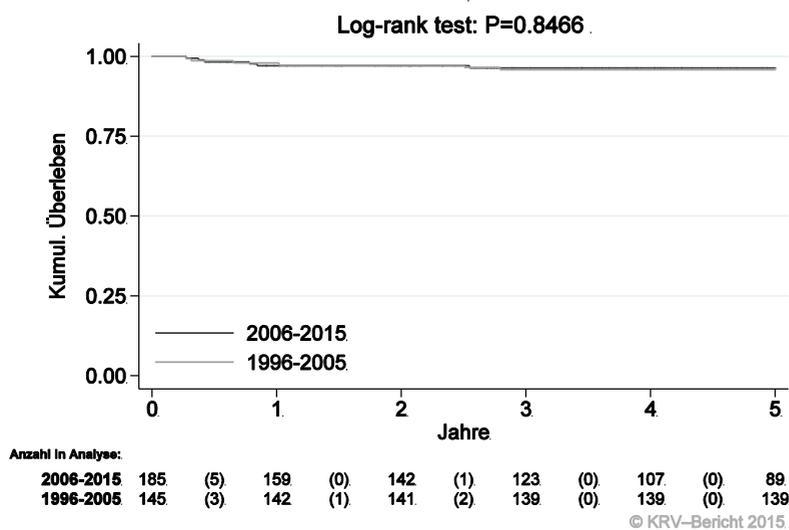


Abbildung 136: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Hodenkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007



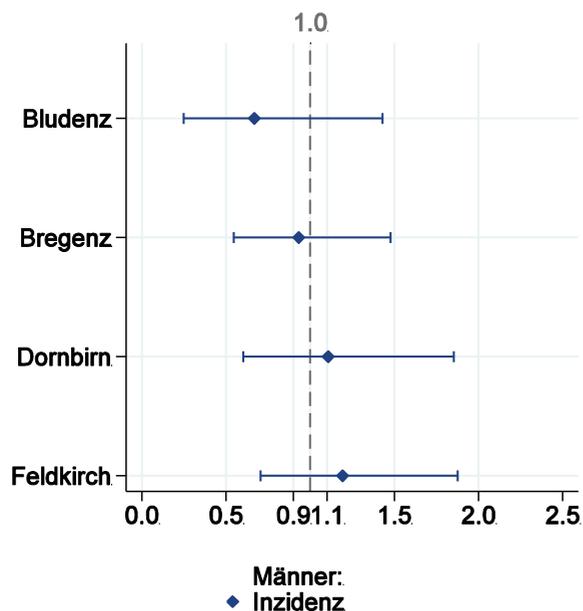
Die SEER-Konfidenzintervalle werden in der Grafik der Altersgruppen nicht dargestellt.

Abbildung 137: Kaplan-Meier-Kurven Hodenkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015



Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafik bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

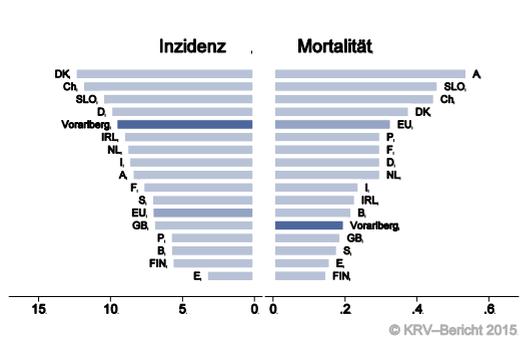
Abbildung 138: Bezirksverteilung *Hodenkarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall



© KRV-Bericht 2015

Anmerkung: Aufgrund der sehr kleinen Anzahl von Todesfällen erscheint eine Darstellung der Mortalitätsraten nicht sinnvoll.

Abbildung 139: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *Hodenkarzinom* Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



© KRV-Bericht 2015

4.19 NIERENKARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 15 Frauen und 30 Männern ein Nierenkarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter lag bei 69 Jahren (Frauen) bzw. 65 Jahren (Männer). Zirka 8% der Patientinnen bzw. Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 220 Frauen und 360 Männer mit einem Nierenkarzinom. Pro Jahr verstarben um die fünf Frauen und 10 Männer an einem Nierenkarzinom. Wir beobachten starke Schwankungen im Zeittrend. Die relative Fünfjahresüberlebensrate lag bei 79% (Frauen) bzw. 83% (Männer) und war damit tendenziell besser als die Vergleichsdaten aus den USA (nicht statistisch signifikant). Die Kaplan-Meier-Kurve zeigt eine grenzwertig statistisch signifikante Verbesserung des Überlebens (overall survival) in den Diagnosejahren 2006-2015 im Vergleich zu 1996-2005.

Die Bezirksverteilung zeigte keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Inzidenz- und Mortalitätsrate lagen sehr deutlich unter dem EU-Durchschnitt.

Tabelle 22: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten Nierenkarzinom

Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	16	17	34	31
Mittleres Erkrankungsalter	67	69	68	65
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	12.5	5.8	11.8	9.6
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	0.0	11.5	17.6	16.0
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	0.8 (1 von 125)	0.8 (1 von 125)	1.5 (1 von 67)	1.4 (1 von 71)
Rohe Rate pro 100 000	8.3	9.1	18.1	16.8
Altersstandard. Rate pro 100 000	4.5	4.5	10.5	9.8
Histologisch gesicherte Fälle (%)	93.8	95.9	88.2	90.4
DCO-Fälle (%)	0.0	5.8	0.0	0.0
Prävalenz		215 (0.1)		363 (0.2)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	6	7	9	8
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	16.7	4.5	0.0	0.0
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	50.0	40.9	22.2	48.0
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	0.2 (1 von 500)	0.3 (1 von 333)	0.5 (1 von 200)	0.3 (1 von 333)
Rohe Rate pro 100 000	3.1	3.8	4.8	4.5
Altersstandard. Rate pro 100 000	0.9	1.4	2.2	2.1
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	37.5	41.2	26.5	25.8
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	67.7		70.4	
Relative Rate (%), roh	76.7		80.4	
Relative Rate (%), altersstandard.	78.8		82.7	

Abbildung 140: Geschlechtsverteilung Nierenkarzinom 2011–2015

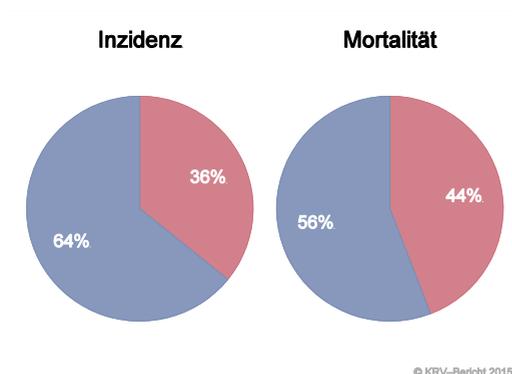


Abbildung 141: Altersverteilung *Nierenkarzinom* 2011–2015

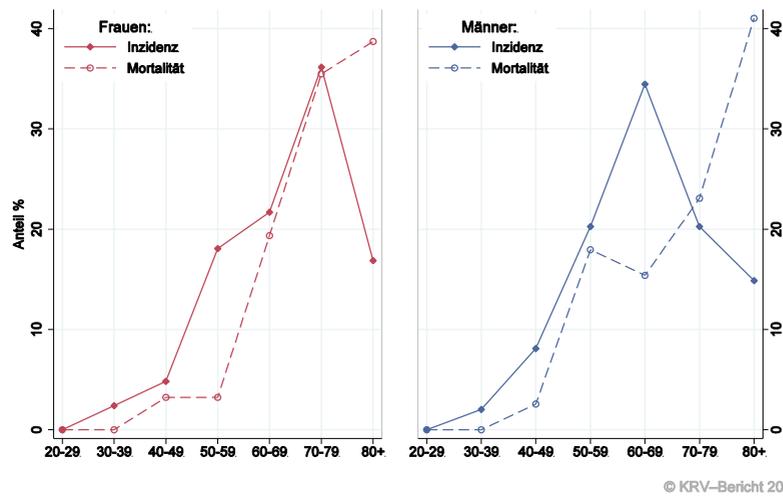


Abbildung 142: Altersspezifische Rate *Nierenkarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010

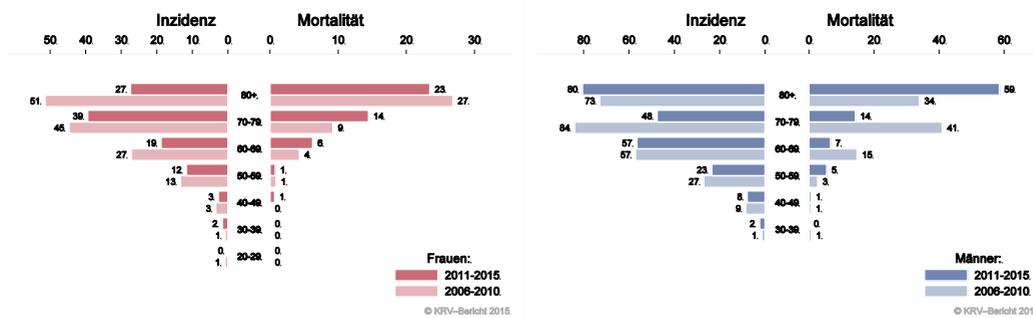
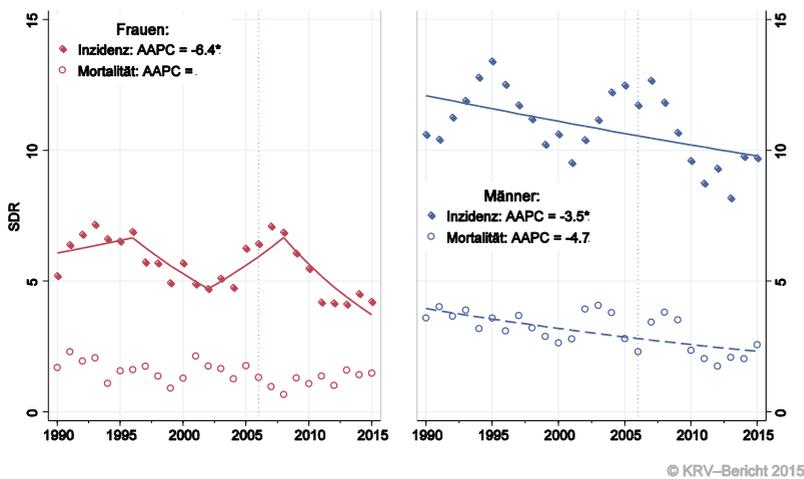


Abbildung 143: Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate *Nierenkarzinom*



SEGI-Gewichte, AAPC auf Basis der letzten 10 Jahre

Abbildung 144: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *Nierenkarzinom* 2006–2010 versus SEER 2007

Nach Altersgruppen:

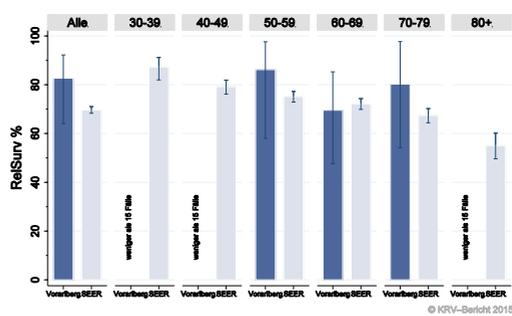
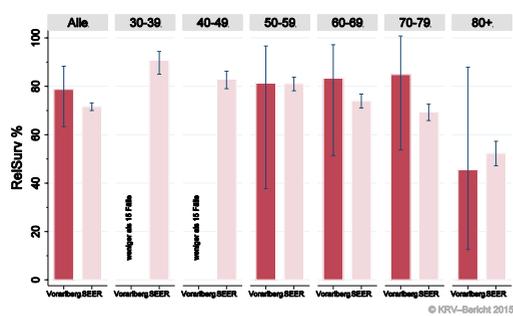
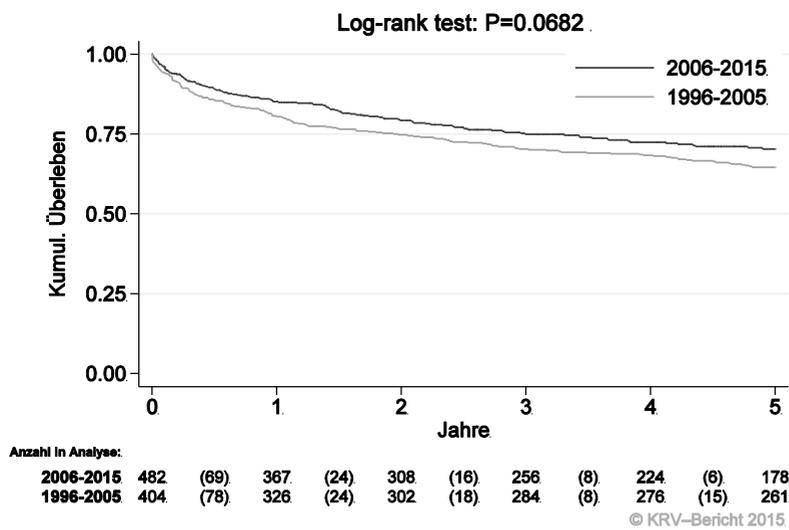


Abbildung 145: Kaplan-Meier-Kurven *Nierenkarzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015



Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafik bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 146: Bezirksverteilung *Nierenkarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall

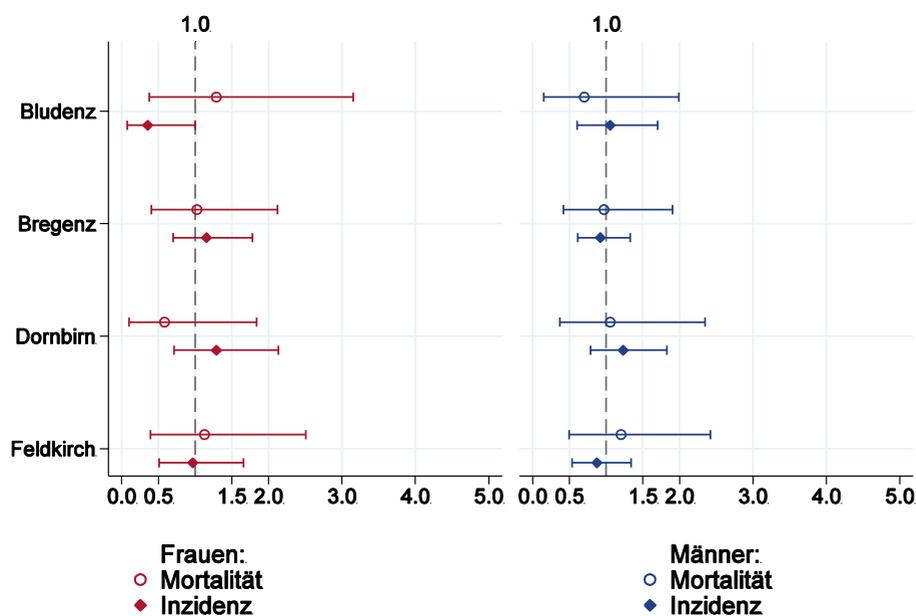
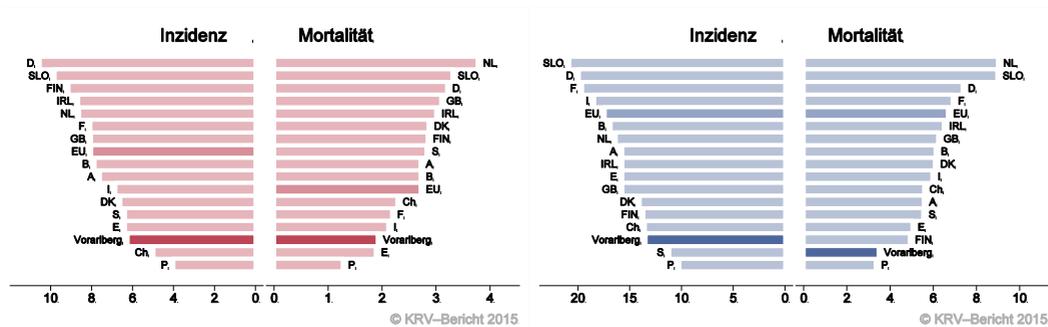


Abbildung 147: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *Nierenkarzinom*
Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



4.20 HARNBLASENKARZINOM

In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 10 Frauen und 45 Männern ein invasives Harnblasenkarzinom und bei 30 Frauen und 90 Männern ein in situ Harnblasenkarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten mit einem invasiven Harnblasenkarzinom lag bei 80 (Frauen) bzw. 73 Jahren (Männer), um die 2% der Patientinnen bzw. Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 100 Frauen und 360 Männer mit einem Harnblasenkarzinom. Pro Jahr verstarben fünf Frauen und 15 Männer an einem Harnblasenkarzinom.

Die folgenden Kennzahlen und Grafiken beschreiben nur die invasiven Krebsdiagnosen.

Die relative Fünfjahresüberlebensrate für alle Fälle zusammengefasst lag mit 53% (Frauen) bzw. 58% (Männer) schlechter als die Vergleichsdaten aus den USA (statistisch signifikant). Die Verteilung auf Bezirksebene zeigte keine relevanten Auffälligkeiten. Im EU-Vergleich lagen sowohl die Inzidenz- als auch die Mortalitätsrate stark unter dem EU-Durchschnitt.

Generell ist zu beachten, dass sich die Definition der Abgrenzung zwischen in situ-Karzinomen und invasiven Karzinomen geändert hat; diese Änderung hat sowohl starken Einfluss auf den Zeittrend als auch auf die Vergleiche der Überlebensraten mit den USA. Auch die niedrige Inzidenzrate im EU-Vergleich kann damit zusammenhängen, allerdings ist auch die Mortalitätsrate im EU-Vergleich sehr niedrig.

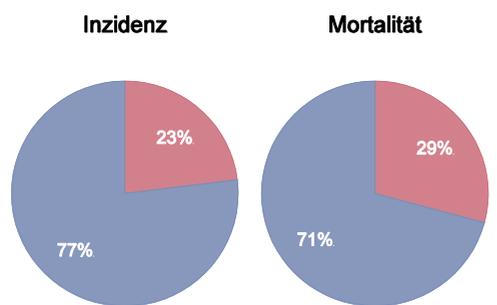
Tabelle 23: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten *Harnblasenkarzinom invasiv*

Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2011–2015
Anzahl	11	10	38	43
Mittleres Erkrankungsalter	80	80	74	73
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	0.0	0.0	2.6	3.1
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	54.5	51.7	34.2	23.1
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	0.3 (1 von 333)	0.3 (1 von 333)	1.5 (1 von 67)	2.1 (1 von 48)
Rohe Rate pro 100 000	5.7	5.1	20.2	23.3
Altersstandard. Rate pro 100 000	1.9	1.7	9.9	11.6
Histologisch gesicherte Fälle (%)	100.0	96.6	100.0	100.0
DCO-Fälle (%)	0.0	0.0	0.0	2.3
Prävalenz		103 (0.1)		355 (0.2)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	2	3	13	13
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	50.0	62.5	38.5	47.5
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	0.1 (1 von 1000)	0.1 (1 von 1000)	0.5 (1 von 200)	0.5 (1 von 200)
Rohe Rate pro 100 000	1.0	1.4	6.9	7.2
Altersstandard. Rate pro 100 000	0.4	0.5	2.9	3.0
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	18.2	30.0	34.2	30.2
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	44.7		45.2	
Relative Rate (%), roh	50.1		55.9	
Relative Rate (%), altersstandard.	53.2		57.5	

Tabelle 24: Inzidenzdaten *Harnblasenkarzinom in situ*

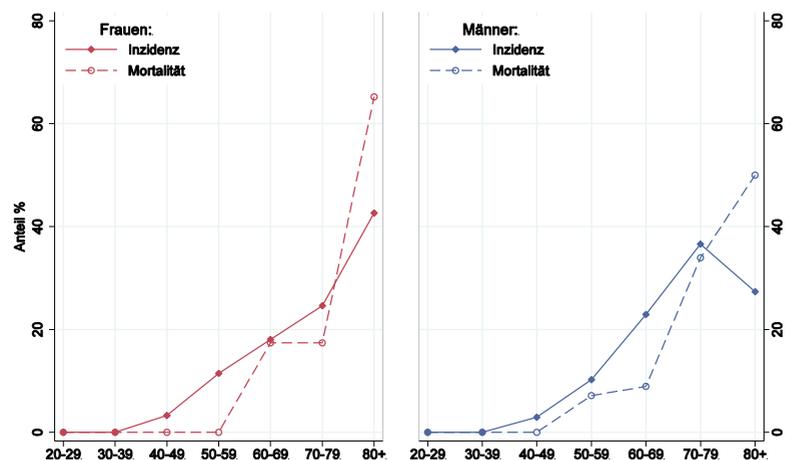
Inzidenz	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	7	8	40	36
Mittleres Erkrankungsalter	63	67	69	71
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	0.0	4.0	10.0	6.5
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	0.0	12.0	20.0	19.4
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	0.4 (1 von 250)	0.4 (1 von 250)	1.8 (1 von 56)	1.8 (1 von 56)
Rohe Rate pro 100 000	3.6	4.4	21.2	19.3
Altersstandard. Rate pro 100 000	1.9	2.3	11.5	10.2

Abbildung 148: Geschlechtsverteilung *invasives Harnblasenkarzinom* 2011–2015



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 149: Altersverteilung *invasives Harnblasenkarzinom* 2011–2015



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 150: Altersspezifische Rate *invasives Harnblasenkarzinom*
2011–2015 versus 2006–2010

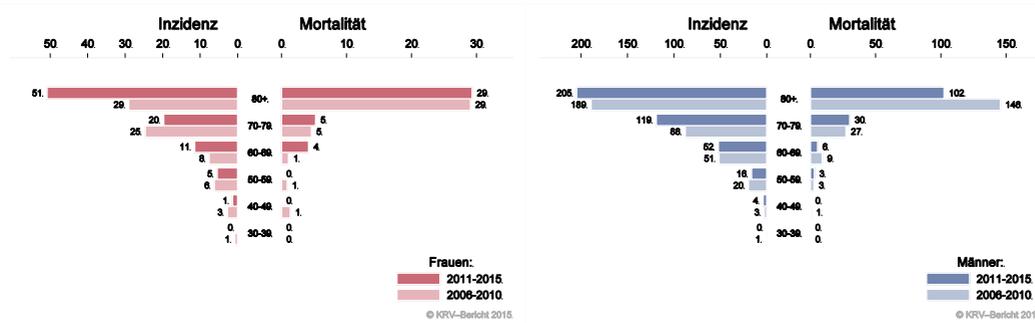
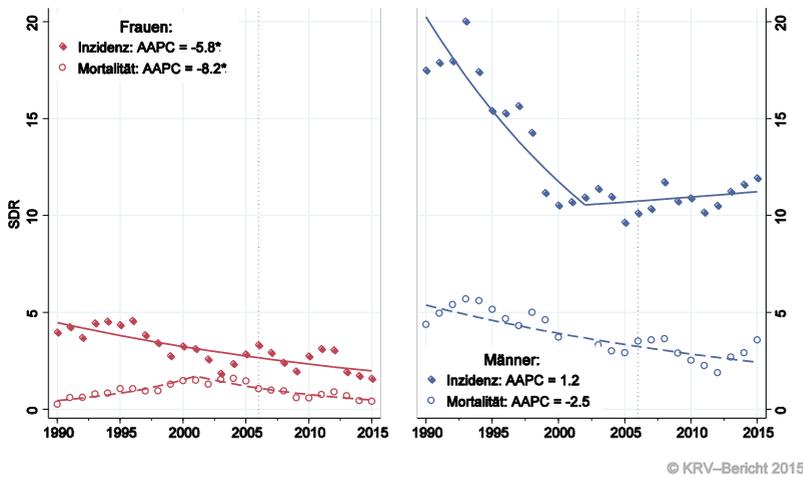


Abbildung 151: Zeitliche Entwicklung alterstandardisierte Rate *invasives Harnblasenkarzinom*



SEGI-Gewichte, AAPC auf Basis der letzten 10 Jahre

Abbildung 152: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *invasives Harnblasenkarzinom*
2006–2010 versus SEER 2007

Nach Altersgruppen:

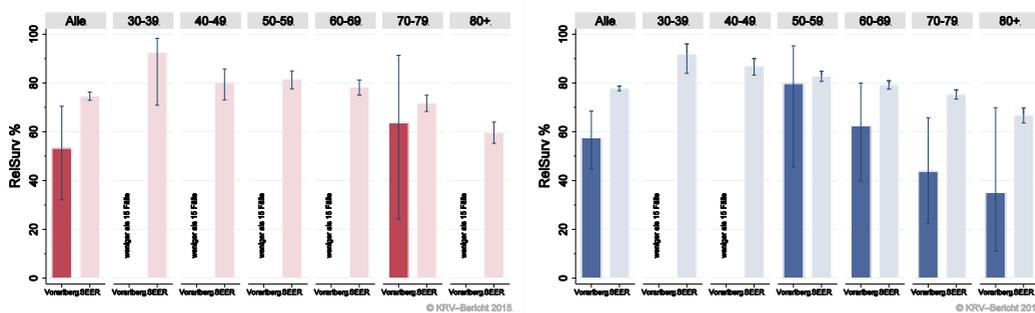
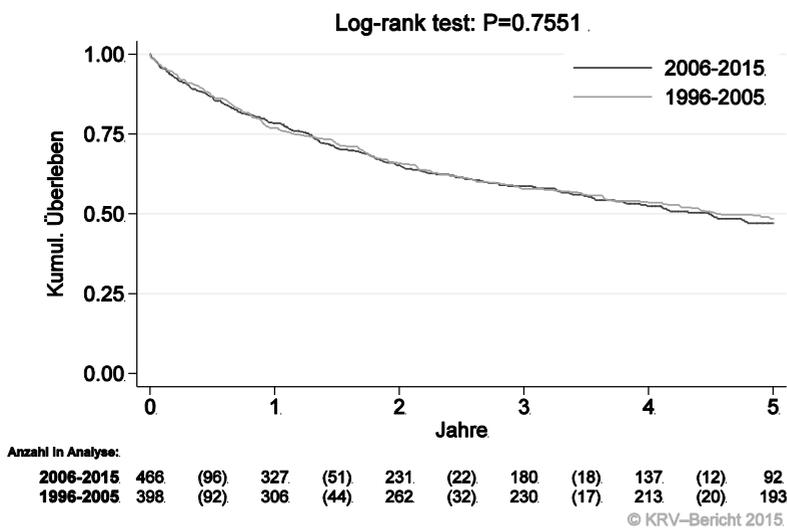


Abbildung 153: Kaplan-Meier-Kurven *Harnblasenkarzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015



Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 154: Bezirksverteilung *invasives Harnblasenkarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall

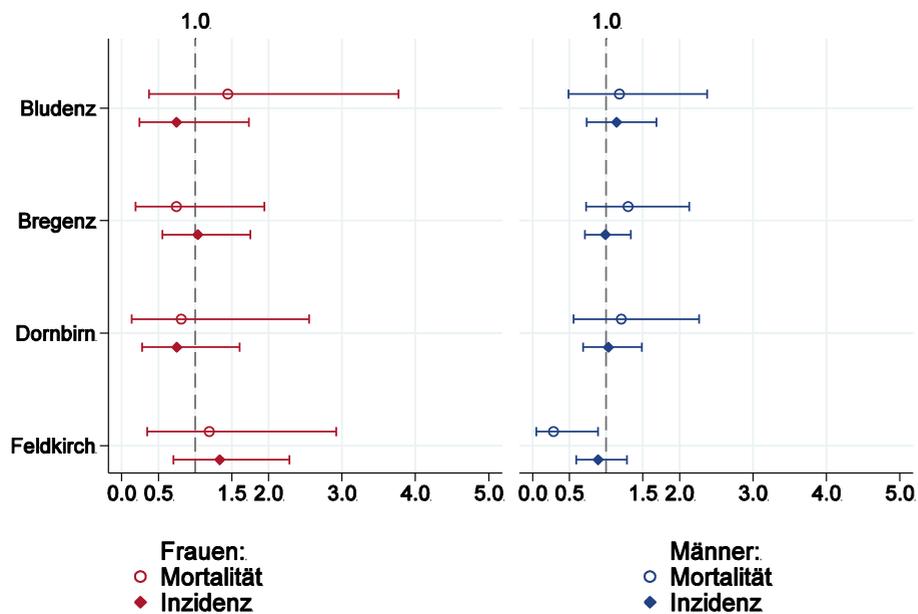
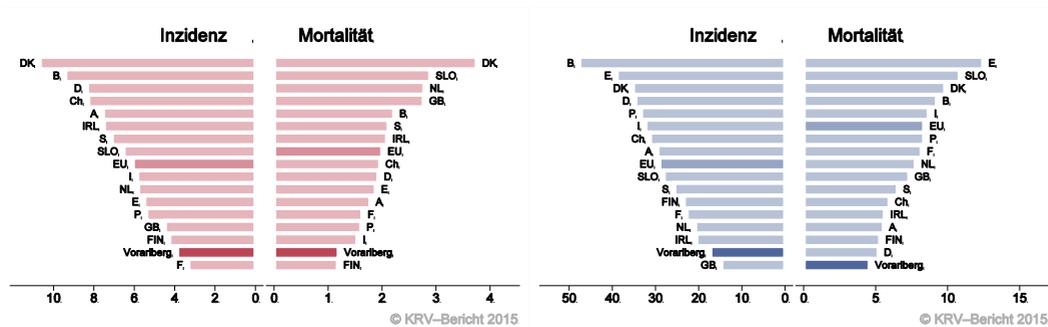


Abbildung 155: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *invasives Harnblasenkarzinom* Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



4.21 SCHILDDRÜSENKARZINOM

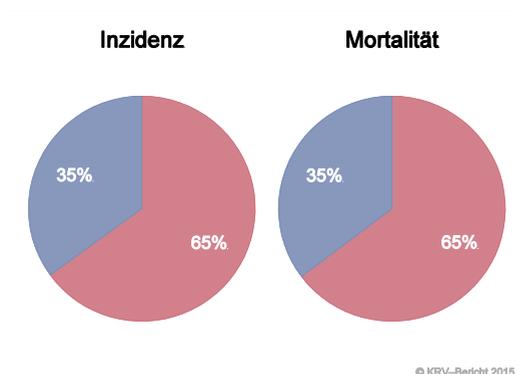
In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 15 Frauen und fünf Männern ein Schilddrüsenkarzinom diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten lag bei 50 Jahren. Etwas über 50% der Patientinnen bzw. Patienten waren jünger als 50 Jahre. Die zeitliche Entwicklung zeigt starke Schwankungen und keinen eindeutigen Trend. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 280 Frauen und 110 Männer mit einem Schilddrüsenkarzinom. Pro Jahr verstarben zirka drei Frauen und ein Mann an einem Schilddrüsenkarzinom.

Die relative Fünfjahresüberlebensrate für alle Fälle zusammengefasst war bei den Frauen mit 90% und bei den Männern mit 82% tendenziell schlechter als die Vergleichsdaten aus den USA. Die Bezirksverteilung zeigte keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Die Mortalitätsrate lag bei den Frauen über dem EU-Durchschnitt, alle anderen Raten waren im EU-Durchschnitt.

Tabelle 25: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten *Schilddrüsenkarzinom*

Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	16	15	6	7
Mittleres Erkrankungsalter	48	47	54	51
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	50.0	59.1	33.3	45.0
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	0.0	2.3	0.0	0.0
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	0.7 (1 von 143)	0.6 (1 von 167)	0.3 (1 von 333)	0.3 (1 von 333)
Rohe Rate pro 100 000	8.3	7.7	3.2	3.6
Altersstandard. Rate pro 100 000	6.5	6.2	2.1	2.6
Histologisch gesicherte Fälle (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
DCO-Fälle (%)	0.0	0.0	0.0	0.0
Prävalenz		280 (0.1)		112 (0.1)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	2	3	0	1
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	0.0	0.0		0.0
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	50.0	37.5		50.0
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	0.1 (1 von 1000)	0.1 (1 von 1000)	0.0	0.0
Rohe Rate pro 100 000	1.0	1.4	0.0	0.4
Altersstandard. Rate pro 100 000	0.3	0.5	0.0	0.2
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	12.5	20.0	0.0	14.3
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	85.7		81.3	
Relative Rate (%), roh	90.8		85.1	
Relative Rate (%), altersstandard.	90.1		81.5	

Abbildung 156: Geschlechtsverteilung *Schilddrüsenkarzinom* 2011–2015



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 157: Altersverteilung *Schilddrüsenkarzinom* 2011–2015

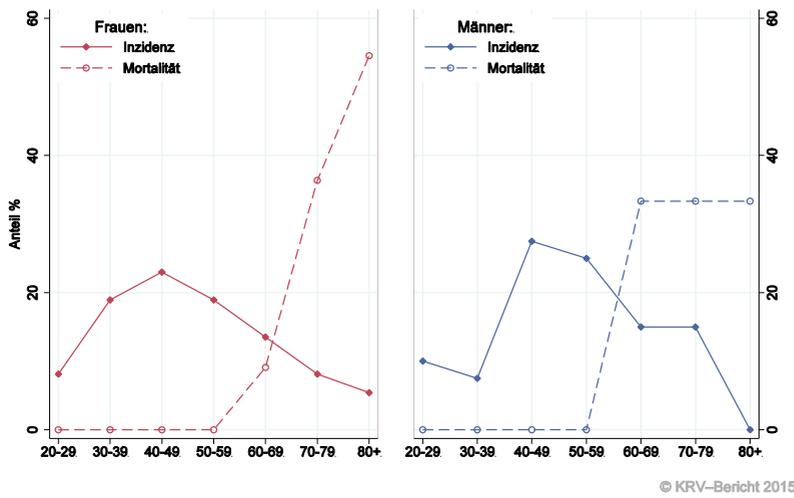


Abbildung 158: Altersspezifische Rate *Schilddrüsenkarzinom* 2011–2015 versus 2006–2010

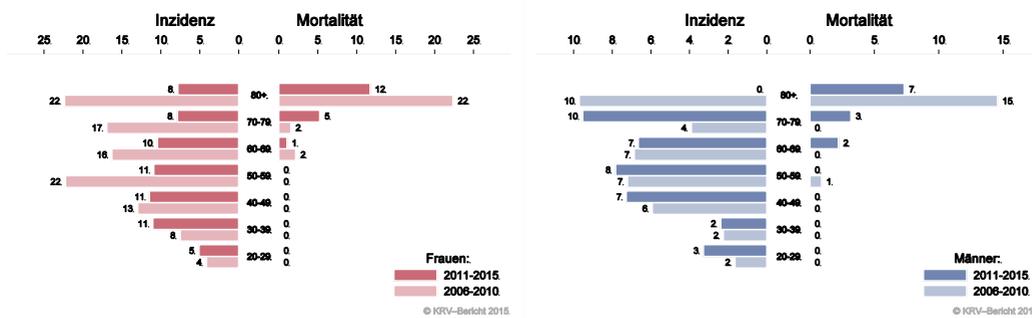
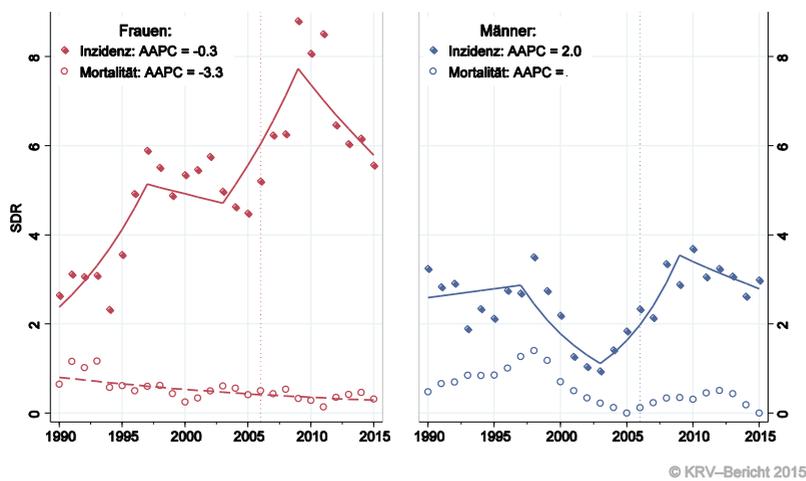


Abbildung 159: Zeitliche Entwicklung alterstandardisierte Rate *Schilddrüsenkarzinom*



SEGI-Gewichte, AAPC auf Basis der letzten 10 Jahre

Abbildung 160: Histologieverteilung *Schilddrüsenkarzinom* 2006–2015

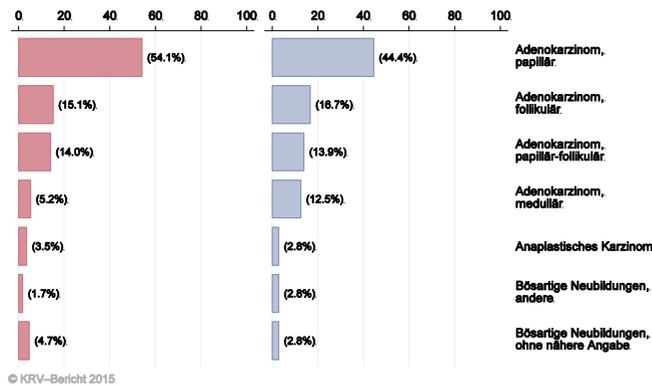


Abbildung 161: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *Schilddrüsenkarzinom* 2006–2010 versus SEER 2007

Nach Altersgruppen:

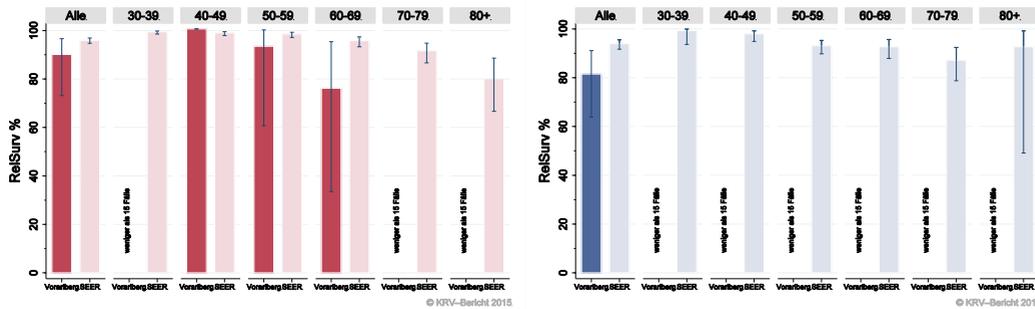
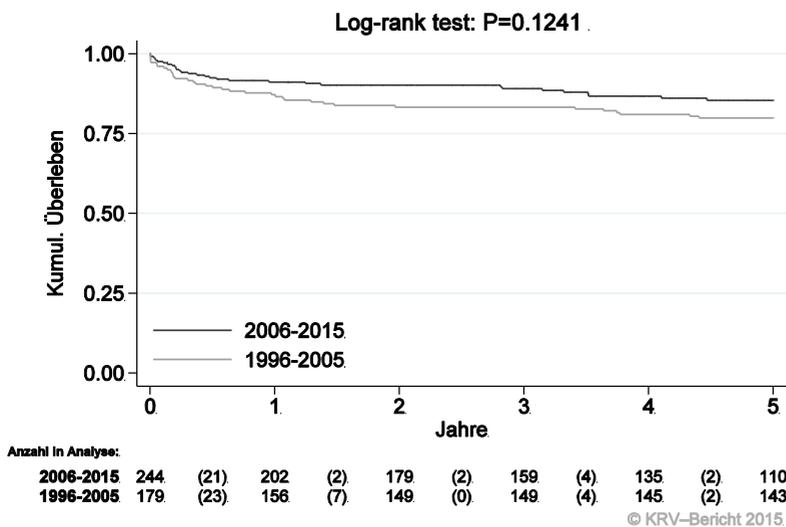
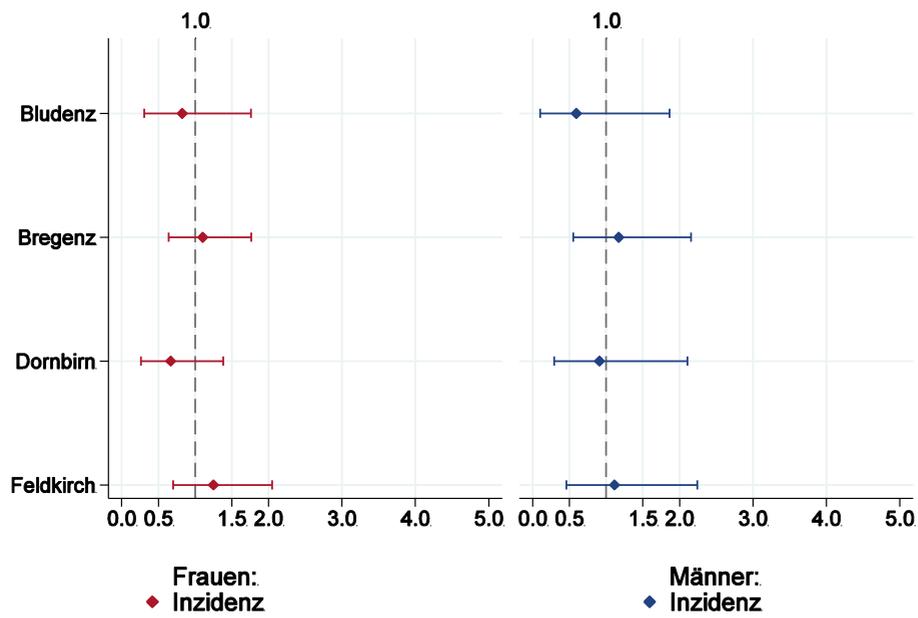


Abbildung 162: Kaplan-Meier-Kurven *Schilddrüsenkarzinom* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015



Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafik bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

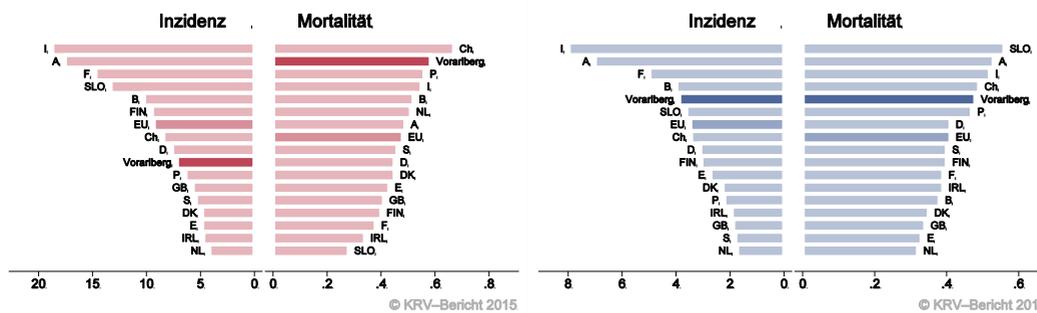
Abbildung 163: Bezirksverteilung *Schilddrüsenkarzinom* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall



© KRV-Bericht 2015

Bemerkung: Die Verteilungen der Mortalitätsdaten werden auf Grund der kleinen Fallzahlen nicht dargestellt.

Abbildung 164: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *invasives Schilddrüsenkarzinom* Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



© KRV-Bericht 2015

© KRV-Bericht 2015



4.22 HIRN UND NERVEN

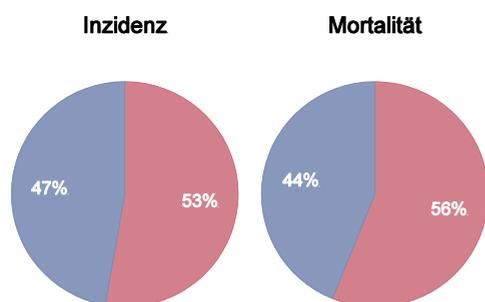
In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei um die 14 Frauen und 12 Männern eine bösartigen Neubildung des Gehirns und des zentralen Nervensystems (ZNS) diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten lag bei 62 (Frauen) bzw. 55 (Männer) Jahren, um die 20% der Frauen und um die 37% der Männer waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 82 Frauen und 86 Männer mit einer bösartigen Neubildung des Gehirns/ZNS. Pro Jahr verstarben um die 10 Frauen und 10 Männer an einer bösartigen Neubildung des Gehirns/ZNS.

Die relative Fünfjahresüberlebensrate für alle Fälle zusammengefasst war bei den Frauen mit 34% und bei den Männern mit 32% tendenziell besser als die Vergleichsdaten der SEER-Register aus den USA, allerdings sind die Schwankungsbreiten groß. Die Bezirksverteilung zeigte keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Im EU-Vergleich liegt die Mortalitätsrate bei den Frauen deutlich über dem EU-Durchschnitt und bei den Männern sowohl die Inzidenz- als auch die Mortalitätsrate unter dem EU-Durchschnitt.

Tabelle 26: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten *Bösartige Neubildung Hirn und Nerven*

Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	15	14	12	14
Mittleres Erkrankungsalter	65	62	67	55
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	26.7	21.4	16.7	36.6
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	6.7	16.7	16.7	12.2
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	0.7 (1 von 143)	0.5 (1 von 200)	0.5 (1 von 200)	0.6 (1 von 167)
Rohe Rate pro 100 000	7.8	7.3	6.4	7.3
Altersstandard. Rate pro 100 000	6.1	5.3	3.7	5.0
Histologisch gesicherte Fälle (%)	93.3	92.7	81.8	92.3
DCO-Fälle (%)	0.0	2.4	8.3	4.9
Prävalenz		82 (0.0)		86 (0.0)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	13	11	10	9
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	7.7	9.1	40.0	32.1
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	23.1	24.2	10.0	17.9
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	0.4 (1 von 250)	0.4 (1 von 250)	0.5 (1 von 200)	0.4 (1 von 250)
Rohe Rate pro 100 000	6.7	5.8	5.3	5.0
Altersstandard. Rate pro 100 000	3.4	3.0	4.6	3.4
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	86.7	78.6	83.3	64.3
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	29.0		25.8	
Relative Rate (%), roh	29.8		27.3	
Relative Rate (%), altersstandard.	34.4		32.2	

Abbildung 165: Geschlechtsverteilung *Hirn und Nerven* 2011–2015



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 166: Altersverteilung *Hirn und Nerven* 2011–2015

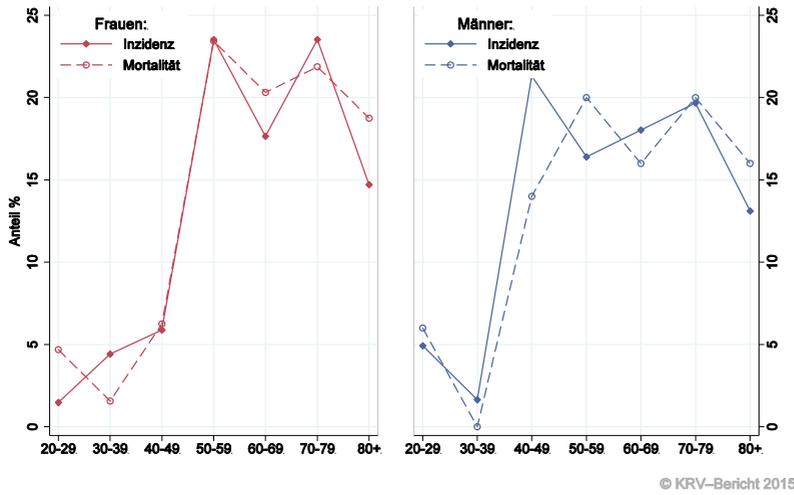


Abbildung 167: Altersspezifische Rate *Hirn und Nerven* 2011–2015 versus 2006–2010

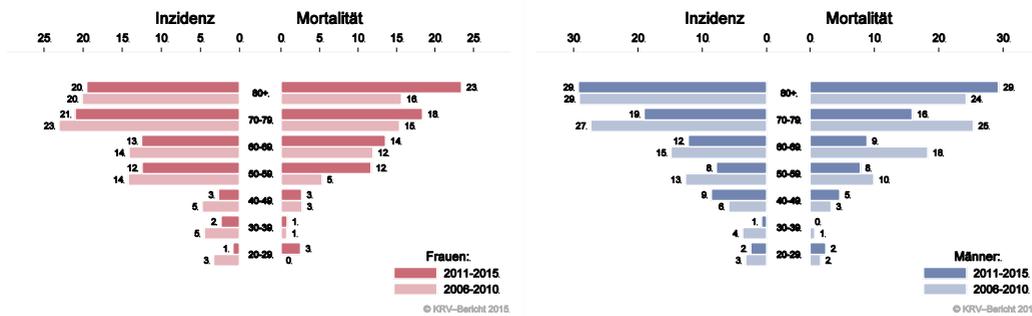
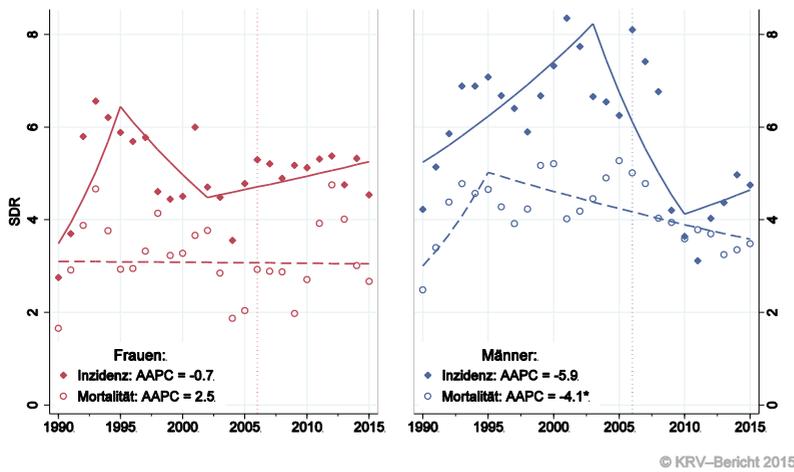


Abbildung 168: Zeitliche Entwicklung alterstandardisierte Rate *Hirn und Nerven*



SEGI-Gewichte, AAPC auf Basis der letzten 10 Jahre

Abbildung 169: Histologieverteilung *Hirn und Nerven* 2006–2015

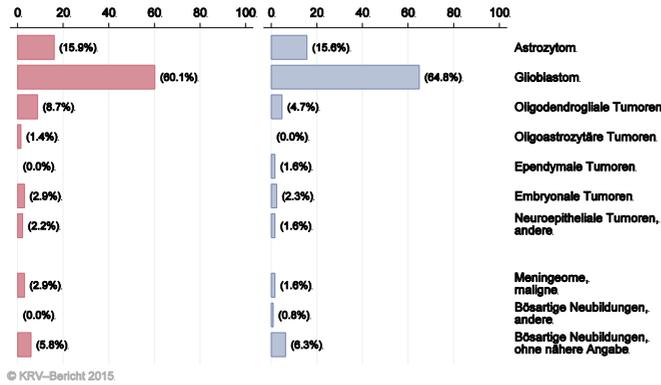


Abbildung 170: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *Hirn und Nerven* 2006–2010 versus SEER 2007

Nach Altersgruppen:

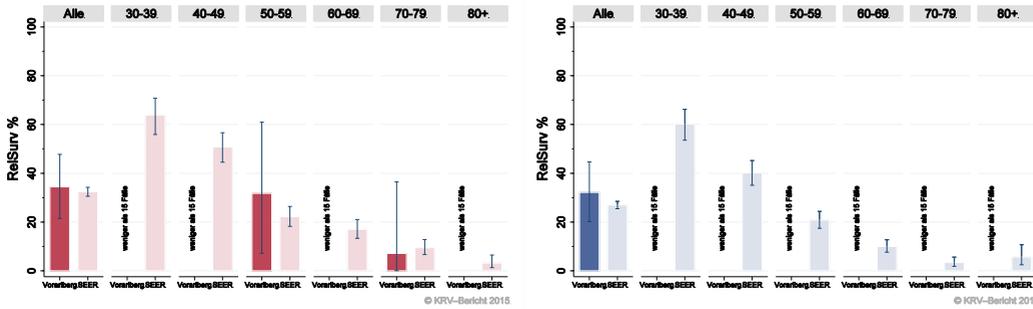
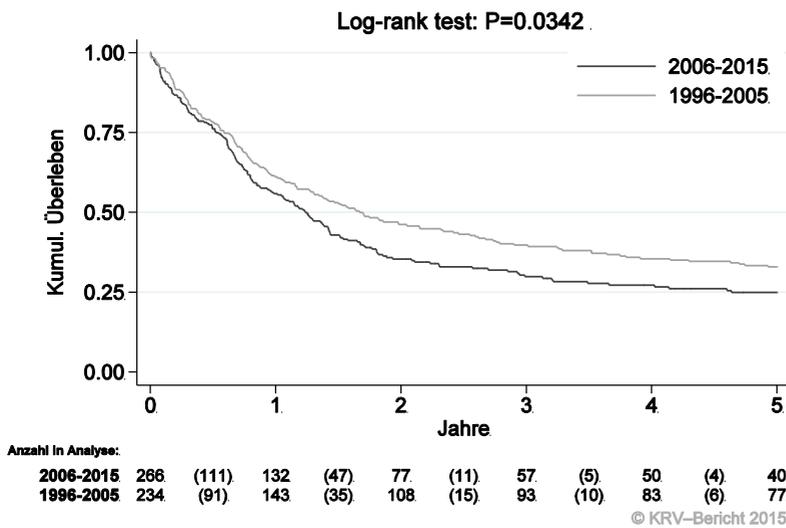
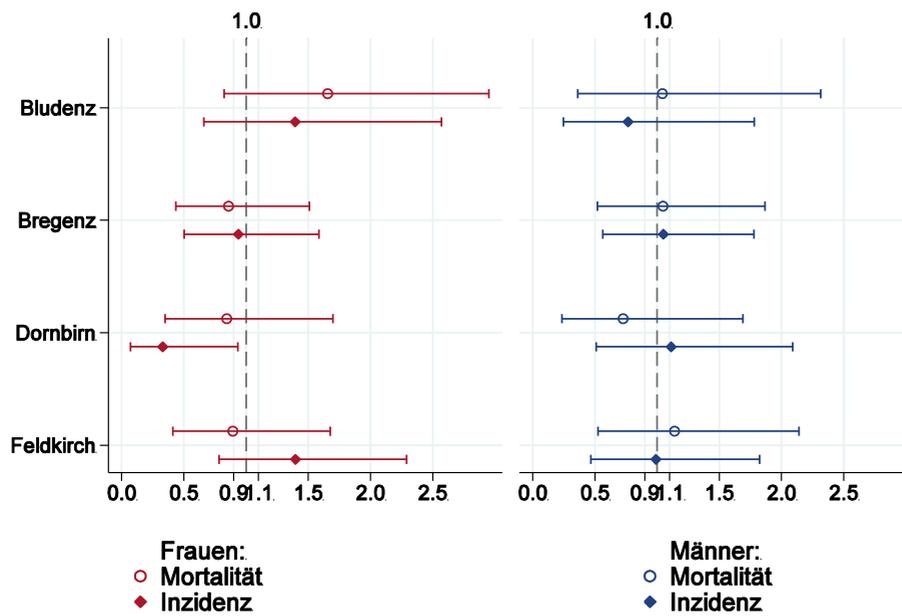


Abbildung 171: Kaplan-Meier-Kurven *Hirn und Nerven* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren
Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015



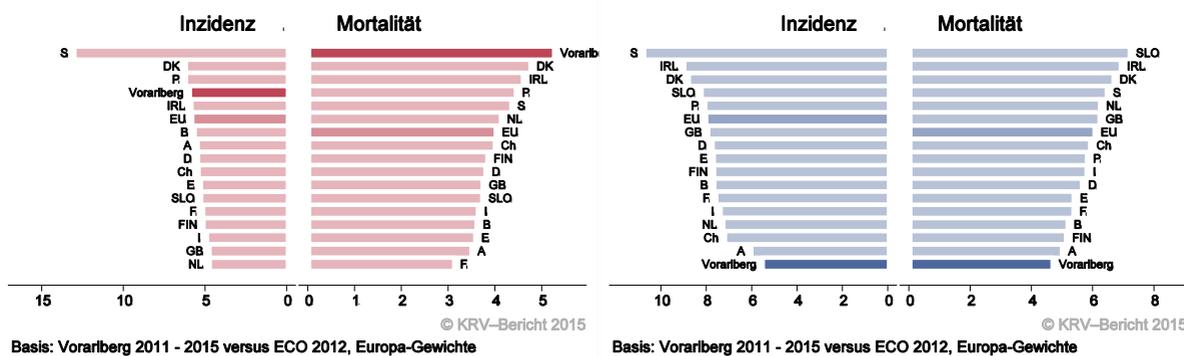
Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafik bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 172: Bezirksverteilung *Hirn und Nerven* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 173: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *Hirn und Nerven* Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012



© KRV-Bericht 2015

© KRV-Bericht 2015

Basis: Vorarlberg 2011 - 2015 versus ECO 2012, Europa-Gewichte

Basis: Vorarlberg 2011 - 2015 versus ECO 2012, Europa-Gewichte

4.23 BÖSARTIGE NEUBILDUNG IN BLUTBILDENDEN ORGANEN

In dieser Gruppe sind unterschiedliche Krankheitsbilder wie Lymphome, Leukämien und Myelome zusammengefasst. Beim Übergang auf ICD-O Version 3 im Jahr 2000 sind Polycythaemia vera, essentielle Thrombozythämie und myelodysplastisches Syndrom (MDS) in die Liste der bösartigen Erkrankungen aufgenommen worden. In den folgenden Tabellen sind Detaildaten für Mb. Hodgkin, hoch-maligne und niedrig-maligne NHL, ALL, CLL, AML und CML sowie für die myelodysplastischen Syndrome beschrieben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Fallzahlen für die Teil-Entitäten zum Teil klein sind, was eine größere statistische Schwankungsbreite bedingt.

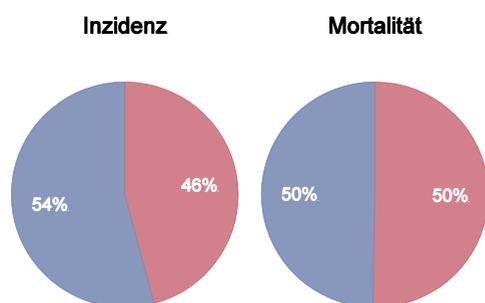
In den letzten Jahren wurde pro Jahr bei 85 Frauen und 90 Männern eine bösartige Neubildung in blutbildenden Organen diagnostiziert. Das durchschnittliche Alter lag bei 70 Jahren, 18% der Patientinnen bzw. Patienten waren jünger als 50 Jahre. Im Jahr 2015 lebten in Vorarlberg 680 Frauen und 790 Männer mit einer bösartigen Neubildung in blutbildenden Organen. Pro Jahr verstarben um 35 Frauen und 30 Männer an einer bösartigen Neubildung in blutbildenden Organen.

Die relativen Fünfjahresüberlebensraten waren mit 64% bei den Frauen und mit 60% bei den Männern identisch mit den Vergleichsdaten aus den USA. Die Kaplan-Meier-Kurve zeigt eine statistisch signifikante Verbesserung des Überlebens (overall survival) in den Diagnosejahren 2006-2015 im Vergleich zu 1996-2005 bei AML und CML. Die Verteilung auf Bezirksebene zeigte keine relevanten Abweichungen vom Landesdurchschnitt. Es lagen keine aktuellen EU-Vergleichsdaten vor.

Tabelle 27: Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten *Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen*

Inzidenz	Frauen		Männer	
	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	71	86	89	88
Mittleres Erkrankungsalter	69	71	70	68
Anteil Erkrankungsalter bis 50 (%)	21.1	17.4	16.9	18.6
Anteil Erkrankungsalter ab 80 (%)	23.9	25.1	11.2	15.9
Risiko bis 80 zu erkranken (%), das entspricht	2.7 (1 von 37)	3.4 (1 von 29)	4.6 (1 von 22)	4.2 (1 von 24)
Rohe Rate pro 100 000	36.9	45.2	47.3	47.3
Altersstandard. Rate pro 100 000	21.8	23.9	28.5	29.4
Histologisch gesicherte Fälle (%)	91.3	93.3	94.4	93.2
DCO-Fälle (%)	2.8	1.9	0.0	0.0
Prävalenz		675 (0.4)		788 (0.4)
Mortalität	2015	Durchschnitt 2013–2015	2015	Durchschnitt 2013–2015
Anzahl	39	36	30	30
Anteil Sterbealter bis 50 (%)	10.3	5.6	3.3	3.4
Anteil Sterbealter ab 80 (%)	48.7	48.1	40.0	41.6
Risiko bis 80 zu versterben (%), das entspricht	1.1 (1 von 91)	1.0 (1 von 100)	1.1 (1 von 91)	1.1 (1 von 91)
Rohe Rate pro 100 000	20.2	18.8	15.9	15.9
Altersstandard. Rate pro 100 000	7.6	6.9	7.7	7.5
Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (%)	54.9	41.9	33.7	34.1
Fünfjahresüberleben	2006–2010		2006–2010	
Beobachtete Rate (%), roh	57.8		53.6	
Relative Rate (%), roh	63.9		61.9	
Relative Rate (%), altersstandard.	63.9		60.2	

**Abbildung 174: Geschlechtsverteilung *Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen*
2011–2015**



© KRV-Bericht 2015

Abbildung 175: Altersverteilung *Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen* 2011–2015

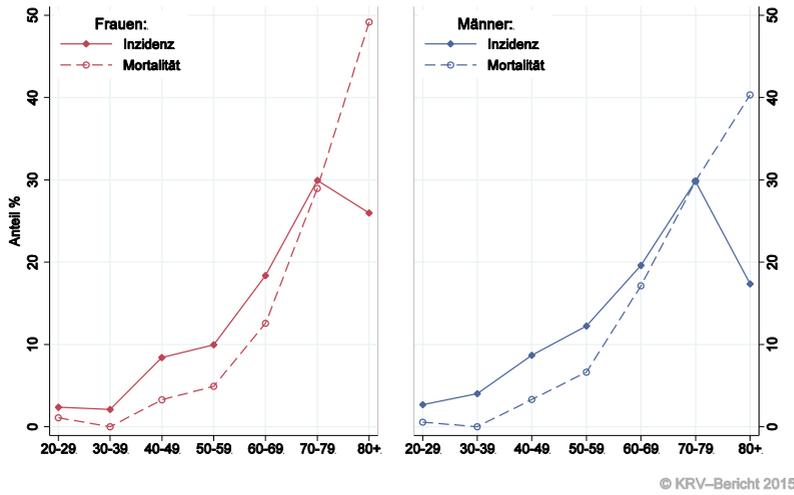


Abbildung 176: Altersspezifische Rate *Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen* 2011–2015 versus 2006–2010

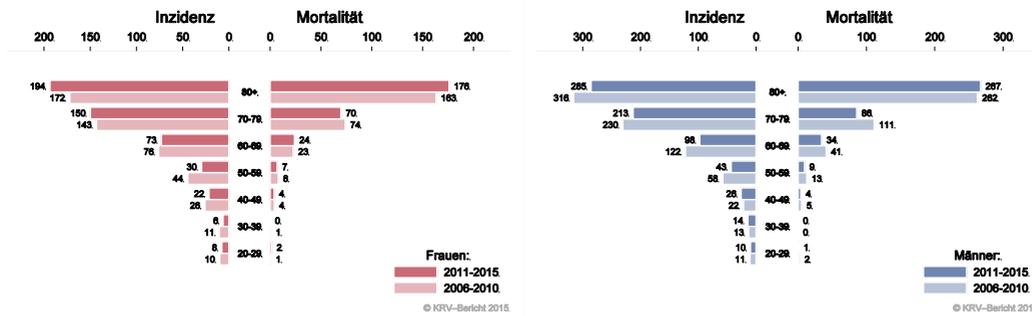
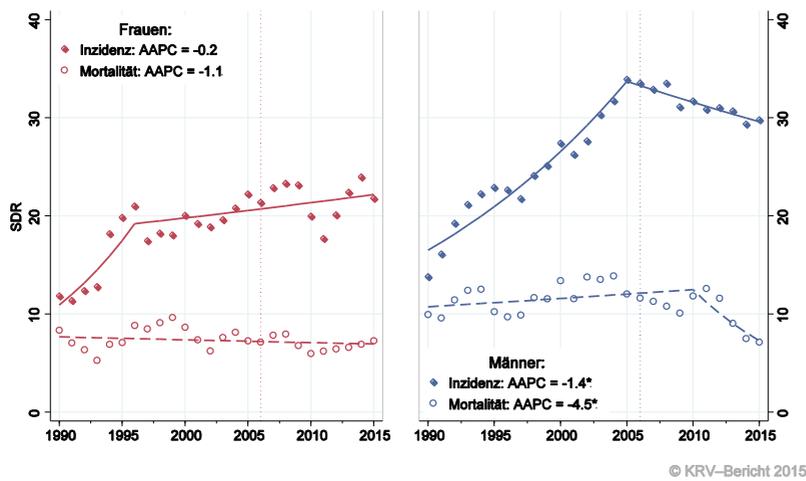


Abbildung 177: Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate *Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen*



SEGI-Gewichte, AAPC auf Basis der letzten 10 Jahre

Abbildung 178: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben *Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen* 2006–2010 versus SEER 2007

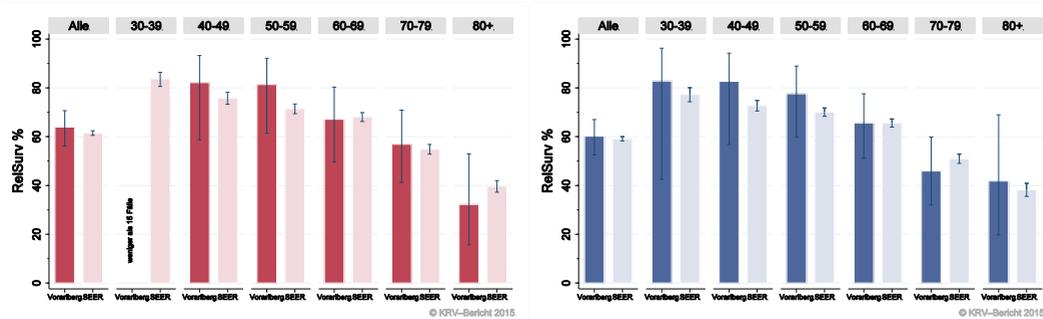
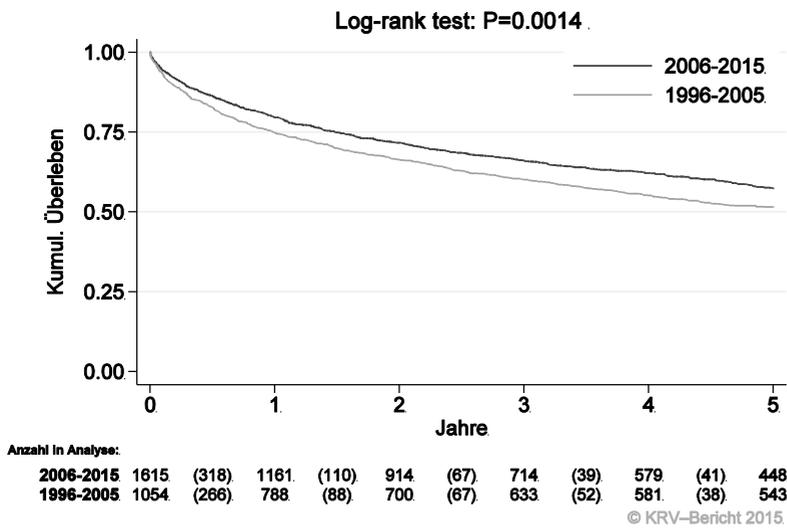
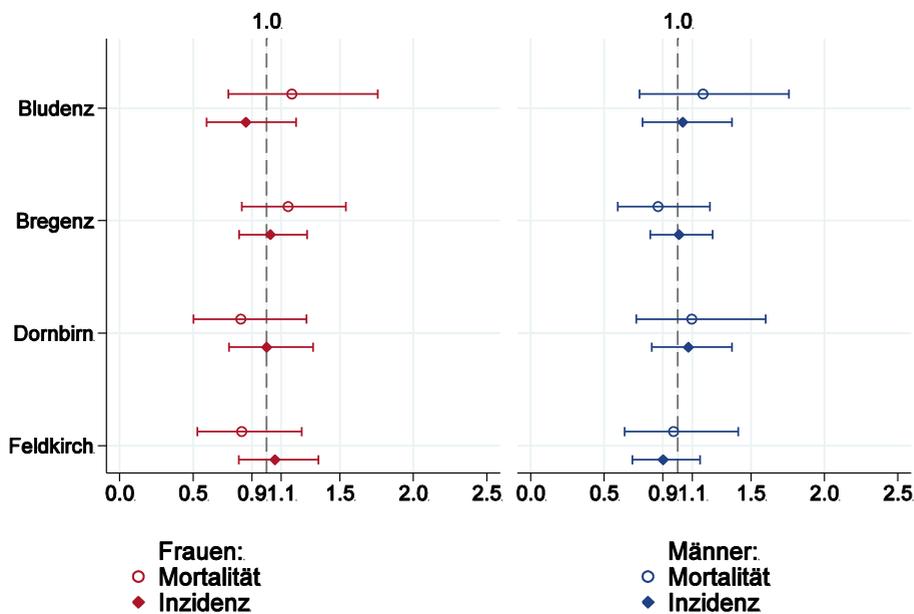


Abbildung 179: Kaplan-Meier-Kurven *Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen* aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015



Wichtiger Hinweis: Bei der Interpretation der Grafiken bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 26 berücksichtigen.

Abbildung 180: Bezirksverteilung *Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen* 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall



Zu *Bösartige Neubildungen in blutbildenden Organen* 2011–2015 liegen in der ECO-Datenbank keine Daten vor.

5 TABELLEN AUF BASIS ICD-10

Tabelle 28: Inzidenzdaten Frauen 2013–2015
(Raten werden nur dargestellt ab 5 Fällen pro Jahr)

ICD-10-Diagnose	Anzahl	CR	SDR	HIST	DCO	Rel. Surv1	Rel. Surv5
Alle bösartigen Tumore außer NMSC	795	415.8	228.7	94.9	2.0	80.9	66.0
Lippe [C00]	2						
Zungengrund [C01]	1						
Zunge [C02]	2						
Zahnfleisch [C03]	1						
Mundboden [C04]	2						
Gaumen [C05]	1						
Mund [C06]	1						
Parotis [C07]	1						
Mandeln [C09]	4						
Oropharynx [C10]	1						
Nasopharynx [C11]	1						
Ösophagus [C15]	4						
Magen [C16]	22	11.3	4.8	96.9	1.5	71.5	24.3
Dünndarm [C17]	4						
Dickdarm [C18]	53	27.6	12.9	94.9	1.3	80.2	63.9
Rektosigmoid, Überg. [C19]	4						
Rektum, Ampulla rekti [C20]	23	11.9	5.8	100	2.9	75.3	72.5
Anus, Analkanal [C21]	5	2.4	1.1	100	7.1	93.6	90.3
Leber [C22]	12	6.1	2.4	64.7	2.9	26.6	12.9
Gallenblase [C23]	3						
Gallenweg [C24]	3						
Pankreas [C25]	30	15.7	7.4	84.7	5.6	34.8	7.9
Larynx [C32]	2						
Lunge [C34]	74	38.9	21.0	94.5	2.7	60.2	17.9
Thymus [C37]	1						
Knochen [C41]	1						
Melanom [C43]	48	25.1	16.1	99.3		98.5	94.0
Haut (NMSC) [C44]	80	42.0	14.3	100	0.8	100.2	99.5
Peritoneum [C48]	1						
Weichteilgewebe [C49]	3						
Mamma [C50]	237	123.8	73.5	98.2	1.0	97.9	88.1
Vulva [C51]	7	3.8	1.9	90.9		85.5	57.6
Vagina [C52]	2						
Cervix uteri [C53]	15	7.7	5.7	97.7		95.4	75.6
Corpus uteri [C54]	36	19.0	10.7	97.2	0.9	87.7	83.1
Uterus o.n.A. [C55]	1						
Ovar [C56]	25	13.1	7.2	89.2	1.3	66.7	51.8
W. Genitalorg. o.n.A. [C57]	3						
Niere [C64]	17	8.9	4.5	95.8	5.9	91.3	79.2
Harnblase [C67]	10	5.1	1.7	96.6		77.4	59.8
Auge [C69]	1						
Gehirn [C71]	13	6.6	4.0	94.6	2.6	58.3	30.4
Nervensystem [C72]	1						
Schilddrüse [C73]	15	7.7	6.2	100		91.5	95.8
Nebenniere [C74]	1						

ICD-10-Diagnose	Anzahl	CR	SDR	HIST	DCO	Rel. Surv1	Rel. Surv5
End. Drüsen [C75]	1						
Lokalisation o.n.A. [C76]	2						
Unbek. Primärlok. [C80]	11	5.8	2.0	60.0	9.1	18.2	9.2
Mb. Hodgkin [C81]	4						
NHL follikulär [C82]	5	2.6	1.4	93.3		101.9	93.4
NHL diffus [C83]	14	7.5	3.7	97.7		85.0	57.6
T-Zell-Lymphome [C84]	4						
NHL o.n.A. [C85]	8	4.0	1.8	100	4.3	82.9	56.2
Bösart. imm. Krankh. [C88]	1						
Myelom [C90]	15	7.7	3.4	93.0	2.3	85.8	56.3
Lymph. Leukämie [C91]	9	4.9	4.2	78.6		81.2	79.7
Myel. Leukämie [C92]	9	4.9	2.6	100	3.6	55.3	17.4
Monozyt. Leukämie [C93]	1						
Leukämie o.n.A. [C95]	1						
Lymph/Häm. o.n.A. [C96]	1						
Polyc. vera [D45]	2						
MDS [D46]	8	4.2	1.3	91.7		85.2	30.7
Sonst. blutb. Organe [D47]	6	3.0	1.6	88.2		88.1	81.0

Anzahl Mittlere jährliche Anzahl
CR Rohe Bevölkerungsrate pro 100 000
SDR Altersstandardisierte Rate (Segi-Gewicht) pro 100 000
Hist Prozentsatz histologisch gesicherter Tumoren

DCO DCO-Prozentsatz (0 Prozent wird nicht angegeben)
Rel. Surv1 Relative Einjahresüberlebensrate 2012–2014
Rel. Surv5 Relative Fünfjahresüberlebensrate 2008–2010

Tabelle 29: Inzidenzdaten Männer 2013–2015
(Raten werden nur dargestellt ab 5 Fällen pro Jahr)

ICD-10-Diagnose	Anzahl	CR	SDR	Hist.	DCO	Rel. Surv1	Rel. Surv5
Alle bösartigen Tumore außer NMSC	887	476.3	277.4	95.4	1.7	77.4	64.4
Lippe [C00]	3						
Zungengrund [C01]	3						
Zunge [C02]	6	3.2	2.0	100		101.3	61.3
Zahnfleisch [C03]	2						
Mundboden [C04]	3						
Gaumen [C05]	1						
Mund [C06]	2						
Mandeln [C09]	6	3.4	2.2	100	5.3	82.9	57.3
Oropharynx [C10]	7	3.6	2.3	100		94.5	42.9
Nasopharynx [C11]	1						
Hypopharynx [C13]	4						
Pharynx [C14]	1						
Ösophagus [C15]	14	7.7	4.0	100	2.3	59.9	23.0
Magen [C16]	31	16.5	8.8	95.5	3.3	53.5	35.6
Dünndarm [C17]	5	2.5	1.4	100		94.9	97.2
Dickdarm [C18]	60	32.1	16.9	98.3	2.2	87.8	60.9
Rektosigmoid, Überg. [C19]	7	3.6	1.7	100		79.8	70.4
Rektum, Ampulla rekti [C20]	34	18.4	10.4	100	1.0	84.7	69.7
Anus, Analkanal [C21]	2						
Leber [C22]	26	14.0	7.4	78.9	2.6	46.5	11.6
Gallenblase [C23]	2						
Gallenweg [C24]	5	2.9	1.5	75.0		51.5	
Pankreas [C25]	30	16.3	8.8	77.5	2.2	31.8	6.5
Verdauungstrakt [C26]	1						
Nase [C30]	1						
Nasennebenhöhle [C31]	2						
Larynx [C32]	12	6.6	4.0	100	2.7	92.4	63.8
Lunge [C34]	119	64.1	35.7	95.2	1.7	48.0	15.2
Thymus [C37]	1						
Herz, Mediastinum [C38]	1						
Knochen, Extrem. [C40]	3						
Knochen [C41]	2						
Melanom [C43]	50	26.9	15.8	100	0.7	94.8	93.2
Haut (NMSC) [C44]	105	56.4	25.5	100	0.3	97.2	95.9
Mesotheliom [C45]	4						
Peritoneum [C48]	1						
Weichteilgewebe [C49]	9	4.8	3.2	96.3		73.6	56.2
Mamma [C50]	2						
Penis [C60]	3						
Prostata [C61]	198	106.5	61.8	98.8	1.0	98.5	95.5
Hoden [C62]	19	10.0	9.4	96.4		100.1	100.9
Niere [C64]	28	15.2	8.9	89.4		83.0	88.2
Nierenbecken [C65]	3						
Ureter [C66]	2						
Harnblase [C67]	43	23.3	11.6	100	2.3	82.3	55.6
Auge [C69]	1						
Gehirn [C71]	13	6.8	4.6	91.7	5.3	52.6	25.6
Nervensystem [C72]	1						

ICD-10-Diagnose	Anzahl	CR	SDR	Hist.	DCO	Rel. Surv1	Rel. Surv5
Schilddrüse [C73]	7	3.6	2.6	100		94.3	78.9
Nebenniere [C74]	1						
Lokalisation o.n.A. [C76]	1						
Unbek. Primärlök. [C80]	14	7.3	3.5	62.5	22.0	16.4	15.2
Mb. Hodgkin [C81]	6	3.4	3.2	100		79.3	90.4
NHL follikulär [C82]	3						
NHL diffus [C83]	16	8.6	5.0	95.8		84.7	62.0
T-Zell-Lymphome [C84]	4						
NHL o.n.A. [C85]	9	4.8	2.6	100		89.8	71.3
Bösart. imm. Krankh. [C88]	2						
Myelom [C90]	11	5.9	3.0	87.9		81.7	76.2
Lymph. Leukämie [C91]	13	7.0	5.7	84.6		96.0	91.8
Myel. Leukämie [C92]	8	4.5	2.3	88.0		62.8	39.5
Monozyt. Leukämie [C93]	1						
Polyc. vera [D45]	2						
MDS [D46]	5	2.9	1.5	87.5		72.2	14.7
Sonst. blutb. Organe [D47]	7	3.6	2.3	100		89.9	55.7

Anzahl Mittlere jährliche Anzahl

CR Rohe Bevölkerungsrate pro 100 000

SDR Altersstandardisierte Rate (Segi-Gewicht) pro 100 000

Hist Prozentsatz histologisch gesicherter Tumoren

DCO

DCO-Prozentsatz (0 Prozent wird nicht angegeben)

Rel. Surv1

Relative Einjahresüberlebensrate 2012–2014

Rel. Surv5

Relative Fünfjahresüberlebensrate 2008–2010

Tabelle 30: Inzidenzdaten Frauen und Männer 2013–2015
(Raten werden nur dargestellt ab 5 Fällen pro Jahr)

ICD-10-Diagnose	Anzahl	CR	SDR	Hist	DCO
Alle bösartigen Tumore außer NMSC	1681	445.6	250.2	95.2	1.8
Lippe [C00]	4				
Zungengrund [C01]	4				
Zunge [C02]	8	2.2	1.4	100	
Zahnfleisch [C03]	3				
Mundboden [C04]	5	1.2	0.8	100	
Gaumen [C05]	2				
Mund [C06]	3				
Parotis [C07]	2				
Mandeln [C09]	10	2.7	1.6	100	3.2
Oropharynx [C10]	8	2.0	1.3	100	
Nasopharynx [C11]	2				
Hypopharynx [C13]	5	1.2	0.7	84.6	7.1
Pharynx [C14]	1				
Ösophagus [C15]	19	4.9	2.4	100	3.6
Magen [C16]	52	13.9	6.6	96.1	2.5
Dünndarm [C17]	9	2.3	1.2	100	
Dickdarm [C18]	112	29.8	14.7	96.7	1.8
Rektosigmoid, Überg. [C19]	10	2.7	1.3	100	
Rektum, Ampulla rekti [C20]	57	15.1	8.0	100	1.8
Anus, Analkanal [C21]	6	1.7	0.8	100	5.3
Leber [C22]	38	10.0	4.8	74.5	2.7
Gallenblase [C23]	5	1.3	0.6	80.0	
Gallenweg [C24]	8	2.2	1.1	79.2	4.0
Pankreas [C25]	60	16.0	8.0	81.0	3.9
Verdauungstrakt [C26]	1				
Nase [C30]	2				
Nasennebenhöhle [C31]	2				
Larynx [C32]	14	3.7	2.2	100	4.8
Lunge [C34]	194	51.3	27.8	94.9	2.1
Thymus [C37]	2				
Herz, Mediastinum [C38]	1				
Knochen, Extrem. [C40]	3				
Knochen [C41]	4				
Melanom [C43]	98	26.0	15.6	99.7	0.3
Haut (NMSC) [C44]	185	49.1	19.1	100	0.5
Mesotheliom [C45]	4				
Peritoneum [C48]	2				
Weichteilgewebe [C49]	12	3.1	1.9	97.1	
Mamma [C50]	239	63.3	38.0	98.0	1.0
Vulva [C51]	7	3.8	1.9	90.9	
Vagina [C52]	2				
Cervix uteri [C53]	15	7.7	5.7	97.7	
Corpus uteri [C54]	36	19.0	10.7	97.2	0.9
Uterus o.n.A. [C55]	1				
Ovar [C56]	25	13.3	7.2	89.3	1.3
W. Genitalorg. o.n.A. [C57]	3				
Penis [C60]	3				
Prostata [C61]	199	106.7	61.9	98.8	1.0
Hoden [C62]	19	10.2	9.6	96.5	
Niere [C64]	45	12.0	6.6	91.7	2.2

ICD-10-Diagnose	Anzahl	CR	SDR	Hist	DCO
Nierenbecken [C65]	3				
Ureter [C66]	2				
Harnblase [C67]	53	14.0	6.3	99.4	1.9
Harnorgane o.n.A. [C68]	1				
Auge [C69]	2				
Meningen [C70]	1				
Gehirn [C71]	25	6.7	4.3	93.2	3.9
Nervensystem [C72]	1				
Schilddrüse [C73]	21	5.7	4.4	100	
Nebenniere [C74]	1				
End. Drüsen [C75]	1				
Lokalisation o.n.A. [C76]	2				
Zweimal. o.n.A. [C79]	1				
Unbek. Primärlok. [C80]	25	6.5	2.7	61.3	16.2
Mb. Hodgkin [C81]	10	2.7	2.6	100	
NHL follikulär [C82]	8	2.2	1.3	96.0	
NHL diffus [C83]	30	8.0	4.3	96.7	
T-Zell-Lymphome [C84]	8	2.1	1.1	100	
NHL o.n.A. [C85]	17	4.4	2.2	100	2.0
Bösart. imm. Krankh. [C88]	3				
Myelom [C90]	26	6.8	3.2	90.8	1.3
Lymph. Leukämie [C91]	22	5.9	4.9	82.1	
Myel. Leukämie [C92]	18	4.7	2.4	94.2	1.9
Monozyt. Leukämie [C93]	2				
Leukämie o.n.A. [C95]	1				
Lymph/Häm. o.n.A. [C96]	1				
Polyc. vera [D45]	4				
MDS [D46]	13	3.5	1.4	90.0	
Sonst. blutb. Organe [D47]	12	3.3	1.9	94.6	

Anzahl Mittlere jährliche Anzahl

CR Rohe Bevölkerungsrate pro 100 000

SDR Altersstandardisierte Rate (Segi-Gewicht) pro 100 000

Hist Prozentsatz histologisch gesicherter Tumoren

DCO DCO-Prozentsatz (0 Prozent wird nicht angegeben)

Tabelle 31: Mortalitätsdaten Frauen und Männer 2013–2015
(Raten werden nur dargestellt ab 5 Fällen pro Jahr)

ICD-10-Diagnose	Frauen			Männer			Beide		
	Anzahl	CR	SDR	Anzahl	CR	SDR	Anzahl	CR	SDR
Alle bösartigen Tumore außer NMSC	360	188.2	76.4	403	216.7	107.5	763	202.2	89.6
Lippe [C00]									
Zungengrund [C01]				2			2		
Zunge [C02]	1						1		
Zahnfleisch [C03]				1			1		
Mundboden [C04]				1			1		
Gaumen [C05]									
Mund [C06]									
Parotis [C07]									
Mandeln [C09]	1			3			3		
Oropharynx [C10]				2			2		
Hypopharynx [C13]				1			1		
Pharynx [C14]									
Ösophagus [C15]	5	2.4	1.1	12	6.3	3.2	16	4.3	2.0
Magen [C16]	11	5.6	2.0	20	10.7	5.2	31	8.1	3.4
Dünndarm [C17]	1			1			1		
Dickdarm [C18]	24	12.6	4.1	26	13.8	6.8	50	13.2	5.4
Rektosigmoid, Überg.	2			1			3		
Rektum, Ampulla rekti [C20]	10	5.4	1.9	13	7.0	3.7	23	6.2	2.7
Anus, Analkanal [C21]	1						1		
Leber [C22]	12	6.5	2.2	22	11.6	5.8	34	9.0	3.9
Gallenblase [C23]	4			1			5	1.2	0.5
Gallenweg [C24]	2			2			4		
Pankreas [C25]	27	14.0	5.4	26	14.0	7.3	53	14.0	6.2
Verdauungstrakt [C26]	1			1			3		
Nasennebenhöhle [C31]	1						1		
Larynx [C32]	1			4			5	1.3	0.7
Lunge [C34]	55	28.8	13.8	100	53.7	28.1	155	41.1	20.3
Herz, Mediastinum [C38]	1			1			1		
Knochen, Extrem. [C40]							1		
Knochen [C41]	1						1		
Melanom [C43]	4			8	4.5	2.3	12	3.3	1.5
Haut (NMSC) [C44]	2			2			4		
Mesotheliom [C45]				4			4		
Peritoneum [C48]	1						1		
Weichteilgewebe [C49]	2			4			6	1.5	0.8
Mamma [C50]	66	34.5	14.9	1			67	17.8	8.2
Vulva [C51]	3						3		
Vagina [C52]	1						1		
Cervix uteri [C53]	4						4		
Corpus uteri [C54]	4						4		
Uterus o.n.A. [C55]	5	2.4	0.9				5	2.4	0.9
Ovar [C56]	17	9.1	3.9				18	9.2	4.0
W. Genitalorg. o.n.A. [C57]	2						2		
Penis [C60]									
Prostata [C61]				43	23.3	9.7	43	23.3	9.7
Hoden [C62]									
Niere [C64]	7	3.5	1.3	8	4.3	2.0	15	3.9	1.5
Nierenbecken [C65]	1						1		

ICD-10-Diagnose	Frauen			Männer			Beide		
	Anzahl	CR	SDR	Anzahl	CR	SDR	Anzahl	CR	SDR
Ureter [C66]									
Harnblase [C67]	3			13	7.2	3.0	16	4.2	1.5
Harnorgane o.n.A. [C68]	4			7	3.6	1.6	11	2.8	1.0
Auge [C69]	1						1		
Meningen [C70]	1						1		
Gehirn [C71]	10	5.4	3.0	9	5.0	3.4	20	5.2	3.2
Schilddrüse [C73]	3			1			3		
Nebenniere [C74]	1						1		
Lokalisation o.n.A. [C76]	2						2		
Sek. u. nnb Lymphknoten [C77]				1			1		
Zweitmal. o.n.A. [C79]	1			2			2		
Unbek. Primärlök. [C80]	11	5.8	2.2	14	7.3	3.1	25	6.5	2.5
Mb. Hodgkin [C81]				1			1		
NHL follikulär [C82]	1						1		
NHL diffus [C83]	2			4			6	1.6	0.9
T-Zell-Lymphome [C84]	2			2			3		
NHL o.n.A. [C85]	6	3.0	1.0	6	3.4	1.5	12	3.2	1.2
Bösart. imm. Krankh. [C88]									
Myelom [C90]	10	5.4	1.8	6	3.2	1.4	16	4.3	1.6
Lymph. Leukämie [C91]	3			3			6	1.6	0.7
Myel. Leukämie [C92]	7	3.8	1.5	5	2.7	1.1	12	3.3	1.3
Leukämie o.n.A. [C95]	2			1			3		
MDS [D46]	1			2			3		
Sonst. blutb. Organe [D47]	1						1		

Anzahl Mittlere jährliche Anzahl

CR Rohe Bevölkerungsrate pro 100 000

SDR Altersstandardisierte Rate (Segi-Gewicht) pro 100 000

6 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Demografische Fakten: Bevölkerungsdaten Frauen 1991	19
Tabelle 2:	Demografische Fakten: Bevölkerungsdaten Frauen 2011	20
Tabelle 3:	Demografische Fakten: Bevölkerungsdaten Männer 1991	20
Tabelle 4:	Demografische Fakten: Bevölkerungsdaten Männer 2011	20
Tabelle 5:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Alle Karzinome außer NMSC</i>	29
Tabelle 6:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Karzinom im Kopf-Hals-Bereich</i> außer Larynxkarzinom ..	35
Tabelle 7:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Larynxkarzinom</i>	39
Tabelle 8:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Ösophaguskarzinom</i>	44
Tabelle 9:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Magenkarzinom</i>	49
Tabelle 10:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Kolorektales Karzinom</i>	55
Tabelle 11:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Leberkarzinom</i>	61
Tabelle 12:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Pankreaskarzinom</i>	66
Tabelle 13:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Lungenkarzinom</i>	71
Tabelle 14:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Melanom invasiv</i>	77
Tabelle 15:	Inzidenzdaten <i>Melanom in situ</i>	78
Tabelle 16:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Mammakarzinom</i>	83
Tabelle 17:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Zervixkarzinom</i>	88
Tabelle 18:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Korpuskarzinom</i>	93
Tabelle 19:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>invasives Ovarialkarzinom</i>	97
Tabelle 20:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Prostatakarzinom</i>	102
Tabelle 21:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Hodenkarzinom</i>	106
Tabelle 22:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Nierenkarzinom</i>	111
Tabelle 23:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Harnblasenkarzinom invasiv</i>	117
Tabelle 24:	Inzidenzdaten <i>Harnblasenkarzinom in situ</i>	118
Tabelle 25:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Schilddrüsenkarzinom</i>	123
Tabelle 26:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Bösartige Neubildung Hirn und Nerven</i>	128
Tabelle 27:	Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten <i>Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen</i>	133
Tabelle 28:	Inzidenzdaten Frauen 2013–2015 (Raten werden nur dargestellt ab 5 Fällen pro Jahr)	137
Tabelle 29:	Inzidenzdaten Männer 2013–2015 (Raten werden nur dargestellt ab 5 Fällen pro Jahr)	139
Tabelle 30:	Inzidenzdaten Frauen und Männer 2013–2015 (Raten werden nur dargestellt ab 5 Fällen pro Jahr)	141
Tabelle 31:	Mortalitätsdaten Frauen und Männer 2013–2015 (Raten werden nur dargestellt ab 5 Fällen pro Jahr)	143

7 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Demografische Fakten: Bevölkerungsentwicklung Frauen 1990-2015.....	21
Abbildung 2:	Demografische Fakten: Bevölkerungsentwicklung Männer 1990-2015	21
Abbildung 3:	Altersstruktur der Vorarlberger Bevölkerung des Jahres 2015.....	23
Abbildung 4:	Zehn häufigste Tumorlokalisationen in Vorarlberg 2011–2015	27
Abbildung 5:	Geschlechtsverteilung Alle Karzinome außer NMSC 2011–2015	30
Abbildung 6:	Altersverteilung Alle Karzinome außer NMSC 2011–2015	30
Abbildung 7:	Altersspezifische Rate Alle Karzinome außer NMSC 2011–2015 versus 2006–2010.....	30
Abbildung 8:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Alle Karzinome außer NMSC	31
Abbildung 9:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Alle Karzinome außer NMSC 2006–2010 versus SEER 2007	31
Abbildung 10:	Kaplan-Meier-Kurven Alle Karzinome außer NMSC aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015	32
Abbildung 11:	Bezirksverteilung Alle Karzinome außer NMSC 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	32
Abbildung 12:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Alle Karzinome außer NMSC Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	33
Abbildung 13:	Geschlechtsverteilung Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom 2011–2015	35
Abbildung 14:	Altersverteilung Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom 2011–2015	36
Abbildung 15:	Altersspezifische Rate Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	36
Abbildung 16:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom	36
Abbildung 17:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007	37
Abbildung 18:	Kaplan-Meier-Kurven im Kopf-Hals-Bereich außer Larynxkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015	37
Abbildung 19:	Bezirksverteilung Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	38
Abbildung 20:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Karzinom im Kopf-Halsbereich außer Larynxkarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	38
Abbildung 21:	Altersverteilung Larynxkarzinom 2011–2015	40
Abbildung 22:	Altersspezifische Rate Larynxkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	40
Abbildung 23:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Larynxkarzinom	40
Abbildung 24:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Larynxkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007.....	41
Abbildung 25:	Kaplan-Meier-Kurven Larynxkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015	42
Abbildung 26:	Bezirksverteilung Larynxkarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	42
Abbildung 27:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Larynxkarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	43
Abbildung 28:	Geschlechtsverteilung Ösophaguskarzinom 2011–2015	45
Abbildung 29:	Altersverteilung Ösophaguskarzinom 2011–2015	45
Abbildung 30:	Altersspezifische Rate Ösophaguskarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	45
Abbildung 31:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Ösophaguskarzinom	46

Abbildung 32:	Histologieverteilung Ösophaguskarzinom 2006–2015	46
Abbildung 33:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Ösophaguskarzinom 2006–2010 versus SEER 2007..	46
Abbildung 34:	Kaplan-Meier-Kurven Ösophaguskarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015	47
Abbildung 35:	Bezirksverteilung Ösophaguskarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall.....	47
Abbildung 36:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Ösophaguskarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	48
Abbildung 37:	Geschlechtsverteilung Magenkarzinom 2011–2015.....	50
Abbildung 38:	Altersverteilung Magenkarzinom 2011–2015	50
Abbildung 39:	Altersspezifische Rate Magenkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010.....	50
Abbildung 40:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Magenkarzinom.....	51
Abbildung 41:	Histologieverteilung Magenkarzinom 2006–2015	51
Abbildung 42:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Magenkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007	51
Abbildung 43:	Kaplan-Meier-Kurven Magenkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015	52
Abbildung 44:	Bezirksverteilung Magenkarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	52
Abbildung 45:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Magenkarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	53
Abbildung 46:	Geschlechtsverteilung Kolorektales Karzinom 2011–2015.....	56
Abbildung 47:	Altersverteilung Kolorektales Karzinom 2011–2015.....	56
Abbildung 48:	Altersspezifische Rate Kolorektales Karzinom 2011–2015 versus 2006–2010.....	56
Abbildung 49:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Kolorektales Karzinom.....	57
Abbildung 50:	Histologieverteilung Kolorektales Karzinom 2006–2015	57
Abbildung 51:	Stadienverteilung Kolorektales Karzinom 2011–2015 versus 2006–2010.....	57
Abbildung 52:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Kolorektales Karzinom 2006–2010 versus SEER 2007/58	
Abbildung 53:	Kaplan-Meier-Kurven Kolorektales Karzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015	58
Abbildung 54:	Bezirksverteilung Kolorektales Karzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall ...	59
Abbildung 55:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Kolorektales Karzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	59
Abbildung 56:	Geschlechtsverteilung Leberkarzinom 2011–2015.....	61
Abbildung 57:	Altersverteilung Leberkarzinom 2011–2015.....	62
Abbildung 58:	Altersspezifische Rate Leberkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	62
Abbildung 59:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Leberkarzinom.....	62
Abbildung 60:	Histologieverteilung Leberkarzinom 2006–2015	63
Abbildung 61:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Leberkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007	63
Abbildung 62:	Kaplan-Meier-Kurven Leberkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015	63
Abbildung 63:	Bezirksverteilung Leberkarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	64
Abbildung 64:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Leberkarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	64
Abbildung 65:	Geschlechtsverteilung Pankreaskarzinom 2011–2015	66
Abbildung 66:	Altersverteilung Pankreaskarzinom 2011–2015	67
Abbildung 67:	Altersspezifische Rate Pankreaskarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	67

Abbildung 68:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Pankreaskarzinom	67
Abbildung 69:	Histologieverteilung Pankreaskarzinom 2006–2015	68
Abbildung 70:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Pankreaskarzinom 2006–2010 versus SEER 2007	68
Abbildung 71:	Kaplan-Meier-Kurven Pankreaskarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015	68
Abbildung 72:	Bezirksverteilung Pankreaskarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	69
Abbildung 73:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Pankreaskarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	69
Abbildung 74:	Geschlechtsverteilung Lungenkarzinom 2011–2015	71
Abbildung 75:	Altersverteilung Lungenkarzinom 2011–2015	72
Abbildung 76:	Altersspezifische Rate Lungenkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	72
Abbildung 77:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Lungenkarzinom	72
Abbildung 78:	Histologieverteilung Lungenkarzinom 2006–2015	73
Abbildung 79:	Stadienverteilung Lungenkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	73
Abbildung 80:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Lungenkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007	73
Abbildung 81:	Kaplan-Meier-Kurven Lungenkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015	74
Abbildung 82:	Bezirksverteilung Lungenkarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	74
Abbildung 83:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Lungenkarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	75
Abbildung 84:	Geschlechtsverteilung invasives Melanom 2011–2015	78
Abbildung 85:	Altersverteilung invasives Melanom 2011–2015	78
Abbildung 86:	Altersspezifische Rate invasives Melanom 2011–2015 versus 2006–2010	79
Abbildung 87:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate invasives Melanom	79
Abbildung 88:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben invasives Melanom 2006–2010 versus SEER 2007 ...	79
Abbildung 89:	Kaplan-Meier-Kurven invasives Melanom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015	80
Abbildung 90:	Bezirksverteilung invasives Melanom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	80
Abbildung 91:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate invasives Melanom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	81
Abbildung 92:	Altersverteilung invasives Mammakarzinom 2011–2015	83
Abbildung 93:	Altersspezifische Rate invasives Mammakarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	84
Abbildung 94:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate invasives Mammakarzinom	84
Abbildung 95:	Histologieverteilung invasives Mammakarzinom 2006–2015	84
Abbildung 96:	Stadienverteilung invasives Mammakarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	85
Abbildung 97:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben invasives Mammakarzinom 2006–2010 versus SEER 2007	85
Abbildung 98:	Kaplan-Meier-Kurven Mammakarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015	85
Abbildung 99:	Bezirksverteilung invasives Mammakarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	86
Abbildung 100:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate invasives Mammakarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	86
Abbildung 101:	Altersverteilung invasives Zervixkarzinom 2011–2015	88
Abbildung 102:	Altersspezifische Rate invasives Zervixkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	89
Abbildung 103:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate invasives Zervixkarzinom	89

Abbildung 104:	Histologieverteilung invasives Zervixkarzinom 2006–2015	89
Abbildung 105:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben invasives Zervixkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007	90
Abbildung 106:	Kaplan-Meier-Kurven invasives Zervixkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015	90
Abbildung 107:	Bezirksverteilung invasives Zervixkarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	91
Abbildung 108:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate invasives Zervixkarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	91
Abbildung 109:	Altersverteilung Korpuskarzinom 2011–2015	94
Abbildung 110:	Altersspezifische Rate Korpuskarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	94
Abbildung 111:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Korpuskarzinom	94
Abbildung 112:	Histologieverteilung Korpuskarzinom 2006–2015	95
Abbildung 113:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Korpuskarzinom 2006–2010 versus SEER 2007	95
Abbildung 114:	Kaplan-Meier-Kurven Korpuskarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015	95
Abbildung 115:	Bezirksverteilung Korpuskarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	96
Abbildung 116:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Korpuskarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	96
Abbildung 117:	Altersverteilung invasives Ovarialkarzinom 2011–2015	98
Abbildung 118:	Altersspezifische Rate invasives Ovarialkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	98
Abbildung 119:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate invasives Ovarialkarzinom	98
Abbildung 120:	Histologieverteilung invasives Ovarialkarzinom 2006–2015	99
Abbildung 121:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben invasives Ovarialkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007	99
Abbildung 122:	Kaplan-Meier-Kurven Ovarialkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015	99
Abbildung 123:	Bezirksverteilung invasives Ovarialkarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	100
Abbildung 124:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate invasives Ovarialkarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	100
Abbildung 125:	Altersverteilung Prostatakarzinom 2011–2015	103
Abbildung 126:	Altersspezifische Rate Prostatakarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	103
Abbildung 127:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Prostatakarzinom	103
Abbildung 128:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Prostatakarzinom 2006–2010 versus SEER 2007	104
Abbildung 129:	Kaplan-Meier-Kurven Prostatakarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015	104
Abbildung 130:	Bezirksverteilung Prostatakarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	105
Abbildung 131:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Prostatakarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	105
Abbildung 132:	Altersverteilung Hodenkarzinom 2011–2015	107
Abbildung 133:	Altersspezifische Rate Hodenkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	107
Abbildung 134:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Hodenkarzinom	107
Abbildung 135:	Histologieverteilung Hodenkarzinom 2006–2015	108
Abbildung 136:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Hodenkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007	108
Abbildung 137:	Kaplan-Meier-Kurven Hodenkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015	108
Abbildung 138:	Bezirksverteilung Hodenkarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	109

Abbildung 139:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Hodenkarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	109
Abbildung 140:	Geschlechtsverteilung Nierenkarzinom 2011–2015	111
Abbildung 141:	Altersverteilung Nierenkarzinom 2011–2015	112
Abbildung 142:	Altersspezifische Rate Nierenkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	112
Abbildung 143:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Nierenkarzinom	112
Abbildung 144:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Nierenkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007	113
Abbildung 145:	Kaplan-Meier-Kurven Nierenkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015	114
Abbildung 146:	Bezirksverteilung Nierenkarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall.....	114
Abbildung 147:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Nierenkarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	115
Abbildung 148:	Geschlechtsverteilung invasives Harnblasenkarzinom 2011–2015	118
Abbildung 149:	Altersverteilung invasives Harnblasenkarzinom 2011–2015	118
Abbildung 150:	Altersspezifische Rate invasives Harnblasenkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	119
Abbildung 151:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate invasives Harnblasenkarzinom	119
Abbildung 152:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben invasives Harnblasenkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007	119
Abbildung 153:	Kaplan-Meier-Kurven Harnblasenkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahre 2006–2010 und 2011–2015	120
Abbildung 154:	Bezirksverteilung invasives Harnblasenkarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	120
Abbildung 155:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate invasives Harnblasenkarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	121
Abbildung 156:	Geschlechtsverteilung Schilddrüsenkarzinom 2011–2015	123
Abbildung 157:	Altersverteilung Schilddrüsenkarzinom 2011–2015	124
Abbildung 158:	Altersspezifische Rate Schilddrüsenkarzinom 2011–2015 versus 2006–2010	124
Abbildung 159:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Schilddrüsenkarzinom	124
Abbildung 160:	Histologieverteilung Schilddrüsenkarzinom 2006–2015	125
Abbildung 161:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Schilddrüsenkarzinom 2006–2010 versus SEER 2007.....	125
Abbildung 162:	Kaplan-Meier-Kurven Schilddrüsenkarzinom aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015	125
Abbildung 163:	Bezirksverteilung Schilddrüsenkarzinom 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall ..	126
Abbildung 164:	EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate invasives Schilddrüsenkarzinom Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	126
Abbildung 165:	Geschlechtsverteilung Hirn und Nerven 2011–2015	128
Abbildung 166:	Altersverteilung Hirn und Nerven 2011–2015	129
Abbildung 167:	Altersspezifische Rate Hirn und Nerven 2011–2015 versus 2006–2010	129
Abbildung 168:	Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Hirn und Nerven	129
Abbildung 169:	Histologieverteilung Hirn und Nerven 2006–2015	130
Abbildung 170:	Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Hirn und Nerven 2006–2010 versus SEER 2007.....	130
Abbildung 171:	Kaplan-Meier-Kurven Hirn und Nerven aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015	130
Abbildung 172:	Bezirksverteilung Hirn und Nerven 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall.....	131



Abbildung 173: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate Hirn und Nerven Vorarlberg 2011–2015 versus ECO 2012	131
Abbildung 174: Geschlechtsverteilung Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen 2011–2015.....	133
Abbildung 175: Altersverteilung Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen 2011–2015.....	134
Abbildung 176: Altersspezifische Rate Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen 2011–2015 versus 2006–2010	134
Abbildung 177: Zeitliche Entwicklung altersstandardisierte Rate Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen	134
Abbildung 178: Vergleich relatives Fünfjahresüberleben Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen 2006–2010 versus SEER 2007	135
Abbildung 179: Kaplan-Meier-Kurven Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen aufgeschlüsselt nach Diagnosejahren 2006–2010 und 2011–2015	136
Abbildung 180: Bezirksverteilung Bösartige Neubildung in blutbildenden Organen 2011–2015, SIR/SMR mit 99%-Konfidenzintervall	136

8 LITERATURVERZEICHNIS

- 1 Oberaigner W, Mühlböck H, Harrasser L. Tumorregister Tirol Bericht für das Diagnosejahr 2015. Innsbruck: IET-Bericht; 2017.
- 2 Oberaigner W, Geiger-Gritsch S. Prediction of cancer incidence in Tyrol/Austria for year of diagnosis 2020. Wien Klin Wochenschr. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2014 Oct;126(19-20):642-9.
- 3 Oberaigner W, Concin H, Mathis G. (Hrsg.) Krebsregisterbericht Voarlberg 1981-1997. aks Report Band 2; 2003.
- 4 Wittekind C, Meyer H. TNM Klassifikation maligner Tumoren 7. Auflage. Weinheim: Wiley-Blackwell; 2010.
- 5 Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program (www.seer.cancer.gov) SEER*Stat Database: Incidence - SEER 18 Regs Research Data + Hurricane Katrina Impacted Louisiana Cases, Nov 2016 Sub (2000-2014) <Katrina/Rita Population Adjustment> - Linked To County Attributes - Total U.S., 1969-2015 Counties, National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Surveillance Systems Branch, released April 2017, based on the November 2016 submission. (last accessed on 19.10.2017). www.seer.cancer.gov. 2016.
- 6 De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE-5-a population-based study. Lancet Oncol. 2014;15(1):23-34.

ANHANG A1: FACHBEZEICHNUNG DER TUMORENTITÄT / LOKALISATION

ALL: Akute lymphatische Leukämie

AML: Akute myeloische Leukämie

CIN III: Zervikale intraepitheliale Neoplasie Grad III

CLL: Chronische lymphatische Leukämie

CML: Chronische myeloische Leukämie

CMPE: Chronische myeloproliferative Erkrankungen

Kolorektum: Dick- und Mastdarm

Korpus: Gebärmutterkörper

MDS: Myelodysplastische Syndrome

NHL: Non-Hodgkin-Lymphome

NMSC: Tumore der Haut mit Ausnahme der Melanome (Non **M**elanoma **S**kin **C**ancer)

Ösophagus: Speiseröhre

Ovar: Eierstock

Pankreas: Bauchspeicheldrüse

Zervix: Gebärmutterhals

ANHANG A2: FORMELN

Im folgenden Abschnitt werden die im Bericht verwendeten epidemiologischen Kennzahlen definiert.

Formeln	Interpretation
Anz	Anzahl der verstorbenen bzw. inzidenten Tumorfälle
Anz_j	Anzahl der verstorbenen bzw. inzidenten Tumorfälle in der Altersklasse j
Bev	Wohnbevölkerung
Bev_j	Wohnbevölkerung Vorarlbergs in der entsprechenden Altersklasse j
$CR = \frac{Anz}{Bev} \times 100.000$	Rohe Rate (Crude Rate)
$AR_j = \frac{Anz_j}{Bev_j} \times 100.000$	Altersspezifische Rate in der jeweiligen Altersklasse j
$SDR = \sum_{j=1}^{18} SEGI_j \times \frac{Anz_j}{Bev_j} \times 100.000$	Altersstandardisierte Inzidenzrate (direkte Standardisierung) mit SEGI-Gewichten
$SMR^{Bezirk} \approx SIR^{Bezirk} = \frac{Anz^{Bezirk}}{\sum_{j=1}^{18} \frac{Anz_j^{Tirol}}{Bev_j^{Tirol}} \times Bev_j^{Bezirk}}$	Standardisierte Mortalitätsratio bzw. standardisierte Inzidenzrate (oft auch bezeichnet als indirekt standardisierte Rate)
$CUM_{79} = 100 \times (1 - e^{-CUR_{79}/100})$ mit $CUR_{79} = \sum_{j=1}^{16} 5 \times AR_j$	Cumulatives Risiko für eine Person, bis zum Alter 79 an Diagnose zu erkranken bzw. zu versterben

ANHANG A3: GLOSSAR, ABKÜRZUNGEN

AAPC: Average annual percent change

aks: Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin

Altersspezifische Rate: Anzahl der verstorbenen bzw. inzidenten Tumorfälle dividiert durch die Bevölkerungszahl in einer Altersklasse pro 100 000

Altersstandardisierte Rate, SDR: Direkt alterstandardisierte, bevölkerungsbezogene Rate pro 100 000 unter Verwendung der SEGI-Gewichte (siehe Formeln)

Anz: Anzahl der verstorbenen bzw. inzidenten Tumorfälle

CR: Bevölkerungsbezogene Rate (nicht altersstandardisiert) pro 100 000 (**Crude Rate**), siehe Formeln

Cum₇₉: Individuelles Risiko für eine Person, bis zum Alter 79 am entsprechenden Tumor zu erkranken bzw. zu versterben, siehe Formeln

DCO: Anteil derjenigen Tumorfälle, für die nur ein Totenschein vorliegt, aber keine klinische Meldung (**Death Certificate Only**)

ENCR: European Network of Cancer Registries

EUCAN: Programm der ENCR mit Statistiken über Tumorinzidenz, -mortalität und -prävalenz für die EU-Länder

ECO : European Cancer Observatory, Programm der IARC mit Statistiken zu deskriptiver Epidemiologie

Geschlechtsverteilung: Aufteilung der Tumorfälle auf Frauen und Männer in Prozent

Histologisch gesichert: Anteil der histologisch/zytologisch gesicherten Tumoren an allen Tumoren

IARC: International Agency for Research on Cancer mit Sitz in Lyon (WHO-Organisation)

ICD-O: Internationale Klassifikation für Tumorerkrankungen, derzeit aktuell: 3. Revision (**International Classification of Diseases for Oncology**)

Inzidenz: Neudiagnostizierte Fälle

KI, Konfidenzintervall: das 95% Konfidenzintervall gibt den Bereich eines Schätzers an, in dem der wahre Wert mit 95%iger Wahrscheinlichkeit liegt

Larynxkarzinom: Kehlkopfkarzinom, Kehlkopfkrebs

Mamma: Brust

Melanom: schwarzer Hautkrebs

Mortalität: Todesfälle

Prävalenz: Anzahl lebender Patientinnen und Patienten an einem Stichtag

Prostata: Vorsteherdrüse

Relatives Einjahres- bzw. Fünfjahresüberleben: Relatives Überleben zum Zeitpunkt ein bzw. fünf Jahre nach der Diagnosestellung, siehe RelSurv

Relatives Überleben, RelSurv: Relative Überlebensraten errechnen sich aus dem Verhältnis zwischen beobachtetem Überleben in einer Diagnosegruppe und erwartetem Überleben in der Vorarlberger Bevölkerung

RMI: Verhältnis Mortalität zu Inzidenz (**Ratio Mortality/Incidence**)

SEER: Autorisierte Informationsquelle zu Krebsinzidenz und Überleben in den USA (**Surveillance, Epidemiology, and End Results**)



SMR bzw. SIR: Standardisiertes **M**ortalitäts- bzw. **I**nzidenz-**R**atio für Bezirke (Standard definiert durch Gesamtvorarlberg), siehe Formeln

ANHANG A4: VERZEICHNIS DER LÄNDERABKÜRZUNGEN

A	Österreich
B	Belgien
CH	Schweiz
D	Deutschland
DK	Dänemark
E	Spanien
EU	Europäische Union
F	Frankreich
FIN	Finnland
GB	Großbritannien
I	Italien
IRL	Irland
NL	Niederlande
P	Portugal
S	Schweden
SLO	Slowenien