

ZUSAMMENFASSUNG DES BERICHTS ZUM KREBSGESCHEHEN IN DEUTSCHLAND 2016

KAPITEL 1: EINLEITUNG

Der „Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016“ des Zentrums für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut stellt der Öffentlichkeit Informationen und Auswertungen über Krebserkrankungen zur Verfügung. Der Bericht beleuchtet dabei vielfältige Aspekte einer Erkrankung, die in einer älter werdenden Bevölkerung eine große Bedeutung hat.

Ein Schwerpunkt ist die Analyse der Daten der **epidemiologischen Krebsregister**. Seit 2009 erfassen die epidemiologischen Krebsregister in allen Bundesländern flächendeckend Neuerkrankungen an Krebs und übermitteln ihre Daten jährlich an das Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut. Diese Daten erlauben Einblicke in die bundesweite Krankheitslast, die Beschreibung zeitlicher Veränderungen von Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit, detaillierte Analysen von Überlebensraten sowie die Einordnung dieser Ergebnisse im internationalen Vergleich. Im vorliegenden Bericht werden darüber hinaus erstmals auch viele Informationen aus verschiedenen Datenquellen und zu verschiedenen Aspekten des Krebsgeschehens zusammengeführt. So wird der Leser über die Ziele des Nationalen Krebsplans ebenso informiert wie über die Möglichkeiten der Krebsprävention und Krebsfrüherkennung. Weitere Kapitel widmen sich den Maßnahmen zur Sicherung einer evidenzbasierten, qualitätsgesicherten und gleichzeitig an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierten Versorgung Krebskranker. Der Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland soll künftig alle fünf Jahre erscheinen.

KAPITEL 2: EPIDEMIOLOGIE

Langfristige Entwicklungen der Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit an Krebs

Seit 1970 hat sich die Zahl von **Krebsneuerkrankungen** in Deutschland nahezu verdoppelt. Etwa 482.500 Menschen erkrankten im Jahr 2013 an Krebs, wobei die häufigen, aber nur sehr selten lebensbedrohlich verlaufenden nicht-melanotischen Hautkrebserkrankungen nicht mit eingerechnet sind. Wesentliche Ursache für die Zunahme ist die demographische Alterung: Für fast alle Krebsarten steigt das Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Lebensalter, so dass in einer älter werdenden Bevölkerung mehr Krebsfälle auftreten. Lange Zeit stieg in Deutschland – wie in den meisten anderen Industrienationen – auch die so genannte **altersstandardisierte Erkrankungsrate**, die die durch demografische Entwicklungen bedingten Veränderungen herausrechnet. In den letzten Jahren ist jedoch eine Trendwende zu beobachten: Seit etwa 2008 gehen diese Raten insgesamt erstmals leicht zurück.

Dieser Trend ist jedoch nicht bei allen Krebsarten zu beobachten. Daher kommen als Ursache für diesen Rückgang sehr viele Faktoren in Frage: So spielt beim **Prostatakrebs** wahrscheinlich eine kritischere Bewertung und damit aktuell geringere Inanspruchnahme des PSA-Tests zur Früherkennung eine Rolle, was kurzfristig zu einem Rückgang der diagnostizierten Neuerkrankungen führt.

Zumindest bei Männern wirkt sich der kontinuierliche Rückgang der Raucheranteile positiv aus – vor allem beim **Lungenkrebs**, der in 9 von 10 Fällen auf das Rauchen zurückzuführen ist. Dass auch Frauen und vor allem Jugendliche in den letzten 10 bis 15 Jahren weniger rauchen, schlägt sich aufgrund der langen Zeit, die zwischen Beginn des Rauchens und Auftreten des Tumors meist vergeht, noch nicht in der Krebsstatistik nieder. Bei Frauen steigen die Lungenkrebsraten nach wie vor an.

Neben dem Lungenkrebs (bei Männern) sind vor allem die **Krebserkrankungen des Magens und des Darms** rückläufig. Langfristig ist auch ein starker Rückgang beim **Gebärmutterhalskrebs** zu beobachten.

Weiterhin steigend sind dagegen die Erkrankungsraten beim **Bauchspeicheldrüsenkrebs** und bei den bösartigen Tumoren der **Leber**. Da sich hier die Behandlungsergebnisse in den letzten Jahrzehnten nicht entscheidend verbessert haben – immer noch führen die meisten dieser Erkrankungen zum Tode – steigt für diese beiden Krebsarten auch die Sterblichkeit nach wie vor an.

Für fast alle der übrigen häufigeren Krebserkrankungen, und damit auch für Krebs insgesamt, sind die **altersstandardisierten Sterberaten** vor allem seit Anfang der 1990er Jahre in Deutschland deutlich gesunken. Die Entwicklung entspricht im letzten Jahrzehnt derjenigen in den meisten EU-Mitgliedstaaten.

Die Erfolge bei der Krebsbekämpfung haben damit inzwischen auch zum **Anstieg der Lebenserwartung** beitragen: Absolut gesehen versterben heute zwar etwas mehr Menschen an Krebs als 1980 (2014 waren es etwa 224.000, im Vergleich zu 193.000 im Jahr 1980). Diese Menschen werden jedoch heute im Mittel 74 Jahre alt, vier Jahre älter als noch vor 35 Jahren.

Effekte gesetzlicher Früherkennungsmaßnahmen

Derzeit haben nur Untersuchungen zur **Früherkennung von Darm- und Gebärmutterhalskrebs** das Potential, durch frühzeitige Erkennung und Behandlung von Vorstadien das Risiko einer Krebserkrankung deutlich zu verringern. Sonst ist das Ziel der Früherkennung eher, Tumoren in einem früheren, aber bereits bösartigen Stadium zu erkennen – um eine schonendere Therapie zu ermöglichen und die Erfolgsaussichten der Behandlung zu steigern.

Beim **Brustkrebs**, für den zwischen 2005 und 2009 das qualitätsgesicherte Mammographie-Screening-Programm eingeführt wurde, liegt seit 2011 die Neuerkrankungsrate für bei Diagnosestellung bereits fortgeschrittene Tumoren in der Screening-Altersgruppe (Frauen von 50 bis 69 Jahren) unter derjenigen vor Einführung des Programms. Das ist ein erster Hinweis für einen positiven Effekt dieser Maßnahme auf Bevölkerungsebene. Allerdings ist die Erkrankungsrate für frühe Brustkrebsstadien, und auch insgesamt in dieser Altersgruppe, erwartungsgemäß zunächst einmal deutlich angestiegen – auch dadurch, dass im Screening auch langsam wachsende Tumoren erkannt werden, die sonst zeitlebens nie oder erst in sehr viel höherem Alter entdeckt worden wären. Dagegen lässt sich fünf Jahre nach Einführung des **Hautkrebs-Screenings** beim Malignen Melanom, der gefährlichsten Form des Hautkrebses, zwar ein Anstieg der frühen, aber noch kein Rückgang der fortgeschrittenen Stadien erkennen.

Regionale Unterschiede in Deutschland und Europa

Regionale Unterschiede in der Krankheitslast an Krebs in Deutschland lassen sich derzeit vor allem über die Todesursachenstatistik darstellen. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede: Baden-Württemberg ist derzeit für beide Geschlechter das Bundesland mit der niedrigsten Krebssterblichkeit. Für Frauen liegt dieser Wert in Bremen und Hamburg derzeit um etwa 25% und bei den Männern in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern um rund 35% höher. Für einige wenige Krebsarten bestehen nach wie vor deutliche Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern: So liegen Erkrankungs- und Sterberaten für Brustkrebs sowie Lungenkrebs bei Frauen im Westen deutlich höher als im Osten. Umgekehrt sind Krebserkrankungen des Magens, der Gebärmutter und bei Männern auch bösartige Tumoren im Mund/Rachenbereich in den neuen Bundesländern häufiger.

Im **Vergleich der EU-Mitgliedsstaaten** liegt Deutschland für die meisten der häufigeren Krebsarten sowohl bei den Neuerkrankungs- als auch bei den Sterberaten im Mittelfeld: Bei Frauen liegen die Erkrankungsraten etwas höher, bei Männern die Sterberaten etwas niedriger als in der gesamten EU. Vergleichsweise niedrig sind die Sterberaten in Deutschland für Lungen- und Blasenkrebs bei Männern, für Gebärmutterhalskrebs bei Frauen sowie für Leberkrebs bei beiden Geschlechtern. Die Sterberaten beim Bauchspeicheldrüsenkrebs liegen hingegen über dem EU-Mittelwert.

KAPITEL 3: VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT KREBS

Die Versorgung von Menschen mit Krebs ist ein Schwerpunkt des Gesundheitssystems in Deutschland. Die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien und die Zertifizierung von Versorgungseinrichtungen stellen die Behandlung Krebserkrankter immer stärker auf eine wissenschaftliche und von einer multi-professionellen, interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit geprägte Basis.

2013 wurden **Krebspatienten 1,27 Millionen Mal** aufgrund ihrer Krebserkrankungen im Krankenhaus behandelt (nicht-melanotische Hautkrebsformen nicht mit eingerechnet). 570.000 Behandlungen fielen auf Frauen, 697.000 auf Männer. Das sind etwa 2,5- bis 3-mal mehr Behandlungsfälle als Neuerkrankungen im gleichen Jahr, was deutlich macht, dass im Rahmen der Therapie einer Krebserkrankung häufig mehrere Aufenthalte im Krankenhaus erfolgen. Niedergelassene Vertragsärztinnen und –ärzte behandelten 2013 insgesamt **1,92 Millionen Frauen und 1,65 Millionen Männer** mit einer Krebserkrankung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung – auch hier abgesehen von den nicht-melanotischen Hautkrebsformen.

Laut Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden 38 % der gesetzliche Krankenversicherten, die 2013 aufgrund einer Krebserkrankung vertragsärztlich versorgt wurden, auch **psychotherapeutisch versorgt**. Daneben können Krebspatientinnen und -patienten sowie deren Angehörige in ambulanten Krebsberatungsstellen Unterstützung bei psychosozialen Themen finden. Einen weiteren großen Beitrag zur psychosozialen Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen leisten Krebs-Selbsthilfeverbände.

Nach Erstbehandlung einer Krebserkrankung kann eine **Rehabilitation** in Anspruch genommen werden. Im Vergleich zur Zahl der Menschen, die neu an Krebs erkranken und mindestens ein Jahr überleben, liegt die Zahl der Menschen, die eine onkologische Rehabilitation wahrnehmen, bei etwa der Hälfte (60% bei Frauen und 45% bei Männern).

KAPITEL 4: FOLGEN VON KREBSERKRANKUNGEN

Kontinuierliche Verbesserungen in der Behandlung von Krebserkrankungen ermöglichen heute vielen Betroffenen ein längeres Leben mit oder nach dem Krebs. Gleichzeitig erkranken mehr Menschen an Krebs, vor allem aufgrund des demographischen Wandels. Daraus ergeben sich weitreichende Folgen für Betroffene und Angehörige, aber auch für die Gesellschaft.

Jeder achte **Pflegefall** im Jahr 2013 hat eine Krebserkrankung als erste pflegebegründende Diagnose. In rund 64.000 Erstbegutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung führte Krebs zur Bewilligung einer Pflegestufe.

Weitere Folgen von Krebs betreffen die **Erwerbstätigkeit**: 2013 waren Krebserkrankungen in über 200.000 Fällen ursächlich für Arbeitsunfähigkeit mit insgesamt etwa 10 Millionen Arbeitsunfähigkeitstagen. Wegen einer Krebserkrankung wurden 2013 etwa 20.000 Menschen frühverrentet. Deren Durchschnittsalter lag bei 52 Jahren (Frauen) bzw. 54 Jahren (Männer).

In Deutschland gehören die **Überlebensraten** nach der Diagnose einer Krebserkrankung zu den höchsten in Europa, wobei die Unterschiede zwischen den meisten europäischen Ländern eher gering sind. Vor der Wiedervereinigung noch bestehende, zum Teil deutliche Defizite im Osten Deutschlands sind weitestgehend überwunden. Allerdings scheinen die Überlebensraten generell in sozial benachteiligten Regionen etwas niedriger zu sein – ein Befund, der noch weiterer Untersuchungen bedarf.

Die **Überlebenschancen** hängen sehr stark von der Art der Krebserkrankung ab, zusätzlich aber auch vom Erkrankungsstadium bei Diagnosestellung, bestimmten Eigenschaften des Tumors und verschiedenen anderen Faktoren, wie Alter und Geschlecht. Während bei einigen Diagnosen, beispielsweise Bauch-

speicheldrüsen- oder Leberkrebs, immer noch die meisten Betroffenen innerhalb weniger Jahre versterben, ist die Prognose in anderen Fällen, beispielsweise Melanom im Frühstadium oder Hodenkrebs, so günstig, dass die statistische Lebenserwartung durch die Krebsdiagnose nicht oder nur geringfügig eingeschränkt ist. Auch deshalb rückt neben dem reinen Überleben die Lebensqualität von Menschen mit Krebserkrankungen zunehmend in den Fokus der Versorgung. Fortschritte in der Behandlung werden in Zukunft verstärkt an Verbesserungen auf diesem Gebiet gemessen.

Bisher liegen aus Deutschland allerdings nur sehr **eingeschränkt Daten zur Lebensqualität** nach Krebs vor. Es zeigt sich beispielsweise, dass die Lebensqualität von Frauen mit einer Brustkrebserkrankung auch längere Zeit nach der Diagnosestellung noch beeinträchtigt ist: Unter anderem leiden die Betroffenen häufig an chronischer Erschöpfung.

KAPITEL 5: PRIMÄRPRÄVENTION

Lebensstilbedingte Krebsrisikofaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum, Übergewicht, Bewegungsmangel oder äußere Einflüsse wie beispielsweise ultraviolette (UV)-Strahlung bieten ein erhebliches Potenzial zur Prävention von Krebserkrankungen.

Krebserkrankungen vorzubeugen ist eine komplexe Aufgabe, da sie meist multifaktoriell bedingt sind und von den Ursachen oder Auslösern bis zur Diagnose in der Regel mehrere Jahre oder gar Jahrzehnte vergehen. Dennoch gelten laut WHO **mindestens 30 % aller Krebserkrankungen weltweit als vermeidbar**. Insbesondere lebensstilbedingte Krebsrisikofaktoren bieten ein großes Präventionspotenzial: Allein 15 % aller Krebserkrankungen hierzulande sind auf das Rauchen zurückzuführen.

Die **Primärprävention von Krebserkrankungen** umfasst zum einen **verhaltenspräventive Maßnahmen**, das heißt die Förderung einer gesunden Lebensweise in der Bevölkerung (vor allem der Verzicht auf Tabakprodukte, eine ausgewogene Ernährung, ausreichende Bewegung, höchstens maßvoller Alkoholkonsum und angemessener Schutz vor UV-Strahlung). Zum anderen müssen auch notwendige gesellschaftliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Bereits existierende Regelungen sind beispielsweise der Schutz vor krebsauslösenden Stoffen in der Umwelt und am Arbeitsplatz einschließlich Nichtraucherschutzgesetzen, aber auch die Tabakbesteuerung oder die Übernahme der Kosten der HPV-Impfung für Mädchen durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Eine besondere Herausforderung besteht darin, die Vielzahl der unterschiedlichen Aktivitäten im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, mit bisher oft nur kurzer Laufzeit, auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene aus den verschiedenen Sektoren so zu koordinieren und zu vernetzen, dass sie längerfristig zum Tragen kommen und viele Bevölkerungsgruppen erreichen, insbesondere auch die sozial Schwächeren. Mit dem 2015 verabschiedeten „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ wurden entscheidende Schritte für die Entwicklung einer umfassenden nationalen Präventionsstrategie in die Wege geleitet, die auch die Prävention von Krebserkrankungen einschließt.

KAPITEL 6: FRÜHERKENNUNG

Durch Maßnahmen der Krebsfrüherkennung können **Vor- oder Frühstadien** bestimmter Krebserkrankungen erkannt – und daher frühzeitig behandelt – werden. Ziel ist es, die Sterblichkeit an der entsprechenden Krebserkrankung zu senken sowie die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern. Nur für wenige Krebserkrankungen (insbesondere Gebärmutterhals- und Darmkrebs) kann heutzutage durch Erkennung und Behandlung von Vorstufen auch das Auftreten bösartiger Tumoren in größerem Umfang verhindert werden. Ob eine regelmäßige Untersuchung augenscheinlich gesunder, symptomfreier Menschen auf eine bestimmte Krebserkrankung sinnvoll ist, hängt von verschiedenen Voraussetzungen ab.

Unter anderem muss eine geeignete, möglichst wenig belastende und trennscharfe Untersuchung für die Entdeckung der Erkrankung in der Frühphase zur Verfügung stehen.

Einige Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden für Frauen und Männer verschiedener Altersgruppen als Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten. Diese umfassen Untersuchungen auf Krebserkrankungen des Darms, des Gebärmutterhals, der Brust, der Haut und der Prostata. Daneben sind individuelle Gesundheitsleistungen zur Krebsfrüherkennung Bestandteil des ärztlichen Vorsorge- und Versorgungsalltags. Die gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden von den Anspruchsberechtigten **unterschiedlich stark genutzt**. Über 80 % der Bevölkerung kennen die Angebote der Krankenkassen zur Krebsfrüherkennung. 67 % der Frauen (ab 20 Jahren) und 40 % der Männer (ab 35 Jahren) nutzen dieses Angebot regelmäßig, wobei die Teilnahmeraten je nach Früherkennungsuntersuchung stark variieren. Auch nach Altersgruppen sowie hinsichtlich des sozioökonomischen Status sind Unterschiede feststellbar. Sozial schwächer gestellte Frauen nehmen zum Beispiel die Untersuchung auf Gebärmutterhalskrebs seltener in Anspruch. Die Qualitätssicherung und Evaluation der Früherkennung wurde mit der Einführung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes gestärkt.

KAPITEL 7: NATIONALER KREBSPLAN

Der Nationale Krebsplan (NKP) soll die Früherkennung von Krebs und die Versorgung von krebskranken Menschen in Deutschland weiterentwickeln und verbessern sowie die Patientenorientierung stärken. Das Programm wurde 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren ins Leben gerufen.

An der Umsetzung der Ziele dieses Plans sind neben den Initiatoren mehr als 20 Organisationen und 100 Fachleute beteiligt. Zwischen 2008 und 2011 wurden in vier Handlungsfeldern 13 Ziele mit etwa 40 Teilzielen und bisher etwa 100 Umsetzungsempfehlungen erarbeitet. Seit Ende 2011 läuft die Umsetzung eigenverantwortlich durch die jeweils zuständigen Akteure.

Ein zentraler Aspekt des NKP ist, Entscheidungsträger und Fachleute aus den für die onkologische Versorgung relevanten Institutionen und Verbänden im Gesundheitswesen zusammenzubringen, um die Kräfte in der Krebsbekämpfung zu bündeln und gemeinsam erarbeitete Maßnahmen gezielt wirksam werden zu lassen.

Auf bundespolitischer Ebene war der Nationale Krebsplan Ausgangspunkt für das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz. Dieses lieferte den Rahmen für die **Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und den bundesweiten Aufbau klinischer Krebsregister** in Deutschland.

Das Gesetz regelt, dass die bisherigen, von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Maßnahmen zur Früherkennung von Darm- und Gebärmutterhalskrebs in organisierte, qualitätsgesicherte und an Europäischen Leitlinien orientierte Programme überführt werden, die unter anderem auch eine persönliche Einladung der Versicherten beinhaltet. Die Ausgestaltung der Programme legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest. Bisher veröffentlichte Eckpunkte weisen darauf hin, dass im Zuge der Neuregelung auch die Untersuchungsmethoden bzw. Testverfahren dem aktuellen Stand der Forschung angepasst werden sollen.

Klinische Krebsregister sollen künftig den gesamten Verlauf und die Therapie der Erkrankung von allen Patientinnen und Patienten standardisiert erfassen, auswerten und an die Leistungserbringer zurückmelden. Landes- und gegebenenfalls bundesweite Auswertungen dieser Daten sollen auch Unterschiede in der Versorgungsqualität verringern helfen. In Ergänzung zu Zertifizierungs- und Leitlinienprogrammen werden die Register so zu einem wichtigen Instrument der Qualitätssicherung in der Versorgung.

Ein weiteres wichtiges Thema des NKP ist die **Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung**, also der psychologischen und psychosozialen Betreuung Krebskranker und ihrer Angehöriger. Außerdem

wird eine stärkere Orientierung der onkologischen Versorgung an den Bedürfnissen der Betroffenen, aber auch eine Stärkung ihrer Souveränität (Patientenorientierung) als notwendig erachtet. Dazu gehören eine Verbesserung von Informationsangeboten für Betroffene ebenso wie eine stärkere Vermittlung von Kompetenzen in der Gesprächsführung für Mediziner und andere an der Versorgung Krebskranker beteiligten Berufsgruppen. Im Rahmen des Nationalen Krebsplans wurden vom Bundesgesundheitsministerium verschiedene Forschungsprojekte gefördert, deren Ergebnisse die Umsetzung der wesentlichen Ziele erleichtern sollen. Fast alle Mitgliedsstaaten der Europäischen Union haben inzwischen nationale Krebspläne oder ähnliche Programme zur Krebsbekämpfung ins Leben gerufen.

KAPITEL 8: AUSBLICKE

In diesem Kapitel werden Perspektiven für die Weiterentwicklung der Krebsbekämpfung in Deutschland aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Impulse hierfür haben Interviews mit Betroffenen sowie mit Akteuren aus der onkologischen Versorgung, des öffentlichen Gesundheitswesens und der Krebsforschung gegeben. Insgesamt sind in den letzten Jahren durch den Nationalen Krebsplan, das Präventionsgesetz und andere Maßnahmen wichtige Veränderungen angestoßen worden, etwa im Bereich der klinischen Krebsregistrierung und Krebsfrüherkennung. In Forschung und Therapie geht die Entwicklung in Richtung einer individualisierten, das heißt auf die spezifische Erkrankung und Situation des einzelnen Betroffenen zugeschnittenen Behandlung. Inwieweit diese Entwicklungen zu Verbesserungen für Betroffene bzw. auf Bevölkerungsebene führen werden, lässt sich heute noch nicht abschätzen, wird aber Gegenstand künftiger Ausgaben dieses Berichts sein.

Das Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut

Das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) wurde 2010 auf Basis des Bundeskrebsregisterdatengesetzes im Robert Koch-Institut eingerichtet. Die Wissenschaftler führen die Daten der epidemiologischen Landeskrebsregister auf Bundesebene zusammen; sie schätzen und analysieren unter anderem die Zahl der jährlich neu aufgetretenen Krebserkrankungen und identifizieren Trends und Entwicklungen. Die Zahlen und Daten werden alle zwei Jahre im Bericht „Krebs in Deutschland“ publiziert. Der „Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016“ gibt hingegen erstmals eine Übersicht zu allen wichtigen Aspekten des Krankheitsgeschehens in Deutschland sowie den Fortschritten bei der Krebsbekämpfung. Entsprechend einer Vorgabe im Bundeskrebsregisterdatengesetz soll dieser Bericht künftig alle fünf Jahre erscheinen.

www.rki.de/krebs

www.krebsdaten.de