

20 Millimeter, in 5 Prozent zwischen 21-30 Millimeter und 2 Prozent waren größer als 30 Millimeter. Alters- oder Geschlechtsspezifische Effekte auf die Tumorgöße wurden nicht festgestellt.

Insgesamt wurden während des Studienzeitraums 137 Mehrfach-Diagnosen an BCCs gestellt, wobei 20 Prozent dieser Tumoren synchron auftraten und bei der Erstbehandlung exzidiert wurden. Ein gemeinsames Auftreten von BCCs und SCCs bei dem gleichen Patienten wurde 15-mal beobachtet.

Im nationalen Vergleich der Inzidenzraten des BCCs mit den Krebsregistern der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Brandenburg, Saarland und Schleswig-Holstein wurden in der Studienregion die höchsten Inzidenzraten beobachtet.

7. Schlussfolgerung

Der Entschluss zur Durchführung dieser Studie ist aus der Beobachtung heraus entstanden, dass von den niedergelassenen Dermatologen der Studienregion subjektiv ein häufigeres Auftreten von weißem Hautkrebs bei den Patienten festgestellt wurde, als in der epidemiologischen Literatur beschrieben wird. Mit einer Bevölkerung von ca. 75.000 Einwohnern, die hauptsächlich durch das Ärztenetzwerk „Medizin und Mehr“ medizinisch versorgt wird, stellten sich gute Voraussetzungen zur Durchführung einer bevölkerungsbasierenden Inzidenzstudie des nicht melanotischen Hautkrebses dar. Im Rahmen der Erfassung der Inzidenzraten der Tumoren konnten weitere klinisch und epidemiologisch wichtige Daten zur den Tumoren erfasst und analysiert werden.

Die Personeninzidenzraten des BCCs betragen bei Männern 64/ 100.000 Personen und 54/ 100.00 bei Frauen. Die entsprechenden Fallinzidenzraten betragen 83 und 71. Betrachtet man zusätzlich die Roh-Inzidenzen der Tumorfälle, welche bei Männern für das BCC bei 149 und bei Frauen bei 156 lagen, wird deutlich wie das Missverhältnis zwischen der von den Dermatologen wahrgenommenen hohen Erkrankungshäufigkeit und den von Krebsregistern veröffentlichten Inzidenzraten zustande kommt. Die reinen Fallzahlen sind annähernd 2-3-fach höher als die tatsächlichen, standardisierten Personeninzidenzraten. Für die internationale Ver-

gleichbarkeit der Inzidenzraten muss die Auswertung nach internationalen Regeln und Standards erfolgen. Bei dem SCC betragen die Personeninzidenzraten 17 bei Männern und 10 bei Frauen. Die entsprechenden Fallinzidenzraten betragen 20 und 10. Auch hier lag die Roh-Inzidenz mit 39 Fällen pro 100.000 Personen bei Männern und 31 Fällen pro 100.000 Personen bei Frauen mehr als doppelt so hoch, als die errechneten standardisierten Personeninzidenzraten.

Dennoch zeigte sich im nationalen und internationalen Vergleich der Personeninzidenzraten für beide Tumorentitäten, dass die Dermatologen mit ihren Vermutungen des möglicherweise erhöhten Risikos in der Studienregion an einem nicht-melanotischen Hauttumor zu erkranken als bisher angenommen, richtig lagen. Deutschlandweit wurden die höchsten Personeninzidenzraten für beide Tumorentitäten in der Studienregion beobachtet.

Neben der Schätzung und dem Vergleich der Inzidenzraten werden in der vorliegenden Studie weitere Charakteristika von BCCs und SCCs analysiert. Bei der Betrachtung der geschlechtsspezifischen Verteilung wird deutlich, dass bei Hauttumoren häufiger bei Männern als bei Frauen auftreten. Insbesondere bei der Auswertung der topographischen Verteilung und des Alters bei Ersterkrankung ergeben sich praxisrelevante Aspekte, die zum Beispiel im Rahmen des Hautkrebsscreenings von Bedeutung sein können. Das mediane Alter für die Ersterkrankung an einem BCC lag bei Männern und Frauen bei 70 Jahren. Das mediane Alter, in welchem Patienten erstmalig an einem SCC erkrankten lag bei 74 Jahren bei Männern und bei 82 Jahren bei Frauen. Trotzdem gezeigt werden konnte, dass es sich bei den beiden Tumorentitäten um Tumoren des höheren Alters handelt, wurden bei 3 Personen in der Altersgruppe der 20-29 Jährigen BCCs und bei 2 Personen in der Altersgruppe der 40-49 Jährigen SCCs diagnostiziert. Bei der Analyse der topographischen Verteilung traten die meisten der Tumoren in der sonnenexponierten Kopfregion auf. Dennoch wurden die zweithöchsten Inzidenzraten beim BCC im Bereich des Rumpfes festgestellt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Krankheitslast des nicht melanozytären Hautkrebses, insbesondere des BCCs, bei den routinemäßigen Auswertungen der Krebsregister unterschätzt wird. Die existierenden standardisierten Inzi-

denzberechnungen und -schätzungen der bevölkerungsbasierenden Krebsregister spiegeln Krankheitslast am nichtmelanozytären Hautkrebs innerhalb der Bevölkerung nicht in vollem Ausmaß wider. Die wichtigsten Gründe für die Unterschätzung der Krankheitslast könnten zum einen in der in der Vergangenheit nicht flächendeckenden Erfassung aller Hauttumoren, insbesondere der nicht-melanotischen Hauttumoren, bestehen. Möglicherweise wurde ein großer Anteil der ambulant behandelten Hauttumoren dieser Entitäten von den Krebsregistern nicht ausreichend erfasst, da eine Vielzahl von Dermatologen eigene pathologische Untersuchungen und Befundungen durchführen und diese Ergebnisse möglicherweise nicht vollständig an die Krebsregister gemeldet wurden. Zum anderen führen die routinemäßig durchgeführten Berechnungen von Inzidenzraten des nicht-melanotischen Hautkrebses der Krebsregister zu einer Unterschätzung der Krankheitslast, da diese Berechnungen auf Personeninzidenzraten basieren und somit multiple Tumoren nicht erfassen. Der hier erhobene Vergleich der Personeninzidenzen mit den Fallinzidenzen zeigt deutlich, dass wie im Falle des BCCs die Fallinzidenzraten um etwa 20/ 100.000 Personenjahre höher sind als die Personeninzidenzraten. Infolgedessen spiegeln die Angaben der Personeninzidenzraten der bevölkerungsbasierenden Krebsregister bei den nicht-melanotischen Hauttumoren nicht den tatsächlichen „Burden of Disease“ wider.