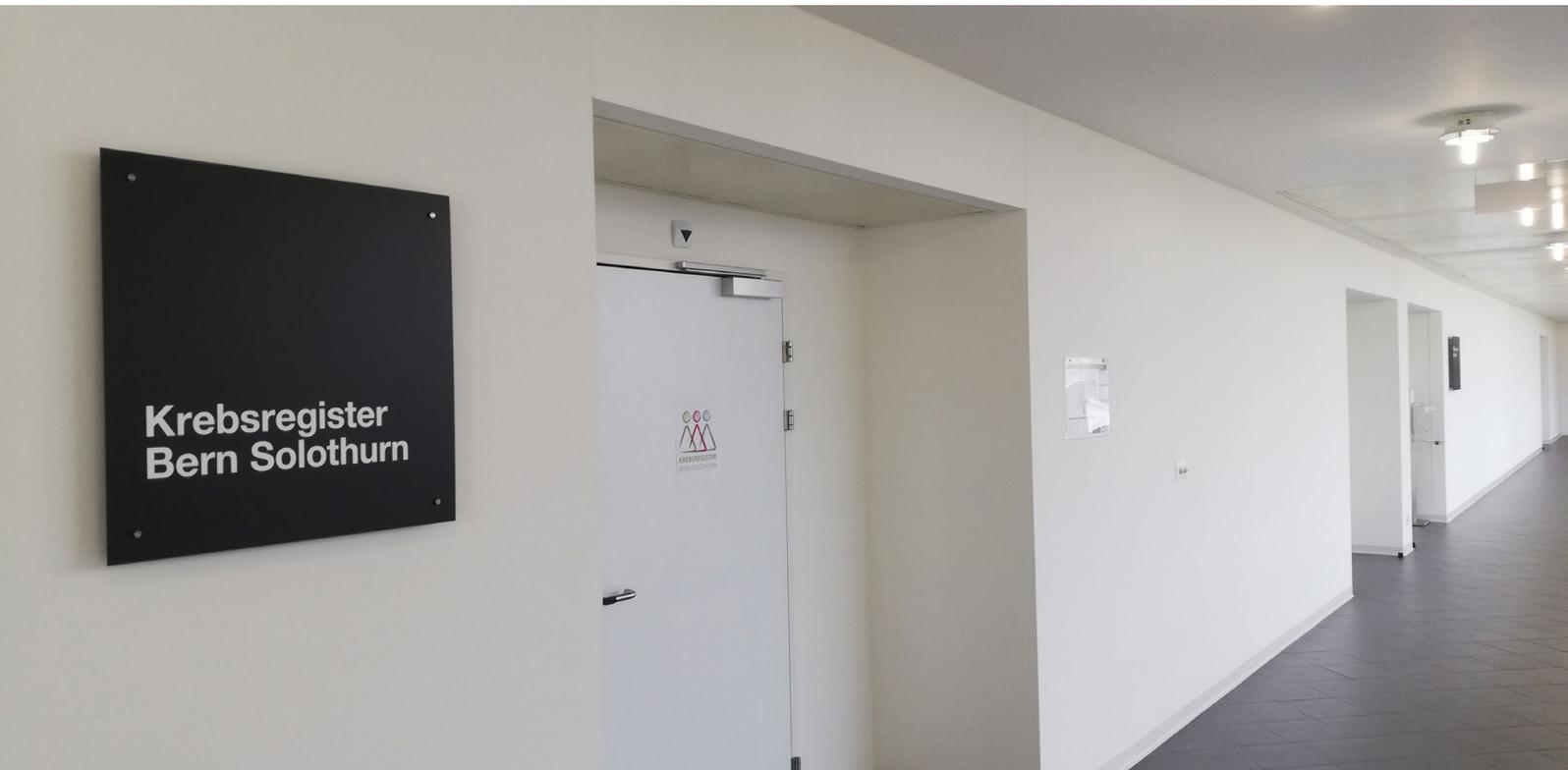


Jahresbericht 2020

# Krebsregister Bern Solothurn





## Impressum

Konzept	Andrea Jordan
Autoren	Andrea Jordan, Marco Weber, Claire Descombes
Auswertungen	Marco Weber
Layout	Bernadette Rawyler, zmk bern
Fotografie	Titelseite, S. 14: © Universität Bern, Oben: Andrea Jordan, Krebsregister Bern Solothurn S. 3, 4: Markus Aebischer und Michael Nacht, Institut für Pathologie

# Inhalt

1. Vorwort	2
2. Unser Team	2
3. Herausforderungen	5
a. Umsetzung des Krebsregistrierungsgesetzes (KRG)	5
b. Umstellung auf die neue Registrierungssoftware (RSW)	5
c. Arbeit in Corona-Zeiten	5
4. Krebsregistrierung nach KRG	7
a. Meldemöglichkeiten ans KRBESO	7
b. Meldepflichtige Stellen und zu meldende Daten	7
c. Bearbeitung/Sortierung der eingehenden Dokumente	8
d. Registration und fehlendes Patienteninformationsdatum	9
5. Tumorneuerkrankungen im Kanton Bern	10
a. Übersicht über Tumorneuerkrankungen im Kanton Bern 2013–2018	10
b. Tumorneuerkrankungen und tumorbedingte Todesfälle im Kanton Bern 2018	11
c. Tumorneuerkrankungen und tumorbedingte Todesfälle im Kanton Bern 2014–2018	15
d. Häufigste bösartige Tumorneuerkrankungen nach Lokalisation 2018	18
e. Mortalität (tumorbedingte Todesfälle) nach Lokalisation 2018	20
f. Bösartige Tumorneuerkrankungen und tumorbedingte Todesfälle nach Altersgruppen 2018	22
6. Tumorneuerkrankungen im Kanton Solothurn	24
7. Ausblick und Danksagung	25
a. Datenmeldung – Wie kann ich als Arzt Daten an das Krebsregister übermitteln?	25
b. Zusammenfassung der meldepflichtigen Daten und Tumoren	27

## 1. Vorwort

Das Jahr 2020 hat sich für unser Register als sehr grosse Herausforderung erwiesen. Die viele Mehrarbeit durch das Inkrafttreten des Krebsregistrierungsgesetzes (KRG) mit vielen Neuerungen, Anpassungen und Vorschriften, der Umstieg auf die neue Krebsregistrierungssoftware, welche noch nicht fertig ausgebaut ist und mit vielen Kinderkrankheiten aufwartet, und natürlich die COVID-19-Pandemie und der damit einhergehenden Pflicht zur Arbeit im Homeoffice haben die Herausforderungen für unser Team vervielfacht. Mit viel Flexibilität und Erfindungsreichtum haben wir das Jahr gut gemeistert.

Wir freuen uns darauf, die Ergebnisse dieses ereignisreichen Arbeitsjahres in diesem Jahresbericht 2020 mit Ihnen zu teilen.

## 2. Unser Team

Das Krebsregister Bern Solothurn (KRBESO) hat auch 2020 die Datenerfassung von Tumorerkrankungen fortgesetzt.

Wir sind ein Team mit 17 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und sind dem Institut für Pathologie der Universität Bern angegliedert. Seit 2013 sammeln und erfassen wir Daten von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Bern, seit 2019 auch aus dem Kanton Solothurn.

2020 haben wir rund 150'000 medizinische Berichte erhalten und über 10'000 neue Tumoren registriert, was ein erhebliches und nie dagewesenes Arbeitspensum darstellte. Aus diesem Grund haben wir im Laufe des Jahres unser Team verstärkt, um weiterhin sorgfältig die Befunde zu lesen, die Tumoren zu erfassen und diese zu codieren.

Diese Arbeit ermöglicht die statistische Auswertung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, die Bewertung von Früherkennungsprogrammen und die Durchführung von Forschungsprojekten im Kampf gegen Krebs.

Ein herzlicher Dank geht an dieser Stelle ans Team, welches mit vielen Prozessanpassungen und immer wieder neuen Regelungen konfrontiert wurde und trotzdem immer optimistisch und motiviert weitergearbeitet hat.

Leiter des KRBESO ist Prof. Aurel Perren. Ihm zur Seite stehen siebzehn Mitarbeitende.

Mitarbeitende	Tätigkeit	Kommentar
<b>Jordan Andrea</b>	Leitung/Koordination	
<b>Klossner Silvan</b>	Informatik	Eintritt 09/2020
<b>Stierlin Martin</b>	Informatik	
<b>Weber Marco</b>	Wissenschaftliche Arbeit/Codierung BE	
<b>Baumgartner Andrea</b>	Sekretariat BE	
<b>Schnell Judith</b>	Sekretariat SO/Registration SO	
<b>Anderegg Regina</b>	Codierung BE/SO	
<b>Bieri Andrea</b>	Registration BE	Eintritt 10/2020
<b>Däster Eve</b>	Registration SO/Codierung SO	
<b>Herrmann Fabiola</b>	Codierung BE/SO	
<b>Krebs Evelyne</b>	Registration BE	
<b>Meer Nadia</b>	Registration BE	Eintritt 08/2020
<b>Rothen Janine</b>	Codierung BE	
<b>Schorro Sandra</b>	Registration BE	Eintritt 11/2020
<b>Biedermann David</b>	Praktikant	09/2020 bis 02/2021
<b>Blarer Jan</b>	Studentischer Mitarbeiter	
<b>Descombes Claire</b>	Studentische Mitarbeiterin/Übersetzungen DE-FR	



v. l. n. r.: Linda Anderegg (neu 2021), Marco Weber, Andrea Jordan, Silvan Klossner, Evelyne Krebs, Sandra Schorro



v. l. n. r.: Nadia Meer, Jan Blarer, Andrea Baumgartner, Anja Beugger (neu 2021), Claire Descombes, Regina Anderegg



sitzend v. l. n. r.: Judith Schnell, Martin Stierlin, Eve Däster, Janine Rothen, Andrea Bieri  
stehend v. l. n. r.: Fabiola Herrmann, David Biedermann

## 3. Herausforderungen

### a. Umsetzung des Krebsregistrierungsgesetzes (KRG)

Am 01.01.2020 trat das KRG in Kraft. Die wichtigsten Neuerungen, die dieses Gesetz mit sich bringt, sind einerseits die Meldepflicht für alle Tumorerkrankungen und auch von Vorstufen von Krebs. Andererseits müssen die Patientinnen und Patienten über die Weiterleitung der Daten ans Krebsregister und über ihr Vetorecht informiert werden. Dieses Datum der Information der Patientin oder des Patienten (nachfolgend Patienteninformationsdatum genannt) muss dokumentiert und dem Krebsregister gemeldet werden. Das war die Ausgangslage.

Wir wurden bald einmal von einer wahren Dokumentenschwemme überrascht. Bis zu 500 E-Mail-Eingänge pro Tag waren kurzfristig schwer zu bewältigen, es lief zu Beginn alles noch unkoordiniert ab. Viele Dokumente wurden (und werden immer noch) doppelt und dreifach geschickt. Es hat sich gezeigt, dass Ärztinnen und Ärzte zum Teil schlecht bis gar nicht über das KRG informiert waren.

Als grösste Herausforderung hat sich das Patienteninformationsdatum erwiesen. Dieses Datum wurde zu Beginn kaum gemeldet. Wenn es doch gemeldet wurde (in ca. 30 % der Fälle), dann auf unterschiedliche Art. Oft war es in einem langen Text versteckt, sodass wir anfangs mit grosser Wahrscheinlichkeit einige Patienteninformationsdaten übersehen hatten. In etwa 70 % der Fälle erhielten wir kein Patienteninformationsdatum, was bedeutet, dass wir die Fälle nicht registrieren konnten. Wir schrieben (und schreiben bis heute) bis zu hundert E-Mails täglich, um an dieses Datum zu kommen. Damit verärgern wir viele Ärztinnen und Ärzte. Der administrative Mehraufwand war und ist immer noch enorm. Diese Dokumentenflut sowie die trotz Mehrfachanfragen weiterhin fehlenden Patienteninformationsdaten haben zu einer Untererfassung von Tumorerkrankungen geführt, rund 1'500 Tumoren konnten wegen fehlendem Patienteninformationsdatum nicht registriert werden. Wir sind bis heute daran, die Rückstände der Erfassungen von 2020 abzarbeiten.

### b. Umstellung auf die neue Registrierungssoftware (RSW)

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) lässt vom Bundesamt für Informatik und Telekommunikation (BIT) eine Registrierungssoftware entwickeln, die auf die Krebsregistrierung in der Schweiz und auf das KRG angepasst ist. Das KRBESO war eines von drei Pilotregistern, welche sich zur Verfügung gestellt haben, bei der Migration in die RSW mitzuwirken.

Leider hat sich die Entwicklung dieser Software verzögert. Statt der geplanten Migration Ende 2019 konnte erst am 13. März 2020 migriert werden. COVID-19 kam dann schneller als erwartet. So hatten wir nur zwei Tage Zeit, uns an die neue Software zu gewöhnen. Dann fanden sich die Mitarbeitenden zuhause mehr oder weniger auf sich gestellt mit vielen Fragen und Unsicherheiten und einer unfertigen Registrierungssoftware.

Zusammen mit dem schweizerischen Kinderkrebsregister sind wir bis heute die einzigen Register, die auf die RSW umgestellt haben. Es ist vorgesehen, dass mit der Zeit und mit der besseren Entwicklung dieser Software alle Register in der Schweiz auf die RSW umsteigen. Die Entwicklung verläuft noch harzig und es sind noch nicht alle Funktionen umgesetzt, die ein Krebsregister braucht. So sind z.B. Datenabgleiche oder gezielte Datenexporte in der Software noch nicht möglich.

### c. Arbeit in Corona-Zeiten

Die globale Gesundheitskrise im Zusammenhang mit COVID-19 hat uns alle stark betroffen. Das war beim KRBESO nicht anders. Im Folgenden sehen Sie die Herausforderungen, denen sich unser Team gestellt hat, und ihre Eindrücke zu diesem ganz besonderen Ereignis.

#### **Aus Sicht der Koordinatorin**

COVID-19 kam schnell und unerwartet. Ein grosser Vorteil war, dass das ganze Team bereits mit Laptops ausgerüstet war. Als sich die Situation im März 2020 zuspitzte, galt es für alle Mitarbeitenden schnell einen VPN-Zugriff zu installieren und ein gutes Kommunikationsmittel zu finden. Dies gelang dank der Unterstützung und Ideen unseres Informatikers Martin Stierlin sehr gut. Microsoft Teams wurde am letzten Präsenztage im Büro installiert und getestet, danach haben wir uns über eine lange Zeit nur noch am Bildschirm gesehen.

Die grösste Herausforderung war wohl, schnell die richtigen Entscheide zu treffen. Der Wunsch, die Mitarbeitenden in der Phase der fast täglichen Prozessanpassungen im Büro zu haben, stand im Widerspruch zur Verantwortung für deren Gesundheit. Der Entscheid zum Homeoffice war aber dann sehr klar. Das Team aus der Ferne zu führen, immer wieder zu motivieren und regelmässig zu sehen, war nicht einfach. Trotz täglicher virtueller Meetings mit dem Team war der Austausch nicht derselbe. Es war schwierig, Probleme zu erkennen und den Überblick zu behalten. Neue Prozesse aus der Ferne zu definieren und Fehlerquellen zu erkennen war herausfordernd und nicht immer zufriedenstellend. Auch galt es in dieser schwierigen Zeit neue Mitarbeitende zu rek-

rutieren. Auch dies wurde durch COVID-19 komplizierter und hat sich in die Länge gezogen. Dazu kamen immer wieder technische Probleme, die Kinderkrankheiten der RSW und wiederkehrende Ausfälle derselben.

Bei der teilweisen Rückkehr ins Büro nach der ersten Corona-Welle hat sich gezeigt, dass viele Prozesse schlecht liefen. In der Zeit bis zur zweiten Welle konnten wir mit etwas mehr Büropräsenz viele Prozesse neu definieren und etwas Ordnung ins Geschehen bringen. Die im Herbst eingeführte Homeoffice-Pflicht haben wir dann schon routinierter umsetzen können, auch wenn einzelne neue Mitarbeitende nach nur einer Woche Einarbeitungszeit bereits ins Homeoffice mussten.

Die gute Seite dieser Erfahrungen ist die Feststellung, dass alle Mitarbeitenden zuhause zuverlässig und konzentriert arbeiten. Die Leistungen im Homeoffice sind sehr zufriedenstellend, sodass zuhause arbeiten sicher auch in Nach-Corona-Zeiten ein Thema bleiben wird.

### **Aus Sicht der Mitarbeitenden**

Das Team war mit vielen Herausforderungen konfrontiert und zum ersten Mal überhaupt im Homeoffice. Dies alles geschah sehr kurzfristig und ohne Vorbereitung.

Negativ wurde die durch Bildschirme erschwerte Kommunikation wahrgenommen, weiter die grosse Herausforderung, sich an die neue Software zu gewöhnen, ohne sich von Angesicht zu Angesicht austauschen zu können, die nicht immer optimalen Arbeitsbedingungen zu Hause, eine manchmal suboptimale Nutzung der digitalen Ressourcen, eine erhöhte Schwierigkeit, ein Gleichgewicht zwischen Arbeit und Freizeit zu finden, sowie der Mangel an sozialen Kontakten.

Allerdings gibt es auch positive Punkte, die dieses eher düstere Bild ausgleichen. Das Homeoffice hat auch ermöglicht, viel Reisezeit zu sparen, die eigene Arbeitsautonomie zu verbessern, die Produktivität zu steigern und das Thema Homeoffice auch für Zeiten nach Corona zu thematisieren.

# 4. Krebsregistrierung nach KRG

## a. Meldemöglichkeiten ans KRBESO

Seit 01.01.2020 ist das KRG in Kraft. Dies sieht eine **Meldepflicht** für Ärztinnen und Ärzte, Spitäler und Institutionen vor. Das KRBESO ermöglicht den Datenlieferanten eine Vielzahl an **Meldemöglichkeiten**, damit möglichst unkompliziert und rechtlich korrekt gemeldet werden kann.

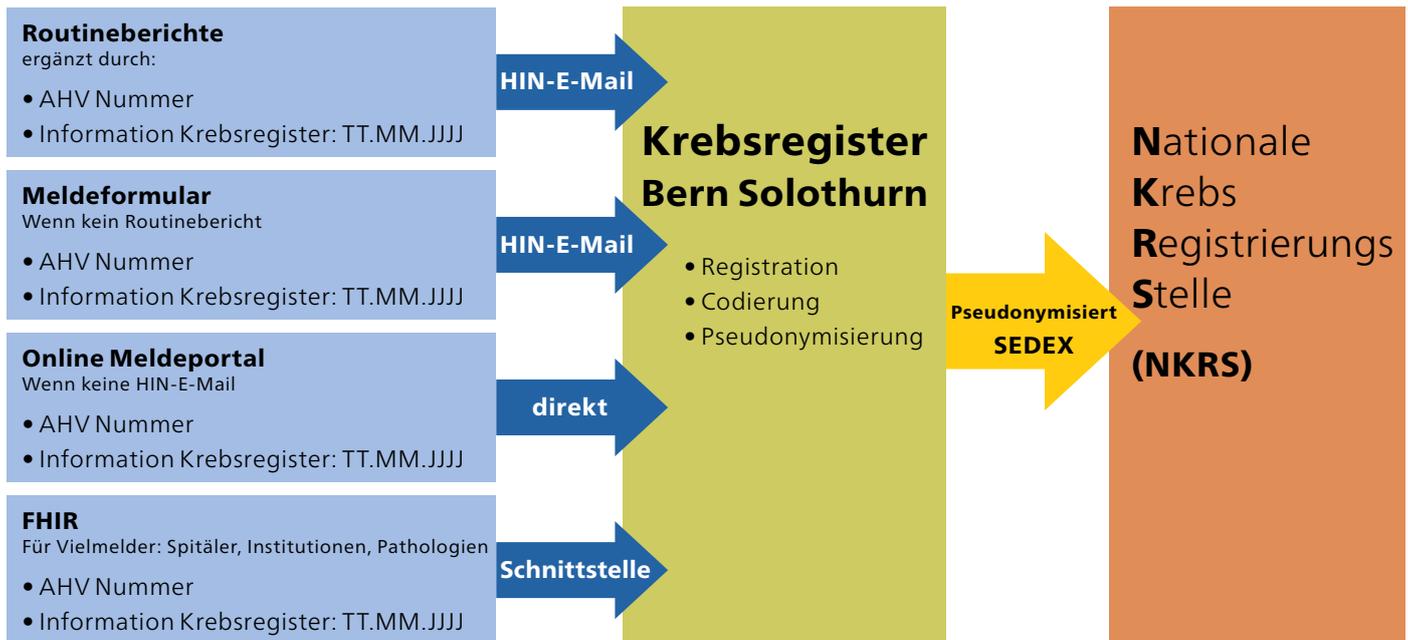


Abbildung 1: Meldemöglichkeiten Krebsregister Bern Solothurn

## b. Meldepflichtige Stellen und zu meldende Daten

Die Patientinnen und Patienten haben ein Recht darauf, über die Weiterleitung ihrer Daten informiert zu werden. Diese **Informationspflicht** liegt bei den diagnoseeröffnenden Ärztinnen und Ärzten. Sie müssen die Patientinnen und Patienten informieren, dass die Daten ans Krebsregister geschickt werden und dass die Patientin/der Patient ein Widerspruchsrecht hat. Ein Widerspruch muss von der Patientin/dem Patienten schriftlich bei einem Krebsregister eingereicht werden und gilt schweizweit. Das Datum, an welchem die Patientin/der Patient über die Krebsregistrierung informiert wurde (=Patienteninformationsdatum), muss dokumentiert und dem Krebsregister gemeldet werden.



Abbildung 2: Meldepflichtige Stellen und zu meldende Daten

Das Patienteninformationsdatum gilt als Startzeit der dreimonatigen Karenzfrist. Ab diesem Datum darf das Krebsregister während drei Monaten keine Personen- und/oder Tumordaten registrieren. Trifft während dieser Zeit ein Widerspruch der Patientin oder des Patienten ein, so werden alle bereits eingegangenen Dokumente gelöscht und es werden keine Daten registriert.

Ein Widerspruch kann von der entsprechenden Patientin oder dem Patienten jederzeit eingereicht werden, auch nach der dreimonatigen Karenzfrist. In diesem Fall werden bereits registrierte Daten nach den Vorgaben der NKRS anonymisiert.

### c. Bearbeitung/Sortierung der eingehenden Dokumente

Pro Tag gehen im KRBESO durchschnittlich 650 Dokumente ein, die meisten werden als PDF-Anhang per Mail geschickt. Dazu kommen täglich durchschnittlich 100 FHIR-Files (Fast Healthcare Interoperability Resources), via E-Mail oder auf unseren SFTP-Server. Das heisst, wir verarbeiten täglich 750 Dokumente und Files.

Diese Datenflut galt es in den Griff zu bekommen. Wir haben deshalb im KRBESO ein Dokumentensortierungssystem (DSS) entwickelt, welches uns eine gewisse automatisierte Dokumentensortierung erlaubt. Dies gelingt aber nur, wenn auf den Berichten die AHV-Nummer steht, da nur diese Berichte erkannt und dem entsprechenden Patienten zugeordnet werden können.

Der grösste Teil der eingegangenen Dokumente wird sortiert und in einem Patientenordner zusammengeführt. Diese Patientenordner werden von den Registrantinnen und Registranten bearbeitet, sie wählen daraus die relevanten Dokumente und fügen diese in die RSW ein.

FHIR-Files werden direkt in die RSW eingelesen und automatisch der richtigen Patientin oder dem richtigen Patienten hinzugefügt bzw. wird daraus automatisch eine neue Patientin oder ein neuer Patient erstellt.

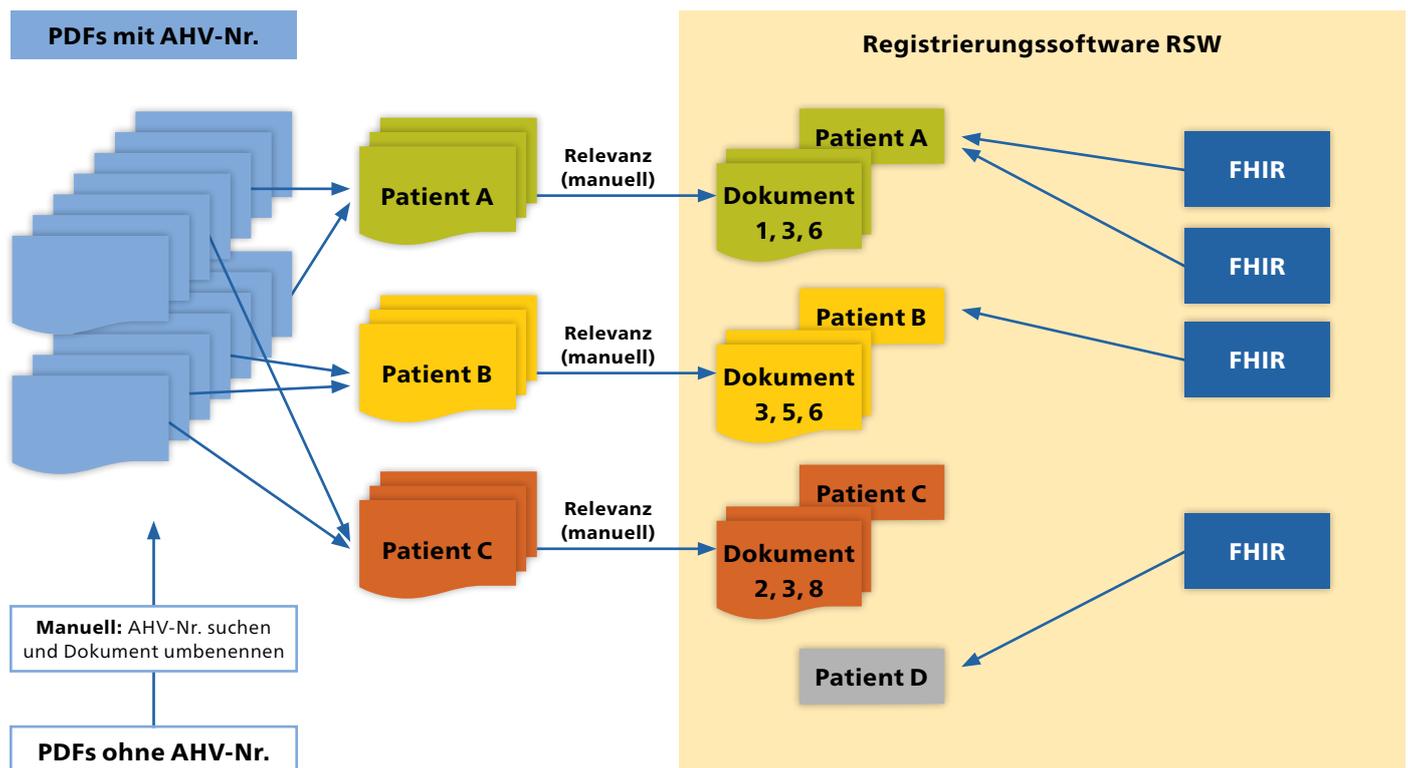


Abbildung 3: Dokumentensortierungssystem (DSS)

## d. Registration und fehlendes Patienteninformationsdatum

Nachdem die Dokumente sortiert sind suchen wir bzw. warten wir auf das Patienteninformationsdatum. Ohne dieses Datum können keine Fälle registriert werden.

### Die Suche nach dem Patienteninformationsdatum

Das Patienteninformationsdatum ist oft gut versteckt in einem Bericht zu finden. Es heisst manchmal «Informationsdatum», dann «Meldung Krebsregister am», «Datum Diagnosemitteilung» oder es ist ein langer und ausführlicher Satz wie «der Patient wurde am xx.xx.xxxx sowohl schriftlich wie auch mündlich über die Weiterleitung der Daten ans Krebsregister und über sein Vetorecht informiert und...». Es gibt auch handschriftliche Meldungen oder Notizzettel mit einem Datum auf einen Pathologiebericht geklebt. Manchmal finden wir ein Patienteninformationsdatum im Betreff oder im Text einer E-Mail. Das alles ist sehr zeitaufwändig und vermutlich haben wir einige dieser Daten übersehen.

Am einfachsten kann das Patienteninformationsdatum über eine **Schnittstelle** gemeldet werden. Dazu kann das Krankenhausinformationssystem (KIS) angepasst und mit einem Feld für das Datum der Information der Patientin oder des Patienten erweitert werden. Anschliessend wird es zusammen mit der AHV-Nummer in einem FHIR-File übermittelt. Dies ist sowohl für die Spitäler wie auch für uns der einfachste und am wenigsten Aufwand verursachende Weg.

Bei 70 % aller gemeldeten Fälle fehlte uns dieses Patienteninformationsdatum. Wir verschicken täglich zwischen achtzig und hundert E-Mails um an dieses Datum zu kommen. Oft bekommen wir keine Antwort, oder dass der angefragte Arzt oder die angefragte Ärztin nicht zuständig sei. Manchmal scheint niemand zuständig zu sein. Und oft kommt die Antwort: Diagnose mitgeteilt am... Damit wissen wir nicht, ob die Patientin oder der Patient über die Datenweiterleitung ans Krebsregister und über das Widerspruchsrecht informiert wurde.

Um zukünftig das Patienteninformationsdatum besser und möglichst automatisiert zu finden, bitten wir alle Melder, die uns Routineberichte schicken, dies in strukturierter Form **«Information Krebsregister: TT.MM.JJJJ»** auf die Berichte zu schreiben.

**Information Krebsregister** bedeutet: Die Patientin oder der Patient wurde über die Weiterleitung der Daten ans Krebsregister und über das Widerspruchsrecht informiert.

Dies bezeichnen wir als Patienteninformationsdatum. (Das Datum der Diagnosemitteilung ist für uns nicht relevant.)

# 5. Tumorneuerkrankungen im Kanton Bern

## a. Übersicht über Tumorneuerkrankungen im Kanton Bern 2013–2018

Für die Jahre 2013–2018 wurden im Krebsregister des Kantons Bern insgesamt 50'208 Tumorneuerkrankungen registriert und codiert (Abbildung 4).

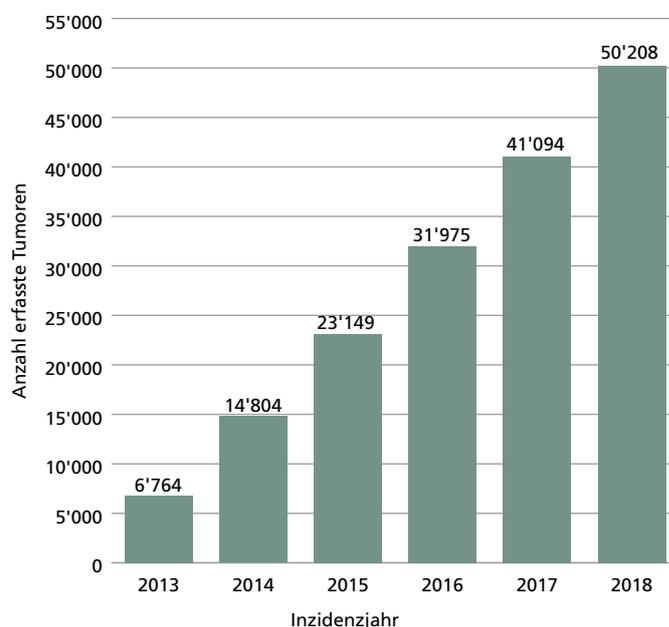
Das Krebsregister Bern hat 2013 ab Juli mit der aktiven Tumorerfassung begonnen, was erklärt warum für 2013 deutlich weniger Fälle erfasst wurden, als im Schnitt der folgenden Jahre.

Weiterhin gab es im Verlauf der Jahre Änderungen bei den erfassungspflichtigen Tumorentitäten, was den Anstieg an erfassten Fällen bei in-situ-Tumoren und Tumoren mit unklarem Tumorverhalten erklärt.

Tabelle 1 zeigt die erfassten Tumoren nach Inzidenzjahr und biologischem Verhalten des Tumors aufgeschlüsselt.

Das biologische Verhalten des Tumors ist ein wichtiger prognostischer Faktor, welcher die Behandlung von Tumorpatientinnen und Tumorpatienten beeinflussen kann. Tumoren werden bezüglich Verhalten in verschiedene Kategorien eingeteilt (Abbildung 5): Bösartige Tumoren werden als maligne bezeichnet und stellen mit 80 % das häufigste Tumorverhalten in unserer Datenbank dar. Diese Tumoren erfordern den grössten Aufwand an Diagnostik und Therapie und können auch eine schlechte Prognose aufweisen. Sie wachsen invasiv, d. h. infiltrieren das umliegende Gewebe und können Metastasen bilden (in andere Gewebe/Organe «absiedeln»). Als in-situ-Tumoren werden Tumorerkrankungen bezeichnet, die sich an ihrem ursprünglichen Entste-

hungsort befinden und noch nicht andere Strukturen infiltriert haben (nicht invasiv). Bei Tumoren mit unsicherem Verhalten kann das Verhalten (gut- oder bösartig) nicht eindeutig bestimmt werden, meistens weisen sie allerdings keinen bösartigen Verlauf auf. Gutartige Tumoren wachsen zwar nicht invasiv, können aber andere, gesunde Gewebe verdrängen und so Symptome hervorrufen.

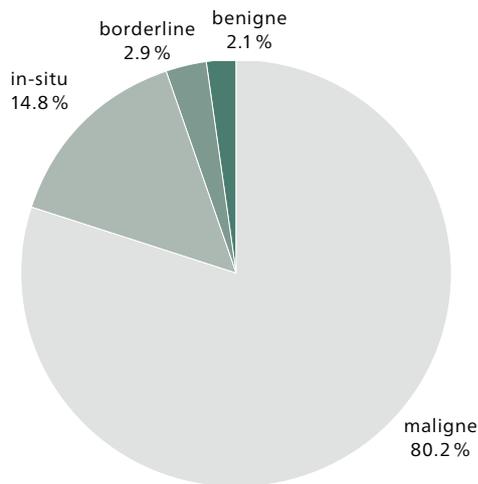


**Abbildung 4:** Anzahl total erfasste Tumorfälle in Datenbank 2013–2018 (inkl. ICD10. C44/D04), alle Geschlechter

**Tabelle 1: Bisher erfasste Tumoren 2013–2018, nach biologischem Verhalten, alle Geschlechter**

Typ	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
<b>alle Tumoren</b>	<b>6'764</b>	<b>8'040</b>	<b>8'345</b>	<b>8'826</b>	<b>9'119</b>	<b>9'114</b>	<b>50'208</b>
gutartig (benigne)	130	173	172	225	187	195	1'082
unsicher, ob gut- oder bösartig (borderline)	91	113	156	197	516	382	1'455
in situ, ohne ICD10: D04	519	644	819	883	1'041	1'103	5'009
<b>bösartig (maligne), ohne ICD10: C44</b>	<b>5'237</b>	<b>5'850</b>	<b>5'974</b>	<b>6'123</b>	<b>5'971</b>	<b>5'965</b>	<b>35'120</b>
nicht-melanotischer Hautkrebs, maligne (IC10: C44)*	498	903	851	969	914	997	5'132
nicht-melanotischer Hautkrebs, in-situ (IC10: D04)*	289	357	373	429	490	472	2'410

\* auch als «Heller Hautkrebs» bezeichnet. Hierzu gehören: invasive und nichtinvasive Plattenepithelkarzinome (M. Bowen), Merkelzellkarzinome, Karzinome der Hautanhangsgebilde. Basalzellkarzinome werden im Krebsregister Bern Solothurn nicht erfasst



**Abbildung 5:** Anzahl erfasster Tumoren in Prozent nach biologischem Verhalten, 2013-2018 (inkl. C44/D04), alle Geschlechter

## b. Tumorneuerkrankungen und tumorbedingte Todesfälle im Kanton Bern 2018

Tabelle 2 (Männer) und Tabelle 3 (Frauen) führen alle neu diagnostizierten bösartigen Tumorneuerkrankungen (Inzidenz) und alle tumorbedingten Todesfälle (Mortalität) getrennt nach Lokalisation und Geschlecht auf. Neben der Anzahl der Fälle (N) sind auch Inzidenz- bzw. Mortalitätsraten aufgeführt. Eine Inzidenzrate gibt in der Epidemiologie eine Vorstellung über die Verteilung einer Krankheit in der Gesamtbevölkerung während einer bestimmten Zeitspanne an. Die Raten werden als Anzahl Neuerkrankungen pro 100 Tsd. Einwohner (E.) angegeben. Die Zeitspanne beträgt 1 Jahr.

Roh bedeutet, dass keine Altersstandardisierung stattgefunden hat, sondern die Raten mittels der Bevölkerung des Kantons Bern errechnet wurden. Sie sind somit nur für Kantone oder Länder mit vergleichbarer Altersstruktur interpretierbar.

Um einen Vergleich mit anderen Ländern zu ermöglichen, werden die sogenannten Standardbevölkerungen verwendet. Hierbei werden die Raten mittels einer hypothetischen Bevölkerungsstruktur errechnet, um damit Unterschiede in der Altersstruktur zwischen verschiedenen Ländern auszugleichen. Der Europastandard ist eine hypothetische Altersstruktur der europäischen Bevölkerung. Es existieren 2 Versionen des Europastandards, der von 1976 und der von 2013. Letztendlich spiegelt der Standard von 2013 die aktuelle Altersstruktur besser wider (weniger Kinder/Jugendliche, mehr ältere Menschen), da aber der Standard von 1976 immer noch weite Verbreitung hat (einfachere Vergleichbarkeit mit historischen Daten), werden hier beide Versionen angegeben.

Weiterhin wird noch der Weltstandard angegeben, um eine Vergleichbarkeit mit nicht-europäischen Ländern zu ermöglichen.

Die Mortalitätsraten wurden analog zu den Inzidenzraten ermittelt, anstelle der Anzahl Tumorneuerkrankungen wurde die Anzahl tumorbedingter Todesfälle verwendet.

Zu beachten ist, dass bei einer Person die 2018 an einer Tumorerkrankung verstorben ist, nicht auch die Erstdiagnose 2018 erfolgt sein muss. Es kann z. B. auch ein Zeitraum von 20 Jahren zwischen Erstdiagnose und Tod liegen.

Weiterhin fliesst der nicht-melanotische Hautkrebs gemäss internationalen Richtlinien (IARC/IACR<sup>1</sup>) nicht mit in die Auswertungen auf den folgenden Seiten ein.

Ebenfalls nach internationalen Richtlinien wurden die sogenannten «Multiple Primary Checks»<sup>2</sup> berücksichtigt, nach denen nur ein Tumor pro Patient gezählt wird, sofern Lokalisation und Tumortyp (Morphologie) ähnlich sind. Wenn beispielsweise eine Patientin Brustkrebs in der linken Brust hatte und Jahre später Brustkrebs in der rechten Brust mit ähnlichem Tumortyp, so wird nur der erste Fall gezählt.

### Hinweis zu den Fallzahlen

Gemäss Artikel 30 der Krebsregistrierungsverordnung dürfen u. a. für kantonale/regionale Publikationen nur aggregierte Daten verwendet werden. Daten müssen zu mind. 20 Datensätzen aggregiert werden, um eine ausreichende Anonymisierung zu gewährleisten.

Unter Datensätzen versteht der Gesetzgeber eine Kombination von mehreren Merkmalen, Angaben oder Informationen, die sich auf eine bestimmte Person beziehen. Das bedeutet in der Praxis, die Angabe «5 Fälle mit Osteosarkom im Kanton Bern» darf publiziert werden, es dürfen in der gleichen Darstellung aber keine weiteren Angaben oder Merkmale zur erkrankten Person (wie Alter, Geschlecht etc.) mit aufgeführt werden, um das Risiko der Wiederherstellung des Bezugs zu einzelnen Personen zu minimieren. «5 Fälle mit Osteosarkom bei Frauen im Kanton Bern» darf also nicht publiziert werden.

In den folgenden Tabellen ist deshalb bei Tumorlokalisationen, die weniger als 20 Fälle aufweisen der Wert «<20» angegeben und keine Rate berechnet.

Diese gesetzliche Regelung hat auch bei anderen Auswertungen in diesem Jahresbericht zu Änderungen in der Darstellung im Vergleich mit den Vorjahren geführt.

- 1 Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R, Ferlay J, editors (2021). Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI. IARC Scientific Publication No. 166. Lyon: International Agency for Research on Cancer. chapter 3: Classification and coding, p. 76. Available from: <https://publications.iarc.fr/597>. Licence: CC BY-NC-ND 3.0 IGO. IACR: International Association of Cancer Registries IARC: International Association of Research on Cancer
- 2 International rules for multiple primary cancers, abrufbar auf der [IACR-Website](#)

**Abkürzungen:****N** Anzahl Fälle**ICD** International Classification of Diseases**RIR** Rohe Inzidenzrate**RMR** Rohe Mortalitätsrate**ASIR** Altersstandardisierte Inzidenzrate**ASMR** Altersstandardisierte Mortalitätsrate**NNB** nicht näher bezeichnet**Tabelle 2: Inzidenz/Mortalität nach Lokalisation für das Inzidenzjahr 2018, Männer**

ICD-10	Lokalisation	Inzidenz 2018					Mortalität 2018				
		N	RIR Bern	ASIR EU 1976	ASIR EU 2013	ASIR World	N	RMR Bern	ASMR EU 1976	ASMR EU 2013	ASMR World
<b>C00–C14, C30–C32</b>	<b>Kopf und Hals</b>	<b>130</b>	<b>25.6</b>	<b>17.6</b>	<b>25.5</b>	<b>12.3</b>	<b>58</b>	<b>11.4</b>	<b>7.1</b>	<b>11.9</b>	<b>4.7</b>
<b>C00–C14</b>	<b>Lippen, Mundhöhle und Rachen</b>	<b>91</b>	<b>18.0</b>	<b>12.6</b>	<b>17.7</b>	<b>9.0</b>	<b>48</b>	<b>9.5</b>	<b>6.0</b>	<b>9.8</b>	<b>4.0</b>
C00	Lippe	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C01–02	Zunge	23	4.5	3.3	4.5	2.6	<20	.	.	.	.
C03–06	Mund	26	5.1	3.6	5.0	2.5	<20	.	.	.	.
C07–08	Parotis, andere grosse Speicheldrüsen	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C09	Tonsille	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C10	Oropharynx	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C11	Nasopharynx	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C12–13	Hypopharynx	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C14	Sonstige/NNB Lippe, Mundhöhle, Pharynx	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C15	Ösophagus	44	8.7	5.8	8.7	3.9	42	8.3	5.3	8.4	3.5
C16	Magen	101	19.9	13.2	20.3	8.9	40	7.9	4.8	8.3	3.0
C17	Dünndarm	20	3.9	3.0	4.0	2.3	<20	.	.	.	.
<b>C18–C20</b>	<b>Kolon und Rektum</b>	<b>345</b>	<b>68.1</b>	<b>45.4</b>	<b>69.5</b>	<b>31.3</b>	<b>133</b>	<b>26.2</b>	<b>16.1</b>	<b>27.5</b>	<b>10.3</b>
C18	Kolon	231	45.6	30.0	46.9	20.5	91	18.0	11.1	18.8	7.1
C19–20	Rektum	114	22.5	15.4	22.6	10.8	42	8.3	5.0	8.7	3.2
C21	Anus	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C22	Leber	76	15.0	9.9	15.1	6.9	54	10.7	6.8	10.8	4.5
C23–24	Gallenblase, Gallenwege	20	3.9	2.5	4.1	1.6	<20	.	.	.	.
C25	Pankreas	91	18.0	11.5	18.6	7.6	97	19.1	12.0	20.1	7.7
C26, 39, 48, 76, 80	Andere, NNB	62	12.2	7.1	13.0	4.3	52	10.3	5.4	11.2	3.0
C30–31	Nase, Nasennebenhöhlen	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C32	Larynx	30	5.9	3.8	6.0	2.5	<20	.	.	.	.
C33–34	Lunge, Bronchus, Trachea	355	70.0	44.8	71.1	29.6	236	46.6	29.7	47.3	19.7
C37–38	andere thorakale Organe	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C40–41	Knochen	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C43	Hautmelanom	269	53.1	36.5	53.8	25.4	21	4.1	2.8	4.2	1.9
C45	Mesotheliom	32	6.3	3.8	6.5	2.5	24	4.7	3.1	4.8	2.1
C46	Kaposi-Sarkom	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C47, 49	Nerve, Binde- und Weichteilgewebe	20	3.9	2.6	4.0	1.9	<20	.	.	.	.
C50	Brust	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C60	Penis	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C61	Prostata	952	187.8	120.9	189.6	80.9	178	35.1	18.6	39.7	10.4
C62	Hoden	73	14.4	14.7	14.0	13.5	<20	.	.	.	.
C63	Sonstige männliche Genitalorgane	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C64	Niere	87	17.2	11.6	17.3	8.0	27	5.3	3.1	5.6	1.9
C65	Nierenbecken	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C66	Ureter	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C67	Harnblase	148	29.2	17.4	30.6	10.9	41	8.1	4.4	9.2	2.5
C68	Sonstige Harnorgane, NNB	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C69	Auge	0	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C70–72	Gehirn, ZNS	52	10.3	7.7	10.1	6.1	42	8.3	6.0	8.3	4.6
C73	Schilddrüse	30	5.9	4.7	5.9	3.5	<20	.	.	.	.
C74	Nebenniere	0	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C75	Sonstige endokrine Drüsen	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C81	Hodgkin-Lymphom	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C82–86, C96	Non-Hodgkin-Lymphom	123	24.3	16.1	24.9	10.8	37	7.3	4.4	7.9	2.7
C88	Immunoproliferative Krankheiten	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C90	Multiples Myelom	56	11.0	7.5	11.0	5.0	27	5.3	3.1	5.6	1.9
<b>C91–C95</b>	<b>Leukämie</b>	<b>87</b>	<b>17.2</b>	<b>13.1</b>	<b>17.4</b>	<b>11.0</b>	<b>47</b>	<b>9.3</b>	<b>5.6</b>	<b>10.2</b>	<b>3.6</b>
C91	Lymphatische Leukämie	42	8.3	6.4	8.6	5.5	21	4.1	2.1	4.8	1.1
C92	Myeloische Leukämie	44	8.7	6.7	8.6	5.4	21	4.1	2.8	4.3	2.0
C95	Leukämie, NNB	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
D45, D47	MPN (Myeloproliferative Neoplasie)	35	6.9	4.8	6.8	3.4	<20	.	.	.	.
D46	MDS (Myelodysplastisches Syndrom)	28	5.5	3.5	5.7	2.5	<20	.	.	.	.
<b>C00–96, D45–47 (ohne C44)</b>	<b>Alle ohne nicht-melanotischen Hautkrebs</b>	<b>3338</b>	<b>658.6</b>	<b>439.3</b>	<b>668.6</b>	<b>304.1</b>	<b>1233</b>	<b>243.3</b>	<b>147.3</b>	<b>257.0</b>	<b>94.1</b>

**Tabelle 3: Inzidenz/Mortalität nach Lokalisation für das Inzidenzjahr 2018, Frauen**

ICD-10	Lokalisation	Inzidenz 2018					Mortalität 2018				
		N	RIR Bern	ASIR EU 1976	ASIR EU 2013	ASIR World	N	RMR Bern	ASMR EU 1976	ASMR EU 2013	ASMR World
<b>C00–C14, C30–C32</b>	<b>Kopf und Hals</b>	<b>64</b>	<b>12.2</b>	<b>7.6</b>	<b>10.9</b>	<b>5.4</b>	<20	.	.	.	.
C00–C14	Lippen, Mundhöhle und Rachen	56	10.6	6.6	9.4	4.6	<20	.	.	.	.
C00	Lippe	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C01–02	Zunge	20	3.8	2.1	3.3	1.5	<20	.	.	.	.
C03–06	Mund	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C07–08	Parotis, andere grosse Speicheldrüsen	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C09	Tonsille	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C10	Oropharynx	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C11	Nasopharynx	0	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C12–13	Hypopharynx	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C14	Sonstige/NNB Lippe, Mundhöhle, Pharynx	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C15	Ösophagus	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C16	Magen	46	8.7	5.1	7.6	3.6	23	4.4	2.2	3.7	1.4
C17	Dünndarm	20	3.8	2.5	3.4	1.9	<20	.	.	.	.
<b>C18–C20</b>	<b>Kolon und Rektum</b>	<b>278</b>	<b>52.8</b>	<b>30.9</b>	<b>46.6</b>	<b>21.3</b>	<b>97</b>	<b>18.4</b>	<b>9.0</b>	<b>15.0</b>	<b>5.8</b>
C18	Kolon	181	34.4	19.3	30.1	13.1	69	13.1	6.2	10.6	4.0
C19–20	Rektum	97	18.4	11.6	16.5	8.1	28	5.3	2.7	4.4	1.8
C21	Anus	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C22	Leber	40	7.6	4.9	6.9	3.4	30	5.7	3.1	4.9	2.1
C23–24	Gallenblase, Gallenwege	32	6.1	3.1	5.1	2.0	<20	.	.	.	.
C25	Pankreas	113	21.5	11.4	18.2	7.7	76	14.4	7.7	12.3	5.1
C26, 39, 48, 76, 80	Andere, NNB	50	9.5	4.2	7.6	2.6	64	12.2	4.8	9.3	2.9
C30–31	Nase, Nasennebenhöhlen	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C32	Larynx	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C33–34	Lunge, Bronchus, Trachea	219	41.6	25.2	37.4	17.3	135	25.7	14.7	22.6	10.0
C37–38	andere thorakale Organe	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C40–41	Knochen	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C43	Hautmelanom	220	41.8	29.1	38.3	21.7	<20	.	.	.	.
C45	Mesotheliom	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C46	Kaposi-Sarkom	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C47, 49	Nerve, Binde- und Weichteilgewebe	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C50	Brust	768	146.0	100.8	132.8	73.4	187	35.5	19.3	30.3	13.0
C51	Vulva	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C52	Vagina	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C53	Cervix uteri	34	6.5	5.8	6.3	4.6	<20	.	.	.	.
C54	Corpus uteri	118	22.4	15.1	20.3	11.0	<20	.	.	.	.
C55	Uterus, NNB	0	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C56	Ovar	66	12.5	7.5	10.9	5.2	47	8.9	4.8	7.7	3.2
C57	Sonstige weibliche Genitalorgane	20	3.8	2.0	3.2	1.2	<20	.	.	.	.
C58	Plazenta	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C64	Niere	43	8.2	4.5	7.2	3.2	<20	.	.	.	.
C65	Nierenbecken	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C66	Ureter	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C67	Harnblase	38	7.2	3.7	6.0	2.5	<20	.	.	.	.
C68	Sonstige Harnorgane, NNB	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C69	Auge	0	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C70–72	Gehirn, ZNS	35	6.7	5.2	6.2	4.7	25	4.8	2.9	4.1	2.1
C73	Schilddrüse	63	12.0	10.0	11.4	8.2	10	.	.	.	.
C74	Nebenniere	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C75	Sonstige endokrine Drüsen	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C81	Hodgkin-Lymphom	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C82–86, C96	Non-Hodgkin-Lymphom	101	19.2	11.9	17.2	8.4	27	5.1	2.2	3.9	1.4
C88	Immunoproliferative Krankheiten	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C90	Multiples Myelom	49	9.3	5.0	8.1	3.4	23	4.4	1.8	3.5	1.1
<b>C91–C95</b>	<b>Leukämie</b>	<b>49</b>	<b>9.3</b>	<b>5.6</b>	<b>8.3</b>	<b>4.2</b>	<b>33</b>	<b>6.3</b>	<b>2.6</b>	<b>5.0</b>	<b>1.7</b>
C91	Lymphatische Leukämie	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C92	Myeloische Leukämie	29	5.5	3.4	5.0	2.5	<20	.	.	.	.
C95	Leukämie, NNB	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
D45, D47	MPN (Myeloproliferative Neoplasie)	29	5.5	3.5	5.0	2.4	<20	.	.	.	.
D46	MDS (Myelodysplastisches Syndrom)	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
<b>C00–96, D45–47 (ohne C44)</b>	<b>Alle ohne nicht-melanotischen Hautkrebs</b>	<b>2627</b>	<b>499.2</b>	<b>320.2</b>	<b>447.5</b>	<b>230.8</b>	<b>964</b>	<b>183.2</b>	<b>93.3</b>	<b>153.0</b>	<b>61.7</b>



### c. Tumorneuerkrankungen und tumorbedingte Todesfälle im Kanton Bern 2014–2018

Tabelle 4 (Männer) und Tabelle 5 (Frauen) zeigen die gleichen Auswertungen wie im letzten Abschnitt, hier wird jedoch eine Zusammenfassung der Inzidenzjahre 2014–2018 dargestellt.

Es treten zwischen den einzelnen Inzidenzjahren immer wieder Schwankungen bei den Fallzahlen und somit auch Raten der verschiedenen Tumoren auf. Die folgend dargestellten Inzidenz- und Mortalitätsraten geben einen Durchschnittswert für einen Fünfjahreszeitraum an und liegen damit näher an den tatsächlich zu erwartenden Werten, als wenn man nur ein einzelnes Jahr betrachten würde.

Tabelle 4: Inzidenz/Mortalität nach Lokalisation, Zusammenfassung Inzidenzjahre 2014–2018, Männer

ICD-10	Lokalisation	Inzidenz 2014–2018					Mortalität 2014–2018				
		N	RIR Bern	ASIR EU 1976	ASIR EU 2013	ASIR World	N	RMR Bern	ASMR EU 1976	ASMR EU 2013	ASMR World
<b>C00–C14, C30–C32</b>	<b>Kopf und Hals</b>	<b>665</b>	<b>26.6</b>	<b>19.2</b>	<b>26.7</b>	<b>13.6</b>	<b>267</b>	<b>10.7</b>	<b>7.1</b>	<b>11.1</b>	<b>4.8</b>
<b>C00–C14</b>	<b>Lippe, Mundhöhle und Rachen</b>	<b>509</b>	<b>20.4</b>	<b>14.8</b>	<b>20.4</b>	<b>10.5</b>	<b>208</b>	<b>8.3</b>	<b>5.6</b>	<b>8.6</b>	<b>3.8</b>
C00	Lippe	20	0.8	0.5	0.9	0.4	<20	.	.	.	.
C01–02	Zunge	114	4.6	3.4	4.6	2.5	34	1.4	0.9	1.4	0.6
C03–06	Mund	135	5.4	3.9	5.4	2.8	41	1.6	1.1	1.7	0.7
C07–08	Parotis, andere grosse Speicheldrüsen	25	1.0	0.7	1.0	0.4	<20	.	.	.	.
C09	Tonsille	57	2.3	1.6	2.3	1.2	20	0.8	0.5	0.9	0.3
C10	Oropharynx	47	1.9	1.4	1.9	1.0	34	1.4	1.0	1.4	0.7
C11	Nasopharynx	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C12–13	Hypopharynx	67	2.7	2.0	2.7	1.4	46	1.8	1.3	1.9	0.9
C14	Sonstige/NNB Lippe, Mundhöhle, Pharynx	27	1.1	0.8	1.1	0.5	<20	.	.	.	.
C15	Ösophagus	264	10.6	7.0	11.0	4.7	215	8.6	5.6	9.0	3.7
C16	Magen	435	17.4	11.7	18.1	8.0	243	9.7	6.3	10.4	4.1
C17	Dünndarm	117	4.7	3.3	4.8	2.3	25	1.0	0.6	1.1	0.4
<b>C18–C20</b>	<b>Kolon und Rektum</b>	<b>1'793</b>	<b>71.7</b>	<b>48.4</b>	<b>75.1</b>	<b>33.0</b>	<b>680</b>	<b>27.2</b>	<b>16.8</b>	<b>29.8</b>	<b>10.6</b>
C18	Kolon	1'163	46.5	31.2	49.0	21.3	447	17.9	11.0	19.6	7.0
C19–20	Rektum	630	25.2	17.2	26.2	11.7	233	9.3	5.8	10.2	3.6
C21	Anus	47	1.9	1.4	1.9	1.0	<20	.	.	.	.
C22	Leber	367	14.7	10.0	15.2	6.9	259	10.4	6.7	11.0	4.4
C23–24	Gallenblase, Gallenwege	126	5.0	3.2	5.4	2.0	79	3.2	1.9	3.5	1.2
C25	Pankreas	488	19.5	12.8	20.6	8.4	424	17.0	11.0	18.1	7.1
C26, 39, 48, 76, 80	Anderer, NNB	263	10.5	6.3	11.8	3.9	224	9.0	5.2	10.1	3.1
C30–31	Nase, Nasennebenhöhlen	35	1.4	1.0	1.4	0.7	<20	.	.	.	.
C32	Larynx	121	4.8	3.4	4.9	2.4	52	2.1	1.3	2.2	0.8
C33–34	Lunge, Bronchus, Trachea	1'822	72.9	48.8	75.9	32.7	1'331	53.2	34.6	56.0	22.7
C37–38	andere thorakale Organe	22	0.9	0.6	0.9	0.5	<20	.	.	.	.
C40–41	Knochen	20	0.8	0.8	0.8	0.7	<20	.	.	.	.
C43	Hautmelanom	1'240	49.6	35.5	51.3	25.2	138	5.5	3.5	5.9	2.3
C45	Mesotheliom	127	5.1	3.3	5.3	2.1	112	4.5	2.8	4.8	1.8
C46	Kaposi-Sarkom	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C47, 49	Nerve, Binde- und Weichteilgewebe	103	4.1	3.0	4.2	2.1	49	2.0	1.3	2.1	0.9
C50	Brust	28	1.1	0.7	1.2	0.5	<20	.	.	.	.
C60	Penis	60	2.4	1.6	2.5	1.0	<20	.	.	.	.
C61	Prostata	4'725	189.0	124.7	197.2	83.3	1'003	40.1	22.1	46.9	12.4
C62	Hoden	336	13.4	13.6	13.0	12.8	<20	.	.	.	.
C63	Sonstige männliche Genitalorgane	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C64	Niere	467	18.7	13.0	19.3	9.0	124	5.0	3.0	5.4	1.9
C65	Nierenbecken	59	2.4	1.4	2.6	0.9	22	0.9	0.5	1.0	0.3
C66	Ureter	25	1.0	0.7	1.0	0.4	<20	.	.	.	.
C67	Harnblase	707	28.3	17.9	30.5	11.4	228	9.1	5.3	10.4	3.1
C68	Sonstige Harnorgane, NNB	24	1.0	0.5	1.1	0.3	28	1.1	0.7	1.2	0.4
C69	Auge	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C70–72	Gehirn, ZNS	247	9.9	7.7	9.9	6.1	187	7.5	5.6	7.6	4.3
C73	Schilddrüse	131	5.2	4.3	5.2	3.4	25	1.0	0.7	1.0	0.5
C74	Nebenniere	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C75	Sonstige endokrine Drüsen	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C81	Hodgkin-Lymphom	96	3.8	3.6	3.9	3.4	<20	.	.	.	.
C82–86, C96	Non-Hodgkin-Lymphom	622	24.9	17.5	25.9	12.3	184	7.4	4.6	8.1	2.9
C88	Immunoproliferative Krankheiten	77	3.1	2.1	3.2	1.4	<20	.	.	.	.
C90	Multiples Myelom	284	11.4	7.7	11.8	5.1	133	5.3	3.2	5.8	1.9
<b>C91–C95</b>	<b>Leukämie</b>	<b>462</b>	<b>18.5</b>	<b>13.4</b>	<b>19.2</b>	<b>10.2</b>	<b>229</b>	<b>9.2</b>	<b>5.7</b>	<b>10.2</b>	<b>3.7</b>
C91	Lymphatische Leukämie	256	10.2	7.5	10.7	5.9	81	3.2	1.9	3.8	1.2
C92	Myeloische Leukämie	199	8.0	5.7	8.2	4.2	128	5.1	3.4	5.5	2.2
C95	Leukämie, NNB	<20	.	.	.	.	20	0.8	0.5	0.9	0.3
D45, D47	MPN (Myeloproliferative Neoplasie)	153	6.1	4.2	6.3	2.9	25	1.0	0.6	1.1	0.4
D46	MDS (Myelodysplastisches Syndrom)	148	5.9	3.6	6.5	2.3	66	2.6	1.4	3.1	0.8
<b>C00–96, D45–47 ohne C44</b>	<b>Alle ohne nicht-melanotischen Hautkrebs</b>	<b>16'750</b>	<b>669.8</b>	<b>459.4</b>	<b>697.5</b>	<b>318.3</b>	<b>6'466</b>	<b>258.6</b>	<b>161.5</b>	<b>281.8</b>	<b>103.0</b>

**Tabelle 5: Inzidenz/Mortalität nach Lokalisation, Zusammenfassung Inzidenzjahre 2014–2018, Frauen**

ICD-10	Lokalisation	Inzidenz 2014–2018					Mortalität 2014–2018				
		N	RIR Bern	ASIR EU 1976	ASIR EU 2013	ASIR World	N	RMR Bern	ASMR EU 1976	ASMR EU 2013	ASMR World
<b>C00–C14, C30–C32</b>	<b>Kopf und Hals</b>	<b>298</b>	<b>11.5</b>	<b>7.6</b>	<b>10.5</b>	<b>5.5</b>	<b>96</b>	<b>3.7</b>	<b>2.1</b>	<b>3.2</b>	<b>1.4</b>
<b>C00–C14</b>	<b>Lippe, Mundhöhle und Rachen</b>	<b>255</b>	<b>9.8</b>	<b>6.5</b>	<b>8.9</b>	<b>4.6</b>	<b>79</b>	<b>3.0</b>	<b>1.7</b>	<b>2.6</b>	<b>1.1</b>
C00	Lippe	0	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C01–02	Zunge	72	2.8	1.7	2.5	1.2	<20	.	.	.	.
C03–06	Mund	69	2.7	1.7	2.4	1.1	<20	.	.	.	.
C07–08	Parotis, andere grosse Speicheldrüsen	26	1.0	0.7	0.9	0.6	<20	.	.	.	.
C09	Tonsille	28	1.1	0.7	1.0	0.5	<20	.	.	.	.
C10	Oropharynx	21	0.8	0.6	0.8	0.4	<20	.	.	.	.
C11	Nasopharynx	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C12–13	Hypopharynx	23	0.9	0.6	0.8	0.4	<20	.	.	.	.
C14	Sonstige/NNB Lippe, Mundhöhle, Pharynx	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C15	Ösophagus	91	3.5	2.1	3.1	1.4	70	2.7	1.6	2.4	1.1
C16	Magen	227	8.7	4.9	7.6	3.4	153	5.9	3.0	4.9	1.9
C17	Dünndarm	86	3.3	2.0	3.0	1.4	20	0.8	0.3	0.6	0.2
<b>C18–C20</b>	<b>Kolon und Rektum</b>	<b>1'348</b>	<b>51.8</b>	<b>30.3</b>	<b>45.8</b>	<b>20.9</b>	<b>489</b>	<b>18.8</b>	<b>9.2</b>	<b>15.6</b>	<b>5.9</b>
C18	Kolon	930	35.7	20.1	31.4	13.8	344	13.2	6.2	10.9	3.9
C19–20	Rektum	418	16.1	10.2	14.4	7.1	145	5.6	3.0	4.7	2.0
C21	Anus	91	3.5	2.2	3.1	1.5	<20	.	.	.	.
C22	Leber	142	5.5	3.2	4.9	2.2	128	4.9	2.5	4.2	1.6
C23–24	Gallenblase, Gallenwege	143	5.5	2.7	4.6	1.8	91	3.5	1.5	2.8	0.9
C25	Pankreas	509	19.6	10.4	16.9	6.9	437	16.8	8.4	14.3	5.4
C26, 39, 48, 76, 80	Andere, NNB	267	10.3	4.6	8.3	2.9	272	10.5	4.4	8.3	2.7
C30–31	Nase, Nasennebenhöhlen	23	0.9	0.6	0.8	0.5	<20	.	.	.	.
C32	Larynx	20	0.8	0.5	0.7	0.4	<20	.	.	.	.
C33–34	Lunge, Bronchus, Trachea	1'079	41.5	26.2	37.9	18.2	746	28.7	17.2	25.9	11.7
C37–38	andere thorakale Organe	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C40–41	Knochen	24	0.9	0.9	1.0	1.0	<20	.	.	.	.
C43	Hautmelanom	1'048	40.3	29.2	37.3	22.1	82	3.2	1.7	2.7	1.2
C45	Mesotheliom	21	0.8	0.5	0.7	0.3	<20	.	.	.	.
C46	Kaposi-Sarkom	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C47, 49	Nerve, Binde- und Weichteilgewebe	87	3.3	2.3	3.0	1.8	45	1.7	1.0	1.5	0.7
C50	Brust	4'111	158.0	109.8	145.2	79.9	931	35.8	19.5	30.8	13.0
C51	Vulva	96	3.7	2.1	3.3	1.4	24	0.9	0.4	0.7	0.3
C52	Vagina	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C53	Cervix uteri	178	6.8	5.8	6.5	4.7	59	2.3	1.6	2.1	1.1
C54	Corpus uteri	555	21.3	14.0	19.6	9.9	95	3.7	1.9	3.1	1.3
C55	Uterus, NNB	<20	.	.	.	.	37	1.4	0.6	1.2	0.4
C56	Ovar	416	16.0	10.2	14.5	7.4	297	11.4	6.1	10.0	4.1
C57	Sonstige weibliche Genitalorgane	80	3.1	1.7	2.8	1.1	35	1.3	0.7	1.2	0.4
C58	Plazenta	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C64	Niere	197	7.6	4.5	6.8	3.1	69	2.7	1.2	2.2	0.7
C65	Nierenbecken	30	1.2	0.5	1.0	0.3	<20	.	.	.	.
C66	Ureter	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C67	Harnblase	222	8.5	4.5	7.4	2.9	109	4.2	1.9	3.4	1.2
C68	Sonstige Harnorgane, NNB	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C69	Auge	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C70–72	Gehirn, ZNS	160	6.1	4.8	5.8	4.3	122	4.7	3.1	4.2	2.3
C73	Schilddrüse	326	12.5	10.7	12.1	8.7	33	1.3	0.5	1.0	0.3
C74	Nebenniere	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
C75	Sonstige endokrine Drüsen	<20	.	.	.	.	0	.	.	.	.
C81	Hodgkin-Lymphom	62	2.4	2.3	2.4	2.2	<20	.	.	.	.
C82–86, C96	Non-Hodgkin-Lymphom	504	19.4	12.1	17.5	8.6	160	6.1	2.8	5.1	1.8
C88	Immunproliferative Krankheiten	84	3.2	2.1	2.9	1.6	<20	.	.	.	.
C90	Multipl. Myelom	208	8.0	4.4	7.1	2.9	125	4.8	2.2	4.0	1.4
<b>C91–C95</b>	<b>Leukämie</b>	<b>305</b>	<b>11.7</b>	<b>7.8</b>	<b>10.6</b>	<b>6.2</b>	<b>183</b>	<b>7.0</b>	<b>3.1</b>	<b>5.6</b>	<b>2.0</b>
C91	Lymphatische Leukämie	139	5.3	3.7	4.9	3.2	65	2.5	1.0	1.9	0.6
C92	Myeloische Leukämie	155	6.0	3.8	5.4	2.9	101	3.9	1.9	3.3	1.3
C95	Leukämie, NNB	<20	.	.	.	.	<20	.	.	.	.
D45, D47	MPN (Myeloproliferative Neoplasie)	138	5.3	3.2	4.7	2.3	34	1.3	0.5	1.0	0.3
D46	MDS (Myelodysplastisches Syndrom)	75	2.9	1.5	2.5	0.9	45	1.7	0.7	1.3	0.4
<b>C00–96, D45–47 ohne C44</b>	<b>Alle ohne nicht-melanotischen Hautkrebs</b>	<b>13'332</b>	<b>512.4</b>	<b>334.5</b>	<b>464.5</b>	<b>242.2</b>	<b>5'122</b>	<b>196.8</b>	<b>102.7</b>	<b>167.9</b>	<b>67.8</b>

### d. Häufigste bösartige Tumorneuerkrankungen nach Lokalisation 2018

In den Abbildungen 6 (Männer) und 7 (Frauen) sind die 15 häufigsten Tumorneuerkrankungen nach Lokalisation mit Anzahl der Fälle getrennt nach Geschlecht für das Inzidenzjahr 2018 aufgeführt.

In den Abbildungen 8 (Männer) und 9 (Frauen) sind die Prozentanteile für die 5 häufigsten Tumorneuerkrankungen nach Lokalisation sowie der Prozentanteil für alle anderen Lokalisationen («Andere Lokalisation») dargestellt.

Einige Lokalisationen sind zu Gruppen zusammengefasst, Lippen, Mundhöhle und Rachen umfassen z. B. die ICD-10-Codes C00-C14.

Bei Männern ist der Prostatakrebs mit 28.5 % der häufigste bösartige Tumor, gefolgt von Lunge und Trachea (10.6 %) und Kolon und Rektum (10.3 %).

Bei Frauen kommt Brustkrebs mit 29.2 % am häufigsten vor, gefolgt von Kolon und Rektum (10.6 %) und Hautmelanom (8.4%).

Die 5 häufigsten Tumorlokalisationen machen über 60 % aller bösartigen Tumoren aus (Männer: 62.0 %, Frauen: 61.0 %).

Die 15 häufigsten Tumoren summieren sich bereits auf über 85 % aller bösartigen Tumoren auf (Männer: 87.4 %, Frauen: 85.2 %).

#### Zu den Abbildungsbeschreibungen

N ist die Anzahl aller grafisch aufgeführten Tumorneuerkrankungen, die Angabe in Klammern ist deren Anteil an allen bösartigen Tumorneuerkrankungen.

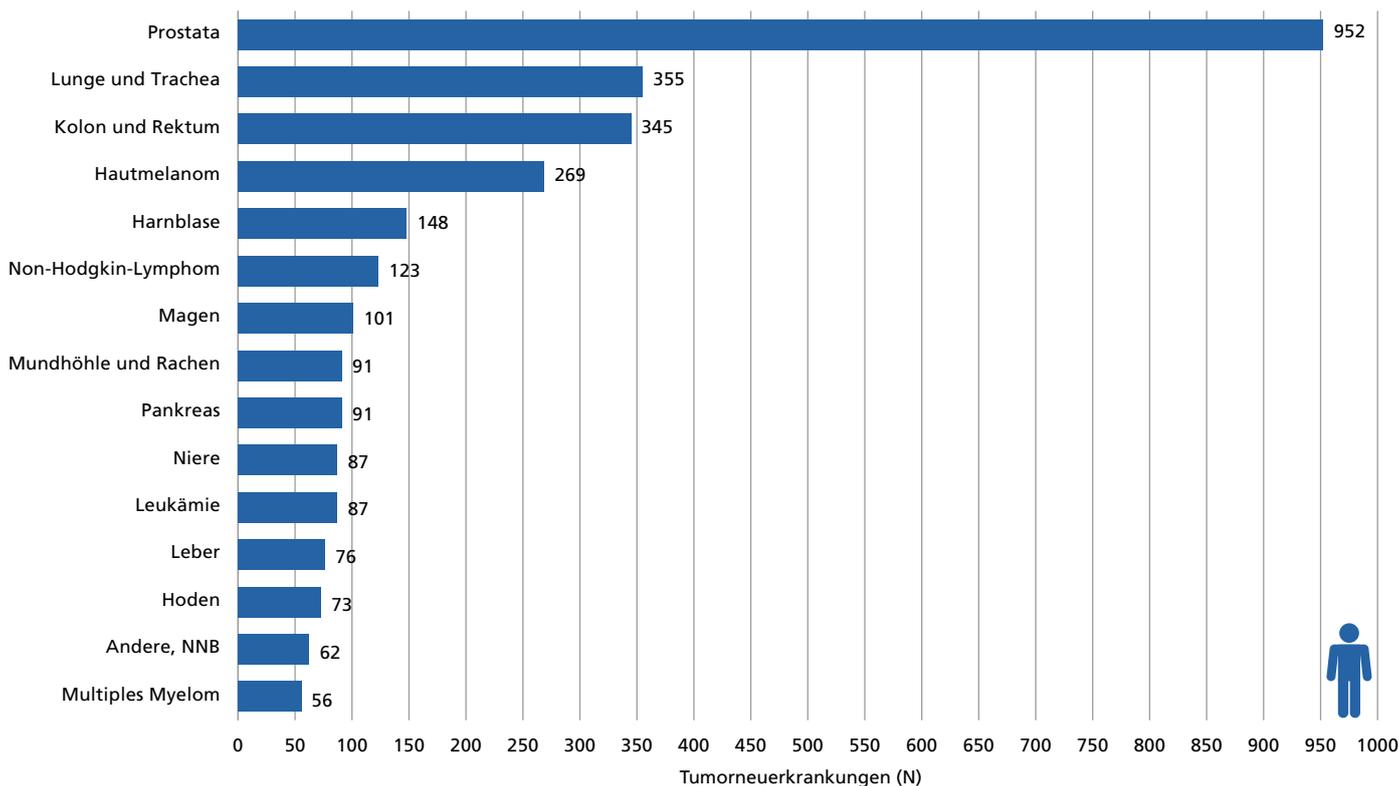


Abbildung 6: 15 häufigste bösartige Tumorneuerkrankungen nach Lokalisation für das Inzidenzjahr 2018 bei Männern (N=2'916 (87.4%))

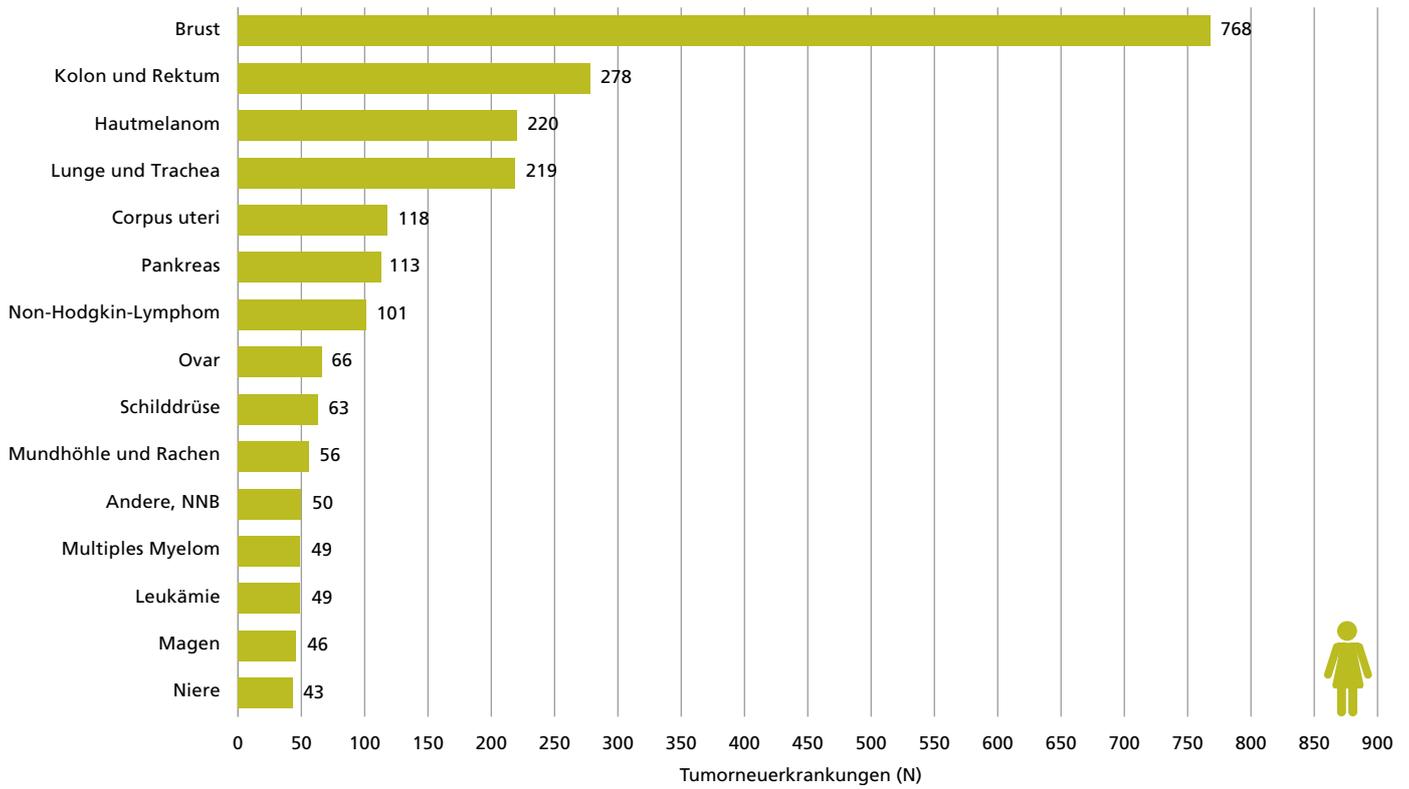


Abbildung 7: 15 häufigste bösartige Tumorneuerkrankungen nach Lokalisation für das Inzidenzjahr 2018 bei Frauen (N= 2'239 (85.2%))

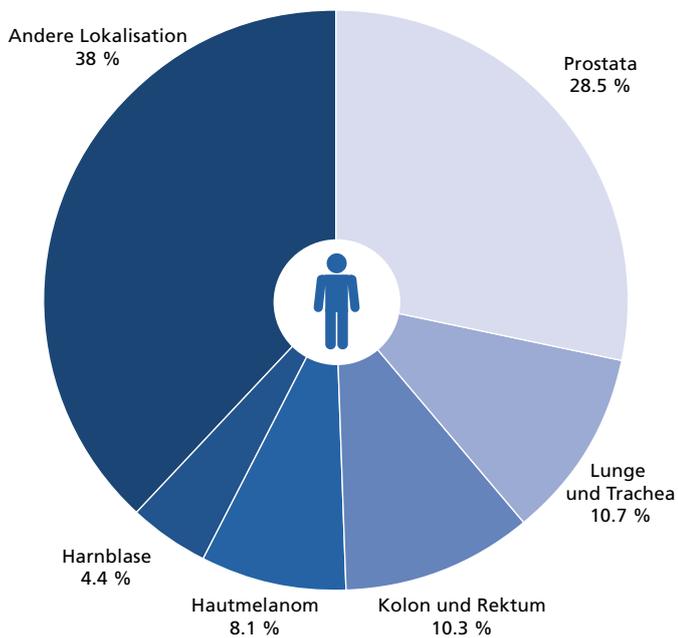


Abbildung 8: 5 häufigste bösartige Tumorneuerkrankungen nach Lokalisation für das Inzidenzjahr 2018 bei Männern (N=2'069 (62.0%))

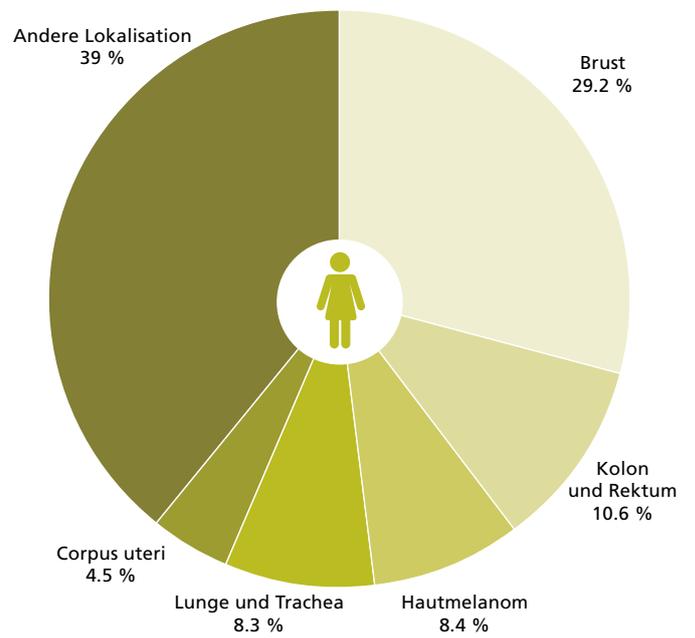


Abbildung 9: 5 häufigste bösartige Tumorneuerkrankungen nach Lokalisation für das Inzidenzjahr 2018 bei Frauen (N=1'603 (61.0%))

### e. Mortalität (tumorbedingte Todesfälle) nach Lokalisation 2018

In der Krebsforschung ist es wichtig, Kenntnis über die Todesursache von Personen zu haben, die von einer Tumorerkrankung betroffen sind/waren. Für die Ermittlung z. B. der sogenannten Überlebensraten (Zeitspanne zwischen Datum der Erstdiagnose und Datum des Todes der Person) ist es zwingend erforderlich zu wissen, ob die Person aufgrund ihrer Tumorerkrankung oder aufgrund einer anderen Ursache verstorben ist.

Einmal jährlich erhalten wir vom Bundesamt für Statistik (BFS) die Todesursachenstatistik mit allen in einem Kalenderjahr im Kanton Bern verstorbenen Personen.

Diese Statistik wird mit unserer Datenbank abgeglichen, um noch nicht erfasste Fälle zu entdecken.

Die Todesursachen werden in der Datenbank ergänzt.

Weiterhin geben wir dem BFS ein Feedback bzgl. Datenqualität, z. B. wenn laut Todeszertifikat eine bestimmte Tumorerkrankung als Todesursache angegeben ist, wir aber verlässliche Informationen haben, dass eine andere Tumorerkrankung zum Tod geführt hat.

Abbildung 10 (Männer) und Abbildung 11 (Frauen) zeigen die 10 Tumorerkrankungen, die am häufigsten zum Tod führten, nach Lokalisation und getrennt nach Geschlecht für das Jahr 2018 an.

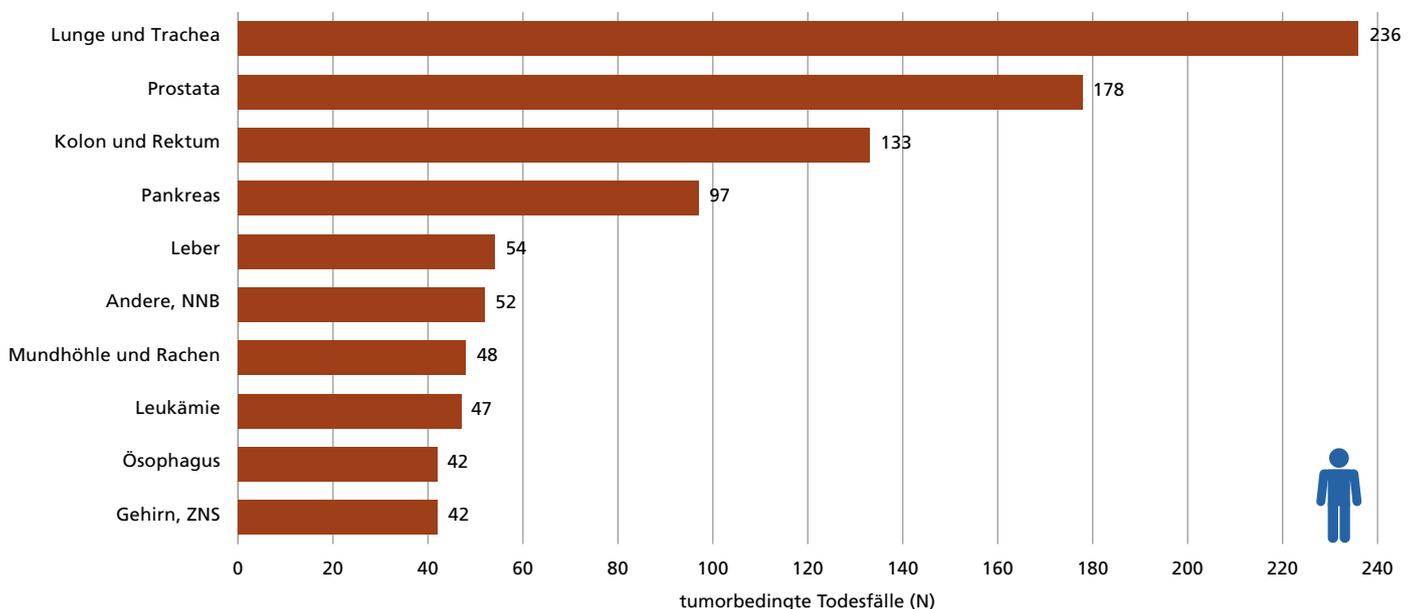
Insgesamt sind 2018 1'233 Männer und 964 Frauen infolge einer bösartigen Tumorerkrankung verstorben.

Die aufgeführten 10 Tumorerkrankungen verursachen bereits 75 % aller tumorbedingten Todesfälle (Männer 75.3 %, Frauen 74.8 %).

Bei den Männern stellen die Lungentumoren mit 19.1 % (die Trachea ist laut internationalen Regeln mit in diese Gruppe eingeschlossen, 2018 gab es aber weder eine Neuerkrankung noch einen Todesfall aufgrund eines Tracheatumors) die häufigste tumorbedingte Todesursache.

Bei den Frauen sind es die bösartigen Brusttumoren (19.4 %), die auch bei Tumorerkrankungen den grössten Anteil darstellen.

Abbildung 12 (Männer) und Abbildung 13 (Frauen) geben die Prozentanteile der 5 Tumorerkrankungen mit den meisten Todesfällen nach Lokalisation sowie den Prozentanteil aller anderen Tumorerkrankungen mit Todesfolge an.



**Abbildung 10:** 10 häufigste Tumortodesursachen nach Lokalisation für das Inzidenzjahr 2018 bei Männern (N= 929 (75.3%))

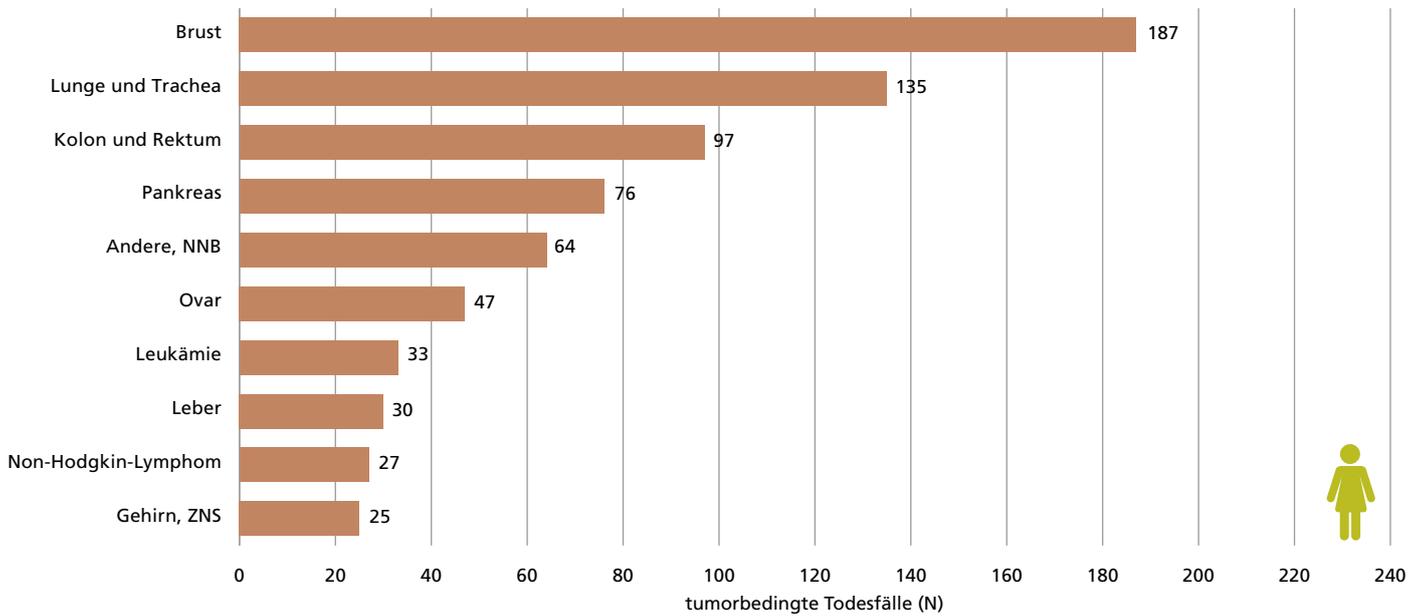


Abbildung 11: 10 häufigste Tumortodesursachen nach Lokalisation für das Inzidenzjahr 2018 bei Frauen (N= 721 (74.8%))

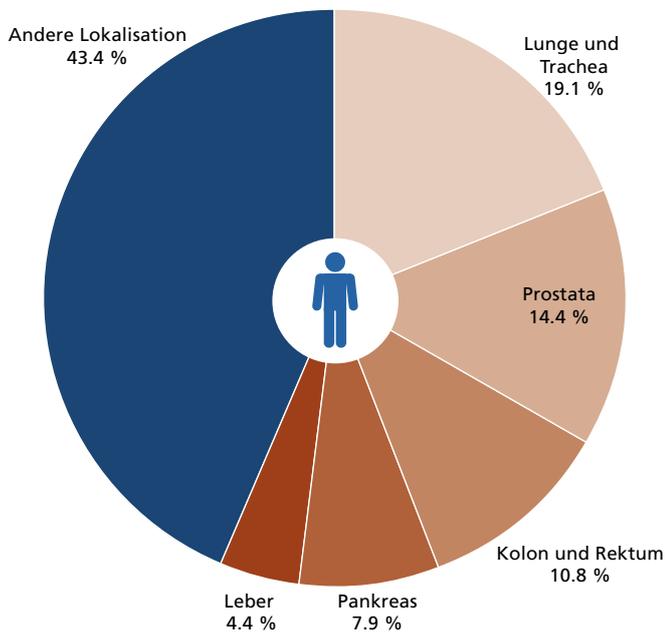


Abbildung 12: 5 häufigste Tumortodesursachen nach Lokalisation für das Inzidenzjahr 2018 bei Männern (N= 698 (56.6%))

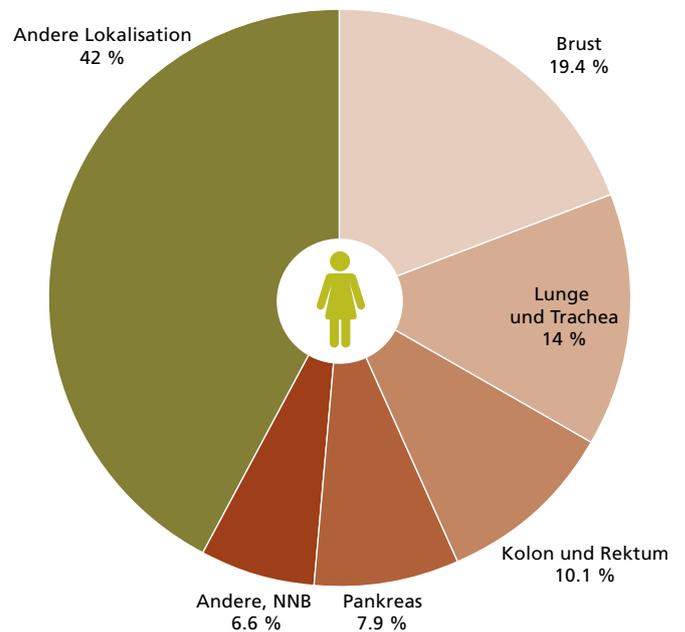


Abbildung 13: 5 häufigste Tumortodesursachen nach Lokalisation für das Inzidenzjahr 2018 bei Frauen (N= 559 (58.0%))

## f. Bösartige Tumorneuerkrankungen und tumorbedingte Todesfälle nach Altersgruppen 2018

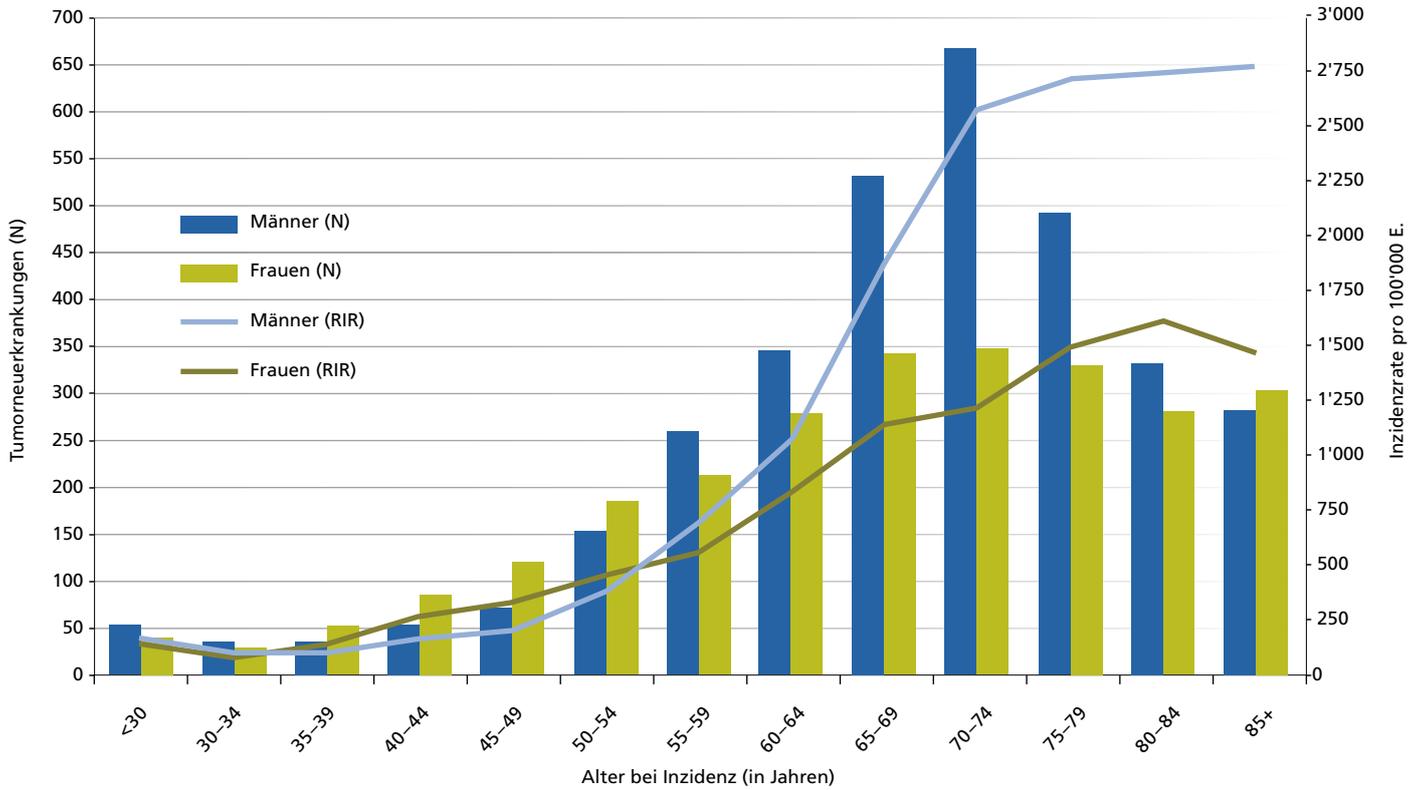
In Abbildung 14 ist die Häufigkeit bösartiger Tumorneuerkrankungen nach Altersgruppe und Geschlecht grafisch dargestellt.

Abbildung 15 zeigt tumorbedingte Todesfälle nach Altersgruppe und Geschlecht.

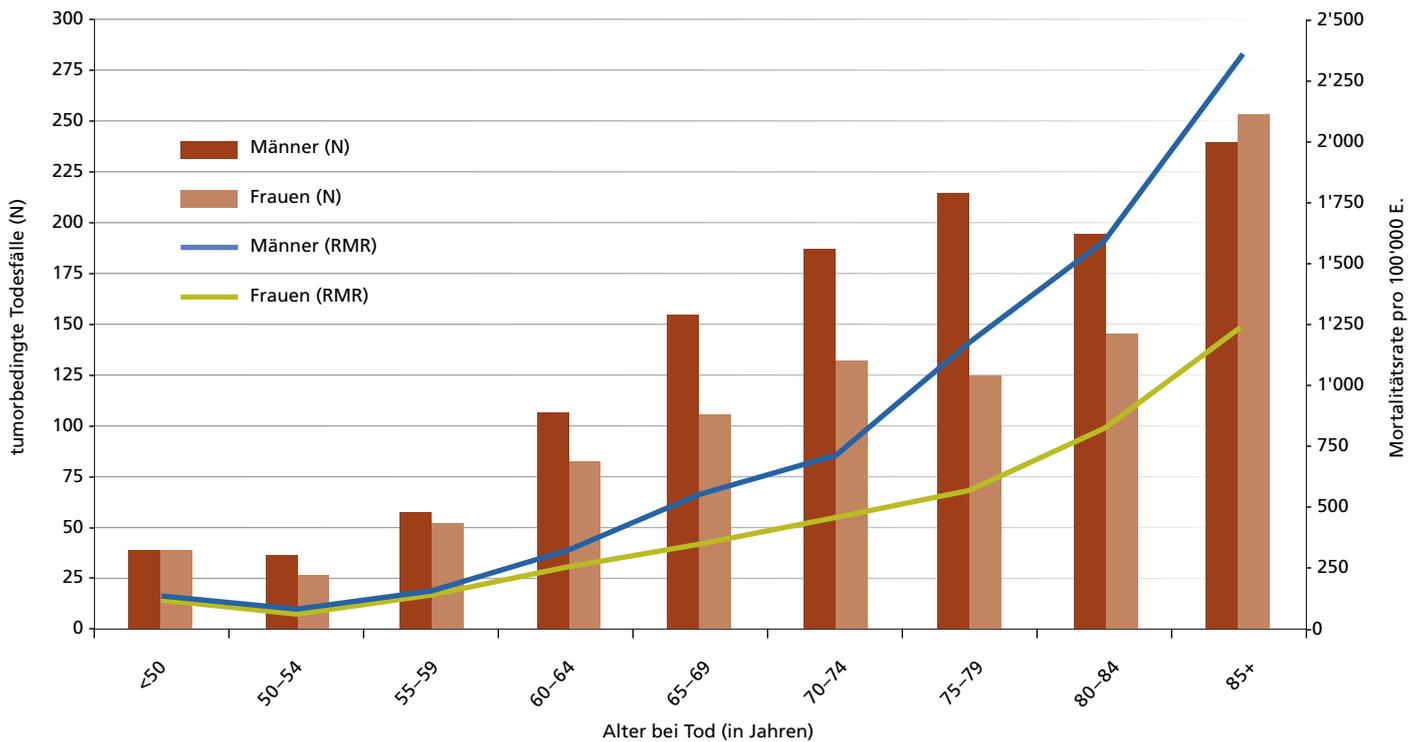
Die Altersgruppen sind in 5-Jahres-Intervallen dargestellt. Die Balken geben die Anzahl der Neuerkrankungen bzw. Anzahl Todesfälle, die Kurven die rohen Inzidenz- bzw. Mortalitätsraten wieder.

Der Häufigkeitsgipfel (Peak) nach Anzahl Neuerkrankungen liegt bei Männern und Frauen in der Altersgruppe 70–74 (Männer: 671, Frauen: 350 Neuerkrankungen).

Die unterschiedliche Darstellung der Altersgruppen (Altersgruppen <30 Jahren in Abbildung 14 und <50 in Abbildung 15 erklärt sich durch die gesetzliche vorgeschriebene Aggregationspflicht. (siehe S. 11).



**Abbildung 14:** Anzahl bösartige Tumorneuerkrankungen und rohe Inzidenzrate (RIR) pro 100'000 Einwohner für das Inzidenzjahr 2018 nach Altersgruppe bei Männern und Frauen im Kanton Bern ( $N_{\text{Männer}}: 3'338, N_{\text{Frauen}}: 2'627$ )



**Abbildung 15:** Anzahl tumorbedingte Todesfälle und rohe Mortalitätsrate (RMR) pro 100'000 Einwohner für das Inzidenzjahr 2018 nach Altersgruppe bei Männern und Frauen im Kanton Bern ( $N_{\text{Männer}}: 1'233, N_{\text{Frauen}}: 964$ )

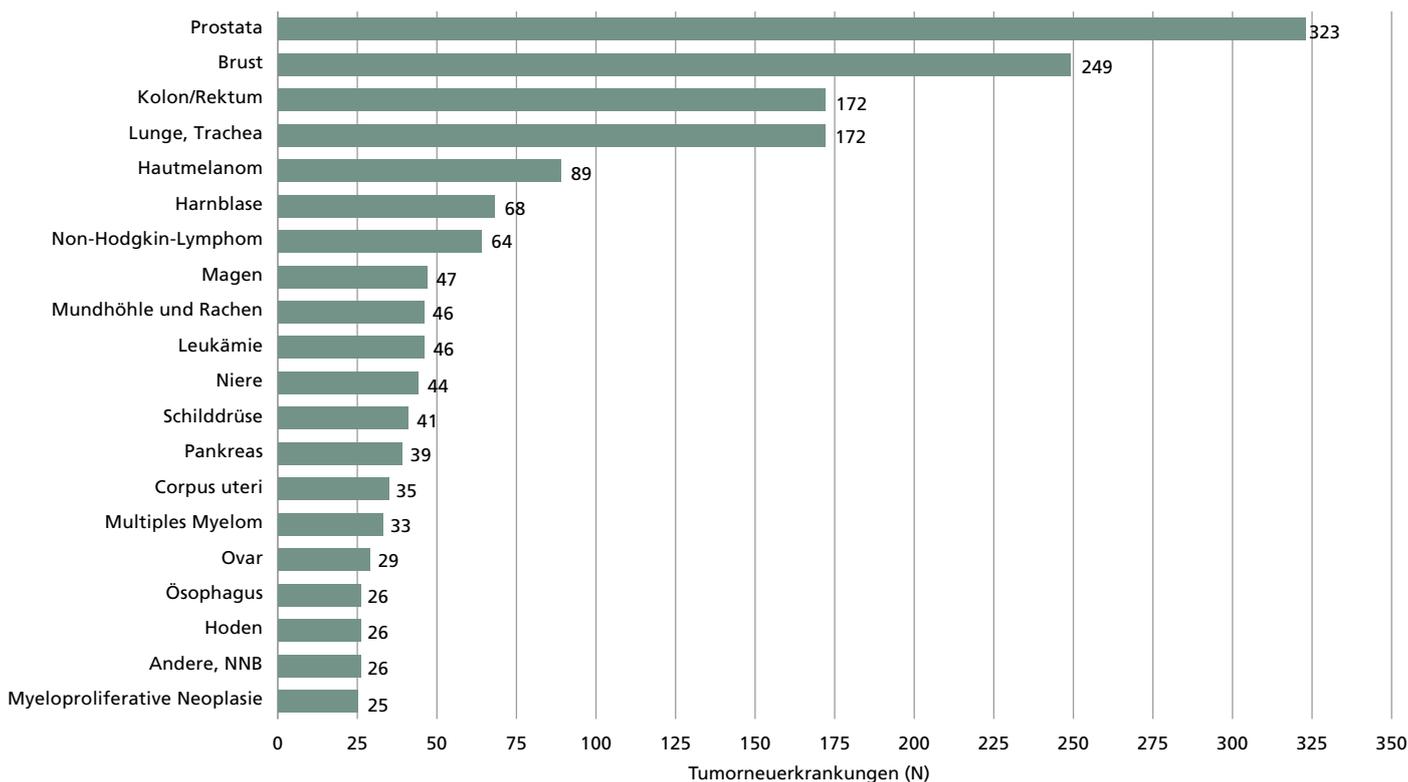
## 6. Tumorneuerkrankungen im Kanton Solothurn

Da die Krebsregistrierung für den Kanton Solothurn erst im Januar 2019 gestartet ist, haben wir noch keine validierten Daten für diesen Zeitraum. Validierte Daten werden für diesen Kanton erst Ende 2021 vorliegen und im Jahresbericht 2021 veröffentlicht werden. Die unten aufgeführten Zahlen wurden mit nicht-validierten Daten errechnet.

Sowohl die Erfassung wie auch die Auswertung der aus dem Kanton Solothurn stammenden Patienten läuft getrennt von den Berner Patienten. Für den Kanton Solothurn hat das Krebsregister für das Inzidenzjahr 2019 insgesamt 2'594 Tumoren erfasst; davon waren 2'081 bösartig.

**Tabelle 6: Bisher erfasste Tumoren, Kanton Solothurn 2019, alle Geschlechter (nicht validierte Daten)**

Tumorverhalten (Dignität)	Anzahl
<b>alle Tumoren</b>	<b>2'594</b>
gutartig (benigne)	37
unsicher, ob gut- oder bösartig (borderline)	79
in situ, ohne ICD10: D04	310
<b>bösartig (maligne), ohne ICD10: C44</b>	<b>1'805</b>
nicht-melanotischer Hautkrebs, maligne (ICD: C44)	276
nicht-melanotischer Hautkrebs, in-situ (ICD: D04)	87



**Abbildung 16:** 20 häufigste Tumorerkrankungen nach Lokalisation, Kanton Solothurn 2019, alle Geschlechter (nicht validierte Daten, ohne C44)

## 7. Ausblick und Danksagung

Die neuen Prozesse beginnen langsam zu greifen und wir sind daran die Rückstände von 2020 abzuarbeiten. Nach wie vor fehlen uns bei über der Hälfte aller gemeldeten Tumorerkrankungen die Patienteninformationsdaten. Ohne dieses Datum können die Fälle nicht registriert werden.

Die Registrierungssoftware wird laufend weiterentwickelt, wir hoffen sehr, dass bis Ende 2021 die wichtigsten Funktionalitäten wie etwa der Datenabgleich mit externen Stellen (Spitallisten, Abgleich mit der Todesursachenstatistik) implementiert und funktionstüchtig sind. Viele Prozesse stehen in Abhängigkeit mit der RSW. Das Team ist nach wie vor stark gefordert und muss sich immer wieder auf neue Prozessanpassungen einstellen. Die Dokumentenablage, das automatische Sortieren von Dokumenten, das Auffinden von Dokumenten und von Informationen im Dokument sind weiterhin spannende Herausforderungen und wir sind bestrebt, dies noch vermehrt zu automatisieren.

Wir versuchen weiterhin, Ärzte und Spitäler zu einer möglichst einfachen, jedoch einheitlichen und möglichst strukturierten Datenmeldung ans Krebsregister zu motivieren.

### a. Datenmeldung – Wie kann ich als Arzt Daten an das Krebsregister übermitteln?

Im Folgenden zeigen wir Ihnen auf, wie Sie weiterhin rechtlich korrekt und möglichst effizient ans Krebsregister Bern Solothurn melden können:

#### Routineberichte

Wenn bei Ihnen Routineberichte geschrieben werden, bitten wir Sie, diese mit der AHV-Nummer und dem Patienteninformationsdatum<sup>1</sup> zu ergänzen. Dieses Datum soll strukturiert auf dem Bericht stehen: «Information Krebsregister: TT.MM.JJJJ»

Routineberichte schicken Sie an das jeweils zuständige Krebsregister (entsprechend der Wohnadresse des Patienten)

- Für den Kanton Bern:  
[bern@krebsregister.unibe.ch](mailto:bern@krebsregister.unibe.ch)
- Für den Kanton Solothurn:  
[solothurn@krebsregister.unibe.ch](mailto:solothurn@krebsregister.unibe.ch)

#### Meldeformular

Wenn bei Ihnen keine Routineberichte geschrieben werden, können Sie unser [Meldeformular](#) herunterladen, ausfüllen und uns per HIN-geschützter E-Mail zusenden.

#### Online Meldeportal

Wenn Informationsdatum und AHV-Nummer nicht auf Ihren Berichten stehen oder Sie über **keine HIN-Mail** verfügen, können Sie die Dokumente über unser [online Meldeportal](#) (Abbildung 17) hochladen und AHV Nummer und Informationsdatum hier eingeben. Die Meldung gelangt direkt und sicher ans Krebsregister.

#### Schnittstelle

Das Krebsregister Bern Solothurn ermutigt Spitäler, Institutionen und Praxen mit einem grossen Datenaufkommen, eine strukturierte Datenübertragungsschnittstelle einzurichten. Um den [Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit \(BAG\)](#) zu entsprechen, erfolgt diese Übertragung im FHIR-Format. Wir unterstützen Sie gerne bei der Umsetzung!

Aktuelle Informationen zur Übermittlung von Daten ans Krebsregister finden Sie auf unserer Webseite: [www.krebsregister.unibe.ch/datenmeldung](http://www.krebsregister.unibe.ch/datenmeldung)

<sup>1</sup> **Patienteninformationsdatum:** Datum, an welchem der Patient mündlich und schriftlich über die Krebsregistrierung informiert wurde (**nicht** das Datum der Diagnosemitteilung)



# Krebsregister Bern Solothurn

🏠 Krebsregistrierung   Datenmeldung   Publikationen   Über uns

- Merkblätter
- Online Meldeportal**

## Online Meldeportal

### Angaben zum Arzt

GLN (www.medregom.admin.ch)\*

E-Mail

### Angaben zur Patientin oder zum Patient

Patientin oder Patient aus Kanton \*

BE ▼

AHV-Nummer \*

Datum der Patienteninformation \*

### Dokument

Hier bitte einen Bericht im PDF Format hochladen

Keine Datei ausgewählt

Abbildung 17: Online Meldeportal des Krebsregisters Bern Solothurn [www.krebsregister.unibe.ch/datenmeldung/online\\_meldeportal/index\\_ger.html](http://www.krebsregister.unibe.ch/datenmeldung/online_meldeportal/index_ger.html)

## b. Zusammenfassung der meldepflichtigen Daten und Tumoren

Meldepflichtige Krebserkrankungen		
ICD-Code	Bezeichnung	Beinhaltet:
C00-C97	Bösartige Tumoren	<b>Alle invasiven Tumoren, unabhängig der Lokalisation</b> Ausnahmen: Basalzell-Neoplasien der Haut
D00-D09	In-situ Tumoren	<b>Alle in-situ Karzinome und Melanome, unabhängig der Lokalisation</b> Ausnahme: alle Formen der aktinischen Keratose und Karzinome in situ der Haut (Code D04)
D37-D48	Tumoren unklarer Dignität	<b>Alle Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens, unabhängig der Lokalisation</b> Ausnahme: monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS)
D32-D33, D35.2	Gutartige Tumoren	<b>Benigne Tumoren der Meningen, des Zentralnervensystems, der Hypophyse</b>

Meldepflichtige Informationen	
<b>Basisdaten:</b> für alle Tumoren	
Zum Patienten	Name und Vorname, <b>Versichertennummer (AHVN13)</b> , Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht
Zur Patienteninformation	<b>Datum der Information über die Krebsregistrierung</b> des Patienten durch die Ärztin/den Arzt
Zur Diagnose	Art der Krebserkrankung, Typ und Eigenschaften des Tumors, Tumorausbreitung zum Zeitpunkt der Diagnose, Krankheitsstadium, tumorspezifische Prognosefaktoren, Untersuchungsmethoden und Untersuchungsanlass
Zur Erstbehandlung	Art der Behandlung, Behandlungsziel (kurativ, palliativ), Grundlagen des Behandlungsentscheids, Datum des Behandlungsbeginns
Zum Verlauf der Erkrankung	Diagnosedatum und Lokalisation von Metastasen und Rezidiven
Zur meldepflichtigen Person oder Institution	Name und Vorname der zuständigen Ansprechperson, ggf. Name der Institution, Telefonnummer, Adresse und E-Mail-Adresse
<b>Zusatzdaten:</b> für Tumore der Brust, Prostata, Kolon und Rektum	
Prädispositionen	z.B. familiäre Vorbelastungen, Syndrome
Vor- und Begleiterkrankungen	z.B. Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankungen

### Wichtig:

bei jeder **Erstmeldung** muss zwingend das **Datum der Patienteninformation** (Datum, an welchem der Patient mündlich und schriftlich über die Krebsregistrierung informiert wurde) und die **AHV-Nummer** mitgeliefert werden.

Die **AHV-Nummer** muss auch bei jeder weiteren Meldung mitgeschickt werden.

Wir bedanken uns bei allen Datenlieferanten, die uns täglich unterstützen und die uns regelmässig KRG-konform Meldung machen.

Weiter bedanken wir uns beim Steuerungsausschuss des Krebsregisters Bern Solothurn sowie beim wissenschaftlichen Beirat, welcher uns unterstützend zur Seite steht.

Zusammen meistern wir diese Herausforderung des Krebsregistrierungsgesetzes, im Sinne der Patienten, der Forschung und der Entwicklung von immer besseren Therapien.



**KREBSREGISTER**  
BERN SOLOTHURN

Universität Bern  
Krebsregister Bern Solothurn  
Murtenstrasse 31  
3008 Bern

Telefon +41 31 632 99 16  
[www.krebsregister.unibe.ch](http://www.krebsregister.unibe.ch)