

Wilms-Tumor

Globale Auswirkungen

Statistiken, Überleben, Ungleichheit, Behandlung, Verfügbarkeit und Gesundheitskosten





Wilms Krebsstiftung (WCF)

Die Wilms Cancer Foundation (WCF) ist eine gemeinnützige Organisation, die die Bedürfnisse von Kindern, Familien und Gesundheitseinrichtungen unterstützt, die von pädiatrischem Nierenkrebs (insbesondere Nephroblastom, allgemein bekannt als 'Wilms') betroffen sind, unterstützt und vertritt. Ihre Mission ist es, ein internationales Programm für Aufklärung, Aufklärung, Interessenvertretung, Früherkennung, Behandlung und Unterstützung zur Bekämpfung der Ausbreitung der Krankheit aufzubauen.

Dieser WCF-Leitfaden dient ausschließlich Bildungszwecken. Es basiert auf internationalen pädiatrischen Onkologiestandards in Kanada, den Vereinigten Staaten und Europa. Holen Sie sich bei Bedenken oder Fragen einen qualifizierten medizinischen Fachmann ein.

Globale Auswirkungen

Statistiken, Überleben, Ungleichheit, Behandlung, Verfügbarkeit und Gesundheitskosten

1.1 - Zusammenfassung	2
1.2 - Globale Wilms-Tumor-Überlebensungleichheitskarte	2
1.3 - Warum der Wilms-Tumor weltweit wichtig ist	2
1.4 - Evidenzbasis und Datenbeschränkungen	2
1.5 - Globale Überlebenslücke	2
1.6 - Behandlungsverfügbarkeitsrahmen	2
1.7 - Kosten für Regierung und Gesundheitssysteme	2
1.8 - Übersicht der Länderstatistiken	2
1.9 - Prioritätsregionen für Interventionen	2
2.0 - Interessenvertretungsbotschaften für Geldgeber und Regierungen	2
2.1 - Empfohlenes Daten-Dashboard	2
Anhang A: Arbeitstisch Land für Land	2
Anhang B: Arbeitstabelle Land für Land	2
Quellnotizen & Bibliografie	2

1 - Zusammenfassung

- Der Wilms-Tumor ist der führende Nierenkrebs bei Kindern und ist hoch heilbar, wenn Kinder zeitnah Diagnose, Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie bei Bedarf, Pathologie, Blutprodukte, Infektionsmanagement und Nachsorge erhalten können;
- Das globale Problem ist nicht nur wissenschaftlich. Es handelt sich auch um ein Problem des Zugangs zum Gesundheitssystem: Kinder in einkommensstarken Umgebungen haben oft eine Überlebensquote von etwa 90 % oder mehr, während die Ergebnisse in ressourcenarmen Umgebungen deutlich niedriger ausfallen können;
- Länderspezifische Wilms-spezifische Statistiken sind unvollständig. Viele Länder melden Kinderkrebs als Aggregate, Nieren-/Nierentumoren oder rein im Krankenhaus lebende Kohorten statt nationaler Wilms-Tumorregister;
- Für die Interessenvertretung ist der glaubwürdigste Ansatz, bestätigte Länderzahlen, wo verfügbar, modellierte Lastschätzungen vorzulegen, bei denen Registerdaten fehlen, und eine transparente Datenkonfidenzbewertung;
- Das stärkste unmittelbare politische Argument ist, dass der Wilms-Tumor ein heilbarer Krebs ist, bei dem frühere Diagnose, Behandlungsabschluss, Zugang zu Medikamenten und Überweisungsnetzwerke messbare Überlebensverbesserungen erzielen können.

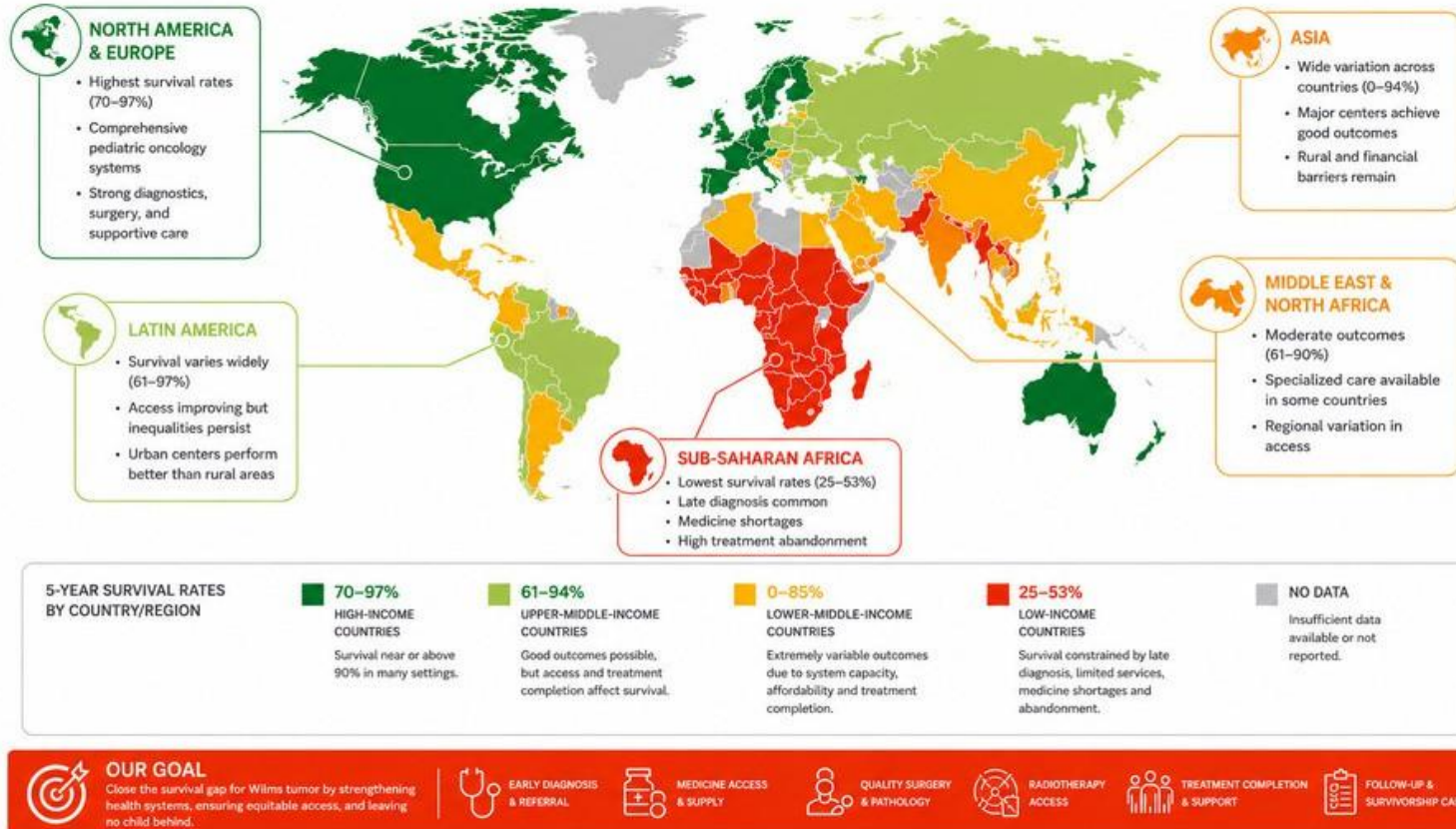
"Wilms Tumor ist oft heilbar, doch das Überleben hängt immer noch davon ab, wo ein Kind lebt und ob eine Behandlung verfügbar ist."

Abb. 1/ Wilms Tumor Global Impact

Wilms Tumor Global Impact Map

Survival Inequity. Treatment Access. Every Child Matters.

Wilms tumor is the leading childhood kidney cancer and is highly curable when children can access timely diagnosis, complete treatment and follow-up care.



Sources: U.S. NCI PDQ (2025); Canadian Cancer Society (2022–2023); Nakata et al. 2020; Cunningham et al. 2020; WHO Global Initiative for Childhood Cancer; SIOP POGC Wilms tumour guidelines; Collaborative Wilms Tumour Africa Project.

Note: Survival ranges reflect published literature by country income group. Country data may be modelled where registry data are unavailable.

Verständnis des Überlebens von Nierenkrebs bei Kindern

Der Wilms-Tumor ist der vierthäufigste Kinderkrebs und der häufigste Nierenkrebs bei Kindern, aber er ist einer der am besten behandelbaren Krebsarten mit Überlebensraten von über 90 % in vielen Ländern mit hohem Einkommen, wenn Kinder Zugang zu frühzeitiger Diagnose, spezialisierter Behandlung und umfassender Nachsorge haben. Allerdings variieren die Überlebensergebnisse weltweit erheblich, wobei Kinder in einigen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen weiterhin erheblichen Hürden bei Diagnose, Zugang zu Behandlungen, unterstützender Versorgung und langfristigen Überlebensdiensten begegnen. Daher kann der Geburtsort eines Kindes einen großen Einfluss auf seine Überlebenschancen an Nierenkrebs im Kindesalter haben.

Nach den Urheberrechtsgesetzen darf diese Dokumentation weder ganz noch teilweise kopiert, fotokopiert, reproduziert oder übersetzt werden, ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Wilms Cancer Foundation.

© Copyright | Wilms Krebsstiftung | Alle Rechte vorbehalten



3 - Warum Wilms Tumor weltweit auffällt

Abb.2/ Einschlagsfläche

Einschlagsgebiet	
Überleben eines Kindes	Der Wilms-Tumor kann sehr gut überlebbar sein, aber das Überleben hängt von der Möglichkeit zu einer rechtzeitigen Diagnose und vollständigen Behandlung ab.
Eigenkapital	Die Krankheit zeigt den Unterschied zwischen Ländern mit vollständigen pädiatrischen Onkologiesystemen und Ländern, in denen Operationen, Chemotherapie, Strahlentherapie oder unterstützende Versorgung verzögert oder nicht verfügbar sind.
Familienlast	Selbst wenn Medikamente technisch verfügbar sind, können Reisen, Unterkunft, Lohnausfall, Diagnosegebühren und Eigenbeteiligungen zu einem Abbruch oder einer unvollständigen Behandlung führen.
Regierung	Nationale Gesundheitssysteme tragen Kosten für bildgebende Verfahren, Operationen, Chemotherapie, Krankenhausaufenthalte, Strahlentherapie, Pathologie usw. Nur wenige Länder veröffentlichen ausschließlich Wilms-Regierungskostendaten.

4 - Belegebasis oder Datenbegrenzungen

- Inzidenz: Öffentliche, nationale Wilms-only Inzidenz ist für eine kleine Anzahl von Ländern möglich. Das US-amerikanische NCI meldet jährlich etwa 650 US-Wilms-Tumorfälle und eine Inzidenz von 9,7 pro Million Kinder unter 15 Jahren. Kanada berichtet von Nieren- und Nierenbeckenkrebs bei Kindern, wobei fast alle Wilms-Tumoren sind;
- Globaler Inzidenzproxy: Internationale Nierentumordaten zeigen eine Nierentumorinzidenz bei Kindern bei etwa 8,3 pro Million, mit höheren Raten in Nordamerika/Europa und niedrigeren Raten in vielen asiatischen Regionen;
- Überleben: Eine globale Übersichtsarbeit ergab Überlebensbereiche von 70–97 % in Ländern mit hohem Einkommen, 61–94 % in Ländern mit mittlerem Einkommen, 0–85 % in Ländern mit niedrigem mittlerem Einkommen und 25–53 % in Ländern mit niedrigem Einkommen;
- Sterblichkeit: Die Sterblichkeit auf Landesebene wird selten nur als Wilms veröffentlicht. Die Sterblichkeit in diesem Dokument wird daher als relativer Risiko-/Belastungsindikator angegeben, sofern keine öffentliche nationale Zahl vorliegt;
- Kosten: Wilms-spezifische Kostendaten der nationalen Regierung werden routinemäßig nicht veröffentlicht. Das Dokument identifiziert daher Kostentreiber und Flaggen, bei denen veröffentlichte Länderkosten nicht verfügbar sind.



5 - Globale Überlebenslücke

Abb. 3/ Landeseinkommen

Landeinkommen/Systemkontext	Berichteter Überlebensbereich	Interpretation
Länder mit hohem Einkommen	70–97%	Die meisten Kinder können multimodale Behandlungen erhalten; Verspätete Folgen und Überlebende sind zentrale politische Themen
Länder mit oberem mittlerem Einkommen	61–94%	Gute Ergebnisse sind möglich, aber der Zugang, regionale Ungleichheit und der Abschluss der Behandlung beeinflussen das Überleben.
Länder mit niedrigem mittlerem Einkommen	0–85%	Extrem variabel; Die Ergebnisse hängen von der Kapazität des Zentrums, der Erschwinglichkeit und dem Abschluss der Behandlung ab.
Länder mit niedrigem Einkommen	25–53%	Das Überleben wird häufig durch späte Diagnosen, begrenzte Leistungen, Medikamentenknappheit und Verlassenheit eingeschränkt.

Hauptbotschaft

Wilms Tumor zeigt eine der deutlichsten globalen Lücken zwischen Kinderkrebs und Chancengleichheit: Die gleiche Krankheit kann in einem Land heilbar und in einem anderen tödlich sein, weil der Zugang zu dem System besteht.

6 - Behandlungsverfügbarkeitsrahmen

Abb. 4/ Erforderliches Element

Erforderliches Element	Hochkapazitäts-Einstellung	Risiko bei begrenzter Kapazitätseinstellung
Früherkennung und Vermittlung	Die primäre Versorgung, bildgebende und Überweisungswege erkennen Bauchmassen früher	Kinder treten später mit größeren Tumoren oder metastasierender Erkrankung auf
Bildgebung & Inszenierung	Ultraschall/CT/MRT, Brustbildgebung und pathologische Unterstützung für risikoangepasste Behandlungen.	Unvollständige Inszenierung kann zu Über-/Unterbehandlung oder verzögerte Behandlung.
Chirurgie	Chirurgische Onkologie und anästhetische Unterstützung sind verfügbar.	Chirurgische Verzögerungen, fehlende pädiatrische Anästhesie oder Blutprodukte erhöhen das Risiko.
Chemotherapie	Protokollbasierte Chemotherapie und unterstützende Versorgung sind verfügbar.	Medikamentenknappheit, unerschwingliche Medikamente und Infektionskomplikationen unterbrechen die Behandlung.
Strahlentherapie	Verfügbar, wenn angegeben	Nicht verfügbare oder verzögerte Strahlentherapie verschlechtert die Ergebnisse für ausgewählte Stadien/Histologien.
Nachfolge	Rückfallüberwachung und Spätwirkungsüberwachung.	Ein Verlust durch Nachsorge kann Rückfälle oder langfristige Komplikationen übersehen.

7 - Kosten für Regierung und Gesundheitssysteme

- Direkte medizinische Kosten umfassen Ultraschall/CT/MRT, Pathologie, Chirurgie, Chemotherapie, stationäre Aufnahmen, Blutprodukte, Antibiotika, Strahlentherapie bei Bedarf, Rückfallmanagement und Überlebenskliniken;
- Indirekte öffentliche Kosten umfassen verzögerte Diagnose, Notfallpräsentation, Intensivstation, Abbruch der Behandlung, Behinderung, soziale Unterstützung und lebenslange Produktivitätsverluste, wenn heilbare Kinderkrebserkrankungen nicht erfolgreich behandelt werden.
- In einkommensstarken Ländern können die Kosten pro Patient erheblich sein, aber die Behandlung wird meist von öffentlichen oder Versicherungssystemen übernommen. In ressourcenarmen Umgebungen verlagern niedrigere Staatsausgaben oft die Belastung auf Familien und Wohltätigkeitsorganisationen;
- Veröffentlichte Daten des afrikanischen Projekts identifizierten die Kosten der Eltern von etwa 100–1.100 US-Dollar als wichtige Hürde für den Abschluss der Behandlung. Für viele Haushalte ist dieser Betrag katastrophal, selbst wenn Krankenhausleistungen subventioniert werden;
- Politikrahmen: Regierungen sparen kein Geld, indem sie Wilms Tumor unbehandelt lassen;
- Späte Präsentationen, Rückfälle, unvollständige Behandlung und vermeidbare Todesfälle erhöhen humanitäre, wirtschaftliche und gesundheitsbezogene Verluste.



7 - Übersicht der Länderstatistiken

Abb. 5/ Übersicht der Länderstatistiken

Land	Jährliche Diagnose	Überlebens-Benchmark	Verfügbarkeit der Behandlung
Vereinigte Staaten	~650 Bestätigt	~85-95%*	Umfassende pädiatrische Onkologie, Chirurgie, Strahlentherapie, Pathologie, Studien
Kanada	30 Nieren-/Nierenbeckendiagnosen im Kindesalter im Jahr 2022	~96 % Gesamtüberleben nach 5 Jahren	Umfassende provinzielle pädiatrische onkologische Netzwerke
Vereinigtes Königreich	~70-90 modelliert	~85-95%+	NHS-Netzwerke für pädiatrische Onkologie
Frankreich	~60-80 modelliert	~85-95%+	Nationale pädiatrische onkologische Netzwerke
Deutschland	~70-90 modelliert	~85-95%+	Umfassende pädiatrische Onkologie
Italien	~45-65 modelliert	~85-95%+	Nationale pädiatrische Onkologiezentren
Spanien	~40-55 modelliert	~85-95%+	Umfassende pädiatrische Onkologie
Niederlande	~15-25 modelliert	~85-95%+	Hochzentralisierte pädiatrische Onkologie
Schweden	~8-15 modelliert	~85-95%+	Umfassende pädiatrische Onkologie
Australien	~25-40 modelliert	~85-95%+	Umfassende pädiatrische Onkologiezentren
Japan	~45-65 modelliert	~85-95%	Umfassende pädiatrische Onkologie
Südkorea	~15-25 modelliert	~85-95%	Umfassende tertiäre pädiatrische Onkologie

Abb. 6 / Übersicht der Länderstatistiken

Land	Jährliche Diagnosen	Überlebens-Benchmark	Verfügbarkeit der Behandlung
Saudi-Arabien	~60-90 wurden jährlich modelliert.	~70-95%	Es gibt spezialisierte Onkologie; Der Zugang variiert je nach Region
VAE	~8-15 wurden jährlich modelliert	~70-95%	Hochleistungs-tertiäre Dienste
Israel	~8-15 wurden jährlich modelliert	~85-95%+	Umfassende pädiatrische Onkologie
China	~900-1.400 modelliert	~61-94% UMIC-Bereich	Wichtige tertiäre Zentren; ländliche/finanzielle Lücken
Brasilien	~280-420 modelliert	~61-94% UMIC-Bereich	Großes onkologisches Netzwerk; Zustandsvariante
Mexiko	~180-280 modelliert	~61-94% UMIC-Bereich	Fachzentren; Verzögerungen/Barrieren bestehen weiterhin
Argentinien	~60-90 wurden jährlich modelliert.	~61-94% UMIC-Bereich	Spezialisierte Versorgung ist verfügbar; Regionale Variation
Chile	~20-35 wurden jährlich modelliert	~70-95%	Netzwerk der pädiatrischen Onkologie
Kolumbien	~70-110 jährlich modelliert	~61-94% UMIC-Bereich	pädiatrische Onkologiezentren; Die Kontinuität variiert
Peru	~60-95 wurden jährlich modelliert	~61-94% UMIC-Bereich	Spezialisierte Versorgung konzentriert auf Städte
Südafrika	~100-160 modelliert	~61-94% UMIC-Bereich	Spezialisierte öffentliche/private Versorgung; Ländliche Barrieren
Türkei	~120-180 jährlich modelliert	~61-94% UMIC-Bereich	Spezialisierte pädiatrische Onkologie in Städten

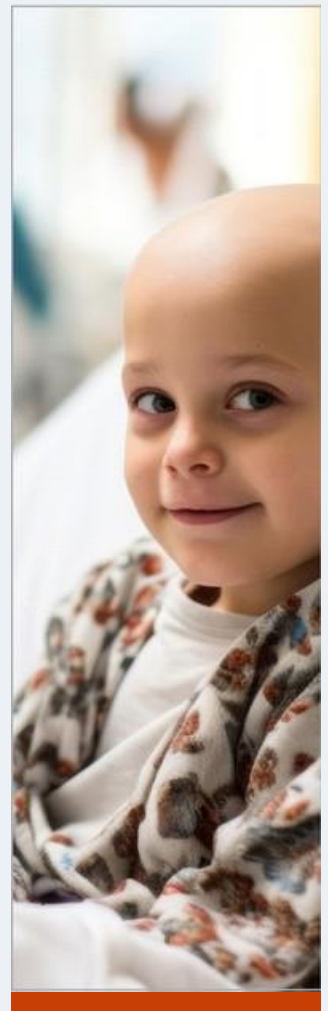
10 - Prioritätsregionen für Interventionen

Abb. 7/ Übersicht der Länderstatistiken

Region/Kontext	Warum es wichtig ist	Prioritätsmaßnahmen
Einkommensschwache und fragile Bundesstaaten	Höchstes Risiko für späte Diagnosen, Verlassenwerden, Medikamentenmangel und fehlende Strahlentherapie.	Überweisungswege, Medikamentenversorgung, Behandlungssubventionen, Entwicklung des Eltern-Navigationsregisters.
Länder mit niedrigem mittlerem Einkommen und hoher Bevölkerung	Die größte Anzahl von Kindern ist betroffen, selbst wenn einige Zentren gute Ergebnisse haben.	Regionalzentren erweitern, Verlassenheit reduzieren, Schutz unterstützen und nationale Protokolle integrieren.
Länder mit oberem mittlerem Einkommen mit regionaler Ungleichheit	Nationale Durchschnitte können ländliche oder einkommensschwache Unterschiede verbergen.	Partnerschaften, Satellitenkliniken, Telepathologie, Transportunterstützung und Ergebnisberichterstattung nach Regionen.
Kleine Staaten und Inseln	Niedrige Fallzahlen erschweren spezialisierte häusliche Versorgung.	Regionale Überweisungsvereinbarungen, gemeinsame Protokolle und Zugang zu grenzüberschreitenden Medikamenten.

11 - Interessenvertretungsbotschaften für Geldgeber und Regierungen

- Der Wilms-Tumor ist ein praktischer Einstieg zur Verbesserung von Kinderkrebssystemen, da er koordinierte, aber erreichbare Versorgung erfordert: Diagnose, Operation, Chemotherapie, unterstützende Versorgung und Nachsorge;
- Die Überlebenslücke ist inakzeptabel, da die Krankheit oft heilbar ist, wenn die Behandlung rechtzeitig und abgeschlossen ist;
- Das Ziel ist nicht nur, Medikamente zu kaufen. Es geht darum, einen vollständigen Versorgungsweg aufzubauen, der Kinder bis zur Heilung in Behandlung hält und sie danach überwacht;
- Die Länderinvestition sollte messen: Zeit von den Symptomen bis zur Diagnose, Stadium der Untersuchung, Behandlungsabbruch, Medikamentenvorräte, Operationsverzögerung, Strahlentherapieverzögerung, Rückfall und Überleben;
- Eine globale Partnerschaft mit dem Wilms-Tumorobservatorium oder -register würde eine große Evidenzlücke schließen und Ländern helfen, Fortschritte verantwortungsvoll zu vergleichen.



12 - Empfohlenes Daten-Dashboard

Abb. 8/ Indikator

Indikator	Definition	Warum es wichtig ist
Neue Diagnosen	Jährlich bestätigte Wilms-Tumorfälle, im Alter von 0-14 oder 0-19 Jahren	Messungslast und Planungsbedarf
Stadium der Diagnose	Verteilung der Stufe I-V	Zeigt frühzeitige Erkennung und Überweisungswirksamkeit
Behandlungsbeginn	Tage von der ersten Präsentation bis zur onkologischen Behandlung	Identifiziert Verzögerungen, die das Überleben verringern
Abschluss der Behandlung	Prozentsatz der Protokolltherapie, der das Protokoll abschließt	Misst direkt Verlässlichkeit bzw. Systemunterstützung
Verfügbarkeit von Medikamenten	Stockout-Tage für die Kern-Chemotherapie/unterstützende Medikamente	Zeigt Zuverlässigkeit der Lieferkette
Zugang zur Strahlentherapie	Verfügbarkeit und Verzögerung, wenn angegeben	Wichtig für ausgewählte Phasen und Risikogruppen
Überleben	1-, 3-Jahres- und 5-jähriges Gesamt-/ereignisfreies Überleben	Endgültiges Ergebnismaß

Anhang A: Arbeitstisch Land für Land

Abb. 9/ Schritte

Schritte	Aktion	Praktischer Zweck
Schritt 1	Basis-Ernährungsbewertung	Risiko frühzeitig erkennen und Wachstums- bzw. Aufnahme-Baseline festlegen
Schritt 2	Optimierung der oralen Ernährung	Erhöhen Sie die Aufnahme mit bevorzugten Lebensmitteln, Mahlzeitenhäufigkeit und Kaloriendichte
Schritt 3	Orale Nahrungsergänzungsmittel/angereicherte Lebensmittel	Lücken überbrücken, wenn die reguläre Aufnahme nicht reicht
Schritt 4	Enterale Ernährung	Bieten Sie zuverlässige Nährstoffe, wenn die orale Aufnahme unzureichend ist
Schritt 5	Parenterale Ernährung	Verwendung bei enteraler Ernährung ist nicht möglich oder unzureichend
Schritt 6	Neubewertung und Anpassung	Anpassen Sie den Plan an Symptome, Nierenfunktion und Phasenwechsel der Behandlung
Schritt 7	Basis-Ernährungsbewertung	Risiko frühzeitig erkennen und Wachstums- bzw. Aufnahme-Baseline festlegen

Wichtig: Zeilen, die als "modelliert" gekennzeichnet sind, sind keine vom Register bestätigten Länderstatistiken. Sie planen Schätzungen basierend auf Benchmarks für öffentliche Inzidenz und breiter Überlebensliteratur zu System- und Einkommensgruppen.

Anhang B: Arbeitstabelle Land für Land

Wichtig

Zeilen, die als "Modelled" markiert sind, sind keine registerbestätigten Länderstatistiken. Sie planen Schätzungen basierend auf Benchmarks zur öffentlichen Inzidenz und breiter Literatur über System- und Einkommensgruppen.

- o Vereinigte Staaten | High | ~650 bestätigt jährlich | Niedrige relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Umfassende pädiatrische Onkologie, Chirurgie, Strahlentherapie, Pathologie, Studien | Hohe direkte Kosten; präzise Wilms-only öffentliche Kosten, die nicht routinemäßig veröffentlicht werden
- o Kanada | High | 30 Nieren-/Nierenbeckendiagnosen im Kindesalter im Jahr 2022 | 6 Todesfälle im Jahr 2023 durch Nieren-/Nierenbeckenkrebs bei Kindern | ~96 % Gesamtüberleben nach 5 Jahren | Umfassende provinzielle pädiatrische onkologische Netzwerke | Kosten für die Provinzöffentlichkeit; genaue Wilms-Only-Kosten, die nicht routinemäßig veröffentlicht werden
- o Vereinigtes Königreich | High | ~70–90 jährlich modelliert | Niedrige relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | NHS-Netzwerke für pädiatrische Onkologie | Kosten des öffentlichen NHS; Wilms-only-Kosten werden nicht routinemäßig veröffentlicht
- o Frankreich | High | ~60-80 jährlich modelliert | Niedrige relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Nationale pädiatrische onkologische Netzwerke | Kosten für die öffentliche/soziale Versicherung; Wilms-only-Kosten werden nicht routinemäßig veröffentlicht
- o Deutschland | High | ~70–90 jährlich modelliert | Niedrige relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Umfassende pädiatrische Onkologie | Versicherung/öffentliche Kosten; Wilms-only-Kosten werden nicht routinemäßig veröffentlicht
- o Italien | High | ~45-65 jährlich modelliert | Niedrige relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Nationale pädiatrische Onkologiezentren | Kosten des öffentlichen Gesundheitssystems; Wilms-only-Kosten werden nicht routinemäßig veröffentlicht
- o Spanien | High | ~40-55 jährlich modelliert | Niedrige relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Umfassende pädiatrische Onkologie | Kosten des öffentlichen Gesundheitssystems; Wilms-only-Kosten werden nicht routinemäßig veröffentlicht
- o Niederlande | High | ~15-25 werden jährlich modelliert | Niedrige relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Hochzentralisierte pädiatrische Onkologie | Öffentliche/Versicherungskosten
- o Schweden | High | ~8-15 Modellierungen jährlich | Niedrige relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Umfassende pädiatrische Onkologie | Kosten des öffentlichen Gesundheitssystems
- o Australien | High | ~25-40 jährlich modelliert | Niedrige relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Umfassende pädiatrische Onkologiezentren | Öffentliche Medicare-/staatliche Kosten plus Versicherung
- o Japan | High | ~45-65 jährlich modelliert | Niedrig bis mittlere | ~80-95% | Umfassende pädiatrische Onkologie | Öffentliche/Versicherungskosten
- o Südkorea | High | ~15-25 werden jährlich modelliert | Niedrig bis mittlere | ~80-95% | Umfassende tertiäre pädiatrische Onkologie | Öffentliche/Versicherungskosten
- o Saudi-Arabien | High | ~60-90 jährlich modelliert | Moderat; Regionale Überweisung beeinflusst die Ergebnisse | ~70-95% | Es gibt spezialisierte Onkologie; Der Zugang variiert je nach Region | Staatlich finanzierte tertiäre Versorgung
- o VAE | High | ~8-15 Modellierungen jährlich | Moderat; Kleine Zahlen | ~70-95% | Hochleistungs-Tertiärdienste | Kosten für staatliche/private Versicherungen
- o Israel | High | ~8-15 Modellierungen jährlich | Niedrige relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Umfassende pädiatrische Onkologie | Öffentliche/Versicherungskosten
- o China | Obermittlere | ~900–1.400 jährlich modelliert | Große absolute Sterblichkeitslast | ~61-94% UMIC-Bereich | Wichtige tertiäre Zentren; ländliche/finanzielle Lücken | Gemischte öffentliche/private/eigenständige Belastung
- o Brasilien | Obermittlere | ~280-420 jährlich modelliert | Mittlere bis hohe absolute Belastung | ~61-94% UMIC-Bereich | Großes onkologisches Netzwerk; Zustandsvariante | SUS/öffentliche und private Kosten
- o Mexiko | Obermittlere | ~180-280 jährlich modelliert | Mittel bis hoch | ~61-94% UMIC-Bereich | Fachzentren; Verzögerungen/Barrieren bestehen weiterhin | Öffentliche Versicherung plus Familienkosten
- o Argentinien | Obermittlere | ~60-90 jährlich modelliert | Moderat | ~61-94% UMIC-Bereich | Spezialisierte Versorgung ist verfügbar; Regionale Vielfalt | Kosten der öffentlichen/sozialen Versicherung
- o Chile | Hoch/Ober-Mittel- | ~20-35 jährlich modelliert | Mäßig bis niedrig | ~70-95% | Netzwerk für pädiatrische Onkologie | Öffentliche System- und Versicherungskosten
- o Kolumbien | Obermittlere | ~70-110 jährlich modelliert | Mittel bis hoch | ~61-94% UMIC-Bereich | pädiatrische Onkologiezentren; Die Kontinuität variiert | Öffentlicher/privater Zahler plus Familienkosten
- o Peru, Südafrika, Türkei, Iran, Indien, Pakistan, Bangladesch, Indonesien, Philippinen, Vietnam, Thailand, Malaysia, Ägypten, Marokko, Algerien, Nigeria, Ghana, Kenia, Uganda, Tansania, Äthiopien, DR Kongo, Sudan, Irak, Syrien, Jemen, Jordanien, Libanon, Palästina, Oman, Kuwait, Bahrain, Afghanistan, Nepal, Sri Lanka, Myanmar, Kambodscha, Laos, Mongolei, Ukraine, Polen, Rumänien.

Anhang B: Arbeitstabelle Land-nach-Länder-Statistiken Fortsetzung

Abb. 10/ Einkommensgruppe des Landes

Land	Einkommensgruppe	Jährliche Diagnosen	Sterblichkeit/-Lastsignal	Überlebens-Benchmark	Verfügbarkeit der Behandlung	Kostendruck
Vereinigte Staaten	Hoch	~650 Bestätigt	Niedrige relative Sterblichkeit	~85-95%*	Umfassende pädiatrische Onkologie, Chirurgie, Strahlentherapie, Pathologie, Studien	Hohe direkte Kosten; präzise Wilms-only öffentliche Kosten, die nicht routinemäßig veröffentlicht werden
Kanada	Hoch	30 Nieren-/Nierenbecken diagnosen im Kindesalter im Jahr 2022	6 Todesfälle im Jahr 2023 durch Niere in der Kindheit/ Nierenbeckenkrebs	~96 % Gesamtüberleben nach 5 Jahren	Umfassende provinzielle pädiatrische onkologische Netzwerke	Kosten für die Provinzöffentlichkeit; genaue Wilms-Only-Kosten, die nicht routinemäßig veröffentlicht werden
Vereinigtes Königreich	Hoch	~70-90 Modelliert	Niedrige relative Sterblichkeit	~85-95%+	NHS-Netzwerke für pädiatrische Onkologie	Kosten des öffentlichen NHS; Wilms – nur Kosten, die nicht routinemäßig veröffentlicht werden
Frankreich	Hoch	~60-80 Modelliert	Niedrige relative Sterblichkeit	~85-95%+	Nationale pädiatrische onkologische Netzwerke	Kosten für die öffentliche/soziale Versicherung; Wilms-only-Kosten werden nicht routinemäßig veröffentlicht
Deutschland	Hoch	~70-90 Modelliert	Niedrige relative Sterblichkeit	~85-95%+	Umfassende pädiatrische Onkologie	Versicherung/öffentliche Kosten; Wilms-only-Kosten werden nicht routinemäßig veröffentlicht
Italien	Hoch	~45-65 Modelliert	Niedrige relative Sterblichkeit	~85-95%+	Nationale pädiatrische Onkologiezentren	Kosten des öffentlichen Gesundheitssystems; Wilms-only-Kosten werden nicht routinemäßig veröffentlicht
Spanien	Hoch	~40-55 Modelliert	Niedrige relative Sterblichkeit	~85-95%+	Umfassende pädiatrische Onkologie	Kosten des öffentlichen Gesundheitssystems; Wilms-only-Kosten werden nicht routinemäßig veröffentlicht
Niederlande	Hoch	~15-25 Modelliert	Niedrige relative Sterblichkeit	~85-95%+	Hochzentralisierte pädiatrische Onkologie	Öffentliche/Versicherungskosten
Schweden	Hoch	~8-15 modelliert	Niedrige relative Sterblichkeit	~85-95%+	Umfassende pädiatrische Onkologie	Kosten des öffentlichen Gesundheitssystems
Australien	Hoch	~25-40 Modelliert	Niedrige relative Sterblichkeit	~85-95%+	Umfassende pädiatrische Onkologiezentren	Öffentliche Medicare-/staatliche Kosten plus Versicherung
Japan	Hoch	~45-65 Modelliert	Niedrig bis mittler; Die asiatische Inzidenz könnte niedriger sein	~85-95%	Umfassende pädiatrische Onkologie	Öffentliche/Versicherungskosten
Südkorea	Hoch	~15-25 Modelliert	Niedrige relative Sterblichkeit	~85-95%	Umfassende tertiäre pädiatrische Onkologie	Öffentliche/Versicherungskosten

Abb.11/ Country Income Group Fortsetzung

Land	Einkommensgruppe	Jährliche Diagnosen	Sterblichkeit/-Lastsignal	Überlebens-Benchmark	Verfügbarkeit der Behandlung	Kostendruck
Saudi-Arabien	Hoch	~60-90 jährlich modelliert	Moderat; Die regionale Überweisung beeinflusst die Ergebnisse	~70-95%	Es gibt spezialisierte Onkologie; Der Zugang variiert je nach Region	Staatlich finanzierte tertiäre Versorgung
VAE	Hoch	~8-15 wurden jährlich modelliert	Moderat; Kleine Zahlen	~70-95%	Hochleistungs-tertiäre Dienste	Kosten für staatliche/private Versicherungen
Israel	Hoch	~8-15 wurden jährlich modelliert	Niedrige relative Sterblichkeit	~85-95%+	Umfassende pädiatrische Onkologie	Öffentliche/Versicherungskosten
China	Obere Mitte	~900-1.400 Modelliert	Große absolute Sterblichkeitslast	~61-94% UMIC Verbreitung	Wichtige tertiäre Zentren; ländliche/finanzielle Lücken	Gemischte öffentliche/private/eigenständige Belastung
Brasilien	Obere Mitte	~280-420 Modelliert	Mittlere bis hohe absolute Belastung	~61-94% UMIC Verbreitung	Großes onkologisches Netzwerk; Zustandsvariante	SUS/öffentliche und private Kosten
Mexiko	Obere Mitte	~180-280 Modelliert	Mittel bis hoch	~61-94% UMIC Verbreitung	Fachzentren; Verzögerungen/Barrieren bestehen weiterhin	Öffentliche Versicherung plus Familienkosten
Argentinien	Obere Mitte	~60-90 jährlich modelliert	Moderat	~61-94% UMIC Verbreitung	Spezialisierte Versorgung ist verfügbar; Regionale Variation	Kosten der öffentlichen/sozialen Versicherung
Chile	Hoch/ober-Mitte	~20-35 jährlich modelliert	Mittel- bis niedrig	~70-95%	Netzwerk der pädiatrischen Onkologie	Öffentliche System- und Versicherungskosten
Kolumbien	Obere Mitte	~70-110 jährlich modelliert	Mittel bis hoch	~61-94% UMIC Verbreitung	pädiatrische Onkologiezentren; Die Kontinuität variiert	Öffentlicher/privater Zahler plus Familienkosten
Peru	Obere Mitte	~60-95 jährlich modelliert	Mittel bis hoch	~61-94% UMIC Verbreitung	Spezialisierte Versorgung konzentriert auf Städte	Öffentliche und eigenständige Belastung
Südafrika	Obere Mitte	~100-160 Modelliert	Mittel bis hoch	~61-94% UMIC Verbreitung	Spezialisierte öffentliche/private Versorgung; Ländliche Barrieren	Kosten für öffentlichen/privaten und Familientransport
Türkei	Obere Mitte	~120-180 jährlich modelliert	Moderat	~61-94% UMIC Verbreitung	Spezialisierte pädiatrische Onkologie in Städten	Öffentliche/Sozialversicherungskosten

8 - Übersicht der Länderstatistiken

Abb. 12/ Country Income Group Fortsetzung

Land	Einkommensgruppe	Jährliche Diagnosen	Sterblichkeits-/Lastsignal	Überlebens-Benchmark	Verfügbarkeit der Behandlung	Kostendruck
Iran	Untere/obere Er-Mitte	~110-170 jährlich modelliert	Mittel bis hoch	~0-85% LMIC Verbreitung	Tertiäre Onkologie existiert; Der Zugang zu Medikamenten variiert	Kostenmischung öffentlicher, wohlthätiger und familiärer Kosten
Indien	Unter mittlerer Bereich	~1.600–2.500 jährlich modelliert	Sehr große absolute Belastung	~0-85% LMIC Verbreitung	Es gibt Weltklasse-Zentren; Zugang ungleichmäßig	Staatliche Programme plus hohe Familienkosten
Pakistan	Unter mittlerer Bereich	~450-700 jährlich modelliert	Hohe absolute Belastung	~0-85% LMIC Verbreitung	Wichtige Zentren; Zugang und Erschwinglichkeit variieren	Öffentliche/wohlthätige/familiäre Last
Bangladesch	Unter mittlerer Bereich	~300-500 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% LMIC Verbreitung	Spezialisierte Kapazitäten konzentrieren sich auf Großstädte	Regierung/NGO/Familienlast
Indonesien	Obere/untere Er-Mitte	~500-800 jährlich modelliert	Hohe absolute Belastung	~0-85 % bis 61-94 % gemischte Reichweite	Fachzentren in Großstädten	Öffentliche Versicherung plus Familienkosten
Philippinen	Unter mittlerer Bereich	~180-280 jährlich modelliert	Mittel bis hoch	~0-85% LMIC Verbreitung	Pädiatrische Onkologie mit Schwerpunktzentren	Öffentliche/versicherungs-/familiäre Last
Vietnam	Unter mittlerer Bereich	~130-220 jährlich modelliert	Mittel bis hoch	~0-85% LMIC Verbreitung	Fachkrankenhäuser in Großstädten	Staatliche Versicherung plus Familienkosten
Thailand	Obere Mitte	~70-110 jährlich modelliert	Moderat	~61-94% UMIC Verbreitung	Pädiatrische Onkologie-Kapazität; Universeller Versicherungsschutz hilft	Kosten für öffentliche Zahler
Malaysia	Obere Mitte	~45-75 jährlich modelliert	Moderat	~61-94% UMIC Verbreitung	Öffentliche pädiatrische Onkologie; Empfehlungsvariante	Kosten des öffentlichen Gesundheitssystems
Ägypten	Unter mittlerer Bereich	~220-350 jährlich modelliert	Hohe absolute Belastung	~0-85% LMIC Verbreitung	Wichtige pädiatrische onkologische Einrichtungen	Regierung/Wohlthätigkeit/Familienlast
Marokko	Unter mittlerer Bereich	~65-100 jährlich modelliert	Mittel bis hoch	~0-85% LMIC Verbreitung	Fachonkologie in großen Zentren	Öffentliche/wohlthätige/familiäre Last
Algerien	Obere Mitte	~85-130 jährlich modelliert	Moderat	~61-94% UMIC Verbreitung	Spezialisierte Dienstleistungen in Großstädten	Staatlich finanzierte Versorgung

Anhang B: Arbeitstabelle Land-nach-Länder-Statistiken Fortsetzung

Abb.13/ Ländereinkommensgruppe Fortsetzung

Land	Einkommensgruppe	Jährliche Diagnosen	Sterblichkeit/-Lastsignal	Überlebens-Benchmark	Verfügbarkeit der Behandlung	Kostendruck
Nigeria	Unter mittlerer Bereich	~900-1.500 jährlich modelliert	Sehr hohe absolute Belastung	~0-85% LMIC Reichweite; Viele Zentren niedriger	Spezialzentren, aber begrenzte Kapazität/Kosten/Versorgungsbarrieren	Begrenzte Staatsausgaben; Familie-/Wohltätigkeitsbürde
Ghana	Unter mittlerer Bereich	~120-190 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% LMIC Verbreitung	Fachzentren; Begrenzte nationale Abdeckung	Regierung/Versicherung/Familienlast
Kenia	Unter mittlerer Bereich	~150-240 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% LMIC Verbreitung	Große Vermittlungszentren; Zugang ungleichmäßig	Öffentliche/Versicherungs-/Wohltätigkeits-/Familienbelastung
Uganda	Niedrig	~160-250 jährlich modelliert	Hoch	~25-53 % LIC Verbreitung	Begrenzte pädiatrische Onkologie; Vermittlungs-/Unterstützungsbeschränkungen	Regierungshaushaltsdruck; Familienkostenbelastung
Tansania	Unter mittlerer Bereich	~180-290 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% LMIC Verbreitung	Überweisungszentren ; National Access Limited	Kosten für Regierung/NGO/Familie
Äthiopien	Niedrig	~300-500 jährlich modelliert	Sehr hohe absolute Belastung	~25-53 % LIC Verbreitung	Spezialisierte Versorgung mit Schwerpunkt; Diagnostische Einschränkungen	Regierungshaushaltsdruck; Reise-/Eigenbeteiligungsbelastung
DR Kongo	Niedrig	~280-450 jährlich modelliert	Sehr hoch	~25-53 % LIC Verbreitung	Sehr eingeschränkter umfassender Zugang	Regierungskapazität niedrig; Familie-/Wohltätigkeitsbürde
Sudan	Tiefer/unterer Mittelteil	~130-220 jährlich modelliert	Sehr hoch; Konfliktstörung	~25-53 % LIC / 0-85 % LMIC Verbreitung	Stark eingeschränkter Zugang	Staatliche Kapazität eingeschränkt; NGO/Familienlast
Irak	Obere/untere Er-Mitte	~80-130 jährlich modelliert	Mittel bis hoch	~0-85 % bis 61-94 % gemischte Reichweite	Fachdienste mit regionaler Variation	Belastung durch staatliche und familiäre Kosten
Syrien	Tiefer/unterer Mittelteil	~50-90 jährlich modelliert	Sehr hoch, wo die Versorgung unterbrochen wurde	~25-53 % LIC / 0-85 % LMIC Verbreitung	Kapazität stark vom Konflikt betroffen	Regierung/NGO/Familienlast
Jemen	Niedrig	~90-150 jährlich modelliert	Sehr hoch	~25-53 % LIC Verbreitung	Sehr eingeschränkter umfassender Zugang	Die Regierungskapazitäten sehr begrenzt; humanitäre/familiäre Belastung
Jordanien	Untere/obere Er-Mitte	~18-30 jährlich modelliert	Moderat	~0-85 % bis 61-94 % gemischte Reichweite	Regionale Facharztversorgung ist verfügbar	Regierung/Wohltätigkeit/Familienlast

Anhang B: Arbeitstabelle Land-nach-Länder-Statistiken Fortsetzung

Abb.14/ Ländereinkommensgruppe Fortsetzung

Land	Einkommensgruppe	Jährliche Diagnosen	Sterblichkeit/-Lastsignal	Überlebens-Benchmark	Verfügbarkeit der Behandlung	Kostendruck
Libanon	Unter mittlerer Bereich	~8-15 wurden jährlich modelliert	Mäßig bis hoch; Auswirkungen der Wirtschaftskrise	~0-85% LMIC Verbreitung	Es gibt spezialisierte Versorgung; Erschwinglichkeitsbarrieren	Staats-/privat-/Wohltätigkeits-/Familienkosten
Palästina	Unter mittlerer Bereich	~10-20 jährlich modelliert	Hoch aufgrund von Überweisungsbeschränkungen	~0-85% LMIC Verbreitung	Das hängt oft von Genehmigungen oder externen Zentren ab	Belastung durch Regierung/NGO/Familientransport
Oman	Hoch	~8-15 wurden jährlich modelliert	Moderat; Kleine Zahlen	~70-95%	Spezialisierte Überweisung an tertiäre Hochschulen	Staatlich finanzierte Versorgung
Kuwait	Hoch	~7-12 wurden jährlich modelliert	Moderat; Kleine Zahlen	~70-95%	Hochressourcen-tertiäre Versorgung	Staatlich finanzierte Versorgung
Bahrain	Hoch	~2-4 jährlich modelliert	Moderat; Kleine Zahlen	~70-95%	Tertiäre Versorgung/regionale Überweisung	Staatlich finanzierte Versorgung
Afghanistan	Niedrig	~150-250 jährlich modelliert	Sehr hoch	~25-53 % LIC Verbreitung	Begrenzter Gesamtzugang	Regierungs-/humanitäre/familiäre Last
Nepal	Unter mittlerer Bereich	~45-75 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% LMIC Verbreitung	Fachzentren; Zugang ungleichmäßig	Regierung/NGO/Familienlast
Sri Lanka	Unter mittlerer Bereich	~25-40 jährlich modelliert	Moderat	~0-85% LMIC Verbreitung	Öffentliche pädiatrische Onkologie verfügbar	Staatlich finanzierte Versorgung
Myanmar	Unter mittlerer Bereich	~100-170 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% LMIC Verbreitung	Begrenzter und ungleichmäßiger Spezialistenzugang	Regierung/Familie/humanitäre Belastung
Kambodscha	Unter mittlerer Bereich	~35-60 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% LMIC Verbreitung	Begrenzte Fachkapazität	Regierung/NGO/Familienlast
Laos	Unter mittlerer Bereich	~14-25 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% LMIC Verbreitung	Begrenzte pädiatrische Onkologiekapazität	Regierung/NGO/Familienlast

Mongolei	Unter mittler er Bereic h	~5–10 wurden jährlich modelliert	Mittel bis hoch	~0-85% LMIC Verbreitung	Zentralisierte Facharztver sorgung	Regierungs-/Familienlast
----------	---------------------------------------	--	-----------------	----------------------------	--	--------------------------

Abb.15/ Country Income Group Fortsetzung

Land	Einkommensgruppe	Jährliche Diagnosen	Sterblichkeit/-Lastsignal	Überlebens-Benchmark	Verfügbarkeit der Behandlung	Kostendruck
Ukraine	Unter mittlerer Bereich	~45-75 jährlich modelliert	Variabel aufgrund von Kriegsstörungen	~0-85% LMIC Verbreitung	Es gibt Fachzentren; Kontinuität gestört	Regierungs-/humanitäre/Familienkosten
Polen	Hoch	~30-45 jährlich modelliert	Niedrig bis mittlere	~85-95%+	Umfassende pädiatrische Onkologie	Kosten des öffentlichen Gesundheitssystems
Rumänien	Hoch/ober-Mitte	~15-30 jährlich modelliert	Moderat	~61-94 % auf HIC Verbreitung	Verfügbare Spezialzentren	Kosten des öffentlichen Gesundheitssystems

Wichtig:

- S1: U.S. National Cancer Institute PDQ, Behandlung von Wilms-Tumoren und anderen Nierentumoren bei Kindern, aktualisiert am 15. April 2025: Inzidenz 9,7 pro 1 Million Kinder unter 15 Jahren und etwa 650 US-Fälle jährlich;
- S2: Canadian Cancer Society: Kanada verzeichnete 2022 30 Diagnosen von Nieren- und Nierenbeckenkrebs im Alter von 0 bis 14 Jahren und 6 Todesfälle im Jahr 2023; fast alle Nieren-/Nierenbeckenkrebserkrankungen bei Kindern bei Kindern sind Wilms-Tumore;
- S3: Nakata et al., International Journal of Cancer / UKHSA Research Portal, 2020: Inzidenz von Nierentumoren bei Kindern
8,3 pro Million weltweit, der höchste Wert in Nordamerika/Europa und niedriger in den meisten asiatischen Regionen;
- S4: Cunningham et al., Globale Ungleichheiten im Wilms-Tumor, 2020: Überlebensbereiche liegen 70–97 % in Hocheinkommensländern, 61–94 % in oberen Mitteleinkommensländern, 0–85 % in Ländern mit niedrigem mittlerem Einkommen und 25–53 % in Ländern mit niedrigem Einkommen;
- S5: Cancer.ca Überlebensstatistiken: Die Gesamtüberlebensrate von 5 Jahren für den Wilms-Tumor bei Kindern von 0 bis 14 Jahren beträgt etwa 96 % in Kanada;
- S6: WHO Global Initiative for Childhood Cancer: Ziel, bis 2030 weltweit mindestens 60 % Überlebensrate für Kinderkrebs zu erreichen;
- S7: WHO / St. Jude Global Platform for Access to Child Cancer Medicines: Zielt auf ununterbrochene, qualitätsgesicherte Kinderkrebsmedikamente für LMICs und die Erreichung von etwa 120.000 Kindern;
- S8: SIOP PODC Wilms-Tumorrichtlinien: Behandlung mit heilender Absicht kann für einkommensschwache Umgebungen angepasst werden, wenn Mindestanforderungen bestehen;
- S9: Gemeinsamer Basisbericht des Wilms Tumor Africa Project: 39 % Überlebensrate am Ende der Behandlung in den teilnehmenden Zentren; unvollständige Behandlung und Kosten der Eltern trugen zum Ausbleiben der Behandlung bei;
- S10: Prioritäten der Krankheitskontrolle / Behandlung von Kinderkrebs in LMICs: Die Tumorthherapie von Wilms ist weniger intensiv als einige andere Kinderkrebsarten und unterstützt eine kosteneffiziente Stärkung des Systems;



Wilms Krebsstiftung

Telefon: +1 (778) 514 5000

E-Mail: info@WilmsFoundation.org

Web: www.WilmsFoundation.org

Adresse: Suite 2147, 712 H Street NE, Washington DC, Vereinigte Staaten, 20002.

DIE WILMS CANCER FOUNDATION, WCF UND DIE SLOGANS: "BESIEGEN VON KINDHEITS-NIERENKREBS" UND "DIE KRANKHEIT, VON DER DU NOCH NIE GEHÖRT HAST" SIND INTERNATIONALE MARKEN DER WILMS CANCER FOUNDATION UND SIND URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZT. DOKUMENTENINHALTSGESTALTUNG DURCH DIE WILMS CANCER FOUNDATION © COPYRIGHT ALLE RECHTE VORBEHALTEN.

Nach den Urheberrechtsgesetzen darf diese Dokumentation weder ganz noch teilweise kopiert, fotokopiert, reproduziert oder übersetzt werden, ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Wilms Cancer Foundation.

USA: Qualifizierte 501(c)(3) Steuerbefreite Organisation | EIN:98-3478827 | Kanada: Eingetragene Wohltätigkeitsorganisation: 756261939BC0001

Wilms Krebsstiftung (WCF)



Die Wilms Cancer Foundation (WCF) ist eine gemeinnützige Organisation, die die Bedürfnisse von Kindern, Familien und Gesundheitseinrichtungen unterstützt, die von pädiatrischem Nierenkrebs (insbesondere Nephroblastom, allgemein bekannt als 'Wilms') betroffen sind, unterstützt und vertritt. Ihre Mission ist es, ein internationales Programm für Aufklärung, Aufklärung, Interessenvertretung, Früherkennung, Behandlung und Unterstützung zur Bekämpfung der Ausbreitung der Krankheit aufzubauen.

Dieser WCF-Leitfaden dient ausschließlich Bildungszwecken. Es basiert auf internationalen pädiatrischen Onkologiestandards in Kanada, den Vereinigten Staaten und Europa. Holen Sie sich bei Bedenken oder Fragen einen qualifizierten medizinischen Fachmann ein.

© **Weltgesundheitsorganisation (WHO)**. Mit Genehmigung in Zusammenarbeit mit der Wilms Cancer Foundation (WCF) verwendet. "CureAll" ist Teil der WHO Global Initiative for Childhood Cancer (GICC). Die Weltgesundheitsorganisation befürwortet keine bestimmte Organisation, kein Produkt oder keine Dienstleistung.