Wilms Cancer Foundation

Wilms-Tumor

Globale Auswirkungen

Statistik, Überleben, Ungleichheit, Behandlungszugang und Gesundheitskosten





Wilms Cancer Foundation (WCF)

Die Wilms Cancer Foundation (WCF) ist eine gemeinnützige Organisation. Sie unterstützt und vertritt Kinder, Familien und Gesundheitseinrichtungen, die von Nierenkrebs im Kindesalter betroffen sind, insbesondere vom Nephroblastom (Wilms-Tumor). Ihre Mission ist ein internationales Programm für Bewusstseinsbildung, Aufklärung, Interessenvertretung, Früherkennung, Behandlung und Unterstützung, um der Ausbreitung der Krankheit entgegenzuwirken.

Dieser WCF-Ratgeber dient ausschließlich der Aufklärung. Er beruht auf internationalen kinderonkologischen Standards in Kanada, den USA und Europa. Wenden Sie sich bei Fragen oder Bedenken an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal.

© Copyright | Wilms Cancer Foundation | Alle Rechte vorbehalten

Inhaltsverzeichnis

Globale Auswirkungen
Statistik, Überleben, Ungleichheit, Behandlungszugang und Gesundheitskosten

1 - Zusammenfassung 1

2 - Weltweit gleiche Überlebenschancen bei Wilms-Tumor 2

3 - Warum der Wilms-Tumor weltweit wichtig ist 3

4 - Evidenz und Grenzen der Daten 4

5 - Die weltweite Überlebenskluft 5

6 - Voraussetzungen für den Behandlungszugang 6

7 - Kosten für Staat und Gesundheitssystem 7

8 - Länderstatistiken im Überblick 8

9 - Vorrangige Regionen für Maßnahmen 10

10 - Botschaften an Geldgeber und Regierungen 11

11 - Empfohlene Datenübersicht 12

Anhang A: Arbeitstabelle nach Ländern 13

Anhang B: Arbeitstabelle nach Ländern 14

Quellenhinweise und Literaturverzeichnis 21

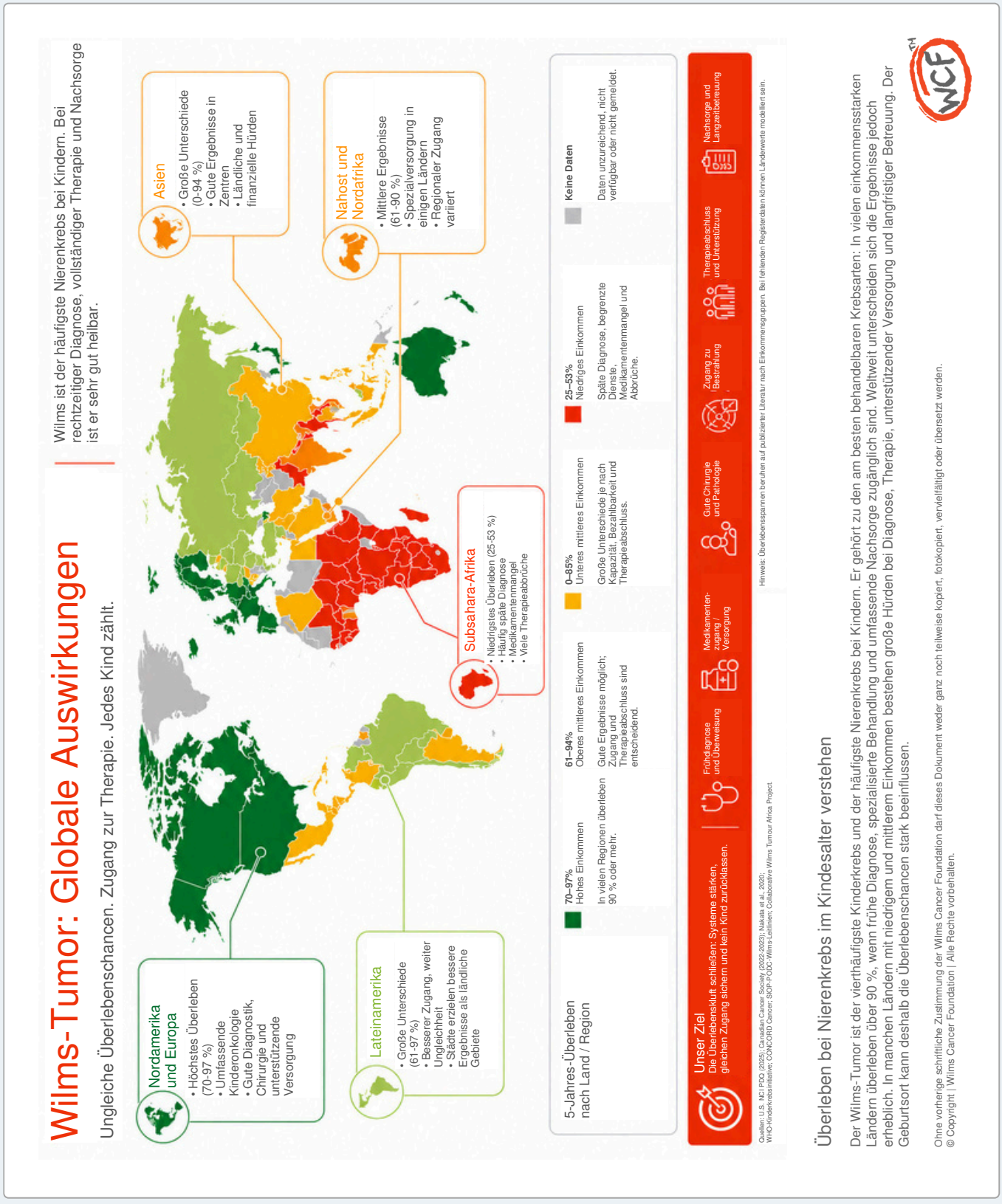
1 - Zusammenfassung

- Der Wilms-Tumor ist der häufigste Nierenkrebs bei Kindern. Er ist sehr gut heilbar, wenn rechtzeitige Diagnose, Operation, Chemotherapie, gegebenenfalls Bestrahlung, Pathologie, Blutprodukte, Infektionsbehandlung und Nachsorge zugänglich sind.
- Das weltweite Problem betrifft nicht nur die Wissenschaft, sondern auch den Zugang zum Gesundheitssystem. In Ländern mit hohem Einkommen liegen die Überlebensraten oft bei etwa 90 % oder höher; bei knappen Ressourcen können sie wesentlich niedriger sein.
- Landesweite Wilms-spezifische Statistiken sind lückenhaft. Viele Länder melden Kinderkrebs insgesamt, Nierentumoren oder reine Krankenhauskohorten statt Daten nationaler Wilms-Tumor-Register.
- Für die Interessenvertretung ist es am glaubwürdigsten, bestätigte Länderzahlen, modellierte Belastungsschätzungen bei fehlenden Registerdaten und eine transparente Bewertung der Datenverlässlichkeit vorzulegen.
- Das stärkste Argument für sofortige politische Maßnahmen: Der Wilms-Tumor ist heilbar. Frühere Diagnose, vollständige Behandlung, Medikamentenzugang und Überweisungsnetze können das Überleben messbar verbessern.

„Ein Wilms-Tumor ist oft heilbar. Doch die Überlebenschance hängt weiterhin davon ab, wo ein Kind lebt und ob es Zugang zur Behandlung hat.“

2 - Weltweit gleiche Überlebenschancen bei Wilms-Tumor

Abb. 1 / Weltkarte zu den Auswirkungen des Wilms-Tumors



Überleben bei Nierenkrebs im Kindesalter verstehen

Der Wilms-Tumor ist der vierthäufigste Kinderkrebs und der häufigste Nierenkrebs bei Kindern. Er gehört zu den am besten behandelbaren Krebsarten: In vielen einkommensstarken Ländern überleben über 90 %, wenn frühe Diagnose, spezialisierte Behandlung und umfassende Nachsorge zugänglich sind. Weltweit unterscheiden sich die Ergebnisse jedoch erheblich. In manchen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen bestehen große Hürden bei Diagnose, Therapie, unterstützender Versorgung und langfristiger Betreuung. Der Geburtsort kann deshalb die Überlebenschancen stark beeinflussen.

Ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Wilms Cancer Foundation darf dieses Dokument weder ganz noch teilweise kopiert, fotokopiert, vervielfältigt oder übersetzt werden.
© Copyright | Wilms Cancer Foundation | Alle Rechte vorbehalten.

3 - Warum der Wilms-Tumor weltweit wichtig ist

Abb. 2 / Wirkungsbereich

Wirkungsbereich	Bedeutung
Überleben von Kindern	Die Überlebenschancen können sehr hoch sein, hängen aber von rechtzeitiger Diagnose und vollständiger Behandlung ab.
Chancengleichheit	Die Krankheit zeigt die Kluft zwischen umfassender Kinderonkologie und Ländern, in denen Operation, Chemotherapie, Bestrahlung oder unterstützende Versorgung verspätet oder nicht verfügbar sind.
Belastung der Familie	Auch bei verfügbaren Medikamenten können Reise, Unterkunft, Lohnausfall, Diagnosegebühren und Eigenzahlungen zu Abbruch oder unvollständiger Behandlung führen.
Staat	Gesundheitssysteme tragen Kosten für Bildgebung, Operation, Chemotherapie, Krankenhaus, Bestrahlung und Pathologie. Nur wenige Länder veröffentlichen staatliche Kosten allein für Wilms-Tumoren.

4 - Evidenz und Grenzen der Daten

- Inzidenz: Öffentliche nationale Wilms-spezifische Raten liegen nur für wenige Länder vor. Das US-NCI nennt etwa 650 US-Fälle jährlich und 9,7 Fälle je Million Kinder unter 15 Jahren. Kanada meldet Nieren-/Nierenbeckenkrebs bei Kindern, der fast immer ein Wilms-Tumor ist.
- Globaler Näherungswert: Internationale Daten zeigen etwa 8,3 Nierentumoren je Million Kinder. Die Raten sind in Nordamerika/Europa höher und in vielen asiatischen Regionen niedriger.
- Überleben: Eine weltweite Übersicht nennt 70-97 % in Ländern mit hohem, 61-94 % mit oberem mittlerem, 0-85 % mit unterem mittlerem und 25-53 % mit niedrigem Einkommen.
- Sterblichkeit: Wilms-spezifische nationale Sterblichkeitsdaten werden selten veröffentlicht. Dieses Dokument nutzt daher einen relativen Risiko-/Belastungsindikator, sofern keine öffentliche nationale Zahl vorliegt.
- Kosten: Nationale staatliche Kosten allein für Wilms-Tumoren werden nicht regelmäßig veröffentlicht. Das Dokument benennt Kostentreiber und kennzeichnet fehlende veröffentlichte Länderkosten.



5 - Die weltweite Überlebenskluft

Abb. 3 / Ländereinkommen

Einkommen / Versorgungssystem	Berichtete Überlebensspanne	Einordnung
Länder mit hohem Einkommen	70–97%	Die meisten Kinder erhalten multimodale Therapie; Spätfolgen und das Leben nach Krebs sind wichtige politische Themen.
Länder mit oberem mittlerem Einkommen	61–94%	Gute Ergebnisse sind möglich; Zugang, regionale Ungleichheit und Therapieabschluss beeinflussen das Überleben.
Länder mit unterem mittlerem Einkommen	0–85%	Sehr unterschiedlich; Ergebnisse hängen von Zentrumskapazität, Bezahlbarkeit und Therapieabschluss ab.
Länder mit niedrigem Einkommen	25–53%	Späte Diagnose, begrenzte Dienste, Medikamentenmangel und Therapieabbruch begrenzen das Überleben.

Kernbotschaft
Der Wilms-Tumor zeigt eine besonders deutliche globale Ungleichheit bei Kinderkrebs: Dieselbe Krankheit kann je nach Zugang zur Versorgung in einem Land heilbar und in einem anderen tödlich sein.

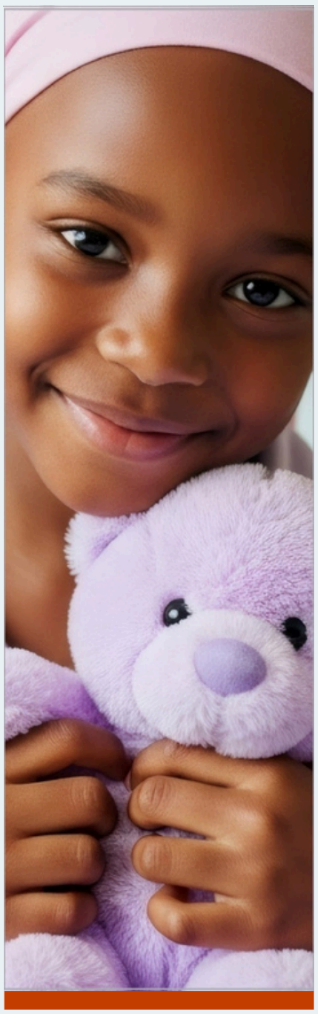
6 - Voraussetzungen für den Behandlungszugang

Abb. 4 / Erforderliche Elemente

Erforderliches Element	Hohe Versorgungskapazität	Risiken bei begrenzter Kapazität
Früherkennung und Überweisung	Primärversorgung, Bildgebung und Überweisungswege erkennen Raumforderungen im Bauch früher.	Kinder kommen später, mit größeren Tumoren oder Metastasen.
Bildgebung und Stadieneinteilung	Ultraschall/CT/MRT, Brustkorbbildgebung und Pathologie ermöglichen risikoadaptierte Therapie.	Unvollständige Stadieneinteilung kann zu Über-, Unter- oder verspäteter Behandlung führen.
Operation	Onkologische Chirurgie und Anästhesie sind verfügbar.	Operationsverzögerungen, fehlende Kinderanästhesie oder Blutprodukte erhöhen das Risiko.
Chemotherapie	Protokollbasierte Chemotherapie und unterstützende Versorgung sind verfügbar.	Medikamentenmangel, unbezahlbare Arzneimittel und Infektionskomplikationen unterbrechen die Therapie.
Strahlentherapie	Bei entsprechender Indikation verfügbar.	Fehlende oder späte Bestrahlung verschlechtert Ergebnisse bei bestimmten Stadien/Histologien.
Nachsorge	Überwachung auf Rückfälle und Spätfolgen.	Ohne Nachsorge können Rückfälle oder Langzeitkomplikationen unentdeckt bleiben.

7 - Kosten für Staat und Gesundheitssystem

- Direkte medizinische Kosten umfassen Ultraschall/CT/MRT, Pathologie, Operation, Chemotherapie, stationäre Aufenthalte, Blutprodukte, Antibiotika, erforderliche Bestrahlung, Rückfallbehandlung und Nachsorgeambulanzen.
- Indirekte öffentliche Kosten entstehen durch späte Diagnose, Notfälle, Intensivpflege, Therapieabbruch, Behinderung, Sozialleistungen und lebenslange Produktivitätsverluste, wenn heilbarer Kinderkrebs nicht erfolgreich behandelt wird.
- In einkommensstarken Ländern können die Kosten pro Patient hoch sein, werden aber meist öffentlich oder durch Versicherungen getragen. Bei knappen Ressourcen verlagern geringe Staatsausgaben die Last oft auf Familien und Hilfsorganisationen.
- Veröffentlichte afrikanische Projektdaten nennen Elternkosten von etwa 100-1.100 US-Dollar als wichtige Hürde für den Therapieabschluss. Für viele Haushalte ist dies selbst bei subventionierten Krankenhausleistungen existenzbedrohend.
- Politische Botschaft: Regierungen sparen kein Geld, indem sie Wilms-Tumoren unbehandelt lassen.
- Späte Vorstellung, Rückfälle, unvollständige Therapie und vermeidbare Todesfälle erhöhen die menschlichen, wirtschaftlichen und gesundheitssystemischen Verluste.



8 - Länderstatistiken im Überblick

Abb. 5 / Länderstatistiken

Land	Jährliche Diagnosen	Überlebensrichtwert	Behandlungszugang
USA	~650 bestätigt	~85-95%*	Umfassende Kinderonkologie, Chirurgie, Bestrahlung, Pathologie, Studien
Kanada	30 kindliche Nieren-/Nierenbecken-krebsdiagnosen 2022	~96 % 5-Jahres-Gesamt-überleben	Umfassende provinzielle Kinder-onkologienetze
Vereinigtes Königreich	~70-90 modelliert	~85-95%+	NHS-Kinderonkologienetze
Frankreich	~60-80 modelliert	~85-95%+	Nationale Kinderonkologienetze
Deutschland	~70-90 modelliert	~85-95%+	Umfassende Kinderonkologie
Italien	~45-65 modelliert	~85-95%+	Nationale Kinderonkologiezentren
Spanien	~40-55 modelliert	~85-95%+	Umfassende Kinderonkologie
Niederlande	~15-25 modelliert	~85-95%+	Stark zentralisierte Kinderonkologie
Schweden	~8-15 modelliert	~85-95%+	Umfassende Kinderonkologie
Australien	~25-40 modelliert	~85-95%+	Umfassende Kinderonkologiezentren
Japan	~45-65 modelliert	~85-95%	Umfassende Kinderonkologie
Südkorea	~15-25 modelliert	~85-95%	Umfassende tertiäre Kinderonkologie

8 - Länderstatistiken im Überblick (Fortsetzung)

Abb. 6 / Länderstatistiken

Land	Jährliche Diagnosen	Überlebensrichtwert	Behandlungszugang
Saudi-Arabien	~60-90 jährlich modelliert	~70-95%	Spezialisierte Onkologie; Zugang regional unterschiedlich
VAE	~8-15 jährlich modelliert	~70-95%	Leistungsfähige tertiäre Versorgung
Israel	~8-15 jährlich modelliert	~85-95%+	Umfassende Kinderonkologie
China	~900-1,400 modelliert	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Große tertiäre Zentren; ländliche/ finanzielle Lücken
Brasilien	~280-420 modelliert	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Großes Onkologienetz; Unterschiede nach Bundesstaat
Mexiko	~180-280 modelliert	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Spezialzentren; anhaltende Verzögerungen/Hürden
Argentinien	~60-90 jährlich modelliert	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Spezialversorgung verfügbar; regionale Unterschiede
Chile	~20-35 jährlich modelliert	~70-95%	Kinderonkologienetz
Kolumbien	~70-110 jährlich modelliert	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Kinderonkologiezentren; Kontinuität unterschiedlich
Peru	~60-95 jährlich modelliert	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Spezialversorgung auf Städte konzentriert
Südafrika	~100-160 modelliert	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Öffentliche/private Spezialversorgung; ländliche Hürden
Türkei	~120-180 jährlich modelliert	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Spezialisierte Kinderonkologie in Städten

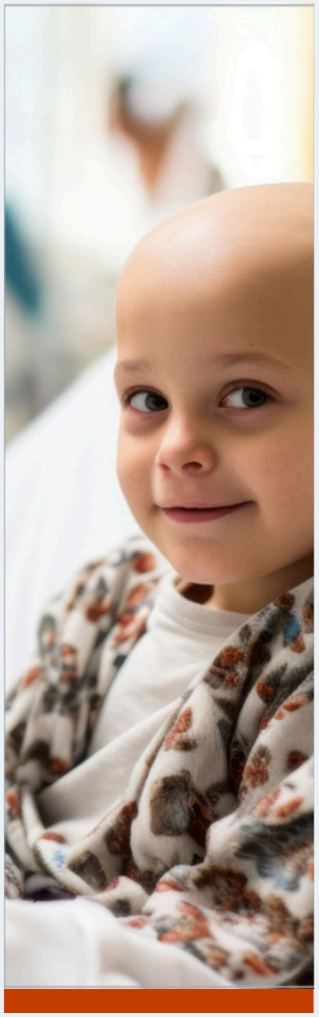
9 - Vorrangige Regionen für Maßnahmen

Abb. 7 / Länderstatistiken

Region / Kontext	Bedeutung	Vorrangige Maßnahmen
Einkommensarme und fragile Staaten	Höchstes Risiko für späte Diagnose, Therapieabbruch, Medikamentenmangel und fehlende Bestrahlung.	Überweisungswege, Arzneimittelversorgung, Therapiezuschüsse, Elternbegleitung und Registeraufbau.
Bevölkerungsreiche Länder mit unterem mittlerem Einkommen	Die größte Zahl betroffener Kinder, auch wenn einzelne Zentren gute Ergebnisse erzielen.	Regionale Zentren ausbauen, Abbrüche senken, soziale Absicherung fördern und nationale Protokolle integrieren.
Länder mit oberem mittlerem Einkommen und regionaler Ungleichheit	Landesmittel können Nachteile ländlicher oder einkommensarmer Gruppen verdecken.	Zentrumspartnerschaften, Außenstellen, Telepathologie, Transporthilfe und regionale Ergebnisberichte.
Kleine Staaten und Inseln	Geringe Fallzahlen erschweren spezialisierte Versorgung im Inland.	Regionale Überweisungsabkommen, gemeinsame Protokolle und grenzüberschreitender Medikamentenzugang.

10 - Botschaften an Geldgeber und Regierungen

- Der Wilms-Tumor ist ein praktischer Ansatzpunkt zur Verbesserung der Kinderkrebsversorgung: Er erfordert koordinierte, aber realisierbare Diagnose, Operation, Chemotherapie, unterstützende Versorgung und Nachsorge.
- Die Überlebenskluft ist nicht hinnehmbar, da die Krankheit bei rechtzeitiger, vollständiger Behandlung oft heilbar ist.
- Ziel ist nicht nur der Arzneimittelkauf, sondern ein vollständiger Versorgungspfad, der Kinder bis zur Heilung in Behandlung hält und danach überwacht.
- Nationale Investitionen sollten messen: Zeit von Symptomen bis Diagnose, Stadium bei Vorstellung, Therapieabbrüche, Arzneimittelengpässe, Operations- und Bestrahlungsverzögerungen, Rückfälle und Überleben.
- Eine weltweite Wilms-Tumor-Beobachtungsstelle oder Registerpartnerschaft könnte eine wichtige Evidenzlücke schließen und verantwortungsvolle Fortschrittsvergleiche ermöglichen.



11 - Empfohlene Datenübersicht

Abb. 8 / Indikatoren

Indikator	Definition	Bedeutung
Neudiagnosen	Jährlich bestätigte Wilms-Fälle im Alter von 0-14 oder 0-19 Jahren	Misst Krankheitslast und Planungsbedarf
Stadium bei Diagnose	Verteilung der Stadien I-V	Zeigt Wirksamkeit von Früherkennung und Überweisung
Therapiebeginn	Tage von erster Vorstellung bis onkologischer Behandlung	Erkennt Verzögerungen, die das Überleben mindern
Therapieabschluss	Anteil mit vollständig abgeschlossener Protokolltherapie	Direktes Maß für Abbrüche / Systemunterstützung
Medikamentenverfügbarkeit	Tage ohne Vorrat zentraler Chemotherapie- oder unterstützender Arzneimittel	Zeigt Zuverlässigkeit der Lieferkette
Zugang zu Bestrahlung	Verfügbarkeit und Wartezeit bei Indikation	Wichtig für bestimmte Stadien und Risikogruppen
Überleben	Gesamt-/ereignisfreies Überleben nach 1, 3 und 5 Jahren	Entscheidendes Ergebnismaß

Anhang A: Arbeitstabelle nach Ländern

Abb. 9 / Schritte

Schritt	Maßnahme	Praktischer Zweck
Schritt 1	Ernährungsstatus zu Beginn erfassen	Risiken früh erkennen; Ausgangswerte für Wachstum und Nahrungsaufnahme erfassen
Schritt 2	Orale Ernährung optimieren	Aufnahme durch Lieblingsspeisen, häufigere Mahlzeiten und höhere Kaloriendichte steigern
Schritt 3	Trinknahrung / angereicherte Lebensmittel	Lücken bei unzureichender normaler Nahrungsaufnahme schließen
Schritt 4	Enterale Ernährung	Zuverlässige Ernährung bei unzureichender oraler Aufnahme sichern
Schritt 5	Parenterale Ernährung	Bei unmöglicher oder unzureichender enteraler Ernährung einsetzen
Schritt 6	Neubewertung und Anpassung	Plan an Symptome, Nierenfunktion und Behandlungsphase anpassen
Schritt 7	Ernährungsstatus zu Beginn erfassen	Risiken früh erkennen; Ausgangswerte für Wachstum und Nahrungsaufnahme erfassen

Wichtig: Als „modelliert“ bezeichnete Zeilen sind keine registerbestätigten Länderstatistiken. Es handelt sich um Planungsschätzungen auf Basis öffentlicher Inzidenzrichtwerte und breiter Literatur zu Versorgungssystemen, Einkommensgruppen und Überleben.

Anhang B: Arbeitstabelle nach Ländern

Wichtig: Als „modelliert“ bezeichnete Zeilen sind keine registerbestätigten Länderstatistiken. Es handelt sich um Planungsschätzungen auf Basis öffentlicher Inzidenzrichtwerte und breiter Literatur zu Versorgungssystemen, Einkommensgruppen und Überleben.

USA | Hoch | ~650 bestätigt jährlich | Geringe relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Umfassende Kinderonkologie, Chirurgie, Bestrahlung, Pathologie, Studien | Hohe direkte Kosten; genaue öffentliche Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert

Kanada | Hoch | 30 kindliche Nieren-/Nierenbeckenkrebsdiagnosen 2022 | 6 Todesfälle durch kindlichen Nieren-/Nierenbeckenkrebs 2023 | ~96 % 5-Jahres-Gesamtüberleben | Umfassende provinzielle Kinderonkologienetze | Öffentliche Provinzkosten; genaue Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert

Vereinigtes Königreich | Hoch | ~70-90 modelliert jährlich | Geringe relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | NHS-Kinderonkologienetze | Öffentliche NHS-Kosten; Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert

Frankreich | Hoch | ~60-80 modelliert jährlich | Geringe relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Nationale Kinderonkologienetze | Öffentliche / Sozial-versicherungskosten; Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert

Deutschland | Hoch | ~70-90 modelliert jährlich | Geringe relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Umfassende Kinderonkologie | Versicherungs-/öffentliche Kosten; Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert

Italien | Hoch | ~45-65 modelliert jährlich | Geringe relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Nationale Kinderonkologiezentren | Öffentliche Gesundheitskosten; Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert

Spanien | Hoch | ~40-55 modelliert jährlich | Geringe relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Umfassende Kinderonkologie | Öffentliche Gesundheitskosten; Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert

Niederlande | Hoch | ~15-25 modelliert jährlich | Geringe relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Stark zentralisierte Kinderonkologie | Öffentliche / Versicherungskosten

Schweden | Hoch | ~8-15 modelliert jährlich | Geringe relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Umfassende Kinderonkologie | Öffentliche Gesundheitskosten

Australien | Hoch | ~25-40 modelliert jährlich | Geringe relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Umfassende Kinderonkologiezentren | Öffentliche Medicare-/Staatskosten und Versicherung

Japan | Hoch | ~45-65 modelliert jährlich | Niedrig bis mäßig | ~80-95% | Umfassende Kinderonkologie | Öffentliche / Versicherungskosten

Südkorea | Hoch | ~15-25 modelliert jährlich | Niedrig bis mäßig | ~80-95% | Umfassende tertiäre Kinderonkologie | Öffentliche / Versicherungskosten

Saudi-Arabien | Hoch | ~60-90 jährlich modelliert | Mäßig; regionale Überweisung beeinflusst Ergebnisse | ~70-95% | Spezialisierte Onkologie; Zugang regional unterschiedlich | Staatlich finanzierte tertiäre Versorgung

VAE | Hoch | ~8-15 jährlich modelliert | Mäßig; geringe Fallzahlen | ~70-95% | Leistungsfähige tertiäre Versorgung | Staatliche / private Versicherungskosten

Israel | Hoch | ~8-15 jährlich modelliert | Geringe relative Sterblichkeit | ~85-95%+ | Umfassende Kinderonkologie | Öffentliche / Versicherungskosten

China | Oberes mittleres | ~900-1,400 modelliert jährlich | Hohe absolute Sterblichkeitslast | ~61-94% oberes mittleres Einkommen | Große tertiäre Zentren; ländliche/finanzielle Lücken | Öffentliche/private/Eigenzahlungsbelastung

Brasilien | Oberes mittleres | ~280-420 modelliert jährlich | Mäßige bis hohe absolute Belastung | ~61-94% oberes mittleres Einkommen | Großes Onkologienetz; Unterschiede nach Bundesstaat | SUS-/öffentliche und private Kosten

Mexiko | Oberes mittleres | ~180-280 modelliert jährlich | Mäßig bis hoch | ~61-94% oberes mittleres Einkommen | Spezialzentren; anhaltende Verzögerungen/Hürden | Öffentliche Versicherung und Familienkosten

Argentinien | Oberes mittleres | ~60-90 jährlich modelliert | Mäßig | ~61-94% oberes mittleres Einkommen | Spezialversorgung verfügbar; regionale Unterschiede | Öffentliche / Sozialversicherungskosten

Chile | Hoch / oberes mittleres | ~20-35 jährlich modelliert | Mäßig bis niedrig | ~70-95% | Kinderonkologienetz | Öffentliche System- und Versicherungskosten

Kolumbien | Oberes mittleres | ~70-110 jährlich modelliert | Mäßig bis hoch | ~61-94% oberes mittleres Einkommen | Kinderonkologiezentren; Kontinuität unterschiedlich | Öffentliche/private Kostenträger und Familienkosten

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: Statistische Ländertabelle (Fortsetzung)

Abb. 10 / Einkommensgruppe des Landes

Land	Einkommens-gruppe	Jährliche Diagnosen	Sterblichkeit / Belastung	Überlebensrichtwert	Behandlungszugang	Kostendruck
USA	Hoch	~650 bestätigt	Geringe relative Sterblichkeit	~85-95%*	Umfassende Kinderonkologie, Chirurgie, Bestrahlung, Pathologie, Studien	Hohe direkte Kosten; genaue öffentliche Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert
Kanada	Hoch	30 kindliche Nieren-/ Nierenbecken-krebsdiagnosen 2022	6 Todesfälle durch kindlichen Nieren-/ Nierenbeckenkrebs 2023	~96 % 5-Jahres-Gesamtüberleben	Umfassende provinzielle Kinderonkologienetze	Öffentliche Provinzkosten; genaue Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert
Vereinigtes Königreich	Hoch	~70-90 modelliert	Geringe relative Sterblichkeit	~85-95%+	NHS-Kinderonkologienetze	Öffentliche NHS-Kosten; Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert
Frankreich	Hoch	~60-80 modelliert	Geringe relative Sterblichkeit	~85-95%+	Nationale Kinder-onkologienetze	Öffentliche / Sozial-versicherungskosten; Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert
Deutschland	Hoch	~70-90 modelliert	Geringe relative Sterblichkeit	~85-95%+	Umfassende Kinderonkologie	Versicherungs-/öffentliche Kosten; Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert
Italien	Hoch	~45-65 modelliert	Geringe relative Sterblichkeit	~85-95%+	Nationale Kinder-onkologiezentren	Öffentliche Gesundheitskosten; Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert
Spanien	Hoch	~40-55 modelliert	Geringe relative Sterblichkeit	~85-95%+	Umfassende Kinderonkologie	Öffentliche Gesundheitskosten; Wilms-Kosten nicht regelmäßig publiziert
Niederlande	Hoch	~15-25 modelliert	Geringe relative Sterblichkeit	~85-95%+	Stark zentralisierte Kinder-onkologie	Öffentliche / Versicherungskosten
Schweden	Hoch	~8-15 modelliert	Geringe relative Sterblichkeit	~85-95%+	Umfassende Kinderonkologie	Öffentliche Gesundheitskosten
Australien	Hoch	~25-40 modelliert	Geringe relative Sterblichkeit	~85-95%+	Umfassende Kinder-onkologiezentren	Öffentliche Medicare-/ Staatskosten und Versicherung
Japan	Hoch	~45-65 modelliert	Niedrig bis mäßig; Inzidenz in Asien eventuell geringer	~85-95%	Umfassende Kinderonkologie	Öffentliche / Versicherungskosten
Südkorea	Hoch	~15-25 modelliert	Geringe relative Sterblichkeit	~85-95%	Umfassende tertiäre Kinder-onkologie	Öffentliche / Versicherungskosten

Anhang B: Statistische Ländertabelle (Fortsetzung)

Abb. 11 / Einkommensgruppe des Landes (Fortsetzung)

Land	Einkommens-gruppe	Jährliche Diagnosen	Sterblichkeit / Belastung	Überlebensrichtwert	Behandlungszugang	Kostendruck
Saudi-Arabien	Hoch	~60-90 jährlich modelliert	Mäßig; regionale Überweisung beeinflusst Ergebnisse	~70-95%	Spezialisierte Onkologie; Zugang regional unterschiedlich	Staatlich finanzierte tertiäre Versorgung
VAE	Hoch	~8-15 jährlich modelliert	Mäßig; geringe Fallzahlen	~70-95%	Leistungsfähige tertiäre Versorgung	Staatliche / private Versicherungskosten
Israel	Hoch	~8-15 jährlich modelliert	Geringe relative Sterblichkeit	~85-95%+	Umfassende Kinderonkologie	Öffentliche / Versicherungskosten
China	Oberes mittleres	~900-1,400 modelliert	Hohe absolute Sterblichkeitslast	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Große tertiäre Zentren; ländliche/finanzielle Lücken	Öffentliche/private/ Eigenzahlungsbelastung
Brasilien	Oberes mittleres	~280-420 modelliert	Mäßige bis hohe absolute Belastung	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Großes Onkologienetz; Unterschiede nach Bundesstaat	SUS-/öffentliche und private Kosten
Mexiko	Oberes mittleres	~180-280 modelliert	Mäßig bis hoch	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Spezialzentren; anhaltende Verzögerungen/Hürden	Öffentliche Versicherung und Familienkosten
Argentinien	Oberes mittleres	~60-90 jährlich modelliert	Mäßig	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Spezialversorgung verfügbar; regionale Unterschiede	Öffentliche / Sozial-versicherungskosten
Chile	Hoch / oberes mittleres	~20-35 jährlich modelliert	Mäßig bis niedrig	~70-95%	Kinderonkologienetz	Öffentliche System- und Versicherungskosten
Kolumbien	Oberes mittleres	~70-110 jährlich modelliert	Mäßig bis hoch	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Kinderonkologiezentren; Kontinuität unterschiedlich	Öffentliche/private Kostenträger und Familienkosten
Peru	Oberes mittleres	~60-95 jährlich modelliert	Mäßig bis hoch	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Spezialversorgung auf Städte konzentriert	Öffentliche Kosten und Eigenzahlungen
Südafrika	Oberes mittleres	~100-160 modelliert	Mäßig bis hoch	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Öffentliche/private Spezialversorgung; ländliche Hürden	Öffentliche/private Kosten und Familientransport
Türkei	Oberes mittleres	~120-180 jährlich modelliert	Mäßig	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Spezialisierte Kinderonkologie in Städten	Öffentliche / Sozial-versicherungskosten

Anhang B: Statistische Ländertabelle (Fortsetzung)

Abb. 12 / Einkommensgruppe des Landes (Fortsetzung)

Land	Einkommens-gruppe	Jährliche Diagnosen	Sterblichkeit / Belastung	Überlebensrichtwert	Behandlungszugang	Kostendruck
Iran	Unteres / oberes mittleres	~110-170 jährlich modelliert	Mäßig bis hoch	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Tertiäre Onkologie; Medikamentenzugang unterschiedlich	Staats-/Hilfsorganisations-/ Familienkosten
Indien	Unteres mittleres	~1,600-2,500 jährlich modelliert	Sehr hohe absolute Belastung	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Spitzenzentren vorhanden; ungleicher Zugang	Staatliche Programme und hohe Familienkosten
Pakistan	Unteres mittleres	~450-700 jährlich modelliert	Hohe absolute Belastung	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Große Zentren; Zugang/ Bezahlbarkeit unterschiedlich	Öffentliche / Hilfs-organisations-/Familienlast
Bangladesch	Unteres mittleres	~300-500 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Spezialkapazität auf Großstädte konzentriert	Staats-/NGO-/Familienlast
Indonesien	Oberes / unteres mittleres	~500-800 jährlich modelliert	Hohe absolute Belastung	~0-85% bis 61- 94% gemischte Spanne	Spezialzentren in Großstädten	Öffentliche Versicherung und Familienkosten
Philippinen	Unteres mittleres	~180-280 jährlich modelliert	Mäßig bis hoch	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Kinderonkologie in großen Zentren	Öffentliche / Versicherungs-/ Familienlast
Vietnam	Unteres mittleres	~130-220 jährlich modelliert	Mäßig bis hoch	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Spezialkrankenhäuser in Großstädten	Staatliche Versicherung und Familienkosten
Thailand	Oberes mittleres	~70-110 jährlich modelliert	Mäßig	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Kinderonkologische Kapazität; universelle Absicherung hilft	Kosten öffentlicher Kostenträger
Malaysia	Oberes mittleres	~45-75 jährlich modelliert	Mäßig	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Öffentliche Kinderonkologie; Überweisungsunterschiede	Öffentliche Gesundheitskosten
Ägypten	Unteres mittleres	~220-350 jährlich modelliert	Hohe absolute Belastung	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Große kinderonkologische Einrichtungen	Staats-/Hilfsorganisations-/ Familienlast
Marokko	Unteres mittleres	~65-100 jährlich modelliert	Mäßig bis hoch	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Spezialisierte Onkologie in großen Zentren	Öffentliche / Hilfs-organisations-/Familienlast
Algerien	Oberes mittleres	~85-130 jährlich modelliert	Mäßig	~61-94% oberes mittleres Einkommen	Spezialisierte Dienste in Großstädten	Staatlich finanzierte Versorgung

Anhang B: Statistische Ländertabelle (Fortsetzung)

Abb. 13 / Einkommensgruppe des Landes (Fortsetzung)

Land	Einkommens-gruppe	Jährliche Diagnosen	Sterblichkeit / Belastung	Überlebensrichtwert	Behandlungszugang	Kostendruck
Nigeria	Unteres mittleres	~900-1,500 jährlich modelliert	Sehr hohe absolute Belastung	~0-85% unteres mittleres Einkommen; in vielen Zentren niedriger	Spezialzentren, aber geringe Kapazität; Kosten-/ Versorgungshürden	Begrenzte Staatsausgaben; Familien-/Hilfs-organisationslast
Ghana	Unteres mittleres	~120-190 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Spezialzentren; begrenzte nationale Abdeckung	Staats-/Versicherungs-/ Familienlast
Kenia	Unteres mittleres	~150-240 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Große Überweisungszentren; ungleicher Zugang	Öffentliche / Versicherungs-/ Hilfsorganisations-/ Familienlast
Uganda	Niedrig	~160-250 jährlich modelliert	Hoch	~25-53% niedriges Einkommen	Begrenzte Kinderonkologie; Überweisungs-/ Unterstützungshürden	Staatlicher Budgetdruck; Familienkosten
Tansania	Unteres mittleres	~180-290 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Überweisungszentren; begrenzter nationaler Zugang	Staats-/NGO-/Familienkosten
Äthiopien	Niedrig	~300-500 jährlich modelliert	Sehr hohe absolute Belastung	~25-53% niedriges Einkommen	Spezialversorgung konzentriert; diagnostische Grenzen	Staatlicher Budgetdruck; Reise-/Eigenzahlungslast
DR Kongo	Niedrig	~280-450 jährlich modelliert	Sehr hoch	~25-53% niedriges Einkommen	Sehr begrenzter umfassender Zugang	Geringe Staatskapazität; Familien-/Hilfs-organisationslast
Sudan	Niedrig / unteres mittleres	~130-220 jährlich modelliert	Sehr hoch; Konfliktstörungen	~25-53% niedriges Einkommen / 0-85% unteres mittleres Einkommen	Stark eingeschränkter Zugang	Begrenzte Staatskapazität; NGO-/Familienlast
Irak	Oberes / unteres mittleres	~80-130 jährlich modelliert	Mäßig bis hoch	~0-85% bis 61- 94% gemischte Spanne	Spezialisierte Dienste mit regionalen Unterschieden	Staats-/Familienkostenlast
Syrien	Niedrig / unteres mittleres	~50-90 jährlich modelliert	Sehr hoch bei gestörter Versorgung	~25-53% niedriges Einkommen / 0-85% unteres mittleres Einkommen	Kapazität stark durch Konflikt beeinträchtigt	Staats-/NGO-/Familienlast
Jemen	Niedrig	~90-150 jährlich modelliert	Sehr hoch	~25-53% niedriges Einkommen	Sehr begrenzter umfassender Zugang	Sehr geringe Staatskapazität; humanitäre/Familienlast
Jordanien	Unteres / oberes mittleres	~18-30 jährlich modelliert	Mäßig	~0-85% bis 61- 94% gemischte Spanne	Regionale Spezialversorgung verfügbar	Staats-/Hilfsorganisations-/ Familienlast

Anhang B: Statistische Ländertabelle (Fortsetzung)

Abb. 14 / Einkommensgruppe des Landes (Fortsetzung)

Land	Einkommens-gruppe	Jährliche Diagnosen	Sterblichkeit / Belastung	Überlebensrichtwert	Behandlungszugang	Kostendruck
Libanon	Unteres mittleres	~8-15 jährlich modelliert	Mäßig bis hoch; Wirtschaftskrisenfolgen	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Spezialversorgung vorhanden; finanzielle Hürden	Staats-/Privat-/Hilfs-organisations-/Familienkosten
Palästina	Unteres mittleres	~10-20 jährlich modelliert	Hoch wegen Überweisungs-beschränkungen	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Oft von Genehmigungen/ externen Zentren abhängig	Staats-/NGO-/ Familientransportlast
Oman	Hoch	~8-15 jährlich modelliert	Mäßig; geringe Fallzahlen	~70-95%	Spezialisierte tertiäre Überweisung	Staatlich finanzierte Versorgung
Kuwait	Hoch	~7-12 jährlich modelliert	Mäßig; geringe Fallzahlen	~70-95%	Ressourcenstarke tertiäre Versorgung	Staatlich finanzierte Versorgung
Bahrain	Hoch	~2-4 jährlich modelliert	Mäßig; geringe Fallzahlen	~70-95%	Tertiäre Versorgung / regionale Überweisung	Staatlich finanzierte Versorgung
Afghanistan	Niedrig	~150-250 jährlich modelliert	Sehr hoch	~25-53% niedriges Einkommen	Begrenzter umfassender Zugang	Staats-/humanitäre/ Familienlast
Nepal	Unteres mittleres	~45-75 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Spezialzentren; ungleicher Zugang	Staats-/NGO-/Familienlast
Sri Lanka	Unteres mittleres	~25-40 jährlich modelliert	Mäßig	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Öffentliche Kinderonkologie verfügbar	Staatlich finanzierte Versorgung
Myanmar	Unteres mittleres	~100-170 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Begrenzter, ungleicher Spezialzugang	Staats-/Familien-/humanitäre Last
Kambodscha	Unteres mittleres	~35-60 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Begrenzte Spezialkapazität	Staats-/NGO-/Familienlast
Laos	Unteres mittleres	~14-25 jährlich modelliert	Hoch	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Begrenzte kinderonkologische Kapazität	Staats-/NGO-/Familienlast
Mongolei	Unteres mittleres	~5-10 jährlich modelliert	Mäßig bis hoch	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Zentralisierte Spezialversorgung	Staats-/Familienlast

Anhang B: Statistische Ländertabelle (Fortsetzung)

Abb. 15 / Einkommensgruppe des Landes (Fortsetzung)

Land	Einkommens-gruppe	Jährliche Diagnosen	Sterblichkeit / Belastung	Überlebensrichtwert	Behandlungszugang	Kostendruck
Ukraine	Unteres mittleres	~45-75 jährlich modelliert	Variabel durch Kriegsstörungen	~0-85% unteres mittleres Einkommen	Spezialzentren vorhanden; Kontinuität gestört	Staats-/humanitäre/ Familienkosten
Polen	Hoch	~30-45 jährlich modelliert	Niedrig bis mäßig	~85-95%+	Umfassende Kinderonkologie	Öffentliche Gesundheitskosten
Rumänien	Hoch / oberes mittleres	~15-30 jährlich modelliert	Mäßig	~61-94% bis hohes Einkommen	Spezialzentren verfügbar	Öffentliche Gesundheitskosten

Quellenhinweise und Literaturverzeichnis

Wichtig:

- S1: US National Cancer Institute (NCI), PDQ: Behandlung des Wilms-Tumors und anderer kindlicher Nierentumoren, aktualisiert am 15. April 2025: 9,7 Fälle je Million Kinder unter 15 Jahren und etwa 650 US-Fälle jährlich.
- S2: Canadian Cancer Society: Kanada meldete 2022 bei 0- bis 14-Jährigen 30 Nieren-/Nierenbeckenkrebsdiagnosen und 2023 sechs Todesfälle. Fast alle solchen Krebserkrankungen bei Kindern sind Wilms-Tumoren.
- S3: Nakata et al., International Journal of Cancer / UKHSA Research Portal, 2020: Weltweite Inzidenz kindlicher Nierentumoren von 8,3 je Million; am höchsten in Nordamerika/Europa, niedriger in den meisten asiatischen Regionen.
- S4: Cunningham et al., Global Disparities in Wilms Tumor, 2020: Überleben von 70-97 % in Ländern mit hohem, 61-94 % mit oberem mittlerem, 0-85 % mit unterem mittlerem und 25-53 % mit niedrigem Einkommen.
- S5: Cancer.ca-Überlebensstatistik: In Kanada beträgt das 5-Jahres-Gesamtüberleben bei Wilms-Tumor im Alter von 0-14 Jahren etwa 96 %.
- S6: Globale Initiative der WHO gegen Krebs im Kindesalter: Ziel von weltweit mindestens 60 % Überleben bei Kinderkrebs bis 2030.
- S7: WHO / St. Jude Global Platform for Access to Childhood Cancer Medicines: Ziel ist eine ununterbrochene Versorgung mit qualitätsgesicherten Kinderkrebsmedikamenten in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen für etwa 120.000 Kinder.
- S8: SIOP-PODC-Leitlinien zum Wilms-Tumor: Bei vorhandenen Mindestvoraussetzungen lässt sich kurative Behandlung an einkommensarme Versorgungskontexte anpassen.
- S9: Ausgangsbericht des Collaborative Wilms Tumour Africa Project: 39 % Überleben am Therapieende in teilnehmenden Zentren. Unvollständige Therapie und Elternkosten trugen zum fehlenden Therapieabschluss bei.
- S10: Disease Control Priorities / Kinderkrebsbehandlung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen: Die Wilms-Therapie ist weniger intensiv als bei manchen anderen Kinderkrebsarten und unterstützt kosteneffiziente Systemstärkung.



Wilms Cancer Foundation

Telefon: +1 (778) 514 5000
E-Mail: info@WilmsFoundation.org
Website: www.WilmsFoundation.org
Adresse: Suite 2147, 712 H Street NE, Washington DC, United States, 20002.

Wilms Cancer Foundation, WCF und die Slogans „Nierenkrebs bei Kindern besiegen“ und „Die Krankheit, von der Sie noch nie gehört haben“ sind internationale Marken der Wilms Cancer Foundation und urheberrechtlich geschützt. Inhalt und Gestaltung dieses Dokuments stammen von der Wilms Cancer Foundation. © Copyright. Alle Rechte vorbehalten.

Nach dem Urheberrecht darf dieses Dokument ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Wilms Cancer Foundation weder ganz noch teilweise kopiert, fotokopiert, vervielfältigt oder übersetzt werden.

USA: Anerkannte steuerbefreite Organisation nach 501(c)(3) | EIN: 98-3478827
Kanada: Eingetragene gemeinnützige Organisation: 756261939BC0001

© Copyright | Wilms Cancer Foundation | Alle Rechte vorbehalten

Wilms Cancer Foundation (WCF)

Die Wilms Cancer Foundation (WCF) ist eine gemeinnützige Organisation. Sie unterstützt und vertritt Kinder, Familien und Gesundheitseinrichtungen, die von Nierenkrebs im Kindesalter betroffen sind, insbesondere vom Nephroblastom (Wilms-Tumor). Ihre Mission ist ein internationales Programm für Bewusstseinsbildung, Aufklärung, Interessenvertretung, Früherkennung, Behandlung und Unterstützung, um der Ausbreitung der Krankheit entgegenzuwirken.

Dieser WCF-Ratgeber dient ausschließlich der Aufklärung. Er beruht auf internationalen kinderonkologischen Standards in Kanada, den USA und Europa. Wenden Sie sich bei Fragen oder Bedenken an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal.

© Weltgesundheitsorganisation (WHO). Mit Genehmigung in Zusammenarbeit mit der Wilms Cancer Foundation (WCF) verwendet. CureAll ist Teil der Globalen Initiative der WHO gegen Krebs im Kindesalter (GICC). Die WHO unterstützt keine bestimmte Organisation, kein Produkt und keine Dienstleistung.

© Copyright | Wilms Cancer Foundation | Alle Rechte vorbehalten