



Monitoring auf regionale Erhöhungen von Krebs-
erkrankungen in Niedersachsen
*Untersuchungsbericht für die
regionale Beobachtungseinheit (ReBe)
Neuenkirchen-Vörden / Holdorf*

Oldenburg, April 2018

Herausgeber: Registerstelle des
Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen (EKN)
OFFIS CARE GmbH
Industriestr. 9
26121 Oldenburg
Tel. 0441 361056-12
E-Mail: registerstelle@krebsregister-niedersachsen.de

Verantwortlich: Joachim Kieschke (Ärztliche Leitung der Registerstelle)
Iris Urbschat

Monitoring auf regionale Erhöhungen von Krebserkrankungen in Niedersachsen

Untersuchungsbericht für die regionale Beobachtungseinheit Neuenkirchen-Vörden / Holdorf

Kurzfassung

Im Rahmen des Monitorings zum frühzeitigen Erkennen regionaler Häufungen von Krebserkrankungen in den Gemeinden Niedersachsens hat das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen (EKN) eine erhöhte Zahl von Neuerkrankungen an einem Nierenkarzinom in der Bevölkerung der regionalen Beobachtungseinheit (ReBe) Neuenkirchen-Vörden / Holdorf festgestellt.

Die weitere Betrachtung der ReBe Neuenkirchen-Vörden / Holdorf zeigt, dass sich die höheren Erkrankungszahlen auf die Gemeinde Holdorf beschränken: Für die Gemeinde Holdorf wurden für die Jahre 2010 - 2016 auf der Basis der niedersächsischen Erkrankungszahlen 7,2 Nierenkrebsneuerkrankungen erwartet, während in diesem Zeitraum 20 Fälle registriert wurden. Dabei ist die Erhöhung bei beiden Geschlechtern zu beobachten. Bei Männern sind 12 Fälle aufgetreten, erwartet wurden bei Männern für den 7-Jahres-Zeitraum nur 4,7 Erkrankungsfälle. Bei Frauen traten 8 Fälle auf bei 2,5 erwarteten Fällen. Die Erhöhung zeigt sich in allen Altersklassen, besonders deutlich ist sie allerdings bei den unter 50-Jährigen.

Übersicht

1.	Monitoring auf regionale Erhöhung von Krebsneuerkrankungen	1
1.1	Konzept	1
1.2	Wie belastbar ist das Ergebnis des Monitorings?	3
1.3	Was kann das Monitoring nicht leisten?	3
2.	Ergebnisse	5
3.	Risikofaktoren.....	8
4.	Anhang	9

1. Monitoring auf regionale Erhöhung von Krebsneuerkrankungen

Zu den grundlegenden Aufgaben des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen (EKN) gehört es, das Auftreten und die Trendentwicklung von Tumorerkrankungen zu beobachten und statistisch-epidemiologisch auszuwerten (Gesetz über das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen (GEKN) § 1 Absatz 2 Nr. 1). Hierunter fallen auch Untersuchungen möglicher Häufungen von Krebsneuerkrankungen auf regionaler Ebene. Das EKN wurde im Jahr 2010 von dem damaligen Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (heute Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung) beauftragt, in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) ein Konzept für die Einrichtung eines Verfahrens zum frühzeitigen Erkennen möglicher regionaler Häufungen von Krebsneuerkrankungen auf Gemeindeebene (gemeindebezogenes Krebs-Monitoring) zu entwickeln und in einer Pilotphase zu erproben.

Während der Pilotphase des Monitorings, die im Jahr 2014 startete, werden zunächst drei Diagnosen beobachtet:

- Akute myeloische Leukämie (ICD-10 C92.0)
- Nierenkarzinom (ICD-10 C64)
- Mesotheliom (ICD-10 C45)

Grundlage des Monitorings sind die im EKN erfassten Krebsneuerkrankungen auf Ebene der Gemeinden Niedersachsens. Kleinere Gemeinden werden mit Nachbargemeinden desselben Kreises zu '**regionalen Beobachtungseinheiten' (ReBe)** zusammengefasst.

1.1 Konzept

Das Monitoring ist konzipiert als ein in sich geschlossenes Verfahren, bestehend aus zwei aufeinander aufbauenden Phasen: einer **Suchphase**, die Daten zu Krebsneuerkrankungen über einen Zeitraum von fünf Jahren umfasst, und einer sich daran anschließenden **Beobachtungsphase**. Alle zwei Jahre wird eine neue Suchphase definiert mit den dann fortgeschriebenen Diagnosejahren.

Ziel der **Suchphase** ist es, auf Grundlage der Daten eines Zeitraumes von fünf Jahren diejenigen Gemeinden zu identifizieren, die im Vergleich zu Niedersachsen eine unerwartet hohe Zahl von Neuerkrankungen aufweisen. Die Entscheidung, welche Gemeinde als auffällig eingestuft wird, erfolgt nach einem in der Epidemiologie etablierten statistischen Verfahren. Dabei wird das Verhältnis aus der Zahl der in der Suchphase beobachteten Fälle zu der Zahl der - bezogen auf eine Referenzbevölkerung (hier: Niedersachsen) - erwarteten Fälle berechnet und das zugehörige Konfidenz (Vertrauens-) -intervall bestimmt. Eine zu einer vorgegebenen Irrtumswahrscheinlichkeit statistisch signifikante Erhöhung liegt dann vor, wenn die Untergrenze eines entsprechenden Konfidenzintervalls größer als 1 ist. Eine nähere Darstellung dieses Verfahrens findet sich im Anhang.

Während der Suchphase besteht für jeden durchgeführten Vergleich eine Irrtumswahrscheinlichkeit von jeweils 5%. Bei knapp 400 regionalen Beobachtungseinheiten bedeutet dies, dass pro Diagnose mit etwa 20 derartigen „Auffälligkeiten“ zu rechnen ist, die allein aufgrund von Zufallsschwankungen der Erkrankungsfälle erhöhte Werte aufweisen. Daher sind die in der Suchphase beobachteten Auffälligkeiten allenfalls als Verdacht auf eine mögliche Erhöhung zu interpretieren, die durch weitere eigenständige Tests bestätigt werden müssen. Dies erfolgt in der sich unmittelbar an die Suchphase anschließenden prospektiven **Beobachtungsphase**, in der die in der Suchphase auffälligen Gemeinden mit aktuellen Daten statistisch überprüft werden. Das verwendete statistische Verfahren SPRT (siehe Anhang) ermöglicht eine Entscheidung darüber, ob der Verdacht auf eine Erhöhung bestätigt oder widerlegt werden kann oder ob eine Gemeinde weiterhin unter Beobachtung bleibt. Wird der Verdacht bestätigt oder widerlegt, gilt die Beobachtungsphase für diese Gemeinde als beendet. Bei Bestätigung des Verdachtes auf eine Erhöhung werden weiterführende Subanalysen, z.B. zu Geschlecht, Alter oder zum zeitlichen Trend, durchgeführt. Daran anschließend werden die zuständigen kommunalen Behörden mit einem Untersuchungsbericht über die Ergebnisse unterrichtet.

Gemeindebezogenes Krebs-Monitoring

Das Monitoring besteht aus einer zusammengehörigen Such- und Beobachtungsphase. Erst nach Beendigung der Beobachtungsphase können belastbare Aussagen über eine Erhöhung von Krebserkrankungszahlen in einer Gemeinde getroffen werden. Diese Suchphase schließt Daten der Diagnosejahre 2010 bis 2014 ein, die Beobachtungsphase Daten der Jahre 2015 bis 2016. Es werden zurzeit ausschließlich das Mesotheliom (ICD-10 C45), das Nierenkarzinom (C64) und die Akute Myeloische Leukämie (C92.0) betrachtet.

Grundlage des Monitorings sind die im EKN erfassten Krebsneuerkrankungen von insgesamt 372 regionalen Beobachtungseinheiten in Niedersachsen (Stand 2018).

1.2 Wie belastbar ist das Ergebnis des Monitorings?

- Maßnahmen der Qualitätssicherung

Vollzählige Erfassung In die Suchphase werden nur Diagnosejahrgänge mit einer als vollzählig geltenden Erfassung der Neuerkrankungen aufgenommen. Als vollzählig erfasst gelten diejenigen Jahrgänge, die zwei und mehr Jahre vor dem aktuellen Erfassungsjahr liegen und einen geschätzten Erfassungsgrad von über 90% haben.

Damit wird in der Suchphase sichergestellt, dass die Identifizierung von Gemeinden mit einer auffälligen Erhöhung der Zahl der Neuerkrankungen auf einer belastbaren Datengrundlage erfolgt. Dies trifft für den für die aktuelle Suchphase definierten Zeitraum der Jahre 2010 bis 2014 zu.

In der Beobachtungsphase hingegen muss die Vollzähligkeit nicht erreicht sein, da sich eine in einer Region vermutete deutliche Krebshäufung bereits frühzeitig auf der Basis von unvollständigen Daten bestätigen könnte.

Liegt eine Auffälligkeit vor, werden für weitergehende deskriptive Auswertungen die Diagnosejahre der Suchphase sowie ggf. vollzählige Diagnosejahre der Beobachtungsphase weiter betrachtet.

Sensitivität und Spezifität Die Identifizierung auffälliger Gemeinden erfolgt in der Such- und Beobachtungsphase über statistische Verfahren (siehe Anhang). Die Parameter dieser Verfahren müssen so eingestellt sein, dass möglichst viele 'echte' Inzidenzerhöhungen erkannt werden und gleichzeitig die Zahl von Auffälligkeiten aufgrund von Zufallsschwankungen möglichst gering bleibt. Es ist eine zentrale Aufgabe der laufenden Pilotphase, eine im Hinblick auf hohe Sensitivität wie Spezifität optimale Justierung dieser Parameter zu ermitteln. Die aktuell festgelegten Vorgaben sind hierfür ein belastbarer Ausgangspunkt.

Fallvalidierung Grundsätzlich prüft das EKN anhand der ihm vorliegenden Informationen jeden einzelnen Fall hinsichtlich der Qualität der Diagnosesicherung, der Korrektheit sowohl der Diagnosecodierung wie auch der Zusammenführung verschiedener Meldungen zu einem Fall.

1.3 Was kann das Monitoring nicht leisten?

Mit dem prospektiven gemeindebezogenen Krebs-Monitoring verfolgt das EKN das Ziel,

- auf einer belastbaren Datengrundlage
- mit angemessenen statistischen Verfahren

mögliche Häufungen von Krebserkrankungen in einzelnen Gemeinden Niedersachsens zu erkennen, darüber zu informieren und gegebenenfalls diese auffälligen Häufungen von Krebsneuerkrankungen näher zu beschreiben.

Keinesfalls kann dieses Ergebnis bereits ein konkreter Hinweis sein auf eine möglicherweise umweltbedingte Exposition oder auf andere Risikofaktoren, die etwa dem Arbeitsplatz oder dem Lebensstil zuzuordnen wären. Es ist vielmehr Aufgabe nachfolgender vertiefender Untersuchungen, mögliche Risiken zu identifizieren, die zu der (statistisch) erhöhten Zahl von Neuerkrankungen geführt haben können. Bei Planung und Durchführung dieser Untersuchungen stehen NLGA und EKN den kommunalen Behörden beratend und unterstützend zur Verfügung.

Das Monitoring kann regionale Häufungen von den drei ausgewählten Krebserkrankungen frühzeitig erkennen. Es liefert aber keine Erklärungen für diese Häufungen. Diese müssen Gegenstand separater Untersuchungen sein.

2. Ergebnisse

Ziel des zweistufigen Verfahrens des Monitorings ist es, eine Häufung der betrachteten Krebserkrankungen auf Gemeindeebene zu identifizieren. Das Monitoring auf der Grundlage des aktuellen Datenbestands des EKN (Stand Januar 2018) ergibt für die regionale Beobachtungseinheit (ReBe) Neuenkirchen-Vörden / Holdorf ein eindeutiges Ergebnis.

Die folgende **Tabelle 1** enthält für die ReBe Neuenkirchen-Vörden / Holdorf die beobachteten und die auf Basis der gemittelten Inzidenz von Niedersachsen (2010-2014) erwarteten Fallzahlen der Such- und Beobachtungsphase, das dazugehörige standardisierte Inzidenzverhältnis (SIR) sowie die untere Grenze des einseitigen 95%-Konfidenzintervalls des SIR. Es wird deutlich, dass für die ReBe Neuenkirchen-Vörden / Holdorf eine auffällige statistische Erhöhung der Krebsinzidenz für Nierenkarzinomerkrankungen (ICD-10 C64) vorliegt. Nierentumore werden bei Erwachsenen zu 96% von Nierenzellkarzinomen dominiert.

Tabelle 1: Ergebnisse des Monitorings: Regionale Beobachtungseinheit (ReBe) Neuenkirchen-Vörden / Holdorf, Nierenkarzinom (ICD-10 C64)

ReBe Neuenkirchen- Vörden / Holdorf	Neuerkrankungen Nierenkarzinom (ICD-10 C64)		standardisiertes Inzidenz- verhältnis (SIR) [#]	95%-Konfidenz- intervall d. SIR [#] (einseitig), untere Grenze
	Beobachtet	Erwartet ⁺		
Suchphase (2010 - 2014)	19	11,1	1,71	1,12
Beobachtungs- phase (2015 - 2016)	11	4,5	2,44	1,37
Gesamt (2010 - 2016)	30	15,6	1,92	1,38

⁺ erwartete Fallzahlen auf der Basis der Inzidenz Niedersachsen 2010 - 2014

[#] s.Anhang

Zum Berichtszeitpunkt liegen die erfassten Krebsneuerkrankungen für die ReBe Neuenkirchen-Vörden / Holdorf sowohl für die Such- als auch für die Beobachtungsphase mit einer Vollzähligkeit von über 90% vor; die weitergehenden deskriptiven Auswertungen stützen sich daher auf die Daten des Gesamtzeitraums der Jahre 2010 - 2016 (Such- und Beobachtungsphase).

Getrennte Betrachtung der Gemeinden Neuenkirchen-Vörden und Holdorf

Die getrennte Betrachtung der Gemeinden Neuenkirchen-Vörden und Holdorf zeigt, dass die Erhöhung von Nierenkrebs in der Gemeinde Holdorf zu beobachten ist. Für die Gemeinde Neuenkirchen-Vörden zeigt sich keine erhöhte Nierenkrebshäufigkeit. (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Getrennte Betrachtung der Gemeinden Neuenkirchen-Vörden und Holdorf, Nierenkarzinom (ICD-10 C64; 2010 – 2016)

Gemeinde	Bevölkerung (gemittelt 2010 - 2016)	Neuerkrankungen Nierenkarzinom (ICD-10 C64) 2010 - 2016		standardisiertes Inzidenz- verhältnis (SIR) [#]	95%-Konfidenz- intervall d. SIR [#] (einseitig), untere Grenze
		Beobachtet	Erwartet ⁺		
Gemeinde Neuen- kirchen- Vörden	8.095	10	8,4	1,19	0,65
Gemeinde Holdorf	6.650	20	7,2	2,78	1,84

⁺ erwartete Fallzahlen auf der Basis der Inzidenz Niedersachsen 2010 - 2014

[#] s.Anhang

**Die erhöhte Zahl von Neuerkrankungen an einem Nierenkarzinom (ICD-10 C64) zeigt sich in der Gemeinde Holdorf.
Die Häufigkeit des Nierenkarzinoms in der Gemeinde Neuenkirchen-Vörden zeigt keine Auffälligkeit.**

Ergänzende deskriptive Auswertungen für die Gemeinde Holdorf

Für die Gemeinde Holdorf wurden zusätzliche geschlechts- und altersspezifische Auswertungen vorgenommen.

Die geschlechtsspezifische Auswertung für die Gemeinde Holdorf zeigt, dass sowohl Männer als auch Frauen von der Erhöhung betroffen sind (siehe Tabelle 3). Im Untersuchungszeitraum 2010 - 2016 wurden bei Männern 12 Nierenkarzinomerkrankungen beobachtet; auf der Grundlage der Inzidenz für Niedersachsen wurden jedoch nur 4,7 Fälle erwartet [SIR 2,55]. Bei Frauen wurden 8 Nierenkarzinomerkrankungen beobachtet bei 2,5 erwarteten Fällen [SIR 3,20].

Tabelle 3 : Geschlechtsspezifische Auswertung Nierenkarzinom, Gemeinde Holdorf, Nierenkarzinom (ICD-10 C64; 2010 – 2016)

Gemeinde Holdorf	Bevölkerung (gemittelt 2010-2016)	Neuerkrankungen Nierenkarzinom (ICD-10 C64) 2010 - 2016		standardisiertes Inzidenz- verhältnis (SIR) [#]
		Beobachtet	Erwartet ⁺	
Geschlecht				
Männer	3.389	12	4,7	2,55
Frauen	3.261	8	2,5	3,20
Gesamt	6.650	20	7,2	2,78

⁺ erwartete Fallzahlen auf der Basis der Inzidenz Niedersachsen 2010 - 2014

[#] s.Anhang

Die altersspezifische Auswertung für die Gemeinde Holdorf ist in der **Tabelle 4** dargestellt. Es zeigt sich, dass die erhöhte Erkrankungshäufigkeit für das Nierenkarzinom bei Einwohnern unter 50 Jahren besonders deutlich ist; es sind jedoch keine Kinder und Jugendliche betroffen. Im Zeitraum 2010 – 2016 traten in der Altersklasse der 0-49-Jährigen 4 Fälle auf bei 0,75 erwarteten Fällen [SIR 5,33]. Bei den 50-69-Jährigen wurden 8 Fälle beobachtet, erwartet wurden 3,0 Fälle [SIR 2,67]. In der ältesten Altersklasse der ab 70-Jährigen wurden 8 Fälle beobachtet bei 3,4 erwarteten Fällen [SIR 2,35].

Tabelle 4 : Altersspezifische Auswertung Nierenkarzinom, Gemeinde Holdorf, Nierenkarzinom (ICD-10 C64; 2010 – 2016)

Gemeinde Holdorf	Bevölkerung (gemittelt 2010-2016)	Neuerkrankungen Nierenkarzinom (ICD-10 C64) 2010 - 2016		standardisiertes Inzidenz- verhältnis (SIR) [#]
		Beobachtet	Erwartet ⁺	
Altersgruppe				
0-49 Jahre	4.276	4	0,75	5,33
50-69 Jahre	1.561	8	3,0	2,67
70+ Jahre	813	8	3,4	2,35
Gesamt	6.650	20	7,2	2,78

⁺ erwartete Fallzahlen auf der Basis der Inzidenz Niedersachsen 2010 - 2014

[#] s.Anhang

3. Risikofaktoren

Wichtigste bekannte Risikofaktoren für das Nierenkarzinom sind Lebensstilfaktoren wie Rauchen, Passivrauchen, Übergewicht, mangelnde körperliche Aktivität sowie Bluthochdruck. Eine chronische Niereninsuffizienz ist ebenso ein Risikofaktor für ein Nierenkarzinom wie eine frühere Nierentransplantation. Auch eine familiäre Disposition wird als möglicher Risikofaktor angeführt; allerdings treten nur etwa 4% der Nierenzellkarzinome bei Patienten mit komplexen erblichen Erkrankungen auf (Krebs in Deutschland, 2017).

4. Anhang

A. *Struktur und Meldeverfahren des EKN*

Struktur

Im Jahr 2000 hat das Land Niedersachsen das EKN eingerichtet. Der Aufbau des EKN erfolgte in einem Stufenausbau – im jährlichen Abstand wurden die Bezirke Weser-Ems (2000), Lüneburg (2001), Braunschweig (2002) und Hannover (2003) in die flächendeckende Erfassung von Krebsneuerkrankungen integriert.

Das EKN besteht aus zwei räumlich, organisatorisch und personell getrennten Arbeitseinheiten: Die Vertrauensstelle (VST), die organisatorisch am NLGA in Hannover angesiedelt ist, erfasst und prüft die eingehenden Meldungen zu Krebserkrankungen; sie entscheidet darüber hinaus über Anträge auf Herausgabe und Nutzung von Daten und koordiniert Anfragen aus der Bevölkerung. Die Aufgaben der Registerstelle (RST) in Oldenburg bestehen in der weiteren Bearbeitung und Zusammenführung von Meldungen, der langfristigen Speicherung der Registerdaten sowie der Erstellung epidemiologischer Routine- und Sonderauswertungen.

Der Arbeitsbereich Umweltepidemiologie des NLGA unterstützt VST und RST bei Anfragen mit Umweltfaktoren als mögliche Auslöser einer vermuteten oder auch bestätigten Häufung von Krebserkrankungen.

Meldeverfahren des EKN

Die Meldeverfahren des EKN sind im Gesetz über das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen (GEKN) geregelt. Im bis Ende 2012 geltenden GEKN (von 1999), das für die Datenerfassung und -speicherung der aktuellen Suchphase Anwendung findet, war ein Melderecht für ambulant und klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte mit Patientenkontakt und mit Einwilligung der Betroffenen geregelt (Melderecht mit Einwilligung). Zusätzlich bestand in Niedersachsen für Ärztinnen und Ärzte, die keinen Patientenkontakt hatten, eine Meldepflicht (z. B. Pathologien, Zytologien). Aus Datenschutzgründen durfte für die Pflichtmeldungen nur ein reduzierter Datensatz dauerhaft im EKN gespeichert werden, der eine Zuordnung des Wohnortes der Betroffenen nur auf der Ebene von Gemeinden mit mindestens 5000 Einwohnern zuließ. Diese Beschränkung hat der Gesetzgeber aufgehoben. Ab dem 1. Januar 2013 besteht in Niedersachsen für alle Ärztinnen und Ärzte, die eine Tumorerkrankung feststellen oder behandeln, eine Meldepflicht (NdsGVBL. Nr. 31/2012, 13.12.2012); eine kleinräumige Zuordnung ist für alle Meldungen möglich.

B. **Methodisch-statistische Aspekte**

Autor: Michael Hoopmann, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

Berechnung und Interpretation des standardisierten Inzidenz-Verhältnisses und des Konfidenzintervalls

(Suchphase)

Das standardisierte Inzidenz-Verhältnis ('Standardized Incidence Ratio', kurz: SIR) gibt den Quotienten zwischen der Anzahl beobachteter und erwarteter Krebsneuerkrankungsfälle an. Bei der Berechnung der Zahl der erwarteten Fälle wird eine geeignete Referenzbevölkerung herangezogen.

Das SIR ist genau dann 1, wenn die Zahl der beobachteten und die der erwarteten Neuerkrankungen übereinstimmen; ein erhöhtes SIR, z.B. von 1,10 besagt, dass in der Untersuchungsregion eine um 10% höhere Krebshäufigkeit vorliegt als erwartet. Ein SIR unter 1 weist auf eine vergleichsweise niedrigere Krebshäufigkeit für die jeweilige Diagnose hin als erwartet.

Der Zeitpunkt des Auftretens und der Diagnose einer Erkrankung unterliegt einem Zufallsprozess. Die Aussage, dass das SIR ober- oder unterhalb des Wertes 1 liegt, hat allein keine Aussagekraft, da die beobachteten SIR im Normalfall um die 1 schwanken. Um daher beurteilen zu können, ob es zu statistisch auffälligen Abweichungen der beobachteten Anzahl von der erwarteten gekommen ist, muss eine Annahme zur statistischen Verteilung der Neuerkrankungen getroffen werden. Hierzu wird für die beobachtete Fallzahl in der Untersuchungsregion, die den Zähler des SIR bildet, eine Poissonverteilung angenommen. Mit dieser Annahme können Vertrauens- bzw. Konfidenzintervalle [KI] sowie Hypothesen- bzw. Signifikanztests für das SIR abgeleitet werden.

Das beobachtete SIR kann auch als Schätzung für das „wahre SIR“ betrachtet werden, das sich auf einen längeren Zeitraum oder eine größere Population bezöge. Das KI gibt den geschätzten Wertebereich an, der das ‚wahre‘ SIR mit vorgegebener Wahrscheinlichkeit ($1 - \alpha$) überdeckt. Ein 95%-KI überdeckt somit das wahre SIR mit 95%-iger Wahrscheinlichkeit. Je schmaler das KI ausfällt, desto präziser ist die Schätzung. Wenn das KI den Wert 1,00 nicht überdeckt, kann die statistische Hypothese, dass das wahre SIR 1 beträgt, mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von α verworfen werden.

In der Suchphase des Monitorings ist die Irrtumswahrscheinlichkeit α mit 0,05 festgelegt und es wird ausschließlich die untere Grenze des 95%-KI betrachtet (einseitiger Test auf Erhöhung der beobachteten Fallzahlen).

Sequential Probability Ratio Test (SPRT)

(Beobachtungsphase)

Ausgangspunkt der Beobachtungsphase sind die in der Suchphase als auffällig indizierten Gemeinden. In der Beobachtungsphase wird nun unter Verwendung von neu hinzu gekommenen Beobachtungen (Fällen) überprüft, ob eine deutliche Erhöhung der Fallzahlen weiterbesteht, eine Verringerung erkennbar ist oder, weil eine Entscheidung nicht möglich ist, die Gemeinden weiter unter Beobachtung bleiben. Das hierbei verwendete statistische Verfahren wird als sequentieller Test bezeichnet (Sequential Probability Ratio Test, SPRT).

Bei diesem Test wird nicht nur die Wahrscheinlichkeit, sich fälschlicherweise für das Vorliegen einer Erhöhung zu entscheiden (Irrtumswahrscheinlichkeit 1. Art: α) berücksichtigt (obwohl tatsächlich keine besteht), sondern auch die Fehlerwahrscheinlichkeit 2. Art: β , sich umgekehrt fälschlicherweise gegen das Vorliegen einer Erhöhung zu entscheiden (obwohl tatsächlich eine vorliegt). Unter Verwendung der für α und β vorgegebenen Werte lassen sich Grenzen für einen Toleranzbereich bestimmen: liegt die für eine Gemeinde errechnete Teststatistik innerhalb des Toleranzbereichs, wird diese weiter beobachtet. Liegt der Wert jedoch über der oberen Grenze, gilt die in der Suchphase erkannte Erhöhung als bestätigt, liegt er hingegen unterhalb der unteren Grenze, entsprechend als widerlegt. Die Fehlerwahrscheinlichkeiten für α und β sind im Monitoring des EKN auf 0,05 gesetzt. Vorgaben über die Dauer der Beobachtungsphase sind für die Durchführung des SPRT nicht erforderlich.

Literaturauswahl

Epidemiologisches Krebsregister Niedersachsen, Krebs in Niedersachsen 2014, Jahresbericht, Oldenburg, 2017 [www.krebsregister-niedersachsen.de/index.php/aktueller-jahresbericht]

Hartung J, Elpelt B, Klösener K-H: Statistik: Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik, 8. Aufl., München, 2005

Krebs in Deutschland für 2013/2014. 11. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). Berlin, 2017

Kreienbrock L, Pigeot I, Ahrens W: Epidemiologische Methoden, München, 2012

Spiegelhalter D, Grigg O, Kinsman R, Treasure T: Risk-adjusted sequential probability ratio tests: applications to Bristol, Shipman and adult cardiac surgery, International Journal for Quality in Health Care 2003, 15, 1:7-13