

Schätzung des Anteils wiederholt indizierter Regionen bei einem routinemäßigen Monitoring in einem epidemiologischen Krebsregister

Kieschke J, Rohde M

Registerstelle des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen

Ziel: Ein routinemäßiges Monitoring zur Erkennung potentieller Risikoregionen wird in epidemiologischen Krebsregistern kaum praktiziert, vor allem, weil ein hoher Anteil falsch positiver Resultate erwartet wird. Um dies zu vermeiden, schlugen wir eine stufenweise Monitoringkonzeption vor [1], in der mit der Konstanzmethode [2] Risikoregionen indiziert werden, deren weitere Fallentwicklung prospektiv einer Post-Alarm-Analyse unterzogen werden sollen. Das Monitoring kann mittels einer „sentinel disease“ auch zur Beobachtung von Versorgungsfragen dienen (z.B. invasive Cervix-Carcinome und Früherkennung). Der Beitrag versucht, den Anteil in Folgejahren wiederholt indizierter Regionen abzuschätzen.

Methode: Angaben der Todesursachenstatistik des Stat. Landesamtes Niedersachsen der Jahre 1990-1997 für die Diagnosen ICD 151 (m+w), 163 (m+w), 172 (m+w), 179, 180, 182 und 186 wurden in 4 Zeitfenster mit je 5 jährlichen Perioden (von 1990-94 bis 1993-97) auf ihren Durchschnittsrang auf Kreisebene nach der Konstanzmethode hin getestet. Bei 47 Kreisen ergaben sich so 1880 räumlich-zeitliche Monitoringeinheiten. Die Konstanzmethode impliziert die Unterteilung des Beobachtungszeitraums in Teilperioden, die Wahl der geografischen Auflösung, die Rangzuordnung zur untersuchten Maßzahl (hier SMR) und die Berechnung des Durchschnittsrangs. Die Berechnungen zum Monitoring wurden mit dem epidemiologischen Informationssystem CARESS durchgeführt.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 110 Monitoringeinheiten (5,9 %) als auffällig beschrieben, am häufigsten die ICD 163m (n=20). Von 27 indizierten Monitoringeinheiten des ersten Monitoringjahrganges wurden im Folgejahr 15 erneut indiziert, im 2. Jahrgang waren es 15 von 25 und im 3. Jahrgang 21 von 26. Regional betraf dasselbe Monitoring (ICD und Geschlecht) insgesamt 59 Gebiete, wobei 8 Gebiete in allen 4 Teilperioden auffällig waren, 6 in 3 Teilperioden, 15 in 2 Teilperioden und 30 in 1 Teilperiode (wobei es sich immer um aufeinanderfolgende Jahre handelte).

Diskussion: Mit der Konstanzmethode können potentiell auffällige Regionen indiziert werden. Von 110 indizierten Monitoringeinheiten waren 30 nur in einer Teilperiode auffällig, so dass eine Post-Alarm-Analyse wohl keine Bestätigung erbringen dürfte. Andererseits gehörten 50 indizierte Monitoringeinheiten zu 14 Gebieten, die in mindestens 3 der 4 Monitoringjahrgänge wiederholt indiziert wurden. Bei allein 3 dieser Fälle handelte es sich um die ICD 163m (Pleura) und waren die Regionen Industriestandorte oder Einzugsgebiete von Werften, so dass eine Asbestbelastung plausibel erscheint. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass bei einem routinemäßigen Monitoring ein Großteil der indizierten Regionen wiederholt indiziert wird, was den Abklärungsbedarf indizierter Regionen deutlich verringern dürfte.

Literatur

[1] Kieschke, J., Wellmann I., Conception for monitoring in an epidemiological cancer registry, in Victor, N. et al., Medical informatics, biostatistics and epidemiology for efficient health care and medical research, Heidelberg 1999, Urban und Vogel, München, 1999.

[2] M. Bopp und G. Schuler, Neue Ansätze zur geographischen Mortalitätsanalyse. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Forschung und Dokumentation, Nr. 18, Zürich, 1997.

Themengruppe	400
Thema	403
Präsentationsform	Vortrag

Autor	Kieschke, Joachim
Institution	Registerstelle des EKN, OFFIS CARE GmbH
Anschrift	Escherweg 2, 26121 Oldenburg
Tel.:	(04 41) 9722-135
Fax:	(04 41) 9722-202
E-Mail	joachim.kieschke@offis-care.de

1. Koautor	Rohde, Martin
Institution	Kuratorium OFFIS e.V.
Anschrift	Escherweg 2, 26121 Oldenburg
Tel.:	(04 41) 9722-140
Fax:	(04 41) 9722-202
E-Mail	martin.rohde@offis.de