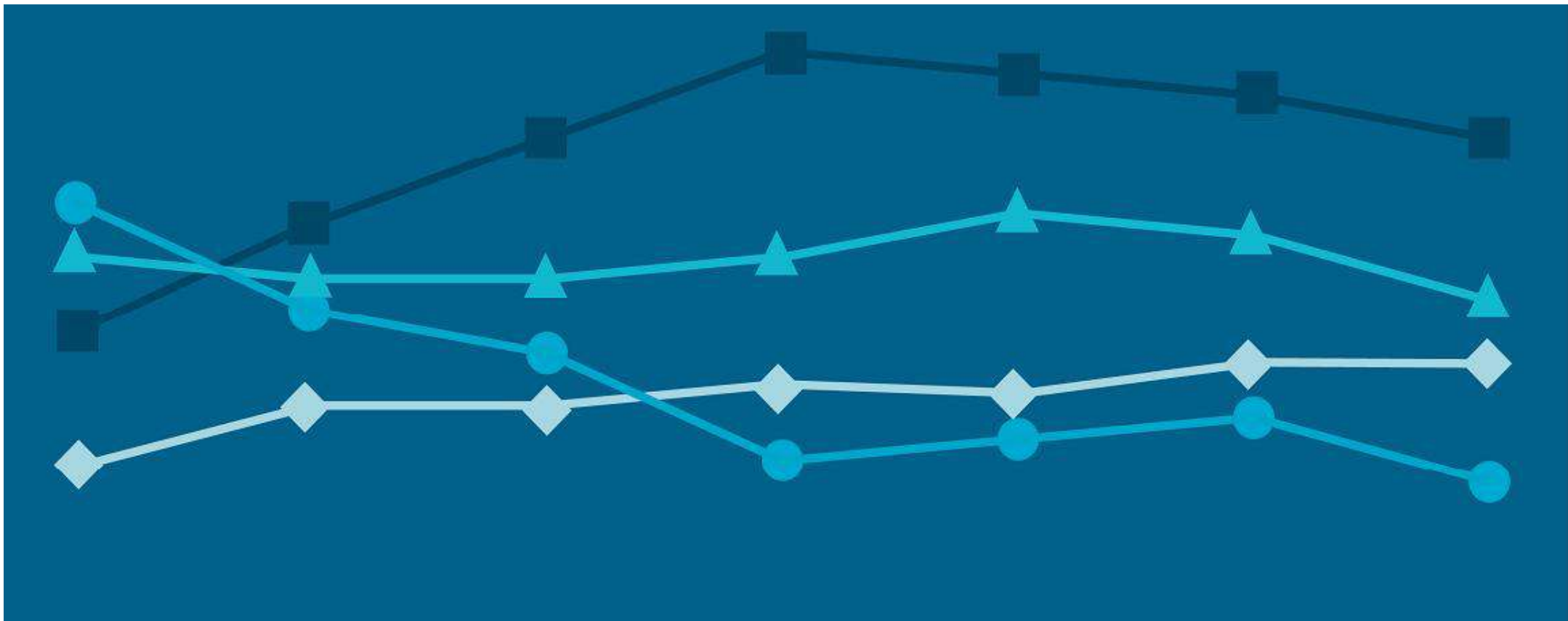


Bericht der strukturierten Behandlungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen – Indikation Brustkrebs

Erstellt durch MNC und infas

Berichtszeitraum: 01.07.2012 bis 31.12.2023



Bericht der strukturierten Behandlungsprogramme der gesetzlichen
Krankenkassen zum 30.06.2025 – Indikation Brustkrebs.

Berichtszeitraum: 01.07.2012 bis 31.12.2023

Bewertungszeitraum: 01.01.2021 bis 31.12.2023

[Halbjahre 2021-1 bis 2023-2]

Herausgeber

Die gesetzlichen Krankenkassen

Redaktion

MNC – Medical Netcare GmbH

Berichtserstellung

Alexandra Berendes (Autorin),

Robert Moldenhauer (Autor),

Frank Potthoff (Autor),

Thorsten Ruth,

Wolfgang Weber,

Leonie Pieper (Autorin)

Münster, den 15.12.2024

Anschrift

MNC – Medical Netcare GmbH

Mendelstraße 11

48149 Münster

Telefon: 0251 980 1830

Telefax: 0251 980 1839

mailto: dmpeva@m-nc.de

<https://m-nc.de>

Geschäftsführung MNC – Medical Netcare GmbH

Frank Potthoff

Dr. Christof Münscher

A. Einführung	6
A.1 Hintergrund, Fragestellung und Definitionen	6
A.1.1 Hintergrund: DMP-Evaluation	6
A.1.2 Fragestellung	7
A.1.3 Auswertungsmethodik/Evaluationsdesign	7
A.1.4 Fallkonzept	8
A.1.5 Kohortenansatz in der DMP-Evaluation	8
A.1.6 Einbezogene medizinische und administrative Daten	9
A.1.7 Definition und Epidemiologie von Brustkrebs	10
A.1.8 Behandlungs- und Betreuungsziele des DMP	10
A.1.9 Zielparameter	11
A.1.10 Definition der Subgruppen UICC-Stadien und Art der operativen Therapie	12
A.2 Literatur	14
B. Beschreibung der Datengrundlagen	15
B.1 Übersicht	15
B.1.1 Anzahl der datenliefernden Krankenkassen	15
B.1.2 Anzahl teilnehmender Ärztinnen und Ärzte bzw. stationärer Einrichtungen zum 31.12.2023	15
B.1.3 Einbezogene Fälle	15
B.2 Patientinnenzahlen und -merkmale	16
B.2.1 Patientinnenstruktur I-VI	18
B.2.2 Verbleibende Teilnehmerinnen im Zeitverlauf	24
B.2.3 Patientinnenanzahl und -anteil bei Programmbeitritt in detaillierten Kategorien	26
C. Auswertungsergebnisse der medizinischen Evaluationsparameter	27
C.1 Erläuterungen zur Ergebnisdarstellung	27
C.1.1 Auswertungstypen	27
C.1.2 Abgedeckte Zeiträume	27
C.1.3 Mindestfallzahlen für die Subgruppendarstellung	28

C.1.4 Einbezug von Kindern und Jugendlichen in die Evaluation	28
C.1.5 Graphische und tabellarische Darstellung	28
C.2 Ereignisse: Tod und Rezidive	29
C.2.1 Tod: Anteil der im Teilnahmejahr verstorbenen Patientinnen [Q]	30
C.2.2 Rezidive: Anteil der Patientinnen mit einem Rezidiv im Teilnahmejahr [Q]	42
C.3 Kumulierte Überlebensraten/Ereigniszeitanalysen	52
C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ]	53
C.3.2 Rezidive: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ]	71
C.4 Symptomatisches Lymphödem	88
C.4.1 Symptomatisches Lymphödem: Jährliche Häufigkeit [Q]	89
C.4.2 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz [Q]	99
C.4.3 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz [L]	110
C.5 Adjuvante endokrine Therapie	112
C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q]	114
C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q]	130
C.5.3 Adjuvante endokrine Therapie: Nebenwirkungen und Abbruch der Therapie [Q]	146
C.6 Body mass index (BMI)	149
C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q]	151
C.6.2 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [Q]	165
C.6.3 BMI: mittlerer BMI [L]	175
C.6.4 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [L]	177
C.6.5 BMI: Patientinnen mit einem BMI > 30 und Empfehlung zu sportlicher Aktivität [Q]	179
C.6.6 BMI: Patientinnen mit BMI > 30 bei Programmbeitritt - Gewichtsentwicklung [Q]	189
C.6.7 BMI: Patientinnen mit BMI > 30 bei Programmbeitritt - Gewichtsentwicklung [L]	197
C.6.8 BMI: BMI-Entwicklung nach erstmaligem BMI > 30 [Q]	199
C.6.9 BMI: BMI-Entwicklung nach erstmaligem BMI > 30 [L]	201

C.7 Bioptische Sicherung viszeraler Fernmetastasen	203
C.7.1 Erstmalig auftretende viszerale Fernmetastasen: bioptische Sicherung [Q]	204
C.8 Patientinnen im 11. Jahr	206
D. Anhang	207
D.1 Datengrundlage und Datenhaltung	207
D.1.1 Datengrundlage	207
D.1.2 Datenhaltung	207
D.2 Qualitätssicherung und Datenmanagement	208
D.2.1 Validierung und Bereinigung der Rohdaten	208
D.2.2 Umgang mit Sonderfällen bezüglich Erst- und Folgedokumentationen	208
D.2.3 Umgang mit mehreren medizinischen Dokumentationen im Halbjahr	208
D.2.4 Umgang mit unplausiblen Werten	210
D.3 Auswertungsmethodik	211
D.3.1 Datengrundlage, Auswertungstypen und Ergebnisdarstellung	211
D.3.2 Auswertung nach Teilnahmejahren 1: Querschnittbetrachtung [Q]	212
D.3.3 Auswertung nach Teilnahmehalbjahren 2: Längsschnittbetrachtung [L]	212
D.3.4 Auswertung nach Teilnahmehalbjahren: Ereigniszeitanalysen [EZ]	213
D.3.5 Auswertungen bei wechselnden Dokumentationsinhalten	214
D.3.6 Querschnittauswertung und Längsschnittauswertung im Vergleich	215
D.4 Glossar	216

A.1.1 Hintergrund: DMP-Evaluation

Strukturierte Behandlungsprogramme bzw. Disease-Management-Programme (DMP) werden in Deutschland von den gesetzlichen Krankenkassen seit dem Jahr 2003 für Patientinnen und Patienten mit den chronischen Erkrankungen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) sowie für Patientinnen mit Brustkrebs angeboten. Der § 137f des SGB V sieht eine standardisierte wissenschaftliche Auswertung der DMP vor, deren konzeptionelle Grundlagen durch die DMP-Anforderungen-Richtlinie⁵ (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt werden. Die entsprechenden Evaluationsparameter werden regelmäßig überarbeitet und publiziert. Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich.

Den Evaluatoren liegen Daten der frühesten Programmteilnehmerinnen bereits aus dem Jahr 2003 vor. Zum 30.09.2012 wurden dem BAS (ehemals BVA) letztmalig die Evaluationsergebnisse der einzelnen kassen- und regionsspezifischen DMP gemäß Evaluationskriterien¹ mit Daten bis einschließlich des ersten Halbjahres 2011 übermittelt.

Der hier vorliegende zweite bundesweite kassenartenübergreifende Bericht fasst nun die wesentlichen Ergebnisse der Teilnehmenden an den DMP Brustkrebs aller gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland für den Zeitraum seit dem zweiten Halbjahr 2012 bis zum 31.12.2023 zusammen. Die Darstellung erfolgt dabei übergreifend für alle jeweils auswertbaren Teilnehmenden.

Bis zum 30.09.2017 lag der Fokus der Behandlung in den DMP (und auch der Dokumentation) auf der Primärtherapie der Tumoren (operative und adjuvante Therapie innerhalb der ersten 18 Monate nach der Operation) und wurde im Wesentlichen durch spezialisierte Einrichtungen bzw. zertifizierte Brustkrebszentren erbracht und war durch die nachsorgenden Gynäkologen wenig beeinflussbar.

Die Brustkrebstherapie hat sich allerdings über die Jahre weiterentwickelt, so dass die Inhalte der DMP zum 01.10.2017 an die aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Leitlinien angepasst wurden. Es erfolgte dabei eine komplette Neuausrichtung der DMP, wobei die (langfristige) Nachsorge in den gynäkologischen Einrichtungen besonders in den Fokus rückte. Nunmehr werden die längerfristigen Neben- und Folgewirkungen der Erkrankung und der Tumorthherapie stärker berücksichtigt und dokumentiert. Insbesondere wird die differenzierte Darstellung der leitliniengerechten endokrinen Langzeittherapie und deren mögliche Nebenwirkungen und langfristige Folgen ebenso ermöglicht wie die Motivationsförderung zu körperlichem Training und ggfls. Gewichtsabnahme.³

Auf Grund von geänderten Leitlinienempfehlungen und unter Berücksichtigung des möglichen, erst späten Wiederauftretens der Erkrankung sowie im Zusammenhang mit der Abdeckung des gesamten Nachsorgezeitraums erfolgte auch die Verlängerung der Betreuungszeit im DMP auf regulär 10 Jahre mit Ausnahme diagnostizierter Fernmetastasierung. Bei letzterem ist die Teilnahme unbefristet. Bei Auftreten eines Rezidivs während der DMP-Teilnahme verlängert sich zum Ankerpunkt *Datum der Diagnosesicherung des Rezidivs* die Teilnahme um weitere 10 Jahre.^{3,4} Für alle Patientinnen, die am 01.10.2017 noch Teilnehmerinnen waren, verlängerte sich die Regel-Teilnahmedauer automatisch von ehemals 5 auf 10 Jahre. Damit können alle Patientinnen ab der Kohorte 2012-2, welche zum 01.10.2017 noch Teilnehmerinnen waren, regulär 10 Jahre am DMP teilnehmen und in Bezug auf die inhaltliche Neuausrichtung der DMP in diesem Bericht ausgewertet werden.

In diesem Evaluationsbericht werden alle seit dem zweiten Halbjahr 2012 eingeschriebenen Teilnehmerinnen über den Zeitraum der regulären Betreuungszeit (Beitrittshalbjahr und maximal 10 Folgejahre) ausgewertet und dargestellt. Diese Laufzeit (bis t=21) wird definiert als reguläre Programmteilnahme. Ausschließlich für die im zweiten Halbjahr 2012 eingeschriebenen Patientinnen wäre auch die Darstellung ihres 11. Teilnahmejahres in diesem Bericht datentechnisch möglich. Sowohl aufgrund der sehr geringen Fallzahl (s. dazu B.2.2, Seite 24 in diesem Bericht) als auch insbesondere aus methodischen Gründen wird auf die durchgehende Ergebnisdarstellung aller Auswertungen verzichtet. Bei Patientinnen mit einem vollendeten 11. Teilnahmejahr muss zwingend im Verlauf der Teilnahme ein Rezidiv oder eine Fernmetastasierung neu aufgetreten sein, es handelt sich somit eher um eine eigene Subgruppe, welche im nachfolgenden dritten Evaluationsbericht näher betrachtet werden kann. Zum jetzigen Zeitpunkt erfolgt für diese Subgruppe keine Verlaufsbetrachtung über 10 Jahre Teilnahmedauer hinaus. Die wenigen Fälle im 11. Teilnahmejahr werden in eigenen Tabellen im Kapitel C.8 kurz beschrieben.

Programmänderungen brauchen in der Regel einige Zeit Vorlauf, bis sie technisch und vertraglich in allen Regionen umgesetzt sind. Die inhaltlichen Programmänderungen des Jahres 2017 finden sich dementsprechend technisch erst in den medizinischen Dokumentationsdaten der Satzart SA200E2/F2 wieder, welche seit dem 01.10.2018 von den teilnehmenden Leistungserbringern erhoben wurden.⁴ Die in diesem Bericht ausgewerteten medizinischen Evaluationsparameter basieren alle auf diesen Dokumentationsdaten der Satzart SA200E2/F2, eine Ausnahme bilden lediglich die Auswertungen zur Sterberate und die Ereigniszeitanalysen zu während der Programmteilnahme neu aufgetretenen Rezidiven, da diese Daten den Evaluatoren satzartübergreifend in identischer Weise bereits seit dem Jahr 2003 vorliegen. Ebenso konnten die Daten der älteren Satzarten zur Bildung von Subgruppen bei Einschreibung verwendet werden. Zu den Besonderheiten einer Auswertung aller Kohorten ab K2012-2 erst ab dem zweiten Halbjahr 2018 siehe Kapitel D.3.5.

Die Evaluation erfolgt durch den Evaluator Medical Netcare GmbH (MNC) für die DMP der Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie durch das Evaluationskonsortium aus dem infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH und der Prognos AG für die DMP der AOKen und der KBS. Für den vorliegenden Bericht wurden die aggregierten Evaluationsergebnisse von MNC und infas zusammengeführt.

A.1.2 Fragestellung

Die Evaluation soll die Informationsgrundlage für die Bewertung und Weiterentwicklung der Disease-Management-Programme durch den G-BA bereitstellen. Sie umfasst die Auswertungen gemäß § 6, Absatz 3, Ziffer 3 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) in der jeweils gültigen Fassung.

A.1.3 Auswertungsmethodik/Evaluationsdesign

Da für die Auswertung von Interesse ist, wie sich der Krankheitsverlauf der Patientinnen mit zunehmender Teilnahmedauer am DMP verändert, werden die Evaluationsberichte als Kohortenstudien angelegt. Dieses Studiendesign erlaubt es, die Krankheitsentwicklung aller Patientinnen in Abhängigkeit von der Dauer ihrer Programmteilnahme zu untersuchen.

Ausgewertet wird die Entwicklung des Krankheitsverlaufs nach Teilnahmejahren. Je nach inhaltlicher Fragestellung werden zudem Auswertungen nach Teilnahmehalbjahren (z.B. Ereigniszeitanalysen) vorgenommen.

In die Evaluation einbezogen werden alle Patientinnen bzw. Fälle, die sich seit dem 01.07.2012 (Kohorte K2012-2) bis zum Ende des jeweiligen Evaluationszeitraums (hier: 31.12.2023) in ein DMP eingeschrieben haben und für die auswertbare medizinische und administrative Daten vorliegen.

A. Einführung

A.1 Hintergrund, Fragestellung und Auswertungsmethodik

Für jede Versicherte beginnt der auszuwertende Beobachtungszeitraum mit dem Datum (ab 01.07.2012), zu dem die Versicherte in das DMP eingeschrieben wurde (Programmbeitritt). Die Auswertung einer jeden Versicherten endet spätestens zum Ende der regulären Teilnahmedauer am Programm (10 Jahre) bzw. auch früher, sofern die Versicherte bereits vor diesem Stichtag aus dem DMP ausgeschieden ist.

A.1.4 Fallkonzept

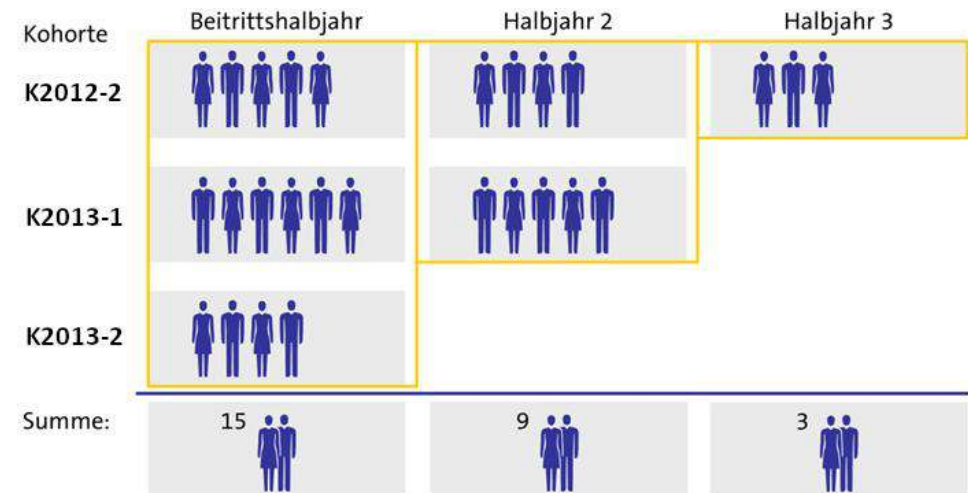
Die Evaluation beruht auf einem Fallkonzept. Patientinnen, die zunächst aus einem DMP ausgeschrieben und später wieder eingeschrieben werden, fließen daher als neuer Fall wieder in die Evaluation ein. Der leichten Verständlichkeit und Lesbarkeit halber wird im Folgenden von "Patientinnen" oder "Teilnehmerinnen" gesprochen, auch wenn es sich streng genommen um "Fälle" handelt.

A.1.5 Kohortenansatz in der DMP-Evaluation

Die in diesem Bericht ausgewerteten Patientinnen werden seit dem zweiten Halbjahr 2012 sukzessive in die DMP eingeschrieben. Die neu eingeschriebenen Patientinnen werden in Abhängigkeit von ihrem Einschreibedatum in "Beitrittsjahreskohorten", kurz: "Kohorten", zusammengefasst. Beispielsweise werden in der Kohorte K2012-2 alle Teilnehmerinnen zusammengefasst, die vom 01.07.2012 bis zum 31.12.2012 in die DMP eingeschrieben wurden. Zum 31.12.2012 wird diese Kohorte geschlossen. Alle Patientinnen, die später eingeschrieben werden, werden auch späteren Kohorten zugeordnet; Patientinnen mit Einschreibedatum von 01.01.2013 bis 30.06.2013 beispielsweise der Kohorte K2013-1. Da aus jeder gegebenen Kohorte im Zeitverlauf Patientinnen ausscheiden, aber nicht neu dazu kommen können (Neueinschreibungen werden späteren Kohorten zugeordnet), sinkt die Anzahl der Kohortenmitglieder über die Zeit.

Für jede Kohorte fällt das x-te Teilnahmehalbjahr in ein unterschiedliches Kalenderhalbjahr. Bei Patientinnen der Kohorte K2012-2 liegt das zweite Halbjahr ihrer Teilnahme im ersten Kalenderhalbjahr 2013, das dritte Halbjahr im zweiten Kalenderhalbjahr 2013, etc. Patientinnen der Kohorte K2013-1 sind dem DMP durchschnittlich ein halbes Jahr später beigetreten. Folglich verschieben sich ihre Teilnahmehalbjahre in entsprechend spätere Kalenderhalbjahre. Bei ihnen liegt das zweite Teilnahmehalbjahr im zweiten Kalenderhalbjahr 2013, das dritte Teilnahmehalbjahr im ersten Kalenderhalbjahr 2014 etc.

Die Logik des Kohortenansatzes wird in der folgenden Abbildung schematisch erläutert. Dazu werden die fiktiven Halbjahres-Kohorten K2012-2 (Programmbeitritt 01.07.2012 bis 31.12.2012), K2013-1 (Programmbeitritt 01.01.2013 bis 30.06.2013) und K2013-2 (Programmbeitritt 01.07.2013 bis 31.12.2013) und ihre Teilnehmerinnenentwicklung bis zum Halbjahr 2013-2 betrachtet.



Die zunächst fünf Programmteilnehmerinnen der Kohorte K2012-2 sind dem DMP in eben diesem Halbjahr beigetreten. Eine Patientin ist im Verlaufe des Beitritts Halbjahres aus dem DMP ausgeschieden, so dass die Kohorte im zweiten Teilnahmehalbjahr noch vier Teilnehmerinnen umfasst. Im Verlauf dieses Halbjahres ist eine weitere Patientin ausgeschieden, so dass die Kohorte im dritten Teilnahmehalbjahr noch drei der ursprünglichen fünf Teilnehmerinnen umfasst. Die Kohorte K2013-1 startet mit sechs Teilnehmerinnen, von denen im zweiten Halbjahr noch fünf im Programm sind. Die Kohorte K2013-2 ist im Beitritts Halbjahr mit vier Teilnehmerinnen besetzt.

Werden die Teilnehmerinnenzahlen aus der abgebildeten "Dreiecksmatrix" spaltenweise aggregiert, ergeben sich kohortenübergreifende Werte für das Beitritts Halbjahr (15), das zweite Teilnahmehalbjahr (9) und das dritte Teilnahmehalbjahr (3).

Aus der Abbildung wird deutlich, warum - unabhängig von Ausschreibungen im Zeitverlauf - mit steigender Teilnahmedauer die Patientinnen- bzw. Fallzahlen für die Evaluation deutlich absinken müssen: Während eine Auswertung für fortgeschrittene Teilnahmehalbjahre eine entsprechend lange Teilnahmedauer voraussetzt, die definitionsgemäß nur von den ältesten Teilnehmerinnenkohorten erfüllt werden kann, liegen für das erste Teilnahmehalbjahr (Beitritts Halbjahr) von fast allen DMP-Teilnehmerinnen Daten vor, egal wie lang sie schon am Programm teilnehmen. Durch eine Aggregation von Halbjahres- zu Jahreswerten lässt sich die Entwicklung des Krankheitsverlaufs nach Teilnahmejahren auswerten. Die Auswertungsmethodik wird im Anhang (siehe Kapitel D.3) ausführlicher beschrieben.

Zu den Besonderheiten einer Auswertung aller Kohorten ab K2012-2 erst ab einem bestimmten Halbjahr (hier: zweites Halbjahr 2018) siehe Kapitel D.3.5.

A.1.6 Einbezogene medizinische und administrative Daten

Grundsätzlich gilt, dass sich die DMP-Evaluation auf den Zeitraum der DMP-Teilnahme einer jeden Patientin bezieht und dass nur Daten einfließen (können), die während der Programmteilnahme der DMP-Teilnehmerin generiert werden. Grundlage der medizinischen Daten sind die Angaben der in den Arztpraxen erstellten Erst- und Folgedokumentationen. Tritt in einem Quartal oder Halbjahr, in dem die Patientin nicht zum Arzt geht (und folglich keine Dokumentation erstellt wird), ein Ereignis auf (z.B. lokoregionäres Rezidiv oder Fernmetastasierung), wird dieses Ereignis in der nächsten Dokumentation der Patientin nachdokumentiert. Begründung: Im Dokumentationsdatensatz sind jeweils die Ereignisse seit der letzten Dokumentation festzuhalten. Ereignisse, die zeitlich nach dem Erstellen der letzten Dokumentation bzw. nach dem Ausscheiden einer Patientin aus einem DMP stattfinden, können nicht in die Evaluation einbezogen werden, da diese Information den Evaluatoren nicht vorliegt.

Eine Besonderheit gilt für die Information über Sterbefälle. Da diese Information nicht in den Erst- oder Folgedokumentationen sondern über die administrativen Daten von den Krankenkassen an die Evaluatoren übermittelt wird, werden in der Evaluation auch Sterbefälle berücksichtigt, die zeitlich (z.T. auch deutlich) nach Erstellung der letzten medizinischen Dokumentation auftreten. Die Krankenkasse übermittelt dazu einen administrativen Datensatz, der sowohl den Tod als Grund der Beendigung der DMP-Teilnahme als auch das Datum des Ausscheidens beinhaltet. Allerdings entspricht auch bei den Auswertungen zu den jährlichen Sterberaten und zu den Überlebenszeitanalysen der Beobachtungszeitraum der Dauer der DMP-Teilnahme. Sterbefälle, die den Grund für das Ausscheiden einer Patientin aus einem DMP darstellen, werden somit in der Evaluation berücksichtigt. Alle weiteren Sterbefälle, welche bei ehemals eingeschriebenen Versicherten nach deren Ausscheiden aus anderen Gründen auftreten, können für die Evaluation der DMP-Teilnahmezeit nicht berücksichtigt werden.

A.1.7 Definition Brustkrebs

Beim Brustkrebs (Mammakarzinom) handelt es sich um einen bösartigen Tumor, der in der Brustdrüse entsteht. Diese Krebserkrankung umfasst auch das duktales Carcinoma in situ (DCIS), das noch nicht in das umliegende Gewebe eingedrungen ist.⁵

Im Jahr 2020 wurden rund 70.550 Neuerkrankungen registriert, damit ist Brustkrebs die mit Abstand häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Weiterhin wird bei mehr als 6.000 Frauen jährlich ein in situ-Tumor diagnostiziert. Auch Männer können an Brustkrebs erkranken. Mit etwa 1 Prozent aller Neuerkrankungen tritt die Erkrankung bei ihnen jedoch deutlich seltener auf.¹⁰

Basierend auf aktuellen Inzidenzraten erkrankt etwa eine von acht Frauen im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Eine von sechs betroffenen Frauen ist bei der Diagnosestellung jünger als 50 Jahre alt. Die Neuerkrankungs- und Sterberaten sind in den neuen Bundesländern nach wie vor niedriger als in den alten Bundesländern, nur bei Frauen bis 55 Jahren haben sich die Werte inzwischen weitgehend angeglichen.¹⁰

Insgesamt versterben jährlich ca. 18.000 Frauen an Brustkrebs. Die Zahl der Sterbefälle sinkt allerdings seit einigen Jahren. Diese positive Entwicklung ist darauf zurückzuführen, dass das Mammakarzinom heute erfolgreicher zu behandeln ist als früher - mit gezielteren und oft weniger belastenden Methoden. Immer mehr Frauen, die an Brustkrebs erkranken, sterben also nicht daran. Fünf Jahre nach der Diagnose sind rund 87 Prozent der Patientinnen noch am Leben. Durch eine verbesserte Früherkennung, neue Therapiekonzepte (operativ, strahlentherapeutisch und medikamentös z.B. mittels adjuvanter endokriner Therapie) und interdisziplinäre Betreuung in zertifizierten Zentren ist die Heilungsrate von Brustkrebs gestiegen.⁶

A.1.8 Behandlungs- und Betreuungsziele des DMP

Im Rahmen der DMP soll ein strukturierter und koordinierter Behandlungsprozess in Gang gesetzt werden, der die Koordination der Behandlungsverläufe im ambulanten und stationären Bereich verbessert, um so Folgekomplikationen frühzeitig zu erkennen und insbesondere die Lebensqualität und Lebenserwartung der betroffenen Patientinnen zu optimieren. Hierzu sollen Patientinnen nach dem aktuell verfügbaren Stand medizinischen Wissens behandelt werden. Für die Behandlung und Betreuung der von Brustkrebs betroffenen Patientinnen müssen die pathomorphologischen Befunde und die besonderen Lebensumstände unter Beachtung der evidenzbasierten Medizin berücksichtigt werden.

Nach der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ergeben sich in Abhängigkeit z.B. von Alter und pathomorphologischen Befunden bei der Behandlung der von Brustkrebs betroffenen Patientinnen unter anderem die folgenden hier auszuwertenden Therapieziele in der Nachsorge im Anschluss an den Abschluss der primären lokoregionären Therapie:

- das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs bzw. eines kontralateralen Tumors sowie einer Fernmetastasierung
- die Unterstützung der Patientin in der Umsetzung der empfohlenen und vereinbarten endokrinen (Langzeit-)Therapie
- die Einleitung geeigneter vorbeugender Maßnahmen sowie das frühzeitige Erkennen (durch eingehende Befragung) von Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der endokrinen Therapie sowie die Behandlung aufgetretener Beschwerden
- Reduktion der Häufigkeit bzw. Vermeidung des Auftretens symptomatischer Lymphödeme

A. Einführung

A.1 Hintergrund, Fragestellung und Auswertungsmethodik

- Motivation der Patientinnen zu körperlicher Aktivität und zur Normalisierung des Körpergewichts (bei erhöhtem BMI) und Vermittlung von Hilfestellungen

A.1.9 Zielparameter

Die auszuwertenden Inhalte der Evaluation sind in § 6 Abs. 3 Ziffer 3 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) geregelt. Auf Basis der Individualdaten erfolgen dabei zum einen Auswertungen zur Beschreibung der Datengrundlagen, die für alle Indikationen identisch definiert sind. Diese Auswertungen werden in Kapitel B ausgewiesen. Dabei handelt es sich um die Anzahl der datenliefernden Krankenkassen, die Anzahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bzw. stationären Einrichtungen sowie die Patientinnenzahlen und -merkmale.

Die Patientinnenzahlen und -merkmale in diesem Bericht umfassen folgende Angaben:

- Anzahl der Versicherten, die seit dem 01.07.2012 eingeschrieben sind bzw. waren, mit Differenzierung nach:
 - o Grund (Art des Tumors) für die Einschreibung in das DMP (4 Kategorien)
 - o Lebensalter bei Programmbeitritt (4 Kategorien)
 - o Lebensalter bei Erstmanifestation (4 Kategorien)
 - o Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt (4 Kategorien)
 - o UICC-Stadien bei Programmbeitritt (4 Kategorien)
- Mittleres Lebensalter bei Programmbeitritt, bei Erstmanifestation des Brustkrebs und mittlere Erkrankungsdauer, mit analoger Differenzierung
- Anzahl der verbleibenden Teilnehmerinnen zum Ende des Beobachtungszeitraums
- Durchschnittliche Beobachtungsdauer in Folgejahren

Zur Information wird die Patientinnenstruktur bei Programmbeitritt in noch detaillierteren Kategorien tabellarisch dargestellt. Diese Kategorien orientieren sich an den ehemaligen Vorgaben der Evaluationskriterien des BAS (ehemals BVA)¹ (siehe B.2.3).

Zum anderen werden Auswertungen zu den medizinischen Evaluationsparametern vorgenommen, die in den indikationsspezifischen Anlagen der DMP-A-RL⁵ festgelegt werden. Für den zweiten Evaluationsbericht Brustkrebs handelt es sich um die Vorgaben der DMP-A-RL in der Fassung vom 20.03.2014, zuletzt geändert am 20.07.2023 und in Kraft getreten am 01.10.2023, im Einzelnen handelt es sich um:

- a) "Patientinnen mit einem persistierenden symptomatischen Lymphödem, inklusive Patientinnen bei denen eine Kompressionsarmstrumpfung erforderlich ist
- b) Durchführung der adjuvanten endokrinen Therapie bei Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und adjuvanter endokriner Therapie über mindestens 5 Jahre
- c) BMI
- d) Biopsische Sicherung bei erstmalig aufgetretenen viszerale Fernmetastasen
- e) rezidivfreies Überleben
- f) Gesamtüberleben"

Die Auswertungen zu den medizinischen Evaluationsparametern werden in Kapitel C dargestellt.

A. Einführung

A.1 Hintergrund, Fragestellung und Auswertungsmethodik

A.1.10 Definition der Subgruppen UICC-Stadien und Art der operativen Therapie

Klassifikation der Tumorstadien

Zur einheitlichen Kennzeichnung der Ausbreitung der Erkrankung wird meist die TNM-Klassifikation (TNM) Classification of Malignant Tumors oder kurz TNM staging system) als Stadieneinteilung von malignen Tumoren herangezogen. Dieses Klassifizierungssystem wurde von der Union internationale contre le cancer (UICC) entwickelt. Bei der Schweregradeinstufung können verschiedene TNM-Grade einem von fünf UICC-Stadien zugeordnet werden. Das jeweilige Tumorstadium gibt Auskunft über passende Therapieempfehlungen und ermöglicht eine ungefähre Einschätzung der Prognose.^{8,12}

Die folgenden drei Tabellen geben eine Übersicht der TNM-Klassifikation:⁸

TNM ist eine Abkürzung für

T = Tumor: Beschreibung von Ausdehnung und Verhalten des Primärtumors

Stadium	Erläuterung
TX	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	keine Anzeichen für Primärtumor oder Primärtumor unbekannt
Tis	Tumoren, die die Basalmembran noch nicht infiltriert haben
T1	Tumorausdehnung max. 2 cm
T2	Tumorausdehnung 2 cm bis max. 5 cm
T3	Tumorausdehnung größer als 5 cm
T4	Tumor jeder Größe mit Befall der Thoraxwand oder Haut

N = Nodes: Lymphknoten, Fehlen bzw. Vorhandensein von regionären Lymphknoten-metastasen

Stadium	Erläuterung
Nx	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	keine Anzeichen für Lymphknotenbefall
N1, 2 oder 3	zunehmender Lymphknotenbefall, abhängig von Lokalisation des Primärtumors. Einteilung z. B. nach ipsi- oder kontralateralem Befall und Beweglichkeit, sowie Lokalisation in Relation zum Primärtumor

M = Metastasen: Fehlen bzw. Vorhandensein von Fernmetastasen

Stadium	Erläuterung
M0	keine Anzeichen für Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen vorhanden

Die bei Einschreibung in ein DMP Brustkrebs von den behandelnden Ärzten ausgefüllten Erstdokumentationen geben Aufschluss über die postoperative Stadieneinteilung der entfernten Tumore entsprechend dem pathologisch-anatomischen bzw. histopathologischen Befund. Hierbei wird der entfernte Primärtumor nach international standardisierten Schemata hinsichtlich seiner räumlichen Ausdehnung beschrieben.⁵

A. Einführung

A.1 Hintergrund, Fragestellung und Auswertungsmethodik

UICC-Stadien

Das Fortschreiten einer Krebserkrankung wird nach den Vorgaben der UICC allgemein in 5 Stadiengruppierungen eingeteilt. Die Einteilung berücksichtigt alle entscheidenden Merkmale der TNM-Tumorklassifizierung und versieht diese mit einer Wichtung. Dabei kann generell festgehalten werden: je höher das Stadium, desto schlechter die Prognose.

Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die UICC-Stadieneinteilung bei Brustkrebs:⁸

UICC-Stadium	T-Klassifikation	N-Klassifikation	M-Klassifikation
Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium II A	T0 oder T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stadium II B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stadium III A	T0, T1 oder T2	N2	M0
	T3	N1 oder N2	M0
Stadium III B	T4	N0, N1 oder N2	M0
Stadium III C	Jedes T	N3	M0
Stadium IV	Jedes T	Jedes N	M1

Für die Subgruppenbildung "UICC Stadien bei Programmbeitritt" gelten die nachfolgenden Regeln:

Agg. Stadium	Aggregation aus den Stadien
Stadium 1	UICC 0 und UICC I
Stadium 2	UICC IIA und UICC IIB
Stadium 3	UICC IIIA und UICC IIIB und UICC IIIC
Stadium 4	UICC IV

Art der operativen Therapie

Ziel der operativen Therapie ist die vollständige Entfernung des malignen Tumors "im Gesunden". In den meisten Fällen gelingt es durch die Brustkrebsfrüherkennung, brusterhaltend zu operieren.

Eine Form der operativen Lymphknotenentfernung ist die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie. Diese erfolgt bei unauffälligem Lymphknotenstatus, dabei wird der Sentinel-Lymphknoten (sog. Wächterlymphknoten) selektiv entfernt. Fällt diese Biopsie positiv aus, schließt sich die axilläre Lymphonodektomie an. Bei dieser Operation werden auch die übrigen Lymphknoten aus der Axilla entfernt.

Bei den operativen Verfahren beim Mammakarzinom wird zwischen der brusterhaltenden Therapie (BET) und der Mastektomie unterschieden. Bei der BET wird der Tumor unter Erhalt der Brust komplett resiziert, im Anschluss erfolgt eine adjuvante Radiotherapie. Bei der Mastektomie wird die Brustdrüse vollständig entfernt. Bezüglich des Überlebens sind beide Formen der Therapie als gleichwertig anzusehen.⁸

Für die Subgruppenbildung nach "Art der operativen Therapie" bei Programmbeitritt gelten die nachfolgenden Regeln:

Gruppe BET I: Nur BET und nur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Gruppe BET II: Nur BET und axilläre Lymphonodektomie

Gruppe MAS I: Mastektomie und nur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Gruppe MAS II: Mastektomie und axilläre Lymphonodektomie

Für die Auswertungen zum Gesamtüberleben und zum rezidivfreien Überleben wird innerhalb der UICC-Kategorien zusätzlich noch nach den 2 Kategorien BET und Mastektomie differenziert.

¹Bundesversicherungsamt (2012). Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme. Version 5.4. vom 4. Dezember 2012.

²Flores, T.; Bergmeister, K.D.; Staudenherz, A. et al (2021). Diagnostik, Prävention und Therapie des Lymphödems. Wiener Klinische Wochenschrift 133, S. 855–868.
<https://doi.org/10.1007/s00508-020-01766-y> (02.09.2024).

³G-BA (20.04.2017). DMP Brustkrebs umfassend aktualisiert - weitere Beschlüsse zu DMP Diabetes mellitus Typ 2 und geplanten neuen Behandlungsprogrammen getroffen [Pressemitteilung]. <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/684/> (02.09.2024).

⁴G-BA (2017). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 8. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 3 (DMP Brustkrebs) und Anlage 4 (Brustkrebs Dokumentation).
https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4358/f6d7998f447fac1f5bf7486be4cfbea3/2017-04-20_DMP-A-RL_Ergaenzung-Anlage-3-DMP-Brustkrebs-4-Doku-Brustkrebs_TrG.pdf (02.09.2024).

⁵G-BA (2023). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V. Fassung vom 20. März 2014, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 26. Juni 2014 B3 AT 26. August 2014 B2), in Kraft getreten am 1. Juli 2014, zuletzt geändert am 20. Juli 2023 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.09.2023 B2), in Kraft getreten am 1. Oktober 2023.
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3267/DMP-A-RL_2023-07-20_iK-2023-10-01.pdf (02.09.2024).

⁶Heuveling, J. (2022). Wie häufig ist Brustkrebs?.
<https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/brustkrebs-definition-und-haeufigkeit.html> (02.09.2024).

⁷Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hrsg.) (2023). Metastasierter Brustkrebs. www.gesundheitsinformation.de/metastasierter-brustkrebs.html (02.09.2024).

⁸Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2021). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Langversion 4.4 - Juni 2021. AWMF Registernummer: 032-045OL. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLI_S3_Mammakarzinom_2021-07.pdf (02.09.2024).

⁹o.V. (2024). Rechenregeln und Datensatzbeschreibungen für die kontinuierliche Evaluation der Disease-Management-Programme Brustkrebs für den zweiten Evaluationsbericht zum 30.06.2025. Version 1.1 vom 16.04.2024.

¹⁰Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2023). Brustkrebs (Mammakarzinom).
https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs_node.html (02.09.2024).

¹¹Stiftung Deutsche Krebshilfe (Hrsg.) (2019). Das Lymphödem.
<https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/krebsarten/brustkrebs/#c20614> (02.09.2024).

¹²Union for International Cancer Control (Hrsg.) (2023). TNM Classification of Malignant Tumours. <https://www.uicc.org/what-we-do/sharing-knowledge/tnm> (02.09.2024).

B. Beschreibung der Datengrundlagen

B.1 Datenliefernde Kassen, teilnehmende Ärzte bzw. Einrichtungen, Fallbasis

B.1.1 Anzahl der datenliefernden Krankenkassen

Am vorliegenden Evaluationsbericht haben sich 94 gesetzliche Krankenkassen (Stand 31.12.2023) mit der Lieferung von administrativen Daten und Dokumentationsdaten, welche in den Bericht eingeflossen sind, beteiligt.

B.1.2 Anzahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bzw. stationären Einrichtungen zum 31.12.2023

Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte bzw. Einrichtungen, die in die strukturierten Behandlungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen für die Indikation Brustkrebs vertraglich eingebunden waren, sind in nebenstehender Tabelle aufgeführt.

B.1.3 Einbezogene Fälle

In die Evaluation wurden insgesamt 299.233 Patientinnen bzw. Fälle einbezogen. Auf den folgenden Seiten wird auf die Patientinnenzahlen und -merkmale näher eingegangen.

Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte bzw. teilnehmende Einrichtungen (bundesweit)	Anzahl
Hausärzte	515
Gynäkologen	7839
Onkologisch qualifizierte koordinierende Ärzte*	91
Teilnehmende stationäre Einrichtungen insgesamt	322

*als koordinierende Ärzte teilnehmende Internisten mit Spezialisierung „internistische Onkologie und Hämatologie“ sowie Gynäkologen mit Spezialisierung „Gynäkologische Onkologie“

B. Beschreibung der Datengrundlagen

B.2 Patientinnenzahlen und -merkmale

In Kapitel B.2.1 werden Anzahl und Struktur der Patientinnen dargestellt, die im vorliegenden Evaluationsbericht ausgewertet werden. Zur Patientinnenanzahl wird sowohl ausgewiesen, wie viele Patientinnen seit dem 01.07.2012 in ein DMP eingeschrieben wurden, als auch wie viele Patientinnen zum Ende des Beobachtungsraums (31.12.2023) noch Programmteilnehmerinnen waren.

Neben der Anzahl der Patientinnen zum Programmbeitritt (im "Beitritts halbjahr") wird ausgewiesen, wie viele Patientinnen in den darauf folgenden Teilnahmehalbjahren noch Programmteilnehmerinnen waren bzw. grundsätzlich ausgewertet werden konnten. Für Patientinnen, die mitten im Teilnahmehalbjahr aus dem Programm ausgeschieden sind, wurde ihr letztes angebrochenes Teilnahmehalbjahr dann in die Evaluation einbezogen, wenn die Patientinnen während dieses Jahres überwiegend noch Programmteilnehmerinnen waren. Definiert wurde dieses "überwiegend" als mindestens ein halbes Jahr plus einen Tag lang.

Es zeigt sich, dass die Patientinnenzahl mit zunehmender Dauer der Programmteilnahme sehr deutlich absinkt. Dieses Absinken liegt jedoch nur teilweise daran, dass Teilnehmerinnen im Zeitverlauf aus dem Programm ausscheiden. Der wesentliche Grund für das zu beobachtende Absinken liegt in der Auswertungslogik des vorliegenden Evaluationsberichtes: Die Auswertungen werden in der Regel für alle Programmteilnehmerinnen vorgenommen, egal wann bzw. in welcher Kohorte ab K2012-2 diese dem Programm beigetreten sind. Während eine Auswertung für fortgeschrittene Teilnahmehalbjahre eine entsprechend lange Teilnahmedauer voraussetzt, die definitionsgemäß nur von den am frühesten gestarteten Teilnehmerinnenkohorten erfüllt werden können, liegen für das erste Teilnahmehalbjahr dagegen von fast allen DMP-Teilnehmerinnen Daten vor, egal ob sie erst ein oder zwei oder schon zehn Jahre lang am Programm teilnehmen (siehe dazu auch Kapitel A.1.5). Darüber hinaus steigt mit zunehmender Teilnahmedauer die Wahrscheinlichkeit, dass Patientinnen aus dem Programm ausscheiden und ihre Werte somit nicht mehr in die Auswertungen einfließen können. Daher gilt: Je fortgeschrittener das Auswertungsjahr, desto weniger Patientinnen können dafür ausgewertet werden, desto geringer ist die auswertbare Patientinnenzahl.

Bei den Auswertungen zu den verstorbenen Patientinnen (siehe C.2.1 und C.3.1) wurden dagegen in die Auswertung nach Teilnahmehalbjahren [Q] alle Patientinnen einbezogen, die zu Beginn des Auswertungsjahres Teilnehmerinnen waren, egal ob sie in der ersten Hälfte dieses Jahres ausschieden oder nicht.

Die Gesamtheit aller DMP-Teilnehmerinnen wird zunächst danach ausgewertet, aus welchem Grund die Einschreibung erfolgte (Einschreibung erfolgte wegen: Primärtumor, Lokoregionärem Rezidiv, kontralateralem Brustkrebs oder Fernmetastasen). Im Anschluss wird das Lebensalter bei Programmbeitritt differenziert dargestellt. Da aus Datenschutzgründen lediglich das Geburtsjahr, nicht aber das Geburtsdatum übermittelt wurde, wird das Lebensalter in vollendeten Jahren näherungsweise berechnet (ausgewiesenes Alter = Jahr des Programmbeitritts minus Geburtsjahr minus eins). Weiterhin wird nach Lebensalter bei Erstmanifestation eines Primärtumors differenziert, beide Differenzierungen sind bei einigen wenigen Fällen ohne Altersangabe oder fehlendem Datum der Erstmanifestation nicht möglich. Daneben werden zwei weitere Differenzierungen vorgenommen, zum einen nach der Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt, zum anderen nach den diagnostizierten UICC-Stadien bei Programmbeitritt, wobei hier nur gemäß der Stadien I bis IV ohne weitere Unterdifferenzierung stratifiziert wird. Anschließend wird - ebenfalls für die genannten Differenzierungen der Patientinnenstruktur - die Patientinnenzahl im Zeitverlauf dokumentiert (s. B.2.2).

Darüber hinaus wird die durchschnittliche Beobachtungsdauer in Folgejahren ausgewiesen. Da die administrativen und medizinischen Daten für die Evaluation mit Halbjahresbezug geliefert werden, wird die durchschnittliche Beobachtungsdauer in Folgejahren rechnerisch ermittelt auf Basis der durchschnittlichen Anzahl von Folgehalbjahren, in welchen die Patientinnen Programmteilnehmerinnen waren. Dadurch werden zwar die "angebrochenen" Beitritts halbjahre nicht mitgezählt. Dies wird jedoch teilweise dadurch kompensiert, dass die lediglich "angebrochenen" letzten Teilnahmehalbjahre von ausgeschiedenen Patientinnen voll mitgezählt werden. Bei der Interpretation ist allerdings zu beachten, dass die ausgewiesene Beobachtungsdauer einen Durchschnittswert über alle Kohorten ab K2012-2 darstellt.

B. Beschreibung der Datengrundlagen

B.2 Patientinnenzahlen und -merkmale

Je mehr Patientinnen aus frühen Beitrittskohorten mit ihren Werten in die Evaluation einfließen, desto größer fällt die durchschnittliche Beobachtungsdauer aus.

Zum Abschluss des Kapitels werden differenzierte tabellarische Übersichten zu den Programmteilnehmerinnen bei Programmbeitritt gegeben, welche sich an den Differenzierungen der Evaluationskriterien¹³ des BAS (ehemals BVA) orientieren. Es handelt sich dabei um das Lebensalter bei Programmbeitritt in 13 Kategorien, das Lebensalter zur Erstmanifestation in 13 Kategorien sowie die Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt in 6 Kategorien. Weiterhin wird zur Information die detaillierte Verteilung der Patientinnen auf die UICC-Stadien bei Programmbeitritt in 8 Kategorien sowie die Verteilung auf 6 BMI-Kategorien angegeben. Für die differenzierten Subgruppenauswertungen in diesem Bericht werden diese detaillierten Stratifizierungen nicht verwendet (siehe B.2.3).

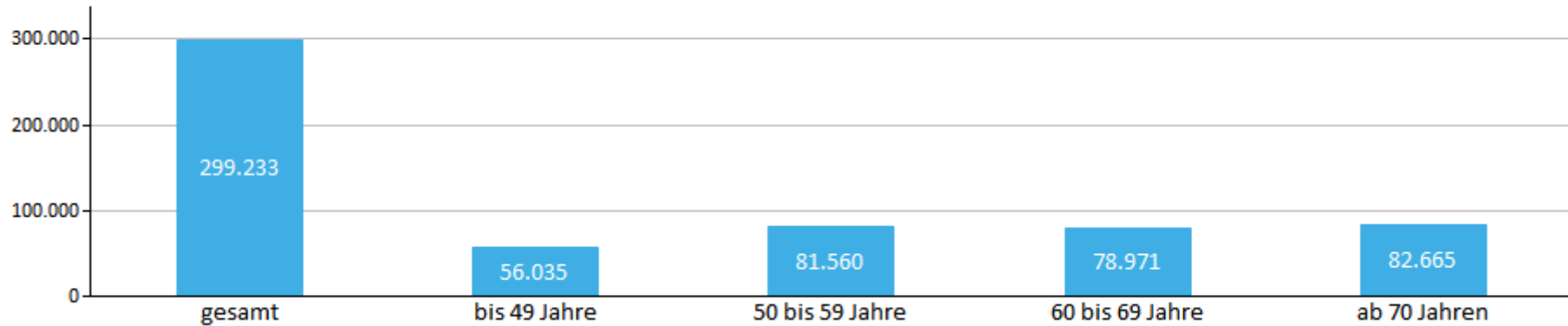
Anzahl der Patientinnen mit Einschreibungen wegen... *



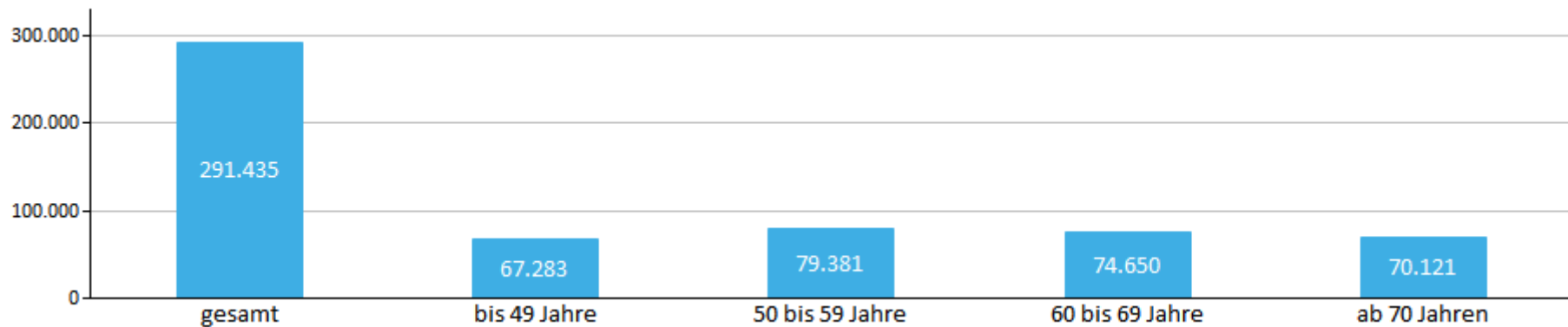
*In den Folgedokumentationen konnte eindeutig dokumentiert werden, weswegen die Einschreibung in ein DMP erfolgte. Die gezeigten Ergebnisse entstammen alle der ersten der Erstdokumentation nachfolgenden Folgedokumentation. Da nicht für alle Patientinnen eine Folgedokumentation vorliegt, entspricht die Summe der Einschreibungsgründe nicht der Gesamtanzahl aller Teilnehmerinnen.

Knapp 95 % aller Einschreibungen* erfolgen aufgrund eines Primärtumors!

Patientinnenanzahl bei Programmbeitritt gesamt und nach Altersgruppen

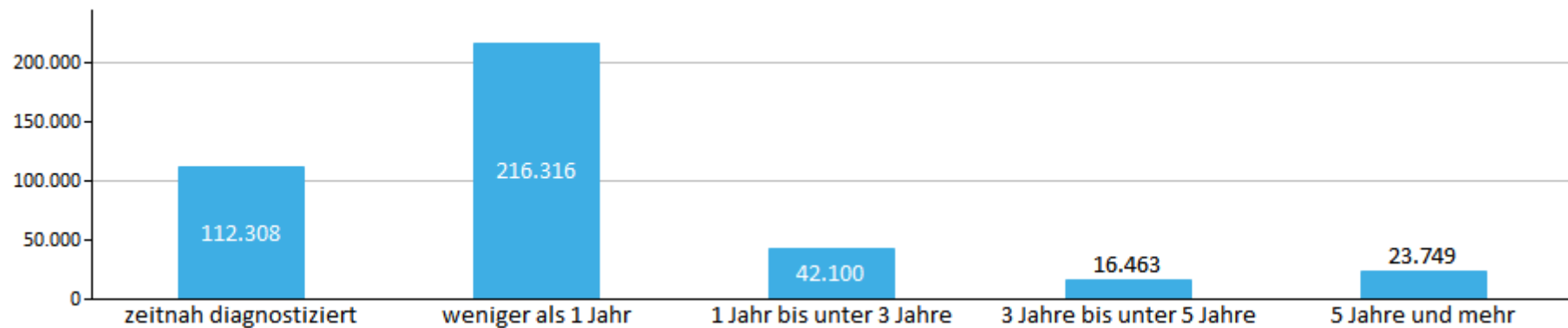


Patientinnenanzahl bei Erstmanifestation eines Primärtumors, gesamt und nach Altersgruppen

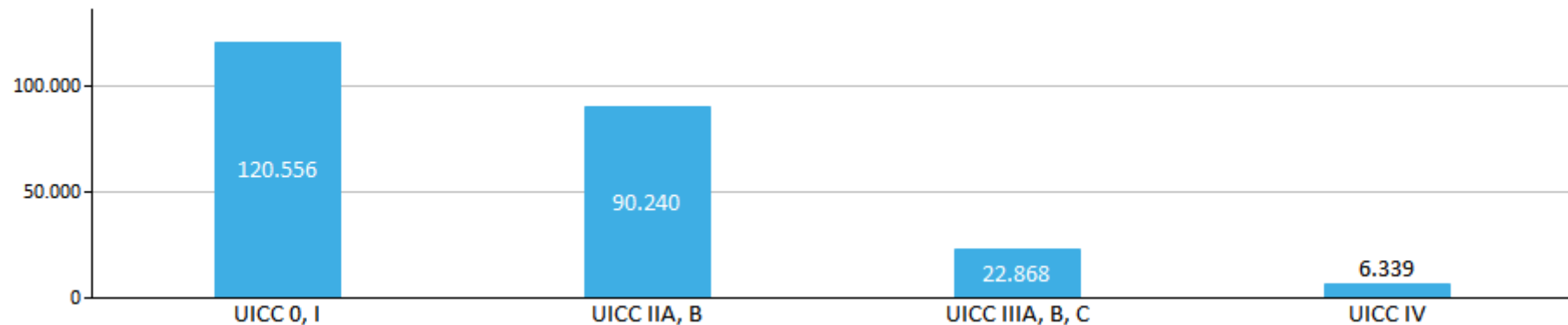


Insgesamt 299.233 DMP-Teilnehmerinnen bzw. Fälle werden evaluiert, davon sind 46 % bei PB jünger als 60 Jahre. Zum Zeitpunkt der Erstmanifestation des Primärtumors sind ca. die Hälfte der Frauen (50,3 %) jünger als 60 Jahre.

Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt



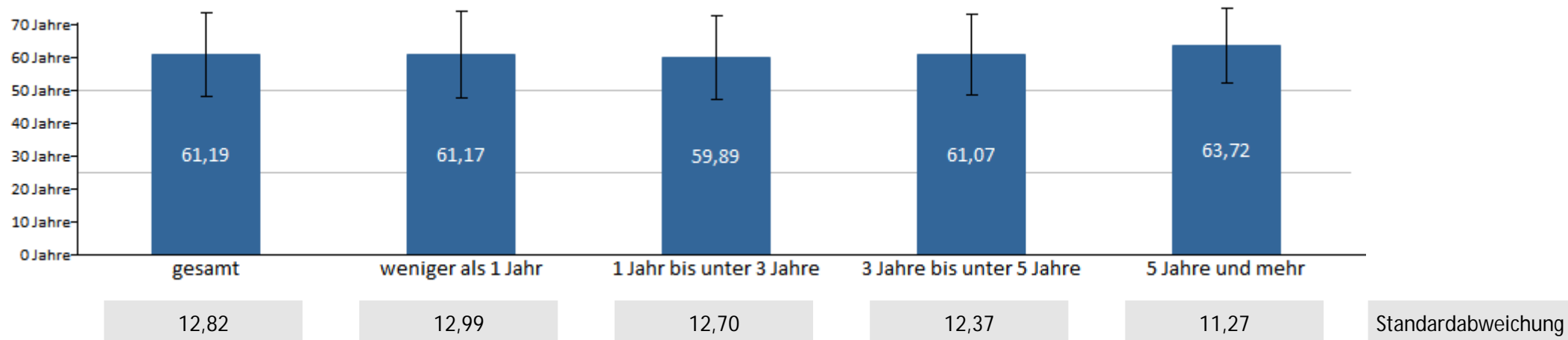
UICC-Stadien bei Programmbeitritt



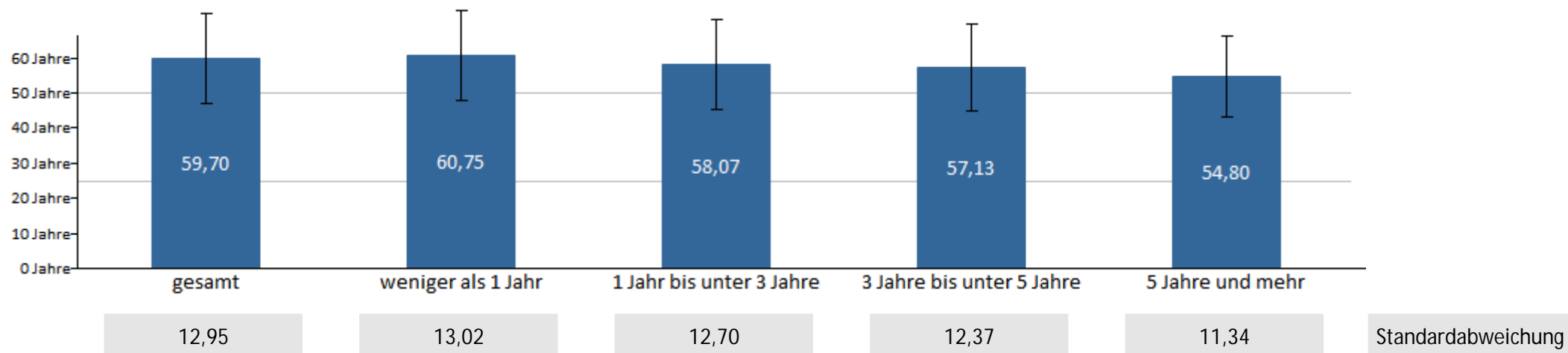
In die Erkrankungsdauerkategorie "zeitnah diagnostiziert" fallen alle Teilnehmerinnen, welche sich innerhalb von 12 Wochen nach der Diagnose eines Primärtumors (histologischer Nachweis) in ein DMP eingeschrieben haben. Diese Teilnehmerinnen finden sich auch in der Kategorie "weniger als 1 Jahr" wieder.

Bei insgesamt 216.316 DMP-Teilnehmerinnen bzw. Fällen liegt die Erkrankungsdauer bei PB unter einem Jahr (= 72,3 %), bei 37,5 % aller Frauen sogar innerhalb von 12 Wochen (zeitnah). Etwa 50 % weisen bei PB ein frühes Stadium (UICC 0, I) auf, bei lediglich 2,6 % liegen bereits Fernmetastasen vor.

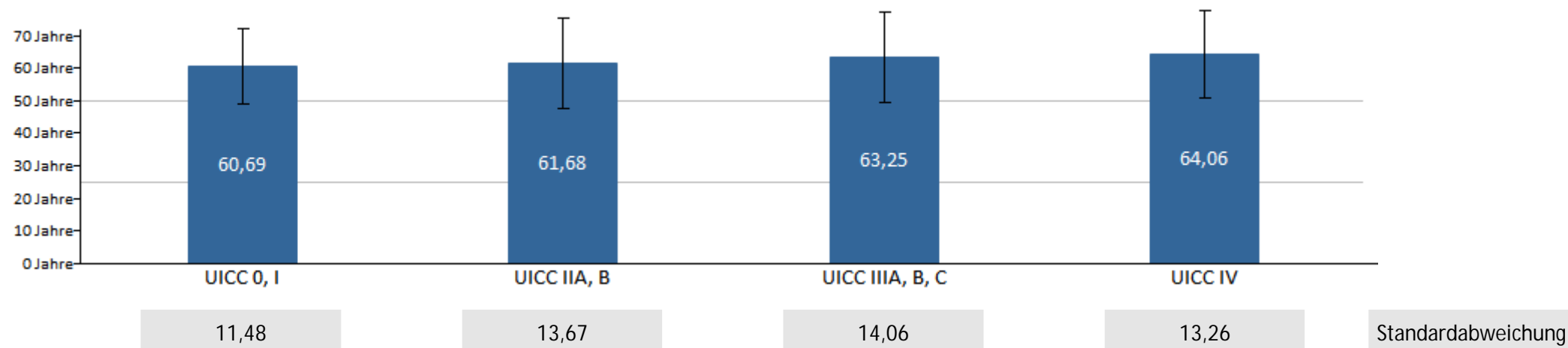
Lebensalter bei Programmbeitritt nach Erkrankungsdauer, Mittelwert und Standardabweichung



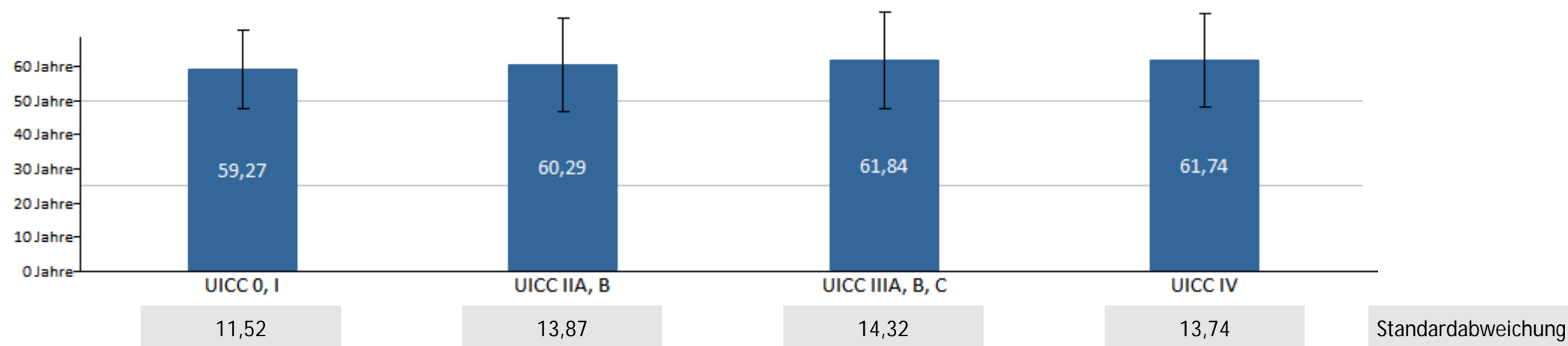
Lebensalter bei Erstmanifestation eines Primärtumors nach Erkrankungsdauer, Mittelwert und Standardabweichung



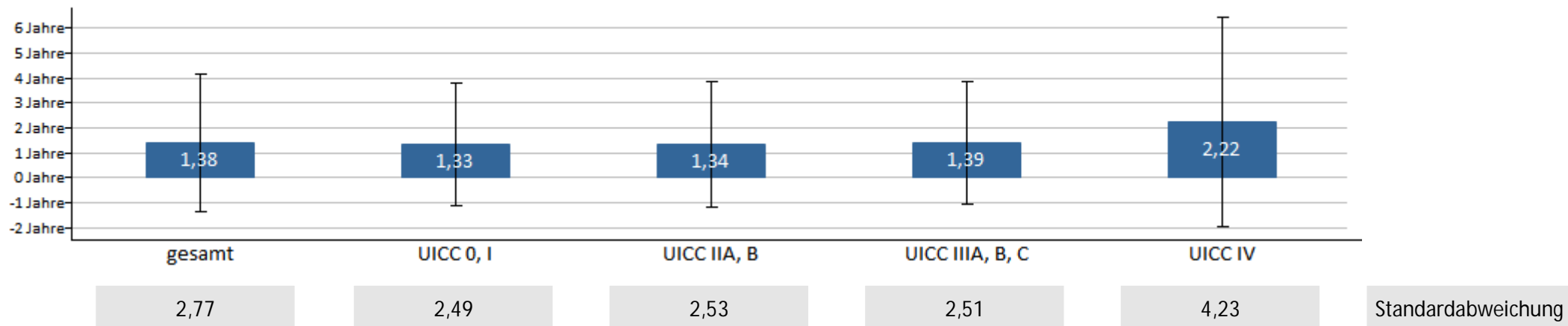
Lebensalter bei Programmbeitritt nach UICC-Stadien, Mittelwert und Standardabweichung



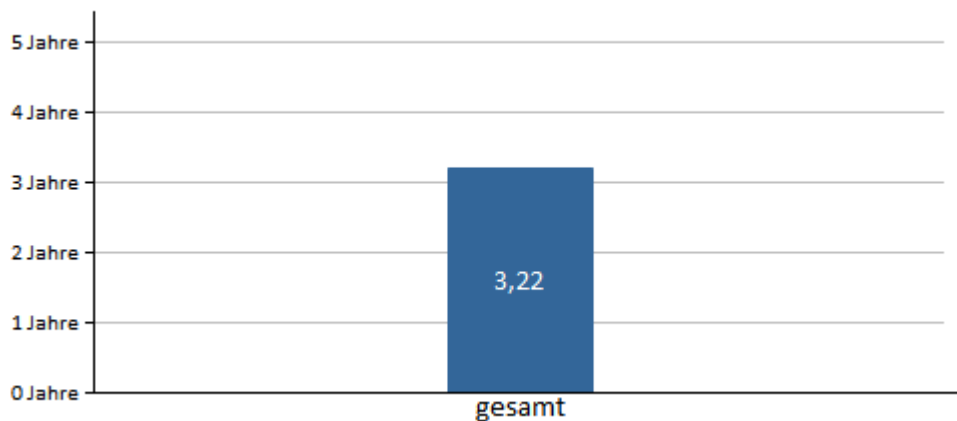
Lebensalter bei Erstmanifestation eines Primärtumors nach UICC-Stadien, Mittelwert und Standardabweichung



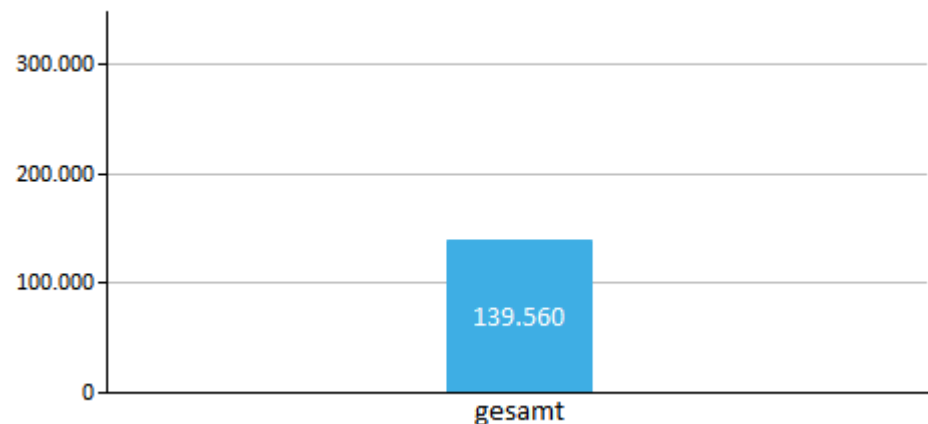
Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt nach UICC-Stadien, Mittelwert und Standardabweichung



Durchschnittliche Beobachtungsdauer (in Folgejahren)



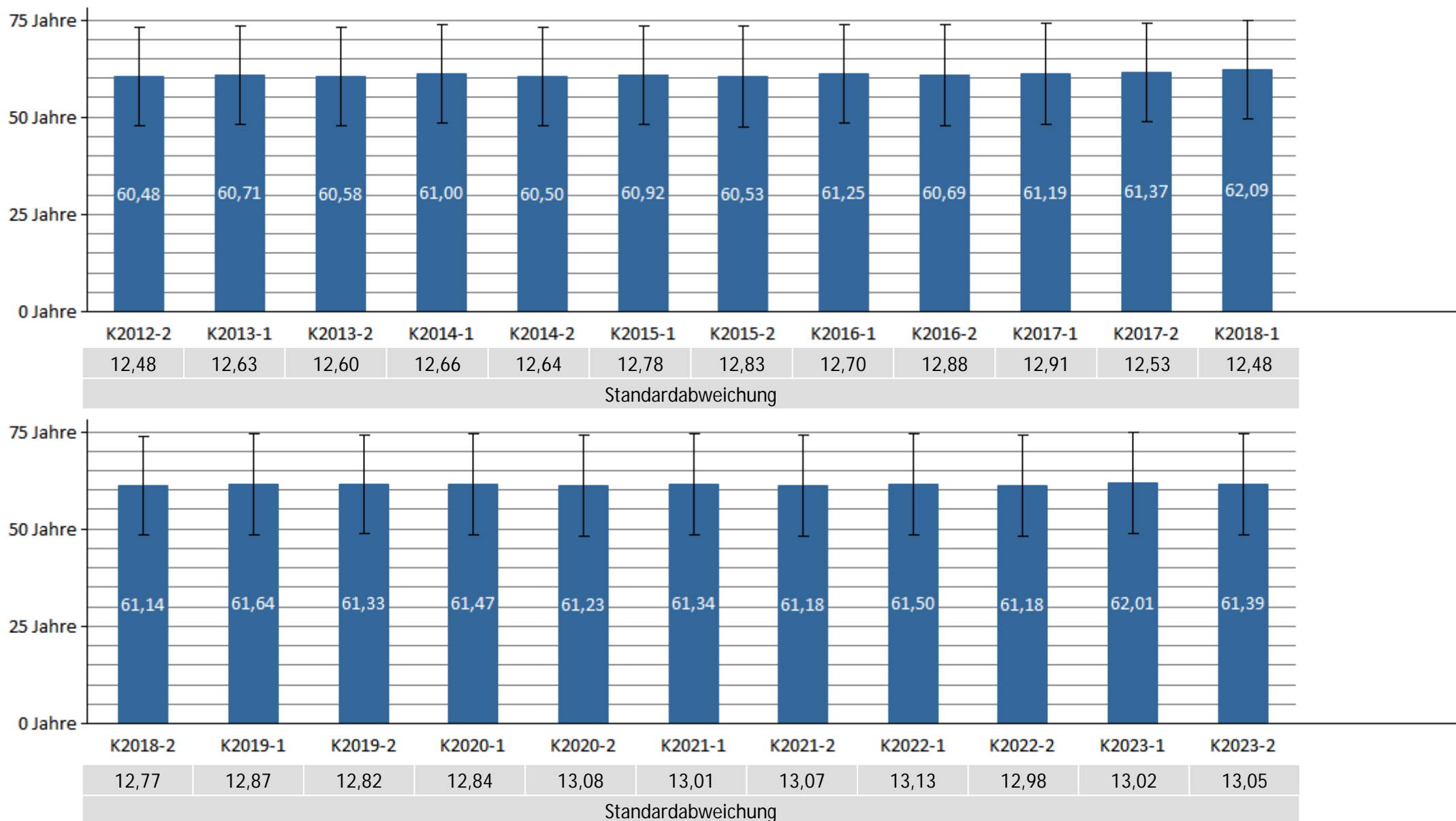
Verbleibende Teilnehmerinnen zum Ende des Beobachtungszeitraums (31.12.2023)



B. Beschreibung der Datengrundlagen

B.2.1 Patientinnenstruktur VI: Mittleres Alter bei Programmbeitritt pro Beitrittskohorte

Lebensalter bei Programmbeitritt, Mittelwert und Standardabweichung



B. Beschreibung der Datengrundlagen

B.2.2 Verbleibende Teilnehmerinnen im Zeitverlauf

	Lebensalter bei Programmbeitritt	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr	11. Jahr
Teilnehmerinnenzahlen im Verlauf	Frauen insgesamt	299.233	230.468	183.397	144.673	110.131	80.458	57.714	41.364	28.455	18.075	6.543	391
	bis 49 Jahre	56.035	43.560	35.000	28.117	22.074	16.711	12.386	9.081	6.501	4.225	1.625	131
	50 bis 59 Jahre	81.560	63.751	51.569	41.296	32.029	23.598	17.132	12.447	8.691	5.520	2.014	119
	60 bis 69 Jahre	78.971	61.180	49.461	39.533	30.250	22.219	16.102	11.591	7.962	5.092	1.817	100
	ab 70 Jahre	82.665	61.975	47.366	35.726	25.777	17.929	12.093	8.245	5.301	3.238	1.087	41
	Lebensalter bei Erstmanifestation	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr	
Teilnehmerinnenzahlen im Verlauf	Frauen insgesamt	291.435	224.527	178.742	141.009	107.363	78.439	56.256	40.366	27.781	17.676	6.398	
	bis 49 Jahre	67.283	52.491	41.876	33.279	25.627	18.956	13.812	10.003	7.083	4.537	1.684	
	50 bis 59 Jahre	79.381	61.976	49.905	39.772	30.745	22.683	16.519	12.007	8.369	5.341	1.960	
	60 bis 69 Jahre	74.650	57.711	46.649	37.272	28.573	21.013	15.205	11.021	7.595	4.866	1.758	
	ab 70 Jahre	70.121	52.349	40.312	30.686	22.418	15.787	10.720	7.335	4.734	2.932	996	

Für die Zuordnung zu den Lebensalterkategorien gilt einerseits das Alter in Jahren bei Programmbeitritt, andererseits das Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation des Primärtumors. Zur Berechnung des Lebensalters in vollendeten Jahren siehe Kapitel B.2. Für die Zuordnung zu den Erkrankungsdauerkategorien wird die Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt berücksichtigt. Die Zuordnung zu einem aggregierten UICC-Stadium 1 bis 4 erfolgt - soweit möglich - auf Basis der postoperativen Diagnostik.

Die Teilnehmerinnenzahlen gelten für die Querschnittauswertungen nach Teilnahmejahren, in die alle Kohorten einfließen. In diesem Bericht sind das die Teilnehmerinnen der Einschreibekohorten K2012-2 bis K2023-2.

Da über Patientinnen aus spät gestarteten Kohorten (noch) keine Aussagen über fortgeschrittene Teilnahmejahre möglich sind, ergibt sich dadurch zwangsläufig ein deutliches Absinken der Teilnehmerinnenzahlen über die Zeit. Konkret beträgt die Differenz zwischen den Patientinnen im Beitritts halbjahr und dem 10. Jahr 292.690. Diese Differenz erklärt sich größtenteils (zu 89,14 Prozent) daraus, dass Patientinnen in Kohorten ab K2014-1 eingeschrieben wurden, die definitionsgemäß den gewählten Auswertungszeitraum von 10 Jahren nicht erreichen konnten, und nur zu einem geringen Teil (zu 10,86 Prozent) aus Ausschreibungen im Zeitverlauf.

Insgesamt werden 299.233 DMP-Teilnehmerinnen evaluiert, 391 Fälle der frühen Kohorte K2012-2 mit 11 vollständigen Teilnahmejahren. Für alle im Jahr 2023 eingeschriebenen Fälle wird hier nur das Beitritts halbjahr gezählt. Das Erreichen eines vollständigen 1. Jahres ist per Definition nicht möglich.

B. Beschreibung der Datengrundlagen

B.2.2 Verbleibende Teilnehmerinnen im Zeitverlauf

	Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
Teilnehmerinnenzahlen im Verlauf	zeitnah diagnostizierter Primärtumor	112.308	84.131	68.689	55.707	44.187	34.462	25.916	19.297	13.888	9.470	4.838
	weniger als 1 Jahr	216.316	165.703	134.034	107.948	85.276	65.254	48.050	35.373	25.102	16.879	6.305
	1 bis unter 3 Jahre	42.100	33.102	26.284	20.971	15.106	10.068	7.049	4.787	2.730	835	95
	3 bis unter 5 Jahre	16.463	12.338	8.396	5.669	4.175	2.667	1.294	340	75	31	19
	mehr als 5 Jahre	23.749	18.873	14.315	9.789	5.332	2.293	1.224	794	500	297	108
	UICC-Stadien bei Programmbeitritt	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
Teilnehmerinnenzahlen im Verlauf	Stadium 1: UICC 0 und I	120.556	93.774	75.367	59.499	45.114	32.422	23.269	16.979	11.872	7.601	2.692
	Stadium 2: UICC II	90.240	69.363	54.863	42.878	32.111	22.793	16.253	11.624	7.979	5.007	1.736
	Stadium 3: UICC III	22.868	17.269	13.161	10.010	7.292	5.096	3.597	2.586	1.797	1.098	340
	Stadium 4: UICC IV	6.339	4.502	3.145	2.214	1.564	1.120	739	489	308	171	71

B. Beschreibung der Datengrundlagen

B.2.3 Patientinnenanzahl und -anteil bei Programmbeitritt in detaillierten Kategorien

		Anzahl	Anteil %			Anzahl	Anteil %			Anzahl	Anteil %			Anzahl	Anteil %			Anzahl	Anteil %
Alter bei Programmbeitritt	bis 14 Jahre	0	0,00	Alter bei Erstmanifestation	bis 14 Jahre	0	0,00	Erkrankungsdauer	weniger als 5 Jahre	274.879	92,05	UICC Stadien	Stadium 0	13.686	5,70	BMI Kategorien (WHO)	unter 18,5	1.875	1,45
	15 bis 34 Jahre	5.184	1,73		15 bis 34 Jahre	6.734	2,31		5 bis 9 Jahre	19.227	6,44		Stadium I	106.870	44,53		18,5 bis unter 25	53.669	41,55
	35 bis 39 Jahre	7.873	2,63		35 bis 39 Jahre	9.514	3,26		10 bis 14 Jahre	2.164	0,72		Stadium II A	64.749	26,98		25 bis unter 30	43.046	33,33
	40 bis 44 Jahre	14.966	5,00		40 bis 44 Jahre	18.044	6,19		15 bis 19 Jahre	1.286	0,43		Stadium II B	25.491	10,62		30 bis unter 35	20.224	15,66
	45 bis 49 Jahre	28.012	9,36		45 bis 49 Jahre	32.991	11,32		20 bis 24 Jahre	644	0,22		Stadium III A	13.266	5,53		35 bis unter 40	7.052	5,46
	50 bis 54 Jahre	41.688	13,93		50 bis 54 Jahre	40.777	13,99		25 Jahre und mehr	428	0,14		Stadium III B	4.235	1,76		40 und mehr	3.303	2,56
	55 bis 59 Jahre	39.872	13,32		55 bis 59 Jahre	38.604	13,25						Stadium III C	5.367	2,24				
	60 bis 64 Jahre	40.705	13,60		60 bis 64 Jahre	39.292	13,48				Stadium IV		6.339	2,64					
	65 bis 69 Jahre	38.266	12,79		65 bis 69 Jahre	35.358	12,13												
	70 bis 74 Jahre	29.062	9,71		70 bis 74 Jahre	25.503	8,75												
75 bis 79 Jahre	28.949	9,67	75 bis 79 Jahre	24.829	8,52														
80 bis 84 Jahre	17.402	5,82	80 bis 84 Jahre	14.141	4,85														
ab 85 Jahre	7.252	2,42	ab 85 Jahre	5.648	1,94														

Zur Information werden die Fallzahlen zum Zeitpunkt der Einschreibung in detaillierten Kategorien gezeigt. Die Kategorien entsprechen den damaligen Vorgaben der Evaluationskriterien¹ des BAS (ehemals BVA). Diese Kategorien werden in diesem Evaluationsbericht nicht weiter für die Subgruppenbildung oder Auswertungen nach Subgruppen verwendet.

Bei 274.879 Patientinnen beträgt die Erkrankungsdauer weniger als 5 Jahre (= 92,05 %). 43 % der Frauen sind maximal normalgewichtig (BMI unter 25). Somit weisen 57 % der Patientinnen ab K2012-2 mindestens ein leichtes Übergewicht auf (BMI ab 25).

C.1.1 Auswertungstypen

Die Auswertungen für den vorliegenden Bericht basieren auf drei Auswertungstypen (siehe ausführlich auch Anhang D.3.2 bis D.3.6), auf die in den Überschriften der Auswertungen durch Angabe von [Q], [L] oder [EZ] hingewiesen wird:

Querschnittauswertung [Q]: Ausgewertet werden alle Fälle aus allen Kohorten ab K2012-2. Dadurch wechselt die Auswertungsgesamtheit über die Zeit: Neue Kohorten kommen dazu, aus „alten“ Kohorten scheiden Patientinnen aus. Ausgewertet wird nach Teilnahmejahren. Im vorliegenden Evaluationsbericht stellen Querschnittauswertungen den Regelfall dar. Sofern nicht explizit darauf hingewiesen wird, dass ein anderer Auswertungstyp verwendet wird, handelt es sich bei den Auswertungen um Querschnittauswertungen.

Längsschnittauswertung [L]: Ausgewertet wird in diesem Bericht z. B. der BMI nach Teilnahmejahren sowie die Persistenz des symptomatischen Lymphödems nach seinem Erstauftreten nach Teilnahmehalbjahren. Dabei wird jeweils die Auswertungsgrundgesamtheit fixiert, so dass sie im Zeitverlauf unverändert bleibt und somit eine echte Längsschnittbetrachtung ermöglicht. Deswegen werden nicht alle Fälle und Teilnahme(halb)jahre in die Auswertung einbezogen, sondern die Fälle ausgewählter Kohorten mit denjenigen Teilnahme(halb)jahren, die für alle ausgewählten Kohorten vorliegen.

Kumulierte Überlebensraten/Raten ereignisfreier Zeit [EZ]: Da für die Ereigniszeitanalysen eine möglichst große Anzahl an Messzeitpunkten benötigt wird, erfolgen die Ereigniszeitanalysen kohortenübergreifend immer auf Basis von Teilnahmehalbjahren. Jedes Halbjahr stellt einen Messzeitpunkt dar. Für die kumulierte Überlebensrate werden zunächst alle Patientinnen gesamt sowie die bereits genannten verschiedenen Subgruppen differenziert ausgewertet. Die Raten ereignisfreier Zeit werden dagegen für alle Teilnehmerinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor berechnet, bei denen das jeweilige Ereignis (lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs/Fernmetastasierung) bei Programmbeitritt noch nicht eingetreten bzw. in der Erstdokumentation nicht dokumentiert wurde. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Auftreten eines

lokoregionären Rezidivs, eines kontralateralen Brustkrebs oder von Fernmetastasen in den Folgedokumentationen anhand einer Datumsangabe zur (histologischen) Diagnosesicherung dokumentiert wird. Die zu berücksichtigende Datumsangabe kann außerhalb des Halbjahres der Dokumentation an sich (nur früher ist zulässig) liegen. Das Auftreten des Ereignisses wird dann dem Teilnahmehalbjahr zugeordnet, in den das Datum des Ereignisses fällt, auch wenn es das Beitritts-halbjahr ist. Aus diesem Grunde ist es hier bei allen Ereigniszeitanalysen möglich, dass das Ereignis bereits im Beitritts-halbjahr, aber erst zeitlich nach dem Datum des Programmbeitritts auftritt.

C.1.2 Abgedeckte Zeiträume

Für die Querschnittauswertungen werden die Ergebnisse i. d. R. nach Teilnahmejahren (1. Jahr, 2. Jahr, 3. Jahr, ...) berechnet und ausgewiesen, für die Längsschnittauswertungen nach Teilnahmehalbjahren (1. Halbjahr, 2. Halbjahr, 3. Halbjahr, ...) oder nach Teilnahmejahren. Zur Information wird zudem, wenn in den Daten verfügbar, zu Beginn der Zeitreihe ergänzend der Wert für das Beitritts-halbjahr ausgewiesen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Patientinnen zwischen dem ersten und letzten Tag dieses Halbjahres eingeschrieben werden können, durchschnittlich also im Beitritts-halbjahr drei Monate lang Programmteilnehmerinnen sind. Erwartungsgemäß liegt daher bei den Querschnittsauswertungen zu den verstorbenen Patientinnen (s. C.2) der Anteil im Beitritts-halbjahr nur bei etwa einem Viertel des Anteils im 1. Jahr.

Entsprechend ist bei den halbjahresbezogenen Ereigniszeitanalysen zu Rezidiven der Zeitraum, den das Beitritts-halbjahr abdeckt, im Durchschnitt etwa halb so lang wie die Zeiträume der folgenden Messzeitpunkte. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass auch im ersten Halbjahr bzw. dem Messzeitpunkt, der auf das Beitritts-halbjahr folgt, Sondereffekte auftreten können. Denn Folgedokumentationen, die bereits im Beitritts-halbjahr vorliegen, werden diesem ersten Halbjahr bzw. dem Messzeitpunkt, der auf das Beitritts-halbjahr folgt, zugeordnet.

Allerdings werden - im Gegensatz zu anderen DMP-Indikationen - aufgetretene Ereignisse/Rezidive mit einem konkreten Datum dokumentiert, was eine genaue

zeitliche Zuordnung des Auftretens ermöglicht. Diese und weitere datenbedingte Besonderheiten, die bei der Interpretation zu beachten sind, werden im Anhang erläutert.

Für alle Fragestellungen (Ausnahme: Ereigniszeitanalysen) können die Auswertungen nicht für den gesamten Beobachtungszeitraum vorgenommen werden, weil die erforderlichen Angaben erst ab der Neuausrichtung der DMP Brustkrebs in den Dokumentationsdaten ab dem zweiten Halbjahr 2018 erhoben und übermittelt wurden (siehe dazu auch Anhang D.3.5).

C.1.3 Mindestfallzahlen für die Subgruppendarstellung

Den Anforderungen an die gesetzliche Evaluation der Disease-Management-Programme entsprechend, fließen die Werte sämtlicher Patientinnen ab Kohorte K2012-2, für die von den datenliefernden Kassen (siehe Kapitel B.1.1) auswertbare Daten geliefert werden, in die Auswertungen der Evaluation ein. Im vorliegenden Evaluationsbericht fließen die Werte der Patientinnen zudem grundsätzlich nicht nur in die Gesamtauswertungen ein, sondern darüber hinaus noch regelhaft in mehrere Subgruppenauswertungen nach Lebensalter bei Programmbeitritt, Lebensalter bei Erstmanifestation eines Primärtumors, Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt, aggregiertes UICC-Stadium bei Programmbeitritt. Weiterhin wird in ausgewählten Auswertungen nach Art der operativen Therapie oder nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt differenziert.

Für die zusätzlichen Subgruppenauswertungen gilt jedoch eine Besonderheit, die nur für wenige, sehr kleine Subgruppen und/oder späte Messzeitpunkte relevant ist: Ab dem Messzeitpunkt, zu dem die Fallzahl einer Subgruppe unter 50 fällt, werden die Auswertungsergebnisse nicht mehr graphisch dargestellt. Diese Mindestfallzahlen für die Ergebnisdarstellung von $n=50$ wurden aus zweierlei Gründen gewählt. Zum einen ist aus Gründen des Datenschutzes eine Mindestfallzahl erforderlich, um auszuschließen, dass aus den Ergebnissen Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Zum anderen sollte mit der Mindestfallzahl die Gefahr minimiert werden, dass Ergebnisse ausgewiesen werden, in denen zufällige Ausreißer das Ergebnis verzerren.

C.1.4 Einbezug von Kindern von Jugendlichen in die Evaluation

Grundsätzlich werden im vorliegenden Evaluationsbericht alle Patientinnen ausgewertet. Nach Datenlage sind jedoch für diesen Evaluationsbericht keine Kinder und nur eine sehr geringe Anzahl jugendlicher Frauen einzubeziehen (das minimale Lebensalter bei Einschreibung der in diesem Bericht ausgewerteten Patientinnen liegt bei 17 Jahren).

C.1.5 Graphische und tabellarische Darstellung

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse wie folgt dargestellt: Um die Auswertungsergebnisse und deren Entwicklung im Zeitverlauf auf einen Blick zu verdeutlichen, werden sie zunächst in einem Diagramm graphisch dargestellt. Anschließend werden die entsprechenden Anteils- und Mittelwerte sowie ggf. die zugehörigen Standardabweichungen tabellarisch ausgewiesen (blau hinterlegte Tabellen). Abschließend wird, ebenfalls in einer Tabelle (grau hinterlegt), die Fallbasis ausgewiesen. Diese gibt an, wie viele Patientinnen bzw. Fälle in die jeweilige Auswertung eingeflossen sind bzw. im Zeitverlauf auswertbar sind.

C.2 Ereignisse: Tod und Rezidive

Übersicht und Erläuterung

Die Entwicklung der Anzahl an oder mit Brustkrebs verstorbener Patientinnen sowie das Auftreten von Rezidiven kann als Indikator für die Versorgungsqualität herangezogen werden. Daher werden im Folgenden in Kapitel C.2 zunächst die Sterberaten und die Rezidivraten für die Teilnahmejahre im Querschnitt [Q] ausgewiesen.

Ausgewertet werden in Bezug auf den Tod alle Teilnehmerinnen, in Bezug auf die Rezidivraten ausschließlich Patientinnen mit einem zeitnah (kleiner 12 Wochen) zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Primärtumor). Dabei sind alle während der DMP-Teilnahme auftretenden Rezidive anhand des Datums dem jeweiligen Teilnahmejahr (auch Beitrittsjahr BTH) des Auftretens zuzuordnen und zu berücksichtigen.

Anschließend werden in Kapitel C.3 die kumulierten Überlebensraten sowie die kumulierten Raten rezidivfreier Zeit nach Kaplan-Meier [EZ] präsentiert. Diese Raten geben die Wahrscheinlichkeit in Prozent wieder, mit der Patientinnen das jeweilige Teilnehmealbjahr erleben bzw. rezidivfrei bleiben.

In den administrativen Daten, in denen die Patientinnenzahlen und -merkmale („PM“-Daten) für alle Patientinnen übermittelt werden, ist entweder die Information „verstorben“ oder „nicht verstorben“ enthalten. Daher sind für die Darstellung der Sterberaten [Q] oder der kumulierten Überlebensraten [EZ] definitionsgemäß alle teilnehmenden Patientinnen auswertbar.

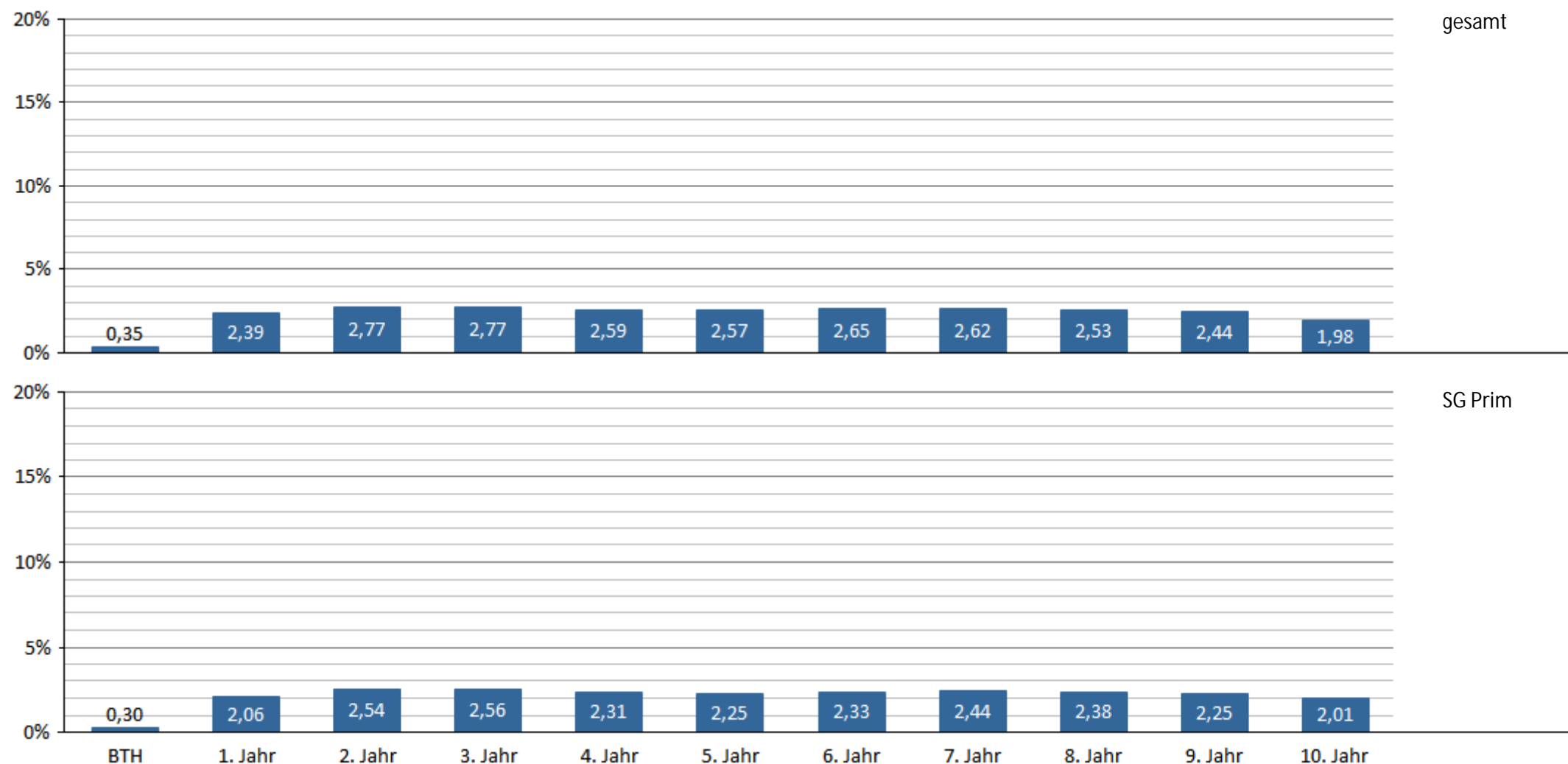
Die Auswertungen zu den Sterberaten [Q] und kumulierten Überlebensraten [EZ] erfolgen differenziert für die Gesamtheit aller eingeschriebenen Patientinnen sowie für die Patientinnen mit zeitnah (kleiner 12 Wochen) zur Einschreibung diagnostiziertem Primärtumor (= SG Primärtumor), weiterhin nach Lebensalter bei Programmbeitritt, Lebensalter bei Erstmanifestation eines Primärtumors sowie Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt. Letztlich wird nach den UICC-Stadien bei Programmbeitritt differenziert, wobei hier noch zusätzlich nach Art der operativen Therapie (brusterhaltende Therapie vs. Mastektomie) unterschieden wird.

Die Auswertungen zu den Rezidivraten [Q] und den kumulierten Raten rezidivfreier Zeit [EZ] erfolgen differenziert für alle Patientinnen der SG Primärtumor, weiterhin nach Lebensalter bei Programmbeitritt sowie Lebensalter bei Erstmanifestation des Primärtumors. Letztlich wird nach den UICC-Stadien bei Programmbeitritt differenziert (ohne Stadium IV), wobei hier noch zusätzlich nach Art der operativen Therapie (brusterhaltende Therapie vs. Mastektomie) unterschieden wird.

C.2.1 Tod: Anteil der im Teilnahmejahr* verstorbenen Patientinnen [Q] Gesamt und Patientinnen mit zeitnah diagnostiziertem Primärtumor

Anteilswerte in Prozent

■ verstorben



* Durchschnittlich sind Patientinnen im Beitrittsjahr 3 Monate lang eingeschrieben. Der Anteil der Verstorbenen fällt im Beitrittsjahr entsprechend geringer aus.

In den 10 Folgejahren versterben jeweils zwischen 1,98 % und 2,77 % der verbliebenen Patientinnen insgesamt. In der SG Primärtumor sind die jährlichen Sterberaten ähnlich (zwischen 2,01 % und 2,56 %).

C.2.1 Tod: Anteil der im Teilnahmejahr* verstorbenen Patientinnen [Q] Gesamt und Patientinnen mit zeitnah diagnostiziertem Primärtumor

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	überlebend	99,65	97,61	97,23	97,23	97,41	97,43	97,35	97,38	97,47	97,56	98,02
	verstorben	0,35	2,39	2,77	2,77	2,59	2,57	2,65	2,62	2,53	2,44	1,98
SG Prim	überlebend	99,70	97,94	97,46	97,44	97,69	97,75	97,67	97,56	97,62	97,75	97,99
	verstorben	0,30	2,06	2,54	2,56	2,31	2,25	2,33	2,44	2,38	2,25	2,01

Fallbasis absolut

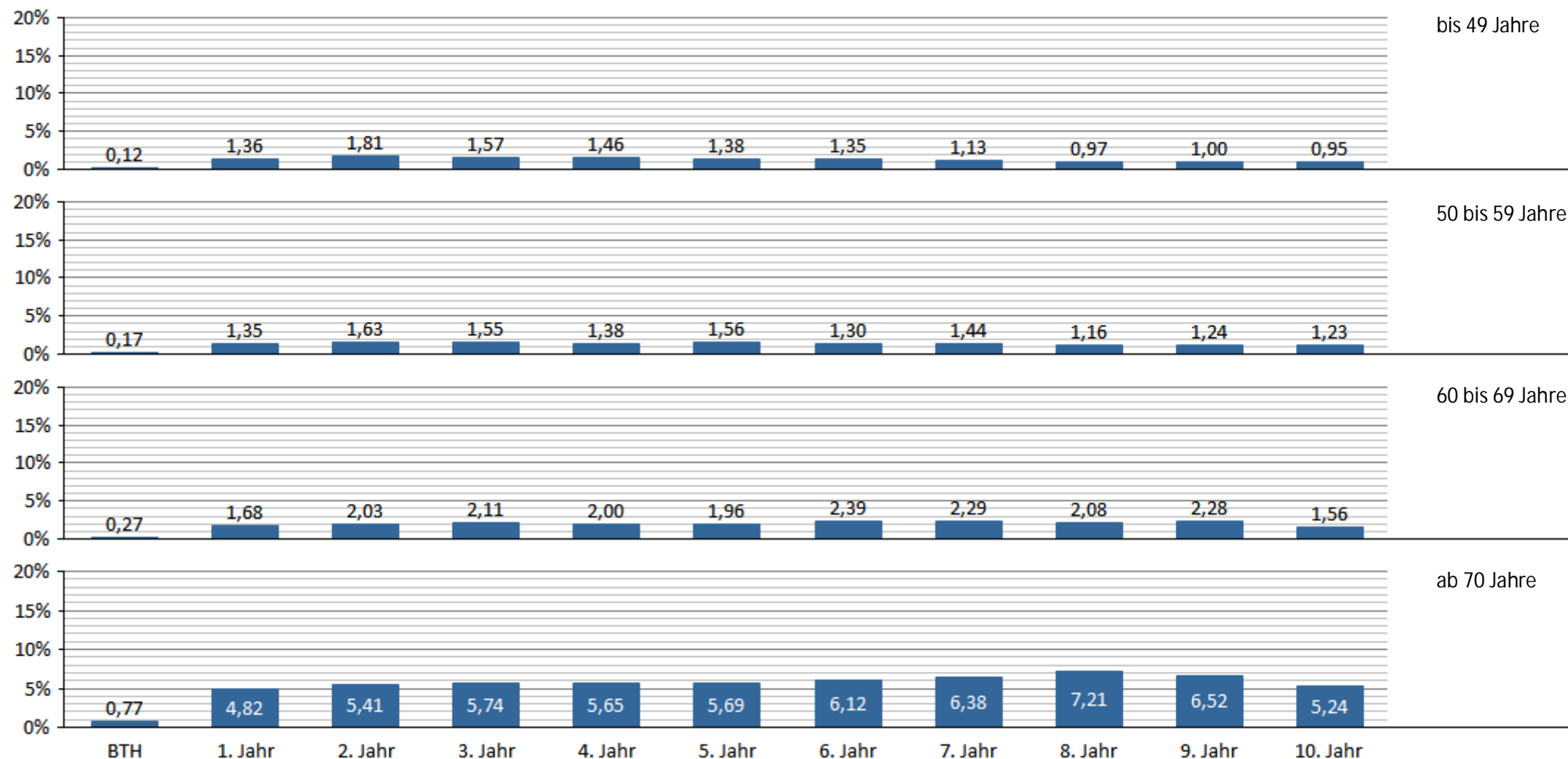
	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	299.233	243.982	195.514	154.444	117.811	85.810	60.488	42.938	29.574	19.114	9.815
SG Prim	112.308	88.721	72.230	58.534	46.332	35.990	27.120	19.893	14.289	9.724	5.773

*Durchschnittlich sind Patientinnen im Beitritts-halbjahr 3 Monate lang eingeschrieben. Der Anteil der Verstorbenen fällt im Beitritts-halbjahr entsprechend geringer aus.

C.2.1 Tod: Anteil der im Teilnahmejahr* verstorbenen Patientinnen [Q] Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

■ verstorben



*Durchschnittlich sind Patientinnen im Beitrittsjahr 3 Monate lang eingeschrieben. Der Anteil der Verstorbenen fällt im Beitrittsjahr entsprechend geringer aus.

C.2.1 Tod: Anteil der im Teilnahmejahr* verstorbenen Patientinnen [Q]

Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	überlebend	99,88	98,64	98,19	98,43	98,54	98,62	98,65	98,87	99,03	99,00	99,05
	verstorben	0,12	1,36	1,81	1,57	1,46	1,38	1,35	1,13	0,97	1,00	0,95
50 bis 59 Jahre	überlebend	99,83	98,65	98,37	98,45	98,62	98,44	98,70	98,56	98,84	98,76	98,77
	verstorben	0,17	1,35	1,63	1,55	1,38	1,56	1,30	1,44	1,16	1,24	1,23
60 bis 69 Jahre	überlebend	99,73	98,32	97,97	97,89	98,00	98,04	97,61	97,71	97,92	97,72	98,44
	verstorben	0,27	1,68	2,03	2,11	2,00	1,96	2,39	2,29	2,08	2,28	1,56
ab 70 Jahren	überlebend	99,23	95,18	94,59	94,26	94,35	94,31	93,88	93,62	92,79	93,48	94,76
	verstorben	0,77	4,82	5,41	5,74	5,65	5,69	6,12	6,38	7,21	6,52	5,24

Fallbasis absolut

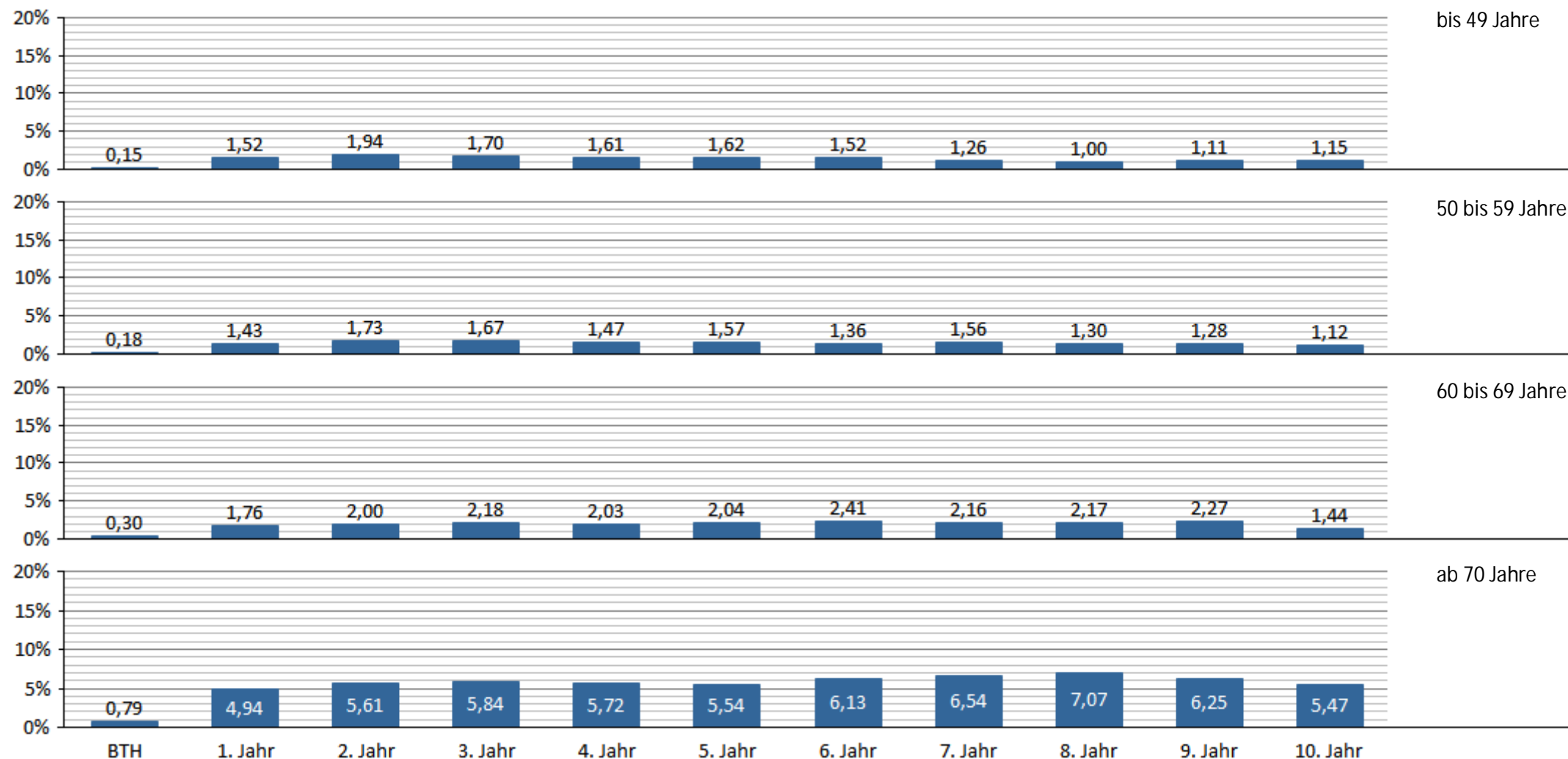
	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	56.035	46.064	37.208	29.793	23.356	17.683	12.922	9.379	6.704	4.413	2.315
50 bis 59 Jahre	81.560	67.080	54.498	43.683	33.963	24.974	17.820	12.809	8.960	5.803	2.931
60 bis 69 Jahre	78.971	64.336	52.247	41.868	32.185	23.603	16.789	11.988	8.240	5.400	2.812
ab 70 Jahren	82.665	66.500	51.560	39.099	28.306	19.549	12.956	8.761	5.670	3.498	1.757

*Durchschnittlich sind Patientinnen im Beitritts-halbjahr 3 Monate lang eingeschrieben. Der Anteil der Verstorbenen fällt im Beitritts-halbjahr entsprechend geringer aus.

C.2.1 Tod: Anteil der im Teilnahmejahr* verstorbenen Patientinnen [Q] Nach Altersgruppen bei Erstmanifestation

Anteilswerte in Prozent

■ verstorben



*Durchschnittlich sind Patientinnen im Beitrittsjahr 3 Monate lang eingeschrieben. Der Anteil der Verstorbenen fällt im Beitrittsjahr entsprechend geringer aus.

C.2.1 Tod: Anteil der im Teilnahmejahr* verstorbenen Patientinnen [Q]

Nach Altersgruppen bei Erstmanifestation

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	überlebend	99,85	98,48	98,06	98,30	98,39	98,38	98,48	98,74	99,00	98,89	98,85
	verstorben	0,15	1,52	1,94	1,70	1,61	1,62	1,52	1,26	1,00	1,11	1,15
50 bis 59 Jahre	überlebend	99,82	98,57	98,27	98,33	98,53	98,43	98,64	98,44	98,70	98,72	98,88
	verstorben	0,18	1,43	1,73	1,67	1,47	1,57	1,36	1,56	1,30	1,28	1,12
60 bis 69 Jahre	überlebend	99,70	98,24	98,00	97,82	97,97	97,96	97,59	97,84	97,83	97,73	98,56
	verstorben	0,30	1,76	2,00	2,18	2,03	2,04	2,41	2,16	2,17	2,27	1,44
ab 70 Jahren	überlebend	99,21	95,06	94,39	94,16	94,28	94,46	93,87	93,46	92,93	93,75	94,53
	verstorben	0,79	4,94	5,61	5,84	5,72	5,54	6,13	6,54	7,07	6,25	5,47

Fallbasis absolut

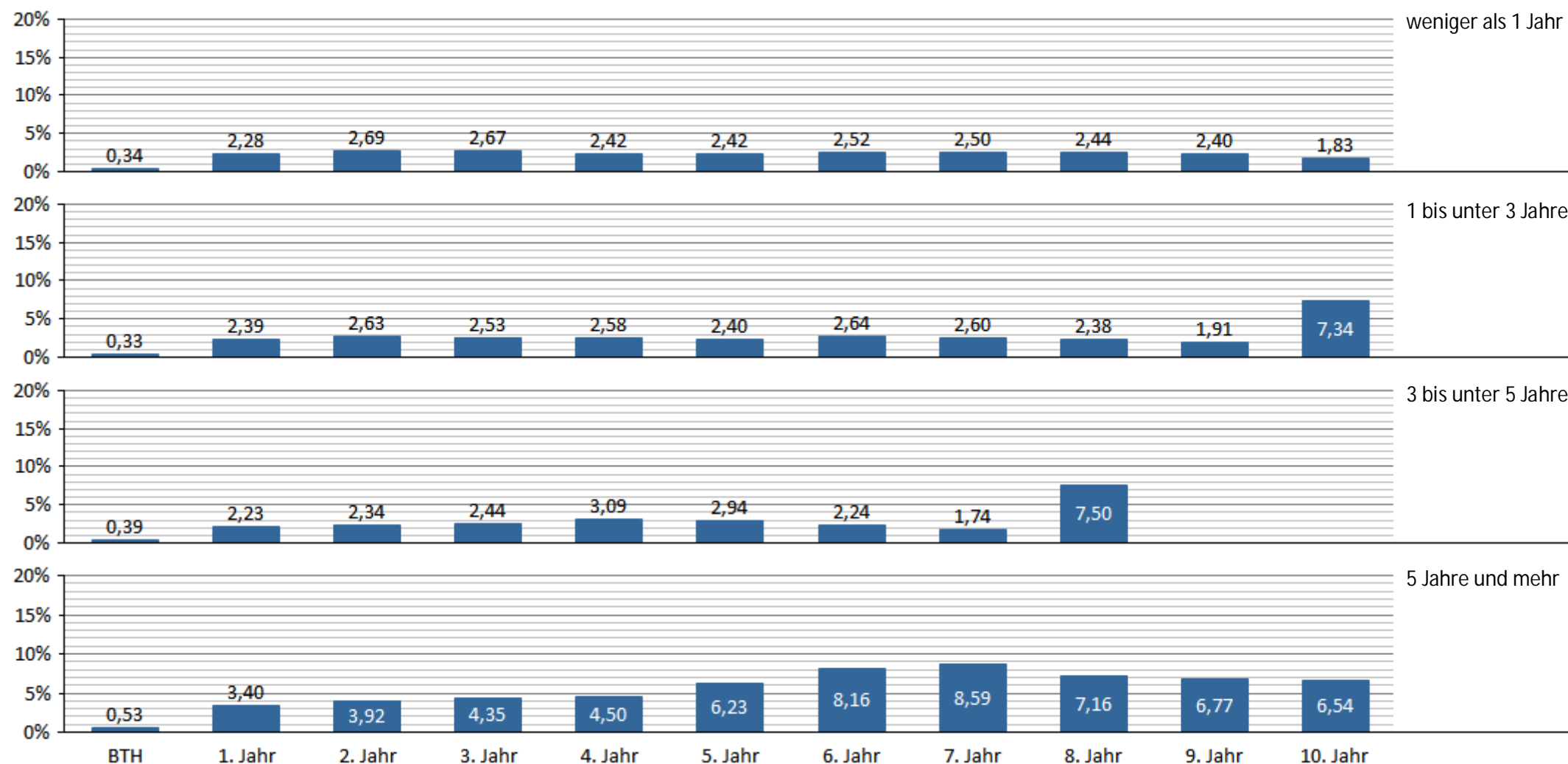
	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	67.283	55.630	44.756	35.496	27.388	20.185	14.439	10.349	7.317	4.765	2.432
50 bis 59 Jahre	79.381	65.236	52.869	42.151	32.629	23.995	17.182	12.367	8.632	5.614	2.855
60 bis 69 Jahre	74.650	60.687	49.257	39.501	30.369	22.307	15.854	11.386	7.864	5.143	2.700
ab 70 Jahren	70.121	56.108	43.625	33.351	24.412	17.163	11.478	7.788	5.051	3.150	1.608

*Durchschnittlich sind Patientinnen im Beitritts-halbjahr 3 Monate lang eingeschrieben. Der Anteil der Verstorbenen fällt im Beitritts-halbjahr entsprechend geringer aus.

C.2.1 Tod: Anteil der im Teilnahmejahr* verstorbenen Patientinnen [Q] Nach Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

■ verstorben



*Durchschnittlich sind Patientinnen im Beitritts halbjahr 3 Monate lang eingeschrieben. Der Anteil der Verstorbenen fällt im Beitritts halbjahr entsprechend geringer aus.

In den 10 Folgejahren versterben zwischen 1,83 % und 2,69 % der verbliebenen Fälle mit einer Erkrankungsdauer unter 1 Jahr bei PB. Bei einer Erkrankungsdauer von mindestens 5 Jahren bei PB versterben die Patientinnen in den Folgejahren häufiger (zwischen 3,40 % und 8,59 %).

C.2.1 Tod: Anteil der im Teilnahmejahr* verstorbenen Patientinnen [Q]

Nach Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
weniger als 1 Jahr	überlebend	99,66	97,72	97,31	97,33	97,58	97,58	97,48	97,50	97,56	97,60	98,17
	verstorben	0,34	2,28	2,69	2,67	2,42	2,42	2,52	2,50	2,44	2,40	1,83
1 Jahr bis unter 3 Jahre	überlebend	99,67	97,61	97,37	97,47	97,42	97,60	97,36	97,40	97,62	98,09	92,66
	verstorben	0,33	2,39	2,63	2,53	2,58	2,40	2,64	2,60	2,38	1,91	7,34
3 Jahre bis unter 5 Jahre	überlebend	99,61	97,77	97,66	97,56	96,91	97,06	97,76	98,26	92,50	-	-
	verstorben	0,39	2,23	2,34	2,44	3,09	2,94	2,24	1,74	7,50	-	-
5 Jahre und mehr	überlebend	99,47	96,60	96,08	95,65	95,50	93,77	91,84	91,41	92,84	93,23	93,46
	verstorben	0,53	3,40	3,92	4,35	4,50	6,23	8,16	8,59	7,16	6,77	6,54

Fallbasis absolut

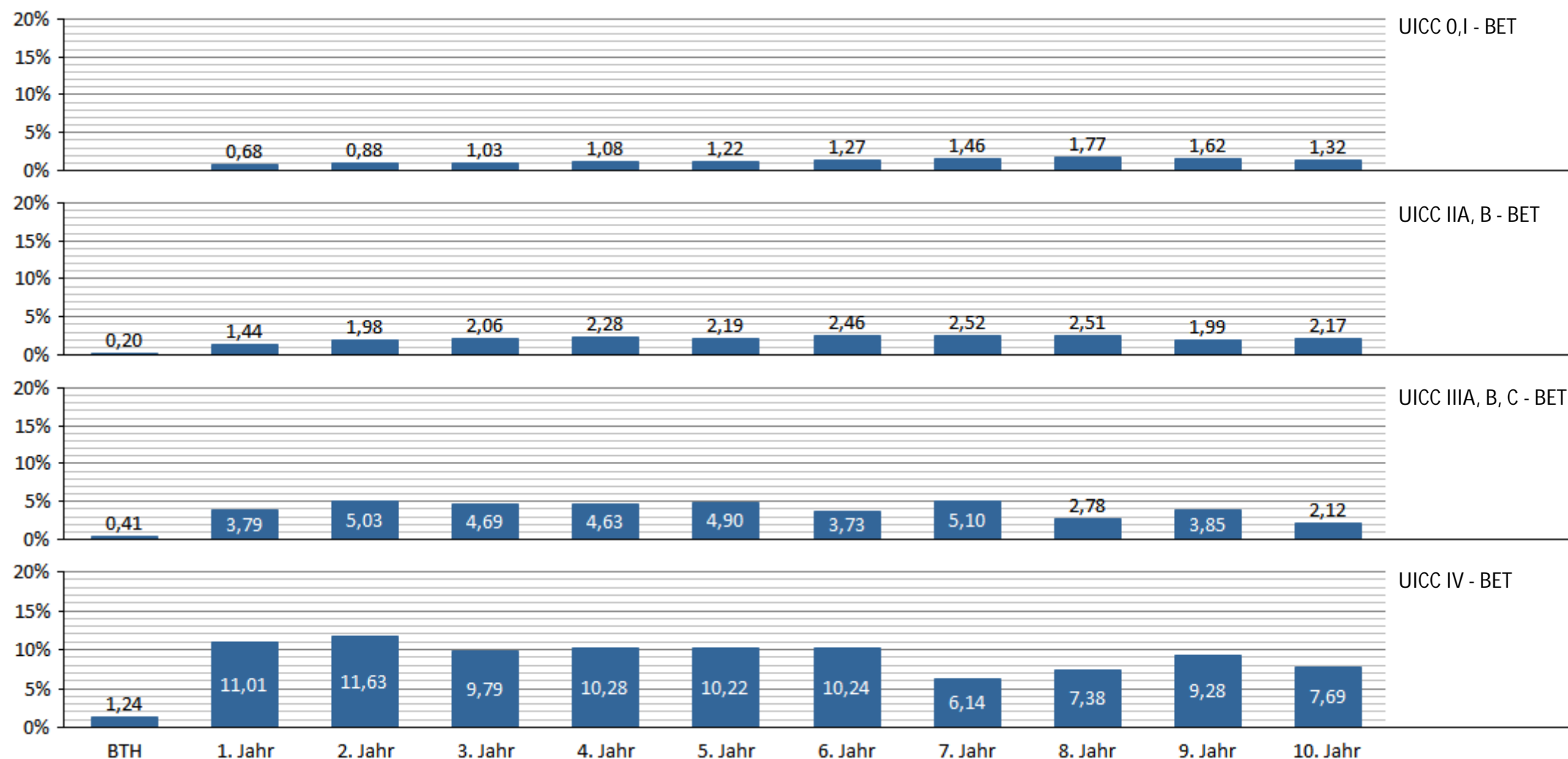
	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
weniger als 1 Jahr	216.316	174.661	141.337	113.736	89.561	68.926	50.255	36.510	25.853	17.359	9.511
1 Jahr bis unter 3 Jahre	42.100	35.090	27.990	22.456	16.522	10.854	7.274	4.930	3.061	1.359	109
3 Jahre bis unter 5 Jahre	16.463	13.341	9.755	6.349	4.373	2.757	1.519	575	80	32	22
5 Jahre und mehr	23.749	20.412	16.028	11.573	7.094	3.083	1.336	850	531	325	153

*Durchschnittlich sind Patientinnen im Beitritts-halbjahr 3 Monate lang eingeschrieben. Der Anteil der Verstorbenen fällt im Beitritts-halbjahr entsprechend geringer aus.

C.2.1 Tod: Anteil der im Teilnahmejahr* verstorbenen Patientinnen [Q] Nach UICC-Stadien und brusterhaltender Therapie (BET) bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

■ verstorben



*Durchschnittlich sind Patientinnen im Beitrittsjahr 3 Monate lang eingeschrieben. Der Anteil der Verstorbenen fällt im Beitrittsjahr entsprechend geringer aus.

Unabhängig vom UICC-Stadium versterben in den Folgejahren Patientinnen mit Mastektomie durchgehend und deutlich häufiger als mit brusterhaltender Therapie (BET).

C.2.1 Tod: Anteil der im Teilnahmejahr* verstorbenen Patientinnen [Q] Nach UICC-Stadien und brusterhaltender Therapie (BET) bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I - BET	überlebend	99,91	99,32	99,12	98,97	98,92	98,78	98,73	98,54	98,23	98,38	98,68
	verstorben	0,09	0,68	0,88	1,03	1,08	1,22	1,27	1,46	1,77	1,62	1,32
UICC IIA, B - BET	überlebend	99,80	98,56	98,02	97,94	97,72	97,81	97,54	97,48	97,49	98,01	97,83
	verstorben	0,20	1,44	1,98	2,06	2,28	2,19	2,46	2,52	2,51	1,99	2,17
UICC IIIA, B, C - BET	überlebend	99,59	96,21	94,97	95,31	95,37	95,10	96,27	94,90	97,22	96,15	97,88
	verstorben	0,41	3,79	5,03	4,69	4,63	4,90	3,73	5,10	2,78	3,85	2,12
UICC IV - BET	überlebend	98,76	88,99	88,37	90,21	89,72	89,78	89,76	93,86	92,62	90,72	92,31
	verstorben	1,24	11,01	11,63	9,79	10,28	10,22	10,24	6,14	7,38	9,28	7,69

Fallbasis absolut

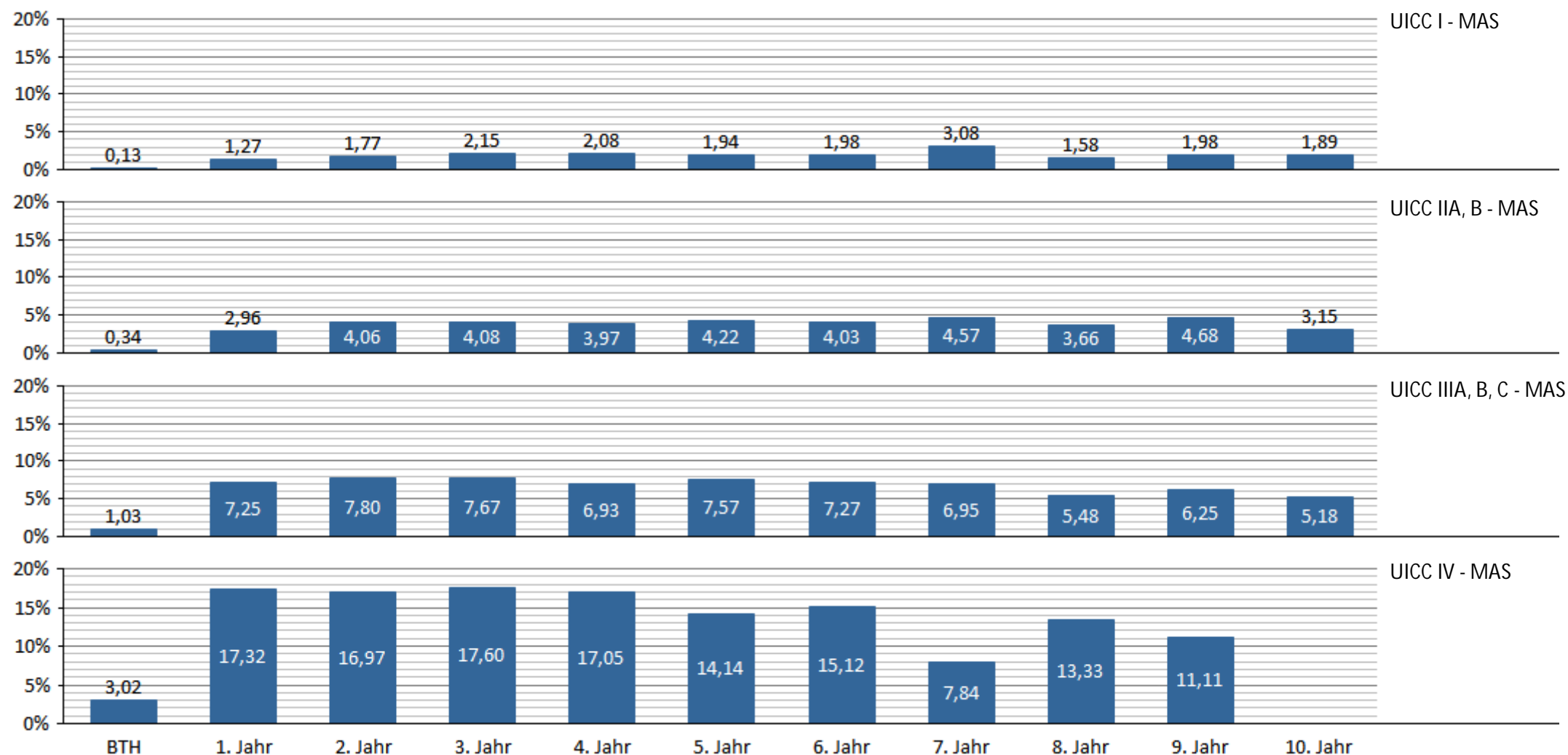
	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I - BET	79.735	65.726	54.156	43.704	33.857	24.968	17.904	13.042	9.157	6.003	3.175
UICC IIA, B - BET	51.337	42.256	34.514	27.654	21.239	15.521	10.965	7.827	5.385	3.473	1.750
UICC IIIA, B, C - BET	7.628	6.309	5.114	4.054	3.086	2.225	1.583	1.138	791	519	236
UICC IV - BET	1.608	1.380	1.066	797	613	460	332	228	149	97	52

*Durchschnittlich sind Patientinnen im Beitritts-halbjahr 3 Monate lang eingeschrieben. Der Anteil der Verstorbenen fällt im Beitritts-halbjahr entsprechend geringer aus.

C.2.1 Tod: Anteil der im Teilnahmejahr* verstorbenen Patientinnen [Q] Nach UICC-Stadien und Mastektomie bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

■ verstorben



*Durchschnittlich sind Patientinnen im Beitrittsjahr 3 Monate lang eingeschrieben. Der Anteil der Verstorbenen fällt im Beitrittsjahr entsprechend geringer aus.

C.2.1 Tod: Anteil der im Teilnahmejahr* verstorbenen Patientinnen [Q]

Nach UICC-Stadien und Mastektomie bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I - MAS	überlebend	99,87	98,73	98,23	97,85	97,92	98,06	98,02	96,92	98,42	98,02	98,11
	verstorben	0,13	1,27	1,77	2,15	2,08	1,94	1,98	3,08	1,58	1,98	1,89
UICC IIA, B - MAS	überlebend	99,66	97,04	95,94	95,92	96,03	95,78	95,97	95,43	96,34	95,32	96,85
	verstorben	0,34	2,96	4,06	4,08	3,97	4,22	4,03	4,57	3,66	4,68	3,15
UICC IIIA, B, C - MAS	überlebend	98,97	92,75	92,20	92,33	93,07	92,43	92,73	93,05	94,52	93,75	94,82
	verstorben	1,03	7,25	7,80	7,67	6,93	7,57	7,27	6,95	5,48	6,25	5,18
UICC IV - MAS	überlebend	96,98	82,68	83,03	82,40	82,95	85,86	84,88	92,16	86,67	88,89	-
	verstorben	3,02	17,32	16,97	17,60	17,05	14,14	15,12	7,84	13,33	11,11	-

Fallbasis absolut

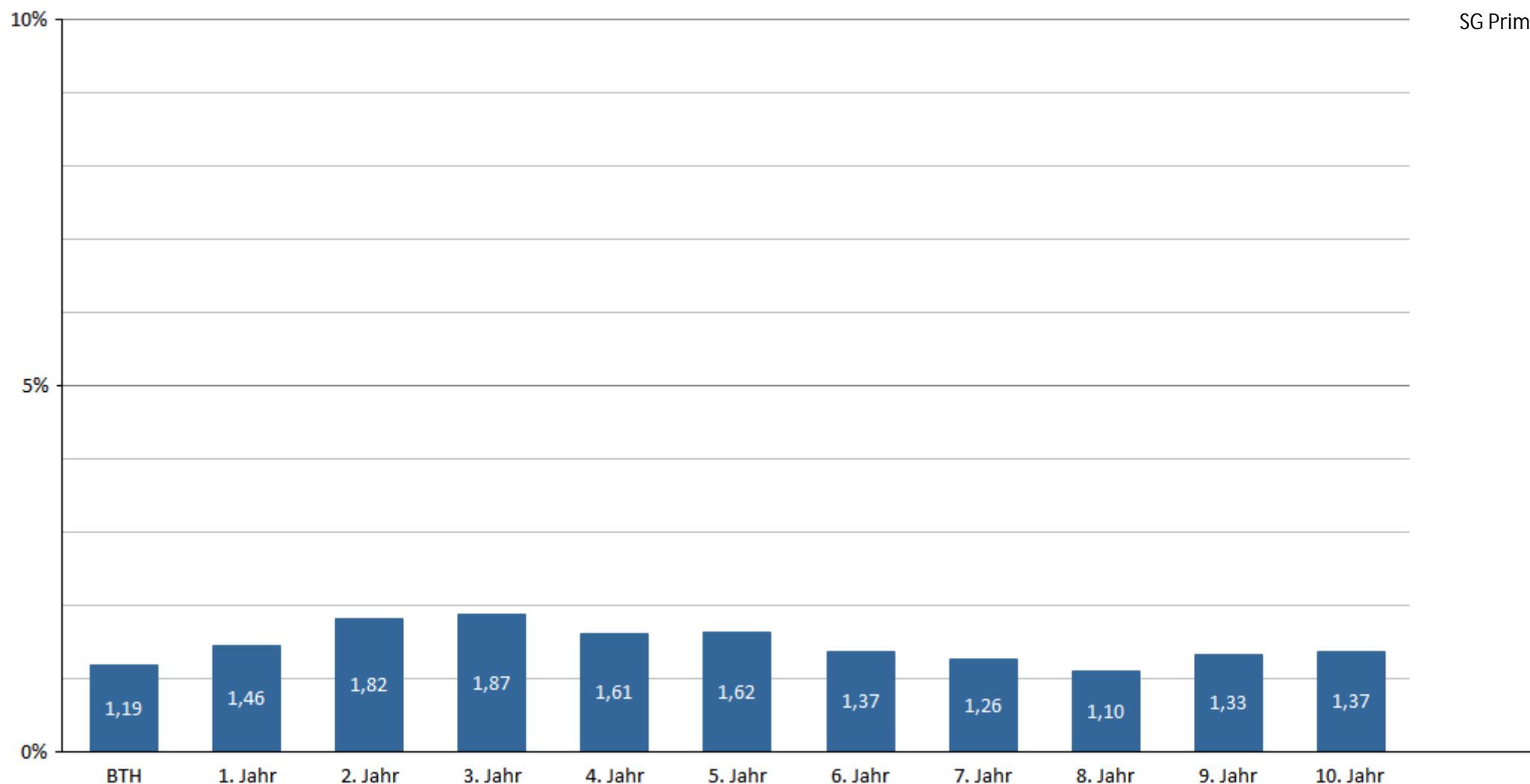
	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I - MAS	11.565	9.608	7.728	6.101	4.671	3.395	2.369	1.687	1.202	759	370
UICC IIA, B - MAS	18.689	15.381	12.332	9.707	7.323	5.312	3.700	2.627	1.833	1.176	604
UICC IIIA, B, C - MAS	10.219	8.432	6.511	4.900	3.595	2.537	1.719	1.208	857	544	251
UICC IV - MAS	1.789	1.507	1.049	750	528	382	258	153	105	54	26

*Durchschnittlich sind Patientinnen im Beitrittshalbjahr 3 Monate lang eingeschrieben. Der Anteil der Verstorbenen fällt im Beitrittshalbjahr entsprechend geringer aus.

C.2.2 Rezidive: Anteil der Patientinnen mit einem Rezidiv* im Teilnahmejahr [Q] Patientinnen mit zeitnah diagnostiziertem Primärtumor (= SG Prim)

Angaben in Prozent

■ mit Rezidiv



Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Alle während der DMP-Teilnahme auftretenden Rezidive sind anhand des Datums dem jeweiligen Teilnahmejahr (auch BTH) des Auftretens zuzuordnen.

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

In den 10 Folgejahren entwickeln zwischen 1,10 % und 1,87 % der Patientinnen der SG Prim insgesamt ein Rezidiv. Damit bleibt die jährliche Rate über die Zeit relativ konstant.

C.2.2 Rezidive: Anteil der Patientinnen mit einem Rezidiv* im Teilnahmejahr [Q] Patientinnen mit zeitnah diagnostiziertem Primärtumor (= SG Prim)

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
SG Prim	ohne Rezidiv	98,81	98,54	98,18	98,13	98,39	98,38	98,63	98,74	98,90	98,67	98,63
	mit Rezidiv	1,19	1,46	1,82	1,87	1,61	1,62	1,37	1,26	1,10	1,33	1,37

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
SG Prim	112.308	81.838	66.868	54.139	42.732	32.805	23.694	16.809	11.550	7.498	3.289

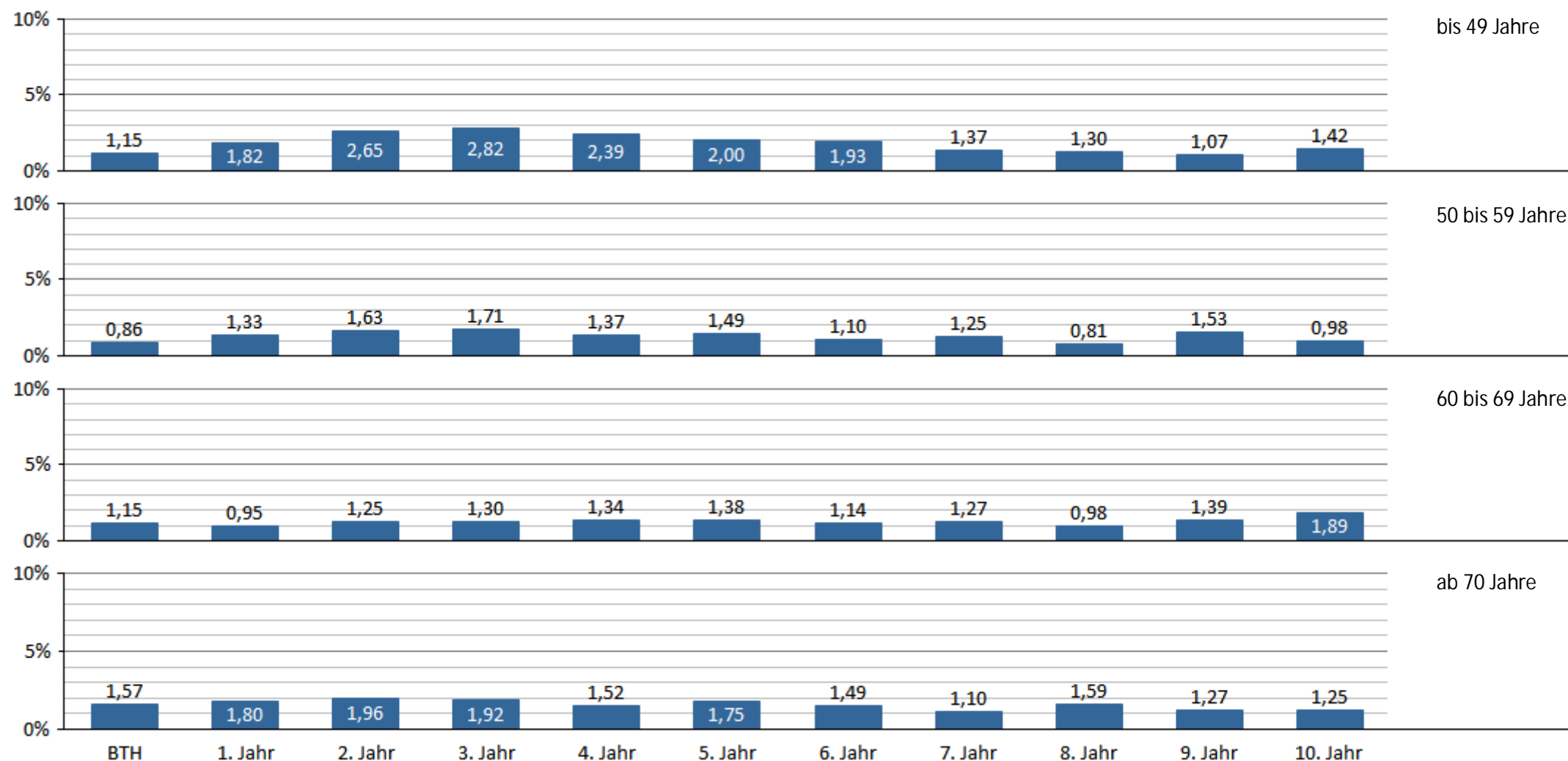
Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Alle während der DMP-Teilnahme auftretenden Rezidive sind anhand des Datums dem jeweiligen Teilnahmejahr (auch BTH) des Auftretens zuzuordnen.

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.2.2 Rezidive: Anteil der Patientinnen mit einem Rezidiv* im Teilnahmejahr [Q] SG Prim nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ mit Rezidiv



Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Alle während der DMP-Teilnahme auftretenden Rezidive sind anhand des Datums dem jeweiligen Teilnahmejahr (auch BTH) des Auftretens zuzuordnen.

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

In den Folgejahren entwickeln zwischen 0,81 % und 2,82 % der Patientinnen der SG Prim ein Rezidiv. Die jährliche Rate unterscheidet sich zwischen den Altersgruppen bei PB nur wenig.

C.2.2 Rezidive: Anteil der Patientinnen mit einem Rezidiv* im Teilnahmejahr [Q] SG Prim nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	ohne Rezidiv	98,85	98,18	97,35	97,18	97,61	98,00	98,07	98,63	98,70	98,93	98,58
	mit Rezidiv	1,15	1,82	2,65	2,82	2,39	2,00	1,93	1,37	1,30	1,07	1,42
50 bis 59 Jahre	ohne Rezidiv	99,14	98,67	98,37	98,29	98,63	98,51	98,90	98,75	99,19	98,47	99,02
	mit Rezidiv	0,86	1,33	1,63	1,71	1,37	1,49	1,10	1,25	0,81	1,53	0,98
60 bis 69 Jahre	ohne Rezidiv	98,85	99,05	98,75	98,70	98,66	98,62	98,86	98,73	99,02	98,61	98,11
	mit Rezidiv	1,15	0,95	1,25	1,30	1,34	1,38	1,14	1,27	0,98	1,39	1,89
ab 70 Jahren	ohne Rezidiv	98,43	98,20	98,04	98,08	98,48	98,25	98,51	98,90	98,41	98,73	98,75
	mit Rezidiv	1,57	1,80	1,96	1,92	1,52	1,75	1,49	1,10	1,59	1,27	1,25

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	21.861	16.248	13.336	10.965	8.877	7.035	5.340	3.941	2.843	1.961	915
50 bis 59 Jahre	30.216	22.411	18.703	15.326	12.452	9.752	7.189	5.207	3.703	2.425	1.128
60 bis 69 Jahre	29.047	21.282	17.638	14.550	11.597	8.979	6.519	4.660	3.176	2.009	846
ab 70 Jahren	31.184	21.897	17.191	13.298	9.806	7.039	4.646	3.001	1.828	1.103	400

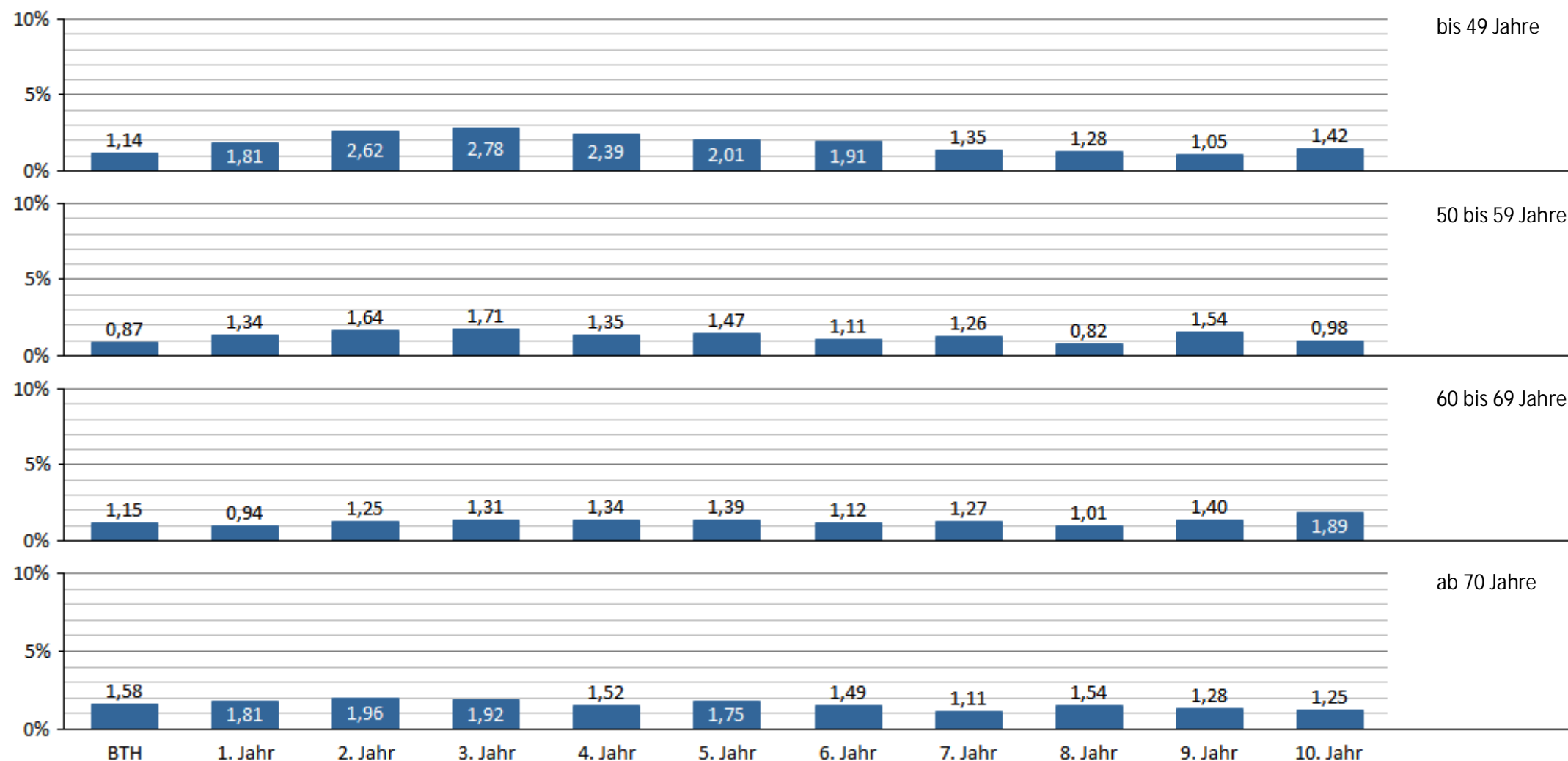
Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Alle während der DMP-Teilnahme auftretenden Rezidive sind anhand des Datums dem jeweiligen Teilnahmejahr (auch BTH) des Auftretens zuzuordnen.

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.2.2 Rezidive: Anteil der Patientinnen mit einem Rezidiv* im Teilnahmejahr [Q] SG Prim nach Altersgruppen bei Erstmanifestation

Angaben in Prozent

■ mit Rezidiv



Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Alle während der DMP-Teilnahme auftretenden Rezidive sind anhand des Datums dem jeweiligen Teilnahmejahr (auch BTH) des Auftretens zuzuordnen.

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.2.2 Rezidive: Anteil der Patientinnen mit einem Rezidiv* im Teilnahmejahr [Q] SG Prim nach Altersgruppen bei Erstmanifestation

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	ohne Rezidiv	98,86	98,19	97,38	97,22	97,61	97,99	98,09	98,65	98,72	98,95	98,58
	mit Rezidiv	1,14	1,81	2,62	2,78	2,39	2,01	1,91	1,35	1,28	1,05	1,42
50 bis 59 Jahre	ohne Rezidiv	99,13	98,66	98,36	98,29	98,65	98,53	98,89	98,74	99,18	98,46	99,02
	mit Rezidiv	0,87	1,34	1,64	1,71	1,35	1,47	1,11	1,26	0,82	1,54	0,98
60 bis 69 Jahre	ohne Rezidiv	98,85	99,06	98,75	98,69	98,66	98,61	98,88	98,73	98,99	98,60	98,11
	mit Rezidiv	1,15	0,94	1,25	1,31	1,34	1,39	1,12	1,27	1,01	1,40	1,89
ab 70 Jahren	ohne Rezidiv	98,42	98,19	98,04	98,08	98,48	98,25	98,51	98,89	98,46	98,72	98,75
	mit Rezidiv	1,58	1,81	1,96	1,92	1,52	1,75	1,49	1,11	1,54	1,28	1,25

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	22.280	16.564	13.607	11.190	9.052	7.172	5.443	4.010	2.892	1.993	918
50 bis 59 Jahre	30.051	22.267	18.571	15.211	12.358	9.683	7.135	5.174	3.677	2.407	1.126
60 bis 69 Jahre	28.908	21.192	17.561	14.492	11.560	8.938	6.491	4.640	3.166	2.002	846
ab 70 Jahren	31.069	21.815	17.129	13.246	9.762	7.012	4.625	2.985	1.815	1.096	399

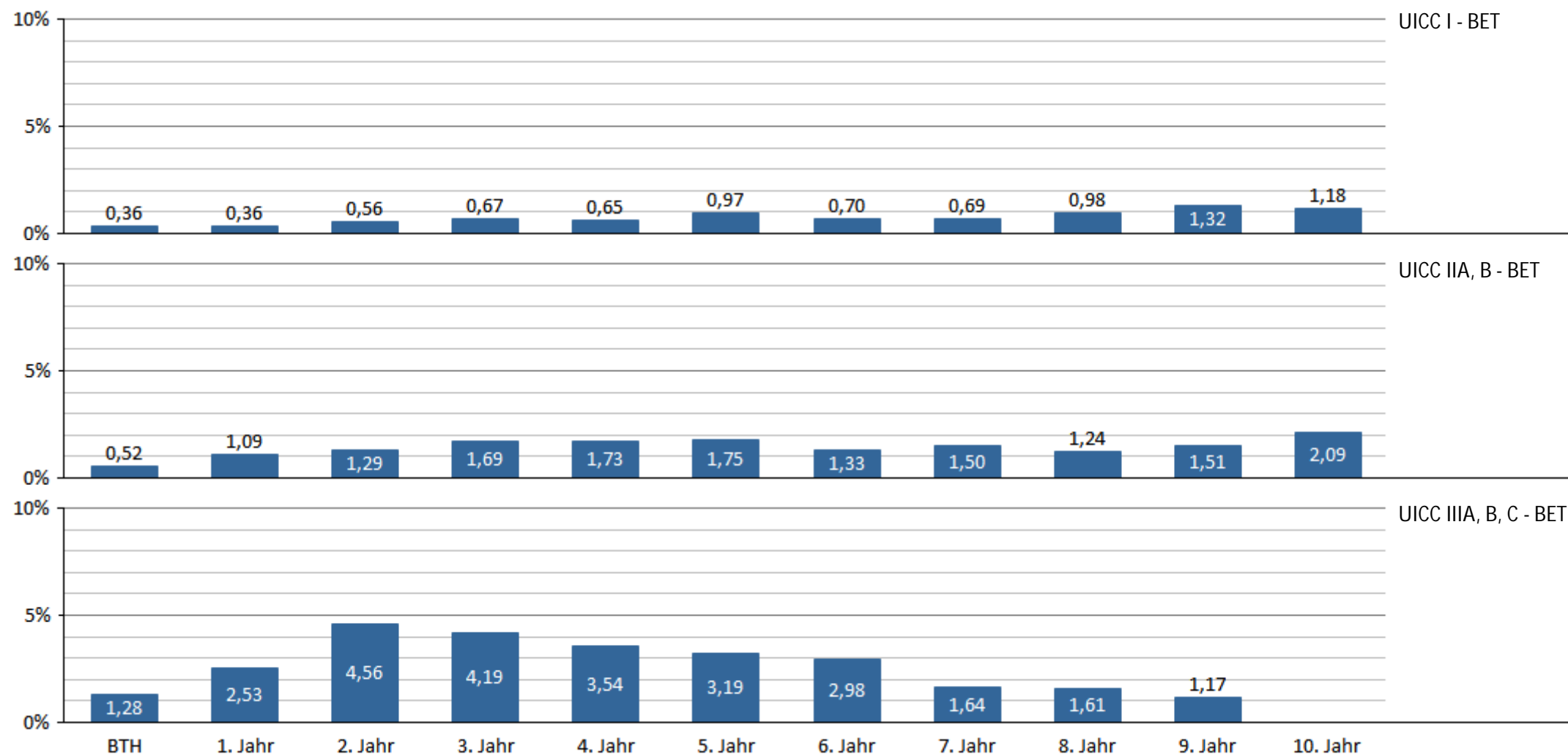
Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Alle während der DMP-Teilnahme auftretenden Rezidive sind anhand des Datums dem jeweiligen Teilnahmejahr (auch BTH) des Auftretens zuzuordnen.

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.2.2 Rezidive: Anteil der Patientinnen mit einem Rezidiv* im Teilnahmejahr [Q] SG Prim nach UICC-Stadien (0-III) und brusterhaltender Therapie bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ mit Rezidiv



Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Alle während der DMP-Teilnahme auftretenden Rezidive sind anhand des Datums dem jeweiligen Teilnahmejahr (auch BTH) des Auftretens zuzuordnen.

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

In den 10 Folgejahren entwickeln zwischen 0,36 % (UICC 0, I) und 4,56 % (UICC III) der Patientinnen der SG Primärtumor mit BET ein Rezidiv. Die jährliche Rezidivrate bei Patientinnen mit Mastektomie liegt sehr häufig oberhalb der Raten nach BET.

C.2.2 Rezidive: Anteil der Patientinnen mit einem Rezidiv* im Teilnahmejahr [Q] SG Prim nach UICC-Stadien (0-III) und brusterhaltender Therapie bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I - BET	ohne Rezidiv	99,64	99,64	99,44	99,33	99,35	99,03	99,30	99,31	99,02	98,68	98,82
	mit Rezidiv	0,36	0,36	0,56	0,67	0,65	0,97	0,70	0,69	0,98	1,32	1,18
UICC IIA, B - BET	ohne Rezidiv	99,48	98,91	98,71	98,31	98,27	98,25	98,67	98,50	98,76	98,49	97,91
	mit Rezidiv	0,52	1,09	1,29	1,69	1,73	1,75	1,33	1,50	1,24	1,51	2,09
UICC IIIA, B, C - BET	ohne Rezidiv	98,72	97,47	95,44	95,81	96,46	96,81	97,02	98,36	98,39	98,83	100,00
	mit Rezidiv	1,28	2,53	4,56	4,19	3,54	3,19	2,98	1,64	1,61	1,17	0,00

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I - BET	28.705	21.383	18.069	14.966	12.048	9.483	6.958	5.077	3.584	2.352	1.018
UICC IIA, B - BET	17.047	12.308	10.319	8.517	6.775	5.263	3.847	2.742	1.938	1.256	573
UICC IIIA, B, C - BET	2.268	1.579	1.294	1.075	848	659	504	366	249	171	73

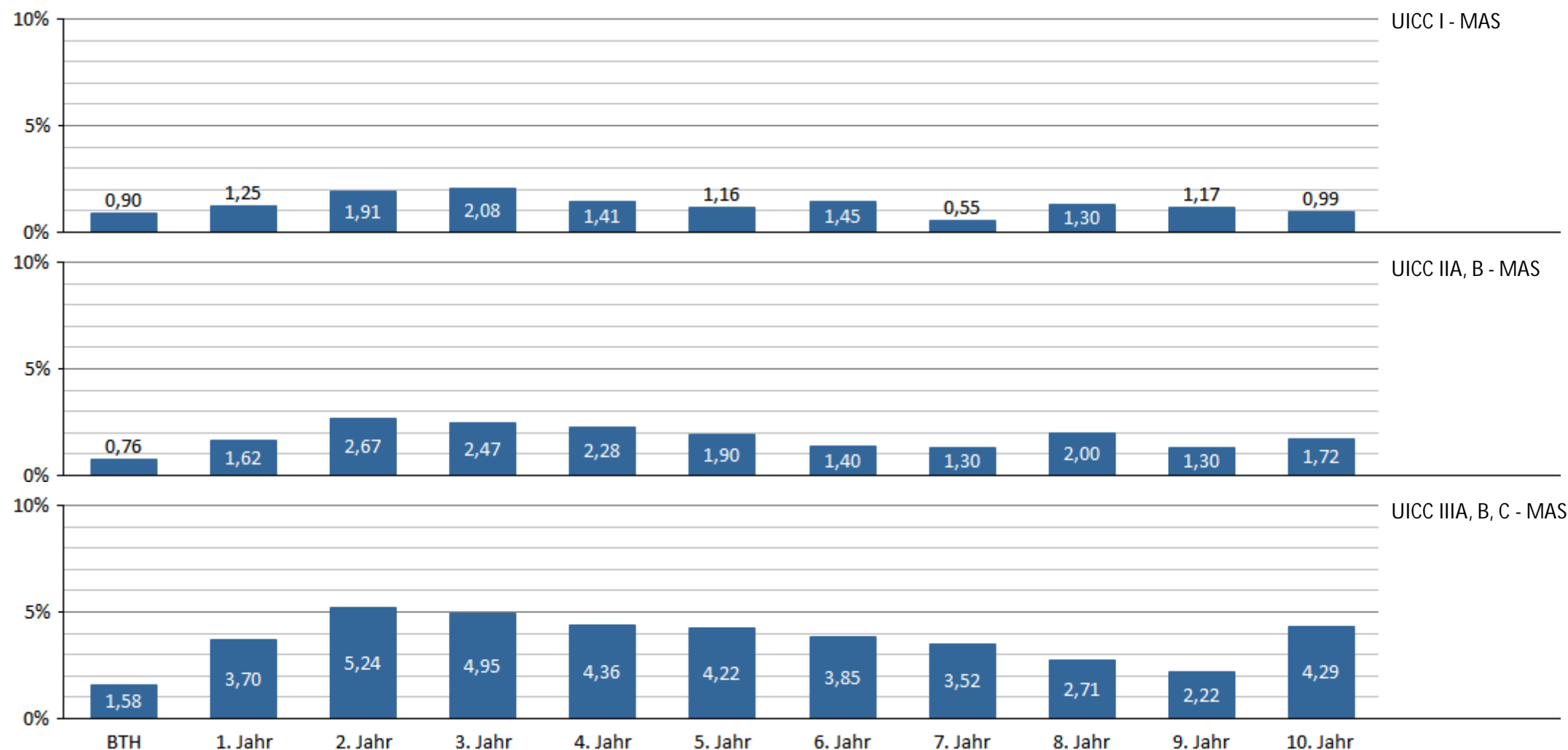
Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Alle während der DMP-Teilnahme auftretenden Rezidive sind anhand des Datums dem jeweiligen Teilnahmejahr (auch BTH) des Auftretens zuzuordnen.

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.2.2 Rezidive: Anteil der Patientinnen mit einem Rezidiv* im Teilnahmejahr [Q] SG Prim nach UICC-Stadien (0-III) und Mastektomie bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ mit Rezidiv



Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Alle während der DMP-Teilnahme auftretenden Rezidive sind anhand des Datums dem jeweiligen Teilnahmejahr (auch BTH) des Auftretens zuzuordnen.

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.2.2 Rezidive: Anteil der Patientinnen mit einem Rezidiv* im Teilnahmejahr [Q] SG Prim nach UICC-Stadien (0-III) und Mastektomie bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I - MAS	ohne Rezidiv	99,10	98,75	98,09	97,92	98,59	98,84	98,55	99,45	98,70	98,83	99,01
	mit Rezidiv	0,90	1,25	1,91	2,08	1,41	1,16	1,45	0,55	1,30	1,17	0,99
UICC IIA, B - MAS	ohne Rezidiv	99,24	98,38	97,33	97,53	97,72	98,10	98,60	98,70	98,00	98,70	98,28
	mit Rezidiv	0,76	1,62	2,67	2,47	2,28	1,90	1,40	1,30	2,00	1,30	1,72
UICC IIIA, B, C - MAS	ohne Rezidiv	98,42	96,30	94,76	95,05	95,64	95,78	96,15	96,48	97,29	97,78	95,71
	mit Rezidiv	1,58	3,70	5,24	4,95	4,36	4,22	3,85	3,52	2,71	2,22	4,29

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I - MAS	3.427	2.560	2.099	1.682	1.345	1.032	761	545	384	256	101
UICC IIA, B - MAS	6.289	4.505	3.676	2.961	2.284	1.741	1.213	849	600	384	174
UICC IIIA, B, C - MAS	3.174	2.188	1.680	1.313	987	735	519	369	258	180	70

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Alle während der DMP-Teilnahme auftretenden Rezidive sind anhand des Datums dem jeweiligen Teilnahmejahr (auch BTH) des Auftretens zuzuordnen.

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

Zunächst wird nachfolgend in Kapitel C.3.1 das Auftreten von Sterbefällen bzw. die kumulierten Überlebensraten nach Kaplan-Meier untersucht. Die kumulierten Überlebensraten werden für die Gesamtheit aller eingeschriebenen Patientinnen sowie für die Patientinnen mit zeitnah (kleiner 12 Wochen) zur Einschreibung diagnostiziertem Primärtumor (= Subgruppe SG Primärtumor) dargestellt. Weiterhin wird nach Lebensalter bei Programmbeitritt, Lebensalter bei Erstmanifestation eines Primärtumors sowie Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt differenziert. Letztlich wird nach den UICC-Stadien bei Programmbeitritt differenziert, wobei hier noch zusätzlich nach Art der operativen Therapie (brusterhaltende Therapie vs. Mastektomie) unterschieden wird. Die Ergebnisse werden jeweils in Prozent dargestellt.

Weiterhin wird in Kapitel C.3.2 das Erstaufreten von Ereignissen [EZ] im Verlauf der DMP-Teilnahme untersucht. Als aufgetretenes "Ereignis" gezählt wird dabei in einer ersten Auswertung das Erstaufreten eines beliebigen "Rezidivs", also eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebs oder von Fernmetastasen. Ausgewertet werden dabei ausschließlich Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Primärtumor). Sofern während der DMP-Teilnahme bei einer Teilnehmerin mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH) und zu berücksichtigen. Ein lokales oder lokoregionäres Rezidiv tritt in der gleichen Brust oder in deren Umfeld (Brustwand, angrenzende Lymphknoten) auf, während sich ein kontralaterales Rezidiv in der Brust auf der anderen Seite manifestiert. Von den lokalen und regionären Metastasen unterscheidet man die Fernmetastasen. Diese Art von Metastasen bildet Absiedlungen in vom Tumor entfernten Organen. Bei Brustkrebs entstehen diese am häufigsten in den Lymphknoten, den Knochen, in der Lunge, der Haut, der Leber und im Gehirn (viszerale Fernmetastasen).⁷

Die Darstellung [EZ] erfolgt dabei für das Patientinnenkollektiv der SG Primärtumor, welches keines der 3 betrachteten Ereignisse bei Einschreibung laut Erstdokumentation erlitten hatte ("Patientinnen unter Risiko") sowie zusätzlich für die SG Primärtumor differenziert nach Lebensalter bei Programmbeitritt und Lebensalter bei Erstmanifestation des Primärtumors. Letztlich wird nach dem UICC Stadium bei Programmbeitritt differenziert (ohne Stadium IV), wobei hier noch zusätzlich nach Art der operativen Therapie (brusterhaltende Therapie vs. Mastektomie) unterschieden wird.

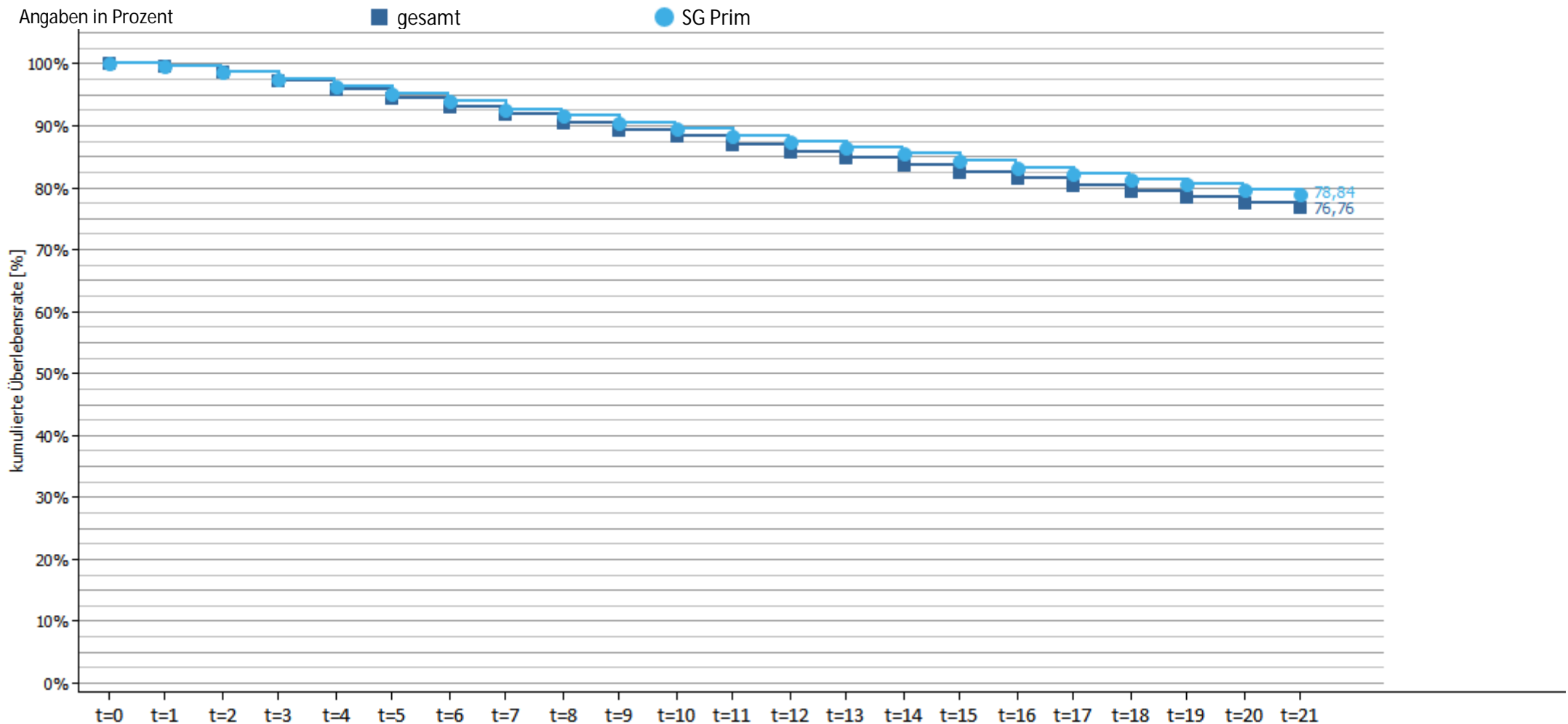
Im Anschluss erfolgt eine analoge Auswertung [EZ] getrennt für die 3 Arten des Rezidivs. Basis für diese separaten Ereigniszeitanalysen zum Erstaufreten von Rezidiven ist auch hier ausschließlich das Patientinnenkollektiv der SG Primärtumor, welches das betrachtete Ereignis bei Einschreibung laut Erstdokumentation definitionsgemäß noch nicht erlitten hatte ("Patientinnen unter Risiko").

Für alle Analysen zum Erstaufreten von Rezidiven [EZ] wird die jeweilige kumulierte "Rate der ereignisfreien Zeit" nach Kaplan-Meier ausgewiesen. Diese Raten geben die Wahrscheinlichkeit in Prozent wieder, mit der für Patientinnen im jeweiligen Folgehalbjahr (noch) keines der insgesamt sowie im Einzelnen betrachteten Ereignisse/Rezidive eingetreten ist. Es ist allerdings möglich, dass in einer Folgedokumentation ein Ereignis dokumentiert wurde, dessen Datumsangabe zur (histologischen) Diagnosesicherung in das Beitritts halbjahr fällt. Insofern definiert ein $t=0$ in allen Ereigniszeitanalysen nicht das ganze Beitritts halbjahr an sich, sondern den konkreten Zeitpunkt (Datum) des Programmbeitritts, $t=1$ dagegen den nach Datum des Programmbeitritts verbleibenden Zeitraum des Beitritts halbjahres, in dem ein Ereignis auftreten kann.

Die Ergebnisse aller Ereigniszeitanalysen [EZ] werden jeweils in Prozent dargestellt.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ]

Gesamt und Patientinnen mit zeitnah diagnostiziertem Primärtumor (= SG Prim)



Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitrittsjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte. Sind in der Grafik die Linien nicht mehr unterscheidbar oder liegen übereinander, können die exakten Werte der nachfolgenden blauen Tabelle "Raten in Prozent" entnommen werden.

Insgesamt liegt nach regulärer Programmteilnahme (t=21) die geschätzte Überlebensrate kumuliert bei 76,8 %. Bei Patientinnen der Subgruppe Primärtumor liegt die kumulierte Rate um gut 2 Prozentpunkte höher (78,8 %).

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ]

Gesamt und Patientinnen mit zeitnah diagnostiziertem Primärtumor (= SG Prim)

Raten in Prozent

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
gesamt	100,00	99,65	98,57	97,22	95,88	94,48	93,14	91,82	90,58	89,40	88,24	87,06
SG Prim	100,00	99,70	98,79	97,61	96,41	95,10	93,89	92,65	91,59	90,49	89,43	88,45

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
gesamt	85,86	84,74	83,69	82,53	81,45	80,45	79,36	78,49	77,50	76,76
SG Prim	87,38	86,38	85,43	84,27	83,25	82,28	81,33	80,51	79,59	78,84

Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitrittsjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ]

Gesamt und Patientinnen mit zeitnah diagnostiziertem Primärtumor (= SG Prim)

Fallbasis absolut

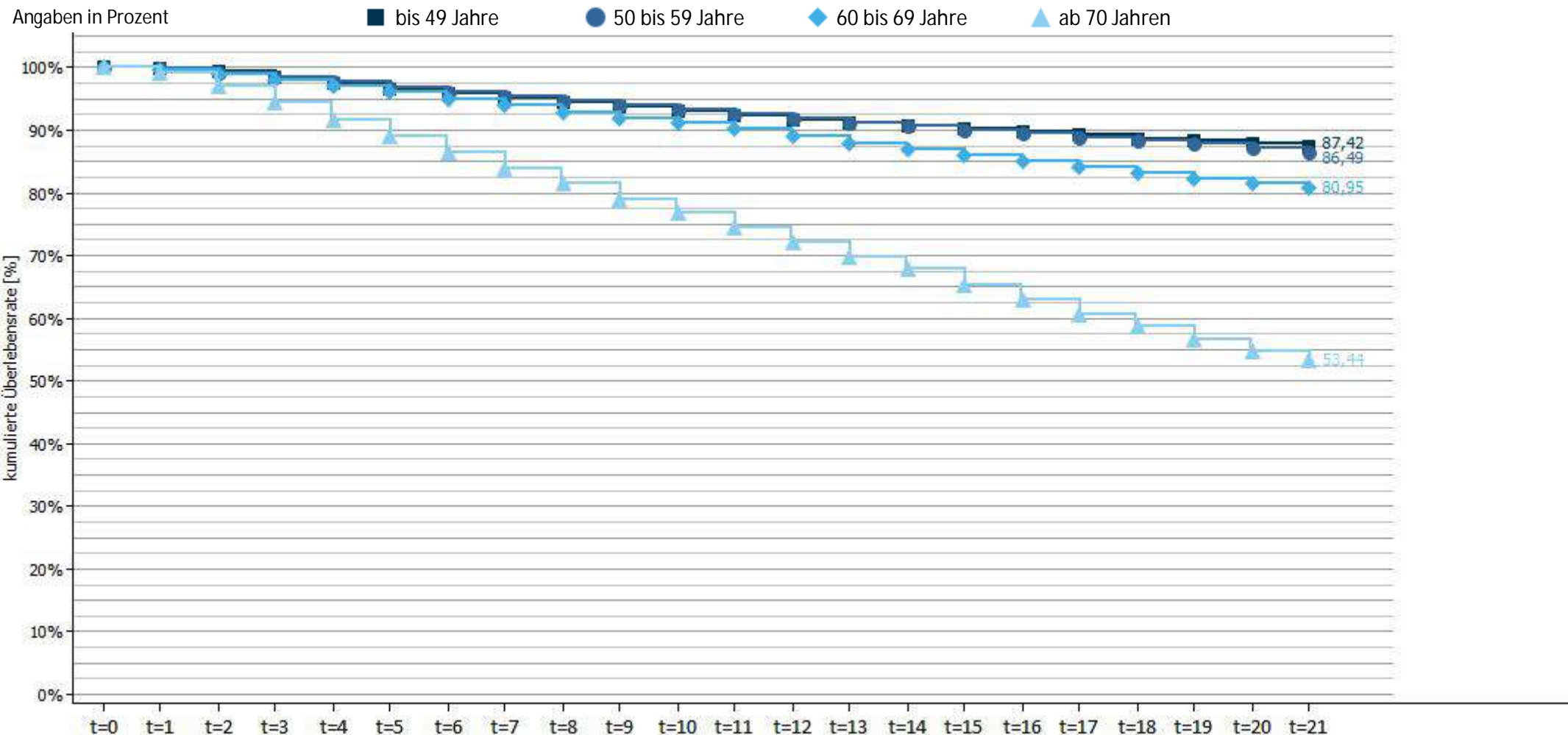
	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
gesamt	299.233	299.233	256.560	229.758	204.956	182.815	162.844	143.944	125.793	109.288	93.927	79.502
SG Prim	112.308	112.308	93.241	83.964	75.733	68.516	61.887	55.500	49.300	43.959	38.966	34.136

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
gesamt	67.351	56.936	48.215	40.803	34.159	28.074	22.709	17.797	12.882	6.431
SG Prim	29.726	25.579	22.162	19.048	16.288	13.708	11.395	9.321	7.471	4.750

Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitrittsjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ] Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt



Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitrittsjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte. Sind in der Grafik die Linien nicht mehr unterscheidbar oder liegen übereinander, können die exakten Werte der nachfolgenden blauen Tabelle "Raten in Prozent" entnommen werden.

In der Gruppe der ab 70-Jährigen liegt nach regulärer Programmtteilnahme (t=21) die geschätzte Überlebensrate kumuliert bei ca. 53,4 %. Bei Patientinnen aller anderen Subgruppen nach Lebensalter liegt die kumulierte Rate um rund 30 Prozentpunkte höher.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ] Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Raten in Prozent

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
bis 49 Jahre	100,00	99,88	99,32	98,48	97,54	96,68	95,88	95,13	94,40	93,73	93,07	92,41
50 bis 59 Jahre	100,00	99,83	99,24	98,46	97,71	96,81	96,04	95,31	94,63	94,00	93,25	92,49
60 bis 69 Jahre	100,00	99,73	98,90	98,02	97,10	95,99	94,99	93,92	92,89	91,99	91,06	90,15
ab 70 Jahren	100,00	99,23	97,07	94,36	91,73	89,14	86,47	83,91	81,48	79,04	76,79	74,45

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
bis 49 Jahre	91,75	91,15	90,73	90,12	89,66	89,27	88,64	88,36	87,92	87,42
50 bis 59 Jahre	91,87	91,28	90,60	89,97	89,43	88,91	88,24	87,82	87,15	86,49
60 bis 69 Jahre	89,10	87,98	87,00	85,97	84,98	84,19	83,19	82,35	81,45	80,95
ab 70 Jahren	72,04	69,89	67,83	65,43	63,08	60,73	58,64	56,69	54,77	53,44

Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitrittsjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ] Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

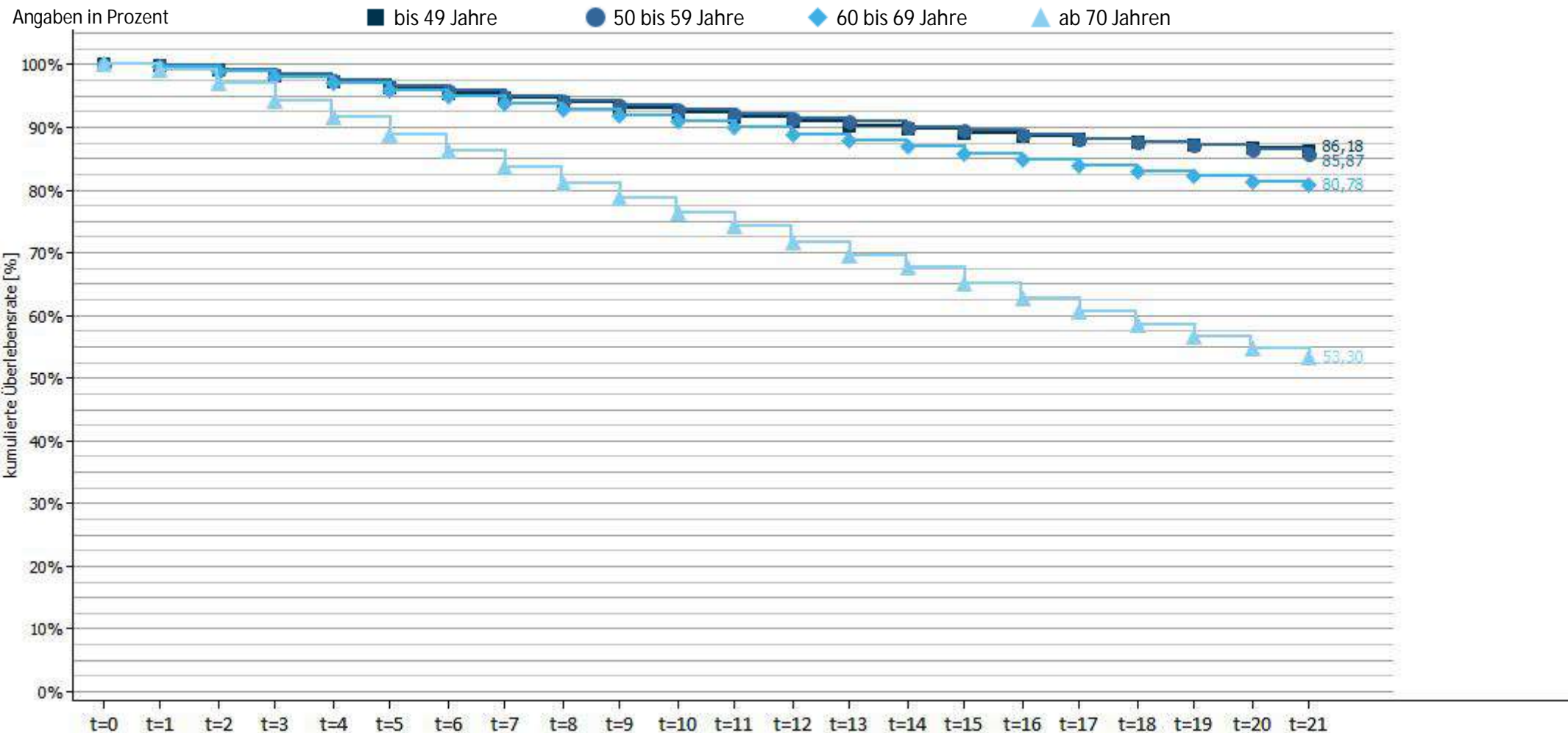
	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
bis 49 Jahre	56.035	56.035	48.125	43.419	38.869	34.888	31.269	27.972	24.790	21.928	19.128	16.559
50 bis 59 Jahre	81.560	81.560	70.456	63.568	57.152	51.431	46.186	41.122	36.351	31.825	27.574	23.368
60 bis 69 Jahre	78.971	78.971	67.894	61.021	54.873	49.322	44.247	39.329	34.457	30.020	25.878	21.946
ab 70 Jahren	82.665	82.665	70.083	61.748	54.061	47.173	41.141	35.520	30.194	25.514	21.346	17.628

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
bis 49 Jahre	14.189	12.252	10.482	8.986	7.597	6.424	5.223	4.169	3.003	1.598
50 bis 59 Jahre	19.925	16.914	14.446	12.293	10.396	8.587	6.949	5.442	3.925	1.982
60 bis 69 Jahre	18.714	15.887	13.472	11.440	9.577	7.844	6.428	5.003	3.676	1.784
ab 70 Jahren	14.522	11.882	9.814	8.084	6.589	5.219	4.109	3.183	2.278	1.067

Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitrittsjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ] Nach Altersgruppen bei Erstmanifestation



Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitrittsjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte. Sind in der Grafik die Linien nicht mehr unterscheidbar oder liegen übereinander, können die exakten Werte der nachfolgenden blauen Tabelle "Raten in Prozent" entnommen werden.

In der Gruppe der ab 70-Jährigen bei Erstmanifestation liegt nach regulärer Programmtteilnahme (t=21) die geschätzte Überlebensrate kumuliert bei ca. 53,3 %. Bei Patientinnen aller anderen Subgruppen nach Lebensalter liegt die kumulierte Rate um rund 30 Prozentpunkte höher.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ] Nach Altersgruppen bei Erstmanifestation

Raten in Prozent

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
bis 49 Jahre	100,00	99,85	99,21	98,30	97,32	96,37	95,50	94,70	93,89	93,16	92,38	91,61
50 bis 59 Jahre	100,00	99,82	99,19	98,37	97,54	96,62	95,80	95,01	94,28	93,59	92,85	92,10
60 bis 69 Jahre	100,00	99,70	98,86	97,91	96,99	95,91	94,89	93,80	92,77	91,84	90,93	89,93
ab 70 Jahren	100,00	99,21	96,99	94,23	91,53	88,85	86,15	83,55	81,07	78,66	76,45	74,22

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
bis 49 Jahre	90,86	90,22	89,77	89,08	88,63	88,21	87,55	87,25	86,71	86,18
50 bis 59 Jahre	91,46	90,83	90,06	89,41	88,79	88,23	87,57	87,09	86,54	85,87
60 bis 69 Jahre	88,87	87,76	86,89	85,86	84,90	83,98	82,99	82,14	81,30	80,78
ab 70 Jahren	71,77	69,65	67,56	65,10	62,73	60,52	58,54	56,65	54,64	53,30

Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitrittsjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ] Nach Altersgruppen bei Erstmanifestation

Fallbasis absolut

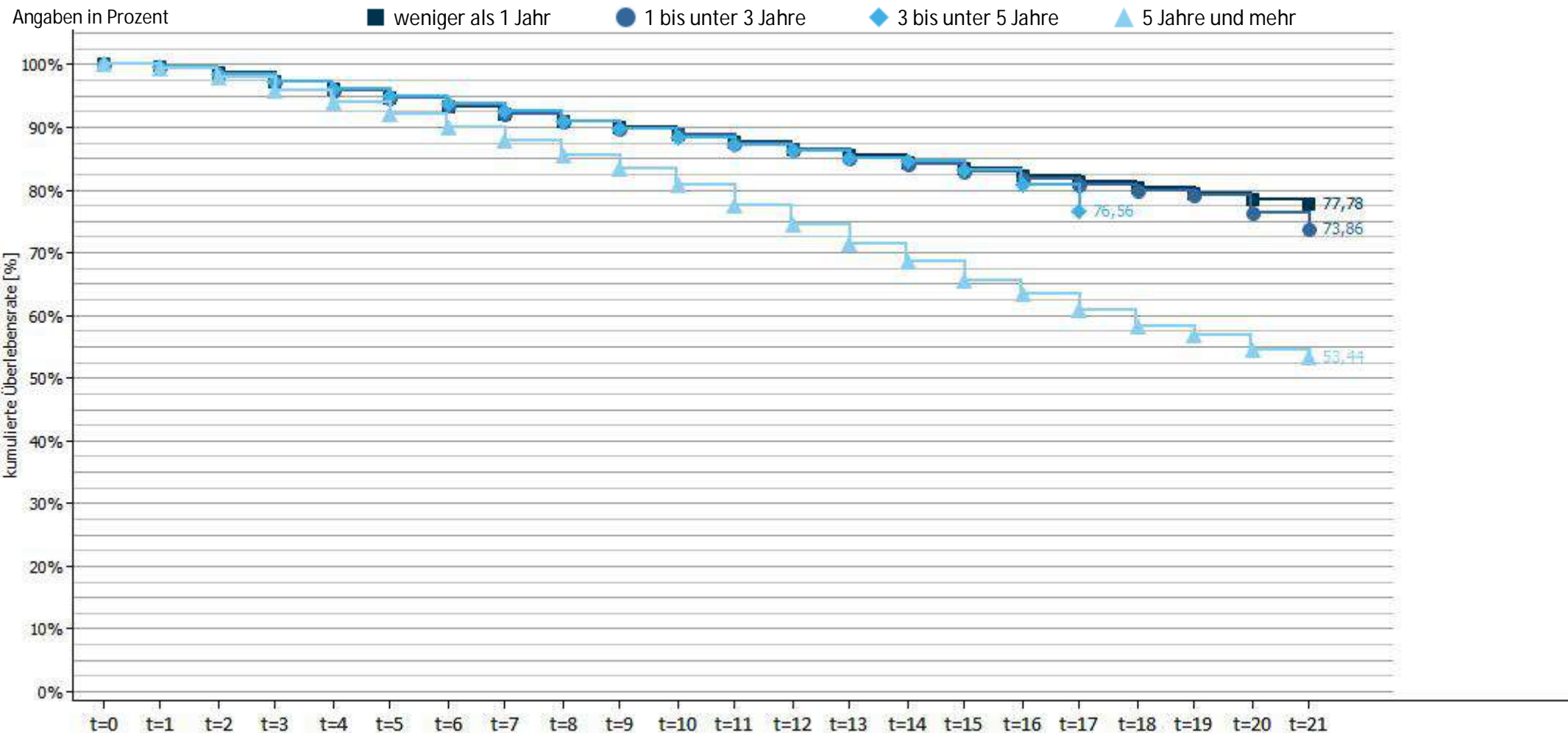
	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
bis 49 Jahre	67.283	67.283	58.180	52.325	46.760	41.744	37.312	33.113	29.187	25.450	21.993	18.777
50 bis 59 Jahre	79.381	79.381	68.594	61.790	55.494	49.768	44.569	39.593	34.906	30.547	26.443	22.460
60 bis 69 Jahre	74.650	74.650	64.036	57.563	51.715	46.519	41.730	37.082	32.485	28.355	24.443	20.747
ab 70 Jahren	70.121	70.121	59.123	52.150	45.744	40.137	35.114	30.501	26.010	22.184	18.689	15.524

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
bis 49 Jahre	16.048	13.655	11.649	9.906	8.363	6.998	5.683	4.475	3.207	1.656
50 bis 59 Jahre	19.154	16.302	13.929	11.850	10.016	8.267	6.701	5.267	3.803	1.931
60 bis 69 Jahre	17.678	15.005	12.749	10.877	9.114	7.485	6.111	4.785	3.521	1.725
ab 70 Jahren	12.786	10.530	8.694	7.186	5.843	4.653	3.673	2.877	2.061	977

Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitritts halbjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ] Nach Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt



Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitrittsjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte. Sind in der Grafik die Linien nicht mehr unterscheidbar oder liegen übereinander, können die exakten Werte der nachfolgenden blauen Tabelle "Raten in Prozent" entnommen werden.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ] Nach Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt

Raten in Prozent

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
weniger als 1 Jahr	100,00	99,66	98,64	97,35	96,06	94,69	93,39	92,14	90,99	89,88	88,77	87,68
1 Jahr bis unter 3 Jahre	100,00	99,67	98,55	97,23	95,91	94,63	93,41	92,17	90,91	89,73	88,71	87,48
3 Jahre bis unter 5 Jahre	100,00	99,61	98,57	97,31	96,09	94,91	93,77	92,48	90,89	89,67	88,42	87,14
5 Jahre und mehr	100,00	99,47	97,96	95,98	94,07	92,03	89,92	87,78	85,63	83,35	80,77	77,57

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
weniger als 1 Jahr	86,50	85,46	84,44	83,34	82,29	81,32	80,27	79,40	78,47	77,78
1 Jahr bis unter 3 Jahre	86,50	85,16	84,17	82,88	81,79	80,90	79,81	79,13	76,32	73,86
3 Jahre bis unter 5 Jahre	86,23	85,08	84,49	83,23	80,93	76,56	-	-	-	-
5 Jahre und mehr	74,49	71,53	68,58	65,54	63,35	60,79	58,27	56,88	54,47	53,44

Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitritts halbjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ] Nach Erkrankungsdauer bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
weniger als 1 Jahr	216.316	216.316	183.610	165.300	148.506	133.688	120.144	107.527	95.509	84.750	74.766	64.519
1 Jahr bis unter 3 Jahre	42.100	42.100	37.089	32.948	29.352	26.171	23.646	20.789	17.695	14.893	12.238	9.926
3 Jahre bis unter 5 Jahre	16.463	16.463	14.207	12.241	10.148	8.312	6.727	5.577	4.846	4.101	3.293	2.617
5 Jahre und mehr	23.749	23.749	21.172	18.817	16.544	14.276	11.992	9.756	7.480	5.304	3.422	2.271

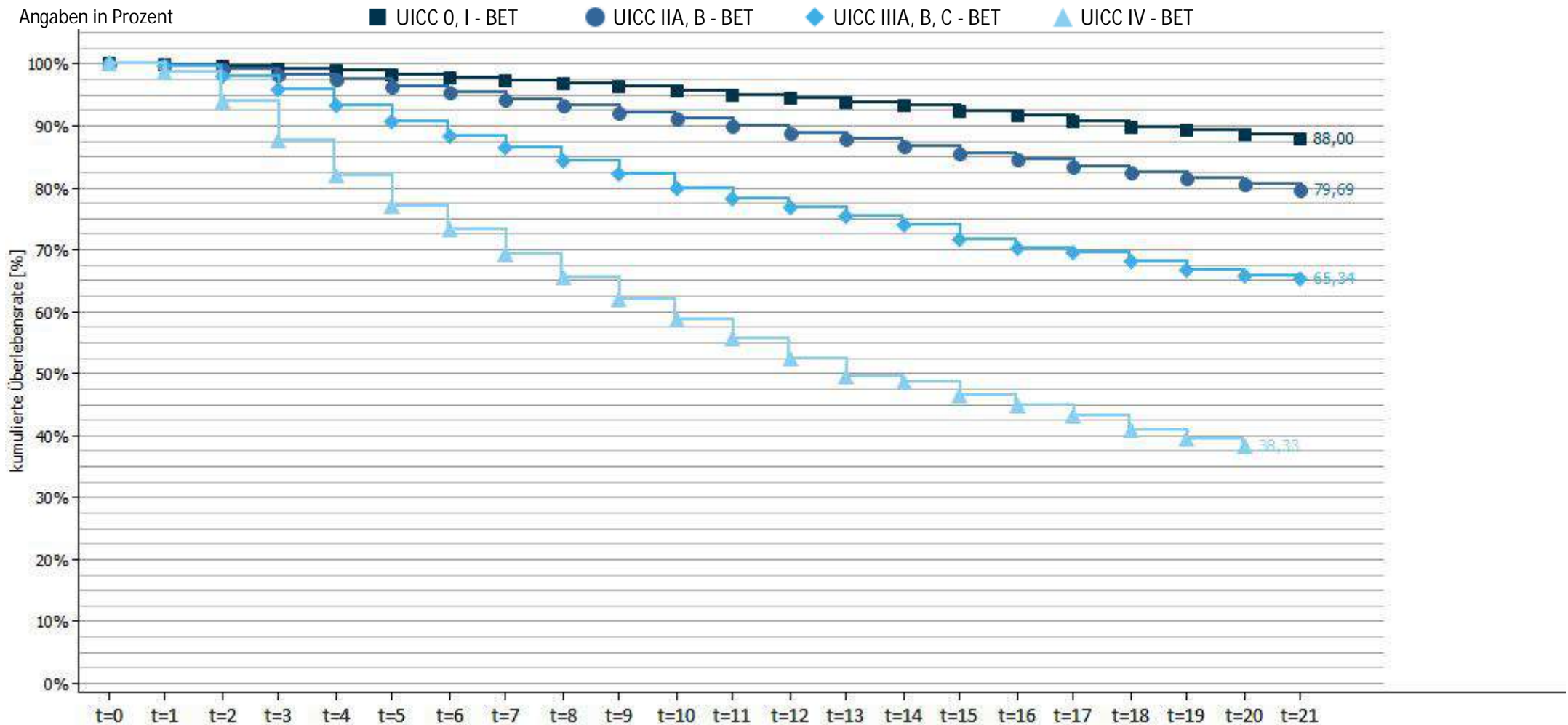
	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
weniger als 1 Jahr	55.222	47.409	40.695	34.898	29.672	24.770	20.462	16.621	12.424	6.198
1 Jahr bis unter 3 Jahre	8.395	6.951	5.763	4.714	3.695	2.688	1.778	820	197	93
3 Jahre bis unter 5 Jahre	1.929	1.271	726	333	109	74	41	31	26	18
5 Jahre und mehr	1.688	1.208	947	788	629	494	387	293	212	106

Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitritts halbjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ]

Nach UICC-Stadien und brusterhaltender Therapie (BET) bei Programmbeitritt



Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitrittsjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte. Sind in der Grafik die Linien nicht mehr unterscheidbar oder liegen übereinander, können die exakten Werte der nachfolgenden blauen Tabelle "Raten in Prozent" entnommen werden.

Nach regulärer Programmteilnahme (t=21) liegen die geschätzten Überlebensraten kumuliert bei Patientinnen mit brusterhaltender Therapie um rund 6 bis 17 Prozentpunkte über den Raten der Patientinnen nach Mastektomie, abhängig vom UICC-Stadium (0-III) bei PB.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ]

Nach UICC-Stadien und brusterhaltender Therapie (BET) bei Programmbeitritt

Raten in Prozent

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
UICC 0, I - BET	100,00	99,91	99,61	99,21	98,83	98,32	97,83	97,30	96,72	96,22	95,68	95,00
UICC IIA, B - BET	100,00	99,80	99,17	98,33	97,40	96,34	95,34	94,32	93,18	92,13	91,12	90,06
UICC IIIA, B, C - BET	100,00	99,59	97,96	95,76	93,39	90,77	88,46	86,42	84,28	82,33	79,90	78,28
UICC IV - BET	100,00	98,76	94,03	87,56	81,97	77,15	73,43	69,43	65,47	62,13	58,70	55,75

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
UICC 0, I - BET	94,35	93,78	93,20	92,41	91,58	90,79	89,85	89,37	88,61	88,00
UICC IIA, B - BET	88,92	87,82	86,80	85,60	84,66	83,41	82,56	81,62	80,48	79,69
UICC IIIA, B, C - BET	76,74	75,33	73,95	71,55	70,36	69,51	68,16	66,70	65,82	65,34
UICC IV - BET	52,50	49,67	48,63	46,57	44,92	43,28	40,98	39,57	38,33	-

Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitrittsjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ]

Nach UICC-Stadien und brusterhaltender Therapie (BET) bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

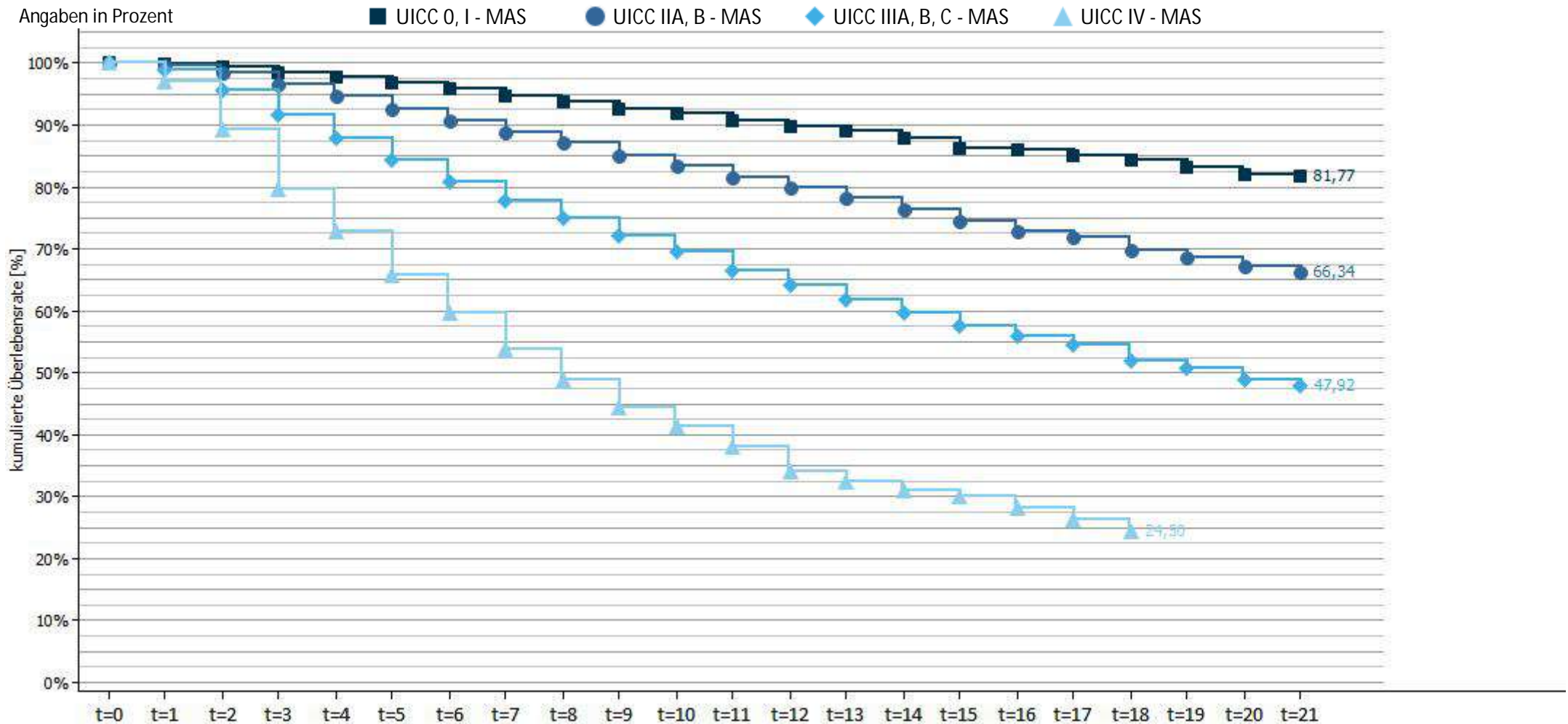
	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
UICC 0, I - BET	79.735	79.735	69.021	62.683	56.767	51.306	46.119	41.144	36.214	31.608	27.385	23.331
UICC IIA, B - BET	51.337	51.337	44.218	39.969	36.015	32.323	29.017	25.823	22.684	19.678	16.934	14.351
UICC IIIA, B, C - BET	7.628	7.628	6.537	5.911	5.287	4.707	4.203	3.733	3.238	2.807	2.369	2.019
UICC IV - BET	1.608	1.608	1.399	1.236	1.080	936	808	716	632	548	471	418

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
UICC 0, I - BET	19.810	16.978	14.561	12.471	10.539	8.737	7.101	5.620	4.096	2.024
UICC IIA, B - BET	12.203	10.339	8.759	7.447	6.229	5.115	4.112	3.226	2.298	1.122
UICC IIIA, B, C - BET	1.728	1.468	1.263	1.078	899	742	620	466	303	139
UICC IV - BET	360	297	240	212	169	137	113	87	64	38

Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitritts halbjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ] Nach UICC-Stadien und Mastektomie bei Programmbeitritt



Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitrittsjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte. Sind in der Grafik die Linien nicht mehr unterscheidbar oder liegen übereinander, können die exakten Werte der nachfolgenden blauen Tabelle "Raten in Prozent" entnommen werden.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ] Nach UICC-Stadien und Mastektomie bei Programmbeitritt

Raten in Prozent

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
UICC 0, I - MAS	100,00	99,87	99,34	98,56	97,81	96,78	95,80	94,63	93,75	92,65	91,85	90,79
UICC IIA, B - MAS	100,00	99,66	98,41	96,64	94,61	92,62	90,63	88,76	87,08	85,08	83,36	81,43
UICC IIIA, B, C - MAS	100,00	98,97	95,71	91,63	87,80	84,36	80,95	77,72	74,84	72,23	69,47	66,52
UICC IV - MAS	100,00	96,98	89,29	79,59	72,74	65,77	59,80	53,82	48,98	44,51	41,32	37,99

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
UICC 0, I - MAS	89,86	89,00	87,86	86,33	85,88	84,99	84,33	83,13	82,12	81,77
UICC IIA, B - MAS	79,84	78,17	76,38	74,58	72,93	71,83	69,90	68,60	67,26	66,34
UICC IIIA, B, C - MAS	64,10	61,77	59,64	57,57	55,82	54,50	52,01	50,71	48,93	47,92
UICC IV - MAS	34,09	32,52	31,04	30,16	28,10	26,32	24,50	-	-	-

Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitritts halbjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte.

C.3.1 Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ] Nach UICC-Stadien und Mastektomie bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

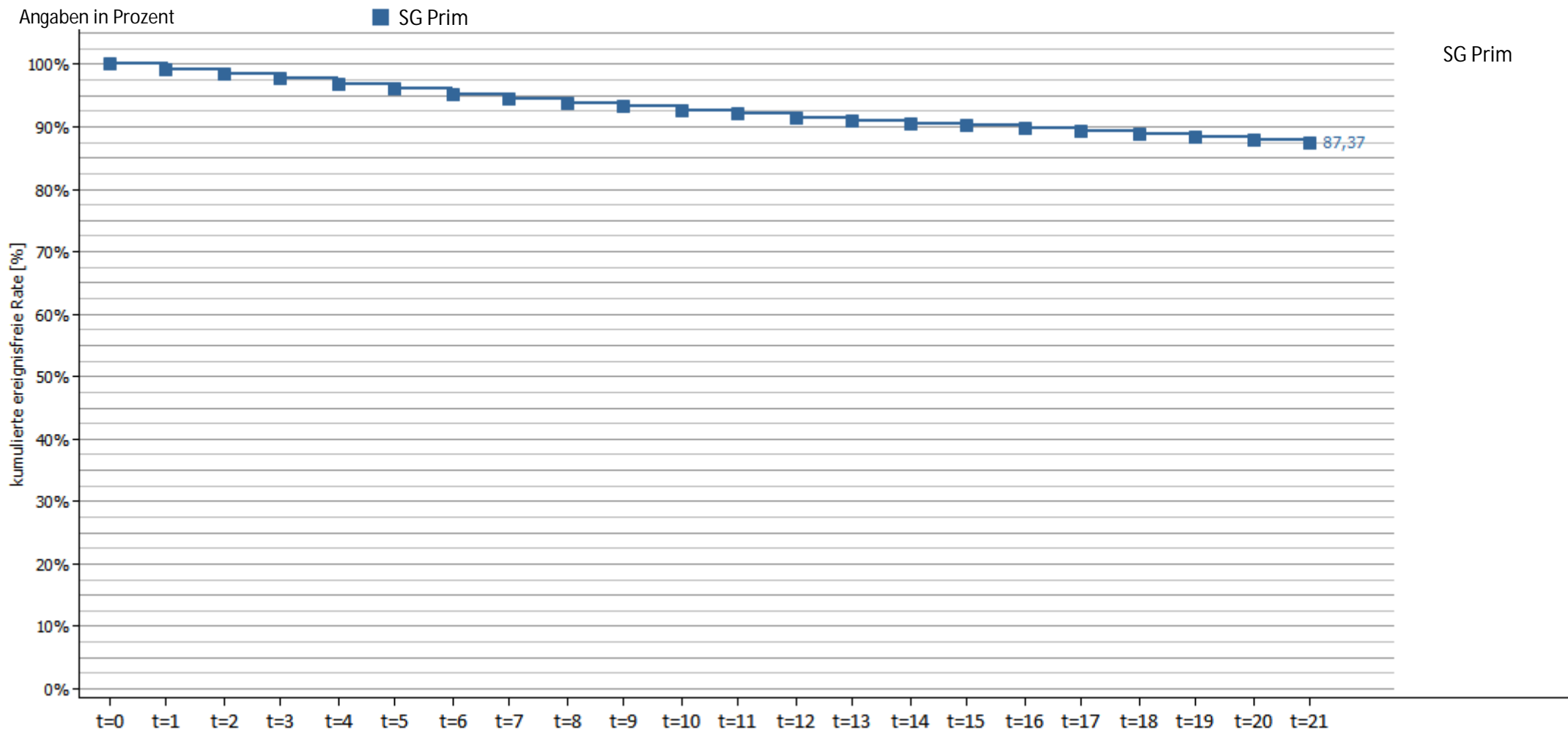
	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
UICC 0, I - MAS	11.565	11.565	10.056	9.054	8.089	7.229	6.432	5.643	4.957	4.317	3.713	3.136
UICC IIA, B - MAS	18.689	18.689	16.063	14.422	12.841	11.418	10.149	8.945	7.781	6.742	5.747	4.839
UICC IIIA, B, C - MAS	10.219	10.219	8.724	7.730	6.750	5.847	5.111	4.445	3.775	3.243	2.740	2.264
UICC IV - MAS	1.789	1.789	1.526	1.289	1.069	907	761	640	534	460	390	335

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
UICC 0, I - MAS	2.615	2.211	1.869	1.605	1.366	1.147	907	702	495	235
UICC IIA, B - MAS	4.080	3.449	2.924	2.469	2.079	1.717	1.411	1.075	769	366
UICC IIIA, B, C - MAS	1.899	1.591	1.334	1.124	956	800	637	480	341	146
UICC IV - MAS	283	217	175	142	117	95	72	46	35	17

Messzeitpunkte: Halbjahre

Das Beitrittsjahr (hier der 2. Messzeitpunkt, auf der x-Achse t=1) umfasst einen durchschnittlich nur halb so langen Zeitraum wie die nachfolgenden Messzeitpunkte.

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] Patientinnen mit zeitnah diagnostiziertem Primärtumor (= SG Prim)



Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

In der Subgruppe Primärtumor liegt nach regulärer Programmteilnahme (t=21) die geschätzte Rate der ereignisfreien Zeit kumuliert bei 87 %.

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] Patientinnen mit zeitnah diagnostiziertem Primärtumor (= SG Prim)

Raten in Prozent

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
SG Prim	100,00	99,05	98,43	97,65	96,83	96,00	95,24	94,48	93,84	93,24	92,58	92,00

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
SG Prim	91,49	91,03	90,55	90,12	89,68	89,22	88,78	88,26	87,85	87,37

Fallbasis absolut

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
SG Prim	112.308	112.308	88.883	79.644	71.440	64.151	57.577	51.238	45.216	40.039	35.177	30.220

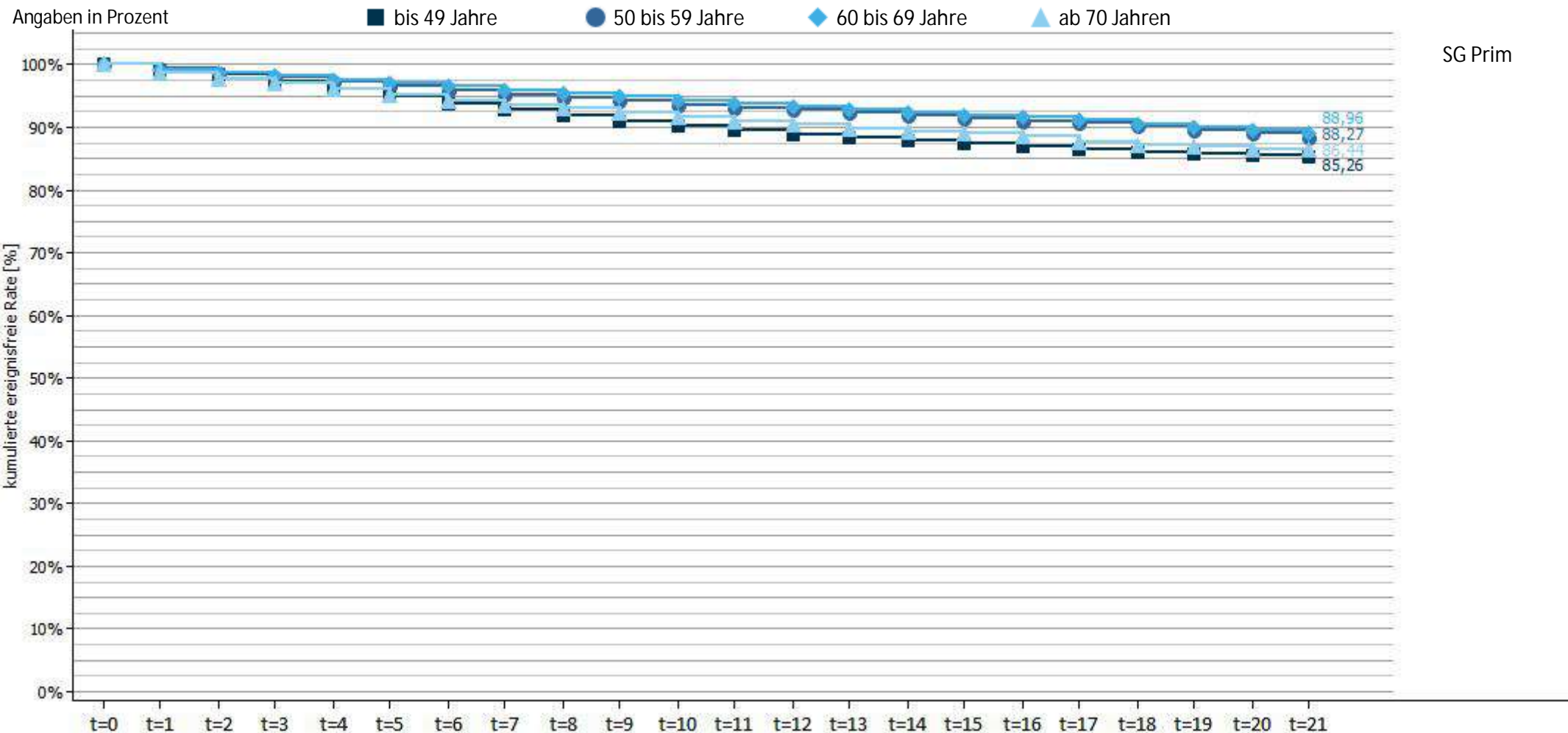
	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
SG Prim	25.609	21.551	18.173	15.298	12.746	10.419	8.324	6.490	4.485	1.452

Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] SG Prim nach Altersgruppen bei Programmbeitritt



Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

Die geschätzte Rate der ereignisfreien Zeit kumuliert nach regulärer Programmteilnahme (t=21) in der Subgruppe Primärtumor ist in allen Altersklassen ähnlich hoch und damit relativ unabhängig vom Lebensalter bei PB.

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] SG Prim nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Raten in Prozent

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
bis 49 Jahre	100,00	99,06	98,36	97,34	96,20	94,95	93,80	92,74	91,77	90,93	90,23	89,54
50 bis 59 Jahre	100,00	99,32	98,77	98,06	97,27	96,59	95,95	95,22	94,69	94,21	93,58	93,13
60 bis 69 Jahre	100,00	99,13	98,74	98,21	97,63	97,06	96,54	95,97	95,40	94,83	94,25	93,73
ab 70 Jahren	100,00	98,71	97,86	96,95	96,07	95,16	94,30	93,55	92,99	92,42	91,64	90,91

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
bis 49 Jahre	88,91	88,38	87,93	87,43	86,82	86,41	86,08	85,83	85,46	85,26
50 bis 59 Jahre	92,70	92,36	91,79	91,35	90,99	90,67	90,31	89,52	89,16	88,27
60 bis 69 Jahre	93,28	92,83	92,34	91,87	91,54	91,10	90,54	89,96	89,44	88,96
ab 70 Jahren	90,35	89,75	89,39	89,11	88,59	87,76	87,18	86,89	86,44	86,44

Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] SG Prim nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Fallbasis

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
bis 49 Jahre	21.861	21.861	17.607	15.830	14.174	12.750	11.448	10.286	9.147	8.155	7.234	6.400
50 bis 59 Jahre	30.216	30.216	24.308	22.002	19.954	18.087	16.406	14.693	13.185	11.817	10.554	9.153
60 bis 69 Jahre	29.047	29.047	23.099	20.854	18.876	17.147	15.587	13.995	12.403	11.077	9.782	8.414
ab 70 Jahren	31.184	31.184	23.869	20.958	18.436	16.167	14.136	12.264	10.481	8.990	7.607	6.253

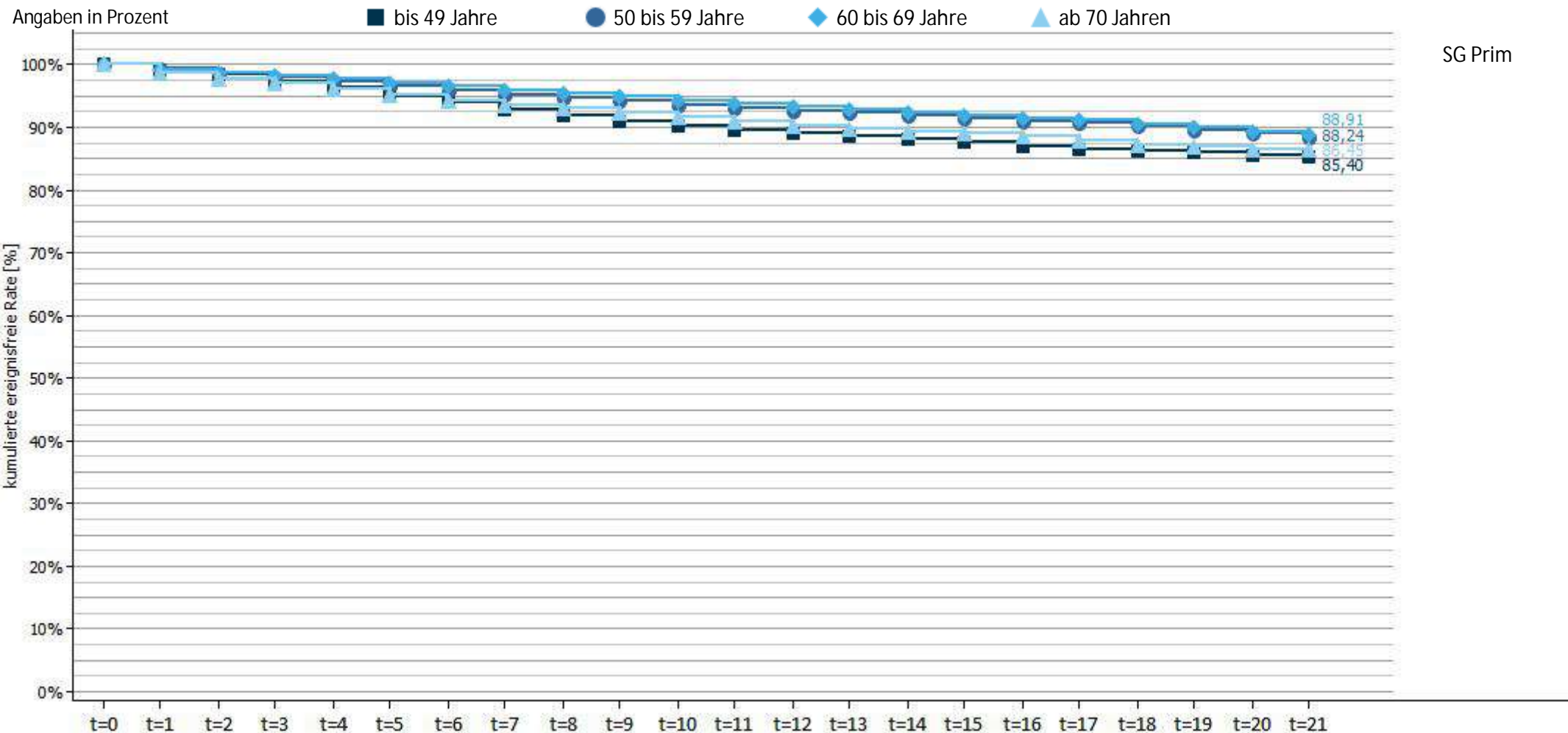
	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
bis 49 Jahre	5.545	4.774	4.101	3.540	3.012	2.536	2.078	1.695	1.175	420
50 bis 59 Jahre	7.851	6.671	5.685	4.826	4.091	3.406	2.739	2.168	1.524	500
60 bis 69 Jahre	7.194	6.044	5.119	4.339	3.591	2.891	2.288	1.731	1.207	370
ab 70 Jahren	5.019	4.062	3.268	2.593	2.052	1.586	1.219	896	579	162

Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] SG Prim nach Altersgruppen bei Erstmanifestation



Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

Die geschätzte Rate der ereignisfreien Zeit kumuliert nach regulärer Programmteilnahme (t=21) in der Subgruppe Primärtumor ist nahezu unabhängig vom Lebensalter bei Erstmanifestation.

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] SG Prim nach Altersgruppen bei Erstmanifestation

Raten in Prozent

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
bis 49 Jahre	100,00	99,07	98,37	97,36	96,24	95,01	93,88	92,83	91,86	91,00	90,31	89,62
50 bis 59 Jahre	100,00	99,31	98,76	98,04	97,25	96,56	95,92	95,19	94,66	94,20	93,57	93,13
60 bis 69 Jahre	100,00	99,14	98,75	98,22	97,65	97,07	96,55	95,96	95,40	94,82	94,23	93,72
ab 70 Jahren	100,00	98,71	97,86	96,95	96,07	95,15	94,30	93,55	92,99	92,43	91,65	90,91

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
bis 49 Jahre	89,01	88,49	88,03	87,54	86,94	86,54	86,21	85,96	85,60	85,40
50 bis 59 Jahre	92,69	92,34	91,78	91,34	90,98	90,66	90,29	89,49	89,14	88,24
60 bis 69 Jahre	93,27	92,82	92,33	91,86	91,50	91,06	90,50	89,92	89,39	88,91
ab 70 Jahren	90,35	89,74	89,38	89,11	88,62	87,78	87,20	86,91	86,45	86,45

Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] SG Prim nach Altersgruppen bei Erstmanifestation

Fallbasis absolut

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
bis 49 Jahre	22.280	22.280	17.960	16.139	14.471	13.015	11.702	10.508	9.361	8.325	7.395	6.532
50 bis 59 Jahre	30.051	30.051	24.161	21.862	19.816	17.956	16.281	14.575	13.069	11.721	10.463	9.081
60 bis 69 Jahre	28.908	28.908	22.992	20.767	18.796	17.075	15.518	13.940	12.352	11.046	9.751	8.381
ab 70 Jahren	31.069	31.069	23.770	20.876	18.357	16.105	14.076	12.215	10.434	8.947	7.568	6.226

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
bis 49 Jahre	5.665	4.868	4.191	3.609	3.077	2.585	2.123	1.725	1.195	422
50 bis 59 Jahre	7.788	6.621	5.638	4.793	4.058	3.380	2.716	2.151	1.513	499
60 bis 69 Jahre	7.163	6.019	5.094	4.320	3.576	2.879	2.274	1.724	1.201	370
ab 70 Jahren	4.993	4.043	3.250	2.576	2.035	1.575	1.211	890	576	161

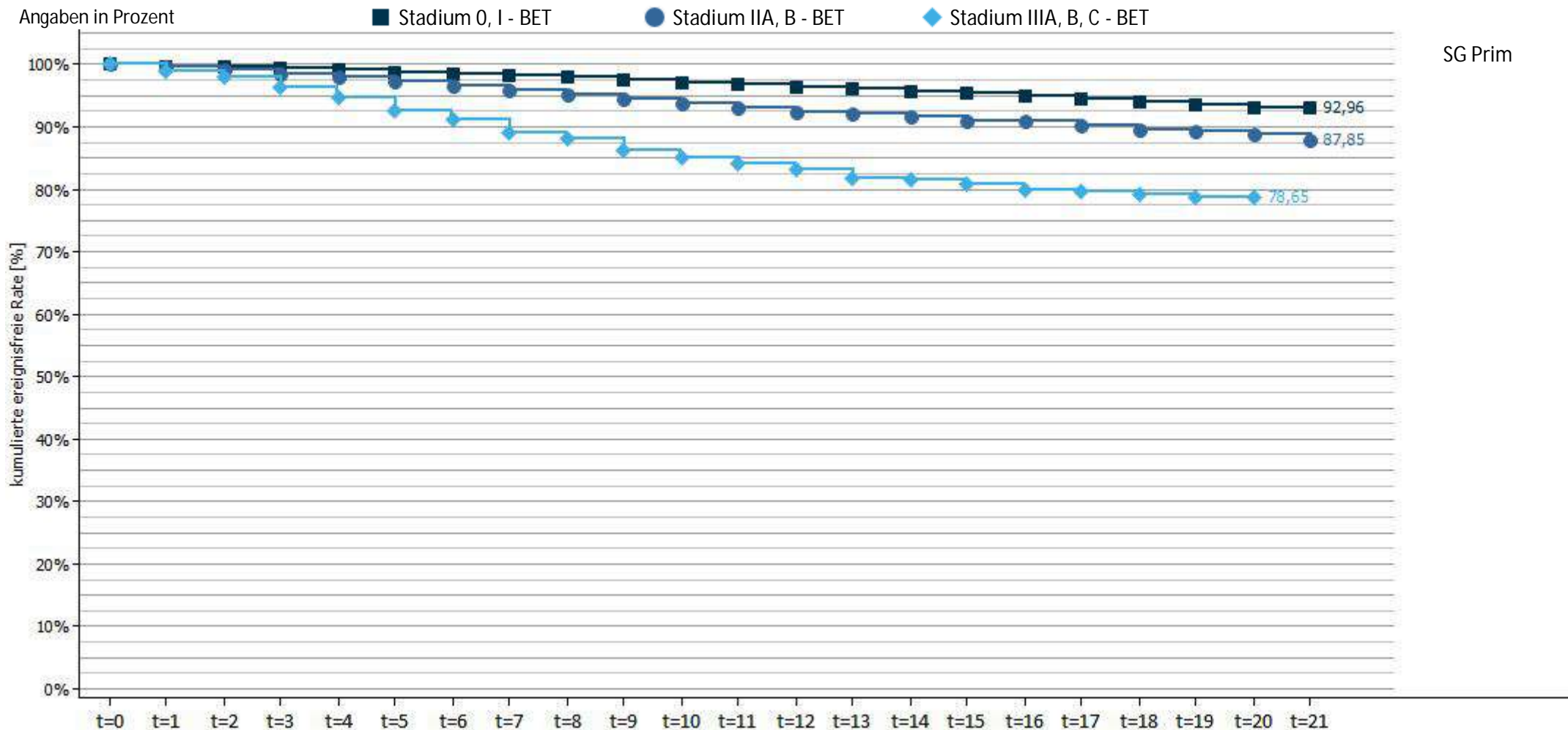
Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ]

SG Prim nach UICC-Stadien (0-III) und brusterhaltender Therapie bei Programmbeitritt



Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

Die geschätzten Raten der ereignisfreien Zeit kumuliert nach 10 Jahren (t=20) in der Subgruppe Primärtumor brusterhaltender Therapie liegen um 4 bis 7 Prozentpunkte über den Raten nach Mastektomie, abhängig vom UICC-Stadium bei PB.

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] SG Prim nach UICC-Stadien (0-III) und brusterhaltender Therapie bei Programmbeitritt

Raten in Prozent

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
UICC 0, I - BET	100,00	99,74	99,58	99,36	99,09	98,80	98,46	98,16	97,88	97,60	97,13	96,71
UICC IIA, B - BET	100,00	99,59	99,16	98,48	97,90	97,22	96,57	95,85	95,14	94,42	93,65	92,98
UICC IIIA, B, C - BET	100,00	98,85	97,98	96,31	94,62	92,52	91,08	89,15	88,03	86,31	85,14	84,12

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
UICC 0, I - BET	96,39	96,07	95,69	95,43	95,01	94,56	94,03	93,48	92,96	92,96
UICC IIA, B - BET	92,42	92,08	91,58	91,04	90,91	90,27	89,61	89,28	88,94	87,85
UICC IIIA, B, C - BET	83,14	81,83	81,62	80,86	79,96	79,60	79,17	78,65	78,65	-

Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] SG Prim nach UICC-Stadien (0-III) und brusterhaltender Therapie bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
UICC 0, I - BET	28.705	28.705	23.107	21.237	19.485	17.810	16.223	14.619	13.078	11.682	10.422	8.997
UICC IIA, B - BET	17.047	17.047	13.378	12.109	11.032	10.009	9.079	8.136	7.218	6.436	5.646	4.897
UICC IIIA, B, C - BET	2.268	2.268	1.704	1.523	1.365	1.216	1.092	995	872	769	660	585

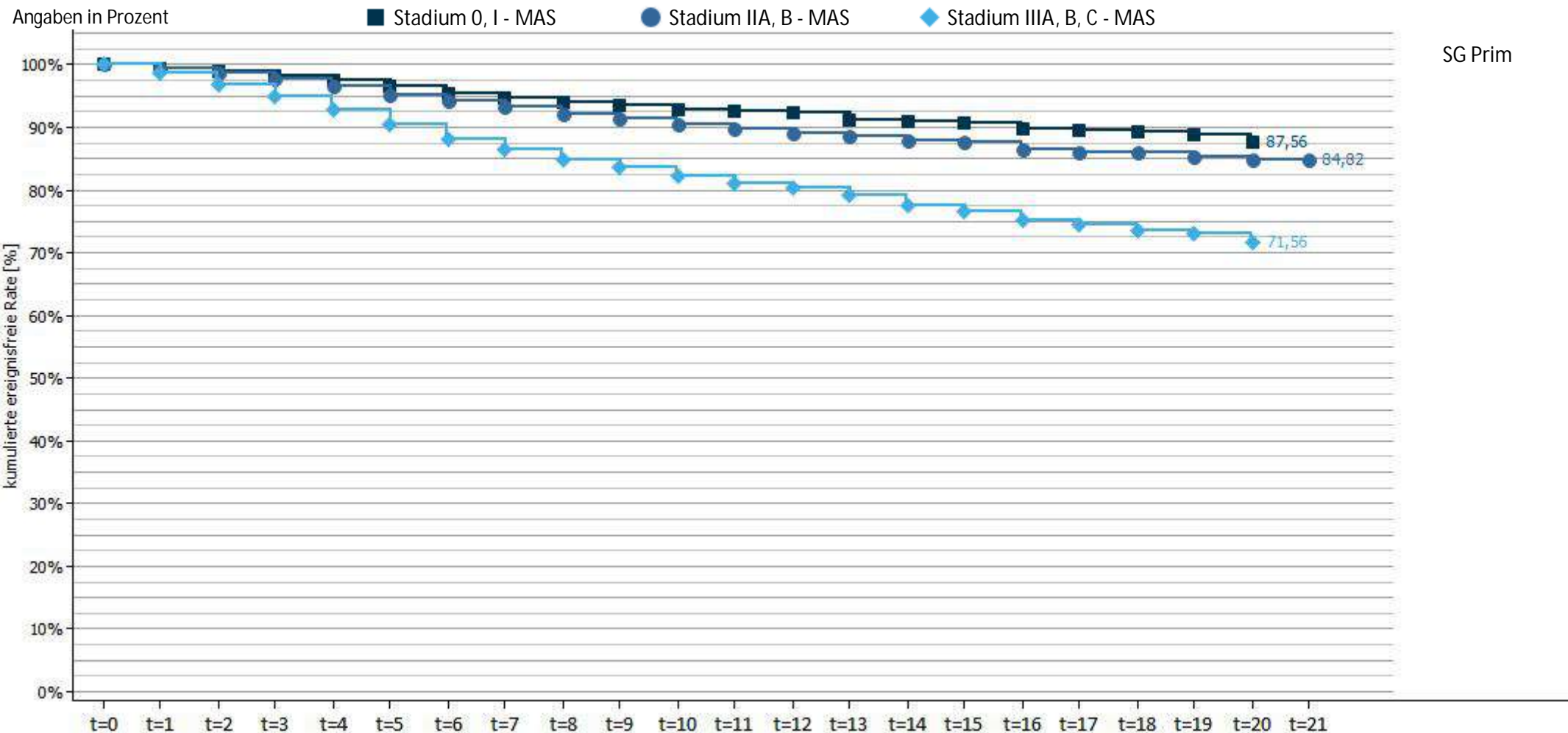
	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
UICC 0, I - BET	7.688	6.587	5.579	4.784	4.036	3.353	2.691	2.075	1.439	430
UICC IIA, B - BET	4.162	3.502	2.988	2.504	2.109	1.710	1.374	1.095	770	245
UICC IIIA, B, C - BET	516	445	380	325	268	222	185	152	100	29

Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] SG Prim nach UICC-Stadien (0-III) und Mastektomie bei Programmbeitritt



Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] SG Prim nach UICC-Stadien (0-III) und Mastektomie bei Programmbeitritt

Raten in Prozent

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
UICC 0, I - MAS	100,00	99,42	98,95	98,24	97,50	96,57	95,34	94,74	93,93	93,56	92,88	92,58
UICC IIA, B - MAS	100,00	99,40	98,63	97,75	96,51	95,27	94,13	93,23	92,21	91,45	90,53	89,82
UICC IIIA, B, C - MAS	100,00	98,65	96,85	95,01	92,87	90,39	88,19	86,44	84,76	83,58	82,22	81,04

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
UICC 0, I - MAS	92,35	91,24	90,91	90,72	89,84	89,58	89,23	88,81	87,56	-
UICC IIA, B - MAS	88,97	88,55	87,95	87,59	86,49	85,99	85,99	85,20	84,82	84,82
UICC IIIA, B, C - MAS	80,27	79,22	77,54	76,55	75,13	74,46	73,64	73,13	71,56	-

Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.3.2 Rezidive*: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] SG Prim nach UICC-Stadien (0-III) und Mastektomie bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
UICC 0, I - MAS	3.427	3.427	2.788	2.496	2.247	2.011	1.806	1.583	1.407	1.250	1.102	937
UICC IIA, B - MAS	6.289	6.289	4.908	4.374	3.881	3.483	3.098	2.732	2.363	2.070	1.788	1.539
UICC IIIA, B, C - MAS	3.174	3.174	2.357	2.060	1.778	1.530	1.316	1.159	979	859	738	629

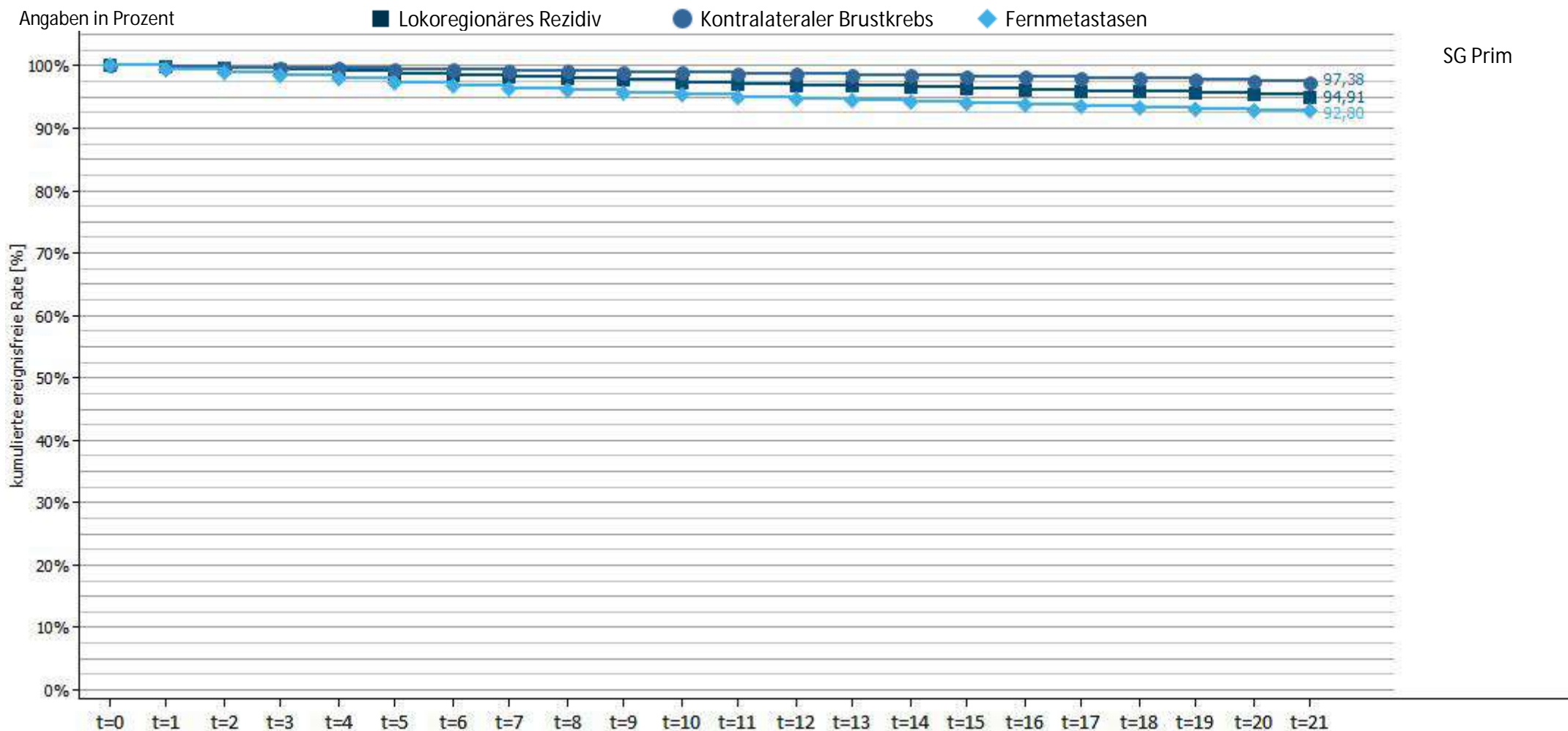
	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
UICC 0, I - MAS	781	667	558	480	413	338	261	211	142	42
UICC IIA, B - MAS	1.270	1.047	881	749	633	523	413	327	224	74
UICC IIIA, B, C - MAS	526	457	378	313	269	226	181	146	93	34

Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der DMP-Teilnahme mehr als 1 Rezidiv dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

*Lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs oder Fernmetastasen

C.3.2 Rezidive: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] Patientinnen mit zeitnah diagnostiziertem Primärtumor (= SG Prim)



Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der Teilnahme mehr als 1 Rezidiv pro Rezidivart dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv pro Rezidivart zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

In der Subgruppe Primärtumor liegen nach regulärer Programmtteilnahme (t=21) die geschätzten Raten der ereignisfreien Zeit kumuliert bei allen drei Rezidivarten über 90 % (Fernmetastasen: 92,8 %, lokoregionäres Rezidiv: 94,9 % und kontralateraler Brustkrebs: 97,4 %).

C.3.2 Rezidive: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] Patientinnen mit zeitnah diagnostiziertem Primärtumor (= SG Prim)

Raten in Prozent

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
lokoregioäres Rezidiv	100,00	99,86	99,68	99,38	99,08	98,78	98,47	98,18	97,93	97,67	97,39	97,14
kontralateraler BK	100,00	99,81	99,74	99,65	99,55	99,44	99,32	99,20	99,08	98,97	98,83	98,70
Fernmetastasen	100,00	99,35	98,93	98,43	97,89	97,37	96,90	96,45	96,04	95,71	95,33	95,01

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
lokoregioäres Rezidiv	96,92	96,73	96,51	96,34	96,12	95,95	95,82	95,58	95,44	94,91
kontralateraler BK	98,61	98,51	98,39	98,29	98,16	98,02	97,87	97,74	97,49	97,38
Fernmetastasen	94,74	94,48	94,23	93,95	93,78	93,55	93,33	93,05	92,92	92,80

Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der Teilnahme mehr als 1 Rezidiv pro Rezidivart dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv pro Rezidivart zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

C.3.2 Rezidive: Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit [EZ] Patientinnen mit zeitnah diagnostiziertem Primärtumor (= SG Prim)

Fallbasis absolut

	t=0	t=1	t=2	t=3	t=4	t=5	t=6	t=7	t=8	t=9	t=10	t=11
lokoregioäres Rezidiv	112.308	112.308	89.783	80.772	72.701	65.465	58.944	52.577	46.507	41.253	36.320	31.279
kontralateraler BK	112.308	112.308	89.729	80.795	72.836	65.687	59.222	52.873	46.837	41.581	36.632	31.563
Fernmetastasen	112.308	112.308	89.214	80.127	72.080	64.919	58.439	52.168	46.199	41.018	36.145	31.171

	t=12	t=13	t=14	t=15	t=16	t=17	t=18	t=19	t=20	t=21
lokoregioäres Rezidiv	26.555	22.384	18.911	15.943	13.292	10.893	8.707	6.812	4.728	1.635
kontralateraler BK	26.811	22.625	19.119	16.132	13.466	11.036	8.815	6.891	4.799	1.665
Fernmetastasen	26.508	22.379	18.918	15.981	13.352	10.959	8.787	6.867	4.773	1.648

Messzeitpunkte: Halbjahre

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem zeitnah zur Einschreibung diagnostizierten Primärtumor (SG Prim). Sofern während der Teilnahme mehr als 1 Rezidiv pro Rezidivart dokumentiert wurde, ist nur das erste aufgetretene Rezidiv pro Rezidivart zeitlich zuzuordnen (auch BTH).

C.4 Symptomatisches Lymphödem

Übersicht und Erläuterung

Ein Lymphödem ist eine eiweißreiche Flüssigkeitsansammlung, die entsteht, wenn das Lymphgefäßsystem geschwächt und nicht in der Lage ist, ausreichend Lymphflüssigkeit aus der Körperregion abzutransportieren. Bei einer Brustkrebserkrankung kann sich nach einer Brustoperation oder Strahlentherapie Flüssigkeit im Gewebe der Brustwand, Armen, Händen und Fingern ablagern und zu Schwellungen des betroffenen Bereichs führen. Da das Lymphödem in Folge einer Krebstherapie auftritt, spricht man in diesen Fällen von einem sekundären Lymphödem.¹¹ Die Gewebeswellungen führen häufig zu funktionellen Einschränkungen und damit auch zu Beeinträchtigungen der Lebensqualität von den betroffenen Frauen.⁸

Trotz der sinkenden Radikalität bei einer Tumorthherapie in den vergangenen Jahren entwickelt sich nach einer axillären Dissektion bei ca. 19,9% der Brustkrebs-Patientinnen innerhalb von 12-24 Monaten ein sekundäres Lymphödem. Auch bei kleineren Eingriffen wie der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie liegt die Lymphödem-Inzidenz bei 5-7% aller Fälle. Somit stellt das Lymphödem im Rahmen der Brustkrebserkrankung ein häufig auftretendes Problem dar.² Durch routinierte Verfahren bei der Sentinel-Lymphknotenentfernung konnte die Häufigkeit von Lymphödemem jedoch deutlich gesenkt werden.⁸

Brustkrebs-Patientinnen sollten über die Risiken und Erkennungsmöglichkeiten, die präventiven Maßnahmen und die Behandlung eines sekundären Lymphödems informiert werden. Das regelmäßige Überwachen von Symptomen eines Lymphödems ist ebenfalls ratsam, um bei Bedarf rechtzeitig mit einer fachlichen Behandlung beginnen zu können.⁵ Da die Lymphödem-Therapie unter Umständen lebenslang erfolgen muss, ist es wichtig, dass am Anfang jeder Behandlung eine eindeutige Diagnose steht.⁸

Eine mögliche konservative Behandlungsform ist die Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE) nach axillärer Lymphonodektomie. Im Zentrum der KPE steht die Kompressionstherapie mit dem anfänglichen Ziel, die Flüssigkeit im Gewebe so weit wie möglich zu verringern. Hier ist eine adäquate Kompressionsbandagierung

entscheidend. Nach ca. 6 Wochen wird der betroffene Arm nicht mehr bandagiert, sondern die Patientin muss einen maßgefertigten Kompressionsstrumpf tragen. Grundsätzlich ist es ausreichend, wenn der Kompressionsstrumpf nur am Tag und nicht nachts getragen wird. Betroffene Frauen können während der Therapie den Lymphrückfluss durch Bewegungsübungen zusätzlich fördern. Allgemein sollte der Arm weder geschont noch übermäßig belastet werden.¹¹

Das entscheidende Ziel aller Lymphödem-Therapien ist es, die Behandlung auf ein notwendiges Maß zu reduzieren, um die Lebensqualität der Patientinnen so gut wie möglich zu erhalten.¹¹

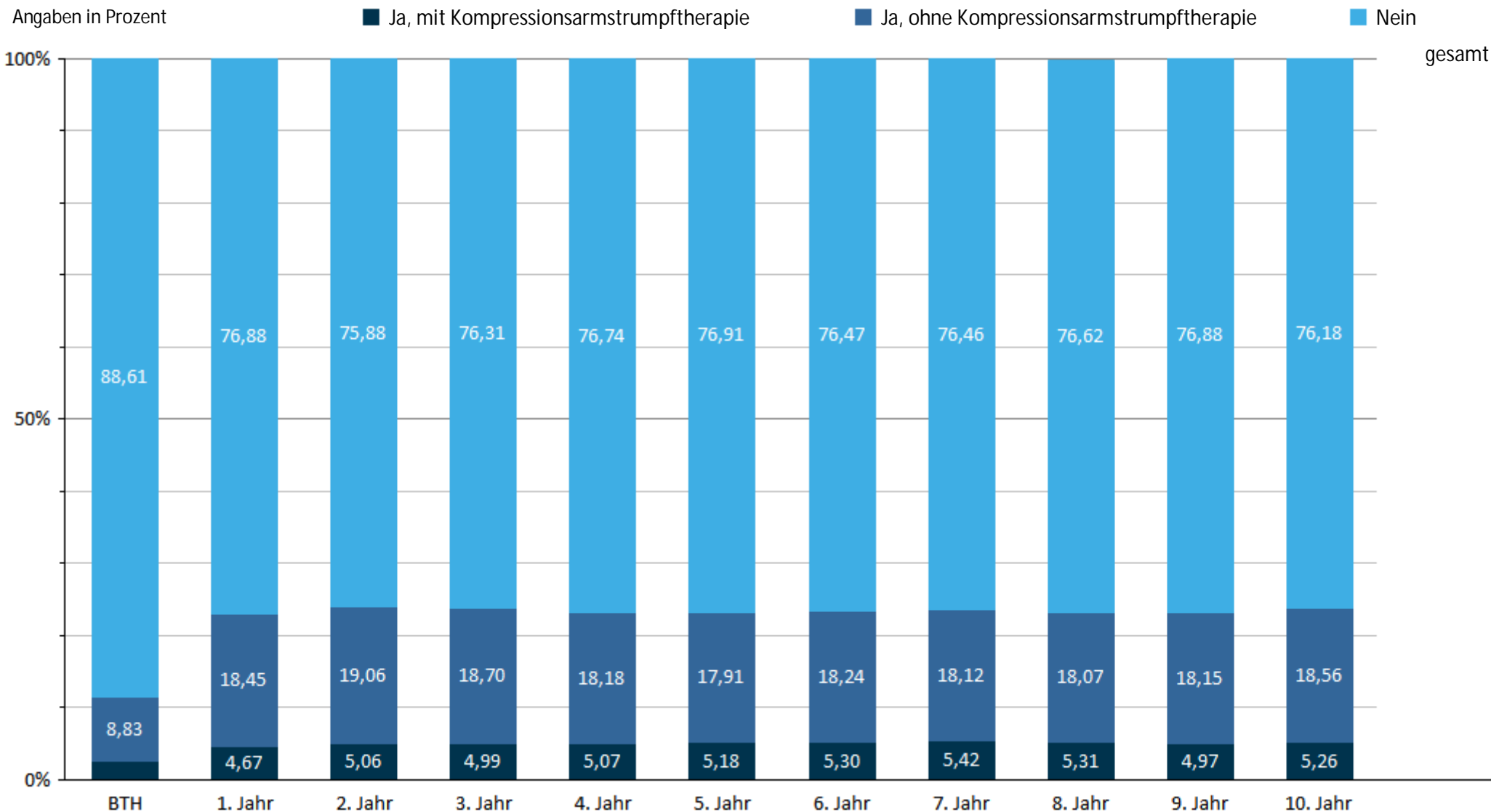
Im Folgenden wird zunächst die jährliche Häufigkeit [Q] eines symptomatischen Lymphödems ausgewertet. Bei Vorliegen eines symptomatischen Lymphödems wird danach differenziert, ob eine Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich ist.

Weiterhin wird für alle Patientinnen ab K2018-2 mit einem erstmaligen Vorliegen eines Lymphödems (im Beitrittsjahr oder auch einem beliebigem Folgehalbjahr) als Ankerzeitpunkt, (= Halbjahr des Erstauftretens) im Querschnitt [Q] über maximal 5 dem Erstauftreten nachfolgende Teilnahmejahre ausgewertet, welcher Anteil der Patientinnen weiterhin in mindestens einer Folgedokumentation eines nachfolgenden Teilnahmejahres noch ein Lymphödem aufweist (=Persistenz). Des Weiteren erfolgt abschließend auch eine inhaltlich analoge Längsschnittauswertung [L] über 6 Folgehalbjahre.

Beide Auswertungen zum Lymphödem werden differenziert für das Gesamtkollektiv aller Patientinnen, nach Lebensalter bei Programmbeitritt, nach dem UICC-Stadium bei Programmbeitritt sowie nach Art der operativen Therapie dargestellt. Für Teilnehmerinnen ab K2018-2 wird zusätzlich noch nach BMI-Klassen bei Einschreibung unterschieden.

C.4.1 Symptomatisches Lymphödem: Jährliche Häufigkeit [Q]

Gesamt



Ausgewertet werden alle Patientinnen, bei denen zum jeweiligen Zeitpunkt der Teilnahme Angaben zum Lymphödem und zur Kompressionsarmstrumpftherapie (ab Satzart SA200E2/F2) vorlagen.

In den 10 Folgejahren lag bei ca. 23,5 % der Patientinnen insgesamt ein symptomatisches Lymphödem vor. Bei Vorliegen eines Lymphödems benötigten 20 bis 23 % der Patientinnen eine Kompressionsarmstrumpftherapie.

C.4.1 Symptomatisches Lymphödem: Jährliche Häufigkeit [Q]

Gesamt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	2,56	4,67	5,06	4,99	5,07	5,18	5,30	5,42	5,31	4,97	5,26
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	8,83	18,45	19,06	18,70	18,18	17,91	18,24	18,12	18,07	18,15	18,56
	Nein	88,61	76,88	75,88	76,31	76,74	76,91	76,47	76,46	76,62	76,88	76,18

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	135.726	117.120	102.560	89.461	75.227	61.599	49.333	35.295	23.139	13.843	4.504

Ausgewertet werden alle Patientinnen, bei denen zum jeweiligen Zeitpunkt der Teilnahme Angaben zum Lymphödem und zur Kompressionsarmstrumpftherapie (ab Satzart SA200E2/F2) vorlagen.

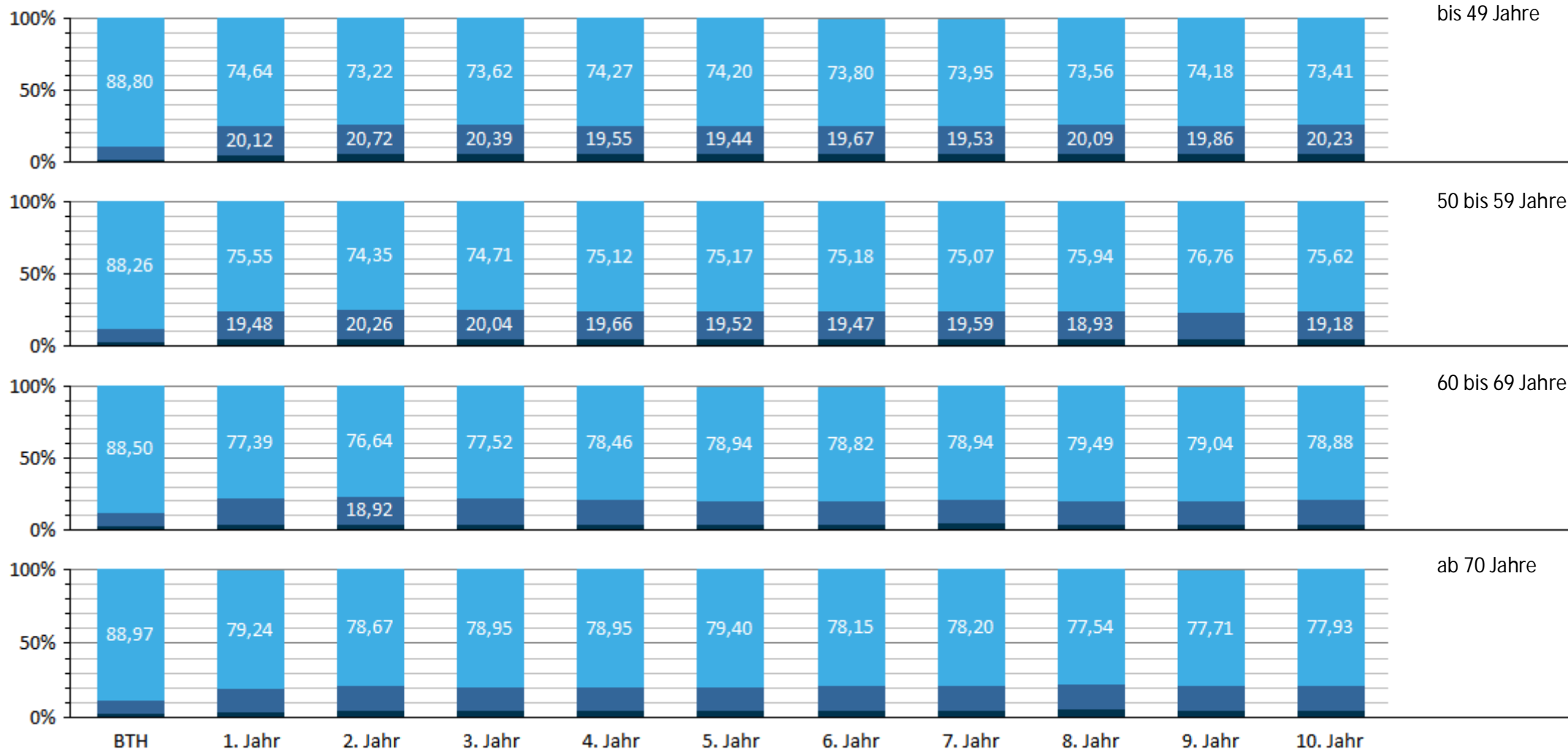
C.4.1 Symptomatisches Lymphödem: Jährliche Häufigkeit [Q] Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie

■ Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie

■ Nein



Ausgewertet werden alle Patientinnen, bei denen zum jeweiligen Zeitpunkt der Teilnahme Angaben zum Lymphödem und zur Kompressionsarmstrumpftherapie (ab Satzart SA200E2/F2) vorlagen.

C.4.1 Symptomatisches Lymphödem: Jährliche Häufigkeit [Q] Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	2,40	5,24	6,06	5,99	6,18	6,36	6,52	6,52	6,35	5,95	6,37
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	8,81	20,12	20,72	20,39	19,55	19,44	19,67	19,53	20,09	19,86	20,23
	Nein	88,80	74,64	73,22	73,62	74,27	74,20	73,80	73,95	73,56	74,18	73,41
50 bis 59 Jahre	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	2,69	4,97	5,39	5,26	5,23	5,31	5,34	5,34	5,13	4,63	5,20
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	9,05	19,48	20,26	20,04	19,66	19,52	19,47	19,59	18,93	18,61	19,18
	Nein	88,26	75,55	74,35	74,71	75,12	75,17	75,18	75,07	75,94	76,76	75,62
60 bis 69 Jahre	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	2,57	4,20	4,44	4,27	4,12	4,32	4,43	4,72	4,46	4,41	4,19
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	8,93	18,41	18,92	18,21	17,41	16,74	16,75	16,33	16,05	16,56	16,93
	Nein	88,50	77,39	76,64	77,52	78,46	78,94	78,82	78,94	79,49	79,04	78,88
ab 70 Jahren	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	2,52	4,45	4,65	4,73	5,07	4,98	5,07	5,22	5,58	5,08	5,26
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	8,52	16,31	16,68	16,32	15,98	15,63	16,78	16,58	16,88	17,21	16,81
	Nein	88,97	79,24	78,67	78,95	78,95	79,40	78,15	78,20	77,54	77,71	77,93

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	24.159	20.750	18.707	16.791	14.897	12.893	10.944	8.081	5.591	3.494	1.241
50 bis 59 Jahre	37.579	32.993	29.470	26.152	22.485	18.521	15.062	10.967	7.364	4.428	1.481
60 bis 69 Jahre	36.694	31.975	28.245	24.921	20.793	17.109	13.775	9.931	6.475	3.835	1.193
ab 70 Jahren	37.293	31.401	26.138	21.596	17.051	13.075	9.552	6.316	3.709	2.086	589

Ausgewertet werden alle Patientinnen, bei denen zum jeweiligen Zeitpunkt der Teilnahme Angaben zum Lymphödem und zur Kompressionsarmstrumpftherapie (ab Satzart SA200E2/F2) vorlagen.

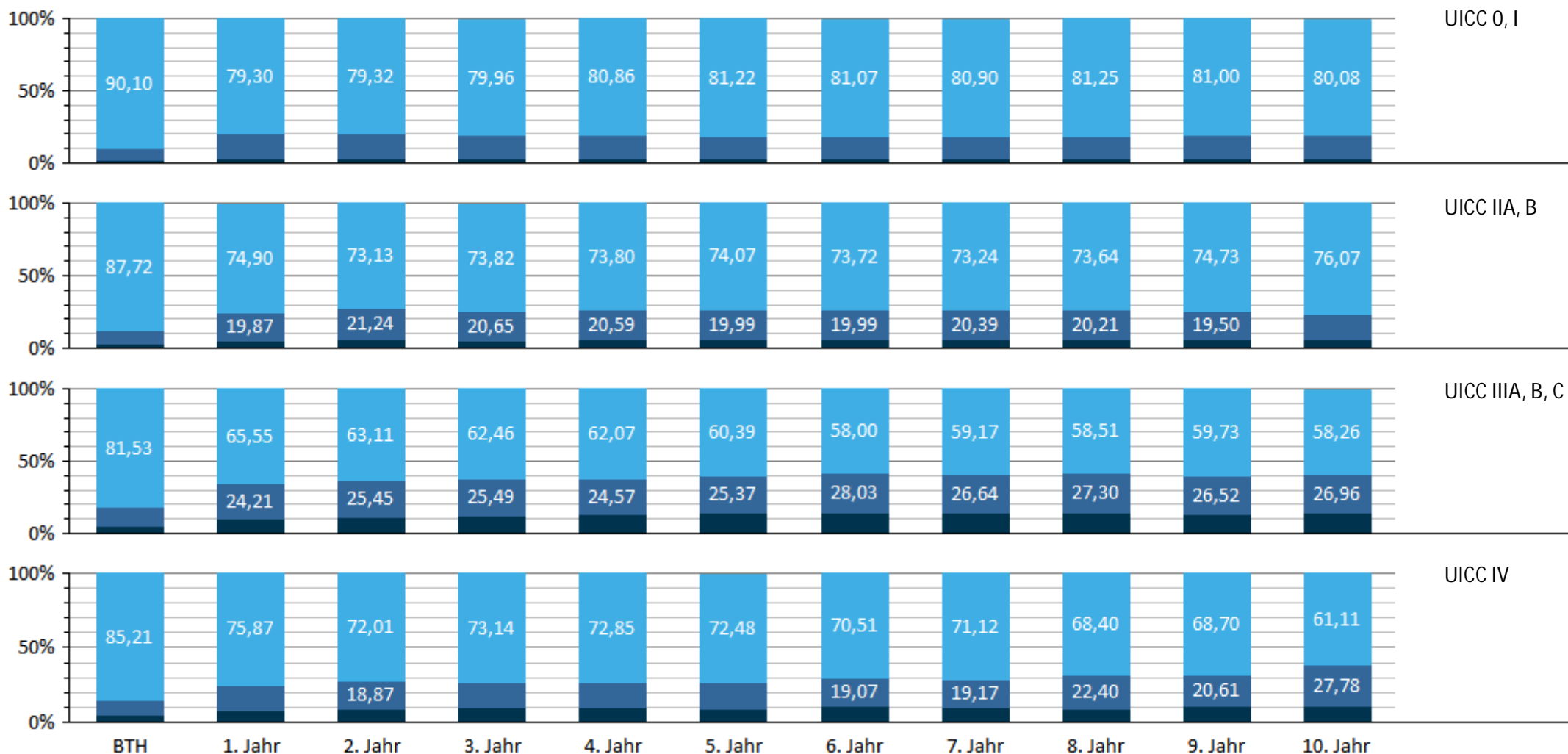
C.4.1 Symptomatisches Lymphödem: Jährliche Häufigkeit [Q] Nach UICC-Stadien bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie

■ Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie

■ Nein



Ausgewertet werden alle Patientinnen, bei denen zum jeweiligen Zeitpunkt der Teilnahme Angaben zum Lymphödem und zur Kompressionsarmstrumpftherapie (ab Satzart SA200E2/F2) vorlagen.

In den Folgejahren variiert die Häufigkeit des Lymphödems zwischen 20 % (UICC 0, I) und 42 % (UICC III). Bei Vorliegen eines Lymphödems steigt auch die Einsatzhäufigkeit der Kompressionsarmstrumpftherapie deutlich mit zunehmendem UICC-Stadium von 16,7 % (UICC 0, I) auf bis zu 33,6 % (UICC III).

C.4.1 Symptomatisches Lymphödem: Jährliche Häufigkeit [Q]

Nach UICC-Stadien bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I	Ja, mit Kompressionsarmstrumpfungstherapie	1,95	3,37	3,49	3,36	3,26	3,25	3,23	3,43	3,23	2,84	3,09
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpfungstherapie	7,95	17,33	17,19	16,68	15,88	15,52	15,70	15,67	15,52	16,15	16,83
	Nein	90,10	79,30	79,32	79,96	80,86	81,22	81,07	80,90	81,25	81,00	80,08
UICC IIA, B	Ja, mit Kompressionsarmstrumpfungstherapie	2,70	5,23	5,63	5,53	5,61	5,94	6,29	6,37	6,16	5,78	6,19
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpfungstherapie	9,58	19,87	21,24	20,65	20,59	19,99	19,99	20,39	20,21	19,50	17,74
	Nein	87,72	74,90	73,13	73,82	73,80	74,07	73,72	73,24	73,64	74,73	76,07
UICC IIIA, B, C	Ja, mit Kompressionsarmstrumpfungstherapie	5,32	10,24	11,44	12,05	13,36	14,24	13,97	14,19	14,18	13,75	14,78
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpfungstherapie	13,14	24,21	25,45	25,49	24,57	25,37	28,03	26,64	27,30	26,52	26,96
	Nein	81,53	65,55	63,11	62,46	62,07	60,39	58,00	59,17	58,51	59,73	58,26
UICC IV	Ja, mit Kompressionsarmstrumpfungstherapie	5,20	7,62	9,12	9,67	10,03	9,34	10,42	9,71	9,20	10,69	11,11
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpfungstherapie	9,58	16,51	18,87	17,19	17,12	18,18	19,07	19,17	22,40	20,61	27,78
	Nein	85,21	75,87	72,01	73,14	72,85	72,48	70,51	71,12	68,40	68,70	61,11

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I	60.380	51.288	44.148	37.726	31.214	24.763	19.858	14.457	9.631	5.801	1.812
UICC IIA, B	43.339	36.573	31.318	26.768	21.912	17.372	13.762	9.811	6.433	3.739	1.195
UICC IIIA, B, C	9.921	8.232	6.817	5.716	4.664	3.736	3.036	2.170	1.410	822	230
UICC IV	2.056	1.641	1.415	1.210	987	814	624	412	250	131	54

Ausgewertet werden alle Patientinnen, bei denen zum jeweiligen Zeitpunkt der Teilnahme Angaben zum Lymphödem und zur Kompressionsarmstrumpfungstherapie (ab Satzart SA200E2/F2) vorlagen.

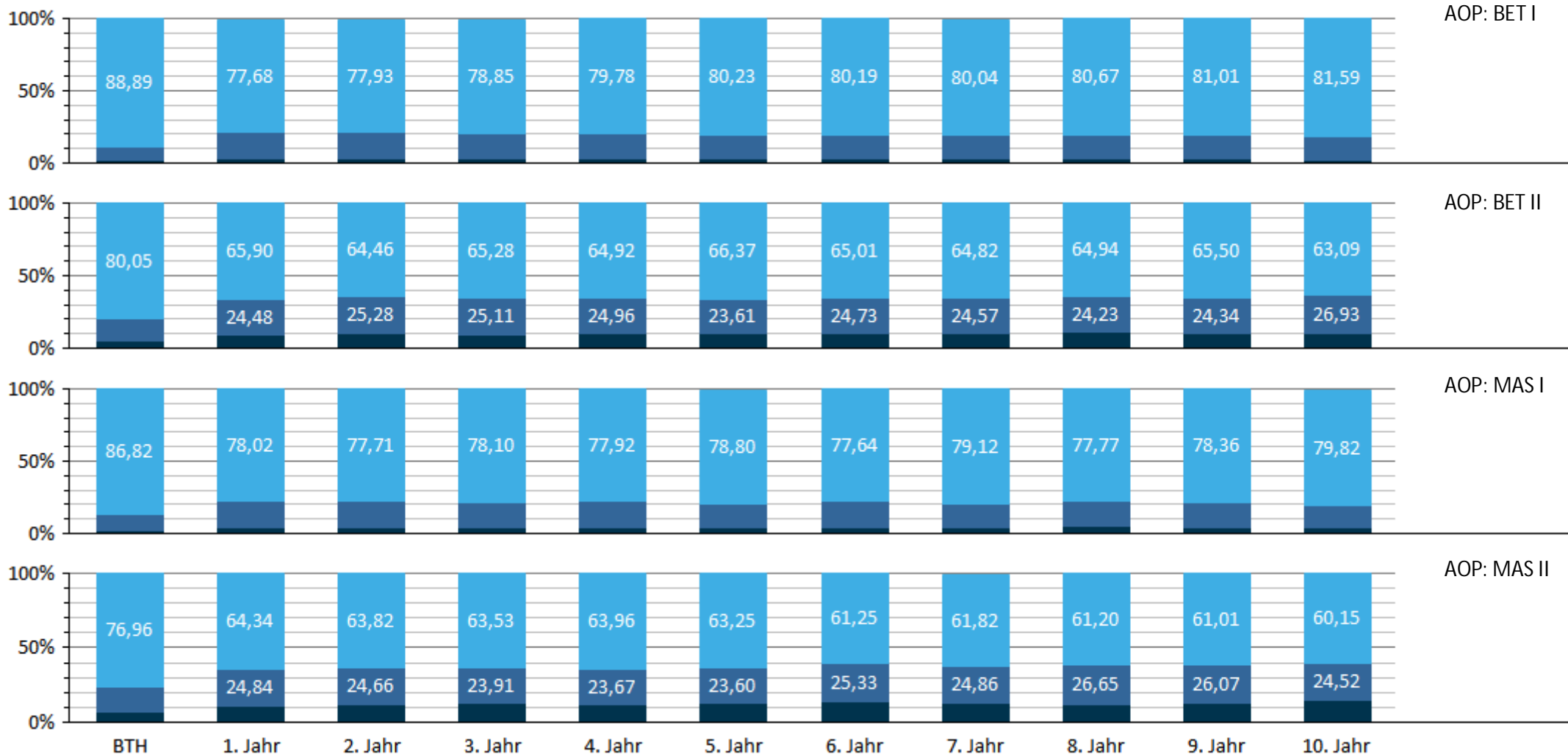
C.4.1 Symptomatisches Lymphödem: Jährliche Häufigkeit [Q] Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie

■ Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie

■ Nein



Ausgewertet werden alle Patientinnen, bei denen zum jeweiligen Zeitpunkt der Teilnahme Angaben zum Lymphödem und zur Kompressionsarmstrumpftherapie (ab Satzart SA200E2/F2) vorlagen.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

In den Folgejahren liegt die Häufigkeit des Lymphödems in den Gruppen mit nur Sentinel-Lymphknotenbiopsie bei rund 20 % (BET I, MAS I). In den Gruppen mit Lymphonodektomie (BET II, MAS II) dagegen bei etwa 35 %. Liegt ein Lymphödem vor, beträgt die Einsatzhäufigkeit der Kompressionsarmstrumpftherapie in den Gruppen BET I und MAS I rund 80 % bzw. 85 %, in den Gruppen BET II und MAS II ca. 66 % bzw. 71 %.

C.4.1 Symptomatisches Lymphödem: Jährliche Häufigkeit [Q] Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
AOP: BET I	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	2,07	3,48	3,48	3,33	3,22	3,20	3,24	3,26	2,95	2,57	2,48
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	9,04	18,84	18,59	17,82	16,99	16,58	16,57	16,70	16,38	16,42	15,93
	Nein	88,89	77,68	77,93	78,85	79,78	80,23	80,19	80,04	80,67	81,01	81,59
AOP: BET II	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	5,07	9,62	10,26	9,61	10,12	10,02	10,26	10,61	10,83	10,16	9,98
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	14,88	24,48	25,28	25,11	24,96	23,61	24,73	24,57	24,23	24,34	26,93
	Nein	80,05	65,90	64,46	65,28	64,92	66,37	65,01	64,82	64,94	65,50	63,09
AOP: MAS I	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	2,37	3,97	4,35	4,13	4,03	4,39	3,98	4,14	4,80	4,00	4,59
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	10,82	18,00	17,94	17,77	18,05	16,81	18,38	16,74	17,43	17,64	15,60
	Nein	86,82	78,02	77,71	78,10	77,92	78,80	77,64	79,12	77,77	78,36	79,82
AOP: MAS II	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	6,51	10,83	11,52	12,55	12,37	13,15	13,41	13,32	12,15	12,92	15,33
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	16,53	24,84	24,66	23,91	23,67	23,60	25,33	24,86	26,65	26,07	24,52
	Nein	76,96	64,34	63,82	63,53	63,96	63,25	61,25	61,82	61,20	61,01	60,15

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
AOP: BET I	57.211	50.625	45.469	40.383	34.141	28.246	22.575	16.161	10.666	6.372	1.977
AOP: BET II	9.068	8.941	8.258	7.670	6.979	6.205	5.378	4.033	2.761	1.664	531
AOP: MAS I	10.641	9.315	8.164	7.086	6.006	4.873	3.819	2.682	1.750	1.026	327
AOP: MAS II	7.501	7.038	6.196	5.449	4.634	3.940	3.221	2.305	1.531	890	261

Ausgewertet werden alle Patientinnen, bei denen zum jeweiligen Zeitpunkt der Teilnahme Angaben zum Lymphödem und zur Kompressionsarmstrumpftherapie (ab Satzart SA200E2/F2) vorlagen.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.4.1 Symptomatisches Lymphödem: Jährliche Häufigkeit [Q]

Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)



Ausgewertet werden alle Patientinnen, bei denen zum jeweiligen Zeitpunkt der Teilnahme Angaben zum Lymphödem und zur Kompressionsarmstrumpftherapie (ab Satzart SA200E2/F2) vorlagen.

In den 5 Folgejahren variiert die Häufigkeit des Lymphödems zwischen 20 % (BMI < 25) und 30 % (BMI ≥ 35). Bei Vorliegen eines Lymphödems steigt auch die Einsatzhäufigkeit der Kompressionsarmstrumpftherapie mit zunehmendem BMI von knapp 17 % (BMI < 25) auf ca. 24 % (BMI ≥ 35).

C.4.1 Symptomatisches Lymphödem: Jährliche Häufigkeit [Q]

Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	2,01	3,40	3,54	3,39	3,26	2,98
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	8,09	17,17	17,41	16,63	16,05	16,55
	Nein	89,90	79,43	79,05	79,98	80,69	80,47
25 bis 30	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	2,74	4,53	4,70	4,65	4,33	4,89
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	9,40	19,44	20,01	19,58	18,36	16,99
	Nein	87,86	76,04	75,29	75,77	77,31	78,11
über 30 bis unter 35	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	3,37	6,12	6,27	6,26	6,16	5,20
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	10,17	20,41	21,61	21,07	19,96	20,04
	Nein	86,46	73,48	72,12	72,66	73,88	74,76
35 und höher	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	3,87	6,93	7,03	6,91	7,35	7,51
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	10,92	22,61	23,46	23,26	23,05	23,72
	Nein	85,20	70,47	69,51	69,84	69,61	68,77

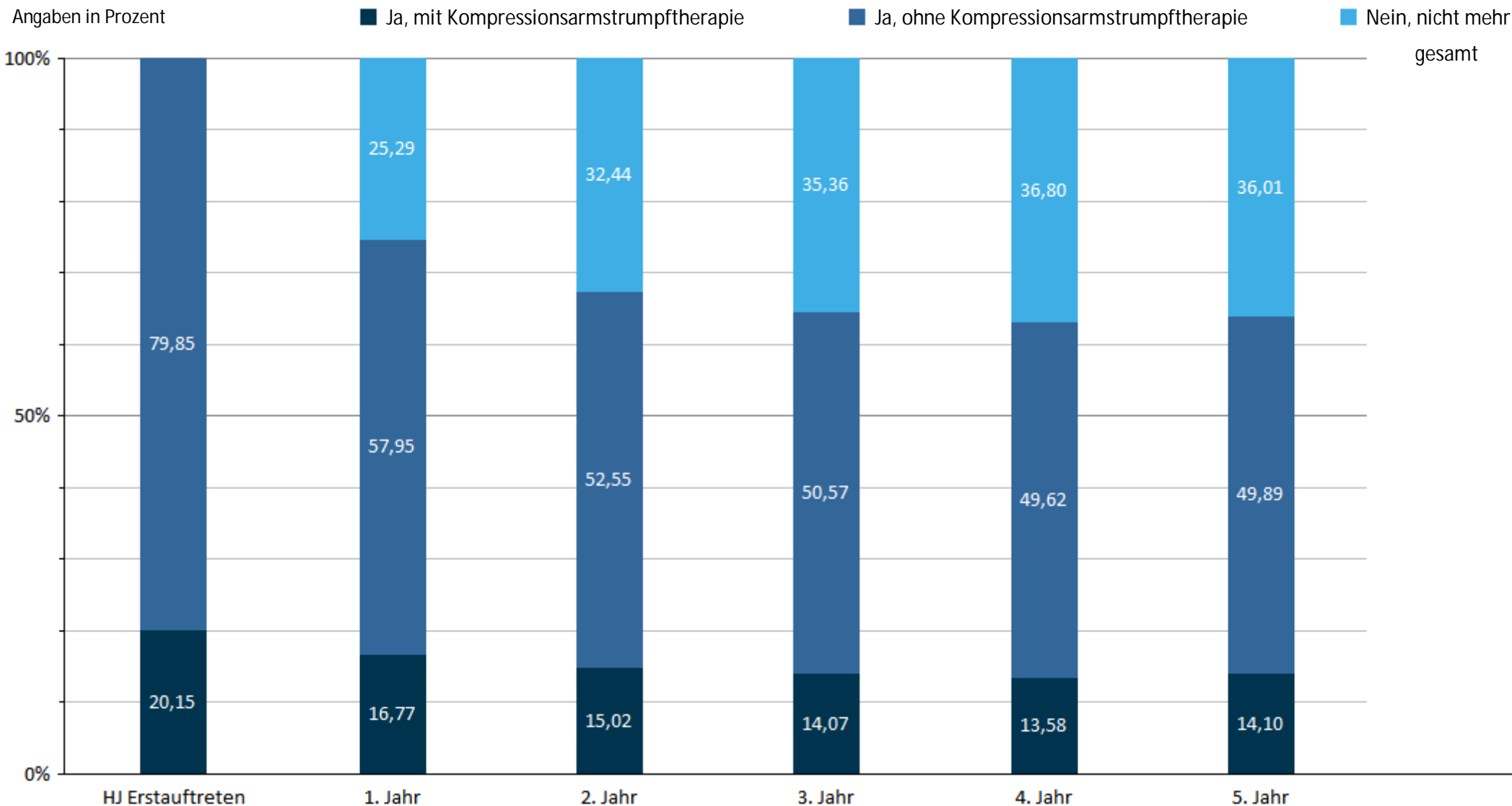
Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	55.535	37.595	25.688	16.673	8.743	1.444
25 bis 30	43.099	29.462	20.438	13.132	6.672	1.124
über 30 bis unter 35	20.167	13.622	9.352	6.050	3.151	519
35 und höher	10.353	6.843	4.650	2.924	1.497	253

Ausgewertet werden alle Patientinnen, bei denen zum jeweiligen Zeitpunkt der Teilnahme Angaben zum Lymphödem und zur Kompressionsarmstrumpftherapie (ab Satzart SA200E2/F2) vorlagen.

C.4.2 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz* [Q]

Gesamt



*Auf Persistenz in den nachfolgenden Teilnehmergejahren ausgewertet werden Patientinnen, bei denen im Halbjahr des Programmbeitritts oder in einem nachfolgenden Teilnehmergehalbjahr erstmalig ein symptomatisches Lymphödem dokumentiert wurde.

Über die 5 Folgejahre weisen ca. zwei Drittel der Patientinnen mit erstmalig dokumentiertem Lymphödem eine Persistenz auf. Von diesen Frauen erhalten rund 22 % eine Kompressionsarmstrumpftherapie.

C.4.2 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz* [Q]

Gesamt

Anteilswerte in Prozent

		Hj Erst- auftreten	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
gesamt	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	20,15	16,77	15,02	14,07	13,58	14,10
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	79,85	57,95	52,55	50,57	49,62	49,89
	Nein, nicht mehr	0,00	25,29	32,44	35,36	36,80	36,01

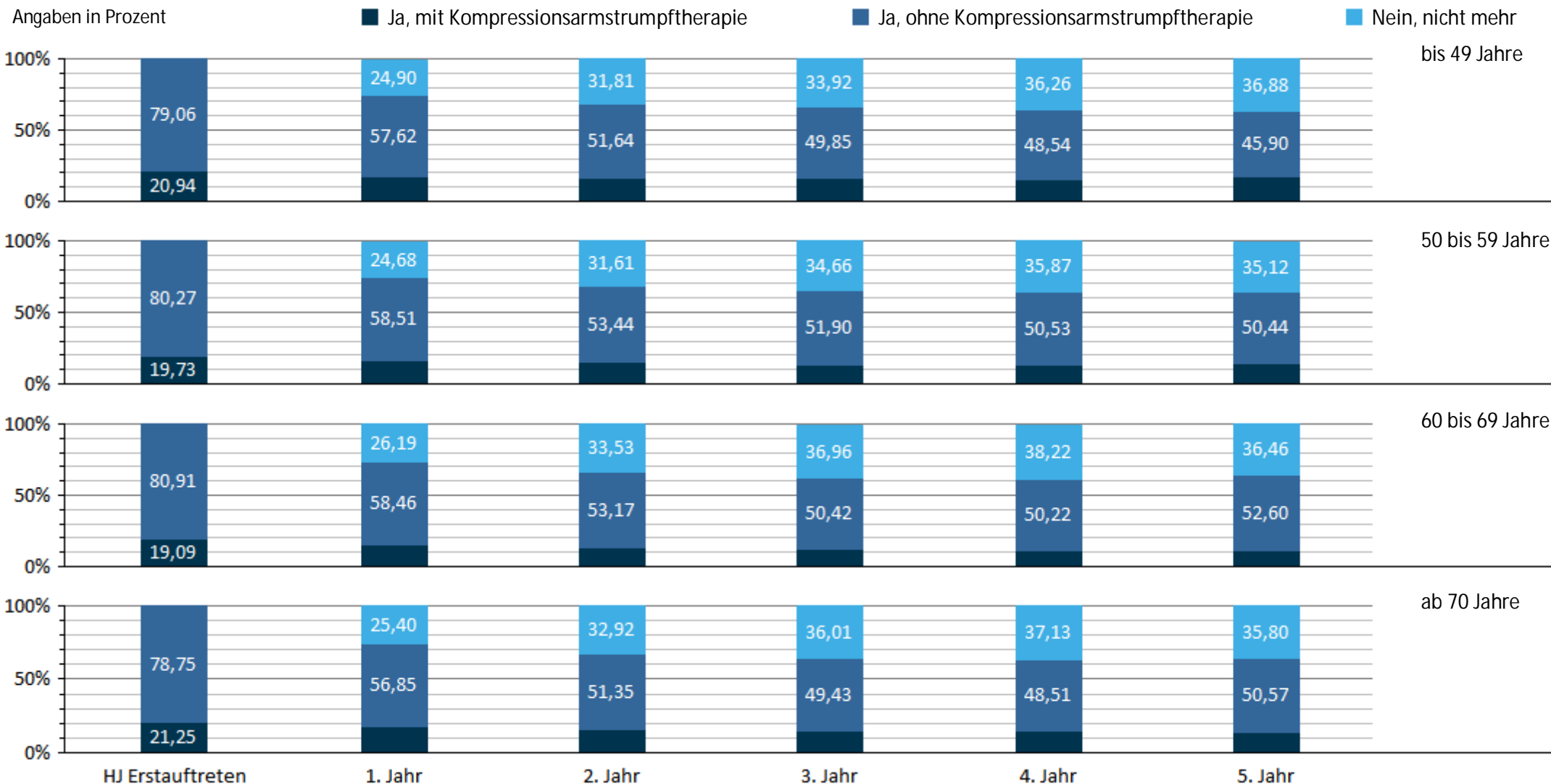
Fallbasis absolut

	Hj Erst- auftreten	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
gesamt	65.260	48.653	36.294	25.940	16.401	3.496

*Auf Persistenz in den nachfolgenden Teilnahmehalbjahren ausgewertet werden Patientinnen, bei denen im Halbjahr des Programmbeitritts oder in einem nachfolgenden Teilnahmehalbjahr erstmalig ein symptomatisches Lymphödem dokumentiert wurde.

C.4.2 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz* [Q]

Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt



*Auf Persistenz in den nachfolgenden Teilnahmejahren ausgewertet werden Patientinnen, bei denen im Halbjahr des Programmbeitritts oder in einem nachfolgenden Teilnahmehalbjahr erstmalig ein symptomatisches Lymphödem dokumentiert wurde.

C.4.2 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz* [Q]

Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Hj Erst- auftreten	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
bis 49 Jahre	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	20,94	17,47	16,55	16,23	15,19	17,23
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	79,06	57,62	51,64	49,85	48,54	45,90
	Nein, nicht mehr	0,00	24,90	31,81	33,92	36,26	36,88
50 bis 59 Jahre	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	19,73	16,81	14,95	13,44	13,59	14,44
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	80,27	58,51	53,44	51,90	50,53	50,44
	Nein, nicht mehr	0,00	24,68	31,61	34,66	35,87	35,12
60 bis 69 Jahre	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	19,09	15,35	13,30	12,61	11,55	10,95
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	80,91	58,46	53,17	50,42	50,22	52,60
	Nein, nicht mehr	0,00	26,19	33,53	36,96	38,22	36,46
ab 70 Jahren	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	21,25	17,75	15,73	14,56	14,36	13,63
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	78,75	56,85	51,35	49,43	48,51	50,57
	Nein, nicht mehr	0,00	25,40	32,92	36,01	37,13	35,80

Fallbasis absolut

	Hj Erst- auftreten	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
bis 49 Jahre	13.440	10.223	7.837	5.817	3.883	865
50 bis 59 Jahre	19.689	14.824	11.321	8.235	5.341	1.136
60 bis 69 Jahre	17.232	12.885	9.628	6.826	4.225	886
ab 70 Jahren	14.898	10.720	7.508	5.062	2.952	609

*Auf Persistenz in den nachfolgenden Teilnahmehalbjahren ausgewertet werden Patientinnen, bei denen im Halbjahr des Programmbeitritts oder in einem nachfolgenden Teilnahmehalbjahr erstmalig ein symptomatisches Lymphödem dokumentiert wurde.

C.4.2 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz* [Q]

Nach UICC-Stadien bei Programmbeitritt



*Auf Persistenz in den nachfolgenden Teilnahmejahren ausgewertet werden Patientinnen, bei denen im Halbjahr des Programmbeitritts oder in einem nachfolgenden Teilnahmehalbjahr erstmalig ein symptomatisches Lymphödem dokumentiert wurde.

C.4.2 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz* [Q]

Nach UICC-Stadien bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Hj Erst- auftreten	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
UICC 0, I	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	16,69	12,96	11,09	10,21	10,16	8,39
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	83,31	59,87	53,76	51,45	50,90	54,02
	Nein, nicht mehr	0,00	27,17	35,15	38,34	38,93	37,59
UICC IIA, B	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	20,16	17,11	15,49	14,61	14,35	14,21
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	79,84	57,92	53,02	50,90	48,95	49,69
	Nein, nicht mehr	0,00	24,97	31,50	34,50	36,70	36,10
UICC IIIA, B, C	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	28,99	26,28	24,80	24,18	23,07	27,02
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	71,01	52,20	48,55	46,24	46,27	41,61
	Nein, nicht mehr	0,00	21,51	26,66	29,58	30,66	31,37
UICC IV	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	31,38	26,94	24,86	21,37	22,27	24,29
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	68,62	49,67	44,21	42,74	42,65	45,71
	Nein, nicht mehr	0,00	23,39	30,93	35,90	35,07	30,00

Fallbasis absolut

	Hj Erst- auftreten	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
UICC 0, I	24.240	17.919	13.242	9.303	5.707	1.144
UICC IIA, B	21.546	15.977	11.862	8.433	5.205	1.119
UICC IIIA, B, C	6.667	4.969	3.609	2.498	1.582	322
UICC IV	1.112	761	527	351	211	70

*Auf Persistenz in den nachfolgenden Teilnahmejahren ausgewertet werden Patientinnen, bei denen im Halbjahr des Programmbeitritts oder in einem nachfolgenden Teilnahmehalbjahr erstmalig ein symptomatisches Lymphödem dokumentiert wurde.

C.4.2 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz* [Q]

Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt



*Auf Persistenz in den nachfolgenden Teilnahmejahren ausgewertet werden Patientinnen, bei denen im Halbjahr des Programmbeitritts oder in einem nachfolgenden Teilnahmehalbjahr erstmalig ein symptomatisches Lymphödem dokumentiert wurde.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.4.2 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz* [Q]

Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Hj Erst- auftreten	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
AOP: BET I	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	15,75	12,20	10,50	9,55	9,07	8,64
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	84,25	60,57	54,93	53,03	51,89	53,12
	Nein, nicht mehr	0,00	27,24	34,56	37,42	39,04	38,24
AOP: BET II	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	26,14	23,87	21,61	19,78	20,21	20,60
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	73,86	54,98	50,85	49,70	48,11	46,69
	Nein, nicht mehr	0,00	21,15	27,54	30,52	31,68	32,70
AOP: MAS I	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	17,94	14,11	12,66	12,03	12,74	10,64
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	82,06	58,70	53,26	51,61	48,80	52,48
	Nein, nicht mehr	0,00	27,19	34,08	36,36	38,46	36,88
AOP: MAS II	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	29,69	26,17	25,29	25,26	22,40	23,57
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	70,31	52,02	47,60	45,72	45,66	42,04
	Nein, nicht mehr	0,00	21,81	27,11	29,02	31,94	34,39

*Auf Persistenz in den nachfolgenden Teilnahmejahren ausgewertet werden Patientinnen, bei denen im Halbjahr des Programmbeitritts oder in einem nachfolgenden Teilnahmehalbjahr erstmalig ein symptomatisches Lymphödem dokumentiert wurde.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.4.2 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz* [Q]

Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

	Hj Erst- auftreten	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
AOP: BET I	26.487	19.843	14.958	10.710	6.703	1.378
AOP: BET II	7.908	6.151	4.808	3.539	2.380	529
AOP: MAS I	4.961	3.685	2.726	1.961	1.248	282
AOP: MAS II	6.146	4.650	3.456	2.443	1.531	314

*Auf Persistenz in den nachfolgenden Teilnahmejahren ausgewertet werden Patientinnen, bei denen im Halbjahr des Programmbeitritts oder in einem nachfolgenden Teilnahmehalbjahr erstmalig ein symptomatisches Lymphödem dokumentiert wurde.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.4.2 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz* [Q]

Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)



*Auf Persistenz in den nachfolgenden Teilnahmejahren ausgewertet werden Patientinnen, bei denen im Halbjahr des Programmbeitritts oder in einem nachfolgenden Teilnahmehalbjahr erstmalig ein symptomatisches Lymphödem dokumentiert wurde.

C.4.2 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz* [Q]

Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)

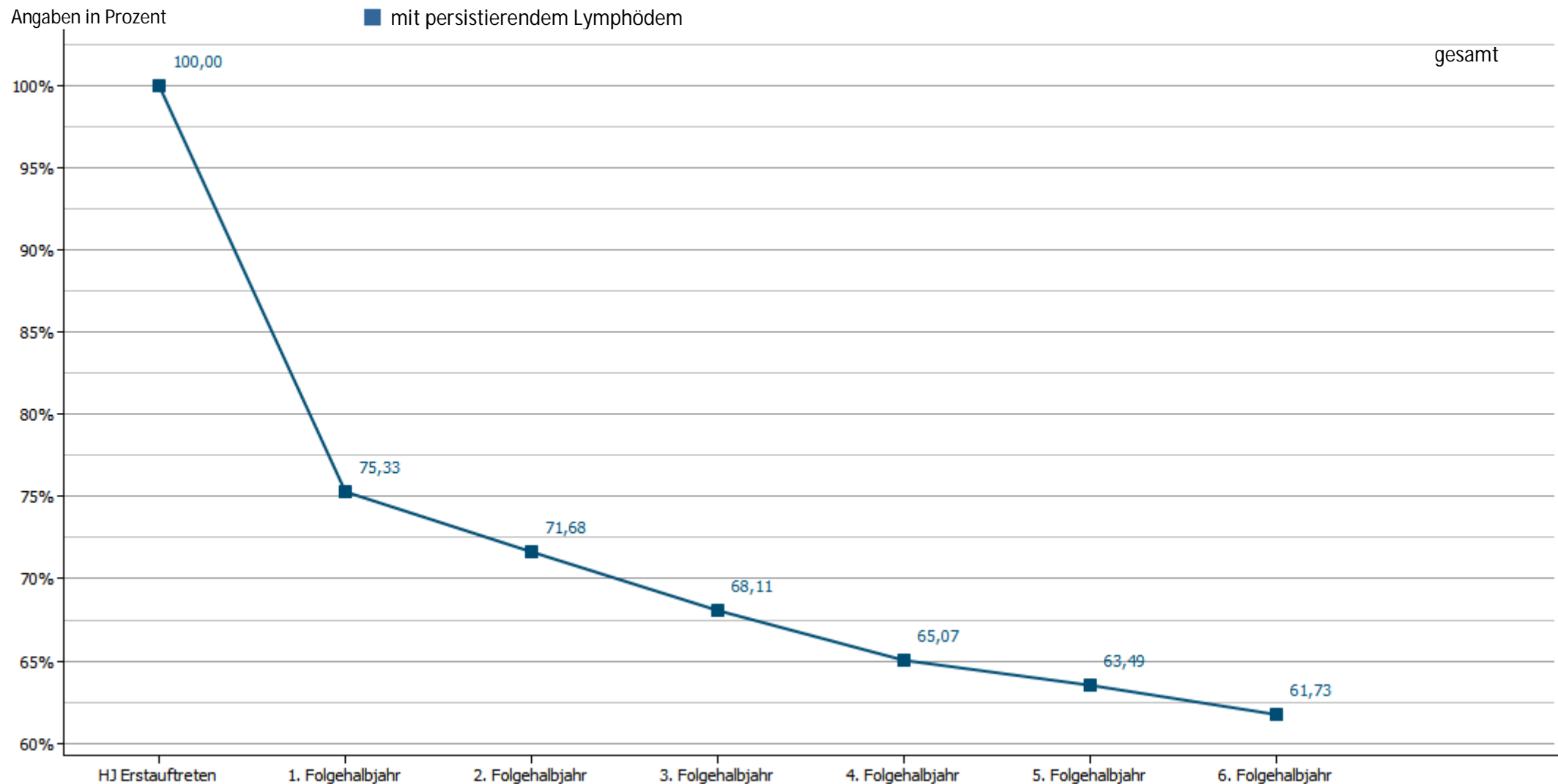
Anteilswerte in Prozent

		Hj Erst- auftreten	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	17,15	12,36	10,72	10,13	9,50	10,00
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	82,85	58,09	51,67	47,85	44,95	40,71
	Nein, nicht mehr	0,00	29,55	37,60	42,01	45,55	49,29
25 bis 30	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	18,67	14,72	13,19	12,50	13,65	14,69
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	81,33	58,38	52,34	48,90	44,13	34,97
	Nein, nicht mehr	0,00	26,90	34,47	38,60	42,22	50,35
über 30 bis unter 35	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	21,19	18,45	16,48	16,35	13,37	10,77
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	78,81	55,96	51,40	46,83	44,27	50,77
	Nein, nicht mehr	0,00	25,59	32,11	36,81	42,36	38,46
35 und höher	Ja, mit Kompressionsarmstrumpftherapie	21,27	19,43	17,36	15,74	18,94	-
	Ja, ohne Kompressionsarmstrumpftherapie	78,73	55,43	51,15	49,29	41,61	-
	Nein, nicht mehr	0,00	25,14	31,48	34,97	39,44	-

Fallbasis absolut

	Hj Erst- auftreten	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	13.102	8.619	5.502	3.099	1.179	140
25 bis 30	11.863	7.840	5.042	2.808	1.099	143
über 30 bis unter 35	6.107	4.021	2.566	1.437	576	65
35 und höher	3.389	2.192	1.388	775	322	39

*Auf Persistenz in den nachfolgenden Teilnahmejahren ausgewertet werden Patientinnen, bei denen im Halbjahr des Programmbeitritts oder in einem nachfolgenden Teilnahmehalbjahr erstmalig ein symptomatisches Lymphödem dokumentiert wurde.



*Längsschnittkollektiv: Auf Persistenz ausgewertet werden Patientinnen der Kohorten K2012-2 bis maximal K2020-2 mit erstmaligem Auftreten eines Lymphödems im Beitrittsjahr oder einem beliebigen Folgehalbjahr, welche danach noch mindestens 6 Folgehalbjahre DMP-Teilnehmerinnen waren und für die halbjährlich mindestens eine Angabe zum symptomatischen Lymphödem vorlag.

Im fixierten LS-Kollektiv der Patientinnen mit einem erstmalig aufgetretenen Lymphödem sinkt die Persistenzrate über die betrachteten Folgehalbjahre kontinuierlich ab. Im 6. Folgehalbjahr liegt noch bei 61,7 % der Frauen ein Lymphödem vor.

C.4.3 Symptomatisches Lymphödem: Persistenz* [L]

Gesamt

Anteilswerte in Prozent

	Hj Erst-auftreten	1. Folge-halbjahr	2. Folge-halbjahr	3. Folge-halbjahr	4. Folge-halbjahr	5. Folge-halbjahr	6. Folge-halbjahr
gesamt	100,00	75,33	71,68	68,11	65,07	63,49	61,73

Fallbasis absolut

	Hj Erst-auftreten	1. Folge-halbjahr	2. Folge-halbjahr	3. Folge-halbjahr	4. Folge-halbjahr	5. Folge-halbjahr	6. Folge-halbjahr
gesamt	14.954	14.954	14.954	14.954	14.954	14.954	14.954

*Längsschnittkollektiv: Auf Persistenz ausgewertet werden Patientinnen der Kohorten K2012-2 bis maximal K2020-2 mit erstmaligem Auftreten eines Lymphödems im Beitritts-halb-jahr oder einem beliebigen Folgehalbjahr, welche danach noch mindestens 6 Folgehalbjahre DMP-Teilnehmerinnen waren und für die halbjährlich mindestens eine Angabe zum symptomatischen Lymphödem vorlag.

Adjuvante endokrine Therapien wie Tamoxifen und Aromatasehemmer verringern die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs um relativ ca. 40% und das Sterberisiko um ca. 30%.⁸ Aufgrund dieser Ergebnisse sollen alle Frauen mit positivem Hormonrezeptorstatus (Östrogen- und/oder Progesteronrezeptor) eine endokrine Medikation (z.B. mit Tamoxifen oder Aromatasehemmern) erhalten.⁵ Bei Programmbeitritt wurde bei ca. 75% aller wegen eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen ein positiver Hormonrezeptorstatus dokumentiert.

Die positiven Auswirkungen der endokrinen Therapie können jedoch nur erreicht werden, wenn die Patientinnen die Behandlung über den empfohlenen Zeitraum von 5 Jahren durchführen. Aber nur etwa die Hälfte der Frauen mit Brustkrebs nehmen die Medikamente 5 Jahre lang ein. Diese mangelnde Compliance geht mit einem deutlich erhöhten Sterberisiko einher.⁸ Daher sind die Aufklärung über die Notwendigkeit der konsequenten und langfristigen Medikamenteneinnahme und die stetige Motivation der Patientinnen zur Fortführung der Therapie wichtige Bestandteile der Brustkrebs-Nachsorge. Ebenso sollten die Patientinnen regelmäßig nach Verträglichkeit und Nebenwirkungen sowie gegebenenfalls bestehenden Umsetzungsbarrieren und individuellen Risikofaktoren befragt und die Ergebnisse erfasst werden. Bei wesentlichen Veränderungen oder starken Beschwerden sollte ein Wechsel des medikamentösen Wirkstoffs in Erwägung gezogen werden, um die Therapieadhärenz nicht zu gefährden.^{5,8}

Zunächst wird pro Teilnahmejahr im Querschnitt [Q] dargestellt, welcher Anteil der Patientinnen mit Einschreibung wegen eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus (a) keine endokrine Therapie erhält, (b) die endokrine Therapie vor dem 5. Jahr abgebrochen hat, (c) die endokrine Therapie regulär nach 5 Jahren abgeschlossen hat, (d) die endokrine Therapie aktuell seit weniger als 5 Jahren erhält und (e) die endokrine Therapie aktuell seit mehr als 5 Jahren erhält. Diese Angaben entstammen ausschließlich dem Dokumentationsblock "Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie" aus der Satzart SA200E2/F2.

In den DMP-Daten ist erkennbar, dass die beiden Angaben „regulär nach 5 Jahren abgeschlossen“ und „vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen“ nicht nur einmal beim erstmaligen Auftreten des Abschlusses oder des Abbruchs der Therapie in nur einer Folgedokumentation dokumentiert werden, sondern auch in den nachfolgenden Folgedokumentationen späterer Teilnahmejahre. Um diese sich wiederholende Angabe nicht in jedem nachfolgenden Teilnahmejahr einer Patientin erneut fälschlicherweise zu werten, werden diese Fälle ab dem ersten zu wertenden Auftreten für die nachfolgenden Teilnahmejahre zensiert.

Weiterhin wird pro Teilnahmejahr im Querschnitt [Q] ausgewertet, bei welchem Anteil der Patientinnen mit Einschreibung wegen eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus, welche im Teilnahmejahr eine endokrine Therapie (Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere) erhalten, das Vorliegen an sich und besonders der Schweregrad von Nebenwirkungen der endokrinen Therapie erfragt wurde. Die Angaben zur Gabe einer endokrinen Therapie entstammen ausschließlich dem Dokumentationsblock "aktuelle adjuvante endokrine Therapie" aus der Satzart SA200E2/F2, die Angaben zur Abfrage der Nebenwirkungen aus derselben Dokumentation wie die Gabe der Therapie.

Die genannten Auswertungen werden differenziert für das Gesamtkollektiv aller Patientinnen mit Einschreibung wegen eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebs bei positivem Hormonrezeptorstatus, der SG Prim, nach Lebensalter bei Programmbeitritt, nach dem UICC-Stadium bei Programmbeitritt sowie nach Art der operativen Therapie dargestellt. Für Teilnehmerinnen ab K2018-2 wird zusätzlich noch nach BMI-Klassen bei Einschreibung unterschieden.

C.5 Adjuvante endokrine Therapie

Übersicht und Erläuterung

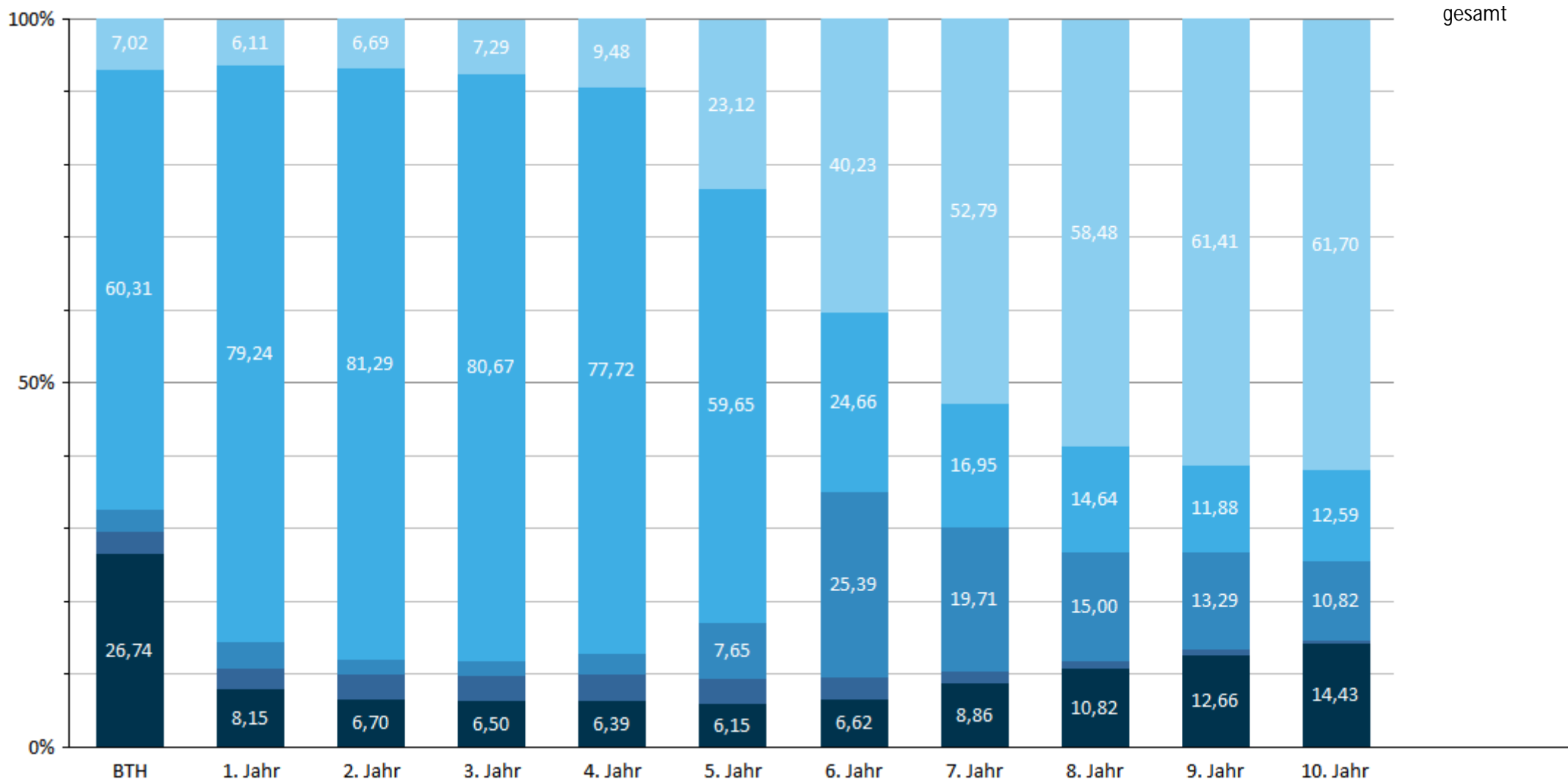
Letztlich wird in halbjährlicher Darstellung im Querschnitt [Q] ausgewertet, bei welchem Anteil der Patientinnen mit Einschreibung wegen eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebs bei positivem Hormonrezeptorstatus, welche im Teilnahmehalbjahr eine endokrine Therapie (Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere) erhalten und der Schweregrad von Nebenwirkungen abgefragt wurde, pro Schweregradkategorie der Nebenwirkungen ein Therapieabbruch laut Angaben in der chronologisch direkt nachfolgenden Dokumentation des nachfolgenden oder des nachnachfolgenden Halbjahres erfolgte. Diese Art der Auswertung erfordert zu einem darzustellenden Teilnahmehalbjahr zwingend immer, dass eine Information zu einem möglichen Therapieabbruch in den beiden dem darzustellenden Halbjahr nachfolgenden Halbjahren vorliegen muss, sie endet in diesem Bericht somit im 18. Halbjahr.

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q]

Gesamt

Angaben in Prozent

- keine endokrine Therapie
- vor dem 5. Jahr abgebrochen
- regulär nach 5 Jahren abgeschlossen
- aktuell andauernd seit weniger als 5 Jahren
- aktuell andauernd, Fortführung über 5 Jahre hinaus



Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

Knapp zwei Drittel der Patientinnen (65,6 %) mit positivem Rezeptorstatus wurden im 6. Jahr bereits mind. 5 Jahre mit adjuvanter endokriner Therapie behandelt. Der Therapiestart lag somit zeitnah zum PB oder bereits davor.

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q]

Gesamt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	aktuell andauernd, Fortführung über 5 Jahre hinaus	7,02	6,11	6,69	7,29	9,48	23,12	40,23	52,79	58,48	61,41	61,70
	aktuell andauernd, seit weniger als 5 Jahren	60,31	79,24	81,29	80,67	77,72	59,65	24,66	16,95	14,64	11,88	12,59
	regulär nach 5 Jahren abgeschlossen	2,95	3,65	1,96	2,05	2,80	7,65	25,39	19,71	15,00	13,29	10,82
	vor dem 5. Jahr abgebrochen	2,98	2,86	3,36	3,49	3,62	3,42	3,10	1,70	1,07	0,76	0,46
	keine endokrine Therapie	26,74	8,15	6,70	6,50	6,39	6,15	6,62	8,86	10,82	12,66	14,43

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	101.933	84.387	70.936	60.616	50.341	40.498	30.488	16.739	8.875	4.613	1.303

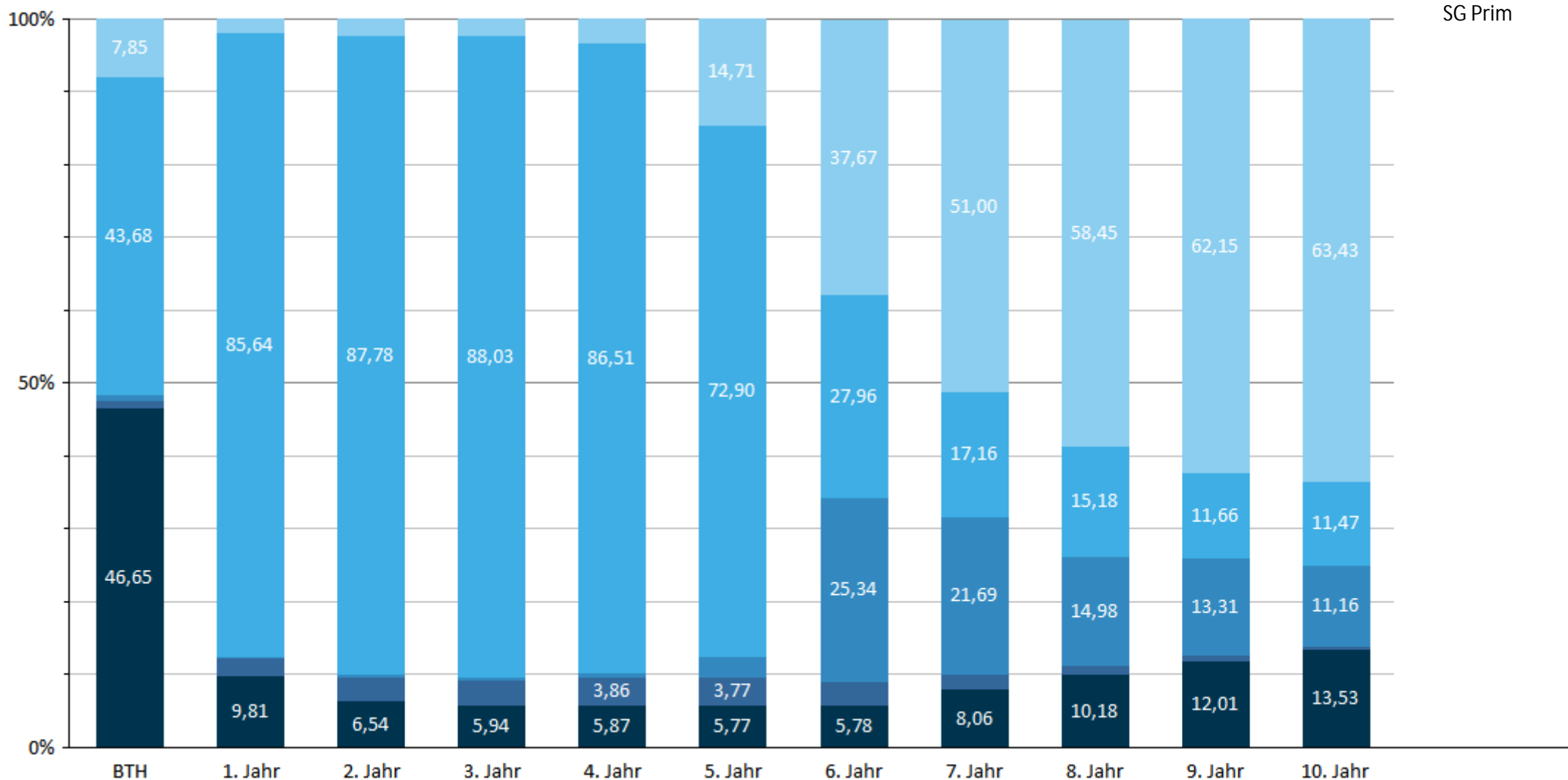
Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q]

SG Primärtumor

Angaben in Prozent

keine endokrine Therapie vor dem 5. Jahr abgebrochen regulär nach 5 Jahren abgeschlossen
 aktuell andauernd seit weniger als 5 Jahren aktuell andauernd, Fortführung über 5 Jahre hinaus



Ausgewertet werden alle Patientinnen mit zeitnah zur Diagnose (Histologie) erfolgter Einschreibung wegen Primärtumor und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

Im BTH erhalten oder erhielten ca. 73,3 % aller Patientinnen mit positivem Rezeptorstatus eine adjuvante endokrine Therapie. In der Subgruppe Primärtumor sind es zu diesem Zeitpunkt rund 53,4 % der Frauen.

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q]

SG Primärtumor

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
SG Prim	aktuell andauernd, Fortführung über 5 Jahre hinaus	7,85	1,98	2,13	2,22	3,18	14,71	37,67	51,00	58,45	62,15	63,43
	aktuell andauernd, seit weniger als 5 Jahren	43,68	85,64	87,78	88,03	86,51	72,90	27,96	17,16	15,18	11,66	11,47
	regulär nach 5 Jahren abgeschlossen	0,80	0,25	0,32	0,36	0,58	2,86	25,34	21,69	14,98	13,31	11,16
	vor dem 5. Jahr abgebrochen	1,03	2,33	3,24	3,45	3,86	3,77	3,26	2,09	1,21	0,87	0,41
	keine endokrine Therapie	46,65	9,81	6,54	5,94	5,87	5,77	5,78	8,06	10,18	12,01	13,53

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
SG Prim	38.609	30.278	26.687	23.453	20.235	17.495	14.418	8.314	4.460	2.539	968

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit zeitnah zur Diagnose (Histologie) erfolgter Einschreibung wegen Primärtumor und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q] Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

keine endokrine Therapie

abgebrochen oder abgeschlossen

aktuell unter Therapie



Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

Ab dem 5. Folgejahr sinkt der Anteil der Patientinnen, die sich aktuell unter Therapie befinden. Jüngere Patientinnen (bis 49 Jahre) sind noch häufiger unter Therapie als Frauen höheren Alters.

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q] Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	aktuell unter Therapie	63,16	87,71	89,77	89,43	89,12	86,83	76,07	79,58	81,03	81,17	80,96
	abgebrochen oder abgeschlossen	3,92	3,41	4,10	4,78	5,11	7,78	18,33	14,10	11,66	10,84	9,63
	keine endokrine Therapie	32,92	8,88	6,13	5,79	5,77	5,39	5,60	6,32	7,32	7,99	9,40
50 bis 59 Jahre	aktuell unter Therapie	66,15	85,40	87,80	87,99	87,16	83,16	65,98	69,12	72,01	71,74	74,89
	abgebrochen oder abgeschlossen	5,52	5,60	4,74	5,07	5,75	10,15	26,79	21,31	16,15	14,23	10,05
	keine endokrine Therapie	28,34	9,00	7,46	6,94	7,09	6,69	7,23	9,57	11,84	14,03	15,07
60 bis 69 Jahre	aktuell unter Therapie	67,88	84,54	87,87	87,74	86,91	81,71	60,67	65,51	69,50	70,18	66,89
	abgebrochen oder abgeschlossen	5,90	7,14	5,08	5,38	6,35	11,96	32,53	24,70	18,56	15,26	14,43
	keine endokrine Therapie	26,23	8,32	7,05	6,89	6,74	6,33	6,80	9,79	11,94	14,56	18,69
ab 70 Jahren	aktuell unter Therapie	70,39	84,66	87,07	87,06	85,97	79,76	56,34	62,26	65,65	64,20	66,94
	abgebrochen oder abgeschlossen	7,55	8,69	7,09	6,89	8,45	14,35	37,11	27,77	20,59	19,05	13,71
	keine endokrine Therapie	22,06	6,65	5,85	6,05	5,57	5,89	6,55	9,96	13,76	16,75	19,35

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q] Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	16.899	14.222	12.625	11.191	9.759	8.261	6.749	4.285	2.556	1.402	436
50 bis 59 Jahre	28.027	23.720	20.434	17.706	14.990	12.187	9.347	5.278	2.855	1.504	438
60 bis 69 Jahre	28.148	23.396	19.693	17.034	14.056	11.442	8.620	4.526	2.279	1.140	305
ab 70 Jahren	28.858	23.048	18.184	14.684	11.535	8.607	5.772	2.650	1.185	567	124

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q]

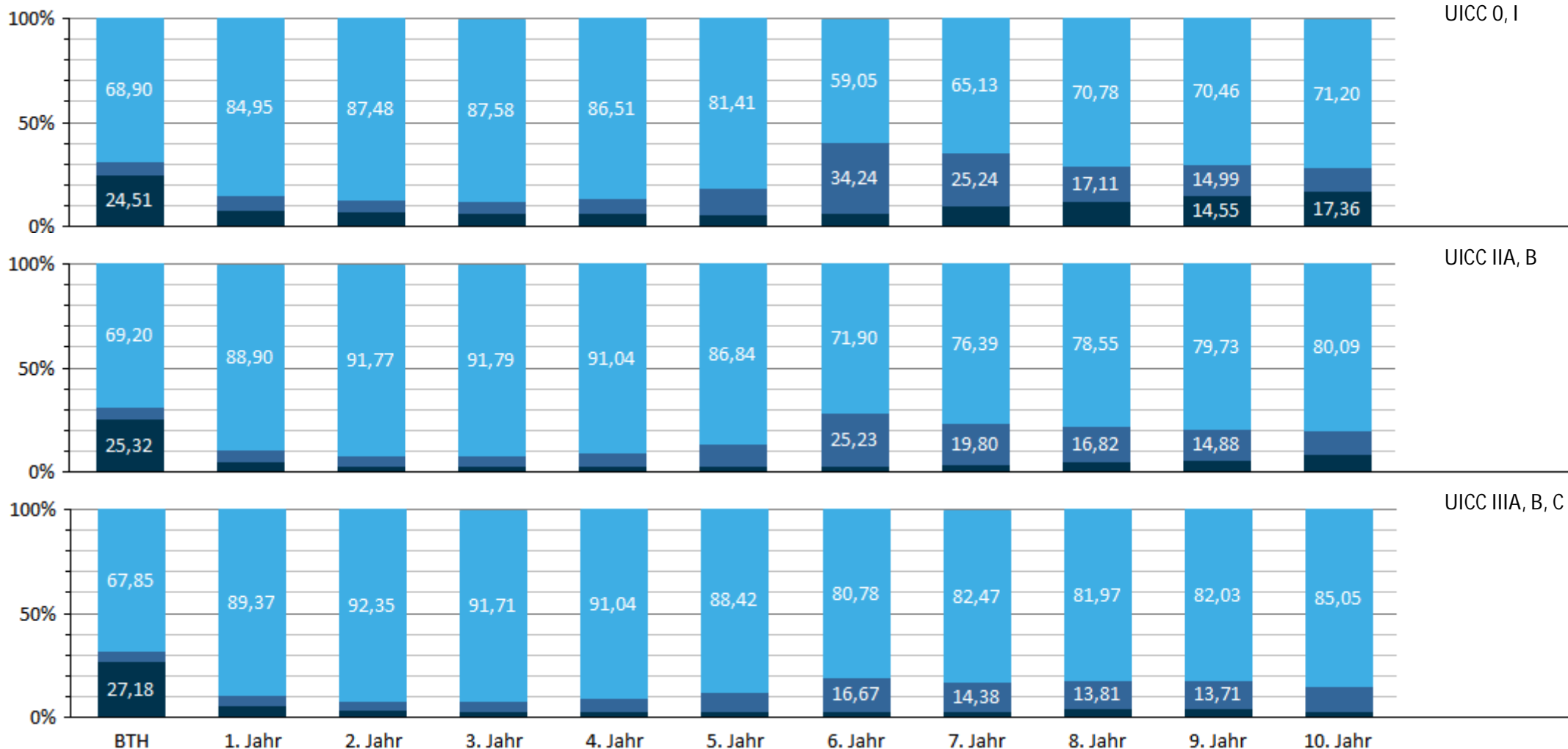
Nach UICC-Stadien (0-III) bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

keine endokrine Therapie

abgebrochen oder abgeschlossen

aktuell unter Therapie



Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

Die Anteile der Patientinnen, die sich aktuell unter Therapie befinden, variieren in Abhängigkeit vom UICC-Stadium. In den leichteren Stadien (0, I) liegt dieser Anteil in den Folgejahren bei ca. 76,5 %. Dagegen stehen in UICC III ca. 86,5 % der Frauen aktuell unter Therapie.

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q]

Nach UICC-Stadien (0-III) bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I	aktuell unter Therapie	68,90	84,95	87,48	87,58	86,51	81,41	59,05	65,13	70,78	70,46	71,20
	abgebrochen oder abgeschlossen	6,59	7,22	5,64	5,78	6,95	12,58	34,24	25,24	17,11	14,99	11,44
	keine endokrine Therapie	24,51	7,83	6,88	6,64	6,53	6,01	6,70	9,63	12,11	14,55	17,36
UICC IIA, B	aktuell unter Therapie	69,20	88,90	91,77	91,79	91,04	86,84	71,90	76,39	78,55	79,73	80,09
	abgebrochen oder abgeschlossen	5,48	5,89	5,04	5,19	6,12	10,47	25,23	19,80	16,82	14,88	11,48
	keine endokrine Therapie	25,32	5,21	3,19	3,01	2,84	2,69	2,87	3,80	4,63	5,38	8,43
UICC IIIA, B, C	aktuell unter Therapie	67,85	89,37	92,35	91,71	91,04	88,42	80,78	82,47	81,97	82,03	85,05
	abgebrochen oder abgeschlossen	4,97	4,89	4,20	5,14	6,20	9,00	16,67	14,38	13,81	13,71	12,15
	keine endokrine Therapie	27,18	5,74	3,45	3,15	2,76	2,57	2,55	3,15	4,23	4,26	2,80

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q]

Nach UICC-Stadien (0-III) bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I	49.000	39.707	32.704	27.405	22.590	17.826	13.413	6.968	3.542	1.828	507
UICC IIA, B	34.807	28.211	23.415	19.742	16.073	12.620	9.504	5.414	2.979	1.505	427
UICC IIIA, B, C	7.975	6.407	5.218	4.378	3.551	2.799	2.196	1.363	804	423	107

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

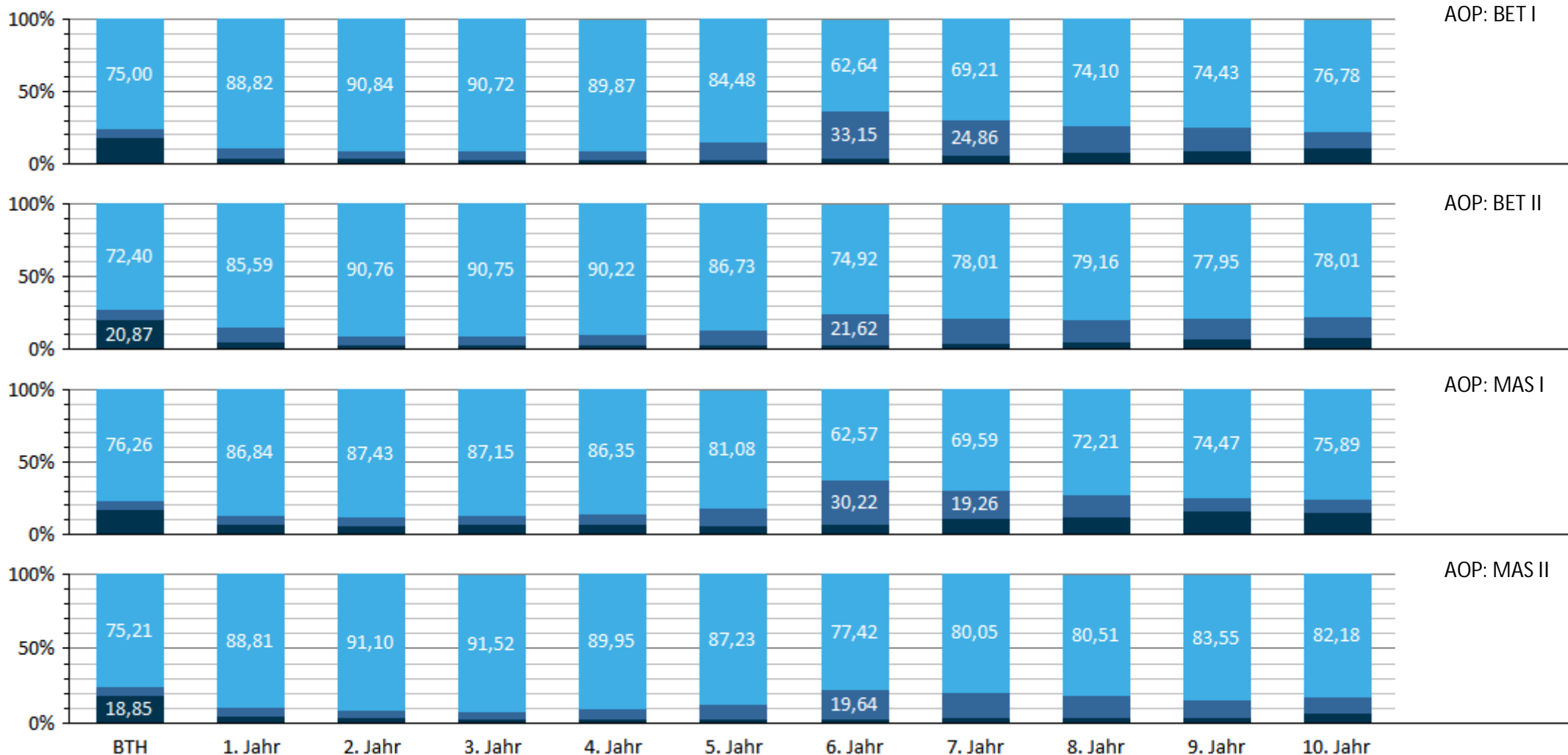
C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q] Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

keine endokrine Therapie

abgebrochen oder abgeschlossen

aktuell unter Therapie



Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

Nach dem 5. Folgejahr sinkt der Anteil der Patientinnen, die sich aktuell unter Therapie befinden, deutlich in allen AOP-Gruppen. Der Anteilsrückgang ist in den beiden Gruppen mit nur Sentinel-Lymphknoten-biopsie (BET I, MAS I) größer als in den beiden Gruppen mit Lymphonodektomie.

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q]

Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
AOP: BET I	aktuell unter Therapie	75,00	88,82	90,84	90,72	89,87	84,48	62,64	69,21	74,10	74,43	76,78
	abgebrochen oder abgeschlossen	6,36	6,98	5,54	5,76	6,58	11,99	33,15	24,86	17,97	16,40	11,53
	keine endokrine Therapie	18,63	4,19	3,61	3,51	3,55	3,53	4,21	5,94	7,93	9,18	11,69
AOP: BET II	aktuell unter Therapie	72,40	85,59	90,76	90,75	90,22	86,73	74,92	78,01	79,16	77,95	78,01
	abgebrochen oder abgeschlossen	6,73	9,74	5,89	5,84	6,69	10,04	21,62	17,64	15,34	14,70	14,14
	keine endokrine Therapie	20,87	4,67	3,35	3,41	3,09	3,23	3,46	4,34	5,50	7,35	7,85
AOP: MAS I	aktuell unter Therapie	76,26	86,84	87,43	87,15	86,35	81,08	62,57	69,59	72,21	74,47	75,89
	abgebrochen oder abgeschlossen	6,52	6,19	5,94	6,07	6,77	12,43	30,22	19,26	15,67	9,21	8,93
	keine endokrine Therapie	17,22	6,98	6,63	6,78	6,88	6,49	7,21	11,14	12,13	16,32	15,18
AOP: MAS II	aktuell unter Therapie	75,21	88,81	91,10	91,52	89,95	87,23	77,42	80,05	80,51	83,55	82,18
	abgebrochen oder abgeschlossen	5,94	6,31	5,42	5,31	6,91	9,82	19,64	16,35	15,16	12,34	10,89
	keine endokrine Therapie	18,85	4,88	3,48	3,17	3,13	2,95	2,94	3,60	4,33	4,11	6,93

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q] Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

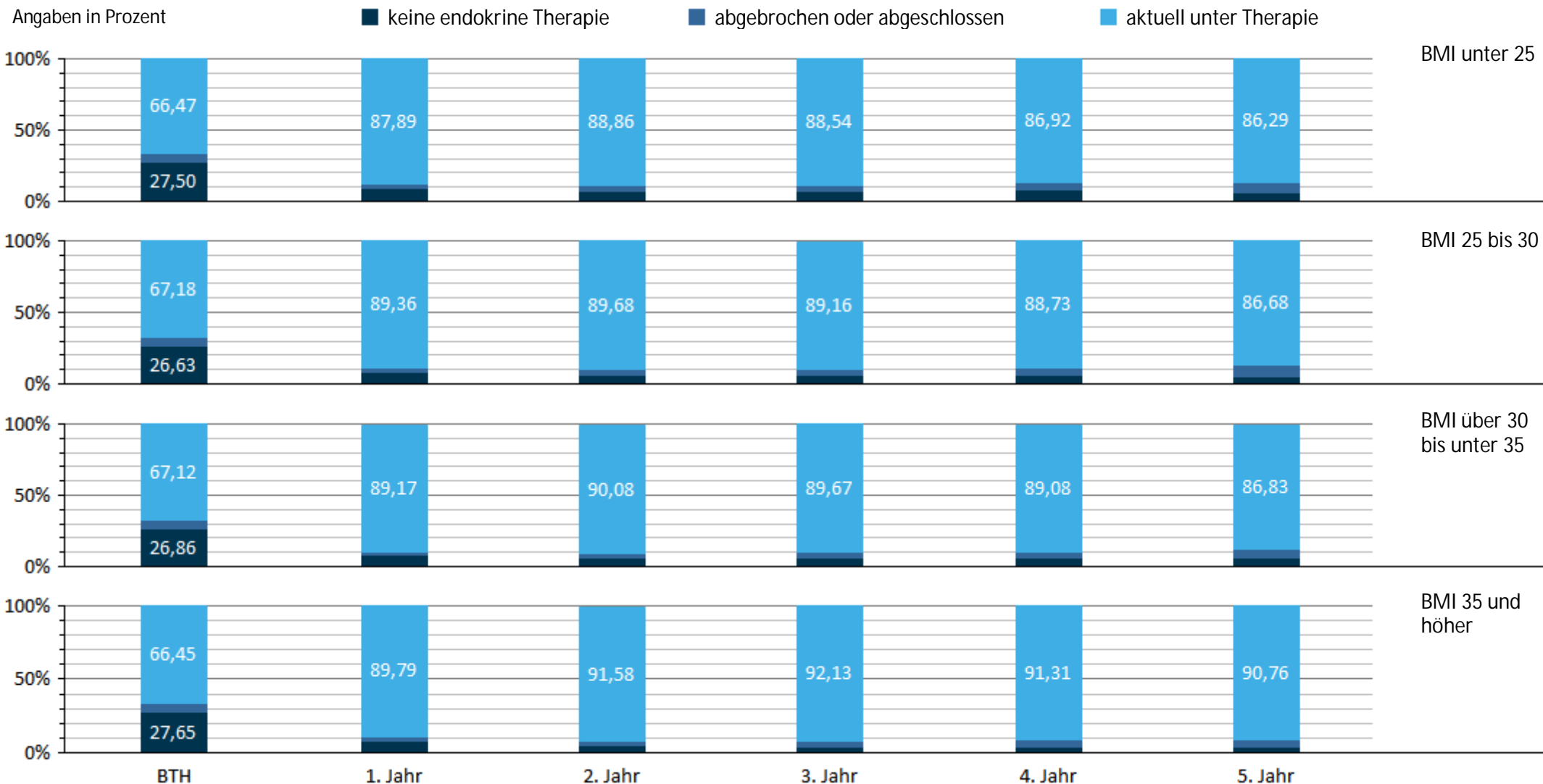
	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
AOP: BET I	48.758	41.181	35.388	30.844	25.811	21.143	15.831	8.203	4.162	2.092	590
AOP: BET II	7.282	6.848	5.943	5.482	4.980	4.372	3.613	2.256	1.310	694	191
AOP: MAS I	8.453	7.096	6.032	5.121	4.330	3.468	2.538	1.355	734	380	112
AOP: MAS II	5.772	5.185	4.427	3.845	3.225	2.678	2.108	1.278	739	389	101

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q]

Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)



Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q] Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	aktuell unter Therapie	66,47	87,89	88,86	88,54	86,92	86,29
	abgebrochen oder abgeschlossen	6,03	3,08	3,72	4,16	5,02	7,58
	keine endokrine Therapie	27,50	9,03	7,41	7,30	8,06	6,13
25 bis 30	aktuell unter Therapie	67,18	89,36	89,68	89,16	88,73	86,68
	abgebrochen oder abgeschlossen	6,19	2,62	3,99	4,45	5,08	8,66
	keine endokrine Therapie	26,63	8,02	6,33	6,39	6,19	4,66
über 30 bis unter 35	aktuell unter Therapie	67,12	89,17	90,08	89,67	89,08	86,83
	abgebrochen oder abgeschlossen	6,02	2,52	3,56	3,90	4,50	6,59
	keine endokrine Therapie	26,86	8,31	6,37	6,43	6,42	6,59
35 und höher	aktuell unter Therapie	66,45	89,79	91,58	92,13	91,31	90,76
	abgebrochen oder abgeschlossen	5,91	2,59	3,26	3,58	4,72	5,43
	keine endokrine Therapie	27,65	7,62	5,16	4,29	3,97	3,80

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

C.5.1 Adjuvante endokrine Therapie: Gabe und Fortführung der Therapie [Q]

Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	40.899	26.280	17.667	11.152	5.672	897
25 bis 30	32.523	21.017	14.435	9.002	4.392	751
über 30 bis unter 35	15.454	9.917	6.721	4.201	2.134	334
35 und höher	7.975	5.026	3.371	2.097	1.059	184

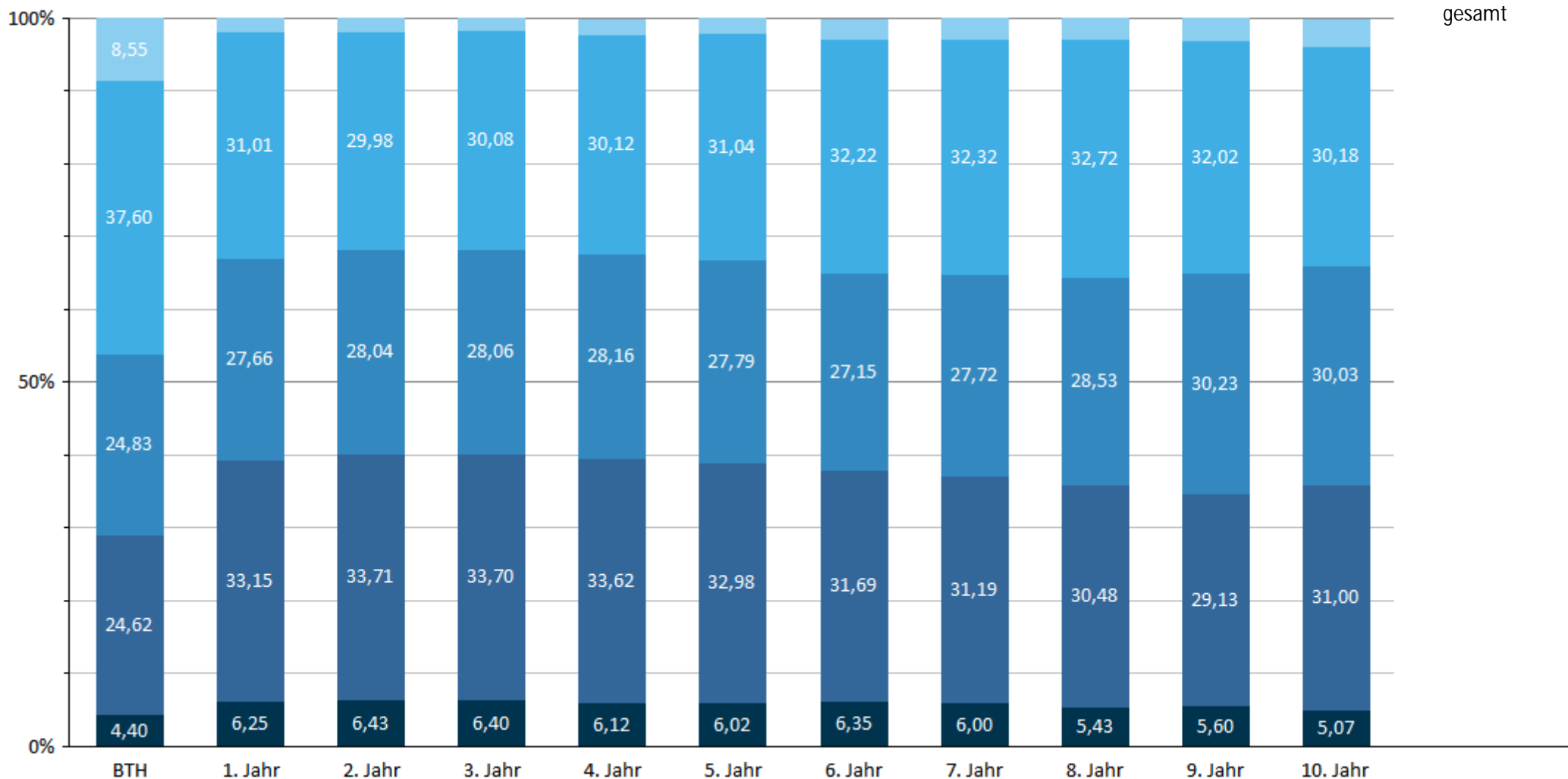
Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung.

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q]

Gesamt

Angaben in Prozent

stark belastend mäßig belastend nicht belastend keine nicht erfragt



Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmehar Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

Der Anteil der Patientinnen insgesamt mit mäßig oder stark belastenden NW liegt in den Folgejahren zwischen 35 % und 40 %. Etwa ein Drittel der Patientinnen zeigt im Verlauf keine Nebenwirkungen der Therapie an.

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q]

Gesamt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	nicht erfragt	8,55	1,93	1,84	1,77	1,98	2,16	2,58	2,77	2,83	3,02	3,73
	keine	37,60	31,01	29,98	30,08	30,12	31,04	32,22	32,32	32,72	32,02	30,18
	nicht belastend	24,83	27,66	28,04	28,06	28,16	27,79	27,15	27,72	28,53	30,23	30,03
	mäßig belastend	24,62	33,15	33,71	33,70	33,62	32,98	31,69	31,19	30,48	29,13	31,00
	stark belastend	4,40	6,25	6,43	6,40	6,12	6,02	6,35	6,00	5,43	5,60	5,07

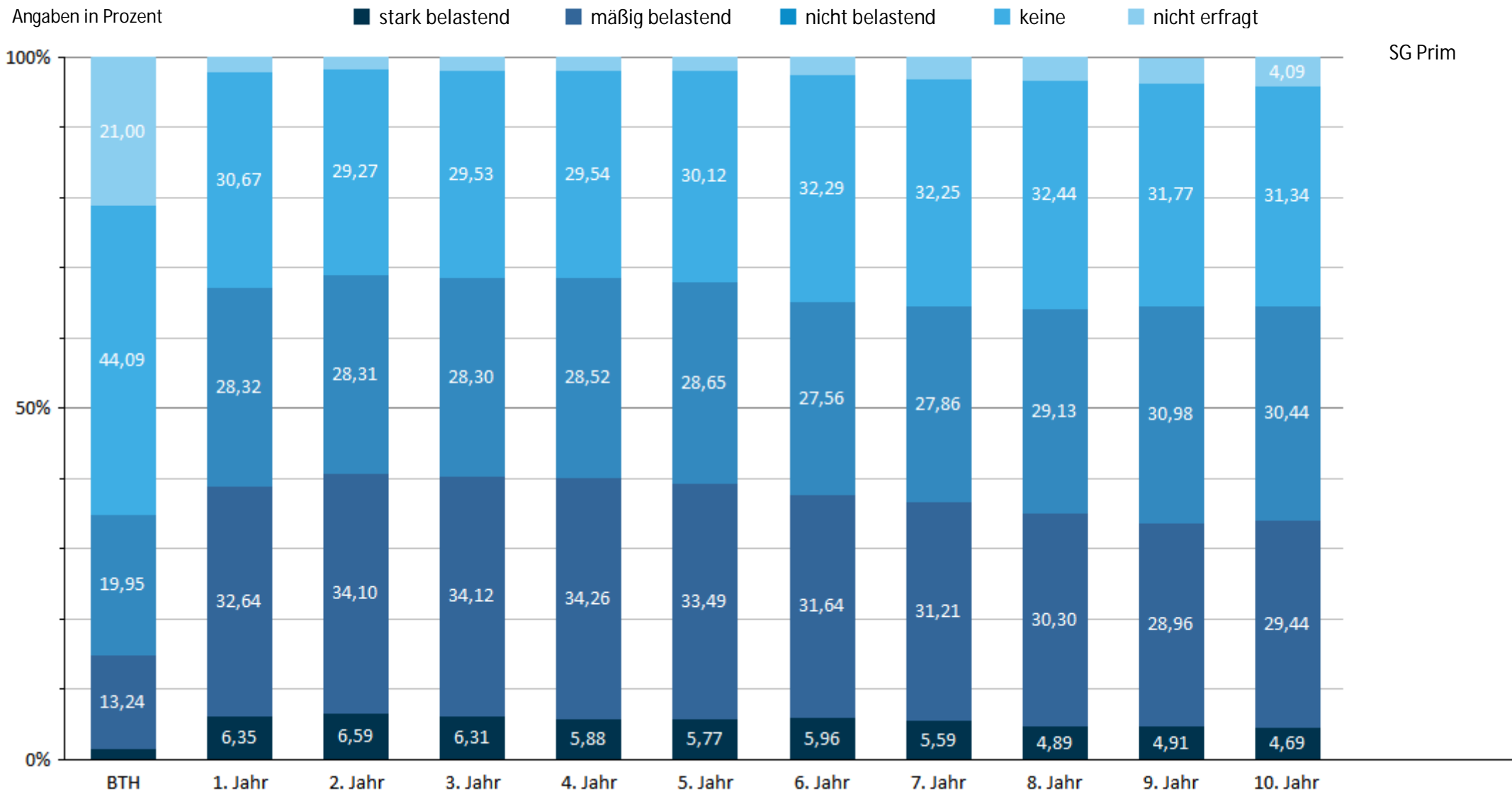
Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	65.032	73.720	64.559	55.572	45.867	34.154	22.013	13.949	8.159	4.463	1.342

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q]

SG Primärtumor



Ausgewertet werden alle Patientinnen mit zeitnah zur Diagnose (Histologie) erfolgter Einschreibung wegen Primärtumor und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

Bei 95-99 % der Patientinnen (insgesamt und in allen Subgruppen) werden die Nebenwirkungen in den Folgejahren regelmäßig erfragt.

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q]

SG Primärtumor

Anteilswerte in Prozent

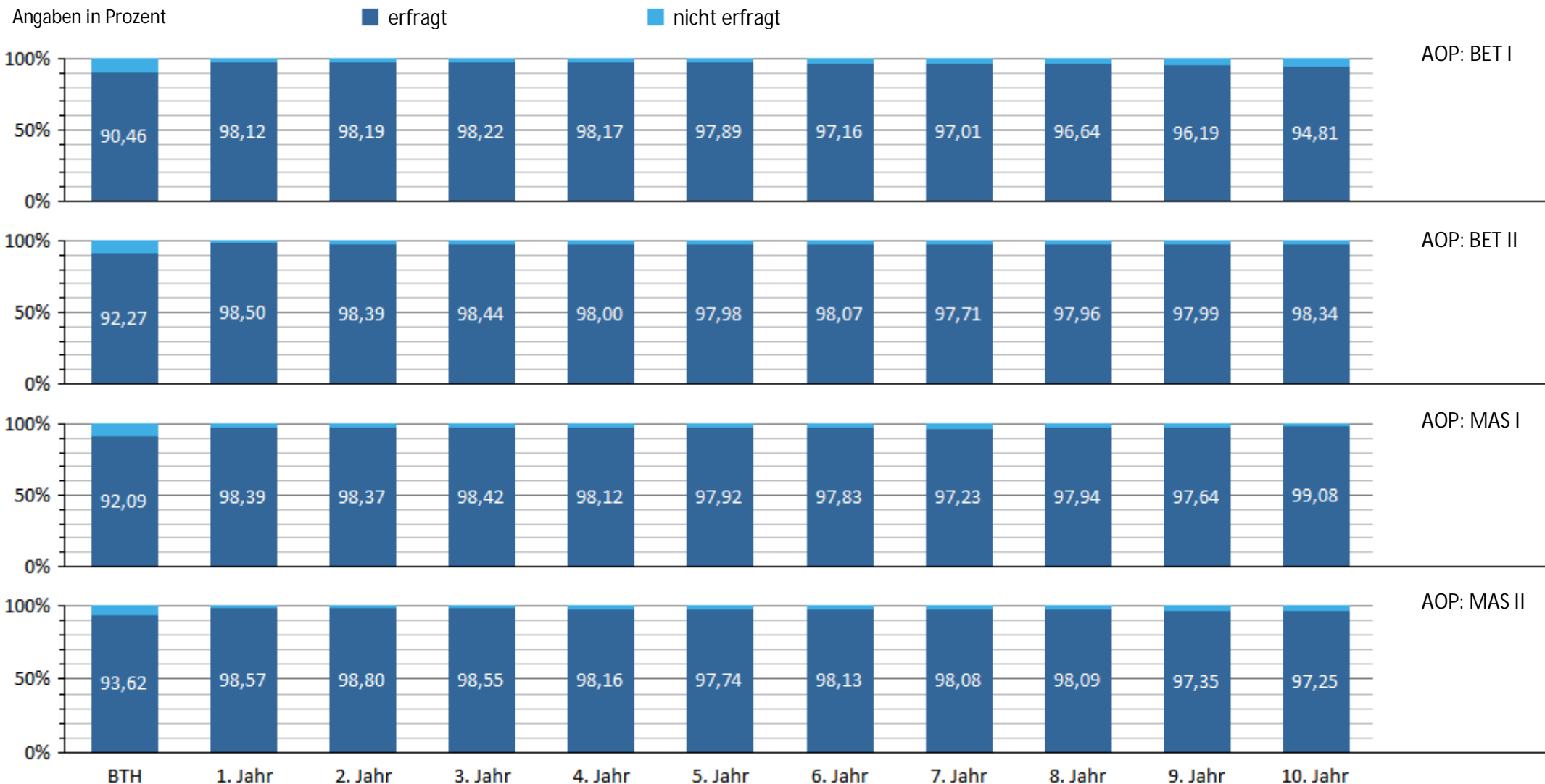
		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
SG Prim	nicht erfragt	21,00	2,01	1,72	1,74	1,80	1,97	2,55	3,09	3,24	3,38	4,09
	keine	44,09	30,67	29,27	29,53	29,54	30,12	32,29	32,25	32,44	31,77	31,34
	nicht belastend	19,95	28,32	28,31	28,30	28,52	28,65	27,56	27,86	29,13	30,98	30,44
	mäßig belastend	13,24	32,64	34,10	34,12	34,26	33,49	31,64	31,21	30,30	28,96	29,44
	stark belastend	1,71	6,35	6,59	6,31	5,88	5,77	5,96	5,59	4,89	4,91	4,69

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
SG Prim	15.331	26.627	24.475	21.744	18.743	15.380	10.117	6.691	4.072	2.424	1.002

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit zeitnah zur Diagnose (Histologie) erfolgter Einschreibung wegen Primärtumor und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q] Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt



Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontra-lateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

Erfragt = vorliegende Angabe zu Nebenwirkungen: stark belastend, mäßig belastend, nicht belastend und keine

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q]

Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
AOP: BET I	nicht erfragt	9,54	1,88	1,81	1,78	1,83	2,11	2,84	2,99	3,36	3,81	5,19
	erfragt	90,46	98,12	98,19	98,22	98,17	97,89	97,16	97,01	96,64	96,19	94,81
AOP: BET II	nicht erfragt	7,73	1,50	1,61	1,56	2,00	2,02	1,93	2,29	2,04	2,01	1,66
	erfragt	92,27	98,50	98,39	98,44	98,00	97,98	98,07	97,71	97,96	97,99	98,34
AOP: MAS I	nicht erfragt	7,91	1,61	1,63	1,58	1,88	2,08	2,17	2,77	2,06	2,36	0,92
	erfragt	92,09	98,39	98,37	98,42	98,12	97,92	97,83	97,23	97,94	97,64	99,08
AOP: MAS II	nicht erfragt	6,38	1,43	1,20	1,45	1,84	2,26	1,87	1,92	1,91	2,65	2,75
	erfragt	93,62	98,57	98,80	98,55	98,16	97,74	98,13	98,08	98,09	97,35	97,25

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

Erfragt = vorliegende Angabe zu Nebenwirkungen: stark belastend, mäßig belastend, nicht belastend und keine

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q]

Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

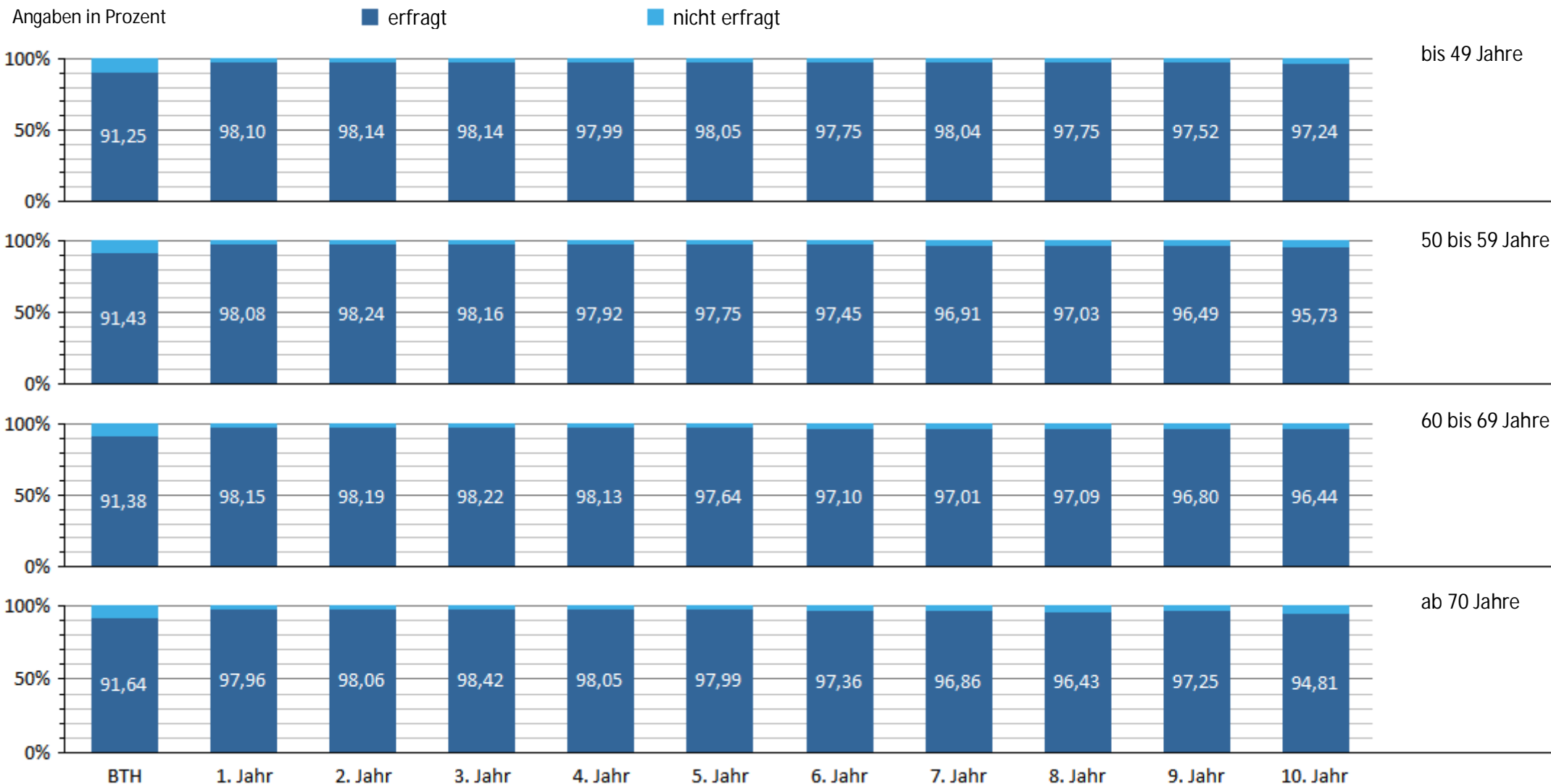
	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
AOP: BET I	34.697	37.693	33.427	29.339	24.310	18.104	11.215	7.022	4.082	2.230	675
AOP: BET II	5.021	6.062	5.606	5.197	4.693	3.910	2.907	1.924	1.176	648	181
AOP: MAS I	6.249	6.268	5.453	4.625	3.885	2.836	1.845	1.154	681	381	109
AOP: MAS II	4.122	4.743	4.166	3.657	3.044	2.435	1.765	1.144	682	377	109

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

Erfragt = vorliegende Angabe zu Nebenwirkungen: stark belastend, mäßig belastend, nicht belastend und keine

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q] Nach Alterklassen bei Programmbeitritt



Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

Erfragt = vorliegende Angabe zu Nebenwirkungen: stark belastend, mäßig belastend, nicht belastend und keine

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q] Nach Alterklassen bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	nicht erfragt	8,75	1,90	1,86	1,86	2,01	1,95	2,25	1,96	2,25	2,48	2,76
	erfragt	91,25	98,10	98,14	98,14	97,99	98,05	97,75	98,04	97,75	97,52	97,24
50 bis 59 Jahre	nicht erfragt	8,57	1,92	1,76	1,84	2,08	2,25	2,55	3,09	2,97	3,51	4,27
	erfragt	91,43	98,08	98,24	98,16	97,92	97,75	97,45	96,91	97,03	96,49	95,73
60 bis 69 Jahre	nicht erfragt	8,62	1,85	1,81	1,78	1,87	2,36	2,90	2,99	2,91	3,20	3,56
	erfragt	91,38	98,15	98,19	98,22	98,13	97,64	97,10	97,01	97,09	96,80	96,44
ab 70 Jahren	nicht erfragt	8,36	2,04	1,94	1,58	1,95	2,01	2,64	3,14	3,57	2,75	5,19
	erfragt	91,64	97,96	98,06	98,42	98,05	97,99	97,36	96,86	96,43	97,25	94,81

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

Erfragt = vorliegende Angabe zu Nebenwirkungen: stark belastend, mäßig belastend, nicht belastend und keine

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q]

Nach Alterklassen bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	9.750	12.633	11.601	10.387	9.040	7.381	5.476	3.778	2.352	1.332	434
50 bis 59 Jahre	17.474	20.684	18.496	16.189	13.589	10.244	6.797	4.301	2.592	1.424	445
60 bis 69 Jahre	18.051	20.302	17.922	15.544	12.719	9.400	5.834	3.673	2.094	1.125	309
ab 70 Jahren	19.757	20.100	16.540	13.452	10.519	7.129	3.906	2.197	1.121	582	154

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

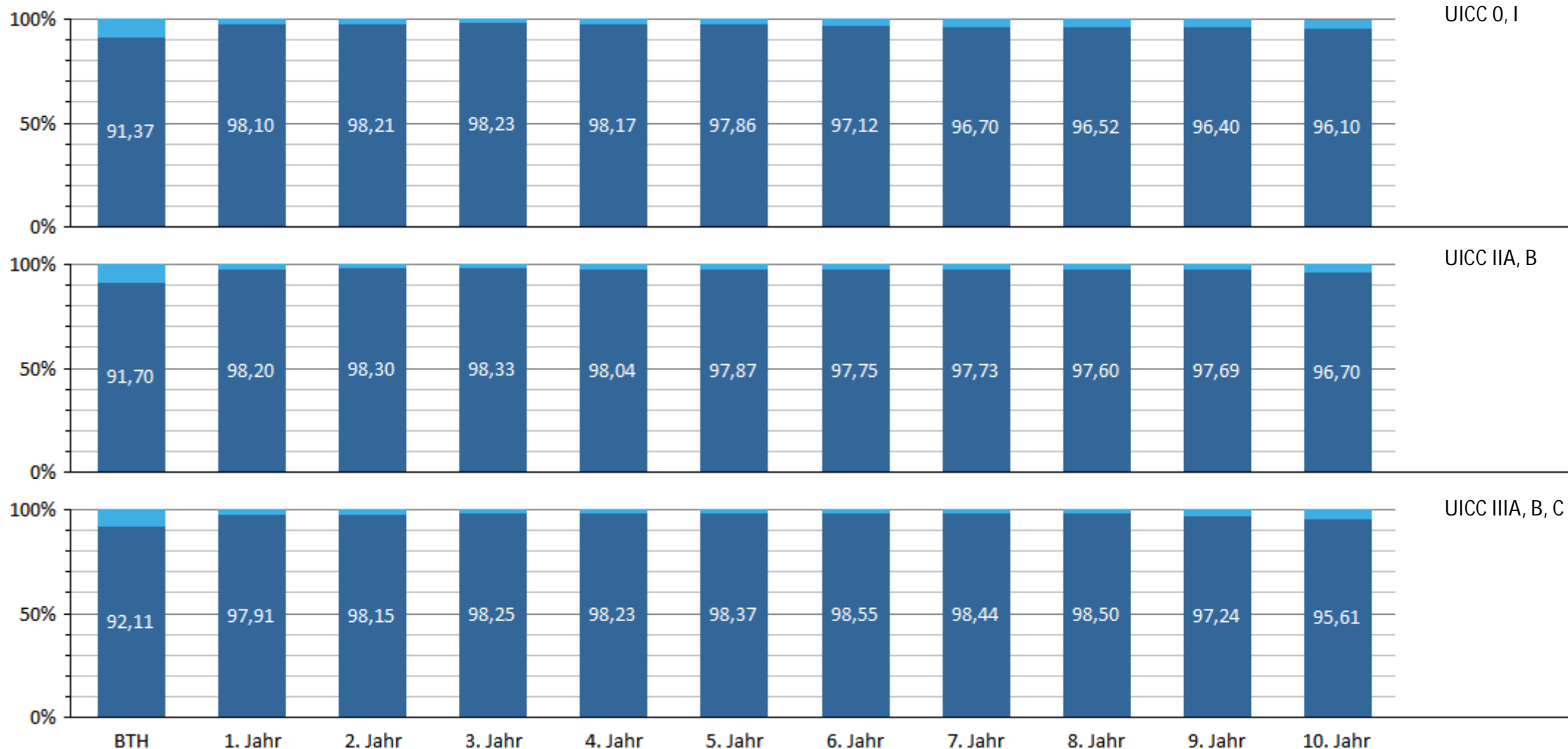
Erfragt = vorliegende Angabe zu Nebenwirkungen: stark belastend, mäßig belastend, nicht belastend und keine

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q] Nach UICC-Stadien (0-III) bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ erfragt

■ nicht erfragt



Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

Erfragt = vorliegende Angabe zu Nebenwirkungen: stark belastend, mäßig belastend, nicht belastend und keine

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q]

Nach UICC-Stadien (0-III) bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I	nicht erfragt	8,63	1,90	1,79	1,77	1,83	2,14	2,88	3,30	3,48	3,60	3,90
	erfragt	91,37	98,10	98,21	98,23	98,17	97,86	97,12	96,70	96,52	96,40	96,10
UICC IIA, B	nicht erfragt	8,30	1,80	1,70	1,67	1,96	2,13	2,25	2,27	2,40	2,31	3,30
	erfragt	91,70	98,20	98,30	98,33	98,04	97,87	97,75	97,73	97,60	97,69	96,70
UICC IIIA, B, C	nicht erfragt	7,89	2,09	1,85	1,75	1,77	1,63	1,45	1,56	1,50	2,76	4,39
	erfragt	92,11	97,91	98,15	98,25	98,23	98,37	98,55	98,44	98,50	97,24	95,61

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

Erfragt = vorliegende Angabe zu Nebenwirkungen: stark belastend, mäßig belastend, nicht belastend und keine

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q]

Nach UICC-Stadien (0-III) bei Programmbeitritt

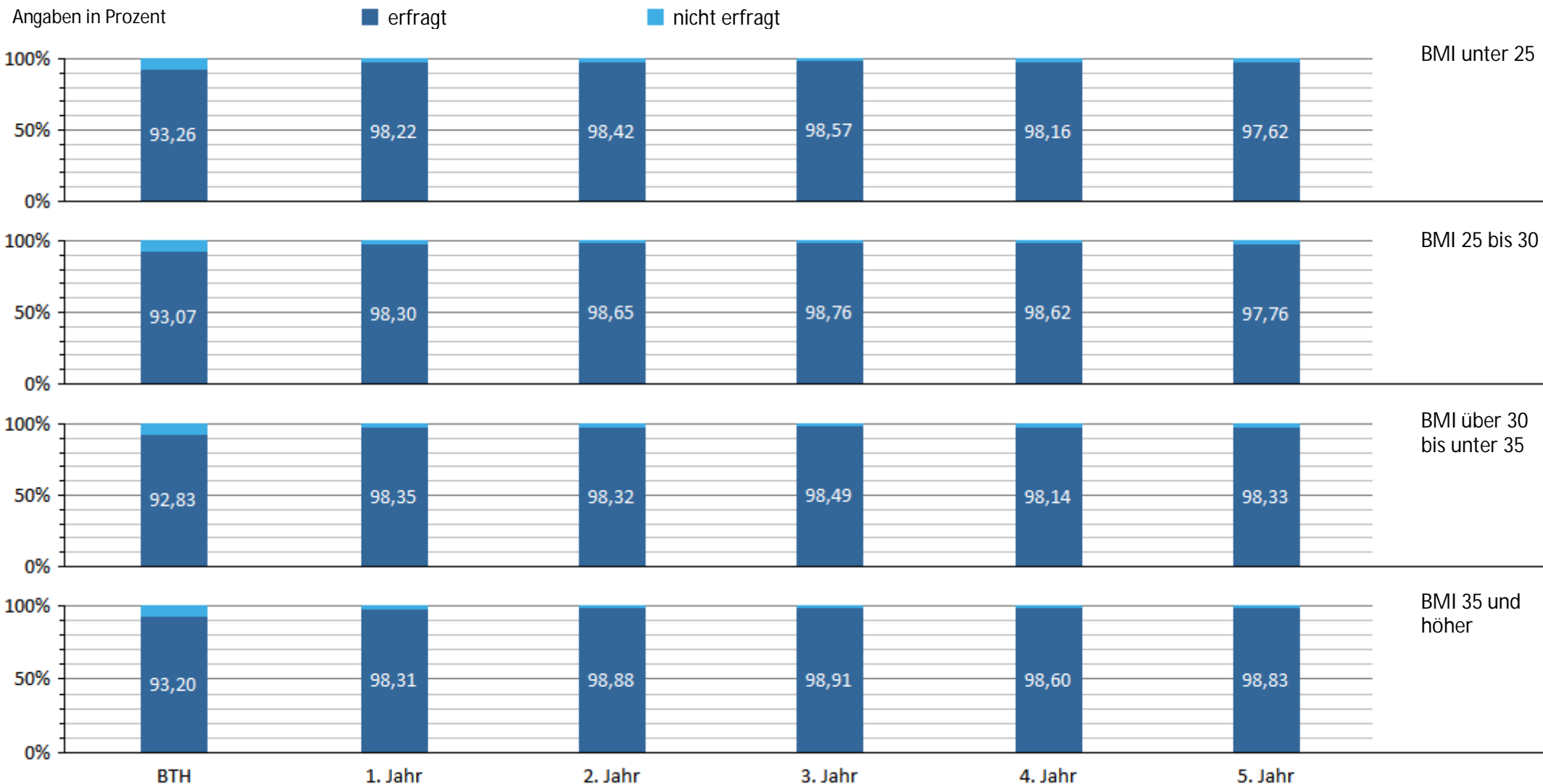
Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I	32.235	34.681	29.767	25.191	20.542	14.735	9.099	5.728	3.362	1.860	564
UICC IIA, B	22.712	25.668	22.216	18.858	15.274	11.196	7.472	4.760	2.797	1.514	424
UICC IIIA, B, C	5.081	5.829	4.925	4.126	3.340	2.523	1.868	1.216	733	399	114

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

Erfragt = vorliegende Angabe zu Nebenwirkungen: stark belastend, mäßig belastend, nicht belastend und keine

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q] Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)



Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

Erfragt = vorliegende Angabe zu Nebenwirkungen: stark belastend, mäßig belastend, nicht belastend und keine

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q] Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	nicht erfragt	6,74	1,78	1,58	1,43	1,84	2,38
	erfragt	93,26	98,22	98,42	98,57	98,16	97,62
25 bis 30	nicht erfragt	6,93	1,70	1,35	1,24	1,38	2,24
	erfragt	93,07	98,30	98,65	98,76	98,62	97,76
über 30 bis unter 35	nicht erfragt	7,17	1,65	1,68	1,51	1,86	1,67
	erfragt	92,83	98,35	98,32	98,49	98,14	98,33
35 und höher	nicht erfragt	6,80	1,69	1,12	1,09	1,40	1,17
	erfragt	93,20	98,31	98,88	98,91	98,60	98,83

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

Erfragt = vorliegende Angabe zu Nebenwirkungen: stark belastend, mäßig belastend, nicht belastend und keine

C.5.2 Adjuvante endokrine Therapie: Abfrage von Nebenwirkungen [Q] Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	26.291	23.529	16.181	10.314	5.227	798
25 bis 30	21.073	19.081	13.358	8.415	4.134	669
über 30 bis unter 35	9.947	8.983	6.242	3.914	1.989	299
35 und höher	5.086	4.616	3.217	2.022	1.003	171

Ausgewertet werden alle Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten.

Erfragt = vorliegende Angabe zu Nebenwirkungen: stark belastend, mäßig belastend, nicht belastend und keine

C.5.3 Adjuvante endokrine Therapie: Nebenwirkungen und Abbruch der Therapie [Q]

Gesamt



Ausgewertet werden nebenwirkungsabhängige Therapieabbrüche aus der chronologisch nachfolgenden Dokumentation im nachfolgenden oder nachnachfolgenden Teilnahmehalbjahr FHJ (=Folgehalbjahr) bei Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten und bei denen die Belastung durch Nebenwirkungen abgefragt wurde.

Um die 5-6 % aller Patientinnen leidet jährlich unter stark belastenden NW. Von diesen Patientinnen brechen im Zeitverlauf halbjährlich zwischen knapp 18 % und 37 % die endokrine Therapie ab. Die halbjährliche Abbruchrate der anderen Nebenwirkungskategorien unterscheidet sich kaum, sie variiert zwischen 1 % und 3 %.

C.5.3 Adjuvante endokrine Therapie: Nebenwirkungen und Abbruch der Therapie [Q]

Gesamt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. FHJ	2. FHJ	3. FHJ	4. FHJ	5. FHJ	6. FHJ	7. FHJ	8. FHJ	9. FHJ	10. FHJ
keine	nicht abgebrochen	96,70	97,38	97,23	97,23	97,36	97,20	97,21	97,04	97,12	97,19	97,32
	abgebrochen	3,30	2,62	2,77	2,77	2,64	2,80	2,79	2,96	2,88	2,81	2,68
nicht belastend	nicht abgebrochen	97,30	97,83	97,97	97,95	98,02	98,01	97,86	97,87	97,77	98,25	98,69
	abgebrochen	2,70	2,17	2,03	2,05	1,98	1,99	2,14	2,13	2,23	1,75	1,31
mäßig belastend	nicht abgebrochen	96,52	97,26	97,32	97,25	97,23	97,07	97,11	97,35	97,04	96,97	96,97
	abgebrochen	3,48	2,74	2,68	2,75	2,77	2,93	2,89	2,65	2,96	3,03	3,03
stark belastend	nicht abgebrochen	80,30	82,34	82,30	81,61	79,39	78,83	77,20	77,08	74,86	74,25	73,18
	abgebrochen	19,70	17,66	17,70	18,39	20,61	21,17	22,80	22,92	25,14	25,75	26,82

		11. FHJ	12. FHJ	13. FHJ	14. FHJ	15. FHJ	16. FHJ	17. FHJ	18. FHJ
keine	nicht abgebrochen	97,79	97,84	97,91	98,06	97,99	98,01	98,08	98,94
	abgebrochen	2,21	2,16	2,09	1,94	2,01	1,99	1,92	1,06
nicht belastend	nicht abgebrochen	98,69	98,88	98,72	98,97	99,25	99,23	98,62	98,02
	abgebrochen	1,31	1,12	1,28	1,03	0,75	0,77	1,38	1,98
mäßig belastend	nicht abgebrochen	97,67	97,41	98,16	97,90	98,17	97,80	97,85	97,84
	abgebrochen	2,33	2,59	1,84	2,10	1,83	2,20	2,15	2,16
stark belastend	nicht abgebrochen	74,11	71,63	68,42	66,43	66,33	65,73	63,31	72,31
	abgebrochen	25,89	28,37	31,58	33,57	33,67	34,27	36,69	27,69

Ausgewertet werden nebenwirkungsabhängige Therapieabbrüche aus der chronologisch nachfolgenden Dokumentation im nachfolgenden oder nachnachfolgenden Teilnahmehalbjahr FHJ (=Folgehalbjahr) bei Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten und bei denen die Belastung durch Nebenwirkungen abgefragt wurde.

C.5.3 Adjuvante endokrine Therapie: Nebenwirkungen und Abbruch der Therapie [Q]

Gesamt

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. FHJ	2. FHJ	3. FHJ	4. FHJ	5. FHJ	6. FHJ	7. FHJ	8. FHJ	9. FHJ	10. FHJ
keine	17.272	15.570	15.544	14.273	13.221	12.017	10.842	9.686	8.693	7.611	6.196
nicht belastend	11.022	13.436	13.799	12.949	12.054	10.859	9.974	8.987	7.848	6.756	5.351
mäßig belastend	10.865	15.546	16.555	15.724	14.500	13.257	11.878	10.821	9.531	8.206	6.568
stark belastend	1.939	2.944	3.159	3.084	2.765	2.532	2.316	1.994	1.659	1.491	1.208

	11. FHJ	12. FHJ	13. FHJ	14. FHJ	15. FHJ	16. FHJ	17. FHJ	18. FHJ
keine	5.029	4.205	3.297	2.480	1.844	1.309	833	379
nicht belastend	4.263	3.495	2.818	2.142	1.590	1.173	798	353
mäßig belastend	5.012	3.975	3.049	2.335	1.690	1.230	791	370
stark belastend	954	765	608	417	294	213	139	65

Ausgewertet werden nebenwirkungsabhängige Therapieabbrüche aus der chronologisch nachfolgenden Dokumentation im nachfolgenden oder nachnachfolgenden Teilnahmehalbjahr FHJ (=Folgehalbjahr) bei Patientinnen mit Einschreibung wegen Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung, welche im BTH oder im Teilnahmejahr Aromatasehemmer, Tamoxifen oder andere erhalten und bei denen die Belastung durch Nebenwirkungen abgefragt wurde.

Für die allgemeine Gesundheitserhaltung und zur Vorbeugung eines Rezidivs sollten sich die Patientinnen, neben den brustkrebspezifischen Therapien, auch auf ihr gesamtes Wohlbefinden konzentrieren und eine gesunde Lebensweise anstreben. Hierzu zählen Aspekte über die Lebensführung, wie z.B. Bewegung und Ernährung. Insbesondere bei Adipositas mit einem BMI > 30kg/m² steigt durch das erhöhte Gewicht das Sterberisiko infolge einer Mammakarzinomkrankung. Patientinnen mit einem BMI < 25 kg/m² haben, laut retrospektiven Studien, ein um 46% geringeres Risiko für die Entwicklung einer Fernmetastasierung und ein 38% niedrigeres Risiko für Tod innerhalb der ersten 10 Jahre nach Diagnose eines Primärtumors.⁸

Aus diesen Gründen ist der Erhalt des Körpergewichts im Normalbereich mit einer einhergehenden physischen Aktivität sinnvoll, zusätzlich führt es zu einer Verbesserung der Lebensqualität und der körperlichen Funktionen. Auch behandlungsspezifische Symptome, wie Schmerzen und Fatigue, können durch Sportprogramme (z.B. Krafttraining und Stretching) reduziert werden.⁸

Um diese Ziele zu erreichen, sollen die Patientinnen entsprechende Hilfestellungen erhalten. Insbesondere soll darauf geachtet werden, so früh wie möglich nach Erhalt der Diagnose zur normalen Alltagsaktivität zurückzukehren und regelmäßig körperlich aktiv zu sein. Pro Woche sollen sich die Patientinnen 150 Minuten moderat oder 75 Minuten intensiv bewegen. Auch Krafttraining wird als ein Teil der wöchentlichen Bewegungstherapie empfohlen, vor allem bei Patientinnen, die mit einer Chemo- und Hormontherapie behandelt werden. Nach operativer Behandlung des Brustkrebses und Auftreten eines Lymphödems wird zu einem langsamen und begleiteten Einstieg in ein progressives Krafttraining zur Lymphödembehandlung geraten.⁸

Letztlich sollen Patientinnen unterstützt werden, ein gesundes Körpergewicht zu erreichen und zu halten bzw. bei Übergewicht oder Adipositas zu einer bewussten Ernährungsweise und Bewegung motiviert werden. Diese Maßnahmen sollen die Gewichtsabnahme fördern und auf Dauer stabilisieren.⁸

Für den Parameter "BMI" wird zunächst der mittlere BMI (nebst Median) nach Teilnahmejahren im Querschnitt [Q] dargestellt. Im Anschluss daran wird die jährliche Verteilung auf 4 BMI-Kategorien gezeigt, woraus sich im Querschnitt [Q] insbesondere der jährliche Anteil der Patientinnen ablesen lässt, deren BMI oberhalb von 30 liegt. Diese beiden Auswertungen erfolgen für das Gesamtkollektiv aller Patientinnen sowie differenziert nach Lebensalter bei Programmbeitritt, nach dem UICC-Stadium bei Programmbeitritt sowie nach Art der operativen Therapie. Für Teilnehmerinnen ab K2018-2 wird zusätzlich noch nach BMI-Klassen bei Einschreibung unterschieden.

Es folgen zwei jährliche Längsschnittanalysen [L] zum BMI für ein fixiertes Längsschnittkollektiv aus den Kohorten K2018-2 bis K2019-2, welches über genau 4 Folgejahre ausgewertet werden kann. Analysiert wird dabei einerseits die Veränderung des mittleren BMI sowie des Anteils der Patientinnen mit einem BMI oberhalb von 30.

Im Anschluss wird pro Teilnahmejahr im Querschnitt [Q] gezeigt, bei welchem Anteil der Patientinnen mit einem BMI oberhalb von 30 im Teilnahmejahr zeitgleich eine ärztliche Empfehlung zu sportlicher Aktivität ausgesprochen wurde. Die Auswertung erfolgt für das Gesamtkollektiv aller Patientinnen sowie differenziert nach Lebensalter bei Programmbeitritt, nach dem UICC-Stadium bei Programmbeitritt sowie auch nach Art der operativen Therapie. Für Teilnehmerinnen ab K2018-2 wird zusätzlich noch nach BMI-Klassen bei Einschreibung unterschieden.

Weiterhin wird für Teilnehmerinnen der Kohorten K2018-2 bis K2022-2 mit einem bei Einschreibung oberhalb von 30 liegenden BMI pro Teilnahmejahr im Querschnitt [Q] gezeigt, wie sich das Körpergewicht (in kg) zwischen Einschreibung und den folgenden Teilnahmejahren jeweils verändert. Das Ergebnis in einem Teilnahmejahr wird in zwei Kategorien abgebildet, einerseits bleibt das Körpergewicht unverändert oder sinkt, andererseits steigt das Körpergewicht. Diese Auswertung erfolgt zunächst für alle Patientinnen gesamt sowie differenziert nach Lebensalter bei Programmbeitritt, nach dem UICC-Stadium bei Programmbeitritt sowie auch nach

Art der operativen Therapie.

Diese Auswertung wird analog auch im Längsschnitt [L] über 4 Jahre für ein fixiertes Kollektiv der Kohorten K2018-2 bis K2019-2 durchgeführt.

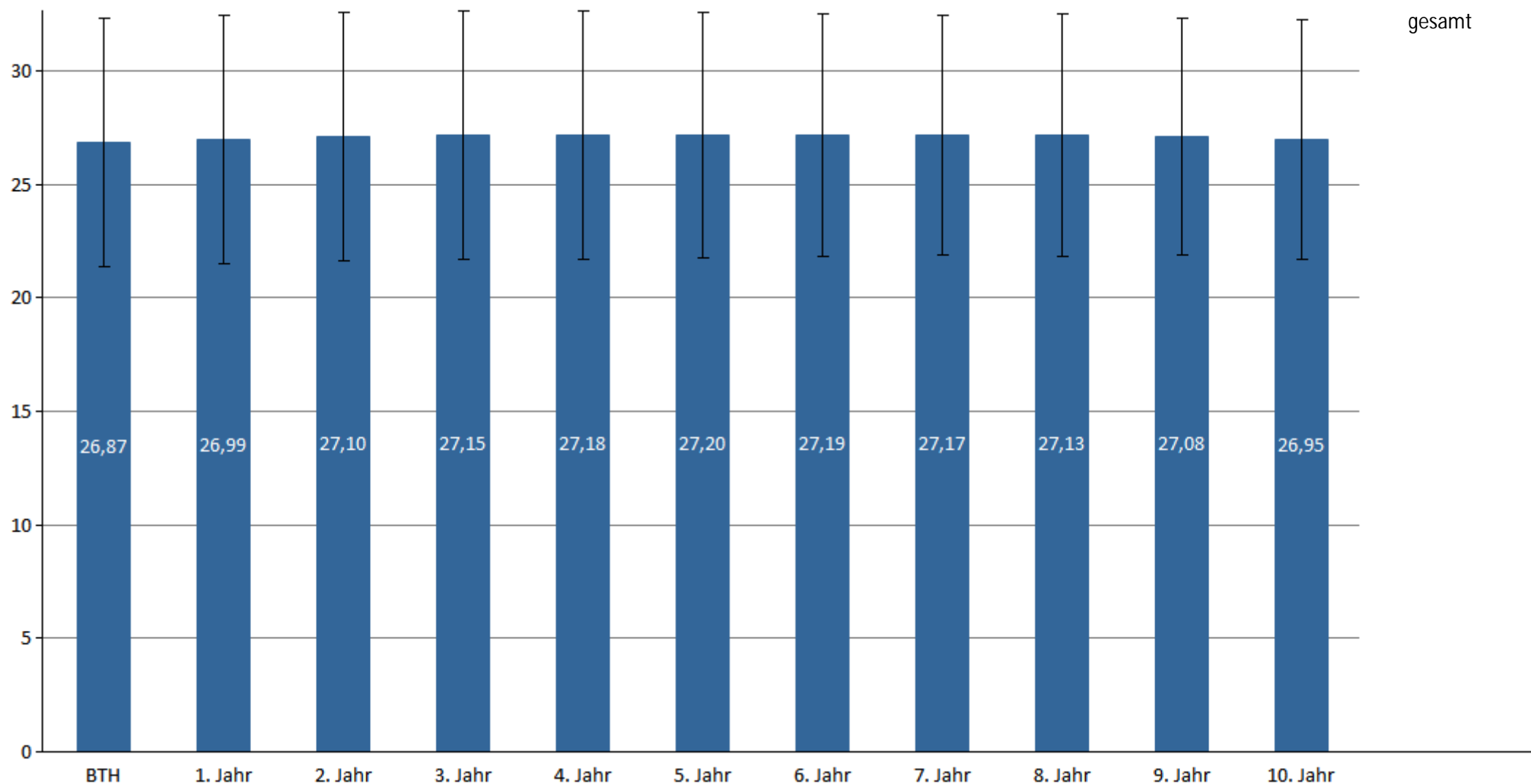
Letztlich wird analysiert für alle Patientinnen, bei denen zu einem beliebigen Zeitpunkt der Teilnahme (Halbjahr des Programmbeitritts oder Folgehalbjahr) erstmalig (= zeitlicher Anker für die Auswertung) ein BMI oberhalb von 30 dokumentiert wurde, ob und wie sich der Anteil der Patientinnen mit einem BMI oberhalb 30 im Zeitverlauf der Teilnahme über maximal 5 Jahre seit dem Erstauftreten verändert hat. Diese Auswertung erfolgt einerseits jährlich im Querschnitt [Q] für alle teilnehmenden Patientinnen als auch andererseits halbjährlich im Längsschnitt [L] für ein fixiertes Kollektiv. Das fixierte Kollektiv kann hier nur die Kohorten K2012-2 bis maximal K2020-2 umfassen, da nach dem Erstauftreten des BMI oberhalb von 30 noch mindestens 6 Folgehalbjahre vorliegen müssen.

Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

Arithmetischer Mittelwert und Standardabweichung

■ BMI

gesamt



Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

Der mittlere BMI aller Patientinnen bleibt über die Teilnahmejahre nahezu konstant zwischen 26,9 und 27,2 kg/m². Ähnliche BMI-Größenordnungen zeigen sich auch in den Subgruppen (Ausnahme: BMI-Kategorien bei PB).

C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q]

Gesamt

Arithmetischer Mittelwert und Medianwert

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	Arithmetischer Mittelwert	26,87	26,99	27,10	27,15	27,18	27,20	27,19	27,17	27,13	27,08	26,95
	Medianwert	25,51	25,64	25,71	25,80	25,85	25,91	25,91	25,95	25,86	25,86	25,71

Standardabweichung

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	5,49	5,50	5,49	5,49	5,45	5,40	5,36	5,28	5,32	5,23	5,28

Fallbasis absolut

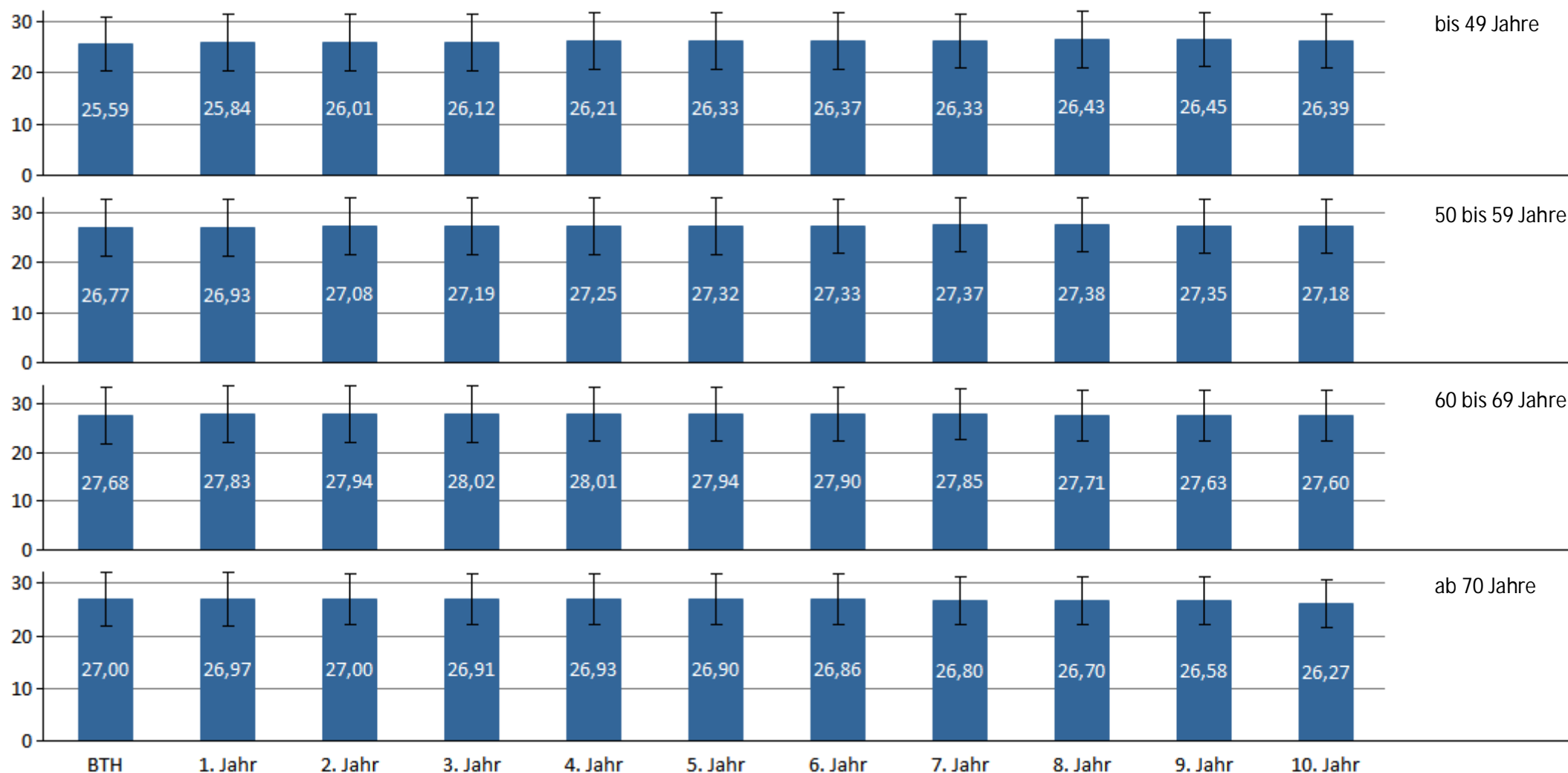
	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	129.169	114.533	100.948	88.091	74.144	60.568	48.516	34.853	22.905	13.716	4.463

Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q] Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Arithmetischer Mittelwert und Standardabweichung

■ BMI



Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q] Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Arithmetischer Mittelwert und Medianwert

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	Arithmetischer Mittelwert	25,59	25,84	26,01	26,12	26,21	26,33	26,37	26,33	26,43	26,45	26,39
	Medianwert	24,34	24,62	24,80	24,97	25,01	25,10	25,24	25,26	25,34	25,47	25,44
50 bis 59 Jahre	Arithmetischer Mittelwert	26,77	26,93	27,08	27,19	27,25	27,32	27,33	27,37	27,38	27,35	27,18
	Medianwert	25,59	25,78	25,95	26,11	26,18	26,30	26,30	26,37	26,35	26,35	26,18
60 bis 69 Jahre	Arithmetischer Mittelwert	27,68	27,83	27,94	28,02	28,01	27,94	27,90	27,85	27,71	27,63	27,60
	Medianwert	26,62	26,83	26,96	27,06	27,14	27,10	27,14	27,14	26,99	26,95	26,93
ab 70 Jahren	Arithmetischer Mittelwert	27,00	26,97	27,00	26,91	26,93	26,90	26,86	26,80	26,70	26,58	26,27
	Medianwert	26,29	26,31	26,37	26,30	26,37	26,30	26,29	26,23	26,11	25,95	25,64

Standardabweichung

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	5,40	5,42	5,40	5,43	5,45	5,47	5,51	5,38	5,45	5,33	5,31
50 bis 59 Jahre	5,63	5,61	5,67	5,68	5,60	5,57	5,51	5,46	5,47	5,42	5,38
60 bis 69 Jahre	5,71	5,74	5,73	5,74	5,63	5,49	5,37	5,31	5,31	5,22	5,37
ab 70 Jahren	5,02	5,01	4,89	4,81	4,85	4,80	4,72	4,58	4,62	4,50	4,54

Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q]

Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

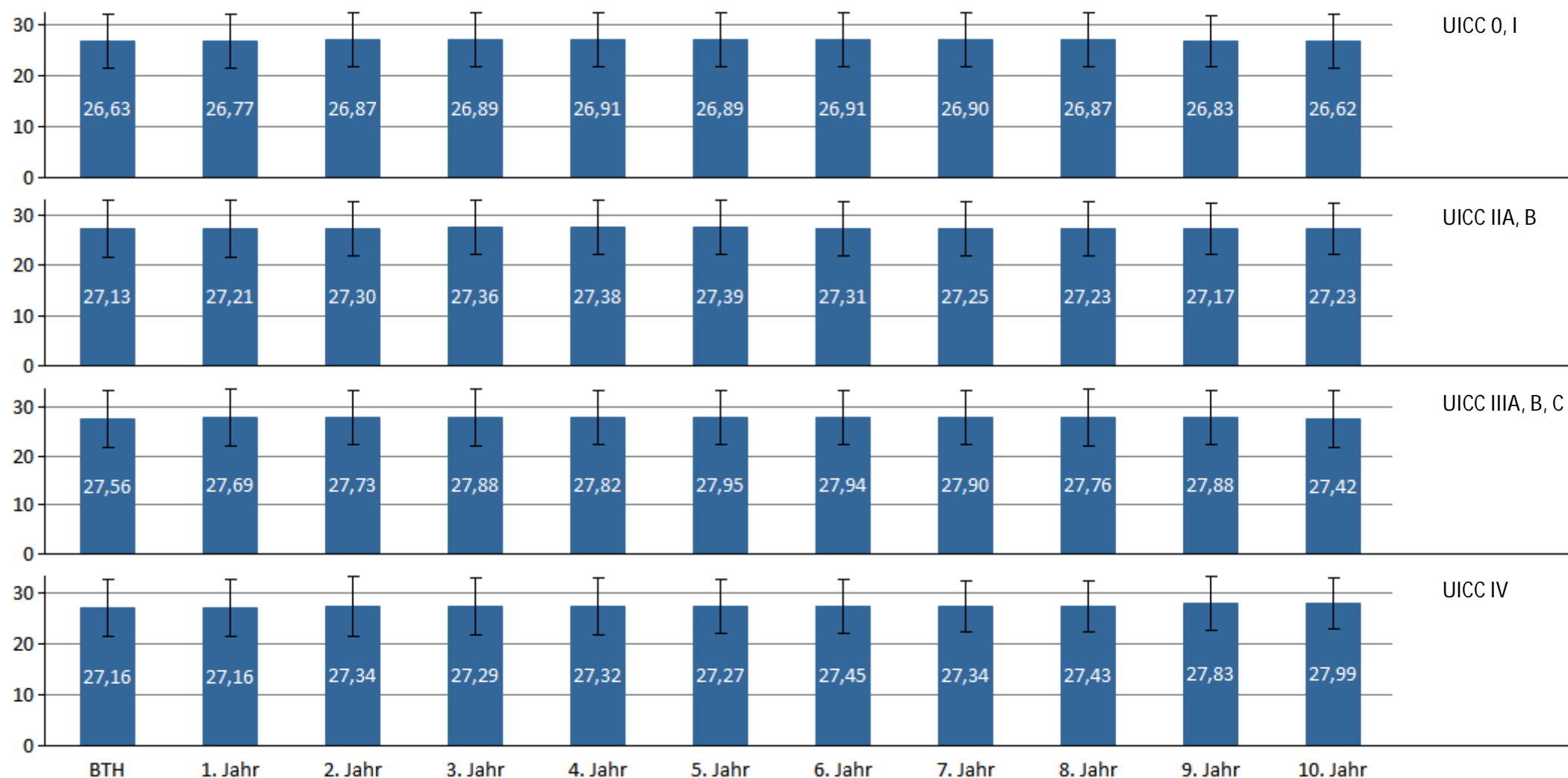
	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	22.993	20.279	18.394	16.523	14.669	12.672	10.762	7.974	5.532	3.465	1.234
50 bis 59 Jahre	35.729	32.318	29.023	25.761	22.132	18.212	14.820	10.842	7.295	4.388	1.463
60 bis 69 Jahre	34.873	31.261	27.802	24.528	20.507	16.815	13.542	9.806	6.403	3.794	1.181
ab 70 Jahren	35.573	30.674	25.729	21.278	16.835	12.868	9.392	6.231	3.675	2.069	585

Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q] Nach UICC-Stadien bei Programmbeitritt

Arithmetischer Mittelwert und Standardabweichung

■ BMI



Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q]

Nach UICC-Stadien bei Programmbeitritt

Arithmetischer Mittelwert und Medianwert

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I	Arithmetischer Mittelwert	26,63	26,77	26,87	26,89	26,91	26,89	26,91	26,90	26,87	26,83	26,62
	Medianwert	25,64	25,76	25,88	25,95	25,95	25,95	26,03	26,04	25,95	25,97	25,78
UICC IIA, B	Arithmetischer Mittelwert	27,13	27,21	27,30	27,36	27,38	27,39	27,31	27,25	27,23	27,17	27,23
	Medianwert	26,06	26,30	26,37	26,45	26,47	26,50	26,43	26,40	26,35	26,36	26,42
UICC IIIA, B, C	Arithmetischer Mittelwert	27,56	27,69	27,73	27,88	27,82	27,95	27,94	27,90	27,76	27,88	27,42
	Medianwert	26,57	26,75	26,81	26,93	26,96	27,12	27,08	27,01	26,83	27,04	26,62
UICC IV	Arithmetischer Mittelwert	27,16	27,16	27,34	27,29	27,32	27,27	27,45	27,34	27,43	27,83	27,99
	Medianwert	26,10	26,40	26,45	26,37	26,45	26,40	26,67	26,72	27,11	27,14	28,04

Standardabweichung

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I	5,37	5,40	5,42	5,38	5,33	5,29	5,20	5,17	5,22	5,11	5,26
UICC IIA, B	5,61	5,56	5,50	5,51	5,51	5,42	5,38	5,28	5,37	5,20	5,15
UICC IIIA, B, C	5,68	5,71	5,59	5,75	5,52	5,55	5,50	5,51	5,69	5,36	5,67
UICC IV	5,62	5,48	5,86	5,45	5,61	5,44	5,34	5,05	5,14	5,15	5,02

C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q]

Nach UICC-Stadien bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

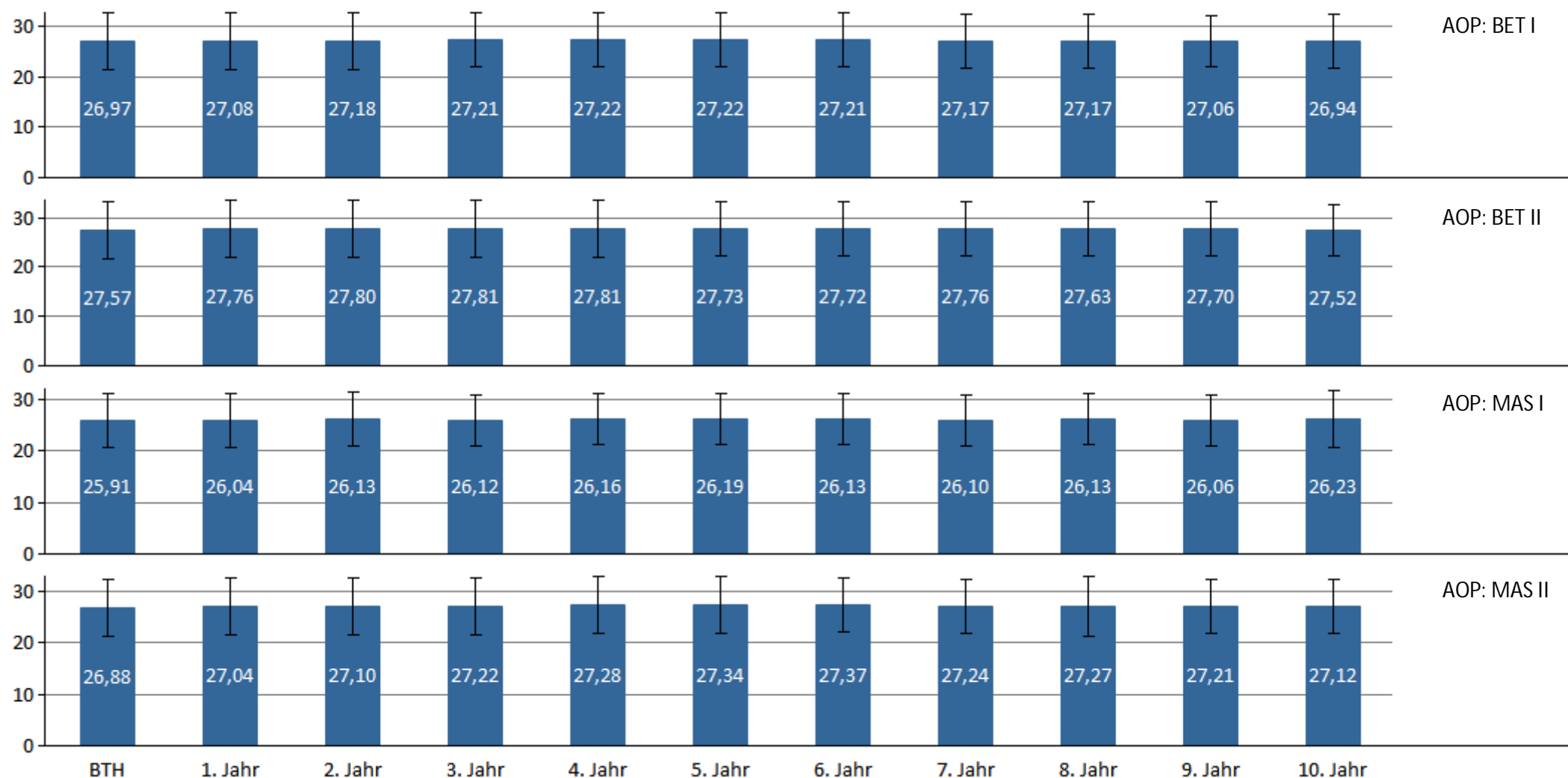
	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I	57.449	50.254	43.499	37.211	30.793	24.350	19.535	14.280	9.530	5.745	1.791
UICC IIA, B	41.232	35.800	30.854	26.341	21.580	17.075	13.512	9.667	6.360	3.696	1.187
UICC IIIA, B, C	9.451	8.048	6.717	5.627	4.611	3.670	2.988	2.144	1.399	820	228
UICC IV	1.974	1.594	1.390	1.192	972	802	616	407	246	130	53

Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q] Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Arithmetischer Mittelwert und Standardabweichung

■ BMI



Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q]

Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Arithmetischer Mittelwert und Medianwert

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
AOP: BET I	Arithmetischer Mittelwert	26,97	27,08	27,18	27,21	27,22	27,22	27,21	27,17	27,17	27,06	26,94
	Medianwert	25,91	26,06	26,18	26,23	26,29	26,30	26,29	26,35	26,29	26,26	26,09
AOP: BET II	Arithmetischer Mittelwert	27,57	27,76	27,80	27,81	27,81	27,73	27,72	27,76	27,63	27,70	27,52
	Medianwert	26,56	26,81	26,85	26,84	26,89	26,81	26,78	26,78	26,71	26,74	26,89
AOP: MAS I	Arithmetischer Mittelwert	25,91	26,04	26,13	26,12	26,16	26,19	26,13	26,10	26,13	26,06	26,23
	Medianwert	24,91	25,16	25,26	25,34	25,35	25,39	25,35	25,35	25,35	25,16	25,00
AOP: MAS II	Arithmetischer Mittelwert	26,88	27,04	27,10	27,22	27,28	27,34	27,37	27,24	27,27	27,21	27,12
	Medianwert	25,92	26,13	26,25	26,30	26,35	26,37	26,53	26,40	26,35	26,30	26,30

Standardabweichung

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
AOP: BET I	5,51	5,51	5,50	5,45	5,42	5,38	5,32	5,21	5,28	5,15	5,25
AOP: BET II	5,64	5,79	5,67	5,73	5,69	5,59	5,56	5,57	5,52	5,43	5,18
AOP: MAS I	5,26	5,21	5,16	5,02	5,07	4,99	4,88	4,94	4,89	4,94	5,49
AOP: MAS II	5,56	5,44	5,40	5,56	5,46	5,45	5,26	5,29	5,69	5,15	5,25

Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q]

Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
AOP: BET I	53.935	49.633	44.792	39.800	33.686	27.802	22.237	15.982	10.566	6.315	1.958
AOP: BET II	8.628	8.718	8.139	7.567	6.896	6.115	5.303	3.990	2.739	1.650	526
AOP: MAS I	10.110	9.114	8.044	6.980	5.915	4.782	3.754	2.651	1.730	1.013	323
AOP: MAS II	7.162	6.887	6.112	5.385	4.576	3.875	3.170	2.280	1.518	887	259

Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

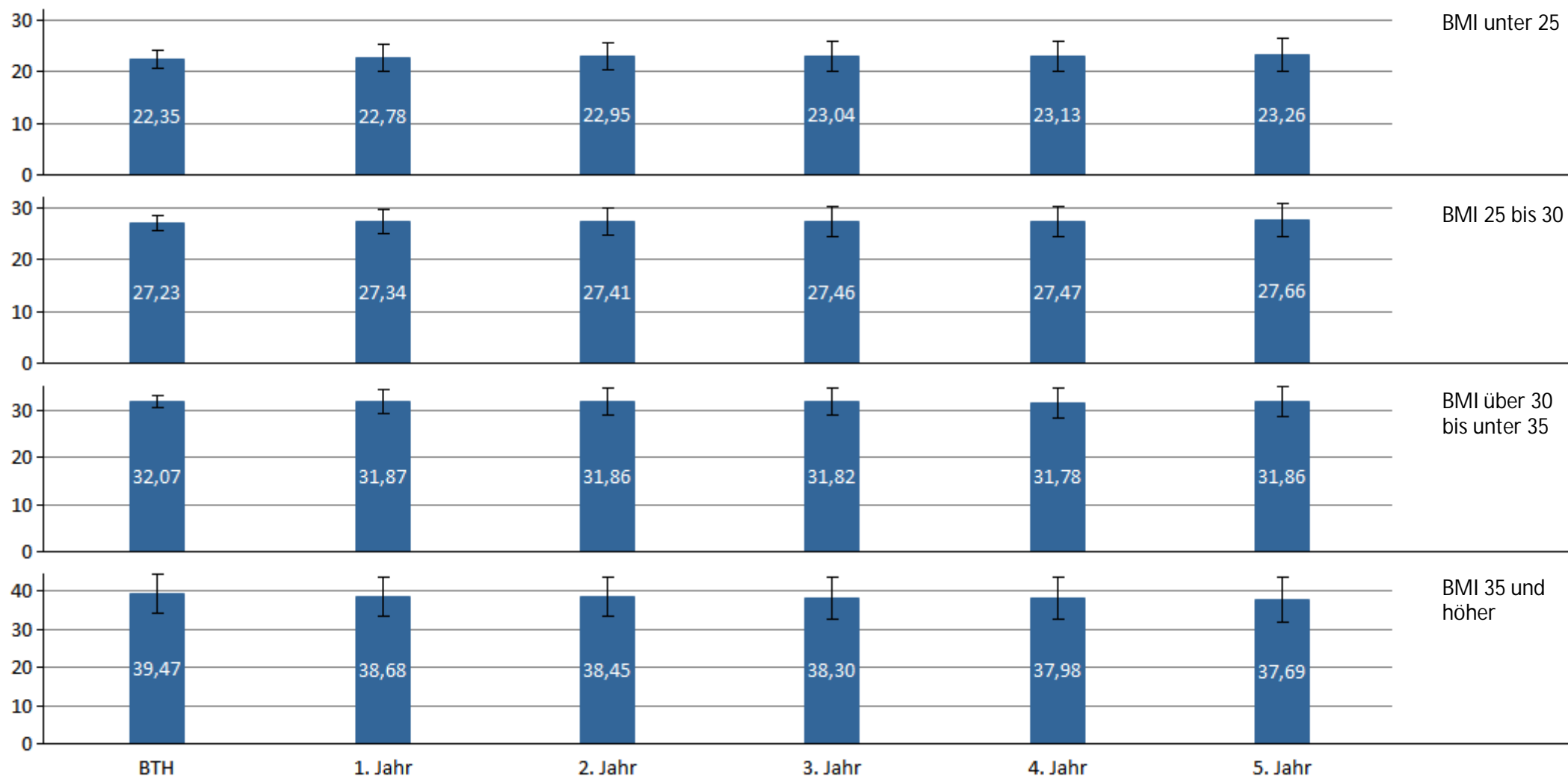
BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q]

Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)

Arithmetischer Mittelwert und Standardabweichung

■ BMI



Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q]

Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)

Arithmetischer Mittelwert und Medianwert

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	Arithmetischer Mittelwert	22,35	22,78	22,95	23,04	23,13	23,26
	Medianwert	22,66	22,77	22,89	22,99	23,03	23,05
25 bis 30	Arithmetischer Mittelwert	27,23	27,34	27,41	27,46	27,47	27,66
	Medianwert	27,14	27,22	27,25	27,27	27,18	27,34
über 30 bis unter 35	Arithmetischer Mittelwert	32,07	31,87	31,86	31,82	31,78	31,86
	Medianwert	31,91	31,83	31,89	31,71	31,64	31,50
35 und höher	Arithmetischer Mittelwert	39,47	38,68	38,45	38,30	37,98	37,69
	Medianwert	38,06	37,74	37,72	37,50	37,19	37,08

Standardabweichung

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	1,85	2,56	2,69	2,79	2,96	3,13
25 bis 30	1,40	2,46	2,71	2,86	2,95	3,10
über 30 bis unter 35	1,40	2,60	2,82	2,95	3,10	3,31
35 und höher	4,98	5,24	5,20	5,65	5,58	5,71

Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.1 BMI: Mittlerer BMI [Q]

Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)

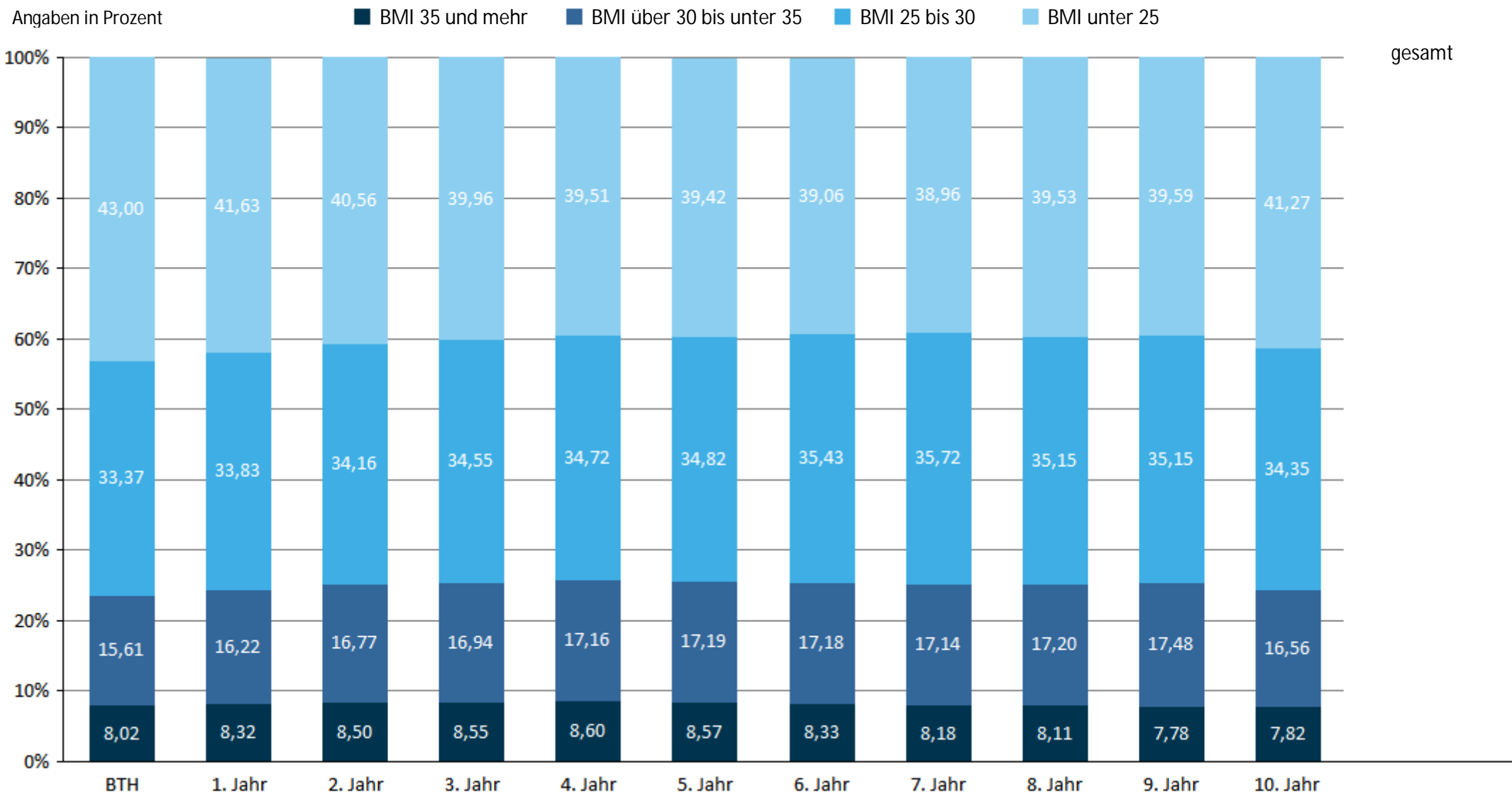
Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	55.544	37.391	25.593	16.604	8.701	1.438
25 bis 30	43.102	29.319	20.381	13.095	6.655	1.119
über 30 bis unter 35	20.168	13.551	9.327	6.033	3.143	517
35 und höher	10.355	6.810	4.637	2.916	1.492	250

Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.2 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [Q]

Gesamt



Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

Rund 40 % aller Patientinnen weisen über die 10 Teilnahmehahre BMI-Werte unter 25 auf. Dennoch liegt der jährliche Anteil adipöser Patientinnen (ab Grad 1, BMI über 30) zwischen knapp 24 % und 26 %.

C.6.2 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [Q]

Gesamt

Anteilswerte in Prozent

	BMI	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	unter 25	43,00	41,63	40,56	39,96	39,51	39,42	39,06	38,96	39,53	39,59	41,27
	25 bis 30	33,37	33,83	34,16	34,55	34,72	34,82	35,43	35,72	35,15	35,15	34,35
	über 30 bis unter 35	15,61	16,22	16,77	16,94	17,16	17,19	17,18	17,14	17,20	17,48	16,56
	35 und mehr	8,02	8,32	8,50	8,55	8,60	8,57	8,33	8,18	8,11	7,78	7,82

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	129.169	114.533	100.948	88.091	74.144	60.568	48.516	34.853	22.905	13.716	4.463

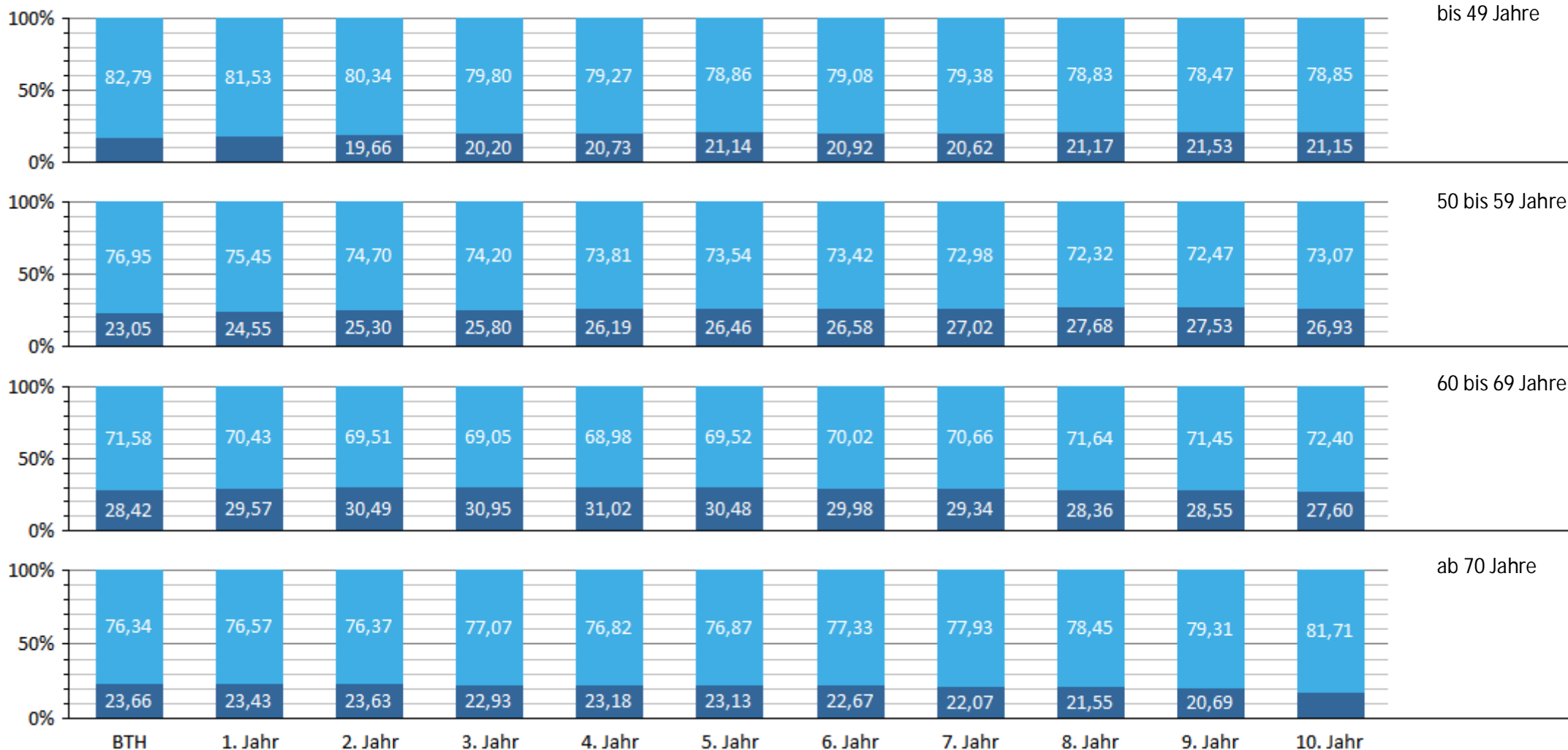
Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.2 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [Q] Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ BMI größer als 30

■ BMI bis 30



Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

Rund 21 % der Patientinnen in der Altersgruppe bis 49 Jahre sind adipös (BMI über 30). Frauen im Alter zwischen 60 und 69 Jahren weisen häufiger eine Adipositas ab Grad 1 auf (ca. 30 %).

C.6.2 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [Q]

Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	BMI bis 30	82,79	81,53	80,34	79,80	79,27	78,86	79,08	79,38	78,83	78,47	78,85
	BMI größer als 30	17,21	18,47	19,66	20,20	20,73	21,14	20,92	20,62	21,17	21,53	21,15
50 bis 59 Jahre	BMI bis 30	76,95	75,45	74,70	74,20	73,81	73,54	73,42	72,98	72,32	72,47	73,07
	BMI größer als 30	23,05	24,55	25,30	25,80	26,19	26,46	26,58	27,02	27,68	27,53	26,93
60 bis 69 Jahre	BMI bis 30	71,58	70,43	69,51	69,05	68,98	69,52	70,02	70,66	71,64	71,45	72,40
	BMI größer als 30	28,42	29,57	30,49	30,95	31,02	30,48	29,98	29,34	28,36	28,55	27,60
ab 70 Jahren	BMI bis 30	76,34	76,57	76,37	77,07	76,82	76,87	77,33	77,93	78,45	79,31	81,71
	BMI größer als 30	23,66	23,43	23,63	22,93	23,18	23,13	22,67	22,07	21,55	20,69	18,29

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	22.993	20.279	18.394	16.523	14.669	12.672	10.762	7.974	5.532	3.465	1.234
50 bis 59 Jahre	35.729	32.318	29.023	25.761	22.132	18.212	14.820	10.842	7.295	4.388	1.463
60 bis 69 Jahre	34.873	31.261	27.802	24.528	20.507	16.815	13.542	9.806	6.403	3.794	1.181
ab 70 Jahren	35.573	30.674	25.729	21.278	16.835	12.868	9.392	6.231	3.675	2.069	585

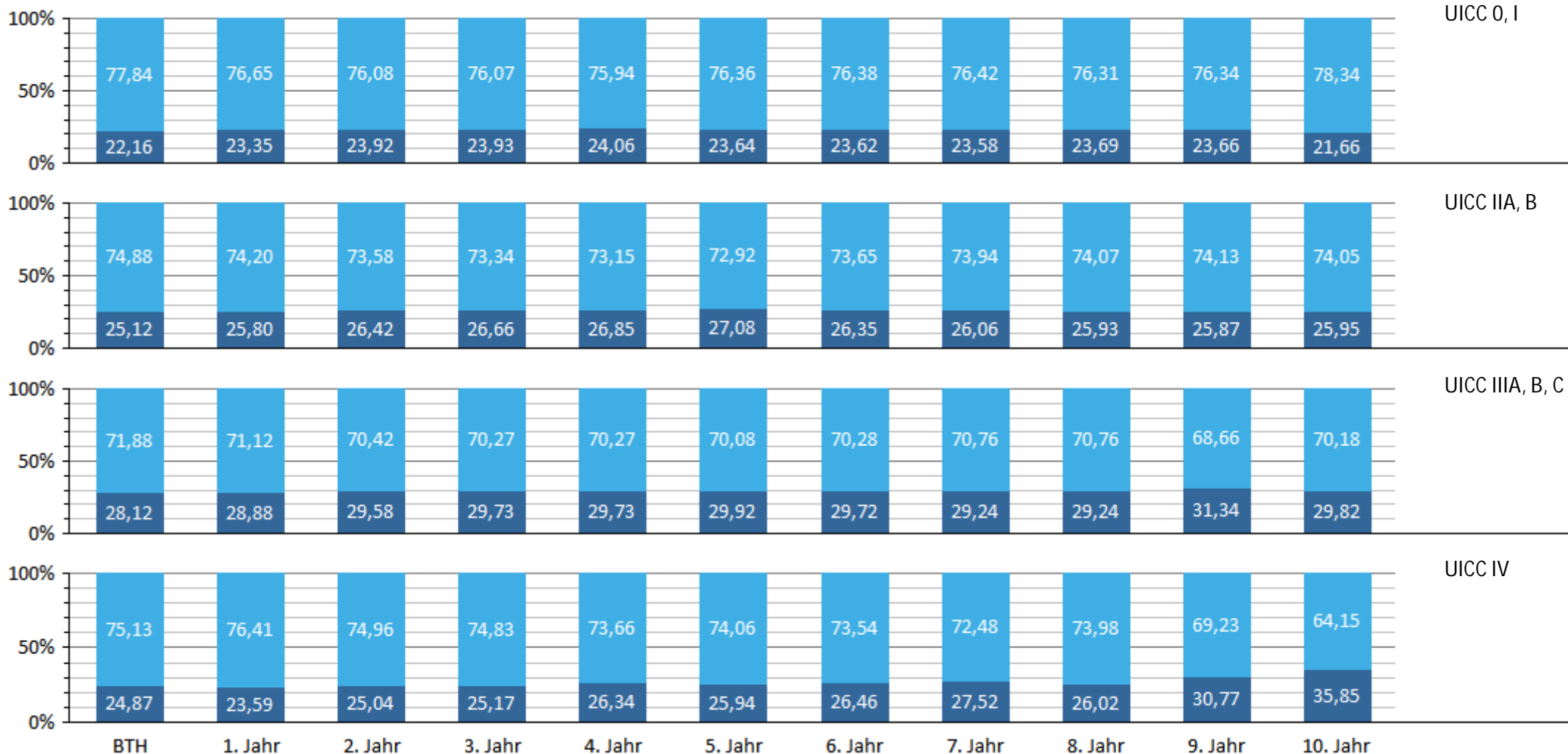
Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.2 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [Q] Nach UICC-Stadien bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ BMI größer als 30

■ BMI bis 30



Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

Patientinnen in leichteren Stadien (UICC 0, I) sind seltener (ca. 24 %) adipös (BMI über 30). Mit ca. 30 % weisen die Patientinnen im UICC-Stadium III den höchsten Anteil mit einem BMI über 30 auf.

C.6.2 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [Q]

Nach UICC-Stadien bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I	BMI bis 30	77,84	76,65	76,08	76,07	75,94	76,36	76,38	76,42	76,31	76,34	78,34
	BMI größer als 30	22,16	23,35	23,92	23,93	24,06	23,64	23,62	23,58	23,69	23,66	21,66
UICC IIA, B	BMI bis 30	74,88	74,20	73,58	73,34	73,15	72,92	73,65	73,94	74,07	74,13	74,05
	BMI größer als 30	25,12	25,80	26,42	26,66	26,85	27,08	26,35	26,06	25,93	25,87	25,95
UICC IIIA, B, C	BMI bis 30	71,88	71,12	70,42	70,27	70,27	70,08	70,28	70,76	70,76	68,66	70,18
	BMI größer als 30	28,12	28,88	29,58	29,73	29,73	29,92	29,72	29,24	29,24	31,34	29,82
UICC IV	BMI bis 30	75,13	76,41	74,96	74,83	73,66	74,06	73,54	72,48	73,98	69,23	64,15
	BMI größer als 30	24,87	23,59	25,04	25,17	26,34	25,94	26,46	27,52	26,02	30,77	35,85

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I	57.449	50.254	43.499	37.211	30.793	24.350	19.535	14.280	9.530	5.745	1.791
UICC IIA, B	41.232	35.800	30.854	26.341	21.580	17.075	13.512	9.667	6.360	3.696	1.187
UICC IIIA, B, C	9.451	8.048	6.717	5.627	4.611	3.670	2.988	2.144	1.399	820	228
UICC IV	1.974	1.594	1.390	1.192	972	802	616	407	246	130	53

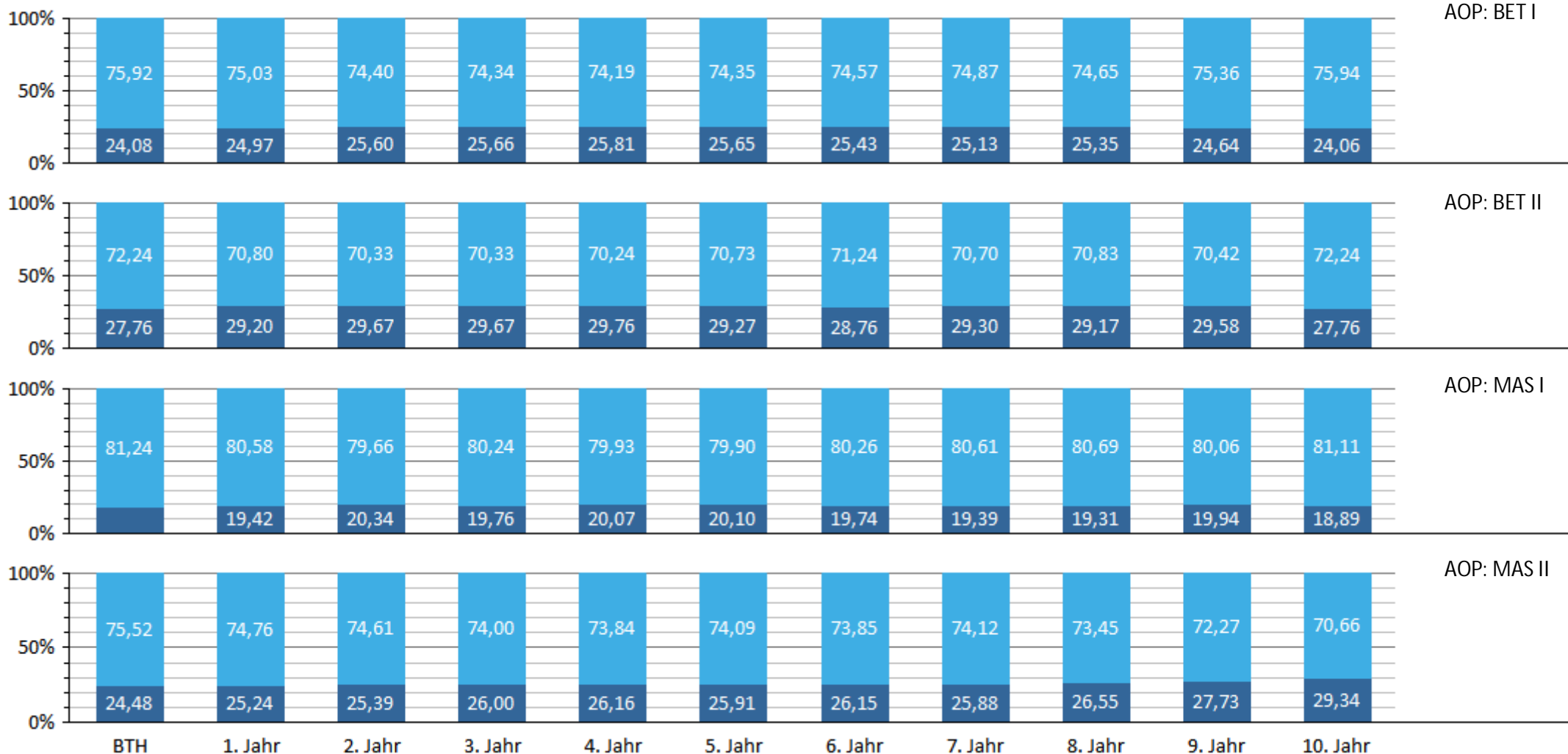
Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.2 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [Q] Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ BMI größer als 30

■ BMI bis 30



Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

Rund 20 % der Patientinnen in der AOP-Gruppe MAS I sind adipös (BMI über 30). In der Gruppe MAS II sind es ca. 26 % der Frauen. Auch in den BET-Gruppen unterscheiden sich die Anteile der Patientinnen mit einem BMI über 30 (BET I: ca. 25 %, BET II: ca. 29 %).

C.6.2 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [Q]

Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
AOP: BET I	BMI bis 30	75,92	75,03	74,40	74,34	74,19	74,35	74,57	74,87	74,65	75,36	75,94
	BMI größer als 30	24,08	24,97	25,60	25,66	25,81	25,65	25,43	25,13	25,35	24,64	24,06
AOP: BET II	BMI bis 30	72,24	70,80	70,33	70,33	70,24	70,73	71,24	70,70	70,83	70,42	72,24
	BMI größer als 30	27,76	29,20	29,67	29,67	29,76	29,27	28,76	29,30	29,17	29,58	27,76
AOP: MAS I	BMI bis 30	81,24	80,58	79,66	80,24	79,93	79,90	80,26	80,61	80,69	80,06	81,11
	BMI größer als 30	18,76	19,42	20,34	19,76	20,07	20,10	19,74	19,39	19,31	19,94	18,89
AOP: MAS II	BMI bis 30	75,52	74,76	74,61	74,00	73,84	74,09	73,85	74,12	73,45	72,27	70,66
	BMI größer als 30	24,48	25,24	25,39	26,00	26,16	25,91	26,15	25,88	26,55	27,73	29,34

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
AOP: BET I	53.935	49.633	44.792	39.800	33.686	27.802	22.237	15.982	10.566	6.315	1.958
AOP: BET II	8.628	8.718	8.139	7.567	6.896	6.115	5.303	3.990	2.739	1.650	526
AOP: MAS I	10.110	9.114	8.044	6.980	5.915	4.782	3.754	2.651	1.730	1.013	323
AOP: MAS II	7.162	6.887	6.112	5.385	4.576	3.875	3.170	2.280	1.518	887	259

Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

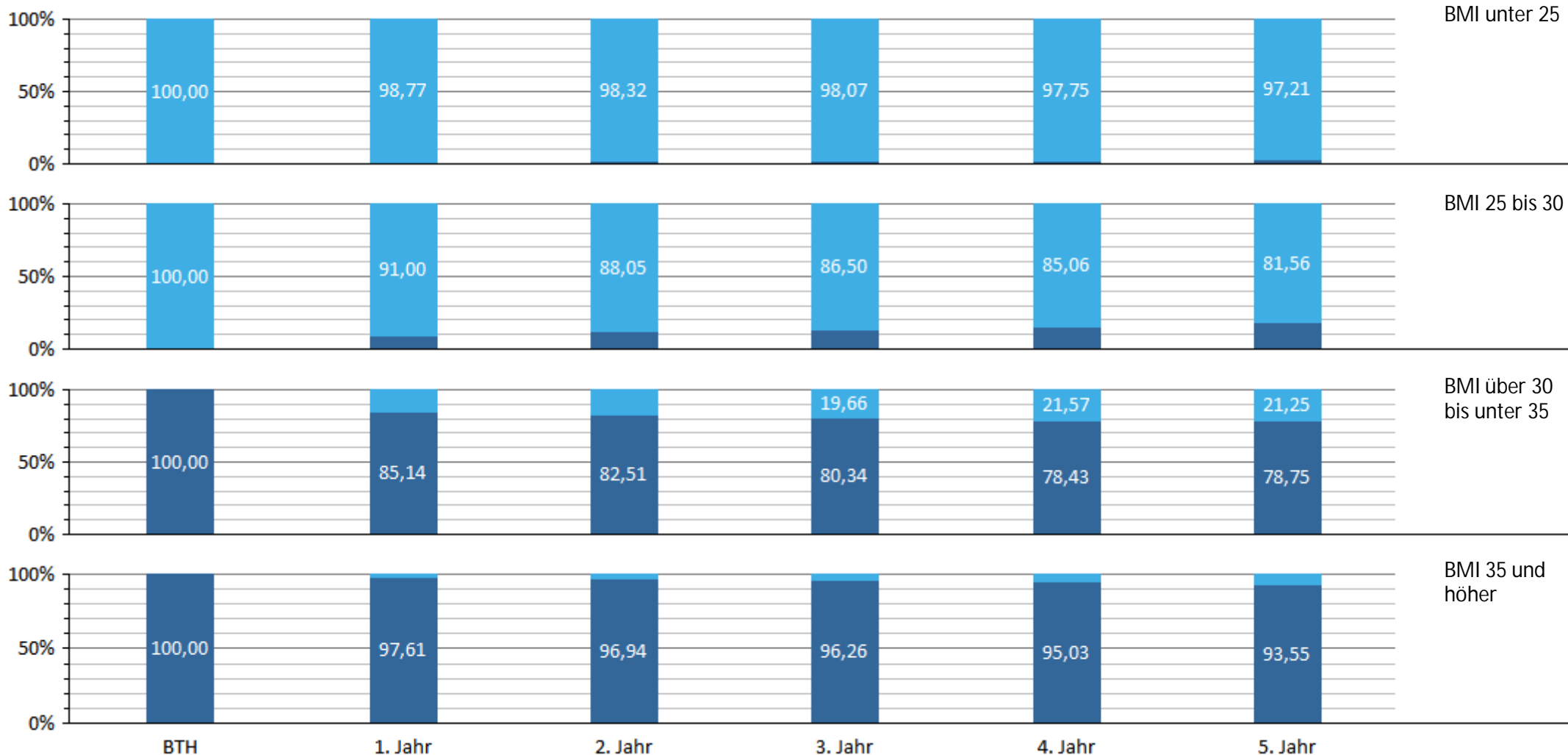
C.6.2 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [Q]

Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)

Angaben in Prozent

■ BMI größer als 30

■ BMI bis 30



Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.2 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [Q]

Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	BMI bis 30	100,00	98,77	98,32	98,07	97,75	97,21
	BMI größer als 30	0,00	1,23	1,68	1,93	2,25	2,79
25 bis 30	BMI bis 30	100,00	91,00	88,05	86,50	85,06	81,56
	BMI größer als 30	0,00	9,00	11,95	13,50	14,94	18,44
über 30 bis unter 35	BMI bis 30	0,00	14,86	17,49	19,66	21,57	21,25
	BMI größer als 30	100,00	85,14	82,51	80,34	78,43	78,75
35 und höher	BMI bis 30	0,00	2,39	3,06	3,74	4,97	6,45
	BMI größer als 30	100,00	97,61	96,94	96,26	95,03	93,55

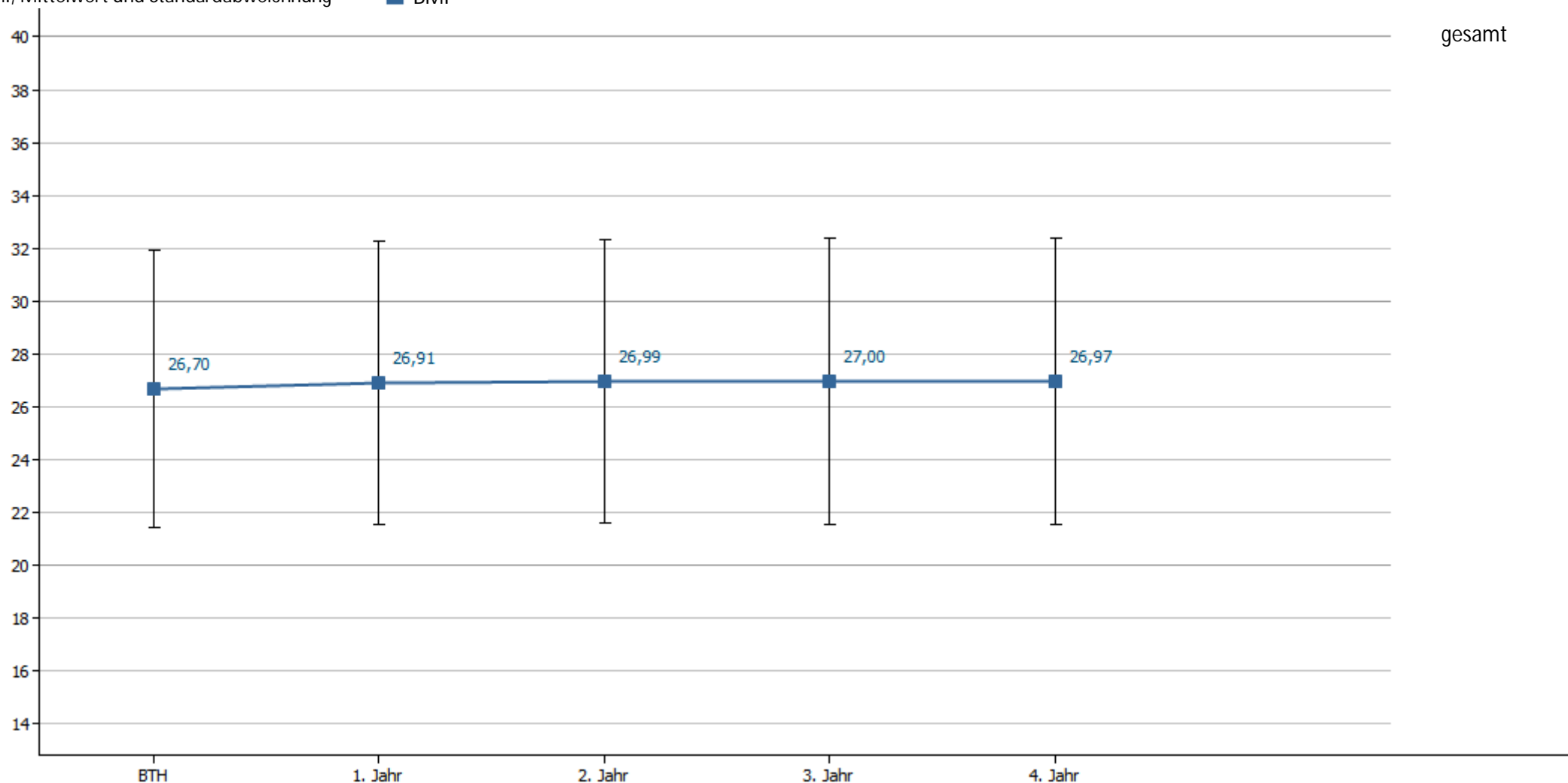
Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	55.544	37.385	25.587	16.600	8.697	1.434
25 bis 30	43.102	29.310	20.372	13.086	6.646	1.112
über 30 bis unter 35	20.168	13.547	9.324	6.029	3.139	513
35 und höher	10.355	6.808	4.635	2.914	1.490	248

Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.3 BMI: mittlerer BMI [L] Kohorten K2018-2 bis K2019-2

BMI, Mittelwert und Standardabweichung ■ BMI



Längsschnittkollektiv: Ausgewertet werden Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2019-2, die mindestens 4 Folgejahre Jahre DMP-Teilnehmerinnen waren und für die jährlich mindestens eine Angabe zum BMI vorlag.

Im fixierten Längsschnitt-Kollektiv steigt der mittlere BMI über die 4 Folgejahre nur leicht (von 26,7 auf 27,0) an.

C.6.3 BMI: mittlerer BMI [L] Kohorten K2018-2 bis K2019-2

Arithmetischer Mittelwert

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
gesamt	26,70	26,91	26,99	27,00	26,97

Standardabweichung

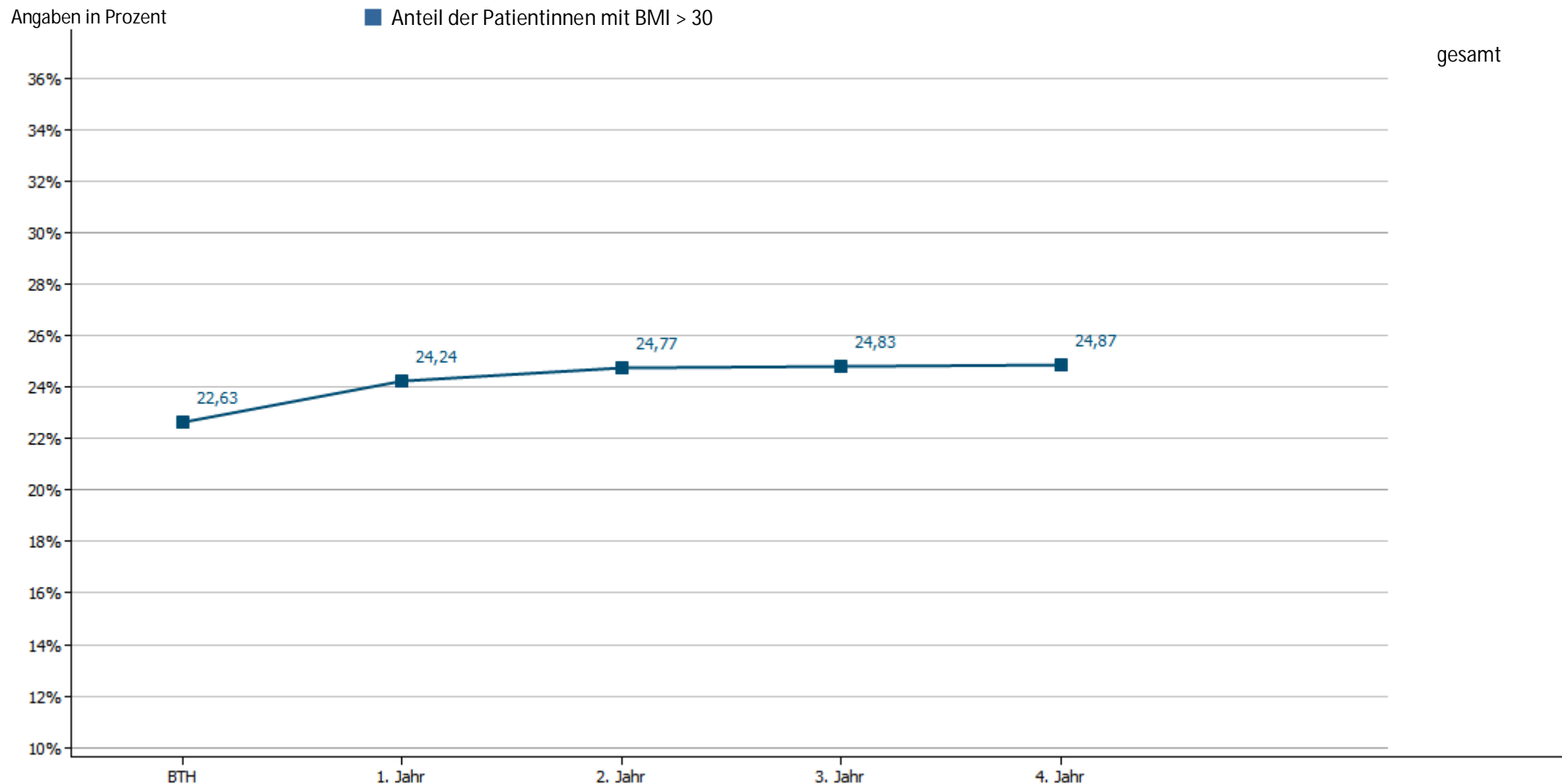
	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
gesamt	5,23	5,37	5,36	5,42	5,40

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
gesamt	23.359	23.359	23.359	23.359	23.359

Längsschnittkollektiv: Ausgewertet werden Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2019-2, die mindestens 4 Folgejahre Jahre DMP-Teilnehmerinnen waren und für die jährlich mindestens eine Angabe zum BMI vorlag.

C.6.4 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [L] Kohorten K2018-2 bis K2019-2



Längsschnittkollektiv: Ausgewertet werden Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2019-2, die mindestens 4 Folgejahre Jahre DMP-Teilnehmerinnen waren und für die jährlich mindestens eine Angabe zum BMI vorlag.

Im fixierten Längsschnitt-Kollektiv steigt der jährliche Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 von 22,6 % im Beitrittsjahr auf 24,9 % im 4. Folgejahr an (+ 2,3 Prozentpunkte).

C.6.4 BMI: Anteil der Patientinnen mit einem BMI > 30 [L]

Kohorten K2018-2 bis K2019-2

Angaben in Prozent

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
gesamt	22,63	24,24	24,77	24,83	24,87

Fallbasis absolut

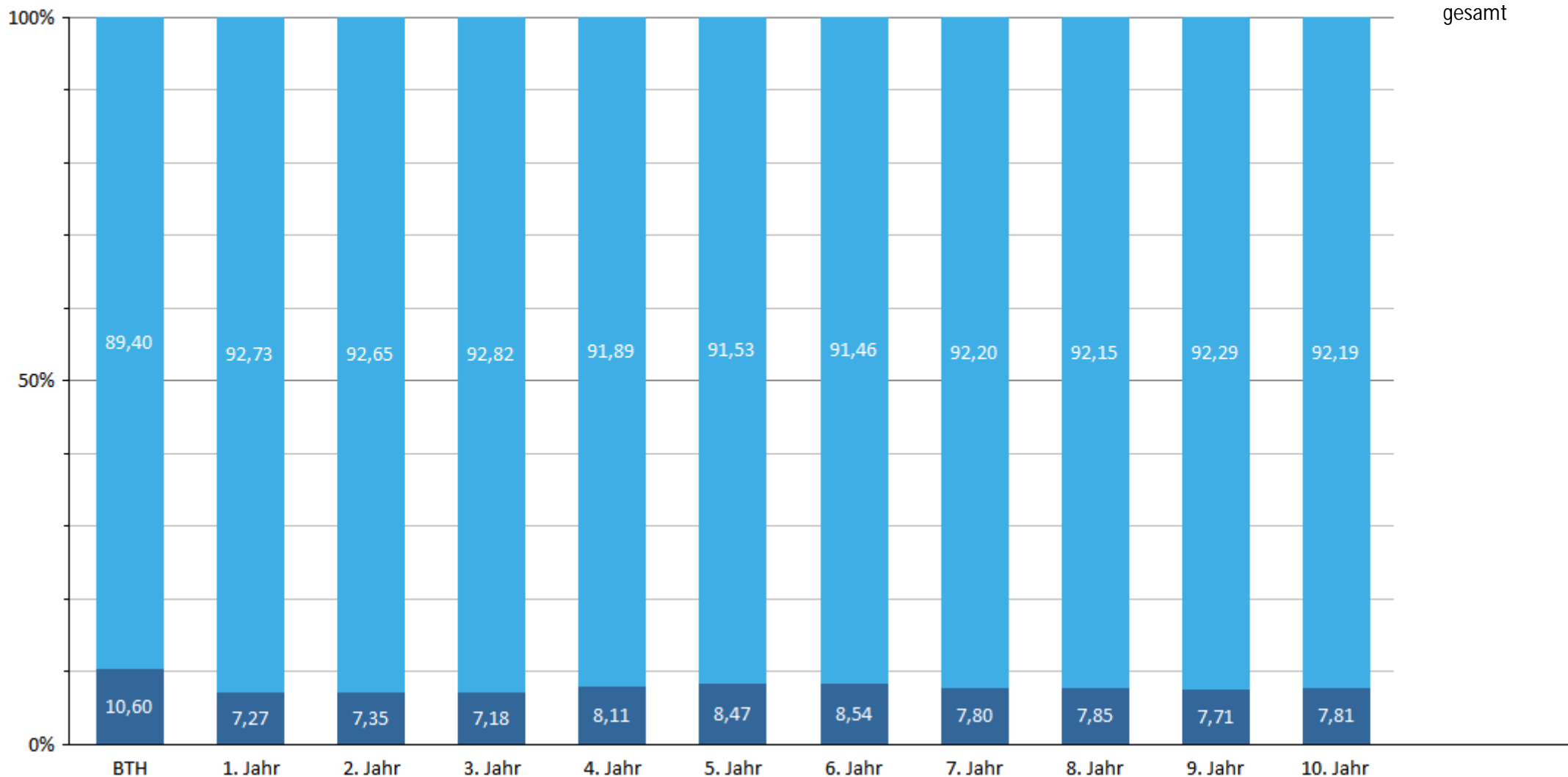
	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
gesamt	23.359	23.359	23.359	23.359	23.359

Längsschnittkollektiv: Ausgewertet werden Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2019-2, die mindestens 4 Folgejahre Jahre DMP-Teilnehmerinnen waren und für die jährlich mindestens eine Angabe zum BMI vorlag.

C.6.5 BMI: Patientinnen mit einem BMI > 30 und Empfehlung zu sportlicher Aktivität [Q] Gesamt

Angaben in Prozent

■ BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität ■ BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität



gesamt

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem BMI oberhalb von 30 im Teilnahmejahr, zu denen zeitgleich eine Angabe zur ärztlichen Empfehlung zu sportlicher Aktivität vorlag.

BMI-Auswertungen erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich.

Rund 92 % der adipösen Patientinnen (BMI > 30) insgesamt erhalten jährlich eine ärztliche Empfehlung zu sportlicher Aktivität. Die durchschnittliche Empfehlungsrate liegt bei Patientinnen ab 70 Jahren (rund 86 %) oder mit UICC IV (ca. 88 %) niedriger.

C.6.5 BMI: Patientinnen mit einem BMI > 30 und Empfehlung zu sportlicher Aktivität [Q] Gesamt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	89,40	92,73	92,65	92,82	91,89	91,53	91,46	92,20	92,15	92,29	92,19
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	10,60	7,27	7,35	7,18	8,11	8,47	8,54	7,80	7,85	7,71	7,81

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	30.522	28.110	25.518	22.453	19.103	15.601	12.379	8.826	5.798	3.465	1.088

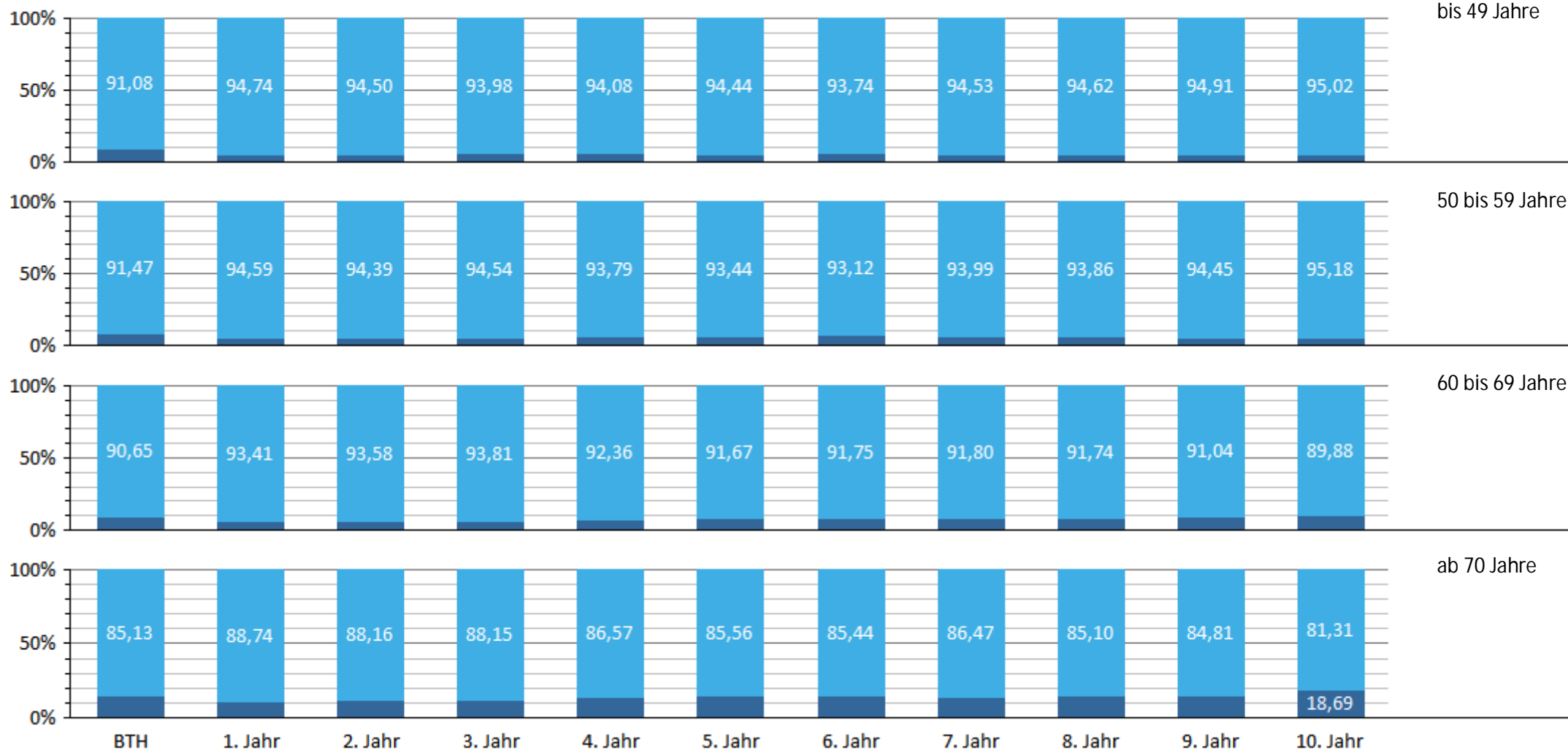
Ausgewertet werden Patientinnen mit einem BMI oberhalb von 30 im Teilnahmejahr, zu denen zeitgleich eine Angabe zur ärztlichen Empfehlung zu sportlicher Aktivität vorlag.

BMI-Auswertungen erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich.

C.6.5 BMI: Patientinnen mit einem BMI > 30 und Empfehlung zu sportlicher Aktivität [Q] Nach Alterklassen bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität ■ BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität



Ausgewertet werden Patientinnen mit einem BMI oberhalb von 30 im Teilnahmejahr, zu denen zeitgleich eine Angabe zur ärztlichen Empfehlung zu sportlicher Aktivität vorlag.

BMI-Auswertungen erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich.

C.6.5 BMI: Patientinnen mit einem BMI > 30 und Empfehlung zu sportlicher Aktivität [Q] Nach Alterklassen bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	91,08	94,74	94,50	93,98	94,08	94,44	93,74	94,53	94,62	94,91	95,02
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	8,92	5,26	5,50	6,02	5,92	5,56	6,26	5,47	5,38	5,09	4,98
50 bis 59 Jahre	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	91,47	94,59	94,39	94,54	93,79	93,44	93,12	93,99	93,86	94,45	95,18
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	8,53	5,41	5,61	5,46	6,21	6,56	6,88	6,01	6,14	5,55	4,82
60 bis 69 Jahre	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	90,65	93,41	93,58	93,81	92,36	91,67	91,75	91,80	91,74	91,04	89,88
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	9,35	6,59	6,42	6,19	7,64	8,33	8,25	8,20	8,26	8,96	10,12
ab 70 Jahren	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	85,13	88,74	88,16	88,15	86,57	85,56	85,44	86,47	85,10	84,81	81,31
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	14,87	11,26	11,84	11,85	13,43	14,44	14,56	13,53	14,90	15,19	18,69

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
bis 49 Jahre	3.956	3.745	3.616	3.337	3.041	2.679	2.251	1.644	1.171	746	261
50 bis 59 Jahre	8.237	7.934	7.343	6.646	5.797	4.819	3.939	2.930	2.019	1.208	394
60 bis 69 Jahre	9.911	9.244	8.478	7.591	6.362	5.126	4.060	2.877	1.816	1.083	326
ab 70 Jahren	8.417	7.186	6.081	4.879	3.903	2.977	2.129	1.375	792	428	107

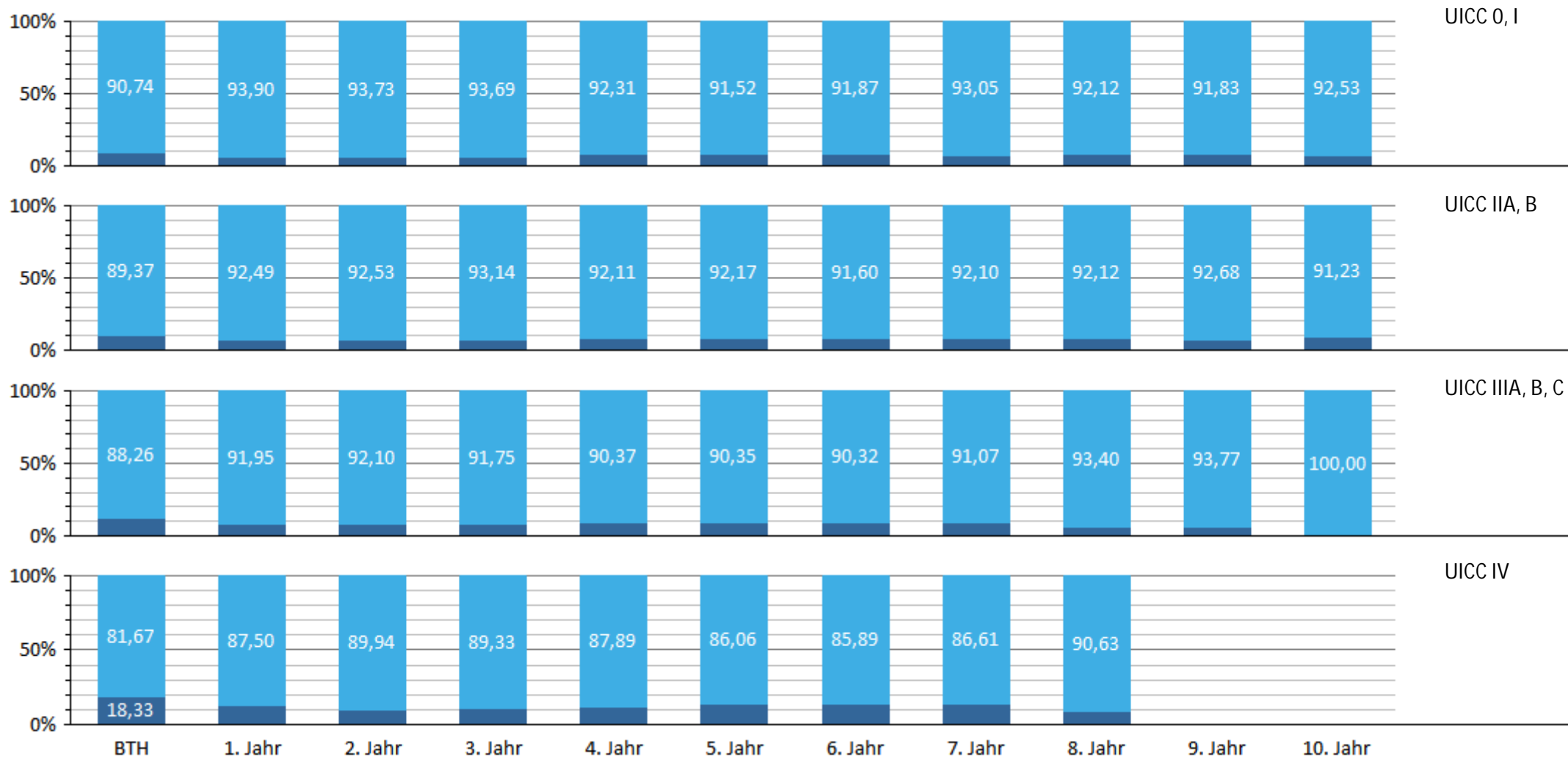
Ausgewertet werden Patientinnen mit einem BMI oberhalb von 30 im Teilnahmejahr, zu denen zeitgleich eine Angabe zur ärztlichen Empfehlung zu sportlicher Aktivität vorlag.

BMI-Auswertungen erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich.

C.6.5 BMI: Patientinnen mit einem BMI > 30 und Empfehlung zu sportlicher Aktivität [Q] Nach UICC-Stadien bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität ■ BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität



Ausgewertet werden Patientinnen mit einem BMI oberhalb von 30 im Teilnahmejahr, zu denen zeitgleich eine Angabe zur ärztlichen Empfehlung zu sportlicher Aktivität vorlag.

BMI-Auswertungen erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich.

C.6.5 BMI: Patientinnen mit einem BMI > 30 und Empfehlung zu sportlicher Aktivität [Q] Nach UICC-Stadien bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	90,74	93,90	93,73	93,69	92,31	91,52	91,87	93,05	92,12	91,83	92,53
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	9,26	6,10	6,27	6,31	7,69	8,48	8,13	6,95	7,88	8,17	7,47
UICC IIA, B	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	89,37	92,49	92,53	93,14	92,11	92,17	91,60	92,10	92,12	92,68	91,23
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	10,63	7,51	7,47	6,86	7,89	7,83	8,40	7,90	7,88	7,32	8,77
UICC IIIA, B, C	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	88,26	91,95	92,10	91,75	90,37	90,35	90,32	91,07	93,40	93,77	100,00
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	11,74	8,05	7,90	8,25	9,63	9,65	9,68	8,93	6,60	6,23	0,00
UICC IV	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	81,67	87,50	89,94	89,33	87,89	86,06	85,89	86,61	90,63	-	-
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	18,33	12,50	10,06	10,67	12,11	13,94	14,11	13,39	9,38	-	-

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
UICC 0, I	12.731	11.732	10.405	8.903	7.409	5.756	4.615	3.367	2.258	1.359	388
UICC IIA, B	10.355	9.235	8.152	7.023	5.795	4.624	3.560	2.519	1.649	956	308
UICC IIIA, B, C	2.658	2.323	1.987	1.673	1.371	1.098	888	627	409	257	68
UICC IV	491	376	348	300	256	208	163	112	64	40	19

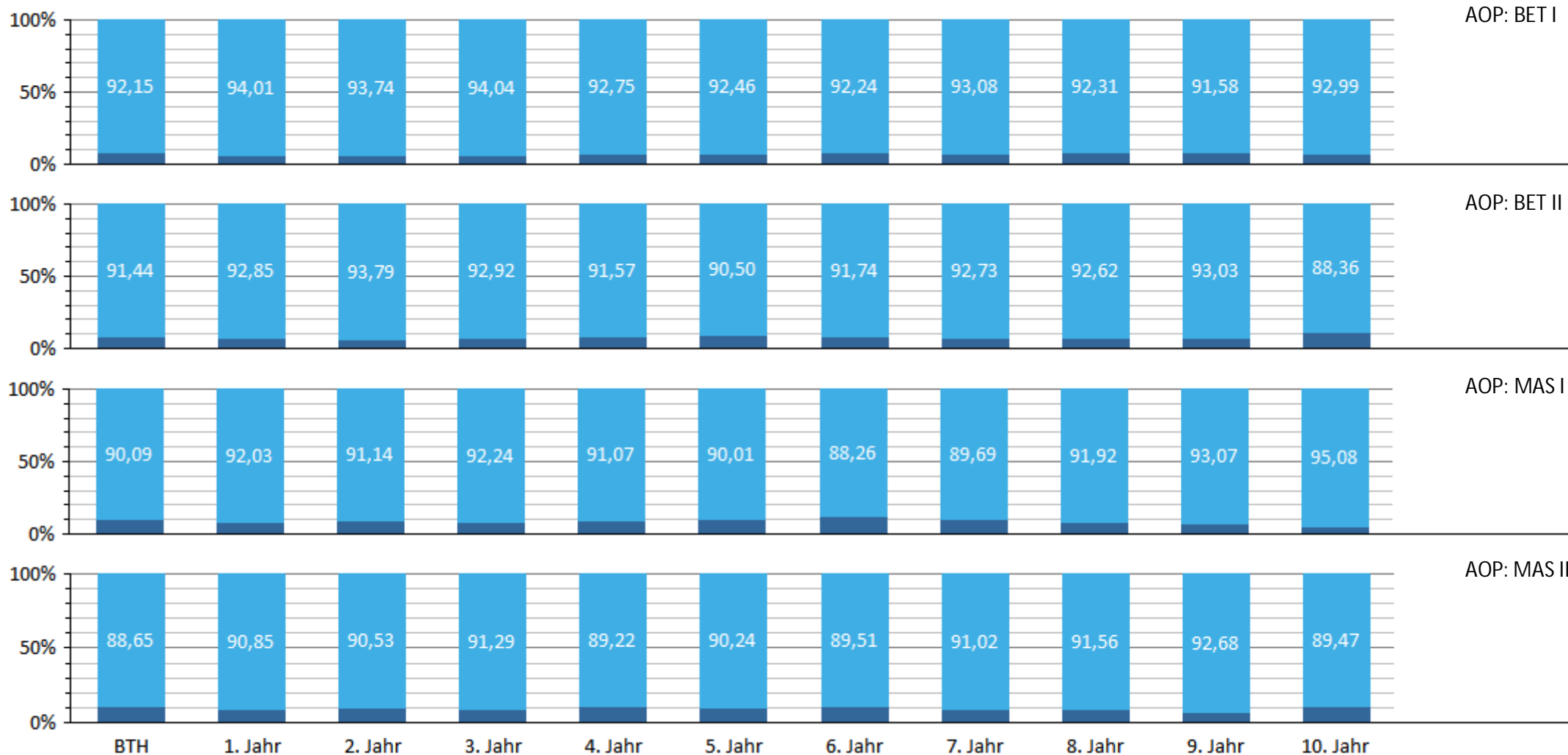
Ausgewertet werden Patientinnen mit einem BMI oberhalb von 30 im Teilnahmejahr, zu denen zeitgleich eine Angabe zur ärztlichen Empfehlung zu sportlicher Aktivität vorlag.

BMI-Auswertungen erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich.

C.6.5 BMI: Patientinnen mit einem BMI > 30 und Empfehlung zu sportlicher Aktivität [Q] Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität ■ BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität



Ausgewertet werden Patientinnen mit einem BMI oberhalb von 30 im Teilnahmejahr, zu denen zeitgleich eine Angabe zur ärztlichen Empfehlung zu sportlicher Aktivität vorlag.

BMI-Auswertungen erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.6.5 BMI: Patientinnen mit einem BMI > 30 und Empfehlung zu sportlicher Aktivität [Q] Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
AOP: BET I	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	92,15	94,01	93,74	94,04	92,75	92,46	92,24	93,08	92,31	91,58	92,99
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	7,85	5,99	6,26	5,96	7,25	7,54	7,76	6,92	7,69	8,42	7,01
AOP: BET II	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	91,44	92,85	93,79	92,92	91,57	90,50	91,74	92,73	92,62	93,03	88,36
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	8,56	7,15	6,21	7,08	8,43	9,50	8,26	7,27	7,38	6,97	11,64
AOP: MAS I	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	90,09	92,03	91,14	92,24	91,07	90,01	88,26	89,69	91,92	93,07	95,08
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	9,91	7,97	8,86	7,76	8,93	9,99	11,74	10,31	8,08	6,93	4,92
AOP: MAS II	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	88,65	90,85	90,53	91,29	89,22	90,24	89,51	91,02	91,56	92,68	89,47
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	11,35	9,15	9,47	8,71	10,78	9,76	10,49	8,98	8,44	7,32	10,53

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
AOP: BET I	12.985	12.393	11.466	10.213	8.694	7.132	5.655	4.016	2.679	1.556	471
AOP: BET II	2.395	2.546	2.415	2.245	2.052	1.790	1.525	1.169	799	488	146
AOP: MAS I	1.897	1.770	1.636	1.379	1.187	961	741	514	334	202	61
AOP: MAS II	1.753	1.738	1.552	1.400	1.197	1.004	829	590	403	246	76

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem BMI oberhalb von 30 im Teilnahmejahr, zu denen zeitgleich eine Angabe zur ärztlichen Empfehlung zu sportlicher Aktivität vorlag.

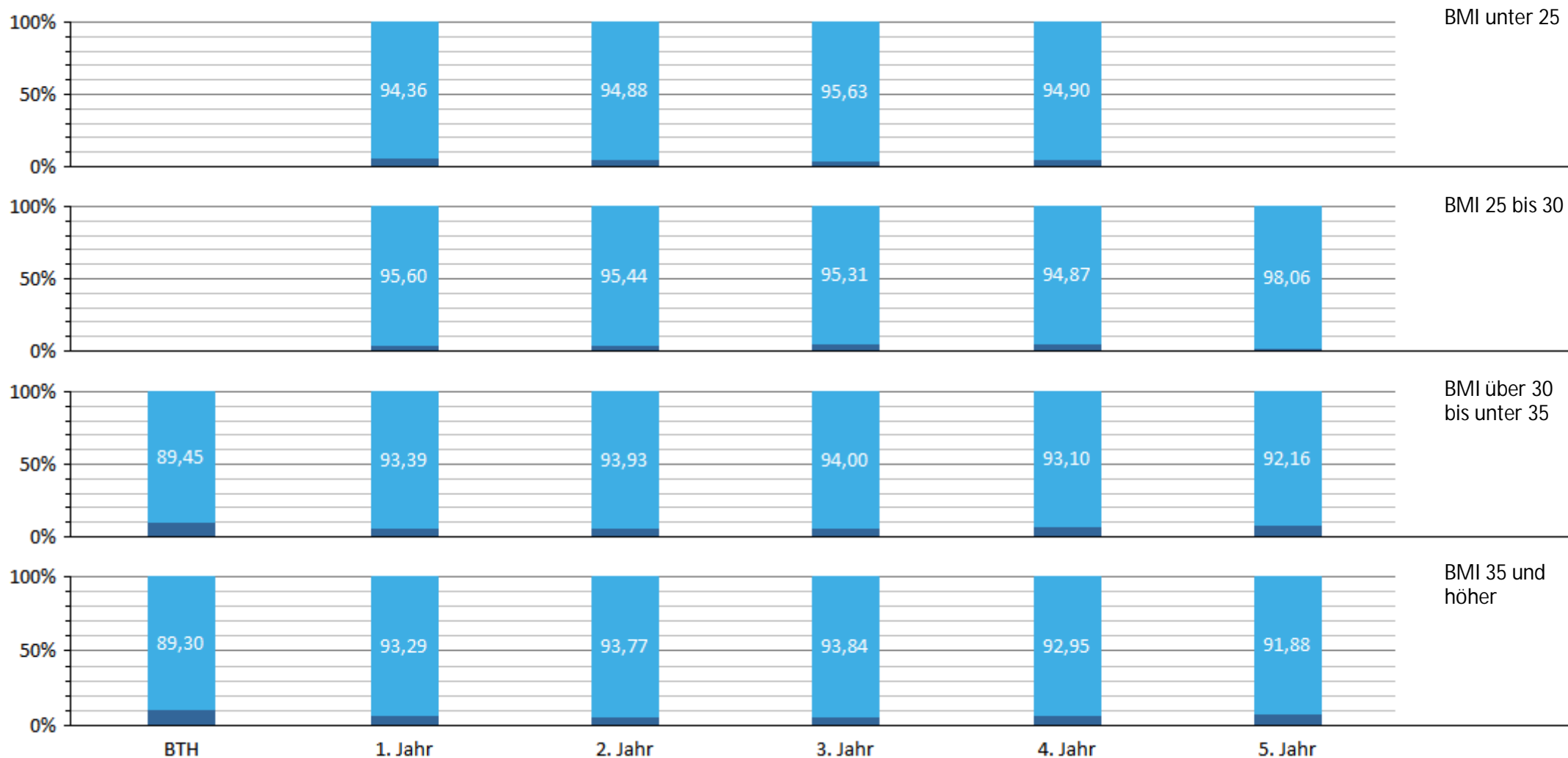
BMI-Auswertungen erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.6.5 BMI: Patientinnen mit einem BMI > 30 und Empfehlung zu sportlicher Aktivität [Q] Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)

Angaben in Prozent

■ BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität ■ BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität



Ausgewertet werden Patientinnen mit einem BMI oberhalb von 30 im Teilnahmejahr, zu denen zeitgleich eine Angabe zur ärztlichen Empfehlung zu sportlicher Aktivität vorlag.

Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

C.6.5 BMI: Patientinnen mit einem BMI > 30 und Empfehlung zu sportlicher Aktivität [Q]

Nach BMI-Klassen bei Programmbeitritt (ab Kohorte K2018-2 möglich)

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	-	94,36	94,88	95,63	94,90	-
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	-	5,64	5,12	4,38	5,10	-
25 bis 30	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	-	95,60	95,44	95,31	94,87	98,06
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	-	4,40	4,56	4,69	5,13	1,94
über 30 bis unter 35	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	89,45	93,39	93,93	94,00	93,10	92,16
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	10,55	6,61	6,07	6,00	6,90	7,84
35 und höher	BMI > 30 mit Empfehlung zu sportlicher Aktivität	89,30	93,29	93,77	93,84	92,95	91,88
	BMI > 30 ohne Empfehlung zu sportlicher Aktivität	10,70	6,71	6,23	6,16	7,05	8,12

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
unter 25	0	461	430	320	196	40
25 bis 30	0	2.638	2.436	1.768	994	206
über 30 bis unter 35	20.167	11.536	7.695	4.846	2.464	408
35 und höher	10.355	6.646	4.495	2.807	1.418	234

Ausgewertet werden Patientinnen mit einem BMI oberhalb von 30 im Teilnahmejahr, zu denen zeitgleich eine Angabe zur ärztlichen Empfehlung zu sportlicher Aktivität vorlag.

Alle BMI-Auswertungen sind erst ab dem Halbjahr 2018-2 möglich, da die zur Berechnung benötigten Angaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht ab der Satzart SA200E2/F2 übermittelt wurden.

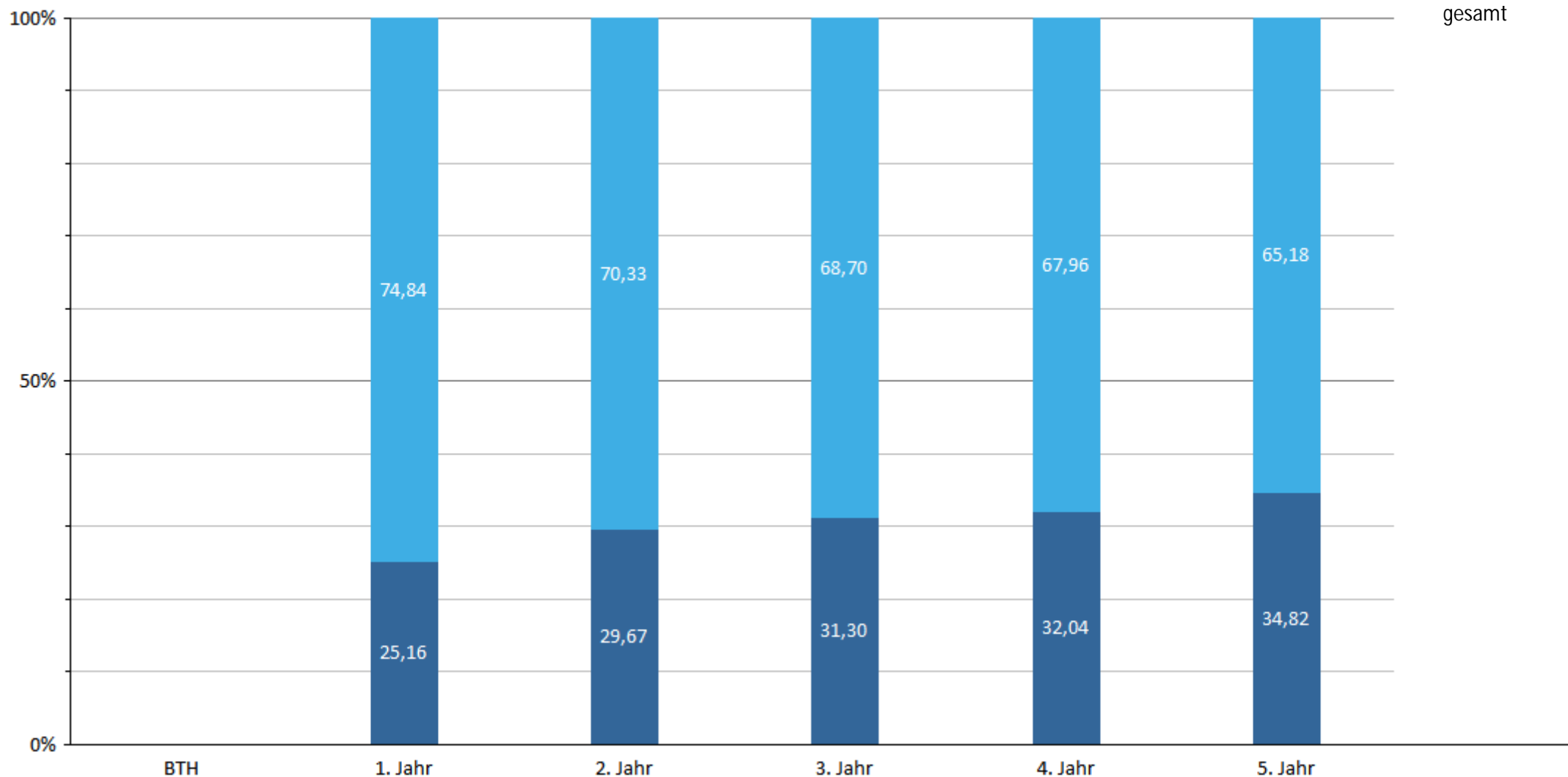
C.6.6 BMI: Patientinnen mit BMI > 30 bei Programmbeitritt - Gewichtsentwicklung [Q]

Gesamt

Angaben in Prozent

■ Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)

■ Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)



Ausgewertet wird die Gewichtsentwicklung in kg bei Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2022-2 mit einem BMI > 30 bei Einschreibung, bei denen auch im jeweiligen Folgejahr mindestens eine plausible Angabe zum Körpergewicht vorlag.

Drei Viertel bis zwei Drittel der Patientinnen insgesamt mit einem BMI > 30 bei Einschreibung können ihr Gewicht im Zeitverlauf halten oder reduzieren.

C.6.6 BMI: Patientinnen mit BMI > 30 bei Programmbeitritt - Gewichtsentwicklung [Q]

Gesamt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
gesamt	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	74,84	70,33	68,70	67,96	65,18
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	25,16	29,67	31,30	32,04	34,82

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
gesamt	-	20.355	13.959	8.943	4.629	761

Ausgewertet wird die Gewichtsentwicklung in kg bei Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2022-2 mit einem BMI > 30 bei Einschreibung, bei denen auch im jeweiligen Folgejahr mindestens eine plausible Angabe zum Körpergewicht vorlag.

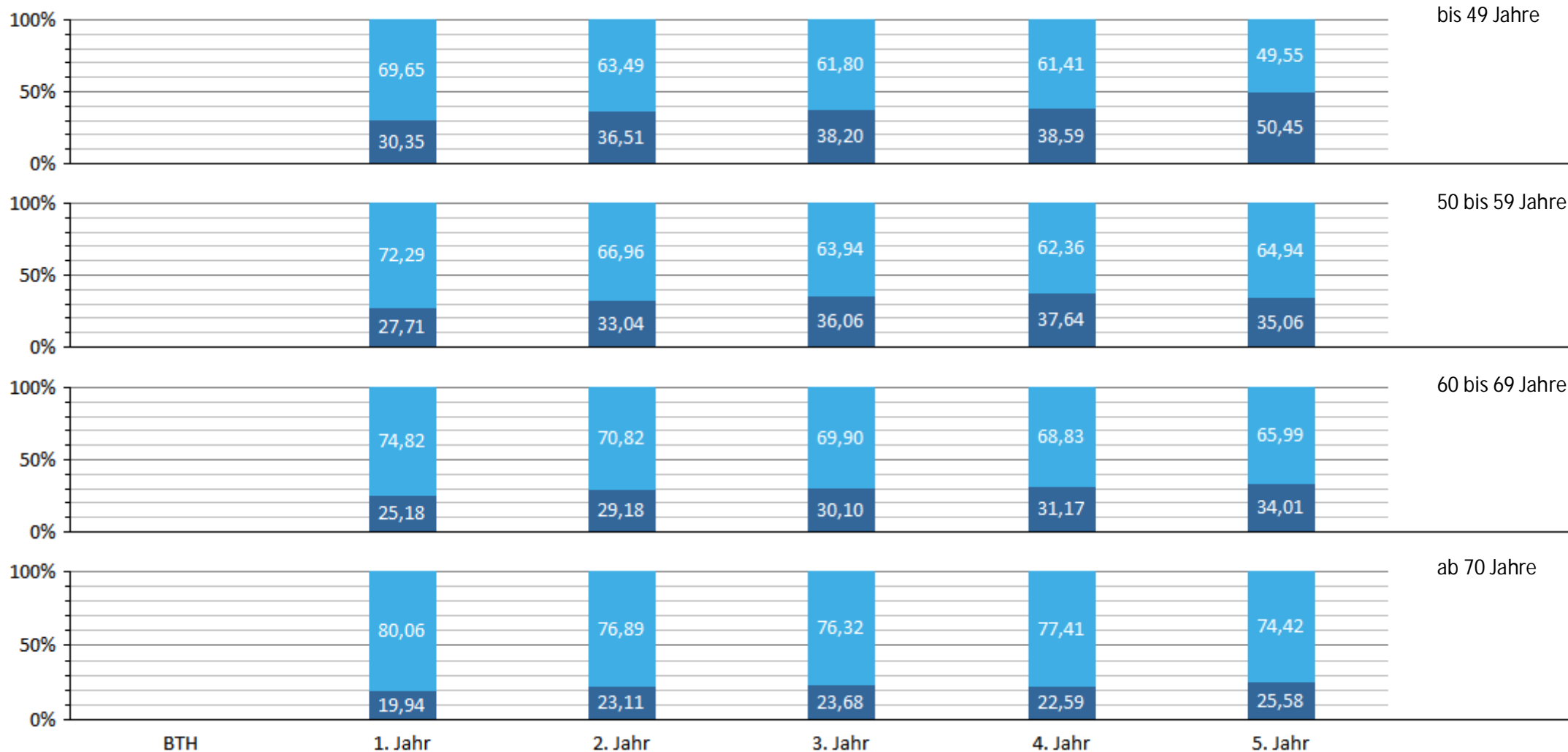
C.6.6 BMI: Patientinnen mit BMI > 30 bei Programmbeitritt - Gewichtsentwicklung [Q]

Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)

■ Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)



Ausgewertet wird die Gewichtsentwicklung in kg bei Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2022-2 mit einem BMI > 30 bei Einschreibung, bei denen auch im jeweiligen Folgejahr mindestens eine plausible Angabe zum Körpergewicht vorlag.

Der Anteil der Patientinnen, die im Zeitverlauf an Körpergewicht zunehmen, steigt in der jüngsten Altersgruppe am stärksten an (+ 20 Prozentpunkte). In den anderen Altersgruppen erhöht sich dieser Anteil um rund 6 bis 9 %.

C.6.6 BMI: Patientinnen mit BMI > 30 bei Programmbeitritt - Gewichtsentwicklung [Q]

Nach Altersgruppen bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
bis 49 Jahre	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	69,65	63,49	61,80	61,41	49,55
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	30,35	36,51	38,20	38,59	50,45
50 bis 59 Jahre	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	72,29	66,96	63,94	62,36	64,94
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	27,71	33,04	36,06	37,64	35,06
60 bis 69 Jahre	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	74,82	70,82	69,90	68,83	65,99
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	25,18	29,18	30,10	31,17	34,01
ab 70 Jahren	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	80,06	76,89	76,32	77,41	74,42
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	19,94	23,11	23,68	22,59	25,58

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
bis 49 Jahre	-	2.636	1.846	1.191	622	111
50 bis 59 Jahre	-	5.623	3.892	2.515	1.339	231
60 bis 69 Jahre	-	6.683	4.651	3.066	1.588	247
ab 70 Jahren	-	5.412	3.570	2.171	1.080	172

Ausgewertet wird die Gewichtsentwicklung in kg bei Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2022-2 mit einem BMI > 30 bei Einschreibung, bei denen auch im jeweiligen Folgejahr mindestens eine plausible Angabe zum Körpergewicht vorlag.

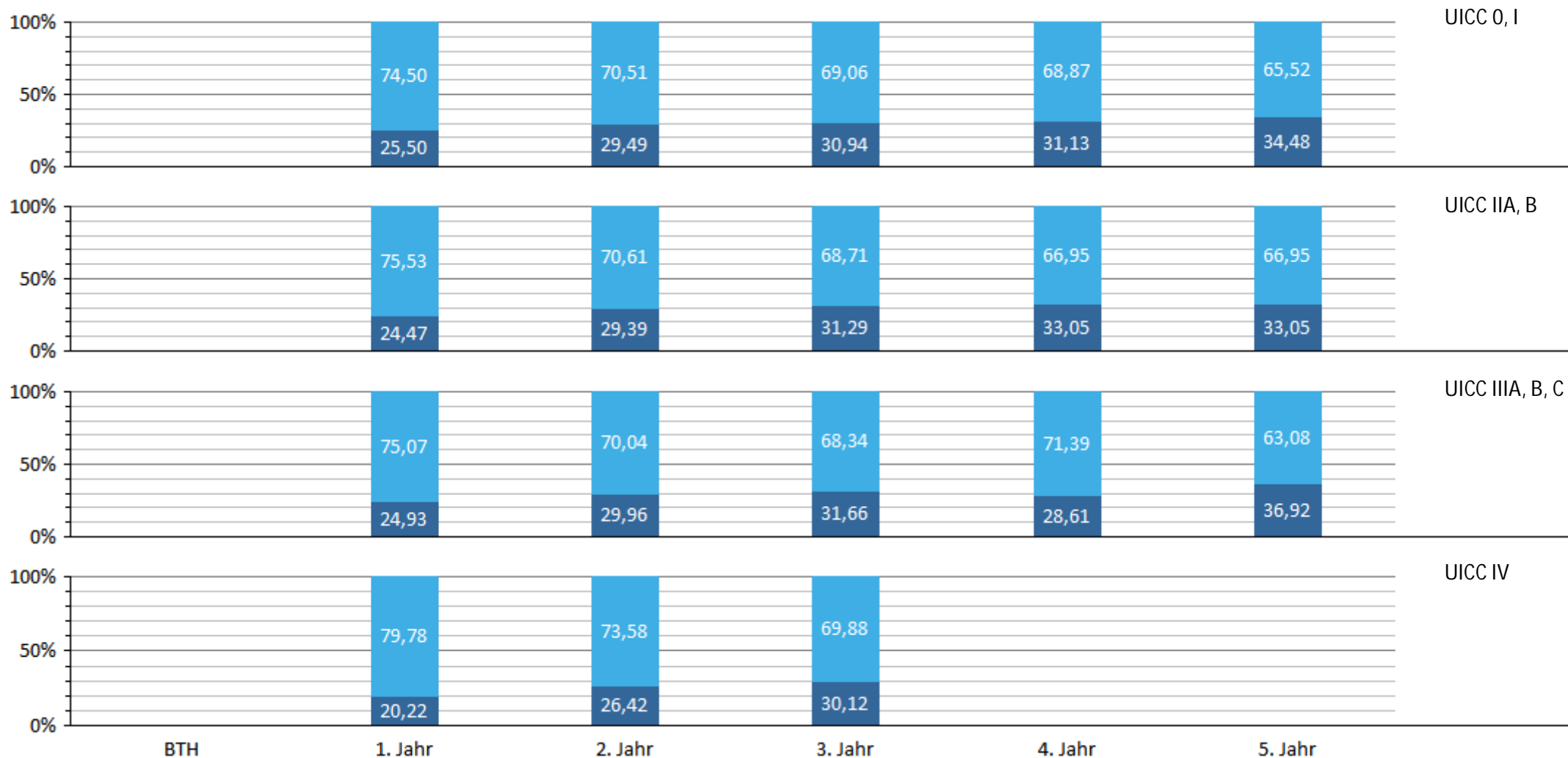
C.6.6 BMI: Patientinnen mit BMI > 30 bei Programmbeitritt - Gewichtsentwicklung [Q]

Nach UICC-Stadien bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)

■ Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)



Ausgewertet wird die Gewichtsentwicklung in kg bei Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2022-2 mit einem BMI > 30 bei Einschreibung, bei denen auch im jeweiligen Folgejahr mindestens eine plausible Angabe zum Körpergewicht vorlag.

C.6.6 BMI: Patientinnen mit BMI > 30 bei Programmbeitritt - Gewichtsentwicklung [Q]

Nach UICC-Stadien bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
UICC 0, I	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	74,50	70,51	69,06	68,87	65,52
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	25,50	29,49	30,94	31,13	34,48
UICC IIA, B	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	75,53	70,61	68,71	66,95	66,95
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	24,47	29,39	31,29	33,05	33,05
UICC IIIA, B, C	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	75,07	70,04	68,34	71,39	63,08
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	24,93	29,96	31,66	28,61	36,92
UICC IV	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	79,78	73,58	69,88	-	-
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	20,22	26,42	30,12	-	-

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
UICC 0, I	-	8.715	6.077	3.930	2.104	348
UICC IIA, B	-	6.840	4.652	2.975	1.531	239
UICC IIIA, B, C	-	1.733	1.155	717	332	65
UICC IV	-	267	159	83	33	2

Ausgewertet wird die Gewichtsentwicklung in kg bei Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2022-2 mit einem BMI > 30 bei Einschreibung, bei denen auch im jeweiligen Folgejahr mindestens eine plausible Angabe zum Körpergewicht vorlag.

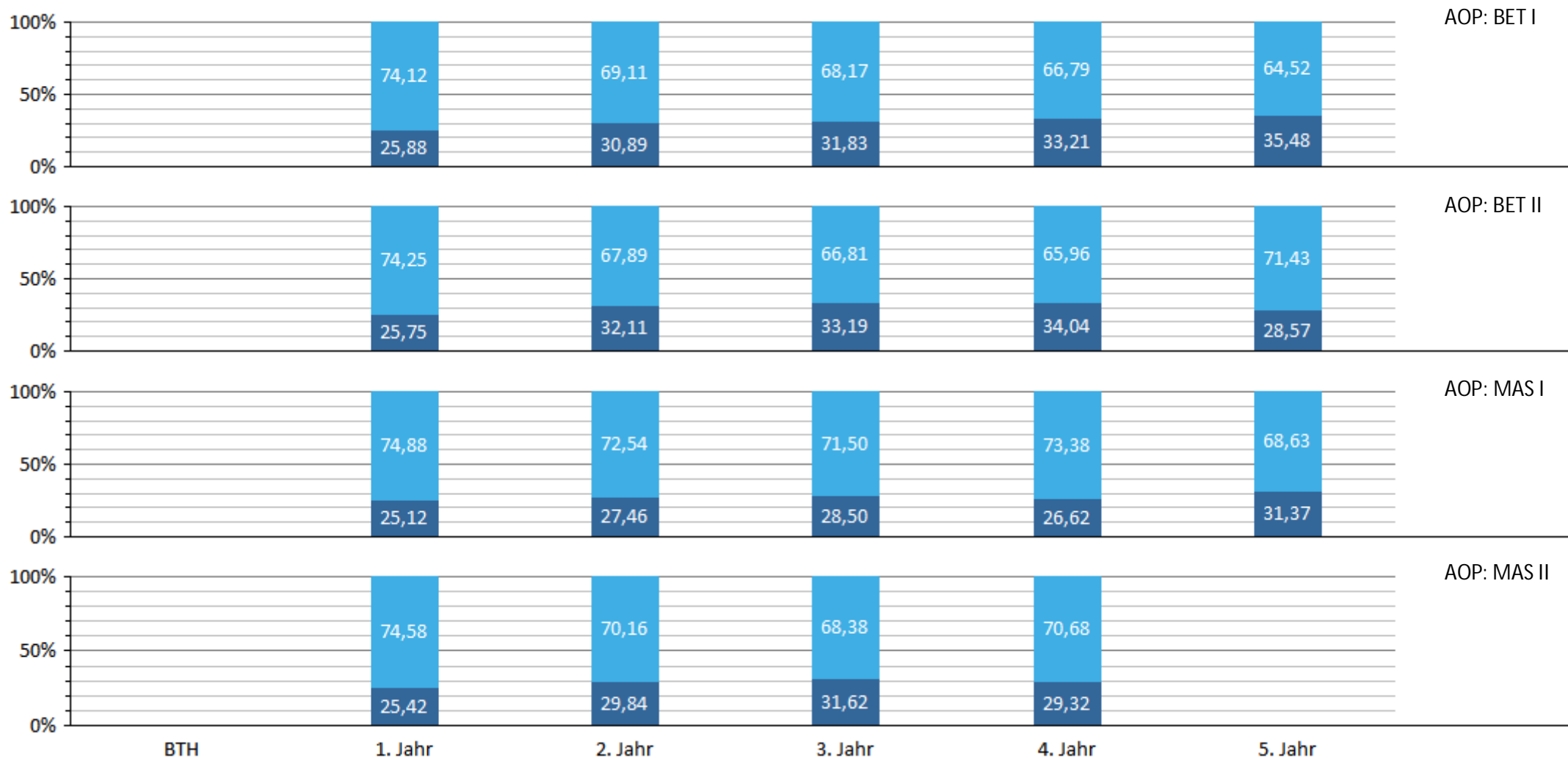
C.6.6 BMI: Patientinnen mit BMI > 30 bei Programmbeitritt - Gewichtsentwicklung [Q]

Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Angaben in Prozent

■ Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)

■ Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)



Ausgewertet wird die Gewichtsentwicklung in kg bei Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2022-2 mit einem BMI > 30 bei Einschreibung, bei denen auch im jeweiligen Folgejahr mindestens eine plausible Angabe zum Körpergewicht vorlag.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.6.6 BMI: Patientinnen mit BMI > 30 bei Programmbeitritt - Gewichtsentwicklung [Q] Nach Art der operativen Therapie (AOP) bei Programmbeitritt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
AOP: BET I	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	74,12	69,11	68,17	66,79	64,52
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	25,88	30,89	31,83	33,21	35,48
AOP: BET II	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	74,25	67,89	66,81	65,96	71,43
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	25,75	32,11	33,19	34,04	28,57
AOP: MAS I	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	74,88	72,54	71,50	73,38	68,63
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	25,12	27,46	28,50	26,62	31,37
AOP: MAS II	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	74,58	70,16	68,38	70,68	-
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	25,42	29,84	31,62	29,32	-

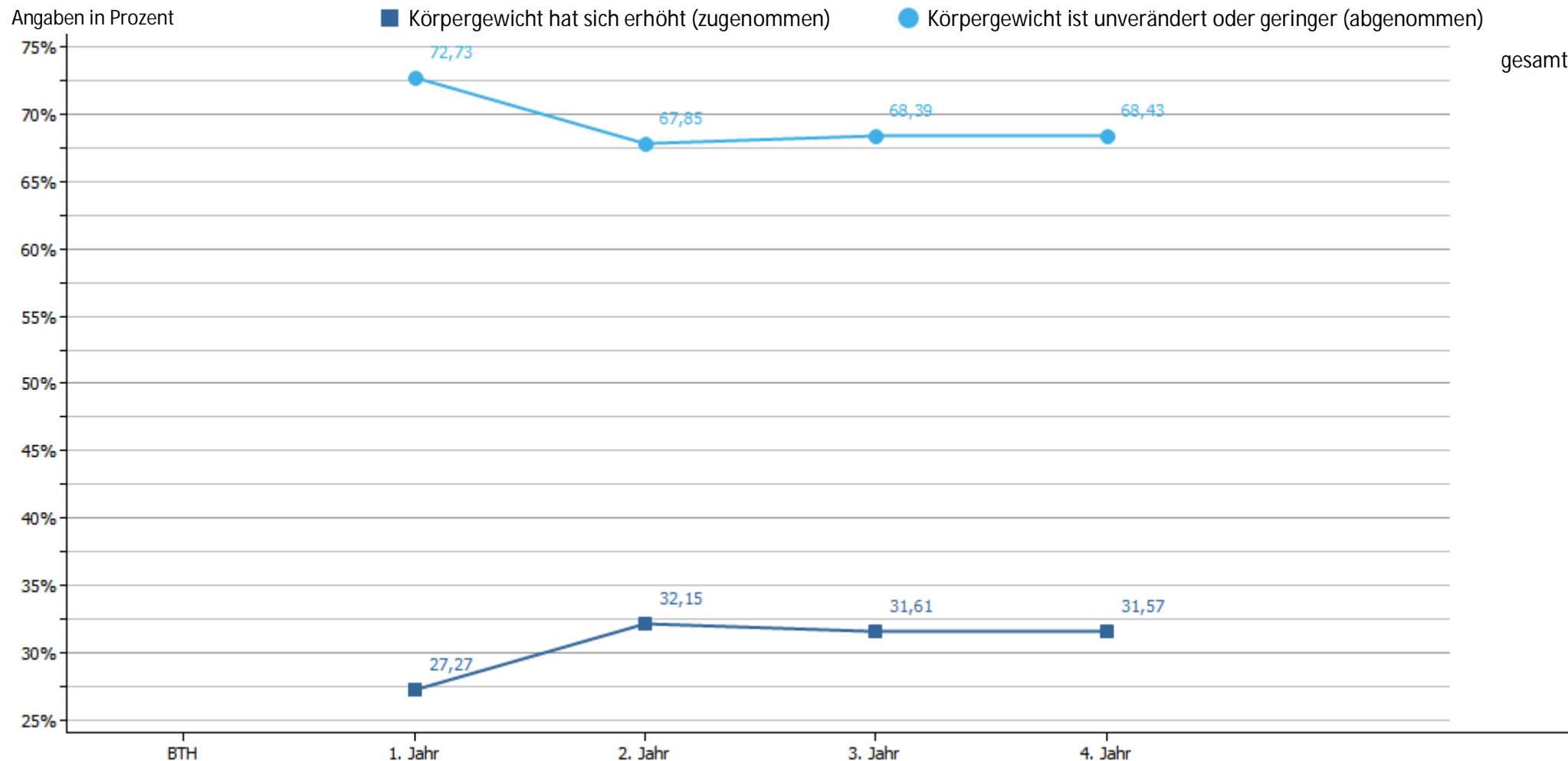
Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
AOP: BET I	-	8.859	6.255	4.075	2.138	341
AOP: BET II	-	1.596	1.115	717	376	70
AOP: MAS I	-	1.262	874	572	308	51
AOP: MAS II	-	1.184	774	487	249	45

Ausgewertet wird die Gewichtsentwicklung in kg bei Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2022-2 mit einem BMI > 30 bei Einschreibung, bei denen auch im jeweiligen Folgejahr mindestens eine plausible Angabe zum Körpergewicht vorlag.

BET I, BET II, MAS I und MAS II siehe A.1.10

C.6.7 BMI: Patientinnen mit BMI > 30 bei Programmbeitritt - Gewichtsentwicklung [L] Kohorten K2018-2 bis K2019-2



Längsschnittkollektiv: Ausgewertet werden Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2019-2 mit einem BMI > 30 bei Einschreibung, die mindestens 4 Folgejahre Jahre DMP Teilnehmerinnen waren und für die jährlich mindestens eine plausible Angabe zum Körpergewicht (in kg) vorlag.

Im fixierten Längsschnittkollektiv können zwischen 27 % und 32 % der Patientinnen insgesamt mit einem BMI > 30 bei Einschreibung ihr Gewicht im Zeitverlauf nicht halten oder reduzieren.

C.6.7 BMI: Patientinnen mit BMI > 30 bei Programmbeitritt - Gewichtsentwicklung [L]

Kohorten K2018-2 bis K2019-2

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
gesamt	Körpergewicht ist unverändert oder geringer (abgenommen)	-	72,73	67,85	68,39	68,43
	Körpergewicht hat sich erhöht (zugenommen)	-	27,27	32,15	31,61	31,57

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
gesamt	-	5.287	5.287	5.287	5.287

Längsschnittkollektiv: Ausgewertet werden Patientinnen der Kohorten K2018-2 bis K2019-2 mit einem BMI > 30 bei Einschreibung, die mindestens 4 Folgejahre Jahre DMP Teilnehmerinnen waren und für die jährlich mindestens eine plausible Angabe zum Körpergewicht (in kg) vorlag.

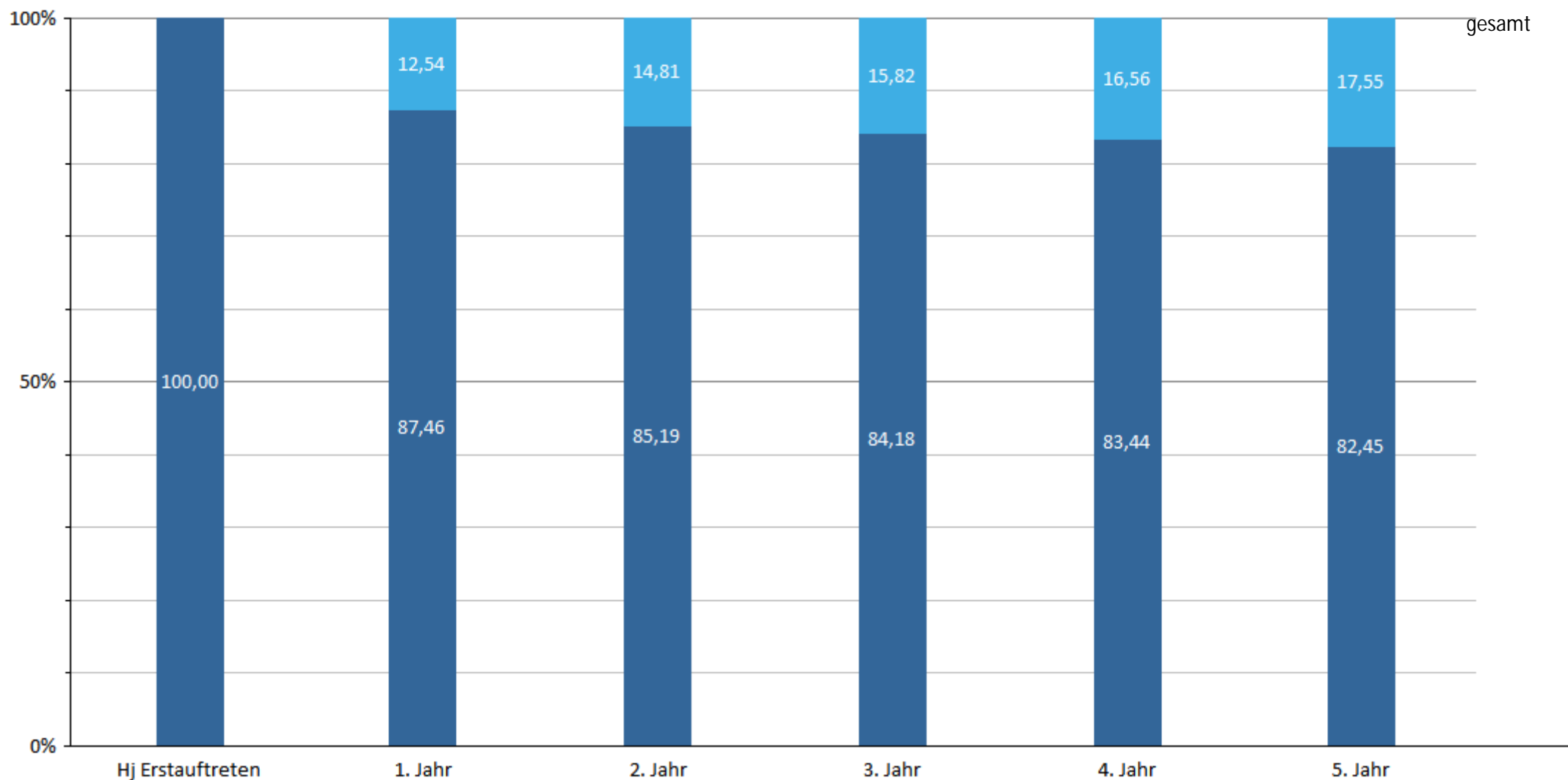
C.6.8 BMI: BMI-Entwicklung nach erstmaligem BMI > 30 [Q]

Gesamt

Angaben in Prozent

■ BMI unverändert über 30

■ BMI bis 30



Ausgewertet werden Patientinnen mit Erstaufreten eines BMI > 30 schon bei Einschreibung oder im Verlauf der Teilnahme. Gezeigt wird über maximal 5 nachfolgende Teilnahmehere, welcher Anteil dieser Patientinnen weiterhin einen BMI > 30 aufweist.

Nach Erstaufreten eines BMI > 30 können ca. 12,5 % dieser Patientinnen ihren BMI im 1. Folgejahr wieder unter 30 senken. Im 5. Folgejahr gelingt dies rund 17,5 %.

C.6.8 BMI: BMI-Entwicklung nach erstmaligem BMI > 30 [Q]

Gesamt

Anteilswerte in Prozent

		Hj Erst- auftreten	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
gesamt	BMI bis 30	0,00	12,54	14,81	15,82	16,56	17,55
	BMI unverändert über 30	100,00	87,46	85,19	84,18	83,44	82,45

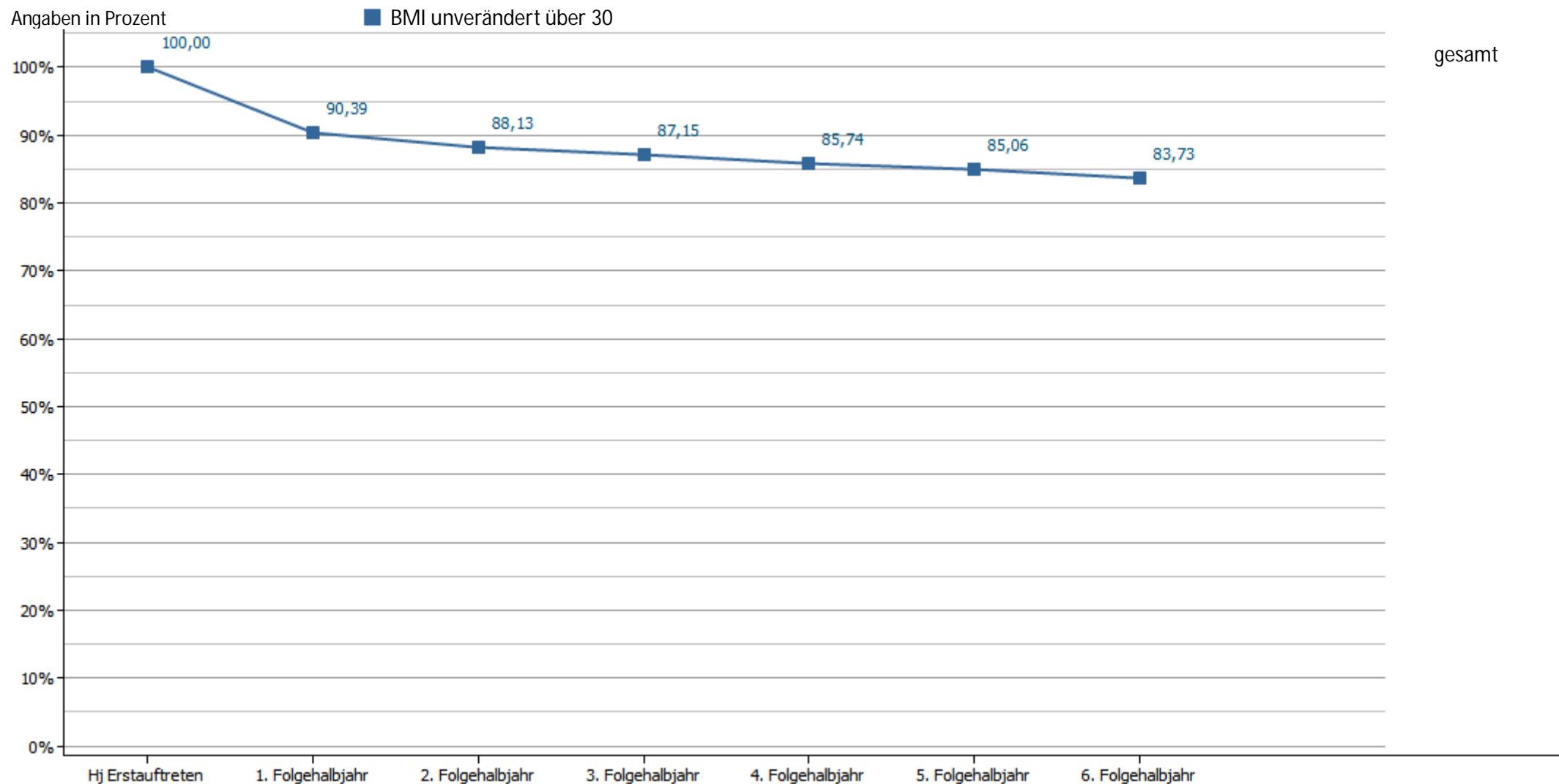
Fallbasis absolut

	Hj Erst- auftreten	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
gesamt	64.896	48.035	36.159	26.403	17.532	3.943

Ausgewertet werden Patientinnen mit Erstaufreten eines BMI > 30 schon bei Einschreibung oder im Verlauf der Teilnahme. Gezeigt wird über maximal 5 nachfolgende Teilnahmejahre, welcher Anteil dieser Patientinnen weiterhin einen BMI > 30 aufweist.

C.6.9 BMI: BMI-Entwicklung nach erstmaligem BMI > 30 [L]

Gesamt



Längsschnittkollektiv: Ausgewertet werden Patientinnen der Kohorten K2012-2 bis K2020-2 mit Erstaufreten eines BMI > 30 schon zu Programmbeitritt oder im Verlauf der Teilnahme, die nach dem Erstaufreten noch mindestens 6 weitere Folgehalbjahre DMP-Teilnehmerinnen waren und für die halbjährlich mindestens eine Angabe zum BMI vorlag.

Nach Erstaufreten eines BMI > 30 können im fixierten LS-Kollektiv knapp 10 % der Patientinnen ihren BMI im 1. Folgehalbjahr wieder unter 30 senken. Im Zeitverlauf gelingt dies immer mehr Patientinnen, so dass im 6. Folgehalbjahr 16,3 % der Patientinnen einen BMI unter 30 aufweisen.

C.6.9 BMI: BMI-Entwicklung nach erstmaligem BMI > 30 [L]

Gesamt

Anteilswerte in Prozent

		Hj Erst- auftreten	1. Folge- halbjahr	2. Folge- halbjahr	3. Folge- halbjahr	4. Folge- halbjahr	5. Folge- halbjahr	6. Folge- halbjahr
gesamt	BMI bis 30	0,00	9,61	11,87	12,85	14,26	14,94	16,27
	BMI unverändert über 30	100,00	90,39	88,13	87,15	85,74	85,06	83,73

Fallbasis absolut

	Hj Erst- auftreten	1. Folge- halbjahr	2. Folge- halbjahr	3. Folge- halbjahr	4. Folge- halbjahr	5. Folge- halbjahr	6. Folge- halbjahr
gesamt	14.299	14.299	14.299	14.299	14.299	14.299	14.299

Längsschnittkollektiv: Ausgewertet werden Patientinnen der Kohorten K2012-2 bis K2020-2 mit Erstaufreten eines BMI > 30 schon zu Programmbeitritt oder im Verlauf der Teilnahme, die nach dem Erstaufreten noch mindestens 6 weitere Folgehalbjahre DMP-Teilnehmerinnen waren und für die halbjährlich mindestens eine Angabe zum BMI vorlag.

C.7 Bioptische Sicherung viszeraler Fernmetastasen

Übersicht und Erläuterung

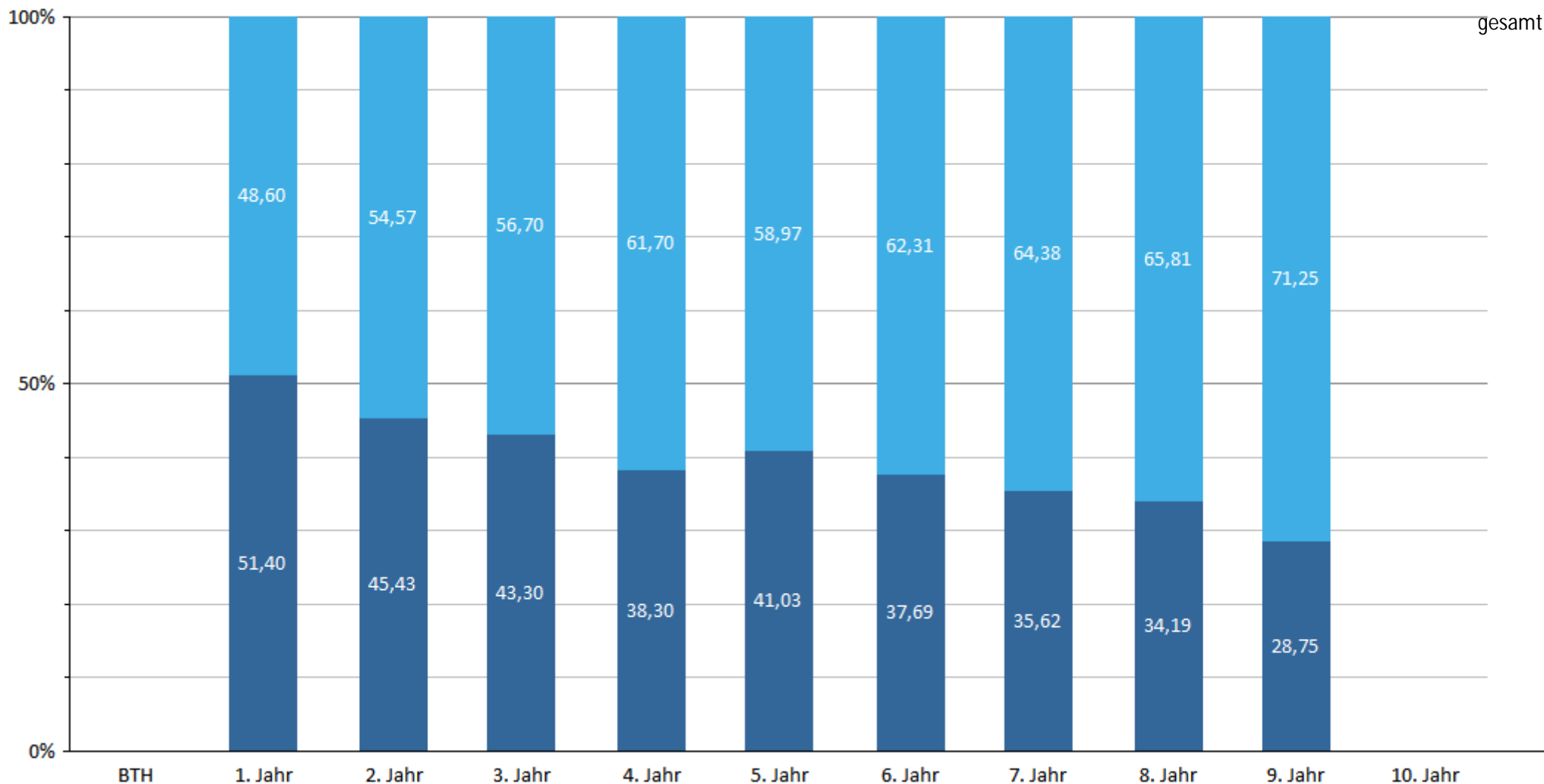
Bei Fernmetastasen muss im Hinblick auf eine mögliche therapeutische Konsequenz untersucht werden, welche diagnostischen Maßnahmen zur Feststellung weiterer Herde sinnvoll sind. Erstmals aufgetretene Fernmetastasen, insbesondere viszerale Fernmetastasen sollen, wann immer möglich und therapierelevant, zur (erneuten) Bestimmung des Hormonrezeptorstatus und HER-2-Status histologisch gesichert werden. Im weiteren Krankheitsverlauf kann eine weitere histologische Untersuchung sinnvoll sein.⁵

Ausgewertet wird hier entsprechend nach Teilnahmejahren im Querschnitt [Q], bei welchem Anteil der Patientinnen mit erstmalig im Verlauf der DMP-Teilnahme aufgetretenen viszerale Fernmetastasen die Diagnose bioptisch gesichert wurde. Gewertet wird pro Teilnehmerin nur das erstmalige Auftreten viszeraler Fernmetastasen, danach erfolgt die Zensurierung.

Als "bioptisch gesichert" werden Metastasen bezeichnet, die durch klinische Untersuchung oder durch bildgebende Verfahren (ausgeschlossen Lymphszintigraphie) diagnostiziert werden und die hoch verdächtig auf Malignität sind.⁸

Angaben in Prozent

■ Viszerale Fernmetastasen - nicht bioptisch gesichert ■ Viszerale Fernmetastasen - bioptisch gesichert



Ausgewertet werden Patientinnen mit erstmaligem Auftreten viszeraler Fernmetastasen, zu denen eine Angabe zur bioptischen Sicherung vorlag. Neu aufgetretene viszerale Fernmetastasen sind im Beitritts halbjahr per Definition nicht möglich.

Erstmalig aufgetretene viszerale Fernmetastasen werden bereits im 1. Teilnahmejahr bei knapp 50 % der Patientinnen bioptisch gesichert. Im weiteren Verlauf steigt der Anteil auf Werte über 70 %.

C.7.1 Erstmalig auftretende viszerale Fernmetastasen - bioptische Sicherung [Q]

Gesamt

Anteilswerte in Prozent

		Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	Viszerale Fernmetastasen - bioptisch gesichert	-	48,60	54,57	56,70	61,70	58,97	62,31	64,38	65,81	71,25	-
	Viszerale Fernmetastasen - bioptisch nicht gesichert	-	51,40	45,43	43,30	38,30	41,03	37,69	35,62	34,19	28,75	-

Fallbasis absolut

	Beitritts- halbjahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr
gesamt	-	784	656	672	564	429	321	233	117	80	33

Ausgewertet werden Patientinnen mit erstmaligem Auftreten viszeraler Fernmetastasen, zu denen eine Angabe zur bioptischen Sicherung vorlag. Neu aufgetretene viszerale Fernmetastasen sind im Beitritts-halbjahr per Definition nicht möglich.

C.8 Patientinnen im 11. Jahr

Übersicht und Erläuterung

Teilnahme über die reguläre Betreuungszeit von 10 Jahren hinaus

In diesem Kapitel werden die Teilnehmerinnen der Kohorte 2012-2, die im Jahr 2023 noch im DMP eingeschrieben waren und somit das 11. Folgejahr erreicht haben, beschrieben. Sie sind die Einzigen, die über den Zeitraum der regulären Betreuungszeit (Beitritts-halb-jahr und maximal 10 Folgejahre) hinaus in das DMP eingeschrieben sind. Die weitere Teilnahme am DMP ist nur mit im Verlauf der Teilnahme neu aufgetretenem Rezidiv oder Fernmetastasierung über das 10. Jahr hinaus möglich.

Die 391 Fälle sind im Schnitt jünger als das gesamte Kollektiv der DMP-Teilnehmerinnen. Wie auch beim Gesamtkollektiv ist der Großteil der Patientinnen (91,8 %) wegen eines Primärtumors am Programm teilnehmend.

Bei 224 der Teilnehmerinnen wurde im Zeitraum von weniger als 12 Wochen vor Programmbeitritt ein Primärtumor erstmalig diagnostiziert.

Weitere Auswertungen der kleinen Subgruppe sind zu diesem Zeitpunkt nicht sinnvoll, sondern können erst im nächsten Bericht beschrieben werden.

Anzahl	Patientinnen bei Programmbeitritt	Beitritts-halb-jahr	Standard-abweichung
	Patientinnen	391	-
	SG Primärtumor	224	-
Jahre (gesamt)	Alter bei Programmbeitritt	54,8	11,2
	Alter bei Erstmanifestation	54,2	11,1
	Erkrankungsdauer bei PB	0,79	2,7

(gesamt) Anteilswerte in Prozent	Patientinnen mit Einschreibungen wegen...*	Beitritts-halb-jahr
	Primärtumor	91,8
	Kontralateralem BK	2,0
	Lokoregionärem Rezidiv	3,1
	Fernmetastasen	3,1

(gesamt) Anteilswerte in Prozent	Lebensalter bei Programmbeitritt	Beitritts-halb-jahr
	bis 49 Jahre	33,5
	50 bis 59 Jahre	30,4
	60 bis 69 Jahre	25,6
	ab 70 Jahre	10,5

(gesamt) Anteilswerte in Prozent	UICC-Stadien bei Programmbeitritt	Beitritts-halb-jahr
	Stadium 1: UICC 0 und I	52,3
	Stadium 2: UICC II	36,0
	Stadium 3: UICC III	6,0
	Stadium 4: UICC IV	5,7

Die Teilnehmerinnen, die im 11. Jahr noch eingeschrieben sind, sind im Schnitt 6,4 Jahre jünger als **das Gesamtkollektiv**.

D.1.1 Datengrundlage

Die Evaluation basiert auf den pseudonymisierten administrativen Daten, den pseudonymisierten medizinischen Dokumentationsdaten sowie den Daten zur Anzahl der an der Evaluation beteiligten Leistungserbringer, die von den Krankenkassen bzw. den von ihnen beauftragten Rechenzentren und Datenstellen regelmäßig geliefert werden. Für diese Datenlieferungen existieren vordefinierte, indikationsspezifische Datensatzbeschreibungen, welche u.a. das zu liefernde Datenformat festlegen. Die Daten werden ausschließlich pseudonymisiert übermittelt und verarbeitet.

Die den Daten zugrunde liegenden aktuellsten technischen Satzarten, die im vorliegenden Evaluationsbericht berücksichtigt wurden, sind die Satzarten SA200PM (administrative Daten) sowie SA200E2 und SA200F2 (medizinische Dokumentationsdaten). Seit Beginn der Evaluation wurden die medizinischen Satzarten bereits sechsmal angepasst. Die umfangreichste Anpassung im Zuge der Neuausrichtung der DMP Brustkrebs erfolgte zum 01.10.2018, als die medizinische Dokumentation von einer Erfassung insbesondere der Primärversorgung auf die Dokumentation der langfristigen Nachsorge umgestellt wurde. Daten aus den früheren Satzarten ab Satzart SA200ED/FD wurden für diesen Evaluationsbericht ausschließlich für die Subgruppenbildung bei Programmbeitritt (SG Primärtumor, SG UICC) sowie im Rahmen der Ereigniszeitanalysen zur rezidivfreien Zeit verwendet, da die dafür benötigten Datenfelder in allen bisherigen Satzarten vorhanden sind.

Diese definierten Daten werden pro Indikation von den AOKen und der Knappschaft an den Evaluator infas geliefert, von den Ersatz-, Betriebs- und Innungskassen an den Evaluator MNC. In den Berichten wird zusammenfassend dargestellt, von wie vielen Kassen bis zum Zeitpunkt des Beginns der Berichtsproduktion administrative Daten und Dokumentationsdaten geliefert wurden.

In diesen Evaluationsbericht fließen nur die Werte derjenigen Patientinnen ab Kohorte K2012-2 ein, für die neben dem administrativen Datensatz des Beitrittsjahres auch eine zugehörige Erstdokumentation desselben Halbjahres vorliegt.

D.1.2. Datenhaltung

Für die Datenhaltung und Datenauswertungen kommen bei den Evaluatoren pro Indikation Rohdaten-, Verwaltungs- und Konfigurationsdatenbanken sowie Auswertungsdatenbanken zum Einsatz. Letztere basieren auf den gemäß der Richtlinie vorzunehmenden Auswertungen bzw. den von den Kassenvertretern auf Bundesebene in Zusammenarbeit mit den Evaluatoren erarbeiteten "Rechenregeln"⁹, mit denen die Richtlinien vorgabenkonform in präzise Berechnungsvorschriften umgesetzt werden.

Dabei werden die strengen Anforderungen der DSGVO (europäische Datenschutzgrundverordnung, in Kraft ab dem 25.05.2018) und des BSDG bzw. des SGB X für Sozialdaten beachtet. Die Vorgaben der DMP-Anforderungs-Richtlinie werden umgesetzt.

D.2.1 Validierung und Bereinigung der Rohdaten

Alle Rohdaten, die Krankenkassen, Datenstellen und gemeinsame Einrichtungen für die DMP-Evaluation übermitteln, werden vom Evaluator auf Validität überprüft. Als Validierungskriterien werden die Anforderungen verwendet, wie sie in den Datensatzbeschreibungen zur Evaluation definiert sind. Geprüft werden Datenformat (zulässige Spaltenanzahl, zulässige Anzahl der Zeichen pro Feld, zulässige Trennzeichen der Datensätze), Vollständigkeit und Plausibilität (ausgefüllte Pflichtfelder, zulässige Werte bzw. Wertebereiche, zulässige Wertekombinationen).

Daten, die diesen Anforderungen auch nach möglicher Korrekturlieferung bis zum Beginn der Berichtsproduktion nicht entsprechen, werden für die Evaluation nicht berücksichtigt. Darüber hinaus findet eine Datenbereinigung statt. Diese stellt sicher, dass doppelt gelieferte und vollständig inhaltsgleiche Datensätze aussortiert werden und nicht doppelt in die Auswertung einfließen.

D.2.2 Umgang mit Sonderfällen bezüglich Erst- und Folgedokumentationen

Im evaluationstechnischen, theoretischen "Standardfall" liegt für eine DMP-Teilnehmerin für das Beitritts Halbjahr genau eine Erstdokumentation und ab dem 2. Halbjahr jeweils genau eine Folgedokumentation vor. Tatsächlich kann es in den vorliegenden medizinischen Datensätzen zu Abweichungen von diesem Schema kommen, bedingt auch durch die diagnose- bzw. rezidivabhängigen Vorgaben der DMP-A-RL (s. 1.5., Nachsorge) zur Dokumentationshäufigkeit. Daher wurden für die erstmalige Evaluation der DMP Brustkrebs die im Folgenden beschriebenen Vorgehensweisen definiert, wie mit diesen Sonderfällen umzugehen ist. Dies betrifft zum einen die Erstdokumentationen, hier können prä- und postoperative Erstdokumentationen innerhalb des Beitritts Halbjahres (oder postoperative Erstdokumentationen sogar im nachfolgenden 1. Folge Halbjahr) vorliegen. Zum anderen ist es im Verlauf möglich, dass innerhalb von 2 Halbjahren nur eine oder sogar gar keine Folgedokumentation vorliegt.

D.2.3 Umgang mit mehreren medizinischen Dokumentationen im Beitritts Halbjahr sowie im Teilnahmejahr

Liegen im Beitritts Halbjahr sowie evtl. im 1. Folge Halbjahr zwei oder mehr medizinische Erstdokumentationen (ED) vor, so muss definiert werden, welcher der vorliegenden Werte in die Auswertung einfließen soll. Die Auswahl des zu verwendenden Wertes zur ED kann auf drei Arten erfolgen: (1) Angaben aus einer postoperativen ED "stechen" Angaben aus einer präoperativen ED, (2) der jeweils letzte - plausible - Wert (z.B. Körpergewicht zur Berechnung des BMI) wird herangezogen oder (3) ein Status gilt als durchgeführt bzw. vorliegend, wenn er mindestens einmal dokumentiert wurde (z.B. Art der operativen Therapie, vorliegendes Lymphödem). Das entsprechende Regelwerk wird bei Brustkrebs neu definiert, da es nicht auf den gesamten bislang vorliegenden Datenbestand der "alten" Evaluation angewendet werden kann.

Zunächst wird nachfolgend der zu verwendene Wert bei Vorliegen von mehr als einer prä- oder postoperativen Erstdokumentation definiert.

Zu verwendender Wert bei mehr als einer prä- oder postoperativen Erstdokumentation, Indikation Brustkrebs

Parameter	Umgang bei mehr als einer prä- oder postoperativen Erstdokumentation
pT-Stadien	Post sticht prä, danach höchster dokumentierter Wert zu werten
pN-Stadien	Post sticht prä, danach höchster dokumentierter Wert zu werten
M-Stadien	Post sticht prä, danach höchster dokumentierter Wert zu werten
Rezeptorstatus	Post sticht prä, danach als „positiv“ zu werten, wenn dies in mindestens einer ED angegeben wurde
Axilläre Lymphonodektomie	als „durchgeführt“ zu werten, wenn dies in mindestens einer ED angegeben wurde
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	als „durchgeführt“ zu werten, wenn dies in mindestens einer ED angegeben wurde
Brusterhaltende Therapie	als „durchgeführt“ zu werten, wenn dies in mindestens einer ED angegeben wurde und gleichzeitig keine Angaben zu einer Mastektomie in einer ED vorliegt. Sofern eine Angabe zur Mastektomie und zur BET vorliegt, ist Mastektomie und nicht BET zu werten.
Mastektomie	als „durchgeführt“ zu werten, wenn dies in mindestens einer ED angegeben wurde
Lymphödem, Kompressionsarmstrumpftherapie	Lymphödem als „vorliegend“ zu werten, wenn dies in mindestens einer ED angegeben wurde, Kompressionsarmstrumpftherapie als vorliegend („ja“) zu werten, wenn dies in mindestens einer ED angegeben wurde, in der auch ein Lymphödem dokumentiert wurde
Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie	Post sticht prä, ggfls. direkte Zensierung gemäß Matrix unter 6.4. in den Rechenregeln

Parameter	Umgang bei mehr als einer prä- oder postoperativen Erstdokumentation
Aktuelle adjuvante endokrine Therapie	Post sticht prä
Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie	Post sticht prä, Angaben aus derselben ED wie die aktuelle adjuvante endokrine Therapie
Körpergewicht	erstes vorliegendes plausibles, auswertbares Körpergewicht (aus derselben ED wie Körpergröße)
Körpergröße	erste vorliegende plausible, auswertbare Körpergröße (aus derselben ED wie Körpergewicht)
Primärtumor: Datum der histologischen Sicherung	Das plausible Datum der Erstmanifestation des Primärtumors aus der am weitesten zurückliegenden ED wird zur Bildung der Auswertungsgruppe(n) SG Prim verwendet.
Empfehlung zu sportlicher Aktivität	als „gegeben“ zu werten, wenn dies in mindestens einer ED angegeben wurde

Liegen pro Teilnahmejahr zwei oder mehr medizinische Folgedokumentationen vor, so muss definiert werden, welcher der vorliegenden Werte in die jahresbezogene Auswertung einfließen soll. Die Auswahl des zu verwendenden Wertes kann auf vier Arten erfolgen: (1) Entweder wird der worst-case herangezogen oder (2) es wird der best-case herangezogen oder (3) der jeweils letzte - plausible - Wert im Auswertungsjahr (z.B. BMI) herangezogen oder (4) ein Endpunkt bzw. Status gilt als prävalent bzw. zutreffend, wenn er im Auswertungshalbjahr mindestens einmal dokumentiert wurde (z.B. Rezidiv oder Metastasen). Das entsprechende Regelwerk wird bei Brustkrebs neu definiert, da es nicht auf den gesamten bislang vorliegenden Datenbestand der "alten" Evaluation angewendet werden kann.

Zu verwendender Wert bei mehr als einer Folgedokumentation pro Auswertungsjahr, Indikation Brustkrebs

Parameter	Umgang mit mehreren Folgedokumentationen in einem Auswertungsjahr
Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie	Wertung der Fortführung aus allen FD im Teilnahmejahr gemäß Matrix unter 6.4. in den Rechenregeln (best-case), ggfls. danach Zensierung
Aktuelle adjuvante endokrine Therapie	Als „gegeben“ zu werten, wenn in mindestens einer FD eine Angabe (1) Aromataseinhibitoren, (2) Tamoxifen oder (3) andere angegeben wurde. Berücksichtigt werden die Angaben aus der letzten FD mit „Gabe“
Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie	Angaben aus derselben FD, in der auch die „Gabe“ einer adjuvanten endokrinen Therapie (1) Aromataseinhibitoren, (2) Tamoxifen oder (3) andere angegeben wurden
Körpergewicht	letztes vorliegendes plausibles, auswertbares Körpergewicht (aus derselben FD wie Körpergröße)
Körpergröße	letzte vorliegende plausible, auswertbare Körpergröße (aus derselben FD wie Körpergewicht)
Lymphödem, Kompressionsarmstrumpftherapie	Lymphödem als „vorliegend“ zu werten, wenn dies in mindestens einer FD angegeben wurde, Kompressionsarmstrumpftherapie als vorliegend („ja“) zu werten, wenn dies in mindestens einer FD angegeben wurde, in der auch ein Lymphödem dokumentiert wurde
Erstauftreten eines lokoregionären Rezidivs	als „vorliegend“ zu werten, wenn dies in mindestens einer FD angegeben wurde
Erstauftreten eines kontralateralen Brustkrebs	als „vorliegend“ zu werten, wenn dies in mindestens einer FD angegeben wurde
Erstauftreten von Fernmetastasen	als „vorliegend“ zu werten, wenn dies in mindestens einer FD angegeben wurde

Parameter	Umgang mit mehreren Folgedokumentationen in einem Auswertungsjahr
Bioptische Sicherung der erstmalig aufgetretenen viszerale Fernmetastasen	Die Angabe zur bioptischen Sicherung ist immer aus derselben FD zu entnehmen, in der die Angabe „viszeral“ zur Lokalisation der Fernmetastasen angegeben wurde. Achtung: In die Auswertung eingezogen werden nur FDs, in denen erstmalig die Angabe einer viszerale Lokalisation der Fernmetastasen dokumentiert wurde
Empfehlung zu sportlicher Aktivität	als „gegeben“ zu werten, wenn dies in mindestens einer FD angegeben wurde

D.2.4 Umgang mit unplausiblen Werten

Alle Dateien, die im Rahmen der Eingangsprüfung für die Auswertung akzeptiert wurden, fließen in die Evaluation ein. Als weitere Maßnahme der Qualitätssicherung finden die abgestimmten Berechnungsvorschriften und die dort auf Basis des technischen Anhangs zur DMP-Anforderungen-Richtlinie definierten medizinischen Wertebereiche/Plausibilitätskriterien für die medizinischen Dokumentationsdaten und die administrativen Daten Anwendung. Sofern sich die Auswertung auf Merkmale bezieht, bei denen kein Regelverstoß vorliegt und die gemäß Berechnungsvorschriften auswertbar sind, gehen alle Datensätze in die Auswertung ein. Sofern sich die Auswertung auf Merkmale bezieht, bei denen Regelverstöße vorliegen oder die gemäß Rechenregeln⁹ nicht auswertbar sind, werden Datensätze mit Regelverstoß als "nicht auswertbar" gewertet.

D.3.1. Datengrundlage, Auswertungstypen und Ergebnisdarstellung

Die Daten werden (siehe D.1.1) in regelmäßigen, halbjährlichen Abständen geliefert. Dabei werden die Patientinnen mit ihrem Programmbeitritt über das Erstelldatum der Erstdokumentation einer Eintrittskohorte zugeordnet. Alle medizinischen Werte, die im weiteren Verlauf über die Folgedokumentationen zur Verfügung gestellt werden, werden den entsprechenden Folgejahren oder Folgehalbjahren zugeordnet. Somit wird die bestehende halbjahresbezogene Datenbasis aller bislang gelieferten Kassen- und Datenstellendaten (also der administrativen Daten und Dokumentationsdaten) auch zur daraus gemäß Richtlinie bzw. Rechenregeln¹⁴ abgeleiteten Aufbereitung herangezogen, welche für den aktuellen Bericht verwendet wird. Für die Berichtserstellung lässt sich diese Basis von auswertungsrelevanten Daten durch Anwendung der entsprechenden Aggregationskonventionen (siehe Anhang D.2.3) in die vorgegebene jahresbezogene Ergebnisdarstellung überführen. Jedes Folgejahr umfasst zwei Halbjahre, die im selben Kalenderhalbjahr liegen können, aber nicht müssen. Daraus ergibt sich eine nach Programmbeitritt und Teilnahmedauer differenzierte Struktur der Datengrundlage:

Beitritts- halbjahr	1. Folgejahr	2. Folgejahr	3. Folgejahr	...
2012-2	2013-1, 2013-2	2014-1, 2014-2	2015-1, 2015-2	...
2013-1	2013-2, 2014-1	2014-2, 2015-1	...	
2013-2	2014-1, 2014-2	...		
2014-1	...			

In welcher zeitlichen Differenzierung die Ergebnisse dargestellt werden, sei am Beispiel eines DMP erläutert, das zum 01.07.2012 beginnt und bis zum 31.12.2023 ausgewertet wird. Der in diesem Bericht dargestellte Beobachtungszeitraum umfasst das Beitritts- und Folgehalbjahr plus 20 Halbjahre bzw. plus 10 Folgejahre.

In diesem Fall werden

- bei einer tabellarischen Ergebnisdarstellung Jahreswerte ausgewiesen, (siehe z.B. in Tabelle B.2.2, Tabelle "Verbleibende Teilnehmerinnen im Zeitverlauf nach Alter bei Programmbeitritt").
- bei einer grafischen Darstellung mit Säulendiagrammen die Jahreswerte ausgewiesen. Dargestellt werden dabei, sofern die Datenlage es erlaubt, 11 Säulen: Die erste Säule gibt als Referenzwert den Wert im Beitritts- und Folgehalbjahr an, die folgenden 10 Säulen die Werte für die folgenden Teilnahmejahre.
- bei einer grafischen Darstellung mit Liniendiagrammen Jahres- bzw. Halbjahreswerte zugrunde gelegt, sofern nicht nur die Linie dargestellt, sondern in der Grafik auch die zugehörigen Durchschnitts- oder Anteilswerte ausgewiesen werden. Dargestellt werden einschließlich Beitritts- und Folgehalbjahr 5 Werte (siehe z.B. Liniendiagramm C.6.3 "Mittlerer BMI [L]") oder 7 Werte (siehe Liniendiagramm C.4.3 "Symptomatisches Lymphödem: Persistenz [L]").
- bei Überlebenszeitanalysen nach Kaplan-Meier kommen Halbjahreswerte zum Einsatz. Graphisch dargestellt werden bei der Überlebenszeitanalyse max. 21 Linienschnitte (siehe Grafik C.3.1 "Tod: Kumulierte Überlebensrate [EZ]").

Nachfolgend werden die Auswertungstypen beschrieben, die bei der Evaluation zum Einsatz kommen: Auswertungen im Sinne einer Trendstudie bzw. Querschnittsbetrachtung [Q] oder einer Panelstudie bzw. Längsschnittbetrachtung [L] oder einer Ereigniszeitanalyse [EZ].

D.3.2 Auswertung nach Teilnahmejahren 1: Querschnittbetrachtung [Q]

Bei diesem Auswertungstyp werden alle Fälle ab Kohorte K2012-2 mit allen Jahren in die Auswertung einbezogen. Ausgewertet wird nach Teilnahmejahren. Dadurch wechselt die Auswertungsgesamtheit über die Zeit: Neue Kohorten kommen dazu, aus den "alten" Kohorten scheiden Patientinnen aus.

Das verdeutlicht die nachfolgende Tabelle. Bezogen auf die unten dargestellte Dreiecksmatrix werden die medizinischen Werte spaltenweise aggregiert. Während im Beitritts-halbjahr bzw. bei Programmbeitritt die Werte der Teilnehmerinnen aus vier Kohorten einfließen, sind nur die verbliebenen Teilnehmerinnen mit Programmbeitritt 2012-2 im 3. Folgejahr noch Programmteilnehmerinnen, d.h. nur für sie können noch die Werte für das 3. Folgehalbjahr vorliegen. Bei der Beschreibung der Datengrundlagen (Kapitel B.2) wird deutlich, wie dadurch im Zeitverlauf die Zahl der ausgewerteten Patientinnen sinkt.

Beitritts-halbjahr	1. Folgejahr	2. Folgejahr	3. Folgejahr	...
2012-2	2013-1, 2013-2	2014-1, 2014-2	2015-1, 2015-2	...
2013-1	2013-2, 2014-1	2014-2, 2015-1	...	
2013-2	2014-1, 2014-2	...		
2014-1	2014-2, 2015-1			

Die Auswertung erfolgt im Sinne einer Trendstudie (bzw.: mehrerer hintereinander geschalteter Querschnittstudien) zu mehreren Zeitpunkten bzw. Auswertungsjahren für unterschiedliche Patientinnengruppen. Dadurch ist es möglich, Aussagen über Entwicklungen der Parameter auf Aggregatebene zu treffen. Aus den Trenddaten können aber keine Aussagen über Veränderungen auf Individualebene getroffen werden. Die graphische Darstellung erfolgt bei diesem Auswertungstyp mit Säulendiagrammen.

D.3.3 Auswertung nach Teilnahme(halb)jahren 2: Längsschnittbetrachtung [L]

Bei diesem Auswertungstyp wird in diesem Bericht nach Teilnahme(halb)jahren ausgewertet, allerdings wird die Auswertungsgrundgesamtheit fixiert, so dass sie im Zeitverlauf unverändert bleibt und somit eine Längsschnittbetrachtung stattfindet. Deswegen werden nicht alle Fälle und Jahre bzw. Halbjahre in die Auswertung einbezogen, sondern die Fälle ausgewählter Kohorten oder Ankerpunkte mit denjenigen Teilnahme(halb)jahren, die für diese ausgewählten Kohorten oder Ankerpunkte vorliegen.

Das verdeutlicht die nachfolgende Tabelle, bezogen auf die oben erläuterte Dreiecksmatrix. Einbezogen werden jetzt alle Programmteilnehmerinnen mit Einschreibung im zweiten Halbjahr 2018 und im ersten Halbjahr 2019 mit denjenigen Teilnahmehalbjahren, die für diese zwei Kohorten vollständig vorliegen, wenn keine Ausschreibungen erfolgten - also bis einschließlich des 3. Folgehalbjahres (gelb hinterlegte Felder). Werden jetzt die Werte wieder spaltenweise aggregiert, ändert sich die Auswertungsgesamtheit für diese Programmteilnehmerinnen während des Betrachtungszeitraums nicht.

Beitritts-halbjahr	1. Folgehalbjahr	2. Folgehalbjahr	3. Folgehalbjahr	...
2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	...
2019-1	2019-2	2020-1	2020-2	
2019-2		
...	...			

Die Auswertung erfolgt also im Sinne einer Panelstudie (bzw. einer Längsschnittstudie auf Individualebene) zu mehreren Zeitpunkten bzw. Auswertungs(halb)jahren für dieselbe Patientinnengruppe. Dadurch ist es möglich, Aussagen über Entwicklungen der Parameter nicht nur auf Aggregatebene, sondern auch auf Individualebene zu treffen. Die graphische Darstellung dieses Auswertungstyps erfolgt in der Regel mit Liniendiagrammen.

D.3.4 Auswertung nach Teilnehmehalbjahren: Ereigniszeitanalysen [EZ]

Bei diesem Auswertungstyp werden die Fälle aus allen Kohorten ab Kohorte K2012-2 mit allen Halbjahren einbezogen. Bei dieser kohortenübergreifenden Auswertung wird angenommen, dass sich die Kohorten hinsichtlich des Zielparameters nicht systematisch voneinander unterscheiden.

Ausgewertet werden dabei immer Patientinnen unter Risiko, d.h. Patientinnen bzw. Fälle, bei denen das jeweilige Ereignis (Endpunkt) zur Erstdokumentation, konkret also zum Zeitpunkt des Programmbeitritts nach Datenlage noch nicht vorlag. Bei medizinischen Endpunkten wie Rezidiven (s. Kapitel C.3.2), die diagnostisch in den Folgedokumentation mit einem konkreten Datum der gesicherten Diagnose erhoben werden, kann es vorkommen, dass die Folgedokumentation zwar auf ein Datum außerhalb des Beitrittsjahres datiert, das Datum der gesicherten Diagnose aber im Beitrittsjahr liegt.

Für die in diesem Bericht ausgewiesene kumulierte Überlebensrate (s. Kapitel C.3.1) gilt eine analoge Datenlage. Sterbedaten werden über die administrativen Daten übermittelt und lassen sich ebenfalls zeitlich genau zuordnen. Daher stellt sowohl für die kumulierten Raten der ereignisfreien Zeit als auch für die Überlebensraten der Zeitpunkt des Programmbeitritts die Nullmessung ($t=0$) dar, das Beitrittsjahr den ersten Messzeitpunkt ($t=1$), etc.

Da für die Ereigniszeitanalysen eine möglichst große Anzahl an Messzeitpunkten benötigt wird, erfolgen die Ereigniszeitanalysen kohortenübergreifend immer auf Basis von Teilnehmehalbjahren. Dadurch können mehr Linienpunkte berechnet werden, so dass auch eine wesentlich präzisere graphische Darstellung des Liniendiagramms möglich ist.

Bezugsgröße im Halbjahr sind, analog zur oben beschriebenen Selektion der Patientinnen für die Ereigniszeitanalysen, jeweils die Patientinnen unter Risiko. Als solche sind bei den Auswertungen zu den medizinischen Endpunkten diejenigen nicht ausgeschriebenen Patientinnen definiert, bei denen im aktuellen oder in einem

künftigen Halbjahr eine Dokumentation vorliegt und bei denen nicht im Verlauf bereits ein Ereignis eingetreten ist. Bei der kumulierten Überlebensrate gilt eine Besonderheit: Da sie aus den administrativen Daten berechnet wird und nicht über die medizinischen Dokumentationen, gelten - unabhängig vom Vorliegen einer aktuellen oder künftigen Dokumentation - alle nicht verstorbenen Programmteilnehmerinnen als Patientinnen "unter Risiko".

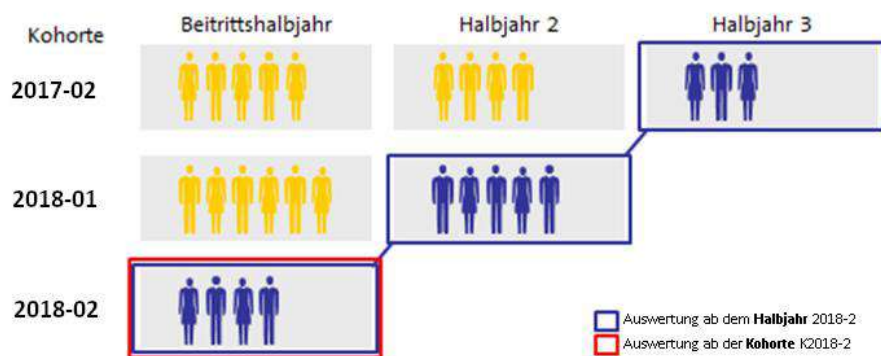
D.3.5 Auswertungen bei wechselnden Dokumentationsinhalten

Wenn neue medizinische Parameter erhoben werden - datentechnisch gesehen: Wenn eine neue Satzart wie die SA200E2/F2 in Kraft tritt -, geschieht dies ab einem bestimmten Kalenderhalbjahr, hier dem zweiten Halbjahr 2018. Wird nun beispielsweise ab dem Halbjahr 2018-2 ein neuer Parameter erhoben, stünde diese Information ab der Kohorte K2018-2 bereits ab dem BeitrittsHalbjahr zur Verfügung. Die Vorgängerkohorte K2018-1 würde sich zu diesem Zeitpunkt bereits im zweiten Teilnahmehalbjahr befinden, die Vor-Vorgängerkohorte K2017-2 im dritten Teilnahmehalbjahr. Die Informationen über den neuen Parameter stünden demnach für die DMP-Teilnehmenden quasi ab der äußeren Diagonale in der Dreiecksmatrix zur Verfügung (siehe folgende Abbildung, blaue Personensymbole in blauem Kasten). Je früher die Kohorte, desto mehr Teilnahmehalbjahre vergehen, bis das Kalenderhalbjahr 2018-2 erreicht ist und die neue Information zur Verfügung steht (gelbe Personensymbole).

Muss für die Auswertung eines neuen Parameters die Information bereits im BeitrittsHalbjahr vorliegen (beispielsweise, weil ein Vergleich zum Gesundheitszustand bei Programmbeitritt gezogen werden soll), kann die Auswertung naturgemäß erst ab der Kohorte K2018-2 (roter Kasten) vorgenommen werden, weil für frühere Kohorten die benötigten Angaben im BeitrittsHalbjahr fehlen.

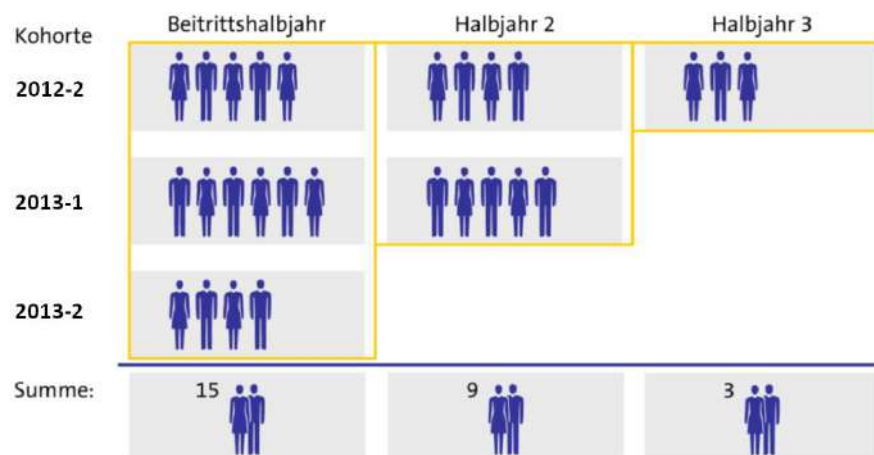
Ist die Information aus dem BeitrittsHalbjahr nicht erforderlich, kann die Auswertung stattdessen auch ab dem Halbjahr 2018-2 vorgenommen werden. In obigem Beispiel könnten in diesem Fall 4 Personen im BeitrittsHalbjahr, 5 Personen im zweiten Halbjahr und 3 Personen im dritten Halbjahr ausgewertet werden (blaue Personensymbole in blauem Kasten). Aus dem Beispiel wird deutlich, warum in einer solchen Konstellation etwaige Kohorteneffekte das Auswertungsergebnis stärker beeinflussen können, als wenn die Information für alle Kohorten durchgängig vom BeitrittsHalbjahr an vorläge: Im Beispiel wird für jedes Teilnahmehalbjahr eine andere Kohorte ausgewertet. Ob beobachtbare Ergebnisveränderungen im Zeitverlauf auf einem Kohorten- oder Teilnahmedauereffekt (bzw.: Alterseffekt) zurückzuführen ist, ist unklar.

Je länger der neue Parameter dokumentiert wird, desto mehr Kohorten können pro Messzeitpunkt ausgewertet werden und desto stärker relativiert sich diese Problematik. Der Vorteil einer Auswertung ab dem Halbjahr 2018-2 (und nicht: ab der Kohorte K2018-2) besteht darin, dass unabhängig von der Kohortenzugehörigkeit die Informationen aller Teilnehmenden ausgewertet werden können. Im vorliegenden Evaluationsbericht wird bei allen Auswertungen darauf hingewiesen, wenn sie erst ab einer bestimmten Kohorte oder einem bestimmten Halbjahr vorgenommen werden.



D.3.6 Querschnittauswertung und Längsschnittauswertung im Vergleich

Während in den vorangegangenen Kapiteln die verschiedenen Auswertungstypen kurz dargestellt wurden, werden in den folgenden Abschnitten die Vor- und Nachteile von Quer- und Längsschnittauswertungen skizziert. In Kapitel A.1.5 wurde erläutert, warum sich aus dem Kohortenansatz der DMP-Evaluation bei der Verlaufsbetrachtung zunächst eine „Dreiecksmatrix“ ergibt und wie die Fälle „spaltenweise“ aggregiert werden, um kohortenübergreifende Verlaufsbetrachtungen zu ermöglichen:

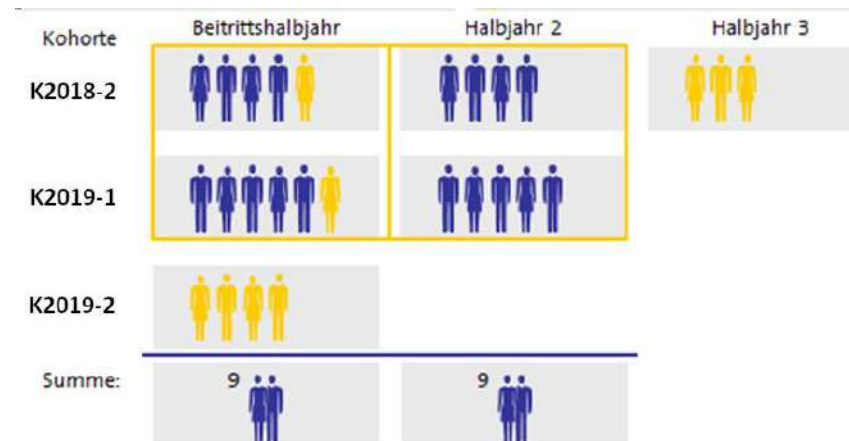


Im vorliegenden Evaluationsbericht werden die Auswertungen in der Regel auf Basis einer solchen Aggregation vorgenommen, da diese Vorgehensweise die geforderte Auswertung aller (auswertbaren) DMP-Teilnehmerinnen im Zeitverlauf, d.h. in Abhängigkeit von der Dauer ihrer Programmteilnahme ermöglicht. Die Aussagen sind somit im Sinne einer Trendstudie bzw. mehrerer hintereinander geschalteter Querschnittauswertungen zu interpretieren, in denen sich die jeweilige Auswertungsbasis zwischen den einzelnen Messzeitpunkten deutlich unterscheidet. Aussagen über die Entwicklung auf individueller Ebene bzw. patienten-individuelle Verläufe sind auf Basis von Querschnittauswertungen nicht möglich. Daher werden ergänzende Längsschnittanalysen vorgenommen.

Dabei werden ausschließlich diejenigen Teilnehmerinnen betrachtet, die für eine festgelegte Teilnahmedauer durchgängig ausgewertet werden können, weil sie durchgängig am DMP teilgenommen haben und für die durchgängig auswertbare Daten vorliegen. Alle anderen Teilnehmerinnen müssen aus der Analyse ausgeschlossen werden. Um welche Teilnehmerinnen es sich dabei handelt, sei für eine Längsschnittanalyse über zwei Halbjahre hinweg am Beispiel der „Dreiecksmatrix“ mit fiktiven Halbjahreskohorten erläutert. Nicht berücksichtigt werden können Teilnehmerinnen, die ...

- entweder erst so kurz in das DMP eingeschrieben sind, dass sie die interessierende Teilnahmedauer von zwei Halbjahren nicht erfüllen (Kohorte K2019-2), oder
- während des interessierenden Zeitraums aus dem DMP ausgeschieden sind (Kohorte K2018-2 und K2019-1, in gelb gesetzte Personensymbole), oder
- mit ihren Daten jenseits des Beobachtungszeitraums liegen (Halbjahr 3).

Erfolgt eine spaltenweise Aggregation, können demnach 9 Teilnehmerinnen über die interessierenden zwei Halbjahre hinweg ausgewertet werden.



Adjuvante Therapie – Ergänzende oder unterstützende Therapiemaßnahmen

Adjuvante endokrine Therapie – unterstützende Antihormontherapie, Hormonentzugsbehandlung

anatomisch – körperlich

AOP – Art der operativen Therapie

Arithmetisches Mittel – Das arithmetische Mittel (auch Durchschnitt) ist der am häufigsten benutzte Mittelwert und wird deshalb auch als Standardmittelwert bezeichnet.

Auswertbare Patientinnen – Patientinnen, die im Berichtshalbjahr noch Programmteilnehmerinnen sind, d.h. die der Restkohorte angehören, und für die auswertbare medizinische Daten vorliegen.

Auswertungs(halb)jahr – Halbjahr oder zu einem Auswertungsjahr zusammengefasste zwei aufeinander folgende Halbjahre (dies kann ein Kalenderjahr sein, muss aber nicht), für das Auswertungen zu den Patientinnenmerkmalen oder den medizinischen Parametern der DMP-Teilnehmerinnen erfolgen.

axilläre Lymphknoten – Achsellymphknoten

BET – Brusterhaltende Therapie

BAS – Bundesamt für soziale Sicherung

Beitrittsjahr (BTH) – Kalenderjahr, in dem eine Versicherte in ein DMP eingeschrieben wurde. Es definiert die (Halbjahres-) Kohorte, der eine Patientin zugeordnet wird. Bei einer zufälligen Streuung der Programmbeitritte über das Halbjahr ist eine Patientin im Durchschnitt im Beitrittsjahr drei Monate lang eingeschrieben.

Berichtszeitraum – Zeitraum der im Bericht evaluierten Programmhalfjahre insgesamt. Dieser beginnt bei Brustkrebs mit dem Halbjahr, ab dem Patientinnen mit regelhafter Teilnahmedauer noch an der Neuorientierung der DMP Brustkrebs (ab dem zweiten Halbjahr 2017) teilhaben können und endet mit dem Halbjahr, bis zu dem die DMP gemäß DMP-A-RL zu evaluieren sind. Für den vorliegenden Brustkrebs-Bericht gilt somit ein Berichtszeitraum vom 01.07.2012 bis zum 31.12.2023 (Halbjahre 2012-2 bis 2023-2).

Bewertungszeitraum – Zeitraum der vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) jeweils (neu) zu bewertenden 6 Programmhalfjahre. Dieser beginnt in diesem Brustkrebs-Bericht mit dem Halbjahr 2021-1 und endet mit dem Halbjahr 2023-2, bis zu dem die DMP Brustkrebs gemäß DMP-A-RL zu evaluieren sind. Für den vorliegenden zweiten Brustkrebs-Bericht gilt somit ein Bewertungszeitraum vom 01.01.2021 bis zum 31.12.2023.

BMI – Body Mass Index, ist die gebräuchlichste Formel zur Gewichtsberechnung. Er ergibt sich aus dem Verhältnis des Körpergewichts in Kilogramm und der Körpergröße in Metern zum Quadrat.

DMP (Disease-Management-Programm(e)) – Es handelt sich um systematische Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin gestützt sind. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden diese Programme auch als strukturierte Behandlungsprogramme oder Chronikerprogramme bezeichnet.

DMP-A-RL (DMP-Anforderungen-Richtlinie) – Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, welche die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V zusammenführt.

ED – siehe Erstdokumentation

[EZ] – siehe Ereigniszeitanalyse

Ereigniszeitanalyse – Raten ereignisfreier Zeit bzw. kumulierte Überlebensraten nach Kaplan-Meier: Geben die Wahrscheinlichkeit an, dass bei den Programmteilnehmerinnen ein bestimmtes Ereignis innerhalb eines bestimmten Zeitintervalls nicht eintritt (in diesem Evaluationsbericht: der primäre Endpunkt „Tod“ sowie die klinischen Endpunkte „Rezidive“).

Erstdokumentation – Mit der Einschreibung der Patientinnen in das Programm erhebt der behandelnde Arzt standardisierte Dokumentationsdaten. Der erste Befund wird in der Erstdokumentation dokumentiert, alle weiteren Befunde werden – in der Regel in viertel- bzw. halbjährlichen Abständen – in den so genannten Folgedokumentationen festgehalten.

FD – siehe Folgedokumentation

Fernmetastasen – Metastasen, die sich in vom Tumor entfernten Organen angesiedelt haben.

Folgedokumentation – Nach der Erhebung der ersten Befunde in der sog. Erstdokumentation werden alle weiteren Befunde in der Regel in viertel- bzw. halbjährlichen Abständen in den sog. Folgedokumentationen festgehalten.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss. Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.

histopathologisch – aus Gewebefund festgestellte krankhafte Entwicklung

infiltrierend – Ausbreitung von Tumorzellen in gesundes Gewebe

Kohorte bzw. Halbjahreskohorte – Gesamtheit der Teilnehmerinnen eines DMP, die im selben Kalenderhalbjahr in das Programm eingeschrieben wurden. So bilden alle Patientinnen, die zwischen dem 01.01.2019 und dem 30.06.2019 eingeschrieben wurden, die „Kohorte 2019-1“.

Kollektiv – Einem „Kollektiv“ wird diejenige Teilgruppe der Patientinnen einer Kohorte zugeordnet, bei denen zum Zeitpunkt der Erstdokumentation eine bestimmte Indikation oder eine bestimmte Verhaltensweise vorlag. Diese Einteilung bleibt unabhängig von der weiteren Entwicklung des interessierenden Parameters über den ganzen Berichtszeitraum bestehen.

kontralateral – auf der gegenüberliegenden Seite

kontralateraler Brustkrebs – Wiederauftreten eines Tumors auf der gegenüberliegenden Seite

[L] – siehe Längsschnittauswertung

Längsschnittauswertung – Auswertung *derselben* Programmteilnehmerinnen im Zeitverlauf. Die Auswertungsbasis wird bei dieser Auswertung so definiert und fixiert, so dass sie im Zeitverlauf unverändert bleibt. Deswegen werden nicht alle Fälle und Jahre bzw. Halbjahre in die Auswertung einbezogen, sondern nur die Fälle ausgewählter Kohorten und nur mit vorliegenden Angaben aus allen Teilnahme-(halb)jahren, die für alle ausgewählten Kohorten vollständig vorliegen.

lokoregionäres Rezidiv – Wiederauftreten eines Tumors auf derselben Seite wie der Primärtumor

Lymphonodektomie, axilläre – operative Entfernung aller Lymphknoten aus der Axilla

maligner Tumor – bösartiger Tumor, eine bösartige Gewebeneubildung

Mammakarzinom – Brustkrebs

MAS – siehe Mastektomie

Mastektomie – Entfernung der Brustdrüse

Mean – siehe arithmetisches Mittel

Medizinische Datensätze – Datensätze, welche die Befundwerte aus den Erst- und Folgedokumentationen der behandelnden Ärzte enthalten. Dazu liegen zum vorliegenden Bundesbericht folgende Satzarten (SA) vor: Für die Werte der Erstdokumentation die SA200ED (ab 01.07.2008), SA200EC (ab 01.07.2013), SA200E1 (ab 01.07.2015) und SA200E2 (seit 01.10.2018) sowie für die Folgedokumentationen die SA200FD (ab 01.07.2008), SA200FC (ab 01.07.2013), SA200F1 (ab 01.07.2015) und SA200F2 (seit 01.10.2018).

Metastasen – bezeichnen Absiedlungen eines Tumors im entfernten Gewebe

Morbidität – epidemiologisches Krankheitsmaß, Krankheitshäufigkeit

Nodes – Lymphknoten

p – wie pathologisch in z.B. pT1, bedeutet, dass der Befund (histo)pathologisch gesichert ist.

pathologisch – krankhaft; Beurteilung u.a. lichtmikroskopischer Aspekte von Geweben

PM-Daten – Patientinnenmerkmalsdaten. Kurzdatensätze, welche Patientinnenmerkmale wie z.B. Geburtsjahr enthalten, jedoch keinerlei medizinische Befunde. Zudem enthalten sie die für die Zuordnung bei der Auswertung benötigten Angaben über Kohortenzugehörigkeit, Einschreibedatum und ggf. Beendigungsdatum.

Primärtumor – erster entstandener Tumor

Programmteilnehmerinnen – Versicherte, die in ein DMP eingeschrieben sind

Progression des Tumors – Fortschreiten des Tumorstadiums

[Q] – siehe Querschnittauswertung

Querschnittauswertung – Auswertung aller Fälle aus allen Kohorten, für die zum jeweiligen Auswertungszeitpunkt Informationen vorliegen. Dadurch verändert sich die Auswertungsbasis über die Zeit. Im vorliegenden Bericht sinkt sie definitionsgemäß über die Teilnahmejahre deutlich ab (siehe Kapitel B.2).

rezeptorpositiv – östrogen-rezeptorpositives (ER+) und/oder progesteron-rezeptorpositives (PR+) Tumorgewebe

Rezidiv – Wiederauftreten einer Krankheit oder derer Symptome nach einer Behandlung, die zeitweilig erfolgreich war. Beim Mammakarzinom kann ein Rezidiv durch eine unvollständige Entfernung des Tumors verursacht werden.

Restkohorte – Gesamtheit der Patientinnen einer Kohorte, die zu Beginn des Berichtshalbjahres noch Programmteilnehmerinnen sind. Formal wird dies daran festgemacht, dass im PM-Datensatz kein „Austrittsdatum“ vermerkt ist.

Risikostrukturausgleichsänderungsverordnung (RSA-ÄndV) – Mittels RSA-ÄndV werden Anpassungen an der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) rechtlich in Kraft gesetzt. In der RSAV sind die Vorgaben für die finanziellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die Ermittlung dieser Zuweisungen und die Durchführung des Verfahrens definiert. Für Teilnehmerinnen an DMP erfolgt eine besondere Berücksichtigung der Verwaltungskosten, die dem höheren Aufwand für die Umsetzung der Programme geschuldet sind.

SD – Standardabweichung, Bsp. +/- 1,4

Sentinel-Lymphknoten-Biopsie – Biopsieverfahren zur schonenderen Operation

SG Primärtumor – Patientinnenkollektiv, welches sich ausschließlich mit einem zeitnah (kleiner 12 Wochen) zur Einschreibung diagnostiziertem Primärtumor eingeschrieben hat.

Strukturierte Behandlungsprogramme – siehe DMP

TNM-Klassifikation – dient der Stadieneinteilung von Tumorerkrankungen

Tumor – Zunahme eines Gewebsvolumens, unabhängig von der Ursache

UICC – Union Internationale Contre le Cancer

VHJ – Versichertenhalbjahr