

Evaluation

**des DMP
Brustkrebs**

der IKK Sachsen in der Versorgungsregion Sachsen

**Evaluationsbericht
zum**

30.9.2009

Medical Netcare GmbH

Ansprechpartner:
Frank Potthoff
Dr. Christof Münscher
Dr. Joachim Gerß
Thorsten Ruth
Münster, den: **18.9.2009**

Impressum

Evaluation des DMP
Brustkrebs
der IKK Sachsen

Herausgeber

IKK Sachsen

Redaktion

MNC-Medical Netcare GmbH

Autoren:

Frank Potthoff (verantwortlich),
MNC-Medical Netcare GmbH
Dr. Christof Münscher,
MNC-Medical Netcare GmbH

Anschrift:

MNC-Medical Netcare GmbH
Mendelstraße 11
48149 Münster
Telefon: 0251 980 1830
Telefax: 0251 980 1839
mailto: dmpeva@m-nc.de

Geschäftsführung

MNC-Medical Netcare GmbH:
Frank Potthoff
Dr. Christof Münscher

HINWEIS: Dieser Bericht beruht auf den von den Krankenkassen und den Datenstellen an MNC übermittelten Daten und Informationen zur regionalen Strukturqualität (eingeschriebene Versicherte und teilnehmende Versorgungseinrichtungen), zu den Versicherten-Pseudonymen, Patientinnenkurzmerkmalen, Patientinnenlangmerkmalen, ökonomischen Inhalten, medizinischen Dokumentationen, Zuordnungen zu Dienstleistern und Evaluationsgruppen (BKK System), Kassenfusionen und regionaler Zuordnung jeweils mit dem letzten MNC zur Verfügung gestellten Stand zum Zeitpunkt der Berichtserstellung. Trotz umfangreicher Maßnahmen zur Qualitätssicherung (siehe dazu 2.1.6. bis 2.1.9. in diesem Bericht) der erhaltenen Daten kann MNC keine Gewähr für die Qualität, Vollständigkeit und Korrektheit der an MNC übermittelten Daten leisten.

Inhaltsverzeichnis

Impressum.....	2	4.2. Eingeschriebene Versicherte, teilnehmende ambulante Ärzte und stationäre Versorgungseinheiten.....	15
Inhaltsverzeichnis.....	3	4.2.1. Teilnehmende Versicherte.....	15
Glossar.....	6	4.2.2. Teilnehmende Hausärzte.....	15
1. Einführung.....	7	4.2.3. Teilnehmende Gynäkologen.....	16
1.1. Was sind Disease-Management-Programme?.....	7	4.2.4. Teilnehmende onkologisch qualifizierte koordinierende Ärzte.....	16
1.2. Anforderungen an die Qualitätssicherung im Rahmen von DMP.....	7	4.2.5. Teilnehmende stationäre Einrichtungen insgesamt.....	16
1.2.1. Die Anforderungen an die Leistungserbringer.....	7	4.3. Beschreibung des gesamten Versichertenkollektives (Patientinnenzahlen und Patientinnenmerkmale) des DMP.....	17
1.2.2. Prozessqualität.....	7	4.3.1. Anzahl der teilnehmenden Versicherten (Patientinnen).....	18
1.2.2.1. Medizinische Inhalte.....	7	4.3.2. Patientinnen ohne vorliegende medizinische Dokumentationen im Berichtshalbjahr ...	19
1.2.2.2. Qualitätssicherungsziele.....	7	4.3.3. Im Berichtshalbjahr ausgeschiedene Patientinnen.....	20
1.2.2.3. Strukturierte Dokumentation.....	8	4.3.3.1. Verstorbene Patientinnen (Mortalität).....	21
1.2.3. Evaluation der DMP.....	8	4.3.3.2. Patientinnen, die aus dem DMP ausgeschlossen wurden.....	22
2. Methode.....	8	4.3.3.3. Beendigung durch den Patienten.....	23
2.1. Qualitätssicherungsmaßnahmen im Evaluationsprozess.....	8	4.3.3.4. Ausgeschiedene Patientinnen aufgrund sonstiger oder unbekannter Gründe.....	24
2.1.1. Zwei Evaluatorenteams.....	8	4.3.3.5. Patientinnen, die aufgrund regelhafter Beendigung des DMP ausgeschieden sind	25
2.1.2. Die Kriterien des BVA zur Evaluation.....	9	4.3.4. Lebensalter.....	26
2.1.3. Fachkonferenzen und der wissenschaftliche Beirat.....	9	4.3.5. Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation Brustkrebs.....	31
2.1.4. Datensatzbeschreibungen und Rechenregeln.....	9	4.3.6. Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation vor bzw. zum Beginn der Programmteilnahme	36
2.1.5. Testdatenläufe.....	9	4.4. Patientinnenzahlen und –merkmale bei den Subgruppen (4 SG bis zur und 5 SG nach der	37
2.1.6. Datenübermittlung.....	9	13. RSA-ÄndV).....	37
2.1.7. Qualitätssicherung bei der Datenannahme.....	9	4.4.1. Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur	38
2.1.8. Ablauf des Datenimport- und Datenprüfungsverfahrens.....	9	Diagnose erfolgte.....	38
2.1.9. Vollständigkeitsprüfung („modifiziertes Compare-Verfahren“).....	9	4.4.1.1 Anzahl der teilnehmenden Versicherten in der Subgruppe der Patientinnen mit	38
2.2. Statistische Kenngrößen.....	10	Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	38
2.3. Aufbereitung der Daten (Datenhandling).....	10	4.4.1.2. Patientinnen ohne vorliegende Dokumentationen im Berichtshalbjahr in der	39
2.3.1. Bildung der Kohorten.....	10	Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung	39
2.3.2. Beendigung des versichertenbezogenen Evaluationszeitraums.....	10	zeitnah zur Diagnose erfolgte.....	39
2.3.3. Datenübermittlung.....	10	4.4.1.3. Bis zum Berichtshalbjahr ausgeschiedene Patientinnen in der Subgruppe der	40
2.3.4. Umgang mit mehreren Dokumentationen in einem Berichtshalbjahr.....	11	Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose	40
2.3.5. Sonderfälle.....	11	erfolgte.....	40
2.3.5.1. Behandlung von Sonderfällen beim Umgang mit mehreren Dokumentationen in	11	4.4.1.3.1. Verstorbene Patientinnen (Mortalität) in der Subgruppe der Patientinnen mit	41
einem Berichtshalbjahr.....	11	Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	41
2.3.5.2. Behandlung von Sonderfällen beim Umgang mit prä- und postoperativen	11	4.4.1.3.2. Patientinnen, die aus dem DMP ausgeschlossen wurden in der Subgruppe der	42
Erstdokumentationen.....	11	Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur	42
2.3.6. Umgang mit fehlenden Werten („missing value“).....	12	Diagnose erfolgte.....	42
2.3.7. Bildung der Auswertungsgruppen bei Einschreibung.....	12	4.4.1.3.3. Beendigung durch die Patientinnen in der Subgruppe der Patientinnen mit	43
2.3.8. Definition der „Restkohorte“ zum Zeitpunkt des Berichtshalbjahres.....	12	Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	43
2.3.9. Definition auswertbare Patientinnenpopulation.....	12	4.4.1.3.4. Patientinnen, die aufgrund sonstiger oder unbekannter Gründe aus dem DMP	44
2.4. Stichprobenauswahl.....	12	ausgeschieden sind in der Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei	44
2.5. Tabellenstruktur.....	13	Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.....	44
2.6. Evaluation der ökonomischen Inhalte.....	13	4.4.1.3.5. Patientinnen, die aufgrund regelhafter Beendigung des DMP ausgeschieden	45
2.6.1. Darstellungsweise in Kohorten.....	13	sind in der Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren	45
2.6.2. Zuordnung.....	13	Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.....	45
2.6.3. Kohortenspezifische Darstellung der Kosten.....	13	4.4.1.4. Lebensalter in der Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung,	46
2.6.4. Besonderheiten einzelner Ausgabenbereiche.....	14	deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	46
2.7. Evaluation der Lebensqualität.....	14	4.4.1.5. Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation Brustkrebs in der Subgruppe der	47
2.8. Risikoadjustierung / Vergleich der Programme.....	14	Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose	47
3. Testdatenläufe.....	14	erfolgte.....	47
4. Ergebnisse.....	15		
4.1. Start des DMP.....	15		

4.4.1.6. Grading nach Elston und Ellis bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	52	4.4.3.3.4. Patientinnen, die aufgrund sonstiger oder unbekannter Gründe aus dem DMP ausgeschieden sind in der Subgruppe der Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung	78
4.4.1.7. TNM-Stadien (pT) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	53	4.4.3.3.5. Patientinnen, die aufgrund regelhafter Beendigung des DMP ausgeschieden sind in der Subgruppe der Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung ..	79
4.4.1.8. TNM-Stadien (pN) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	54	4.4.3.4. Lebensalter in der Subgruppe der Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung	80
4.4.1.9. TNM-Stadien (M) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	55	4.4.3.5. Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation Brustkrebs in der Subgruppe der Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung	81
4.4.1.10. Rezeptorstatus bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	56	4.4.3.6. Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation vor bzw. zum Beginn der Programmteilnahme bei Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung	82
4.4.2. Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte	57	4.4.4. Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung (ab der 13. RSA-ÄndV)	83
4.4.2.1 Anzahl der eingeschriebenen Versicherten	57	4.4.4.1 Anzahl der eingeschriebenen Versicherten	83
4.4.2.2 Patientinnen ohne vorliegende Dokumentationen im Berichtshalbjahr in der Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte	58	4.4.4.2 Patientinnen ohne vorliegende Dokumentationen im Berichtshalbjahr in der Subgruppe der Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung	84
4.4.2.3 Bis zum Berichtshalbjahr ausgeschiedene Patientinnen in der Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte	59	4.4.4.3 Bis zum Berichtshalbjahr ausgeschiedene Patientinnen in der Subgruppe der Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung	85
4.4.2.3.1. Verstorbene Patientinnen (Mortalität) in der Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte	60	4.4.4.3.1. Verstorbene Patientinnen (Mortalität) in der Subgruppe der Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung	86
4.4.2.3.2. Patientinnen, die aus dem DMP ausgeschlossen wurden in der Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte	61	4.4.4.3.2. Patientinnen, die aus dem DMP ausgeschlossen wurden in der Subgruppe der Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung	87
4.4.2.3.3. Beendigung durch die Patientinnen in der Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte	62	4.4.4.3.3. Beendigung durch die Patientinnen in der Subgruppe der Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung	88
4.4.2.3.4. Patientinnen, die aufgrund sonstiger oder unbekannter Gründe aus dem DMP ausgeschieden sind in der Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte	63	4.4.4.3.4. Patientinnen, die aufgrund sonstiger oder unbekannter Gründe aus dem DMP ausgeschieden sind in der Subgruppe der Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung	89
4.4.2.3.5. Patientinnen, die aufgrund regelhafter Beendigung des DMP ausgeschieden sind in der Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte	64	4.4.4.3.5. Patientinnen, die aufgrund regelhafter Beendigung des DMP ausgeschieden sind in der Subgruppe der Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung	90
4.4.2.4. Lebensalter in der Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte	65	4.4.4.4. Lebensalter in der Subgruppe der Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung	91
4.4.2.5. Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation Brustkrebs in der Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte	66	4.4.4.5. Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation Brustkrebs in der Subgruppe der Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung	92
4.4.2.6. Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation vor bzw. zum Beginn der Programmteilnahme bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte	71	4.4.4.6. Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation vor bzw. zum Beginn der Programmteilnahme bei Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung ..	93
4.4.3. Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung	72	4.4.5. Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung	94
4.4.3.1 Anzahl der eingeschriebenen Versicherten	72	4.4.5.1 Anzahl der eingeschriebenen Versicherten	94
4.4.3.2 Patientinnen ohne vorliegende Dokumentationen im Berichtshalbjahr in der Subgruppe der Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung	73	4.4.5.2 Patientinnen ohne vorliegende Dokumentationen im Berichtshalbjahr in der Subgruppe der Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung	95
4.4.3.3 Bis zum Berichtshalbjahr ausgeschiedene Patientinnen in der Subgruppe der Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung	74	4.4.5.3 Bis zum Berichtshalbjahr ausgeschiedene Patientinnen in der Subgruppe der Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung	96
4.4.3.3.1. Verstorbene Patientinnen (Mortalität) in der Subgruppe der Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung	75	4.4.5.3.1. Verstorbene Patientinnen (Mortalität) in der Subgruppe der Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung	97
4.4.3.3.2. Patientinnen, die aus dem DMP ausgeschlossen wurden in der Subgruppe der Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung	76	4.4.5.3.2. Patientinnen, die aus dem DMP ausgeschlossen wurden in der Subgruppe der Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung	98
4.4.3.3.3. Beendigung durch die Patientinnen in der Subgruppe der Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung	77	4.4.5.3.3. Beendigung durch die Patientinnen in der Subgruppe der Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung	99
		4.4.5.3.4. Patientinnen, die aufgrund sonstiger oder unbekannter Gründe aus dem DMP ausgeschieden sind in der Subgruppe der Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung	100
		4.4.5.3.5. Patientinnen, die aufgrund regelhafter Beendigung des DMP ausgeschieden sind in der Subgruppe der Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung	101

4.4.5.4. Lebensalter in der Subgruppe der Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung.....	102
4.4.5.5. Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation Brustkrebs in der Subgruppe der Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung.....	103
4.4.5.6. Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation vor bzw. zum Beginn der Programmteilnahme bei Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung.....	104
4.5. Maßnahmen und Krankheitsverlauf nach Beginn der Programmteilnahme bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	105
4.5.1. Patientinnen mit Tumorgröße pTis, pT1 bis pT2: Brusterhaltende Therapie (BET) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	106
4.5.2. Patientinnen nach axillärer Lymphonodektomie: Anzahl der Patientinnen mit mehr als 9 entfernten Lymphknoten bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	107
4.5.3. Patientinnen nach BET: Strahlentherapie der Brust bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	108
4.5.4. Patientinnen mit Tumorgrößen pT3/pT4 nach Mastektomie: Strahlentherapie bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	109
4.5.5. Patientinnen mit R1/R2 Resektion nach Mastektomie: Strahlentherapie bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	110
4.5.6. Patientinnen nach Mastektomie und Resektion von mehr als 3 befallenen Lymphknoten nach axillärer Lymphonodektomie: Strahlentherapie bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	111
4.5.7. Patientinnen mit einem niedrigen Risiko: Keine Chemotherapie bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	112
4.5.8. Ereigniszeitanalysen nach Kaplan-Meier.....	113
4.5.8.1. Auftreten von Todesfällen bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	114
4.5.8.2. Auftreten von Neubildungen (Tumoren) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	115
4.5.9. Rezidiv- und Sterberaten bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	116
4.6. Krankheitsverlauf nach der Einschreibung bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte.....	120
4.6.1. Auftreten von Todesfällen bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte.....	121
4.6.2. Auftreten von Neubildungen (Tumoren) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte.....	122
4.6.3. Rezidiv- und Sterberaten bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte.....	123
4.7. Krankheitsverlauf nach der Einschreibung bei Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung.....	127
4.7.1. Auftreten von Todesfällen bei Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung.....	127
4.7.2. Auftreten von Neubildungen (Tumoren) bei Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung.....	128
4.7.3. Rezidiv- und Sterberaten bei Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung.....	129
4.8. Krankheitsverlauf nach der Einschreibung bei Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung.....	133
4.8.1. Auftreten von Todesfällen bei Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung.....	133

4.8.2. Auftreten von Neubildungen (Tumoren) bei Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung	134
4.8.3. Rezidiv- und Sterberaten bei Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung.....	135
4.9. Krankheitsverlauf nach der Einschreibung bei Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung.....	139
4.9.1. Auftreten von Todesfällen bei Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung	139
4.9.2. Sterberaten bei Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung	140
4.10. Evaluation der ökonomischen Inhalte	141
4.10.1. Patientinnenzahlen bei der ökonomischen Evaluation.....	142
4.10.2. Leistungsausgaben nach Leistungsbereichen.....	145
4.10.3. Kumuliertes arithmetisches Mittel der Leistungsausgaben insges.....	154
4.10.4. Verwaltungskosten und Kosten der Qualitätssicherung.....	155
4.10.5. Anzahl der Patientinnen mit Krankenhausaufenthalt im Berichtshalbjahr	156
4.10.6. Anzahl der Patientinnen mit Anspruch auf Krankengeld.....	157
4.10.7. Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr.....	159
4.11. Evaluation der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität (Erstbefragung)	168
4.11.1 Rücklaufquote bei der Erstbefragung	168
4.11.2. Ergebnisse der Lebensqualitätsbefragung mit dem SF-36	169
4.11.3. Berechnung des Gesamtindex SF-6-D auf Basis der 6 körperlichen und psychischen Summenskalen.....	180
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	181
5. Anlagen.....	ab 185

Glossar

BKK	Betriebskrankenkasse
IKK	Innungskrankenkasse
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
MNC	Medical Netcare GmbH
DMP	Disease-Management-Programm(e)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit; bis Oktober 2005 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)
BVA	Bundesversicherungsamt
RSAV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
RSA-ÄndV	Risikostrukturausgleichs-Änderungsverordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch Kapitel V
AM	Arzneimittel
BMI	Body Mass Index
PS	Programmstart
Auswertungshalbjahr =	Berichtshalbjahr
Beitrittsjahr	Halbjahr, aus dem die Kohortenzugehörigkeit definiert wurde = Halbjahr, in dem die erste gültige Erstdokumentation vorlag.
SF-36	Short-Form 36 (Fragebogen zur Lebensqualität mit 36 Fragen)
n.a.	not applicable (nicht anwendbar)

Legende der statistischen Kennwerte

n	absolute Anzahl
n _{AP}	absolute Anzahl der auswertbaren Datensätze
n _{OW}	absolute Anzahl ohne Werte
% _R	Prozentrate der Rückläufer bezogen auf die Anzahl der (gemäß PMK) versandten Fragebögen (z.B. 250 von 500 Fragebögen = 50%)
% _{APS}	Prozentrate der für mindestens eine Skala auswertbaren Bögen bezogen auf die Anzahl der rückgesandten Fragebögen bei Patienten mit vorliegenden PML (z.B. 200 von 500 Fragebögen = 40%)
% _{VAPS}	Prozentrate der vollständig ausgefüllten Bögen bezogen auf die Anzahl der rückgesandten Fragebögen bei Patienten mit vorliegenden PML (z.B. 250 von 250 Fragebögen = 100%)
MW	Arithmetischer Mittelwert
Median	Medianwert
SD	Standardabweichung
95% CI	95%-iges Konfidenzintervall
Min.	Minimum
Max.	Maximum
z	Wert auf der z-Skala (MW = 0; SD = 1)
LOCF	Last observation carried forward

Abkürzungen für die Kohortenbildung:

K20031 Kohorte 2003-1 = Kohorte 1. Halbjahr 2003

Abkürzungen für die Dokumentationszeitpunkte im Text und in Tabellen:

ED	Erstdokumentation
FD	Folgedokumentation
FDx	Folgedokumentation im Halbjahr x nach Beginn der Programmteilnahme des Patientinnen
KOH	Kohorte
KOHS	Subkohorte
RK	Restkohorte zum jeweiligen Berichtshalbjahr
RKS	Restkohorte im Subkollektiv (Definition zur ED) zum jeweiligen Berichtshalbjahr
RKSTP	Restkohorte in einer Stichprobe zum jeweiligen Berichtshalbjahr
AP	Auswertbare Patientinnenpopulation zum jeweiligen Berichtshalbjahr
APS	Auswertbare Patientinnenpopulation in einem Subkollektiv zum jeweiligen Berichtshalbjahr
APSTP	Auswertbare Patientinnenpopulation in einer Stichprobe zum jeweiligen Berichtshalbjahr
Beitrittsjahr	Erstdokumentation
2. Halbjahr	Folgedokumentation im zweiten Halbjahr der Programmteilnahme
x. Halbjahr	Folgedokumentation im Halbjahr x nach Beginn der Programmteilnahme

1. Einführung

1.1. Was sind Disease-Management-Programme?

Disease-Management bedeutet wörtlich übersetzt Krankheitsmanagement und bezeichnet die Koordination des Behandlungs- und Betreuungsprozesses für Patientinnen mit einem definierten Krankheitsbild. Die entsprechenden Disease-Management-Programme (DMP) wurden für die systematische Betreuung von Patientinnen mit definierten *chronischen* Erkrankungen zunächst in den USA und seit diesem Jahrzehnt auch in Deutschland entwickelt.

Bestandteile der deutschen DMP sind unter anderem:

- Medizinische Eckpunkte für die Behandlung der Versicherten auf der Basis des evidenzbasierten Wissens
- Die Koordinierung der Versorgung über Sektorgrenzen hinweg
- Die Information und Unterstützung der Versicherten
- Die Förderung der aktiven Mitarbeit der Patientinnen

Die DMP werden deshalb auch als strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patientinnen bezeichnet.

Um die strukturierten Behandlungsprogramme im deutschen Gesundheitswesen zu verankern, hat der Gesetzgeber den § 137f in das SGB V aufgenommen und darin den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, „chronische Krankheiten zu benennen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen“. Diese DMP sollen den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern.

Diesen Auftrag hat der Gemeinsame Bundesausschuss für die Diagnosen Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ I und Typ II, Koronare Herzkrankheit und Asthma / COPD erfüllt. Für die Diagnosen Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ I und II sowie KHK und Asthma / COPD hat er zudem Anforderungen an

- die Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft
 - die durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen
 - die Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten
- und
- die Dokumentation

benannt (vgl. SGB V, § 137f Abs. 2) und als Empfehlung dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (heute Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) vorgelegt.

Diese Anforderungen sind in verschiedenen Änderungsverordnungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) vom BMG veröffentlicht und damit rechtsgültig geworden.

Auf Grundlage der RSAV können Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen und/oder einzelne Leistungserbringer sowie Verbände von Leistungserbringern Verträge über strukturierte Behandlungsprogramme abschließen und diese beim Bundesversicherungsamt (BVA) zwecks Zulassung der Programme einreichen.

Die RSAV macht dabei nicht nur zahlreiche explizite Vorgaben für die medizinische Versorgung in den strukturierten Behandlungsprogrammen, sondern legt auch Anforderungen hinsichtlich ihrer organisatorischen Umsetzung und der obligaten Evaluation fest. Die Vertragspartner der DMP bewegen sich bei der Ausgestaltung der Programme in diesen vom BVA gesetzten Rahmenbe-

dingungen. Die obligat durchzuführende Evaluation (§ 137f und § 137g SGB V sowie § 28g RSAV) orientiert sich an den von dem BVA erstellten Evaluationskriterien.

Die IKK Sachsen hat im 2. Halbjahr 2006 die Zulassung für das DMP Brustkrebs erhalten und kommt mit dem hier vorliegenden Evaluationsbericht ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Evaluation nach.

1.2. Anforderungen an die Qualitätssicherung im Rahmen von DMP

Die RSAV beinhaltet grundsätzliche Anforderungen an die Qualitätssicherung bei der Durchführung von DMP.

Dabei handelt es sich zum einen um Maßnahmen, die eine hohe Struktur- und Prozessqualität bei der Versorgung der eingeschriebenen Versicherten sicher stellen sollen. Hierbei werden Teilnahmevoraussetzungen, medizinische Inhalte und Kooperationsbeziehungen festgelegt. Zum anderen soll über die Dokumentation des Behandlungsprozesses, die Formulierung und Messung von Qualitätszielen sowie der zeitnahen Rückmeldung von qualitätsrelevanten Daten an die teilnehmenden Ärzte ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess in Gang gesetzt werden.

1.2.1. Die Anforderungen an die Leistungserbringer

In den Verträgen zu den DMP regeln die Vertragspartner, welche Leistungserbringer an den DMP teilnehmen können. Dabei können Strukturmerkmale und Qualitätsindikatoren als Voraussetzung für die Teilnahme fixiert werden. Dies gilt für niedergelassene hausärztlich tätige Ärzte ebenso, wie für Leistungserbringer einer zweiten, spezialisierten Versorgungsebene und/oder stationäre Einrichtungen. Die RSAV legt verbindlich fest, welche Patientinnen in die Programme eingeschrieben werden können. Die Teilnahme an den DMP ist für Ärzte und Patientinnen freiwillig.

1.2.2. Prozessqualität

1.2.2.1. Medizinische Inhalte

Alle Ärzte, die am DMP teilnehmen, haben sich – unabhängig davon, ob sie im niedergelassenen oder stationären Bereich tätig sind – dazu verpflichtet, die jeweils in der Anlage der DMP-Verträge beschriebenen medizinischen Inhalte zu berücksichtigen.

Diese basieren gemäß § 137f SGB V „auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien“. Diese Inhalte wurden in der RSAV veröffentlicht und müssen als wesentlicher Bestandteil in die regionalen DMP-Verträge übernommen werden. Neben Diagnostik, Basistherapie und medikamentösen Maßnahmen wird in den Empfehlungen auf Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die Kooperation der Versorgungssektoren eingegangen. Ebenso beschreiben die Empfehlungen, wann in den DMP die nächsthöhere oder nachfolgende Versorgungsebene in Anspruch genommen werden soll.

Die Eckpunkte für die medizinische Versorgung sind keine Richt- oder Leitlinien. Auf der Grundlage der RSAV formulieren die DMP-Verträge ausdrücklich, dass die medizinischen Anforderungen den im Einzelfall erforderlichen Behandlungsspielraum des Arztes nicht einschränken. Gleichwohl müssen die teilnehmenden Ärzte die Gründe für ihr Vorgehen, insbesondere bei einem Abweichen von den Empfehlungen, benennen und dokumentieren.

1.2.2.2. Qualitätssicherungsziele

Es ist ein erklärter Anspruch der DMP, die Wirksamkeit der strukturierten Behandlung anhand definierter Qualitätsziele nachweisen zu können.

Folgende Qualitätsziele sind in der RSAV festgelegt und bilden zentrale Bestandteile aller gängigen DMP-Verträge:

- Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen
- Einhaltung der Anforderungen an die Strukturqualität
- Vollständigkeit, Verfügbarkeit und Qualität der Dokumentation
- Aktive Teilnahme der Versicherten

Mit den Qualitätszielen werden messbare Indikatoren beschrieben, anhand derer eine Zielerreichung geprüft werden soll. Schließlich werden Maßnahmen dargelegt, die bei einer unzureichenden Zielerreichung zu ergreifen sind.

Die Überprüfung der Qualitätsziele erfolgt durch die Gemeinsame Einrichtung oder die einzelne Krankenkasse. Bei den Maßnahmen handelt es sich überwiegend um eine individuelle Information, entweder der koordinierenden Ärzte im Rahmen der Feedback-Berichte, welche die Gemeinsame Einrichtung für jeden dokumentierenden DMP-Arzt erstellt, oder der Versicherten, welche die Krankenkasse für jeden teilnehmenden Versicherten anlassbezogen erstellt.

1.2.2.3. Strukturierte Dokumentation

Die Grundlage der medizinischen Qualitätssicherung in den DMP sind strukturierte Erst- und Folgedokumentationen, mit denen die am DMP teilnehmenden Ärzte den Behandlungsverlauf für ihre eingeschriebenen Versicherten in einem regelmäßigen Rhythmus dokumentieren.

Die RSAV legt detailliert fest, welche Parameter im jeweiligen DMP erhoben werden müssen. Dokumentiert werden z. B. in der Erstdokumentation für das DMP Brustkrebs administrative Daten zum Versicherten und zum DMP-Arzt, Daten zur Diagnosesicherung, zur Anamnese, zu den aktuellen Befunden, zur aktuellen Therapie und zur weiteren Behandlungsplanung.

Abbildung 1.2.2.3-1: Erstdokumentation bei Brustkrebs

The image shows a complex form titled 'Erst-Dokumentation Brustkrebs'. It is divided into several sections with checkboxes and input fields. The top section contains fields for patient name, date of birth, and insurance status. Below this are sections for 'Anamnese' (history) and 'Diagnose' (diagnosis), each with multiple checkboxes. The bottom section is for 'Therapie' (therapy) and 'Weiterbehandlung' (further treatment), also featuring checkboxes and input fields. The form is designed for systematic data collection in breast cancer treatment.

Nach der Dokumentation auf dem Erst- bzw. Folgedokumentationsbogen leitet der DMP-Arzt diesen bis spätestens 10 Tage nach Quartalsende an die Datenstelle weiter. Dort wird die Dokumentation auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft und die Bögen ggf. zur Korrektur an den dokumentierenden Arzt zurückgeschickt.

Die Frist, bis zu der die Dokumentationen vollständig und plausibel bei der Datenstelle vorliegen müssen, läuft 52 Tage nach Quartalsende aus.

Es ist bundeseinheitlich geregelt, anhand welcher Kriterien die Erst- und Folgedokumentationen auf Vollständigkeit und inhaltliche Plausibilität geprüft werden, bis wann vollständige und plausible Dokumentationsbögen vorliegen und an welche Institutionen welche Datenpakete weitergeleitet werden müssen.

Die Krankenkassen erhalten von der Datenstelle einen so genannten Kurzdatensatz, mit dem sie die Teilnahmeberechtigung der Versicherten an dem Programm prüfen. Die mit Patientinnenbezug, aber ohne Arztbezug gelieferten medizinischen Daten des Kurzdatensatzes nutzen die Krankenkassen, um ihre Versicherten zu einer aktiven Teilnahme an den Programmen zu motivieren.

Die Daten der Dokumentationen werden genutzt für die:

- Beurteilung der DMP-Qualitätsziele
- Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie
- Produktion praxisindividueller Feedback-Berichte
- Externe wissenschaftliche Evaluation der DMP

Die Dokumentation dient nicht allein der Erfassung der Behandlungsqualität.

Sie ist vielmehr ein eigenständiges Instrument der Qualitätssicherung im Behandlungsverlauf selbst. Sie strukturiert durch ihre Inhalte bereits die Versorgung, indem sie den Arzt etwa an festgelegte Überweisungsroutinen erinnert. Darüber hinaus dient sie als Informationsquelle für Arzt und Patient. Die bundeseinheitlichen Vorgaben für die Datenerfassung, Datenprüfung und Datenverarbeitung sind äußerst stringent.

1.2.3. Evaluation der DMP

Gemäß § 137f, § 137g SGB V und § 28g RSAV sind DMP zu evaluieren und die Evaluation ist zum Zwecke der Entscheidung über deren Fortführung dem BVA vorzulegen.

Der vorliegende Evaluationsbericht basiert auf diesen gesetzlichen Grundlagen und stellt die Evaluationsergebnisse für den Zeitraum vom Beginn des DMP bis einschließlich des ersten Halbjahres 2008 dar.

2. Methode

2.1. Qualitätssicherungsmaßnahmen im Evaluationsprozess

2.1.1. Zwei Evaluatorenteam

Der Auswahlprozess geeigneter Evaluatoren führte zu der Entscheidung, die Evaluation der DMP aller gesetzlichen Krankenkassen zwei unabhängigen Evaluationsteams zu übertragen, die sich während des Evaluationsprozesses über die exakte und wissenschaftlich fundierte Vorgehensweise intensiv abzustimmen haben.

2.1.2. Die Kriterien des BVA zur Evaluation

Grundlage der wissenschaftlichen Evaluation sind die jeweils zum Zeitpunkt der Berichtserstellung aktuellen Evaluationskriterien des BVA. Sie definieren somit die Vorgaben für die im Folgenden dargestellten Analysen. Die Evaluationskriterien werden über die Web-Seite des BVA (<http://www.bva.de>) publiziert und sind damit jeder interessierten Person frei zugänglich.

2.1.3. Fachkonferenzen und der wissenschaftliche Beirat

Im Rahmen der Fachkonferenzen mit dem wissenschaftlichen Beirat, dem BVA, den Vertretern der Krankenkassen und den beiden Evaluationsteams wurden die Evaluationskriterien und die Kriterien für die Risikoadjustierung abgestimmt.

2.1.4. Datensatzbeschreibungen und Rechenregeln

Um den Evaluationsprozess so transparent und nachvollziehbar wie möglich zu gestalten, wurden zu Beginn des Evaluationsprozesses sogenannte Rechenregeln für die einheitliche und präzise mathematische Umsetzung der Evaluationskriterien und die exakte Zuordnung der Patientinnen zu den einzelnen (Sub)Kohorten in einem intensiven Abstimmungsprozess definiert. Diese Rechenregeln bildeten die Grundlage für eine exakte Programmierung der Auswertungsroutinen im Evaluationsverfahren.

2.1.5. Testdatenläufe

Die exakte Umsetzung der Rechenregeln in die Programmierung der Auswertungsroutinen bei der Datenbankerstellung wurde durch Testdatenläufe überprüft. Siehe Näheres hierzu unter Abschnitt 3. Testdatenläufe.

2.1.6. Datenübermittlung

Die dieser Evaluation zugrunde liegenden Daten entstammen unterschiedlichen Quellen und müssen über ein pseudonymisiertes Zuordnungsverfahren auf den Datenbanken der Evaluatoren auf Patientinnenebene zusammengefügt werden. Die Daten für die medizinischen Parameter (klinische Befunde, Ereignisse) und der Therapiestrategie entstammen den medizinischen Erhebungsbögen, die beim Arzt-Patientinnen-Kontakt erhoben werden und an sogenannte Datenstellen weitergeleitet werden. Von diesen Datenstellen werden zum Zeitpunkt der Einschreibung einer Patientin versichertenbezogene Pseudonyme (21-stellige Ziffer) generiert und diese den jeweiligen Krankenkassen übermittelt. Bei den Krankenkassen erfolgt eine Zuordnung der Pseudonyme zu den Versicherten und eine halbjährliche Ermittlung von ökonomischen Daten der eingeschriebenen Versicherten.

Den Evaluatoren werden zu definierten Zeitpunkten die Daten zu den medizinischen Parametern von den jeweils zuständigen Datenstellen und die Daten zu den ökonomischen Parametern, zu weiteren Patientinnenmerkmalen und den Institutionskennzeichen von den jeweiligen Krankenkassen zugeleitet.

Das Datenformat und die Form der Datenübermittlung wurden zwischen Krankenkassen und Evaluationsinstituten im Vorfeld der Datenübermittlung abgestimmt. Die Übermittlung an MNC erfolgt postalisch auf einem Datenträger in verschlüsselter Form. Die Verschlüsselung der Daten von den Spitzenverbänden erfolgt u.a. über das KKS-System.

Der Versand der Fragebögen zur Erhebung der subjektiven Lebensqualität erfolgt durch die versichernde oder regional betreuende Krankenkasse nach Abstimmung eines standardisierten Anschreibens zwischen den Vertretern der Krankenkassen und dem BVA.

2.1.7. Qualitätssicherung bei der Datenannahme

Die Datenannahme erfolgt innerhalb der Räumlichkeiten des Instituts MNC gemäß einem vorab genau definiertem Ablauf. Der Ablaufplan basiert auf den *standard operation procedures* (SOP) von MNC und wurde in insgesamt 11 Arbeitsanweisungen zum Datenhandling ergänzt.

Sämtliche Bearbeitungsvorgänge an der Datenbank werden zum Zwecke der Nachvollziehbarkeit in einem elektronischen Monitoring System protokolliert und können jederzeit die einzelnen Datenimport- und Bearbeitungsvorgänge belegen.

2.1.8. Ablauf des Datenimport- und Datenprüfungsverfahrens

Der Datenimport wird durch ein von MNC entwickeltes elektronisches Datenanalyse- und Feedbackinstrument gesteuert, das den physikalischen Zustand eines beliebigen Datenträgers / Dokumentationsbogens gemäß in den spezifizierten Vorgaben untersucht und das Ergebnis der Untersuchung (z.B. fehlerhafte Datenträger) in einer separaten Protokolltabelle elektronisch dokumentiert. Weiterhin werden im Rahmen dieses elektronischen Prüfmoduls die validierten Datenträger auf inhaltliche Vollständigkeit und Plausibilität überprüft und das Ergebnis der Überprüfung (z.B. fehlende Daten) in einer separaten Protokolltabelle elektronisch dokumentiert. Die so validierten Daten werden gemäß den in den Rechenregeln spezifizierten Vorgaben über definierte Compare-Vorgänge auf das Vorhandensein von bereits eingelesenen Erst- oder Folgedokumentationen eines jeden Patientinnen im zentralen Datenbestand überprüft und die Daten in den zentralen Datenbestand eingepflegt. Den versichertenbezogenen Schlüssel der Überprüfung bildet eine Kombination aus dem 21-stelligen Pseudonym, dem Institutionskennzeichen, der Kohortenzuordnung, dem KV-Bereich sowie dem Auswertungshalbjahr. Identifizierte Mehrfachdokumentationen (Erst-/Folgedokumentationen) aus einem identischen Halbjahr werden in den zentralen Datenbestand übernommen, markiert und in einer separaten Protokolltabelle elektronisch dokumentiert und den kontinuierlichen Dateneingang (Patientinnenmerkmale, medizinische und ökonomische Daten) von den datenliefernden Stellen gemäß Institutionskennzeichenverzeichnis und Stichtage der Datenübermittlung überprüft und das Ergebnis der Überprüfung (fehlende Datenübermittlung) in einer separaten Protokolltabelle elektronisch dokumentiert. Sämtliche als fehlerhaft protokollierte Datenträger und/oder Datensätze werden der datenliefernden Stelle unmittelbar per DFÜ oder Datenträger übermittelt (Feedbackfunktion).

Die Aufgaben des elektronischen Prüfmoduls:

Behandlung von Erst- und Folgedokumentationen:

Chronologie-Check: Im Falle von Mehrfach-Erstdokumentationen

Worst-Case-Check: In Bezug auf die medizinischen Daten im Falle von Mehrfach-Folgedokumentationen in einem Halbjahr

Zuordnung der Patientinnen zu einer Krankenkasse und/oder einer Evaluationsgruppe (Institutionskennzeichenverzeichnis)

Bildung der Halbjahres-Kohorten

Bildung von Subkohorten (Progression des Brustkrebs zur ED)

Umgang mit den ökonomischen Daten im ersten Berichtshalbjahr

Überprüfung der Rücklaufquote bei der Lebensqualitätsbefragung

2.1.9. Vollständigkeitsprüfung („modifiziertes Compare-Verfahren“)

Die einzelnen Datensätze werden auf Vollständigkeit überprüft und ggfls. nach Erhalt des Feedbacks durch die datenliefernde Stelle ergänzt. Zu den jeweiligen Stichtagen der Datenübermittlung der medizinischen Daten und der Patientinnenmerkmale validiert das Prüfmodul (wie oben beschrieben), ob für jeden übermittelten Datensatz Patientinnenmerkmale auch mindestens ein Datensatz medizinische Daten vorliegt. Fehlende medizinische Datensätze werden auf Patientinnenebene vom Prüfmodul protokolliert (unter Angabe von Pseudonym, Institutionskennzeichen und Halbjahr der Dokumentation) und als Datensatz in einer separaten Tabelle gespeichert. Die so erzeugten Protokoll Datensätze über „missing data“ werden für die unmittelbare Rückmeldung

an die jeweilige datenliefernde Stelle (Datenstelle oder Vertreter der Kassen) herangezogen. Die datenliefernde Stelle überprüft die „missing data“-Berichte und liefert die ergänzten Datenbestände innerhalb eines vorab definierten Zeitintervalls an den Evaluator. Datensätze, die innerhalb der definierten Frist beim Evaluator erneut eintreffen, werden erneut in das Prüfmodul eingelesen, auf physikalische und strukturelle Fehler sowie auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft und anschließend unmittelbar in die zentrale Datenbank übernommen. Datensätze, zu denen nach Ablauf der Frist keine ergänzenden Angaben von den datenliefernden Stellen vorliegen, werden für die Auswertungen nicht berücksichtigt.

Eine analoge Vorgehensweise wird für die Überprüfung der Vollständigkeit der gelieferten ökonomischen Datensätze gewählt.

2.2. Statistische Kenngrößen

Mittelwert: Der arithmetische Mittelwert ist das gebräuchlichste Maß zur Kennzeichnung der zentralen Tendenz und beschreibt die Summe aller in einer Datenbank enthaltenen Werte dividiert durch deren Anzahl.

Median: Der Median wird auch als Zentralwert bezeichnet und ist als der Wert definiert, zu dem 50% aller in der Datenbank enthaltenen geordneten Werte oberhalb und 50% der in der Datenbank enthaltenen geordneten Werte unterhalb liegen.

Standardabweichung: Die Standardabweichung gehört zu den gebräuchlichsten Dispersionsmaßen und ist ein Maß für die Abweichung der individuellen Messwerte vom arithmetischen Mittelwert. Sie ist definiert als die Summe der Abweichungsquadrate zum Mittelwert dividiert durch die Freiheitsgrade.

Konfidenzintervall: Das 95%ige Konfidenzintervall (95% CI) wird auch „Vertrauensbereich“ einer Stichprobe genannt und umschließt die beiden Konfidenzgrenzen, zwischen denen mit 95%-iger Wahrscheinlichkeit der „wahre“ Mittelwert der unbekanntes Grundgesamtheit liegt. Je enger die beiden Grenzwerte beieinander liegen, desto schmaler ist das Konfidenzintervall und desto genauer ist die Mittelwertschätzung.

Konfidenzintervalle werden im folgenden nicht nur bei Mittelwertberechnungen angegeben, sondern auch bei der Berechnung von Raten. Hier folgt die Berechnung des Konfidenzintervalls der Formel von Pearson und Klopfer.

z-Wert bei SF-36: (MW = 0; SD = 1);

Ein positiver z-Wert signalisiert einen *höheren* Wert als die Normpopulation, ein negativer z-Wert signalisiert einen *niedrigeren* Wert als die Normpopulation.

2.3. Aufbereitung der Daten (Datenhandling)

2.3.1. Bildung der Kohorten

Die vorliegende Evaluation entspricht einer Kohortenstudie, bei der die Krankheitsentwicklung der Versicherten untersucht werden soll, die sich entschlossen haben, an dem Disease-Management-Programm der gesetzlichen Krankenkasse teilzunehmen.

Der Beginn der zu evaluierenden DMP-Teilnahme ist damit das Datum des ersten Arzt-Patientinnenkontaktes (Datum der ED), die Evaluation endet im Halbjahr des Ausschreibedatums bzw. des Todes der Versicherten.

Zeitgleich bzw. kurz vor der Einschreibung in das Programm erfolgt in der Regel eine Erstdokumentation, bei der die Diagnosen, die Progression der Erkrankung und die aktuelle Therapie zum Einschreibzeitpunkt bei der jeweiligen Patientin erfasst wurden.

Anhand des Datums der ersten Erstdokumentation wird die Patientin bei der Evaluation derjenigen Halbjahres-Kohorte zugeordnet, in der die Erstdokumentation erfolgte (Beitrittsjahr). Auf diese Weise werden sämtliche Patientinnen in Halbjahreskohorten anhand des Halbjahres ihrer Erstdokumentation zusammengefasst und gemeinsam ausgewertet.

Konkretisiert bedeutet dies für die Evaluation, dass alle Versicherten, bei denen ein RSA-wirksames Einschreibdatum in das DMP bei den Krankenkassen vorliegt, und bei denen gleichzeitig eine Erstdokumentation vorliegt, in die Evaluation einbezogen werden.

Die Daten einer jeden Kohorte werden halbjährlich ausgewertet. Somit werden sowohl Patientinnen, die sich im ersten halben Kalenderjahr des Beginns eines Programms eingeschrieben haben, als Kohorte fortlaufend halbjährlich dargestellt, als auch die Patientinnen, die sich im zweiten Kalenderhalbjahr nach Beginn eines Programms eingeschrieben haben usw..

Für die in den Tabellen dargestellten Kohorten wird folgende Nomenklatur gewählt:

K20032 bezeichnet die Kohorte (K) im 2. Halbjahr des Jahres (2003).

Für die statistischen Berechnungen und die Darstellung der Analysen wurde zu Beginn der Evaluationsphase die Definitionen für die Kohortenbildung, die *Restkohortendarstellung* (pro Berichtshalbjahr) und die Definition der *auswertbaren Patientinnenpopulation* gebildet und in den Rechenregeln zur Evaluation der DMP niedergeschrieben.

2.3.2. Beendigung des versichertenbezogenen Evaluationszeitraums

Der versichertenbezogene Evaluationszeitraum umfasst den Zeitraum zwischen Erstdokumentation der Patientin und dem Halbjahr des Ausscheidens aus dem DMP.

Als Ausscheidungsgründe werden für das DMP Brustkrebs folgende fünf verschiedene Ursachen erfasst und separat ausgewertet:

- Eingetretener Tod
- Ausschluss der Versicherten aus dem Programm
- Beendigung durch die Versicherte
- Ausscheiden aufgrund einer unbekanntes Ursache
- Regelmäßige Beendigung des Programms

Bei den Analysen zu ausgeschiedenen Patientinnen werden jeweils die kumulierten Ergebnisse seit Programmstart (Beitrittsjahr) bis zum jeweiligen Auswertungshalbjahr dargestellt. Die Prozentuierung erfolgt dabei auf Basis der kumuliert ausgeschiedenen Patientinnen in Bezug zur Grundgesamtheit aller im Beitrittsjahr eingeschriebenen Patientinnen einer Kohorte.

Folgender Sonderfall kann bei der Definition des Ausscheidungszeitpunktes auftreten und wird wie folgt behandelt:

Bei Versicherten mit einem definierten Austrittsdatum im Berichtshalbjahr und gleichzeitigem Vorliegen einer Folgedokumentation (letzter FD-Datensatz) im selben Berichtshalbjahr, wird dieser letzte Datensatz im Austrittshalbjahr noch in die Evaluation einbezogen.

2.3.3. Datenübermittlung

Die Krankenkassen bzw. die gemäß dem jeweiligen Programm zuständigen Datenstellen stellen zwecks Evaluation pseudonymisierte und nicht-aggregierte Datensätze in elektronischer Form

bereit. Die Form der Datenübermittlung wurde zwischen Krankenkassen und dem Institut MNC im Vorfeld der Datenübermittlung abgestimmt. Die einzelnen Datensätze werden auf Vollständigkeit überprüft und gegebenenfalls ergänzt. Zusätzliche Daten aus der Erhebung der subjektiven Lebensqualität der Patientinnen werden ergänzt.

Der Versand der Fragebögen zur Erhebung der subjektiven Lebensqualität erfolgt durch die versichernde oder regional betreuende Krankenkasse nach Abstimmung eines standardisierten Anschreibens zwischen den Vertretern der Krankenkassen und dem BVA.

2.3.4. Umgang mit mehreren Dokumentationen in einem Berichtshalbjahr

Wenn innerhalb eines Kalenderhalbjahres mehrere Folgedokumentationen vorliegen, wird der jeweils aus medizinischer Sicht ungünstigste Wert verwendet.

Infolge des Behandlungsablaufs bei der Diagnosestellung Brustkrebs kann es auch zu zwei oder mehr als zwei Erstdokumentationen kommen. Dies ist besonders zu beachten, da sich Patientinnen beim Gynäkologen vorstellen, dort eine erste ED ausgestellt wird, eine Operation allerdings erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen kann. Zum Zeitpunkt der ersten (präoperativen) ED liegen in diesen Fällen keine Angaben zu den Tumorstadien vor und es kann somit keine Einteilung der Patientinnen in die Subgruppen erfolgen. Für die Evaluation werden in der Regel die Angaben der ersten Erstdokumentation berücksichtigt. Sie legt explizit den Dokumentationsbeginn und das Alter bei Einschreibung fest. Sofern zu diesem Zeitpunkt der Status noch präoperativ ist, werden die Angaben zu Tumorstadium und Risikoeinstufung der zweiten (postoperativen) Erstdokumentation entnommen. Alle anderen Angaben stammen weiterhin aus der ersten ED. Diese Fälle wurden in der Sitzung der AG Rechenregeln am 20. September 2006 diskutiert und abschließend für den Zeitraum nach der 13. RSA-ÄndV in der Sitzung der AG Rechenregeln am 11.02.2008 konsentiert.

2.3.5. Sonderfälle

2.3.5.1. Behandlung von Sonderfällen beim Umgang mit mehreren Dokumentationen in einem Berichtshalbjahr

Zu der unter 2.3.4. beschriebenen Vorgehensweise bei mehr als einer Dokumentation pro Berichtshalbjahr können weitere Sonderfälle auftreten, die wie folgt in die Berichterstattung einfließen:

Liegen für eine Versicherte neben einer ersten postoperativen Erstdokumentation im Beitrittsjahr eine oder mehrere weitere postoperative ED im ersten oder späteren Folgehalbjahr vor, so werden diese späteren ED wie Folgedokumentationen behandelt. Anschließend gelten die abgestimmten Regeln für das Vorgehen bei Vorliegen mehrerer Folgedokumentationen in einem Berichtshalbjahr.

Liegen für das Beitrittsjahr einer Versicherten neben der Erstdokumentation eine oder mehrere Folgedokumentationen vor, so werden diese Folgedokumentationen dem 2. Halbjahr der Programmteilnahme zugeordnet. Anschließend gelten die abgestimmten Regeln für das Vorgehen bei Vorliegen mehrerer Folgedokumentationen in einem Berichtshalbjahr.

In den Fällen, in denen Folgedokumentationen zeitlich in dem Berichtshalbjahr VOR dem Beitrittsjahr liegen, werden die Dokumentationen nicht für die Evaluation berücksichtigt.

In den Fällen, in denen Folgedokumentationen zeitlich in dem Berichtshalbjahr NACH dem Austrittshalbjahr liegen, werden die Dokumentationen nicht für die Evaluation berücksichtigt.

2.3.5.2. Behandlung von Sonderfällen beim Umgang mit prä- und postoperativen Erstdokumentationen

Zuweisung als prä- oder postoperative ED:

Als „präoperativ“ gelten alle EDs, sofern dies als aktueller Behandlungsstatus vermerkt ist (vor 13. RSA-ÄndV), bzw. wenn als Behandlungsstatus „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ angegeben ist (nach 13. RSA-ÄndV).

Als „postoperativ“ gelten EDs wenn dies als aktueller Behandlungsstatus vermerkt ist (vor 13. RSA-ÄndV), bzw. laut Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Tumor „postoperativ“ vermerkt ist (nach 13. RSA-ÄndV).

Vorgehen für EDs, in denen weder „präoperativ“ noch „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ oder „postoperativ“ angegeben ist: (Hintergrund: gemäß Ausfüllanleitung müssen lediglich die Daten zum aktuellen Befundstatus sowie die Art der OP nachgeliefert werden. Eine erneute Angabe „präoperativ“, „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ oder „postoperativ“ wird nach der Ausfüllanleitung nicht gefordert.)

Ebenfalls als „postoperativ“ gelten EDs, in denen weder „präoperativ“ noch „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ oder „postoperativ“ angegeben ist, aber Daten zur Art der erfolgten operativen (nach 13. RSA-ÄndV) bzw. chirurgischen (vor 13. RSA-ÄndV) Therapie angegeben sind.

Bei widersprüchlichen Angaben zum prä-/postoperativen Status innerhalb einer ED gilt: „post“ sticht „prä“: Wenn nach o.g. Kriterien eine ED sowohl als präoperativ als auch als postoperativ eingeordnet würde, wird sie als „postoperativ“ gewertet.

Alle EDs, die nach o.g. Kriterien weder als prä- noch als postoperativ gelten, gelten als nicht zuordenbar und werden in den Auswertungen ignoriert.

Auswahl der zu verwendenden Daten aus EDs:

Liegt im Beitrittsjahr ausschließlich eine prä- oder ausschließlich eine postoperative ED vor, wird die vorliegende Dokumentation verwendet.

Liegen im Auswertungszeitraum gleichzeitig eine präoperative und eine postoperative ED vor, werden die Daten aus präoperativer und postoperativer ED wie folgt „fusioniert“:

(a) hinsichtlich des Befundstatus (d.h. Angaben zu: pT, pN, M, Grading, Resektionsstatus, Rezeptorstatus, Anzahl entfernter und Anzahl befallener Lymphknoten) werden die Daten der postoperativen ED herangezogen, da davon auszugehen ist, dass diese Angaben nach der OP valider sind als bsp. die Angaben, welche lediglich über eine Biopsie im Rahmen der präoperativen ED gewonnen wurden.

(b) Bei allen übrigen Daten ist nach der worstcase Annahme zu verfahren, d.h. bspw. eine Strahlentherapie gilt als durchgeführt, wenn dies in einer der EDs angegeben ist, unabhängig davon, ob dies in der präoperativen oder postoperativen ED der Fall ist.

Bei Vorliegen von zwei oder mehr prä- bzw. zwei oder mehr postoperativen ED in einem Halbjahr gelten die Kriterien zum Umgang mit mehreren Dokumentationen in einem Halbjahr wie in der nachfolgenden Tabelle definiert.

Tabelle 2.3.5.2-1: Tabelle zur Bewertung „ungünstigster Wert“ bzw. „zu verwendender Wert“ bei mehr als einer Dokumentation pro Halbjahr

Parameter	Umgang bei mehreren Dokumentationen in einem Berichtshalbjahr
Lokalisation rechts, links, beidseitig	als „beidseitig“ zu werten, wenn mindestens in einer Dokumentation „rechts“ UND in mindestens einer Dokumentation „links“ angekreuzt ODER in mindestens einer Dokumentation „beidseitig“ angekreuzt. Ansonsten gilt angekreuzte Seite, wenn in mindestens einer der Dokumentationen in einem Auswertungshalbjahr dokumentiert.
Brusterhaltende Therapie	als „durchgeführt“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde und gleichzeitig keine Angaben zu einer Mastektomie in einer ED vorliegt. Sofern eine Angabe zur Mastektomie vorliegt, ist Mastektomie und nicht BET zu werten.
pT-Stadien	höchster dokumentierter Wert ist zu werten
pN-Stadien	höchster dokumentierter Wert ist zu werten
M-Stadien	höchster dokumentierter Wert ist zu werten

Grading	höchster dokumentierter Wert ist zu werten
Resektionsstatus	höchster dokumentierter Wert ist zu werten
Rezeptorstatus	als „positiv“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde
Axilliäre Lymphonodektomie	als „durchgeführt“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde
Anzahl entfernter Lymphknoten	höchste dokumentierte Anzahl ist zu werten
Anzahl befallener Lymphknoten	höchste dokumentierte Anzahl ist zu werten
Strahlentherapie	als „durchgeführt“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde (Die Angaben „andauernd“, „regulär abgeschlossen“, „vorzeitig beendet“ sind als „durchgeführt“ zu werten)
Mastektomie	als „durchgeführt“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde
Chemotherapie	als „durchgeführt“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde (Die Angaben „andauernd“, „regulär abgeschlossen“, „vorzeitig beendet“ sind als durchgeführt zu werten)
Kriterien für niedriges Risiko zur ED	Medizinische Kriterien für niedriges Risiko erfüllt, wenn sie gleichzeitig in allen postoperativen ED vorliegen (sofern nur präoperative ED vorliegen, gilt Analoges für die präoperativen ED)
Datum der Histologie	Es gilt das am weitesten zurückliegende Datum zum Zeitpunkt der Subgruppenbildung
Datum des gesicherten Nachweises	Es gilt das am weitesten zurückliegende Datum zum Zeitpunkt der Subgruppenbildung
Lokalrezidiv / Lokoregionäres Rezidiv	gilt, wenn in mindestens einer der FDX in einem Auswertungshalbjahr dokumentiert
Primärtumor	gilt, wenn in mindestens einer der FDX in einem Auswertungshalbjahr dokumentiert
Kontralateraler Brustkrebs	gilt, wenn in mindestens einer der FDX in einem Auswertungshalbjahr dokumentiert
Fernmetastasen	gilt, wenn in mindestens einer der FDX in einem Auswertungshalbjahr dokumentiert

2.3.6. Umgang mit fehlenden Werten („missing value“)

Patientinnen, bei denen keine Dokumentation in einem entsprechenden Dokumentationszeitraum (Auswertungshalbjahr) erfolgen, werden als Patientinnen „ohne Werte“ ausgewiesen.

Die Angabe von Patientinnen „ohne Werte“ in den Folgedokumentationen bezieht sich auf die Anzahl der Patientinnen der jeweiligen Kohorte laut Erstdokumentation.

Abgesehen von Ereigniszeitanalysen, bei denen durch die Standardmethodiken fehlende Werte berücksichtigt werden (sog. zensierte Daten, Medianersetzung, LOCF-Verfahren), werden bei den deskriptiven Analysen die Patientinnen mit fehlenden Werten ausgeschlossen (kein Ersetzen von fehlenden Werten). Als Grundgesamtheit („auswertbare Restkohorte“) werden somit bei den halbjährlichen Analysen die verbleibenden Patientinnen mit Werten einbezogen.

2.3.7. Bildung der Auswertungsgruppen bei Einschreibung

Ein wesentlicher Teil der Analysen zum DMP Brustkrebs wird getrennt für folgende **fünf** Subgruppen durchgeführt (bis zur 13. RSA-ÄndV **vier** Subgruppen; Details siehe Kapitel 4.3. und 4.4.).

1. Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

Definition: Patientinnen ohne Rezidiv¹ laut ED und Einschreibung weniger oder gleich 12 Wochen nach Vorliegen des histologischen Nachweises eines Primärtumors.

2. Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte

Definition: Patientinnen ohne Rezidiv¹ laut ED und Einschreibung mehr als 12 Wochen nach Vorliegen des histologischen Nachweises eines Primärtumors.

3. Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung

Definition: Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises eines lokoregionären Rezidivs laut ED und ohne Nachweis einer Fernmetastasierung.

4. Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung (ab 13. RSA-ÄndV)

Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises eines kontralateralen Brustkrebs laut ED und ohne histologischen Nachweis eines lokoregionären Rezidivs² und ohne histologischen Nachweis einer Fernmetastasierung.

5. Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung

Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises einer Fernmetastasierung laut ED (auch in Kombination mit Rezidiven)

¹ d.h. ohne lokoregionäres Rezidiv und ohne kontralateralen Tumor und ohne Fernmetastasierung

² Ausnahme: der histologische Nachweis eines lokoregionären Rezidivs liegt länger als 4,5 Jahre zurück

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in allen folgenden Tabellen und Abbildungen nicht die vollständige Definition, sondern lediglich die hier unter Punkt 1 bis 5 aufgeführte Kurzbezeichnung verwendet.

2.3.8. Definition der „Restkohorte“ zum Zeitpunkt des Berichtshalbjahres

Im Rahmen der Evaluation werden bei den einzelnen Analysen Patientinnenzahlen und „Raten“ ausgewiesen. Bei der Angabe der „Raten“ handelt es sich um die prozentualen Anteile der Patientinnen mit einem bestimmten Merkmal an der zum Zeitpunkt des Berichtshalbjahres noch teilnehmenden „Restkohorte“.

Die „Restkohorte“ definiert sich dabei als die Anzahl der Patientinnen einer Kohorte (zum Zeitpunkt der Erstdokumentation), vermindert um die Anzahl der Patientinnen, für welche Ausschlüsse aus dem DMP durch Tod, Beendigung durch Patientin, Ausschluss durch Krankenkasse, Ausschlüsse aus unbekanntem Grund oder regelhafte Beendigung des Programms bis zum Zeitpunkt des Beginns des Berichtshalbjahres dokumentiert wurden.

Versicherte, die in einem Berichtshalbjahr aus dem Programm ausscheiden, bei denen aber gleichzeitig noch mindestens eine Dokumentation im Ausschlussjahr durchgeführt wird, werden in die Analyse der Restkohorte des Berichtsjahres aufgenommen und evaluiert. Hinsichtlich der ökonomischen Bewertung der Ausgaben wird bei diesen Patientinnen gesondert verfahren (siehe Abschnitt „Evaluation der ökonomischen Inhalte“).

2.3.9. Definition auswertbare Patientinnenpopulation

Für die Mittelwertberechnungen werden als Basis die zum jeweiligen Merkmal auswertbaren Patientinnenzahlen zugrunde gelegt. Die Anzahl auswertbarer Patientinnen ergibt sich aus der Restkohorte zum jeweiligen Berichtshalbjahr vermindert um die Anzahl der Patientinnen, für die keine Dokumentationsbögen im Berichtshalbjahr vorliegen (total missing), vermindert um die Anzahl der Patientinnen, bei denen im Berichtshalbjahr keine Angaben zum auszuwertenden Einzelwert/Merkmal vorliegen (item missing).

2.4. Stichprobenauswahl

Bei der Evaluation der medizinischen Inhalte werden die Daten aller Patientinnen ausgewertet, die in dem jeweiligen Berichtsjahr vorliegen. Patientinnen werden auch dann im Rahmen der Evaluation berücksichtigt, wenn sie in weitere Programme zu anderen Krankheitsbildern eingeschrieben sind.

Zur Evaluation der ökonomischen Inhalte und der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität hingegen werden Stichproben generiert.

Die Repräsentativität der Stichproben wird durch eine zufällige Generierung sichergestellt.

Der Stichprobenumfang für die Evaluation der ökonomischen Parameter hat bei der ersten und bei allen folgenden Erhebungen 10% der Kohorte der jeweiligen Ist-Größe zu betragen (höchstens 500, mindestens aber 100 Patientinnen). Falls in einer Kohorte eines DMP weniger als 100 Patientinnen teilnehmen, wird eine Vollerhebung durchgeführt.

Bei der Stichprobenziehung für die Durchführung der Lebensqualitätsbefragung SF-36 im Rahmen des DMP Brustkrebs muss zusätzlich beachtet werden, dass nur Patientinnen in die Stichprobe einbezogen werden, die sich aufgrund einer Erstmanifestation Brustkrebs in das DMP eingeschrieben haben und bei denen das Datum der Erstmanifestation (histologischer Befund) zum Zeitpunkt der Erstdokumentation nicht länger als 12 Wochen zurücklag (cave: SF-36 Befragung nur dann, sofern diese Gruppe mindestens 10 Patientinnen umfasst. Die zur ökonomischen Evaluation und zur Evaluation der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität der Patientinnen herangezogenen Stichproben sind beim DMP Brustkrebs deshalb nicht zwangsläufig identisch!

Zusätzlich wird eine Rücklaufquote bei der Erhebung der subjektiven Lebensqualität von mindestens 40% erwartet. Im Falle einer Unterschreitung dieser Quote wird der Stichprobenumfang zur Erhebung der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei der Stichprobenziehung für die nachfolgende Kohorte entsprechend angepasst (erhöht), höchstens jedoch verdoppelt.

Einzelne Kohorten werden in diesem Bericht nur dann dargestellt, wenn sie insgesamt mindestens 10 Patientinnen umfassten. Sofern sich weniger als 10 Patientinnen innerhalb einer Kohorte eingeschrieben haben, werden keine medizinischen Auswertungen vorgenommen. Falls sich weniger als 10 Patientinnen insgesamt in einer Kohorte eingeschrieben haben, werden diese Patientinnen gleichfalls nicht in die Stichprobe für die ökonomische Evaluation aufgenommen.

Die Ziehung der Stichproben erfolgte bislang jeweils 3 Monate nach Ablauf eines Kalenderhalbjahres auf Basis der zu diesem Zeitpunkt von den Kassen an MNC übermittelten Patientinnenkurzmerkmale (PMK) der im abgelaufenen Halbjahr neu eingeschriebenen Patientinnen. In diesem Bericht werden dagegen ausschließlich diejenigen Patientinnen ausgewertet, für die zum Zeitpunkt der Berichtserstellung auch die vollständigen Informationen aus den Patientenlangmerkmalen (PML) vorlagen. Leider kam es ab der Kohorte K20062 vor, dass die 9 Monate nach Ablauf eines Kalenderhalbjahres übermittelten PML nicht deckungsgleich (Versichertenpseudonyme, übermittelte Anzahl der Datensätze) zu den vorher schon übermittelten PMK waren. In Absprache mit dem BVA wurde von MNC im Frühjahr 2009 ein Konzept entwickelt, um kassendatenbedingt fehlerhafte Stichprobengrößen für die ökonomische Evaluation sowie für die Wiederholungsbefragungen SF-36 (ab K20082) zu korrigieren. Diese Korrekturen haben, falls für diesen Bericht erforderlich, bereits Eingang in die vorliegenden Auswertungen gefunden.

2.5. Tabellenstruktur

Um ein möglichst einheitliches Bild bei allen Analysen zu gewährleisten, wird auf eine standardisierte Form der Tabellenstruktur zurückgegriffen.

	Beitritts Halbjahr		2. Halbjahr		3. Halbjahr	
	n	%	n	%	n	%
		95% CI		95% CI		95% CI
K20031	1.879	54,30	1.879	54,30	1.879	54,30
		17,3;		17,3;		17,3;
K20032						
K20041						
Etc.						

Dabei werden in den Zeilen der Tabellen die jeweiligen Kohorten abgebildet. Die Spalten der Tabellen stellen das Beitritts Halbjahr sowie das jeweilige Berichtshalbjahr dar. Für die Analysen werden neben der Angabe der Versichertenzahl in der jeweiligen Kohorte (K20031...) zum jeweiligen Zeitpunkt (2. Halbjahr...) auch die Rate (als Anteil der Versicherten mit der jeweiligen Merkmalsausprägung am auswertbaren Restkollektiv) und das Konfidenzintervall zu der Rate angegeben. Bei Darstellungen der Ergebnisse klinischer Befunde werden die arithmetischen Mittelwerte, der Median und die 95%-Konfidenzintervalle angegeben.

2.6. Evaluation der ökonomischen Inhalte

2.6.1. Darstellungsweise in Kohorten

Die Patientinnen werden analog zur Evaluation der medizinischen Ergebnisse in Halbjahreskohorten zusammengefasst.

Die im Kalenderhalbjahr des Beginns der Programmteilnahme vorliegenden Daten werden gesondert erfasst. Dieses i.d.R. unvollständige Kalenderhalbjahr wird im folgenden „Beitritts Halbjahr“ genannt. Bei Neueinschreibungen werden die Kosten des vollständigen Quartals, in dem die Einschreibung erfolgte, berücksichtigt.

Das erste der Auswertung zugrundeliegende vollständige Halbjahr beginnt mit dem ersten Tag des Kalenderhalbjahres, welches auf das Beitritts Halbjahr folgt. Daran schließen sich die weiteren der Auswertung zugrundeliegenden Halbjahre an. Darüber hinaus werden die durchschnittlichen Kosten pro Patientinnenjahr angegeben.

Die Anzahl der verstorbenen oder ausgeschiedenen Patientinnen sowie die Kosten/Ereignisse verstorbener oder ausgeschiedener Patientinnen im Quartal ihres Todes bzw. Ausscheidens fließen in die Auswertung ein.

Bei der Ermittlung des arithmetischen Mittels und der Standardabweichung wird die Anzahl der im Halbjahr verstorbenen sowie der im 1. Quartal des Kalenderhalbjahres ausgeschiedenen Patientinnen mit einer Gewichtung von 0,5 berücksichtigt. Bei der Erstellung von Histogrammen fließen die Daten dieser Patientinnen ohne Gewichtung ein. Bei der Darstellung der Kosten pro Auswertungsjahr wird bei diesen Patientinnen das Halbjahr des Ausscheidens bzw. Versterbens ebenfalls mit einem Faktor 0,5 bewertet.

2.6.2. Zuordnung

Für die Zuordnung der Kosten zu einem Halbjahreszeitraum ist der Beginn der Maßnahme, der die Kosten zuzurechnen sind, maßgeblich. So sind beispielsweise die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt der Periode zuzuordnen, in welcher der Krankenhausaufenthalt begann. Abweichend hiervon ist für die Zuordnung der Heilmittelkosten der Abrechnungsmonat maßgeblich.

2.6.3. Kohortenspezifische Darstellung der Kosten

Die kohorten- und halbjahrespezifische Darstellung erfolgt durch die Angabe:

- Des arithmetischen Mittels der Kosten der auswertbaren Patientinnen
- Des 95%-Konfidenzintervalls
- Der Standardabweichung und
- Der grafischen Darstellung der prozentualen Verteilung der jeweiligen Kohorte auf gebildete Klassen der „Leistungsausgaben insgesamt“

Die grafische Darstellung erfolgt dabei in Form eines Histogramms, wobei auf der Abszisse in 500 EURO - Intervallen ($0 \leq k < 500$; $500 \leq k < 1000$; $1000 \leq k < 1500$; ...) die Klassen der „Leistungs-

ausgaben insgesamt" und auf der Ordinate die Kohortenbestandteile in Prozent aufgetragen wurden. Für die aufgeschlüsselten Leistungsausgaben erfolgt keine grafische Darstellung.

2.6.4. Besonderheiten einzelner Ausgabenbereiche

Ärztliche Behandlung

Die Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlung ergeben sich aus den in Euro abgerechneten Gebührenpositionen sowie dem Produkt aus der Summe der erbrachten Punkte und einem bundesweit einheitlichen durchschnittlichen Punktwert in Höhe von derzeit 3,5 Eurocents.

Krankenhaus

Zusätzlich wird kohorten- und halbjahresspezifisch die Anzahl der Patientinnen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im betrachteten Halbjahr angegeben (absolut und Anteil in Prozent).

Ausgaben für Krankengeld (ohne „Kinderkrankengeld“)

Die kohorten- und halbjahresspezifische Darstellung der Ausgaben für Krankengeld erfolgt durch die Angabe:

- Der Anzahl der Patientinnen mit Krankengeldanspruch (absolut und als Anteil)
- Des arithmetischen Mittels der tatsächlichen Krankengeldausgaben in Bezug auf alle Patientinnen mit Krankengeldanspruch mit 95%-Konfidenzintervall
- Der Standardabweichung

Der kohortenspezifische Anteil der Krankengeldberechtigten wird stichtagsbezogen zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres ermittelt. Die Angabe des Anteils der Krankengeldberechtigten bezieht sich auf alle Berechnungen für das Vorjahr.

Verwaltungskosten und Kosten der Qualitätssicherung

Verwaltungskosten und Kosten der Qualitätssicherung werden als Durchschnittskosten je DMP-Patientinnen durch die programmdurchführenden Krankenkassen kalkulatorisch ermittelt und separat ausgewiesen.

Behandlung „negativer Leistungsausgaben“

Bei einzelnen Leistungsangaben wie Krankenhauskosten, Rehabilitationskosten oder Krankengeldauszahlungen können zuviel gezahlte Beträge aus der Vor-Halbjahresperiode in dem jeweiligen Berichtshalbjahr zu Rückzahlungen (=negative Leistungsausgaben) führen, die als negative Ausgaben in die Evaluation einfließen.

2.7. Evaluation der Lebensqualität

Zur Erhebung der subjektiven Lebensqualität der Patienten wird der international standardisierte Fragebogen SF-36 (Fragebogen zum Gesundheitszustand; hier Zeitfenster 4 zurück liegende Wochen) in der deutschsprachigen Übersetzung gemäß der Handanweisung von Bullinger und Kirchberger (Bullinger M., Kirchberger I.: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand, Handanweisung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 1998) in der Version 1.0 eingesetzt.

Die Erhebung der subjektiven Lebensqualität beginnt erstmalig mit der zweiten Kohorte 2006.

2.8. Risikoadjustierung / Vergleich der Programme

Um dem BVA die Möglichkeit zu geben, die Evaluationsergebnisse verschiedener DMP im Hinblick auf bestimmte Endpunkte vergleichbar zu machen, wird ggfls. auch für die DMP Brustkrebs zukünftig eine Risikoadjustierung der Ergebnisse durchgeführt.

3. Testdatenläufe

Die exakte Umsetzung der Rechenregeln in die Programmierung der Auswertungsroutinen der Evaluationssysteme wurde durch exemplarische Testdatenläufe für die DMP Diabetes mellitus Typ 2 überprüft.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Testdatenläufe wurden die beiden Evaluationsprogramme einer Feinjustierungsphase unterzogen. In einem abschließenden Meeting am 20.09.2006 wurde die Gleichheit der erzielten Ergebnisse festgestellt.

4. Ergebnisse

4.1. Start des DMP

Das DMP Brustkrebs der **IKK Sachsen** in der Versorgungsregion **Sachsen** wurde im Halbjahr **2. Halbjahr 2006** zugelassen und startete im **1. Halbjahr 2006**.

4.2. Eingeschriebene Versicherte, teilnehmende ambulante Ärzte und stationäre Versorgungseinheiten

Am DMP Brustkrebs können Ärzte in ihren verschiedenen Versorgungseinrichtungen als Hausärzte, als niedergelassene Gynäkologen, als onkologische Schwerpunktpraxen und als Ärzte in Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen teilnehmen. Für jede Versorgungsebene bestehen definierte Anforderungen an die Qualifikation des Arztes, seine Fortbildungsmaßnahmen und die Strukturqualität der Versorgungseinrichtung, in der er tätig ist. Zunächst werden die Angaben zur

regionalen Strukturqualität in der Versorgungsregion bzw. im KV-Bereich anhand der Kennzahlen eingeschriebener Versicherter, teilnehmender Versorgungseinrichtungen sowie Versicherter pro teilnehmender Versorgungseinrichtung dargestellt.

4.2.1. Teilnehmende Versicherte

Tabelle 4.2-1 gibt eine Übersicht über die Anzahl aller in der Versorgungsregion bzw. im KV-Bereich teilnehmenden Versicherten zu Programmstart und im Verlauf des DMP.

4.2.2. Teilnehmende Hausärzte

Tabelle 4.2-2 gibt eine Übersicht über die Anzahl der in der Versorgungsregion bzw. im KV-Bereich teilnehmenden koordinierenden Hausärzte zu Programmstart und im Verlauf des DMP.

Tabelle 4.2-1: Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im regionalen DMP-Vertrag laut KM6/2 (bezogen auf alle am Vertrag teilnehmenden Kassenarten)

Eingeschriebene Versicherte	Anzahl (n)	Zuwachs (n)
1. Hj. 2006		
2. Hj. 2006	185	0
1. Hj. 2007	1222	1037
2. Hj. 2007	2400	1178
1. Hj. 2008	3167	767

Tabelle 4.2-2: Anzahl der Hausärzte im regionalen DMP-Vertrag laut Leistungserbringerverzeichnis

Hausärzte	Anzahl (n)	Zuwachs (n)	Anzahl Versicherte pro Hausarzt
1. Hj. 2006			
2. Hj. 2006	0	0	0
1. Hj. 2007	0	0	0
2. Hj. 2007	0	0	0
1. Hj. 2008	0	0	0

4.2.3. Teilnehmende Gynäkologen

Tabelle 4.2-3 gibt eine Übersicht über die Anzahl der in der Versorgungsregion bzw. im KV-Bereich teilnehmenden Gynäkologen zu Programmstart und im Verlauf des DMP.

Tabelle 4.2-3: Anzahl der Gynäkologen im regionalen DMP-Vertrag laut Leistungserbringerverzeichnis

Gynäkologen	Anzahl (n)	Zuwachs (n)	Anzahl Versicherte pro koord. Gynäkologen
1. Hj. 2006			
2. Hj. 2006	125	0	1,5
1. Hj. 2007	207	82	5,9
2. Hj. 2007	243	36	9,9
1. Hj. 2008	258	15	12,3

4.2.4. Teilnehmende onkologisch qualifizierte koordinierende Ärzte

Tabelle 4.2-4 gibt eine Übersicht über die Anzahl der in der Versorgungsregion bzw. im KV-Bereich teilnehmenden onkologisch qualifizierten koordinierenden Ärzte zu Programmstart und im Verlauf des DMP.

Tabelle 4.2-4: Anzahl der onkologisch qualifizierten koordinierenden Ärzte im regionalen DMP-Vertrag laut Leistungserbringerverzeichnis

Onkologische Schwerpunktpraxen	Anzahl (n)	Zuwachs (n)	Anzahl Versicherte pro onkologischer Schwerpunktpraxis
1. Hj. 2006			
2. Hj. 2006	keine Angabe		
1. Hj. 2007	keine Angabe		
2. Hj. 2007	keine Angabe		
1. Hj. 2008	keine Angabe		

4.2.5. Teilnehmende stationäre Einrichtungen insgesamt

Tabelle 4.2-5 gibt eine Übersicht über die Anzahl der in der Versorgungsregion bzw. im KV-Bereich zugelassenen stationären Einrichtungen insgesamt zu Programmstart und im Verlauf des DMP.

Tabelle 4.2-5: Anzahl der stationären Einrichtungen insgesamt im regionalen DMP-Vertrag

Krankenhäuser	Anzahl (n)	Zuwachs (n)	Anzahl Versicherte pro stat. Einrichtung
1. Hj. 2006			
2. Hj. 2006	23	0	8,0
1. Hj. 2007	23	0	53,1
2. Hj. 2007	23	0	104,3
1. Hj. 2008	24	1	132,0

4.3. Beschreibung des gesamten Versichertenkollektives (Patientinnenzahlen und Patientinnenmerkmale) des DMP

Im Rahmen dieses Abschnitts zur Beschreibung des am DMP teilnehmenden Versichertenkollektivs werden alle teilnehmenden Patientinnen (Versicherten) anhand ihrer Kohortenzugehörigkeit (Anzahl zu Beginn sowie im Verlauf) sowie anhand der Patientinnenmerkmale Alter, Erkrankungsdauer und Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation untersucht und in den folgenden Tabellen dargestellt.

Des Weiteren werden die Patientinnen dargestellt, die aufgrund verschiedener Ursachen im jeweiligen Berichtshalbjahr aus dem DMP ausgeschieden sind.

Zusätzlich erfolgt eine Subgruppendarstellung für die Versichertenpopulationen, bei denen zum Zeitpunkt der Erstdokumentation (=Teilnahmebeginn) folgende Risikokonstellationen vorlagen:

1. Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

Definition: Patientinnen ohne Rezidiv¹ laut ED und Einschreibung weniger oder gleich 12 Wochen nach Vorliegen des histologischen Nachweises eines Primärtumors.

2. Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte

Definition: Patientinnen ohne Rezidiv¹ laut ED und Einschreibung mehr als 12 Wochen nach Vorliegen des histologischen Nachweises eines Primärtumors.

3. Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung

Definition: Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises eines lokoregionären Rezidivs laut ED und ohne Nachweis einer Fernmetastasierung.

4. Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung (ab 13. RSA-ÄndV)

Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises eines kontralateralen Brustkrebs laut ED und ohne histologischen Nachweis eines lokoregionären Rezidivs² und ohne histologischen Nachweis einer Fernmetastasierung.

5. Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung

Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises einer Fernmetastasierung laut ED (auch in Kombination mit Rezidiven)

¹ d.h. ohne lokoregionäres Rezidiv und ohne kontralateralen Tumor und ohne Fernmetastasierung

² Ausnahme: der histologische Nachweis eines lokoregionären Rezidivs liegt länger als 4,5 Jahre zurück

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in allen folgenden Tabellen und Abbildungen nicht die vollständige Definition, sondern lediglich die hier unter Punkt 1 bis 5 aufgeführte Kurzbezeichnung verwendet.

Zur Definition der Nomenklatur bei der Kohortenbildung und der Definition der Restkohorten sowie der Definition der Beendigung der versichertenbezogenen Evaluation (Ausscheiden der Patientinnen aus dem DMP) sei auf den Methodenteil dieses Evaluationsberichtes verwiesen.

Die gezeigten Tabellen folgen der im Methodenteil dargestellten Systematik, bei der in den Zeilen die jeweiligen Kohorten dargestellt sind und die Spalten die jeweiligen Berichtshalbjahre zeigen.

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter in Altersklassen)

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) der teilnehmenden Patientinnen im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.3.4-2: Aktuelles Lebensalter: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 1 bis 14, 15 bis 34, 35 bis 39 und 40 bis 44 Lebensjahre

Aktuelles Lebensalter	Altersklassen	Beitrittsjahr n	2. Halbjahr n	3. Halbjahr n	4. Halbjahr n	5. Halbjahr n	6. Halbjahr n	7. Halbjahr n	8. Halbjahr n	9. Halbjahr n	10. Halbjahr n	11. Halbjahr n	12. Halbjahr n	13. Halbjahr n
K20061	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
K20062	1 bis 14 Jahre	0	0	0	0									
	15 bis 34 Jahre	0	0	0	0									
	35 bis 39 Jahre	1	2	2	1									
	40 bis 44 Jahre	4	2	2	2									
K20071	1 bis 14 Jahre	0	0	0										
	15 bis 34 Jahre	0	0	0										
	35 bis 39 Jahre	4	3	3										
	40 bis 44 Jahre	7	6	5										
K20072	1 bis 14 Jahre	0	0											
	15 bis 34 Jahre	0	0											
	35 bis 39 Jahre	2	2											
	40 bis 44 Jahre	8	6											
K20081	1 bis 14 Jahre	0												
	15 bis 34 Jahre	0												
	35 bis 39 Jahre	1												
	40 bis 44 Jahre	6												
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter in Altersklassen)

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) der teilnehmenden Patientinnen im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.3.4-3: Aktuelles Lebensalter: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 45 bis 49, 50 bis 54, 55 bis 59 und 60 bis 64 Lebensjahre

Aktuelles Lebensalter	Altersklassen	Beitrittsjahr n	2. Halbjahr n	3. Halbjahr n	4. Halbjahr n	5. Halbjahr n	6. Halbjahr n	7. Halbjahr n	8. Halbjahr n	9. Halbjahr n	10. Halbjahr n	11. Halbjahr n	12. Halbjahr n	13. Halbjahr n
K20061	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
K20062	45 bis 49 Jahre	2	4	4	3									
	50 bis 54 Jahre	6	4	4	4									
	55 bis 59 Jahre	4	3	2	3									
	60 bis 64 Jahre	3	5	3	3									
K20071	45 bis 49 Jahre	15	14	13										
	50 bis 54 Jahre	23	23	16										
	55 bis 59 Jahre	10	10	12										
	60 bis 64 Jahre	11	11	9										
K20072	45 bis 49 Jahre	8	9											
	50 bis 54 Jahre	8	7											
	55 bis 59 Jahre	15	15											
	60 bis 64 Jahre	11	12											
K20081	45 bis 49 Jahre	6												
	50 bis 54 Jahre	7												
	55 bis 59 Jahre	10												
	60 bis 64 Jahre	8												
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter in Altersklassen)

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) der teilnehmenden Patientinnen im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.3.4-4: Aktuelles Lebensalter: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 65 bis 69, 70 bis 74, 75 bis 79 und 80 bis 84 Lebensjahre

Aktuelles Lebensalter	Altersklassen	Beitrittsjahr n	2. Halbjahr n	3. Halbjahr n	4. Halbjahr n	5. Halbjahr n	6. Halbjahr n	7. Halbjahr n	8. Halbjahr n	9. Halbjahr n	10. Halbjahr n	11. Halbjahr n	12. Halbjahr n	13. Halbjahr n
K20061	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
K20062	65 bis 69 Jahre	2	1	0	0									
	70 bis 74 Jahre	0	0	0	0									
	75 bis 79 Jahre	1	1	1	1									
	80 bis 84 Jahre	0	0	0	0									
K20071	65 bis 69 Jahre	10	10	13										
	70 bis 74 Jahre	4	4	4										
	75 bis 79 Jahre	0	0	0										
	80 bis 84 Jahre	1	1	1										
K20072	65 bis 69 Jahre	16	16											
	70 bis 74 Jahre	3	5											
	75 bis 79 Jahre	0	0											
	80 bis 84 Jahre	0	0											
K20081	65 bis 69 Jahre	18												
	70 bis 74 Jahre	2												
	75 bis 79 Jahre	1												
	80 bis 84 Jahre	0												
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter in Altersklassen)

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) der teilnehmenden Patientinnen im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.3.4-5: Aktuelles Lebensalter: Anzahl der Versicherten in der Altersklasse 85 Lebensjahre und älter

Aktuelles Lebensalter	Altersklassen	Beitrittsjahr n	2. Halbjahr n	3. Halbjahr n	4. Halbjahr n	5. Halbjahr n	6. Halbjahr n	7. Halbjahr n	8. Halbjahr n	9. Halbjahr n	10. Halbjahr n	11. Halbjahr n	12. Halbjahr n	13. Halbjahr n
K20061	85 und älter													
K20062	85 und älter	0	0	0	0									
K20071	85 und älter	2	2	2										
K20072	85 und älter	0	0											
K20081	85 und älter	0												
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs in Altersklassen)

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) **bei Erstmanifestation des Brustkrebs** der teilnehmenden Patientinnen im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.3.5-2: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 1 bis 14, 15 bis 34, 35 bis 39 und 40 bis 44 Lebensjahre

Lebensalter bei Erstmanif.	Altersklassen	Beitrittsjahr n	2. Halbjahr n	3. Halbjahr n	4. Halbjahr n	5. Halbjahr n	6. Halbjahr n	7. Halbjahr n	8. Halbjahr n	9. Halbjahr n	10. Halbjahr n	11. Halbjahr n	12. Halbjahr n	13. Halbjahr n
K20061	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
K20062	1 bis 14 Jahre	0	0	0	0									
	15 bis 34 Jahre	0	0	0	0									
	35 bis 39 Jahre	1	1	1	1									
	40 bis 44 Jahre	5	5	5	4									
K20071	1 bis 14 Jahre	0	0	0										
	15 bis 34 Jahre	0	0	0										
	35 bis 39 Jahre	2	2	2										
	40 bis 44 Jahre	11	9	9										
K20072	1 bis 14 Jahre	0	0											
	15 bis 34 Jahre	0	0											
	35 bis 39 Jahre	3	3											
	40 bis 44 Jahre	7	7											
K20081	1 bis 14 Jahre	0												
	15 bis 34 Jahre	0												
	35 bis 39 Jahre	1												
	40 bis 44 Jahre	6												
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs in Altersklassen)

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) **bei Erstmanifestation des Brustkrebs** der teilnehmenden Patientinnen im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.3.5-3: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 45 bis 49, 50 bis 54, 55 bis 59 und 60 bis 64 Lebensjahre

Lebensalter bei Erstmanif.	Altersklassen	Beitrittsjahr n	2. Halbjahr n	3. Halbjahr n	4. Halbjahr n	5. Halbjahr n	6. Halbjahr n	7. Halbjahr n	8. Halbjahr n	9. Halbjahr n	10. Halbjahr n	11. Halbjahr n	12. Halbjahr n	13. Halbjahr n
K20061	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
K20062	45 bis 49 Jahre	2	2	2	2									
	50 bis 54 Jahre	6	5	5	5									
	55 bis 59 Jahre	4	4	2	2									
	60 bis 64 Jahre	2	2	1	1									
K20071	45 bis 49 Jahre	20	20	17										
	50 bis 54 Jahre	13	13	12										
	55 bis 59 Jahre	11	11	9										
	60 bis 64 Jahre	13	13	13										
K20072	45 bis 49 Jahre	11	11											
	50 bis 54 Jahre	8	8											
	55 bis 59 Jahre	13	13											
	60 bis 64 Jahre	14	14											
K20081	45 bis 49 Jahre	7												
	50 bis 54 Jahre	7												
	55 bis 59 Jahre	10												
	60 bis 64 Jahre	8												
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs in Altersklassen)

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) **bei Erstmanifestation des Brustkrebs** der teilnehmenden Patientinnen im Beitritts- sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.3.5-4: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 65 bis 69, 70 bis 74, 75 bis 79 und 80 bis 84 Lebensjahre

Lebensalter bei Erstmanif.	Altersklassen	Beitritts- halbjahr n	2. Halbjahr n	3. Halbjahr n	4. Halbjahr n	5. Halbjahr n	6. Halbjahr n	7. Halbjahr n	8. Halbjahr n	9. Halbjahr n	10. Halbjahr n	11. Halbjahr n	12. Halbjahr n	13. Halbjahr n
K20061	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
K20062	65 bis 69 Jahre	2	1	0	0									
	70 bis 74 Jahre	0	0	0	0									
	75 bis 79 Jahre	1	1	1	1									
	80 bis 84 Jahre	0	0	0	0									
K20071	65 bis 69 Jahre	8	8	8										
	70 bis 74 Jahre	2	2	2										
	75 bis 79 Jahre	1	1	1										
	80 bis 84 Jahre	1	1	1										
K20072	65 bis 69 Jahre	13	13											
	70 bis 74 Jahre	2	2											
	75 bis 79 Jahre	0	0											
	80 bis 84 Jahre	0	0											
K20081	65 bis 69 Jahre	17												
	70 bis 74 Jahre	2												
	75 bis 79 Jahre	0												
	80 bis 84 Jahre	0												
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs in Altersklassen)

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) **bei Erstmanifestation des Brustkrebs** der teilnehmenden Patientinnen im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.3.5-5: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in der Altersklasse 85 Lebensjahre und älter

Lebensalter bei Erstmanif.	Altersklassen	Beitrittsjahr n	2. Halbjahr n	3. Halbjahr n	4. Halbjahr n	5. Halbjahr n	6. Halbjahr n	7. Halbjahr n	8. Halbjahr n	9. Halbjahr n	10. Halbjahr n	11. Halbjahr n	12. Halbjahr n	13. Halbjahr n
K20061	85 und älter													
K20062	85 und älter	0	0	0	0									
K20071	85 und älter	0	0	0										
K20072	85 und älter	0	0											
K20081	85 und älter	0												
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													

4.4. Patientinnenzahlen und –merkmale bei den Subgruppen (4 SG bis zur und 5 SG nach der 13. RSA-ÄndV)

Bis zur 13. RSA-ÄndV wurden 4 Subgruppen gebildet, nach der 13. RSA-ÄndV wurden die bisherigen 4 Subgruppen um eine fünfte Subgruppe (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung) ergänzt, welche sich allerdings aus den bisherigen 4 Gruppen speiste. Alle unter 4.3. gezeigten Analysen zu den Patientinnenmerkmalen werden im folgenden für die nachfolgend im Detail genannten 5 Subgruppen der Patientinnen durchgeführt. Aufgrund der mit Beginn der Kohorte 2006-2 darzustellenden fünften Subgruppe ergibt sich unter Umständen ein Bruch in den Zahlen der Zeitreihen für die nunmehr 5 Subgruppen. Zum besseren Verständnis werden sowohl die 4 Subgruppen vor der 13. RSA-ÄndV beschrieben als auch die Definition der 5 Subgruppen nach der 13. RSA-ÄndV aufgeführt.

A: Definition der 4 Subgruppen (bis zur 13. RSA-ÄndV):

- 1. Patientinnen mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor laut Erstdokumentation**
Definition: Patientinnen, bei denen bei Einschreibung das Datum des histologischen Nachweises des Tumors nicht länger als 12 Wochen zurückliegt und keine Rezidive oder Metastasen dokumentiert sind
- 2. Patientinnen ohne Rezidiv und fortgeschrittener Primärtherapie bei Einschreibung**
Definition: Patientinnen, bei denen bei Einschreibung das Datum des histologischen Nachweises des Tumors länger als 12 Wochen zurückliegt und keine Rezidive oder Metastasen dokumentiert sind
- 3. Patientinnen mit Lokalrezidiv bei Einschreibung**
Definition: Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises eines Lokalrezidivs in der Erstdokumentation bei denen keine Metastasen dokumentiert sind
- 4. Patientinnen mit Metastasierung bei Einschreibung**
Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises einer Metastasierung in der Erstdokumentation (auch in Kombination mit Rezidiven)

B: Definition der 5 Subgruppen (nach der 13. RSA-ÄndV):

- 1. Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte**
Definition: Patientinnen ohne Rezidiv¹ laut ED und Einschreibung weniger oder gleich 12 Wochen nach Vorliegen des histologischen Nachweises eines Primärtumors.
- 2. Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte**
Definition: Patientinnen ohne Rezidiv¹ laut ED und Einschreibung mehr als 12 Wochen nach Vorliegen des histologischen Nachweises eines Primärtumors.
- 3. Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung**
Definition: Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises eines lokoregionären Rezidivs laut ED und ohne Nachweis einer Fernmetastasierung.
- 4. Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung (ab 13. RSA-ÄndV)**
Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises eines kontralateralen Brustkrebs laut ED und ohne histologischen Nachweis eines lokoregionären Rezidivs² und ohne histologischen Nachweis einer Fernmetastasierung.
- 5. Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung**
Patientinnen mit Datum des histologischen Nachweises einer Fernmetastasierung laut ED (auch in Kombination mit Rezidiven)

¹ d.h. ohne lokoregionäres Rezidiv und ohne kontralateralen Tumor und ohne Fernmetastasierung

² Ausnahme: der histologische Nachweis eines lokoregionären Rezidivs liegt länger als 4,5 Jahre zurück

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in allen folgenden Tabellen und Abbildungen nicht die vollständige Definition, sondern lediglich die hier unter Punkt 1 bis 5 aufgeführte Kurzbezeichnung verwendet.

4.4.1.3.5. Patientinnen, die aufgrund regelhafter Beendigung des DMP ausgeschieden sind in der Subgruppe der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

Sämtliche Patientinnen der Subkohorte, die aus dem DMP im Beitritts Halbjahr und den nachfolgenden Berichtshalbjahren aufgrund *regelhafter Beendigung des DMP* ausschieden, werden aufsummiert und in der nachfolgenden Tabelle kumuliert bis zum jeweiligen Berichtshalb-

jahr dargestellt. Die prozentualen Angaben unter Angabe des 95%-Konfidenzintervalls beziehen sich auf den kumulierten Anteil der Patientinnen mit regelhafter Beendigung des Programms der jeweiligen Subkohorte bis zum jeweiligen Berichtshalbjahr in Bezug zur Subkohortengröße bei der Erstdokumentation. Sie bildet eine Subgruppe aller in Tabelle 4.4.1-3 dargestellten ausgeschiedenen Patientinnen.

Tabelle 4.4.1-8: Kumulierte Anzahl der Patientinnen mit regelhafter Beendigung des Programms (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Regelhafte Beendigung des DMP	Beitritts Halbjahr		2. Halbjahr		3. Halbjahr		4. Halbjahr		5. Halbjahr		6. Halbjahr		7. Halbjahr		8. Halbjahr		9. Halbjahr		10. Halbjahr		11. Halbjahr		12. Halbjahr		13. Halbjahr			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI
K20061																												
K20062	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00																				
		0,00;0,00		0,00;0,00		0,00;0,00		0,00;0,00																				
K20071	0	0,00	0	0,00	0	0,00																						
		0,00;0,00		0,00;0,00		0,00;0,00																						
K20072	0	0,00	0	0,00																								
		0,00;0,00		0,00;0,00																								
K20081	0	0,00																										
		0,00;0,00																										

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs in Altersklassen) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) **bei Erstmanifestation des Brustkrebs** der teilnehmenden Patientinnen mit Primärtumor bei

Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte, im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.4.1-11: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 1 bis 14, 15 bis 34, 35 bis 39 und 40 bis 44 Lebensjahre (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Lebensalter bei Erstmanif.	Altersklassen	Beitrittsjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr
		n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
K20061	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
K20062	1 bis 14 Jahre	0	0	0	0									
	15 bis 34 Jahre	0	0	0	0									
	35 bis 39 Jahre	0	0	0	0									
	40 bis 44 Jahre	1	1	1	1									
K20071	1 bis 14 Jahre	0	0	0										
	15 bis 34 Jahre	0	0	0										
	35 bis 39 Jahre	0	0	0										
	40 bis 44 Jahre	3	2	2										
K20072	1 bis 14 Jahre	0	0											
	15 bis 34 Jahre	0	0											
	35 bis 39 Jahre	0	0											
	40 bis 44 Jahre	2	2											
K20081	1 bis 14 Jahre	0												
	15 bis 34 Jahre	0												
	35 bis 39 Jahre	0												
	40 bis 44 Jahre	1												
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs in Altersklassen) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) **bei Erstmanifestation des Brustkrebs** der teilnehmenden Patientinnen mit Primärtumor bei

Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte, im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.4.1-12: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 45 bis 49, 50 bis 54, 55 bis 59 und 60 bis 64 Lebensjahre (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Lebensalter bei Erstmanif.	Altersklassen	Beitrittsjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr
		n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
K20061	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
K20062	45 bis 49 Jahre	0	0	0	0									
	50 bis 54 Jahre	1	1	1	1									
	55 bis 59 Jahre	0	0	0	0									
	60 bis 64 Jahre	1	1	0	0									
K20071	45 bis 49 Jahre	5	5	5										
	50 bis 54 Jahre	1	1	1										
	55 bis 59 Jahre	5	5	4										
	60 bis 64 Jahre	3	3	3										
K20072	45 bis 49 Jahre	2	2											
	50 bis 54 Jahre	0	0											
	55 bis 59 Jahre	1	1											
	60 bis 64 Jahre	4	4											
K20081	45 bis 49 Jahre	3												
	50 bis 54 Jahre	4												
	55 bis 59 Jahre	2												
	60 bis 64 Jahre	2												
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs in Altersklassen) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) **bei Erstmanifestation des Brustkrebs** der teilnehmenden Patientinnen mit Primärtumor bei

Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte, im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.4.1-13: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 65 bis 69, 70 bis 74, 75 bis 79 und 80 bis 84 Lebensjahre (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Lebensalter bei Erstmanif.	Altersklassen	Beitrittsjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr
		n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
K20061	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
K20062	65 bis 69 Jahre	1	0	0	0									
	70 bis 74 Jahre	0	0	0	0									
	75 bis 79 Jahre	1	1	1	1									
	80 bis 84 Jahre	0	0	0	0									
K20071	65 bis 69 Jahre	1	1	1										
	70 bis 74 Jahre	1	1	1										
	75 bis 79 Jahre	0	0	0										
	80 bis 84 Jahre	0	0	0										
K20072	65 bis 69 Jahre	3	3											
	70 bis 74 Jahre	1	1											
	75 bis 79 Jahre	0	0											
	80 bis 84 Jahre	0	0											
K20081	65 bis 69 Jahre	9												
	70 bis 74 Jahre	1												
	75 bis 79 Jahre	0												
	80 bis 84 Jahre	0												
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs in Altersklassen) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) **bei Erstmanifestation des Brustkrebs** der teilnehmenden Patientinnen mit Primärtumor bei

Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte, im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.4.1-14: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in der Altersklasse 85 Lebensjahre und älter (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Lebensalter bei Erstmanif.	Altersklassen	Beitrittsjahr n	2. Halbjahr n	3. Halbjahr n	4. Halbjahr n	5. Halbjahr n	6. Halbjahr n	7. Halbjahr n	8. Halbjahr n	9. Halbjahr n	10. Halbjahr n	11. Halbjahr n	12. Halbjahr n	13. Halbjahr n
K20061	85 und älter													
K20062	85 und älter	0	0	0	0									
K20071	85 und älter	0	0	0										
K20072	85 und älter	0	0											
K20081	85 und älter	0												
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													

4.4.1.6. Grading nach Elston und Ellis bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

Zusätzlich wird für die Erstdokumentation der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte, eine Aufteilung gemäß Grading nach Elston und Ellis durchgeführt. Die prozentuale Angabe sowie das zugehörige Konfidenzintervall zeigt den Anteil der auswertbaren Patientinnen der Subkohorte mit der jeweiligen Ausprägung des Gradings zum Zeitpunkt der ED in Bezug zur gesamten auswertbaren Subkohortengröße zur ED (APS).

Tabelle 4.4.1-15: Grading nach Elston und Ellis laut Erstdokumentation bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

Grading laut ED	1		2		3		Nicht beurteilbar/unbekannt	
	n	%APS	n	%APS	n	%APS	n	%APS
		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI
K20061								
K20062	1	20,00	1	20,00	0	0,00	3	60,00
		-15,06;55,06		-15,06;55,06		0,00;0,00		17,06;102,94
K20071	3	15,00	10	50,00	6	30,00	0	0,00
		-0,65;30,65		28,09;71,91		9,92;50,08		0,00;0,00
K20072	3	20,00	8	53,33	3	20,00	1	6,67
		-0,24;40,24		28,09;78,58		-0,24;40,24		-5,96;19,29
K20081	3	13,04	12	52,17	6	26,09	2	8,70
		-0,72;26,81		31,76;72,59		8,14;44,03		-2,82;20,21

4.4.1.8. TNM-Stadien (pN) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

Zusätzlich wird für die Erstdokumentation der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte eine Aufteilung gemäß TNM-Stadien durchgeführt. Die prozentuale Angabe sowie das zugehörige Konfidenzintervall zeigt den Anteil der auswertbaren Patientinnen der Subkohorte mit der jeweiligen Ausprägung des pN zum Zeitpunkt der ED in Bezug zur gesamten auswertbaren Subkohortengröße zur ED (APS). Seit der 13. RSA-ÄndV wurde das Feld „keine OP“ neu in den Dokumentationsbogen aufgenommen.

Tabelle 4.4.1-17: TNM-Stadien (pN) laut Erstdokumentation bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

pN laut ED	X		0		1		2		3		Keine OP	
	n	%APS	n	%APS	n	%APS	n	%APS	n	%APS	n	%APS
		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI
K20061												
K20062	0	0,00	3	60,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	40,00
		0,00;0,00		17,06;102,94		0,00;0,00		0,00;0,00		0,00;0,00		-2,94;82,94
K20071	1	5,00	10	50,00	4	20,00	0	0,00	3	15,00	1	5,00
		-4,55;14,55		28,09;71,91		2,47;37,53		0,00;0,00		-0,65;30,65		-4,55;14,55
K20072	1	6,67	11	73,33	1	6,67	0	0,00	0	0,00	1	6,67
		-5,96;19,29		50,95;95,71		-5,96;19,29		0,00;0,00		0,00;0,00		-5,96;19,29
K20081	0	0,00	13	56,52	8	34,78	1	4,35	0	0,00	1	4,35
		0,00;0,00		36,26;76,78		15,32;54,25		-3,99;12,68		0,00;0,00		-3,99;12,68

4.4.1.10. Rezeptorstatus bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

Zusätzlich wird für die Erstdokumentation der Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte eine Aufteilung gemäß Rezeptorstatus durchgeführt. Die prozentuale Angabe sowie das zugehörige Konfidenzintervall zeigt den Anteil der auswertbaren Patientinnen der Subkohorte mit der jeweiligen Ausprägung des Rezeptorstatus zum Zeitpunkt der ED in Bezug zur gesamten auswertbaren Subkohortengröße zur ED (APS).

Tabelle 4.4.1-19: Rezeptorstatus laut Erstdokumentation bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

Rezeptorstatus laut ED	Positiv		Negativ		Unbekannt	
	n	%APS	n	%APS	n	%APS
		95% CI		95% CI		95% CI
K20061						
K20062	2	40,00	1	20,00	2	40,00
		-2,94;82,94		-15,06;55,06		-2,94;82,94
K20071	16	80,00	2	10,00	1	5,00
		62,47;97,53		-3,15;23,15		-4,55;14,55
K20072	9	60,00	4	26,67	2	13,33
		35,21;84,79		4,29;49,05		-3,87;30,54
K20081	18	78,26	3	13,04	2	8,70
		61,40;95,12		-0,72;26,81		-2,82;20,21

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs in Altersklassen) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) **bei Erstmanifestation des Brustkrebs** der teilnehmenden Patientinnen mit Primärtumor bei

Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte, im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.4.2-11: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 1 bis 14, 15 bis 34, 35 bis 39 und 40 bis 44 Lebensjahre (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Lebensalter bei Erstmanif.	Altersklassen	Beitrittsjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr
		n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
K20061	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
K20062	1 bis 14 Jahre	0	0	0	0									
	15 bis 34 Jahre	0	0	0	0									
	35 bis 39 Jahre	1	1	1	1									
	40 bis 44 Jahre	4	4	4	3									
K20071	1 bis 14 Jahre	0	0	0										
	15 bis 34 Jahre	0	0	0										
	35 bis 39 Jahre	2	2	2										
	40 bis 44 Jahre	8	7	7										
K20072	1 bis 14 Jahre	0	0											
	15 bis 34 Jahre	0	0											
	35 bis 39 Jahre	3	3											
	40 bis 44 Jahre	4	4											
K20081	1 bis 14 Jahre	0												
	15 bis 34 Jahre	0												
	35 bis 39 Jahre	1												
	40 bis 44 Jahre	4												
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													
	1 bis 14 Jahre													
	15 bis 34 Jahre													
	35 bis 39 Jahre													
	40 bis 44 Jahre													

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs in Altersklassen) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) **bei Erstmanifestation des Brustkrebs** der teilnehmenden Patientinnen mit Primärtumor bei

Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte, im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.4.2-12: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 45 bis 49, 50 bis 54, 55 bis 59 und 60 bis 64 Lebensjahre (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Lebensalter bei Erstmanif.	Altersklassen	Beitrittsjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr
		n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
K20061	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
K20062	45 bis 49 Jahre	2	2	2	2									
	50 bis 54 Jahre	5	4	4	4									
	55 bis 59 Jahre	4	4	2	2									
	60 bis 64 Jahre	1	1	1	1									
K20071	45 bis 49 Jahre	13	13	10										
	50 bis 54 Jahre	11	11	10										
	55 bis 59 Jahre	4	4	3										
	60 bis 64 Jahre	9	9	9										
K20072	45 bis 49 Jahre	7	7											
	50 bis 54 Jahre	8	8											
	55 bis 59 Jahre	11	11											
	60 bis 64 Jahre	8	8											
K20081	45 bis 49 Jahre	4												
	50 bis 54 Jahre	3												
	55 bis 59 Jahre	7												
	60 bis 64 Jahre	6												
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													
	45 bis 49 Jahre													
	50 bis 54 Jahre													
	55 bis 59 Jahre													
	60 bis 64 Jahre													

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs in Altersklassen) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) **bei Erstmanifestation des Brustkrebs** der teilnehmenden Patientinnen mit Primärtumor bei

Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte, im Beitritts- und nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.4.2-13: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 65 bis 69, 70 bis 74, 75 bis 79 und 80 bis 84 Lebensjahre (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Lebensalter bei Erstmanif.	Altersklassen	Beitritts- und 1. Halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr
		n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
K20061	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
K20062	65 bis 69 Jahre	1	1	0	0									
	70 bis 74 Jahre	0	0	0	0									
	75 bis 79 Jahre	0	0	0	0									
	80 bis 84 Jahre	0	0	0	0									
K20071	65 bis 69 Jahre	6	6	6										
	70 bis 74 Jahre	1	1	1										
	75 bis 79 Jahre	0	0	0										
	80 bis 84 Jahre	1	1	1										
K20072	65 bis 69 Jahre	10	10											
	70 bis 74 Jahre	1	1											
	75 bis 79 Jahre	0	0											
	80 bis 84 Jahre	0	0											
K20081	65 bis 69 Jahre	8												
	70 bis 74 Jahre	1												
	75 bis 79 Jahre	0												
	80 bis 84 Jahre	0												
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													
	65 bis 69 Jahre													
	70 bis 74 Jahre													
	75 bis 79 Jahre													
	80 bis 84 Jahre													

Anzahl der Patientinnen in Kategorien (Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs in Altersklassen) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte

Des Weiteren wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich die Altersverteilung (in Altersklassen) **bei Erstmanifestation des Brustkrebs** der teilnehmenden Patientinnen mit Primärtumor bei

Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte, im Beitrittsjahr sowie den nachfolgenden Berichtshalbjahren darstellte.

Tabelle 4.4.2-14: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in der Altersklasse 85 Lebensjahre und älter (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Lebensalter bei Erstmanif.	Altersklassen	Beitrittsjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr
		n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
K20061	85 und älter													
K20062	85 und älter	0	0	0	0									
K20071	85 und älter	0	0	0										
K20072	85 und älter	0	0											
K20081	85 und älter	0												
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													
	85 und älter													

4.4.3.4. Lebensalter in der Subgruppe der Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung

Als Bezugsgröße für die Berechnung des Lebensalters der Versicherten der Subkohorte wird jeweils der 1. Januar eines jeden Auswertungsjahres definiert. Zu diesem Zeitpunkt wird auf der individuellen Versichertenebene (für jedes Berichtshalbjahr) das Lebensalter bestimmt. Die fol-

gende Darstellung zeigt die berechneten Median-Werte, die arithmetischen Mittelwerte und die dazugehörigen 95%-Konfidenzintervalle für eine jede Subkohorte in jedem Berichtshalbjahr. Als Grundgesamtheit für die Berechnung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle wird die auswertbare Patientinnenpopulation (n_{APS}) definiert.

Tabelle 4.4.3-9: Mittleres Alter in vollendeten Lebensjahren (nur ganzzahlige Angaben) (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung)

Lebensalter in Jahren	Beitrittshalbjahr		2. Halbjahr		3. Halbjahr		4. Halbjahr		5. Halbjahr		6. Halbjahr		7. Halbjahr		8. Halbjahr		9. Halbjahr		10. Halbjahr		11. Halbjahr		12. Halbjahr		13. Halbjahr	
	Median	MW	Median	MW	Median	MW	Median	MW	Median	MW	Median	MW	Median	MW	Median	MW	Median	MW	Median	MW	Median	MW	Median	MW	Median	MW
	n_{APS}	95% CI	n_{APS}	95% CI	n_{APS}	95% CI	n_{APS}	95% CI	n_{APS}	95% CI	n_{APS}	95% CI	n_{APS}	95% CI	n_{APS}	95% CI	n_{APS}	95% CI	n_{APS}	95% CI	n_{APS}	95% CI	n_{APS}	95% CI	n_{APS}	95% CI
K20061																										
K20062	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0																		
	0	0,00;0,00	0	0,00;0,00	0	0,00;0,00	0	0,00;0,00																		
K20071	64,0	64,0	64,0	64,0	65,0	65,0																				
	1	-61,4;189,4	1	-61,4;189,4	1	-62,4;192,4																				
K20072	44,0	53,5	45,0	54,5																						
	2	34,9;72,1	2	35,9;73,1																						
K20081	0,0	0,0																								
	0	0,00;0,00																								

4.4.5.3 Bis zum Berichtshalbjahr ausgeschiedene Patientinnen in der Subgruppe der Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung

Sämtliche Patientinnen der Subkohorte, die aus dem DMP im Beitrittsjahr und den nachfolgenden Berichtshälften wegen *Tod*, wegen *Ausschluss aus dem Programm*, wegen *Beendigung durch den Patientinnen selbst* oder wegen *unbekannter Ursache* ausgeschieden, werden auf-

summiert und in der nachfolgenden Tabelle kumuliert für die Berichtshälften dargestellt. Die prozentualen Angaben unter Angabe des 95%-Konfidenzintervalls beziehen sich auf den kumulierten Anteil der ausgeschiedenen Patientinnen der jeweiligen Subkohorte im jeweiligen Berichtshalbjahr in Bezug zur Subkohortengröße bei der Erstdokumentation.

Tabelle 4.4.5-3: Kumulierte Anzahl der ausgeschiedenen Patientinnen (Gesamt) pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung)

Ausgesch. Patientinnen	Beitrittsjahr		2. Halbjahr		3. Halbjahr		4. Halbjahr		5. Halbjahr		6. Halbjahr		7. Halbjahr		8. Halbjahr		9. Halbjahr		10. Halbjahr		11. Halbjahr		12. Halbjahr		13. Halbjahr			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI		95% CI
K20061																												
K20062	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00																				
		0,00;0,00		0,00;0,00		0,00;0,00		0,00;0,00																				
K20071	0	0,00	0	0,00	1	20,00																						
		0,00;0,00		0,00;0,00		-15,06;55,06																						
K20072	0	0,00	0	0,00																								
		0,00;0,00		0,00;0,00																								
K20081	0	0,00																										
		0,00;0,00																										

4.5. Maßnahmen und Krankheitsverlauf nach Beginn der Programmteilnahme bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

Im folgenden werden Analysen für das Patientinnenkollektiv durchgeführt, bei dem die Erstmanifestation eines Primärtumors maximal 12 Wochen vor Beginn der Teilnahme am DMP diagnostiziert (histologischer Befund) wurde.

Durchgeführte operative und therapeutische Maßnahmen (zur ED oder im Verlauf der ersten 18 Monate nach Einschreibung) sowie der Krankheitsverlauf bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte, wird für die jeweiligen Kohorten anhand nachfolgend aufgeführter Items beschrieben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Auswertung von Maßnahmen im Verlauf (hier: zur Erstdokumentation oder mindestens einer Folgedokumentation innerhalb von 18 Monaten) erfordert, dass Werte zur ED sowie für die nachfolgenden 3 Auswertungshalbjahre vorliegen. Das bedeutet, dass für die letzte ausgewerte Kohorte des Berichts lediglich das Beitrittsjahr (ED), für die vorletzte Kohorte des Berichts lediglich das Beitrittsjahr und das 2. Halbjahr (also ED und 6 Monate), für die drittletzte Kohorte lediglich das Beitrittsjahr, das 2. und das 3. Halbjahr (also ED und 12 Monate) zum Zeitpunkt der Berichtserstellung ausgewertet werden kann. Aufgeführt werden alle bislang durchgeführten Auswertungen. Aufgrund der nicht mehr möglichen Vergleichbarkeit zwischen einigen Analysen VOR und NACH der 13. RSA-ÄndV entfällt ab Juni 2008 ein Teil der Analysen (siehe Spalte rechts).

Patientinnen mit Tumorgröße pTis, pT1 bis pT2: Brusterhaltende Therapie laut ED
Axilladisektion bei invasivem Tumortyp (entfällt vor und nach der 13. RSA-ÄndV)
Patientinnen nach axillärer Lymphonodektomie: Anzahl der Patientinnen mit mehr als 9 entfernten Lymphknoten laut ED
Patientinnen nach brusterhaltender Therapie (BET): Strahlentherapie der Brust laut ED oder mind. einer FD innerhalb von 18 Monaten
Patientinnen mit Tumorgröße pT3/pT4 nach Mastektomie: Strahlentherapie laut ED oder mind. einer FD innerhalb von 18 Monaten
Patientinnen mit R1/R2 Resektion nach Mastektomie: Strahlentherapie laut ED oder mind. einer FD innerhalb von 18 Monaten
Patientinnen nach Mastektomie und Resektion von mehr als 3 befallenen Lymphknoten nach axillärer Lymphonodektomie: Strahlentherapie laut ED oder mind. einer FD innerhalb von 18 Monaten
Chemotherapie bei Frauen mit einem erhöhten Risiko (entfällt vor und nach der 13. RSA-ÄndV)
Antiöstrogene Therapie bei postmenopausalen Frauen mit erhöhtem Risiko und positivem Rezeptorstatus (entfällt vor und nach der 13. RSA-ÄndV)
Patientinnen mit einem niedrigem Risiko: Keine Chemotherapie laut ED oder mind. einer FD innerhalb von 18 Monaten
Ausschaltung der Ovarialfunktion in Kombination mit antiöstrogener Therapie (entfällt vor und nach der 13. RSA-ÄndV)

4.5.1. Patientinnen mit Tumorgröße pTis, pT1 bis pT2: Brusterhaltende Therapie (BET) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

In der folgenden Tabelle wird die BET bei Patientinnen mit Tumorgrößen pTis, pT1 bis pT2 analysiert (alle Angaben entstammen der ED). Für alle ausgewiesenen Kohorten wird in der folgenden Tabelle Anzahl, Rate und das 95%-Konfidenzintervall für eine dokumentierte BET (bzw. nicht dokumentierte BET) dargestellt. Die prozentualen Angaben (Rate %) unter Angabe des 95%-Konfidenzintervalls beziehen sich auf die Anzahl der **laut ED** auswertbaren Patientinnen mit Tu-

morgrößen pTis, pT1 bis pT2 bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.

Tabelle 4.5-1: Patientinnen mit Tumorgrößen pTis, pT1 und pT2: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit BET (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Brusterhaltende Therapie	Anzahl der Patientinnen mit Tumorgrößen pTis, pT1 bis pT2 laut ED bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	Brusterhaltende Therapie (BET) laut ED bei Patientinnen mit Tumorgrößen pTis, pT1 bis pT2 laut ED und Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte		
		Anzahl der auswertbaren Patientinnen mit BET	Rate %	[95% CI]
K20061				
K20062	3	2	66,67	13,32;120,01
K20071	16	12	75,00	53,78;96,22
K20072	10	8	80,00	55,21;104,79
K20081	21	20	95,24	86,13;104,35

4.5.2. Patientinnen nach axillärer Lymphonodektomie: Anzahl der Patientinnen mit mehr als 9 entfernten Lymphknoten bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

In der folgenden Tabelle wird für diejenigen Patientinnen, bei denen eine axilläre Lymphonodektomie durchgeführt wurde, die Anzahl und der Anteil der Patientinnen analysiert, bei denen mehr als 9 Lymphknoten entfernt wurden (alle Angaben entstammen der ED). Für alle ausgewiesenen Kohorten wird in der folgenden Tabelle Anzahl, Rate und das 95%-Konfidenzintervall für das Entfernen von mehr als 9 Lymphknoten dargestellt. Die prozentualen Angaben (Rate %) unter Angabe des 95%-Konfidenzintervalls beziehen sich auf die Anzahl der **laut ED** auswertbaren Patientinnen mit axillärer Lymphonodektomie bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.

tinnen mit axillärer Lymphonodektomie bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.

Tabelle 4.5-2: Patientinnen nach axillärer Lymphonodektomie: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit mehr als 9 entfernten Lymphknoten (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Axilläre Lymphonodektomie und mehr als 9 Lymphknoten entfernt	Anzahl der Patientinnen mit axillärer Lymphonodektomie laut ED bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	Patientinnen mit mehr als 9 entfernten Lymphknoten bei axillärer Lymphonodektomie laut ED bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte		
		Anzahl der auswertbaren Patientinnen mit mehr als 9 entfernten Lymphknoten	Rate %	[95% CI]
K20061				
K20062	2	1	50,00	-19,30;119,30
K20071	10	9	90,00	71,41;108,59
K20072	8	6	75,00	44,99;105,01
K20081	11	9	81,82	59,03;104,61

4.5.3. Patientinnen nach BET: Strahlentherapie der Brust bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

In der folgenden Tabelle wird die Strahlentherapie **laut ED oder mindestens einer FDx innerhalb von 18 Monaten*** bei Patientinnen analysiert, bei denen laut ED eine brusterhaltende Therapie (BET) durchgeführt wurde. Für alle ausgewiesenen Kohorten wird in der folgenden Tabelle Anzahl, Rate und das 95%-Konfidenzintervall für eine durchgeführte Strahlentherapie sowie für „ohne Werte“ dargestellt. Die prozentualen Angaben (Rate %) unter Angabe des 95%-Konfidenzintervalls beziehen sich auf die Anzahl der **laut ED** auswertbaren Patientinnen mit BET bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.

Tabelle 4.5-3: Patientinnen nach BET: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Strahlentherapie der Brust (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Strahlentherapie der Brust nach BET	Anzahl der Patientinnen mit BET laut ED bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	Strahlentherapie der Brust laut ED oder mindestens einer FDx innerhalb von 18 Monaten bei Patientinnen mit BET laut ED und Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte					
		Anzahl der auswertbaren Patientinnen mit Strahlentherapie in ED / FDx	Rate %	[95% CI]	Anzahl der auswertbaren Patientinnen ohne Werte** zur Strahlentherapie in ED / FDx	Rate %	[95% CI]
K20061							
K20062	3	2	66,67	13,32;120,01	1	33,33	-20,01;86,68
K20071	12	6	50,00	21,71;78,29	6	50,00	21,71;78,29
K20072	8	5	62,50	28,95;96,05	3	37,50	3,95;71,05
K20081	21	3	14,29	-0,68;29,25	18	85,71	70,75;100,68

* Zur Darstellbarkeit des Zeitfensters „laut ED oder mindestens einer Folgedokumentation innerhalb von 18 Monaten“ siehe Kapitel 4.5.

** „Ohne Werte“ zur Strahlentherapie umfasst in diesem Falle alle Patientinnen mit keiner Angabe zur Strahlentherapie sowie mit der Angabe „keine“ und „geplant“

4.5.4. Patientinnen mit Tumorgrößen pT3/pT4 nach Mastektomie: Strahlentherapie bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

In der folgenden Tabelle wird die Strahlentherapie **laut ED oder mindestens einer FDx innerhalb von 18 Monaten*** bei Patientinnen analysiert, bei denen laut ED Tumorgrößen pT3/pT4 nach Mastektomie diagnostiziert wurden. Für alle ausgewiesenen Kohorten wird in der folgenden Tabelle Anzahl, Rate und das 95%-Konfidenzintervall für eine durchgeführte Strahlentherapie dargestellt. Die prozentualen Angaben (Rate %) unter Angabe des 95%-Konfidenzintervalls beziehen sich auf die Anzahl der **laut ED** auswertbaren Patientinnen mit Tumorgrößen pT3/pT4 nach Mastektomie bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.

Tabelle 4.5-4: Patientinnen mit Tumorgrößen pT3/pT4 nach Mastektomie: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Strahlentherapie (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Strahlentherapie bei pT3/pT4 Tumoren nach Mastektomie	Anzahl der Patientinnen mit Tumorgrößen pT3/pT4 nach Mastektomie laut ED bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	Strahlentherapie laut ED oder mindestens einer FDx innerhalb von 18 Monaten bei Patientinnen mit Tumorgrößen pT3/pT4 nach Mastektomie laut ED bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte		
		Anzahl der auswertbaren Patientinnen mit Strahlentherapie in ED / FDx	Rate %	[95% CI]
K20061				
K20062	0	0	0,00	0,00;0,00
K20071	1	1	100,00	100,00;100,00
K20072	1	0	0,00	0,00;0,00
K20081	0	0	0,00	0,00;0,00

* Zur Darstellbarkeit des Zeitfensters „laut ED oder mindestens einer Folgedokumentation innerhalb von 18 Monaten“ siehe Kapitel 4.5.

4.5.5. Patientinnen mit R1/R2 Resektion nach Mastektomie: Strahlentherapie bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

In der folgenden Tabelle wird die Strahlentherapie **laut ED oder mindestens einer FDx innerhalb von 18 Monaten*** bei Patientinnen analysiert, bei denen laut ED eine R1/R2 Resektion nach Mastektomie dokumentiert wurde. Für alle ausgewiesenen Kohorten wird in der folgenden Tabelle Anzahl, Rate und das 95%-Konfidenzintervall für eine durchgeführte Strahlentherapie dargestellt. Die prozentualen Angaben (Rate %) unter Angabe des 95%-Konfidenzintervalls beziehen sich auf die Anzahl der **laut ED** auswertbaren Patientinnen mit R1/R2-Resektion und Mastektomie bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.

Tabelle 4.5-5: Patientinnen mit R1/R2 Resektion nach Mastektomie: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Strahlentherapie (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Strahlentherapie bei R1/R2-Resektion nach Mastektomie	Anzahl der Patientinnen mit R1/R2 Resektion nach Mastektomie laut ED bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	Strahlentherapie laut ED oder mindestens einer FDx innerhalb von 18 Monaten bei Patientinnen mit R1/R2 Resektion nach Mastektomie laut ED bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte		
		Anzahl der auswertbaren Patientinnen mit Strahlentherapie in ED / FDx	Rate %	[95% CI]
K20061				
K20062	0	0	0,00	0,00;0,00
K20071	1	1	100,00	100,00;100,00
K20072	0	0	0,00	0,00;0,00
K20081	0	0	0,00	0,00;0,00

* Zur Darstellbarkeit des Zeitfensters „laut ED oder mindestens einer Folgedokumentation innerhalb von 18 Monaten“ siehe Kapitel 4.5.

4.5.6. Patientinnen nach Mastektomie und Resektion von mehr als 3 befallenen Lymphknoten nach axillärer Lymphonodektomie: Strahlentherapie bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

In der folgenden Tabelle wird die Strahlentherapie **laut ED oder mindestens einer FDx innerhalb von 18 Monaten*** bei Patientinnen analysiert, bei denen laut ED eine Mastektomie und die Resektion von mehr als 3 befallenen Lymphknoten nach axillärer Lymphonodektomie dokumentiert wurde. Für alle ausgewiesenen Kohorten wird in der folgenden Tabelle Anzahl, Rate und das 95%-Konfidenzintervall für eine durchgeführte Strahlentherapie dargestellt. Die prozentualen Angaben (Rate %) unter Angabe des 95%-Konfidenzintervalls beziehen sich auf die Anzahl der **laut ED** auswertbaren Patientinnen mit Mastektomie sowie Resektion von mehr als 3 befallenen Lymphknoten nach axillärer Lymphonodektomie bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.

Tabelle 4.5-6: Patientinnen nach Mastektomie und Resektion von mehr als 3 befallenen Lymphknoten nach axillärer Lymphonodektomie: Strahlentherapie (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Strahlentherapie nach Resektion von > 3 befallenen Lymphknoten nach Mastektomie	Anzahl der Patientinnen nach Mastektomie und Resektion von > 3 befallenen Lymphknoten nach axillärer Lymphonodektomie laut ED bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	Strahlentherapie laut ED oder mindestens einer FDx innerhalb von 18 Monaten bei Patientinnen nach Mastektomie und Resektion von > 3 befallenen Lymphknoten nach axillärer Lymphonodektomie laut ED bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte		
		Anzahl der auswertbaren Patientinnen mit Strahlentherapie in ED / FDx	Rate %	[95% CI]
K20061				
K20062	0	0	0,00	0,00;0,00
K20071	1	1	100,00	100,00;100,00
K20072	0	0	0,00	0,00;0,00
K20081	0	0	0,00	0,00;0,00

* Zur Darstellbarkeit des Zeitfensters „laut ED oder mindestens einer Folgedokumentation innerhalb von 18 Monaten“ siehe Kapitel 4.5.

4.5.7. Patientinnen mit einem niedrigen Risiko: Keine Chemotherapie bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte

In der folgenden Tabelle wird die **nicht** durchgeführte Chemotherapie **laut ED und allen FDx innerhalb von 18 Monaten*** bei Patientinnen analysiert, bei denen laut ED ein niedriges Risiko (siehe rechte Spalte) vorlag. Für alle ausgewiesenen Kohorten wird in der folgenden Tabelle Anzahl, Rate und das 95%-Konfidenzintervall für **keine** durchgeführte Chemotherapie dargestellt. Die prozentualen Angaben (Rate %) unter Angabe des 95%-Konfidenzintervalls beziehen sich auf die Anzahl der laut ED auswertbaren Patientinnen mit einem niedrigen Risiko bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.

Patientinnen wurden dann zu der Subgruppe der Frauen mit **niedrigem Risiko** laut ED zugeordnet, sofern sämtliche der nachfolgenden 5 Kriterien zutrafen.

Alter \geq 35 Jahre

Karzinom:

\leq 2 cm (pT)

Hochdifferenziert (Grading G1)

Rezeptorpositiv (ER+ und/oder PR+)

Nodalnegativ (pN)

Tabelle 4.5-7: Patientinnen mit einem niedrigen Risiko: Anzahl und Anteil der Patientinnen, bei denen keine Chemotherapie durchgeführt wurde (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Keine Chemotherapie bei niedrigem Risiko	Anzahl der Patientinnen mit einem niedrigen Risiko laut ED bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	Keine Chemotherapie laut ED und sämtlichen FDx innerhalb von 18 Monaten bei Patientinnen mit niedrigem Risiko laut ED bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte		
		Anzahl der auswertbaren Patientinnen in ED / FDx ohne Chemotherapie	Rate %	[95% CI]
K20061				
K20062	0	0	0,00	0,00;0,00
K20071	2	2	100,00	100,00;100,00
K20072	2	2	100,00	100,00;100,00
K20081	3	3	100,00	100,00;100,00

* Zur Darstellbarkeit des Zeitfensters „laut ED oder mindestens einer Folgedokumentation innerhalb von 18 Monaten“ siehe Kapitel 4.5.

4.5.8. Ereigniszeitanalysen nach Kaplan-Meier

Ereignisse	Auftreten von klinisch relevanten Endpunkten (zum Beispiel Tod, Neubildungen)
zensierte Fälle	Patientinnen mit Ausscheiden aus dem DMP OHNE Ereigniseintritt bis zum Ausscheiden
Überlebende	Anzahl der Patientinnen, bei denen das Ereignis zu einem bestimmten Zeitpunkt (noch) nicht eingetreten ist

Kumulierte „Überlebensraten“

Wahrscheinlichkeit dafür, dass eine Patientin der betreffenden Kohorte nach 2, 3, 4 ... Halbjahren noch lebt, bzw. das Ereignis noch nicht eingetreten ist bezogen auf die Population, bei der das Ereignis noch auftreten könnte

Grundsätzlich wird in Analogie zum publizierten Vorgehen bei möglichem Vorliegen mehrerer Ereignisse pro Versichertem jeweils nur das ERSTE Ereignis gewertet.

Die zugehörigen Tabellen zeigen die kohortenspezifischen kumulierten Überlebensraten (Tod, Tumorfremie Zeit) für die jeweils definierten Populationen.

Verstorbene Patientinnen:

Die Tabelle 4.5-12 zeigt die Anzahl der Patientinnen (n*) mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte, die zum jeweiligen Berichtshalbjahr verstorben

sind. Rate: Anteil der verstorbenen Patientinnen an der verbliebenen für Tod auswertbaren Versichertenpopulation mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte (n_{RKS}). Die Angabe erfolgt als %-Angabe mit dem dazugehörigen 95%-Konfidenzintervall.

Tabelle 4.5-12: Anzahl und Anteil der verstorbenen Patientinnen in den einzelnen Berichtshalbjahren (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Verstorbene Patientinnen	Beitrittsjahr		2. Halbjahr		3. Halbjahr		4. Halbjahr		5. Halbjahr		6. Halbjahr		7. Halbjahr		8. Halbjahr		9. Halbjahr		10. Halbjahr		11. Halbjahr		12. Halbjahr		13. Halbjahr	
	n _{KOHS}	%KOH	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%
	n*		n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI
K20061																										
K20062	5	0,00	4	0,00	3	0,00	3	0,00																		
	0		0	0,00;0,00	0	0,00;0,00	0	0,00;0,00																		
K20071	20	0,00	18	0,00	17	0,00																				
	0		0	0,00;0,00	0	0,00;0,00																				
K20072	15	0,00	15	0,00																						
	0		0	0,00;0,00																						
K20081	23	0,00																								
	0																									

n* = verstorbene Patientinnen im Berichtshalbjahr

4.6. Krankheitsverlauf nach der Einschreibung bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte

Im folgenden werden Analysen für das Patientinnenkollektiv durchgeführt, bei dem die Erstmanifestation eines Primärtumors länger als 12 Wochen vor Beginn der Teilnahme am DMP diagnostiziert (histologischer Befund) wurde und zu dem Zeitpunkt noch kein Rezidiv vorlag. Durchgeführte operative und therapeutische Maßnahmen (zur ED oder im Verlauf der ersten 18 Monate nach Einschreibung) sowie der Krankheitsverlauf bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte, wird für die jeweiligen Kohorten anhand nachfolgend aufgeführter Items beschrieben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Auswertung von Maßnahmen im Verlauf (hier: zur Erstdokumentation oder mindestens einer Folgedokumentation innerhalb von 18 Monaten) erfordert, dass Werte zur ED sowie für die nachfolgenden 3 Auswertungshalbjahre vorliegen. Das bedeutet, dass für die letzte ausgewerte Kohorte des Berichts lediglich das Beitrittsjahr (ED), für die vorletzte Kohorte des Berichts lediglich das Beitrittsjahr und das 2. Halbjahr (also ED und 6 Monate), für die drittletzte Kohorte lediglich das Beitrittsjahr, das 2. und das 3. Halbjahr (also ED und 12 Monate) zum Zeitpunkt der Berichtser-

stellung ausgewertet werden kann. Aufgeführt werden alle bislang durchgeführten Auswertungen. Aufgrund der nicht mehr möglichen Vergleichbarkeit zwischen einigen Analysen VOR und NACH der 13. RSA-ÄndV entfällt ab Juni 2008 ein Teil der Analysen (siehe Spalte rechts).

Der Krankheitsverlauf bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte, wird für die jeweiligen Kohorten anhand folgender Items beschrieben:

- Antiöstrogene Therapie bei postmenopausalen Frauen mit erhöhtem Risiko und positivem Rezeptorstatus (**entfällt vor und nach der 13.RSA-ÄndV**)
- Ausschaltung der Ovarialfunktion in Kombination mit antiöstrogener Therapie (**entfällt vor und nach der 13.RSA-ÄndV**)
- Überlebenszeit
- Tumorfremie Überlebenszeit
- Rezidiv- und Sterberate

Metastasierung:

Die Tabelle 4.6-4 zeigt die Anzahl der Patientinnen (n*) mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte, die zum jeweiligen Berichtshalbjahr eine Me-

tastasierung aufgewiesen haben. Rate: Anteil der Patientinnen mit Metastasierung an der verbliebenen auswertbaren Versichertenpopulation mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte (n_{APS}). Die Angabe erfolgt als %-Angabe mit dem dazugehörigen 95%-Konfidenzintervall.

Tabelle 4.6-4: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Metastasierung in den einzelnen Berichtshalbjahren (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Patientinnen m. Metastasierung in FDx	Beitrittsjahr		2. Halbjahr		3. Halbjahr		4. Halbjahr		5. Halbjahr		6. Halbjahr		7. Halbjahr		8. Halbjahr		9. Halbjahr		10. Halbjahr		11. Halbjahr		12. Halbjahr		13. Halbjahr	
	n _{KOHs} n*	%KOH	n _{APS} n*	% 95% CI																						
K20061																										
K20062	21	0,00	16	0,00	9	0,00	15	0,00																		
	0		0	0,00;0,00	0	0,00;0,00	0	0,00;0,00																		
K20071	59	0,00	44	0,00	51	0,00																				
	0		0	0,00;0,00	0	0,00;0,00																				
K20072	54	0,00	43	0,00																						
	0		0	0,00;0,00																						
K20081	35	0,00																								
	0																									

n* = Patientinnen mit Metastasierung im Berichtshalbjahr

Verstorbene Patientinnen:

Die Tabelle 4.6-5 zeigt die Anzahl der Patientinnen (n*) mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte, die zum jeweiligen Berichtshalbjahr verstorben

sind. Rate: Anteil der verstorbenen Patientinnen an der verbliebenen für Tod auswertbaren Versichertenpopulation mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte (n_{RKS}). Die Angabe erfolgt als %-Angabe mit dem dazugehörigen 95%-Konfidenzintervall.

Tabelle 4.6-5: Anzahl und Anteil der verstorbenen Patientinnen in den einzelnen Berichtshalbjahren (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)

Verstorbene Patientinnen	Beitrittsjahr		2. Halbjahr		3. Halbjahr		4. Halbjahr		5. Halbjahr		6. Halbjahr		7. Halbjahr		8. Halbjahr		9. Halbjahr		10. Halbjahr		11. Halbjahr		12. Halbjahr		13. Halbjahr	
	n _{KOHS}	%KOH	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%	n _{RKS}	%
	n*		n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI	n*	95% CI
K20061																										
K20062	21	0,00	19	0,00	16	0,00	15	0,00																		
	0		0	0,00;0,00	0	0,00;0,00	0	0,00;0,00																		
K20071	59	0,00	57	0,00	52	1,92																				
	0		0	0,00;0,00	1	-1,81;5,66																				
K20072	54	0,00	54	0,00																						
	0		0	0,00;0,00																						
K20081	35	0,00																								
	0																									

n* = verstorbene Patientinnen im Berichtshalbjahr

Für die Rezidivraten nicht auswertbare Patientinnen:

Die Tabelle 4.7-6 zeigt die Anzahl der Patientinnen (n_{OW}) mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung, die für die Berechnung der Rezidivraten infolge fehlender medizinischer Dokumenta-

tionen und/oder fehlender Angaben auf vorhandenen Dokumentationen nicht einbezogen werden konnten. Rate: Anteil der für die Rezidivraten nicht auswertbaren Patientinnen an der verbliebenen Restsubkohorte (n_{RKS}). Die Angabe erfolgt als %-Angabe mit dem dazugehörigen 95%-Konfidenzintervall.

Tabelle 4.7-6: Anzahl der Patientinnen, die für die Analyse der Rezidivraten nicht ausgewertet werden konnten (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung)

Nicht auswertbare Patientinnen	Beitrittsjahr		2. Halbjahr		3. Halbjahr		4. Halbjahr		5. Halbjahr		6. Halbjahr		7. Halbjahr		8. Halbjahr		9. Halbjahr		10. Halbjahr		11. Halbjahr		12. Halbjahr		13. Halbjahr	
	n_{KOHs}	%KOH	n_{RKS}	%	n_{RKS}	%	n_{RKS}	%	n_{RKS}	%	n_{RKS}	%	n_{RKS}	%	n_{RKS}	%	n_{RKS}	%	n_{RKS}	%	n_{RKS}	%	n_{RKS}	%	n_{RKS}	%
	n_{OW}	95% CI	n_{OW}	95% CI	n_{OW}	95% CI	n_{OW}	95% CI	n_{OW}	95% CI	n_{OW}	95% CI	n_{OW}	95% CI	n_{OW}	95% CI	n_{OW}	95% CI	n_{OW}	95% CI	n_{OW}	95% CI	n_{OW}	95% CI	n_{OW}	95% CI
K20061																										
K20062	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0																		
	0	0,00;0,00	0	0,00;0,00	0	0,00;0,00	0	0,00;0,00																		
K20071	1	0,00	1	100,00	1	0,00																				
	0	0,00;0,00	1	100,00;100,00	0	0,00;0,00																				
K20072	2	0,00	2	0,00																						
	0	0,00;0,00	0	0,00;0,00																						
K20081	0	0,0																								
	0	0,00;0,00																								

4.10. Evaluation der ökonomischen Inhalte

Für die Evaluation der ökonomischen Inhalte wird eine Reihe von Konventionen getroffen, welche bereits im Methodenteil dargestellt wurden. Zur Vollständigkeit und besseren Übersicht werden diese Prämissen an dieser Stelle noch einmal aufgeführt.

In die Evaluation der ökonomischen Inhalte fanden alle Angaben Eingang, die ab Beginn des Programms, jedoch nicht vor dem 01.01.2004, bis maximal 6 Kalenderhalbjahre nach dem Halbjahr, in dem die Zulassung erfolgte, dokumentiert wurden. Basis bilden die Patientinnen, die im Rahmen der Stichprobenziehung (siehe dazu auch 2.4., Seite 17) für die Evaluation der ökonomischen Inhalte ausgewählt wurden. Für die Kostenarten „Hilfsmittel“ und „Häusliche Krankenpflege“ gilt die Besonderheit, dass die Daten erst für den Zeitraum ab dem 01.01.2006 übermittelt werden.

Die entstandenen Kosten wurden durch die datenübermittelnden Krankenkasse derjenigen Periode zugeordnet, in der sie entstanden waren. So werden stationäre Kosten dem Zeitpunkt bzw. dem Berichtshalbjahr zugeordnet, in dem die stationäre Einweisung erfolgt. Abweichend zu dieser Vorgehensweise wird bei der Zuordnung der Heilmittelkosten der Abrechnungsmonat gewählt und die Zuordnung erfolgt über den Abrechnungsmonat zu dem jeweiligen Berichtshalbjahr.

Die Kosten, die im Kalenderhalbjahr der Erstdokumentation des Patientinnen (Beginn der Programmteilnahme) entstehen, werden separat erfasst und im folgenden als „Beitrittshalbjahr“ ausgewiesen. Das erste der Auswertung zugrunde liegende vollständige Halbjahr beginnt mit dem ersten Tag des Kalenderhalbjahres, das auf das Beitrittshalbjahr folgt.

Die Anzahl der verstorbenen oder ausgeschiedenen Patientinnen sowie die Kosten verstorbener oder ausgeschiedener Patientinnen im Halbjahr ihres Todes bzw. ihres Austritts fließen in die Auswertung ein. Bei der Mittelwertberechnung der einzelnen Kostenarten und der Leistungsausgaben insgesamt wird die **Anzahl** der im 1. Quartal eines Berichtshalbjahres ausgeschiedenen sowie der verstorbenen Patientinnen mit einem Faktor 0,5 bewertet. Bei der Darstellung der Histogramme (Anlage zum Bericht) fließen diese Versicherten ohne Gewichtung ein. Bei der Darstellung der Kosten pro Auswertungsjahr wird bei diesen Patientinnen das Halbjahr des Ausscheidens bzw. Versterbens ebenfalls mit einem Faktor 0,5 bewertet.

Die Verwaltungskosten und die Kosten der Qualitätssicherung pro Versichertenjahr werden durch die Krankenkassen kalkulatorisch pro Versichertenjahr ermittelt und separat ausgewiesen.

Die durchgeführten Analysen zum Krankengeld betreffen die Kosten für Krankengeld in Bezug zu sämtlichen Versicherten mit einem bestehenden Krankengeldanspruch. Bei der Analyse werden sämtliche Anspruchsberechtigungen zum 01.01. eines jeden Jahres für das vorausgegangene Jahr und erstmalig zum 01.01.2005 für 2004 berücksichtigt.

4.10.1. Patientinnenzahlen bei der ökonomischen Evaluation

Die Ziehung der Stichproben erfolgte bislang jeweils 3 Monate nach Ablauf eines Kalenderhalbjahres auf Basis der zu diesem Zeitpunkt von den Kassen an MNC übermittelten Patientinnenkurzmerkmale (PMK) der im abgelaufenen Halbjahr neu eingeschriebenen Patientinnen. In diesem Bericht werden dagegen ausschließlich diejenigen Patientinnen ausgewertet, für die zum Zeitpunkt der Berichtserstellung auch die vollständigen Informationen aus den Patientinnenlangmerkmalen (PML) vorlagen. Leider kam es ab der Kohorte K20062 vor, dass die 9 Monate nach Ablauf eines Kalenderhalbjahres übermittelten PML nicht deckungsgleich (Versichertenpseudonyme, übermittelte Anzahl der Datensätze) zu den vorher schon übermittelten PMK waren, so dass unter Umständen kassendatenbedingt fehlerhafte Stichprobengrößen gezogen wurden. In Absprache mit dem BVA wurde von MNC im Frühjahr 2009 ein Konzept entwickelt, um kassendatenbedingt fehlerhafte Stichprobengrößen für die ökonomische Evaluation zukünftig zu korrigieren.

Die folgende Darstellung gibt eine Übersicht über den kohortenspezifischen Stichprobenumfang n_{KSTP} , falls die Anzahl der Kohortenteilnehmer im Beitrittsjahr mindestens 10 Teilnehmer umfasst. In die ökonomische Auswertung einfließen konnten nur diejenigen der gemäß PMK gezogenen Datensätze, für die zum Zeitpunkt der Berichtserstellung für das Beitrittsjahr und die Folgehalbjahre ökonomische Daten vorlagen (n_{APSTP}). Zusätzlich wird im Weiteren die Anzahl der verstorbenen oder ausgeschiedenen Patientinnen der Stichprobe dargestellt. Rate im Beitrittsjahr: Anteil der auswertbaren Patientinnen mit PML und mit vorliegenden ökonomischen Daten an der gemäß PMK gezogenen Stichprobe (n_{KSTP}). Rate für alle anderen Halbjahre: Anteil der auswertbaren Patientinnen mit ökonomischen Daten an der verbliebenen Restkohorte der Stichprobe ($n_{RKAPSTP}$). Die Angabe erfolgt als %-Angabe mit dem dazugehörigen 95%-Konfidenzintervall.

Tabelle 4.10.1-1: Anzahl der Patientinnen der Stichproben mit auswertbaren ökonomischen Daten

Für Ökonomie auswertbare Patientinnen	Beitrittsjahr		2. Halbjahr		3. Halbjahr		4. Halbjahr		5. Halbjahr		6. Halbjahr		7. Halbjahr		8. Halbjahr		9. Halbjahr		10. Halbjahr		11. Halbjahr		12. Halbjahr		13. Halbjahr	
	n_{KSTP}	%	$n_{RKAPSTP}$	%	$n_{RKAPSTP}$	%	$n_{RKAPSTP}$	%	$n_{RKAPSTP}$	%	$n_{RKAPSTP}$	%	$n_{RKAPSTP}$	%	$n_{RKAPSTP}$	%	$n_{RKAPSTP}$	%	$n_{RKAPSTP}$	%	$n_{RKAPSTP}$	%	$n_{RKAPSTP}$	%	$n_{RKAPSTP}$	%
	n_{APSTP}	95% CI	n_{APSTP}	95% CI	n_{APSTP}	95% CI	n_{APSTP}	95% CI	n_{APSTP}	95% CI	n_{APSTP}	95% CI	n_{APSTP}	95% CI	n_{APSTP}	95% CI	n_{APSTP}	95% CI	n_{APSTP}	95% CI						
K20061																										
K20062	24	95,83	20	100,00	16	100,00	15	100,00																		
	23	87,84;103,83	20	100,00;100,00	16	100,00;100,00	15	100,00;100,00																		
K20071	62	100,00	59	100,00	57	100,00																				
	62	100,00;100,00	59	100,00;100,00	57	100,00;100,00																				
K20072	74	98,65	73	100,00																						
	73	96,02;101,28	73	100,00;100,00																						
K20081	59	100,00																								
	59	100,00;100,00																								

n_{KSTP} = Patientinnen der Stichprobe (Basis PMK)
 n_{APSTP} im Beitrittsjahr = Patientinnen der Stichprobe auf Basis PMK, für die auch PML- und OD-Daten vorlagen
 $n_{RKAPSTP}$ = im DMP verbliebene Patientinnen der n_{APSTP} im Beitrittsjahr
 n_{APSTP} in Folgehalbjahren = Verbleibende auswertbare Patientinnen der n_{APSTP} im Beitrittsjahr mit im Folgehalbjahr vorliegenden ökonomischen Daten

Leistungsausgaben insgesamt

Die folgende Darstellung gibt eine Übersicht über die gesamten Leistungsausgaben (als Summe der o.a. Kosten- bzw. Leistungsbereiche), aufgeteilt nach Kohorten bzw. Stichproben aus den Kohorten und Berichtshalbjahren.

Tabelle 4.10.2-9: Leistungsausgaben insgesamt im jeweiligen Berichtshalbjahr in €

Leistungs- ausgaben insgesamt/€	Beitritts-halbjahr		2. Halbjahr		3. Halbjahr		4. Halbjahr		5. Halbjahr		6. Halbjahr		7. Halbjahr		8. Halbjahr		9. Halbjahr		10. Halbjahr		11. Halbjahr		12. Halbjahr		13. Halbjahr	
	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW
	n _{APSTPgew}	95% CI	n _{APSTPgew}	95% CI	n _{APSTPgew}	95% CI	n _{APSTPgew}	95% CI	n _{APSTPgew}	95% CI	n _{APSTPgew}	95% CI	n _{APSTPgew}	95% CI	n _{APSTPgew}	95% CI	n _{APSTPgew}	95% CI	n _{APSTPgew}	95% CI	n _{APSTPgew}	95% CI	n _{APSTPgew}	95% CI	n _{APSTPgew}	95% CI
K20061																										
K20062	3567,42	4060,72	2481,18	1716,89	5998,17	3268,20	1244,83	642,66																		
	23	2602,8:5518,7	20	629,5:2804,3	15,5	282,1:6254,3	14,5	1,9:1283,4																		
K20071	8939,84	7027,03	8528,30	6293,88	4982,09	2040,48																				
	60,5	4774,3:9279,7	58	4099,1:8488,7	52,5	692,8:3388,1																				
K20072	6241,39	5350,27	3732,40	2266,59																						
	73	3918,5:6782,0	68,5	1382,7:3150,5																						
K20081	4833,48	5368,68																								
	59	4135,3:6602,0																								
					</																					

4.10.4. Verwaltungskosten und Kosten der Qualitätssicherung

Zusätzlich zu den direkten Kosten der Patientinnenbehandlung werden die Verwaltungskosten und die Kosten der Qualitätssicherung im Rahmen des DMP analysiert und im Folgenden jahresweise dargestellt.

Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten werden nicht kohortenspezifisch als Durchschnittskosten je DMP-Patient und Jahr durch die programmdurchführenden Krankenkassen kalkulatorisch ermittelt.

Tabelle 4.10.4-1: Verwaltungskosten (nicht kohortenspezifische Durchschnittskosten je DMP-Patient) in €

Verwaltungskosten im Kalenderjahr	MW
2006	1257,30
2007	127,61
2008	30,50

Kosten der Qualitätssicherung

Die Kosten der Qualitätssicherung werden nicht kohortenspezifisch als Durchschnittskosten je DMP-Patient und Jahr durch die programmdurchführenden Krankenkassen kalkulatorisch ermittelt.

Tabelle 4.10.4-2: Kosten der Qualitätssicherung (nicht kohortenspezifische Durchschnittskosten je DMP-Patient) in €

Kosten der Qualitätssicherung im Kalenderjahr	MW
2006	0,00
2007	33,77
2008	4,29

4.10.7. Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr

In den folgenden Tabellen werden die Kosten der einzelnen Leistungsbereiche pro Auswertungsjahr dargestellt. In die Berechnung fließen die kumulierten Kosten (ohne Beitrittsjahr) pro Leistungsbereich bis zum jeweilig letzten Berichtshalbjahr ein. Bei verstorbenen oder im ersten Quartal eines Halbjahres ausgeschiedenen Patientinnen wird in Analogie zur vorherigen Halbjahresdarstellung hier das Halbjahr des Ausscheidens gewichtet, d.h. in diesen Fällen nur „halb“ ge-

zählt. Die kumulierten Werte pro Ausgabenart werden durch die Anzahl der hier ausgewerteten und zu berücksichtigenden Jahre der jeweiligen Kohorte dividiert. Zunächst werden die Kosten pro Auswertungsjahr für die Kostenart ambulante ärztliche Leistungen dargestellt.

Tabelle 4.10.7-1: Ambulante ärztliche Leistungen: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr für ambulante ärztliche Behandlung in €	MW	SD	95% CI
K20061			
K20062	320,84	459,97	193,34;448,33
K20071	1609,87	2390,81	1164,10;2055,60
K20072	650,66	1192,18	368,34;932,98
K20081	n.a.		

n.a. = zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht möglich, da lediglich Daten des Beitrittsjahres vorliegen

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr: Krankenhausbehandlung

In der folgenden Tabelle werden die Kosten für Krankenhausbehandlung pro Auswertungsjahr dargestellt. In die Berechnung fließen die kumulierten Kosten (ohne Beitrittsjahr) bis zum je-

weilig letzten Berichtshalbjahr ein. Die kumulierten Werte für Krankenhausbehandlung werden durch die Anzahl der hier ausgewerteten Jahre der jeweiligen Kohorte dividiert.

Tabelle 4.10.7-2: Krankenhausbehandlung: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr für Krankenhaus-Behandlung in €	MW	SD	95% CI
K20061			
K20062	233,36	1017,67	-48,72;515,44
K20071	1722,03	7186,69	382,06;3062,00
K20072	2342,53	6505,80	801,88;3883,20
K20081	n.a.		

n.a. = zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht möglich, da lediglich Daten des Beitrittsjahres vorliegen

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr: Arzneimitteltherapie

In der folgenden Tabelle werden die Kosten für die Arzneimitteltherapie pro Auswertungsjahr dargestellt. In die Berechnung fließen die kumulierten Kosten (ohne Beitrittsjahr) bis zum je-

weilig letzten Berichtshalbjahr ein. Die kumulierten Werte für die Arzneimitteltherapie werden durch die Anzahl der hier ausgewerteten Jahre der jeweiligen Kohorte dividiert.

Tabelle 4.10.7-3: Arzneimitteltherapie: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr für Arzneimittel in €	MW	SD	95% CI
K20061			
K20062	2025,95	6701,90	168,31;3883,60
K20071	3253,06	10148,48	1360,90;5145,30
K20072	0,00	0,00	0,00;0,00
K20081	n.a.		

n.a. = zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht möglich, da lediglich Daten des Beitrittsjahres vorliegen

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr: Heilmittel

In der folgenden Tabelle werden die Kosten für Heilmittel pro Auswertungsjahr dargestellt. In die Berechnung fließen die kumulierten Kosten (ohne Beitrittsjahr) bis zum jeweilig letzten Be-

richtshalbjahr ein. Die kumulierten Werte für Heilmittel werden durch die Anzahl der hier ausgewerteten Jahre der jeweiligen Kohorte dividiert.

Tabelle 4.10.7-4: Heilmittel: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr für Heilmittel in €	MW	SD	95% CI
K20061			
K20062	295,65	489,10	160,08;431,22
K20071	421,29	621,75	305,36;537,21
K20072	211,69	351,46	128,46;294,92
K20081	n.a.		

n.a. = zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht möglich, da lediglich Daten des Beitrittsjahres vorliegen

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr: Hilfsmittel

In der folgenden Tabelle werden die Kosten für Hilfsmittel pro Auswertungsjahr dargestellt. In die Berechnung fließen die kumulierten Kosten (ohne Beitrittsjahr) bis zum jeweilig letzten Be-

richtshalbjahr ein. Die kumulierten Werte für Hilfsmittel werden durch die Anzahl der hier ausgewerteten Jahre der jeweiligen Kohorte dividiert. Die Ausgaben für Hilfsmittel sind erst ab dem Jahr 2006 darstellbar.

Tabelle 4.10.7-5: Hilfsmittel: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr für Hilfsmittel in €	MW	SD	95% CI
K20061			
K20062	117,88	309,83	32,00;203,75
K20071	126,56	296,13	71,35;181,78
K20072	123,29	336,30	43,65;202,93
K20081	n.a.		

n.a. = zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht möglich, da lediglich Daten des Beitrittsjahres vorliegen

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr: Anschlussrehabilitation

In der folgenden Tabelle werden die Kosten für Anschlussrehabilitation pro Auswertungsjahr dargestellt. In die Berechnung fließen die kumulierten Kosten (ohne Beitrittsjahr) bis zum jeweilig

letzten Berichtshalbjahr ein. Die kumulierten Werte für Anschlussrehabilitation werden durch die Anzahl der hier ausgewerteten Jahre der jeweiligen Kohorte dividiert.

Tabelle 4.10.7-6: Anschlussrehabilitation: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr für Anschlussrehabilitation in €	MW	SD	95% CI
K20061			
K20062	0,00	0,00	0,00;0,00
K20071	0,00	0,00	0,00;0,00
K20072	0,00	0,00	0,00;0,00
K20081	n.a.		

n.a. = zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht möglich, da lediglich Daten des Beitrittsjahres vorliegen

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr: Häusliche Krankenpflege

In der folgenden Tabelle werden die Kosten für häusliche Krankenpflege pro Auswertungsjahr dargestellt. In die Berechnung fließen die kumulierten Kosten (ohne Beitrittsjahr) bis zum je-

weilig letzten Berichtshalbjahr ein. Die kumulierten Werte für häusliche Krankenpflege werden durch die Anzahl der hier ausgewerteten Jahre der jeweiligen Kohorte dividiert. Die Ausgaben für häusliche Krankenpflege sind erst ab dem Jahr 2006 darstellbar.

Tabelle 4.10.7-7: Häusliche Krankenpflege: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr für häusliche Krankenpflege in €	MW	SD	95% CI
K20061			
K20062	0,00	0,00	0,00;0,00
K20071	0,00	0,00	0,00;0,00
K20072	0,00	0,00	0,00;0,00
K20081	n.a.		

n.a. = zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht möglich, da lediglich Daten des Beitrittsjahres vorliegen

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr: Krankengeld

In der folgenden Tabelle werden die Kosten für Krankengeld pro Auswertungsjahr dargestellt. In die Berechnung fließen die kumulierten Kosten (ohne Beitrittsjahr) bis zum jeweilig letzten

Berichtshalbjahr ein. Die kumulierten Werte für Krankengeld werden durch die Anzahl der hier ausgewerteten Jahre der jeweiligen Kohorte dividiert.

Tabelle 4.10.7-8: Krankengeld: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr für Krankengeld in €	MW	SD	95% CI
K20061			
K20062	778,87	2204,62	167,79;1390,00
K20071	1413,26	3055,20	843,62;1982,90
K20072	1205,01	2414,01	633,34;1776,70
K20081	n.a.		

n.a. = zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht möglich, da lediglich Daten des Beitrittsjahres vorliegen

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr: Leistungsausgaben insgesamt

In der folgenden Tabelle werden die gesamten Leistungsausgaben pro Auswertungsjahr dargestellt. In die Berechnung fließen die kumulierten Kosten (ohne Beitrittsjahr) bis zum jeweilig

letzten Berichtshalbjahr ein. Die kumulierten Werte für die gesamten Leistungsausgaben werden durch die Anzahl der hier ausgewerteten Jahre der jeweiligen Kohorte dividiert.

Tabelle 4.10.7-9: Leistungsausgaben insgesamt: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €

Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr für Leistungsausgaben insgesamt in €	MW	SD	95% CI
K20061			
K20062	3772,54	7614,06	1662,10;5883,00
K20071	8546,06	14760,96	5793,90;11298,00
K20072	4533,17	7464,80	2765,40;6300,90
K20081	n.a.		

n.a. = zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht möglich, da lediglich Daten des Beitrittsjahres vorliegen

4.11. Evaluation der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität (Erstbefragung)

Neben der ökonomischen Evaluation ist auch die Analyse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Laufe der Teilnahme am DMP ein Bestandteil der Evaluation. Die subjektive Lebensqualität der DMP-Teilnehmer wird mittels des SF-36 Fragebogens erhoben, welcher auch international am häufigsten eingesetzt wird, um den Gesundheitszustand zu messen. Der Fragebogen wird vom DMP-Teilnehmer selbst ausgefüllt und umfasst insgesamt 36 Items. Die 36 Items verteilen sich auf 8 Dimensionen der Gesundheit mit jeweils 2 bis 10 Items sowie einer einzigen Frage zum direkten Vergleich der Gesundheitsveränderung in den vergangenen 12 Monaten. Laut Handanweisung der Autoren des Fragebogens wird die Bearbeitungszeit des Fragebogens auf 8 bis 15 Minuten geschätzt. Im Rahmen der DMP-Evaluation kommt der Fragebogen mit dem Zeitfenster von 4 Wochen zum Einsatz, d.h. die Fragen beziehen sich rückblickend für den Patienten auf die vergangenen 4 Wochen. Der Versand der Fragebögen an die Patienten erfolgt durch die jeweilige Krankenkasse, dem Fragebogen wird ein zwischen dem BVA und allen Krankenkassen abgestimmtes Anschreiben beigelegt. Analog zu den ökonomischen Analysen wird auch die SF-36 Befragung nicht für alle DMP-Teilnehmer einer Kohorte, sondern für eine Zufallsstichprobe durchgeführt (DM2: Identische Patienten in der Stichprobe ökonomische und SF-36). Die Antworten auf die 36 Items des Fragebogens werden nach einem standardisierten Algorithmus zu Skalenwerten verdichtet, welche unterschiedliche Dimensionen des allgemeinen Gesund-

heitszustands abbilden. Die (transformierten) 8 Skalen können jeweils Werte zwischen 0 und 100 annehmen, wobei der Wert 100 den „besten“ Wert darstellt. Das heißt, je höher der Wert in einer Skala ausfällt, desto besser ist der Gesundheitszustand in dieser Skala. Darüber hinaus werden zwei übergeordnete Dimensionen berechnet, die körperliche und die psychische Summenskala, in die jeweils mehrere Skalenwerte eingehen. Auch diese beiden Summenskalen können Werte zwischen 0 (schlechtester Wert) und 100 (bester Wert) annehmen.

In die Lebensqualitätsbefragung werden nur die Patientinnen einbezogen, die im Rahmen einer zufallsgenerierten Stichprobenziehung ausgewählt wurden und die sich in das DMP Brustkrebs auf der Basis einer Erstmanifestation eingeschrieben haben. Weiteres Selektionskriterium bei der Stichprobenziehung war der Abstand zwischen Erstmanifestation der Erkrankung (Datum des histologischen Nachweises des Tumors) und dem Zeitpunkt des Beginns der DMP-Teilnahme. Nur Patientinnen mit einem maximalen zeitlichen Abstand von 12 Wochen zwischen histologischem Befund und Beginn der Teilnahme am DMP können für die Stichprobe gezogen werden (siehe dazu auch Kapitel Methodik). Die erste Befragung erfolgt für alle Versicherten, die sich im 2. Kalenderhalbjahr des Jahres 2006 in das DMP eingeschrieben haben, sofern die jeweilige Kohortengröße (**nur Patientinnen mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor**) mindestens 10 Versicherte umfasst.

4.11.1 Rücklaufquote bei der Erstbefragung

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über den von MNC an die Krankenkasse übermittelten Stichprobenumfang (Anzahl der versandten Fragebögen), welcher auf Basis der von den Krankenkassen übermittelten Patientinnenkurzmerkmalsdatensätze (PMK) 3 Monate nach Ablauf des Beitrittsjahres einer Kohorte gezogen wurde (n_{PMK}), falls die Anzahl der übermittelten PMK (**nur Patientinnen mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor**) mindestens 10 Teilnehmer signalisierte. Für die Auswertungen in diesem Bericht berücksichtigt werden können dagegen nur diejenigen Patientinnen, für die 6 Monate nach Ziehung der Stichprobe auch entsprechende Patientinnenlangmerkmalsdatensätze (PML) vorlagen (n_{PML}). Zur Information wird die An-

zahl der insgesamt rückgesandten Fragebögen (n_R) sowie die Quote ($\%_R$) in Bezug zu den insgesamt versandten Fragebögen (Bezug PMK) dargestellt. Weiterhin wird die Anzahl der auswertbaren Fragebögen (n_{APSG} ; entspricht rückgesandt, PML liegt vor und Fragebogen ist für mindestens eine Skala auswertbar) sowie die Quote ($\%_{APSG}$) in Bezug auf die Patienten mit PML (n_{PML}), welche in die nachfolgenden Auswertungen einfließen konnten. Letztlich zeigt n_{VAPS} die Anzahl und die Quote ($\%_{VAPS}$) den Anteil der vollständig ausgefüllten Fragebögen in Bezug auf die mindestens für eine Skala auswertbaren Fragebögen (n_{APSG}).

Tabelle 4.11.1-1: Rücklaufquote für die Lebensqualitätsbefragung

Erstbefragung SF36	Anzahl der versandten Fragebögen (PMK)	Davon: Anzahl Patienten mit PML	Rücklauf / rückgesandte Fragebögen (Bezug: PMK)		Auswertbare sowie vollständige Fragebögen (Bezug: rückgesandt und PML liegt vor)			
	n_{PMK}	n_{PML}	Anzahl n_R	$\%_R$ Quote	Anzahl n_{APSG}	Anzahl n_{VAPS}	$\%_{APSG}$ Quote	$\%_{VAPS}$ Quote
K20062								
K20071	18	18	14	77,8	14	11	77,8	78,6
K20072	15	15	14	93,3	14	10	93,3	71,4
K20081	23	23	22	95,7	22	14	95,7	63,6

Darstellung der Analysen zur Lebensqualität erfolgt nur für Kohorten mit mindestens 10 eingeschriebenen Versicherten (laut PMK) mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor
 n_{PMK} : Anzahl der auf Basis der PMK gezogenen Patientinnen der Stichprobe, falls die Anzahl der PMK mindestens 10 Teilnehmer umfasste
 n_{PML} : Anzahl der auswertbaren Patientinnen der Stichprobe, für die auch PML vorlagen

4.11.2. Ergebnisse der Lebensqualitätsbefragung mit dem SF-36

Die folgenden Tabellen geben eine Übersicht über die Ergebnisse der Lebensqualitätsbefragung mittels SF-36 Instrumentarium. Für die acht Skalen „Körperliche Funktionsfähigkeit“, „Körperliche Rollenfunktion“, „Körperliche Schmerzen“, „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“, „Soziale Funktionsfähigkeit“, „Emotionale Rollenfunktion“ und „psychisches Wohlbefinden“ sowie für das Item „Veränderung der Gesundheit“ werden die Anzahl der zurückgesandten und auswertbaren Erhebungsbögen (n_{APS}) dargestellt. Weiterhin wird in allen nachfolgenden Tabellen der Anteil der auswertbaren Erhebungsbögen an den insgesamt gemäß PMK versandten Erhebungsbögen (% von n_{PMK}) sowie der Anteil der auswertbaren Erhebungsbögen an den insgesamt gemäß PMK rückgesandten Erhebungsbögen (% von n_R) ausgewiesen (siehe Tabelle 4.14.1-1).

SF-36 Skala Körperliche Funktionsfähigkeit

Statistische Kennwerte: Zunächst wird die Anzahl der für diese Skala tatsächlich berichtsrelevant ausgewerteten Fragebögen dargestellt (n_{APS}). Basis dafür bilden alle rückgesandten und für diese Skala auswertbaren Bögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen.

Für die transformierten Skalenwerte werden der arithmetische Mittelwert, die Standardabweichung, die 95%-Konfidenzintervalle sowie die Minimal- und Maximalwerte und die z-Werte berechnet.

Tabelle 4.11.2-1: Bildung der SF-36-Skala „Körperliche Funktionsfähigkeit“

Körperliche Funktionsfähigkeit	Statistische Kennwerte								
	n_{APS}	% von n_{PMK}	% von n_R	MW	SD	95% CI	Min.	Max.	z
K20062									
K20071	14	77,8	100,0	57,42	20,71	46,57;68,27	25,0	90,0	-1,18
K20072	14	93,3	100,0	57,66	21,39	46,45;68,86	15,0	90,0	-1,17
K20081	22	95,7	100,0	60,76	22,85	51,21;70,31	16,7	100,0	-1,04

Darstellung der Analysen zur Lebensqualität erfolgt nur für Kohorten mit mindestens 10 eingeschriebenen Versicherten (laut PMK) mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor
 n_{APS} : Anzahl der rückgesandten und für diese Skala ausgewerteten Fragebögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen

SF-36 Skala Körperliche Rollenfunktion

Statistische Kennwerte: Zunächst wird die Anzahl der für diese Skala tatsächlich berichtsrelevant ausgewerteten Fragebögen dargestellt (n_{APS}). Basis dafür bilden alle rückgesandten und für diese Skala auswertbaren Bögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen.

Für die transformierten Skalenwerte werden der arithmetische Mittelwert, die Standardabweichung, die 95%-Konfidenzintervalle sowie die Minimal- und Maximalwerte und die z-Werte berechnet.

Tabelle 4.11.2-2: Bildung der SF-36-Skala „Körperliche Rollenfunktion“

Körperliche Rollenfunktion	Statistische Kennwerte								
	n_{APS}	% von n_{PMK}	% von n_R	MW	SD	95% CI	Min.	Max.	z
K20062									
K20071	14	77,8	100,0	12,50	29,01	-2,69;27,69	0,0	100,0	-2,03
K20072	13	86,7	92,9	25,00	33,85	6,60;43,40	0,0	100,0	-1,54
K20081	22	95,7	100,0	43,18	47,67	23,26;63,10	0,0	100,0	-1,12

Darstellung der Analysen zur Lebensqualität erfolgt nur für Kohorten mit mindestens 10 eingeschriebenen Versicherten (laut PMK) mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor
 n_{APS} : Anzahl der rückgesandten und für diese Skala ausgewerteten Fragebögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen

SF-36 Skala Körperliche Schmerzen

Statistische Kennwerte: Zunächst wird die Anzahl der für diese Skala tatsächlich berichtsrelevant ausgewerteten Fragebögen dargestellt (n_{APS}). Basis dafür bilden alle rückgesandten und für diese Skala auswertbaren Bögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen.

Für die transformierten Skalenwerte werden der arithmetische Mittelwert, die Standardabweichung, die 95%-Konfidenzintervalle sowie die Minimal- und Maximalwerte und die z-Werte berechnet.

Tabelle 4.11.2-3: Bildung der SF-36-Skala „Körperliche Schmerzen“

Körperliche Schmerzen	Statistische Kennwerte								
	n_{APS}	% von n_{PMK}	% von n_R	MW	SD	95% CI	Min.	Max.	z
K20062									
K20071	14	77,8	100,0	56,71	22,60	44,88;68,55	22,0	100,0	-0,80
K20072	14	93,3	100,0	60,57	23,53	48,24;72,90	22,0	100,0	-0,63
K20081	22	95,7	100,0	62,68	24,73	52,35;73,01	22,0	100,0	-0,54

Darstellung der Analysen zur Lebensqualität erfolgt nur für Kohorten mit mindestens 10 eingeschriebenen Versicherten (laut PMK) mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor
 n_{APS} : Anzahl der rückgesandten und für diese Skala ausgewerteten Fragebögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen

SF-36 Skala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung

Statistische Kennwerte: Zunächst wird die Anzahl der für diese Skala tatsächlich berichtsrelevant ausgewerteten Fragebögen dargestellt (n_{APS}). Basis dafür bilden alle rückgesandten und für diese Skala auswertbaren Bögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen.

Für die transformierten Skalenwerte werden der arithmetische Mittelwert, die Standardabweichung, die 95%-Konfidenzintervalle sowie die Minimal- und Maximalwerte und die z-Werte berechnet.

Tabelle 4.11.2-4: Bildung der SF-36-Skala „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“

Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Statistische Kennwerte								
	n_{APS}	% von n_{PMK}	% von n_R	MW	SD	95% CI	Min.	Max.	z
K20062									
K20071	13	72,2	92,9	50,38	15,63	41,89;58,88	22,0	77,0	-1,00
K20072	14	93,3	100,0	52,04	15,79	43,77;60,31	25,0	82,0	-1,00
K20081	22	95,7	100,0	51,75	16,46	44,87;58,63	25,0	87,0	-1,01

Darstellung der Analysen zur Lebensqualität erfolgt nur für Kohorten mit mindestens 10 eingeschriebenen Versicherten (laut PMK) mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor
 n_{APS} : Anzahl der rückgesandten und für diese Skala ausgewerteten Fragebögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen

SF-36 Skala Vitalität

Statistische Kennwerte: Zunächst wird die Anzahl der für diese Skala tatsächlich berichtsrelevant ausgewerteten Fragebögen dargestellt (n_{APS}). Basis dafür bilden alle rückgesandten und für diese Skala auswertbaren Bögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen.

Für die transformierten Skalenwerte werden der arithmetische Mittelwert, die Standardabweichung, die 95%-Konfidenzintervalle sowie die Minimal- und Maximalwerte und die z-Werte berechnet.

Tabelle 4.11.2-5: Bildung der SF-36-Skala „Vitalität“

Vitalität	Statistische Kennwerte								
	n_{APS}	% von n_{PMK}	% von n_R	MW	SD	95% CI	Min.	Max.	z
K20062									
K20071	14	77,8	100,0	47,86	17,73	38,57;57,14	20,0	75,0	-0,63
K20072	14	93,3	100,0	45,36	17,04	36,43;54,28	10,0	70,0	-0,75
K20081	22	95,7	100,0	46,67	20,49	38,10;55,23	15,0	80,0	-0,69

Darstellung der Analysen zur Lebensqualität erfolgt nur für Kohorten mit mindestens 10 eingeschriebenen Versicherten (laut PMK) mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor
 n_{APS} : Anzahl der rückgesandten und für diese Skala ausgewerteten Fragebögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen

SF-36 Skala Soziale Funktionsfähigkeit

Statistische Kennwerte: Zunächst wird die Anzahl der für diese Skala tatsächlich berichtsrelevant ausgewerteten Fragebögen dargestellt (n_{APS}). Basis dafür bilden alle rückgesandten und für diese Skala auswertbaren Bögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen.

Für die transformierten Skalenwerte werden der arithmetische Mittelwert, die Standardabweichung, die 95%-Konfidenzintervalle sowie die Minimal- und Maximalwerte und die z-Werte berechnet.

Tabelle 4.11.2-6: Bildung der SF-36-Skala „Soziale Funktionsfähigkeit“

Soziale Funktionsfähigkeit	Statistische Kennwerte								
	n_{APS}	% von n_{PMK}	% von n_R	MW	SD	95% CI	Min.	Max.	z
K20062									
K20071	14	77,8	100,0	71,43	22,70	59,54;83,32	37,5	100,0	-0,54
K20072	14	93,3	100,0	74,11	21,07	63,07;85,14	37,5	100,0	-0,42
K20081	22	95,7	100,0	72,16	21,80	63,05;81,27	25,0	100,0	-0,51

Darstellung der Analysen zur Lebensqualität erfolgt nur für Kohorten mit mindestens 10 eingeschriebenen Versicherten (laut PMK) mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor
 n_{APS} : Anzahl der rückgesandten und für diese Skala ausgewerteten Fragebögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen

SF-36 Skala Emotionale Rollenfunktion

Statistische Kennwerte: Zunächst wird die Anzahl der für diese Skala tatsächlich berichtsrelevant ausgewerteten Fragebögen dargestellt (n_{APS}). Basis dafür bilden alle rückgesandten und für diese Skala auswertbaren Bögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen.

Für die transformierten Skalenwerte werden der arithmetische Mittelwert, die Standardabweichung, die 95%-Konfidenzintervalle sowie die Minimal- und Maximalwerte und die z-Werte berechnet.

Tabelle 4.11.2-7: Bildung der SF-36-Skala „Emotionale Rollenfunktion“

Emotionale Rollenfunktion	Statistische Kennwerte								
	n_{APS}	% von n_{PMK}	% von n_R	MW	SD	95% CI	Min.	Max.	z
K20062									
K20071	14	77,8	100,0	33,33	45,29	9,61;57,06	0,0	100,0	-1,45
K20072	13	86,7	92,9	30,77	39,58	9,25;52,29	0,0	100,0	-1,42
K20081	21	91,3	95,5	55,56	43,89	36,79;74,33	0,0	100,0	-0,74

Darstellung der Analysen zur Lebensqualität erfolgt nur für Kohorten mit mindestens 10 eingeschriebenen Versicherten (laut PMK) mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor
 n_{APS} : Anzahl der rückgesandten und für diese Skala ausgewerteten Fragebögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen

SF-36 Skala Psychisches Wohlbefinden

Statistische Kennwerte: Zunächst wird die Anzahl der für diese Skala tatsächlich berichtsrelevant ausgewerteten Fragebögen dargestellt (n_{APS}). Basis dafür bilden alle rückgesandten und für diese Skala auswertbaren Bögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen.

Für die transformierten Skalenwerte werden der arithmetische Mittelwert, die Standardabweichung, die 95%-Konfidenzintervalle sowie die Minimal- und Maximalwerte und die z-Werte berechnet.

Tabelle 4.11.2-8: Bildung der SF-36-Skala „psychisches Wohlbefinden“

Psychisches Wohlbefinden	Statistische Kennwerte								
	n_{APS}	% von n_{PMK}	% von n_R	MW	SD	95% CI	Min.	Max.	z
K20062									
K20071	14	77,8	100,0	62,00	17,66	52,75;71,25	24,0	88,0	-0,71
K20072	14	93,3	100,0	59,57	15,26	51,58;67,56	40,0	84,0	-0,85
K20081	22	95,7	100,0	63,77	21,26	54,89;72,66	16,0	96,0	-0,61

Darstellung der Analysen zur Lebensqualität erfolgt nur für Kohorten mit mindestens 10 eingeschriebenen Versicherten (laut PMK) mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor
 n_{APS} : Anzahl der rückgesandten und für diese Skala ausgewerteten Fragebögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen

SF-36 Item Gesundheitsveränderung (im Vergleich zum vergangenen Jahr)

Statistische Kennwerte: Zunächst wird die Anzahl der für dieses Item tatsächlich berichtsrelevant ausgewerteten Fragebögen dargestellt (n_{APS}). Basis dafür bilden alle rückgesandten und für dieses Item auswertbaren Bögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen.

Für das Item Gesundheitsveränderung können keine transformierten Skalenwerte sowie statistischen Kennwerte berechnet werden.

Tabelle 4.11.2-9: Bildung des SF-36 Items „Gesundheitsveränderung“

Gesundheitsveränderung	Anteil Antworten mit Angabe ...							
	n_{APS}	% von n_{PMK}	% von n_R	1 (viel besser)	2 (etwas besser)	3 (unverändert)	4 (etwas schlechter)	5 (viel schlechter)
K20062								
K20071	14	77,8	100,0	0,0	0,0	57,1	7,1	35,7
K20072	14	93,3	100,0	0,0	7,1	42,9	21,4	28,6
K20081	22	95,7	100,0	0,0	4,5	36,4	36,4	22,7

Darstellung der Analysen zur Lebensqualität erfolgt nur für Kohorten mit mindestens 10 eingeschriebenen Versicherten (laut PMK) mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor
 n_{APS} : Anzahl der rückgesandten und für diese Skala ausgewerteten Fragebögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen

SF-36 Körperliche Summenskala

Statistische Kennwerte: Zunächst wird die Anzahl der für diese Skala tatsächlich berichtsrelevant ausgewerteten Fragebögen dargestellt (n_{APS}). Basis dafür bilden alle rückgesandten und für diese

Skala auswertbaren Bögen (alle z-Werte der Subskalen sind vorhanden) von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen.

Für die standardisierte körperliche Summenskala werden der arithmetische Mittelwert, die Standardabweichung, die 95%-Konfidenzintervalle sowie die Minimal- und Maximalwerte berechnet.

Tabelle 4.11.2-10: Bildung der körperlichen Summenskala beim SF-36

Körperliche Summenskala	Statistische Kennwerte							
	n_{APS}	% von n_{PMK}	% von n_R	MW	SD	95% CI	Min.	Max.
K20062								
K20071	13	72,2	92,9	36,75	7,35	32,76;40,75	29,1	55,2
K20072	13	86,7	92,9	40,05	7,33	36,06;44,03	25,4	50,1
K20081	21	91,3	95,5	39,84	9,27	35,87;43,80	25,9	55,9

Darstellung der Analysen zur Lebensqualität erfolgt nur für Kohorten mit mindestens 10 eingeschriebenen Versicherten (laut PMK) mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor
 n_{APS} : Anzahl der rückgesandten und für diese Skala ausgewerteten Fragebögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen

SF-36 Psychische Summenskala

Statistische Kennwerte: Zunächst wird die Anzahl der für diese Skala tatsächlich berichtsrelevant ausgewerteten Fragebögen dargestellt (n_{APS}). Basis dafür bilden alle rückgesandten und für diese

Skala auswertbaren Bögen (alle z-Werte der Subskalen sind vorhanden) von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen.

Für die standardisierte psychische Summenskala werden der arithmetische Mittelwert, die Standardabweichung, die 95%-Konfidenzintervalle sowie die Minimal- und Maximalwerte berechnet.

Tabelle 4.11.2-11: Bildung der psychischen Summenskala beim SF-36

Psychische Summenskala	Statistische Kennwerte							
	n_{APS}	% von n_{PMK}	% von n_R	MW	SD	95% CI	Min.	Max.
K20062								
K20071	13	72,2	92,9	43,49	11,05	37,49;49,50	24,1	60,6
K20072	13	86,7	92,9	41,89	9,25	36,87;46,92	31,9	57,3
K20081	21	91,3	95,5	44,98	11,53	40,05;49,91	27,9	61,6

Darstellung der Analysen zur Lebensqualität erfolgt nur für Kohorten mit mindestens 10 eingeschriebenen Versicherten (laut PMK) mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor
 n_{APS} : Anzahl der rückgesandten und für diese Skala ausgewerteten Fragebögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen

4.11.3. Berechnung des Gesamtindex SF-6-D auf Basis der 6 körperlichen und psychischen Summenskalen

Aus der Analyse des SF-36 Erhebungsbogens erfolgt eine spezifische Aggregation der Ergebnisse zu 6 körperlichen und psychischen Summenskalen (SF-6-D: **Short Form – 6 Dimensions**). Auf Basis dieser SF-6-D Summenskalenwerte wird ein zusammenfassender Gesamtindexwert SF-6-D berechnet und in folgender Tabelle dargestellt. Der SF-6-D Gesamtindex ist ein krankheitsübergreifendes standardisiertes Verfahren, um die Lebensqualität in Form eines eindimensionalen Index- bzw. Nutzwertes subjektiv zu messen. Der SF-6-D wurde unter der Zielsetzung entwickelt, einen einzigen Ergebnisindikator (Gesamtindex zur subjektiven Lebensqualität) für gesundheitsökonomische Evaluationen in Relation zu Kosten einer Behandlungsmaßnahme setzen zu können.

Statistische Kennwerte: Zunächst wird die Anzahl der für den Gesamtindex des SF-6-D tatsächlich berichtsrelevant ausgewerteten Fragebögen dargestellt (n_{APS}). Basis dafür bilden alle rückgesandten und für den Gesamtindex des SF-6-D auswertbaren Bögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen. Für den Gesamtindex des SF-6-D werden der arithmetische Mittelwert, die Standardabweichung, die 95%-Konfidenzintervalle sowie die Minimal- und Maximalwerte berechnet.

Tabelle 4.11.3-1: Bildung des SF-6-D Gesamtindex

SF-6-D Gesamtindex	Statistische Kennwerte							
	n_{APS}	% von n_{PMK}	% von n_R	MW	SD	95% CI	Min.	Max.
K20062								
K20071	14	77,8	100,0	0,64	0,08	0,60;0,68	0,5	0,8
K20072	12	80,0	85,7	0,64	0,07	0,60;0,68	0,5	0,8
K20081	22	95,7	100,0	0,65	0,13	0,59;0,71	0,4	1,0

Darstellung der Analysen zur Lebensqualität erfolgt nur für Kohorten mit mindestens 10 eingeschriebenen Versicherten (laut PMK) mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor
 n_{APS} : Anzahl der rückgesandten und für diese Skala ausgewerteten Fragebögen von Patientinnen, zu denen auch PML-Daten vorlagen

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.2.2.3-1: Erstdokumentation bei Brustkrebs.....	8	Tabelle 4.4.1-2: Anzahl der Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr ohne gültige Dokumentation (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	39
Tabelle 2.3.5.2-1: Tabelle zur Bewertung „ungünstigster Wert“ bzw. „zu verwendender Wert“ bei mehr als einer Dokumentation pro Halbjahr.....	11	Tabelle 4.4.1-3: Kumulierte Anzahl der ausgeschiedenen Patientinnen (Gesamt) pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	40
Tabelle 4.2-1: Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im regionalen DMP-Vertrag laut KM6/2 (bezogen auf alle am Vertrag teilnehmenden Kassenarten).....	15	Tabelle 4.4.1-4: Kumulierte Anzahl der verstorbenen Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	41
Tabelle 4.2-2: Anzahl der Hausärzte im regionalen DMP-Vertrag laut Leistungserbringerverzeichnis.....	15	Tabelle 4.4.1-5: Kumulierte Anzahl der ausgeschlossenen Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	42
Tabelle 4.2-3: Anzahl der Gynäkologen im regionalen DMP-Vertrag laut Leistungserbringerverzeichnis.....	16	Tabelle 4.4.1-6: Kumulierte Anzahl der Patientinnen, die auf eigenen Wunsch das DMP beendet haben pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	43
Tabelle 4.2-4: Anzahl der onkologisch qualifizierten koordinierenden Ärzte im regionalen DMP-Vertrag laut Leistungserbringerverzeichnis.....	16	Tabelle 4.4.1-7: Kumulierte Anzahl der Patientinnen, die aufgrund sonstiger oder unbekannter Gründe aus dem Programm ausgeschieden sind pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	44
Tabelle 4.2-5: Anzahl der stationären Einrichtungen insgesamt im regionalen DMP-Vertrag.....	16	Tabelle 4.4.1-8: Kumulierte Anzahl der Patientinnen mit regelhafter Beendigung des Programms (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	45
Tabelle 4.3.1-1: Anzahl der teilnehmenden Versicherten (Patientinnen) pro Kohorte.....	18	Tabelle 4.4.1-9: Mittleres Alter in vollendeten Lebensjahren (nur ganzzahlige Angaben) (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	46
Tabelle 4.3.2-1: Anzahl der Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr ohne gültige medizinische Dokumentation.....	19	Tabelle 4.4.1-10: Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation Brustkrebs in vollendeten Lebensjahren (nur ganzzahlige Angaben) (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	47
Tabelle 4.3.3-1: Kumulierte Anzahl der ausgeschiedenen Patientinnen (Gesamt) pro Kohorte und Berichtshalbjahr.....	20	Tabelle 4.4.1-11: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 1 bis 14, 15 bis 34, 35 bis 39 und 40 bis 44 Lebensjahre (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	48
Tabelle 4.3.3-2: Kumulierte Anzahl der verstorbenen Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr.....	21	Tabelle 4.4.1-12: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 45 bis 49, 50 bis 54, 55 bis 59 und 60 bis 64 Lebensjahre (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	49
Tabelle 4.3.3-3: Kumulierte Anzahl der ausgeschlossenen Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr.....	22	Tabelle 4.4.1-13: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 65 bis 69, 70 bis 74, 75 bis 79 und 80 bis 84 Lebensjahre (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	50
Tabelle 4.3.3-4: Kumulierte Anzahl der Patientinnen, die auf eigenen Wunsch das DMP beendet haben pro Kohorte und Berichtshalbjahr.....	23	Tabelle 4.4.1-14: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in der Altersklasse 85 Lebensjahre und älter (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	51
Tabelle 4.3.3-5: Kumulierte Anzahl der ausgeschiedenen Patientinnen aufgrund sonstiger oder unbekannter Gründe.....	24	Tabelle 4.4.1-15: Grading nach Elston und Ellis laut Erstdokumentation bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.....	52
Tabelle 4.3.3-6: Kumulierte Anzahl der Patientinnen mit regelhafter Beendigung des Programms.....	25	Tabelle 4.4.1-16: TNM-Stadien (pT) laut Erstdokumentation bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.....	53
Tabelle 4.3.4-1: Lebensalter: Mittleres Alter in vollendeten Lebensjahren (nur ganzzahlige Angaben).....	26	Tabelle 4.4.1-17: TNM-Stadien (pN) laut Erstdokumentation bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.....	54
Tabelle 4.3.4-2: Aktuelles Lebensalter: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 1 bis 14, 15 bis 34, 35 bis 39 und 40 bis 44 Lebensjahre.....	27	Tabelle 4.4.1-18: TNM-Stadien (M) laut Erstdokumentation bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.....	55
Tabelle 4.3.4-3: Aktuelles Lebensalter: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 45 bis 49, 50 bis 54, 55 bis 59 und 60 bis 64 Lebensjahre.....	28	Tabelle 4.4.1-19: Rezeptorstatus laut Erstdokumentation bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte.....	56
Tabelle 4.3.4-4: Aktuelles Lebensalter: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 65 bis 69, 70 bis 74, 75 bis 79 und 80 bis 84 Lebensjahre.....	29		
Tabelle 4.3.4-5: Aktuelles Lebensalter: Anzahl der Versicherten in der Altersklasse 85 Lebensjahre und älter.....	30		
Tabelle 4.3.5-1: Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation Brustkrebs in vollendeten Lebensjahren (nur ganzzahlige Angaben).....	31		
Tabelle 4.3.5-2: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 1 bis 14, 15 bis 34, 35 bis 39 und 40 bis 44 Lebensjahre.....	32		
Tabelle 4.3.5-3: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 45 bis 49, 50 bis 54, 55 bis 59 und 60 bis 64 Lebensjahre.....	33		
Tabelle 4.3.5-4: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 65 bis 69, 70 bis 74, 75 bis 79 und 80 bis 84 Lebensjahre.....	34		
Tabelle 4.3.5-5: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in der Altersklasse 85 Lebensjahre und älter.....	35		
Tabelle 4.3.6-1: Mittlere Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation vor bzw. zum Beginn der Programmteilnahme in Jahren.....	36		
Tabelle 4.4.1-1: Anzahl der teilnehmenden Versicherten pro Kohorte (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	38		

Tabelle 4.4.2-1: Anzahl der teilnehmenden Versicherten pro Kohorte (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte) ...	57
Tabelle 4.4.2-2: Anzahl der Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr ohne gültige Dokumentation (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	58
Tabelle 4.4.2-3: Kumulierte Anzahl der ausgeschiedenen Patientinnen (Gesamt) pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	59
Tabelle 4.4.2-4: Kumulierte Anzahl der verstorbenen Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	60
Tabelle 4.4.2-5: Kumulierte Anzahl der ausgeschlossenen Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	61
Tabelle 4.4.2-6: Kumulierte Anzahl der Patientinnen, die auf eigenen Wunsch das DMP beendet haben pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)	62
Tabelle 4.4.2-7: Kumulierte Anzahl der Patientinnen, die aufgrund sonstiger oder unbekannter Gründe aus dem Programm ausgeschieden sind pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)	63
Tabelle 4.4.2-8: Kumulierte Anzahl der Patientinnen mit regelhafter Beendigung des Programms pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)	64
Tabelle 4.4.2-9: Mittleres Alter in vollendeten Lebensjahren (nur ganzzahlige Angaben) (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)	65
Tabelle 4.4.2-10: Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation Brustkrebs in vollendeten Lebensjahren (nur ganzzahlige Angaben) (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)	66
Tabelle 4.4.2-11: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 1 bis 14, 15 bis 34, 35 bis 39 und 40 bis 44 Lebensjahre (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte) ...	67
Tabelle 4.4.2-12: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 45 bis 49, 50 bis 54, 55 bis 59 und 60 bis 64 Lebensjahre (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte) ...	68
Tabelle 4.4.2-13: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in den Altersklassen 65 bis 69, 70 bis 74, 75 bis 79 und 80 bis 84 Lebensjahre (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte) ...	69
Tabelle 4.4.2-14: Lebensalter bei Erstmanifestation Brustkrebs: Anzahl der Versicherten in der Altersklasse 85 Lebensjahre und älter (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)	70
Tabelle 4.4.2-15: Mittlere Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation vor bzw. zum Beginn der Programmteilnahme in Jahren: (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)	71
Tabelle 4.4.3-1: Anzahl der teilnehmenden Versicherten pro Kohorte (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung)	72
Tabelle 4.4.3-2: Anzahl der Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr ohne gültige Dokumentation (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung).....	73
Tabelle 4.4.3-3: Kumulierte Anzahl der ausgeschiedenen Patientinnen (Gesamt) pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung)	74
Tabelle 4.4.3-4: Kumulierte Anzahl der verstorbenen Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung)	75

Tabelle 4.4.3-5: Kumulierte Anzahl der ausgeschlossenen Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung)	76
Tabelle 4.4.3-6: Kumulierte Anzahl der Patientinnen, die auf eigenen Wunsch das DMP beendet haben pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung).....	77
Tabelle 4.4.3-7: Kumulierte Anzahl der Patientinnen, die aufgrund sonstiger oder unbekannter Gründe aus dem Programm ausgeschieden sind pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung)	78
Tabelle 4.4.3-8: Kumulierte Anzahl der Patientinnen mit regelhafter Beendigung des Programms pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung)	79
Tabelle 4.4.3-9: Mittleres Alter in vollendeten Lebensjahren (nur ganzzahlige Angaben) (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung)	80
Tabelle 4.4.3-10: Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation Brustkrebs in vollendeten Lebensjahren (nur ganzzahlige Angaben) (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung).....	81
Tabelle 4.4.3-11: Mittlere Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation vor bzw. zum Beginn der Programmteilnahme in Jahren: (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung)	82
Tabelle 4.4.4-1: Anzahl der teilnehmenden Versicherten pro Kohorte (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung)	83
Tabelle 4.4.4-2: Anzahl der Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr ohne gültige Dokumentation (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung).....	84
Tabelle 4.4.4-3: Kumulierte Anzahl der ausgeschiedenen Patientinnen (Gesamt) pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung).....	85
Tabelle 4.4.4-4: Kumulierte Anzahl der verstorbenen Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung).....	86
Tabelle 4.4.4-5: Kumulierte Anzahl der ausgeschlossenen Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung)	87
Tabelle 4.4.4-6: Kumulierte Anzahl der Patientinnen, die auf eigenen Wunsch das DMP beendet haben pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung).....	88
Tabelle 4.4.4-7: Kumulierte Anzahl der Patientinnen, die aufgrund sonstiger oder unbekannter Gründe aus dem Programm ausgeschieden sind pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung).....	89
Tabelle 4.4.4-8: Kumulierte Anzahl der Patientinnen mit regelhafter Beendigung des Programms pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung).....	90
Tabelle 4.4.4-9: Mittleres Alter in vollendeten Lebensjahren (nur ganzzahlige Angaben) (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung).....	91
Tabelle 4.4.4-10: Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation Brustkrebs in vollendeten Lebensjahren (nur ganzzahlige Angaben) (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung).....	92
Tabelle 4.4.4-11: Mittlere Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation vor bzw. zum Beginn der Programmteilnahme in Jahren: (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung).....	93
Tabelle 4.4.5-1: Anzahl der teilnehmenden Versicherten pro Kohorte (Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung)	94
Tabelle 4.4.5-2: Anzahl der Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr ohne gültige Dokumentation (Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung).....	95
Tabelle 4.4.5-3: Kumulierte Anzahl der ausgeschiedenen Patientinnen (Gesamt) pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung).....	96
Tabelle 4.4.5-4: Kumulierte Anzahl der verstorbenen Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung).....	97

Tabelle 4.4.5-5: Kumulierte Anzahl der ausgeschlossenen Patientinnen pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung).....	98	Tabelle 4.5-13: Anzahl der Patientinnen, die für die Analyse der Rezidivraten nicht ausgewertet werden konnten (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	119
Tabelle 4.4.5-6: Kumulierte Anzahl der Patientinnen, die auf eigenen Wunsch das DMP beendet haben pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung)	99	Tabelle 4.6-1: Ereignisse (Todesfälle) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte	121
Tabelle 4.4.5-7: Kumulierte Anzahl der Patientinnen, die aufgrund sonstiger oder unbekannter Gründe aus dem Programm ausgeschieden sind pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung)	100	Tabelle 4.6-2: Ereignisse (Neubildungen) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte	122
Tabelle 4.4.5-8: Kumulierte Anzahl der Patientinnen mit regelhafter Beendigung des Programms pro Kohorte und Berichtshalbjahr (Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung)	101	Tabelle 4.6-3: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv oder kontralateralem Tumor in den einzelnen Berichtshalb Jahren (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)	123
Tabelle 4.4.5-9: Mittleres Alter in vollendeten Lebensjahren (nur ganzzahlige Angaben) (Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung)	102	Tabelle 4.6-4: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Metastasierung in den einzelnen Berichtshalb Jahren (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)	124
Tabelle 4.4.5-10: Lebensalter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation Brustkrebs in vollendeten Lebensjahren (nur ganzzahlige Angaben) (Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung)	103	Tabelle 4.6-5: Anzahl und Anteil der verstorbenen Patientinnen in den einzelnen Berichtshalb Jahren (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte)	125
Tabelle 4.4.5-11: Mittlere Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation vor bzw. zum Beginn der Programmteilnahme in Jahren: (Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung) ..	104	Tabelle 4.6-6: Anzahl der Patientinnen, die für die Analyse der Rezidivraten nicht ausgewertet werden konnten (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung nicht zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	126
Tabelle 4.5-1: Patientinnen mit Tumorgrößen pTis, pT1 und pT2: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit BET (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	106	Tabelle 4.7-1: Ereignisse (Todesfälle) bei Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung.....	127
Tabelle 4.5-2: Patientinnen nach axillärer Lymphonodektomie: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit mehr als 9 entfernten Lymphknoten (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	107	Tabelle 4.7-2: Ereignisse (Neubildungen) bei Patientinnen mit mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung.....	128
Tabelle 4.5-3: Patientinnen nach BET: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Strahlentherapie der Brust (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)	108	Tabelle 4.7-3: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit erneutem lokoregionärem Rezidiv oder kontralateralem Tumor in den einzelnen Berichtshalb Jahren (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung)	129
Tabelle 4.5-4: Patientinnen mit Tumorgrößen pT3/pT4 nach Mastektomie: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Strahlentherapie (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	109	Tabelle 4.7-4: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Metastasierung in den einzelnen Berichtshalb Jahren (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung)	130
Tabelle 4.5-5: Patientinnen mit R1/R2 Resektion nach Mastektomie: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Strahlentherapie (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	110	Tabelle 4.7-5: Anzahl und Anteil der verstorbenen Patientinnen in den einzelnen Berichtshalb Jahren (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung)	131
Tabelle 4.5-6: Patientinnen nach Mastektomie und Resektion von mehr als 3 befallenen Lymphknoten nach axillärer Lymphonodektomie: Strahlentherapie (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	111	Tabelle 4.7-6: Anzahl der Patientinnen, die für die Analyse der Rezidivraten nicht ausgewertet werden konnten (Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv bei Einschreibung).....	132
Tabelle 4.5-7: Patientinnen mit einem niedrigen Risiko: Anzahl und Anteil der Patientinnen, bei denen keine Chemotherapie durchgeführt wurde (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)	112	Tabelle 4.8-1: Ereignisse (Todesfälle) bei Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung.....	133
Tabelle 4.5-8: Ereignisse (Todesfälle) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	114	Tabelle 4.8-2: Ereignisse (Neubildungen) bei Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung.....	134
Tabelle 4.5-9: Ereignisse (Neubildungen) bei Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte	115	Tabelle 4.8-3: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv oder erneutem kontralateralem Tumor in den einzelnen Berichtshalb Jahren (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung).....	135
Tabelle 4.5-10: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv oder kontralateralem Tumor in den einzelnen Berichtshalb Jahren (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte)	116	Tabelle 4.8-4: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Metastasierung in den einzelnen Berichtshalb Jahren (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung)	136
Tabelle 4.5-11: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Metastasierung in den einzelnen Berichtshalb Jahren (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	117	Tabelle 4.8-5: Anzahl und Anteil der verstorbenen Patientinnen in den einzelnen Berichtshalb Jahren (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung).....	137
Tabelle 4.5-12: Anzahl und Anteil der verstorbenen Patientinnen in den einzelnen Berichtshalb Jahren (Patientinnen mit Primärtumor bei Einschreibung, deren Einschreibung zeitnah zur Diagnose erfolgte).....	118	Tabelle 4.8-6: Anzahl der Patientinnen, die für die Analyse der Rezidivraten nicht ausgewertet werden konnten (Patientinnen mit kontralateralem Brustkrebs bei Einschreibung)	138
		Tabelle 4.9-1: Ereignisse (Todesfälle) bei Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung	139
		Tabelle 4.9-2: Anzahl und Anteil der verstorbenen Patientinnen in den einzelnen Berichtshalb Jahren (Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Einschreibung)	140
		Tabelle 4.10.1-1: Anzahl der Patientinnen der Stichproben mit auswertbaren ökonomischen Daten	142
		Tabelle 4.10.1-2: Anzahl der im jeweiligen Berichtshalbjahr ausgeschiedenen oder verstorbenen Patientinnen der Stichproben.....	143

Tabelle 4.10.1-3: Kumulierte Anzahl aller bis einschließlich des Berichtshalbjahres ausgeschiedenen oder verstorbenen Patientinnen der Stichproben	144	Tabelle 4.10.7-3: Arzneimitteltherapie: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €	161
Tabelle 4.10.2-1: Ambulante ärztliche Leistungen: Ausgaben pro Berichtshalbjahr in €	145	Tabelle 4.10.7-4: Heilmittel: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €	162
Tabelle 4.10.2-2: Krankenhausbehandlung: Ausgaben pro Berichtshalbjahr in €	146	Tabelle 4.10.7-5: Hilfsmittel: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €	163
Tabelle 4.10.2-3: Arzneimitteltherapie: Ausgaben pro Berichtshalbjahr in €	147	Tabelle 4.10.7-6: Anschlussrehabilitation: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in € .	164
Tabelle 4.10.2-4: Heilmittel: Ausgaben pro Berichtshalbjahr in €	148	Tabelle 4.10.7-7: Häusliche Krankenpflege: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €	165
Tabelle 4.10.2-5: Hilfsmittel: Ausgaben pro Berichtshalbjahr in €	149	Tabelle 4.10.7-8: Krankengeld: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €	166
Tabelle 4.10.2-6: Anschlussrehabilitation: Ausgaben pro Berichtshalbjahr in €	150	Tabelle 4.10.7-9: Leistungsausgaben insgesamt: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €	167
Tabelle 4.10.2-7: Häusliche Krankenpflege: Ausgaben pro Berichtshalbjahr in €	151	Tabelle 4.11.1-1: Rücklaufquote für die Lebensqualitätsbefragung	168
Tabelle 4.10.2-8: Krankengeld: Ausgaben pro Berichtshalbjahr in €	152	Tabelle 4.11.2-1: Bildung der SF-36-Skala „Körperliche Funktionsfähigkeit“	169
Tabelle 4.10.2-9: Leistungsausgaben insgesamt im jeweiligen Berichtshalbjahr in €	153	Tabelle 4.11.2-2: Bildung der SF-36-Skala „Körperliche Rollenfunktion“	170
Tabelle 4.10.3-1: Kumuliertes Mittel der Leistungsausgaben insgesamt bis zum jeweiligen Berichtshalbjahr in €	154	Tabelle 4.11.2-3: Bildung der SF-36-Skala „Körperliche Schmerzen“	171
Tabelle 4.10.4-1: Verwaltungskosten (nicht kohortenspezifische Durchschnittskosten je DMP- Patient) in €	155	Tabelle 4.11.2-4: Bildung der SF-36-Skala „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“	172
Tabelle 4.10.4-2: Kosten der Qualitätssicherung (nicht kohortenspezifische Durchschnittskosten je DMP-Patient) in €	155	Tabelle 4.11.2-5: Bildung der SF-36-Skala „Vitalität“	173
Tabelle 4.10.5-1: Anzahl der Patientinnen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im betrachteten Berichtshalbjahr	156	Tabelle 4.11.2-6: Bildung der SF-36-Skala „Soziale Funktionsfähigkeit“	174
Tabelle 4.10.6-1: Anzahl der Patientinnen mit Anspruch auf Krankengeld	157	Tabelle 4.11.2-7: Bildung der SF-36-Skala „Emotionale Rollenfunktion“	175
Tabelle 4.10.6-2: Ausgaben für Krankengeld pro Patient im Gesamtkollektiv der Krankengeldanspruchsberechtigten	158	Tabelle 4.11.2-8: Bildung der SF-36-Skala „psychisches Wohlbefinden“	176
Tabelle 4.10.7-1: Ambulante ärztliche Leistungen: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €	159	Tabelle 4.11.2-9: Bildung des SF-36 Items „Gesundheitsveränderung“	177
Tabelle 4.10.7-2: Krankenhausbehandlung: Durchschnittliche Kosten pro Auswertungsjahr in €	160	Tabelle 4.11.2-10: Bildung der körperlichen Summenskala beim SF-36	178
		Tabelle 4.11.2-11: Bildung der psychischen Summenskala beim SF-36	179
		Tabelle 4.11.3-1: Bildung des SF-6-D Gesamtindex	180

A: Abbildungen zur Erkrankungsdauer:

1. Alle Versicherten

Die folgenden Abbildungen zeigen eine kohortenspezifische Verteilung aller teilnehmenden Versicherten auf die Erkrankungsdauer-Kategorien 0 bis 5 Jahre, 5 bis 10 Jahre, 10 bis 15 Jahre, 15 bis 20 Jahre etc. seit Erstmanifestation des Brustkrebs

Abbildung 4.3.6-2: Kategorien der Erkrankungsdauer für die Kohorte K20062 (Alle Versicherten)

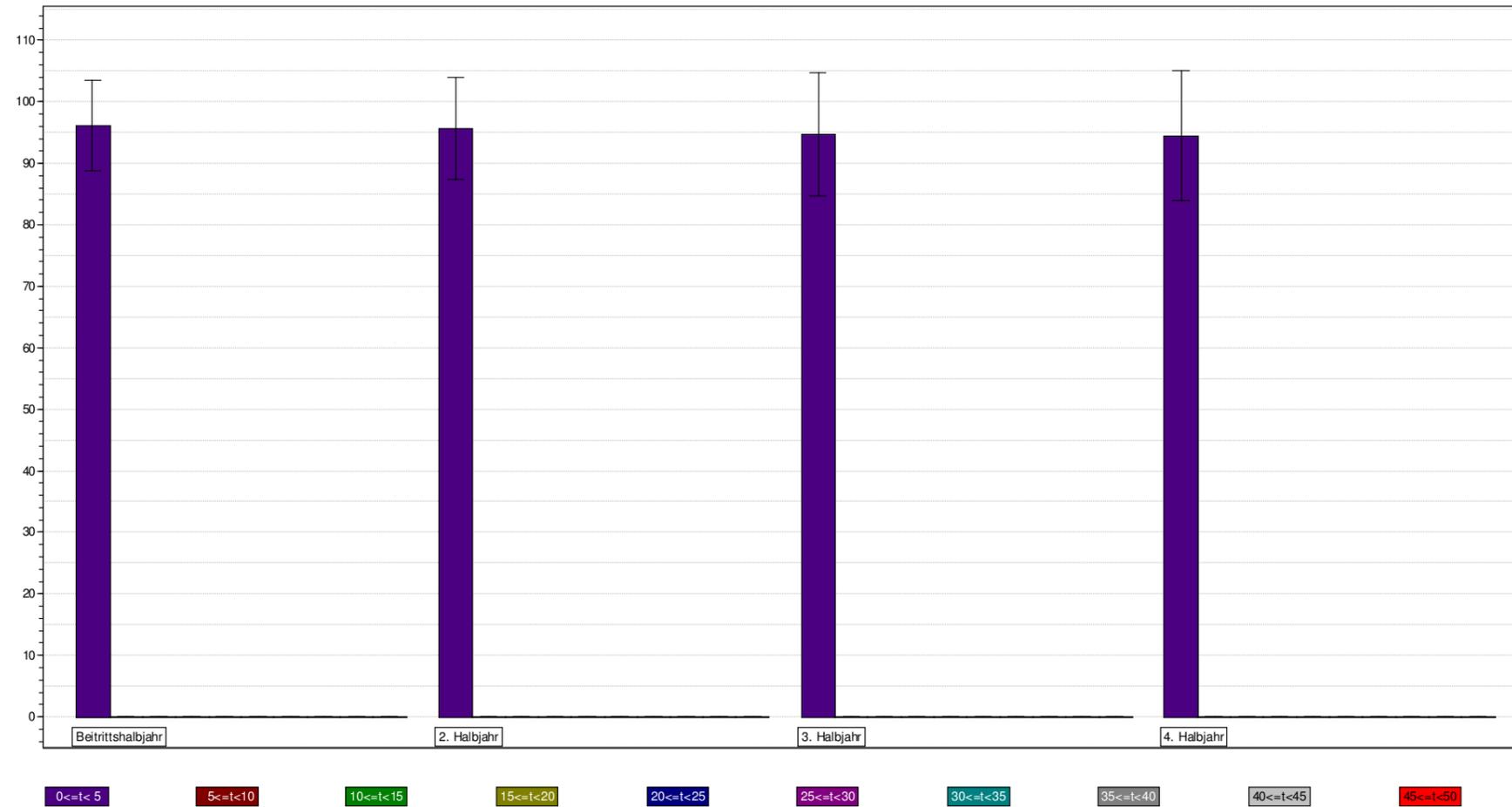


Abbildung 4.3.6-3: Kategorien der Erkrankungsdauer für die Kohorte K20071 (Alle Versicherten)

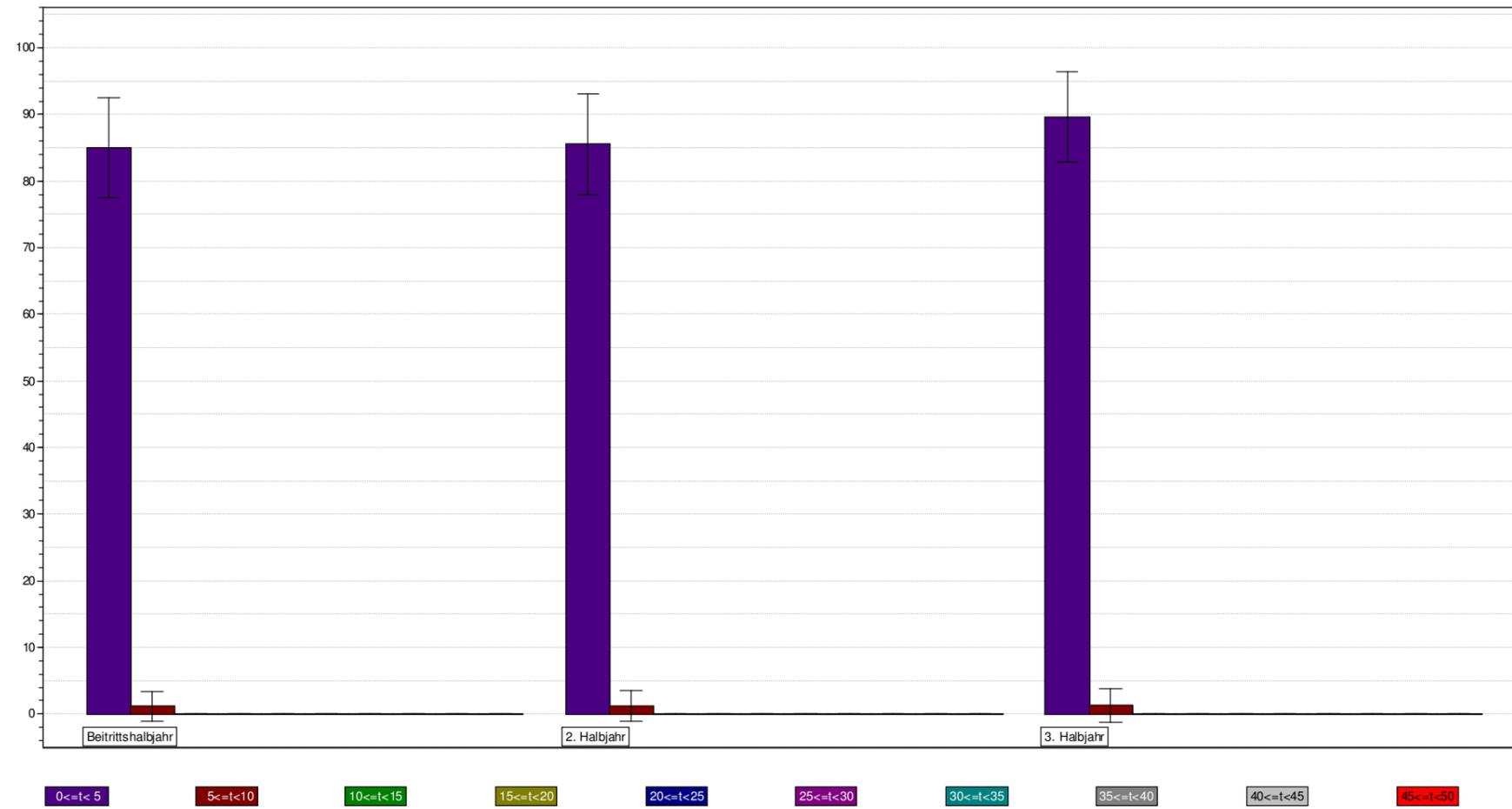


Abbildung 4.3.6-4: Kategorien der Erkrankungsdauer für die Kohorte K20072 (Alle Versicherten)

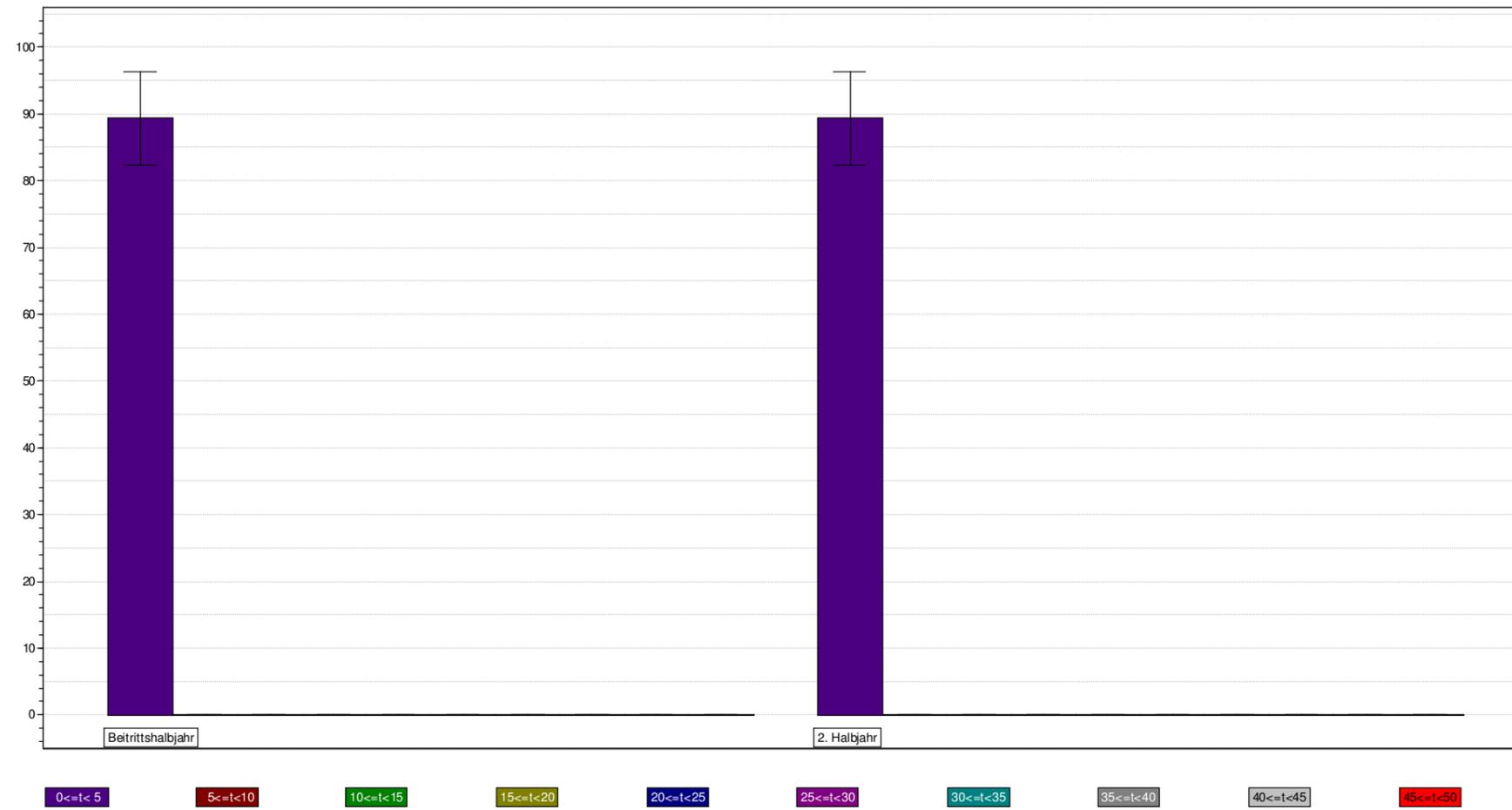


Abbildung 4.3.6-5: Kategorien der Erkrankungsdauer für die Kohorte K20081 (Alle Versicherten)



B: Abbildungen zu den gesamten Leistungsausgaben (Versicherte der Stichproben):

Die folgenden Abbildungen zeigen eine kohortenspezifische Verteilung der Versicherten der Stichproben auf die Leistungsausgaben-Kategorien 0 bis 500 EUR, 500 bis 1000 EUR, 1000 bis 1500 EUR, 1500 bis 2000 EUR etc.

Abbildung 4.10.2-2: Leistungsausgaben insgesamt (Kategorien) in € (alle Versicherten der Stichproben für die Kohorte) K20062

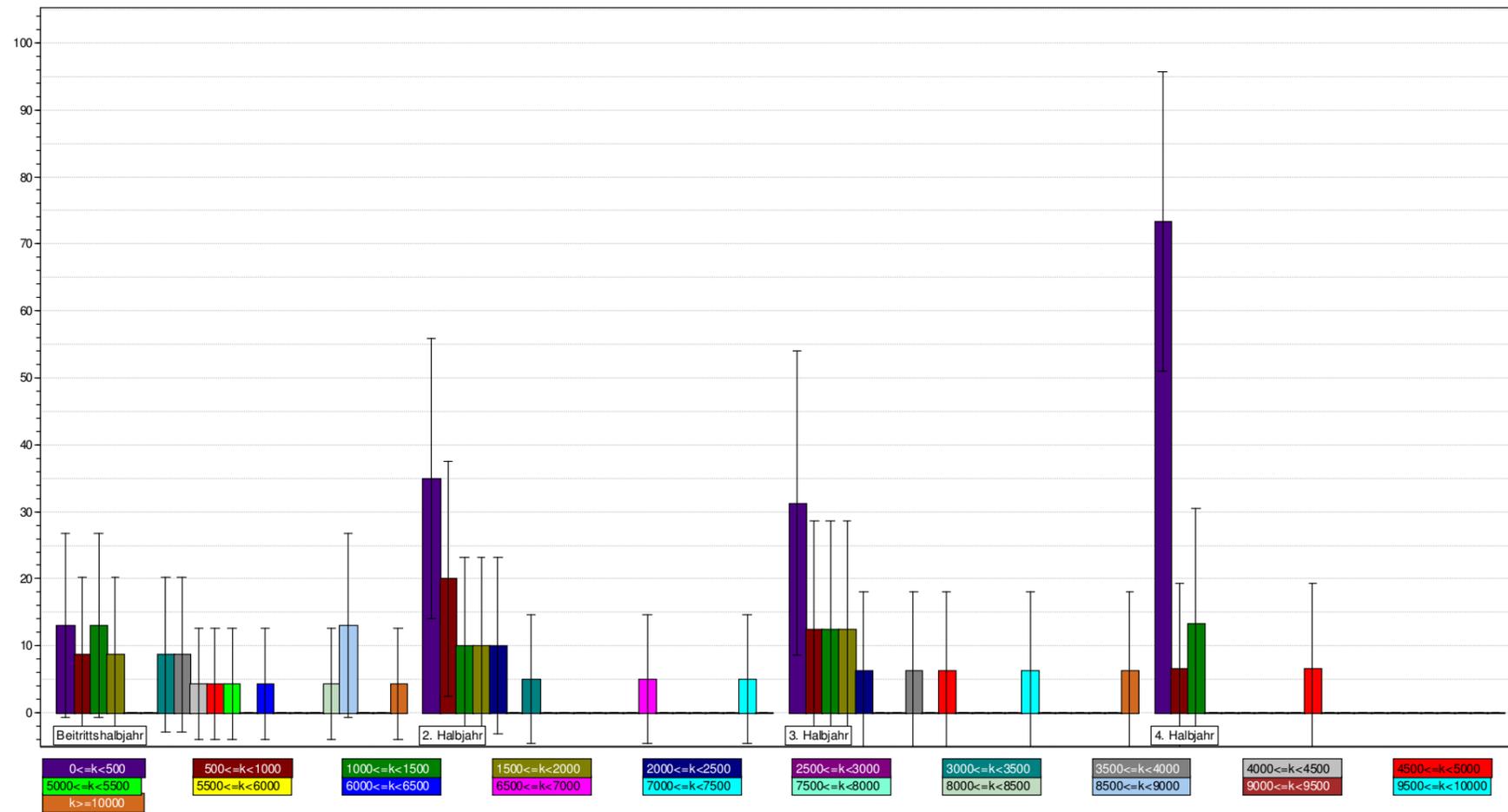


Abbildung 4.10.2-3: Leistungsausgaben insgesamt (Kategorien) in € (alle Versicherten der Stichproben für die Kohorte) K20071

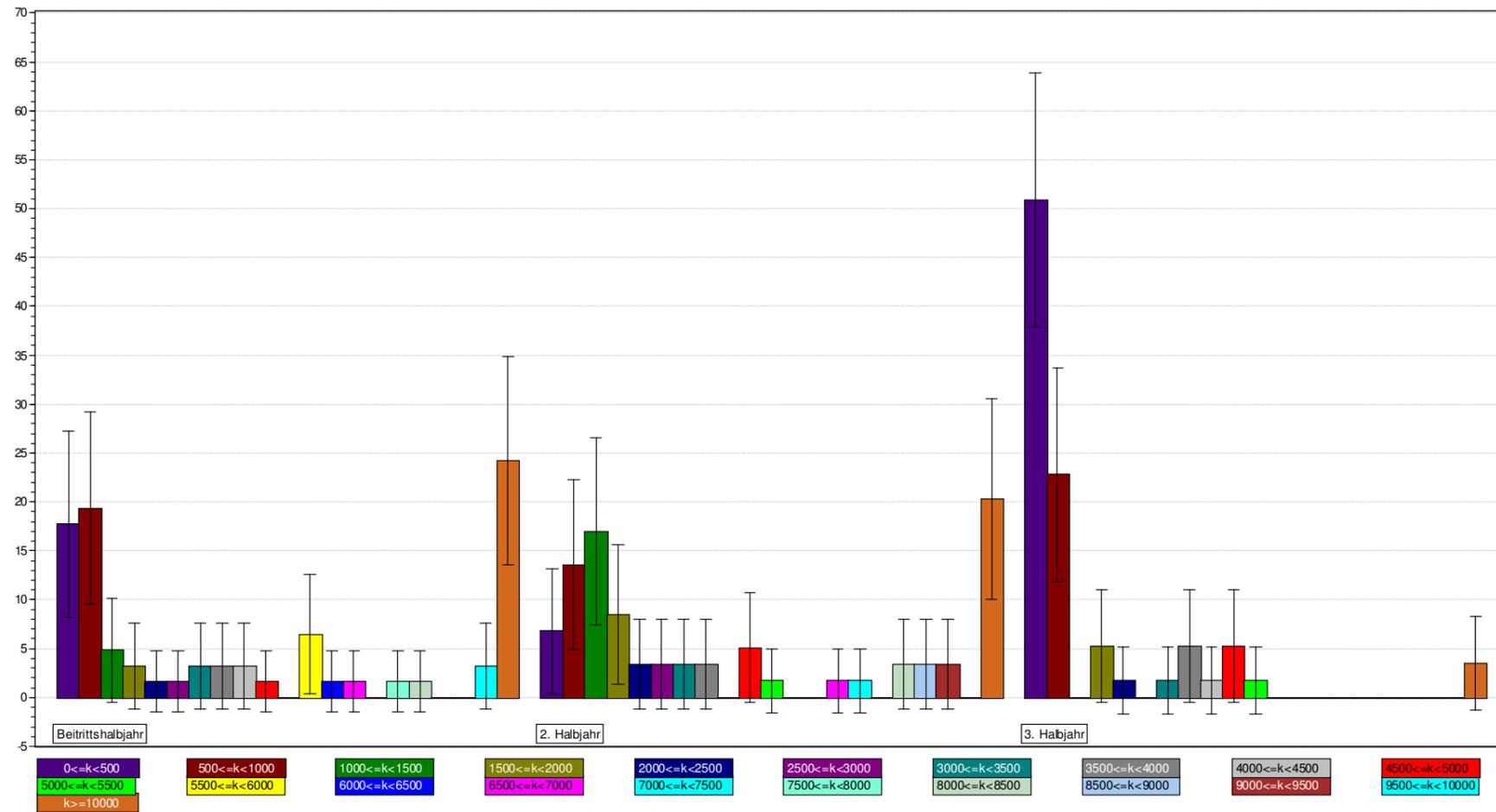


Abbildung 4.10.2-4: Leistungsausgaben insgesamt (Kategorien) in € (alle Versicherten der Stichproben für die Kohorte) K20072

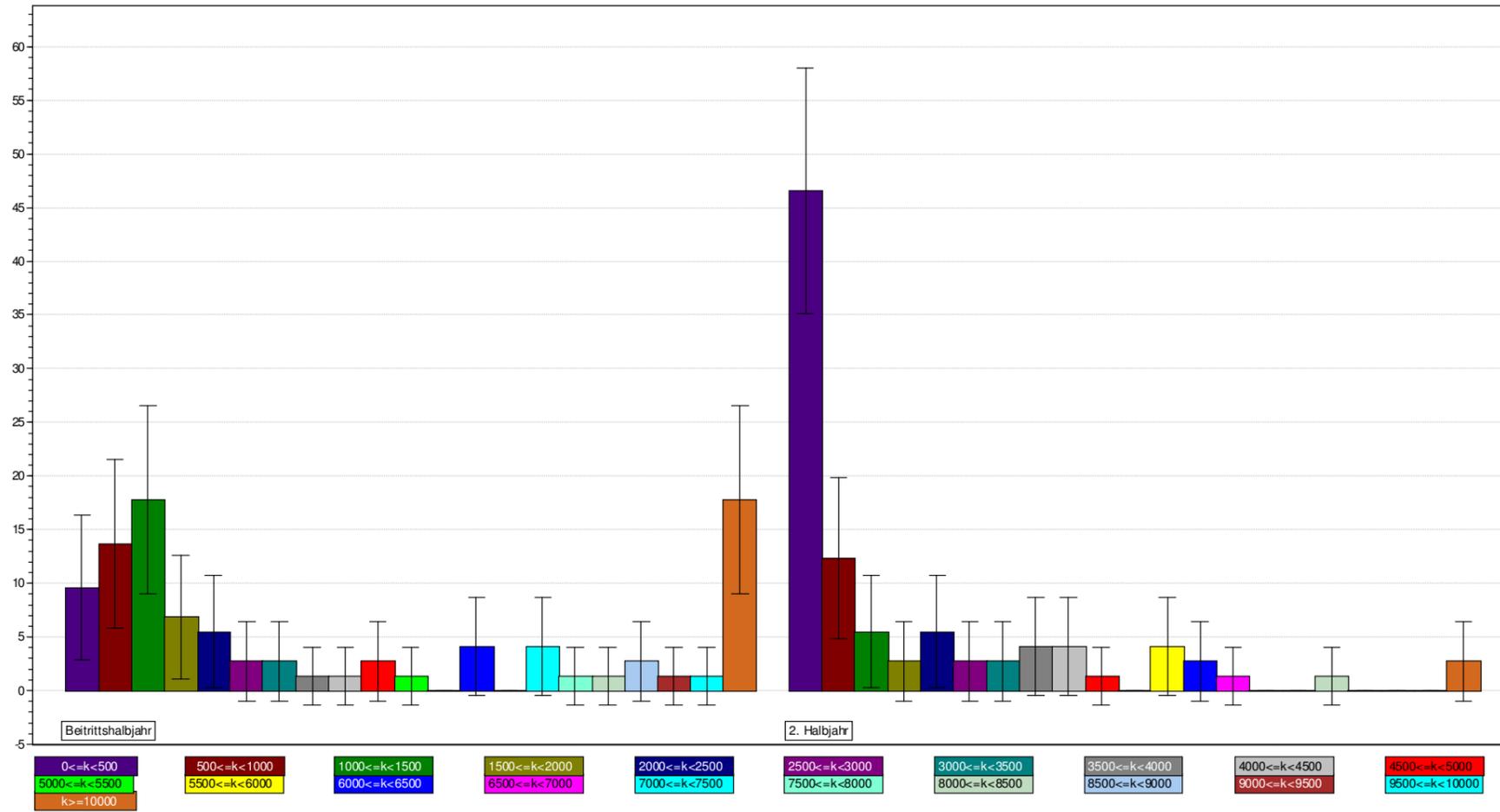


Abbildung 4.10.2-5: Leistungsausgaben insgesamt (Kategorien) in € (alle Versicherten der Stichproben für die Kohorte) K20081

