

Indikationsspezifischer Bericht zum Mammakarzinom für die Gemeinsame Einrichtung

Ausgabe für den Berichtszeitraum 01.01.2006 bis 30.06.2006

Erstellungstag: 30.06.2006

Hinweise zum Gebrauch des Berichtes

Inhaltsverzeichnis	
A	DMP-Kernbericht
1.	Brusterhaltende Operationen
1.1.	Steigerung des Anteils der brusterhaltenden Operationen (1) 4
1.2.	Steigerung des Anteils der brusterhaltenden Operationen (2) 5
1.3.	Steigerung des Anteils der brusterhaltenden Operationen (3) 6
2.	Sicherstellung der Axilladisektion bei invasivem Tumortyp 7
3.	Anzahl entfernter Lymphknoten
3.1.	Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten (1) 8
4.	Sicherstellung der Strahlentherapie nach brusterhaltender Therapie 9
5.	Angemessene medikamentöse Therapie bei nodalpositivem Tumor 10
B	Erweiterter Qualitätsbericht
1.	Basisdaten
1.1.	Die Patientinnenpopulation 12
1.2.	Altersverteilung 13
1.3.	Tumorgröße 14
2.	Operative Therapie
2.1.	Resektionsgrad 15
3.	Medikamentöse Therapie
3.1.	Nodalstatus 16
3.1.1.	Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten (2) 17
3.1.2.	Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten (3) 18
3.2.	Risikostatus und systemische adjuvante Therapie 19
4.	Verlaufsparemeter
4.1.	Lymphödem 20
4.2.	Tumorfremie DMP-Teilnahmezeit 21

A DMP-Kernbericht

Thema: Steigerung des Anteils der brusterhaltenden Operationen (1)

Bei der chirurgischen Therapie sollte das kosmetische Ergebnis in die therapeutischen Überlegungen einbezogen werden. Wenn möglich sollte eine brusterhaltende Operation durchgeführt werden.

DMP-Qualitätsziel: Nach einem Jahr DMP-Laufzeit soll bei mindestens 60% der operierten Versicherten eine brusterhaltende Therapie (BET) durchgeführt werden.

"Ziel der brusterhaltenden Therapie ist die lokale Kontrolle durch vollständige Entfernung des Karzinomherdes bei gleichzeitiger Berücksichtigung des kosmetischen Ergebnisses." (Anl. 3)

Ihr Ergebnis

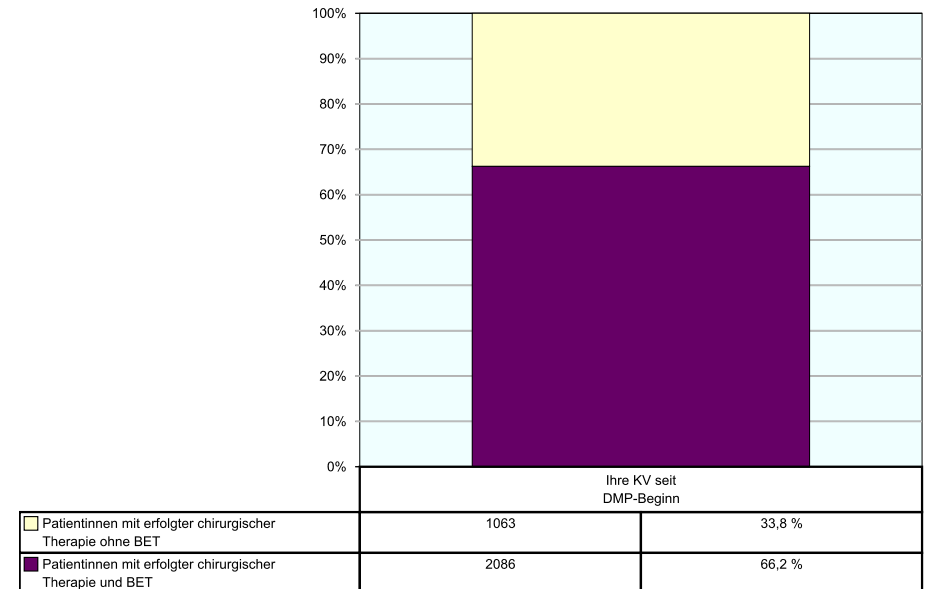
Nebenstehende Abbildung: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit dokumentierter BET (seit DMP-Beginn) bezogen auf alle chirurgisch behandelten Patientinnen (seit DMP-Beginn).

Von allen bislang seit DMP-Beginn chirurgisch behandelten Patientinnen erhielten 2086 Patientinnen (66,2%) eine BET.

Nach einem Jahr DMP-Laufzeit soll bei mindestens 60% der operierten Patientinnen eine brusterhaltende Therapie (BET) durchgeführt werden. Dieses Qualitätsziel wurde seit DMP-Beginn von Ihrer KV erreicht.

Abbildung

Steigerung Anteil der brusterhaltenden Operationen (1)



Grundgesamtheit
Ihre KV seit DMP-Beginn: 3149

A.1.2.DMP-Kernbericht → Brusterhaltende Operationen → Steigerung des Anteils der brusterhaltenden Operationen (2)

Thema: Steigerung des Anteils der brusterhaltenden Operationen (2)

"Bei Tumoren bis zu 4 cm Größe erzielt die brusterhaltende Therapie identische Überlebensraten wie die Mastektomie. Alle Patientinnen, bei denen eine brusterhaltende Therapie in Frage kommt, müssen über diese Möglichkeit informiert werden." (Anl. 3)

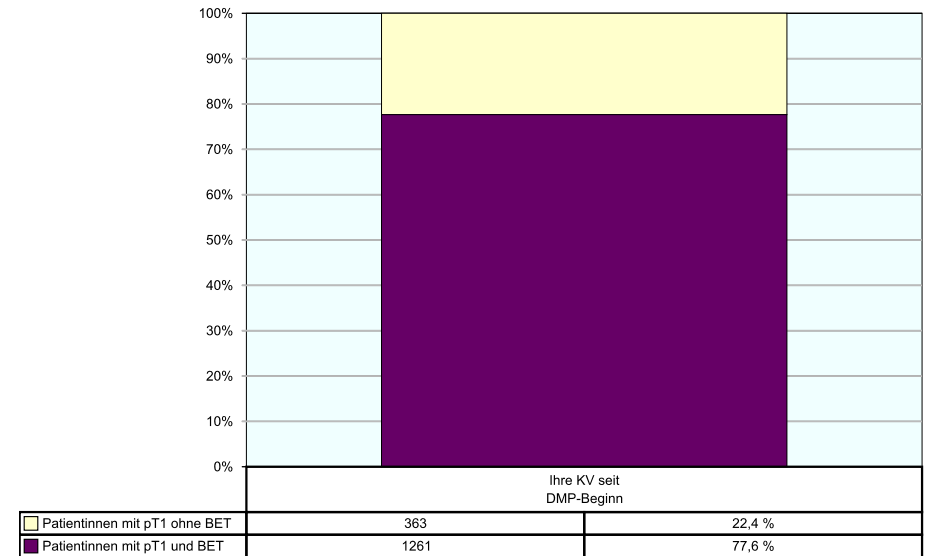
Ihr Ergebnis

Nebenstehende Abbildung: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit BET und pT1 (seit DMP-Beginn) bezogen auf alle chirurgisch behandelten Patientinnen mit pT1 (seit DMP-Beginn).

Von allen bislang seit DMP-Beginn chirurgisch behandelten Patientinnen mit pT1 erhielten 1261 Patientinnen (77,6%) eine BET.

Abbildung

Steigerung Anteil der brusterhaltenden Operationen (2)



Grundgesamtheit
Ihre KV seit DMP-Beginn: 1624

Thema: Steigerung des Anteils der brusterhaltenden Operationen (3)

Patientinnen mit lokal begrenzten Tumoren ohne Fernmetastasen sollten primär der operativen Therapie zugeführt werden. Die Größe des Tumors beeinflusst die Indikation zur Art der chirurgischen Therapie. Bei größeren Tumoren kann eine ablative Therapie indiziert sein.

"Bei Tumoren bis 4 cm Größe erzielt die brusterhaltende Therapie identische Überlebensraten wie die Mastektomie. (...) Patientinnen mit einem T4-Tumor oder inflammatorischem Mamma-Karzinom sind im allgemeinen primär nicht operabel und sollten zunächst eine systemische Therapie erhalten." (Anl. 3)

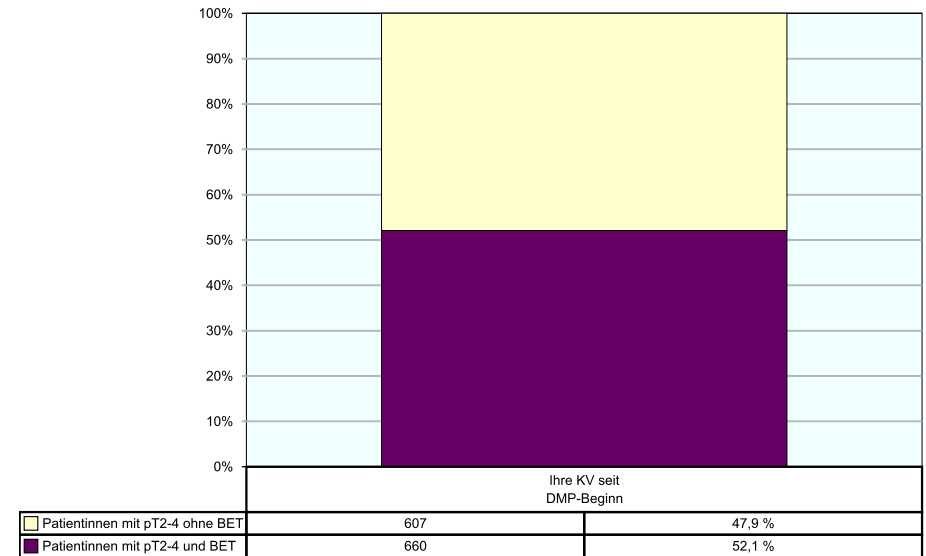
Ihr Ergebnis

Nebenstehende Abbildung: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit dokumentierter BET und pT2-4 (seit DMP-Beginn) an allen Ihren chirurgisch behandelten Patientinnen mit pT2-4 (seit DMP-Beginn).

Von allen bislang seit DMP-Beginn chirurgisch behandelten Patientinnen mit pT2-4 erhielten 660 Patientinnen (52,1%) eine BET.

Abbildung

Steigerung Anteil der brusterhaltenden Operationen (3)



Grundgesamtheit
Ihre KV seit DMP-Beginn: 1267

Thema: Sicherstellung der Axilladisektion bei invasivem Tumortyp

Bei invasivem Tumor sollte eine Axilladisektion durchgeführt werden. Die untersuchten Lymphknoten werden auf Tumorbefall untersucht.

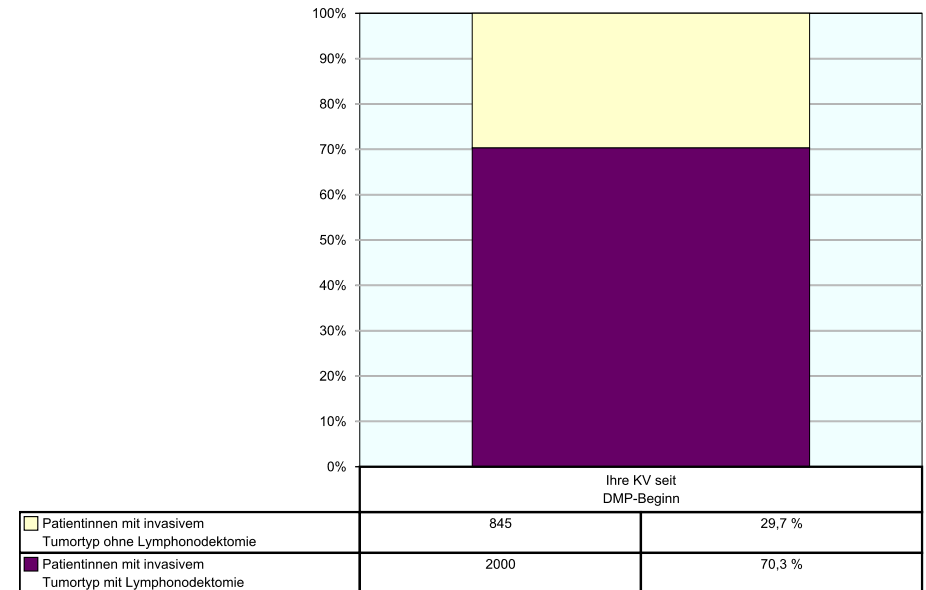
"Die Axilladisektion sollte bei allen Patientinnen mit einem invasiven operablen Mammakarzinom durchgeführt werden. Aus Level I und II sollen hierbei insgesamt mindestens 10 Lymphknoten entfernt und untersucht werden." (Anl. 3)

Ihr Ergebnis

Nebenstehende Abbildung: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit invasivem Tumortyp und Lymphonodektomie (seit DMP-Beginn). Der Anteil dieser Patientinnen bezieht sich auf alle operierten Patientinnen mit invasivem Tumortyp. Von allen bislang seit DMP-Beginn chirurgisch behandelten Patientinnen mit invasivem Tumortyp erhielten 2000 Patientinnen (70,3%) eine Axilladisektion.

Abbildung

Sicherstellung Axilladisektion bei invasivem Tumortyp



Grundgesamtheit
Ihre KV seit DMP-Beginn: 2845

Thema: Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten (1)

Bei der Axilladisektion sollen mindestens 10 Lymphknoten entnommen und untersucht werden.

"Die Axilladisektion sollte bei allen Patientinnen mit einem invasiven operablen Mammakarzinom durchgeführt werden. Aus Level I und II sollen hierbei insgesamt mindestens 10 Lymphknoten entfernt und untersucht werden." (Anl. 3)

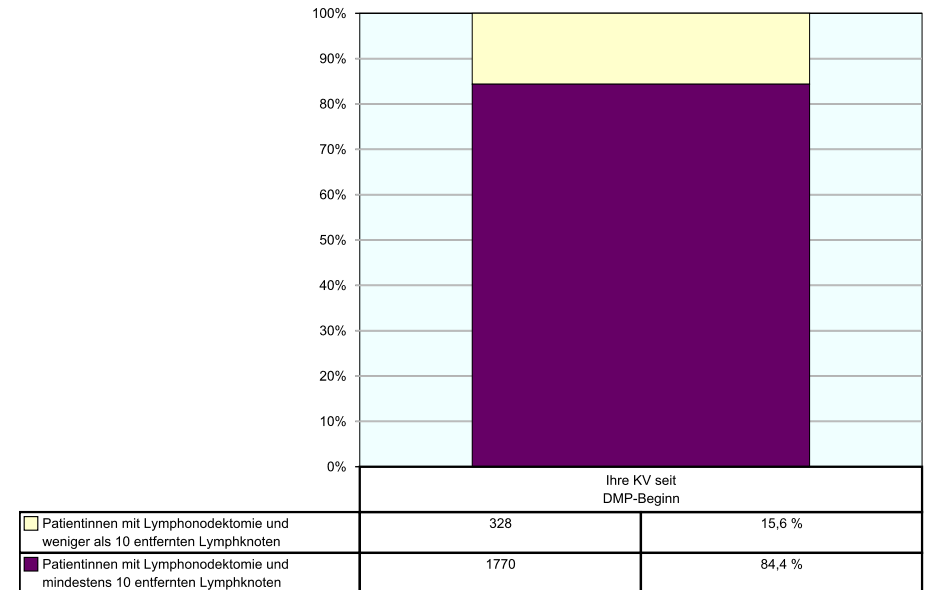
Ihr Ergebnis

Nebenstehende Abbildung: Anzahl und Anteil der Patientinnen, denen bei der Lymphonodektomie mindestens 10 Lymphknoten entfernt wurden (seit DMP-Beginn). Der Anteil dieser Patientinnen bezieht sich auf alle Patientinnen mit Lymphonodektomie seit DMP-Beginn.

Von allen bislang seit DMP-Beginn behandelten Patientinnen mit Lymphonodektomie wurden bei 1770 Patientinnen (84,4%) mindestens 10 Lymphknoten entfernt.

Abbildung

Sicherstellung ausreichende Anzahl entfernter Lymphknoten (1)



Grundgesamtheit
Ihre KV seit DMP-Beginn: 2098

A.4.DMP-Kernbericht → Sicherstellung der Strahlentherapie nach brusterhaltender Therapie

Thema: Sicherstellung der Strahlentherapie nach brusterhaltender Therapie

Ein Ziel des DMP ist die Erhöhung des Anteils der brusterhaltenden Operationen. Die darauf folgende Strahlentherapie soll das Risiko für ein Lokalrezidiv vermindern. Daher sollte nach jeder brusterhaltenden Operation eine Strahlentherapie durchgeführt werden.

DMP-Qualitätsziel: Nach einem Jahr DMP-Laufzeit soll bei mindestens 80% der Versicherten, die brusterhaltend operiert wurden, eine Strahlentherapie durchgeführt werden.

"Eine Nachbestrahlung des verbliebenen Brustgewebes ist nach brusterhaltendem operativem Vorgehen grundsätzlich indiziert." (Anl. 3)

Ihr Ergebnis

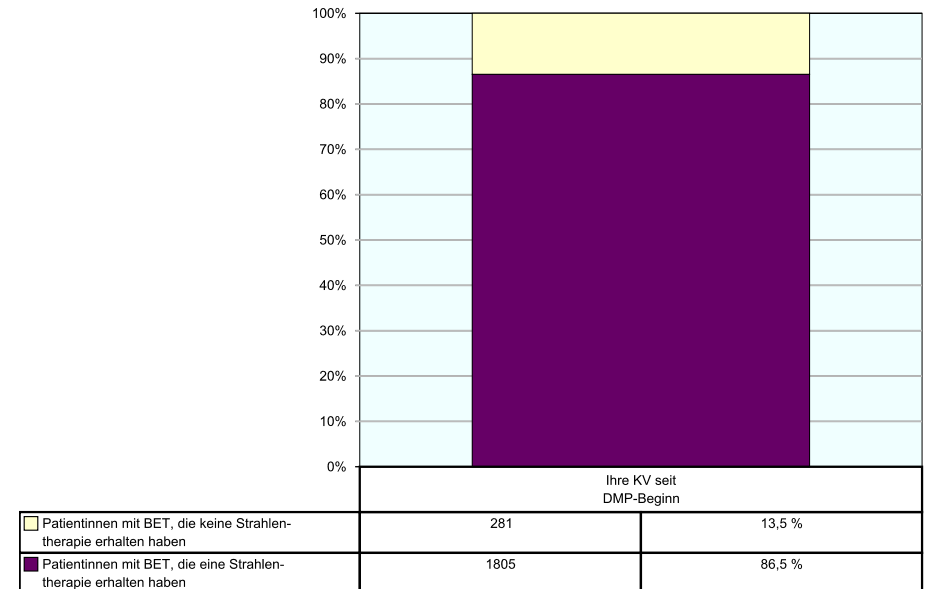
Nebenstehende Abbildung: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit BET, die eine Strahlentherapie erhalten haben, bezogen auf Patientinnen mit BET.

Von allen bislang mit einer BET behandelten Patientinnen erhielten 1805 (86,5%) eine Strahlentherapie.

Nach einem Jahr DMP-Laufzeit sollen mindestens 80% aller Patientinnen mit BET eine Strahlentherapie erhalten haben. Dieses Qualitätsziel wurde seit DMP-Beginn von Ihrer KV erreicht.

Abbildung

Sicherstellung Strahlentherapie nach brusterhaltender OP



Grundgesamtheit
Ihre KV seit DMP-Beginn: 2086

A.5.DMP-Kernbericht → Angemessene medikamentöse Therapie bei nodalpositivem Tumor

Thema: Angemessene medikamentöse Therapie bei nodalpositivem Tumor

"Bei Frauen mit erhöhtem Risiko sollte eine Chemotherapie in Betracht gezogen werden, bei Frauen mit einem rezeptorpositiven Befund (PR+ oder ER+) in Kombination mit einer antiöstrogenen Therapie." (Anl. 3)

Ihr Ergebnis

Nebenstehende Abbildung: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit einem nodalpositiven Tumor (pN 1,2,3), bei denen

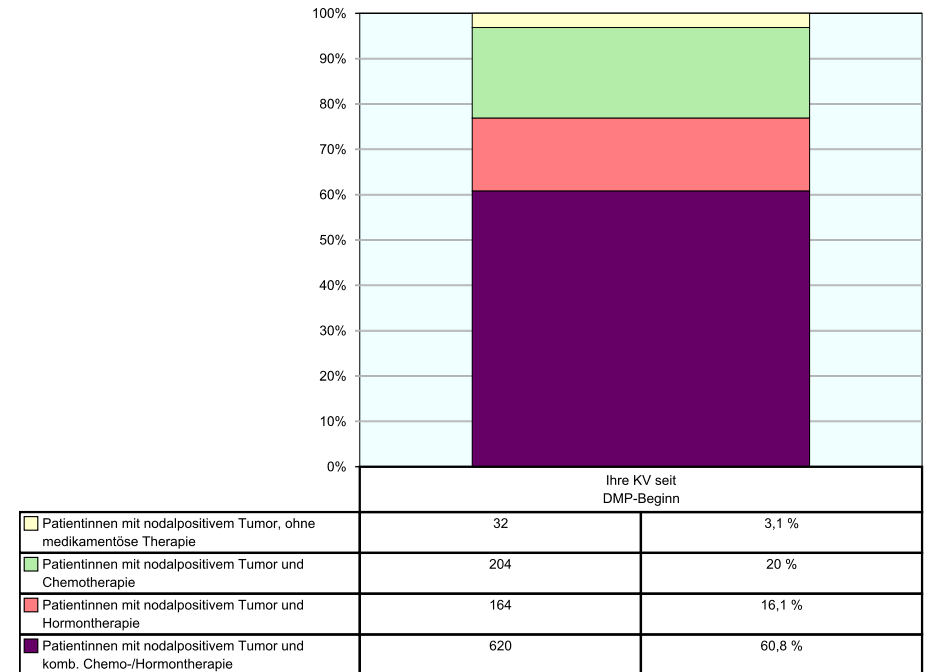
- eine Chemotherapie
- eine Hormontherapie
- eine komb. Chemo-/Hormontherapie
- keine med. Therapie

erfolgt ist.

Von allen Patientinnen mit nodalpositivem Tumor erhielten 204 (20,0%) eine Chemotherapie, 164 (16,1%) eine Hormontherapie, 620 (60,8%) eine komb. Chemo-Hormontherapie und 32 (3,1%) keine med. Therapie.

Abbildung

Angemessene medikamentöse Therapie bei nodalpositivem Tumor



Grundgesamtheit
Ihre KV seit DMP-Beginn: 1020

B Erweiterter Qualitätsbericht

Thema: Die Patientinnenpopulation

Patientinnen mit Lokalrezidiv oder Fernmetastasen erfordern ein erweitertes therapeutisches Regime.

Ihr Ergebnis

Nebenstehende Tabelle: Anzahl der eingeschriebenen Patientinnen, Anzahl und Anteil aller Patientinnen mit Lokalrezidiv und Anzahl und Anteil aller Patientinnen mit Fernmetastasen.

Tabelle

Patientinnenpopulation

	Ihre KV seit DMP-Beginn	
	absolut	% (an allen eingeschriebenen Pat.)
Eingeschriebene Patientinnen	3183	
Patientinnen mit Lokalrezidiv	98	3,1
Patientinnen mit Fernmetastasen	217	6,8

Thema: Altersverteilung

Das Alter der Patientinnen ist ein Parameter bei der Risikoabschätzung. Frauen unter 35 Jahren gehören zur Patientinnengruppe mit erhöhtem Risiko.

"Die betroffenen Frauen sind zwei Risikogruppen zuzuordnen: Zu der Gruppe mit niedrigem Risiko gehören Frauen, die 35 Jahre oder älter sind, deren Karzinom kleiner gleich 2 cm, hochdifferenziert (Grading 1), rezeptorpositiv (ER+ und/oder PR+) sowie nodalnegativ ist. Alle anderen Frauen sind der Gruppe mit erhöhtem Risiko zuzuordnen." (Anl. 3)

Ihr Ergebnis

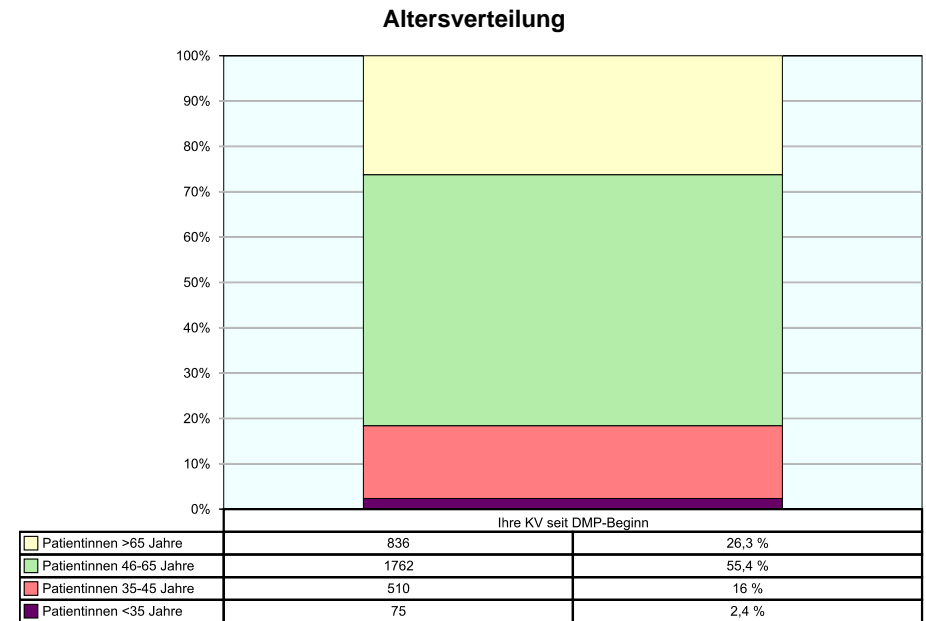
Nebenstehende Abbildung: Anteil und Anzahl der eingeschriebenen Patientinnen in den folgenden Altersklassen (zum Zeitpunkt der Erstmanifestation):

- <35 Jahre
- 35 - 45 Jahre
- 46 - 65 Jahre
- >65 Jahre

an allen eingeschriebenen Patientinnen.

In Ihrer KV sind 2,4% der eingeschriebenen Patientinnen unter 35 Jahre alt.

Abbildung



Grundgesamtheit
Ihre KV seit DMP-Beginn: 3183

Thema: Tumorgröße

Die Tumorgröße ist ein Parameter bei der Risikoabschätzung. Frauen mit einer Tumorgröße größer als 2 cm gehören zur Patientinnengruppe mit erhöhtem Risiko. Abhängig von der Tumorgröße unterscheiden sich die therapeutischen Maßnahmen.

"Die betroffenen Frauen sind zwei Risikogruppen zuzuordnen: Zu der Gruppe mit niedrigem Risiko gehören Frauen, die 35 Jahre oder älter sind, deren Karzinom kleiner gleich 2 cm, hochdifferenziert (Grading 1), rezeptorpositiv (ER+ und/oder PR+) sowie nodalnegativ ist. Alle anderen Frauen sind der Gruppe mit erhöhtem Risiko zuzuordnen." (Anl. 3)

Ihr Ergebnis

Nebenstehende Tabelle: Anzahl und Anteil der eingeschriebenen Patientinnen nach Tumorgröße (pTis, pTx, pT0, pT1, pT2, pT3, pT4) an allen Ihren eingeschriebenen Patientinnen.

In Ihrer KV war bei 42,3% der eingeschriebenen Patientinnen der Tumor zum Zeitpunkt der Erstdokumentation größer als 2 cm oder von unklarer Größe (pT2, pT3, pT4, pTx) .

Tabelle

Tumorgröße

	Ihre KV seit DMP-Beginn
pTis	196
pTx	78
pT0	18
pT1	1624
pT2	1049
pT3	127
pT4	91
Alle eingeschriebenen Patientinnen	3183

B.2.1. Erweiterter Qualitätsbericht → Operative Therapie → Resektionsgrad

Thema: Resektionsgrad

Der Resektionsgrad des Tumors beeinflusst die weiteren therapeutischen Maßnahmen wie z. B. ablative Therapie oder Strahlentherapie.

Ihr Ergebnis

Nebenstehende Abbildung: Anteil und Anzahl der operierten Patientinnen nach Resektionsgrad seit DMP-Beginn:

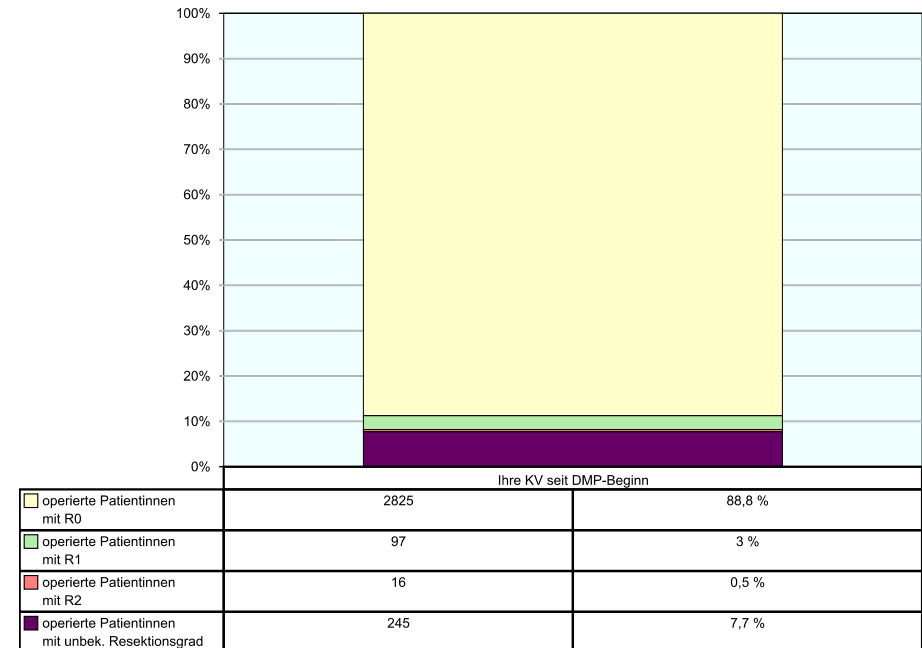
- R0
- R1
- R2
- unbekannt

bezogen auf alle operierten Patientinnen.

Von allen operierten Patientinnen haben 2825 (88,8%) den Resektionsgrad R0, 97 (3,0%) den Resektionsgrad R1, 16 (0,5%) den Resektionsgrad R2 und bei 245 (7,7%) ist der Resektionsgrad unbekannt.

Abbildung

Resektionsgrad



Grundgesamtheit
Ihre KV seit DMP-Beginn: 3183

Thema: Nodalstatus

Der Nodalstatus ist ein Parameter bei der Risikoabschätzung. Frauen mit nodalpositiven Tumoren gehören zur Patientinnengruppe mit erhöhtem Risiko.

"Die betroffenen Frauen sind zwei Risikogruppen zuzuordnen: Zu der Gruppe mit niedrigem Risiko gehören Frauen, die 35 Jahre oder älter sind, deren Karzinom kleiner gleich 2 cm, hochdifferenziert (Grading 1), rezeptorpositiv (ER+ und/oder PR+) sowie nodalnegativ ist. Alle anderen Frauen sind der Gruppe mit erhöhtem Risiko zuzuordnen." (Anl. 3)

Ihr Ergebnis

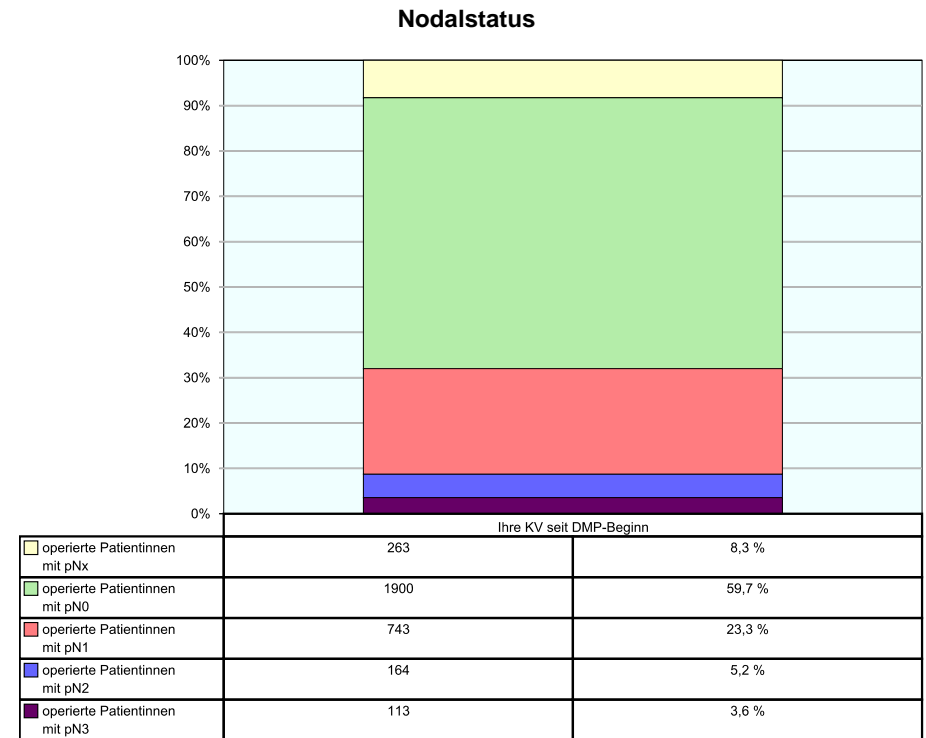
Nebenstehende Abbildung: Anteil und Anzahl der eingeschriebenen Patientinnen nach Nodalstatus seit DMP-Beginn:

- pNx
- pN0
- pN1
- pN2
- pN3

bezogen auf alle operierten Patientinnen.

Von allen Ihren operierten Patientinnen haben 263 (8,3%) den Nodalstatus pNx, 1900 (59,7%) den Nodalstatus pN0, 743 (23,3%) den Nodalstatus pN1, 164 (5,2%) den Nodalstatus pN2 und 113 (3,6%) den Nodalstatus pN3.

Abbildung



Grundgesamtheit
Ihre KV seit DMP-Beginn: 3183

Thema: Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten (2)

"Die Axilladissektion sollte bei allen Patientinnen mit einem invasiven operablen Mammakarzinom durchgeführt werden. Aus Level I und II sollen hierbei insgesamt mindestens 10 Lymphknoten entfernt und untersucht werden." (Anl. 3)

"Im Allgemeinen wird die Axilla nach regelrecht durchgeführter axillärer Lymphonodektomie nicht bestrahlt. Bei speziellen Indikationen (4 oder mehr positive axilläre Lymphknoten und/oder kapselüberschreitender lymphatischer Ausbreitung und/oder Level III-Befall) sollte in Abwägung der strahlenbedingten Morbidität eine Strahlentherapie erwogen werden." (Anl. 3)

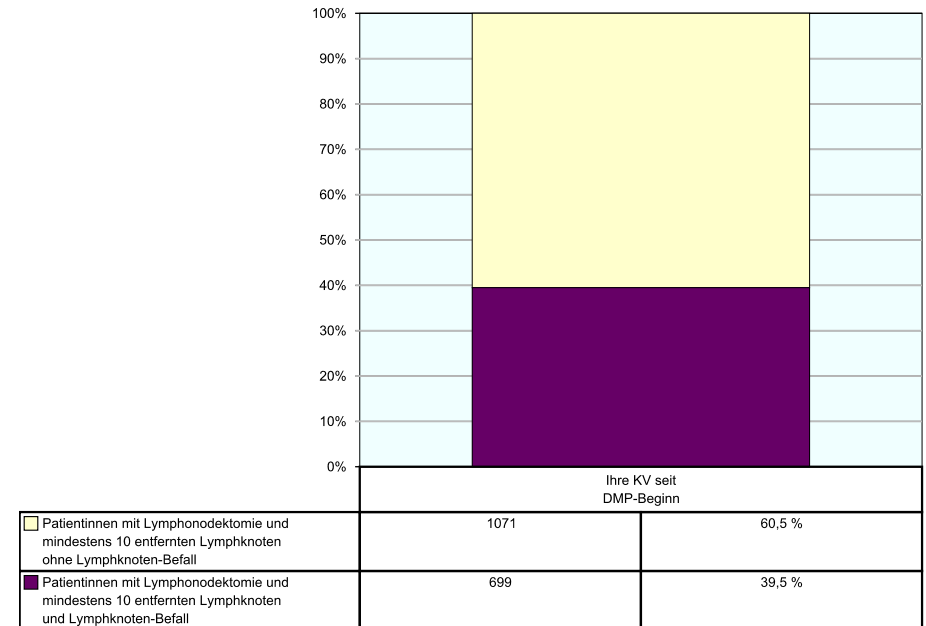
Ihr Ergebnis

Nebenstehende Abbildung: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Lymphonodektomie und mindestens 10 entfernten Lymphknoten (seit DMP-Beginn) unterteilt nach Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen eines Lymphknoten-Befalls. Der Anteil dieser Patientinnen bezieht sich auf alle Patientinnen mit Lymphonodektomie und mindestens 10 entfernten Lymphknoten seit DMP-Beginn.

Von allen bislang neu eingeschriebenen Patientinnen mit Lymphonodektomie und mindestens 10 entfernten Lymphknoten hatten 699 (39,5%) einen Lymphknotenbefall und 1071 (60,5%) nicht.

Abbildung

Sicherstellung ausreichende Anzahl entfernter Lymphknoten (2)



Grundgesamtheit
Ihre KV seit DMP-Beginn: 1770

Thema: Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten (3)

"Die Axilladissektion sollte bei allen Patientinnen mit einem invasiven operablen Mammakarzinom durchgeführt werden. Aus Level I und II sollen hierbei insgesamt mindestens 10 Lymphknoten entfernt und untersucht werden." (Anl. 3)

"Im Allgemeinen wird die Axilla nach regelrecht durchgeführter axillärer Lymphonodektomie nicht bestrahlt. Bei speziellen Indikationen (4 oder mehr positive axilläre Lymphknoten und/oder kapselüberschreitender lymphatischer Ausbreitung und/oder Level III-Befall) sollte in Abwägung der strahlenbedingten Morbidität eine Strahlentherapie erwogen werden." (Anl. 3)

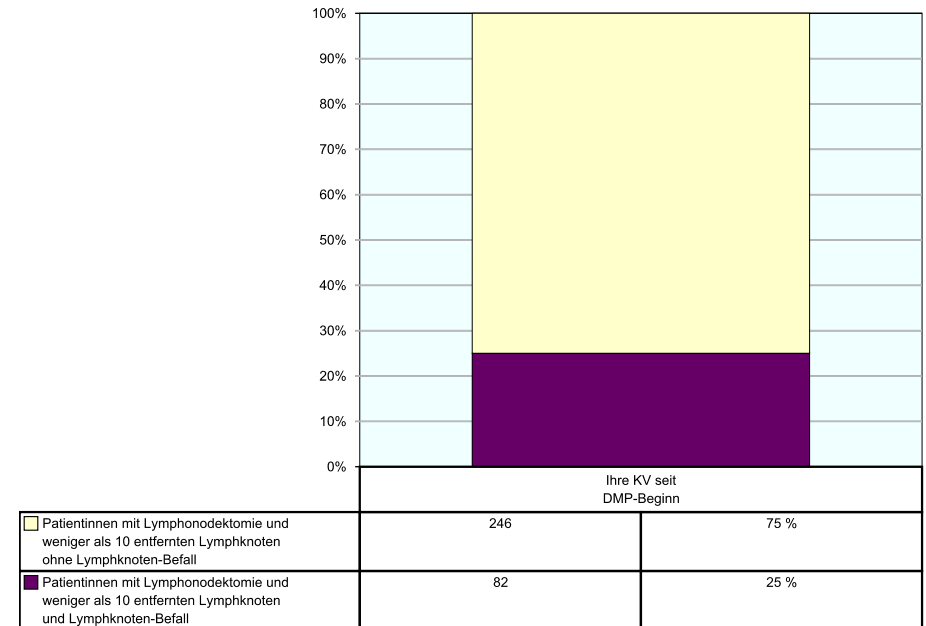
Ihr Ergebnis

Nebenstehende Abbildung: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Lymphonodektomie und weniger als 10 entfernten Lymphknoten unterschieden nach Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen eines Lymphknoten-Befalls. Der Anteil dieser Patientinnen bezieht sich auf alle Ihre Patientinnen mit Lymphonodektomie und weniger als 10 entfernten Lymphknoten seit DMP-Beginn.

Von allen bislang behandelten Patientinnen mit Lymphonodektomie und weniger als 10 entfernten Lymphknoten hatten 82 (25,0%) einen Lymphknotenbefall und 246 (75,0%) nicht.

Abbildung

Sicherstellung ausreichende Anzahl entfernter Lymphknoten (3)



Grundgesamtheit
Ihre KV seit DMP-Beginn: 328

Thema: Risikostatus und systemische adjuvante Therapie

Abhängig vom Risikostatus und vom Rezeptorstatus wird die Indikation zur medikamentösen Therapie gestellt.

"Für alle Frauen sollte nach individueller Nutzen-Risikoabwägung die Einleitung einer adjuvanten systemischen Therapie geprüft werden. (...) Bei Frauen mit erhöhtem Risiko sollte eine Chemotherapie in Betracht gezogen werden, bei Patientinnen mit rezeptorpositivem Befund (PR+ oder ER+) in Kombination mit einer antiöstrogenen Therapie. (...) Frauen mit niedrigem Risiko sollten entweder keine adjuvante systemische Therapie oder nur eine antiöstrogene Therapie erhalten." (Anl. 3)

Ihr Ergebnis

Nebenstehende Tabelle:

Die medikamentöse Therapie aller eingeschriebenen Patientinnen in Ihrer KV seit DMP-Beginn in Bezug auf den Risikostatus.

In Ihrer KV haben 68,7% der Patientinnen mit erhöhtem Risiko und negativem Rezeptorstatus eine Chemotherapie erhalten. 46,4% der Patientinnen mit erhöhtem Risiko und positivem Rezeptorstatus haben eine Kombination von Chemotherapie und Hormontherapie erhalten. Von den Patientinnen mit niedrigem Risiko haben 84,7% eine Hormontherapie und 8,4% keine systemische Therapie erhalten.

Tabelle

Risikostatus und systemische adjuvante Therapie

Ihre KV	hohes Risiko / rezeptornegativ	hohes Risiko / rezeptorpositiv	niedriges Risiko	GESAMT
nur Chemotherapie	389	98	1	510
Chemotherapie und Hormontherapie	60	1057	12	1152
nur Hormontherapie	27	1040	161	1272
keine medikamentöse Therapie	90	85	16	249
GESAMT	566	2280	190	3183

Thema: Lymphödem

Ein Lymphödem kann in Folge der operativen Therapie und der Strahlentherapie entstehen. Physiotherapeutische Übungen und die Einhaltung bestimmter Verhaltensregeln können das Entstehen eines Lymphödems verhindern.

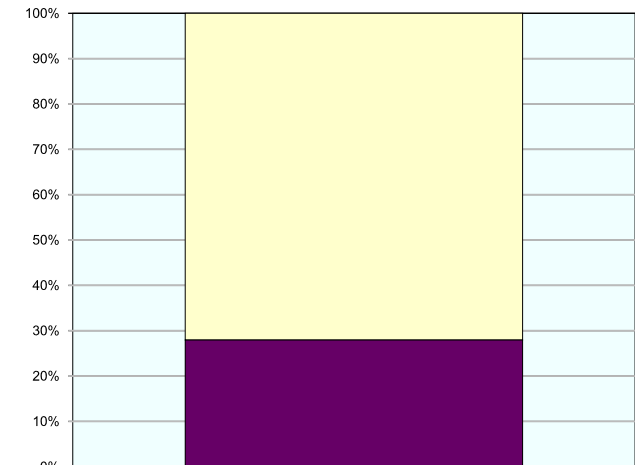
Ihr Ergebnis

Nebenstehende Abbildung: Anzahl und Anteil der Patientinnen mit Lymphödem bezogen auf die Patientinnen, bei denen zum Zeitpunkt der Erstdokumentation keine Fernmetastasen und kein Lokalrezidiv dokumentiert wurde.

Seit Beginn des DMP hatten 582 (27,9%) der Patientinnen in Ihrer KV, die zum Zeitpunkt der Erstdokumentation ohne Fernmetastasen und ohne Lokalrezidiv waren, ein Lymphödem.

Abbildung

Lymphödem



	Ihre KV seit DMP-Beginn	
□ Patientinnen ohne Lymphödem im untersuchten Zeitraum, ohne Fernmetastasen und ohne Lokalrezidiv	1501	72,1 %
■ Patientinnen mit Lymphödem im untersuchten Zeitraum, ohne Fernmetastasen und ohne Lokalrezidiv	582	27,9 %

Grundgesamtheit
Ihre KV seit DMP-Beginn: 2083

Thema: Tumorfreie DMP-Teilnahmezeit

Nach Abschluss der Primärbehandlung folgt die Nachsorge. Eine erneute Tumormanifestation kann im Zeitraum von bis zu zehn Jahren auftreten, in Einzelfällen bis zu 20 Jahren.

"Die Nachsorge ist nicht nur als Verlaufskontrolle oder Nachbeobachtung der Erkrankung zu verstehen, sondern soll einen Beitrag zur physischen, psychischen und psychosozialen Rehabilitation der erkrankte Frau leisten. (...) Die Nachsorge nach einer Mammakarzinombehandlung soll nach Abschluss der Primärbehandlung, spätestens sechs Monate nach histologischer Sicherung der Diagnose beginnen." (Anl. 3)

Ihr Ergebnis

Nebenstehende Tabelle: Mittlere lokalrezidiv- und metastasenfrie DMP-Zeit nach Tumorstatus.

Lokalrezidiv- und metastasenfrie Zeit aller Patientinnen in Ihrer KV, die seit DMP-Beginn nodalnegativ und metastasenfrie (pN0 pM0) waren. Die Darstellung ist aufgliedert nach der Tumorausbreitung (pT) seit DMP-Beginn.

Tabelle

Tumorfreie DMP-Zeit

Lokalrezidiv- und metastasenfrie Zeit bei Patientinnen, die bei DMP-Start den Status pN0 pM0 hatten

Alle Patientinnen in Ihrer KV	0 Berichtszeiträume	1 Berichtszeitraum	2 Berichtszeiträume	4 Berichtszeiträume	6 Berichtszeiträume	8 Berichtszeiträume	10 Berichtszeiträume	Mittlere tumorfreie DMP-Zeit
Tumorstatus pTis	31	49	69	0	0	0	0	1,1
Tumorstatus px	29	12	9	0	0	0	0	0,6
Tumorstatus p0	1	5	6	0	0	0	0	1,3
Tumorstatus p1	245	393	456	0	0	0	0	1,1
Tumorstatus p2	195	241	288	0	0	0	0	1,0
Tumorstatus p3	39	25	31	0	0	0	0	0,9
Tumorstatus p4	27	16	26	0	0	0	0	0,9
gesamt	567	741	885	0	0	0	0	1,1