

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Brustkrebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Sprecher der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. J. Blohmer, Prof. Dr. A. Scharl

Im Rahmen der Zertifizierungsverfahren treten regelmäßig Fragestellungen auf, die eine Erläuterung der Fachlichen Anforderungen erfordern. In diesem Dokument sind Antworten zu den Fragestellungen zusammengefasst, die von den Zentren bei der Umsetzung und von den Fachexperten bei der Bewertung der Fachlichen Anforderungen herangezogen werden können.

Version FAQ und Erhebungsbogen

Versions-Stand FAQ: 25.08.2020

Die in diesem Dokument ausgeführten FAQ's beziehen sich auf folgende in Kraft gesetzte Dokumente:

Erhebungsbogen Brust	Version J2	12.08.2020
Datenblatt Brust	Version J2.1	12.08.2020

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.1 Struktur des Netzwerks	1.1.1	24h-Erreichbarkeit der klinischen Hauptkooperationspartner	25.09.2017
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.2	Prätherapeutische Fallbesprechungen	18.02.2019
1.4 Psychoonkologie	1.4.1	Psychoonkologie – Qualifikation	24.10.2018
	1.4.2	Angebot und Zugang	21.07.2016
2.1 Sprechstunde	2.1.4	Checkliste erbliche Belastung	25.09.2017
2.1 Sprechstunde	2.1.6	Qualifikation Mammasonographie	17.03.2019
4 Nuklearmedizin	4.4.	Sentinel-Node-Verfahren	08.06.2020
5.2 Organspezifische operative Onkologie	5.2.4	Expertise Mamma-Operateur	25.09.2017
5.2 Organspezifische operative Onkologie	5.2.8	Qualifikation Operateure des Brustkrebszentrums	25.09.2017

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Primärfälle – davon operierte Primärfälle mit neoadjuvanter oder präoperativer systemischer Therapie	25.09.2017
Basisdaten	Primärfallzählung	08.08.2019
Kennzahl 1	Postoperative Fallbesprechungen	28.10.2019
Kennzahl 3	Fallbesprechung bei Lokalrezidiv/ Metastasen	14.07.2016
Kennzahl 9	Endokrine Therapie bei Metastasierung	18.02.2019
Kennzahl 18	LK-Entfernung bei DCIS	25.09.2017
Kennzahl 19	Bestimmung Nodalstatus bei inv. Mamma-Ca.	25.09.2017
Kennzahl 20a/20b	Alleinige Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB) bei pN0 (Frauen/Männer)	14.07.2016
Kennzahl 23	Therapie der axillären Lymphabflussgebiete bei pN1mi	08.08.2019

FAQ's - Erhebungsbogen Brust

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Brustkrebszentrums
	<p>In den Vereinbarungen mit den Hauptbehandlungspartnern sind folgende Punkte zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbindliche Teilnahme an der Tumorkonferenz (mit Ausnahme Nuklearmedizin) • Sicherstellung der Verfügbarkeit • Beschreibung der für das Brustkrebszentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen • Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien (Grundvoraussetzung S3-Leitlinie) • Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Tumordokumentation • Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner/externer Audits • Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der relevanten FAB-Kriterien sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten • Einverständniserklärung des Behandlungspartners öffentlich als Teil des Brustkrebszentrums ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage) • 24h-Erreichbarkeit der klinischen Hauptkooperationspartner: Operateur, Radiologe (außer Kooperation MRT), medikamentöse onkologische Therapie (Gynäkologie oder /und Internist), Strahlentherapeut 	<p><u>FAQ (25.09.2017)</u> 24h-Erreichbarkeit der klinischen Hauptkooperationspartner: muss bei der med. onkologischen Therapie sowohl der Gynäkologie als auch der Internist 24h erreichbar sein? Bsp. A: die med. Tumorthherapie wird in Verantwortung der Gynäkologie durchgeführt, der Hämato-/Onkologe nimmt nur beratend an den Tumorkonferenzen teil. Bsp. B: die med. Tumorthherapie erfolgt sowohl in Verantwortung der Gynäkologie als auch der Hämato-/Onkologie. Bei dem Hämato-/Onkologen handelt es sich jedoch um einen Niedergelassenen, d.h. keinen „klinischen“ Hauptkooperationspartner.</p> <p>Antwort: Ad A) Die Anforderung an die 24h-Erreichbarkeit gilt für die verantwortlich durchführende Fachdisziplin, hier also: Gynäkologie Ad B) wenn beide Behandlungspartner die gleichen Pat. betreuen, muss vor Ort eine Absprache getroffen werden wer die 24h-Erreichbarkeit erfüllt</p>

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Brustkrebszentrums
1.2.2	<p>Prätherapeutische Fallbesprechungen (...)</p> <p>Zusätzlich sollten Patientinnen mit einer geplanten Mastektomie in der präoperativen TK vorgestellt werden (siehe „Verfahrensanweisung zum Umgang mit onkoplastischen und rekonstruktiven Operationen in zertifizierten Brustkrebszentren“ unter diesem Link).</p>	<p><u>FAQ (18.02.2019)</u> Bezieht sich die Anforderung nur auf Primärfälle oder auch auf Rezidive?</p> <p>Antwort: Auch Rezidive mit geplanter Mastektomie sollten präoperativ vorgestellt werden. In der Kennzahl „prätherapeutische Fallbesprechungen“ können jedoch nur die vorgestellten Primärfälle erfasst werden.</p>

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Brustkrebszentrums
1.4.1	<p>Psychoonkologie – Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Psychologen/ M. Sc. Psychologie oder • Ärzte 	<p><u>FAQ (24.10.2018)</u> Kann die Weiterbildung „Systemische/r Therapeut/in“ als psychotherapeutische Weiterbildung anerkannt werden?</p>

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
	jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung.	Antwort: Die Weiterbildung „Systemische Therapie“ kann anerkannt werden.	
	Als Fortbildung anerkannt werden: Von PSO oder dapo durchgeführte „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ bzw. sonstige adäquate Fortbildung mit einem Umfang von > 100 Unterrichtseinheiten. Der Nachweis ist über ein spezielles Ausbildungscurriculum zu erbringen.		
	Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (wie Diplom-Pädagogen, Sozialarbeiter etc.) können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich. Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend.		
1.4.2	Psychoonkologie – Angebot und Zugang Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.		
	Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (z.B. siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie) und das Ergebnis zu dokumentieren. Grundsätzlich sind sowohl die Anzahl der Patienten, welche eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, als auch Häufigkeit, Dauer und Inhalt der Gespräche zu erfassen.	FAQ (21.07.2016) Kann eine Kontaktaufnahme vor Ort das Screening ersetzen? Antwort: Nein. Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein standardisiertes Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie: z.B. Distress-Thermometer o. HADS) und das Ergebnis zu dokumentieren.	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen		
2.1.4	Familiäres Mammakarzinom Der Algorithmus zur Überweisung an die genetische Beratung muss definiert sein und Checklisten sowie die ausgewiesenen Zentren der „Interdisziplinären S3-Leitlinie für Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ berücksichtigen. Die Zusammenarbeit mit Zentren für die Beratung und genetische Untersuchung muss nachgewiesen werden. Die Checkliste für die Erfassung einer erblichen Belastung ist unter: www.krebsgesellschaft.de/checkliste_erbliche_belastung herunterladbar. Für die Kooperation mit den ausgewiesenen Zentren der S3-Leitlinie steht ein Algorithmus und eine Musterkooperationsvereinbarung unter	FAQ (25.09.2017) Ist die Checkliste für die Erfassung der erblichen Belastung bei jedem/r in der Sprechstunde vorstelligen Patienten/in einzusetzen? Antwort: Die Checkliste soll bei den Patientinnen des Zentrums angewendet werden. Das sind u.U. nicht alle Patientinnen, die in der Sprechstunde vorstellig sind.	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen		
	www.krebsgesellschaft.de/musterkooperation_brustzentren zur Verfügung.		
2.1.6	<p>Bei (Spezial-) Brustsprechstunden sind folgende Leistungen sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mammographie Termin innerhalb 48 h; Befundung Mammografiebilder innerhalb der Brustsprechstunde durch Facharzt muss möglich sein (kann auch in Kooperation mit externen Radiologen erfolgen) • Ultraschalluntersuchung der Brust am gleichen Tag der Brustsprechstunde Anforderung Durchführung: Mammasonographie: Nachweis des Mammasonographie Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs oder KV-Zulassung entsprechend Ultraschall-Vereinbarung oder Erfüllung der Anforderungen entsprechend Ultraschall-Vereinbarung • Standardisierte Befunddokumentation laut S3- Leitlinie (z.B. Verwendung der US BI RADS Klassifikation) • Gewebeentnahme zur Histologie unmittelbar in der Brustsprechstunde bzw. Termin innerhalb einer Woche; Ausnahme: stereotaktische Vakuumbiopsie binnen 2 Wochen 	<p><u>FAQ (17.03.2019)</u> Wie wird die Erfüllung der Anforderungen entsprechend Ultraschall-Vereinbarung nachgewiesen?</p> <p>Antwort: Das Erfüllen der Anforderungen entsprechend Ultraschallvereinbarung kann nachgewiesen werden durch:</p> <p>a) Analog §4: FA bzw. Arzt in Weiterbildung für Gynäkologie u Geburtshilfe o. Radiologie + Zeugnis des Ausbilders (entsprechend §8 Ultraschallvereinbarung i.d.a. 01.01.2018 geltenden Fassung) über die selbständige Durchführung von Ultraschalluntersuchungen unter Anleitung + Vorlage von 200 B-Modus-Sonographien der Brustdrüse während des Audits oder</p> <p>b) Analog §5: FA für Gynäkologie u Geburtshilfe o. Radiologie + mind. 18-monatiger ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in Fachgebiet, dessen Kerngebiet die Mammasonographie umfasst + Vorlage von 200 B-Modus-Sonographien der Brustdrüse während des Audits oder</p> <p>c) Analog §6: FA für Gynäkologie u Geburtshilfe o. Radiologie + Zertifikat über erfolgreiche Teilnahme an Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs + Vorlage von 200 B-Modus-Sonographien der Brustdrüse während des Audits</p> <p>Anmerkung OnkoZert: Die FAQ für Kap. 2.1.6 („Erfüllung der Anforderungen entsprechend Ultraschall-Vereinbarung“) hat gleichermaßen Gültigkeit für Kap. 3.10 (Anforderung Durchführung Mammasonographie, 1. Bullet-Point), in welcher diese Anforderung nochmals abgebildet ist.</p>	

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Brustkrebszentrums	
4.4	<p>Sentinel-Node Verfahren Durchführung, Qualitätskontrolle und Dokumentation der Sentinelnode-Biopsie und Sentinel-lymphknotenszintigrafie müssen nach dem Konsensuspapier der DGS erfolgen (Kuehn T et al., Cancer 2005; 103:451–61).</p> <p>Sentinelnode-Biopsie (Szintigrafie) Bei Erstzertifizierung: ≥ 20 jährl. Nach 3 Jahren: ≥ 30 jährl.</p>	<p><u>FAQ (08.06.2020)</u> Ist die SPIO-Markierung des Sentinels als Alternative zu Technetium möglich?</p> <p>Antwort: Ja, wenn gewährleistet ist, dass im Audit für alle Patienten/-innen des auditrelevanten Kalenderjahres nachgewiesen werden kann, dass die Anforderung des Erhebungsbogens an die Detekti-</p>	

4 Nuklearmedizin

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Brustkrebszentrums
	(Expertise pro Behandlungseinheit) Die Erfahrung ist für die Injektion, Sondenmessung, Resektion und pathologische Begutachtung nachzuweisen.	onsrate erfüllt wird (EB Kap. 4.5) und eine entsprechende Aufklärung der Patienten/-innen durchgeführt wurde (Nachweis anhand von Patientenakten). Weitere Arten der Sentinel-Markierungen als Einzelfallentscheidung.

5.2 Organspezifische operative Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Brustkrebszentrums
5.2.4	Mamma-Operateure (pro Standort): <ul style="list-style-type: none"> • min. 1 Mamma-Operateur mit Facharztstatus (ist namentlich mit Angabe der OP-Erfahrung im letzten Jahr zu benennen) • bei nur 1 benanntem Operateur muss eine nachweislich erprobte Vertretungsregelung bestehen • min. 50 Mamma-OP's pro Jahr (Entfernung eines inv. Tm/DCIS, nicht auf Primärfälle beschränkt) pro benanntem Operateur 	<p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Welche Eingriffe können als Expertise für den Operateur gezählt werden?</p> <p>Antwort: Entfernung eines inv. Tumors/DCIS im Rahmen einer Primär-/Rezidiv-/Zweitumor-OP. Nicht gezählt werden können alleinige Axilladissektionen, Sentinel-Node-Biopsien bzw. Nachresektionen (auch nicht, wenn diese durch einen 2. Operateur erfolgt sind).</p> <p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Wie sind Eingriffe bei multifokalen Karzinomen zu zählen? Z.B. DCIS und inv. Mamma-Ca. in einer Brust?</p> <p>Antwort: Analog zur Primärfallzählung kann pro Brust nur ein Eingriff für die Expertise des Operateurs gezählt werden.</p>
5.2.8	Qualifikation Operateure des Brustzentrums Beschreibung der speziellen Qualifikation (Ausbildung) der Mamma-Operateure über Curricula. <ul style="list-style-type: none"> • Ablative Verfahren ggf. radikale Tumorchirurgie mit Entfernung der Brustmuskeln • Ausräumung der Axilla (inkl. Sentinel-Node Technik) • Beherrschung von Komplikationen nach erfolgter Operation • Aufbau, Reduktionsplastik, Korrektur-OP • Brusterhaltende Therapieverfahren: sektorale Resektionen, Skin-Sparing Mastektomie, subkutane Mastektomie (ggf. intramammärer Verschiebelappen, onkoplast. Eingriffe bis hin zu autologem Gewebettransfer) • Entfernung von lokalen Rezidiven ggf. mit plastischer Deckung 	<p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Ist es zutreffend, dass bereits Mamma-Operateure in Ausbildung rekonstruktive Eingriffe durchführen müssen, damit sie nach Abschluss der Ausbildung das in Kap. 5.2.10 beschriebene Methodenspektrum nachweisen zu können? Wie ist hinsichtlich der Ausbildung der Operateure zu verfahren, wenn an einem Standort eines mehrstandortigen Brustkrebszentrums keine rekonstruktiven Eingriffe durchgeführt werden?</p> <p>Antwort: Nicht jeder Operateur muss alle Eingriffe durchführen können. Das Zentrum muss jedoch alle aufgezählten Verfahren vorhalten.</p>

FAQ's - Kennzahlenbogen Brust

----	Basisdaten	Spalten A-C	Primärfälle – davon operierte Primärfälle mit neoadjuvanter oder präoperativer systemischer Therapie	<p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Weshalb wird zwischen neoadj. und präoperativer systemischer Therapie differenziert?</p> <p>Antwort: Es wird differenziert, um auch primär M1-Pat. sinnvoll erfassen zu können. „Präoperativ“ bezieht sich auf operierte M1-Primärfälle.</p>
----	Basisdaten	Spalten D-L	Primärfallzählung	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Eine Patientin hat sowohl ein DCIS als auch ein mikroinvasives Karzinom: Welche Diagnose wird als Primärfall gezählt?</p> <p>Antwort: Das mikroinvasive Karzinom, weil es die Therapie bestimmt. Beide Tumoren müssen in 1 Brust sein.</p> <p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Zählt der Morbus Paget nur mit assoziiertem DCIS bzw. invasivem Karzinom als Primärfall oder darf auch der alleinige M. Paget der Brustwarze gezählt werden?</p> <p>Antwort: Der alleinige M. Paget (=intra-kutanes DCIS) zählt als Primärfall.</p> <p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Zählt ein LCIS (lobuläres Carcinoma in situ) als Primärfall?</p> <p>Antwort: Nein</p> <p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Kann ein Wiederauftreten des Brustkrebses in der gleichen Brust als neuer Primärfall gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein. Es gilt der Grundsatz, dass pro Brust max. ein Primärfall gezählt werden kann. Tritt ein weiterer Tumor in derselben Brust auf, kann dieser unabhängig von der Tumorbio-logie, der Lokalisation, des</p>

				<p>zeitlichen Abstandes etc. nicht als neuer Primärfall im Datenblatt gezählt werden. Siehe auch Primärfalldefinition im Erhebungsbogen der Brust und Fußnote 4) in den Basisdaten (Datenblatt).</p> <p><u>FAQ (08.08.2019)</u> Können Patientinnen mit Wiederauftreten eines Mammakarzinoms bei Z.n. Mammakarzinom >10 Jahre als Primärfall gezählt werden?</p> <p>Antwort: Patientinnen mit Mammakarzinom bei Z.n. Mammakarzinom >10 Jahre sind nicht als Primärfälle zu zählen. Diese Patientinnen sind jedoch für die Kennzahlen Fallbesprechung bei Lokalrezidiv/Metastasen, Psychoonkologische Betreuung und Beratung Sozialdienst zu berücksichtigen.</p> <p><u>FAQ (08.08.2019)</u> Welcher Tumorstatus (klinisch oder pathologisch) ist für die Fallzuordnung zu verwenden, wenn der invasive Anteil komplett gestanzt wurde und in der OP nur noch das DCIS nachweisbar ist?</p> <p>Antwort: Die Zuordnung erfolgt anhand des klinischen Tumorstatus (cT) (Fußnote 1 Basisdaten)</p>
1	Postoperative Fallbesprechungen	Zähler	Operierte Primärfälle, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden.	<p><u>FAQ (28.10.2019)</u> Müssen Patienten nach neoadjuvanter und operativer Therapie nochmals in der Tumorkonferenz vorgestellt werden?</p> <p>Antwort: Ja, die Patienten müssen nochmals in der postoperativen Tumorkonferenz vorgestellt werden.</p>
		Nenner	Operierte Primärfälle (Primärfalldefinition siehe 1.2.0)	
		Sollvorgabe	≥ 95 %	
3	Fallbesprechung bei Lokalrezidiv/ Metastasen	Zähler	Patienten/-innen des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Wie werden Lokalrezidiv bzw. Fernmetastasierung gezählt?</p> <p>Antwort: Es wird das 1. Lokalrezidiv bzw. die 1. Fernmetastasierung im aktuellen Kalenderjahr gezählt.</p>
		Nenner	Patienten mit neuauftretendem (Lokal-) Rezidiv und/oder Fernmetastasen (ohne primär M1 Pat.) (=Kennzahl 14b)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	

9	Endokrine Therapie bei Metastasierung	Zähler	Patienten/-innen des Nenners, bei denen mit einer endokrin basierten Therapie im metastasierten Stadium als First-line-Therapie begonnen wurde	<p><u>FAQ (18.02.2019)</u> Dürfen systemische Kombinationstherapien oder sekundäre endokrine Therapien gezählt werden?</p> <p>Antwort: Nein. Gezählt wird wie häufig eine endokrine First-Line-Therapie in der metastasierten Situation durchgeführt wurde. Es werden keine sekundären endokrinen Therapien erfasst. Eine Kombination mit anderen Verfahren (OP, Radiatio bzw. anderen systemischen Therapien, die keine Chemotherapien sind) ist möglich.</p> <p><u>FAQ (18.02.2019)</u> Was bedeutet „endokrin basierte Therapie“?</p> <p>Antwort: Dies bedeutet, dass gleichzeitig andere systemische Therapien, die keine Chemotherapien sind, durchgeführt werden können – sofern erforderlich (z.B. AK-Therapien oder Therapien mit einem CDK4/6- oder mTOR-Inhibitor). Patienten mit vorausgegangener oder simultaner Chemotherapie können weiterhin nicht gezählt werden.</p>
		Nenner	Patienten/-innen mit steroidrez. pos. und HER2-negativem inv. Mammakarzinom mit 1. Fernmetastasierung (inkl. Primär M1 Pat.)	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
18	LK-Entfernung bei DCIS	Zähler	Primärfälle des Nenners mit axillärer Lymphknotenentnahme (primäre Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB))	<p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Zählt ausschließlich eine Axilladissektion oder auch eine Sentinel-Node-Biopsie?</p> <p>Antwort: Es zählen alle axillären LK-Entfernungen, d.h. sowohl Sentinel-Node-Biopsien als auch Axilladissektionen.</p>
		Nenner	Primärfälle DCIS und abgeschlossener operativer Therapie und BET	
		Sollvorgabe	≤ 5%	
19	Bestimmung Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners, bei denen der Nodalstatus bestimmt wurde.	<p><u>FAQ (25.09.2017)</u> Wird die Teilnahme an der INSEMA-Studie bei Nichterfüllung der Sollvorgabe berücksichtigt?</p> <p>Antwort: Die Teilnahme an der INSEMA-Studie wird selbstverständlich berücksichtigt; es entstehen keine Hinweise oder</p>
		Nenner	Operierte Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom (ohne primär M1).	
		Sollvorgabe	≥ 95%	

				Abweichungen durch den Auditor, wenn die Sollvorgabe der Kennzahl aufgrund dessen nicht erfüllt wird.
20a / 20b	Alleinige Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB) bei pN0 (Frauen) / (Männer)	Zähler	Primärfälle des Nenners mit alleiniger Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB) /	<p><u>FAQ (14.07.2016)</u> Dürfen hier auch Patientinnen gezählt werden, bei denen zusätzlich zum SN ein oder mehrere Non-SN entnommen wurden?</p> <p>Antwort: Grundsätzlich kann natürlich mehr als 1 LK bei einer SLNE entnommen werden. Entscheidend ist, ob das Zentrum eine SLNE o eine konventionelle Axilladissektion kodiert. Wenn letztere, dann kann kein SLNE gezählt werden.</p>
		Nenner	<p>Weibliche Primärfälle invasives Mammakarzinom und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie /</p> <p>Männliche Primärfälle invasives Mammakarzinom und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie</p>	
		Sollvorgabe	≥ 80%	
23	Therapie der axillären Lymphabflussgebiete bei pN1mi	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Therapie (Axilladissektion oder Radiatio) der axillären Lymphabflussgebiete	<p><u>FAQ (08.08.2019)</u> Dürfen Primärfälle mit Fernmetastasierung im Nenner erfasst werden?</p> <p>Antwort: Nein, der Nenner ist auf Primärfälle mit ausschließlicher Mikrometastasierung beschränkt (inkl. (y)pN1mi).</p>
		Nenner	Primärfälle invasives Mammakarzinom, pN1mi (inkl. (y)pN1mi)	
		Sollvorgabe	≤ 5%	