



Quality-Dashboard – Erläuterungen

für die Zertifizierung von Brustzentren

Krebsliga Schweiz / Schweizerische Gesellschaft für Senologie

Diese Erläuterungen sind in Deutsch, Französisch und Italienisch abgefasst. Bei Widersprüchen ist die deutsche Version massgebend.

Das vorliegende Dokument mit Stand November 2015 wurde an einigen Stellen modifiziert. Es ist für alle ab dem 01.01.2016 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden.

Die vorgenommenen Änderungen sind gelb gekennzeichnet.

Krebsliga Schweiz
Geschäftsstelle Qualitätslabel
Effingerstrasse 40
3008 Bern
q-label@krebsliga.ch

© KLS / SGS
Version: 2015

Zuständigkeit: Geschäftsstelle Q-Label

Inhaltsverzeichnis

I. Strukturqualität / Fallzahlen	4
1. Neue Brustkrebsfälle	4
2. Operative Behandlung von Erstkarzinomen	4
3. Onkochirurgische Eingriffe	4
4. Plastisch rekonstruktive Eingriffe an der Brust	5
5. Befundungen in der Pathologie	5
6. Durch die Pathologie neu diagnostizierte Karzinome	6
7. Durch die Onkologie durchgeführte Chemotherapiezyklen	6
8. Mammografie-Befundungen Radiologie	6
9. Radiotherapien.....	7
10. In Studien eingebrachte Fälle	7
II. Prozessqualität	7
11. Frist visuellen Erstkontakt bis zur Diagnosemitteilung	7
12. Frist von Diagnosemitteilung bis zum Therapiebeginn.....	7
13. Prätherapeutische Besprechung.....	8
14. Postoperative Besprechung	8
15. Prätherapeutische Diagnosesicherung.....	8
III. Ergebnisqualität	8
16. Reoperationsrate	8
17. Dokumentation der R0 / R1-Resektionen bei invasiven Tumoren	9
18. Dokumentation der brusterhaltenden Operationen	9
19. Dokumentation der SLN-Prozeduren.....	9
20. Dokumentation Lymphknoten bei non-sentinel Axilla-Operation	9

I. Strukturqualität / Fallzahlen

1. Neue Brustkrebsfälle

Die Minimalzahl für das Brustzentrum beträgt insgesamt jährlich 125 neue Brustkrebsfälle, welche an der Patientin¹ mittels Operation oder interventionellem Eingriff diagnostiziert wurden. Als Fall werden alle Befunde der Kategorie 5 in der B-Klassifikation gewertet.

Darunter fallen primäre Karzinome, die bisher nicht im Zentrum behandelt wurden, sowie alle zu operierenden loko-regionären Rezidive². Es zählen nur Fälle, bei denen die Primärbehandlung (neoadjuvante, adjuvante oder palliative Therapie) im Brustzentrum durchgeführt wird³. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Diagnose im Brustzentrum oder extern gestellt wurde. Bilaterale synchrone Karzinome zählen als zwei Fälle.

Für die Erstzertifizierung können sich auch Zentren zertifizieren lassen, die jährlich 100 bis 124 neue Brustkrebsfälle aufweisen. Diese Zentren müssen aber spätestens im dritten Jahr nach dem Erst-Zertifizierungs-Audit die Mindestfallzahl von 125 Brustkrebsfällen pro Jahr erreichen. (SGS 4.2)

2. Operative Behandlung von Erstkarzinomen

Die Minimalzahl beträgt insgesamt für das Brustzentrum jährlich 125 operierte (d.h. brusterhaltende Operation oder Ablatio) Brustkrebsfälle. Darunter fallen primäre Karzinome, die bisher nicht im Zentrum behandelt wurden, sowie alle zu operierenden lokalen Rezidive. Dabei entspricht eine Tumorektomie / Mastektomie kombiniert mit SLN Prozedere / Axillausräumung Level I und II einer Operation. Eine MIBB kann angerechnet werden, wenn der Tumor in toto entfernt wurde.

Angerechnet werden nur Operationen, bei denen ein anerkanntes Kernteammitglied, beteiligt ist (siehe auch Anforderungen an Kernteammitglieder, Punkt 3).

Für die Erstzertifizierung können sich auch Zentren zertifizieren lassen, die jährlich mindestens 100 operierte Brustkrebsfälle aufweisen. Diese Zentren müssen aber spätestens im dritten Jahr nach der Erst-Zertifizierung die Mindestfallzahl von 125 jährlich operierten Brustkrebsfällen erreichen. (SGS 4.2)

3. Onkochirurgische Eingriffe

Jedes onkochirurgisch tätige Kernteammitglied führt jährlich mindestens 30 onkochirurgische operative Eingriffe von Erstkarzinomen der Brust durch. Dabei entspricht eine Tumorektomie / Mastektomie kombiniert mit SLN Prozedere / Axillaresektion Level I und II einer Operation. Bilaterale synchrone Karzinome zählen als zwei Fälle. Bilaterale Eingriffe aus präventiven oder kosmetischen Gründen zählen nur als ein Fall.

Lehrassistenzen sind mit anrechenbar, wobei aber das Kernteammitglied den Eingriff von Hautschnitt bis unmittelbar vor Hautnaht ununterbrochen begleiten / führen muss. Eine Operation kann nur *einem* Kernteammitglied angerechnet werden, ausser bei neu

¹ Der Einfachheit halber werden die Begriffe «Frauen» / «Patientinnen» bzw. «Fälle» für beide Geschlechter verwendet.

² Ein Lokalrezidiv ist definiert als ein Tumorrezidiv im Weichteilgewebe der brusterhaltend operierten Brust, der Thoraxwand, Mastektomienarbe und/oder Haut. Ein regionäres Rezidiv ist definiert als ein Tumorrezidiv in den ipsilateralen axillären Lymphknoten oder dem Weichteilgewebe der ipsilateralen Axilla.

³ Ein Brustkrebsfall wird zu jenem Berichtsjahr hinzugezählt, in welchem **die Erstkonsultation** erfolgt ist. Die zu einem Fall gehörenden Abklärungs- und Therapieschritte werden für das Falljahr gezählt (und nicht zu dem Jahr, in dem sie effektiv durchgeführt worden sind).

auszubildenden zukünftigen Kernteammitgliedern⁴; gegenseitige Assistenzen unter Kernteammitgliedern sind nicht mehrfach anrechenbar.

Erreicht ein Kernteammitglied Onko-Chirurgie des Netzwerkpartners diese Mindestfallzahl nicht, wird jede Operation von einem Kernteammitglied des Brustzentrums von Hautschnitt bis unmittelbar vor Hautnaht begleitet. Das Brustzentrum stellt sicher, dass der onkochirurgische Eingriff bei Patientinnen des Brustzentrums wie auch bei Patientinnen der Netzwerkpartner von einem Kernteammitglied durchgeführt wird bzw. dass das Kernteammitglied den Eingriff zumindest begleitet.

Fälle, welche durch ein Kernteammitglied am Standort des Netzwerkpartners operiert werden, zählen für das operierende Kernteammitglied, aber nicht für das Brustzentrum. Diese müssen mit einer separaten Kliniknummer in der Datenbank registriert werden. (SGS 4.3)

4. Plastisch rekonstruktive Eingriffe an der Brust

Der rekonstruktive Eingriff darf nur durch einen Operateur durchgeführt werden, der über die für den FMH plastische Chirurgie notwendige oder eine äquivalente Ausbildung verfügt. Ein Onkochirurg, der die für den FMH-Titel plastische Chirurgie geforderten Fallzahlen für Mammarekonstruktionen und Lappenplastiken (frei und gestielt) erbringt, kann sowohl die tumortherapeutischen wie auch die rekonstruktiven Operationen durchführen. (Prinzip der *fachlichen* Teamtrennung Onkochirurgie – plastische Chirurgie)

Ein Kernteammitglied der Fachdisziplin FMH plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (oder äquivalent ausgebildeter Gynäko-Onkologe) führt die Operationen⁵ selbständig durch.

Die plastische Chirurgie ist im Kernteam vertreten. Das Kernteammitglied plastische Chirurgie ist regelmässig mikrochirurgisch tätig und führt mindestens 30 plastisch rekonstruktive Eingriffe an der Brust pro Jahr durch (inkl. Lehrassistenzen mit Anwesenheit des Kernteammitglieds von Hautschnitt bis Hautnaht). Darin sind mindestens 10 Rekonstruktionen mit autologem Gewebetransfer (Lappenplastiken) enthalten. **Plastisch rekonstruktive Eingriffe nach präventiver Mastektomie können ebenfalls gezählt werden, nicht jedoch rein kosmetische Eingriffe.** Diese Mindestzahlen stellen auch gleichzeitig die Minimalanforderung an das Brustzentrum dar. (SGS 4.4)

5. Befundungen in der Pathologie

Ein Pathologie-Kernteammitglied befundet mindestens 250 Mammapräparate pro Jahr (**darunter mindestens 50 chirurgische Präparate mit primärem Mammakarzinom**). Die Diagnosen sollen histologisch (nur in Ausnahmefällen zytologisch) erbracht werden.

Die Präparate aller Patientinnen des Brustzentrums **mit maligner Diagnose** – auch diejenigen von Patientinnen von Netzwerkpartnern – werden von den Kernteammitgliedern Pathologie des Brustzentrums befundet. Dabei dürfen auch von extern eingehende Brustkrebsfälle und Zweitbefundungen angerechnet werden.

⁴ Die Operation kann sowohl dem Kernteammitglied für den Erhalt der Kernteammitgliedschaft, als auch dem zukünftigen Kernteammitglied zur Erlangung der Kernteammitgliedschaft im Folgejahr angerechnet werden.

⁵ Zum Beispiel:

1. Ein- und zweizeitige Brustrekonstruktionen mittels Expander- und/oder Prothesenimplantation,
2. Autologe Brustrekonstruktion mittels freier oder gestielter Lappenplastik (Latissimus dorsi, TRAM, DIEP, SGAP, TUG),
3. Brustrekonstruktion nach Tumorektomie (Formkorrektur, Reduktion, Pexie und/oder Implantat), und
4. Angleichung der Gegenseite (Reduktionsplastik, Pexie, Formkorrektur).

Für die Erstzertifizierung genügen 200 befundete Mammapräparate pro Kernteammitglied Pathologie. Spätestens im dritten Jahr nach Erstzertifizierung muss die Mindestzahl von 250 Mammapräparaten pro Jahr erreicht sein. (SGS 4.7)

6. Durch die Pathologie neu diagnostizierte Karzinome

Ein Pathologie-Kernteammitglied befundet mindestens 250 Mammaproben pro Jahr, darunter mindestens 125 neu diagnostizierte Karzinome (inkl. Carcinoma in situ). Die Diagnosen sollen histologisch (**nur in Ausnahmefällen** zytologisch) erbracht werden. Dabei dürfen auch von extern eingehende Brustkrebsfälle und Zweitbefundungen angerechnet werden.

Die pathologisch-histologische Aufarbeitung inkl. aller Zusatzuntersuchungen pro Eingriff und pro Lokalisation / Topographie zählt als eine Befundung. Histopathologische Untersuchungen von Gewebeentnahmen aus demselben Quadranten der Brust anlässlich desselben Eingriffs zählen als eine Befundung. Allfällige gleichzeitige oder später durchgeführte Zusatzuntersuchungen wie Hormonrezeptoren und andere immunhistochemische Untersuchungen, Proliferationsmarker, Gentests etc. zählen nicht als «Biopsie».

Für die Erstzertifizierung genügen 100 neu diagnostizierte Karzinome pro Kernteammitglied Pathologie. Spätestens im dritten Jahr nach Erstzertifizierung muss die Mindestzahl von 125 erreicht sein. (SGS 4.7)

7. Durch die Onkologie durchgeführte Chemotherapiezyklen

Jedes Kernteammitglied der med. Onkologie führt mindestens 200 Chemotherapiezyklen pro Jahr **bei Patientinnen des Brustzentrums** durch. Dabei sind je mindestens 100 Chemotherapiezyklen pro Jahr palliativ und adjuvant / neoadjuvant verlangt. Angerechnet werden intravenöse und orale Chemotherapieverordnung, Immunverordnungen und Therapien mit Signaltransduktionsinhibitoren. Endokrine Therapien zählen nicht als Chemotherapien.

Kombinationschemotherapien und Chemotherapien innerhalb von 5 Tagen zählen zum gleichen Zyklus. Bei Therapien mit Signaltransduktionsinhibitoren und bei oralen Chemotherapien entspricht 1 Monat Therapie einem Zyklus. Dies gilt für kontinuierliche wie diskontinuierliche Gabe.

Die Systemtherapien sind unter Verbleib der Verantwortung delegierbar. Ein Onkologe muss während der Verabreichung der Chemotherapie präsent sein.

«Supervision» für Kernteammitglieder kann angerechnet werden, wenn der Supervisor seine Funktion mit Unterschrift / Datum und Zeit unter die Verordnung visiert / dokumentiert und er während der Verabreichung der Chemotherapie präsent, d.h. unmittelbar verfügbar ist.

In einer ersten Phase genügen 150 Chemotherapiezyklen pro Jahr und entsprechend je 75 Zyklen palliativer sowie adjuvanter / neoadjuvanter Therapie. Spätestens im dritten Jahr nach Erstzertifizierung müssen die Mindestzahlen von 200 Chemotherapiezyklen pro Jahr sowie je 100 palliativen und adjuvanter / neoadjuvanter Zyklen erreicht sein. Bei der Erstzertifizierung muss nicht rückwirkend angegeben werden, wie viele Therapien palliativ bzw. (neo-)adjuvant waren. Es muss auch nicht rückwirkend angegeben werden, wie viele Therapien vom Kernteammitglied medizinische Onkologie supervidiert worden sind. Ab Erstzertifizierung muss dies jedoch erhoben und in der Folge deklariert und bei den Rezertifizierungsaudits nachgewiesen werden. (SGS 4.8)

8. Mammografie-Befundungen Radiologie

Anzahl Mammografie-Befundungen: 2000 pro Jahr pro Zentrum, wobei eine Befundung einer kompletten Mammografie-Untersuchung einer Patientin entspricht, unabhängig

davon ob eine Seite schon amputiert wurde oder nicht. Anzahl Mammografie-Befundungen pro Kernteammitglied Radiologie: 1000 pro Jahr, wobei die obligatorische Zweitbefundung mit angerechnet werden kann. Früherkennungs- und diagnostische Mammografien können angerechnet werden. (SGS 4.11)

9. Radiotherapien

Jedes Kernteammitglied Radioonkologie führt mindestens 50 adjuvante Radiotherapien (Mamma, Thoraxwand resp. Lymphabflusswege) bei Brustkrebs pro Jahr durch. In der Radiotherapieinstitution werden mindestens 100 adjuvante Radiotherapien bei Brustkrebs pro Jahr durchgeführt. Kernteammitglieder Radioonkologie können Behandlungen ausserhalb des Zentrums anrechnen; für die Radiotherapieinstitution können auch Behandlungen von Frauen, die nicht Patientinnen eines Brustzentrums sind, angerechnet werden. Die gesamte radiotherapeutische Behandlung einer Patientin entspricht einer Radiotherapie. (SGS 4.9)

10. In Studien eingebrachte Fälle

Zertifizierte Zentren müssen eine regelmässige Studienteilnahme nachweisen, mit mindestens 20 Fällen pro Jahr. Dabei ist ein Glätten über 2 Jahre erlaubt.

Als Studien gelten prospektive multizentrische Protokolle mit einer therapeutischen (Typ SAKK, IBCSG, BIG, EORTC u. ähnliche) oder anderen Interventionen (diagnostische, pflegerische, psycho-onkologische, etc.). Mindestens 10 der 20 Fälle müssen in therapeutische Studien eingeschlossen werden. Es können nur prospektive klinische Studien, für welche ein positives Votum einer Ethikkommission vorliegt, angerechnet werden. Die Anerkennung nicht-therapeutischer Studien muss bei der Geschäftsstelle im Voraus beantragt werden. Über die Anrechnung von Fällen in diesen Studien entscheidet der Ausschuss.

Bei neu zu zertifizierenden Brustzentren, welche noch keine klinische Forschungsinfrastruktur etabliert haben, wird eine einmalige Entwicklungszeit zugestanden, wo im ersten Jahr die Fallzahl mindestens 10 betragen muss und ab dem 2. Jahr nach der Erstzertifizierung obige Bedingungen gelten. (SGS 7.1 und 7.3)

II. Prozessqualität

11. Frist visuellen Erstkontakt bis zur Diagnosemitteilung

Bei Verdacht auf Brustkrebs müssen die Patientinnen innerhalb von 5 Arbeitstagen nach dem visuellen Erstkontakt⁶ eine erste Diagnose (Pathologie: maligne oder benigne) erhalten. Diese Frist muss bei 95 % der intern abgeklärten Fälle⁷ eingehalten werden.

Die Einhaltung dieser Frist wird für die Erstzertifizierung nicht verlangt, wohl aber ab dem dritten Jahr nach Erstzertifizierung. Das Zentrum muss jedoch nachweisen können, dass und wie die erforderlichen Angaben erhoben werden.

12. Frist von Diagnosemitteilung bis zum Therapiebeginn

Die Primärtherapie Therapie wird innerhalb von 15 resp. 20 Arbeitstagen nach Diagnosemitteilung begonnen. Dies muss in mindestens 75 % der Fälle innert 15 Arbeitstagen, für mindestens 95 % der Fälle innert 20 Arbeitstagen erreicht werden. Bei extern abgeklärten Fällen wird die Zeit vom visuellen Erstkontakt bis zum Therapiebeginn gezählt.

⁶ Als visueller Erstkontakt gilt der erste Kontakt mit dem Brustzentrum und nicht die telefonische Anmeldung. Kontakt für Screening oder andere Abklärungen im gleichen Spital gelten nicht als Erstkontakt.

⁷ Extern abgeklärte Fälle werden in dieser Frist nicht berücksichtigt.

Die Einhaltung dieser Frist wird für die Erstzertifizierung nicht verlangt, wohl aber ab dem dritten Jahr nach Erstzertifizierung. Das Zentrum muss jedoch nachweisen, dass und wie die erforderlichen Angaben erhoben werden.

13. Prätherapeutische Besprechung

Patientinnen mit malignen Befunden, für die eine Operation geplant wird, werden vorgängig interdisziplinär besprochen. Patientinnen ohne histologisch oder zytologisch gesicherten Befund müssen bei Verdacht auf Malignität ebenfalls präoperativ besprochen werden. Auch alle loko-regionären Rezidive sind zu besprechen. Die prätherapeutische Besprechung findet bei mindestens 95 % dieser Fälle statt.

Dabei ist mindestens anwesend: Kernteammitglied der Onkochirurgie, medizinischen Onkologie, Radiologie, Pathologie (sofern schon eine aktuelle Zytologie oder Histologie vorhanden ist), nach Bedarf der plastischen Chirurgie und beim loko-regionären Rezidiv auch der Radio-Onkologie. Die Teilnahme des Kernteammitglieds plastische Chirurgie an den prätherapeutischen Besprechungen ist in den ersten beiden Jahren nach Erstzertifizierung erwünscht; ab Beginn des dritten Jahres nach Erstzertifizierung ist sie obligatorisch und wird in den Rezertifizierungs-Audits überprüft. Die Liste der zu besprechenden Patientinnen geht an alle Fachdisziplinen des Brustzentrums, so dass der jeweilige Fachvertreter der übrigen beteiligten Fachdisziplinen (Radioonkologie) selbst beurteilen kann, ob er an dieser Fall-Besprechung teilnimmt. Bei speziellem Bedarf kann eine weitere Fachdisziplin (Radioonkologie) vom Fall vorstellenden Arzt für diese Besprechung angefordert werden. (SGS 3.13)

14. Postoperative Besprechung

Patientinnen mit malignen Befunden, die operiert wurden, werden postoperativ interdisziplinär besprochen. Die postoperative Besprechung findet bei mindestens 95 % dieser Fälle statt.

Dabei ist mindestens anwesend: Kernteammitglied der Onkochirurgie, medizinischen Onkologie, Radio-Onkologie, Radiologie, Pathologie, und nach Bedarf der plastischen Chirurgie. Die Teilnahme des Kernteammitglieds plastische Chirurgie an den postoperativen Besprechungen ist in den ersten beiden Jahren nach Erstzertifizierung erwünscht; ab Beginn des dritten Jahres nach Erstzertifizierung ist sie obligatorisch und wird in den Rezertifizierungs-Audits überprüft.

15. Prätherapeutische Diagnosesicherung

Bei den Fällen mit einem malignen Befund wurde bei mindestens 90 % eine präoperative / prätherapeutische Sicherung des Befundes mittels Histologie durchgeführt.

Der Anteil prätherapeutisch gesicherter Befunde muss schon für die Erstzertifizierung erhoben werden. Der Minimalwert von 90 % muss spätestens im dritten Jahr nach der Erstzertifizierung erreicht werden.

III. Ergebnisqualität

Bei der Erstzertifizierung werden die Fragen 15-19 nicht für die Erteilung des Labels beurteilt. Nach der Erstzertifizierung müssen die Daten jährlich eingereicht werden.

16. Reoperationsrate

Anteil der onkologischen und nicht-onkologischen Reoperationen, die unter Benützung des Operationssaals und innert 30 Tagen nach der Primäroperation erfolgen, an allen

Primäroperationen und zu operierenden Rezidiven⁸ (onkologische), respektive an sämtlichen Eingriffen (nicht onkologische). Es wird kein Ziel-Wert definiert. (SGS 5.3)

- Als onkologische Reoperationen zählen alle nicht im Gesunden erfolgten Tumorexzisionen / Befundexzisionen bei invasivem Karzinom, sowie bei DCIS / pleomorphen LCIS, oder unvollständige Operationen bei multifokalen, multizentrischen oder synchron bilateralen Mammakarzinomen, respektive nicht primär durchgeführte Sentinel-Lymphonodektomien / axilläre Lymphonodektomien, sofern die Indikation bereits anlässlich der Primäroperation bestanden hatte oder bei korrekter Diagnostik bestanden hätte.
- Als nicht onkologische Reoperationen zählen Revisionen wegen Nachblutung / Hämatom und Infekt im Wundgebiet aber auch Komplikationen betreffend die plastisch-rekonstruktive Eingriffe (Nekrosen) im Bereich der Brust und an den Entnahmestellen der Flaps.

Als Nenner werden sämtliche Eingriffe inkl. plastisch-rekonstruktive Eingriffe gezählt.

17. Dokumentation der R0 / R1-Resektionen bei invasiven Tumoren

Anteil der nach Abschluss der onkochirurgischen Behandlung verbleibenden R0- und R1-Befunde (gemäss Pathologiebericht) an Primäroperation oder zu operierenden Rezidiven. Das Kriterium bezieht sich dabei ausschliesslich auf den Anteil invasiver Tumore. Die Resektionsabstände einer allfälligen in-situ-Komponente werden dabei nicht berücksichtigt.

Keine Tuschemarkierung am Tumor entspricht R0, Tuschemarkierung am Tumor entspricht R1. Es wird kein Ziel-Wert definiert. (SGS 5.3)

18. Dokumentation der brusterhaltenden Operationen

Anteil der Brusterhaltungen nach Abschluss der onkochirurgischen Behandlung an Primäroperation oder zu operierenden Rezidiven⁹ im Verhältnis zur Tumorgrosse. Als brusterhaltend zählen Eingriffe, welche in der Ausdehnung kleiner sind als eine Mastektomie oder Areola/Areola-Nipple/Skin-sparing Mastektomie. Bei neoadjuvant behandelten Tumoren zählt die initiale klinische Tumorgrosse (cT). Ohne neoadjuvante Behandlung zählt die pathologische Tumorgrosse (pT). (SGS 5.3)

19. Dokumentation der SLN-Prozeduren

Anteil der

- insgesamt durchgeführten SLN-Prozeduren an primären Eingriffen bei invasivem Tumor.
- erfolgreich durchgeführten SLN-Prozeduren an primären Eingriffen bei invasivem Tumor mit SLN-Prozedur; als erfolgreich gilt eine SLN-Prozedur, wenn der SLN lokalisiert und exzidiert werden konnte.

Die Werte sind für die Gesamtheit der Fälle sowie die Untergruppen von Fällen <70 Jahren bzw. ≥70 Jahre anzugeben. Es wird kein Ziel-Wert definiert. (SGS 5.3)

20. Dokumentation Lymphknoten bei non-sentinel Axilla-Operation

Anzahl durchschnittlich entfernter Lymphknoten anlässlich einer Axillachirurgie, die umfangreicher ist als eine SLN-Prozedur (z.B. Axilla-Sampling, Axilla-Clearance) inklusive

⁸ entspricht der Fallzahl unter Punkt 2

⁹ entspricht der Fallzahl unter Punkt 2

allfälliger Non/Peri-Sentinel-Lymphknoten, welche während einer Sentinel-Prozedur entfernt wurden (entsprechend allen Lymphknoten, welche nicht nach einem SLN-Verfahren pathologisch aufgearbeitet worden sind). Es wird kein Ziel-Wert definiert. (SGS 5.3)