

F A Q ' s zum

Erhebungsbogen für Kopf-Hals-Tumor-Zentren Modul im Onkologischen Zentrum

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. Dr. Max Heiland, Prof. Dr. Heinrich Iro

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.

Stand FAQ: 17.03.2026

Die in diesem Dokument ausgeführten FAQ's werden hinsichtlich ihrer Aktualität kontinuierlich geprüft und bei Änderungen der Fachlichen Anforderungen angepasst.

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

Übersicht der FAQ's

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1.a	Anzahl Primärfälle	03.06.2019
	1.2.2	Interdisziplinäre prätherapeutische* und therapeutische Tumorkonferenz	14.07.2016
1.4 Psychoonkologie	1.4.2	Dokumentation und Evaluation	21.09.2023
	1.4.3	Psychoonkologie - Ressourcen	14.07.2016
1.6. Beteiligung Patientinnen und Patienten	1.6.1	---	29.08.2024
1.7 Studienmanagement	1.7.3a 1.7.3b 1.7.3c	Anteil Studienpat.	21.09.2023
1.9 Allgemeine Versorgungsbe- reiche (Apotheke, Ernährungs- beratung, Logopädie, ...)	1.9.1	Phoniatrie	02.03.2022
2.1 Sprechstunde	2.1.4	Leistungen/ Methoden Sprechstunde	14.07.2016
	2.1.5	Qualitätsbestimmende Prozesse	19.07.2018
5 Operative Onkologie	5.2	Operative Einheit	14.01.2021

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
2a	Prätherapeutische Tumorkonferenz	27.08.2020
9	Bildgebung für Feststellung N-Kategorie bei Mundhöhlenkarzinom	19.07.2018
10	Thorax-CT zum Ausschluss pulmonale Filiae bei Mundhöhlenkarzinom	14.07.2016
11	Vollständiger Befundbericht bei Mundhöhlenkarzinom	14.07.2016
12	Neck-Dissection bei Mundhöhlenkarzinom	19.07.2018
13	Strahlentherapie bei Mundhöhlenkarzinom	24.08.2020
14	Postoperative Radio- o. Radiochemotherapie bei Mundhöhlenkarzinom	09.10.2017
15	Zahnärztliche Untersuchung vor Radio- o. Radiochemotherapie bei Mundhöhlenkarzinom	07.07.2020
18	Panendoskopie bei Larynxkarzinom	07.07.2020
20	Beratung durch Logopäden/ Sprechwissenschaftler bei Larynxkarzinom	08.09.2021
27	Beratung durch Logopäden/ Sprechwissenschaftler bei Larynxkarzinom	07.08.2025

FAQ's - Erhebungsbogen Kopf-Hals

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
1.2.1.a	Anzahl Primärfälle 75 Primärfälle (=invasive Neoplasien und in-situ Karzinome des oberen Aerodigestivtrakts (Nasenhaut- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf, Speicheldrüsen) ohne Ösophagus). ICD-10-Liste im Datenblatt	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Zu welchen Karzinomen zählen die Karzinome am Zungengrund? Antwort: Zungengrund gehört zu den Oropharynxkarzinomen, die vorderen 2/3 der Zunge zu den Mundhöhlen-Ca.	
1.2.2	Interdisziplinäre prätherapeutische* und therapeutische Tumorkonferenz Es muss mind. 1x/ Woche eine Tumorkonferenz stattfinden Teilnehmer: Operateur**, diagnostischer Radiologe, Pathologe, Radioonkologe, Hämatologe und Onkologe Indikationsbezogen sind weitere Teilnehmer (Nuklearmediziner, Plastische Chirurgie, etc.) einzuladen. Sofern der Hämatologe/Onkologe an der Konferenz nicht teilnehmen kann, kann dieser durch den für die Chemotherapie zuständigen FA, der das Kapitel 6.2 aus-/ erfüllt, vertreten werden. *: nach durchgeführtem Staging **: die Fallbesprechungen werden für die Fachgebiete HNO und MKG gemeinsam abgehalten.	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Abweichung bei Unterschreitung der Teilnahmequote von 80% pro Fachrichtung.	

FAQ's - Erhebungsbogen Kopf-Hals

1.4 Psychoonkologie

Kap.	Anforderungen		
1.4.2	Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (siehe Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.	<u>FAQ (21.09.2023)</u> Wie ist der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. und die weitere psychoonkologische Versorgung darzustellen? Antwort: Es ist darzustellen, wie viele gescreente Pat. einen überschwelligen Test aufgewiesen haben. Die Prozesse der psychoonkologischen Versorgung sind zu beschreiben; die Anzahl an durchgeführten Betreuungen sollte vorgehalten werden.	
1.4.3	Psychoonkologie - Ressourcen Am Bedarf orientiert mind. 1 Psychoonkologe mit den genannten Qualifikationen steht dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung). Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, Organisationsplan muss vorliegen.	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Die psychoonkologische Versorgung kann durch alle Kooperationspartner (inkl. z.B. Strahlentherapie) initiiert bzw. erbracht werden.	

FAQ's - Erhebungsbogen Kopf-Hals

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

1.6	Sofern Pat.-Veranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potentieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Pat. durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden.	<u>FAQ (29.08.2024)</u> Wie kann das Zentrum den Ausschluss einer direkten Beeinflussung durch Industrievertreter nachweisen? Antwort: Der Nachweis kann z.B. über interne Compliance-Regeln oder ersatzweise über eine Selbstauskunft des Zentrums erfolgen. Darin sollte das Zentrum Angaben über einen freien Zugang zur Veranstaltung unter Aussparung der Industrieausstellung/Informationsstände und Hinweise zum Kontakt zwischen Industriereferenten und Pat. darlegen.	
-----	--	---	--

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen		
1.7.3.a	Anteil Studienpat. Erstzertifizierung: es müssen Pat. in Studien eingebracht worden sein. nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfälle	<u>FAQ (31.08.2022)</u> Können negativ gescreente Studienpat. gezählt werden?	
1.7.3.b	Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht-interventionelle/ diagnostische Studien und Präventionsstudien, Versorgungsforschung werden anerkannt, Biobanksammlungen sind ausgeschlossen).	Pat., die für das Screening zur Studienteilnahme eine Einverständniserklärung unterschrieben haben, können für den Zähler der jeweiligen Studien-Kennzahl gezählt werden, auch wenn aufgrund der Ergebnisse von mit Spezialdiagnostik durchgeführten Screeninguntersuchungen (keine Routinediagnostik) eine Studienteilnahme des Pat. nicht möglich ist.	
1.7.3.c	Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden. Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: - Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.einwilligung (Ausnahme Pat. ZPM, siehe FAQ-Dokument). - Es können Pat. in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Studien. - Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. - Informationen über offene Studien können über https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/ueber-uns/organisation/sektion-b-arbeitsgemeinschaften/iag-kht.html erhalten werden. - Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine eigene Studie für Pat. des Kopf-Hals-Tumor-Zentrums durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele Pat. in	<u>FAQ (21.09.2023)</u> Können an ein Zentrum für Personalisierte Medizin (ZPM) zum Zwecke der komplexen Diagnostik, interdisziplinären Beratung und individuellen Therapieempfehlungen überwiesene Patienten, die dort an einer Studie teilnehmen, für die Studienquote des entsendenden Zentrums gezählt werden? Antwort: Ja, in diesem Falle kann der Studieneinschluss sowohl vom entsendenden Zentrum als auch vom ZPM gezählt werden. Es gelten die sonstigen Voraussetzungen für Studieneinschlüsse gemäß Erhebungsbogen. <u>FAQ (28.08.2023)</u> Können an ein Zentrum für Personalisierte Medizin (ZPM) zum Zwecke der komplexen Diagnostik, interdisziplinären Beratung und individuellen Therapieempfehlungen überwiesene Patienten,	

1.7 Studienmanagement

	eigene Studien eingebracht, an andere Zentren/Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden - siehe auch Excelvorlage Datenblatt.	die dort an einer Studie teilnehmen, für die Studienquote des entsendenden Zentrums gezählt werden? Antwort: Ja, in diesem Falle kann der Studieneinschluss sowohl vom entsendenden Zentrum als auch vom ZPM gezählt werden. Es gelten die sonstigen Voraussetzungen für Studieneinschlüsse gemäß Erhebungsbogen.	
--	---	---	--

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)

Kap.	Anforderungen		
1.9.1	Phoniatrie - Die Diagnostik und Therapie der Sprech- und Stimm- und Schluckstörungen sollte in Kooperation mit einer phoniatischen Abteilung oder niedergelassenen Phoniatern erfolgen. - Die Zusammenarbeit Phoniatrie, HNO/ MKG-Chirurgie und Logopädie muss im Falle einer Kooperation dargestellt werden. - In den Kliniken, in denen die Fachrichtung Phoniatrie vertreten ist, ist die Kooperation obligat.	FAQ (02.03.2022) Erfüllt die Zusatzbezeichnung „Stimm- und Sprachstörungen“ die Anforderung an die Qualifikation „Phoniatrie“? Antwort: Die Anforderung kann auch durch FÄ mit Zusatzbezeichnung „Stimm- und Sprachstörungen“ (WBO 1992) oder FÄ mit Facharztbezeichnung „Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“ (WBO 2003) erfüllt werden.	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	
2.1.4	Aus der Sprechstunde heraus sind folgende Leistungen/ Methoden sicherzustellen: • Konsiliarische Vorstellung der Pat. an MKG bzw. HNO möglichst am gleichen Tag; • B-Bild-Sonographie mit Farbdoppler, ≥ 5 MHz: Anforderung Durchführung: KV-Zulassung entsprechend Ultraschall-Vereinbarung oder Erfüllung der Anforderungen entsprechend Ultraschall-Vereinbarung Kriterien für die Beurteilung der Dignität: verfügbar unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html (Reiter „Kopf-Hals-Tumor-Zentren“) • Panendoskopie: Terminvergabe <2 Wochen; Anforderung an die Durchführung: siehe Kap. 5. • Für HNO: • Lupenlaryngoskop; • starre Endoskope mit unterschiedlichen Blickwinkeln (z.B. 25°, 70°); • Flexibles Nasopharyngolaryngoskop. Für MKG: • Orthopantomogramm.	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Muss jeder Pat. eine Panendoskopie zwingend erhalten? Antwort: Nein.
2.1.5	Folgende qualitätsbestimmende Prozesse sind unter Angabe von Verantwortlichkeiten zu beschreiben: • Organisation/ Durchführung HNO-Spiegel-Untersuchung/ Panendoskopie bei (Entsprechend S3-Leitlinie): a) Mundhöhlenkarzinom: „Zum Ausschluss synchroner Zweittumoren soll im Rahmen der Primärdiagnostik des Mundhöhlenkarzinoms eine Hals-Nasen-Ohrenärztliche Spiegel-Untersuchung, ggf. (bei spiegelbefundlich oder radiologisch auffälligem Befund) eine Endoskopie durchgeführt werden.“ b) Larynxkarzinom: „Die Panendoskopie soll bei Pat. mit Larynxkarzinom durchgeführt werden.“ c) Oro-/Hypopharynxkarzinom: „Die Panendoskopie soll im Rahmen der Primärdiagnostik bei Oro- und Hypopharynxkarzinomen durchgeführt werden. Sie ist zentraler Bestandteil der primären Diagnostik zur genaueren Ausdehnung des Primärtumors und zur Detektion von Zweitkarzinomen.“ • Vorbereitung der Pat. für die Tumorkonferenz; • Stationäre Aufnahme für HNO und MKG; • Koordination der kaufunktionellen Rehabilitation. Für die Ausführung der Prozesse müssen ausreichende Ressourcen verfügbar sein.	<u>FAQ (19.07.2018)</u> Wer führt die Panendoskopie durch? Antwort: Die Panendoskopie wird durch die Fachärzte für HNO durchgeführt. <u>FAQ (19.07.2018)</u> Wie sind die Definitionen der HNO-Ärztlichen Untersuchung und der Panendoskopie? Antwort: HNO-Ärztliche Untersuchung (=Spiegelung). Panendoskopie (Pharynx, Larynx, Trachea, Speiseröhre) ist in Narkose mit einem starren/ flexiblen Endoskop.)

5 Operative Onkologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
5.2	Operative Einheit Falls sich eine Einheit (HNO und/ oder MKG) an der operativen Versorgung beteiligt, müssen mind. 20 Resektionen/ Jahr (Entfernung eines inv. Tm /in-situ-Tm, Primärfälle/ Rezidive; Biopsien werden nicht gezählt) nachgewiesen werden.	<u>FAQ (14.01.2021)</u> Wie werden Eingriffe gewertet, welche von HNO und MKG gemeinsam durchgeführt werden? Antwort: In Kooperation durchgeführte Eingriffe können für beide Hauptoperateure gezählt werden. Des Weiteren kann diese OP für die operative Expertise beider Einheiten (HNO und MKG) angerechnet werden. <u>FAQ (07.07.2020)</u> Dürfen Panendoskopien als Eingriff zur operativen Expertise gezählt werden? Antwort: Nein, Panendoskopien zählen nicht. <u>FAQ (30.04.2020)</u> Würde auch eine Panendoskopie als Eingriff zum Nachweis der operativen Expertise zählen, insbesondere wenn hier ein OPS mit „5-xxx“ genutzt wurde? Antwort: Nein, Panendoskopien zählen nicht zur operativen Expertise.

FAQ's - Datenblatt Kopf-Hals

2a	Prätherapeutische Tumorkonferenz	Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden	<u>FAQ (27.08.2020)</u> Sind Primärfälle mit Speicheldrüsentumoren in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorzustellen und für die Kennzahl zu zählen? Antwort: Nein, Primärfälle mit Speicheldrüsentumoren müssen nicht in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt werden und fließen nicht in den Nenner der KeZa 2a ein. Primärfälle mit einem malignem Speicheldrüsen sind in der KeZa 2b zu berücksichtigen.
		Nenner	Primärfälle ohne Speicheldrüsentumoren	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
9	Bildgebung für Feststellung N-Kategorie bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Untersuchung der Region von der Schädelbasis bis zur oberen Thoraxapertur mit CT oder MRT zur Feststellung der N-Kategorie	<u>FAQ (19.07.2018)</u> Ist zur Feststellung der N-Kategorie bei Pat. mit Mundhöhlenkarzinom alternativ zu CT/MRT auch eine Sonographie ausreichend? Antwort: Nein, gemäß den Vorgaben der S3-LL Mundhöhlenkarzinom ist CT oder MRT für die Lymphknotendiagnostik zu fordern, und die alleinige Sonographie nicht ausreichend. Für die Kennzahl sind nur Pat. mit LK-Staging per CT oder MRT zu berücksichtigen.
		Nenner	Primärfälle Mundhöhlenkarzinom	
		Sollvorgabe	≥ 90%	
10	Thorax-CT zum Ausschluss pulmonaler Filiae bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenner mit Thorax CT zum Ausschluss pulmonalen Tumorbefalls (Filia, Zweitkarzinom)	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Wie ist die korrekte Zählweise für den Zähler dieser Kennzahl? Antwort: Zahl der Pat., die ein Thorax CT erhalten haben.
		Nenner	Primärfall-Pat. mit Mundhöhlenkarzinom Stadium III + IV	
		Sollvorgabe	≥ 90%	

FAQ's - Datenblatt Kopf-Hals

11	Vollständiger Befundbericht bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners, bei denen der histopathologische Befund wie folgt dokumentiert ist: Tumorlokalisation, makroskopische Tumorgröße, histologischer Tumortyp nach WHO, histologischer Tumorgrad, Invasionstiefe, Lymphgefäßinvasion, Blutgefäßinvasion und perineurale Invasion, lokal infiltrierte Strukturen, Klassifikation pT, Angabe befallener Bezirke und infiltrierter Strukturen, R-Status; minimaler Sicherheitsabstand in mm, pN-Klassifikation extrakapsuläres Wachstum LK Ja/ Nein	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Wie müssen diese Angaben vorliegen? Antwort: Als Sammelangabe. Die Vorlage des Pathologieberichts muss die Angaben vollständig enthalten. <u>FAQ (14.07.2016)</u> Beim in situ Karzinom kann man L, V, Pn, Invasionstiefe, Lymphgefäßinvasion, Blutgefäßinvasion und perineurale Invasion sowie lokal infiltrierte Strukturen nicht angeben, da es das nicht gibt. Ist der pathologische Befund auch ohne diese Angaben beim in situ Karzinom dann vollständig? Antwort: Ja, da dies nicht angegeben werden kann, ist der Bericht auch ohne diese Angaben beim in situ vollständig und der in situ-Pat. kann im Zähler auftauchen!
		Nenner	Operative Primärfälle Mundhöhlenkarzinom	
		Sollvorgabe	≥ 90%	

FAQ's - Datenblatt Kopf-Hals

12	Neck-Dissection bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit elektiver Neck-Dissection	<u>FAQ (19.07.2018)</u> Wie viele Lymphknoten sind bei einer elektiven Neck-Diss- ection erforderlich? Antwort: Gemäß der S3-Leitlinie für Mundhöhlenkarzinome ist keine Mindestzahl zu resezie- render Lymphknoten definiert. Es soll eine Resektion gemäß der in der Leitlinie definierten Lymphknotenstationen/-Levels erfolgen. <u>FAQ (02.03.2022)</u> Wie sind Primärfälle des Nen- ners mit negativem Sentinel- Lymphnode zu berücksichti- gen? Antwort: Operative Primärfälle mit ne- gativem Befund in der SLN- Biopsie werden wie Pat. mit e- lektiver Neck-Dissection zu werten und fließen in den Zäh- ler mit ein.
		Nenner	Operative Primärfälle Mund- höhlenkarzinom und cNO jeglicher T-Kategorie (ohne in situ Tm)	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	

FAQ's - Datenblatt Kopf-Hals

13	Strahlentherapie bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners ohne Unterbrechung der Strahlentherapie	<u>FAQ (10.09.2019)</u> Wie ist „ohne Unterbrechung der Strahlentherapie“ definiert? Antwort: Von einer nicht-unter-broche-nen Strahlentherapie ist aus-zugehen, wenn die tatsächli-che Bestrahlungsdauer die ge-plante Bestrahlungsdauer um nicht mehr als 1 Kalenderwo-che überschreitet. <u>FAQ (24.08.2020)</u> Sind im Nenner auch Pat. zu berücksichtigen, bei denen die Strahlentherapie begonnen und dann abgebrochen wurde? Antwort: Nein. Es werden nur diejeni-gen Pat. in den Nenner einge-schlossen, die die vorgese-hene Bestrahlungsserie erhal-ten haben.
		Nenner	Primärfälle Mundhöhlenkarzinom und Strahlentherapie	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	
14	Postoperative Radio-o. Radiochemothera-pie bei Mundhöh-lenkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit postoperativer Radio- oder Radiochemotherapie	<u>FAQ (09.10.2017)</u> Zählen hier auch in situ Karzi-nome mit knappem Resekti-onsrand? Antwort: Die Kennzahl bezieht sich auf das invasive Mundhöhlenkarzi-nom, was in-situ-Karzinome ausschließt. <u>FAQ (09.10.2017)</u> Was bedeutet "LK", Nodalsta-tus (pN+) oder Lymphangiosis (L1)? Antwort: Im Zertifizierungssystem sind mit LK immer Lymphknoten gemeint.
		Nenner	Primärfälle Mundhöhlenkarzinom - T3/T4-Kategorie und/oder - knappen ($\leq 3\text{mm}$) oder po-sitiven Resektionsrändern - und/oder perineuraler oder Gefäßinvasion - und/oder pos. LK	
		Sollvorgabe	Sollvorgabe $\geq 60\%$	

FAQ's - Datenblatt Kopf-Hals

15	Zahnärztliche Untersuchung vor Radio- oder Radiochemotherapie bei Mundhöhlenkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Radio- oder Radiochemotherapie	<u>FAQ (07.07.2020)</u> Müssen auch Pat. ohne eigene Zähne zahnärztlich vorgestellt werden? Antwort: Ja. Bei Pat., die vermeintlich keine eigenen Zähne mehr haben, befinden sich mitunter noch Zahnreste im Kiefer.
		Nenner	Primärfälle Mundhöhlenkarzinom und Radio- oder Radiochemotherapie	
		Sollvorgabe	≥ 95%	
18	Panendoskopie bei Larynxkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Panendoskopie	<u>FAQ (07.07.2020)</u> Sind auch Primärfälle mit einem In-Situ-Larynxkarzinom dem Nenner zuzuordnen? Antwort: Ja.
		Nenner	Primärfälle Larynxkarzinom	
		Sollvorgabe	Sollvorgabe ≥ 90%	
20	Beratung durch Logopäden/ Sprechwissenschaftler bei Larynxkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Beratung durch Logopäden/ Sprechwissenschaftler bei Larynxkarzinom	<u>FAQ (08.09.2021)</u> Muss die Beratung vor der Tumoresektion wahrgenommen werden, um im Zähler gezählt zu werden? Antwort: Nein.
		Nenner	Primärfälle Larynxkarzinom und Therapie	
		Sollvorgabe	Sollvorgabe ≥ 90%	
27	Primäre Radiochemotherapie bei Oro-/ Hypopharynxkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit primärer Radiochemotherapie	<u>FAQ (07.08.2025)</u> Bezieht sich die Einschränkung ‚≤70 Jahre ohne Resektion‘ nur auf Hypopharynxkarzinome Stadium III/IV-A/IV-B oder auf alle 3 angegebenen Entitäten (Oropharynxkarzinome Stadium III, HPV/p17 negative Oropharynxkarzinome Stadium IV-A/IV-B und Hypopharynxkarzinome Stadium III/IV-A/IV-B)? Antwort: Die Alterseinschränkung auf ≤ 70 Jahre gilt sowohl für die hier aufgeführten Oropharynx-Karzinome als auch Hypopharynx-Karzinome.
		Nenner	Primärfälle• Oropharynxkarzinom im Stadium III oder• HPV/p16 negativem Oropharynxkarzinom im Stadium IV-A/IV-B oder• Hypopharynxkarzinom im Stadium III/IV-A/IV-B und ≤70 Jahre ohne Resektion	
		Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	