

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Kopf-Hals-Tumor-Zentren

23.03.2026, 10:00 – 14:30 Uhr

Vorsitz: Prof. Heiland, Prof. Iro/ Prof. Klußmann

TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende, Utzig/DKG, Sabet/DKG)

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Kopf-Hals-Tumor-Zentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

Wahl der Vorsitzenden (Stimmberechtigte)

Herr Prof. Klußmann wird seitens der AHMO und DKG als neuer Vorsitzender vorgeschlagen und durch die Kommission mehrheitlich für dieses Amt gewählt. Er tritt damit die Nachfolge von Herrn Prof. Iro an, der für eine weitere Amtszeit nicht mehr zur Verfügung steht. Die Kommission dankt Herrn Prof. Iro herzlich für sein großes, jahrelanges Engagement und würdigt seine Verdienste um das Zertifizierungssystem. Herr Prof. Klußmann bedankt sich für das Vertrauen und nimmt die Wahl an.

Aktualisierung Geschäftsordnung

Die in der Sitzung der Vorsitzenden vorgestellten Änderungsempfehlungen für die jeweiligen entitätsspezifischen Geschäftsordnungen werden von der Kommission angenommen. Diese beinhalten z.B. eine Regelung zur Einberufung von Sondersitzungen sowie redaktionelle Änderungen.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems (Bauer/OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2025 gab es 88 zertifizierte Kopf-Hals-Tumor-Zentren (KHT) an 90 Standorten, davon 7 Zentren/Standorte im Ausland. Im Jahr 2025 gab es insgesamt 4 neue Zertifikatserteilungen. Aktuell bestehen 8 eigenständige KHT-Zentren (ohne Onkologisches Zentrum am Standort).

Im Auditjahr 2025 wurden in 90 Audits insgesamt 6 Abweichungen ausgesprochen. 6 Zertifikate wurden mit reduzierter Gültigkeit erteilt, 3 Zertifikate beendet/ausgesetzt. 11 Kopf-Hals-Tumor-Zentren nutzten im Jahr 2025 die Möglichkeit des regulären reduzierten Auditzyklus (REDZYK).

Im Nachgang zur Sitzung sind Online-Seminare für die Fachexperten (FE) der Kopf-Hals-Tumor-Zentren geplant, in denen über die Neuerungen/Änderungen im Zertifizierungssystem informiert wird. Aktuell stehen 29 FE (16 HNO/13 MKG) für die Auditierung der KHT-Zentren zur Verfügung. 7 weitere FE befinden sich derzeit in der Ernennung (2 HNO/ 5 MKG). Angesichts von 88 zertifizierten KHT-Zentren kann die FE-Situation als gut bewertet werden.

Der Versand des „Merkblattes – Auditjahr 2026“ an alle FE und alle Zentren ist vor Kurzem erfolgt. Inhalt des Merkblattes sind Punkte, die für die Durchführung der Auditverfahren 2026 eine besondere Bedeutung haben.

TOP 3 Vorstellung des Jahresberichts/Qualitätsindikatoren der Kopf-Hals-Tumor-Zentren (Sabet/DKG)

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen aus dem Auditjahr 2025 werden vorgestellt. Im Jahresbericht sind 89 (98,9 %) Zentrumsstandorte berücksichtigt.

Anmerkungen zu den Basisdaten des Jahresberichtes MHKT 2026 (Auditjahr 2025/Kennzahlenjahr 2024):

2025 wurden in den im Jahresbericht 89 berücksichtigten Standorten 12.755 Primärfälle (+1,6 % zum Vorjahr) behandelt. Davon entfallen 4.713 Fälle auf Pharynxkarzinome, 4.255 auf Mundhöhlenkarzinome, 2.233 auf

Larynxkarzinome, 768 auf Speicheldrüsentumore, 747 auf Tumore der Nasenneben- und Nasenhaupthöhle sowie 39 auf Tumore ohne Stadieneinteilung. Bezogen auf die in Deutschland auftretenden Neuerkrankungen entspricht dies einer Gesamtabdeckung von 67,2 % (Vorjahr: 65,2 %). Für einzelne Entitäten ergibt sich eine unterschiedlich hohe Abdeckung, z.B. Pharynxkarzinome mit ca. 89 %, während Mundhöhlen- und Larynxkarzinome jeweils bei etwa 58 % liegen.

Unter Einbezug von 3.484 Rezidiv- und Metastasenfällen ergibt sich eine Gesamtzahl von 16.239 Zentrumsfällen (+ 3,1 % zum Vorjahr).

Insgesamt zeigen die Kennzahlen in den Kopf-Hals-Tumorzentren weiterhin ein hohes Erfüllungsniveau, insbesondere bei Bildgebung und Befundqualität bei Mundhöhlen- und Larynxkarzinomen. In einzelnen Bereichen zeigen sich positive Entwicklungen v.a. beim Studienanteil und bei der logopädischen Mitbetreuung.

Auch die operative Expertise bleibt stabil. Im HNO-Bereich liegen die Fallzahlen wieder auf dem Niveau der Vorvorjahre bei leicht steigendem Median und vollständiger Erfüllung der SV durch alle Zentren. Im MKG-Bereich steigt die Gesamtzahl der Eingriffe auf 4.680 (+10,3 %).

In der Diskussion des Jahresberichts wird die Frage aufgeworfen, warum keine Darstellung der Oro- und Hypopharynxkarzinome, Larynx- und Speicheldrüsentumore nach Stadieneinteilung erfolge. Die DKG weist darauf hin, dass diese in den Basisdaten für die entsprechenden Tumore nicht erhoben werde. Die Diskussion wird bei der Durchsicht des Datenblatts fortgesetzt (siehe Top 4- Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts).

Anmerkungen zu ausgewählten Kennzahlen des Jahresberichtes:

KeZa 4 - Beratung Sozialdienst

Alle Zentren erfüllen die Sollvorgabe; die Begründungspflicht liegt aktuell bei < 20 %. Die Kommission diskutiert eine Anhebung der Begründungspflicht; der Punkt wird bei der Diskussion zum Datenblatt erörtert.

KeZa 16/21/30 – Beginn Strahlentherapie bei Mundhöhlen-, Larynx-, Oro/Hypopharynxkarzinom (LL QI MHK, Larynx, Oro-/Hypopharynx)

Die Kennzahlen wurden modifiziert und nun im ersten Jahr unter optionaler Angabe erhoben. Die Gesamtquote beträgt beim Mundhöhlenkarzinom 46,5 %, beim Larynxkarzinom 57,3 % und beim Oro-/Hypopharynxkarzinom 55,4 % (jeweils bei einer Plausibilitätsgrenze ≥ 60 %). Zentren, die die untere Plausibilitätsgrenze unterschritten, verwiesen v. a. auf komplikative postoperative Verläufe, organisatorische Verzögerungen und verzögerte Befundverfügbarkeit. Als eingeleitete Maßnahmen berichten die Zentren überwiegend eine engere Abstimmung mit der Strahlentherapie sowie mit der Pathologie.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für Erhebungsbogen und Datenblatt (Vorsitzende, Sabet/DKG)

Allgemeine Anmerkungen:

- Da der EB_Kopf-Hals-Tumor-Zentren Teil eines Systems von 20 weiteren Zentrumsarten ist, sind Teile des Bogens an die harmonisierten Anforderungen des Gesamtsystems bzw. der Onkologischen Zentren angepasst. Das betrifft z.B. das Inhaltsverzeichnis und die einheitliche Definition von (Haupt-)Kooperationspartnern.

- Während der Sitzung ist der im Vorfeld versendete Erhebungsbogen besprochen und konsentiert worden. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierte EB inkl. der in der rechten Spalte grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt werden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB Kopf-Hals-Tumor-Zentren:

1.2.1a Anzahl Primärfälle

Die Eingabe, die Primärfälle nach den Gruppen Pharynx und Larynx getrennt auszuweisen, wird diskutiert. Die Kommission beschließt an der bisherigen Regelung festzuhalten.

1.2.1.b Definition Primärfall:

Die Eingabe, die aktuelle Praxis der Codierung und Erfassung des CUP-Syndroms im Kopf-Hals-Bereich vor dem Hintergrund international etablierter Standards zu überprüfen und zu diskutieren, wird von der Kommission beraten. Die Kommission beschließt keine Aufnahme der CUP-Syndrome und hält fest, dass CUP-Syndrome generell nicht als Primärfall im Zertifizierungssystem gezählt werden.

1.2.2 Interdisziplinäre prätherapeutische und therapeutische Tumorkonferenz

Die Kommission nimmt die redaktionelle Änderung an, den Begriff „Chemotherapie“ durch „medikamentöse Tumorthherapie“ zu ersetzen.

1.2.4 Interdisziplinäre Tumorkonferenz und Onkologisches Basisscreening

Die Kommission nimmt die Ergänzung an, dass die Empfehlung des molekularen Tumorboards (MTB) einschließlich der molekulargenetischen Untersuchungsbefunde dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt werden soll.

Onkologisches Basisscreening

Gemäß Kapitel 1.1.1. des Erhebungsbogens sind die Anforderungen des EB Onkologische Zentren (OZ) durch die KHT-Zentren zu erfüllen. Daher informiert die DKG die Kommission an dieser Stelle über den Beschluss der Kommission OZ vom Oktober 2025 zum Onkologischen Basisscreening (siehe nachfolgenden Auszug aus EB OZ).

1.2.17 (EB OZ) Onkologisches Basisscreening

Zur optimierten ambulanten und stationären Versorgung sind, bedarfsorientiert Symptome, Belastungen, Beratungs- und Behandlungsbedarf in Form eines onkologischen Basisscreenings zu erfassen.

Ziel ist es, durch das onkologische Basisscreening die Ressourcen effizient einzusetzen, dadurch längerfristig Ressourcen zu sparen und die Prozesse zu bündeln, um eine bedarfsgerechte und zielgerichtete Versorgung zu erreichen.

Das Onkologische Basisscreening beinhaltet dabei ein Screening für mindestens folgende vier Kerndimensionen:

- psychosoziale Belastungen
- körperliche Symptome
- Mangelernährungsrisiko
- sozialrechtlich relevante Fragestellungen

Das Screening sollte in der Regel PRO erfassen und obliegt der primär versorgenden Einheit. Jede versorgende Einheit (z.B. Ambulanz, Station, Tagesklinik, Praxis) benennt hierzu eine für das Screening verantwortliche Person (z.B. onkologische Fachpflege).

Der Prozess für die Erhebung des Onkologischen Basisscreening ist im Zentrum in Form einer interdisziplinären SOP festzulegen und darzustellen. Für die Erstellung einer SOP wird eine Handreichung angeboten, siehe unter <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html> „Handreichungen für die Erstellung von SOPs zum onkologischen Basisscreening in onkologischen Zentren“.

Die SOP beinhaltet auch die Vorgehensweise zur entsprechenden Versorgung der Pat. bei positivem Screeningergebnis in einer der vier Kerndimensionen.

Die Kennzahl „Quote psychoonkologisches Distress-Screening“ (Kap. 1.4) gilt als Stellvertreter für die Screeningquoten aller vier Dimensionen.

Es wird empfohlen, die Quote überschwellig belasteter/ auffälliger Pat. in den vier Dimensionen des Onkologischen Basisscreenings und deren weitere Versorgung zu erfassen.

Die Frequenz des Screenings soll bei Erstkontakt und im weiteren Verlauf Pat.-adaptiert erfolgen.

1.2.6 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

In Eingaben wird angemerkt, dass die bisherige Anforderung zur prätherapeutischen persönlichen Vorstellung aller Pat. bei einem Kooperationspartner vor geplanter Radio(chemo)therapie in der Versorgungspraxis nicht umsetzbar sei und daher überprüft bzw. gestrichen oder angepasst werden sollte.

Die Kommission diskutiert die Eingabe ausführlich und beschließt eine Anpassung der Anforderung. Künftig soll bei allen Pat., bei denen laut Tumorkonferenzbeschluss eine Radio(chemo)therapie geplant ist, dokumentiert werden, an welchem Standort diese durchgeführt wird. Darüber hinaus sollte eine Weiterempfehlung an ein zertifiziertes Kopf-Hals-Tumor-Zentrum angestrebt werden.

1.4.1 Psychoonkologie

In einer Eingabe wird angeregt, psychoonkologisch beratene Fälle unabhängig vom Distress-Screening auszuweisen. Weiterhin wird die derzeitige Bewertungssystematik des Distress-Thermometer-Screenings kritisiert, da die alleinige Wertung positiver Screenings ab einer Quote > 65 % den tatsächlichen Arbeitsaufwand nicht adäquat abbilde. Auch wird auf Patientengruppen hingewiesen, bei denen ein Screening aus nachvollziehbaren Gründen nicht durchführbar sei (Sprachbarriere, hohes Alter und Demenz etc.) und die analog zu Studien berücksichtigt werden sollten.

Die Kommission beschließt, keine Änderungen vorzunehmen, da es sich um eine entitätenüberschreitende Anforderung handelt. Zudem sind die erwähnten Pat.gruppen bereits in der Sollvorgabe berücksichtigt und können im Rahmen der Begründung durch die Zentren plausibilisiert werden.

1.4.2 Psychoonkologie – Dokumentation und Evaluation

Im Rahmen der Harmonisierung mit dem EB OZ wird auf die in der Sitzung der Kommission OZ 2025 beschlossene Anpassung der Kapitel 1.4.4 Angebot und Zugang sowie 1.4.6 Dokumentation und Evaluation hingewiesen. Die Änderungen werden in der Kommission der Kopf-Hals-Tumor-Zentren vorgestellt: Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist durch die primär versorgende Einheit (z. B. Station, Ambulanz, Tagesklinik) ein Screening zur psychosozialen Belastung im Rahmen des onkologischen Basisscreenings durchzuführen (gemäß S3-Leitlinie Psychoonkologie und Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“). Die Zuweisung

zu psychoonkologischen Angeboten erfolgt auf dieser Grundlage. Die Angebote sollen niedrigschwellig zugänglich sein und sowohl auf der Website des Zentrums als auch über Informationsmaterialien (z. B. Flyer) kommuniziert werden.

Darüber hinaus ist die psychoonkologische Versorgung fortlaufend zu dokumentieren und darzustellen, insbesondere für

1. Pat. mit im Distress-Screening überschwelliger Belastung sowie
2. Pat. mit subjektivem Unterstützungsbedarf.

Die Kommission KHT stimmt den Änderungen der Kapitel 1.4.4. und 1.4.6. des EB OZ zu. Es besteht aus Sicht der Kommission nicht das Erfordernis für eine separate Ergänzung in EB KHT. Das Kapitel 1.4.2 des EB KHT wird ab dem Auditjahr 2027 aus dem EB KHT herausgelöst und die Inhalte zukünftig in den Kapiteln 1.4.4. und 1.4.6. des EB OZ abgebildet.

1.6.2 Pat.befragungen:

In einer Eingabe wird die Patientenbefragung als zeit- und kostenintensiv bei begrenztem Mehrwert eingeschätzt. Auch fachspezifische Fragen werden kritisch gesehen, da tumorbezogene Aspekte aus Sicht der Eingebenden patientenbezogen statt anonym erhoben werden sollten, um direkte Maßnahmen zu ermöglichen. Die Kommission stellt klar, dass es sich hierbei um eine entitätenübergreifende Anforderung zur Zufriedenheitsermittlung für Pat. handelt. Eine zusätzliche patientenbezogene PRO-Erfassung ist sinnvoll und wünschenswert, jedoch in dieser konkreten Anforderung nicht thematisiert. Zudem wurde die Rücklaufquote der Patientenbefragung auf 30 % in der Sitzung der Vorsitzenden reduziert und harmonisiert. Diese Änderung wird für die KHT-Zentren ebenfalls angenommen.

1.7.3a Anteil Studienpat.

In einer Eingabe wird ausgeführt, dass die Beteiligung der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG) an Studien in nicht-universitären Zentren stark eingeschränkt sei.

Die Kommission sieht hierin kein strukturelles Problem und beschließt, keine Änderungen an den bestehenden Anforderungen vorzunehmen.

1.8.2 Onkologische Fachpflegekräfte

Eine Eingabe weist auf Engpässe in der onkologischen Fachpflege hin, die eine Umsetzung von 12 dokumentierten Pflegevisiten pro Jahr in der Praxis häufig nicht realisierbar machten.

Die Kommission stellt fest, dass die Gültigkeit der Anforderung in der Sitzung OZ 2025 erneut bestätigt worden sei. Die Anforderung gemäß EB_OZ Kapitel 1.8.2 wird übernommen: Die Umsetzung der onkologischen Pflegevisite am Zentrum ist gemäß der Muster-SOP „Onkologische Pflegevisite“ nachzuweisen; pro Monat ist in jedem Organkrebszentrum mind. eine Pflegevisite oder Fallbesprechung nachzuweisen.

1.9.3 Allgemeine Versorgungsbereiche – Zugang Phoniatrie/Logopädie

Eine Eingabe betont, dass die phoniatische Expertise in Teilen nur eingeschränkt verfügbar sei und die tägliche Versorgung überwiegend durch Logopädinnen und Logopäden erfolge.

Die Kommission beschließt die Anforderung unverändert zu belassen. Sie stellt klar, dass Logopädinnen und Logopäden die Anforderung ebenfalls erfüllen können. Die DGPP habe bereits in der Sitzung 2024 zugesichert, Zentren bei Schwierigkeiten beim Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zu unterstützen. Darüber hinaus weist die Kommission erneut darauf hin, dass auch Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung „Stimm- und Sprachstörungen“ (WBO 1992) bzw. „Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“ (WBO 2003) anerkannt werden.

2.1.1 Sprechstunde – Information/Dialog mit Pat.

Die übergreifende Eingabe aus der Sitzung der Vorsitzenden 2023, dass Zentren bei der Einholung von Zweitmeinungen unterstützen sollen (bislang „Vermittlung“), wird von der Kommission angenommen.

3.3/4.3 Radiologie – MTR der Radiologie/der Nuklearmedizin

Im Zuge der Harmonisierung mit dem Erhebungsbogen der OZ wird die in der Sitzung 2025 beschlossene Anpassung der entsprechenden Kapitel zur Diskussion in die Kommission eingebracht.

Die Kommission stimmt der Übernahme der Änderungen gemäß EB OZ zu. Künftig darf auch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal (MTR oder Medizinische Fachangestellte (MFA) mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlenschutzfachkundigen Arztes) die Anforderung erfüllen.

5.4 Qualifikation Operateure

Es wird vorgeschlagen eine Konkretisierung der Definition der operativen Expertise im Erhebungsbogen sowie im Datenblatt vorzunehmen. Die Kommission folgt der Eingabe und präzisiert, dass ausschließlich Primärfall-Resektionen und Rezidiv-Resektionen gezählt werden (Entfernung eines invasiven Tumors bzw. In-situ-Tumors); Biopsien werden nicht berücksichtigt. Ergänzend wird festgelegt, dass benannte Operateure eine Facharztqualifikation in HNO oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG) vorhalten müssen.

5.7 Ausbildung neuer Operateure

In einer Eingabe wird berichtet, dass die Anforderung zur Ausbildung zusätzlicher Operateure personell z.T. schwer umsetzbar sei.

Die Kommission stellt klar, dass es sich hierbei um eine „Sollte“-Anforderung handelt, und beschließt, die Anforderungen unverändert zu belassen.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Erhebungsbogen Pathologie:

8.1 Interdisziplinarität – Tumorkonferenz

Aus der Sitzung OZ 2025 wird die Frage eingebracht, ob eine Online -Teilnahme der Pathologie an Tumorkonferenzen „on demand“ als ausreichend anerkannt werden kann. Die Kommission verneint dies für die KHT-Zentren ausdrücklich. Es ergäben sich regelmäßig Fragestellungen, die eine gezielte Vorbereitung der Pathologie erforderten. Insbesondere im Kontext der neoadjuvanten Immuntherapie sei die Beurteilung des Ansprechens sowie die postoperative Einordnung zeitkritisch. Eine on-demand-Teilnahme würde eine strukturierte Vorbereitung nicht ermöglichen und könne zu Verzögerungen im Therapiebeginn führen. Die Kommission nimmt die Eingabe nicht an.

8.4 Fachärzte – Expertise

Die Kommission vertagt die Entscheidung, (für die geforderte Expertise von mind. 60 Begutachtungen von malignen Kopf-Hals-Tumoren) die Unterteilung in mind. 30 prä- und mind. 30 postoperative Fälle zu streichen, um die Meinung der mandatierten Pathologen anhören zu können.

8.11 Pathologieberichte – Pflichtangaben Pathologiebericht

Die Kommission stimmt zu, dass es sich bei der Angabe der Tumorlokalisation um eine klinische Angabe handelt und diese daher in der Verantwortlichkeit des Kliniklers liegt, bewertet deren Dokumentation im Pathologiebefund jedoch als notwendig für die Vollständigkeit. Zudem ist die Anforderung durch einen LL-QI vorgegeben. Vor diesem Hintergrund beschließt die Kommission, keine Änderungen vorzunehmen.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts:

Basisdaten

In der Sitzung wird eine stadienbezogene Ausweisung für alle Kopf-Hals-Entitäten vorgeschlagen und angenommen. Während Mundhöhlen sowie Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlenkarzinome bereits nach UICC-Stadien erfasst werden, soll dies künftig auch für Oro-/Hypopharynx, Larynx und Speicheldrüsen erfolgen. Für die Oropharynxkarzinome wird dabei zusätzlich der p16-Status berücksichtigt. Die DKG legt hierzu im Nachgang der Sitzung einen Vorschlag vor, der mit Annahme dieses Protokolls konsentiert ist

Liste der rekonstruktiven Verfahren

Die Auswertung der Liste der rekonstruktiven Verfahren, die in der Sitzung präsentiert wird, zeigt eine deutliche Streuung der rekonstruktiven Verfahren zwischen den Zentren, mit hohen und heterogenen Fallzahlen insbesondere in Kategorie 0. Zusammen mit den hierzu eingegangenen Eingaben legt dies nahe, dass Kategorie 0 bislang nicht einheitlich dokumentiert wurde und vermutlich auch nicht operative Primärfälle mit umfasst. Zur Verbesserung wird die Liste der rekonstruktiven Verfahren präzisiert und um den Zusatz „operative Primärfälle“ ergänzt. Zusätzlich wird in den Basisdaten eine separate Zeile für „operative Primärfälle“ aufgenommen, um eine Plausibilitätsprüfung mit der Liste der rekonstruktiven Verfahren zu ermöglichen.

Kennzahlen

KeZa 4 – Beratung Sozialdienst

Aufgrund der guten Umsetzung durch die Zentren (Median 61,5 %, Gesamterfüllung 56,7 %, alle Zentren befinden sich innerhalb der Plausibilitätsgrenzen), beschließt die Kommission, die untere Plausibilitätsgrenze der Kennzahl von 20 % auf 40 % anzuheben.

KeZa 15 – Zahnärztliche Untersuchung vor Strahlentherapie bei Pat. mit Kopf-Halstumoren

Die Kommission beschließt, einen entitätenübergreifenden Qualitätsindikator für alle Kopf-Hals-Tumore aus der Leitlinie Supportivtherapie aufzunehmen und die bisherige Kennzahl zur zahnärztlichen Untersuchung zu streichen.

KeZa NEU- R0-Resektion bei Oro-/Hypopharynxkarzinom

Die Kommission stellt fest, dass die R0-Resektion bislang als KeZa für MHK, Speicheldrüsentumoren und Larynxkarzinome erfasst wird, nicht jedoch für Oro- und Hypopharynxkarzinome, da hierfür kein entsprechender Leitlinien-Qualitätsindikator vorliegt. Da es sich hierbei jedoch um einen wichtigen Outcome-Parameter handelt, wird beschlossen, eine Kennzahl zur R0-Resektion auch für Oro- und Hypopharynxkarzinome aufzunehmen.

Die Kennzahlen 22 – 30 sind im Auditjahr 2024 nach Veröffentlichung der LL-Oro-/Hypopharynx und Aufnahme in das KeZa-Set in der Sitzung 2024 erstmals (und optional) erfasst worden. Bei bereits guter Umsetzung in den Zentren passt die Kommission die Plausibilitätsgrenzen bzw. Sollvorgaben an:

KeZa 22 – Vollständiger pathologischer Befundbericht bei Oro-/Hypopharynxkarzinom

KeZa 23 – CT/MRT Hals zum LK-Staging bei Oro-/Hypopharynxkarzinom (LL QI Oro-/Hypopharynx)

KeZa 24 – Thorax-CT zum Ausschluss pulmonaler Tumorbefall (LL QI Oro-/Hypopharynx)

KeZa 25 – Bildgebung zum Ausschluss von Lebermetastasen (LL QI Oro-/Hypopharynx)

KeZa 26 – Panendoskopie bei Oro-/Hypopharynxkarzinome (LL QI Oro-/Hypopharynx)

Die Kommission beschließt, die Plausibilitätsgrenzen von <80 % (KeZa 22-25) bzw. <90 % (KeZa 26) in Sollvorgaben von ≥ 90 % zu überführen.

KeZa 27 – Primäre Radiochemotherapie bei Oro-/Hypopharynxkarzinom (LL QI Oro-/Hypopharynx)

KeZa 28 – Postoperative Radio-/Radiochemotherapie bei Oro-/Hypopharynxkarzinome (LL QI Oro-/Hypopharynx)

Für diese Kennzahlen überführt das Gremium die bisherigen Plausibilitätsgrenzen von <70 % in Sollvorgaben von ≥ 70 %.

KeZa 29 – Postoperative/-therapeutische Untersuchung der Schluckfunktion bei Oro-/Hypopharynxkarzinom (LL QI Oro-/Hypopharynx)

In einer Eingabe wird darauf hingewiesen, dass im Nenner alle Pat. mit Oro-/Hypopharynxkarzinom unabhängig von der Therapie erfasst würden, während im Zähler nur posttherapeutische Schluckfunktionsprüfungen berücksichtigt seien. Dies führe zu verzerrten Quoten, da ein Teil der Pat. noch nicht therapiert sei.

Die Kommission stellt klar, dass in den Nenner nur Primärfälle mit Operation u./o. Strahlentherapie einfließen. Die Plausibilitätsgrenze bleibt unverändert.

KeZa 30 – Beginn Strahlentherapie bei Oro-/Hypopharynxkarzinom (LL QI Oro-/Hypopharynx)

Dieser Qualitätsindikator wurde als Kennzahl 2024 eingeführt. Aufgrund der Ergebnisse im ersten optionalen Erfassungsjahr (Median 63,6 %, Gesamtquote 55,4 % (49/89 Zentren mit Datenangabe)) beschließt die Kommission, die bisherige Plausibilitätsgrenze beizubehalten.

Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie Speicheldrüsentumore:

Nach Veröffentlichung der S3-Leitlinie Speicheldrüsentumoren stehen die LL-QI zur Übernahme als Kennzahl im Zertifizierungssystem zur Diskussion: Die R0-Resektion bei Karzinomen der Glandula parotidea, die Durchführung der Submandibulektomie mit Neck Dissection (mindestens Level I–III) bei Karzinomen der Glandula submandibularis, die ipsilaterale elektive zervikale Lymphadenektomie bei Parotiskarzinomen mit definierten Risikokonstellationen sowie die postoperative Strahlentherapie bei Speicheldrüsenkarzinomen mit entsprechenden Risikofaktoren werden als Kennzahlen mit unteren Plausibilitätsgrenzen von <60 % aufgenommen. Weitere LL-QIs, darunter die applizierte Gesamtdosis bei definitiver Strahlentherapie, die ipsilaterale modifiziert radikale zervikale Lymphknotendissektion bei cN1 sowie das intraoperative Neuromonitoring bei Operationen an der Glandula parotidea, wurden diskutiert, jedoch nicht in das Kennzahlenset aufgenommen. Aufgrund der Vielzahl bereits bestehender QIs wurde eine Fokussierung auf zentrale Kernindikatoren vorgenommen.

Der LL-QI zur zahnärztlichen Untersuchung vor Radio- oder Radiochemotherapie bei Speicheldrüsentumoren wird über einen bereits aufgenommenen entitätenübergreifenden QI der Supportivtherapie abgebildet.

Ein Zentrum regt an, eine Kennzahl zu entwickeln, die die Zeitspanne von der Erstvorstellung in einem Zentrum bis zum Beginn einer definitiven Therapie erfasst, da dieses Kriterium ein relevantes Qualitätsmerkmal darstelle und unabhängig von der Therapieform betrachtet werden könne. Die Kommission diskutiert die Eingabe, beschließt jedoch, dass der Nutzen einer derartigen Kennzahl dem Aufwand der Erfassung nicht entspricht.

TOP 5 Verschiedenes (Vorsitzende, Sabet, Utzig, Kowalski/DKG)

AG Schluckbeschwerden

In der Sitzung der KHT-Zentren 2024 wurde beschlossen, zur Erfassung funktioneller Ergebnisse zu Schluckbeschwerden eine AG zu bilden. In Vorgesprächen wurde deutlich, dass zur Erfassung der Daten eine geeignete Datenbank erforderlich ist, für die die OncoBox genutzt werden kann. Über die DGMKG wird nun beabsichtigt, einen DKH-Förderantrag zur Umsetzung einzureichen.

Update Krankenhausreform

Herr Dr. Utzig erläutert aktuelle gesundheitspolitische Themen (KHVVG, KHAG, Zuweisung von Leistungsgruppen in NRW etc.).

Versorgungsforschung

Herr Kowalski (Versorgungsforschung/DKG) stellt aktuelle Versorgungsforschungsprojekte innerhalb des DKG-Zertifizierungssystems und in Zusammenarbeit mit Zertifizierungskommissionen vor. Er weist diesbezüglich auf verschiedene Fördermöglichkeiten hin. Alle Kommissionsmitglieder sind eingeladen, bei Ideen für Versorgungsforschungsprojekte auf Basis der Zertifizierung den Kontakt zur DKG zu suchen.

Die Vorsitzenden danken allen Teilnehmern für die konstruktive und konsensorientierte Beratung. Die Sitzung wird gegen 14:30 Uhr beendet.

Berlin, 23.03.2026

Protokoll: Sabet, Kaufmann, Vogt, Utzig

Kap.	Auditjahr 2026	Auditjahr 2027
1.2.2	<p>Interdisziplinäre prätherapeutische* und therapeutische Tumorkonferenz</p> <p>Es muss mind. 1x/ Woche eine Tumorkonferenz stattfinden Teilnehmer: Operateur**, diagnostischer Radiologe, Pathologe, Radioonkologe, Hämatologe und Onkologe</p> <p>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.</p> <p>*: nach durchgeführtem Staging **: die Fallbesprechungen werden für die Fachgebiete HNO und MKG gemeinsam abgehalten.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<p>Interdisziplinäre prätherapeutische* und therapeutische Tumorkonferenz</p> <p>Es muss mind. 1x/ Woche eine Tumorkonferenz stattfinden Teilnehmer: Operateur**, diagnostischer Radiologe, Pathologe, Radioonkologe, Hämatologe und Onkologe</p> <p>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 medikamentöse Tumorthherapie zuständigen FA, der das Kapitel 6.2 aus-/ erfüllt, vertreten werden.</p> <p>*: nach durchgeführtem Staging **: die Fallbesprechungen werden für die Fachgebiete HNO und MKG gemeinsam abgehalten.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
1.2.4	<p>Interdisziplinäre Tumorkonferenz [...] Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung,</p> <ul style="list-style-type: none"> die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben, die nach Einschätzung der klinischen Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, <p>sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum. Die Empfehlung MTB wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.</p>	<p>Interdisziplinäre Tumorkonferenz [...] Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung,</p> <ul style="list-style-type: none"> die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben, die nach Einschätzung der klinischen Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, <p>sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organspezifischen Zentrum. Die Empfehlung des molekularen Tumorboards (MTB) inkl. der molekulargenetischen Untersuchungsbefunde wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.</p>
1.2.6	<p>Alle Pat., bei denen eine Radio(chemo)therapie lt. TK geplant ist,</p> <p>sollen prätherapeutisch persönlich bei einem Kooperationspartner vorgestellt werden (kann auch während TK erfolgen, wenn dort persönliche Vorstellung erfolgt), auch wenn die Therapie dort nicht geplant ist (z.B. wegen heimatnaher Versorgung).</p>	<p>Bei allen Pat., bei denen eine Radio(chemo)therapie lt. TK geplant ist, soll erfasst werden, an welchem Standort diese durchgeführt wird. Zudem sollten diese Pat. möglichst an ein zertifiziertes KHT-Zentrum weiterempfohlen werden.</p> <p>sollen prätherapeutisch persönlich bei einem Kooperationspartner vorgestellt werden (kann auch während TK erfolgen, wenn dort persönliche Vorstellung erfolgt), auch wenn die Therapie dort nicht geplant ist (z.B. wegen heimatnaher Versorgung).</p>
1.4.2	<p>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.</p> <p>Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p> <p>Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	<p>Dokumentation und Evaluation Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, dass durch die primär versorgende Einheit (z.B. Station, Ambulanz, Tagesklinik) ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (s. S3-Leitlinie Psychoonkologie und Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) im Rahmen des Psychoonkologischen Basisscreenings durchgeführt wird, auf dessen Grundlage die Zuweisung erfolgt und das Ergebnis zu dokumentieren.</p> <p>Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p> <p>Die psychoonkologische Versorgung folgender Pat.: 1. Pat., die im Screening überschwellig belastet waren 2. Pat. mit subjektivem Unterstützungsbedürfnis ist fortlaufend zu dokumentieren und darzustellen</p> <p>(Überführung des Kapitels in EB OZ 1.4.4 u. 1.4.6)</p>

1.6.2	<p>Pat.befragungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimum alle 3 Jahre soll über mind. 3 Monate allen Pat. die Möglichkeit gegeben sein, an der Pat.befragung teilzunehmen. • Die Rücklaufquote sollte über 50% betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten). • [...] 	<p>Pat.befragungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimum alle 3 Jahre soll über mind. 3 Monate allen Pat. die Möglichkeit gegeben sein, an der Pat.befragung teilzunehmen. • Die Rücklaufquote sollte über 50% 30% betragen (bei Unterschreitung Maßnahmen einleiten). • [...]
2.1.1	<p>Information/ Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte; • Angebot und Vermittlung von Zweitmeinungen; • Entlassungsgespräche als Standard. <p>[...]</p>	<p>Information/ Dialog mit Pat. Hinsichtlich Diagnose und Therapieplanung sind ausreichende Informationen zu vermitteln und es ist ein ausreichender Dialog zu führen. Dies beinhaltet u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darstellung alternativer Behandlungskonzepte; • Angebot und Vermittlung von und Unterstützung bei der Einholung einer Zweitmeinungen; • Entlassungsgespräche als Standard. <p>[...]</p>
3.3 / 4.3	<p>MTR der Radiologie / MTR der Nuklearmedizin Mind. 2 qualifizierte MTRs müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.</p>	<p>MTR der Radiologie MTR der Nuklearmedizin Mind. 2 qualifizierte MTRs Mitarbeitende des nicht-ärztlichen Personals/ radiologische Fachkräfte (MTR oder MFA mit Strahlenschutzkurs unter ständiger Aufsicht eines strahlungsfachkundigen Arztes gemäß Strahlenschutzgesetz) müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein.</p>
5.4	<p>Qualifikation Operateure</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 10 Tumorresektionen/ Jahr (Primärfälle/ Rezidive); • Mind. 1 Operateur (HNO oder MKG) mit der Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“; • Verfügt kein Operateur über die Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“ ist eine Kooperation mit einem Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie namentlich zu belegen. 	<p>Qualifikation Operateure</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 10 Tumorresektionen/ Jahr (Entfernung eines invasiven Tumors/in-situ-Tm, Primärfälle/ Rezidive); • Benannte Operateure müssen eine FA Qualifikation HNO/MKG vorhalten. • Mind. 1 Operateur (HNO oder MKG) mit der Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“; • Verfügt kein Operateur über die Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“ ist eine Kooperation mit einem Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie namentlich zu belegen.