

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

02.03.2022, 11:00 – 16:00 Uhr

**Vorsitz:** Prof. Ehrenfeld, Prof. Iro

### **Begrüßung und Vorstellungsrunde** (Vorsitzende; Wesselmann)

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

### **Aktuelle Auswirkungen der Covid-19-Pandemie: Vorgehen für die Audits 2022**

Die DKG-Geschäftsstelle berichtet über die für das Auditjahr 2022 geltenden Regelungen bzgl. der Primärfallzahlen. Im Auditjahr 2022 muss sowohl für Erstzertifizierungen als auch für die Wiedereinsetzung von Zertifikaten die geforderte Primärfallzahl im Kennzahljahr 2021 erreicht werden. Eine Ausnahme aufgrund der Covid-Pandemie wird nicht gewährt; bei Unterschreiten der Primärfallzahl ist eine Erstzertifizierung/Wiedereinsetzung des Zertifikates nicht möglich und muss ggf. verschoben werden. Die Regelung für Überwachungsaudits bleibt unangetastet. Für Wiederholaudits wird der Schnitt der Fallzahlen aus den Jahren 2018, 2019 und 2021 gebildet (2020 wird ausgeklammert). Anschließend gilt folgende Regelung:

- Schnitt erreicht, aber Unterschreitung der Primärfallzahl im Kalenderjahr 2021 >20%: Verlängerung um 12 Monate
- Schnitt nicht erreicht, aber Primärfallzahl im Kalenderjahr 2021 erfüllt: Verlängerung um 12 Monate
- sowohl Schnitt als auch Primärfallzahl im Kalenderjahr 2021 nicht erreicht: keine Zertifikatsverlängerung

### **TOP 1 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems** (Fr Filp, OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2021 gab es 70 zertifizierte Kopf-Hals-Tumor-Zentren an 72 Standorten, davon 7 Standorte im Ausland. 2021 gab es insgesamt 6 neue Zertifikatserteilungen. 5 Audits erfolgten im Rahmen von Erstzertifizierungen eigenständiger KHT-Zentren.

Aufgrund der Covid-Pandemie erfolgten 2020 nur 12 Audits vor Ort (je 4 EZ-, ÜA- und WA-Audits). 57 Zentren nahmen die Möglichkeit eines Dokumentenaudits im Rahmen des Sonder-REDZYK Covid-19 wahr.

Im Auditjahr 2021 wurden 45 Audits vor Ort durchgeführt. 7 Kopf-Hals-Tumor-Zentren nutzten im Jahr 2021 die Möglichkeit des regulären reduzierten Auditzyklus (REDZYK) und 27 Standorte nutzten den „Sonder-REDZYK Covid-19“.

### **TOP 2 Wahl der Vorsitzenden und Geschäftsordnung** (Wesselmann)

Herr Prof. Ehrenfeld und Herr Prof. Iro werden für weitere 2 Jahre bzw. 4 Jahre als Vorsitzende der Kommission mehrheitlich bestätigt. Entsprechend der vereinbarten Rotation hat jetzt der Vertreter HNO den Vorsitz inne und der Vertreter der MKG den stellvertretenden Vorsitz. Die Vorsitzenden bedanken sich für das Vertrauen und nehmen die Wahl an.

Die Geschäftsordnung wird angepasst. Die Kommission nimmt die Änderungen an.

### **TOP 3 Vorstellung des Jahresberichts der Kopf-Hals-Tumor-Zentren (Vorsitzende/Wesselmann)**

#### Anmerkungen zu den Basisdaten des Jahresberichtes MHKT 2022:

In den 67 im Jahresbericht berücksichtigten Zentren wurden 2021 erstmals mehr als 10.000 Primärfälle und somit (bezogen auf die aktuell vorliegenden Inzidenzen ([www.krebsdaten.de](http://www.krebsdaten.de))) knapp 50% der Erstdiagnosen behandelt.

Den größten Anteil der Primärfälle machen mit 38,3% die Pharynxkarzinome aus. Das nahezu ausgeglichene Verhältnis von operativen zu nicht-operativen Primärfällen wird diskutiert. Ein Wandel in der Behandlungsstrategie ist bei ähnlichen Vergleichswerten aus dem Vorjahr nicht ableitbar.

#### Anmerkungen zu ausgewählten Kennzahlen des Jahresberichtes MHKT 2022:

##### *KeZa 1a Primärfallzahl*

Die Primärfallzahl in den Zentren, die  $\geq 2$  Jahren zertifiziert sind, war im letzten Jahr im Durchschnitt um 4% rückläufig. Die Abnahme ist im Vergleich zu der Gesamtzahl stationär behandelter Patientinnen und Patienten mit C-Diagnose (- 6%) etwas geringer ausgefallen. Ein Stadien-Shift als Indikator für eine (durch die Covid-Pandemie bedingte) verzögerte Diagnostik ist für die beiden Stadien-abhängig erfassten Tumorentitäten Mundhöhlenkarzinom und NNH-Karzinom nicht erkennbar.

##### *KeZa 6a Operative Expertise HNO*

Die Gesamtanzahl der HNO-Operationen ist auf Vorjahresniveau, weil mehr Zentren in die Auswertung einbezogen wurden als im Vorjahr (+4 Zentren). In den Kliniken, die  $\geq 2$  Jahren zertifiziert sind, ist ein Rückgang der Operationszahlen um -10% zu verzeichnen. Im Vorjahr wiesen die Zentren mit Zertifikat  $\geq 2$  Jahre noch einen Zuwachs von +10% aus, so dass ein Zusammenhang mit der Covid-Pandemie wahrscheinlich ist.

##### *KeZa 6b Operative Expertise MKG*

Die Gesamtanzahl der MKG-Operationen ist gestiegen, u.a. weil mehr Abteilungen in die Auswertung einbezogen wurden als im Vorjahr (+3 Abteilungen). Der in den HNO-Abteilungen mit Zertifikat  $\geq 2$  Jahre aufgezeigte Rückgang der Operationszahlen zeigt sich für die MKG nicht; im Vorjahr stiegen die OP-Zahlen jedoch in den MKG-Kliniken, die  $\geq 2$  Jahre zertifiziert sind, noch um 5% an.

##### *KeZa 20 Dauer Strahlentherapie bei Larynxkarzinom (Abschluss Strahlentherapie 77d nach OP)*

Die Umsetzung der Anforderung durch die Zentren wird intensiv diskutiert. Die Kennzahl gründet auf eine Konsens-basierte Empfehlung der S3-Leitlinie und es ist in der Kommission unstrittig, dass die frühe postoperative Strahlentherapie prognostisch günstig ist und angestrebt werden muss. Es wird darauf hingewiesen, dass das Zeitfenster von max. 77 Tagen knapp bemessen sei. Zudem gäbe es keine harte Evidenz („sollte“) für die Länge des Zeitfensters. Die Ursachen seien multifaktoriell und nur partiell beeinflussbar (postoperative Komplikationen, multimorbide Patienten, notwendige und schwierige Zahnsanierung, externe Behandlung etc.).

**TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für Erhebungsbogen und Datenblatt** (Vorsitzende/Wesselmann)

**Erhebungsbogen**

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

*1.2.1.a) Anzahl Primärfälle – Definition Primärfälle*

Die Definition des Zählzeitpunktes der Erstdiagnose wird redaktionell an den onkologischen Basisdatensatz angepasst.

*1.2.6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit - Interdisziplinäre Tumorkonferenz*

In der Sitzung 2020 wurde eine Anforderung in den EB aufgenommen, die vorsieht, dass alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine externe Radio(chemo)therapie geplant ist, vorher bei einem radioonkologischen Kooperationspartner des Zentrums vorgestellt und ein Bestrahlungsprotokoll erstellt werden sollen. Die Anforderung wird dahingehend modifiziert, dass alle indizierten Patientinnen und Patienten „persönlich“ in der Radioonkologie des Zentrums (i.S. einer Beratung) vorgestellt werden sollen; dies kann ggf. auch während der Tumorkonferenz erfolgen.

Um die Qualität der strahlentherapeutischen Behandlung außerhalb der Zentren zu verbessern, wird durch die Kommission angeregt, (Entitäts-übergreifend) den EB Radioonkologie weiterzuentwickeln.

*1.4. Psychoonkologie*

Die Eingabe, das Distress-Screening und nicht mehr die Rate an tatsächlich durchgeführten Betreuungen zu erfassen, wird angenommen.

*1.6. Beteiligung Patientinnen und Patienten*

Eine Entitäts-übergreifende Bearbeitung der Anforderung „Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen“ wird für die nächste Sitzung OZ vorgemerkt.

*1.9.1 Phoniatrie*

Mit Zustimmung der Kommission wird eine FAQ aufgenommen. 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.

*1.9.5. Ernährungsberatung*

Die Kommission stimmt einer Anpassung/Harmonisierung der Anforderungen „Ernährungsberatung“ an die Regelungen im Erhebungsbogen OZ zu.

*4.2. Nuklearmedizin – Fachärzte der Nuklearmedizin*

Als FÄ werden auch Radiologen mit Zusatzweiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik anerkannt. Ein Zugang zum PET-CT muss dabei sichergestellt sein.

*5.8. Operative Onkologie – Vorzuhaltende Untersuchungstechniken/Operationsmethoden durch die Operateure*

Das Kapitel 5.8 wird modifiziert und die Formulierung „plastische Rekonstruktion mittels freier und gefäßgestielter Lappen“ durch „rekonstruktive Verfahren (s. 5.9)“ ersetzt. Das Kapitel „5.9 Rekonstruktive Verfahren“ wird wie folgt eingefügt:

Folgende Verfahren zur Rekonstruktion sind anzubieten (ggf. in Kooperation):

- Kategorie 1: Lokale Lappenplastiken
- Kategorie 2: Gestielte muskulokutane Lappen (z.B. Latissimus-dorsi, Pectoralis),
- Kategorie 3: mikrochirurgisch revascularisierte Transplantate
  - zum Weichgewebeersatz (z.B. Unterarmlappen, Oberarmlappen, ALT),
  - zum ggf. kombinierten Weichgewebe-/Knochenersatz (z.B. Transplantate der Skapula, Fibula, des Beckenkamms)
- Kategorie 4: Nervenrekonstruktionen

Die OP-Aufklärung der Patienten über Rekonstruktionsverfahren hat durch einen entsprechend qualifizierten/erfahrenen Operateur zu erfolgen.

Darüber hinaus wird der Absatz „Rekonstruktive Verfahren - Allgemeine Anforderungen“ wie folgt eingefügt:

Rekonstruktive Verfahren – Allgemeine Anforderungen:

- Anzahl der durchgeführten Rekonstruktionen (inkl. Sekundärrekonstruktionen) ist eingeteilt in die oben genannten Kategorien zu erfassen, ggf. unterteilt in Durchführung intern/extern.
- Die Vor- und Nachteile der rekonstruktiven Möglichkeiten sind dem Patienten mitzuteilen und ihre Entscheidung ist zu dokumentieren.
- Die unmittelbare perioperative Betreuung nach Rekonstruktion ist unter der Aufsicht eines in der durchgeführten OP-Technik ausgebildeten Facharztes zu gewährleisten.

Das Kapitel „operative Onkologie“ wird um eine Liste der intern und extern durchgeführten rekonstruktiven Eingriffe (jeweils Anzahl der Eingriffe in den o.g. Kategorien) ergänzt:

	Anzahl der durchgeführten Rekonstruktionen	
	intern	extern
Kategorie 1		
Kategorie 2		
Kategorie 3		
Kategorie 4		

## Datenblatt

### Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts

#### *Primärfälle Kopf-Hals-Tumoren / Basisdatenblatt*

Für die Tumoren ohne Stadieneinteilung werden getrennt nach operativen und nicht-operativen Primärfälle im Basisdatenblatt zwei Zeilen hinzugefügt. Entsprechend wird die ICD-Liste redaktionell angepasst.

Zur Berechnung des Nenners KeZa 2 (prätherapeutische Tumorkonferenz) werden neu die Primärfälle ohne Speicheldrüsentumoren ausgewiesen.

Für Zentren mit Kooperation mit einer externen operativen MKG wird neu die Anzahl der extern durchgeführten Resektion bei Patientinnen und Patienten des eigenen Zentrums erhoben.

Für die nächste Sitzung wird eingegeben, im Basisdatenblatt die Strahlentherapie getrennt (ggf. intern/extern o. definitiv/adjuvant) zu erfassen.

*KeZa 2- Prätherapeutische Tumorkonferenz*

Der Nenner der Kennzahl wird jetzt als „Primärfälle ohne Speicheldrüsentumoren“ angepasst.

*KeZa NEU - Vorstellung maligner Speicheldrüsentumoren in der Tumorkonferenz*

In Konsequenz zur vorgenannten Anpassung wird der Kennzahlbogen um die Erhebung der Quote maligner Speicheldrüsentumoren, die nach histologischer Sicherung in der Tumorkonferenz vorgestellt werden, ergänzt.

*KeZa 3 - Psychoonkologisches Distress-Screening*

Zukünftig wird mit einer Sollvorgabe von 65% die Rate der Patienten mit psychoonkologischem Distress-Screening erfasst.

*KeZa 5 - Anteil Studienpatienten*

Die Sollvorgabe der Studienquote bleibt unverändert; die obere Plausibilitätsgrenze wird gestrichen.

*KeZa 8 – R0-Situation nach kurativer Operation bei Mundhöhlenkarzinom (LL QI MHO)*

Anstelle der Plausibilitätsgrenze wird eine neue Sollvorgabe: 80 % eingefügt.

*KeZa 12 – Neck-Dissection bei Mundhöhlenkarzinom (LL QI MHK)*

Bei Patientinnen und Patienten mit negativem Befund ist die SLN-Biopsie wie eine elektive Neck-Dissection zu werten; sie dürfen daher in den Zähler der KeZa einfließen. Eine entsprechende FAQ wird formuliert.

*KeZa 13 – Strahlentherapie bei Mundhöhlenkarzinom (LL QI MHK)*

Die Plausibilitätsgrenze bleibt unverändert bei <70%.

*KeZa 14 – Postoperative Radio(chemo)therapie bei Mundhöhlenkarzinom (LL QI MHK)*

Die postoperative Radio(chemo)therapie hat prognostische Bedeutung. Um die Zentren in der Umsetzung des QI zu motivieren, wird eine Sollvorgabe von zunächst  $\geq 60\%$  festgesetzt.

An die AG QI der LL-Gruppe soll die klinische Umsetzung des Qualitätsindikators mit der Bitte um Prüfung der Definitionen von Nenner und Zähler rückgemeldet werden.

*KeZa 16 – Vollständiger pathologischer Befundbericht bei Larynxkarzinom*

Für die Kennzahl wird die Begründungspflicht in eine Sollvorgabe von  $\geq 90\%$  überführt. Darüber hinaus soll die AG QI mit Blick auf die Angabe der klinischen T bzw. N-Kategorien den Zähler des LL-QI prüfen.

*KeZa 17 – Panendoskopie bei Larynxkarzinom*

Die ehemalige Plausibilitätsgrenze wird jetzt als Sollvorgabe ( $\geq 90\%$ ) definiert.

*KeZa 18 – R0-Resektion bei Larynxkarzinom*

Die Kommission sieht die Notwendigkeit, die Umsetzung der Anforderung stärker einzufordern und formuliert die Begründungspflicht von ehemals <70% jetzt als Sollvorgabe von  $\geq 80\%$ .

*KeZa 19 – Beratung durch Logopäden/Sprechwissenschaftler bei Larynxkarzinom*

Es wird eine Sollvorgabe von  $\geq 90\%$  beschlossen.

Die AG QI wird gebeten, die dem QI zugrunde liegende Empfehlung auf eine additive Erweiterung durch Vertretende der Selbsthilfe zu prüfen.

*KeZa 20 – Dauer Strahlentherapie bei Larynxkarzinom*

Definition und Begründungspflicht der Kennzahl bleiben unverändert, es wird sich gegen die Einführung einer Sollvorgabe entschieden. Die LL-Gruppe wird gebeten, die Literatur hinsichtlich des Beginns bzw. der Dauer der Strahlentherapie nochmals zu analysieren und eine Empfehlung auszusprechen.

*Alte KeZa 18 – Postoperative Radiochemotherapie bei Larynxkarzinom (LL QI-4 Larynx)*

Da die LL Larynxkarzinom und damit auch die zugrunde liegende Empfehlung erst ab 2023 aktualisiert bzw. überarbeitet wird, bleibt die Kennzahl weiter ausgesetzt.

Die Sitzung wird gegen 16:00 Uhr beendet.

Berlin, 02.03.2022

Protokoll: Wesselmann, Utzig, Vogt