

Hausärzte und Hautärzte im Einsatz gegen steigende Hautkrebszahlen

Die Zahl der Menschen, die in Deutschland neu an Hautkrebs erkranken, steigt seit Jahren deutlich und regelmäßig. Übermäßige UV-Bestrahlung gehört zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung von Hautkrebs. In Deutschland erhalten nach Angaben der Deutschen Krebshilfe jährlich etwa 733 von jeweils 100.000 Menschen die Diagnose Hautkrebs - inklusive Frühformen.

Foto: Adobe Stock/schame87

Bei etwa 636 Menschen handele es sich dabei um weißen Hautkrebs, der sich in Basalzell- und Plattenepithelkarzinome aufteile. Das Basalzellkarzinom ist nach Angaben der Deutschen Krebshilfe der häufigste Hautkrebs. Jedes Jahr erkranken hieran rund 160.000 Menschen. Er komme bei Frauen ebenso oft vor wie bei Männern; das mittlere Erkrankungsalter liege zwischen 70 und 71 Jahren. Und: Bei etwa 40 von 100 Betroffenen treten innerhalb der ersten drei Jahre nach der Erstdiagnose weitere Basalzellkarzinome auf. Deshalb sei es wichtig, an den Nachsorgeuntersuchungen teilzunehmen.

An einem Plattenepithelkarzinom, so die Zahlen der Deutschen Krebshilfe, erkranken jährlich 104.000 Menschen; das mittlere Erkrankungsalter liege zwischen 74 und 77 Jahren und komme bei Männern häufiger vor als bei Frauen.

Etwa 64 von 100.000 (zusätzlich 33 von 100.000 an einer Frühform) erkranken an schwarzem Hautkrebs. Die Deutsche Krebshilfe nennt weitere Zahlen: Männer, die an einem malignen Melanom erkranken, sind im Durchschnitt 66 Jahre alt, Frauen 61 Jahre. Doch das Erkrankungsalter sinke: Bereits jeder zweite Mensch mit einem Melanom sei zum Zeitpunkt der Diagnose jünger als 60 Jahre. Bei Frauen zwischen 20 und 29 Jahren sei der schwarze Hautkrebs inzwischen die häufigste Krebsart, bei Männern die zweithäufigste.

Stetig steigende Zahl der Hautkrebserkrankungen

Die Zahl der Hautkrebserkrankungen hat in den vergangenen 20 Jahren fast stetig zugenommen, berichtet auch das Statistische Bundesamt. So seien im Jahr 2020 insgesamt 81 Prozent mehr Menschen mit Hautkrebs im Krankenhaus stationär behandelt worden als im Jahr 2000. An Hautkrebs starben laut Mitteilung der Bundesstatistiker im Jahr 2020 etwa 4.000 Menschen. Das seien 53 Prozent mehr als im Jahr 2000 mit 2.600 solcher Todesfälle.

Deutschland ist das einzige Land weltweit, das seinen Einwohnern ab 35 Jahren alle zwei Jahre ein Hautkrebscreening anbietet. Andere Nationen setzen stattdessen auf Prävention und Selbstfürsorge der Patienten. Das Hautkrebscreening, das es in Deutschland seit dem Jahr 2008 gibt,

hat auch Kritiker. Sie hinterfragen den tatsächlichen Nutzen dieses Screenings und ob es wirklich helfe, die Hautkrebsmortalitätsrate zu senken. Nach Zahlen des Zentrums für Krebsregisterdaten von 2019 lag die relative Fünf-Jahres-Überlebensrate beim malignem Melanom der Haut bei rund 93 Prozent.

Screening-Angebot gibt es seit 2008

Die Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut ist bereits seit den 70er Jahren Bestandteil der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien. Der Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) hat im Jahr 2007 zusätzlich das Hautkrebscreening beschlossen; im Sommer 2008 traten hierfür die entsprechenden Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in Kraft. Anspruchsberechtigt sind Frauen und Männer ab dem Alter von 35 Jahren. Ein früherer Screeningbeginn wäre aufgrund der niedrigen Inzidenz und Mortalität in der Altersgruppe unter 35 Jahren nicht effektiv, heißt es beim G-BA. Ferner sei ein Untersuchungsintervall von zwei Jahren auch für Personen mit einem erhöhten Risiko (aufgrund klinisch atypischer Pigmentmale oder chronisch UV-geschädigter Haut) ausreichend. Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs soll in Verbindung mit der Gesundheitsuntersuchung (GU) durchgeführt werden, so die Empfehlung des G-BA.

Der G-BA evaluiert in regelmäßigen Abständen die Inanspruchnahme des Hautkrebscreenings. Insgesamt konnten so für die Jahre 2014 bis 2018 rund 38,7 Millionen Datensätze ausgewertet werden: 23,4 Millionen aus hausärztlichen Screenings und 15,3 Millionen aus dermatologischen Screenings. Die Ergebnisse: Die Teilnehmerate lag in den evaluierten Jahren bei den Hausärztinnen und Hausärzten bei etwas mehr als zehn Prozent. Die Inanspruchnahme des Hautkrebscreenings bei Dermatologinnen und Dermatologen war im selben Zeitraum geringer als bei den Hausärzten; sie lag zwischen 6,4 und 6,8 Prozent.

Im Jahr 2018 wurden laut G-BA-Angaben bei 0,97 Prozent der untersuchten Personen beziehungsweise bei 77.553 Screening-Teilnehmenden ein positiver Befund auf Hautkrebs festgestellt. Mit Abstand die meisten Befunde seien auf Basaliome zurückzuführen (0,56 Prozent der untersuchten Personen beziehungsweise 44.317 Screening-

Teilnehmende). Spinaliome seien bei 0,38 Prozent (29.937 Screening-Teilnehmende) und Melanome bei 0,08 Prozent der untersuchten Personen (6.341 Screening-Teilnehmende) diagnostiziert worden.

Welche Kosten übernehmen die Kassen?

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre eine Hautuntersuchung mit Blickdiagnose. Einige Krankenkassen übernehmen die Screening-Kosten auch für Versicherte, die jünger als 35 Jahre sind. Zusätzliche Untersuchungen wie die Auflichtmikroskopie zur genaueren Beurteilung von Pigmentmalen oder die Videodokumentation auffälliger Befunde müssen gesetzlich Versicherte in der Regel selbst bezahlen. Die Kosten für zusätzliche Untersuchungsmethoden richten sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Auch eine fotografische Dokumentation der Pigmentmale zahlt der Patient aus eigener Tasche.

Wer privat krankenversichert ist, hat ebenfalls Anspruch auf Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung gemäß gesetzlich eingeführter Programme. Dazu gehört auch die Hautkrebsvorsorge. Die meisten privaten Krankenversicherungen decken die Kosten für das Hautkrebscreening in vollem Umfang ab. Neben der Untersuchung mit einem Dermatoskop übernehmen einige private Versicherungen auch die Video-Dermatoskopie und Bilddokumentation.

Wer kann das Hautkrebscreening abrechnen?

Voraussetzung für die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Haut-

krebs ist der Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem von der KV zertifizierten achtstündigen Fortbildungsprogramm. Dies gilt sowohl für Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten als auch für Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten, Praktische Ärztinnen und Ärzte und Ärztinnen und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, teilt die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) mit.

Nach KV RLP-Angaben haben derzeit 187 Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und 1.842 Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten, Praktische Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Folgende Abrechnungsmöglichkeiten gibt es:

Die Gebührenordnungsposition (GOP) 01745: Sie vergütet das alleinige Hautkrebs-Screening und die EBM-Bewertung: 253 Punkte/29,07 Euro.

Die GOP 01746: Sie vergütet das Hautkrebs-Screening, wenn Hausärztinnen und Hausärzte dieses gemeinsam mit der (alle drei Jahre möglichen) Gesundheitsuntersuchung durchführen. In diesem Fall ist die Vergütung des Hautkrebscreenings geringer, weil sich einige Leistungsinhalte, zum Beispiel Beratung oder Anamnese, überschneiden. Die EBM-Bewertung hierfür: 209 Punkte/ 24,02 Euro.

Anzahl der abgerechneten Leistungen zum Hautkrebscreening:

Hautkrebs-screening - GOP	4. Quartal 2021	1. Quartal 2022	2. Quartal 2022	3. Quartal 2022
01745	40.220	52.233	49.236	48.013
01746	20.380	29.542	27.636	24.678

Quelle: KV RLP

Anzahl der abgerechneten Leistungen zum Hautkrebscreening nach Fachgruppe:

Honorarfachgruppe	Hautkrebs-screening - GOP	4. Quartal 2021	1. Quartal 2022	2. Quartal 2022	3. Quartal 2022
Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztliche tätige Internisten	01745	7.654	8.337	9.266	9.213
	01746	20.372	29.534	27.629	24.670
Hautärzte	01745	32.542	43.854	39.949	38.754

Quelle: KV RLP

Hausärzte oder Hautärzte?

Bei Diskussionen rund um das Hautkrebscreening taucht auch oft die Frage auf, wer dieses Screening in seiner Sprechstunde anbieten soll: Hausärzte oder Hautärzte?

„Das Hautkrebscreening ist schon lange fester Bestandteil hausärztlicher Versorgung“, erklärt Dr. Barbara Römer, Vorsitzende des rheinland-pfälzischen Hausärzterverbandes. Gerade im ländlichen Raum seien es alleine die Hausärztinnen und Hausärzte, die diese Präventionsaufgabe überhaupt noch übernehmen. Die Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten sei groß. „Und zum Teil gibt es in der Peripherie ja gar keine Hautärzte mehr, die diese Aufgabe wahrnehmen könnten. Im städtischen Raum wiederum wird dies von Hautärzten auch nur noch sehr bedingt wahrgenommen aufgrund der schlechten Vergütung, so dass auch hier wieder Hausärzte in die Bresche springen“, fügt sie hinzu. Gerade das Screening auf weißen Hautkrebs im Alter nehme eine zunehmend wichtige Rolle in der Patientenversorgung ein.

Das Hautkrebscreening sei ein wichtiges Angebot, meint auch Dr. Ralph von Kiedrowski, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen. Ob dieses Screening bei Dermatologen oder bei hierfür qualifizierten Hausärzten angeboten werden soll, habe der Berufsverband intensiv diskutiert. Man sei jedoch realistisch gesehen zu dem Schluss gekommen, dass ein solches Massenscreening von den Dermatologen nicht alleine gestemmt werden könne. Fraglich sei aber, ob für ein nur orientierendes visuelles Screening durch die hausärztlichen Kollegen ein Acht-Stunden-Kurs ausreichend sei. Auch gebe es keinerlei Auffrischung für diesen Teilnehmerkreis – auch nicht als vor zwei Jahren zur visuellen Ganzkörperkontrolle die Dermatologie fakultativ hinzugekommen sei. Von Kiedrowski: „Und wichtig ist natürlich, dass das Screening-Konzept als zweistufiges Verfahren konsequent eingehalten wird. Das heißt, Verdachtsbefunde müssen konsequent zum Zweit-screening beim Facharzt vorgestellt werden.“

Ines Engelmohr

Foto: Engelmohr



Hausärztinnen und Hausärzte können sich in einem Fortbildungskurs für das Hautkrebscreening qualifizieren.

Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie**Obligater Leistungsinhalt:**

- Anamnese,
- visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,
- Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung,
- Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Fakultativer Leistungsinhalt:

- Beratung über weitergehende Maßnahmen,
- Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie

Erfolgt die Erstuntersuchung nicht durch einen Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, so muss der Patient im Falle eines auffälligen Befundes zur Zweituntersuchung an einen entsprechenden Facharzt weitergeleitet werden. Die visuelle Untersuchung mittels vergrößernden Sehhilfen ist Bestandteil der Gebührenordnungsposition 01745.

Akademie für Ärztliche Fortbildung hat bereits über 2.600 Ärztinnen und Ärzte im Hautkrebscreening qualifiziert

Hausärztinnen und Hausärzte, aber auch Dermatologinnen und Dermatologen, die in ihren Praxen Hautkrebscreening anbieten und abrechnen möchten, brauchen hierfür eine besondere Qualifikation. Diese können sie erwerben mit dem Besuch des Fortbildungskurses der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Mainz. Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel, der wissenschaftliche Direktor der Akademie für Ärztliche Fortbildung, fasst die Besonderheiten dieses Kurses zusammen:

Wie oft bietet die Akademie diesen Kurs an?

Wir bieten ihn inzwischen zweimal im Jahr an, und er ist immer ausgebucht. Das Interesse daran ist groß. Durchschnittlich 35 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nehmen an jedem Kurs teil. Der Kurs selbst umfasst neun Stunden.

Was gehört zum Kursinhalt?

Nun, zum einen gibt es einen wissenschaftlichen Überblick über die Risikofaktoren Inzidenz und Mortalität von Hautkrebs. Zum anderen sind in diesem Kurs natürlich auch Ablauf und Durchführung der standardisierten visuellen Ganzkörperuntersuchung sowie ein differenzialdiagnostischer Überblick über die unterschiedlichen Hautläsionen

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel: „Der Hautkrebscreeningkurs, den wir seit 15 Jahren anbieten, erfreut sich großer Beliebtheit.“

Foto: Engelmohr

wichtig. Dazu gehört ferner ein Überblick über den Umgang mit und die Darstellung von auffälligen Hautläsionen unter einem Auflichtmikroskop. Wir sprechen aber auch über die Arzt-Patienten-Kommunikation im Hautkrebs-Screening und diskutieren dabei ebenfalls über den Nutzen von Screening-Maßnahmen. Zur Sprache kommt ferner die wissenschaftliche Verwertung von gemeldeten Daten. Und es gibt zudem Tipps zur Dokumentation und zu den Abrechnungsmodalitäten.

Seit wann gibt es dieses Kursangebot?

Seit 15 Jahren ist dieser Kurs fester Bestandteil unseres Angebots. Im Juni 2008 fand ein erstes Train-the-Trainer-Seminar statt, damit wir entsprechend qualifizierte Fortbilder mit an Bord haben. Im Juli 2008 folgte dann die erste Veranstaltung in der

Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz. Noch im selben Jahr fanden 40 Veranstaltungen in ganz Rheinland-Pfalz statt – beispielsweise in Mainz, Koblenz, Neustadt, Trier, Boppard, Hachenburg, Montabaur und Worms.

Findet der Kurs in Präsenz oder online statt?

In früheren Jahren hat dieser Kurs immer als Präsenzveranstaltung stattgefunden. Doch die Corona-Jahre haben auch im Fortbildungsbereich unserer Akademie neue, digitale Wege ermöglicht. Seitdem bieten wir den Kurs als Live-Online-Veranstaltung an.

Wie viele Teilnehmer haben sich inzwischen qualifiziert?

In den bisher 76 Kursen der Akademie haben sich etwa 2.600 Teilnehmerinnen und Teilnehmer für das Hautkrebscreening qualifiziert.

Kommen diese Teilnehmer alle aus Rheinland-Pfalz?

Als der Kurs noch in Präsenz stattgefunden hat, kamen tatsächlich die Teilnehmer hauptsächlich aus Rheinland-Pfalz. Doch seit wir die Veranstaltungen online anbieten, schalten sich Ärztinnen und Ärzte aus ganz Deutschland dazu.

Sind es mehr Haus- oder mehr Hautärzte, die sich im Kurs fortbilden?

Bei uns nehmen deutlich mehr Hausärztinnen und Hausärzte teil.

Gibt es genügend Fortbilderinnen und Fortbilder?

Wir benötigen für diesen Kurs immer einen Allgemeinmediziner und einen Dermatologen. Über weitere Verstärkung in diesem Bereich freuen wir uns, damit wir unser Team noch breiter aufstellen können. Interessierte, die sich als Referenten einbringen möchten, können sich gerne bei uns melden.

Gibt es noch weitere Aspekte des Hautkrebscreenings, die Ihnen wichtig sind?

Die Erkennung von Hauttumoren erfordert große fachliche theoretische und praktische Erfahrungen. Das Hautkrebscreening durch Hausärztinnen und Hausärzte kann bei unklaren Befunden die weitere Abklärung durch Hautärztinnen oder Hautärzte nicht ersetzen.

Wann findet der nächste Hautkrebscreening-Kurs statt?

Der nächste Kurs ist bereits ins Planung. Weitere Informationen hierzu wird es auf unserer Internetseite geben: <https://aaef-rlp.de/>

Das Gespräch führte Ines Engelmohr

Ein Überblick über die häufigsten Hautkrebsformen

Maligne Neubildungen der Haut haben sich nicht nur in Deutschland, sondern weltweit zu den häufigsten Krebsarten entwickelt. Mitverantwortlich sind unter anderem der demografische Wandel, das Freizeitverhalten mit erhöhter UV-Exposition und iatrogene oder krankheitsbedingte Immunsuppression.

Aufgrund der Altersstruktur ist mit einer weiteren Zunahme von Basalzellkarzinomen (BZK) und Plattenepithelkarzinomen (PEK) zu rechnen, die mit dem 50. Lebensjahr häufiger auftreten. Das mittlere Erkrankungsalter von BZK liegt bei 70 Jahren, maligne Melanome entwickeln sich auch bei jüngeren Patienten.



Foto: Techniker Krankenkasse

Die hohe Anzahl maligner Hauterkrankungen der Haut, einschließlich der Mehrfachtumore, hat zur Einführung des Hautkrebscreenings als gesetzliche Leistung der Krankenkassen geführt. Der Untersuchungsaufwand ist vergleichsweise gering, wenig belastend und nicht invasiv. Weil Hautkrebs bei früher Diagnose und Therapie zu meist geheilt werden kann, ist eine Früherkennung prinzipiell vorteilhaft.

Nutzen und möglicher Schaden von Screening-Maßnahmen, beispielsweise hinsichtlich Spezifität und Sensitivität der Untersuchungsergebnisse, dürfen nicht außer Acht gelassen werden und werden im eintägigen, achtstündigen HKS-Weiterbildungsseminar thematisiert. Die Teilnehmer des Seminars (Hausärzte, Fachärzte für Allgemeinmedizin, Dermatologen, Internisten) erwerben die Berechtigung, das HKS bei der vertragsärztlichen Tätigkeit durchführen zu können.

Wesentlicher Bestandteil der Fortbildung ist die Vermittlung von Kenntnissen zur Ätiologie und Epidemiologie von Hautkrebs, auch Risikofaktoren werden erörtert und begründet. Klinische Kenntnisse und Kriterien für die Erkennung von Hautkrebs werden mit einem breit gefächerten Bildmaterial vermittelt oder vertieft. Hautkrebs ist erscheinungsbildlich sehr variabel. Gute morphologische Kenntnisse von Hautkrebs und seinen Varianten sowie differentialdiagnostisches Wissen erleichtern eine Diagnosestellung und verbessern die diagnostische Qualität.

Die Ätiologie

Die Ätiologie von Hautkrebs ist vielschichtig. Für alle Hautkrebsformen gilt aber, dass natürliche und gegebenenfalls auch künstliche UV-Strahlung eine entscheidende Rolle spielt. An der Karzinogenese sind UV-A und UV-B beteiligt.

Das langwelligere UV-A dringt etwa fünf Millimeter in die Haut ein, schädigt das Bindegewebe einschließlich der elastischen Fasern und fördert die Hautalterung. UV-A führt zur Bildung verschiedener Sauerstoffradikale, die DNA-Schäden verursachen: DNA-Einzelstrangbrüche, DNA-Protein-Crosslinks oder Basenmodifikationen.

Das kurzwellige UV-B (280-315 Nanometer) hat in der Haut eine Eindringtiefe von etwa 50-100 Mikrometer. Die Strahlung erreicht die Basalzelllage der Epidermis mit Keratinozyten und Melanozyten. Sofortige Effekte sind Erythembildung (Sonnenbrand), Immunsuppression und chromosomale Schäden zum Beispiel durch die Bildung von Pyrimidin-Dimeren in der DNA. Es kommt zu Mutationen, auch in Tumorsuppressorgenen und Onkogenen, die an der Steuerung des Zellzyklus beteiligt sind.

Noxen wie Teer und Arsen oder onkogene Papilloma-Viren können an der Karzinogenese beteiligt sein.

Basalzellkarzinome

Das Basalzellkarzinom (BZK) ist weltweit der häufigste Hautkrebs und tritt vor allem an den Sonnenterrassen (Ge-

sicht, Hals, Ohren) auf. Es gibt keine Vorläuferveränderung. Risikofaktoren sind ein höheres Lebensalter, eine längerfristige Immunsuppression und vor allem intermittierende UV-Expositionen und Sonnenbrände in der Kindheit und Jugend. Bei nahezu einhundert Prozent sporadisch auftretender BZK ist eine Signalkette für Wachstum und Differenzierung trichoepithelialer Zellen gestört (Sonic-Hedgehog-Patched-Smoothed Weg). BZK treten daher nur an behaarter Haut auf.

Der maligne, infiltrativ und destruierende wachsende Tumor metastasiert nur sehr selten und kommt nicht palmo-plantar oder an Schleimhäuten vor. Zumeist finden sich superfizielle oder noduläre, rötliche, aber auch pigmentierte BZK mit perlschnurartigem Randwall, Erosionen, Ulzeration und Krusten. Der Befund ektatischer, verzweigter, randübergreifender Gefäße ist diagnostisch hilfreich. Sklerodermiforme, narbenartige BZK kommen vor allem an der Nase vor. Ulzerationen und Zerstörung von Ohr- und Nasenknorpel oder der Augenregion kommen bei längerem Tumorwachstum vor. Die Diagnose wird klinisch gestellt, die Dermatoskopie ist wertvoll bei pigmentierten Formen oder bei noch kleinen, frühen BZKs. 95 Prozent aller BZKs können operativ saniert werden. Bei flachen BZK sind nach bioptischer Diagnosesicherung Lokaltherapien mit zum Beispiel 5-Fluouracil, Imiquimod oder mit der photodynamischen Therapie möglich. Bei fortgeschrittenen inoperablen oder metastasierten BZK können systemisch wegen möglicher

Beispiel für Pigmentläsionen.

Nebenwirkungen nicht unproblematische Hedgehog-Inhibitoren, seit 2021 auch der PD-L1-Inhibitor Cemiplimab, eingesetzt werden.

Plattenepithelkarzinom und Aktinische Keratosen

Das Plattenepithelkarzinom (PEK) findet sich ebenfalls an lichtexponierter Haut wie Stirn, Nase, Unterlippe und Schultern. Aktinische Keratosen (AK) als Vorläuferläsion sind raue Erytheme oder Plaques („Sandpapierphänomen“), die lokal klonal expandieren und in etwa zehn Prozent der Fälle bei Zunahme der Mutationslast in ein invasives PEK übergehen. AK können hyperkeratotisch, atrophisch, verrukös oder cornu-cutaneum-artig sein. Für flächige Formen auf der Kopfglatze oder im Gesicht wurde der Begriff „Feldkanzerisierung“ eingeführt.

Invasive PEK entstehen auch auf strahlen Narben, chronischen Ulzera und Fisteln oder auf einem Morbus Bowen, einem zunächst intraepidermalen in-situ-Karzinom. Eine Sonderform ist das schnell wachsende Keratoakanthom mit Neigung zur Spontanregression.

PEKs zeigen sich durch Verdickung aktinischer Keratosen oder als derbe Knoten mit und ohne Ulzeration. Der oft schmerzarme Tumor kann lymphogen, später hämatogen metastasieren. Risikobehaftet und ungünstig sind PEK der Ohren, der Lippen und des Genitale.

Die Diagnose wird klinisch und/oder histologisch gestellt. Die operative

Behandlung, möglichst als mikrographisch kontrollierte Exzision, ist die Standardbehandlung. Eine Kryochirurgie, Strahlentherapie oder andere Behandlungsoptionen können unter bestimmten Umständen alternativ zur Anwendung kommen.

Malignes Melanom

Das Maligne Melanom (MM) betrifft auch jüngere Menschen; es hat keine definierte Vorläuferläsion. Das Lebenszeitrisiko für ein MM beträgt bei Männern zwei Prozent, bei Frauen 1,5 Prozent. Das durchschnittliche Alter bei der Diagnosestellung beträgt 55 Jahre. Es ist für die meisten Sterbefälle von Hautkrebs verantwortlich.

Risikofaktoren für MM sind neben der UV-Strahlung Melanome bei Verwandten ersten Grades (familiäres Melanom). Das identifizierte veränderte Gen codiert einen cyclinabhängigen Kinaseinhibitor CDKN2A. Bei invasiven Melanomen an intermittierend sonnenexponierter Haut werden häufig BRAF-Mutationen nachgewiesen.

Weitere Risikofaktoren sind heller Hauttyp, multiple, UV-induzierte Nävuszellnävi, große kongenitale Nävuszellnävi und eine Immunsuppression.

Maligne Melanome können an allen Körperregionen auftreten, auch auf dem behaarten Kopf, an den Schleimhäuten oder perianal und palmoplantar. Nagelbettmelanome verursachen manchmal eine streifige Melanonychie (braune, longitudinale Nagelstreifung). MM sind morphologisch sehr divers, amelanotische Melanome kommen vor.

Am häufigsten ist das superfiziell spreitende Melanom, das bei früher Diagnose die beste Prognose hat. Braun-schwarze oder rötliche-braune noduläre Melanome wachsen rasch, breiten sich vertikal aus und neigen zur raschen Metastasierung. Weitere Formen sind das Lentigo-maligna-Melanom in chronisch-lichtgeschädigter Haut, vorzugsweise im Gesicht, und das akrolentiginöse Melanom, das

plantar mit einer traumatisierten Verruca plantaris verwechselt werden kann. Seltener sind desmoplastische Melanome, der maligne blaue Nävus oder spitzoide Melanome.

Nicht alle schwarzen Tumore müssen maligne sein, dies gilt beispielsweise für stark pigmentierte Spitz-Reed-Nävi überwiegend junger Patienten. Die Auflichtmikroskopie ist bei der Melanomdiagnostik wertvoll, weil zum Beispiel frühe oder amelanotische Formen oder benigne, dunkle Spitz-Reed-Nävi besser erkannt werden können.

Maligne Melanome werden möglichst operativ weit im Gesunden exzidiert. Der angestrebte Sicherheitsabstand richtet sich im Wesentlichen nach der Tumordicke und Eindringtiefe des Melanoms in das Corium und gegebenenfalls in die Subcutis, sowie nach einer eventuellen Tumorulzeration.

Die Therapie metastasierter oder inoperabler MM hat sich in den vergangenen Jahren wesentlich geändert. Mit zum Beispiel BRAF/MEK-Inhibitoren oder Immuncheckpoint-Inhibitoren (PD-L1-Antikörper, CTLA-4-Antikörper) wurden große Fortschritte erzielt und die Prognose erheblich verbessert.

Literatur beim Autor

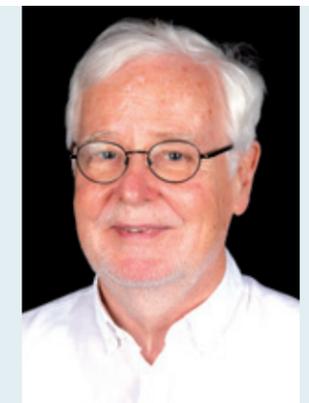


Foto: privat

Autor
PD Dr. Martin Böckers
Referent bei der Akademie für
Ärztliche Fortbildung Rheinland-Pfalz

HAUTKREBSSCREENING BEIM HAUSARZT: Patienten gehen auf dem Land selten zum Dermatologen, weil es dort kaum noch welche gibt

Seit rund 15 Jahren bietet San.-Rat Dr. Michael Fink seinen Patientinnen und Patienten das Hautkrebsscreening an. Er arbeitet als Hausarzt in Gebhardshain – einer Ortsgemeinde im nördlichen Rheinland-Pfalz. Die Qualifizierung für diese Krebsfrüherkennungsuntersuchung hat der Allgemeinmediziner sofort absolviert als es 2008 erstmals möglich wurde. Seitdem hat er bereits einige Fälle von Hautkrebs entdeckt.

Sprechen Sie Ihre Patienten aktiv an oder äußern Ihre Patienten diesen Screeningwunsch?

Es ist eine Mischung aus beidem. Zum einen spreche ich die Patienten aktiv an – und zwar immer dann, wenn das Thema Präventionsmedizin zur Sprache kommt: beispielsweise Männergesundheit, Gesundheits-Check-Up und auch Impfen. Und zum anderen fragen die Patienten auch gezielt nach. Das kommt ziemlich oft vor. Meistens sprechen sie mich an, dass ich mal nachschauen soll an einer bestimmten Stelle, bei der sie den Eindruck haben, dass sich etwas verändert habe. Oft sind das Stellen mit Hautveränderungen, an denen Kleidung scheuert. Manchmal gibt es auch optische Gründe, wenn sie beispielsweise Muttermale haben, die sie stören.

Wie nehmen Ihre Patienten das Angebot zur Krebsfrüherkennung an?

Während der Corona-Pandemie sank die Nachfrage und Inanspruchnahme zwar, aber derzeit gehen die Zahlen wieder hoch. Die Patienten fragen nicht nur mich nach dem Screening, sondern erkundigen sich auch bei den Medizinischen Fachangestellten und möchten Termine hierfür vereinbaren.

Wie lange warten Patienten auf einen Screeningtermin?

Die Wartezeit schwankt immer ein bisschen. In unserer Praxis verteilen sich die Termine auf fünf Ärztinnen und Ärzte, die alle für das Hautkrebsscreening qualifiziert sind. Daher gibt es meistens recht schnell einen Termin. Aber manchmal kann es auch ein paar Wochen dauern.

Wie viele Hautkrebsscreenings gibt es bei Ihnen im Quartal? Derzeit sind es durchschnittlich rund 55 Screenings. Während der Corona-Pandemie sank diese Zahl auf etwa 30, aber

jetzt werden es wieder mehr. Und auch wenn das Screening natürlich Zeit in der Praxis bindet, ist es mir als Früherkennungsuntersuchung doch sehr wichtig.

Gehören bei Ihnen auch kleine chirurgische Eingriffe dazu, wenn Sie Hautveränderungen feststellen?

Das mache ich mitunter in Einzelfällen. Ich mache solche kleinen Eingriffe sehr gerne. Aber wenn man strenggenommen gegenrechnet, wie diese Leistung und die Materialien hierfür vergütet werden, dann kostet mich dieser kleine Eingriff mehr als ich honoriert bekomme. Meistens überweisen wir für diese Eingriffe an einen rund 15 Kilometer entfernt tätigen niedergelassenen Chirurgen in Bad Marienberg.

Haben Sie mit dem Screening bereits Hautkrebsfälle entdeckt?

Ja, das kommt immer wieder vor. Ich hatte vor einiger Zeit eine Patientin mit einer suspekten Hautveränderung am Fußrücken. Sie war sehr ängstlich, und da sie auf mich als ihren Hausarzt sehr fixiert ist und nirgendwo anders hierfür hinwollte, habe ich die Stelle großzügig weggeschnitten und in ein dermatopathologisches Institut nach Bonn gesendet. Innerhalb einer Woche war das Ergebnis da: Es handelte sich um einen bösartigen Tumor und der Patientin konnte früh geholfen werden.

Tatsächlich entdeckte ich auch Basaliome und Plattenepithelkarzinome. In diesen Fällen überweise ich zur weiteren Abklärung die Patienten in die dermatologische Abteilung eines Krankenhauses nach Freudenberg, das im Grenzgebiet zu unserer Region liegt.

Gibt es in Ihrer Region niedergelassene Dermatologen?

Leider nicht. Ich würde gerne an einen Hautarzt überweisen, aber im ganzen Kreis Altenkirchen gibt es keinen mehr. Und im benachbarten oberen Westerwaldkreis ist auch kein vertragsärztlich tätiger mehr da,

sondern nur noch zwei privatärztlich tätige Dermatologen. Und das ist den gesetzlich versicherten Patienten dann oft zu teuer.

„Ich würde gerne an einen Hautarzt überweisen, aber im ganzen Kreis Altenkirchen gibt es keinen mehr.“

Foto: Engelmoor



Bietet seit 15 Jahren als Hausarzt im Westerwald Hautkrebsscreenings für seine Patientinnen und Patienten an: San.-Rat Dr. Michael Fink.

Welchen Umkreis versorgen Sie mit dieser Früherkennungsuntersuchung?

Die Patienten kommen aus der Verbandsgemeinde Gebhardshain und den umliegenden Dörfern des Westerwaldkreises von Betzdorf bis Hachenburg. Das sind rund 16 Dörfer in einem Radius von 20 bis 25 Kilometern.

Haben Sie GKV-Patienten, die das Screening auch privat zahlen?

Ja, die gibt es. Das sind insbesondere Patienten, die schon einmal Hautkrebs hatten oder bei denen in der Familie Hautkrebs aufgetreten ist und die sicherheitshalber jedes Jahr ein Screening machen möchten. Obwohl die Kasse nur alle zwei Jahre die Kosten hierfür übernimmt. Diese Patienten möchten auf Nummer Sicher gehen.



Foto: Techniker Krankenkasse

Sonnenschutz ist wichtig, denn UV-Strahlung ist der häufigste Risikofaktor für Hautkrebs.

„Wir Hausärztinnen und Hausärzte sind wichtige Früherkennner.“

Wie wichtig sind Hausärztinnen und Hausärzte für das Screeningangebot?

Sie sind sehr wichtig. Denn gerade in ländlichen Gegenden gehen die Patienten eher selten zum Hautarzt. Das liegt auch daran, dass es in diesen Regionen immer weniger niedergelassene Dermatologen gibt. Wir sehen in unseren Sprechstunden schließlich sehr viele Patientinnen und Patienten: Somit sind wir Hausärztinnen und Hausärzte wichtige Früherkennner.

Das Gespräch führte Ines Engelmoor

STATISTIK

Bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz waren zum Stichtag 31.12.2021 insgesamt 334 Ärztinnen und Ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten registriert; 175 davon waren weiblich. Von den Ärztinnen und Ärzten insgesamt waren 288 als berufstätig gemeldet. Hiervon arbeiteten 236 im ambulanten und 35 im stationären Bereich. Die meisten der registrierten Ärztinnen und Ärzte dieser Fachgruppe (88) waren zwischen 50 und 59 Jahren alt. An zweiter Stelle der Altersstatistik: 77 Ärztinnen und Ärzte dieser Fachgruppe mit über 65 Jahren. (eng)

Hautkrebs-Früherkennung: Es gibt kein zu früh für das erste Mal



Foto: Adobe Stock/8th

Hautkrebs gehört zu den häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland. Das Hautkrebscreening soll helfen, Hautkrebs möglichst früh zu entdecken. Das Screening bieten Dermatologinnen und Dermatologen und auch hierfür entsprechend qualifizierte Hausärztinnen und Hausärzte an. Dr. Ralph von Kiedrowski sieht im Screening ein wichtiges Angebot, denn Früherkennung bedeutet auch frühzeitige Behandlung: „Es gibt kein zu früh für das erste Mal.“ Von Kiedrowski ist Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen (BVDD) und arbeitet als niedergelassener Hautarzt in Selters im Westerwald.

Wie steht Ihr Berufsverband zum Hautkrebscreening?

Hautkrebs-Früherkennung hat es beim Dermatologen auch schon vor der Einführung des gesetzlichen Screenings gegeben, grundsätzlich für Privatversicherte oder als Selbstzahler-Leistung. Und es besteht kein Zweifel, dass die Einführung des gesetzlichen Hautkrebscreenings (HKS) eine sinnvolle und wichtige Maßnahme war und auch heute noch ist. Auch hat die Dermatologenschaft mit der Speerspitze der Arbeitsgemeinschaft dermatologische Prävention die Daten dazu geliefert. Der BVDD sieht dabei einen Gewinn in allen Stufen der Prävention, natürlich mit Schwerpunkt der sekundären Prävention. Und mit dem HKS haben die Patienten auch einen primären Facharzt-Zugang.

Teilen Sie die Kritik an der Evidenz des Screenings?

Nein. Der BVDD teilt die immer wieder aufkommende Kritik an der Evidenz des Screenings nicht. Diese wird oft mit dem fehlenden Nachweis einer Senkung der Mortalität begründet. Doch dies war insbesondere bei den nicht-melanozytären Tumoren (Heller Hautkrebs) auch nicht primäres Ziel, sondern die Früherkennung und dadurch Frühbehandlung, insbesondere von Früh- und Vorstufen. Dadurch senken wir vor allem die Krankheitslast unserer Patienten. Bei den melanozytären Tumoren (Schwarzer Hautkrebs) ist der Nachweis einer Mortalitätssenkung aus ganz anderen Gründen derzeit schwierig: Zum einen ist dazu die Laufzeit des Screenings noch zu kurz, zumal auch schon vor der Einführung des HKS die Tumordicke in Deutschland prognostisch günstig war, und zum anderen wird die Sterblichkeit aktuell auch von neuen Therapieoptionen günstig beeinflusst.

Ist dieses Screening ein wichtiges Angebot für die Vorsorge?

Wir sprechen streng genommen nicht von „Vorsorge“, denn primäre Prävention, also Vorsorge im Sinne von Krankheitsverhinderung, ist nur bedingt durch das HKS zu erreichen, obwohl wir natürlich auch generell über die Gefahren der

UV-Exposition aufklären und in Schutzmaßnahmen unterweisen. In jedem Fall ist es ein niederschwelliges Früherkennungsangebot und hat nicht wirklich negative Folgen für den Patienten. Deshalb halte ich es für die Patientinnen und Patienten und für die Fachgruppe für ein wichtiges Angebot – gilt es doch, das Generationenproblem Hautkrebs irgendwie in den Griff zu bekommen oder zumindest zu managen.

„Die Einführung des gesetzlichen Hautkrebscreenings war eine sinnvolle und wichtige Maßnahme des G-BAs und ist es auch heute noch.“

Wie steht der Berufsverband dazu, dass dieses Screening auch von entsprechend fortgebildeten Hausärztinnen und Hausärzten angeboten wird?

Natürlich war dies auch in unserer Fachgruppe ein viel diskutiertes Thema, aber Dermatologen und Dermatologinnen sind auch Realisten: Ein breit aufgestelltes Massenscreening von theoretisch 30 bis 40 Millionen Anspruchsberechtigten kann nicht von 5.000 Kolleginnen und Kollegen unserer Fachgruppe gestemmt werden. Fraglich ist aber, ob für ein nur orientierendes visuelles Screening durch die hausärztlichen Kollegen ein Acht-Stunden-Kurs ausreichend ist. Auch gibt es keinerlei Auffrischung für diesen Teilnehmerkreis – auch nicht als vor zwei Jahren zur visuellen Ganzkörperkontrolle die Dermatoskopie fakultativ hinzugekommen ist. Und wichtig ist natürlich, dass das Screening-Konzept als zweistufiges Verfahren konsequent eingehalten wird. Das heißt, Verdachtsbefunde müssen konsequent zum Zweitscreening beim Facharzt vorgestellt werden und dies auch mit der richtigen Zuweisung. Hier gibt es insgesamt Optimierungspotenzial.

Wie viele Dermatologinnen und Dermatologen bieten das Screening an?

Grundsätzlich bietet jeder Dermatologe und jede Dermatologin HKS an. Hinter Ihrer Frage verbirgt sich aber, ob und wie viel auch als GKV-Leistung. In Rheinland-Pfalz kann ich sagen, nahezu alle; dies ist aber nicht überall so. Und ich habe auch Verständnis dafür, dass manche Kollegen und Kolleginnen das Screening nicht als ihren Facharztstandard ansehen, denn natürlich haben wir im digitalen Zeitalter viele weitere Diagnostikmöglichkeiten inklusive KI-gestützter Module und dann muss man in diesem Zusammenhang auch über die Vergütungshöhe des HKS allgemein und nach der Inkludierung der Dermatoskopie im Besonderen reden. Aber dass Wertschätzung keine Tugend der Kostenträger ist, ist ja seit Jahren bekannt. Da wundert es auch nicht, dass wir auf die Vergütung der vor vier Jahren deutlich erweiterten elektronischen Dokumentationsleistung auch immer noch warten. Dies erklärt, dass eben nicht die gesamte Fachgruppe das gesetzliche Screening anbietet, sondern nur eine Hautkrebsfrüherkennung mit gehobenem Facharztstandard als Selbstzahlerleistung.

Wie lange müssen Patientinnen und Patienten auf einen Termin warten?

Dies hängt von der Fachärztdichte in der Region und der Praxisorganisation ab, auch natürlich von der Praxisausrichtung. Aber es werden sicherlich oftmals auch Monate sein. Schließlich hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach durch die Abschaffung der Neupatienten-Regelung ohnehin für eine dramatische Terminknappheit gesorgt: Viele Praxen können innerhalb der Regelleistungsvolumina aktuell gar keine Neu-Patienten mehr annehmen. Das macht sich derzeit besonders im nördlichen Rheinland-Pfalz bemerkbar. Aber man muss natürlich auch sagen, dass es sich beim HKS um eine Untersuchung von zunächst einmal Gesunden handelt. Dringlichkeit wäre ein konkreter Hautkrebsverdacht, und hier bietet das Terminservice- und Versorgungsgesetz ja entsprechende Lösungen. Dies gilt letztlich auch für ein Zweitscreening nach hausärztlichem Tumorverdacht, hier liegt es ebenfalls an der Hausarztpraxis, dann den Patienten zeitnah zum Zweitscreening zu vermitteln.

Wie oft nehmen Patienten das Screening als Kassenleistung in Anspruch?

Früherkennung hat eine hohe Patienten-Priorität, zumindest bei dem Teil, der dafür affin ist und die Angebote wahrnimmt. Hierfür sollten die Kostenträger mehr Aufmerksamkeit schaffen. Oder der G-BA ändert die Krebsfrüherkennungsrichtlinie und schafft ein organisiertes Screening-Angebot.

Wie oft werden Zusatzleistungen privat hinzubezahlt?

Die Auflichtmikroskopie wurde früher vielfach als Wunschleistung privat bezahlt, ist aber jetzt im HKS inkludiert. Der Anteil der Patienten und Patientinnen, die zusätzliche digitale und KI-Tools wünschen und dann auch bezahlen, ist

BVDD-Präsident
Dr. Ralph von Kiedrowski:

„Wichtig ist es, dass das Screening-Konzept als zweistufiges Verfahren eingehalten wird. Das heißt, Verdachtsbefunde müssen konsequent zum Zweitscreening beim Facharzt vorgestellt werden und dies auch mit der richtigen Zuweisung. Hier gibt es insgesamt Optimierungspotenzial.“



Foto: privat

schwierig zu beziffern; das hängt auch sehr vom Angebot und den (wirtschaftlichen) Regionen ab. Die häufigste Selbstzahlerleistung ist sicher die jährliche Wiederholung, also im „Nichtanspruchsjahr“, und dieser Anteil liegt vermutlich bei 15 bis 20 Prozent.

„Die häufigste Selbstzahlerleistung ist sicher die jährliche Wiederholung, also im Nichtanspruchsjahr.“

Verzeichneten die Dermatologen seit Ausbruch der Pandemie einen Screening-Rückgang?

Leider ja, aber dies war auch zum Schutz der Fachgruppe nötig gewesen, denn ein HKS ist eine sehr körpernahe Untersuchung, nicht nur durch die Untersuchung der Mundhöhle. Dies haben ja auch Zahlen des Zentralinstituts für die kasernenärztliche Versorgung gezeigt. Und: Diese Untersuchungen werden auch nicht einfach so nachgeholt werden können. Aktuell hat sich die Lage aber wieder normalisiert.

Welche Auswirkungen hat der Rückgang?

Dies liegt sicherlich auf der Hand. Aktuell haben wir ein vermehrtes Ankommen an Hautkrebs-Operationen und leider auch an fortgeschrittenen Tumoren, was die Tumordicke angeht. Zum Teil müssen aktuell schon OP-Termine in Bezug auf Tumorentität und Wartezeit priorisiert werden. Und da versteht man sicherlich auch, wie fassungslos ein Berufsverband reagieren muss, wenn - wie zu Jahresbeginn geschehen - die Vergütungen für diese Operationen von der Politik abgewertet wurden. Als wenn es nicht auch noch die allgemein bekannten Kostensteigerungsprobleme in den Praxen gäbe.

Das Gespräch führte Ines Engelmohr

Hautkrebs-Vorsorge: Nur rund ein Drittel der TK-Versicherten in Rheinland-Pfalz nutzt Screeningangebot

Schätzungen zufolge erkranken jährlich etwa 270.000 Menschen in Deutschland an Hautkrebs. Es ist somit bundesweit die am häufigsten diagnostizierte Krebsart. Bei etwa neun von zehn Erkrankungsfällen handelt es sich um einen nicht melanotischen (hellen) Hautkrebs. Bei jedem zehnten Patienten wird das weitaus gefährlichere, maligne Melanom, der „schwarze Hautkrebs“ diagnostiziert.

Hautkrebs in Rheinland-Pfalz

Wie das Krebsregister Rheinland-Pfalz mitteilt, wurden diesem für den Beobachtungszeitraum 1. Januar 2019 bis 1. Juli 2022 insgesamt 2.825 diagnostizierte maligne Melanome von onkologisch tätigen Einrichtungen übermittelt. Das mittlere Erkrankungsalter lag 2020 bei 69 Jahren für Frauen und 61 Jahren bei Männern. Eine aktuelle Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) für die Jahre 2020 und 2021 zeichnet ein ähnliches Bild: Auch bei den TK-Versicherten in Rheinland-Pfalz nehmen die Erkrankungsfälle mit fortschreitendem Alter zu und finden ihren Höhepunkt ab dem sechsten Lebensjahrzehnt.

Prävention von Hautkrebs hat Priorität

Die Daten verdeutlichen, dass insbesondere das maligne Melanom nicht auf die sprichwörtliche „leichte Schulter“ genommen werden darf. Zwar können - dank der Entwicklung moderner Immuntherapien - heutzutage auch fortgeschrittene, bisher fast immer tödliche Verläufe von Hautkrebs behandelt oder in ihrem Fortschreiten zumindest verzögert werden, doch stellen diese Therapien für die Betroffenen großes Leid dar – nicht selten über Jahre hinweg. Um Erkrankungen zu vermeiden, kommt der Prävention von Hautkrebs für die Techniker Krankenkasse eine relevante Rolle zu.

Früherkennung als fester Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs

Seit Juli 2008 ist das standardisierte Früherkennungsangebot für Hautkrebs Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Versicherte ab 35 Jahren haben seither alle zwei Jahre Anspruch auf eine Vorsorgeuntersuchung bei einem Dermatologen, einer Dermatologin oder einem entsprechend qualifizierten Facharzt.

Dabei gliedert sich das Hautkrebscreening in zwei Stufen: In der ersten Phase können sowohl Dermatologen als auch Hausärzte und andere zur Durchführung der Früherkennung berechnigte Ärzte eine klinische Untersuchung durchführen. Dies erfolgt entweder als alleinige Früherkennung auf Haut-

krebs oder in Kombination mit der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung (beim Hausarzt). Die Maßnahme umfasst nach Aufklärung und Einverständnis des Patienten eine Untersuchung der Hautoberfläche und der angrenzenden Schleimhäute, gefolgt von Erklärungen zu den Risikofaktoren für Hautkrebs sowie Hinweisen zur Selbstuntersuchung. Bei verdächtigen Befunden in der körperlichen Untersuchung wird die Abklärung der Hautveränderungen in der zweiten Stufe ausschließlich von Dermatologen durchgeführt. Das Vorgehen der Wahl ist hier die Entnahme (Exzision) und histologische Untersuchung des verdächtigen Gewebes.

Immer öfter sind auch junge Menschen betroffen

Da immer öfter auch junge Menschen von der Diagnose Hautkrebs betroffen sind, können TK-Versicherte bereits vom 20. bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres alle zwei Jahre bei Ärzten, die mit der TK eine entsprechende vertragliche Vereinbarung getroffen haben, ein Hautkrebscreening in Anspruch nehmen. Auch die Kosten für die Verwendung des Auflichtmikroskops werden in vielen Bundesländern übernommen, so auch in Rheinland-Pfalz.

Ab dem 35. Lebensjahr haben TK-Versicherte dann selbstverständlich weiterhin Anspruch auf die Durchführung eines Screenings, da dies Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV ist. Sofern ein erhöhtes Risiko besteht, Hautkrebs zu entwickeln - etwa bei familiärer Vorbelastung - können TK-Versicherte sogar bereits ab dem 15. Lebensjahr eine entsprechende Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen.

Nur gut ein Drittel der TK-Versicherten in Rheinland-Pfalz nutzen Früherkennung

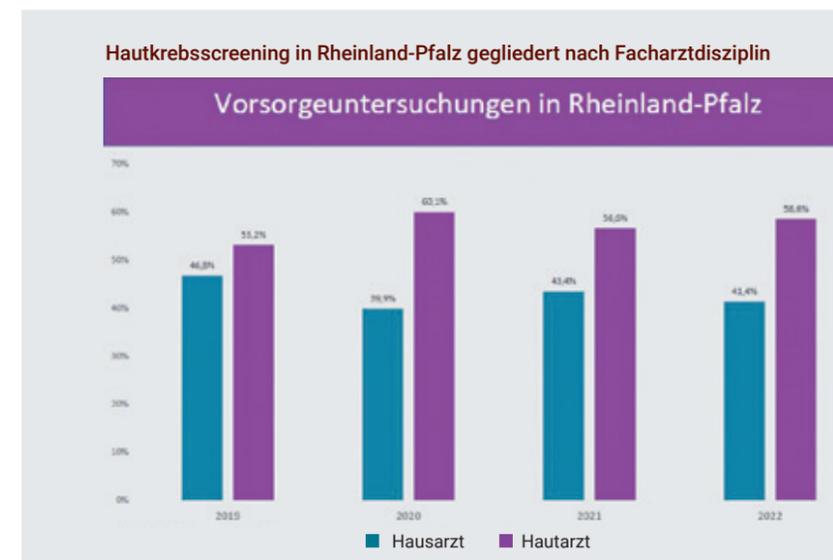
Allerdings nutzt nur etwa gut ein Drittel der TK-Versicherten in Rheinland-Pfalz die Möglichkeit einer Früherkennungsuntersuchung. Vor Eintritt der Corona-Pandemie im Jahr 2018 nahmen 17,8 Prozent der anspruchsberechtigten Versicherten ab 35 Jahren und im Folgejahr lediglich 17,1 Prozent der Versicherten dieses Vorsorgeangebot wahr. Da sich der Anspruch auf zwei Kalenderjahre bezieht, kann man die prozentuale Teilnahme von 2018 und 2019 auf insgesamt 34,9 Prozent addieren.

Beginn der Pandemie führte zum Rückgang der Inanspruchnahme

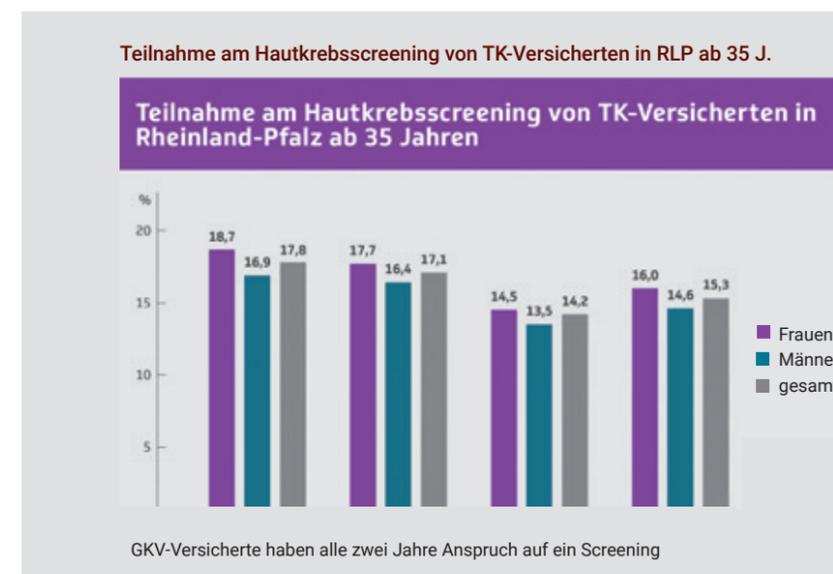
Während des ersten Jahres der Coronapandemie (2020) ging die Inanspruchnahme des Hautkrebscreenings unter rheinland-pfälzischen TK-Versicherten um 3,1 Prozentpunkte

zurück (14,2 Prozent) und stieg 2021 wieder auf 15,3 Prozent an. Es ist anzunehmen, dass der Grund dieses Rückgangs in den Maßnahmen zur Eindämmung der Coronainfektionen, wie die empfohlene Kontaktvermeidung, zu sehen ist.

Auch zeigen Daten der TK, dass während des ersten Corona-Jahres 2020, aber auch 2021 Hausärzte in Rheinland-Pfalz die Vorsorgeuntersuchung deutlich seltener durchführten als Dermatologen. Während 2019 noch 46,8 Prozent der Hausärzte und 53,2 Prozent der Dermatologen das Screening durchführten, waren es 2020 lediglich 39,9 Prozent der Hausärzte, aber 60,1 Prozent der Hautärzte. Ein ähnliches Bild zeigt sich für 2021 und 2022 (s. Grafik).



Auch zeigen die Auswertungen der TK, dass Männer etwas nachlässiger hinsichtlich der Hautkrebsvorsorge sind als Frauen. Allerdings sind die Unterschiede der Geschlechter in puncto „Inanspruchnahme“ im Land nicht signifikant.



Grafiken, Quellen: Techniker Krankenkasse

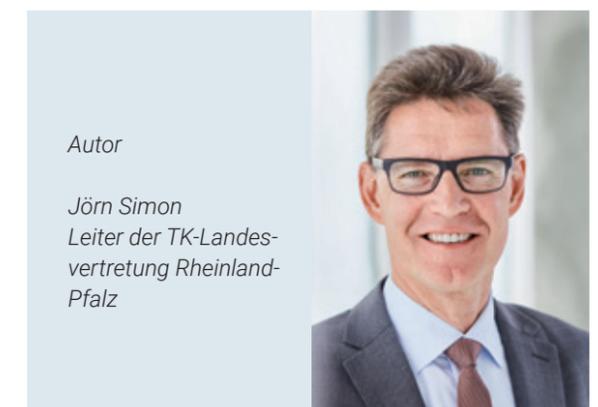
Hautkrebscreening im Bundesländervergleich

Vergleicht man die Zahl anspruchsberechtigter TK-Versicherter in Rheinland-Pfalz 2021 mit anderen Bundesländern, zeigt sich, dass die regionalen Unterschiede zwar vorhanden, aber nicht erheblich sind. TK-Versicherte in Sachsen gehen offenbar mit 18,3 Prozent am häufigsten zum Screening. In Schleswig-Holstein nutzen immerhin noch 18 Prozent der anspruchsberechtigten Versicherten das Früherkennungsangebot. Berlin und Hessen hingegen liegen mit jeweils 13,6 beziehungsweise 13,8 Prozent prozentualer Inanspruchnahme am niedrigsten im Bundesländervergleich.

Terminservice unterstützt bei Vereinbarung des Vorsorgetermins

TK-Versicherte, die beispielsweise keine Zeit haben, sich um die Vereinbarung eines Facharzttermins zu kümmern, können hierfür den kostenfreien TK-Terminservice nutzen. Darüber hinaus ist die TK davon überzeugt, dass das Hautkrebscreening häufiger in Anspruch genommen würde, wenn die elektronische Patientenakte und Hinweise dort auf Früherkennungsangebote breiter genutzt werden. Durch einen Erinnerungsservice, den Krankenkassen ihren Versicherten anbieten dürfen, ist es dann einfacher, Versicherte auf den zweijährlich bestehenden Anspruch aufmerksam zu machen.

Literatur beim Autor



Autor

Jörn Simon
Leiter der TK-Landesvertretung Rheinland-Pfalz

Foto: Jonas Werner Photography

Berufsbedingter Hautkrebs

Mit über 200.000 Neuerkrankungen ist Hautkrebs die häufigste bösartige Erkrankung in Deutschland. Der Begriff Hautkrebs ist jedoch unspezifisch, es werden darunter unterschiedliche Erkrankungen, wie zum Beispiel Plattenepithelkarzinome, Basalzellkarzinome und Maligne Melanome subsummiert, die sich sowohl von ihrer Entstehung, dem klinischen Verlauf und der Prognose unterscheiden. Aktinische Keratosen werden als Carcinomata in situ angesehen. Bei der Entstehung von Hautkrebs können auch berufliche Einflussfaktoren eine wichtige Rolle spielen. Bei Einhaltung der sozialrechtlichen Randbedingungen können Aktinische Keratosen, Plattenepithelkarzinome sowie Basalzellkarzinome in Deutschland auch als Berufskrankheit anerkannt und gegebenenfalls entschädigt werden.

Foto: Adobe Stock/saravut

Die Anerkennung einer Erkrankung als Berufskrankheit kann unabhängig von dem damit verbundenen persönlichen Leid mit Vorteilen für die beziehungsweise den Betroffene/n verbunden sein. Bei anerkannter Berufskrankheit steht der/dem Betroffenen die bestmögliche medizinische Versorgung zu, zudem können in Abhängigkeit der Schwere der Erkrankung unter anderem gegebenenfalls Rehabilitationsleistungen oder Rentenleistungen von der zuständigen gesetzlichen Unfallversicherung gewährt werden.

Folgende Berufskrankheiten, nach denen die Anerkennung einer Hautkrebserkrankung als Berufskrankheit in Deutschland in Frage kommen kann, sind in der aktuellen Berufskrankheiten-Liste (Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV)) aufgeführt:

- BK-Nr. 1108: Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen
- BK-Nr. 2402: Erkrankungen durch ionisierende Strahlen
- BK-Nr. 5102: Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe
- BK-Nr. 5103 Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung

Zudem kann Hautkrebs auch als mittelbare Folge eines Arbeitsunfalles auf der Basis eines beruflich verursachten Narbenkarzinoms vom zuständigen Unfallversicherungsträger entschädigt werden.

Tabelle 1: Berufskrankheiten und die entsprechenden Krankheitsentitäten, die derzeit in Deutschland als Berufskrankheit anerkannt werden können (Modifiziert nach 1)

	Carcinomata in situ	Plattenepithelkarzinom	Basalzellkarzinom	Malignes Melanom
Arsen (BK-Nr.1108)	X	X	X	-
Ionisierende Strahlung (BK-Nr.2402)	X	X	X	-
Teer, Pech,... (BK-Nr.5102)	X	X	X	-
Natürl. UV-Strahlung (BK-Nr.5103)	X	X	-	-
Narben (Arbeitsunfall)	X	X	X	-

Während die BK-Nrn. 1108, 2402 und 5102 zahlenmäßig unter den angezeigten und anerkannten Berufskrankheiten nur eine relativ geringe Rolle spielen, zählt die BK-Nr. 5103 BKV zu einer der häufigsten Berufskrankheiten in Deutschland (Tabelle 2). Auf diese Erkrankung wird im Folgenden näher eingegangen.

Häufigste Berufskrankheit: BK-Nr. 5103 BKV

Auf der Grundlage der wissenschaftlichen Begründung des ärztlichen Sachverständigenbeirats Berufskrankheiten beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales wurden unter der Legaldefinition „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ im Jahr 2015 neu in die deutsche Berufskrankheiten-Liste aufgenommen.

Nach Durchsicht und Bewertung der hierzu vorliegenden internationalen Literatur wurde die Berufskrankheit bewusst auf die natürliche UV-Strahlung sowie auf Plattenepithelkarzinome und aktinische Keratosen beschränkt. Aktuell wird die Erweiterung dieser Berufskrankheiten-Nummer auf Basalzellkarzinome kontrovers diskutiert.

Voraussetzung für die Anerkennung einer Erkrankung nach der BK-Nr. 5103 BKV als Berufskrankheit ist unter anderem eine langjährige Einwirkung von natürlichem UV-Licht (Tabelle 3), um eine berufliche von einer außerberuflichen Exposition abgrenzen zu können. Betroffene Berufsgruppen sind beispielsweise Arbeiter im Hoch- und Straßenbau, Beschäftigte in der Landwirtschaft oder im Gartenbau, Dachdecker sowie Beschäftigte, die mit Auslandsaufenthalten in Ländern mit hoher Exposition gegenüber natürlichem UV-Licht eingesetzt waren. Von der Lokalisation sind die entsprechenden Hautveränderungen in den Hautarealen zu finden, die während der beruflichen Tätigkeit unmittelbar dem UV-Licht ausgesetzt waren.

Prävention

Durch geeignete Präventionsmaßnahmen lassen sich durch natürliches UV-Licht verursachte Plattenepithelkarzinome der Haut sowie aktinische Keratosen verhindern. Auf der Grundlage des Arbeitsschutzgesetzes (§ 3 ArbSchG) ist der Arbeitgeber verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten

Tabelle 2: Statistik (Verdachtsanzeigen, anerkannte Fälle, Tod durch die Berufskrankheit) der Berufskrankheit Nr. 5103 BKV aus dem Zeitraum 2015 bis 2021

BK-Nr. 5103 BKV	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
- angezeigt	5.531	6.101	6.375	7.467	7.474	7.112	6.685
- anerkannt	1.485	3.723	3.887	4.255	3.766	4.023	3.502
- Todesfälle	2	3	10	17	16	23	21

bei der Arbeit beeinflussen. Er hat dabei für eine geeignete Organisation zu sorgen, die erforderlichen Mittel bereitzustellen und die Kosten für die Maßnahmen zu tragen. Zur Prävention von UV-Licht bedingten Hauterkrankungen spielen insbesondere Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention eine wesentliche Rolle.

Primärprävention

Die Primärprävention lässt sich dabei in Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention unterscheiden. Grundsätzlich gilt bei der Prävention von Berufskrankheiten, dass Maßnahmen der Verhältnisprävention vorrangig gegenüber der Verhaltensprävention sind. Primärpräventive Maßnahmen der Verhältnisprävention zur Vermeidung UV-Licht bedingter Hauttumoren sind bei der Arbeitsorganisation eine Anpassung von Arbeitszeit und Arbeitspausen an die Sonneneinstrahlung und technische Maßnahmen wie eine geeignete Beschattung entsprechender Arbeitsplätze sowie die zur Verfügungstellung geeigneter Schutzkleidung, wie etwa einer Kopfbedeckung mit ausreichendem Schutz von Gesicht, Ohren, Glatze und Nacken sowie entsprechender Oberbekleidung. Lichtschutzpräparate müssen an die arbeitsplatzspezifischen Erfordernisse angepasst sein.

Bezüglich der Verhaltensprävention sind die Beschäftigten adäquat zum Schutz vor UV-Licht aufzuklären, zudem ist vom Arbeitgeber auf die Einhaltung der Maßnahmen der Verhältnisprävention zu achten.

Sekundärprävention

Wesentlicher Bestandteil der Sekundärprävention beruflich bedingter Hauttumore ist die arbeitsmedizinische Vorsorge gemäß Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV). Ziel der ArbMedVV ist es unter anderem, die durch Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge arbeitsbedingten Erkrankungen einschließlich Berufskrankheiten frühzeitig zu erkennen und zu verhüten. Auf der Grundlage der ArbMedVV veröffentlicht das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) arbeitsmedizinische Regeln (AMR). In der AMR 13.3 „Tätigkeiten im Freien mit intensiver Belastung durch natürliche UV-Strahlung von regelmäßig einer Stunde oder mehr je Tag“ (6) werden Regelungen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge getroffen, nach denen der Arbeitgeber verpflichtet ist, bei entsprechender Exposition den Beschäftigten eine Angebotsvorsorge in bestimmten

Tabelle 3: Beispiel für eine grobe Abschätzung einer langjährigen Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 5103 BKV (modifiziert nach 5)

Alter	langjährige berufliche Einwirkung von natürlichem UV-Licht
50 Jahre	15 Jahre arbeiten im Freien
60 Jahre	18 Jahre arbeiten im Freien
70 Jahre	21 Jahre arbeiten im Freien
80 Jahre	24 Jahre arbeiten im Freien

Zeitintervallen anzubieten. Wichtiger Bestandteil dieser arbeitsmedizinischen Vorsorge ist die ärztliche Beratung zudem kann unter anderem auch bei Zustimmung der/des Betroffenen die Inspektion der Haut Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge sein.

Literatur beim Autor

Autor

Univ.-Prof. Dr. med.
Dipl.-Ing. Stephan Letzel
Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der
Universitätsmedizin Mainz



Foto: Engelmohr

Was jede Ärztin und jeder Arzt über Berufskrankheiten wissen muss:

- Berufskrankheiten sind in Deutschland Erkrankungen, die Versicherte durch ihre berufliche Tätigkeit erleiden und die in der Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung als solche aufgeführt sind.
- Haben Ärzte oder Zahnärzte den begründeten Verdacht, dass bei Versicherten eine Berufskrankheit besteht, haben sie nach § 202 Sozialgesetzbuch VII dies dem zuständigen Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle unverzüglich anzuzeigen.
- Die ärztliche Anzeige auf den Verdacht einer Berufskrankheit erfolgt auf einem entsprechenden Formular.
- Die Anerkennung einer Erkrankung als Berufskrankheit ist für die/den Betroffene/n unter anderem mit der bestmöglichen medizinischen Versorgung sowie gegebenenfalls Leistungen zur medizinischen und beruflichen Wiedereingliederung und Rentenleistungen verbunden.

Wie das Krebsregister Rheinland-Pfalz die qualitätsgesicherte Datengrundlage verbessert

In Deutschland werden auf Landesebene flächendeckend epidemiologische und klinische Daten zu Krebserkrankungen erfasst. Diese Daten dienen dazu, Transparenz über die onkologische Situation zu schaffen, die Wissenschaft voranzutreiben und die onkologische Versorgung zu verbessern. Im Geschäftsbereich Krebsregister des Instituts für digitale Gesundheitsdaten RLP werden unter anderem diverse Tumoren der Haut erfasst. Neben dem malignen Melanom der Haut (ICD-10 C43) und den nicht-melanotischen Tumoren der Haut (ICD-10 C44) werden auch weitere Formen wie kutane Lymphome (ICD-10 C85.1) dokumentiert. Die qualitätsgesicherten Daten des Krebsregisters Rheinland-Pfalz bieten hierzu vielfältige Möglichkeiten für Auswertungen, die beispielweise bevölkerungsbezogene Aussagen über Inzidenz und Mortalität erlauben.

Malignes Melanom: Weiterhin eine der häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland

Maligne Melanome der Haut (ICD-10 C43) werden im Sprachgebrauch aufgrund ihrer oftmals dunklen Färbung auch als schwarzer Hautkrebs bezeichnet. Bei den Hauttumoren ist das maligne Melanom der Tumor mit der höchsten Metastasierungsrate und auch Ursache für den Großteil der Hautkrebs-bedingten Sterbefälle.

Das maligne Melanom war in Deutschland 2018 die fünfthäufigste Krebsneuerkrankung bei Männern und die viertehäufigste bei Frauen (ohne ICD-10 C44). Die Zahl der Neuerkrankungen in diesem Jahr beträgt 22.890, hiervon sind 10.880 Frauen. Nach einem sprunghaften Anstieg um das Jahr 2008, der sich wahrscheinlich auf die Einführung des Hautkrebscreenings zurückführen lässt, ist die Erkrankungsrate seit 2012 bei Männern nahezu konstant, bei Frauen leicht rückläufig. 2018 starben 1.766 Männer und 1.176 Frauen am malignen Melanom. Die Sterberate ist im Zeitverlauf etwa gleichbleibend.

2021 insgesamt 1.361 Neuerkrankungen am malignen Melanom in Rheinland-Pfalz

Die folgende Übersicht basiert auf den qualitätsgesicherten Daten des Krebsregisters Rheinland-Pfalz und bezieht sich auf die Wohnbevölkerung in Rheinland-Pfalz. Um Daten des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz mit einzubeziehen, werden die Auswertungen bis zum Jahr 2021 dargestellt. Die Methodik der Auswertungen ist angelehnt an jene des Jahresberichts des Krebsregisters Rheinland-Pfalz.

Für 2021 wurden für Rheinland-Pfalz 731 Neuerkrankungen am malignen Melanom bei Männern und 630 bei Frauen gemeldet. Das mittlere Erkrankungsalter liegt hierbei mit 67 Jahren bei Männern etwas höher als bei Frauen (61 Jahre). 2021 starben 85 Männer und 53 Frauen am malignen Melanom. Die altersspezifische registrierte Inzidenzrate nimmt mit steigendem Alter der Patientinnen und Patienten zu,

wobei dieser Effekt bei Männern deutlicher ist. Im höheren Alter sind mehr Männer als Frauen betroffen, in jüngeren Altersgruppen ist es dagegen umgekehrt. Auch die altersspezifische registrierte Mortalitätsrate nimmt mit steigendem Alter zu und ist bei Männern in den meisten Altersgruppen höher als bei Frauen (Abbildung 1).

Die Inzidenzrate in Rheinland-Pfalz weist im zeitlichen Verlauf leichte Schwankungen auf und liegt etwas über der deutschlandweiten Rate. Die Mortalitätsrate in Rheinland-Pfalz ist in geringem Maße variierend und ähnelt in der Gesamtheit der berichteten Mortalitätsrate von Deutschland (Abbildung 2). Bei regionaler Betrachtung liegen die über

ZENTRUM FÜR KREBSREGISTERDATEN (ZFKD)

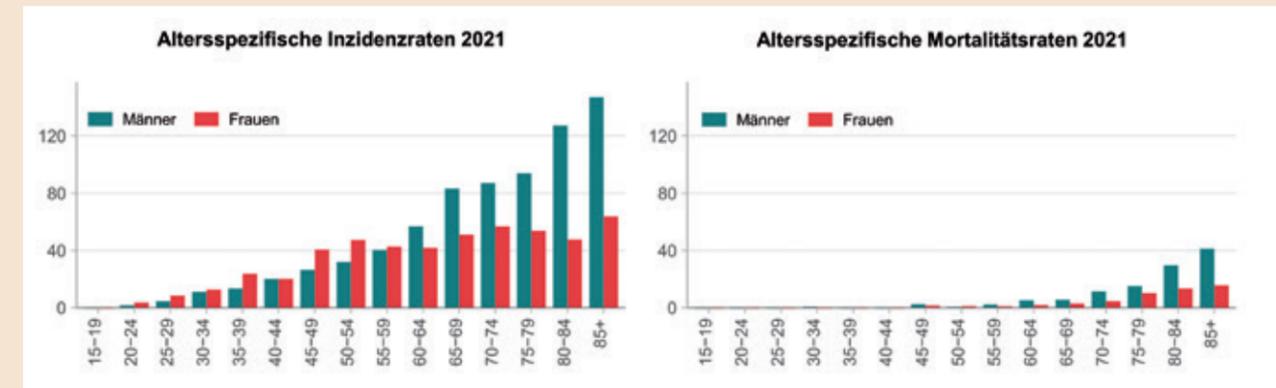
Das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) führt die anonymisierten Daten der Landeskrebsregister auf Bundesebene zusammen. Das Team im ZfKD wertet die Daten länderübergreifend für Deutschland aus. Es schätzt und analysiert die Zahl jährlich neu aufgetretener Krebserkrankungen und berechnet weitere epidemiologische Maßzahlen sowie Trends. Diese Ergebnisse werden regelmäßig publiziert.

Wesentliches Ziel ist es, der wissenschaftlichen Forschung zuverlässige Daten zu Krebserkrankungen in Deutschland zur Verfügung zu stellen und der Öffentlichkeit umfassende Informationen zum Krebsgeschehen an die Hand zu geben. Auf Antrag können Forschende einen Datensatz als „Scientific Use File“ erhalten.

Das ZfKD wurde im Januar 2010 auf Basis des Bundeskrebsregisterdatengesetzes im Robert Koch-Institut eingerichtet. Es setzt die Arbeit der „Dachdokumentation Krebs“ des RKI mit erweitertem Aufgabenspektrum fort und wird dabei von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet. (eb)

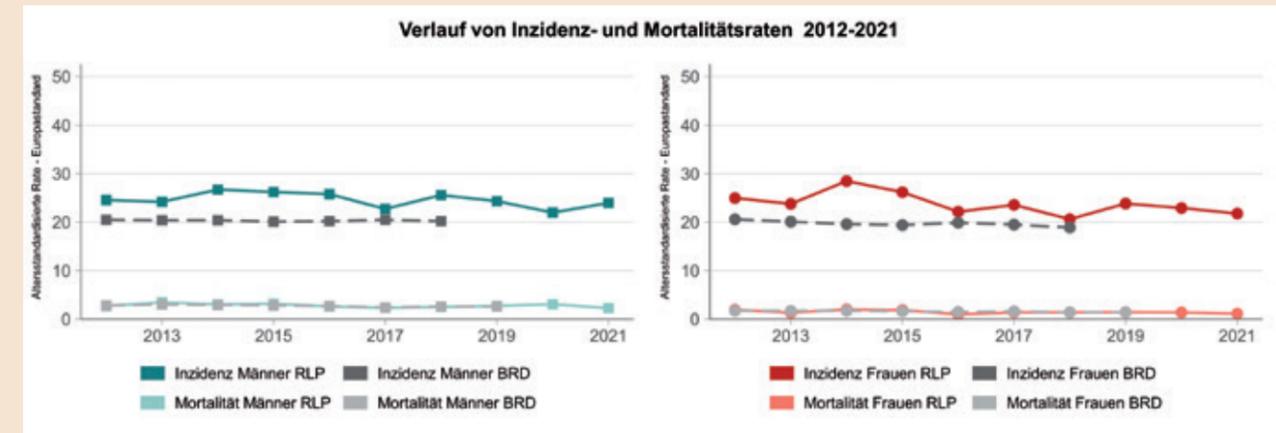
Grafiken: ©Institut für digitale Gesundheitsdaten RLP

Abb. 1



Altersspezifische registrierte Inzidenz- und Mortalitätsraten (je 100.000 Einwohner) zum malignen Melanom der Haut (ICD-10 C43) für das Jahr 2021 in Rheinland-Pfalz bei Männern und Frauen

Abb. 2



Verlauf von Inzidenz- und Mortalitätsraten zum malignen Melanom der Haut (ICD-10 C43) von 2012 bis 2021 bei Männern und Frauen in Rheinland-Pfalz und Deutschland (Altersstandardisierte Rate - Europastandard) (Quellen: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Krebsregister Rheinland-Pfalz, Robert Koch-Institut)

fünf Jahre gemittelten Inzidenzraten auf Landkreisebene zwischen 8,4 in Zweibrücken (Kreisfreie Stadt)/ 9,9 in Kaiserslautern (Kreisfreie Stadt) und 35,2/ 35,9 in Mainz-Bingen (Männer/ Frauen) (Abbildung 3).

Nicht-melanotische Hauttumoren – eine heterogene Gruppe

Die nicht-melanotischen Hauttumoren (sonstige bösartige Neubildungen der Haut; ICD-10 C44) sind eine heterogene Gruppe an therapeutisch und prognostisch unterschiedlichen Tumoren. Rund drei Viertel dieser Tumoren sind Basalzellkarzinome, knapp ein Viertel zählt zu den Plattenepithelkarzinomen, seltene Tumoren wie beispielweise Merkelzellkarzinome bilden den Rest der Gruppe. Umgangssprachlich werden Basalzellkarzinome und Plattenepithelkarzinome auch als heller oder weißer Hautkrebs bezeichnet.

Die häufigen Basalzellkarzinome zeichnen sich, im Gegensatz zu beispielsweise den Merkelzellkarzinomen, durch ein hohes Fünf-Jahres-Überleben und ein geringes Metastasierungsrisiko aus. Bei den Plattenepithelkarzinomen sind für

die Prognose verschiedene histopathologische und klinische Faktoren, darunter die Tumordicke, entscheidend.

Ein Sonderfall in der Krebsregistrierung

International sowie national ist es üblich, nicht-melanotische Hauttumoren auf Grund des hohen Anteils an prognostisch günstigen Tumoren aus den Analysen zu Krebs gesamt auszuschließen. Für 2018 wurden deutschlandweit zu den nicht-melanotischen Hauttumoren bei knapp 200.000 Neuerkrankungen rund 1.000 Sterbefälle pro Jahr berichtet; auf Grund der Datenlage ist die Auswertung mit Einschränkungen verbunden.

In der deutschen Krebsregistrierung wurden nicht-melanotische Hauttumoren und ihre Frühstadien durch das Krebsfrüherkennungs- und -registrierungsgesetz zu Beginn der klinischen Krebsregistrierung von der Finanzierung durch den GKV-Spitzenverband ausgeschlossen. Dies führte zu einer heterogenen Umsetzung der Dokumentation in den einzelnen Bundesländern, wobei nur selten Informationen zu Therapien oder insbesondere Verläufen erfasst wurden.



Pilotprojekt zur Registrierung prognostisch ungünstiger nicht-melanotischer Hauttumoren

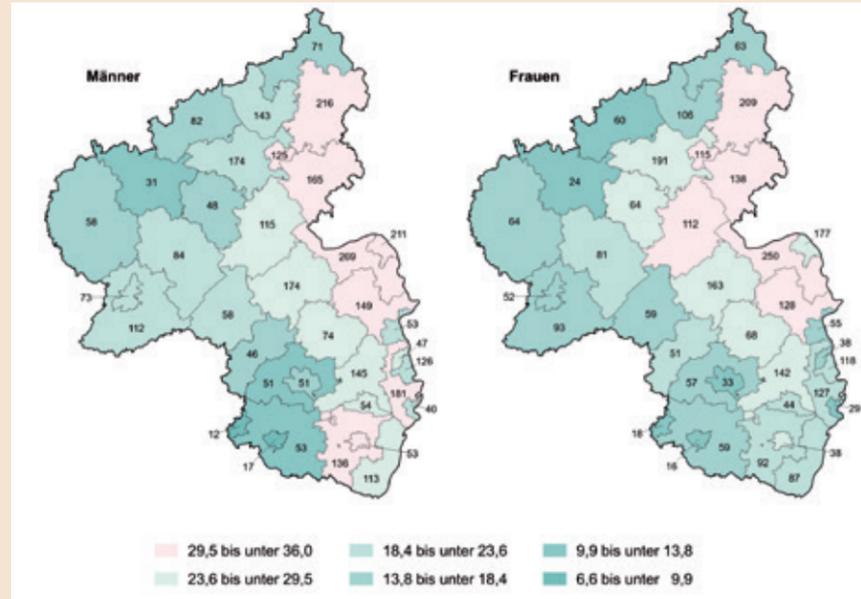
Seit dem 1. September 2017 werden in Rheinland-Pfalz in einem Pilotprojekt ausgewählte nicht-melanotische Hauttumoren in der klinisch-epidemiologischen Registrierung (Diagnose, Therapie sowie Verlauf) erfasst. Ziel dieser angepassten Erhebung ist die vollständige Dokumentation jener Hauttumoren, die mit einem signifikanten Metastasierungs- und Mortalitätsrisiko einhergehen, um somit die Krankheitslast in der Bevölkerung sowie den therapeutischen Aufwand durch die Behandelnden adäquat abzubilden. Registriert wurden Plattenepithelkarzinome mit erhöhtem Metastasierungsrisiko sowie diverse bösartige seltene nicht-melanotische Hauttumoren wie beispielweise Merkelzellkarzinome.

Dieses Pilotprojekt aus Rheinland-Pfalz trug dazu bei, dass mit dem Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten seit 2023 auch deutschlandweit definierte prognostisch ungünstige nicht-melanotische Hauttumoren und ihre Frühstadien in die Vergütung und somit die klinisch-epidemiologische Registrierung aufgenommen wurden. Die Festlegung, welche Tumoren als solche zu werten sind, wurde bundesweit vom GKV-Spitzenverband in Kooperation mit Vertretern der klinischen Krebsregister und der Deutschen Krebsgesellschaft getroffen. Ähnlich dem Pilotprojekt in Rheinland-Pfalz werden unter anderem Basalzellkarzinome sowie prognostisch günstige Plattenepithelkarzinome von der Registrierung ausgenommen.

Die Vereinheitlichung der Registrierung von nicht-melanotischen Hauttumoren ermöglicht erstmals eine bundesweite Erhebung von epidemiologischen und klinischen Daten. Eine solche Datenbasis bildet zukünftig die Grundlage, auch seltene bösartige Hauttumoren mit größeren Fallzahlen, insbesondere zu Therapie und Verlauf, auswerten zu können.

Literatur bei den Autoren

Abb. 3



Inzidenzrate (je 100.000 Einwohner und Jahr) und Anzahl registrierter Neuerkrankungen zum malignen Melanom der Haut (ICD-10 C43) in den Jahren 2017 bis 2021 in Rheinland-Pfalz bei Männern und Frauen (Zahl: Anzahl Neuerkrankungen; Färbung: mittlere Inzidenzrate (Altersstandardisierte Rate- Europastandard))

Autorinnen und Autor



PD Dr. Christina Justenhoven
Abteilungsleiterin der Abteilung Datenauswertung und Reporting im Geschäftsbereich Krebsregister des Instituts für digitale Gesundheitsdaten RLP

Fotos: Institut für digitale Gesundheitsdaten RLP



Melanie Effenberger
Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Datenauswertung und Reporting im Geschäftsbereich Krebsregister des Instituts für digitale Gesundheitsdaten RLP



Fabian Reinwald
stellvertretender Abteilungsleiter der Abteilung Datenauswertung und Reporting im Geschäftsbereich Krebsregister des Instituts für digitale Gesundheitsdaten RLP
www.krebsregister-rlp.de
reporting@krebsregister-rlp.de

Foto: Privat