



Hautkrebsprävention in Deutschland: „Gute Kommunikation ist das A und O“

Interview mit Prof. Dr. Eckhard W. Breitbart, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP), Buxtehude

Der Klimawandel wird die Hautkrebsraten in die Höhe treiben. Deshalb drängt Prof. Dr. Eckhard W. Breitbart, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP), Buxtehude, gemeinsam mit seinen Mitstreitern darauf, die Bevölkerung intensiv für die Primärprävention von Hautkrebs zu sensibilisieren und das gesetzliche Hautkrebscreening qualitativ zu verbessern. Den Schlüssel für alle seine Bestrebungen sieht er in der Kommunikation mit den Menschen auf Augenhöhe.

best practice onkologie: *Herr Professor Breitbart, Sie setzen sich schon seit Jahrzehnten besonders intensiv für die Hautkrebsfrüherkennung ein, wie kam es dazu?*

E.W. Breitbart: Da ich gerne handwerklich tätig bin, war ich anfangs darauf aus, die operativen Maßnahmen bei den Patienten, die Hautkrebs haben, zu optimieren. Mit Freude habe ich auch rela-

tiv große Operationen wie z. B. radikale Lymphknotendissektionen durchgeführt. Irgendwann habe ich aber eingesehen, dass die Operation den Patienten mit einem metastasierten Melanom oder einem fortgeschrittenen Plattenepithelkarzinom nicht unbedingt rettet. Da kam ich dann auf den Gedanken, bereits früher eingreifen zu wollen, um fortgeschrittene Krankheitsstadien zu verhindern. Deshalb habe ich mir vorgenommen, eine Informierung der Patienten durchzuführen und dafür Sorge zu tragen, ein geregeltes sektorales Screening auf Hautkrebs innerhalb des gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramms (KFE) einzuführen.

Bei diesen Überlegungen habe ich auch gemerkt, dass das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt als Informationsgeber und dem Patienten bzw. dem Ratsuchenden eine ganz wesentliche Rolle spielt. Diese Erkenntnis habe ich mir

Stück für Stück erarbeiten müssen, denn zumindest zur damaligen Zeit, als ich 1975 mein Staatsexamen gemacht habe, war die Gesprächsführung mit dem Patienten noch kein Thema im Studium der Medizin. Im Gegenteil, nicht nur im Studium, sondern auch noch in den ersten Jahrzehnten meiner Tätigkeit in der deutschen Dermatologie wurde mir klar vermittelt, dass die Patienten eher dem Urteil des Arztes blind vertrauen sollen, anstatt dass sie umfassend informiert und in Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Doch ich habe relativ schnell gemerkt, dass das kein wirklich guter Ansatz ist.

best practice onkologie: *Gibt es hier einen Zusammenhang damit, dass Sie seit Jahren auf einen Arztkittel verzichten?*

E.W. Breitbart: Dass ich keinen Arztkittel trage, hat sich im Zuge der Jahrzehnte der ärztlichen Tätigkeit irgendwie erge-

ben. Zunächst war mir der Kittel einfach zu unhygienisch, denn den musste ich in der Klinik eine Woche lang bei allen Gegebenheiten tragen. Daraufhin habe ich beschlossen, statt eines Kittels täglich ein frisches T-Shirt anzuziehen. Zudem habe ich festgestellt, dass der Verzicht auf den Kittel die Grenze zwischen dem ratsuchenden Menschen und mir ein bisschen minimieren kann, weil mein Gegenüber nicht durch den Kittel eingeschüchtert wird. Das führt zu einem ganz anderen Gesprächsverhältnis: Wenn sich der Ratsuchende ein wenig wie zu Hause fühlt, dann wird er offener und trägt seine wirklichen Probleme vor. Schon Hippokrates hat gewusst, dass wir Ärzte die Aufgabe haben, den Patienten als einen gleichwertigen Menschen zu sehen, der unseren Respekt verdient. Die gute Kommunikation mit dem Patienten liegt mir wirklich am Herzen, weil diese das A und O der Medizin ist.

» Die gute Kommunikation mit dem Patienten ist das A und O der Medizin

best practice onkologie: *Inwiefern beeinflusst ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis die Bereitschaft des Ratsuchenden zu Hautschutzmaßnahmen und zur Hautkrebsfrüherkennung?*

E.W. Breitbart: Ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis, das auf einem vertrauenswürdigem, auf Augenhöhe stattfindenden Gespräch basiert, ist die eigentliche Grundvoraussetzung für die Hautkrebspräventionsarbeit. Leider stand ich mit dieser Idee der Hautkrebsprävention anfangs ziemlich allein, und als ich versucht habe, die Kommunikation mit dem Patienten im Rahmen der Hautkrebsfrüherkennung auf den Prüfstand zu stellen, bin ich bei vielen Kollegen auf Unverständnis/Schulterzucken gestoßen. Meine Mitarbeiter und ich haben uns aber nicht entmutigen lassen und haben für das Hautkrebscreening, auf der Basis der Krebsfrüherkennungsrichtlinie (KFRL), eine Fortbildungsveranstaltung erstellt, in der Ärztinnen und Ärzte lernen, wie man den Patienten anspricht, wie man mit ihm umgeht, wie man ihn untersucht und wie man diese Information interdis-

ziplinär mit anderen teilen kann. Wir haben die Möglichkeit der Umsetzung dieser Ausrichtung 2003 bis 2004 mit Ärzten und Patienten in Schleswig-Holstein im großen Stil getestet. Das war dann auch die Grundlage für das heutige gesetzliche Hautkrebscreening in Deutschland.

Die Wirkung dieses Ansatzes haben wir später auch mit einer Studie in Alberta/Kanada evaluiert: Wurden Ärzte vor einer Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchung entsprechend geschult, wiesen die Patienten eine höhere Bereitschaft auf, sich vollständig untersuchen zu lassen und erreichten daraufhin einen deutlich höheren Benefit als die Patienten, die bezüglich der Kommunikation von ungeschulten Ärzten untersucht worden sind [1]. Diese Untersuchungen muss man noch intensivieren. Auch die Auswirkungen des aktuellen Fortbildungsprogramms zum Hautkrebscreening in Deutschland werden wir noch weiter evaluieren. Es ist aber bereits deutlich geworden, dass eine entsprechende Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte für die Patientinnen und Patienten spürbar ist, wie sich z. B. in Studien zur Koloskopie gezeigt hat. Im Zuge des Nationalen Krebsplans wurden u. a. die Koloskopie-Assistenten in der kommunikativen Kompetenz ausgebildet, was zu einer höheren Akzeptanz der Koloskopie in den beteiligten Praxen geführt hat und dazu, dass sich die Menschen deutlich mehr respektiert gefühlt haben.

» Ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis ist die eigentliche Grundvoraussetzung für die Hautkrebspräventionsarbeit

best practice onkologie: *Eine verbesserte Kommunikation ist auch ein Ziel der Allianz für Gesundheitskompetenz, in der Sie sich engagieren. Was verbirgt sich hinter diesem Netzwerk?*

E.W. Breitbart: In der europäischen Studie zur Gesundheitskompetenz [2] kam unglücklicherweise heraus, dass die deutsche Bevölkerung im Vergleich zu umliegenden europäischen Staaten eine ge-

ringere Gesundheitskompetenz hat. Dies bestätigte sich im Health Literacy Survey in Deutschland, wonach rund 54 % der Deutschen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügte [3]. Die Mehrheit hat demnach Schwierigkeiten, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, sie zu bewerten und die richtigen Entscheidungen für eine gesunde Lebensweise oder zur Krankheitsbewältigung zu treffen. 2017 stieß deshalb der damalige Bundesgesundheitsminister Gröhe die Gründung der Allianz für Gesundheitskompetenz an, der das Bundesministerium für Gesundheit, die Gesundheitsministerkonferenz der Länder, der Patientenbeauftragte der Bundesregierung für Pflege und 14 Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens angehören. Diese Allianz soll dafür Sorge tragen, dass die allgemeine Gesundheitskompetenz der Bevölkerung durch eine entsprechende Gesundheitsbildung gestärkt wird. Dafür sollen leichter verständliche, wissenschaftlich abgesicherte Informationsangebote zur Verfügung gestellt werden, damit der Ratsuchende eine informierte Entscheidung für sich selbst treffen kann. Hierfür sollte die „sprechende Medizin“ seitens der Akteure des Gesundheitswesens einen größeren Stellenwert in unserer technisch ausgerichteten Medizin einnehmen. Für den Part kommunikative Kompetenz sowie die Arbeitsgruppe Patientenorientierung war ich zuständig. Hier haben wir uns darauf geeinigt, zielgruppen- und situationsgerechte Informationsangebote zu schaffen und deren Zugänglichkeit zu vereinfachen. Und dies wollten wir in einer interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit angehen. Das Ziel einer intersektoralen Zusammenarbeit ist besonders wichtig, denn das deutsche Gesundheitswesen ist immer noch ein Kastenwesen: Es gibt einen Kasten stationär, einen Kasten ambulant, einen Kasten Rehabilitation etc., und jeder arbeitet für sich. Wenn dann ein Patient aus dem einen Kasten in den nächsten will, fällt er über den Rand und verschwindet – er ist völlig verunsichert und weiß nicht, was er machen soll.

best practice onkologie: *Und wie lässt sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Bezug auf Hautkrebs unterstützen?*

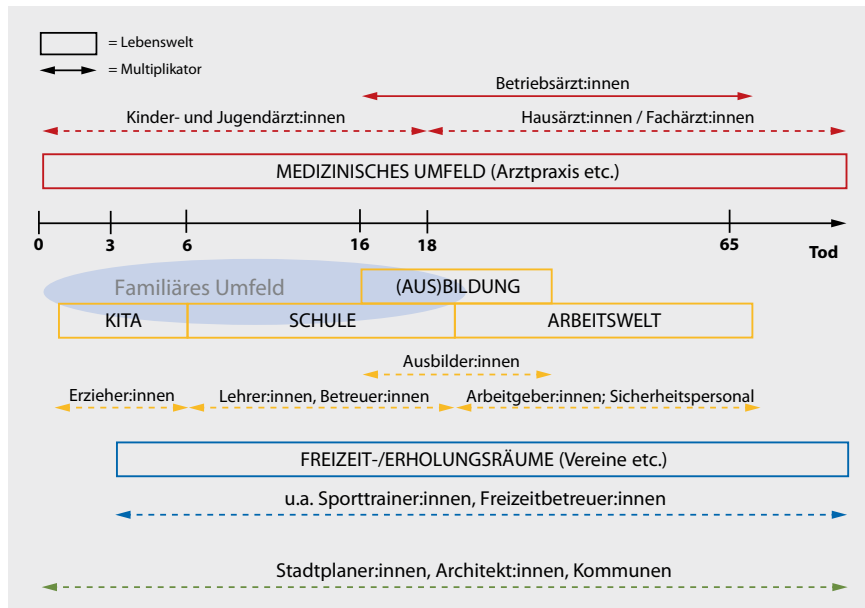


Abb. 1 Lebensphasenmodell: In den verschiedenen Lebensphasen (z. B. 1–6 Jahre) können Menschen in verschiedenen Lebenswelten (z. B. der Kita, Sportverein und Kinder- und Jugendarztpraxis) durch verschiedene Multiplikatoren (z. B. Erzieher, Sporttrainer und Kinder- und Jugendarzt) gesundheitlich angesprochen werden. Dies erfordert harmonisierte Botschaften und ein koordiniertes Handeln. (© ADP)

E.W. Breitbart: Bezogen auf den Hautkrebs bedeutet das, dass die Bevölkerung eine Gesundheitskompetenz erwerben kann, indem sie einen einfachen Zugang zu vielen, fundierten und auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmten Informationen hat und sich dann dazu entscheidet, zum Hautkrebscreening zu gehen. Inzwischen wurde von der Nationalen Versorgungskonferenz Hautkrebs (NVKH) ein entsprechendes Informationsportal „Infoportal Hautkrebs für Betroffene, Angehörige und Interessierte“ eingerichtet (www.infoportal-hautkrebs.de). Die beschriebenen Grenzen im System, aufgrund derer die Patienten gar nicht wissen, wo sie eigentlich hinsollen und was sie erwarten dürfen, verhindern eine adäquate Prävention und Therapie von Hautkrebs. Damit diese Übergänge von ambulant bis in den vollstationären Bereich stufenlos ablaufen, müssen wir ein entsprechendes Beratungs- und Versorgungsangebot an jeden Einzelnen richten, angepasst an seinen Informations- und Krankheitsbedarf sowie seine Bedürfnisse, immer individuell so gestaltet, dass er in jeder Stufe seiner Beratung, Diagnostik und Therapie auch problemlos einen Ansprechpartner findet. Das möchte ebenso der Sachverständigenrat des Gesundheitswesens erreichen. Trotz-

dem hapert es bisher an der Umsetzung. Immerhin steht auch im Koalitionsvertrag der neu gewählten Regierung, dass die Grenzen zwischen ambulant und stationär überwunden werden sollen.

best practice onkologie: *Kommunikation ist zudem ein wichtiges Stichwort in der S3-Leitlinie „Prävention von Hautkrebs“, deren Aktualisierung Sie mitkoordiniert haben. Wie sollen hiernach die verschiedenen Zielgruppen zur primären Prävention angeleitet werden?*

E.W. Breitbart: Die gezielte Ansprache funktioniert nach dem sog. Lebensphasenmodell (**Abb. 1**). Das bedeutet, dass man die Menschen je nach Lebenswelt und Krankheitsverlauf zur Risikovermeidung und Früherkennung spezifisch ansprechen muss. Denn Gesundheit findet in allen Bereichen unseres Alltags, also auch in der Schule oder bei der Arbeit, statt, wie es die WHO so schön in ihrer 1986 veröffentlichten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung erklärt. Diesem Vorgehen folgt auch das Präventionsgesetz, das als Folgeergebnis des Nationalen Krebsplans im Jahr 2015 ins Leben gerufen worden ist. Denn in den Beratungen zum Nationalen Krebsplan, ich war im Handlungsfeld 1 zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung beteiligt, haben

wir das Querschnittsthema kommunikative Kompetenz entdeckt.

best practice onkologie: *Können Sie ein Beispiel für die Ansprache nach dem Lebensphasenmodell geben?*

E.W. Breitbart: Ein Beispiel ist das von der Deutschen Krebshilfe geförderte Projekt „Clever in Sonne und Schatten“, das wir – also die ADP – gemeinsam mit der Uniklinik und der Universität zu Köln und dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Dresden durchführen. Damit wollen wir Wissen und Verhaltensregeln zum UV-Schutz in die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen bringen, also in Kindertagesstätten, Schulen, auf den Sportplatz, an den Ausbildungsplatz sowie in die Beratungsgespräche beim Kinderarzt.

Dafür bieten wir beispielsweise im Teilprojekt „Clever in Sonne und Schatten für Kitas“ Erziehern in der Kindertagesstätte Fortbildungsfilme und anderes ausgefeiltes Material zur interaktiven Weiterbildung. Lustig finden die Kinder den Sonnenschutzclown Zitzewitz, der leider immer das Sonnenschutzmittel aufisst, statt sich damit einzucremen. Das Projekt kommt gut an, sodass wir den Kita-Bereich in Zukunft ausreichend abdecken können. Für Grundschulen und Sportvereine ausgerichtet gibt es das Teilprojekt „Die Sonne und Wir“, in dem das Wissen zum Sonnenschutz für Lehrer, Eltern und Schüler durch wissenschaftliche Experimente, Filme und andere Aktivitäten vermittelt wird.

Und wir von der ADP versuchen seit Langem die Pädiater einzubinden. Mit der Neufassung der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von 2015 müssen sie die UV-Beratung verpflichtend in das Beratungsgespräch der U5-Untersuchung im 6. bzw. 7. Lebensmonat aufnehmen. Um die Pädiaterinnen und Pädiater in dieser Aufgabe zu unterstützen und sie dafür zu motivieren, entwickeln wir gerade Fortbildungen im Rahmen des Projekts „Clever in Sonne und Schatten“. Im Vorfeld haben wir mit dem Deutschen Ärzteverlag modular aufgebaut Curricula für die Fortbildung zum Hautkrebscreening inklusive der Beratung zur primären Prävention erstellt. Ähnliche Module wollen wir zukünftig als ein 90-minütiges Seminar für Pädiaterinnen und Pädiater anbieten.



Aufklärung ist ein wesentlicher Teil der Hautkrebsvorsorge. Auch das Hautkrebs-screening bietet eine Gelegenheit dafür, die nicht vertan werden sollte

best practice onkologie: *Auch die Arbeitnehmer müssen gezielt aufgeklärt werden, wie wird hierbei vorgegangen?*

E.W. Breitbart: In Deutschland arbeiten nach Schätzungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) etwa 7,2 Mio. Menschen draußen, die entsprechend instruiert werden müssen, um ihre Haut angemessen vor UV-Schäden zu schützen.

Gemäß der arbeitsmedizinischen Regel AMR 13.3 müssen Arbeitgeber, deren Beschäftigte „Tätigkeiten im Freien mit intensiver Belastung durch natürliche UV-Strahlung von regelmäßig 1 h oder mehr am Tag“ ausführen, diese zum UV-Schutz informieren, gemeinsam mit dem Betriebsarzt und den Fachkräften für Arbeitssicherheit. Außerdem muss den Beschäftigten eine individuelle Beratung und Untersuchung beim Betriebsarzt angeboten werden.

Die 12.300 Betriebsarbeitsmedizinern und -mediziner werden hierfür noch entsprechend ausgebildet, das werden wir demnächst von der ADP zusammen mit dem Verein der Betriebsmediziner Deutschlands (VBDW) und dem Deutschen Ärzteverlag in Angriff nehmen. Die Weichen dafür sind, wie bei der Fortbildung der Pädiaterinnen und Pädiater, bereits gestellt. Im Moment ist die Vorsorgeberatung aber erst mal nur eine Angebotsvorsorge, sprich wenn der

Arbeitnehmer das Angebot ausschlägt, weil ihm nicht klar ist, wie wichtig das ist, dann haben wir vielleicht den nächsten Patienten mit Hautkrebs.

Da wir das natürlich nicht wollen, haben wir in der Aktualisierung der S3-Leitlinie „Prävention von Hautkrebs“ gefordert, dass die Vorsorgeberatung eine Pflichtvorsorge sein muss. Schon jetzt ist Hautkrebs nach Lärmbeschwerden faktisch die zweithäufigste anerkannte Berufskrankheit, auch wenn sie im Jahr 2020 durch den COVID-19-Pandemiebedingten Anstieg von Infektionskrankheiten auf Platz 3 gerutscht ist. Dabei wurden übrigens nur eine Form des hellen Hautkrebses und seine Vorstufe – das Plattenepithelkarzinom und die multiple aktinische Keratose – berücksichtigt. Neue Studien zeigen jedoch, dass auch das weit verbreitete Basalzellkarzinom mit berufsbedingter UV-Strahlung in Verbindung steht.

» Die Hautkrebsvorsorgeberatung von Arbeitsmedizinern sollte eine Pflichtvorsorge sein

best practice onkologie: *Ebenfalls in der S3-Leitlinie befürchten Sie und Ihre Kollegen einen starken Einfluss des Klimawandels auf die Hautkrebsrate. Inwiefern gibt es hier einen Zusammenhang?*

E.W. Breitbart: Mit dem jetzt stattfindenden Klimawandel erhöhen sich deutlich die Sonnenscheindauer bzw. die Anzahl der Sonnentage im Jahr. Zudem steigt die Durchschnittstemperatur auf der Erde, die letzten zehn Jahre waren die heißesten seit Beginn der Messung der Lufttemperatur. Zum einen haben wir es mit Phänomenen wie den sog. Niedrig-Ozon-Ereignissen zu tun. Dabei handelt es sich um ozonarme Luftmassen, die sich über der Arktis bilden und unter gewissen Umständen im Frühjahr über Europa hinwegziehen und vereinzelt auch hierzulande mehr UV-Strahlung als gewöhnlich durchlassen wie zuletzt 2020. Zum anderen besteht die Gefahr, dass die Menschen ihr Verhalten dahingehend ändern, dass sie sich mehr, länger und spärlich-sommerlich gekleidet im Freien aufhalten. Das

bedeutet natürlich auch mehr erythemwirksame UV-Strahlung für die Haut. Und ich gehe davon aus, dass damit ein deutlicher Anstieg von Hautkrebserkrankungen zu erwarten ist. Zusätzlich werden wir auch mehr Hitzetote durch Herz-Kreislauf-Probleme zu verzeichnen haben.

best practice onkologie: *Wie kann man der steigenden Hautkrebsrate entgegenwirken?*

E.W. Breitbart: Die Klimawandelsituation lässt sich nicht mehr rückgängig machen, und jetzt müssen wir darauf achten, uns ausreichend vor der UV-Strahlung und der Hitze zu schützen. Das beginnt bei den Universitäten, die sich mit der Architektur sowie der Planung von Städten und Gemeinden beschäftigen. Diese Planungsvorschläge und die darauffolgende entsprechende Kommunenplanung müssen darauf abzielen, dass es keine großen weißen Plätze ohne jeden Schatten mehr gibt. Zusätzlich müssen die Kommunen auch in den Außenbereichen von Kitas und Schulen sowie auf Sportplätzen für ausreichend Schatten sorgen. Wie wir aus einer bisher unveröffentlichten Studie wissen, 42 % der Kitas überhaupt eine Beschattung und nur 26 % der Schulhöfe. Hier besteht also ein großer Nachholbedarf. Am klimafreundlichsten wäre es, diese Bereiche zu begrünen. Diesbezüglich muss auch die Politik mitziehen, die zumindest langsam anfängt, darüber nachzudenken.

» Momentan haben nur 42 % der Kitas überhaupt eine Beschattung und nur 26 % der Schulhöfe

best practice onkologie: *Sie haben sich besonders für die Durchsetzung des Gesetzes zum Schutz von Jugendlichen in Solarien eingesetzt. Teile Australiens, Brasiliens und der Iran haben Solarien sogar ganz verboten. Wäre das Ihrer Meinung nach auch ein sinnvolle Primärpräventionsstrategie für Deutschland?*

E.W. Breitbart: Das ist nicht nur das Ziel der ADP und vieler anderer Institutionen, sondern das ist auch mein ganz persön-



Die Deutsche Krebshilfe bietet eine Reihe von Broschüren und Flyern, die man in der Praxis auslegen kann

liches Ziel. Solarien müssen abgeschafft werden, denn etwas Unsinnigeres als diese gibt es nicht! Der Erfinder der Sonnenbank, Friedrich Wolff aus Hamburg, versuchte damit in den 1970er-Jahren dem Menschen in seinem täglichen Stress eine kurze entspannte Ruhephase zu verschaffen und damit auch der Depression vorzubeugen. Damals stand die UV-Strahlung als krebserregende Strahlung aber noch gar nicht im Vordergrund. Selbst mein Vater, der auch Dermatologe war, war von Solarien begeistert und hat sich zu Hause immer unter seine Sonnenbank gelegt. Er ist dann konsequenterweise am Melanom gestorben, glücklicherweise aber erst mit 79 Jahren. Und da habe ich am eigenen Leibe erfahren, was ein regelmäßiger Solariumbesuch für Folgen haben kann. Ich verarbeite meinen Verlust, indem ich mich um die Hautkrebsprävention kümere.

» Solarien müssen abgeschafft werden

Wir wissen heute sehr genau, dass ein regelmäßiger Besuch eines Solariums einmal im Monat über zwei bis drei Jahre ausreichend ist, um das Risiko, später im Leben ein Melanom, ein Plattenepithelkarzinom oder ein Basalzellkarzinom zu entwickeln, deutlich zu erhöhen. Deshalb hat das Institute of International

Agency of Research and Cancer (IARC) die natürliche und künstliche UV-Strahlung 2009 in die höchste Risikogruppe I als „krebserregend für den Menschen“ eingestuft. Damit steht UV-Strahlung auf derselben Stufe wie Röntgenstrahlung und Asbest. In der Strahlenschutzkommission, der ich 22 Jahre angehörte, konnten wir deshalb durchsetzen, dass vom Umweltministerium und vom Bundestag die UV-Schutz-Verordnung verabschiedet wurde. Seit 2012 ist es damit verboten, dass unter 18-Jährige ins Solarium gehen dürfen. Denn für Kinder ist die UV-Strahlung bekanntermaßen besonders gefährlich. Meine fünf Geschwister und ich haben viel Zeit ungeschützt in der Sonne verbracht, deshalb habe ich schon meinen 14. Hautkrebs hinter mir. Das stört aber bei mir gar nicht so sehr, da meine Frau ebenfalls Dermatologin ist und mir die Tumoren mit hoher Begeisterung frühzeitig operativ entfernt.

» Ein Großteil der Anspruchsberechtigten nutzt das Screening nicht

best practice onkologie: *Auch an der Einführung des Hautkrebscreenings als gesetzliche Leistung waren Sie maßgeblich*

beteiligt. Wie schätzen Sie als Vorsitzender der ADP die Qualität des Programms ein?

E.W. Breitbart: Das Programm an sich ist aus meiner Sicht ausgezeichnet. Die Einführung des Screenings verlief aber nicht ganz reibungslos und hat für mich persönlich viele Auseinandersetzungen mit sich gebracht. Denn die Hautärzte sahen das Hautkrebscreening zunächst sehr kritisch, da sie die Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchung nicht mehr wie zuvor als IGeL-Leistung abrechnen konnten. Darüber hinaus ist das Screening zweistufig angelegt, bei dem als erste Stufe neben den Dermatologen auch die Hausärzte zugelassen sind. Allerdings können 3000 niedergelassene Dermatologen unmöglich alle zwei Jahre die 52 Mio. anspruchsberechtigten über 35-Jährigen untersuchen. Wir brauchen also die Hausärzte. Es ist so gedacht, dass der Hausarzt, wenn ihm ein Hautmal auffällig erscheint, den Patienten an den Dermatologen überweist. Der Dermatologe untersucht den Patienten erneut, gibt den Befund zurück an den Hausarzt. Auf diese Weise sollte ein Selbstlernprozess der Hausärzte und eine gegenseitige Befruchtung zwischen Hausarzt und Dermatologe stattfinden. In der Realität ist dieses selbstlernende System aber nicht zum Tragen gekommen: Einerseits vertrauen die Dermatologen oft nicht auf die Fähigkeit der Hausärzte, und andererseits schicken viele Hausärzte die Patienten gar nicht erst zum Dermatologen und schneiden die verdächtigen Hautmale gleich selbst heraus, weil sie häufig auch eine chirurgische Ausbildung haben. Außerdem hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Intervall für die Gesundheitsuntersuchung plötzlich von zwei auf drei Jahre verlängert, sodass die Hausärzte das Hautkrebscreening nicht mehr mit der Gesundheitsuntersuchung kombinieren können.

Ein weiteres Problem ist, dass das Hautkrebscreening ein nichtorganisiertes Massenscreening ist. Ein organisiertes Screening wie beim Mammakarzinom wollte man nicht. Das bedeutet, dass die über 35-Jährigen nicht gezielt zur Hautkrebsuntersuchung eingeladen werden. Leider wird außerdem kaum Öffentlichkeitsarbeit betrieben, um die Bürgerinnen und Bürger für das Hautkrebscreening zu motivieren. Deshalb ist es letztendlich abgerutscht in die Qualität eines opportunistischen Screenings. Mehrere Untersuchungen zeigen, dass ein Großteil der An-



Nach wie vor ist der geschulte Blick durch das Dermatoskop für das Hautkrebscreening wesentlich

spruchsberechtigten das Screening nicht nutzt und zum Teil auch nicht davon weiß.

2016 hat das BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit die Struktur- und Prozessqualität evaluiert und insgesamt als schwach eingestuft [4]. Zusätzlich ist die Evidenz zur Wirksamkeit des Screenings bisher unzureichend. Deswegen fordern wir und die Autoren der S3-Leitlinie weitere Studien. Darüber hinaus wird die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs häufig nicht adäquat durchgeführt. In populationsbezogenen Befragungen stellte sich heraus, dass meist keine Ansprache des Teilnehmers erfolgt, die Anamnese nur ganz zart erhoben wird und nicht alle Körperbereiche angeschaut werden. So wird nur bei circa der Hälfte der Teilnehmenden der Anogenitalbereich untersucht, und häufig wurden auch nicht die Zehenzwischenräume und der Bereich zwischen den Fingern betrachtet [5, 6]. Wir haben also Defizite in der Beratung, in der Ansprache, in der Befundweitergabe, in der Qualität der Untersuchung – also momentan ist das Hautkrebscreening in keinem sehr guten Zustand. Deutschland ist das einzige Land auf dieser Welt, das ein standardisiertes, flächendeckendes Hautkrebscreening vorzuweisen hat. Man schaut deshalb von allen Ländern zwar neidisch auf uns, aber inzwischen auch ein bisschen kritisch, weil es an Qualität mangelt.

best practice onkologie: Welche Verbesserungen schlagen Sie vor?

E.W. Breitbart: Die Zielgröße ist ein organisiertes, qualitativ hochwertiges, standardisiertes und flächendeckendes Hautkrebscreening. Auch der G-BA und der GKV-Spitzenverband wünschen sich mehr Qualität für das Programm. Als ersten Schritt haben wir von der ADP gemeinsam mit der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD), der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO) und der Nationalen Versorgungskonferenz Hautkrebs (NVKH) eine Arbeitsgruppe Qualitätsoffensive Hautkrebscreening ins Leben gerufen. Grundvoraussetzung war die jetzt erfolgte Überarbeitung des Fortbildungsprogramms Hautkrebscreening mit dem Deutschen Ärzteverlag für die Ärzte unter Berücksichtigung der aktuellen Defizite. Jetzt bilden wir gerade die Trainerinnen und Trainer dafür aus. Wenn davon genügend vorhanden sind, können diese dann von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Institutionen wie dem Institut für Hausärztliche Fortbildung (IHF) der Hausärzte angefragt werden, um die Ärzte fortzubilden. Haben wir diese Phase erreicht, könnte die neue Qualität wirklich greifen. Aufgrund der Mitarbeit der Dermatologischen Gesellschaften und des Hausärzterverbands, der das auch mitträgt, haben wir deshalb jetzt eigentlich eine sehr gute Situation. Ich gehe davon aus, dass wir zukünftig ein paar mehr Früchte ernten können und die Qualität deutlich besser wird.

best practice onkologie: Zur Hautkrebsuntersuchung kann man neben Ganzkörperinspektion mit Auflichtmikroskopie auch moderne Verfahren wie das Automatische Total Body Mapping (ATBM) anwenden. Erhöht diese Methode die Effektivität des Hautkrebscreenings?

E.W. Breitbart: Das ATBM wird genutzt, um eine „Landkarte“ der Haut mit allen Pigmentmalen zu erstellen. Die Ganzkörperuntersuchung und Inspektion einer gesamten Haut ist eine Momentaufnahme, diese kann man mit dem ATBM festhalten und zu einem späteren Zeitpunkt erneut dokumentieren. Mithilfe der künstlichen Intelligenz lassen sich die beiden Aufnahmen dann miteinander vergleichen und die Veränderungen identifizieren. Das ist durchaus hilfreich, ersetzt aber die klinische Entscheidung des Arztes in keiner Weise. Genau wie das Dermatoskop ist das ATBM eine gute Untersuchungsmöglichkeit, um die Verdachtsdiagnostik zu verbessern. Trotzdem bestimmt immer noch der Arzt, welche Pigmentmale für eine Bestätigungsdiagnostik entfernt werden müssen, in welchen Abständen der Patient zur erneuten Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung wiederkommen soll oder welche diagnostischen und therapeutischen Schritte nötig sind.

» Momentan ist das Hautkrebscreening in keinem sehr guten Zustand

best practice onkologie: Sollte nun jeder Haut- oder Hausarzt diese Technik anwenden?

E.W. Breitbart: Nein, die Technik allein reicht nicht aus; auch wenn die ATBM in der Verbesserung der klinischen Verdachtsdiagnose und in der Verlaufskontrolle hervorragend ist, braucht man immer sein Auge: Man muss den Fleck erkennen, der sofort am Gesamtbild des Körpers auffällt, weil er irgendwie nicht passt. Den muss man gleich richtig untersuchen, und der muss dann meistens auch weg. Außerdem muss man den Patienten selbst fragen, ob ihm an seinen Pigmentflecken irgendetwas aufgefallen ist. Wenn der dann sagt: „Der eine kommt mir ganz komisch vor“, dann muss man den bitte im-

mer rausnehmen. 50 % von diesen Flecken sind meiner Erfahrung nach tatsächlich bösartig. Menschen haben ein tolles Empfinden für ihren eigenen Körper, das muss man aus ihnen herauskitzeln, deswegen braucht man ja auch die kommunikative Kompetenz. Sicherlich wird sich die künstliche Intelligenz noch weiterentwickeln, sodass dann auch die Fotos zweidimensional über Videokonferenzen beurteilt werden können. Mit steigender Qualität lässt sich so eine Methode wahrscheinlich auch standardisiert einsetzen. Das ersetzt das Screening selbst natürlich nicht, weil die Beurteilung am Bildschirm nicht ausreicht, man muss sich trotzdem den Menschen noch einmal direkt anschauen.

best practice onkologie: *Leiten Sie Ihre Patienten auch zur Selbstuntersuchung an?*

E.W. Breitbart: Ja, das tun wir. Es ist leider so, dass die Anleitung von den Dermatologen und Hausärzten im Moment nur zu 40 % weitergegeben wird. Aber, da ich selbst Hautkrebspatient bin und Vorsitzender der Selbsthilfeorganisation „Hautkrebsnetzwerk Deutschland“ (HKND), haben wir jetzt von der Barmer Ersatz-

krankenkasse, denen wir dafür sehr dankbar sind, eine finanzielle Unterstützung für den Dreh eines Films über die Selbstuntersuchung aus Sicht der Selbsthilfe erhalten. Das finde ich richtig gut, denn wir erhoffen uns, dass wir damit über die sozialen Medien viele Menschen erreichen können.

best practice onkologie: *Welche europaweiten Projekte sind geplant?*

E.W. Breitbart: Wir wollen zusammen mit der European Academy of Dermatology and Venerology (EADV) in Europa anfangen, ein risikoadjustiertes Hautkrebscreening zu erarbeiten. Das Interesse vonseiten der EADV ist da. Hochinteressant wären bei so einer Zusammenarbeit europaweite Vergleichsstudien.

best practice onkologie: *Was wünschen Sie sich noch, um die Versorgung von Hautkrebspatienten zu verbessern?*

E.W. Breitbart: Ganz wichtig ist die Meldung von positiven Befunden an die Krebsregister. Die Ärzte melden die Fälle aus ihrer Praxis nur unregelmäßig oder gar nicht, denn diese Meldung ans Krebsregister ist sehr aufwendig und die Vergü-

tung dafür wurde leider vor ein paar Jahren drastisch reduziert. Man müsste also die Dokumentation inklusive Meldung an das Krebsregister so elektronisch vereinfachen, dass für alles immer nur ein Klick nötig ist. Das können die Softwarefirmen, die unsere Systeme betreuen, bisher noch nicht leisten, weder für die Mammographie noch für irgendein anderes Screening.

» Ganz wichtig ist die Meldung von positiven Befunden an die Krebsregister

best practice onkologie: *Herr Professor Dr. Breitbart, vielen Dank für das interessante Gespräch.*

Das Interview führte: Sabrina Kempe, Dresden

Fotos: Heike Rössing



Zur Person:

Prof. Dr. med. Eckhard W. Breitbart engagiert sich seit über 35 Jahren in seiner Funktion als Facharzt für Dermatologie, Venerologie und Allergologie und ehrenamtlich für die primäre und sekundäre Prävention von Hautkrebs. So war er maßgeblich an der Entwicklung des Konzepts für die Hautkrebsfrüherkennung und an der Einführung des bundesweiten gesetzlichen Hautkrebscreenings beteiligt. Zudem liegt ihm die Abschaffung von Solarien am Herzen, mit seinen Mitstreitern konnte er bereits dafür Sorge tragen, dass das Gesetz zum Schutz von Jugendlichen in Solarien durchgesetzt wurde. Der geborene Oldenburger studierte in Hamburg Medizin, leitete für drei Jahre kommissarisch die Universitäts-Hautklinik Hamburg-Eppendorf, und für weitere sieben Jahre war er dort leitender Oberarzt. 1994 konnte er am Elbe Klinikum Buxtehude das Dermatologische Zentrum als integratives Versorgungszentrum etablieren und leitete dieses als Klinikdirektor bis 2012. Von 2003 bis 2011 war er zudem Ärztlicher Direktor des Elbe Klinikums. Seit 2013 arbeitet er im Ärzte- u. Therapiezentrum (ÄTZ) des Elbe Klinikums Buxtehude. 1989 gründete er die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP), dessen Vorsitzender er immer noch ist. Zudem war Breitbart u. a. berufenes beratendes Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Strahlenschutzkommission und arbeitete in der Internationalen Agentur für Krebsforschung (IARC) der WHO mit. Er ist Mitglied im Nationalen Krebsplan, dem Fachausschuss Krebs-Prävention der Deutschen Krebshilfe sowie der Allianz für Gesundheitskompetenz. Für seinen hohen persönlichen Einsatz für die Hautkrebsprävention wurde Breitbart im Jahr 2012 das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Literatur

- Hübner I-M et al (2022) Patient's perception of examination performance and satisfaction with skin cancer screening conducted by trained and untrained doctors: A controlled and non-randomized intervention study. *J Cancer Prev Curr Res (in review)*
- Sørensen K et al (2015) Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 25(6):1053–1058
- Schaeffer D et al (2016) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/gesundheitskompetenz_ergebnisbericht_hls-ger.pdf. Zugegriffen: 20. April 2022
- Lüken F et al (2016) Evaluation der Screeninguntersuchungen auf Hautkrebs gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Abschlussbericht der Jahre 2011–2013, im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4300/2016-12-16_BQS-HKS-Abschlussbericht-2011-2013.pdf. Zugegriffen: 19. April 2022
- Görig T et al (2021) Is the quality of skin cancer screening in Germany related to the specialization of the physician who performs it?: Results of a nationwide survey among participants of skin

cancer screening. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 37(5):454–460

- Großmann E, Hübner IM (2021) Hautkrebs-Screening aus Patient*innen-Sicht: Report und Zusammenfassung einer Online-Befragung mit 166 Hautkrebs-Patient*innen. https://www.unsererahaut.de/download/Projekte/HKS/2021-03-21_Report-HKS-Patienten-Sicht.pdf. Zugegriffen: 20. April 2022

Fachnachrichten



Haben Sie anderes Papier bei Ihrer Zeitschrift bemerkt?

Eine Mitteilung von Springer Nature / Springer Medizin

Wie viele andere Industriezweige hatte auch die Papierherstellung in den letzten Monaten mit Problemen in der Lieferkette zu kämpfen. Darüber hinaus stellten einige Papierfabriken von der Herstellung von Druckpapier auf die profitableren Verpackungsmaterialien um, insbesondere Karton wegen des boomenden Online-Handels. Das verfügbare Papiervolumen ging Anfang dieses Jahres weiter zurück, da mehrere große Papierfabriken, darunter auch eine, auf die Springer Nature angewiesen ist, wegen eines Streiks geschlossen wurden.

Papierknappheit wird anhalten

Der Krieg in der Ukraine hat die ohnehin schon angespannte Lage auf dem globalen Papiermarkt, insbesondere in Europa, noch verschärft. Embargos für Holzexporte und Energielieferungen aus Russland werden die Papierknappheit weiter befeuern.

Druckbetrieb bleibt unverändert

In diesem Umfeld setzt Springer Nature seinen Druckbetrieb unverändert fort, ist aber mit Beschaffungsschwierigkeiten konfrontiert, die eine Flexibilität bei der Papiersorte für jede einzelne Zeitschrift erfordern. Wenn Sie also anderes Papier als bisher bei Ihrer Zeitschrift entdecken, so kennen Sie jetzt den Hintergrund. Springer Nature wird die gewohnten Sorten liefern, wenn der Papiermarkt dies zulässt. Wir bitten um Ihr Verständnis.