

Tacke J. Das deutsche Hautkrebscreening: Vom Ende einer Illusion. Z Allg Med 2015; 91: 299–303

Leserbrief von Dr. Dietmar Kühn

Wenn ein Dermatologe sich gegen das Hautkrebscreening ausspricht und dieses selbst nur auf Wunsch der Patienten, dann aber gegen Rechnung privat liquidiert (obwohl dies doch eine Leistung der Krankenversicherung ist), lässt das aufhorchen. Wenn dann zunehmend Argumente bemüht werden, die eher Verschwörungstheorien gleichen, wird es mehr als fragwürdig. Hier liegt die Vermutung nahe, dass andere Interessen verfolgt werden. Täglich werden in den Haus- und Hautarztpraxen intensive Beurteilungen der Haut durch engagierte Kolleginnen und Kollegen durchgeführt; hier muss man fragen, wie deren Arbeit angesichts solcher zunächst „wissenschaftlich“ anmutender Artikel bewertet wird. Hier ist der Schritt zum Tätigsein ohne Rele-

vanz schnell vollzogen. Hoffen wir, dass die vielen Patienten, die nicht nur zu den Check-Terminen in die Praxis kommen, sondern auch gelegentlich eine Konsultation zu auffälligen Hautbefunden wünschen, kompetente Haut- und Hausärzte finden, die diese Leistung auch ohne GOÄ-Abrechnung durchführen. Und zwar deshalb, weil wir hier die Not vom Anderen her, um mit K. Dörner zu sprechen, erleben, einen Patienten, der sich eben sorgt, kann dies ein Melanom oder bösartiger Tumor sein?

Kollegen anderer Länder erkennen hier den Handlungsbedarf schon lange: „Auffällige und störende Hautveränderungen werden begutachtet, abgemessen, eventuell fotografiert oder entfernt und feingeweblich untersucht, bzw. gemeinsam mit Hautärzten regelmäßige Kontrollen und Absprachen durchgeführt. Regelmäßige Kontrolle kann ihr

Leben retten!“ (gefunden unter: www.arzt-tauplitz.at)

Im pauschalierten Vergütungssystem mit Vollkasko-Mentalität sind die wenigen Leistungen, die tatsächlich extra vergütet werden, selten geworden. Hoffen wir, dass es weiterhin möglich ist, eine wichtige Leistung nicht nur anzubieten, sondern diese auch bezahlt zu bekommen und dem Patienten ein kompetenter Begleiter zu bleiben beim Hautkrebscreening als Sicherheit für unsere Patienten.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dietmar Kühn
Praxis am Park
Röcknitzstraße 1b
17159 Dargun
Tel.: 039959 33840

Leserbrief von Dr. Werner Reininghaus

Trotz epidemiologischer Bedenken ...

Ungern nehme ich die epidemiologischen Bedenken gegen meine jahrelange Bemühung um eine Reduktion der bösartigen Hauterkrankungen zur Kenntnis. Meine erste Melanompatientin ist 1982 daran verstorben, eine zweite folgte 2013. Etliche leben rezidivfrei.

Die routinemäßige Dermatoskopie wird in unserer Praxis nach entsprechender Fortbildung auf einem dermatologischen Kongress mit späteren Vertiefungsseminaren seit 2001 durchgeführt. Zum damaligen Zeitpunkt waren nach Angabe des Referenten ca. 30 % der Dermatologen im Besitz eines Dermatoskops; die Untersuchung wurde nicht vergütet.

Damit haben wir zu Beginn des Hautkrebscreenings mindestens vier quantitativ relevante Kohorten: Hausärzte mit Dermatoskop und ohne sowie Dermatologen mit Dermatoskop und ohne. Was soll da bei einer nicht differenzierenden Evaluation bitte herauskommen?

Nach meinen Erfahrungen ermöglichen einem Hausarzt zwei Seminare zu je zwei Stunden ergänzt durch einen guten Dermatoskopieatlas die geübte Unterscheidung zwischen einem sicher unauffälligen und einem nicht sicher unauffälligen Dermatoskopiebefund. Für eine faire Bewertung des Hautkrebscreenings (HKS) ist es erforderlich, die weit überwiegende Anzahl der Hautveränderungen mit zu berechnen, deren Bewertung als „sicher unauffällig“ die Vorstellung beim Dermatologen erübrigt und damit Ressourcen spart. In diesem Sinn verhindert HKS auch Fehlallokation!

Unser Berufsalltag lehrt uns nun, dass die von uns als nicht sicher unauffällig befundenen Patienten nicht zwingend auf kompetente Dermatologen stoßen, oder auf Hautärzte, bei denen die Handhabung des Dermatoskops als IGeL-Leistung abgerechnet wird.

Dazu kommt ein um sich greifender Analphabetismus (gemessen an den eingehenden Berichten der Fachkollegen), selbst die Übermittlung einer Histologie auf Anforderung ist oft eine Geduldsprobe.

Blieben noch zwei fachliche Einwände. Durch geändertes Freizeitverhal-

ten ist eine Zunahme der UV-Licht induzierten Erkrankungen zu erwarten. Erst ein Vergleich deutscher Zahlen mit denen anderer mitteleuropäischer Staaten mit vergleichbarem Freizeitverhalten ohne Screening würde eine zuverlässige Aussage über den Unwert des Screenings und dessen Gefahr zulassen.

Schließlich der gesundheitserzieherische Wert der Intervention: Erst durch die Schulung zum Hautkrebscreening haben wir flächendeckend begonnen, in der Bevölkerung ein Risikobewusstsein bezüglich der UV-Exposition, die Verantwortung der Eltern für die Hautgesundheit ihrer Kinder zu fördern. Dieser Effekt lässt sich nicht vor Ablauf von 30–50 Jahren messen.

Der Einwand, es würden Krankheiten nicht vermieden, sondern nur Frühstadien erfasst, ist damit verfrüht. Er lässt sich außerdem auch auf den Darmkrebspatienten übertragen, der bei der Vorsorgeuntersuchung über Wechselstühle berichtet und deshalb auch bei negativer Testung auf occultes Blut (ggf. vorzeitig) koloskopiert wird.

Ohne eine Trennung der genannten Kohorten in einer zu fordernden prospektiven Studie wird weiter keine verlässliche

Aussage über den Nutzen und Schaden des Hautkrebscreenings möglich sein.

Die zusätzliche Vergütung des Screenings mit Dermatoskop in der Hausarztzentrierten Versorgung durch die AOK Baden-Württemberg halte ich für eine gute und richtungweisende Entscheidung. Äußerungen des dermatologischen Fachverbandes lassen mich allerdings eher zweifeln, ob eine Studie von fachärztlicher Seite unterstützt wird.

Antwort von Dr. Jürgen Tacke

Der Vorwurf der „anderen Interessen“ ist – auf mich bezogen – aus der Luft gegriffen. Vielmehr stellt sich die Frage, ob einzelne Personen aus persönlichen und ökonomischen Interessen die Einführung des Hautkrebscreenings (HKS) durchgesetzt haben.

Ein niedergelassener Arzt generiert mehr Einnahmen, wenn er am HKS teilnimmt. In der KV Nordrhein werden sogar Operationen im Zusammenhang mit dem HKS extrabudgetär bezahlt. Im Umkehrschluss: Nicht am HKS teilzunehmen bedeutet, auf „sichere“ Einnahmen zu verzichten. Aber es bedeutet auch, nicht tagtäglich eine Untersuchung ohne Nutznachweis anbieten zu müssen. Die ärztliche Freiheit wird gestärkt, da die Indikationsstellung nicht durch ökonomische Anreize gefährdet wird [1]. In diesem Zusammenhang trifft ein Satz von Herrn Dr. Kühn ins Mark: Wenn die wissenschaftliche Kritik am HKS zuträfe, dann wäre „der Schritt zum Tätigsein ohne Relevanz schnell vollzogen“.

Der Versuch, die Kritik am HKS auf das Niveau einer Verschwörungstheorie zu reduzieren, hilft nicht weiter. Die Aussagen in meinem Beitrag sind detailliert belegt und zuvor von Wissenschaftlern, Haus- und Hautärzten überprüft worden [2]. Dass die Wirklichkeit zuwei-

Derweil werde ich, vergütet oder nicht, an meiner Übung des Gebrauchs des Dermatoskops für den überschaubaren Rest meiner Berufsjahre festhalten – trotz epidemiologischer Bedenken.

Interessenkonflikte: DEGAM-Mitglied in eigener Landpraxis, Weiterbilder und Referent in der Verbundweiterbildung, beim Tag der Allgemeinmedizin und in der HKS-Schulung

len an Verschwörung erinnert, ist nicht mir vorzuwerfen.

Die Behauptung „regelmäßige Kontrolle kann ihr Leben retten“ ist nicht zu widerlegen. Sie mag für den Einzelfall zutreffen. Aber die Aussage, das HKS senke die Melanom-Mortalität in Deutschland, ist überprüft worden und nach vorliegenden Fakten falsch.

Die Melanom-Mortalität mag in 30–50 Jahren sinken. Ob in diesem Fall allerdings die Intervention oder völlig andere Faktoren ursächlich sein werden, dürfte angesichts des unprofessionellen Programm-Monitorings beim HKS ein ewiges Rätsel bleiben. Herr Dr. Reininghaus schlägt ergänzende Studien vor. Diese sind sogar explizit in der Krebsfrüherkennungsrichtlinie vorgesehen. Nur hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seit sieben Jahren davon keinen Gebrauch gemacht. Über Gründe darf spekuliert werden: Wer annimmt, dass das HKS so nicht funktionieren kann, der wirft dem schlechten Geld der Versicherten nicht noch gutes hinterher. Darüber hinaus schaffen Studiendaten Transparenz. Ob dem G-BA daran gelegen ist?

Beide Autoren sprechen sich für eine Fortführung des HKS aus und beide verweisen auch auf die wirtschaftliche Situation im niedergelassenen Bereich. In dieser Situation sind extrabudgetäre Leistungen willkommen. Gewöhnt an

Korrespondenzadresse

Dr. med. Werner Reininghaus
 Facharzt für Allgemeinmedizin –
 Palliativmedizin
 Akademische Lehr- und Forschungspraxis
 der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
 Freudensteiner Straße 1
 75438 Knittlingen
 Tel.: 07043 93540
 info@allgemeinmedizin-knittlingen.de

die HKS-Alimentierung dürfte daher die Neigung groß sein, die derzeitige Inszenierung der Hautkrebs-Früherkennung in Deutschland aufrechtzuerhalten. Verkommt die Früherkennung zu einem fragwürdigen Ritual? [3]

Korrespondenzadresse

Dr. med. Jürgen Tacke, MPH (USA)
 Bremsstraße 19
 50969 Köln
 Tel.: 0221 9364140
 juergentacke@yahoo.de

Literatur

1. Klinkhammer G. Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung: Indikation als Kernstück der ärztlichen Identität. Dtsch Arztebl 2015; 112: A-1375
2. Gemeinsame Stellungnahme von Ärzten und Wissenschaftlern zum BQS-Bericht vom 11. März 2015. www.melanom-info.org/sites/default/files/bilder/Stellungnahme-HKS-Juni-2015.pdf
3. Berndt C, Pilger V. Ärzte, Heilmittel und Rituale – Medizin ist Show. www.sueddeutsche.de/wissen/aerzte-heilmittel-und-rituale-medizin-ist-show-1.912199 (letzter Zugriff am 17.08.2015)

Leserbriefe an die ZFA reichen Sie bitte online über den Editorial Manager ein (www.editorialmanager.com/zfa). Wenn „alle Stricke reißen“, können Sie auch einen der Herausgeber (Adressen im Impressum) anschreiben.