

Hautkrebs-Screening aus Patient*innen-Sicht:

Report und Zusammenfassung einer Online-Befragung mit 166 Hautkrebs-Patient*innen

Elisa Großmann und Dr. Inga-Marie Hübner

Februar 2021

Schlüsselergebnisse:

- In Bezug auf die **Gründlichkeit/Vollständigkeit bei der Durchführung der standardisierten Ganzkörperuntersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (HKS) zeigen sich deutlichen Schwächen**: Bei 65 % bzw. über 46 % der Befragten erfolgte keine Inspektion der Genitalien bzw. des Gesäßes inkl. des Afters. Auch die Zehenzwischenräume und der Bereich zwischen den Fingern wurden häufig nicht betrachtet (fast 35 % bzw. etwas über 26 %).
- Es findet **nicht ausreichend primärpräventive und Risikoberatung im Rahmen des HKS** statt: Über 40 % erhielten keine Hinweise zu Verhaltensweisen der Primärprävention, wie das Vermeiden eines Sonnenbrandes und bei fast 60 % wurde nicht über das Hautkrebsrisiko von Familienmitgliedern besprochen. Informationen zur Hautselbstuntersuchungen wurden wenig erhalten (nur ca. 30 % berichten davon) und über ¾ der Befragten haben keine schriftlichen Informationen zur Prävention von Hautkrebs erhalten.
- Die **Durchführungsqualität des HKS ist abhängig von soziodemographischen Parametern wie Geschlecht**: Bei männlichen Patienten wurden z.B. im Rahmen des HKS die Genitalien (52 % vs. 25 %; $p=0,002$) und das Gesäß (65 % vs. 45 %; $p=0,039$) häufiger untersucht als bei weiblichen Patientinnen.

Einordnung

In Deutschland kann das Hautkrebs-Screening (HKS) seit 2008 als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen alle zwei Jahre ab einem Alter von 35 Jahren in Anspruch genommen werden. Evaluative Studien zeigen, dass durch das HKS eine Verschiebung des Diagnosezeitraums hin zu früheren Stadien erwirkt (Breitbart et al., 2012; Hübner et al., 2017; Waldmann et al., 2012), was ein wichtiges Ziel der Screeningmaßnahme darstellt.

Vor dem Hintergrund dieser positiven Effekte ist es besonders bedeutsam, auch in Zukunft die Qualität des HKS aufrechtzuerhalten. Allerdings kommt es von Seiten der Patient*innen immer wieder zu Berichten, dass die im HKS enthaltene standardisierte Ganzkörperuntersuchung nicht gewissenhaft von den durchführenden Ärzt*innen absolviert wurde. Aus diesem Grund geht die hier beschriebene und vom Hautkrebs-Netzwerk Deutschland (HKND) und der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) e.V. initiierte Studie den Fragen der Patient*innenwahrnehmung und den individuellen Erfahrungen mit dem HKS der untersuchten Personen nach. Fokus wird dabei auf Personen gelegt, die in der Vergangenheit bereits eine oder mehrere Hautkrebsdiagnosen erhalten haben. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Personen besonders für das Thema sensibilisiert sind und sie ein großes Augenmerk auf eine korrekte und gründliche Untersuchung legen.

Die Studie ergänzt damit die Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Studie des Nationalen Krebshilfemonitorings (Görig, Schneider, Breitbart, & Diehl, in review), in welcher die Erfahrungen mit dem HKS auf Bevölkerungsebene eruiert werden. Diese konnte deutliche Defizite bei der Durchführung der standardisierten Ganzkörperuntersuchung aufzeigen und ermitteln, dass sich die Qualität der Untersuchung sowie der Beratung nach der Spezialisierung des durchführenden Arztes/ der Ärztin (dermatologischer Hintergrund vs. allgemeinmedizinischer Hintergrund) unterscheidet.

Methode

Die Befragung fand über das Online-Tool *SurveyMonkey* zwischen Juni und November 2020 statt. Die Zielgruppe der Erhebung sind Personen, die in der Vergangenheit bereits eine oder mehrere Hautkrebsdiagnosen erhalten haben und nach Therapieabschluss in Form einer eigenständigen Untersuchung oder im Rahmen einer Nachsorge das HKS in Anspruch genommen haben. Informationen zur Teilnahme und Teilnahmeoptionen wurden mit Hilfe eines Flyers über Netzwerke und Internetauftritte des HKND und der ADP verbreitet.

Themenschwerpunkte der Befragung sind die Teilnahme und Umstände des HKS, die Qualität der Ganzkörperuntersuchung sowie der Beratungen im Rahmen des HKS. Darüber hinaus wurden die erlebten Belastungen durch das HKS abgefragt. Insgesamt umfasst die Befragung eine ungefähre Bearbeitungsdauer von zehn Minuten. Dabei wurden 38 Fragen gestellt, wobei die Frage zu den untersuchten Körperbereichen bei der Ganzkörperuntersuchung in 13 Unterfragen aufgespalten wurde. Neben den hauptsächlich geschlossenen Fragen und Unterfragen wurden zudem drei offene Fragen gestellt.

Die Auswertung fand mithilfe von IBM SPSS Statistics, Version 27 statt. Die Daten wurden deskriptiv und mittels chi²- und t-Tests analysiert.

Ergebnisse

Es wurde eine Stichprobe von n=166 Hautkrebs-Patient*innen erreicht. Dabei sind ca. 64 % der Befragten weiblichen und 36 % männlichen Geschlechts. Das mittlere Alter der Patient*innen zum Zeitpunkt der Erhebung beträgt 58 Jahre (SD=13,76). 99 % der Befragten berichten über eine deutsche Staatsangehörigkeit und 73 % der Patient*innen sind gesetzlich versichert. 67 % der Teilnehmer*innen sind verheiratet oder in einer Partnerschaft.

Hautkrebsdiagnose und Teilnahme am HKS

Über die Hälfte der Hautkrebs-Patient*innen haben ein malignes Melanom (52 %), etwa 18 % ein Basalzellkarzinom und 7 % ein Plattenepithelkarzinom. Bei etwa 34 % der Befragten wurde schon mehr als ein Hautkrebs diagnostiziert. 61 % der Patient*innen entdeckten ihren ersten Hautkrebs selbst oder durch einen Angehörigen oder Bekannten und bei 24 % wurde der erste Hautkrebs im Rahmen des HKS erkannt. Dabei haben 71 % der Teilnehmer*innen bereits vor ihrer Hautkrebsdiagnose ein Hautkrebscreening durchführen lassen und 90 % seit der Diagnose. Alle Teilnehmer*innen haben ihr letztes Screening von einer/einem Dermatolog*in durchführen lassen. 55 % das HKS zusammen mit der Krebsnachsorge und 43 % als eigenständige Untersuchung in Anspruch genommen.

Durchführung der standardisierten Ganzkörperuntersuchung

Im Rahmen des letzten HKS wurde bei allen Befragten der Oberkörper untersucht, bei ca. 98 % die Arme und Beine sowie bei etwa 94 % der Kopf (vgl. Tabelle 1). Dahingegen wurden bei über der Hälfte der Patient*innen der Mund/ die Mundschleimhaut, bei 65 % die Genitalien, bei 48 % das Gesäß (inkl. After), bei 36 % die Zehen- und bei 27 % die Fingerzwischenräume nicht untersucht. Hinsichtlich der Untersuchung der Genitalien und des Gesäßes ist ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied zu erkennen. So wurden bei männlichen Patienten im Rahmen des HKS die Genitalien (52 % vs. 25 %; p=0,002) und das Gesäß (65 % vs. 45 %; p=0,039) häufiger untersucht als bei weiblichen Patientinnen.

Tabelle 1: Im Rahmen des HKS untersuchte Körperbereiche nach Geschlecht der Befragten

	Gesamt	Männlich	Weiblich	p-Wert (chi ²)
Kopf	93,8 %	93,3 %	94,0 %	0,873
Ohren	78,3 %	76,9 %	79,0 %	0,795
Mund/ Mundschleimhaut	45,0 %	43,6 %	45,7 %	0,829
Kopfhaut	81,1 %	80,0 %	81,7 %	0,814
Oberkörper	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
Arme	97,7 %	97,8 %	97,6 %	0,948
Hände (Handinnenfläche und Handrücken)	86,6 %	81,8 %	89,2 %	0,248
Zwischen den Fingern	73,6 %	70,5 %	75,3 %	0,557

Genitalien	34,5 %	52,4 %	24,7 %	0,002*
Gesäß (inkl. After)	51,7 %	65,0 %	45,0 %	0,039*
Beine	97,7 %	100,0 %	96,4 %	0,205
Füße	92,2 %	95,5 %	90,5 %	0,319
Zehenzwischenräume	65,3 %	59,0 %	68,2 %	0,314

* signifikant bei $p=0,05$

Beratungen im Rahmen des HKS

Über die Hälfte der Befragten wurde, wie in Tabelle 2 dargestellt, über die Chancen und Risiken des HKS aufgeklärt. Im Rahmen des Screenings wurden ca. 44 % der Teilnehmer*innen nicht primärpräventiv beraten und 70 % erhielten keine Informationen zur Durchführung einer Selbstuntersuchung der Haut. Darüber hinaus sprachen die screenenden Dermatolog*innen bei 60 % der Befragten das familiäre Hautkrebsrisiko nicht an. Die Patient*innen wurden mit einem Mittelwert von 2,44 (SD=1,04) auf einer Skala von 1-4 (1=ich wurde sehr umfassend aufgeklärt, 4= ich wurde gar nicht aufgeklärt) umfassend bis wenig zu ihrem persönlichen Risiko aufgeklärt. Insgesamt waren die Befragten zufrieden mit der Zeit, die der Arzt/ die Ärztin Ihnen während des HKS gewidmet hat (MW=1,86; SD=0,96, Skala: 1-4 (1=sehr zufrieden, 4=sehr unzufrieden)).

Tabelle 2: Beratungen im Rahmen des HKS

	Gesamt
Wurden Sie über Risiken und Chancen des Hautkrebs-Screenings aufgeklärt?	54,2 %
Hat der Arzt/ die Ärztin Sie zur Prävention beraten?	56,3 %
Haben Sie von Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin schriftliche Informationen zur Prävention von Hautkrebs erhalten?	23,4 %
Haben Sie von Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin Informationen erhalten, wie Sie eine Selbstuntersuchung der Haut durchführen können?	30,5 %
Hat der Arzt/ die Ärztin mit Ihnen über das Hautkrebsrisiko von Familienmitgliedern gesprochen?	40,5 %
Inwiefern hat Sie Ihr Arzt/ Ihre Ärztin über Ihr persönliches Risiko aufgeklärt? (MW (SD))	2,44 (1,04)
Wie zufrieden waren Sie im Allgemeinen mit Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin in Bezug auf die Zeit, die er Ihnen während des letzten Hautkrebs-Screenings gewidmet hat? (MW (SD))	1,86 (0,96)

Erlebte Belastungen während des Screenings

In Hinblick auf das Erleben des HKS ist zu erkennen, dass die Befragten die Untersuchung vor Ihrer Hautkrebs-Diagnose als weniger belastend empfanden als danach (MW=3,49; SD=0,67 vs. MW=2,62; SD=0,94; $p<0,001$). Dabei erlebten weibliche Patient*innen im HKS nach der Diagnose eine höhere

Belastung als männliche (MW=2,51; SD=0,86 vs. MW=3,13; SD=0,90; $p=0,001$). Vor der Diagnose ist kein geschlechtsspezifischer Unterschied im Belastungsempfinden zu erkennen. Als Grund für die Belastung wird hauptsächlich die Sorge vor einer erneuten Hautkrebsdiagnose genannt. Bei 70 % der Befragten ist der Arzt/ die Ärztin zufriedenstellend auf die Sorgen des Patienten/ der Patientin eingegangen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die hier dargestellten Ergebnisse heben einen deutlichen Optimierungsbedarf bei der ärztlichen Durchführung des HKS hervor. So zeigen sich aus Patient*innenperspektive Defizite bei der Durchführung der standardisierten Ganzkörperuntersuchung. Einige Körperregionen wie die Genitalien und die Mundschleimhaut werden häufig nicht betrachtet, wodurch auffällige Läsionen in diesen Bereichen durch das Screening nicht detektiert werden können. Auch die vorgesehene und besonders bei Hautkrebspatient*innen bedeutsamen Beratung zu protektiven Verhaltensweisen, individuellen Risikofaktoren und zur Durchführung der Hautselbstuntersuchung findet aus Sicht der Patient*innen häufig nicht statt. Darüber hinaus ist es bedeutsam, den Einfluss soziodemographischer Parameter wie Geschlecht auf das Untersuchungsprozedere zu minimieren. Ziel sollte es sein, allen Personen unabhängig ihrer sozialen Parameter ein qualitativ hochwertiges und standardisiertes Hautkrebs-Screening anzubieten. Durch diese Patient*innen-Befragung wird trotz ihrer methodischen Limitationen (z.B. keine repräsentative Stichprobe) der Bedarf an Qualitätssicherungsmaßnahmen beim HKS deutlich sichtbar, den auch Görig et al. (in review) bereits aus ihrer repräsentativen Erhebung ableiten.

In Summe lässt sich vor diesem Hintergrund die Notwendigkeit einer Qualitätsinitiative formulieren, in der sowohl die Durchführungsqualität als auch die Chancengleichheit aller Bevölkerungsteile adressiert werden. Notwendig ist es dabei, das Wissen über die derzeitigen Defizite im Rahmen des Fortbildungsprogramms Hautkrebs-Screening zu berücksichtigen und sicherzustellen, dass sich neu ausgebildete Ärzt*innen eine höhere Untersuchungsqualität aneignen und diese aufrechterhalten. Das Fortbildungsprogramm ist zudem in seiner Effektivität vor allem in Hinblick auf langfristige Effekte zu evaluieren, wobei eine kontinuierliche Qualitätssicherung etabliert werden sollte. Darüber hinaus gilt es, Qualitätssicherungsmaßnahmen auch bei allen das HKS durchführenden Ärzt*innen anzustoßen. Hierbei sind weitere Analysen hinsichtlich hemmender Faktoren von Seiten der Ärzt*innen ebenso bedeutsam wie die Förderung der Informierung und Sensibilisierung beteiligter Personengruppen zur Steigerung des Qualitätsbewusstseins bei den durchführenden Ärzt*innen sowie zum Ausbau der qualitätsorientierten Inanspruchnahme durch Patient*innen.

Literatur

- Breitbart, E. W., Waldmann, A., Nolte, S., Capellaro, M., Greinert, R., Volkmer, B., & Katalinic, A. (2012). Systematic skin cancer screening in Northern Germany. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *66*(2), 201-211. doi:10.1016/j.jaad.2010.11.016
- Görig, T., Schneider, S., Breitbart, E. W., & Diehl, K. (in review). 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.
- Hübner, J., Waldmann, A., Geller, A. C., Weinstock, M. A., Eisemann, N., Noftz, M., . . . Katalinic, A. (2017). Interval cancers after skin cancer screening: incidence, tumour characteristics and risk factors for cutaneous melanoma. *British journal of cancer*, *116*(2), 253-259. doi:10.1038/bjc.2016.390
- Waldmann, A., Nolte, S., Weinstock, M. A., Breitbart, E. W., Eisemann, N., Geller, A. C., . . . Katalinic, A. (2012). Skin cancer screening participation and impact on melanoma incidence in Germany--an observational study on incidence trends in regions with and without population-based screening. *British journal of cancer*, *106*(5), 970-974. doi:10.1038/bjc.2012.22