

Zur aktuellen Debatte des Hautkrebs-Screenings in der Öffentlichkeit:

Einordnung einer möglichen Einschränkung des Hautkrebscreenings für gesetzlich Versicherte in Deutschland.

Eine Stellungnahme des onkoderm e.V.: Bonn, 12.05.2026

Die geplante Neubewertung des Hautkrebscreenings im Rahmen gesundheitspolitischer Maßnahmen zur Kostenreduktion hat eine grundlegende Debatte über Nutzen, Zielparameter und Evidenzbasis dieses etablierten Präventionsangebots ausgelöst [1]. Während in der aktuellen Diskussion insbesondere das Fehlen eines eindeutigen Mortalitätsrückgangs im Vordergrund steht, greift eine derart eindimensionale Betrachtung aus klinischer und versorgungswissenschaftlicher Sicht zu kurz. Hautkrebscreening ist ein komplexes Instrument der Sekundärprävention, dessen Nutzen sich nicht ausschließlich an der Reduktion von Todesfällen bemisst, sondern ebenso an der frühzeitigen Diagnose, der Vermeidung fortgeschrittener Erkrankungsstadien sowie der Reduktion von Morbidität und Therapiebelastung. Vor dem Hintergrund erheblicher Fortschritte in der dermato-onkologischen Therapie – insbesondere durch die Einführung adjuvanter und neoadjuvanter Immuntherapien – bedarf die bestehende Evidenz einer differenzierten Neubewertung. Ziel dieser Stellungnahme ist es daher, zentrale Argumente für den fortbestehenden klinischen und gesundheitspolitischen Stellenwert des Hautkrebscreenings darzulegen und eine ausgewogene, an patientenrelevanten Endpunkten orientierte Bewertung anzuregen. Dabei müssen einige Punkte obligat mit einbezogen werden, die derzeit noch nicht oder zu wenig berücksichtigt wurden.

1) Mortalität allein ist ein zu enger Endpunkt

Die zentrale Schwäche des Streichungsarguments ist, dass es den Nutzen des Screenings fast ausschließlich an der Hautkrebsmortalität festmacht. Für Melanom-Screening wird in der Fachliteratur aber seit langem darauf hingewiesen, dass „survival is not the only valuable end point“ ist: Relevante Endpunkte sind auch Tumordicke/Breslow, Stadium bei Diagnose, Morbidität, Operationsumfang, systemische Therapien, Lebensqualität und psychosoziale Folgen. Eine Cochrane-Übersicht zu Melanom-Screening benennt als primäre Outcomes ebenfalls nicht nur Mortalität, sondern auch Überdiagnosen und Lebensqualität/psychosoziale Konsequenzen [2].

Wer Hautkrebscreening nur daran misst, ob die Gesamtzahl der Todesfälle bereits eindeutig sinkt, blendet patientenrelevante Vorteile früher Diagnose aus. Bei Hautkrebs sind Morbidität, Stadium, Tumordicke, Therapieintensität und Lebensqualität mindestens mit zu bewerten.

2) Früherkennung verschiebt Diagnosen in frühere Stadien

Für Deutschland zeigen Auswertungen der Screening-Evaluation, dass nach Einführung des Screenings die Inzidenz früher Melanomstadien zunahm; eine Analyse berichtet ausdrücklich einen Anstieg der frühen Stadien (in situ und T1) über mindestens neun Jahre. Auch internationale Screening-Daten zeigen vermehrte Diagnosen von thin/in situ melanoma in gescreenten Gruppen[3]. Dieser Shift von invasiven Tumoren bzw. Melanomen mit höherer Tumordicke und damit verbundenem höheren Risiko für Progress (sowie assoziierten höheren Kosten für Diagnostik und Therapie) zu frühen Stadien bzw. in situ Melanomen ist erfreulich.

Ein Screening soll biologisch und klinisch zunächst zu einer Stadienverschiebung führen. Genau dafür gibt es Daten: Frühstadien – insbesondere Melanoma in situ und T1-Melanome – werden häufiger erkannt. Dies als „bloß fehlende Mortalitätsreduktion“ abzutun, verkennt den Mechanismus, über den Screening überhaupt wirken kann.

3) Frühere Diagnose bedeutet in der Regel weniger Morbidität und weniger belastende Therapie

Die Literatur zum Melanom-Screening nennt als patientenrelevanten Nutzen der Früherkennung ausdrücklich die Reduktion von Morbidität durch geringere Tumordicke und frühere Stadien. Zusätzlich zeigen Daten aus der Pandemie, dass Diagnoseverzögerungen mit einer Verschiebung in ungünstigere Stadien verbunden waren; in einer europaweiten gesundheitsökonomischen Analyse wurden durch verzögerte Melanomdiagnosen während COVID-19 insgesamt 111.464 ‚verlorene Lebensjahre‘ und erhebliche Folgekosten geschätzt. Andere Analysen berichten ebenfalls ungünstigere Tumorcharakteristika nach pandemiebedingten Verzögerungen [2,4–6] .

Auch wenn der Mortalitätsnachweis schwierig ist, kann spätere Diagnose klinisch nicht als ‚neutral‘ eingeordnet werde. Spätere Diagnosen bedeuten typischerweise höhere Tumordicke, aufwendigere Operationen, häufiger Sentinel-Lymphknoten-Diagnostik, häufiger systemische Therapie und damit mehr Morbidität sowie höhere Folgekosten.

4) Ein Großteil der Evidenzbasis stammt aus der Vor-Immuntherapie-Ära wodurch Mortalitätsvergleiche nur eingeschränkt übertragbar sind

Die deutsche Programmgrundlage stammt aus der Schleswig-Holstein-Pilotphase 2003/2004; das bundesweite Screening wurde 2008 eingeführt. Das BMG selbst beschreibt diese historische Evidenzbasis und hält fest, dass die Datenlage weiter evaluiert werden muss. Moderne adjuvante und neoadjuvante Melanomtherapien kamen aber erst deutlich später: Die EMA-Zulassungen von Nivolumab und Pembrolizumab im adjuvanten Setting 2018/2019 markiert hier einen Wendepunkt. Die aktuelle europäische Konsensusleitlinie empfiehlt heute neoadjuvante Immuntherapie für Stadium III mit Makrometastasen sowie adjuvante Anti-PD-1-Therapie für resezierte Stadien IIB–IIIC [7,8].

Die Mortalitätskritik stützt sich überwiegend auf Daten aus einer Ära, in der die heutigen adjuvanten und neoadjuvanten Konzepte noch gar nicht verfügbar waren. Gerade deshalb ist frühe Diagnose heute potenziell relevanter als früher: Ein früher erkanntes, noch resektables Hochrisiko-Melanom eröffnet therapeutische Optionen, die in der derzeit verwendeten Datengrundlage so noch nicht abgebildet war.

5) Das Screening betrifft nicht nur Melanome, sondern auch Non-Melanoma Skin Cancer

Das deutsche Hautkrebscreening ist kein „Melanom-only“-Programm. In der Schleswig-Holstein-Auswertung wurden während des Screenings 3103 Hauttumoren dokumentiert, darunter 585 maligne Melanome, aber auch 1961 Basalzellkarzinome und 392 Plattenepithelkarzinome. Neuere Modellierungen für Deutschland bewerten ausdrücklich MM, SCC und BCC gemeinsam. Für Europa gilt zudem: Nichtmelanozytäre Hautkrebsformen – vor allem BCC und SCC – sind die häufigsten malignen Neoplasien; während BCC selten tödlich ist, trägt SCC wesentlich zur NMSC-Mortalität bei (insbesondere im Kontext von Immunsuppression, Patienten in hohem Lebensalter, bei vorliegenden hämatoonkologischen Grunderkrankungen etc) [3,9].

Wird der Nutzen des Screenings allein an Melanomtodesfällen gemessen, wird systematisch sein Gesamtnutzen unterschätzt. Das Programm entdeckt in großer Zahl auch Basalzell- und Plattenepithelkarzinome – also genau die Tumoren, die im Versorgungsalltag den größten Teil der Hautonkologie ausmachen.

6) Auch andere dermatologische Befunde werden bei der Ganzkörperuntersuchung erfasst aber in der aktuellen Debatte kaum abgebildet

Die Ganzkörperuntersuchung identifiziert nicht nur die „Indexläsion“, sondern regelmäßig inzidentelle zusätzliche Läsionen. In einer JAMA-Network-Open-Kohorte mit 4726 Patientinnen und Patienten wurden 1117 maligne Läsionen gefunden; 22 % davon wurden inzidentell durch die Total-Body-Skin-Examination (TBSE) entdeckt [10]. Weitere TBSE-Arbeiten kommen zu dem Schluss, dass Ganzkörperuntersuchungen zahlreiche sonst unerkannte kutane Malignome aufdecken können. Für nichtonkologische dermatologische Befunde ist der populationsbezogene Nutzen zwar deutlich schlechter quantifiziert, aber der diagnostische Mehrwert der vollständigen Hautinspektion jenseits einer einzelnen Verdachtsläsion ist gut plausibel [10,11].

7) „Keine Unterschiede zu anderen europäischen Ländern“ ist als Gegenargument methodisch inkorrekt

Einfache Ländervergleiche „mit Screening vs. ohne Screening“ sind problematisch, weil Melanom-Inzidenz, UV-Exposition, Registerqualität, Zugang zu Dermatologie, Früherkennungspraxis und Therapiezugang zwischen europäischen Ländern stark variieren. Die europäische Literatur zeigt erhebliche Unterschiede bei Überleben und Mortalität: 5-Jahres-Überleben liegt in Nord-/Westeuropa bei über 90 %, in Teilen Osteuropas aber unter 60 %; neuere EURO CARE-Daten zeigen weiterhin deutliche regionale Ungleichheiten in der Versorgung [12]. Gerade deshalb taugen Querschnittsvergleiche zwischen Ländern nur begrenzt als Beleg gegen ein Screeningprogramm. Der Verweis auf andere europäische Länder hat ökonomische, strukturelle und organisatorische Einflüsse und ist als einzelnes Argument stark störanfällig. Europäische Unterschiede in Mortalität und Überleben spiegeln nicht nur Screening, sondern auch Versorgungszugang, Registerqualität, Stadium bei Diagnose und moderne Therapieoptionen wider [12,13].

8) Gerade „Melanoma in situ“ sollte als Kernendpunkt mitbetrachtet werden – aber nicht isoliert

Wenn der Staat ein Screening evaluiert, sind Melanoma in situ, T1-Tumoren, Breslow-Dicke, Intervallkarzinome und Therapieintensität die naheliegenden Programmendpunkte. Die deutsche Evaluation berichtet einen anhaltenden Zuwachs von in situ- und T1-Melanomen. Zugleich mahnt die Methodik-Literatur, dass ein bloßer „stage shift“ nicht automatisch Mortalitätsnutzen beweist [14]. Genau daraus folgt aber nicht, dass man ihn ignorieren sollte, sondern dass man

ihn zusammen mit Morbidität, Intervallkarzinomen und Therapiebedarf interpretieren muss. Melanoma in situ ist kein nebensächlicher Befund, sondern ein zentraler Screening-Endpunkt. Todesfälle allein greifen zu kurz; richtig ist eine mehrdimensionale Bewertung aus in situ/T1-Anteilen, Breslow-Dicke, Intervallkarzinomen, Morbidität und Therapieaufwand [3,14] .

Eingeräumt werden muss, dass für das deutsche populationsweite Screening bislang kein eindeutig belastbarer Beleg vorliegt, dass auf Bevölkerungsebene die Melanom- oder Hautkrebsmortalität sinkt; genau das hält auch das BMG fest [1]. Ebenso ist Überdiagnostik bei Melanom ein reales Thema. Daraus folgt aber nicht zwingend, dass das Screening nutzlos ist, sondern eher, dass die falschen Endpunkte zu eng gewählt wurden und die Evaluation in die heutige Therapieära aktualisiert werden muss. Die geplante Streichung des Hautkrebscreenings ist medizinisch nicht überzeugend begründet, wenn sie fast ausschließlich auf den bisher fehlenden eindeutigen Mortalitätsnachweis abstellt. Hautkrebscreening hat seinen plausibelsten und am besten nachweisbaren Nutzen in der früheren Diagnose – insbesondere von Melanoma in situ und T1-Melanomen – sowie in der Entdeckung zahlreicher Basalzell- und Plattenepithelkarzinome. Gerade in der heutigen Ära adjuvanter und neoadjuvanter Melanomtherapien ist frühe Diagnostik klinisch relevanter als in der historischen Evidenzbasis vor 2018/2019. Eine sachgerechte Bewertung muss daher neben Todesfällen auch Morbidität, Stadium, Tumordicke, Intervallkarzinome, Therapieintensität, Lebensqualität und die Erfassung nichtmelanozytärer Hauttumoren berücksichtigen.

Bonn, 12.05.2026

Prof. Dr. med. Hjalmar Kurzen, Freising

Erster Vorsitzender onkoderm e.V:

Dr. med. Hanspeter Prieur, Duisburg

Stellv. Vorsitzender onkoderm e.V.

Prof. Dr. Dr. med. Sven Quist, Mainz

Dr. med. Harald Brüning, Kiel

Prof. Dr. med. Uwe Reinhold, Bonn

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. univ. Lukas Kofler, Biberach

QUELLEN

- [1] Hautkrebsscreening: G-BA beauftragt Machbarkeitsstudie zur Verbesserung der Evaluation n.d. <https://www.g-ba.de/service/fachnews/230/> (accessed April 24, 2026).
- [2] Curiel-Lewandrowski C, Kim CC, Swetter SM, et al. Survival Is Not the Only Valuable End Point in Melanoma Screening. *J Invest Dermatol* 2012;132:1332–7. <https://doi.org/10.1038/jid.2012.3>.
- [3] Baltus H, Hübner J, Garbe C, et al. Evaluation of skin cancer screening in Germany – a Microsimulation. *J Dtsch Dermatol Ges* 2025;23:19–27. <https://doi.org/10.1111/ddg.15539>.
- [4] Johansson M, Brodersen J, Gøtzsche^a PC, et al. Screening for reducing morbidity and mortality in malignant melanoma. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;2019:CD012352. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012352.pub2>.
- [5] Maul LV, Jamiolkowski D, Lapidus RA, et al. Health Economic Consequences Associated With COVID-19–Related Delay in Melanoma Diagnosis in Europe. *JAMA Netw Open* 2024;7:e2356479. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.56479>.
- [6] Apostu AP, Vesa Ștefan C, Frățilă S, et al. The effects of the COVID-19 pandemic on the diagnosis and prognosis of melanoma 2 years after the pandemic in two Romanian counties. *Front Med* 2024;11:1328488. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1328488>.
- [7] Donia M, Jespersen H, Jalving M, et al. Adjuvant immunotherapy in the modern management of resectable melanoma: current status and outlook to 2028. *ESMO Open* 2025;10:104295. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2025.104295>.
- [8] Garbe C, Amaral T, Peris K, et al. European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 2: Treatment – Update 2024. *Eur J Cancer* 2025;215:115153. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2024.115153>.
- [9] Katalinic A, Eisemann N, Waldmann A. Skin Cancer Screening in Germany. *Dtsch Ärzteblatt Int* 2015. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0629>.
- [10] Omara S, Wen D, Ng B, et al. Identification of Incidental Skin Cancers Among Adults Referred to Dermatologists for Suspicious Skin Lesions. *JAMA Netw Open* 2020;3:e2030107. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.30107>.
- [11] Jiang A, Jefferson IS, Robinson SK, et al. Skin cancer discovery during total body skin examinations. *Int J Women’s Dermatol* 2021;7:411–4. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2021.05.005>.
- [12] Crocetti E, Bennett D, Jooste V, et al. Skin melanoma survival is improving in Europe but regional differences persist: Results of the EURO CARE-6 study. *Eur J Cancer* 2025;231:116061. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2025.116061>.

[13] Forsea A-M. Melanoma Epidemiology and Early Detection in Europe: Diversity and Disparities. Dermatol Pr Concept 2020;10:e2020033. <https://doi.org/10.5826/dpc.1003a33>.

[14] Owens L, Gulati R, Etzioni R. Stage Shift as an Endpoint in Cancer Screening Trials: Implications for Evaluating Multicancer Early Detection Tests. Cancer Epidemiology, Biomark Prev 2022;31:1298–304. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.epi-22-0024>.

Pressekontakt:

onkoderm e.V.

Klaus M. Hartgens

news@onkoderm.de

Presse-Fon: 015256710529

Am Hauptbahnhof 6

53111 Bonn