

# Hautmalignome in der dermatologischen Praxis

## Eine Qualitätskontrolle

### Zusammenfassung

**Hintergrund und Fragestellung.** Kampagnen zur Früherkennung des malignen Melanoms und die Zunahme aktinischer Hautschäden beeinflussen den dermatologischen Alltag. Ergibt sich daraus die Möglichkeit einer Qualitätskontrolle in der dermatologischen Praxis?

**Patienten/Methodik.** Während der Zeitspanne eines Jahres werden alle Diagnosen registriert und bei Tumorexzisionen die klinische Verdachtsdiagnose mit dem histopathologischen Resultat verglichen.

**Ergebnisse.** Von den 3.004 Diagnosen werden 56% bei weiblichen, 44% bei männlichen Patienten gestellt; 40,5% betreffen pigmentierte oder unpigmentierte Hauttumoren; 49% von 291 Exzisionen Malignome (107 Basalzell-, 20 Stachelzellkarzinome, 16 Melanome), 11,7% maligne Präkursoren; 44 klinisch atypische Nävi entsprechen in 48% histopathologisch dysplastischen Nävi und nie einem Melanom; 59 klinisch gutartige Hautneoplasien entsprechen histopathologisch nie einem Malignom. In 71,8% stimmt die Klinik mit dem histopathologischen Resultat überein.

**Schlussfolgerungen.** Diese Studie zeigt in Übereinstimmung mit der Literatur, dass der Dermatologe mit einem Minimum an Exzisionen eine qualitativ hochstehende Malignomtherapie und -prophylaxe betreibt und somit kompetentester Partner der Patienten wie der Kostenträger im Gesundheitswesen ist.

### Schlüsselwörter

Hautkrebs · Übereinstimmung Klinik/  
Histopathologie · Ratio benigna/maligna

In den letzten hundert Jahren hat sich in der Schweiz der Anteil der Senioren (65 Jahre und älter) verdoppelt und entspricht heute rund 15% der Wohnbevölkerung [1]. Diese Entwicklung hat neben meist freizeitbedingter, vermehrter UV-Belastung eine Zunahme aktinischer Hautschäden zur Folge. Dies trägt neben vielem anderem zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen bei [1]. Die von Neeser et al. [2] 1988 in der Schweiz initiierte Kampagne zur Früherkennung des malignen Melanoms hat über die Jahre zu der beabsichtigten Sensibilisierung der Bevölkerung geführt. Somit ergeben sich Änderungen im dermatologischen Alltag: Stand früher die Behandlung von Akne, Warzen, Ekzem und Psoriasis im Vordergrund, so befasst sich heute der Dermatologe in zunehmendem Maße mit der Beurteilung und Therapie pigmentierter und unpigmentierter Hauttumoren. Die dramatische Zunahme von Hautkrebs hat dazu geführt, dass im Juni 1999 die Gründung der European Society of Skin Cancer Prevention – EUROS KIN erfolgte. Diese Gesellschaft hat zum Ziel, Vorbeugemaßnahmen bzgl. Hautkrebs zu fördern, zu harmonisieren und Empfehlungen zu erarbeiten [3].

In Anbetracht der begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen gilt es, auch bei der Beurteilung und Therapie von Hauttumoren nur das Notwendige zu erbringen. Selbstverständlich darf dies nicht mit einem Qualitätsverlust der ärztlichen Arbeit oder mit einer erhöhten Risikobereitschaft, unter der die Patienten zu leiden hätten, erkauf werden. Vor allem aus Ländern,

deren Gesundheitswesen sich auszeichnen durch einen großen Anteil von „primary“ oder „managed care systems“, wird im Sinne einer Qualitätskontrolle über die Indikationsstellung zur Exzision von Hauttumoren sowie die Übereinstimmung zwischen klinischer und histopathologischer Diagnose [4, 5, 6] berichtet. Diese Arbeiten unterstreichen qualitative Unterschiede zwischen Nichtdermatologen und Dermatologen. Qualitätssicherung ist aber auch bei uns ein aktuelles Thema: „Nur durch qualitätsgesicherte Kompetenz in der Behandlung der Hautkrankheiten ist die Zukunft der Dermatologie zu sichern ... gegenüber einer schlecht definierten Hausarztmedizin nach dem Muster des National Health Service.“ [7] Der niedergelassene Dermatologe ist verpflichtet, sich entsprechend dem Fortbildungsprogramm seiner Fachgesellschaft weiterzubilden. Nur bei Erfüllung dieser Pflicht hat er Anspruch darauf, dass seine erbrachten Leistungen durch die öffentlichen Kostenträger bezahlt werden. Doch neben der Beachtung von Vorschriften, Leitlinien und Empfehlungen geschieht Qualitätskontrolle auch durch die Hinterfragung des eigenen ärztlichen Handelns.

Die hier präsentierte Arbeit wurde als Beispiel einer fachärztlichen Quali-

© Springer-Verlag 2002

Dr. Thomas Hofer  
Dermatologie FMH, Winkelriedstrasse 10,  
5430 Wettingen, Schweiz  
E-Mail: thomas.hofer@active.ch

T. Hofer

## Malignant skin tumours in a private dermatology practice. A quality control study

### Abstract

**Background and Objective.** The campaign for early detection of malignant melanoma and the increase in people with photodamaged skin have a remarkable influence on the daily dermatological routine. Could these factors lead to the introduction of quality control in a private dermatology practice?

**Patients and Methods.** Over a period of one year the diagnoses of all patients were registered. The clinical diagnosis of any skin tumour undergoing surgical removal was compared with the final histopathological diagnosis.

**Results.** 56% of 3004 diagnoses involved females; 44%, males. In 40.5%, the possibility of a pigmented or non-pigmented skin tumour was raised. 49% of the 291 tumours removed were malignant (107 basal cell carcinoma, 20 squamous cell carcinoma, 16 melanoma) while 11.7% were malignant precursor lesions. 48% of 44 melanocytic naevi with clinical atypia showed histopathological dysplasia but none were a malignant melanoma. No cancers were detected among 59 clinically benign tumours. In 71.8% of cases, the clinical diagnosis agreed with the result of the histopathological examination.

**Conclusions.** This study shows, in concordance with literature, that a dermatologist can provide high quality treatment and prophylaxis of malignant skin tumours. With an optimal cost-performance ratio, he or she is the most competent partner for patients and health insurance companies.

### Keywords

Skin cancer · Concordance clinical aspect/histopathological result · Ratio benigna/maligna

Tabelle 1  
Die 10 häufigsten Diagnosen nach Geschlecht

Männer Diagnose	Absolut	[%]	Frauen Diagnose	Absolut	[%]
Nävuskontrolle	263	20	Nävuskontrolle	428	25,3
Tumorkontrolle	253	19,2	Ekzem	280	16,6
Ekzem	206	15,7	Tumorkontrolle	273	16,2
Psoriasis	138	10,5	Akne	170	10
Akne	105	8	Psoriasis	55	6
Pilz und Nagelpilz	44	4,6	Periorale Dermatitis	55	6 (0,3 männlich)
Rosazea	22	1,7	Warzen	41	2,4
Urtikaria	20	1,5	Pilz und Nagelpilz	39	2,3
Warzen	18	1,4	Urtikaria	31	1,8
Pityriasis versicolor	17	1,3 (1,3 weiblich)	Rosazea	29	1,7

tätskontrolle konzipiert und durchgeführt. Neben Art und Häufigkeit der in einer schweizerischen, dermatologischen Praxis während eines Jahres behandelten Hautkrankheiten informiert sie über die in der gleichen Zeitspanne vorgenommenen Tumorexzisionen. Spezielles Interesse gilt dabei der Frage, wie häufig sich die klinische Verdachtsdiagnose bei Hauttumoren histopathologisch bestätigen lässt.

### Methode

Über die Zeitspanne eines Jahres werden (retrospektiv mit einer zeitlichen Verzögerung von bis zu 3 Monaten) anlässlich der 3-monatlich erfolgenden Rechnungsstellung alle Diagnosen erfasst, wobei dies bei einer mehr als 3-monatigen Behandlungsdauer (z. B. Akne, Ekzem, Psoriasis) nur einmal erfolgt. Als Diagnose registriert werden nur die Symptome und klinisch auf der Haut erkennbaren Veränderungen, die den Patienten explizit veranlassen, sich in der Sprechstunde anzumelden mit der Absicht, ärztlichen Rat und eventuelle Behandlung zu erhalten. Der Wunsch nach Beurteilung pigmentierter Hautveränderungen wie Nävi, seborrhoischer Keratosen, Lentigines wird als Nävuskontrolle registriert, da in diesen Fällen meistens die Angst vor dem schwarzen Hautkrebs mitspielt. Patienten mit Fragen, die im Zusammenhang mit unpigmentierten Neoplasien wie Lipomen, Atheromen, Histiocytytomen etc. auftreten, werden als Tumorkontrollen

bezeichnet. In dieselbe Gruppe aufgenommen werden Untersuchungen der Haut bei Zustand nach früher erfolgten Exzisionen maligner, nicht melanozytärer Tumoren, geht es hier doch neben der Nachkontrolle häufig auch um die diagnostische Beurteilung neu aufgetretener, tumoröser Hautveränderungen. Liegt bei einem Psoriatiker gleichzeitig ein Erythrasma oder eine Nagelmykose vor, für die aber vom Patienten weder ärztlicher Rat noch Behandlung verlangt wird, so erscheinen diese klinischen Bilder nicht in der Diagnosestatistik. Diese gibt also nicht Auskunft über das epidemiologische Auftreten der einzelnen dermatologischen Diagnosen, sondern sie informiert aus der Sicht der Patienten über die Häufigkeit der von ihnen beanstandeten Hautveränderungen. Stößt der Autor bei der Inspektion des Integuments zufällig auf einen Befund, der für ihn eine Operationsindikation darstellt, so erfolgt die Aufnahme in die Diagnosestatistik.

Jede Tumorexzision wird mit einer klinischen Verdachtsdiagnose versehen. Die histopathologische Untersuchung erfolgt extern durch ein unabhängiges Dermatohistopathologisches Institut<sup>1</sup>. Auch hier wird anlässlich der 3-monatlich erfolgenden Rechnungsstellung die Korrelation zwischen klinischer Verdachtsdiagnose und histopathologischem Resultat registriert.

<sup>1</sup> Institut für Dermatohistopathologie, Regensberstrasse 91, CH-8050 Zürich.

Tabelle 2

**Übereinstimmung zwischen klinischer und histopathologischer Diagnose**

Diagnose	Männer		Frauen		Total		Übereinstimmung [%]
	Klinik	Histologie	Klinik	Histologie	Klinik	Histologie	
Basalzellkarzinom	82	72	36	27	118	99	83,9
Stachelzellkarzinom	6	2	6	6	12	8	66,6
Aktinische Keratose	21	12	7	4	28	16	57,1
Bowen					5	3	60
Keratoakanthom					4	2	50
SSM	6	6	2	2	8	8	100
Noduläres Melanom			1	1	1	1	100
Lentigo-maligna-Melanom			2	1	2	1	50
Lentigo maligna	1	0	6	4	7	4	57,1
Atypische Nävi	25	15	19	6	44	21	47,7
Irritierte seborrhoische Keratosen					8	5	62,5
Gutartige Neoplasien					53	44	83

Die Auflichtmikroskopie wird vom Autor seit gut 10 Jahren täglich mehrfach praktiziert. Die Beurteilung auflichtmikroskopischer Befunde folgt den Empfehlungen von Soyer [8] und Wolf [9]. Für die Untersuchungen dient ein binokulares, handgehaltenes Stereomikroskop mit 20- und 40facher Vergrößerung.

**Ergebnisse**

Insgesamt wurden über die Zeitspanne eines Jahres 3.004 Diagnosen gestellt, 1.689 (56%) bei weiblichen und 1.315 (44%) bei männlichen Patienten (in der Folge als Männer und Frauen bezeichnet). Tabelle 1 informiert im Sinne einer „Hitliste“ über die 10 häufigsten Diagnosen. Sie kommen bei den Männern für 84%, bei den Frauen für 88% aller Diagnosen auf. Allergische Erkrankungen der Luftwege werden bei den Männern in 1,6%, bei den Frauen in 1,9% diagnostiziert; 44 (3,3%) venerische Affektionen betreffen Männer, darunter 1 (!) Chlamydienurethritis. Venerische Erkrankungen bei Frauen werden nicht diagnostiziert.

Eine Beurteilung ihrer pigmentierten oder unpigmentierten Hauttumoren wünschen 1.217 Patienten: 223 (18,3%) zeigen Veränderungen, die eine Operationsindikation darstellen. Ihr Alter liegt zwischen 6 und 91 Jahren (Ø 57,9 Jahre). Insgesamt werden 291 Tumoren exziiert und der Histologie zugeführt, 123

bei 102 Frauen, 168 bei 121 Männern. In 194 Fällen erfolgt die Exzision bei klinischem Malignomverdacht; 44 Exzisionen betreffen, der ABCD-Regel [10] folgend, klinisch atypische Nävi, bei denen sich mittels Auflichtmikroskop ein Melanom nicht mit Sicherheit ausschließen lässt. Ebenfalls der Histologie zugeführt werden 53 als gutartig interpretierte Tumoren, darin eingeschlossen 13 normale Pigmentnävi. Die Indikation für deren Entfernung ergibt sich teils aus ästhetischen Überlegungen (z. B. Pilomatrixom), teils aus mechanisch störender, anatomischer Lokalisation. Einige klinisch eindeutig als Lipome und Atherome erkennbare Exzisate werden aus

Kostengründen und im Einverständnis mit den Patienten nicht zur histopathologischen Untersuchung eingeschickt und somit auch nicht statistisch erfasst.

Tabelle 2 informiert über die Korrelation zwischen klinischer Diagnose und histopathologischer Beurteilung. In 71,8% stimmt die histopathologische Beurteilung mit der klinischen Verdachtsdiagnose überein, in 12,7% mit der Differenzialdiagnose. In 15,5% besteht keine Übereinstimmung. Nicht in Tabelle 2 aufgeführt ist 1 Fall mit multiplen kutanen Lymphomen bei einer akuten lymphoblastären T-/B-Hybrid-Leukämie. Insgesamt decken die 185 Exzisionen mit klinischem Malignomverdacht (die aty-

Tabelle 3

**Anzahl der histopathologisch verifizierte Tumoren, im Vergleich mit einer Arbeit aus der Literatur [4]**

	Eigene	(männlich/weiblich)	Boiko [4]
Basalzellkarzinom	107	(79/28)	101
Stachelzellkarzinom	20	(11/9)	22
Melanom	16	(6/10)	16
Bowen	12		
Aktinische Keratosen	19		
Keratoakanthom	3		
Dysplastische Nävi	21		
Benigne Tumoren	93		
Total Exzisionen	291		1.215
Malignome in % der Exzisionen	49		11,5

pischen Nävi, gutartigen Neoplasien und irritierten seborrhoischen Keratosen sind nicht mitgezählt) lediglich in 11 Fällen kein Malignom oder einen ihrer Präkursoren auf. Unter den 8 irritierten seborrhoischen Keratosen finden sich histopathologisch 2 bowenoide Präkanzerosen und 1 Basalzellkarzinom. Die histopathologische Untersuchung der 53 klinisch als gutartig interpretierten Hauttumoren deckt in keinem Fall ein Malignom oder einen ihrer Präkursoren auf. Dasselbe gilt für die in der gleichen Gruppe enthaltenen 13 klinisch unauffälligen Pigmentnävi (Trefferquote: 77%). Auch die 44 klinisch als atypisch interpretierten Pigmentnävi, histologisch in 47,7% als dysplastische Nävi verifiziert, decken kein Melanom auf.

Tabelle 3 informiert über die histopathologisch verifizierten Malignome, deren Präkursoren sowie die Anzahl dysplastischer Nävi. Klinisch diagnostiziert werden 15 von 16 histopathologisch verifizierten Melanome (93,75%; die Auflichtmikroskopie wird dabei lediglich im Sinne einer Bestätigung des Verdachts eingesetzt). Eine Lentigo maligna imponiert klinisch bei einer 60-jährigen Frau als nicht pigmentierte aktinische Keratose. Die Gruppe der 16 Melanome enthält 7 In-situ-Melanome (5-mal eine Lentigo maligna und 2-mal eine pagetoide Melanose), 1 Lentigo-maligna-Melanom (LMM), 6 SSM und 2 noduläre Melanome.

Alle 5 Fälle mit Lentigo maligna sowie das LMM betreffen Frauen und sind am Kopf lokalisiert. Im Weiteren finden sich bei den Frauen eine pagetoide Melanose, ein SSM und 2 noduläre Melanome, allesamt an den Oberarmen. Fünf SSM und 1 pagetoide Melanose sind am Stamm von Männern lokalisiert. Das Al-

ter der Melanomgruppe liegt zwischen 32 und 83 Jahren, der Breslow der invasiven Melanome zwischen 0,38 und 4,7 mm (Ø 1,5 mm).

## Diskussion

Angaben zur Häufigkeit von Hautkrankheiten betreffen oft spezielle Patientenkollektive [11, 12], bei denen gezielt Dermatosen gesucht werden, oder sie informieren generell über ihr epidemiologisches Auftreten in einer definierten Population [13]. Im Gegensatz dazu informiert die hier vorgestellte Diagnosestatistik in erster Linie über die Gründe, weshalb die Patienten eine dermatologische Praxis aufsuchen.

## Patienten und Diagnosen

Von den 3.004 in einer Zeitspanne von 1 Jahr gestellten Diagnosen betreffen 56% Frauen, 44% Männer. Diese Geschlechtsverteilung findet sich auch in einer vergleichbaren Studie von Kilkenny [14], der über eine Zeitspanne von 5 Jahren 58,9% von 3.346 dermatologischen Diagnosen bei Frauen und 41,1% bei Männern registriert. Das hier vorgestellte Kollektiv wünscht in 40,5% eine Kontrolle und eventuelle Behandlung von pigmentierten und unpigmentierten Hauttumoren. Auch dies deckt sich mit Angaben von Kilkenny, wobei bei ihm aufgrund der geographisch bedingten starken UV-Belastung die Diagnoseliste nicht überraschend von solaren Keratosen angeführt wird. Explizit eine Untersuchung ihrer pigmentierten Hauttumoren wünschen 20% der Männer und 25,3% der Frauen. Hinter diesen Zahlen verbirgt sich in erster Linie eine latente Angst vor dem schwarzen Haut-

krebs. Bei 18,3% der 1.217 Patienten, die sich zur Nävus- oder Tumorkontrolle melden, werden Befunde festgestellt, die eine Exzision zur Folge haben. In 49% handelt es sich histopathologisch um Malignome und in 34 Fällen (11,7%) um maligne Präkursoren. Da die hier vorgestellten Zahlen nur aus einer einzigen Ordination stammen, sind sie zu klein für statistische Aussagen und erheben somit nicht den Anspruch, epidemiologische Daten darzustellen. Ein Vergleich mit Angaben aus der Literatur soll aber im Sinne einer Selbstkontrolle deren Plausibilität belegen.

## Vergleich der Ergebnisse mit der Literatur

### Exzisionen

Die Anzahl der verschiedenen Hautmalignome (s. Tabelle 3) ist vergleichbar mit Angaben von Boiko et al. [4]. Dasselbe gilt für die Patientenkollektive, rekrutieren sie sich doch in beiden Fällen aus einer überwiegend weißen (mehr als 95%), ländlichen Bevölkerung auf praktisch identischer nördlicher Breite (47°30“). Bei Boiko werden die Exzisionen zu 94,7% durch Nichtdermatologen vorgenommen, was erklären dürfte, weshalb sie lediglich in 11,5% ein Malignom aufzudecken vermögen. Mc William [15] berichtet gar, dass nur 5% der Exzisionen, die durch Nichtdermatologen vorgenommen werden, ein Hautmalignom aufdecken (Tabelle 4). Das Verhältnis Basalzell-/Stachelzellkarzinom ist mit 5,35 etwas höher als bei Miller [16] und Piérard-Franchimont [17], die es mit 3,7 bzw. 4,3 angeben. Aber auch bei ihnen tritt das Basalzellkarzinom, wenn auch nicht so deutlich wie hier, vermehrt bei Männern auf. Das Verhältnis Basalzellkarzinom/Melanom ist mit 6,6 kleiner als bei Piérard-Franchimont [17], der ein solches von 8,3 angibt. Zehn von 16 Melanome (60%) werden bei Frauen gefunden. Diese weibliche Dominanz wird mit 58% [17] bzw. 64% [18] bestätigt durch Arbeiten aus Europa, nicht jedoch aus den USA, wo die Inzidenz mit 54,7% bei den Männern dominiert [19].

Die Exzision von 75 pigmentierten Hauttumoren (18 klinische Melanome, 44 atypische- und 13 normale Nävi) decken histopathologisch 15 Melanome auf (1 Lentigo maligna wurde klinisch als aktinische Keratose diagnostiziert), was

Tabelle 4

### Die eigenen Daten im Vergleich mit Angaben aus der Literatur

	Eigene Daten	Literaturangaben
Ratio benigna/maligna alle Tumoren	2,03	8,74 [4], 20,8 [15]
Ratio benigna/maligna nur pigmentierte Tumoren	5,0	11,7 [5], 29,9 [5], 213,3 [20]
Ratio Basalzell-/Stachelzellkarzinom	5,35	3,7 [16], 4,3 [17]
Ratio Basalzellkarzinom/Melanom	6,6	8,3 [17]
Melanom Geschlechtsverteilung: weiblich/männlich [%]	60/40	58/42 [17], 64/36 [18], 45/55 [19]
Klinisch atypische/histologisch dysplastische Nävi [%]	47,7	25 [22], 58,4 [23]



einer Ratio benigna/maligna von 5,0 entspricht. Marks [5] gibt eine solche von 11,7 für Dermatologen und 29,9 für Grundversorger an. Bosch [20] berichtet gar von nur 15 Melanomen auf 3.200 Biopsien, vorgenommen durch Nichtdermatologen im Rahmen einer Kampagne zur Früherkennung des Melanoms!

### Auflichtmikroskopie

Die Auflichtmikroskopie ist in der Hand des Geschulten [21] ein hilfreiches Instrument bei der Differenzierung pigmentierter Hauttumoren. Haupteinsatzgebiet stellen in der hier vorgestellten Studie die nach der ABCD-Regel [10] als atypisch bezeichneten Nävi dar: 44-mal lässt sich mittels Auflichtmikroskop ein Melanom nicht mit Sicherheit ausschließen, weshalb die Exzision erfolgt. Umgekehrt werden aber in einem Vielfachen dieser Zahl von klinisch atypischen Nävi auflichtmikroskopische Kriterien ausgeschlossen, die eine Exzision rechtfertigen würden. Die 44 klinisch atypischen Nävi entsprechen in 21 (47,7%) Fällen histopathologisch dysplastischen Nävi und nie einem Melanom. Roush [22] findet lediglich in 25% klinisch atypischer Nävi histopathologisch dysplastische Nävi. Annessi et al. [23] können in 58,4% eine Korrelation zwischen klinischer Atypie und histopathologischer Dysplasie nachweisen. Die Tatsache, dass zudem bei 441 klinisch als normal interpretierten Nävi histopathologisch in 307 Fällen (69,6%) dysplastische Nävi nachweisbar sind, lässt ihn den Schluss ziehen, dass es den Begriff des dysplastischen Nävus als klinisch-pathologische Entität nicht gibt. Histopathologisch dysplastische Nävi sind im Übrigen nicht selten: Piepkorn et al. [24] fand bereits 1989 eine Prävalenz von 53% in der weißen Bevölkerung von Utah. Dysplastische Nävi können familiär oder sporadisch auftreten. Das Risiko, ein Melanom zu entwickeln, ist bei Patienten mit dysplastischen Nävi abhängig von der Anzahl ihrer Nävi (sowohl den histopathologisch normalen wie den dysplastischen Nävi) sowie ihrer familiären Anamnese. Dysplastische Nävi sind somit beides, Marker für Patienten mit erhöhtem Melanomrisiko und potenzielle Melanompräkursoren. Bis heute gibt es aber noch keine Daten darüber, welchen Effekt die prophylaktische Entfernung dysplastischer Nävi auf eine Abnahme des Risikos hat, zu einem späte-

ren Zeitpunkt ein Melanom zu entwickeln [25]. Melanome entwickeln sich im Übrigen nur zu ca. 1/4 aus präexisten- ten Nävi [26]. Reeck [27] erbrachte den Nachweis, dass 2,3% von klinisch als normal interpretierten Nävi histopathologisch einem malignen Tumor, in 0,6% gar einem Melanom entsprechen. Folgerichtig sollten alle exziierten Nävi der histopathologischen Untersuchung zu- geführt werden.

Um die daraus entstehenden Kosten nicht ausufern zu lassen, zieht der Autor der hier vorliegenden Studie aus den oben erwähnten Überlegungen die Schlussfolgerung, dass die Exzision von Nävi zu Lasten der öffentlichen Kostenträger sich – wenn immer möglich – auf diejenigen beschränken soll, in denen sich das Vorliegen eines Melanoms lediglich durch die histopathologische Untersuchung ausschließen lässt.

### Vergleich mit anderen Ländern

Arbeiten aus Ländern mit einem großen Anteil von „managed“ oder „primary care systems“ zeigen, dass ca. 20% der Patienten wegen eines Hautproblems den Grundversorger aufsuchen [6, 28]. Dem Schweizerischen Diagnoseindex [29] kann man entnehmen, dass im Jahre 2000 4,1% der in Arztpraxen gestellten Diagnosen Hautkrankheiten und 7,1% der verordneten rezeptpflichtigen Medikamente Dermatologika betrafen. Im Jahre 2000 waren 1,86% aller in der Schweiz praktizierenden Ärzte Dermatologen [30]. Aus der Gegenüberstellung dieser Zahlen lässt sich erahnen, dass Hautprobleme auch in der Schweiz häufig sind und in unbekannter, jedoch großer Anzahl durch Nichtdermatologen diagnostiziert und behandelt werden. Diese Ärzte erwerben ihre dermatologischen Kenntnisse während ihres Studiums an der Universität. Nur ein verschwindend kleiner Prozentsatz von ihnen kann die so erworbenen Kenntnisse später an einer dermatologischen Klinik vertiefen. Über die Qualität dieser Arbeit wie auch die Anzahl der von Nichtdermatologen entfernten Hauttumoren und deren Ratio benigna/maligna fehlen in der Schweiz jegliche Angaben.

### Schlussfolgerung

Dank seines Fachwissens kann der Dermatologe seiner Kundschaft nach stren-

gen Qualitätsrichtlinien das anbieten, was nötig ist, und ihr mit Hilfe fundierter Information das vorenthalten, was lediglich als Ausdruck der Begehrlichkeit von ihr verlangt wird (bzw. dies nicht zu Lasten der Kostenträger erbringen). Diese Studie zeigt in Übereinstimmung mit der Literatur, dass der Dermatologe mit einem Minimum an Exzisionen eine qualitativ hochstehende Therapie und Prophylaxe von Hautmalignomen betreibt und somit der kompetenteste Partner der Patienten wie auch der Kostenträger im Gesundheitswesen ist.

## Literatur

1. Buckhardt J, Engler C, Salinas L (2001) Das Gesundheitswesen in der Schweiz. Leistungen, Kosten, Preise. Pharma Information, 2001, 21. Aufl. September 2001, Basel
2. Neeser P, Torhorst J, Ruffli T (1988) Early diagnosis of malignant melanoma of the skin. A pilot study from Basel. Schweiz Rundsch Med Prax 77:467–470
3. Greinert R, McKinlay A, Breitbart EW (2001) The European Society of Skin Cancer Prevention – EUROSkin: towards the promotion and harmonization of skin cancer prevention in Europe. Recommendations. Eur J Cancer Prev 10:157–162
4. Boiko PE, Koepsell TD, Larson EB, Wagner EH (1996) Skin cancer diagnosis in a primary care setting. J Am Acad Dermatol 34:608–611
5. Marks R, Jolley D, McCormack C, Dorevitch AP (1997) Who removes pigmented skin lesions? J Am Acad Dermatol 36:721–726
6. Brooke AL, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS (2001) Dermatology in primary care: prevalence and patient disposition. J Am Acad Dermatol 45:250–255
7. Schöpf E (2001) Der Präsident der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zum Jahreswechsel 2000/2001. Hautarzt 52:175–176
8. Soyer HP, Smolle J, Leitinger G, Rieger E, Kerl H (1995) Diagnostic reliability of dermoscopic criteria for detecting malignant melanoma. Dermatology 190:25–30
9. Wolf IH, Kerl H, Soyer HP, Binder M, Pehamberger H, Fritsch P, Wolff K (1997) Epilumineszenzmikroskopie zur Diagnose pigmentierter Hauttumoren. Hautarzt 48:353–362
10. Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW (1985) Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. CA Cancer J Clin 35:130–151
11. Garcia-Hidalgo L, Orozco-Topete R, Gonzales-Barranco J, Villa AR, Dalman JJ, Ortiz-Pedroza G (1999) Dermatosis in 156 obese adults. Obes Res 7:299–302
12. Smith HR, Croft AM (1997) Skin disease in British troops in the Bosnian winter. Mil Med 162:548–550

## Spezifische Immuntherapie für Insektengift-Allergiker



Insektengift-Allergiker sind bei erneuten Bienen- oder Wespenstichen besonders gefährdet: Wegen des Risikos eines allergischen Schocks sollte in diesem Fall sofort ein Notarzt aufgesucht oder alarmiert werden. Zwar sollte jeder Insektengift-Allergiker mit Notfallmedikamenten ausgerüstet sein, Allergologen aber halten diese Maßnahmen für nicht ausreichend und empfehlen den Betroffenen eine spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) mit molekular standardisiertem Insektengift. Bei der Hyposensibilisierung wird das Immunsystem der Patienten durch regelmäßige Injektionen geringer Allergenmengen desensibilisiert. Da sich Bienen und Wespen durch hastige Bewegungen oder Erschütterungen ihres Nestes leicht bedroht fühlen, sollten sich gerade Allergiker in Gegenwart von angriffsmotivierten Insekten langsam bewegen.

*Info: Allergie aktuell, ALK Scherax*

13. Plunkett A, Merlin K, Gill D, Zuo Y, Jolley D, Marks R (1999) The frequency of common nonmalignant skin conditions in adults in Central Victoria, Australia. *Int J Dermatol* 38:901–908
14. Kilkeny MF, Marks R (1996) The frequency and nature of skin conditions seen in a private dermatology practice in central Victoria, 1991–95. *Australas J Dermatol* 37 [Suppl 1]:50.3
15. McWilliam LJ, Knox F, Wilkinson N, Oogarah P (1991) Performance of skin biopsies by general practitioners. *BMJ* 303:1177–1180
16. Miller DL, Weinstock MA (1994) Nonmelanoma skin cancer in the United States: Incidence. *J Am Acad Dermatol* 30:774–778
17. Piérard-Franchimont C, Uhoda I, Piérard GE (1999) Cutaneous cancers in the Mosan region and Ardennes of Belgium. *Dermatology* 198:187–191
18. Melia J, Cooper EJ, Frost T et al. (1995) Cancer Research Campaign health education programme to promote the early detection of cutaneous malignant melanoma. II. Characteristics and incidence of melanoma. *Br J Dermatol* 132:414–421
19. Hall HI, Miller DR, Rogers JD, Bewerse B (1999) Update on incidence and mortality from melanoma in the United States. *J Am Acad Dermatol* 40:35–42
20. Bosch MM, Boon ME (1990) Malignant melanoma in a primary care pathologico-anatomical laboratory in 1988 and the freckle bus year. *Ned Tijdschr Geneesk* 134:2051–2054
21. Binder M, Puspoeck-Schwarz M, Steiner A et al. (1997) Epiluminescence microscopy of small pigmented lesions: short-term formal training improves diagnostic performance of dermatologists. *J Am Acad Dermatol* 36:197–202
22. Roush GC, Dubin N, Barnhill RL (1993) Prediction of histologic melanocytic dysplasia from clinical observation. *J Am Acad Dermatol* 29:555–562
23. Annessi G, Cattaruzza MS, Abeni D et al. (2001) Correlation between clinical atypia and histological dysplasia in acquired melanocytic nevi. *J Am Acad Dermatol* 45:77–85
24. Piepkorn M, Meyer LJ, Goldgar D et al. (1989) The dysplastic melanoma nevus: a prevalent lesion that correlates poorly with clinical phenotype. *J Am Acad Dermatol* 20:407–415
25. Kanzler MH, Mraz-Gernhard S (2001) Primary cutaneous malignant melanoma and its precursor lesions: diagnostic and therapeutic overview. *J Am Acad Dermatol* 45:260–267
26. Gruber SB, Barnhill RL, Stenn KS, Roush GC (1989) Nevomelanocytic proliferations in association with cutaneous malignant melanoma: a multivariate analysis. *J Am Acad Dermatol* 21:733–780
27. Reeck MC, Chuang T, Eads TE, Faust HB, Farmer ER, Hood AF (1999) The diagnostic yield in submitting nevi for histological examination. *J Am Acad Dermatol* 40:567–571
28. Julian CG (1999) Dermatology in general practice. *Br J Dermatol* 141:518–520
29. Schweizerischer Diagnoseindex 2000 IHA-IMS HEALTH CH-6052 Hergiswil
30. FMH Aertzestatistik 2000. Schweizerische Aertzzeitung 2001; 82:1049–1069