

Melanom erkennen – richtig handeln

Herbstsymposium

Update Dermatologie 2026

Andreas Kühne, Buchs

Struktur-Vortrag

- Epidemiologie/Risikofaktoren
- Melanomtypen
- Melanome klinisch erkennen
- Screening und Vorgehen für Grundversorger
- Differenzialdiagnose zu Melanomen
- Fälle
- Frühe Diagnose entscheidet
- Therapien

Melanom – Schweiz

Kennzahl	Männer	Frauen	Gesamt
Neue Melanome / Jahr	1'915	1'599	3'514
Medianalter bei Diagnose	69,2 Jahre	64,2 Jahre	—
Todesfälle / Jahr	176	119	295
Melanom-Dicke bei Diagnose	1.4 mm	1.1 mm	
Hautscreening	45%	55%	

2018–2022, jährliche Mittelwerte. (krebs-monitoring.bfs.admin.ch)

Quelle: BFS / NKRS, Krebsmonitoring Schweiz

Lebensrisiko für Melanom in der Schweiz

Frauen: 2.6% -> 1 von 38

Männer: 3.1% -> 1 von 32

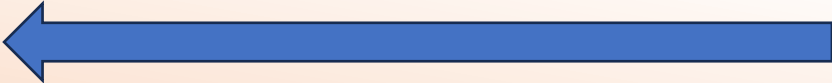
Die 5 häufigsten Krebserkrankungen in der Schweiz

Neuerkrankungen pro Jahr (alle Altersgruppen)

♀ Frauen			♂ Männer		
Rang	Krebsart	Fälle/Jahr	Rang	Krebsart	Fälle/Jahr
1	Brustkrebs	6'758	1	Prostatakrebs	8'291
2	Lungenkrebs	2'206	2	Lungenkrebs	2'855
3	Dick-/Enddarmkrebs	2'035	3	Dick-/Enddarmkrebs	2'528
4	Melanom	1'599	4	Melanom	1'915
5	Gebärmutterkrebs	959	5	Harnblasenkrebs	1'029

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS), Schweizerische Krebsstatistik 2021–2023
(durchschnittliche jährliche Neuerkrankungen, alle Altersgruppen, ohne nicht-melanotischen Hautkrebs)

Wer hat erhöhtes Risiko?

Risikofaktor	Risikoerhöhung
Viele melanozytäre Nävi (>100)	ca. 7x 
Atypische/dysplastische Nävi (>5)	ca. 6x
Heller Hauttyp / rote Haare	ca. 2-4x
Melanom in der Familie (1. Grad)	ca. 1.7 -2.2x
UV-Exposition / Sonnenbrände	ca. 2x
Solarium <35 J.	ca. 1.75

Sources: Gandini et al., Eur J Cancer 2005;41:28–44, 45–60, 2040–2059; Dennis et al., Ann Epidemiol 2008;18:614–627.

ABCDE-Regel – klinische Beurteilung

Kriterium

Bedeutung

A

Asymmetrie

B

Begrenzung

C

Colour

D

Durchmesser

E

Evolution

E – Evolution

EVOLUTION – von harmlos zu gefährlich

1. Normaler Nävus



2. Erste Veränderung



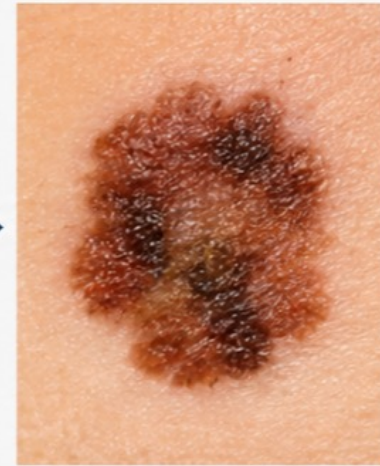
- leichte Asymmetrie
- unregelmässige Ränder

3. Weitere Veränderung



- zunehmende Asymmetrie
- Farbvarianz

4. Deutliche Veränderung



- deutliche Asymmetrie
- unregelmässige Form und Farbe

5. **Melanom**



- sehr unregelmässig
- mehrfarbig
- erhöhte Gefahr

ZEIT / VERÄNDERUNG

„Ugly Duckling“ („hässliche Entchen“)



Walt Disney 1939

Wen gezielt untersuchen?

- Patienten mit neuen oder veränderten Pigmentmalen
- Patienten mit auffälligen Nävusmuster (ABCDE-Regel)
- Personen nach Melanom (europäische Empfehlungen*)
- Immunsupprimierte Personen

*EADO-European Consensus Guideline 2024/2025

Die Hautuntersuchung durch Dermatologie

- Patient vollständig untersuchen
- Inkl. Kopfhaut, Ohren, Rücken, Nägel und Fusssohlen
- Individuelles Nävusmuster erfassen
- Verdächtige Läsion fotografieren
- Dermatoskopie

Richtlinien für Melanom-Vorsorge

Land/Region	Populations-Screening	Empfehlung
 Deutschland	 Ja	Hautkrebsscreening ab 35 J., alle 2 Jahre
 Frankreich	 Nein	Risikobasiert ; Risikopatienten dermatologisch kontrollieren
 Schweiz	 Nein	Früherkennung / Hautkontrolle v. a. risikoadaptiert
 Österreich	 Kein nationales organisiertes Programm	Früherkennung und individuelle Hautkontrollen
 Italien	 Kein nationales organisiertes Programm	Schwerpunkt Risikopersonen / Früherkennung
 EU	 Nein	Kein generelles Melanom-Screening empfohlen

Melanom-Untersuchung

~200 Personen untersuchen → 1 Melanom entdecken

~8 verdächtige Nävi exzidieren → 1 Melanom histologisch bestätigen

Quellen:

- **Swiss Euromelanoma Campaign 2016**
- **Evaluation of the Number-Needed-to-Biopsy Metric for the Diagnosis of Cutaneous Melanoma: A Systematic Review and Meta-analysis**

Biopsie oder Überweisung?

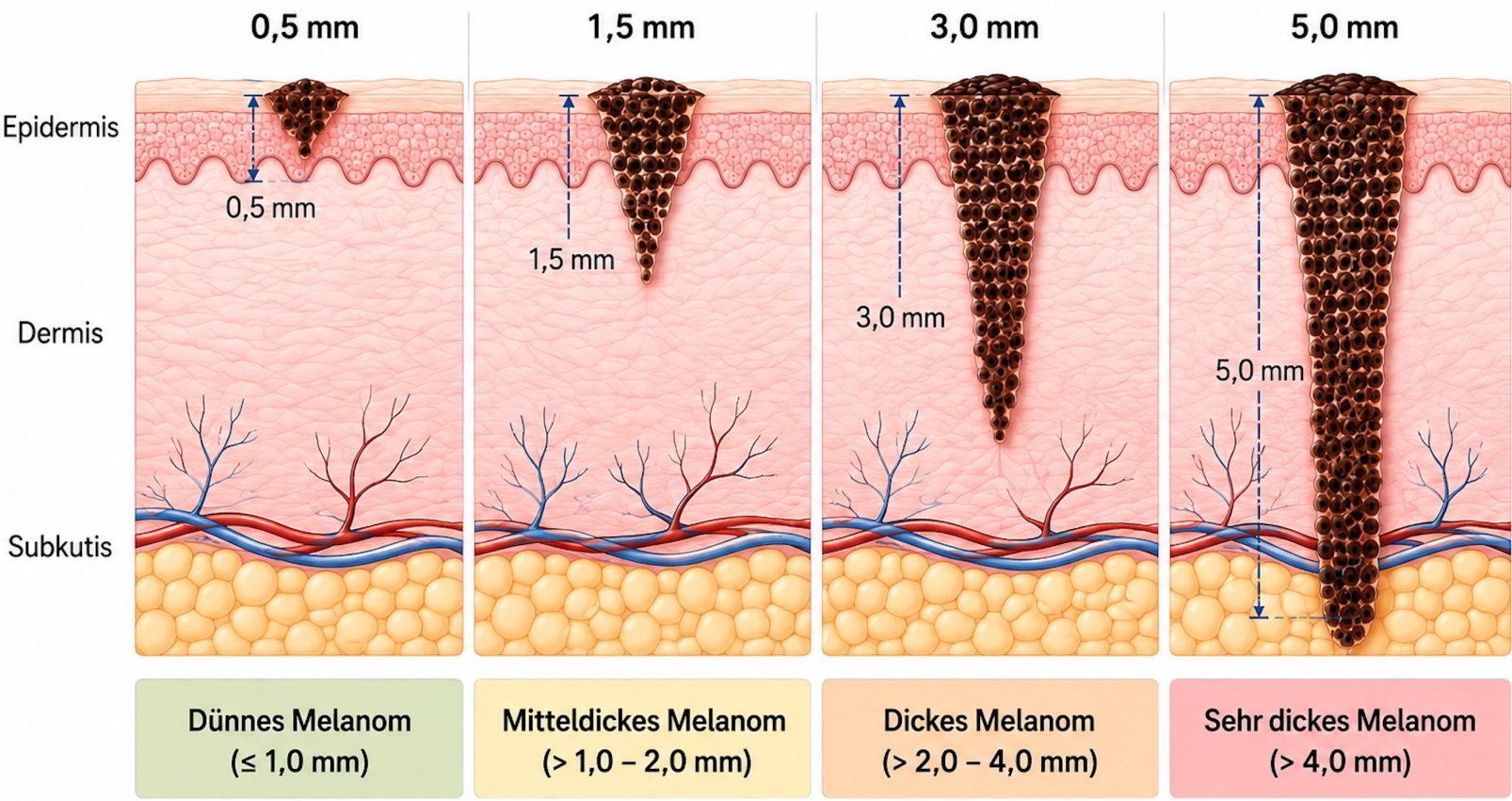
- Klinisch benigne -> beruhigen
- Unklar oder verdächtig -> ad Dermatologie
- Stark melanomverdächtig -> Exzision (selbst oder Dermatologie)

Was tun bei Melanomverdacht?

1. Verdächtige Läsion erkannt
2. Vollständige Exzisionsbiopsie mit kleinem Abstand
3. Keine oberflächliche Shave-Abtragung
4. Schwierige Lokalisation oder unklare Läsion -> ad Dermatologie
5. Definitive Nachexzision erst nach Histologie und Breslow-Dicke

Melanom - Breslow

Breslow-Dicke beim Melanom



Breslow - Mortalität

Breslow / T-Kategorie	5-Jahres-Überleben*
< 0,8 mm, keine Ulzeration (T1a)	99 %
> 1–2 mm, keine Ulzeration (T2a)	96 %
> 2–4 mm, keine Ulzeration (T3a)	94 %
> 4 mm, keine Ulzeration (T4a)	90 %
> 4 mm + Ulzeration (T4b)	82 %

Wann Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Breslow / Situation

Sentinel-Lymphknotenbiopsie (SLNB)

< 0,8 mm, keine Ulzeration (T1a)

✗ in der Regel nicht empfohlen

< 0,8 mm + Ulzeration (T1b)

⚠ erwägen / besprechen

0,8–1,0 mm, ± Ulzeration (T1b)

⚠ SLNB anbieten bzw. diskutieren

> 1,0 mm (T2–T4), klinisch N0

✓ SLNB empfohlen

Therapie – vom Skalpell zur Immuntherapie

Situation

Auf die Haut begrenzt

Lymphknotenbefall

Fernmetastasen

Behandlung

Operation

Operation + Imm

Immuntherapie



© Universimed; KI-generiert

Jahreskongress der SGDV 2026

Immuntherapie: Gamechanger in der Behandlung des malignen Melanoms

LEADING OPINIONS

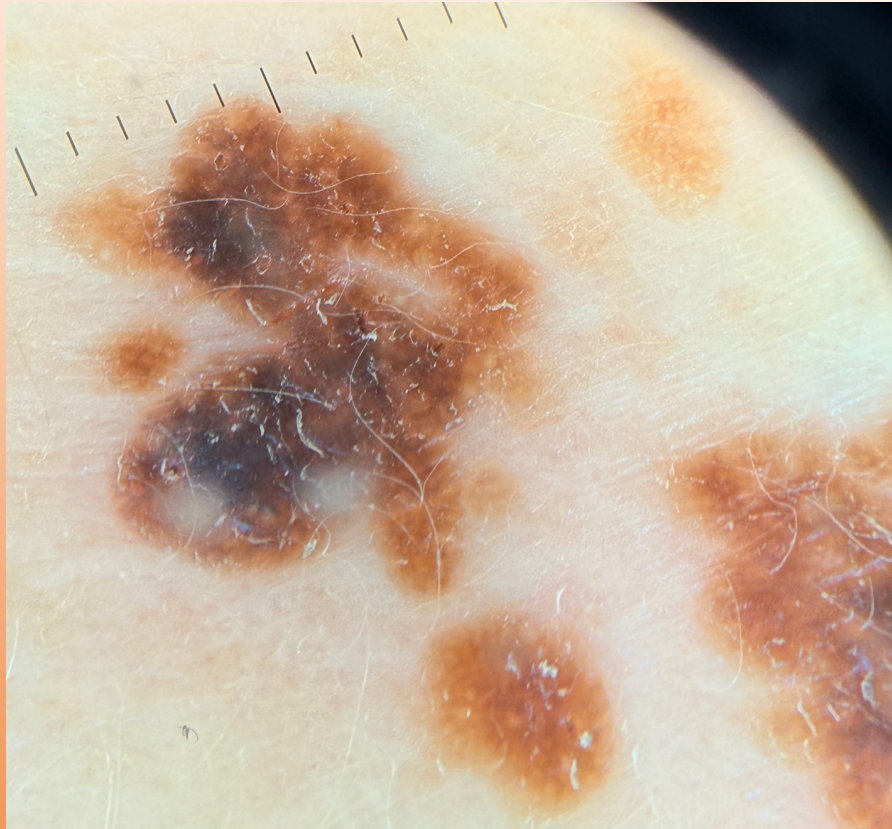
Bericht:
Reno Barth

5 Min. Lesezeit
16.09.2026

Weiterempfehlen

Systemische Therapien waren beim fortgeschrittenen Malignom bis vor rund 25 Jahren weitgehend wirkungslos. Erste Erfolge wurden bei Tumoren mit BRAF-Mutationen mit Proteinkinaseinhibitoren erzielt. Einen echten Durchbruch brachten schliesslich Immuntherapien mit Checkpoint-Inhibitoren. Individualisierte mRNA-Impfstoffe könnten kombiniert mit etablierten Therapien die Prognose der Patient:innen weiter verbessern.

Läsion entfernen?



Frau, 73, Rücken

Seborrhoische Keratose



5 Botschaften für die Praxis

1. Evolution schlägt Durchmesser

2. „Ugly Duckling“ ernst nehmen

3. Melanom muss nicht schwarz sein

4. Bei Verdacht vollständig biopsieren

5. Im Zweifelsfall dermatologisch überweisen