

**Einstellungen von Patienten, Ärzten und Therapeuten zum Thema „Krankheit,  
Alter und drohender Tod bei Ärzten/Therapeuten“**

**Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
des Fachbereichs Medizin  
der Justus-Liebig-Universität Gießen**

**vorgelegt von: Zölls Jan**

**aus: Filderstadt**

**Gießen 2008**

**Aus dem Medizinischen Zentrum  
für psychosomatische Medizin  
der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen**

**Komissarischer Leiter: Prof. Dr. med. U. Gieler  
des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen**

**Gutachter: PD Dr. V. Niemeier**

**Gutachter: PD Dr. F. Salomon**

**Tag der Disputation: 17.02.2009**

**„Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.“**

# Inhaltsverzeichnis

|   |            |
|---|------------|
| <b>Tabellenverzeichnis</b> .....  | <b>III</b> |
| <b>Abbildungsverzeichnis</b> .....  | <b>IV</b>  |
| <b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....  | <b>V</b>   |
| <b>1 Einleitung</b> .....   | <b>1</b>   |
| 1.1 Ziel der Untersuchung .....   | 4          |
| <b>2 Material und Methoden</b> .....  | <b>5</b>   |
| 2.1 Verwendete Fragebögen.....  | 5          |
| 2.1.1 Fragebogen zur Einstellung von Krankheit, Altern und drohendem Tod bei Ärzten und Psychotherapeuten .....           | 5          |
| 2.1.2 HADS-D ( <u>H</u> ospital <u>A</u> nxiety and <u>D</u> epression <u>S</u> cale - Deutsche Version) .....            | 5          |
| 2.1.3 Hautzufriedenheit-Fragebogen (engl.: Skin Satisfactory Questionnaire) .....   | 8          |
| 2.2 Auswahl der Teilnehmer und praktische Durchführung.....   | 9          |
| 2.3 Stichprobenumfang in der statistischen Auswertung.....  | 10         |
| 2.4 Statistische Auswertung .....   | 10         |
| 2.5 Hypothesen .....  | 11         |
| <b>3 Ergebnisse</b> .....   | <b>16</b>  |
| 3.1 Ergebnisse Teil 1 .....   | 16         |
| 3.1.1 Gruppenzugehörigkeit .....  | 16         |
| 3.1.2 Missing Data.....   | 17         |
| 3.1.3 Umgang mit Hauterkrankungen.....  | 18         |
| 3.1.3.1 Ansteckung (Hypothese 1).....   | 18         |
| 3.1.3.2 Stigmatisierung und Behandler-Patientenbeziehung bei Selbstbetroffenheit des Behandlers (Hypothese 2 und 3) ..... | 21         |
| 3.1.4 Einstellung zum kranken Arzt/Psychotherapeuten.....   | 24         |
| 3.1.4.1 Unterschiedliche Einstellung zu erkrankten Ärzten vs. erkrankten Psychotherapeuten (Hypothese 4) .....            | 24         |
| 3.1.4.2 Einstellung zu Ausbildungs- und Praktikierverböten (Hypothese 5).....   | 29         |
| 3.1.4.3 Einstellung zu psychosomatischen Krankheitskonzepten (Hypothese 6) .....  | 31         |
| 3.1.4.4 Qualität der Behandler-Patientenbeziehung (Hypothese 7) .....   | 38         |
| 3.1.4.5 Körperliche Behinderung von Hautärzten/ Psycho-therapeuten (Hypothese 8) .....                                    | 42         |
| 3.1.4.6 Umgang mit Lebenskrisen bei Behandlern (Hypothese 9) .....  | 44         |
| 3.1.5 Vertrauen zum Arzt auf Grund bestimmter Merkmale .....  | 44         |
| 3.1.5.1 Geschlechtskrankheiten (Hypothese 10) .....   | 44         |
| 3.1.5.2 Alter des Behandlers (Hypothese 11) .....   | 46         |
| 3.1.5.3 Aussehen (Hypothese 12) .....   | 48         |
| 3.1.5.4 Gruppenunterschiede Hautärzte vs. Patienten (Hypothese 13) .....  | 49         |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| 3.1.5.5  | Gruppenunterschiede Psychotherapeuten vs. Patienten<br>(Hypothese 14) .....  | 50         |
| 3.1.6    | HADS.....  | 51         |
| 3.1.6.1  | HADS und Hautzufriedenheit bezogen auf Fragen.....   | 52         |
| 3.2      | Ergebnisse Teil 2 .....  | 60         |
| 3.2.1    | Gruppenzugehörigkeit .....   | 60         |
| 3.2.2    | Umgang mit Hauterkrankungen.....   | 61         |
| 3.2.2.1  | Ansteckung (Hypothese 1).....  | 61         |
| 3.2.2.2  | Stigmatisierung und Behandler-Patientenbeziehung bei<br>Selbstbetroffenheit des Behandlers (Hypothese 2 und 3) ..... | 63         |
| 3.2.3    | Einstellung zum kranken Arzt/Psychotherapeuten.....  | 65         |
| 3.2.3.1  | Unterschiedliche Einstellung zu erkrankten Ärzten vs. erkrankten<br>Psychotherapeuten (Hypothese 4) .....            | 66         |
| 3.2.3.2  | Einstellung zu Ausbildungs- und Praktikierverböten (Hypothese 5).....  | 68         |
| 3.2.3.3  | Einstellung zu psychosomatischen Krankheitskonzepten<br>(Hypothese 6) .....  | 68         |
| 3.2.3.4  | Qualität der Behandler-Patientenbeziehung (Hypothese 7) .....  | 76         |
| 3.2.3.5  | Körperliche Behinderung Hautarzt vs. Psychotherapeut<br>(Hypothese 8) .....  | 78         |
| 3.2.3.6  | Umgang mit Lebenskrisen bei Behandlern (Hypothese 9) .....   | 78         |
| 3.2.4    | Vertrauen zum Arzt auf Grund bestimmter Merkmale.....  | 79         |
| 3.2.4.1  | Geschlechtskrankheiten (Hypothese 10) .....  | 79         |
| 3.2.4.2  | Alter des Behandlers (Hypothese 11) .....  | 80         |
| 3.2.4.3  | Aussehen (Hypothese 12) .....  | 80         |
| 3.2.5    | HADS und Hautzufriedenheit .....   | 81         |
| <b>4</b> | <b>Diskussion .....</b>  | <b>82</b>  |
| 4.1      | Ansteckungsgefahr und Ekel.....  | 82         |
| 4.2      | Stigmatisierung .....  | 83         |
| 4.3      | Therapeutenwahl .....  | 84         |
| 4.3.1    | Selbstbetroffenheit des Behandlers .....   | 84         |
| 4.3.2    | Lebenskrise des Therapeuten.....   | 86         |
| 4.3.3    | Geschlecht des Therapeuten .....   | 87         |
| 4.3.4    | Altersfrage .....  | 87         |
| 4.3.5    | Aussehen des Therapeuten .....   | 88         |
| 4.4      | Weitere Faktoren.....  | 89         |
| 4.5      | Körperlich Behinderte.....   | 94         |
| 4.6      | Unterschiede zwischen Hautpatienten und Hautärzten.....  | 94         |
| 4.7      | Unterschiede zwischen Hautpatienten und Psychotherapeuten .....  | 95         |
| <b>5</b> | <b>Zusammenfassung.....</b>  | <b>100</b> |
|          | <b>Literatur .....</b>   | <b>104</b> |
|          | <b>Anhang .....</b>  | <b>110</b> |
|          | <b>Danksagung .....</b>  | <b>126</b> |

## Tabellenverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tabelle 1:</b> Ergebnisse für Altersverteilung der Teilnehmer: HP-HÄ-PT .....  | <b>16</b> |
| <b>Tabelle 2:</b> Umgang der Teilnehmer (HP-HÄ-PT) mit HE .....   | <b>21</b> |
| <b>Tabelle 3:</b> Ergebnisse für Stigmatisierung und Behandler-<br>Patientenbeziehung bei Selbstbetroffenheit des Behandlers:<br>HP-HÄ-PT .....       | <b>23</b> |
| <b>Tabelle 4:</b> Ergebnisse für Einstellung zu krankem Arzt/PT: HP-HÄ-PT .....   | <b>26</b> |
| <b>Tabelle 5:</b> Ergebnisse für unterschiedliche Einstellung zu erkrankten<br>Ärzten vs. Erkrankten Psychotherapeuten: HP-HÄ-PT .....                | <b>28</b> |
| <b>Tabelle 6:</b> Ergebnisse für Einstellung zu Ausbildungs- und Praktikier-<br>verboten .....  | <b>30</b> |
| <b>Tabelle 7:</b> Ergebnisse für Häufigkeitsverteilung der drei wichtigsten<br>Faktoren eines gesunden Lebensstils: HP-HÄ-PT .....                    | <b>33</b> |
| <b>Tabelle 8:</b> Ergebnisse für Einstellung zu psychosomatischen<br>Krankheitskonzepten: HP-HÄ-PT .....  | <b>35</b> |
| <b>Tabelle 9:</b> Ergebnisse für Erkrankungs-Persönlichkeiten: HP- HÄ .....   | <b>38</b> |
| <b>Tabelle 10:</b> Ergebnisse für Qualität der Behandler-Patientenbeziehung:<br>HP-HÄ-PT .....  | <b>40</b> |
| <b>Tabelle 11:</b> Ergebnisse für Qualität der Behandler- Patientenbeziehung:<br>HP-HÄ-PT .....   | <b>42</b> |
| <b>Tabelle 12:</b> Ergebnisse für körperliche Behinderung HA/PT: HP-HÄ-PT ....  | <b>43</b> |
| <b>Tabelle 13:</b> Ergebnisse für Aussehen Schönheitschirurg/in: HP-HÄ-PT ....  | <b>48</b> |
| <b>Tabelle 14:</b> Ergebnisse für HADS-Skalen Angst und Depression:<br>HP-HÄ-PT .....   | <b>51</b> |
| <b>Tabelle 15:</b> Ergebnisse für HADS und HautZuf bezogen auf Fragen .....   | <b>56</b> |
| <b>Tabelle 16:</b> Ergebnisse für HADS und HautZuf bezogen auf F22/24 .....   | <b>58</b> |
| <b>Tabelle 17:</b> Hautzuf- Skalen Selbstberührung und Ekel .....   | <b>59</b> |
| <b>Tabelle 18:</b> Ergebnisse für Umgang der Teilnehmer mit HE:<br>HÄo-HÄm-PT .....   | <b>63</b> |
| <b>Tabelle 19:</b> Ergebnisse für Stigmatisierung und Behandler- Patienten-<br>beziehung bei Selbstbetroffenheit des Behandlers: HÄo-<br>HÄm-PT ..... | <b>65</b> |
| <b>Tabelle 20:</b> Ergebnisse für Einstellung zu krankem Arzt/PT: HÄo-HÄm-PT  | <b>67</b> |
| <b>Tabelle 21:</b> Ergebnisse für Häufigkeitsverteilung der drei wichtigsten<br>Faktoren eines gesunden Lebensstils: HÄm-HÄo-PT .....                 | <b>69</b> |
| <b>Tabelle 22:</b> Ergebnisse für Einstellung zu psychosomatischen<br>Krankheitskonzepten: HÄo-HÄm-PT .....   | <b>71</b> |
| <b>Tabelle 23:</b> Ergebnisse für Erkrankungs-Persönlichkeiten: HÄo- HÄm .....  | <b>75</b> |
| <b>Tabelle 24:</b> Ergebnisse für Qualität der Behandler-Patientenbeziehung:<br>HÄo-HÄm-PT .....  | <b>77</b> |
| <b>Tabelle 25:</b> Ergebnisse für Skala Selbstberührung: HÄo-HÄm-PT .....   | <b>81</b> |

## Abbildungsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Abbildung 1:</b> Geschlechterverteilung der Teilnehmer .....   | <b>17</b> |
| <b>Abbildung 2:</b> Raucherverhalten der Teilnehmergruppen.....   | <b>18</b> |
| <b>Abbildung 3:</b> Ansteckung an HE .....  | <b>19</b> |
| <b>Abbildung 4:</b> Bekannte mit/ohne sichtbarer HE.....  | <b>21</b> |
| <b>Abbildung 5:</b> Ernsthafte Erkrankung der Teilnehmer .....  | <b>24</b> |
| <b>Abbildung 6:</b> Einstellung zu Ausbildungs-/Praktizierverboten von HÄ/PT<br>mit ernsthafte Erkrankung ..... | <b>30</b> |
| <b>Abbildung 7:</b> Die drei wichtigsten Faktoren für einen gesunden Lebensstil                                 | <b>33</b> |
| <b>Abbildung 8:</b> Arzt/Ärztin des Vertrauens bei Geschlechterkrankung .....                                   | <b>46</b> |
| <b>Abbildung 9:</b> Geschlechtsverteilung der Teilnehmer.....   | <b>60</b> |
| <b>Abbildung 10:</b> Rauchverhalten der Teilnehmer .....  | <b>61</b> |
| <b>Abbildung 11:</b> Ansteckung an HE .....   | <b>61</b> |
| <b>Abbildung 12:</b> Bekannter mit/ohne HE .....  | <b>63</b> |
| <b>Abbildung 13:</b> Ernsthafte Erkrankung der Teilnehmer .....   | <b>66</b> |

## Abkürzungsverzeichnis

|         |   |
|---------|---|
| APD     | Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie e.V.     |
| chron.  | chronisch   |
| et al.  | und andere (et alii Maskulinum, et aliae Femininum) |
| FA      | Facharzt  |
| H       | Hypothese   |
| HÄ      | Hautärzte   |
| HÄo     | Hautärzte ohne Psychotherapie                       |
| HÄm     | Hautärzte mit Psychotherapie                        |
| Hautzuf | Fragebogen zur Hautzufriedenheit                    |
| HE      | Hauterkrankungen                                    |
| HP      | Hautpatienten                                       |
| KHK     | koronare Herzkrankheit                              |
| MD      | mittlere Differenz                                  |
| MW      | Mittelwert  |
| Nr      | Nummern   |
| PT      | Psychotherapeuten                                   |
| SD      | Standardabweichung                                  |
| vs.     | versus  |
| z.B.    | zum Beispiel  |

# 1 Einleitung

Der „kranke Arzt oder Psychotherapeut“ ist ein schwieriges und in der wissenschaftlichen Literatur bisher kaum bearbeitetes Thema. Schon in der Antike existierte der Mythos vom verwundeten Heiler (in Gestalt des Kentauren Cheiron) als Ausdruck des kollektiven Wissens um die Nähe von eigener Verwundung und der Arbeit in einem Heilberuf. Doch bis heute beschäftigten sich nur wenige Biographen in größerem Umfang mit dieser Thematik. Auch Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse, stellte sich in öffentlich zugänglichen Schriften nicht der lebensbiographischen Bedeutung und den Auswirkungen seiner eigenen organischen Erkrankung (Kollbrunner 2001).

Dafür gibt es vielfältige Gründe. Bei Leitbildpersonen, vor allem bei solchen von denen Hilfe und körperliche Sicherheit erwartet wird, werden auch gesundheitliche Schwächen selten hinterfragt. Gerade Ärzte und Psychotherapeuten sind in unserer Gesellschaft von einer Aura unverletzlicher Stärke umgeben, sie müssen in unserer Vorstellung stark und von unerschütterlicher Gesundheit sein; wenn aber diese Aura zusammenbricht, weil sich auch der Leitbildgeber als verletzlich erweist, dann sind sowohl der Bewundernde als auch sein Vorbild verletzt und geschwächt (Eckart 2008).

Ärzte erkranken nicht nur an denselben Erkrankungen wie ihre Patienten, schlimmer noch, sie können auch noch besonders schwer an der besonderen Belastung ihres helfenden Berufes erkranken. 25% aller niedergelassenen und 20% aller Klinikärzte leiden am Burnout-Syndrom in unterschiedlicher Ausprägung (Bergner 2006).

Nur wenige Wissenschaftler haben dieses Thema in der heutigen Zeit aufgegriffen. In Bezug auf den Arzt/Psychotherapeuten diskutieren sie verschiedenste, teils kontroverse Ansätze. Dabei werden unterschiedliche Einstellungen z.B. in gelegentlichen anekdotischen Aussagen über körperlich Erkrankte wie „kein Wunder, wie der gelebt hat“, „der ist ja selbst Schuld“,

„der hat seine Neurose nicht ausreichend bearbeitet“ oder „bei der Vergangenheit/Kindheit verwundert das nicht“ usw. ausgedrückt. Dewald (1982) vermutet, dass insgeheim viele Psychotherapeuten die Fantasie hegen, ihre persönliche zur Ausbildung gehörende Selbsterfahrung habe sie gegenüber Erkrankungen „immunisiert“.

Eine kritische Auseinandersetzung mit Freuds Erkrankung als Identifikationsmodell erfolgte durch Halpert (1982): „Der Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud, war während der letzten 16 Jahre seines Lebens chronisch krank, litt an Mundhöhlenkrebs und führte doch seine Arbeit weiter, analysierte Patienten während der meisten dieser Jahre. Da ein gewisses Maß an Identifikation mit Freud wahrscheinlich in jedem Analytiker besteht, fragt man sich, ob [Freud] ... nicht ein Identifikationsmodell (und vielleicht eine Rationalisierung) darstellte, um auch im Angesicht von Schmerzen und Tod weiterzuarbeiten.“

Gathmann und Semrau-Lininger (1996) beschreiben bei Therapeuten weitläufig bekannte und von allen benutzte Mechanismen zur Realitätsbewältigung, wie z.B. Verdrängung, Rationalisierung, Vermeidung und andere Abwehrmechanismen, um sich (meist unbewusst) eine leichter zu akzeptierende Realität zu schaffen. Denn wenn schon zwischen den beiden Polen Krankheit und Gesundheit eingebunden, dann ist der Wunsch naturgemäß größer, auf der Seite der Gesundheit zu stehen. Durch diese offensichtliche Umformung der Realität kann sich nach o.g. Autoren der Arzt zum Gesundheitsmanager erheben und den Patienten als den Kranken betrachten, der Heilung zu erfahren hat. Somit ist sein eigener erkrankter Anteil nach außen verlagert und der Heiler glaubt sich frei davon.

Halpert (1982) erklärt die Ursache für den Mangel an Literatur zum Thema „kranker Arzt und Psychotherapeut“ mit der narzisstischen Kränkung, den Gefühlen des Versagens und der Abwehr, die mit allen physischen Krankheiten ins Spiel kommen. Das Alter, die Krankheit und der Tod sind möglicherweise zu bedrohliche Themen für eine „lustvolle“ wissenschaftliche Bearbeitung.

In einigen wenigen Arbeiten haben sich Psychoanalytiker mit dem Thema „Kranker Analytiker“ in „Einzelfallbeschreibungen“ - meist in Form einer Reflexion der Übertragungs-/Gegenübertragungsbeziehung -

auseinandergesetzt (Morrison 1997, Pizer 1997). Chernin (1976), Abend (1982) und Halpert (1982) verstehen diesen Befund als Vermeidung.

Eine der wenigen Publikationen zu erkrankten Organ-Medizinern und der Auswirkungen auf die Arzt-Patientenbeziehung ist das im Jahr 2005 im Journal of the National Medical Association erschienene Interview mit einem an Kinderlähmung erkrankten Arzt. Es wird über dessen Entscheidung Medizin zu studieren berichtet sowie den Schwierigkeiten währenddessen und während seiner Tätigkeit als behandelnder Arzt. Die Schwierigkeiten reichten von entmutigenden Kommentaren über Probleme während Praktika, in denen Fingerfertigkeit gefordert wurde, bis hin zu Misstrauen, das ihm von Patienten entgegen gebracht wurde. Er erwähnt die enorm wichtige Bedeutung von Vorbildern, in seinem Fall ein körperlich behinderter an den Rollstuhl gebundener Arzt, den er als Jugendlicher gesehen hatte. Diese Erfahrung zeigte ihm die Möglichkeit, trotz seiner Behinderung Mediziner zu werden und half ihm auch noch bei seiner Facharztwahl. Darstellungen dieser Art stellen aber eher eine Ausnahme in der Fachliteratur dar.

Einige Ärzte haben die Fähigkeit, sich auch literarisch mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen (Döblin 2000, Sacks 2000). Dies wird durch eine ganze Reihe von Biographien deutlich, in denen sich Ärzte und Therapeuten, die an verschiedensten Erkrankungen leiden, mit den Auswirkungen ihres Leidens auseinandersetzen (Rau 2000, Jamieson 1999, Schwarzenberg 1995, Rosenbaum 1993, Morrison 1988).

Weitaus weniger ist zur Einstellung von Patienten, Ärzten und Psychotherapeuten zum Thema „Krankheit, Alter und drohender Tod bei Ärzten/Therapeuten“ bekannt. Systematische, wissenschaftlich fundierte Untersuchungen hierzu wurden bisher kaum durchgeführt.

### 1.1 Ziel der Untersuchung

Von ernsthaften, bedrohlichen Erkrankungen bei Ärzten/Therapeuten kann angenommen werden, dass sie einen Einfluss auf das Arzt-/Therapeuten-Patientenverhältnis haben können. Bisher erfolgten Untersuchungen meist mit Blick auf den Patienten. Umgekehrt wurden die Auswirkungen von körperlichen Erkrankungen eines Arztes oder Therapeuten auf die Arzt- bzw. Therapeuten-Patientenbeziehung nicht systematisch untersucht.

Dermatologische Erkrankungen sind häufig sichtbar und es kann vermutet werden, dass durch die Sichtbarkeit besondere Probleme im Arzt- bzw. Therapeuten-Patientenverhältnis bestehen können. Einige Fragen werden sich daher besonders auf Hauterkrankungen beim Arzt bzw. Therapeuten beziehen.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Einstellungen verschiedener Berufsgruppen und Patienten zu erkrankten Hautärzten und Psychotherapeuten zu untersuchen und miteinander zu vergleichen. Die hierzu benötigten Daten werden mit Hilfe von Fragebögen erhoben. Die Begrenzung auf diese beiden Berufsgruppen erfolgt auch, um den Untersuchungsumfang eingrenzen zu können.

Getrennt sollen zunächst die Einstellungen von Patienten, Therapeuten und Hautärzten erfasst werden.

Unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit werden immer die gleichen Fragen beantwortet.

## 2 Material und Methoden

### 2.1 Verwendete Fragebögen

Zur Erhebung der Daten wurden drei verschiedene Fragebögen verwendet. Neben einem neu entwickelten Fragebogen wurden zwei weitere Fragebögen [HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) und Fragebogen zur Hautzufriedenheit (Hautzuf)] eingesetzt, die mögliche Einflussfaktoren erfassen, um einen eventuellen Zusammenhang zwischen Beantwortung der Fragen und anderen Faktoren überprüfen zu können. Dies soll der besseren Vergleichbarkeit mit schon bekannten Studien dienen. Diese drei Fragebögen werden im folgenden kurz dargestellt.

#### 2.1.1 Fragebogen zur Einstellung von Krankheit, Altern und drohendem Tod bei Ärzten und Psychotherapeuten

Der Fragebogen zur Einstellung von Krankheit, Altern und drohendem Tod bei Ärzten oder Psychotherapeuten wurde neu erstellt, um die bisher wenig beachtete Problematik wissenschaftlich zu untersuchen. Dafür wurde zunächst ein Fragenpool für etwaige relevante Themenbereiche erstellt. Dieser Pool wurde anschließend mit Anregungen von verschiedenen Psychotherapeuten und Dermatologen überarbeitet.

Der Fragebogen erfragt anfangs soziodemografische Daten wie: Gruppenzugehörigkeit, Geschlecht, Alter, Rauchverhalten, Haut- und körperliche Erkrankungen. Die folgenden 44 Fragen setzen sich aus mehrstufig skalierten Fragen zu verschiedenen Themengebieten (Umgang mit Hauterkrankungen, Einstellung zu krankem Arzt/Psychotherapeuten, Vertrauen zum Arzt auf Grund bestimmter Merkmale) zusammen.

#### 2.1.2 HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version)

Die HADS-D ist ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin (Herrmann et al. 1995).

#### **Einsatzbereich**

Fragebogeninstrument zur Selbstbeurteilung von Angst und Depressivität, bei Erwachsenen mit körperlichen Beschwerden bzw. Erkrankungen.

Hauptanwendungsgebiete im Bereich der somatischen Medizin (Kliniken, Ambulanzen, Arztpraxen) als Screeningverfahren, in der Differenzialdiagnostik funktioneller Störungen sowie in der Erfassung und Verlaufsdocumentation reaktiver Störungen bei körperlich Kranken, auch im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen, z.B. zur Evaluation von Behandlungseffekten.

### Verfahren

Die HADS-D ist die gleichwertige deutsche Adaptation der englischen HADS (Zigmond & Snaith 1983), die gezielt zum Einsatz bei körperlich Kranken konstruiert wurde. Sie zeichnet sich durch ihre Kürze von 14 Items aus, aus denen je eine Angst- und Depressivitätssubskala gebildet wird. Die Skala erfasst die bei körperlich Kranken am häufigsten vorkommenden Störungsformen, auch im Fall leichterer Ausprägung. Sie verzichtet auf körperliche Indikatoren psychischen Befindens, die in der Zielklientel häufig Ausdruck der körperlichen Krankheit und nicht einer psychischen Störung sind.

### Skalen

Die HADS-D besteht aus 2 Subskalen (Angstskala= HADS-D/A; Depressionsskala= HADS-D/D) mit jeweils 7 Items. Pro Item sind 4 (0-3) Antwortmöglichkeiten gegeben, d.h. der Wertebereich erstreckt sich von 0 (Minimum) bis 21 (Maximum) je Skala.

Die Items der **Angstskala** gliedern sich wie folgt:

- A1:** Nervosität
- A2:** Allgemeine Befürchtungen
- A3:** Sorgen
- A4, A5 und A6:** Aspekte motorischer Spannungs-/Entspannungsdefizite.
- A7:** Prävalenz von Paniksymptomen im Zusammenhang mit somatoformen Beschwerden.

Die Items der **Depressionsskala** werden unterteilt in:

- D1, D2, D3 und D6:** Freudlosigkeit

|                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| <b>D4:</b>        | Verminderung des Antriebs |
| <b>D5 und D7:</b> | Interessenverlust         |

Die Ergebnisse des HADS-D werden auf jeder Subskala bei Werten  $\leq 7$  als unauffällig, bei Werten von 8-10 als grenzwertig und bei Werten  $\geq 11$  als auffällig angesehen (Hermann et al.1995).

### **Zuverlässigkeit**

Cronbachs Alpha beträgt in der deutschen Eichstichprobe (N= 6.200) für die Angst-Subskala  $\alpha = .80$  und für die Depressivitäts-Subskala  $\alpha = .81$ . Die Retestreliabilität beträgt innerhalb von zwei Wochen  $r = .84$  bzw.  $r = .85$ , nach längeren Intervallen von über sechs Wochen jeweils  $r = .70$ , was für eine hinreichende Änderungssensitivität spricht.

### **Gültigkeit**

Die zweifaktorielle Struktur der Skala konnte an der Eichstichprobe eindeutig bestätigt werden. Die konvergente Validität ist durch dokumentierte Zusammenhänge mit konstruktnahen Verfahren belegt. Zahlreiche Hinweise ergeben sich aus der im Testmanual aufgeführten, umfangreichen internationalen Literatur zum Einsatz des Instrumentes in nahezu allen Bereichen der Medizin.

### **Normen**

Neben klinisch definierten Cut-off-Werten für die orientierende Fall-Identifikation liegen alters- und geschlechtsnormierte Prozentrang- und T-Werte von 5.579 kardiologischen Patienten vor. Vorläufige Normen für Gesunde (N= 278) werden ebenfalls angegeben. Mittelwerte und Standardabweichungen können für Patienten diverser medizinischer Disziplinen bzw. Diagnosegruppen benannt werden.

### **Bearbeitungsdauer**

2-5 Minuten

### 2.1.3 Hautzufriedenheit-Fragebogen (engl.: Skin Satisfactory Questionnaire)

#### Einsatzbereich

Der Hautzufriedenheit-Fragebogen (Hautzuf) dient der Beurteilung eines umfassenden Bereiches spezifischer psychosozialer Aspekte von Hautempfindung, Zufriedenheit und Einstellung zur Haut, sowohl von Patienten als auch von Gesunden (Grolle et al. 2003).

Zu Beginn erfragt der Hautzuf einige demographische Daten: Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Hauterkrankungen sowie deren Behandlung.

#### Skalen

Der Fragebogen besteht aus 36 Items, die 5 inhaltlichen Bereichen zugeteilt sind. Es wird auf einer fünfstufigen Likertskala geantwortet, indem die am meisten zutreffende Antwort angekreuzt wird. Die einzelnen Antwortalternativen reichen von 0= trifft gar nicht zu bis 4= trifft vollkommen zu. 1, 2 und 3 bezeichnen die dazwischen liegenden Abstufungen. Folgende Dimensionen werden beschrieben (Jungblut 2005):

- Partnerberührung (8 Items)
- Scham (7 Items)
- Berührung innerhalb der Familie (8 Items)
- Ekel (6 Items)
- Selbstberührung (7 Items)

#### Zuverlässigkeit

Cronbachs Alpha beträgt nach Validierung und klinischer Erprobung (Jungblut 2005) für die fünf Skalen zwischen  $\alpha = 0,71$  und  $\alpha = 0,91$  und liegt somit über dem geforderten Minimum von 0,70 im zufrieden stellenden bis guten Bereich.

#### Gültigkeit

Es findet sich neben einer guten Praktikabilität eine hohe diskriminante Validität in Bezug auf die Fragebogenebenen.

## **2.2 Auswahl der Teilnehmer und praktische Durchführung**

Die Fragebögen wurden an die beiden Berufsgruppen Hautärzte und Psychotherapeuten, sowie an Hautpatienten verteilt. Bei den Hautärzten wurde im Rahmen der Auswertung zwischen solchen mit Psychotherapie-Zusatzausbildung (Zusatztitel oder zusätzlicher Facharzt (FA) in einem psychotherapeutischen Gebiet) und ohne unterschieden.

Der neuentwickelte Fragebogen zur Einstellung von Krankheit, Alter und drohendem Tod bei Ärzten oder Psychotherapeuten wurde erstmals im Rahmen der 11. APD-Tagung in Gießen (2003) an Hautärzte und Psychotherapeuten verteilt. Damit sollte zunächst eine erste Stichprobe bezüglich des neuen Fragebogens erhoben werden. Letztendlich wurden auch diese Fragebögen mit in die Auswertung einbezogen, da sich die Rekrutierung sowohl der Hautärzte, vor allem aber der Psychotherapeuten als äußerst schwierig gestaltete.

Zur besseren Vergleichbarkeit mit schon bekannten Studien wurden bei der folgenden Verteilung zwei etablierte Fragebögen mitverteilt.

Weitere Hautärzte wurden aus dem persönlichen Umfeld des Autors, sowie der Gießener Universitäts-Hautklinik und an niedergelassene Hautärzte im Gießener Umland rekrutiert.

Die Verteilung an Psychotherapeuten erfolgte im persönlichen und beruflichen Umfeld von Mitarbeitern des Medizinischen Zentrums für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen, als auch durch Anschreiben verschiedener Psychotherapeuten deutschlandweit. Dabei wurden ca. 100 Psychotherapeuten angesprochen. Die Bereitschaft zur Teilnahme von Psychotherapeuten war gering und nur in 25 Fällen von Erfolg gekrönt.

Die Fragebögen wurden außerdem bei der 12. APD Tagung in Gießen (2004) verteilt.

Im September 2003 wurden die Fragebögen an Patienten (n= 100) der Tomesa Fachklinik für Allergien, Haut und Gelenkerkrankungen, Rheuma in Bad Salzschlirf verteilt. Die Rücklaufquote bei den Patienten betrug n= 59 Fragebögen, d.h. 59%. Als Gründe für die Nicht-Rückgabe können die starke therapeutische Einbindung der HP während des Klinikaufenthaltes, fehlende

Vergütung und die zum Teil sehr intimen Fragen der Fragebögen vermutet werden.

### **2.3 Stichprobenumfang in der statistischen Auswertung**

Es konnten schließlich  $n = 138$  Fragebögen in die statistische Auswertung eingehen.  $N = 59$  Fragebögen von Hautpatienten (HP),  $n = 54$  Bögen von Hautärzten (HÄ) und  $n = 25$  ausgefüllte Bögen von Psychotherapeuten (PT) konnten verglichen werden. Die zusätzliche HADS-D Skala wurde aus o.g. Gründen lediglich von  $n = 23$  HÄ und  $n = 21$  PT, der Hautzufriedenheit-Test von  $n = 27$  HÄ und  $n = 21$  PT ausgefüllt sowie von  $n = 58$  HP.

### **2.4 Statistische Auswertung<sup>1</sup>**

Die statistische Auswertung erfolgte unter Verwendung von „SPSS 11.0 for MS Windows“.

Es kamen folgende statistische Rechenverfahren zur Anwendung:

- Chi<sup>2</sup>-Test
- Einfaktorielle Varianzanalyse in Kombination mit Scheffé und Tamhane Anschlussstest
- Häufigkeitsverteilungen, Pearson Korrelationen und t-Test für abhängige und unabhängige Gruppen

#### **Chi<sup>2</sup>-Methoden**

Chi<sup>2</sup>-Methoden sind Verfahren, mit denen sich Häufigkeitsunterschiede nominalskaliert Merkmale (z.B. Geschlechtsverteilung) analysieren lassen.

#### Voraussetzungen:

- Unabhängigkeit der Variablen
- diskrete Merkmale
- jede untersuchte Einheit muss exakt einer Merkmalsausprägung zuzuordnen sein

---

<sup>1</sup> An dieser Stelle möchte ich Herrn PD Dr. Dipl.- Psych. J. Kupfer vom Institut für medizinische Psychologie der Justus Liebig Universität Gießen für die Hilfe bei der Auswertung der Daten und seine Unterstützung ganz herzlich danken

Der Chi<sup>2</sup>-Test wurde für die Auswertung der nichtparametrischen Fragen verwendet.

### **Einfaktorielle Varianzanalyse** (Bortz 2004)

Mit der einfaktoriellen Varianzanalyse kann geprüft werden, ob für eine abhängige Variable (z.B. Ergebniswerte in HADS und Hautzuf) unter den p-Faktorenstufen einer unabhängigen Variablen (z.B. „Hautpatienten/Hautärzte/Psychotherapeuten“) Unterschiede bestehen.

Die Nullhypothese besagt, dass sich die Mittelwerte der abhängigen Variablen unter den p Faktorenstufen der unabhängigen Variablen nicht unterscheiden:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \dots = \mu_p$$

Im Anschluss an die einfaktorielle Varianzanalyse kann für signifikante Ergebnisse mittels Scheffé-Test (homogene Varianzen) oder Tamhane-Test (heterogene Varianzen) geklärt werden, zwischen welchen der einzelnen Faktorenstufen sich der nachgewiesene Unterschied wieder findet (Paarvergleich).

### **Signifikanzniveaus**

Für alle o.a. Verfahren werden die folgenden Signifikanzniveaus festgelegt:

$$P_{(\text{Ergebnis}/H_0)} \leq 5\% \rightarrow \text{„signifikant“}$$

$$P_{(\text{Ergebnis}/H_0)} \leq 1\% \rightarrow \text{„hochsignifikant“}$$

## **2.5 Hypothesen**

Folgende Hypothesen wurden zum Fragebogen zur Einstellung von Krankheit, Altern und drohendem Tod formuliert:

### **Hypothese 1: Ansteckung**

- a) **H0:** Diejenigen, die der Meinung sind, dass sie schon einmal durch eine Hauterkrankung angesteckt wurden, schätzen die Gefahr von Ansteckung besonders hoch ein.

**H1:** Diejenigen, die der Meinung sind, dass sie nicht durch eine Hauterkrankung angesteckt wurden, schätzen die Gefahr von Ansteckung besonders niedrig ein.

b) **H0:** Diejenigen, die der Meinung sind, dass sie schon einmal durch eine Hauterkrankung angesteckt wurden, ekeln sich vor Hauterkrankungen.

**H1:** Diejenigen, die der Meinung sind, dass sie nicht durch eine Hauterkrankung angesteckt wurden, ekeln sich wenig vor Hauterkrankungen.

### **Hypothese 2: Stigmatisierung**

**H0:** Diejenigen, die persönlich in ihrem Umkreis einen Hauterkrankten kennen, glauben, dass eine sichtbare Hauterkrankung beim Behandler einen Einfluss auf die Therapie hat.

**H1:** Diejenigen, die persönlich in Ihrem Umkreis einen Hauterkrankten kennen, glauben, dass eine sichtbare Hauterkrankung beim Behandler keinen Einfluss auf die Therapie hat.

### **Hypothese 3: Behandler-Patientenbeziehung bei Selbstbetroffenheit des Behandlers**

**H0:** Patienten sehen ihre Beziehung zum Arzt/Therapeuten unabhängig von einer Erkrankung des Arztes/Therapeuten.

**H1:** Patienten sehen ihre Beziehung zum Arzt/Therapeuten nicht unabhängig von der Erkrankung des Arztes/Therapeuten.

### **Hypothese 4: Unterschiedliche Einstellungen zu erkrankten Ärzten vs. erkrankten Psychotherapeuten**

**H0:** Die Befragten haben zu erkrankten primär organisch tätigen Ärzten die gleichen Einstellungen wie zu erkrankten Psychotherapeuten.

**H1:** Die Befragten haben zu erkrankten primär organisch tätigen Ärzten nicht die gleichen Einstellungen wie zu erkrankten Psychotherapeuten.

**Hypothese 5: Einstellung zu Ausbildungs- und Praktikerverboten**

**H0:** Patienten die selbst erkrankt sind/waren, trauen erkrankten Ärzten zu, dass sie ihre Patienten gut behandeln können.

**H1:** Patienten, die bisher nicht erkrankt sind/waren, trauen erkrankten Ärzten weniger zu, dass sie ihre Patienten gut behandeln können.

**Hypothese 6: Einstellung zu psychosomatischen Krankheitskonzepten**

**H0:** Diejenigen, die der Meinung sind, dass ein gesunder Lebensstil einen Einfluss auf Erkrankungen hat, würden eher nicht zu einem kranken Therapeuten gehen.

**H1:** Diejenigen, die der Meinung sind, dass ein gesunder Lebensstil keinen Einfluss auf Erkrankungen hat, würden eher zu einem kranken Therapeuten gehen.

**Hypothese 7: Kompetenz des Arztes/Therapeuten und Qualität der  
Behandler-Patientenbeziehung**

a) **H0:** Befragte halten kranke Ärzte/Therapeuten, die an der gleichen Erkrankung wie der Patient leiden, für ebenso kompetent wie einen gesunden Arzt/Therapeuten.

**H1:** Befragte halten kranke Ärzte/Therapeuten, die an der gleichen Erkrankung wie der Patient leiden, nicht für ebenso kompetent wie einen gesunden Arzt/Therapeuten.

b) **H0:** Die Befragten nehmen an, dass ein chronisch kranker Arzt/Therapeut mehr Verständnis für Patienten als ein gesunder Arzt/Therapeut hat.

**H1:** Die Befragten nehmen an, dass ein chronisch kranker Arzt/Therapeut nicht mehr Verständnis für Patienten als ein gesunder Arzt/Therapeut hat.

**Hypothese 8: Körperliche Behinderung Hautarzt vs. Psychotherapeut**

a) **H0:** Patienten messen einer körperlichen Behinderung bei einem Arzt eine Bedeutung bei.

**H1:** Patienten messen einer körperlichen Behinderung bei einem Arzt keine Bedeutung bei.

b) **H0:** Patienten messen einer körperlichen Behinderung bei einem Psychotherapeuten eine Bedeutung bei.

**H1:** Patienten messen einer körperlichen Behinderung bei einem Psychotherapeuten keine Bedeutung bei.

### **Hypothese 9: Umgang mit Lebenskrisen bei Behandlern**

**H0:** Patienten wünschen sich selbst eher einen „heilen“ Behandler.

**H1:** Patienten bevorzugen eher einen Behandler, der auch die „Abgründe des Lebens“ kennt.

### **Hypothese 10: Geschlechtskrankheiten**

a) **H0:** Patienten bevorzugen eher Ärzte.

**H1:** Patienten bevorzugen eher Ärztinnen.

b) **H0:** Patientinnen bevorzugen eher Ärztinnen.

**H1:** Patientinnen bevorzugen eher Ärzte.

c) **H0:** Patienten gehen eher zu einem Arzt gleichen Alters.

**H1:** Patienten gehen eher zu Ärzten, die wesentlich älter oder jünger sind.

### **Hypothese 11: Alter des Behandlers**

a) **H0:** Patientinnen würden eher eine gleichaltrige Hautärztin bevorzugen.

**H1:** Patientinnen messen dem Alter bei der Auswahl ihrer Hautärztin keine Bedeutung zu.

b) **H0:** Männliche Patienten würden eher zu einer jungen Hautärztin gehen

**H1:** Männliche Patienten messen dem Alter bei der Auswahl ihrer Hautärztin keine Bedeutung bei.

### **Hypothese 12: Aussehen**

a) **H0:** Einem gut aussehenden Arzt wird bei ästhetischen Eingriffen eher Vertrauen geschenkt.

**H1:** Das Vertrauen zum Arzt ist unabhängig vom Aussehen des Arztes.

b) **H0:** Einer gut aussehenden Ärztin wird bei ästhetischen Eingriffen eher Vertrauen geschenkt.

**H1:** Das Vertrauen zur Ärztin ist unabhängig vom Aussehen der Ärztin.

### **Hypothese 13: Gruppenunterschiede Hautärzte vs. Patienten**

**H0:** Es zeigen sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Befragungsgruppen.

**H1:** Es zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Befragungsgruppen.

### **Hypothese 14: Gruppenunterschied Psychotherapeuten vs. Patienten**

**H0:** Es zeigen sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Befragungsgruppen.

**H1:** Es zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Befragungsgruppen.

### 3 Ergebnisse

Die Ergebnisse des Fragebogens zur Einstellung von Krankheit, Altern und drohendem Tod bei Ärzten oder Psychotherapeuten werden im folgenden in zwei Teilen abgehandelt. Im ersten Teil werden die Ergebnisse Hautpatient vs. Hautarzt vs. Psychotherapeut (n ges. = 138) dargestellt. Der zweite Teil beinhaltet die Ergebnisse der befragten Hautärzte mit PT (HÄm), Hautärzte ohne PT (HÄo) und Psychotherapeuten (PT) (n ges = 79).

#### 3.1 Ergebnisse Teil 1

##### 3.1.1 Gruppenzugehörigkeit

###### Alter

Von den 138 Teilnehmern der Studie gaben zwei PT kein Alter an. Das Durchschnittliche Alter lag bei den HP bei 50,3 Jahren (SD 13,0 Jahre, 22-78 J.). Das Durchschnittsalter der HÄ betrug 44,6 Jahre (SD 9,1 Jahre, 28-64 J.). Das Durchschnittsalter der PT 43,0 Jahre (SD 8,3 Jahre, 29-57 J.). In der Varianzanalyse stellte sich eine deutliche Signifikanz:  $F(2) = 5,47$  und  $p = 0,005$ , zwischen den Gruppen heraus. Diese Unterschiede wurden mit dem Post-Hoc-Test nach Tamhane genauer untersucht. Bezüglich des Alters zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen HP und HÄ: mittlere Differenz (MD) = 5,68 und  $p = 0,024$  und zwischen HP und PT: MD = 7,21 und  $p = 0,012$ .

Das bedeutet, dass die teilnehmenden HP im Durchschnitt älter waren als die HÄ und PT. Zwischen HÄ und PT bestand bezüglich des Alters kein signifikanter Unterschied.

**Tabelle 1: Ergebnisse für Altersverteilung der Teilnehmer: HP-HÄ-PT**

| Alter              | HP<br>Anzahl (n) | HÄ<br>Anzahl (n) | PT<br>Anzahl (n) |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|
| 21-30              | 3                | 6                | 1                |
| 31-40              | 11               | 14               | 9                |
| 41-50              | 17               | 19               | 8                |
| 51-60              | 16               | 13               | 5                |
| 61-70              | 8                | 2                | 0                |
| 71-80              | 4                | 0                | 0                |
| Summe              | 59               | 54               | 23               |
| Durchschnittsalter | 50,3a            | 44,6a            | 43,0a            |

### Geschlecht

Bei den HP (n= 59) füllten n= 27 männliche und n= 32 weibliche Teilnehmer die Fragebögen aus. Das Geschlechtsverhältnis der HÄ (n= 54) betrug: n= 30 Ärzte zu n= 24 Ärztinnen und n= 7 Therapeuten zu n= 18 Therapeutinnen bei den PT (n= 25). Es zeigte sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied zwischen der erwarteten und tatsächlichen Anzahl der Teilnehmer.

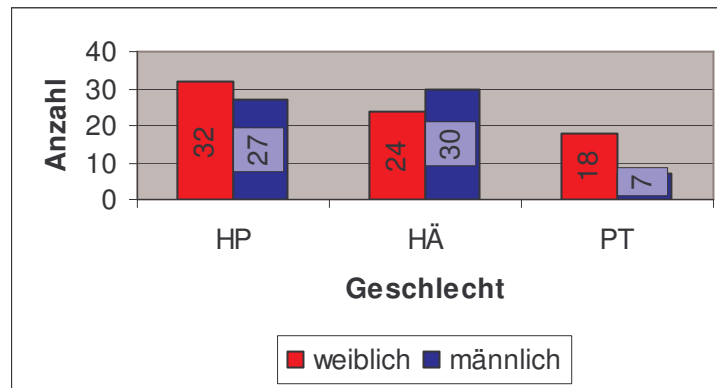


Abbildung 1: Geschlechterverteilung der Teilnehmer

### Chronische Hauterkrankungen (chron. HE)

Erwartungsgemäß bejahten alle HP (n= 59) die Frage nach chron. HE. Von den HÄ (n= 54) bejahten n= 7, an einer chron. HE zu leiden. In der Gruppe der PT (n= 25) gaben n= 2 eine chron. HE an.

### Andere chronische körperliche Erkrankung (chron. KE)

Von den HP (n= 59) gaben n= 46 an, ebenfalls an anderen chron. KE zu leiden. Von den HÄ (n= 54) litten n= 14 unter einer chron. KE. Bei den PT (n= 25) bejahten n= 5 die Frage nach anderen körperlichen Erkrankungen. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der erwarteten Anzahl und der tatsächlichen Anzahl bei dieser Frage gezeigt werden.

#### 3.1.2 Missing Data

Insgesamt füllten n= 138 Teilnehmer den Fragebogen aus. Mit 2,9% (n= 4) wurde die Frage 20.2 am häufigsten nicht beantwortet. Es folgten mit 2,2% (n= 3) die Fragen 20.1 und 20.3. Bei allen drei Fragen handelte es sich um Anschlussfragen zu Frage 19. Weiterhin wurden 2 weitere Fragen von n= 3

Teilnehmern (= 1,4%) und 28 Fragen von jeweils einem Teilnehmer (= 0,7%) nicht beantwortet.

## Rauchen

Bei der Frage nach dem Rauchverhalten wurde zwischen Rauchern, Nichtrauchern und Ex-Rauchern unterschieden.

Das Rauchverhalten wurde mit dem Chi<sup>2</sup>-Test nach Pearson ausgewertet. Hierbei zeigten sich signifikante Unterschiede: Chi<sup>2</sup> (4)= 9,88, p≤ 0,043. Die Anzahl der Raucher unter den HP überstieg mit n= 21 die erwartete Anzahl von n= 16,4; auch die Anzahl der Ex-Raucher überstieg mit n= 14 die erwartete Anzahl von n= 10,8; Weniger HP (n= 24) als erwartet (n= 31,9) gaben an, Nichtraucher zu sein. Bei den HÄ gaben weniger (n= 9) als erwartet (n= 14,7) an Raucher zu sein. Mehr (n= 37) HÄ als erwartet (n= 28,6) sind Nichtraucher und weniger (n= 7) als erwartet (n= 9,7) Ex-Raucher. Von den Psychotherapeuten rauchten mehr (n= 8) als erwartet (n= 6,9). Nichtraucher (n= 13) und Ex-Raucher (n= 4) entsprachen in etwa der erwarteten Anzahl.

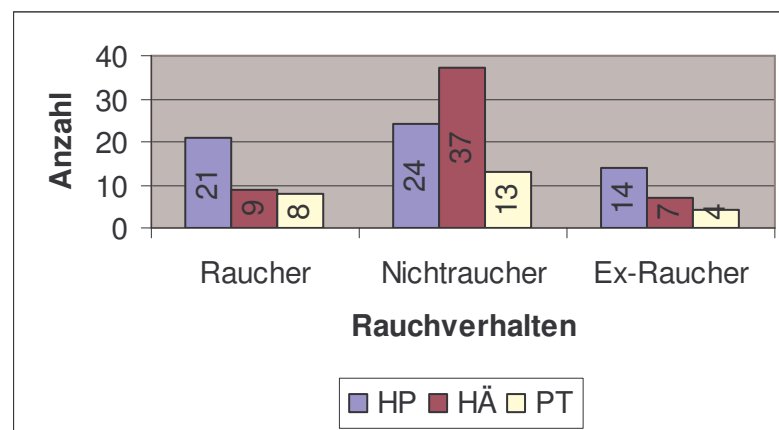


Abbildung 2: Rauchverhalten der Teilnehmergruppen

### 3.1.3 Umgang mit Hauterkrankungen

#### 3.1.3.1 Ansteckung (Hypothese 1)

##### Frage 1: Ansteckung an einer Hauterkrankung (HE)

Bei Frage 1 ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Insgesamt am häufigsten (n=62; davon HP: n=21, HÄ: n=29 und PT: n=12;

Gesamt n=138) gaben die Teilnehmer an, sich an einer HE angesteckt zu haben.

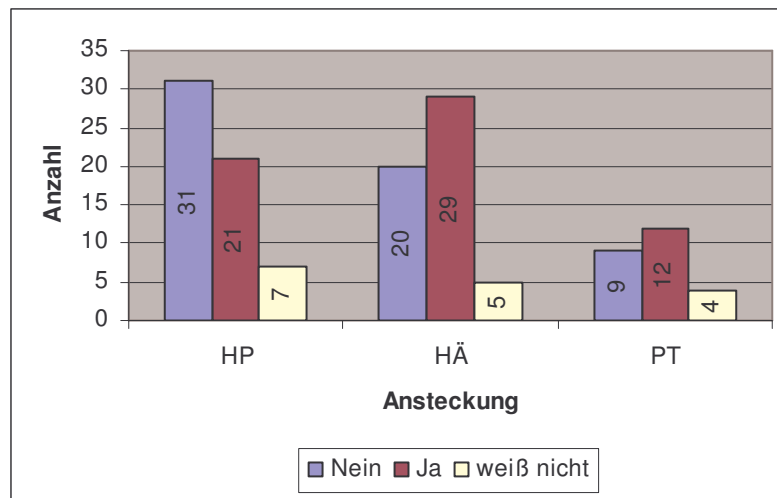


Abbildung 3: Ansteckung an HE

### Frage 2: Ansteckungsgefahr bei Pilzerkrankung an Fingernägeln durch Händeschütteln

Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren hochsignifikant:  $F(2,135) = 14,62$ ,  $p \leq 0,000$ . Im anschließenden Tamhane Test zeigte sich eine deutliche Signifikanz zwischen HP und HÄ: Mittlere Differenz (MD) = 0,75,  $p \leq 0,000$  sowie zwischen PT und HÄ MD = 0,79,  $p \leq 0,000$ .

Das bedeutet, dass HP und PT die Möglichkeit sich an einer Pilzerkrankung an den Fingernägeln eines Hauterkrankten beim Händeschütteln anzustecken, höher einschätzten als HÄ. Dabei gab es zwischen denjenigen HP und PT, die sich schon einmal an einer HE angesteckt haben und solchen ohne Ansteckung keinen signifikanten Unterschied.

### Frage 3: Ansteckungsgefahr bei Pilzerkrankung am Handrücken durch Händeschütteln

Die Ergebnisse der Varianzanalyse ergaben eine deutliche Signifikanz:  $F(2,135) = 12,56$ ,  $p \leq 0,000$ . Der nachfolgende Tamhane Test ergab hochsignifikante Unterschiede zwischen den HP und HÄ: MD = 0,79,  $p \leq 0,000$ , als auch zwischen PT und HÄ: MD = 0,64,  $p \leq 0,008$ .

HÄ schätzten somit die Ansteckungsgefahr einer Pilzerkrankung geringer ein als HP und PT.

Mit dem  $\chi^2$ -Test nach Pearson wurde dieser Unterschied getrennt nach Teilnehmern mit Ansteckung an HE und ohne untersucht. Dabei konnte bei den Teilnehmern, die sich schon einmal an einer HE angesteckt haben, ein hochsignifikanter Unterschied gezeigt werden:  $\chi^2(4) = 16,80$ ,  $p \leq 0,002$ .

Das bedeutet, dass mehr HÄ ( $n = 29$ ) als erwartet ( $n = 23,4$ ), die sich an einer HE angesteckt haben, der Meinung waren, dass die Gefahr, sich an einer Pilzerkrankung die am Handrücken des Betroffenen lokalisiert ist, beim Händeschütteln anzustecken, gering ist. Von den HP ( $n = 14$ ) und PT ( $n = 7$ ) mit HE schätzten weniger als erwartet ( $n = 16,9$  und  $n = 9,7$ ) die Ansteckungsgefahr gering ein.

#### **Frage 4: Auslösung von Ekel durch Herpes labialis**

In der zuerst durchgeführten Varianzanalyse zeigte sich eine deutliche Signifikanz:  $F(2,135) = 21,89$ ,  $p \leq 0,000$ . Auch im folgenden Tamhane Test wurden hochsignifikante Unterschiede gefunden, HP-HÄ:  $MD = 0,99$ ;  $p \leq 0,000$  und PT-HÄ:  $MD = 1,13$ ,  $p \leq 0,000$ .

Das bedeutet, dass Herpes an den Lippen (Herpes labialis) anderer Menschen bei HP und PT eher Ekel auslöste als bei HÄ.

Es konnte eine deutliche Signifikanz für die Gruppe der Teilnehmer, die sich an einer HE angesteckt hatten, gezeigt werden:  $\chi^2(4) = 17,96$ ,  $p \leq 0,001$ .

Bei mehr HÄ mit Ansteckung an HE ( $n = 29$ ) als erwartet ( $n = 22,0$ ), löste Herpes labialis bei anderen Menschen keinen Ekel aus. HP ( $n = 4$ ) und PT ( $n = 2$ ) mit HE ekelten sich häufiger als erwartet ( $n = 2,0$  und  $n = 1,2$ ) vor Herpes labialis bei anderen Personen.

#### **Frage 5: Hautarzt mit Gürtelrose**

Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2,134) = 4,13$ ;  $p \leq 0,018$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte ein signifikanter Unterschied zwischen HP und HÄ dargestellt werden:  $MD = 0,71$ ;  $p \leq 0,035$ .

Somit waren HP im Gegensatz zu HÄ eher der Meinung, dass ein Hautarzt mit Gürtelrose erst nach Abheilung der Hautveränderungen wieder arbeiten sollte. Es konnte kein Unterschied innerhalb der unterschiedlichen Gruppen zwischen Teilnehmern mit/ohne Ansteckung an HE gezeigt werden.

Tabelle 2: Umgang der Teilnehmer (HP-HÄ-PT) mit HE

| Skalen    | N      | MW  | SD   | F     | p     | Scheffé | Tamhane |       |
|-----------|--------|-----|------|-------|-------|---------|---------|-------|
| <b>F2</b> | HP     | 59  | 0,85 | 14,62 | 0,000 |         | HP≥HÄ   |       |
|           | HÄ     | 54  | 0,09 |       |       |         | 0,35    | PT≥HÄ |
|           | PT     | 25  | 0,88 |       |       |         | 0,83    |       |
|           | Gesamt | 138 | 0,56 |       |       |         |         |       |
| <b>F3</b> | HP     | 59  | 1,07 | 12,56 | 0,000 |         | HP≥HÄ   |       |
|           | HÄ     | 54  | 0,28 |       |       |         | 0,56    | PT≥HÄ |
|           | PT     | 25  | 0,92 |       |       |         | 0,91    |       |
|           | Gesamt | 138 | 0,73 |       |       |         | 0,93    |       |
| <b>F4</b> | HP     | 59  | 1,14 | 21,89 | 0,000 |         | HP≥HÄ   |       |
|           | HÄ     | 54  | 0,15 |       |       |         | 0,36    | PT≥HÄ |
|           | PT     | 25  | 1,28 |       |       |         | 0,94    |       |
|           | Gesamt | 138 | 0,78 |       |       |         | 1,03    |       |
| <b>F5</b> | HP     | 59  | 2,39 | 4,13  | 0,018 | HP≥HÄ   |         |       |
|           | HÄ     | 53  | 1,68 |       |       |         | 1,53    |       |
|           | PT     | 25  | 1,68 |       |       |         | 1,18    |       |
|           | Gesamt | 137 | 1,99 |       |       |         | 1,47    |       |

Legende: F= Frage; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse

### 3.1.3.2 Stigmatisierung und Behandler-Patientenbeziehung bei Selbstbetroffenheit des Behandlers (Hypothese 2 und 3)

#### Frage 6: Bekannter mit sichtbarer Hauterkrankung (HE)

Es konnte kein signifikanter Unterschied gefunden werden.

N= 123 der Teilnehmer kannten persönlich eine Person mit HE (HP n= 48, HÄ n= 53 und PT n= 22).

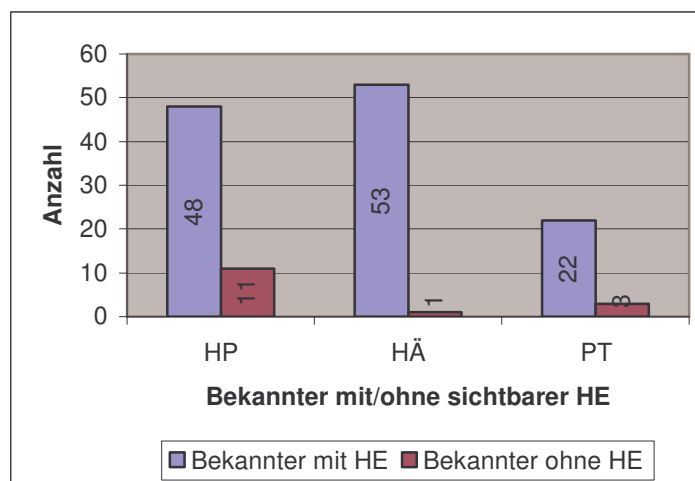


Abbildung 4: Bekannte mit/ohne sichtbarer HE

**Frage 7: Besonders erfolgreiche Behandlung durch Hautärzte mit sichtbarer Hauterkrankung**

Die Varianzanalyse ergab einen signifikanten Unterschied:  $F(2,135) = 3,85$ ,  $p \leq 0,024$ . Diese Signifikanz konnte im Post-Hoc-Test Tamhane allenfalls mit Tendenz zur Signifikanz zwischen HP und HÄ bestätigt werden:  $MD = 0,47$ ,  $p \leq 0,054$ .

Das bedeutet, dass HP eher als HÄ und PT der Meinung waren, ein Hautarzt mit sichtbarer HE könne Patienten mit Neurodermitis besonders erfolgreich behandeln.

Es konnte mit dem  $\chi^2$ -Test eine deutliche Signifikanz für die Gruppe der Teilnehmer mit Bekannten mit HE gezeigt werden:  $\chi^2(4) = 15,75$ ,  $p \leq 0,003$ . Hierbei zeigte sich, dass HP mit Bekannten mit HE häufiger ( $n = 30$ ) als erwartet ( $n = 20,7$ ) glaubten, HÄ mit sichtbarer HE könnten Patienten mit Neurodermitis besonders erfolgreich behandeln. Im Gegensatz dazu meinten dies nur ( $n = 16$ ) der HÄ (erwartet  $n = 22,8$ ) und ( $n = 7$ ) der PT (erwartet  $n = 9,5$ ).

**Frage 8: Hautarzt mit florider Hauterkrankung**

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug:  $MW = 2,60$ ;  $SD = 0,88$ . Obwohl kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden konnte, deutet der MW darauf hin, dass nach Meinung der Teilnehmer ein HA, der seine HE „nicht im Griff“ hat, HP dennoch erfolgreich behandeln kann. Die Mehrheit der Teilnehmer ( $n = 85$ , Gesamt  $n = 138$ ) war der Meinung, ein Hautarzt mit florider HE könne HP erfolgreich behandeln.

**Frage 9: Besonders erfolgreiche Behandlung durch Psychotherapeuten mit sichtbarer Hauterkrankung**

Bei Frage 9 zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Varianzanalyse:  $F(2,135) = 4,19$ ;  $p = 0,017$ . Im Scheffé-Test zeigte sich der Unterschied zwischen HP und PT:  $MD = 0,56$ ;  $p \leq 0,041$ .

HP waren der Meinung, dass PT mit sichtbarer HE, Patienten mit Neurodermitis besonders erfolgreich psychotherapeutisch behandeln können.

Mit dem Chi<sup>2</sup>-Test konnte für die Teilnehmer, die einen Bekannten mit HE kennen, ein deutlicher Unterschied gezeigt werden: Chi<sup>2</sup>(4)= 12,35, p≤ 0,015. Das bedeutet, dass von den Teilnehmern, die jemanden mit HE kennen, mehr HP (n= 33) als erwartet (n= 24,6) meinten, PT mit sichtbarer HE könnten Neurodermitis-Patienten besonders erfolgreich behandeln. HÄ (n= 24) und PT (n= 6) glaubten dies hingegen weniger häufig als erwartet (n= 27,1 und n= 11,3).

#### Frage 10: Psychotherapeuten mit Neurodermitis-Krankheitsfolgen

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Von den Teilnehmern, die persönlich niemanden mit HE kennen, glaubten n= 9 (Gesamt n= 15), PT mit Neurodermitis könnten Patienten mit Neurodermitis besser helfen, die Folgen der Erkrankung auszuhalten. Bei den Teilnehmern, die persönlich jemanden mit HE kennen, waren n= 53 (Gesamt n= 123) dieser Meinung.

#### Frage 11: Psychotherapeuten mit Neurodermitis-Symptomlinderung

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Von den Teilnehmern, die persönlich niemanden mit HE kennen, glaubten n= 7 von n= 15 dieser Gruppe ein PT mit Neurodermitis könne besser als ein gesunder Therapeut helfen, die Krankheitssymptome zu lindern. Bei den Teilnehmern, die persönlich jemanden mit HE kennen, waren n= 51 von n= 123 dieser Gruppe der Ansicht weder der gesunde noch der erkrankte Therapeut könne besser helfen, die Krankheitssymptome zu lindern.

**Tabelle 3: Ergebnisse für Stigmatisierung und Behandler-Patientenbeziehung bei Selbstbetroffenheit des Behandlers: HP-HÄ-PT**

| Skalen    | N      | MW  | SD   | F    | P    | Scheffé | Tamhane |
|-----------|--------|-----|------|------|------|---------|---------|
| <b>F7</b> | HP     | 59  | 2,51 | 1,12 | 3,85 | 0,024   | HP≥HÄ   |
|           | HÄ     | 54  | 2,04 | 0,97 |      |         |         |
|           | PT     | 25  | 2,00 | 0,82 |      |         |         |
|           | Gesamt | 138 | 2,23 | 1,03 |      |         |         |
| <b>F8</b> | HP     | 59  | 2,64 | 0,89 | 2,12 | ≥0,05   |         |
|           | HÄ     | 54  | 2,70 | 0,90 |      |         |         |
|           | PT     | 25  | 2,28 | 0,79 |      |         |         |
|           | Gesamt | 138 | 2,60 | 0,88 |      |         |         |
| <b>F9</b> | HP     | 59  | 2,68 | 0,95 |      | HP≥PT   |         |

|            |        |      |      |      |       |       |  |
|------------|--------|------|------|------|-------|-------|--|
| HÄ         | 54     | 2,30 | 0,94 | 4,19 | 0,017 |       |  |
| PT         | 25     | 2,12 | 0,73 |      |       |       |  |
| Gesamt     | 138    | 2,43 | 0,94 |      |       |       |  |
| <b>F10</b> | HP     | 59   | 2,47 | 1,07 | 2,14  | ≥0,05 |  |
|            | HÄ     | 54   | 2,15 | 0,92 |       |       |  |
|            | PT     | 25   | 2,08 | 0,91 |       |       |  |
|            | Gesamt | 138  | 2,28 | 0,99 |       |       |  |
| <b>F11</b> | HP     | 59   | 2,24 | 1,01 | 2,62  | ≥0,05 |  |
|            | HÄ     | 54   | 1,93 | 0,82 |       |       |  |
|            | PT     | 25   | 1,80 | 0,91 |       |       |  |
|            | Gesamt | 138  | 2,04 | 0,93 |       |       |  |

Legende: F= Frage; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse

### 3.1.4 Einstellung zum kranken Arzt/Psychotherapeuten

#### Frage 12: Ernsthafte Erkrankung

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden.

N=74 Befragte waren in Ihrem Leben selbst nicht ernsthaft erkrankt (HP n= 29, HÄ n= 31 und PT n= 14, Gesamt n= 137).

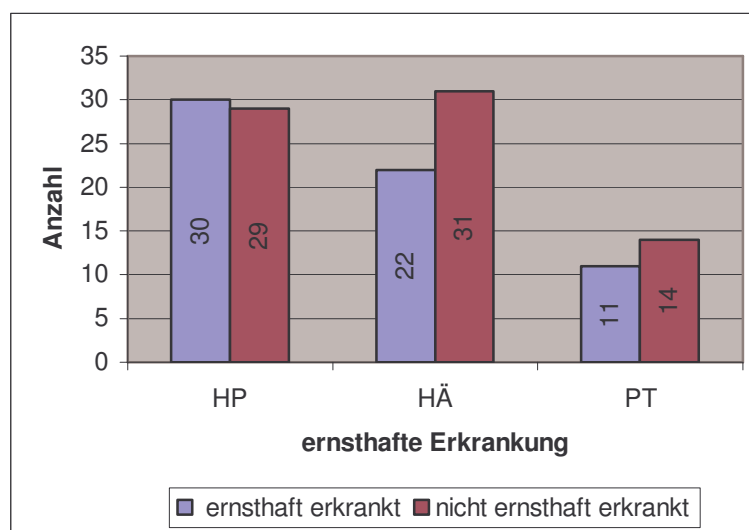


Abbildung 5: Ernsthafte Erkrankung der Teilnehmer

#### 3.1.4.1 Unterschiedliche Einstellung zu erkrankten Ärzten vs. erkrankten Psychotherapeuten (Hypothese 4)

##### Frage 13: Hautarzt mit ernsthafte Erkrankung

Mit der Varianzanalyse konnte ein hochsignifikanter Unterschied dargestellt werden:  $F(2,135) = 8,03$ ;  $p \leq 0,001$ . Der Scheffé-Test ergab einen hochsignifikanten Unterschied zwischen HÄ und HP:  $MD = 0,53$ ;  $p \leq 0,001$ .

Das bedeutet, dass HÄ im Gegensatz zu HP eher der Meinung waren, ein Hautarzt mit einer ernsthaften Erkrankung sollte Hautkranke weiter behandeln, wenn er sich dazu in der Lage fühlt.

#### **Frage 16: Psychotherapeut mit ernsthafter Erkrankung**

Bei Frage 16 zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen:

$F(2,135) = 4,46$ ;  $p \leq 0,013$ . Der Scheffé-Test stellte einen hochsignifikanten Unterschied zwischen HÄ und HP dar:  $MD = 0,40$ ;  $p \leq 0,026$ .

Das bedeutet, dass HÄ im Gegensatz zu HP eher der Meinung waren, ein ernsthaft erkrankter PT könne Patienten psychotherapeutisch weiterhin behandeln.

#### **Frage 14: Eingeschränkte Lebenserwartung von Hautärzten**

Bei dieser Frage konnte mit Hilfe der Varianzanalyse eine deutliche Signifikanz gezeigt werden:  $F(2,135) = 13,25$ ;  $p \leq 0,000$ . Im daraufhin durchgeführten Tamhane-Test ergaben sich hochsignifikante Unterschiede zwischen HP und HÄ:  $MD = 1,04$ ;  $p \leq 0,000$  sowie zwischen HP und PT:  $MD = 1,06$ ;  $p \leq 0,000$ .

Das bedeutet, dass HP im Gegensatz zu HÄ und PT eher meinten, über eine eingeschränkte Lebenserwartung Ihres Hautarztes informiert werden zu müssen.

#### **Frage 17: Eingeschränkte Lebenserwartung von Psychotherapeuten**

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Obwohl kein signifikantes Ergebnis gezeigt werden konnte, deutet der  $MW = 1,86$ ;  $SD = 1,26$  daraufhin, dass die Teilnehmer ( $n = 138$ ) meinten, über eine eingeschränkte Lebenserwartung ihres PT nicht aufgeklärt werden zu müssen.

#### **Frage 15: Hautarzt mit neurologischer Beeinträchtigung**

Es konnte ein signifikanter Unterschied mit der Anova Analyse gezeigt werden:  $F(2,135) = 6,00$ ;  $p \leq 0,003$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte ein

deutlicher Unterschied zwischen HP und HÄ dargestellt werden: MD= 0,68;  $p \leq 0,004$ .

HP waren demnach eher als HÄ der Meinung, dass ein Hautarzt mit Erkrankung des Nervensystems nicht mehr operieren sollte.

### Frage 18: Psychotherapeut mit neurologischer Beeinträchtigung

Zwischen den Gruppen konnte ein hochsignifikanter Unterschied gezeigt werden:  $F(2,134) = 24,67$ ;  $p \leq 0,000$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnten sehr deutliche Unterschiede zwischen HP und HÄ: MD= 1,47;  $p \leq 0,000$  sowie zwischen HP und PT: MD= 0,69;  $p \leq 0,036$ , als auch zwischen PT und HÄ dargestellt werden: MD= 0,78;  $p \leq 0,017$ .

Das bedeutet, dass vor allem HP meinten, PT sollten im Falle einer neurologischen Erkrankung nicht mehr arbeiten. HÄ glaubten dies eher nicht. PT tendierten eher dazu, dass PT mit neurologischer Erkrankung nicht arbeiten sollten.

**Tabelle 4: Ergebnisse für Einstellung zu krankem Arzt/PT: HP-HÄ-PT**

| Skalen     | N                       | MW                   | SD                   | F     | p           | Scheffé                                      | Tamhane                      |
|------------|-------------------------|----------------------|----------------------|-------|-------------|--|------------------------------|
| <b>F13</b> | HP 59<br>HÄ 54<br>PT 25 | 3,10<br>3,63<br>3,28 | 0,76<br>0,65<br>0,68 | 8,03  | 0,001       | HÄ $\geq$ HP                                 |                              |
| <b>F14</b> | HP 59<br>HÄ 54<br>PT 25 | 2,02<br>0,98<br>0,96 | 1,31<br>1,14<br>0,89 | 13,25 | 0,000       |  | HP $\geq$ HÄ<br>HP $\geq$ PT |
| <b>F15</b> | HP 59<br>HÄ 54<br>PT 25 | 3,41<br>2,72<br>2,96 | 0,97<br>1,12<br>1,14 | 6,00  | 0,003       | HP $\geq$ HÄ                                 |                              |
| <b>F16</b> | HP 59<br>HÄ 53<br>PT 25 | 2,93<br>3,33<br>2,92 | 0,89<br>0,61<br>0,81 | 4,46  | 0,013       | HÄ $\geq$ HP                                 |                              |
| <b>F17</b> | HP 59<br>HÄ 54<br>PT 25 | 1,98<br>1,65<br>2,00 | 1,18<br>1,32<br>1,29 | 1,20  | $\geq 0,05$ |  |                              |
| <b>F18</b> | HP 58<br>HÄ 54<br>PT 25 | 2,93<br>1,46<br>2,24 | 1,09<br>1,09<br>1,16 | 24,67 | 0,000       | HP $\geq$ HÄ<br>HP $\geq$ PT<br>PT $\geq$ HÄ |                              |

**Legende: F= Frage; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse**

Im folgenden werden die signifikanten Unterschiede bezogen auf **Hypothese 4 (unterschiedliche Einstellung zu erkrankten Ärzten vs. erkrankten Psychotherapeuten)** dargestellt.

Bei dem Vergleich zwischen den Fragen 13 (Hautarzt mit ernsthafter Erkrankung) und 16 (Psychotherapeut mit ernsthafter Erkrankung) konnte ein deutlicher Unterschied hinsichtlich der Beantwortung gezeigt werden:  $F=18,12$ ;  $p\leq 0,000$ .

Das bedeutet, dass alle Gruppen der Meinung waren, vor allem HÄ mit einer ernsthafte Erkrankung könnten Hautkranke weiter behandeln. Dies traf für psychotherapeutisch tätige PT mit ernsthafter Erkrankung in geringerem Maße zu. Bei der Unterscheidung zwischen den einzelnen Gruppen konnte ebenfalls eine deutliche Signifikanz gezeigt werden:  $F(2,135)=7,61$ ;  $p\leq 0,001$ . Vor allem HÄ gefolgt von PT und HP waren der Meinung, dass insbesondere ernsthaft erkrankte HÄ und in geringerem Maße auch PT, Patienten weiter behandeln könnten.

Bei dem Vergleich der Fragen 14 (eingeschränkte Lebenserwartung HÄ) und 17 (eingeschränkte Lebenserwartung PT) konnten signifikante Unterschiede gezeigt werden:  $F=18,21$ ;  $p\leq 0,000$ .

Das bedeutet, dass die Teilnehmer der Meinung waren, weniger häufig über eine wahrscheinlich eingeschränkte Lebenserwartung ihres HA aufgeklärt werden zu müssen als über eine wahrscheinlich eingeschränkte Lebenserwartung ihres PT. Die Unterscheidung der einzelnen Teilnehmer-Gruppen war ebenfalls hochsignifikant:  $F(2,135)=7,19$ ;  $p\leq 0,001$ .

Die Aufklärung über die Lebenserwartung ihres Hautarztes wünschten sich am ehesten die HP. HÄ und PT hingegen eher nicht. Über die eingeschränkte Lebenserwartung ihres PT wollten am ehesten die PT gefolgt von den HP und am wenigsten die HÄ aufgeklärt werden. Außerdem konnten hochsignifikante Unterschiede innerhalb einer Gruppe bezüglich der unterschiedlichen Fragen gezeigt werden:  $F=6,14$ ;  $p\leq 0,003$ .

Das bedeutet, dass HÄ und PT am ehesten über eine eingeschränkte Lebenserwartung ihres PT aufgeklärt werden möchten. Dies galt hingegen hinsichtlich einer eingeschränkten Lebenserwartung eines HA nicht.

Bei dem Vergleich der Fragen 15 (Hautarzt mit neurologischer Beeinträchtigung) und 18 (Psychotherapeut mit neurologischer Beeinträchtigung) konnten hochsignifikante Unterschiede für die Ergebnisse gezeigt werden:  $F= 52,90$ ;  $p\leq 0,000$ .

Das bedeutet, dass die Teilnehmer der Meinung waren, vor allem HÄ mit neurologischer Beeinträchtigung sollten nicht mehr operieren und PT mit neurologischer Beeinträchtigung sollten eher nicht mehr arbeiten. Die Unterscheidung der Teilnehmer-Gruppen war ebenfalls hochsignifikant:  $F(2,134)= 19,99$ ;  $p\leq 0,000$ .

Das bedeutet, dass vor allem die HP, gefolgt von den PT und am geringsten die HÄ meinten, HÄ mit neurologischer Erkrankung sollten nicht mehr operieren. Bezüglich der erkrankten PT meinten die HP, gefolgt von den PT, neurologisch erkrankte PT sollten nicht mehr arbeiten, wohingegen die HÄ eher meinten, neurologisch erkrankte PT könnten arbeiten. Innerhalb der Gruppe der HÄ konnten ebenfalls hochsignifikante Unterschiede gezeigt werden:  $F= 6,02$ ;  $p\leq 0,003$ .

Das bedeutet, dass HÄ der Meinung waren, neurologisch erkrankte HÄ sollten nicht mehr operieren, wohingegen neurologisch erkrankte PT aber noch arbeiten könnten.

**Tabelle 5 :Ergebnisse für unterschiedliche Einstellung zu erkrankten Ärzten vs. Erkrankten Psychotherapeuten: HP-HÄ-PT**

| Gruppe     | N      | MW  | SD   | HE Messwdh. | HE Gr. | Intakt. Messwdh. X Gr. |
|------------|--------|-----|------|-------------|--------|------------------------|
| <b>F13</b> | HP     | 59  | 3,10 |             |        |                        |
|            | HÄ     | 54  | 3,63 |             |        |                        |
|            | PT     | 25  | 3,28 |             |        |                        |
|            | Gesamt | 138 | 3,34 |             |        |                        |
| <b>F16</b> | HP     | 59  | 2,93 | F=18,12     | 7,61   | 0,80                   |
|            | HÄ     | 54  | 3,33 | ***         | ***    |                        |
|            | PT     | 25  | 2,92 |             |        |                        |
|            | Gesamt | 138 | 3,09 |             |        |                        |
| <b>F14</b> | HP     | 59  | 2,02 |             |        |                        |
|            | HÄ     | 54  | 0,98 |             |        |                        |
|            | PT     | 25  | 0,96 |             |        |                        |
|            | Gesamt | 138 | 1,42 |             |        |                        |
| <b>F17</b> | HP     | 59  | 1,98 | F=18,21     | 7,19   | 6,14                   |
|            | HÄ     | 54  | 1,65 | ***         | ***    | **                     |

|            |        |     |      |      |                |              |            |
|------------|--------|-----|------|------|----------------|--------------|------------|
|            | PT     | 25  | 2,00 | 1,29 |                |              |            |
|            | Gesamt | 138 | 1,86 | 1,56 |                |              |            |
| <b>F15</b> | HP     | 58  | 3,40 | 0,97 | F=52,90<br>*** | 19,99<br>*** | 6,02<br>** |
|            | HÄ     | 54  | 2,72 | 1,12 |                |              |            |
|            | PT     | 25  | 2,96 | 1,14 |                |              |            |
|            | Gesamt | 137 | 3,05 | 1,10 |                |              |            |
| <b>F18</b> | HP     | 58  | 2,93 | 1,09 |                |              |            |
|            | HÄ     | 54  | 1,46 | 1,09 |                |              |            |
|            | PT     | 25  | 2,24 | 1,16 |                |              |            |
|            | Gesamt | 137 | 2,23 | 1,28 |                |              |            |

Legende: F= Frage; \*  $p \leq ,05$ ; \*\*  $p \leq ,01$ ; \*\*\*  $p \leq ,001$ ; HE= Haupteffekt; Gr.= Gruppe;

### 3.1.4.2 Einstellung zu Ausbildungs- und Praktikerverboten (Hypothese 5)

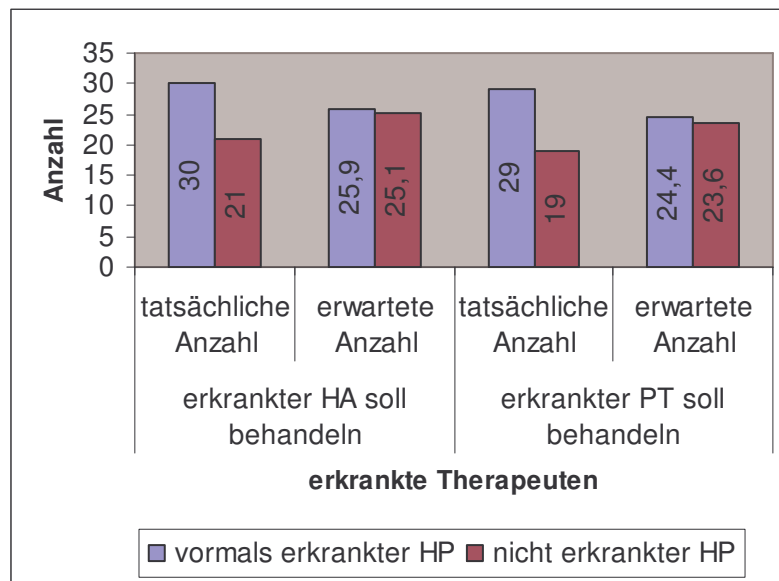
Im folgenden werden die signifikanten Ergebnisse der Fragen 7-11, 13-17 und 27-30 in Bezug auf Hypothese 5 dargestellt. Es wurde untersucht, ob bisher ernsthaft erkrankte vs. nicht ernsthaft erkrankte Teilnehmer eine unterschiedliche Meinung bezüglich erkrankten behandelnden Ärzten haben. Zwischen den Gruppen konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden.

Bei Frage 13 (HÄ mit ernsthafter Erkrankung) konnte ein signifikanter Unterschied innerhalb der Gruppe der HP gezeigt werden:  $\chi^2(2) = 9,57$ ;  $p \leq 0,008$ .

Das bedeutet, dass HP, die bisher nicht ernsthaft erkrankt waren, weniger häufig ( $n = 21$ ) als erwartet ( $n = 25,1$ ) der Meinung waren, HÄ mit ernsthafter Erkrankung sollten Hautkranke weiter behandeln. Hingegen meinten bereits ernsthaft erkrankte HP häufiger ( $n = 30$ ) als erwartet ( $n = 25,9$ ), dass diese HÄ weiter behandeln sollten.

Bei Frage 16 (PT mit ernsthafter Erkrankung) konnte ein signifikanter Unterschied innerhalb der Gruppe der HP gezeigt werden:  $\chi^2(2) = 9,64$ ;  $p \leq 0,008$ .

Bisher nicht ernsthaft erkrankte HP waren weniger häufig ( $n = 19$ ) als erwartet ( $n = 23,6$ ) der Meinung, dass ernsthaft erkrankte PT arbeiten sollten. Erkrankte HP waren häufiger ( $n = 29$ ) als erwartet ( $n = 24,4$ ) der Meinung, dass erkrankte PT weiterarbeiten sollten.



**Abbildung 6: Einstellung zu Ausbildungs-/Praktizierverboten von HÄ/PT mit ernsthafter Erkrankung**

Bei Frage 29 (zuckerkrankter PT) konnte ein hochsignifikanter Unterschied innerhalb der Gruppe der HP gezeigt werden:  $\text{Chi}^2(2) = 11,01$ ;  $p \leq 0,004$ .

HP mit bisher nicht ernsthafter Erkrankung waren häufiger ( $n = 18$ ) als erwartet ( $n = 11,8$ ) der Meinung, dass der zuckerkranke PT auch Patienten mit anderen Erkrankungen besser versteht. Hingegen glaubten dies weniger HP mit ernsthafter Erkrankung.

**Tabelle 6: Ergebnisse für Einstellung zu Ausbildungs- und Praktizierverboten**

| Gruppe<br>F12    | F13  |      |      | Chi <sup>2</sup> nach<br>Pearson |
|------------------|------|------|------|----------------------------------|
|                  | ,00  | 1,00 | 2,00 |                                  |
| HP ,00 Anzahl    | 3    | 5    | 21   | 9,57<br>**                       |
| Erwartete Anzahl | 1,5  | 2,5  | 25,1 |                                  |
| 1,00 Anzahl      | 0    | 0    | 30   |                                  |
| Erwartete Anzahl | 1,5  | 2,5  | 25,9 |                                  |
| <b>F1</b>        |      |      |      |                                  |
| HP ,00 Anzahl    | 4    | 6    | 19   | 9,64<br>**                       |
| Erwartete Anzahl | 2,0  | 3,4  | 23,6 |                                  |
| 1,00 Anzahl      | 0    | 1    | 29   |                                  |
| Erwartete Anzahl | 2,0  | 3,6  | 24,4 |                                  |
| <b>F2</b>        |      |      |      |                                  |
| HP ,00 Anzahl    | 18   | 6    | 5    |                                  |
| Erwartete Anzahl | 11,8 | 8,4  | 8,8  |                                  |

|                  |      |     |     |       |
|------------------|------|-----|-----|-------|
| 1,00 Anzahl      | 6    | 11  | 13  | 11,01 |
| Erwartete Anzahl | 12,2 | 8,6 | 9,2 | **    |

Legende: F= Frage; \*\*  $p \leq 0,01$ ; linke Spalte: ,00= nicht erkrankt; linke Spalte: 1,00= erkrankt; mittlere Spalte: ,00= stimmt überhaupt nicht/stimmt nicht; 1,00= weder-noch; 2,00= stimme zu/stimme völlig zu

### 3.1.4.3 Einstellung zu psychosomatischen Krankheitskonzepten (Hypothese 6)

#### Frage 19: Gesunder Lebensstil

Frage 19 ist in 11 Untergruppen unterteilt, wobei die Untergruppen 1-9 im Fragebogen vorgegeben waren. Unter 10 konnte frei angegeben werden, was nach Meinung der Teilnehmer zu einem gesunden Lebensstil zählt. Dies wurde im Rahmen der statistischen Auswertung unter der Untergruppe 10 und 11 zusammengefasst. Es waren Mehrfachnennungen möglich. Bei den Unterteilungen 19.1,.2,.5,.6,.8,.9,.10 und 19.11 ließen sich keine eindeutigen Abweichungen erkennen.

Eine deutliche Signifikanz zeigte sich bei Frage 19.3 (sehr wenig Alkohol):  $\chi^2(2) = 11,81$ ,  $p \leq 0,003$ .

Lediglich  $n = 10$  (erwartete Anzahl  $n = 19,2$ ) der  $n = 59$  HP gaben an, dass sehr wenig Alkohol **nicht** zu einem gesunden Lebensstil zähle.  $N = 25$  (erwartete Anzahl  $n = 17,6$ ) der  $n = 54$  HÄ meinten, dass sehr wenig Alkohol **nicht** zu einem gesunden Lebensstil passe.

Die Auswertung von Frage 19.4 (Konfliktfähigkeit) zeigte ebenfalls eine hohe Signifikanz:  $\chi^2(2) = 14,04$ ,  $p \leq 0,001$ .

$N = 28$  der HP (erwartete Anzahl  $n = 18,8$ ) verneinten die Konfliktfähigkeit als Teil eines gesunden Lebensstils. Demgegenüber glaubten nur  $n = 2$  (erwartete Anzahl  $n = 8$ ) der  $n = 25$  PT dasselbe.

Auch bei Frage 19.7 (ausreichender Nachtschlaf) konnte eine Signifikanz:  $\chi^2(2) = 6,52$ ,  $p \leq 0,038$  gezeigt werden.

Hierbei fiel auf, dass  $n = 50$  der  $n = 54$  HÄ einen ausreichenden Nachtschlaf zu gesundem Lebensstil zählten und lediglich  $n = 4$  (erwartete Anzahl  $n = 9,4$ ) **nicht**.

**Frage 20: Die drei wichtigsten Faktoren für einen gesunden Lebensstil**

Bei Frage 20 sollten die drei wichtigsten Faktoren für einen gesunden Lebensstil aus Frage 19 genannt und nach Wichtigkeit geordnet werden. Die Ergebnisdarstellung bezieht sich jeweils auf die drei am häufigsten genannten Antworten (1.- 3. Platz).

Insgesamt gaben HP und HÄ mit  $n= 30$  und  $n= 29$  am häufigsten eine regelmäßige körperliche Betätigung auf den ersten drei Plätzen an. Die PT hingegen mit  $n= 15$  eine gute Partnerbeziehung.

Bei Frage 20.1 wurde eine gute Partnerbeziehung von der Mehrzahl der Teilnehmer der drei Gruppen jeweils auf Platz eins der wichtigsten Faktoren für einen gesunden Lebensstil gesehen, HP ( $n= 16$ ), HÄ ( $n=14$ ), PT ( $n= 6$ ). An erster Stelle folgten bei den HP Nichtrauchen ( $n= 14$ ) und ausgewogene/vitaminreiche Diäten ( $n= 7$ ). Bei den HÄ folgten Nichtrauchen und Vermeiden von negativem Stress mit jeweils ( $n= 10$ ). Bei den PT folgten ausreichender Nachtschlaf ( $n= 5$ ) und sowohl Konfliktfähigkeit als auch ausgewogene/vitaminreiche Diäten mit je ( $n= 3$ ) Antworten. Zwischen den drei Teilnehmergruppen HP, HÄ und PT konnte keine Signifikanz gezeigt werden.

Frage 20.2 bezog sich auf die zweitwichtigsten Faktoren für einen gesunden Lebensstil. Hierbei stellte sich eine Signifikanz:  $\text{Chi}^2(18) = 34,44$ ,  $p \leq 0,011$ , zwischen den Gruppen dar. Die HP gaben sehr wenig Alkohol ( $n= 12$ ), gefolgt von Vermeiden negativen Stresses ( $n= 11$ ) und regelmäßige körperliche Betätigung ( $n= 10$ ) an. Anders war die Verteilung bei den HÄ: ausreichender Nachtschlaf ( $n= 11$ ) wurde am häufigsten, gefolgt von guter Partnerbeziehung und regelmäßiger körperlicher Betätigung mit jeweils ( $n= 8$ ) angegeben. Für die PT war Gefühle äußern ( $n= 5$ ) der zweitwichtigste Faktor für einen gesunden Lebensstil. Es folgte gute Partnerbeziehung ( $n= 4$ ).

Bei Frage 20.3 sollten die Teilnehmer angeben was für sie am drittwichtigsten bezogen auf einen gesunden Lebensstil sei. Es konnte keine

deutliche Signifikanz zwischen den Gruppen gezeigt werden. Die HP und die HÄ gaben am häufigsten regelmäßige körperliche Betätigung (n= 15) und (n= 17) an, die PT das Nichtrauchen und gute Partnerbeziehung (je n= 5).

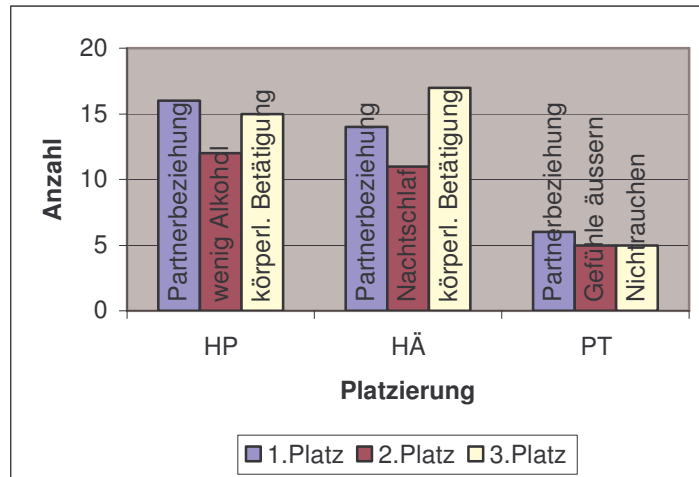


Abbildung 7: Die drei wichtigsten Faktoren für einen gesunden Lebensstil

Tabelle 7: Ergebnisse für Häufigkeitsverteilung der drei wichtigsten Faktoren eines gesunden Lebensstils: HP-HÄ-PT

| Gruppe und Frage | Häufigkeit 1. Platz | Häufigkeit 2. Platz | Häufigkeit 3. Platz | Gesamt     |    |
|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|------------|----|
| HP               | 1,00                | 7                   | 1                   | 4          | 12 |
|                  | 2,00                | 14                  | 3                   | 5          | 22 |
|                  | 3,00                | 2                   | 12                  | 6          | 20 |
|                  | 4,00                | 1                   | 2                   | 6          | 9  |
|                  | 5,00                | 1                   | 7                   | 4          | 12 |
|                  | 6,00                | 16                  | 3                   | 3          | 22 |
|                  | 7,00                | 4                   | 6                   | 8          | 18 |
|                  | 8,00                | 6                   | 11                  | 6          | 23 |
|                  | 9,00                | 5                   | 10                  | 15         | 30 |
|                  | 10,00               | 1                   | 2                   | 1          | 4  |
| <b>Gesamt</b>    | <b>57</b>           | <b>57</b>           | <b>58</b>           | <b>172</b> |    |
| HÄ               | 1,00                | 4                   | 5                   | 6          | 15 |
|                  | 2,00                | 10                  | 2                   | 6          | 18 |
|                  | 3,00                | -                   | 1                   | -          | 1  |
|                  | 4,00                | 5                   | 6                   | 4          | 15 |
|                  | 5,00                | 2                   | 5                   | 7          | 14 |
|                  | 6,00                | 14                  | 8                   | 6          | 28 |
|                  | 7,00                | 2                   | 11                  | 5          | 18 |
|                  | 8,00                | 10                  | 5                   | 1          | 16 |
|                  | 9,00                | 4                   | 8                   | 17         | 29 |
|                  | 10,00               | 3                   | 2                   | 1          | 6  |

|    | Gesamt        | 54        | 53        | 53        | 160       |
|----|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| PT | 1,00          | 3         | 1         | 1         | 5         |
|    | 2,00          | 2         | 3         | 5         | 10        |
|    | 3,00          | -         | 3         | -         | 3         |
|    | 4,00          | 3         | 1         | 4         | 8         |
|    | 5,00          | 1         | 5         | -         | 6         |
|    | 6,00          | 6         | 4         | 5         | 15        |
|    | 7,00          | 5         | 1         | 3         | 9         |
|    | 8,00          | 1         | -         | 2         | 3         |
|    | 9,00          | 2         | 3         | 3         | 8         |
|    | 10,00         | 1         | 3         | 1         | 5         |
|    | <b>Gesamt</b> | <b>24</b> | <b>24</b> | <b>24</b> | <b>72</b> |

Legende: linke Spalte 1-9= Antwortmöglichkeiten im Fragebogen; 10= Beruf

### Frage 21: Gesunder Lebensstil verhindert Erkrankung

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 6,79; SD= 2,63. Obwohl keine signifikanten Ergebnisse gezeigt werden konnten, deutet der insgesamt hohe MW darauf hin, dass schwere körperliche Erkrankungen nach Meinung der Teilnehmer durch einen gesunden Lebensstil verhindert werden können.

### Frage 22: Gesunder Lebensstil verbessert Erkrankung

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 8,42; SD= 1,76. Obwohl keine signifikanten Ergebnisse gezeigt werden konnten, deutet der insgesamt hohe MW darauf hin, dass schwere körperliche Erkrankungen nach Meinung der Teilnehmer durch einen gesunden Lebensstil verbessert werden können.

### Frage 23: Gesunder Lebensstil verhindert Neurodermitis

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 3,05; SD= 2,66. Obwohl keine signifikanten Ergebnisse gezeigt werden konnten, deutet der insgesamt niedrige MW darauf hin, dass nach Meinung der Teilnehmer chronische HE wie Neurodermitis durch einen gesunden Lebensstil **nicht** verhindert werden können.

**Frage 24: Gesunder Lebensstil verbessert Neurodermitis**

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 7,06; SD= 2,46. Obwohl keine signifikanten Ergebnisse gezeigt werden konnten, deutet der MW darauf hin, dass nach Meinung der Teilnehmer chronische HE wie Neurodermitis durch einen gesunden Lebensstil verbessert werden können.

**Frage 25: Psychische Mitverursachungen körperlicher Erkrankung**

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 7,76; SD= 2,37. Obwohl keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden konnten, deutet der insgesamt hohe MW darauf hin, dass nach Meinung der Teilnehmer viele schwere körperliche Erkrankungen psychische Mitverursachungen haben können.

**Frage 26: Erkrankungen-Persönlichkeiten**

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 5,38; SD= 3,14. Obwohl keine signifikanten Ergebnisse gezeigt werden konnten, tendiert der MW darauf hin, dass es nach Meinung der Teilnehmer bei vielen schweren körperlichen Erkrankungen bestimmte psychische Merkmale gibt.

**Tabelle 8: Ergebnisse für Einstellung zu psychosomatischen Krankheitskonzepten: HP-HÄ-PT**

| Skalen        | N      | MW   | SD   | F    | P     | Scheffé | Tamhane |      |
|---------------|--------|------|------|------|-------|---------|---------|------|
| <b>F21</b> HP | 58     | 6,50 | 2,96 | 0,63 | ≥0,05 |         |         |      |
|               | HÄ     | 53   | 7,00 |      |       |         |         | 2,45 |
|               | PT     | 25   | 7,04 |      |       |         |         | 2,19 |
|               | Gesamt | 136  | 6,79 |      |       |         |         | 2,63 |
| <b>F22</b> HP | 59     | 8,46 | 1,99 | 0,17 | ≥0,05 |         |         |      |
|               | HÄ     | 53   | 8,47 |      |       |         |         | 1,30 |
|               | PT     | 25   | 8,24 |      |       |         |         | 2,09 |
|               | Gesamt | 137  | 8,42 |      |       |         |         | 1,76 |
| <b>F23</b> HP | 59     | 2,88 | 3,01 | 0,26 | ≥0,05 |         |         |      |
|               | HÄ     | 53   | 3,25 |      |       |         |         | 2,48 |
|               | PT     | 25   | 3,04 |      |       |         |         | 2,19 |
|               | Gesamt | 137  | 3,05 |      |       |         |         | 2,66 |
| <b>F24</b> HP | 59     | 6,73 | 2,83 | 1,61 | ≥0,05 |         |         |      |
|               | HÄ     | 53   | 7,53 |      |       |         |         | 2,02 |
|               | PT     | 25   | 6,84 |      |       |         |         | 2,29 |

|               |     |      |      |      |       |  |  |
|---------------|-----|------|------|------|-------|--|--|
| Gesamt        | 137 | 7,06 | 2,46 |      |       |  |  |
| <b>F25</b> HP | 59  | 7,61 | 2,64 | 0,44 | ≥0,05 |  |  |
| HÄ            | 53  | 8,00 | 2,13 |      |       |  |  |
| PT            | 25  | 7,60 | 2,24 |      |       |  |  |
| Gesamt        | 137 | 7,76 | 2,37 |      |       |  |  |
| <b>F26</b> HP | 59  | 5,51 | 3,23 | 0,52 | ≥0,05 |  |  |
| HÄ            | 53  | 5,51 | 3,10 |      |       |  |  |
| PT            | 25  | 4,80 | 3,07 |      |       |  |  |
| Gesamt        | 137 | 5,38 | 3,14 |      |       |  |  |

Legende: F= Frage; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse

Im folgenden werden die signifikanten Ergebnisse der Untersuchung, „**welchen Einfluss hat die Einstellung bezüglich eines gesunden Lebensstils auf die Arztwahl**“ dargestellt.

Dabei wurde die Korrelation zwischen den Fragen 21-26 und den Fragen 13-18 ausgewertet.

Bei den HP konnte eine signifikante negative Korrelation zwischen den Ergebnissen zu den Fragen 21 (gesunder Lebensstil verhindert Erkrankung) und 17 (eingeschränkte Lebenserwartung PT) gezeigt werden.

Das bedeutet, dass HP, die glaubten, schwere körperliche Erkrankungen können durch einen gesunden Lebensstil verhindert werden, **nicht** der Meinung waren über eine eingeschränkte Lebenserwartung ihres PT aufgeklärt werden zu müssen.

Zwischen den Ergebnissen zu den Fragen 23 (gesunder Lebensstil verhindert Neurodermitis) und 17 (eingeschränkte Lebenserwartung PT) gab es eine signifikante negative Korrelation. HP, die der Meinung waren, eine chronische HE könne durch einen gesunden Lebensstil verhindert werden, meinten sie müssten **nicht** über eine eingeschränkte Lebenserwartung ihres PT aufgeklärt werden.

Zwischen den Ergebnissen zu den Fragen 24 (gesunder Lebensstil verbessert Neurodermitis) und 13 (HA mit ernsthafter Erkrankung) bestand eine signifikante negative Korrelation. HP, die glaubten Neurodermitis könne durch einen gesunden Lebensstil verbessert werden, waren der Meinung, erkrankte HÄ sollten **nicht** arbeiten.

Der Vergleich der Ergebnisse zu den Fragen 24 (gesunder Lebensstil verbessert Neurodermitis) und 14 (eingeschränkte Lebenserwartung HÄ) ergab eine signifikante Korrelation. HP, die glaubten, eine Neurodermitis könne durch einen gesunden Lebensstil verbessert werden, waren der Meinung **nicht** über eine eingeschränkte Lebenserwartung ihres HA informiert werden zu müssen.

Die signifikant negative Korrelation zwischen den Ergebnissen zu den Fragen 25 (psychische Mitverursachung körperlicher Erkrankung) und 13 (HA mit ernsthafter Erkrankung) bedeutet, dass HP, die glaubten, schwere körperliche Erkrankungen hätten psychische Mitverursachungen, der Ansicht waren, erkrankte HÄ sollten **nicht** arbeiten.

Bei den HÄ konnte zwischen den Ergebnissen zu den Fragen 17 (eingeschränkte Lebenserwartung PT) und 22 (gesunder Lebensstil verbessert Erkrankung) eine signifikante negative Korrelation gezeigt werden. Demnach waren HÄ, die glaubten, ein gesunder Lebensstil könne eine Erkrankung verbessern, der Meinung, **nicht** über eine eingeschränkte Lebenserwartung ihres PT aufgeklärt werden zu müssen.

Zwischen den Ergebnissen zu den Fragen 13 (HA mit ernsthafter Erkrankung) und 23 (gesunder Lebensstil verhindert Neurodermitis) zeigte sich eine signifikante negative Korrelation. HÄ, die meinten, ein gesunder Lebensstil könne Neurodermitis verhindern, waren der Ansicht HÄ mit ernsthafter Erkrankung sollten **nicht** arbeiten.

Eine deutliche positive Korrelation konnte zwischen den Ergebnissen zu den Fragen 18 (PT mit neurologischer Beeinträchtigung) und 25 (psychische Mitverursachung körperlicher Erkrankung) gezeigt werden. Demnach waren HÄ die glaubten, schwere körperliche Erkrankungen hätten psychische Mitverursachungen, der Meinung, dass ein PT mit neurologischer Beeinträchtigung **nicht** mehr arbeiten sollte.

Zwischen den Ergebnissen zu den Fragen 13 (HA mit ernsthafter Erkrankung) und 26 (Erkrankungspersönlichkeiten) zeigte sich eine hochsignifikante negative Korrelation. HÄ die glaubten, es gibt gewisse Erkrankungspersönlichkeiten, waren der Meinung, dass erkrankte HÄ **nicht** arbeiten sollten.

Zwischen den Ergebnissen zu den Fragen 15 (HA mit neurologischer Beeinträchtigung) und 26 (Erkrankungspersönlichkeiten) zeigte sich eine signifikante positive Korrelation. HÄ die glaubten, es gibt gewisse Erkrankungspersönlichkeiten, waren der Meinung, dass HÄ mit neurologischer Beeinträchtigung **nicht** mehr operieren sollten.

**Tabelle 9: Ergebnisse für Erkrankungs-Persönlichkeiten: HP- HÄ**

|           |         |  |                      |
|-----------|---------|--|----------------------|
| <b>HP</b> | F21/F17 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -0,310<br>,009<br>58 |
|           | F23/F17 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -0,229<br>,041<br>59 |
|           | F24/F13 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,300<br>,011<br>59  |
|           | F24/F14 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,274<br>,018<br>59  |
|           | F25/F13 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,255<br>,025<br>59  |
| <b>HÄ</b> | F22/F17 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,249<br>,036<br>53  |
|           | F23/F13 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,249<br>,036<br>53  |
|           | F25/F18 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | ,246<br>,038<br>53   |
|           | F26/F13 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,366<br>,004<br>53  |
|           | F26/F15 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | ,233<br>,047<br>53   |

Legende: F= Frage

#### 3.1.4.4 Qualität der Behandler-Patientenbeziehung (Hypothese 7)

##### Frage 27: Besseres Verständnis durch kranken Hautarzt

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 2,30, SD= 0,85. Obwohl keine

signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gezeigt werden konnten, deutet der MW darauf hin, dass die Teilnehmer der Befragung der Meinung waren, ein körperlich kranker HA könne Patienten mit chronischer HE besser als ein gesunder Kollege verstehen.

#### **Frage 28: Besseres Verständnis durch kranken Psychotherapeut**

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 2,40, SD= 0,77. Obwohl keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gezeigt werden konnten, deutet der MW darauf hin, dass die Teilnehmer der Meinung waren, ein körperlich kranker PT könne Patienten mit chronischer HE besser als ein gesunder Kollege verstehen.

#### **Frage 29: Zuckerkranker Psychotherapeut**

Die Varianzanalyse erbrachte zwischen den Gruppen einen signifikanten Unterschied:  $F(2,135) = 6,65$ ;  $p \leq 0,002$ . Mit dem anschließenden Scheffé-Test konnte ein signifikanter Unterschied zwischen HP und HÄ dargestellt werden: MD= 0,64;  $p \leq 0,003$ .

Die Teilnehmer waren eher nicht der Meinung, dass ein zuckerkranker PT vermutlich nur Patienten mit der gleichen Erkrankung besser versteht, **nicht** aber mit anderen chronischen Erkrankungen. Dies galt vor allem für die HÄ, gefolgt von den PT und HP.

#### **Frage 30: Psychotherapeut mit Angst vor Spinnen**

Mit der Varianzanalyse konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen dargestellt werden:  $F(2,135) = 3,57$ ;  $p \leq 0,031$ . Mit dem anschließenden Scheffé-Test konnte der signifikante Unterschied nicht bestätigt werden.

Das bedeutet, dass die Teilnehmer eher **nicht** meinten, PT mit Angst vor Spinnen können Patienten mit anderen Ängsten auf Grund eines besseren Verständnisses besonders gut behandeln. Dies galt vor allem für PT, gefolgt von HÄ und HP.

**Frage 44: Verständnis für Lebenskrise**

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 2,20, SD= 0,95. Die Teilnehmer gaben auf die Frage, ob ein PT mit Lebenskrise Patienten in einer ähnlichen Lebenskrise „besonders gut versteht und behandeln“ kann, am häufigsten (n= 103; Gesamt n= 137) die Antwortmöglichkeiten: „weder noch“ (n= 52; Gesamt n= 137) und „stimme zu“ (n= 51; Gesamt n= 137) an.

**Tabelle 10: Ergebnisse für Qualität der Behandler-Patientenbeziehung: HP-HÄ-PT**

| Skalen        | N   | MW   | SD   | F    | P     | Scheffé | Tamhane |
|---------------|-----|------|------|------|-------|---------|---------|
| <b>F27</b> HP | 59  | 2,32 | 0,92 | 0,08 | ≥0,05 |         |         |
| HÄ            | 53  | 2,30 | 0,75 |      |       |         |         |
| PT            | 25  | 2,24 | 0,93 |      |       |         |         |
| Gesamt        | 137 | 2,30 | 0,85 |      |       |         |         |
| <b>F28</b> HP | 59  | 2,47 | 0,80 | 0,82 | ≥0,05 |         |         |
| HÄ            | 54  | 2,39 | 0,68 |      |       |         |         |
| PT            | 25  | 2,24 | 0,88 |      |       |         |         |
| Gesamt        | 138 | 2,40 | 0,77 |      |       |         |         |
| <b>F29</b> HP | 59  | 1,93 | 1,06 | 6,65 | 0,002 | HP≥HÄ   |         |
| HÄ            | 54  | 1,30 | 0,90 |      |       |         |         |
| PT            | 25  | 1,44 | 0,77 |      |       |         |         |
| Gesamt        | 138 | 1,59 | 0,99 |      |       |         |         |
| <b>F30</b> HP | 59  | 2,00 | 1,13 | 3,57 | 0,031 | ≥0,05   |         |
| HÄ            | 54  | 1,61 | 0,83 |      |       |         |         |
| PT            | 25  | 1,44 | 1,00 |      |       |         |         |
| Gesamt        | 138 | 1,75 | 1,02 |      |       |         |         |
| <b>F44</b> HP | 58  | 2,41 | 0,92 | 3,01 | ≥0,05 |         |         |
| HÄ            | 54  | 2,09 | 0,92 |      |       |         |         |
| PT            | 25  | 1,92 | 1,00 |      |       |         |         |
| Gesamt        | 137 | 2,20 | 0,95 |      |       |         |         |

**Legende: F= Frage; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse**

Im folgenden werden die signifikanten Unterschiede bezogen auf **Hypothese 7 (Qualität der Behandler-Patientenbeziehung)** dargestellt:

Beim Vergleich der Ergebnisse zu den Fragen 7 (besonders erfolgreiche Behandlung durch HÄ mit sichtbarer HE) und 9 (besonders erfolgreiche Behandlung durch PT mit sichtbarer HE) konnte ein deutlicher Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2,135)= 4,97$ ;  $p \leq 0,008$ .

Das bedeutet, dass vor allem HP der Meinung waren, HÄ und PT mit sichtbarer HE können Patienten mit Neurodermitis besonders erfolgreich hautärztlich bzw. psychotherapeutisch behandeln. Am wenigsten dieser Meinung waren PT, HÄ nahmen eine Zwischenstellung ein. Die Varianzanalyse mit Messwiederholung konnte ebenfalls einen deutlichen Unterschied zwischen der Beantwortung der beiden Fragen zeigen:  $F= 5,21$ ;  $p \leq 0,024$ .

Alle Gruppen waren der Meinung, dass vor allem selbst erkrankte PT Patienten mit Neurodermitis besonders erfolgreich behandeln könnten. Diese Ansicht traf für erkrankte HÄ zwar ebenfalls, jedoch in geringerem Maße zu.

Beim genaueren Vergleich der Ergebnisse zu den Fragen 29 (Zuckerkrankter PT), 30 (PT mit Angst vor Spinnen) und 44 (Verständnis für Lebenskrise) konnte ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2,134)= 8,65$ ;  $p \leq 0,000$ .

Das bedeutet, dass HP am ehesten meinten, erkrankte PT verstünden Patienten besser. PT glaubten dies am wenigsten und HÄ nahmen eine Mittelstellung ein. Auch mit der Varianzanalyse mit Messwiederholung konnte ein hochsignifikanter Unterschied bei der Beantwortung zwischen den Fragen gezeigt werden:  $F= 14,89$ ;  $p \leq 0,000$ .

Die Teilnehmer-Gruppen stimmten Frage 44 am ehesten zu. Den Fragen 30 und 29 wurde eher **nicht** zugestimmt. Das bedeutet, dass einem PT, der sich in einer Lebenskrise befindet am ehesten zugetraut wurde, Patienten in einer ähnlichen Lebenskrise besonders gut zu verstehen und zu behandeln (Frage 44). Demgegenüber verstehe ein zuckerkrankter PT vermutlich nur Patienten mit der gleichen Erkrankung besser, **nicht** aber mit anderen chronischen Erkrankungen (Frage 29). Hinsichtlich Frage 30 waren die Teilnehmer eher **nicht** der Meinung, dass ein PT mit Angst vor Spinnen Patienten mit anderen Ängsten auf Grund eines besseren Verständnisses besonders gut behandeln könne.

Tabelle 11: Ergebnisse für Qualität der Behandler- Patientenbeziehung: HP-HÄ-PT

| Gruppe        | N   | MW   | SD   | HE Messwdh.    | HE Gr.      | Intakt. Messwdh. X Gr. |
|---------------|-----|------|------|----------------|-------------|------------------------|
| <b>F7</b> HP  | 59  | 2,51 | 1,12 | F=5,21         | 4,97        | 0,26                   |
| HÄ            | 54  | 2,04 | 0,97 |                |             |                        |
| PT            | 25  | 2,00 | 0,82 |                |             |                        |
| Gesamt        | 138 | 2,23 | 1,03 |                |             |                        |
| <b>F9</b> HP  | 59  | 2,68 | 0,95 | F=5,21<br>*    | 4,97<br>**  | 0,26                   |
| HÄ            | 54  | 2,30 | 0,94 |                |             |                        |
| PT            | 25  | 2,12 | 0,73 |                |             |                        |
| Gesamt        | 138 | 2,43 | 0,94 |                |             |                        |
| <b>F29</b> HP | 58  | 1,91 | 1,06 | F=14,89<br>*** | 8,65<br>*** | 0,59                   |
| HÄ            | 54  | 1,30 | 0,90 |                |             |                        |
| PT            | 25  | 1,44 | 0,77 |                |             |                        |
| Gesamt        | 137 | 1,58 | 0,99 |                |             |                        |
| <b>F30</b> HP | 58  | 1,98 | 1,13 | F=14,89<br>*** | 8,65<br>*** | 0,59                   |
| HÄ            | 54  | 1,61 | 0,83 |                |             |                        |
| PT            | 25  | 1,44 | 1,00 |                |             |                        |
| Gesamt        | 137 | 1,74 | 1,02 |                |             |                        |
| <b>F44</b> HP | 58  | 2,41 | 0,92 | F=14,89<br>*** | 8,65<br>*** | 0,59                   |
| HÄ            | 54  | 2,09 | 0,92 |                |             |                        |
| PT            | 25  | 1,92 | 1,00 |                |             |                        |
| Gesamt        | 137 | 2,20 | 0,95 |                |             |                        |

Legende: F= Frage; \* p≤ 0,05; \*\*p≤ 0,01; \*\*\* p≤ 0,001

### 3.1.4.5 Körperliche Behinderung von Hautärzten/ Psychotherapeuten (Hypothese 8)

#### Frage 38: Ausbildung zum Hautarzt als körperlich Behinderter

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 2,82; SD= 0,90. Obwohl keine signifikanten Ergebnisse zwischen den Gruppen gezeigt werden konnten, deutet der MW und die Auszählung der Antworten darauf hin, dass die Mehrheit (n= 92, Gesamt n= 137) der Teilnehmer der Meinung war, ein körperlich Behinderter solle eine Ausbildung als HA beginnen.

#### Frage 39: Ausbildung zum Psychotherapeuten als körperlich Behinderter

Zwischen den Gruppen wurde ein signifikanter Unterschied nachgewiesen:

$F(2,134) = 3,48$ ;  $p \leq 0,034$ . Im darauf folgenden Scheffé-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen HÄ und HP von:  $MD = 0,38$ ;  $p \leq 0,038$ .

Demnach befürworteten HÄ eher als HP eine Psychotherapeuten-Ausbildung körperlich Behinderter.

Im folgenden werden die beiden vorherigen Fragen miteinander verglichen: Es wurde deutlich, dass die Teilnehmer eine Ausbildung zum HA und PT für körperlich Behinderte befürworteten. Mit der Varianzanalyse der Messwiederholung konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Fragen gezeigt werden, was bedeutet, dass die Teilnehmer einer Ausbildung körperlich Behinderter zum PT stärker zustimmten als einer Ausbildung zum HA. Innerhalb der Gruppen konnte ebenfalls ein signifikanter Unterschied gezeigt werden. HÄ meinten in besonderem Maße, dass körperlich Behinderte eine Ausbildung zum PT beginnen sollten. Diese Zustimmung der HÄ galt weniger stark für eine Ausbildung zum HA.

**Tabelle 12: Ergebnisse für körperliche Behinderung HA/PT: HP-HÄ-PT**

| Gruppe        | N   | MW   | SD   | HE Messwdh.  | HE Gr. | Intakt. Messwdh. X Gr. |
|---------------|-----|------|------|--------------|--------|------------------------|
| <b>F38</b> HP | 59  | 2,78 | 0,87 | F=7,83<br>** | 1,14   | 3,12<br>*              |
| HÄ            | 54  | 2,83 | 0,95 |              |        |                        |
| PT            | 24  | 2,88 | 0,90 |              |        |                        |
| Gesamt        | 137 | 2,82 | 0,90 |              |        |                        |
| <b>F39</b> HP | 59  | 2,86 | 0,84 |              |        |                        |
| HÄ            | 54  | 3,24 | 0,67 |              |        |                        |
| PT            | 24  | 2,96 | 0,81 |              |        |                        |
| Gesamt        | 137 | 3,03 | 0,79 |              |        |                        |

Legende: F= Frage; \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$

#### Frage 40: Psychotherapeut mit Behinderung vs. ohne

Mit dem  $\chi^2$ -Test konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen HÄ und PT nachgewiesen werden:  $\chi^2(4) = 9,7$ ,  $p \leq 0,046$ . HÄ würden weniger häufig ( $n = 4$ ) als erwartet ( $n = 8,7$ ) zu einem nicht körperlich behinderten PT gehen. PT hingegen würden häufiger ( $n = 8$ ) als erwartet ( $n = 3,9$ ) einen nicht körperlich behinderten PT bevorzugen. Insgesamt war den meisten Teilnehmern ( $n = 114$ ; Gesamt  $n = 137$ ) Kompetenz vorrangig wichtig.

### 3.1.4.6 Umgang mit Lebenskrisen bei Behandlern (Hypothese 9)

#### Frage 41: Einfluss von Lebenskrise auf Hautarzt

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 2,66; SD= 0,95. Obwohl keine signifikanten Unterschiede zwischen den Fragen gezeigt werden konnten, deutet der MW darauf hin, dass die Teilnehmer der Meinung waren, eine Lebenskrise beeinflusse die Qualität der Arbeit eines HA negativ (n= 91; Gesamt n= 137).

#### Frage 42: Hautarzt mit Problemen

Frage 42 konnte mit bis zu 5 Mehrfachnennungen beantwortet werden. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Der Mittelwert betrug: MW= 3,88; SD= 0,73. Obwohl keine signifikanten Unterschiede zwischen den Fragen gezeigt werden konnten, deutet der MW darauf hin, dass die Teilnehmer trotz Problemen des HA diesen auch weiterhin aufsuchen würden, wenn sie schon immer bei Ihm/Ihr waren (n= 104; Gesamt n= 136).

#### Frage 43: Einfluss von Lebenskrise auf Psychotherapeut

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 2,54; SD= 0,90. Obwohl keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gezeigt werden konnten, deutet der MW darauf hin, dass die Teilnehmer der Meinung waren, eine Lebenskrise des PT beeinflusse seine Arbeit negativ (n= 81; Gesamt n= 137).

### 3.1.5 Vertrauen zum Arzt auf Grund bestimmter Merkmale

#### 3.1.5.1 Geschlechtskrankheiten (Hypothese 10)

##### Frage 31: Arzt/Ärztin des Vertrauens bei Geschlechterkrankung

Bei Frage 31 waren bis zu 9 Mehrfachantworten möglich. Die Antworten der weiblichen und männlichen Teilnehmer wurden getrennt voneinander untersucht. Anhand der Antwortmöglichkeiten 31.1, 31.3, 31.5, 31.8 und 31.9 konnten keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden.

Anhand Frage 31.2 (Frauenärztin) stellte sich eine deutliche Signifikanz dar:  $\text{Chi}^2(2) = 8,16$ ,  $p \leq 0,017$ . Hautärztinnen würden weniger häufig ( $n = 8$ ), als erwartet ( $n = 12,6$ ) bei einer Geschlechtskrankheit eine Frauenärztin aufsuchen. Psychotherapeutinnen hingegen häufiger ( $n = 14$ ) als erwartet ( $n = 9,5$ ). Von den männlichen Teilnehmern würde im Falle einer Geschlechtskrankheit nur ein Teilnehmer (HP) eine Frauenärztin aufsuchen.

Bei Frage 31.4 (Urologin) konnte ein signifikanter Unterschied bei den männlichen Teilnehmern gezeigt werden:  $\text{Chi}^2(2) = 8,27$ ,  $p \leq 0,016$ . Im Rahmen einer Geschlechtserkrankung würde ein PT ( $n = 1$ ) der männlichen Studienteilnehmer ( $n = 64$ ) eine Urologin aufsuchen, von den weiblichen Teilnehmern ( $n = 74$ ) hingegen keine.

Bei Antwortmöglichkeit 31.6 (Hautarzt) konnte ebenfalls eine deutliche Signifikanz dargestellt werden:  $\text{Chi}^2(2) = 10,52$ ,  $p \leq 0,005$ . Von den männlichen HÄ gaben mehr ( $n = 21$ ) als erwartet ( $n = 14,5$ ) im Vergleich dazu die männlichen HP weniger ( $n = 8$ ) als erwartet ( $n = 13$ ) und die männlichen PT ( $n = 2$ ) ebenfalls weniger als erwartet ( $n = 3,4$ ) an, sich am ehesten einem Hautarzt anzuvertrauen. Insgesamt würden von den Männern ( $n = 31$ ; Gesamt  $n = 64$ ) und von den Frauen ( $n = 6$ ; Gesamt  $n = 74$ ) einen Hautarzt bei einer Geschlechtserkrankung aufsuchen.

Auch bei Antwort 31.7 (Frauenarzt) konnte eine deutliche Signifikanz bei den weiblichen Teilnehmern gezeigt werden:  $\text{Chi}^2(2) = 11,08$ ,  $p \leq 0,004$ . Hautpatientinnen würden sich häufiger ( $n = 12$ ) als erwartet ( $n = 6,6$ ), weibliche HÄ weniger häufig ( $n = 3$ ) als erwartet ( $n = 4,7$ ) und weibliche PT überhaupt nicht (erwartete Anzahl 3,7) bei einer Geschlechtserkrankung einem Frauenarzt anvertrauen.

Im folgenden wird bezogen auf Hypothese 10 (Geschlechtskrankheiten) die Arztwahl der Teilnehmer nach Geschlecht getrennt dargestellt. Mit dem  $\text{Chi}^2$ -Test nach Pearson konnte ein hochsignifikanter Unterschied gezeigt werden:  $\text{Chi}^2(2) = 34,90$ ;  $p \leq 0,000$ . Das bedeutet, dass weniger ( $n = 3$ ) männliche Teilnehmer (Gesamt  $n = 59$ ) als erwartet ( $n = 16,0$ ) im Falle einer Geschlechtserkrankung eine **Ärztin** aufsuchen würden. Für mehr ( $n = 32$ )

männliche Teilnehmer als erwartet ( $n= 19,8$ ) zähle vor allem die Kompetenz. Die weiblichen Teilnehmer (Gesamt  $n= 63$ ) würden häufiger ( $n= 30$ ) als erwartet ( $n= 17,0$ ) eine **Ärztin** aufsuchen. Kompetenz gaben weniger ( $n=9$ ) Teilnehmerinnen als erwartet ( $n=21,2$ ) als ausschlaggebend an.

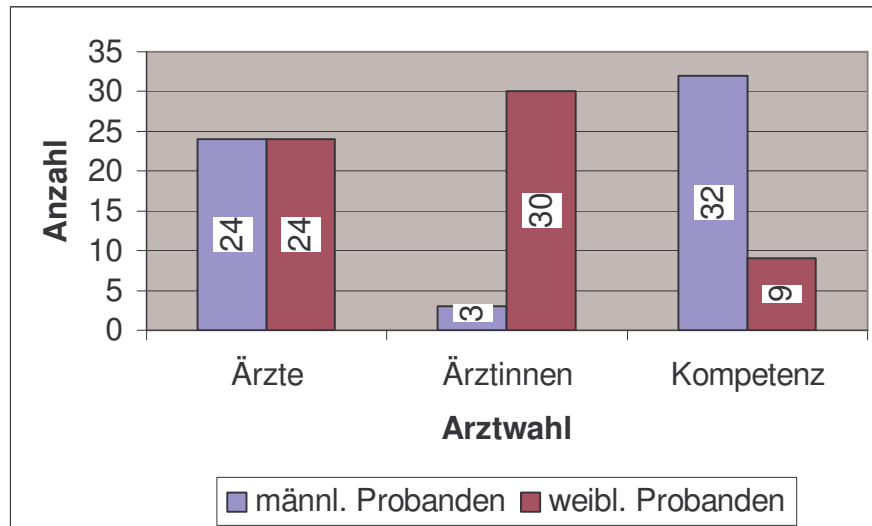


Abbildung 8: Arzt/Ärztin des Vertrauens bei Geschlechterkrankung

### 3.1.5.2 Alter des Behandlers (Hypothese 11)

#### Frage 32: Alter des Arztes/Ärztin des Vertrauens bei Geschlechterkrankung

Bei Frage 32 waren bis zu sieben Antworten möglich. Es ließ sich ein signifikanter Unterschied zwischen weiblichen und männlichen PT darstellen:  $\text{Chi}^2(2) = 6,95$ ;  $p \leq 0,031$ . Das bedeutet, dass mehr ( $n= 4$ ) männliche PT als erwartet ( $n= 1,6$ ) bei einer Geschlechterkrankung junge HÄ aufsuchen würden. Psychotherapeutinnen hingegen weniger ( $n= 3$ ) als erwartet ( $n= 5,4$ ).

Am wichtigsten (HP  $n= 36$ , HÄ  $n= 31$  und PT  $n= 14$ ) sei für alle Gruppen (Gesamt  $n= 131$ ) die Kompetenz des Behandlers gewesen.

#### Frage 33: Alter des Arztes/Ärztin des Vertrauens bei Fußpilzinfektion

Auch bei dieser Frage waren sieben verschiedene Antworten möglich. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied für die männlichen und weiblichen Teilnehmer aller Gruppen:  $\text{Chi}^2(3) = 7,84$ ;  $p \leq 0,050$ . Das bedeutet, dass mehr männliche Teilnehmer ( $n= 4$ ) als erwartet ( $n= 1,9$ ) bei einer Fußpilzinfektion

junge HÄ aufsuchen würden. Von den Teilnehmerinnen würde dies keine (erwartete Anzahl  $n=2,1$ ). Innerhalb der Gruppen konnte ein signifikanter Unterschied bei den HP gezeigt werden:  $\text{Chi}^2(3)= 8,13$ ;  $p \leq 0,043$ . Das bedeutet, dass männliche HP bei einer Fußpilzinfektion weniger häufig ( $n= 2$ ) als erwartet ( $n= 4,9$ ) HÄ in der Lebensmitte aufsuchen würden. Die weiblichen HP hingegen öfter ( $n= 9$ ) als erwartet ( $n= 6,1$ ). Es zeigte sich, dass allen Gruppen (HP:  $n= 43$ , HÄ:  $n= 42$  und PT:  $n= 20$ ), die Kompetenz am wichtigsten erschien.

#### **Frage 34: Bevorzugter Psychotherapeut/in bei psychischer Erkrankung**

Bei dieser Frage konnten die Teilnehmer zwischen 7 Antwortmöglichkeiten wählen, wobei es galt sich für eine zu entscheiden. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ergab sich bei Antwortmöglichkeit 34.4:  $\text{Chi}^2(2)= 8,35$ ,  $p \leq 0,015$ . Von den HP gaben weniger ( $n= 12$ ) als erwartet ( $n= 16,4$ ) an, zu einem Psychotherapeuten in der Lebensmitte zu gehen. Bei den PT waren es ebenfalls weniger ( $n= 4$ ) als erwartet ( $n= 6,9$ ). Die HÄ hingegen würden diese Therapeutengruppe eher ( $n= 22$ ) bevorzugen als erwartet ( $n= 14,7$ ).

Bei den PT konnte, getrennt nach Geschlechtern ebenfalls ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $\text{Chi}^2(2)= 6,22$ ;  $p \leq 0,045$ . Das bedeutet, dass männliche PT häufiger ( $n= 2$ ) als erwartet ( $n= 0,5$ ) PT in der Lebensmitte bei einer psychischen Erkrankung aufsuchen würden, von den Psychotherapeutinnen hingegen keine (erwartet  $n= 1,5$ ).

Insgesamt am häufigsten (HP:  $n= 32$ , PT:  $n= 11$  und HÄ:  $n= 22$ ), war für die Teilnehmer im Falle einer psychischen Erkrankung die Kompetenz des Therapeuten ausschlaggebend.

#### **Frage 37: Hautärztin bei Hauterkrankung**

Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gezeigt werden. Es zeigte sich, dass den meisten Teilnehmern der verschiedenen Gruppen (Gesamt  $n= 136$ ) das Aussehen und Alter der behandelnden Ärztin im Falle einer HE völlig egal waren (HP:  $n= 29$ , HÄ:  $n= 27$  und PT:  $n= 9$ ) oder sie eine HÄ in der Lebensmitte wählen würden (HP:  $n= 29$ , HÄ:  $n= 27$ , PT:  $n= 9$ ).

### 3.1.5.3 Aussehen (Hypothese 12)

#### Frage 35: Aussehen des Schönheitschirurgen bei Schönheitsoperation

Mit der Varianzanalyse konnte ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2)= 5,77$ ;  $p \leq 0,004$ . Mit dem anschließenden Scheffé-Test konnte dieser deutliche Unterschied zwischen HÄ und HP dargestellt werden:  $MD= 0,50$ ;  $p \leq 0,004$ .

Das bedeutet, dass HÄ häufiger als HP im Falle einer Schönheitsoperation ihre Arztwahl nach dem Aussehen des Schönheitschirurgen richten würden.

Insgesamt betrug der Mittelwert:  $MW= 1,09$ ;  $SD= 0,80$ . Das bedeutet, dass das Aussehen eines Schönheitschirurgen insgesamt eher nicht so wichtig für die Arztwahl im Falle einer Schönheitsoperation ist.

#### Frage 36: Aussehen Schönheitschirurg/in

Mit der Varianzanalyse zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen:  $F(2,132)= 3,18$ ;  $p \leq 0,045$ . Mit dem anschließenden Scheffé-Test konnte nur eine Tendenz zur Signifikanz gezeigt werden:  $MD= 0,47$ ;  $p \leq 0,058$ .

Das bedeutet, dass für HP das Aussehen einer Schönheitschirurgin eher häufiger als für HÄ eine Rolle spielte als das Aussehen eines männlichen Schönheitschirurgen.

Abgesehen von dem signifikanten Unterschied betrug der Mittelwert:  $MW= 1,70$ ;  $SD= 1,04$ . Daraus lässt sich ableiten, dass für die Teilnehmer das Aussehen einer Schönheitschirurgin eher wichtig ist als das Aussehen eines Schönheitschirurgen.

**Tabelle 13: Ergebnisse für Aussehen Schönheitschirurg/in: HP-HÄ-PT**

| Skalen     | N      | MW  | SD   | F    | P    | Scheffé |             |
|------------|--------|-----|------|------|------|---------|-------------|
| <b>F35</b> | HP     | 57  | 0,84 | 0,77 | 5,77 | 0,004   | 0,004       |
|            | HÄ     | 53  | 1,34 | 0,81 |      |         |             |
|            | PT     | 25  | 1,12 | 0,67 |      |         |             |
|            | Gesamt | 135 | 1,09 | 0,80 |      |         |             |
| <b>F36</b> | HP     | 57  | 1,89 | 1,08 | 3,18 | 0,045   | $\geq 0,05$ |
|            | HÄ     | 54  | 1,43 | 1,02 |      |         |             |
|            | PT     | 24  | 1,83 | 0,87 |      |         |             |
|            | Gesamt | 135 | 1,70 | 1,04 |      |         |             |

**Legende: F= Frage; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse**

#### 3.1.5.4 Gruppenunterschiede Hautärzte vs. Patienten (Hypothese 13)

Im folgenden wird auf Hypothese 13 (Gruppenunterschiede Hautärzte vs. Patienten) eingegangen. Dabei werden die signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen, die im vorherigen Teil der Arbeit bei den Fragen beschrieben sind, noch einmal kurz dargestellt.

HP schätzten die Möglichkeit, sich an einer Pilzerkrankung an den Fingernägeln eines Hauterkrankten beim Händeschütteln anzustecken höher ein als HÄ.

HÄ schätzten die Möglichkeit, sich an einer Pilzerkrankung an den Handrücken eines Hauterkrankten beim Händeschütteln anzustecken geringer ein als HP.

Herpes an den Lippen anderer Menschen löste bei HP eher Ekel aus als bei HÄ.

HP waren im Gegensatz zu HÄ eher der Meinung, dass ein Hautarzt mit Gürtelrose erst nach Abheilung der Hautveränderungen wieder arbeiten sollte.

HÄ waren im Gegensatz zu HP eher der Meinung, dass ein Hautarzt mit einer ernsthaften Erkrankung Hautkranke weiter behandeln sollte, wenn er sich dazu in der Lage fühlt. HÄ waren im Gegensatz zu HP eher der Meinung, dass ein ernsthaft erkrankter PT Patienten psychotherapeutisch weiterhin behandeln kann.

HP waren im Gegensatz zu HÄ eher der Meinung, über eine eingeschränkte Lebenserwartung ihres Hautarztes informiert werden zu müssen.

HP waren eher der Meinung als HÄ, dass ein Hautarzt mit Erkrankung des Nervensystems nicht mehr operieren sollte.

HP meinten, PT sollten im Falle einer neurologischen Erkrankung nicht mehr arbeiten. HÄ waren dagegen weniger dieser Meinung.

HP waren der Meinung, HÄ und PT mit sichtbarer HE könnten Patienten mit Neurodermitis besonders erfolgreich hautärztlich bzw. psychotherapeutisch behandeln. HÄ glaubten dies weniger.

HP meinten, erkrankte PT verstünden Patienten besser. HÄ waren weniger dieser Meinung.

HP glaubten eher als HÄ, dass zuckerkrankte PT vermutlich nur Patienten mit der gleichen Erkrankung besser verstehen, nicht aber mit anderen chronischen Erkrankungen.

HP waren eher als HÄ der Meinung, dass PT mit Angst vor Spinnen Patienten mit anderen Ängsten besonders gut behandeln können.

Im Rahmen einer psychischen Erkrankung gaben weniger HP (n= 12) als erwartet (n= 16,4) an, zu einem Psychotherapeuten in der Lebensmitte zu gehen. Die HÄ hingegen würden diese Therapeutengruppe eher (n= 22) bevorzugen als erwartet (n= 14,7).

HÄ würden häufiger als HP im Falle einer Schönheitsoperation ihre Arztwahl nach dem Aussehen des Schönheitschirurgen richten.

Für HP spielte das Aussehen einer Schönheitschirurgin eher eine Rolle als das Aussehen eines männlichen Schönheitschirurgen. Für HÄ war das weniger der Fall.

HP empfanden häufiger Ekel als HÄ.

### **3.1.5.5 Gruppenunterschiede Psychotherapeuten vs. Patienten (Hypothese 14)**

Im folgenden wird auf Hypothese 14 (Gruppenunterschiede Psychotherapeuten vs. Patienten) eingegangen. Hierbei werden die signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen, die im vorherigen Teil der Arbeit bei den Fragen beschrieben sind, noch einmal kurz dargestellt.

HP waren der Meinung, PT mit sichtbarer HE könnten Patienten mit Neurodermitis besonders erfolgreich psychotherapeutisch behandeln. PT glaubten dies weniger.

HP waren im Gegensatz zu PT eher der Meinung, über eine eingeschränkte Lebenserwartung ihres Hautarztes informiert werden zu müssen.

HP meinten, PT sollten im Falle einer neurologischen Erkrankung nicht mehr arbeiten. PT tendierten ebenfalls dazu, jedoch signifikant weniger häufig als HP.

HP waren eher als PT der Meinung, dass PT mit Angst vor Spinnen, Patienten mit anderen Ängsten besonders gut behandeln können.

HP meinten eher als PT, erkrankte PT verstünden Patienten besser.

HP waren ängstlicher und depressiver als PT.

PT berührten sich häufiger selbst als HP.

HP empfanden häufiger Ekel als PT.

### 3.1.6 HADS

Im Überblick ergaben sich für die Skalen Angst und Depression die höchsten Mittelwerte für die HP. Die PT zeigten die geringsten Belastungen, die HÄ nahmen eine Mittelstellung ein. Die Abweichungen waren jedoch nicht in allen Bereichen signifikant.

#### Skala 1: Angst

Mit der Varianzanalyse konnte ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $F(2, 99) = 3,65$ ;  $p \leq 0,030$ . Der Scheffé-Test zeigte sich der Unterschied zwischen HP und PT:  $MD = 2,16$ ;  $p \leq 0,032$ .

Demnach waren HP ängstlicher als PT.

#### Skala 2: Depression

Anhand der Anova Analyse konnte ein deutlicher Unterschied zwischen den Gruppen dargestellt werden:  $F(2, 99) = 5,77$ ;  $p \leq 0,004$ . Die anschließende Scheffé-Prozedur zeigte einen hochsignifikanten Unterschied zwischen HP und PT:  $MD = 2,34$ ;  $p \leq 0,007$ .

Demnach waren HP depressiver als PT.

**Tabelle 14: Ergebnisse für HADS-Skalen Angst und Depression: HP-HÄ-PT**

| Skalen | N      | MW  | SD   | F    | p    | Scheffé |              |
|--------|--------|-----|------|------|------|---------|--------------|
| S1     | HP     | 58  | 6,83 | 3,44 | 3,65 | 0,030   | HP $\geq$ PT |
|        | HÄ     | 23  | 5,96 | 2,62 |      |         |              |
|        | PT     | 21  | 4,67 | 2,92 |      |         |              |
|        | Gesamt | 102 | 6,19 | 3,26 |      |         |              |
| S2     | HP     | 58  | 5,24 | 3,07 | 5,77 | 0,004   | HP $\geq$ PT |
|        | HÄ     | 23  | 3,91 | 2,70 |      |         |              |
|        | PT     | 21  | 2,90 | 2,26 |      |         |              |
|        | Gesamt | 102 | 4,46 | 2,97 |      |         |              |

**Legende: S= Skala; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse**

### 3.1.6.1 HADS und Hautzufriedenheit bezogen auf Fragen

Bei Frage 2 (Ansteckungsgefahr bei Pilzerkrankung an Fingernägeln durch Händeschütteln) konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen für die Skala **Depression** gezeigt werden:  $F(2, 99) = 3,57$ ;  $p \leq 0,032$ . Dieser signifikante Unterschied konnte mit der Scheffé-Prozedur ebenfalls gezeigt werden:  $MD = 3,03$ ;  $p \leq 0,032$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die der Meinung waren, sich beim Händeschütteln mit einem Hautkranken mit Pilzerkrankung an den Fingernägeln häufig anzustecken, **depressiver** waren als Teilnehmer, die dies nicht glaubten.

Bei Frage 2 konnte ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen für die Skala **Ekel** gezeigt werden:  $F(2, 104) = 3,55$ ;  $p \leq 0,032$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte eine Tendenz zur Signifikanz gezeigt werden:  $MD = 0,75$ ;  $p \leq 0,053$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die der Meinung waren, sich beim Händeschütteln mit einem Hautkranken mit Pilzerkrankung an den Fingernägeln häufig anzustecken, sich häufiger **ekelten** als Teilnehmer, die dies nicht glaubten.

Bei Frage 3 (Ansteckungsgefahr bei Pilzerkrankung am Handrücken durch Händeschütteln) konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen für die Skala **Depression** gezeigt werden:  $F(2, 99) = 4,62$ ;  $p \leq 0,012$ . Dieser signifikante Unterschied konnte mit der Scheffé-Prozedur ebenfalls gezeigt werden:  $MD = 3,42$ ;  $p \leq 0,013$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die der Meinung waren, sich beim Händeschütteln mit einem Hautkranken mit Pilzerkrankung am Handrücken häufiger anzustecken, **depressiver** waren als Teilnehmer, die dies nicht glaubten.

Bei Frage 3 konnte ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen für die Skala **Ekel** gezeigt werden:  $F(2, 104) = 5,29$ ;  $p \leq 0,006$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $MD = 0,92$ ;  $p \leq 0,012$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die der Meinung waren, sich beim Händeschütteln mit einem Hautkranken mit Pilzerkrankung am Handrücken

häufig anzustecken, häufiger **Ekel** empfanden als Teilnehmer, die dies nicht glaubten.

Bei Frage 4 (Auslösung von Ekel durch Herpes labialis) konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen für die Skala **Ekel** gezeigt werden:  $F(2,4) = 4,93$ ;  $p \leq 0,009$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $MD = 0,55$ ;  $p \leq 0,036$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die als Antwortmöglichkeit „teils-teils“ wählten, generell d.h. auch unabhängig von Herpes labialis bei anderen Personen häufiger **Ekel** empfanden als Teilnehmer, die sich nicht vor Herpes labialis ekelten.

Bei Frage 6 (Bekannter mit sichtbarer HE) konnte mit dem t-Test ein signifikanter Unterschied für die Skala **Angst** gezeigt werden:  $F = 4,82$ ;  $p \leq 0,030$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die keinen Bekannten mit HE kennen, **ängstlicher** waren als solche, die einen Bekannten mit HE kennen.

Ebenfalls bei Frage 6 konnte ein signifikanter Unterschied für die Skala **Scham** gezeigt werden:  $MD = 7,12$ ;  $p \leq 0,009$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die keinen Bekannten mit HE kennen, häufiger **Scham** empfanden als solche, die einen Bekannten mit HE kennen.

Bei Frage 8 (Hautarzt mit florider HE) konnte für die Skala **Selbstberührung** ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2, 103) = 3,50$ ;  $p \leq 0,034$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $MD = 0,66$ ;  $p \leq 0,047$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die der Meinung waren, ein HA mit florider HE, die er „nicht im Griff hat“, könne trotzdem erfolgreich hautärztlich behandeln, sich häufiger **selbst berührten** als Teilnehmer, die glaubten, dieser HA könne nicht erfolgreich behandeln.

Bei Frage 13 (Hautarzt mit ernsthafter Erkrankung) konnte ein signifikanter Unterschied für die Skala **Scham** zwischen den Gruppen gezeigt werden:

$F(2, 104) = 3,76$ ;  $p \leq 0,026$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte nur eine Tendenz zur Signifikanz gezeigt werden:  $MD = 0,75$ ;  $p \leq 0,054$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die meinten, ein HA mit ernsthafter Erkrankung solle HP weiter behandeln, eher öfter **Scham** empfanden als Teilnehmer, die meinten, dieser HA solle nicht mehr arbeiten.

Bei Frage 14 (eingeschränkte Lebenserwartung HA) konnte ein signifikanter Unterschied für die Skala **Ekel** zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2, 104) = 4,55$ ;  $p \leq 0,013$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $MD = 0,51$ ;  $p \leq 0,022$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die glaubten über die eingeschränkte Lebenserwartung ihres HA informiert werden zu müssen, häufiger **Ekel** empfanden als Teilnehmer, die nicht der Meinung waren.

Bei Frage 15 (HA mit neurologischer Beeinträchtigung) konnte ein signifikanter Unterschied für die Skala **Ekel** zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2, 104) = 5,46$ ;  $p \leq 0,006$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $MD = 0,67$ ;  $p \leq 0,020$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die meinten, ein HA mit neurologischer Erkrankung sollte nicht mehr operieren, häufiger **Ekel** empfanden als Teilnehmer, die meinten, dieser HA könne operieren.

Bei Frage 16 (PT mit ernsthafter Erkrankung) konnte ein signifikanter Unterschied für die Skala **Scham** zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2, 104) = 3,58$ ;  $p \leq 0,031$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $MD = 0,64$ ;  $p \leq 0,040$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die meinten, ein PT mit ernsthafter Erkrankung solle Patienten weiter behandeln, eher öfter **Scham** empfanden als Teilnehmer, die meinten, dieser PT solle nicht mehr arbeiten.

Bei Frage 17 (eingeschränkte Lebenserwartung PT) konnte ein signifikanter Unterschied für die Skala **Partnerberührung** zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2, 102) = 4,61$ ;  $p \leq 0,012$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $MD = 0,52$ ;  $p \leq 0,020$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die glaubten, über die eingeschränkte Lebenserwartung ihres PT nicht informiert werden zu müssen, häufiger ihre **Partner berührten** als Teilnehmer, die „weder- noch“ als Antwort wählten.

Außerdem konnte für die Skala **Ekel** ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2, 104) = 5,65$ ;  $p \leq 0,005$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $MD = 0,58$ ;  $p \leq 0,005$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die glaubten, über die eingeschränkte Lebenserwartung ihres PT informiert werden zu müssen, häufiger **Ekel** empfanden als Teilnehmer, die meinten, nicht aufgeklärt werden zu müssen.

Bei Frage 28 (besseres Verständnis durch kranken PT) konnte ein signifikanter Unterschied für die Skala **Scham** zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2, 104) = 3,25$ ;  $p \leq 0,043$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte jedoch lediglich eine Tendenz zur Signifikanz gezeigt werden:  $MD = 0,63$ ;  $p \leq 0,057$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die meinten ein chronisch kranker PT könne Patienten besser verstehen als ein gesunder Kollege, eher häufiger **Scham** empfanden als Teilnehmer, die nicht dieser Meinung waren.

Bei Frage 29 (zuckerkranker PT) konnte ein signifikanter Unterschied für die Skala **Scham** zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2, 104) = 5,18$ ;  $p \leq 0,007$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $MD = 0,59$ ;  $p \leq 0,017$  und  $MD = 0,65$ ;  $p \leq 0,018$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die meinten ein zuckerkranker PT verstehe wahrscheinlich nur Patienten mit der gleichen Erkrankung besser, häufiger **Scham** empfanden als Teilnehmer, die nicht dieser Meinung waren oder „weder- noch“ als Antwort wählten.

Bei Frage 30 (PT mit Angst vor Spinnen) konnte ein signifikanter Unterschied für die Skala **Angst** zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2, 99) = 3,13$ ;  $p \leq 0,048$ . Es konnte eine Tendenz zur Signifikanz mit der Scheffé-Prozedur gezeigt werden:  $MD = 1,93$ ;  $p \leq 0,054$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die der Meinung waren, PT mit Angst vor Spinnen könnten Patienten mit anderen Ängsten besonders gut behandeln, da sie diese besonders gut verstehen, **ängstlicher** waren als solche, die nicht dieser Meinung waren.

Zwischen den Gruppen konnte weiterhin ein Unterschied für die Skala **Ekel** gezeigt werden:  $F(2, 104) = 5,06$ ;  $p \leq 0,008$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte ebenfalls ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $MD = 0,49$ ;  $p \leq 0,038$  und  $MD = 0,61$ ;  $p \leq 0,012$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die der Meinung waren, PT mit Angst vor Spinnen könnten Patienten mit anderen Ängsten besonders gut behandeln, da sie diese besonders gut verstehen, häufiger **Ekel** empfanden als Teilnehmer, die meinten, diese PT könnten Patienten mit anderen Ängsten nicht besonders gut behandeln, und die Teilnehmer, die „weder- noch“ als Antwort angaben.

Außerdem konnte ein signifikanter Unterschied für die Skala **Scham** zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2, 104) = 3,75$ ;  $p \leq 0,027$ . Mit der Scheffé-Prozedur konnte ebenfalls ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $MD = 0,53$ ;  $p \leq 0,038$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die der Meinung waren, PT mit Angst vor Spinnen könnten Patienten mit anderen Ängsten besonders gut behandeln, da sie diese besonders gut verstehen, häufiger **Scham** empfanden als solche, die nicht dieser Meinung waren.

**Tabelle 15: Ergebnisse für HADS und HautZuf bezogen auf Fragen**

| Frage | Skala      | Gruppe | N   | MW   | SD   | F    | P  | Scheffé    |
|-------|------------|--------|-----|------|------|------|----|------------|
| F2    | Depression | ,00    | 87  | 4,25 | 2,77 | 3,57 | *  | $\leq,032$ |
|       |            | 1,00   | 7   | 4,25 | 3,06 |      |    |            |
|       |            | 2,00   | 102 | 7,29 | 4,19 |      |    |            |
|       |            | Gesamt |     | 4,46 | 2,97 |      |    |            |
| F2    | Ekel       | ,00    | 92  | 2,27 | 0,79 | 3,55 | *  | $\leq,032$ |
|       |            | 1,00   | 8   | 2,63 | 0,62 |      |    |            |
|       |            | 2,00   | 7   | 3,02 | 0,82 |      |    |            |
|       |            | Gesamt | 107 | 2,35 | 0,80 |      |    |            |
| F3    | Depression | ,00    | 80  | 4,15 | 2,68 | 4,62 | *  | $\leq,013$ |
|       |            | 1,00   | 15  | 4,67 | 2,89 |      |    |            |
|       |            | 2,00   | 7   | 7,57 | 4,69 |      |    |            |
|       |            | Gesamt | 102 | 4,46 | 2,97 |      |    |            |
| F3    | Ekel       | ,00    | 85  | 2,25 | 0,79 | 5,29 | ** | $\leq,012$ |
|       |            | 1,00   | 15  | 2,56 | 0,62 |      |    |            |
|       |            | 2,00   | 7   | 3,17 | 0,76 |      |    |            |
|       |            | Gesamt | 107 | 2,35 | 0,80 |      |    |            |

|        |                   |        |      |      |      |      |    |                |
|--------|-------------------|--------|------|------|------|------|----|----------------|
| F4     | Ekel              | ,00    | 81   | 2,22 | 0,80 | 4,93 | ** | ≤,036          |
|        |                   | 1,00   | 16   | 2,77 | 0,64 |      |    |                |
|        |                   | 2,00   | 10   | 2,75 | 0,69 |      |    |                |
|        |                   | Gesamt | 107  | 2,35 | 0,80 |      |    |                |
| F6     | Angst             | ,00    | 13   | 7,31 | 4,39 | 4,82 | *  |                |
|        |                   | 1,00   | 89   | 6,02 | 3,06 |      |    |                |
|        |                   | 2,00   |      |      |      |      |    |                |
|        | Gesamt            | 102    |      |      |      |      |    |                |
|        | Scham             | ,00    | 14   | 1,92 | 1,15 | 7,17 | ** |                |
|        |                   | 1,00   | 93   | 1,78 | 0,81 |      |    |                |
| 2,00   |                   |        |      |      |      |      |    |                |
| Gesamt |                   |        |      |      |      |      |    |                |
| F8     | Selbst-berührung  | ,00    | 17   | 1,54 | 1,15 | 3,50 | *  | ≤,047          |
|        |                   | 1,00   | 26   | 2,24 | 0,83 |      |    |                |
|        |                   | 2,00   | 63   | 2,20 | 0,96 |      |    |                |
|        |                   | Gesamt | 106  | 2,11 | 0,98 |      |    |                |
| F13    | Scham             | ,00    | 4    | 1,29 | 0,39 | 3,76 | *  |                |
|        |                   | 1,00   | 8    | 1,13 | 0,65 |      |    |                |
|        |                   | 2,00   | 95   | 1,88 | 0,86 |      |    |                |
|        |                   | Gesamt | 107  | 1,80 | 0,85 |      |    |                |
| F14    | Ekel              | ,00    | 61   | 2,16 | 0,80 | 4,55 | *  | ≤,022          |
|        |                   | 1,00   | 20   | 2,52 | 0,75 |      |    |                |
|        |                   | 2,00   | 26   | 2,67 | 0,71 |      |    |                |
|        |                   | Gesamt | 107  | 2,35 | 0,80 |      |    |                |
| F15    | Ekel              | ,00    | 12   | 1,79 | 0,77 | 5,46 | ** | ≤,020          |
|        |                   | 1,00   | 8    | 1,92 | 0,81 |      |    |                |
|        |                   | 2,00   | 87   | 2,47 | 0,76 |      |    |                |
|        |                   | Gesamt | 107  | 2,35 | 0,80 |      |    |                |
| F16    | Scham             | ,00    | 6    | 1,56 | 0,54 | 3,58 | *  | ≤,040          |
|        |                   | 1,00   | 13   | 1,26 | 0,74 |      |    |                |
|        |                   | 2,00   | 88   | 1,89 | 0,86 |      |    |                |
|        |                   | Gesamt | 107  | 1,80 | 0,85 |      |    |                |
| F17    | Partner-berührung | ,00    | 44   | 2,92 | 0,51 | 4,61 | *  | ≤,020          |
|        |                   | 1,00   | 28   | 2,40 | 0,92 |      |    |                |
|        |                   | 2,00   | 33   | 2,89 | 0,88 |      |    |                |
|        | Gesamt            | 105    | 2,77 | 0,78 |      |      |    |                |
|        | Ekel              | ,00    | 45   | 2,13 | 0,78 | 5,65 | ** | ≤,005          |
|        |                   | 1,00   | 28   | 2,28 | 0,74 |      |    |                |
| 2,00   |                   | 34     | 2,70 | 0,76 |      |      |    |                |
| Gesamt | 107               | 2,35   | 0,80 |      |      |      |    |                |
| F28    | Scham             | ,00    | 13   | 1,24 | 0,57 | 3,25 | *  |                |
|        |                   | 1,00   | 46   | 1,87 | 0,83 |      |    |                |
|        |                   | 2,00   | 48   | 1,88 | 0,90 |      |    |                |
|        |                   | Gesamt | 107  | 1,80 | 0,85 |      |    |                |
| F29    | Scham             | ,00    | 53   | 1,68 | 0,84 | 5,18 | ** | ≤,017<br>≤,018 |
|        |                   | 1,00   | 30   | 1,62 | 0,77 |      |    |                |
|        |                   | 2,00   | 24   | 2,27 | 0,84 |      |    |                |
|        |                   | Gesamt | 107  | 1,80 | 0,85 |      |    |                |
| F30    | Angst             | ,00    | 45   | 5,38 | 3,35 | 3,13 | *  |                |
|        |                   | 1,00   | 31   | 6,42 | 2,88 |      |    |                |
|        |                   | 2,00   | 26   | 7,31 | 3,26 |      |    |                |
|        | Gesamt            | 102    | 6,19 | 3,26 |      |      |    |                |
|        | Ekel              | ,00    | 49   | 2,27 | 0,77 | 5,06 | ** | ≤,038<br>≤,012 |
|        |                   | 1,00   | 32   | 2,14 | 0,81 |      |    |                |
|        |                   | 2,00   | 26   | 2,76 | 0,70 |      |    |                |
|        | Gesamt            | 107    | 2,35 | 0,80 |      |      |    |                |
|        | Scham             | ,00    | 49   | 1,66 | 0,83 | 3,75 | *  | ≤,038          |
| 1,00   |                   | 32     | 1,69 | 0,78 |      |      |    |                |
| 2,00   |                   | 26     | 2,19 | 0,89 |      |      |    |                |
| Gesamt | 107               | 1,80   | 0,85 |      |      |      |    |                |

Legende: F= Frage; linke Spalte: ,00= stimmt überhaupt nicht/stimmt nicht; 1,00= weder-noch; 2,00: stimme zu/stimme völlig zu; \* p≤ ,05; \*\*p≤ ,01; \*\*\*p≤ ,001

Zwischen Frage 22 (gesunder Lebensstil verbessert Erkrankung) und der Skala Partnerberührung konnte eine positive Korrelation gezeigt werden:  $F=0,204$ ;  $p \leq 0,018$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die meinten, schwere körperliche Erkrankungen können durch einen gesunden Lebensstil verbessert werden, ihre Partner häufiger berührten.

Zwischen Frage 24 (gesunder Lebensstil verbessert Neurodermitis) und der Skala Depression konnte eine deutliche negative Korrelation gezeigt werden:  $F=-,247$ ;  $p \leq 0,006$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die glaubten, eine Neurodermitis könne durch einen gesunden Lebensstil verbessert werden, weniger depressiv waren.

Außerdem konnte eine deutliche positive Korrelation zwischen Frage 24 und der Skala Selbstberührung gezeigt werden:  $F=,299$ ;  $p \leq 0,001$ .

Das bedeutet, dass Teilnehmer, die glaubten, eine Neurodermitis könne durch einen gesunden Lebensstil verbessert werden, sich häufiger selbst berührten.

**Tabelle 16: Ergebnisse für HADS und HautZuf bezogen auf F22/24**

|            |  | Depression        | Selbst-berührung  | Partner-berührung |
|------------|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>F22</b> | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N |                   |                   | ,20<br>*<br>105   |
| <b>F24</b> | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,25<br>**<br>102 | ,30<br>***<br>106 |                   |

Legende: F= Frage; \*  $p \leq ,05$ ; \*\*  $p \leq ,01$ ; \*\*\*  $p \leq ,001$

### Hautzufriedenheit

Im Überblick ergaben sich für die Skalen Selbstberührung und Ekel signifikante Unterschiede. Die Skala Selbstberührung hatte die höchsten Mittelwerte für PT, gefolgt von HÄ und HP. In der Skala Ekel zeigten sich die höchsten Mittelwerte für HP, HÄ hatten die geringsten und PT nahmen die Mittelstellung ein. Die Abweichungen waren nicht in allen Bereichen signifikant.

**Skala 1: Selbstberührung**

Mit der Varianzanalyse konnte ein deutlicher Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden:  $F(2, 103) = 5,55$ ;  $p \leq 0,005$ . Mit dem Anschlussstest nach Tamhane konnte ein hochsignifikanter Unterschied zwischen PT und HP:  $MD = 0,80$ ;  $p \leq 0,000$  als auch zwischen PT und HÄ:  $MD = 0,64$ ;  $p \leq 0,009$  dargestellt werden.

Demnach berührten sich die PT häufiger als HP und HÄ.

**Skala 4: Ekel**

Mit der Varianzanalyse ließ sich ein hochsignifikanter Unterschied darstellen:  $F(2, 104) = 13,22$ ;  $p \leq 0,000$ . Die anschließende Scheffé-Prozedur zeigte einen hochsignifikanten Unterschied zwischen HP und HÄ:  $MD = 0,83$ ;  $p \leq 0,000$  und zwischen HP und PT:  $MD = 0,50$ ;  $p \leq 0,028$ .

Das bedeutet, dass HP häufiger Ekel empfanden als HÄ und PT.

**Tabelle 17: Hautzuf- Skalen Selbstberührung und Ekel**

| Skalen | N  | MW | SD   | F    | P     | Scheffé | Tamhane                      |
|--------|----|----|------|------|-------|---------|------------------------------|
| S1     | HP | 58 | 1,91 | 1,07 | 5,55  | 0,005   | PT $\geq$ HP<br>PT $\geq$ HÄ |
|        | HÄ | 27 | 2,06 | 0,91 |       |         |                              |
|        | PT | 21 | 2,71 | 0,49 |       |         |                              |
| S4     | HP | 59 | 2,66 | 0,79 | 13,22 | 0,000   | HP $\geq$ HÄ<br>HP $\geq$ PT |
|        | HÄ | 27 | 1,83 | 0,61 |       |         |                              |
|        | PT | 21 | 2,16 | 0,61 |       |         |                              |

Legende: S= Skala; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse

## 3.2 Ergebnisse Teil 2

### 3.2.1 Gruppenzugehörigkeit

Bei der Unterscheidung zwischen HÄm-HÄo-PT wurden 79 Fragebögen berücksichtigt.

#### Geschlecht

An der Studie nahmen insgesamt  $n=79$  Therapeuten teil, davon waren  $n=31$  Hautärzte ohne PT (HÄo), die sich in  $n=16$  Ärztinnen und  $n=15$  Ärzte aufteilten. Hautärzte mit PT (HÄm)  $n=23$ , wobei die Geschlechtsverteilung weiblich ( $n=8$ ) zu männlich ( $n=15$ ) betrug.  $N=25$  Psychotherapeuten füllten die Fragebögen aus, wovon  $n=18$  weiblich und  $n=7$  männlich waren.

Der  $\chi^2$ -Test zeigte einen signifikanten Unterschied:  $\chi^2(2)=6,71$ ;  $p \leq 0,035$ .

Demnach beteiligten sich insgesamt mehr männliche HÄm und mehr weibliche Psychotherapeuten an der Studie.

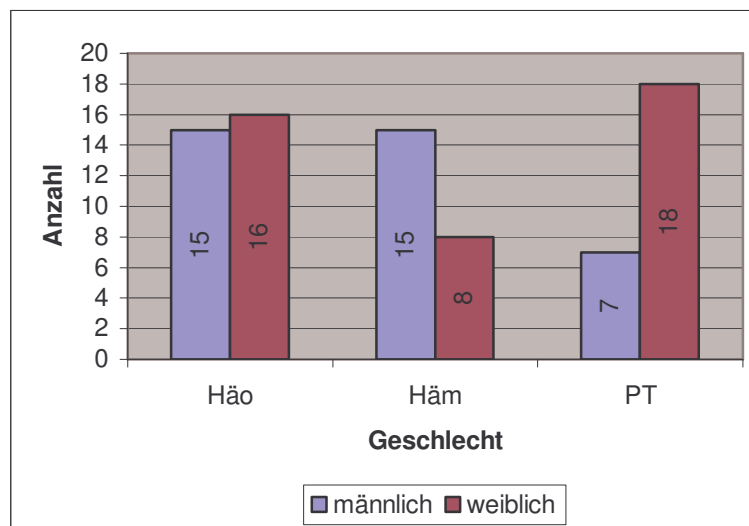


Abbildung 9: Geschlechtsverteilung der Teilnehmer

#### Chronische Hauterkrankungen

Mit dem  $\chi^2$ -Test konnte ein signifikanter Unterschied dargestellt werden:

$\chi^2(2)=7,0$ ;  $p \leq 0,029$ .

Demnach litten HÄo öfter an chron. HE, HÄm und PT weniger häufig.

## Rauchen

Bezüglich des Rauchverhaltens gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

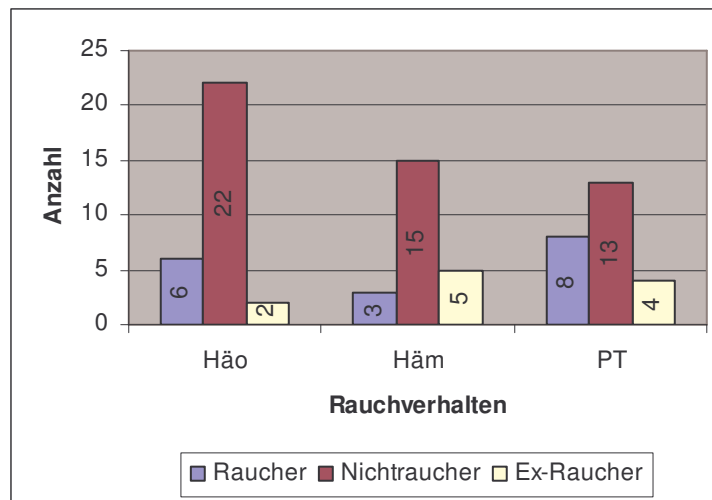


Abbildung 10: Rauchverhalten der Teilnehmer

## 3.2.2 Umgang mit Hauterkrankungen

### 3.2.2.1 Ansteckung (Hypothese 1)

#### Frage 1: An Hauterkrankung angesteckt

Die Mehrheit der Teilnehmer ( $n = 41$ : HÄo:  $n = 17$ ; HÄm:  $n = 12$  und PT:  $n = 12$ ; Gesamt  $n = 79$ ) war der Meinung, sich schon einmal an einer HE angesteckt zu haben.

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

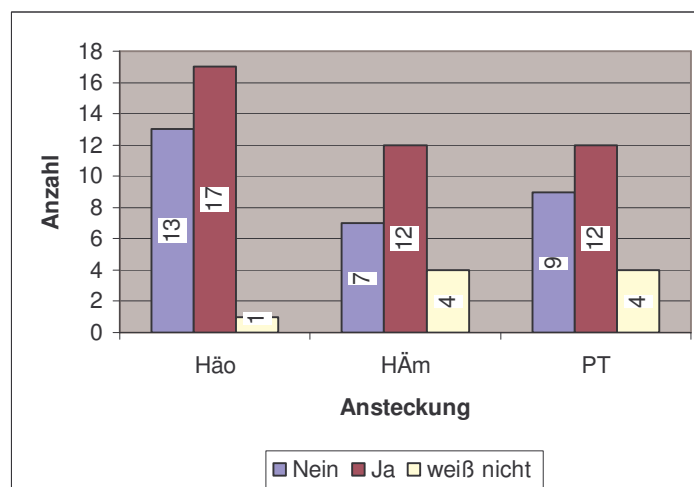


Abbildung 11: Ansteckung an HE

**Frage 2: Ansteckungsgefahr bei Pilzerkrankung an Fingernägeln durch Händeschütteln**

Mit der Varianzanalyse ließ sich ein hochsignifikanter Unterschied nachweisen:  $F(2) = 17,37$ ;  $p \leq 0,000$ .

Im Anschluss konnte mit dem Tamhane-Test ebenfalls ein hochsignifikanter Unterschied zwischen PT und HÄo sowie zwischen PT und HÄm nachgewiesen werden:  $MD = 0,78$ ,  $p \leq 0,000$  sowie  $MD = 0,79$ ,  $p \leq 0,000$ .

Demnach schätzten PT die Möglichkeit, sich bei Kontakt zu einem Hautkranken mit einer Pilzerkrankung an den Fingernägeln beim Händeschütteln anstecken zu können, höher ein als HÄ.

**Frage 3: Ansteckungsgefahr bei Pilzerkrankung am Handrücken durch Händeschütteln**

Die Multivarianzanalyse ergab einen hochsignifikanten Gruppenunterschied von:  $F(2) = 7,48$ ,  $p \leq 0,001$ . Der Tamhane Anschlussstest ergab ebenfalls einen signifikanten Unterschied zwischen PT und HÄo:  $MD = 0,60$ ,  $p \leq 0,016$ . Zwischen PT und HÄm konnte ebenfalls ein signifikanter Unterschied gezeigt werden:  $MD = 0,70$ ,  $p \leq 0,011$ .

Das bedeutet, dass PT häufiger als HÄ der Meinung waren, sich beim Händeschütteln mit einem Hautpilz anstecken zu können, wenn dieser am Handrücken des Erkrankten lokalisiert ist.

**Frage 4: Auslösung von Ekel durch Herpes labialis**

Die Multivarianzanalyse ergab einen hochsignifikanten Gruppenunterschied von:  $F(2) = 30,34$ ;  $p \leq 0,000$ . Im Anschlussstest Tamhane ergab sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen PT und HÄo:  $MD = 1,18$ ,  $p \leq 0,000$ . Zwischen PT und HÄm kann ebenfalls ein hochsignifikanter Unterschied gezeigt werden:  $MD = 1,06$ ,  $p \leq 0,000$ .

Demnach löste Herpes labialis bei PT häufiger Ekel aus als bei HÄ.

**Frage 5: Hautarzt mit Gürtelrose**

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug:  $MW = 1,68$ ;  $SD = 1,42$ . Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW darauf hin, dass die Teilnehmer der Aussage

„ein HA mit einer Gürtelrose am Rücken sollte so lange nicht arbeiten, bis die Hautveränderungen abgeheilt sind“, eher nicht zustimmten.

**Tabelle 18: Ergebnisse für Umgang der Teilnehmer mit HE: HÄo-HÄm-PT**

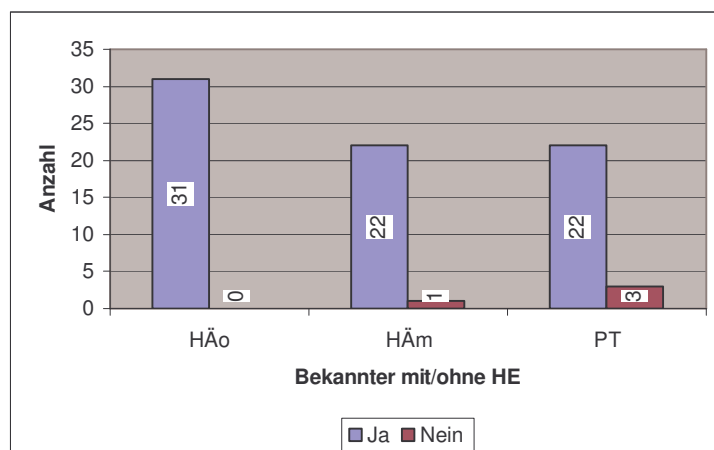
| Skalen        | N  | MW   | SD   | F     | P           | Scheffé | Tamhane       |
|---------------|----|------|------|-------|-------------|---------|---------------|
| <b>F2</b> HÄo | 31 | 0,01 | 0,30 | 17,37 | 0,000       |         | PT $\geq$ HÄo |
| HÄm           | 23 | 0,09 | 0,42 |       |             |         | PT $\geq$ HÄm |
| PT            | 25 | 0,88 | 0,83 |       |             |         |               |
| Gesamt        | 79 | 0,34 | 0,66 |       |             |         |               |
| <b>F3</b> HÄo | 31 | 0,32 | 0,48 | 7,48  | 0,001       |         | PT $\geq$ HÄo |
| HÄm           | 23 | 0,22 | 0,67 |       |             |         | PT $\geq$ HÄm |
| PT            | 25 | 0,92 | 0,91 |       |             |         |               |
| Gesamt        | 79 | 0,48 | 0,75 |       |             |         |               |
| <b>F4</b> HÄo | 31 | 0,10 | 0,30 | 30,34 | 0,000       |         | PT $\geq$ HÄo |
| HÄm           | 23 | 0,22 | 0,42 |       |             |         | PT $\geq$ HÄm |
| PT            | 25 | 1,28 | 0,94 |       |             |         |               |
| Gesamt        | 79 | 0,51 | 0,80 |       |             |         |               |
| <b>F5</b> HÄo | 31 | 1,97 | 1,54 | 1,57  | $\geq$ 0,05 |         |               |
| HÄm           | 22 | 1,27 | 1,45 |       |             |         |               |
| PT            | 25 | 1,68 | 1,18 |       |             |         |               |
| Gesamt        | 78 | 1,68 | 1,42 |       |             |         |               |

Legende: F= Frage; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse

### 3.2.2.2 Stigmatisierung und Behandler-Patientenbeziehung bei Selbstbetroffenheit des Behandlers (Hypothese 2 und 3)

#### Frage 6: Bekannter mit sichtbarer Hauterkrankung

Zwischen den Gruppen war kein signifikanter Unterschied zu erkennen. 96,84% (n= 75; Gesamt n= 79) kannten persönlich Personen mit sichtbarer HE.



**Abbildung 12: Bekannter mit/ohne HE**

**Frage 7: Besonders erfolgreiche Behandlung durch Hautärzte mit sichtbarer Hauterkrankung**

Die Multivarianzanalyse ergab einen signifikanten Gruppenunterschied von  $F(2) = 4,06$ ,  $p \leq 0,021$ . Mit dem Post-Hoc-Test nach Scheffé konnte ein signifikanter Unterschied zwischen HÄm und HÄo nachgewiesen werden:  $MD = 0,69$ ,  $p \leq 0,021$ .

HÄm glaubten gegenüber HÄo, dass ein Hautarzt mit sichtbarer chronischer HE Patienten mit Neurodermitis besonders erfolgreich behandeln kann.

**Frage 8: Hautarzt mit florider Hauterkrankung**

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug:  $MW = 2,57$ ;  $SD = 0,89$ . Obwohl kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden konnte, deutet der MW darauf hin, dass die Teilnehmer insgesamt glaubten, ein PT mit florider HE könne seine Patienten mit Erfolg behandeln.

**Frage 9: Psychotherapeut mit sichtbarer Hauterkrankung**

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug:  $MW = 2,24$ ;  $SD = 0,88$ . Obwohl kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden konnte, deutet der MW darauf hin, dass nach Meinung der Teilnehmer ein PT mit sichtbarer HE Patienten mit Neurodermitis besonders erfolgreich psychotherapeutisch behandeln kann.

**Frage 10: Psychotherapeut mit Neurodermitis- Krankheitsfolgen**

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug:  $MW = 2,13$ ;  $SD = 0,91$ . Obwohl kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden konnte, deutet der MW darauf hin, dass die Teilnehmer meinten, ein PT mit Neurodermitis könne Patienten mit Neurodermitis besser als ein hautgesunder Therapeut helfen, die Krankheitsfolgen auszuhalten.

**Frage 11: Psychotherapeut mit Neurodermitis-Symptomlinderung**

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 1,89; SD= 0,85. Obwohl kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden konnte, deutet der MW darauf hin, dass die Teilnehmer tendenziell der Aussage „PT mit Neurodermitis kann Patienten mit Neurodermitis besser als ein gesunder Therapeut helfen, die Krankheitssymptome zu lindern“ zustimmten.

**Tabelle 19: Ergebnisse für Stigmatisierung und Behandler-Patientenbeziehung bei Selbstbetroffenheit des Behandlers: HÄo-HÄm-PT**

| Skalen         | N  | MW   | SD   | F     | P     | Scheffé | Tamhane |
|----------------|----|------|------|-------|-------|---------|---------|
| <b>F7</b> HÄo  | 31 | 1,74 | 0,89 | 4,06  | 0,021 | HÄm≥HÄo |         |
| HÄm            | 23 | 2,43 | 0,95 |       |       |         |         |
| PT             | 25 | 2,00 | 0,82 |       |       |         |         |
| Gesamt         | 79 | 2,03 | 0,92 |       |       |         |         |
| <b>F8</b> HÄo  | 31 | 2,61 | 1,02 | 2,42  | ≥0,05 |         |         |
| HÄm            | 23 | 2,83 | 0,72 |       |       |         |         |
| PT             | 25 | 2,28 | 0,79 |       |       |         |         |
| Gesamt         | 79 | 2,57 | 0,89 |       |       |         |         |
| <b>F9</b> HÄo  | 31 | 2,06 | 0,96 | 3,01  | ≥0,05 |         |         |
| HÄm            | 23 | 2,61 | 0,84 |       |       |         |         |
| PT             | 25 | 2,12 | 0,73 |       |       |         |         |
| Gesamt         | 79 | 2,24 | 0,88 |       |       |         |         |
| <b>F10</b> HÄo | 31 | 2,10 | 1,01 | 0,160 | ≥0,05 |         |         |
| HÄm            | 23 | 2,22 | 0,80 |       |       |         |         |
| PT             | 25 | 2,08 | 0,91 |       |       |         |         |
| Gesamt         | 79 | 2,13 | 0,91 |       |       |         |         |
| <b>F11</b> HÄo | 31 | 1,81 | 0,91 | 0,91  | ≥0,05 |         |         |
| HÄm            | 23 | 2,09 | 0,67 |       |       |         |         |
| PT             | 25 | 1,80 | 0,91 |       |       |         |         |
| Gesamt         | 79 | 1,89 | 0,85 |       |       |         |         |

Legende: F= Frage; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse

**3.2.3 Einstellung zum kranken Arzt/Psychotherapeuten****Frage 12: Ernsthafte Erkrankung**

Es konnte kein signifikanter Unterschied dargestellt werden.

N= 45 der Teilnehmer (n= 78) erklärten, bisher nicht ernsthaft erkrankt gewesen zu sein.

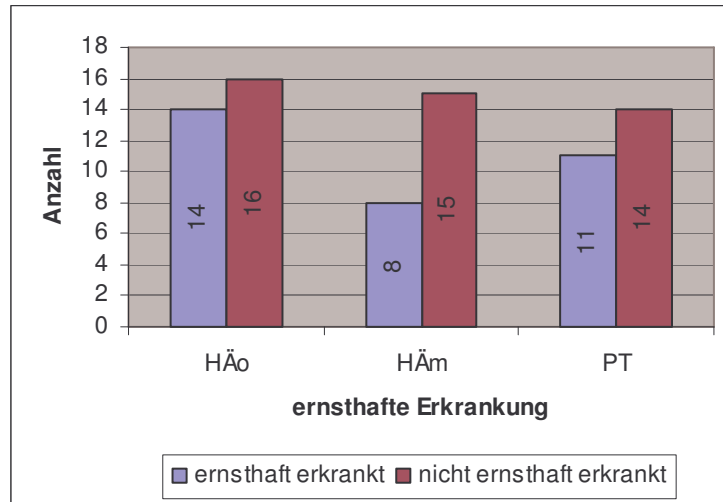


Abbildung 13: Ernsthafte Erkrankung der Teilnehmer

### 3.2.3.1 Unterschiedliche Einstellung zu erkrankten Ärzten vs. erkrankten Psychotherapeuten (Hypothese 4)

#### Frage 13: Hautarzt mit ernsthafter Erkrankung

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 3,52; SD= 0,68. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer meinten, ein HA mit ernsthafter Erkrankung könne Hautkranke weiter behandeln.

#### Frage 14: Eingeschränkte Lebenserwartung des Hautarztes

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 0,97; SD= 1,06. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer meinten, über die eingeschränkte Lebenserwartung ihres HA nicht aufgeklärt werden zu müssen.

#### Frage 15: Hautarzt mit neurologischer Beeinträchtigung

Die Multivarianzanalyse ergibt einen signifikanten Gruppenunterschied von  $F(2)= 3,33, p \leq 0,041$ .

Das bedeutet, dass vor allem HÄo, gefolgt von PT und am wenigsten HÄm der Meinung waren, ein HA mit neurologischer Beeinträchtigung sollte nicht mehr operieren.

**Frage 16: Psychotherapeut mit ernsthafter Erkrankung**

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 3,20; SD= 0,70. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer meinten, ein ernsthaft erkrankter PT könne arbeiten.

**Frage 17: Eingeschränkte Lebenserwartung des Psychotherapeuten**

Es konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 1,76; SD= 1,31. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer meinten, über die eingeschränkte Lebenserwartung ihres PT nicht aufgeklärt werden zu müssen.

**Frage 18: Psychotherapeut mit neurologischer Beeinträchtigung**

Die Multivarianzanalyse ergab einen signifikanten Gruppenunterschied von  $F(2) = 4,27$ ,  $p \leq 0,017$ . Im Anschlussstest konnte ein deutlicher Unterschied zwischen PT und HÄo gefunden werden: MD= 0,85,  $p \leq 0,022$ .

Das bedeutet, dass PT im Gegensatz zu HÄo der Meinung waren, dass PT mit neurologischer Beeinträchtigung eher nicht mehr arbeiten sollten.

**Tabelle 20: Ergebnisse für Einstellung zu krankem Arzt/PT: HÄo-HÄm-PT**

| Skalen         | N  | MW   | SD   | F    | P           | Scheffé | Tamhane |
|----------------|----|------|------|------|-------------|---------|---------|
| <b>F13</b> HÄo | 31 | 3,61 | 0,72 | 2,39 | $\geq 0,05$ |         |         |
| HÄm            | 23 | 3,65 | 0,57 |      |             |         |         |
| PT             | 25 | 3,28 | 0,68 |      |             |         |         |
| Gesamt         | 79 | 3,52 | 0,68 |      |             |         |         |
| <b>F14</b> HÄo | 31 | 0,97 | 1,11 | 0,09 | $\geq 0,05$ |         |         |
| HÄm            | 23 | 1,00 | 1,21 |      |             |         |         |
| PT             | 25 | 0,96 | 0,89 |      |             |         |         |
| Gesamt         | 79 | 0,97 | 1,06 |      |             |         |         |
| <b>F15</b> HÄo | 31 | 3,03 | 0,98 | 3,33 | 0,041       |         |         |
| HÄm            | 23 | 2,30 | 1,18 |      |             |         |         |
| PT             | 25 | 2,96 | 1,14 |      |             |         |         |
| Gesamt         | 79 | 2,80 | 1,13 |      |             |         |         |
| <b>F16</b> HÄo | 31 | 3,32 | 0,65 | 3,11 | $\geq 0,05$ |         |         |
| HÄm            | 23 | 3,35 | 0,57 |      |             |         |         |
| PT             | 25 | 2,92 | 0,81 |      |             |         |         |
| Gesamt         | 79 | 3,20 | 0,70 |      |             |         |         |

|                |    |      |      |      |       |        |  |
|----------------|----|------|------|------|-------|--------|--|
| <b>F17</b> HÄo | 31 | 1,74 | 1,26 |      |       |        |  |
| HÄm            | 23 | 1,52 | 1,41 | 0,80 | ≥0,05 |        |  |
| PT             | 25 | 2,00 | 1,29 |      |       |        |  |
| Gesamt         | 79 | 1,76 | 1,31 |      |       |        |  |
| <b>F18</b> HÄo | 31 | 1,39 | 1,09 |      |       |        |  |
| HÄm            | 23 | 1,57 | 1,12 | 4,27 | 0,017 | PT≥HÄo |  |
| PT             | 25 | 2,24 | 1,16 |      |       |        |  |
| Gesamt         | 79 | 1,71 | 1,17 |      |       |        |  |

Legende: F= Frage; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse

### 3.2.3.2 Einstellung zu Ausbildungs- und Praktikerverboten (Hypothese 5)

Es wurde untersucht, ob bisher ernsthaft erkrankte vs. nicht ernsthaft erkrankte Teilnehmer eine unterschiedliche Meinung bezüglich erkrankten behandelnden Ärzten haben. Hierbei konnte lediglich für Frage 18 (neurologisch erkrankter PT) ein signifikanter Unterschied gefunden werden:  $\chi^2 = 10,65$ ;  $p \leq 0,031$ . Das bedeutet, dass HÄo sowie HÄm, die selbst noch nicht ernsthaft erkrankt waren, weniger häufig ( $n = 1$ ) und ( $n = 3$ ) als erwartet ( $n = 4,3$ ) und ( $n = 4,0$ ) der Meinung waren, dass ein PT, der an einer neurologischen Erkrankung leidet, nicht mehr arbeiten sollte. PT, die noch nicht ernsthaft erkrankt waren, waren hingegen öfter ( $n = 8$ ) als erwartet ( $n = 3,7$ ) der Meinung, dass ein neurologisch erkrankter PT nicht mehr arbeiten sollte.

### 3.2.3.3 Einstellung zu psychosomatischen Krankheitskonzepten (Hypothese 6)

#### Frage 19: Gesunder Lebensstil

Frage 19 ist in 11 Untergruppen unterteilt, es waren Mehrfachnennungen möglich. Es sollten die für einen gesunden Lebensstil als am wichtigsten erachteten Faktoren angekreuzt werden. Zwischen den Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden. Mit der nächsten Frage werden die drei wichtigsten Faktoren für einen gesunden Lebensstil aufgezeigt.

**Frage 20: Die drei wichtigsten Faktoren für einen gesunden Lebensstil**

Insgesamt am häufigsten für die ersten drei Plätze gaben die HÄo regelmäßige körperliche Betätigung mit  $n= 19$  an. Die HÄm und PT hingegen mit je  $n= 15$  eine gute Partnerbeziehung.

Bei Frage 20.1 wurde die Kategorie 6 (gute Partnerbeziehung) von der Mehrzahl der Teilnehmer der drei Gruppen jeweils auf Platz eins der wichtigsten Faktoren eines gesunden Lebensstils gesehen, HÄo ( $n= 8$ ), HÄm ( $n= 6$ ), PT ( $n= 6$ ). Die HÄo gaben an erster Stelle genauso häufig Vermeiden von negativem Stress ( $n= 8$ ) an, gefolgt von Nichtrauchen ( $n= 5$ ). Bei den HÄm folgte ebenfalls das Nichtrauchen ( $n= 5$ ). Bei den PT folgte ausreichender Nachtschlaf als Antwort ( $n= 5$ ).

Frage 20.2 bezog sich auf die zweitwichtigsten Faktoren für einen gesunden Lebensstil. Die HÄo ( $n= 8$ ) gaben hierbei am häufigsten ausreichenden Nachtschlaf, HÄm ( $n= 4$ ) Konfliktfähigkeit und die PT ( $n= 5$ ) Gefühle äußern an.

Bei Frage 20.3 wurde nach den drittwichtigsten Faktoren für einen gesunden Lebensstil gefragt. HÄo und HÄm gaben hier am häufigsten regelmäßige körperliche Betätigung an ( $n= 9$ ) und ( $n= 8$ ), PT dagegen sowohl Nichtrauchen als auch gute Partnerbeziehung (je  $n= 5$ ).

**Tabelle 21: Ergebnisse für Häufigkeitsverteilung der drei wichtigsten Faktoren eines gesunden Lebensstils: HÄm-HÄo-PT**

| Gruppe und Frage | Häufigkeit 1. Platz | Häufigkeit 2. Platz | Häufigkeit 3. Platz | Gesamt    |
|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------|
| HÄo 1,00         | 3                   | 2                   | 5                   | 10        |
| 2,00             | 5                   | 1                   | 5                   | 11        |
| 3,00             | -                   | -                   | -                   | -         |
| 4,00             | 3                   | 2                   | 4                   | 9         |
| 5,00             | 1                   | 2                   | 3                   | 6         |
| 6,00             | 8                   | 5                   | -                   | 13        |
| 7,00             | -                   | 8                   | 3                   | 11        |
| 8,00             | 8                   | 4                   | 1                   | 13        |
| 9,00             | 3                   | 7                   | 9                   | 19        |
| 10,00            | -                   | -                   | 1                   | 1         |
| <b>Gesamt</b>    | <b>31</b>           | <b>31</b>           | <b>31</b>           | <b>93</b> |

|            |               |           |           |           |           |
|------------|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>HÄm</b> | 1,00          | 1         | 3         | 1         | 5         |
|            | 2,00          | 5         | 1         | 1         | 7         |
|            | 3,00          | -         | 1         | -         | 1         |
|            | 4,00          | 2         | 4         | -         | 6         |
|            | 5,00          | 1         | 3         | 4         | 8         |
|            | 6,00          | 6         | 3         | 6         | 15        |
|            | 7,00          | 2         | 3         | 2         | 7         |
|            | 8,00          | 2         | 1         | -         | 3         |
|            | 9,00          | 1         | 1         | 8         | 10        |
|            | 10,00         | 3         | 2         | -         | 5         |
|            | <b>Gesamt</b> | <b>23</b> | <b>22</b> | <b>22</b> | <b>67</b> |
| <b>PT</b>  | 1,00          | 3         | 1         | 1         | 5         |
|            | 2,00          | 2         | 3         | 5         | 10        |
|            | 3,00          | -         | 3         | -         | 3         |
|            | 4,00          | 3         | 1         | 4         | 8         |
|            | 5,00          | 1         | 5         | -         | 6         |
|            | 6,00          | 6         | 4         | 5         | 15        |
|            | 7,00          | 5         | 1         | 3         | 9         |
|            | 8,00          | 1         | -         | 2         | 3         |
|            | 9,00          | 2         | 3         | 3         | 8         |
|            | 10,00         | 1         | 3         | 1         | 5         |
|            | <b>Gesamt</b> | <b>24</b> | <b>24</b> | <b>24</b> | <b>72</b> |

Legende: linke Spalte 1-9= Antwortmöglichkeiten im Fragebogen; 10= Beruf

### Frage 21: Gesunder Lebensstil verhindert Erkrankung

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 7,01; SD= 2,35. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer insgesamt meinten, ein gesunder Lebensstil könne schwere körperliche Erkrankungen verhindern.

### Frage 22: Gesunder Lebensstil verbessert Erkrankung

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 8,40; SD= 1,58. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer insgesamt meinten, ein gesunder Lebensstil könne schwere körperliche Krankheiten verbessern.

**Frage 23: Gesunder Lebensstil verhindert Neurodermitis**

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 3,18; SD= 2,38. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer insgesamt meinten, ein gesunder Lebensstil könne Neurodermitis **nicht** verhindern.

**Frage 24: Gesunder Lebensstil verbessert Neurodermitis**

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 7,31; SD= 2,12. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer insgesamt meinten, ein gesunder Lebensstil könne Neurodermitis verbessern.

**Frage 25: Psychische Mitverursachungen körperlicher Erkrankung**

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 7,87; SD= 2,16. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer insgesamt meinten, viele körperliche Erkrankungen können psychische Mitverursachungen haben.

**Frage 26: Erkrankungspersönlichkeiten**

Die Multivarianzanalyse ergab einen hochsignifikanten Gruppenunterschied von:  $F(2) = 6,23$ ,  $p \leq 0,003$ . Mit dem Anschlussstest nach Tamhane kann ein hochsignifikanter Unterschied zwischen HÄo und HÄm dargestellt werden:  $MD = 2,74$ ,  $p \leq 0,006$ .

Das bedeutet, dass HÄo eher als HÄm der Meinung waren, es gibt bei vielen chronischen körperlichen Erkrankungen bestimmte psychische Merkmale bei Patienten.

**Tabelle 22: Ergebnisse für Einstellung zu psychosomatischen Krankheitskonzepten: HÄo-HÄm-PT**

| Skalen  | N  | MW   | SD   | F    | P           | Scheffé | Tamhane |
|---------|----|------|------|------|-------------|---------|---------|
| F21 HÄo | 30 | 7,17 | 2,51 | 0,17 | $\geq 0,05$ |         |         |
| HÄm     | 23 | 6,78 | 2,41 |      |             |         |         |

|                |    |      |      |      |       |  |         |
|----------------|----|------|------|------|-------|--|---------|
| PT             | 25 | 7,04 | 2,19 |      |       |  |         |
| Gesamt         | 78 | 7,01 | 2,35 |      |       |  |         |
| <b>F22</b> HÄo | 31 | 8,68 | 1,19 |      |       |  |         |
| HÄm            | 22 | 8,18 | 1,40 | 0,81 | ≥0,05 |  |         |
| PT             | 25 | 8,24 | 2,09 |      |       |  |         |
| Gesamt         | 78 | 8,40 | 1,58 |      |       |  |         |
| <b>F23</b> HÄo | 31 | 3,16 | 2,53 |      |       |  |         |
| HÄm            | 22 | 3,36 | 2,46 | 0,11 | ≥0,05 |  |         |
| PT             | 25 | 3,04 | 2,19 |      |       |  |         |
| Gesamt         | 78 | 3,18 | 2,38 |      |       |  |         |
| <b>F24</b> HÄo | 31 | 7,10 | 2,26 |      |       |  |         |
| HÄm            | 22 | 8,14 | 1,49 | 2,54 | ≥0,05 |  |         |
| PT             | 25 | 6,84 | 2,29 |      |       |  |         |
| Gesamt         | 78 | 7,31 | 2,12 |      |       |  |         |
| <b>F25</b> HÄo | 31 | 7,74 | 2,31 |      |       |  |         |
| HÄm            | 22 | 8,36 | 1,84 | 0,82 | ≥0,05 |  |         |
| PT             | 25 | 7,60 | 2,24 |      |       |  |         |
| Gesamt         | 78 | 7,87 | 2,16 |      |       |  |         |
| <b>F26</b> HÄo | 31 | 6,65 | 2,48 |      |       |  | HÄo≥HÄm |
| HÄm            | 22 | 3,91 | 3,24 | 6,23 | 0,003 |  |         |
| PT             | 25 | 4,80 | 3,07 |      |       |  |         |
| Gesamt         | 78 | 5,28 | 3,09 |      |       |  |         |

**Legende: F= Frage; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse**

Im folgenden werden die signifikanten Ergebnisse der Untersuchung, „**welchen Einfluss hat ein gesunder Lebensstil auf die Arztwahl**“ dargestellt.

Dabei wurde die Korrelation zwischen den Fragen 21-26 und den Fragen 13-18 ausgewertet.

Bei den HÄo konnte eine signifikante positive Korrelation zwischen Frage 21 (gesunder Lebensstil verhindert Erkrankung) und 15 (HA mit neurologischer Beeinträchtigung) gezeigt werden.

Das bedeutet, dass HÄo, die glauben schwere körperliche Erkrankungen können durch einen gesunden Lebensstil verhindert werden, der Meinung waren, ein HA mit neurologischer Beeinträchtigung sollte **nicht** mehr operieren.

Zwischen den Fragen 22 (gesunder Lebensstil verbessert Erkrankung) und 14 (eingeschränkte Lebenserwartung HA) gab es eine signifikante negative

Korrelation. HÄo, die der Meinung waren, eine schwere körperliche Erkrankung könne durch einen gesunden Lebensstil verbessert werden, meinten, sie müssten **nicht** über eine eingeschränkte Lebenserwartung ihres HA aufgeklärt werden.

Zwischen den Fragen 22 (gesunder Lebensstil verbessert Erkrankung) und 16 (ernsthaft erkrankter PT) bestand eine signifikante positive Korrelation. HÄo, die der Meinung waren, eine schwere körperliche Erkrankung könne durch einen gesunden Lebensstil verbessert werden, meinten, erkrankte PT sollten arbeiten.

Der Vergleich der Fragen 22 (gesunder Lebensstil verbessert Erkrankung) und 17 (eingeschränkte Lebenserwartung PT) ergab eine signifikante negative Korrelation. HÄo, die der Meinung waren, eine schwere körperliche Erkrankung könne durch einen gesunden Lebensstil verbessert werden, waren der Meinung, über eine eingeschränkte Lebenserwartung ihres PT **nicht** informiert werden zu müssen.

Die signifikant negative Korrelation zwischen den Fragen 23 (gesunder Lebensstil verhindert Neurodermitis) und 13 (ernsthaft erkrankter HA) bedeutet, dass HÄo, die meinten, ein gesunder Lebensstil könne Neurodermitis verhindern, der Ansicht waren, dass HÄ mit ernsthafter Erkrankung **nicht** arbeiten sollten.

Bei den HÄo konnte zwischen den Fragen 23 (gesunder Lebensstil verhindert Neurodermitis) und 15 (HA mit neurologischer Beeinträchtigung) eine signifikante positive Korrelation gezeigt werden. Das bedeutet, dass HÄo, die meinten, ein gesunder Lebensstil könne Neurodermitis verhindern, der Ansicht waren, dass ein HA mit neurologischer Beeinträchtigung **nicht** mehr operieren sollte.

Zwischen den Fragen 23 (gesunder Lebensstil verhindert Neurodermitis) und 18 (PT mit neurologischer Erkrankung) zeigte sich eine signifikante positive Korrelation. HÄo, die meinten, ein gesunder Lebensstil könne Neurodermitis

verhindern, waren der Ansicht, dass PT mit neurologischer Erkrankung **nicht** arbeiten sollten.

Eine deutliche negative Korrelation konnte zwischen den Fragen 24 (gesunder Lebensstil verbessert Neurodermitis) und 17 (eingeschränkte Lebenserwartung PT) gezeigt werden. Das bedeutet, dass HÄo, die der Meinung waren, ein gesunder Lebensstil könne eine Neurodermitis Erkrankung verbessern, über eine eingeschränkte Lebenserwartung ihres PT **nicht** aufgeklärt werden wollten.

Zwischen den Fragen 25 (psychische Mitverursachungen) und 15 (HA mit neurologischer Beeinträchtigung) zeigte sich eine hochsignifikante positive Korrelation. HÄo, die glaubten, körperliche Erkrankungen können psychische Mitverursachungen haben, waren der Meinung, dass neurologisch erkrankte HÄ **nicht** operieren sollten.

Zwischen den Fragen 26 (Erkrankungspersönlichkeit) und 13 (ernsthaft erkrankter HA) zeigte sich eine signifikante negative Korrelation. HÄo, die glaubten, es gibt gewisse Erkrankungspersönlichkeiten, waren der Meinung, dass ernsthaft erkrankte HÄ **nicht** arbeiten sollten.

Zwischen den Fragen 26 (Erkrankungspersönlichkeit) und 15 (HA mit neurologischer Beeinträchtigung) zeigte sich eine signifikante positive Korrelation. HÄo, die glaubten, es gibt gewisse Erkrankungspersönlichkeiten, waren der Meinung, dass HÄ mit neurologischer Erkrankung **nicht** mehr operieren sollten.

Bei den HÄm konnte eine signifikante negative Korrelation zwischen den Fragen 21 (gesunder Lebensstil verhindert Erkrankung) und 15 (HA mit neurologischer Beeinträchtigung) gezeigt werden.

Das bedeutet, dass HÄm, die glaubten, schwere körperliche Erkrankungen können durch einen gesunden Lebensstil verhindert werden, der Meinung waren, ein HA mit neurologischer Beeinträchtigung könne operieren.

Zwischen den Fragen 23 (gesunder Lebensstil verhindert Neurodermitis) und 18 (PT mit neurologischer Erkrankung) zeigte sich eine signifikante negative Korrelation. HÄm, die meinten, ein gesunder Lebensstil könne Neurodermitis verhindern, waren der Ansicht, PT mit neurologischer Erkrankung könnten arbeiten.

Eine deutliche positive Korrelation konnte zwischen den Fragen 24 (gesunder Lebensstil verbessert Neurodermitis) und 17 (eingeschränkte Lebenserwartung PT) gezeigt werden. Das bedeutet, dass HÄm, die der Meinung waren, ein gesunder Lebensstil könne eine Neurodermitis Erkrankung verbessern, glaubten, über eine eingeschränkte Lebenserwartung ihres PT aufgeklärt werden zu müssen.

Zwischen den Fragen 26 (Erkrankungspersönlichkeit) und 13 (ernsthaft erkrankter HA) zeigte sich eine signifikante negative Korrelation. HÄm, die glaubten, es gibt gewisse Erkrankungspersönlichkeiten, waren der Meinung, dass ernsthaft erkrankte HÄ **nicht** arbeiten sollten.

**Tabelle 23: Ergebnisse für Erkrankungs-Persönlichkeiten: HÄo- HÄm**

|            |         |  |                     |
|------------|---------|--|---------------------|
| <b>HÄo</b> | F21/F15 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | ,364<br>,024<br>30  |
|            | F22/F14 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,310<br>,045<br>31 |
|            | F22/F16 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | ,309<br>,045<br>31  |
|            | F22/F17 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,322<br>,039<br>31 |
|            | F23/F13 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,388<br>,016<br>31 |
|            | F23/F15 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | ,467<br>,004<br>31  |
|            | F23/F18 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | ,328<br>,036<br>31  |
|            | F24/F17 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,353<br>,026<br>31 |
|            | F25/F15 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | ,430<br>,008<br>31  |
|            | F26/F13 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,361<br>,023<br>31 |

|            |         |  |                     |
|------------|---------|--|---------------------|
|            | F26/F15 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | ,428<br>,008<br>31  |
| <b>HÄm</b> | F21/F15 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,390<br>,033<br>23 |
|            | F23/F18 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,446<br>,019<br>22 |
|            | F24/F17 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | ,415<br>,027<br>22  |
|            | F26/F13 | Korrelation nach Pearson<br>Signifikanz<br>N | -,474<br>,013<br>22 |

Legende: F= Frage

### 3.2.3.4 Qualität der Behandler-Patientenbeziehung (Hypothese 7)

#### Frage 27: Besseres Verständnis durch kranken Hautarzt

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 2,28; SD= 0,80. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer der Befragung insgesamt meinten, ein körperlich chronisch kranker HA könne Patienten mit chronischer HE besser als ein gesunder Kollege verstehen.

#### Frage 28: Besseres Verständnis durch kranken Psychotherapeuten

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 2,34; SD= 0,75. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer insgesamt meinten, ein körperlich chronisch kranker PT könne Patienten mit HE besser als ein gesunder Kollege verstehen.

#### Frage 29: Zuckerkranker Psychotherapeut

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 1,34; SD= 0,86. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer insgesamt der Aussage, „ein zuckerkranker PT wird vermutlich nur Patienten mit der gleichen Erkrankung besser verstehen, nicht aber mit anderen chronischen Erkrankungen“, eher **nicht** zustimmten.

**Frage 30: Psychotherapeut mit Angst vor Spinnen**

Die Multivarianzanalyse ergab einen signifikanten Gruppenunterschied von  $F(2)= 3,57, p \leq 0,033$ . Der signifikante Unterschied konnte mit dem Tamhane-Test zwischen HÄm und HÄo gezeigt werden:  $MD= 0,60, p \leq 0,022$ .

Demnach meinten HÄo weniger häufig als HÄm, dass ein PT mit Angst vor Spinnen besonders gut Patienten mit anderen Ängsten auf Grund eines besseren Verständnisses behandeln kann.

**Frage 44: Verständnis für Lebenskrise**

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug:  $MW= 2,04; SD= 0,94$ . Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer insgesamt meinten, ein PT in einer Lebenskrise könne Patienten in einer ähnlichen Lebenskrise „weder-noch“ besonders gut verstehen und behandeln.

**Tabelle 24: Ergebnisse für Qualität der Behandler-Patientenbeziehung: HÄo-HÄm-PT**

| Skalen         | N  | MW   | SD   | F    | P           | Scheffé | Tamhane        |
|----------------|----|------|------|------|-------------|---------|----------------|
| <b>F27</b> HÄo | 31 | 2,23 | 0,76 | 0,38 | $\geq 0,05$ |         |                |
| HÄm            | 22 | 2,41 | 0,73 |      |             |         |                |
| PT             | 25 | 2,24 | 0,93 |      |             |         |                |
| Gesamt         | 78 | 2,28 | 0,80 |      |             |         |                |
| <b>F28</b> HÄo | 31 | 2,42 | 0,72 | 0,39 | $\geq 0,05$ |         |                |
| HÄm            | 23 | 2,35 | 0,65 |      |             |         |                |
| PT             | 25 | 2,24 | 0,88 |      |             |         |                |
| Gesamt         | 79 | 2,34 | 0,75 |      |             |         |                |
| <b>F29</b> HÄo | 31 | 1,35 | 0,84 | 0,40 | $\geq 0,05$ |         |                |
| HÄm            | 23 | 1,22 | 1,00 |      |             |         |                |
| PT             | 25 | 1,44 | 0,77 |      |             |         |                |
| Gesamt         | 79 | 1,34 | 0,86 |      |             |         |                |
| <b>F30</b> HÄo | 31 | 1,35 | 0,80 | 3,57 | 0,033       |         | HÄm $\geq$ HÄo |
| HÄm            | 23 | 1,96 | 0,77 |      |             |         |                |
| PT             | 25 | 1,44 | 1,00 |      |             |         |                |
| Gesamt         | 79 | 1,56 | 0,89 |      |             |         |                |
| <b>F44</b> HÄo | 31 | 2,13 | 0,88 | 0,34 | $\geq 0,05$ |         |                |
| HÄm            | 23 | 2,04 | 0,98 |      |             |         |                |
| PT             | 25 | 1,92 | 1,00 |      |             |         |                |
| Gesamt         | 79 | 2,04 | 0,94 |      |             |         |                |

**Legende: F= Frage; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse**

### 3.2.3.5 Körperliche Behinderung Hautarzt vs. Psychotherapeut (Hypothese 8)

#### Frage 38: Ausbildung zum Hautarzt als körperlich Behinderter

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 2,85; SD= 0,93. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer insgesamt meinten, ein körperlich Behinderter solle eine Ausbildung als HA beginnen.

#### Frage 39: Ausbildung zum Psychotherapeuten als körperlich Behinderter

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 3,15; SD= 0,72. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer insgesamt meinten, ein körperlich Behinderter solle eine Ausbildung als PT beginnen.

#### Frage 40: Psychotherapeut mit Behinderung vs. ohne

Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen dargestellt werden:  $\chi^2(4) = 9,98$ ;  $p \leq 0,041$ . Die HÄo und HÄm entschieden sich häufiger ( $n = 28$ ) und ( $n = 21$ ) als erwartet ( $n = 25,8$ ) und ( $n = 19,2$ ) für die Kompetenz, im Gegensatz zu den PT. Die PT gaben eher ( $n = 8$ ) als erwartet ( $n = 3,7$ ) an, zu einem nicht körperlich behinderten PT zu gehen. Insgesamt gab die Mehrheit ( $n = 65$ ; Gesamt  $n = 78$ ) an, Kompetenz sei der wichtigste Entscheidungsgrund.

### 3.2.3.6 Umgang mit Lebenskrisen bei Behandlern (Hypothese 9)

#### Frage 41: Einfluss einer Lebenskrise auf den Hautarzt

Die Multivarianzanalyse ergab einen signifikanten Gruppenunterschied von  $F(2) = 4,48$ ,  $p \leq 0,015$ . Der Scheffé-Test zeigte einen Unterschied zwischen HÄo und HÄm: MD= 0,64,  $p \leq 0,034$ .

Demnach waren HÄo eher als HÄm der Meinung, dass eine Lebenskrise die Qualität der Arbeit eines (Haut-)arztes negativ beeinflusst.

**Frage 42: Hautarzt mit Problemen**

Zwischen den Gruppen konnte keine Signifikanz festgestellt werden. Mit n=63 Antworten wurde sich am häufigsten für die Antwortmöglichkeit „wenn ich schon immer bei ihr/ihm war, gehe ich auch weiterhin zu ihr/ihm“ entschieden.

**Frage 43: Einfluss einer Lebenskrise auf den Psychotherapeuten**

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 2,62; SD= 0,95. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer insgesamt meinten, eine Lebenskrise beeinflusse die Arbeit eines PT negativ.

**3.2.4 Vertrauen zum Arzt auf Grund bestimmter Merkmale****3.2.4.1 Geschlechtskrankheiten (Hypothese 10)****Frage 31: Arzt/Ärztin des Vertrauens bei Geschlechterkrankung**

Mit dieser Frage sollte herausgefunden werden, welchen Arzt/ Ärztin die Teilnehmer im Falle einer Geschlechterkrankung aufsuchen würden. Es standen neun Antwortmöglichkeiten mit der Möglichkeit zu Mehrfachantworten zur Verfügung. Einen hochsignifikanten Unterschied zwischen den Gruppen gab es bei der Antwortmöglichkeit Frauenärztin:  $\chi^2(2) = 15,17$ ;  $p \leq 0,001$ .

PT vertrauten bei einer vermuteten Geschlechtskrankheit häufiger (n= 14) als erwartet (n= 7) einer Frauenärztin, HÄo und HÄm eher seltener.

Ein signifikanter Unterschied konnte bei der Antwortmöglichkeit Hautarzt gezeigt werden:  $\chi^2(2) = 6,57$ ;  $p \leq 0,037$ .

Demnach würden sich HÄo und HÄm häufiger (n= 13) und (n= 9) als erwartet (n= 9,8) und (n= 7,3) einem Hautarzt anvertrauen und PT seltener.

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass im Falle einer Geschlechterkrankung die häufigste Antwort (n= 29), „egal Hauptsache kompetent“ war. Umgekehrt würde niemand einen Andrologen/in aufsuchen.

### 3.2.4.2 Alter des Behandlers (Hypothese 11)

#### **Frage 32: Alter des Arztes/Ärztin des Vertrauens bei Geschlechts- erkrankung**

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden. Die häufigste Antwort (n=45) war, „egal, Hauptsache kompetent“.

#### **Frage 33: Arzt/Ärztin des Vertrauens bei Fußpilzinfektion**

Ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen konnte bei Antwortmöglichkeit 33.3 (Hautärztin in der Lebensmitte) gezeigt werden:  $\chi^2(2) = 7,78$ ;  $p \leq 0,020$ .

HÄo würden häufiger (n= 8) als erwartet (n= 4,2) diese Therapeuten aufsuchen.

Am wichtigsten für die meisten Teilnehmer (n= 62; Gesamt n= 78) sei aber die Kompetenz des/der Arztes/Ärztin.

#### **Frage 34: Bevorzugter Psychotherapeut/in bei psychischer Erkrankung**

Es konnte keine Signifikanz zwischen den Gruppen gezeigt werden.

Am häufigsten wurde Antwortmöglichkeit „Älterer Psychotherapeut kurz vor der Pensionierung“ (n=28) von den HÄ und von den PT „PT in der Lebensmitte“ (n=10) oder „egal Hauptsache kompetent“ (n=11) angegeben.

#### **Frage 37: Hautärztin bei Hauterkrankung**

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Am häufigsten (n= 36) wurde Antwort 37.1 „Alter und/oder Aussehen egal“ angekreuzt, gefolgt von „Hautärztin in der Lebensmitte“ (n= 34).

### 3.2.4.3 Aussehen (Hypothese 12)

#### **Frage 35: Arztwahl bei Schönheitsoperation**

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 1,27; SD= 0,77. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass die Teilnehmer insgesamt meinten, dass das Aussehen des Arztes im Falle einer Schönheitsoperation eher nicht wichtig wäre.

**Frage 36: Aussehen Schönheitschirurg/in**

Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gezeigt werden. Der Mittelwert betrug: MW= 1,55; SD= 0,99. Obwohl kein signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte, deutet der MW daraufhin, dass sich die Teilnehmer insgesamt am ehesten für die Antwortmöglichkeit „weder-noch“ entschieden.

**3.2.5 HADS und Hautzufriedenheit**

Es war lediglich bei der Skala Selbstberührung des Hautzufriedenheits-Tests ein Unterschied zwischen den Gruppen nachweisbar:  $F(2) = 4,66$ ,  $p \leq 0,014$ . Mit dem Tamhane-Test konnte ein Unterschied zwischen PT und HÄo gezeigt werden:  $MD = 0,70$ ,  $p \leq 0,014$ . Demnach berührten sich PT eher selbst als HÄo.

**Tabelle 25: Ergebnisse für Skala Selbstberührung: HÄo-HÄm-PT**

| Skalen | N      | MW | SD   | F    | p              | Tamhane       |
|--------|--------|----|------|------|----------------|---------------|
| SB     | HÄo    | 23 | 2,01 | 4,66 | $p \leq 0,014$ | PT $\geq$ HÄo |
|        | HÄm    | 4  | 2,38 |      |                |               |
|        | PT     | 21 | 2,71 |      |                |               |
|        | Gesamt | 48 | 2,35 |      |                |               |

**Legende: SB= Selbstberührung; p= Wahrscheinlichkeit Varianzanalyse**

Die anderen Skalen zeigten keine signifikanten Unterschiede.

## 4 Diskussion

Mit dem neu entwickelten Fragebogen wurde die Einstellung zu Krankheit, Altern und drohendem Tod bei Ärzten oder Psychotherapeuten anhand der drei Teilnehmergruppen HP, HÄ und PT untersucht. Weiterhin wurden zwei bereits standardisierte Testverfahren (HADS-D und Hautzuf) eingesetzt, die mögliche Einflussfaktoren erfassen, um einen eventuellen Zusammenhang zwischen Beantwortung der Fragen und anderen Faktoren zu überprüfen. In diesem Kapitel werden die gewonnenen Ergebnisse in Bezug auf die formulierten Hypothesen diskutiert.

### 4.1 Ansteckungsgefahr und Ekel

Es wurde angenommen, dass Teilnehmer die sich Ihrer Meinung nach schon einmal an einer HE angesteckt haben, die Gefahr von Ansteckung besonders hoch einschätzen und sich vor HE ekeln.

Dies konnte sowohl für HP als auch für PT bezüglich der Ansteckung mit einer Pilzinfektion beim Händeschütteln als auch für Ekel vor Herpes labialis bei anderen Personen bestätigt werden. HÄ, die sich an einer HE angesteckt hatten, schätzten diese Gefahr nicht besonders hoch ein und ekelten sich signifikant weniger vor HE als die beiden anderen Gruppen.

Bei Teilnehmern, die glaubten sich beim Händeschütteln an einer Pilzkrankung anstecken zu können, konnten mit dem HADS und Hautzuf höhere Skalenwerte für Depression bzw. Ekel nachgewiesen werden.

Insgesamt scheinen sich Laien häufig vor Infektionen der Haut- und Hautanhangsorgane zu fürchten (Hornstein 1973). Dem geschulten Mediziner ist bekannt, dass Fußpilzinfektionen in Schwimmbädern, meist auf Grund von Infektionen mit Dermatophyten, sowohl in den Schwimmbecken als auch auf den feuchten Böden, eine reelle Ansteckungsgefahr für den Besucher darstellen (Kamihama et al. 1997). Ebenso ist das erhöhte Auftreten von Fußpilz bei Sportlern, insbesondere bei Kontaktsportarten wie z.B. Judo oder Ringen bekannt (Hirose et al. 2005, Nenoff et al. 2002). Folgende Faktoren können Fußpilz begünstigen:

- Traumata, vor allem im Bereich der Füße, z.B. auch durch zu enges Schuhwerk
- mechanische Einwirkungen wie Reibung
- warmes und feuchtes Milieu
- direkter körperlicher Kontakt
- gemeinsam genutzte Sanitäreinrichtungen
- schwierig zu reinigende Sportstätten und -geräte

(Derya et al. 2005, Conklin 1990).

Bisher weniger untersucht sind Risikofaktoren für den Pilzbefall anderer Körperregionen wie z.B. der Nägel (Onychomykose). Als solche werden unter anderem angenommen: atopische Funktionsstörungen, höheres Alter, Psoriasis, sowie andere Pilzinfektionen der Haut (Sigurgeirsson und Steingrímsson 2004).

Demnach ist die erhöhte Angst der HP und PT vor einer Ansteckung an einer Pilzinfektion von Hand zu Hand sehr wahrscheinlich auf das Laienwissen dieser Teilnehmergruppe zurückzuführen. Die geringe Angst vor Ansteckung der HÄ könnte durch ihr Fachwissen und einen großen Erfahrungsschatz erklärbar sein. HÄ wissen dadurch von der geringen Ansteckungsgefahr an potenziell infektiösen HE und dass es i.d.R. nur dann zu einer Übertragung einer potenziell ansteckenden Hauterkrankung (wie einer Tinea) kommt, wenn weitere prädisponierende Faktoren hinzukommen.

## 4.2 Stigmatisierung

Buske-Kirschbaum et al. (2001) zeigten in einer Studie, dass psychische Einflussfaktoren wie z.B. Ekel, zum Ausbruch eines akuten Herpes labialis führen können.

Mit der jetzigen Studie konnte nachgewiesen werden, dass HP und PT, die sich selbst schon einmal an einer HE angesteckt haben, verstärkt Ekel vor Herpes labialis bei anderen Personen empfanden. Möglicherweise fürchten diese Teilnehmergruppen, dass es durch die Herpes labialis Erkrankung anderer Personen erneut bei ihnen selbst zu einem Ausbruch des Herpes labialis kommen könnte. Diese Annahme lässt auch Rückschlüsse auf einen stigmatisierenden Charakter von Hauterkrankungen (hier Herpes labialis) zu.

Im christlichen Sinne bezeichnet der Begriff Stigmatisierung das Tragen der Wundmale Christi. Jedoch haften heute dem Begriff Stigma eher negative Eigenschaften an, die je nach Grad der Einschränkung und der Sichtbarkeit zu einer Diskriminierung der Betroffenen führen können (Aberer et al. 2004). HE können insbesondere bei Sichtbarkeit ein Grund für Diskriminierung des Betroffenen sein (Schmid-Ott et al. 2005).

Es konnte jedoch trotz dieser eher negativen Eigenschaften von Stigmata mit dieser Studie gezeigt werden, dass die Mehrheit aller Teilnehmer einem HA mit florider HE eine erfolgreiche Behandlung seiner HP zutraute. Möglicherweise wird diesen Therapeuten auf Grund der eigenen Erkrankung eine höhere Kompetenz zugesprochen. Denn was man selbst erfahren und durchlitten hat, könnte zu tieferen Einsichten, Auseinandersetzungen und somit zu einem besseren Verständnis bezüglich der Krankheit führen. Diese Erfahrung von Erkrankung am eigenen Leibe, mit dem daraus resultierenden Einfühlungsvermögen, könnte Betroffene zu besseren Ärzten für ihre Patienten werden lassen (Mäulen 2001).

Ein Gegenargument wäre, dass einem HA, der nicht einmal seine eigene floride Erkrankung „im Griff“ hat, wenig Vertrauen von seinen Patienten entgegengebracht würde. Dieses Argument lässt sich jedoch aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse nicht bestätigen.

### **4.3 Therapeutenwahl**

#### **4.3.1 Selbstbetroffenheit des Behandlers**

Nach Zachariae et al. (2004) sind dermatologische Probleme mehr als nur eine „kosmetische Abstufung“ und können mit verschiedenen psychosozialen Effekten verbunden sein. In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass vor allem HP, die persönlich jemanden mit HE kannten und HÄm glaubten, ein HA oder PT, der selbst an einer chronischen HE leidet, kann Patienten mit Neurodermitis besonders erfolgreich behandeln. Dies erscheint inhaltlich als schlüssig, geht man davon aus, dass ein stigmatisierter, in seinem Selbstbewusstsein geschwächter Patient in einem ebenfalls „gezeichneten“ Therapeuten einen „Verbündeten“ sieht und dadurch vielleicht eher eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen kann. Dieses Vertrauen spielt umso

mehr eine Rolle, da Hautsymptome auch durch psychische Faktoren und belastende Lebensereignisse ausgelöst und verschlimmert werden können (Lerda und Angelini 2004). Zudem ist eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung Voraussetzung für eine gute Compliance (Kupfer und Niemeier 2005).

Die Annahme, dass ein chronisch kranker Arzt/Therapeut mehr Verständnis für Patienten als ein gesunder Arzt/Therapeut habe, konnte durch diese Studie bestätigt werden.

Die Teilnehmer waren der Meinung, dass ein chronisch körperlich erkrankter HA/PT, Patienten mit chronischen HE besser versteht als ein gesunder Therapeut. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass die Befragten der Meinung sind, dass auf Grund der persönlichen Betroffenheit und somit der selbst erfahrenen Probleme durch den Behandler dieser sich mit den Erkrankungen und daraus resultierenden Problemen seiner Patienten besser identifizieren kann. Des Weiteren könnte angenommen werden, dass ein chronisch erkrankter Therapeut auch die speziellen Probleme einer „Chronifizierung“ kennt. Ripke (2000) ist der Meinung, dass die positiven Auswirkungen der eigenen Erkrankung auf Behandlung und Beziehung zu Patienten erst dann eintreten, nachdem der Arzt unübersehbar ernsthaft körperlich erkrankt ist und dies selbst gut verarbeitet hat. Counselman und Alonso (1993) weisen daraufhin, dass der Umgang des Therapeuten mit seiner Erkrankung einerseits zu einem ernsten Bruch in der Beziehung zum Patienten führen kann, andererseits aber auch eine hilfreiche Gelegenheit für die therapeutische Arbeit darstellen kann.

Auffallend ist, dass von PT mit Spinnenphobie **nicht** angenommen wurde, dass diese Patienten mit anderen Ängsten besonders gut behandeln können, da sie diese Patienten besonders gut verstehen. Möglicherweise ist diese Annahme aber auch damit zu erklären, dass einem Therapeuten, der seine eigene Angst nicht erfolgreich bearbeiten konnte, auch weniger Kompetenz in der Behandlung seiner Patienten zugeschrieben wird. Für Teilnehmer, die diesem PT eine bessere Behandlung von Angst-Patienten zusprachen, konnten höhere Scores bezüglich Angst, Ekel und Scham gezeigt werden. Möglicherweise ist für diese Teilnehmer-Gruppe die Selbstbetroffenheit des Therapeuten ausschlaggebend dafür, ihm diese Kompetenz zuzusprechen.

Es könnte aber auch zu einer unbewussten Identifizierung mit dem PT kommen und unbewusst der Wunsch, im Sinne eines Widerstandes, bestehen, dass die Symptomatik bestehen bleiben soll. Unbewusst könnte angenommen werden, dass die Symptome beibehalten werden können, wenn der PT es selbst nicht geschafft hat, hinter die Symptome zu schauen. Andererseits wird bei somatischen Symptomen - wie oben beschrieben - einem HA mit florider HE durchaus Kompetenz in der Behandlung von Patienten zugeschrieben.

Kritisch bleibt anzumerken, dass Patienten psychische Probleme Ihrer PT in aller Regel nicht offen zugänglich sind. Das Beispiel der Spinnenphobie wurde dennoch aufgenommen, um hypothetisch auch Auswirkungen von Erkrankungen aus dem psychischen Bereich zu erfragen.

#### **4.3.2 Lebenskrise des Therapeuten**

Hinsichtlich des Umgangs mit Lebenskrisen bei Behandlern konnte gezeigt werden, dass, obwohl die Teilnehmer der Meinung waren, eine Lebenskrise könne die Arbeit von HÄ und PT negativ beeinflussen, sie einen HA weiterhin aufsuchen würden, wenn sie schon immer bei ihm gewesen wären. Einem PT in einer Lebenskrise trauten die meisten Teilnehmer zu bzw. antworteten mit „weder-noch“, dass dieser Therapeut Patienten, die sich in einer ähnlichen Lebenskrise befinden, besonders gut versteht und behandeln kann. Anscheinend wünschen sich die Teilnehmer nicht primär den „heilen Behandler“. Vielleicht sind ärztliche und psychotherapeutische Eigenschaften wie von Hoppe (2005) beschrieben (Kompetenz, Rolle des Patientenanwaltes annehmen, sekundäre Bedeutung kaufmännischer Aspekte, Grundsatz nicht zu schaden), den Patienten wichtiger. Wie immer bei Fragebogenuntersuchungen muss allerdings bei der Bewertung der Antworten auch daran gedacht werden, dass Fragen im Sinne von sozialer Erwünschtheit beantwortet werden und die Befragten doch den (unbewussten) Wunsch haben, einen heilen Behandler vor sich zu haben, der ohne Krisen, ohne Scheidung, Depressionen und Schulden durch das Leben kommt und all das verkörpert, was man selbst vielleicht nicht geschafft hat.

### 4.3.3 Geschlecht des Therapeuten

Bei der Betrachtung der Frage nach dem Arzt des Vertrauens im Falle einer Geschlechterkrankung wurde deutlich, dass für die männlichen Teilnehmer die Kompetenz des Arztes bei der Arztwahl vorrangig war und am wenigsten häufig eine Ärztin aufgesucht werden würde. Überraschenderweise war für weibliche Teilnehmer die Kompetenz am wenigsten wichtig. In erster Linie würden Ärztinnen, in zweiter Linie Ärzte aufgesucht. Anscheinend spielt für die Arztwahl bei Frauen das Vertrauen in einen Arzt oder eine Ärztin eine größere Rolle als die Kompetenz. Möglicherweise kann dies mit dem früheren und regelmäßigeren Besuch eines Frauenarztes/-ärztin durch die Patientinnen erklärt werden. Es kann angenommen werden, dass Schamgefühle eine Rolle spielen und somit dem Einfühlungsvermögen des Arztes besondere Beachtung geschenkt wird. Diese Qualitäten mögen für weitere Arztbesuche prägend wirken. Gathmann und Semrau-Lininger (1996) sehen Beiträge, die Ärztinnen in die männlich technische und rationale Art des Heilens einbringen können, in deren Intuition, Kommunikation und Empathie. Durch diese Eigenschaften sei der Weg der Mitte als Lösung der Kernkrankheit der derzeitigen Medizin, dem „entweder- oder“ zwischen der „Mond-Medizin ohne Antibiotikum“ und der Schulmedizin, gefunden. Auch Roter et al. (2002) zeigten in ihrer Studie, dass Hausärztinnen mehr Wert auf Kommunikation legen - die als patientenorientierter bezeichnet werden kann - und mehr Zeit für ihre Patienten aufwenden als männliche Kollegen. Männer könnten sich jedoch andererseits vor dem weiblichen intuitiven Wissen fürchten und suchen deshalb eher einen männlichen Therapeuten auf. Andererseits könnten aber auch bei den Männern Schamgefühle eine Rolle spielen. Ein anderer Mann ist da eher Verbündeter. Eine Frau als Ärztin könnte gefährlich werden, eventuell mit der Ehefrau identifiziert werden. Schließlich werden viele Geschlechterkrankungen bei außerehelichem Geschlechtsverkehr erworben.

### 4.3.4 Altersfrage

Betrachtet man den Einfluss des Alters eines Therapeuten, konnte mit dieser Studie gezeigt werden, dass die Teilnehmer sowohl im Falle einer Geschlechterkrankung als auch bei einer Fußpilzinfektion sowie im Rahmen einer psychischen Erkrankung die Kompetenz als wichtigstes Kriterium für

die Arztwahl betrachteten. Dieses Ergebnis widerspricht nicht der zuvor getroffenen Aussage, dass weibliche Teilnehmer nicht die Kompetenz, sondern das Geschlecht als ausschlaggebend für die Arztwahl betrachteten. Bei diesen Fragen wurde in der Auswertung nicht auf das Geschlecht, sondern auf den unterschiedlichen Einfluss von Alter bzw. Kompetenz eingegangen. Das Alter des Therapeuten dürfte für einen medizinischen Laien einen großen Einfluss hinsichtlich der erachteten Kompetenz haben. Es kann angenommen werden, dass im Falle einer psychischen Erkrankung eher einem älteren PT Vertrauen geschenkt wird, da diesem auf Grund seiner langjährigen Erfahrung mehr Kompetenz zugesprochen wird. Des Weiteren dürfte die Scham eine ausschlaggebende Rolle bei einer Geschlechterkrankung spielen, wobei diese vor einem älteren Therapeuten nicht so ausgeprägt sein dürfte wie vor einem jungen, etwa gleichaltrigen Arzt.

#### 4.3.5 Aussehen des Therapeuten

Der Einfluss des Aussehens eines Therapeuten auf die Arztwahl wurde ebenfalls untersucht. Hierbei konnte gezeigt werden, dass für Teilnehmer im Falle einer Schönheitsoperation das Aussehen des Schönheitschirurgen eher keine Rolle spielte. Bei der Unterscheidung zwischen Ärztin/Arzt wäre HP und PT das Aussehen der Schönheitschirurgin eher wichtig als das Aussehen des Schönheitschirurgen. Dieses Ergebnis entspricht der historischen Tradition des Schönheitsideals von Frauen. Gerade in der heutigen Zeit „boomt“ das Geschäft mit der Schönheit und insbesondere Frauen unterziehen sich immer häufiger Schönheitsoperationen. Laut der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland wurden 2003 bundesweit in etwa 400.000 Schönheitsoperationen - Tendenz deutlich steigend (Pallua und Vedecnik 2005) - durchgeführt, wobei sich in etwa zehnmal mehr Frauen als Männer dazu entschlossen. Anscheinend werden auch in die Schönheitschirurginnen häufiger die Erwartungen gesteckt, diesem Ideal zu entsprechen als in Schönheitschirurgen.

#### 4.4 Weitere Faktoren

Es wurde weiterhin untersucht, ob es unterschiedliche Einstellungen zu erkrankten Ärzten vs. PT und zu psychosomatischen Krankheitskonzepten gibt. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Mehrheit der Teilnehmer hinsichtlich der Bedeutung eines gesunden Lebensstils der Meinung war, schwere körperliche Erkrankungen können durch einen solchen verhindert und verbessert werden. Für diese Teilnehmer konnte außerdem gezeigt werden, dass sie ihre Partner häufiger berührten. Als wichtigste Faktoren für einen gesunden Lebensstil wurden vor allem eine gute Partnerbeziehung, das Vermögen Gefühle zu äußern, ein ausreichender Nachtschlaf, wenig Alkoholkonsum und eine ausreichende körperliche Betätigung angegeben.

Überraschenderweise wurde von allen Gruppen als wichtigster Aspekt für einen gesunden Lebensstil eine gute Partnerbeziehung genannt. Erst nachfolgend wurde die Vermeidung allgemein bekannter schädlicher Faktoren wie z.B. Rauchen, Alkohol, Stress und falsche Ernährung angegeben. Überraschend erscheinen diese Ansichten deshalb, weil in Aufklärungsgesprächen und im Rahmen von ärztlichen Ratschlägen bezüglich eines gesunden Lebensstils, vordergründig auf bekannte Risikofaktoren wie z.B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol, erhöhte Cholesterinwerte, wenig Bewegung bzw. sportliche Betätigung und falsche Ernährung hingewiesen wird (Mäulen 2008, Schwartz et al. 1999, Schmidt 1998). Wie bereits weiter oben erwähnt, konnte in der vorliegenden Studie allerdings gezeigt werden, dass sowohl von den behandelnden Therapeuten als auch von den Patienten eine gute Partnerbeziehung als wichtigster Faktor für einen gesunden Lebensstil erachtet wird. Ebenso berührten Teilnehmer, die der Meinung waren, dass ein gesunder Lebensstil schwere körperliche Erkrankungen verhindern und verbessern könne, ihre Partner häufiger, was wiederum für eine gute Partnerbeziehung spricht. Reimer et Jurkat (1996) zeigten in ihrer Befragung zur Lebensqualität von niedergelassenen **Ärztinnen** und Ärzten, dass mit einer höheren Lebensqualität eine relativ hohe Zufriedenheit mit der Partnerschaft korrelierte und somit diesem Einflussfaktor im übrigen medizinischen Bereich derzeit zu wenig Beachtung geschenkt wird.

Die Befragten in dieser Studie hatten zu primär organisch tätigen, erkrankten Ärzten nicht die gleiche Einstellung wie zu erkrankten PT. Dieser Unterschied zeigte sich bei den Fragen nach einer eingeschränkten Lebenserwartung dieser beiden Therapeutengruppen. Insgesamt wollten die Teilnehmergruppen eher über eine eingeschränkte Lebenserwartung eines PT als über eine eingeschränkte Lebenserwartung eines HA informiert werden. Möglicherweise bauen Patienten zu einem PT auf Grund der häufigeren und oftmals längeren Kontakte eine vertrauensvollere Beziehung auf als zu einem HA.

Für Teilnehmer, die über eine eingeschränkte Lebenserwartung des HA informiert werden wollten, konnten höhere Scores für Ekel gezeigt werden. Dies könnte bedeuten, dass diese Teilnehmer mit einer eingeschränkten Lebenserwartung ihres Therapeuten ansteckende, eventuell sichtbare Erkrankungen verbinden. Sie könnten auf Grund des körperlich nahen Kontaktes im Rahmen von Untersuchungen Ekel empfinden und deshalb eher einen anderen, gesunden Therapeuten bevorzugen.

Durch die dargestellten Einstellungen zu erkrankten Therapeuten seitens der Teilnehmer wird auch die Erwartungshaltung bezüglich des verantwortungsvollen Umgangs mit Krankheit durch erkrankte Therapeuten deutlich. Counselman und Alonso (1993) betonen die ethische Verantwortung eines PT, für seine Patienten vorzusorgen, falls dem PT selbst etwas zustößt. Es war aber nicht die Entscheidung, Patienten zu informieren, sondern auch die Gegenübertragungsreaktionen, die den erkrankten PT Sorgen bereiteten. Als Gegenübertragung wird heute meist die durch Übertragungsgefühle des Patienten ausgelöste Regung im Therapeuten verstanden; d.h. Gegenübertragung wird meist als die Reaktion im Analytiker auf die Rolle, die ihm durch die Übertragung des Patienten zugeschrieben wird, verstanden. Seit den 50er Jahren wird Gegenübertragung als ein positiv zu bewertendes diagnostisches Mittel und Forschungsinstrument für die unbewussten Prozesse des Patienten angesehen, während bis dahin Gegenübertragungsgefühle als hinderlich angesehen wurden. Wesentlich ist, dass der Analytiker sich die übertragenen Gefühle bewusst machen kann und versucht sie zu verstehen, anstatt sie in der Behandlungssituation zu agieren. Die Gegenübertragung stellt im

psychotherapeutischen Prozess ein wichtiges Hilfsmittel zum Verständnis der Übertragung, aber auch der Diagnostik dar (Sandler 2001, Heimann 1950). Ereignisse im Leben des PT können seine Gegenübertragungsreaktion erheblich beeinflussen (van Dam 1987). Krankheit des Analytikers zum Beispiel kann bei ihm zu Verleugnung führen, und seine Gegenübertragungsreaktion nimmt dann eine unbewusste defensive Schärfe an (Dewald 1982). Abend (1982) formulierte das folgendermaßen: „Gegenübertragungs-Reaktionen wirken sich auf die Wahrnehmung, Verstehen, Triebkontrolle und Urteilsfähigkeit aus, in subtiler, manchmal auch in nicht so subtiler Weise, und können daher sehr wohl seine Einschätzung der Bedürfnisse und Fähigkeiten seines Patienten einfärben.“

Es wird deutlich, dass es zu dieser Thematik sehr unterschiedliche Ansichten und Erwartungen gibt. Die Spannweite zwischen der Verantwortung des Arztes/Therapeuten und dem „nicht wissen wollen“ von Seiten des Patienten genauso wie dem „nicht wahrhaben wollen“ des Arztes/Therapeuten ist groß. Somit hat die Mitteilung an den Patienten Konsequenzen, die zumindest den psychotherapeutischen Prozess beeinflussen. Inwieweit dadurch auch positive Anstöße gegeben werden können, ist bisher unzureichend untersucht. Die Verarbeitung hängt wesentlich auch mit den Vorerfahrungen des Patienten mit Krankheit, Tod und der eigenen Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens zusammen. Die Ausbildung zum PT sollte die Handhabung einer Erkrankung des PT beinhalten und in Supervisionen sollten die spezifischen Gegenübertragungsprobleme bearbeitet und handhabbar gemacht werden (Counselman et Alonso 1993).

Alle Teilnehmergruppen waren hinsichtlich eines weiteren Ausübens des Berufes im Falle einer ernsthaften Erkrankung der Meinung, dass ernsthaft erkrankte HÄ und PT weiterarbeiten können. Interessanterweise meinten dies HP, die bereits selbst ernsthaft erkrankt waren, signifikant häufiger als erwartet. Es wird deutlich, welche hohen Erwartungen in Therapeuten gesetzt werden, dies aber nicht nur von den Patienten, sondern auch von den Therapeuten selbst. Möglicherweise ist „ernsthafte Erkrankung“ aber auch zu vage formuliert, denn wenn nach konkreteren (hier neurologische

Erkrankungen) bei Therapeuten gefragt wurde, meinten im Gegensatz zu den HP und PT nur HÄ, dass neurologisch erkrankte PT weiterarbeiten könnten. Hinsichtlich der neurologisch erkrankten HÄ waren alle Gruppen der Meinung, dass diese nicht mehr operieren sollten.

Sowohl für HP als auch für HÄ konnten signifikante Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu psychosomatischen Krankheitskonzepten und den unterschiedlichen Ansichten zu erkrankten HÄ vs. PT gezeigt werden. Demnach spiegelte sich die Ansicht dieser Teilnehmer bezüglich des positiven Einflusses eines gesunden Lebensstils auf Erkrankungsverhinderung/-bewältigung auch in der Einstellung gegenüber erkrankten Therapeuten wieder. Diejenigen, die meinten, ein gesunder Lebensstil könne Krankheiten positiv beeinflussen, waren auch der Meinung, erkrankte Therapeuten sollten nicht mehr arbeiten. Möglicherweise antworten diese Befragten aus der Kenntnis heraus, dass es zu einem gesunden Coping-Stil gehört, sich bei schweren Erkrankungen zu schonen. In dieser Arbeit wurde nicht untersucht, inwieweit die subjektive Einstellung zu einem potenziellen Stressor das Antwortverhalten beeinflusst hat. So weiß man von Naturkatastrophen, dass sich zwar eine vorbestehende Erkrankung – hier Neurodermitis – durch ein Erdbeben verschlechtern kann, aber es auch signifikant häufiger als in einer Vergleichsgruppe außerhalb des Erdbebengebietes zu einer Verbesserung der Hauterscheinungen kam. Wesentlicher Faktor für eine Verschlechterung/Verbesserung war das subjektive Empfinden von Stress (Kodama et al. 1999). So könnte auch das Antwortverhalten auf die Frage, inwieweit ein (chronisch/lebensbedrohlich) erkrankter Behandler weiter arbeiten soll, von der eigenen Einstellung zur Arbeit als potenzieller Stressor abhängen. Befragte, die Arbeit eher als positiv ansehen, könnten anders geantwortet haben als solche, die Arbeit eher als einen Stressor empfinden.

Dunkelberg und Schmidt (2005) beschäftigten sich in ihrer Arbeit mit Coping-Stilen (Coping= Krankheitsbewältigung). Sie werfen die Frage auf, wieso es Menschen gelingt, trotz massiver Belastungen durch krankmachende Einflüsse sich zu stabilisieren oder sogar gesund zu erhalten. Als emotionale Komponente der Salutogenese wird hier die Sinnhaftigkeit sowie das Vertrauen darauf, dass die Anforderungen des Lebens Herausforderungen

sind, für die sich Engagement und Investitionen lohnen, angeführt. Titscher (2005) beschrieb die Krankheitsbewältigung bei KHK als geschlechtsspezifisch. Männer verwenden eher handlungsbezogene Strategien, wohingegen Frauen eher auf emotionsbezogene Copingstrategien zurückgreifen. Die umfangreiche Literatur zur Verarbeitung von belastenden Lebenssituationen hat eine große Vielfalt mehr oder weniger überlappender Konzepte hervorgebracht, die unter dem Begriff „Coping“ zusammengefasst werden. Zu nennen wäre hier vor allem die psychodynamische Abwehrlehre, die empirische Stressforschung und informationstheoretische Ansätze der Selbstregulation (Stangier 1999). Eine Diskussion der verschiedenen Copingstrategien in Bezug auf die Ergebnisse dieser Studie würde den Rahmen der Arbeit überschreiten und kann daher hier nur ansatzweise erfolgen.

Die Teilnehmer an dieser Studie, die der Meinung waren, dass schwere körperliche Erkrankungen, sowie Hauterkrankungen wie Neurodermitis durch einen gesunden Lebensstil verbessert werden könnten, berührten sich und ihre Partner häufiger und waren weniger depressiv. Anscheinend benutzen diese Teilnehmergruppen Copingstrategien, durch die sie eine Erkrankung auf positive Art und Weise bewältigen können. Dies ist möglicherweise durch den gesunden/bewussteren Lebensstil erklärbar; hierbei bestimmt nicht der stigmatisierende/negative Aspekt der Erkrankung vordergründig den Alltag mit der Erkrankung, sondern diese wird als Aufgabe gesehen, die es zu bewältigen gilt und der somit optimistisch entgegengeblickt wird. Berührungsängste, Isolation und Depressionen, die Folgen von stigmatisierenden Krankheiten sein können, treffen dadurch für diese Teilnehmer offensichtlich weniger zu. Den Zusammenhang zwischen Selbst-/Partnerberührung und Depression konnten Grolle et al. (2003) ebenfalls in ihrer Untersuchung zeigen, wobei erhöhte Depressionswerte für Teilnehmer, die bei Selbstberührung unangenehme Empfindungen verspürten, festgestellt wurden. Wie genau diese Einflussfaktoren (Selbstberührung, Partnerberührung, geringere Depressionswerte und salutogenetische Einstellungen) sich bedingen, kann anhand des gewählten Studiendesigns nicht beantwortet werden und bleibt prospektiven Studien vorbehalten.

### 4.5 Körperlich Behinderte

Betrachtet man die Ergebnisse bezüglich der Einstellung gegenüber körperlich Behinderten, wird deutlich, dass die Teilnehmer sowohl einer Ausbildung zum HA und noch deutlicher zum PT für körperlich Behinderte zustimmten. Hätten die Teilnehmer sich zwischen einem körperlich behinderten oder nicht behinderten PT entscheiden müssen, wäre vor allem die Kompetenz entscheidend gewesen. Lediglich die PT hätten häufiger als erwartet einen nicht behinderten Therapeuten bevorzugt. Es erscheint überraschend, dass es unter den PT mehr Therapeuten als angenommen gibt, die körperlich behinderten anscheinend nicht dieselben Qualitäten zusprechen wie körperlich gesunden Therapeuten. Hingegen könnten die anderen Teilnehmer im Sinne von sozialer Erwünschtheit geantwortet haben. PT könnten aufgrund ihrer Ausbildung gelernt haben sich besser abzugrenzen und deshalb weniger im Sinne der sozialen Erwünschtheit geantwortet haben. In der Realität ist die ablehnende Einstellung auch heute noch verbreitet, wie Martin Marquard, der Berliner Landesbeauftragte für Behinderte, 2003 berichtete. Demnach erweise sich der Zugang zum Arbeitsmarkt für Behinderte als schwierig und behinderte Menschen seien möglicherweise Image schädigend (zitiert aus Widmann 2005). Dass die HP - wie oben beschrieben - dennoch einer Ausbildung zum HA oder PT zustimmen, könnte an der veränderten Sichtweise der Patienten liegen, die nun selbst mit Vorurteilen und eventuell mit Diskriminierung zu kämpfen haben. Die deutlichere Zustimmung zu einer Ausbildung als PT ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass die körperliche Unversehrtheit für den Tagesablauf eines PT in den Augen der HP eine nicht ganz so große Rolle spielt wie für einen HA, der im Rahmen seines Aufgabenbereiches auf eine gewisse räumliche Mobilität angewiesen ist.

### 4.6 Unterschiede zwischen Hautpatienten und Hautärzten

Die deutlichsten Unterschiede zwischen HP und HÄ bei der Beantwortung der Fragen in dieser Studie, konnte für die Ansichten hinsichtlich der Ansteckungsgefahr bei Pilzkrankungen, Ekel vor Herpes labialis und der Einstellung bei Selbstbetroffenheit der Therapeuten gezeigt werden. Die unterschiedlichen Meinungen bezüglich der Infektionsgefahr bei

Pilzkrankungen erscheinen nicht verwunderlich, kann doch bei den HÄ davon ausgegangen werden, dass sie das Risiko einer Infektion realistisch einschätzen können. Auch das weniger ausgeprägte Empfinden der HÄ für Ekel gegenüber Menschen mit Herpes labialis erscheint erwartungsgemäß. Interessant erscheint die Annahme der HP, die persönlich jemanden mit HE kannten, dass erkrankte HÄ sowie erkrankte PT Patienten mit Neurodermitis besonders erfolgreich/kompetent behandeln können.

Es wird hierdurch deutlich, dass es Unterschiede im Gebrauch des Begriffes **Kompetenz** gibt. Demnach kann Kompetenz sowohl Fachwissen, aber auch das Aussehen, das Auftreten und die Empathie, das Einfühlungsvermögen und somit die Fähigkeit des Therapeuten, sich empathisch in einen anderen Menschen hineinzusetzen und mitzufühlen, bedeuten. Wie schwierig die Thematik „Kompetenz und Vertrauen“ ist, zeigen auch Ergebnisse anderer Studien, die sich mit erkrankten Therapeuten und deren Krankheitsverhalten beschäftigt haben. Im Erkrankungsfall behandeln sich die meisten Ärzte typischerweise selbst (Töyry et al. 2000). Falls fremde Hilfe benötigt wird, werden bevorzugt Therapeuten aufgesucht zu denen keine persönliche Verbindung besteht, obwohl auf der anderen Seite auch befreundete bzw. auf Grund der fachlichen Zusammenarbeit als kompetent erachtete Kollegen um Rat gefragt werden (Ripke o.J., Rosvold und Bjertness 2002).

#### **4.7 Unterschiede zwischen Hautpatienten und Psychotherapeuten**

Bei der Auswertung der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen HP und PT fiel auf, dass es wenig signifikante Unterschiede bei der Beantwortung der Fragen gab. Signifikante Unterschiede konnten vor allem für Fragen gezeigt werden, die sich auf erkrankte PT und deren Fähigkeit weiter zu behandeln, bezogen. Dabei sprachen die HP den selbsterkrankten PT eher zu, ihre Patienten erfolgreicher behandeln zu können. Allerdings muss hierzu angemerkt werden, dass HP nicht generell der Meinung waren, erkrankte PT seien bessere Behandler. Vielmehr bezogen sich diese Antworten auf ganz konkrete Krankheitsbilder oder Ängste wie z.B. die Hauterkrankung Neurodermitis.

Zunehmend treten erkrankte Behandler teilweise aus ihrer Isolation heraus: Das Thema "Die kranke Ärztin/Der kranke Arzt", wurde von Dr. med. Thomas Ripke, Facharzt für Allgemeinmedizin sowie Lehrbeauftragter der Universität Heidelberg und selbst krebskrank mit dem Artikel "Der kranke Arzt - Chancen zum besseren Verständnis der Patienten", angeregt (Ripke 2000). Auf seine Initiative hin fand am 24./25. Mai 2001 ein erster bundesweiter Workshop in Zusammenarbeit mit der Abteilung für medizinische Psychologie der Universität Heidelberg statt, an dem 63 Ärztinnen und Ärzte teilnahmen. Ein zweiter Workshop befasste sich vom 3. - 5. Oktober 2003 in der Westfälischen Klinik Gütersloh mit dem Thema "Die kranke Ärztin/Der kranke Arzt" unter dem besonderen Aspekt des Erfahrungsaustausches der regionalen Netzwerkgruppen.

Insgesamt kann aus den Untersuchungsergebnissen geschlossen werden, dass es erwartungsgemäß keine allgemein gültigen Anweisungen für erkrankte Behandler geben kann. Einschränkend müssen die Ergebnisse allerdings insofern kritisch gesehen werden, als dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass bei der Beantwortung der Fragen häufiger im Sinne von sozialer Erwünschtheit geantwortet wurde. Unbewusste Faktoren bleiben sehr wahrscheinlich unberücksichtigt und können allenfalls in psychoanalytisch orientierten Interviews oder Behandlungen ihren Ausdruck finden, wie im Folgenden zitiert (aus Kollbrunner 2001, S. 62):

„Ich muss es gewusst haben, dass er sterben wird, aber ich verleugnete es und er sagte nie etwas. Sterbende Analytiker sollten nicht Patienten behandeln. ... Er hätte nicht einfach mit den Therapien weiterfahren sollen, er benutzte uns, um sich selbst vorzumachen, dass mit ihm alles in Ordnung sei.“

Dennoch lässt sich aus dieser Untersuchung nicht ableiten, dass ein Behandler „verpflichtet“ ist, seine Patienten über eine lebensbedrohliche Erkrankung zu informieren.

Dazu bedarf es in der Regel eines längeren Prozesses und hängt z.B. auch davon ab, ob eine Krankheit oder deren Folgen für den Patienten direkt sichtbar sind (z. B. Haarausfall nach Chemotherapie) und somit zwangsläufig beim Patienten Fantasien und Fragen auslösen.

Die Ergebnisse rechtfertigen somit eine unterschiedliche, individuelle Handhabung von Erkrankungen bei Behandlern.

Aus der vorhandenen Literatur kann geschlossen werden, dass besonders bei PT eine Bearbeitung der Gegenübertragung bei ernsthaften und/oder chronischen Erkrankungen notwendig ist (Abend 1982, Dewald 1982).

Eine Studie von Spiegel et al. (1989) zeigte eine höhere Überlebensrate bei Mammakarzinom-Patientinnen, die an einer Gruppenintervention teilnahmen. Ausgehend davon könnte vermutet werden, dass auch Organmediziner, die offen mit ihrer Erkrankung umgehen, davon profitieren (Pennebaker 1989). Auch wenn es im Einzelfall zu traumatischen Eindrücken - wie bei der oben zitierten Patientin - kommt, wäre in weiteren Untersuchungen zu prüfen, ob sich Erkrankungen des Behandlers (bis hin zum Sterben des Behandlers) auch positiv auf die Entwicklung des Patienten auswirken können. Schließlich muss auch im realen Leben gelernt werden, mit Objekt-Verlusten umzugehen.

Auch zukünftig dürfte das Thema schwierig systematisch oder gar prospektiv zu bearbeiten sein, da es sich immer um unvorhersehbare Ereignisse handeln wird und sich nur wenige - auch für wissenschaftliche Untersuchungen offen - mit diesem Thema auseinandersetzen können und möchten.

Noch schwieriger dürfte es sein, die mit Krankheit verbundenen Schamaffekte zu untersuchen. Man erlebt Scham beispielsweise, wenn man meint, nicht gut genug zu sein, d.h. auch wenn man sich als defektiv im Fall von Krankheit erlebt (zit. aus Wurmser 1997).

Die erst in letzter Zeit erfolgte Beschäftigung mit schamhaften Themen bei Ärzten (z. B. Beruf und Sucht, Beruf und psychiatrische Erkrankungen), aber auch bei Psychotherapeuten (z. B. Missbrauch in Therapien) macht deutlich, dass Behandler unter einem hohen inneren Druck stehen, nach außen gesund und „heil“ sein zu müssen. Zudem sind besonders Ärzte mit ihrer sozialen Rolle stark identifiziert. Krankheit stellt dann eine besonders starke

Bedrohung der sozialen Rolle dar (Cohen & Lazarus 1979). Eine Doppelrolle als Arzt und Patient oder „nur“ noch Patient erfordert möglicherweise eine enorme Anpassungsleistung.

Bei dieser Arbeit hat es sich in erster Linie um eine hypothesenregenerierende Studie gehandelt, so dass nicht differenziert genug auf krankheitsspezifische Belastungen und Auswirkungen von Erkrankungen eingegangen werden konnte; krankheitsspezifische Belastungen von bösartigen Tumorerkrankungen wären beispielsweise negative soziokulturelle Stereotype, Lebensbedrohung, chronische Schmerzen, körperliche Stigma, invasive diagnostische Untersuchungen, diagnostische Unsicherheit und Aggressivität der Therapie. Demgegenüber stünden bei rheumatoider Arthritis vor allem Schmerzen, körperliche Immobilisierung und körperliche Stigmata im Vordergrund (Beutel 1988).

Belastungsfaktoren, die mit chronischen Erkrankungen verbunden sind, wurden bisher nicht theoretisch fundiert klassifiziert.

Bewältigungsstrategien beziehen sich immer auch auf unterschiedliche krankheitsspezifische Anforderungen und sind daher bei unterschiedlichen Erkrankungen auch schwer vergleichbar (Muthny 1992). Dadurch lässt sich möglicherweise auch das differenzierte Antwortverhalten z. B. in Bezug auf Berufstätigkeit bei verschiedenen Erkrankungen der Befragten erklären.

In dieser Arbeit wurden vorwiegend Probanden befragt, von denen primär angenommen werden kann, dass sie gesund sind (zutreffend für PT und HÄ). Daher wurde auch die „subjektive“ Bedeutung von Krankheit nicht standardisiert erfragt (Lipowski 1970). So könnte man in weiteren Bearbeitungen auch die subjektive Interpretation von Krankheit als Herausforderung (zu meisternde Aufgabe), Feind (Eindringen schädlicher Kräfte), Strafe (ungerecht), Schwäche (eigenes Versagen), Befreiung (von Anforderungen oder Konflikten), Strategie (Sicherung von Aufmerksamkeit), irreparabler Verlust/ Schaden (z. B. von Gesundheit, Stärke), oder als Wert (Möglichkeit zum Wachstum) untersuchen.

Zukünftig wären daher vermehrt Auseinandersetzungen mit diesen Tabuthemen wünschenswert. Dazu zählen auch die in dieser Untersuchung bearbeiteten Fragestellungen, wie die Einstellungen zu Krankheit, drohendem Tod und Problemen des Alters bei Behandlern.

## 5 Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es, die Einstellung von Patienten, Ärzten und Therapeuten zum Thema Krankheit, Alter und drohendem Tod bei Ärzten/Therapeuten zu untersuchen. Es kann angenommen werden, dass sowohl eine unterschiedliche Einstellung zu dieser Thematik als auch eine Erkrankung selbst bis hin zu drohendem Tod einen Einfluss auf das Arzt-/Therapeuten-Patientenverhältnis haben könnte. Dennoch wurde diese Thematik bisher nicht systematisch wissenschaftlich untersucht.

Die Datenerfassung erfolgte durch einen neu konzipierten Fragebogen und zwei weiteren, bereits erprobten Testverfahren (HADS und Hautzuf). Zur grundsätzlichen Reduzierung des Untersuchungsumfanges wurden als Teilnehmer (gesamt n= 138) Hautpatienten (n= 59), Hautärzte (n= 54) und Psychotherapeuten (n= 25) ausgewählt. Die Beschränkung auf diese drei Gruppen erfolgte, um den Untersuchungsumfang eingrenzen zu können. Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des Chi<sup>2</sup>-Test, der einfaktoriellen Varianzanalyse mit Scheffé und Tamhane Anschluss-tests, Häufigkeitsverteilungen, Pearson Korrelation und t-Test.

Bei der Auswertung der Fragebögen zeigten sich signifikante Unterschiede bezüglich der Einstellung der Teilnehmer zur Thematik dieser Arbeit. Hautpatienten wollten beispielsweise eher über eine eingeschränkte Lebenserwartung ihres Hautarztes informiert werden als Hautärzte und Psychotherapeuten. Bezüglich Angst und Ekel vor Hauterkrankungen wurde deutlich, dass Hautpatienten und Psychotherapeuten deutlich mehr Angst hatten, sich an Hauterkrankungen anzustecken und sich häufiger vor Herpes labialis bei anderen Menschen ekelten als Hautärzte.

Auch übereinstimmende Ansichten der Teilnehmer konnten festgestellt werden, denn gegenüber chronisch körperlich erkrankten Therapeuten vertraten die Teilnehmer die Meinung, dass Patienten mit chronischer Hauterkrankung von selbstbetroffenen Behandlern besser verstanden werden als von gesunden Therapeuten. Des Weiteren zeigte sich auch eine überraschende Toleranz im Sinne einer Befürwortung bezüglich der

Ausbildung körperlich Behinderter zum Hautarzt und Psychotherapeuten. Ebenso wurde deutlich, dass ernsthaft erkrankten Hautärzten und Psychotherapeuten zugestanden wurde, weiterzuarbeiten.

Wir möchten schlussfolgern, dass auch aus den Ergebnissen dieser Arbeit keine allgemein gültigen Anweisungen für erkrankte Behandler gezogen werden können und somit eine individuell unterschiedliche Handhabung von chronischen, ernsthaften Erkrankungen einschließlich psychischer Störungen und Abhängigkeitserkrankungen oder dem zunehmendem Burnout-Syndrom (Bergner 1996) bei Ärzten und Psychotherapeuten notwendig ist. In weiteren Arbeiten wäre es sinnvoll, genauer Auswirkungen und Belastungen unterschiedlicher, definierter Erkrankungen auf das Arzt-/Therapeuten-Patientenverhältnis zu untersuchen. Zukünftige Untersuchungen könnten außerdem verschiedene Coping-Strategien bei Erkrankungen von Ärzten und Psychotherapeuten und deren Auswirkungen und ggf. Belastungen auf das Arzt-/Therapeuten-Patientenverhältnis zum Ziel haben. Diese Fragestellungen haben jedoch zunächst einen offeneren Umgang und eine vermehrte Auseinandersetzung mit Erkrankung, drohendem Tod, Alter von Ärzten und Psychotherapeuten und anderen häufig schamhaften Themen bei den Betroffenen zur Voraussetzung.

## Abstract

The intention of this scientific assignment was to investigate patients', physicians' and therapists' attitudes towards disease, aging and looming death of physicians and therapists. It can be assumed that a different point of view concerning this topic as well as the illness itself and looming death may have influence on the relationship between physicians/therapists and patients. Nevertheless, this topic has not been investigated in a systematic scientific way so far.

The collection of data was carried out by means of a newly designed questionnaire and two tests that had already been approved (HADS and Hautzuf). For a general restriction of the complexity of this study, as participants (in total 138) there were chosen dermatological patients (n= 59), dermatologists (n= 54) and psychotherapists (n= 25). The restriction to these three groups was carried out in order to set limits to the complexity of this study. The statistic analysis was performed with help of the Chi<sup>2</sup>-Test, one way analysis of variance with following of Scheffé and Tamhane tests, frequency distribution, Pearson correlation and t-Test in paired samples and independent samples.

The analysis of the questionnaire showed some significant differences between the participants' opinions about this topic. Dermatological patients, for instance, wanted to be informed earlier about a potential restriction of their therapist's life expectancy than dermatologists and psychotherapists. Regarding fear and disgust of skin diseases, we were able to point out that dermatological patients and psychotherapists are more afraid of getting infected with a skin disease and showed more disgust about an herpes labialis infection in other people than dermatologists.

But also correspondent views of the participating groups could be noticed. According to their opinion about therapists who have got a chronic physical illness, patients with chronic skin diseases are apparently better understood by self-affected therapists than by healthy ones. Further on, we were able to show an astonishing tolerance with regard to an advocacy towards training of physically disabled people as dermatologists and psychotherapists.

Moreover, the participants had the opinion that therapists who are affected by a serious disease are able to continue working.

We would like to draw a conclusion claiming that the results of this investigation cannot provide universally applicable instructions of self-affected therapists either. Hence, it seems obvious that an individually different treatment of chronic and serious diseases including psychological disorders, addiction, or the increasing Burnout-Syndrome among doctors and psychotherapists is essential.

For future papers it would make sense to investigate more precisely on the effects/impacts and burdens of certain illnesses on the relationship between physicians/therapists and patients.

What is more, further scientific studies could also aim at different coping-strategies for affected doctors and psychotherapists and their impacts or burdens on the relationship between therapist and patient.

These problems, however, require a more open-minded and intensive dealing with disease, looming death, aging of therapists and other bashful topics.

## Literatur

1. **Abend S.M.:** Serious illness in the analyst: countertransference considerations, *J Amer Psychoanal Assn.*, 30: 365-379, **1982**
2. **Aberer E., Riedl A.:** Stigmatization. Consideration from a theological-dermatologic perspective. *Hautarzt*, 55(12):1168-71, **2004**
3. **Bergner, T.M.:** Burnout bei Ärzten: Arzt sein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe. Stuttgart: Schattauer, **2006**
4. **Beutel, M.:** Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: Edition Medizin, **1988**
5. **Bortz J.:** Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 6. Aufl. Berlin: Springer, **2004**
6. **Buske-Kirschbaum A., Geiben A., Wermke C., Pirke K.M., Hellhammer D.:** Preliminary evidence for herpes labialis recurrence following experimentally induced disgust, *Psychother Psychosom.*, 70:86-91, **2001**
7. **Chernin P.:** Illness in a therapist- loss of omnipotence, *Arch Gen Psychiatry*, 33 (11): 1327-1328, **1976**
8. **Cohen F., Lazarus R.S.:** Coping with stresses of illness. In: G.C. Stone, N.E. Adler, F. Cohen (eds.). *Health psychol.*, 217-254, San Francisco, **1979**
9. **Conklin R.J.:** Common cutaneous disorders in athletes, *Sports Med.*, 9(2): 100-19, **1990**
10. **Counselman E.F., Alonso A.:** The ill therapist: therapists` reactions to personal illness and its impact on psychotherapy, *Am J Psychother.*, 47(4): 591-602, **1993**
11. **Dam van H.:** Countertransference during an analyst`s brief illness, *J Amer Psychoanal Assn.*, 35:647-655, **1987**

12. **Derya A., Ilgen E., Metin E.:** Characteristics of sports- related dermatoses for different types of sports: a cross sectional study, J Dermatol., 32(8): 620-5, **2005**
13. **Dewald P.A.:** Serious illness in the analyst: transference, countertransference, and reality responses, J Am Psychoanal Ass., Vol. 30(1): 347-363, **1982**
14. **Döblin A.:** Doktor Döblin- Selbstbiografie. Friedenauer Presse, Berlin, **2000**
15. **Dunkelberg S., Schmidt A.:** Salutogenese, Uni- Hamburg, Institut für Allgemeinmedizin, **2005**
16. **Eckart W.:** „Arzt, hilf dir selbst!“ Der Arzt als Patient. Dtsch Med Wochenschr: 133:34-38, **2008**
17. **Gathmann P., Semrau- Lininger C.:** Der verwundete Arzt, Ein Psychogramm des Heilberufes, Kösel- Verlag, München, 32f, 46f, **1996**
18. **Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland,** Statistik 2003, <http://www.dgac.de/> Homepage der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland, 03.06.**2008**
19. **Grolle M., Kupfer J., Brosig B., Niemeier V., Hennighausen L., Gieler U.:** The skin satisfaction questionnaire - an instrument to assess attitudes toward the skin in healthy persons and patients, Dermatol Psychosom., 4:14-20, **2003**
20. **Halpert E.:** When the analyst is chronically ill or dying, Psychoanal Q., (51): 373-389, LI, **1982**
21. **Heimann P.:** On counter-transference, Int J Psychoanal., 31:81-84, **1950**
22. **Herrmann Ch., Buss U., Snaith R.P.:** HADS-D hospital anxiety and depression scale- Deutsche Version: Ein Fragebogen zur Erfassung

von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin, Bern: Huber, **1995**

- 23. Hirose N., Shiraki Y., Hiruma M., Ogawa H.:** An investigation of trichophyton tonsurans infection in university students participating in sports clubs, *Jpn J Med Mycol.*, Vol.46, 119-123, **2005**
- 24. Hoppe J.D.:** Statt Programm-Medizin: Mehr Vertrauen in die ärztliche Urteilskraft, *Dtsch Arztebl.*, 102 Ausg.14, A943, B799, C747, **2005**
- 25. Hornstein O.P., Brückner G.W. Graf U.:** Über die soziale Bewertung von Hautkrankheiten in der Bevölkerung. Methodik und Ergebnisse einer orientierenden Befragung, *Hautarzt* 24, 230-235, **1973**
- 26. Jamieson K.R.:** Meine ruhelose Seele – Geschichte einer manischen Depression. München: Wilhelm Goldmann Verlag, **1999**
- 27. Jungblut F.M.:** Validierung und klinische Erprobung des Hautzufriedenheitsfragebogens (HautZuf-30), Gießen, **2005**
- 28. Kamihama T., Kimura T., Hosokawa J.I., Ueji M., Takase T., Tagami K.:** Tinea pedis outbreak in swimming pools in Japan, *Public Health*, 111(4): 249-53, **1997**
- 29. Kollbrunner J.:** Der kranke Freud, Klett-Cotta, Stuttgart, 61f, **2001**
- 30. Kodama A., Horikawa T., Suzuki T., Ajiki W., Takashima T., Harada S., Ichihashi M.:** Effect of stress on atopic dermatitis: investigation in patients after the great hanshin earthquake. *J Allergy Clin Immunol.*, 104: 173-6, **1999**
- 31. Kupfer J., Niemeier V.:** Umgang mit Krankheit. In: Männer Medizin in der allgemeinmedizinischen und internistischen Praxis, Urban u. Fischer, 289-294, **2005**
- 32. Lerda S., Angelini G.:** Psychosomatic conditions in atopic dermatitis, *Dermatol Psychosom.*, 5:5-11, **2004**

33. **Lipowski J.Z.:** Physical illness, the individual and the coping process. Psychiatry in Medicine, 1: 91-102, **1970**
34. **Mäulen B.:** Selbstberichte von kranken Ärzten in Biografien, [www.der-krankte-Arzt.de](http://www.der-krankte-Arzt.de), **2001**
35. **Mäulen B.:** Ärzte als Patienten-Ärzte als Behandler von Ärzten, Dtsch Med Wochenschr, 133:30-33, **2008**
36. **Morrison Lichtblau A.:** Ten years of doing psychotherapy while living with a life-threatening illness, Psychoanal Dialogues, 7(2):225-241, **1997**
37. **Morrison M.:** White rabbit – a doctor's story of her addiction and recovery, Crown Publ. NY, **1988**
38. **Muthny F.:** Krankheitsverarbeitung im Vergleich von Herzinfarkt-, Dialyse- und MS-Patienten. Z klin Psychol., 21: 372-91, **1992**
39. **Nenoff P., Handrick W., Haustein U.F.:** Sports-induced infections- an overview, Wien Med. Wochenschr., 152(21-22): 574-7, **2002**
40. **Pallua N., Vedecnik S.:** Ästhetische Chirurgie: Qualitätssicherung dringend erforderlich, Dtsch Arztebl., 102 Ausg.13, 908-913, **2005**
41. **Pennebaker J.:** Opening up. The healing power of confiding in others, New York (Morrow), **1989**
42. **Pizer B.:** When the analyst is ill: dimension of self-disclosure, Psychoanal Q., LXVI, 450- 469, **1997**
43. **Rau E.:** Krebs! Was nun, Ebo. Verlag Dr. E. Rau, Amberg, 3. Auflage, **2000**
44. **Reimer Ch., Jurkat H.:** Lebensqualität von Ärzten: Pessimismus macht sich breit, Dtsch Arztebl., 93 Heft 16, A-1022, **1996**

45. **Ripke T.:** Der kranke Arzt: Chance zum besseren Verständnis des Patienten, Dtsch Arztebl., 97 Heft 5, A-237 ff., **2000**
46. **Ripke T.:** Die Behandlung der Behandler, [http:// www.der-krank-arzt.de/referatdiebehandlung.htm](http://www.der-krank-arzt.de/referatdiebehandlung.htm), 02.06.2008
47. **Rosenbaum E.:** Der Doktor – ein Arzt wird Patient, Econ Verlag, Düsseldorf, **1993**
48. **Rosvold E.O., Bjertness E.:** Illness behaviour among Norwegian physicians, Scand J Public Health, 30(2):125-32, **2002**
49. **Roter D.L., Hall J.A., Aoki Y.:** Physician gender effects in medical communication, JAMA, 288: 756-764, **2002**
50. **Sacks O.:** Der Tag an dem mein Bein fortging. Rowohlt Verlag Hamburg, 10 Aufl., **2000**
51. **Sandler J., Dare C., Holder A.:** Die Grundbegriffe der psychoanalytische Therapie, Klett Kotta, 8.Aufl., 97-115, **2001**
52. **Schmid-Ott G., Kunsebeck HW., Jager B., Sittig U., Hofste N., Ott R., Malewski P., Lamprecht F.:** Significance of the stigmatization experience of psoriasis patients: a 1-year follow-up of the illness and its psychosocial consequences in men and women. Acta Derm Venereol., 85(1):27-32, **2005**
53. **Schmidt T.:** Präventive Strategien in der Ernährungsmedizin in: Müller MJ (Hrsg.) Ernährungsmedizinische Praxis. Methoden Prävention Behandlung, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, **1998**
54. **Schwartz FW., Schland M., Krauth C., Bitzer EM., Dorning H., Grobe TG., Schmidt T., Zielke M.:** Schwartz Gutachten. Gesundheitsausgaben für chronische Krankheiten in Deutschland. Krankheitskostenlast und Reduktionspotenziale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation. Lengerich, **1999**

- 55. Schwarzenberg T.:** Mein Weg zurück ins Leben, Ibero Verlag/European University Press, Wien, **1995**
- 56. Sigurgeirsson B., Steingrímsson Ó.:** Risk factors associated with onychomycosis, J Eur Acad of Dermatol Venereol., Volume 18, **2004**
- 57. Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C., Gottheil E.:** Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breastcancer, Lancet, 14;2(8668): 888-91, **1989**
- 58. Stangier U.:** Psychologische Diagnostik und Therapie bei chronischen Hautkrankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsbewältigung. Habilitationsschrift. Fachbereich Psychologie der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main, **1999**
- 59. Titscher G.:** Psychkardiologie: „ein Herz und eine Seele“, [www.universimed.com](http://www.universimed.com), **2005**
- 60. Töyry S., Räsänen K., Kujala S., Äärimaa M., Juntunen J., Kalimo R., Luhtala R., Mäkelä P., Myllymäki K., Seuri M., Husman K.:** Self-reported health, illness, and selfcare among finnish physicians, Arch Fam Med., 9:1079-1085, **2000**
- 61. Widmann P.:** Information zur politischen Bildung, Vorurteile gegen Behinderte, online Ausgabe Heft 171 der Bundeszentrale für politische Bildung, **2005**
- 62. Wurmser L.:** Die Maske der Scham, Springer Berlin Heidelberg New York, S XIII (3.Auflage), **1997**
- 63. Zachariae R., Zachariae C., Ibsen H., Mortensen Touborg J., Wulf H.:** Psychological symptoms and quality of life of dermatology outpatients and hospitalized dermatology patients, Acta Derm Venereol., 84:205-212, **2004**
- 64. Zigmond AS., Snaith RP.:** The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand., 67:361-370, **1983**

## Anhang

### Anhang 1: Fragebogen zur Einstellung von Krankheit, Altern und drohendem Tod bei Ärzten oder Psychotherapeuten

#### Fragebogen zur Einstellung von Krankheit, Altern und drohendem Tod bei Ärzten oder Psychotherapeuten\*

##### Warum dieser Fragebogen?

In wissenschaftlichen Untersuchungen wurden bisher meist Patienten und deren Erkrankungen untersucht. Nur wenig ist darüber bekannt, welchen Einfluss ein erkrankter Therapeut auf die Therapeut-Patienten-Beziehung hat. Daher möchten wir in dieser Befragung Ihre Einstellung zu verschiedenen Fragestellungen zur Bedeutung von Krankheit, Alter und drohendem Tod bei Ärzten oder Psychotherapeuten in der Beziehung zum Patienten erfragen.

Bitte vermeiden Sie, die Fragen so zu beantworten, wie es möglicherweise wünschenswert wäre. Beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst ehrlich. Die Auswertung erfolgt anonym.

Bei manchen Fragen werden Sie gebeten, auf einer Skala von null bis zehn Ihre Antwort anzukreuzen. Bitte setzen Sie Ihr Kreuz *auf* einer der Zahlen jeweils so, dass es Ihre Meinung am besten ausdrückt.

##### Beispiel:

Glauben Sie, dass viele schwere, nicht ansteckende körperliche Erkrankungen (z.B. Asthma, Herzinfarkt, Krebs, Multiple Sklerose, Rheuma u.ä.) **psychische Mitverursachungen** haben können? (0=nein; 10=ja):

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Wenn Sie vollkommen der Meinung sind, dass viele schwere, nicht ansteckende körperliche Erkrankungen **psychische Mitverursachungen** haben, kreuzen Sie eine „10“ an. Sind Sie der Meinung, dass viele schwere, nicht ansteckende körperliche Erkrankungen gar **keine** psychische Mitverursachungen, kreuzen Sie eine „0“ an. Glauben Sie, dass körperliche Erkrankungen **nur teilweise** psychische Mitverursachungen haben, kreuzen Sie eine Zahl zwischen „2“ und „9“ an, je nachdem wie hoch *Sie* den psychischen Anteil einschätzen.

\* Niemcier V, Kupfer J, Brosig B, Gieler U. Justus-Liebig-Universität Gießen, Psychosomatische Dermatologie

**Bitte beantworten Sie nun die folgenden Fragen möglichst vollständig:**

**Ihre Gruppenzugehörigkeit (Mehrfachnennungen möglich):**

**Patient**

- In hautärztlicher Diagnostik/ Behandlung
- In psychotherapeutischer Diagnostik/ Behandlung

Waren Sie selbst bisher in Psychotherapie?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Hautarzt (Facharzt oder in Ausbildung)**

- Beschäftigung in Klinik
- Niedergelassen

Anderer derzeit ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Sind/ waren Sie in einer Selbsterfahrung/ Psychotherapie?

(z. B. im Rahmen einer Ausbildung)

- Ja
- Nein

Psychotherapeutische Zusatzausbildung

- In Ausbildung
- Abgeschlossen

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ausbildung in psychosomatischer Grundversorgung einschließlich der Teilnahme an einer Balintgruppe

- Ja
- Nein

**Ihr Geschlecht:**  weiblich  männlich

**Ihr Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre

**Raucher**

**Nichtraucher**

**Ex-Raucher?**

Leiden Sie selbst an einer chronischen **Hauterkrankung**?

Ja  Nein Welche?: \_\_\_\_\_

Leiden Sie selbst an einer **anderen** chronischen körperlichen Erkrankung?

Ja  Nein Welche?: \_\_\_\_\_

1. Sind Sie der Meinung, dass Sie sich schon einmal an einer Hauterkrankung **angesteckt** haben (z.B. Fußpilz)?

- Ja  Nein  Weiß nicht

2. Wie hoch schätzen Sie die Möglichkeit ein, dass Sie sich bei Kontakt zu einem Hautkranken mit einer Pilzerkrankung an den **Fingernägeln** beim Händeschütteln anstecken könnten? Ansteckung erfolgt ... :

- fast immer  häufig  teils-teils  selten  fast nie

3. Wie hoch schätzen Sie die Möglichkeit ein, dass Sie sich bei Kontakt zu einem Hautkranken mit einer Pilzerkrankung am **Handrücken** beim Händeschütteln anstecken könnten? Ansteckung erfolgt ... :

- fast immer  häufig  teils-teils  selten  fast nie

4. Löst ein **Herpes** an den Lippen („Lippenbläschen“, „Gletscherbrand“) bei einem anderen Menschen bei Ihnen selbst **Ekel** aus?

- fast immer  häufig  teils-teils  selten  fast nie

5. Ein Hautarzt mit einer Gürtelrose (durch Erreger der Windpocken bedingte Erkrankung) am Rücken **sollte** so lange nicht arbeiten, bis die Hautveränderungen abgeheilt sind.

- stimme völlig zu  
 stimme zu  
 weder - noch  
 stimmt nicht  
 stimmt überhaupt nicht

6. Kennen Sie persönlich jemanden, der an einer **sichtbaren** Hauterkrankung erkrankt ist?

- Ja  Nein

7. Glauben Sie, dass ein **Hautarzt**, der selbst an einer **sichtbaren chronischen Hauterkrankung** (z. B. Neurodermitis mit Befall des Gesichtes und/ oder der Hände) erkrankt ist, Patienten mit Neurodermitis<sup>1</sup> besonders erfolgreich hautärztlich behandeln kann?

- stimme völlig zu  
 stimme zu  
 weder - noch  
 stimmt nicht  
 stimmt überhaupt nicht

8. Würden Sie diesem **Hautarzt** mit der sichtbaren Hauterkrankung zutrauen, andere Patienten mit einer ähnlichen Hauterkrankung mit Erfolg hautärztlich zu behandeln, obgleich er seine **eigene Hauterkrankung** zeitweise Ihrer Einschätzung nach „**nicht im Griff**“ hat (Hautarzt kratzt sich z. B. häufig während der Behandlung von Patienten)?

- stimme völlig zu  
 stimme zu  
 weder - noch  
 stimmt nicht  
 stimmt überhaupt nicht

9. Glauben Sie, dass ein **Psychotherapeut**, der selbst an einer gering ausgeprägten **sichtbaren chronischen Hauterkrankung** (z.B. Neurodermitis mit Befall des Gesichtes und/ oder der Hände) erkrankt ist, Patienten mit Neurodermitis besonders erfolgreich psychotherapeutisch behandeln kann?

- stimme völlig zu  
 stimme zu  
 weder - noch  
 stimmt nicht  
 stimmt überhaupt nicht

---

<sup>1</sup> Neurodermitis ist eine chronische, oft in Schüben auftretende, mit starkem Juckreiz einhergehende Hauterkrankung, die meist bereits im Kindesalter erstmals auftritt. Es wird angenommen, dass sowohl Erb-, Umwelt- wie auch psychische Faktoren einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben.

10. Glauben Sie, dass dieser **Psychotherapeut**, der selbst an einer Neurodermitis<sup>1</sup> erkrankt ist, Patienten mit **Neurodermitis** besser als ein hautgesunder Therapeut helfen kann, die Folgen der Erkrankung auszuhalten?

- stimme völlig zu
- stimme zu
- weder - noch
- stimmt nicht
- stimmt überhaupt nicht

11. Glauben Sie, dass ein **Psychotherapeut**, der selbst an einer Neurodermitis erkrankt ist, Patienten mit Neurodermitis besser als ein hautgesunder Therapeut helfen kann, auch die Krankheitssymptome zu lindern?

- stimme völlig zu
- stimme zu
- weder - noch
- stimmt nicht
- stimmt überhaupt nicht

12. Waren Sie **selbst** bereits in Ihrem Leben **ernsthaft erkrankt**?

- Ja
- Nein

13. Sind Sie der Meinung, dass ein **Hautarzt** mit einer **ernsthaften, nicht ansteckenden Erkrankung** (z. B. bösartiger Tumor mit Tochtergeschwülsten), Hautkranke weiter behandeln sollte, wenn er sich momentan in seiner Berufsausübung nicht behindert fühlt?

- stimme völlig zu
- stimme zu
- weder - noch
- stimmt nicht
- stimmt überhaupt nicht

14. Sind Sie der Meinung, dass Sie vor Ihrer Behandlung einer chronischen Hauterkrankung über eine sehr wahrscheinlich **eingeschränkte Lebenserwartung** Ihres Hautarztes informiert werden müssten?

- stimme völlig zu
- stimme zu
- weder - noch
- stimmt nicht
- stimmt überhaupt nicht

15. Ein **Hautarzt** sollte nicht mehr operieren, wenn er an einer Erkrankung leidet, die das Nervensystem beeinträchtigen kann (z. B. seltene, unvorhersehbare epileptische Krampfanfälle mit kurzzeitiger Bewusstlosigkeit), auch wenn er sich selbst dazu in der Lage fühlt.

- stimme völlig zu
- stimme zu
- weder - noch
- stimmt nicht
- stimmt überhaupt nicht

16. Sind Sie der Meinung, dass ein Psychotherapeut mit einer **ernsthaften, nicht ansteckenden Erkrankung** (z. B. bösartiger Tumor mit Tochtergeschwülsten), wenn er sich momentan in seiner Berufsausübung nicht behindert fühlt, Patienten weiterhin psychotherapeutisch behandeln sollte?

- stimme völlig zu
- stimme zu
- weder - noch
- stimmt nicht
- stimmt überhaupt nicht

17. Sind Sie der Meinung, dass Sie vor Beginn einer Psychotherapie über eine sehr wahrscheinlich **eingeschränkte Lebenserwartung** Ihres Psychotherapeuten informiert werden müssten?

- stimme völlig zu
- stimme zu
- weder - noch
- stimmt nicht
- stimmt überhaupt nicht

18. Ein **Psychotherapeut** sollte nicht mehr arbeiten, wenn er an einer Erkrankung leidet, die das Nervensystem beeinträchtigen kann (z. B. seltene, unvorhersehbare epileptische Krampfanfälle mit kurzzeitiger Bewusstlosigkeit).

- stimme völlig zu
- stimme zu
- weder - noch
- stimmt nicht
- stimmt überhaupt nicht

19. Was zählt Ihrer Ansicht nach zu einem **gesunden Lebensstil**?  
(Mehrfachnennungen möglich)

- Ausgewogene und vitaminreiche Diäten (1)
- Nichtrauchen (2)
- Sehr wenig Alkohol (3)
- Konfliktfähigkeit (4)
- Gefühle äußern (5)
- Gute Partnerbeziehung (6)
- Ausreichender Nachtschlaf (7)
- Vermeiden von negativem Stress (8)
- Regelmäßige körperliche Betätigung (9)
- Andere: \_\_\_\_\_ (10)

20. Nennen Sie bitte die Ihrer Ansicht nach **wichtigsten drei Faktoren für einen gesunden Lebensstil** aus Frage 19 und ordnen Sie der Wichtigkeit (1. = größte Wichtigkeit) nach:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

21. Glauben Sie, dass schwere körperliche Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt) durch einen **gesunden Lebensstil** verhindert werden könnten? (0=nein; 10=ja):

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

22. Glauben Sie, dass schwere körperliche Erkrankungen (z. B. Folgen eines Herzinfarktes) durch einen **gesunden Lebensstil verbessert** werden könnten? (0=nein; 10=ja):

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

23. Glauben Sie, dass chronische Hauterkrankungen wie eine **Neurodermitis** durch einen **gesunden Lebensstil verhindert** werden kann? (0=nein; 10=ja):

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

24. Glauben Sie, dass chronische Hauterkrankungen wie eine **Neurodermitis** durch einen **gesunden Lebensstil verbessert** werden kann? (0=nein; 10=ja):

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

25. Glauben Sie, dass viele schwere, nicht ansteckende körperliche Erkrankungen (z.B. Asthma, Herzinfarkt, Krebs, Multiple Sklerose, Rheuma u. ä.) **psychische Mitverursachungen** haben können? (0=nein; 10=ja):

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

26. Sind Sie davon überzeugt, dass es bei vielen chronischen körperlichen Erkrankungen bestimmte psychische **Merkmale** bei Patienten gibt (z.B. „Krebspersönlichkeit“, „Magengeschwürtyp“, „Herzinfarkttyp“ u. ä.)? (0=nein; 10=ja):

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

27. Glauben Sie, dass ein körperlich chronisch kranker **Hautarzt** (z.B. mit Zuckerkrankheit – Diabetes mellitus – seit der Jugendzeit) Patienten mit chronischen Hauterkrankungen besser als ein gesunder, ähnlich gut ausgebildeter, Kollege **verstehen** kann?

- fast immer
- häufig
- teils - teils
- selten
- fast nie

28. Glauben Sie, dass ein körperlich chronisch kranker **Psychotherapeut** (z.B. mit Zuckerkrankheit – Diabetes mellitus – seit der Jugendzeit) Patienten mit chronischen Hauterkrankungen besser als ein gesunder, ähnlich gut ausgebildeter Kollege, **verstehen** kann?

- fast immer
- häufig
- teils - teils
- selten
- fast nie

29. Der zuckerkranke **Psychotherapeut** wird vermutlich nur Patienten mit der gleichen Erkrankung besser verstehen, nicht aber mit anderen chronischen Erkrankungen.

- stimme völlig zu
- stimme zu
- weder - noch
- stimmt nicht
- stimmt überhaupt nicht

30. Ein Psychotherapeut mit **Angst vor Spinnen** kann besonders gut Patienten mit anderen Ängsten behandeln, da er diese Patienten besonders gut versteht.

- stimme völlig zu
- stimme zu
- weder - noch
- stimmt nicht
- stimmt überhaupt nicht

31. Wenn Sie vermuten, eine **Geschlechterkrankung** zu haben, welche/r Ärztin/ Arzt würden Sie sich am ehesten anvertrauen? (Mehrfachantworten möglich)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eher Hautärztin              | <input type="checkbox"/> Eher Hautarzt               |
| <input type="checkbox"/> Eher Frauenärztin            | <input type="checkbox"/> Eher Frauenarzt             |
| <input type="checkbox"/> Eher Andrologin <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> Eher Androloge <sup>2</sup> |
| <input type="checkbox"/> Eher Urologin <sup>3</sup>   | <input type="checkbox"/> Eher Urologe <sup>3</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Egal, Hauptsache kompetent   |  |

<sup>2</sup> Arzt/ Ärztin für männliche Erkrankungen (=Androloge/in)

<sup>3</sup> Arzt/ Ärztin für Erkrankungen der Harnorgane (=Urologe/in)

32. Welchem **Hautarzt/Hautärztin** würden Sie eher ihr Vertrauen schenken, wenn Sie an einer Geschlechtskrankheit litten? (Mehrfachantworten möglich)
- Junge Hautärztin kurz nach der Facharzt-Prüfung
  - Junger Hautarzt kurz nach der Facharzt-Prüfung
  - Hautärztin in der Lebensmitte
  - Hautarzt in der Lebensmitte
  - Ältere Hautärztin kurz vor der Pensionierung
  - Älterer Hautarzt kurz vor der Pensionierung
  - Egal, Hauptsache kompetent
33. Welchem Hautarzt/Hautärztin würden Sie eher ihr Vertrauen schenken, wenn Sie an einer **Fußpilzinfektion** erkrankt wären? (Mehrfachantworten möglich)
- Junge Hautärztin kurz nach der Facharzt-Prüfung
  - Junger Hautarzt kurz nach der Facharzt-Prüfung
  - Hautärztin in der Lebensmitte
  - Hautarzt in der Lebensmitte
  - Ältere Hautärztin kurz vor der Pensionierung
  - Älterer Hautarzt kurz vor der Pensionierung
  - Egal, Hauptsache kompetent
34. Wenn Sie an einer **psychischen** Erkrankung (z.B. Depression) erkrankt wären. Zu welchem der aufgeführten PsychotherapeutInnen würden Sie am ehesten gehen?
- Junge Psychotherapeutin kurz nach Beendigung der Psychotherapieausbildung
  - Junger Psychotherapeut kurz nach Beendigung der Psychotherapieausbildung
  - Psychotherapeutin in der Lebensmitte
  - Psychotherapeuten in der Lebensmitte
  - Ältere Psychotherapeutin kurz vor der Pensionierung
  - Älterer Psychotherapeut kurz vor der Pensionierung
  - Egal, Hauptsache kompetent
35. Wenn Sie eine **Schönheitsoperation** durchführen lassen wollten, würden Sie sich dann Ihre Arztwahl auch nach dem Aussehen des Arztes richten?
- Aussehen des Arztes wäre mir sehr wichtig
  - Aussehen des Arztes wäre mir eher wichtig
  - Aussehen des Arztes wäre mir eher unwichtig
  - Aussehen des Arztes wäre mir völlig unwichtig

36. Trifft die folgende Aussage für Sie zu? Bei einem männlichen Schönheitschirurgen wäre mir das Aussehen eher egal als bei einer Schönheitschirurgin.
- stimme völlig zu
  - stimme zu
  - weder - noch
  - stimmt nicht
  - stimmt überhaupt nicht
37. Wenn Sie wählen könnten, zu welcher **Hautärztin** würden Sie mit einer Hauterkrankung (zum Beispiel Neurodermitis) bevorzugt gehen?
- Junge Hautärztin kurz nach der Facharzt-Prüfung
  - Hautärztin in der Lebensmitte
  - Ältere Hautärztin kurz vor der Pensionierung
  - Alter und/ oder Aussehen der behandelnden Ärztin sind mir völlig egal
38. Sind Sie der Meinung, dass ein körperlich **Behinderter** (z. B. Rollstuhlfahrer mit Querschnittslähmung nach Unfall) eine Ausbildung als Hautarzt beginnen sollte?
- stimme völlig zu
  - stimme zu
  - weder - noch
  - stimmt nicht
  - stimmt überhaupt nicht
39. Sind Sie der Meinung, dass ein körperlich **Behinderter** (z. B. Rollstuhlfahrer mit Querschnittslähmung nach Unfall) eine Ausbildung als Psychotherapeut beginnen sollte?
- stimme völlig zu
  - stimme zu
  - weder - noch
  - stimmt nicht
  - stimmt überhaupt nicht
40. Wenn Sie sich entscheiden könnten, würden Sie lieber zu einem **Psychotherapeuten mit einer sichtbaren körperlichen Behinderung** gehen oder zu einem nicht sichtbar körperlich behinderten Psychotherapeut?
- Zu einem körperlich behinderten Psychotherapeut
  - Zu einem nicht körperlich behinderten Psychotherapeut
  - Egal, Hauptsache kompetent

41. Glauben Sie, dass eine **Lebenskrise** (Tod eines nahen Verwandten, Trennung/ Scheidung, Krankheit u.a.) die Qualität der Arbeit eines (Haut-)arztes negativ beeinflusst?

- stimme völlig zu
- stimme zu
- weder - noch
- stimmt nicht
- stimmt überhaupt nicht

42. Angenommen, Sie hätten zufällig von den Problemen des (Haut-)arztes erfahren. Würden Sie dann lieber zu diesem Arzt gehen, oder würden Sie nach Möglichkeit lieber einen Arzt aufsuchen, von dem Sie annehmen, dass er in „ausgeglichener“ Lebensverhältnissen lebt? (**Mehrfachnennung möglich**)

- Hautarzt in einer Lebenskrise
- Hautarzt in „ausgeglichener“ Lebensverhältnissen
- Hängt von der Hauterkrankung ab
- Wenn ich schon immer bei ihr/ ihm war, gehe ich auch weiterhin zu ihr/ ihm
- Wäre mir völlig egal

43. Glauben Sie, dass eine **Lebenskrise** (Tod eines nahen Verwandten, Trennung/ Scheidung, Krankheit u.a.) die Qualität der Arbeit eines Psychotherapeuten negativ beeinflusst?

- stimme völlig zu
- stimme zu
- weder - noch
- stimmt nicht
- stimmt überhaupt nicht

44. Glauben Sie, dass dieser Psychotherapeut **Patienten in einer ähnlichen Lebenskrise** besonders gut versteht und behandeln kann?

- stimme völlig zu
- stimme zu
- weder - noch
- stimmt nicht
- stimmt überhaupt nicht

**Vielen Dank**, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen!

## Anhang 2: Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsch (HADS-D)



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Code-Nummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_, 199\_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, daß körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Ich fühle mich angespannt oder überreizt</b></p> <input type="checkbox"/> meistens<br><input type="checkbox"/> oft<br><input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich<br><input type="checkbox"/> überhaupt nicht  | <p><b>Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst</b></p> <input type="checkbox"/> fast immer<br><input type="checkbox"/> sehr oft<br><input type="checkbox"/> manchmal<br><input type="checkbox"/> überhaupt nicht  |
| <p><b>Ich kann mich heute noch so freuen wie früher</b></p> <input type="checkbox"/> ganz genau so<br><input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr<br><input type="checkbox"/> nur noch ein wenig<br><input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht  | <p><b>Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend</b></p> <input type="checkbox"/> überhaupt nicht<br><input type="checkbox"/> gelegentlich<br><input type="checkbox"/> ziemlich oft<br><input type="checkbox"/> sehr oft  |
| <p><b>Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, daß etwas Schreckliches passieren könnte</b></p> <input type="checkbox"/> ja, sehr stark<br><input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu stark<br><input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen<br><input type="checkbox"/> überhaupt nicht | <p><b>Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren</b></p> <input type="checkbox"/> ja, stimmt genau<br><input type="checkbox"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte<br><input type="checkbox"/> möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum<br><input type="checkbox"/> ich kümmere mich so viel darum wie immer |
| <p><b>Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen</b></p> <input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer<br><input type="checkbox"/> nicht mehr ganz so viel<br><input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger<br><input type="checkbox"/> überhaupt nicht  | <p><b>Ich fühle mich rastlos, muß immer in Bewegung sein</b></p> <input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr<br><input type="checkbox"/> ziemlich<br><input type="checkbox"/> nicht sehr<br><input type="checkbox"/> überhaupt nicht   |
| <p><b>Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf</b></p> <input type="checkbox"/> einen Großteil der Zeit<br><input type="checkbox"/> verhältnismäßig oft<br><input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft<br><input type="checkbox"/> nur gelegentlich/nie                            | <p><b>Ich blicke mit Freude in die Zukunft</b></p> <input type="checkbox"/> ja, sehr<br><input type="checkbox"/> eher weniger als früher<br><input type="checkbox"/> viel weniger als früher<br><input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht  |
| <p><b>Ich fühle mich glücklich</b></p> <input type="checkbox"/> überhaupt nicht<br><input type="checkbox"/> selten<br><input type="checkbox"/> manchmal<br><input type="checkbox"/> meistens  | <p><b>Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand</b></p> <input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr oft<br><input type="checkbox"/> ziemlich oft<br><input type="checkbox"/> nicht sehr oft<br><input type="checkbox"/> überhaupt nicht  |
| <p><b>Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen</b></p> <input type="checkbox"/> ja, natürlich<br><input type="checkbox"/> gewöhnlich schon<br><input type="checkbox"/> nicht oft<br><input type="checkbox"/> überhaupt nicht   | <p><b>Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen</b></p> <input type="checkbox"/> oft<br><input type="checkbox"/> manchmal<br><input type="checkbox"/> eher selten<br><input type="checkbox"/> sehr selten   |

## Anhang 3: Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf)

**HautZuf<sup>1</sup>**

(Fragebogen zur Hautzufriedenheit)

Im folgenden liegt Ihnen ein Fragebogen zur **Hautzufriedenheit (HautZuf)** vor, bei dem Sie zu verschiedenen Aussagen angeben sollen, ob sie für Sie eher „vollkommen“ oder eher „gar nicht“ zutreffen. Sie haben dazu fünf Abstufungsmöglichkeiten in Ankreuzform.

Entscheiden Sie sich möglichst ohne lange zu Überlegen für eine Antwortmöglichkeit und füllen Sie den Fragebogen bitte vollständig aus; Sie können beim Ausfüllen nichts falsch machen. Am Anfang finden Sie zunächst einige Fragen zu Ihrer Person in anonymer Form.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Fragen zu Ihrer Person:**

Alter: \_\_\_\_ Jahre

**Geschlecht:** weiblich  männlich

**Familienstand:** ledig  verheiratet  nicht-eheliche Lebensgemeinschaft   
 geschieden  verwitwet

**Schulabschluss:** ohne  Hauptschule  Realschule  Abitur   
 Beruf: \_\_\_\_\_

**Hauterkrankungen:** Ja  Nein

wenn ja:

welche? \_\_\_\_\_

seit wann? \_\_\_\_\_

Besteht wegen der Hauterkrankung ärztliche Behandlung?

Ja  Nein

<sup>1</sup> © Kupfer/Niemeier/Brosig/Gieler: 2003 - AG Psychosomatische Dermatologie Gießen

|   | trifft gar nicht zu      |                          |                          |                          |                          | trifft vollkommen zu     |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich berühre mich gerne selbst  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Körperliches wie Schweißgeruch stößt mich oft ab                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Beim Betrachten schmutziger Dinge bekomme ich Gänsehaut              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich schaue mich gerne im Spiegel an                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mich selbst zärtlich zu berühren tut mir gut                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Im Arm meiner Eltern habe ich als Kind schnell Trost gefunden        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Es gibt öfter Menschen, die ich sehr ungepflegt und abstoßend finde  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Mich selbst zu berühren beruhigt mich                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich betrachte gerne meinen Körper                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mich selbst zu streicheln, finde ich sehr angenehm                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Meine Eltern haben oft mit mir geschmust                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Für meine Eltern war Körperkontakt mit mir immer selbstverständlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Eine zärtliche Berührung wirkt bei mir lange nach                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Meine Eltern haben mich oft in den Arm genommen                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ein verschmutztes Glas ist mir sehr unangenehm                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   | trifft gar<br>nicht zu   |                          |                          | trifft voll-<br>kommen zu |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 16. Es ist mir unangenehm, öffentliche Toiletten zu benutzen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ein schmutziges Hotelzimmer reklamiere ich sofort   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 18. In peinlichen Situationen könnte ich im Boden versinken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 19. Es kommt vor, dass ich am liebsten „nicht in meiner Haut stecken“ möchte  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ich habe ein starkes Anlehnungsbedürfnis an meine/n Partner/in  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 21. Nähe und Geborgenheit sind für mich sehr wichtig  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 22. Nach einem Orgasmus liebe ich es, noch weiter zärtlich zu sein  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 23. In Krisenzeiten fühle ich mich hässlich   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ich erröte oft, wenn ich im Mittelpunkt stehe   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 25. Mit meinen Eltern habe ich als Kind viel gerangelte und herumgetobt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 26. Meine Eltern waren körperlich eher zurückhaltend und haben mich nur selten berührt                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 27. Es ist mir unangenehm, wenn andere (z.B. mein/e Partner/in) mich nackt sehen                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 28. Wenn mir etwas peinlich ist, werde ich schnell rot  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 29. Ich bin ein Mensch, der gar nicht zu viel Körperkontakt vom Partner bekommen kann                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 30. Bei einer zärtlichen Berührung durch meine/n Partner/in spüre ich häufig ein angenehmes Kribbeln in meiner Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

## **Danksagung**

Hiermit danke ich allen, die diese Arbeit ermöglicht und mir beratend in den verschiedenen Phasen der Erstellung zur Seite gestanden haben.

Danke für die hervorragende Betreuung und Hilfestellung:

Herrn PD Dr. V. Niemeier, Gießen

Herrn PD Dr. J. Kupfer, Gießen

Herrn Prof. Dr. U. Gieler, Gießen

Herrn Prof. Dr. W. Küster (†)

Herrn Prof. Dr. Chr. Reimer, Gießen

Herrn Dr. H. Jurkat, Gießen

Frau Dr. Chr.-Maria Höring, Stuttgart

Frau Kleinwort, Gießen

Des Weiteren bedanke ich mich bei allen Patienten und Therapeuten die sich bereiterklärt haben an dieser Studie teilzunehmen.

Ganz besonders herzlichen Dank an Pamela und meine Familie für all die Unterstützung und Aufmunterung.