

**Die psychosomatische Versorgungssituation an deutschen
Hautkliniken
Eine repräsentative Umfrage in Hautkliniken
1989-1999-2010**

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

**vorgelegt von
Helena Marie Luise Charbonnier geb. Wieblitz
aus Hannover**

Gießen 2013

**Aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
der Universitätsklinikum Gießen & Marburg GmbH**

Standort: Gießen

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Johannes Kruse

Gutachter: Prof. Dr. med. Uwe Gieler

Gutachter: PD Dr. med Michael Franz

Tag der Disputation: 07.Oktober 2014

Erklärung zur Dissertation

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten 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 sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert.

.Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort, Datum

Helena Wieblitz

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Uwe Gieler für die Überlassung des Themas, die intensive Betreuung, die Motivation und Geduld in der vergangenen Zeit von der Entwicklung bis zur Fertigstellung der vorliegenden Arbeit.

Daneben gilt mein Dank Herrn PD Dr. Jörg Kupfer, der an Konzeption und Entwicklung der Fragebögen und insbesondere an der statistischen Auswertung der Ergebnisse Anteil hat.

Ebenfalls möchte ich mich bei den Ärzten und Pflegekräften der deutschen Hautkliniken bedanken, ohne deren Mitarbeit diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Barbara Walde möchte ich für die Hilfe bei der statistischen Auswertung und Interpretation danken.

Meinen Eltern möchte ich für die jahrelange Unterstützung und für den beständigen familiären Rückhalt während meines Studiums danken. Meinem Bruder David gilt mein ganz besonderer Dank für seine unermüdlichen Korrekturarbeiten. Ihm danke ich für seine Geduld.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	- 9 -
1.1	Deskriptive Hypothesen und Fragestellungen.....	- 11 -
2	Psychosomatische Faktoren innerhalb der Dermatologie.....	- 12 -
2.1	Definition der psychosomatischen Dermatologie.....	- 13 -
2.2	Aufgaben der dermatologischen Psychosomatik.....	- 15 -
2.3	Darstellung der verschiedenen Konzepte der dermatologischen Psychosomatik.....	- 17 -
2.3.1	Konsildienst.....	- 17 -
2.3.2	Liasondienst	- 17 -
	Vorteile der Liasonsprechstunde	- 18 -
2.4	Ältere Studien zur psychosomatischen Versorgungssituation.....	- 18 -
2.5	Welche Bedeutung hat die Psychosomatik bei Hauterkrankungen?	- 21 -
2.6	Auflistung und Definitionen von in der Studie behandelten Diagnosen	- 22 -
2.6.1	Dermatosen primär psychischer Genese.....	- 23 -
2.6.1.1	Acne excoriée (ICD-10: F68.1; L70.5)	- 24 -
2.6.1.2	Artefakte (ICD-10: F63.8, F 68.1, L98.1)	- 25 -
2.6.1.3	Dermatozoenwahn (ICD-10: F20-F29)	- 26 -
2.6.2	Dermatosen multifaktorieller Genese.....	- 27 -
2.6.2.1	Acne vulgaris (ICD-10: L70, F54)	- 28 -
2.6.2.2	Alopecia areata (ICD-10: L63, F 54. ggf. F 43.2)	- 29 -
2.6.2.3	Atopisches Ekzem/Neurodermitis (ICD-10: L20, F54).....	- 30 -
2.6.2.4	Chronische Urtikaria (ICD-10: L 50, F 54).....	- 32 -
2.6.2.5	Hirsutismus.....	- 33 -
2.6.2.6	Lupus erythematoses/Sklerodermie (ICD-10: L93, L94.0, M32, M34, F54)	- 34 -
2.6.2.7	Vitiligo (ICD-10: L80, F54).....	- 35 -
2.6.3	Dermatosen primär somatischer Genese	- 36 -

2.6.3.1	Melanom (ICD-10: C43, F54).....	- 37 -
2.6.3.2	Ulcus cruris (ICD-10: I87, L97, F54).....	- 37 -
3	Methodischer Teil.....	- 38 -
3.1	Art und Ziel der Arbeit.....	- 38 -
3.2	Zum Studienablauf	- 39 -
3.3	Zur Fragestellung	- 40 -
3.4	Zur praktischen Durchführung	- 41 -
3.5	Statistik.....	- 42 -
4	Ergebnisse.....	- 43 -
4.1	Ergebnisse der aktuellen Studie.....	- 43 -
4.2	Statistischer Vergleich von ärztlichem Personal und Pflegepersonal.....	- 51 -
4.2.1	Auswertung der Dermatosen	- 51 -
4.2.1.1	Dermatosen primär psychischer Genese.....	- 51 -
4.2.1.2	Dermatosen multifaktorieller Genese und primär somatischer Genese.....	- 53 -
4.2.2	Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot	- 56 -
4.2.3	Geschätzter Patientenanteil mit somatoformen Störungen.....	- 57 -
4.2.4	Aufgaben der Psychosomatik	- 58 -
4.2.4.1	T-Test	- 59 -
4.2.4.2	Korrelationen Ärzte vs. Pflegepersonal hinsichtlich der Aufgabe der Psychosomatik - 60 -	
4.2.4.3	Wilcoxon-Test für exemplarische Beispiele der Aufgaben der Psychosomatik (Ärzte vs. Pflegepersonal)	- 61 -
4.3	Ergebnisse der Studien 1989-1999-2010 im Vergleich.....	- 63 -
4.3.1	Kooperationsformen	- 63 -
4.3.2	Der Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot bei dermatologischen Patienten 1999 vs. 2010	- 66 -
4.3.3	Der Anteil an dermatologischen Patienten mit somatoformer Störung 1999 vs. 2010- 68 -	
4.3.4	Einschätzung des psychosomatischen und psychiatrischen Interventionsbedarfs bei Dermatosen.....	- 69 -

4.3.4.1	Darstellung der Ergebnisse zur Einschätzung des psychosomatischen und psychiatrischen Interventionsbedarfes der Dermatosen von 1989	- 70 -
4.3.4.2	Darstellung der Ergebnisse zur Einschätzung des psychosomatischen und psychiatrischen Interventionsbedarfes der Dermatosen von 1999	- 71 -
4.3.4.3	Gegenüberstellung der Ergebnisse zur Einschätzung des psychosomatischen und psychiatrischen Interventionsbedarfes der Dermatosen von 1989 und 1999	- 72 -
4.3.4.4	Vergleich der Ergebnisse zur Einschätzung des psychosomatischen und psychiatrischen Interventionsbedarfes der Studien 1999 und 2010	- 73 -
5	Diskussion und Ausblick	- 75 -
5.1	Diskussion	- 75 -
5.1.1	Die Stichprobe	- 75 -
5.1.2	Die Kooperationsformen an den Hautkliniken	- 76 -
5.1.3	Der Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot	- 78 -
5.1.4	Somatoforme Störungen	- 79 -
5.1.5	Psychotherapeutische Verfahren	- 79 -
5.1.6	Aufgaben der Psychosomatik	- 81 -
5.1.7	Dermatosen und ihre psychosomatische Intervention	- 82 -
5.1.8	Überprüfung der Hypothesen	- 83 -
5.2	Ausblick	- 88 -
6	Literaturverzeichnis	- 92 -
7	Abbildungsverzeichnis	- 97 -
8	Tabellenverzeichnis	- 99 -
9	Anhang	- 100 -
9.1	Fragebogen zur Psychosomatik in deutschen Hautkliniken	- 100 -
9.2	Ergebnisse der Umfrage in Total	- - 104 - -
9.2.1	Dermatosen primär psychischer Genese	- - 104 - -
9.2.2	Andere Dermatosen	- - 105 - 4 -
9.2.3	Einschätzung des Bedarfs nach psychosomatischem Therapieangebot	- 105 -
9.2.4	Einschätzung zum Anteil der Patienten mit psychosomatischem Therapiebedarf	- 106 -
9.2.5	Abfrage der einzelnen Dermatosen	- 107 -

9.3 Publikationen und Preise.....- 110 -

1 Einleitung

Das Phänomen, sich in seiner Haut nicht wohlfühlen hat für die Dermatologie eine wachsende Bedeutung. Welcher Zusammenhang besteht zwischen der körperlichen, dermatologischen Konstitution und dem psychischen Wohlbefinden?

In der Dermatologie lassen sich bei vielen Erkrankungen psychische und psychosomatische Einflüsse feststellen. Dies betrifft allerdings nicht nur die Dermatologie. Bei vielen Erkrankungen aus unterschiedlichen medizinischen Disziplinen sind im Entstehen von Krankheiten oder im Heilungsprozess psychosomatische Einflüsse erkennbar. In der dermatologischen Praxis liegt die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten der Patienten bei mindestens 25.2% [1]. Aktan et al. sprechen in ihrer Studie 1998 sogar von bis zu 33.4% [2]. Gerade wenn Hautpartien an Hals, Gesicht oder Händen betroffen sind, kann man also von einer höheren psychischen Belastung für den Patienten ausgehen.[3] Doch inwieweit wird der psychosomatische Aspekt in den Hautkliniken berücksichtigt? Werden diese Faktoren im Krankheitsgeschehen überhaupt wahrgenommen? Und wo besteht hier noch weiterer Handlungsbedarf?

Diesen Fragen geht die folgende Studie nach. Zu Beginn ist es daher wichtig, einen Überblick über die derzeitige psychosomatische Versorgungssituation an deutschen Hautkliniken zu erhalten. So kann eine Ausgangsposition als Grundlage für künftiges Handeln definiert werden.

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird ein Vergleich zu zwei vorangegangenen Studien durchgeführt. Schubert und Bahmer widmeten sich 1989 [4] erstmals diesem Thema und befragten 42 Hautkliniken. Zehn Jahre später folgten Gieler et al. [5], die 1999 die Studie ausweiteten und an 69 Hautkliniken in Deutschland den Stand der psychosomatischen Versorgungssituation in diesen Krankenhäusern erfragten.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt, wiederum zehn Jahre später, wurden mit einer erneuten Studie Veränderungen in der Einschätzung des Stellenwertes der Psychosomatik an Hautkliniken untersucht.

Die Frage, inwieweit die psychische Belastung der betroffenen Hautpatienten vom Krankenhauspersonal wahrgenommen - und später auch therapiert wird -, soll im Verlauf dieser Arbeit beantwortet werden.

Auch die Einschätzung zu einzelnen Krankheitsbildern wird hinsichtlich ihrer psychosomatischen Auswirkungen untersucht. Hier soll ein Vergleich angestellt werden, ob die Einschätzung der Befragten mit den wissenschaftlichen Meinungen aus vorangegangenen Studien deckungsgleich ist oder ob es hier signifikante Unterschiede gibt. Solche Unterschiede können auf ein mögliches Informationsdefizit des medizinischen Fachpersonals hinweisen.

Diese Arbeit wird außerdem den Fragen nachgehen, inwieweit sich Kooperationsformen mit dem psychosomatischen Bereich verändert haben und wie hoch der Anteil der Patienten eingeschätzt wird, die einen psychosomatischen Behandlungsbedarf haben. Aus vorangegangenen Studien geht hervor, dass Pflegekräfte häufig eine höhere Behandlungsnotwendigkeit bei - von ihnen vermuteten - psychosomatischen Hintergründen einer Hauterkrankung angegeben haben als Ärzte [6]. Um dies zu validieren, wird ein weiterer Fokus der Studie darauf gerichtet, in welcher Weise die Einschätzungen der Ärzte zu den Einschätzungen des Pflegepersonals differieren.

1.1 Deskriptive Hypothesen und Fragestellungen

In der vorliegenden Arbeit sollen folgende Hypothesen überprüft werden:

1. In den letzten 20 Jahren hat die Berücksichtigung von psychischen und psychosomatischen Faktoren in der Dermatologie zugenommen.
2. Die Psychosomatik ist in den letzten 20 Jahren aus dem Schatten der Psychiatrie herausgetreten und entwickelt(e) sich unter anderem als dermatologische Psychosomatik zu einem eigenständigen Fachgebiet.
3. Die Einrichtungen reagieren positiv und aufgeschlossen auf die veränderte Situation der Fokussierung auch psychologischer und psychosomatischer Faktoren innerhalb der Dermatologie. Dies sollte sich auch am Rücklauf der Fragebögen widerspiegeln.
4. Die Ergebnisse der Aussagen von Pflegepersonal und ärztlichem Personal differieren stark, dies belegten auch andere Studien [6]. In der vorliegenden Arbeit wird dieser Punkt noch einmal überprüft.
5. Es besteht ein Defizit bei der Kenntnis von Dermatosen und Therapieansätzen, dem Personal fehlt hier zum Teil das Hintergrundwissen, dadurch entstehen Fehleinschätzungen.

2 Psychosomatische Faktoren innerhalb der Dermatologie

Erstmals haben sich Schubert und Bahmer [4] eingehender mit der psychosomatischen Versorgungssituation in deutschen dermatologischen Kliniken auseinandergesetzt. In ihrer schriftlichen Erhebung wurden Leiterinnen und Leiter von 42 Hautkliniken befragt. Das Ergebnis der Studie zeigt, dass ein Großteil der Befragten den psychischen Faktoren eine große Bedeutung bei der Entstehung und dem Verlauf des atopischen Ekzems und der Hyperhidrose beimisst.

Die Meinungen über psychische Einflüsse beim Verlauf der Alopecia areata, dem seborrhoischen und dem dyshidrotischen Ekzem differieren maximal.

Nach Schubert und Bahmer [4] haben Gieler und Niemeier 1999 eine Umfrage an 69 deutschen Hautkliniken durchgeführt (entspricht zum damaligen Zeitpunkt 51.1%), die den Stellenwert der Psychosomatik in der Dermatologie beleuchtet. Überwiegend wurden diese Fragebögen von leitenden Ärzten der jeweiligen Hautklinik ausgefüllt. Aus entsprechenden Studien zum Konsiliardienst geht hervor, dass die Bewertung psychosomatischer Faktoren in der Krankheitsentwicklung umso höher bewertet wird, je näher der Kontakt zum Patienten ist. Pflegekräfte geben damit im Vergleich zu Chefarzten in höherem Maß psychische Mitfaktoren im Krankheitsgeschehen an [6].

Durch die Studie von Gieler et al. [5] zeigt sich insgesamt, dass die Bedeutung der Psychosomatik im Fachgebiet der Dermatologie von 1989 bis 1999 tendenziell zugenommen hat. Auch bei einigen Erkrankungen wird ein kausaler Mitbehandlungsbedarf festgestellt. Noch ein wenig befremdlich wirkt der hier von über 70% der Antwortenden angegebene Bedarf an Psychopharmaka als empfohlenes Therapieverfahren, da bei den möglichen Interventionen vor allem die Verbesserung der Krankheitsbewältigung im Vordergrund steht und diese nachweislich am ehesten mittels kognitiver und tiefenpsychologischer Psychotherapie erreicht wird. Hier zeigte sich bereits, dass bei der Schulung des Personals in Bezug auf psychosomatische Interventionen und Therapieoptionen noch Handlungsbedarf besteht.

Anknüpfend an die Studie von Gieler et al. [5] wurde nun ein vergleichender Fragebogen entworfen, um Unterschiede und Entwicklungen in den Einschätzungen des Krankenhauspersonals in der Dermatologie bezüglich des Stellenwertes der Psychosomatik aufzuzeigen.

Um die Ergebnisse von Herzog et al. [6] zu überprüfen, wurde der Fragebogen dahingehend erweitert, dass die Umfrage sich nicht nur an die Ärzte, sondern ebenfalls an das Pflegepersonal richtete.

2.1 Definition der psychosomatischen Dermatologie

Nach den Leitlinien der AWMF, wird die psychosomatische Dermatologie wie folgt definiert:

Die psychosomatische Dermatologie beschäftigt sich mit Hautkrankheiten, bei denen psychosoziale Ursachen, Folgen oder Begleitumstände einen wesentlichen und therapeutisch bedeutsamen Einfluss haben. Dermatosen werden in dieser Hinsicht unter einem bio-psycho-sozialen Modell ganzheitlich/systemisch gesehen. Psychosomatische Dermatologie ist im weiteren Sinne jeder Aspekt der intra- und interpersonellen Probleme von Patienten mit Hautkrankheiten. Sie befasst sich mit den psychosozialen Auslösemechanismen bzw. der Krankheitsverarbeitung von Dermatosen und umfasst auch die Auswirkungen (förderliche und hemmende Kontextfaktoren i.S. der ICF, "Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" der Weltgesundheitsorganisation) der Interaktion zwischen dem hautkranken Menschen und seiner sozialen Umgebung.¹

Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Hautpatienten beträgt mindestens 25%.² Diese hohe Zahl macht die Bedeutung der Psychosomatik im dermatologischen Bereich deutlich.

Die psychosomatische Dermatologie kann in drei Unterbereiche eingeteilt werden:

1. Psychiatrische Erkrankungen
2. Psychosomatische Erkrankungen
3. Somatopsychische Erkrankungen

Als Beispiele für die *psychiatrischen Erkrankungen*, die den Patienten aufgrund primärer Störung an der Haut zuerst in die Dermatologie führen, sind zu nennen: Dermatozoenwahn, Arte-

¹ Entnommen aus: Leitlinien Psychosomatische Dermatologie AWMF

² [http://www.med.uni-giessen.de/derma/GrundlagenpsychosomatischeDermatologie.doc.](http://www.med.uni-giessen.de/derma/GrundlagenpsychosomatischeDermatologie.doc;); abgerufen am 19.03.2010

fakte, Trichotillomanie, Erythrophobie, somatoforme Störungen und andere. Kennzeichen dieser Kategorie ist, dass sich die Erkrankung weder auf eine somatische dermatologische Ursache zurückführen lässt, noch eine sekundär folgende Hauterkrankung vorliegt, die die Beschwerden begründet.

Bei Harth et al. wird im Artikel „Psychiatrische Störungen in der Dermatologie“ [7]³ noch einmal auf die hohe Rate an stationär behandelten Hautpatienten aufmerksam gemacht, die an psychischen Störungen leiden. Rekurrierend auf Schaller et al. 1998 [8] wird hier festgestellt, dass sich bei 26% der Hautpatienten in Krankenhäusern somatoforme Störungen finden ließen und in 30% „Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten“ nachweisbar waren. Bei einer systematischen Erhebung wurden 2006 von Harth und Gieler bei 40% der Patienten somatoforme Symptome dokumentiert [9].

Die *psychosomatischen Erkrankungen* sind Dermatosen mit multifaktorieller Grundlage, deren Verlauf seelischen und psychosozialen Einflüssen unterliegt. Beispiele hier sind Psoriasis, Neurodermitis, Akne, chronische Formen der Urtikaria, Hyperhidrose etc.

Die *somatopsychischen Erkrankungen* lassen sich als sekundär-psychische Störungen infolge von schweren oder entstellenden Dermatosen beschreiben. Durch die Entstellung der Haut hat der Betroffene in der Folge seelische und psychosoziale Probleme.⁴ Einige Beispiele hier sind Anpassungsstörung sowie Depression und Angststörung, die den dermatologischen Krankheitsverlauf verkomplizieren oder eine Heilung hinauszögern bzw. diese sogar verhindern können.⁵

In das Arbeitsfeld der psychosomatischen Dermatologie gehört außerdem die Therapie, deren Zielsetzungen im Wesentlichen die Verbesserung der Krankheitsbewältigung, Compliance-Faktoren, Arzt/Pflege-Patient-Beziehung sowie eine Verbesserung der Lebensqualität des Betroffenen beinhalten sollten.

Die einzelnen Krankheitsbilder bzw. Diagnosen, die in dieser Studie abgefragt wurden, werden im weiteren Verlauf differenzierter dargelegt.

³ Kapitel verfasst von A. Hillert & W. Harth. S. 219-241.

⁴ Der Begriff der somatopsychischen Erkrankungen ist nicht mehr aktuell. In aktuellen Studien wird von psychischen Störungen als Komorbidität oder von psychischen Komplikationen als dermatologische Erkrankungen gesprochen

⁵ Die oben genannten Erläuterungen orientieren sich an den Leitlinien für psychosomatische Dermatologie der AWMF

2.2 Aufgaben der dermatologischen Psychosomatik

In Deutschland existieren in vielen Hautkliniken Konsilmodelle (in einigen auch bereits Liaisondienste) zwischen der Psychosomatik und der Dermatologie. Die Vorteile dieser integrativen Behandlung liegen dabei darin, dass weder die psychischen Faktoren noch die somatischen vernachlässigt werden und so ein ganzheitliches Konzept der Behandlung entsteht. Diese Möglichkeiten bestehen vor allem, wenn Kliniken ein Liaisonmodell mit der Psychosomatik haben. Aus dieser Studie geht hervor, dass bisher nur wenige Kliniken (ca. 10%) diese Liaisondienste an ihrer Klinik etabliert haben. Die Mehrzahl der Kliniken hat Konsile der Psychosomatik und der Psychiatrie.

Niemeier et al. stellten an einem unselektionierten Krankengut bei 83% der von ihnen psychosomatisch untersuchten poliklinischen Hautpatienten einer Spezialambulanz die Indikation für eine Psychotherapie [10]. Grundlage der durchgeführten Studie war eine psychosomatische Liaisonsprechstunde für Patienten der Universitätshautklinik Gießen. Diese wurde mit dem Ziel eingerichtet, die Schwellenangst der Patienten zu vermindern und Kollegen in der Betreuung psychisch auffälliger Patienten zu entlasten und fortzubilden [10].

Aus der Arbeit von Schubert und Bahmer wird außerdem ersichtlich, dass vor zwanzig Jahren nur an wenigen deutschen Hautkliniken Modelle zur Zusammenarbeit zwischen Psychosomatik und Dermatologie stattgefunden haben, die über den Konsiliardienst hinausgegangen sind. Der Konsiliardienst beschränkt sich auf eine getrennte Arbeit, die mit telefonischen und schriftlichen Rückfragen verbunden ist. Im Gegensatz dazu gibt es beim Liaisondienst einen engeren Kontakt zu der Dermatologie. Im stationären Bereich bedeutet dies eine Einbindung des Psychosomatikers in den stationären Alltag.

Der entscheidende Unterschied ist, dass im Gegensatz zu den akut vorgenommenen Konsilgesprächen durch den täglich wechselnden diensthabenden Arzt beim Liaisondienst mehr Konstanz in der Arbeit vorherrscht. Ein bestimmter ärztlicher Mitarbeiter ist für eine festgelegte Zeitspanne pro Woche Ansprechpartner für Ärzte und Patienten der anderen Fachrichtung. Ludwig-Becker et al. [11] formulieren die Vorteile des Liaisondienstes wie folgt:

Der so zur Verfügung stehende Zeitrahmen ein und derselben Person ist gerade in der Psychosomatik für die Bildung einer therapeutischen Beziehung zwischen Arzt und Patient dringend erforderlich. Er lässt Raum für die psychische Befund- und Biographieerhebung, wie auch für die Bildung des Verständnisses der psychosomatisch-dermatologischen Diagnose für den Patienten.

Bereits Dilling et al. [12] fanden 1978 bei 32% der Patienten, die einen Primärarzt besuchten, eine behandlungsbedürftige Symptomatik.

Schaller et al. untersuchten in ihrer Arbeit im Rahmen eines Liaisonkonzeptes zwischen der Hautklinik und der Abteilung der Psychosomatik/Psychotherapie des Universitätsklinikums Düsseldorf über einen Zeitraum von 16 Monaten insgesamt 187 Patienten in der stationären dermatologischen Versorgung psychosomatisch. Hier zeigte sich, dass Patienten und Untersuchereinschätzungen positiv korrelierten [13].

Schaller et al. sprechen sich für eine „dermatologisch-psychosomatische Simultanbehandlung“ aus, um das „primär organische Beziehungsangebot des Patienten in ein personelles zu übersetzen, was wiederum in poststationäre simultane Behandlungen einmünden könnte und so zu einer sinnvollen Weiterentwicklung des stationär erreichten Behandlungsergebnisses führen kann.“ [8]

Auch Fritzsche et al. stellen in ihrer Studie die Bedeutung des Liaisondienstes in der dermatologischen Klinik heraus und zeigten bei 86 untersuchten Patienten einen psychotherapeutischen Mitbehandlungsbedarf in der Hälfte aller Fälle [14].

Dass ein Mitbehandlungsbedarf besteht, konnten auch Wessely und Lewis [15] in einer randomisierten Studie von neu aufgenommenen Patienten in einer dermatologischen Ambulanz zeigen. Bei 40% wurden psychiatrische Erkrankungen diagnostiziert. Bei 75% dieser Patienten wurde eine enge Beziehung zwischen der Dermatose und der psychischen Erkrankung festgestellt und bei 20% eine Koinzidenz.

Für Patienten der dermatologischen Polikliniken wurden Modelle für den Liaisondienst von Niemeier et al. beschrieben [16].

2.3 Darstellung der verschiedenen Konzepte der dermatologischen Psychosomatik

2.3.1 Konsildienst

Steinbrecher und Bofinger beschrieben in ihrer Studie, dass für die Konsiliartätigkeit des Psychosomatikers seine ausschließliche patientenbezogene Arbeit mit lediglich schriftlichen oder telefonischen Rücksprachen beim Kollegen kennzeichnend sei [17].

Die diagnostischen und therapeutischen Leistungen werden auf Anfrage in einer Krankenstation oder in einer Ambulanz erbracht. Sie kann ein erstes Stadium einer Kooperationsentwicklung zwischen somatischer Klinik und Psychosomatik sein. Wirsching et al. bemerkten, dass Konsiliartätigkeit dann problematisch wird, wenn sie die Abspaltung psychosozialer Aspekte und die Abschiebung problematischer Patienten fördert [18].

Ein Austausch zwischen Stationsarzt und Patient über das Konsil scheint eher reduziert und nur begrenzt stattzufinden, wie Lackner et al. [19] in einer Studie zu Bedingungen der Zufriedenheit im psychosomatischen Konsildienst feststellten.

2.3.2. Liasiondienst

Die Liasionsprechstunde ist eine Form der Kooperation der Psychosomatik mit der Dermatologie. Sie zeichnet sich - im Gegensatz zur Konsiltätigkeit - dadurch aus, dass eine „regelmäßige und anfrageunabhängige Zusammenarbeit zwischen psychologischen, psychotherapeutischen bzw. auch somatischen Behandlern ohne Zeit- und Reibungsverlust“ besteht [20].

Im Unterschied zum Konsiliardienst ist der Liasionpsychosomatiker ein festes Mitglied im Stationsteam und arbeitet nicht nur innerhalb angeordneter Konsile.

Durch die ständige Anwesenheit des Liasionarztes wird eine Normalität des anwesenden Psychosomatikers in der Dermatologie erreicht und die Patienten verlieren die Angst vor einer Überweisung in die Psychosomatik.

Die Aufgaben des Liasiondienstes bestehen in der Diagnosestellung psychosomatischer Krankheitsbilder sowie der Beratung behandelnder Ärzte im Umgang mit der Erkrankung.

Aus dem Werk *Psychosomatische Dermatologie* von Harth und Gieler (2006) ist die folgende Auflistung der Vorteile des Liaisondienstes entnommen⁶:

Vorteile der Liaisonsprechstunde

- Management von Problempatienten
- Flexibilität und rasche Kontaktaufnahme
- Abbau von Schwellenängsten
- Umgang mit Irritationen
- Diagnostik psychischer Störungen
- Aufdeckung krankheitsauslösender Ereignisse (life events)
- Einbeziehung der soziokulturellen Lebensgewohnheiten
- Reduktion nicht gestellter Diagnosen
- Indikation zur Psychotherapie
- Erläuterung komplexer Sachverhalte und Therapiekonzepte
- Motivation zur Psychotherapie
- Einleitung einer adäquaten Psychotherapie
- Qualitätssicherung
- Prävention

2.4 Ältere Studien zur psychosomatischen Versorgungssituation

Zur Prävalenz psychischer Störungen in somatischen Fachgebieten einschließlich der Dermatologie gibt es nur wenige repräsentative Studien und Ergebnisse.

Die vorhandenen erhobenen Daten differieren teilweise sehr stark.

⁶ Aufstellung entnommen aus: Harth, W., Gieler, U. (2006). *Psychosomatische Dermatologie*. Springer-Verlag. S.274.

In der Praxis der Allgemeinmedizin geben Martucci et al. [21] die Häufigkeit psychischer Störungen mit 28.7% an. Dilling et al. hatte bereits im Jahr 1978 eine ähnliche Befragung durchgeführt und kam zu einem Ergebnis von 32%.

In den letzten Jahren wurden leider keine Erhebungen zu diesem speziellen Thema durchgeführt.

In dem Fachgebiet der Dermatologie ermittelten Picardi et al. [1] 2000, dass in einer dermatologischen Praxis die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei 25.2% liegt. Aktan et al. [2] geben sogar Werte bis 33.4% an.

In Studien, die in dem stationären dermatologischen Bereich durchgeführt wurden, differieren die Werte von 9% [22] über 31% [23] bis zu sogar 60% [24].

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist in der Dermatologie gegenüber gesunden Kontrollgruppen um das Dreifache erhöht. Auch dies wird aus den Studien von Windemuth⁷ [23] und Hughes [24] deutlich.

Die Studie von Schubert und Bahmer aus dem Jahre 1989 befasste sich mit dem „Stellenwert und der Berücksichtigung klinisch-psychologischer Erkenntnisse in der Dermatologie“.

Zehn Jahre später knüpften Gieler et al. an diese Befragung an, modifizierten den Fragebogen und erweiterten die Umfrage, sodass sie an 69 Hautkliniken durchgeführt wurde.

Die Ergebnisse, die die Studie von 1989 hervorgebracht hatte, waren noch recht verhalten, was die psychosomatischen Interventionsverfahren an deutschen Hautkliniken betrifft.

In der Studie wurden 42 Hautkliniken angeschrieben, 29 Fragebögen wurden zurückgeschickt und konnten ausgewertet werden.

In nur acht von 29 Institutionen waren damals klinisch-psychologische Maßnahmen in das Behandlungskonzept von Dermatosen integriert. Diese Angabe gibt zu denken, da es einige häufige Dermatosen gibt, die psychischer Genese sind und für die daher diese niedrige Angabe an Integrationen nicht nachvollziehbar ist.

⁷ „Gegenüber somatisch gesunden Kontrollgruppen ist der Prozentsatz etwa um das Dreifache erhöht. Wird über diesen Anteil psychisch auffälliger Patienten hinaus auch noch der Teil betrachtet, der als grenzwertig zu bewerten ist, steigt die Prävalenz um 20.9% auf insgesamt 46.8%. Bei Verwendung dieses Kriteriums sind lediglich 53.2% der dermatologischen Patienten als psychisch unauffällig einzustufen.“ Windemuth, D. et al., [*Prevalence of psychological symptoms in dermatologic patients of an acute clinic*]. Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete, 1999. **50**(5): p. 338-43.

Ebenfalls einen sehr niedrigen Wert ergab die Frage nach Kooperationsformen mit psychosomatischen/psychologischen Institutionen oder Überweisungen an klinische Psychotherapeuten/Psychologen. Nur 15 der 29 befragten Krankenhäuser gaben an, eine Kooperation mit den genannten Formen zu haben.

Diese Trennung zwischen Soma und Psyche kann durchaus als problematisch angesehen werden, da durch diese Spaltung das Gefühl der Betroffenen verstärkt wird, dass sie „psychisch krank“ sind.

Ein weiterer Grund für die unzureichende Anwendung klinisch-psychologischer Arbeit waren auch die fehlenden finanziellen Mittel und damit fehlende Personalstellen. Die Einschätzung der Relevanz psychischer Faktoren für den Krankheitsverlauf spezifischer dermatologischer Störungen stimmte allerdings in der Befragung weitgehend mit der damals aktuellen Studienlage überein.

Das Thema der Studie von 1989 wurde dann zehn Jahre später von Gieler et al. erneut aufgegriffen. Angeschrieben worden waren 170 Hautkliniken, auswertbare Fragebögen gab es 69. Geantwortet hatten überwiegend Chefarzte mit einem Anteil von 55%. Dies wurde im Kontext der Auswertung berücksichtigt, da nach Herzog et al. [6] die Angaben, wie wichtig die Psychosomatik in der Genese und Therapie von Dermatosen ist, niedriger ausfallen, wenn der Patientenkontakt geringer ist. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass ein größerer Patientenkontakt, mit einem höheren psychosomatischen/psychologischen Interventionsbedarf einhergeht.

Die Veränderungen zur Studie von Schubert und Bahmer waren augenfällig. Die Beurteilung psychischer Komorbidität der einzelnen Dermatosen hat an Bedeutung gewonnen. Auch diese Antworten spiegelten die aktuelle Forschungslage der Zeit wider.

Dieses Ergebnis macht darüber hinaus deutlich, dass Ärzte die Relevanz psychischer Faktoren als geringer einschätzen als das Pflegepersonal, sich jedoch näher am gegenwärtigen Forschungsstand befinden und damit über eine differenziertere Einschätzungsfähigkeit zu psychischen Kofaktoren verfügen als das Pflegepersonal.

Die wissenschaftliche Aufmerksamkeit bezüglich psychosomatischer Faktoren hat in den zehn Jahren von 1989 nach 1999 deutlich an Gewicht gewonnen.

2.5 Welche Bedeutung hat die Psychosomatik bei Hauterkrankungen?

Die Psychosomatik ist keine neue Entdeckung in der Medizin. Der Terminus geht auf Johann Christian August Heinroth zurück, der ihn im Rahmen seiner Erkenntnisse/Forschungen im Jahr 1818 erstmals verwendete.

Bereits seit dem Beginn der wissenschaftlichen Dermatologie im 19. Jahrhundert wurde auch parallel ein Zusammenhang zwischen Haut und Psyche hergestellt. Im Jahr 1867 verfasst Erasmus Wilson (1867) ein Kapitel zu „Hautneurosen“. Nur zehn Jahre später beschreibt Duhring (1877), dass die Ursache vieler Dermatosen in den *Störungen des Nervensystems* zu finden sei. Kaposi hebt dies (1895) wie folgt hervor:

"Neurosen der Haut sind Krankheiten, die von einer Änderung in der Funktion von Hautnerven ohne nachweisbare Hautveränderungen bewirkt werden".

In den letzten 100 Jahren hat sich die psychosomatische Dermatologie ähnlich wie die Dermatologie entwickelt. Vergleichbar mit den Forschungen im Fachbereich der Dermatologie gab es auch im Bereich der psychosomatischen Dermatologie Jahrzehnte ohne bedeutende wissenschaftliche Innovationen.

Insbesondere in den letzten 30 Jahren aber sind in der psychosomatischen Dermatologie viele Konzepte im Bereich der Therapiegestaltung entwickelt worden. Vor allem tiefenpsychologische, verhaltensbiologische und psychoneuroimmunologische Erkenntnisse gewinnen für diesen Bereich zunehmend an Bedeutung. Locala hebt die Bedeutung der psychoneuroimmunologischen Modelle noch einmal hervor [25].

Die enge Assoziation von zentralem Nervensystem und der Haut ist bereits in der Embryogenese durch die gemeinsame Entstehung aus einem gemeinsamen Keimblatt, dem Ektoderm, angelegt. (siehe Abb. 1). Die Informationsweiterleitung sowie die Regulierung und Inhibition der Signale erfolgt über psychoneuroimmunologische und psychoneuroendokrinologische Signale. Regulierend wirken dabei das Nervensystem, das endokrine System und das Immunsystem.

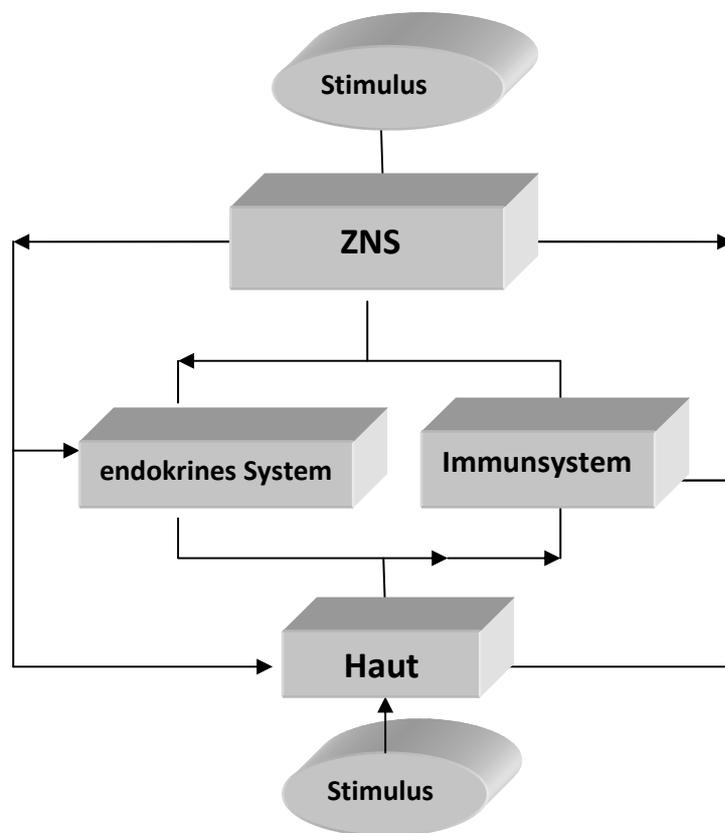


Abbildung 1: Kommunikation zwischen ZNS und Haut (Uexküll, 1995)

2.6 Auflistung und Definitionen von in der Studie behandelten Diagnosen

In den Leitlinien der psychosomatischen Dermatologie wird erwähnt, dass die stationär arbeitenden Dermatologen in vorangegangenen Studien angeben, dass die psychosomatische Intervention abhängig vom Krankheitsbild ist.⁸

⁸ In diesem Sinne verhalten sich auch die Leitlinien der psychosomatischen Dermatologie:

„Betrachtet man die differenzierte Bewertung der Dermatologen zu den einzelnen vorgegebenen Krankheitsbildern, so wird deutlich, dass es bei deren diagnostischer Beurteilung unterschiedliche Antworten hinsichtlich der Annahme gibt, ob die Erkrankung kausal bzw. wesentlich von psychosomatischen Faktoren beeinflusst wird und ob eine adjuvante oder begleitende psychosomatische Intervention oder keine Intervention für erforderlich gehalten wird. Während bei Krankheitsentitäten wie Dermatozoenwahn, Trichotillomanie, Artefakt-Krankheit, Acne excoriée und Pruritus sine materia meist eine kausale oder mindestens adjuvante Intervention für erforderlich gehalten wird, geben die stationär behandelnden Dermatologen bei Erkrankungen wie Tinea pedum, Basaliom, Verrucae vulgaris, seborrhoischem Ekzem und Virusinfektionen keine Begleittherapie als sinnvoll an.“(26.

Gieler U. Leitlinie Psychosomatische Dermatologie. Journal der deutschen dermatologischen Gesellschaft. 2003; 6.

Im folgenden Abschnitt werden einige der im Rahmen dieser Studie erfragten Diagnosen differenzierter dargestellt. Auch der aktuelle Forschungsstand der psychosomatischen Dermatologie zu den einzelnen dargestellten Krankheitsbildern soll hier komprimiert vorgestellt werden.

Generell lässt sich zu dermatologischen Erkrankungen sagen, dass chronische Hauterkrankungen häufig in Schüben verlaufen. Jeder erneute Schub führt bei dem Betroffenen zu einer psychosozialen Reaktion, die sich beispielsweise in Form von sozialem Rückzug oder Depression äußern kann. Dies kann sich wiederum auf den dermatologischen Krankheitsverlauf auswirken.

Diese Probleme treten besonders dann auf, wenn der betroffene Hautpatient unter entstellenden Erkrankungen leidet (Akne conglobata, Lupus erythematoses im Gesicht etc.) oder die Krankheiten eine ungünstige Prognose haben (Melanom).

Ein wichtiges Stichwort ist hier das Coping⁹ (die Krankheitsbewältigung des Patienten), das auch in der Psychotherapie erkannt sowie verbessert werden sollte. In einigen Fällen könnten bei chronischen Hauterkrankungen mit sekundär induzierten psychischen Belastungen auch Antidepressiva hilfreich sein.

Die folgenden Dermatosen sind in drei Gruppen unterteilt:

1. Dermatosen primär psychischer Genese
2. Dermatosen multifaktorieller Genese
3. Dermatosen primär somatischer Genese

2.6.1 Dermatosen primär psychischer Genese

Zu den Dermatosen primär psychischer Genese werden Erkrankungen gerechnet, bei denen die psychische Störung im Vordergrund steht (primär) und somatische Befunde sekundär hin-

⁹ *Coping*: In der medizinischen Soziologie und medizinischen Psychologie wurde das Bewältigungsvermögen bei Krankheiten untersucht. Allgemein bezeichnet man mit dem Begriff „coping“; engl. to cope with, bedeutet so viel wie bewältigen, mit etwas fertig werden oder auf eine Herausforderung bzw. Belastung angemessen reagieren können. (Aus 27. Kulbe A. Krankheitserleben und Krankheitsbewältigung: Coping. Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik: Lehrbuch für Pflegeberufe. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, 2009: 40-41.)

zutreten. Es handelt sich dabei um psychische oder psychiatrische Störungen und Krankheitsbilder im eigentlichen Sinne.

In der Dermatologie können vier Hauptstörungen aufgezeigt werden, bei denen eine primäre psychische Genese auftritt. Diese sind:

1. Artefakte, Paraartefakte, Simulationen
2. Dermatosen infolge von Wahnerkrankungen und Halluzinationen
3. Somatoforme Störungen
4. Dermatosen infolge von Zwangsstörungen

Im Folgenden werden exemplarisch drei Beispiele dieser Gruppe dargestellt: Die Acne excoriée, Artefakte und der Dermatozoenwahn.

2.6.1.1 Acne excoriée (ICD -10: F68.1; L70.5)

Die Acne excoriée, auch neurotische Exkoration, Skin picking syndrome oder Dermatilomanie genannt, kann zu den primär psychischen Erkrankungen gezählt werden. Die Patienten suchen erst aufgrund der der Haut zugeführten Irritationen den Dermatologen auf. Die Betroffenen leiden unter neurotischem Kratzen und Drücken von Hautunreinheiten. Dadurch kann es zu stark entstellenden Hautarealen kommen. Durch die Schwierigkeiten der Betroffenen Wunden abheilen zu lassen, kommt es außerdem häufig zu Narbenbildung.

Betroffene Hautstellen sind Gesicht, Extremitäten und der obere Bereich des Rückens, inklusive der Schultern. Die Häufigkeit für die Acne excoriée bei Hautpatienten liegt bei 2%.

Der Altersgipfel der Acne-excoriée-Patienten liegt zwischen 30 und 45 Jahren. Im Mittel sind mehr Frauen als Männer von der Krankheit betroffen. (Prozentuale Anteile von 52 und 92% waren in verschiedenen Studien angegeben) [28].¹⁰

Zur Therapie schreibt Cyr in seinem Artikel aus dem Jahr 2001, dass sich SSRIs als sinnvoll erwiesen haben. Trizyklische Antidepressiva brachten keinen Erfolg im Krankheitsverlauf.

¹⁰ Cyr (2001) bezieht sich auf Studien von Arnold, L. M. et al. (1998), Freunsgaard, K. et al. (1984) und Gupta, M. A. et al. (1987).

Außer Frage steht die Bedeutung von begleitender Psychotherapie, die durchweg als sinnvoll erachtet wurde.

Generell lässt sich feststellen, dass die Erkrankung noch recht wenig erforscht ist. Besonders im deutschsprachigen Raum existieren nur vereinzelt Studien zu diesem Thema.

2.6.1.2 Artefakte (ICD-10: F63.8, F 68.1, L98.1)

Unter Artefakten versteht man das absichtliche Erzeugen oder das Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen. Oft geschieht dies in Form von „Ritzen“ der Haut.

Von dieser Erkrankung sind fünf- bis achtmal mehr Frauen als Männer betroffen.¹¹ Viele Patienten, die an Artefakten leiden, leiden ebenfalls an einer Borderline-Symptomatik. Dieser Aspekt sollte bei der Therapie folglich mitbeachtet werden. Die Artefakte lassen sich in drei Gruppen klassifizieren:

Gruppe A sind die Artefakte im engeren Sinn, die als bewusste Selbstverletzung erkennbar sind.

In die Gruppe B lassen sich die sogenannten Paraartefakte einteilen, die als Manipulation einer vorbestehenden Dermatoze sichtbar werden. Hier liegt den Symptomen oft eine Impulskontrollstörung zugrunde.

Zur Gruppe C zählen die Simulationen, also bewusst vorgetäuschte Verletzungen, die zum sekundären Krankheitsgewinn genutzt werden.¹²[29]

Aus vielen Untersuchungen hinsichtlich der Altersverteilung der Betroffenen ließ sich feststellen, dass der Beginn der artifiziellen Störung häufig in die Pubertät und das junge Erwachsenenalter fällt. Die Psychotherapie hat bei der Behandlung der Artefakte einen hohen Stellenwert und ist gut untersucht. Gieler et al. haben auf Grundlage verschiedener Studien zu diesem Thema eine Tabelle zur Bedeutung unterschiedlicher Therapiemodelle der Psychotherapie erstellt (siehe Tabelle 1).

¹¹ Eine Ausnahme bilden die Simulationen (Gruppe C), die häufiger bei Männern zu finden sind.

¹² Unter sekundärem Krankheitsgewinn versteht man z.B. den Erhalt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Auch Vortäuschung von Krankheit im Rahmen von Versicherungsbetrug kann als Ursache für Simulationen angeführt werden.

Psychotherapie bei Artefaktpatienten			
Therapie	Artefakte	Paraarteefakte	Simulationen
Psychosomatische Grund- versorgung (Beschwerdetagebuch)	+++	+++	+
Psychoedukation	+++	+++	+
Verhaltenstherapie	+	+++	–
Tiefenpsychologie/ Analytische Psychotherapie	+++	+	–
Psychopharmaka	++	+	–
Konfrontation	–	+/-	+++

Tabelle 1: entnommen aus Gieler, U., Niemeier, V., Kupfer, J., Harth, W., *Psychosomatik in der Dermatologie*. Psychotherapeut, 2007. 52: p. 291-309.

2.6.1.3 Dermatozoenwahn (ICD-10: F20-F29)

Definition nach den Leitlinien der psychosomatischen Dermatologie[26]:

Der Dermatozoenwahn gilt als hautbezogene wahnhafte Störung. Der Krankheitsbeginn - im meist späten Erwachsenenalter vor allem bei Frauen - ist häufig mit sozialer Isolierung dieser Patientinnen assoziiert. Vermutlich haben belastende Lebensereignisse einen verstärkenden Einfluss auf die Erkrankung. Es besteht oft ein hoher Leidensdruck und deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die ständige Beschäftigung mit den Wahninhalten und daraus abgeleiteten Maßnahmen.

Es besteht die wahnhafte, hautbezogene Annahme, dass der Betroffene von Parasiten befallen wäre.

Die Betroffenen leiden symptomatisch unter Juckreiz und Kribbeln. Um die vermeintlichen Parasiten zu entfernen, kommt es nicht selten zu Artefakten mittels Pinzette oder Exkorationen durch Materialien, mit denen die vermuteten Parasiten unter der Haut entfernt werden sollen.

Hornstein stellte fest, dass der Dermatozoenwahn häufig mit paranoiden (20%) oder depressiven (50%) Störungen einhergeht, aber auch monosymptomatisch oder auch Noxeneinwirkung auftreten kann. [30]

Freudenmann entwickelte 2002 einen Ablaufplan, um den Dermatozoenwahn erfolgreich zu therapieren. Hierbei steht die pharmakologische Therapie mittels Neuroleptika (z.B. Risperidon) im Vordergrund. Begleitend ist eine Psychotherapie sinnvoll, von der Notwendigkeit muss allerdings der Betroffene erst überzeugt werden, was sich in manchen Fällen als schwierig darstellen kann. [31]

2.6.2 Dermatosen multifaktorieller Genese

Zu den multifaktoriellen Dermatosen können eine große Anzahl an Erkrankungen gerechnet werden, die maßgeblich durch psychosoziale Faktoren getriggert werden. Oftmals findet sich eine genetische Disposition, die Erkrankung wird dann aber im Verlauf durch psychische Faktoren beeinflusst. Zu den in der Dermatologie am häufigsten erwähnten Erkrankungen dieser Gruppe zählen hier vor allem die Neurodermitis, Acne vulgaris und die Psoriasis vulgaris. Bei den drei genannten Dermatosen findet sich eine gute Studienlage, was darauf zurückzuführen ist, dass diese Krankheitsbilder in der Bevölkerung häufig sind und somit eine gute Rekrutierung für die Studien möglich ist.

Die Dermatosen, die eine multifaktorielle Genese haben, können klassischerweise zu psychosomatischen Krankheitsbildern im eigentlichen Sinne gerechnet werden. Man findet in dieser Gruppe von Erkrankungen vor allem chronisch-rezidivierende Dermatosen, wobei oftmals eine Dysregulation des Immunsystems zu Grunde liegt, die Erkrankung selbst aber oft im Verlauf als entstellend erlebt wird. Eine psychosomatische Behandlung erweist sich dabei bei vielen Betroffenen als sinnvoll.

Die Dermatosen multifaktorieller Genese, deren Verlauf psychischen Einflüssen unterliegt, sind im Folgenden alphabetisch aufgelistet¹³:

¹³ Auflistung entnommen aus: 32. Harth W, Gieler U. Psychosomatische Dermatologie. Heidelberg: Springer-Verlag, 2006: 310., S. 83f.

- Acne vulgaris
- Alopecia areata
- Atopisches Ekzem/Neurodermitis
- Dyshidrosiformes Ekzem
- Herpes labialis/ Herpes genitalis
- Hyperhidrose
- Hypertrichiose/Hirsutismus
- Lichen ruber
- Lupus erythematodes
- Periorale Dermatitis
- Progressive systemische Sklerodermie
- Prurigo
- Rosazea
- Seborrhoisches Ekzem
- Urticaria
- Psoriasis vulgaris
- Verrucae vulgaris
- Vitiligo

Exemplarisch wurden einige Dermatosen der oben genannten Liste herausgegriffen und anhand dieser die jeweilige Studienlage analysiert und kurz zusammengefasst.

2.6.2.1 Acne vulgaris (ICD-10: L70, F54)

Die Acne vulgaris kann eng mit ängstlichen und depressiven Symptomen verknüpft sein. Die psychische Belastung, die die Patienten durch die Hauterkrankung unabhängig vom Schweregrad haben können, sollte in der Therapie der Akne Berücksichtigung finden. Eine alleinige Therapie der Hautsymptomatik erreicht häufig nicht ihr Ziel und kann sich auch kontraproduktiv auf die Compliance des Patienten auswirken [33].

Tan et al. schreiben - wie auch Niemeier et al.-, dass die psychische Belastung der Hautpatienten ähnlich stark ausgeprägt sein kann, wie bei schlimmen entstellenden oder le-

bensbedrohlichen dermatologischen Erkrankungen [34].¹⁴ Akne-Patienten haben die höchsten bekannten Suizidraten unter den dermatologischen Patienten, vor allem bei männlichen jugendlichen Patienten mit Acne conglobata ließ sich eine erhöhte Suizidrate ermitteln, so dass in der Diagnostik der Fokus vor allem auf depressive Tendenzen gerichtet werden sollte [35]. Die Leitlinie für psychosomatische Dermatologie [26] schreibt, dass bei der Therapie psychosomatische Aspekte stets berücksichtigt werden sollten, wenn der Verdacht auf depressive oder ängstliche Störungen vorliegt. Besondere Aufmerksamkeit ist indiziert, bei Störungen der Compliance, Schwierigkeiten bei der Krankheitsbewältigung oder bei Hinweisen auf Suizidgedanken. Da die Erkrankung häufig an auffallenden Hautarealen auftritt, leiden viele Patienten an der Befürchtung, entstellt zu sein. Dies hat zur Folge, dass sich die Betroffenen aus ihrer Umwelt zurückziehen und sich sozial isolieren. Bewährte therapeutische Ansätze zur Behandlung der Entstellungsproblematik und die Verbesserung des Selbstwertgefühls sind die Tiefenpsychologie sowie die Verhaltenstherapie.

Die Indikation für Psychopharmaka ist abhängig vom Vorkommen und der Schwere der psychischen Belastung. Eine kombinierte Therapie (Psychopharmaka und Psychotherapie) kann sich hier als sinnvoll erweisen.

2.6.2.2 Alopecia areata (ICD-10: L63, F 54. ggf. F 43.2)

Die Alopecia areata lässt sich durch das Auftreten einer oder mehrerer scharf begrenzter kahler Stelle(n) definieren, an denen üblicherweise und bisher normale Haare gewachsen sind.

Dass bei der Alopecia areata psychosomatische Aspekte eine Rolle spielen, wird durch mehrere Studien betont. Bei der Entstehung der Erkrankung wurde festgestellt, dass gehäuft stressvolle Life-Events vorzufinden waren. Auch im Verlauf der Krankheitsverarbeitung leiden Betroffene häufiger unter ängstlichen oder auch depressiven Reaktionen.

Egle und Tauschke zeigten 1987 in ihrer Arbeit zur Psychosomatik der Alopecia areata den Zusammenhang zwischen Immunsuppression und chronifizierter und damit nicht zu verarbeitender seelischer Belastung.[36]

¹⁴ Tan et al. (2004): "Acne vulgaris is associated with excess psychosocial morbidity, which can be reduced by effective treatment. Furthermore, acne is associated with a greater psychological burden than a variety of other disparate chronic disorders. The causal inference provided by current literature between acne and psychosocial disability requires validation by a longitudinal cohort evaluation."

Perini et al. ermittelten 1984, dass besondere Lebensereignisse als Krankheitsauslöser fungieren können und fanden eine doppelt so hohe Anzahl der Life-Events in einem Zeitraum von sechs Monaten vor Auftreten des Haarausfalls wie in der Kontrollgruppe. [37]

Zu einem ganz anderen Ergebnis kamen 2003 Picardi et al., die keine manifesten Unterschiede in der Zahl der Life-Events zwischen der Alopezie-Gruppe und der Kontrollgruppe in ihrer Studie finden konnten. Sie schreiben, dass eine allgemein gültige Definition für die psychische Ursache von der Alopezie schwer zu finden sei. Allerdings wurde hier gezeigt, dass die Alopezie mit alexithymen Charakteren und niedrigem sozialen Rückhalt korreliert. [38].¹⁵

Die Leitlinie der psychosomatischen Dermatologie beschreibt als sinnvolle psychotherapeutische Therapieoptionen sowohl psychodynamische, als auch verhaltenstherapeutische Verfahren.

2.6.2.3 Atopisches Ekzem/Neurodermitis (ICD-10: L20, F54)

Die Neurodermitis ist eine Dermatose multifaktorieller Genese. Ursachen sind u.a. genetische Disposition überlappender Genkonstellationen, Funktionsstörungen der humoralen oder zellulären Immunität, Störung der vegetativen Nervensystems mit Blockade des b-adrenergen Systems, Störung der Schweißabgabe, Störung der Talgproduktion. Eine Auslösung durch Stress ist aber auch möglich.

Die chronisch rezidivierende Erkrankung manifestiert sich häufig schon im Kindesalter und zeigt sich dann durch den sogenannten Milchschorf, der vor allem an der Kopfhaut und in Bereichen des seitlichen Gesichts auftritt. Erst später verlagert sich die Atopische Dermatitis hin zu den großen Gelenkbeugen, dem Nacken und den Händen und Füßen. Das Hauptsymptom ist der Pruritus.

Im Jahr 1891 beschrieben und definierten Brocq und Jacquet die Atopische Dermatitis und nannten diese Erkrankung „Neurodermitis“. Sie deuteten bei der Schaffung des Begriffes be-

¹⁵ Zitat entnommen aus Picard et al. 2003: “Alopecia areata tended to be associated with high avoidance in attachment relationships, high alexithymic characteristics, and poor social support. The results suggest that personality characteristics might modulate individual susceptibility to alopecia areata.”

reits darauf hin, dass die Krankheit entscheidend von psychosozialen und entzündlichen Faktoren abhängt [39].

Die wohl größte Studie, die einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Einflüssen und dem Ausbruch der Krankheit herstellte, entstand 1995 in Japan. Kodama et al. befragten nach dem großen Erdbeben in Kobe 1457 Neurodermitis-Patienten. Bei 38% der befragten ND-Patienten brach die Erkrankung nach dem Erdbeben erneut aus, im Gegensatz dazu wurde bei nur 7% der Kontrollgruppe aus verschonten Gebieten ein erneuter Schub der Dermatose festgestellt.

Allerdings gab es auch bei 9% der Betroffenen aus dem Erdbebengebiet eine Verbesserung der Symptomatik, entgegen der Kontrollgruppe, in der nur 1% eine Verbesserung verspürte [40].

Die Exazerbation der Dermatose durch life-events oder psychosozialen Themen wurde auch in weiteren Studien validiert.

Ein weiteres Problem für die Patienten mit Neurodermitis ist der sogenannte Juckreiz-Kratz-Zirkel. In einigen Studien konnte der Zusammenhang zwischen emotionaler Belastung und der Stärke des subjektiv empfundenen Juckreizes festgestellt werden. In der Studie von Roos aus dem Jahr 2004 geht hervor, dass durch Konfrontation mit persönlich belastenden Ereignissen aus der Vergangenheit der Juckreiz bei den Betroffenen verstärkt oder erst hervorgerufen wurde [41].

Hierdurch wird die immense Bedeutung der psychischen Faktoren bei der Erkrankung deutlich.

Die ND-Patienten sind eine heterogene Gruppe von Patienten, die keine klare Persönlichkeitsstruktur haben. Dies heißt, dass zwar häufig Anspannung, Unsicherheit oder auch Minderwertigkeitsgefühle bei den Patienten erkennbar sind, aber es keine Persönlichkeitsstruktur gibt, die die Patientenklientel charakterisieren würde.

Eine weitere Schwierigkeit ist, dass durch negative Compliance die Krankheitsverarbeitung beeinflusst wird. Eine Studie zur Lebensqualität stellte heraus, dass Neurodermitis-Patienten die subjektiv höchste Einschränkung der Lebensqualität im Bereich von Hautkranken haben. Diese Einschätzung kommt vor allem durch die Chronizität der Dermatose zustande [32]

In einer Clusteranalyse wurde 1990 festgestellt, dass bei ca. 20% der ND-Patienten eine psychische Auffälligkeit vorliegt [42]. In einer weiteren Studie wurde gezeigt, dass bei Neurodermitis-Patienten eine inadäquate Stressverarbeitung, eine negative Kommunikation und ein

erhöhtes Erregungsniveau vorzufinden ist, die die Lösung von Problemen des Alltags erschweren und damit einen weiteren Stressfaktor darstellen.

Eine Umfrage der IKK ergab, dass die Psychotherapie als Behandlungsverfahren der ND ebenso effektiv ist, wie die Gabe topischer Kortikoide. Auch zur Linderung des Juckreiz-Kratz-Zirkels hat sich die Psychotherapie als mögliches Therapieverfahren bewährt.

2.6.2.4 Chronische Urtikaria (ICD-10: L 50, F 54)

Die Urtikaria, auch bekannt unter „Nesselsucht“, ist eine dermatologische Erkrankung, die durch Quaddelbildung und Juckreiz gekennzeichnet ist.

Als möglicher Auslöser wird Stress diskutiert. Allerdings gibt es zu diesem Thema nur wenige repräsentative Studien, die dies validieren. [43] Einfache Patientenbefragungen zeigen, dass Stress von vielen Patienten als wichtige Komponente in Bezug auf die Auslösung eines Urtikaria-Schubes betrachtet wird, wobei die Zahlenangaben jedoch je nach Autor zwischen 7% und 82% schwanken. [44, 45]

Bei einem Teil der Urtikaria-Patienten konnte eine Depression beobachtet werden. Die Leitlinie zur psychosomatischen Dermatologie äußert sich hierzu wie folgt:

„Die bei einem Teil der Patienten zu beobachtende Depression kann Folge der chronischen Hauterkrankung sein, aber auch Vorläufer (Urtikaria als somatischer Ausdruck) eines nicht bewältigten Konfliktes (ebmII)¹⁶.“[26]

Mögliche Therapieverfahren sind Entspannungsverfahren, diese sind vor allem bei stressbedingter Urticaria sinnvoll sind. In der Verhaltenstherapie wurde die Stressbewältigungstherapie bevorzugt. Auch suggestive Verfahren werden in der Literatur beschrieben. Die oben angegebene Leitlinie erwähnt, dass sich auch Hypnose zur Juckreizlinderung bewährt hat. Antihistaminisch wirkende Neuroleptika haben sich ebenfalls als wirksam erwiesen.

¹⁶ Ebm= evidence based medicine II= wahrscheinlich wirksame Behandlung.

2.6.2.5 Hirsutismus

In der Medizin beschreibt der Begriff des Hirsutismus eine übermäßige und abnorme Behaarung mit primär männlichem Verteilungsmuster. Azziz schreibt in seiner Studie 2000, dass zwischen 5-10% aller Frauen betroffen sind [46].

Als Ursache der Erkrankung wird meist die übermäßige Bildung männlicher Sexualhormone angegeben. Strauss und Appelt diskutierten 1984 allerdings ebenfalls die Auslösung der Erkrankung durch psychogene Faktoren [47].

Ca. 20% der Betroffenen leiden am sogenannten idiopathischen Hirsutismus, da sich hier die Ursache nicht ausreichend klären lässt und die Symptome sich mittels Hormontherapie nicht abschließend behandeln lassen.[46]

Clayton et al. wiesen 2005 nach, dass Frauen, die an Hirsutismus leiden, ängstlicher und depressiver sind als die Personen der Kontrollgruppe.[48] Das Selbstwertgefühl der Patientinnen ist häufig eingeschränkt und auch das Schamerleben ist stärker ausgeprägt.

Im Folgenden ist eine Auflistung zu den möglichen psychischen Folgen durch den Hirsutismus aus dem Lehrbuch für Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie (2007) abgebildet. [49]

Mögliche psychische Folgen bei Hirsutismus:

- Ängste
- Depression
- Herabgesetztes Selbstbewusstsein
- Unzufriedenheit mit dem Körperbild (Gefühle von Unattraktivität, Hässlichkeit, dreckig sein, unrein sein)
- Unsicherheiten in der Geschlechtsidentität und bei sexuellen Kontakten, nicht weiblich/feminin
- Scham erleben
- Erleben von Spott und sozialer Zurückweisung
- Soziale Ängste
- Sozialer Rückzug/ Gefühl der Ausgrenzung/Isolation
- Reduzierte Lebensqualität

Aus den Ängsten heraus resultiert ein teilweise recht ausgeprägtes Vermeidungsverhalten. Öffentlichkeit, Schwimmbäder, Sauna etc. werden von den betroffenen Frauen gemieden.

Die psychische Belastung ist nicht linear abhängig vom Ausmaß der Erkrankung, sondern vorwiegend vom subjektiven Empfinden abhängig.

Eine Psychotherapie ist in einigen Fällen indiziert, unterschiedlich von Leidensdruck kann zusätzlich auch eine antidepressive Therapie mittels Psychopharmaka in Erwägung gezogen werden. Da die Psychotherapie allerdings nicht die Ursache mindert, ist die Compliance der Patientinnen oft nur gering und Therapien werden abgebrochen.

Bewährte Therapiemodelle sind: soziales Kompetenztraining, Kommunikationstraining, euthyme Behandlungsstrategien [49].

2.6.2.6 Lupus erythematoses/Sklerodermie (ICD-10: L93, L94.0, M32, M34, F54)

Unterschieden werden zwei Formen des Lupus erythematoses: CDLE (chronisch-diskoider Lupus erythematoses) und der SLE (systemischer Lupus erythematoses). Die CDLE ist eine überwiegend kutane Verlaufsform der Erkrankung und ist durch chronisch verlaufende, diskoidale scharf begrenzte, erythematokeratotische Plaques gekennzeichnet, die dann atrophisch abheilen.

Die SLE gehört zu den rheumatischen Erkrankungen und ist eine Autoimmunerkrankung mit charakteristischem Schmetterlingserythem oder auch Alopezie. Zusätzlich können unterschiedliche Organe von der Erkrankung befallen sein, Polyarthritiden, Lupus-Nephritis und ZNS-Beteiligung können vorkommen.

Die psychische Symptomatik bei dem LE wird oft im Zusammenhang mit Schüben diskutiert. Adams et al. stellten fest, dass Stress, Depressionen und Ängstlichkeit Einfluss auf die Symptomschwere haben können. Die zentralen Punkte der psychosomatischen Problematik sind Krankheitsbewältigung, die Einschränkung der Lebensqualität und Hoffnungslosigkeit [50].

Haupt zeigte, dass der SLE von allen Kollagenosen die höchste ZNS-Beteiligung aufweist. Unter Berücksichtigung der leichten kognitiven Störungen weisen psychische Störungen beim SLE einen sehr hohen Prozentsatz von 90% auf. In jedem zweiten bis fünften Fall kommt es

zu Verwirrheitszuständen, Psychosen, Angststörungen, depressiven Episoden oder ähnlichem [51].

Aus dem Buch „Psychosomatische Dermatologie“ von Harth und Gieler lässt sich eine Aufstellung der psychischen Problemfelder bei dem LE entnehmen ¹⁷:

Primäre Triggerfaktoren

- Psychosoziale Belastungen
- Life events
- „daily hassels“

Reaktive Anpassungsstörungen

- Angststörungen
- Depressive Störungen
- Probleme der Krankheitsbewältigung

Direkte entzündliche ZNS-Beteiligung

- Organisches Psychosyndrom
- Verwirrheitszustände (Psychosen)
- Krampfanfälle
- Parkinsonähnliche Symptomatik

2.6.2.7 Vitiligo (ICD-10: L80, F54)

Die Vitiligo, auch als Weißfleckenkrankheit bekannt, ist eine erworbene, hypomelanotische Pigmentstörung. Die klinischen Symptome sind scharf begrenzte, depigmentierte Hautareale, die an jeder Körperstelle lokalisiert sein können.

Frauen leiden häufig stärker unter der kosmetischen Entstellung durch die Krankheit als Männer. Diese Entstellung wird häufig von schweren psychologischen Einschränkungen begleitet. Vitiligo-Patienten müssen sich mit einer immer wieder auftretenden und lebenslang sichtbaren Pigmentstörung arrangieren, die die Lebensqualität der Betroffenen einschränkt. Häufig

¹⁷ Aufstellung entnommen aus: Harth, W., Gieler, U. (2006). Psychosomatische Dermatologie. Springer-Verlag. S.113-114.

sind die Patienten durch die Erkrankung mit psychischem Stress und Depressionen konfrontiert. Die Vitiligo wird zu den Dermatosen mit multifaktorieller Grundlage gerechnet. Aber auch die psychischen Faktoren können in einigen Fällen als primärer Faktor gewertet werden. Gieler et al. zeigten in einer Studie (2000), dass etwa 30% aller Patienten Stress als Auslöser der Krankheit betrachten. [52]

Eine Studie von Schmid-Ott et al. aus dem Jahr 2007 [53] zeigt, dass Betroffene sich aufgrund psychischer Beeinträchtigungen sozial zurückziehen und auch bestimmte Kleidung meiden. Die durchgeführte Erhebung¹⁸ untersuchte, welche Bewältigungsstrategien Betroffene entwickeln sowie das Ausmaß der Stigmatisierung, welches Patienten hinsichtlich betroffener Hautpartien empfinden. Vitiligo-Patienten erleben die Stigmatisierung durch ihre Umwelt und haben geringe Bewältigungsmechanismen in Bezug auf ihre Erkrankung. Anhand der Fragebögen wurde auch deutlich, dass Bewältigungsprobleme bezüglich der sichtbar betroffenen Hautstellen und verringerte Lebensqualität als direkte Folgen eines Lebensstils gewertet werden können, der von Rückzug und Vermeidung geprägt ist.

Eine sich daraus ergebende psychosomatische Komponente dieser Hauterkrankung legt nahe, dass ein bedeutendes Ziel der dermatologischen Behandlung darin besteht, die Patienten im Umgang mit der eigenen Erkrankung zu unterstützen.¹⁹

Im Jahr 2009 erschien in dem Buch „Hauterkrankungen“ [7] von Taube et al. ein weiterer Artikel zum Thema Vitiligo und zu psychosomatischen Aspekten und Folgen dieser Erkrankung. Aus dem Text wird ersichtlich, dass als Therapieziel für die psychische Belastung die Psychotherapie zur Krankheitsbewältigung im Mittelpunkt stehen sollte. Es eignen sich ebenfalls Gruppentherapien und Entspannungsverfahren. In Einzelfällen sind auch Antidepressiva indiziert.²⁰

2.6.3 Dermatosen primär somatischer Genese

Zu den Erkrankungen primär somatischer Genese lassen sich Erkrankungen wie das Melanom, das Basaliom, Virusinfektionen und das Ulcus cruris aufzählen. Die Unterscheidung zu

¹⁸ Die Studie wurde durchgeführt im Fachkrankenhaus für Dermatologie, Schloss Friedensburg in Leutenberg, Thüringen

¹⁹ Allerdings muss hier angemerkt werden, dass die Ergebnisse ein geringeres subjektives Krankheitsempfinden der Vitiligo-Patienten aufweisen als vorher angenommen. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Betroffenen selbst nur einen geringen Zusammenhang zwischen der Hauterkrankung und den psychischen Problemen sehen.

²⁰ Entnommen aus Kapitel Vitiligo – psychosomatische Aspekte, S.203-216.

den Dermatosen multifaktorieller Genese ist allerdings nicht ganz einfach, da bei strenger Definition jeder Hauterkrankung auch eine multifaktorielle Genese zugeordnet werden könnte.

2.6.3.1 Melanom (ICD-10: C43, F54)

Das maligne Melanom (auch „schwarzer Krebs“ genannt) ist der gefährlichste maligne Tumor der Haut, da er eine hohe Metastasierungstendenz besitzt.

Nach Stagnier [54] können psychologische Faktoren wie mangelnde soziale Unterstützung und eine Vermeidung von negativen Emotionen und damit eine defensiv orientierte Krankheitsverarbeitung die Prognose erheblich verschlechtern.

Die Leitlinie der psychosomatischen Dermatologie aus dem Jahr 2003 [26] schreibt zum Melanom, dass sich bei ca. 25% der Betroffenen oft erhebliche psychosoziale Belastungen mit Einschränkung der Lebensqualität und Depression finden. Der offensive Umgang mit der Erkrankung und damit die aktive Krankheitsbewältigung werden hier als bedeutender Faktor für die Überlebenszeit angegeben.

Die Ergebnisse der Dissertation von Zschocke aus dem Jahr 2001 [55], die sich mit der Krankheitsbewältigung von Melanom-Patienten befasst, zeigt, dass die Krankheitsverarbeitung und -bewältigung eher mit gering ausgeprägten Belastungen verbunden ist. Allerdings ließ sich bei 13% der Patienten, die unter psychosozialen Belastungen litten, feststellen, dass ein Betreuungsbedarf besteht. Einen subjektiven Bedarf an Betreuungsangeboten, der primär eine Motivation zu spezifischen Interventionen umfasst, wurde von einem erstaunlich hohen Anteil der Patienten als wünschenswert beurteilt. Ca. 50% aller Patienten wünschen sich eine psychosoziale Intervention, wobei hier das Ziel einer förderlichen Gesundheitserziehung am größten ist.

2.6.3.2 Ulcus cruris (ICD-10: I87, L97, F54)

Unter einem Ulcus cruris venosum versteht man einen *Substanzdefekt in pathologisch veränderten Gewebe des Unterschenkels infolge einer Chronischen Venösen Insuffizienz*. [56]

Bei der Auslösung der Erkrankung sind keine psychischen Faktoren bekannt. Allerdings kann im Krankheitsverlauf eine psychische Belastung bis hin zur Depression nachgewiesen werden. Besonders jüngere Patienten leiden stark unter der äußeren Entstellung. Die Belastung, die die Betroffenen unter der Erkrankung spüren, ist außerdem stadienabhängig.

Die Leitlinie zum Ulcus cruris schreibt:

Die zustimmende Körperbewertung und die vitale Körperdynamik sind bei Patienten mit venösem Ulkus durch das venöse Ulkus ausgeprägt zum Negativen hin verändert. Die Beeinträchtigung ist fast so stark wie bei psychosomatischen Erkrankungen, wobei festgestellt werden muss, dass rein somatische Erkrankungen das Körperbild im Vergleich am geringsten und psychosomatische Erkrankungen am stärksten negativ beeinträchtigen.

Etwa $\frac{1}{4}$ aller Patienten mit venösen Ulzerationen leiden nach Jones et al. (2006) an Depressionen und Angst, diese Problematik korreliert allerdings mit der Stärke des Wundschmerzes und Wundgeruches.[57]

Studien zu psychotherapeutischen Verfahren beim Ulcus cruris liegen nicht vor. Für den Fall, dass Betroffene sehr unter der äußerlichen Entstellung leiden und mit depressiven Symptomen reagieren, könnte eine Therapie mit Psychopharmaka als sinnvoll erachtet werden. [26]

3 Methodischer Teil

3.1 Art und Ziel der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gründet auf einer schriftlichen und per Postversand durchgeführten Befragung, die an bereits ausgewertete Studien aus den Jahren 1989 und 1999 anknüpft. Ziel ist es, den Ist-Zustand über die Versorgungssituation der Psychosomatik in dermatologischen Kliniken in Deutschland aufzuzeigen und des Weiteren zu schauen, inwieweit sich die Situation der psychosomatischen Dermatologie in den letzten 20 Jahren verändert hat. Durch die hohe Vergleichbarkeit zu der Studie von Gieler et al. (1999) wird ein differenziertes Bild in den Veränderungen der Einschätzungen möglich sein.

Zufriedenstellend war der Rücklauf von 59.5% der Befragungsbögen.²¹ Dies allein könnte schon ein Indiz für die höhere Sensibilität für die Thematik der in dermatologischen Kliniken Beschäftigten sein.

3.2 Zum Studienablauf

Die in dieser Studie zugrundeliegenden Befragungen fanden im Zeitraum von Anfang Dezember 2009 bis Ende Januar 2010 statt. Dabei wurden zunächst die Fragebögen an das Pflegepersonal versandt. Es folgten Mitte Dezember die Briefe an die Ärzte. Als spätestes Abgabedatum war der 15. Januar 2010 angegeben, allerdings gingen viele Briefe erst Ende Januar ein. Der Rücklauf wurde durch persönliche Telefonate mit einzelnen Kliniken (ca. 20) noch einmal verbessert. Etwa ein Drittel der kontaktierten Kliniken reagierte auf diese Telefonate durch Rücksendung der Fragebögen.

Ende Februar wurde dann mit der Auswertung mittels Excel begonnen. Zu diesem Zeitpunkt lagen 153 der 278 versandten Fragebögen vor. Dies entspricht 139 Kliniken, da je ein Fragebogen separat an das Pflegepersonal und an die Ärzteschaft ging. 26 Fragebögen (das entspricht 13 Kliniken/Krankenhäusern) waren nicht zustellbar, u. a. weil die Einrichtungen oder die Abteilungen nicht mehr existierten. Von den 153 Antwort-Fragebögen waren drei nicht auswertbar. Es blieben 150 Fragebögen. Bezogen auf die 126 erreichten Kliniken (dies entspricht 252 Fragebögen) ergibt das eine Rücklaufquote von 59.5%. Alle später eingegangenen ausgefüllten Fragebögen konnten leider nicht mehr in die Auswertung einbezogen werden, da die zeitliche Befristung überschritten war.

²¹ Der gute Rücklauf war vermutlich vor allem darauf zurückzuführen, dass der verschickte Fragebogen sehr schlank auf zwei Seiten zusammengefasst war und außerdem ein frankierter Rückumschlag beigelegt war, der den Aufwand minimierte.

3.3 Zur Fragestellung

Der Fragebogen orientiert sich an dem Fragebogen der vorangegangenen Studie von Gieler (1999), da diese Arbeit kontrastiv angelegt ist und u.a. darauf abzielt, eine mögliche Entwicklung des Zeitraums zwischen 1999 und 2009 darzustellen.

Verändert hat sich der Fragebogen zum Einen durch die Aufgliederung in Ärzteschaft und Pflegepersonal, zum Anderen wurden in Tabelle 6 die Diagnosen um weitere 10 Krankheitsbilder erweitert, somit wurden statt 19 Diagnosen nun 29 abgefragt (siehe Anhang).

Der Fragebogen gliedert sich in sechs Fragen, wobei eingangs danach gefragt wird, welche Personen des Krankenhauspersonals den Fragebogen ausgefüllt haben (Chefarzt, Oberarzt, Pflegedienstleitung oder Stationsleitung). Die Fragebögen waren bereits im Vorfeld sowohl an die Chefarzte als auch getrennt an die Pflegedienstleitung der dermatologischen Abteilungen verschickt worden und mittels Chiffrenummern codiert worden.

Im Folgenden nun die Fragen im Einzelnen sowie die dahinter liegenden Intentionen.

1. Gibt es in Ihrer Klinik Kooperationsformen mit dem psychosomatischen Bereich?
(Mehrfachnennungen möglich)²²
2. Bei wie viel Prozent der Patienten sehen Sie den Bedarf eines psychosomatischen Therapieangebotes?²³
3. Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Patienten mit somatoformen Störungen (Hautbeschwerden ohne organisch fassbaren Befund) in Hautkliniken?²⁴
4. Welche psychotherapeutischen Verfahren würden Sie als sinnvoll erachten?
(Mehrfachnennungen möglich)²⁵
5. Welche Aufgabe sollte die Psychosomatik haben? (Mehrfachnennungen möglich)²⁶

²² Welche Kooperationsformen gibt es generell an den Kliniken? Hat es hier in den letzten 10/20 Jahren Veränderungen gegeben und welchen Stellenwert hat insbesondere die Kooperation mit der Psychosomatik?

²³ Bei wie viel Prozent der Patienten besteht der Bedarf eines psychosomatischen Therapieangebotes? Gibt es hier Veränderung zum Pflegepersonal? Wenn ja, warum besteht dieser Unterschied? Ist die Einschätzung in den letzten 20 Jahren stabil geblieben oder ist hier eine Veränderung erkennbar?

²⁴ Wie hoch ist annähernd der Anteil der Patienten mit somatoformen Störungen in der Dermatologie? Welche psychotherapeutischen Verfahren sind sinnvoll? Gibt es hier eine Veränderung der Einschätzungen im Verlauf der letzten 20 Jahre? Welche Alternativen zu Psychopharmaka werden hier in Erwägung gezogen?

²⁵ Welche psychotherapeutischen Verfahren werden von den Mitarbeitern als sinnvoll erachtet, gibt es Veränderungen? Gibt es Unterschiede zwischen Pflegepersonal und Ärzten?

6. Wie schätzen Sie die notwendigen psychosomatisch/psychiatrischen Interventionen bei folgenden aufgelisteten Hauterkrankungen? (Bitte die für Sie zutreffende Diagnose 1x ankreuzen!)²⁷

3.4 Zur praktischen Durchführung

Zu Beginn der Erstellung des Fragebogens wurden die Fragen aus den vorliegenden Studien mit dem gegenwärtigen Kenntnisstand abgeglichen. Anhand der vorangegangenen Studien von Schubert und Bahmer (1989) und Gieler et al. (1999), wurde Ende Oktober 2009 ein Fragebogen entwickelt, der eine gute Vergleichbarkeit zu den Studien aufweist.

Zur Stärkung der Studienrelevanz konnte Ende Oktober erreicht werden, dass die DDG (Deutschen dermatologischen Gesellschaft) die Forschungsergebnisse in ihrem Journal veröffentlicht.

Neben dem Fragebogen wurde ein weiterer Brief beigelegt, in dem kurz das Anliegen erläutert wurde und außerdem die Unterstützung durch die DDG hervorgehoben wurde. Die Briefe an das Pflegepersonal wurden am 8. Dezember 2009 versendet, die Briefe an die Ärzteschaft folgten am 22. Dezember 2009.

Rücksendefrist war der 15.01.2010, wobei auch noch viele Briefe Ende Januar ankamen. Mitte Februar 2010 wurden noch einmal die ca. 20 Kliniken persönlich angerufen, von denen im Vorfeld weder von den Ärzten, noch von der Pflege eine Antwort kam. Von diesen so erreichten Kliniken kamen acht Briefe/Faxe zurück. Drei Sekretariate der Chefärzte meldeten sich telefonisch zurück und berichteten, dass kein Interesse an der Beteiligung besteht.

Die Auswertung der eingegangenen und auswertbaren 150 Fragebögen erfolgte mittels Excel. Die Fragebögen wurden codiert, für eine angekreuzte Antwort gab es den Wert 1, für eine nicht angekreuzte Antwort gab es den Wert 0. Dieses Verfahren war sehr praktikabel für die

²⁶ Welche Aufgaben sollte die Psychosomatik aus Sicht von Mitarbeitern der Dermatologie haben? Auch hier ist in der Verlaufsstudie interessant, was sich in der Bewertung der Psychosomatik von 1989 bis heute verändert hat.

²⁷ In der letzten Tabelle sind insgesamt 29 Diagnosen aufgelistet, die streng genommen als einzelne Fragen betrachtet werden könnten. Die Fragestellung hier: Bei welchen Diagnosestellungen ist eine psychosomatische Intervention obligat und inwieweit herrscht hier Übereinstimmung?

gesamte erste Seite des Fragebogens, da bei drei der fünf Fragen Mehrfachnennungen möglich waren und die Auswertung dieser Fragen damit deutlich vereinfacht wurde. Mit diesem Verfahren konnten mittels Excel sowohl Summenwerte als auch die Prozentwerte der einzelnen Antworten errechnet werden. Um eine Unterscheidung zwischen den Angaben des Pflegepersonals und den Ärzten feststellen zu können, wurden die Angaben in Prozent formatiert und anschließend grafisch dargestellt. Hierdurch wurden die Unterschiede ersichtlich.

Bei der Frage 6 (Aufstellung der 29 Diagnosen) konnte dieses Verfahren nicht übertragen werden. Also gab es hier für die einzelnen Kästchen unterschiedliche Werte.²⁸

Die Menge der angekreuzten Zellen wurde in Zahlen umgewandelt und die Menge ermittelt (Anzahl der kausalen Intervention; Anzahl der begleitenden Intervention etc.) - auch hier ließen sich damit detaillierte prozentuale Angaben sowie die Mittelwerte feststellen.

3.5 Statistik

Die Analysen wurden mittels des SPSS („statistical package for the social sciences“) und Microsoft Excel durchgeführt.

Neben Chi-Quadrat-Tests wurden ebenfalls Korrelationen ermittelt.

Mittelwerte zwischen den Gruppen wurden bei Normalverteilung mittels T-Test überprüft, bei fehlender Normalverteilung wurde als non-parametrischer Test der Wilcoxon-Test angewandt.

Bei sämtlichen Ergebnissen werden die entsprechenden Kenngrößen angegeben (Chi- Quadrat-, T- Wert; p).

Als niedrigstes Signifikanzniveau wurde $p= 0.05$ verwendet.

²⁸ 5= für kausale/notwendige Intervention

4 =auf der Linie zw. kausaler und begleitender Intervention

3 =adjuvant/begleitende Intervention

2 =auf der Linie zw. bedingter und keiner Intervention

1 =keine Intervention

0=keine Angabe

4 Ergebnisse

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie im Allgemeinen dargestellt, im zweiten Teil wird der direkte statistische Vergleich zwischen ärztlichem Personal und Pflegepersonal durchgeführt und im abschließenden Abschnitt werden die aktuellen Ergebnisse mit den Ergebnissen der Studien von 1989 und 1999 verglichen.

4.1 Ergebnisse der aktuellen Studie

In der durchgeführten Befragung wurden insgesamt 150 auswertbare Fragebögen zurückgeschickt. Dabei waren von 139 Kliniken 96 Fragebögen vom ärztlichen Personal zurückgeschickt worden und 54 Fragebögen vom Pflegepersonal. Dies entspricht n (ärztliches Personal) = 69.1% bzw. n (Pflegepersonal) = 38.8%.

In Bezug auf die Frage nach Kooperationsformen (Abb. 1) ist das Konsil durch die Psychiatrie bei der derzeitigen Befragung mit 58.2% die häufigste Form, ein Konsil durch Psychosomatik wird in 46.6% angegeben. Einen Psychologen als festen Mitarbeiter geben 34.9% an. Eigene Mitarbeiter sind an 12.3% der Kliniken beschäftigt.

In 18,5% erfolgt eine Überweisung zum Psychologen oder zum ärztlichen Psychotherapeuten, die Überweisung zum Psychiater erreicht 21.2%.

Der Liaisondienst wird von 11% der Befragten als Kooperationsform angegeben.

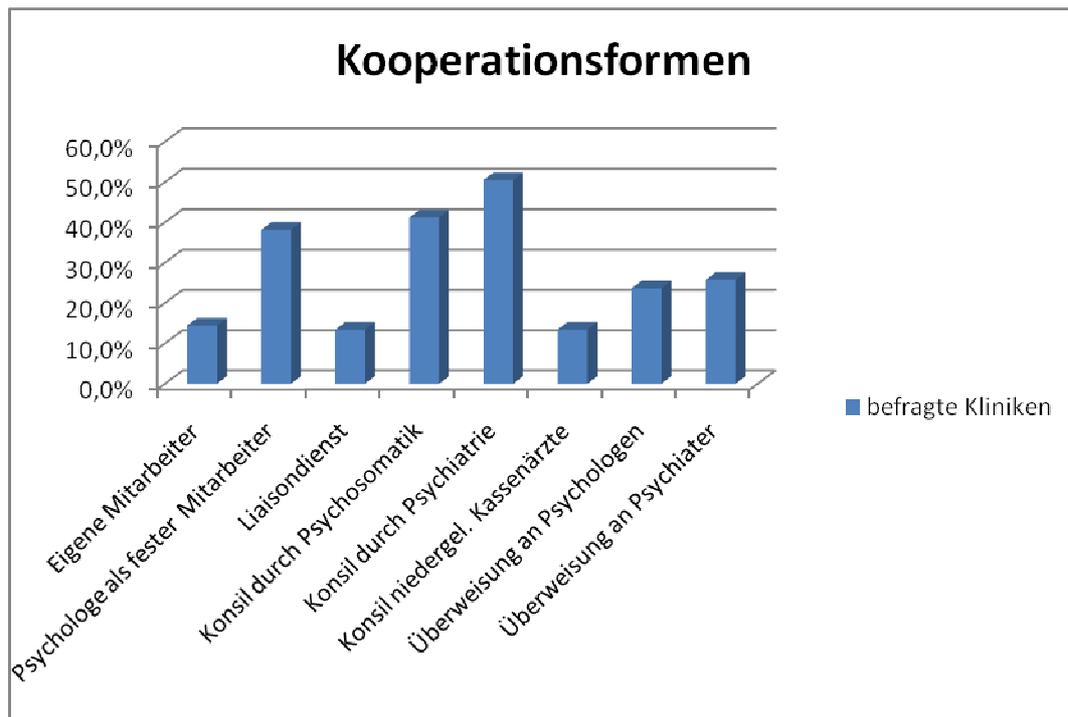


Abbildung 2 Welche Kooperationsformen gibt es in dermatologischen Kliniken mit dem psychosomatischen Bereich? n=146

Der Bedarf an einem psychosomatischen Therapieangebot zusätzlich zur dermatologischen Versorgung wird von den antwortenden Ärzten im Mittel bei 21.7% der Patienten gesehen, das Pflegepersonal beurteilt dies im Durchschnitt deutlich höher mit 33.6% (Abb. 2).

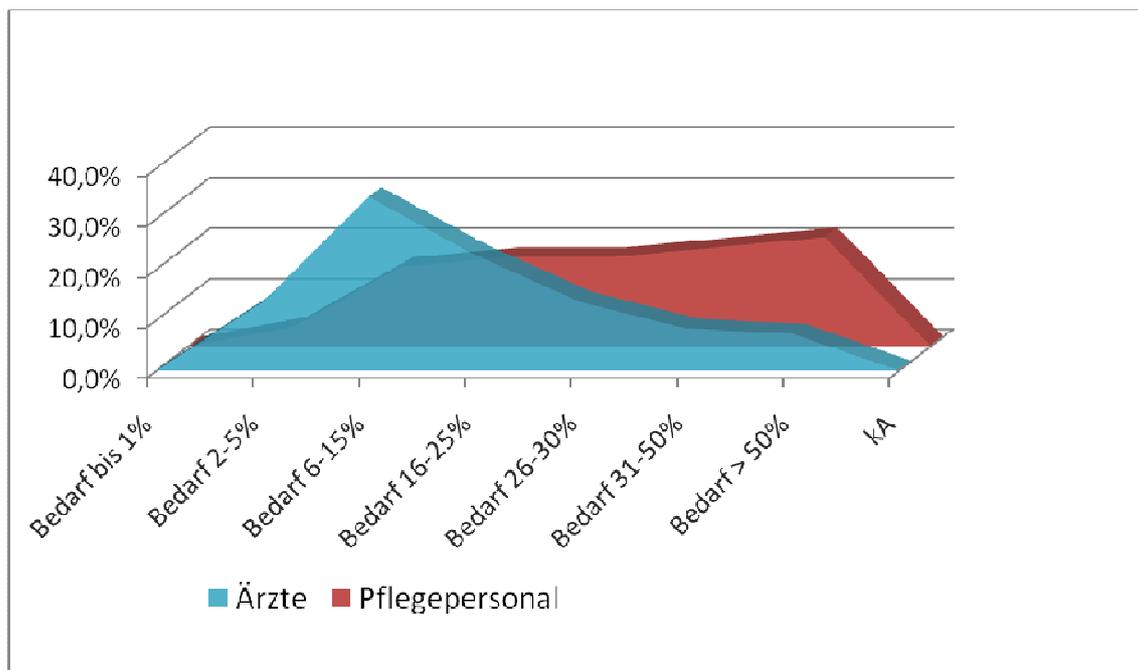


Abbildung 3 Bei wie viel Prozent der Patienten sehen Sie den Bedarf eines psychosomatischen Therapieangebotes? Mittelwerte: Ärzte 21,7% (n=) ; Pflegepersonal 33,6% (n=)

Bei der Fragestellung wie hoch der Anteil der Patienten mit somatoformen Störungen (Hautbeschwerden ohne organisch fassbaren Befund) in Hautkliniken liegen würde, differieren die Angaben der Ärzte stark mit den Angaben des Pflegepersonals.

Der Anteil wird von den befragten Ärzten im Schnitt auf 10.7% geschätzt. Das Pflegepersonal schätzt den Anteil im Mittel auf 16.3%.

10% des Pflegepersonals, aber nur 5.2% der Ärzte schätzten den Anteil der Patienten mit somatoformen Störungen auf 31-50%.

Einen Anteil der Patienten mit somatoformen Störungen von 0-1% hielten 9.4% der Ärzte, allerdings nur 4% des Pflegepersonals für wahrscheinlich.

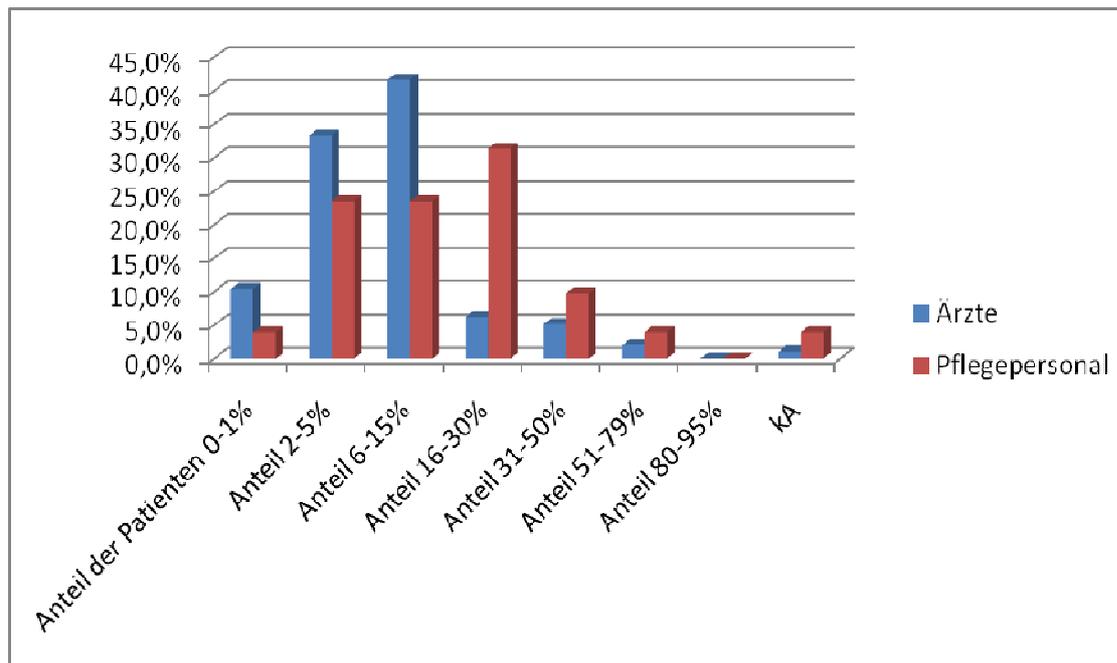


Abbildung 4: Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Patienten mit somatoformen Störungen in Hautkliniken? Mittelwerte: Ärzte 10,7% (n=); Pflegepersonal 16,3% (n=).

Betrachtet man die differenzierte Bewertung der Dermatologen zu den einzelnen vorgegebenen Krankheitsbildern (Tabelle 1) so wird deutlich, dass es bei der Bewertung der Dermatosen sehr unterschiedliche Einstellungen hinsichtlich der Annahme gibt, ob die Erkrankung kausal bzw. wesentlich von psychosomatischen Faktoren beeinflusst wird, eine adjuvante oder begleitende psychosomatische Intervention oder keine Intervention für erforderlich gehalten wird. Abgefragt wurden 29 Diagnosen. Während bei Krankheitsentitäten wie Dermatozoenwahn, Trichotillomanie, Artefakte, Acne excoriée und Pruritus sine materia meist eine kausale oder mindestens adjuvante Intervention für erforderlich gehalten wird, wird bei Erkrankungen wie Tinea pedum, Basaliom, Verrucae vulgaris, seborrhoischem Ekzem und Virusinfektionen keine Begleittherapie als sinnvoll erachtet. Bei den chronisch entzündlichen Dermatosen wie Neurodermitis, Psoriasis, Acne vulgaris, Urtikaria, aber auch dem Melanom wird eine adjuvante Intervention als sinnvoll angesehen. Bei den Dermatosen – Lichen ruber, Hyperhidrosis, Rosacea und dyshydrosiformes Ekzem und dem Basaliom – werden von den Dermatologen sehr unterschiedliche Bewertungen abgegeben, sodass hier offenbar keine einheitliche Einstellung zu psychosomatischen Aspekten vorhanden ist.

Krankheitsbild	Kausale/ notwendige Interventionen	Adjuvant/ begleitende Interventionen	Interventionen nicht erforderlich	Keine Angabe
Acne excorée	72.9	21.9	2.1	2.1
Acne vulgaris	0.0	63.5	31.3	5.2
Alopecia areata	10.4	74.0	11.5	3.1
Artefakte	97.9	0.0	0.0	1.0
Neurodermitis	7.3	87.5	2.1	1.0
Basaliom/Spinaliom	0.0	20.8	71.9	4.2
Chronische Urtikaria	4.2	74.0	18.8	1.0
Dermatozoenwahn	95.8	1.0	1.0	1.0
Dyshidrosiform. Ekzem	1.0	51.0	43.8	1.0
Glossodynie	69.8	25.0	1.0	2.1
Hirsutismus	1.0	72.9	20.8	3.1
Hyperhidrosis	3.1	71.9	18.8	4.2
Körperdysmorphie Störung	89.6	5.2	1.0	2.1
Lichen ruber planus	0.0	41.7	53.1	1.0
Lupus Erythematoses	3.1	56.3	37.5	1.0
Melanom	4.2	79.2	13.5	1.0
Pemphigus	2.1	37.5	57.3	2.1
Prurigo Erkrankungen	16.7	74.0	2.1	3.1
Pruritus sine materia	65.6	30.2	0.0	2.1
Psoriasis vulgaris	0.0	77.1	18.8	2.1
Rosazea	0.0	49.0	49.0	2.1
Seborrhoisches Ekzem	0.0	19.8	76.0	4.2
Tinea corporis	0.0	6.3	91.7	2.1
Trichotillomanie	88.5	8.3	0.0	2.1
Ulcus cruris	1.0	16.7	80.2	1.0
Unspezifische Allergie	7.3	41.7	43.8	6.3
Verrucae	0.0	12.5	85.4	2.1
Virusinfektionen	0.0	9.4	89.6	1.0
Vitiligo	3.1	77.1	18.8	1.0

**Tabelle 2: Dermatosen und die psychosomatische Intervention (nicht notwendig, begleitend oder kausal)
Angaben der Ärzte in%**

In der nächsten abgefragten Kategorie ging es um psychosomatische Verfahren, die in den Hautkliniken angewendet werden (Abb. 5). Hier werden von den antwortenden Ärzten in den meisten Fällen die Gesprächstherapie und mit gleichem Prozentwert die Entspannungsverfahren (85.4%) angegeben, gefolgt von Patientenschulung mit 83.3% und der Verhaltenstherapie mit 81.3%. Erst dann wurden Psychopharmaka genannt (70.8%). Die kassenärztlich anerkannten Psychotherapieformen wie Verhaltenstherapie wurden in 81.3%, die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie allerdings nur mit 12.5% angegeben²⁹. Eine größere Bedeutung wurde auch der Eltern- und Familientherapie beigemessen. Das Pflegepersonal differierte in der Angabe nach möglicher Psychopharmakagabe stark mit den Angaben der Ärzte. Die Pflege gab hier insgesamt 16.0% an. Die anderen Angaben der Pflegekräfte waren größtenteils deckungsgleich mit den Angaben der Ärzte. Am höchsten bewertet wurde die Gesprächspsychotherapie mit 92.0%. Die Patientenschulung erreichte einen Wert von 76.0%. Auch Entspannungsverfahren und die Eltern- und Familientherapie werden hoch bewertet. Verhaltenstherapie wurde von 56.0% der befragten Pflegekräfte genannt.

²⁹ Der Begriff der psychodynamischen Psychotherapie wurde im Fragebogen nicht selten mit einem Fragezeichen oder einem fragendem Zusatz verbunden, was zeigt, dass der Begriff unter den Dermatologen und dem dermatologischem Pflegepersonal noch nicht von allen Befragten mit Inhalt gefüllt werden kann.

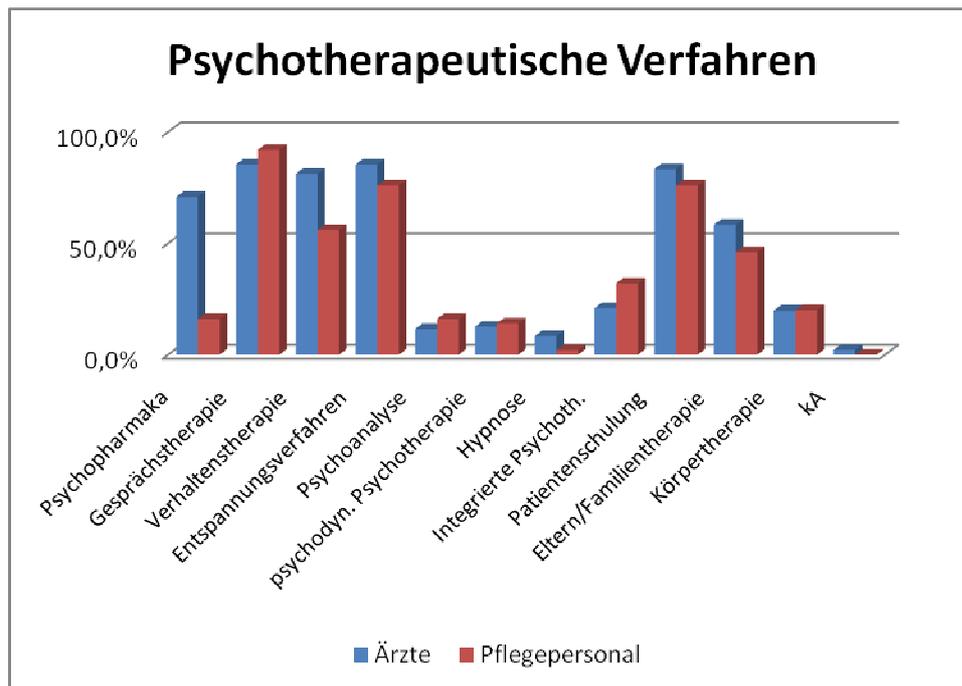


Abbildung 5: Welche psychotherapeutischen Verfahren würden Sie als sinnvoll erachten? Ärztliches Personal vs. Pflegepersonal

Bei der Frage, welche Aufgaben nach Meinung der Dermatologen die psychosomatische Dermatologie zu erfüllen hätte, wurde die Verbesserung der Krankheitsbewältigung (mit 98%, Angabe der Ärzte; mit 92%, Angabe des Pflegepersonals) am häufigsten neben der Diagnostik von psychischen Störungen und dem Vorschlag, die Compliance zu fördern, angegeben. Der Durchführung von Forschung wird am wenigsten Aufmerksamkeit zuteil. 41 von 96 (42.7%) der befragten Ärzte erachteten dies als notwendig. Das Pflegepersonal gab nur in 10 von 50 (20.0%) Fragebögen an, dass Forschungsprojekte zur psychosomatischen Dermatologie durchgeführt werden sollten.

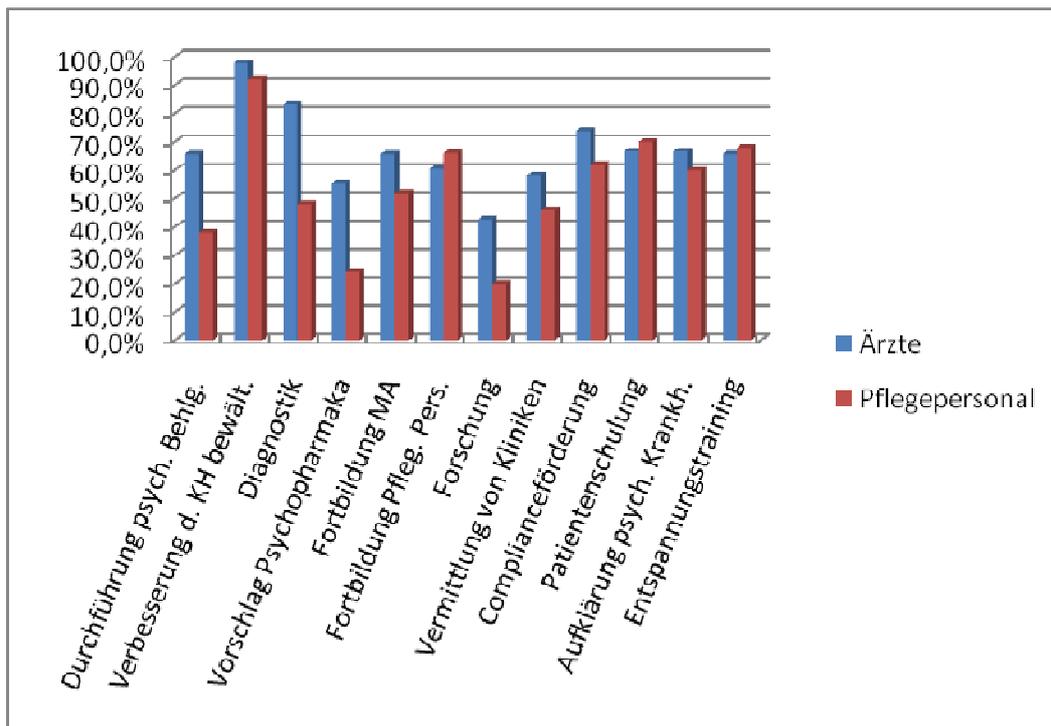


Abbildung 6: Welche Aufgaben sollte die Psychosomatik haben? (Ärztliches Personal vs. Pflegepersonal)

4.2 Statistischer Vergleich von ärztlichem Personal und Pflegepersonal

Insgesamt haben 41 Kliniken je einen Fragebogen des Pflegepersonals und einen Fragebogen des ärztlichen Personals eingeschickt.

Diese Fragebögen sollen im Folgenden bezüglich der Antwortunterschiede einem direkten Vergleich unterzogen werden.

4.2.1 Auswertung der Dermatosen

Die Abfrage der einzelnen Dermatosen wurde durch Kodierung der Kategorien zur Einschätzung der psychosomatischen Interventionen wie folgt ausgewertet:

1 = Keine Intervention

2 = Begleitende Intervention

3 = Kausale/notwendige Intervention

Die errechneten Mittelwerte beziehen sich auf diese Einteilung.

Die abgefragten Dermatosen ergeben in einer Gruppenzuordnung eine Gruppe mit *Dermatosen primär psychischer Genese* und eine weitere Gruppe, die hier als *andere Dermatosen* bezeichnet wird.

4.2.1.1 Dermatosen primär psychischer Genese

Wie bereits im obigen Text erwähnt, wurde bei dem folgenden Versuchsdesign die Frage nach der psychosomatischen Interventionsnotwendigkeit gestellt.³⁰

Die Mittelwerte geben an, wie hoch diese Interventionsnotwendigkeit von den Befragten eingeschätzt wird.

³⁰ Kodierung: 1 = Keine Intervention, 2 = Begleitende Intervention, 3 = Kausale/notwendige Intervention

	n	M	SD	R	p
Acne excoriée	32			-0.312	n.s.
Ärzte		2.7813	0.49084		
Pflege		2.3125	0.59229		
Artefakte	38			-	-
Ärzte		3.0	0.0		
Pflege		2.8947	0.31101		
Dermatozoenwahn	38			0.318	*
Ärzte		2.9474	0.32444		
Pflege		2.7895	0.41315		
Glossodynie	35			-0.071	n.s.
Ärzte		2.6857	0.52979		
Pflege		2.2857	0.66737		
Körperdysmorphe Störung	34			-0.039	n.s.
Ärzte		2.8335	0.45863		
Pflege		2.6176	0.49327		
Pruritus sine materia	38			0.132	n.s.
Ärzte		2.6579	0.48078		
Pflege		2.5526	0.50390		
Trichotillomanie	35			-0.284	n.s.
Ärzte		2.8857	0.32280		
Pflege		2.3714	0.80753		

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Signifikanzniveau : p<.05. *, p<.01. ** n.s.: nicht signifikant

Tabelle 3: Ergebnisse zu der Einschätzung der psychosomatischen Interventionsnotwendigkeit bei den Dermatosen primär psychischer Genese durch Ärzte vs. Pflegepersonal

Betrachtet man die Auswertung der Tabelle 3, wird deutlich, dass bei den primär psychischen Erkrankungen wie Acne excoriée ($M_p= 2.31$, $SD= .59$; $M_{\bar{A}}= 2.78$, $SD= .49$), Artefakten ($M_p= 2.89$, $SD= .0$; $M_{\bar{A}}= 3.0$, $SD= .31$), Dermatozoenwahn ($M_p= 2.79$, $SD= .41$; $M_{\bar{A}}= 2.95$, $SD= .32$), Glossodynie ($M_p= 2.29$, $SD= .66$; $M_{\bar{A}}= 2.69$, $SD= .53$), Körperdysmorphe Störung ($M_p= 2.62$, $SD= .49$; $M_{\bar{A}}= 2.83$, $SD= .46$), und der Trichotillomanie ($M_p= 2.37$, $SD .81$; $M_{\bar{A}}= 2.88$, $SD= .32$),

das Pflegepersonal durchweg wider Erwarten eine niedrigere Notwendigkeit zur psychosomatischen Intervention feststellt, als dies das ärztliche Personal tut.³¹

Bei der Abfrage der Dermatosen mit primär psychischer Genese gibt es allerdings auch keine 41 Übereinstimmungen. Die Pflegekräfte haben bei einigen Dermatosen keine Angaben gemacht und die Dermatosen mit Fragezeichen markiert, die nicht mit Inhalt gefüllt werden konnten. Dies betraf insbesondere die Items: Acne excoriée (n=32), Glossodynie (n=35), körperdysmorpher Wahn (n=34) und die Trichotillomanie (n=35).

Dies lässt eventuell darauf schließen, dass das Pflegepersonal einzelne Begriffe, vor allem Dermatosen mit primär psychischer Genese, nicht immer konkreten Krankheitsbildern zuordnen kann.

Auch wurde erwartet, dass es eine Korrelation mit hoher Signifikanz geben würde, da die hier abgefragten Erkrankungen eine hohe psychische Komponente haben und so die notwendige psychosomatische/psychotherapeutische Intervention außer Frage stünde. Allerdings findet sich nur bei dem Dermatozoenwahn eine signifikante Korrelation ($r = .318, p < .05$).

4.2.1.2 Dermatosen multifaktorieller Genese und primär somatischer Genese

In der folgenden Tabelle sind die Dermatosen aufgelistet, die entweder multifaktorieller Genese sind oder aber primär somatischen Ursprungs sind. Da die Abgrenzung dieser Gruppen nicht ganz eindeutig ist, wurden diese in einer Tabelle zusammengefasst.

	N	M	SD	R	p
Acne vulgaris	36			0.031	n.s.
Ärzte		1.6389	0.48714		
Pflege		1.9444	0.53154		
Alopecia areata	36			0.256	n.s.
Ärzte		1.9444	0.47476		
Pflege		2.3611	0.63932		
Atopisches Ekzem	40			0.319	*
Ärzte		2.0250	0.35716		
Pflege		2.200	0.40510		
Basaliom	38			0.115	n.s.
Ärzte		1.2368	0.43085		

³¹ M_p: Mittelwert Pflegepersonal, M_Ä: Mittelwert Ärzte

Pflege		1.5263	0.68721		
Chronische Urtikaria	39			0.114	n.s.
Ärzte		1.7436	0.49831		
Pflege		2.1282	0.46901		
Dyshidrotisches Ekzem	37			0.410	**
Ärzte		1.4595	0.50523		
Pflege		1.6216	0.59401		
Hirsutismus	33			0.039	n.s.
Ärzte		1.6667	0.47871		
Pflege		1.9394	0.55562		
Hyperhidrosis	35			0.248	n.s.
Ärzte		1.8000	0.47279		
Pflege		1.5714	0.50210		
Lichen ruber	34			0.009	n.s.
Ärzte		1.4167	0.5		
Pflege		1.8611	0.54263		
Lupus Erythematodes	40			0.350	*
Ärzte		1.5500	0.59700		
Pflege		2.0750	0.65584		
Melanom	38			0.228	n.s.
Ärzte		1.8684	0.47483		
Pflege		2.2895	0.61106		
Pemphigus	36			0.306	n.s.
Ärzte		1.5	0.56061		
Pflege		1.8056	0.74907		
Prurigo	38			0.195	n.s.
Ärzte		2.1579	0.36954		
Pflege		2.4211	0.55173		
Psoriasis vulgaris	39			0.003	n.s.
Ärzte		1.7949	0.40907		
Pflege		2.1282	0.52212		
Rosazea	37			0.085	n.s.
Ärzte		1.4865	0.50671		
Pflege		1.7297	0.56019		
Seborrhoisches Ekzem	36			0.037	n.s.
Ärzte		1.0833	0.28031		
Pflege		1.5833	0.69179		
Tinea corporis	36			0.246	n.s.
Ärzte		1.0556	0.23231		
Pflege		1.3611	0.6932		

Ulcus cruris	38			0.000	n.s.
Ärzte		1.1053	0.31101		
Pflege		1.5	0.64724		
Unspezifische Allergie	37			0.072	n.s.
Ärzte		1.5135	0.55885		
Pflege		1.9459	0.70498		
Verrucae	34			0.365	*
Ärzte		1.0588	0.23883		
Pflege		1.2647	0.51102		
Virusinfektionen	39			0.331	*
Ärzte		1.0513	0.22346		
Pflege		1.2821	0.51035		
Vitiligo	37			0.281	n.s.
Ärzte		1.8649	0.41914		
Pflege		1.9730	0.44011		
M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Signifikanzniveau : p<.05. *, p<.01. ** n.s: nicht signifikant					

Tabelle 4: Ergebnisse zu der Einschätzung der psychosomatischen Interventionsnotwendigkeit bei den Dermatosen nicht primär psychischer Genese durch Ärzte vs. Pflegepersonal

Bei der Auswertung der Tabelle 4 zeigt sich ein allgemeiner Trend: Das Pflegepersonal sieht bei fast allen hier angegebenen Dermatosen eine höhere Interventionsnotwendigkeit als die Ärzte (zwischen .3 bis .5 Punkte höhere Bewertung im Mittelwert).

Auffällig ist des Weiteren, das bei der Dermatose *Psoriasis vulgaris* zwischen Ärzten und Pflegepersonal kein signifikanter Zusammenhang besteht ($r = .003$, p n.s.). Gerade bei dieser Dermatose, die häufig in Hautkliniken anzutreffen ist, war zu erwarten, dass die Korrelation signifikant wäre.

Bei den Erkrankungen *Dyshydrosiformes Ekzem* ($r = .410$, $p < .01$), *Verrucae* ($r = .365$, $p < .05$) und *Virusinfektionen* ($r = .331$, $p < .05$) sind die Ergebnisse signifikant. Die Mittelwerte bei diesen Dermatosen liegen zwischen $M_{\bar{A}} = 1.1-1.5$ und $M_{\bar{P}} = 1.3-1.6$. Diese niedrigen Werte zeigen, dass die Befragten diesen Erkrankungen eher keinen Interventionsbedarf zuteilen würden und die Dermatosen einer eher somatischen Genese zuordnen.

Die Angaben zum Atopischen Ekzem zeigen, dass bei der Stichprobe fast alle Befragten eine Angabe zu diesem Item angeben konnten ($n = 40$). Die Meinung hinsichtlich des psychosomatischen Therapieangebots bei dieser Dermatose ist recht einheitlich. Die Befragten geben an,

dass eine begleitende psychosomatische Intervention als sinnvoll erachtet wird ($r = .319$, $p < .05$).

4.2.2 Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot

Im Folgenden wurde die Frage gestellt, bei wie viel Prozent der Patienten in deutschen Hautkliniken die Befragten den Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot sehen würden.

Auch hier konnten 41 Kliniken miteinander verglichen werden.

<i>Bedarf</i>	n	M	SD	Standardfehler d. Mittelwertes	r	p
Ärzte	41	3.0732	1.50649	0.23527	0.422	**
Pflege		4.122	1.67623	0.26178		

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Signifikanzniveau : $p < .05$. *, $p < .01$. ** n.s: nicht signifikant

Tabelle 5: Einschätzung des Bedarfes an psychosomatischem Therapieangebot bei Hautpatienten

Der Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot wird vom Pflegepersonal mit einem Mittelwert von 4.1 (SD: 1.7) angegeben. Das ärztliche Pflegepersonal gibt eine geschätzte Notwendigkeit an psychosomatischem Therapieangebot mit einem Mittelwert von 3.1 (SD 1.5) an.³² Das Pflegepersonal sieht einen deutlich größeren psychosomatischen Behandlungsbedarf als die Ärzte.

Bei dieser Frage waren die Antworten nahezu normal verteilt. Die Korrelation ist signifikant ($r = .422$, $p < .01$).

Als non-parametrischer Test wurde bei dieser Fragestellung zusätzlich der Wilcoxon-Test angewandt, da es sich bei dem vorliegenden Versuchsdesign um zwei unabhängige Stichproben handelt (Pflegepersonal wird unabhängig von den Ärzten befragt ($n=41$)).

³² Bei wie viel Prozent der Patienten sehen Sie den Bedarf eines psychosomatischen Therapieangebotes? Die Antwortmöglichkeiten wurden zur besseren Auswertung wie folgt kodiert: 0-1% = 1; 2-5% = 2; 6-15% = 3; 16-25% = 4; 26-30% = 5; 31-50% = 6; >50% = 7

Bedarf	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Negative Ränge	5 ^a	11.30	56.50
Positive Ränge	23 ^b	15.20	349.50
Bindungen	13 ^c		
Gesamt	41		
Statistik für Wilcoxon-Test			
Z-Wert	-3.376 ^d		
Asymptotische Sig- nifikanz (2-seitig)	0.001		

Tabelle 6: Wilcoxon-Test für die Einschätzung des Bedarfes an psychosomatischem Therapieangebot bei Hautpatienten³³

Die Pflegekräfte schätzen den Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot bei den dermatologischen Patienten höher ein als die befragten Ärzte (positive Ränge: 23). 13 Angaben von Ärzten und Pflege waren gleich. In nur fünf Fällen gab das Pflegepersonal niedrigere Werte an als das ärztliche Personal.

4.2.3 Geschätzter Patientenanteil mit somatoformen Störungen

Bei dem Versuchsdesign, das den Anteil der Patienten mit einer somatoformen Störung in der Dermatologie ermitteln sollte, wurde bei den Ärzten ein Mittelwert von 1.9 (SD: 1.17) und bei den Pflegekräften ein Mittelwert von 2.4 (SD: 1.21) angegeben (n=39).³⁴ Die Korrelation ist nicht signifikant (r= .236, p: n.s.).

³³ a = Bedarf Pflege < Bedarf Ärzte, b = Bedarf Pflege > Bedarf Ärzte, c = Bedarf Pflege = Bedarf Ärzte, d = basiert auf negativen Rängen

³⁴ Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Patienten mit somatoformen Störungen (Hautbeschwerden ohne organisch fassbaren Befund) in Hautkliniken? Die Antwortmöglichkeiten wurden zur besseren Auswertung wie folgt kodiert: 0-1%= 1; 2-5%=2; 6-15%=3; 16-30%=4; 31-50%=5; 51-79%=6; 80-95%=7

Anteil	N	M	SD	Standardfehler d. Mittelwertes	r	p
Ärzte	39	1.8974	1.16517	0.18658	0.236	n.s.
Pflege		2.4103	1.20782	0.19341		
M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Signifikanzniveau : $p < .05$. *, $p < .01$. ** n.s: nicht signifikant						

Tabelle 7: Wie hoch wird der Anteil an Patienten mit somatoformen Hauterkrankungen in der Dermatologie geschätzt?

Es wurde im Folgenden als non-parametrischer Test der Wilcoxon-Test durchgeführt. Orientiert an den negativen Rängen wurde der Z-Wert ermittelt ($Z = -2.095$). Es konnte festgestellt werden, dass sich die beiden abgefragten Gruppen signifikant ($p < .05$) voneinander unterscheiden.

Anteil	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Negative Ränge	9 ^a	12.56	113.00
Positive Ränge	19 ^b	15.42	293.00
Bindungen	11 ^c		
Gesamt	39		
Statistik für Wilcoxon-Test			
Z-Wert	-2.095 ^d		
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0.036		

Tabelle 8: Wilcoxon-Test für die Einschätzung des Anteils der Patienten, die an einer somatoformen Störung leiden³⁵

4.2.4 Aufgaben der Psychosomatik

Im Folgenden wurde die Frage ausgewertet, welche Aufgaben die Befragten der Psychosomatik zuordnen würden. Auch hier wurden bei 41 Kliniken je Ärzte und Pflegepersonal miteinander verglichen. Bei diesem Versuchsdesign waren Mehrfachnennungen möglich.

³⁵ a = Anteil Pflege < Anteil Ärzte, b = Anteil Pflege > Anteil Ärzte, c = Anteil Pflege = Anteil Ärzte, d = basiert auf negativen Rängen

Es wurde hier einerseits der T-Test durchgeführt sowie die Korrelationen berechnet. Des Weiteren wurde als non-parametrischer Test bei vier exemplarischen Beispielen der Wilcoxon-Test durchgeführt.

4.2.4.1 T-Test

Paare	N	M (in%)	SD	Standardfehler des Mittelwertes
Durchführung psychischer Behandlung	41	A 68.2 P 36.6	.471 .488	.07 .08
Verbesserung der Krankheitsbewältigung	41	A 97.6 P 92.7	.156 .264	.02 .04
Diagnostik	41	A 90.2 P 43.9	.300 .502	.05 .08
Vorschlag Psychopharmaka	41	A 60.9 P 26.8	.494 .449	.08 .07
Fortbildung der Mitarbeiter	41	A 68.3 P 56.1	.471 .502	.07 .08
Fortbildung des Pflegepersonals	41	A 60.9 P 70.7	.493 .461	.08 .07
Forschung (Stress und Neuroimmunologie)	41	A 41.5 P 19.5	.499 .401	.08 .06
Vermittlung von Kliniken und Therapien	41	A 63.4 P 46.3	.488 .505	.08 .08
Complianceförderung	41	A 63.4 P 65.9	.488 .480	.07 .07
Patientenschulung	41	A 70.7 P 82.9	.461 .381	.07 .06
Aufklärung psychischer Krankheiten	41	A 65.9 P 60.9	.480 .494	.07 .08
Entspannungstraining	41	A 53.7 P 73.2	.505 .449	.08 .08

Tabelle 9: T-Test zur Frage, welche Aufgaben die Psychosomatik haben sollte (A: ärztliches Personal, P: Pflegepersonal)

In der Tabelle des T-Tests werden die Ergebnisse des Mittelwertes in Prozent dargelegt. Zu erkennen ist, dass die Ärzte mehr als das Pflegepersonal Items wie *Durchführung psychischer Behandlung*, *Diagnostik*, *Vorschlag Psychopharmaka* sowie *Forschung (Stress und Neuroimmunologie)* als notwendig erachten.

Anders verhält es sich bei den Items *Fortbildung des Pflegepersonals*, *Patientenschulung* und *Entspannungstraining*. Hier sieht das Pflegepersonal eine höhere Notwendigkeit als die Ärzte.

4.2.4.2 Korrelationen Ärzte vs. Pflegepersonal hinsichtlich der Aufgabe der Psychosomatik

Im vorliegenden Versuchsdesign wurden die Korrelationen der Angaben von Ärzten vs. Pflegepersonal errechnet.

Ärzte vs. Pflegepersonal (n=41)	R	p
Durchführung psychischer Behandlung	.082	.61
Verbesserung der Krankheitsbewältigung	-.044	.78
Diagnostik	.125	.44
Vorschlag Psychopharmaka	.146	.36
Fortbildung der Mitarbeiter	.242	.13
Fortbildung des Pflegepersonals	.145	.37
Forschung (Stress und Neuroimmunologie)	.085	.59
Vermittlung von Kliniken und Therapien	.097	.55
Complianceförderung	-.227	.15
Patientenschulung	.136	.39
Aufklärung psychischer Krankheiten	.373	**
Entspannungstraining	.100	.54
r=Pearson-Korrelationskoeffizient, Signifikanzniveau : p<.05. *, p<.01. ** n.s: nicht signifikant		

Tabelle 10: Korrelationen des ärztlichen Personals vs. Pflegepersonal zur Frage, welche Aufgaben die Psychosomatik haben sollte.

Deutlich wird durch die Tabelle, dass die Ergebnisse nicht korrelieren und nicht signifikant werden. Die Angaben variieren stark. Lediglich das Item *Aufklärung psychischer Krankheiten*, weist eine signifikante Korrelation auf ($r = .373$, $p < .01$).

Da bei diesem Versuchsdesign Mehrfachantworten möglich waren und es um eine individuelle Einschätzung ging, lag es nah, dass die Ergebnisse nicht korrelieren.

4.2.4.3 Wilcoxon-Test für exemplarische Beispiele der Aufgaben der Psychosomatik (Ärzte vs. Pflegepersonal)

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Durchführung psychischer Behandlung	Negative Ränge	17 ^a	11.00	187.00
	Positive Ränge	4 ^b	11.00	44.00
	Bindungen	20 ^c		
	Gesamt	41		
Verbesserung der Krankheitsbewältigung	Negative Ränge	3 ^d	2.50	7.50
	Positive Ränge	1 ^e	2.50	2.50
	Bindungen	37 ^f		
	Gesamt	41		
Diagnostik	Negative Ränge	20 ^g	11.00	220.00
	Positive Ränge	1 ^h	11.00	11.00
	Bindungen	20 ⁱ		
	Gesamt	41		
Vorschlag Psychopharmaka	Negative Ränge	17 ^j	10.50	178.50
	Positive Ränge	3 ^k	10.50	31.50
	Bindungen	21 ^l		
	Gesamt	41		

Tabelle 11: Wilcoxon-Test für exemplarische Beispiele, welche Aufgaben die Psychosomatik haben sollte³⁶

³⁶ Legende:

- a. Durchführung psychischer Behandlung Pflege < Durchführung psychischer Behandlung Ärzte
- b. Durchführung psychischer Behandlung Pflege > Durchführung psychischer Behandlung Ärzte
- c. Durchführung psychischer Behandlung Pflege = Durchführung psychischer Behandlung Ärzte
- d. Verbesserung der Krankheitsbewältigung Pflege < Verbesserung der Krankheitsbewältigung Ärzte
- e. Verbesserung der Krankheitsbewältigung Pflege > Verbesserung der Krankheitsbewältigung Ärzte
- f. Verbesserung der Krankheitsbewältigung Pflege = Verbesserung der Krankheitsbewältigung Ärzte
- g. Diagnostik Pflege < Diagnostik Ärzte
- h. Diagnostik Pflege > Diagnostik Ärzte
- i. Diagnostik Pflege = Diagnostik Ärzte

Bei der Betrachtung der exemplarischen Ergebnisse des Wilcoxon-Tests zeigt sich bei dem Item *Durchführung psychischer Behandlung* bei n=41 dass das ärztliche Personal dieses Aufgabengebiet als deutlich wichtiger erachtet als das Pflegepersonal (negative Ränge =17).

Dagegen wird bei dem Item *Verbesserung der Krankheitsbewältigung* eine sichtbare Übereinstimmung in der Einschätzung deutlich. Hier geben 37 Ärzte und auch 37 Pflegekräfte (bei n=41) an, dass dies eine Aufgabe der Psychosomatik sein sollte. Diese Übereinstimmung lässt sich auf die letzten beiden dargestellten Items nicht übertragen. In der *Diagnostik* und dem *Vorschlag Psychopharmaka* zu verabreichen sehen viele Ärzte zwar ebenfalls ein Aufgabenspektrum der Psychosomatik, allerdings nur wenige Pflegekräfte (*Diagnostik* negative Ränge: 20, *Vorschlag Psychopharmaka* negative Ränge: 17).

-
- j. Vorschlag Psychopharmaka Pflege < Vorschlag Psychopharmaka Ärzte
 - k. Vorschlag Psychopharmaka Pflege > Vorschlag Psychopharmaka Ärzte
 - l. Vorschlag Psychopharmaka Pflege = Vorschlag Psychopharmaka Ärzte

4.3 Ergebnisse der Studien 1989-1999-2010 im Vergleich

Im Folgenden erfolgt eine kontrastive Darstellung zu Auffälligkeiten der vorliegenden Studie gegenüber den beiden zuvor durchgeführten Befragungen zur psychosomatischen Dermatologie.

4.3.1 Kooperationsformen

In den Angaben der Erststudie von Schubert und Bahmer von 1989 wird ersichtlich, dass die Kooperationsformen von dermatologischen Kliniken noch eher schwach ausgeprägt waren. Als Grund für die fehlende Anwendung klinisch-psychologischer Betreuung in der Studie von 1989 gaben die Befragten vor allem Mängel an entsprechenden Personalstellen und entsprechend ausgebildeten Fachkräften an (über 85%). Aber auch organisatorische Schwierigkeiten sowie fehlende sachliche Notwendigkeit wurden als Probleme benannt.³⁷

In nur 23 der 29 in die Auswertung eingegangenen Kliniken wurden in der Erststudie klinisch-psychologische Aspekte berücksichtigt. Bei über 65% der Befragten fand diese Kooperation allerdings *außerhalb* der dermatologischen Klinik statt.³⁸ Die Abbildung 7 stellt die Verteilung der abgefragten Kooperationsformen von 1989 im Einzelnen dar.

³⁷ Unter der fehlenden sachlichen Notwendigkeit wurde verstanden, dass zum damaligen Zeitpunkt der Bedarf an ausgebildeten Fachkräften nicht als notwendig eingeschätzt wurde und die Ausbildung von Fachkräften nicht aktiv in der Klinik forciert wurde.

³⁸ Hier findet also eine Kooperation mit der psychosomatischen Klinik (26,1%), Überweisungen an klinische Psychologen, an einen ärztlichen Psychotherapeuten (13%) oder eine Kombination aus beidem statt.

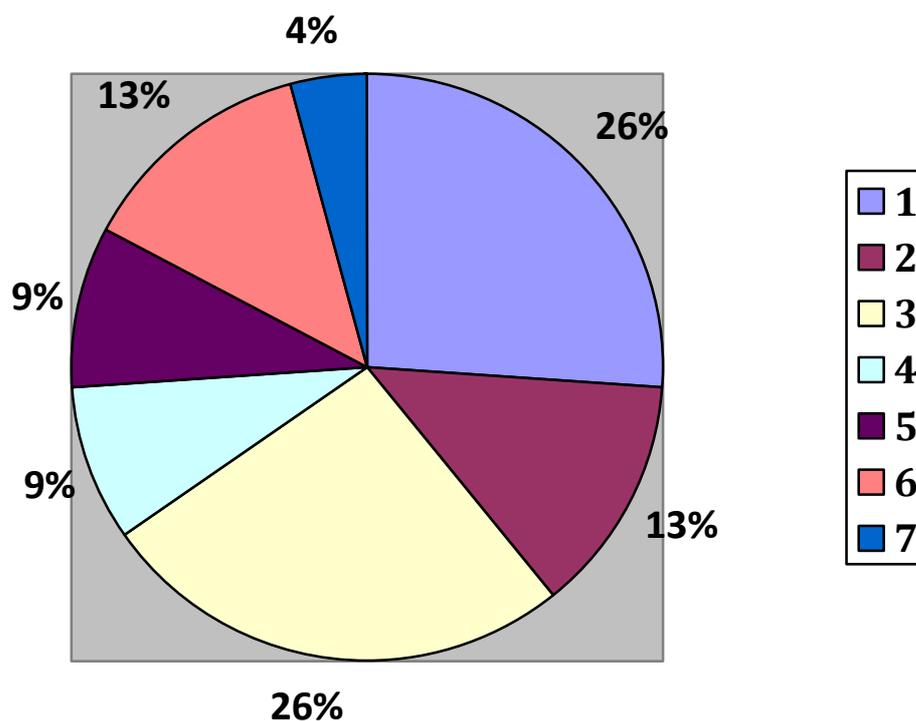


Abbildung 7: Kooperationsformen 1989

Legende:

1. Kooperation mit psychosomatischer Klinik (26,1%)
2. Überweisung an klinische Psychologen/ärztliche Psychotherapeuten (13%)
3. Kooperation mit psychosomatischer Klinik und Überweisung an klinische Psychologen (26,1%)
4. Beschäftigung von klinischen Psychologen/Psychotherapeuten (8,7%)
5. Beschäftigung von zusätzlich ausgebildeten Dermatologen und Kooperation mit psychosomatischer Klinik (8,7%)
6. Beschäftigung von klinischen Psychologen/Psychotherapeuten und zusätzlich ausgebildeten Dermatologen (13%)
7. Kombination aller erwähnten Möglichkeiten (4,3%)

In Abbildung 8 wird ersichtlich, dass vor zwanzig Jahren das Augenmerk weniger auf fest integrierten Mitarbeitern lag, auch die Kategorisierung war vor zwanzig Jahren weniger detailliert. Die Stichprobengröße der Befragten war, wie oben dargelegt, recht klein.

Im Vergleich der aktuellen Arbeit mit der Studie von Gieler et al. von 1999 hat das Konsil durch die Psychiatrie zwar abgenommen, aber stattdessen das durch die Psychosomatik an Bedeutung gewonnen. Eine weitere Verlagerung hat es zu Gunsten des fest angestellten Psychologen an den Hautkliniken gegeben.

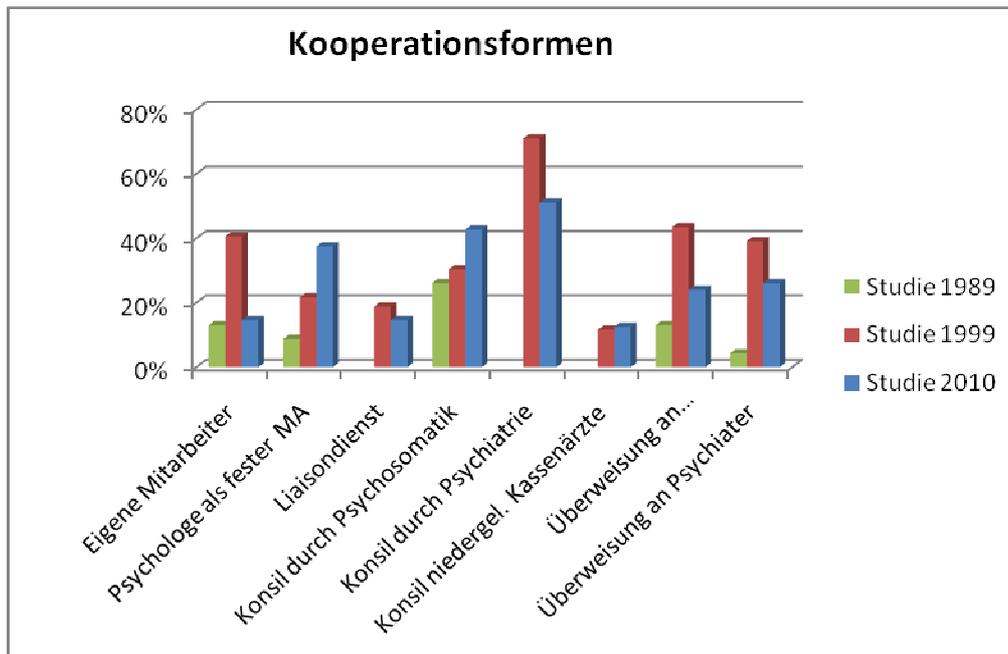


Abbildung 8: Bei wieviel Prozent der Patienten sehen Sie den Bedarf eines psychosomatischen Therapieangebotes (1989, 1999 und 2010 im Vergleich)?³⁹

Um eine bessere Vergleichbarkeit zu den Studienergebnissen von 1989 und 1999 herzustellen, wurden in der Abbildung 9 die einzelnen Antwortmöglichkeiten zu drei Gruppen zusammengefasst. Damit wurde unter anderem erreicht, dass auch trotz der unterschiedlichen Fragestellung von 1989 eine adäquate Gegenüberstellung der Studien möglich ist.

Zu der Gruppe der *kooperativen* Maßnahmen zählen Konsile mit der Psychosomatik/Psychiatrie sowie der Liaisondienst.

Zu den *integrativen* Maßnahmen zählen eigene ausgebildete Mitarbeiter: Dermatologen mit einer psychosomatischen/psychiatrischen Weiterbildung und fest angestellte Psychologen an den Kliniken.

Überweisungen an Psychologen/Psychotherapeuten, Psychiater und niedergelassene Kassenärzte sind zu einer eigenen Gruppe zusammengefasst.

Die Ergebnisse zeigen, dass innerhalb der letzten 10 Jahre die integrativen Maßnahmen weitgehend stabil geblieben sind.⁴⁰ Es wird ersichtlich, dass innerhalb der letzten 20 Jahre die

³⁹ Bei der vorliegenden Grafik sind die Fragen und Angaben der Studie von 1989 nicht vollständig deckungsgleich mit der Studie von 1999 und 2010, daher gibt es nicht zu jedem der abgefragten Aspekte eine vergleichende Angabe.

psychologischen und psychosomatischen kooperativen Maßnahmen an Relevanz gewonnen haben. Gab es 1989 nur 23 Kliniken, die überhaupt eine Kooperationsform mit dem psychosomatischen Bereich aufwiesen, gibt es 1999 und 2010 keine Klinik mehr, die keine Kooperationsformen anbietet. Etwas zu Ungunsten der Überweisungen gewinnt der Konsiliardienst innerhalb der letzten 20 Jahre zunehmend an Bedeutung.

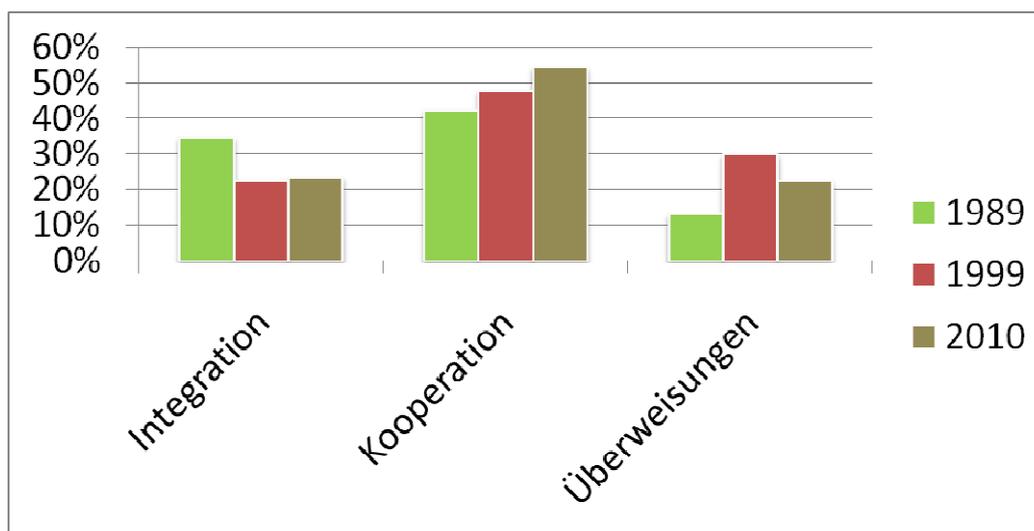


Abbildung 9: Integrative, kooperative Maßnahmen und Überweisungen (1989, 1999 und 2010 im Vergleich)

4.3.2 Der Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot bei dermatologischen Patienten 1999 vs. 2010

Der Vergleich des Bedarfs an psychosomatischem Therapieangebot zwischen den vorliegenden drei Studien gestaltet sich als schwierig, da in der Studie von 1989 dieses Versuchsdesign nicht existierte. Daher wird hier ein Vergleich der Studien von 1999 und von 2010 hinsichtlich dieser Frage vorgenommen.

⁴⁰ Das Ergebnis von 1989 muss zurückhaltend interpretiert werden, da der Stichprobenumfang bei dieser Studie sehr klein. Es liegt die Vermutung nahe, dass daher nur Kliniken an der Befragung teilgenommen haben, die der Psychosomatik einen hohen Stellenwert zuordnen. Dies könnte das Ergebnis verzerrt wiedergeben haben

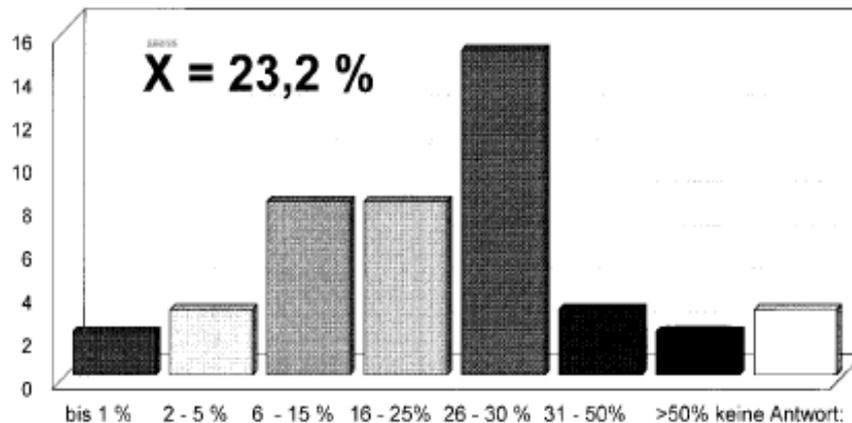


Abbildung 10: Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot, 1999 (Angaben der Ärzte)

Die Abbildung 10 (Studie 1999) zeigt eine Einschätzung der Ärzte hinsichtlich des Bedarfs an psychosomatischem Therapieangebot bei dermatologischen Patienten mit einem Mittelwert von 23.2% (n=69). Betrachtet man nun die Abbildung 11 (Studie von 2010) im Vergleich zur obigen wird deutlich, dass die befragten Ärzte mit einem Mittelwert von 21.7% (n=96) die Frage nach dem Bedarf nicht viel anders bewerten, als elf Jahre zuvor.

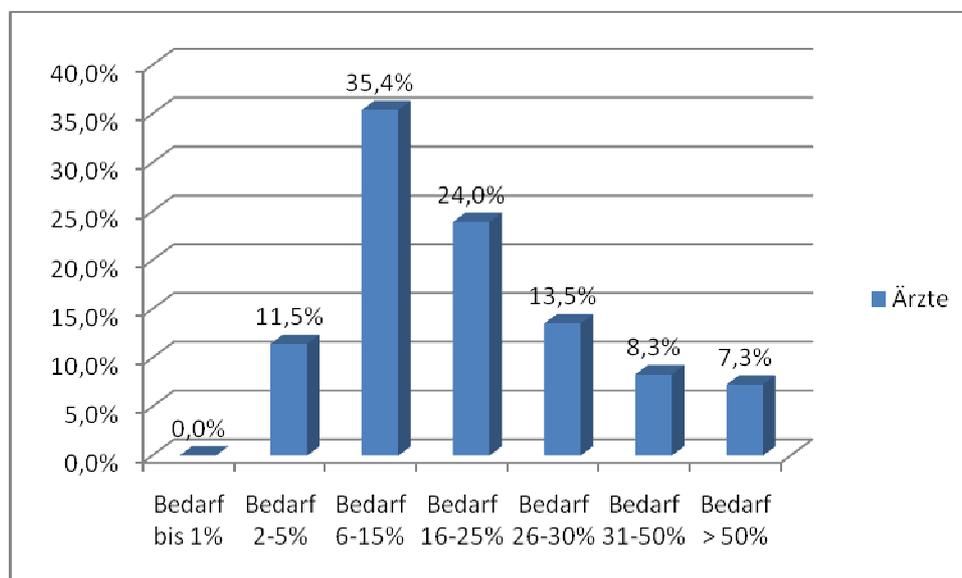


Abbildung 11: Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot, 2010 (Angaben der Ärzte)

Hinsichtlich des Verteilungsmusters lässt sich eine Veränderung feststellen. 1999 geben die meisten Befragten einen geschätzten Bedarf von 26-30% an. Bei der erneuten Befragung 2010 war die Verteilung nicht so eindeutig. Ein Bedarf von 6-25% wurde von insgesamt 59.4%

(n=57) der Befragten gesehen. Die Einschätzung der übrigen Ärzte verteilt sich recht gleichmäßig über die anderen Antwortkategorien.

4.3.3 Der Anteil an dermatologischen Patienten mit somatoformer Störung 1999 vs. 2010

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu der Frage nach dem geschätzten Anteil an Patienten mit einer somatoformen Störung, also ohne objektivierenden Befund, in der Dermatologie der Studien 1999 und 2010 einander gegenübergestellt.

1999 wurde der Anteil der Befragten auf einen Mittelwert von 9.8% (n=69) geschätzt (Abb. 12). Der Mittelwert hat sich elf Jahre später nur leicht verschoben und liegt 2010 bei 10.7% (n=96).

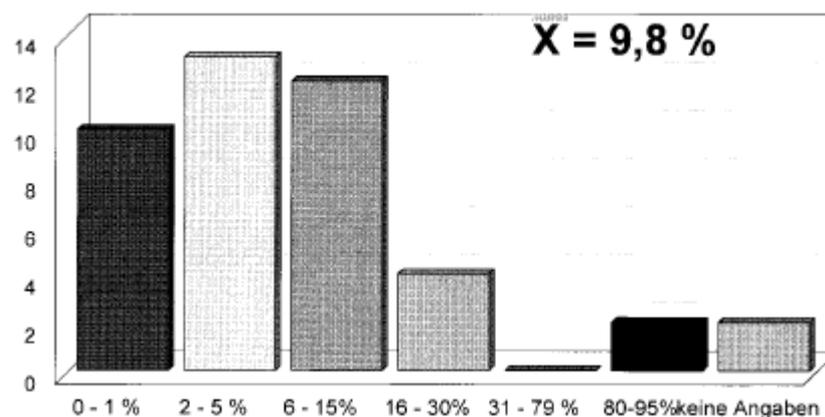


Abbildung 12: Anteil der Patienten mit einer somatoformen Störung in der Dermatologie, 1999 (Angaben der Ärzte mit n=69)

Bei der Gegenüberstellung wird eine leichte Verschiebung in der Einschätzung sichtbar. Zwar schätzt der Hauptteil der Befragten nach wie vor den Anteil der Patienten mit einer somatoformen Störung auf 2-15%, allerdings sieht man 2010 eine Veränderung, was die Kategorie 0-1% betrifft. Der Bereich von 0-1% wurde in der erneuten Befragung von lediglich 9.4% der Ärzte angegeben. 1999 wurde diese Kategorie noch von deutlich mehr Befragten als zutreffend markiert (Abb.13).

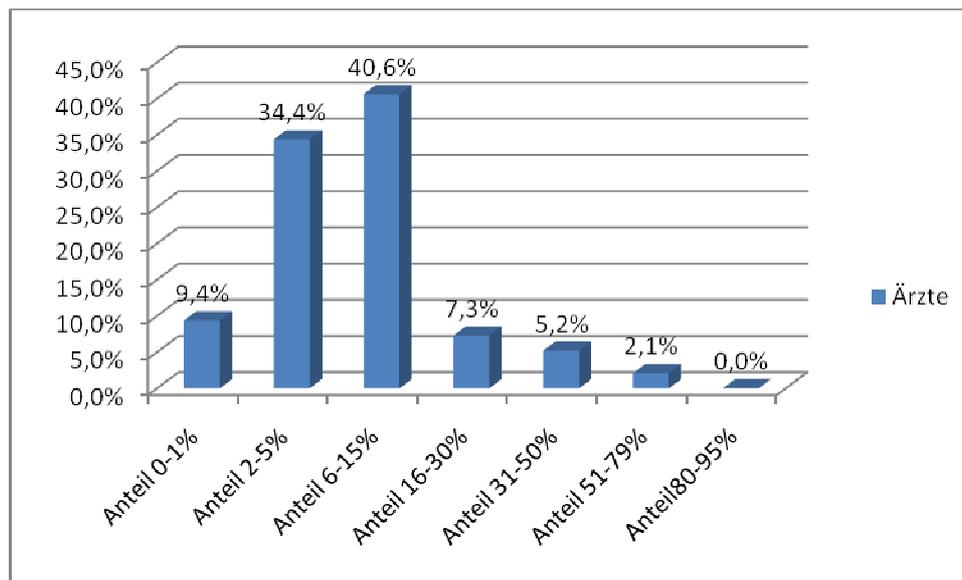


Abbildung 13: Anteil der Patienten mit einer somatoformen Störung in der Dermatologie, 2010 (Angaben der Ärzte mit n=96)

4.3.4 Einschätzung des psychosomatischen und psychiatrischen Interventionsbedarfs bei Dermatosen

Bei der Betrachtung der Frage nach den Dermatosen, bei denen man einen psychosomatischen Behandlungsbedarf sieht, müssen die Ergebnisse der Studie aus dem Jahr 1989 gesondert betrachtet werden, da die Fragestellung gegenüber der in den Studien von 1999 und 2010 eine andere Intention verfolgte.

In der Studie von 1989 stellt die Abfrage der Dermatosen den Hauptteil der Studie dar und ist in zwei Bereiche unterteilt. Im ersten Teil wird nach der Einschätzung der Bedeutung psychischer Faktoren für den Krankheitsverlauf gefragt, im zweiten Teil erfolgt die Zuordnung der Dermatosen zu den entsprechenden ätiopathogenetischen Ebenen (auslösend, chronifizierend oder nicht zutreffend).

Der erste Teil der Fragestellung wurde in den Studien 1999 und 2010 übernommen und dahingehend erweitert, dass deutlich mehr Dermatosen abgefragt wurden.⁴¹ Dieser Teil wird im Folgenden verglichen. Der zweite Teil der Fragestellung von 1989 soll hier nicht weiter betrachtet werden, da die Vergleichsmöglichkeiten zu den Folgestudien fehlt.

⁴¹ 1989 umfasst die Liste der Dermatosen eine Anzahl von 11 Erkrankungen. 1999 waren es 22 Dermatosen, und in der vorliegenden Studie wurde diese Liste auf 29 Hauterkrankungen erweitert.

4.3.4.1 Darstellung der Ergebnisse zur Einschätzung des psychosomatischen und psychiatrischen Interventionsbedarfes der Dermatosen von 1989

1989 liegt der Fokus stärker auf den Hauterkrankungen, die einer bekannten multifaktoriellen Genese sind, deren Verlauf allerdings entscheidend durch psychische Faktoren beeinflusst werden kann. Im Einzelnen handelt es sich hier um das atopische Ekzem, die chronische Urtikaria, Hyperhidrosis, Alopecia areata, Lichen planus, Acne vulgaris, dyshidrotisches und seborrhoisches Ekzem, Psoriasis vulgaris, Rosazea sowie einige Virusinfektionen der Haut (z.B. Herpes simplex oder Verrucae vulgaris).

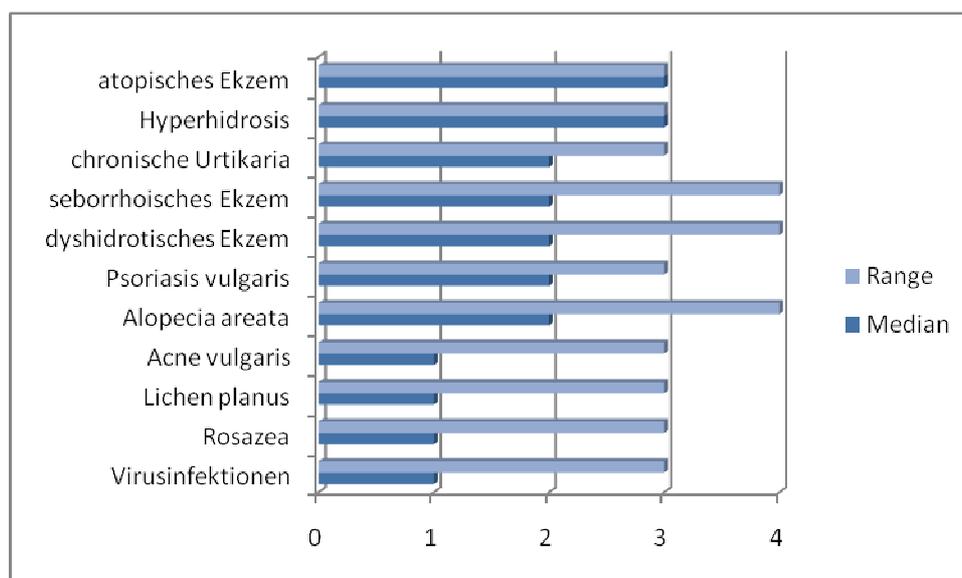


Abbildung 14: Hauterkrankungen und Einschätzung der notwendigen psychosomatischen Interventionen, Studie 1989 mit n=29 (0=keine Bedeutung, 4= sehr starke Bedeutung).

Die Ergebnisse stützen sich bei der vorliegenden Grafik auf 29 Antworten.

Die Medianwerte verdeutlichen, dass den psychischen Faktoren insbesondere für die Krankheitsverläufe des atopischen Ekzems und der Hyperhidrosis eine große Bedeutung beigemessen wird. Die Rolle der psychischen Faktoren bei der chronischen Urtikaria, dem seborrhoischen und dem dyshidrotischen Ekzem sowie der Psoriasis vulgaris und der

Alopecia areata wird als mittelmäßig eingestuft. Den übrigen abgefragten Dermatosen werden kaum als durch psychische Faktoren beeinflusst wahrgenommen.

In der Grafik wurden neben den Medianwerten auch die Streuungswerte ermittelt, welche in diesem Fall die Variationsbreite der Urteile darstellen. Hier wird ersichtlich, dass die Einschätzungen der Bedeutung psychischer Faktoren für den Verlauf bei der Alopecia areata, des dyshidrotischen und des seborrhoischen Ekzems maximal ist. Das heißt, das Spektrum der Urteile variiert in der Einschätzung maximal - von *keine Bedeutung* bis *starke Bedeutung*.

4.3.4.2 Darstellung der Ergebnisse zur Einschätzung des psychosomatischen und psychiatrischen Interventionsbedarfes der Dermatosen von 1999

Betrachtet man in Abbildung 15 die differenzierte Bewertung der Dermatologen zu den einzelnen vorgegebenen Krankheitsbildern, so wird deutlich, dass es bei der Bewertung der Dermatosen sehr unterschiedliche Einstellungen hinsichtlich der Annahme gibt, ob die Erkrankung kausal bzw. wesentlich von psychosomatischen Faktoren beeinflusst wird, eine adjuvante oder begleitende psychosomatische Intervention oder keine Intervention für erforderlich gehalten wird. Während bei Krankheitsentitäten wie Dermatozoenwahn, Trichotillomanie, Artefakten, Acne excoriée und Pruritus sine materia meist eine kausale oder mindestens adjuvante Intervention für erforderlich gehalten wird, wird bei Erkrankungen wie Tinea pedum, Basaliom, Verrucae vulgaris, seborrhoischem Ekzem und Virusinfektionen keine Begleittherapie als sinnvoll erachtet. Bei den chronischen entzündlichen Dermatosen wie Neurodermitis, Psoriasis, Urtikaria, Acne vulgaris, aber auch Sklerodermie und Melanom wird eine adjuvante Intervention als sinnvoll angesehen. Bei den Dermatosen – Lichen ruber, Hyperhidrosis, Rosazea und dyshidrosiformes Ekzem – werden von den Dermatologen sehr unterschiedliche Bewertungen abgegeben, sodass hier offenbar keine einheitliche Einstellung zu psychosomatischen Aspekten vorhanden ist.

Hauterkrankungen und Einschätzung der notwendigen psychosomatisch/psychiatrischen Interventionen (n=69 Hautkliniken)			
Dermatose	Kausale/wesentliche Interventionen	Adjuvant/begleitende Interventionen	Interventionen nicht erforderlich
Dermatozoenwahn	65	4	1
Trichotillomanie	67	3	0
Artefakte	67	3	0
Neurodermitis	16	59	0
Melanom	1	58	7
Tinea pedum	0	5	61
Psoriasis vulgaris	2	55	11
Acne vulgaris	1	45	23
Acne excoriée	46	30	0
Urtikaria	10	44	13
Lichen ruber	3	30	33
Alopecia areata	6	49	15
Epidermolysen	1	35	32
Basaliom	0	12	53
Sklerodermie	1	49	16
Pruritus sine materia	30	34	3
Verrucae vulgaris	1	13	56
Hyperhidrosis	4	42	25
Rosacea	0	31	38
Seborrhoisches Ekzem	1	23	46
Dyshidrosiformes Ekzem	4	30	33
Virusinfektionen	0	11	58

Abbildung 15: Hauterkrankungen und Einschätzung der notwendigen psychosomatisch/psychiatrischen Interventionen (Studie 1999 mit n=69)

4.3.4.3 Gegenüberstellung der Ergebnisse zur Einschätzung des psychosomatischen und psychiatrischen Interventionsbedarfes der Dermatosen von 1989 und 1999

Die Abbildung 16 wurde der Arbeit von 1999 entnommen und soll nun den Vergleich zwischen den beiden Vorläuferstudien kurz darstellen.

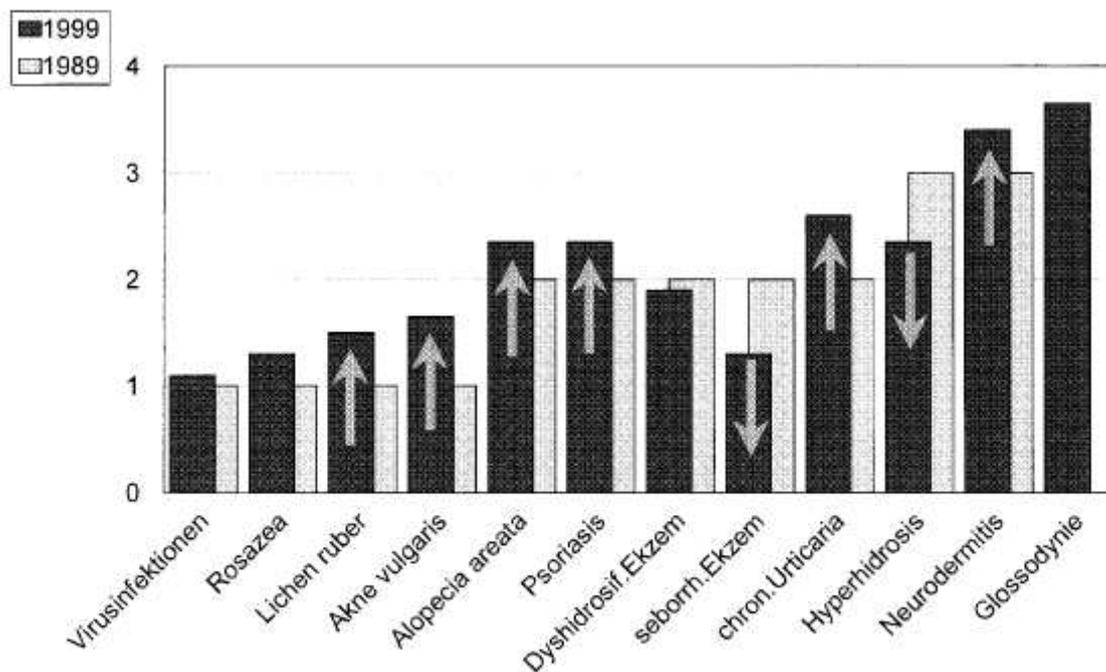


Abbildung 16: Bedeutung psychischer Faktoren für den Krankheitsverlauf (0=keine, 4=sehr starke Bedeutung), Vergleich der Befragungen 1989 und 1999

Es wurden hier die elf Dermatosen verglichen, die auch 1989 abgefragt wurden (Abb.16). Außerdem ist als Vergleichswert noch die Glossodynie integriert, um ein Beispiel für die Einschätzung bei einer Erkrankung primär psychischer Genese aufzuzeigen.

Der direkte Vergleich in der Bewertung der Bedeutung psychischer Faktoren für den Krankheitsverlauf bei den einzelnen Krankheitsbildern zeigt, dass im Vergleich zu 1989 den Dermatosen eine leicht größere psychische Bedeutung beigemessen wird. Hingegen haben die Mittelwerte beim seborrhoischen Ekzem und der Hyperhidrosis abgenommen.

4.3.4.4 Vergleich der Ergebnisse zur Einschätzung des psychosomatischen und psychiatrischen Interventionsbedarfes der Studien 1999 und 2010

Im der folgenden Abbildung werden die Ergebnisse aus den Studien 1999 und 2010 gegenübergestellt (Abb. 17).

Die Befragten sollten hier eine Einschätzung hinsichtlich der psychosomatischen und psychiatrischen Interventionsnotwendigkeit angeben.

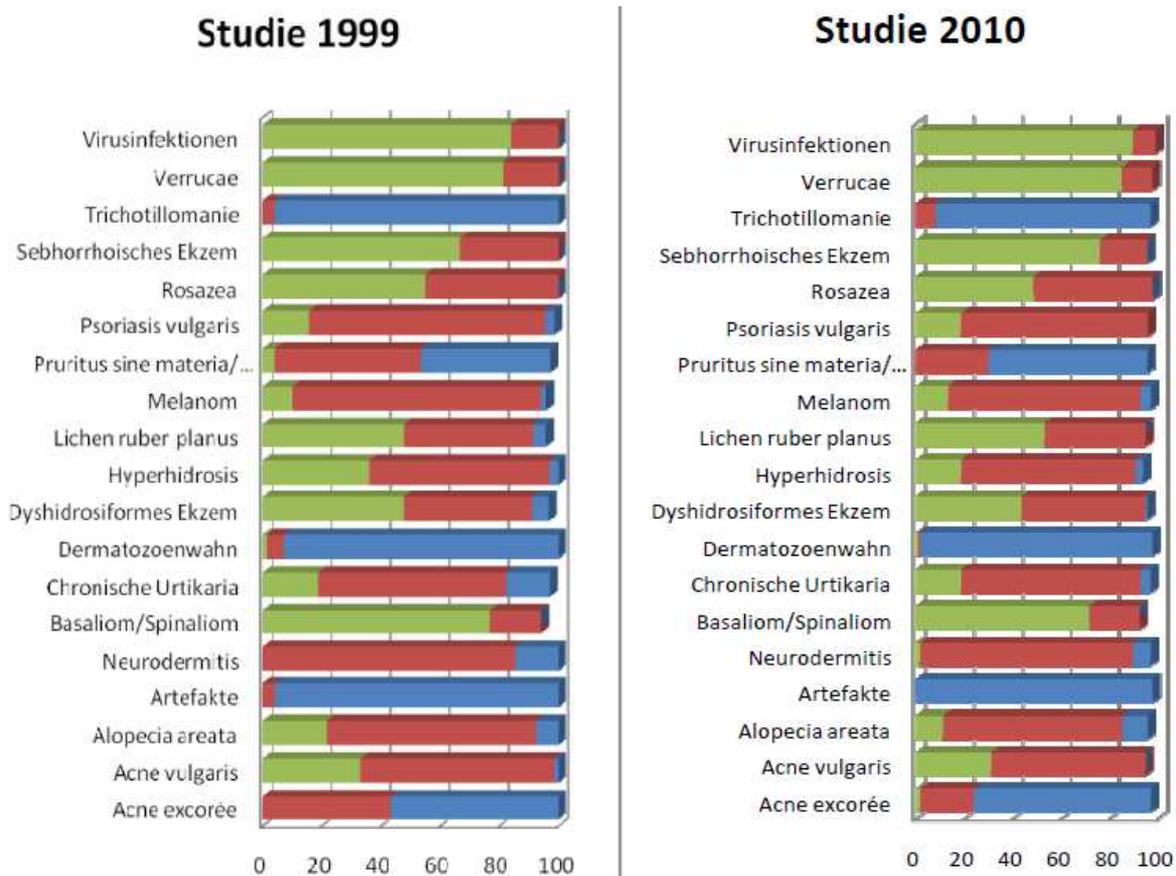


Abbildung 17: Vergleich der Abfrage der Dermatosen 1999 und 2010 (grün= keine Intervention, rot=adjuvante Intervention, blau= notwendige Intervention) Angaben in%.⁴²

Bei der Gegenüberstellung der beiden Diagramme in Abbildung 17, die jeweils die Einschätzungen der Ärzte widerspiegelt, wird deutlich, dass die Einschätzung des psychosomatischen Interventionsbedarfes bei den Dermatosen Pruritus sine materia, der Hyperhidrosis, dem Dermatozoenwahn, Artefakten sowie der Alopecia areata und der Acne excoriée etwas an Bedeutung gewonnen hat. Bei den übrigen Krankheitsentitäten wie Virusinfektionen, Verrucae, Trichotillomanie, dem seborrhoischen Ekzem, Rosazea, Psoriasis vulgaris, Melanom und Basaliom, Lichen ruber, dem dyshidrostischen Ekzem, der chronischen Urtikaria, dem atopischen Ekzem und der Acne vulgaris gab es keine relevanten Veränderungen. Hier blieb die Einschätzung hinsichtlich des Interventionsbedarfes stabil bzw. änderte sich nur unwesentlich zu den Ergebnissen von 1999.

⁴² Die Tabelle mit den Prozentwerten zu der Abbildung 17 findet sich im Anhang dieser Arbeit.

5 Diskussion und Ausblick

Nach der Darstellung der Ergebnisse der Befragung aus dem Jahr 2010 sollen diese im nun Folgenden reflektiert, diskutiert und auf ihre Bedeutung hin untersucht werden.

5.1 Diskussion

Diese Arbeit strebt an, einen aktuellen Überblick über die psychosomatische Versorgungssituation an deutschen Hautkliniken zu entwickeln sowie längsschnittartig Unterschiede und Vergleichbarkeiten zu den Zeitpunkten der beiden vorangegangenen Studien aufzuzeigen. Im Weiteren wird diskutiert, inwieweit und an welchen Stellen die Studie Schwachpunkte und Stärken aufweist und auf welche Gesichtspunkte weitere Forschungsarbeiten ihren Fokus richten sollten.

Ein Schwachpunkt der Darstellungen in dieser Arbeit zeigte sich bezüglich ihres kontrastiven Charakters. Die Vergleichswerte insbesondere in der ersten Studie aus dem Jahre 1989 waren in nur vergleichsweise geringem Maße valide. Jeder Gegenüberstellung musste anhand der recht kurzen und allgemein gehaltenen Darstellungen in dieser Publikation vorgenommen werden. Auch die 1989 noch vergleichsweise geringe Stichprobengröße beeinträchtigt die Möglichkeit der direkten Gegenüberstellung - sicherlich ist ein Argument für die kleine Stichprobengröße die damalige politische Situation, da durch die Teilung Deutschlands deutlich weniger Kliniken für die Studie in Frage kamen.

Dennoch bieten die vergleichsweise allgemein gehaltenen Fragen eine erste Übersicht über die Einschätzung der psychosomatischen Versorgungssituation, welche von großem Nutzen war und Ansätze für weitere Forschungsvertiefung gibt.

5.1.1 Die Stichprobe

Im Zeitraum Anfang Dezember 2009 bis zum Februar 2010 wurden insgesamt 150 verwertbare Fragebögen zurückgeschickt, ausgefüllt durch das Personal der deutschen Hautkliniken. Die Rücklaufquote der Studie war mit 59.5% zufriedenstellend und liegt etwas über den Erfahrungen aus ähnlichen klinikübergreifenden Befragungen, in denen Rücklaufquoten zwischen 15% [58] und 57% [59] angegeben werden.

41 Kliniken schickten je einen Fragebogen des ärztlichen Personals und einen Fragebogen des Pflegepersonals zurück. Nur diese 41 Fragebögen wurden direkt miteinander verglichen, um hier eine valide statistische Auswertung der unterschiedlichen Einschätzung der Gruppen (ärztliches Personal vs. Pflegepersonal) vorzunehmen.

In der Befragung zur Situation der psychosomatischen Dermatologie muss zunächst berücksichtigt werden, dass der Fragebogen zur Hälfte von leitenden Ärzten in den Hautkliniken ausgefüllt wurde. Aus entsprechenden Studien zum Konsildienst ist bekannt, dass die Bedeutung psychosomatischer Faktoren als umso größer angesehen wird, je dichter der Kontakt zum Patienten ist. Aus diesem Grund wurde in der vorliegenden Studie eine getrennte Befragung von Ärzten und dermatologischem Pflegepersonal durchgeführt. Diese These konnte verifiziert werden. Ein wichtiger Gesichtspunkt war dabei jedoch, dass das Pflegepersonal bei Dermatosen, denen bewiesenermaßen eine primär psychische Genese zu Grunde liegt, die notwendige psychosomatische/psychologische Intervention nicht im gleichen Maße wahrnahm wie das ärztliche Personal. Dies lässt eventuell den Schluss zu, dass das Pflegepersonal entweder die Begriffe der Erkrankungen, wie *Trichotillomanie* oder *Acne excoriée* nicht einordnen kann oder aber, dass das ärztliche Personal stärker die aktuelle Studienlage zu diesen Erkrankungen verfolgt als dies von Seiten der Pflege der Fall ist und daher diese ungenauere Einschätzung erfolgt.

Die Größe dieser Stichprobe reichte statistisch zwar aus, um die Aussagen zu validieren, jedoch sollten weitere Studien zur Überprüfung von Validität und Reliabilität folgen, für welche dann auch verstärkt auf die psychosomatische Ausbildung der Dermatologen und auf die unterschiedliche Einschätzung der Bedeutung von psychosomatischer Intervention bei Dermatosen zu achten ist.

5.1.2 Die Kooperationsformen an den Hautkliniken

Evaluiert wurden die angewandten Kooperationsformen an den einzelnen Hautkliniken. Um hier eine bessere Vergleichbarkeit zu den Umfragen aus dem Jahr 1989 und 1999 zu bekommen, wurden die möglichen Maßnahmen zu zwei Gruppen zusammengefasst. Die erste Gruppe befasste sich mit den *kooperativen* Maßnahmen. Zu dieser zählen Konsile mit der Psychosomatik/Psychiatrie, Konsile mit niedergelassenen Kassenärzten und der Liaisondienst. Zu

den *integrativen* Maßnahmen zählen eigene ausgebildete Mitarbeiter und fest angestellte Psychologen. Überweisungen an Psychologen/Psychotherapeuten, Psychiater wurden einzeln analysiert.

Wenn man die stattfindenden Kooperationsformen an deutschen Hautkliniken anschaut, fällt auf, dass 2010 größerer Wert auf integrative Maßnahmen gelegt wird als noch elf Jahren (Kapitel 4.3.1). Auch wird ersichtlich, dass es so gut wie keine Klinik mehr gibt, die keine Angabe zu den Kooperationsformen macht. Dies war in der Befragung von 1989 noch ein erheblicher Prozentsatz von 20.7%.

Auch im direkten Vergleich mit der Studie von Schubert und Bahmer [4] und Gieler et al. [5] kann man eine Entwicklung feststellen. Bei Untersuchung der Kooperationsformen wird deutlich, dass es zwischen 1989 und 1999 zu einer Verschiebung der psychosomatischen Versorgung gekommen ist und 1999 mehr Kooperation als Integration praktiziert wurde. In der Studie von Bahmer et al. wurde in 30.7% der Fälle eine Integration dermatologischer und psychosomatischer Versorgung angegeben. 1999 verschob sich dieser Wert auf 22.5%, bis er sich 2010 mit 47.9% erfreulicherweise mehr als verdoppelt hat.

Dagegen erhöhte sich die Zahl der Kooperationen von 29.1% im Jahr 1989 auf 43.5% zehn Jahre später. 2010 erreicht dieser Wert 30.2%. Die Ergebnisse zeigen eine Verschiebung des Schwerpunktes von der Kooperation hin zu den integrativen Verfahren. Es wäre höchst erfreulich, wenn sich dieser Trend in Zukunft in ähnlicher Form fortsetzen würde und der Bedeutung fest angestellter PsychologInnen bzw. der psychologischen Schulung eigener Mitarbeiter eine höhere Bedeutung beigemessen werden würde. Weiter verfolgt werden sollte die Aufklärung der Kliniken hinsichtlich der Nützlichkeit des Liaisondienstes. Hier wäre die möglichst zeitnahe Verstärkung der Aufklärungsarbeit sehr wünschenswert.

Im direkten Vergleich der abgefragten Kooperationsformen mit der Studie von 1999 ist der Bedeutungszuwachs des Konsils durch die Psychosomatik auffällig. War dieses 1999 noch mit 30.4% vertreten, machte es 2010 bereits einen Anteil von 42.7% aus. Auch der Psychologe als fest angestellter Mitarbeiter in der Dermatologie hat von 21.7% vor zehn Jahren an Wert zugelegt und wird von 37.5% der Kliniken angestellt.

Eine Einschränkung ist allerdings bezüglich der Interpretation der Ergebnisse von 2010 von Nöten. Wenn man die Angaben des befragten ärztlichen Personals und des befragten Pflege-

personals vergleicht, sieht man eine Diskrepanz in den genannten Kooperationsformen, die es eigentlich nicht geben dürfte, da es um eine Angabe der vorhandenen Zusammenarbeit geht. Hier lässt sich wieder ein Informationsdefizit des Pflegepersonals ableiten, da diese Gruppe nicht mit Sicherheit sagen kann, welche Formen der Kooperation am Klinikum existieren. Da in der Gruppe der Ärzte mehr als die Hälfte der Fragebögen von Chefärzten beantwortet wurde, muss hier davon ausgegangen werden, dass diese über die angewandte Kooperation in ihrer Klinik informiert sind. Es wurden daher bei der Gegenüberstellung mit den Vorläuferstudien die Angaben der Ärzte verwertet, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

5.1.3 Der Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot

Pflegekräfte schätzen den Bedarf an psychosomatischen/psychologischen Interventionen bei somatischen Erkrankungen meist höher ein, als dies Ärzte tun. Auch Herzog et al. stellten 1985 in einer Befragung von Pflegepersonal und Ärzteschaft an einem Krankenhaus mit Regelversorgung heraus, dass bei 50% der Patienten eine psychische Komponente besteht, die in 82% (Angabe der Pflege) bzw. 72% (Ärzte) einen psychosozialen Mitbehandlungsbedarf erfordert [60]. In einer weiteren Studie von Herzog [6] an 200 Stationen zeigte sich, dass Chefärzte den Bedarf an psychosomatischem Abklärungs-/Interventionsbedarf für 10% der Patienten, Stationsärzte ihn für 14% und Pflegekräfte ihn für 24% als notwendig erachteten. Diese variierenden Bewertungen durch Ärzte und Pflegepersonal werden durch die Befragung in dieser Arbeit weiter bestätigt. Im Vergleich zu den vergangenen Studien von vor zehn bzw. zwanzig Jahren zeigt sich, dass sich die Einschätzungen für den Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot nur leicht veränderten.

Die unterschiedlichen Einschätzungen zwischen Ärzten und Pflegepersonal in der vorliegenden Studie sollte allerdings Motivation sein, dieses Phänomen weitergehend zu beleuchten und die Ursache der Abweichungen zu ermitteln

Als Hypothese liegt die Nähe des Personals zum Patienten als bedeutsamer Komponente in der Beurteilung nahe. Auch dies ließ sich der Studie von Herzog et al. entnehmen [6].

5.1.4 Somatoforme Störungen

Die Einschätzung des Anteils an dermatologischen Patienten mit psychosomatischem Versorgungsbedarf spiegelt mit 21.7% bei den Ärzten und mit 33.6% bei dem Pflegepersonal recht adäquat die Daten bisher vorliegender Studien zum Bedarf und zur Notwendigkeit bei Patienten wider. [22], [8], [23] Gegenüber somatisch gesunden Vergleichsgruppen wird deutlich, dass die Prävalenz psychosomatischer Störungen bei dermatologischen Patienten um das Dreifache erhöht [24] und leicht erhöht bei neurologischen, onkologischen und kardiologischen Patienten ist [23]. Picardi et al. ermittelten bei 38% der untersuchten dermatologischen Patienten eine psychische Diagnosestellung nach dem DSM-IV. Bei den ermittelten Diagnosen überwogen die Items Depression und Angstsymptomatik [61].

Im Vergleich zu den dermatologischen Kliniken werden psychische Störungen allerdings in der Allgemeinmedizin noch häufiger angenommen. Dilling et al. ermittelten bei 32% aller Patienten, die einen praktischen Arzt aufsuchen, eine behandlungsbedürftige psychische Störung [12].

5.1.5 Psychotherapeutische Verfahren

Am Beispiel der Frage nach psychotherapeutischen Interventionen (Abb. 18) wurde bei dem Punkt der Empfehlung für Psychopharmaka festgestellt, dass die Einschätzung der Ärzte stark mit der Meinung des Pflegepersonals differiert. Diese starke Diskrepanz in den Ergebnissen sollte durch Studien, auch in anderen medizinischen Fachbereichen, unbedingt weitergehend analysiert werden.

In der Studie von Gieler et al. 1999 sind die Antworten zu den durchgeführten psychosomatischen Therapieverfahren etwas paradox, da diese mit über 70% auf Psychopharmaka setzen, während Interventionen als Verbesserung der Krankheitsbewältigung das vordergründige Ziel für die Befragten zu sein scheint und hierfür nachweislich am ehesten kognitive und tiefenpsychologische Psychotherapieverfahren erfolgreich sein würden und nicht allein die Gabe von Psychopharmaka. Diese Angabe hat sich in der vorliegenden Befragung leicht gewandelt. Die Verbesserung der Krankheitsbewältigung ist immer noch vorrangiges Ziel der Befragten, die Gabe von Psychopharmaka gaben 70.6% der Ärzte und 16.0% der Pflegekräfte an. Aller-

dings gewinnt die Bewertung der Verhaltenstherapie bei den Ersteren an Bedeutung und erreicht mittlerweile einen Wert von 81.3%.

Die mit hohen Prozentwerten angegebene Gesprächspsychotherapie könnte auf eine mangelnde Information der Befragten zurückgehen, da diese Psychotherapieform eher seltener angewandt wird und von den Krankenkassen nicht als abrechnungsfähige Therapieform anerkannt ist. Die meisten Psychotherapeuten sind allein schon wegen der kassenärztlichen Anerkennung v. a. in Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder Psychoanalyse ausgebildet. Ein ähnliches Ergebnis gab es bereits 1999 in der Studie von Gieler et al., ein Aufklärungsbedarf ist hier nach wie vor vorhanden.

Wie bereits oben erwähnt, gab es viele Unklarheiten bezüglich des Begriffs der psychodynamischen Psychotherapie. Der Begriff konnte von vielen Befragten nicht mit sinnvollem Inhalt gefüllt werden und wurde mit einem Fragezeichen versehen. Auch dies erklärt eventuell die niedrigen Angaben dieser Kategorie.

Durch die vorliegende Studie wird deutlich, dass im Verlauf der letzten zwanzig Jahre die dermatologische Psychosomatik an Bedeutung gewonnen hat. Allerdings besteht bezüglich der unterschiedlichen Therapieformen weiterhin leider meist unverändert ein Informationsdefizit. Diese Arbeit sollte nun also ein weiterer Beitrag sein, auf den Schulungsbedarf des dermatologischen Personals in der Anwendung psychologischer und psychosomatischer Therapieoptionen aufmerksam zu machen.

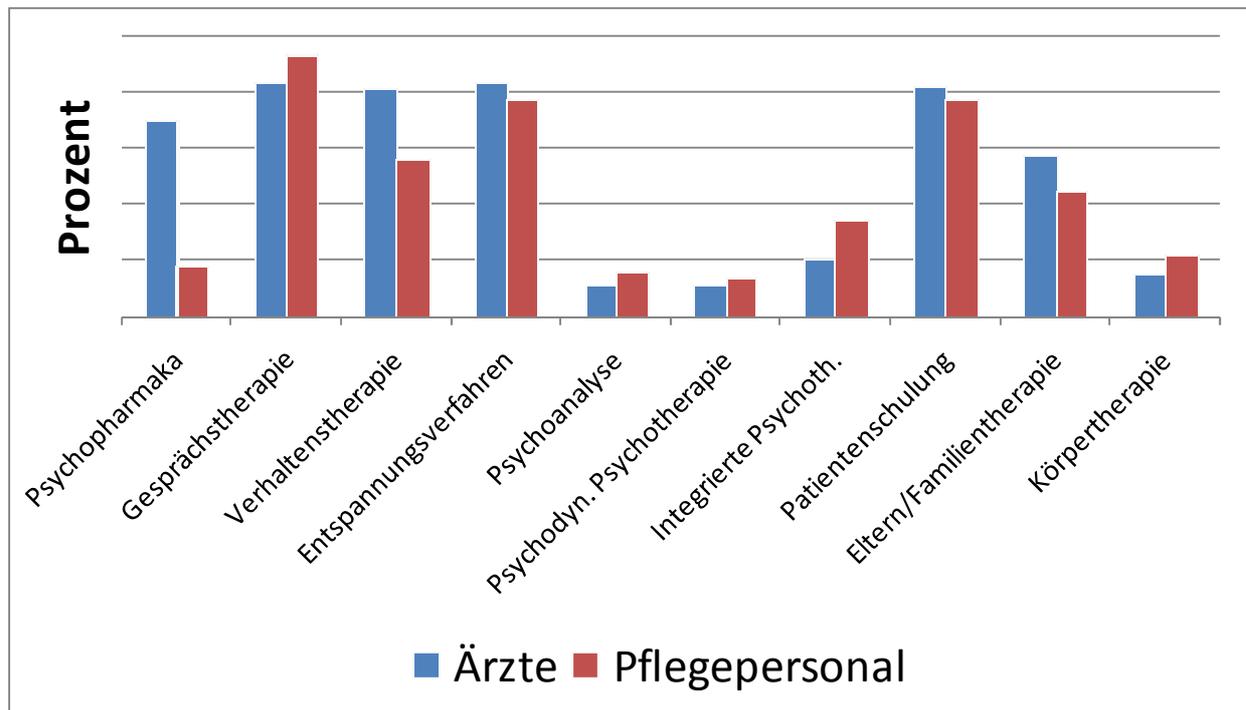


Abbildung 18: Welche psychotherapeutischen Verfahren würden Sie für sinnvoll erachten? (Mehrfachnennungen möglich)

5.1.6 Aufgaben der Psychosomatik

Betrachtet man die gewünschten und erwarteten Angaben zu den Aufgaben der Psychosomatik in der vorliegenden Arbeit von 2010 zeigt sich, dass die Verbesserung der Krankheitsbewältigung sowohl vom Pflegepersonal als auch vom ärztlichen Personal am höchsten bewertet wird. Stark differieren die Angaben über die Durchführung weiterer Schritte: Seien diese weitergehende psychologische Behandlung, psychische Diagnostik, die Verabreichung von Psychopharmaka oder die Möglichkeit weitere Forschung durchzuführen. Hier sehen die Ärzte eine weitaus höhere Bedeutung als das Pflegepersonal.

Der Fakt, dass vor allem das Pflegepersonal die Notwendigkeit der Forschung mit niedrigen Prozentwerten belegt, mutet etwas paradox an; insbesondere da auch die vorliegende Studie als Forschung betrachtet werden kann und das Pflegepersonal eine hohe Bereitschaft gezeigt hatte, hieran teilzunehmen.

Allerdings hat die Forschung im Vergleich zu den vorangegangenen Arbeiten in der Bewertung an Prozentpunkten gewonnen. Forschungsprojekte wurden 1999 in nur 19 von 69 Fragebögen als sinnvoll erachtet.

Die radikale Ablehnung des Pflegepersonals gegenüber der Verabreichung von Psychopharmaka und die hohe Diskrepanz zu den Angaben der Ärzte sollte weitergehend untersucht werden und hier eine Problemlösung angestrebt werden.

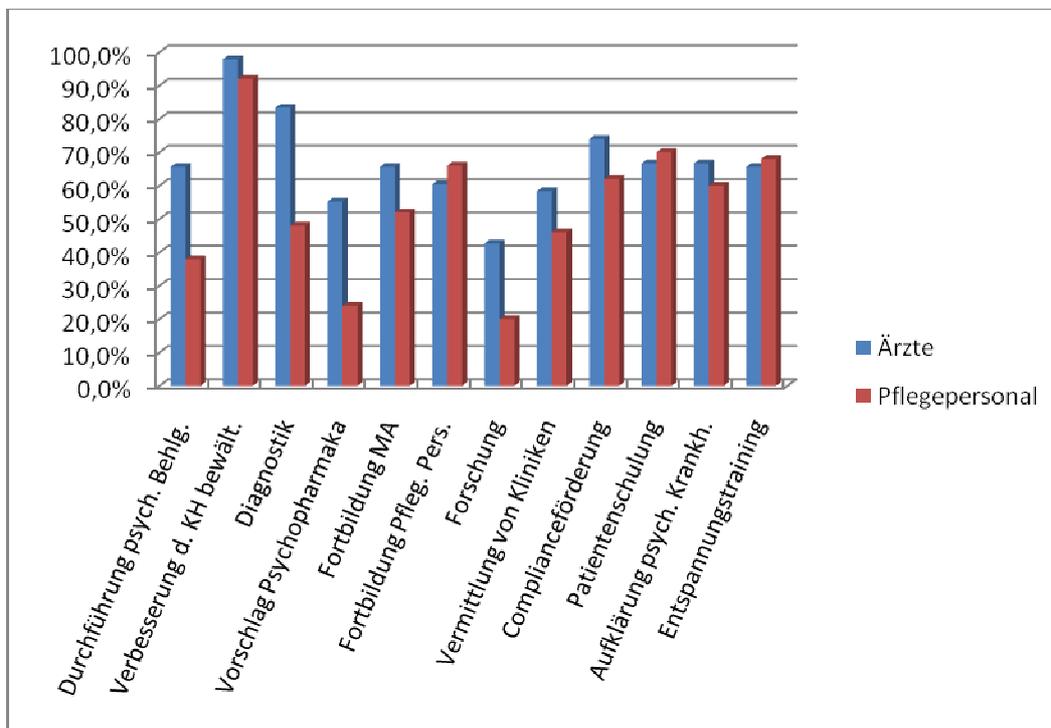


Abbildung 19: Frage: Welche Aufgaben sollte die Psychosomatik haben?

5.1.7 Dermatosen und ihre psychosomatische Intervention

Der direkte Vergleich in der Bewertung der Bedeutung psychischer Faktoren für den Krankheitsverlauf bei den einzelnen Krankheitsbildern zeigt, dass im Vergleich zwischen der Studie von 1999 zu 1989 mehr psychische Einflussfaktoren bei Dermatosen angenommen werden. Lediglich beim seborrhoischen Ekzem und der Hyperhidrosis haben die Mittelwerte abgenommen.

Zwischen den Befragungen von 1999 und von 2010 gibt es weniger große Veränderungen. Psychosoziale Aspekte bei Hautkrankheiten werden offenbar weitgehend im klinischen Alltag akzeptiert.

In den Angaben zu der Frage, bei welchen Hauterkrankungen psychosomatisch/psychiatrische Interventionen als sinnvoll erachtet werden, spiegelt sich unseres Erachtens v. a. die Reaktion

auf die Häufigkeit von Publikationen wider. Bei Dermatosen, wie Lichen ruber oder Rosazea gibt es nur wenige Publikationen und der Stellenwert der psychosomatischen Faktoren wird auch in den Veröffentlichungen als gering eingeschätzt. Bei diesen Erkrankungen existieren nur wenige Studien zur psychosomatischen Dermatologie, die diesen Aspekt belegen oder widerlegen könnten.

Folglich sehen die Befragten in einer psychischen Intervention bei den genannten Krankheitsentitäten auch wenig Notwendigkeit.

Verwunderlich mutet allerdings die Einschätzung bei der Beurteilung des systemischen Lupus Erythematoses an. Nach neuerer Studienlage ist mittlerweile bewiesen, dass psychische Störungen, wenn man leichte kognitive Störungen einbezieht, bei 90% der Betroffenen auftreten. Erfreulich ist, dass die Forschung an Bedeutung gewonnen hat: Bewerteten 1999 noch nur 27.5% diesen Punkt als notwendig, so erreichte er 2010 bei den Ärzten einen Prozentsatz von 42.7%.

5.1.8 Überprüfung der Hypothesen

Im folgenden Kapitel der Diskussion werden die Ergebnisse in Hinblick auf die Fragestellungen und Hypothesen überprüft und im Kontext der bestehenden Literatur betrachtet.

1. In den letzten 20 Jahren hat die Berücksichtigung von psychischen und psychosomatischen Faktoren in der Dermatologie zugenommen.

Die obige Hypothese kann am besten beurteilt werden, wenn man zum Einen den Rücklauf der vorliegenden Studie mit den beiden Studien von 1989 und 1999 vergleicht und zum Anderen sich ein Bild von der Anzahl der Artikel macht, die in den letzten Jahren zu diesem Thema erschienen sind.

Bei der Betrachtung des Rücklaufes (Tab.12) zeigt sich, dass sich kein allgemein gültiger Trend direkt ablesen lässt. Allerdings muss in die Interpretation mit einbezogen werden, dass 1989 nur wenige Kliniken angeschrieben wurden und bereits hier eine Vorauswahl stattge-

funden hat, die eine breite Erfassung aller damaligen Kliniken ausschließt. Dieser Aspekt sollte berücksichtigt werden.

Von dem Jahr 1999 zum Jahr 2010 lässt sich ein vorsichtiger Trend aufzeigen. So steigerte sich die Rücklaufquote hier um ca. 15%, was die eingangs aufgestellte Hypothese belegen würde.

Ebenfalls wurde in vielen Bögen der aktuellen Befragung Anmerkungen gemacht, bei denen die Befragten sich über das für sie wichtige Thema bedankten und hervorhoben, dass dies für ihren Arbeitsalltag ein nicht zu vernachlässigendes Thema sei, dem mehr Beachtung geschenkt werden sollte.

Studien	Angeschriebene Kliniken/ erreichte Kliniken	Auswertbare Fragebögen (befragte Ärzte)	Rücklaufquote in Prozent (%)
1989	42/34	29	85.3
1999	170/135	69	51.1
2010	139/126	96	76.2

Tabelle 12: Rücklaufquoten 1989, 1999, 2010

Zu dem zweiten genannten Aspekt (der Betrachtung der Veröffentlichungen zu diesem Thema) zeigt sich, dass allein im JDDG in den letzten Jahren (2006-2010) insgesamt sechs Studien aus diesem Bereich publiziert wurden [33, 62-66].

Die Pubmed-Recherche zu diesem Thema ergibt, dass in den Jahren 2010 bis 2012 allein bei dem Suchbegriff *psychosomatic dermatology* erneut viele relevante Artikel erschienen sind: Ein großer Teil der gefundenen Artikel beschäftigt sich aktuell mit den psychischen Faktoren bei speziellen Krankheitsbildern. Insbesondere die Psoriasis und ihre psychischen Ursachen oder Folgen rückt in den letzten Jahren stärker in den Vordergrund. So befassen sich beispielsweise Böhm et al. mit der Analyse der Psoriasis im Bezug auf das Geschlecht, Stigmatisierung der Betroffenen und der Lebensqualität [67]. Nicht nur der Psoriasis wird größere Beachtung geschenkt. Ähnliches Interesse wird auch der chronischen Urtikaria entgegengebracht. Staubach et al. zeigen hier in einer aktuellen Studie aus dem Jahr 2011 die hohe Prävalenz von emotionalem Stress, psychischen Störungen im Zusammenhang mit der chronischen Urtikaria [68]. Bei den genannten Studien rückt der Gesichtspunkt der *quality of life* stärker in den Vordergrund.

Erfreulich ist auch, dass nicht nur im deutschsprachigen Raum das Thema an Bedeutung gewinnt, sondern auch international Gehör findet. Ein Aufsatz zu diesem Thema wurde 2010 im *indian journal of psychiatry* veröffentlicht. In diesem wird ein aktueller Überblick über die Studienlage im Bereich der Psychodermatologie geliefert [69].

2. Die Psychosomatik ist in den letzten 20 Jahren aus dem Schatten der Psychiatrie herausgetreten und entwickelt(e) sich unter anderem als dermatologische Psychosomatik zu einem eigenständigen Fachgebiet.

Zur Überprüfung der Hypothese sollen vor allem die Ergebnisse dieser Studie hinsichtlich der Frage nach den Kooperationsformen betrachtet werden.

Hier zeigt sich, dass die Konsile durch die Psychosomatik mittlerweile an Bedeutung gewonnen haben. Zwar ist das Konsil durch die Psychiatrie immer noch führend bei der Betreuung des Konsiliardienstes, allerdings zeigt das psychosomatische Konsil einen deutlichen Zuwachs in den letzten elf Jahren. Die Ergebnisse der Studie lassen sich dahingehend ableiten, dass sich die Psychosomatik in den letzten Jahrzehnten stärker zu einem eigenständigen Fachgebiet entwickelt hat und mittlerweile autark neben dem Fachgebiet der Psychiatrie bestehen kann.

Auch bei der Literaturrecherche fällt auf, dass die Fachgebiete sich mittlerweile klarer voneinander trennen lassen. Dieser Trend kann allerdings auch daher kommen, dass in dem heutigen Verständnis von Fachgebieten diese immer klarer definiert werden und großer Wert auf die Abgrenzungen zu anderen Fachbereichen gelegt wird.

Bei den Fragebögen wird bei der Möglichkeit Anmerkungen zu machen häufig hervorgehoben, wie wichtig die Psychosomatik in der heutigen Dermatologie sei. Die dermatologischen Krankheitsbilder können häufig nicht isoliert betrachtet werden, wichtig ist hier eine ganzheitliche Betrachtung der Somatik und der Psyche des Patienten. Dass diesem Punkt eine große Bedeutung zuteil wird, zeigt sich auch in den Anmerkungen der Befragten, die in der Psychosomatik einen wichtigen Aspekt der heutigen Dermatologie sehen.

3. Die Einrichtungen reagieren positiv und aufgeschlossen auf die veränderte Situation der Fokussierung auch psychologischer und psychosomatischer Faktoren innerhalb der Dermatologie. Dies sollte sich auch am Rücklauf der Fragebögen widerspiegeln.

Die obige Hypothese kann bestätigt werden. Sowohl von Seiten der Ärzte, als auch von Seiten des Pflegepersonals wurde hervorgehoben, dass die durchgeführte Befragung für den Klinikalltag relevant sei. Viele der Befragten sehen allerdings in der fehlenden psychosomatischen Weiterbildung sowohl für die Ärzte als auch für das pflegende Personal ein großes Defizit, welches behoben werden sollte.

Gerade den Faktor „Stress“ sehen die Befragten bei den Patienten als wichtigen Aspekt in der Entstehung der Dermatosen. In den Anmerkungen wurde von einigen Befragten vermerkt, dass dieser Faktor in den letzten Jahren zunehmend sei und diesem nun mehr Bedeutung entgegengebracht werden sollte.

Auch der gute Rücklauf von Seiten der Ärzte bestätigt, dass die psychosomatischen Aspekte in der Entstehung und dem Verlauf von Dermatosen ernst genommen werden (siehe Tab. 12). Bei dem Rücklauf von Seiten des Pflegepersonals wäre allerdings wünschenswert, dass dieser sich bei ähnlichen Studien verbessert. Von 126 erreichten Kliniken kamen hier 50 auswertbare Fragebögen zurück. Es fehlte hier bei der Durchführung der Befragung auch oft an festen Adressaten. So konnten die Briefe für die Ärzteschaft immer an das Sekretariat des Chefarztes geschickt werden, nicht so einfach war dieses Verfahren bei den Pflegekräften. Ein fester Adressat fehlte hier, da nur bei einigen Kliniken die Pflegedienstleitung der Dermatologie auf der Homepage namentlich erwähnt war.

Bei Nachfragen auf den dermatologischen Stationen, die noch keinen Bogen zurückgeschickt hatten (zur Verbesserung des Rücklaufes) gab es oft Unstimmigkeiten beim Pflegepersonal darüber, ob der Fragebogen jemandem bekannt und wenn, wohin dieser verlegt worden sei.

4. Die Ergebnisse der Aussagen von Pflegepersonal und ärztlichem Personal differieren stark, dies belegten auch andere Studien [6]. In der vorliegenden Arbeit wird dieser Punkt noch einmal überprüft.

Die eingangs aufgestellte Hypothese wird durch die vorliegenden Studienergebnisse bestätigt. Gerade bei der Einschätzung hinsichtlich des Bedarfes an psychosomatischem Therapieangebot sowie dem geschätzten Anteil an Patienten mit somatoformen Störungen in der Dermatologie zeigt sich, dass das Pflegepersonal hier einen deutlich höheren Prozentsatz angibt als die Ärzte.

Ableitbar ist daraus, dass, je dichter der Patientenkontakt ist, desto höher wird der Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot geschätzt. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass die betroffenen Patienten sich dem Pflegepersonal vermutlich mehr öffnen, als sie dies Ärzten gegenüber tun.

Auch in der Studie von Herzog et al. die sich im Jahr 1994 vorwiegend mit dem Thema der Liaison- und Konsiliardienste auseinandersetzt, wird ein ähnlicher Effekt festgestellt [6].

Zu diesem Thema ist es allerdings bisher schwierig gute fundierte Literaturergebnisse zu bekommen. Wünschenswert wäre, dass die hier aufgezeigten Unterschiede in der Einschätzung zwischen Ärzten und Pflegepersonal weiterhin untersucht werden und hier Lösungsansätze aufgestellt werden, wie man die Diskrepanz zwischen dem Personal in Zukunft verringern kann.

Nicht nur bei den Einschätzungen bezüglich des Bedarfs an psychosomatischem Therapieangebots und dem Anteil an Patienten die an einer somatoformen Störung leiden, sind die Unterschiede in den Angaben so deutlich, sondern auch in der Frage danach, welche Aufgaben die Psychosomatik im Klinikalltag haben sollte und welche psychotherapeutischen Verfahren von den Befragten als sinnvoll erachtet werden. Besonders eklatant erscheint die Angabe bezüglich der Gabe von Psychopharmaka, die von nur 19% des befragten Pflegepersonals als sinnvoll eingestuft wird. Mit der Gabe von Psychopharmaka in der Dermatologie beschäftigt sich aktuell auch Hashiro, der in seiner Studie zu dem Schluss kommt, dass Psychopharmaka bei einigen Dermatosen wie bspw. Der chronischen Urtikaria sehr sinnvoll sind, da sie den Juckreiz mindern. Auch bei den Dermatosen primär psychischer Genese werden Psychopharmaka eingesetzt [70].

5. Es besteht ein Defizit bei der Kenntnis von Dermatosen und Therapieansätzen, dem Personal fehlt hier zum Teil das Hintergrundwissen, dadurch entstehen Fehleinschätzungen.

Im Hinblick auf die Hypothese inwieweit die Betroffenen über die Dermatosen und ihre Therapieansätze informiert sind, zeigen sich Informationsdefizite. Hiermit kann die Hypothese bestätigt werden.

Besonders bei den Erkrankungen, die im Fragebogen lediglich mit Fachausdruck genannt werden, wie Acne excoriée oder Trichotillomanie wird deutlich, dass ein beträchtlicher Teil

des befragten Pflegepersonals die Begriffe nicht mit Inhalt füllen kann und die Begriffe mit einem Fragezeichen gekennzeichnet werden oder aber Angaben gemacht werden, die weit von der allgemeinen Lehrmeinung abweichen. Insbesondere bei dem Pflegepersonal sind hier Defizite erkennbar. Ein Lösungsansatz liegt hier in der gezielten Aufklärung über betreffende Dermatosen. Auch psychosomatische Weiterbildungen sollten hier sowohl für die Ärzte als auch für das Pflegepersonal stärker in den Fokus rücken, um die Einschätzungen hinsichtlich des notwendigen psychosomatischen/psychotherapeutischen Therapieangebots bei bestimmten Dermatosen näher an die aktuellen Studienergebnisse zu bringen.

Bei gängigeren Hauterkrankungen, wie zum Beispiel der Neurodermitis oder auch der Psoriasis vulgaris wird deutlich, dass sowohl die Ärzte als auch die Pflege mittlerweile eine gute Einschätzung des Therapieangebots aufweisen. Diese Dermatosen stehen schon länger im Fokus der Forschung und werden auch hinsichtlich der psychosomatischen Interventionen untersucht. Dieses Vorgehen wäre auch für die übrigen Dermatosen wünschenswert.

Um in ähnlichen Studien adäquate Ergebnisse hinsichtlich der Einschätzungen zu erzielen, wäre eine Legende für die Fremdbezeichnungen der einzelnen Dermatosen empfehlenswert.

5.2 Ausblick

Interessant für weitere Studien und Arbeiten wäre es zu ermitteln, inwieweit angestelltes dermatologisches Personal eine psychosomatische Weiterbildung besitzt und ob dies von den einzelnen Kliniken finanziert bzw. unterstützt wird. In der Studie von 1999 wurde nach diesem Aspekt gefragt und dieser wie folgt beantwortet:

„Nach der Selbstauskunft verfügen 42 von insgesamt 817 angegebenen Mitarbeitern über eine Ausbildung in Psychotherapie, was einem Prozentsatz von 5.1% entsprechen würde. Dies bezieht sich im Wesentlichen auf eine Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung oder auf die Teilnahme an Balint-Gruppen, während eine Psychotherapieausbildung nur bei 18/817 (2.2%) und Psychoanalyse lediglich in 1/817 (0.1%) angegeben werden.“ [5]

Die Bedeutung dieser Frage wurde erst im Verlauf der Auswertung des Fragebogens deutlich und erkannt. Ein wichtiger Teilaspekt dieser Frage wäre es unter anderem zu ermitteln, ob sich die Einschätzung zur Relevanz psychosomatischer Therapieoptionen im Verlauf der Behandlung von Dermatosen, durch die Ausbildung in psychologischen Teilbereichen signifi-

kant von der Einschätzung von Dermatologen ohne Weiterbildung unterscheidet. In weiteren Arbeiten sollte diesem Aspekt Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Ebenso sollte eine psychosomatische Weiterbildung nicht nur für Dermatologen, sondern auch für das Pflegepersonal zugänglich gemacht werden.

Im Rahmen dieser Arbeit, wurde deutlich, dass mittlerweile die Psychosomatik im Fachgebiet der Dermatologie einen akzeptierten Stellenwert erreicht hat, und nicht mehr nur eine Außenseiterposition inne hat. Die aktuelle Studienlage deckt sich oftmals bereits mit der Einschätzung des Personals. Diesem Aspekt sollte weiterhin besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Wünschenswert ist allerdings für die Zukunft, dass die Auffassungen von Pflegepersonal und ärztlichem Personal näher zusammenrücken. Dies kann nur durch weitere Studien und Veröffentlichungen erreicht werden, die mögliche Therapieoptionen bei spezifischen Dermatosen anbieten und diskutieren. Zudem wären Weiterbildungen und Fortbildungen für das Personal von großer Bedeutung, um auf die Ergebnisse der durchgeführten Studien in diesem Fachgebiet aufmerksam zu machen und diese dem Personal nahe zu bringen.

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung.

Eine Befragung zur Situation und Entwicklung der psychosomatischen Dermatologie in deutschen Hautkliniken sollte die Ist-Situation 10 und 20 Jahre nach entsprechenden Vergleichsstudien erheben.

Patienten/Methodik.

Die Fragebögen wurden an 139 Hautkliniken gesendet. Je ein Bogen ging an die Ärzte und ein weiterer an das Pflegepersonal (insgesamt wurden also 276 Briefe verschickt). 153 Fragebögen wurden zurückgeschickt, 150 hiervon konnten ausgewertet werden (59.5%).

Ein Großteil wurde von dermatologischen Chefarzten (63/126=50.0%) beantwortet.

Ergebnisse.

Einen Bedarf an einem psychosomatischen Therapieangebot zusätzlich zur dermatologischen Versorgung sehen die befragten Ärzte bei 21.67% der Patienten, die Pflege schätzt den Anteil dieser Patienten im Mittel auf 33.55%. Die Verbesserung der Krankheitsbewältigung sollte wesentliches Ziel der psychosomatischen Intervention sein. Die Bedeutung psychischer Faktoren wurde insgesamt im Vergleich zur Studie vor 20 Jahren bei fast allen Dermatosen deutlich höher angegeben, im Vergleich mit der Erhebung von 1999 ist eine ähnliche Bewertung der Bedeutung psychischer Faktoren im Krankheitsverlauf festzustellen.

Die Kooperation mit der Psychosomatik mittels eines Konsils hat in den letzten 10 Jahren an Bedeutung gewonnen.

Schlussfolgerungen.

Psychosomatische und somatopsychische Aspekte scheinen nach den Angaben der Umfrage inzwischen zu einem obligaten Bestandteil dermatologischer Versorgung in den Hautkliniken geworden zu sein. Die Häufigkeit einzelner psychosomatischer Störungen bei Hauterkrankungen wird jedoch im Vergleich zu gezielten Einzelarbeiten immer noch unterschätzt.

Schlüsselwörter

Psychosomatische Dermatologie · Psychologie · Psychosomatik · Psychotherapie · Krankheitsbewältigung · Psychopharmaka Konsil-Liasion-Psychosomatik

Abstract

Background and Objective.

10 years and 20 years after a comparative study, typed as a questionnaire of German dermatological clinics is designed to show the situation and development of psychodermatology.

Patients/Methods.

The questionnaire was sent to 139 dermatological clinics, 126 arrived. The questionnaires were sent to the heads of the dermatological clinics and to the nursing staff (276 questionnaires in total were sent). 153 were sent back; 150 of them (59.5%) were evaluable. The questionnaires were mostly answered by the heads of dermatology (63/126=50.0%).

Results.

21.67% of the interviewed dermatologists see a need for psychosomatic therapy in addition to dermatological care for their patients; the nursing staff on the hand estimates the number of patients at 33.55%. The improvement of coping with the disease should be the basic aim of the psychosomatic intervention. In comparison to the study from 1989 the relevance of psychological factors concerning nearly all dermatoses is higher rated in the recent study, but is similar to the study ten years ago.

The cooperation between dermatology and psychosomatic medicine has increased in the past ten years in view of consultations.

The improvement of coping strategies seems to be the main goal of psychosomatic interventions.

Conclusion.

Psychosomatic aspects seem to be an obligatory part of inpatient dermatological therapy. The frequency of these diseases is underestimated compared to specific results from literature.

Keywords

Psychosomatic Dermatology · Psychology · Psychosomatics · Psychotherapy · Coping · Psychopharmacological drugs · Consultation-Liasion-Clinic

6 Literaturverzeichnis

1. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *British Journal of Dermatology*. 2000; 143: 983-91.
2. Aktan S, Ozmen E, Sanli B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology*. 1998; 197: 230-4.
3. Schmid-Ott G. Psychosoziale Fragen der Psoriasis. *Der Hautarzt*. 2005; 56: 466-72.
4. Schubert HJ, Bahmer F. Stellenwert und Berücksichtigung klinisch-psychologischer Erkenntnisse in der Dermatologie. Ergebnisse einer Befragung an 42 deutschen Hautkliniken. *Akt Dermatol* 1989; 15: 69-72.
5. Gieler U, Niemeier V, Kupfer J, Brosig B, Schill WB. [Psychosomatic dermatology in Germany: a survey of 69 dermatologic clinics]. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*. 2001; 52: 104-10.
6. Herzog T, Stein B. Psychotherapeutisch-psychosomatische Konsiliar-/Liasiondienste. entwicklungen, empirische Befunde, Perspektiven für Praxis und Forschung. *Psychologie in der Medizin*. 1994; 5: 10-17.
7. Niemeier V, U. S, Gieler U. *Hauterkrankungen: Psychologische Grundlagen und Behandlung*. Hogrefe Verlag, 2009.
8. Schaller CM, Alberti L, Pott G, Ruzicka T, Tress W. [Psychosomatic disorders in dermatology--incidence and need for added psychosomatic treatment]. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*. 1998; 49: 276-9.
9. Harth W, Hermes B, Niemeier V, Gieler U. Clinical pictures and classification of somatoform disorders in dermatology. *European journal of dermatology : EJD*. 2006; 16: 607-14.
10. Niemeier V, Kupfer J, Köhnlein B, Schill WB, Gieler U. Der psychosomatische Therapieansatz in der Dermatologie. *Zeitschrift für Hautkrankheiten*. 1996 71: 902-07.
11. Ludwig-Becker F, Altmeyer S, Petzold ER. Evaluation des psychosomatischen Liasiondienstes in der Dermatologie des Universitätsklinikums Aachen. Schwerpunkt: Artifizielle Störungen. 1998: Seite 1-2.
12. Dilling H, Weyerer S, Enders I. [Patients with mental disorders in general practice and their psychiatric referral necessity]. *Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie*. 1978; 17: 135-60.
13. Schaller C, Alberti L, Ruzicka T, Tress W. Der Bedarf an psychosomatischer Versorgung in der Dermatologie. *Zeitschrift für Dermatologie*. 1995; 181: 146-48.
14. Fritzsche K, Ott J, Zschocke I, Scheib P, Burger T, Augustin M. Psychosomatic liaison service in dermatology. Need for psychotherapeutic interventions and their realization. *Dermatology*. 2001; 203: 27-31.

15. Wessely SC, Lewis GH. The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1989; 155: 686-91.
16. Niemeier V, Harth W, Kupfer J, Mayer K, Linse R, Schill WB, Gieler U. [Prevalence of psychosomatic disorders in dermatologic patients. Experiences in 2 dermatology clinics with a liaison therapy model]. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*. 2002; 53: 471-7.
17. Steinbrecher M, Bofinger F. [Cooperation between dermatology and psychosomatic medicine]. *Zeitschrift für Hautkrankheiten*. 1990; 65: 454-9.
18. Wirsching M, Herzog T. [Current developments in the area of consultation/liaison psychiatry. Information, definition of the concept, perspectives]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 1989; 39: 41-4.
19. Lackner M, Jager B, Kunsebeck HW, Schmid-Ott G, Lamprecht F. [Patient-medical staff-consultant triad: conditions for satisfaction in psychosomatic consultation service]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 1996; 46: 333-9.
20. Pasquini M, Bitetti D, Decaminada F, Pasquini P. [Insecure attachment and psychosomatic skin disease]. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*. 1997; 33: 605-8.
21. Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L, De Francesco M, Marinoni MG, Mosciaro C, Piccinelli M, Vaccari L, Tansella M. Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychological medicine*. 1999; 29: 823-32.
22. Pulimood S, Rajagopalan B, Rajagopalan M, Jacob M, John JK. Psychiatric morbidity among dermatology inpatients. *Natl Med J India* 1996; 5: 208–10.
23. Windemuth D, Stucker M, Hoffmann K, Altmeyer P. [Prevalence of psychological symptoms in dermatologic patients of an acute clinic]. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*. 1999; 50: 338-43.
24. Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1983; 143: 51-4.
25. Locala JA. Current concepts in psychodermatology. *Current psychiatry reports*. 2009; 11: 211-8.
26. Gieler U. Leitlinie Psychosomatische Dermatologie. *Journal der deutschen dermatologischen Gesellschaft*. 2003; 6.
27. Kulbe A. Krankheitserleben und Krankheitsbewältigung: Coping. *Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik: Lehrbuch für Pflegeberufe*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, 2009: 40-41.
28. Cyr PR, Dreher GK. Neurotic excoriations. *American family physician*. 2001; 64: 1981-4.
29. Gieler U, Niemeier V, Kupfer J, Harth W. Psychosomatik in der Dermatologie. *Psychotherapeut*. 2007; 52: 291-309.

30. Hornstein OP, Hofmann P, Joraschky P. [Delusions of parasitic skin infestation in elderly dermatologic patients]. *Zeitschrift für Hautkrankheiten*. 1989; 64: 981-2, 85-9.
31. Freudenmann RW. [Delusions of parasitosis: An up-to-date review]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 2002; 70: 531-41.
32. Harth W, Gieler U. *Psychosomatische Dermatologie*. Heidelberg: Springer-Verlag, 2006: 310.
33. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Acne vulgaris--psychosomatic aspects. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG*. 2006; 4: 1027-36.
34. Tan JK. Psychosocial impact of acne vulgaris: evaluating the evidence. *Skin therapy letter*. 2004; 9: 1-3, 9.
35. Purvis D, Robinson E, Merry S, Watson P. Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: a cross-sectional survey of New Zealand secondary school students. *Journal of paediatrics and child health*. 2006; 42: 793-6.
36. Egle UT, Tauschke E. [Alopecia--a psychosomatic disease picture? I. Review of the literature]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 1987; 37: 31-5.
37. Perini GI, Veller Fornasa C, Cipriani R, Bettin A, Zecchino F, Peserico A. Life events and alopecia areata. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1984; 41: 48-52.
38. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, Papi M, Camaioni D, Tiago A, Gobello T, Biondi M. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics*. 2003; 44: 374-81.
39. Brocq LJ, L. Notes pour servir á l'histoire des neurodermites. *Ann Dermatol Syphiligr*. 1891; 97: 193-208.
40. 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. *The Journal of allergy and clinical immunology*. 1999; 104: 173-6.
41. Roos TC. Psychosomatic Aspects of Skin Care and Therapy of Atopic Dermatitis with Regard to the Patient's Dealing with Himself and the Parents' Dealing with Their Child. *Dermatol Psychosom*. 2004; 5: 117-24.
42. Gieler U, Ehlers A, Hohler T, Burkard G. [The psychosocial status of patients with endogenous eczema. A study using cluster analysis for the correlation of psychological factors with somatic findings]. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*. 1990; 41: 416-23.
43. Picardi A, Abeni D. Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2001; 70: 118-36.
44. Miller AG. Psychological stress as a determinant of cognitive complexity. *Psychological reports*. 1968; 23: 635-9.

45. Guillet G, Garcia C, Guillet MH. Urticaire et psychisme: du constat clinique aux neuropeptides. *Rev fr Allergol.* 1998; 38: 401-04.
46. Azziz R, Carmina E, Sawaya ME. Idiopathic hirsutism. *Endocrine reviews.* 2000; 21: 347-62.
47. Strauss B, Appelt H. [Psychological effects on the evaluation of physical symptoms with the example of hirsutism]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie.* 1984; 34: 179-85.
48. Clayton WJ, Lipton M, Elford J, Rustin M, Sherr L. A randomized controlled trial of laser treatment among hirsute women with polycystic ovary syndrome. *The British journal of dermatology.* 2005; 152: 986-92.
49. Rohde A, Dorn A. *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie: Das Lehrbuch.* Stuttgart: Schattauer, 2007.
50. Adams SG, Jr., Dammers PM, Saia TL, Brantley PJ, Gaydos GR. Stress, depression, and anxiety predict average symptom severity and daily symptom fluctuation in systemic lupus erythematosus. *Journal of behavioral medicine.* 1994; 17: 459-77.
51. Haupt M. [Psychiatric disorders in rheumatic diseases, as exemplified by systemic lupus erythematosus (SLE)]. *Zeitschrift für Rheumatologie.* 2004; 63: 122-30.
52. Gieler U, Brosig B, Schneider U, Kupfer J, Niemeier V, Stagnier U, Küster W. Vitiligo-Coping Behavior. *Dermatology and Psychosomatics.* 2000; 32: 631-36.
53. Schmid-Ott G, Kunsebeck HW, Jecht E, Shimshoni R, Lazaroff I, Schallmayer S, Calliess IT, Malewski P, Lamprecht F, Gotz A. Stigmatization experience, coping and sense of coherence in vitiligo patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV.* 2007; 21: 456-61.
54. Beiglböck W, Feselmayer S, Honemann E. Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen – Dermatologie: Hauterkrankungen. 2006: 479-93.
55. Zschocke I. Krankheitsverarbeitung und Gesundheitsverhalten bei Patienten mit malignem Melanom. Freiburg i. Br.: Albert-Ludwig Universität, 2001: 226.
56. Ehresmann U, Gallenkemper G, Hermanns HJ. Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. *AWMF Leitlinie Ulcus cruris venosum,* 2008.
57. Jones J, Barr W, Robinson J, Carlisle C. Depression in patients with chronic venous ulceration. *Br J Nurs.* 2006; 15: S17-23.
58. Herzog T, Stein B. Konsiliar-/Liaisonpsychosomatik. . In: Deter HC SHH: *Psychosomatische Medizin an der Jahrtausendwende.* Bern: Huber, 2001: 245–53. .
59. Steuber H, Müller P. Psychisch Kranke im internistischen Krankenhaus – Ergebnisse einer Umfrage. *Psychiatr Prax* 1983; 10: 20–23.
60. Herzog T. Psychosomatic liaison services. *The european handbook of psychiatry and mental health:* Seva, A. , 1991.

61. Picardi A, Pasquini P, Abeni D, Fassone G, Mazzotti E, Fava GA. Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2005; 74: 315-22.
62. Stander S, Streit M, Darsow U, Niemeier V, Vogelgsang M, Stander H, Gieler U, Gollnick H, Metze D, Weisshaar E. [Diagnostic and therapeutic procedures in chronic pruritus]. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG*. 2006; 4: 350-70.
63. Harth W, Taube KM, Gieler U. Factitious disorders in dermatology. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG*. 2010; 8: 361-72; quiz 73.
64. Harth W, Seikowski K, Gieler U, Niemeier V, Hillert A. Psychopharmacological treatment of dermatological patients--when simply talking does not help. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG*. 2007; 5: 1101-6.
65. Harth W, Hermes B. Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG*. 2007; 5: 736-43.
66. Harth W. Psychosomatic dermatology (psychodermatology). *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG*. 2008; 6: 67-76.
67. Böhm DS-G, S.; Bangemann, K.; Snitjer, I.; Werfel, T.; Weyergraf, A.; Schulz, W.; Jäger, B.; Schmid-Ott, G. Perceived relationships between severity psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life. 2012.
68. Staubach PD, M.; Metz, M.; Magerl, M.; Siebenhaar, F.; Weller, K.; Zezula, P.; Eckhardt-Henn, A., Maurer, M. High prevalence of mental disorders and emotional distress in patients with chronic spontaneous urticaria. *Acta Derm Venereol*. 2011; 91: 557-61.
69. Basavaraj KHN, M.A.; Rashmi, R. Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts. *Indian Journal of Psychiatry*. 2010; 52: 270-75.
70. Hashiro M. [Psychotropics in dermatology]. *Nihon rinsho Japanese journal of clinical medicine*. 2012; 70: 110-4.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kommunikation zwischen ZNS und Haut (Uexküll, 1995).....	22 -
Abbildung 2 Welche Kooperationsformen gibt es in dermatologischen Kliniken mit dem psychosomatischen Bereich? n=146	44 -
Abbildung 3 Bei wie viel Prozent der Patienten sehen Sie den Bedarf eines psychosomatischen Therapieangebotes? Mittelwerte: Ärzte 21,7% (n=) ; Pflegepersonal 33,6% (n=).....	45 -
Abbildung 4: Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Patienten mit somatoformen Störungen in Hautkliniken? Mittelwerte: Ärzte 10.7% (n=); Pflegepersonal 16.3% (n=).....	46 -
Abbildung 5: Welche psychotherapeutischen Verfahren würden Sie als sinnvoll erachten? Ärztliches Personal vs. Pflegepersonal.....	49 -
Abbildung 6: Welche Aufgaben sollte die Psychosomatik haben? (Ärztliches Personal vs. Pflegepersonal).....	50 -
Abbildung 7: Kooperationsformen 1989.....	64 -
Abbildung 8: Bei wieviel Prozent der Patienten sehen Sie den Bedarf eines psychosomatischen Therapieangebotes (1989, 1999 und 2010 im Vergleich)?.....	65 -
Abbildung 9: Integrative, kooperative Maßnahmen und Überweisungen (1989, 1999 und 2010 im Vergleich).....	66 -
Abbildung 10: Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot, 1999 (Angaben der Ärzte)	67 -
Abbildung 11: Bedarf an psychosomatischem Therapieangebot, 2010 (Angaben der Ärzte)	67 -
Abbildung 12: Anteil der Patienten mit einer somatoformen Störung in der Dermatologie, 1999 (Angaben der Ärzte mit n=69)	68 -
Abbildung 13: Anteil der Patienten mit einer somatoformen Störung in der Dermatologie, 2010 (Angaben der Ärzte mit n=96)	69 -
Abbildung 14: Hauterkrankungen und Einschätzung der notwendigen psychosomatischen Interventionen, Studie 1989 mit n=29 (0=keine Bedeutung, 4= sehr starke Bedeutung).....	70 -
Abbildung 15: Hauterkrankungen und Einschätzung der notwendigen psychosomatisch/psychiatrischen Interventionen (Studie 1999 mit n=69)	72 -
Abbildung 16: Bedeutung psychischer Faktoren für den Krankheitsverlauf (0=keine, 4=sehr starke Bedeutung), Vergleich der Befragungen 1989 und 1999	73 -
Abbildung 17: Vergleich der Abfrage der Dermatosen 1999 und 2010 (grün= keine Intervention, rot=adjuvante Intervention, blau= notwendige Intervention) Angaben in%.	74 -

Abbildung 18: Welche psychotherapeutischen Verfahren würden Sie für sinnvoll erachten?
(Mehrfachnennungen möglich) - 81 -

Abbildung 19: Frage: Welche Aufgaben sollte die Psychosomatik haben? - 82 -

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: entnommen aus Gieler, U., Niemeier, V., Kupfer, J., Harth, W., <i>Psychosomatik in der Dermatologie</i> . Psychotherapeut, 2007. 52: p. 291-309.	- 26 -
Tabelle 2: Dermatosen und die psychosomatische Intervention (nicht notwendig, begleitend oder kausal) Angaben der Ärzte in%	- 48 -
Tabelle 3: Ergebnisse zu der Einschätzung der psychosomatischen Interventionsnotwendigkeit bei den Dermatosen primär psychischer Genese durch Ärzte vs. Pflegepersonal	- 52 -
Tabelle 4: Ergebnisse zu der Einschätzung der psychosomatischen Interventionsnotwendigkeit bei den Dermatosen nicht primär psychischer Genese durch Ärzte vs. Pflegepersonal	- 55 -
Tabelle 5: Einschätzung des Bedarfes an psychosomatischem Therapieangebot bei Hautpatienten	- 56 -
Tabelle 6: Wilcoxon-Test für die Einschätzung des Bedarfes an psychosomatischem Therapieangebot bei Hautpatienten.....	- 57 -
Tabelle 7: Wie hoch wird der Anteil an Patienten mit somatoformen Hauterkrankungen in der Dermatologie geschätzt?	- 58 -
Tabelle 8: Wilcoxon-Test für die Einschätzung des Anteils der Patienten, die an einer somatoformen Störung leiden.....	- 58 -
Tabelle 9: T-Test zur Frage, welche Aufgaben die Psychosomatik haben sollte (A: ärztliches Personal, P: Pflegepersonal).....	- 59 -
Tabelle 10: Korrelationen des ärztlichen Personals vs. Pflegepersonal zur Frage, welche Aufgaben die Psychosomatik haben sollte.....	- 60 -
Tabelle 11: Wilcoxon-Test für exemplarische Beispiele, welche Aufgaben die Psychosomatik haben sollte	- 61 -
Tabelle 12: Rücklaufquoten 1989, 1999, 2010	- 84 -

9 Anhang

9.1 Fragebogen zur Psychosomatik in deutschen Hautkliniken

Bitte füllen Sie zu Beginn aus, wer den Fragebogen bearbeitet hat:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Chefarzt | <input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung |
| <input type="checkbox"/> Oberarzt | <input type="checkbox"/> Stationsleitung |

1. Gibt es in Ihrer Klinik Kooperationsformen mit dem psychosomatischen Bereich? (Mehrfachnennungen möglich)

- Eigene Mitarbeiter
- Psychologe als fest angestellter Mitarbeiter
- Liaisondienst mit Psychosomatik (regelmäßige Anwesenheit eines Mitarbeiters)
- Konsil durch Psychosomatik
- Konsil durch Psychiatrie
- Konsil durch niedergelassene Kassenärzte (FA für Psychosom. Medizin/Psychiatrie)
- Überweisung an Psychologen/Psychotherapeuten
- Überweisung an Psychiater/Nervenarzt

2. Bei wie viel Prozent der Patienten sehen Sie den Bedarf eines psychosomatischen Therapieangebotes?

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis 1% | <input type="checkbox"/> 26 – 30% |
| <input type="checkbox"/> 2 – 5% | <input type="checkbox"/> 31 – 50% |
| <input type="checkbox"/> 6 – 15% | <input type="checkbox"/> > 50% |
| <input type="checkbox"/> 16 – 25% | |

3. Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Patienten mit somatoformen Störungen (Hautbeschwerden ohne organisch fassbaren Befund) in Hautkliniken?

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 – 1% | <input type="checkbox"/> 16 – 30% |
| <input type="checkbox"/> 2 – 5% | <input type="checkbox"/> 31 – 50% |
| <input type="checkbox"/> 6 – 15% | <input type="checkbox"/> 51 – 79% |
| | <input type="checkbox"/> 80 – 95% |

4. Welche psychotherapeutischen Verfahren würden Sie als sinnvoll erachten?
(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> Hypnose |
| <input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie | <input type="checkbox"/> Integrierte Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> Patientenschulung |
| <input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren | <input type="checkbox"/> Eltern-/Familientherapie |
| <input type="checkbox"/> Psychoanalyse | <input type="checkbox"/> Körpertherapie |
| <input type="checkbox"/> Psychodynamische Psychotherapie | |

5. Welche Aufgabe sollte die Psychosomatik haben?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Durchführung psychischer Behandlung
- Verbesserung der Krankheitsbewältigung
- Diagnostik psychischer Störungen
- Vorschlag Psychopharmaka
- Fortbildung der Mitarbeiter
- Fortbildung des Pflegepersonals
- Forschung (Stress und Neuroimmunologie)
- Vermittlung von Kliniken und Therapien
- Complianceförderung
- Patientenschulungen
- Aufklärung psychischer Krankheitsursachen
- Entspannungstraining

6. Wie schätzen Sie die notwendigen psychosomatisch/psychiatrischen Interventionen bei folgenden aufgelisteten Hauterkrankungen?

(Bitte die für Sie zutreffende Diagnose 1x ankreuzen!)

Dermatose	Kausale/ notwendige Interventionen	Adjuvant/ begleitende Interventionen	Interventionen nicht erforderlich
Acne excorée			
Acne vulgaris			
Alopecia areata			
Artefakte			
Atopisches Ekzem/Neurodermitis			
Basaliom/Spinaliom			
Chronische Urtikaria			
Dermatozoenwahn			
Dyshidrosiformes Ekzem			
Glossodynie			
Hirsutismus			
Hyperhidrosis			
Körperdysmorphie Störung			
Lichen ruber planus			
Lupus Erythematoses/Sklerodermie			
Melanom			
Pemphigus/blasenbildende Erkrankungen			
Prurigo Erkrankungen			
Pruritus sine materia/somatoformer Pruritus			
Psoriasis vulgaris			
Rosazea			
Sebhorrhoisches Ekzem			
Tinea corporis			
Trichotillomanie			
Ulcus cruris			
Unspezifische Allergie			
Verrucae			
Virusinfektionen			
Vitiligo			

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Anmerkungen:

9.2 Ergebnisse der Umfrage in Total

Personal	Angaben
Chefarzt	63
Oberarzt	38
Pflegedienstleitung	10
Stationsleitung	44
Keine Angabe	0

9.2.1. Dermatosen primär psychischer Genese

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Korrelation	Signifikanz
Acne excoriée	32			-0.312	0.082
Ärzte		2.7813	0.49084		
Pflege		2.3125	0.59229		
Artefakte	38			-	-
Ärzte		3.0	0.0		
Pflege		2.8947	0.31101		
Dermatozoenwahn	38			0.318	0.051
Ärzte		2.9474	0.32444		
Pflege		2.7895	0.41315		
Glossodynie	35			-0.071	0.684
Ärzte		2.6857	0.52979		
Pflege		2.2857	0.66737		
Körperdysmorphie Störung	34			-0.039	0.825
Ärzte		2.8335	0.45863		
Pflege		2.6176	0.49327		
Pruritus sine materia	38			0.132	0.429
Ärzte		2.6579	0.48078		
Pflege		2.5526	0.50390		
Trichotillomanie	35			-0.284	0.099
Ärzte		2.8857	0.32280		
Pflege		2.3714	0.80753		

Einschätzung der psychosomatischen Interventionsnotwendigkeit bei den Dermatosen primär psychischer Genese durch Ärzte vs. Pflegepersonal

9.2.2. Andere Dermatosen

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Korrelation	Signifikanz
Acne vulgaris	36			0.031	0.859
Ärzte		1.6389	0.48714		
Pflege		1.9444	0.53154		
Alopecia areata	36			0.256	0.131
Ärzte		1.9444	0.47476		
Pflege		2.3611	0.63932		
Atopisches Ekz- zem	40			0.319	0.045
Ärzte		2.0250	0.35716		
Pflege		2.200	0.40510		
Basaliom	38			0.115	0.491
Ärzte		1.2368	0.43085		
Pflege		1.5263	0.68721		
Chronische Ur- tikaria	39			0.114	0.381
Ärzte		1.7436	0.49831		
Pflege		2.1282	0.46901		
Dyshidrosiform- es Ekzem	37			0.410	0.012
Ärzte		1.4595	0.50523		
Pflege		1.6216	0.59401		
Hirsutismus	33			0.039	0.829
Ärzte		1.6667	0.47871		
Pflege		1.9394	0.55562		
Hyperhidrosis	35			0.248	0.151
Ärzte		1.8000	0.47279		
Pflege		1.5714	0.50210		
Lichen ruber	34			0.009	0.959
Ärzte		1.4167	0.5		
Pflege		1.8611	0.54263		
Lupus Erythematodes	40			0.350	0.027
Ärzte		1.5500	0.59700		
Pflege		2.0750	0.65584		
Melanom	38			0.228	0.169
Ärzte		1.8684	0.47483		
Pflege		2.2895	0.61106		
Pemphigus	36			0.306	0.069
Ärzte		1.5	0.56061		
Pflege		1.8056	0.74907		
Prurigo	38			0.195	0.240

Ärzte		2.1579	0.36954		
Pflege		2.4211	0.55173		
Psoriasis vulgaris	39			0.003	0.985
Ärzte		1.7949	0.40907		
Pflege		2.1282	0.52212		
Rosazea	37			0.085	0.618
Ärzte		1.4865	0.50671		
Pflege		1.7297	0.56019		
Seborrhoisches Ekzem	36			0.037	0.831
Ärzte		1.0833	0.28031		
Pflege		1.5833	0.69179		
Tinea corporis	36			0.246	0.148
Ärzte		1.0556	0.23231		
Pflege		1.3611	0.6932		
Ulcus cruris	38			0.000	1.000
Ärzte		1.1053	0.31101		
Pflege		1.5	0.64724		
Unspezifische Allergie	37			0.072	0.670
Ärzte		1.5135	0.55885		
Pflege		1.9459	0.70498		
Verrucae	34			0.365	0.034
Ärzte		1.0588	0.23883		
Pflege		1.2647	0.51102		
Virusinfektionen	39			0.331	0.039
Ärzte		1.0513	0.22346		
Pflege		1.2821	0.51035		
Vitiligo	37			0.281	0.092
Ärzte		1.8649	0.41914		
Pflege		1.9730	0.44011		

Einschätzungen der psychosomatischen Interventionsnotwendigkeit bei den Dermatosen nicht primär psychischer Genese durch Ärzte vs. Pflegepersonal

9.2.3. Einschätzung des Bedarfs nach psychosomatischem Therapieangebot

Bedarf	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler		Korrelation	Signifikanz
				d. Mittelwertes			
Ärzte	41	3.0732	1.50649	0.23527		0.422	0.006
Pflege		4.122	1.67623	0.26178			

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Signifikanzniveau : p>.05. *, p>.01. ** n.s: nicht signifikant

Bedarf	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Negative Ränge	5 ^a	11.30	56.50
Positive Ränge	23 ^b	15.20	349.50
Bindungen	13 ^c		
Gesamt	41		
Statistik für Wilcoxon-Test			
Z-Wert	-3.376 ^d		
Asymptotische Sig- nifikanz (2-seitig)	0.001		

a = Bedarf Pflege < Bedarf Ärzte, b = Bedarf Pflege > Bedarf Ärzte, c = Bedarf Pflege = Bedarf Ärzte, d = basiert auf negativen Rängen

9.2.4. Einschätzung zum Anteil der Patienten mit psychosomatischem Therapiebedarf

Anteil	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler d. Mittelwertes	Korrelation	Signifikanz
Ärzte	39	1.8974	1.16517	0.18658	0.236	0.147
Pflege		2.4103	1.20782	0.19341		

Anteil	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Negative Ränge	9 ^a	12.56	113.00
Positive Ränge	19 ^b	15.42	293.00
Bindungen	11 ^c		
Gesamt	39		
Statistik für Wilcoxon-Test			
Z-Wert	-2.095 ^d		
Asymptotische Sig- nifikanz (2-seitig)	0.036		

a = Bedarf Pflege < Bedarf Ärzte, b = Bedarf Pflege > Bedarf Ärzte, c = Bedarf Pflege = Bedarf Ärzte, d = basiert auf negativen Rängen

9.2.5. Abfrage der einzelnen Dermatosen

Dermatose	Kausale/ notwendige Interventionen		Adjuvant/ begleitende Interventionen		Interventionen nicht erforderlich	
	1999	2010	1999	2010	1999	2010
Acne excoriée	66.7	72.9	43.5	21.9	0.0	2.1
Acne vulgaris	1.5	0.0	65.2	63.5	33.3	31.3
Alopecia areata	8.7	10.4	71.0	74.0	21.7	11.5
Artefakte	97.1	97.9	4.4	0.0	0.0	0.0
Neurodermitis	23.2	7.3	85.5	87.5	0.0	2.1
Basaliom/Spinaliom	0.0	0.0	17.4	20.8	76.8	71.9
Chronische Urtikaria	14.5	4.2	63.8	74.0	18.8	18.8
Dermatozoenwahn	94.2	95.8	5.8	1.0	1.5	1.0
Dyshidrosiformes Ekzem	5.8	1.0	43.1	51.0	47.8	43.8
Glossodynie		69.8		25.0		1.0
Hirsutismus		1.0		72.9		20.8
Hyperhidrosis	5.8	3.1	60.8	71.9	36.2	18.8
Körperdysmorphie Störung		89.6		5.2		1.0
Lichen ruber planus	4.4	0.0	43.5	41.7	47.8	53.1
Lupus Erythem./Skleroder.		3.1		56.3		37.5
Melanom	1.5	4.2	84.1	79.2	10.2	13.5
Pemphigus/blasenbild. Erkr.		2.1		37.5		57.3
Prurigo Erkrankungen		16.7		74.0		2.1
Pruritus sine materia/ somatoformer Pruritus	43.5	65.6	49.3	30.2	4.4	0.0
Psoriasis vulgaris	2.9	0.0	79.7	77.1	15.9	18.8

Psychosomatische Versorgung in der Dermatologie – Eine repräsentative Umfrage an deutschen Hautkliniken
1989 – 1999 – 2010

Rosazea	0.0	0.0	44.9	49.0	55.1	49.0
Seborrhoisches Ekzem	1.5	0.0	33.3	19.8	66.7	76.0
Tinea corporis		0.0		6.3		91.7
Trichotillomanie	97.1	88.5	4.4	8.3		0.0
Ulcus cruris		1.0		16.7		80.2
Unspezifische Allergie		7.3		41.7		43.8
Verrucae	1.5	0.0	18.8	12.5	81.2	85.4
Virusinfektionen	0.0	0.0	15.9	9.4	84.1	89.6
Vitiligo		3.1		77.1		18.8

9.3. Publikationen und Preise

09/2010 Vortrag und Vorstellung eines Posters auf dem Kongress für Psychologie in Gießen, zum Thema „Psychodermatologie, Entwicklung in Deutschland – Eine Follow-Up-Studie“

10/2011 Erhalt des Wissenschaftspreises der Psychodermatologie Deutschlands (Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie-APD) in Bonn

03/2013 Einreichung des Papers „Psychodermatologie – Entwicklung in Deutschland – Eine Follow-Up-Studie“ von Wieblitz, H.; Kupfer, J.; Gieler, U.; Schallmayer, S., bei dem Journal „Der Hautarzt“