

**Arbeitskreis
Psychosomatische Dermatologie**

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Rundbrief 2011

Rundbrief des
Arbeitskreises für Psychosomatische Dermatologie
Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Jahrgang 2011

Inhaltsverzeichnis

Grußwort des Vorsitzenden	S. 3
Tagungsbericht APD-Tagung 2011, Bonn	S. 4
Protokoll Mitgliederversammlung 2011	S. 8
Psychodermatologie auf dem Weltkongress für Dermatologie in Seoul 2011	S. 10
„Der informierte Patient“ Patientenbriefe	S.12
Hartnäckige Tierchen: Fallbericht Dermatozoenwahn	S. 19
Neues aus der Forschung zur psychosomatischen Dermatologie	S. 22
Berufspolitische Aussichten 2012	S. 25
Beitrittserklärung	S. 27

IMPRESSUM:

Herausgeber:
Vorstand des Arbeitskreises
Psychosomatische Dermatologie

Redaktion:
Dr. Kristina Fronhoffs

Vorstand

Vorsitzender:
Prof Dr. med. Wolfgang Harth
Chefarzt Klinik für Dermatologie
Neue Bergstraße 6
13585 Berlin-Spandau
Tel: ++49/(0)30/1 30 13 15 51
Fax: ++49/(0)30/1 30 13 15 54
e-mail: wolfgang.harth@vivantes.de

Stellvertretender Vorsitzender:
Prof. Dr. med. Klaus-Michael Taube
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und
Venerologie
Ernst-Kromayer-Straße 5
06112 Halle/ Saale

Beisitzer:
Dr. med. Christa Maria Höring
Sonnenbühl 26
70597 Stuttgart

PD Dr. med. Volker Niemeier
Alicenstr. 22a
35390 Gießen

PD Dr. med. Eva Peters
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Friedrichstr. 33
35392 Gießen

Schatzmeister:
Dr. med. Jochen Wehrmann
HELIOS-Rehazentrum, Rothaarklinik
Am Spielacker 5
57319 Bad Berleburg

Schriftführer:
Dr. med. Kristina Fronhoffs (ehemals Wöllner)
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und
Allergologie
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn

Sonderreferent des Berufsverbandes:
Dr. med. Steffen Gass, Günzburg

Kooptierte Mitglieder:
Dr. med. Veronika Seipp, Darmstadt
Dipl. Psych. PD Dr. rer. nat. Kurt Seikowski,
Leipzig
PD Dr. med. Roland Freudenmann, Ulm

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

traditionsgemäß freue ich mich, auch dieses Jahr wieder einleitende Worte zum Rundbrief vorausschicken zu dürfen.

Nach nunmehr drei Jahrestagungen des Arbeitskreises psychosomatische Dermatologie in Berlin haben wir sehr erfolgreich in Bonn die Jahrestagung 2011 durchgeführt. Hierfür möchte ich an dieser Stelle besonders unserer neugewählten Schriftführerin, Frau Dr. Kristina Fronhoffs von der Universitätshautklinik Bonn danken und ihr auch viel Glück im neuen Amt wünschen.

Wer dabei war, hat „life“ erleben dürfen, wie unser erfolgreicher psychodermatologischer Nachwuchs (Fr. Dr. Fronhoffs) auf ganz spezielle charmante Art eine interessante Tagung gestaltete und mit hoher Präzision moderierte, sowie unter Einbindung der gesamten Familie (Ehemann, Schwester), eine besondere „familiäre Atmosphäre“ schaffen konnte. Überhaupt ist die Psychodermatologie in Deutschland besonders dadurch ausgezeichnet, dass es sich um eine harmonische Familie handelt.

Ich persönlich freue mich, dass wir einen so aktiven Nachwuchs haben, was uns optimistisch in die Zukunft der Dermatologie blicken lässt. Auch für 2012 möchte ich Sie ausdrücklich auffordern, wissenschaftliche Arbeiten an volker.niemeier@derma.med.uni-giessen.de bis zum Datum der Münchener-Fortbildungswoche einzureichen, damit wir auf der nächsten Herbsttagung erneut einen Wissenschaftspreis verleihen können.

Insgesamt stellt sich die Psychodermatologie aktuell sehr aufgeräumt dar. Wir sind auf allen wichtigen Tagungen (DDG, Münchener Fortbildungswoche, DKPM) vertreten und bieten hier klare Fortbildungskonzepte an, die nunmehr auch in ein „Zertifikat Psychodermatologie“ fließen sollen, oder noch besser, das „Curriculum Psychodermatologie“ fest in der dermatologischen Weiterbildung verankert werden soll. Hierzu sollen zukünftig entsprechende adäquate Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten werden.

Weitere Standbeine sind das jährlich erscheinende Jahrbuch sowie der jährlich erscheinende Rundbrief, die für fortgeschriebene Kontinuität im Bereich Psychodermatologie sprechen. Dies zeigt sich auch durch eine Mitgliederzahl, die stabil über 100 zählt auf.

Ein freundliches „weiter so“!

Herzliche Grüße

Prof. Dr. W. Harth

Tagungsbericht über die Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie (APD) am 28./29.10.2011 an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum Bonn (Dir.: Prof. Dr. Dr. Th. Bieber) zum Thema „Neurodermitis – zwischen Neuropeptiden, Genetik und Psyche“

Volker Niemeier, Giessen und Kristina Fronhoffs, Bonn

Am 28. und 29. Oktober 2011 fand die Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie (APD) mit großer Resonanz im Biomedizinischen Zentrum in Bonn – Venusberg statt. Die unter dem Thema „**Neurodermitis – zwischen Neuropeptiden, Genetik und Psyche**“ stehende Tagung wurde in diesem Jahr von Frau Dr. Kristina Fronhoffs (Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, Bonn) organisiert, die mit hochkarätigen Rednern ein spannendes und zu Diskussionen anregendes Programm zusammenstellte.

In seiner Begrüßung führte **der Vorsitzende des APD Prof. Dr. W. Harth** (CA an der Klinik für Dermatologie und Allergologie, Vivantes Klinikum Berlin-Spandau), die Gäste in das diesjährige Programm ein, in dem gleich zu Beginn ein Freiraum für „Freie Vorträge“ gelassen wurde, um unter anderem jungen Kollegen die Möglichkeit zu geben, Arbeiten im Rahmen der Tagung zu präsentieren.

Als erste Rednerin präsentierte **Angela Fuchs** (Universitätshautklinik Bonn) einen spannenden Fall mit vielen differenzialdiagnostischen Überlegungen, bei dem sich eine Patientin unter dem Bild eines kumulativ toxischen Kontaktekzems vorstellte, hinter dem sich ein Waschzwang bei **Dermatozoenwahn** verbarg.

Frau Dr. med. **Laura Maintz** aus der Arbeitsgruppe von Prof. Dr. med. Natalija Novak machte das Publikum mit dem schwierigen Thema der **Histaminintoleranz** vertraut. Etwa 1% der Bevölkerung mit einem deutlichen Überwiegen des Frauenanteils ist davon betroffen. Durch die Erhöhung der Histaminkonzentrationen können die verschiedensten Symptome hervorgerufen werden, die zunächst oft schwer einer Erkrankung zugeordnet werden können. Es wurden sehr anschaulich Differenzialdiagnosen, assoziierte Erkrankungen, Diagnostik, Triggerfaktoren und Therapiemöglichkeiten dargestellt.

Im Anschluss an die „Freien Vorträge“ folgte der Vortrag der APD-Wissenschaftspreisträgerin **Helena Wieblitz** aus der Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Uwe Gieler (Komm. Leiter der Universitätshautklinik Giessen), die ihre im Rahmen der Promotion entstandene Arbeit zum Thema **Psychosomatische Versorgung in der Dermatologie – Eine repräsentative Umfrage in Hautkliniken Deutschlands 1989 – 1999 - 2010** vorstellte. Interessanterweise schätzten in dieser Arbeit das Pflegepersonal den psychosomatischen Betreuungsbedarf der Patienten mit 33,6 % deutlich höher als die Ärzte mit 21,7 % ein. Überraschend hoch war mit 34,9 % der Anteil der befragten Kliniken, die Psychologen in ihrer Abteilung beschäftigten. Unsicherheiten bei der Auswahl der therapeutischen Angebote wurden deutlich, da die Befragten mit am häufigsten „Gesprächstherapie“ als empfohlenes Hilfsangebot für psychosomatische Patienten angaben. Diese Therapieform ist jedoch derzeit keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Lediglich die Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie werden von den GKV erstattet.

Der Preis ist mit 1.500,00 Euro dotiert und kann für 2012 erneut an wissenschaftlich aktive Kollegen vergeben werden. Bewerbungen sind an Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Volker Niemeier zu richten (www.akpsychderm.de).

Höhepunkt des Abends war der Festvortrag von Frau Dipl.-Psych. **Angelika Staehle**, Darmstadt, über eine psychoanalytische Behandlung einer Hautpatientin mit dem Thema:

„Die Übertragung als „Übergangshaut“ in der analytischen Behandlung einer Patientin mit Neurodermitis“. Nach einem kurzen Überblick über die verschiedenen theoretischen psychoanalytischen Konzepte konnten die Zuhörer hautnah an dem Verlauf einer langjährigen Psychoanalyse teilnehmen und erleben, was die Patientin in der Analytikerin auslöst. Die frühgestörte Patientin konnte lange die Sprache nicht zum Denken, Symbolisieren oder Verstandenwerden benutzen. Körperliche Bewegung und der Aufbau eines Muskelpanzers dienten der Patientin dazu, ihr fragiles Selbst in einen Kokon aus Körperempfindungen einzuhüllen. Auch nicht psychoanalytisch geschulten Zuhörern bekamen einen Eindruck, wie es der Analytikerin insbesondere durch das langjährige Durcharbeiten der Gegenübertragung gelingt, das „verkörperlichte Verschieben“ zu transformieren und so die Symbolisierungsarbeit zunehmend bei der Patientin zur Entwicklung zu bringen. Die Neurodermitis heilte während der ersten Behandlung vollständig ab, auch wenn es zu Beginn der Behandlung zu einem Aufflammen der Neurodermitis kam. Nach Ende der Behandlung blieb der Hautbefund stabil gut. Die Patientin wurde befähigt eine langjährige Beziehung zu ihrem Partner zu halten, mit dem sie zum Ende der Behandlung ein Kind bekam. Durch eine im Pubertätsalter der Kinder der Patientin aufgetretene Krise, stellte sich diese nach ca. 15 Jahren erneut vor und begab sich in psychoanalytische Psychotherapie. Durch diese seltene Möglichkeit der Katamnese bekamen Zuhörer einen Einblick in die Entwicklungsmöglichkeiten einer psychoanalytischen Behandlung, die bei dieser Patientin mit Neurodermitis aufgrund der psychischen Begleiterkrankung indiziert war.

Nach dem Vortrag bekamen wir im „Stiefel“ einen Einblick ins Bonner Nachtleben bei gutem Essen und Kölsch. Besonders beeindruckt hat die Teilnehmer die Linienbusfahrt dorthin, bei der aufgrund der ausgelassenen Stimmung im Bus, die Teilnehmer verwarnt wurden und der Busfahrer nur bei absoluter Ruhe die Fahrt fortsetzen wollte.

Am Samstagmorgen musste leider der mit Spannung erwartete Vortrag von Prof. Dr. Dr. **Thomas Bieber**, Bonn „**Was ist Neuro an der Dermatitis?**“ aufgrund einer akuten Erkrankung ausfallen. Dies wurde umso mehr bedauert, da Prof. Bieber seinen Urlaub wegen der Tagung vorzeitig beendet hatte.

Stattdessen ist kurzfristig Prof. Dr. **Wolfgang Harth** mit einem klinisch reich bebilderten Übersichtsvortrag zur **Psychosomatischen Dermatologie** eingesprungen. Dabei wurden auch noch wenig bekannte Krankheitsbilder wie die Morgellons-Disease vorgestellt. Anhand der Klinik der Condylomata acuminata im Genito-Analbereich bei Kindern wurde das sensible Thema des Missbrauchs bei Kindern und der schwierige Umgang damit diskutiert. Botulinophilie und die Wichtigkeit der Kenntnis der Symptome der Körperdysmorphen Störung (KDS) insbesondere bei dermato-chirurgischen Patienten waren weitere Themen. Die Kenntnis der KDS ist auch insofern von großer Bedeutung, da diese Patienten auch nach erfolgreicher OP häufig Prozesse anstreben und sich durch eine große Therapieunzufriedenheit auszeichnen. Ein unzufriedener Patient erzählt es an 10 Personen weiter, ein Zufriedener jedoch nur an 4,3 Personen. Die Tanorexie - krankhaftes und übertriebenes Verlangen und Streben nach ständiger Hautbräune – ist bei 16 Millionen Deutschen, die regelmäßig Solarien benutzen, ein weiteres Thema gewesen, das sich in seiner Bedeutung wahrscheinlich mit weiter ansteigender Hauttumoreninzidenz erst in einigen Jahrzehnten in voller Gänze zeigen wird.

In seinem sich anschließenden Vortrag zum „**Berliner Fettbett**“ bereitete Prof. Dr. **Wolfgang Harth** ein altes Thema humorvoll anhand von Gören, Oligarchen, Esoterikern und Phobikern sowie Luxusverwahrlosung auf. Das Prinzip und der Erfolg einer konsequenten Rückfettung der Haut bei den verschiedensten chronischen Hauterkrankungen wurde

eindrucksvoll beim Einsatz des Berliner Fettbetts in der Tagesklinik der Hautklinik Spandau gezeigt. Dass dabei die Kontaktaufnahme und Berührung durch die Pflegekräfte eine wesentliche Rolle für den Heilungserfolg spielt, konnten die gelungenen klinischen Bilder vermitteln.

Anschließend berichtete Prof. Dr. **Klaus-Michael Taube** (Universitätshautklinik Halle) über **psychosoziale Belastungsfaktoren in der Berufsdermatologie**. Immerhin erkrankten 10 % der Bevölkerung jährlich an einem Handekzem. Von diesen werden 5 % berufsunfähig. 26 % aller Berufserkrankungen werden durch Dermatosen bedingt, davon 90 % durch Handekzeme. Etwa 50 % von Patienten mit berufsbedingtem Handekzem zeigen Hinweise für eine Belastung durch chronischen Stress und „Burnout“, 45 % von Patienten mit berufsbedingtem Handekzem zeigen Angststörungen, sowie 37 % depressive Symptomatiken. Bei den Patienten mit Handekzemen kommt es zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität. Aufgrund der häufigen psychischen Begleiterkrankungen sollen daher Psychosomatische Behandlungskonzepte in der Nachsorge und der Rehabilitation mehr berücksichtigt werden.

Psychotherapie bei Neurodermitis – Luxus oder Notwendigkeit ist das Thema des Vortrages von Prof. Dr. **Uwe Gieler**, Giessen. Klinisch manifeste Depressionen treten bei Neurodermitispatienten deutlich gehäuft mit 17,5 % im Vergleich zu 9 - 11 % in der übrigen Bevölkerung auf. Ebenfalls werden häufiger suizidale Ideen geäußert. Angststörungen treten signifikant häufiger bei Neurodermitikern im Vergleich zu Hautgesunden auf. Psychische Komorbiditäten steigen mit der Schwere der Neurodermitis. In Untersuchungen bei Patienten mit chronischen Hauterkrankungen konnte gezeigt werden, dass sich bei Patienten mit begleitender Psychotherapie auch die Hautsymptome verbesserten (in 40 von 54 untersuchten Fällen). In einer von einer Krankenkasse in Auftrag gegebenen Studie beurteilten Patienten die Effektivität von Psychotherapie sogar ähnlich hoch wie die von topischen Steroiden. Bezüglich der Kratzstärke und Linderung von Juckreiz konnten in einer Metaanalyse hohe Effektivitäten (Juckreizschwere 0.805, Kratzschwere 0.650) von psychologischen Interventionen nachgewiesen werden. Weiterhin wurden Hinweise gegeben, wann eine zusätzliche psychologische Begleitung indiziert ist. Bei vielen Patienten kann eine intensivierete Neurodermitisschulung ausreichend sein. Bei Juckreiz-Kratzproblemen oder mangelnder Compliance haben sich verhaltensmedizinische Interventionen bewährt. Spielen hingegen unbewusste Konflikte, alle Bereiche beeinträchtigende Beziehungsstörungen auf dem Boden von biografisch nachvollziehbaren Störungen eine Rolle, ist je nach Therapiemotivation und Selbstreflexionsfähigkeit eher eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (meist einstündig im Sitzen) oder eine analytische Psychotherapie (meist mehrstündig und im Liegen) indiziert.

Ein besonderes Anliegen ist Prof. Dr. **Uwe Gieler** der *Fostering Course Psychodermatology of the EADV* vom 18. - 22. Juli 2012 in Brüssel, zu dem sich Interessierte noch anmelden können (www.eadv.org).

Den Reigen der Vorträge beendet Frau Dr. med. **Dagmar Wilsmann-Theis** (Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, Bonn) zu dem spannendem Thema **Neurodermitis und Psoriasis**. Die Inzidenz der Neurodermitis steigt im Gegensatz zur Psoriasis. Die Vortragende zeigt anhand klinischer Fälle die Schwierigkeit der Differenzialdiagnose gerade im Kindesalter auf, falls dann bereits eine Psoriasis auftritt, die oft nicht leicht vom atopischen Ekzem abzugrenzen ist. Da beide Erkrankungen mit einer Inzidenz von etwa 3% (im Erwachsenenalter) zu den häufigen chronischen Dermatosen gehören, können auch beide Erkrankungen gemeinsam auftreten. Genloci für die atopische Dermatitis und Psoriasis kommen zum Teil auf gemeinsamen Genen vor, sind aber insgesamt nicht auf einzelne Gene verteilt, so dass viele Kombinationen vorstellbar sind und die klinischen Bilder daher sehr unterschiedlich sein können und eben auch Mischbilder entstehen können. Über die Pathogenese anhand des TH1/TH2 Gleichgewichts der beiden

Erkrankungen und die Möglichkeit des gemeinsamen Auftretens von Psoriasis und Neurodermitis wird lebhaft diskutiert.

Am Nachmittag hatten die Teilnehmer noch die Möglichkeit zu einer **Neurodermitis-„Schnupper“- Schulung**, die Prof. Dr. **Uwe Gieler** anbot.

Anschließend wurde der **Vorstand** auf der Mitgliederversammlung des APD gewählt: Vorsitzender Prof. Dr. **Wolfgang Harth**, Berlin; stellvertretender Vorsitzender Prof. Dr. **Klaus-Michael Taube**, Halle; Schriftführer **Dr. Kristina Fronhoffs**, Bonn; Kassenwart Dr. **Jochen Wehrmann**, Bad Berleburg; Beisitzer Priv.-Doz. Dr. **Eva Peters**, Berlin/Giessen; Dr. **Christa-Maria Höring**, Stuttgart und Priv.-Doz. Dr. **Volker Niemeier**.

Die Gäste der Tagung haben sich durch die gute Organisation und die angenehme Atmosphäre in Bonn ausgesprochen wohl gefühlt, was sich auch in einigen Neueintritten in den APD (Beitrittsformulare unter www.akpsychderm.de) widergespiegelt hat.

Zur **APD-Jahrestagung 2012** lädt Prof. Dr. Klaus Taube nach **Halle** ein. Im Jahr **2013** feiert der APD seine Gründung vor 25 Jahren in **Giessen**, wozu Prof. Dr. Uwe Gieler herzlich einlädt.

Protokoll der Mitgliederversammlung des APD vom 29.10.2011 in Bonn

Anwesend: Dipl.-Med. Annegritt Cyrulies, Teterow; Dr. Kristina Fronhoffs, Bonn; Prof. Dr. Uwe Gieler, Gießen; Prof. Dr. Wolfgang Harth, Berlin; Dr. Monika Neumann-Justen, Bonn; Dr. Volker Niemeier, Gießen; Dr. Gabriele Rapp, Stuttgart; Prof. Dr. Klaus-Michael Taube, Halle; Dr. Jochen Wehrmann, Bad Berleburg

Protokollführer: Dr. Kristina Fronhoffs

Tagesordnung:

1. Bericht des Vorstandes
2. Bericht des Schatzmeisters
3. Entlastung des Vorstandes
4. Neuwahlen des Vorstandes
5. Zukünftige Planung hinsichtlich aktiver Mitarbeit der Mitglieder
6. Wünsche und Vorschläge zu künftigen Kongressthemen oder spezialisierten Workshops (Beispiel Burn-out-Prophylaxe für Ärzte in Rauschholzhausen bei Gießen)

Ad 1)

Prof. Dr. Harth als 1. Vorsitzender zog eine positive Bilanz der Arbeit des APD in den letzten zwei Jahren. Insbesondere dank der tatkräftigen Arbeit von Prof. Dr. Taube bestehen aktualisierte Leitlinien. Auch kam es zu zahlreichen psychodermatologischen Publikationen in Büchern und Zeitschriften. Psychodermatologie ist mittlerweile fester Bestandteil wichtiger nationaler Tagungen, und über die ESDaP auch internationaler Tagungen. Weiterhin wird jährlich eine APD-Tagung durchgeführt sowie den APD-Mitgliedern ein aktuelles psychodermatologisches Buch als „Jahrbuch“ zur Verfügung gestellt.

Ad 2)

Der Schatzmeister Dr. Wehrmann zog eine positive Kassenbilanz. Anfang 2011 lag der Kontostand bei 5830,- €, der aktuelle Kontostand liegt bei ca. 9800,- €. Zudem befinden sich auf einem Festgeldkonto noch 12.334,- €.

Aktuell kommen mit dem Wissenschaftspreis, dem Jahrbuch, dem Rundbrief und Tagungskosten noch ca. 6500,- € an Ausgaben zu.

Bei der stabilen Kassenlage kann der Mitgliedsbeitrag von 66,- € stabil gehalten werden.

Ad 3 + 4)

Als Wahlleiter wurde Prof. Dr. Gieler von Prof. Dr. Harth vorgeschlagen und von der Mitgliederversammlung angenommen.

Der Vorstand und der Schatzmeister wurden einstimmig entlastet.

Anschließend kam man zu den Neuwahlen. Eine geheime Wahl wurde genauso wenig gewünscht wie eine Einzelabstimmung. Der Vorstand machte folgenden Wahlvorschlag, der von der Mitgliederversammlung einstimmig angenommen wurde:

1. Vorsitzender: Prof. Dr. Harth
 2. Vorsitzender: Prof. Dr. Taube
- Schatzmeister: Dr. Wehrmann
Schriftführer: Dr. Fronhoffs
1. Beisitzer: Dr. Niemeier

2. Beisitzer: Dr. Eva Peters

3. Beisitzer: Dr. Höring

Die Wahl wurde von allen Gewählten, von Dr. Peters und Dr. Höring in Abwesenheit, angenommen.

Ad 5 + 6)

Der Vorstand betonte, dass er sich einen transparenten Austausch zwischen Vorstand und Mitgliedern wünsche, und dass man gerne auf Themenwünsche der Mitglieder – z.B. hinsichtlich der APD-Tagungen – eingehe.

Es wurde angeregt, psychoonkologische Themen aufzubereiten. Zudem wurde zu folgenden Themen Beiträge gewünscht:

- Liaison
- Neues zu Dermatozoenwahn
- Übersicht über Psychodermatologie

Nachdem das Seminar „Neurodermitis-Schnupperschulung“ von Prof. Dr. Gieler bei der diesjährigen Tagung großen Anklang unter den Teilnehmern gefunden hat, wurde vorgeschlagen, ein solches Seminar in Zukunft erneut anzubieten. Außerdem wurde angeregt, eigene schwierige Fälle, z.B. im Rahmen von Seminaren oder Curricula, zu diskutieren.

Es wurde gefragt, ob Merkblättern zu Psychotherapieverfahren oder Hilfen zur Vermittlung an Therapeuten für Patienten oder niedergelassene Kollegen existieren. Hierzu berichtet Prof. Gieler, dass man in Gießen ein lokales Netzwerk aufgebaut habe, in dem er Patienten weiterweist. Er empfiehlt auch in anderen Regionen, solche Netzwerke zu schaffen.

Es wurde angeregt, das Buch „Psychosomatische Dermatologie“ von Harth und Gieler über die Pharmazeutische Industrie gesponsert unter den Dermatologen breit zu streuen, um die Kenntnisse über die Psychodermatologie unter ALLEN Dermatologen zu vertiefen. Dies wurde von Seiten des Vorstandes eher abgelehnt, da man damit auch nicht garantieren könne, dass das Buch gelesen werde. Zudem sei die Psychodermatologie mittlerweile auf allen großen Kongressen vertreten und finde immer mehr Gehör. Inzwischen seien ca. 3 % der Chefarzte von Hautkliniken Psychodermatologen, was dies zusätzlich untermauere.

Prof. Gieler berichtet, dass zudem ein Curriculum entwickelt worden sei, nach dem die psychosomatische Grundversorgung als integraler Bestandteil in die Ausbildung zum Hautfacharzt – ähnlich wie in der Gynäkologie und in der Allgemeinmedizin – aufgenommen werden kann. Habe sich dies etabliert, wird es in Zukunft auch möglich sein eine spezialisierte fachgebundene Psychotherapie-Ausbildung anzubieten.

Zum Schluss der Mitgliederversammlung wurde diskutiert, zu welchem Zeitpunkt der APD-Tagung die Mitgliederversammlung am besten stattfindet, um möglichst viele Mitglieder zu erreichen. Ein Vorziehen auf den Freitag Nachmittag oder den Samstag Morgen vor Tagungsbeginn wurde genauso diskutiert wie ein Einschleichen zwischen das Tagungsprogramm am Freitag Abend und den Gesellschaftsabend und das Legen in die Mittagspause am Samstag. Für alle Zeitpunkte fanden sich Für und Wider, so dass man keinen Zeitpunkt favorisieren konnte.

Bonn, den 30.10.2011

Kristina Fronhoffs

Psychodermatologie auf dem Weltkongress für Dermatologie in Seoul

Gieler U, Harth W, Kupfer J, Poot F

Vom 25.-29.Mai 2011 trafen sich 12.000 Teilnehmer zum 22. Weltkongress für Dermatologie in Seoul. Die koreanischen Gastgeber haben einen außergewöhnlichen Kongress organisiert, der mit fast 300 Symposien, nahezu 400 freien Sessions und ca. 3.000 Postern eine unüberschaubare Dimension entwickelt hat. Insofern konnte der Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie der DDG hier nur einen kleinen Beitrag leisten, der jedoch unter den vielen Beiträgen gut repräsentiert und zusammen mit der European Society of Dermatology and Psychiatry (ESDaP) der EADV einige Aspekte der Psychodermatologie dargestellt hat.

In einem Symposium zu Beginn des Kongresses wurden wichtige neue Entwicklungen der Psychodermatologie in der Welt dargestellt in einem Joint-Meeting der ESDaP, der Association for Psychocutaneous Medicine of America und der Japanese Society of Psychosomatic Dermatology. In einer Round-Table Runde diskutierten Françoise Poot (Präsidentin der ESDaP), Makoto Hashiro aus Japan, Steve Feldman aus San Francisco und Jorge Ulnik aus Buenos Aires über die Entwicklung der Psychodermatologie in der Welt. Die folgenden Vorträge beschäftigten sich mit einer psychosomatischen Stress-Skala für Neurodermitis-Patienten, die Eichiro Ueda aus Japan vorstellte. Manual Grau aus Barcelona stellte die schwierigen Patienten-Arzt- und Familie-Interaktionen bei Patienten zwischen dem 18. und 30. Lebensjahr vor und wies auf die systemischen Interaktionen hin. Jorge Ulnik (Buenos Aires) und Françoise Poot (Brüssel) setzten die Aspekte der Einbeziehungen von Familien in der Behandlung von Hautkrankheiten fort und wiesen auf die psychodynamischen Besonderheiten im Umgang mit Familien und die Möglichkeiten des Familienstammbaums hin. Andrew Finlay, der Erstbeschreiber des Dermatology Life Quality Index stellte ein neues Konzept des Einflusses der Hautkrankheiten auf „Major Life-Changing Decisions“ vor. John de Korte (Amsterdam), der neue Präsident der ESDaP, stellte die konzeptuellen Erfahrungen in der Umsetzungen einer web-basierten Erfassung der Lebensqualität in den Niederlanden dar, die eine schnelle diagnostische Erfassung von psychosomatischen Komorbiditäten ermöglichen. Steve Feldman (Winston-Salem, USA) berichtete über Missverständnisse und falsche Bewertungen in der Therapie-Compliance von Hautpatienten und machte so deutlich, wie wichtig die Beachtung von Compliance-Strategien in der Behandlung von Hauterkrankungen ist. Murad Alam (USA) konnte aufzeigen, wie man in der plastischen Chirurgie Ängste und Schmerzen durch psychologische Interventionen vermindern kann und Kleyne Elise (Manchester, GB) stellte in einer bemerkenswerten f-MRI Studie die unterschiedlichen Reaktionen auf Ekelregung bei 26 Psoriasis-Patienten im Vergleich mit gesunden Personen dar. Psoriasis-Patienten nehmen offenbar Ekel deutlich weniger wahr als die gesunden Kontrollpersonen. John Koo (San Francisco) gab eine klinisch sehr anschauliche Übersicht über den Einsatz von Psychopharmaka bei verschiedenen Hauterkrankungen, wenn Depression oder Angst eine klare Komorbidität haben. Andrey Lvov (Moskau) stellte eine derzeit in Russland durchgeführte umfangreiche epidemiologische Studie vor, die psychodermatologische Aspekte bei Hautpatienten erfasst und Makoto Hashiro (Osaka, Japan) berichtete über klinische Erfahrungen mit Artefakt-Patienten in Japan.

Im offiziellen Rahmen des Kongresses hatte die Psychodermatologie ein recht gut besuchtes Symposium mit Übersichtsbeiträgen aus verschiedenen Ländern. Die Leitung des Symposiums hatte John Koo (San Francisco) zusammen mit Françoise Poot (Brüssel), Makoto Hashiro (Osaka) und Uwe Gieler (Giessen), der den Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie auf dem Weltkongress vertreten konnte. Françoise Poot (Brüssel) gab zunächst

für die Zuhörer einen Einblick über die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Psychodermatologie und stellte ein zweistufiges Konzept der Weiterbildung für Dermatologen in diesem Sektor vor. Makoto Hashiro (Osaka) stellte neue Studien im Bereich der chronisch-entzündlichen Dermatosen dar und konnte die Bedeutung psychischer Faktoren eindrucksvoll aufzeigen. John Koo (San Francisco) stellte noch einmal seine persönlichen klinischen Erfahrungen mit Psychopharmaka dar und wies darauf hin, dass die Diskussion des Einsatzes von Neuroleptika beim Dermatozoenwahn bzw. taktilen Halluzinosen hinsichtlich des primären Einsatzes von Risperidon oder Pimozid in Studien noch nicht eindeutig belegt sei! Jorge Ulnik (Buenos Aires) stellte seine klinischen Erfahrungen mit psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten mit chronischen Hauterkrankungen dar und wies auf verschiedene erfolgreiche Studien mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren hin. Uwe Gieler (Giessen) gab schließlich einen Überblick über die neue Klassifikation der Artefakte (Self Inflicted Skin Lesions) zum besseren Verständnis der unterschiedlichen Hintergründe und damit eines möglicherweise verbesserten psychotherapeutischen Zugangs dieser schwierigen Patientengruppe. Auch die körperdysmorphe Störung wurde hier in ihrer in der Dermatologie bisher noch unterschätzten Bedeutung dargestellt.

In einem Plenarvortrag „What’s new?“ hatte Francoise Poot (Brüssel) als Präsidentin der ESDaP die Ehre, die Entwicklungen der Psychodermatologie in den letzten Jahren zusammenzufassen. Ihre beeindruckende Literaturliste ist diesem Beitrag angehängt und jedem empfohlen, die dortige Literatur sich anzuschauen, um die wichtigen neuen Entwicklungen in der Psychodermatologie zu erfassen.

Darüber hinaus gab es noch ein vielbeachtetes Symposium zu Schulungsprogrammen bei Neurodermitis-Patienten, das von Prof. Ring (München) und seinem Kollegen aus Korea Prof. Kim sowie Frau Prof. Danielle Marcoux aus Montreal/Kanada geleitet wurde. Hierbei wurde deutlich, dass sich die Schulungsprogramme inzwischen in vielen Ländern der dermatologischen Welt verbreitet und umgesetzt haben, wenn auch mit unterschiedlichen organisatorischen und inhaltlichen Schwerpunkten, je nach landesüblichen Möglichkeiten.

In vielen anderen Symposien wurden ebenfalls wichtige Aspekte der Psychodermatologie dargestellt, so konnte Francoise Poot aus Brüssel in einem Plenarvortrag die neuesten Entwicklungen in der Psychodermatologie anhand der interessantesten neueren Publikationen präsentieren, deren Literaturangaben hier wiedergegeben werden zum Nachlesen.

Insgesamt ein lohnenswerter Kongress, der nicht nur, aber auch der Psychodermatologie neue Impulse gegeben hat und spätestens seit diesem Kongress wurde es deutlich, dass Psychodermatologie ein fester Bestandteil innerhalb der Dermatologie geworden ist und sich klar integriert hat!

Anschrift des Verfassers (im Namen des APD):

Prof. Dr. Uwe Gieler

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Ludwigstraße 76

35392 Gießen

Tel.: 0641-99-45650

Fax: 0641-99-45659

E-Mail: Uwe.Gieler@psycho.med.uni-giessen.de

Internet: www.psychodermatolog.info

„Der informierte Patient“

Christa-Maria Höring, Stuttgart

In der dermatologisch-psychosomatischen Sprechstunde - sei es aus einer Praxis für Dermatologie heraus oder (wie bei mir) im Rahmen einer fachärztlich-psychosomatischen Niederlassung - gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, sich zu vergewissern, ob der Patient die Gesprächsinhalte aufgenommen hat. Der Respekt vor dem Kranken gebietet, sich verständlich auszudrücken. Gleichzeitig muss die Wissenschaftlichkeit der Aussagen gewahrt bleiben, und die Botschaften sollen nicht überfrachtet sein.

Eine bewährte Möglichkeit ist es, am Ende eines Arzt-Patient-Kontaktes ganz einfach zu fragen, was von dem, was gesprochen worden ist, denn hängen geblieben sei oder was das Wichtigste gewesen ist. Auf diese Weise erfährt man auch indirekt, welche Botschaften nicht aufgenommen werden konnten. Ein im Moment des Arztbesuches überforderter Patient kann m.E. unmöglich bedeutsame Inhalte erinnern. Da die meisten Behandler unter Zeitnot möglichst viele Informationen geben möchten, ist eine Rückkopplung sinnvoll. Ohnehin soll ja im psychosomatisch orientierten Gespräch der Fokus nicht nur auf der Informationsvermittlung liegen, sondern die Bedeutung der Erkrankung für den Patienten erfasst werden. Es hat sich bewährt, dabei nach dem „4-Ohren-Modell“ vorzugehen (Erfassen der informativen Ebene, der Selbstoffenbarungsebene, der appellativen Ebene, der Beziehungsebene).

Für einzelne Patienten - immer auch natürlich unter Berücksichtigung der Zeit, die dem Arzt zur Verfügung steht - hat es sich bei mir als günstig herausgestellt, dem Kranken den Bericht, der für den überweisenden Arzt gedacht ist, selbst zur Verfügung zu stellen. Ich gehe dabei über eine einfache nachrichtliche Kopie hinaus und wähle den Patienten als Adressaten.

Dem geht voraus, dass ich am Ende des ersten Kontaktes vorschlage, meinen Bericht an den Patienten zu senden und ihn direkt anzusprechen mit der Bitte, ggf. beim nächsten Kontakt Berichtigungen anzusprechen, falls ich etwas oder das Empfinden des Kranken nicht richtig wahrgenommen habe oder seines Erachtens in den falschen Kontext gestellt habe.

Damit möchte ich eine gute Compliance vorbereiten, eine Bindung des Patienten herstellen, ihn selbst als mitverantwortliches Gegenüber ansprechen und die Denkweise der Psychosomatik implizit darstellen. Ein solcher Bericht kann dann auch beliebig vom Patienten an mitbehandelnde Ärzte weiter gegeben werden (was im übrigen den Vorteil hat, dass der Psychosomatiker sich mit einem Denkmodell bei einem erweiterten Kollegenkreis bekannt macht).

Mit den nun folgenden beispielhaften 3 Arztberichten („Musterbeispielen“) aus meiner Sprechstunde möchte ich Ihnen das Vorgehen nahe bringen. Vielleicht mag der/die ein oder andere im Einzelfall auch einmal so vorgehen, zumal man sich auf diese Weise selbst dazu anregt, sich noch besser in den Patienten einzufühlen und zu bedenken, was die ein oder andere Aussage wohl bewirken könnte.

Alle Patienten, die diese Briefe bekommen haben, berichteten im nachfolgenden Kontakt von einem hohen Profit.

Fall 1:

Herrn A
Wohnhaft xxx

1.7.2011

Nachr. Herrn Dr. (*Überweiser*)
Ggf. zur Weitergabe an mitbehandelnde Ärzte

Sehr geehrter Herr A,

wie besprochen richte ich meinen Bericht über unser heutiges Gespräch an Sie, Herrn A., geb. X.X.1940, persönlich, damit Sie das Gesprochene nochmals gut nachvollziehen können.

Ihr behandelnder Hautarzt, Herr Dr X, hatte sie freundlicherweise mit einem neurologischen Bericht und einem Anschreiben an mich überwiesen.

Sie hatten sich mit einer Zusammenstellung des Zeitablaufs Ihrer Befunde gut vorbereitet

Erste Juckreizwahrnehmungen ohne sichtbares Äquivalent - Pruritus sine materia - nahmen Sie bereits ohne große Besorgnis ca. 2003 wahr. Sie hatten damals gehofft, dass die Beschwerden wieder verschwinden; es begann aber eine intensive Suche nach Hilfe über verschiedene Kollegen, die allgemein-internistische Krankheitsursachen ausschließen konnten. Zahlreiche Antihistaminika hatten keinen Erfolg; genauso brachten eine Eigenblutbehandlung, eine Bestrahlung und eine Darmsanierung keinen Effekt bezgl. des Juckreizes, wohl aber ein Verschwinden des Heuschnupfens! Der IgE-Wert ist vermutlich normal. Eine Tochter hat Neurodermitis

Ihre Haut wurde intensiv örtlich behandelt; die natürliche altersentsprechende Hauttrockenheit erschien nicht übermäßig.

Sie konnten auch ein gelegentlich auftretendes Zungenbrennen beschreiben. Die Symptome treten nie nachts auf, bzw. stören Ihren Schlaf nicht und lassen sich auch übertönen, wenn Sie mit Dingen intensiv beschäftigt sind. Die Ganzkörpersymptome - anfänglich war auch die Kopfhaut betroffen - haben sich jetzt zurückgezogen und die Problematik konzentriert sich auf den Genitoanalbereich.

Die aktuelle Behandlung erfolgt mit Amineurin und soll auf Anraten des Neurologen auf ein Retard-Präparat 3 x 25 mg erhöht werden, da sich die Beschwerden möglicherweise leicht gebessert haben, allerdings um den Preis einer Müdigkeit

Zur Sozialanamnese: Seit Anfang der 90-er Jahre waren Sie stark belastet durch Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und Tod der Eltern. Es folgte eine Erbaueinandersetzung, erhebliche Belastungen an der Schule und – gedacht als Ausgleich - ein intensiver Einsatz in ehrenamtlichen Aufgabenfeldern.

Ihre Kindheit sei vermutlich trotz der Kriegszeit ganz normal gewesen, Hautkontakt gab es allerdings in der Familie wenig; es sei für Sie auch normal, zunächst in Belastungssituationen allein nach Lösungen zu suchen

In der Sexualität haben Sie gemeinsam mit Ihrer Frau für Sie zufriedenstellende Lösungen gefunden.

Ich kam zu folgender Gesamteinschätzung:

Die Diagnose eines Pruritus sine materia sollte keine Ausschlussdiagnose sein, wobei der Ausschluss organischer Erkrankungen Voraussetzung ist, aber auch Hinweise auf eine psychogene Ursache existieren müssen. Aus Sicht der Neurologie könnten Wurzelreizungen

eine Rolle spielen, womit aber nicht die anfänglichen Ganzkörperphänomene erklärt sind. Die Gesamtbelastung auch schon in den Jahren vor Ausbruch des Juckreizes spricht für eine kumulative Belastung durch Stressoren in Verbindung mit stark belastenden Emotionen („es geht mir unter die Haut“ , „es juckt mich“ etc.). Diese kumulative Belastung und der innere Anspruch, vieles selbst regeln zu müssen, könnten zu einer Erschöpfung der sog. neurobiologischen Stressachse geführt haben, die dann wiederum in Kombination mit einer von mir vermuteten Disposition zur Atopie eine Empfindsamkeit für psychosomatische Erkrankungen darstellt, wie es in der Forschung belegt wurde. Die „Juckreizschwelle“ wurde so verstellt, dass Sie Juckreiz als Spannungsphänomen früh wahrnehmen und es möglicherweise auch zu einem „Juckreizgedächtnis“ gekommen ist, wie wir es vom Schmerzgedächtnis kennen. Das Zungenbrennen ist ebenfalls ein Indiz oder Puzzleteilchen für die Gesamtannahme einer sog. somatoformen Störung.

Es ist bereits sinnvoll ein Behandlungsversuch mit tricyclischen Antidepressiva gemacht worden, die oft helfen.

Eine gute Alternative wären: Pregabalin, Gabapentin, nach Literaturempfehlung auch Carbamezopin oder im off label use Naltrexon oder Zofran, allerdings alles nur nach Absprache mit dem Neurologen und abhängig vom Leidensdruck. Auch Fluoxetin wurde eingesetzt.

Aus psychotherapeutischer Sicht ist die Vermittlung verschiedener Entspannungstechniken sinnvoll, das Achtsamkeits-Akzeptanztraining (MBSR) nach Kabat-Zinn, imaginative Techniken und die sog. Aufmerksamkeitsumlenkung, also eine Art „Handwerkskasten“ zur Bewältigung des Phänomens in Kombination mit dem Verständnis für darunter liegende Gefühle, die kein anderes Ventil gefunden haben oder auch für Konflikte.

Neurologisch sollte selbstverständlich ein Wurzelreizsyndrom im Auge behalten werden.

Wir haben eine Wiedervorstellungstermin vereinbart, ggf. werden wir weitere prob. Sitzungen machen und dann entscheiden, ob eine Therapie für Sie angemessen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Chr.-M. Höring

Fall 2

Frau B
Wohnhaft xxx

27.6.2011

Nachr. Praxis Dr. (*Überweiser*)
Betr.: Sie selbst, geb X.X.1964,

Sehr geehrte Frau B.

nach unserem Gespräch in der Psychosomatischen Sprechstunde, zu der Sie die Praxis Dr. X freundlicherweise überwiesen hatte, kamen wir zu der Übereinkunft, dass ich Ihnen den Bericht persönlich zusende, damit Sie das Gesprochene nochmals nachvollziehen können.

Sie berichteten, dass Sie immer eine unreine, schlechte Haut haben, an der Sie „herumknibbeln“ müssen, und dass Sie psychische Probleme hätten. Ca. 1997 sei bei Ihnen die Diagnose eines Tourette-Syndroms gestellt worden. Damals hätten Sie nervöse Zuckungen im Gesicht gehabt, Geräusche gemacht und mit den Zähnen geknirscht. Ihrer Ansicht nach stehe das Knibbeln an den unreinen Hautstellen im Zusammenhang damit. Später hätten Sie auch zwanghafte Ängste entwickelt, die sich vornehmlich darauf bezogen, etwas Böses zu tun oder etwas Schlimmes getan zu haben, z.B. jemanden angefahren zu haben.

Unter einer Medikation (Psychiatrie) mit Zyprexa und Sertralin sei es besser geworden.

Sichtbar waren heute in Ihrem Gesicht zahlreiche kleine Narben vor allem in der Kinnpartie und ausgeprägte knuckle pads an zwei Fingern, die Sie „bearbeiten“.

Ich konnte zunächst bestätigen, dass ich die Medikation für korrekt und völlig angebracht halte und dass diese unbedingt weiter geführt werden soll.

Ich habe Sie auch über die Schwierigkeit informiert, einen Automatismus „abzuschalten“, den man schon so lange hat. Wir sprechen in dem Rahmen auch vom skin-picking Syndrom.

Meine diagnostische Einschätzung ist die einer komplexen Zwangserkrankung; unter diesem Aspekt müssen evtl. auch die Tics gesehen werden, die als Tourette-Syndrom eingeordnet worden sind.

Sie haben bislang keine Psychotherapie gemacht.

Zunächst können Sie einige Techniken ausprobieren: Tragen von Baumwollhandschuhen, Verhängen der Spiegel in Absprache mit Ihrem Mann, Ersatz des Knibbelns durch Massieren von Autoputzschwämmen (habit reversal), eine cue controlled relaxation (Entspannung auf einen Schlüsselreiz hin über ein Foto von Ihnen, auf dem Sie ganz allein sind, da Sie angaben, dass Sie nie knibbeln, wenn niemand etwas von ihnen will; Entspannungstechniken sind Ihnen bekannt und erscheinen Ihnen ungeeignet, wenn Sie sie allein machen müssen. Sie könnten ein Seminar Achtsamkeit-Akzeptanz-Training nach Kabat-Zinn besuchen, nachzulesen im Internet auch unter dem Kürzel MBSR.

Wir haben vereinbart, dass Sie sich im Herbst, wenn Sie die Effizienz der Maßnahmen beurteilen können, wieder vorstellen. Ggf. diskutieren wir dann auch eine stationäre Therapie in der Psychosom. Klinik Gießen bei Herrn Prof. Gieler.

Abschließend kamen wir auf Ihre allgemeine Situation zu sprechen. Sie arbeiten als Schuhverkäuferin und nebenbei als Reinigungskraft in einer HNO-Praxis und haben keine Kinder. Die Ehe mit Ihrem Mann (seit 1992) ist durch die Symptomatik sehr belastet, von seiner Familie fühlen Sie sich abgelehnt und entzweit.

In Ihrer Freizeit haben Sie viele Interessen, die sehr gut geeignet sind, ganz allgemein Ihre Grundspannung abzubauen: Schwimmen, Rad fahren, Stricken und eine Katze!

Sie haben lang versucht, Ihre Krankheit zu bewältigen, zumal man Ihnen zu verstehen gegeben hat, dass Sie nur aufhören wollen müssten. Wir haben heute erörtert, dass es sich bei dem Symptombild um eine Krankheit und nicht um ein schuldhaftes Versagen handelt, eine Krankheit, die auch mit Stoffwechsel des Gehirns und den Überträgersubstanzen zu tun hat, weshalb Medikamente auch helfen können, ähnlich wie man einen Diabetes über mehrere Ansätze behandeln muss

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Christa-Maria Höring

Fall 3

Frau C
Wohnhaft xxxx

6.6.2011

Nachr. Herrn Dr. (*Überweiser*)
Betr.: Sie selbst, geb. X.X.1983

Sehr geehrte Frau C.,

Nach unserem heutigen Kontakt in der Psychosomatischen Sprechstunde habe ich Ihnen vorgeschlagen, den Bericht an Sie selbst zu schicken, damit Sie meine und unsere Überlegungen nochmals nachvollziehen können.

Sie berichteten, dass Sie seit dem ca 15. Lebensjahr. unter einer im Verlauf schwankenden zur Zeit objektiv sehr ausgeprägten Alopecia areata leiden. Das Scheitelhaar kann aktuell den Defekt überdecken, Sie sind aber bedroht durch das Fortschreiten des Befundes. Viele Behandlungsversuche (Cortison extern, DCP, Zink, auch Homöopathie, Osteopathie) blieben ohne anhaltenden Erfolg.

Mit Ihrem Hausarzt hatten Sie bereits über das in der dermatologischen Psychosomatik bekannte Phänomen des life events (für die A.a. besonders das Thema realer oder antizipierter Verlust) gesprochen, was sich aber in Ihrer Realität nicht finden lässt.

Auffällig war, dass Sie während eines halbjährigen Südamerikaaufenthaltes ein komplettes Wiederwachstum der Haare erleben durften, was den aktuellen Haarausfall natürlich besonders schmerzlich macht.

Das Thema, unter dem der Aufenthalt sich finden könnte, wäre vielleicht: „Ich war sehr frei bestimmt“

Meine Erfahrungen als Psychotherapeutin bei der Alopecia areata sind eher so, dass ich mich - wenn keine deutlich erkennbare Ursache zu finden ist - in der Indikationsstellung zur psychodynamischen Psychotherapie zurückhaltend erlebe. Wichtig erscheint ganz vornehmlich die Krankheitsbewältigung.

Wir kamen deshalb zu folgendem Ergebnis:

Sie achten darauf, die Aufmerksamkeit besonders auf die gesunden Funktionen Ihres Körpers zu richten (Aufmerksamkeitsumlenkung) und entscheiden sich evtl. das Achtsamkeits-Akzeptanztraining zu erlernen, um auch ganz allgemein mit dem Problem besser fertig zu werden und den Stresslevel günstig zu beeinflussen.

Im Rahmen Ihrer Berufstätigkeit könnten Sie selbstbestimmtere Phasen (s.o.) einbauen, z.B. Ruhe während der Anwendungen bei Ihren Patienten in der Krankengymnastikpraxis. Sie könnten auch eine ergänzende Ausbildung zur Craniosacraltherapie machen, was einen anderen Akzent in Ihrer Arbeit erzeugen würde. Ich habe Ihnen geraten, in jedem Fall Unizink weiter zu nehmen und evtl. in Tübingen nochmals wegen einer Hochdosiscortisontherapie vorzusprechen.

Unabhängig davon sollte der Hausarzt andere Autoimmunerkrankungen regelmäßig ausschließen (Schilddrüse).

Wenn Sie selbst daran denken, dass etwas Ihrem Bewusstsein als Problem verschlossen bleibt, ist der Gedanke an eine hypnotherapeutische Sitzung, die Sie vorschlugen, nicht abwegig, was ich selbst Ihnen aber nicht bieten kann.

Für ganz wichtig erachte ich einen Kontakt zu der bekannten Selbsthilfegruppenorganisatorin Frau J. Latz, die ja auch Buchmaterial und telefonische Beratung anbietet.

Ich hoffe, Ihnen eine Perspektive aufgezeigt zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Christa-Maria Höring

Ich hoffe, Sie als Leser mit diesen Beispielen angeregt zu haben.

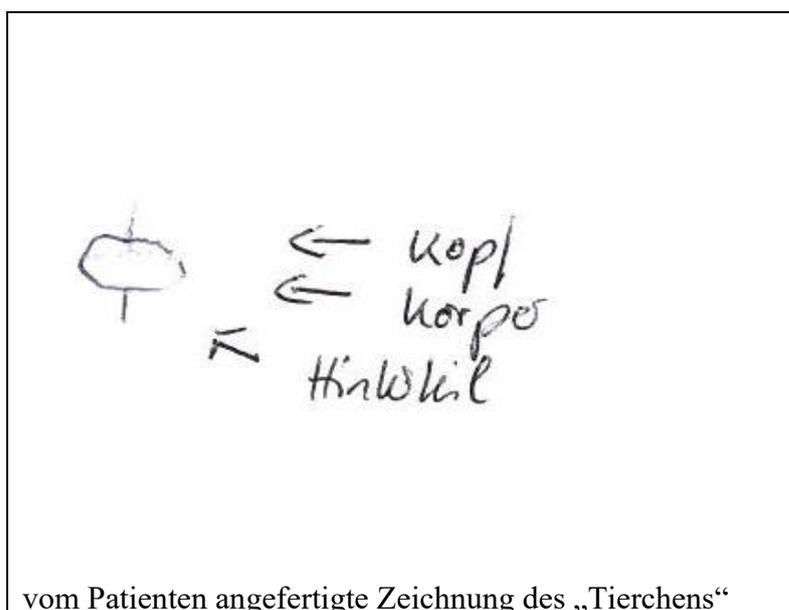
Als APD-Vorstandsmitglied möchte ich Sie gleichzeitig ermutigen, auch eigene Fallbeispiele mit Ihrer Sichtweise im Rundbrief zur Veröffentlichung anzubieten!

Mit besten Grüßen
Ihre Christa-Maria Höring

Hartnäckige Tierchen: Fallbericht Dermatozoenwahn

Kristina Fronhoffs, Bonn

Der 83-jährige leger, aber gepflegt gekleidete Patient stellte sich in unserer allgemeinen Ambulanz mit großflächigen Erosionen und Exkorationen der linken Nasenseite sowie retroauriculär links vor. Diese bestünden anamnestisch seit etwa 3 Monaten und bluteten zeitweise. Der Patient vermutete als Auslöser „Tierchen“, die sich „metallisch festkrallten“, und die er auf der Haut krabbeln spüre. Die vermeintlichen Fremdkörper habe er mit den Fingern entfernt und gesammelt, dann aber vergessen, zur Konsultation mitzubringen, weshalb er uns eine Zeichnung davon anfertigte. Die Ehefrau, die er versorge, weise keinerlei vergleichbare Hautveränderungen auf.



vom Patienten angefertigte Zeichnung des „Tierchens“

Unter der Verdachtsdiagnose eines Dermatozoenwahns führten wir zunächst eine lokal antiseptische Behandlung unter dicht abgeklebten Verbänden durch, die ein Manipulieren unmöglich machten. Nach einer Woche waren beide Stellen fast vollständig abgeheilt, was unsere Verdachtsdiagnose stützte. Stattdessen war an anderer, dem Patienten gut zugänglicher Lokalisation, eine neue Exkoration aufgetreten.

Wir leiteten daraufhin eine niedrigdosierte neuroleptische Behandlung mit Risperidon ein und vereinbarten engmaschige Nachkontrollen. Zudem empfahlen wir die Durchführung eines MRT des Gehirns (zum Ausschluss hirnerkranklicher Ursachen, wie einer subkortikalen arteriosklerotischen Enzephalopathie), welches der Patient strikt ablehnte. Bei der nächsten Vorstellung hatte er das Neuroleptikum eigenständig abgesetzt, da dieses zu Schwindel geführt habe. Eine weitere neuroleptische Therapie lehnte er nun ebenfalls ab. Da zu diesem Zeitpunkt nur noch eine kleine Erosion im Gesicht bestand, kamen wir mit dem Patienten überein, dass er antiseptische Waschlotionen verwenden sollte, aber nach Möglichkeit nicht versuchen sollte, die „Tierchen“ mechanisch zu entfernen. Bei einer Verschlechterung des Hautzustandes baten wir den Patienten, sich erneut in unserer Klinik vorzustellen.

Typisch für die Erkrankung des Dermatozoenwahns ist das beständige Manipulieren der Haut, um vermeintliche Parasiten zu entfernen. Häufig werden diese zur Diagnostik dem behandelnden Arzt mitgebracht bzw. selbstständig durch den Patienten an ein parasitologisches Institut gesandt.

Wichtigste Differentialdiagnose ist die subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie, die durch ein MRT Hirn ausgeschlossen werden sollte. Die Behandlung der Hautläsionen kann in Abhängigkeit von der Ausprägung lokal antiseptisch erfolgen. Eine längerfristige Besserung lässt sich aber nur durch eine neuroleptische Behandlung der Wahnerkrankung erzielen.

Wie im oben geschilderten Fall bricht ein Großteil der Betroffenen die Behandlung vorzeitig ab. Hilfreich ist eine intensive Aufklärung über die Potenz des Medikamentes, die Tiere „von innen heraus“ zu behandeln und eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung.

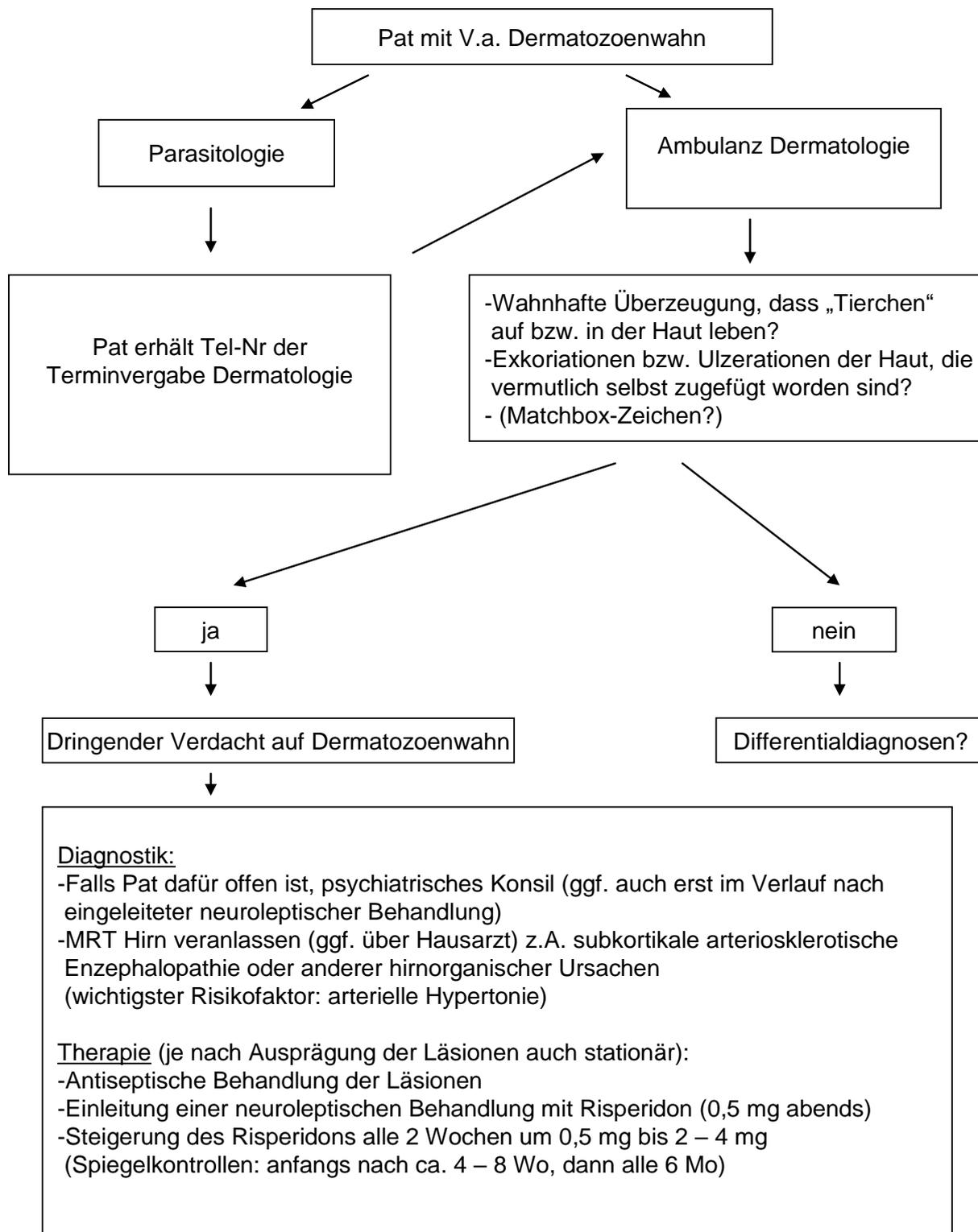
Dermatozoenwahn ist eine äußerst schwierig zu behandelnde psychische Erkrankung. Aufgrund der wahnhaften Überzeugung der Patienten, dass ihre Haut mit irgendwelchen Parasiten befallen sei, stellen Betroffene sich primär dermatologisch vor. Dem Dermatologen obliegt nun die „fachfremde“ Diagnose der Wahnerkrankung und die Einleitung einer psychiatrischen Medikation, da die Betroffenen meist eine psychiatrische Mitbetreuung strikt ablehnen und sich abgeschoben fühlen.

Aus diesem Grunde haben wir im Universitätsklinikum Bonn gemeinsam mit Kollegen der Dermatologie, Psychiatrie und der Parasitologie eine fächerübergreifende Arbeitsanweisung (Standard Operating Procedure, SOP) entwickelt, die den Umgang mit diesen Patienten erleichtern soll und die ein klares Vorgehen für den Erstkontakt im Institut für Parasitologie oder in der Hautklinik vorgibt (s.u.).

Weiterführende Literatur:

- Harth W, Gieler U: Psychosomatische Dermatologie, Kapitel 1: Dermatosen primär psychischer Genese, Unterkapitel Dermatozoenwahn. Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006.
- Koo J, Lee CS: Delusions of parasitosis A dermatologist's guide to diagnosis and treatment. Am J Clin Dermatol 2001. 2:285-92
- Lepping P, Baker C, Freudenmann RW: Delusional infestation in dermatology in the UK: prevalence, treatment strategies, and feasibility of a randomized controlled trial. Clin Exp Dermatol 2010. 35:841-44
- Lepping P, Freudenmann RW: Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. Clin Exp Dermatol 2008. 33:113-7
- Robles DT, Olson JM, Combs H, Romm S, Kirby P: Morgellons Disease and Delusion of Parasitosis. Am J Clin Dermatol 2011. 12:1-6.

SOP Dermatozoenwahn



Neues aus der Forschung zur psychosomatischen Dermatologie (nach einem Vortrag auf der 46. Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft am 30.3.2011 in Dresden)

Klaus-Michael Taube, Halle

Vorbemerkung:

Forschungen zur psychosomatischen Dermatologie werden vielfach und an vielen Orten vorangebracht. Neben den Publikationen in dermatologischen Fachjournalen und Lehrbüchern sollten auch Artikel der angrenzenden Fachgebiete der Psychiatrie, der Psychosomatik und der Psychologie Berücksichtigung finden.

Die Auswahl der neuen Forschungsergebnisse ist auf der Grundlage der Publikationen und Vorträge entstanden, die im Rahmen des 14. Kongresses der ESDaP (Europäische Gesellschaft für Psychiatrie und Dermatologie) in Zaragoza, Spanien, vom 17. - 19. März 2011 veröffentlicht wurden.

Viele dieser neuen Forschungsergebnisse wurden anschließend in der Zeitschrift Acta Dermatovenerologica 2011 publiziert, einige Artikel beziehen sich aber auch auf andere Journale. Die Auswahl der neuen Forschungsergebnisse zeigt natürlich nur einen Ausschnitt und kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Die einzelnen Publikationen werden im Folgenden besprochen:

1. Lebensqualität und Familienstruktur

Der Autor geht davon aus, dass die Betreuung der Patienten, insbesondere der von Dermatosen betroffenen Kinder, eng verknüpft mit der Familienstruktur ist. Bei den Untersuchungen gingen besonders Angststörung, Schlafstörung, interpersonelle Probleme, psychologischer Druck, aber auch finanzielle Schwierigkeiten in der Familie mit ein. Der neue Fragebogen zur Lebensqualität in der Familie berücksichtigt sowohl den Partner als auch die Familienstruktur (The Greater Patient) und wird als Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI) herausgestellt.

Literatur: Finlay, AY: Brit J Dermatol 163 (2010) Suppl. 1, 38

Prof. Finlay ist auch unter folgender Internetadresse erreichbar: dermatology.org.uk

2. Artefizielle Störungen (self-inflicted disorders)

Es hat sich eine Arbeitsgruppe gebildet, die 2010 ein Positionspapier erarbeitet hat. Stellvertretend für die Arbeitsgruppe hat U. Gieler die Ergebnisse vorgetragen und zusammengefasst. Artefizielle Störungen kommen nach neuen Untersuchungen in einer Prävalenz von 0,03 - 9,4 % vor, sind damit häufiger als allgemein angenommen. Es sei auch darauf hingewiesen, dass die Häufigkeit der artefiziellen Störungen mit der Psychosenhäufigkeit korreliert. Nach wie vor muss festgestellt werden, dass Ärzte oft unzureichend informiert sind, mit der Folge von Fehldiagnosen und Fehltherapien. Bei der Diagnostik ist grundsätzlich zu fragen, ob es sich um einen heimlichen oder einen offenen Artefakt handelt und welche Hintergründe dafür bestehen (vorbestehende Psychose, Simulation). Die artefiziellen Störungen sind von den Paraartefakten mit kompulsiv-impulsiv entstehenden Selbstverletzungen abzugrenzen.

Literatur: Gieler, U et al: Acta Derm Venerol 91 (2011) 227-8

3. Ulcus cruris varicosum

Die Arbeitsgruppe aus Wroclaw (Breslau) hat sich mit den psychosomatischen Dimensionen bei Unterschenkelulzerationen befasst.

Es wurden Patienten erfasst, bei denen über 6 Wochen ein Ulcus cruris varicosum bestand. Es ist davon auszugehen, dass 5 % aller Menschen über 65 Jahren daran leiden, Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. Neben den medizinisch-psychosomatischen Faktoren bestehen auch erhebliche finanzielle Dimensionen: Z. B. kostet eine Behandlung über ein Jahr in Großbritannien bei dem gesamt vorliegenden Krankengut etwa 300 - 650 Millionen Pfund. Die Autoren streichen heraus, dass 22 – 27 % unter Depressionen und 14 % unter Angststörung leiden, die dafür mit verantwortlich sind, dass die Lebensqualität deutlich herabgesetzt ist. Als weitere Beschwerden sind Juckreiz, Ödeme, Schlafstörung, Stigmatisierung und die vorhandene Immobilisation zu werten. Subjektiv bestehen Schmerzen, eine Isolation wird auch durch die oft damit verbundene Arbeitsunfähigkeit hervorgerufen, und es kommt vermehrt zum Verlust des Arbeitsplatzes. Der Artikel endet mit dem Fazit, dass die psychosomatischen Dimensionen beim Ulcus cruris varicosum in Zukunft stärker beachtet werden sollten.

Literatur: Szepletowski, J: Leg ulcers: Psychodermatological Problem, Acta Derm Venerol 91 (2011)226

4. Psycho-Venerologie

Diesem Thema wurde bisher selten Aufmerksamkeit geschenkt und es ist einer Moskauer Arbeitsgruppe zu verdanken, hier aktuelle Untersuchungen vorgenommen zu haben.

Bei den Untersuchungen konnten sie folgendes herausstellen:

Reaktive Psychosen i. S. einer Komorbidität können in einer Venerophobie oder einer Karzinophobie bestehen, die psychische Störungen bei Patienten mit venerologischen Erkrankungen (wie Syphilis, HIV, hier auch HPV eingeschlossen) mit folgenden Symptomen herausgestellt werden: Depression, Angststörung, soziale Kontaktstörung, Suizidgedanken. Es wurde in den Untersuchungen auch deutlich, dass besonders für Frauen die Erkrankungen mit einem hohen Schamgefühl besetzt sind. Zusammenfassend kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die Lebensqualität bei venerologischen Erkrankungen deutlich eingeschränkt ist und psychosomatische Begleiterkrankungen häufig festgestellt werden, die eine psychosomatische Therapiebegleitung erfordern.

Literatur: Gomberg, MA: Acta Derm Venerol 91 (2011) 230

5. Compliance-Forschung

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist stark geprägt von sozialen Faktoren in der Gesellschaft und unterliegt daher einem ständigen Wandel. Gerade in den letzten Jahren besteht ein Wandel vom patriarchalen Arzt-Patienten-Verhältnis (Arzt legt fest, welche Untersuchung und Therapie vorgenommen werden sollten) hin zu einer angestrebten Partnerschaft zwischen Arzt und Patient. Die Konzepte der zunehmenden, aber auch gewollten Einflussnahme der Patienten, finden ihren Niederschlag in der unterschiedlichen Bezeichnung von Compliance-adherence und concordance.

Besondere Berücksichtigung sollten bei der Zusammenarbeit mit den Patienten vor allem Faktoren finden, die sich nach den Wünschen, Ansprüchen, Vorstellungen und Einstellungen des Patienten richten und ihn damit befähigen, selbständige Handlungen dazu beizutragen. Der Arzt sollte die Grenze finden, damit die Ansprüche realistisch bleiben.

Literatur: Taube, K-M: Compliance in Dermatology, Acta Derm Venerol (2011) 91: 223

6. Aktuelle Leitlinien

Bei der Beschreibung neuer Forschungsergebnisse darf auch auf die neueste, die 7. Auflage der Publikation „Dermatologische Qualitätssicherung – Leitlinien und Empfehlungen“ von H. C. Korting et al., 2011 aus dem ABW Wissenschaftsverlag aufmerksam gemacht werden. In dieser Publikation soll auf die beiden Artikel **Psychosomatische Dermatologie** (Autor und Koordinator: K.-M. Taube) sowie auch die **Artefakte aus Sicht der Dermatologie** (Autor und Koordinator: W. Harth) besonders verwiesen werden.
Literatur: In o. g. Ausgabe S. 683-696 bzw. 697-705)

7. Patientenschulungen

Patientenschulungen, eben auch gerade zur Verbesserung der Compliance und der Kompetenz der Patienten, finden europaweit, aber auch weltweit ein zunehmendes Interesse. U. Gieler berichtet darüber, dass gerade die Neurodermitisschulungen, die ihren Ausgang in der Bundesrepublik Deutschland hatten, zunehmend weltweit wahrgenommen und übernommen werden. In verschiedenen Ländern wird mit ähnlichen Konzepten gearbeitet: In Deutschland vornehmlich Neurodermitisschulungen, in Dänemark Schulungen für Patienten mit Acne inversa (Hidradenitis suppurativa) und in Spanien und Belgien existieren Patientenschulungen für Betroffene mit Psoriasis vulgaris.

Fazit:

Diese kleine Übersicht soll zeigen, dass an vielen Stellen neue Konzepte in der psychosomatischen Dermatologie erarbeitet werden, die für unsere praktische Arbeit wertvoll sind und letztendlich der Zusammenarbeit und den Patienten direkt in der Praxis helfen können.

Zur eigenen Psychohygiene sollte man versuchen, sich von folgenden Regeln leiten zu lassen:

- Praxisablauf strukturieren,
- Patientenzahl limitieren, Teilnahme an Supervision oder Balintgruppen,
- aber auch einmal Zeit für sich selbst, den Partner und die Familie zu nehmen und nicht zuletzt
- frühzeitig damit zu beginnen, Hobbys zu pflegen.

In diesem Sinne, den interessierten Lesern des Rundbriefes alles Gute, die Hoffnung mit dem Artikel einige neue Informationen erhalten zu haben und dem Wunsch, diese Erkenntnisse zur eigenen Zufriedenheit und der Patientenzufriedenheit in dem täglichen Praxisalltag nutzen zu können.

Berufspolitische Aussichten 2012

Steffen Gass, Günzburg

Die beiden berufspolitischen Themen für das Jahr 2012 sind die neue GOÄ und das neue Gesetz zur Verbesserung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

1. Die neue GOÄ

Eine neue GOÄ ist seit Langem überfällig, da die bisher gültige GOÄ in großen Teilen aus dem Ende der siebziger Jahre des vorigen Jahrhunderts stammt und somit die aktuelle Medizin in dieser alten Gebührenordnung nicht mehr adäquat abgebildet ist. Die Vorarbeiten zur neuen GOÄ laufen seit langer Zeit und sind bis auf den Feinschliff weitgehend abgearbeitet.

Das Hauptproblem zur Einführung der GOÄ ist ein zeitliches: das Zeitfenster in dem die GOÄ eingeführt werden kann ist sehr eng. Es muss in 2012 geschehen, da in 2013 gewählt wird und in der Politik niemand dies heiße Eisen im Wahljahr anpacken wird.

Nun sind die Grundbedingungen auf der Seite der Ärzteschaft nicht gut. Der Präsident der Bundesärztekammer ist nagelneu, der neue Hauptgeschäftsführer noch nicht da und die zuständige Abteilungsleiterin auf dem Absprung zum Gemeinsamen Bundesausschuss. Zwar ist der neue Hauptgeschäftsführer ein ausgewiesener Gebührenordnungsexperte, aber reicht ihm die Zeit, die GOÄ auf den Weg zu bringen, wenn er zum 1. Januar beginnt. Somit sind zur GOÄ viele Fragen offen und es wird hier sicherlich spannend werden.

2. Das neue Gesetz

Ziele des neuen Gesetzes sind:

Sicherstellung der flächendeckenden wohnortnahen ambulanten Versorgung
 Bessere Verzahnung der Sektoren
 Flexibilisierung und Regionalisierung im Bereich der Vergütungssystematik
 Schnellerer Zugang zu Innovationen
 Mehr Effizienz und Qualität durch mehr Wettbewerb

Was bedeutet dies im Einzelnen?

Flexibilisierung der Planungsbereiche mit

- Erweiterung der Sonderbedarfszulassung
- Förderung des Verzichts auf Zulassung
- Anpassung der Regelungen zur Verlegung des Sitzes
- Auswahl Praxisnachfolger (Bonuspunkte bei vorheriger Arbeit in unterversorgtem Gebiet)

Außerdem soll dem Ärztemangel, der nun endlich auch im BMG bewusst wurde, mit weiteren Maßnahmen begegnet werden:

- Mitwirkungsrecht der Länder
- Einbeziehung der Krankenhausärzte
- Betrieb von Eigeneinrichtungen der KV
- Aufhebung der Residenzpflicht
- Sektorübergreifender Notdienst
- Mobile Versorgungskonzepte
- Strukturfonds für unterversorgte Gebiete
- Erweiterung der Delegationsfähige Leistungen

- Veränderungen bei der Trägerschaft von MVZ

Die Vertragsärztliche Vergütung soll mit folgenden Punkten reformiert werden:

- Vorgaben des GKV-FinG zur Deckelung extrabudgetärer Leistungen wird zum 1.1.12 aufgehoben
- BA legt nur noch bundesweiten Orientierungspunktwert fest und die Kautelen zur Bereinigung
- Punktwerte bei Über- und Unterversorgung entfallen
- Ab 2013 regionale Zuschläge für förderungswürdige Leistungen oder Leistungserbringer
- Bewertungsausschuss gibt nur noch Empfehlungen zur der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung
- KVen vereinbaren Honorarverteilungsmaßstab im Benehmen mit den Kassen
- Aufnahme telemedizinischer Leistungen
- Abbau von Pauschalierungen wieder mehr Einzelleistungen

Zur besseren Verzahnung des stationären und ambulanten Sektors soll eine so genannte spezialärztliche Versorgungsebene dazwischen geschoben werden, die sowohl aus dem niedergelassenen Bereich wie auch aus dem stationären Bereich bedient werden kann.

Hierzu gibt es den meisten Diskussionsbedarf, da viele Punkte noch unklar sind.

Es muss z.B. der Überweisungsvorbehalt, der Vergütungsweg, die persönlichen Qualifikationsvoraussetzungen und die Überwachung dieser, der Leistungsbereich dieser neuen Versorgungsebene und vieles mehr geklärt werden.

Ob dieses großen Regelungsbedarfes zeichnet sich momentan die Lösung ab, das Ganze erst nur für wenige spezielle Erkrankungen gangbar zu machen.

Bei der Arznei- und Hilfsmittelversorgung sind folgende Änderungen vorgesehen:

- Grundsatz Beratung vor Regress
- Vorab anzuerkennende Praxisbesonderheiten werden schon auf Bundesebene festgelegt
- Ausschluss von Langfristverordnungen aus der Prüfung

Dies Gesetz wird auf unsere tägliche Arbeit viele Auswirkungen haben und es bleibt zu hoffen, dass es uns eine reale Verbesserung bringt und nicht wie bisher üblich nur eine Verlagerung der Probleme.

Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Der Jahresbeitrag beträgt 66,- Euro. Zur Reduzierung der Verwaltungskosten bitten wir Sie am Lastschriftverfahren teilzunehmen.

Jochen Wehrmann-APD

Sparkasse Wittgenstein, Bad Berleburg

BLZ: 460 534 80

Konto: 13 912

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (APD) bis auf Widerruf den Jahresbeitrag von meinem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber:.....

Bankverbindung:.....

Konto-Nr.:.....

Bankleitzahl:.....

Datum:

Unterschrift:

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung des Geldinstitutes die Lastschrift auszuführen. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.