

**Arbeitskreis
Psychosomatische Dermatologie**

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Rundbrief 2014

**Rundbrief des
Arbeitskreises für Psychosomatische Dermatologie
Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft**

Im Internet: www.akpsychderm.de

Jahrgang 2014

Inhaltsverzeichnis

Grußwort des Vorsitzenden	S. 3
Protokoll Mitgliederversammlung 2014	S. 4
Konto-Abschluss	S. 6
Tagungsbericht APD-Tagung Münster 2014	S. 7
Psychodermatologie – Was sollte man in der Praxis wissen?	S. 13
Skin Picking-Syndrom – Ein Fallquiz	S. 17
Interkulturelle Dermatologie: Welche Kummerorgane hat ein Deutscher, ein Türke, ein Chinese?	S. 21
Trauerrede des APD zur Beerdigung von Dr. med. Idamarie Eichert am 05.11.2014 in Koblenz	S. 23
Forschungspreis des APD	S. 27
Ankündigung ESDaP-Kongress	S. 28
Beitrittserklärung	S. 29

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. Gabriele Rapp
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Tunzhofer-Straße 14 - 16
70191 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
Arnikaweg 1
57319 Bad Berleburg

Schriftführer:

Dr. med. Kristina Fronhoffs
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
Dipl. Psych. Dr. med. Johannes Hockmann,
Oelde

Grußwort

Liebe Mitglieder des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie,

in den Händen halten Sie den Rundbrief zum Jahr 2014.

Auch dieses Jahr gibt es die Spannweite von sehr guten bis zu sehr traurigen Geschehnissen. Wir beklagen den Tod unseres langjährigen verdienten Ehrenmitglieds Idamarie Eichert. Eine ausführliche Würdigung und Nachruf finden Sie in diesem Rundbrief.

Positiv zeigt sich, dass wir weiterhin stabil Jahresgaben sowie Rundbrief erstellen und an nationalen Kongressen aktiv teilnehmen und auch darüber hinaus international, besonders Prof. Gieler, weitreichende Aktivitäten entfalten.

Allerdings bleibt auch zu bemerken, dass in den nächsten Jahren mehrere Vorstandskollegen – meist aufgrund des Eintritts in das Rentenalter – aus ihren aktiven Rollen ausscheiden werden. Um das aktuelle Aktivitätslevel des APD Aufrecht erhalten zu können, braucht es engagierte Nachfolger. Hiermit möchte ich Sie ermuntern entsprechende Posten zu übernehmen. Sprechen Sie mich gerne an.

Herzliche Grüße

Prof. Dr. med. W. Harth
Vorsitzender der
Arbeitsgemeinschaft Psychodermatologie

Liebe Mitglieder,

wir möchten auch auf unseren Internetauftritt www.akpsychderm.de hinweisen, auf der Sie aktuelle Informationen einschließlich Kongresshinweisen, Literaturtipps und auch diesen Rundbrief finden.

Bericht zur Mitgliederversammlung des APD vom 20.09.2014

Jochen Wehrmann, Bad Berleburg

Der Vorsitzende Wolfgang Harth berichtete zunächst von den Aktivitäten des APD und des Vorstandes. Der APD beteiligte sich an diversen nationalen Kongressen, und auf internationaler Ebene ist insbesondere die Arbeit von Uwe Gieler hervorzuheben, der zudem im Vorstand der ESDaP (European Society for Dermatology and Psychiatry) tätig ist. Der Rundbrief 2014 steht kurz vor der Fertigstellung und noch vor dem Kongress erhielten die Mitglieder die (verspätete) Jahresgabe 2013 (Body Modification). In etwa 2 Monaten (Ende 2014) wird dann das Buch von Taube und Seikowski zur psychosomatischen Dermatologie versandt. Der Vorstand des APD hat die Vorbereitungen zur Teilnahme an den wichtigen nationalen Kongressen des nächsten Jahres (DDG, DKPM) und des nächsten APD-Treffens vorbereitet.

Es schloss sich der Bericht des Schatzmeisters an (s. auch unten), wonach im Jahr 2014 die Ausgaben diesmal die Einnahme übertreffen, weil die Kosten der Jahresgabe 2013 jetzt 2014 anfielen. Die Rücklagen des APD sind unverändert positiv. In 2014 erfolgte auch die erneute Steuerprüfung.

Anschließend entfachte eine lebhafte Diskussion mit den anwesenden APD-Mitgliedern, die nicht im Vorstand tätig sind. Hierbei ging es um die Frage, wie man als niedergelassener Dermatologe psychotherapeutisch arbeiten kann, wobei Wolfgang Harth anhand eigener Erfahrungen darauf hinwies, dass unbedingt steuerrechtliche und KV-Fragen geklärt werden müssen. Auch für die praktische Durchführung empfiehlt sich die Trennung zwischen dermatologischer und psychotherapeutischer Tätigkeit, wobei auf die Erfahrungen und auch Veröffentlichungen unserer leider verstorbenen ehemaligen Vorsitzenden Christa Maria Höring verwiesen wurde. Diese hatte ein strukturiertes Vorgehen beschrieben, in dem es insbesondere um die Erfassung der Behandlungserwartungen des Patienten ging, um dann adäquat zu agieren. Angesichts des bekannten Mangels an ambulanten Therapieplätzen wurde darauf hingewiesen, dass in der praktischen Arbeit Netzwerke zwischen Dermatologen, Psychotherapeuten, aber auch z.B. Orthopäden / Rheumatologen erforderlich sind, damit unsere Patienten auch eine adäquate Behandlungsoption finden. Von psychotherapeutischer Seite wurde ergänzt, dass Patienten häufiger

beiläufig ihre dermatologische Problematik erwähnen, also selbst psychische und körperliche Problematik getrennt halten, was von psychotherapeutischer Seite berücksichtigt werden muss (nicht nur psychische, sondern auch körperliche Symptome abfragen bzw. einen Bericht des Hausarztes anfordern).

Ein zweiter Diskussionspunkt war die psychische bzw. psychosomatische Dimension von Hautpatienten im berufsgenossenschaftlichen Verfahren. Wolfgang Harth plädierte eindrücklich für eine Beachtung und auch Vertiefung dieses Aspektes, da die somatischen Ursachen für berufsdermatologische Probleme eher rückläufig sind, die psychosozialen Belastungen dagegen steigen und deshalb auch im Rahmen der berufsgenossenschaftlichen Verfahren stärkere Berücksichtigung finden müssten. Hier eröffnet sich auch für den APD ein zusätzliches Aktionsfeld.

Die ausgedehnte Diskussion wurde von allen Anwesenden als bereichernd und interessant beurteilt.

APD Konto-Abschluss 2014
(vom 02.01.2014 bis 18.09.2014)

Kontostand am 02.01.2014 € **9.816,78**

Einnahmen:

Mitgliedsbeiträge 2014	€	5.934,00
Zinsen f. Guthaben (Konto)/Freibetrag	€	5,30
	€	<hr/> 6.204,65

Ausgaben:

Reise-/ Verpfleg.Kosten Vorstand	€	439,00
Kontogebühren	€	44,95
Druckkosten Rundbriefe + Porto	€	331,10
MWV-Buchversand (Jahresgabe 2013)	€	2.425,42
EDV-Homepage	€	60,00
APD-Wissenschaftspreis (ESDaP)	€	3.000,00
	€	<hr/> 6.300,47

Kontostand am 18.09.2014 € **9.720,96**

=====

Festgeld-Kto. – Stand 26.04.2014: € **12.708,30**

=====

Tagungsbericht der 22. Tagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie in der DDG

Kristina Fronhoffs, Bonn, und Jochen Wehrmann, Bad Berleburg

Der Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (APD) tagte am 19. und 20.09.2014 unter der Leitung von Dipl.-Psych. Dr. med. Johannes Hockmann, Oelde, in Kooperation mit der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Münster. Die Tagung fand in Anbetracht der inhaltlichen Nähe der Themen in enger Zusammenarbeit mit dem Münsteraner Pruritussymposium unter Leitung von Prof. Dr. Sonja Ständer (Hautklinik der Universitätsklinik Münster) statt.

Den Auftakt nach der Begrüßung durch Prof. Dr. Wolfgang Harth (Vorsitzender des APD), Berlin, Dipl.-Psych. Dr. Johannes Hockmann und Prof. Dr. Gudrun Schneider (Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinik Münster) lieferte Dr. Astrid Stumpf von der Münsteraner Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie über ihre Forschung zum Thema „Stress und Pruritus“. Dabei präsentierte sie Zwischenergebnisse ihrer aktuellen Studie, bei der sie zeigen konnte, dass Prurituspatienten deutlich angespannter als gesunde Kontrollen seien, wobei außer in der mechanischen Detektion und der mechanischen Schmerzsensibilität keine Unterschiede in den Wahrnehmungsschwellen verschiedener Reizqualitäten bestünden.

Anschließend sprach Prof. Dr. Dr. Bettina Pfleiderer vom Institut für klinische Radiologie des Münsteraner Universitätsklinikums zum Thema „Zentrale Bildgebung und Pruritus“. Sie stellte u.a. fest, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der zentralen Verarbeitung von Juckreiz gibt und dass von Frauen häufiger psychische Komorbiditäten und Stress als Trigger für Juckreizattacken berichtet werden. Für die Verarbeitung von Pruritus im Gehirn spiele das gleiche Netzwerk wie für die Schmerzverarbeitung eine Rolle, allerdings sei das Aktivierungsmuster ein anderes.

Nach diesem ersten Modul zu allgemeinen Aspekten in der Erforschung des Pruritus folgte ein gemeinsames Modul mit dem Münsteraner Pruritussymposium zu aktuellen Aspekten psychischer Faktoren bei Pruritus. Zunächst referierte Prof. Dr. Gudrun Schneider (Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Münster) zum Thema

„Psychosomatischer Versorgungsbedarf bei Prurituspatienten: Erfahrungen aus 15 Jahren Zusammenarbeit“ zwischen Hautklinik und Psychosomatik am Münsteraner Universitätsklinikum. Aus dieser fruchtbaren Zusammenarbeit sei im Laufe der Jahre eine Reihe von Publikationen entstanden. Zudem habe man eine Systematik juckreizassoziierter psychischer Störungen sowie eine psychoedukative Gruppenintervention entwickelt. In der Evaluation der Gruppenintervention (einmalige Intervention) habe sich jedoch leider kein Nutzen für die Patienten nachweisen lassen.

Es habe sich in einer konsekutiven Untersuchung der Patienten der Münsteraner Pruritus-Sprechstunde gezeigt, dass bei mehr als 50 % dieser oft besonders schwer betroffenen Patienten die Indikation für eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung bestehe. Liegt parallel zum Pruritus eine „F-Diagnose“ vor, sei die Lebensqualität durch den Juckreiz stärker eingeschränkt als ohne „F-Diagnose“. Zudem profitieren diese Patienten weniger von der dermatologischen Therapie.

Anschließend entführte PD Dr. Eva Peters (Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik der Charité Berlin) das Publikum mit ihrem Vortrag „Wie kommt der Konflikt in die Haut? Psychoneuroimmunologische Aspekte“ in die psychoneuroimmunologische Laborforschung. Sie zeigte, dass im Mausmodell Stress das Wachstum von Nerven sowie eine Immunverschiebung induziert. Wiederholte Stressexposition auf der anderen Seite führe zu einem Anstieg regulatorischer T-Zellen in der Haut. Anhand verschiedener Beispiele aus der Literatur übertrug sie die Befunde aus der Grundlagenforschung auf den Menschen.

Den wissenschaftlichen Abschluss am Freitagabend machte Prof. Dr. Uwe Gieler (Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie des Universitätsklinikums Gießen) mit seinem Beitrag zum Thema „Selbstinduzierte Läsionen in der Differentialdiagnostik zum Pruritus“. Dabei wies er insbesondere auf die neue Klassifikation der selbst-induzierten Hautläsionen hin. Skin-Picking weise dabei Überschneidungen zu Juckreiz und Schmerz auf und sei im DSM-5 nun als eigenständige Diagnose gelistet. Als wichtige Differentialdiagnosen nennt er die Artefakte sowie das Trigeminal trophic syndrome, welches typischerweise einseitig im Nasen-/Wangengebiet auftritt. Für die Therapie des Skin-Pickings betont er die

Wichtigkeit des aktiven Ansprechens der selbstinduzierten Genese der Hautveränderungen.

Anschließend folgt ein gemeinsames Get-Together im Münsteraner Fürstenberghaus, das zum regen Gedankenaustausch genutzt wurde.

Den Auftakt am Samstagmorgen bestritt Prof. Dr. Elke Weisshaar (Hautklinik der Universitätsklinik Heidelberg, Abteilung Klinische Sozialmedizin) mit ihren Erfahrungen mit einer multidisziplinären Schulung für Patienten mit chronischem Pruritus. Dabei hob sie hervor, dass sich viele Patienten mit ihrem Leiden nicht ernst genommen fühlten, sie neben dem Leidensdruck auch ein hohes Mitteilungs- und Fragebedürfnis hatten und nach einer Erklärung für ihre Erkrankung suchten. Die Patienten waren häufig unzufrieden, hatten verschiedene Ärzte aufgesucht und alternative Heilmethoden probiert. Besonders schwierig zeigten sich Patienten mit Hämodialyse und Pruritus.

Ihr Fazit nach 8 Schulungen war, dass 80% diese mit gut bzw. sehr gut bewerteten und sich eine deutliche Besserung des Pruritus zeigte, wobei einschränkend gesagt werden muss, dass die übrige Therapie weiterlief. Die Schulung wurde aber als sinnvolle Ergänzung zur dermatologischen Therapie gesehen und die Patienten fühlten sich hierdurch gestärkt.

Anschließend berichtete Dipl.-Psych. Elka Hedwig (Marburg) von einem Kooperationsmodell, in dem mehrere niedergelassene Psychotherapeutinnen und eine Dermatologin eine Zusammenarbeit für dermatologisch erkrankte Patienten vereinbarten. In ihrem Vortrag betonte Frau Hedwig die Abgrenzungsfunktion der Haut und ergänzte diese Aussage durch die Beobachtung, dass sich die Patienten der dermatologischen Praxis eher schwer damit tun, den Weg zur Psychotherapeutin zu finden, wo hingegen umgekehrt die Psychotherapiepatienten gerne auch die dermatologische Praxis frequentieren. Möglicherweise liege diesem Verhalten das Phänomen der „doppelten Stigmatisierung“ zugrunde, was bedeutet, dass dermatologische Patienten es oft als zusätzliche Belastung erleben, wenn die Hauterkrankung nicht nur als physisch belastend gewürdigt wird, sondern zusätzlich eine psychische Erkrankung diagnostiziert wird. In der anschließenden Diskussion

wurde ergänzt, dass die Haut auch eine Kontaktfunktion hat und dieser duale Charakter sich im Autonomie-Abhängigkeitsproblem widerspiegelt, welches in der psychosexuellen Reifung bzw. Individuation bewältigt werden muss.

Einen Höhepunkt der Veranstaltung stellte der nachfolgende Vortrag von Dr. Solmaz Golsabahi-Broclawski (Hellweg-Klinik Bielefeld) dar, die zu migrantenspezifischen Aspekten referierte. Zunächst stellte Frau Dr. Golsabahi heraus, dass Migration ein unscharfer Begriff ist (wann ist jemand Migrant bzw. hat einen Migrationshintergrund?) und dass es sich hierbei nicht um eine Pathologie handelt, sondern um ein Phänomen, ähnlich dem der Schwangerschaft. In Analogie hierzu sieht Frau Dr. Golsabahi drei Phasen bei der Migration: beginnend bei der Entscheidung (freiwillig bzw. unfreiwillig) hierfür und damit für die Entstehung (geplant / ungeplant). Die Ankunft im Aufnahmeland wird zuerst erleichternd empfunden. Daran schließt sich die zweite Phase an (wieder der Vergleich zur Schwangerschaft mit Umstellung, evtl. Erbrechen), wo sich der Migrant mit Ängsten (schaffe ich das?), aber auch Trauer (was habe ich verloren?) auseinandersetzt. Es folgt eine dritte Phase, in der der Migrant sich mit der neuen Umgebung beschäftigt (Ansprüche an die aufnehmende Gesellschaft, Integration?). Frau Dr. Golsabahi betonte, dass die Migration nicht per se krank macht, sondern dass es um den damit verbundenen *Umstellungsprozess*, also einen intrapsychischen Vorgang geht. Diese Umstellung betrifft aber nicht nur den Migranten, sondern auch seine Umgebung, die mit ihm in Kontakt tritt und dabei selbst eine Verunsicherung erlebt (typisches Gruppenphänomen: Wie begegnen wir dem Nichtgruppenmitglied?). Bezogen auf dermatologische Patienten muss man sich zunächst klar machen, dass dermatologische Erkrankungen grundsätzlich gleich sind, egal wo sie auftreten, was dann auch für die Therapie gilt. Entsprechend haben wir es also mit unterschiedlichen Aspekten in der Begegnung zu tun (ein interpersoneller, ein intrapsychischer, ein fachlicher, ein kultureller, evtl. ein religiöser etc.). Die Referentin verdeutlichte dies am Beispiel der Depression. So äußert sich diese in verschiedenen Kulturkreisen unterschiedlich: in Mitteleuropa mit Schuldgefühlen, in Zentralasien (Türkei) durch Körpersymptome, in Ostasien mit Rückzug usw. Zur Erläuterung verwies sie auf eine Aussage von Wittgenstein: „Die Grenzen meiner Welt sind die Grenzen meiner Muttersprache.“ Da Krankheiten und Krankheitserleben kulturell geformt bzw. überformt sind, besteht die Schwierigkeit darin, Krankheitsäußerungen und auch das Krankheitsverständnis des Patienten zu verstehen, was bedeutet, in das

eigene sprachliche oder kulturelle System zu übersetzen. Insofern ist es auch schwierig, empathisch zu sein, und Frau Dr. Golsabahi machte dies exemplarisch deutlich an der unterschiedlichen Kontaktaufnahme zwischen Arzt und Patient unterschiedlicher Kulturkreise, die leider häufig nicht gelingt. Frau Dr. Golsabahi ist Vorsitzende des Dachverbandes der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (www.transkulturellepsychiatrie.de).

Passend hierzu berichtete Prof. Dr. Klaus Taube (Hautklinik der Universitätsklinik Halle) von seinen Erfahrungen zur Psychodermatologie im Iran. Auch er verwies auf die kulturelle Vielfalt somatischer Symptome. Während für Deutsche das Herz eine besondere Bedeutung hat, sehen Amerikaner eher Viren am Werk, Engländer leiden unter ihrer Verdauung, Türken eher unter Bauchschmerzen, Latinos zeigen sich nervös, leiden unter Kopfschmerzen und Chinesen klagen über Schwäche / Müdigkeit. Die iranischen Kollegen zeigten sich sehr interessiert an einem Wissensaustausch, nicht zuletzt deshalb, weil Informations- und Reisemöglichkeiten beschränkt sind. Prof. Taube betonte, dass es wichtig ist zu unterscheiden, ob ein Patient aus einer eher individualistischen (westlichen) oder kollektiven Gesellschaft kommt, in der sich der Einzelne immer als Bestandteil einer Gruppe begreift, was natürlich auch Auswirkungen auf die Compliance hat. Unser Verständnis von psychischen Krankheiten und Beschwerden ist in anderen Gesellschaften häufig so nicht anzutreffen bzw. sind psychische Beschwerden verpönt oder werden eher einer magischen Ebene zugeordnet.

Zuletzt trug Dr. Astrid Stumpf (Münster), diesjährige APD-Preisträgerin, zu ihrer preisgekrönten Arbeit über geschlechtsspezifische Unterschiede in der zentralen Repräsentation und Modulation von Juckreiz vor. Aus der Genderforschung sind unterschiedliche Erlebens- und Verarbeitungsweisen zwischen den Geschlechtern bekannt und so erleben Frauen Juckreiz intensiver, öfter verbunden mit einer psychosozialen Komponente und mit einer stärkeren Beeinträchtigung der Lebensqualität, nicht zuletzt auch mit tieferen Kratzeffekten. In ihren Untersuchungen beschäftigte sie sich mit den verschiedenen Aspekten von Wahrnehmung, Handlung (Kratzen) und affektiver Verarbeitung. Dazu wurde eine Versuchsanordnung mit induziertem Juckreiz und kognitiven Aufgaben erstellt, wobei sich zeigte, dass der induzierte Juckreiz je nach Lokalisation (Arm oder Bein) von den beiden Geschlechtern

unterschiedlich stark erlebt wurde. Bei den Frauen waren mehr Hirnareale aktiv als bei den Männern, und auch die Pruritusablenkung gelang unterschiedlich je nach Lokalisation und Geschlecht.

Der Kongress bot spannende und interessante Informationen zur psychosomatischen Dimension des Juckreizes, wobei die gleichzeitige Durchführung mit dem Pruritussymposium der Universität Münster hervorzuheben ist, die die Möglichkeit zum intensiven Austausch bot und nicht zuletzt zeigen konnte, wie eng die Verbindungen zwischen Pruritus und der Psychodermatologie sind.

„Psychodermatologie – Was sollte man in der Praxis wissen?“

Wolfgang Harth, Berlin

Psychodermatologie (Tab.1) in der Hautarztpraxis scheint ein Ding der Unmöglichkeit zu sein, da Zeit eine immer knapper werdende Ressource ist und das Gespräch in den Hintergrund gerät. Andererseits steigen in den letzten 10 Jahren Prävalenz und Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Störungen deutlich an. Zunehmend problematisch sind somatoforme Störungen, mit Verschiebung von Konflikten auf die Hautebene, wie beispielsweise Ökosyndrome in der Allergologie, Lifestyle-Erkrankungen einschließlich Schönheitskrankheiten (Entstellungsfurcht) sowie Depressionen, auch unter dem Bild von Burn out. Hinzu kommen eine zunehmende Anspruchshaltung von Patienten die Druck ausüben, unselbständige Patienten mit psychischen Auffälligkeiten und sekundäre psychische Störungen bei chronischen Dermatosen.

Wie soll das alles gehen? Welcher „Superdoc“ soll das alles schaffen?

Der professionelle Umgang mit psychodermatologischen Problempatienten ist notwendig, um gezielte Therapien einzuleiten und auch die eigene arbeitsplatzbezogene Lebensqualität hoch zu halten und eigene seelische Kräfte zu sparen. Gefühle der Übertragung / Gegenübertragung, wie Ärger, Wut, Aggressivität, Kränkung, Antipathie oder Ohnmacht sind ein wichtiges Instrument zur Diagnostik in der Psychodermatologie. Besonders sollte der Hautarzt schwerverdauliche Veränderungen der eigenen Stimmung oder aber auch Nachdenken in Folge der Sprechstunde bis hin zu Handlungsimpulsen, für die man sich im Nachhinein selbst kritisiert, unter erweiterten biopsychosozialen Aspekten einordnen können. Beim Koryphäen Killer Syndrom ist man mit aktiver Inszenierung eines Konfliktes in der Sprechstunde konfrontiert. So muss der Arzt eigene Methoden zum Ruhigbleiben und zur Entlastung finden und andererseits ein freundliches, klares Ansprechen der Atmosphäre, mit Klärung der Behandlungsebene initiieren. Gelingt es in der Praxis, psychodermatologische Patienten dort abzuholen, wo sie sich befinden, steigert dies die Patientenzufriedenheit und die Lebensqualität im hautärztlichen Berufsalltag bis hin zur Rufverbesserung.

Die Zeit ist knapp. Was kann man psychodermatologisch leisten in

1 x 2 Minuten?

Häufig unterscheiden sich die „objektive“ Beurteilung des Hautzustandes durch den Hautarzt und die „subjektive“ Einschätzung des Patienten. Diskrepanzen können zum Konflikt führen. Um das Ausmaß messbar zu machen, haben sich visuelle Analogskalen wie bei Schmerzpatienten von 0 bis 10 bewährt. Der Patient beantwortet die Frage: „Wie stark fühlen Sie sich in Ihrem Aussehen beeinträchtigt?“ und der Hautarzt entsprechend „Wie stark ist der Patient in seinem Aussehen beeinträchtigt?“. Gibt es eine Diskrepanz von mehr als 4 bis 5 Skalenwerten ist eine Körperdysmorphie Störung wahrscheinlich.

Bei somatoformen Störungen können Dramatisierung, Übertreibung, Überidentifikation, Schuldzuweisung gegenüber anderen Behandlern, zu hohe Erwartungen an die Therapie, Realitätsleugnung bis hin zu tiefgreifenden Selbstbildstörungen vorliegen. Das weiterführende Patientenmanagement kann kaum in der laufenden Sprechstunde gelingen. Der Patient sollte einen zweiten Termin bekommen, um das erweiterte Krankheitsbild zu besprechen.

2 x 2 Minuten

Besteht der Verdacht für eine psychosoziale Störung können Fragebögen zur Selbsteinschätzung hilfreich sein, die in der Sprechstunde ausgehändigt und anschließend im Wartezimmer oder zu Hause ausgefüllt werden. Der Patient wird anschließend erneut in die Sprechstunde geholt oder bekommt einen Zweittermin, um die Ergebnisse sowie Behandlungsangebote zu besprechen. Häufig werden Lebensqualitätsbögen eingesetzt, die bei der Psoriasis (DLQI) aktuell routinemäßig auch zur Indikationsstellung einer systemischen Behandlung erhoben werden. Für die Depression hat sich der BDI (Beck Depressions-Inventar) mit einfachem Auswertungsscore bewährt, auch zur Verlaufskontrolle bei Isotretinoin oder Interferontherapie. In der Andrologie werden Männerfragebögen bei Tabuthemen, wie der IIEF-Fragebogen (erektile Dysfunktion) oder der Heinemann-Fragebogen bei Wechseljahrsbeschwerden, eingesetzt.

3 x 2 Minuten

Oftmals sind unklare und unspezifische Symptomatiken oder „Stress“ Grundlage für den Verdacht einer psychosomatischen Störung. Um die unspezifischen zeitintensiven Ausführungen der Patienten besser beurteilen zu können, haben sich prospektive Beschwerdetagebücher (Tab.2) und nochmaliges Einbestellen bewährt.

Die Besprechung der Tagebücher erfordert in der Regel mehrere Kontakte, bis der Patient selbst einen psychosomatischen Hintergrund für sich erkennen kann.

Chronisch kranke Patienten (Psoriasis, Neurodermitis) sollten sich parallel selbst über die Krankenkassen nach der Erlernung und Finanzierung eines Entspannungsverfahrens, beispielsweise Autogenes Training, erkundigen. Bei Versorgungsengpässen oder fehlender Überweisungsmöglichkeiten, gerade auch im ländlichen Gebiet, sollte der Dermatologe die Scheu verlieren ein bis zwei Psychopharmaka indikationsgerecht anzuwenden. Als sichere Medikamente haben sich beispielsweise Mirtazapin (Juckreiz, Depression, Schlafstörungen) sowie Citalopram (Depression, Ängste, Anpassungsstörung) in der Dermatologie bewährt. Bestenfalls besteht ein persönliches Netzwerk von psychotherapeutischen Ansprechpartnern. Jedoch muss der Dermatologe den Patienten begleiten bis eine weiterführende Motivation zur Psychotherapie gefestigt wurde. Ebenso könnte eine Rehamaßnahme unter Berücksichtigung psychodermatologischer Aspekte eine effektive Maßnahme zum besseren Verständnis der Erkrankung, Körperwahrnehmung oder auch Stressbewältigung darstellen.

Weiterhin sollte bei Leistungsausschluss einer Privatversicherung auf die Möglichkeit einer Psychotherapie als Selbstzahlerleistung hingewiesen werden, weil diese oftmals preiswerter und effektiver als manche Freizeitbeschäftigung zum Entspannen ist.

Wer sich mit dem Thema Psychodermatologie weiter beschäftigen möchte, kann dies im Rahmen der Tagungen des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie (www.akpsychderm.de/ Curriculum zur Vermittlung der Psychotherapie), auf europäischer Ebene in Fostering Kursen (EADV, Brüssel) oder ortsnah in einer Balintgruppe tun.

Tabelle 1: Klassifikation und Krankheitsbilder in der Psychodermatologie

<p>1. Dermatosen primär psychischer Genese (psychische / psychiatrische Störungen): Artefakte, Trichotillomanie, Dermatozoenwahn, somatoforme Störungen (Glossodynie), körperdysmorphe Störung (Entstellungssyndrom) u. a.</p> <p>2. Dermatosen mit multifaktorieller Grundlage, deren Verlauf psychischen Einflüssen unterliegen (psychosomatische Krankheitsbilder): Psoriasis, Neurodermitis, Akne, chronische Formen der Urticaria, Prurigo simplex subacuta, Hyperhidrose u. a.</p> <p>3. Sekundär psychische Störungen infolge von schweren oder entstellenden Dermatosen (somatopsychische Krankheitsbilder): Anpassungsstörung sowie Depression und Angststörung</p>
--

Tabelle 2: Psychodermatologisches Beschwerdetagebuch

Datum	Beschwerdestärke	Situation	Emotion
	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>		

Skin Picking Syndrom – ein Fallquiz

Kristina Fronhoffs, Bonn

Erstmals im Sommer 2012 stellt sich die damals 64-jährige, zurückhaltend und verschüchtert wirkende Patientin in Begleitung ihres Ehemannes in unserer Allgemeinen Ambulanz vor. Sie berichtet über seit 10/2011 erstmals aufgetretene, schmerzhafte Wunden an beiden Schläfen. In der Vorgeschichte bestehe eine Neurodermitis. Die Hautveränderungen seien bislang mit lokalen und systemischen Steroiden behandelt worden, was zu einer sehr zögerlichen Abheilung geführt habe.

Sie sei aus „privaten Gründen“ in letzter Zeit stark angespannt.

Befund 06/2012:

An der rechten Schläfe ist die Haut atroph mit durchscheinenden Gefäßen. Oberhalb einer reizfreien Narbe lässt sich eine strangförmige Verdickung tasten, zudem hämorrhagische Knoten.

Fragen an das Auditorium:

Welche Differentialdiagnosen kommen in Frage?

Wie würden Sie weiter vorgehen?

Aufgrund des bereits weitgehend abgeheilten Befundes sowie weitgehend unauffälliger Laborwerte vereinbaren wir mit der Patientin zunächst abzuwarten und bitten sie, sich bei Verschlechterung zeitnah wieder vorzustellen.

Eine Wiedervorstellung aufgrund einer erneuten Exazerbation seit 14 Tagen erfolgt im April 2013. Erneut berichtet die Patientin über Stress, der der Exazerbation vorausgeht.

Befund 04/2013:

An der rechten Schläfe zeigt sich auf atropher Haut ein etwa 2,5 x 2,7 cm großes Ulcus mit gelblichen Krusten.

Labor:

Abgesehen von leicht erhöhtem CRP normwertig.

Procedere:

Aufgrund der erhöhten Entzündungswerte leiten wir eine orale Antibiose mit Sultamicillin ein, zudem wird der, die Patientin immer begleitende, Ehemann angeleitet, lokal antimikrobielle und antiphlogistische Maßnahmen mit einer fusidinsäure- und betamethason-haltigen Creme fett-feucht unter Octenidin-Umschlägen durchzuführen und den Befund anschließend zu verbinden.

Bei den wiederholten Kontrollvorstellungen berichtet die nun zunehmend offen zugewandte Patientin, dass sie unter massiver Anspannung stehe. Ihre Schwester sei vor Jahren verschollen. Im Herbst 2011 haben sie und ihr Bruder sich entschlossen, sie für tot erklären zu lassen, woraufhin der Fall neu aufgerollt wurde und im Frühjahr 2012 eine bereits wenige Monate nach dem Verschwinden der Schwester gefundene Frauenleiche eindeutig identifiziert und der Schwester zugeordnet werden konnte.

Sie verspüre insbesondere in Phasen von Stress und Anspannung Missempfindungen in den Schläfen und müsse dann dort kratzen. Wenn sie versuche, sich zu beherrschen, steige die Spannung weiter an.

Vorstellung in psychosomatischer Poliklinik:

Neben der belastenden Geschichte mit der Schwester wird eine Abgrenzungsproblematik zur dominanten Mutter herausgearbeitet und dringend die Einleitung einer Psychotherapie im heimatnahen Bereich empfohlen. Nach langer Wartezeit bekommt die Patientin einen Therapieplatz, bricht aber die Therapie nach wenigen Sitzungen ab, da sie das Gefühl habe, dass ihr die Therapie nicht helfe. Es habe ihr jedoch bereits viel geholfen, sich bei uns aussprechen zu dürfen, zudem erlebt sie die Unterstützung durch ihren Ehemann als sehr hilfreich.

Bei letztem Kontakt mit der Patientin sind seit etwa 9 Monaten keine neuen Wunden aufgetreten. Sie verspüre zwar weiter bei Anspannung Missempfindungen in den Schläfen, erlebt aber keinen Zwang mehr, dort zu kratzen.

Diagnose:

Pathologisches Skin Picking

Definition (1):

Wiederholtes Kratzen oder Zupfen an der Haut, das zu einem Gewebeschaden, funktioneller Beeinträchtigung oder Stress führt.

Prävalenz (2):

- 1,4 % in einer Studie unter erwachsenen US-Bürgern
- Lebenszeitprävalenz in dieser Kohorte ca. 3 – 4 %
- > 75 % Frauen

Therapie:

Eine Meta-Analyse (3) von 2013 bemängelt, dass es kaum randomisierte Studien, sondern fast nur Einzelfallberichte zum Thema gibt. Diese Meta-Analyse kommt zu dem Schluss, dass sowohl Psychotherapie als auch Psychopharmakotherapien mit Antidepressiva oder Antiepileptika zu helfen scheinen.

Abschließend ist festzustellen, dass für eine vernünftige Diagnosestellung und Therapieplanung, ggf. unter Einbeziehung von Psychiatern / Psychotherapeuten eine einheitliche und eindeutige Nomenklatur bei selbstinduzierten Hautläsionen notwendig ist. Dem Dermatologen kann dabei das Positionspapier der European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP) von 2013 (4) helfen.

Literaturhinweise:

1. Tucker et al.: The Skin Picking Impact Project: Phenomenology, interference, and treatment utilization of pathologic skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord.* 2011. 25:88-95
2. Keuthen et al.: The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr. Psychiatry.* 2010. 51:183-186
3. Gelinis et al.: Pharmacological and psychological treatments of pathological skin-picking: A preliminary meta-analysis. *JOCRD.* 2013. 2:167-175

4. Gieler et al.: Self-Inflicted Lesions in Dermatology: Terminology and Classification – A Position Paper from the European Society of Dermatology and Psychiatry (ESDaP), *Acta Derm Venerol* 2013. 93:4-12

Interkulturelle Dermatologie:

Welche Kummerorgane hat ein Deutscher, ein Türke, ein Chinese?

Klaus-Michael Taube, Halle

Die Zuwanderinnen und Zuwanderer nach Deutschland verlagern nicht nur ihren Wohnort, sie bringen auch gute und schlechte Erfahrungen und Erinnerungen mit. Zu den negativen Erfahrungen zählen beispielsweise Zwangsheirat, Krieg, Armut oder Naturkatastrophen.

Migration bedeutet somit nicht nur eine Veränderung des Wohnorts, sondern auch eine Veränderung, der äußeren Lebensbedingungen, der Arbeits- und Wohnwelt sowie soziale und kulturelle Veränderungen.

Als wesentliche Migrationsursachen in der aktuellen Situation sind zu nennen:

- staatliche oder halbstaatliche Kriegsgefahr oder Kriegszustände
- ethnische oder religiöse Konflikte
- Unterdrückung demokratischer Verhältnisse
- Modernisierung in Entwicklungsländern
- Weltwirtschaftliche Globalisierung, verbunden mit zunehmender Armut und kulturellen Konflikten

In der psychotherapeutischen Behandlung von Migranten aus familienorientierten Gesellschaften haben die kulturelle Identität und die Rolle der Familie eine besondere und hohe Bedeutung. Es lässt sich aber auch erkennen, dass die familienorientierten Vorstellungen der ersten Migrationsgeneration sich aufgrund der unterschiedlichen Biografien deutlich unterscheiden von denjenigen der zweiten und dritten Generation. Neben den Generations- und Kulturkonflikten sind vorhandene Sprachbarrieren, das unterschiedliche Krankheitsverständnis und die Krankheitsverarbeitung weitere Aspekte, die eine psychotherapeutische Behandlung dieser Gruppen erschweren.

Zur ersten Orientierung sollen hier beispielhaft die kollektivistischen und individualistischen Haltungen und Wertvorstellungen verdeutlicht werden:

kollektivistisch

Die Identität ist im sozialen Netzwerk

individualistisch

Die Identität ist im Individuum

begründet, dem man angehört

Man sollte immer Harmonie bewahren und direkte Auseinandersetzungen vermeiden

Meinungen werden durch Gruppenzugehörigkeit vorbestimmt

begründet

Seine Meinung zu äußern ist Kennzeichen eines aufrichtigen Menschen

Man erwartet von jedem eine eigene Meinung

In dem Vortrag werden die Kummerorgane von verschiedenen Migrantengruppen dargestellt und die Ursachen beleuchtet. Daraus ergeben sich individuelle psychotherapeutische Ansätze. Dafür werden Fallbeispiele vorgestellt

Als Resultat dieser Erkenntnisse werden abschließend praktische Hinweise zum Umgang mit Migranten in der täglichen Sprechstunde gegeben und besprochen.

**Rede des APD zur Beerdigung von Dr. Idamarie Eichert
am Mittwoch, den 05.11.2014 in Koblenz-Bubenheim**

Uwe Gieler, Giessen



Bilder von Idamarie mit einem Neurodermitis-Kind



Idamarie bei der 50-Jahr-Feier der Klinik für Psychosomatik Giessen 08-2012

Liebe Idamarie,

„Es ist schwer einen geliebten Menschen, eine wertvolle Kollegin zu verlieren, aber es tut gut, zu wissen, wie viele Menschen sie geschätzt haben“. Als ich Dich im Jahre 1982 kennengelernt habe, konnte ich noch nicht ahnen, dass Dich mit mir eine kollegiale Freundschaft über 32 Jahre verbinden würde! Idamarie Eichert, die Erfahrene, die Gelassene, die Hautärztin und Psychotherapeutin war die Energie hinter dem Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie, dessen Gründung sie 1983

mit vollzogen hat und sie war es, die die wichtigen Forscher auf diesem Gebiet – Prof. Ilse Rechenberger und Prof. Dr. Dr. Klaus Bosse – mit uns zusammenbrachte. „Ich rede dann mal mit denen“ hat sie trocken gesagt und daraus wurde eine bis heute sich weiterentwickelnde Erfolgsgeschichte. Ja, es tut weh, diese warmherzige und so umsichtige und kluge Frau zu verlieren, die immer auch eine Beraterin war wie es meine Kollegin Veronika Seipp formulierte, und wir sind alle dankbar, dass sie Vorbild war in ihrem aktiven Wirken, ihrem Zuhören können und im richtigen Moment die richtigen Fragen zu stellen. Ihr Einsatz für die Verfolgten Sinti des Nazi-Regimes, die immer wieder erfolgenden Hinweise auf die schreckliche Zeit und die vielen Braunen, die auch ihr das Leben schwer gemacht haben, waren wichtig und insofern war sie auch immer eine historische Person. Sie erzählte von Ihrer Facharztprüfung als ich geboren wurde, über die Zeit der Syphilis-Behandlungen, wo sie bei den Amerikanern um Penicillin auch für deutsche Prostituierte nach dem Krieg betteln musste. Sie setzte sich für Menschen mit Sklerodermie ein, jene Krankheit, die die betroffenen Menschen in ihrer eigenen Haut und oft auch in ihrer Psyche einmauert. Wir haben hier im Raum Koblenz und im Nahe-Tal viele dieser Menschen, die sie kannte, gemeinsam besucht, sie nach ihren Geschichten und ihrem sehr eingeschränkten Leben befragt. Idamarie hörte zu – und damit stimulierte sie so vieles, was vorher nicht zum Bewusstsein kam, aber reif dafür war. Sie hat schnell die Herzen der Menschen erobert, auch in unserem Arbeitskreis haben die Jüngeren, die sie nur ein paar Male gesehen haben, dies geäußert. Ebenso ging es den vielen Psychologen und Psychotherapeuten der Uniklinik in Giessen, die sie so lange jeden Donnerstag mit Ihrem BMW besuchte und immer zufrieden und geduldig wirkte, auch wenn die Hektik der Universität auf sie einprasselte. Sie hat in der Hinnahme der Krankheit ihres Mannes und den Verlust seines Lebens so viel durchlitten, dass sie sich wieder dem Leben zuwenden konnte!



Dr. Idamarie Eichert 8-2012 mit Frau Richter
(Ehefrau von Prof. Horst-Eberhard Richter)

Der Vorsitzende des Arbeitskreises Psychodermatologie – Prof. Dr. Wolfgang Harth – hat klare Worte an sie gerichtet: „Der APD, wir und ich haben menschlich Frau Eichert viel zu verdanken. Wir werden die erweiterte Sichtweise und ihren Erfahrungsschatz vermissen. Die Sichtweise von außen, auf die Objekte, hat oft eine bessere Einordnung und Selbstüberprüfung auf das Wesentliche ermöglicht. Das Flimmern der schnelllebigen Zeit, ständig neuer Moden hat sie trocken kommentiert und analysiert. Ich bin dankbar für die gemeinsame Zeit“. Auch Prof. Dr. Klaus-Michael Taube hat mir geschrieben: „Der Tod von Idamarie Eichert ist ein schwerer Verlust für den APD und uns alle. Ich habe viel von ihr gelernt und bin dankbar für die herzlichen und bereichernden Begegnungen. Sie hat mit ihrer zurückhaltenden und kenntnisreichen Art unseren Arbeitskreis entscheidend mitgeprägt“. „Das schönste Denkmal, das ein Mensch bekommen kann, steht in den Herzen der Mitmenschen“ hat Albert Schweitzer ausgedrückt und so ist es mit Dr. Idamarie Eichert. Sie wird in uns weiterleben, wir werden ihre Gedanken, ihre Energie und ihren Optimismus weitertragen im Sinne ihrer Sache, die Psyche der Haut zu ergründen.

Nun ist er da, der Tag, an den man in Anbetracht ihres hohen Alters immer mal gedacht hat, aber es wiederum auch nicht wahrhaben wollte. Sie war in ihrer Aktivität bis ins hohe Alter Vorbild für uns alle, so wie sie wollten viele leben, arbeiten und zufrieden mit sich sein. Idamarie hat uns so viel gegeben, dass sie in unseren Herzen weiter

leben wird und uns stimulieren wird in Ihrem Sinne weiterzumachen: „Was man tief in seinem Herzen besitzt, das kann man nicht durch den Tod verlieren“ (JW Goethe).



5-2011 Weltkongress Dermatologie in Seoul

Einsamer Abend
In der leeren Flasche und im Glas
Wankt der Kerzen Schimmer,
Es ist kalt im Zimmer;
Draußen fällt der Regen weich ins Gras.
Wieder liegst Du nun zu kurzer Ruh,
Frierend Dich und traurig nieder.
Morgen kommt und Abend wieder,
Kommen immer wieder,
Aber niemals Du!
H.Hesse

(von Dr. V. Seipp)

Forschungspreis des APD 2014

Dr. Astrid **Stumpf** aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie (Dir.: Univ. Prof. Dr. med. G. Heuft) in Münster erhielt den diesjährigen Forschungspreis des APD.

Der Titel ihrer Arbeit lautet:

"Sex differences and itch perception and modulation by distraction - an fMRI pilot study in healthy volunteers"

Forschungspreis des APD 2016

Ausschreibung

Die Forschungsarbeit soll das Gebiet der Psychodermatologie betreffen. Eingereicht werden kann ein **Kurzprojektentwurf** (3 - 6 Seiten, gegliedert nach Kurzzusammenfassung, Wissenschaftlicher Hintergrund, Antragsrelevante Kompetenzen des Antragstellers / der Antragstellerin, Ziel der Arbeit, Arbeitsplan, Erwartete Ergebnisse, Kostenaufstellung, Literatur), der auf die Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse auf dem Gebiet der Psychodermatologie abzielt. Eine unabhängige Jury wird die eingereichten Forschungsarbeiten bewerten und den Gewinner nominieren. Der Forschungspreis wird aus Mitgliedsbeiträgen finanziert. Der Preis ist mit **€ 3000,00** dotiert.

Alternativ können **Promotionsvorhaben** oder **herausragende Publikationen** auf dem Gebiet der psychosomatischen Dermatologie gefördert werden. Diese können mit einem Preisgeld von **1000,00 Euro** honoriert werden.

Dem Antrag ist ein Lebenslauf des Antragstellers / der Antragstellerin beizufügen.

Einsendeschluss ist der **30.06.2016**.

Der Forschungspreis des APD wird anlässlich der **24. Jahrestagung des APD im Herbst 2016** verliehen werden.

Die **Bewerbung** ist in 3-facher Ausfertigung, in deutscher oder englischer Sprache zu senden an:

PD Dr. med. Volker Niemeier, Leihgesterner Weg 20, 35390 Giessen
(volker.niemeier@derma.med.uni-giessen.de)

ESDaP-Tagung 2015



Vom **25. – 27.06.2015** findet in **St. Petersburg**, Russland, die nächste Tagung der **European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP)** unter dem Motto „**Psychodermatology – Bridging the Gap between Body and Mind...**“ statt.

Nähere Informationen finden Sie im **Internet** unter www.esdap2015.org

Wir weisen insbesondere darauf hin, dass **Visa frühzeitig beantragt** werden müssen.

Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Der Jahresbeitrag beträgt derzeit € 66,00. Zur Reduzierung der Verwaltungskosten bitten wir Sie, am Lastschriftverfahren teilzunehmen.

Zahlungen bitte an:

Jochen Wehrmann-APD

Sparkasse Wittgenstein, Bad Berleburg

BLZ: 460 534 80, Konto: 13912

IBAN: DE98 4605 3480 0000 0139 12, BIC: WELADED1BEB

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (APD) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (APD) auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:.....

Bankverbindung:.....

Kontonummer:.....

Bankleitzahl:.....

IBAN..... BIC.....

Datum:

Unterschrift:

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

Zusendung der Einzugsermächtigung bitte an:

Herrn Dr. med. Jochen Wehrmann, Rothaarklinik, Arnikaweg 1, 57319 Bad Berleburg