

**Arbeitskreis
Psychosomatische Dermatologie**

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft



Rundbrief 2005

Rundbrief Nr. 1

Arbeitskreis für Psychosomatische Dermatologie

Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Jahrgang 2005

Inhaltsverzeichnis	Seite	Vorstand
Grußwort	3	Vorsitzende: Dr. med. Christa-Maria Höring Schwabstr. 91 70193 Stuttgart
Protokoll der Mitgliederversammlung am 6.2.04	6	
Tagungsbericht APD-Herbsttagung In Bochum	10	Stellv. Vorsitzender: Prof. Dr. Klaus-Michael Taube Universitätshautklinik Halle Ernst-Kromayer-Str. 5/8 06097 Halle
Die psychosomatische Tagesklinik: Ein neuer intensiver biopsychosozialer Behandlungsansatz in der Dermatologie.	13	
Scham und Angst im Erleben mit hautkranken Patienten	15	Berufsverband Sonderreferent: Dipl.-Psych. Dr. med. Johannes Hockmann Bahnhofstr.15 59302 Oelde
Was sagt uns der Ort der Hauterkrankung	17	
Änderungen im Vorstand des APD	19	BeisitzerInnen: PD Dr. med. Wolfgang Harth Vivantes Klinikum Hautklinik Fröbelstr. 15 10405 Berlin
Vorstellung der neuen Vorstandsmitglieder	20	
Information des Vorstandes	20	
Neues bei Bewertung und Vergütung	21	PD Dr. med. Volker Niemeier Alicenstr. 22a 35390 Giessen
Anmeldeformular	23	
Vordruck für Autoren	25	Dr. Veronika Seipp Am Haselberg 9 64297 Darmstadt
Bücher	26	
Kontaktlinks	29	Schriftführer: Dr. med. Steffen Gass Fachklinik Allgäu Peter-Heel-Str. 29 87459 Pfronten
Impressum		
Herausgeber: Vorstand des Arbeitskreises für Psychosomatische Dermatologie Redaktion: Dr. med. S. Gass		Schatzmeister: Dr. med. Jochen Wehrmann Rothaarklinik Am Spielacker 57319 Bad Berleburg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Es war einmal ein junger Psychiater, der Hector hieß...viele Leute wollten bei Hector einen Termin haben...weil er ein Geheimnis kannte, von dem alle guten Ärzte wissen und das man an der Universität nicht lernt: er interessierte sich wirklich für seine Patienten“ (F. Lelord, Hectors Reise oder die Suche nach dem Glück, Piper)— ein zugegeben etwas ungewöhnlicher Beginn für ein Grußwort im diesjährigen Rundbrief. Hector ist ein guter Psychiater und Psychotherapeut, aber er leidet darunter, dass er seine Patienten nicht glücklich machen kann, obwohl er seine Grenzen respektiert, nämlich einige Patienten wirklich heilen zu können, andere „bei guter Gesundheit zu halten“ durch Medikamentenverordnung und wieder anderen zu helfen, ihre Krankheit zu ertragen und sie „so wenig schlimm wie möglich werden zu lassen“. Warum diese Einleitung: zum einen darf ich Sie gerne zur Lektüre dieses Buches anregen, weil es ein Buch ist, das gut tut und für die Psychohygiene des Arztes oder Psychologen einen Beitrag leistet, und unsere eigene Lebensqualität trägt nicht unwesentlich zu einem effizienten Arzt-Patient Verhältnis bei. Zum anderen war das laufende Jahr geprägt von vielen wichtigen Tagungen, an denen der APD intensiv beteiligt war und gezeigt hat, wie sehr jede einzelne wissenschaftliche Arbeitsgruppe und Niedergelassene Kollegen sich wirklich für ihre Patienten interessieren und mit großem Einsatz Unterstützung leisten, um die Lebensqualität unserer uns anvertrauten hautkranken Patienten zu verbessern und auch störungsspezifische Konzepte entwickeln.

Mit dem Thema „Scham und Angst im Erleben mit hautkranken Patienten“ hat sich die Arbeitsgruppe auf der DDG Tagung in Dresden vorgewagt und wurde belohnt mit einem ausgesprochen guten Interesse an dem als Werkstattgespräch angebotenen Vormittag (s. Tagungsbericht); es folgte die spannende ESDAP Tagung in Verbindung mit der Jahrestagung in Gießen. Der fachliche und persönliche Austausch über die Grenzen hinaus zeigte, wie engagiert und begeistert das Thema Psychosomatische Dermatologie in Europa und USA verfolgt wird – Einladungen zu weiteren Vorträgen „von Land zu Land“ schaffen einen spreading effect und Verbundenheit. Dem ging ja bereits voraus die gelungene Herbsttagung des APD in Dresden und wir schauen auf die geplante Herbsttagung in Bochum zum Thema Haut und Lebensqualität. Das große regionale Interesse an den Herbsttagungen und die doch tendenziell weiter gesunkene Teilnehmerzahl an der Jahrestagung gab Anlass, nochmals über neue Strukturen nachzudenken, und die MV hat in Gießen

bereits beschlossen, die Herbsttagungen in Zukunft zur Jahrestagung an wechselnden Standorten umzugestalten und damit auch zu erweitern. Sie werden jeweils zum Freitagnachmittag mit Kurzvorträgen eingeladen sein und am Samstag Hauptvorträge und Seminare besuchen können. Wir sind uns als Vorstand bewusst, dass die neue Regelung bei einigen Mitgliedern eine Irritation erzeugen wird, hoffen aber sehr, dass Sie Lust entwickeln, auch neue Tagungsorte kennen zu lernen, damit auch neue Konzepte der jeweiligen Veranstalter, dass Sie sich gern einmal ein Bild machen, wie sich die Kliniken präsentieren, in die Sie Ihre Patienten schicken. Psychosomatik dringt als Begriff und Angebot immer stärker in die Vorstellungswelt unserer hautkranken Patienten ein – das erst kürzlich erschienene Buch von Uwe Gieler „Die Sprache der Haut“ war bereits in der ersten Auflage nach kurzer Zeit vergriffen, einige Patienten kamen auf mich zu, nachdem sie auf das Buch aufmerksam geworden waren, anderen Kollegen wird es ebenso ergangen sein. Diesem Wunsch nach psychosomatischer Mitbehandlung können und wollen wir gerecht werden. An dieser Stelle deshalb auch jetzt schon der Hinweis auf die übernächste Herbst/Jahrestagung in Neuharlingersiel 2006!

Die MV in Gießen war eine Versammlung der Beschlüsse: es fanden ja Vorstandswahlen statt, und ich darf an dieser Stelle nochmals ganz herzlich Frau Dr. Christina Detig-Kohler danken, die über so viele Jahre von Beginn an den Vorstand mitgeprägt hat. Gleichzeitig begrüße ich herzlich Frau Dr. Veronika Seipp als neue Beisitzerin, alle anderen Kollegen sind Ihnen bekannt. Ein weiterer Beschluss erfolgte im Sinne eines „kreativen Neubeginns“, nachdem leider seitens des Verlages die Zeitschrift Psychosomatik und Dermatologie eingestellt wurde. Dr. Wehrmann hat Sie bereits über die Veränderung informiert und für dieses Jahr an Stelle der Zeitschrift das neu erscheinende Buch von W. Harth in Aussicht gestellt. Wir sind bemüht, so rasch wie möglich ein attraktives neues Angebot in Verbindung mit dem Mitgliedsbeitrag für Sie zu machen.

Hier in Stuttgart kann ich auch in diesem Jahr wieder auf das konsequente Engagement der Kollegen an der Cannstatter Hautklinik hinweisen, für die der jetzt seit fast 6 Jahren bestehende in die Klinik integrierte psychosomatische Konsildienst eine Selbstverständlichkeit geworden ist, was mich immer wieder sehr freut und andere Kollegen ermutigen soll, regional ähnliche Konzepte anzubieten. Ich selbst werde ab November in neuen Räumen tätig sein - Tür an Tür mit einem

dermatologischen Kollegen - und bin gespannt auf die Entwicklung neuer Modelle für eine psychosomatische Versorgung mit niedriger Eingangsschwelle. Sie haben sicherlich erfahren, dass einige Kollegen des Vorstandes neue Wirkstätten aufgesucht haben und damit an neuen Orten auch wieder neue Akzente setzen können.

Neue Akzente wünschen wir uns auch im Kontakt mit dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen, bei denen Herr Hockmann als Vertreter unseres Anliegens benannt worden ist.

Lektion 13 von Hector lautet: „Glück ist, wenn man spürt, dass man den anderen nützlich ist“. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen Freude bei der Gestaltung Ihres beruflichen Alltages und sehe einer Begegnung mit Ihnen auf unseren Tagungsangeboten gern entgegen.

Ihre Christa-Maria Höring

Protokoll der Mitgliederversammlung des ADP am 05. Mai 2005 in Gießen

Anwesende: siehe Anwesenheitsliste

1.

Die Vorsitzende des APD, Frau Dr. Christa-Maria Höring begrüßte die Anwesenden.

2.

Frau Höring teilte mit, dass sich die Organisatoren der bisherigen **Gießener Jahrestagung** nicht mehr in der Lage sehen, diese durchzuführen. Vom Vorstand des APD wurde daraufhin beschlossen, die Herbsttagung aufzuwerten und sie auch umfangreicher zu gestalten, so dass Seminare durchgeführt werden zur Erreichung der Qualifikation für die Psychosomatische Grundversorgung. Außerdem Beteiligung des APD mit einem eigenen Arbeitskreis auf den 2-jährlichen Tagungen der DDG.

Die Entscheidung der Gießener Gruppe wurde mit Bedauern, aber auch Verständnis aufgenommen. In der nachfolgenden Diskussion gab es Bedenken, ob der ADP nicht seinen Einfluss verliert, weil die Herbsttagung von einem örtlichen Veranstalter ausgerichtet wird. Um dem vorzubeugen gibt es eine Checkliste zur Abstimmung der vorgeschlagenen Themen (vom Veranstalter) mit dem APD. Die Erfahrungen der bisherigen Herbsttagungen waren auch durchgängig sehr positiv und die Abstimmung mit den Organisatoren kein Problem.

Es wurde auch konstatiert, dass die Beteiligung an den Herbsttagungen durch den Besuch in unterschiedlichen Regionen sehr erfreulich war und insbesondere Teilnehmer angesprochen wurden, die die Februartagung nicht aufgesucht hatten. In den letzten Jahren war der Teilnehmerkreis in Gießen leider weitgehend auf einen harten Kern zusammengeschrumpft.

Die von Uwe Gieler angesprochene Alternative, dass sich eine kleine Arbeitsgruppe im Februar trifft und zu einem Thema arbeitet, worauf dann später die Ergebnisse veröffentlicht werden, wurde nicht weiter verfolgt.

Es schloss sich dann die Diskussion um den **Mitgliedsbeitrag** an, da die Zeitschrift *Psychosomatik und Dermatologie* zum Jahresende 2004 eingestellt wurde, weil sich das Projekt finanziell nicht mehr trug. Weil die Bezugs- und Versandkosten des Journals Teil des Jahresbeitrages sind, galt es die Situation neu zu diskutieren. Uwe Gieler teilte mit, dass die Schriftleitung des Journals mit der EADV (European Academy of Dermatology and Venerology) gesprochen hat, dass die ESDaP (European Society of Dermatology and Psychiatry) dort Sister-Society wird und die eingereichten paper an die EADV weitergibt. Es soll auch ein Mitglied der bisherigen Schriftleitung in die Schriftleitung der EADV gehen. Das Journal der EADV kann nur als Mitglied bezogen werden. Alternativ würde der Elsevier-Verlag (Niederlande) das Journal zum selben Preis herausgeben, dann müsste aber ein neuer Titel gefunden werden. Hierzu ist die alte Schriftleitung nicht bereit, weil die Aufbauarbeit (Impact-Faktor) 3 bis 5 Jahre beträgt. Eine dritte Alternative könnte ein Jahresband sein mit eingereichten papern oder Übersichten, der primär auf Englisch erscheinen würde und dann in deutsch oder andere Sprachen übersetzt werden müsste.

In der folgenden Diskussion gab es Bedenken, ob noch für dieses Jahr ein Jahresband erstellt werden könnte, was die Planung bezüglich des Mitgliedsbeitrages sehr unsicher macht (Frau Höring). Von Herrn Wehrmann kam der Vorschlag, dass der Vorstand abklären soll, ob das Buch von W. Harth und U. Gieler *Psychosomatische Dermatologie* (2005) unter Beibehaltung des bisherigen Mitgliedsbeitrages als Sammelbestellung (günstigere Kondition) eingekauft und dann an die Mitglieder weitergegeben werden kann. Zum einen hätten so die Mitglieder einen echten Vorteil, weil sich der Bezugspreis dieses sicherlich sehr interessanten Buches für das einzelne Mitglied deutlich senkt und zum andern hätte der APD Zeit, die möglichen Alternativen bis zur nächsten Mitgliederversammlung in einem Jahr ausgiebig zu diskutieren unter Einbeziehung der nicht zur Mitgliederversammlung erschienenen Mitglieder. Von Herrn Koops wurde dafür plädiert, den Mitgliedsbeitrag jetzt nicht abzusenken und ihn dann womöglich im nächsten Jahr wieder anzuheben, was nur ein Durcheinander brächte. Von Herrn Hamelmann-Fischer wurde dann der Antrag eingebracht, dass die Mitgliederversammlung den Vorstand beauftragt, den Mitgliedsbeitrag für dieses Jahr beizubehalten und bis zur nächsten MV einen Lösungsvorschlag zu unterbreiten. Dieser Antrag wurde ohne Gegenstimmen angenommen.

Anmerkung: Der Vorstand beauftragte Herrn Harth mit dem Springer-Verlag Verhandlungen über einen Bezug des Buches *Psychosomatische Dermatologie* zu Sonderkonditionen zu führen.

3.

Es folgte der Bericht des Schatzmeisters.

Mitglieder gesamt bis 31.12.2004: 109

Davon zahlende Mitglieder: 108

Mitgliedsaustritte: 9

(Austrittsgrund: keine Angabe: 4, Praxisaufgabe: 2, verschiedene Gründe: 3)

Mitgliedseintritte: 2

Die **Einnahmen** des APD setzen sich hauptsächlich aus den Mitgliedsbeiträgen zusammen, nach Einführung des Kongresskontos gab es in diesem Jahr keine diesbezüglichen durchlaufenden Einnahmen.

Auf der **Ausgabenseite** stehen die Zahlungen an den KARGER-Verlag für die Zeitschrift *Dermatology and Psychosomatics* an erster Stelle, gefolgt von den Aufwändungen für die Vorstandsarbeit. Die Aufwändungen für eine wissenschaftliche Hilfskraft entfielen in diesem Jahr. Die Kosten für den Rundbrief erhöhten sich durch den größeren Portoanteil. 4.000 Euro wurden auf ein Sonderzinskonto umgebucht.

Der **Saldo** beträgt damit + 539,21 Euro

Der **Saldo des Kongresskontos** betrug +1.851,52 Euro

Mit Bescheid vom 23.01.2004 erhielt der APD vom Finanzamt Gießen den Freistellungsbescheid zur Körperschaftssteuer und zur Gewerbesteuer für die Jahre 1999, 2000 und 2001.

Die Steuererklärung für die Jahre 2002 bis 2004 wurde beim Finanzamt Gießen eingereicht. Nachtrag: Ein neuer Freistellungsbescheid wurde inzwischen zugesandt.

4.

Die Entlastung des Schatzmeisters erfolgte einstimmig.

5.

Ebenfalls einstimmige Entlastung des Vorstandes.

6. Wahlen:

Frau Dr. Dipl.-Psych. Christina Detig-Kohler stellte sich nicht mehr zur Wahl, weil sie in den letzten Jahren zusätzliche Funktionen an ihrem analytischen Institut übernommen hatte. Der Vorstand und auch die anwesenden Mitglieder dankten ihr für ihr Engagement und ihre Diskussionsbeiträge aus analytischer Sicht. Als Nachfolgerin stellte sich Frau Dr. Veronika Seipp zur Wahl. Frau Seipp war 25 Jahre in eigener Praxis tätig.

Es wurde keine geheime Wahl beantragt, das Wahlergebnis lautet:

Vorsitzende Frau Christa-Maria Höring: einstimmig gewählt

Stellvertretender Vorsitzender Klaus-Michael Taube: gewählt mit 1 Enthaltung

Schatzmeister Jochen Wehrmann: einstimmig

Schifführer Steffen Gass: mit 1 Enthaltung gewählt

Einstimmig gewählt wurden als Beisitzer Frau Veronika Seipp, Volker Niemeier und Wolfgang Harth.

7. Verschiedenes

Als Verbindungsmann zum BDD wurde Herr Hockmann (Oelde) vorgeschlagen, Frau Höring und Herr Jecht werden diesbezüglich an den BDD herantreten.

Die nächste Herbsttagung wird Prof. Bader (Bochum) ausrichten.

gez. Dr. Jochen Wehrmann

Tagungsbericht

Die diesjährige Herbsttagung des Arbeitskreises für Psychosomatische Dermatologie (APD) fand in diesem Jahr am 24. September 2005 an der Hautklinik im Klinikum der Ruhr Universität Bochum (St. Josef Hospital) statt. Eingeladen hatte Herr Dr. Bader, Psychologe an der Hautklinik in Bochum.

Die Tagung stand unter dem Motto „Haut und Lebensqualität“.

Die Veranstaltung bestand aus einem Vortragsteil am Vormittag mit drei Vorträgen sowie angebotenen Seminaren am Nachmittag. Zunächst begrüßte der Direktor der Universitäts-Hautklinik, Herr Prof. Dr. P. Altmeyer, die Teilnehmer der Tagung. Dabei wies er darauf hin, daß psychosomatische und psychosoziale Aspekte immer noch zu wenig beachtet werden und sowohl in Klinik als auch in den Praxen oft zuwenig oder auch gar nicht berücksichtigt werden. Prof. Altmeyer bemängelte sogar, daß viele Dermatologen in leitenden Stellen, auch an Universitätskliniken, die psychosomatischen Aspekte von Hautkrankheiten meist viel zu wenig im Blickpunkt haben.

Nach der Einführung stellte Herr **Dr. Bader** Aspekte zur Lebensqualität bei hautkranken Patienten vor. Zunächst beschäftigte er sich mit der Definition und erläuterte was unter Lebensqualität zu verstehen ist. Er wies auf die WHO-Definition von Gesundheit hin, die damit „ein Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ meint.

Lebensqualität dient einmal zur Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung des Hautkranken, kann aber auch zur Beurteilung von Therapie und Therapieerfolgen herangezogen werden. Aus der Literatur sind verschiedene Messverfahren bekannt, die im Wesentlichen sich an unterschiedlichen Fragebögen orientieren. Dr. Bader stellte dann wichtige Messverfahren vor, die teilweise zum Einsatz von wissenschaftlichen Fragestellungen aber auch in einfacher Form in der täglichen dermatologischen Praxis Anwendung finden können. Der Vortrag gab einen guten Einblick in die aktuellen Möglichkeiten der Lebensqualitätsmessung in der Dermatologie und gab Anregungen für Klinik und Praxis, sich mit dem Thema weiter zu beschäftigen.

In dem zweiten Vortrag hörten wir Herrn **Dr. Guindi**, der über Lebensqualität in der Dermatologie am Beispiel der Behandlung von Patienten mit Psoriasis vulgaris unter Fumarsäure, Ester-Therapie sprach. Dabei zog er klinische und subjektive Beschwerden als Therapieerfolg heran: Messung des PASI-Wertes, Erfassung der subjektiven Beschwerden und Einschätzung der Lebensqualität.

Zur Messung der Lebensqualität nutzte Dr. Guindi mehrere Fragebögen, wie den DLQI, den Freiburger Lebensqualitätsfragebogen, den Marburger Hautfragebogen und andere. Insgesamt wurden 490 Fragen an die Patienten gestellt, so dass man einschätzen muss, dass diese umfangreiche Arbeit sicher nur im Rahmen von wissenschaftlichen Studien und nicht für die Praxis möglich sind.

Besonders hervorzuheben ist die deutliche Besserung der Lebensqualität unter der Fumaderm-Therapie, die der Autor an mehreren Antworten der Patienten festmachen konnte. Obwohl die Ergebnisse der Lebensqualitätsmessung unter Fumaderm durchaus ermutigend dargestellt werden konnten, endete der Referent mit einem Zitat von Frau Ginsburg: Die Komplexität der psychologischen, sozialen und kulturellen Verzweigungen der Psoriasis ist beeindruckend, wenn nicht sogar entmutigend. Dennoch waren die Ergebnisse eher ermutigend.

Schließlich stellte die Vorsitzende des Arbeitskreises, Frau **Dr. Höring** in ihrem Vortrag „Lebensqualität und Katathym Imaginative Psychotherapie bei Hautpatienten“ vor. Frau Dr. Höring arbeitet seit vielen Jahren mit der Technik der Tagträume und hat auf dem Gebiet große Erfahrungen in der Therapie von Hauterkrankungen. Eindrucksvoll wies sie auf das Belastungserleben von Hautkranken hin, die beispielsweise bei einer Verschlechterung ihres Ekzems bemerken, dass sie „die Situation nicht mehr kontrollieren“ können, daß sie „Angst, Wut und Hilflosigkeit erleben und sich schließlich zurückziehen“. In ihrem Vortrag wies sie darauf hin, wie die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient so gestaltet werden kann, dass es den Patienten möglich ist, sich zu öffnen und seine psychische Belastung offen legen kann. Im Weiteren wies sie auf die besondere Technik der Tagträume (KIP) hin, mit deren Hilfe man Ängste, Bedrückungen, Hilflosigkeit oder Schuldgefühl erkennen und im Gespräch behandeln kann.

Im zweiten Teil des Vortrags stellte Frau Höring eine Fallvignette einer 27jährigen Frau mit einer Rosacea vor. Die ungewöhnliche Lebensgeschichte und die erlebten Bilder in den Tagträumen belegten eindrucksvoll, wie stark sich die Patientin belastet fühlte und die Hautkrankheit als „persönlichen Makel – ich fühl mich wie ein einziger Makel!“ erlebt.

In dem Vortrag wurde auf sehr schöne Weise die Komplexität des psychosomatischen Hintergrunds von Dermatosen deutlich und die Teilnehmer konnten sowohl für wissenschaftliche als auch für die praktischen Aspekte viele interessante Anregungen mitnehmen.

Für den Nachmittag waren Seminare angeboten, wobei sich nur Teilnehmer für die Balint-Gruppe von PD Jecht angemeldet hatten.

Insgesamt war es eine sehr schöne und aufschlußreiche Tagung der Bochumer Hautklinik mit dem Arbeitskreis für Psychosomatische Dermatologie. Als kleiner Wermutstropfen bleibt die Tatsache, daß insgesamt nur etwa knapp 30 Teilnehmer zu verzeichnen waren.

Prof. Dr. K.-M. Taube

Die psychosomatische Tagesklinik: Ein neuer intensiver biopsychosozialer Behandlungsansatz in der Dermatologie.

Wolfgang Harth

Klinik für Dermatologie und Phlebologie, Vivantes Klinikum Berlin Prenzlauer Berg

Psychosoziale Störungen stellen in der ambulanten und stationären dermatologischen Behandlung eine der größten Herausforderung dar und zeigen sich oftmals sehr therapieresistent. Die neu etablierte dermatologische Tagesklinik unter Einbeziehung psychosomatischer Aspekte schließt eine seit Jahren bestehende Versorgungslücke in der psychosomatischen Dermatologie. Ein besonderer Vorteil der dermatologischen Tagesklinik ist das flexible Management von Problempatienten, wobei rasch die Schwellenangst hinsichtlich der biopsychosozialen Störung überwunden werden kann.

Die tagesklinische Betreuung erfolgt meist über 5 Tage die Woche. Dabei wird eine intensive Lokalthherapie durchgeführt, wobei der Patient begleitend in einer dermatologischen Schulung individuelle Aspekte der Hauterkrankung und der Hautbehandlung erlernt zwecks Hilfe zur Selbsthilfe. Oftmals bestehen geringe Kenntnisse zu Hautpflegemaßnahmen, wobei das Erlernen und Durchführung einer adäquaten Lokalthherapie unter Anleitung und Beobachtung eine zentrale Stellung einnimmt.

Schwerpunktmäßig werden in der Tagesklinik weiterhin psychosoziale Aspekte der Hautkrankheit fokussiert. Dazu gehört anfänglich eine tiefenpsychologische Diagnostik mit Exploration der subjektiven Krankheitstheorie und Lebenssituation (Stress, life events) sowie Diagnosestellung der psychischen Störung. Die diagnostischen Interviews werden von einem Hautarzt mit Subspezialisierung „Psychotherapie“ oder in Kooperation mit einem Psychologen in den Behandlungsräumen der Hautklinik durchgeführt, und können ggf. auch in Kooperation mit einem Psychiater, besonders bei primär psychischen Störungen sowie Wahnerkrankungen oder auch zwecks Therapie mit Psychopharmaka erfolgen. Der Liaisonpsychosomatiker ist ein Psychotherapeut, der fest als Mitglied in dem medizinischen Behandlungsteam eingegliedert, und dessen Tätigkeit routinemäßig in den Ablauf der Hautstation eingebunden ist. Dies weist einen deutlichen Vorteil gegenüber dem Konsiliardienst oder der Überweisungspraxis auf.

Testpsychologische Instrumente zur Selbsteinschätzung ergänzen die komplexe klinische Differentialdiagnostik, Diagnosestellung und Indikationsstellung. Die Auswahl des adäquaten Therapieverfahrens richtet sich nach der gestellten Diagnose, dem zeitlichen Rahmen, Patientenmotivation, Interaktionsverhalten des Patienten sowie dem Therapieziel, aber auch Korrektur irrationaler Erwartungen.

Während der tagesklinischen Betreuung erfolgt die Einleitung einer individuellen Therapiekonzeption mit tiefenpsychologisch orientierter Einzel- und Gruppentherapie. Dies umfasst auch eine auf den Patienten abgestimmte Psychoedukation einschließlich Alltagsbewältigung, Stärkung der Krankheitsbewältigung. Weiterhin besteht die Möglichkeit einer Fokaltherapie oder einer stützenden Psychotherapie im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung sowie eine akute Krisenintervention die vorwiegend supportive Techniken bei somato-psychischen reaktiven Anpassungsstörungen beinhaltet.

In themenzentrierte Gruppentherapie werden besonders Probleme der Krankheitsbewältigung bearbeitet, da verschiedene chronisch hautkranke Personen unter ähnlichen Beeinträchtigungen durch die Erkrankung zu leiden haben.

Ergänzend werden Entspannungstechniken besonders das Autogene Training erlernt, und können zur Reduktion von Spannungsdefiziten sowie zur Reizkontrolle (Juckreiz) die Gruppentherapien begleiten.

Auch die Verbesserung der Compliance in der Arzt- Patienten Kommunikation nimmt bei zahlreichen Dermatosen, wie beispielsweise bei der schweren Akne eine zentrale Rolle ein, und kann in der psychosomatischen Tagesklinik gefördert werden.

Aufgrund der tagesklinischen Konzeption können die neuen Erfahrungen im häuslichen Kreis weitergeführt werden, da der Kontakt zum privaten Umfeld aufrechterhalten bleibt.

Fazit:

Der Vorteil der Tagesklinik- Konzeption ist die Möglichkeit eines neuen intensiven biopsychosozialen Behandlungsansatzes in der Dermatologie, besonders auch als zentrale Anlaufstelle für „Problempatienten“ und zur guten Führung chronisch Hautkranker. Der Hautarzt ist dabei der entscheidende Manager des Patienten hinsichtlich einer dermatologischen Diagnostik und multimodalen Lokalthherapie in Kombination mit einer adäquaten frühzeitigen Diagnostik und Therapieeinleitung von psychosozialen Störungen in der Dermatologie.

„In schlimmen Zeiten ziehe ich mir die Haut ab“- Scham und Angst im Erleben mit hautkranken Patienten

Christa-Maria Höring, Stuttgart

Das diesjährige Arbeitsgruppentreffen der Sektion Psychosomatische Dermatologie APD während der DDG-Tagung in Dresden wurde als Werkstattgespräch zum Thema Umgang mit Scham im Kontakt mit dem hautkranken Patienten gestaltet. Die Input-Referate hielten Prof. Dr. Uwe Gieler, PD Dr. Wolfgang Harth, Frau Dr. Christa-M. Höring und Prof. Dr. Klaus-M. Taube.

Krankheitsbilder, die sich mit Scham verbinden, sind solche mit stigmatisierenden Aspekten, Operationsfolgen, Tumoren, chronische und ungewöhnliche Hauterkrankungen, Erkrankungen in schambesetzten Regionen und in exponierten Arealen sowie an Stellen, die viel mit dem Schönheitsideal zu tun haben. Zu unterscheiden davon sind die auf die Haut bezogenen Schamaffekte (Erythrophobie, körperdysmorphe Störung). Aus ihnen heraus folgen Verdecken und Verhüllen im Äußeren wie im Innerseelischen: soweit das Schamerleben an der Haut stattfindet, versucht der Betroffene, den Körper den Blicken zu entziehen, auch den inneren Blicken- Betroffene fühlen sich häufig hässlich, verunstaltet, minderwertig. Das subjektive Erleben von Entstellung ruft Schamgefühle hervor, die nicht unbedingt an der Schwere der Hautveränderungen gemessen werden können. Massives Schamgefühl mindert das Selbstwertgefühl.

Schamgefühle kennzeichnen also eine reale oder phantasierte dermatologische Störung und setzen den interpersonellen Blick des anderen voraus. Die Folgen können Angst und Depression sein, sozialer Rückzug bis zur Sozialphobie, eine ausgeprägte Störung der Lebensqualität.

Wie macht sich Scham bemerkbar? Eine Begegnung mit den Augen ist schwer möglich, normale Formen des Kontaktes wie Handgeben werden vermieden, eine Aufregung im Gespräch ist spürbar, eine verstärkte Motorik, Redefluss oder Redehemmung, Schreckhaftigkeit, aber auch eine unangemessene Selbstoffenbarung und Selbstanklage. Scham löst oft im gegenüberstehenden Gesprächspartner ebenfalls Erschrecken aus, den Impuls sich zurückzuziehen, zu bagatellisieren, zu vermeiden. In der stärksten Form wird Scham als Überzeugung empfunden, dreckig, unberührbar, eklig und damit nicht liebenswert zu sein. Patienten empfinden dabei Scheu, Verlegenheit, Demütigung, Kränkung,

Unzulänglichkeit, Gelähmtheit. So sagt eine Patientin mit einer schweren chronifizierten Neurodermitis: „In schlechten Zeiten zieh ich mir die Haut ab, ich mach mir die Furunkel gewaltsam auf, das ist eklig, ich bin eklig.“

Eine Fallvignette mag Aspekte des Beschriebenen verdeutlichen: eine Patientin, ca 30 Jahre alt, kommt mit Psychotherapiewunsch. Die erste Wahrnehmung ist eine Spannung zwischen

einem freundlich festen Händedruck und einem zwar misstrauischen aber nicht unoffenem Gesichtsausdruck-und dem eines Erschreckens der Behandlerin über eben dieses durch ausgeprägte Paraartefakte völlig entstelltem vernarbtem und zum Teil frisch verletztem Gesicht. Genau dieses Erschrecken zeigt sich gegen Ende des Gesprächs bei der Patientin, als sie gewahr wird, dass die Behandlerin das Gesicht aufmerksam, quasi zu direkt angeschaut hat; sie kann aussprechen: „ Das bisschen Pieksen im Gesicht ist nicht das, was im Vordergrund steht, so wie ich aussehe, will mich ja keiner“ (was einer Beziehungsvorerfahrung der früher bereits 7 Jahre psychiatrisch hospitalisierten Patientin entsprach).

Welches sind die Voraussetzungen, um als Dermatologe mit psychosomatischem Ansatz mit Patienten, bei denen Schamerleben zu vermuten oder wahrzunehmen ist, so umzugehen, dass eine therapeutische Allianz zustande kommen kann als unabdingbare Voraussetzung für Compliance bezgl. langfristiger Behandlungsangebote?

Der Arzt sollte signalisieren:

- Ich habe Zeit
- Mir ist das was Sie erzählen vertraut
- Ich interessiere mich für Sie
- Ich nehme Ihre Verzweiflung wahr
- Wir können uns bemühen, Sie und ich, das gemeinsam besser zu verstehen und nach Lösungen zu suchen
- Mich beeindruckt die Vielfalt Ihrer bisherigen Bemühungen

Er sollte keine vorschnellen Erklärungen geben, vor allem auch kein zu frühes Ansprechen von psychologischen Zusammenhängen und sollte mit der Theorie von Schamaffekten und dahinter liegenden sog. narzisstischen Störungen vertraut sein.

Dies erfordert ein Nachdenken über die Art und Weise, wie der Dermatologe selbst die Begrüßung gestaltet, welche Gefühle er bei sich selbst wahrnimmt, welche Worte er formuliert ,um ggf. zu einer Psychotherapie (die den Patienten als Vorschlag beschämen könnte) zu motivieren, wie er den Patienten ermutigt mehr von sich zu zeigen ,ohne in ihn einzudringen.

Wenn diese Fragen und Anregungen beachtet werden, gestaltet sich der Umgang mit dem durch die Scham blockierten Kranken wesentlich leichter!

Was sagt uns der Ort der Hauterkrankung?

Steffen Gass

Bereich Dermatologie, Fachklinik Allgäu, Pfronten

Bei der diagnostischen Entscheidung spielt in der Dermatologie neben der Art der Primäreffloreszenz der Ort der Hauterkrankung eine wichtige Rolle.

Bei der psychosomatischen Betrachtung von Hauterkrankungen liegt dies in der Interpretation der Interaktion zwischen Haut und Psyche oft nahe.

Dieser Beitrag will den Nutzen und die Gefahren solcher Betrachtungen aufzeigen.

1. Warnung

In der Allergiehauttestung ist ein positiver Pricktest nie beweisend für eine Allergie, sondern erst die Anamnese in Verbindung mit dem Hauttest lässt diese wahrscheinlich werden. Ebenso wenig ist das Auftreten einer Dermatose an einer ungewöhnlichen Stelle beweisend für eine, wie auch immer geartete, psychische Ursache. Erst die intensive Exploration des Patienten kann zeigen, ob dieser ungewöhnliche Ort der Hauterkrankung bei dem Patienten eine Rolle spielt.

2. Vorteil

Verbleiben wir bei dem Vergleich mit der Allergiehauttestung: Bei einer unklaren allergischen Befundkonstellation, kann ein positiver Hauttest dazu geeignet sein, dass der Behandler und der Patienten bei einer möglichen späteren Befundverschlechterung darauf achten, ob nicht dieses Allergen hierbei eine Rolle spielt.

Ebenso kann ein ungewöhnlicher Ort des Auftretens einer Hauterkrankung dem Therapeuten den Hinweis geben bei der Exploration die dabei vermuteten Zusammenhänge genauer zu explorieren.

3. Wann kann die Lokalisation bedeutsam sein?

Die Lokalisation von Hauterkrankung sollte immer dann Beachtung finden, wenn die Hauterkrankung zusammen mit einem besonderen Lebensereignis auftritt.

Hierzu ein kleines Fallbeispiel:

Ein 26-jähriger Patient stellt sich mit einem hartnäckigen, im bisherigen Verlauf therapieresistenten Handekzem vor. Bei der Exploration des Patienten fällt auf, dass das Handekzem kurz nach der schweren Erkrankung der Mutter des Patienten aufgetreten ist. Der Patient beschreibt ein sehr gutes Verhältnis zur Mutter, durch die Erkrankung der Mutter ist diese aber zum Pflegefall geworden, der Patient hat nun die hohe moralische Verpflichtung diese Pflege soweit wie möglich zu übernehmen. Der Patient ekelt sich aber davor die Mutter z. B. nach der Toilette zu reinigen und dafür dass er sich davor ekelt, schämt er sich massiv.

Durch das Handekzem kann er all diese Tätigkeiten nicht mehr durchführen und er hat somit die Möglichkeit, sich aus diesem Part der Pflege ohne Scham herauszuhalten.

Auch die atypische Lokalisation einer Dermatose kann ein Hinweis auf eine psychosomatische Ursache sein:

Ein 45-jähriger Patient stellt sich mit einem isolierten Befall der Hände und des Genitalbereiches bei einer Schuppenflechte vor.

Der Patient ist der uneheliche Sohn eines Konzerners mit einer Angestellten, worauf der Vater des Patienten enterbt wurde. Der Patient ist als Versicherungskaufmann sehr erfolgreich. Durch massiven zeitlichen Arbeitseinsatz gelingt es dem Patienten viel Geld zu verdienen, was er dazu nutzt, Statussymbole zu erwerben, die er dem Vater sozusagen als Ausgleich für das verlorene Erbe vorführt. Nach dem Vorführen hat dieses Statussymbol sofort den Reiz verloren und er muss durch noch mehr Arbeit ein noch teureres Statussymbol ermöglichen. Durch diesen Sachverhalt belastet der Patient sich beruflich weit über seine Möglichkeiten, erst durch den Befall der Hände mit Psoriasis, die ihm den Umgang mit Papieren unmöglich macht, findet er eine Entlastung. Da der Patient

außerehelichen Sexualkontakten sehr zugewandt ist, er aber die Beziehung zu seiner Frau als einzig stabilisierenden Faktor in seinem Leben beschreibt, ist der Befall des Genitalbereiches, der ihm außereheliche Sexualkontakte unmöglich macht, ebenfalls erklärbar.

Zusammenfassung

Der Ort der Hauterkrankung kann bei der Exploration wertvolle diagnostische Hinweise geben, ist aber nie beweisend für eine bestimmte psychische Ursache. Auch dürfen daraus keine verallgemeinernden Regeln wie z.B. Befall des Genitalbereiches ist immer abgewehrte Sexualität abgeleitet werden.

Trotzdem ist es bei der Behandlung von Hautkranken wichtig zu verstehen, was dieser spezielle Ort der Hauterkrankung für den Patienten subjektiv bedeutet, da dies unter Umständen den somatischen Therapieverlauf sehr stark beeinträchtigen kann.

Änderungen im Vorstand des APD

Im Vorstand des APD haben sich in letzter Zeit folgende Änderungen ergeben:

- Frau Detig Kohler ist aus dem Vorstand ausgeschieden.
- Herr Jecht hat seine Funktion als Sonderreferent des Berufsverbandes ebenfalls zur Verfügung gestellt.
- Neu im Vorstand ist Frau Veronika Seipp und als Sonderreferent Herr Johannes Hockmann.
- Verändert hat sich Frau Höring, sie ist in Stuttgart unter der o.g. neuen Adresse erreichbar.
- Herr Harth hat seine Wirkungsstätte von Erfurt nach Berlin ans Vivantes-Klinikum verlegt.
- Herr Gass hat seine Funktion bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufgegeben und ist nun wieder in der Fachklinik Allgäu in Pfronten tätig.

Vorstellung der neuen Vorstandsmitglieder

Dipl.- Psych. Dr. med. Johannes **Hockmann** hat nach Psychologie- und Medizinstudium zunächst sozialpsychiatrisch gearbeitet, bis er nach Tätigkeit in einer Hautarztpraxis seine Weiterbildung zum Facharzt für Dermatologie an der Universitätshautklinik Münster beendete.

Seit nunmehr vier Jahren arbeitet er als niedergelassener Dermatologe in Oelde.

Als Sonderreferent Psychosomatik des Berufsverbandes der Dermatologen möchte er Ansprechpartner für alle niedergelassenen Hautärzte in Fragen der psychosomatischen Dermatologie sein.

Frau Dr. Veronika **Seipp** hat ihre Ausbildung zur Fachärztin für Dermatologie in Essen, Bochum und Darmstadt absolviert. Seit 1976 war sie in einer hautärztlichen Gemeinschaftspraxis mit ihrem Mann tätig. Nach Abgabe der Praxis 1999 Beendigung d Zusatzausbildung Psychotherapie, danach Tätigkeit in einer psychosomatischen Klinik in Friedrichsdorf.

Zur Zeit arbeitet Fr. Seipp in Zusammenarbeit mit der Kinderklinik Darmstadt v. a. auf dem Gebiet der Neurodermitisschulung bei Kindern, außerdem ist sie als Praxisvertreterin tätig.

Sie möchte über ihre Tätigkeit im APD-Vorstand die psychosomatische Sichtweise von Hauterkrankung in der täglichen Arbeit der niedergelassenen Dermatologen voranbringen.

Information des Vorstandes

Wie in der letzten Mitgliederversammlung beschlossen wird trotz des Wegfalls des Journals der Mitgliederbeitrag in der alten Höhe beibehalten. Dieses Jahr bekommen die Mitglieder als Ausgleich hierfür das aktuelle Buch von Uwe Gieler und Wolfgang Harth. Die Problematik wird bei der nächsten Mitgliederversammlung diskutiert werden.

Neues bei Bewertung und Vergütung

S. Gass, Pfronten

Bei der Bewertung und Vergütung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen hat sich im vergangenen, wie aber auch im laufenden Jahr sehr viel verändert.

Bewertung:

Bei der Bewertung ist zum 1.4.2005 nach langen und zähen Verhandlungen im Bewertungsausschuss sowie in dessen Schiedsamt, dem Erweiterten Bewertungsausschuss, der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab – EBM 2000Plus In Kraft getreten.

Für die Psychotherapeuten halten sich die Neuerungen hierbei in Grenzen. Die Einzelstunden haben sich in ihrer Bewertung nicht wesentlich verändert, neu ist eine Unterteilung der Gruppentherapien in der Bewertung nach der jeweiligen Gruppengröße. Die psychometrischen Testverfahren finden sich mit einer Punktzahlbergrenze im neuen EBM ebenfalls wieder, wichtig ist dabei, dass deren Anwendung auf bestimmte Fachgruppen eingegrenzt wurde.

Bei den dermatologischen Leistungen ist eine der wesentlichen Änderungen die Einführung der zeitgetakteten Beratungsziffer. Diese findet sich bei allen Facharztgruppen, ist aber bei den Dermatologen eklatant wichtig, da sich bei den meisten klassischen Dermatosen das Handeln des Dermatologen auf visuelle Begutachtung und Beratung beschränkt und somit zum ersten Mal unsere Haupttätigkeit bei der Bewertung Berücksichtigung findet.

Die Operativen Leistungen sind bei den größeren Eingriffen auch im Bereich der Dermatologie besser bewertet und durch die Anbindung an die OPS-Codierung finden sich auch alle dermatologischen Eingriffe wieder.

Die Auswertung der ersten Abrechnung nach dem EBM 2000Plus zeigt, dass sich die Dermatologen hierunter leicht verbessern konnten.

Vergütung:

Wichtig für die Zukunft ist das Wissen um die so genannten morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumen.

Momentan bezahlt eine Krankenkasse für jeden ihrer Versicherten einen bestimmten Betrag (Kopfpauschale) an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Dieser Betrag ist unabhängig von der Erkrankung des Versicherten und er darf nur im Rahmen der Grundlohnsummenentwicklung gesteigert werden, was derzeit eine Steigerungsquote von kleiner einem Prozent pro Jahr bedeutet.

Ab 2007 wird dieses durch ein morbiditätsorientiertes Verfahren abgelöst, was die Krankheitslast jedes Versicherten erfasst, Steigerungen die sich aus dieser Morbiditätslast der Versicherten ergeben sind nicht durch die Grundlohnsummenentwicklung gedeckelt. Somit ergibt sich ab 2007 zum ersten Mal wieder die Möglichkeit das Morbiditätsrisiko wieder bei den Krankenkassen anzusiedeln. Ob diese Morbiditätsorientierung voll auf die einzelne Arztgruppe oder den einzelnen Arzt durchschlägt im klassischen Sinne der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumen, ist derzeit noch Diskussionsgegenstand in den Entscheidungsgremien.

Bei der Vergütung der Psychotherapeuten ergibt sich aus dem Urteil des Bundessozialgerichtes die größte Veränderung.

Da der Psychotherapeut ausschließlich zeitgebunden arbeitet und Zeit nicht unendlich vermehrt werden kann, kann der Psychotherapeut den verfallenden Punktwert nicht wie andere Arztgruppen durch Fallzahlsteigerung oder Mengenveränderung kompensieren. Daher muss nach Urteil des Bundessozialgerichtes der Punktwert der Psychotherapeuten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gestützt werden. Die ist primär für die Psychotherapeuten ein finanziell sehr gutes Urteil. Ob aber, sozusagen therapeutisch gesehen, dieses Urteil der Integration der Psychotherapeuten in die restliche ärztliche Welt gut getan hat, ist zu hinterfragen.

**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.

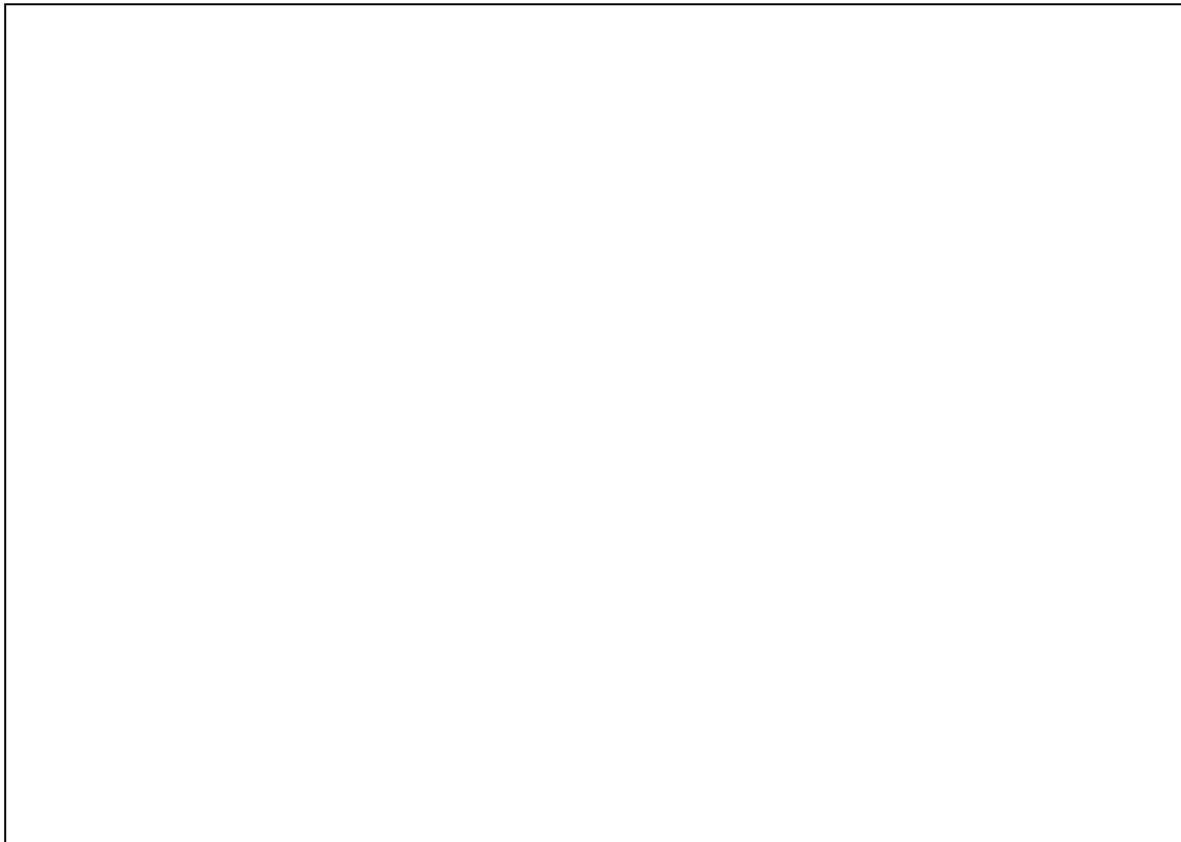
Liebe APD-Mitglieder!

Mit diesem „unaufwendigen“ Vordruck möchten wir Sie einladen und ermutigen, eigene kleine Kasuistiken als Erfahrung beizutragen und so den Austausch unter den Mitgliedern zu fördern. Selbstverständlich können die Beiträge gern auch länger sein; es bedarf keiner „Kompliziertheit“, sondern es geht um Anregungen „aus der Praxis für die Praxis“, die für jeden Leser ein Gewinn sein können.

Am einfachsten ist es, den Beitrag an unseren Schriftführer Herr Dr. Gass per e-mail weiterzuleiten (sgass@ahq.de), das Fehlen dieser technischen Möglichkeit soll aber kein Hindernis sein. Viel Spaß beim Schreiben! Ihre Christa-M. Höring

Begegnung mit dem Patienten

(Situation, Gesprächsinhalt, Atmosphäre, Reaktion auf gedanklicher, emotionaler und handelnder Ebene, Ergebnis/Behandlungsabsprache etc.)



Fazit für die Praxis (pers. Erfahrung, Begrenzung und Möglichkeiten in der Psychosom. Grundversorgung, Empfehlung etc.)

Bücher

„**Psychosomatische Dermatologie**“, Harth W, Gieler U

Pünktlich zum Herbstbeginn ist das erste Lehrbuch der Psychosomatischen Dermatologie im Springer Verlag (ISBN-10 3.540-24890-0)-als solches darf man es getrost bezeichnen- erschienen. Auf 300 Seiten präsentieren die Autoren Harth und Gieler in höchst übersichtlicher Form das breite Spektrum an Dermatosen primär psychischer Genese, multifaktorielle Dermatosen und sekundäre psychische Störungen und Komorbiditäten in Anlehnung an die Leitlinien der Psychosomatischen Dermatologie (AWMF). Das Buch ist überaus praxisnah und wissenschaftlich gleichzeitig, verzichtet auf Statistiken, verweist aber konsequent auf eine Fülle von Publikationen, sodass der interessierte Leser bei Bedarf ohne Aufwand an detaillierte Literatur kommen kann. Die Gestaltung mit farblicher Unterlegung von „Übersichten“ und plakativem Rotdruck von „Merksätzen“ und Wichtigem ermöglicht es, bei Zeitdruck auch Inhalte nochmals knapp nachzuvollziehen und abzurufen; diese Art der Darstellung erinnert an ein Training in Vorbereitung auf Prüfungen und macht es leicht, den Überblick zu bewahren. So ist es von Anfang an ein Genuß, das Buch zu lesen.

Wer ist angesprochen? Profitieren werden in gleichem Maße Dermatologen und die eher kleine Gruppe der Psychosomatischen Dermatologen, der Konsiliararzt in der Dermatologie, der Psychotherapeut und vor allem die Gruppe der Psychosomatisch-psychotherapeutisch tätigen Fachärzte und verhaltensmedizinisch ausgerichteten Psychologen. Die konsequente als Übersicht und im einzelnen Kapitel aufgeführte ICD /DSM Verschlüsselung (Kombination dermatologischer und psychiatrischer Diagnosen) kann effizient genutzt werden. Das eindrucksvolle photographische Bildmaterial fordert den psychotherapeutisch tätigen Psychosomatiker zum Hinschauen auf den Körper auf, für den Dermatologen bietet sich über den Wiedererkennungswert vertrautes Material an, welches die Fremdheit der Thematik verringert. Hilfreich sind auch Definitionen, die nicht von jedem Dermatologen verstanden werden z.B. Störung der Impulskontrolle im Kontext der Verschlüsselung der Artefakte.

Unter den Therapiestrategien - jeder psychosomatisch interessierte Behandler fragt sich ja, was denn nun genau zu tun sei- finden sich sehr genaue Angaben zum Vorgehen, systematisch, vielleicht manchmal zu systematisch, aneinandergesetzt. Die

Vorgehensweisen bilden nicht nur Therapiestudien ab, sondern zeugen auch von der großen praktischen Erfahrung der Autoren. Die Sprache (z. B. Pruritus/ Juckreiz) berücksichtigt auch den nicht dermatologisch vorgebildeten Leser-erfrischend manchmal die Wortwahl, wenn die Autoren den „beherzten Einsatz“ einer Psychotherapie fordern. Das erste Drittel des Buches beschäftigt sich mit Dermatosen primär psychischer Genese. Die Darstellung ist betont deskriptiv, etwas verwirrend vielleicht die Aneinanderreihung verschiedener Normvarianten von Mundschleimhautveränderungen, die einerseits als Aufhänger für körperdysmorphe Störungen betrachtet werden, andererseits als somatische Differentialdiagnosen, verwirrend auch die kleinen Absätze zur Chromhidrosis. Die zahlreichen Hinweise auf die psychosomatische Grundversorgung insbesondere im großen Kapitel über multifaktoriell ausgelöste Hauterkrankungen verpflichten den Dermatologen, die psychosomatische Dermatologie genauso wie die Mykologie oder Allergologie in den obligaten Wissens- und Kompetenzschatz aufzunehmen. Ein Kapitel über psychische Störungen und Komorbiditäten ist hilfreich unter dem Aspekt, bei welchen Erkrankungen an welche psychiatrischen Diagnosen zu denken ist und umgekehrt. Ob man den Einsatz künstlicher Nägel ebenfalls unter dem Aspekt der Dysmorphophobie betrachten sollte oder lieber als gesellschaftlich bedingtes Phänomen, kann diskutiert werden. Zur Krankheitsentität gehört per def. die Beeinträchtigung in den sozialen Funktionsbereichen.

Höchst modern sind Kapitel zur umweltbezogenen Körperbeschwerden, zu lifestyle Medizin, zur Psychosomatischen Chirurgie. Die Autoren empfehlen insbesondere bei wiederholt zur Operation drängenden Patienten eine konsiliarische psychologische/psychiatrische Mitbeurteilung. Die gesondert präsentierten Kapitel zu „Speziellen Schwerpunkten in der Dermatologie“ sensibilisieren den Leser für psychosoziale Fragestellungen, z.B. die Frage der Komorbidität bei Lichtdermatosen und nehmen ihn in die Verantwortung (Suicidrisiko!, Traumatisierungsfolgen!) Unter dem Kapitel „Spezielle Psychosomatische Konzepte in der Dermatologie“ freut sich der psychosomatisch vorgebildete Leser, existente Theorien (Mitscherlich, Schur etc) knapp zusammengefasst zu sehen und sich in Erinnerung rufen zu können. Als Psychosomatikerin bedaure ich, dass der Absatz zu Bindungstheorien und Stressforschung so klein geraten ist.

Die Autoren beleuchten die Materie immer wieder aus unterschiedlichen Blickwinkeln, sodass der Leser, der lediglich in einzelne Kapitel schaut, genügend

„links“ findet, um die psychosomatischen Aspekte einordnen zu können, ohne dass der Inhalt des gesamten Buches als Basis vorausgesetzt wird. Hilfreich ist die Übersicht über stress sensible Dermatosen, die sich an Studienergebnissen ausrichtet - eine solche Übersicht begrenzt die Verführung, bei jedweder therapieresistenter oder problematisch verlaufender Dermatoase an „Stress“ zu denken.

Der Text zu verschiedenen Stressmodellen ermöglicht es andererseits, sich selbst ein knappes Erklärungsmodell auszuformulieren, das im Rahmen von psychosomatischen Gesprächen eingängig zu vermitteln ist. Damit wird eine Basis für eine Kooperation geschaffen, die wir heute als shared decision making bezeichnen. Eine Erläuterung von Spezialbegriffen wie Coping erleichtert den Austausch zwischen Somatikern und Psychotherapeuten, ein gemeinsames Vokabular ist wünschenswert, viele Dermatologen konnten bislang die streng analytische Diktion in eindrucksvollen Falldarstellungen nicht mit nachvollziehen. Wer forschend tätig sein will, findet Hinweise auf Testinventare. Das Kapitel über Psychotherapiemethoden stellt lediglich eine sehr knappe Übersicht dar und bedarf des weiterführenden kollegialen Austausches, excellent hingegen das Kapitel zur Psychopharmakologie!

Erst kürzlich ist das Buch „**Die Sprache der Haut**“ von Gieler erschienen. Es ist primär gedacht für Betroffene und Laien, aber für den Facharzt mindestens genauso interessant und enthält zahlreiche wissenschaftlich untermauerte Einzelfalldarstellungen. Da letztere im rezensierten Lehrbuch komplett fehlen, dürfen beide Bücher zusammen vielleicht als „Rundes Standardwerk“ gelten und sind ohne Einschränkung zu empfehlen und wohl auch langfristig vom Schreibtisch des Psychosomatikers und Dermatologen nicht mehr wegzudenken.

Christa-Maria Höring

(Niemeier V, Gieler U, Richter R. **Psychosomatische Aspekte allergologischer Erkrankungen**. In: Allergologie-Handbuch (Hrsg.: Saloga, Klimek, Buhl. Mann, Knop). Schattauer Verlag 2005, pp 195-202

Niemeier V, Gieler U, Richter R. **Psychosomatische Therapieansätze bei allergologischen Krankheitsbildern**. In: Allergologie-Handbuch (Hrsg.: Saloga, Klimek, Buhl. Mann, Knop). Schattauer Verlag 2005, pp 447-466)

Kontaktlinks

Dermatologische Gesellschaften

Website der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft
<http://www.derma.de/>

Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie Sektion der DDG
<http://www.akpsychderm.de>

European Academy of Dermatology
<http://www.eadv.org/>

American Academy of Dermatology
<http://www.aad.org/>

European Society for Dermatology and Psychiatry
<http://www.med.uni-giessen.de/psychosomatik/konsil/ESDaP/esdap.htm>

Kongresse- Tagungen
<http://www.ddg-tagung.de>

Berufsverband Dermatologie
<http://www.uptoderm.de/public/index.html>

<http://www.psoriasis-forum-berlin.de/>

Psychologische Gesellschaften

Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie AÄGP
www.aaegp.de/wissenbeirat/fachgesellschaften.html

DKPM Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
<http://www.dkpm.de/>

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.
<http://www.dgpt.de/>

Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin e.V.
www.dgpm.de/

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) :
www.daevt.de

Deutsche Balint-Gesellschaft e.V. (DBG)
www.balintgesellschaft.de

Kliniken für Psychiatrie psychiatry in Deutschland (psychopharmacology and brain research)

<http://www.psych-web.de/>

Publikationsorgane

Leitlinien

<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/index.html>

Dermatology Image Atlas - Johns Hopkins University

<http://dermatlas.med.jhmi.edu/derm/>

DOIA Dermatologie- Atlas

<http://dermis.multimedica.de/>

Abrechnung

Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

www.kbv.de