

Rundbrief 2025

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

Im Internet: <https://akpsychderm.com/>

Jahrgang 2025

Inhaltsverzeichnis

Vorstand	3
Grußwort.....	4
Rechenschaftsbericht der Schatzmeisterin.....	7
Protokoll Mitgliederversammlung vom 07.02.2025 in Gießen.....	8
Tagungsbericht der 31. Jahrestagung am 07.02.2025 in Gießen	14
Impressionen aus Gießen.....	22
Tagungsbericht APMNA 06.-08.03.2025 in Orlando	25
4	
HautKompass® Online-Programm zur Reduktion von Selbststigmatisierung.....	26
Dermatillomanie - Behandlungskonzept.....	32
Vorankündigung/ Save the Date AkPsychDerm Jahrestagung in Hamburg	46
Weitere Vorankündigungen/ Save the Dates	47
Beitrittserklärung.....	49

Anhang (als PDF)

Digitale Gesundheitsanwendungen in der Psychodermatologie? – Überblick über Angebote, Chancen und Herausforderungen

IMPRESSUM:

Herausgeber:

Vorstand des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie

Redaktion:

Dr. med. Sandra Hanneken

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

Vorstand

Vorsitzende:

Prof. Dr. med. Eva Peters
Justus-Liebig-Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie,
Psychoneuroimmunologie Labor
Universitätsmedizin-Charité Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt
Psychosomatik
E-Mail: eva.peters@eva-peters.com

Stellvertretender Vorsitzender:

Prof. Dr. rer. medic. Christian Stierle
Hochschule Fresenius für Wirtschaft und Medien
Psychology School
E-Mail: christian.stierle@hs-fresenius.de

Beisitzer:

Dr. med. Kristina Fronhoffs, Rheinbach
Prof. Dr. Christina Schut, Wiesbaden
Juliane Traxler, Hamburg

Schatzmeisterin:

Dr. med. Gabriele Rapp, Bad Cannstatt
Klinikum Stuttgart
Hautklinik Bad Cannstatt
Prießnitzweg 24
70374 Stuttgart
GRapp@klinikum-stuttgart.de

Schriftführerin:

Dr. med. Sandra Hanneken, Düsseldorf

Sonderreferent des Berufsverbandes:

Dr. med. Steffen Gass, Günzburg

Kooptierte Mitglieder

Andrea Eisenberg, Hersbruck (Psychodermatologische Kliniken)
KIRINUS PsoriSol Klinik, Chefärztin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Dr. med. Johannes Hockmann, Oelde (Verbindungsglied zu den Niedergelassenen)

E-Mail: AkPsychDerm@gmx.de

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

liebe Mitglieder unseres Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie,

ein volles psychodermatologisches Jahr neigt sich dem Ende.

Wenn wir auf das vergangene Jahr zurückblicken, dann erfüllt uns das mit viel Freude und Dankbarkeit für die gemeinsamen Erfahrungen, die wertvollen Begegnungen und die spürbare Energie, mit der Ihr/Sie alle unser Fach voranbringt. Selten war deutlicher als 2025, wie viel Herz, Engagement und fachliche Tiefe in unserer Arbeitsgemeinschaft steckt.

Ein paar Highlights aus dem letzten Jahr:

Jahrestagung 2025 in Giessen

Unsere Jahrestagung in Giessen konnte die enge Verbindung von dermatologischer und psychosomatischer/psychotherapeutischer Medizin verdeutlichen. Gleichzeitig hatten wir die Gelegenheit mit Uwe Gieler seinen Abschied von der Vitos Klinik in den (Un)ruhestand zu feiern. Neben der Ehrung von Uwes großartiger Pionierarbeit, waren die Vorträge, Diskussionen und Workshops wissenschaftlich inspirierend und von hoher Praxisrelevanz.

Diese multiprofessionellen Perspektiven gehören inzwischen ganz selbstverständlich zu unserem psychodermatologischen Verständnis – und doch führen sie uns immer wieder vor Augen, wie viel wir für die Lebensqualität unserer Patientinnen und Patienten bewirken können, wenn wir psychosoziale Belastungen ernst nehmen und integrieren.

Weltkongress für Psychodermatologie, Istanbul

Ein besonderes Highlight des Jahres war der Weltkongress für Psychodermatologie in Istanbul. Die internationale Sichtbarkeit psychosomatischer und psychodermatologischer Themen hat weiter zugenommen, und der Kongress bot zahlreiche Anknüpfungspunkte für unsere Arbeit im deutschsprachigen Raum. Die dort vorgestellten

Forschungsergebnisse – etwa zu neuroimmunologischen Zusammenhängen, zur Versorgungsforschung, zu digitalen Interventionen oder zur Rolle von Selbstmitgefühl und Stressregulation – zeigen deutlich, wie eng psychische und dermatologische Prozesse miteinander verknüpft sind.

Zugleich wurden wertvolle internationale Kooperationen vertieft. Einige von Ihnen waren persönlich vor Ort oder digital beteiligt und haben das breite Spektrum an Themen und Formaten mitgestaltet. Eva Peters wurde im Rahmen des Kongresses in den Vorstand der ESDaP gewählt und kann nun die Psychodermatologie europaweit mitgestalten, was uns extrem freut und stolz macht. Der intensive wissenschaftliche Austausch hat uns erneut bestätigt: Psychodermatologie ist ein weltweit wachsendes und zunehmend vernetztes Fachgebiet. Unsere Expertise aus dem deutschsprachigen Raum ist dabei ein sichtbarer und geschätzter Bestandteil.

Arbeit an der Leitlinie Psychodermatologie

Ein zentrales Projekt des letzten Jahres – und auch der kommenden Monate – ist die Weiterarbeit an der Leitlinie „Psychodermatologie“. Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Leitung von Eva Peters und Christina Schut hat in mehreren Sitzungen wichtige strukturelle und inhaltliche Meilensteine gesetzt. Dazu gehören die systematische Evidenzaufbereitung, die Definition relevanter klinischer Fragestellungen, das Zusammenführen dermatologischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Expertise sowie die Abstimmung mit kooperierenden Fachgesellschaften. Maßgeblich wird diese Arbeit auch von Ronja Majeed und Ruben Lauterbach als wissenschaftliche Mitarbeiter unterstützt.

Die Leitlinie wird einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, psychosomatische Aspekte dermatologischer Erkrankungen stärker im klinischen Alltag zu verankern. Sie soll nicht nur Orientierung für Diagnostik, Indikationsstellung und therapeutisches Vorgehen geben, sondern auch verdeutlichen, welche spezifischen Kompetenzen in Behandlungsteams notwendig sind, um Patientinnen und Patienten umfassend zu begleiten.

Ausblick

Das Jahr 2026 wird geprägt sein von der Fortführung der Leitlinienarbeit, neuen wissenschaftlichen Veröffentlichungen, der Vorbereitung unserer nächsten Jahrestagung in Hamburg, der FOBI in München und der kontinuierlichen Stärkung psychodermatologischer Perspektiven in der Dermatologie. Zudem wollen wir den Austausch zwischen Nachwuchs, erfahrenen Kolleginnen und Kollegen sowie internationalen Partnern weiter intensivieren.

Wir danken Ihnen allen herzlich für Ihr Engagement, Ihre fachliche Leidenschaft und die wertvolle Zusammenarbeit im vergangenen Jahr. Gemeinsam tragen wir dazu bei, dass die psychosomatische Dermatologie weiter an Profil, wissenschaftlicher Tiefe und klinischer Bedeutung gewinnt.

Vielen Dank für Ihre Leidenschaft, Ihre Kompetenz und Ihr Vertrauen.

Wir freuen uns auf ein gemeinsames, lebendiges und inspirierendes Jahr 2026.

Mit herzlichen Grüßen

Christian Stierle & Eva Peters

<u>Wichtige Mitteilung an unsere Mitglieder:</u> Sollten Sie mit der Verwendung Ihrer E-Mail für den Newsletter NICHT einverstanden sein, bitten wir um eine kurze Nachricht an eva.peters@eva-peters.com. Sollten wir möglicherweise keine aktuelle Adresse von Ihnen haben, teilen Sie uns gerne Ihre aktualisierten Daten mit.
--

Rechenschaftsbericht der Schatzmeisterin

Konto-Abschluss 2024

(vom 01.01.2024-31.12.2024)

Girokontostand am 01.01.2024	€	7156,28
-------------------------------------	----------	----------------

Einnahmen:

Mitgliedsbeiträge 2024	€	3600,00
------------------------	---	---------

Umbuchung vom Festgeldkonto	€	3000,00
-----------------------------	---	---------

Gesamteinnahmen	€	10.220,00
------------------------	----------	------------------

Ausgaben:

APD-Tagungen (Referentenhonorare, Einladungen)	€	570,00
--	---	--------

Rücküberweisung Mitgliedsbeiträge 2023	€	47,60
--	---	-------

Rücküberweisung Mitgliedsbeiträge 2024	€	91,90
--	---	-------

Vorstand (Reise-/Verpflegungskosten)	€	0,00
--------------------------------------	---	------

Kontogebühren	€	40,70
---------------	---	-------

EDV Homepage	€	952,00
--------------	---	--------

Notarkosten	€	209,49
-------------	---	--------

Jahresabgabe 2021-2024 Mitglieder	€	10.160,50
-----------------------------------	---	-----------

Gesamtausgaben	€	12.072,19
-----------------------	----------	------------------

Girokontostand am 31.12.2024	€	5304,09
-------------------------------------	----------	----------------

Festgeldkontostand am 31.12.2024	€	9801,49
---	----------	----------------

€ 15.105,58

Hinweis:

Die nächste Sammelabgabe der jährlichen Mitgliederbeiträge wird voraussichtlich Ende 12.2025 stattfinden.

Protokoll
der Mitgliederversammlung des Arbeitskreises Psychosomatische
Dermatologie AkPsychDerm vom 07.02.2025 in Gießen

Datum: 07.02.2025

Ort: Gießen

(Im Anschluss an die 31. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie sowie 45 Jahre Psychotherapie-Akademie Hessen im Rahmen des Fachsymposiums Psychosomatik und Psychotherapie - 15 Jahre Vitos Klinik für Psychosomatik Gießen am 7. und 8. Februar 2025)

Beginn: 18:30 Uhr

Ende: 19:30 Uhr

Anwesenheitsliste: bei Sandra Hanneken erfragbar (insgesamt 21)

Protokollführerin: Sandra Hanneken

Tagesordnung:

- 1. Eröffnung, Genehmigung der Tagesordnung**
- 2. Bericht des Vorstands**
- 3. Bericht der Schatzmeisterin**
- 4. Entlastung des Vorstands**
- 5. Neuwahlen des Vorstands**
- 6. Satzungsänderung**
- 7. Fördermitgliedschaft**
- 8. Mitgliederbeiträge 2024/2025**
- 9. Tagungen**
- 10. Stand Leitlinien**
- 11. Homepage**
- 12. Sonstiges**

TOP 1: Eröffnung Die Vorsitzende des AkPsychDerm, Eva Peters, eröffnete die Mitgliederversammlung, begrüßte die Mitglieder des AkPsychDerm, stellte die Tagesordnungspunkte vor, und führte anschließend durch die Tagesordnungspunkte.

TOP 2: Bericht des Vorstands Eva Peters und Christian Stierle berichteten über eine gelungene Tagung des AkPsychDerm in 2024 im Rahmen des dermatologischen Alpenseminars, Aktivitäten im Rahmen der FOBI München sowie der DGPM in Berlin. Der AkPsychDerm wurde von der AG Berufsdermatologie (ABD) im Rahmen des dermatologischen Alpenseminars sehr positiv empfangen, und es wurde seitens des ABD bereits angefragt, ggf. zukünftig wieder gemeinsam zu tagen.

Bei der nächsten Tagung der ABD in Heidelberg im Juni 2025 werden Eva Peters und Christina Schut vertreten sein.

Zum aktuellen Mitgliederstand wurde berichtet, dass es drei Austritte zu verzeichnen gab, ein Mitglied sei verstorben. Vier neue Mitglieder, PD Dr. Rachel Sommer, Juliane Traxler, Ronja Majeed und Ruben Lauterbach wurden vom Vorstand herzlich begrüßt. Das Jahr 2024 sei insbesondere durch die Leitlinienarbeit geprägt gewesen, es wurde die Einbindung von Selbsthilfegruppen an der Leitlinienarbeit erwähnt.

Die überarbeitete und aktualisierte Homepage des AkPsychDerm funktioniere gut, es wurde darauf hingewiesen, dass die Mitglieder gerne Infos an Eva Peters geben können, wenn neue Infos zu Veranstaltungen, Artikeln etc. für die Homepage vorhanden seien.

Christian Stierle berichtete, dass zunehmend Anfragen von Psychotherapeuten zu psychodermatologischen Themen bezüglich Veranstaltungen gestellt werden.

TOP 3: Bericht der Schatzmeisterin Christina Schut stellte den Kontostand von Giro- und Festgeldkonto des AkPsychDerm für das Jahr 2024 vor.

TOP 4: Entlastung des Vorstands Andrea Eisenberg stellt den Antrag auf Entlastung von Vorstand und Schatzmeisterin. Alle waren einverstanden mit einer offenen Abstimmung. Der Vorstand sowie die Schatzmeisterin wurden nachfolgend in einer offenen Abstimmung entlastet. Ergebnis Entlastung Vorstand: Einstimmig bei 5 Enthaltungen, keine Gegenstimmen. Ergebnis Entlastung Schatzmeisterin: Einstimmig bei 1 Enthaltung, keine Gegenstimmen.

TOP 5: Neuwahlen des Vorstands Es erfolgten neue Vorstandswahlen. Als Wahlleiter stellte sich Jochen Wehrmann zur Verfügung.

Der bestehende Vorstand steht in den bisherigen Ämtern bis auf die nachgenannten Änderungen weiter zur Verfügung:

Das Amt der Schatzmeisterin wird neu besetzt. Gabriele Rapp stellt sich als neue Schatzmeisterin zur Verfügung. Der Vorstand dankte Christina Schut in diesem Zusammenhang für ihre bisherige Arbeit als Schatzmeisterin.

Johannes Hockmann verlässt den Vorstand als Beisitzer, würde als kooptiertes Mitglied des Vorstands als Verbindungsglied zu den Niedergelassenen dem AkPsychDerm erhalten bleiben. Der Vorstand dankte Johannes Hockmann in diesem Zusammenhang für seine bisherige Arbeit für den AkPsychDerm. Als neues Mitglied des Vorstands wurde Juliane Traxler als Beisitzerin mit Anbindung an die Forschungsebene vorgeschlagen.

In einer offenen Wahl wurden nach Darstellung der vorgenannten Wahlvorschläge Vorstand und Schatzmeisterin separat gewählt:

1. Vorsitz: Eva Peters

2. Vorsitz: Christian Stierle

Schatzmeisterin: Gabriele Rapp

Schriftführerin: Sandra Hanneken

Beisitzer:innen: Kristina Fronhoffs, Christina Schut, Juliane Traxler

Neues kooptiertes Mitglied: Johannes Hockmann (Verbindungsglied zu den Niedergelassenen); weitere Kooptierte bleiben bestehen (Andrea Eisenberg für die psychodermatologischen Kliniken).

Der Vorstand wurde dabei en bloc gewählt und einstimmig ohne Enthaltungen oder Gegenstimmen angenommen. Die Schatzmeisterin wurde separat gewählt und einstimmig ohne Enthaltungen oder Gegenstimmen angenommen.

Das Amt der Kassenprüfer wurde mit Ronja Majeed und Ruben Lauterbach neu besetzt.

Die Wahl wurde anschließend von allen angenommen.

TOP 6: Satzungsänderung Johannes Hockmann hatte sich im Vorfeld um den Satzungsänderungsantrag gekümmert und brachte diesen als Ausdruck für alle mit. Folgende konkrete Punkte zur Satzungsänderung wurden vorgestellt:

1. Ergänzung des Namens AkPsychDerm für Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie e.V.
2. Erweiterung der Berufsgruppen für ordentliche Mitgliedschaft
3. Zweidrittelmehrheit für Satzungsänderungen
4. Aufnahme von Förderern in den AKPsychDerm

Vor Besprechung der einzelnen Punkte berichteten Christina Schut und Johannes Hockmann vorab über die Ergebnisse der Vorprüfung; diese sei in vereinsrechtlicher Hinsicht erfolgt, Bedenken habe es keine gegeben. Die steuerrechtliche Prüfung müsse über das Finanzamt erfolgen. Die Rücksprache mit der DDG habe ergeben, dass es empfehlenswert sei, mögliche Änderungen aufgrund des bindenden Charakters so minimalistisch wie möglich zu halten.

Der Hintergrund der Satzungsänderung hinsichtlich einer möglichen Fördermitgliedschaft (o.g. Punkt 4) wurde den Mitgliedern erläutert und anschließend ergebnisoffen diskutiert.

Eckpunkte waren die möglichen Benefits für den AKPsychDerm hinsichtlich größerer zukünftiger Flexibilität bezogen auf finanzielle Mittel für Referent:innen, Kongresse, Nachwuchsförderung sowie das geplante Psychodermatologie Curriculum versus den möglichen unerwünschten Implikationen, z.B. bezogen auf ggfs. höhere Kosten für Raumbuchungen bei Kongressen.

Nach Diskussion der Punkte 1-4 wurde die nachfolgende Satzungsänderung (**nachfolgend in rot dargestellt**) von den Mitgliedern einstimmig mit 21 Stimmen ohne Gegenstimmen oder Enthaltungen angenommen:

Satzung Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie

§ 1 Name

Der Verein führt den Namen: „Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie e.V.“ (**Kurz: AkPsychDerm oder APD**); Sektion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft e.V.)

§ 5 Mitglieder

(1) Ordentliche Mitglieder des Vereins können Personen werden, die eine abgeschlossene dermatologische, psychologische, psychotherapeutische oder sonstige in der Dermatologie zur Anwendung kommende wissenschaftliche Ausbildung absolviert haben oder sich in einer derartigen Aus- bzw. Weiterbildung befinden.

§ 7 Die Mitgliederversammlung

(6) Über Satzungsänderungen und Ausschluss von Mitgliedern beschließt die Mitgliederversammlung mit einer Zweidrittelmehrheit der anwesenden Mitglieder, sofern die Versammlung ordnungsgemäß einberufen wurde.

§ 10 Die Mittel

(1) Der Verein erwirbt seine Mittel durch Beiträge und Umlagen, durch Spenden, Zuschüsse, zweckgebundene Fördergelder und sonstige Einnahmen.

Die Einbeziehung eines Notars für die Satzungsänderung sei nicht erforderlich.

TOP 7: Fördermitgliedschaft Unter TOP 6 besprochen

TOP 8: Mitgliederbeiträge 2024/2025 Keine Veränderungen

TOP 9: Tagungen Als Tagungsort für die Jahrestagung 2026 wird Hamburg festgelegt, offen ist noch der genaue Tagungsort; die beiden Optionen (Hochschule Fresenius über Christian Stierle oder UK Hamburg über Rachel Sommer) werden im Verlauf noch ausgelotet, ebenso der genaue Tagungstermin. Details sollen auf der nächsten Vorstandsitzung besprochen werden. Es wurde darauf hingewiesen, den Tagungstermin und die Veranstaltung rechtzeitig zu kommunizieren. Jahrestagung 2027: Eine Option wäre Sylt, hier müsste noch mit der Chefärztin der dortigen Rehaklinik, H. Lantsch, Kontakt aufgenommen werden. Andrea Eisenberg bietet (vorbehaltlich der internen Klärung) Hersbruck als möglichen Tagungsort für 2027 an, sie geht voraussichtlich 2027 in den Ruhestand. Der Vorschlag Hersbruck als Tagungsort für 2027 wurden vom AkPsychDerm sehr positiv aufgenommen.

TOP 10: Stand Leitlinien Stand S3-Leitlinie Psychosomatische Dermatologie: Ziel ist die Fertigstellung in 10.2026. Aktuell erfolgt die Literatursuche. Auch eine Patientenleitlinie sei geplant.

TOP 11: Homepage Unter TOP 2 besprochen.

TOP 12: Sonstiges Die Mitglieder gratulierten Johannes Hockmann nachträglich herzlich zum 65. Geburtstag.

Abschließend bedankte sich die Vorsitzende bei allen für ihre Teilnahme.

Düsseldorf, den 18.02.2025

Sandra Hanneken

**Tagungsbericht des Fachsymposiums
Psychosomatik und Psychotherapie
15 Jahre Vitos Klinik für Psychosomatik Gießen
in Verbindung mit der 31. Jahrestagung des
Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie
sowie 45 Jahre Psychotherapie-Akademie Hessen
am 7. und 8. Februar 2025 in Gießen**

Sandra Hanneken, Düsseldorf

Weggefährten würdigen den ‚Wanderer zwischen den Welten‘

Die 31. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie war eingebettet in das Fachsymposium Psychosomatik und Psychotherapie - 15 Jahre Vitos Klinik für Psychosomatik Gießen - sowie 45 Jahre Psychotherapie-Akademie Hessen.

Zahlreiche Weggefährten von Prof. Dr. Uwe Gieler kamen am 07. und 08.02.2025 im Festsaal der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen zusammen, um seinen langjährigen Einsatz für die Psychosomatik und Psychodermatologie zu würdigen, ihn als Klinikdirektors der Vitos Klinik für Psychosomatik in den Ruhestand zu verabschieden und ihn zum 72. Geburtstag zu ehren.

Nach Begrüßung der zahlreichen und teils weit angereisten Teilnehmer:innen dankten zunächst Max Heuchert (Geschäftsführer Vitos Gießen-Marburg gGmbH) und Jochen Schütz (Vitos Konzerngeschäftsführer Personal und Finanzen) Prof. Dr. Uwe Gieler für seine Leistungen und sein Engagement für die Vitos Klinik für Psychosomatik Gießen.

Im Anschluss würdigte Prof. Dr. Michael Franz (Ärztlicher Direktor Vitos Klinikum Gießen-Marburg), Weggefährte von Uwe Gieler, seinen Lebensweg und seine Leistungen für die Psychosomatik und Psychodermatologie, und wies insbesondere auf sein berufliches - passend zum Namen - aGi(e)les - Leben hin und prophezeite einen wahrscheinlich ebenso aGi(e)len Ruhestand.

Uwe Gieler selber stellte im Anschluss die Entwicklung der Abteilung Psychodermatologie in Gießen von 04.2020 bis aktuell unter seiner Leitung mit Etablierung des Schwerpunktes Psychodermatologie sowie den Aufbau der COVID-Ambulanz mit anschaulichem Bildmaterial vor. ‚Nicht den Körper weniger, sondern die Psyche mehr beachten‘ habe schon früh seine Arbeits- und Denkweise geprägt.

Als erste Referentin stellte **Prof. Dr. Lotte Hartmann-Kottek** die ‚**Psychotherapie-Akademie Hessen: Woher – wohin?**‘ vor.

Nach Darstellung der Entwicklung der Psychotherapie-Akademie Hessen von den Anfängen über die Perspektive des Fachs, die früheren und aktuellen Schwierigkeiten und Herausforderungen ihres ‚Traums‘, die verschiedenen Subdisziplinen der Psychotherapie -insbesondere auch im Hinblick auf die psychoanalytische Schule - zusammenzubringen, mit dem übergeordneten Ziel, voneinander zu lernen, ging sie näher auf prinzipielle Fragen zur Psychotherapie und Psychoanalyse ein. Über die unterschiedlichen Positionen bzw. Einstellung der Psychoanalyse zur Abstinenz, v.a. auch Wahrnehmung des Patienten als Objekt mit dem resultierenden Verlust an ‚Schwingung‘ in der therapeutischen Beziehung, betonte sie schließlich die Bedeutung sowohl der therapeutischen Person als auch der therapeutischen Beziehung.

Sie wies darauf hin, wie wichtig es sei, dass Therapeuten, gerade auch jüngere, Freude am Fach empfinden, was sich dann auch in der therapeutischen Beziehung niederschlagen würde. Unter Verweis auf das Wirken von Sándor Ferenczi und Heinz Kohut betonte sie insbesondere die Wichtigkeit der Tiefenpsychologie auch für die kommenden Jahre.

Nach einer KI-generierten Geburtstagskongratulation durch den früheren US-Präsidenten Barak Obama begann ein weiterer Weggefährte Uwe Gielers, **Prof. Dr. Manfred Beutel, Mainz**, seinen Vortrag ‚**Soziale Phobie – Stigmatisierung – Psychodynamische Psychotherapie**‘ unter Verweis auf Jonathan Hyde und die ‚Generation Angst‘ mit der Darstellung von exzessivem Mediengebrauch, Bullying und Cyberbullying sowie Stigmatisierung und Selbststigmatisierung als Risikofaktoren für zunehmende soziale Angststörungen. Neben den konkreten Folgen der sozialen Angststörung wie dem Teufelskreis aus sozialer Angst, Vermeidung von Einsamkeit und Internetsucht stellt er psychodynamisches und kognitives Modell der sozialen Angststörung gegenüber. Schließlich demonstrierte er anschaulich das

psychotherapeutische Vorgehen mit der supportiv-expressiven Fokalthherapie der sozialen Phobie unter Berücksichtigung des Beziehungsepisodeninterviews und des zentralen Beziehungskonfliktthemas.

Professorin Dr. Eva M. Peters (Gießen / Berlin), (Vorsitzende AK PsychDerm in der DDG), stellte in **„Psychoimmunologie – Wie kommen die Gefühle in die Haut“** dar, warum Stress eigentlich ein so spannendes Thema ist, und, was es für die Haut bedeute, als Grenzorgan multiplen Stressoren ausgesetzt zu sein. Dabei erläuterte sie, welche zahlreichen Mediatoren - angefangen von Kortisol bis hin zu BDNF auf zellulärer Ebene - bei der Vermittlung der neurogenen Entzündung beteiligt sind. Sie erläuterte den Unterschied zwischen akutem Stress, der mit einer Kortisolerhöhung verbunden ist, und chronischem Stress wie z.B. bei Neurodermitis, bei der vielmehr eine Ausschüttung proinflammatorischer Zytokine zu beobachten sei. Eindrucksvoll wurde am gezeigten Mausmodell sichtbar, welche Auswirkungen bereits mit einer 24h-Lärmstressexposition verbunden sind. Eva Peters wies zugleich darauf hin, dass Stress nicht nur negativ sein muss.

Anhand der Neurodermitis zeigte sie auf, welche konkreten Hindernisse bei der Mitbehandlung psychischer Erkrankungen zu überwinden seien. Aus den wissenschaftlichen und klinischen Erkenntnissen zur Psychoneuroimmunologie lasse sich die Wichtigkeit und Notwendigkeit des biopsychosozialen Fokus in der therapeutischen Sichtweise ableiten.

Zum geselligen Event-Abend im Restaurant Heyligenstedt Gießen mit Live-Musik fanden sich anschließend sehr zahlreiche Weggefährten zu Tanz, Livemusik, gutem Essen und gemeinsamen Geburtstagsständchen ein.

Der zweite Tag begann mit **„Die neurogene Entzündung der Haut und Biomarker“**. **Prof. Dr. Martin Steinhoff (Doha / Katar)** nahm die Zuhörer mit auf eine Reise zu den molekularen Zusammenhängen zwischen Inflammation, Juckreiz und Kratzen. Neben der Kommunikation zwischen Zytokinen und Neurotransmittern und sensorischen Nerven mit Verweis auf die Unterschiede zwischen zentralem und peripherem Juckreiz stellte er relevante Biomarker auf molekularer Grundlage dar. Anschaulich erläuterte er deren Rolle im Juckreiz-Kratz-Zirkel sowie die neuronale Sensitivität bei Patient:innen mit atopischer Dermatitis. Er verwies auf die Mikroinflammation mit negativem Einfluss von TLR-3 auf den Juckreiz-Kratz-Zirkel durch Hochregulierung bei

Kratzen, Schädigung der Keratinozyten sowie Hochregulierung weiterer Biomarker. Anhand der TRPV-Kanäle stellte er nicht nur die wichtige Rolle für die Sensorik der Haut, sondern auch für therapeutische Ansätze bei der atopischen Dermatitis dar. Er schloss seinen Vortrag mit molekularen Parallelen zum Irritable bowel syndrome: ‚The gut that itches‘.

Anschließend stellte sich **Prof. Dr. Johannes Kruse (Gießen / Marburg)** der Frage der **Zukunft der Psychodynamischen Psychotherapie**. Nach Darstellung der Gemeinsamkeiten psychoanalytisch begründeter Therapieverfahren, der Abgrenzung analytischer zu tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie sowie auch der Modifikationen des Verfahrens (z.B. Mentalisierungsbasierte Therapie) bei bestimmten Störungsbildern wie somatoformen Störungen aber auch bei Patienten mit strukturellen Beeinträchtigungen in Persönlichkeitsfunktionen ging er über zur Darstellung der Versorgungsrealität der psychodynamischen Psychotherapie.

Unter Verweis auf Jones' Psychotherapy Process Q-Sort gelang ihm eine klare Gegenüberstellung zentraler Interaktionen und Dynamiken im psychotherapeutischen Prozess beim psychodynamischen versus kognitiv behavioralen Prototyp.

Er stellte dar, was es brauche, dass die psychodynamische Psychotherapie ihr Potential in der Zukunft in der Versorgung entfalten könne, und nannte dabei speziell die Eckpunkte einer Theoriebildung, die nicht im Widerspruch zu den Nachbarwissenschaften stehe, den Wirksamkeitsnachweis in der Outcomeforschung sowie auch die Befundintegration in die therapeutische Praxis. Er schloss mit erkennbaren Entwicklungen, konkret dem Wirksamkeitsnachweis der psychodynamischen Psychotherapie, der stärkeren Integration von Ergebnissen der empirischen Psychotherapieforschung, der Trauma- und Ressourcenperspektive, der Erweiterung des Indikationsspektrum, vermehrter Offenheit gegenüber internetbasierten therapeutischen Möglichkeiten und insbesondere auch gegenüber neuen Ansätzen der tiefenpsychologischen Psychotherapie, die dem biopsychosozialen Hintergrund bei Patienten mit somatischen Erkrankungen gerecht werden.

Prof. Dr. Elmar Brähler (Leipzig / Gießen) nahm sich in **‚Entwicklungsbedingungen psychischer Störungen – Ost und West im Vergleich‘** unter anderem den Unterschieden zwischen Ost- und Westdeutschland in

Bezug auf psychische Störungen, Kindheitserfahrungen und Erziehungsmuster an. Er beleuchtete dabei die Bereiche Kindheitstraumata und körperliche Bestrafung, Kinderkrippen und elterliches Erziehungsverhalten und ging dabei auch auf Stereotypen im Westen bezogen auf negative Entwicklungsbedingungen im Westen ein.

Anhand verschiedener Untersuchungen kam er hinsichtlich der umstrittenen Frage, ob in der ehemaligen DDR weniger Kindheitstraumata ausgelöst wurden, zu dem Fazit, dass die Prävalenz von Kindheitstraumata bei in Ostdeutschland sozialisierten Personen niedriger als im Westen ist. Die Gleichberechtigung von Frauen und Männern wurde als möglicher Schutzfaktor in Ostdeutschland im Vergleich zu einer stärkeren Abhängigkeit verheirateter Frauen von ihren Ehemännern im Westen dargestellt. Zudem wurde eine frühe außerfamiliäre Erziehung in Ostdeutschland als möglicher Schutzfaktor vor missbräuchlichen Familienstrukturen und Entlastung der familiären Situation herausgestellt.

Hinsichtlich des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens und der konkreten Frage, ob der Osten autoritärer war, zeigte sich im Ost-West-Vergleich, dass Eltern im Osten nicht als autoritärer empfunden wurden, sondern im Gegenteil seien sie von ihren Kindern oft als weniger strafend und etwas wärmer erinnert worden als westdeutsche Eltern. Unterschiede, die es 1994 noch gab, hätten sich bis 2020 weitgehend angeglichen, d.h., dass das väterliche und mütterliche Erziehungsverhalten in ganz Deutschland in 2020 als weniger strafend und wärmer erinnert wurde als noch 1994.

PD Dr. Dennis Linder (Venedig) stellte das Konzept des **Cumulative Life Course Impairment (CLCI) bei Hautkrankheiten** vor. Er blickte zunächst zurück auf die diesbezüglich prägende Lenkungsausschusssitzung, welche 2009 unter Beteiligung von Uwe Gieler in London stattfand. Er berichtete, wie das damals zunächst noch als ‚Progressive Life Damage‘ aufgefasste Konzept unter der zentralen Fragestellung ‚Führt der Krankheitsverlauf zu einem bestimmten Lebensverlauf, d. h. müssen beispielsweise Patienten mit einer chronischen Hauterkrankung mit einem „anderen“ Leben rechnen als gesunde Kontrollpersonen‘ eine Weiterentwicklung zum CLCI erfuhr.

Er ging dabei auf den Paradigmenwechsel im medizinischen Denken bezogen auf die Einbeziehung des biopsychosozialen Modells und Berücksichtigung der Zeitdimension

durch den Lebensverlaufsansatz ein. Beispielhaft stellte er anhand chronischer Dermatosen wie der Psoriasis dar, dass das Konzept des CLCI geeignet ist, zu verdeutlichen, dass eine chronische Erkrankung das Leben eines Patienten stark beeinträchtigen kann.

Anhand von mathematischen Modellen veranschaulichte er, wie diese den „Lebensverlauf“-Ansatz messbarer und wissenschaftlicher machen würden, so dass Auswirkungen von Gesundheitsmaßnahmen, insbesondere Therapiemaßnahmen, abgeschätzt und gleichzeitig der Zeitpunkt ihrer Umsetzung optimiert werden können.

Um das Ausmaß des CLCI zu ermitteln, könnten Fragebögen konkret unterstützen. Er konkludierte, dass CLCI als ein spezielles Thema innerhalb des größeren Bereichs des Lebensverlaufsansatzes im Gesundheitswesen betrachtet werden könne, welcher einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsforschung darstelle.

PD Dr. Christina Schut (Gießen) ging in **Fragebögen: Welche – wie – wann‘** zunächst auf die Frage ein, warum Fragebögen in der Psychodermatologie überhaupt zum Einsatz kommen, und stellte anhand von Studien die klar belegte große psychische Belastung bei Hautpatient:innen dar, sowie, das Ziel, mittels Fragebögen die hautspezifischen Beschwerden, psychische Beschwerden, Lebensqualität und Ressourcen aus Patientensicht zu erfassen.

Für die zentralen psychischen Erkrankungen und Beschwerden führte sie durch die entsprechenden Fragebögen, u.a. bezogen auf Angst zwei Fragen aus dem Gesundheitsfragebogen PHQ (GAD-2) und für soziale Phobie die SOZAS mit u.a. Soziale-Phobie-Skala (SPS), die Soziale-Interaktions-Angst-Skala (SIAS) und Mini SPIN.

Für die Depression eignen sich der PHQ-2, für Schlaf der Insomnia Severity Index (ISI), für Stress das Stress-Modul aus dem Gesundheitsfragebogen PHQ, für allgemeines Wohlbefinden der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden, für gesundheitsbezogene Lebensqualität der SF-12, für die hautbezogene Lebensqualität der DLQI und Hautzufriedenheitsfragebogens (HautZuf).

Für patientenrelevante Therapienutzen brachte sie den Patient Benefit Index (PBI) mit sowie für Resilienz die kurze Resilienzskala.

Nach konkreten Tipps zur Umsetzung schloss sie damit, dass Fragebögen in der Psychodermatologie wichtige und zentrale Werkzeuge seien, um psychische Belastungen und Lebensqualität objektiv zu messen.

Der DLQI erfasse dabei die hautbezogene Lebensqualität, während der (auch digital verfügbare) PBI den subjektiven Nutzen einer Therapie aus Patientensicht bewerte.

In **Posttraumatic Stress Disorder – Update Psychotherapie** verdeutlichte **Prof. Dr. Anke Ehlers (Oxford)** aktuelle Konzepte, therapeutische Ansätze und Entwicklungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

Zu Beginn stellte sie dar, dass sich das Verständnis von Trauma im Laufe der Zeit gewandelt hat, und nicht mehr nur das einmalige traumatische Ereignis im Fokus stehe, sondern v.a. das subjektive Erleben und die langfristigen psychischen und körperlichen Folgen. PTBS werde dabei als Folge einer extremen Belastung verstanden, die die Bewältigungsmechanismen eines Menschen überfordere und zu anhaltendem Leiden führe.

Evidenzbasierte psychotherapeutische Verfahren für PTBS zielten gemeinsam darauf ab, Symptome zu reduzieren, dysfunktionale Kognitionen zu verändern und neue Bewältigungsstrategien zu fördern. Zudem liege ein Fokus auf den Emotionen sowie der Veränderung des Traumagedächtnisses. Als zentrales Modell erläuterte sie das kognitive Modell der PTBS nach Ehlers und Clark (2000), welches beinhalte, dass Menschen mit PTBS eine aktuelle schwere interne oder externe Bedrohung wahrnehmen. Ein weiterer Schwerpunkt liege auf der individuellen Fallkonzeption.

Beispielhaft stellte sie therapeutische Interventionen individuell zugeschnitten auf relevante kognitive traumabezogene Themen vor.

Im Zuge der schrittweisen Aktualisierung von Traumagedächtnisinhalten helfe die bewusste Diskrimination von „damals“ und „jetzt“ dabei, die Wahrnehmung von Gefahr zu aktualisieren und traumabezogene Erinnerungen in die Gegenwart einzuordnen.

Prof. Dr. Anthony Bewley (London) zeigte in **Psychodermatology – Update 2025** nach Einteilung psychokutaner Krankheitsbilder anhand eindrücklicher Bilder die für die Betroffenen erheblichen medizinischen und psychosozialen Auswirkungen von psychodermatologischen Krankheitsbildern.

Er berichtete, wie die Psychodermatologie im Vereinigten Königreich organisiert ist, konkret, dass diese dort immer aus einem multidisziplinären Team bestehe, aktuell dort 12 ‚psychodermatology clinics‘ vorhanden seien, und regelmäßige monatliche nationale Treffen zum gemeinsamen Austausch Bestandteil seien.

Er verwies auf die Verzögerung zwischen körperlicher und psychischer Besserung bei Patienten mit Hauterkrankungen.

Er ging auf einzelne psychodermatologische Krankheitsbilder ein, und erinnerte bezogen auf die ‚Delusional Disorder‘ daran, dass mit zunehmender Erkrankungsdauer ohne Therapie die Wahrscheinlichkeit abnimmt, dass es zu einem Ansprechen unter Therapiemaßnahmen kommt, und verwies abschließend auf jüngste Berichte über das Auftreten von ‚Delusional Disorder‘ unter ADHS-Medikation.

Nach abschließenden Worten von **Prof. Dr. Eva Peters, PD Dr. Christina Schut und Prof. Dr. Christian Stierle** über eine äußerst gelungene und vielfältige Tagung gefüllt mit hochinteressanten und aktuellen Themen hatten die Teilnehmer die Möglichkeit je zwei der Workshops zu den Themen Körperdysmorphie Störung (Prof. Dr. Christian Stierle, Hamburg), Stigmatisierung bei Hautpatient/-innen (Dr. Rachel Sommer, Hamburg) , Fallbesprechung Psychodermatologie (Andrea Eisenberg, Hersbruck), Skin Picking Syndrom (Prof. Dr. Uwe Gieler, Gießen) oder sowie Interaktionsdiagnostik – Balint-Gruppe (Dott. Konstantinos Kapetanios, Gießen) zu besuchen und sich in Kleingruppen in kollegialer Atmosphäre fortzubilden und auszutauschen.

Düsseldorf, den 11.02.2025

Sandra Hanneken

Impressionen aus Gießen





Tagungsbericht APMNA 2025 – Psychodermatology at the Crossroads of Mind and Skin

Rückblick von Christian Stierle

Vom **6. bis 8. März 2025** fand in Orlando (Florida, USA) das **33. Annual Meeting der Association for Psychocutaneous Medicine of North America (APMNA)** statt – ein zentraler internationaler Treffpunkt für Fachleute aus Psychiatrie, Psychologie und Dermatologie. Unter dem Leitthema „*Psychodermatology at the Crossroads of Mind and Skin*“ wurde in zahlreichen Vorträgen, Symposien und Fallpräsentationen eindrucksvoll deutlich, wie eng die Verbindungen zwischen Haut, Gehirn und Psyche tatsächlich sind und welche neuen Entwicklungen sich auch international ergeben.

Als Teilnehmender und Referent konnte ich in diesem Jahr nicht nur die fachliche Tiefe der Diskussionen, sondern auch die wachsende Offenheit für integrative, psychologisch fundierte Behandlungsansätze erleben. Die Konferenz vermittelte eindrucksvoll, dass die Psychodermatologie zunehmend zu einem Feld wird, das biologische, emotionale und soziale Faktoren gleichermaßen berücksichtigt.

Thematische Schwerpunkte und wissenschaftliche Highlights

Die Vielfalt der Themen spiegelte die Breite des Fachgebiets wider. Ein zentraler Fokus lag auf Versorgungsaspekten auch mit internationaler Perspektive jedoch wurden auch Grundlagenthemen wie **neurobiologische, -immunologische Forschung behandelt.**

Ein zweiter Schwerpunkt galt den **psychotherapeutischen und verhaltensmedizinischen Interventionen**. In mehreren Panels wurden aktuelle Forschungsansätze zu **Cognitive Behavioral Therapy (CBT)**, **Compassion Focused Therapy (CFT)** und **Achtsamkeitsbasierten Interventionen** aber auch pharmakologischer Behandlung vorgestellt.

Darüber hinaus zeigte sich ein wachsendes Interesse an psychotherapeutischen/psychosomatischen Aspekten bei vielen internationalen KollegInnen (China, Singapur, Nepal...) bei denen eine Integration in die Standardversorgung oft auch noch eine größere Herausforderung darstellt, als bei uns.

Interdisziplinarität und persönliche Eindrücke

Die Tagung war – wie für die APMNA typisch – von einem außergewöhnlich **internationalen Geist** geprägt.

Persönlich beeindruckte mich die Offenheit, mit der Kolleg:innen aus unterschiedlichen Ländern von ihren klinischen Erfahrungen berichteten – sei es im Umgang mit selbstverletzendem Kratzen, mit Trichotillomanie oder mit psychosozialen Stress bei chronischen Dermatosen. Auch die Verknüpfung von Forschung und Praxis – von neurobiologischen Grundlagen bis hin zu alltagsnaher Patientenkommunikation – zeigte, wie lebendig und praxisrelevant das Feld ist.

Fazit und Ausblick

Die **APMNA 2025** hat einmal mehr gezeigt, dass die Psychodermatologie weit über das Verständnis einer „psychischen Komponente“ der Haut hinausgeht.

Für mich persönlich war die Tagung inspirierend und bestätigend zugleich: Mitgefühl orientierte Ansätze wie die Compassion Focused Therapy finden zunehmend Anerkennung als wirksame Ergänzung in der psychosomatischen und dermatologischen Praxis. Ebenso deutlich wurde, dass die Zukunft der Psychodermatologie nicht nur in der Forschung, sondern vor allem in **ganzheitlicher Patientenversorgung, interdisziplinären Teams** und der **Integration digitaler Innovationen** liegt.

Online-Programm zur Reduktion von Selbststigmatisierung bei Menschen mit chronischen Hauterkrankungen

Juliane Traxler, Hamburg

Menschen mit chronischen Hauterkrankungen erfahren oftmals gesellschaftliche Stigmatisierung, also Diskriminierung, Ablehnung und Ausgrenzung durch Andere. Ein besonderes Problem ergibt sich aus der Selbststigmatisierung von Betroffenen, also einer Internalisierung dieser Vorurteile und Abwertung der eigenen Person, mit weitreichenden Folgen für die psychische Gesundheit und Lebensqualität. Tatsächlich beschreiben Patient:innen, ihre Angehörigen und die medizinischen Leistungserbringer:innen Selbststigmatisierung als die größte Belastung beziehungsweise Einschränkung in wichtigen Lebensbereichen wie Arbeit, Freizeit und Partnerschaft [1, 2]. Dies kann wiederum psychische Erkrankungen wie Angst und Depression begünstigen. Daher sind zusätzlich zu einer frühzeitigen medizinischen Versorgung auch psychosoziale Interventionen von entscheidender Bedeutung. In einer systematischen Literaturübersicht über Interventionen zur Verringerung der mit chronischen Hauterkrankungen verbundenen Stigmatisierung wurden 19 Studien identifiziert, darunter 15 Studien mit Bezug zu Selbststigmatisierung [3]. Davon befassten sich acht Studien mit Patient:innen mit Lepra, und sind somit für Deutschland nicht relevant. Nur jeweils eine Studie richtete sich an Patient:innen mit Onychomykose, Beinwunden, atopischer Dermatitis, Vitiligo, Alopezie und verschiedenen Gesichtsentstellungen wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Zudem war das Studiendesign sehr heterogen und die Studienqualität eher schlecht. Dies unterstreicht den Mangel an evidenzbasierten Interventionen zur Verringerung der Selbststigmatisierung bei Patient:innen mit chronischen Hauterkrankungen. Um stigmatisierungsbedingten Beeinträchtigungen entgegen zu wirken, ist die Entwicklung evidenzbasierter Interventionen und deren angemessene Evaluation auf Wirksamkeit und Durchführbarkeit (z. B. in Form einer randomisiert-kontrollierten Studie) dringend erforderlich [3]. Insbesondere fehlten bisher kurze Interventionen, die für die Routineversorgung geeignet sind.

Die Forschungsgruppe Psychodermatologie (Leitung: PD Dr. Rachel Sommer) des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP)

am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf hat deshalb im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekts das webbasierte Programm *HautKompass*® entwickelt. Basierend auf den Ergebnissen aus zwei systematischen Reviews zu bestehenden Interventionen [4] und Prädiktoren von Selbststigmatisierung [5] wurden zunächst die Interventionsinhalte und deren Darstellung von Psycholog:innen, Dermatolog:innen und Patient:innen erarbeitet und die Website erstellt. Die Intervention besteht aus acht selbst-gesteuerten Modulen, die jeweils etwa 15 Minuten in Anspruch nehmen und Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie und Selbstmitgefühl-Ansätzen vereinen. Jedes Modul umfasst Psychoedukation, Übungen und Lernmaterial zur Implementierung der erlernten Inhalte im Alltag. Eine Pilot-Studie belegte die Nutzerfreundlichkeit, Zugänglichkeit und Machbarkeit der Intervention und der Online-Plattform [6]. In einer bundesweiten randomisiert-kontrollierten Studie unter knapp 300 Erwachsenen mit Alopecia areata, atopischer Dermatitis, Hidradenitis suppurativa, Psoriasis und Vitiligo wurde schließlich auch die Wirksamkeit von *HautKompass*® empirisch überprüft. Die Teilnehmenden wurden 1:1 in die Interventionsgruppe oder eine Warteliste-Kontrollgruppe randomisiert und gebeten, vor der Randomisierung (Baseline; T0), unmittelbar nach der Intervention bzw. nach acht Wochen in der Kontrollgruppe (T1) und nach weiteren 6 Monaten (T2) eine Reihe von Fragebögen auszufüllen. Der primäre Endpunkt war die Verringerung des Selbststigmas (gemessen anhand des adaptierten WBIS [7, 8]). Sekundäre Endpunkte umfassten unter anderem Lebensqualität (DLQI), Depressionssymptomatik (PHQ-9), Akzeptanz (BICSI) und Selbstmitgefühl (SCS). Mittels verallgemeinerter linearer gemischter Modelle konnte festgestellt werden, dass Nutzer:innen von *HautKompass*® eine signifikant größere Abnahme hinsichtlich Selbststigmatisierung [$F(1,169) = 13.399, p < .001$] und eine signifikant größere Zunahme der Akzeptanz [$F(1,179) = 7.271, p = .008$] erzielten als die Kontrollgruppe, wohingegen keine Veränderungen in Selbstmitgefühl und Lebensqualität nachgewiesen werden konnte.

HautKompass® konnte die Selbststigmatisierung verringern und die Akzeptanz von Menschen mit chronischen Hauterkrankungen substanziell verbessern. Als erstes deutschsprachiges Programm dieser Art bietet *HautKompass*® daher eine vielversprechende Ergänzung zur dermatologischen Regelversorgung, welche aktuell keine adäquate psychosoziale Versorgung für Menschen mit chronischen Hauterkrankungen bietet, sondern sich oftmals auf die rein medizinische Behandlung beschränkt. Auch die ersten zugelassenen digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) für Personen mit

Hauterkrankungen dienen in erster Linie der Unterstützung bei Hautpflege und Symptomanagement (z.B. Juckreiz). Psychisch erkrankte Patient:innen können natürlich das reguläre psychotherapeutische Angebot in Anspruch nehmen, was jedoch mit vielen Hindernissen wie langen Wartelisten verbunden sein kann. Auch fehlt es an Therapeut:innen mit psychodermatologischer Expertise. *HautKompass*® soll diese Lücke schließen und eine niederschwellige Intervention für Patient:innen bieten, die aufgrund ihrer Hauterkrankung psychosozial belastet sind. Die Einbeziehung von Patient:innen in die Entwicklung des Programms konnte dabei sicherstellen, dass ihre Bedürfnisse bestmöglich berücksichtigt wurden. *HautKompass*® unterstützt Patient:innen darin, ihre eigenen Gesundheitsziele zu verfolgen, und fördert ihre Teilhabe am Versorgungsprozess. Das webbasierte Format ermöglicht es Patient:innen, die Intervention selbstständig, zeitlich flexibel und in der eigenen Umgebung zu durchlaufen, was insbesondere bei schweren körperlichen Symptomen vorteilhaft sein kann.

Aufgrund der bisher erfolgreichen Umsetzung wird aktuell eine zweite randomisiert-kontrollierte Studie zu *HautKompass*® durchgeführt, in welcher das Programm auf alle chronischen Hauterkrankungen ausgeweitet wird und nicht nur Patient:innen aus Deutschland sondern auch aus Österreich und der Schweiz teilnehmen können. Langfristig soll außerdem eine *HautKompass*®-App entwickelt werden, um den Zugang zu erleichtern und eine flexiblere Nutzung im Alltag zu ermöglichen.

[Login](#)

Willkommen bei HautKompass!

Wir freuen uns, dass Du hier bist. Ziel dieses Programms ist es, dass Du Dich in Deiner Haut wohler fühlst. Bearbeite die Module einfach eigenständig und von Zuhause aus.

[Los geht's](#)

Zur Teilnahme an der HautKompass-Studie registriere Dich bitte über den folgenden Link. Du erhältst dann alle weiteren Informationen per E-Mail.

[Registrieren](#)

Was ist HautKompass?

HautKompass bietet Unterstützung für Menschen mit Hauterkrankungen, die psychisch unter ihrer Hauterkrankung leiden und sich mit ihrem Aussehen unwohl oder unsicher fühlen.

Das HautKompass-Projekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Das Programm wurde von Psychologinnen, Dermatologen und Betroffenen entwickelt und besteht aus 8 Einheiten, die Du eigenständig, zeitlich flexibel durchlaufen kannst. Jede Einheit besteht aus Übungen sowie Tipps und Tricks für Deinen Alltag. Die Bearbeitung nimmt jeweils ungefähr 20 Minuten in Anspruch.

Ist HautKompass kompliziert?

Nein, die Nutzung von HautKompass ist einfach und Du bekommst zu Beginn eine Einführung in die verschiedenen Funktionen. Solltenst Du doch einmal technische Probleme haben, helfen wir Dir gerne weiter. Du erreichst uns unter der E-Mail-Adresse team@hautkompass.com.

Was brauche ich um HautKompass nutzen zu können?

- **einen Computer mit Internetzugang** – HautKompass ist zurzeit als webbasierte Anwendung verfügbar, die am besten am Computer bearbeitet werden kann.
- **Motivation!** – Du kannst HautKompass sehr flexibel und an Deinen Alltag angepasst nutzen, aber es ist wichtig, am Ball zu bleiben. Veränderungen in unserem Verhalten und Befinden passieren meist nicht über Nacht, sondern brauchen Zeit, Übung und Durchhaltevermögen. Wir empfehlen Dir daher, mindestens eine Einheit pro Woche zu durchlaufen und auch in Deinem Alltag ab und an zu üben. Wenn Du möchtest, kannst Du außerdem alle absolvierten Einheiten wiederholen.

[Überzeugt? Registere Dich einfach hier](#)

HautKompass – Dein Navigator zu mehr Wohlbefinden

Hast Du heute einen Hauttag? Vor 4 Jahren ist der „Alopecia Awareness Day“ entstanden.

Lea Hoffmann – Alopecia areata, Hypopigmentie

Ist der Einsatz von Cortikosteroiden bei mir und meiner Krankheit sinnvoll?

Sarah Wagner – atopische Dermatitis

Ich habe Measur gehabt und meine Krankheit ist schlimmer.

Maria Torres – Vitiligo

Mein Name ist Paul, ich bin seit über 20 Jahren mit Psoriasis.

Paul Schulze – Psoriasis

Ich bin seit 10 Jahren und habe seit ungefähr 2 Jahren Hauterkrankung.

Emmal Bodern – Alopecia areata

Wir sind Anna Neumann und Matthias Berger. Wir sind Psychologinnen und begleiten Dich durch HautKompass.

Anna Neumann & Matthias Berger

Das Team

PD Dr. Rachel Sommer

Dr. Neuza da Silva

Caroline F. Z. Stuhlmann, MSc.

Juliane Traxler, MSc.

[Besuche auch gerne unsere Website](#)

Kooperationspartner

Walden-Info

Kunstst

Referenzen

Copyright © 2025 HautKompass. All Rights Reserved.

[Datenschutzrichtlinien](#) | [Impressum](#)

29

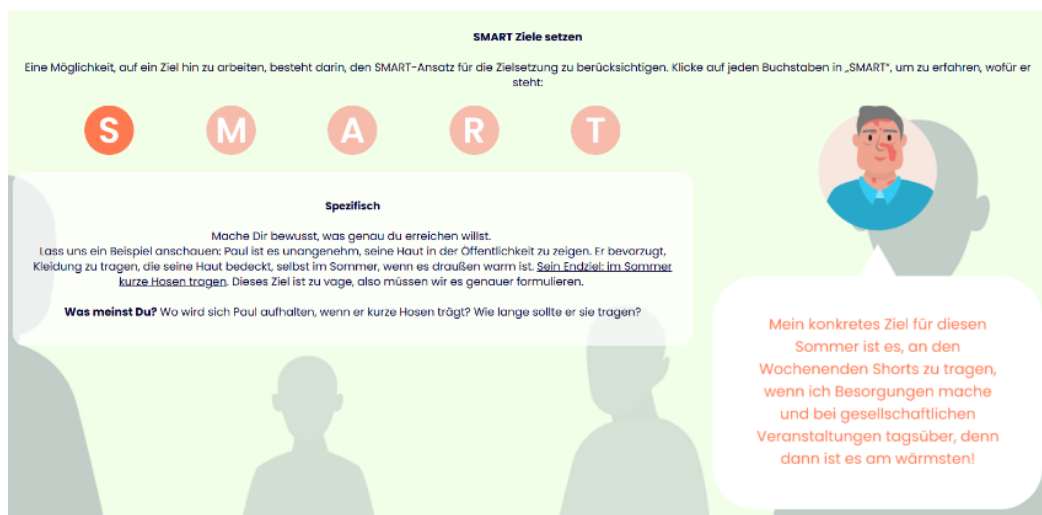


Abbildung 2. Beispiele für Übungen im *HautKompass®*-Programm.

Referenzen

- 1 Temel AB, Bozkurt S, Alpsoy E. 029 Internalized stigma in acne vulgaris, vitiligo and alopecia areata. *Journal of Investigative Dermatology* 2017; 137: S197.
- 2 Sommer R, Augustin M, Mrowietz U et al. Stigmatisierungserleben bei Psoriasis – qualitative Analyse aus Sicht von Betroffenen, Angehörigen und Versorgern. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete* 2019; 70: 520–6.

- 3 Topp J, Andrees V, Weinberger NA et al. Strategies to reduce stigma related to visible chronic skin diseases: a systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology JEADV* 2019; 33: 2029–38.
- 4 Traxler J, Stuhlmann CFZ, Graf H et al. Interventions to Reduce Skin-related Self-stigma: A Systematic Review. *Acta dermato-venereologica* 2024; 104: adv40384.
- 5 Stuhlmann CFZ, Traxler J, Paucke V et al. Predictors and mechanisms of self-stigma in five chronic skin diseases: A systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology JEADV* 2024.
- 6 Traxler J, Stuhlmann CFZ, Da Silva Burger N et al. Self-Stigma in Adults Living With Chronic Skin Disease: Development of the HautKompass Web-Based Program and Pilot Test of Its Usability, Acceptability, and Feasibility. *JMIR formative research* 2025; 9: e70290.
- 7 Hilbert A, Baldofski S, Zenger M et al. Weight bias internalization scale: psychometric properties and population norms. *PloS one* 2014; 9: e86303.
- 8 Durso LE, Latner JD. Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity (Silver Spring, Md.)* 2008; 16 Suppl 2: S80-6.

Dermatillomanie (Skin Picking) -

Vorstellen eines multimodalen psychosomatisch-dermatologischen Behandlungskonzeptes für Patient:innen mit Dermatillomanie

Andrea Eisenberg, Hersbruck

Definition:

Dermatillomanie, auch als **Skin-Picking (Disorder)** bezeichnet, ist eine psychische Störung, die durch wiederholtes, zwanghaftes Bearbeiten der eigenen Haut (z. B. Kratzen, Quetschen, Zupfen) gekennzeichnet ist. Dieses Verhalten führt zu sichtbaren Hautläsionen, Narben und Infektionen und verursacht erheblichen Leidensdruck sowie psychosoziale Beeinträchtigungen.

Der Begriff Dermatillomanie leitet sich aus dem Griechischen ab und setzt sich aus den folgenden drei Worten zusammen: Derma (Haut), tillein (zupfen) und mania (Begeisterung, Wahnsinn). Die Dermatillomanie zählt ebenso wie die Trichotillomanie und die Onychotillomanie zu den sog. **BFRBs (Body Focused Repetive Behaviors)**. In der Literatur finden sich etliche Synonyme für die Dermatillomanie (1):

Deutsch	Englisch
Dermatillomanie	Dermatillomania
pathologisches Hautzupfen/-quetschen	Pathologic Skin Picking
chronisches Hautzupfen/-quetschen	Chronic Skin Picking
Skin-Picking-Störung	Skin Picking Disorder
Exkoriationsstörung	Excoriation Disorder
neurotische Exkoration	Psychogenic/Neurotic Excoriation
franz.: Acne excoriée (des jeunes filles)	Grooming Disorder

Bereits im Jahr 1875 beschrieb der englische Arzt Sir Erasmus Wilson erstmals „*neurotic excoriation*“ als eine nicht kontrollierbare Tätigkeit, die sich gegen die eigene Haut richtet und die ihm zuerst als Symptom bei Neurosepatienten aufgefallen war (2). Das Verhalten, das er beschrieb, beinhaltete das Drücken, Reiben, Kratzen, Kneifen und Bearbeiten der Haut, bis diese sichtbare Schäden aufwies. Dabei waren sich die Betroffenen bewusst, dass sie sich selbst verletzten, konnten den Drang, dies zu tun, jedoch nicht kontrollieren, obwohl viele von ihnen es bereits wiederholt versucht hatten (3).

Diagnostik:

Trotz dieser frühen Beschreibung waren die BFRBs bis vor einigen Jahren eine noch wenig verstandene, unterdiagnostizierte und meist unzureichend behandelte Krankheitsgruppe, obwohl sie eine relativ hohe Prävalenz haben. Die Prävalenz wird z. B. in den USA in der allgemeinen Bevölkerung auf 1,4% bis 5,4% geschätzt (2).

Erst seit **2013** ist die Störung als eigenständige Diagnose im **DSM-5** unter den „Zwangsspektrumsstörungen“ klassifiziert:

Diagnosekriterien (DSM-5)

- Wiederkehrendes Bearbeiten der Haut mit resultierenden Läsionen
- Mehrfache erfolglose Versuche, das Verhalten zu reduzieren oder zu stoppen
- Klinisch bedeutsamer Leidensdruck oder Einschränkungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- Ausschluss anderer Ursachen (z. B. dermatologische Erkrankungen, Substanzkonsum, andere psychische Störungen)

Im ICD10 ist die Dermatillomanie noch keine eigene Diagnose, sondern wird – ähnlich der Trichotillomanie (ICD10: F63.3) - als „Störung der Impulskontrolle“ (ICD10: F63.8) verschlüsselt, obwohl dies von der Funktionalität her nur teils zutrifft. Im ICD11 wird die Symptomatik den körperbezogenen repetitiven Verhaltensstörungen zugeordnet (Code: 6B25.1).

Krankheitsbild:

Skin Picking manifestiert sich vorwiegend im Jugendlichen-Alter, zeitlich oft korrelierend mit einer Akne. Es gibt dann noch einen zweiten beschriebenen Manifestationsgipfel zwischen 30-40 Jahren.

Das Zupfen und Bearbeiten der Haut ist in geringem Umfang normal. Für die Diagnosestellung einer Dermatillomanie mit Krankheitswert muss eine dtl. Beeinträchtigung des Lebens durch das Skin Picking gegeben sein: So berichten manche Betroffene von stundenlangen Skin-Picking Handlungen, andere von sehr vielen aber kurzen Episoden (diese können auch über 100mal/Tag auftreten). Als Folge ist neben dem Hautbild auch das soziale Leben der Betroffenen beeinträchtigt.

Für die Schweregrad-Einschätzung hat sich die *Skin Picking Scale Revised (SPS-R)* bewährt, eine autorisierte Version wurde von Dr. Christina Gallinat ins Deutsche übertragen (4) und wird auch zur Diagnostik in unserer Klinik regelmäßig eingesetzt.

Abgrenzung gegenüber anderen Formen selbstverletzenden Verhaltens:

Die Dermatillomanie ist dabei von anderen Formen selbstverletzenden Verhaltens abzugrenzen, die anderer spezieller Behandlungen bedürfen. Z. B. kann Selbstverletzung das Ziel beinhalten, sich über den Verletzungsschmerz wieder zu spüren (bei Traumapatienten in dissoziationsnahen oder dissoziativen Zuständen). Auch kann eine selbstverletzende Handlung gleichermaßen Ausdruck von Hilflosigkeit und Aggression sein, berührt dadurch das Gegenüber und zieht es in die Interaktion hinein (bei der Borderline-Störung). Selbstverletzendes Verhalten kann auch die Intention beinhalten, sich selbst zur Bestrafung Schmerz zuzufügen. Diese Betroffenen haben oft sogenannte Täterintrojekte verinnerlicht, wie sie bei Pat. mit langjähriger – sadistischer – Gewalterfahrung in der frühen Entwicklung zu beobachten sind. Diese verinnerlichten Täteranteile veranlassen die Betroffenen, sich selbst schlecht zu behandeln (im Sinne einer Selbstinstruktion: „Leide, Du hast es nicht anders verdient“). Selbstverletzung kann auch als Artefaktstörung auftreten, ist dann häufig mit anderen psychischen Erkrankungen verbunden. Drogeninduzierte Selbstverletzungen sind ebenfalls von der Dermatillomanie abzugrenzen.

Studie zur Behandlung der Dermatillomanie

Da das Störungsbild in der dermatologischen Psychosomatik durchaus häufig ist, haben wir in der KIRINUS PsoriSol Klinik zwischen 2022-2024 von den mit der Diagnose „Skin Picking“/„Dermatillomanie“ behandelten Patienten die epidemiologischen Daten erfasst und eine Studie zum Outcome unter dem damaligen Behandlungsansatz durchgeführt. Alle Patienten waren in vollstationärer Akut-Behandlung auf einer Psychosomatischen Abteilung mit psychodermatologischem Schwerpunkt. Die Behandlungszeit umfasste mindestens 4 Wochen, wurde dann gfls. bedarfsgerecht verlängert – auf maximal 9 Wochen.

Behandlungsansatz

Die Patienten wurden im Rahmen der prästationären Diagnostik nach ihren therapeutischen Anliegen gefragt und zu Beginn entsprechend ihrem Behandlungsauftrag 2 verschiedenen Behandlungs-Settings zugeteilt: Im einen Setting wurde über alle Behandlungsansätze hinweg (verbale Gruppentherapien, Tanztherapie, Kunsttherapie, Einzel-Psychotherapie) eher stabilisierend und ressourcenorientiert gearbeitet (eher kürzere Behandlungszeit), im anderen Setting eher aufdeckend (mind. 6 Wochen Behandlungszeit). In beiden Settings waren auch Patienten mit anderen dermatologischen und psychischen Erkrankungen in den Gruppentherapien.

Alle Patienten mit Dermatillomanie nahmen zusätzlich an einer speziellen „Skin-Picking-Gruppe“ teil. In dieser Gruppentherapie wurden nach Erarbeitung eines allgemeinen Krankheitsmodells zum Skin Picking individuelle Trigger herausgearbeitet, und es wurden Strategien zum Umgang mit dem Drang zum Skin Picking erarbeitet, ca. 3 Std. eher Informationsvermittlung. In den folgenden themenzentrierten Gruppentherapiestunden gab es die Gelegenheit zum Austausch über den individuellen Leidensdruck und die Folgen der Symptomatik, den Umgang mit der Krankheit im sozialen Kontext und auf Wunsch der Teilnehmer wurden auch weitere Themen, die in Zusammenhang mit der Symptomatik standen, aufgegriffen:

SKIN PICKING GRUPPE: 3 Stunden Information – Themen:

- Wissenswertes über Skin Picking
- Krankheitsmodell-Vermittlung, individuelle Auslöser finden
- Stimulus-Kontrolle, Habit-reversal-Training
- Emotionen rund ums Knibbeln (Scham und Schuldgefühle)
- Hilfreiche Kognitionen, Selbstwert
- Prognose, Rückfallrisiko, Rückfallprophylaxe
- Informationen für Familienmitglieder, externe Unterstützung

Dermatologischerseits erfolgten ein bis zwei Visiten/Woche mit dem Schwerpunkt der Versorgung der Hautläsionen, bei Bedarf (größere Wunden) erfolgte auch eine fachpflegerische Betreuung durch das Wundmanagement. Subjektiv war insbesondere für die Patientinnen, die das Skin Picking überlagernde körperdysmorphe Ängsten hatten, „die richtige“ Hautpflege oft sehr wichtiges Thema, wobei wir seitens der Pat. mit dieser Diagnose auch einen hohen Druck auf die behandelnden Dermatologen wahrnahmen – hinsichtlich der Optimierung der Hautpflege und auch der Möglichkeiten zur Nachbehandlung von Narben.

Basis-Behandlungsplan:

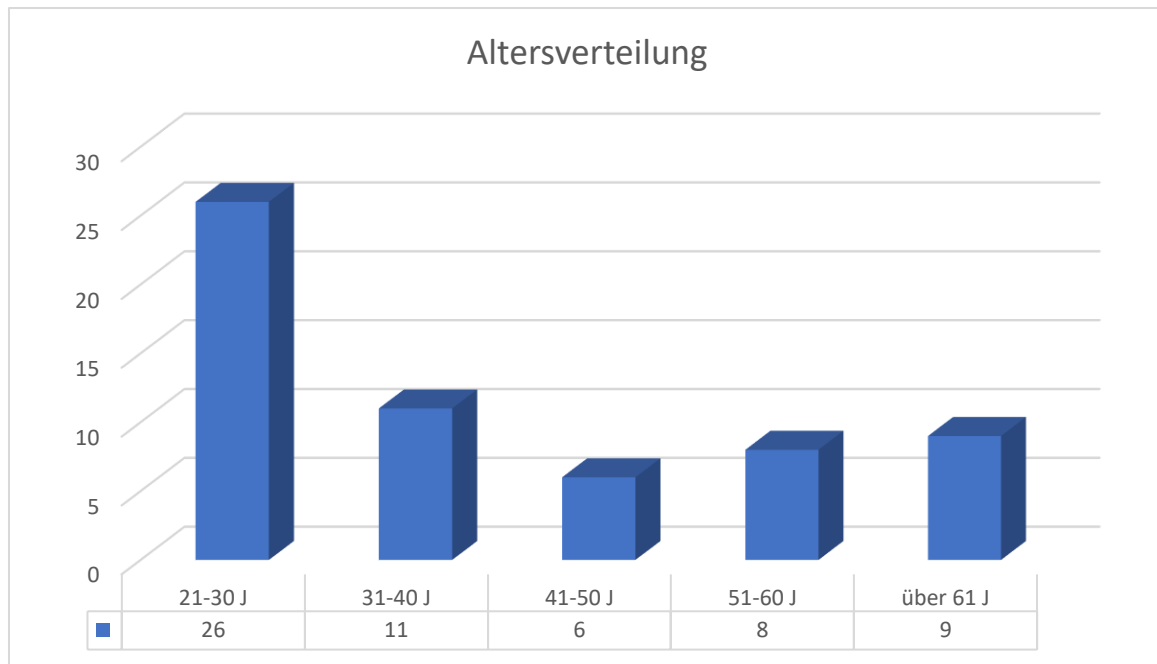
####	Wochenplan Gruppe A 02.12. - 08.12.2024 						
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag (Heute Wischdesinfektion durch die Reinigung)	Freitag	Samstag	Sonntag
07:00	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
08:00	Vitalzeichenkontrolle 08:10 - 08:20 Uhr	Morgenaktivierung (smart) 08:15 - 08:40 Uhr	Morgenaktivierung (stromm)	Morgenaktivierung (smart) 08:15 - 08:40 Uhr	Morgenaktivierung (stromm)		
09:00			Kunsttherapie (II) 09:00 - 10:40 Uhr	Yoga 09:10 - 10:00 Uhr	Imagination 09:00 - 09:50 Uhr	Wochenendausblick 09:00-09:30 Uhr	
10:00		Facharztvisite Ab 10:00 Uhr (individuelle Terminvergabe)	Interdisziplinäre Fallbesprechung				
11:00	Psychoedukation 11:00 - 11:50 Uhr			Themenzentr. Gruppe 11:00 - 11:50 Uhr	Großteam (bis 12:30)		
	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13:00		Sport Aktiv 13:10 - 14:00 Uhr	Dermatologische Visite Ab 13:15 Uhr (individuelle Terminvergabe)		Sport Aktiv 13:10 - 14:00 Uhr		
14:00	PMR 14:05 - 14:50 Uhr	Problemlösegruppe 14:30 - 15:45 Uhr		Achtsamkeit 14:00 - 14:50 Uhr	PMR 14:10 - 15:00 Uhr		
15:00	Kunsttherapie (I) 15:00 - 16:40 Uhr		Körpererleben in der Bewegung 15:00 - 16:40 Uhr				
16:00							
	Abendessen	Abendessen	zw. () 17:00 - 17:30 Uhr Kontrolle Salbenplan	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
18:00		Abendgruppe 18:00 - 18:30 Uhr		Abendgruppe 18:00 - 18:30 Uhr			Abendgruppe 18:30-19:00 Uhr

Ergänzend erhielten die Patienten Bezugspflegegespräche (häufige Themen: Aufgreifen alltagspraktischer Themen, aber auch Basis-Hautpflege oder Skills), bei Bed. eine sozialtherapeutische Behandlung und für das Skin Picking bei Bed. ein sog. Skin Picking Armband.

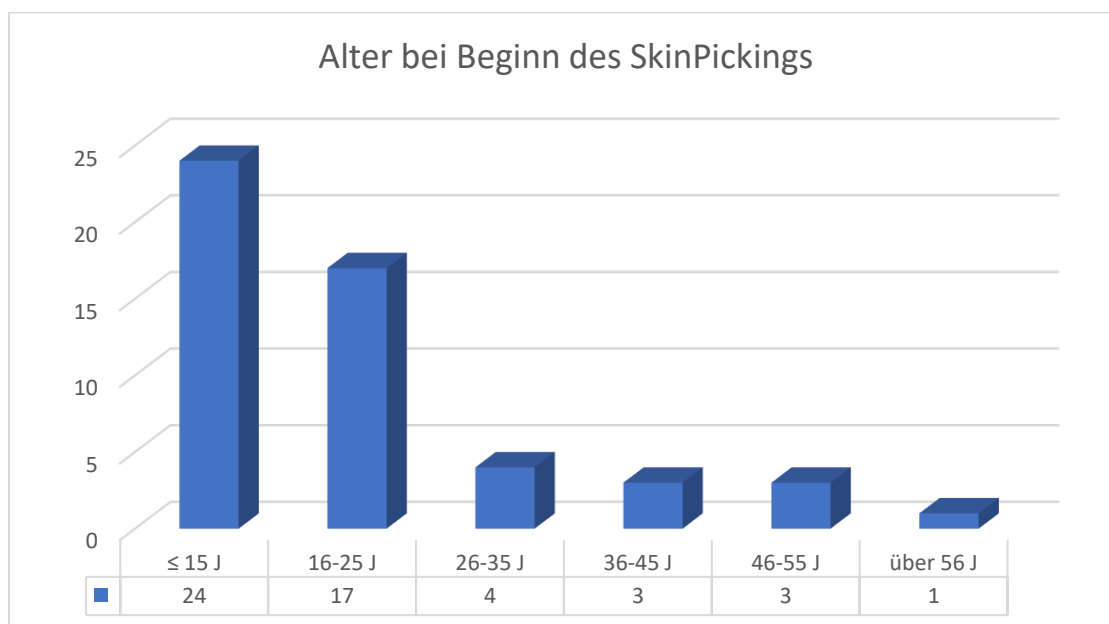
Ergebnisse

Ein Teil der behandelten Pat. erteilte seine aktive Zustimmung zur Studie leider nicht, so dass wir insgesamt nur 60 Patienten statistisch erfassten und deren Daten auswerten.

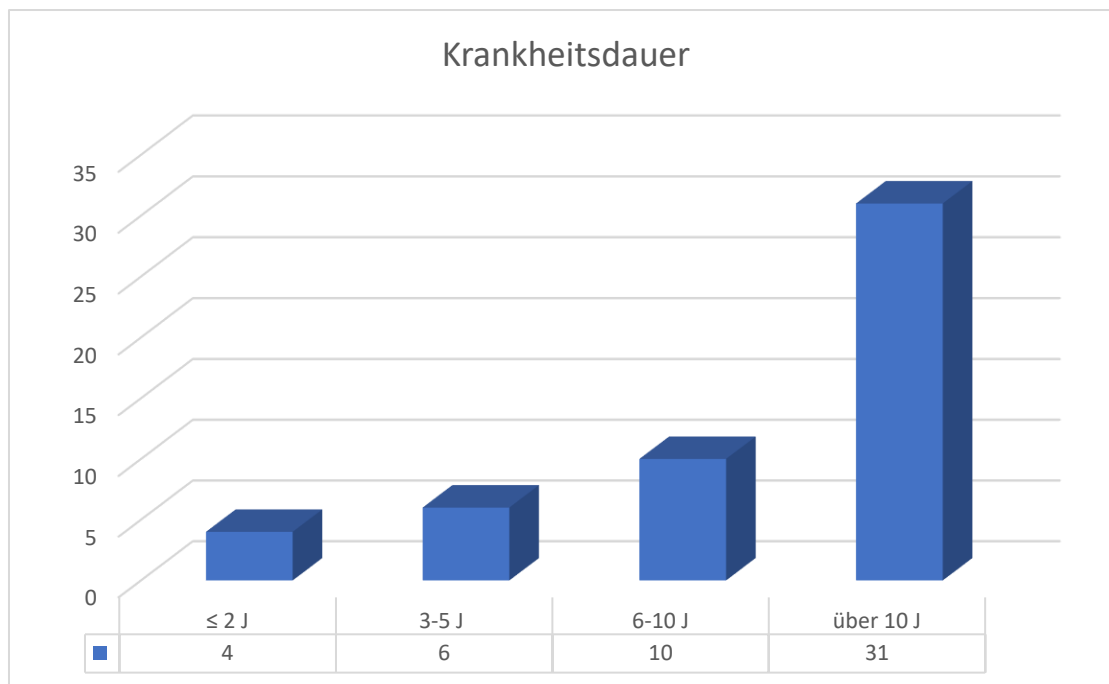
Alters- und Geschlechtsverteilung: Unsere Klientel war zu über 90 % weiblich: 56 Frauen und 4 Männer.



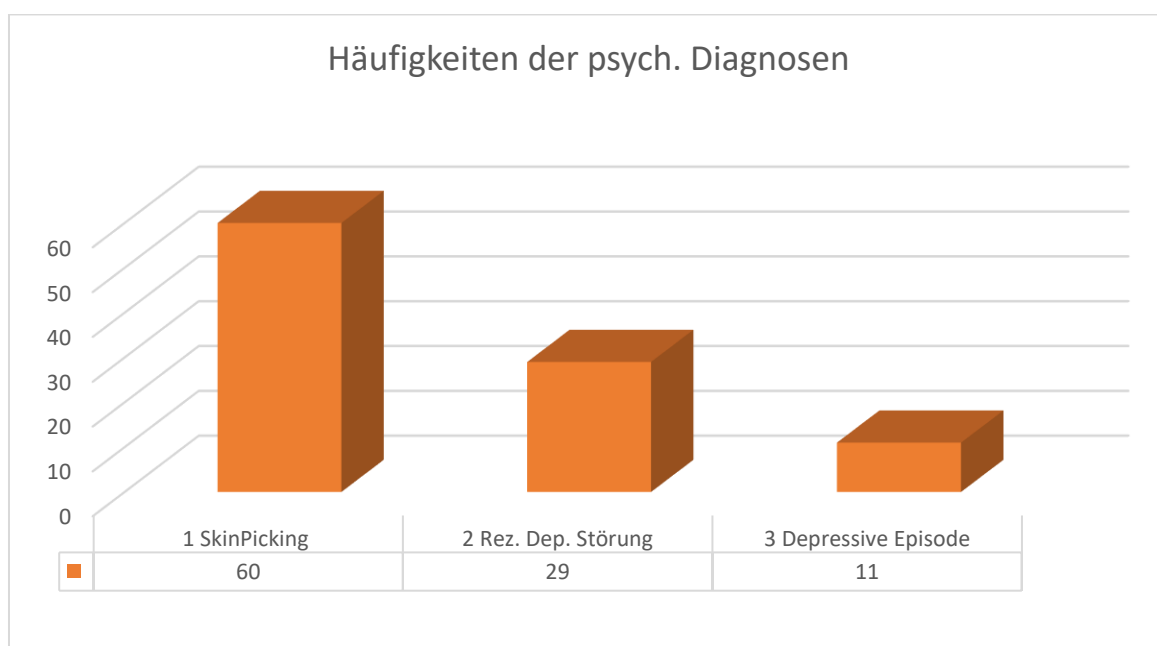
Hinsichtlich der Altersverteilung waren 25 Patienten (41,7%) unter 30 Jahren, danach blieb die Altersverteilung in den vier weiteren erfassten Dekaden bis über 60 Jahre rel. konstant.



Der Beginn des Skin Pickings lag bei 24 Patienten vor dem 16. Lebensjahr, bei weiteren 17 Patienten vor dem 26. Lebensjahr. Mit höherem Alter nahm die Manifestation ab., den in der Literatur beschriebenen 2. Gipfel im mittleren Erwachsenenalter fanden wir nicht.

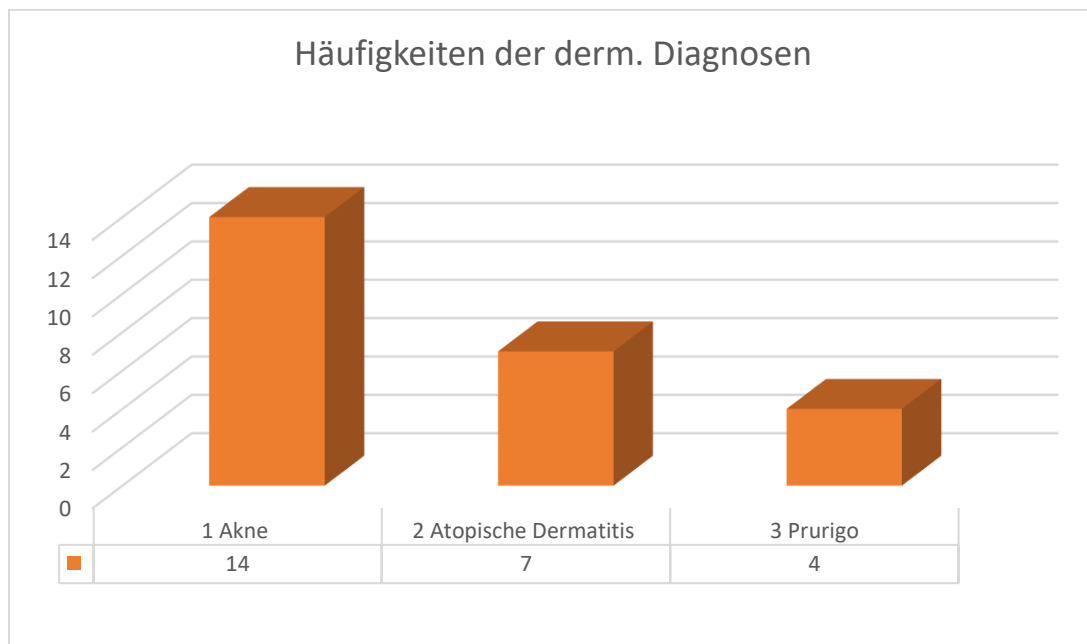


Die von uns stationär behandelten Patienten zeigten eine eher längere Krankheitsdauer: 31 der Befragten gaben eine Krankheitsdauer von mehr als 10 Jahren an, hatten somit einen hohen Chronifizierungsgrad. Dies ist sicher in Zusammenhang mit dem Umstand der Daten-Rekrutierung in einer Spezialklinik zu sehen, weist aber evtl. auch die Unterversorgung im amb. Bereich hin.



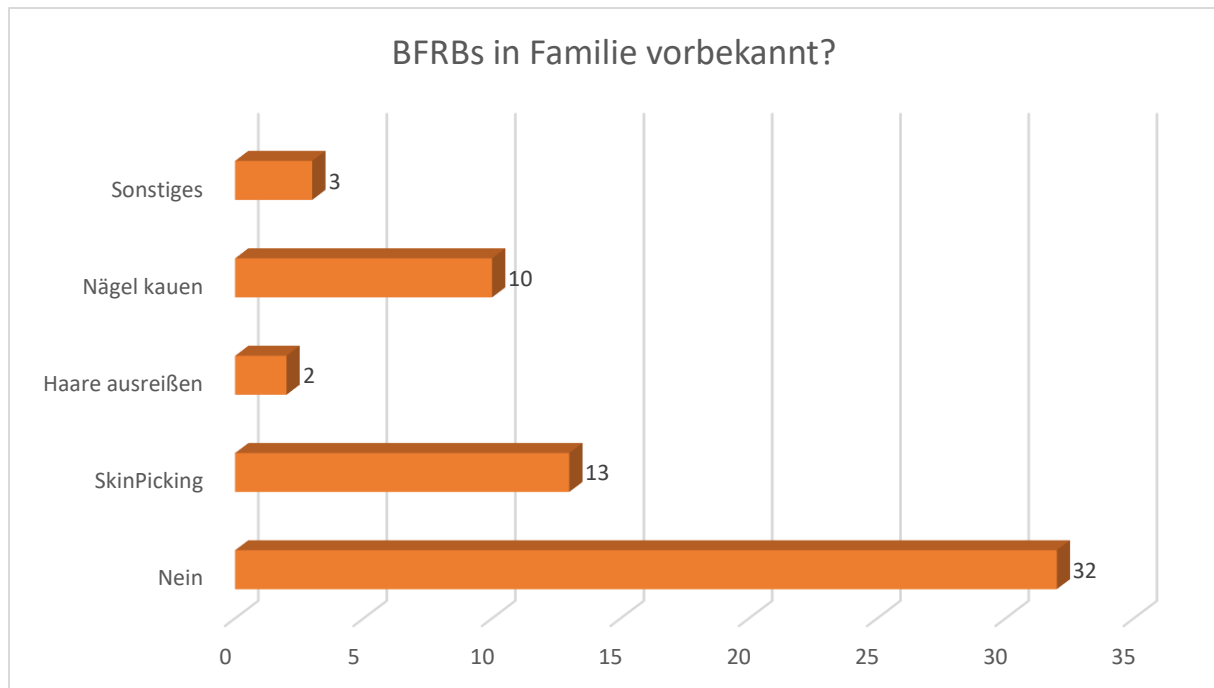
Die Krankheitslast und Chronifizierung der behandelten Patienten zeigte sich auch in der Häufigkeit psychischer Begleitdiagnosen: Zwei Drittel unserer Patienten hatten

eine zusätzliche depressive Erkrankung – entweder im Rahmen einer rez. depressiven Störung oder als erste depressive Episode.



Etwa die Hälfte der Patienten hatte eine weitere dermatologische Erkrankung: Erwartungsgemäß sahen wir am häufigsten eine Akne (14 der 60 Patienten). 7 Patienten litten zusätzlich an einer atopischen Dermatitis, 4 Patienten an Prurigo.

28 der 60 Patienten schilderten eine familiäre Belastung mit BFRBs, die sich wie folgt verteilt:



Dies kann als Hinweis auf eine genetische Disposition angesehen werden, gleichermaßen kommt auch der Aspekt des Modelllerns hinzu: Einige der Patientinnen schilderten, dass ihre Mütter ebenfalls (auch intensiv) von Skin Picking betroffen gewesen wären. Manche berichteten auch von einer familiären (Schwestern, Cousinsen) bzw. transgenerational (Mütter, Großmütter) hohen Fokussierung auf Reinheit der Gesichtshaut (Modelllernen scheinbar häufiger, wenn das Skin Picking in Zusammenhang mit einer körperdysmorphen Angst auftrat.)

Klinisch beobachten wir die Dermatillomanie

- als Zwangshandlung mit sich aufbauendem Handlungsdruck
- als Maßnahme zur Emotionskontrolle bei Stress,
- bei Langeweile,
- „unbewusst“ nebenbei – automatisiert,
- als Sonderform mit dem Ziel der Hautoberflächenoptimierung bei zugrunde liegender körperdysmorpher Angst – ohne Erreichen des Vollbildes der körperdysmorphen Störung.

Dabei wiesen die alle Pat. mind. 2 oder mehr dieser genannten Aspekte auf.

Entsprechend war der psychotherapeutische Fokus etwas unterschiedlich: bei eher zwanghaften Anteilen arbeiteten wir bisweilen auch mit einer unterstützenden Medikation mit SSRIs, gingen wie bei anderen Zwangshandlungsstörungen von einer gewissen genetischen Disposition aus. Immer wurde ein Krankheitsmodell erarbeitet, das auch auf die Funktionalität der Störung einging. Interessanterweise bezeichneten manche unserer Patienten das Einschließen im Badezimmer zur Hautbearbeitung auch als einzige „me-time“ in ihrem Alltag, erlebten das Verhalten als eine Art Selbstfürsorge.

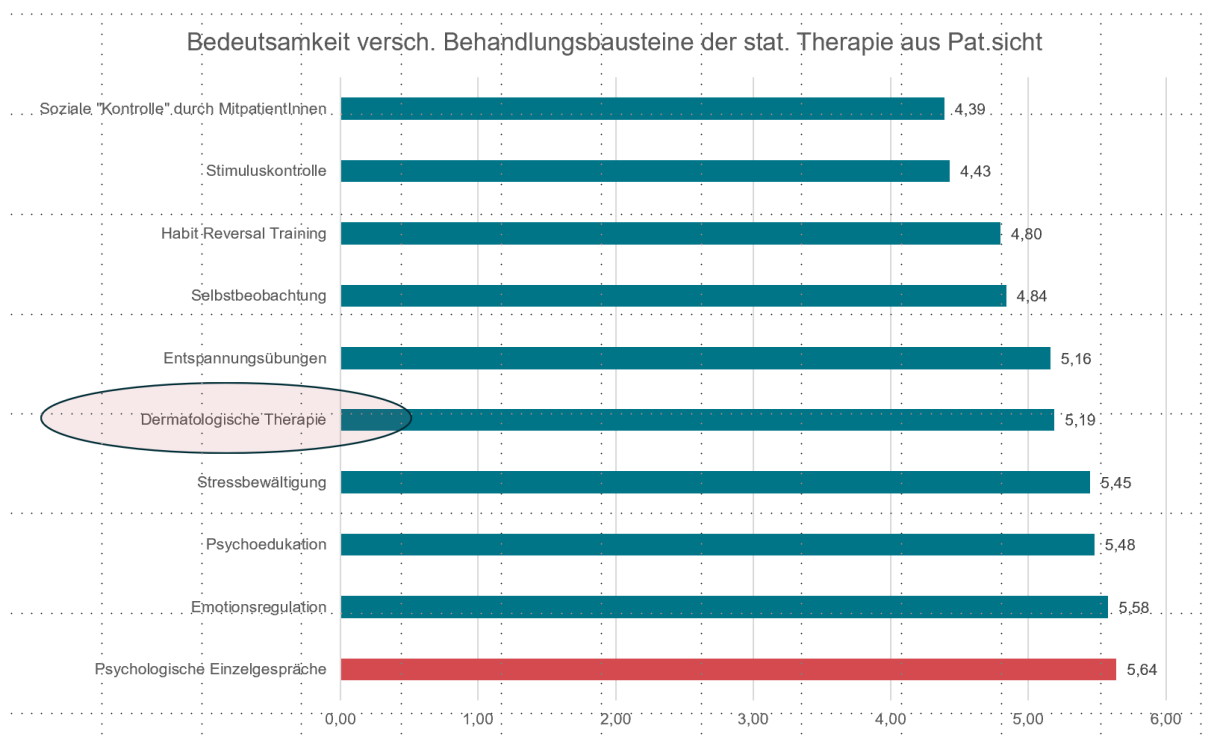
Handelte es sich eher um evtl. konditionierte Handlungen („Immer, wenn ich lese, taste ich die Haut an den Armen ab und knibbele Unregelmäßigkeiten weg“) oder verlief das Verhalten völlig unbewusst, galt es zunächst, das Skin Picking bewusster in die Wahrnehmung zu holen, z.B. durch Einsatz eines sog. Skin Picking-Armbandes, das entsprechend programmiert, einen Vibrationsalarm sendet.

Komplexer wurde der Behandlungsansatz bei zugleich bestehender Teilsymptomatik bzw. dem Vollbild einer auch vorhandenen körperdysmorpher Störung. Bei der Dysmorphobie erlebt die Betroffene eine mehr oder weniger großen Diskrepanz zwischen ihrer subjektiven Wahrnehmung („ich sehe schlimm aus – so werden mich alle ablehnen“) und der objektiven Einschätzung durch das Gegenüber („ist normales oder sogar hübsches Aussehen“). Die betroffenen Patientinnen (hier behandelten wir nur betroffene Frauen) leiden oft unter einer Selbstwertstörung und versuchen, diese durch Perfektion in anderen Bereichen zu kompensieren. Dabei waren sie meist gleichermaßen streng im Umgang mit sich selbst wie mit ihrem Gegenüber (uns Ärzten), stellten dabei durchaus hohe Forderungen, so dass wir als Ärzte ihre innere Not, die hinter dem fordernden Auftreten steht, im ärztlichen Alltag schnell übersehen.

Dieses Verhalten führte auch immer wieder zu Spannungen zwischen den Patientinnen und den zuständigen dermatologischen Assistenzärzten, die turnusmäßig im Rahmen ihrer Weiterbildung nur jeweils wenige Monate dermatologisch zuständig waren. Dabei waren zwei Interaktionelle Verstrickungen zwischen den Ärzten und den Patienten besonders häufig zu beobachten: Die jungen Kollegen gingen anfangs freundlich auf die Pat. ein, waren zu Beginn ihrer dermatologischen Ausbildung bisweilen selbst noch unsicher, wurden durch die scheinbare Wirkungslosigkeit ihrer verordneten Externa, die ihnen seitens der mit dem Hautbild nicht zufriedenen Patientinnen zurückgemeldet wurde, ihrerseits verunsichert – mit der Folge einer Neigung zur Polypragmasie bei der Lokaltherapie. Das Verhalten der Patientinnen führte jedoch auch durch die Unzufriedenheit mit der angebotenen Behandlung teils zu einer distanzierten

ärztlichen Abgrenzung gegenüber den Patientinnen. Beides beobachteten wir besonders häufig bei den Pat. mit körperdysmorphen Ängsten. Hier brauchte es eine immer wieder kehrende Reflexion über diese Beziehungsmuster, um im guten Arzt-Patienten-Kontakt zu bleiben.

Mit diesen Themen (Hilflosigkeit und Insuffizienz) konfrontiert, fanden es die dermatologischen Assistenzärzte entlastend, durch die Studiendaten zu erfahren, wie wichtig ihr Behandlungsangebot den Patienten trotzdem war: Die dermatologische Therapie wurde von den Pat. hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit für den Behandlungserfolg an Top 5 von den insgesamt über 20 Therapieangeboten genannt. Bei der Einordnung der Tabelle unten ist es wichtig zu wissen, dass die psychotherapeutischen Einzelgespräche (Top 1) pro Woche in der Regel 50 min umfassen (in der Aufnahmewoche 2mal 50 min), die dermatologische Visite jedoch nur 5-10 min /Woche.

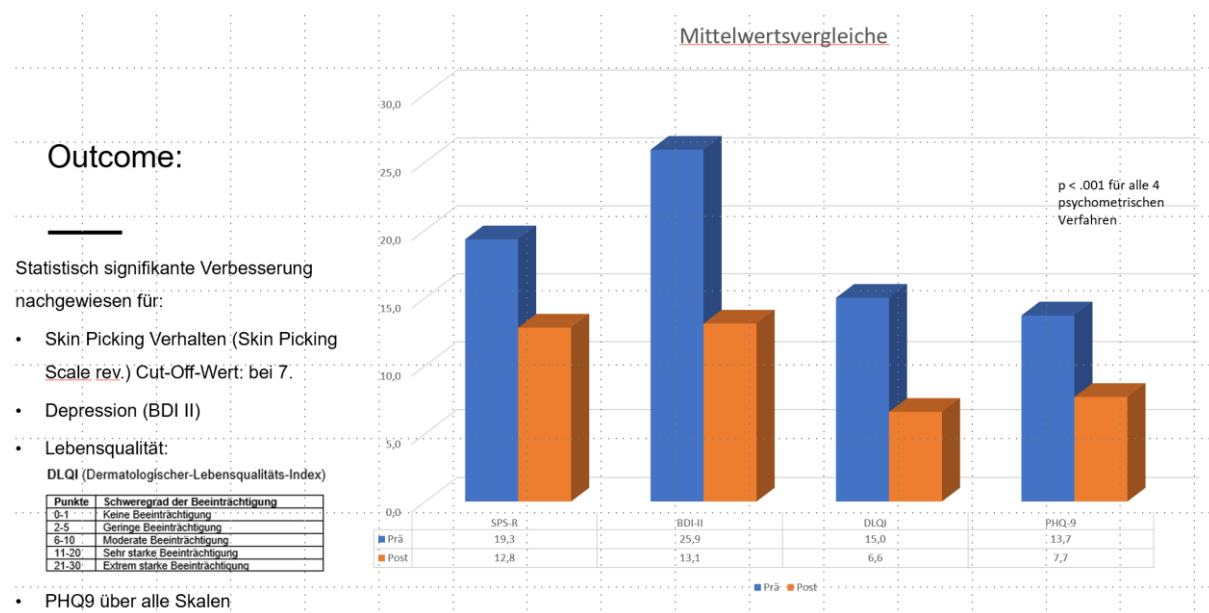


Outcome der Behandlung hinsichtlich der Dermatillomanie und der psych. Belastung:

Insgesamt konnte durch die oben beschriebene Behandlung eine gute Besserung der Symptomatik erzielt werden: korrelierend zu den persönlichen Berichten der Patienten

im Entlassgespräch (und der sog. Psych. Basis-Dokumentation) zeigte die psychometrische Test-Diagnostik in den Mittelwerten der vier eingesetzten Fragebögen eine statistisch signifikante Verbesserung der Gesundheit bzw. Reduzierung der Krankheitslast:

Die Skin Picking Scale zeigte einen Rückgang der Scores von 19,3 auf 12,8 bei einem Cut-Off Wert von 7. D. h., die Symptomatik besteht weiterhin, ist aber dtl. gemindert. Der resultierende Gewinn an Lebensqualität zeigte sich unmittelbar im DLQI mit einer Veränderung von 15 Punkten (sehr starke Beeinträchtigung) auf 6,6 Punkte (moderate Beeinträchtigung). Wir beobachteten auch einen Rückgang der depressiven Begleitsymptomatik, der sich im Becks Depressions Inventar (BDI II) durch einem Rückgang der depressiven Symptome von einem Punktwert von im Mittel 25,9 bei Aufnahme (mittelschwere depressive Symptome) auf 13,1 bei Entlassung (minimale depressive Symptome) abbildete. Im PHQ zeigte sich eine statistisch signifikante Verbesserung über alle Skalen (auch Ängste).



„Take-Home-Message“ - das subj. Erleben des Patienten:

Der betroffene Patient „kann subjektiv nicht anders“, zeigt kein vorsätzliches Verhalten.

Der entstandene Hautschaden ist Folge des inneren Dranges und das Verhalten geht kurzfristig mit einem positiven Gefühl einher, danach überwiegen in der Regel Scham und Schuldgefühle.

Etliche Patienten ziehen sich wegen der sichtbaren Hautschäden sozial zurück – oder betreiben hohen Aufwand für eine Camouflage (Make-Up) – eher bei sozialen Ängsten und körperdysmorphen Sorgen.

Manche Betroffene sind so schwer betroffen, dass sie über dem Skin Picking ihre normalen sozialen Aktivitäten (Arbeit, Familie, Freunde-Bekannte-Hobbies) nur noch sehr eingeschränkt wahrnehmen können – eher bei hohen zwanghaften Anteilen.

Oft fühlen sich Patienten mit der Symptomatik allein, hilflos und nicht angenommen.

„Take-Home-Message“ – hilfreiche Grundhaltung für den Dermatologen:

Symptomatik ernst nehmen

Verständnis für die Sorgen der Betroffenen haben und zeigen: Empathische, wertungsfreie Haltung

Gfls. bei der Wundpflege unterstützen

Gfls. zur optimalen Hautpflege beraten

Gfls. (insbesondere bei Pat. mit körperdysmorphen Sorgen) auch Behandlungsanliegen freundlich begrenzen (z. B. Wünsche nach exzessiver kosmetischer Behandlung - aber auch zu frühe Lasertherapie zur Narbenkorrektur nicht unmittelbar erfüllen) und erklären, warum aktuell nicht indiziert.

Gezielte psychotherapeutische Behandlungsansätze können den Leidensdruck der Betroffenen dtl. senken. An die Möglichkeit der psychotherapeutischen Mitbehandlung amb. und/oder stationär denken und diese gfls. vorschlagen (Hinweise für Grenzen der amb. dermatol. Versorgung: eigenes Überforderungsgefühl oder stagnierender Befund trotz dermatolog. Behandlung oder dtl. soziale Beeinträchtigung der Betroffenen).

Andrea Eisenberg

Fachärztin für Psychosomatische Medizin

Ltd. Ärztin der Psychodermatologie,

KIRINUS PsoriSol Klinik, Hersbruck

Referenzen

1. Mehrmann L Met al. Dermatillomanie (Skin-Picking-Störung): Diagnostik,... Akt Dermatol 2017; 43: 477–491
2. J. E. Grant et al.: Perspectives. Skin Picking Disorder. American Journal of Psychiatry, Nov. 2012, Vol. 169, Iss. 11, pp 1143-1149
3. J. Torales et al.: Cognitive behavioral therapy for excoriation (skin picking) disorder (In: Telangana Journal of Psychiatry, 2014)
- 4, Gallinat C, Keuthen NJ, Backenstrass M. Ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von Dermatillomanie: Reliabilität und Validität der deutschsprachigen Version der Skin Picking Scale-Revised. PPM Psychother Psychosom Medizinische Psychologie 2016; 66: 249–255

Vorankündigung/ Save the Date

Einladung!

32. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie in der DDG Hochschule Fresenius Hamburg 12. und 13.06.2026

Liebe Kolleginnen & Kollegen,

wir freuen uns, Sie zur 32. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie, einzuladen, die vom 12.-13.06.2026 in der Hochschule Fresenius in Hamburg stattfinden wird.

Motto

Psychodermatologie im Fokus:

Interdisziplinär denken - gemeinsam behandeln

Es erwarten Sie spannende und vielseitige Vorträge und Workshops und ein geselliges Abendprogramm am 12.06.2026.

Wir möchten Sie in diesem Zusammenhang auch gerne zur Mitgliederversammlung des AkPsychDerm in Hamburg einladen.

Wir freuen uns über eine rege Teilnahme & kollegialen Austausch.

Weitere Information und Anmeldung:

www.akpsychderm.de

Weitere Vorankündigungen/ Save the Dates

**European Society for Dermatology
and Psychiatry (ESDaP)
Conference
vom 30.06. - 01.07.2026
in Manchester**

Weitere Informationen und Anmeldung:

<https://badannualmeeting.co.uk/>

**Symposium des AkPsychDerm
auf der 30. Fortbildungswoche
für praktische
Dermatologie und Venerologie
vom 08.07. - 10.07.2026
in München**

Weitere Informationen und Anmeldung:

<https://fortbildungswoche.de/>

Vorankündigung/ Save the Date
Jahrestagung der DGPM und DKPM
am 04.-06.03.2026 in Berlin

Weitere Informationen und Anmeldung:

<https://www.deutscher-psychosomatik-kongress.org/>

Vorankündigung/ Save the Date
EADV Wien 30.09.-03.10.2026

Weitere Informationen und Anmeldung:

<https://eadv.org/congress/>

Vorankündigung/ Save the Date
DWFA Köln 27.-29.11.2026

Weitere Informationen und Anmeldung:

<https://dwfa.de/>

Aktuelle Neuigkeiten und Tagungsinformationen finden Sie auch auf unserer Homepage **www.akpsychderm.de** unter der Rubrik '**Tagungen und Aktuelles**'.

Beitrittserklärung

Die Beitrittserklärung kann mit folgenden Angaben direkt über die Homepage des AkPsychDerm (<https://www.akpsychderm.de/beitritt.php>) erfolgen:

Titel:..... Nachname:.....

Vorname:.....

Anschrift:.....

Telefon:...../..... Fax:...../.....

E-Mail:@.....

Mit der Nutzung meiner Emailadresse für die Zusendung des Jahresrundbriefes/ Newsletters und Einladungen zu Tagungen des APD bin ich einverstanden:

Ja ☐ Nein ☐

Mit der Veröffentlichung meiner Adresse innerhalb des APD bin ich einverstanden:

Ja ☐ Nein ☐

Mit der Weitergabe meiner Adresse an Patienten bin ich einverstanden:

Ja ☐ Nein ☐

Arbeitsschwerpunkte:

.....

.....

Folgende KollegInnen könnten sich auch für die Aktivitäten des APD interessieren:

.....

Eine postalische Zusendung kann erfolgen an: Dr. med. Gabriele Rapp, Klinikum Stuttgart, Hautklinik Bad Cannstatt, Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart.

Der Jahresbeitrag beträgt derzeit € 45,00. Zahlungen bitte an:

Gabriele Rapp-APD
Sparkasse Wittgenstein, Bad Berleburg
IBAN: DE98 4605 3480 0000 0139 12
BIC: WELADED1BEB

Zur Reduzierung der Verwaltungskosten bitten wir Sie, am Lastschriftverfahren teilzunehmen:

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (AkPsychDerm) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (AkPsychDerm) 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:

Name der Bank:

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:

Dr. med. Gabriele Rapp, Klinikum Stuttgart, Hautklinik Bad Cannstatt, Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart. GRapp@klinikum-stuttgart.de