

**Leitlinie der Dt. Dermatologischen Ges. (DDG),  
des Dt. Kollegiums f. Psychosomatische Medizin (DKPM),  
der Dt. Ges. f. Psychotherapeutische Medizin (DGPM),  
und der Allg. Ärztl. Ges. f. Psychotherapie (AÄGP)**

**AWMF-Leitlinien-Register**

**Nr. 013/024**

**Entwicklungsstufe:**

**2 + IDA**

## Psychosomatische Dermatologie (Psychodermatologie)

### 1. Anliegen der Leitlinie

Ziel der Kurzfassung der "Leitlinie psychosomatische Dermatologie" ist die Darstellung und Entwicklung inhaltlicher und struktureller Standards für den Bereich psychosomatische Dermatologie in der Versorgung von Hautkranken. Auf der Basis empirischer Untersuchungen zur Prävalenz und zur aktuellen Versorgungssituation werden wissenschaftlich fundierte Daten zu bedarfsgesteuerten Anforderungen hinsichtlich Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität dargestellt. Hieraus resultierende Empfehlungen für die Weiterbildung zur Implementierung von psychosomatischer Dermatologie und deren Evaluation schließen die Leitlinie ab.

#### 1.1 Auftraggeber

Die vorliegende Leitlinie wurde auf Anregung der AWMF auf der Grundlage systematischer Literaturrecherchen erstellt. Auftraggeber sind die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) und die Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) sowie der Kommission Qualitätssicherung als Vertreter der DDG und vom Berufsverband Deutscher Dermatologen (BVDD).

#### 1.2 Zielgruppen

Die Leitlinie richtet sich an die Dermatologen und die Fachkollegen des Gebietes Psychotherapeutische Medizin und verwandter Disziplinen sowie an Kollegen anderer somatomedizinischer Fächer, an Patienten und Kostenträger.

#### 1.3. Technisches Vorgehen

Die systematische Sichtung der vorliegenden Literatur orientierte sich an den Kriterien von Sackett et al 1991. Als ebm-Einstufungskriterien (ebm = evidence based medicine) gelten I = "gut belegte Wirksamkeit", II = "wahrscheinlich wirksame Behandlung", III = "nach Expertenmeinung wirksam". Die Sicherheit von Empfehlungen wird abgestuft als A = gute "evidence", eine Maßnahme zu empfehlen oder nicht zu empfehlen, B = ausreichende "evidence", C = ungenügende "evidence" zu empfehlen oder nicht zu empfehlen; eine Interventionsempfehlung kann aufgrund bestimmter Gegebenheiten gerechtfertigt sein. Die Referenzliteratur ist im Quellentext (Harth W, Gieler U. Psychosomatische Dermatologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2005) aufgeführt. Die vorliegenden Befunde wurden von einer Expertenrunde zusammengestellt und in einem Konsensusprozeß unter Einbeziehung relevanter Nachbardisziplinen validiert. Die Leitlinie wurde auf der Jahrestagung des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie am 16.09.2006 von allen anwesenden Kongreßteilnehmern diskutiert und im Sinne einer Delphi-Konferenz verabschiedet. Die Experten (siehe Namen am Ende des Textes) hatten anschließend noch Gelegenheit, Verbesserungsvorschläge einzureichen, diese wurden alle berücksichtigt und in die hier vorliegende Fassung eingearbeitet.

#### 1.4. Beziehungen zu anderen Leitlinien

Die vorliegende Leitlinie wurde in Abstimmung mit der Leitlinie "[Konsil- und Liaison-Psychosomatik](#)" (Franz, Herzog et al 2000), "[Artifizielle Störungen](#)" (Eckardt et al 2002) und die Leitlinie "[Lebensqualität in der Dermatologie](#)" (Augustin et al 2002)

zusammengestellt, auf die hingewiesen wird. Die dort enthaltenen allgemeinen bzw. spezifischen Ausführungen des Erkrankungsbildes Artefakt und die Darstellung der möglichen diagnostischen Erfassung von Lebensqualität in der Dermatologie werden hier deshalb nicht abgehandelt.

## 2. Definition des Bereichs Psychosomatische Dermatologie

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

### **Prozessqualität einzelner Problembereiche**

#### **Psychosomatische Aspekte bei Hauterkrankungen**

Es gibt Hauterkrankungen, bei denen systematische Untersuchungen darauf hinweisen, dass psychische Faktoren erheblichen Einfluß auf Manifestation und Verlauf der Hautsymptomatik haben können (zum Beispiel: Neurodermitis, Psoriasis, Kontaktdermatitis, Akne, Urtikaria u.a., früher als "Psychosomatische Dermatosen" zusammengefasst). Umgekehrt werden chronische Hauterkrankungen von den Betroffenen oft als hochgradig belastend erlebt. Dies kann bei entsprechender Disposition zur Manifestation psychischer Störungen führen (ehemals "Somatopsychische Dermatose"). In jedem Falle ist von erheblichen interindividuellen Unterschieden auszugehen. Die Frage, ob (und wenn ja mit welchem Stellenwert) beim individuellen Patienten von psychosomatischen oder somatopsychischen Zusammenhängen auszugehen ist, kann in aller Regel nicht objektiv beantwortet werden. Es besteht die Gefahr, dass die Antwort in hohem Umfang das diesbezügliche Krankheitsmodell der Beteiligten spiegelt. Vor diesem Hintergrund haben sich die Mitglieder der Leitlinienkommission für eine deskriptive, auf den Einzelfall (Krankheitsbild, -konstellation) bezogene Kodierung psychodermatologischer Symptomatiken geeinigt. Dies beinhaltet den Verzicht auf die gesamten etablierten, aber inhaltlich unbefriedigenden, weil kontrovers diskutierten ätiologischen Begriffe. Demgegenüber lassen sich psychische Störungen mit auf die Haut bezogener Symptomatik, etwa Dermatozoen- und andere Wahnsyndrome, somatoforme Störungen oder chronisch vorgetäuschte Störungen, als eigene Kategorie beschreiben. Kennzeichnendes Merkmal ist, dass keine die Symptomatik erklärende und /oder eine sekundär induzierte Hauterkrankung vorliegt.

Therapeutische Ansätze beinhalten die Betrachtung der Arzt(Arztshelferin)-Patient-Beziehung, Compliance-Faktoren, Lebensqualität des Hautpatienten und Psychohygiene des Hautarztes sowie Maßnahmen, die im Rahmen des Praxismanagements und der psychosomatischen Grundversorgung einschl. der Indikation zur Fachpsychotherapie in der Hautarztpraxis umsetzbar sind.

#### **Problemstellung**

Die genannte Definition psychosomatischer Aspekte in der Dermatologie im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells impliziert, daß bei jedem Patienten und jedem Symptom diese Faktoren betrachtet werden müssen. Darüber hinaus sollen Problembereiche, bei denen häufig oder implizit psychosomatische Grundkenntnisse notwendig sind, für die Hautarztpraxis definiert werden.

### **Strukturqualität der dermatologischen Ausbildung**

Jeder Facharzt für Dermatologie soll nach abgeschlossener Weiterbildung und Gebietsanerkennung in der Lage sein, die in der Definition genannten Inhalte zu beherrschen und diese adäquat in der Praxis umsetzen zu können.

Dies beinhaltet i.d.R. eine von der jeweiligen Landesärztekammer festgelegte Ausbildung in psychosomatischer Grundversorgung. Diese kann bei den Fortbildungsakademien der Landesärztekammern, an Psychotherapeutischen Weiterbildungsinstituten oder im Baukastenprinzip durch den "Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie der DDG" erworben werden.

Für die Dermatologie werden außerdem mindestens 5 in Supervisions-Seminaren vorgestellte Patientenfälle psychosomatischer Hautpatienten erwartet. Darüber hinaus sind Kenntnisse der theoretischen Aspekte speziell von Hautpatienten (taktile Entwicklungspsychologie, Affekt der Scham, Nähe-Distanz-Konflikt etc.) erforderlich. Die Strukturqualität kann auch durch langjährige Erfahrung und Anwendung psychosomatischer Grundkenntnisse (d.h. dokumentierte regelmäßige Durchführung von Gesprächsleistungen) gesichert werden.

### **Anwendungsbereiche der Leitlinie**

Psychodermatosen im engeren Sinne werden in 3 Gruppen eingeteilt:

- Psychische und psychiatrische Störungen, die mit einer dermatologischen Symptomatik einhergehen
- Dermatosen mit multifaktorieller Genese, bei deren Entstehung und/oder Verlauf psychische Einflüsse eine Rolle spielen
- Psychischen Störungen als Komobidität oder psychische Komplikationen von dermatologischen Erkrankungen (somatopsychische Störungen)

## **3. Prävalenz und versorgungsrelevanter Bedarf**

Die Häufigkeit psychischer Probleme bei Hautpatienten wird mit 25 - 30% nach methodisch gut dokumentierten Erhebungen angegeben (ebmII). In einer Umfrage an deutschen Hautkliniken geben ca. 25% aller Chefärzte an, daß psychische Faktoren in der Behandlung eine Rolle spielen (ebmIII). Im psychosomatischen Konsildienst werden im Durchschnitt nur 0,1 - 0,6% aller Patienten psychosomatisch mitbetreut. Dermatologische Konsile werden nach Statistiken verschiedenster Kliniken in 7% aller Konsilanforderung beansprucht. Mögliche organisatorische Verbesserung der Versorgung ist ein integratives Konzept im Sinne der Liaison-Psychosomatik (ebmII).

Der Vorteil eines integrativen Behandlungskonzeptes liegt darin, daß weder somatische noch psychotherapeutische Gesichtspunkte außer acht gelassen werden. Die Tatsache, daß integrative Modelle der Zusammenarbeit zwischen Hautkliniken und Psychosomatik erst an wenigen Kliniken etabliert sind, mag auch einen Grund darin haben, daß Hautpatienten konflikthafte Themen meiden und sich auf ihr Hautorgan zurückziehen und somatische Aspekte in den Vordergrund stellen. Auch sind nicht sämtliche Patienten, bei denen eine psychosomatische Hauterkrankung vorliegt, zu einer Psychotherapie motiviert. Einen wichtigen Gesichtspunkt bei der Indikationsstellung zu einer Psychotherapie stellt die Psychotherapiemotivation des Patienten dar. Diese ist bei Hautpatienten im Vergleich zu anderen psychosomatischen Patienten hochsignifikant verringert (ebmI).

In einer 1999 durchgeführten Umfrage an 69 Hautkliniken Deutschlands zeigte sich ein deutlicher Trend psychosomatische Aspekte bei der Behandlung der Hautkranken zu berücksichtigen.

In den Hautkliniken, die den Fragebogen zurückgeschickte hatten (51%) gaben ca. 80% der Kliniken an, daß sie psychosomatische Aspekte in der Therapie der Hautpatienten berücksichtigen. Insgesamt 5% aller in Hautkliniken arbeitenden Mitarbeiter haben nach diesen Angaben eine qualifizierte Ausbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren oder der psychosomatischen Grundversorgung. Am häufigsten werden Konsilangebote aus der Psychiatrie (71%), von niedergelassenen

Psychotherapeuten (43,5%) oder vom psychosomatischen Konsildienst (30,4%) angenommen, so daß insgesamt von einer guten Zusammenarbeit auszugehen ist.

Allerdings sind nur 46% der Hautkliniker der Meinung, daß ihre psychosomatische Versorgung ausreicht. Stationär arbeitende Dermatologen waren im Durchschnitt der Ansicht, daß bei knapp einem Viertel der Hautkranken ein psychosomatisches Therapieangebot notwendig ist. Diese Schätzung liegt nur marginal unter den aus Studien bekannten Prozentzahlen. Der Anteil an somatoformen Störungen bei der differentialdiagnostischen Erfassung wird mit knapp 10% zu niedrig eingeschätzt, da diagnostische Erhebungen gezeigt haben, daß mit ca. 18% aller Patienten zu rechnen ist, die eine sogenannten somatoforme Störung haben und damit den herkömmlichen Therapieansätzen meist sich widersetzen (ebmII).

Betrachtet man die differenzierte Bewertung der Dermatologen zu den einzelnen vorgegebenen Krankheitsbildern so wird deutlich, dass es bei deren diagnostischer Beurteilung unterschiedliche Antworten hinsichtlich der Annahme gibt, ob die Erkrankung kausal bzw. wesentlich von psychosomatischen Faktoren beeinflusst wird, und ob eine adjuvante oder begleitende psychosomatische Intervention oder keine Intervention für erforderlich gehalten wird. Während bei Krankheitsentitäten wie Dermatozoenwahn, Trichotillomanie, Artefakt-Krankheit, Acne excoriée und Pruritus sine materia meist eine kausale oder mindestens adjuvante Intervention für erforderlich gehalten wird, geben die stationär behandelnden Dermatologen bei Erkrankungen wie Tinea pedum, Basaliom, Verrucae vulgaris, seborrhoischem Ekzem und Virusinfektionen keine Begleittherapie als sinnvoll an. Hier erweist sich die bisherige Abschottung klinischer Disziplinen im stationären Sektor als Hindernis eines notwendigen fachübergreifenden Krankheits- und Behandlungsverständnisses. Bei den chronischen entzündlichen Dermatosen wie Neurodermitis, Psoriasis, Urticaria, Acne vulgaris aber auch Sklerodermie und Melanom wird eine adjuvante Intervention als sinnvoll angesehen. Bei den Dermatosen: Lichen ruber, Hyperhidrosis, Rosacea und dyshidrosiformes Ekzem werden von den Dermatologen sehr unterschiedliche Bewertungen zu psychosomatischen Aspekten abgegeben.

In der Umfrage stellte sich heraus, daß als häufigstes Therapieverfahren die Gabe von Psychopharmaka mit fast 80% angegeben wird. Psychotherapeutisch vertiefte Gespräche werden in 72,5% angewendet. Diese Zahlen lassen allerdings eine gewissen Unkenntnis der Somatiker vermuten, da gleichzeitig kassenärztlich anerkannte Psychotherapieverfahren wie Verhaltenstherapie nur mit 36,2% und psychodynamische fundierte Therapieverfahren nur mit 20,3% angegeben werden. Eine größere Bedeutung haben offenbar Entspannungsverfahren.

Beim Vergleich der Einschätzung zur Bedeutung psychischer Faktoren bei einzelnen Krankheitsbildern mit einer Befragung 10 Jahre vorher zeigte sich, daß nahezu bei allen Dermatosen, die abgefragt wurden, die Bedeutung psychischer Faktoren höher eingeschätzt wurde als vor 10 Jahren. Lediglich bei zwei Dermatosen (seborrhoisches Ekzem und Hyperhidrosis) wurden weniger Prozentpunkte im Durchschnitt vergeben. Dies könnte darin begründet sein, daß bei diesen Erkrankungen Hinweise auf eine Erregerbedingte Störung in den letzten Jahren häufig publiziert wurden bzw. ein besseres Behandlungsverfahren durch die Injektion von Botulinumtoxin sich etabliert hat.

Als Erwartung an die psychosomatische Versorgung der Zukunft geben die Hautkliniken vor allem die verbesserte Krankheitsbewältigung durch die Patienten an und Hinweise hinsichtlich des Einsatzes von Psychopharmaka.

Hautärzte rechnen nach vorliegenden Statistiken die psychosomatische Grundversorgung deutlich weniger ab als vergleichbare ärztliche Berufsgruppen wie Gynäkologen und Urologen.

#### 4. Die vorpsychotherapeutische Phase in der Dermatologie

Erfahrungsgemäß ist die primäre Motivation eines Hautkranken, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben, im Vergleich mit Patienten, die eine psychosomatische Ambulanz bzw. Klinik aufsuchen, eher gering einzustufen. Im Vergleich mit ambulanten Hautpatienten hatten stationäre Hautpatienten insgesamt eine höhere

Psychotherapiemotivation. Zwischen Neurodermitis und Psoriasis gibt es keine Unterschiede in den Überzeugungen hinsichtlich der Notwendigkeit einer psychischen Mitbehandlung.

Aus dieser Erkenntnis heraus muß davon ausgegangen werden, daß es bei Hautpatienten unabdingbar ist, vor die eigentliche Psychotherapie eine "vorpsychotherapeutische Motivationsphase" zu schalten, um zunächst die Indikation für eine Psychotherapie zu prüfen und den Patienten für eine solche Psychotherapie bei gegebener Indikation zu motivieren. Der Prozess der Motivierung zur und Durchführung von Psychotherapie hat nach Stangier et al (1997) folgende Phasen:

1. Die Vorphase des Problembewusstseins
2. Die Phase der Problemreflexion
3. Phase der Entscheidungsfindung
4. Phase der aktiven Veränderung
5. Phase der Aufrechterhaltung

Die Psychotherapie ist grundsätzlich auf zwei Wegen möglich, zum Einen durch die Selbstveränderung des Patienten auf eigene Initiative oder durch Unterstützung von zum Beispiel Selbsthilfegruppen oder zum Anderen durch Veränderung mittels professioneller Unterstützung (formale Psychotherapie). Die oben genannten Phasen lassen erwarten, dass der Patient in der Regel erst in der Phase der Entscheidungsfindung zur Psychotherapie überwiesen werden kann. Die Motivation hierzu obliegt in der Regel dem vorbehandelnden (Haut-)arzt.

Aus Kenntnis der Mannheimer Kohortenstudie (Franz et al 1994, 2000) ist bekannt, daß sich ca. 65 % der Patienten, bei denen eine Indikation zur Psychotherapie besteht, durch entsprechende Maßnahmen auch motivieren lassen, während 8% trotz bestehender Indikation zur Psychotherapie nicht erreicht werden und eine schlechte Prognose hinsichtlich ihrer psychosozialen Bedingungen in der 8-jährigen Katamnese haben.

## 5. Indikationen zur Psychotherapie in der Dermatologie

Eine Indikation zur Psychotherapie besteht grundsätzlich dann, wenn eine die Lebensqualität des Betroffenen nachhaltig einschränkende psychische Störung (im Sinne einer ICD-10 Diagnose) besteht. Bei Hautpatienten sind dabei folgende Konstellationen häufig (ebmIII):

- Ausgeprägte, subjektiv mit der Hauterkrankung begründete soziale Ängste und Vermeidungsverhalten (Sozialphobie etc.)
- Entstellungsbefürchtungen (Körperdysmorphie Störung)
- Exzessive Manipulationen ohne somatische Ursache an der Haut (Kratzen, Excoriationen etc. bei z.B. Zwangsstörung, Impulsstörung, Artefakt, psychogener Pruritus)

Darüber hinaus kann sich bei Hautpatienten eine Indikation zur Psychotherapie stellen, wenn im individuellen Fall davon auszugehen ist, dass psychische Belastungen regelhaft (akut oder chronisch) eine Verschlechterung der Symptomatik provozieren.

Wenn die Indikation zur Psychotherapie gestellt werden kann, so stellt sich die Frage, welche Form der Psychotherapie geeignet ist. Wissenschaftliche Befunde, anhand derer eine differentielle Psychotherapieindikation rational begründet werden könnte, gibt es bislang nicht, so dass hier vielfach die individuellen Modelle von Patienten und deren Ärzten/Therapeuten den Ausschlag geben dürften bzw. diese auch von der Verfügbarkeit der anerkannten psychotherapeutischen Methoden vor Ort abhängig ist (ebmIII).

Bei psychodynamischen Psychotherapieverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalyse) werden beeinträchtigende – oft unbewusste - Erlebnismuster bearbeitet, die aus Kindheitserfahrungen entstanden sind und die im täglichen Leben immer noch wirksam sind. Psychodynamische Therapieverfahren erforschen das Zusammenwirken zwischen bewussten und unbewussten seelischen Prozessen als Hintergrund des Erlebens und Verhaltens. Im Fokus psychodynamischer Psychotherapieverfahren steht eine Klärung und Bearbeitung beeinträchtigender Erlebnismuster und Gefühlsreaktionen. Psychosomatische Symptombildungen an der Haut

werden beispielsweise als unbewusste Kompromissbildungen vor dem Hintergrund grundlegender Konflikte, psychischer Entwicklungsstörungen oder psychischer Traumatisierungen mit teilweise bereits in der Kindheit erworbenen fixierten Einstellungen oder Haltungen verstanden. Durch die Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung unter Bearbeitung des Widerstandes, von Konflikten und der Abwehrmechanismen wird ein Durcharbeiten unbewusster Beziehungskonflikte in Gang gesetzt, die auch bedeutsam für die Hauterkrankung und deren Krankheitsbewältigung sein können. Konflikte bezeichnen Interessengegensätze zwischen inneren Motiven und Forderungen von außen oder den inneren Widerstreit von Motiven und Bestrebungen, z.B. Triebkräften. Dabei wird bei psychosomatischen Patienten die Motivationsarbeit zu Beginn einer Psychotherapie eine bedeutende Rolle spielen. Studien belegen die Wirksamkeit psychodynamischer Therapieverfahren bei vielfältigen psychischen Störungen.

Die Verhaltenstherapie strebt eine zielgerichtete Veränderung dysfunktionaler Erlebens- und Verhaltensmuster an. Beispiele sind das Einüben von Selbstsicherheit oder einer besseren Kontrolle über das Kratzen. Grundlage ist hier ein empathischer Therapeut, der zunächst gemeinsam mit dem Patienten eine Analyse der aktuell relevanten Probleme erarbeitet. Hiervon ausgehend, im "hier und jetzt", werden Strategien zur konstruktiven Problemlösung entwickelt. Dabei wird von lerntheoretisch begründeten Modellen ausgegangen, die der Therapeut auf Situation und Möglichkeiten des Patienten adaptiert. Das zielorientierte und dabei auch für den Patienten transparente Vorgehen bedeutet die Möglichkeit auch für den tendenziell zunächst eher unmotivierten Patienten einen Zugang für psychosomatische Zusammenhänge zu schaffen. Es werden Zwischenschritte definiert, die dann nach entsprechender theoretischer Vorbereitung, im Rahmen von Übungen avisiert werden. Im positiven Fall bedeutet dies für den Patienten Erfolg, im negativen Fall gibt es Anlass zu einer Überprüfung der Problem- bzw. Bedingungsanalyse. Studien belegen die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Ansätze u.a. in Bezug auf die Juck-Kratz-Problematik (Stimuluskontrolle), Stigmatisierung (Expositionstherapie), Angst- und somatoforme Störungen, Depressionen u.a..

In der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie fördert der Therapeut durch "Wertschätzung", "einführendes Verstehen" und "Echtheit" die Bestrebungen des Patienten, Inkongruenzen zwischen den Erfahrungen und seinem Selbstkonzept auszugleichen. Auch wenn letztere Psychotherapieform in Deutschland zur Zeit kein krankenkassenrechtlich anerkanntes Verfahren ist, soll es dennoch genannt werden, da es eines der verbreitetsten Therapieverfahren in der Welt ist.

Die Studienlage zur differenziellen Wirksamkeit bestimmter Psychotherapieverfahren bei einzelnen Hauterkrankungen ist uneinheitlich bzw. nicht ausreichend untersucht. Hingegen ist die Wirksamkeit bei im Vordergrund stehenden psychischen Störungen, wie Angsterkrankungen und Depression (depressiver Krankheitsverarbeitung), hinreichend belegt.

## 6. Psychotherapie bei Hautkranken - Organisation in der Praxis

Psychotherapie wird in der klinischen Praxis unterschiedlich je nach Ausbildung und Schwerpunkt des eigenen Handelns gewichtet und eingesetzt:

Psychotherapie kommt in folgenden Formen zur Anwendung:

- a. Psychotherapie im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung in der Hautarztpraxis
- b. Psychotherapie in zeitlich und organisatorisch abgegrenztem Maße neben der Hautarztpraxis
- c. Psychotherapie von Hautkranken in der Praxis des Fachpsychotherapeuten
- d. Psychotherapie in der ambulanten Psychosomatik bzw. Verhaltenstherapie-Ambulanz
- e. Psychotherapie im Rahmen von Konsil- und Liaison-Psychosomatik in Hautkliniken

- f. Psychotherapie als integrativer Bestandteil von Schulungsprogrammen bei chronisch-entzündlichen Dermatosen in der Praxis oder ambulanten Rehabilitation-Tagesklinik
- g. Psychotherapie im Rahmen der dermatologischen Rehabilitation
- h. Psychotherapie im Rahmen von psychosomatischer Rehabilitation (durch eigene Klinik, Abteilungen, Stationen oder Schwerpunkte)
- i. Psychotherapie in der klinisch-stationären Akut-Psychosomatik
- j. Psychotherapie von Hautkranken in der psychiatrischen Praxis bzw. Klinik
- k. Psychotherapie von Hautkranken in universitären Polikliniken und Kliniken für Dermatologie

Innerhalb der genannten Rahmenbedingungen werden unterschiedliche methodische und theoretische Konzepte der Psychotherapie bei Hautkranken angewendet. Die Bedeutung der differentiellen Indikationsstellung zu den einzelnen Versorgungsformen in Abhängigkeit von der Problem- und Konfliktsituation im individuellen Einzelfall muß in Zukunft näher erforscht werden.

## 7. Basisdokumentation, Befunderhebung und Qualitätssicherung

Zur Diagnostik stehen neben wissenschaftlichen Instrumenten aus der Verhaltenstherapie und psychodynamischen Psychotherapie inzwischen verschiedene, im deutschsprachigen Raum gut standardisierte psychodermatologische Testverfahren zur Verfügung, auf die bei der Basisdokumentation und Qualitätssicherung zurückgegriffen werden kann:

Marburger Haut-Fragebogen (MHF), Freiburg Life Quality Assessment (FLQA) und Skindex (Fragebogen zur Lebensqualität bei Hautpatienten in deutscher Übersetzung), FEH (Fragebogen zur Entstellung bei Hautpatienten, JKV (Juckreiz-Kognitions-Fragebogen), Fragebogen für Eltern von Neurodermitis-Kindern (FEN), Lebensqualität von Eltern von Neurodermitis-Kindern; Hautzufriedenheitsfragebogen (HautZuf) (ebml-II), (siehe auch Leitlinie Lebensqualität in der Dermatologie von Augustin et al für die DDG).

Darüber hinaus gibt es Testinventare, die auch auf andere Erkrankungen zutreffen und die zum Vergleich zwischen Hautpatienten und sonstigen Erkrankungsgruppen angewendet werden können:

General Health Questionnaire (GHQ-12, deutsche Fassung in Entwicklung), SF36 (Short-form 36 Health Status Questionnaire), Hospital Anxiety und Depression Scale (HADS, deutsche Version), Leipziger Ereignis- und Belastungsinventar (LEBI), Psychopathologische Diagnostik (SCL – Symptom-Check-List 90), Somatoforme Störungen (SOMS), Toronto Alexithymie Skala (TAS, deutsche Version), Hornheider Fragebogen zur Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit von Krebspatienten (Psychoziale Belastung bei onkologischen Patienten).

## 8. Psychosomatische Aspekte bei Hauterkrankungen:

Grundsätzlich sollte im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung bei jeder Hauterkrankung abgeklärt werden, inwieweit ein zusätzlicher psychosomatischer Diagnostik- oder Betreuungsbedarf vorhanden ist.

Bei folgenden Hauterkrankungen liegen nach der Literaturübersicht methodisch gesicherte Daten zum psychosomatischen Behandlungsaspekt vor. Wenn bei den ICD-10 Kodierungen eine oder mehrere F-Diagnose/n (psychische Störung) vorliegt/en, wird/werden diese zusätzlich zur dermatologischen Kodierung aufgeführt.

### 8.1 Acne vulgaris (ICD-10: L70, F54)

Anamnese und Diagnostik: Das subjektive Krankheitserleben der Akne-Patienten korreliert in keiner Weise mit dem objektiven ärztlichen Befund (ebml). Akne-

Patienten sind häufig non-compliant, so dass das Krankheits- und Therapiekonzept der Patienten (Laienhypothesen) in die Therapie mit einbezogen werden muss (ebmII). Akne-Patienten neigen häufig zu depressiven und sozialphobischen Tendenzen (ebmIII) und haben die höchsten bekannten Suizidraten unter den Hautpatienten, vor allem männliche jugendliche Patienten mit Acne conglobata (ebmII), so dass hier in der Diagnostik vor allem depressive Tendenzen abgeklärt werden müssen. Bei allen Akneformen ist die Krankheitsverarbeitung und das Selbstwertkonzept der Patienten häufig gestört (ebmII).

Repräsentativen epidemiologischen Studien zufolge ist nur etwa ein Fünftel der Aknepatienten in medizinischer Betreuung (ebmII). Die meisten Autoren sind der Meinung, dass Aknepatienten, die zum Arzt gehen, auch häufiger psychische Störungen haben, die diagnostiziert und therapiert werden müssen. Mögliche psychische Probleme sind häufig hinter der Akne „verborgen“, die als Ursache für den Arztbesuch vorgeschoben wird (ebmII).

Isotretinoin und Akne: Depression und Suizid sind bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig. Fallberichte weisen zwar auf einen Zusammenhang zwischen der Gabe von Isotretinoin und Depression sowie erhöhtem Suizidrisiko hin. Strengere Beobachtungsstudien und epidemiologische Studien mit unterschiedlichen Designs haben jedoch keine Auswirkung von Isotretinoin im Sinne eines vermehrten Auftretens von Depression und Suizid gefunden (ebmII). In der Praxis sollte demnach weiterhin Isotretinoin zur Therapie der schwerwiegenden Akne eingesetzt werden. Gleichzeitig sollten jedoch die mit Isotretinoin behandelten Patienten und deren Verwandte darüber umfassend informiert werden, dass depressive Symptome sofort mitgeteilt werden sollen. Bei entsprechendem Verdacht sollte eine Überweisung zu einem Psychiater sowie das Absetzen von Isotretinoin erfolgen.

Psychotherapie: Psychosomatische Aspekte sollten immer einbezogen werden, wenn der Verdacht auf depressiv-ängstliche Störungen besteht, insbesondere mit Hinweis auf Suizidgedanken, körperdysmorphe Störungen oder Störungen der Compliance sowie Problemen mit der Krankheitsbewältigung. Befürchtungen, entstellt zu sein, können zu sozialem Rückzug führen. Für die Einstellungsprobleme und das Selbstwertkonzept haben sich sowohl tiefenpsychologische wie verhaltenstherapeutische Therapien bewährt (ebmIII). Bei der Sozialphobie konnte die Wirksamkeit manualisierter Programme in Form von Video-Feedback nach Hünecke und Selbstsicherheitstraining im Rahmen einer Verhaltenstherapie belegt werden (ebmIII).

Psychopharmaka: Die Indikation hängt von der begleitenden psychischen Störung ab. Insbesondere bei höhergradiger Depression oder körperdysmorphen Störungen kann eine kombinierte Therapie (Antidepressiva und Psychotherapie) notwendig sein (ebmIII).

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

Anamnese und Diagnostik: Patienten mit Alopecia areata zeigen eine hohe psychiatrische Komorbidität (ebmI). Stressvolle Lebensereignisse scheinen der Alopecia areata gehäuft vorauszugehen (ebmII). Die Krankheitsverarbeitung der Alopecia führt häufig zu ängstlichen und depressiven Reaktionen (ebmII).

Psychotherapie: Über gute Therapieerfolge wird in Einzelfallstudien sowohl aus psychodynamischer wie auch verhaltenstherapeutischer Sicht hingewiesen (ebmIII).

Psychopharmaka: Der Einsatz von Imipramin scheint einen Einfluß auf die Besserung der Beschwerden und des Haarwachstums zu haben (ebmII).

## 8.3 Analekzem (ICD-10: L23 – L30, F54)

Anamnese und Diagnostik: Ein häufig chronisches Krankheitsbild mit oft schwieriger Diagnostik. Durch die besondere Lokalisation sind viele Patienten per se belastet, besonders wenn Juckreiz dazu kommt. Simple Erklärungsansätze (z.B. Hämorrhoiden) führen nicht selten zu Enttäuschungen bei Patienten und Behandlern. Die Analhygiene ist zu beachten (zwanghafte Mechanismen?). Das multifaktorielle Analekzem ist kein spezifisches psychosomatisches Krankheitsbild im engeren Sinne (ebmII). Bei längerem Verlauf beobachtet man psychische Erkrankungen, am häufigsten Depression.

Psychotherapie: Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung (Anpassungsstörung, Depression oder Zwangsstörung) indiziert, ggf. verhaltenstherapeutische Interventionen zur Durchbrechung des Juckreiz-Kratz-Zirkels (ebml).  
Psychopharmaka: Indiziert bei Vorliegen eines psychischen Krankheitsbildes (ebml).

#### 8.4. Artefakte der Haut (siehe auch Leitlinie Artefakt des DGPM in der AWMF) (ICD-10: F63.8, F 68.1, L98.1)

Anamnese und Diagnostik: Artefakte werden in Simulationen, Paraartefakte und echte Artefakte klassifiziert, letztere noch in zugängliche Impulsstörungen und dissoziierte Artefakte unterteilt. In der Mehrzahl der Patienten handelt es sich um Borderline-Patienten mit deutlichen Persönlichkeitsstörungen, Suchtproblematik und nicht selten auch Missbrauchserfahrung, die zum Teil das normale Ausmaß erheblich übersteigen (ebmIII). Abzugrenzen sind dagegen das Münchhausen-Syndrom mit der Trias: Krankenhauswandern, Pseudologia phantastica und Selbstverletzung und das Münchhausen-Syndrom by proxy, bei dem meist Kinder von ihren Bezugspersonen verletzt werden, um einen Kontakt mit medizinischen Behandlern herzustellen.

Psychotherapie: Eine supportive Psychotherapie ist sinnvoll. Bewährt haben sich psycho-dynamische Therapieansätze (ebmII) zur Stabilisierung der Persönlichkeit, die in der Regel eine Langzeittherapie darstellen. Eine Konfrontation zum angemessenen Zeitpunkt sollte nicht vermieden werden. Eine vorzeitige Konfrontation im Sinne einer kriminalistischen Überführung ist kontraindiziert (ebmIII).

Psychopharmaka: Medikamente haben sich zur Begleitung und der Führung sowie zur Stabilisierung der meist massiven Affekte bewährt und müssen mit entsprechender Fachkenntnis eingesetzt werden (ebmIII).

#### 8.5 Bromhidrosis – Chromhidrosis (ICD-10: L 75.0, L 75.1, F22.8)

Anamnese und Diagnostik: Die psychogene Auslösung ist bisher nur in einem Fallbericht beschrieben worden (ebmIII). Die Möglichkeit einer wahnhaften Entwicklung im Sinne einer olfaktorischen Halluzinose sollte immer in Erwägung gezogen werden.

Psychotherapie: Erfolgreiche Behandlungen durch psychodynamische Therapien sind bisher nur in Fallberichten beschrieben (ebmIII).

Psychopharmaka: Bisher liegen keine Studien (bei wahnhafter Störung Neuroleptika) zur Therapie dieser Störung vor (ebmIII).

#### 8.6 Dyshidrosiformes Ekzem (ICD-10: L23 – L30, F54)

Anamnese und Diagnostik: Subjektive Beeinträchtigungen durch Juckreiz, Brennen und Schmerzen sind häufig, eingeschränkte Lebensqualität auch durch Arbeitsunfähigkeit (ebmIII).

Psychotherapie: Der Einsatz von Biofeedback hat sich durch Studien belegen lassen (ebmII). Entspannungsverfahren wie autogenes Training oder progressive Muskelentspannung scheinen sinnvoll zu sein (ebmIII).

Psychopharmaka: Antihistaminika haben sich bei sedierender Wirkung bewährt, sonst nur nach psychopathologischer Diagnostik entsprechend der Diagnose (ebmIII).

#### 8.7. Epidermolysis bullosa (ICD-10: Q81, F54)

Anamnese und Diagnostik: Die Epidermolysen werden aufgeführt als stellvertretend für auch andere schwere Genodermatosen wie z.B. Xeroderma pigmentosum, Ichthyosen oder Neurofibromatose. Je nach Alter des Patienten gehen insbesondere die dystrophen Formen der Epidermolysen mit einer Entwicklungsverzögerung einher, die einen multiprofessionellen Therapieansatz erfordern. Die psychosoziale Belastung der Familien ist erheblich (ebmIII). Besonders jüngere Epidermolysis-Patienten zeigen eine geringere emotionale Belastung als Patienten mit Neurodermitis, was als Hinweis auf eine Verdrängungshaltung gewertet wurde (ebmII). Im späteren Alter spielen Entstellungsgefühle und die Einschränkung der Lebensqualität, die auch zu

sozialem Rückzug führen kann, eine Rolle (ebmIII).  
Psychotherapie: Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie liegen nicht vor, psychosomatische Unterstützung zur Krankheitsbewältigung erscheint sinnvoll (ebmIII).

Psychopharmaka: Es liegen keine Studien zur Wirksamkeit von Psychopharmaka vor (ebmIII).

### 8.8 Gardner-Diamond-Syndrom (Painful bruising syndrome)(ICD-10: F 68.1)

Anamnese und Diagnostik: Das Syndrom wird häufig in Verbindung mit der Artefakt-Erkrankung berichtet, häufig nach psychischen oder physischen Traumata, fast ausschließlich Frauen betreffend. Sensibilisierung gegen autologen Erythrozyten wird diskutiert (ebmIII). Häufig gefundene Merkmale sind: Hysterie, Depression, Zwangsstörungen, sexuelle Probleme und Feindseligkeit (ebmIII).

Psychotherapie: Bisher keine kontrollierten Studien außer Einzelfallberichte, in denen die Wirksamkeit von Familientherapie berichtet wurde (ebmIII). Die Patientinnen sind häufig nur schwer für eine Psychotherapie zu motivieren.

Psychopharmaka: Bisher keine Wirksamkeit beschrieben (ebmIII).

### 8.9. Haarausfall ( ICD-10: L65.8)

Ein uneinheitliches Krankheitsbild, welches individuell sehr verschieden verarbeitet wird. Neben psychiatrischer Erkrankung (z.B. Trichotillomanie), körperdysmorpher oder somatoformer Störung, (psycho-)immunologischer Störung (Alopecia areata) spielt die Anpassungsstörung, z.B. bei androgenetischer Alopezie, die größte Rolle.

Es wird auf die einzelnen Darstellungen verwiesen:

- 8.2 Alopecia areata (ICD-10: L63, F 54. ggf. F 43.2)
- 8.28 Trichotillomanie (ICD-10: F63.3, F68.1)
- 8.33 Somatoforme Störungen (ICD-10: F45)
- 8.34 Reaktive Störungen in der Dermatologie (ICD-10: F43)

### 8.10 Hauttumoren (Basaliom, Spinaliom) (ICD-10: C44, F54)

Anamnese und Diagnostik: Ein psychischer Einfluß bei der Entstehung ist nicht belegt (ebmII). Die Bewältigung der Erkrankung hinsichtlich der Tumorangst ist vor allem beim Melanom (siehe dort) zu berücksichtigen (ebmII). Häufig: mangelnde soziale Unterstützung, mangelndes Selbstvertrauen, vegetative Unruhe und Depressivität.

Psychotherapie: Der Mitbetreuungsbedarf kann durch die subjektive Krankheitseinstellung des Patienten bedeutend sein. Ein Einfluß von Psychotherapie ist bei Hauttumoren nicht beschrieben worden (ebmIII).

Psychopharmaka: Es liegen keine Hinweise auf die Wirksamkeit von Psychopharmaka vor (ebmIII).

### 8.11 Herpes labialis und genitalis (ICD-10: A60.0, B00.1, F54)

Anamnese und Diagnostik: Signifikante Zusammenhänge zwischen psychischen Auslösern sind insbesondere für Ekel und Stress beschrieben worden (ebmII). Viele Studien weisen auf verschiedenste psychische Auslösemechanismen hin (ebmII). Patienten geben häufig Depressionen und Einschränkung der Lebensqualität an (ebmII).

Psychotherapie: In Einzel- und Gruppentherapien konnte eine Abnahme der Rezidive gezeigt werden (ebmII). Auch Entspannungsverfahren haben sich bewährt (ebmII). Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen scheint zur Verbesserung der Bewältigung zu führen (ebmIII).

Psychopharmaka: Keine spezifischen Indikationen bekannt (ebmIII).

### 8.12 Hyperhidrosis (ICD-10: R61, F54)

Anamnese und Diagnostik: Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und Hyperhidrosis konnte bisher bei Personen mit einer sozialen Phobie eruiert werden (ebmI). Bei Angst-Patienten ist häufig eine Hyperhidrose zu finden (ebmIII). Depressionen, sozialer Rückzug bis zu Suizidimpulsen sind zu beachten (ebmIII).

Psychotherapie: Die Wirksamkeit von psychodynamischer Therapie und

Biofeedback wurde bisher nur in Einzelfallstudien dargestellt (ebmIII). Autogenes Training scheint mit Zusatzübungen wirkungsvoll zu sein (ebmIII). Psychopharmaka: Der Einsatz von Neuroleptika hat sich in der Klinik bewährt, es liegen keine Studien vor (ebmIII).

### 8.13 Hypertrichosis (ICD-10: L68, F54)

Anamnese und Diagnostik: Bei der Hypertrichosis sind depressive Verstimmungen und sonstige Belastungen in der Krankheitsverarbeitung zu beachten. Auslösende psychische Faktoren sind nicht bekannt (ebmIII). Psychotherapie: Es liegen keine Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie vor (ebmIII). Psychopharmaka: Es gibt keine Hinweise auf den Einsatz von Psychopharmaka (ebmIII).

### 8.14 Körperdysmorphie Störung (ICD F 45.2)

Anamnese und Diagnostik: Die Körperdysmorphie Störung gehört zu den somatoformen Störungen in der Dermatologie. Patienten erleben dabei ihren Körper subjektiv als entstellt, ohne dass eine wahnhaftige Überformung vorhanden ist (siehe wahnhaftige Störungen). Die Patienten haben erheblichen Leidensdruck, der zur Sozialphobie und zur Suizidalität führen kann (ebmIII). Depressionen sind als Komorbidität häufig (ebmII). Die Einschränkung des Selbstwertgefühls steht oft im Vordergrund. Die Problematik wird häufig aus Scham verschwiegen (ebmIII). Abgegrenzt werden muß die kutane Hypochondrie, die ebenfalls eine somatoforme Störung darstellt (siehe Leitlinie somatoforme Störung). Psychotherapie: Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie mit einer kognitiven Umstrukturierung und Konfrontationstherapie konnte belegt werden (ebmII). Studien zur psychodynamischen Therapie liegen zur Zeit nicht vor. Psychopharmaka: Die begleitende Therapie mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern kann indiziert sein (ebmIII).

### 8.15 Kollagenosen (Sklerodermie, Lupus erythematoses) (ICD-10: L93, L94.0, M32, M34, F54)

Anamnese und Diagnostik: Einfluß von Life-events wird häufig vermutet und zum Teil auch ermittelt (ebmII). Ungünstige Krankheitsverarbeitung (extrinsisches Krankheitskonzept) und fatalistische Einstellung scheinen den Verlauf negativ zu beeinflussen (ebmIII). Häufig Hoffnungslosigkeit, Depression und Schmerzsymptomatik. Deutliche Einschränkung der Lebensqualität in Abhängigkeit von der Schwere (ebmIII). Psychotherapie: Bisher nur in Einzelfallberichten als wirksam beschrieben (ebm III). Hypnose und Autogenes Training lindern die sekundäre Raynaud-Symptomatik bei der progressiven Sklerodermie (ebmI). Es existieren gut funktionierende Selbsthilfegruppen für beide Krankheitsbilder, die bei der Krankheitsverarbeitung hilfreich sind. Psychopharmaka: Kein Einfluß von Medikamenten auf den Krankheitsverlauf bekannt (ebmIII).

### 8.16 Kontaktekzem (ICD-10: L25, F54)

Anamnese und Diagnostik: Häufig wird von erhöhten Aggressionswerten berichtet (ebmII). Die Komorbidität mit Depression und Angststörungen wird beschrieben (ebmII). Ungünstig wird der Verlauf durch nicht-autonomes Verhalten und durch Ignorieren von Gefühlen beeinflusst (ebmII). Patienten haben ein 5-fach höheres Risiko eine Angststörung zu entwickeln (ebmII). Die subjektive Stressreagibilität kann die Krankheitsverarbeitung ungünstig beeinträchtigen. Insbesondere Patienten, bei denen keine eindeutige Ursache gefunden werden konnte, zeigen sich hilfloser und depressiver und geben vermehrt Juckreiz an (ebmII). Psychotherapie: Entspannungsverfahren, psychodynamische und verhaltenstherapeutische Psychotherapie haben sich in verschiedenen Einzelfallbeschreibungen bewährt (ebmIII). Psychopharmaka: Antihistaminerge Effekte einzelner Neuroleptika können in Einzelfällen zur Behandlung genutzt werden, ohne dass Studien einen gezielt verbesserten Effekt nachweisen konnten (ebmIII).

### 8.17 Lichen ruber (ICD-10: L 43; F 54)

Anamnese und Diagnostik: Auslösende psychische Faktoren sind in Einzelfällen beschrieben worden (ebmIII). Patienten mit oralem Lichen ruber zeigen erhöhte Werte für Angst und Depression in den standardisierten Fragebögen gegenüber der Normalbevölkerung (ebmII).

Deutliche Belastungen in der psychosozialen Verarbeitung wurden dargestellt (ebmIII).

Psychotherapie: Es liegen keine Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie vor, Entspannungsverfahren haben keinen Effekt (ebmIII).

Psychopharmaka: Es ist kein Einfluß dieser Medikamente beschrieben worden (ebmIII).

### 8.18 Melanom (ICD-10: C43, F54)

Anamnese und Diagnostik: In Tierexperimenten konnte gezeigt werden, dass stärkere Stressreize zu einem erhöhten Tumorrisiko führen (ebmII). Belege für einen Einfluß von Copingvariablen auf die Überlebensrate beim Melanom liegen vor (ebmII). Außergewöhnliche life-events werden häufiger beschrieben (ebmII). Es finden sich oft erhebliche psychosoziale Belastungen mit Einschränkung der Lebensqualität und Depression bei ca. 25% der Patienten. Als bedeutender Faktor für die Überlebenszeit hat sich die aktive Krankheitsverarbeitung erwiesen (ebmII).

Psychotherapie: Gruppenpsychotherapie, Streßmanagement und Entspannungsverfahren führte in Studien zu einer signifikanten Verbesserung der Überlebenswahrscheinlichkeit (ebmII), allerdings nur in der Gruppe der medium-risk-Melanome.

Psychopharmaka: Es liegen keine Befunde für die Wirksamkeit vor (ebmIII).

### 8.19 Nahrungsmittelintoleranzen (ICD-10:T78, F54)

Anamnese und Diagnostik: Eine psychische Auslösung von Nahrungsmittelintoleranzen konnte bisher nicht gezeigt werden wird aber vermutet durch bekannte positive Placebo-Tests (ebmIII). Die Beeinträchtigung der Lebensqualität und die sekundären psychischen Probleme stehen im Vordergrund (ebmIII).

Psychotherapie: Entspannungsverfahren wie autogenes Training und progressive Muskelrelaxation scheinen hilfreich zu sein (ebmIII). Weitere Studien zur Psychotherapie liegen zur Zeit nur in Einzelfallberichten vor (ebmIII).

Psychopharmaka: Es liegen keine Hinweise auf die Wirksamkeit vor (ebmIII).

### 8.20 Neurodermitis (ICD-10: L20, F54)

Anamnese und Diagnostik: Obwohl die Neurodermitis nach der gegenwärtigen Studienlage nicht durch Mutter-Kind-Interaktionen primär verursacht wird, können die Exazerbationen durch life-events, Stresseinflüsse und psychosoziale Probleme (daily-hassles) ausgelöst werden (ebmII). Der Nachweis der Kulturabhängigkeit wurde epidemiologisch geführt (ebmII). Die psychischen Veränderungen der Neurodermitis-Patienten betreffen vor allem die Angst, Depression und Neurotizismus, die in Meta-Analysen als hervorstechendes Merkmal dargestellt werden konnten (ebmI). Die Krankheitsverarbeitung wird durch negative Compliance und Hilflosigkeit beeinflusst (ebmII). Bei ca. 20% der Neurodermitis-Patienten wird eine Indikation zur Psychotherapie gesehen (ebmII). Auffällige Mutter-Kind-Beziehungen bei allen Neurodermitis-Eltern konnten entgegen den bisherigen Darstellung nicht aufrechterhalten werden (ebmII). Juckreiz und Kratzen beeinflussen häufig die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit (ebmII). Neurodermitis-Patienten geben subjektiv die höchste Einschränkung der Lebensqualität im Bereich von Hautkranken an (ebmII).

Psychotherapie: Die Wirksamkeit von Entspannung (autogenes Training) konnte gezeigt werden (ebmII). Psychotherapeutische Behandlungen sowohl auf psychodynamischer wie kognitiver verhaltenstherapeutischer Grundlage sind offenbar in indizierten Fällen sowohl in der Einzel- wie auch Gruppentherapie sinnvoll (ebmII). Schulungsmassnahmen haben sich in einigen prospektiven, randomisierten Studien und einer Meta-Analyse als effektiver als die

dermatologische Routine-Behandlung dargestellt (ebmI). Die Wirksamkeit einer Verhaltenstherapie zur Behandlung des Juckreizes und der Kratzkontrolle konnte belegt werden (ebmII).  
Psychopharmaka: Es liegen keine kontrollierten Studien vor, jedoch hat sich der Einsatz von Neuroleptika mit antihistaminischem Effekt klinisch bewährt (ebmIII).

### 8.21 Periorale Dermatitis (ICD-10: L71.0, F54)

Anamnese und Diagnostik: Patientinnen mit perioraler Dermatitis haben in der Krankheitsverarbeitung Probleme mit der Entstellung und der kosmetischen Einschränkung. Psychische Auslösefaktoren werden nach älteren Studien in der Selbstwertproblematik und im Zusammenhang mit Schwierigkeiten im Umsetzen eigener Autonomieansprüche gesehen (ebmII).  
Psychotherapie: Psychotherapie hat sich in Einzelfallstudien als wirksamer Faktor in der Bewältigung der Erkrankung gezeigt (ebmIII). Bei Tendenzen zur sozialen Phobie ist eine Verhaltenstherapie wirksam (ebmIII).  
Psychopharmaka: Es sind keine Studien zur Wirksamkeit bei dieser Erkrankung bekannt (ebmIII).

### 8.22 Pruritus sine materia (ICD-10: F45.8)

Anamnese und Diagnostik: Neben medizinisch somatischen Faktoren, die differentialdiagnostisch zunächst auszuschließen sind, können psychische Konfliktsituationen einen Pruritus auslösen oder unterhalten. Komorbiditäten mit Depression und Angst werden in Studien dargestellt (ebmII). Darüber hinaus kann die psychische Krankheitsverarbeitung eines Pruritus sekundär zu Depression und psychosozialen Konflikten mit Anpassungsstörungen führen (ebmIII). Differentialdiagnostisch sind psychotische Störungen auszuschließen.  
Psychotherapie: Neben einer topischen Behandlung und der Vermeidung von Provokationsfaktoren ist bei psychogen ausgelöstem Pruritus sine materia eine Psychotherapie indiziert.  
Pruritus-Patienten sind psychotherapeutischen Behandlungen in der Regel zugänglich, bewährt haben sich psychodynamische Einzel-Psychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie, auch Entspannungsverfahren sind wirksam (ebmIII).  
Psychopharmaka: Bei hartnäckigen Formen können sedierende Antihistaminika, antihistaminisch wirkende Neuroleptika, Antidepressiva oder Benzodiazepine zur Unterbrechung des circulus vitiosus aus Juckreiz und Depression wirksam sein (ebmIII).

### 8.23 Prurigo simplex subacuta (ICD-10: L28.1 – L28.2, F54)

Anamnese und Diagnostik: Life-events tragen zur Entstehung der Prurigo in ca 33% bei (ebmI). Die Krankheitsverarbeitung ist häufig beeinträchtigt.  
Psychotherapie: Sowohl Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie und psychodynamische Psychotherapie haben sich zur Behandlung bei Chronifizierung und Non-Compliance bewährt (ebmIII).  
Psychopharmaka: Bei entsprechender Komorbidität von Depression oder Angststörungen kann entsprechend dieser Diagnose mitbehandelt werden (ebmIII).

### 8.24 Psoriasis vulgaris (ICD-10 L40.0 F54)

Anamnese und Diagnostik: Psychische Faktoren haben bei der Exazerbation von Psoriasis-schüben eine Bedeutung und sollten diagnostisch berücksichtigt werden (ebmII). Psoriasispatienten geben in mehr als der Hälfte der Fälle eine Auslösung durch Streß an (ebmII). Hinweise zur Aggressionshemmung oder sonstige Auffälligkeiten haben sich bisher nicht bestätigt (ebmII). Die Krankheitsbewältigung ist erheblich beeinträchtigt. Hier sind vor allem alltägliche Ärgernisse und kritische Lebensereignisse bedeutsam, die eine Exazerbation bewirken können (ebmII). Eine negative Krankheitsverarbeitung und die Verdrängung der Streßbelastungen beeinflussen die Psoriasis derart, daß Schübe schneller und schwerer auftreten (ebmII). Die Assoziation mit Alkohol und eine mögliche Suizidalität ist in einigen Studien dargestellt worden (ebmII). Das Problem der Entstellung und der Hilflosigkeit mit der Erkrankung stellen häufige Probleme dar.  
Psychotherapie: Entspannung wurde in einer Studie mit einer Langzeitkatamnese als hilfreich dargestellt und konnte einen Schub deutlich verzögern. Auch die

Gruppentherapie, Selbsthilfegruppen und Biofeedback sind als hilfreich berichtet worden (ebmII). Psychodynamische Psychotherapien wurden in Einzelfallberichten als erfolgreich dargestellt (ebmIII).  
Psychopharmaka: Es liegen keine Studien zum Einfluß von Psychopharmaka vor (ebmIII).

### 8.25 Rhinitis allergica (ICD-10: J30.1 – J30.3, F54)

Anamnese und Diagnostik: Psychische Trigger scheinen als Auslöser der Rhinitis infrage zu kommen (ebmII). Affektive und allergische Soforttyp-Reaktionen kommen gehäuft in Verbindung vor (ebmII). Ein unerwartet hohes Vorkommen von Depressionen in ca. 50% wurde dargestellt (ebmII). In der Krankheitsverarbeitung sind Beeinträchtigungen der Lebensqualität und Einschränkungen der Konzentration bedeutsam (ebmII).  
Psychotherapie: Entspannung und Psychotherapien sind klinisch erprobt, allerdings liegen keine Studien zu dem Thema bisher vor (ebmIII).  
Psychopharmaka: Die Wirksamkeit von anxiolytischen oder antidepressiven Pharmaka wurde beschrieben (ebmIII).

### 8.26 Rosacea (ICD-10: L71, F54)

Anamnese und Diagnostik: Häufig wird eine Erhöhung der Angst und Depressivität bei der Erkrankung beschrieben, die eher Folge als Ursache ist (ebmII). Die Entstellung ist ein häufiges Problem der Patienten und sollte entsprechend psychotherapeutisch bearbeitet werden (ebmIII).  
Psychotherapie: Einzelne Fallstudien zur Umsetzung von Verhaltenstherapie bei Stigmatisierung sind vorhanden, psychodynamische Verfahren und Entspannung wurden in ihrer Wirksamkeit bisher nicht sicher belegt, obgleich dies zu vermuten ist (ebmIII).  
Psychopharmaka: Es liegen keine Studien vor, die eine Wirksamkeit belegen können (ebmIII).

### 8.27 Seborrhoisches Ekzem (ICD-10: L21, F54)

Anamnese und Diagnostik: Stressfaktoren scheinen die Exacerbation der Erkrankung zu beeinflussen (ebmIII). Juckreiz und Brennen wie auch die Entstellung mit ihren Problemen können die Erkrankung beeinflussen (ebmIII).  
Psychotherapie: Es liegen keine Studien vor, bei Entstellung wird entsprechend der psychischen Diagnose Psychotherapie für sinnvoll gehalten (ebmIII).  
Psychopharmaka: Es liegen keine Studien zur Wirksamkeit vor (ebmIII).

### 8.28 Trichotillomanie (Impulskontrollstörungen in der Dermatologie) (ICD-10: F63.3, F68.1)

Anamnese und Diagnostik: Impulskontrollstörungen in der Dermatologie sind, neben der in dieser Gruppe am häufigsten auftretenden Trichotillomanie, die Onychotillomanie, die Morsicatio buccarum, die Pseudo-Knuckle-Pads und die Leckekzeme. Sie stellen eine Gruppe von Erkrankungen dar, die unter psychischen Spannungssituationen oder neurotischen Konflikten einen nicht beherrschbaren Drang zur Bearbeitung und Verletzung der Haut darstellen. Diese Zusammenhänge sind für den Patienten nachvollziehbar oder können zumindest im therapeutischen Gespräch für ihn nachvollziehbar aufgezeigt werden. Hieraus ergibt sich der zentrale therapeutische Ansatz (verhaltens)therapeutischer Interventionen. Bei Patienten, die Zusammenhänge zwischen Stress und entsprechendem Problemverhalten bestreiten bzw. ausschließen, ist abzuklären, ob Artefakte vorliegen (siehe dort). Stereotype Verhaltensmuster mit dadurch bedingten dermatologischen Befunden können auch im Rahmen von Zwangstörungen auftreten (häufigste Untergruppe: Waschzwang); eine entsprechende Symptomatik wurde auch im Rahmen von Essstörungen beschrieben (ebmIII).  
Psychotherapie: Verhaltenstherapeutische Interventionen haben sich klinisch bewährt, neben Einzelfallstudien wurden (unkontrollierte) Studien mit bis zu zweijährigen Katamneseverläufen publiziert (ebmII). Die Wirksamkeit von psychodynamischer Psychotherapie ist bisher nicht belegt.  
Psychopharmaka: Der Einsatz von Clomipramin und Desipramin wurde in Doppelblindstudien erfolgreich beschrieben (ebmII), daneben liegen

Einzelfallberichte über den erfolgreichen Einsatz weiterer Antidepressiva sowie von Neuroleptika zur Augmentationsbehandlung vor: Pimozid, Olanzapin, Risperidon etc.) (ebm III).

### 8.29 Ulcus cruris und CVI (ICD-10: I87, L97, F54)

Anamnese und Diagnostik: Psychische Faktoren in der Auslösung sind nicht bekannt (ebmIII). Psychosoziale Faktoren wirken sich jedoch insbesondere auf die Compliance aus. Die Belastung durch die Erkrankung im Hinblick auf die Einschränkung der Lebensqualität ist stadienabhängig, der sekundäre Krankheitsgewinn sollte in der Behandlung beachtet werden (ebmIII).  
Psychotherapie: Es liegen keine Studien zur Psychotherapie bei Ulcus cruris vor  
Psychopharmaka: Können unter Berücksichtigung psychopathologischer Komorbidität sinnvoll sein (ebmIII).

### 8.30 Urticaria (ICD-10: L 50, F 54)

Anamnese und Diagnostik: Urticaria-Patienten geben häufig eine Auslösung unter Stress an (ebmII). Es scheint eine Untergruppe von stressabhängiger Urticaria zu existieren mit bewusstseinsnaher, latenter Wut und Ärger. In zeitreihenanalytischen Studien konnte der Zusammenhang zwischen emotionaler Belastung und Urticaria gezeigt werden, jedoch auch der umgekehrte Einfluß (ebmII). Die bei einem Teil der Patienten zu beobachtende Depression kann deshalb Folge der chronischen Hauterkrankung sein, aber auch Vorläufer (Urtikaria als somatischer Ausdruck) eines nicht bewältigten Konfliktes (ebmII).  
Psychotherapie: Eine fokale Kurzzeitpsychotherapie hat sich bei psychosozial getriggelter Urticaria bewährt (ebmI), auch Entspannungsverfahren werden genannt (ebmII). In der Verhaltenstherapie wird vor allem eine Streßbewältigungstherapie bevorzugt (ebmIII). Hypnose konnte den Juckreiz lindern (ebmII).  
Psychopharmaka: Antihistaminisch wirkende Neuroleptika sowie Doxepin haben sich klinisch bewährt (ebmII).

### 8.31 Vitiligo (ICD-10: L80, F54)

Anamnese und Diagnostik: Patienten mit Vitiligo geben in 30% eine Auslösung durch Stressfaktoren an (ebmII). Sichtbare Läsionen führen in über 80% zu einem Entstellungsgefühl, Frauen leiden stärker darunter. Beeinträchtigungen in den sexuellen Beziehungen wurden angenommen (ebmII). Ein vermindertes Selbstwertgefühl und Lebensqualität wird angegeben (ebmII).  
Psychotherapie: Bei inadäquatem Entstellungsgefühl, Depression und Hilflosigkeit im Umgang mit der Erkrankung wird eine Psychotherapie empfohlen (ebmIII).  
Psychopharmaka: Es liegen Studien zum positiven Einfluß von Medikamenten vor (ebmIII).

### 8.32 Wahnhafte Störungen in der Dermatologie (Dermatozoenwahn etc.) (ICD-10: F20-F29)

Anamnese und Diagnostik: Der Dermatozoenwahn gilt als hautbezogene wahnhafte Störung. Der Krankheitsbeginn im meist späten Erwachsenenalter vor allem bei Frauen-, ist häufig mit sozialer Isolierung dieser Patientinnen assoziiert. Vermutlich haben belastende Lebensereignisse einen verstärkenden Einfluß auf die Erkrankung. Es besteht oft ein hoher Leidensdruck und deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die ständige Beschäftigung mit den Wahnhalten und daraus abgeleiteten Massnahmen (ebmII).  
Psychotherapie: Wenn (im Sinne der Wahn-Diagnose) keine Einsicht in das Vorliegen einer psychischen Erkrankung besteht, ist der therapeutische Zugang nur indirekt, etwa über eine "Behandlung" der Haut möglich. Ziel wäre eine supportive, insbesondere auch die psychopharmakologische Behandlung unterstützende Psychotherapie. Aufdeckende Therapieverfahren sind zu Beginn der Behandlung nicht indiziert (ebmIII). Verhaltenstherapeutische Massnahmen können zum Aufbau von Bewältigungsstrategien sinnvoll sein (ebmIII).  
Psychopharmaka: Die Therapie der Wahl sind Neuroleptika. Die Behandlung sollte

längerfristig angelegt sein und in Abstimmung mit einem Psychiater auch zur medikamentösen Führung geschehen (ebmIII).

### 8.33 Somatoforme Störungen (ICD-10: F45)

Anamnese und Diagnostik: Somatoforme Störungen sind in der Hautarztpraxis mit bis zu 18,5% relativ häufig anzutreffen, und können den Behandler vor schwerwiegende Probleme stellen. Insgesamt handelt es sich um eine klinisch heterogene Krankheitsgruppe, wobei Pruritus, Schmerzen, Parästhesien, Entstellungsgefühle, Ökosyndrome, Mykophobie, Erythrophobie, Glossodynie, anogenitales Schmerzsyndrom oder psychogenes Effluvium im Vordergrund der Beschwerdesymptomatik stehen können. Die dermatologische Differentialdiagnose umfasst die Subgruppen von Somatisierungsstörungen (F 45.0), hypochondrische Störungen (F 45.2), somatoforme autonome Funktionsstörungen (F 45.3) und anhaltende somatoforme Schmerzstörungen (F 45.4) sowie „sonstige somatoforme Störungen“ (F 45.8) (ebmII).

Psychotherapie: Der Erfolg von behavioralen Programmen wird in einigen Studien mit 2-Jahres-follow-up dargestellt. Ein als integrative psychodynamische Psychotherapie bezeichneter Ansatz wurde als Kombination von kognitiven und psychodynamischen Komponenten speziell für die somatoformen Störungen beschrieben (siehe auch Leitlinie Somatoforme Störungen in der AWMF).

Psychopharmaka: Gute Ansprechraten zeigten sich in randomisierte plazebokontrollierte Studien mit selektiven Serotonin- Wiederaufnahmehemmern bei der Dymorphophobie (ebmII).

### 8.34 Reaktive Störungen in der Dermatologie (ICD-10: F43)

Anamnese und Diagnostik: Patienten mit primären Hauterkrankungen und sekundären psychischen Störungen: somatopsychische Störungen. Frage nach Stigmatisierung, Entstellungsempfinden, Bedrohungsängsten, Krankheitsverarbeitung (Coping), Störungen der Arzt-Patienten-Beziehung (Compliance), Lebensqualität.

Mögliche Folgen: Depressive Störungen, Angst- und Anpassungsstörungen.

Psychotherapie: Supportive Psychotherapie (Ich- Stärkung und Selbstwertgefühl), Psychoedukation, Tiefenpsychologische Therapien.

Psychopharmaka: Antidepressiva, Anxiolytika.

## 9. Spezielle Problembereiche in der Psychodermatologie:

### 9.1 Ästhetische Dermatologie (ICD-10: F45)

Anamnese und Diagnostik: Durch mehrere Studien zeigt sich ein höherer Anteil von Patienten mit körperdysmorphen Störungen im Klientel, welches den ästhetischen Chirurg aufsucht (6-15% gegenüber 2% in der Normalbevölkerung) (ebmII).

Verschiedene Screeningfragebögen wurden hierzu entwickelt (ebmII).

Psychotherapie: Verschiedene Studien zeigen die Wirksamkeit verhaltensmedizinischer Interventionen.

Psychopharmaka: Die Wirksamkeit von SSRI wird in klinischen Studien belegt (ebmI)(da es sich bei diesen Aussagen um die körperdysmorphe Störung handelt muss das mit dem dortigen Kapitel abgeglichen werden).

### 9.2 Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes (ICD-10: F52)

Anamnese und Diagnostik: Life-events, familiäre wie berufliche Belastungen sowie Versagensängste können zu erektiler Dysfunktion, Ejaculatio praexox sowie Libido- und Orgasmusstörungen führen (ebmI).

Psychotherapie: Spezielle verhaltenstherapeutische und neuere kognitiv-behavioristische Methoden sind effektive Behandlungsverfahren (ebmI).

Psychopharmaka: Bei entsprechender Komorbidität von Depression oder Angststörungen kann entsprechend dieser Diagnose mitbehandelt werden (ebmII).

### 9.3 Krankheitsbewältigung in der Dermatologie

Anamnese und Diagnostik: Chronische Hauterkrankungen verlaufen oft in Schüben. Jeder Schub erzeugt eine psychosoziale Reaktion, die sich wiederum reaktiv auf den Krankheitsverlauf auswirken kann. Diese Krankheitsbewältigung (Coping) ist die zu erwartende emotional, kognitiv oder aktional aufzufangende und ausgleichende Belastung für den Hautkranken. Betrifft besonders Hautkranke mit entstellenden Dermatosen (z.B. Lupus erythematoses im Gesicht), prognostisch ungünstigen (z.B. HIV, Malignes Melanom) oder die Lebensqualität erheblich einschränkenden Erkrankungen (z.B. chronisch rezidivierender Herpes progenitalis).

Psychotherapie: Mit dem Ziel, ungünstige persönliche Copingstrategien zu identifizieren und zu verbessern, emotionale Entlastung zu zulassen. Wichtig: soziales Umfeld mit einbeziehen, berufliche Belange berücksichtigen.

Psychopharmaka: Je nach psychischem Störfeld können Psychopharmaka (Antidepressiva) unterstützend wirken.

### 9.4 Umgang mit Suizidalität bei dermatologischen Patienten

Im Jahr 2000 war gezielte Selbsttötung bei Menschen im Alter zwischen 20 und 65 Jahren – und damit mutmaßlich auch bei dermatologischen Patienten - die vierthäufigste Todesursache. Bei systemischem Lupus erythematoses fand sich ein 4fach -erhöhtes Risiko. Einzelfallberichte deuten darauf hin, dass in der Dermatologie vor allem bei Männer mit schwerer Acne conglobata, Patienten mit metastasierenden Tumorerkrankungen insbesondere dem malignen Melanom, progressiver systemischer Sklerodermie und körperdysmorpher Störung ein erhöhtes Suizidrisiko besteht. Das Suizidrisiko ist zudem bei bestimmten chronischen Erkrankungen, insbesondere auch den u.a. von Dermatologen behandelten HIV-Infektionen (in einer der ersten Studien 1988 war dies 36fach erhöht, aktuellere Studien finden 2fach erhöhte Suizidraten) und Krebserkrankungen (je nach Kollektiv und zeitlichem Abstand zur Diagnosestellung 1,5 bis ca. 5fach) erhöht.

Suizid kann sich in Form eines „präsuizidalen Syndroms“ ankündigen: Einengung im Denken, Autoaggression und Selbstmordphantasien. Oft gingen akute oder chronische Beziehungskrisen, Verlusterlebnisse oder Belastungen anderer Art voraus. Vor diesem Hintergrund sollten durch ihre dermatologische Erkrankung hochbelastete Patienten, zumal wenn es weitere Anzeichen für eine psychische bzw. psychiatrische Problematik gibt, aktiv auf eben diese Möglichkeit angesprochen werden. Grundlage jeder Krisenintervention ist die Herstellung eines vertrauensvollen, d.h. nicht vorwurfsvollen oder moralisierenden ärztlich-therapeutischen Kontaktes. Darauf aufbauend können Kontakte zu weiterbetreuenden Institutionen bzw. Kollegen vermittelt werden. Soweit Patienten diesbezüglich nicht absprachefähig erscheinen, ist die Verbringung in eine geschlossene psychiatrische Einrichtung mit richterlichem Beschluss möglich (Siehe hierzu auch die psychiatrischen Leitlinien der AWMF).

---

#### **Verfahren zur Konsensbildung**

Autor und Koordinator der Leitlinie

**Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Harth**

Stellvertretender Klinikdirektor und

Leitender Oberarzt

Klinik für Dermatologie und Phlebologie

Vivantes Klinikum, Berlin Friedrichshain

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Landsberger Allee 49

10249 Berlin

**Tel.** 0049 - (0)30-4221-1308

**Fax.** 0049 - (0)30-4221 -2148

**E- Mail :** [wolfgang.harth@vivantes.de](mailto:wolfgang.harth@vivantes.de)

unter Mitarbeit von:

Prof. Dr. M. Augustin / Hamburg; Prof. Dr. K. Bosse/ Göttingen, Priv.-Doz. Dr. B. Brosig / Gießen; Dr. S. Gass/ Pfronten, Prof. Dr. U. Gieler/ Gießen, Priv.-Doz. Dr.med. Dr. phil. A. Hillert / Prien; Dr. C.-M. Höring / Stuttgart; Priv.-Doz. Dr. J. Kupfer / Gießen; Priv.-Doz. Dr. V. Niemeier / Gießen; Prof. Dr. G. Schmid-Ott / Hannover; Priv.-Doz. Dr. Dipl.-Psych. K. Seikowski / Leipzig; Dr. T. Simmich/ Dresden; Prof. Dr. Dipl.-Psych. U. Stangier / Jena, Prof. Dr. K.-M. Taube/ Halle, Dr. J. Wehrmann/ Bad Berleburg

**ICD-10:** A60.0, B00.1, C43, C44, F20-F29, F22.8, F43, F45, F45.2, F45.8, F52, F54, F54. ggf. F 43.2, F54. ggf. F 43.2, F63.3, F63.8, F68.1, I87, J30.1 – J30.3, L20, L21, L23 – L30, L25, L28.1 – L28.2, L43, L50, L63, L75.0, L75.1, L40.0 F54, L63, L65.8, L68, L70, L71, L71.0, L80, L93, L94.0, L97, L98.1, M32, M34, Q81, R61, T78

**Entwicklungsstufe: 1**

**Erstellungsdatum: 15. 01. 2002**

**Letzte Überarbeitung: 01.10.2006**

**Nächste Überprüfung geplant: 01.10.2010**