

Aus der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar
Univ.–Prof. Dr. med. Thomas Vogt

Retrospektive Querschnittsstudie zur Erfassung geschlechtsspezifischer Aspekte dermatologisch erkrankter Patienten hinsichtlich der allgemeinen und krankheitsspezifischen Lebensqualität, Krankheitsbewältigung, Krankheitsverarbeitungsmuster sowie psychopathologischer Faktoren

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2021

vorgelegt von: Lena Stefanie Arnoldy
geb. am: 18.05.1996 in Bitburg

Meiner Familie gewidmet

Tag der Promotion: 26.05.2021

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Michael D. Menger

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Cornelia Müller

Prof. Dr. med. Eva Möhler

INHALTSVERZEICHNIS

1. ZUSAMMENFASSUNG	1
1.1 Zusammenfassung - Deutsch	1
1.2 Summary	3
2. EINLEITUNG.....	5
2.1 Psychosomatische Dermatosen.....	5
2.2 Lebensqualität	6
2.3 Angst und Depression	7
2.4 Gendermedizin	8
2.4.1 Geschichte	8
2.4.2 Bedeutung.....	9
2.5 Ziel und Fragestellung	11
3. MATERIAL UND METHODIK	11
3.1 Studiendesign.....	11
3.2 Studienablauf und Patientenkollektiv	11
3.3 Messinstrumente	13
3.3.1 Hospital Anxiety and Depression Scale - deutsche Version (HADS-D).....	13
3.3.2 Essener Fragebogen für Krankheitsverarbeitung (EFK)	14
3.3.3 Fragebogen zur Lebensqualität bei Hauterkrankungen und Allergien (FLQA-d) .	15
3.3.4 Musterpatienten des Homburger Patientenkollektivs	16
3.4 Statistische Auswertung	17
4. ERGEBNISSE.....	17
4.1 Datensatz und Datenqualität.....	17
4.2 Demographische und klinische Angaben	19
4.3 Ergebnisse der Fragebögen	23
4.3.1 HADS-D	23
4.3.3 Allgemeine und krankheitsspezifische Lebensqualität	49
4.3.4 Musterpatienten des Homburger Patientenkollektivs	65
5. DISKUSSION	67
5.1 Limitationen der Studie	67

5.2 Schlussfolgerungen	68
5.2.1 HADS-D	68
5.2.2 Krankheitsbewältigung	70
5.2.3 Allgemeine und krankheitsspezifische Lebensqualität	72
5.2.4 Musterpatienten Homburger Patientenkollektiv.....	74
5.3 Fazit und Ausblick	75
6. LITERATURVERZEICHNIS	77
7. ANHANG.....	83
7.1 Abkürzungsverzeichnis.....	83
7.2 Formulare	84
7.2.1 Patienteninformation.....	84
7.2.2 Einwilligungserklärung.....	85
7.2.3.Datenschutzerklärung.....	86
7.2.4 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)	87
7.2.5 Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK).....	88
7.2.6 Lizenz EFK.....	90
7.2.7 Umwandlungstabelle Stanine Werte EKF	92
7.2.8 Fragebogen zur Lebensqualität bei Hauterkrankungen und Allergien (FLQA-d) .	93
7.2.9 Lizenz FLQA-d	98
8. PUBLIKATION/DANKSAGUNG	99
8.1 Publikation.....	99
8.2 Danksagung	99
9. LEBENSLAUF	100

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: "Rückmeldung"	18
Abbildung 2: "Altersklassen"	19
Abbildung 3: "Diagnose"	20
Abbildung 4: "Diagnose in Abhängigkeit vom Geschlecht"	21
Abbildung 5: "HADS-D Angst"	24
Abbildung 6: "HADS-D Depression"	24
Abbildung 7: "HADS-D Angst Kategorien"	25
Abbildung 8: "Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf"	26
Abbildung 9: "HADS-D Depression Kategorien"	27
Abbildung 10: "Ich blicke mit Freude in die Zukunft"	28
Abbildung 11: "HPC"	30
Abbildung 12: "Ich versuche herauszufinden, wie ich mich gut mit meiner Krankheit arrangieren kann"	31
Abbildung 13: "AUS"	32
Abbildung 14: "Ich mache mir selber Mut"	33
Abbildung 15: "IUE"	34
Abbildung 16: "Ich informiere mich über alternative Heil- und Behandlungsmethoden"	35
Abbildung 17: "BWB"	36
Abbildung 18: "Ich lebe einfach weiter, als wäre nichts geschehen"	37
Abbildung 19: "DV"	38
Abbildung 20: "Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück"	39
Abbildung 21: "GHA"	40
Abbildung 22: "Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an"	41
Abbildung 23: "ASS"	42
Abbildung 24: "Ich verleve mit anderen Menschen sehr schöne Stunden"	43
Abbildung 25: "VIÄ"	44
Abbildung 26: "Ich habe ein hohes Ausmaß an Vertrauen in meine medizinische Behandlung"	45
Abbildung 27: "EIH"	46
Abbildung 28: "Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt mit der Natur"	47
Abbildung 29: "Körperliche Beschwerden"	50
Abbildung 30: "Trockenheit der Haut"	50
Abbildung 31: "Juckreiz"	51
Abbildung 32: "Alltags-und Berufsleben"	52

Abbildung 33: "Meine Aufgaben im Beruf/Haushalt kann ich wegen der Erkrankung zeitweise nur unzureichend erfüllen"	52
Abbildung 34: "Sozialleben"	53
Abbildung 35: "Probleme mit Ihrem Partner oder Ihrer Familie gehabt"	54
Abbildung 36: "Psychisches Befinden"	55
Abbildung 37: "Therapie"	57
Abbildung 38: "Die Behandlung stellt für mich eine Belastung dar"	58
Abbildung 39: "Zufriedenheit"	59
Abbildung 40: "Gesundheitszustand allgemein"	61
Abbildung 41: "Hautzustand"	62
Abbildung 42: "Lebensqualität"	63

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: "Patientencharakteristika"	22
Tabelle 2: "Übersicht HADS-D Angst/Depression"	29
Tabelle 3: "Prozentuale Verteilung HADS-D"	29
Tabelle 4: "deskriptive Statistik des EFK im Überblick"	48
Tabelle 5: "Psychisches Befinden"	56
Tabelle 6: "Zufriedenheit mit..."	60
Tabelle 7: "Gesamtscore"	61
Tabelle 8: "Übersicht der Homburger Musterpatienten"	65

Alle im Folgenden verwendeten Personalbegriffe beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

1. ZUSAMMENFASSUNG

1.1 Zusammenfassung - Deutsch

„Retrospektive Querschnittsstudie zur Erfassung geschlechtsspezifischer Aspekte dermatologisch erkrankter Patienten hinsichtlich der allgemeinen und krankheitsspezifischen Lebensqualität, Krankheitsbewältigung, Krankheitsverarbeitungsmuster sowie psychopathologischer Faktoren“

Einige chronische Hauterkrankungen lassen sich den psychosomatischen Dermatosen zuordnen, weil sie die Lebensqualität der Patienten häufig negativ beeinflussen. Im Hinblick auf die Lebensqualität spielen vor allem Merkmale wie das Geschlecht und psychosoziale Faktoren eine große Rolle, da diese wichtige Informationen im Hinblick auf die Bedürfnisse der Patienten liefern können.

Ziel dieser Studie war es, geschlechtsspezifische Charakteristika herauszuarbeiten, die sowohl in der Therapie als auch in der Prävention und Prophylaxe von chronischen Hauterkrankungen von Bedeutung sein können.

105 Patienten mit chronischen Hauterkrankungen, darunter 53 Frauen und 52 Männer mit einem mittleren Alter von 64 Jahren, die sich im Zeitraum vom 01.01.2016 - 31.12.2017 aufgrund einer Hauterkrankung in stationärer Behandlung in der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie des Universitätsklinikums Homburg/Saar befanden, nahmen an dieser Studie teil. 2019 erhielten diese Patienten postalisch drei Fragebögen (HADS-D, EFK, FLQA-d), welche die allgemeine und krankheitsspezifische Lebensqualität, die Krankheitsbewältigung und Krankheitsverarbeitungsmuster sowie psychopathologische Faktoren der Patienten hinsichtlich ihrer Hauterkrankung überprüften.

Im Hinblick auf die psychopathologischen Faktoren „Angst“ und „Depression“ zeigten sich die meisten Patienten der Homburger Kohorte erfreulicherweise im unauffälligen oder grenzwertigen Bereich. Jedoch unterschieden sich Frauen und Männer in der Kategorie „Angst“ signifikant voneinander. Frauen zeigten eine deutlich stärkere ängstliche Symptomatik im Alltag als Männer. Bezüglich der unterschiedlichen Krankheitsbewältigungsstrategien fiel lediglich hinsichtlich des „Informations- und Erfahrungsaustauschs“ ein bedeutender Unterschied auf. Um Erfahrungen auszutauschen suchten Frauen mehr Kontakt zu anderen Menschen, die ein ähnliches Krankheitsbild aufwiesen als Männer. In der Untersuchung der allgemeinen- und krankheitsspezifischen Lebensqualität zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei folgenden Punkten: „Körperliche Beschwerden“, „Alltags- und Berufsleben“, „Sozialleben“, „Psychisches Befinden“, „Zufriedenheit“, „Gesamtscore aller Merkmale“ und zu-

letzt in der Bewertung der „Lebensqualität“. Bei Frauen lagen, bezogen auf die genannten Kategorien, stärkere Symptome und größere Einschränkungen vor. Dementsprechend war die „Zufriedenheit“ der Männer bedeutend höher und auch die „Lebensqualität“ besser als die der Frauen. Bei der Studie müssen jedoch auch verschiedene Limitationen berücksichtigt werden, welche die Antworten der Patienten möglicherweise beeinflusst haben.

Die in dieser Arbeit erhobenen Daten zeigen, dass Frauen und Männer eine unterschiedliche Verarbeitung und Bewältigung ihrer Hauterkrankungen aufweisen. So litten die Frauen der Homburger Patientenkohorte generell mehr unter ihrer Hauterkrankung als die Männer. Diese individuellen Angaben der Patienten heben die Relevanz der geschlechtsspezifischen Unterschiede und der Erfragung der Lebensqualität hervor. Die Ergebnisse der Studie lassen damit den Schluss zu, dass die Berücksichtigung subjektiver und geschlechtsspezifischer Informationen eine bessere Qualität von Therapie, Prävention und Krankheitsprophylaxe chronischer Hauterkrankungen ermöglicht. Weitere Studien sind sinnvoll, um diese Ergebnisse im Rahmen einzelner Krankheitsbilder zu vertiefen. Im Hinblick auf die geschlechtsspezifische Lebensqualität können zudem weitere Kriterien, wie zum Beispiel Komorbiditäten, Medikamenteneinnahmen und bereits stattgefundene psychologische Interventionen erfragt werden. Auch eine mehrfache Erhebung der Lebensqualität im Krankheitsverlauf ist von Relevanz, um auszuschließen, dass vorhandene Einschränkungen nicht auf bestimmte Lebensereignisse zurückzuführen sind.

1.2 Summary

"Retrospective cross-sectional study to record gender-specific aspects of dermatologically ill patients with regard to general and disease-specific quality of life, disease coping, disease processing patterns and psychopathological factors"

Some chronic skin diseases can be classified as psychosomatic dermatoses, as these often have a negative impact on the patient's quality of life. With regard to this, characteristics such as gender and psychosocial factors play a major role, as these can provide important information regarding the needs of the patient.

The aim of this study was to look for gender-specific characteristics, which can be important in therapy as well as in the prevention and prophylaxis of chronic skin diseases.

A sample size of 105 patients with chronic skin diseases, consisting of 53 women and 52 men at an average age of 64 years, who were in-patient in the period of 01/01/2016 – 31/12/2017 due to a skin disease in the clinic for dermatology, allergology and venereology of the University Hospital Homburg / Saar, took part in this study. In 2019, these patients received three questionnaires (HADS-D, EFK, FLQA-d), which were supposed to check the general and disease-specific quality of life, the coping with the disease and disease processing patterns as well as psychopathological factors of the patients concerning to their skin disease.

Regarding the psychopathological factors "anxiety" and "depression", most of the patients in Homburg cohort were happily in the normal or borderline range. However, women and men differ significantly in the category "fear". Women showed significantly more anxious symptoms in everyday life than men. Viewing the different strategies for coping with the disease, there was only a significant difference with regard to the "exchange of information and experience". Women sought more contact with other people with a similar clinical picture in order to exchange experiences than men. The investigation of the general and disease-specific quality of life, significant differences between the sexes were found in the following points: "physical complaints", "every day and professional life", "social life", "mental health", "satisfaction", "Total score of all characteristics" and finally in the assessment of the "quality of life". Women symptoms and restrictions were more severe in relation to the categories mentioned. Accordingly, the "satisfaction" of men was significantly higher just as the "quality of life". However, the study also needs to take into account various limitations that may have influenced patient responses.

Women and men have different ways of processing and coping with their skin diseases. In general, women in the Homburg patient cohort suffer more from their skin disease than men.

These individual statements from the patients emphasize the relevance of gender-specific differences and the question of quality of life. A better quality of therapy, prevention and disease prophylaxis for chronic skin diseases can only be developed by taking into account subjective, gender-specific information. Further studies would be useful in order to deepen these results and gain more individual clinical pictures. Concerning the gender-specific quality of life, further criteria such as comorbidities, medication intake, and psychological interventions that have already taken place could be inquired about. A multiple survey of the quality of life in the course would also be relevant in order to rule out the fact that existing restrictions are not due to certain life events.

2. EINLEITUNG

Chronisch-entzündliche Hauterkrankungen zählen zu den häufigsten Hauterkrankungen.²⁸ Die Ursachen der unterschiedlichen Erkrankungen beruhen auf multifaktorieller Genese. Psychosoziale Faktoren wie beispielsweise Stress haben einen großen Einfluss auf chronisch-entzündliche Erkrankungen. Sie können den Beginn dieser triggern sowie den Verlauf verschlechtern.⁷⁰ Aufgrund der Tatsache, dass psychosoziale Faktoren bedeutsame Auswirkungen auf Ursachen, Folgen und Begleitumstände haben können werden einige chronische Hauterkrankungen den psychosomatischen Dermatosen zugeordnet. Zudem können diese von den Patienten als sehr belastend empfunden werden, was sich je nach Verfassung, in einer psychischen Störung manifestieren und das Bild der Erkrankung verschlimmern kann.⁹

Im Hinblick auf dieses Risiko sollten psychosoziale Faktoren im Krankheitsverlauf und der Therapie berücksichtigt werden. Doch nicht nur psychosoziale Faktoren, sondern auch das Geschlecht ist bei der Planung der therapeutischen Maßnahmen von Bedeutung. In den letzten Jahren haben geschlechtsspezifische Unterschiede in einigen medizinischen Fachrichtungen wie beispielsweise der Kardiologie oder Diabetologie immer mehr an Relevanz dazugewonnen.⁵⁴ Auch in Bereichen der Dermatologie spielt die Gendermedizin eine immer größere Rolle.¹⁷

2.1 Psychosomatische Dermatosen

Den psychosomatischen Dermatosen werden als häufigste Vertreter unter anderem Psoriasis vulgaris, Neurodermitis, Akne vulgaris, Alopecia areata, Handekzeme sowie Herpes labialis zugeordnet.⁷⁰ Einige dieser Vertreter zählen zu den chronischen Dermatosen, bei denen alle drei Hautschichten, also Epidermis, Cutis und Subcutis sichtbar betroffen sein können. Klinisch können sich Rötungen und schuppige Hautflächen manifestieren, die von den Patienten als sehr belastend erlebt werden.⁶⁸ In einigen Studien wurde belegt, dass psychische Faktoren eine auslösende, unterhaltende und verschlechternde Rolle spielen.

Psoriasis vulgaris, eine entzündliche Schuppendermatose, verursacht durch ihr sichtbares Erscheinungsbild nicht nur ein vermindertes Selbstwertgefühl der Patienten, sondern auch ein schlechtes soziales Wohlbefinden. Je stärker ein Patient psychisch betroffen ist, desto ausgeprägter stellt sich der Hautbefund dar. Ebenso beeinflussen negative oder schwierige Lebensereignisse das Wiederauftreten von abgeheilten Hautmanifestationen und können die Dauer der Behandlung verlängern. Dadurch entsteht ein Teufelskreis, den es zu erkennen und zu bewältigen gilt.⁴⁵

Die psychischen Beeinträchtigungen äußern sich nicht selten in Form von Depressionen, die im schlimmsten Fall mit Selbstmordgedanken verbunden sein können.⁵³ Psychosozialer Stress wird auch bei der Neurodermitis als mögliche Ursache für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Krankheit gesehen. Eine Verbindung zwischen Psyche und Haut wird in unterschiedlichen Studien belegt, in welchen gezeigt wird, dass eine starke Belastung im privaten oder beruflichen Umfeld ein Trigger für neue oder wiederkehrende Neurodermitis-Schübe sein kann.⁷⁰

Auch Patienten, die an Akne vulgaris oder Alopecia areata leiden, geben Stress als häufigen Auslöser ihrer Beschwerden an. Psychiatrische Komorbiditäten, wie Angststörungen und Depressionen, stellen einen hohen Leidensdruck für die Patienten dar und schließen somit den für psychosomatische Dermatosen typischen Teufelskreis.⁹ Signifikante Zusammenhänge zwischen Herpes labialis und psychischen Auslösefaktoren wie beispielsweise Ekel und Stress zeigen ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Haut und Psyche.⁷⁵ Um die Compliance der Patienten hinsichtlich der Therapie aufrecht zu erhalten gilt es, ein besonderes Augenmerk in der ärztlichen Versorgung auf psychologische Beschwerden zu legen.

2.2 Lebensqualität

Die Behandlung chronischer Hauterkrankungen hat im letzten Jahrzehnt immer mehr an Bedeutung dazugewonnen. Die Bevölkerung erreicht zunehmend ein höheres Alter, wodurch die Prävalenz chronischer Erkrankungen im Allgemeinen ansteigt.¹² Als Therapieziel steht jedoch selten eine Heilung der Krankheit im Vordergrund. Die Lebensqualität dagegen rutscht immer mehr in den Vordergrund und stellt einen wichtigen Bestandteil der Versorgung dar. Besonders bei chronischen, immer wiederkehrenden Hauterkrankungen kann es aufgrund von Depressionen und einem Gefühl der Hilfslosigkeit zu einer eingeschränkten Lebensqualität kommen.⁷⁰

Der Begriff Lebensqualität hat für jeden Menschen eine andere Bedeutung. Er ist von Faktoren wie der Stimmungslage, den Persönlichkeitsmerkmalen und der aktuellen Lebenssituation abhängig.⁴³ In der Medizin spielt vor allem die gesundheitsbezogene und krankheitsspezifische Lebensqualität eine wichtige Rolle. Dabei wird sowohl auf objektiv messbare Aspekte wie beispielsweise auf die körperliche Funktion und die psychische Belastung, als auch auf die subjektiv empfundene Veränderung der eigenen Gesundheit geachtet.⁵⁸ Dies zeigte sich bereits im Jahr 1946, als die WHO den Begriff Gesundheit als „Einen Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ definierte (WHO 1946).⁴⁰

Die nicht unerhebliche Rolle des psychischen und sozialen Befindens jedes Einzelnen sollte

im Hinblick auf die Gesundheit berücksichtigt werden und bildete eine Vorlage für die spätere Entwicklung des Begriffes der Lebensqualität.¹³ Die WHO entwickelte dazu, mit Hilfe des WHOQOL- Projekts, einen Fragebogen zur Erhebung der Lebensqualität. Bei der Definition der Lebensqualität wird hier besonders auf die individuellen Umstände des Einzelnen, der Lebensweise sowie die kulturellen Einflüsse geachtet.³⁰ Der speziell für Hauterkrankungen entwickelte Freiburger Fragebogen zur Erhebung der Lebensqualität (FLQA) fragt sowohl die allgemeine als auch die krankheitsbezogene Lebensqualität ab und dient somit der Darstellung spezieller Krankheitsbelastungen und dem Vergleich der Lebensqualität untereinander.⁷ Basierend auf dieser Entwicklung gilt die Erhebung der Lebensqualität als unverzichtbares Element, um den Verlauf einer Erkrankung sowie den Erfolg der Therapieansätze festzustellen.⁴

2.3 Angst und Depression

Häufiger Stress und Belastungssituationen können Angstgefühle auslösen, welche durch ein vermindertes Selbstwertgefühl und ein geringes Selbstvertrauen verstärkt werden und oft ein Begleitsymptom bei Patienten mit chronischen Hauterkrankungen sind. Generell dient Angst der Erkennung und Abwehr von Gefahren. Im Hinblick auf die Psychologie ist der Unterschied zwischen dem aktuellen emotionalen Zustand, der sogenannten „State Angst“ und dem habituellen Persönlichkeitsmerkmal der „Trait Angst“ von Bedeutung.⁴⁶ Es gilt zu unterscheiden, ob die Angst der Patienten mit innerer Unruhe, Anspannung, Nervosität sowie einer erhöhten Aktivität des autonomen Nervensystems im Hinblick auf eine bestimmte Situation auftritt oder ob die Angst als stetige Charaktereigenschaft vorhanden ist. Letzteres kann zur Entstehung einer Angststörung führen. Angststörungen zeichnen sich durch Sorgen, aufgrund von belastenden Lebensereignissen aus, die beispielsweise bei chronischen Hauterkrankungen durch ein Stigmatisierungsgefühl, infolge des Aussehens oder der fehlenden Akzeptanz des sozialen Umfeldes entstehen können. Diese können sich im Laufe der Zeit zu chronischen Angststörungen entwickeln. Körperliche Symptome der Erkrankung oder andere innerliche Reize können als bedrohlich angesehen werden und dadurch die Angst verstärken. An Angststörungen leidende Patienten zeichnen sich daher durch ein hohes Maß an Beeinträchtigung aus.⁷⁴ Im Verlauf treten sie nicht selten in Kombination mit weiteren psychischen Komorbiditäten wie beispielsweise einer Depression auf.¹¹ Depressionen sind psychische Störungen, die durch Merkmale wie Interessenverlust, Antriebsminderung und eine deutlich gedrückte Stimmungslage über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind.¹⁶ Sie fallen durch einen starken Leidensdruck der Patienten auf und können dazu führen, dass die Erkrankten in ihrer Lebensführung stark beeinträchtigt sind. Die Symptome lassen sich oft nicht nur einem der beiden Krankheitsbilder Angst oder Depression zuordnen, sondern können auf beide zutreffen. In Kombination vorliegende Krankheitsbilder weisen umso stärkere Symptome und einen höheren Grad

an Belastung auf, die die Grunderkrankung, welche häufig als Auslöser der psychischen Symptomatik gilt, verschlechtern kann.^{10,74}

2.4 Gendermedizin

2.4.1 Geschichte

Die Thematik der Gendermedizin weist eine lange Tradition auf, die bereits mit der Geschichte von Adam und Eva begann. Die Rolle der Frau galt als minderwertig und wurde zudem als unreife Form des Mannes angesehen.⁴⁹ Nicht zuletzt aus diesem Grund wurden Untersuchungen und klinische Studien hauptsächlich an Männern durchgeführt und die Ergebnisse auf Frauen übertragen.²⁶ Körperliche Beschwerden oder Probleme der Frau wurden auf die Geburtshilfe zurückgeführt, da die Aufgabe der Frau darin bestand, Kinder zu versorgen. Erst mit zunehmender Aufklärung und Bildung der Frau konnte ein Wandel eingeleitet werden.⁴⁹ Entscheidend für die Miteinbeziehung der Frau in die Medizin war eine Veröffentlichung von 1991, die auf das Konzept „The Yentle Syndrome“ und die Unterrepräsentation der Frau aufmerksam machte.^{33,49}

Seit über einem Jahrzehnt gewinnen geschlechtsspezifische Unterschiede in der medizinischen Forschung immer mehr an Bedeutung dazu. Eine Gleichstellung der Geschlechter in der Medizin hinsichtlich der Bereiche Forschung, Wissenschaft und Führung spielt eine ebenso zunehmend wichtige Rolle. Eine Studie aus Nordamerika zeigte, dass Frauen in der Dermatologie im Vergleich zu Männern weniger Führungs- und Leitungspositionen übernehmen sowie weniger Veröffentlichungen und aktive Forschung aufweisen.⁶³ Eine Hoffnung hinsichtlich einer Gleichstellung der Geschlechter lässt dagegen durch zwei weitere Studien aufkommen, die auf eine wachsende Zahl von Veröffentlichungen von weiblichen Dermatologinnen sowie eine steigende Prävalenz von Frauen in Führungsrollen hinweisen.^{24,73} Eine stärkere Integrierung der Frau in die Forschung könnte ebenso eine Förderung der Gendermedizin bedeuten.

2.4.2 Bedeutung

Der Begriff „Gender“ stammt aus dem Englischen und bedeutet Geschlecht. In der Gendermedizin werden das biologische Geschlecht (Sex) und das psychosoziale Geschlecht (Gender) berücksichtigt. Dies dient dazu, sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezogen auf Krankheitsentstehung- und Verarbeitung sowie Gesundheitserhaltung- und Förderung zu untersuchen. Die Gendermedizin beschäftigt sich also nicht nur damit, wie sich die körperlichen Funktionen von Frauen und Männern unterscheiden, sondern auch mit dem Erleben von Krankheiten.³⁹

Das biologische Geschlecht lässt sich durch Gene, Geschlechtschromosomen, Hormone sowie innere und äußere Geschlechtsmerkmale bestimmen. Die meisten Gene sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen vorhanden, werden jedoch unterschiedlich exprimiert. Frauen unterliegen im Laufe des Lebens des Weiteren stärkeren körperlichen und seelischen Veränderungen, welche vor allem vom hormonellen Zyklus abhängig sind. Diese stellen ein deutliches Risiko für verschiedene Erkrankungen dar, die möglicherweise bei Männern nicht im selben Ausmaß zum Tragen kommen. Letztere sind weniger hormonellen Schwankungen und körperlichen Veränderungen ausgesetzt. Nichtsdestotrotz weisen Männer im Vergleich zu Frauen eine kürzere Lebenserwartung auf, welche durch einen „maskulinen“, risikoreicheren Lebensstil bedingt ist, der besonders einem psychosozialen Einfluss unterliegt.³⁹ Das psychosoziale Geschlecht ist unter anderem von der Geschlechterrolle, dem familiären Umfeld, dem Einkommen und Bildungsstand sowie der sozialen Unterstützung abhängig. Männer und Frauen können im Hinblick auf ein Krankheitsbild unterschiedliche Symptome zeigen, diese anders verarbeiten und nach außen kommunizieren.^{27,42} Durch die Berücksichtigung des sozialen Geschlechts können im Hinblick auf verschiedene Krankheiten neue Erkenntnisse gewonnen werden. Ein Beispiel zeigt eine Studie, die bei der Untersuchung von Herzerkrankungen mit Hilfe eines Fragebogens geschlechtsassoziierte Variablen, wie z.B. Einkommen, Bildungsstand und soziale Unterstützung erfasste. Unter Berücksichtigung der Antworten konnte ein sogenannter Genderindex gebildet werden, der von maskulin bis feminin reichte. Es wurde deutlich, dass feminine Eigenschaften unabhängig vom biologischen Geschlecht mit einer höheren Sterblichkeit nach einem Herzinfarkt assoziiert sind als maskuline.⁵⁷ Auch im Hinblick auf die Symptome der Herzinsuffizienz zeigen Frauen andere Symptome als Männer. So wurde in einer weiteren Studie veröffentlicht, dass Frauen oft nicht die typischen Symptome einer Herzinsuffizienz aufzeigen, sondern häufiger über Bronchitis-ähnliche Symptome klagen. Dies entspreche nicht dem klassischen Krankheitsbild einer Herzinsuffizienz und könne dazu führen, dass diese bei Frauen möglicherweise nicht rechtzeitig erkannt werden.²¹

Das männliche Geschlecht und dessen Symptome werden in Bezug auf verschiedene Krank

heiten als Normvariante angesehen. Es besteht deshalb die Gefahr, die für eine Erkrankung typischen Symptome für beide Geschlechter zu generalisieren und daraufhin nur den Symptomen Beachtung zu schenken, die häufig bei Männern auftreten.¹⁸ Dieser, in der medizinischen Forschung vorkommende Gender Bias, kann nicht nur für Frauen zum Nachteil werden. Auch Männer können im Hinblick auf für sie eher untypische Erkrankungen, wie beispielsweise das Krankheitsbild der Osteoporose, davon betroffen sein. Es ist eines der am wenigsten untersuchten Krankheitsbilder des Mannes, obwohl es auch hier eine doch große Rolle spielt und Beachtung finden sollte.⁶⁹ Eine individuelle Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede oder auch Gemeinsamkeiten sollte aus diesem Grund immer mehr in den Mittelpunkt der medizinischen Forschung rücken, um beispielsweise Unterschätzungen verschiedener Krankheitssymptome bei den Geschlechtern vermeiden zu können. Die Lücke im Wissensstand der medizinischen Forschung kann sich durch die Gleichstellung der Geschlechter sowie durch eine personalisierte Medizin schließen.²⁶

Auch in Bereichen der Dermatologie wird mit Hilfe der Gendermedizin versucht neue Erkenntnisse im Hinblick auf verschiedene Krankheiten zu gewinnen, um gezielt Therapiemaßnahmen zu optimieren. Eine Studie präsentierte beispielsweise die vom Geschlecht abhängigen, unterschiedlichen Bedürfnisse von an Psoriasis leidenden Patienten und konnte somit zu einer individuellen und personalisierten Behandlung für die Patienten beitragen.⁵⁰ Darüber hinaus präsentierte eine weitere Studie nicht nur die Einschränkungen der Lebensqualität von Psoriasis-Patienten, sondern auch, dass Rauchen ein Risikofaktor für das Entstehen oder Fortschreiten der Erkrankung darstellt, welcher besonders bei Frauen von großer Bedeutung ist.⁵¹ Weiterhin wurden in der Dermatologie Abweichungen zwischen Frauen und Männern aufgrund von hormonellen Unterschieden beschrieben. Frauen sind zum Beispiel durch einen höheren Östrogenspiegel anfälliger für eine Hyperpigmentierung als Männer. Zudem ist die weibliche Haut nach der Menopause, aufgrund eines Östrogenmangels, anfälliger für verschiedene Hautirritationen, wie Ekzeme oder starken Juckreiz.⁵¹

Ziel der Gendermedizin ist es, durch die individuelle Betrachtung der jeweiligen Geschlechter Ansatzpunkte für eine gezielte Therapie zu finden und somit eine bessere Lebensqualität zu gewährleisten. Verhaltensweisen der Geschlechter, die auf bestimmte Krankheitsbewältigungsstrategien hinweisen, können Informationen über eine optimale Behandlung und Rehabilitation geben. Auch in Bezug auf eine Krankheitsprävention können individuelle Merkmale der Patienten Auskunft darüber geben, welche Ressourcen genutzt werden können, um einen möglichst angenehmen Krankheitsverlauf zu gestalten. Nicht zuletzt sollte die Gendermedizin auch in der Lehre an Relevanz dazugewinnen. 2018 wurde eine deutsche Studie veröffentlicht, die eine online Austauschplattform zu Geschlechteraspekten in der Medizin für Studierende entwickelte. Die Plattform wurde von vielen Studenten als hilfreich angesehen.⁶² Besonders

für Studierende, die als zukünftige Aufgabe die Patientenversorgung haben, stellen krankheitsspezifische Geschlechteraspekte eine Voraussetzung für eine individuelle Versorgung dar. Eine stetige Weiterentwicklung dieses oder ähnlicher Projekte und die Erweiterung des Wissenstandes, wird in Zukunft für die Etablierung einer geschlechtersensiblen Medizin zunehmend von Bedeutung sein.

2.5 Ziel und Fragestellung

Die Fragestellung der hier vorliegenden Studie lautet, inwieweit es geschlechtsspezifische Unterschiede bei dermatologisch erkrankten Patienten, hinsichtlich der allgemeinen und krankheitsspezifischen Lebensqualität, der Krankheitsbewältigung und Krankheitsverarbeitungsmuster sowie der psychopathologischer Faktoren gibt. Ziel ist es, mögliche geschlechtsspezifische Merkmale herauszuarbeiten, die in der Therapie und besonders der Prävention und Prophylaxe von chronischen Hauterkrankungen von Bedeutung sind. Zudem können eventuell vorhandene Musterpatienten einer bestimmten Erkrankung mit ihren typischen Merkmalen erarbeitet werden, um im Hinblick auf deren Krankheitsbilder, eine bessere Versorgungsqualität zu gewährleisten.

3. MATERIAL UND METHODIK

3.1 Studiendesign

In dieser Studie handelt es sich um eine retrospektive Querschnittsstudie. Um akute von chronischen Dermatosen zu unterscheiden, wurden hier mehrheitlich chronische Hauterkrankungen betrachtet.

3.2 Studienablauf und Patientenkollektiv

Vor Beginn der Studie wurde durch die Ethik-Kommission der Ärztekammer des Saarlandes eine Genehmigung dieser, unter der Kenn-Nummer 248/18 erteilt. Vom 21.01.2019 bis zum 28.02.2019 wurden Patienten, die sich im Zeitraum von 01.01.2016 - 31.12.2017 aufgrund einer Hauterkrankung in stationärer Behandlung in der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie des Universitätsklinikums Homburg/Saar befanden, aus dem Datensatz des

SAP, eine Software für Datenverarbeitung, ausgesucht und einem Patientenkollektiv zugeordnet. In der Zeit zwischen dem 01.03.2019 - 30.06.2019 wurden die Patienten, die in die Studie eingeschlossen wurden, postalisch über diese informiert und bekamen eine Einwilligungs- und Datenschutzerklärung ausgehändigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und konnte jederzeit abgebrochen werden. Die Patienten wurden lediglich einmalig angeschrieben. Erinnerungs- oder Mahnschreiben fanden nicht statt. Auf die Vergabe von Incentives, als Form der Belohnung oder zum Anreiz der Motivation der Befragten wurde verzichtet. Die im Brief zusätzlich mitgeschickten drei Fragebögen, die sich mit den Themen Lebensqualität, Krankheitsbewältigung sowie psychopathologischer Faktoren beschäftigten, wurden von den Patienten ausgefüllt und zusammen mit der Einwilligungs- und Datenschutzerklärung postalisch oder per Fax zurück an die Adresse der Klinik für Dermatologie geschickt. Das Anschreiben, die Einwilligungs- und Datenschutzerklärung sowie die Fragebögen werden im Anhang aufgelistet. Nach dem 30.06.2019 wurden keine Fragebögen mehr ausgewertet. Um den Datenschutz zu gewährleisten, wurden die Fragebögen pseudonymisiert ausgewertet und gespeichert. Nach Abschluss der Datenauswertung wurden die Pseudonymisierungsschlüssel gelöscht, sodass eine Patientenidentifizierung nicht mehr möglich war. Die Patienten wurden nach folgenden Kriterien selektiert:

Einschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr, die aufgrund einer chronischen Hauterkrankung stationär im Universitätsklinikum waren und sich bereit erklärten, den Fragebogen auszufüllen.

Ausschlusskriterien

Minderjährige Patienten, nicht geschäftsfähige sowie an Demenz erkrankte Patienten wurden ausgeschlossen. Um das Verständnis der Fragebögen zu gewährleisten konnten Patienten, die der deutschen Sprache nicht oder nur teilweise mächtig waren, nicht eingeschlossen werden. Patienten, die den Fragebogen nicht ausfüllen wollten sowie diejenigen, die sich erst nach dem 30.06.2019 zurückmeldeten, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

Abbruchkriterien

Da die Datenerhebung keine Risiken für die Patienten darstellte, wurden keine Abbruchkriterien festgelegt.

3.3 Messinstrumente

Die folgenden Fragebögen wurden hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede ausgewertet. Alle Fragen und Items wurden ausgewertet. Ausgewählte Fragen zu den jeweiligen Items wurden hervorgehoben und dienten der beispielhaften Verdeutlichung und Beurteilung verschiedener Lebensbereiche, Bewältigungsstrategien sowie Einflüsse auf die Lebensqualität der Patienten.

Sowohl beim Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK), als auch beim Fragebogen zur Lebensqualität bei Hauterkrankungen und Allergien (FLQA-d), wurde vor Beginn der Studie eine Erlaubnis zur Verwendung der Fragebögen eingenommen. Die Lizenzen sind im Anhang aufgelistet.

Alle erhobenen Daten für die statistische Auswertung wurden mittels SAP, einer Software zur Datenverarbeitung, der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie des Universitätsklinikums Homburg/Saar zusammengetragen. Unter den Informationsquellen befanden sich Patientenakten sowie alle vorliegenden Arztbriefe. Folgende klinische Kriterien wurden, soweit vorhanden, erfasst: Alter, Geschlecht, dermatologische Diagnose, dermatologische Therapiemaßnahmen und Dauer des stationären Aufenthaltes.

3.3.1 Hospital Anxiety and Depression Scale - deutsche Version (HADS-D)

Die Hospital Anxiety and Depression Scale - deutsche Version (HADS-D) ist ein Selbstbestimmungsfragebogen, der als Screeningverfahren, zur Schweregradbestimmung und auch einer Verlaufsbeurteilung hinsichtlich Angst und Depression dienen kann. Die von Zigmond und Snaith entwickelte Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) liegt hier in deutscher Übersetzung vor.^{34,66}

Genutzt wird die HADS-D vor allem bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen sowie in der somatischen und psychosomatischen Medizin. Zudem liegen erstellte Normtabellen mit Prozent und t-Werten für kardiologische Patienten und der Allgemeinbevölkerung vor.³⁶ Ihre Anwendung findet bereits bei Jugendlichen ab 15 Jahren und bei Erwachsenen statt.⁶⁶ Die

HADS-D besteht aus 14 Items, welche sich in die beiden Subskalen „Angst“ und „Depression“ einteilen lassen. Jeder Subskala sind sieben in Aussageform vorliegenden Items zugeordnet, welche durch Selbstbeurteilung, eine ängstliche und depressive Beschwerdesymptomatik der letzten Woche erfassen. Das Antwortschema ist vierstufig im Bereich von 0-3, wohingegen null der Symptomatik am wenigsten und drei der Symptomatik am meisten entspricht. Innerhalb der Subskalen lassen sich aus den Antwortmöglichkeiten Summen bilden, die sich jeweils

in den Bereichen von 0-21 befinden. Um eine Tendenz hinsichtlich des Schweregrades von Angst und Depression der Patienten zu bilden, lassen sich folgende Bereiche festlegen:

- Werte von 0-7 deuten auf eine unauffällige Symptomatik hin.
- Werte von 8-10 deuten auf eine grenzwertige Symptomatik hin.
- Werte von 11-14 deuten auf eine schwere Symptomatik hin.
- Werte von 15-21 deuten auf eine sehr schwere Symptomatik hin.³⁴

Eine schwere Symptomatik dient nicht zur Diagnosestellung, sondern kann Hinweise auf eine mögliche affektive Störung liefern.⁶⁷

Bezogen auf die Subskala „Angst“ wurde in der vorliegenden Studie die Aussage „Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf“ zur besseren Veranschaulichung der ausgehenden Fragestellung ausgewählt. Die Antwortmöglichkeiten reichten von null („nur gelegentlich/nie“) bis drei („einen Großteil der Zeit“). In Betracht auf die Subskala „Depression“ wurde die Aussage „Ich blicke mit Freude in die Zukunft“ als anschauliches Beispiel genommen. Die Antwortmöglichkeiten reichten hier von null („ja, sehr“) bis drei („kaum bis gar nicht“).

3.3.2 Essener Fragebogen für Krankheitsverarbeitung (EFK)

Der Essener Fragebogen für Krankheitsverarbeitung (EFK) dient dazu, die aktuelle Krankheitsbewältigung der Patienten auf verschiedenen Ebenen wie beispielsweise auf emotionaler, kognitiver und Verhaltensebene zu erfassen. Seine Anwendung findet der EFK besonders bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen.

Insgesamt ist der EFK aus 45 Items aufgebaut, die sich in neun Bewältigungsbereiche à fünf Items einteilen lassen. Das Antwortschema der jeweiligen Items stellt sich auf einer Likert-Skala fünfstufig dar und reicht von null („überhaupt nicht“) bis vier („sehr stark“), um den Grad der Zustimmung anzugeben. Lediglich zwei Items der Bewältigungsgruppe „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ werden invertiert erfragt. Mithilfe des Antwortschemas wird pro Bewältigungsbereich eine Summe der angegebenen Antworten gebildet und durch die Anzahl der Items, in jeder Bewältigungsgruppe die Zahl fünf, geteilt. Der ermittelte Rohwert pro Patient wird aufgrund einer geringen Aussagekraft in vorgegebene Stanine-Werte¹ umgewandelt. Diese reichen von minimal eins bis maximal neun. Je höher die Stanine-Werte, desto zutreffender sind die jeweiligen Items der verschiedenen Bewältigungsbereiche auf den Patienten und dessen

¹ Stanine-Werte dienen zur Skalierung von Testergebnissen und weisen einen Mittelwert von fünf sowie eine Standardabweichung von zwei auf.⁵⁶

Krankheitsverarbeitung.²⁵ Die Umwandlungstabelle der Rohwerte in Stanine-Werte ist im Anhang dargestellt.

Als erster Bewältigungsbereich des EFK ist „Handelndes, problemorientiertes Coping“ (HPC) definiert, der ein aktives und strukturiertes Handeln des Patienten beschreibt. Zur besseren Veranschaulichung wird im Folgenden in dieser Studie das Item „Ich versuche herauszufinden, wie ich mich gut mit meiner Krankheit arrangieren kann“ ausgewählt. Der zweite Bereich „Abstand und Selbstaufbau“ (AUS) verdeutlicht ein eigenständiges, auf sich selbst fokussiertes Handeln. Als Beispiel Item dient hier „Ich mache mir selber Mut“. Mithilfe von Bewältigungsbereich drei „Informationssuche und Erfahrungsaustausch“ (IUE) lässt sich erkennen, ob Patienten aktiv auf der Suche nach Informationen über ihre Erkrankung sind. Verdeutlicht wird dies mit dem Item „Ich informiere mich über alternative Heil- und Behandlungsmethoden“. Eine weitere Strategie der Patienten mit der Krankheit umzugehen lässt sich durch Bereich vier „Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“ (BWB) erkennen. Veranschaulicht wird dieser Bewältigungsbereich mit dem Item „Ich lebe einfach weiter, als wäre nichts geschehen“. Rückzug von anderen oder Selbstmitleid werden dem Bewältigungsbereich fünf „Depressive Verarbeitung“ (DV) zugeordnet. Als Beispiel dient hier das Item „Ich ziehe mich von anderen zurück“. „Gut Hilfe annehmen können“ (GHA) und „Aktive Suche nach sozialer Einbindung“ (ASS) präsentieren Bewältigungsbereiche sechs und sieben der Krankheitsverarbeitung. Verdeutlicht werden diese durch die Items „Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an“ (GHA) und „Ich verlebe mit anderen Menschen sehr schöne Stunden“ (ASS). Die beiden letzten Punkte der Krankheitsverarbeitung sind zum einen „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ (VIÄ) unter Berücksichtigung der Patientencompliance und zum anderen „Erarbeiten eines inneren Halts“ (EIH) durch beispielsweise religiöse und alternative Verhaltensmuster.²⁵ Bewältigungsbereich acht wird durch das Item „Ich habe ein hohes Ausmaß an Vertrauen in meine medizinische Behandlung“ und Bereich neun durch „Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt zur Natur“ veranschaulicht.

3.3.3 Fragebogen zur Lebensqualität bei Hauterkrankungen und Allergien (FLQA-d)

Der FLQA-d dient der Ermittlung der Lebensqualität bei Patienten mit Hauterkrankungen oder Allergien in den letzten zwei Wochen. Er richtet sich an verschiedene Lebensbereiche mit einer unterschiedlichen Zahl an Items. Die Antwortmöglichkeiten reichen von eins („nie/ gar nicht“) bis fünf („immer/sehr“). Bezogen auf die jeweiligen Lebensbereiche können Summen gebildet werden, die mit dem möglichen erreichbaren Maximum verglichen werden. Je höher die Summe, desto zutreffender sind die Aussagen der einzelnen Items, welche Hinweise auf die Einschränkungen oder Zufriedenheit in den jeweiligen Lebensbereichen geben. Zudem kann

ein Gesamtscore mit 250 möglichen erreichbaren Punkten gebildet werden. Eine Skala von null („sehr schlecht“) bis zehn („sehr gut“) gibt einen Überblick über den „allgemeinen Gesundheitszustand“, „Hautzustand“ sowie die „Lebensqualität insgesamt“ der vergangenen Wochen der Patienten.⁶

Die erste Kategorie dient der Ermittlung der „körperlichen Beschwerden“ bzw. dem „körperlichen Wohlbefinden“ mit 14 verschiedenen Symptomen. Ein Maximum von 70 stellt die stärkste Ausprägung aller Symptome dar. Auf die bei den Homburger Patienten am meisten vorhandenen Symptome wie „Trockenheit der Haut“ und „Juckreiz“ wird vertieft eingegangen. Einschränkungen im „Alltags- und Berufsleben“ sowie „Sozialleben“ werden als Lebensbereich zwei und drei abgefragt. Als Beispiel in dieser Studie für das „Alltags- und Berufsleben“ dient das Item „Meine Aufgaben im Beruf/Haushalt kann ich wegen der Erkrankung zeitweise nur unzureichend erfüllen“. Ein Summenwert von 50 ist in diesem Lebensbereich das erreichbare Maximum. „Wie sehr haben Sie in der vergangenen Woche wegen der Hauterkrankung Probleme mit Ihrem Partner oder Ihrer Familie gehabt?“ veranschaulicht ein Item im Bereich „Sozialleben“, bei dem ein Maximum von 30 Punkten möglich ist. Das „Psychische Befinden“ der Patienten wird mithilfe von 9 Items abgefragt und stellt die vierte Kategorie des FLQA-d dar. Auf die Items „Niedergeschlagenheit“, „Sorgen wegen der Hautkrankheit“, „Gelassenheit“ und „Kraft“ wird ein besonderes Augenmerk gelegt, um Rückschlüsse auf die Lebensqualität der Patienten zu ziehen. Ein Maximum von 45 Punkten kann hier erreicht werden. Die „Therapie“ wird als fünfte Kategorie hinsichtlich der Belastung und des Zeitaufwandes abgefragt und stellt somit einen wichtigen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten dar. Das Item „Die Behandlung stellt für mich eine Belastung dar“ soll dies veranschaulichen. Ein erreichbares Maximum von 20 Punkten stellt eine erschwerte und zeitaufwändige Therapie dar. Die letzte Kategorie bezieht sich auf die „Zufriedenheit“ der Patienten hinsichtlich verschiedener Bereiche. Die Items „Freundeskreis“, „körperliches Befinden“ und „Behandlung“ werden genauer analysiert, da sie spezifische Auskunft über die Zufriedenheit in Bezug auf verschiedene Bereiche der Patienten geben. Die Berechnung der Summe geschieht hier durch eine invertierte Skala von eins („sehr zufrieden“) bis fünf („gar nicht zufrieden“). Ein maximal erreichbarer Wert von 35 gibt die vollste Zufriedenheit hinsichtlich aller Bereiche an.⁵

3.3.4 Musterpatienten des Homburger Patientenkollektivs

Musterpatienten sollen einen Überblick hinsichtlich des typischen krankheitsbezogenen Gesundheitszustandes dermatologischer Patienten geben. Sie wurden in dieser Arbeit für die zwei Patientengruppen mit den Diagnosen „Psoriasis“ und „Dermatitis“ erstellt, da diese ausgewählten Patientengruppen, bezogen auf die Rückmeldungen, die mit der größten Fallzahl

waren. Aussagen und Antworten, die die Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung in den unterschiedlichen Lebensbereichen widerspiegeln wurden ausgesucht und mithilfe von Mittelwerten dargestellt. Zur besseren Übersicht wurde sich im Hinblick auf die unterschiedlichen Items der Fragebögen auf statistisch und klinisch relevante Unterschiede beschränkt.

3.4 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universität des Saarlandes. Zur Analyse von quantitativen Merkmalen wurde jeweils eine deskriptive Statistik mit arithmetischem Mittelwert und Median als Lagemaße, die Standardabweichung (SD) zur Bestimmung der Streuung sowie das Minimum und Maximum berechnet. Für die Analyse von qualitativen Merkmalen wurden relative und absolute Häufigkeiten ermittelt. Als statistischer Test wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Er dient zur Untersuchung zweier unabhängiger Stichproben auf Unterschiede, ausgehend von der Nullhypothese (H_0), dass die Stichproben sich nicht voneinander unterscheiden. Der p-Wert wurde mit $p < 0,05$ definiert. Lag ein p-Wert $< 0,05$ vor, wurde die Nullhypothese abgelehnt und ein statistisch signifikantes Ergebnis angenommen.

Zur Darstellung geschlechtsspezifischer Unterschiede dienten Balkendiagramme mit Angabe von prozentualer und absoluter Häufigkeit. Als Ergänzung der graphischen Darstellung wurden Kreisdiagramme, Histogramme und Boxplots verwendet. Zur besseren Übersicht wurde hier teilweise auf die Angabe von prozentualer oder absoluter Häufigkeit verzichtet. Um mehrere Merkmale in Abhängigkeit voneinander darzustellen wurden Kreuztabellen erstellt. Die Datenerfassung der klinischen Angaben erfolgte mit Microsoft Excel 2013. Für die statistische Berechnung, Analyse und Anfertigung der Abbildungen wurden die Daten von Excel in SPSS (IBM SPSS Statistics Version 25) übertragen.

4. ERGEBNISSE

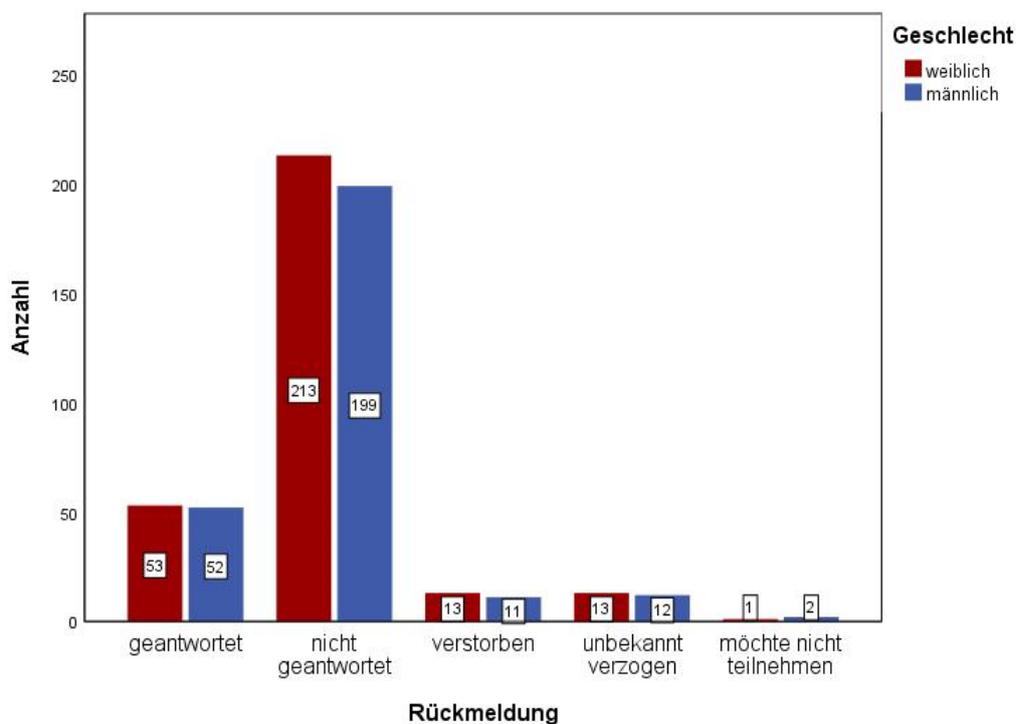
4.1 Datensatz und Datenqualität

Im Zeitraum vom 01.03.2019 bis 30.06.2019 wurden insgesamt 572 Patienten mit passenden Einschlusskriterien per Post angeschrieben, über die Studie informiert und aufgeklärt. Die kontaktierten Patienten befanden sich im Zeitraum von 01.01.2016 - 31.12.2017 aufgrund einer

chronischen Hauterkrankung stationär in der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie am Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg.

Von den 572 Patienten erklärten sich 105 Patienten bereit an der Studie teilzunehmen. Somit betrug der Rücklauf 18,4 %. 415 Patienten (72,6%) haben an der Studie nicht teilgenommen. 24 Patienten (4,2%) sind seit ihrem letzten stationären Aufenthalt am Uniklinikum verstorben. Weitere 25 (4,4%) sind unbekannt verzogen und 3 Patienten (0,5%) teilten persönlich mit, dass sie an der Studie nicht teilnehmen möchten (Abbildung 1).

Abbildung 1: "Rückmeldung"



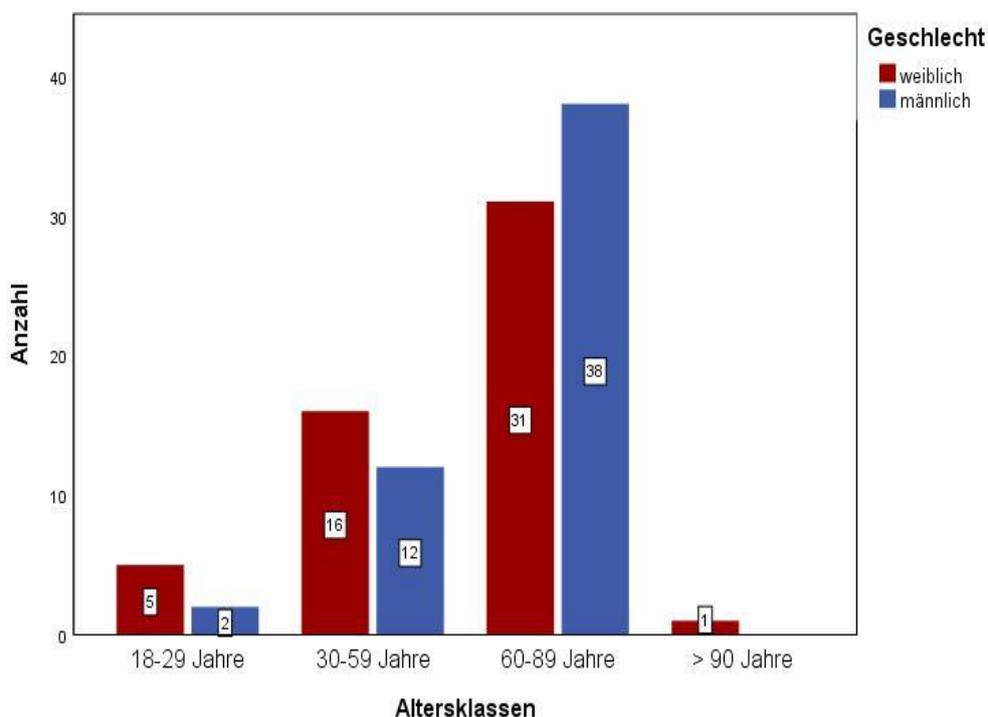
**Legende: x-Achse: Art der Rückmeldung aller angeschriebenen Patienten;
y-Achse: Anzahl aller angeschriebenen Personen in absoluter Häufigkeit**

In der weiteren Datenanalyse ist aufgefallen, dass nicht alle Fragebögen vollständig ausgefüllt waren. Sowohl der EFK als auch die HADS-D waren bei jeweils zwei Patienten nicht ausreichend beantwortet, sodass diese nicht berücksichtigt wurden und bei beiden Fragebögen ein Datensatz von 103 Patienten bestand.

4.2 Demographische und klinische Angaben

Von den 105 Patienten, die an der Studie teilgenommen haben, war die Geschlechterverteilung mit 53 (50,5%) Frauen und 52 (49,5%) Männern relativ ausgeglichen. Die Patienten befanden sich im Alter von 18-90 Jahren.² Das mittlere Alter lag bei 64 Jahren, der Median bei 66 Jahren. Bei den weiblichen Patienten betrug das mittlere Alter 60 Jahre. Sie waren im Vergleich zu den männlichen Patienten, mit einem mittleren Alter von 67 Jahren, etwas jünger. Die in Abbildung 2 dargestellten Altersklassen in Abhängigkeit vom Geschlecht zeigen die am häufigsten vertretene Altersklasse bei beiden Geschlechtern mit 65,7% im Bereich von 60-89 Jahren. 31 Patienten waren davon weiblich und 38 männlich. Die Altersklasse über 90-jährige Patienten war mit einer weiblichen Patientin am geringsten ausgeprägt. Die dazwischen liegenden Altersklassen zeigten bei beiden Geschlechtern eine Tendenz zum höheren Alter. Die 18-29-jährigen Patienten waren mit insgesamt 6,7% vertreten. Darunter befanden sich 5 Frauen und 2 Männer. Mit 26,7% präsentierten sich die Patienten im Alter von 30-59 Jahren, aufgeteilt in 16 weibliche und 12 männliche Teilnehmer (Abbildung 2).

Abbildung 2: "Altersklassen"



Legende: x-Achse: Altersverteilung der 18 –bis > 90-Jährigen in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: Anzahl der Patienten in absoluter Häufigkeit

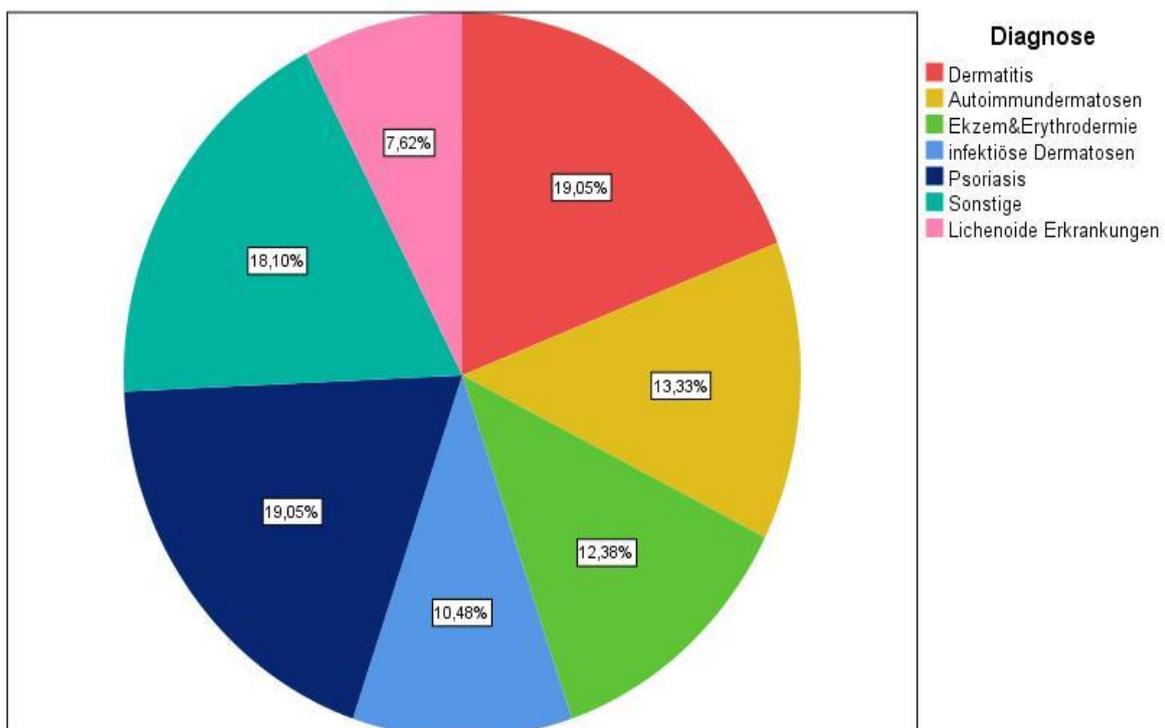
² Das Alter der Patienten wurde im Beobachtungszeitraum 2019 berechnet.

Die Verteilung der Diagnosen wird in den beiden folgenden Abbildungen dargestellt. Zur besseren Übersicht wurden teilweise mehrere Krankheiten zu einer Gruppe zusammengefasst. Zu den relevanten Diagnosen in dieser Arbeit zählen:

- Dermatitis
- Autoimmundermatosen (Sklerodermie, bullöses Pemphigoid, Pemphigus vulgaris)
- Ekzem und Erythrodermie
- infektiöse Dermatosen (Erysipel, Herpes Zoster)
- Lichenoide Erkrankungen
- Psoriasis
- „Sonstige“ (Alopecia areata, Akne inversa, Prurigo simplex und Pyoderma gangraenosum)

Psoriasis und Dermatitis waren mit jeweils 19,05 % bei den Patienten als Diagnose am häufigsten vertreten. An zweiter Stelle schloss sich mit 18,10% die Kategorie „Sonstige“ an. Einen Anteil von 13,33% nahmen die Autoimmundermatosen ein. Die restlichen Prozent bildeten sich aus 12,38% Ekzem und Erythrodermie, 10,48% infektiöse Dermatosen und der geringste Anteil nahmen die lichenoiden Erkrankungen mit 7,62% in Anspruch (Abbildung 3).

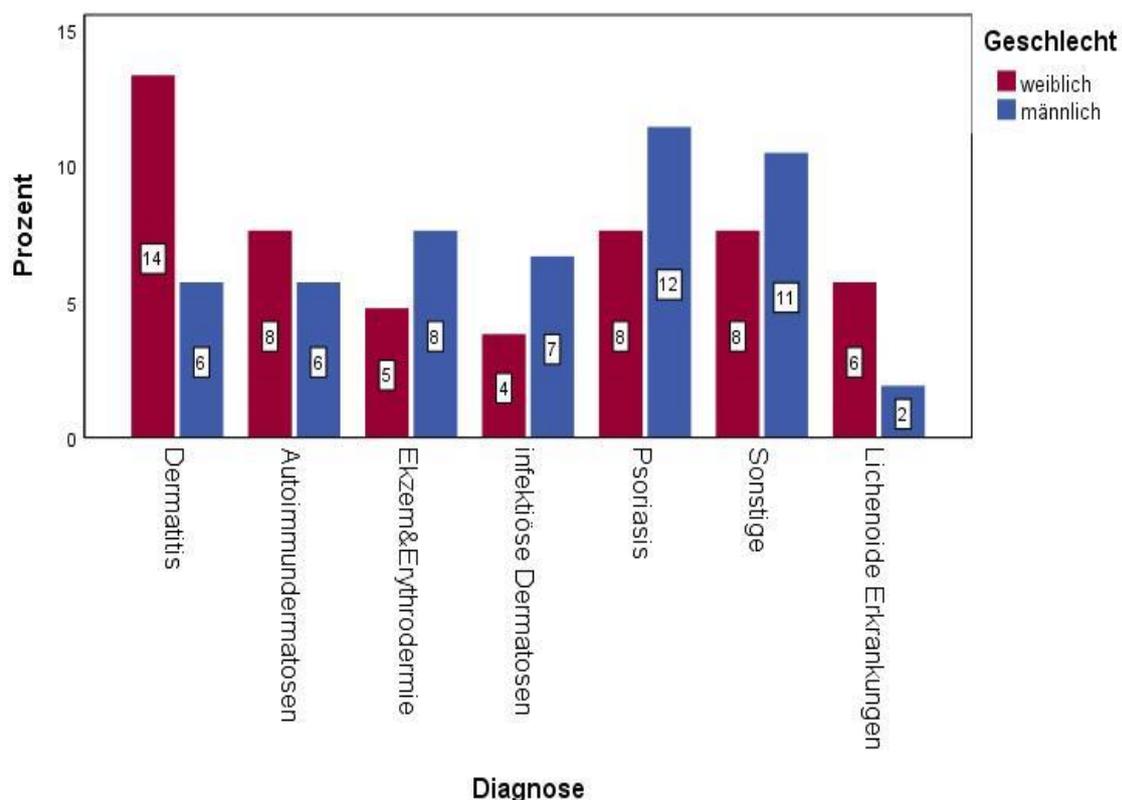
Abbildung 3: "Diagnose"



Eine Übersicht der geschlechtsspezifischen Diagnoseverteilung zeigt Abbildung 4.

Von den befragten Homburger Patienten waren mehr Frauen als Männer an einer Dermatitis erkrankt. Die Anzahl der Frauen betrug 14 (26,9%), die der Männer dagegen 6 (11,3%). Bei den Autoimmundermatosen waren die Frauen mit 8 Erkrankten (15,4%) im Gegensatz zu den Männern mit 6 Erkrankten (11,3%) häufiger betroffen. Zudem fanden sich bei den lichenoiden Erkrankungen mit 6 Patienten (11,5%) mehr weibliche als männliche Patienten. Letztere wiesen eine Anzahl von 2 Patienten (3,8%) auf. An einem Ekzem oder einer Erythrodermie litten 5 Frauen (9,6%) und 8 Männer (15,1%). Zu den infektiösen Dermatosen wurden 4 Frauen (7,7%) und 7 Männer (13,2%) zugeteilt. 12 Männer (22,6%) und 8 Frauen (15,4%) waren an Psoriasis erkrankt. Der Kategorie „Sonstige“ wurden 11 Männer (20,8%) und 8 Frauen (15,4%) zugeordnet (Abbildung 4).

Abbildung 4: "Diagnose in Abhängigkeit vom Geschlecht"



Legende: x-Achse: Verteilung der Diagnosen in Abhängigkeit vom Geschlecht; y-Achse: Prozentuale Häufigkeit der unterschiedlichen Diagnosen bei den befragten Patienten

Die Patientencharakteristika sind zur besseren Übersicht in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 1: "Patientencharakteristika"

Rückmeldung, n (%)	
Geantwortet	105 (18,4)
Nicht geantwortet	415 (72,6)
Verstorben	24 (4,2)
Unbekannt verzogen	25 (4,4)
Möchte nicht teilnehmen	3 (0,5)
Rücklauf, %	18,4
Geschlecht, n (%)	
Männlich	52 (49,5)
Weiblich	53 (50,5)
Alter (Jahre)	
Mittelwert (SD)	63,7 (17,1)
Median (min./max.)	66 (18/90)
Männlich, Mittelwert (Median)	67 (70)
Weiblich, Mittelwert (Median)	60 (61)
Diagnose männlich, n (%)	
Dermatitis	6 (11,5)
Autoimmundermatosen	6 (11,5)
Ekzem & Erythrodermie	8 (15,4)
Infektiöse Dermatosen	7 (13,5)
Psoriasis	12 (23,1)
Sonstige	11 (21,2)
Lichenoide Erkrankungen	2 (3,8)
Diagnose weiblich, n (%)	
Dermatitis	14 (26,4)
Autoimmundermatosen	8 (15,1)
Ekzem & Erythrodermie	5 (9,4)
Infektiöse Dermatosen	4 (7,5)
Psoriasis	8 (15,1)
Sonstige	8 (15,1)
Lichenoide Erkrankungen	6 (11,3)

4.3 Ergebnisse der Fragebögen

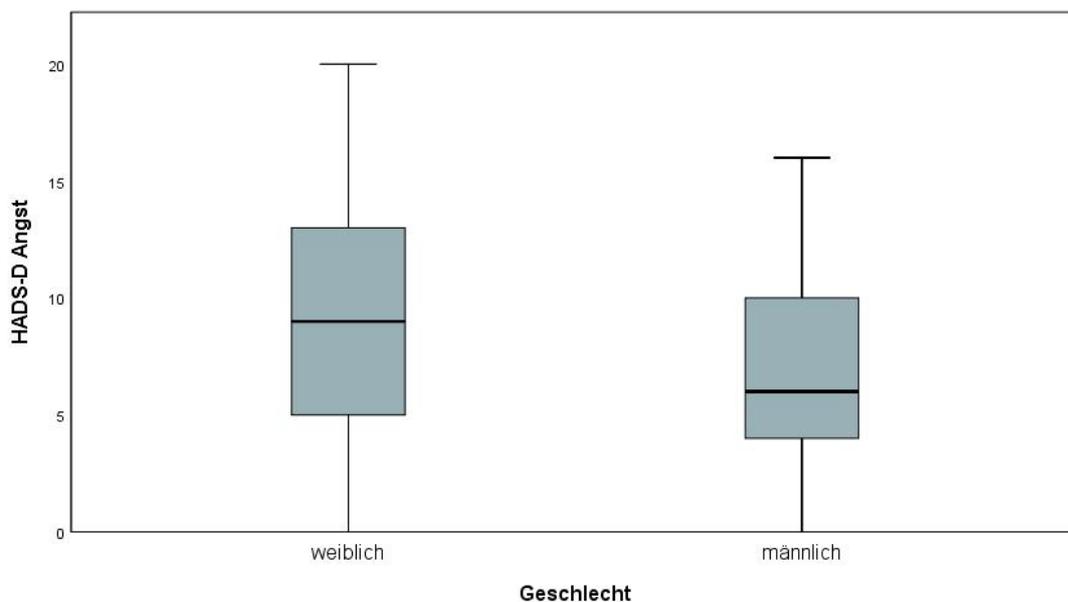
Im folgenden Kapitel werden die Auswertungen und Ergebnisse der unterschiedlichen Fragebögen präsentiert. Die Fragebögen geben Auskunft über psychopathologische Faktoren wie beispielsweise Angst und Depression, allgemeine und krankheitsspezifische Lebensqualität sowie Auskunft über die Krankheitsbewältigung.

4.3.1 HADS-D

Die HADS-D lässt sich in zwei Subskalen aufteilen. Dadurch können zum einen Rückschlüsse auf eine ängstliche und zum anderen auf eine depressive Symptomatik gezogen werden.

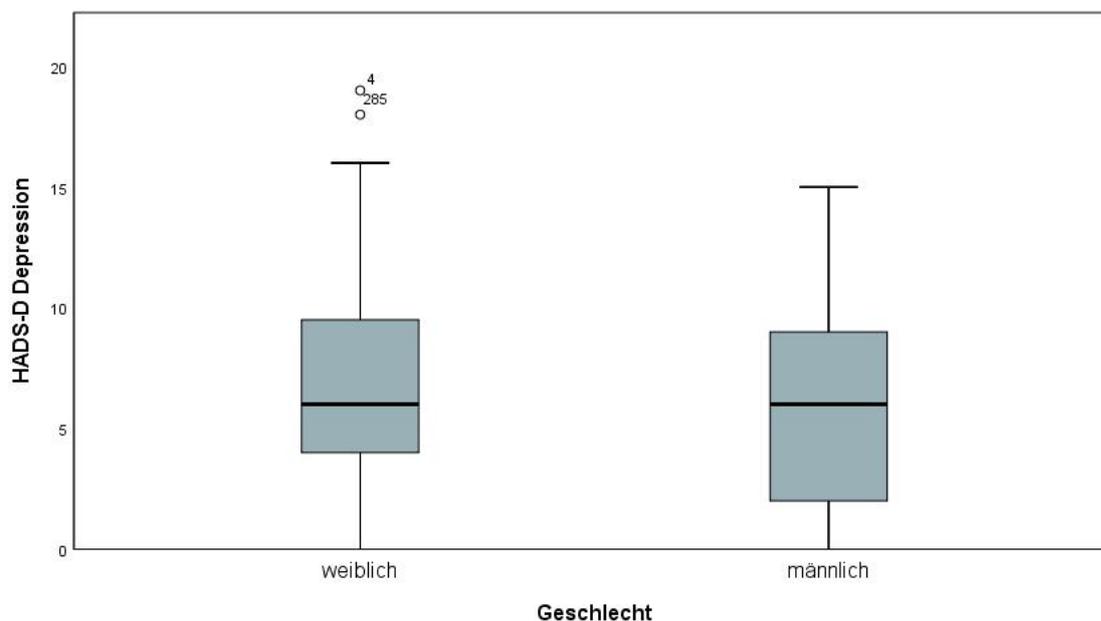
Im Hinblick auf die Subskala „Angst“ zeigten die weiblichen Patienten einen Median von 9, wohingegen die Männer einen Median von 6 erreichten (Abbildung 5). Bei einem möglichen Wertebereich von 0-21 erlangten die Frauen ein Maximum von 20. Das der Männer lag dagegen bei 16. Eine Übersicht der deskriptiven Statistik zeigt Tabelle 3. Mit einem p-Wert von $p=0,020$ wurde ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Geschlechtern festgestellt. Die Nullhypothese konnte somit abgelehnt und die Alternativhypothese angenommen werden. Bei der Subskala „Depression“ lag der Median der Frauen und Männer bei 6 (Abbildung 6). Der Wertebereich streckte sich ebenfalls von 0-21. Hier erreichten die Frauen den Wert 19 und die Männer den Wert 15. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern bestand bei einem p-Wert von $p=0,349$ nicht (Tabelle 3).

Abbildung 5: "HADS-D Angst"



Legende: x-Achse : geschlechterspezifischer Boxplot;
y-Achse: absolute Werteskala der HADS-D Angst

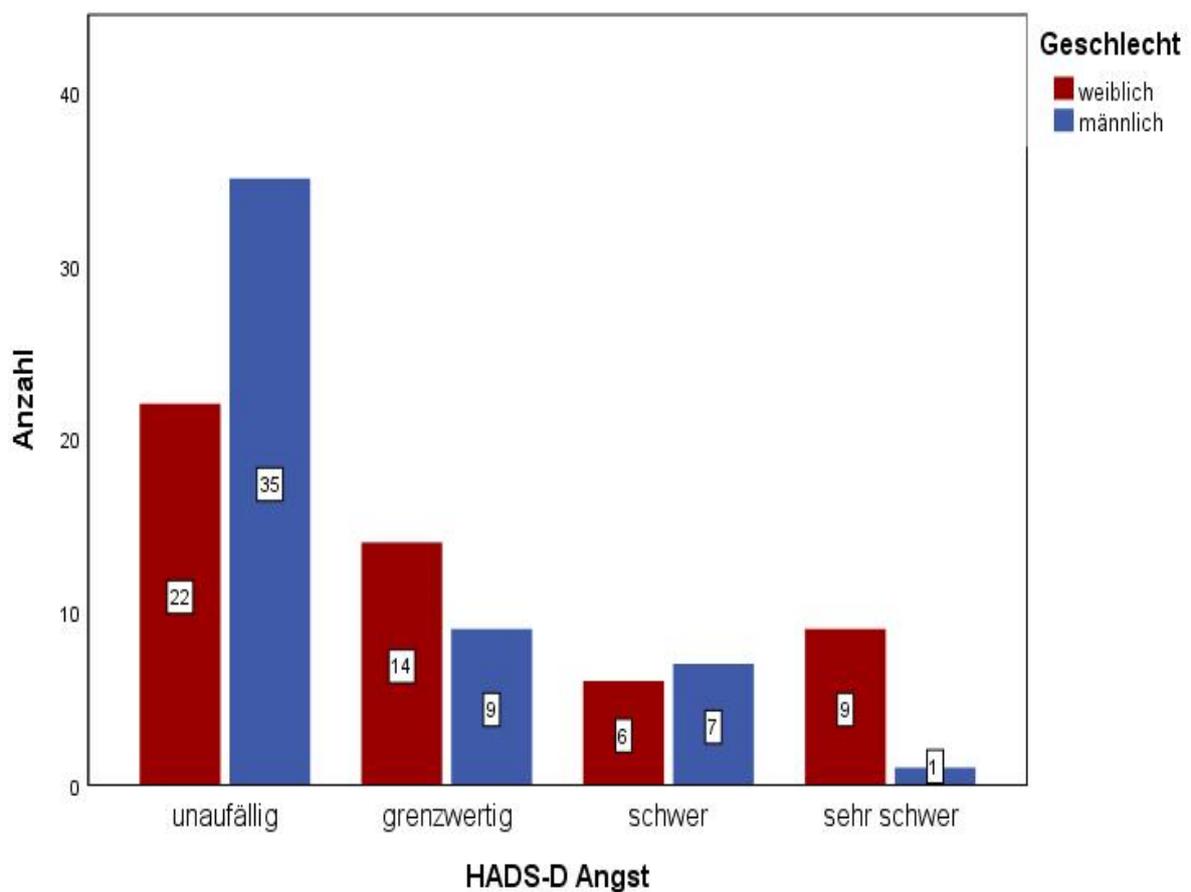
Abbildung 6: "HADS-D Depression"



Legende: x-Achse : geschlechterspezifischer Boxplot;
y-Achse: absolute Werteskala der HADS-D Depression

Durch Einteilung der Wertebereiche in einzelne Kategorien ließen sich Rückschlüsse über den Schweregrad der „Angst“ und oder „Depression“ der befragten Patienten ziehen. Hinsichtlich der Subskala „Angst“ zeigten sich 22 Frauen (43,1%) und 35 Männer (67,3%) im unauffälligen Bereich. Zur Kategorie „grenzwertig“ konnten 14 weibliche Patienten (27,5%) und 9 männliche (17,3%) zugeordnet werden. 6 Frauen (11,8%) und 7 Männer (13,5%) zeigten eine „schwere“ ängstliche Symptomatik und bei 9 Frauen (17,6%) und einem Mann (1,9%) traf eine „sehr schwere“ ängstliche Symptomatik zu (Abbildung 7).

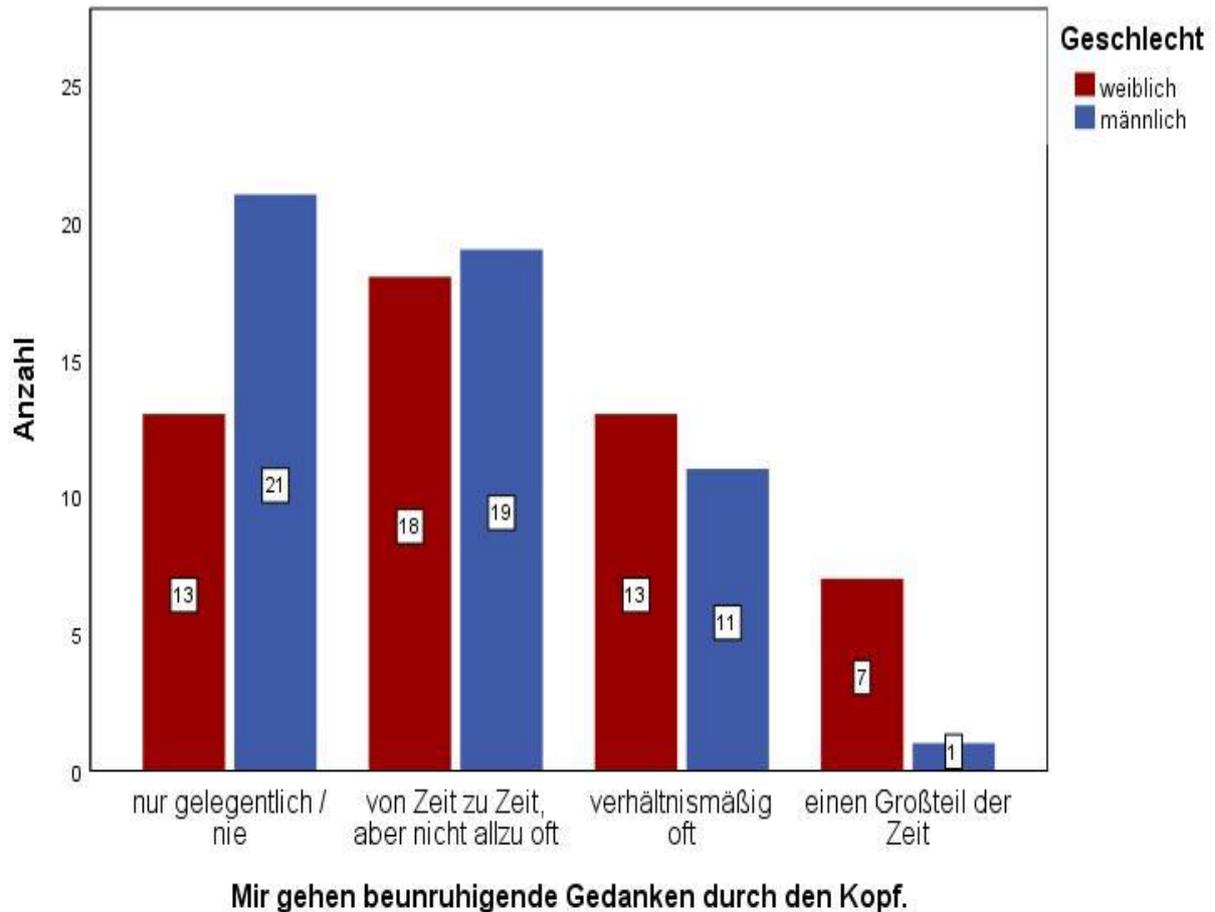
Abbildung 7: "HADS-D Angst Kategorien"



**Legende: x-Achse: Kategorien „Angst“ in Abhängigkeit vom Geschlecht ;
y-Achse: absolute Häufigkeit der befragten Patienten**

Bei der näheren Analyse der Subskala „Angst“ wurde der Punkt „Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf“ genauer untersucht. Die häufigste Antwort der Männer mit 21 Stimmen (20,4%) lautete „nur gelegentlich/nie“. Frauen dagegen gaben am häufigsten mit 17,5% „von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft“ an. Mit „einen Großteil der Zeit“ antworteten 7 Frauen (6,8%) und ein Mann (1,0%) (Abbildung 8).

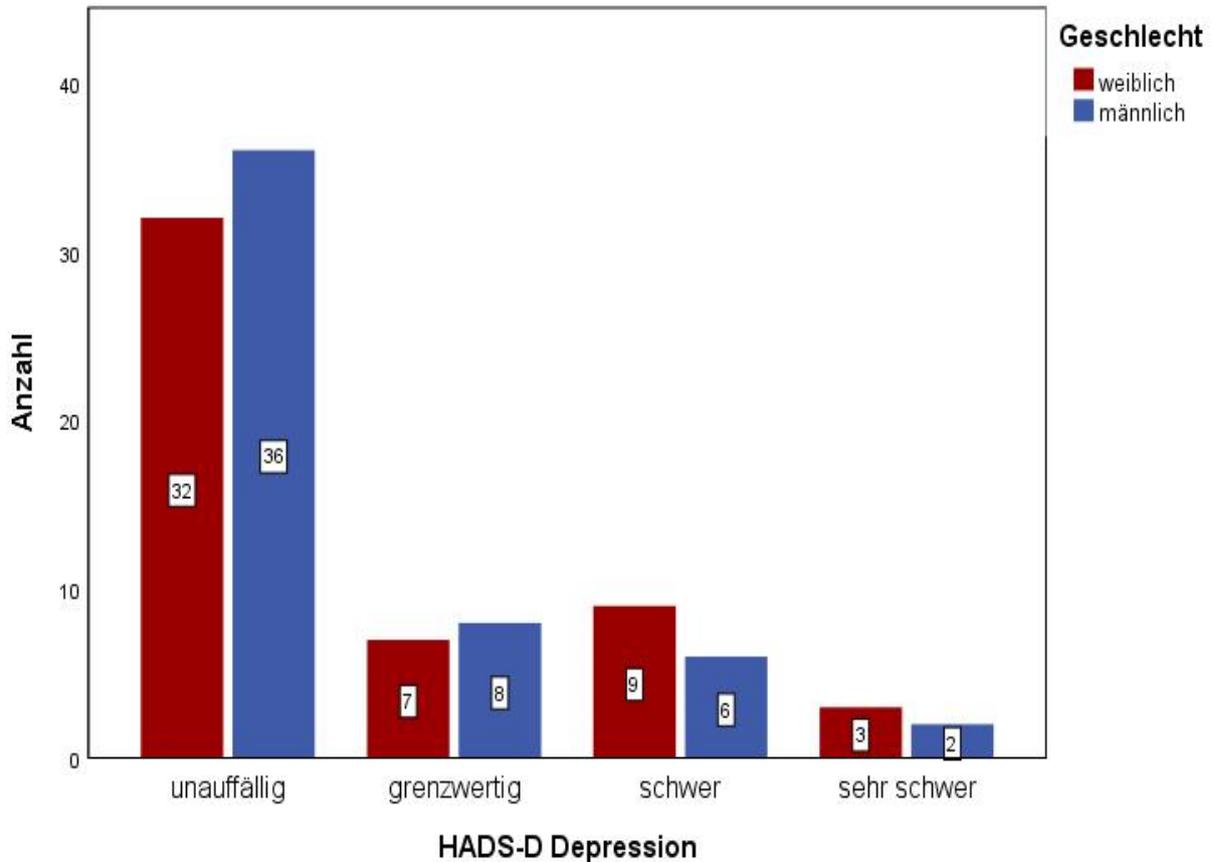
Abbildung 8: "Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf"



Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit „Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

32 (62,7%) Frauen und 36 Männer (69,2%) zeigten sich hinsichtlich einer Depression „unauffällig“. Als „grenzwertig“ wurden 7 weibliche (13,7%) und 8 männliche Patienten (15,4%) eingestuft. Eine „schwere“ Symptomatik wiesen 9 Frauen (17,6%) und 6 Männer (11,5%) auf. 5 Patienten, darunter 3 Frauen (5,9%) und 2 Männer (3,8%), deuteten auf eine „sehr schwere“ depressive Symptomatik hin (Abbildung 9).

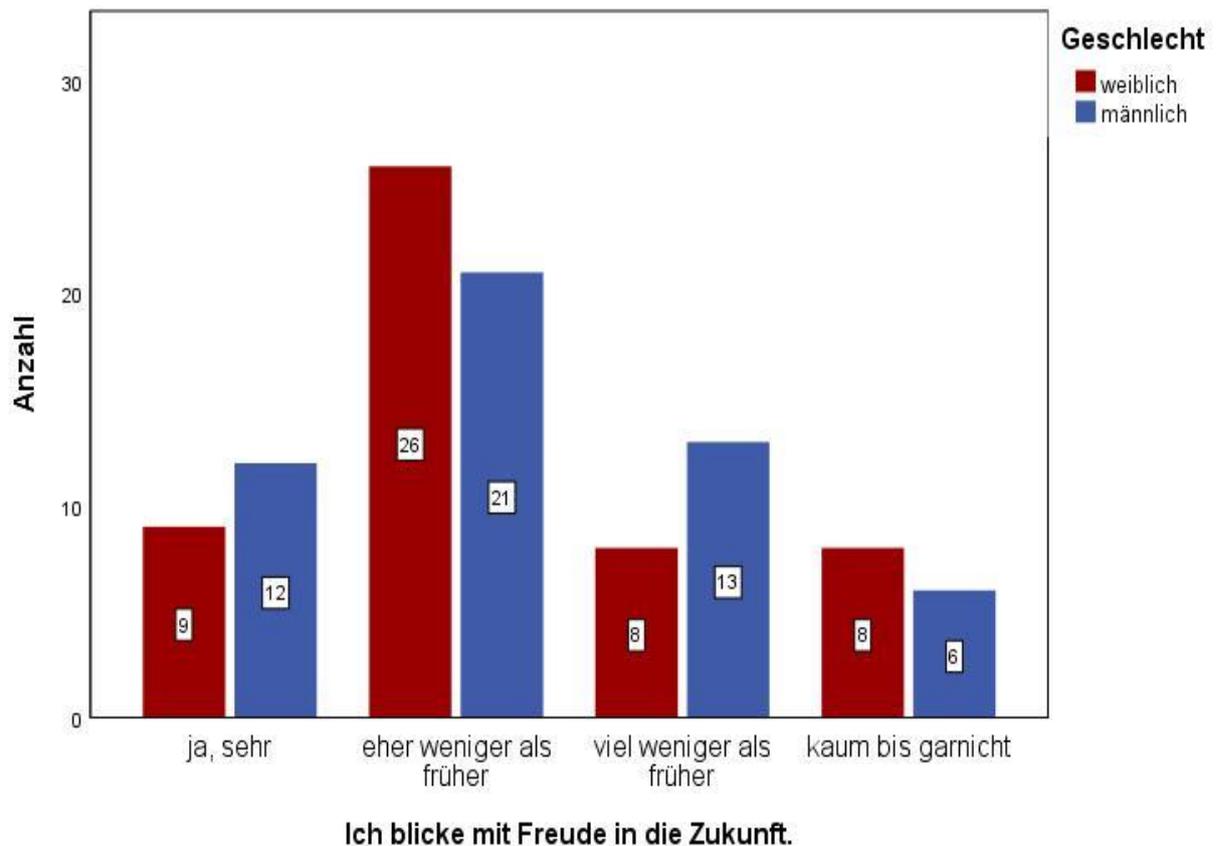
Abbildung 9: "HADS-D Depression Kategorien"



**Legende: x-Achse: Kategorien „Depression“ in Abhängigkeit vom Geschlecht ;
y-Achse: absolute Häufigkeit der befragten Patienten**

Die Mehrheit der Frauen (25,5%) und Männer (20,4%) gaben an mit „eher weniger Freude als früher“ in die Zukunft zu blicken. Die Antwortmöglichkeit „kaum bis gar nicht“ wurde am wenigsten von 8 Frauen (7,8%) und 6 Männern (5,8%) gewählt (Abbildung 10).

Abbildung 10: "Ich blicke mit Freude in die Zukunft"



Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit „Ich blicke mit Freude in die Zukunft“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Tabelle 2: "Übersicht HADS-D Angst/Depression"

	Frauen	Männer
HADS-D Angst		
N	51	52
Mittelwert (SD)	8,7 (5,4)	6,3 (4)
Median (min./max.)	9 (0/20)	6(0/16)
HADS-D Depression		
N	51	52
Mittelwert (SD)	7 (4,6)	5,9 (4,3)
Median (min./max.)	6 (0/19)	6 (0/15)

Tabelle 3: "Prozentuale Verteilung HADS-D"

	Frauen	Männer
HADS-D Angst (%)		
Unauffällig	43,1	67,3
Grenzwertig	27,5	17,3
Schwer	11,8	13,5
Sehr schwer	17,6	1,9
HADS-D Depression (%)		
Unauffällig	62,7	69,2
Grenzwertig	13,7	15,4
Schwer	17,6	11,5
Sehr schwer	5,9	3,8

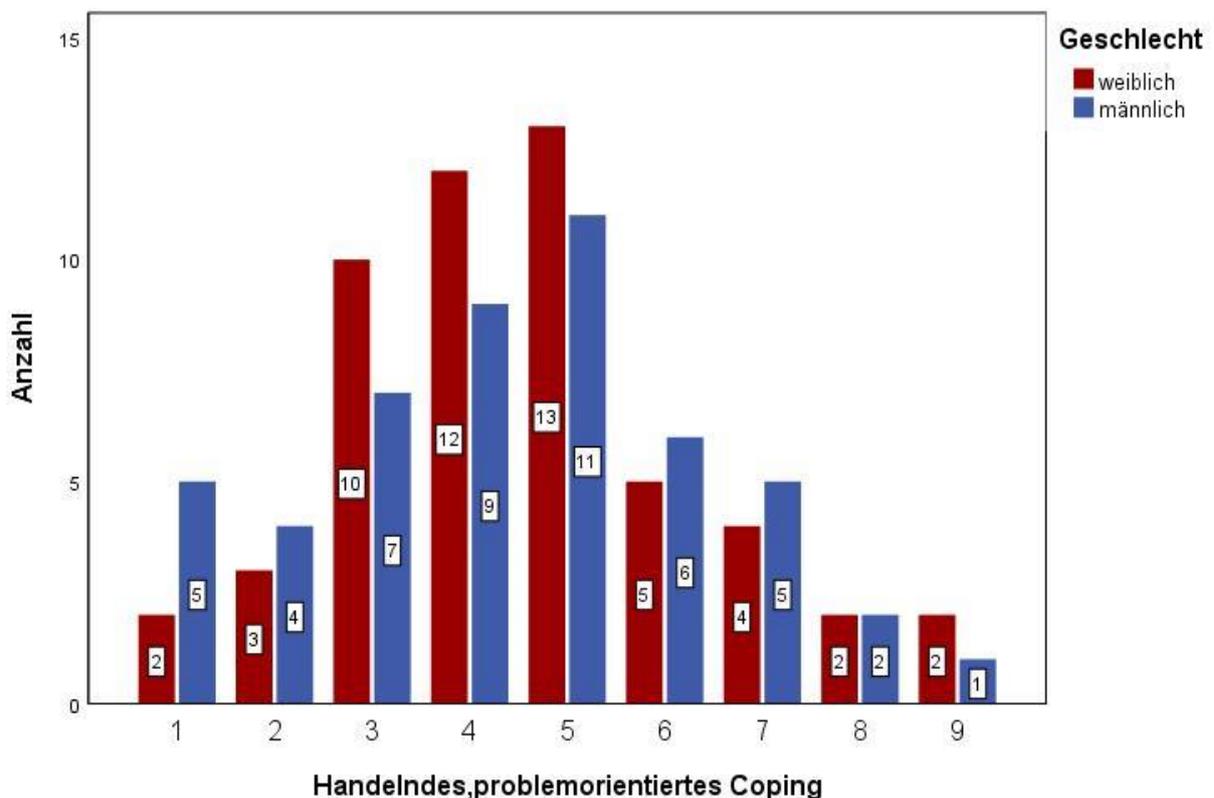
Fazit:

→ Frauen unterschieden sich bezüglich der Kategorie „Angst“ statistisch signifikant von Männern. Sie wiesen im Vergleich eine deutlich stärkere ängstliche Symptomatik auf. Im Hinblick auf die Kategorie „Depression“ zeigten Frauen wiederum eine stärkere Symptomatik, die als Trend erkennbar war, welcher sich jedoch nicht statistisch signifikant von den Männern unterschied.

4.3.2 Krankheitsbewältigung

Der EFK gibt Auskunft über Krankheitsbewältigung und Krankheitsverarbeitungs-Muster. Die unterschiedlichen Skalen dienen die Vorgehensweisen und Sichten der Patienten bezüglich der Krankheitsbewältigung besser zu erkennen. Im Hinblick auf ein „Handelndes, problemorientiertes Coping“ zeigte sich bei Frauen ein Median von 4 sowie bei Männern von 4,5. Ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Geschlechtern konnte mittels Mann-Whitney-U-Test durch einen p-Wert von $p=0,807$ nicht festgestellt werden. Am häufigsten vorhanden waren die Stanine Werte 3,4 und 5. Männer erreichten mit 14% den Wert 3, mit 18% Wert 4 und mit 22% Wert 5. Frauen wiesen in selber Reihenfolge die Prozentwerte 18,5%, 22,6% und 24,5% auf. Am wenigsten mit 2 weiblichen (3,8%) und einem männlichen Patient (2%) wurde der Stanine-Wert 9 angegeben (Abbildung 11).

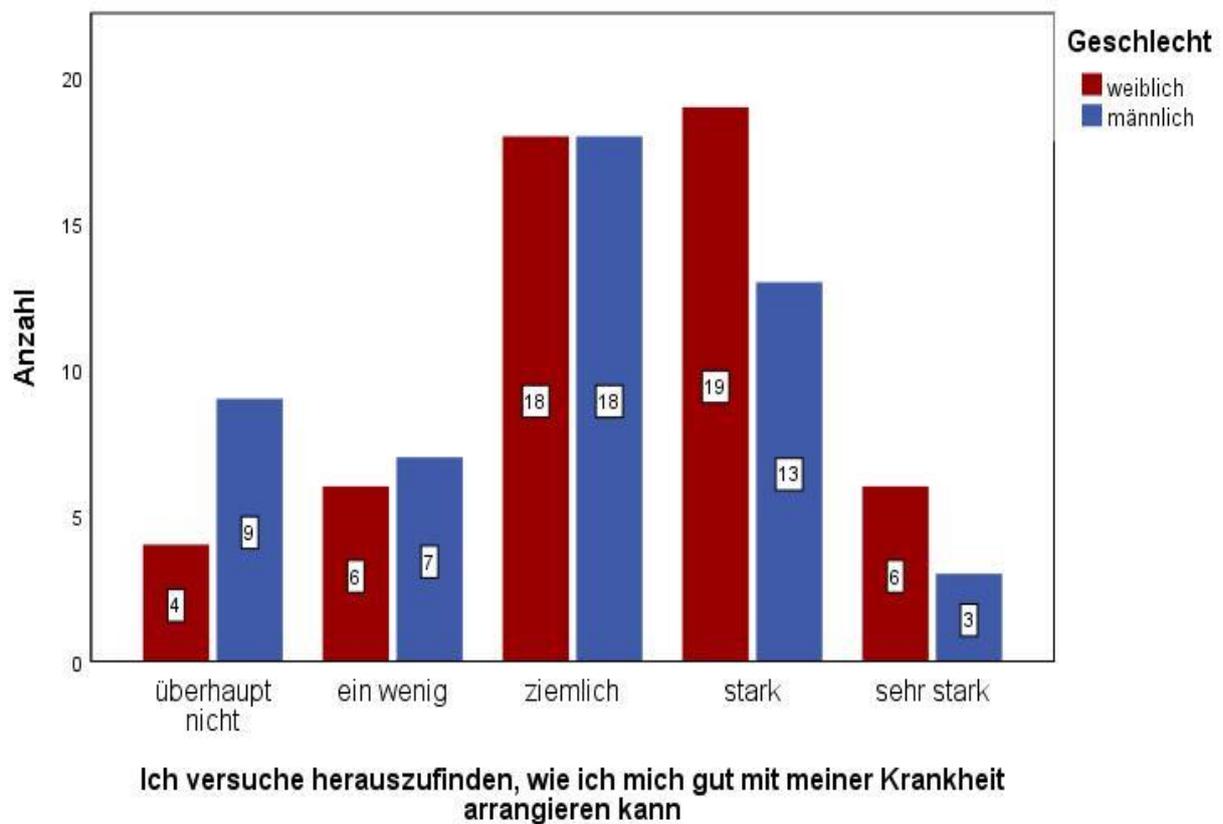
Abbildung 11: "HPC"



Legende: x-Achse: Verteilung der Staninen-Werte „Handelndes, problemorientiertes Coping“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Abbildung 12 zeigt ein Item der Skala „HPC“. Von den Frauen wählten 19 (18,4%) „stark“ als häufigste Antwort. Bei den Männern war die häufigste Antwort „ziemlich“ mit 18 Patienten (17,5%). Am seltensten antworteten 3,9% der weiblichen Patienten mit „überhaupt nicht“. Am wenigsten wurde „sehr stark“ von den männlichen Patienten mit nur 2,9% gewählt (Abbildung 12).

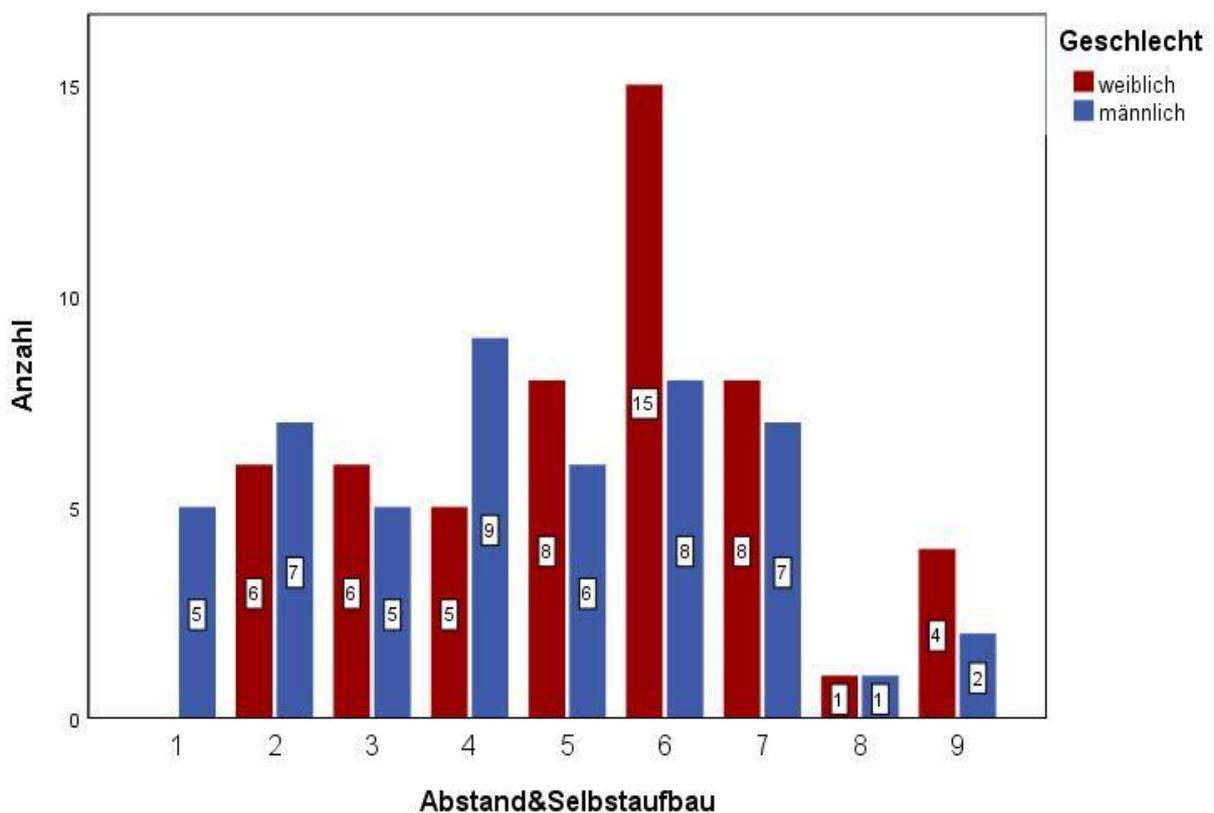
Abbildung 12: "Ich versuche herauszufinden, wie ich mich gut mit meiner Krankheit arrangieren kann"



**Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit „Arrangieren mit der eigenen Krankheit“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten**

Die Mediane der Skala „Abstand und Selbstaufbau“ betragen bei Frauen 6 und bei Männern 4. Mit einem $p = 0,058$ des Mann-Whitney-U Tests konnte zwischen den Geschlechtern kein signifikanter Unterschied festgestellt werden, jedoch war ein Trend, bezogen auf höhere Stanine-Werte der Frauen im Vergleich zu Männern erkennbar. Am häufigsten wurde der Stanine-Wert 6 erreicht. 15 Frauen (28,3%) und 8 Männer (16%) konnten Stanine Nummer 6 zugeordnet werden. Ein Stanine-Wert von 8 konnte bei jeweils einem Patienten beider Geschlechter aufgewiesen werden (Abbildung 13).

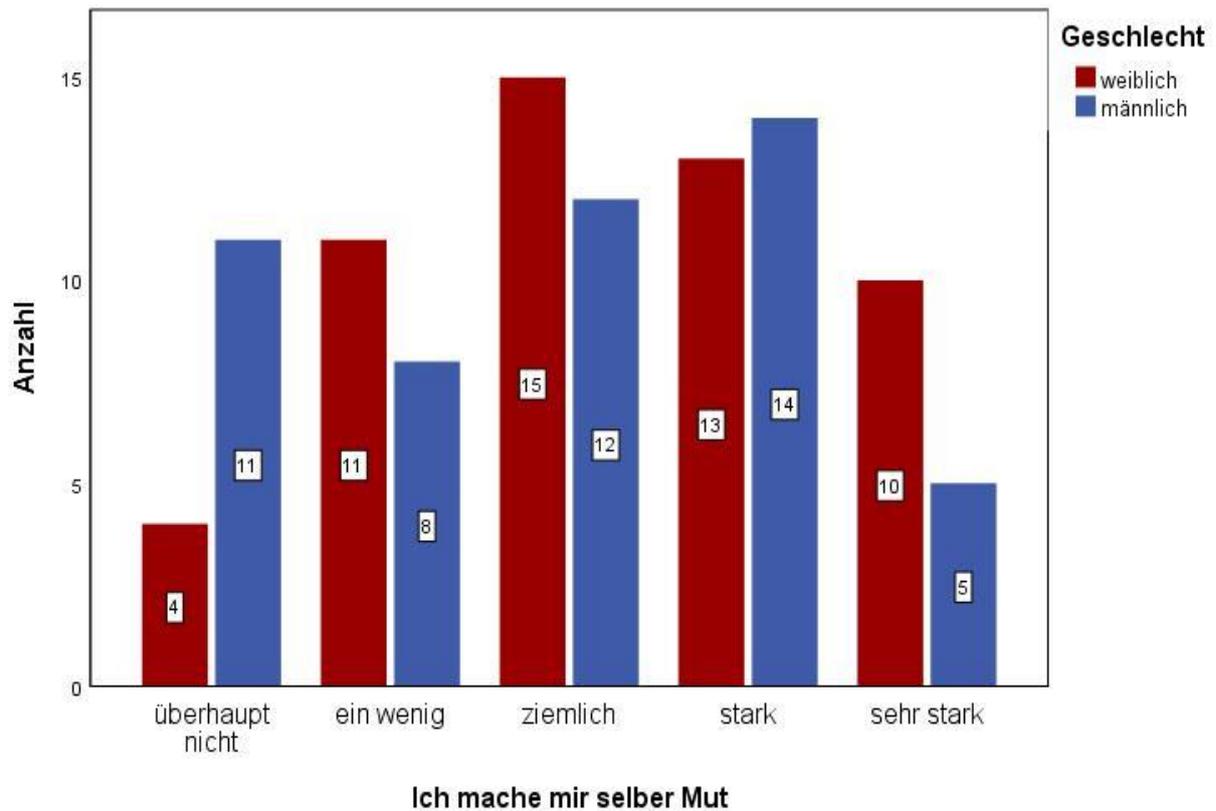
Abbildung 13: "AUS"



Legende: x-Achse: Verteilung der Staninen-Werte „Abstand und Selbstaufbau“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Das Item „Ich mache mir selber Mut“ zählt zur Kategorie „AUS“. „Ziemlich“ war von 15 Frauen (14,6%) die am meisten gewählte Antwort. Bei den Männern dagegen war es mit 13,6% Antwortmöglichkeit „stark“. Am wenigsten wurde von 4 weiblichen Patienten (3,9%) „überhaupt nicht“ und von 5 männlichen Patienten (4,9%) „sehr stark“ angegeben (Abbildung 14).

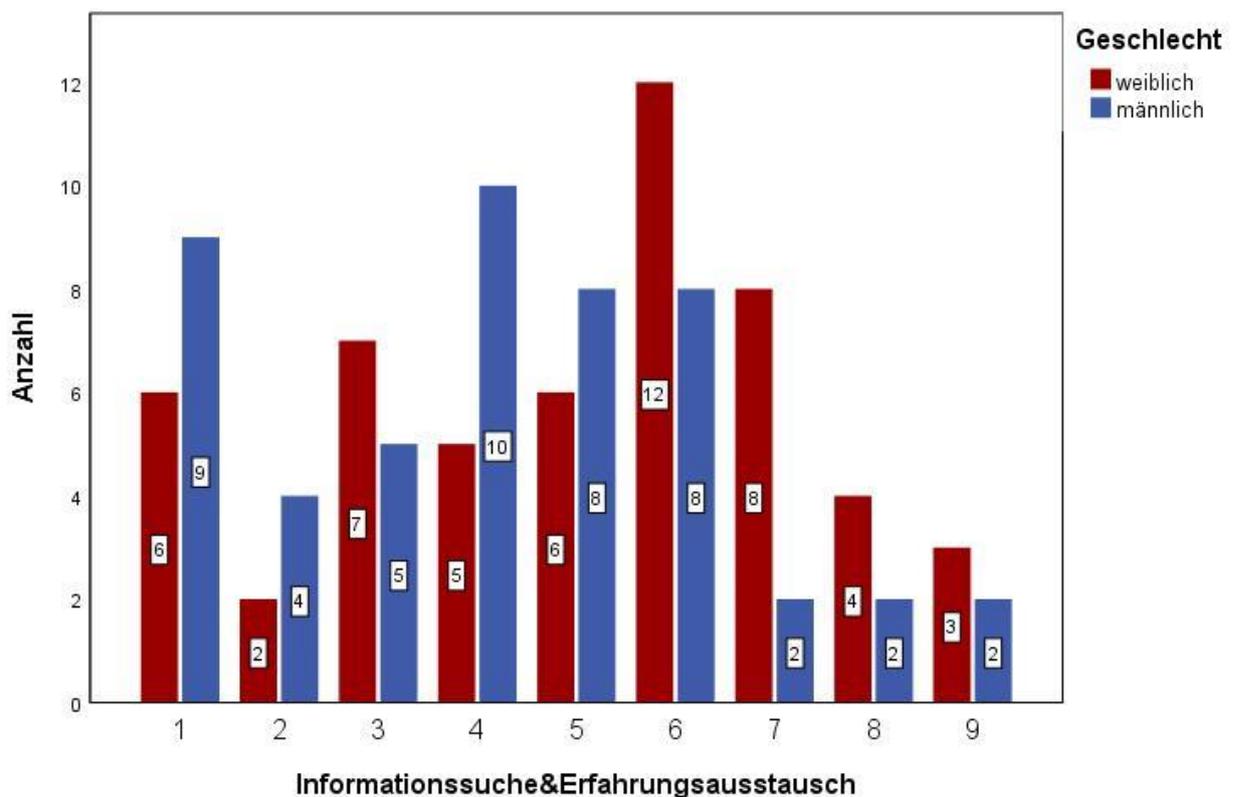
Abbildung 14: "Ich mache mir selber Mut"



**Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit „Selber Mut machen“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten**

Ein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern konnte bei der Skale Informationssuche und Erfahrungsaustausch (IUE) festgestellt werden. Der Mann-Whitney-U-Test ergab einen p-Wert von $p=0,036$. Der Median betrug bei Frauen 6 und bei Männern wiederum 4. Einen Stanine-Wert von 6 zeigte sich bei 12 weiblichen Patienten (22,6%) als Maximum. Einen Wert von 4 konnte bei 10 Männern (19,2%) als Maximum nachgewiesen werden. Die wenigsten Patienten 2 Männer (3,8%) und 3 Frauen (5,7%) erreichten einen Stanine-Wert von 9 (Abbildung 15).

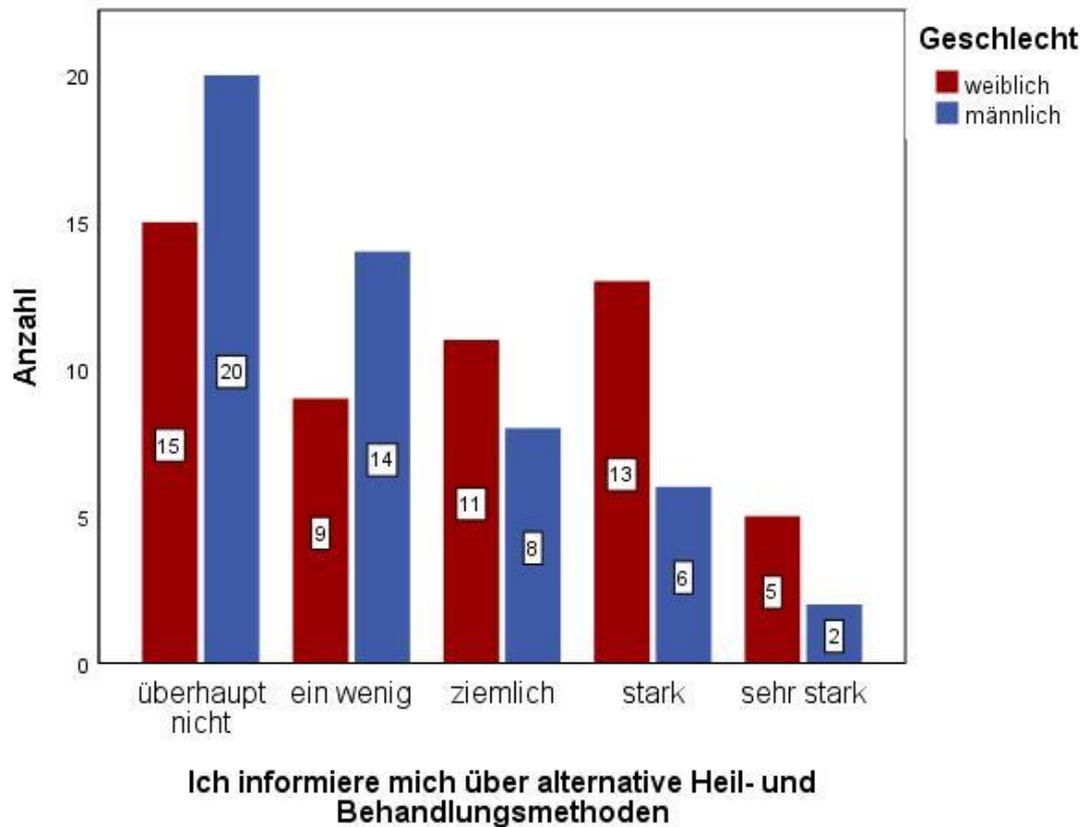
Abbildung 15: "IUE"



Legende: x-Achse: Verteilung der Staninen-Werte „Informationssuche und Erfahrungsaustausch“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Das Item „Ich informiere mich über alternative Heil- und Behandlungsmethoden“ lässt sich der Kategorie „IUE“ zuordnen. 15 Frauen (14,6%) und 20 Männer (19,4%) wählten „überhaupt nicht“ als häufigste Antwort. Die am wenigsten vorhandene Antwort war bei 5 Frauen (4,9%) und 2 Männern (1,9%) „sehr stark“ (Abbildung 16).

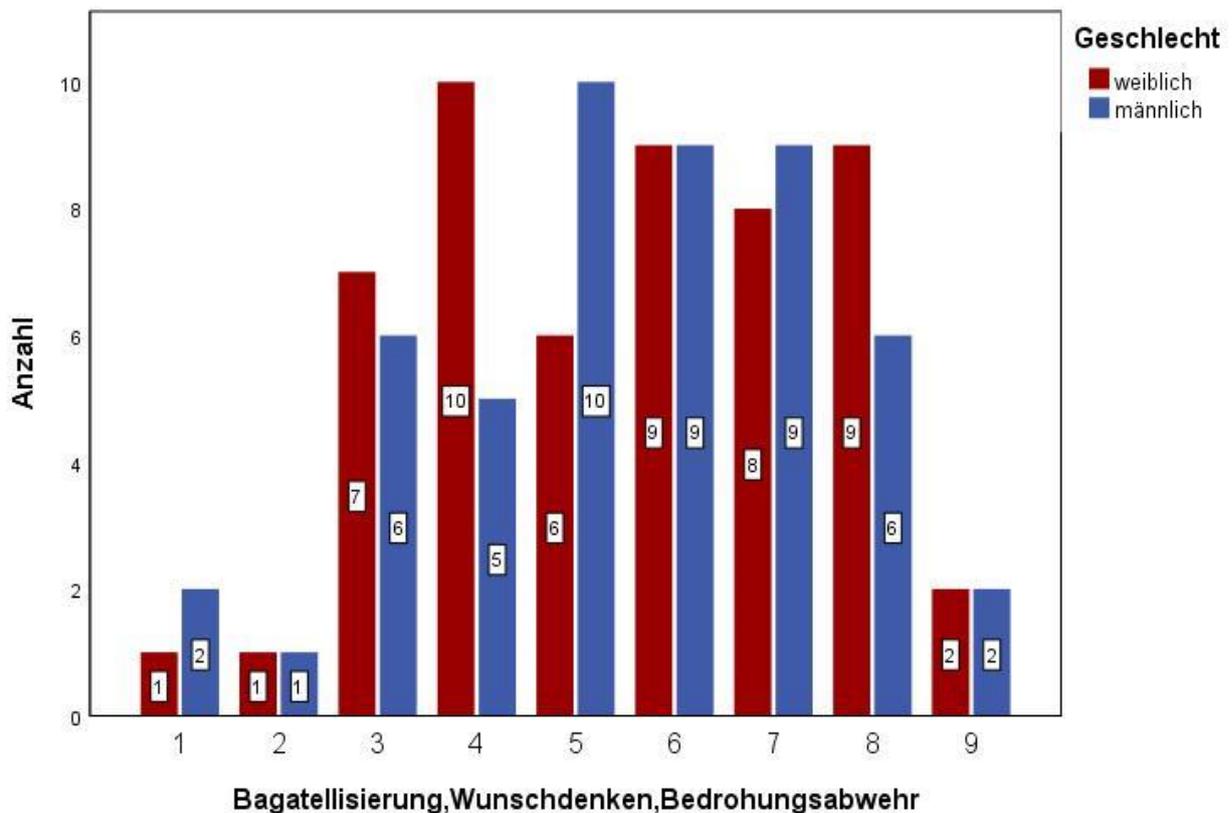
Abbildung 16: "Ich informiere mich über alternative Heil- und Behandlungsmethoden"



Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit „Information über alternative Heil- und Behandlungsmethoden“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Die Skala Bagatellisierung, Wunschenken und Bedrohungsabwehr (BWB) wies bei beiden Geschlechtern ein Median von 6 auf. Mit einem p-Wert von $p=0,952$ mittels Mann-Whitney-U-unterschieden die Geschlechter sich nicht signifikant voneinander. Bei den weiblichen Patienten wurde ein Stanine-Wert von 4 am häufigsten von 10 Frauen (18,9%) erzielt, wohingegen die männlichen Patienten ebenfalls mit 10 Befragten (19,2%) einen Stanine-Wert von 5 erreichten. Mit jeweils nur einem Patient beider Geschlechter (weiblich: 1,9%; männlich 2%) wurde Nummer 2 der Stanine-Werte zugeordnet (Abbildung 17).

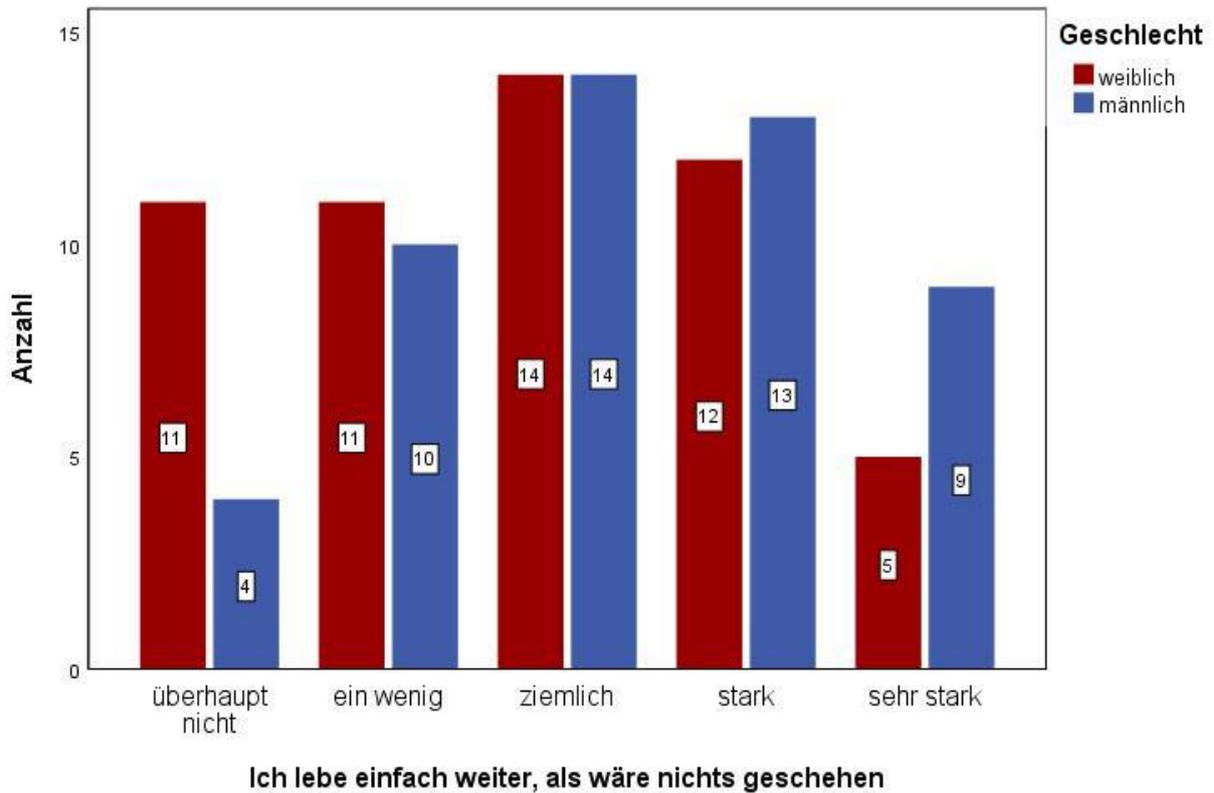
Abbildung 17: "BWB"



Legende: x-Achse: Verteilung der Staninen-Werte „Bagatellisierung, Wunschenken und Bedrohungsabwehr“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Ein Beispiel zur Kategorie „BWB“ wird durch das Item „Ich lebe weiter als wäre nichts geschehen“ in Abbildung 18 verdeutlicht. Die häufigste Antwort beider Geschlechter mit jeweils 13,6% war „ziemlich“. Sowohl die Antwortmöglichkeiten „überhaupt nicht“ von 4 Männern (3,9%) als auch „sehr stark“ von 5 Frauen (4,9%) wurden am seltensten verwendet (Abbildung 18).

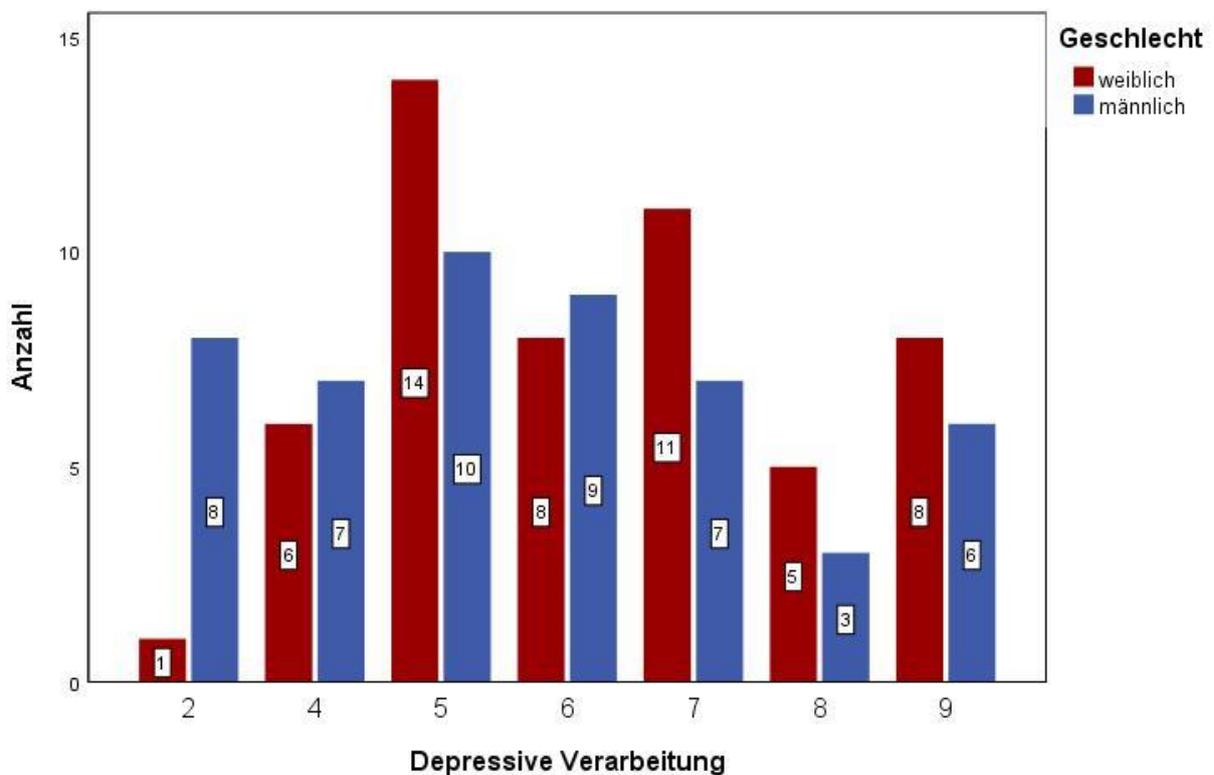
Abbildung 18: "Ich lebe einfach weiter, als wäre nichts geschehen"



**Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit „Weiterleben, als wäre nichts geschehen“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten**

Mit einem Median der Frauen von 6 und 5,5 der Männer konnte auch bei der depressiven Verarbeitung kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden (MWU: $p=0,076$). Mit einer Anzahl von 14 (26,4%) erreichten die weiblichen Patienten bei dem Stanine-Wert von 5 ihr Maximum. Nur eine Frau (1,9%) konnte dem Wert 2 zugeordnet werden. Auch bei den Männern war der Wert 5 mit 10 Patienten (19,2%) am häufigsten vorhanden. Am wenigsten auffallend war der Stanine-Wert 8 mit nur 3 Männern (5,8%). Die Werte 1 und 3 konnten keinem Patienten der beiden Geschlechter zugeordnet werden (Abbildung 19).

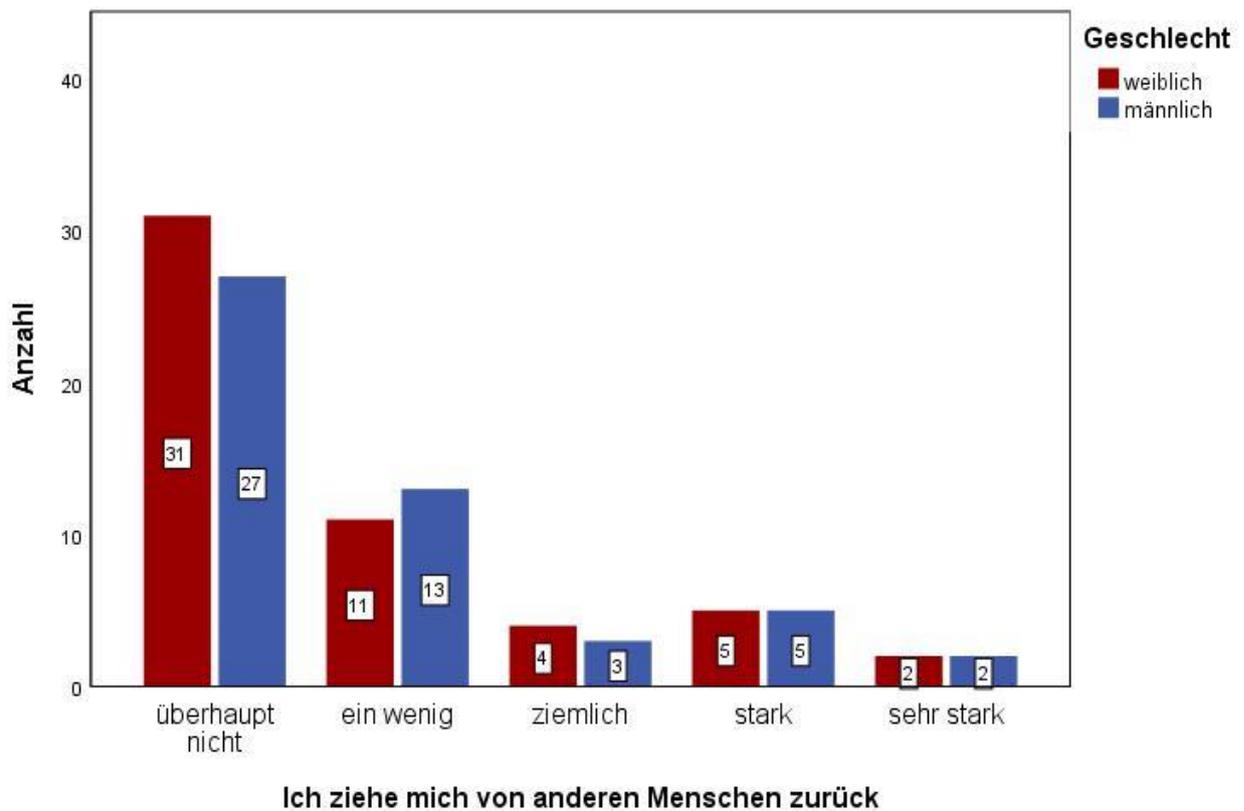
Abbildung 19: "DV"



Legende: x-Achse: Verteilung der Staninen-Werte „Depressive Verarbeitung“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Das Item „Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück“ lässt sich der Kategorie „DV“ zuordnen. Hier war die von beiden Geschlechtern mit insgesamt 56,3% am meiste gewählte Antwort „überhaupt nicht“. „Sehr stark“ zogen sich insgesamt jeweils zwei Männer(1,9%) und zwei Frauen (1,9%) zurück und definierten damit, die am seltensten verwendete Antwortmöglichkeit (Abbildung 20).

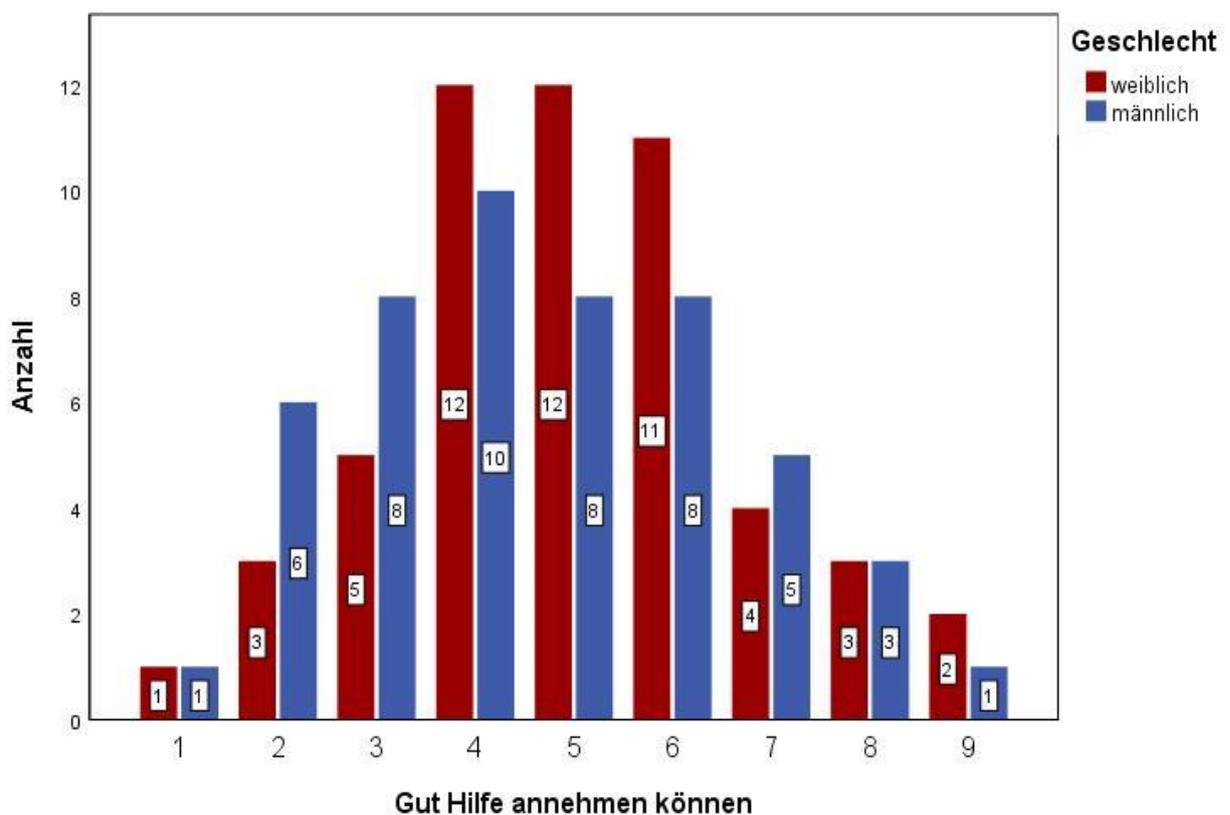
Abbildung 20: "Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück"



Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit „Rückzug von anderen Menschen“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Bei der Skala „ Gut Hilfe annehmen können“ wurde bei Frauen ein Median von 5 und bei Männern von 4,5 ermittelt. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Geschlechtern konnte aufgrund eines p-Wertes von $p= 0,306$ nicht festgestellt werden. 12 Frauen (22,6%) konnten jeweils den Staninen-Werten 4 und 5, welche am häufigsten ausgeprägt waren, zugeordnet werden. Die Männer erreichten mit 10 Patienten (19,4%) ihr Maximum ebenfalls bei Wert 4. Am geringsten ausgeprägt war Wert 1 bei den weiblichen Patienten mit 1,9% und bei den Männern Wert 1 und Wert 9 mit jeweils 2% (Abbildung 21).

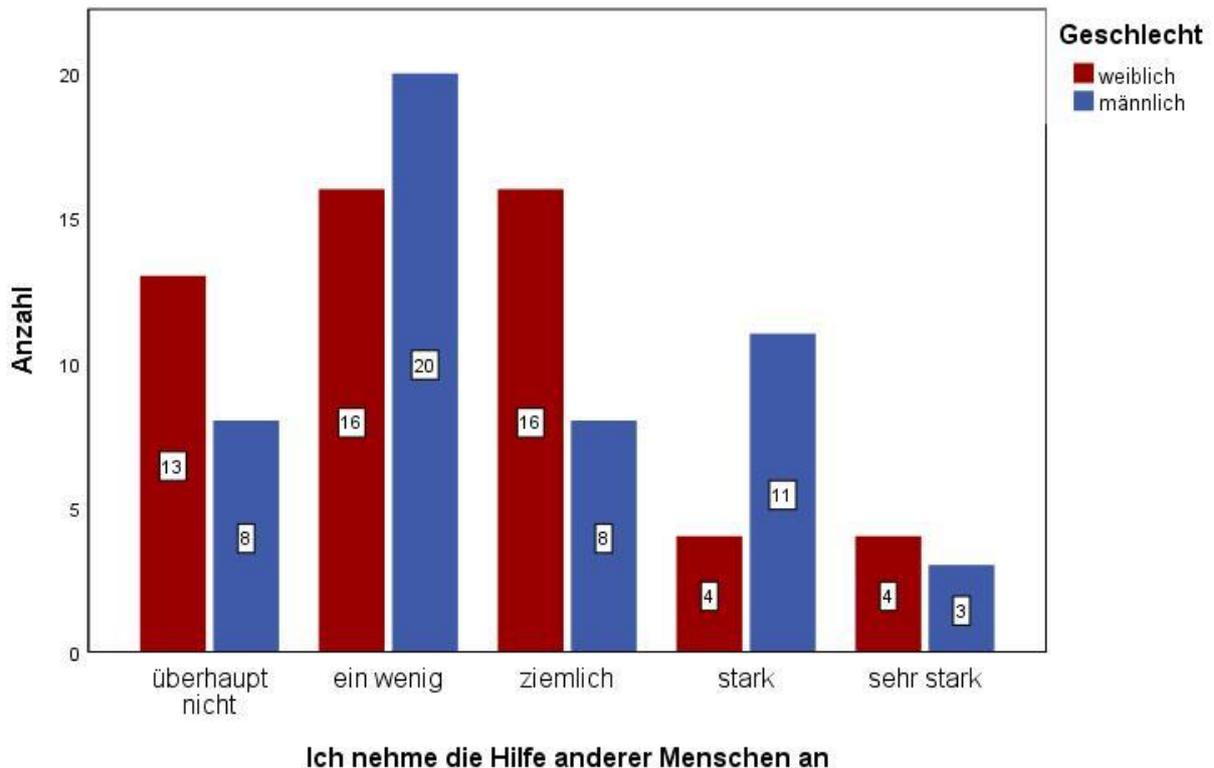
Abbildung 21: "GHA"



Legende: x-Achse: Verteilung der Staninen-Werte „Gut Hilfe annehmen können“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Abbildung 22 präsentiert als Beispiel der Kategorie „GHA“ inwiefern Patienten die Hilfe anderer Menschen annehmen. 16 Frauen (15,5%) nahmen als häufigste Antwort sowohl „ein wenig“ als auch „ziemlich. Bei den Männern traf mit 19,4% „ein wenig“ als meist gewählte Antwort zu. „Sehr stark“ war die von 4 Frauen (3,9%) und 3 Männer (2,9%) am wenigsten gewählte Antwortmöglichkeit (Abbildung 22).

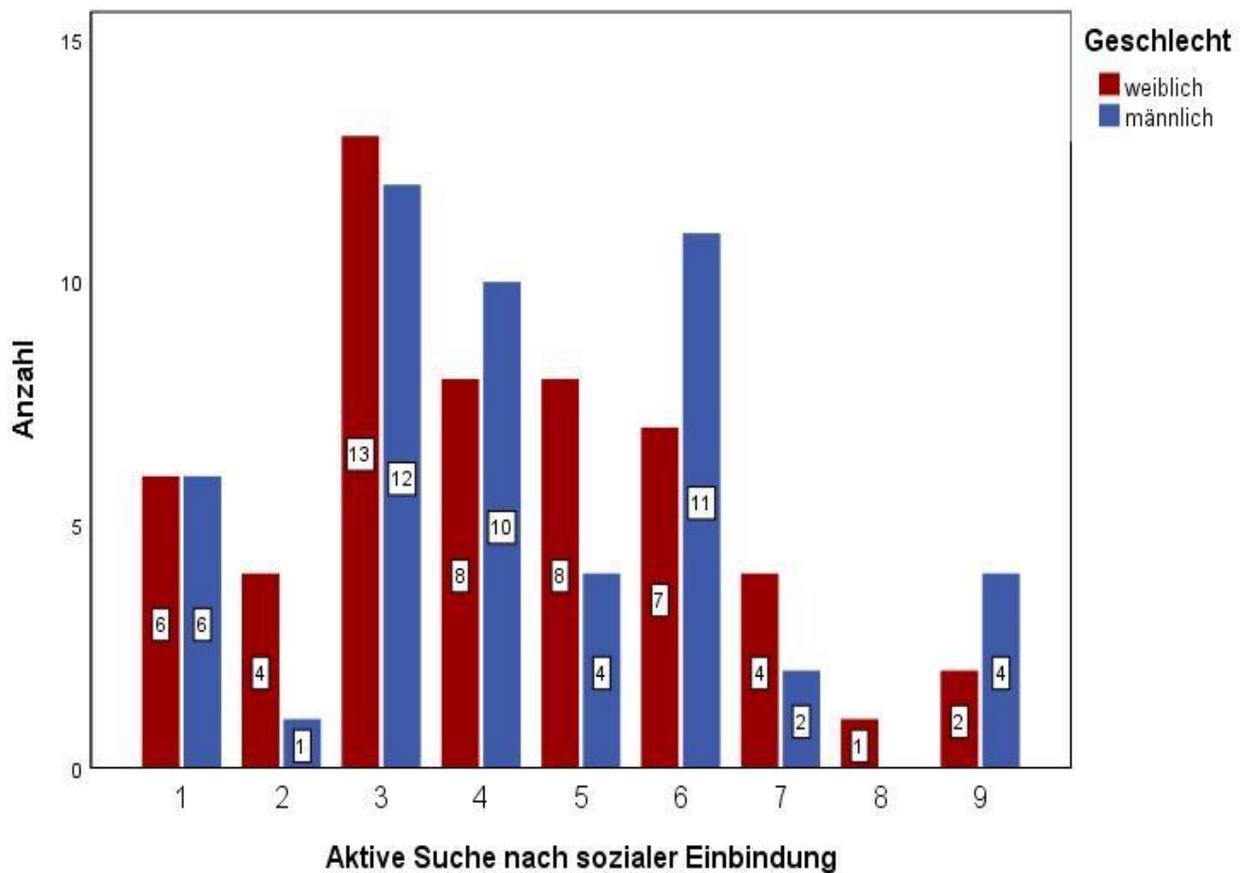
Abbildung 22: "Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an"



**Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit „Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten**

Mit einem Median von 4 sowohl bei Frauen als auch bei Männern bestand mit einem p-Wert von $p=0,590$ kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Geschlechtern bezüglich der Skala „Aktive Suche nach sozialer Einbindung“. Der höchste Wert lag mit 13 Frauen (24,5%) und 12 Männern (23,1%) bei Stanine-Wert 3. Am wenigsten ausgeprägt stellte sich bei den weiblichen Patienten mit 1,9% Wert 8 und bei den männlichen Patienten Wert 2 dar (Abbildung 23).

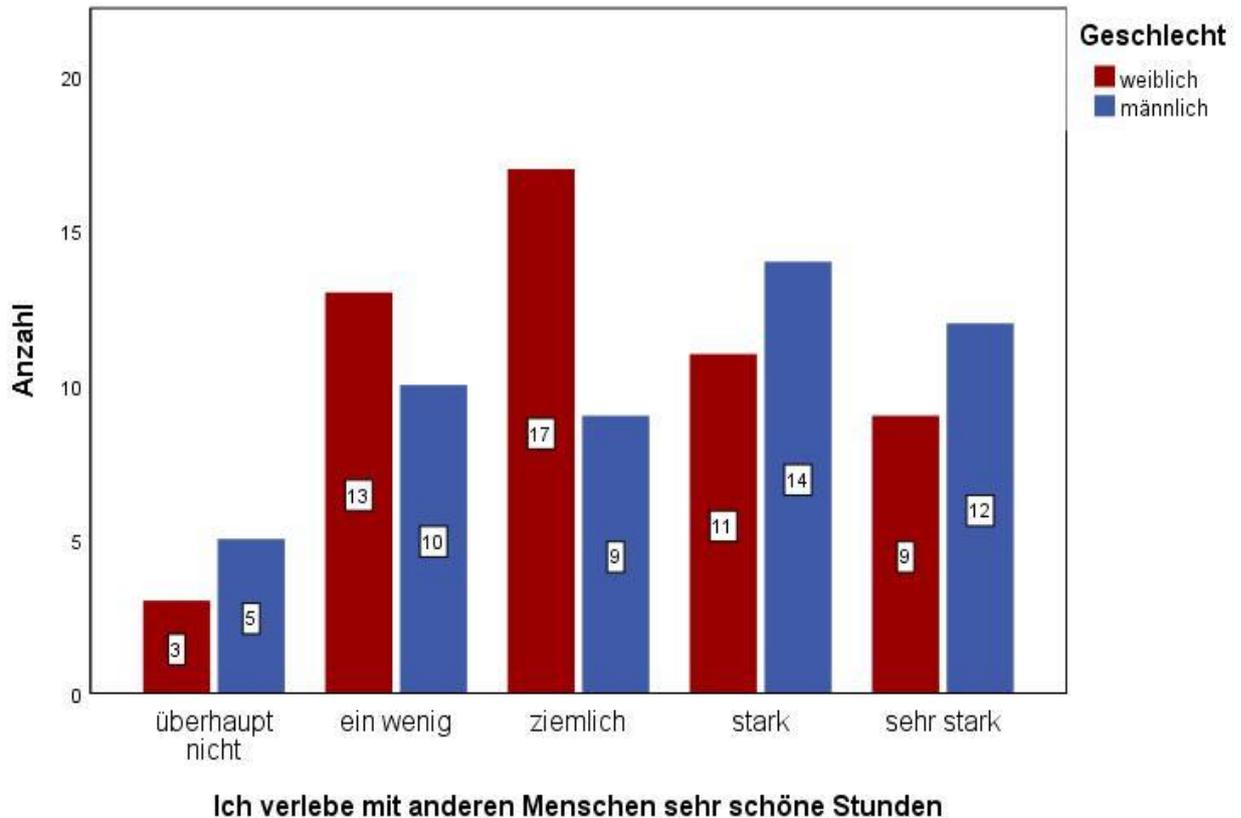
Abbildung 23: "ASS"



Legende: x-Achse: Verteilung der Staninen-Werte „Aktive Suche nach sozialer Einbindung“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Das in Abbildung 24 dargestellte Item „Ich verlebe mit anderen Menschen sehr schöne Stunden“ dient der Veranschaulichung der Kategorie „ASS“. Am häufigsten haben 17 Frauen (16,5%) mit „ziemlich“ und 14 Männer (13,6%) mit „stark“ geantwortet. Bei insgesamt 8 Patienten (7,8%) präsentierte „überhaupt nicht“ die am wenigsten gewählte Antwort (Abbildung 24).

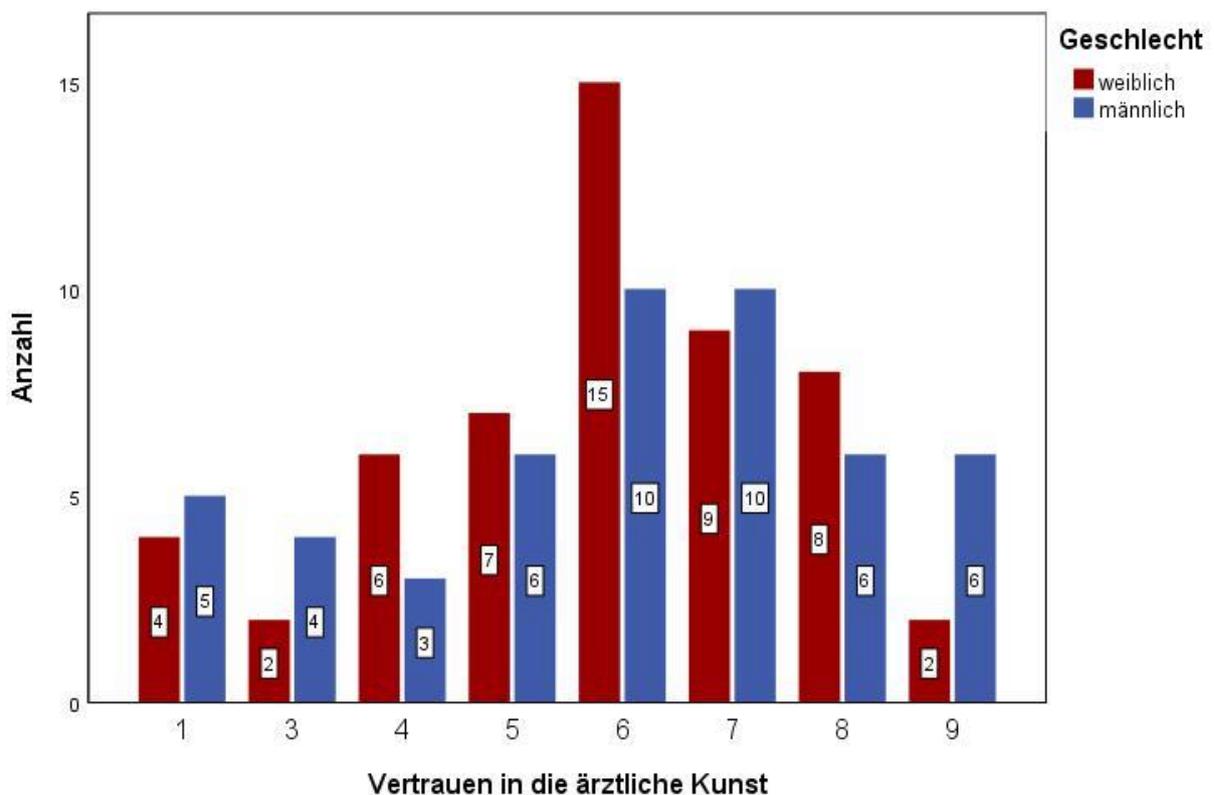
Abbildung 24: "Ich verlebe mit anderen Menschen sehr schöne Stunden"



**Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit „Ich verlebe mit anderen Menschen sehr schöne Stunden“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten**

Bei der Skala „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ wurde bei beiden Geschlechtern ein Median von 6 erzielt. Mit einem p-Wert von $p=0,644$ konnte kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Geschlechtern festgestellt werden. Mit einer Anzahl von 15 (28,3%) wurde der Stanine-Wert 6 bei den Frauen am häufigsten erreicht. Bei Männern waren es mit jeweils 10 Patienten (19,2%), die Werte 6 und 7, die am meisten gewählt wurden. Am wenigsten wurde bei weiblichen Patienten die Werte 3 und 9 von jeweils 2 Patienten (3,8%) erreicht. Stanine-Wert 4 dagegen wurde von den Männern mit nur 5,8% am seltensten gewählt (Abbildung 25).

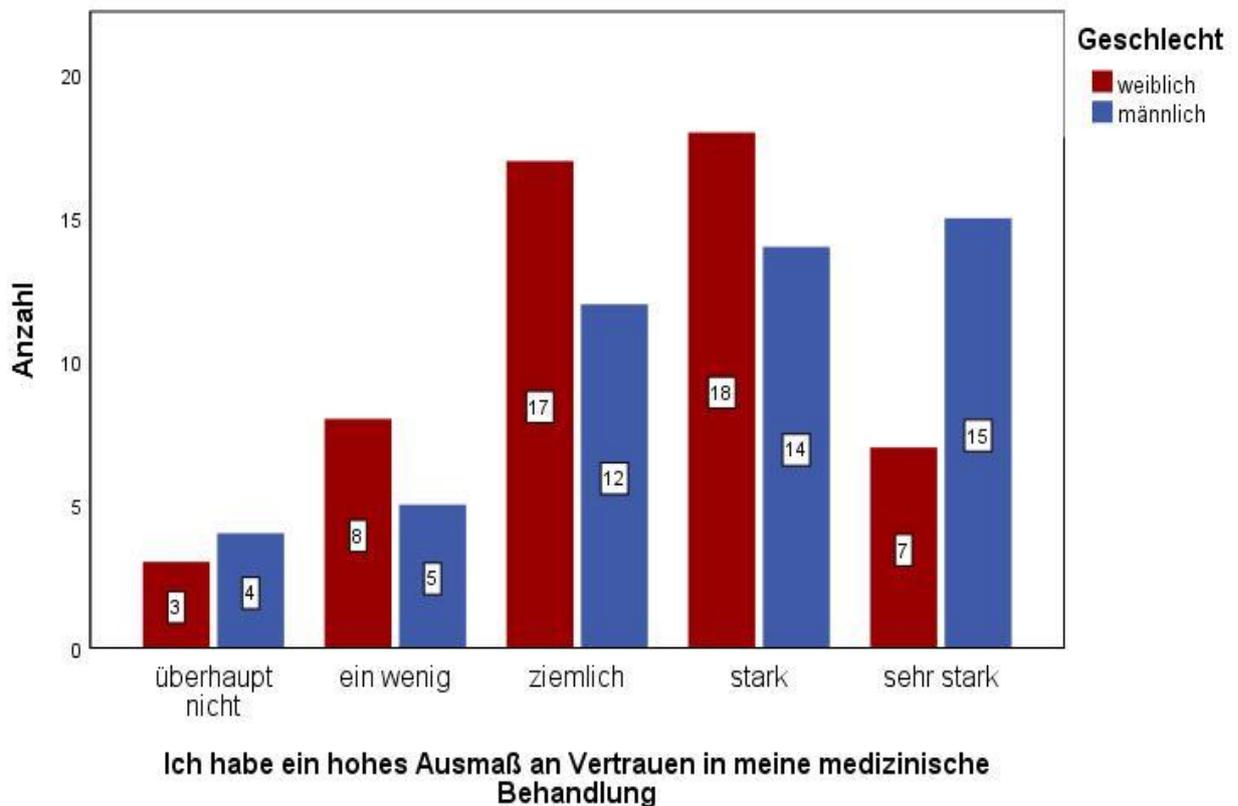
Abbildung 25: "VIÄ"



Legende: x-Achse: Verteilung der Staninen-Werte „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Die Skala „VIÄ“ setzt sich unter anderem aus dem Item „Ich habe ein hohes Ausmaß an Vertrauen in meine medizinische Behandlung“ zusammen. 18 Frauen (17,5%) entschieden sich mit „stark“ für die am meisten gewählte Antwort. Bei 15 Männern (14,6%) war es die Antwortmöglichkeit „sehr stark“. Am wenigsten gaben beide Geschlechter mit insgesamt 7 Stimmen (6,8%) „überhaupt nicht“ an (Abbildung 26).

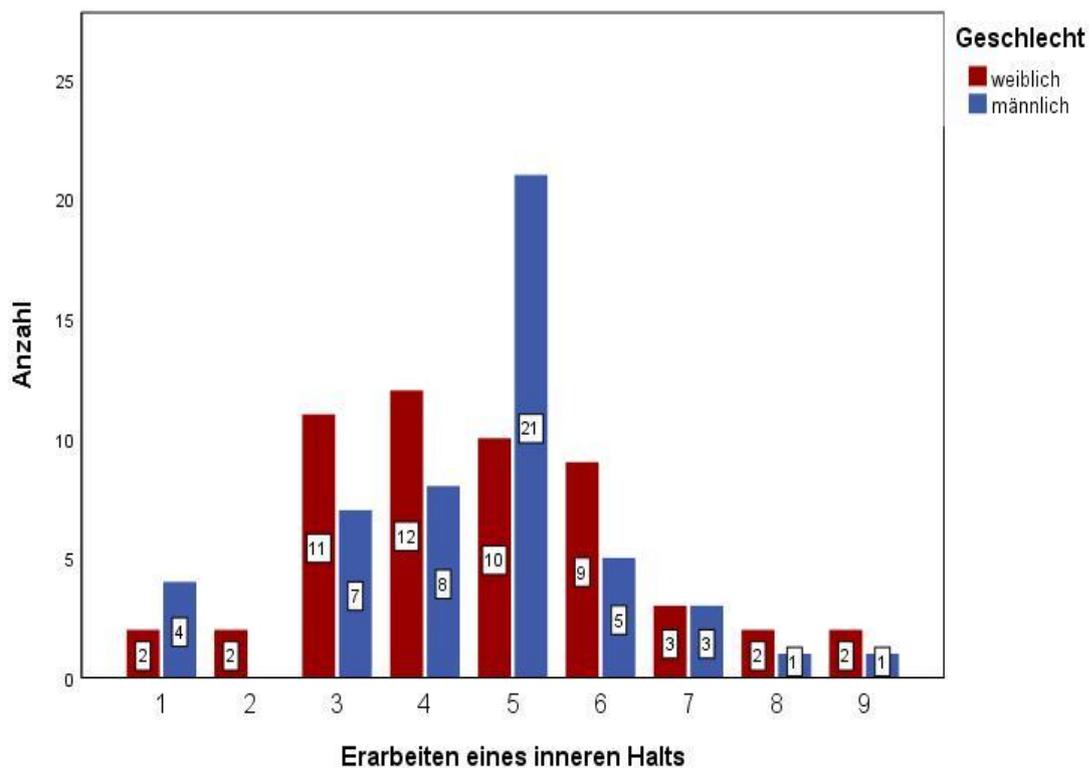
Abbildung 26: "Ich habe ein hohes Ausmaß an Vertrauen in meine medizinische Behandlung"



Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit von Ausmaß an Vertrauen in die eigene medizinische Behandlung in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Ein Median von 4 wurde bei Frauen bei der Skala „Erarbeiten eines inneren Halts“ erreicht. Bei den Männern dagegen wurde ein Median von 5 erzielt. Mithilfe des Mann-Whitney-U-Tests konnte ein p-Wert von $p = 0,800$ ermittelt und kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. Stanine-Wert 4 war bei 12 weiblichen Patienten (22,6%) der am häufigsten erzielte Wert. Bei Männern fiel Wert 5 mit 21 Patienten (42%) häufig auf. Am wenigsten vertreten waren bei den weiblichen Patienten mit 3,8% die Werte 1,2,8 und 9. Bei den männlichen Patienten wurden bei jeweils nur einem Teilnehmer (1,9%) die Werte 8 und 9 erreicht (Abbildung 27).

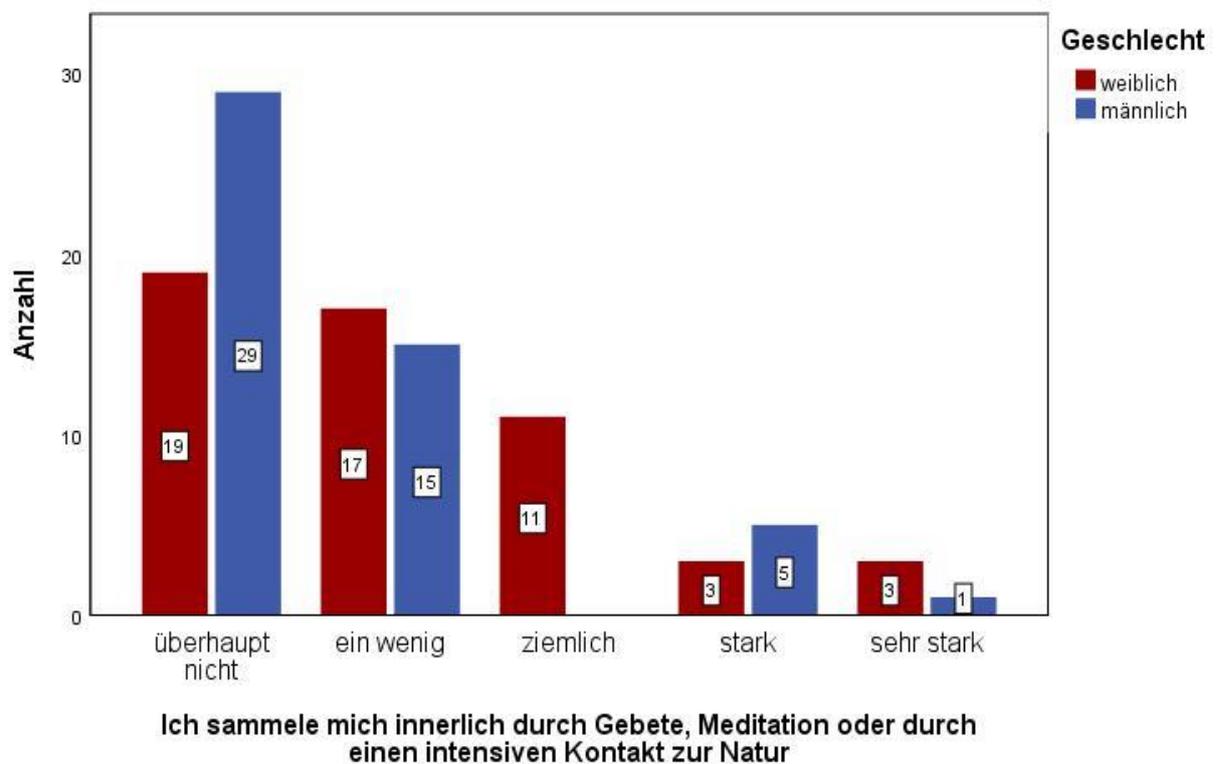
Abbildung 27: "EIH"



Legende: x-Achse: Verteilung der Staninen-Werte „Erarbeiten eines inneren Halts“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Zur letzten Skala „EIH“ des EFK lässt sich das Item „Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt mit der Natur“ zuordnen. „Überhaupt nicht“ war die von beiden Geschlechtern mit 46,6% die am meisten gewählte Antwort. Mit „sehr stark“ wählten sowohl 3 Frauen (2,9%) als auch ein Mann (1,0%) die am wenigsten genannte Antwortmöglichkeit (Abbildung 28).

Abbildung 28: "Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt mit der Natur"



Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit von „Gebeten, Meditation, intensiven Kontakt zur Natur“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Tabelle 4: "deskriptive Statistik des EFK im Überblick"

	Frauen	Männer	p-Wert
HPC			
Mittelwert (SD)	4,58 (1,8)	4,42 (2,0)	0,807
Median (min./max.)	4 (1/9)	4,5 (1/9)	
AUS			
Mittelwert (SD)	5,28 (1,9)	4,46 (2,2)	0,058
Median (min./max.)	6 (2/9)	4 (1/9)	
IUE			
Mittelwert (SD)	5,06 (2,3)	4,16 (2,2)	0,036
Median (min./max.)	6 (1/9)	4 (1/9)	
BWB			
Mittelwert (SD)	5,55 (1,9)	5,5 (1,9)	0,952
Median (min./max.)	6 (1/9)	6 (1/9)	
DV			
Mittelwert (SD)	6,28 (1,7)	5,50 (2,2)	0,076
Median (min./max.)	6 (2/9)	5,5 (2/9)	
GHA			
Mittelwert (SD)	5,02 (1,7)	4,66 (1,9)	0,306
Median (min./max.)	5 (1/9)	4,5 (1/9)	
ASS			
Mittelwert (SD)	4,17 (2,0)	4,4 (2,2)	0,590
Median (min./max.)	4 (1/9)	4 (1/9)	
VIÄ			
Mittelwert (SD)	5,74 (1,9)	5,82 (2,3)	0,644
Median (min./max.)	6 (1/9)	6 (1/9)	
EIH			
Mittelwert (SD)	4,64 (1,8)	4,60 (1,7)	0,800
Median (min./max.)	4 (1/9)	5 (1/9)	

Fazit:

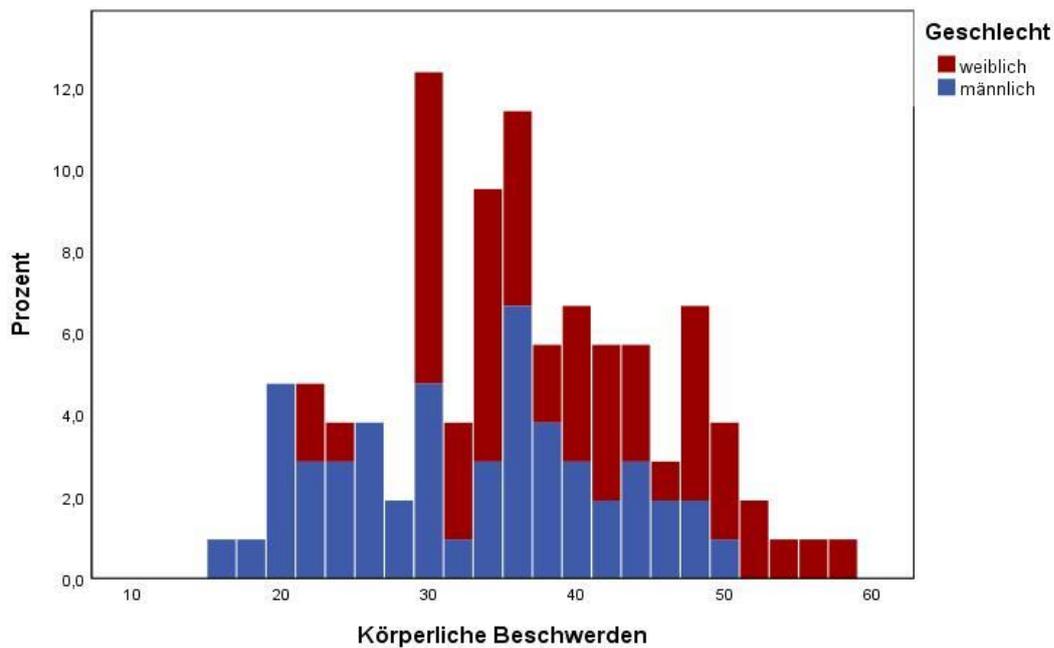
→ Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männer zeigten sich im EFK ausschließlich im Hinblick auf die Kategorie „Informations- und Erfahrungsaustausch“. Frauen beschäftigten sich aktiver mit ihrer Krankheit und dem Umgang mit dieser. Außerdem suchten sie gezielteren Kontakt zu Menschen mit ähnlichen Beschwerden. Bezogen auf die Kategorie „Abstand und Selbstaufbau“ war ein Trend erkennbar, dass Frauen häufiger als Männer nach Ablenkung und Ruhe suchten und sich selbst Mut machten. Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant. Das „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ war neben der „Depressiven Verarbeitung“ die am meisten angewandte Krankheitsbewältigungsstrategie.

4.3.3 Allgemeine und krankheitsspezifische Lebensqualität

Der FLQA-d dient der Analyse der Lebensqualität, wobei er unterschiedliche Lebensbereiche abdeckt, die im Folgenden präsentiert werden. Im ersten Abschnitt wurden die Patienten bezüglich ihrer „Körperlichen Beschwerden“ befragt. Der Median der Frauen lag bei 37, der der Männer dagegen bei 33,5. Mithilfe des Mann-Whitney-U-Tests konnte ein p-Wert von $p=0,001$ festgestellt werden, welcher auf einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern schließen lässt.

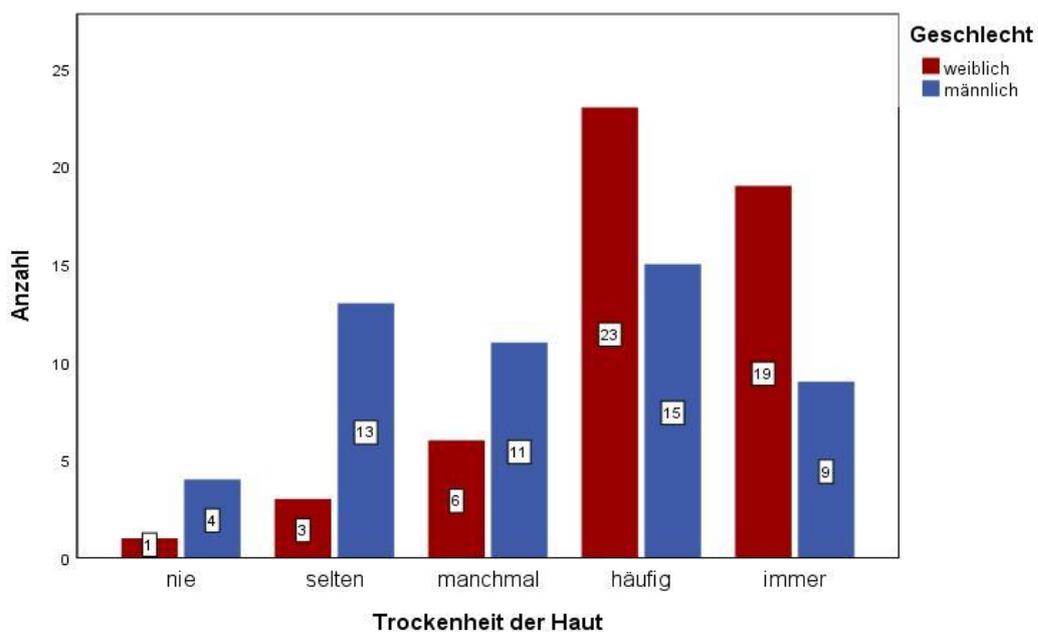
Eine Summe von bis zu 30 der körperlichen Beschwerden konnte bis zu 46,2% der Männer abdecken, wohingegen bei Frauen nur 20,8% diesen Wert erreichten. Werte größer als 50 wurden von 9,4% weiblichen Patienten erzielt. Die männlichen Patienten erlangten bei einer Summe von 50 ihr Maximum mit einem Anteil von 1,9% (Abbildung 29). Als am häufigsten vorkommende Symptome fielen „Trockenheit der Haut“ und „Juckreiz“ auf. Unter „immer“ an einem trockenen Gefühl der Haut zu leiden gaben insgesamt 26,7% der Patienten an. Mit 18,1% litten mehr Frauen als Männer an der Beschwerdesymptomatik. 36,2% der Patienten klagten „häufig“, 16,2% „manchmal“, 15,2% „selten“ und 4,8% „nie“ an einem „Trockenheitsgefühl der Haut“. Unter „Juckreiz“ dagegen litten 16,2% der Befragten „immer“, 31,4% „häufig“, 25,7% „manchmal“, 16,2% „selten“ und 10,5% „nie“. Auch hier waren die weiblichen Patienten bei der Kategorie „immer“ mit 11,4% stärker vertreten als die männlichen (Abbildungen 30,31).

Abbildung 29: "Körperliche Beschwerden"



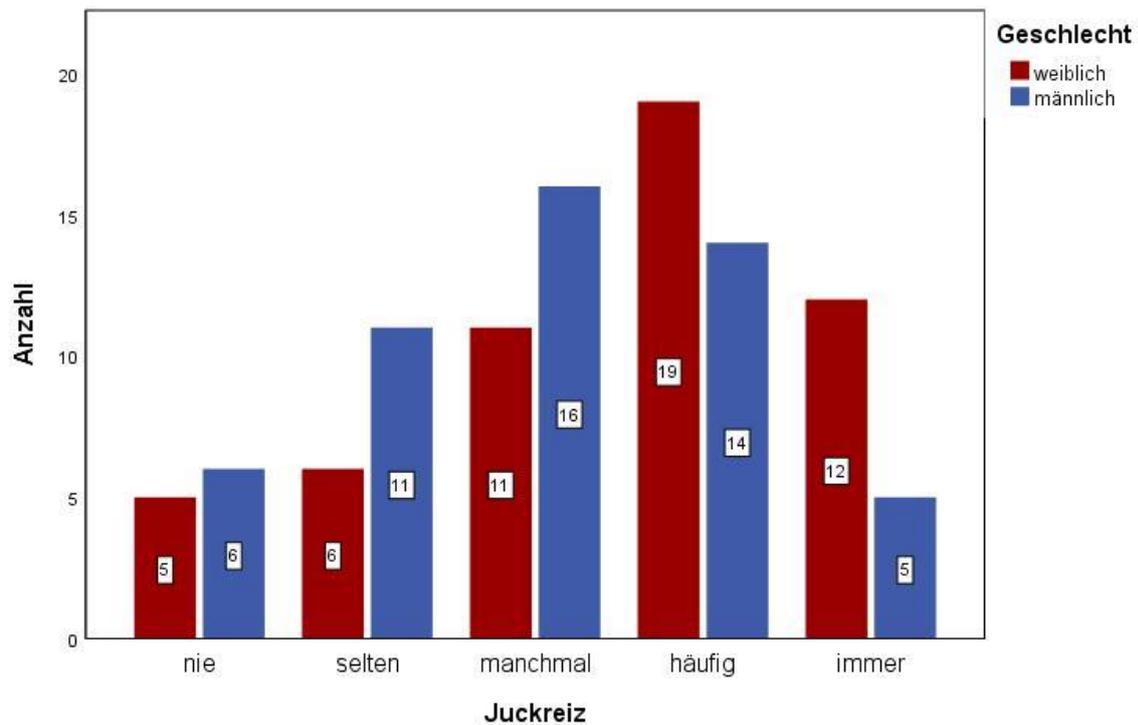
Legende: x-Achse: Summenscore „Körperliche Beschwerden“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: Prozentuale Häufigkeit der befragten Patienten

Abbildung 30: "Trockenheit der Haut"



Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit „Trockenheit der Haut“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: Anzahl der befragten Patienten

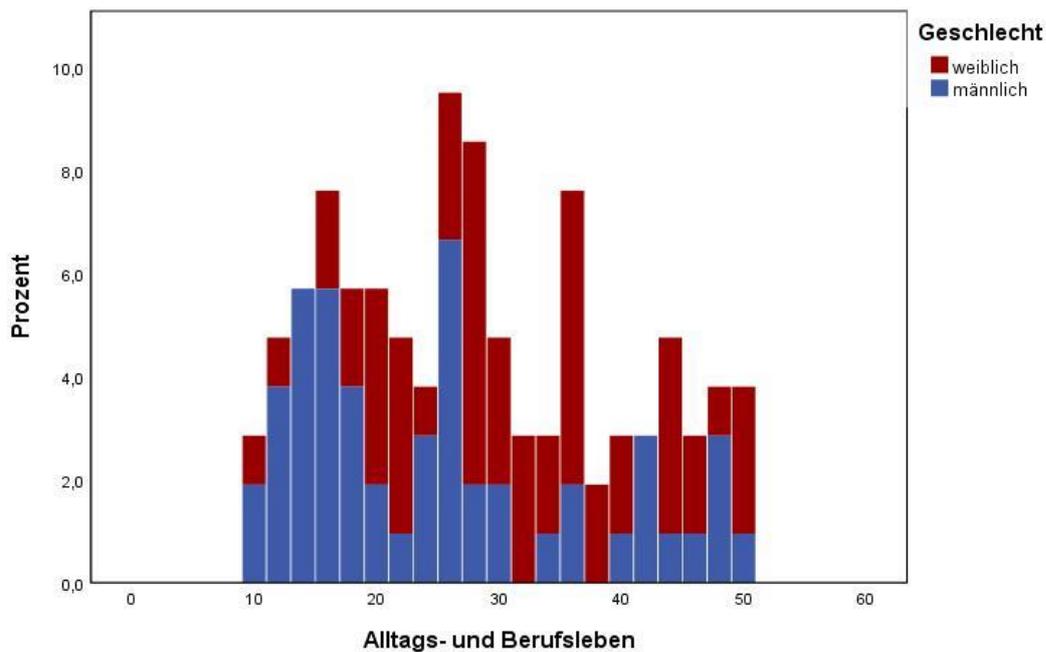
Abbildung 31: "Juckreiz"



Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit „Juckreiz“ in Abhängigkeit vom Geschlecht; y-Achse: Anzahl der befragten Patienten

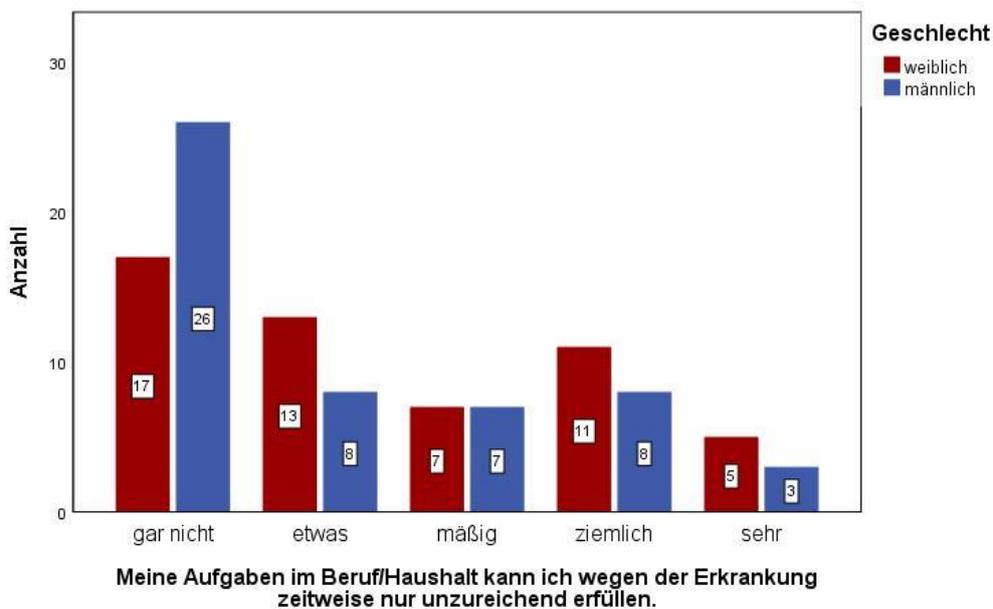
Hinsichtlich des Bereiches „Alltags- und Berufsleben“ wurde ein Median bei Frauen von 29 und bei Männern von 23 festgestellt. Ein p-Wert von $p=0,003$ im Mann-Whitney-U-Test wies auf einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern hin. Die Verteilung der Geschlechter in Abbildung 32 macht deutlich, dass ein Summenscore von 30 bereits einen Anteil von 75% der männlichen Patienten abdeckte. Bei den weiblichen Patienten waren es dagegen nur 52,8% (Abbildung 32). In Abbildung 33 werden die Sorgen der Patienten, ihre Aufgabe im Beruf/Haushalt nur unzureichend zu erfüllen, verdeutlicht. 17 Frauen (16,2%) und 26 Männer (24,8%) wählten als häufigste Antwort „gar nicht“. Am wenigsten wurde von beiden Geschlechtern „sehr“ mit insgesamt 8 Patienten (7,6%) angegeben (Abbildung 33).

Abbildung 32: "Alltags- und Berufsleben"



Legende: x-Achse: Summenscore „Alltags- und Berufsleben“ in Abhängigkeit vom Geschlecht“;
y-Achse: prozentuale Häufigkeit der befragten Patienten

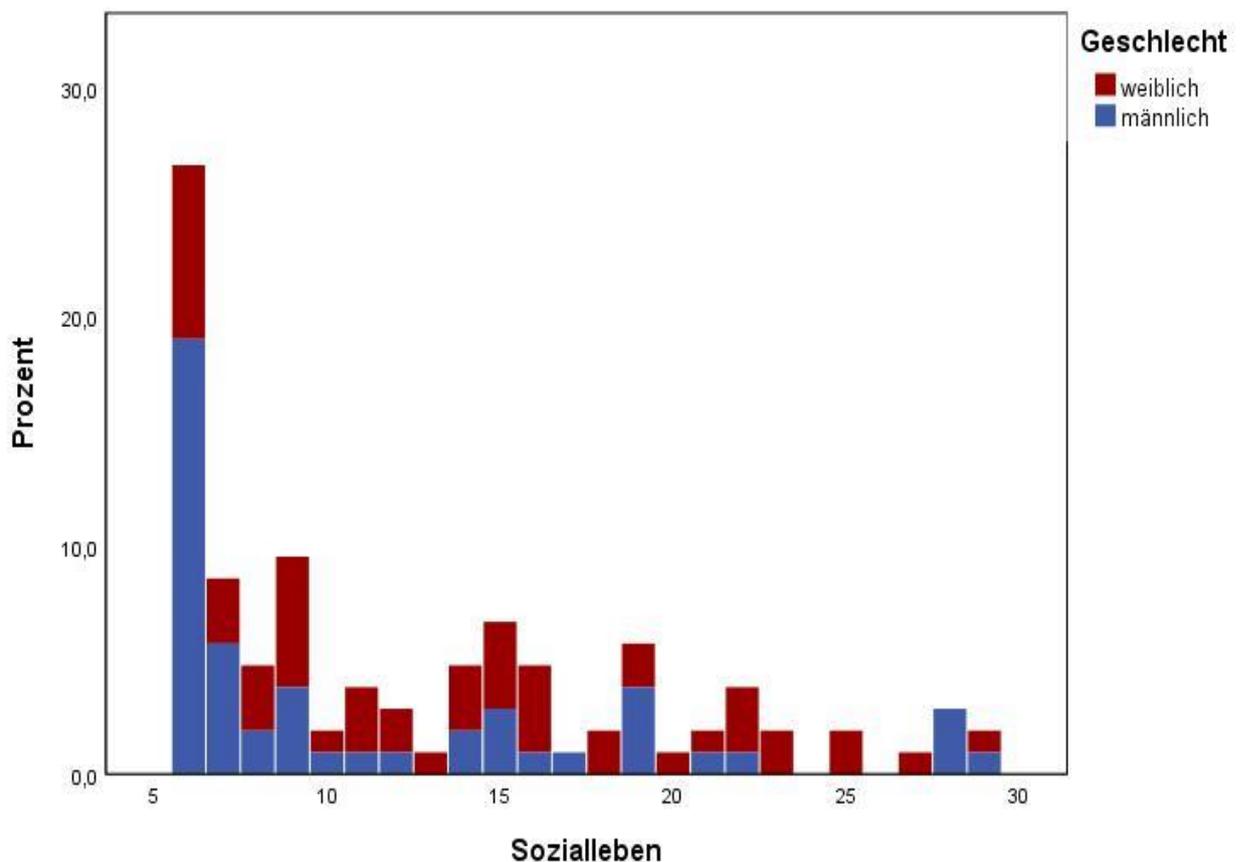
Abbildung 33: "Meine Aufgaben im Beruf/Haushalt kann ich wegen der Erkrankung zeitweise nur unzureichend erfüllen"



Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit von „Aufgaben im Beruf/Haushalt nur unzureichend erfüllen“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Häufigkeit der befragten Patienten

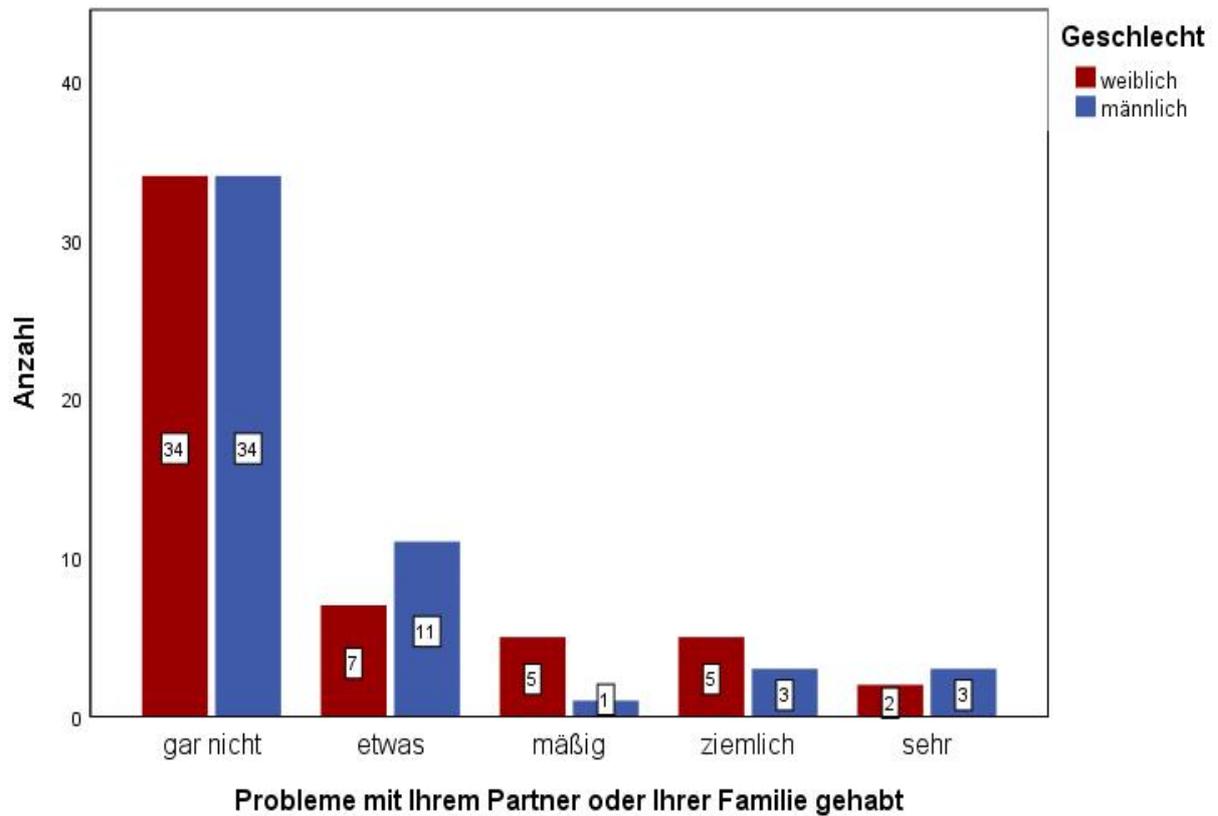
Ein weiterer wichtiger Bereich bildet das „Sozialleben“. Frauen wiesen hier einen Median von 13 auf. Männer hingegen von 7,5. Durch einen p-Wert im Mann-Whitney-U-Test von $p = 0,011$ konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen festgestellt werden. Bis zu einem Summenscore von 10 konnten bereits 63,5% der männlichen Angaben abgedeckt werden. Bei den Frauen war es mit 39,6% deutlich weniger (Abbildung 34). Im Hinblick auf familiäre Probleme oder Schwierigkeiten mit dem Partner gaben sowohl 34 Männer als auch 34 Frauen (insgesamt 64,8%) „gar nicht“ als häufigste Antwortmöglichkeit an. Am wenigsten wurden von den männlichen Patienten mit 1% „mäßig“ und von den weiblichen Patienten „sehr“ mit 1,9% gewählt (Abbildung 35).

Abbildung 34: "Sozialleben"



Legende: x-Achse: Summenscore „Sozialleben“ in Abhängigkeit vom Geschlecht“; y-Achse: prozentuale Häufigkeit der befragten Patienten

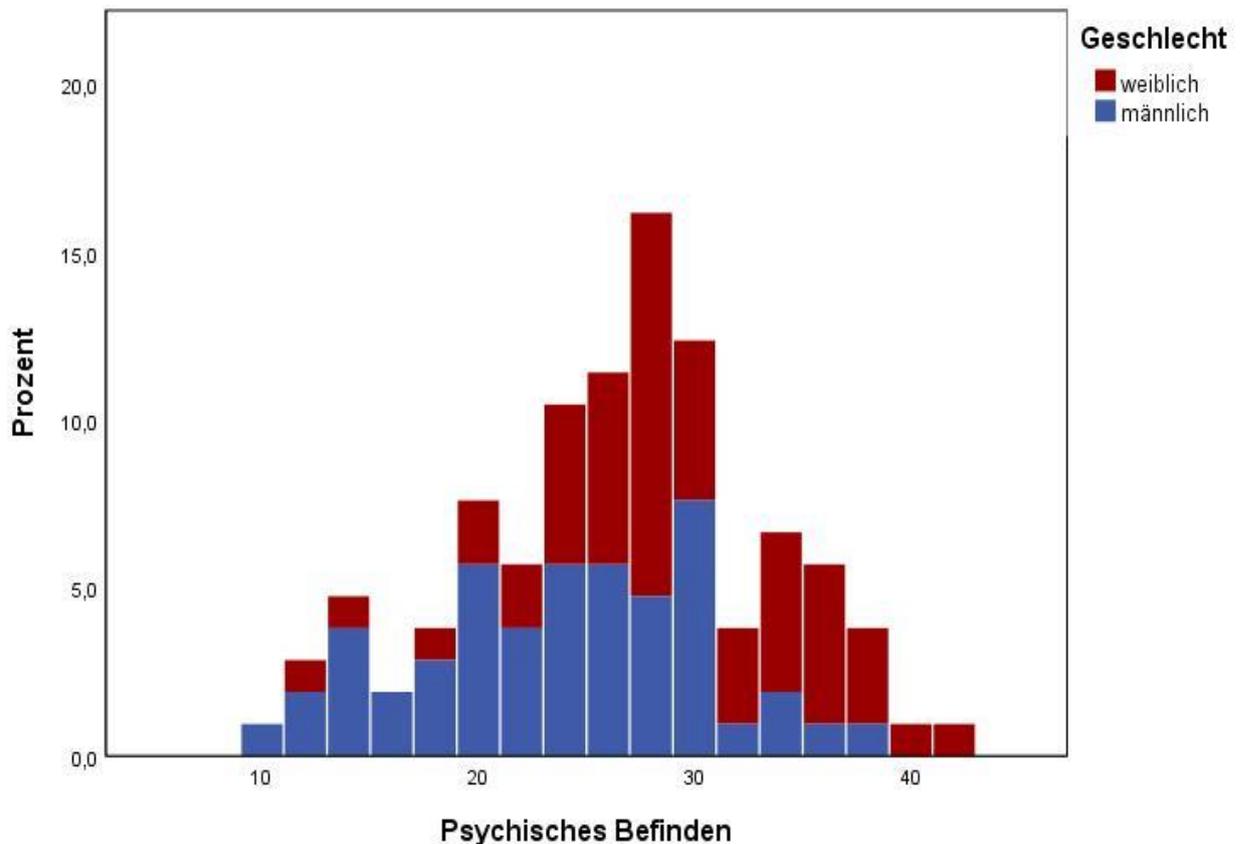
Abbildung 35: "Probleme mit Ihrem Partner oder Ihrer Familie gehabt"



Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit von „Probleme mit Ihrem Partner oder Ihrer Familie“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Häufigkeit der befragten Patienten

In Betracht auf das „Psychische Befinden“ wurde bei Frauen ein Median von 28 und bei Männern von 23,5 ermittelt. Ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Geschlechtern konnte mittels Mann-Whitney-U-Test mit $p < 0,001$ festgestellt werden. Bei einem Summenscore von 25 konnten insgesamt 28,3% der Angaben der Frauen abgedeckt werden. Bei den Männern war es mit 57,5% deutlich mehr (Abbildung 36). Ein Beispiel über die Häufigkeitsverteilung unterschiedlicher Symptome wird in Tabelle 5 verdeutlicht.

Abbildung 36: "Psychisches Befinden"



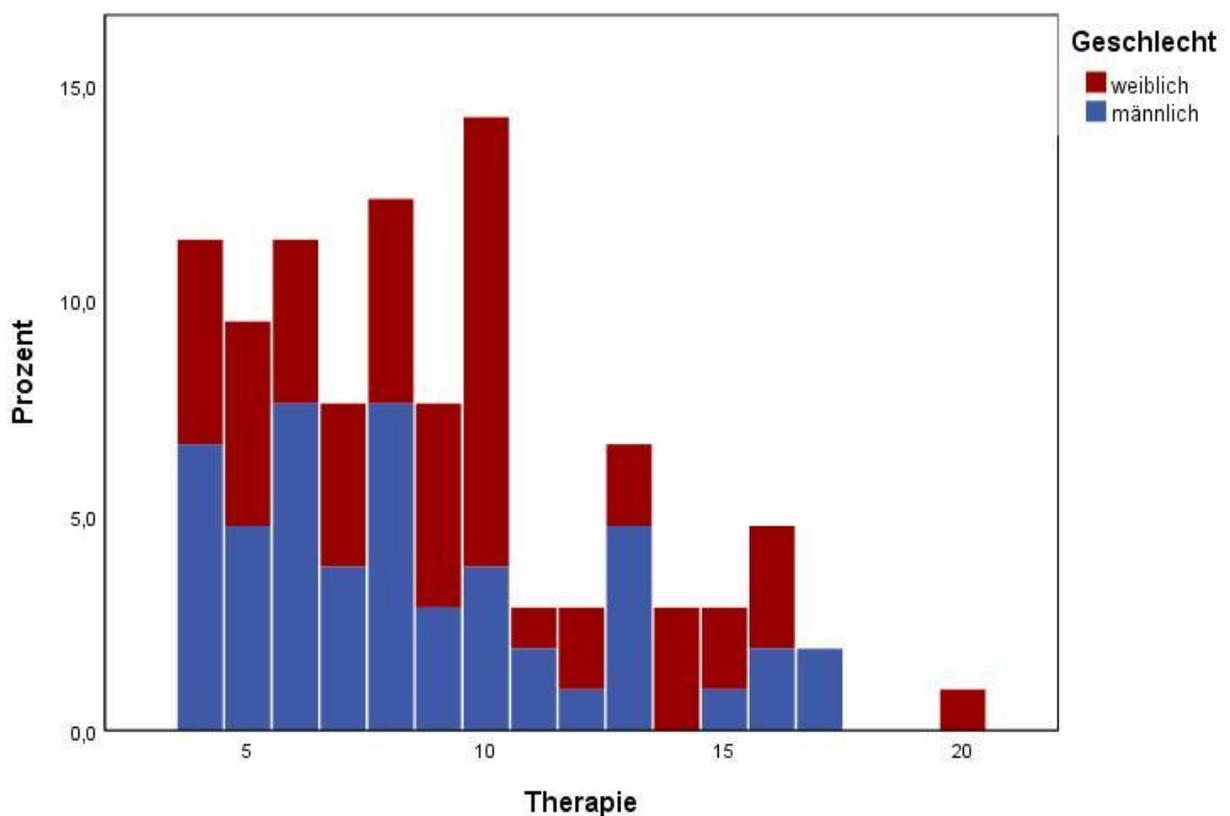
Legende: x-Achse: Summenscore „Psychisches Befinden“ in Abhängigkeit vom Geschlecht“;
y-Achse: prozentuale Häufigkeit der befragten Patienten

Tabelle 5: "Psychisches Befinden"

	Frauen	Männer
Gelassenheit, n (%)		
Nie	4 (3,8)	5 (4,8)
Selten	16 (15,2)	9 (8,6)
Manchmal	23 (21,9)	12 (11,4)
Häufig	7 (6,7)	16 (15,2)
Immer	2 (1,9)	10 (9,5)
Sorgen wegen der Hautkrankheit, n (%)		
Nie	5 (4,8)	13 (12,4)
Selten	11 (10,5)	14 (13,3)
Manchmal	10 (9,5)	9 (8,6)
Häufig	19 (18,1)	6 (5,7)
Immer	8 (7,6)	10 (9,5)
Niedergeschlagenheit, n (%)		
Nie	2 (1,9)	13 (12,4)
Selten	12 (11,4)	15 (14,3)
Manchmal	22 (21)	15 (14,3)
Häufig	13 (12,4)	7 (6,7)
Immer	4 (3,8)	2 (1,9)
Kraft, n (%)		
Nie	5 (4,8)	5 (4,8)
Selten	23 (21,9)	11 (10,5)
Manchmal	12 (11,4)	18 (17,1)
Häufig	10 (9,5)	15 (14,3)
Immer	3 (2,9)	3 (2,9)

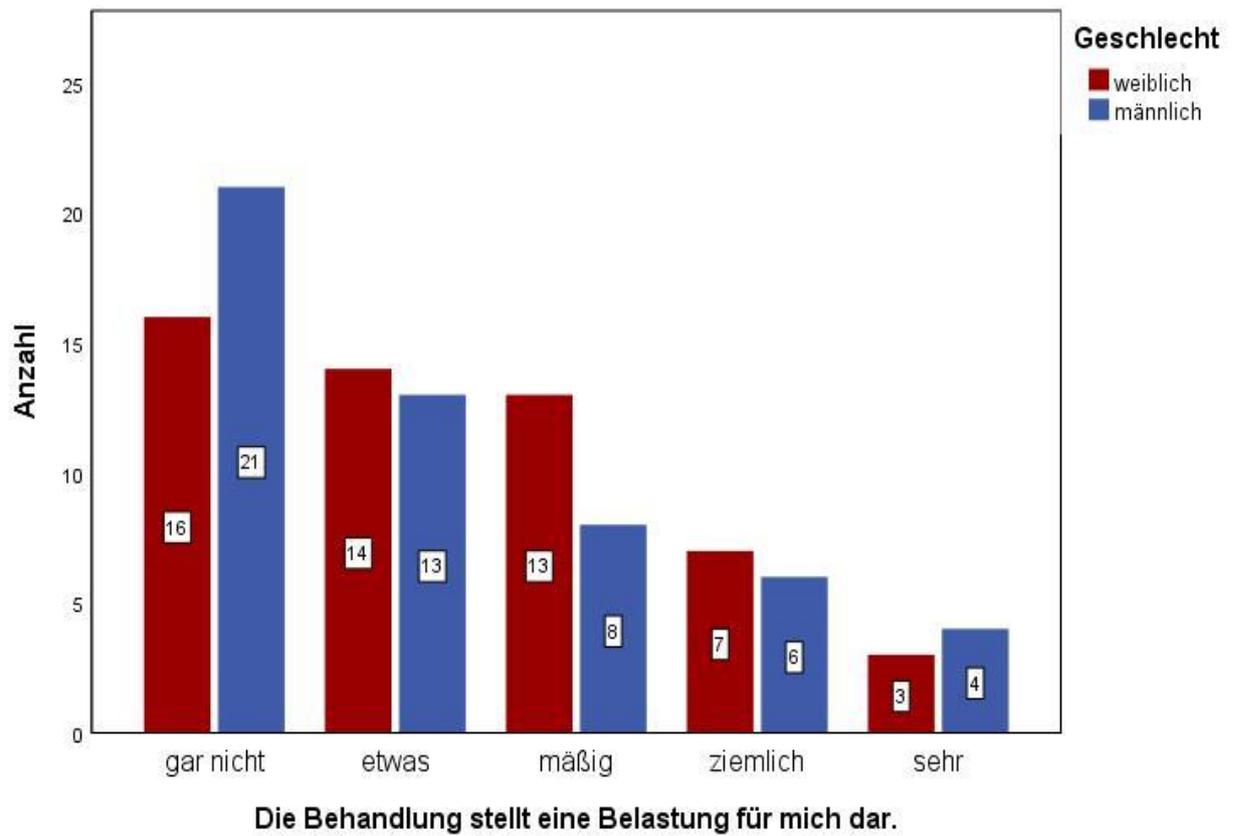
Im Hinblick auf den Bereich „Therapie“ konnte bei Frauen ein Median von 9 und bei Männern von 8 ermittelt werden. Ein p-Wert von $p=0,197$ wurde mithilfe des Mann-Whitney-U-Tests festgestellt, der somit keinen Hinweis auf einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern gab. Bei einem Summenscore von 10 wurden sowohl bei Frauen als auch Männern über 70% der Antworten abgedeckt (Abbildung 37). Abbildung 38 „Die Behandlung stellt für mich eine Belastung dar“ dient als anschauliches Beispiel. Die am häufigsten gewählte Antwortmöglichkeit war „gar nicht“ von 16 Frauen (15,2 %) und 21 Männern (20%). Am wenigsten entschieden sich die Befragten für die Möglichkeit „sehr“. Die Antwort wurde lediglich 3 Frauen (2,9%) und 4 Männer (3,8%) gewählt (Abbildung 38).

Abbildung 37: "Therapie"



**Legende: x-Achse: Summenscore „Therapie“ in Abhängigkeit vom Geschlecht“;
y-Achse: prozentuale Häufigkeit der befragten Patienten**

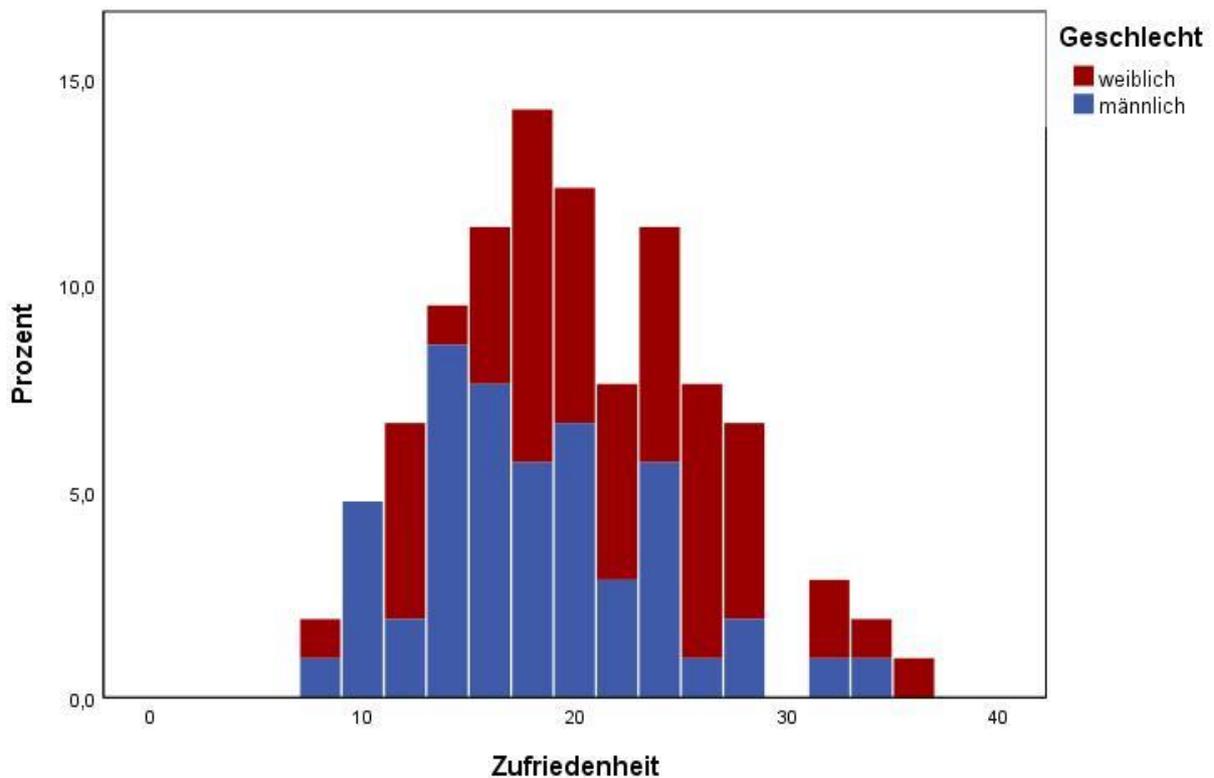
Abbildung 38: "Die Behandlung stellt für mich eine Belastung dar"



Legende: x-Achse: geschätzte Häufigkeit von „Die Behandlung stellt eine Belastung für mich dar“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Häufigkeit der befragten Patienten

Im Hinblick auf die „Zufriedenheit“ fiel bei Frauen ein Median von 21 und bei Männern von 17 auf. Ein statistisch signifikanter Unterschied konnte mittels Mann-Whitney-U-Test durch einen p-Wert von $p=0,004$ festgestellt werden. Ein niedriger Summenscore gab eine höhere Zufriedenheit der Patienten an. Einen mittleren Wert von 20 erreichten insgesamt 73,1% der Männer sowie 49,1% der Frauen (Abbildung 39). Tabelle 6 fasst die Zufriedenheit der Patienten von ausgewählten Bereichen zusammen.

Abbildung 39: "Zufriedenheit"



Legende: x-Achse: Summenscore „Zufriedenheit“ in Abhängigkeit vom Geschlecht“; y-Achse: prozentuale Häufigkeit der befragten Patienten

Tabelle 6: "Zufriedenheit mit..."

	Frauen	Männer
Freundeskreis, n (%)		
Gar nicht zufrieden	8 (7,6)	2 (1,9)
Etwas	7 (6,7)	10 (9,5)
Mäßig	12 (11,4)	7 (6,7)
Ziemlich	16 (15,2)	21 (20)
Sehr zufrieden	10 (9,5)	12 (11,4)
körperlichen Befinden, n (%)		
Gar nicht zufrieden	9 (8,6)	4 (3,8)
Etwas	10 (9,5)	4 (3,8)
Mäßig	18 (17,1)	16 (15,2)
Ziemlich	15 (14,3)	21 (20)
Sehr zufrieden	1 (1)	7 (6,7)
Behandlung, n (%)		
Gar nicht zufrieden	2 (1,9)	0 (0)
Etwas	8 (7,6)	3 (2,9)
Mäßig	13 (12,4)	5 (4,8)
Ziemlich	18 (17,1)	29 (27,6)
Sehr zufrieden	11 (10,5)	12 (11,4)

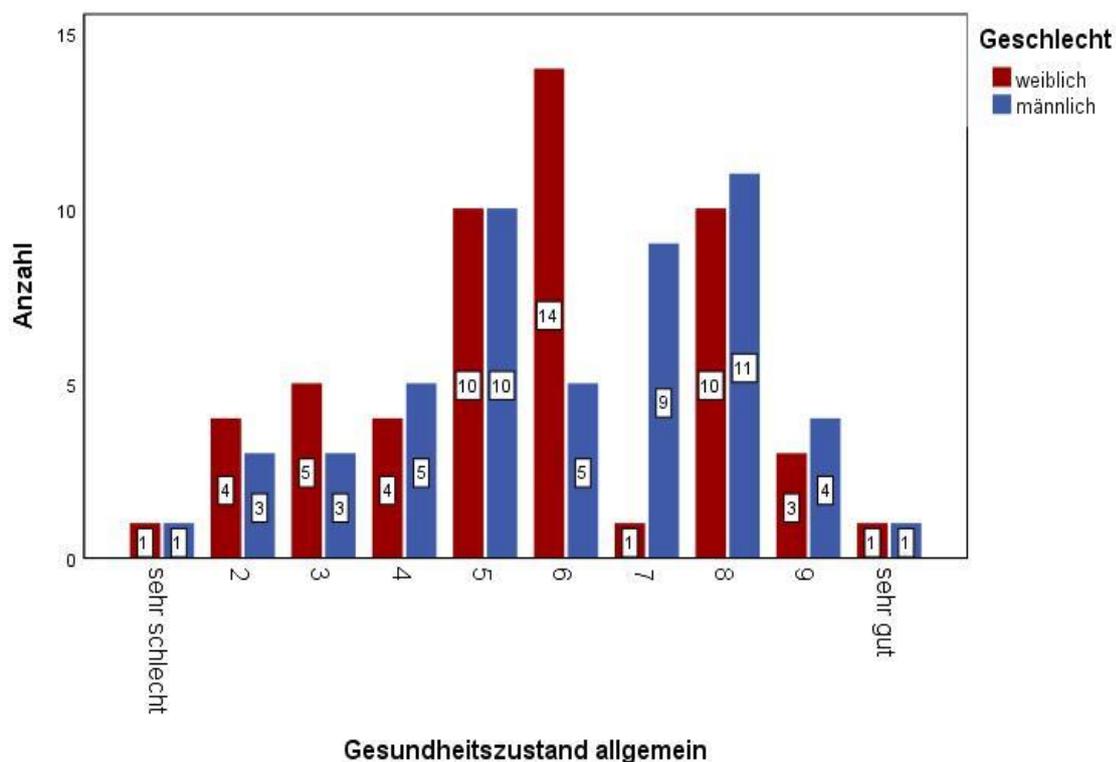
Tabelle 7 fasst den Gesamtscore des FLQA-d von Frauen und Männern zusammen. Mit einem p-Wert von $p=0,001$ im Mann-Whitney-U-Test wurde ein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt, der zeigte, dass Frauen höhere Werte als Männer angaben (Tabelle7).

Tabelle 7: "Gesamtscore"

		Frauen	Männer
Mittelwert (SD)		141,3 (34,4)	117,3 (36,6)
Median (min./max.)		135 (71/211)	111 (62/198)
p-Wert	0,001		

Abschließend wurden die Bereiche „Gesundheitszustand allgemein“, „Gesundheitszustand hinsichtlich der Haut“ sowie die „Lebensqualität“ ausgewertet. Beim „Gesundheitszustand allgemein“ ergab der Median bei Frauen und Männern einen Wert von 6. Der Unterschied zwischen beiden Geschlechtern war mit einem p-Wert von $p=0,350$ des Mann-Whitney-U-Tests nicht signifikant. Frauen wählten am häufigsten mit 13,3% Skalenwert 6. Bei den Männern wurde mit 10,5% der Skalenwert 8 ausgewählt. Am wenigsten kamen mit jeweils 1% pro Geschlecht die Skalen 0= „sehr schlecht“ und 10= „sehr gut“ vor (Abbildung 40).

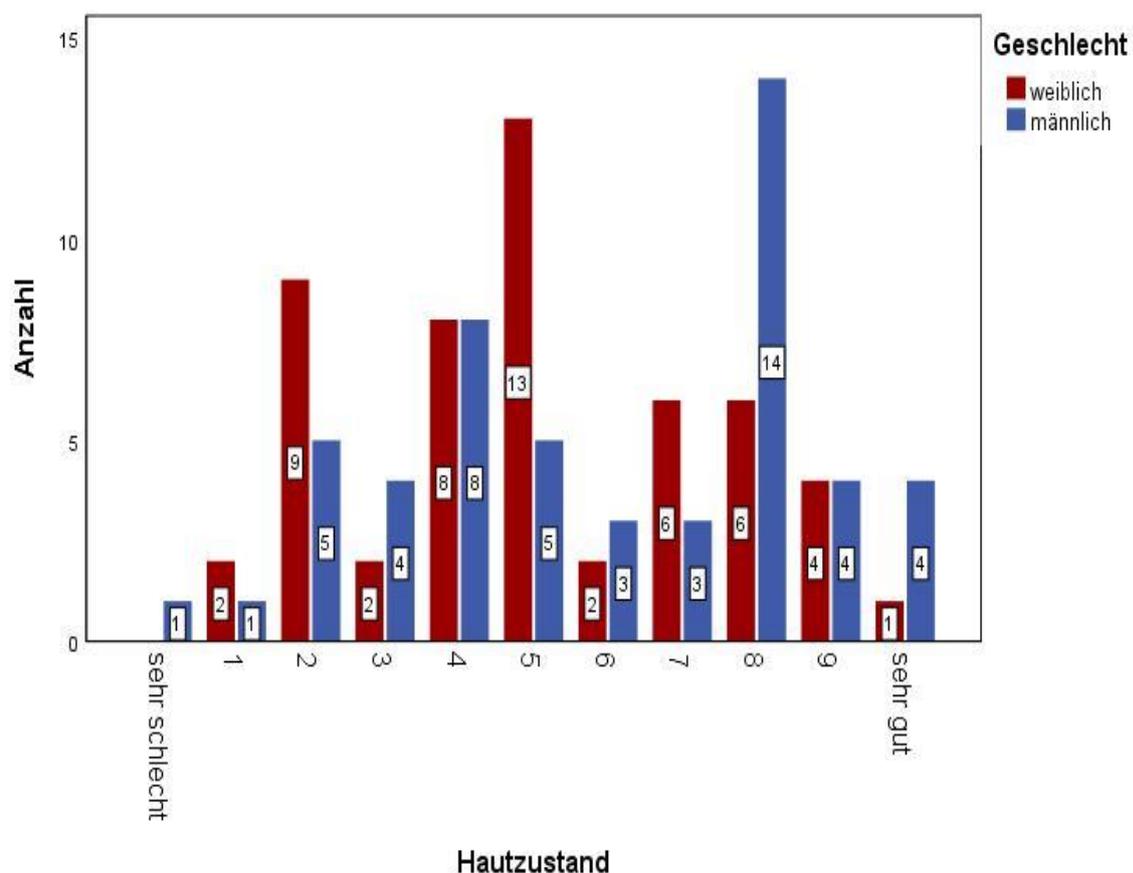
Abbildung 40: "Gesundheitszustand allgemein"



Legende: x-Achse: Skalenwerte „Gesundheitszustand allgemein“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Im Hinblick auf die „Haut“ lag der Median der Frauen bei 5 und der der Männer bei 6. Der p-Wert des Mann-Whitney-U-Tests konnte mit $p=0,122$ keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern herausstellen. 13 Frauen (12,4%) entschieden sich mit Skalenwert 5 für die am meisten verwendete Antwort, wohingegen die Männer mit 13,3% den Wert 8 auswählten. Am wenigsten wurde bei den weiblichen Patienten der Skalenwert 10 „sehr gut“ mit nur 1% und bei den männlichen Patienten mit ebenfalls nur 1% Skalenwert 0 „sehr schlecht“ verwendet (Abbildung 41).

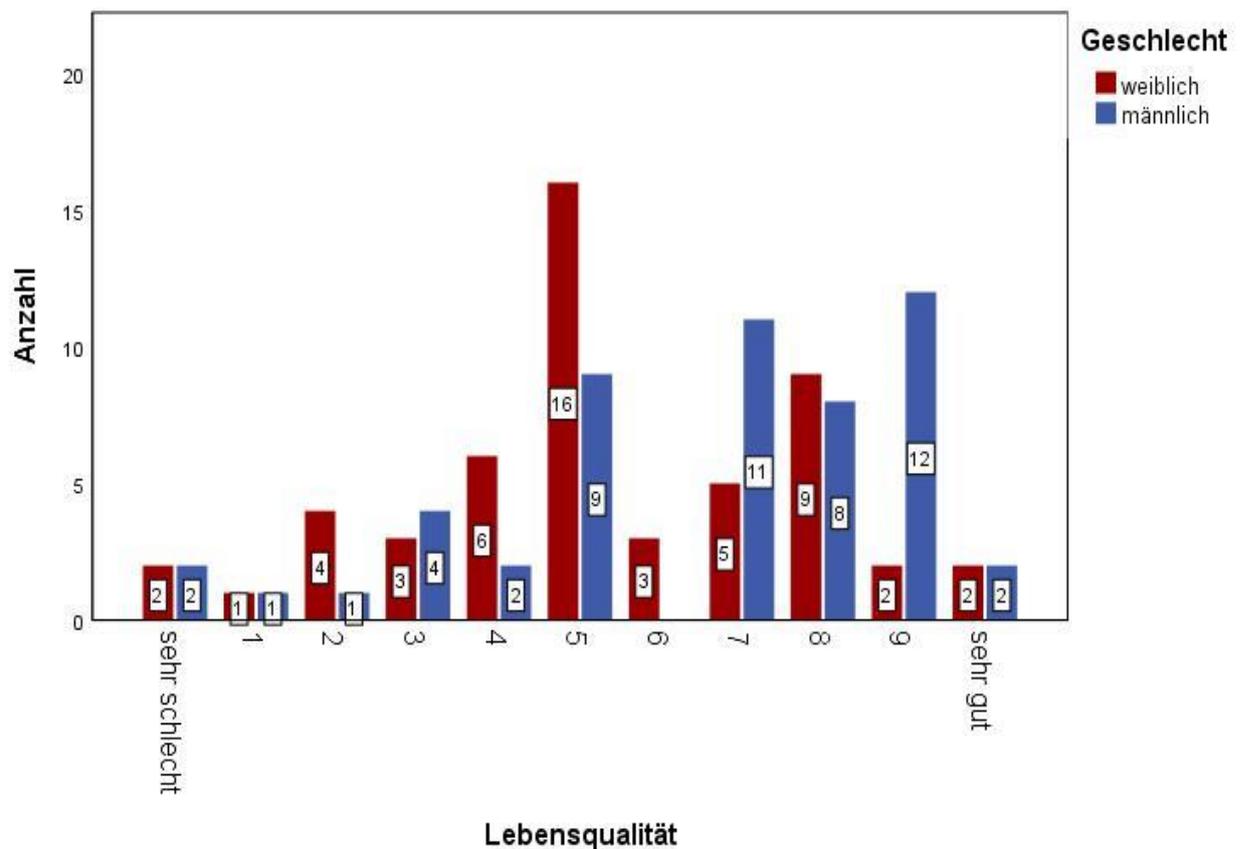
Abbildung 41: "Hautzustand"



Legende: x-Achse: Skalenwerte „Hautzustand“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Beim Auswerten der gesamten „Lebensqualität“ fiel bei Frauen ein Median von 5 und bei Männern ein Wert von 7 auf. Durch den Mann-Whitney-U-Test konnte mit einem p-Wert von $p=0,014$ ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. 16 Frauen (15,2%) entschieden sich für Skalenwert 5 als am häufigsten verwendete Antwortmöglichkeit. Bei den Männern dagegen war es mit 12 Patienten (11,4%) Skalenwert 9. Am seltensten wurde Skalenwert 1 von beiden Geschlechtern mit 1,9% angegeben (Abbildung 42).

Abbildung 42: "Lebensqualität"



Legende: x-Achse: Skalenwerte „Lebensqualität“ in Abhängigkeit vom Geschlecht;
y-Achse: absolute Anzahl der befragten Patienten

Fazit:

→ Statistisch signifikante Unterschiede ließen sich zwischen Frauen und Männern im FLQA-d hinsichtlich der Punkte „Körperliche Beschwerden“, „Alltags- und Berufsleben“, „Sozialleben“, „Psychisches Befinden“, „Zufriedenheit“, „Gesamtscore“ sowie der „allgemeinen Lebensqualität“ feststellen. Frauen zeigten verglichen zu den Männern stärkere und häufigere „Körperliche Beschwerden“ sowie größere Einschränkungen im „Alltags-, Berufs- und Sozialleben“. Das „Psychische Befinden“ der Frauen war im Vergleich zu den Männern wiederum stärker beeinträchtigt. Resultierend daraus war die „Zufriedenheit“ der Männer hinsichtlich verschiedener Bereiche signifikant besser als die der Frauen. Zudem zeigten Frauen einen höheren „Gesamtscore“ als Männer, der Rückschlüsse auf eine insgesamt schlechtere Lebensqualität gab und sich im Punkt der „allgemeine Lebensqualität“ widerspiegelt. Frauen wiesen eine signifikant schlechtere Lebensqualität auf als Männer.

4.3.4 Musterpatienten des Homburger Patientenkollektivs

Tabelle 8: "Übersicht der Homburger Musterpatienten"

	Psoriasis	Dermatitis
Geschlecht	männlich	weiblich
Alter	58 Jahre	59 Jahre
HADS-D Angst	grenzwertig	grenzwertig
HADS-D Depression	unauffällig	grenzwertig
Lebensqualität	5,8 / 10	5,4 / 10
Hautzustand	5,4 / 10	4,8 / 10
Gesundheitszustand	4,9 / 10	5,5 / 10
Dauer der täglichen Behandlung	10-30 Minuten	< 10 Minuten
Zufriedenheit mit der Behandlung	3,8 / 5	3,5 / 5
Belastung der Behandlung	mäßig (3/5)	etwas (2/5)
Einschränkung hinsichtlich:		
- Freizeit	mäßig (3/5)	etwas (2/5)
- Beruf	etwas (2/5)	etwas (2/5)
- Familie/Partner	etwas (2/5)	etwas (2/5)
häufige Symptome:	- Trockenheit der Haut - Schlafstörungen - Juckreiz	- Trockenheit der Haut - Juckreiz - Spannungsgefühl der Haut
Krankheitsverarbeitung:		
- Vertrauen in die ärztliche Kunst	6,9 / 9	5,4 / 9
- Erarbeiten eines inneren Haltes	4,0 / 9	4,7 / 9
- Gut Hilfe annehmen können	5,4 / 9	4,7 / 9

Fazit:

→ Der typische Homburger Psoriasis Patient war männlich und 58 Jahre alt. Er wies hinsichtlich des Gefühls „Angst“ eine grenzwertige Symptomatik auf. Bezogen auf eine depressive Symptomatik zeigte er sich unauffällig. Lebensqualität und Hautzustand zeigten dagegen eine deutliche Einschränkung. Ebenso war der allgemeine Gesundheitszustand eingeschränkt. Mit einer Dauer von 10 - 30 Minuten fühlte sich der Homburger Psoriasis Patient mit seiner Behandlung mäßig belastet. Die Einschränkungen im privaten Bereich waren leicht bis mäßig. Seine führenden Symptome waren Trockenheit der Haut, Schlafstörungen sowie Juckreiz. Er zeichnete sich durch ein relativ hohes Vertrauen in seine Ärzte und deren Behandlung aus. Alternative und religiöse Verhaltensmuster zum Erarbeiten eines inneren Haltes wurden nur selten umgesetzt. Die Hilfe anderer Menschen nahm er, wenn auch nicht immer, stärker an als die Patienten mit einer Dermatitis.

→ Der typische Homburger Dermatitis Patient war weiblich und 59 Jahre alt. Hinsichtlich ängstlicher und depressiver Symptomatik zeigte er grenzwertige Auffälligkeiten. Die Lebensqualität und der Hautzustand waren deutlich eingeschränkt und niedriger als bei Patienten mit Psoriasis. Außerdem war der allgemeine Gesundheitszustand deutlich eingeschränkt, aber besser als bei den Homburger Psoriatikern. Die Behandlung nahm eine Dauer von weniger als 10 Minuten ein und stellte eine leichte Belastung für den Patienten dar. Er war jedoch mit der Behandlung unzufriedener, als ein an Psoriasis erkrankter Patient. Im privaten Bereich stellten sich seine Einschränkungen leicht dar. Die führenden Symptome waren Trockenheit der Haut, Juckreiz sowie ein Spannungsgefühl der Haut. Das Vertrauen in die Ärzte und die Behandlung war vorhanden, jedoch weniger als bei den Psoriasis Patienten. Hilfe nahm der Patient an, jedoch weniger als der an Psoriasis erkrankte Patient. Das Erarbeiten eines inneren Haltes versuchte der an Dermatitis erkrankte Patient durch alternative und religiöse Verhaltensmuster besser und häufiger als der Psoriasis Patient umzusetzen.

5. DISKUSSION

5.1 Limitationen der Studie

Bei der Diskussion der Ergebnisse dieser Studie sind mögliche Limitationen zu berücksichtigen. Die Studie wurde monozentrisch durchgeführt. Das heißt, dass nur die Patienten, die sich aufgrund einer Hauterkrankung in stationärer Behandlung in der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie des Universitätsklinikums Homburg/Saar befanden, befragt werden konnten. Aus diesem Grund liegt eine örtliche Limitation vor.

Das Ausfüllen der Fragebögen war freiwillig und mit einer Rücklaufquote von 18,4% die Teilnehmerzahl begrenzt. Dies könnte zum einen daran gelegen haben, dass einige Patienten unbekannt verzogen waren und deshalb eine Nachverfolgung der Adresse nicht mehr möglich war. Zudem wurden die Patienten nur einmalig kontaktiert. Auf Mahn- und Erinnerungsschreiben wurde verzichtet. Dies sowie das Fehlen von zusätzlicher Motivation durch Belohnungen, wie beispielsweise in Form von Incentives, könnte ebenfalls zu der Rücklaufquote dieser Studie beigetragen haben. Der genaue Einfluss von Incentives auf das Verhalten von Patienten ist Gegenstand aktueller Forschung und wird kontrovers diskutiert.¹⁴

Zum anderen könnten nur die Patienten geantwortet haben, die besonders zufrieden mit ihrer Therapie und ihrem stationären Aufenthalt waren, um dies durch die Beantwortung der Fragebögen auszudrücken. Einen weiteren Einfluss auf die Patienten könnte eine „social desirability bias“ gehabt haben. Im Rahmen dieser Verzerrung wäre es möglich, dass die Patienten Antwortmöglichkeiten angaben, mit denen sie erhofften, auf Zustimmung der Fragenden zu treffen.⁴¹ Zudem trug der sogenannte „volunteer effect“ zu einer Selektion bei, indem nur die Patienten dargestellt wurden, die freiwillig an der Studie teilnahmen. Dies führt zu einer Überrepräsentation spezieller Gruppen und damit zu einem Patientenkollektiv, das in seiner Zusammensetzung nicht der Allgemeinbevölkerung entspricht.²² Außerdem kann eine weitere Stichprobenverzerrung in Form einer sogenannten „selection bias“ vorliegen. Denn da für die Studie nur Patienten mit chronischen Hauterkrankungen berücksichtigt wurden, fand eine zusätzliche Selektion im Voraus statt. Die Patientenkohorte war daher auch in diesem Hinblick für die deutsche Allgemeinbevölkerung nicht repräsentativ.

Mithilfe des Begriffs „recall bias“ lässt sich eine weitere Limitation beschreiben, bei der vor allem die Erinnerungsverzerrung der Patienten eine Rolle spielt. Verschiedene Begebenheiten könnten im Nachhinein von größerer Bedeutung als ursprünglich vorhanden sein. Außerdem wäre es möglich, dass die Patienten sich nicht mehr korrekt an unterschiedliche Situationen erinnern können. Sowohl die Vollständigkeit der einzelnen Patientenakten als auch die uneingeschränkte Fähigkeit der Patienten die Fragebögen zu beantworten, kann nicht garantiert

werden. Die Ergebnisse sind daher stark von der Qualität und Genauigkeit der Daten sowie der Mitarbeit der Patienten abhängig.³⁵

Auch die Fragebögen weisen Limitationen auf, da sie lediglich den aktuellen Gesundheitszustand der Patienten bzw. den der letzten zwei Wochen abfragen. Ob ein prägendes Lebensereignis oder eine bestimmte Situation in den vergangenen Monaten ganz unabhängig von der chronischen Erkrankung die Antwortmöglichkeit der Patienten beeinflusst hat, bleibt ungewiss. Ebenfalls wäre im Hinblick auf die Patientendaten eine genaue Anamnese hinsichtlich Medikamenteneinnahme oder Nebendiagnosen von Relevanz gewesen, da diese die Lebensqualität und den Gesundheitszustand sowohl in positiver als auch in negativer Weise beeinflussen können.

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass Information darüber fehlen, ob die Patienten bisher, wie in den Leitlinien von chronischen und vor allem psychosomatischen Dermatosen empfohlen, über psychologische Interventionen aufgeklärt wurden und diese bereits in Anspruch genommen haben.⁴ Diese patientenbezogenen Faktoren bilden weitere Limitationen, die im Folgenden genauer diskutiert werden.

5.2 Schlussfolgerungen

5.2.1 HADS-D

Aus vielen, bereits durchgeführten Studien geht hervor, dass chronische Dermatosen wie beispielsweise Psoriasis und Neurodermitis in Kombination mit Ängsten oder Depressionen auftreten oder diese auslösen können.^{15,65}

Mithilfe der HADS-D konnte in dieser Studie festgestellt werden, dass die meisten Patienten, bezogen auf die Kategorie Angst, ein unauffälliges Ergebnis zeigten. Die Befragten, die ein schweres oder sehr schweres Angstsymptom zeigten waren vermehrt Frauen. Sie unterschieden sich hier signifikant von den Männern. Frauen gaben an, dass ihnen oft oder einen Großteil der Zeit beunruhigende Gedanken durch den Kopf gehen. Männer wählten diese Aussage deutlich seltener.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt die Kategorie Depression. Die Mehrheit der in dieser Arbeit befragten Patienten ließ sich einer unauffälligen Symptomatik zuordnen. Frauen gaben zwar auch hier häufiger eine schwere oder sehr schwere Symptomatik an, unterschieden sich jedoch nicht signifikant von Männern. Ein Großteil der Patienten gab an, mit weniger Freude in die Zukunft zu blicken als früher. Eine Erklärung für die im Durchschnitt unauffällige Symptomatik von Angst und Depression kann sich auf den Fragebogen zurückführen lassen, da sich

dieser auf das Befinden der letzten Woche bezieht. Darüber hinaus lassen sich die Belastungen von chronischen Erkrankungen in drei verschiedene Bereiche unterteilen. Der erste Punkt präsentiert die eigentliche Erkrankung und ist von deren Symptomatik und Fortschreiten abhängig. Hierzu zählen auch Belastungen, die durch das chronische Kranksein ausgelöst werden. Dabei können unter anderem eine prognostische Unsicherheit, ein erhöhter Informationsbedarf der Patienten, Stigmatisierungsprobleme bei Patienten mit sichtbaren oder hörbaren Krankheiten und nicht zuletzt der Bedarf an Rücksichtnahme anderer Mitmenschen eine Belastung für chronisch Erkrankte eine Rolle spielen. Als Folge kann daraus beispielsweise eine Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit resultieren. Der dritte Belastungsaspekt kann durch die ständige Abhängigkeit von Ärzten, Behandlungs- und Kontrollterminen verursacht werden. Diese können Untersuchungen und Therapiemaßnahmen mit nicht unerheblichen Folgen und Nebenwirkungen mit sich tragen und den Patienten negativ beeinflussen.⁵⁹

Die Patienten der vorliegenden Studie haben ihren Antworten zufolge eine chronische Erkrankung mit zum Teil milder Symptomatik, die kaum sichtbar ist und so kein Stigmatisierungsgefühl bei den Patienten auslöst. Zudem können verschiedene Bewältigungsstrategien dazu beitragen, dass die Patienten sich durch ihre Erkrankung weniger belastet fühlen. Dennoch konnte festgestellt werden, dass einige der Befragten durch die Krankheit in solchem Maß eingeschränkt sind, dass sie nicht mehr dieselbe Freude am Leben haben als vor der Erkrankung. Jedoch muss in diesem Kontext die oben genannte Limitation beachtet werden, dass trotz chronischer Hautkrankheit auch andere einschneidende Lebensereignisse in beruflicher oder privater Hinsicht Ängste oder Depressionen bei den Patienten auslösen können.

Die Anfälligkeit von Frauen, für psychische Belastungen oder das Entstehen von psychischen Erkrankungen wie Angststörungen oder Depressionen ist nicht nur ein Ergebnis der hiesigen Studie, sondern wurde unter anderem auch 2019 in einer weiteren Studie belegt. Dort wurden Patienten mit allgemeinen chronischen Erkrankungen befragt und festgestellt, dass es eine Korrelation zwischen dem weiblichen Geschlecht und einer erhöhten Prävalenz von Ängsten im Rahmen von chronischen Erkrankungen gibt.²³

2015 wurde in Georgien eine ähnliche Studie wie die vorliegende veröffentlicht, in der mithilfe der HADS-D das Ausmaß von Angst und Depression bei dermatologisch erkrankten Patienten erhoben wurde. Auffällig war, dass die Mehrheit der Patienten stärker eingeschränkt war und eine deutlichere Angst- und Depressionssymptomatik verglichen mit den Homburger Patienten zeigte. Möglicherweise litten die Teilnehmer der Studie an Hauterkrankungen mit schwereren Verläufen oder die Therapie war für diese nicht ausreichend. Sowohl in der georgischen Studie, als auch in der hiesigen bestätigt sich die Hypothese, dass Frauen im Hinblick auf Angst und Depression stärker betroffen sind als Männer.⁷¹ Erklärungen dafür können unterschiedliche emotionale Verarbeitungen beider Geschlechter sowie verschiedene Wahrnehmungen

des eigenen Krankheitsbildes sein, welche das Selbstwertgefühl positiv oder negativ beeinflussen. Zudem kann die Erwartungshaltung der Patienten an die Therapie einen weiteren Einfluss auf ihr Befinden haben.

2018 wurde eine Studie veröffentlicht, die zeigte, dass an Psoriasis leidende Frauen höhere Erwartungen und Bedürfnisse haben als Männer. Die Erwartungen bezogen sich vor allem auf die Therapie, das alltägliche Leben und die Auswirkungen auf das depressive Gefühl der Patienten.⁵⁰ Möglicherweise könnten zu hohe Erwartungen, die aus unterschiedlichen Gründen, sei es mangelnde Compliance der Patienten oder unzureichende Kommunikation zwischen Arzt und Patient, entstehen, den Zustand der Patienten nachteilig beeinflussen. Durch Gespräche über die individuellen Erwartungen an den Arzt oder an die Therapie könnten zu einer optimalen, personalisierten Behandlung der Patienten beitragen.

5.2.2 Krankheitsbewältigung

Die Diagnose einer Erkrankung, ein neuer Krankheitsschub oder eine generelle Krankheitsverschlechterung kann zu einer psychosozialen Reaktion wie beispielsweise Stress oder Angst führen. Dies kann wiederum einen negativen Effekt auf die Grunderkrankung als Konsequenz haben. Um diesem Krankheitsverlauf entgegen zu wirken spielt die Krankheitsbewältigung oder Krankheitsverarbeitung eine wichtige Rolle.

Der EFK gab Auskunft über die aktuelle Krankheitsbewältigung der befragten Patienten. Frauen und Männer unterschieden sich signifikant im Umgang mit der Informationssuche und dem Erfahrungsaustausch bezogen auf ihre Erkrankung. Beide Geschlechter nutzten zwar diese Strategie, um ihre psychischen Belastungen auszugleichen und zu meistern. Frauen waren jedoch häufiger als Männer auf Informationssuche, um mehr Details über ihre Krankheit zu erfahren. Dabei informierten sie sich häufig über gesundheitsschädigende Maßnahmen, damit diese in Zukunft vermieden werden können. Die Information über alternative Behandlungsmethoden oder allgemeine Therapiemöglichkeiten könnte somit zu einer besseren und konsequenteren Umsetzung beschlossener Maßnahmen führen.

Eine weitere Studie zeigt die Bewältigungsstrategien von Frauen und Männern in der Dermatologie, welche sich zwar auf das maligne Melanom beziehen, jedoch trotzdem mit den Strategien dieser Studie im Einklang stehen. Dort werden Frauen als aktivere Patienten beschrieben, die eher Probleme angehen, wohingegen Männer die Verantwortung für die Entstehung von Krankheiten tendenziell bei anderen suchen.³¹ Frauen nehmen häufiger und regelmäßiger an Disease-Managementprogrammen oder Patientenschulungen teil, was ebenfalls eine Erklärung für eine konsequentere Informationssuche von Frauen sein könnte.³

Hinsichtlich der anderen Bewältigungsstrategien konnten keine weiteren signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Ein handelndes und problemorientiertes Coping erklärt ein aktives Angehen von Problemen sowie das eigene Schicksal aufgrund der Krankheit aktiv in die Hand zu nehmen. Die Krankheit soll vom Patienten und nicht der Patient von der Krankheit beherrscht werden.⁴⁷ Eine weitere Bewältigungsstrategie kann sich durch einen Selbstaufbau, in Form von Mut machen oder Abstand und Ruhe gewinnen, auszeichnen. In der vorliegenden Arbeit wurde dieses Verfahren häufiger von Frauen als von Männern genutzt, jedoch unterschieden sich diese nicht signifikant voneinander. Als Erklärung könnte dafür die bereits erläuterte und erhöhte Informationssuche von Frauen dienen. Durch das Erlernen neuer Konzepte, um die Kontrolle über die Krankheit zu gewinnen, können besonders bei Frauen Erfolge beobachtet werden, welche die Patienten bestärken.

Krankheitsbewältigung kann auch auf emotionaler Ebene stattfinden. Dabei suchen Patienten emotionalen Rückhalt und Unterstützung und wirken dadurch der sozialen Isolation entgegen. Im untersuchten Patientenkollektiv suchten sowohl Frauen als auch Männer aktiv nach sozialer Einbindung, indem sie mit Freunden ausgingen oder schöne Stunden mit anderen verbrachten. Zudem gaben beide Geschlechter an, die Hilfe anderer Menschen annehmen zu können. Eine Ablenkung und Unterstützung durch andere sowie der Austausch mit diesen kann zur Reduktion von Stress und Ängsten führen. Nicht zuletzt spielt deswegen in Patientenschulungen der Austausch von Patienten mit derselben Erkrankung eine große Rolle.⁴⁷

Ein weiterer Punkt des EFK deckte die Spiritualität und das Erarbeiten eines inneren Haltes ab. Frauen und Männer gaben an, die Spiritualität in einem ähnlichen Maße zu nutzen. Studien belegen, dass beispielsweise meditative Entspannungstechniken zur Stressreduktion beitragen und somit ein hilfreicher Therapieansatz im Hinblick auf psychosomatische Dermatosen sein können.³⁸ Ebenso lässt sich zur emotionsorientierten Bewältigung die Kategorie „Bagatellisierung, Wunschdenken, Bedrohungsabwehr“ des EFK zuordnen. Auch bei diesem Punkt machten Frauen und Männer ähnliche Angaben, die sich nicht signifikant voneinander unterschieden. Über die Hälfte der Patienten gab an, so weiterzuleben, als wäre nichts geschehen. Das Leugnen einer Erkrankung oder das Umdeuten einer Situation kann somit der Krankheitsverarbeitung dienen und die Sorgen der Hautkrankheit für einen Moment verdrängen. Aus den Antworten der Männer stellte sich ein größeres Vertrauen in die ärztliche Kunst als bei Frauen dar. Der Unterschied war jedoch nicht signifikant. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass Frauen aufgrund einer vermehrten Informationssuche skeptisch gegenüber der eigenen Therapie sind und möglicherweise andere Therapiemaßnahmen bevorzugen.

Die von den Patienten in dieser Studie am meisten zutreffendste Krankheitsverarbeitungsstrategie war die der depressiven Verarbeitung. Frauen gaben bezogen darauf höhere Werte als Männer an, welche jedoch keine statistisch signifikante Bedeutung hatte. Die Aussage „Ich

verlebe sehr schöne Stunden mit anderen“ wurde hingegen von den meisten Patienten bejaht. Eine Studie aus Spanien untersuchte geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf den Umgang mit einer Krankheit. Es konnte gezeigt werden, dass Frauen zu einer schlechteren Wahrnehmung ihrer Gesundheit neigen. Bei Männern dagegen besteht das Risiko, ihre Gesundheit zu überschätzen und dadurch ihre Gesundheitsprobleme herunterzuspielen. Die Geschlechter konnten somit den Stereotypen des „taffen Mannes“ und der „erschöpften Frau“ zugeordnet werden.²⁰ Dieser Hypothese kann durch die hiesige Studie zum Teil zugestimmt werden, da eine ähnliche Tendenz erkennbar war. Aufgrund von einigen Limitationen waren die Daten jedoch nicht in allen Bereichen nachvollziehbar.

Welche der unterschiedlichen Bewältigungsstrategien hilfreich sind, ist für jeden Patienten individuell verschieden. Ergebnisse dieser Arbeit zeigen jedoch, dass Strategien, bei denen Patienten ihre Probleme aktiv angehen und ihre Emotionen verarbeiten, einen positiven Effekt auf die Lebensqualität, den Krankheitsverlauf und die Prognose haben.^{19,37}

5.2.3 Allgemeine und krankheitsspezifische Lebensqualität

Die Lebensqualität der Patienten hängt nicht nur von ihrer Gesundheit alleine ab, sondern auch die Berücksichtigung verschiedener Lebensbereiche ist von Relevanz. Durch den FLQAD konnten diese erfasst und betrachtet werden.

Im Hinblick auf körperliche Beschwerden zeigten Frauen in dieser Arbeit im Vergleich zu Männern signifikant stärkere und häufiger vorkommende Symptome. Die häufigsten Symptome, Juckreiz und Trockenheit der Haut, waren bei beiden Geschlechtern gleich. Besonders Juckreiz steht im Zusammenhang mit Stress und kann eine Erklärung dafür sein, warum die Symptome bei Frauen auffälliger sind. In der vorliegenden Studie gaben Frauen an, mehr an Ängsten zu leiden als Männer. Chronischer Juckreiz kann beispielsweise Ängste auslösen. Durch diese Ängste können Stress oder andere Stimmungsstörungen entstehen, die wiederum den Juckreiz verschlimmern. Ein solcher Teufelskreis wurde 2018 in einer Studie präsentiert und könnte auch die hiesige Problematik der Frauen erklären. Behandlungen, die dort sowohl pharmakologisch als auch nicht-pharmakologisch zu einer Linderung von Ängsten führten, wirkten sich ebenso positiv auf den Juckreiz aus.⁶¹

Dass sich chronische Erkrankungen negativ auf das Alltags- und Berufsleben, wie auch auf das Sozialleben auswirken können, wurde bereits diskutiert. Auffallend war in der vorliegenden Arbeit die ebenfalls signifikant stärkere Einschränkung von Frauen verglichen mit Männern. Frauen präsentierten sich auch in anderen Studien mit einer erhöhten Depressionsrate und könnten sich aufgrund von zusätzlichen Verpflichtungen wie beispielsweise Kindern, Haushalt und Beruf noch mehr unter Druck und Stress gesetzt fühlen.²⁹

Trotz der Einschränkungen im Sozialleben gaben die meisten der hier befragten Patienten an, kaum Probleme mit ihrer Familie zu haben. Die Patienten, die Probleme äußerten, waren zum großen Teil Frauen. Mögliche Erklärungen könnten das unterschiedliche Empfinden und Verarbeiten von Situationen der Geschlechter sein. Auch durch die bereits erwähnte Doppelbelastung können Frauen stressanfälliger sein, was sich negativ auf die eigene Stimmung und Zufriedenheit sowie nicht zuletzt auf das Umfeld auswirkt.³⁹ Des Weiteren könnte auch hier die oben genannte Stereotypbildung eine Rolle spielen.²⁰

Im Hinblick auf das psychische Empfinden konnten die bisherigen Ergebnisse und möglichen Begründungen aus anderen Studien, dass Frauen deutlich stärker als Männer eingeschränkt sind, auch in dieser Arbeit bestätigt werden. Da die psychischen Belastungen nicht nur ein emotionales Ungleichgewicht auslösen, sondern auch zum Fortschreiten oder Verschlechtern der Erkrankung führen können, wäre es von Bedeutung, Informationen über bereits stattgefundene psychiatrische Therapiemöglichkeiten in weiteren Studien zu prüfen. Psychische Interventionen sind nach den aktuellen Leitlinien für psychosomatische Dermatosen ein wichtiger Bestandteil der Therapie.⁹ Indikationen bestehen, wenn Patienten akut oder auch chronisch eingeschränkt sind und dabei psychische Symptome die Erkrankung negativ beeinflussen. Zudem sollten psychische Interventionen angewandt werden, wenn die Hauterkrankung ausgeprägte soziale Ängste oder ein Vermeidungsverhalten der Patienten auslöst.^{9,32} Psycho-soziale Maßnahmen spielen darüber hinaus auch in der Krebstherapie eine wichtige Rolle. Studien belegen, dass die Nützlichkeit dieser die Lebensqualität der Patienten verbessern kann.^{52,60} Krebspatienten sind, ähnlich wie chronisch erkrankte Patienten, im Verlauf ihrer Erkrankung aufgrund der hohen Symptombelastung immer wieder mit auftretenden Ängsten vor dem Wiederauftreten der Erkrankung sowie dem Gefühl von Hilflosigkeit psychisch belastet. Bei Patienten mit malignem Melanom wirken sich psychische Interventionen positiv auf das Outcome und die Lebensqualität der Betroffenen aus. Dabei konnte in einer Studie sowohl der Nutzen von längerfristigen psychotherapeutischen Behandlungen als auch von Informationsveranstaltungen sowie Einzelgesprächen mit betroffenen Patienten gezeigt werden. Eine gute Aufklärung über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten könnte deshalb die Compliance der Patienten erhöhen und zu einer verbesserten Therapie chronisch Kranker führen.^{1,44}

Die Auswirkungen der psychischen Belastungen von Frauen machen sich bei der Zufriedenheit der Patienten bemerkbar. In dieser vorliegenden Studie sind auffallend mehr Frauen mit ihrem körperlichen Befinden sowie ihrer Behandlung unzufrieden. Im Hinblick auf den Therapieerfolg und die Zufriedenheit von Patienten mit chronischen Hauterkrankungen sollte daher die Umsetzung, der in den Leitlinien vorgeschlagenen Maßnahmen und Interventionen, stattfinden. Zusammenfassend erlauben die Ergebnisse der bisher genannten Punkte dieser Arbeit eine Einschätzung der Patienten hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes allgemein, der Haut

und ihrer Lebensqualität der vergangenen Woche. Im Durchschnitt präsentierte sich ein eingeschränkter Gesundheitszustand der Patienten. Die Lebensqualität von Frauen war signifikant schlechter als die der Männer.

In Anbetracht des Durchschnittsalters der Patienten von 64 Jahren bei Männern und 60 Jahren bei Frauen sollte eine Altersdepression als wichtige Differentialdiagnose nicht vernachlässigt werden. Mit zunehmendem Alter können eine Multimorbidität, das Auftreten von mehreren chronischen Erkrankungen und nicht zuletzt körperliche Einschränkungen eine immer größer werdende Rolle spielen. Besonders körperliche Defizite könnten bei mehreren Patienten zu einer allgemeinen und funktionellen Einschränkung geführt haben, die sich erheblich auf deren Lebensqualität auswirkte.^{2,55}

5.2.4 Musterpatienten Homburger Patientenkollektiv

Bei der Analyse der Musterpatienten sind in dieser Studie krankheitsspezifische Auffälligkeiten erarbeitet worden. Diese spiegeln die Ergebnisse der Befragung, im Hinblick auf Lebensqualität, psychosoziale Faktoren wie Angst und Depression und nicht zuletzt auf Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen wieder.

Patienten, die an Dermatitis erkrankt waren, zeigten größere Einschränkungen bezüglich ihrer Lebensqualität und ihres Hautzustandes verglichen mit an Psoriasis erkrankten Patienten. Diese Beobachtung konnte bereits 1999 in einer weiteren Studie geteilt und veröffentlicht werden, bei der die Lebensqualität von Patienten mit Psoriasis und atopischer Dermatitis verglichen wurde.⁸ Begleiterscheinungen wie Juckreiz und Trockenheit der Haut, die bei den Homburger Patienten durch ihre Erkrankung ausgelöst wurden, konnten ebenso in weiteren Studien in ähnlichem Maße beobachtet werden. Von besonderer Bedeutung waren in letzteren vor allem das Symptom Juckreiz sowie die daraus resultierenden psychosozialen Belastungen.^{48,64,72} Daher sollten diese Symptome, im Hinblick auf die Therapie und die Patientenbetreuung, spezielle Beachtung finden, um rechtzeitig einen teilweise massiv vorhandenen Leidensdruck zu bemerken und Einschränkungen in der Lebensqualität vermeiden zu können.

2017 wurde in einer weiteren Studie der Zusammenhang zwischen Psoriasis und Depressionen thematisiert und die Relevanz einer adäquaten Patientenbetreuung hervorgehoben. Die Ergebnisse der Studie belegten, dass vor allem jüngere Patienten, die an Psoriasis leiden, zu starken Depressionen neigen sowie ein erhöhtes Risiko für Selbstmordgedanken zeigen.⁵³ Im Hinblick auf die hier vorliegende Studie kann aufgrund der fehlenden Analyse, hinsichtlich der Altersklassen, keine vergleichbare Aussage getroffen werden. Jedoch weisen auch hier vereinzelt an Psoriasis leidende Patienten eine depressive Symptomatik auf. Unter Berücksichti-

gung der Ergebnisse, der zuletzt genannten Studie, sollte eine gezielte Befragung der Patienten hinsichtlich psychischer Beeinträchtigungen in jedem Alter durchgeführt werden. Dadurch können Einschränkungen frühzeitig erkannt und diesen durch eine optimale, interdisziplinäre Behandlung entgegen gewirkt werden.

5.3 Fazit und Ausblick

Zusammenfassend stellt diese Arbeit die Notwendigkeit psychotherapeutischer Interventionen und psychologischer Unterstützung im Kontext von chronischen Dermatosen dar. Besonders Frauen gaben Belastungen und Einschränkungen aufgrund ihrer Hauterkrankungen an. Im Hinblick auf eine moderne, fachgerechte Therapie und Prophylaxe sollte in Zukunft nicht nur bei Frauen, sondern auch bei Männern eine gezieltere Befragung des psychischen Wohlbefindens sowie der Lebensqualität getätigt werden, um eine für beide Geschlechter gerechte Behandlung zu ermöglichen.

Chronische Dermatosen sollten außerdem nicht alleine dem Fachbereich der Dermatologie zugeordnet werden, sondern interdisziplinär Beachtung finden, sodass die verschiedenen Abteilungen auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingehen können. Eine frühzeitige und umfassende Aufklärung über mögliche psychosoziale Störungen und psychotherapeutische Angebote können eine besondere Hilfestellung für die Patienten sein. Motivierende Gesprächsführung und das Gefühl des „Ernst-genommen-Werdens“ können die Compliance der Patienten verbessern und eine zielführende Therapie ermöglichen.

Zudem sollte nicht nur der Patient selbst, sondern auch die Familie in die Behandlung integriert werden, um einem sozialen Rückzug sowie dem Unverständnis der Mitmenschen in alltäglichen Situationen entgegenzuwirken. Auch die generelle Betrachtung geschlechtsspezifischer Unterschiede kann die individuelle Therapie sowie die Lebensqualität der Geschlechter verbessern, indem die jeweiligen Bedürfnisse berücksichtigt und umgesetzt werden. Eine Generalisierung der Symptome für eine Krankheit kann dadurch vermieden werden.

Langfristig spielt auch der Lebenszyklus der Patienten eine nicht unerhebliche Rolle, da dieser einem dauerhaften Wandel unterliegt und so mit all seinen Faktoren beachtet werden muss.

Bezogen auf die Ergebnisse dieser Arbeit sollten vor allem Hilfestellungen bei der Informationssuche oder die Teilnahme an Patientenschulungen angeboten werden. Diese Maßnahmen sind sowohl bei Frauen als auch bei Männern, im Hinblick auf aktive Bewältigungsstrategien, nicht zu vernachlässigen, da die Patienten durch dieses Angebot gefördert und dadurch deren Lebensqualität verbessert werden kann.

Nicht zuletzt sollten weitere geschlechtsspezifische Unterschiede in der Dermatologie erforscht werden, damit genauere Empfehlungen zur Therapie, Prophylaxe und Prävention möglich sind und eine personalisierte Medizin gewährleistet werden kann.

Nicht beachtet wurden in dieser Studie andere, nicht dermatologische Erkrankungen sowie Medikamente, die möglicherweise einen weiteren Einfluss auf das subjektive Befinden der Patienten hatten.

Außerdem könnte die Befragung gezielter Altersklassen zusätzliche Erkenntnisse zu weiteren spezifischen Unterschieden in der Therapie und im Krankheitsverlauf erbringen. Auch eine mehrfache Erhebung und Analyse der Lebensqualität von Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten könnte Hinweise zu anderen möglichen positiven oder negativen Einflüssen geben sowie den Verlauf der Therapie verdeutlichen.

6. LITERATURVERZEICHNIS

1. Albrecht K, Meiss F, Zeiss T, Nashan D, Reuter K (2013) Psychoonkologische Versorgung für Melanompatienten: Konzeption und Implementierung. *Hautarzt* 64:927-930
2. Alexopoulos GS (2005) Depression in the elderly. *Lancet* 365:1961-1970
3. Anna Fischer, Newsletter Gendermedizin&Öffentlichkeit 03/20, Online verfügbar unter <https://www.dgesgm.de/files/theme/pdf/newsletter/af-news-03-20.pdf>, zuletzt geprüft am 31.10.2020
4. Augustin M, Amon U, Bullinger M, Gieler U (2000) Empfehlungen zur Erfassung von Lebensqualität in der Dermatologie. *Dermatologie und Psychosomatik* 1:76-82
5. Augustin M, Blome C (2013) Testmanuel Freiburg Life Quality Assessment (FLQA)-w
6. Augustin M, Debus ES, Bruning G, Faubel R, Lohrberg D, Goepel L, Herberger K, Blome C (2015) Entwicklung und Validierung des FLQA-VS-10, einer Kurzversion des Freiburger Lebensqualitäts-Assessments für Venenerkrankungen. 57. Jahrestagung der GDP
7. Augustin M, Zschocke I, Lange S, Schöpf E, Vanscheidt W, Amon U (2000) Der Freiburger Fragebogen zur Lebensqualität bei Hauterkrankungen: Validierung und klinische Ergebnisse an 1865 Patienten. *Dermatologie an Der Schwelle Zum Neuen Jahrtausend*. Springer Berlin Heidelberg, pp 722-724
8. Augustin M, Zschocke I, Lange S, Seidenglanz K, Amon U (1999) Lebensqualität bei Hauterkrankungen. *Hautarzt* 50:715-722
9. AWMF (2018) S1-Leitlinie Psychosomatische Dermatologie-Psychodermatologie, (AWMF-Register Nr.013/024) Online verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-024I_S1_Psychosomatische_Dermatologie_2018-05.pdf, zuletzt geprüft am 13.10.2020
10. AWMF (2015) S3-Leitlinie Unipolare Depression - Langfassung, (AWMF-Register Nr.nvl-005) Online verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005I_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf , zuletzt geprüft am 26.10.2020
11. AWMF (2014) S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen - Kurzfassung, (AWMF-Register Nr.051-028) Online verfügbar unter [77](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-

</div>
<div data-bbox=)

028k_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05-abgelaufen.pdf , zuletzt geprüft am 26.10.2020

12. Bengel J, Beutel M, Broda M, Haag G, Härter, Lucius-Hoene G, Muthny FA, Potreck-Rose F, Stegie R, Weis J (2003) Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung: Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 53:83-93
13. Brömmel B (1995) Lebensqualität. *Lehrbuch der Psychosozialen Medizin*. Springer Vienna, pp 59-68
14. Brown EM, Smith DM, Epton T, Armitage CJ (2018) Do Self-Incentives and Self-Rewards Change Behavior? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavior Therapy*. Elsevier 49:113-123
15. Buhk H, Muthny FA (1997) Psychoimmunological and psychophysiological findings in patients with atopicdermatitis. *Hautarzt* 48:5-11
16. Cassano P, Fava M (2002) Depression and public health: An overview. *Journal of psychosomatic research* 53:849-857
17. Chen W, Mempel M, Traidl-Hofmann C, Al Khusaei S, Ring J (2010) Gender aspects in skin diseases. *Journal of the european academy of dermatology venereology* 24:1378-1385
18. Daniel Ramirez F, Motazedian P, Jung RG, Di Santo P, Macdonald Z, Simard T, Clancy AA, Russo JJ, Welch V, Wells GA, Hibbert B (2017) Sex bias is increasingly prevalent in preclinical cardiovascular research: implications for translational medicine and health equity for women: a systematic assessment of leading cardiovascular journals over a 10-year period. *Circulation* 135:625-626
19. De Ridder D, Geenen R, Kuijper R, van Middendorp H (2008) Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet* 372:246-255
20. Del Mar García-Calvente M, Hidalgo-Ruzzante N, Del Río-Lozano M, Marcos-Marcos J, Martínez-Morante E, Maroto-Navarro G, Mateo-Rodríguez I, Gil-García E (2012) Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology Health and Illness* 34:911-926
21. Eisenberg E, Di Palo KE, Piña IL (2018) Sex differences in heart failure. *Clinical Cardiology* 41:211-216
22. Eysenbach G, Wyatt J (2002) Using the internet for surveys and health research. *Journal of medical internet research* 4:76-94

23. Fattouh N, Hallit S, Salameh P, Choueiry G, Kazour F, Hallit R (2019) Prevalence and factors affecting the level of depression, anxiety, and stress in hospitalized patients with a chronic disease. *Perspectives psychiatric care* 55:592-599
24. Feramisco, J.D.; Leitenberger JJ (2009) A gender gap in the dermatology literature? Cross-sectional analysis of manuscript authorship trends. *Journal american academy of dermatology* 60:63-69
25. Franke AGH, Jagla M, Franke GH (2015) Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Leibnizzentrum für psychologische Information und Dokumentation Testarchiv:1-19
26. Gemmati D, Varani K, Bramanti B, Piva R, Bonaccorsi G, Trentini A, Manfrinato MC, Tisato V, Care A, Bellini T (2020) "Bridging the Gap" everything that could have been avoided if we had applied gender medicine, pharmacogenetics and personalized medicine in the gender-omics and sex-omics era. *International journal of molecular sciences* 21:296
27. Gershoni M, Pietrokovski S (2017) The landscape of sex-differential transcriptome and its consequent selection in human adults. *BMC Biology* 15:7
28. Goebeler M, Hamm H (2017) *Basiswissen Dermatologie*. Springer, Berlin Heidelberg 6:94-110
29. Grigoriadis S, Robinson GE (2007) Gender issues in depression. *Annals of Clinical Psychiatry* 19:247-255
30. Groupt W (1993) Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research* 2:153-159
31. Hajdarevic S, Schmitt-Egenolf M, Sundbom E, Isaksson U, Hörnsten Å (2013) Coping styles in decision-making among men and women diagnosed with malignant melanoma. *Journal of health psychology* 18:1445-1455
32. Harth W, Gieler U (2005) *Psychosomatische Dermatologie*. Springer, Berlin Heidelberg, pp 213-223
33. Healy B (1991) The Yentl Syndrome. *New england journal of medicine* 325:274-276
34. Herrmann-Lingen C, Buss U, Snaith P (2011) Hospital Anxiety and Depression Scale-Deutsche Version (HADS-D)
35. Hess DR (2004) Retrospective Studies and Chart Reviews. *Respiratory Care* 49:1171
36. Hinz A, Schwarz R (2001) Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung: Eine

- Normierungsstudie zur Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie 51:193-200
37. Janowski K, Kurpas D, Kusz J, Mroczek B, Jedynak T (2014) Emotional control, styles of coping with stress and acceptance of illness among patients suffering from chronic somatic diseases. *Stress and Health* 30:34-42
 38. Kairies K (2007) Stressbewältigung durch Entwicklung von Spiritualität im Sinne einer religi-onsunabhängigen Erfahrung. Online verfügbar unter <https://serwiss.bib.hs-hannover.de/frontdoor/deliver/index/docId/65/file/170.pdf>, zuletzt geprüft am 31.10.2020
 39. Kautzky-Willer A (2014) Gender medicine. Sex- and gender-specific aspects of clinical medicine. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54:1022-1030
 40. Kelley L (2008) The World Health Organization (WHO). *The World Health Organization*, September 2005, pp:1-157
 41. King MF, Bruner GC (2000) Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology and Marketing* 17:79-103
 42. Kirchengast S (2014) Human sexual dimorphism - A sex and gender perspective. *Anthropologischer Anzeiger* 71:123-133
 43. Klimes R (2016) *Lebensqualität. Heimhilfe*. Springer, Berlin Heidelberg, pp:57-59
 44. Koch U, Mehnert A, Strauß B (2011) Psychologische Interventionen bei chronisch körperlich kranken Patienten mit psychischer Komorbidität. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforsch, Gesundheitsschutz* 54:29-36
 45. Kouris A, Platsidaki E, Kouskousis C, Christodoulou C (2017) Psychological parameters of psoriasis. *Psychiatrike* 28:54-59
 46. Krohne HW (2010) *Psychologie Der Angst: Ein Lehrbuch*. Kohlhammer, Stuttgart - 47. Lange K. *Bewältigung und Umgang mit chronischen Krankheiten* 2019:311-321
 48. Lim DS, Bewley A, Oon HH (2018) Psychological Profile of Patients with Psoriasis. *Annals of the academy of medicine, Singapore* 47:516-522
 49. Lippi D, Bianucci R, Donell S (2020) Gender medicine: Its historical roots. *Postgraduate Medical Journal* 96:480-486
 50. Maul JT, Navarini AA, Sommer R, Anzengruber F, Sorbe C, Mrowietz U, Drach M, Blome C, Boehncke WH, Thaci D, Reich K, von Kiedrowski R, Körber A, Yawalkar N,

- Mainetti C, Laffitte E, Streit M, Rustenbach S, Conrad C, Augustin M (2019) Gender and age significantly determine patient needs and treatment goals in psoriasis – a lesson for practice. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 33:700-708
51. Mercurio MG (2000) The journal of gender specific medicine. *American Psychologist* 60:581-592
52. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ (2002) Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute* 94:558-584
53. Nicholas MN, Gooderham M (2017) Psoriasis, depression, and suicidality. *Skin Therapy Letter* 22:1-4
54. Norheim F, Hasin-Brumshtein Y, Vergnes L, Chella Krishnan K, Pan C, Seldin MM, Hui ST, Mehrabian M, Zhou Z, Gupta S, Parks BW, Walch A, Reue K, Hofmann SM, Arnold AP, Lusis AJ (2019) Gene-by-Sex interactions in mitochondrial functions and cardio-metabolic traits. *Cell Metabolism* 29:932-949
55. Notzon S, Alferink J, Arolt V (2016) Altersdepression: Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. *Nervenarzt* 87:1017-1029
56. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik (2020) Online verfügbar unter <https://lexikon.stangl.eu/11430/stanine-skala/>, zuletzt geprüft am 09.01.2021
57. Pelletier R, Khan NA, Cox J, Daskalopoulou SS, Eisenberg MJ, Bacon SL, Lavoie KL, Daskupta K, Rabi D, Humphries KH, Norris CM, Thanassoulis G, Behloui H, Pilote L (2016) Sex versus gender-related characteristics which predicts outcome after acute coronary syndrome in the young? *Journal of the American College of Cardiology* 67:127-135
58. Quittan M (2001) Lebensqualität. *Kompodium der Physikalischen Medizin und Rehabilitation*. Springer Vienna, pp:59-64
59. Raspe H (2011) Chronische Erkrankungen: Definition und Verständnis. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54:4-8
60. Rehse B, Pukrop R (2003) Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling* 50:179-186
61. Sanders KM, Akiyama T (2018) The vicious cycle of itch and anxiety. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 87:17-26
62. Schreitmüller J, Becker JC, Zsebedits D, Weskott M, Dehghan-Nayyeri M, Fegeler C,

- Heue M, Hochleitner M, Kindler-Röhrborn A, Pfleiderer B (2018) Development and initial experience of an online exchange platform on sex and gender aspects in medicine: "GenderMed-Wiki." *GMS Journal of medical education* 35:15-23
63. Shah A, Jalal S, Khosa F (2018) Influences for gender disparity in dermatology in North America. *International journal of dermatology* 57:171-176
64. Silverberg JI (2019) Comorbidities and the impact of atopic dermatitis. *Annals of allergy, asthma and immunology* 123:144-151
65. Šitum M, Kolić M, Buljan M (2016) Psychodermatology. *Acta medica croatica* 70:35-38
66. Snaith RP, Zigmond AS (1983) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Acta psychiatrica scandinavica* 67:361
67. Snaith RP (2003) Health and Quality of Life Outcomes 4:6-9
68. Sticherling M (2018) Chronisch-entzündliche Hauterkrankungen. *Karger Kompass Dermatologie* 6:67-68
69. Szulc P, Kaufman JM, Orwoll ES (2012) Osteoporosis in men. *Journal of Osteoporosis* 2012:1-5
70. Taube KM (2006) Krankheitsbilder in der psychosomatischen Dermatologie. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 82:390-395
71. Tsintsadze N, Beridze L, Krichun Y, Tsivadze N, Tsintsadze M (2015) Psychosomatic aspects in patients with dermatologic disease. *Georgian medical news* 243:70-75
72. Wahlgren CF, Hagermark O, Bergstrom R (1990) The antipruritic effect of a sedative and a non-sedative antihistamine in atopic dermatitis. *British journal of dermatology* 122:545-551
73. Wehner MR, Naik HB, Linos E (2019) Gender equity in clinical dermatology - reason for optimism. *JAMA dermatology* 155:284-286
74. Wittchen HU (2002) Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety* 16:162-171
75. Yan C, Luo Z, Li W, Li X, Dallmann R, Kurihara H, Li YF, He RR (2020) Disturbed Yin–Yang balance: stress increases the susceptibility to primary and recurrent infections of herpes simplex virus type 1. *Acta Pharmaceutica Sinica B, Chinese Academy of Medical Sciences* 10:383-398

7. ANHANG

7.1 Abkürzungsverzeichnis

AUS	Abstand und Selbstaufbau
ASS	Aktive Suche nach sozialer Einbindung
BWB	Bagatellisierung, Wunschdenken, Bedrohungsabwehr
DV	Depressive Verarbeitung
EFK	Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung
EIH	Erarbeiten eines inneren Haltes
FLQA-d	Freiburg Life Quality Assessment- bei Dermatosen
GHA	Gut Hilfe annehmen können
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale- deutsche Version
HPC	Handelndes, problemorientiertes Coping
IUE	Informations- und Erfahrungsaustausch
VIÄ	Vertrauen in die ärztliche Kunst
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization- Quality of life

7.2 Formulare

7.2.1 Patienteninformation

Querschnittsstudie zur Erfassung geschlechtsspezifischer Aspekte dermatologisch erkrankter Patienten hinsichtlich der allgemeinen und krankheitsspezifischen Lebensqualität, Krankheitsbewältigung, Krankheitsverarbeitungsmustern sowie psychopathologischer Faktoren.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht nur durch körperlich sichtbare Merkmale! Bei zahlreichen Erkrankungen hat sich in den vergangenen Jahren gezeigt, dass Frauen und Männer bei den gleichen Erkrankungen unterschiedliche Symptome aufweisen und auch in unterschiedlichem Maße auf medikamentöse und operative Therapien reagieren und sich auch in der Genetik ihrer Erkrankung unterscheiden.

Im Rahmen dieses Projektes wollen wir geschlechtsspezifische Aspekte bei Patienten mit Hautkrankheiten näher untersuchen. Hierzu sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen! Hiermit möchten wir Sie daher über diese Studie informieren und um Ihr Einverständnis bitten, Ihnen Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung zusenden zu dürfen.

Die Grundsätze des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht werden beachtet und erfüllt.

Ihre Daten werden vertraulich und anonym behandelt.

Beachten Sie bitte diesbezüglich die beiliegende Datenschutzerklärung.

Bitte nehmen Sie sich ca. 15 Minuten Zeit, um die beiliegenden Fragebögen auszufüllen.

Ziel der Studie ist eine Wissensgewinnung und dadurch deutlich verbesserte Versorgungsqualität von hautkranken Patienten. Wenn Sie einverstanden sind, an der Befragung teilzunehmen, dürfen wir Sie bitten, die beiliegende Einwilligungserklärung und Datenschutzerklärung sowie die Fragebögen auszufüllen, zu unterschreiben und alle Formulare an uns zurückzusenden.

Bitte um Rücksendung dieses Schreibens an:

Prof. Dr. Cornelia Müller

Univ. Hautklinik

Geb. 18

Kirrberger Straße 100

66421 Homburg

Oder an **Fax Nr. 06841 – 1613816** (Diese Fax Nr. ist absolut vertraulich und wird nur eingesehen durch die Studienleitung)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Prof. Dr. med. Cornelia Müller

Oberärztin der Hautklinik

Lena Arnoldy

Doktorandin

7.2.2 Einwilligungserklärung

Titel der Studie

Querschnittsstudie zur Erfassung geschlechtsspezifischer Aspekte dermatologisch erkrankter Patienten hinsichtlich der allgemeinen und krankheitsspezifischen Lebensqualität, Krankheitsbewältigung, Krankheitsverarbeitungs-Mustern sowie psychopathologischer Faktoren.

Ich, _____ (Vorname, Name)

bin mit der Teilnahme an der Studie mit o.g. Titel einverstanden. Ich habe die Patienteninformation und die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des Studienteilnehmers _____

7.2.3.Datenschutzerklärung

Datenschutzerklärung

Querschnittsstudie zur Erfassung geschlechtsspezifischer Aspekte dermatologisch erkrankter Patienten hinsichtlich der allgemeinen und krankheitsspezifischen Lebensqualität, Krankheitsbewältigung, Krankheitsverarbeitungs-Mustern sowie psychopathologischer Faktoren.

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde, über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, d.h. ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der klinischen Prüfung teilnehmen.

- 1) Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser klinischen Studie erhobene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, in Papierform und auf elektronischen Datenträgern in der Universitäts- Hautklinik, 66421 Homburg/ Saar aufgezeichnet werden. Diese, im Zuge der Studie erhobenen Daten, werden nicht weitergegeben.
- 2) Die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere der Angaben über meine Gesundheit, ist widerruflich. Ich bin bereits darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit die Teilnahme an der Studie beenden kann. Im Fall eines solchen Widerrufs meiner Einwilligung, an der Studie teilzunehmen, werden meine Daten gelöscht.
- 3) Ich habe das Recht, Auskunft (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie) der mich betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten sowie ggf. deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen.
- 4) Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Studiendaten nach Beendigung oder Abbruch der Prüfung mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden.

Name, Datum, Unterschrift Patient/ Studienteilnehmer

Name, Datum, Unterschrift Studienleiterin

7.2.4 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)

HADS-D

Name, Vorname:

Datum:

Geburtsdatum:

Code-Nummer:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt.

- meistens
 oft
 von Zeit zu Zeit/gelegentlich
 überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.

- fast immer
 sehr oft
 manchmal
 überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.

- ganz genau so
 nicht ganz so sehr
 nur noch ein wenig
 kaum oder gar nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.

- überhaupt nicht
 gelegentlich
 ziemlich oft
 sehr oft

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.

- ja, sehr stark
 ja, aber nicht allzu stark
 etwas, aber es macht mir keine Sorgen
 überhaupt nicht

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.

- ja, stimmt genau
 ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
 möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
 ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.

- ja, so viel wie immer
 nicht mehr ganz so viel
 inzwischen viel weniger
 überhaupt nicht

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.

- ja, tatsächlich sehr
 ziemlich
 nicht sehr
 überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.

- einen Großteil der Zeit
 verhältnismäßig oft
 von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
 nur gelegentlich/nie

Ich blicke mit Freude in die Zukunft.

- ja, sehr
 eher weniger als früher
 viel weniger als früher
 kaum bis gar nicht

Ich fühle mich glücklich.

- überhaupt nicht
 selten
 manchmal
 meistens

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.

- ja, tatsächlich sehr oft
 ziemlich oft
 nicht sehr oft
 überhaupt nicht

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.

- ja, natürlich
 gewöhnlich schon
 nicht oft
 überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen.

- oft
 manchmal
 eher selten
 sehr selten

7.2.5 Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK)

efk - Wie gehen Sie zur Zeit mit Ihrer Erkrankung um? Bitte lesen Sie jede Aussage durch, und entscheiden Sie durch ein Kreuz, inwieweit sie auf Sie zutrifft

Kategorie	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Zahl	0	1	2	3	4

01.	Ich suche in Büchern und Zeitschriften nach Informationen über meine Erkrankung				0--1--2--3--4
02.	Ich besuche andere Menschen oder lade sie zu mir ein				0--1--2--3--4
03.	Ich versuche, Abstand und Ruhe zu gewinnen				0--1--2--3--4
04.	Ich mache Pläne und halte mich daran				0--1--2--3--4
05.	Ich hänge Wunschträumen nach				0--1--2--3--4
06.	Ich löse Schritt für Schritt die Probleme, die auf mich zukommen				0--1--2--3--4
07.	Ich versuche, mich abzulenken und zu erholen				0--1--2--3--4
08.	Ich tausche mit anderen Patienten Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit aus				0--1--2--3--4
09.	Ich besinne mich auf meine früheren Erfahrungen mit Schicksalsschlägen				0--1--2--3--4
10.	Ich informiere mich über alternative Heil- und Behandlungsmethoden				0--1--2--3--4
11.	Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt zur Natur				0--1--2--3--4
12.	Ich versuche, meine Probleme aktiv anzugehen				0--1--2--3--4
13.	Ich will nicht wahrhaben, wie es um mich steht				0--1--2--3--4
14.	Ich informiere mich über meine Krankheit und alles, was dazu gehört				0--1--2--3--4
15.	Ich beginne, mich innerlich anderen Menschen gegenüber zu öffnen				0--1--2--3--4
16.	Ich befolge sehr genau den ärztlichen Rat				0--1--2--3--4
17.	Ich verlebe mit anderen Menschen sehr schöne Stunden				0--1--2--3--4
18.	Ich beginne, mich selbst auch einmal zu verwöhnen				0--1--2--3--4
19.	Ich bin im Grunde skeptisch, ob ich wirklich gut medizinisch behandelt werde				0--1--2--3--4
20.	Ich suche Kontakt zu anderen Menschen, die Ähnliches erlebt haben				0--1--2--3--4
21.	Ich reagiere gereizt und ungeduldig auf andere Menschen				0--1--2--3--4
22.	Ich mache mir selber Mut				0--1--2--3--4
23.	Ich lebe einfach weiter, als wäre nichts geschehen				0--1--2--3--4

Kategorie	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Zahl	0	1	2	3	4

24.	Ich vertraue meinen Ärzten				0--1--2--3--4
25.	Ich beginne, mich selbst zu bemitleiden				0--1--2--3--4
26.	Ich beginne, meine Situation realistisch zu beurteilen und danach zu handeln				0--1--2--3--4
27.	Ich versuche herauszufinden, wie ich mich gut mit meiner Krankheit arrangieren kann				0--1--2--3--4
28.	Ich beginne, in der Krankheit einen Sinn zu sehen				0--1--2--3--4
29.	Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück				0--1--2--3--4
30.	Ich beginne, meine Gefühle anderen Menschen zu zeigen				0--1--2--3--4
31.	Ich bete und suche Trost im Glauben				0--1--2--3--4
32.	Ich gehe mit Freunden aus				0--1--2--3--4
33.	Ich mißtraue den Ärzten und lasse die Diagnose überprüfen				0--1--2--3--4
34.	Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an				0--1--2--3--4
35.	Ich bin ärgerlich oder zornig auf mein Schicksal				0--1--2--3--4
36.	Ich suche Erfolge und Selbstbestätigung				0--1--2--3--4
37.	Ich beginne, die Krankheit als Schicksal anzunehmen				0--1--2--3--4
38.	Ich mache aktiv neue Bekanntschaften oder frische alte Bekanntschaften wieder auf				0--1--2--3--4
39.	Ich spiele die Bedeutung und Tragweite herunter				0--1--2--3--4
40.	Ich beginne nachzudenken und zu grübeln				0--1--2--3--4
41.	Ich habe ein hohes Ausmaß an Vertrauen in meine medizinische Behandlung				0--1--2--3--4
42.	Ich finde meine innere Stärke wieder				0--1--2--3--4
43.	Ich denke einfach nicht mehr an meine Krankheit				0--1--2--3--4
44.	Ich versuche, anderen Menschen zu helfen				0--1--2--3--4
45.	Ich lasse mich gerne umsorgen				0--1--2--3--4

7.2.6 Lizenz EFK



Leibniz-Zentrum für
Psychologische Information und
Dokumentation (ZPID)

ELEKTRONISCHES TESTARCHIV

Testverfahren aus dem Elektronischen Testarchiv

Liebe Nutzerinnen und liebe Nutzer,

wir freuen uns, dass Sie unsere Dienste in Anspruch nehmen!

Das Elektronische Testarchiv des ZPID stellt Ihnen eine kostenfreie Sammlung von psychologischen Testverfahren aus dem deutschen Sprachraum bereit, die urheberrechtlich geschützt sind und unter der Creative Commons Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 verwendet werden können. Sie sollen ausschließlich der Forschung und Lehre vorbehalten sein. Mit der Nutzung des Testarchivs stimmen Sie der Lizenzverpflichtung zu.

Wir möchten Sie als Nutzer eines hier heruntergeladenen Verfahrens bitten, dem Testautor/den Testautoren Rückmeldungen (siehe letzte Seite: Rückmeldeformular) zum Einsatz des Verfahrens und zu den damit erzielten Ergebnissen zu liefern. Die Anschriften finden Sie in der jeweiligen Testbeschreibung, die mit einer PSYINDEX-Tests Dokumentennummer versehen ist. Die Testbeschreibung können Sie auf unserer Seite <http://www.zpid.de/Testarchiv> herunterladen.

Falls nur Teile eines Instruments verwendet werden, sind die entsprechenden Einschränkungen hinsichtlich der Gütekriterien im Vergleich zum Einsatz des vollständigen Verfahrens zu beachten.

Viel Erfolg!

Ihr ZPID-Team

**Rückmeldung über die Anwendung eines Verfahrens aus dem
Elektronischen Testarchiv des Leibniz-Zentrums für
Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)**

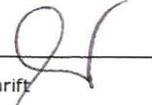
Absender: PD Dr. med. Cornelia Müller
Oberärztin
Dermatohistologie & Dermatochirurgie
Klinik für Dermatologie, Venerologie
und Allergologie
Universitätsklinikum des Saarlandes
66421 Homburg/Saar
Tel.: 0049-6841-1623814
Fax: 0049-6841-1613816
cornelia.mueller@uks.eu

Prof. Gabriele H. Franke
Hochschule Magdeburg
Stendal
Osterburgstr. 25
39576 Stendal

Sehr geehrte/r Herr/Frau

ich möchte Ihnen hiermit mitteilen, dass ich das unten näher bezeichnete
Verfahren aus dem Elektronischen Testarchiv des ZPID in einer
Forschungsarbeit eingesetzt habe. Im Folgenden finden Sie dazu nähere
Erläuterungen.

Thema der Arbeit: Übersichtsarbeit zur Planung geschlechtli-
spezifischer Aspekte dermatol. Erkrankung
eingesetztes Testverfahren: Essen Fragebogen
zur Krankheitsverarbeitung EFK
Publikation geplant in: folgt

19.12.2018
Datum Unterschrift 

PD Dr. med. Cornelia Müller
Oberärztin
Dermatohistologie & Dermatochirurgie
Klinik für Dermatologie, Venerologie
und Allergologie
Universitätsklinikum des Saarlandes
66421 Homburg/Saar
Tel.: 0049-6841-1623814
Fax: 0049-6841-1613816
cornelia.mueller@uks.eu

7.2.7 Umwandlungstabelle Stanine Werte EKF

G. H. Franke & M. Jagla.: EFK

15

Tabelle 9: Stanine-Werte des EFK

Sum	M	HPC	AUS	IUE	BWB	DV	BAH	ASS	VIÄ	EIH
0	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1
1	0.2	1	1	2	2	4	2	1	1	2
2	0.4	1	1	3	3	5	2	1	1	3
3	0.6	2	2	3	3	5	3	2	1	3
4	0.8	2	2	4	4	6	3	3	1	4
5	1	2	3	4	5	6	4	3	1	5
6	1.2	3	3	5	5	7	4	3	1	5
7	1.4	3	4	5	6	7	5	4	2	5
8	1.6	3	4	6	6	7	5	4	3	6
9	1.8	4	5	6	7	8	6	5	3	6
10	2	4	5	6	7	8	6	5	4	7
11	2.2	5	6	7	8	8	7	6	4	7
12	2.4	5	6	7	8	9	7	6	5	7
13	2.6	6	7	7	8	9	8	6	6	8
14	2.8	6	7	8	9	9	8	7	6	8
15	3	7	8	8	9	9	9	7	6	9
16	3.2	7	8	8	9	9	9	8	7	9
17	3.4	8	9	9	9	9	9	8	7	9
18	3.6	8	9	9	9	9	9	9	8	9
19	3.8	9	9	9	9	9	9	9	8	9
20	4	9	9	9	9	9	9	9	9	9

7.2.8 Fragebogen zur Lebensqualität bei Hauterkrankungen und Allergien (FLQA-d)

Fragebogen zur Lebensqualität bei Hauterkrankungen und Allergien

(FLQA-d*)

Dieser Fragebogen dient der Beschreibung Ihrer Lebensqualität unter Ihrer Hauterkrankung oder Allergie. Er bezieht sich auf verschiedene Lebensbereiche.

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig, aber spontan. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

1. Körperliche Beschwerden

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihrem körperlichen Wohlbefinden.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.

Wie oft verspürten Sie in der **vergangenen Woche...**

		nie	selten	manchmal	häufig	immer
1	Hautbrennen	<input type="radio"/>				
2	Kurzatmigkeit, Atemnot	<input type="radio"/>				
3	Schwächegefühl	<input type="radio"/>				
4	Schlafstörungen	<input type="radio"/>				
5	Trockenheit der Haut	<input type="radio"/>				
6	Nässen der Haut	<input type="radio"/>				
7	Durchfall oder Verstopfung	<input type="radio"/>				
8	Juckreiz	<input type="radio"/>				
9	Spannungsgefühl der Haut	<input type="radio"/>				
10	Kloßgefühl im Hals	<input type="radio"/>				
11	Niesreiz	<input type="radio"/>				
12	Schwindelgefühle	<input type="radio"/>				
13	Hautkribbeln	<input type="radio"/>				
14	Kopfschmerzen	<input type="radio"/>				

2. Alltags- und Berufsleben

In den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie im täglichen Leben mit Ihrer Hauterkrankung oder Allergie zurechtkommen.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, welche Aussage in der **vergangenen Woche** auf Sie zutraf:

		gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
1	Meine Hauterkrankung/Allergie bereitet mir häufig Sorgen.	<input type="radio"/>				
2	Meine Aufgaben im Beruf/Haushalt kann ich wegen der Erkrankung zeitweise nur unzureichend erfüllen.	<input type="radio"/>				
3	Wegen meiner Erkrankung fallen mir körperliche Anstrengungen schwer.	<input type="radio"/>				
4	Meine Freizeitaktivitäten sind durch die Erkrankung eingeschränkt.	<input type="radio"/>				
5	Ich kann meinen Beruf wegen der Erkrankung nicht mehr wie früher ausüben.	<input type="radio"/>				
6	Ich fürchte, dass sich die Erkrankung irgendwann einmal nachteilig auf meinen Beruf auswirken könnte.	<input type="radio"/>				
7	Die immer wieder auftretenden Hautveränderungen zehren an meinen Nerven.	<input type="radio"/>				
8	Wegen meiner Erkrankung kann ich nicht alles tun, was ich gern möchte.	<input type="radio"/>				
9	Vor stärkeren Schüben an der Haut habe ich Angst.	<input type="radio"/>				
10	Die Vorstellung, dass meine Erkrankung noch viele Jahre so bestehen könnte, macht mir zu schaffen.	<input type="radio"/>				

3. Sozialleben

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihrer Beziehung zu anderen Menschen.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.

Wie sehr haben Sie in der **vergangenen Woche wegen der Hauterkrankung...**

		gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
1	Unternehmungen mit anderen eingeschränkt	<input type="radio"/>				
2	Probleme mit Ihrem Partner oder Ihrer Familie gehabt	<input type="radio"/>				
3	sich abhängig von der Hilfe anderer gefühlt	<input type="radio"/>				
4	sich von anderen Menschen zurückgezogen	<input type="radio"/>				
5	sich anderen nicht zeigen mögen	<input type="radio"/>				
6	sich wegen Ihres Äußeren unwohl gefühlt	<input type="radio"/>				

4. Psychisches Befinden

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihrem psychischen Befinden.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.

Wie oft verspürten Sie in der **vergangenen Woche...**

		nie	selten	manchmal	häufig	immer
1	Gefühle von Ärger und Wut	<input type="radio"/>				
2	Niedergeschlagenheit	<input type="radio"/>				
3	Sorgen wegen der Hauterkrankung	<input type="radio"/>				
4	Kraft	<input type="radio"/>				
5	Erschöpfung	<input type="radio"/>				
6	Aktivität und Elan	<input type="radio"/>				
7	Müdigkeit	<input type="radio"/>				
8	Hilflosigkeit	<input type="radio"/>				
9	Gelassenheit	<input type="radio"/>				

5. Therapie

Wie haben Sie in der **vergangenen Woche** die **Behandlung** der Hauterkrankung erlebt?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an

		gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
1	Die Behandlung stellt für mich eine Belastung dar.	<input type="radio"/>				
2	Die Behandlung ist für mich mit einem großen Zeitaufwand verbunden.	<input type="radio"/>				
3	Bei der Behandlung benötige ich fremde Hilfe.	<input type="radio"/>				
		kein Zeit	unter 10 Min	10 - 30 Min	30 - 60 Min	über 60 Min
4	Für die Behandlung benötige ich täglich insgesamt	<input type="radio"/>				

6. Zufriedenheit

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihrer Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen.

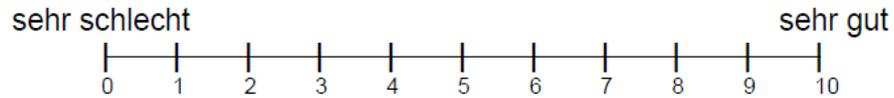
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.

Wie sehr zufrieden waren Sie in der **vergangenen Woche** mit...

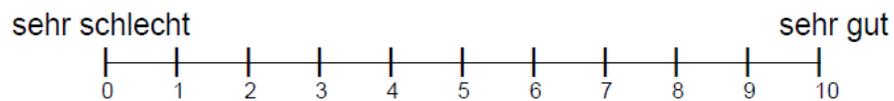
		Gar nicht zufrieden	etwas	mäßig	ziemlich	sehr zufrieden
1	Ihren Freizeitaktivitäten	<input type="radio"/>				
2	Ihrem Freundeskreis	<input type="radio"/>				
3	dem körperlichen Befinden	<input type="radio"/>				
4	Ihrer Leistungsfähigkeit	<input type="radio"/>				
5	Ihrer Gesundheit allgemein	<input type="radio"/>				
6	Ihrer Behandlung	<input type="radio"/>				
7	dem Zustand Ihrer Haut	<input type="radio"/>				

Wir würden Sie Ihren **Gesundheitszustand** in der **vergangenen Woche** beurteilen?
Bitte auf der Skala von 0 - 10 ankreuzen, was für Sie zutrifft.

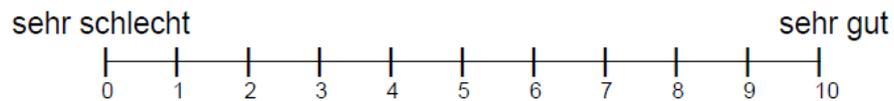
Gesundheitszustand allgemein:



Hinsichtlich Ihrer Haut:



Wie würden Sie Ihre **Lebensqualität** insgesamt in der **vergangenen Woche** beurteilen?



→ Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Sie alle Fragen mit einem Kreuz beantwortet haben.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

7.2.9 Lizenz FLQA-d

Vereinbarung über die Nutzung eines wissenschaftlichen Fragebogens

Zwischen Prof. Dr. med. Cornelia S. L. Müller, Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Abteilung für Dermatopathologie, 66421 Homburg, Deutschland

(nachfolgend Lizenznehmer genannt)

und Augustin UG, Bredengrund 15, 21149 Hamburg

(nachfolgend Lizenzgeber genannt)

wird folgende Vereinbarung zur Nutzung eines wissenschaftlichen Fragebogens getroffen:

1. Der/die nachfolgend genannte(n) Fragebogen/Fragebögen wird/werden vom Lizenzgeber dem Lizenznehmer zur Nutzung zur Verfügung gestellt:

- **FLQA-d (Freiburger Lebensqualitätsassessment, Version Hauterkrankungen)**

und zwar in folgenden Sprachversionen:

- **Deutsch (Deutschland)**

2. Für die Nutzung des Fragebogens wird in diesem Fall **keine** Lizenzgebühr erhoben.

3. Diese Vereinbarung bezieht sich auf die nachfolgende Studie bzw. das nachfolgende Projekt:

Querschnittsstudie zur Erfassung geschlechtsspezifischer Aspekte dermatologisch erkrankter Patienten hinsichtlich der allgemeinen und krankheitsspezifischen Lebensqualität, Krankheitsbewältigung, Krankheitsverarbeitungs-Mustern sowie psychopathologischer Faktoren.

4. Mit dieser Vereinbarung geht das zeitlich begrenzte Nutzungsrecht des genannten Fragebogens/der Fragebögen in den genannten Versionen auf den Lizenznehmer für die genannte(n) Studie(n) über. Dieser verpflichtet sich, den Fragebogen nur im Rahmen der vorgenannten Studie(n) einzusetzen. Änderungen in Umfang und Inhalt des Fragebogens, einschließlich Übersetzungen in andere Sprachen, sowie im Layout sind ausdrücklich nicht gestattet. Der oder die überlassenen Fragebögen verbleiben zu jedem Zeitpunkt im Eigentum des Lizenzgebers. Das Nutzungsrecht ist begrenzt auf die unten benannte Laufzeit der Lizenznahme.

Laufzeit der Lizenznahme: **Januar 2019 - Dezember 2021**

5. Der Lizenzgeber tritt das Recht auf die primäre Nutzung der im Rahmen der genannten Studie entstehenden Daten und Ergebnisse an den Lizenznehmer ab.

Hamburg, den 29.01.2019

C. Augustin
C. Augustin, Augustin UG

Homburg, den 19.12.18

Prof. Dr. med. Cornelia S. L. Müller
Prof. Dr. med. Cornelia S. L. Müller
Deutsches Organisationszentrum
Klinik für Dermatologie, Dermatochirurgie
und Allergologie, Venerologie
Universitätsklinikum des Saarlandes
66421 Homburg/Saar
Tel.: 0049-6841-1623814
Fax: 0049-6841-1613816
cornelia.mueller@uks.eu

8. PUBLIKATION/DANKSAGUNG

8.1 Publikation

Die Arbeit wurde als Abstract auf der Jahrestagung der DDG in Berlin eingereicht.

8.2 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt allen Personen, die zum Gelingen dieser Arbeit auf unterschiedliche Art und Weise beigetragen haben:

Meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. med. Cornelia Müller für die Überlassung des Themas sowie die allzeit freundliche Betreuung und konstruktive Kritik im Rahmen der Bearbeitung und Fertigstellung dieser Arbeit.

Allen weiteren Mitarbeitern der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, deren Bekanntschaft ich im Rahmen dieser Arbeit gemacht habe.

Herrn Jakob Schöpe vom Institut für medizinische Biometrie, Epidemiologie und medizinische Informatik für die Hilfestellungen und guten Ratschläge bezüglich der statistischen Aspekte.

Allen Patienten, die sich bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen und die Fragebögen auszufüllen.

Mein größter Dank gilt meiner Familie und meinem Freund für ihre liebevolle Unterstützung und stetige Motivation in allen Abschnitten meines Studiums. Besonders meinen Eltern möchte ich für ihre aufmunternden Worte und ihren bedingungslosen Rückhalt danken. Ihr habt von Beginn an immer an mich geglaubt und mir alles ermöglicht, was ich bis heute erreicht habe. Ohne euch wäre mein Medizinstudium und diese Arbeit nicht möglich gewesen. Ich danke euch von ganzem Herzen.

9. LEBENS LAUF

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird der Lebenslauf in der elektronischen Fassung der Dissertation nicht veröffentlicht.