

Zugangswege zum Gesundheitssystem bei Patienten mit chronischen Hauterkrankungen

Access to the Health Care System in Patients with Chronic Skin Disease

Maximilian Esch, Marie Rübsam, Erika Baum, Stefan Bösner

Hintergrund: Hautkrankheiten stellen einen häufigen Beratungsanlass in der Hausarztpraxis dar. Ziel der Studie war es, Zugangswege von Patienten mit Hauterkrankungen in das offizielle Gesundheitssystem zu analysieren.

Methoden: Wir führten semistrukturierte Interviews mit 16 Patienten aus städtischen sowie ländlichen Gebieten durch, die 23–38 Minuten dauerten. Die Patienten wurden über ihre Hausärzte rekrutiert. Die Interviews wurden aufgenommen, verbatim transkribiert und qualitativ von zwei unabhängigen Untersuchern nach Erstellen eines Codierungsbaumes inhaltsanalytisch ausgewertet. Zusätzlich wurde ein Fragebogen (n = 265) mit sieben Items in den Wartezimmern von drei Hausarztpraxen verteilt.

Ergebnisse: Laieninformationen spielen eine wichtige Rolle bei der Beurteilung neu aufgetretener Hauterkrankungen. Durch die Krankheit entstandener Leidensdruck und von außen sichtbare Veränderungen geben den Anlass für einen Arztbesuch. Die Mehrzahl der Befragten würde hierbei zunächst ihren Hausarzt und nicht direkt einen Dermatologen aufsuchen.

Schlussfolgerungen: Der Hausarzt ist in unserer Erhebung für die meisten Patienten mit Hauterkrankungen der gewünschte erste Ansprechpartner innerhalb des offiziellen Gesundheitssystems. Weitere Studien zur dermatologischen Versorgung hausärztlicher Patienten wären zu begrüßen.

Schlüsselwörter: Hauterkrankungen; Patientenperspektive; Allgemeinmedizin; Diagnose/diagnostische Forschung; Qualitative Forschung

Background: Skin diseases are a common reason for consulting family practitioners (FPs). The aim of this paper was to investigate the pathways of people with chronic skin diseases into the health care system.

Methods: Interviews (23–38min) with 16 patients using a semi-structured guideline were conducted. Patients were identified by their respective FP. Adult patients suffering from a chronic skin disease were included. Interviews were taped and transcribed verbatim. Qualitative analysis was conducted by two independent raters. In addition a questionnaire consisting of seven items was distributed in the waiting rooms of three FP practices.

Results: Lay information plays an important role in the judgment of newly detected skin conditions. Disease related suffering and visible skin lesions act as a trigger to contact a physician. Hereby the majority of patients would first contact their respective FP and not a dermatologist.

Conclusions: For patients with chronic skin disease the FP is the first contact point within the official health care system. We would welcome further research about management of skin diseases in primary care.

Keywords (MeSH): Skin Disease; Diagnosis; Doctor Patient Relation; Family Medicine; Qualitative Designs and Methods

Hintergrund

Hauterkrankungen gehören zu den regelmäßigen und häufigsten Beratungsanlässen in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland [1]. In Großbritannien machen Hauterkrankungen mit 24 % sogar den größten Anteil der hausärztlichen Beratungsanlässe aus [2]. Chronische Hauterkrankungen wie Psoriasis oder Neurodermitis affizieren die betroffenen Patienten ein Leben lang [3] und können zu einer maßgeblichen Einschränkung der Lebensqualität führen, die durchaus mit anderen schwerwiegenden chronischen Erkrankungen vergleichbar ist [4, 5]. Häufig sind Patienten zudem von psychischen Begleiterkrankungen wie einer Depression betroffen [6] und ein nicht unwesentlicher Teil der Patienten befürchtet, bedingt durch die äußerliche Sichtbarkeit ihrer Erkrankung, stigmatisiert zu werden [7].

Während das deutsche Gesundheitssystem Patienten die Möglichkeit bietet, direkt einen Dermatologen zu konsultieren, ist in vielen anderen Gesundheitssystemen der Hausarzt obligat der erste Ansprechpartner. Jedoch werden aus Patientensicht Hausärzte nicht immer als kompetent eingeschätzt, gerade was die Behandlung chronischer Hauterkrankungen und die adäquate Begleitung der betroffenen Patienten angeht; dies führt bei einem Teil der Patienten zu Unzufriedenheit und zur konsequenten Suche nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten [8, 9]. Dies findet indirekte Bestätigung durch die Tatsache, dass dermatologische Themen in der Aus- und Weiterbildung von Hausärzten in der Regel zu kurz kommen und deshalb auch von ihnen als eine Priorität für berufsbegleitende Fortbildungsangebote gesehen wird [10].

Während in Deutschland die fachdermatologische Versorgungsforschung mittlerweile gut etabliert ist [11–13], mangelt es bis dato an Studien, die sich speziell dem Thema der hausärztlichen Versorgung von Hauterkrankungen widmen. In einer anderen Publikation, in der wir die Erfahrungen von Patienten mit einer chronischen Hauterkrankung analysierten [14], spielte auch das Thema verschiedener Zugangswege in das Gesund-

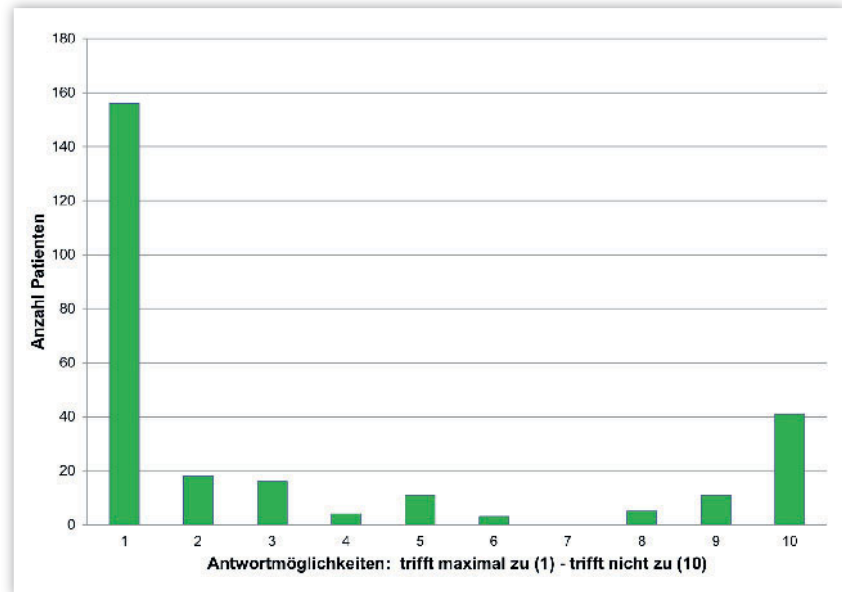


Abbildung 1 „Veränderungen an meiner Haut zeige ich meistens erst einmal einem mir nahe stehenden Menschen.“

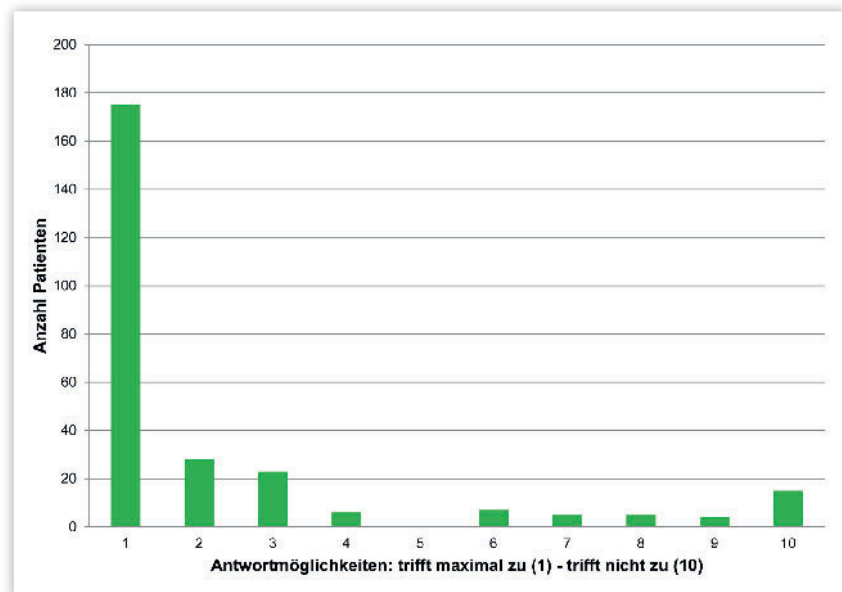


Abbildung 2 „Bei Hauterkrankungen wende ich mich in der Regel zunächst an meinen Hausarzt.“

heitssystem eine Rolle. Man kann davon ausgehen, dass gerade für Patienten mit einer chronischen Hauterkrankung eine möglichst frühzeitige fachliche Abklärung wichtig ist, verbunden mit einer adäquaten Anbindung an das offizielle Gesundheitssystem. Ziel der vorliegenden Auswertung war es deshalb, die verschiedenen Zugangswege zum Gesundheitssystem für diese Patientengruppe in Deutschland näher zu beleuchten.

Methoden

Studien-Design

Wir wählten einen *mixed-methods*-Ansatz, um unsere Studienfrage zu beantworten. Der qualitative Anteil der Studie sollte einen grundlegenden Überblick interindividueller Krankheitserfahrungen, inklusive dem Zugangsweg zum Gesundheitssystem, erschließen. Ergänzend dazu führten wir eine quantitative Erhebung unter

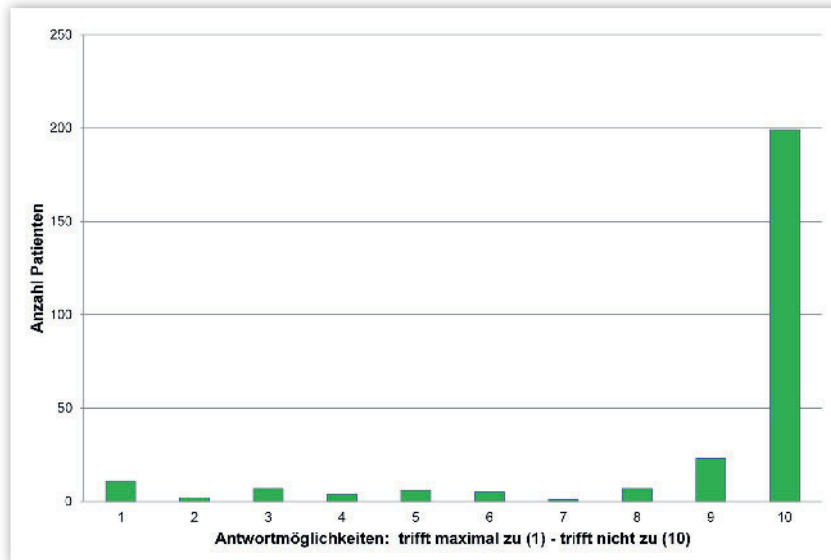


Abbildung 3 „Ich empfinde Hauterkrankungen generell als unangenehm und rede auch mit meinem Hausarzt nicht gerne darüber.“

Patienten in den Wartezimmern verschiedener Hausarztpraxen durch, die sich ausschließlich auf mögliche Zugangswege zum Gesundheitssystem bei einer neu festgestellten Hautläsion bezog. Im Rahmen einer Triangulation sollten dann qualitative und quantitative Daten bzgl. der Zugangswege verglichen und auf Gemeinsamkeiten und Widersprüchlichkeiten untersucht werden.

Studiensetting und Datenerhebung

Für die qualitative Erhebung kontaktierten wir Hausärzte aus ländlichen und städtischen Praxen in Hessen und Rheinland-Pfalz. Dies erfolgte über persönliche Kontakte der Autoren, Schneeballsystem und über die gezielte Kontaktierung nach einer hausärztlichen Fortbildungsveranstaltung zu dermatologischen Themen. Jeder Hausarzt wählte aus seiner Praxis einen Patienten mit einer aktuell vorhandenen und als chronisch eingestuftes Hauterkrankung aus. Die einzelnen Erkrankungen waren hierbei nicht Teil der Rekrutierungsstrategie, da wir hier keine Einschränkungen vornehmen wollten, um eine möglichst realitätsnahe Stichprobe zu generieren. Wir entwickelten und pilotierten einen Interviewleitfaden, der die Themen wie den Zugang zum Gesundheitssystem, das subjektive

Krankheitserleben, Coping-Mechanismen und die Einschätzung der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Dermatologen umfasst. Um einen möglichst offenen Einstieg in das Interview zu gewährleisten, wurden die Patienten zu Beginn gebeten, ihren persönlichen Krankheitsverlauf frei zu skizzieren.

Die Interviews fanden entweder in den Praxisräumlichkeiten des jeweils betreuenden Hausarztes oder in den Privaträumlichkeiten der Teilnehmer statt. Nach Beendigung des Interviews wurden weitere Angaben zum Ablauf des Interviews und dem Interview Setting in einem „reflective research journal“ festgehalten. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 23:22 Minuten (Spanne 12:39 bis 38:21 Minuten).

Die Grundlage zur Erhebung der quantitativen Daten bildete ein im Vorfeld konzipierter Fragebogen. Im Gegensatz zum qualitativen Anteil dieser Arbeit richtete sich dieser grundsätzlich an alle interessierten und zur Teilnahme zustimmenden Patienten und nicht ausschließlich an Patienten mit Hauterkrankungen als aktuellem Beratungsanlass. Der Fragebogen beinhaltete sieben Items zum Zugang zum Gesundheitssystem bei neu aufgetretenen Hauterkrankungen, die auf Skalenniveau (von 1 = trifft maximal zu bis 10 = trifft nicht zu) von den Probanden beant-

wortet werden konnten. Die Items für den Fragebogen wurden durch das an der Forschungsarbeit beteiligte Team konzipiert.

300 Exemplare des Fragebogens wurden in gleicher Anzahl ($n = 100$) auf drei unterschiedliche allgemeinmedizinische Praxen verteilt. Die teilnehmenden Praxen befanden sich im Großraum Mainz-Wiesbaden, einer mittelgroßen Kreisstadt in Rheinland-Pfalz und in einer ländlich geprägten Region von Rheinland-Pfalz. Die Arzthelferinnen der teilnehmenden Praxen baten Patienten entweder aktiv um deren Teilnahme, oder es erfolgte die Auslage der Fragebögen in den Wartezimmern. Beigefügt war jeweils zudem ein Informations- und Aufklärungsschreiben zum Zweck der Befragung und Informationen zu der zugrunde liegenden Forschungsarbeit.

Datenanalyse

Alle Interviews wurden nach vorher festgelegten Regeln transkribiert. Unsere Analyse kann als thematische Umfrage („thematic survey“) [15] klassifiziert werden. Durch ein primär deduktives Vorgehen anhand schon zuvor festgelegter Themen zielten wir vor allem darauf ab, einen breiten Einblick in die verschiedenen Zugangswege zu erhalten. Als ersten Schritt entwickelten wir basierend auf dem Interviewleitfaden einen Codebaum [16], der anschließend an den ersten Interviews getestet und mehrfach revidiert wurde. Alle Interviews wurden mit diesem Baum von zwei unabhängigen Ratern (ME und MR) zunächst primär deduktiv codiert; neue Aspekte, die sich aus dem Datenmaterial induktiv ergaben, wurden als neue Kategorien zu dem Codebaum dazu gefügt. Unterschiedliche Codierungen wurden zwischen den Ratern und teilweise auch in der qualitativen Forschungsgruppe unserer Abteilung besprochen. Die Zuordnung der verschiedenen Textpassagen zum Codebaum erfolgte mithilfe des Programms MAXQDA10 [17].

Der Fragebogen wurde für die einzelnen Items deskriptiv quantitativ ausgewertet und in Form von Diagrammen dargestellt.

Die gesamte Studie erhielt von der Kommission für Ethik in der ärzt-

lichen Forschung, Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg, ein positives Votum (AZ 130/11).

Ergebnisse

Wir rekrutierten für die qualitative Befragung insgesamt 16 Patienten (8 Frauen und 8 Männer). Das Durchschnittsalter betrug 54 Jahre (Spanne 18 bis 76 Jahre). Die Erkrankungsdauer reichte von einem Jahr bis 42 Jahre. Die meisten der Patienten (11) litten an Psoriasis vulgaris (davon einer zusätzlich an Rosacea und einer an Neurodermitis); die restlichen Patienten an Neurodermitis (3) und anderen nicht näher definierten chronischen Hauterkrankungen (2).

Von 300 ausgeteilten Fragebögen konnten nach Abzug unvollständiger und nicht ausgefüllter Bögen 265 Exemplare ausgewertet werden, dies entspricht einer Rücklaufquote von 88,33 %. Es nahmen 116 männliche und 149 weibliche Teilnehmer an der Erhebung teil. Das Durchschnittsalter der weiblichen Probanden betrug 57 (Spannweite 18 bis 87) Jahre. Bei den männlichen Teilnehmern betrug das Durchschnittsalter 59 (Spannweite 23 bis 83) Jahre.

Sieben der 16 Patienten erhielten erste direkte Informationen zu ihrer neu aufgetretenen Hauterkrankung aus ihrem unmittelbaren Umfeld (Familienangehörige, Freunde oder Verwandte). Oft wurde hier schon eine erste Laien-Diagnose gestellt. „[...] weil ich das von meinem Bruder auch kannte und dann irgendwann sagte mein Bruder zu mir: ‚Meike (Name durch den Autor geändert), da musst du Dich mit abfinden, das ist eben so‘, sagte er. ‚Guck bei mir!‘“ (A9, 2)

„Psoriasis? Das weiß ich noch wie heute und zwar war das ein Fleck oben am Oberschenkel, der war circa Markstück groß [...] Ich habe ihr (einer Bekannten) das gezeigt und dann sagte sie: Das ist garantiert so eine Schuppenflechte, Psoriasis.“ (A4, 3)

Diese Ergebnisse werden durch die quantitative Analyse gestützt, in der die meisten Patienten angaben, neu aufgetretene Hautveränderungen zunächst einem ihnen nahe stehenden Menschen zu zeigen (Abb. 1).

Neun der 16 Interviewpartner suchten dagegen den direkten Kon-

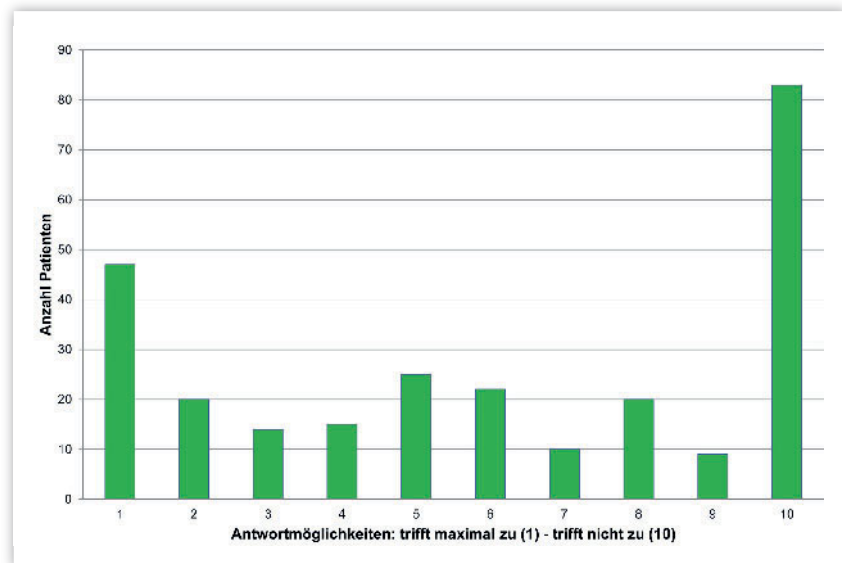


Abbildung 4 „Es würde mir leichter fallen, mit einer Hauterkrankung direkt zu einem Hautarzt (Dermatologen) zu gehen.“

takt zu einem ärztlichen Ansprechpartner – in der Regel dem jeweiligen Hausarzt. In vereinzelt Fällen wurde direkt die Expertise eines Dermatologen gesucht. „An die Hausärztin, an die Frau B. Nein, ich bin eigentlich schon zum Arzt gegangen, weil ich ja selbst erst nicht wusste was es ist, ja.“ (A14, 7)

„Ja und dann habe ich gehört, dass es in N. eine Hautärztin gibt, die Frau D. und die ist sehr gut, also als ich dann bei der war, da hab ich mich auch wohlgefühlt, die hat sich meine Sorgen angehört.“ (A18, 3)

Auch die quantitativen Ergebnisse zeigen, dass der Hausarzt von einem überwiegenden Anteil der befragten Patienten bei einer neu aufgetretenen Hauterkrankung als erster Ansprechpartner zu Rate gezogen wird (Abb. 2), wobei in diesem Setting für die Patienten nur eine geringe Scheu besteht, ihre Symptome zu präsentieren (Abb. 3).

Die Frage, ob es den Probanden leichter fallen würde, mit einer Hauterkrankung direkt zu einem Hautarzt zu gehen, wurde heterogener beantwortet.

Nur ein geringer Anteil der befragten Personen (Skalenniveau 1–5: 23 Patienten; Skalenniveau 10 [„trifft nicht zu“]: 193 Patienten) gab an, den Apotheker als ersten Ansprechpartner zurate zu ziehen.

Die Frage nach einem Therapieversuch in Eigenregie, ohne zuvor Kontakt zu einem Arzt aufgenommen zu

haben, bejahten in der quantitativen Umfrage 94 von 265 Patienten (35,5 %).

Bezüglich der Frage, was sie dann letztendlich zu einem Arztbesuch veranlasst hätte, gaben 12 der 16 Interviewpartner die Intensität und den durch die Krankheit entstandenen Leidensdruck als führende Beweggründe an. „Weil das so schlimm war! Ich konnte nachts nicht mehr schlafen. Ich konnte nicht essen. Ich habe nur geheult, also ich habe mich auch nicht mehr raus getraut, gar nichts.“ (A2, 8–9)

„Das Unangenehmste war, [...] wenn ich geschwitzt habe oder mich aufgeregt habe, das hat gejuckt und gebrannt wie irre und wurde dann auch relativ schnell wund. Das hat genässt und geblutet teilweise, je nachdem. Das war halt so ziemlich das Krasseste daran.“ (A11, 9)

Einige Patienten gaben die von außen sichtbaren optischen Veränderungen als Hauptgrund für den Arztbesuch an. „Weil es ging ja dann auch auf den Sommer zu und wo ich dann auch gedacht habe: Ne, so kannst du nicht rumlaufen, das geht nicht!“ (A2, 9)

Es dauerte nach Auftreten der ersten Symptome bei den Patienten im Schnitt 4–6 Wochen, bis sie einen Arzt kontaktierten, bei zwei Patienten lag dieser Zeitraum über einem Jahr. Als Gründe für die verzögerte Kontaktaufnahme spielten die Ansicht, dass es sich bei den Hautveränderungen nur um ein temporäres Geschehen han-

Philipps-Universität Marburg
Abteilung für Allgemeinmedizin

Dermatologie in der Hausarztpraxis

Ihre Ansprechpartner:
Projektleitung: Prof. Dr. med. Erika Baum, Dr. Stefan Bösner
Doktorand: Maximilian Esch

Basisdaten Patient

Datum: _____ Geschlecht: -w -m Geburtsjahr: _____

Persönliche Reaktion und Zugang zum Gesundheitssystem bei Hauterkrankungen

Wenn Sie bei sich selbst Veränderungen an Ihrer Haut entdecken würden bzw. in der Vergangenheit entdeckt hatten, welche Aussagen treffen auf Sie zu.

- Veränderungen an der Haut sind mir erst einmal so unangenehm, dass es mir schwerfällt, darüber mit einem anderen Menschen zu reden oder diese ihm/ihr zu zeigen:
trifft zu ----- trifft nicht zu
- Veränderungen an meiner Haut zeige ich meistens erst einmal einem mir nahe stehenden Menschen (Ehepartner, Freund, Nachbarn):
trifft zu ----- trifft nicht zu
- Bei Hauterkrankungen wende ich mich in der Regel zunächst an meinen Apotheker:
trifft zu ----- trifft nicht zu
- Bei Hauterkrankungen wende ich mich in der Regel zunächst an meinen Hausarzt:
trifft zu ----- trifft nicht zu
- Ich empfinde Hauterkrankungen generell als unangenehm und rede auch mit meinem Hausarzt nicht gerne darüber:
trifft zu ----- trifft nicht zu
- Es würde mir leichter fallen, mit einer Hauterkrankung direkt zu einem Hautarzt (Dermatologen) zu gehen:
trifft zu ----- trifft nicht zu
- Ich habe in diesen Fall in der Vergangenheit schon selber einen Therapieversuch mit in meinem Haushalt vorhandenen Salben/Hautpräparaten gestartet, ohne vorher einen Arzt aufzusuchen: Ja nein

Abbildung 5 Quantitativer Erhebungsbogen

delt, wie auch Verdrängungsmechanismen eine Rolle. „Weil ich eigentlich immer denke, es geht von selbst wieder weg (lacht).“ (A9, 25)

„Ja, das ist mit ziemlicher Sicherheit Schuppenflechte, genauso fing das auch bei mir an [...]. Ich wollte es noch nicht wahr haben und habe mich innerlich dagegen gewehrt. Dementsprechend lange habe ich dann auch gezögert, bis ich einen Termin bei meinem Hausarzt gemacht habe ... Ich hab mich sozusagen davor gedrückt, wie man so schön sagt.“ (A6, 5+7)

Diskussion

Laieninformationen spielen eine wichtige Rolle bei der Beurteilung neu aufgetretener Hauterkrankungen. Durch die Krankheit entstandener Leidensdruck und von außen sichtbare

Veränderungen gaben den Anlass für einen Arztbesuch. Die Mehrzahl der Befragten würde hierbei zunächst ihren Hausarzt und nicht direkt einen Dermatologen aufsuchen.

Vergleich mit Literatur

Sowohl unsere quantitativ wie auch qualitativ erhobenen Daten zeigen, dass dem medizinischen Laiensystem in Form des privaten Umfeldes bezüglich weiterer Informationsgewinnung ein hoher Stellenwert zukommt. Vermehrte Verbreitung medizinischer Informationen in der Bevölkerung beeinflusst die Selbsteinschätzung des Patienten. Die Effekte können ambivalent ausfallen und reichen in der Spannweite von möglicher Verunsicherung des Patienten bis hin zur Beruhigung. Die möglichen Auswirkungen auf den Kommunikationsprozess

zwischen Arzt und Patient können hierbei durchaus positiv sein, abhängig von Parametern wie der sachlichen und fachlichen Qualität und Korrektheit der Vorinformation [18]. Der mündige Patient stellt im Rahmen der Arzt-Patient-Kommunikation einen wichtigen und politisch erwünschten Koproduzenten seiner eigenen Gesundheit dar [19]. Eine andere qualitative Arbeit beschreibt die Effekte des informierten Patienten dahingehend, dass dieser für den Arzt eine positive Herausforderung darstellt und dazu beiträgt, eigenes Handeln und Automatismen zu hinterfragen [20].

Hierbei ist es interessant, dass nur ein geringer Bruchteil der befragten Patienten dazu tendierte, einen Apotheker als ersten Ansprechpartner im Falle einer Hautveränderung um Rat zu fragen. Apotheker sehen die Patientenberatung als einen wichtigen Teil ihres beruflichen Selbstverständnisses an [19] und werden bei anderen Befindlichkeitsstörungen auch häufiger um Rat gefragt. Bei Erkrankungen der Haut scheint die Hemmschwelle hierfür wahrscheinlich zu hoch zu sein. Es ist davon auszugehen, dass ein Großteil neu aufgetretener Hauterkrankungen ohnehin nie zu einer weiteren medizinischen Abklärung führt, sofern sie nicht persistieren oder zu erheblicher Störung der Befindlichkeit führen. Eine Studie, die in der Allgemeinbevölkerung in Großbritannien durchgeführt wurde, konnte zeigen, dass 54 % aller Befragten ein Hautproblem in den vergangenen zwölf Monaten hatten. Nur in der Hälfte der Fälle (22,5 %) wurden diese Veränderungen von den Betroffenen als so gravierend eingeschätzt, dass eine Vorstellung bei einem Anbieter medizinischer Dienstleistungen erwogen wurde [20].

Die in den qualitativen Interviews befragten Patienten gaben stark schwankende Latenzzeiten zwischen Symptombeginn und Konsultation eines Arztes an. Diese Verzögerung ist auch für andere Erkrankungen dokumentiert. Dost et al. konnten für Patienten mit Tumoren im Kopf- und Halsbereich, also einem auch äußerlich sichtbaren Befund, zeigen, dass die jeweiligen betroffenen Patienten den kritischen Faktor für eine verzögerte Diagnosestellung und Therapiebeginn darstellten [21]. Auch bei

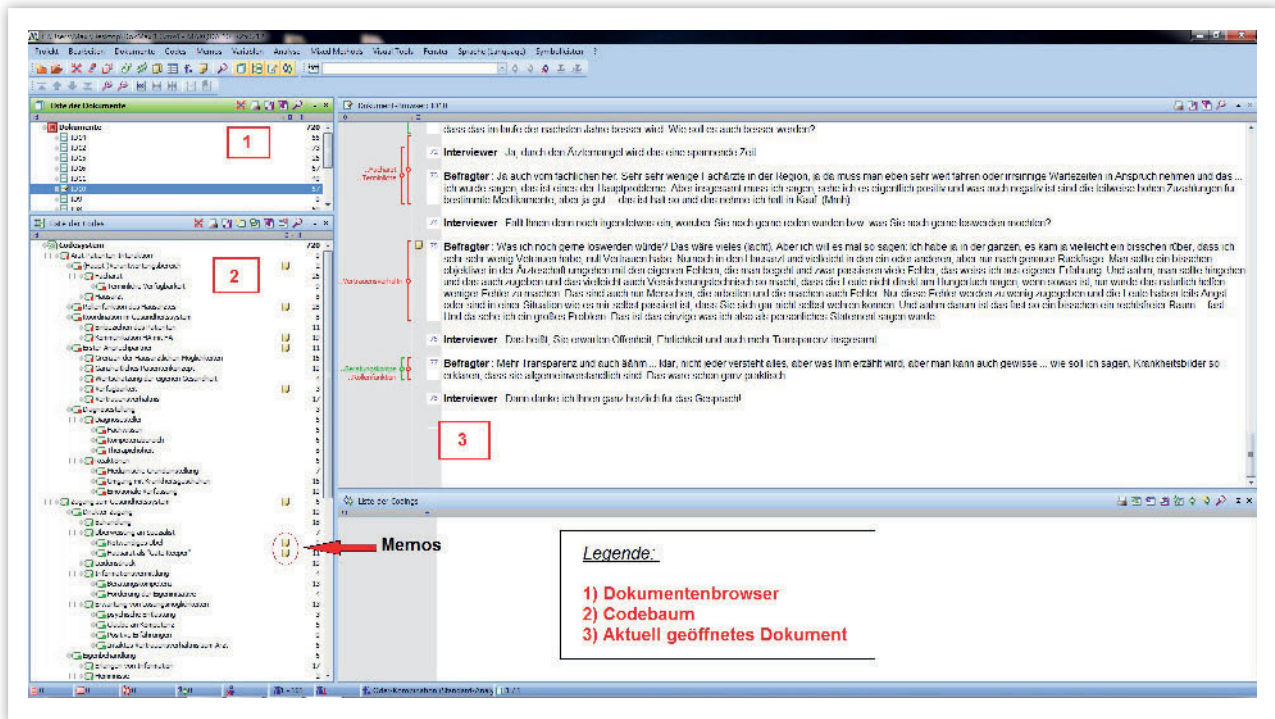


Abbildung 6 Screenshot: MaxQDA

unseren Patienten gaben erst ein gewisser Leidensdruck und von außen sichtbare Veränderungen den Anlass für einen Arztbesuch.

Wir konnten zeigen, dass für die meisten über die Hausarztpraxen kontaktierten Patienten der Hausarzt als erster Ansprechpartner beim Auftreten von Hautveränderungen fungiert und es kaum Hemmschwellen gibt, über Hauterkrankungen mit dem Arzt zu reden. In Anbetracht der hohen psychischen Belastung, die gerade mit chronischen Hautkrankheiten verbundenen ist [22], scheinen die Hausärzte für die meisten Patienten noch immer der präferierte erste Kontaktpunkt mit dem offiziellen Gesundheitssystem zu sein, auch wenn eine Untersuchung von Patienten mit Psoriasis zeigt, dass diese durchaus ein Wissensdefizit und auch mangelndes Einfühlungsvermögen seitens der behandelnden Hausärzte beklagten [9].

Studienlimitationen

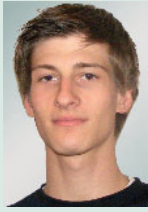
Die von uns gewählte Methode der semistrukturierten Interviews bietet einen guten Rahmen zum Erschließen eines bislang wenig erforschten Gebietes, muss sich aufgrund des mitunter subjektiven Prozesses der Datengewin-

nung und Analyse jedoch internen Qualitätssicherungsmaßnahmen unterziehen. Wir versuchten dieser Tatsache durch Triangulation mit den parallel quantitativ erhobenen Daten, mit der Erhebung von Milieudaten und dem Führen eines „reflective research journals“ zu begegnen. Ein möglicher Bias in der Interpretation der qualitativen Daten wurde durch die doppelte Auswertung durch zwei unabhängige Rater und die zusätzliche Diskussion in unserer qualitativen Forschungsgruppe minimiert. Die Auswahl der Patienten durch den jeweiligen Hausarzt mit der einzigen Vorgabe, dass es sich um eine chronische und aktuell bestehende Hautkrankheit handeln muss, stellt einen möglichen Studienbias dar. Unsere qualitative Stichprobe war zudem nicht groß genug, um alle relevanten chronischen Hauterkrankungen zu repräsentieren. Die meisten Patienten litten an Psoriasis. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass andere häufig auftretende Hauterkrankungen zu anderen Zugangswegen ins Gesundheitssystem führen würden. Die Tatsache, dass die Patienten durch ihre jeweiligen Hausärzte ausgewählt wurden und dass ein Teil der Interviews in den Praxisräumen stattfand, kann auch unsere Ergebnisse beeinflusst haben.

Die Durchführung der quantitativen Erhebung in nur drei Praxen und zudem ausschließlich in allgemeinmedizinischen Praxen, könnte mit einer geringeren Repräsentativität einhergehen. Wir haben hier jedoch Praxen aus großstädtischem, kleinstädtischem und ländlichem Bereich ausgewählt und gehen davon aus, dass die erzielten Ergebnisse einer großen Stichprobe von fast 300 Patienten repräsentativ für unsere Fragestellung bezogen auf aktuell in hausärztlicher Behandlung befindliche Personen sind. Über Patienten, die Hausarztpraxen nicht oder nur selten kontaktieren, können wir hier keine Aussage treffen. Die Repräsentativität unserer Erhebung ist zudem dadurch eingeschränkt, dass ausschließlich in Hausarztpraxen rekrutiert wurde. Eine zusätzliche Rekrutierung in dermatologischen Fachpraxen hätte eine differenziertere Sichtweise von Themen wie Hemmschwellen für den Arztbesuch oder Wahl des ersten Ansprechpartners erlaubt.

Schlussfolgerungen

Der Hausarzt ist in unserer Erhebung für die meisten Patienten mit Haut-

Maximilian Esch ...

... ist als Assistenzarzt am Institut für Radiologie des Westpfalz-Klinikums in Kaiserslautern tätig. Er ist zudem Doktorand in dem Projekt „Dermatologie in der Primärversorgung“ der Abteilung für Allgemeinmedizin der Philipps Universität Marburg.

erkrankungen der erste Ansprechpartner innerhalb des offiziellen Gesundheitssystems. Apotheker spielen für dieses Gesundheitsproblem nur eine geringe Rolle, während oft zunächst Personen aus dem persönlichen Umfeld zurate gezogen werden. Der Zeitpunkt der Konsultation wird vor allem durch den subjektiven Leidensdruck

bestimmt. Da bei einem Teil der Patienten auch gegenüber ihrem Hausarzt eine Hemmschwelle besteht, über Hauterkrankungen ins Gespräch zu kommen, ist ein sensibles Vorgehen seitens des Arztes bei von seiner Seite aus wahrgenommenen Veränderungen der Haut, z.B. im Rahmen anderer Beratungsanlässe oder der Gesund-

heitsuntersuchung, nötig. Weitere Studien zur dermatologischen Versorgung hausärztlicher Patienten wären zu begrüßen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Stefan Bösner, MPH
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
Philipps-Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Straße 4
35043 Marburg
Tel.: 06421 2865122
boesner@staff.uni-marburg.de

Literatur

- Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szece-ny J. Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis: Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. München: Urban & Vogel, 2008
- Schofield JK, Fleming D, Grindlay D, Williams H. Skin conditions are the commonest new reason people present to general practitioners in England and Wales. *Br J Dermatol* 2011; 165: 1044–50
- Nevitt GJ, Hutchinson PE. Psoriasis in the community: prevalence, severity and patients' beliefs and attitudes towards the disease. *Br J Dermatol* 1996; 135: 533–7
- Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 401–7
- Hong J, Koo B, Koo J. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther* 2008; 21: 54–9
- Cohen AD, Ofek-Shlomai A, Vardy DA, Weiner Z, Shvartzman P. Depression in dermatological patients identified by the mini international neuropsychiatric interview questionnaire. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 94–9
- Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. What patients with psoriasis believe about their condition. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 196–201
- Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. The psychological sequelae of psoriasis: results of a qualitative study. *Psychol Health Med* 2009; 14: 150–61
- Nelson P, Chew-Graham C, Griffiths C, Cordingley L. Recognition of need in health care consultations: a qualitative study of people with psoriasis. *Br J Dermatol* 2013; 168: 354–61
- Kownacki S. Skin diseases in primary care: what should GPs be doing? *Br J Gen Pract* 2014; 64: 380–1.
- Augustin M, Spehr C, Radtke MA, et al. German psoriasis registry PsoBest: objectives, methodology and baseline data. *J Dtsch Dermatol Ges* 2014; 12: 48–57
- Langenbruch AK, Beket E, Augustin M. Quality of health care of rosacea in Germany from the patient's perspective: results of the national health care study Rosareal 2009. *Dermatology* 2011; 223: 124–30
- Augustin M, Herberger K, Hintzen S, Heigel H, Franzke N, Schäfer I. Prevalence of skin lesions and need for treatment in a cohort of 90880 workers. *Br J Dermatol* 2011; 165: 865–73
- Esch M, Rübsam M, Baum E, Bösner S. Experiences and perceptions of people with chronic skin disease: a qualitative study. *BJMMR* 2015; 6: 106–13
- Sandelowski M, Barroso J. Classifying the findings in qualitative studies. *Qual Health Res* 2003; 13: 905–23
- Kuckartz U. *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss, 2007
- MAXQDA 10. Berlin: VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, 2010
- Nestel-Eichhausen B. *Das medizinische Informationsdilemma: Universität Wien. Fakultät für Sozialwissenschaften*; 2009. http://othes.univie.ac.at/5855/1/2009-07-13_9405685.pdf. (letzter Zugriff am 15.01.2015)
- Koch M, Norra C. Ein Patient, zwei Heilberufler: Das Beziehungsdreieck Patient, Arzt und Apotheker. *Gesundheitswesen* 2009; 71: A262
- Schofield J, Grindlay D, Williams H. *Skin conditions in the UK: a health care needs assessment: University of Nottingham*; 2010. www.nottingham.ac.uk/research/groups/cebdl/documents/hcnaskinconditionsuk2009.pdf. (letzter Zugriff am 15.01.2015)
- Dost P, Talanow DD, Kaiser S, Hirche H, Jahnke K. The time span between symptom onset and starting treatment in head and neck tumors. *HNO* 1996; 44: 492–6
- Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 2005; 6: 383–92