

6. Erkrankungen der Haut

- 6.1 Aufbau und Funktion der Haut
- 6.2 Neurodermitis (atopische Dermatitis)
- 6.3 Kontaktallergie
- 6.4 Nesselausschlag (Urtikaria)
- 6.5 Sonnenallergie
- 6.6 Berufswahl bei Allergien der Haut und Ekzem



In diesem Kapitel werden nach kurzer Erläuterung von Aufbau und Funktion der Haut die Neurodermitis (atopische Dermatitis), Kontaktallergien der Haut, der Nesselausschlag (Urtikaria) und die sogenannte Sonnenallergie besprochen.

6.1 Aufbau und Funktion der Haut

Die Haut ist aus mehreren Schichten aufgebaut: der Oberhaut, der Lederhaut und der Unterhaut. Sie hat mehrere wichtige Funktionen: sie schützt den Körper vor Austrocknung, physikalischen (z.B. Sonnenstrahlen, Kälte) und chemischen Einflüssen sowie dem Eindringen von Krankheitserregern (Viren, Bakterien, Pilze). Die Haut ist ein wichtiger Bestandteil der Wärmeregulation des Körpers. Vorstufen des Vitamin D werden in der Haut gebildet. Daneben nehmen Nervenzellen Sinneseindrücke aus der Außenwelt wie Wärme, Kälte, Schmerz und Berührungsreize auf. Die Haut ist somit auch ein wichtiges Kommunikationsorgan. Weil zumindest Teile der Haut immer für jedermann sichtbar sind, haben viele Hauterkrankungen auch eine große soziale Komponente.

6.2 Neurodermitis (atopische Dermatitis)

Im Alter von vier Monaten hatte bei Sabrina ein schuppender Ausschlag im Bereich des Gesichtes begonnen. Die entzündliche Hautrötung breitete sich innerhalb von zwei Monaten fast auf den ganzen Körper aus. Der Ausschlag juckte wahnsinnig. Sabrina kratzte sich, sobald sich die Gelegenheit dazu bot, z.B. wenn sie zum Wickeln ausgezogen wurde. Zeitweise schlief sie und infolgedessen auch die übrige Familie kaum. Die Diagnose des Kinderarztes lautete "Neurodermitis".

Der Hautzustand Sabrinas wechselte stark. Es gab gute Phasen und schlechte Phasen, wo Sabrina überall rot war und sich den ganzen Tag zu kratzen schien. Im Alter von neun Monaten erhielt Sabrina ein Gemüsegläschen, das Hühnereiweiß enthielt. Innerhalb von 15 Minuten verfärbte sich Sabrinas Haut rot und juckte fürchterlich. Ein Bluttest brachte die Bestätigung: Es hatte sich eine Hühnereiweißallergie entwickelt.

6.2.1 Die Neurodermitis hat viele Namen

Die Neurodermitis hat viele Namen, die gängigsten sind: Neurodermitis, atopische Dermatitis, atopisches Ekzem und endogenes Ekzem. **Neurodermitis** ist die älteste und immer noch geläufigste Bezeichnung. Die Begriffe **atopische Dermatitis** und **atopisches Ekzem** haben sich in der wissenschaftlichen Literatur durchgesetzt und verdeutlichen die familiäre Häufung und den Zusammenhang mit anderen atopischen Erkrankungen. Die Bezeichnung **endogenes Ekzem** zeigt auf, dass viele Erkrankungsschübe gleichsam "von innen" gesteuert werden, ohne von außen erkennbaren Auslöser.

6.2.2 Was ist eine Neurodermitis?

Die Neurodermitis ist eine **stark juckende, in der Regel chronisch in Schüben verlaufende entzündliche, nicht ansteckende Hauterkrankung**. Erscheinungsform und befallene Körperstellen ändern sich in verschiedenen Altersstufen. Mit einem Auftreten von ca. 10 % ist sie die häufigste chronische Hauterkrankung bei Säuglingen und Kleinkindern. Die Neurodermitis ist mit allergischen Vorgängen allein nicht zu erklären. Jedoch liegt sehr häufig eine familiäre Veranlagung zu Neurodermitis, Heuschnupfen, allergischem Asthma und Nahrungsmittelallergien (eine sogenannte Atopie) vor.

6.2.3 Erscheinungsformen der Neurodermitis in verschiedenen Altersstufen

Die Neurodermitishaut ist trocken, schuppig oder mit Krusten bedeckt, im akuten Stadium gerötet, evtl. mit Bläschen und nässenden Stellen. Es besteht starker Juckreiz, der die Kinder sehr unruhig, missgelaunt und reizbar machen kann. Es gibt eine große Schwankungsbreite im Ausprägungsgrad: bei vielen Betroffene sind nur eine oder wenige Körperstellen, bei manchen praktisch die gesamte Haut beteiligt (siehe → *Abbildung 6-1 bis 6-5*).

Säuglingsalter bis zweites Lebensjahr

Die meisten Kinder entwickeln Symptome innerhalb der ersten ein bis zwei Lebensjahre, jedoch selten vor dem dritten Lebensmonat. Zunächst sind meist die Wangen in Form einer trockenen, schuppigen Rötung betroffen. Es bilden sich Bläschen, die Haut nässt und verkrustet infolge einer Infektion durch Bakterien. Diese Veränderungen können sich auf die Stirn, die Kopfhaut und den übrigen Körper ausbreiten. Der Windelbereich bleibt meist frei. Da Säuglinge vor dem Alter von 4 bis 6 Monaten nicht gezielt kratzen können, reiben sie sich das Gesicht gegen die Bettwäsche oder die Gitterstäbe des Bettes. Dadurch wird die Hautoberfläche zerstört, die Haut nässt, verkrustet, der Juckreiz verstärkt sich und die Haut kann sich leicht infizieren (Juckreiz-Kratz-Zirkel).

Der rote, schuppige, zum Teil verkrustete Ausschlag im Gesichts- und Kopfbereich wird auch **Milchschorf** genannt. Man kann daraus allerdings nicht automatisch auf eine Milchunverträglichkeit schließen. Eine nur im behaarten Kopfbereich bestehende Schuppung wird als **Gneis** bezeichnet und hat keinen Zusammenhang mit einer Neurodermitis.



Neurodermitis im Gesicht

Befall der Kniekehle

Befall der Halsregion

Abbildung 6-1,2,3: Neurodermitis an verschiedenen Körperstellen

Zweites bis zwölftes Lebensjahr

Die akut entzündlichen Erscheinungen wie Bläschenbildung und Nässen der Haut gehen zurück. Die Haut ist insgesamt trocken. Es bilden sich kleine Knötchen (Papeln), die sich durch Kratzen vergrößern und verkrusten. Eine weitere Folge von Kratzen und Infektionen ist eine Verdickung der Haut (Lichenifikation). Typische befallene Stellen sind jetzt die Ellbogen und Kniekehlen, der Nacken und die seitlichen Teile des Rumpfes.

Bei Schulkindern können auch isoliert die Füße betroffen sein. Die Haut ist schuppig und rissig, zwischen den Zehen auch nässend und wird häufig mit einem Fußpilz verwechselt. Da die Erscheinungen an den Füßen durch das geschlossene Schuhwerk im Winter am ausgeprägtesten sind, spricht man auch von "atopischen Winterfüßen" (siehe →Abbildung 6-4).



Abbildung 6-4: Atopische Winterfüße



Abbildung 6-5: Superinfektion

Jugendlichen- und Erwachsenenalter

Bei milden Verlaufsformen finden sich eventuell lediglich eine insgesamt trockene und empfindliche Haut sowie eine leichte Hautverdickung besonders in den Ellbeugen und Kniekehlen. Einige Patienten haben auch einzelne Ekzemherde an bestimmten Körperstellen (z.B. Händen oder Füßen). Der Juckreiz wird insgesamt schwächer. Schwere Verlaufsformen werden seltener.

Insgesamt ist die Prognose der Neurodermitis gut: Fast 80% der Kinder, die mit 2 Jahren an einer Neurodermitis litten, verlieren ihre Symptome ganz oder zumindest teilweise, bis sie 8 Jahre alt sind.

6.2.4 Was sind die Ursachen der Neurodermitis?

Die Ursachen der Neurodermitis sind noch nicht vollständig geklärt. Es gibt nicht "die" Ursache der Neurodermitis, sondern viele unterschiedliche Faktoren können als Auslöse- und Verschlechterungsfaktoren eine Rolle spielen (siehe →Abbildung 6-6).

Seien Sie prinzipiell misstrauisch gegenüber jemandem der behauptet, er habe "die" Ursache der Neurodermitis gefunden und könne sie mit seiner Methode schnell und dauerhaft heilen.



Abbildung 6-6: Ursachen der Neurodermitis

- **Veranlagung**

Die Voraussetzung für das Auftreten einer Neurodermitis ist eine vererbte übermäßige Reaktionsbereitschaft des Immunsystems und eine spezielle Überempfindlichkeit der Haut. Die Neigung, an Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma und Nahrungsmittelallergien zu erkranken, tritt familiär gehäuft auf. Auf dem Boden dieser Veranlagung werden dann die nachfolgend genannten Faktoren wirksam.

- **Nahrungsmittelallergien**
z.B. gegen Kuhmilch oder Hühnerei spielen bei etwa einem Drittel der Neurodermitiskinder eine Rolle (*siehe auch →Kapitel 7*).
- **Nahrungsmittelunverträglichkeiten ("Pseudoallergien")**
Bei vielen Neurodermitikern bewirkt z.B. der übermäßige Genuss von Fruchtsäuren (z.B. Südfrüchte, frische Erdbeeren) eine nicht allergisch bedingte Verschlechterung der Haut.
- **Allergieauslöser aus der Luft**
wie Hausstaubmilben, Tiere oder Pollen können durch direkten Hautkontakt zu einer Verschlechterung führen.
- **Klima und Wetter**
Starke Hitze oder Kälte sowie ausgeprägte Temperaturschwankungen reizen die Haut.
- **Hautreizung**
Mechanische Hautreizung durch Scheuern oder Kratzen, zu starkes Austrocknen der Haut (z.B. durch trockene Heizungsluft, zu häufige bzw. falsche Hautreinigung), vermehrtes Schwitzen, zu enge oder kratzende Kleidung (z.B. Wolle), Tabakrauch und andere chemische Reizstoffe irritieren die Haut.
- **Psychische Anspannung**
Übermüdung, Streit in der Familie und andere psychische Stressfaktoren können den Hautzustand verschlechtern.
- **Andere Stressfaktoren**
Vielfach führen fieberhafte Infekte durch eine Aktivierung des Immunsystems zu einer Beeinflussung der Hauterscheinungen.

Wichtig ist, dass die individuellen Auslöse- und Verschlechterungsfaktoren **bei jedem Kind ganz unterschiedlich sein können**. Dies bedeutet, dass bei dem einen Kind eine Nahrungsmittelallergie, bei einem anderen Kind unspezifische Provokationsfaktoren wie mechanische Hautreizung oder Schwitzen als Auslösefaktoren ganz im Vordergrund stehen können.

6.2.5 Merkmale der Neurodermitishaut

Folgende Merkmale spielen für die Reaktionen der Neurodermitishaut eine Hauptrolle:

- Die Neurodermitishaut kann nicht genügend Wasser zurückhalten, was zu Hauttrockenheit führt (Störung der Barrierefunktion).
- In der Neurodermitishaut läuft eine chronische, durch das Immunsystem ausgelöste Entzündung ab.
- Es werden vermehrt allergische Mittlersubstanzen wie Histamin freigesetzt, was zu Juckreiz führt.
- Eine allgemein erhöhte Reizbarkeit lässt die Neurodermitishaut auf unterschiedlichste Reize überempfindlich reagieren (siehe oben).

Zudem ist die Neurodermitishaut vermehrt anfällig für Infektionen durch Eiterbakterien und Viren. Die Blutgefäße in der Haut haben eine starke Neigung, sich zusammenzuziehen. Dies zeigt sich an einer Blässe im Gesicht und dem weißen Dermographismus: wenn man z.B. mit dem Holzspatel über die Haut am Rücken streicht, wird die Haut an diesen Stellen nicht wie normalerweise der Fall rot, sondern weiß. Hände und Füße sind oft schlecht durchblutet und kühl.

6.2.6 Wie kann man eine Neurodermitis diagnostizieren?

Die Diagnose einer Neurodermitis wird durch die **charakteristischen Hauterscheinungen** gestellt, gestützt durch das Vorkommen **atopischer Erkrankungen in der Familie**. Es gibt keine Laboruntersuchung oder andere technische Untersuchung, welche beweisend für eine Neurodermitis ist.

Auf der Suche nach allergischen und nichtallergischen Auslösern ist zuallererst die Beobachtung der Eltern und evtl. des Kindes wichtig. Je genauer Ihre Beobachtungen zu möglichen Auslöse- und Verschlechterungsfaktoren sind, desto besser kann ein Auslöser eingegrenzt und ein Allergietest geplant werden.

Folgende Testverfahren kommen zum Einsatz (*siehe auch →Kapitel 3*):

a) Hauttests

Beim **Pricktest** wird die Testsubstanz mit einer feinen Lanzette oberflächlich in die Haut eingebracht. Eine positive Reaktion zeigt sich als Rötung und Erhebung der Haut (Quaddel). Bei Kindern mit Neurodermitis und Hautveränderungen im Bereich der Arme sollte auf einen Pricktest verzichtet werden und besser eine Blutuntersuchung durchgeführt werden.

Beim **Epikutan-Test** wird die Testsubstanz mit einem speziellen Pflaster für 48 Stunden mit der Haut in Kontakt gebracht. Eine positive Reaktion zeigt sich als Rötung, Knötchen oder Bläschen.

b) Bluttests

Auch im Blut kann nach allergieauslösenden Antikörpern gesucht werden, insbesondere wenn der Hautzustand keine Hauttests erlaubt. Das am häufigsten verwendete Verfahren ist der RAST (Radio-Allergo-Sorbent-Test) und dessen Varianten, bei denen die Immunantwort in verschiedenen Stärkegraden (Klassen) angegeben wird.

Doch **Achtung!**: Eine positive Reaktion im Allergietest beweist nicht automatisch das Vorliegen einer Allergie! Sie zeigt lediglich an, dass das Immunsystem Kontakt mit der entsprechenden Substanz gehabt und Allergieantikörper gebildet hat (= Sensibilisierung). Ob eine Sensibilisierung auch wirklich Krankheitserscheinungen hervorruft (= Allergie), muss vor allem bei Nahrungsmitteln in der Regel durch einen Auslass- und Provokationsversuch überprüft werden. Das Weglassen eines verdächtigen Nahrungsmittels muss eine Symptombesserung, das Wiedereinführen eine Symptomverschlechterung zur Folge haben. Sogenannte pseudoallergische Reaktionen auf Nahrungsmittel (z.B. auf Fruchtsäuren) können nur durch Elimination und Provokation diagnostiziert werden, da der Körper in diesem Falle keine Allergieantikörper bildet. Leider kommt es immer wieder vor, dass der Allergietest und nicht das allergiekranken Kind behandelt wird und dadurch dem Kind unsinnige Diäten zugemutet werden.

Ungeeignete Diagnosemethoden sind u.a. die Kinesiologie, Bioresonanz, Elektroakupunktur, Haarmineralstoffanalyse oder die Bestimmung von IgG-Antikörpern auf Nahrungsmittel.

6.2.7 Erkrankungen, die von einer Neurodermitis abgegrenzt werden müssen

Es gibt einige Erkrankungen, die von einer Neurodermitis unterschieden werden müssen:

- Die **seborrhoische Dermatitis** beginnt früher, meist im Alter zwischen vier und acht Wochen. Sie ist gekennzeichnet durch dicke, gelbliche, fettige Schuppen auf roter Haut. Betroffen sind meist der Kopf (Gneis) und die Körperfalten (Achselhöhle, Leisten, Falten hinter dem Ohr). Die seborrhoische Dermatitis juckt **nicht**. Sie verschwindet innerhalb weniger Wochen wieder. In einigen Fällen kann sie jedoch in eine Neurodermitis übergehen.

- Bei älteren Kindern und Jugendlichen ist die Neurodermitis bei Vorliegen einzelner begrenzter Ekzemerde von einem **Kontaktekzem** zu unterscheiden.
- Weiterhin können eine Krätze, eine Schuppenflechte und seltene Stoffwechsel- und Abwehrstörungen mit einer Neurodermitis verwechselt werden.
- Die Neurodermitis beginnt in der Regel nicht vor dem 3. Lebensmonat. Früher auftretende dauerhafte Hautveränderungen sollten einem Spezialisten gezeigt werden.

6.2.8 Verlauf der Neurodermitis

Die Neurodermitis nimmt einen Verlauf in **Schüben** mit erscheinungsfreien oder erscheinungsarmen Phasen und Verschlechterungsphasen (*siehe →Abbildung 6-7*). Nicht immer kann für einen Verschlechterungsschub ein Auslöser festgemacht werden. Bei den meisten Kindern kommt es glücklicherweise bis zum Schulalter zu einer deutlichen Besserung des Hautzustandes. Die Neigung zu trockener Haut bleibt allerdings bestehen. Es besteht jedoch weiterhin eine **erhöhte Allergiebereitschaft** (z.B. auf Pollen, Tiere, Hausstaubmilben) und ein **erhöhtes Asthmarisiko**. Daher ist auch im weiteren Verlauf das Meiden potenter Allergieauslöser wichtig, ebenso sollte die Berufswahl sorgfältig geplant werden.

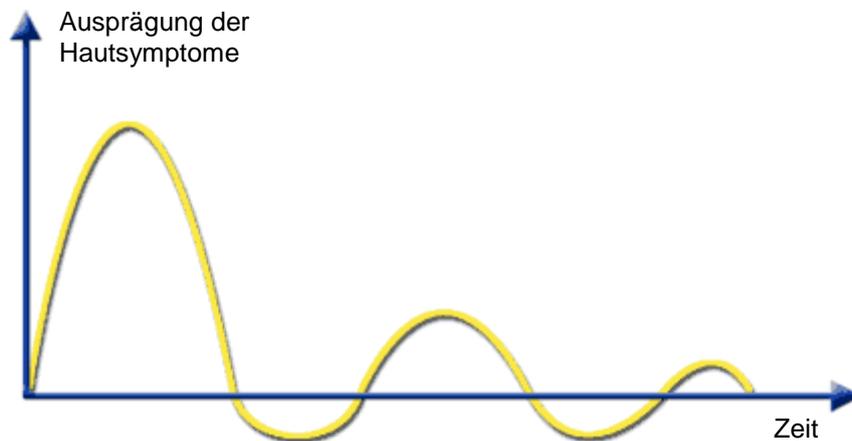


Abbildung 6-7: Wellenförmiger Verlauf der Neurodermitis in Schüben

6.2.9 Komplikationen

- Die Neurodermitis selbst ist nicht ansteckend. Die Neurodermitishaut ist jedoch **vermehrt anfällig für Infektionen** durch Viren und Bakterien. Die häufig auftretenden **Dellwarzen** (Mollusken) sind zwar nicht gefährlich, jedoch äußerst hartnäckig. **Bakterielle Infektionen**, z.B. durch Staphylokokken können den Hautzustand immer wieder verschlechtern (*siehe →Abbildung 6-5*). Besonders gefürchtet sind **Herpesvirusinfektionen** mit wässrigen Bläschen (Ekzema herpeticatum).
- Unausgewogene "Neurodermitisdiäten" können eine **Mangelernährung** mit Wachstums- und Gedeihstörungen bewirken.
- Im akut nässenden Stadium einer Neurodermitis kann es vor allem bei Säuglingen zu großen **Eiweißverlusten** über die Haut kommen.
- Eine schwere Neurodermitis kann durch ständigen Juckreiz und Schlaflosigkeit zu **Reizbarkeit** und Unausgeglichenheit oder durch das äußere Erscheinungsbild bedingt zu Kontaktscheu und sozialem Rückzug führen. Diese psychischen Auffälligkeiten sind jedoch die Folge und nicht die Ursache einer Neurodermitis.
- Eine Entzündung von Binde- und Hornhaut (**atopische Keratokonjunktivitis**) kann ab dem Alter von 10 Jahren auftreten (*siehe auch →Kapitel 8.2*).

6.2.10 Neurodermitis und Psyche

Im Laufe der Zeit sind eine Vielzahl von Theorien entstanden, welche die Entstehung einer Neurodermitis durch bestimmte Persönlichkeitsfaktoren beim Betroffenen sowie bestimmte Konstellationen im familiären Umfeld erklären wollen. Inzwischen steht fest, dass es eine typische Neurodermitispersönlichkeit nicht gibt und dass psychische Faktoren nicht die Ursache der Neurodermitis darstellen. Unbestritten ist jedoch, dass psychische Faktoren bei vielen Neurodermitikern einen unterschiedlich starken Einfluss auf den Hautzustand haben können.

Auswirkungen der Psyche auf die Neurodermitis

Jede Art von psychischem "Stress" kann sich verschlechternd auf die Haut auswirken. Bei einem kleinen Kind kann dies die Trennung von der Mutter durch einen Krankenhausaufenthalt sein, bei einem größeren Kind die Anspannung vor einer Klassenarbeit. Interessant ist die Beobachtung mancher Eltern, dass auch überströmende Freude den Hautbefund bei ihrem Kind verschlechtern kann. Diese Reaktionen sind über Einflüsse des Nervensystems auf das Immunsystems zu erklären, das eine verstärkte Entzündungsaktivität in der Haut auslöst.

Rückwirkungen der Neurodermitis auf die Psyche

Die Rückwirkungen der Neurodermitis auf die Psyche sind nicht zu unterschätzen:

- Bei einem akuten Schub werden in der Haut Entzündungsstoffe (Mediatoren) freigesetzt, die über den Blutweg ins Zentralnervensystem gelangen. Kinder im Schub sind daher oft besonders gereizt, unleidig und unruhig.
- Die Unruhe und das Nichtschlafkönnen bei starkem Juckreiz führen zum Schlafmangel beim Betroffenen selbst und meist auch bei den Eltern. Die ganze Familie wird leicht reizbar, bereits bei Kleinigkeiten entstehen so Spannungen, welche zusätzlich destabilisierend wirken. Häufen sich die Phasen mangelnden Schlafs, so fällt ein schulpflichtiges Kind in der Schule durch abfallende Leistungen auf, was wiederum neuen Konfliktstoff bietet.
- Besonders gravierend können sich Veränderungen an den sichtbaren Hautpartien, besonders im Gesicht, auswirken. Die neugierige, erstaunte oder mitleidige Reaktion der Umwelt führen bei vielen Betroffenen zu einem sozialen Rückzug. Diese Kinder und Jugendlichen werden dann als introvertiert, zurückgezogen und wenig kontaktfreudig beschrieben. Diese psychischen Auffälligkeiten sind jedoch die Folge und nicht Ursache einer Neurodermitis.

6.2.11 Die Therapie der Neurodermitis

1) Allgemeines

Für die Neurodermitisbehandlung ist **viel Geduld** nötig, eine rasche Heilung gibt es leider nicht. Wenn manche Behandler dies dennoch versprechen, sollten Sie diese Versprechungen sehr kritisch hinterfragen. Die Enttäuschung ist ansonsten hinterher meist groß und Sie haben für diese Versprechungen unter Umständen viel Geld ausgegeben. Glücklicherweise können die meisten von Neurodermitis betroffenen Kinder und Jugendlichen mit den heutigen erprobten und anerkannten Therapiemöglichkeiten erfolgreich behandelt werden und eine gute Lebensqualität erreichen. Man geht am besten nach einem Stufenschema vor (*siehe → Tabelle 6-1*).

Tabelle 6-1: Stufentherapie der Neurodermitis

Stufe 1 trockene Haut	Basispflege Vermeidung von Auslösefaktoren
Stufe 2 leichte Ekzeme	wie Stufe 1 + Wirkstoffe gegen Juckreiz und Infektion örtliche Kortikoide der Klasse I bis II und/oder Tacrolimus, Pimecrolimus
Stufe 3 mäßige Ekzeme	wie Stufe 2 + örtliche Kortikoide der Klasse II bis III und/oder Tacrolimus, Pimecrolimus
Stufe 4 anhaltende, schwere Ekzeme	wie Stufe 3 + innerliche Immunmodulatoren (z.B. Ciclosporin A)

Da an der Entstehung einer Neurodermitis viele Faktoren beteiligt sind, die bei jedem Betroffenen ein unterschiedliches Gewicht haben, kann es die für alle Patienten einzig richtige Therapie nicht geben. Es gibt jedoch allgemeine Regeln für die Hautpflege, Kleidung und Vermeidung unspezifischer Reizfaktoren, die für alle Patienten mit Neurodermitis gelten. Andere Maßnahmen müssen auf jeden Einzelfall abgestimmt werden.

Sicherheit und Geborgenheit im familiären Umfeld verschafft dem Kind die erforderliche psychische Stabilität, mit der Erkrankung besser umgehen zu können. Dazu gehört die Gewissheit, dass das Kind trotz seiner nach außen hin sichtbaren Erkrankung von den Eltern, Geschwistern und anderen Bezugspersonen so geliebt und gemocht wird, wie es ist. Achten Sie auf einen möglichst regelmäßigen Tagesablauf.

2) Auslösefaktoren meiden

Bekannte Provokationsfaktoren und Allergieauslöser, z.B. Hautreizungen jeder Art, müssen natürlich gemieden werden. Dazu gehört auch, dass in der Wohnung nicht geraucht wird.

3) Hautreinigung

Bei der Hautreinigung muss eine zu starke Reizung und Austrocknung der Haut unbedingt vermieden werden. Die Haut sollte möglichst mit klarem Wasser, bei stärkerer Verschmutzung zusätzlich am besten seifenfrei mit einem Waschsyndet mit einem pH-Wert zwischen 5 und 6 (leicht sauer) gereinigt werden. Generell ist Duschen für die Haut schonender als Baden. Daher sollte in der Regel nur 1-2 Mal pro Woche, nicht zu warm (bis 35 Grad) und maximal 15 Minuten gebadet werden. Zwischendurch ist bei Bedarf (höchstens 1x pro Tag) ein kurzes, nicht zu heißes Abduschen möglich. Dadurch wird die Haut von Schmutz, Schweiß und Salbenresten befreit und auch die Bakterienzahl auf der Haut reduziert. Kaltes Abduschen des Körpers fördert auch die körpereigene Kortisonproduktion und wirkt dadurch zusätzlich antientzündlich und juckreizstillend. Beim Abtrocknen die Haut nicht stark reiben, sondern sanft abtupfen.

4) Hautpflege

Eine Grundpflege (= Basispflege) muss auch unabhängig von Baden oder Duschen täglich durchgeführt werden. Dies mildert auch den Juckreiz und die Anfälligkeit für Infektionen. Bei entzündeter oder infizierter Haut kommt eine antientzündliche, juckreizstillende und/oder antiinfektiöse Therapie hinzu (*siehe* → *Tabelle 6-1*). Die Hautpflege sollte in möglichst angenehmer und entspannter Atmosphäre durchgeführt werden und für Eltern und Kind nicht zu einer lästigen Pflichtübung werden.

a) Grundpflege

Die Neurodermitishaut braucht Feuchtigkeit und Fett. Rückfetten ist in der Regel zwei- bis dreimal täglich und vor allem nach dem Baden und Duschen erforderlich. Das Verhältnis von Feuchtigkeit zu Fett in der Pflegegrundlage muss je nach Hautzustand und Jahreszeit variiert werden. Grundsätzlich gilt, dass eine trockene Haut viel Fett, eine entzündete oder gar nässende Haut wenig Fett braucht. Im **Sommer** braucht die Haut vor allem Feuchtigkeit. Das Auftragen von zu viel Fett schließt die Haut nach außen ab, der Schweiß staut sich unter der Salbe, was den Juckreiz fördert und den Hautbefund verschlechtert. Im Sommer verwendet man daher als Grundpflege eine Creme. Im **Winter** hingegen braucht die Haut mehr Fett. Daher wird im Winter zur Grundpflege eine Salbe genommen. Der Fettgehalt in den Pflegemitteln steigt in folgender Reihenfolge an: Lotion - Creme - Lipolotion - Salbe - Fettsalbe - Öl. Ölbäder können die Grundpflege ergänzen, jedoch nicht ersetzen. Falls ein Ölbad verwendet wird, sollte es erst gegen Ende des Badevorgangs zugefügt werden; die Haut kann dann vorher genügend Feuchtigkeit aufnehmen.

Der richtige Umgang mit den verschiedenen Cremes und Salben zur Grundpflege ist viel wichtiger als die ständige Suche nach einer neuen "Wundersalbe"! Die benötigten Basiscremes und -salben werden von verschiedenen Firmen hergestellt, wobei jeder Arzt die Cremes und Salben verwendet, mit denen er am meisten Erfahrung hat. Spezielle Rezepturen werden vom Apotheker selbst zubereitet. Im Zweifelsfall macht man einen **Halbseitenversuch**: die eine Körperhälfte wird mit der einen, die andere Körperhälfte mit einer anderen Creme oder Salbe behandelt. Nach ein paar Tagen kann man dann die Wirkung direkt vergleichen. Die Creme sollte am besten aus einer Tube oder, wenn dies nicht möglich ist, mit einem Löffel oder Holzspatel aus dem Cremetopf entnommen werden.

b) wirkstoffhaltige Zusätze

Bei Bedarf werden der Pflegegrundlage wirkstoffhaltige Zusätze beigemischt: Harnstoff, juckreizstillende, antiinfektiöse oder antientzündliche Wirkstoffe (*siehe* → *Tabelle 6-2*). Die beste nichtmedikamentöse juckreizstillende Maßnahme ist Kühlung. Bei entzündeter Haut wird man zunächst versuchen, mit leicht antientzündlich wirkenden Cremes eine Besserung zu erzielen. Bei schweren Hauterscheinungen kann jedoch eine Kortisoncreme erforderlich werden. Werden Kortisonpräparate der Klasse I (schwach, z.B. Hydrocortison) und Klasse II (mittelstark, z.B. Alfason[®], Dermatop[®], Pandel[®]) über einen begrenzten Zeitraum angewendet, sind mit den modernen Zubereitungen keine Nebenwirkungen zu erwarten und die häufig anzutreffende Kortisonangst ist unbegründet. Bei einer zu langen Anwendung starker Kortisoncremes kann es allerdings zu einer Hautverdünnung (Hautatrophie) kommen. Ein behutsames Vorgehen ist im Gesicht und Genitalbereich angebracht. Eine Kortisonbehandlung sollte immer schrittweise ausgeschlichen werden: z.B. in der 1. Woche Anwendung täglich, in der 2. Woche jeden 2. Tag und in der 3. Woche jeden 3. Tag.

Tabelle 6-2: Wirkstoffe in der Lokalthherapie der Neurodermitis

Harnstoff

- schuppenlösend, wasserbindend und hautglättend
- kann auf entzündeter Haut und dünner Säuglingshaut brennen

juckreizstillend

- Polidocanol
- die unten aufgeführten antientzündlichen Wirkstoffe

antiinfektiös

- Jodlösung, Kaliumpermanganat (als Badezusatz)
- Triclosan, Chlorhexidin u.a.: gegen Bakterien und Hefepilze
- Farbstoffe (z.B. Eosin, Pyoktanin): zusätzlich austrocknend und gerbend, besonders für nässende Stellen geeignet
- Lokalantibiotika: gegen Bakterien
- Aciclovir: gegen Herpesviren

leicht antientzündlich

- Zinkoxid: gerbend, entzündungshemmend und kühlend
- Eichenrinde, Tannin, Schwarztee, essigsäure Tonerde: gerbend, gut für Umschläge geeignet
- Schieferölzubereitungen

stark antientzündlich

- Kortison
- Tacrolimus, Pimecrolimus

Als neuere stark antientzündlich wirkende Substanzen stehen seit einigen Jahren zusätzlich Tacrolimus (Protopic®) und Pimecrolimus (Elidel®) zur Verfügung, sie sind ab dem Alter von zwei Jahren zugelassen. Da sie nicht zu einer Hautverdünnung führen, haben sie vor allem bei der Anwendung im Gesicht Vorteile oder wenn eine Kortisoncreme über eine zu lange Zeit aufgetragen werden müsste. Diese Präparate sind allerdings teuer und es muss für einen guten Sonnenschutz gesorgt werden.

Treten häufige Rückfälle auf, hat sich die so genannte **proaktive Therapie** bewährt: nach Abklingen des akuten Schubes wird Kortison, Tacrolimus oder Pimecrolimus über mehrere Wochen nur noch 2x pro Woche auf die zuvor befallenen Hautstellen aufgetragen und so das Risiko eines neuen Schubes deutlich vermindert. Fettfeuchte Verbände können die Wirkung der Lokalthherapie unterstützen.

Benützen Sie keine nicht oder unvollständig deklarierten "Wundermittel", welche ganz schnell helfen sollen. Unter Umständen ist die wirksame Substanz ein darin enthaltenes Kortison.

5) Behandlung der nässenden Haut

Auf eine **nässende Haut** darf keine fettige Salbe aufgetragen werden, da unter einer Fettschicht sich das Wundsekret anstaut und nicht abtrocknen kann. Hier nimmt man im Akutstadium eine Creme. Bei stark nässender Haut verwendet man feuchte Umschläge z.B. in Form von physiologischer Kochsalzlösung, Schwarztee oder 10%-iger essigsaurer Tonerde, welche jeweils für zehn Minuten mehrmals täglich angewendet werden. Man kann in diesem Stadium auch ein- bis zweimal täglich eine Zinkschüttelmixtur mit einem Gerbstoffzusatz (z.B. Tannosynt® Lotio) benutzen; sobald sich eine Kruste bildet, wird die Behandlung mit einer Creme fortgeführt.

6) Behandlung einer Infektion

Infektionen durch **Bakterien** (meist Staphylokokkus aureus) sind häufig an der Verschlechterung des Hautbefundes beteiligt. Es entwickeln sich dann gelbliche Krusten an den befallenen Stellen. Ohne Behandlung der Infektion kann die Haut nicht heilen. Im Anfangsstadium kann man desinfizierende Bäder oder Lokalantibiotika (z.B. Fucidine® Creme) einsetzen. Ist die Infektion ausgedehnt, muss eine innerliche Behandlung mit einem Antibiotikum durchgeführt werden. Es ist erstaunlich, wie rasch sich die Haut oft beruhigt, wenn die Infektion unter Kontrolle ist.

Superinfektionen mit dem **Herpesvirus** (Ekzema herpeticatum) mit kleinen, gruppiert stehenden Bläschen waren früher sehr gefürchtet. Mit der Anwendung von Aciclovir (Zovirax® und Generica) hat diese Komplikation heute gut behandelbar. Sind kleinere Areale betroffen, kann ein Versuch mit der örtlichen Anwendung gemacht werden. Bei ausgedehntem Befall ist die Einnahme oder intravenöse Gabe von Aciclovir erforderlich.

7) innerliche Medikamente

Zur Juckreizstillung können Antihistaminika eingesetzt werden. Die älteren Antihistaminika (z.B. Fenistil®) können müde machen. Bei ausgeprägten Infektionen sind Antibiotika erforderlich. Bei ganz schwerer Neurodermitis muss in seltenen Fällen Kortison oder ein anderes stark entzündlich und immunhemmend wirkendes Medikament (z.B. Cyclosporin A) eingenommen werden.

8) Sonstiges

Die Einnahme von Nachtkerzensamenöl und Probiotika (Bakterien, welche die Darmflora günstig beeinflussen sollen) hat in den meisten Studien keinen überzeugenden Erfolg gezeigt.

6.2.12 Juckreiz und Kratzen

Kratzen führt zu noch stärkerem Juckreiz, Entzündung und offenen Stellen (Juckreiz-Kratz-Zirkel) und stellt bei vielen Neurodermitiskindern ein großes Problem dar. Daher Fingernägel kurz schneiden, Säuglingen Baumwollhandschuhe anziehen, Schlafanzug-ärmel zubinden, evtl. Neurodermitikeranzug verwenden, Schwitzen vermeiden. Juckreizstillende Mittel können örtlich aufgetragen (z.B. Eichenrinde, Polidocanol) oder müssen in schwereren Fällen eingenommen werden (Antihistaminika). Es ist ganz entscheidend, eine vom Kind akzeptierte Methode zur Juckreizstillung zu finden.

Folgende **Juckreiz-Stopp-Techniken** haben sich bewährt:

- ✓ Eincremen
- ✓ Kühlen (Creme aus dem Kühlschranks, kühle Umschläge, Coldpack)
- ✓ Klopfen, Drücken, Zwickeln der Haut (statt Kratzen)
- ✓ Ablenken, Spielen
- ✓ Bearbeiten von Kratzholz oder Kletterknete an Stelle der Haut
- ✓ Entspannungstechniken.

6.2.13 Kleidung

Die Kleidung sollte nicht zu eng anliegen, das Material glatt, saugfähig, luftdurchlässig und alles, was direkt auf dem Körper getragen wird, nicht intensiv gefärbt sein (z.B. ungefärbte Baumwolle, Leinen, Viskose, Seide). Wolle oder Felle verstärken den Juckreiz. Einnäher aus Synthetik entfernen, evtl. Nähte nach außen tragen. Insgesamt sollte die Kleidung vor allem im Sommer nicht zu warm sein, um das Schwitzen nicht zu fördern. Auch Mutter und Vater sollten bei der Pflege oder beim Spielen mit ihrem Kind nicht unbedingt einen Wollpullover tragen. Silberbeschichtete Unterwäsche kann den Keimgehalt auf der Haut reduzieren, ist jedoch sehr teuer.

6.2.14 Ernährung bei Neurodermitis

Unterschieden werden muss zwischen einer Ernährung, die einer Nahrungsmittelallergie vorbeugen soll und einer Ernährung bei einer nachgewiesenen Nahrungsmittelallergie. Bei einer vorbeugenden allergenarmen Kost werden bekanntermaßen aggressive Nahrungsmittelallergene vermieden oder möglichst spät in den Speiseplan eingeführt. Bei einer nachgewiesenen Nahrungsmittelallergie wird eine gezielte Auslassdiät (Eliminationsdiät) unter Ausschluss eines oder mehrerer Nahrungsmittel durchgeführt.

a) Kinder ohne nachgewiesene Nahrungsmittelallergie

Säuglinge sollten möglichst über 4 Monate voll gestillt werden. Nach Absprache mit dem Kinderarzt kann ersatzweise eine hypoallergene Säuglingsnahrung (H.A.-Nahrung, z.B. Alete H.A.[®], Aptamil H.A.[®], Beba H.A.[®], Hipp H.A.[®] oder Humana H.A.[®]) bzw. eine starke Hydrolysatnahrung (z.B. Alfaré[®], Althéra[®], Aptamil Pepti[®], Aptamil Pregomin[®]) verwendet werden. Das Zufüttern von Kuhmilch- oder Sojapräparaten in den ersten Lebenstagen auf der Entbindungsstation sollte unterbleiben. Stattdessen kann, wenn unbedingt erforderlich, eine Traubenzuckerlösung gegeben werden bis ausreichend Muttermilch zur Verfügung steht. Mit der Beikost (in der Regel Gemüsebrei) kann begonnen werden, wenn das Kind volle 4 Monate alt ist. Kuhmilch, Hühnerei, Nüsse und Fisch sollten Sie allerdings im Gegensatz zu Kindern, die nicht an einer Neurodermitis leiden, im ersten Lebensjahr vorsichtig und nach Absprache mit dem Kinder- und Jugendarzt einführen; evtl. wird vor Gabe dieser Nahrungsmittel ein Allergietest durchgeführt. Eine spezielle Diät der stillenden Mutter wird nicht empfohlen, es sei denn die Mutter leidet selbst unter einer Nahrungsmittelallergie oder es besteht eine Nahrungsmittelallergie beim Kind (siehe unten). Auch Fruchtsäuren (z.B. in Zitrusfrüchten), zu viel Süßes, in seltenen Fällen auch Farb- und Konservierungsstoffe können den Hautzustand verschlechtern.

Ungezielte Eliminationsdiäten, bei denen eine Vielzahl wichtiger Nährstoffe ohne gezielte Beobachtungsphase und Auslassversuch aus der Nahrung entfernt werden, **sind gefährlich und deshalb abzulehnen**. Je jünger das Kind ist, umso gravierender können die Folgen einer Mangelernährung sein. Gedeihstörungen, Wachstumsstörungen, eine verzögerte Entwicklung und Schilddrüsenunterfunktion sind mögliche Folgen. Werden wichtige Nahrungsmittel (z.B. Milch) nach einer Allergietestung aus der Nahrung entfernt, muss für einen bedarfsgerechten Ersatz gesorgt werden. Dies erfordert eine gezielte Beratung und Überwachung durch den Arzt und einer Ernährungsberaterin (siehe auch →[Kapitel 7](#) "Nahrungsmittelallergien"). Auch eine evtl. Diät der stillenden Mutter muss ärztlich überwacht werden. Eine allgemeine "Neurodermitisdiät" gibt es nicht.

b) Kinder mit nachgewiesener Nahrungsmittelallergie

Kinder mit einer nachgewiesenen Nahrungsmittelallergie bedürfen einer gezielten Eliminationsdiät, wobei ein oder mehrere Nahrungsmittel vom Speiseplan gestrichen werden. Müssen Grundnahrungsmittel (z.B. Milch) weggelassen werden, ist ein ausreichender Ersatz dafür zu schaffen. Dies erfordert in der Regel, dass eine Ernährungsberaterin den genauen Nährstoffbedarf berechnet. Weitere Einzelheiten finden Sie im →[Kapitel 7](#) "Nahrungsmittelallergien".

6.2.15 Impfungen bei Neurodermitis

Neurodermitiskinder sollten alle empfohlenen Routine-Impfungen einschließlich der Windpocken-Impfung erhalten, da Windpocken bei Neurodermitikern besonders schwer und unangenehm verlaufen können. Diese Schutzimpfungen werden von den meisten Neurodermitiskindern problemlos vertragen. Es kann bei einigen Kindern wie bei jedem Infekt, der das Abwehrsystem anregt, zu einer **vorübergehenden** Hautverschlechterung kommen. Man wird daher die empfohlenen Impfungen in einer möglichst stabilen Phase durchführen. Eine Impfung kann jedoch keine Neurodermitis verursachen. Grippeimpfstoffe sowie insbesondere der Gelbfieberimpfstoff dürfen bei starken Hühnereiweißallergikern nur bei strenger Indikation und sorgfältiger Überwachung verwendet werden, da sie Hühnereiweiß enthalten (siehe auch →[Kapitel 15](#))

6.2.16 Urlaub und Klima

Ein Urlaub am Meer oder im Hochgebirge wirkt sich meist positiv auf die Haut aus. Es gibt jedoch keine Urlaubsregion, die prinzipiell für alle Neurodermitiker gleichermaßen geeignet wäre. An erster Stelle sollten bei der Urlaubsplanung die Wünsche der Familie stehen. Es sind keine positiven Effekte zu erwarten, wenn die Familie beispielsweise wegen des Reizklimas an die Nordsee fährt, die Mehrzahl der Familienmitglieder jedoch viel lieber ans Mittelmeer fahren würde. Konflikte sind hier vorprogrammiert. Wenn die anderen regelmäßig wegen einem Familienmitglied "zurückstecken" müssen, entstehen Spannungen, welche die Heilung nicht fördern. In manchen Fällen kann die Bevorzugung einer bestimmten Urlaubsregion durchaus sinnvoll sein. Besprechen Sie dies am besten mit Ihrem Arzt.

6.2.17 Sonstiges

Sorgen Sie bei allem Stress für einen geregelten Tagesablauf mit ausreichend Schlaf. Suchen Sie Entlastung und lassen Sie auch Ihre Erholungsphasen nicht zu kurz kommen. Bei älteren Kindern können Entspannungsverfahren nützlich sein. Eine UV-Therapie wird bei Kindern nicht empfohlen. Bei schwerer Neurodermitis kann eine Rehabilitationsmaßnahme (siehe auch →[Kapitel 18](#)) erforderlich werden. Neurodermitis-Schulungsprogramme für Eltern und Kinder der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung (AGNES) haben sich bewährt und ihre Effektivität nachgewiesen.

Empfehlungen zur Berufswahl siehe →[Kapitel 6.6](#).

6.2.18 Zusammenfassung

*Die **Neurodermitis** ist eine stark juckende, in der Regel chronisch in Schüben verlaufende entzündliche Hauterkrankung. Sie wird auch als atopische Dermatitis, atopisches Ekzem oder endogenes Ekzem bezeichnet. Mit einem Auftreten von ca. 10 % ist sie die häufigste chronische Hauterkrankung bei Säuglingen und Kleinkindern. Die Haut ist trocken, schuppig oder mit Krusten bedeckt, im akuten Stadium gerötet, evtl. mit Bläschen und nässenden Stellen. Es besteht starker Juckreiz, der die Kinder sehr unruhig, missgelaunt und reizbar machen kann.*

*Auf der Grundlage einer vererbten **Veranlagung** kann eine Vielzahl von **Auslöse- und Verschlechterungsfaktoren** eine Rolle spielen: Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Allergieauslöser wie Hausstaubmilben, Tiere oder Pollen, starke Hitze oder Kälte, mechanische Hautreizungen, psychische Anspannung und Infekte als Stressfaktoren. Diese Faktoren können bei jedem Kind ganz unterschiedlich sein!*

*Als **Komplikationen** einer Neurodermitis können Infektionen der Haut durch Bakterien und Viren, Reizbarkeit durch Juckreiz und Schlaflosigkeit, eventuell auch ein sozialer Rückzug auftreten.*

Unabdingbar für die **Behandlung** jeder Neurodermitis ist eine intensive und der jeweiligen Hautsituation und Jahreszeit angepasste Hautpflege (Stufentherapie der Neurodermitis). Im Sommer braucht die Neurodermitishaut zur Grundpflege eher eine Creme, im Winter eine Salbe. Je nach Hautzustand werden Juckreiz stillende, antiinfektiöse oder antientzündliche Wirkstoffe beigemischt. Bei starkem Juckreiz müssen eventuell innerlich Juckreiz hemmende Medikamente gegeben werden, bei bakteriellen Infektionen Antibiotika.

Die **Kleidung** darf nicht kratzen, muss Schweiß aufsaugen können und soll luftdurchlässig sein.

Ein Säugling mit Neurodermitis sollte möglichst vier Monate voll **gestillt** werden. Mit der Beikost (in der Regel Gemüsebrei) kann begonnen werden, wenn das Kind volle 4 Monate alt ist. Kuhmilch, Hühnerei, Nüsse und Fisch sollten Sie allerdings im Gegensatz zu Kindern, die nicht an einer Neurodermitis leiden, im ersten Lebensjahr vorsichtig und nach Absprache mit dem Kinder- und Jugendarzt einführen. Wichtige Nahrungsmittel (z.B. Milch) dürfen nur nach Allergietestung und gezielter Beratung und Überwachung durch den Arzt oder eine Ernährungsberaterin weggelassen werden, da ansonsten vor allem bei kleinen Kindern eine Mangelernährung droht.

Die Neurodermitis nimmt einen **Verlauf** in Schüben mit erscheinungsfreien oder erscheinungsarmen Phasen und Verschlechterungsphasen. Bei den meisten Kindern kommt es glücklicherweise bis zum Schulalter zu einer deutlichen Besserung des Hautzustandes. Die Neigung zu trockener Haut bleibt allerdings bestehen. Es besteht jedoch weiterhin eine erhöhte Allergiebereitschaft (z.B. auf Pollen, Tiere, Hausstaubmilben) und ein erhöhtes Asthmarisiko.

6.3 Kontaktallergie

Die fünfzehnjährige Tanja trägt gerne Modeschmuck. In den letzten Wochen macht ihr dies jedoch nur halb so viel Spaß wie zuvor. An den Ohrfläppchen juckt es. Am Hals haben sich kleine juckende Bläschen gebildet. Auch am Bauch, wo der Jeansknopf an der Bauchhaut anliegt, hat sich ein Ausschlag gebildet.

Sie geht zu ihrer Ärztin, die eine allergische Reaktion auf die im Schmuck enthaltenen Metalle vermutet und Tanja zu einem Allergologen überweist. Beim Allergologen wird ein Pflastertest am Rücken angelegt, der nach drei Tagen abgelesen wird: Tanja reagiert allergisch auf Nickel. Tanja erfährt, dass sie keinen Schmuck, der Nickel enthält, mehr tragen darf. Auch Jeansknöpfe können Nickel enthalten. Sie muss darauf achten, dass diese Knöpfe nicht mehr direkt mit der Haut in Berührung kommen. Für Schmuck muss sie jetzt leider mehr Geld ausgeben: edlere Metalle machen allergologisch fast nie Probleme.

6.3.1 Was ist eine Kontaktallergie bzw. Kontaktekzem?

Als Ekzem bezeichnet man eine nicht ansteckende Entzündung der Haut. Wird diese Entzündung durch äußerlich einwirkende Auslöser hervorgerufen, so spricht man von einem Kontaktekzem, bei allergischen Auslösern von einem allergischen Kontaktekzem oder einer Kontaktallergie. Etwa 7% der Bevölkerung leiden an einer Kontaktallergie.

6.3.2 Wie äußert sich ein Kontaktekzem?

- **Akutes Kontaktekzem**

Das akute Kontaktekzem (= Kontaktdermatitis) äußert sich im mildesten Fall als Hautrötung. Meist entstehen jedoch stark juckende Bläschen, welche platzen, die Haut nässt und es bilden sich Krusten. Die Reaktion folgt innerhalb von Stunden nach Kontakt mit dem Auslöser. Die Hauterscheinungen sind meist auf die Stellen beschränkt, an denen die Haut mit dem Auslöser in Kontakt gekommen ist, sie können sich jedoch auch

darüber hinaus ausdehnen. Wenn der Auslöser nur kurz einwirkt, heilt die Entzündung wieder völlig ab.

- **Chronisches Kontaktekzem**

Wirken die Reize längere Zeit auf die Haut ein, so wird sie trocken-schuppig, rissig und verdickt (= lichenifiziert). Die Entzündung heilt nur noch schwer ab. Das häufigste chronische Kontaktekzem ist das Handekzem.

6.3.3 Wie entsteht eine Kontaktallergie?

Bei der Kontaktallergie läuft bei entsprechend veranlagten Personen nach Kontakt mit einer allergieauslösenden Substanz (= Allergen) eine allergische Reaktion vom Spättyp (Typ IV, *siehe* →*Kapitel 16*) ab. Diese Immunreaktion entwickelt sich in der Regel erst im Verlauf von Jahren nach immer wiederkehrendem Kontakt mit dem Auslöser und ist daher bei Kindern unter zehn Jahren seltener anzutreffen. Eine Allergieentwicklung ist jedoch in Ausnahmefällen auch in deutlich kürzerer Zeit möglich. Gefährdet sind vor allem Personen, die mit den unten genannten Substanzen regelmäßig umgehen, beispielsweise im Haushalt, im medizinischen Bereich durch häufiges Händewaschen oder bei Friseuren.

Die häufigsten **Auslöser** von Kontaktallergien (= Kontaktallergene) bei Kindern sind in →*Tabelle 6-3* aufgeführt. Der bedeutendste Auslöser ist weiterhin Nickel. Zunehmend häufiger werden Kontaktallergien auf Henna-Tattoos zum Problem (*siehe* →*Abbildung 6-8*). Der Allergieauslöser ist hierbei nicht Henna selbst, sondern das zur Steigerung der Farbintensität und Haltbarkeit zugesetzte Paraphenyldiamin (PPD). Bei Erwachsenen spielen berufsbezogene Stoffe eine große Rolle.



Abbildung 6-8: Allergisches Kontaktekzem auf ein Henna-Tattoo



Abbildung 6-9: Irritative Kontaktdermatitis: Windeldermatitis

Tabelle 6-2: Die häufigsten Kontaktallergene im Kindesalter

- **Metalle:** insbesondere Nickel (in Modeschmuck, Metallknöpfen, Gürtelschnallen, Ösen und anderen) und Kobalt
- **Duftstoffe,** z.B. Duftstoffmix, Perubalsam
- **Medikamente:** Lokalanästhetika (Neomycin, Bacitracin), Bufexamac, Lokalanästhetika,
- **Wollwachsalkohole** in Cremes, Lotionen
- **Farbstoffe:** Kaliumdichromat in Leder, PPD in Henna
- **Konservierungsmittel:** Thiomersal, Formaldehyd, Paraben, Quaternium-15, Kathon CG
- **Hilfsstoffe bei der** Gummiherstellung, z.B. Thiurame, Carbaverbindungen
- **Klebstoffe,** z.B. Kolophonium
- **Desinfektionsmittel,** z.B. Formaldehyd
- **Pflanzen,** häufig in Kombination mit Sonnenlicht

6.3.4 Sonderformen der Kontaktallergie

- Bei einer starken Nickel-Allergie kann auch z.B. durch Kochtöpfe freigesetztes und mit der Nahrung aufgenommenes Nickel auf dem Blutwege in die Haut gelangen und das Ekzem verschlechtern.
- Kommen die Allergieauslöser, z.B. Pollen, über die Luft mit der Haut in Kontakt spricht man von einer aerogenen Kontaktdermatitis.
- Bei der Photokontaktallergie muss neben der auslösenden Substanz (z.B. Arzneimittel oder Kosmetika) zusätzlich Sonnenlicht auf die Haut einwirken, damit es zur allergischen Immunreaktion und Kontaktdermatitis kommt. Eine Photokontaktallergie zeigt sich innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen.

6.3.5 Nicht allergische Kontaktekzeme

Nicht immer sind Allergieauslöser, sondern andere Reize für ein Kontaktekzem verantwortlich.

- **irritativ-toxisches Kontaktekzem**

Das irritativ-toxische Kontaktekzem kommt durch eine Schädigung der Haut durch chemische und physikalische Reize zustande. Es kann bei entsprechender Dosis und Einwirkungsdauer bei jeder Person auftreten. Allergische Reaktionen laufen im Anfangsstadium nicht ab. Durch Verlust der Schutzfunktionen der Haut kann jedoch im weiteren Verlauf eine Kontaktallergie dazukommen und das Ekzem weiter verschlechtern.

Die wichtigsten Auslöser eines irritativ-toxischen Kontaktekzems sind Wasser, Seifen, Reinigungsmittel, Säuren, Laugen, Lösungsmittel. Eine mechanische Hautreizung kann den Prozess der Hautschädigung verstärken. Der Windelausschlag beim Säugling ist ein Beispiel einer irritativ-toxischen Kontaktdermatitis (*siehe →Abbildung 6-9*). Er wird durch den Kontakt mit Urin, Stuhl und eventuellen Resten von Reinigungsmitteln hervorgerufen und kann durch eine zusätzliche Infektion mit Pilzen kompliziert werden. Auch häufiges und ausgedehntes Schaumbaden kann eine irritativ-toxische Kontaktdermatitis auslösen. Ein weiteres Beispiel bei Kindern ist das durch Speichel hervorgerufene Leckekzem am Mund.

- **Photokontaktdermatitis**

Bestimmte Substanzen bewirken zusammen mit Sonnenlicht eine nicht allergische Entzündung der Haut. Die häufigste nicht allergische Ursache bei Kindern sind Furocumarine in Pflanzen, z.B. im Wiesenbärenklau. Eine Photokontaktdermatitis zeigt sich innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen nach Kontakt mit der auslösenden Substanz.

6.3.6 Wie diagnostiziert man ein allergisches Kontaktekzem?

Die entscheidenden Hinweise liefert bereits die Anamnese zur Krankheitsentwicklung und möglichen auslösenden Substanzen, mit denen die Haut in Berührung gekommen ist. Es folgt die körperliche Untersuchung. Beim Verdacht auf eine Allergie wird ein Pflastertest (= Patchtest) durchgeführt, bei dem die möglichen Auslöser auf der Haut getestet werden (*siehe* → [Kapitel 3.5](#)). Eine Rötung mit Bildung von Bläschen und Knötchen zeigt, dass die Haut allergisch auf die betreffende Substanz reagiert.

6.3.7 Therapie des Kontaktekzems

Bei jeder Kontaktdermatitis ist das oberste Prinzip die Meidung des Auslösers, ansonsten ist keine Heilung möglich. Dies ist bei einer Nickelallergie durch Modeschmuck noch relativ einfach zu bewerkstelligen. Schwieriger wird es bei beruflichen Allergenen. Wo kein Schutz z.B. mit Handschuhen möglich ist, muss unter Umständen sogar der Arbeitsplatz gewechselt werden. Bei der Photokontaktdermatitis muss die Sonne gemieden werden bzw. ein (möglichst textiler) Sonnenschutz verwendet werden.

Im Akutstadium der Kontaktdermatitis werden kühlende feuchte Umschläge z.B. mit Eichenrindezusatz mehrmals täglich für zehn bis fünfzehn Minuten verabreicht. Bei schweren Fällen müssen unter Umständen kurzzeitig Kortisoncremes angewendet werden. Die weitere Behandlung erfolgt dann mit einer Pflegecreme oder -salbe. Die Windeldermatitis wird mit einer Zinkpaste behandelt.

6.3.8 Vorbeugung von Kontaktekzemen

Die Vorbeugung allergischer Reaktionen an der Haut beginnt bereits im Säuglingsalter. Zur Hautreinigung genügt meist Wasser ohne Seife. Zum Baden ist ein Badezusatz normalerweise nicht erforderlich. Bei Bedarf kann zur Hautreinigung eine milde Babyseife oder ein Syndet verwendet werden. Ein guter Duft ist nicht unbedingt das beste Auswahlkriterium bei solchen Präparaten.

Auch nach dem Säuglings- und Kindesalter sollte bei Hautreinigungs- und Pflegemitteln auf allergenarme Präparate geachtet werden. Viele Duft- und Konservierungsstoffe sind potenzielle Allergieauslöser. Ein sorgfältiges Abtrocknen der Hände nach dem Händewaschen verhindert feuchtigkeitsbedingte Hautreizungen. Schmuck oder Ohrstecker (bei Kindern am besten sowieso vermeiden) sollten aus hochwertigen allergenarmen Materialien gefertigt sein. In gefährdeten Berufen (z.B. Friseur) sollte mit Hautschutz und Handschuhen gearbeitet werden.

6.3.9 Zusammenfassung

*Das **allergische Kontaktekzem** kommt durch den Kontakt allergieauslösender Substanzen mit der Haut zustande. Es äußert sich als juckende Hautrötung mit Bildung von Bläschen, Knötchen und Krusten. Häufige Auslöser sind Metalle wie Nickel in Modeschmuck oder Jeansknöpfen sowie Konservierungs- und Duftstoffe in Kosmetika. Die Diagnose erfolgt durch den Pflastertest.*

*Die **irritativ-toxische Kontaktdermatitis** wird durch die Haut reizende aggressive Substanzen wie Reinigungsmittel, Säuren und Laugen verursacht.*

Die auslösenden Substanzen müssen streng gemieden werden.

6.4 Nesselausschlag (Urtikaria)

Der dreijährige Paul hatte seit zwei Tagen Husten und Fieber. Die Kinderärztin hatte eine Bronchitis festgestellt. Die Mutter machte Wadenwickel und gab Paul viel zu trinken. Am dritten Tag traten plötzlich weiße erhabene Flecken mit einem roten Saum auf. Sie sahen so ähnlich aus, als Paul sei Paul in Brennesseln gefallen. Die Flecken juckten stark und wechselten rasch ihren Ort, sie wanderten innerhalb von zwei Stunden von den Armen zu den Beinen und ins Gesicht.

Pauls Mutter war sehr beunruhigt und stellte Paul bei der Kinderärztin vor. Nach einer gründlichen Untersuchung konnte diese die Mutter beruhigen. Es handelte sich um einen Nesselausschlag, hervorgerufen durch den Virus, der auch die Bronchitis ausgelöst hatte. Paul erhielt juckreizstillende Tropfen. Nach vier Tagen waren die Bronchitis und der Nesselausschlag abgeklungen.

6.4.1 Was ist ein Nesselausschlag?

Ein **Nesselausschlag** (auch **Nesselsucht** oder **Urtikaria** genannt) kommt meistens plötzlich und unerwartet. Man versteht darunter flüchtige, juckende, weißlich rötlich gefärbte Erhebungen der Haut (= Quaddeln), die aussehen, als sei man in Brennesseln gefallen. Die Quaddeln und die umgebende Rötung können stecknadelkopf- bis handteller groß sein und den Ort rasch wechseln. Meist besteht ein ausgeprägter Juckreiz (siehe →Abbildung 6-10).



Man unterscheidet einen **akuten** Nesselausschlag, der plötzlich auftritt und in der Regel nach einigen Tagen wieder verschwunden ist von einem **chronischen** Nesselausschlag, der über mehr als 6 Wochen immer wieder in Erscheinung tritt.

Abbildung 6-10: Nesselausschlag am Oberschenkel

6.4.2 Ist ein Nesselausschlag gefährlich?

Ist der Nesselausschlag nur auf die Haut beschränkt, ist er zwar lästig, aber ungefährlich. Tritt er jedoch im Rahmen einer Allgemeinreaktion z.B. bei einer Insektengift- oder Nahrungsmittelallergie gemeinsam mit Atemnot, Zungenschwellung, Kreislaufschwäche oder anderen bedrohlichen Symptomen auf, ist rasche ärztliche Hilfe und Abklärung der Ursache unbedingt erforderlich.

6.4.3 Was sind die Ursachen eines Nesselausschlags?

Unterschiedliche Auslöser führen durch Freisetzung von Histamin und anderen Botenstoffen zu Ausschlag und Juckreiz. Diese Auslöser können durch direkten Kontakt mit der Haut oder aber von innen heraus wirksam werden. Es kommt auch vor, dass mehrere Faktoren zusammenwirken müssen, damit sich eine Urtikaria zeigt: z.B. Virusinfekt + Antibiotikum, körperliche Anstrengung + Nahrungsmittel.

Die wichtigsten Ursachen für einen Nesselausschlag bei Kindern und Jugendlichen sind:

• **Infektausgelöster Nesselausschlag**

Dies ist bei Kindern die mit Abstand häufigste Form. Sie tritt akut im Rahmen von ganz unterschiedlichen Infektionen wie grippalen Infekten, Mittelohr- oder Rachenentzündungen auf und verschwindet mit Ausheilen des Infekts wieder. Oft werden zu Unrecht Medikamente, die wegen des zugrundeliegenden Infektes gegeben werden, als Auslöser angeschuldigt. Ein Medikament (z.B. ein Antibiotikum) und ein Infektionserreger können jedoch ursächlich zusammenwirken, das Medikament wirkt dann als sogenannter Kofaktor. Wenn möglich, wird man in einem solchen Fall alle nicht unbedingt erforderlichen Medikamente absetzen.

• **Allergischer Nesselausschlag**

Eine Vielzahl von Allergieauslösern kann einen Nesselausschlag verursachen. In Frage kommen vor allem Nahrungsmittelallergene wie eine Kuhmilch oder Hühnereiweiß, Insektengift-, Arzneimittel-, Inhalations-, und Tierallergene.

• **Pseudoallergischer (allergieähnlicher) Nesselausschlag**

Pseudoallergische Reaktionen gibt es vor allem auf Medikamente (z.B. Fieber- und Schmerzmittel), Konservierungs- und Farbstoffe. Pseudoallergisch bedeutet, dass die Symptome zwar einer Allergie ähneln, jedoch vom Immunsystem keine Allergieantikörper gebildet werden.

• **Toxischer Nesselausschlag**

z.B. durch Hautkontakt mit Brennesseln oder Quallen. Fast jeder hat einen Nesselausschlag schon bei sich nach einem Hautkontakt mit Brennesseln erlebt. Bei Reaktionen auf Wiesengräser spielt oft noch die Sonneneinstrahlung eine Rolle (phototoxische Reaktion). Schwellungen nach Insektenstichen, die nicht allergisch bedingt sind, sind überwiegend auf eine direkte Histaminausschüttung durch das Insektengift zurückzuführen.

• **Nesselausschlag durch physikalische Einflüsse**

Kratzen, Druck, Wärme, Kälte, Licht u.a. können eine meist chronisch verlaufende Nesselsucht auslösen. Beispiele sind die Urtikaria faktitia (ausgelöst durch Kratzen oder Druck) und die Kälteurtikaria, wenn die Haut durch kaltes Wasser oder nach dem Baden im Freien durch den Wind abgekühlt wird.

• **Würmer und andere Parasiten**

können einen hartnäckigen Nesselausschlag verursachen.

• **Unbekannte Ursachen**

Bei einem Teil des zum Glück im Kindesalter seltenen chronischen Nesselausschlags lassen sich auch bei intensivster Suche keine Ursachen finden.

6.4.4 Diagnostische Maßnahmen bei Nesselsucht

Tritt ein Nesselausschlag einmalig im Rahmen eines Infektes ohne sonstige Begleitsymptome auf und verschwindet nach einigen Tagen wieder, braucht das Kind nicht mit weiteren Untersuchungen belastet zu werden. Ist ein Nesselausschlag jedoch von Symptomen wie Atemnot, Zungenschwellung oder Kreislaufschwäche begleitet oder treten häufige Schübe auf, ist eine eingehende Ursachenabklärung einschließlich Allergietestung erforderlich.

6.4.5 Was kann bei einem Nesselausschlag getan werden?

- Bei einem örtlich begrenzten Nesselausschlag bringt oft das Auflegen eines kühlen, feuchten Tuches Linderung.
- Bei ausgedehnter Nesselsucht werden innerlich einzunehmende **Antihistaminika** (z.B. Aeri[®], Cetirizin, Fenistil[®], Loratadin, Tavegil[®], Xusal[®]) verabreicht.

- Bei bekannten Insektengift- oder schweren Nahrungsmittelallergien wird die vom Arzt verordnete Notfallapotheke angewendet.
- Bei Allgemeinsymptomen (s.o.) muss unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden.
- Bekannte Auslöser müssen natürlich möglichst streng gemieden werden.
- Die Therapie der chronischen Nesselsucht ist oft schwierig und hängt von der zugrundeliegenden Störung ab.

6.4.6 Zusammenfassung

Ein **akuter Nesselausschlag** (akute Urtikaria) ist bei Kindern meist durch einen Infekt ausgelöst. Es zeigen sich flüchtige, juckende, weißlich rötlich gefärbte Erhebungen der Haut (= Quaddeln), die aussehen, als sei man in Brennesseln gefallen. Ist der Nesselausschlag nur auf die Haut beschränkt, ist er zwar lästig, aber ungefährlich. Tritt er jedoch im Rahmen einer Allgemeinreaktion z.B. bei einer Insektengift- oder Nahrungsmittelallergie gemeinsam mit Atemnot, Zungenschwellung, Kreislaufschwäche oder anderen bedrohlichen Symptomen auf, ist rasche ärztliche Hilfe und Abklärung der Ursache unbedingt erforderlich. Beim **chronischen Nesselausschlag** (Dauer länger als 6 Wochen) ist die Ursachenfindung oft schwierig.

6.5 Sonnenallergie

Die dreizehnjährige Jessica steht auf braune Haut. Bei den ersten kräftigen Sonnenstrahlen nimmt sie ausgedehnte Sonnenbäder. Sie weiß natürlich, dass zu viel ultraviolette Strahlung ungesund ist und reibt sich kräftig mit ihrem wohlduftenden Sonnenschutzmittel ein. Am Samstag geht noch alles gut. Am Sonntagabend aber sind ausgedehnte Bezirke der Haut rot, es zeigen sich kleine Knötchen und es juckt furchtbar. Jessica hält das Ganze zunächst für einen Sonnenbrand.

Als sie trotz vorsichtiger Besonnung und Sonnenschutzmittel am nächsten Wochenende wieder denselben Hautausschlag bekommt, kommt ihr die Sache doch spanisch vor und sie geht zu ihrer Kinder- und Jugendärztin. Diese begutachtet Jessicas Haut und lässt sich als erstes das verwendete Sonnenschutzmittel zeigen. Das Verzeichnis der Inhaltsstoffe erhärtet ihre erste Vermutung: sie entdeckt einen verdächtigen Emulgator darauf. Sie empfiehlt Jessica ein Präparat mit weniger allergieauslösenden Substanzen und bespricht mit ihr die schädlichen Auswirkungen von zu viel Sonnenlicht. Falls auch mit dem neuen Präparat Hautreaktionen auftreten sollten, müsse ein ausführlicher Allergietest gemacht werden. Dieser war jedoch nicht nötig, das neue Sonnenschutzmittel ohne diesen Emulgator machte keine Probleme.

6.5.1 Was ist eine Sonnenallergie?

Die so genannte Sonnenallergie ist die häufigste durch Sonneneinwirkung hervorgerufene Hauterkrankung. Die medizinische Bezeichnung polymorphe Lichtdermatose (polymorph = vielgestaltig; Dermato = Hauterkrankung) weist darauf hin, dass das Erscheinungsbild sehr bunt sein kann. Mehrere Stunden bis wenige Tage nach intensiver Sonnenbestrahlung treten Juckreiz, rote Flecken, juckende Knötchen und Bläschen, selten auch größere Blasen auf. Ein starker Juckreiz kann das Wohlbefinden deutlich beeinträchtigen. Alle nicht vor Sonne geschützten Körperteile, insbesondere Gesicht, Hals und Brustausschnitt, Streckseiten der Arme, Handrücken und Beine können betroffen sein. Die Hauterscheinungen dauern bei Vermeidung weiterer Sonnenbelastung mehrere Tage an und heilen ohne Narbenbildung ab. Es erkranken vor allem junge Erwachsene und zunehmend auch Kinder.

6.5.2 Ursachen

Die Sonnenallergie ist keine Allergie im engeren Sinne, das heißt, ein bestimmter Allergieauslöser konnte nicht nachgewiesen werden. Als auslösender Faktor steht lediglich die ultraviolette Strahlung der Sonne fest, welche eine Entzündung in der Haut auslöst. Beim überwiegenden Anteil der Betroffenen wird die Sonnenallergie durch die UV-A, seltener durch die UV-B Strahlung hervorgerufen.

6.5.3 Diagnose

Die Diagnose einer Sonnenallergie wird durch die typische Vorgeschichte und den Hautbefund gestellt.

Abgegrenzt werden müssen vor allem **photoallergische Reaktionen**: bei diesen kommt es durch das Zusammenwirken von Sonnenlicht und Allergieauslösern zu einem Hautausschlag mit Hautrötung, Bildung von Bläschen oder Blasen. Am bekanntesten ist die **Wiesengräserdermatitis**, bei der es nach Kontakt mit Wiesengräsern und anschließender Sonnenbestrahlung zum Hautausschlag kommt. Furocumarine sind hier das Allergen. Furocumarine sind auch in ätherischen Ölen und als Duftstoffe in **Kosmetika** enthalten, sodass an den lichtzugängigen Stellen, an denen beispielsweise das Parfüm aufgetragen wurde, eine Hautreaktion entsteht. Auch **Sonnenschutzmittel** können photosensibilisierende Substanzen wie Paraaminobenzoessäure oder Benzophenone enthalten, sodass bei einer Sonnenallergie auch an diese Auslöser gedacht werden muss (Mallorca-Akne). Zahlreiche **Medikamente** können auch bei innerlicher Anwendung als Photoallergen wirken, beispielsweise Antibiotika wie Sulfonamide, Tetrazykline, harntreibende Mittel oder Arzneimittel gegen Herzrhythmusstörungen. Viele dieser Medikamente werden jedoch bei Kindern nicht oder nur selten angewendet.

6.5.4 Therapie

Im Akutstadium darf bei der **Sonnenallergie** die Haut keiner weiteren Sonnenstrahlung ausgesetzt werden. Örtlich kommen die Entzündung hemmende und den Juckreiz lindernde Maßnahmen wie Kühlung, Zinkschüttelmixturen, in schweren Fällen auch Kortisoncremes zum Einsatz. Gegen den Juckreiz können Antihistaminika (z.B. Cetirizin, Loratadin) eingenommen werden.

Bei dem Verdacht oder Nachweis von **photoallergischen Reaktionen** dürfen zusätzlich mögliche Auslöser nicht mehr mit der Haut in Kontakt gebracht werden. Verdächtige Medikamente müssen abgesetzt oder durch ähnlich wirkende Präparate aus einer anderen Substanzgruppe ersetzt werden.

6.5.5 Verlauf und Vorbeugung

Bei den meisten Betroffenen beginnt die Sonnenallergie in den ersten sonnenreichen Tagen des Jahres und verläuft im Frühjahr und Sommer in Schüben wiederkehrend über viele Jahre. Im Verlauf eines Jahres tritt bei der Mehrzahl jedoch ein Gewöhnungseffekt ein, sodass dann auch höhere UV-Dosen keine Sonnenallergie mehr auslösen. Daher sind die behutsame Gewöhnung an das Sonnenlicht, soweit möglich die Verwendung von textilem Sonnenschutz sowie die Anwendung von Sonnenschutzmitteln, welche das UV-A und UV-B Spektrum herausfiltern, die wichtigsten vorbeugenden Maßnahmen. Zur Prophylaxe eingenommene Medikamente (z.B. Beta-Karotin) haben keine überzeugende Wirksamkeit zeigen können. Selbstverständlich ist besonders bei Kindern ein guter Sonnenschutz auch zur Vorbeugung gegen Sonnenbrand und Hautkrebs unabdingbar!

6.5.6 Zusammenfassung

Bei der **Sonnenallergie** (polymorphe Lichtdermatose) entstehen nach Sonnenbestrahlung kleine juckende Knötchen an der Haut. Die Ursache ist eine direkt schädigende Wirkung des Sonnenlichts, eventuell sind auch allergische Mechanismen mitbeteiligt. Durch das Zusammenwirken von Sonnenlicht und allergieauslösenden Substanzen (z.B. Wiesengräser, Konservierungs- und Duftstoffe) kommt es zu **photoallergischen Reaktionen**. Eine wichtige vorbeugende Maßnahme bereits in jungen Jahren ist, die Haut langsam an die Sonnenstrahlen zu gewöhnen und keine zu langen Sonnenbäder zu nehmen. Dies wird mit Dünnerwerden der Ozonschicht immer wichtiger.

6.6 Berufswahl bei Allergien der Haut und Ekzem

Bei Jugendlichen mit Allergien der Haut und Ekzem spielt bei der Berufswahl die Belastung durch Allergieauslöser und andere Belastungsfaktoren am zukünftigen Arbeitsplatz eine besondere Rolle. Eine gründliche Vorbereitung und Planung der Berufswahl ist erforderlich.

6.6.1 Wer ist gefährdet?

Die überwiegende Mehrzahl der beruflich bedingten Hauterkrankungen sind Handekzeme. Besonders gefährdet sind Personen, bei denen

- 1) ein Ekzem der Hände aufgrund einer Neurodermitis, einer Kontaktallergie oder anderer chronischer Reizeinflüsse besteht oder
- 2) Allergieauslöser bekannt sind, die bei der geplanten Tätigkeit nicht zu vermeiden sind.

6.6.2 Wo kann ich mich informieren?

Die erste medizinische Anlaufstelle ist der behandelnde Kinder- und Jugendarzt bzw. Allergologe. Er kann aufgrund der vorliegenden Befunde darüber informieren, welche Risiken und Belastungsfaktoren vermieden werden sollten, welche Berufsbilder am geeignetsten sind und welche vorbeugenden Maßnahmen getroffen werden können. Der Berufsberater beim Arbeitsamt kann dann auf diesen Informationen aufbauend über mögliche Berufswege beraten, vorhandene Ausbildungsstellen vermitteln oder vor der Berufsausbildung eine Berufsfindung, eine Arbeitserprobung oder einen Förderlehrgang vorschlagen.

6.6.3 Welche Belastungsfaktoren muss ich meiden?

Die Ekzemhaut ist weniger belastbar und reguliert schlecht die Wärme. Jugendliche mit Hautallergien oder Ekzem (insbesondere im Bereich der Hände) oder mit besonderen Risikofaktoren für diese Erkrankungen sollten daher Berufe mit folgenden Belastungsfaktoren meiden:

- starke Hautverschmutzung (häufige und intensive Händereinigung erforderlich),
- Feuchtigkeitsbelastung (regelmäßig mehr als 2 Stunden feuchter Hautkontakt bzw. Tragen feuchtigkeitsdichter Handschuhe),
- Kontakt mit bekannten oder aggressiven Allergieauslösern,
- Kontakt mit hautreizenden Stoffen,
- Hitzebelastung.
- Aus ästhetischen Gründen wird zudem der ständige Kontakt mit unverpackten Lebensmitteln nicht empfohlen.

Liegen zusätzlich Inhalationsallergien (z.B. auf Tierhaare oder Schimmelpilze) oder Nahrungsmittelallergien vor, erschwert dies die Berufswahl zusätzlich (*siehe auch* →[Kapitel 5.4.24](#) "Berufswahl bei Allergien der Atemwege und Asthma"). Zudem besteht die Neigung zur Allergieausweitung, das heißt, dass sich bei bereits bestehenden Allergien bei entsprechendem Kontakt weitere Allergien entwickeln können. Allerdings können sich auch bei bisher Gesunden im Laufe des Berufslebens noch Allergien entwickeln.

6.6.4 Welche Berufe sind zu empfehlen bzw. zu meiden?

Die Berufswahl bei Jugendlichen mit Allergien der Haut und Ekzem ist immer eine individuelle Entscheidung, die nach entsprechender eingehender Beratung mit dem Arzt und dem Berufsberater getroffen werden sollte. Unter Umständen müssen je nach Ursachen und Schweregrad der Erkrankung nicht immer alle oben genannten Einschränkungen eingehalten werden. Oft kann auch durch entsprechende Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz der Kontakt mit Allergie- oder Reizstoffen deutlich reduziert werden, die Berufsgenossenschaften haben dazu entsprechende Empfehlungen und Vorschriften herausgegeben. Latexallergiker müssen Schutzhandschuhe aus Latex generell meiden.

Die folgenden *Tabellen 6-3, 6-4* und *6-5* zeigen Beispiele von besonders hautbelastenden, hautbelastenden und wenig hautbelastenden Berufen und sollen als Entscheidungshilfe dienen.

Vor allem die besonders hautbelastenden Berufe in Tabelle 6-3 sind für Jugendliche mit Handekzem sehr problematisch. Je nach Tätigkeitsgebiet können jedoch bestimmte Berufsfelder durchaus hautverträglich sein, z.B. bei Berufen in der Holzverarbeitung, Schlossern, Mechanikern und Montierern. Daher ist immer die Überprüfung des Einzelfalles erforderlich.

Tabelle 6-3: Beispiele für besonders hautbelastende Berufe (Quelle: Prof. Diepgen)
Die Hautbelastung nimmt von oben nach unten ab

- Friseur
- Bäcker
- Galvaniker
- Florist
- Konditor
- Fliesen-, Estrichleger
- Lötter
- Maschinist
- Metalloberflächenbearbeiter
- Zahntechniker
- Koch
- Berufe im Gesundheitswesen (z.B. Kranken- und Altenpfleger)
- Mechaniker
- Leder-, Fellverarbeiter
- Metallerzeuger
- Maler, Lackierer
- Montierer

*Tabelle 6-4: Beispiele für hautbelastende Berufe (Quelle: Prof. Diepgen)
Die Hautbelastung nimmt von oben nach unten ab*

- ➔ Bauarbeiter
- ➔ Ernährungsberufe mit Feuchtbelastung (z.B. Fleischer, Gemüsezubereiter)
- ➔ chemische Berufe (z.B. Laborant)
- ➔ Berufe in Hauswirtschaft, Reinigungsdiensten, Gaststättengewerbe
- ➔ Kunststoffverarbeiter
- ➔ Drucker
- ➔ holzverarbeitende Berufe
- ➔ Schlosser

Tabelle 6-5: Beispiele für wenig hautbelastende Berufe

- ✓ Büro- und Verwaltungsberufe
- ✓ kaufmännische Berufe
- ✓ technische und künstlerische Planungsberufe
- ✓ pädagogische und soziale Berufe
- ✓ therapeutische Berufe (z.B. Logopäde, Musiktherapeut)
- ✓ Informatikberufe
- ✓ journalistische Berufe
- ✓ industrielle Produktionsberufe an belastungsfreien Arbeitsplätzen

6.6.5 Zusammenfassung

Die **Berufswahl** muss bei Allergien der Haut und Ekzem sorgfältig geplant werden. Stark die Haut belastende Berufe sowie Berufe mit engem Kontakt zu potenten Allergieauslösern sind ungünstig.

