

DIE ATOPISCHE DERMATITIS/ NEURODERMITIS

Entsprechend der AWMF-Leitlinie (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen-Medizinischen Fachgemeinschaften) ist die Neurodermitis eine chronische oder chronisch wiederkehrende Hautkrankheit mit altersentsprechender Ausprägung, die zumeist mit starkem Juckreiz einhergeht.

NEURODERMITIS ODER ATOPISCHE DERMATITIS?

Obwohl sich international längst die Bezeichnung »atopische Dermatitis« (AD) durchgesetzt hat, halten die deutschen Der-



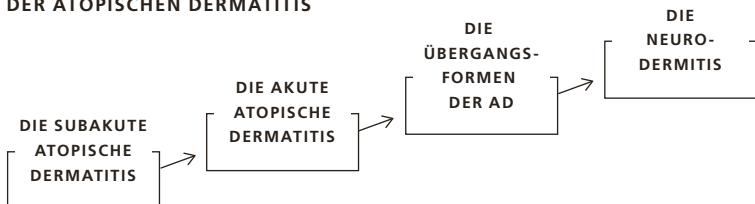
Abbildung 1: Dr. Liffler mit Jan

matologen an dem überholten Begriff »Neurodermitis« fest, weil sich dieser im deutschen Sprachgebrauch eingebürgert habe. Tatsächlich lenkt die Bezeichnung von der Tatsache ab, dass es sich zunächst nicht um eine einheitliche Hautkrankheit, sondern um eine Erkrankung des atopischen Formenkreises handelt, die mit dem klassischen Bild der Neurodermitis nichts zu tun hat. Die Neurodermitis ist in der Tat eine chronische Hautkrankheit, die eine andere Behandlungsweise erfordert.

Die atopische Dermatitis (AD) entwickelt sich bei etwa der Hälfte der betroffenen Kinder in den ersten sechs Lebensmonaten, in 60 Prozent der Fälle im ersten Lebensjahr und in über 70 bis 85 Prozent der Fälle vor dem fünften Lebensjahr. Bis zum Schuleintritt sind etwa 60 Prozent der erkrankten Kinder symptomfrei. Bis dahin zeigen diese Kinder so gut wie nie die Merkmale der klassischen Neurodermitis.

In seltenen Ausnahmefällen, wenn beispielsweise beide Eltern unter Neurodermitis leiden, kann selbst ein Säugling von Beginn an mit dem Vollbild der Neurodermitis erkranken. Nur ein geringer Teil der AD-Fälle entwickelt sich zur Neurodermitis. Die Zunahme der chronisch kranken Eltern erhöht allerdings das Risiko primär chronisch kranker Kinder. Diese Entwicklung kann nur im Wege eines vollständigen Paradigmenwechsels, d. h. eines Umdenkprozesses, gestoppt werden. In den weiteren Ausführungen wird deshalb zwischen der atopischen Dermatitis der Säuglinge und Kleinkinder (AD) und der Hautkrankheit Neurodermitis (ND) mit ihrer klassi-

ENTWICKLUNGSSTUFEN UND VERLAUFSFORMEN DER ATOPISCHEN DERMATITIS



schen Ausprägung unterschieden. Die Ausdehnung und Intensität der Hautentzündung wird mit dem SCORAD ausgedrückt.

PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE DER ATOPISCHEN DERMATITIS

Warum die Haut der Spiegel der Seele ist

Die Haut prägt das Erscheinungsbild des Menschen und erlaubt Rückschlüsse auf emotionale Vorgänge. Redewendungen wie »unter die Haut gehen«, »aus der Haut fahren«, »sich nicht wohlfühlen in seiner Haut«, »unangenehm berührt sein« und viele mehr zeigen die enge Beziehung der Haut zum zentralen Nervensystem. Tatsächlich gibt es diese Beziehung bei keinem anderen Organ als bei der Haut. Sie und ein großer Teil der Schleimhäute entstammen entwicklungsgeschichtlich dem artgleichen Zelltyp wie das Nervensystem. Die Haut ist ein *Sinnesorgan* und trägt damit zum Entstehen der Sinnesempfindungen bei.

Umgekehrt erfolgt die Übertragung der zentralnervösen Erregung auf kein Organ schneller und auf kürzerem Weg als auf die Haut. Das unwillkürliche Erröten, die Schreckensbleiche, die Zornes- oder Schamesröte, Mundtrockenheit oder der Flush bei sexueller Erregung sind Reaktionen auf unsere Wahrnehmungen oder äußere Einwirkungen, und sie sind, zusammen mit dem Gesichtsausdruck, der Körperhaltung und den Bewegungen, Teil unserer mehr oder weniger unwillkürlichen Kommunikation mit der Umwelt. Die sichtbaren Reaktionen und Veränderungen der Haut haben also auch *soziale Bedeutung*. Sie können etwa der sichtbare Ausdruck eines Konflikts sein.

Konflikte, die unter die Haut gehen

Die atopische Dermatitis entwickelt sich nicht wie jahrzehntelang angenommen unter dem Einfluss von akutem Stress, sondern in-

folge der zunehmende »Dünnhäutigkeit« vorzugsweise in den Wohlstandsgesellschaften westlicher Prägung. Die erhöhte SPS finden wir vor allen unter den 40 Millionen Menschen in der sozialen Mitte. Im Bewusstsein der gebildeten bürgerlichen Mitte wächst das Unbehagen und die Einsicht, dass auch sie von den absehbaren globalen Konflikten nicht verschont bleiben werden. Vor allem die Mütter machen sich Sorgen um die Zukunft ihrer Kinder. Sie ahnen, dass sich ihre Kinder mit Verhältnissen auseinandersetzen werden müssen, für die sie selbst die Verantwortung tragen. In den großen Industrienationen westlicher Prägung besinnen sich seit einem halben Jahrhundert immer mehr Menschen auf ihre gefühlten Bedürfnisse, die einen auf die traditionelle bürgerliche Werteordnung und die Sehnsucht nach Heimat, die anderen auf jahrhundertealte Behandlungsmethoden und die Ernährungsweise der Steinzeitmenschen. Immer mehr Menschen bevorzugen archaische Formen des Zusammenlebens und schwören auf Verhaltensweisen der Naturvölker und Primaten. Die Menschen ahnen, dass wir so nicht weiter machen dürfen und zu einer anderen Form des Zusammenlebens finden müssen, in der das Wir und die Kooperation im Vordergrund stehen.

Sie halten inne und besinnen sich auf ihre eigentlichen Bedürfnisse

Dieser Trend zur Entschleunigung und Besinnung wird im *Attachment parenting*, kurz AP, am sichtbarsten. Das AP geht auf den US-amerikanischen Kinderarzt Dr. William Sears zurück, der seine Thesen von einer bindungsorientierten Elternschaft seit den Achtzigerjahren in seinen Büchern beschrieben hat [17]. Sein wichtigstes Prinzip ist eine positive Bindung zwischen Kindern und Eltern. Seine Theorie: Kinder, die eine sichere Bindung erfahren haben, wachsen zu gesunden und emotional sicheren Individuen heran, die eine gesunde Gesellschaft gewährleisten. Sears' Empfehlungen: Ständiger Körper- und Blickkontakt mit dem Kind, das ständige Tragen des Kindes, Langzeitstillen und selbstbestimm-

tes Abstillen durch das Kind, der Verzicht auf Schlaftraining und stattdessen das Schlafen mit oder in der Nähe des Kindes und die sofortige Zuwendung, wenn das Kind schreit, weil das Schreien grundsätzlich Ausdruck eines nicht befriedigten Bedürfnisses sei. AP-Eltern tendieren auch zur Bevorzugung der »freien und selbstbestimmten Geburten«, zur vegetarischen oder veganen Ernährung von Säuglingen und Kleinstkindern, bevorzugen alternative Heilmethoden und lehnen Schutzimpfungen ab. Sears' Empfehlungen basieren nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern entsprechen ausschließlich Erfahrungen und Vermutungen eines Vaters von acht Kindern. Nicht nur diese Tatsache, sondern auch der missionarische Eifer, mit dem die AP-Anhängerinnen ihre Überzeugungen verbreiten und die Aggressivität, wie sie Andersdenkende attackieren, hat inzwischen eine weltweite, zum Teil heftige kontroverse Diskussion ausgelöst. Trotzdem hat sich das AP ist inzwischen in der gesamten westlichen Welt verbreitet und hat auch in Deutschland zum pädagogischen Mainstream vor allem in der gehobenen Mittelschicht beigetragen.

Ich bewerte die bindungsorientierte Elternschaft ähnlich wie die Soziologin Sharon Saxe. Sie sieht im AP »den idealistischen Versuch, ein gesellschaftliches System, das auf individuellem Egoismus und auf Konkurrenz basiere, durch ein kompensierendes Prinzip selbstloser Mütterlichkeit ins Gleichgewicht zu bringen. Jedoch erfolge jede Form von *intensiver Mutterschaft*, bei der die Bedürfnisse von Kindern systematisch über die ihrer Mütter gestellt werden, zwangsläufig zum wirtschaftlichen und persönlichen Nachteil von Müttern [18]. Einige Ideen des AP gehören heute zu unserem kulturellen Grundrepertoire vernünftiger Elternschaft – etwa Mutter und Kind nicht sofort nach der Geburt zu trennen, Väter stärker einzubeziehen, die Vorzüge von Muttermilch hervorzuheben, die Einbeziehung komplementär-medizinischer Verfahren und dergleichen mehr.

Obwohl ich davon überzeugt bin, dass die Anhänger des AP mit ihrem Verhalten im Grunde genommen dasselbe meinen wie ich, d. h. sich weniger Egoismus und Konkurrent, stattdessen dafür

mehr Wir- Gefühl und Rücksichtnahme wünschen [20], bin ich davon überzeugt, dass das der falsche Weg ist.

Risiken der Überfürsorglichkeit und Überbehütung

1. Nach Auffassung der *modernen Bindungsforschung* wirkt sich ein *überfürsorgliches, überbehütendes und verwöhnen-des Erziehungsverhalten* nachteilig auf die Entwicklung von Kindern aus. In vielen modernen Familien geht die *bindungsorientierte Elternschaft* auf fatale Weise mit der eigenen Bindungsunsicherheit der Eltern Hand in Hand [19]. Wenn eine allzu bemühte Mutter nicht zwischen ihren eigenen Bedürfnissen und denen des Kindes unterscheiden kann, geht man von einer symbiotischen Beziehung aus. Diese wirkt sich häufig negativ auf die kindliche Entwicklung aus, weil es die Mutter nicht schafft, ihr Kind als eigenständige Person wahrzunehmen. So werden Kinder immer häufiger an ihrem Versuch gehindert, den schwierigen Schritt weg von der Familie hin zur Selbstständigkeit zu vollziehen. Die Selbstständigkeitsentwicklung beginnt nicht erst mit dem Laufenlernen, sondern schon im Verlauf des ersten Lebensjahres, wenn das Kind anfängt, sich krabbelnd vorwärtszubewegen. Wenn ein Kind beim kleinsten Stolpern über ein Hindernis sofort von der überängstlichen Mutter aufgefangen und getröstet wird, verwehrt diese ihrem Kind wichtige Erfahrungen mit der Unausweichlichkeit der »Dingwelt«. Der Mut und der Zorn, mit denen sich das Kind dann erneut dem Hindernis zuwendet, werden abgeschwächt oder ausgelöscht. Es lernt sich nicht selbst im Umgang mit der Umwelt kennen. Diese Erklärungen erscheinen mir überzeugender als die etwas angestaubten Annahmen des William Sears aus dem vorigen Jahrhundert.
2. Die Mehrheit der Mütter neurodermitiskranker Kinder verhalten sich genauso wie die »Moms« der AP-Bewegung,

obwohl sie mehrheitlich noch nie etwas vom *Attachment parenting* gehört haben. Sie halten ständig Blick- und Körperkontakt zum Kind und gehen sofort auf die geringste Regung ein. Ein schreiendes Kind können sie nicht ertragen, weil sie ständig meinen, etwas versäumt zu haben. Und die Mütter tragen ihre Kinder den ganzen Tag ebenso mit sich herum wie die AP-Moms und schlafen mit oder in unmittelbarer Nähe ihrer Kinder. Sie stillen ihre Kinder oft länger als notwendig und überlassen es ihnen, den Zeitpunkt des Abstillens zu bestimmen. Die Eltern neurodermitiskranker Kinder bevorzugen auch alternative Heilverfahren und verzögern oder vermeiden die Schutzimpfungen ganz. Seit dem Nachweis der Bedeutung der SPS für die Entwicklung der Atopie erscheint dieses Erziehungsverhalten in einem völlig neuen Licht. Vermehrte Sorgen und Ängste sind charakteristisch für Eltern mit erhöhter SPS. Die Neigung zur Überfürsorglichkeit ist ein charakteristisches Merkmal dieses Persönlichkeitsmerkmals. Es sind vor allem ihre Empfindsamkeit und Beeindruckbarkeit, die dazu führen, dass negative Reize viel früher und intensiver wahrgenommen werden. Diese Menschen haben Probleme mit ihren hohen, oft idealistischen Anforderungen an sich selbst [20]. Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen, gestatten sie mir noch diesen Hinweis: Fürsorgliches, beschützendes Verhalten der Eltern und die liebevolle körperliche Zuwendung sind vor allem bei Säuglingen in den ersten sechs Lebensmonaten normal und wünschenswert. Die Kleinen sind in dieser Phase ihres Lebens darauf angewiesen.

Was können Eltern tun, um die Entwicklung einer AD zu stoppen?

Viele Eltern von Kindern mit atopischer Dermatitis messen die ärztliche Kunst, d. h. den Erfolg einer Behandlung, am Zustand



Abbildung 2: Eine liebevolle körperliche Zuwendung ist bei Säuglingen in den ersten sechs Lebensmonaten unverzichtbar.

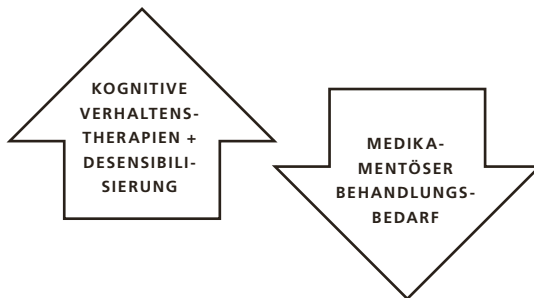
© familyandme

der Haut. Sie können und wollen sich oft nicht vorstellen, dass die Hautentzündung etwas mit der Eltern-Kind-Beziehung zu tun hat.

Ich möchte soweit gehen und behaupten, dass diese Kinder ohne die Einsicht der Eltern in die tatsächlich zugrundeliegenden Ursachen medizinisch nicht nachhaltig erfolgreich behandelt werden können.

Jahrzehntelange klinische Erfahrung in der Versorgung von Familien mit AD- und neurodermitiskranken Kindern sowie aktuelle Forschungsergebnisse haben die Richtigkeit dieser Erkenntnisse bestätigt [13, 15, 20]. Mit der Anpassung der ambulanten und stationären Versorgung, haben sich die Behandlungsergebnisse eindrucksvoll verbessert, was zahlreiche, gut dokumentierte Einzelfallbeschreibungen bestätigen. Selbst bei schweren Fällen konnte auf Vermeidungsempfehlungen und nebenwirkungsstarke

STELLENWERT DER PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN UND DER IMMUNTHERAPIE



Medikamente verzichtet werden. Die nachfolgenden Empfehlungen haben sich bewährt.

Gehen Sie nicht auf jede Regung Ihres Kindes ein!

Sensible Eltern gehen auf jede Regung, vor allem aber auf Zeichen der Unzufriedenheit sofort ein und reagieren mit Zuwendung und Zärtlichkeit. Ein weinendes Kind können sie nicht ertragen. Sie interpretieren das Weinen als Hinweis auf einen Mangel, den sie zu verantworten haben und der ihrem Kind schadet. Dabei reagieren oft beide Eltern geradezu reflexartig, um den vermeintlichen Mangel sofort zu beheben.

Wie bereits oben erwähnt ist die liebevolle körperliche Zuwendung vor allem bei Säuglingen in den ersten sechs Lebensmonaten normal und wünschenswert. Die Kleinen sind in dieser Phase ihres Lebens darauf angewiesen. Manche Mütter finden dabei aber nicht das richtige Maß. Sie sollten beispielsweise nicht zu sehr auf das Weinen des Kindes eingehen und angemessen auf die Mitteilung seiner negativen Gefühle antworten. Der Säugling befindet sich auch jetzt schon auf dem Weg zur Selbstfindung und sollte auf diesem Weg ermutigt und nicht durch Überbehütung behindert werden. Die Wurzeln der Entwicklung einer Überempfindlichkeit

liegen in der frühen unangemessenen Überfürsorglichkeit. Das Baby lernt nicht, das Wesentliche vom Unwesentlichen zu unterscheiden. Einem Säugling, der sich an seiner überfürsorglichen Mutter orientiert, erscheint zukünftig alles wichtig!

Bereits am Übergang in das zweite Lebensjahr entdecken die Kleinen sich selbst, spielen mit ihren Fingern, nuckeln an den Zehen, betasten sich und erkennen sich im Spiegel. Sie sehen sich selbst als wichtig an. Psychologen sprechen von einer egozentrischen Empathie. Störungen dieser Entwicklung zur Selbstständigkeit durch ein zu langes Festhalten an der engen Mutter-Kind-Beziehung führen zwangsläufig zum Mutter-Kind-Konflikt, der das spätere Sozialverhalten der Kinder prägen kann. Diese Menschen geraten später leichter in Abhängigkeiten, sind unsicher und entscheidungsschwach.

Verhalten Sie sich authentisch, zeigen Sie Ihre Gefühle!

Wenn die Mutter-Kind-Symbiose so weit geht, dass die Mutter mit dem Kind an der Brust ihre Notdurft verrichtet, besteht ein fortgeschrittenes Ablösungsproblem. Die bindungsorientierte Mutter verliert womöglich unvermittelt die Beherrschung, und ihr aufopferndes Verhalten schlägt ins Gegenteil um. Sie schreit das Kind an und flüchtet ins Nebenzimmer. Von sich selbst enttäuscht, entschuldigt sie sich im nächsten Moment und versucht der Eineinhalbjährigen wortreich zu erklären, dass es so nicht weitergehen kann. Diese Einsicht ist ein erster Schritt.

Tatsächlich lassen sich solche Konflikte weder nach dem Motto »Gewünschtes Verhalten belohnen, unerwünschtes bestrafen« noch mit konsequenter Durchsetzung von Regeln lösen. Auch die gewaltsame Auflösung einer symbiotischen Beziehung ergibt keinen Sinn. Wichtig ist, dass Eltern etwas über die normale Entwicklung der Kinder wissen und sie weder über- noch unterfordern. Die Kinder sollten früh lernen, dass sie Teil einer Gemeinschaft sind und die Rechte der anderen Familienmitglieder zu respektieren haben. Eltern müssen dem Kind zuliebe niemals ihre eigenen

Ziele und Wünsche aufgeben. Sie sollten vielmehr früh deutlich machen, dass die Partnerschaft der Eltern, ihre Berufsausübung und der Haushalt Rücksichtnahme erfordern. Das Sozialverhalten erwacht nicht irgendwann von allein, sondern entwickelt sich altersentsprechend am Vorbild der Eltern.

Kleinkinder verfügen noch nicht über die kognitiven Fähigkeiten, notwendige Regeln des Zusammenlebens zu verstehen. Sie verfügen aber über Antennen, mit denen sie jede atmosphärische Schwankung registrieren. Die Eltern sollten in dieser Situation szenisch darstellen, wie sie sich ein Zusammenleben vorstellen. Sie sollten die kritischen Situationen, die zu Machtkämpfen mit dem Kind führen, bewusst gestalten und ihre eigenen Meinungen und Gefühle durch Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gesten ausdrücken. Wenn das Kind klammert, sollten sie zeigen, dass sie nicht ununterbrochen anwesend sein können, sondern etwas zu tun haben. Eine Möglichkeit ist es, dem Kind ein Spielzeug anzubieten und dann den Raum für eine erkennbar wichtige Tätigkeit zu verlassen. Wenn es einmal nichts zu tun gibt, können solche Szenen »nachgespielt« werden. Tragen Sie etwa einen Wäschekorb zielstrebig aus dem Zimmer und kehren Sie, bevor Ihr Kind zu schreien beginnt, scheinbar telefonierend zurück. Diese kurzfristigen räumlichen Trennungen sollten mit wechselnden Anlässen geübt werden. Anfangs sollten Sie das Hinausgehen mit Worten unterstreichen: »Ich will mal schauen, ob die Post schon da ist.« Wenn Sie eine Pause brauchen, machen Sie das deutlich: »Buh, jetzt bin ich aber müde und muss mich mal ausruhen.« Dabei zeigen Sie Ihre Müdigkeit. Kinder lieben es, wenn Eltern schauspielern!

Die Zeiträume der räumlichen Trennung können schrittweise verlängert werden. Bei Misserfolg, Weinen oder wütendem Schreien sollte das Kind weder getadelt noch getröstet werden. Unangemessenes Verhalten sollte ignoriert oder mit einem missbilligenden Blick quittiert werden. Eskalationen müssen vermieden werden. Die lobende Zuwendung muss gegenüber dem Ignorieren oder Kritisieren deutlich überwiegen. Das heißt, das Kind darf nie überfordert werden, es lernt vor allem am Erfolg!

Ordnen Sie die alltäglichen Abläufe

Erhöht sensiblen Menschen erscheint alles wichtig. Sie haben Schwierigkeiten, Wesentliches vom Unwesentlichen zu unterscheiden, und so fühlen sie sich ständig überfordert. Dabei kann es helfen, die alltäglichen Abläufe vorübergehend zeitlich streng zu strukturieren. In diesem Zeitplan müssen sich alle wiederfinden. Das betrifft sämtliche wiederkehrenden Tätigkeiten, die Mahlzeiten, das Zubettgehen der Kinder, Haushaltsverrichtungen, vor- oder nachbereitende berufliche Aufgaben und die Freizeitaktivitäten. Dazu sollten auch Zeiträume gehören, in denen Sie sich bewusst und sinnvoll mit Ihrem Kind befassen. Die Vorhersehbarkeit und Zuverlässigkeit der Abläufe sind wichtig, für kleine Kinder mehr als für Erwachsene. Diese strenge Strukturierung sollte mit dem Fortschreiten der Selbstständigkeitsentwicklung des Kindes wieder gelockert werden.

Verlieren Sie die Lust am Tragen

Vielen Müttern fällt es nicht mehr auf, dass sie ihre Kleinen ständig mit sich herumschleppen. Während sie mit der Rechten das Kind auf der leicht abgeknickten Hüfte sitzend festhalten, bereiten sie ganze Mahlzeiten zu, saugen Staub und laufen zur Haustür, wenn der Briefträger klingelt. Es gibt kaum eine Verrichtung, die nicht auf diese Weise möglich wäre. Die Mütter meiner Patienten kommen mit dem Kind auf dem Arm ins Sprechzimmer, sitzen vor mir mit dem Kind auf dem Schoß, tragen es zur Untersuchungs- liege und verabschieden sich mit dem Kind auf dem Arm, sei es ein, zwei oder vier Jahre alt. Es ist ein Automatismus, der in Fleisch und Blut übergegangen ist.

Obwohl nichts Grundsätzliches gegen das Tragen von Kindern einzuwenden ist, geht das ständige Herumtragen der Kinder, das die meisten Mütter AD-kranker Kinder praktizieren, weit über das notwendige Maß hinaus und ist Hinweis auf die misslungene Ablösung. Wenn dem Kind die Ablösung von der Mutter während

der ersten 24 Lebensmonate nicht gelingt, entsteht ein Konflikt, der das ganze spätere Leben bestimmen kann. Der Psychiater C. G. Jung hat mit dem »Mutter-Komplex« die Folgen der verzögerten Ablösung beschrieben. Er unterschied den primären, positiven Mutter-Komplex vom negativen. Der positive Mutter-Komplex betont die Notwendigkeit der körperlichen Nähe der Mutter zum Neugeborenen und ihre intensive zärtliche Zuwendung. Mit dem negativen Mutter-Komplex meinte er die verzögerte Ablösung des einjährigen Kindes und deren Folgen. Er beschrieb diese behinderte Persönlichkeitsentwicklung und die längerfristigen Folgen sehr genau, und bis heute gibt es keine Ausführungen, die dem grundsätzlich widersprechen würden. Auch der Psychologe Werner Stangl spricht in seinen 2018 erschienenen Arbeitsblätter-News von »Too good Mothering – Probleme der Überversorgung, Überbehütung, Verwöhnung«.

Die Übergangsphase am Beginn des zweiten Lebensjahres, während der sich das Kind selbst wahrnimmt, ist der Zeitraum, in dem statistisch die häufigsten AD-Neuerkrankungen verzeichnet werden. Viele Erkrankungen klingen mit Eintritt in den Kindergarten spontan ab. Der Zusammenhang mit der abnehmenden mütterlichen Überfürsorglichkeit ist somit nicht zu übersehen. Wurde die schrittweise Ablösung des Kindes versäumt, sollte sie zeitnah nachgeholt werden – was jedoch oft schwierig ist. Sobald sich die Mutter abwendet, wird das Kind wütend und schreiend sein vermeintliches Recht auf ständige Zuwendung einfordern. Gibt die Mutter dem Protest nach, belohnt sie das Kind für sein Verhalten. Das Kind fühlt sich in seinem vermeintlichen Recht bestätigt. Ab dem zweiten Lebensjahr kann daraus ein scheinbar unlösbarer Mutter-Kind-Konflikt entstehen.

Was tun, wenn das Kind nicht essen will?

Mittagessen: Der neun Monate alte Jakob sitzt in seinem Hochstuhl, seine Mama davor mit einem Schälchen voll köstlichem Neocate-Gemüse-Hühnchen-Brei. Mit der Linken die abweh-

renden Händchen in Schach haltend, folgt die Rechte mit dem Löffel Jakobs Mund, nach links, nach rechts, nach oben und nach unten. Dabei erklärt sie Jakob, dass er etwas essen müsse, um groß und stark zu werden und weil man ohne Essen nicht leben könne: »Schau, Mama mag den Brei auch, und wenn du dich nicht beeilst, ist er gleich alle!« Jakobs Gesicht und Mamas Bluse sind breiverschmiert, nachdem er unvermittelt zuschlägt und die Schale samt Löffel durchs Zimmer fliegt.

Mehrheitlich empfehlen Kinderärzte, im fünften Lebensmonat die Beikost einzuführen. Für die meisten Säuglinge ist das ein völlig normaler Vorgang, der keine Schwierigkeiten bereitet. Haben Sie schon mal die hypoallergene Speziälsäuglingsmilch Neocate probiert? Hochsensible Kinder haben einen sensiblen Geschmackssinn und hochsensible Mütter ein zartes Nervenkosüm. Die Probleme sind also programmiert. Hier einige Tipps für gelungene Mahlzeiten, ohne jedes Mal die Kleidung wechseln zu müssen:

Ritualisieren Sie die Mahlzeiten! Sie sollten das Kind nicht abfüttern. Essen ist für die Menschen ein Kulturgut, und das ist zunächst einmal keine Frage des Alters, sondern des Anspruchs, der mit den Jahren wächst, wenn er von Kindheit an als Wertvorstellung vermittelt wird. Mahlzeiten sollten nicht irgendwann und irgendwie stattfinden, sondern zu festgelegten Zeiten liebevoll vorbereitet und »zelebriert« werden. Auf die Mahlzeiten soll man sich freuen können, nicht nur wegen des Essens, sondern wegen des Rahmens. Ein liebevoll gedeckter Tisch, ein kleiner Blumenstrauß im Sommer oder eine Kerze im Winter, entspannende Musik wirken oft Wunder. Säuglinge und Kleinkinder haben sehr sensible Antennen für Stimmungen, erhöht sensible Kinder erst recht.

Mahlzeiten finden üblicherweise zu bestimmten Zeiten statt. Es bleibt jeder Familie überlassen, Zeiten zu wählen, die den jeweiligen Umständen entsprechen; sie sollten sich aber nicht ständig ändern. Sensible Kinder haben eine innere Uhr, die wir stellen und an der sie sich orientieren. Sie registrieren geringe Abweichun-

gen, und es überkommt sie eine innere Unruhe, wenn nicht das eintritt, was sie unbewusst erwarten. Und wenn es doch passiert, dann freuen sie sich.

Beziehen Sie auch den Zeitraum ein, den Sie benötigen, um die Mahlzeit zuzubereiten. Das Kind sollte sich nicht langweilen und darf nicht übermüdet sein. Dabei greift das eine in das andere. Ein unselbstständiges, klammerndes Kind kann sich vor der Mahlzeit nicht alleine beschäftigen, sodass Mutter oder Vater keine Gelegenheit zur Vorbereitung haben. Wenn Sie noch ganz am Anfang stehen, sollten Sie die Mahlzeiten vorbereiten, während der Säugling seinen Vormittags- oder Nachmittagsschlaf hält. Kleinkinder sollten die Vorbereitungen als bedeutsamen Vorgang miterleben und möglichst daran beteiligt werden.

Die Dauer der Mahlzeiten sollte begrenzt werden. Haben Sie Geduld, wenn es die geplante Menge Brei nicht in der geplanten Zeit schafft. Es hat in der Regel aber keinen Sinn, die Mahlzeiten in der Hoffnung auszudehnen, dass man die Schale doch noch irgendwie leeren kann. Halten Sie am zeitlichen Rahmen fest und geben vor dem Zubettbringen ein Breifläschchen. Das ist zwar aus der Mode gekommen, ist aber in dieser Situation oft die einzige Möglichkeit, eine Eskalation zu vermeiden, die sich zwangsläufig negativ auf den Nachtschlaf auswirkt.

Lust aufs Essen kann man nicht erzwingen! Das »Essenlernen« ist fast immer Teil eines Gesamtkonzepts, für das sich die Eltern entscheiden müssen und das sorgfältig durchdacht und geplant sein will. Geben Sie dem Kind, wenn es danach verlangt, einen kleinen Plastiklöffel in die Hand, auch wenn es noch nichts damit anzufangen weiß. Die Familie sollte sich nicht auf das »Problemkind« konzentrieren, schon gar nicht, wenn es unruhig wird. Wenn es sich gegen das Füttern wehrt, sich die Augen reibt oder anfängt, sich zu kratzen, schauen Sie sofort weg, als hätten Sie es nicht gesehen, und beschäftigen sich mit ihrer eigenen Mahlzeit. Man kann einen Säugling nicht mit Gewalt füttern. Die Gründe für diese Probleme liegen fast immer in der Vorgeschichte. Das Kind ist aufgrund der versäumten Ablösung noch nicht so weit, 200 Gramm Brei mit

dem Löffel zu essen. Wenn ein Kind sich sträubt, kann das auch ein Hinweis auf den Machtkampf zwischen ihm und der Mutter sein. Vor allem kleine Jungs widersetzen sich oft einer klammernden Mutter. Tatsächlich erkranken ein- bis zweijährige Jungs deutlich häufiger an AD als gleichaltrige Mädchen. So oder so muss man diese Kinder schrittweise an die notwendigen Breimengen heranführen.

Schlaf, Kindlein, schlaf!

Die 36-jährige Grundschullehrerin war vollkommen erschöpft. Sie hatte nächtelang auf der linken Seite gelegen und ihre zweieinhalbjährige Tochter festgehalten, damit sie sich nicht kratzen konnte. Etwa stündlich musste sie die Kleine stillen. Bei der geringsten Störung kratzte sich das Kind blutig. Inzwischen hatte die Mutter so starke Rückenschmerzen, dass sie sich kaum auf den Beinen halten konnte. Im Bett des Ehemanns, eines leitenden Bankkaufmanns, schlief die fünfjährige Tochter. Die Gesamtschlafzeit der Eltern betrug weniger als fünf Stunden pro Nacht. Die Eltern waren aufgrund der unruhigen Nächte übermüdet und längst an die Grenzen der Belastbarkeit gelangt.

Nahezu alle AD-kranken Säuglinge und Kleinkinder schlafen die ganze Nacht bei den Eltern oder werden im Verlauf der Nacht ins Elternbett geholt. Diese Eltern können sich nicht vorstellen, dass es ihrem Kind alleine besser gehen soll als im »Familienbett«. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung behaupte ich: *Der ruhige Schlaf ist der Schlüssel zum Erfolg!*

Wie alle das Familienleben betreffenden Veränderungen sollten Eingriffe in die Schlafgewohnheiten sorgfältig vorbereitet werden. Sie müssen selbst von der Notwendigkeit überzeugt sein, sodass es nur noch um das »Wie« geht.

Die Schlafstörung ist einer der stärksten Störfaktoren überhaupt. Man kann das daran erkennen, dass die entscheidenden Kratzanfälle meistens in der Phase der Ermüdung oder beim Erwachen stattfinden. Die Eltern erleben es immer wieder: Das Kind kratzt sich den ganzen Tag nicht und sieht abends richtig gut

aus. Die Gesichtshaut ist um die Wunden herum abgeblasst und oft völlig reizlos. Am folgenden Morgen aber ist das Kind nicht wiederzuerkennen. Sie haben nur einen Moment nicht aufgepasst, und schon hat es sich innerhalb weniger Minuten zerkratzt.

All diese Eltern könnten erleben, dass die Kinder allein ruhiger schlafen, die Krankheitssymptome nach der Trennung der Schlafplätze zusehends zurückgehen und sämtliche Familienmitglieder glücklicher sind als zuvor. Eine Studie der St. Joseph's University in Philadelphia bestätigt diese Erfahrung: Lässt man das Baby alleine schlafen, kommt es schneller zur Ruhe und wacht nachts seltener auf. Für atopische Dermatitis gilt die Faustregel: Wenn das kranke Kind allein durchschläft, können sich alle Beteiligten schon mal vorsichtig zurücklehnen.

Wie bei allen verspäteten erzieherischen Maßnahmen ist das Alter des Kindes ausschlaggebend. Einen neun Monate alten Säugling an das Schlafen im Kinderzimmer zu gewöhnen, ist ungleich einfacher, als einen Eineinhalb- oder Zweijährigen von der Notwendigkeit eines Schlafplatzwechsels zu überzeugen.

So gelingt das Schlafenlernen!

Die Eltern sollten dem Kind am Tag X unmissverständlich zu verstehen geben, dass sie selbst den Anspruch auf einen ungestörten, erholsamen Schlaf haben und zukünftig nicht ohne zwingenden Grund auf dieses Recht verzichten werden. Diese Erklärungen sollten mit dem notwendigen Ernst und Nachdruck abgegeben werden. Bei Säuglingen entscheidet das Ritual, das ähnlich wie bei den Mahlzeiten genau überlegt sein will. Noch zwingender als bei den Essenszeiten ist die Einhaltung der Schlafphasen. Damit dieses Ritual ungestört und möglichst immer zur selben Zeit ablaufen kann, ist auch beim Zubettbringen die Vorbereitung entscheidend. Hier sind ebenfalls der Rahmen und die Atmosphäre wichtig, in denen das Ganze abläuft. Das Kind soll sich auf *sein* Bett freuen.

Das Kinderbett sollte idealerweise im Kinderzimmer stehen, sodass sich das Kind beim Erwachen in seiner vertrauten Umge-

bung wiederfindet. Vor dem Einschlafen sollten keine aufregenden Ereignisse und keine stressigen Auseinandersetzungen stattfinden. Das Einschlafen und das Erwachen sollten »ritualisiert« werden: immer die gleichen Abläufe in einer entspannten Atmosphäre, beispielsweise mit leiser Einschlafmusik oder einer schönen Geschichte. Es ist nicht notwendig, so lange zu singen oder zu lesen, bis das Kind schläft.

In den ersten Nächten nach der Verlegung des Schlafplatzes kann das Kind erwachen, unruhig werden oder anfangen zu weinen. Sie sollten nicht zu schnell versuchen, es zu beruhigen, aber auch nicht so lange warten, bis es sich in einen Schreianfall hineinsteigert. Gehen Sie, ohne das Licht anzumachen, mit beruhigenden Worten in das Kinderzimmer, streichen Sie Ihrem Kind über den Kopf und decken es zu. Gähnen Sie dabei hörbar! Bei ausreichendem Sprachverständnis machen Sie Ihrem Kind klar, dass Sie sehr müde sind und schlafen möchten. Bei weiteren Unterbrechungen des Schlafs sollten Sie jedes Mal etwas länger warten und sich nicht länger als eine Minute im Kinderzimmer aufhalten.

Wir haben im klinischen Rahmen selten länger als zwei Tage gebraucht, um das Kind von den Vorzügen des eigenen Bettes zu überzeugen. In keinem Fall haben sich infolge der veränderten Schlafgewohnheiten Erziehungsprobleme oder psychische Auffälligkeiten entwickelt.

Hilft längeres Stillen?

Der dreieinhalbjährige Emil lag eingerollt wie ein junger Hund auf dem Schoß seiner Mutter und sog an ihrer linken Brust. Frau B. unterhielt sich mit dem Arzt, als ginge es um die Konditionen eines Kleinkredits. Fiel Emils Name, murmelte er nuckelnd: »Nein, Mama, das will ich nicht!« »Keine Angst, Emil, du musst gar nichts«, beruhigte ihn die Mutter und streichelte sein fleckiges, schuppiges Gesicht und seine langen blonden Haare. Frau B. war überzeugt, Emil damit am besten zu helfen.

Die ideale Nahrung für einen Säugling ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstens Muttermilch aus der Brust der Mutter, zweitens abgepumpte Milch, drittens Milch von einer anderen Frau. Für Muttermilch spreche, dass sie nährstoff- und energiereich sei, dem Baby einen natürlichen Immunschutz gebe und Allergien verhindere. Nicht zuletzt fördere das Stillen eine innige Beziehung zwischen Mutter und Kind. Sieht man von Kindern mit hochgradigen Nahrungsmittelallergien ab, spricht eigentlich alles für möglichst langes Stillen. Tatsächlich gibt es aber mindestens ebenso viele Argumente gegen das verlängerte Stillen:

Mehr als 300 synthetische Chemikalien lassen sich in Muttermilch nachweisen. Es werden immer mehr neue gefährliche Stoffgruppen wie Weichmacher, Flammschutzmittel und Duftstoffe gefunden, so eine Studie des Bundes für Umwelt und Naturschutz Deutschland (BUND) und der Ruhr-Universität Bochum.

Die Sorge um den mütterlichen Immunschutz

Den Immunschutz erhält das Neugeborene schon vor der Geburt durch bestimmte Antikörper der Mutter, die durch die Plazenta in sein Blut übergetreten sind. Diese Stoffe bleiben noch Wochen und Monate aktiv. Darüber hinaus erfolgt der Immunschutz durch das Stillen vor allem in den ersten beiden Tagen mit dem Kolostrum, das besonders reich an Stoffen ist, die die Immunabwehr fördern.

Langzeitgestillte Kinder entwickeln häufiger Allergien

Wissenschaftliche Allergologen raten, Kinder vier Monate lang voll zu stillen und anschließend mit dem Nahrungsaufbau zu beginnen. Dies ist aufgrund des steigenden Nährstoffbedarfs sinnvoll, zudem spielen die Beikost eine Rolle bei der Allergieprävention: Je früher Kinder Allergenen aus der Nahrung ausgesetzt werden,

desto besser lernt das Immunsystem, mit ihnen zurechtzukommen. Damit widersprechen die Experten der weitverbreiteten Meinung, langes, ausschließliches Stillen schütze vor Allergien. Dafür gibt es aus Sicht der Allergieprävention keine Belege [21].

Das verlängerte Stillen fördert nicht die psychosoziale Entwicklung des Kindes

Das Stillen ist für die psychische Entwicklung des Neugeborenen bis zum sechsten Lebensmonat wichtig, aber nicht überlebensnotwendig. Es gibt keinerlei Hinweise darauf, dass sich langzeitgestillte Kinder besser entwickeln als normal oder nicht gestillte Kinder. Zu diesem Ergebnis kommen Gesundheitsforscher der Ohio State University in einer groß angelegten Studie.

Achtung! *Von der Nutzung eines Beruhigungssaugers rate ich dennoch ab. In jedem Fall muss auf eine rechtzeitige Entwöhnung geachtet werden. Ab dem ersten Geburtstag sollte er, wenn überhaupt, nur noch zum Einschlafen zum Einsatz kommen, nicht mehr tagsüber. Spätestens ab dem zweiten Geburtstag sollte er ganz abgewöhnt sein. Nach Meinung von Experten überwiegen hier deutlich die Nachteile wie eine gestörte Sprachentwicklung, Zahnfehlstellungen, Kieferfehlbildungen, häufige Mittelohrentzündungen sowie gefährliche Inhaltsstoffe (Bisphenol).*

Das Problem mit dem Krankheitsgewinn

Mehr oder weniger unbewusst zieht jeder Kranke einen Nutzen aus seinem Zustand, beispielsweise durch die Freistellung von Aufgaben und Verpflichtungen. Auch unangenehme Situationen oder Konflikte lassen sich auf diese Weise vermeiden. Das ist bei Kindern nicht anders. Durch Krankheit entgeht das Kind beispielsweise einer Klassenarbeit, auf die es ungenügend vorbereitet ist. Man spricht dann von einem *primären Krankheitsgewinn*.

Wenn das Kind aufgrund seines Gesundheitszustands über große Aufmerksamkeit und Mitgefühl seitens der Eltern genießt, kann es sein, dass es sogar versucht, die Krankheit hinauszuzögern, um diese Zuwendung auch weiterhin zu erfahren. Ein Kind, dessen Krankheitsgewinn die negativen Begleitscheinungen der Symptomatik auf- oder überwiegt, zeigt eine geringere Bereitschaft, aktiv an der Krankheitsbewältigung mitzuwirken.

Vermeiden Sie bei der Pflege und Versorgung des kranken Kindes bewusst eine übertrieben zärtlich-tröstende Zuwendung. Verhalten Sie sich stattdessen betont normal.

Die zehn Gebote der Eltern-Kind-Interaktion

1. Eltern sollten aufhören, ihr Kind als einen Teil ihrer selbst zu betrachten;
2. den ängstlich-vermeidenden, überbehütenden Erziehungsstil abbauen;
3. symbiotische Eltern-Kind-Beziehungen beenden und die Selbstständigkeitsentwicklung des Kindes fördern;
4. das Kind als eigenständige Persönlichkeit würdigen und akzeptieren;
5. die eigenen Motive hinterfragen und die Ziel- und Wertvorstellungen überdenken;
6. übereinstimmende Erziehungsziele und Regeln des Zusammenlebens entwickeln;
7. Einvernehmlichkeit in Bezug auf den Erziehungsstil herstellen;
8. authentisch auftreten und die eigenen Gefühle durch Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gesten deutlich machen;
9. die Anforderungen immer am jeweiligen Entwicklungsstand orientieren.
10. Das Lob und die Anerkennung sollten gegenüber dem Tadel eindeutig überwiegen.

DIE EIGENVERANTWORTLICHE BEHANDLUNG DER ATOPISCHEN DERMATITIS

Mit 0,2 Quadratmetern Körperoberfläche beim Säugling und bis zu zwei Quadratmetern beim Erwachsenen ist die Haut nach dem Darm (400 bis 500 Quadratmeter) und den Lungenbläschen (70 bis 150 Quadratmeter) die größte Grenzfläche des menschlichen Gesamtorganismus. Die Grenzflächen sind äußeren Einflüssen intensiver ausgesetzt als alle anderen Organe. Die Intensität der Sonnenstrahlen, die Feinstaubbelastung der Atemluft und die mit zahllosen Zusatzstoffen belastete Nahrung machen den Menschen zunehmend zu schaffen. Weil die Haut und die Schleimhäute ein verbundenes Grenzflächensystem darstellen, verstärken sich die Störungen gegenseitig. Wir sollten uns also dessen bewusst sein, was wir unserer Haut und den Schleimhäuten zumuten.

Die Haut – ein Wunderwerk der Natur

Wie bereits erwähnt, besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Haut und Nervensystem. Mit ihrer Fähigkeit zu empfinden ist sie selbst ein *Sinnesorgan* und damit Teil der Sinnesempfindungen. Die Schreckensbleiche oder die Schamesröte zeigen, dass sie auch auf Informationen des zentralen Nervensystems reagiert. Der Haut kommt somit die schwierige Aufgabe zu, zwischen dem Innen und dem Außen zu vermitteln.

Die Oberhaut (Epidermis) hat Barriere- und Schutzfunktionen. Sie ist dicht mit Bakterien und Pilzen besiedelt, die einen natürlichen Bestandteil der Hautoberfläche darstellen und als Hautflora bezeichnet werden. Die Symbiose mit diesen Keimen schützt nicht nur die Haut selbst, sondern den Gesamtorganismus vor der Invasion durch krank machende Keime. Außerdem bietet die oberste Schicht, die Hornschicht, auch Schutz vor UV-Strahlung durch die Pigmentbildung und den Schweiß.

Die Oberhaut atmet Sauerstoff und gibt Kohlendioxid und Stickstoff ab. Zur Regulation des Flüssigkeitshaushaltes kann Wasser

aufgenommen oder abgegeben werden. Sie dient außerdem als Transportmedium für Salze, Nahrungsstoffe oder zur Abgabe von Ausscheidungsprodukten.

Die Lederhaut (Cutis) als zweite Schicht der Haut enthält Kollagen und Elastinfasern für die Dehnbarkeit und Elastizität der Haut. Rezeptoren und Nervenenden geben der Haut die Sensibilität, Blutgefäße und Schweißdrüsen sorgen für die Temperaturregulierung. Die Cutis beherbergt einen wesentlichen Teil des Immunsystems. Die sogenannten Mastzellen enthalten Botenstoffe, die bei wiederholtem Kontakt mit einem Antigen Botenstoffe (Histamin) ausschütten und damit die gesamte Umgebung in einen »Alarmzustand« versetzen. Makrophagen (Fresszellen) sollen die feindlichen Fremdstoffe verzehren. In dieser Hautschicht läuft auch die sogenannte IgE-vermittelte allergische Reaktion ab.

Die Unterhaut (Subcutis) besteht im Wesentlichen aus dem Unterhautfettgewebe, einer Isolatorschicht, mit der die Unterkühlung verhindert wird.

Unnötige pflegende oder therapeutische Eingriffe wirken sich grundsätzlich negativ auf die Gesundheit der Haut aus. Dieser Grundsatz gilt auch für die Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Entzündung der Haut ist eine Folge psychoneuroimmunologischer Vorgänge, die generell nicht mit Salben behandelt werden können. Die Haut des AD-kranken Kindes sollte in ihren eigenen Bemühungen lediglich unterstützt werden.

Die Grundprinzipien der Hautpflege

Aktive Auseinandersetzung statt Vermeidung

Man sollte sich von dem Irrglauben verabschieden, dass die Vermeidung von sogenannten »Provokatoren«, vermeintlichen Störfaktoren, Besserung bringen würde. Immer mehr forschende Allergologen sehen das mittlerweile ähnlich. Die meisten Dermatologen sind von diesem Sinneswandel allerdings noch weit

entfernt. Die Vermeidung von Störfaktoren ist ein fester Bestandteil der individuellen Therapie, darunter fallen etwa Textilien (zum Beispiel Wolle), Schwitzen, falsche Hautreinigung, bestimmte berufliche Tätigkeiten (feuchtes Milieu, stark verschmutzende Tätigkeiten), Tabakrauch, unzählige Allergene, Mikroben, klimatische Faktoren wie extreme Kälte und/oder Trockenheit, hohe Luftfeuchtigkeit, psychischer Stress sowie emotionale oder hormonelle Faktoren bei Schwangerschaft und Menstruation. Die konsequente Einhaltung der Vermeidungsempfehlungen ist kaum möglich. Wie sollen die Schwangere oder der Pubertierende ihre Hormone in Schach halten, wie soll der Atopiker seine Emotionen kontrollieren, psychischen Stress, Schmutz, Schweiß oder Mikroben vermeiden? Auf der Seite der Betroffenen besteht grundsätzlich eine ängstliche Vermeidungshaltung, die zur vermehrten Ängstlichkeit und psychischen Überempfindlichkeit führt. Vermeidungsempfehlungen, die nicht oder nur unvollständig befolgt werden können, ergeben keinen Sinn! Sie verursachen nur ein schlechtes Gewissen und Angst vor den Konsequenzen.

Die Selbstregulationsfähigkeit anregen

Jedes Organ ist aktiv an der Aufrechterhaltung des Gleichgewichts des Gesamtorganismus beteiligt. Es verliert diese Fähigkeit relativ rasch, wenn seine Funktionen nicht genutzt werden. Das ist eigentlich eine Binsenweisheit, und trotzdem wirbt ein namhafter Pharmahersteller mit einem Fernsehclip, in dem behauptet wird, die Haut leiste schon bei einer geringen Verletzung Schwerarbeit, bei der sie unterstützt werden müsse. Wenn die Haut vom ersten Lebenstag an mit allen möglichen, oft antiseptischen, feuchtigkeitsspendenden Pflegemitteln substituiert wird, verliert sie früh ihre wichtigsten Funktionen, vor allem die natürliche Fähigkeit zur Regulierung des Flüssigkeitshaushaltes, zum Stoffaustausch sowie die Schutz- und Abwehrfunktion. Es versteht sich eigentlich von selbst, dass eine so malträtierete Haut empfindlicher und anfälliger für Krankheiten ist. Das allein macht noch kein Ekzem,

die Überversorgung der Haut ist aber wie alles, was im Übermaß angeboten wird, schädlich und kann die Entwicklung einer Hautkrankheit begünstigen. Wie oben beschrieben ist die Haut in der Lage, sich an verschiedene Situationen anzupassen, sich gegen Eindringlinge zu wehren und eingetretene Schäden selbstständig zu reparieren – wir müssen das nur zulassen. Bei allem, was wir unserer Haut zumuten, sollten wir uns fragen, ob es ihr nützt oder eher schadet. Man sollte alles unterlassen, was sie selbst schafft, und sie nur dann in ihrem Bemühen unterstützen, wenn sich ihre Möglichkeiten offensichtlich erschöpfen.

Nass auf nass und trocken auf trocken!

Ein Übermaß an Nässe wird die Haut ebenso auszugleichen versuchen wie zu viel Trockenheit. Das heißt, wenn man ein nässendes Ekzem mit einer wässrigen Lösung behandelt, wird die Haut das Übermaß an Nässe kompensieren wollen. Umgekehrt wird eine trockene Haut durch wenig Wasser enthaltende Anwendungen angeregt, Wasser nach außen abzugeben.

Nässende Ekzeme sollten also primär feucht behandelt werden, z. B. mit Zinnkrauttee-Umschlägen. Bei trockenen Ekzemen, bei denen die Haut nicht einzureißen droht und zudem eher blass aussieht, ist es oftmals sinnvoll, die Haut gar nicht lokal zu behandeln oder eine trockene Zubereitung, beispielsweise eine Paste, zu verwenden. Die regelmäßige Anwendung von feuchtigkeitsspendenden Pflegemitteln schadet der Barrierefunktion.

Keine großflächige Anwendung von Salben und Cremes

Durch großflächiges Eincremen kommt es mitunter zum Hitze-stau, und die Hautatmung wird behindert. Auf diese Weise kann der Juckreiz verstärkt oder sogar erst hervorgerufen werden! Insbesondere im Sommer zeigt sich dieses Problem des ungünstigen Wärmestaus häufig. Wir sollten das Ekzem deshalb immer streng lokal mit der denkbar geringsten Menge der Salben oder Cremes

behandeln. Die Kleidung sollte den Außentemperaturen angepasst werden.

Ein Problem im Sommer ist somit auch der Sonnenschutz, denn durch Sonnencreme kann ebenfalls ein Wärmestau verursacht werden. Der textile Sonnenschutz, bestehend aus lockerer langer Kleidung, ist besonders empfehlenswert, und allzu lange Aufenthalte in der Sonne sind ohnehin besser zu vermeiden. Als Sonnencreme hat sich z. B. Mikrosonne 30 bewährt, aber auch hier ist die individuelle Verträglichkeit unterschiedlich.

Schmutz als Schutz?

Auf der normalen Haut verhindern eine natürliche Bakterienflora und ein von den Talgdrüsen gebildeter Säureschutzfilm das Eindringen krank machender Bakterien. Wird dieser Schutzmantel durch Waschlotionen, Seifen und heißes Wasser abgewaschen, dauert es bei gesunder Haut ca. 30–60 Minuten, bis sich der Schutzfilm regeneriert. Bei atopischer Dermatitis kann es mehrere Stunden dauern. So besteht eine erhöhte Gefahr für das Eindringen von Bakterien und für entstehende Superinfektionen. Daraus folgt: Ausgedehntes, heißes Baden beziehungsweise Duschen und die häufige Verwendung von Waschlotionen und Seifen vermeiden! Klarwasserwaschungen mit warmem Wasser sind zu bevorzugen. Hautbereiche, wo sich sogenannte Duftdrüsen befinden, die unangenehmen Körpergeruch hervorrufen können, also im Genitalbereich und im Bereich der Achselhöhlen, Hände und Füße, sollten mit hautschonenden Waschlotionen gereinigt werden. Großflächige Anwendung von Seifen ist keine sinnvolle Hygiene, sondern raubt der Haut ihren natürlichen Schutz!

Medikamente und ihre Zubereitung

Die Zahl der Arztbesuche und der Medikamentenbedarf sinken oft drastisch, wenn der Patient beziehungsweise seine Eltern damit beginnen, selbstständig und eigenverantwortlich zu agieren. Es

bedarf keines Medizinstudiums, um eine Hautentzündung bedarfsgerecht zu behandeln. Es müssen aber einige Grundbegriffe geklärt werden, damit die nachfolgenden Therapieempfehlungen verständlich werden. Bei den äußerlich anwendbaren dermatologischen Medikamenten ist die Konsistenz, d. h. unter anderem der Wassergehalt, wichtig. Eine stark wasserhaltige Zubereitung wirkt beispielsweise intensiver als eine trockene. Die Anwendung von wasserhaltigen Zubereitungen darf aber nicht zu lange dauern, sonst leidet die Barrierefunktion der Haut, und sie trocknet nach Absetzen stark aus. Bei nachfolgend aufgeführten Zubereitungen nimmt der Wassergehalt von oben nach unten ab.

Lotio

Eine Lotio ist eine äußerlich anzuwendende flüssige Zubereitung mit beruhigenden, juckreizstillenden und austrocknenden Wirk- und Hilfsstoffen. Kommt bei akuten, nässenden Ekzemen zum Einsatz. Beispiel: Bolius Lotion (Rezeptur: Bolus alba 50.0, Aqua dest. 25.0, Glycerin 25.0), Tannosynth Lotio®.

Salbe

Salben kommen bei akuten trockenen oder nässenden Entzündungen, d. h. großflächigen Rötungen und intensivem Juckreiz, zur Anwendung. Beispiel: Rescue Salbe (6 Rescue-Tr. in Unguentum emulsificans aquosum 70 %).

Creme-Salbe

In der Zwischenphase nach Besserung des akuten, nässenden Ekzems. Beispiel: Asche Basis Med Fettcreme oder Bolus alba Salbe (Rezeptur: Bolus alba 15.0, ol olivarum 10.0, Vaselinum album 25.0) oder Salicyl-Vaseline 1 bis 3 % (Rezeptur: Acid salicyl Pulv Subt 0.5, Vaselinum album ad 50.0, zur Auflösung von Hautverdickungen, Krusten).

Creme

Anwendung bei abklingendem Schub, beispielsweise Linola® oder Wolff Basiscreme® halbfett.

Paste

Pasten sind bei allen trockenen Hautentzündungen angezeigt. Bei der chronischen Form der Neurodermitis beispielsweise die Bolus Paste (Rezeptur: Bolus alba 25.0, Vaseline album 25.0).

Lösungen

Beispielsweise Kaliumpermanganat-Lösung 1% und Eosin-Lösung 1% zur bakteriostatischen Behandlung bakterieller Hautinfektionen.

Das Anlegen von Verbänden

Verbände sind angezeigt, wenn die vorgeschädigte Haut gegen Kratzattacken und starke Verschmutzung geschützt werden muss, damit der Heilungsprozess bis zum vollständigen Wundverschluss nicht behindert wird. Außerdem kann die Wirkung von Pflegewirkstoffen durch Verbände verstärkt werden. Sie müssen sich



Abbildung 3: Anlegen eines Schlauchverbandes

aber nicht wegen jeder Änderung des Hautbildes an die Arztpraxis wenden, das lässt der Praxisbetrieb nicht zu. Das heißt, das Anlegen von Verbänden sollten Sie selbst erlernen. Das ist auch gar nicht so schwer. Es gibt nur zwei Formen des sogenannten *Okklusiv-Verbandes*: den zum Schutz und den zu Therapiezwecken. Wichtig sind die Letzteren, die sogenannten *fett-feuchten Verbände*.

Empfehlenswerte Verbandsmaterialien

- Säuglingsarm: Coverflex® Größe 1 (rot) bis 2 (grün)
- Säuglingsbein: Coverflex® Größe 2 (grün) bis 3 (blau)
- Säuglingskopf: Coverflex® Größe 4 (gelb)
- Säuglingsrumpf: Coverflex® Größe 4 (gelb)
- Schulkindarm: Coverflex® Größe 2 (grün) bis 3 (blau)
- Schulkindbein: Coverflex® Größe 3 (blau) bis Größe 4 (gelb)
- Schulkindrumpf: Coverflex® Größe 5 (orange)

Beim Verbinden von Körperteilen, die nicht mit Schlauchverbänden bedeckt werden, können Lastotel elastische Fixierbinden® in der Größe 4 bis 12 cm verwendet werden.

Achtung: Von Klebefolien (zum Beispiel Suprasorb F Folien-Wundverband® oder Fixomull Stretch selbstklebender Verband) wird wegen der hautreizenden Nebenwirkungen abgeraten.

Der fett-feuchte Verband

Eine besondere Form des Verbandes ist der *fett-feuchte Verband*. Diese Behandlungsweise ist bei der subakuten bis akuten AD mit starker Rötung und intensivem Juckreiz angezeigt. Diese Behandlungsweise kühlt, intensiviert die Pflegewirkung, lindert den Juckreiz, beschleunigt die Hauterneuerung und verhindert durch die Feuchtigkeitsansammlung das Verkleben des Verbandes mit dem Wundgrund. Bei intakter Oberhaut kommt es außerdem zu einer

Quellung und damit Auflockerung der Hornschicht, welche die Aufnahme von Arzneistoffen beschleunigt.

Vorbereitung

1. Länge und Weite des Schlauchverbandes bestimmen, zurechtschneiden und bereitlegen.
2. Sind größere Flächen am Rumpf betroffen, können auch Baumwollwindeln oder Handtücher eingesetzt werden.
3. Schüssel mit lauwarmem Wasser zum Durchfeuchten eines Schlauchverbandes bereitstellen.
4. Kaliumpermanganat-Lösung oder andere antiseptische Lösung zum Abwaschen vorbereiten.
5. Eine passende Salbe, beispielsweise Rescue-Salbe, bereitlegen.

Anleitung zum Anlegen des fett-feuchten Verbandes

1. Die betroffene Haut, beispielsweise die Arme, mit einer antiseptischen, juckreizlindernden Waschlösung (etwa Kaliumpermanganat) reinigen und trocknen lassen,
2. mit einer passenden Salbe behandeln,
3. mit einem feuchten Schlauchverband oder feuchtem Tuch abdecken und
4. darüber einen trockenen Strumpfverband ziehen oder ein trockenes Tuch legen.

Bei großflächiger Ausdehnung können beispielsweise beide Beine oder der ganze Rumpf mit feuchten Tüchern bedeckt werden. Das Kind sollte mit einer trockenen Decke zugedeckt werden. Diese Form der fett-feuchten Anwendung kann nach Bedarf wiederholt werden.

Merke: *Damit das Verbandsmaterial nicht mit der wunden Haut verkleben kann, sollte der fett-feuchte Verband spätestens nach vier bis sechs Stunden gewechselt werden.*

Der fett-feuchte Kopfverband

Vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern sind die konvexen Körperteile und im besonderen Maß der Kopf betroffen. Das



Abbildungen 4 und 5: Vorbereitung eines Kopfverbandes



Abbildung 6: Fertiger Kopfverband

© familyandme

Ekzem des Gesichts und des Halses kann erschreckende Ausmaße annehmen und widersetzt sich oft hartnäckig jeder offenen Behandlung. Die Wundheilung ist dadurch erschwert, dass die Kinder bewusst oder unbewusst die aufgetragenen Salben abwischen, die Wunden durch Kratzen und Reiben immer wieder aufreißen und dabei Schmutz und Keime in die geschädigte Haut bringen, sodass es zu stets neuen Infektionen kommt.

Das Anlegen eines fett-feuchten Kopfverbandes gelingt bei einem Säugling eigentlich immer im ersten Anlauf. Dagegen stellt der Kopfverband bei einem Kleinkind oft eine echte Herausforderung dar und erfordert eine gute Vorbereitung, Ruhe, Geduld und ein wenig Geschick. Wie auf dem Foto oben dargestellt, sollte bei einem ängstlichen Kleinkind die ganze Prozedur möglichst spielerisch und unter Umständen mit der Veranschaulichung durch die Eltern erfolgen.

Vorbereitung und Anlegen des fett-feuchten Kopfverbandes

Wie beim fett-feuchten Verband beschrieben, ist die penible Vorbereitung wichtig. Legen Sie sich die benötigten Dinge griffbereit

zurecht, bewahren Sie Ruhe, und sprechen Sie gleichermaßen beschwichtigend und aufmunternd mit Ihrem Kind.

1. Probeweises Anlegen des trockenen Schlauchverbandes und Markieren der Öffnungen für die Augen, die Nase und den Mund mit einem Filzmarker.
2. Abnehmen des Schlauchverbandes und Ausschneiden der Öffnungen bei mehreren Verbänden nach dem vorliegenden Muster.
3. Das Gesicht beispielsweise mit schwarzem Tee abwaschen und die ausgewählte Salbe auftragen.
4. Einen Verband in lauwarmes Wasser tauchen, auswringen und behertzt über den Kopf des Kindes ziehen, sodass die Öffnungen passen.
5. Einen trockenen Verband ebenso zügig über den Kopf streifen und
6. das Kind beruhigen und möglichst rasch zu Bett bringen.

Die ständig angepasste dermatologische Behandlung

Das Geheimnis der erfolgreichen dermatologischen Minimaltherapie liegt in der ständig neu angepassten Behandlung. Bei dieser Form der Hautbehandlung gibt es keine über mehrere Tage oder gar Wochen reichenden Empfehlungen und Verordnungen, sondern immer nur das »Hier und Jetzt«: Was erfordert die kindliche Haut in diesem Moment? Die Regenerationsfähigkeit der kindlichen Haut übertrifft die der erwachsenen bei Weitem. Die Symptome sind im Kindesalter derart flüchtig, dass die Therapieentscheidung vom Morgen schon zur Mittagzeit überholt sein kann.

Wenn das Kind grundsätzlich einem Stadium zugeordnet werden konnte, weiß man lediglich, womit unter Umständen zu rechnen ist, es bedeutet aber nicht, dass vorsorglich mehr oder weniger intensiv behandelt werden müsste. Eine an sich harmlose subakute (leichte) Form kann beim Zusammentreffen mehrerer Belastungen wie Zahnungsbeschwerden, einem Infekt oder psychischem



Abbildung 7: Die Einbeziehung der Mutter macht es leichter.

© Liffler

Stress innerhalb von Minuten zu einem Bild führen, das an eine schwere akute Form erinnert. Anders als diese wird sich die leichte Form nach einer kurzfristig angepassten Behandlungsweise rasch erholen. Andererseits kann sich eine schwere hochakute atopische Dermatitis unter veränderten Verhältnissen, beispielsweise stabilen Schlafgewohnheiten, erstaunlich schnell beruhigen, sodass auf die bisherige intensive Behandlungsweise verzichtet werden kann. Der Übergang von einem Stadium in das nächsthöhere oder niedrigere ist möglich. Die Grenzen verlaufen fließend.

Das heißt, die Behandlung erfolgt nicht nur *stadien-*, sondern vor allem stets *bedarfsgerecht* mit einer gewissen Tendenz zur Entwöhnung. Zur Verschlechterung kommt es meist bei Müdigkeit, im Rahmen von Machtkämpfen mit den Eltern oder nach andauernder einseitiger medikamentöser Unterdrückung. Die richtige Einschätzung des Stadiums ist für die Behandlungsplanung notwendig. Entsprechend dem jeweiligen Stadium und den zu erwartenden Problemen sollte man sich mit den wahrscheinlich notwendigen Verbandsmaterialien und Medikamenten versorgen, um ohne Verzug die richtige dermatologische Maßnahme ergreifen zu können.

Diese Strategie ist für alle Stadien und Verlaufsformen der atopischen Dermatitis angezeigt. Bei den Übergangsformen zur chronischen Neurodermitis und bei ihrem Vollbild sollten grundsätzlich die medizinischen Leitlinienempfehlungen beachtet werden, es sei denn, der Patient lehnt eine solche Behandlung grundsätzlich ab.

DIE MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG DER VERSCHIEDENEN STADIEN

(siehe dazu Übersichtstabelle 7 im Anhang)

Die leichte (subakute) atopische Dermatitis

Entwicklung und Verlauf

Etwa 60 Prozent der Fälle im Säuglings- und Kleinkinderalter muss man der subakuten Verlaufsform zuordnen. Es finden sich selten nennenswerte Allergien. Bei den Eltern besteht keine oder nur eine geringe familiäre Veranlagung zu Erkrankungen des atopischen Formenkreises. Oft zeigt aber mindestens ein Elternteil deutliche Merkmale der erhöhten oder hohen SPS.

Die subakute AD kann ein Hinweis auf den Beginn einer Atopiker-Karriere sein: Die Kinder haben die Empfindlichkeit von den eigenen Eltern geerbt. Deren Erziehungsverhalten kann die SPS der Kinder verstärken, sodass eine Überreizung und die Weiterentwicklung der atopischen Veranlagung drohen. Das überbehütende Verhalten und die symbiotischen Eltern-Kind-Beziehungen sind in diesen Fällen die entscheidenden Faktoren. Mit der Übernahme in den Kindergarten gelingt der überfällige Ablösungsprozess in den meisten Fällen, den Kindern geht es in der Regel innerhalb weniger Wochen besser. Gelingt die Ablösung nicht, können diese vermeintlich »leichten Fälle« durchaus in akute oder gar zunehmend chronische Formen der AD übergehen.

Eltern davon zu überzeugen, dass sie den Kindern mit ihrer übergroßen Liebe den Weg ins Leben eher erschweren als erleich-

tern, ist oft langwieriger als die Behandlung einer komplizierten körperlichen Erkrankung. Erhöht Sensible sind häufig offen gegenüber alternativen Heilverfahren und deshalb eine bevorzugte Zielgruppe selbst ernannter Experten und Laienratgeber, die mit mehrheitlich völlig ungesicherten Behauptungen zur Verunsicherung der Eltern beitragen. Meistens geht es dabei um angebliche Allergien und Unverträglichkeiten, den Mangel an Spurenelementen und Vitaminen sowie um Fehlbesiedlungen des Darmes.

Es gleicht einer Herkulesaufgabe, diesen Eltern ihre unbegründeten Sorgen und Ängste zu nehmen. Das gelingt letztendlich nur durch den überzeugenden Ausschluss der »Verdachtsdiagnosen«. Wenn die Eltern über die natürlichen Möglichkeiten des »Multitalents Haut« und die Grundprinzipien der Hautpflege aufgeklärt wurden und beginnen, der hyperreagiblen Kinderhaut etwas weniger Aufmerksamkeit zu schenken, verbessert sich das Hautbild oft schon ohne dermatologische Behandlung.

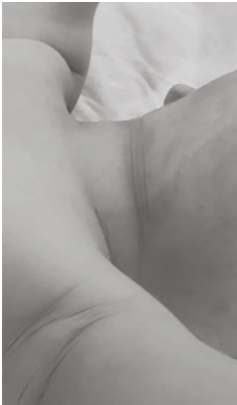
Natürlich kann auch eine harmlose subakute AD unter ungünstigen Bedingungen, d. h. in der Regel beim Zusammentreffen mehrerer Auslöser, beispielsweise bei Zahnungsbeschwerden und Machtkämpfen, einen akuten Schub entwickeln. Für diese Fälle sollten die Eltern über ein Mindestmaß an Kenntnissen und Fähigkeiten verfügen, um auch eine solche Situation zu beherrschen. Wieder gilt der Grundsatz »weniger ist mehr«.

Merke: *Als Eltern eines solchen Kindes müssen Sie wissen, dass die subakute AD in der Regel ein flüchtiges Ereignis ist. Die eigenständige Auseinandersetzung mit dieser geringen gesundheitlichen Störung ist ein Teil des kindlichen Reifungsprozesses. Das Kind erlernt den Umgang mit Krankheiten. Nach meiner Erfahrung gibt es keinen besseren Weg, der Entwicklung einer Atopie vorzubeugen, als alle Beteiligten zur Selbstständigkeit anzuhalten. Diese Kinder sind später eindeutig seltener krank!*



*Abbildung 8:
typische Symptome der
subakuten AD*

© familyandme



Abbildungen 9 bis 12: typische Symptome der subakuten AD

© Liffler

Merkmale der subakuten atopischen Dermatitis

- Uncharakteristische fleckige Rötungen, bevorzugt in den Hautfalten, im Halsbereich, in den Achselhöhlen, im Windelbereich und in den Kniekehlen.
- Der Juckreiz ist gering ausgeprägt, die Kratzspuren sind entsprechend eher gering.

Nebenkriterien

- Normales bis gering erhöhtes Gesamt-IgE (Immunglobulin E)
- Negativer oder grenzwertiger Prick-Test
- Außergewöhnliche psychische Irritabilität
- Symbiotische Mutter-Kind-Beziehung:
Das Kind schläft im Elternbett, wird lange gestillt und viel getragen.

Die Behandlung der subakuten AD

Tragen Sie äußerlich anzuwendende Medikamente dünn auf, sonst kommt es zum Hitzestau, der den Juckreiz verstärkt.

Rp. ist die Abkürzung für Rezept. Sie sollten das Medikament in der Apotheke bestellen beziehungsweise Ihren Arzt aufsuchen, damit er ein Rezept ausstellen kann. Bitten Sie den Arzt beziehungsweise die Apothekerin um eine möglichst konservierungsstofffreie Herstellung. Solche Medikamente müssen grundsätzlich im Kühlschrank bei Temperaturen unter 9 Grad Celsius aufbewahrt werden.

Tabelle 2

Erscheinungsbild	Behandlung
Bei erregungsabhängigem Juckreiz Bei lokalem Juckreiz	Eskalationen vermeiden, Aufmerksamkeit verringern, nicht hinsehen, nicht am Kratzen hindern! Kühle Umschläge oder Polidocanol (Thesit®), das ist eine hautaktive Substanz mit einer oberflächenbetäubenden Wirkung, oder Bolus alba Lotio (Rp.: Bolus alba 50.0, Aqua dest. 25.0, Glycerin 25.0) oder Tannosynt Creme® oder Tannosynt Lotio®
Im akuten Schub mit zunehmender Rötung und vermehrtem Juckreiz	Rescue Salbe® (Rp.: 6 Rescue-Tr. in Unguentum emulsificans aquosum ad 100.0, mit fett-feuchtem Verband)
Die kleinflächige, feuchte Rötung	Bolus alba Lotio (Rp.: Bolus alba 50.0, Aqua dest. 25.0, Glycerin 25.0, offen)
In der postakuten Phase	Bolus alba Salbe (Rp.: Bolus alba 30.0, Ol olivarium 20.0, offen)
Die kleinflächige staub-trockene Rötung	Bolus alba Paste (Rp.: Bolus alba 25.0, Vaselinum album 25.0, offen)
Bei Kratzspuren	Bolus alba Wundsalbe (Rp.: Bolus alba 12.0, Talcum 12.0, Dexpanthenol 3.84, Aqua purificata 3.84, Vaselinum album ad 60.0, anfangs mit Schlauchverband)
Bei Verdacht auf Infektion	Waschung mit Schwarztee oder Kaliumpermanganat (Lsg. 1:1000 verdünnt, d. h. 1 ml Lösung auf 1 l warmes Wasser) und daran anschließend mit Triclosan-Salbe (Rp.: Triclosanum 1.00, Unguentum emulsificans aquosum 49.0, Schlauchverband)