

**Redaktion**

D. Reinhardt, München  
 R. Frank, München

T. Nicolai · Dr. von Haunersche Kinderklinik, München

# Verbrennungen bei Kindern

## Intensivbehandlung und psychische Folgen

**Die Häufigkeit von Verbrennungen und Verbrühungen im Kindesalter hat in letzter Zeit erfreulicherweise abgenommen. Dennoch bleiben sie eine oft vorkommende Form der Verletzung im Kindes- und Jugendalter. Bei ihrer Behandlung muss unbedingt auf eine ausreichende Schmerztherapie, Analgesie und ggf. Narkose geachtet werden, insbesondere auch, wenn die Patienten keine Schmerzen äußern (können). Vor allem bei Verletzungen im Kleinkindesalter sind auch sekundär in der Adoleszenz auftretende schwere psychische Traumata mit zu berücksichtigen und evtl. schon früh therapeutisch zu antizipieren.**

Insbesondere im Kleinkindesalter spielt nach wie vor der Unfallmechanismus durch Herabziehen von mit heißen Flüssigkeiten gefüllten Gefäßen mit Übergießen, häufig von Gesicht und Oberkörper, eine große Rolle. Hier ist es durch passive Schutzmechanismen sowie durch die Verwendung von Thermoskannen und das Weglassen von Tischdecken zu einer Verringerung der Unfallhäufigkeit gekommen [1]. Ebenfalls seltener geworden ist das Auftreten großflächiger Verbrühungen durch den Sturz in heißes Badewasser. Durch die Verwendung von Thermostaten und Mischbatterien ist es unnötig geworden, kochendes Wasser in eine Badewanne zu füllen und dann mit kaltem Wasser nachzuverdünnen. Dieses Vorgehen hatte früher immer wieder zu schwers-

ten Badeunfällen geführt [2]. Eine kürzliche Cochrane-Metaanalyse zu aktiven, schulenden Präventivmaßnahmen kam allerdings zu dem Schluss, dass wenig gesicherte Erkenntnisse über validierte Modelle bestehen [3]. In der dritten Welt sterben aufgrund der Lebensumstände viele Kinder häufiger durch Verbrennungen als in weiter entwickelten Staaten (z. B. in Nepal 17-mal häufiger als in Großbritannien [4]). Im jugendlichen Alter stehen eher Verletzungen durch Experimentieren mit Sprengkörpern und Feuer im Vordergrund.

In der Therapie sowohl der initialen Verletzungsfolgen als auch der Wundflächen und der späteren narbenbedingten Funktionseinschränkungen sind erhebliche Verbesserungen erzielt worden, sodass die Mortalität gesenkt werden konnte [5].

### ■ Die Behandlung von Verbrennungen erfordert jedoch nach wie vor immer wieder schmerzbehaftete Maßnahmen.

Diese als traumatisch empfundenen wiederholten Erlebnisse können bei ungenügender Schmerztherapie zu lang dauernden Spätfolgen führen. Andererseits werden auch die psychosozialen Folgen der teilweise nach wie vor sichtbaren oder sogar entstellenden Verbrennungswunden häufig erst Jahre nach einer z. B. im Kleinkindesalter erlittenen Verbrühung erkennbar, wenn die Patienten mit dem Eintritt in die Adoleszenz eine ausgeprägtere Selbstwahrnehmung entwickeln.

Auf beide psychosoziale Schädigungsmechanismen kann durch adäquate frühzeitige Therapie und Begleitung des Patienten Einfluss genommen werden.

### Erstversorgung von Verbrennungen und Verbrühungen

Verbrennungen werden je nach ihrer Tiefe in 3 Schweregrade eingeteilt, wobei nur Grad 2 und 3 zu ernsteren Folgen führen. Die Ausdehnung und die Tiefe der Verbrennung entscheiden über die Gefährdung und spätere Funktionseinschränkung – ebenso wie die Lokalisation.

Die frühe Therapie lässt sich in mehrere Stufen einteilen: Zuerst müssen die Vitalfunktionen des Patienten beurteilt und ggf. wiederhergestellt werden. Der Kreislauf muss normalisiert werden. Bei Verbrennungen durch elektrische Einwirkungen (S-Bahn-Surfer, Lichtbogen) ist gelegentlich eine Reanimation einschließlich Defibrillation notwendig.

Als Nächstes erfolgt eine ausreichende Schmerztherapie. Dies wird nicht selten übersehen. Da das Verbrennungs- oder Verbrühungsereignis einen extremen Stress darstellt, sind die Kinder häufig still in sich zurückgezogen und verschüchtert und äußern wenig Schmerzen.

### ■ Es kommt deshalb oft zur Unterschätzung der Schmerzintensität.

In der Regel reicht bei etwas größerer Ausdehnung die Gabe eines einfachen Schmerzmittels (wie Paracetamol) nicht

Hier steht eine Anzeige.



aus! Geeignet sind je nach Verfügbarkeit Ketamin oder Opiate.

Sind die Atemwege bei der Verletzung mit betroffen oder handelt es sich um ein schweres Inhalationstrauma, müssen die Patienten oft intubiert und beatmet werden. In dieser Zeit werden sie einer ausreichenden medikamentösen Analgosedierung zugeführt.

Die Wundreinigung und -versorgung stehen (innerhalb der ersten 8 h nach der Verletzung) an letzter Stelle der oben genannten Maßnahmen und sollten erst nach kardiorespiratorischer Stabilisierung und ausreichender Schmerztherapie durchgeführt werden.

### Akute Wirkungen großflächiger Verbrennungen und Verbrühungen

Neben der lokalen Verletzung mit Schmerzen und Gewebeerstörung tritt rasch eine akute Störung auch verbrennungsferner Organfunktionen auf. Aufgrund der Gefäßschädigung und der Mediatorausschüttung bilden sich ausgeprägte Ödeme. Gelegentlich kommt es zu einer myokardialen Funktionsstörung. Zusätzlich besteht ein enormer Flüssigkeitsverlust aus dem Gefäßsystem in das Ödem sowie über die Wundflächen, der bis zu 5 ml/% verbrannte Körperoberfläche/kg/24 h beträgt. Bei einem 30 kg schweren Kind mit einer 50%igen Verbrennung bedeutet dies einen zusätzlichen Bedarf von 7,5 l Flüssigkeit/Tag. Eine intensive Flüssigkeitstherapie mit teilweise sehr großen Infusionsmengen unter engmaschiger Kontrolle der Ausscheidung und der Elektrolyte ist hier entscheidend, um einen Kreislaufchock und im Gefolge ein Nierenversagen zu verhindern. Diese Behandlungsphase ist für viele Patienten stressvoll, da sie z. T. von den Eltern getrennt auf einer Intensivstation oder in einer Isoliereinheit gepflegt werden müssen.

— **Eine ausreichende Schmerztherapie und Sedierung sowie frühzeitige Zuwendung und Mitbetreuung durch das psychosoziale Team sind schon in dieser Phase wichtig.**

Neben den organischen Fernwirkungen, die in ihrer Therapie während der ersten Tage einer intensiven und genauen Über-

wachung und Infusionssteuerung bedürfen, kommt es zu einer extremen Stresssituation, die neben einem dauerhaften psychischen Effekt auch die Freisetzung von Stresshormonen mit konsekutiver Tachykardie, Blutdruckanstieg, Fieber und einer Erhöhung des Stoffwechsels verursacht.

### Lokaltherapie

Neben der oben beschriebenen systemischen Therapie kommt auch bei größeren Verbrennungen ab Grad II eine geschlossene Wundbehandlung in Betracht. Wenn keine zirkulären und die distale Perfusion durch Kompression bedrohenden Extremitätenverbrühungen vorliegen, kann der Verband über einige Tage belassen werden, sodass – nach der in der Regel in Narkose durchgeführten ersten Reinigung – Verbandwechsel nicht zu häufig durchgeführt werden müssen. Dieses Vorgehen spart Narkosen bzw. Schmerzmedikamente und erlaubt eine ungestörte Epithelisierung bei den im Kindesalter häufigen oberflächlichen zweitgradigen Verbrühungen [6]. Im Gegensatz zur Erwachsenenmedizin, wo z. T. tägliche Verbandwechsel in Analgesie – jedoch bei wachem Patienten – durchgeführt werden, ist dies bei Kindern keine sehr praktikable Verfahrensweise. In der Regel sind derart häufige Verbandwechsel bei Kindern nicht notwendig, da es sich nur in seltenen Fällen um Flammenverbrennungen mit tiefen, verschmutzten oder gar karbonisierten Nekrosen handelt, die einem frühen Débridement zugeführt werden müssten.

Wegen der mangelnden Einsichtsfähigkeit insbesondere von Kleinkindern und der großen Schmerzhaftigkeit von Verbandwechseln sind eine ausreichende Analgesie bzw. Narkose erforderlich. Hierzu hat sich z. B. Ketamin gut bewährt. So verhindert man eine Fixierung des Schmerzerlebnisses der eigentlichen Unfallphase durch wiederholte Traumatisierung in der gleichen Körperregion. Erwachsene Patienten berichteten, dass sie bei solchen schmerzhaften Eingriffen nicht selten den ursprünglichen Verletzungsmechanismus wieder erlebten. Auf diese Weise kommt es dann zu einer Verfestigung der Angstsymptomatik. In einer kürzlich publizierten Untersuchung stellte sich heraus, dass Kleinkinder mit Verbrennungen nur zu

50% überhaupt eine Analgesie erhielten, während dies bei Schulkindern immerhin 75% waren [7]!

### Bei Verbrennung und Verbrühungen muss in jeder Behandlungsphase ausreichend analgisiert werden

Bei der geschlossenen Wundbehandlung kann der Patient an den Tagen ohne Verbandwechsel in der Regel mit relativ wenig Schmerzmittel oder gar Sedierung auskommen.

Bei das ganze Gesicht umfassenden Verbrennungen, bei ausgedehnten Verbrennungen von über 30% der Körperoberfläche, bei sehr tief gehenden Verbrennungen oder solchen, bei denen durch ein Kompartmentsyndrom eine Störung der distalen Extremitätenperfusion droht, ist ein anderes Vorgehen sinnvoll. Hier wird der Patient „offen“, d. h. ohne Verband behandelt. Zu diesem Zweck ist eine aufheizbare Isoliereinheit erforderlich. Häufig ist der Verletzte so schwer krank, dass er ohnehin intubiert und beatmet werden muss und mit invasivem diagnostischem Monitoring versehen wird. In dieser Zeit muss auf eine ausreichende Analgosedierung geachtet werden. Insbesondere ist es wichtig, auch dem scheinbar tief schlafenden Patienten alle Maßnahmen zu kommunizieren, da nicht selten eine äußerlich unterschätzte Wahrnehmungsfähigkeit verblieben ist und diese Ereignisse später erinnert werden.

Im weiteren Verlauf wird bei beiden Verfahren eine Phase der intensiven Wundreinigung bzw. auch der Nekrosenentfernung und Hauttransplantation jeweils in Narkose notwendig sein. Bei tiefen ausgedehnten Verbrennungen (die im Kindesalter zum Glück selten sind) haben die in der ersten Woche beginnende schrittweise Exzision der Nekrosen und damit die Verhinderung der Infektion dieses Gewebes die Prognose entscheidend verbessert [8]. Ein solches Vorgehen ist allerdings bei Verbrühungen meist nicht erforderlich und würde wegen der in der frühen Phase noch ungenügenden Demarkation zu einer übermäßigen Exzision von noch regenerationsfähigem Gewebe führen. Beim chirurgischen Vorgehen sind Phasen vollständiger Ruhe in tiefer Sedierung über einige Tage

Monatsschrift Kinderheilkd 2005 · 153:1064–1069  
DOI 10.1007/s00112-005-1233-z  
© Springer Medizin Verlag 2005

T. Nicolai

### Verbrennungen bei Kindern. Intensivbehandlung und psychische Folgen

#### Zusammenfassung

Nach wie vor stellen Verbrennungen und Verbrühungen eine häufige Verletzungursache bei Kindern und Jugendlichen dar. Je nach Tiefe und Ausdehnung besteht Lebensgefahr durch den Flüssigkeitsverlust, die Beteiligung lebenswichtiger Strukturen oder die durch den Verlust der Schutzfunktion der Haut bedingte Infektionsneigung. Initial steht insbesondere die Behandlung der Schmerzen und des Kreislaufschocks im Vordergrund, in der Folge werden die Wundbehandlung und die Rehabilitation wichtig. Zu Beginn werden extreme Mengen von Stresshormonen ausgeschüttet, im Verlauf der Therapie wer-

den die Patienten mit immer wiederkehrenden schmerzhaften Situationen belastet: Wundreinigung, Hauttransplantation, aber auch Übungs- und Lagerungsbehandlungen gehen oft trotz Schmerzmittelgaben mit unangenehmen Sensationen einher. Bei diesen Eingriffen ergibt sich für viele Patienten eine Erinnerung an den initialen Verbrennungsvorgang mit seiner assoziierten maximalen Stressaktivierung. Kinder haben besondere Schwierigkeiten, mit der für sie oft nicht einsehbaren Situation fertig zu werden und die erforderliche Kooperation zu zeigen, gleichzeitig müssen sie oft eine zumindest zeitweise Trennung von

den Eltern verarbeiten. Im weiteren Verlauf treten die Folgen des veränderten Körperbildes, besonders bei Gesichtsverbrennungen, in den Vordergrund sowie der Verlust von Fähigkeiten etwa bei Funktionsstörungen an Händen und Gelenken. Obwohl Kleinkinder hiermit anfänglich oft erstaunlich gut zurechtkommen, können spätere psychosoziale Folgen auch mit großer Verzögerung, etwa in der Pubertät, auftreten.

#### Schlüsselwörter

Verbrennung · Verbrühung · Kinder · Jugendliche · Funktionsbeeinträchtigung

### Burns in children. Intensive treatment and psychosocial consequences

#### Abstract

Burns and scalds continue to be a frequent cause of injuries in children and adolescents. Depending on the depth and extent of the injury there may be danger to life due to loss of liquid, effects on vitally important structures, or infections resulting from loss of the protective function of the skin. Initially, treatment of pain and circulatory shock are paramount. Following this wound treatment and rehabilitation become increasingly important. In the beginning there is flooding of extreme amounts of stress hormones. As treatment proceeds

patients are repeatedly exposed to painful interventions such as wound toileting and skin transplantation. Furthermore, treatments intended to put affected limbs in appropriate positions and to mobilize them are often agonizing despite the use of analgesics. All these interventions may remind patients of the initial burn accident with its associated extremely high level of stress activation. It is difficult for children to adapt to a situation they cannot understand and to cooperate to the required degree. At the same time they have to cope with

a separation from their parents over a considerable time. Later on distortions of body image will come to the fore, particularly in the case of facial burns, as well as loss of the ability to use limbs, if there are impairments of hands or joints. Although infants can cope quite well initially, psychosocial consequences can occur at puberty after a long delay.

#### Keywords

Burns · Scalds · Children · Adolescents · Impairment of function

notwendig, um das Anwachsen von Transplantaten zu ermöglichen. Kinder neigen wegen ihrer mangelnden Kooperationsfähigkeit dazu, sich zu viel zu bewegen und durch Scherkräfte die Abheilung zu stören. Sowohl an den Hautentnahmestellen als auch im Transplantationsgebiet können erhebliche Schmerzen auftreten.

Die bereits früh einsetzende krankengymnastische Übungsbehandlung bei allen Verbrennungen, die Gelenke mit einschließen, muss ebenfalls analgetisch abgedeckt werden. Eine effiziente Krankengymnastik ist sonst unmöglich, und schwere Schmerzerfahrungen könnten erinnert werden.

### ➤ **Schmerzhafte Eingriffe sollten nicht im Zimmer des Kindes, sondern in einem separaten Eingriffsraum durchgeführt werden**

Bei der Versorgung auf Station und bei schmerzhaften Eingriffen im Wundgebiet hat es sich bewährt, diese nicht im Zimmer des Kindes durchzuführen, sondern in einem separaten Eingriffsraum. Dadurch wird das Krankenzimmer zum sicheren Bezirk, in dem keine größeren Schmerzen zu erwarten sind, während die schmerzhaften oder angstbesetzten Eingriffe mit definierten anderen Räumen und Situationen assoziiert werden.

### **Spätere Behandlungsphasen**

Nach dem Abheilen der Haut kommt es nicht selten zur Narbenbildung. Diese kann funktionell störend sein, und es können sich Keloide bilden. Insbesondere Kleinkinder kommen jedoch mit Narben oft erstaunlich gut zurecht. Infolge ihres ausgeprägten Bewegungs- und Spieltriebs werden häufig auch schmerzende Gelenke gut durchbewegt, und die Spontanaktivität der Kinder allein stellt schon eine Form der Physiotherapie dar. Dennoch können auch bei Kleinkindern wiederholte operative Eingriffe zur Behandlung von Gelenkkontrakturen notwendig sein. Beim Auftreten hypertrophischer Narben müssen teilweise jahrelang rund um die Uhr Kompressionsanzüge getragen werden, die – insbesondere im Sommer – erheblich stören und zu Konflikten zwischen Eltern und Kindern führen. Durch den Druck der Kompressi-

onsverbände kann es auch zur erneuten De-epithelisierung bereits abgeheilter Wundbezirke kommen. Dem initialen schweren, körperlichen und psychischen Trauma folgt also u. U. ein jahrelanger Prozess mit wiederholten schmerzhaften Ereignissen und einem erheblichen Konfliktpotenzial für die Eltern-Kind-Beziehung.

Mit der Erlangung eines schärferen Selbstbildes und der sozialen Einordnung in eine Gruppe von Altersgenossen kommen dem Patienten Narben und Funktionsverluste deutlich zum Bewusstsein.

### ■ **Damit kann es viele Jahre nach der eigentlichen Verletzung zu einem schweren sekundären psychischen Trauma kommen.**

Hier ist u. U. ein frühzeitiges therapeutisches Antizipieren dieses Prozesses sinnvoll.

### **Sonderfälle**

Einen wichtigen Sonderfall stellt die häufige, kleine, d. h. wenige Prozent der Körperoberfläche umfassende, „saubere“ Verbrühung des Kleinkindes dar. Sie ist medizinisch gesehen in ihrer Behandlung relativ unkompliziert. Nach initialer Wundreinigung belässt man einen Verband über mehrere Tage. Danach werden Verbandwechsel durchgeführt, deren Häufigkeit sich nach dem Wundzustand richtet. Das Problem kann schon bei der Erstversorgung darin bestehen, dass die Kinder nicht nüchtern sind, sodass bei fehlender vitaler Bedrohung eine sofortige Narkose mit Crash-Intubation zu gefährlich scheint. Andererseits ist die Schmerzintensität bei der ersten Wundreinigung mit Sicherheit so hoch, dass die Gabe von einfach rektal oder oral zu applizierenden Schmerzmitteln wie Paracetamol oder Ibuprofen nicht ausreicht. Das Anlegen einer Infusion für die i. v. Medikamentengabe (Opiate, niedrig dosiertes Ketamin) stellt jedoch bei manchen Kleinkindern ein großes Problem dar und führt zu heftiger Erregung und Schmerzempfindung.

Hier besteht die Versuchung, die Wundreinigung „schnell“ ohne oder mit ungenügender Analgosedierung gegen den Willen des Kindes mit Festhalten durchzuführen, um dann rasch einen Verband anzu-

legen. Hier kann der Eindruck entstehen, dass dies für das Kind die sicherste und schonendste Methode ist. Sie ist jedoch wegen der Fixierung auf den Schmerz im Wundgebiet und die Erinnerung an die gewaltsame Durchführung der Wundreinigung nicht zu empfehlen. Die nachfolgenden Verbandwechsel gestalten sich dann nämlich sehr schwierig, selbst wenn sie an sich wenig schmerzhaft sein sollten, da die Kinder auf eine erneute gewalttätige und schmerzhaft eingestellte Prozedur eingestellt sind. Eine bessere Alternative stellen die i. m., aber auch die rektale oder orale Gabe von potenteren Schmerzmitteln dar.

Zur Vermeidung dieser sehr häufigen Probleme ist die explizite Festlegung eines Schmerzvermeidungskonzepts von Bedeutung.

In der Schmerztherapie erfahrene Ärzte sollten hierbei mitwirken. Viele Nebenaspekte sind von großer Bedeutung, z. B. das Miteinbeziehen der Eltern in den Vorgang. Die Beruhigung auch der Eltern und das Erklären des zu erwartenden Vorgehens gegenüber ihnen können helfen, durch größere Ruhe der betreuenden Personen auch den Patienten zu beruhigen.

### ➤ **Zwischen 3 und 10% aller kindlichen Verletzungen sind auf Kindesmisshandlung/-vernachlässigung zurückzuführen**

Anders als im Erwachsenenalter spielen suizidale Mechanismen praktisch keine Rolle, bei Kleinkindern und Säuglingen ist jedoch immer auch an eine nicht akzidentelle Entstehung der Verletzung zu denken, also eine Form der Kindesmisshandlung oder der Vernachlässigung. Es wird geschätzt, dass zwischen 3 und 10% aller kindlichen Verletzungen auf einen solchen Mechanismus zurückzuführen sind [9]. Bei Unstimmigkeiten im geschilderten Verletzungshergang oder auffallender Indifferenz der Eltern gegenüber der Verletzung muss der behandelnde Arzt diesem Verdacht nachgehen. Der richtige Umgang mit diesen Fällen erfordert ein speziell geschultes psychosoziales Team, damit das Kind einerseits nicht aus seiner Familie genommen werden muss und andererseits eine Wiederholung der Kindesmisshandlung sicher unterbunden wird [10].

## Fazit

Eine gut organisierte Verbrennungsversorgung unter Berücksichtigung der angeführten Punkte kann Wesentliches dazu beitragen, eine sekundäre Fixierung des initialen Schmerzereignisses, aber auch die Erinnerung an sekundäre schmerzhafte Eingriffe entscheidend zu verringern und somit zur Heilung des psychischen Traumas „Verbrennung“ beizutragen. Eine liebevolle und vorausschauende Begleitung der Patienten auch Jahre nach dem Verbrennungseignis wird es im Einzelfall ermöglichen, rechtzeitig notwendige Korrekturingriffe durchzuführen, aber auch sekundäre psychische Alterationen durch stützende Interventionen zu verringern.

## Korrespondierender Autor

Prof. Dr. T. Nicolai

Dr. von Haunersche Kinderklinik,  
Lindwurmstraße 4, 80337 München  
E-Mail: Thomas.Nicolai@med.uni-muenchen.de

**Interessenkonflikt:** Keine Angaben

## Literatur

1. Brigham PA, McLoughlin E (1996) Burn incidence and medical care use in the United States: estimates, trends, and data sources. *J Burn Care Rehabil* 17:95–107
2. Erdmann TC, Feldman KW, Rivara FP et al. (1991) Tap water burn prevention: the effect of legislation. *Pediatrics* 88:572–577
3. Turner C, Spinks A, McClure R et al. (2004) Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews: reviews issue*. Wiley, Chichester, DOI 10.1002/14651858.CD004335.pub2
4. Hettiarachy S, Dziewulsky P (2004) ABC of burns. *BMJ* 328:1366–1368
5. Sheridan RL, Weber JM, Schnitzer JJ et al. (2001) Young age is not a predictor of mortality in burns. *Pediatr Crit Care Med* 2:223–224
6. Desai MH, Rutan RL, Herndon DN (1991) Conservative treatment of scald burns is superior to early excision. *J Burn Care Rehabil* 12:482–484
7. Alexander J, Manno M (2003) Underuse of analgesia in very young pediatric patients with isolated painful injuries. *Ann Emerg Med* 41:617–622
8. Sheridan RL, Schnitzer JJ (2001) Management of the high-risk pediatric burn patient. *J Pediatr Surg* 36:1308–1312
9. Daria S, Sugar NF, Feldman KW et al. (2004) Into hot water head first: distribution of intentional and unintentional immersion burns. *Pediatr Emerg Care* 20:302–310
10. Ruth GD, Smith S, Bronson M et al. (2003) Outcomes related to burn-related child abuse: a case series. *J Burn Care Rehabil* 24:318–321

# Hautkrank

## Warum es mich stört, wenn andere in der U-Bahn und einfach überall mich anstarren?

### Ein Erfahrungsbericht

Zuerst bemerken sie einen kaum, dann zieht man mit einem normalen Augenkontakt, ohne es zu wollen, die Aufmerksamkeit auf sich – der andere hat es bemerkt. Die Unterschiede zwischen meinem Gegenüber und mir werden ihm klar und dann die Fragen. Was denkt diese Person wohl?!

Das ist der Moment, in dem der Blick zurück kommt und einen zu durchbohren scheint. Dann eventuell „Hey, wieso rot, wieso so‘ne komische Haut und warum... oh... der Mensch hat Schuppen... wieso?“ und dann kommt die Stelle, wo der Mitmensch den extrem abstoßenden Blick aufsetzt und sich zu fragen scheint „Schuppen = Hautkrank = Übertragung durch Kontakt = Ansteckend!!! Warum mir gegenüber...? kann mich das krankmachen? bin ich gefährdet? bin ich weiter sicher auf meinem Platz? soll ich fragen? ist ansprechen gut oder nicht?“, dann weiterhin skeptische Momente mit fragendem Blinzeln in meine Richtung.

Jedes mal hinterlässt es etwas bei mir, jeder Blick, wie eine Stecknadel platziert an dem Moment, als Merkmal. Denn was mein Gegenüber nicht bemerkt zu haben scheint, ist, dass ich auch lebe, auch ein Mensch bin, auch atme, mich bewege, wie alle anderen auch. Er kennt meinen Tag nicht, er weiß nicht sicher, dass ich hautkrank bin, dass mein Tagesablauf purer Stress ist, und dass nicht nur die Haut davon betroffen ist.

Was dann in mir passiert? Ich platze vor lauter Wut, irgendetwas geht zu Bruch, weil ich es nicht schaffe, anderen zu erklären, dass ich mit dieser Situation überfordert bin.

Und ja, der in der U-Bahn hat mich gestresst, aber nur einen winzigen Au-

genblick, ein paar Minuten und trotzdem bekomme ich ihn nicht aus meinem Kopf raus und frage mich, was so unglaublich abstoßend, merkwürdig und ekelhaft ist, obwohl ich mir den ganzen Tag größte Mühe gebe. Genau bei diesen Blicken, in diesen Momenten verstehe ich es nicht mehr und fange an, über alles mögliche nachzudenken, vor allem aber, welchen Sinn es alles hat, wenn einem andauernd nur solche Leute über den Weg laufen und man dabei doch das Beste gibt.

Ist es dieses Leben mit dieser Krankheit wirklich wert, oder nicht?! Wo ist dann der Part, bei dem man sich bestätigt fühlen sollte, weiter zu kämpfen, wenn einen die Familie, die Betreuer, die Mitbewohner, die Ärzte, einfach alle nicht zu verstehen scheinen und nur zu einer Handvoll annehmen. Wo sollte ich ihn sehen, wenn man es nur kennt, angestarrt, ausgelacht, angemacht und sogar geschlagen zu werden, da andere das Aussehen, die Krankheit nicht kennen (unsicher sind!) oder sie ihnen nicht gefällt?!

Wenn man im Bett liegt und die Schmerzen einen regelrecht zu zerfleischen scheinen, man hilflos zusehen muss, wie einem alles, wofür man sich so angestrengt hat, zerstört wird, durch einen Schub. Man liegt dann gekrümmt im Bett, angespannt und wünscht sich nichts sehnlicher als eine Hand, die einem den Kopf streicht, eine Stimme, die einem ins Ohr flüstert, dass heute nur ein schlechter Tag sei.

### Verfasserin

Christine Füß

c/o

Institut und Poliklinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie LMU  
Lindwurmstr. 2a  
80337 München

Die Verfasserin leidet an einer schweren Hauterkrankung.