

Umweltbezogene Körperbeschwerden aus der Sicht der psychosomatischen Dermatologie

von Klaus-Michael Taube

Zusammenfassung

Erkrankungen durch Umweltchemikalien, Nahrungsmittel oder Chemikalien aus dem beruflichen oder privaten Umfeld haben an Bedeutung zugenommen. In allen Fachbereichen der Medizin sind solche toxischen oder allergischen Störungen zu beobachten. Da die Chemisierung unserer Umwelt offenbar nahezu ungebremst voranschreitet, ist auch zunehmend mit Erkrankungen auf dieser Basis zu rechnen.

Die eigenen Erfahrungen sowie die des sozialen Umfeldes, Presse und Medienberichte über Umweltkatastrophen erzeugen bei vielen Menschen Angststörungen, die viele Erkrankungen imitieren und den Patienten wie den Arzt vor große diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten stellen können. Aus Sicht der psychosomatischen Dermatologie, einem in den letzten 20 Jahren im Fachgebiet der Hautkrankheiten zunehmend etablierten Teilgebiet, werden die umweltbezogenen Körperbeschwerden dargestellt.

Abstract

Environmental threat to the skin from the view of psychosomatic dermatology
Klaus-Michael Taube

The prevalence of diseases caused by chemicals and food from the occupational and private environment has increased in recent years. Toxic and allergic disorders are observed in all branches of medicine.

Many diseases are imitated by anxieties caused by negative experiences and news about environmental disasters. This may lead patients and physicians to diagnostic and therapeutic difficulties. Environmental related diseases are presented from the view of psychosomatic dermatology, a growing medical discipline related to skin diseases.

Umwelt & Gesundheit 1 (2007) 6-10

Einführung in das Thema: Umweltmedizin

Umweltthemen nehmen in den letzten Jahren einen breiten Raum in der gesellschaftlichen Diskussion aber auch im medizinischen Bereich ein. Es gibt die Begriffe wie Umweltwissenschaft, Umweltchemie und Umweltanalytik und Umwelttoxikologie. In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff der Umweltmedizin entstanden.

Die Umweltmedizin ist ein Teil der Medizin, der sich mit den Auswirkungen der mit Schadstoffen kontaminierten Umwelt auf den menschlichen Organismus befasst und in engster Beziehung zur Umwelthygiene steht. Hier spielt die Umwelthygiene eine besondere Rolle und stellt das Bindeglied zur kurativ tätigen klinisch-praktischen Medizin dar. Umweltmedizin ist interdisziplinär und bezieht nahezu das gesamte Spektrum der medizinischen Fächer ein.

Besonders auch die Dermatologie ist in umweltmedizinischen Fragen vornehmlich mit einbezogen, stellt doch die Haut ein großes Kontakt- und Aufnahmeorgan für Umwelteinflüsse dar.

In der Umweltmedizin geht es um psychische und physische Beschwerden, ausgelöst durch Chemikalien in der Umwelt. Hier spielen insbesondere die Kontakte durch die Luftverschmutzung, durch die Wasserverschmutzung, durch Belastung des Erdbereiches, durch Belastung der Lebensmittel, Lärmbelastung, UV- und andere Strahlung eine Rolle. (Seidel 1996, Marks und Plewig 1992)

Diese allergischen und toxischen Einflüsse auf den menschlichen Körper sind in vielen Publikationen der letzten Jahre dargestellt und beinhalten ein aktuelles Forschungsgebiet in der Medizin. Auf diese tatsächlichen Störungen soll aber in dem Artikel nicht eingegangen werden, sondern auf umweltbezogene Körperbeschwerden, die durch Ängste, hier so genannte Umweltängste, entstanden sind oder gefördert werden. Hinzu treten psychische Störungen, die die differen-

zierten psychisch bedingten und umweltbezogenen Körperbeschwerden ausmachen.

Ein Wort zu den Umweltängsten. Angst ist ein natürliches Verhaltensmuster und in vielen Situationen nützlich. Angst gehört zur normalen psychophysiologischen Ausstattung des Menschen. Sie bewahrt ihn einerseits vor Selbstüberschätzung, vor leichtfertigen Umgang mit Unbekanntem, stellt andererseits eine besondere Aufmerksamkeit in vielen alltäglichen Situationen dar (beispielsweise Angst vor einem Gewitter, Angst vor einer Erkrankung, Angst vor der Zukunft). Nicht in jeder Situation ist Angst aber ein guter Ratgeber. Sie kann auch ein qualvolles, unbestimmtes Lebensgefühl der Beeinträchtigung sein, indem man sich ohnmächtig Unbekanntem, Anrückendem und Ungreifbarem und Unbezwingbarem ausgeliefert fühlt, ohne der Möglichkeit eines Auswegs und einer Abhilfe.

Die ökologische Krise, die wir alle erleben, bewirkt daher auch Ängste. Vernünftige Gründe gibt es dafür ausreichend. Wir alle haben die Atomkatastrophe von Tschernobyl erlebt. Das Ozonloch vergrößert sich ständig und der Treibhauseffekt ist spätestens nach dem Winter 2006/2007 zur Realität geworden. Mehr als 80 % der Deutschen sehen in Umweltbelastungen eine große Gesundheitsgefahr. Direkt im Sinne einer drohenden Vergiftung oder indirekt über ein „Kippen“ der Lebensbedingungen auf dem Globus, für eine ständig wachsende Bevölkerung auf ihm.

Ängste sind dann hilfreich, wenn wir lernen, mit ihnen umzugehen, mit ihnen zu leben, sie umzusetzen in gestalterisches Handeln. Wird dies nicht bewältigt, tragen Ängste zur Entstehung von Befindungsstörungen und Erkrankungen bei, wie wir das aus der Psychosomatik wissen.

Wie die realen Ängste vor Umweltkatastrophen auf den einzelnen Menschen wirken ist unterschiedlich: es gibt Persönlichkeiten, die durch vermehrte Angst und Sorge auffallen, und solche,

bei denen ungebrochener Optimismus und Zukunftsglaube im täglichen Umgang im Vordergrund stehen (das berühmte halbvolle oder halbleere Bierglas). Es ist nur natürlich, dass sich der erste Typus mehr zur ökologischen Krise äußert, sie mehr zu seinem Anliegen macht.

Was bedeutet dieses Wissen für die Betreuung der Patienten durch den Arzt?

Der Arzt muss sich nach der toxikologisch erfolgten Abklärung differentialdiagnostisch darüber im Klaren werden, ob er es mit einer tatsächlichen Erkrankung durch Umweltgifte oder aber mit einer Angststörung zu tun hat, die darüber hinaus aus einem psychiatrischen Krankheitsbild erwachsen ist. Dabei müssen mehrere Diagnosen bedacht werden, wie Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenie, um nur einige Krankheitsbilder zu nennen. Besteht ein Verdacht, ist eine fachärztliche, psychiatrisch-neurologische Diagnostik von Nöten, um einen umweltängstlichen Menschen, der eigentlich beispielsweise eine Depression hat, nicht falsch zu beraten oder zu behandeln. Eindrucksvolle Beispiele ernsthafter Angststörungen aufgrund einer Amalgam-Phobie sind publiziert worden, die Liste der Beschwerden lässt sich aber ausgiebig verlängern. (Seidel 1996)

Die Beschwerden, die dabei von den Patienten geäußert werden, sind außerordentlich vielgestaltig, wie die alphabetische Auflistung einiger dieser Beschwerden zeigt: Antriebsschwäche, Appetitlosigkeit, Blähungen, brennende Augen, Herzjagen, Konzentrationschwäche, Kopfschmerzen, Luftnot, Missempfindungen in den Gliedmaßen, Müdigkeit, Schlafstörungen, Schwindel, trockener Mund, Übelkeit und Unruhe.

Die Diagnostik wird für den Arzt dadurch erschwert, dass zahlreiche Schadstoffe ebenfalls derartige Symptome verursachen.

Wie sollte man als Arzt mit diesen Betroffenen umgehen?

Jeder Patient, der hier seine Ängste äußert oder sie jedenfalls zu erkennen gibt, gibt einen Teil seines Inneren preis, er offenbart sich und verbindet damit die Hoffnung, dass der Arzt ihm helfen möge. Es ist deswegen nicht sinnvoll in der ärztlichen Beratungssituation, dem Besorgten frontal ins Gesicht zu sagen, dass seine Besorgnisse keine realen Grundlagen haben. Die Besorgnisse sind

doch offenbar vorhanden, wenn auch vielleicht nicht im persönlichen Umfeld, so doch im Sinne der „Öko-Krise“. Die Bedeutung dieser Grundlagen beziehungsweise Auslöser für die Ängste wird von dem Ängstlichen höher eingeschätzt als von dem Nichtängstlichen. Dieser Zugang, der grundsätzlich über die Empathie, das Anerkennen der Besorgnis, geht, scheint angemessen und Voraussetzung dafür, einen gemeinsamen Weg mit dem Patienten zur Lösung des Konfliktes zu finden.

Für die Bewältigung der Angst kennt die Psychologie folgende Wege:

1. **Vertrauen**
2. **Rationale Aufklärung** über Risiken und Risikovergleiche
3. **Gespräche über Angst** und ihrer einerseits lebenssichernden Nützlichkeit, andererseits darüber, wie sie als Grundeinstellung das Leben verdüsten und wie sehr sie die Möglichkeit zur Freude an der Natur, an den Kindern, an den eigenen Möglichkeiten, auch am technisch-zivilisatorischen Fortschritt einschränkt
4. **Verweis auf eine Gruppe mit ähnlichem Empfinden**, die gezeigt hat, dass sie aktiv ist, Ziele hat, Veränderungen anstrebt

Im folgenden Abschnitt sollen wesentliche Pfeiler der psychosomatischen Dermatologie kurz dargestellt werden.

Psychosomatische Dermatologie

Womit beschäftigt sich die psychosomatische Dermatologie? Der Haut als Grenzorgan zwischen der Umwelt und dem Körper, zwischen dem Äußeren und Inneren kommt eine besondere Bedeutung zu. Einerseits grenzt uns die Haut von der Umwelt ab, zum anderen werden über die Haut auch Stoffe ausgeschieden.

Die Haut ist das größte Organ des Menschen und hat mit einer Oberfläche zwischen 1,5 und 2 m² einen intensiven Kontakt zur Umwelt. Man weiß heute, dass viele Stoffwechselvorgänge in der Haut ablaufen. Unter umweltbiologischen Bedingungen ist es erwünscht, dass Mikroorganismen, chemische und biologische Schadstoffe nicht in die Haut eindringen können. Die Haut hat einen Wasser-Lipid-Mantel, einen leicht sauren PH-Wert und eine Hornschichtbarriere, um beispielsweise diese An-

griffe von außen abwehren zu können. Liegt eine Hautkrankheit vor, wird diese Barriere teilweise empfindlich gestört und die Aufnahme von Schadstoffen in erheblichem Maße ermöglicht. Als Beispiel sind berufsbedingte Hauterkrankungen zu nennen (beispielsweise bei Maurern das Chromatekzem oder bei Frisörinnen Ekzeme durch Farb- oder Konservierungsstoffe).

Auf der anderen Seite wünscht man sich unter therapeutischen Gesichtspunkten, dass Wirkstoffe in die erkrankte Haut aufgenommen werden und damit zu einer Heilung führen.

Obwohl man in den letzten Jahren viele pathogenetische Ursachen für die Entstehung und Unterhaltung von Hautkrankheiten, teilweise bis in die zellulären und biochemischen Strukturen, gefunden hat, zeigt sich andererseits, dass auch individuelle psychische und soziokulturelle Einflussfaktoren einen bedeutenden Anteil an der Entstehung und Chronifizierung von Hautkrankheiten haben können.

Per Definition beschäftigt sich die psychosomatische Dermatologie mit Hautkrankheiten, bei denen psychische Ursachen, Folgen oder Begleitumstände einen wesentlichen und therapeutisch bedeutsamen Einfluss haben. Danach werden Dermatosen unter einem biopsychosozialen Modell ganzheitlich gesehen.

Im engeren Sinne beschäftigt sich die psychosomatische Dermatologie mit jedem Aspekt der intra- und interpersonellen Probleme von Hautkrankheiten und den psychosomatischen Auslösemechanismen sowie mit der Krankheitsverarbeitung von Dermatosen. Man weiß heute, dass **bei etwa einem Drittel aller Hautkranken Patienten psychische Störungen** als ursächliche oder zumindest begleitende Faktoren bedeutsam sind. Hinzu kommen negative Einflüsse bei der Krankheitsbewältigung (**Coping**), was im deutschen Sprachgebrauch auch als **Stressbewältigung** bezeichnet wird. Viele Patienten mit Hautkrankheiten, beispielsweise mit Neurodermitis oder Nesselfieber geben an, dass Stress die Hauterkrankung auslösen und/oder verschlechtern kann.

Das Wissen um psychische, psychosomatische beziehungsweise psychosoziale Faktoren bei der Entstehung von Hautkrankheiten ist aber auch unter wirtschaftlichen Bedingungen bedeutungs-

voll: beispielsweise werden Patienten mit psychischen Störungen bis zu vier Mal häufiger stationär aufgenommen als Patienten ohne psychische Störungen. Haut- oder andere Erkrankungen können durch psychische Einflüsse unterhalten werden und chronifizieren, so dass ohne eine psychotherapeutische Intervention diese Krankheitsbilder nicht gebessert oder geheilt werden können.

In allen medizinischen Fachdisziplinen zeigt sich, dass von einem reinen biomechanistischen Krankheitsmodell zunehmend zu einem psychosozialen Konzept übergegangen wird. Das biopsychosoziale Modell ist heute weitgehend anerkannt. Es dient einer modernen Herangehensweise zur Erkennung der Ursachen einer Hauterkrankung aber auch einer Allgemeinerkrankung. In diesem ganzheitlichen System wird als Krankheitsursache auch der Lebensstil, die Wahrnehmung, die Deutung des Wahrgenommenen, Realitätsprüfung und Vergangenheitserfahrung mit in das Krankheitskonzept einbezogen.

Im Vordergrund der Hauterkrankungen, die im Rahmen der psychosomatischen Dermatologie in der Praxis die größte Bedeutung haben stehen die sogenannten psychosomatischen Hauterkrankungen. Bei diesen Erkrankungen spielen psychische Faktoren eine grundlegende Rolle. Dazu gehören die häufig zu beobachtenden Hauterkrankungen wie Schuppenflechte oder Neurodermitis.

In der praktischen Dermatologie hat sich eine Klassifikation durchgesetzt, die die psychosomatische Dermatologie in drei Rubriken einteilt:

- 1. Dermatosen mit primär psychischer Genese (dazu gehören psychische und psychiatrische Störungen)**
- 2. Dermatosen mit multifaktorieller Grundlage, deren Verlauf psychischen Einflüssen unterliegt (psychosomatische Krankheitsbilder)**
- 3. Sekundär psychische Störungen infolge von schweren oder entstellten Dermatosen (somatopsychische Krankheitsbilder)**

In Untersuchungen der letzten Jahre ist ein dramatischer Anstieg psychischer und psychosomatischer Erkrankungen festzustellen. Das betrifft alle Bereiche der Medizin. In einer repräsentativen Studie der letzten Jahre konnte gefunden werden, dass über 50 % in der Normal-

bevölkerung einer zumindest psychosomatischen Grundversorgung bedürfen.

Die Häufigkeit psychischer Störungen in der Allgemeinpraxis zeigt in den letzten Jahren steigende Tendenz und wird in verschiedenen Studien der letzten Jahre mit 20-30 % angegeben. In den dermatologischen Praxen ist ebenfalls der Anteil der Patienten, die psychische oder psychosomatische Erkrankungen als Ursache oder Begleiterkrankung haben, ständig angestiegen. In einer größeren Studie konnte gezeigt werden, dass über 50 % der Befragten im Alter von 14-92 Jahren angaben, dass sie gegenwärtig zumindest geringgradig unter einem Hautsymptom leiden. 24,1 % der Befragten erklärten, dass sie an mindestens einem Hautsymptom zum aktuellen Zeitpunkt mittelstark bis stark leiden. Dabei zeigt sich, dass Frauen einen höheren Leidensdruck angeben, was wahrscheinlich weniger durch stärkere Krankheitsanfälligkeit als eher durch eine erhöhte Aufmerksamkeit der Frauen gegenüber ihrem Körper erklärt werden kann. (Hardt und Gieler 2006)

In dermatologischen Ambulanzen zeigt sich bei Untersuchungen, dass etwa 1/4 der Patienten unter psychosomatischen Begleiterkrankungen leiden. Werden diese Beschwerden gezielt nachgefragt, zeigt sich teilweise eine noch höhere Inzidenz.

Die häufigsten Beschwerden, die von den dermatologischen Patienten angegeben werden sind Hautjuckreiz, Brennen, Schmerzen an der Haut, tatsächlicher oder zumindest empfundener Haarausfall und Entstellungsgefühl.

Derzeitige Ergebnisse zeigen, dass in ein medizinisches Behandlungskonzept, insbesondere in der Dermatologie, psychosomatische Ursachen und Triggerfaktoren einbezogen werden müssen, um dem Krankheitsgeschehen in der Praxis gerecht werden zu können.

Spezielle Krankheitsbilder umweltbezogener Körperbeschwerden

Die umweltbezogenen Körperbeschwerden werden nach der Definition der psychosomatischen Dermatologie zu den Dermatosen primär psychischer Genese gerechnet. Dabei stehen psychische Störungen im Vordergrund, während somatische Befunde sekundär hinzutreten. Es handelt sich vornehmlich um psychische

und psychiatrische Erkrankungen und Krankheitsbilder im eigentlichen Sinne. (Cotterill 1996)

Die Dermatosen primär psychischer Genese werden derzeit so eingeteilt:

- 1. Artefakte, Paraartefakte, Simulationen**
- 2. Dermatosen in Folge von Wahnerkrankungen und Halluzinationen**
- 3. Somatoforme Störung**
- 4. Dermatosen in Folge von Zwangsstörungen**

Artefakte sind Selbstbeschädigungen am Körper eine Hauterkrankung in Folge von Wahnerkrankung ist beispielsweise die Furcht vor dem (nicht realen) Befall mit Parasiten und Dermatosen in Folge von Zwangsstörungen beinhalten beispielsweise Krankheitsbilder wie einen Waschzwang mit Entzündung und Austrocknung der Haut. (Abbildung 1)



Abbildung 1: Rücken. 67-jähriger Patient mit Waschzwang, will sich von einer „Hautverschmutzung“ befreien. Man sieht sehr trockene aufgekratzte Rückenhaut.

Im folgenden beschäftigen wir uns mit den somatoformen Störungen, da hierzu die umweltbezogenen Körperbeschwerden gerechnet werden.

Somatoforme Störungen sind in der täglichen Dermatologiepraxis häufig anzutreffen. Sie stellen den behandelnden Hautarzt oft vor schwierige diagnostische Probleme.

Somatoforme Störungen werden definiert als die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen, obwohl wiederholt negative Untersuchungsergebnisse vorliegen und die Aussage (oft mehrerer) Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründet sind. (Cullen 1987, Eberlein-König et al. 2002, Eis et al. 2003)

Somatoforme Störungen werden in der psychosomatischen Dermatologie in folgende Unterformen eingeteilt:

1. Somatisierungsstörungen

2. hypochondrische Störungen

3. somatoforme autonome Funktionsstörungen

4. anhaltende somatoforme Schmerzstörungen

5. sonstige somatoforme Störungen

Die umweltbezogenen Körperbeschwerden werden unter den erstgenannten Somatisierungsstörungen subsumiert.

Somatisierungsstörungen zeigen ein Muster von rezidivierenden, multiplen, klinisch bedeutsamen, somatischen Beschwerden, die zu einer medizinischen Behandlung führen. Häufig findet sich eine Kombination von Schmerzen sowie unterschiedlichen gastrointestinalen, sexuellen und pseudoneurologischen Symptomen.

In der Dermatologie werden Somatisierungsstörungen mit umweltbezogenen Körperbeschwerden beobachtet, wobei multiple wechselnde klinische Bilder von den Patienten auf unterschiedliche Unverträglichkeiten zurückgeführt werden.



Abbildung 2: Vermeintliche Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten, vermutlich psychische Triggerung unspezifischer Hautveränderungen, besonders um den Mund

Umweltbezogene Körperbeschwerden sind in der Dermatologie nicht selten an

Tabelle1: Einteilung von Umweltängsten

allgemeine Ängste	gerichtete Ängste		
	Gegenstandsbezogene Ängste	Körperbezogene Ängste	Ortsbezogene Ängste
• Öko-Syndrom • Ecological illness • multiples-Chemikalien Syndrom (MCS) • totales Allergiesyndrom • idiopathische Umweltintoleranz • 20. Jahrhundert-Erkrankung	• elektrische Hypersensitivität • Lichtallergie • Amalgambezogene Beschwerden • Waschmittelallergie • Nahrungsmittelunverträglichkeit	• zerebrale Allergie • Multiorgandysästhesie • Pseudosperma-Allergie • chronisch Fatigue-Syndrom (CFS) • Fibromyalgie-Syndrom (FMS) • Infektionsphobie • (Lues, HiV)	• Sick-Building-Syndrom • Golfkrieg-Syndrom

zutreffen. In den letzten Jahren suchen die Patienten zunehmend Allgemeinärzte aber auch im besonderen Maße Hautärzte auf mit unterschiedlichen körperlichen Beschwerden, die oft mehrere Organsysteme betreffen und objektiv schwer fassbar sind. Viele Patienten haben eine lange Karriere der Krankheitsbeschwerden mit Kontaktärzten verschiedener Fachrichtungen, zum Teil Spezialkliniken und Wunderheilern hinter sich, ohne das ihnen langfristig geholfen werden konnte. Nicht unerheblich ist auch die Tatsache, dass das Problem eine große Aufmerksamkeit in den Medien findet. Die vermutete Ursache für die Körperbeschwerden der Patienten liegt in der Exposition von Umweltstoffen, ohne dass jemals ein Nachweis oder ein direkter Kausalzusammenhang nachgewiesen worden ist. Die umweltbezogenen Körperbeschwerden können als Untergruppe der somatoformen Störungen aufgefasst werden, wobei eine Überempfindlichkeit gegenüber Umweltstoffen nachweislich nicht vorliegt.

Die anfangs geschilderte Angst vor Umweltgiften wird in der Literatur mit einer Reihe von Diagnosen verdeutlicht und belegt die Hilflosigkeit, die Erkrankungen näher zu charakterisieren. (Giel et al. 1988, Harth und Giel 2006)

Im folgenden soll kurz versucht werden, die Umweltängste in Form der vorhandenen Diagnosebezeichnung einzuteilen. (Tabelle1)

Umweltängste

Es muss hervorgehoben werden, dass die Konzepte der umweltbezogenen Körperbeschwerden bisher noch nicht bewiesen und in der wissenschaftlichen

Literatur differenziert dargestellt sind, wobei biologisch-physiologische Erklärungsmodelle, Stressbelastungsmodelle mit Trigger-Faktoren, Konditionierungsmodelle sowie rein psychisch, psychiatrische Phänomene bis hin zu sozio-kulturellem Krankheitsverlauf in der wissenschaftlichen Literatur angeführt sind.

Sicher ist, dass es sich um eine heterogene Pathogenese mit einer heterogenen Patientengruppe handelt. Es gibt fließende Übergänge zu Patienten, die tatsächlich umweltgeschädigt sind, zu Patienten bei denen psychische Faktoren eine begleitende Rolle spielen und man objektivierbare somatische Überempfindlichkeiten oder IgE-vermittelte Allergien nachweisen kann und solchen Patienten, die rein psychogenen Ursprungs sind.

Es liegen ausführliche Untersuchungen an größeren Patientengruppen vor, die immer wieder zeigen, dass es sich nicht um ein einheitliches Krankheitsbild handelt. Zahlreiche Ursachen scheinen zu Grunde zu liegen. Weiterhin spielen sozio-kulturelle Faktoren bei umweltbezogenen Körperbeschwerden eine Rolle, die durch die breit in den Medien geführte Diskussion über „Umweltgifte“ oder beispielsweise eine vermeidliche „Waschmittelallergie“ ausgelöst oder zumindest unterhalten wird.

Die klinischen Befunde der umweltbezogenen Körperbeschwerden sind vielfältig, richten sich nach der (vermeidlichen) Umweltexposition und können nahezu alle Körperfunktionen betreffen.

Im Mittelpunkt der umweltbezogenen Körperbeschwerden stehen:

Schwerpunkt

1. Kopfschmerzen, Augenbrennen, Naselaufen
2. Müdigkeit, Abgeschlagenheit
3. Konzentrationsstörung, Vergesslichkeit
4. Schmerzen im Bewegungsapparat
5. ungerichteter Schwindel und Herzrasen
6. Atemnot

Auf die einzelnen Krankheitsbilder kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden, da dies den Umfang der Arbeit sprengen würde.

Dennoch lassen sich für die Behandlung einige Prinzipien zusammenfassen. Die Therapie dieser vielgestaltigen, diffusen und teilweise unklaren Beschwerdebilder wird sich in erster Linie an den Ergebnissen der intensiven Untersuchungen orientieren. Im Vordergrund sollte daher eine begründete Meidung der als relevant erkannten Auslösefaktoren stehen. Genannt sei die Behandlung von Grunderkrankungen, mögliches Meiden von Allergien, Einhalten spezieller Diäten, insbesondere im Hinblick auf Nahrungsmittelzusatzstoffe, seltener auch eine Wohnraumsanierung. Begleitend sollte fast immer eine psychosomatische

Grundversorgung, eine Psychoedukation (spezielle Lernprogramme) und/oder eine Psychotherapie erfolgen. (Gieler et al. 1998, Voack et al. 1997)

Wichtig zu wissen ist, dass man auf diesem Gebiet erst am Anfang der Forschung steht. Die betroffenen Patienten müssen unbedingt ernst genommen werden. Das gelingt durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient sowie im interdisziplinären Dialog mit anderen Fachärzten. Die Psychotherapie muss individuell auf den Patienten abgestimmt werden, wobei insbesondere kognitive verhaltenstherapeutische Maßnahmen einen Erfolg zeigen. (Harth und Gieler 2006)

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Taube
Universitätsklinik und Poliklinik für
Hautkrankheiten,
(Direktor: Prof. Dr. med. C. W. Marsch)
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
D-06097 Halle (Saale)
Email: k-m.taube@medizin.uni-halle.de

Literatur:

Cotterill JA: Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin* 14 3 (1996) 457-63
Cullen MR: The worker with multiple chemical hypersensitivities - an overview. *Occup Med* 2 (1987) 655-61

Eberlein-König B, Behrendt H, Ring J: Idiopathische Umweltintoleranz (MCS, Öko-Syndrom) – neue Entwicklungen. *Allergo J* 11 (2002) 434-41

Eis D, Mühlinghaus T, Birkner N, Bullinger M, Ebel H, Eikmann T, Gieler U, Herr C, Hornberg C, Hüppe M, Lecke C, Lacour M, Mach J, Nowak D, Podoll K, Quinzio B, Renner B, Rupp T, Scharrer E, Schwarz E, Tönnies R, Traenckner-Probst I, Rose M, Wiesmüller GA, Worm M, Zunder T: Multizentrische Studie zur Multiplen Chemikalien-Sensitivität (MCS) – Beschreibung und erste Ergebnisse der „RKI-Studie“. *Umweltmed Forsch Prax* 8 (2003) 133-45

Gieler U, Bullinger M, Behrendt H, Elkmann T, Herr C, Ring J, Schwarz E, Suchenwirth R, Tretter F: Therapeutische Aspekte des Multiple Chemical Sensitivity Syndroms. *Umweltmed Forsch Prax* 3 (1998) 3-10

Harth W, Gieler U: Psychosomatische Dermatologie, Springer (Wien NY2006)

Marks R, Plewig G: The environmental threat to the skin. Martin Dunitz (London 1992)

Röttgers HR: Psychisch Kranke in der Umweltmedizin. *Dtsch Ärzteblatt* 97 (2000) A835-40

Seidel HJ: Umweltmedizin. Georg Thieme Verlag (Stuttgart 1996)

Voack C, Borelli S, Ring J: Der umweltmedizinische Vier-Stufen-Plan. *MMW* 139 (1997) 41-4

Fallbeispiel

Handy als Auslöser von Nickeldermatitis

Nickel ist das wichtigste Kontaktallergen. Die Sensibilisierungsrate bei jungen Erwachsenen liegt bei bis zu 28,4%. Um betroffene Patienten vor Nickel freisetzenden Produkten bei direktem und fortgesetztem Hautkontakt zu schützen, hat die EU bereits 1994 die so genannte „Nickeldirektive“ erlassen. Bei den darin erwähnten technischen Produkten handelt es sich allerdings nur um Gehäuse, Schließen und Armbänder von Armbanduhren. Dass das aber nicht die alleinigen Auslöser einer Kontaktdermatitis sind, zeigt ein in der Fachzeitschrift *Contact Dermatitis* veröffentlichte Fallbericht einer 19-jährigen Patientin.

Die Patientin kam mit einer ausgeprägten Hautentzündung an beiden Händen und im Bereich des Bauchnabels in die Notaufnahme der Allergie-Ambulanz der Dermatologischen Universitätsklinik in Wien. Dem behandelnden Oberarzt, Dr. Stefan Wöhrl fielen im Rahmen der

Untersuchung zwei weitere Ekzeme an der hinteren rechten Wange und am Ohr auf. Die Form dieser beiden Ekzeme passte perfekt zu den mit der Haut in Kontakt stehenden Teilen des Mobiltelefons der Patientin. Weiterführende Tests ergaben eine starke Reaktion auf Nickel sowie eine unbedeutende Reaktion auf Thiomersal (organische Verbindung, die zu einem Großteil aus Quecksilber besteht). Die Untersuchung des Handys ergab weiterhin, dass das Gerät an zwei Stellen signifikante Mengen Nickel freisetzte.

Auf Anfrage der Ärzte tauschte der Hersteller das Gerät gegen ein nickelfreies Modell aus und die Patientin kann seither wieder problemlos telefonieren. Obwohl bislang nur wenige solche Fälle bekannt geworden sind, spekuliert das Ärzte-Team um Dr. Wöhrl, dass Handys als Auslöser von Kontakt-Dermatiden bislang vielleicht übersehen wurden. 1994, im Jahr der Einführung der Nickeldirektive, konnte man die Bedeutung von Mobiltelefonen und den damit verbundenen häufigen Hautkontakt noch

nicht vorhersehen. Die Wissenschaftler appellieren nun die Nickeldirektive entsprechend zu ändern und erweitern sowie die Hersteller elektronischer Konsumgüter über die Problematik der Kontaktdermatitis auf Nickel zu informieren.



Quelle: Wöhrl S, Jandl T, Stingl G, Kienast T: Mobile telephone as new source for nickel dermatitis. *Contact Dermatitis* 56 (2007) 113

IGAV-Presseinfo vom 26. Januar 2007