

Pädiatrische *Allergologie*

I N K L I N I K U N D P R A X I S



4/2002

Titelthema

**Disease-
Management-
Programm
Asthma
bronchiale im
Kindesalter**

**Was kostet die
medikamentöse
Therapie des
Asthma bronchiale?**

Elternratgeber

**Allergie-
Vorbeugung in der
Schwangerschaft**

Sturmböen im Gesundheitssystem



**Liebe Kollegin,
lieber Kollege,**

ein stürmisches gesundheitspolitisches Jahr geht zu Ende und die Voraussagen für 2003 lassen einen Orkan nach dem anderen erwarten. Da hilft nur Vorsorge zu treffen, damit es einen nicht aus der Praxis oder Klinik hinausweht. Doch das ist leichter gesagt als getan, wenn die Instrumente, die von der Politik zu einer Wetterberuhigung vorgeschlagen werden, nur vage Worthülsen sind. Ein so genanntes „Vorschaltgesetz“ verordnet eine „Nullrunde“ für 2003. „Disease-Management-Programme“ und „DRGs“ sollen 2003 umgesetzt werden, ohne dass die Kinderheilkunde mit ihren Besonderheiten entsprechend abgebildet ist. Ein neuer „EBM 2000 plus“ wird von den Kassen abgelehnt und die Beantragung von acht Schwerpunkten – darunter auch Kinderpneumologie – in einer neuen (Muster-) Weiterbildungsordnung scheitert in den Gremien der Bundesärztekammer wegen angeblich zu kleiner Fallzahlen.

Bei genauerer Betrachtung wird mehr und mehr deutlich, dass der Sturm im Gesundheitssystem nicht nur den Kampf zwischen Gesetzgebung und Krankenkassen auf der einen und Gesundheitsanbietern auf der anderen Seite weiter anfacht, sondern auch dazu führt, dass die Ärzteschaft untereinander das Hauen und Stechen beginnt. Allen Aktivitäten gemeinsam ist das sicher notwendige Bestreben, das Gesundheitssystem von Grund auf zu reformieren. Aber, und hier zitiere ich den Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Prof. Hoppe, „eine rigide Durchökonomisierung des Gesundheitswesens wird weder Ressourcen für den Notfall noch Zeit und Zuwendung für die Patienten zulassen.“

Ich glaube, dass wir uns nicht auseinander dividieren lassen sollten. Es gibt keinen Grund, schon jetzt zu resignieren. Hiobsbotschaften setzen bekanntlich ungeahnte Energien frei. So haben die pädiatrischen Fachgesellschaften, unter anderem auch die GPA, offiziell und auch politisch heftigen Widerspruch gegen die Ablehnung des Schwerpunktes Kinderpneumologie eingelegt und eine Neuverhandlung des Antrags in der Ärztekammer erreicht. Nur wenn wir Schwerpunkte bilden, wie sie die Internisten schon haben, werden wir mit anderen Fachgruppen auf Dauer konkurrieren können. Wenn die Schwerpunkte kippen, kippt mittelfristig auch die Pädiatrie.

Auch auf unakzeptable Vorschläge zum Disease-Management-Programm Asthma hat die GPA zusammen mit der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter, der Fachgesellschaft für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin konstruktiv reagiert. Innerhalb von zwei Monaten lag eine 90 Seiten starke, gemeinsam erarbeitete Stellungnahme „Disease Management Programm für Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter“ vor, die erstmals den Bedürfnissen einer qualifizierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen gerecht wird. Selbstverständlich können Sie diese Broschüre über die Geschäftsstelle der GPA anfordern.

Auch auf den „EBM 2000 plus“ haben Vertreter der GPA Einfluss genommen und erreicht, dass neben der Spirometrie alle wesentlichen Lungenfunktionsuntersuchungen, die ab Ende dieses Jahres unter die so genannte K.o.-Liste fallen, für den Kinderarzt abrechenbar werden. Allerdings lehnen die Krankenkassen derzeit ja den gesamten „EBM 2000 plus“ ab. Allen Kolleginnen und Kollegen, die sich hier engagiert haben, möchte ich an dieser Stelle ganz herzlich danken. Mein besonderer Dank gilt Dr. Thomas Spindler, der unzählige Stunden mit der Koordination der DMP-Broschüre verbracht hat. Ich glaube, dass wir auf einem guten Weg sind und wie nie zuvor zusammenstehen, mit dem Ziel, die Grundlagen für eine reformierte und für alle Gesundheitsanbieter akzeptable Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu sichern.

Ihnen und Ihren Familien wünsche ich, trotz aller Sturmböen, einige ruhige Weihnachtstage und uns allen für das nächste Jahr Optimismus, gute Ideen und ausreichend scharfen Verstand, diese umzusetzen.

Ihr

Ernst Rietschel

3 Editorial

TOPIC

- 6 Disease-Management-Programm Asthma bronchiale im Kindesalter**
 Auszüge aus der gemeinsamen Stellungnahme der pädiatrischen Fachgesellschaften

- 14 Der aktuelle Stand der Diskussion zum EBM 2000 plus**
 Für allergologisch/pneumologisch tätige Kinderärzte wesentliche Positionen des derzeitigen Entwurfs

- 15 Was kostet die medikamentöse Therapie des Asthma bronchiale?**
 Eine vorurteilslose Berechnung anhand der geltenden Standards

- 18 Hochhydrolysate bei Kuhmilchallergie noch immer nicht verordnungsfähig!**
 Die wünschenswerte Neuregelung liegt seit Mai auf Eis

INTERNET

- 20 Nützliches im Internet**
 Für Pädiater interessante Angebote aus dem WorldWideWeb

- 22 Schwierige Allergene II – Die Nahrungsmittelallergene**
 Kuhmilch, Hühnerei, Apfel und Nuss – Allergenkunde (11)

- 24 Aktuelle Fragen an den Allergologen**
 Fallbeschreibung einer polymorphen Lichtdermatose – Wie gefährlich ist Tributylzinn in allergendichten Matratzenüberzügen?

- 26 Falsche Freunde**
 Standpunkt: Hausärzterverband und Teppichindustrie üben sich in Verharmlosung

UMWELTMEDIZIN

- 28 Leitlinien „Pädiatrische Umweltmedizin in der Praxis“**
 Vorstellung des vom Gesundheitsministerium geförderten Projekts

KINDERUMWELT AKTUELL

- 30 Beikost: Wann und was?**
 Die richtige Ernährung des Kleinkindes nach dem Stillen

- 32 Magazin**

- 36 Neues vom Buchmarkt**

ELTERN-RATGEBER

- 37 Allergie-Vorbeugung in der Schwangerschaft**

- 38 Termine**

Das weihnachtliche Titelbild für diese Ausgabe malte Sofia Friedrichs (7 Jahre) aus Aachen

IMPRESSUM

Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis. 5. Jg./Nr. 4

Herausgeber: Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V., Rathausstraße 10, 52072 Aachen, Tel. 0241-9800-486, Fax 0241-9800-259

Verlag: WURMS & PARTNER Public Relations GmbH, Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing.

Schriftleitung: Dr. E. Rietschel, Kinderklinik der Universität Köln, Josef-Stelzmann-Str. 9, 50924 Köln, Fax 0221-478-3330; Prof. Dr. J. Seidenberg, Elisabeth-Kinderkrankenhaus, Cloppenburg Str. 363, 26133 Oldenburg, Fax 0441-403-2887; Dr. F. Friedrichs, Rathausstr. 10, 52072 Aachen, Fax 0241-174349.

Wissenschaftlicher Beirat: Dr. A. von Berg, Dr. D. Bülle, Prof. Dr. J. Forster, PD Dr. G. Frey, Dr. A. Grübl, Dr. W. Lässig, Dr. W. Rebien, Prof. Dr. A. Schuster, PD Dr. A. Tacke.

Redaktion: Ingeborg Wurms M.A., Dr. Albert Thurner, Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing, Tel. 08158-9967-0, Fax 08158-9967-29, E-Mail: wurms.partner.pr@t-online.de oder info@wurms-pr.de

Bildnachweis: cc (22-23), R. Klein (24), Wurms & Partner (26), DAK (28), Ärzterverband Dt. Allergologen (32), Olaf Rentsch (34), GlaxoSmithKline (35)

Anzeigenleitung: Holger Wurms, Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing, Tel. 08158-9967-0, Fax 08158-9967-29. Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2002.

Erscheinungsweise: Die Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis erscheint vierteljährlich jeweils zu Beginn des Quartals.

Bezugspreise: Einzelheft: 11,50 €, Jahresabonnement: 33,60 €, Jahresabonnement für Studenten (bei Vorlage einer Bescheinigung) 25,00 € (jeweils zuzügl. Versandkosten). Für Mitglieder der vier regionalen pädiatrisch-allergologischen Arbeitsgemeinschaften ist das Jahresabonnement im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Druck: Druck- und Verlagshaus Alois Erdl KG, Trostberg.

ISSN: 1435-4233

Aus der gemeinsamen Stellungnahme der pädiatrischen Fachgesellschaften

Disease-Management-Programm Asthma bronchiale im Kindesalter

Frank Friedrichs^o, Thomas Spindler[•], Ernst Rietschel[•], Rüdiger Szczepanski[◇] und die Arbeitsgruppe DMP Asthma im Kindes- und Jugendalter

^o Niedergelassener Kinderarzt, Aachen [•] Fachkliniken Wangen [•] Univ.-Kinderklinik Köln [◇] Kinderhospital Osnabrück

Obwohl aus den Diskussionen und Kontroversen der vergangenen Monate noch nicht erkennbar ist, wann und wie ein Disease-Management-Programm (DMP) „Obstruktive Atemwegserkrankungen“ etabliert werden wird, legen die zuständigen pädiatrischen Gesellschaften – der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands (BVKJ), die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ), die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA), die Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter und die Fachgesellschaft für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin – hier gemeinsam eine

Stellungnahme zum DMP für Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter vor.

Die Idee eines alle Versorgungsebenen umfassenden Behandlungskonzepts für chronisch kranke Kinder und Jugendliche ist faszinierend, aber keineswegs neu. In zahlreichen Bereichen der Kinderheilkunde sind solche koordinierten und interdisziplinären Behandlungsprogramme bereits etabliert (z. B. Mukoviszidose, Kinderonkologie). Was bisher fehlte, war die notwendige finanzielle Absicherung dieser DMPs durch die Krankenkassen. Vielerorts werden die Kosten solcher interdisziplinären Behandlungsprogramme durch Spenden getragen. Aus Sicht der Kinder- und Jugendärzte dienen Behandlungskonzepte in erster Linie der besseren medizinischen Versorgung der erkrankten Kinder und Jugendlichen und der Entlastung der betroffenen Familien. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands e. V. fordert daher, ähnliche Programme für wichtige Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters aufzulegen. Hierzu zählen neben chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen andere atopische Erkrankungen wie Neurodermitis, Heuschnupfen und Nahrungsmittelallergien, Erkrankungen des ZNS, Stoffwechselstörungen, schwere angeborene Herzfehler, chronische Nierenerkrankungen, psychosoziale Störungen und Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome, aber auch Frühgeborene und Risikokinder.

ren lässt, ist die Erkenntnislage bezüglich der Ursachen allergischer Erkrankungen und insbesondere ihrer Zunahme noch unbefriedigend. Neben der genetischen Disposition und Allergenexposition spielen allergiefördernde (z. B. Passivrauchen, Luftverschmutzung) sowie modulierende Umstände (z. B. psychische, familiäre, soziale Faktoren) eine Rolle. Allergien sind einerseits Erkrankungen mit hoher Assoziation zu „western lifestyle“ und hohem Lebensstandard, andererseits aber ist (allergisches) Asthma auch eine Erkrankung, die bei Kindern aus sozial niedrigeren Schichten häufig schwerer verläuft. Psychosoziale Faktoren haben wesentlichen Einfluss auf Compliance, Leistungsanspruchnahme und Mortalität. Das komplexe Zusammenwirken verschiedener Einflussfaktoren lässt sich in einem multikausalen Asthma-Modell beschreiben, das wir dem Bericht des Sachverständigenrats entnommen haben (Abb. 2).

Interdisziplinäre Betreuung

Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit rezidivierenden und chronischen bronchopulmonalen Erkrankungen sowie den vielfach dazu in Bezug stehenden allergischen Reaktionen kommt in der täglichen Praxis des Kinder- und Jugendarztes häufig vor. Da die Behandlung dieser Patienten in den letzten Jahrzehnten erheblich intensiviert werden konnte, ist der hausärztlich tätige Kinder- und Jugendarzt, der so genannte Allgemeinpädiater, heute nicht mehr in der Lage, eine optimale Betreuung aller Schweregrade dieser Erkrankungen

Das multikausale Asthmodell

Während sich das gesundheitliche Problem Asthma hinreichend genau definie-

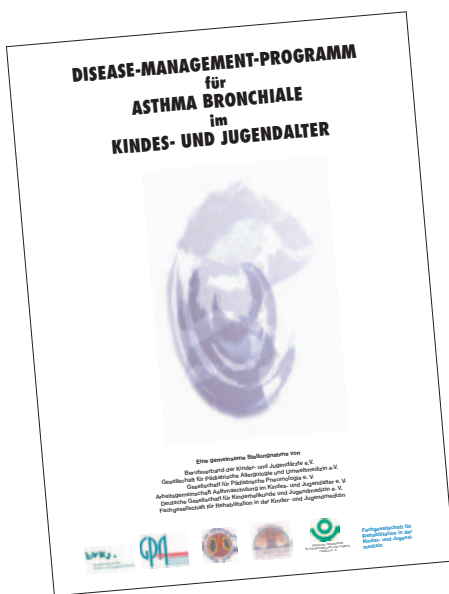


Abb. 1: Die Stellungnahme der pädiatrischen Fachgesellschaften liegt als umfangreiche Broschüre vor.

Disease-Management-Programm Asthma bronchiale im Kindesalter

Eine gemeinsame Stellungnahme von:

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
- Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V.
- Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V.
- Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V.
- Fachgesellschaft für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin

Konzeption und Erstellung:

Arbeitsgruppe Disease-Management-Programm für Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter unter Leitung von:

Dr. R. Szczepanski, Kinderhospital Osnabrück • Dr. F. Friedrichs, niedergel. Kinderarzt, Aachen • Dr. T. Spindler, Fachkliniken Wangen

Weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe: Prof. Dr. med. D. Berdel, Wesel • Prof. Dr. med. J. Forster, Freiburg • Dipl.-Sportlehrer R. Jaeschke, Köln • Prof. Dr. med. W. Leupold, Dresden • Dr. med. J. Meister, Aue • Dr. med. W. Rebien, Hamburg • Dr. med. E. Rietschel, Köln • Dr. med. M. Silbermann, Berlin • Dr. med. M. Tiedgen, Hamburg • Dr. med. G. Voigt, Melle • Dr. med. W. Wahlen, Homburg

Das Thema Disease-Management ist stark in den Vordergrund gerückt. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2001 insbesondere den Aspekt der Qualitätssicherung der Behandlung chronisch Kranker in den Mittelpunkt gestellt. Die Effektivität der eingesetzten Mittel soll durch strukturierte Behandlungsprogramme gesteigert werden, die auf evidenz-basierten Leitlinien beruhen. Zu diesen strukturierten Behandlungsprogrammen gehören die Definition unterschiedlicher Versorgungsebenen, die Definition der Schnittstellen zwischen diesen und die routinemäßige Etablierung strukturierter Schulungsprogramme für die Betroffenen. Dazu zählen auch Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen für die beteiligten Leistungserbringer. Aufgrund der Beschlusslage gehört Asthma bronchiale im Erwachsenen-, aber auch im Kindes- und Jugendalter zu den Krankheitsgruppen, für die ein Disease-Management-Programm (DMP) entwickelt werden soll.

Pädiater in Entwicklung einbinden

Die derzeitige Situation ist unklar: Aufgrund der Schwierigkeiten im Entscheidungsprozess werden die Rahmenbedingungen für das DMP voraussichtlich auf dem Verordnungswege über den Gesetzgeber abgesteckt werden. Ausgehend von diesen Rahmenbedingungen werden die Kostenträger dann Programme entwickeln, die nach entsprechender Zertifizierung durch das Bundesversicherungsamt mit Hilfe qualifizierter Leistungserbringer umgesetzt werden sollen. Die Initiative liegt also auf Kostenträgerseite. Es wird letztendlich darauf ankommen, dass diese die Leistungserbringer der unterschiedlichen Ebenen (ambulante/stationäre Versorgung sowie Rehabilitation) als Vertragspartner für die DMP seitens der Kostenträger anerkennen und einbeziehen. Es stellt sich die Frage, ob Kinder- und Jugend-

ärzte, insbesondere die pneumologisch und allergologisch qualifizierten Kinder- und Jugendärzte, in diese Entwicklung einbezogen wurden. Im Frühjahr 2001 entwickelte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zusammen mit Vertretern der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., des Berufsverbandes Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJD), der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V. (GPA) sowie der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP) einen sog. „Kostenmix Asthma“. Dieser „Kostenmix Asthma“ war Grundlage der KBV-Veröffentlichung im Oktober 2001. In einzelnen Teilen dieses Papieres spiegelt sich die Meinung der Vertreter der kinder- und jugendärztlichen Gesellschaft nicht wider. Gleichwohl ist dieser von der KBV veröffentlichte Entwurf Grundlage für viele Überlegungen hinsichtlich einer konkreten Vertragsgestaltung zum DMP Asthma. Gleiches gilt auch für das Gutachten der Arbeitsgruppe von Professor Sawicki (Auftraggeber AOK), das in vielen Aspekten umstritten ist. Die AOK beabsichtigt, das DMP Asthma im Bundesland Sachsen zu pilotieren (Start möglichst 2002 oder Anfang 2003). Dies wird auch Kinder und Jugendliche, die an Asthma bronchiale leiden, betreffen. Es war daher erforderlich, trotz der weiterhin unklaren Rahmenbedingungen für ein DMP Asthma eine gemeinsame Stellungnahme zu erarbeiten. Wir glauben, dass nur so die Belange der ca. 1 Million asthmakranken Kinder und Jugendlichen gewahrt werden. Diese Stellungnahme liegt nun vor. Sie vertritt die kinder- und jugendärztliche Meinung aus Sicht aller für Asthma bronchiale relevanten Gruppierungen (Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V., Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V., Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V., Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter

e.V., Fachgesellschaft für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin).

Belange der Kinder und Jugendlichen berücksichtigen

Die Autoren der Stellungnahme weisen ausdrücklich auf den Beschluss des Deutschen Bundestages vom 27. Juni 2002 hin, in dem festgeschrieben wurde, dass für eine Sicherung und Verbesserung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen deren spezifische Belange zu berücksichtigen sind. Dies ist nur durch präventive, kurative und rehabilitative Versorgungskonzepte für Kinder und Jugendliche möglich. Die primäre Zuständigkeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist in diesen Beschlüssen eindeutig den Kinder- und Jugendärzten zugeordnet, die am besten vertraut sind mit den physiologischen und psychologischen Aspekten der Behandlung dieser Patientengruppe. Aufgrund dieser Kompetenz sind Kinder- und Jugendärzte insbesondere zuständig für die Disease-Management-Programme, die demnächst implementiert werden.

Die Stellungnahme der pädiatrischen Fachgesellschaften enthält 13 Anhänge und umfasst 89 Seiten. **Die Broschüre ist kostenlos bei der Geschäftsstelle der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V., Rathausstr. 10, 52072 Aachen, Fax: 0241-9800-259, oder über die folgenden Internet-Seiten erhältlich:**

- www.kinderaerzte-im-netz.de (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.)
- www.GPAeV.de (Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V.)
- www.med.uni-muenchen.de/GPP (Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V.)
- www.Asthmaschulung.de (Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.)

Multikausales Asthma-Modell

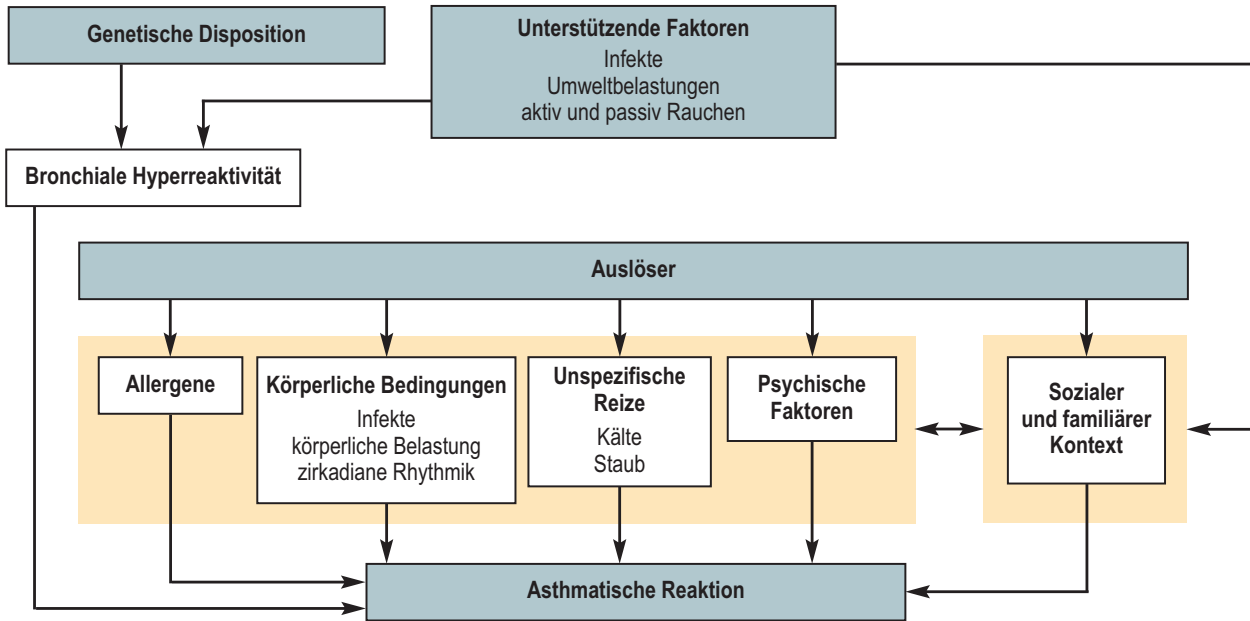


Abb. 2, modifiziert nach Petermann 1999

zu garantieren. Eine Kooperation mit pneumologisch/allergologisch qualifizierten Kinder- und Jugendärzten, aber auch qualifizierten Physiotherapeuten oder Sporttherapeuten (Atemtherapie), Psychologen, Kinderkrankenschwestern und Arzthelferinnen (Asthmatrainern) ist für die Betreuung dieser Kinder und Jugendlichen unverzichtbar. Die evaluierten Konzepte zur Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen belegen dies. Seit mehr als 15 Jahren werden in Deutschland qualifizierte Programme zur Schulung von asthmakranken Kindern und deren Eltern durchgeführt. 1994 gründete sich die Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V., die inzwischen über 800 Mitglieder hat. Die Arbeitsgemeinschaft hat in ausführlichen Konsensusstatements detaillierte Standards für die Durchführung der Asthmaschulung, die inhaltlichen und didaktischen Anforderungen sowie Standards zur Evaluation und Qualitätssicherung vorgelegt. Im vergangenen Jahr wurde das „Handbuch Qualitätssicherung in der Asthmaschulung“ herausgegeben. Eine bundesweite Studie bestätigte die Qualität der nach diesen Standards durchgeführten Schulungen. In der Kosten-Nutzen-Analyse zeigten sich deutliche Möglichkeiten zur

Kosteneinsparung durch präventiv orientierte Interventionen.

Häufigkeit von chronisch-rezidivierenden Atemwegserkrankungen

Exakte Daten darüber, wie viele Kinder und Jugendliche in Deutschland von chronisch-rezidivierenden Atemwegserkrankungen betroffen sind, liegen leider nicht vor. Für die Formulierung entsprechender Anhaltzahlen können aber verschiedene Quellen herangezogen werden:

Frühkindliches Asthma bronchiale

- Altersgruppe 0 bis 3 Jahre
Asthmasymptome sind bei etwa 20 % der Kinder zu beobachten.

Asthma bronchiale

- Altersgruppe >3 bis 6 Jahre
Asthma-Diagnose (jemals): 5-10 %
Asthma-Symptome im letzten Jahr: 6-14 %
- Altersgruppe >6 bis 14 Jahre
Asthma-Diagnose (jemals): 3-10 %
Asthma-Symptome im letzten Jahr: 4-15 %

Legt man eine durchschnittliche Häufigkeit in den einzelnen Altersgruppen zugrunde, ergeben sich folgende Zahlen:

Altersgruppe	0-6 J.	6-14 J.
Durchschnitt Asthma (Diagnose)	5 %	7 %
Häufigkeit von Symptomen	10 %	8 %
Gesamtzahl in Deutschland:		
- Asthma (Dg)	238.000	512.000
- Symptome	476.000	586.160

Die Verteilung auf die einzelnen Asthmaschweregrade ist wie folgt anzunehmen:

Schweregrad	1	2	3
Schätzung	30 %	40 %	30 %
Kinder insg.:			
- 0-6 J.	71.400	95.200	71.400
- 6-14 J.	153.600	204.800	153.600

Differenzierte Betreuung verschiedener Schweregrade

Die meisten Kinder und Jugendlichen mit Asthma bronchiale sind folglich nur leicht bis mittelschwer erkrankt. Diese Pa-

tienten werden in der Regel von hausärztlich tätigen Kinder- und Jugendärzten betreut. Trotzdem muss bedacht werden, dass zumindest ein Teil dieser Gruppe phasenweise mittelschweres Asthma haben kann (saisonal) und dann einer entsprechenden Diagnostik und Behandlung bedarf. Eine ungenügende Untersuchung bei stark wechselnder Symptomatik, die im Kindes- und Jugendalter häufig vorkommt, kann zu einem Nichterkennen und zur Untertherapie des Asthmas führen. Für den weiteren Krankheitsverlauf sind dann negative Auswirkungen zu befürchten.

Die Gruppe der an mittelschwerem Asthma erkrankten Patienten ist laut Expertenmeinung besonders heterogen. Häufig ist die Therapie besonders bei diesem Schweregrad unzureichend. Die Betreuung dieser Patientengruppe liegt in der gemeinsamen Verantwortung des hausärztlich tätigen Kinder- und Jugendarztes und des pneumologisch/allergologisch qualifizierten Kinder- und Jugendarztes.

Alle Kinder und Jugendlichen mit Asthma bronchiale, die in das DMP aufgenommen werden, müssen mindestens einmal jährlich beim pneumologisch/allergologisch qualifizierten Kinder- und Jugendarzt vorgestellt werden. Gründe hierfür sind neben den notwendigen Eingangs- bzw. Verlaufsuntersuchungen und der sich ergebenden Anpassung der Therapie auch psychologische Aspekte, die der Verbesserung der Therapiecompliance dienen. Daneben wünschen sich Eltern asthmakranker Kinder und Jugendlicher häufig besonders im Zusammenhang mit einer antiasthmatischen Dauertherapie (Stichwort „Cortison“) die zweite Meinung eines Experten zu hören. Aus diesem Grunde werden Patienten mit einem höheren Asthmaschweregrad bzw. anhaltenden Beschwerden auch häufiger dem pneumologisch/allergologisch qualifizierten Kinder- und Jugendarzt vorgestellt.

Unter- bzw. Fehlversorgung asthmakranker Kinder und Jugendlicher

Der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen konstatiert in seinem Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

(Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. III.2: chronische, obstruktive Lungenerkrankheiten), dass „eine Unterversorgung mit niedergelassenen Pneumologen besteht“. Dieser Bedarf wird mit dem Verweis auf qualitative Mängel in der Behandlung durch Nicht-Spezialisten begründet. Die Betreuung erwachsener Asthmatiker liege, so heißt es im Gutachten, in mehr als der Hälfte der Fälle in den Händen der Hausärzte. Als Hinweis auf Fehlversorgung wird dabei gewertet, dass – entgegen den einschlägigen Leitlinien – die Überweisungsquote zum Spezialisten nicht mit dem Asthmaschweregrad korreliert. Diese fehlende Korrelation zwischen Überweisungsquote zum Spezialisten und Asthmaschweregrad stellt der Sachverständigenrat auch bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch hausärztliche Kinder- und Jugendärzte bzw. Allgemeinmediziner fest und deutet sie ebenfalls als Unter- bzw. Fehlversorgung. Eine Einschätzung, die vor allem von den Fachgesellschaften vertreten wurde, die Verbesserungsmöglichkeiten durch die spezialärztliche Betreuung in der Prävention, der (Differenzial-)Diagnostik, der leitliniengerechten Therapie und der Patientenschulung sahen. Bezüglich der Versorgung von Kindern wurden die weiten Anfahrtswege zu und die langen Wartezeiten in Spezialambulanzen beklagt. Abseits der großen Zentren gebe es zu wenige Kinder/Jugendpneumologen und -allergologen. Die häufig vorkommende Betreuung von Kindern durch „Erwachsenen“-Mediziner bzw. in nicht-pädiatrischen Abteilungen wurde allgemein als Unter- bzw. Fehlversorgung gewertet. In diesem Zusammenhang weist der Rat auch auf das Fehlen einer adäquaten Weiterbildungsordnung und Anerkennung der pädiatrischen Pneumologie und Allergologie als Subspezialität hin. (...)

Kinder und Jugendliche in der Erwachsenenpneumologie

In Übereinstimmung mit den Aussagen der Stellung nehmenden Organisationen sieht der Rat eindeutige Defizite in der Versorgung von Kindern mit Atemwegserkrankungen. Dies betreffe u. a. Aspekte der Prävention allergischer Erkrankungen und des Tabakrauchens, der Diagnostik, der

Patientenschulung und der Pharmakotherapie. Ein prinzipielles Problem sei, dass viele junge Patienten von Ärzten und innerhalb von Einrichtungen betreut werden, die aufgrund ihrer Ausbildung und Ausstattung auf die Behandlung von Erwachsenen ausgerichtet seien. Dies treffe besonders auf die spezialärztliche und stationäre Versorgung zu. Ähnlich wie in der Erwachsenenpneumologie bestünden im pädiatrischen Versorgungsbereich Defizite in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung, die mit einer unzureichenden Vertretung des Fachgebiets in Lehre, Forschung und Versorgung korrespondieren würden (...). Vorrangig erscheine vielmehr die Optimierung der allergologisch-pneumologischen Kompetenz hausärztlicher Pädiater bzw. der pädiatrischen Qualifikation von Ärzten, die aufgrund ihres Fachgebiets auch an der Betreuung von Kindern und Jugendlichen beteiligt seien. Überlegungen zur integrativen Versorgung oder der Förderung von Prävention und Rehabilitation einschließlich der Patientenschulung (die im Fall von Kindern und Jugendlichen deren Bezugspersonen einschließen müsse), sind nach Auffassung des Rates prinzipiell auch auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen anzuwenden.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Sachverständigenrat folgende Maßnahmen:

- ➔ Verbesserte pneumologische Weiter- und Fortbildung, berufsbegleitend für hausärztlich tätige Mediziner und für spezialärztliche Internisten und Pädiater.
- ➔ Verbesserung der Strukturen für ambulante Patientenschulungs- und Rehabilitationsmaßnahmen, inklusive Regelung der Finanzierung und Sicherstellung von Qualitätsstandards.
- ➔ Mehr selbstständige, bettenführende pneumologische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern.
- ➔ Lehrstühle für Pneumologie an jeder medizinischen Fakultät (www.svr-gesundheit.de).

Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsebenen

Ein grundlegendes Prinzip von Disease Management ist die Strukturierung der Zu-

sammenarbeit der verschiedenen Versorgungsebenen. Nur wenn die Kooperation der Versorgungsebenen praktikabel und sinnvoll gelöst wird, kann ein solches Projekt erfolgreich sein.

Die einzelnen Ebenen des DMP Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen sind:

- ◆ Ebene 1: Hausärztlich tätiger Kinder- und Jugendarzt.
- ◆ Ebene 2: Pneumologisch/allergologisch qualifizierter Kinder- und Jugendarzt (niedergelassene Ärzte und ermächtigte Ärzte an Kliniken/Abteilungen).
- ◆ Ebene 3: Stationäre Versorgung im Akutbereich und in der Rehabilitation. Auf allen drei Ebenen sind auch Kollegen aus den „Erwachsenenmedizin“ tätig. Wo dies aus Gründen der Sicherstellung notwendig ist, müssen die Ärzte die Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters berücksichtigen, wie sie hier definiert werden.

Flächendeckende Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte

Um die bedarfsgerechte Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte zu ermöglichen, sieht der Gesetzgeber vor (§ 73 Abs. 1a Nr. 2 SGB V), dass Kinder- und Jugendärzte sowohl hausärztlich als auch fachärztlich tätig sein können. Nur mit diesen Praxen, die sowohl auf Ebene 1 als auch auf Ebene 2 tätig sind, oder in enger Kooperation mit Praxen der Ebene 2 zusammenarbeiten, kann die geforderte flächendeckende Versorgung asthmakranker Kinder und Jugendlicher durch Pädiater sichergestellt werden. Das DMP muss diese Besonderheit berücksichtigen.

Die hausärztliche Versorgungsebene als Fundament

Das Fundament des DMP ist die *hausärztliche Versorgungsebene*. Der hausärztliche Kinder- und Jugendarzt wird vom Patienten und seinen Eltern als Wegweiser im Gesundheitswesen gefragt und gebraucht. Diese zentrale Rolle der Ebene 1 spiegelt sich im vorliegenden DMP Entwurf. Der Kinder- und Jugendarzt behandelt Asthmapatienten aller Schweregrade. Modelle, die der hausärztlichen Ver-

sorgungsebene absprechen, die Diagnose Asthma zu stellen, sind nicht praktikabel. Andererseits kann das erklärte Ziel des DMP, die Versorgung zu verbessern, nur erreicht werden, wenn die teilnehmenden Ärzte sich bereit erklären, definierte Qualitätsanforderungen zu erfüllen.

Die routinemäßigen Vorstellungen auf der Versorgungsebene 2 sind auf ein Minimum reduziert worden. Damit liegt aber auch die Hauptverantwortung für die leitliniengemäße Durchführung des DMP beim hausärztlich tätigen Kinder- und Jugendarzt. Er darf Diagnostik, Therapie, Instruktion und selbst die strukturierte Schulung als Maßnahme der wohnortnahen ambulanten Rehabilitation durchführen. Jeder teilnehmende niedergelassene Kollege kann hier eigene Schwerpunkte setzen. Gefördert werden soll die kollegiale Kooperation unter Beachtung der jeweiligen „Stärken“. Nicht jeder kann alles können! Der Arzt der Versorgungsebene 1 entscheidet, inwieweit er die notwendigen Maßnahmen selber durchführt oder ob er den Patienten zur 2. (oder 3.) Versorgungsebene überweist.

Der pneumologisch/allergologisch qualifizierte Kinder- und Jugendarzt

Der *pneumologisch/allergologisch qualifizierte Kinder- und Jugendarzt* (Ebene 2) (definiert entsprechend den Standards der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie) muss ein breiteres Spektrum an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten vorhalten. So soll er auch dafür sorgen, dass den Patienten strukturierte Schulungen angeboten werden. Diese müssen nicht unbedingt in den Räumlichkeiten der Praxen durchgeführt werden. Denkbar und wünschenswert sind hier auch Kooperationsmodelle mehrerer Praxen und/oder Kliniken. Diese Regelung vereinfacht es, den Ansprüchen an die geforderte Multiprofessionalität gerecht zu werden. Entsprechend hat der Spezialist, dort wo z. B. Asthmasportgruppen oder psychotherapeutische Maßnahmen nicht selber angeboten werden können, bei der Vermittlung dieser Maßnahmen behilflich zu sein. Die Stufe 2 soll in eine „Rehabilitati-

onskette“ zur qualitätsgesicherten Vor- und Nachbetreuung des asthmakranken Kindes eingebunden sein. Die Planung der stationären Rehabilitation erfolgt durch den betreuenden Kinder- und Jugendarzt in Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten an der Rehabilitationskette. Die Ziele der Rehabilitation werden gemeinsam erarbeitet. Wohnortnahe Schulung, z. B. der zu Hause gebliebenen Eltern, sowie ambulante Nachschulungen gehören hierzu.

Die stationäre Versorgungsebene

Die *stationäre Versorgungsebene* hat folgende Aufgaben:

1. die Notfallversorgung;
2. die Spezialdiagnostik (z.B. Bronchoskopie, Baby-Bodyplethysmographie; pH-Metrie);
3. die stationäre Rehabilitation

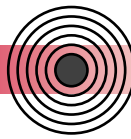
Qualitätssicherung und Evaluation

Der Wert von *Qualitätszirkeln* ist unbestritten. Es darf von den Spezialisten, die die Leitlinien erstellen, aber nicht übersehen werden, dass der hausärztlich tätige Kollege nicht nur mit einer Erkrankung beschäftigt ist, sondern seine Tätigkeit gerade darin besteht, die Therapie einer Vielzahl von Erkrankungen zu koordinieren. Wir fordern deshalb für die Ebene 1 keinen „Extra DMP-Asthma-Qualitätszirkel“, sondern meinen, dass der notwendige Austausch zu diesem Thema in bestehende, hausärztlich geleitete Qualitätszirkel integriert werden sollte.

Auch bei den notwendigen Anforderungen an die Fortbildung muss die zeitliche Belastung des Arztes berücksichtigt werden.

Die Anforderungen an die Ebene 2 sind höher, da sowohl die Mitarbeit in den hausärztlichen Qualitätszirkeln gefordert wird als auch ein Austausch der Spezialisten untereinander notwendig und sinnvoll ist.

Die Qualitätskontrolle im Rahmen des DMP und die dazu notwendige Dokumentation sind auf das zu beschränken, was zur Versorgung des Patienten notwendig ist. Gleichwohl muss im DMP klinische For-



schung möglich sein. Die Notwendigkeit von Forschungsprojekten innerhalb des DMP ergibt sich aus dem Anspruch des DMP auf eine evidenz-basierte Grundlage.

Die DMPs sehen eine *Evaluation* des Behandlungserfolges vor. Dabei muss die unterschiedliche Struktur des Patientengutes auf den Versorgungsebenen berücksichtigt werden:

Der Arzt in der reinen Schwerpunktpraxis sieht ein vorselektioniertes Krankengut: Im Gegensatz zum Hausarzt kommt der Patient in der Regel mit einer Verdachtsdiagnose. Wäre er nicht bereits motiviert, etwas zu unternehmen, würde er den Spezialisten nicht aufsuchen.

So genannte Problemfälle, z. B. Patienten mit fehlender Krankheitseinsicht oder ausgesprochenen Sprachschwierigkeiten, werden die Schwerpunktpraxen der 2. Ebene viel seltener primär aufsuchen. Von der erfolgreichen Integration genau dieser Patienten hängt aber der volkswirtschaftliche Erfolg des gesamten Programms entscheidend ab. Der hausärztlich tätige Arzt darf nicht dafür „bestraft“ werden, dass er – manchmal vergeblich – versucht, schwierige Patienten zur Teilnahme zu motivieren.

§ 5 (1) des KBV-Entwurfs fordert die Einrichtung von Evaluationsstellen: „Die Vertragspartner richten regionale Evaluationsstellen zur Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität ein. Die Evaluation dient dazu, die Vertragspartner in Kenntnis darüber zu setzen, ob die mit diesem Vertrag angestrebten Qualitätsziele erreicht werden. Bestandteil der Evaluation ist ein Verfahren, das den beteiligten Ärzten eine Rückmeldung über ihre Qualität (Benchmarking) gibt, die im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit verwendet werden kann...“ (www.kbv.de).

Bei der vertraglichen Ausgestaltung ist darauf zu achten, dass den Kostenträgern nur die nach Arzt und Patient anonymisierten Daten mitgeteilt werden, die eine Aussage über den Gesamterfolg des Programms ermöglichen. Daten, die dem Arzt helfen, Hinweise über die Qualität seiner Arbeit zu bekommen, dürfen den Kassen nicht zugänglich gemacht werden. Dies setzt eine ärztlich geleitete Evaluationsstelle voraus.

Einbeziehung der sozialen Bezugssysteme

Ein Spezifikum kinder- und jugendärztlicher Tätigkeit ist schon immer das Einbeziehen der Familie sowie der weiteren sozialen Unterstützungssysteme gewesen. Dieses muss sich naturgemäß auch im Disease-Management widerspiegeln. Das bedeutet, dass in allen drei Versorgungsstufen nicht nur das Kind/der Jugendliche Zentrum der Intervention ist, sondern dass grundsätzlich die Eltern, gegebenenfalls auch weitere soziale Umfeldstrukturen, mit einbezogen werden müssen.

Besondere Kompetenz des pädiatrischen Allergologen

Von den derzeit 5.364 niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten besitzen ca. 27 Prozent die Zusatzbezeichnung Allergologie und damit besondere Kompetenz in der Behandlung allergiekranker Kinder und der Beratung ihrer Eltern. Nicht erfassbar ist die Zahl der Kinder- und Jugendärzte, die in ihren Praxen pneumologische Leistungen unterschiedlichen Umfangs erbringen. Etwa 30 bis 50 Prozent der niedergelassenen Kinderärzte führen einfache Lungenfunktionsuntersuchungen (Spirometrie mit Fluss-Volumen-Kurve) durch. In ca. 150 Praxen (so lässt sich schätzen) stehen Bodyplethysmographen. Die Durchführung solcher Untersuchungen wird durch die Gebührenordnung und zahlreiche weitere Regularien behindert. Viele Kollegen führen diese Untersuchungen unentgeltlich durch, da sie als zwangsweise „hausärztlich“ niedergelassene Kinderärzte diese Leistungen nicht erbringen dürfen und sich als „fachärztliche“ Kinderärzte nicht niederlassen können, da es keine Weiterbildung „Pädiatrische Pneumologie“ gibt. Fordert man spezielle Gebührenordnungen für diese pneumologisch/allergologisch qualifizierten Kinder- und Jugendärzte, wird man häufig mit der Feststellung konfrontiert, dass doch ohnehin nur wenige diese Leistungen erbringen würden. Hier beißt sich die Katze in den Schwanz! Es bleibt zu hoffen, dass der neue „EBM 2000 plus“ genannte Gebührenordnungskatalog für Vertragsärzte, wie im jetzigen Entwurf

vorgesehen, ein Kapitel „Pneumologie“ für den pneumologisch/allergologisch qualifizierten Kinder- und Jugendarzt enthalten wird.

Schwerpunkt Pädiatrische Pneumologie

Die Schaffung eines Schwerpunkts Pädiatrische Pneumologie ist in den letzten 15 Jahren in Deutschland immer wieder am Widerstand verschiedener Interessengruppen gescheitert. Zuletzt hat die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer mit sieben Ja- und acht Neinstimmen bei zwei Enthaltungen die Aufnahme einer Weiterbildung „Pädiatrische Pneumologie“ in den Katalog der Schwerpunkte abgelehnt, die dem nächsten Deutschen Ärztetag vorgeschlagen werden sollen. Statt dessen wurde die Schaffung eines Befähigungsnachweises vorgeschlagen. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern, die bereits Weiterbildungsgänge in pädiatrischer Pneumologie etabliert haben, bleibt Deutschland hier entgegen allen Empfehlungen, zuletzt des Sachverständigenrats und des Deutschen Bundestags, ein Entwicklungsland.

Die Belange von Kindern und Eltern müssen im Mittelpunkt stehen!

Die pädiatrischen Fachgesellschaften, die diese vorliegende Stellungnahme zum DMP für Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter verfasst haben, verbinden damit die Hoffnung, dass die Belange von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen und deren Eltern im Mittelpunkt der Diskussion stehen werden. Weder datenrechtliche noch finanzielle Erwägungen (so berechtigt sie sein mögen) dürfen ein höheres Gut darstellen als die Gesundheit einer nachwachsenden Generation. Die Prävalenzzahlen des Asthma bronchiale bei Kindern sind deutlich angestiegen. Viele dieser Kinder werden ohne ausreichende präventive und therapeutische Maßnahmen ihre Erkrankung mit ins Erwachsenenleben nehmen. Eine weiterhin erschreckend hohe Morbidität und Mortalität an Asthma bronchiale wird die Folge sein.

Die langfristigen Belastungen unserer Gesellschaft werden höher sein als alle mit einem qualifizierten Disease Management Asthma zusammenhängenden Kosten. Die Patientenverbände, z. B. der Deutsche Allergie- und Asthmabund e. V., weisen zu recht darauf hin, wie entscheidend es ist, dass die Botschaft beim Patienten richtig ankommt! DMP-Versager sind in Wirklichkeit „Nicht-Versteher“ oder genauer ausgedrückt: „Non-Compliance ist die Unfähigkeit, Anweisungen zu folgen, die nicht erteilt wurden“. Ein DMP Asthma bei Kindern und Jugendlichen kann nur erfolg-

reich sein, wenn qualifizierte und motivierte Kinderärzte, Kinderkrankenschwestern, Arzthelferinnen, Physiotherapeuten, Psychologen und andere Beteiligte mit evaluierten Schulungskonzepten und brauchbaren Hilfsmitteln (z. B. DMP-Patientenpass) auf den verschiedenen Versorgungsebenen zusammenarbeiten, und wenn Krankenkassen DMP nicht als kurzfristige Einnahmequelle betrachten, sondern als nachhaltige Ressourcenschonung.

(Gekürzte Fassung des Einleitungstextes der gemeinsamen Stellungnahme der pä-

diatrischen Fachgesellschaften zu einem Disease-Management-Programm Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter)

Korrespondenz-Adresse:
Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e. V.
Rathausstr. 10, 52072 Aachen
Tel.: 0241-9800-486
Fax: 0241-9800-259
E-Mail: info@gpaev.de

Literaturangaben in der Broschüre „Disease-Management Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter“.

Der aktuelle Stand der Diskussion zum EBM 2000 plus

Martin Tiedgen, Hamburg

Der EBM-Entwurf hat auf der KBV-Vertreterversammlung Ende August eine breite Mehrheit gefunden. Allerdings kann der Entwurf erst in Kraft treten, wenn auch die Kassen einwilligen. Da diese aber ihre Zustimmung verweigern (sie legen vielmehr einen eigenen EBM-Entwurf vor, siehe Kasten), bleibt abzuwarten, inwieweit sich die KBV im Schiedsamt mit ihren Vorstellungen durchsetzen kann. Dies bedeutet: **Vor dem 1. Januar 2004 wird der neue EBM 2000 plus nicht kommen.**

Eine sichere und endgültige Aussage darüber, welche Leistungen der neue EBM enthalten wird oder wie diese Leistungen bewertet werden, ist deshalb noch nicht möglich. Trotzdem möchte wir Ihnen hier die für einen allergologisch/pneumologisch tätigen Kinder- und Jugendarzt abrechenbaren Gebührenordnungs-Positionen des aktuellen Entwurfs (Stand 4.10.2002) vorstellen:

Allergologie

Die Leistungen dürfen prinzipiell von allen Kinder- und Jugendärzten abgerechnet

werden – auch ohne Zusatzbezeichnung Allergologie:

- Allergologisch-diagnostischer Komplex zum Ausschluss einer Allergie vom Soforttyp (Typ I) 1.570 Punkte
- Allergologisch-diagnostischer Komplex zum Ausschluss einer (Kontakt-)Allergie vom Spättyp (Typ IV) 2.045 Punkte
- Tuberkulintestung je Test 25 Punkte
- Oraler Provokationstest 505 Punkte
- Rhinomanometrischer Provokationstest max. 2x 765 Punkte
- Subkutaner Provokationstest max. 5x 45 Punkte
- Spezifischer Bronchialer Provokationstest incl. Body 4.630 Punkte
- Hyposensibilisierungsbehandlung 295 Punkte

Die relativ hohe Bewertung der allergologisch-diagnostischen Komplexe entsteht

dadurch, dass neben der allergologischen Anamnese auch alle im Behandlungsfall (Quartal) notwendigen Testungen unabhängig von der Anzahl und Art der durchgeführten Testungen (z. B. für den Komplex zum Typ I neben dem Prick auch die nasale Provokation) pauschal enthalten sind.

Pneumologie

Für alle Kinder- und Jugendärzte:

- Spirographische Untersuchung (Fluss-Volumen-Kurve) 220 Punkte
- Blutgasanalyse 290 Punkte
- Atemwegswiderstand (R_{occ}/R_{los}) 295 Punkte
- Zuschlag für Laufbelastung (auch „free running“) 210 Punkte

Für schwerpunktorientierte Kinderärzte (Genehmigung der KV, zweijährige Weiterbildung):

- Ganzkörperplethysmographie 895 Punkte
- unspezifische bronchiale Provokation 350 Punkte

- Pneumologisch diagnostischer Komplex (Compliance/Diffusionskapazität/ FRC_{te} /NO/ $PO_{\text{I,max}}$) 330 Punkte
- Ergospirometrie (mit Gasanalyse der Atemluft) 1.810 Punkte
- Mukoviszidose-Diagnostik 220 Punkte
- Untersuchung der Zilienfunktion 270 Punkte

Was wurde nicht erreicht?

- Es fehlt die Pulsoxymetrie als notwendige Leistung für alle Pädiater.
- Es fehlt die Bronchoskopie für die schwerpunktorientierte Pädiatrie, im Bedarfsfall sind aber Sondergenehmigungen der KV möglich.

Was wurde erreicht?

- + Allergologische Leistungen bleiben für alle Pädiater abrechenbar und sind teilweise höher bewertet.
- + Die Bestimmung des Atemwegswiderstandes als weitgehend mitarbeitersunabhängige Methode wird in Zukunft wieder für Kinder- und Jugendärzte abrechenbar sein.

hängige Methode wird in Zukunft wieder für Kinder- und Jugendärzte abrechenbar sein.

- + Insbesondere die Neuaufnahme der „Laufbelastung“ für alle Kinder- und Jugendärzte stellt eine Verbesserung in der leitlinienorientierten Diagnostik des Asthma bronchiale dar.
- + Für den Schweißtest wurde eine zusätzliche Kostenpauschale von mindestens 20 Euro zugesagt, aber noch nicht festgeschrieben.
- + Die KBV hat anerkannt, dass es „schwerpunktorientierte“ Kinder- und Jugendärzte gibt, die allergologisch/pneumologisch tätig sind, obwohl es hierfür bisher noch kein Korrelat in der Weiterbildungsordnung gibt.

*Dr. Martin Tiedgen
Kinder- und Jugendarzt, Allergologie
Deichhausweg 2, 21073 Hamburg
E-Mail: Martin@tiedgen.de*

Die vollständigen Texte der EBM-Entwürfe im Internet: www.kbv.de/home/3956.htm und www.g-k-v.com/newsaktidisk06112002.htm

Der EBM-Entwurf der Krankenkassen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben inzwischen einen eigenen EBM-Entwurf vorgelegt. In großen Teilen entspricht er dem KBV-Entwurf, aber es gibt wesentliche Unterschiede:

1. Die Bewertung der Leistungen ist – wie nicht anders zu erwarten – deutlich niedriger.
 2. Die pädiatrische Allergologie und Pneumologie existiert nicht mehr:
 - a) Allergologische Leistungen sind für Kinder- und Jugendärzte nur mit der Zusatzbezeichnung Allergologie abrechenbar (aber für alle HNO- und Hautärzte!).
Die Bewertung des Komplexes Typ I-Allergie (Prick) beträgt z. B. 820 Punkte.
 - b) In der Pneumologie bleibt einzig und allein die Fluss-Volumenkurve mit 110 Punkten! Weitere Lungenfunktionsdiagnostik ist für Kinder- und Jugendärzte nicht vorgesehen.
Eine schwerpunktorientierte Pädiatrie gibt es nur noch für die Kinderkardiologie!
- Mit diesem Entwurf der Spitzenverbände der Krankenkassen wäre eine angemessene Versorgung allergie- und asthmakrankter Kinder in Deutschland nicht mehr möglich!

Was kostet die medikamentöse Therapie des Asthma bronchiale?

Wolfgang Lässig, Städt. Kinderklinik Halle, und Wolfgang Leupold, Univ.-Kinderklinik Dresden

Das deutsche Gesundheitssystem ist teuer. Alle Beteiligten klagen. Der Grundtenor lautet: „Sparen bei gleichzeitig bestmöglicher Therapie!“ Für das Sparen gibt es zahlreiche Möglichkeiten, deren eine die Medikamentenkosten sind. „Arzneimittelbudget“, „Generika“, „Reimporte“ „Regressforderungen“ sind diesbezügliche Reizworte, mit denen sich die Leistungserbringer seit geraumer Zeit herumschlagen müssen. Inwieweit dies alles berechtigt ist, soll nicht Gegenstand dieser Aus-

führungen sein, sondern es ist das Anliegen, vorurteilslos zu berechnen, was eine medikamentöse Asthmatherapie, die den heute geltenden Standards entspricht, letztendlich kostet. Da für das Kindesalter derzeit keine evidenz-basierten Leitlinien für die Dauertherapie des Asthmas zur Verfügung stehen, werden die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin als aktueller Standard für die medikamentöse Asthmatherapie im Kindes- und Jugendalter zugrunde gelegt. Die-

se sind identisch mit den Empfehlungen im „Disease-Management-Programm für Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter“. Dabei wurden für die einzelnen Therapieschritte Evidenzgrade aus bisher bekannten Leitlinien und anderen Publikationen übernommen.

Mit anderen Worten, es wird berechnet, was die von den Fachgesellschaften gemachten medizinischen Vorgaben letztendlich kosten. Dieses Vorhaben – auf den ersten Blick eine einfache Rechenarbeit –

erweist sich im Verlauf als in der ursprünglich angedachten Exaktheit nicht durchführbar. Es wird teilweise notwendig, von den gemachten Vorgaben abzuweichen, altersbedingte Unterschiede in den Dosierungen verursachen unterschiedliche Kosten, gleiche Wirkstoffe sind verschieden konfektioniert und vieles mehr. Letztendlich spiegelt dieses Dilemma die gegensätzlichen Positionen von Ökonomie und praxisbezogener Medizin wider.

Nachfolgende Ausführungen stellen keinerlei Bewertung oder Empfehlung für ein bestimmtes Arzneimittel dar, auch wird damit eine absolute Übereinstimmung mit den genannten Therapieempfehlungen nicht bekundet. Sie beziehen sich lediglich auf die dem jeweiligen Asthmaschweregrad zugeordneten Medikamentenkosten.

Nach den derzeit geltenden Empfehlungen sind drei Asthma-Schweregrade zu unterscheiden:

1. die sporadisch rezidivierende bronchiale Obstruktion,
2. das episodische Asthma und
3. das persistierende Asthma.

Vorbemerkungen

- ◆ Arzneimittelpreise: Rote Liste 2002, Bezug auf kleinste Packung N1 bzw. vergleichbare Mengen. (Grund: Vergleichbarkeit. Größere Packungen sind i. d. R. für die Dauertherapie preisgünstiger.)
- ◆ Dosierungen entsprechend den Leitlinien. Bei altersabhängiger Dosierung fiktive mittlere Dosis (jeweils angegeben). Geringe Abweichungen von den Vorgaben sind in Einzelfällen unvermeidbar.
- ◆ Mögliche, aber seltene Therapien sind nicht berücksichtigt, auch nicht eine Dauertherapie mittels Düsenvernebler.
- ◆ Berechnungszeitraum: ein Quartal (91 Tage) entsprechend der kassenärztlichen Abrechnung.
- ◆ Kosten auf volle Euro gerundet.
- ◆ Wiederverwendbare Inhalatoren: nur Substanzkosten berechnet.

Anmerkung zu den Tabellen

Kursiv vorangestellt sind die Therapieempfehlungen für den jeweiligen Schweregrad. Die Konfektionierung der Medikamente entspricht in der Regel nicht dem

Bedarf pro Quartal, somit sind die ausgewiesenen Kosten pro Quartal eine rein rechnerische Größe. Auch Verfall und Verlust sowie Auslassen der Applikation beeinflussen die Reichdauer einer Packung.

Medikamentenkosten Asthma Stufe 1

Empfohlene Therapie: keine Dauertherapie, lediglich Bedarfstherapie mit kurz wirksamem Beta-2-Adrenergikum. Alternativ (oder auch zusätzlich) Anticholinergika, Theophyllin in Lösung oder Formoterol. (Die Empfehlung einer zeitweisen anti-entzündlichen Therapie in Stufe 1 wird nicht berücksichtigt.)

Stufe 1:

2-4 € (Beta-2-Mimetikum DA) bis 6 € (bei Alternativen) pro Quartal

Resümee:

Alles preisgünstig, wenig Unterschiede

Berechnungsgrundlage

- Fiktive mittlere Dosis: 6 x pro Jahr jeweils 2 Tage Beschwerden.
- 3 x 2 Hübe Dosieraerosol Beta-2-Mimetikum, alternativ: Anticholinergikum und/oder Theophyllin in Lösung 6 Tage pro Jahr 500-600 mg, 2 x 1 Hub Formoterol à 12 µg.
- Zusätzlich 2 x pro Woche vor Sport 1 Hub Beta-2-Mimetikum.
- Aufgerundet ist 1 DA mit 200 Hüben pro Jahr realistisch für die Stufe 1. Quartalskosten damit $\frac{1}{4}$ eines DA.

Anmerkungen zu Stufe 1

- ◆ Fertig-Inhalate teurer, Lösung (Tropfen in physiolog. NaCl-Lösung) gering teurer als DA (in praxi aber in Stufe 1 ohne Bedeutung!).
- ◆ Pulver (Kapseln, Easyhaler, Novolizer u. a.) und Autohaler gering teurer als DA.
- ◆ Anticholinergikum unwesentlich teurer.
- ◆ Wässriges Theophyllin: unwesentlich teurer.

- ◆ Formoterol: unwesentlich teurer.
- ◆ Kombinationspräparate (DNCG + Beta-2-Mimetikum) deutlich teurer. Als Bedarfsmedikation ungeeignet und medizinisch nicht sinnvoll.

Medikamentenkosten Asthma Stufe 2

Empfohlene Therapie: Bedarfsmedikation plus sicher dosierte inhalative Kortikosteroide (ICS) oder Cromone oder Antileukotriene (derzeit noch kontrovers diskutiert).

Stufe 2:

29-228 € pro Quartal

ICS: Budesonid: 26-62 €, Beclomethason: 45-69 €, Fluticason: 73-93 €*

Cromone: DNCG DA: 53-60 €, DNCG Pulver: 115-131 €, Nedocromil: 136 €

Antileukotriene: 218 €**

+ Bedarfsmedikation: 3-5 € (Beta-2-Mim. DA) bis 10 € (Alternativen)

Resümee:

Erhebliche Preisunterschiede zwischen den Medikamentengruppen, z.T. aber auch innerhalb der einzelnen Substanzgruppen. Sparmöglichkeit!

Berechnungsgrundlage

- Bedarfsmedikation: 12 x pro Jahr jeweils 2 Tage (3 x 2 Hübe), zusätzlich 2 x pro Woche vor Sport 1 Hub Beta-2-Mimetikum (etwa 1 DA für 3 Quartale, somit Quartalskosten: $\frac{1}{3}$ eines DA).
- Dauermedikation:
 - ICS: Budesonid: 2 x 200 µg/d, Beclomethason: Susp. 2 x 200 µg/d, Lösung 2 x 100 µg/d, Fluticason: 2 x 100 µg/d.
 - Cromone: DNCG DA: 8 mg/d, DNCG Pulver: 3 x 20 mg***, Nedocromil 2 x 4 mg/d.
 - Antileukotriene: Montelukast 4/5/10 mg/d je nach Alter, gleiche Kosten.

Anmerkungen zu Stufe 2

- ◆ Häufigere Gaben kleiner Einzeldosen teuer, z. B. 2 x 4 Hübe à 50 µg teurer als 2 x 200 µg.
- ◆ DNCG DA preisgünstiger als DNCG Kapseln.
- ◆ DNCG preisgünstiger als Nedocromil.
- ◆ DNCG DA und ICS etwa im gleichen Preissegment.
- ◆ Budesonid preisgünstiger als Fluticason.
- ◆ Innerhalb der Budesonid-Gruppe größere Preisunterschiede (Faktor 2,4!). Turbohaler teurer!
- ◆ Antileukotriene: teuer!

- * DA zu 125 µg/Dosis: nur 63 €/Quartal, weicht aber von den Vorgaben 200 µg/d ab.
- ** Berechnung lt. Vorgabe mit Packungsgröße N1. Bei Dauertherapie N3 sinnvoll: 196 €/Quartal
- *** Dosierungsempfehlungen beim DNCG sehr breit, von 6 bis 80 mg/d. Als Berechnungsgrundlage mittlere Dosis festgelegt.

Medikamentenkosten Asthma Stufe 3

Empfohlene Therapie: Bedarfsmedikation plus sicher maximal dosiertes ICS, evtl. Dosissteigerung bzw. add-on Leukotrienantagonist und/oder lang wirksame Beta-Adrenergika und/oder retardierte Theophylline und/oder orales Kortison.

Stufe 3:

63-603 € pro Quartal*

ICS:** Budesonid: 51-124 €, Beclomethason: 88-117 €, Fluticason: 96-136 €

Antileukotriene: 218 €,

Lang wirksame Beta-2-Mimetika: 145-155 €

Retard. Theophylline: 29-71 €
+ Bedarfsmedikation: 12-23 €

Resümee:

**Erhebliche Preisunterschiede!
Rechnen hilft Sparen!**

Berechnungsgrundlage

- Bedarfsmedikation: Annahme: 3-4

Hübe Beta-2-Mimetika/Tag = ca. 1 1/2 DA pro Quartal.

- Dauertherapie:
 - ICS (doppelte sichere Dosis): Beclomethason: Susp. 750-800 µg/d, Lösung 400 µg/d, Budesonid 800 µg/d, Fluticason: 400-500 µg/d.
 - Lang wirksame Beta-Adrenergika: 2 x 12 µg Formoterol/d oder 2 x 50 µg Salmeterol/d.
 - Retardierte Theophylline: Annahme: 2 x 250-300 mg/d.
 - Leukotrienantagonist: gleiche Berechnung wie Stufe 2.
 - Orales Kortison, heute selten. In Analyse nicht berücksichtigt.

Anmerkungen zu Stufe 3

- ◆ Budesonid: 2 x 2 Hübe à 200 µg i. d. R. preiswerter als 2 x 1 Hub à 400 µg.
- ◆ Fluticason: 2 x 250 µg preiswerter als 5 Hübe à 100 µg.
- ◆ Retardierte Theophylline: erhebliche Preisunterschiede (Faktor 2,4!).
- ◆ Die Einführung jeweils einer neuen Substanzgruppe zusätzlich zu ICS bedeutet einen Preissprung!

- * Es handelt sich um rein rechnerische Beträge. In praxi wird ein Patient der Stufe 3 mit einer Dauertherapie: billigste Bedarfsmedikation plus billigstes hochdosiertes Budesonid (63 €) nicht genügend eingestellt sein. Gleiches gilt für den oberen Wert (603 €), der die jeweils teuerste Variante aller Möglichkeiten (ICS, Leukotrienantagonist, lang wirksame Beta-2-Mimetika, retard. Theophylline + Bedarfsmedikation) aufsummiert.

- ** Berechnungsgrundlage ist jeweils die doppelte sichere Maximaldosis. Diese Dosierung ist möglichst zu vermeiden. Zunächst ist immer eine add-on-Therapie – auch mehrerer Wirkstoffe – zu versuchen.

Fixe Kombinationspräparate

Auf Vor- und Nachteile fixer Kombinationen aus Beta-2-Mimetikum und Entzündungshemmern soll hier nicht eingegangen werden. Die Praxis zeigt, dass derartige Medikamente in großem Umfang angewendet werden. Häufig trägt die verbesserte Compliance zur Entscheidung für ein Kombinationspräparat bei. Die Kombination Beta-2-Mimetikum/Ipratropiumbromid wird bei Kindern selten angewendet und daher nicht berücksichtigt.

Kombinationspräparate:

DNCG + Beta-2-Mimetikum:

118-122 €/Quartal

Lang wirksames Beta-2-Mimetikum + ICS: 121-163 €/Quartal

Berechnungsgrundlage

- Lang wirksames Beta-2-Mimetikum + ICS (50/100 µg bzw 4,5/160 µg, beachte: beide Kombinationspräparate sind in ihrer Zusammensetzung nicht identisch): 2 x tägl. 1 Hub.
- DNCG + Beta-2-Mimetikum: 6 Hübe (= 6 mg DNCG) pro Tag.

Anmerkungen zu den Kombinationspräparaten

- ◆ DNCG/Beta-2-Mimetikum-Kombination: teurer als vergleichbare Einzelkomponenten.
- ◆ Lang wirksames Beta-2-Mimetikum/ICS-Kombination: billiger als vergleichbare Einzelkomponenten.

Abschlussbemerkung

Vorliegende Ausführungen betrachten nur eine einzelne Facette der Arzneimitteltherapie des kindlichen Asthma bronchiale, die ökonomische. Diese ist aber lediglich eine von vielen unterschiedlichen Eigenschaften eines Medikamentes. Die anderen, teilweise wichtigeren Merkmale sind die medizinische Wirksamkeit, die Sicherheit und die möglichen Nebenwirkungen. Aber auch Geschmack, Applikationsform, Häufigkeit der täglichen Verabreichung und anderes tragen letztendlich zum Erfolg einer Therapie bei. Besonders im Kindesalter spielen diese Medikamenteneigenschaften eine größere Rolle als beim Erwachsenen. Arzneimittel gleichen Wirkstoffes haben eben durchaus nicht gleiche Wirksamkeit! Es ist medizinisch und ökonomisch unsinnig, die billigste Variante zu verordnen ohne die Gewähr, dass diese im häuslichen Alltag realisiert wird.

Genauso wie ein verantwortungsbewusster Arzt Wirkung und Nebenwirkung seiner Therapie abzuwägen hat, wie er Applikationsform und Geschmack bei einem Kind berücksichtigen muss, genauso

sollte er den Kostenfaktor in seine therapeutischen Überlegungen einbeziehen. Der Preis ist eine von vielen erwägenswerten Eigenschaften eines Medikamentes, nicht mehr und nicht weniger!

Beachte beim Einsparen:

- **Compliance:** Geschmack, Handhabung, Einnahmehäufigkeit, Applikationsmodus
- **Lebensalter:** Applikationsform altersabhängig, z. B. Dosieraerosol beim Kleinkind?
- **Nebenwirkungen:** Bei Kindern gra-

vierender und ernster (z. B. Kortikoid!))

- **Qualität der Arznei:** Identischer Wirkstoff garantiert nicht die gleiche Qualität (Galenik, Tröpfchengröße und -spektrum, Treibmittel, Zusatzstoffe u. a.).
- **Service:** Qualitätssicherung, Verfügbarkeit, Patientenfreundlichkeit, Patientenservice u. a.

Korrespondenz-Adresse:

*Dr. Wolfgang Lässig
Kinderklinik am Städtischen Krankenhaus „Martha-Maria“ Halle-Dölau*

*Röntgenstr. 1, 06120 Halle (Saale)
E-Mail: dr.w.laessig@freenet.de*

Literatur

1. Berdel D, Gappa M, Leupold W, Lindemann H, Reinhardt D (2002): Asthma bronchiale. In: Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Urban & Fischer München/Jena
2. Friedrichs F, Szczepanski R, Spindler Th (2002): Disease-Management-Programm für Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter, Aachen/Osna-brück/Wangen.
3. Lässig W, Kragl U, Leupold W, Voigt-Riel C (2001): Was kosten Arzneimittel in der Asthmatherapie? Kinder- und Jugendarzt 32: 388-392

Hochhydrolysate bei Kuhmilchallergie noch immer nicht verordnungsfähig!

Frank Friedrichs^o, Sibylle Koletzko[◇], Ulrich Wahn[•]

^o Niederg. Kinderarzt, Aachen [◇] Dr. von Haunersches Kinderspital, LMU München [•] Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie/Immunologie, Charité, Berlin

Vor über einem Jahr fand ein Gespräch im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin statt, an dem die alte und neue Ministerin Ulla Schmidt und Mitarbeiter des Ministeriums teilnahmen. Das Anliegen der pädiatrischen Allergologen wurde von PD Dr. Sibylle Koletzko, Prof. Dr. Ulrich Wahn und Dr. Frank Friedrichs vorgetragen. Was ist seither passiert?

Verordnungsfähigkeit beschlossen

Am 8. März 2002 meldet das Deutsche Ärzteblatt [DÄ 99; 10: A 600] über die Sitzung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. Februar 2002: „Neu verordnungsfähig sind eiweißhochhydrolysierte Elementardiäten bei Säuglingen mit Kuhmilch-Eiweißallergie bei schwerwiegender Symptomatik.“ Leider erlangen die Beschlüsse des Bundesausschusses erst Gesetzeskraft, wenn die zuständige Ministerin sie unterschreibt. Dies ist bisher nicht geschehen. In einem Schrei-

ben vom 17. Mai 2002 hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Vorsitzenden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Staatssekretär a. D. Karl Jung, mitgeteilt, dass der vorgelegte Beschluss beanstandet wird. Wörtlich heißt es in dem Schreiben, das im AAK-Infoblatt 42 auf Seite 27 abgedruckt ist, „der von Ihnen nach § 94 SGB V vorlegte o. a. Beschluss wird beanstandet. Davon ausgenommen ist die Neuregelung zur Verordnungsfähigkeit von eiweißhydrolysierten Elementardiäten bei Säuglingen mit Kuhmilcheiweißallergie mit schwerwiegender klinischer Symptomatik; das Bundesministerium bittet, dies in der Ausnahmeregelung der Nummer 1/.1. Buchstabe i entsprechend klar zu stellen.“

Noch keine Unterschrift der Gesundheitsministerin

Das BMG beanstandet also nicht die Neuregelung der Verordnungsfähigkeit von Hochhydrolysaten bei Kuhmilchallergie,

sondern begrüßt diese sogar. Es lehnt aber die in der gleichen Sitzung getroffene Beschlüsse bezüglich der Nicht-Verordnungsfähigkeit von ballaststoffreichen Sondernahrungen ausdrücklich als wissenschaftlich nicht ausreichend dokumentiert ab. Es fordert vom Bundesausschuss eine genaue Begründung der Ablehnung der Rezeptierfähigkeit von ballaststoffreichen Sondernahrungen. Da die Ministerin die Neuregelung, d. h. den Beschluss vom 26. Februar 2002 aus den oben genannten Gründen nicht unterzeichnet hat, hat sich an der herrschenden unbefriedigenden Situation nichts geändert: Hochhydrolysate bei Kuhmilchallergie sind derzeit nicht verordnungsfähig. Kinderärzte sollten die Patienteneltern deshalb weiterhin bitten, bei den Krankenkassen nachzufragen, um dort zu dokumentieren, dass hier Änderungsbedarf besteht.

*Dr. Frank Friedrichs
Rathausstr. 10, 52072 Aachen
E-Mail: FrankFriedrichs@t-online.de*

Nützliches im Internet

Stefan Müller, Univ.-Kinderklinik Köln

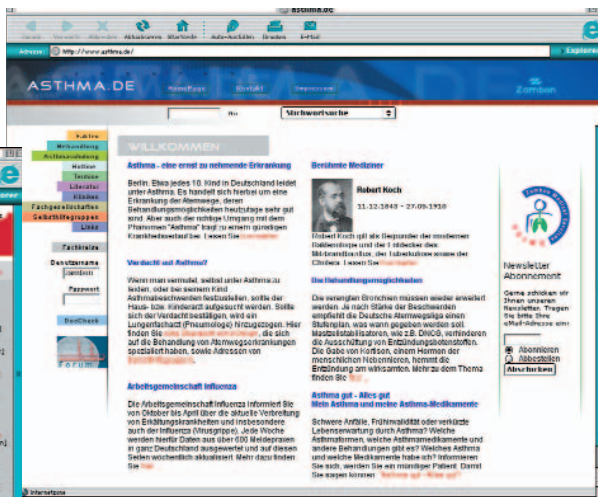
An dieser Stelle wollen wir Ihnen von nun an regelmäßig medizinisch interessante Internet-Angebote vorstellen, v. a. natürlich aus den Bereichen Pädiatrie, Allergologie und Pneumologie. Aber auch allgemeine Hinweise, die das Surfen im WorldWideWeb effizienter, sicherer und schöner machen, sollen präsentiert werden.

ser seit 1996 von der Antwerpes AG, Köln, angebotene Service hat sich seitdem zum seriösen Quasi-Standard im Bereich der Identifizierung medizinischer Fachgruppen etabliert.

ring). In Anbetracht der zunehmenden Verbreitung des Internets auch als Informationsmedium für Patienten (und ihre Eltern!) sollten solche aufgrund ihres einprägsamen Namens leicht zu findenden Portale sorgfältig beobachtet werden.

Werden auf den Websites der Pharma-Industrie finanzielle Interessen noch mehr oder weniger gelungen hinter allgemeinen Informationen versteckt, so handelt es sich bei **www.heuschnupfen.de** um eine Darstellung von Behandlungserfolgen mit der Laser-Resonanz-Therapie („40 Allergien in einer einzigen Sitzung völlig geheilt“). Unter der Rubrik „Spezialisten“ werden Patienten auf der Suche nach einem Arzt, der die genannte Methode anbietet, schnell fündig.

Verantwortlich für die Website ist der Verein Allergieforschungszentrum e.V., Mössingen, dessen ärztlicher Berater Harry Lenk unter www.harry-lenk.de firmiert. Hier zeigt sich erneut, wie wichtig die Beschäftigung mit den alternativen Therapien und deren Präsenz in den modernen Medien ist.



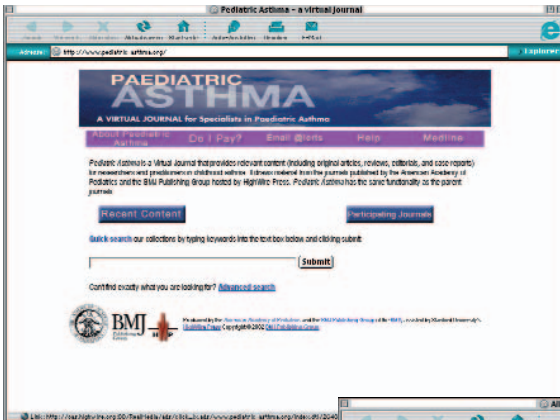
www.asthma.de wird von der Zambon GmbH, Kerpen, bereit gestellt und enthält – natürlich – Informationen rund um das Thema Asthma für Betroffene und Ärzte. Im geschützten Bereich bietet Zambon (Hersteller von z. B. Flumucil®) eine Asthma-Hotline (betreut von Prof. Wahn und Mitarbeitern) und Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Asthmaschulungen für Kinder an. Diese Internetseite ist ein typisches Beispiel für die Inbesitznahme von Krankheitsbezeichnungen als Internet-Adresse durch kommerzielle Anbieter (siehe auch z. B. www.pneumonie.de → Fa. Chiron Beh-



www.DocCheck.de: Hier erhalten berechnete Fachkreise (Ärzte, Apotheker und weitere medizinische Berufe) einen Benutzernamen mit Passwort, mit dem der Zugang zu geschützten Internetseiten von mittlerweile über 600 Anbietern ermöglicht wird. Die darin präsentierten Inhalte dürfen laut Heilmittelwerbegesetz nur medizinischen Fachkreisen zugänglich gemacht werden; dies können Arzneimittelverzeichnisse (Rote Liste, Gelbe Liste, Ifap), Fachinformationen oder so genannte Portale (z. B. www.asthma.de) sein. Die Zugangsberechtigung wird kostenlos vergeben, es fallen auch keine weiteren Gebühren an. Es muss jedoch online ein kurzes Formular ausgefüllt und danach ein Nachweis über die Zugehörigkeit zur Fachgruppe (z. B. Approbationsurkunde, Arztausweis) faxt werden. Die-

Als gelungenes Beispiel für die Be-
setzung eines wichtigen Themas
durch Schulmediziner kann die Site **www.
urtikaria.de** gelten. Hier präsentiert sich
die Urtikaria Gesellschaft e. V. (Präsident:
Prof. Dr. Dietrich Abeck, München) in
sehr ansprechender Form mit einer Emp-
fehlung zur biologischen Therapie dieser
schulmedizinisch häufig nur unzurei-
chend zu behandelnden Erkrankung.

immer gleichartig darstellen und aus-
drucken zu können. Es hat sich zum be-
liebtesten Format zur Darstellung von Zeit-
schriftenartikeln, Handbüchern oder Bro-
schüren im Internet entwickelt. Zum Le-
sen der Dateien, welche die Endung .pdf
aufweisen, wird der Adobe Acrobat Rea-
der benötigt, der unter [www.adobe.de/
products/acrobat/readstep2.html](http://www.adobe.de/products/acrobat/readstep2.html) kosten-
los heruntergeladen werden kann.



Das Berliner Online-Kauf-
haus **www.allergate.de**
ist ein guter Anlaufpunkt, will
man sich über neueste Produk-
te rund um Allergien informie-
ren. Gelegentlich lassen sich
hier bestimmte Artikel, wie z. B.
Neurodermitis-Anzüge, schnel-
ler beziehen als vom Hersteller
selbst, auch kann rasch die Ver-
fügbarkeit der Produkte geprüft

Unter der Adresse
**www.pediatric-
asthma.org** erreicht man
ein englisch-sprachiges
virtuelles Journal, das sich
an alle richtet, die in For-
schung und Praxis mit
kindlichem Asthma befasst
sind. Als virtuelle Zeit-
schrift werden inhaltlich
passende Artikel aus ko-
operierenden Zeitschriften
(z. B. Archives of Disease in
Childhood, British Medical
Journal, Pediatrics) zu-
sammengestellt und unter einer einzigen
Internet-Adresse (zurzeit) unentgeltlich
im Volltext zugänglich gemacht. Als Ser-
vice kann die Zusendung des aktuellen In-
haltsverzeichnisses an die eigene E-Mail-
Adresse angefordert werden. So ist man
schnell über die Neuerscheinungen infor-
miert und kann bei Bedarf die Volltexte
(im PDF-Format) abrufen.



werden. Auch Apotheken machen von die-
sem Angebot zunehmend Gebrauch. Dar-
über hinaus gibt es in Zusammenarbeit
mit der Universitätsklinik für Dermatologie
und Allergologie der Berliner Charité
eine umfassende persönliche Beratung
über verträgliche und nicht-verträgliche
Produkte bei der jeweils vorliegenden Al-
lergie.

Das **PDF-Format** wurde von der
Fa. Adobe entwickelt, um Doku-
mente auf beliebigen Computern und un-
ter unterschiedlichen Betriebssystemen

*Dr. med. Stefan Müller
Univ.-Kinderklinik Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 9, 50924 Köln
E-Mail: stefan@bal612.de*

Schwierige Allergene II – Die Nahrungsmittelallergene

Albrecht Bufe, Experimentelle Pneumologie, Ruhr-Universität Bochum

Einleitung

Nahrungsmittelallergene sind wie die Pilze eine schwierige Gruppe von Allergenen. Sie bergen einige Besonderheiten, die dem Patienten und dem Allergologen das Leben sehr schwer machen können. Ein Nahrungsmittel kann sehr unterschiedlich stabile Allergene enthalten, die je nach Aufbereitung der Speise aktiv oder nicht aktiv sind. Das führt bei einem Patienten, der nur auf das native Allergen mit Symptomen reagiert, zu ganz unterschiedlichen Konsequenzen. Gleichzeitig muss die Extraktion der jeweiligen Allergene für die Herstellung verlässlicher diagnostischer Substanzen sehr differenziert durchgeführt werden, mit der Folge, dass Nahrungsmittelallergene für die Diagnostik immer noch besser nativ denn als Extrakt eingesetzt werden, weil man mit den kommerziellen Substanzen bis heute nicht jede Sensibilisierung erfassen kann.

Zum zweiten tritt in den Zeiten von komplexen Mischungen für Fertignahrung das Nahrungsmittelallergen sehr häufig versteckt auf. Als Folge der Gesetzgebung müssen Nahrungsmittelzusätze erst ab einer bestimmten Konzentration angegeben werden. Das führt dazu, dass zahlreiche Stoffe, die allergene Potenz besitzen, nicht in jedem Fall auf den jeweiligen Packungen angegeben sind. Die bei der Aufbereitung bestimmter Fertignahrungen ver-

wendeten Stoffe wie z. B. Öle können sehr stabile Allergene enthalten, die im Endprodukt noch als Reste enthalten sind und deren Konzentration für den Allergiker immer noch relevant werden kann.

Zum dritten sind Nahrungsmittelallergene häufig nur bedeutsam, weil sie als Kreuzallergene auftreten und in der Regel gar nicht primär zur Sensibilisierung geführt haben. Es ist also nicht immer sicher, ob sie für den Patienten unter diesen Bedingungen tatsächlich klinisch relevant sind. Gleichzeitig und gerade deshalb hat sich der Allergologe immer zu fragen, ob ein Patient unter einer Nahrungsmittelallergie oder unter einer -unverträglichkeit leidet.

In diesem Kapitel wollen wir uns auf die Beschreibung weniger Nahrungsmittelgruppen beschränken, an denen die genannten Probleme erläutert werden sollen.

Die frühen Allergene: Kuhmilch und Ei

Der Gipfel der Prävalenz für die IgE-vermittelten Kuhmilch- und Eiallergien bei Kindern findet sich in den ersten drei Lebensjahren. Über 95 Prozent aller Kinder mit diesen Sensibilisierungen verlieren ihre spezifischen Symptome im weiteren Verlauf. Jüngste Arbeiten aus der Gruppe von Sampson in den USA können zeigen, dass Kin-

der, die ihre Kuhmilchallergie über das Kleinkindalter behalten, mit den IgE-Antikörpern bestimmte Fragmente des α_{s1} -Caseins erkennen [1]. Die Kinder, die ihre Kuhmilchallergie verlieren, haben kein IgE gegen diese besonderen Allergenpeptide. Offensichtlich reagieren die Patienten mit einer schlechten Prognose anders auf die Allergene als solche, die eine gute Aussicht haben, die Allergie zu verlieren. Die beiden Gruppen verarbeiten die Allergene vermutlich unterschiedlich, und das geht mit einer modifizierten Antikörperantwort einher. Diese Untersuchungen weisen darauf hin, welche Rolle die Allergene selber für den Verlauf der Erkrankung haben können.

Neben dem Casein, dem Bos d 8, treten noch vier weitere Molekülgruppen als Allergene in der Kuhmilch auf (siehe Tab. 1) [4]. Das Bos d 5, das Beta-Lactoglobulin, zeichnet sich dabei besonders durch seine Hitzestabilität aus, während die anderen Allergene eher hitzelabil sind. Ihre Stabilität im Magensaft ist bisher nicht gut untersucht. Häufig erkennen die Patienten aber Fragmente der Allergene mit ihren IgE-Antikörpern, so dass die mögliche Prozessierung der Proteine durch Magensaft eine Allergie nicht verhindern würde. Interessanterweise sieht man bei Kindern mit Sensibilisierung gegen Kuhmilcheiweiße selten eine klinische Reaktion auf Rindfleisch, das viel Albumin enthält. Das Albumin spielt demnach nur eine klinisch geringe Rolle.

Im Hühnerei findet man ebenfalls fünf verschiedene IgE-reaktive Proteine (Tab. 1), wobei das Ovomuroid und das Ovalbumin die beiden wichtigsten Moleküle sind. Beide Allergene befinden sich im Ei-



weiß, das Eigelb enthält nur wenige Allergene. Ovomucoïd ist hitze- und säurestabil, außerdem resistent gegen Proteasen. Da die Maus auf Ovalbumin sehr gut mit einer allergischen Sensibilisierung reagiert, wird sie in der Wissenschaft oft als in-vivo-Modell für immunologische Untersuchungen herangezogen. Man muss dabei allerdings bedenken, dass mit dem Ovalbumin lediglich die Reaktionen untersucht werden können, die typisch für ein enterales Allergen sind. Inhalative Allergene wie das Hauptallergen der Birke, das Bet v 1, verhalten sich in der Maus durchaus anders, insbesondere, wenn es um die Entstehung von oraler Toleranz geht [2].

Die kreuzreagierenden Allergene: Apfel- und Haselnuss

Es ist bekannt, dass Nahrungsmittel oft als Kreuzallergene auftreten. Besonders häufig ist das bei Pflanzen der Fall, die eine hohe Ähnlichkeit mit Baumpollenallergenen haben. Die Kreuzreaktivität entsteht, wie schon früher besprochen, durch die Ähnlichkeit (Strukturhomologie) der Hauptallergene. Zahlreiche Obst-, Nuss- und Gemüsesorten wie Apfel, Aprikose, Kirsche, Haselnuss, Karotte oder Sellerie reagieren kreuz mit dem Birkenpollen über das Hauptallergen Bet v 1. In der Regel haben die Patienten primär pollen-induzierte Symptome, die Nahrungsmittelreaktion ist sekundär. Wie weit dieser klinische Zusammenhang belegt, dass der Birkenpollen für die primäre Sensibilisierung verantwortlich ist, muss noch offen bleiben. Es gibt aber, wenn auch seltener, Patienten, die entweder erst oder nur mit dem Nahrungsmittel Symptome entwickelt haben. In diesem Fall sind entweder andere, nicht kreuzreaktive Allergene für die Symptome verantwortlich oder die Kreuzreaktivität ist durch die Profiline bedingt. Die Profiline sind Strukturmoleküle der Pflanze, die in vielen Spezies vorkommen. Sie können sogar im Menschen gefunden werden. Wie



bereits früher erwähnt, könnte die allergische Reaktion gegen diese Molekülgruppe mit autoimmunen Phänomenen verbunden sein [3]. Über diese Beobachtungen ist das letzte Urteil aber noch nicht gefallen. Die übrigen, ebenfalls wichtigen Kreuzreaktivitäten zwischen Gräsern einerseits und Hülsenfrüchten wie Bohnen, Linsen und Erbsen sowie zwischen Kräutern einerseits und Petersilie, Schnittlauch, Bananen, Melonen und Wermut sollen hier nicht weiter vertieft werden.

Die stabilen Allergene: Erdnuss

Erdnussallergie ist nicht selten mit schweren anaphylaktischen Reaktionen verknüpft. Das gleiche gilt für Fischallergien. Deshalb ist die Untersuchung dieser Allergene so wichtig. Die Anaphylaxien können schon in niedrigster Dosis bei Inhalation oder Schleimhautberührung im Mundbereich auftreten. Vieles spricht dafür, dass dieses Phänomen mit der außerordentlichen Stabilität der jeweiligen Allergene zusammenhängt. Die Hauptallergene der Erdnuss, Ara h 1 bis 4, sind alle Speicherproteine mit erheblicher Resistenz gegen Speichel und Magensaft (Tab. 1). Ara h 1 (Vicilin) und Ara h 3 (Glycinin) sind gleichzeitig noch relativ groß (> 60.000 Dalton). Es sind Fälle beschrieben, bei denen lediglich das Öffnen einer Erdnusstüte (Inhalation) oder die Reste von Erdnussöl in Salaten oder Gebratenem zu schweren allergischen Reaktionen geführt haben. Damit sind diese Allergene besonders gefährlich, wenn sie versteckt in Nahrungsmitteln auftreten, in denen man sie nicht erwartet. Es gibt mittlerweile Assays, mit denen niedrigste Dosen von versteckten Allergenen in Nahrungsmitteln nachgewiesen werden können. Solche Assays sind für



Nahrungsmittelallergene		
Allergenname	Allgemeiner Name	Molekülgröße, kDa
Kuhmilch (Bos domesticus)		
Bos d 4	Alpha-Lactalbumin	14,2
Bos d 5	Beta-Lactoglobulin	18,3
Bos d 6	Serumalbumin	67
Bos d 7	Immunglobulin	160
Bos d 8	Kasein	20-30
Hühnerei (Gallus domesticus)		
Gal d 1	Ovomucoïd	28
Gal d 2	Ovalbumin	44
Gal d 3	Conalbumin	78
Gal d 4	Lysozym	14
Gal d 5	Serumalbumin	69
Apfel (Malus domesticus)		
Mal d 1	Homolog zu Bet v 1	Ca. 18
Mal d 2	Homolog zu Thaumatin	?
Mal d 3	Lipid Transferprotein	9
Haselnuss (Corylus avellana)		
Cor a 1	Homolog zu Bet v 1	Ca. 18
Cor a 2	Profilin	14
Cor a 3	Lipid Transferprotein	9
Erdnuss (Arachis hypogaea)		
Ara h 1	Vicilin	63,5
Ara h 2	Conglutin	17
Ara h 3	Glycinin	60
Ara h 4	Glycinin	37
Ara h 5	Profilin	15
Ara h 6	Homolog zu Conglutin	15
Ara h 7	Homolog zu Conglutin	15

Tab. 1, nach „List of Allergens“ [4]

die tägliche Praxis natürlich nicht relevant, aber in Einzelfällen sehr nützlich. Um so wichtiger ist eine qualifizierte Ernährungsberatung für Patienten mit Nahrungsmittelallergie, damit diese sich im Dschungel des westlichen Nahrungsmittelangebots zu rechtfinden.

Nahrungsmittelunverträglichkeit

In diesem Artikel soll auf die Nahrungsmittelunverträglichkeiten nicht eingegangen werden. Es sei nur hervorgehoben, dass – wie in den Leitlinien für Kin-

derheilkunde ausführlich dargelegt – gerade wegen der Abgrenzung ganz besonders bei Nahrungsmittelallergien die Provokationsuntersuchung für den Beweis der Erkrankung sehr wichtig ist. Nicht selten führt die Diagnose einer Nahrungsmittelallergie zu erheblichen Umstellungen des Ernährungsplanes. Nur bei bewiesener Allergie sind solche Maßnahmen gerechtfertigt.

Zusammengefasst stellen Nahrungsmittelallergene eine schwierige Gruppe von Molekülen dar, bei denen die besonderen Eigenschaften im Zusammenhang mit der

jeweiligen Symptomatik berücksichtigt werden müssen.

Prof. Dr. med. Albrecht Bufe
Experimentelle Pneumologie

Ruhr-Universität Bochum
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1
44789 Bochum
E-Mail: Albrecht.Bufe@rubr-uni-bochum.de

Literatur:

1. Bufe A (2001): Significance of IgE-binding epitopes in allergic disease. *J Allergy Clin Immunol* 107 (2): 219-21.
2. Winkler B, Baier K, Wagner S, Repa A, Eichler HG, Scheiner O et al (2002): Mucosal tolerance as therapy of type I allergy: intranasal application of recombinant Bet v 1, the major birch pollen allergen, leads to the suppression of allergic immune responses and airway inflammation in sensitized mice. *Clin Exp Allergy* 32 (1): 30-6.
3. Valenta R, Duchêne M, Pettenburger K, Sillaber C, Valent P, Bettelheim P et al (1991): Identification of profilin as a novel pollen allergen; IgE autoreactivity in sensitized individuals. *Science* 253: 557-60.
4. List of Allergens (October 18, 2002) in www.allergen.org/List.htm

Aktuelle Fragen an den Allergologen

Polymorphe Lichtdermatose?

Zur Vorbereitung des saarländischen Qualitätszirkels Allergologie, Pulmonologie und Asthmaschulung im Kindesalter stellt **Dr. Roland Klein, Saarbrücken**, einen Fall mit der Arbeitsdiagnose „polymorphe Lichtdermatose“ vor.

Anamnese:

Sechsjähriges Mädchen, zum vierten Mal in Südfrankreich in Urlaub:

Sonnenschutz seit Jahren: *Penaten Lichtschutzfaktor 30 und 18*, stets gut



Abb. 1

vertragen. Etwas vorgebräunt in Urlaub gefahren.

Mückenschutz: *Autan family* abends regelmäßig an Wangen, Hals und Handgelenken (langer Schlafanzug).

Während des Urlaubs regelmäßiges Schwimmen im Meer und im Pool.

Am Ende des Urlaubs nochmals im Pool gebadet, tagsüber nur im Schatten aufhalten, keine außergewöhnlichen Speisen zu sich genommen.

Abends ist den Eltern unspezifisches feinpapuläres Exanthem im Halsbereich aufgefallen. Über Nacht Zunahme.

Vorstellung am nächsten Tag beim Urlaubsarzt: Tonsillitis (Eltern zuvor auch erkrankt, mit Penicillin therapiert) sowie „Sonnenerkrankung“.

Rezeptur: Penicillin V plus Antihistaminikum.

Wegen Zunahme der Symptomatik (Ausbreitung und Juckreiz) vorzeitige Abreise. Nach drei Gaben Penicillin V wurde die Antibiose abgesetzt, abends Vorstellung in pädiatrischer Notfalldienstzentrale:

Familienanamnese:

Keine Atopiebelastung.

Eigenanamnese:

Leichtes atopisches Ekzem im Säuglingsalter.

Infektgetriggerte bronchopulmonale Hyperreagibilität (IgE, sx1, fx5 03/99 negativ).

Befund:

Gesicht, Hals, Dekolleté, Arme: Feuerrote, konfluierende, feinpapuläre, urtikarielle Läsionen, periorale Aussparung sowie Aussparungen im Bereich des Badeanzugs, periorbitale Schwellung, massiver Juckreiz (siehe Abb.).

Diagnostik:

BB incl. Diff-BB, IgE, Sx1, fx5 o.B.

Parvovirus-B 19-Serologie negativ.

ANA-AK negativ.

EBV-IgG-AK positiv, -IgM und EBNA-AK negativ.

Epikutan-Test mit Inhaltsstoffen der Lichtschutzpräparate sowie Repellent ist geplant.

In einer Hautklinik wurde im Oktober folgende Diagnostik mit unauffälligem Ergebnis durchgeführt:

Lichttreppe UVA und UVB.

Initialtherapie:

Fenistil Tropfen, Advantan Milch, Celestamin Tropfen.

Darunter langsames Abblasen, im weiteren Verlauf Celestamin und Advantan ausgeschlichen, Asche® Basis Lotion, Zyrtec® über vier Wochen. Darunter Normalisierung des Hautbefundes.

Verlauf:

Zwischendurch immer wieder diverse Sunblocker ausprobiert (Microsune®, Widmer LSF 30) mit nachfolgender „moderater“ Hautreaktion (leichte feinpapuläre Effloreszenzen).

Letzte Sonnenexposition ohne Sonnenschutz problemlos vertragen.

Diskussion:

Am ehesten handelt es sich wohl um eine photoallergische Kontaktdermatitis, die getriggert wurde durch externes Sonnenschutzpräparat, Repellent, Klima, Sonne und Meer.

PD Dr. Peter Höger, Klinik für Dermatologie der Universität Hamburg:

In der Tat ist hier eine Polymorphe Lichtdermatose (PLD) anzunehmen: Akute nach Lichtexposition aufgetretene, polymorphe erythematöse Papeln, beschränkt auf lichtexponierte Areale, vermutlich (?) mehr oder weniger pruriginös.

Eine mögliche Differenzialdiagnose ist das photoaggravierte Kontaktekzem (auf Sonnenschutzmittel, evtl. auch auf Autan).

Unwahrscheinlichere Differenzialdiagnosen sind:

- a) Phototoxische Reaktion: diesbezüglich keine Anamnese, Papeln dominieren → sehr unwahrscheinlich;
- b) Photoallergische Reaktion: diesbezüglich keine Anamnese, Verlauf und Morphe sprechen eher dagegen.
- c) LE: akuter Verlauf und Morphe sprechen eher dagegen.

Diagnostik:

- a) PLD: Um die auslösende Wellenlänge

herauszufinden, Bestimmung von MED für UVA und UVB (der Vollständigkeit halber sollte auch eine Testung mit sichtbarem Licht erfolgen!).

- b) Photoaggraviertes Kontaktekzem: Epikutantest mit 1) Salbengrundlagen, 2) Sonnenschutzmitteln, speziell den hier verwendeten, 3) Autan. Testung a) Standardverfahren, Testung b) Seitenvergleich mit und ohne UV-Exposition (sog. Photo-Patch-Test).

Therapie/Prophylaxe:

Lichtschutz prinzipiell nur mit Reflektor- (statt Filter-)Substanzen auf der Basis von Zinkoxid bzw. Titandioxid. Speziell bei PLD Vorbehandlung vor erstmaliger Sonnenexposition im Frühjahr für zwei Wochen mit einem Zweiphasen-Präparat von Beiersdorf (Phase 1 enthält Ruten-säure, einen „Radikalfänger“).

Tributylzinn in allergendichten Matratzenüberzügen

In der Septemberausgabe der Zeitschrift „Ökotest-Ratgeber Gesundheit und Fitness“ wird über den Test von 13 allergendichten Matratzenüberzügen berichtet. In einzelnen Encasings fand sich unter anderem der Nachweis von Di- und Tributylzinn. **Prof. C.P. Bauer, Gaisach**, hat Prof. D. Nowak, München, um eine Stellungnahme gebeten.

Prof. Dr. Dennis Nowak, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin der Universität München:



Kürzlich wurde in einem Ökotest-Bericht (Sept. 2002) über den Nachweis von Di- und Tributylzinn in einzelnen Encasings berichtet. Patienten und Eltern fragen, ob sie sich Sorgen machen müssen.

Organozinnverbindungen haben ein breites Anwendungsspektrum. Die Hauptaufnahme erfolgt in Deutschland über die

Nahrung, insbesondere über Fischprodukte, da in unseren Gewässern auch Organozinnverbindungen vorkommen.

In Textilien kommen sie offensichtlich mitunter als antimikrobielle Hilfsmittel vor; so ist zum Beispiel in der Literatur von Tributylzinn-haltigen Radlerhosen und Socken berichtet worden. In Tierversuchen wurden adverse Effekte auf das Immunsystem, hämatologische und endokrinologische Wirkungen beschrieben. Laut einer WHO-Studie liegt das No-Effect-Level für Tributylzinnoxid bei 25 µg/kg Körpergewicht und Tag. Dieser Wert wird vom Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BGVV) für Tri- und Dibutylzinn zugrunde gelegt.

Um die potenziell inkorporierbare Menge von Dibutylzinn aus Encasings abzuschätzen, wurde eine „worst case“-Berechnung unter folgenden Voraussetzungen vorgenommen:

Bei einem 60-kg-Menschen, einer Auf-
lagefläche von 0,75 m², einer Migration

von 1 % und einer Resorption von 20 %, wie sie maximal in Encasings gemessen wurde, kann ein Dibutylzinn-Gehalt von 2,55 mg/kg, wie er maximal in Encasings gemessen wurde, zu einer Inkorporation von 0,006375 µg/kg Körpergewicht und Tag führen. Dies liegt etwa um den Faktor 4.000 niedriger als das zitierte No-Effect-Level und um den Faktor 40 niedriger als der von der WHO vorgegebene Tolerable-Daily-Intake (TDI)-Wert. Diese Berechnung basiert auf der unrealistischen Annahme, dass der Patient schweißsnass und direkt, d. h. ohne Pyjama sowie ohne Bettlaken auf dem Encasing liegt.

Literatur

1. Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BGVV) (2000): Tributylzinn und andere zinnorganische Verbindungen in Lebensmitteln und verbrauchernahen Produkten.
 2. WHO (1990): IPCS Tributyltin compounds. Environmental Health criteria 116.
- Internet-Info: <http://arbmed.klinikum.uni-muenchen.de>

Falsche Freunde

Frank Friedrichs, Aachen

Der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband e.V. (BDA) gibt zusammen mit der Europäischen Teppich-Gemeinschaft e.V. (ETG) eine Broschüre zum Thema „Schutz vor Allergien – Hausstaubmilbenallergie“ heraus. Darin finden sich Sätze wie: „In Matratzen und textilen Polstermöbeln findet sie (die Hausstaubmilbe) gute Lebensbedingungen. Teppiche und Teppichböden sind – anders als oft dargestellt – zu einem deutlich geringeren Prozentsatz betroffen“, oder: „Experten sind sich heute darüber einig, dass textile Bodenbeläge auch für Allergiker geeignet sind. Ein Allergiker muss daher nicht auf den Gehkomfort und die gemütliche Ausstrahlung eines Teppichbodens verzichten“. Das Ganze wird noch illustriert mit einem auf Teppichboden spielenden Kleinkind.

Sicherlich darf man zunächst die Frage stellen, ob der BDA grundsätzlich qualifiziert ist, Empfehlungen zu allergologischen Fachfragen herauszugeben. Darüber hinaus fragt man sich, ob die Publikation einer Broschüre zum Thema Hausstaubmilbenallergie gemeinsam mit der Teppichindustrie nicht die gebotene Unabhängigkeit vermissen lässt? Jedes vierte Schulkind in Deutschland weist inzwischen eine Sensibilisierung gegenüber Hausstaubmilben-Allergenen im Allergietest auf. Da ist es nicht verwunderlich, dass die Lobbyisten der Teppichindustrie nach Freunden innerhalb der Ärzteschaft suchen.

Die derzeit verfügbaren Fakten zum Thema Hausstaubmilbenallergie und Inneneinrichtung lauten:

1. Ein ideales Umfeld finden Hausstaubmilben bei einer relativen Luftfeuchtigkeit von 70-75 Prozent und bei einer Temperatur von 25-28 °C.

Die Lebenserwartung der Milben beträgt je nach Art und Gattung 60 bis 150 Tage. Hausstaubmilben ernähren sich überwiegend von menschlichen Hautschuppen [1].

Teppiche sind großes Reservoir für Milben

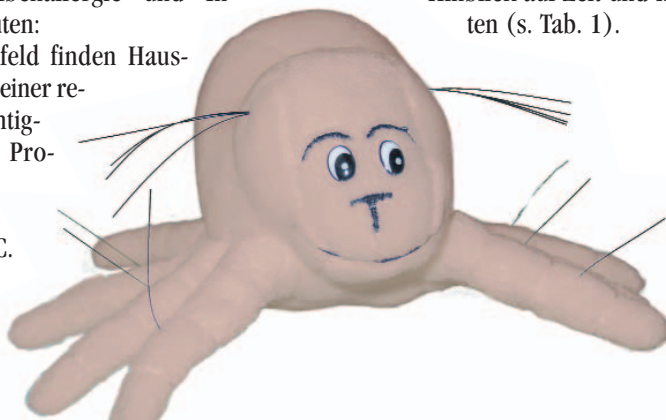
2. In ihrem Review-Artikel „Controlling indoor allergens“ [2] überprüften Custovic und Mitarbeiter die derzeit aktuellen evidenz-basierten Empfehlungen zur Allergenvermeidung: Neben anderen Faktoren (Sozialstatus) ist die Exposition gegenüber Innenraumallergenen korreliert mit dem Asthmaschweregrad. Eine signifikante Korrelation wurde zwischen der unspezifischen bronchialen Hyperreagibilität, der Peak-Flow-Variabilität, der Lungenfunktion und dem Hausstaubmilbenallergengehalt im Bett der Patienten gefunden. Das Milbenallergen ist ein relatives schweres Allergen. In der Luft findet man es in der Regel nur nach starker Verwirbelung. Danach fällt es innerhalb von 15 bis 30 Minuten wieder zu Boden. Teppichböden und Polstermöbel stellen neben Betten ein großes Reservoir für Milben, Milbenallergene und Milbenfutter dar. Idealerweise sollte der Teppichboden entfernt werden. Alle anderen Maßnahmen (Staubsaugen, Dampfsaugen, Akarizide, Einfrieren mit Stickstoff, usw.) sind weniger wirksam oder aufwändiger im Hinblick auf Zeit und Kosten (s. Tab. 1).

Staubsauger helfen wenig

3. Der Wert der Staubsaugens zur Reduktion der Milbenpopulation ist gering: Um 5 Prozent der Milbenpopulation zu entfernen, muss man einen Quadratmeter Teppichboden eine Minute lang staubsaugen. Zur Entfernung der gesamten Population auf einem Quadratmeter benötigt man 52 Minuten! [4]
4. In der Childhood Asthma Prevention Study (CAPS) in Australien fanden die Untersucher Milbenallergenkonzentrationen von mehr als 10 mg pro Gramm Staub in 68 Prozent der Betten, 65 Prozent der Schlafraumteppichböden und 56 Prozent der Wohnzimmerteppichböden. Teppichböden hatten signifikant höhere Belastungen als wischbare Böden. [5]
5. Die Milbenpopulation ist über den gesamten Teppichboden hinweg nicht gleich groß. Milben leben – ähnlich wie Menschen – in „Dörfern“ zusammen. Die gefundenen Belastungen in einem Zimmer können daher schwanken. Mehrere Messungen an verschiedenen Stellen sind sinnvoll. [6]
6. In der Melbourne House Dust Mite Study zeigte sich, dass die Konzentration an Der p1 (Majorallergen der Hausstaubmilbe) in Zimmern mit wischbaren Böden signifikant niedriger war als in Räumen mit Teppichböden. Als besonders effektiv erwiesen sich milbendichte Matratzenbezüge und das Vorhandensein von wischbaren Bodenbelägen [7].

Entfernung des Teppichbodens weiterhin ratsam

Es gibt also ausreichende wissenschaftliche Evidenz für die Empfehlung: Milbenallergische Kinder und Jugendliche sollten in einer möglichst milbenarmen Umge-



Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen zur Reduzierung von Hausstaubmilben-Allergenen

Maßnahmen	Evidenz-Ebene* „Effektivität der Allergenreduktion“	Evidenz-Ebene* Klinische Effektivität
Milbendichte Überzüge für Matratze, Kissen und Bettdecke	Ib	Ib
Wöchentliches Waschen aller Bettteile bei 55-60 ° C	Ib	IV
Entfernen der Teppichböden und Ersatz durch Linoleum oder Holzboden	Ib	IV
Wenn Entfernen des Teppichbodens nicht möglich: Akarizide und/oder Tanninsäure	III	IV
Verringerung der Polstermöbel usw.	III	IV
Geschlossene Regale	IV	IV
Staubsauger mit HEPA-Filter	IIb	IV
Austausch der Vorhänge (waschbar)	IV	IV
Entfernen der Stofftiere	IV	IV
Tiefrieren/Kochen der Stofftiere	IV	IV

* Centre of Evidence Based Medicine 5/01 – Definition:

- I A) (übereinstimmende) Ergebnisse von Metaanalysen randomisierter Studien
B) mindestens eine randomisierte Studie
- II A) (übereinstimmende) Ergebnisse von nicht-kontrollierten Studien (z. B. Kohortenstudie)
B) mindestens eine nicht-kontrollierte Studie
- III A) (übereinstimmende) Ergebnisse von nicht-kontrollierten, nicht experimentellen Studien
B) mindestens eine nicht-kontrollierte, nicht experimentelle Studie
- IV Evidenz aufgrund von Fallbeobachtungen/Evidenz aufgrund von Expertenaussagen

Tab. 1

bung aufwachsen. Hierzu gehören neben der Versorgung des Bettes mit milbendichten Überzügen die Entfernung des Teppichbodens und der Ersatz durch einen feucht wischbaren Boden. Welche Bedeutung diese Empfehlungen für die Primärprävention haben, lässt sich noch nicht endgültig sagen.

Dem BDA kann man nur raten, seine Broschüre baldmöglichst zurückzuziehen. Andernfalls bieten sich natürlich noch weitere Partner für Veröffentlichungen an: z. B. die Tierfutter-Hersteller zu den Haustierallergien oder die Tabakindustrie zum Passivrauchen.

*Dr. Frank Friedrichs
Rathausstr. 10, 52072 Aachen
E-Mail: FrankFriedrichs@t-online.de*

Literatur:

1. Koren W (1995): Allergen avoidance in the home environment. A laboratory evaluation of measures against mite, fungal and cat allergens. CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag.
2. Custovic A, Murray CS, Gore RB, Woodcock A (2002): Controlling indoor allergens. *Ann Allergy Asthma Immunol* 88: 432-442
3. Centre of Evidence Based Medicine 5/01 (<http://cebmr2.ox.ac.uk/docs/levels.html>)
4. Kniest FM, pers. Mitteilung
5. Mahrshahi S, Marks G, Vanlaar C, Tovey E, Peat J (2002): Predictors of high dust mite allergen concentrations in residential homes in Sydney. *Allergy* 57: 137-42.
6. Simpson A, Hassall R, Custovic A, Woodcock A (1998): Variability of house-dust-mite allergen levels within carpets. *Allergy* 53: 602-7
7. Hill DJ, Thompson PJ, Stewart GA, Carlin JB, Nolan TM, Kemp AS, Hosking CS (1997): The Melbourne house dust mite study: eliminating house dust mites in the domestic environment. *J Allergy Clin Immunol* 99: 323-9

In Heft 2/2002 dieser Zeitschrift hat das „Netzwerk Kindergesundheit und Umwelt“ das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte **Modellprojekt „Curriculum zur Präventionsassistentin“** vorgestellt, das sich an medizinische Assistenzberufe wie Arzthelferinnen und Kinderkrankenschwestern richtet.

Die Vorbereitungen sind jetzt soweit gediehen, dass für den ersten Fortbildungskurs die Termine genannt werden können: Es sind dies der 24. und 25.1. sowie der 21. und 22.2.2003. Der Kurs wird im Kinderhospital Osnabrück stattfinden, mit maximal 25 Personen durchgeführt werden

und ca. 500.- Euro kosten, wobei das Netzwerk sich noch um Sponsoren bemüht. Anmeldungen richten Sie bitte an: lob@kinderhospital.de.

Für den Herbst 2003 ist ein zweiter Durchlauf in München fest geplant.

In diesem Heft wird nun das Projekt Leitlinien zur Pädiatrischen Umweltmedizin von Dr. Böse-O'Reilly vorgestellt. Kritische Rückmeldungen sind auch hier ausdrücklich erwünscht und zu richten an: praxis@boese-o-reilly.de

Dr. Thomas Lob-Corzilius

Leitlinien „Pädiatrische Umweltmedizin in der Praxis“

Kindergesundheit und Umwelt – ein Schwerpunkt nationaler und internationaler Programme

Stephan Böse-O'Reilly, München

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Juni 1999 zusammen mit dem Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit ein „Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit“ herausgegeben [1]. Damit kamen beide Ministerien der Forderung zur Erstellung eines nationalen Aktionsplanes für Umwelt und Gesundheit (NEHAP) nach, zu der sie sich auf der 2. Europakonferenz Umwelt und Ge-

sundheit von Helsinki 1994 verpflichtet hatten.

Dieses Aktionsprogramm baut auf dem Leitgedanken einer nachhaltigen Entwicklung (nach der UNCED-Konferenz in Rio 1992), verbunden mit der Strategie „Gesundheit für alle“ der Weltgesundheitsorganisation auf, ebenso wie das vom Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation entwickelte Strategiepapier „Gesundheit von Kindern und Umwelt“ [2]. Dieses Strategiepapier wurde auf der 3. Europakonferenz Umwelt und Gesundheit im Juni 1999 in London von der Bundesregierung mitunterzeichnet. In diesem Zusammenhang stellt die WHO fest, dass die Zielgruppe Kinder eine herausragende Stellung einnimmt, da diese „den gesundheitlichen Auswirkungen von Umweltbedrohungen stärker ausgesetzt als Erwachsene und deshalb besonders schutzbedürftig [sind]“.

Infektionskrankheiten haben durch verschiedene Maßnahmen wie Hygiene, Impfungen und verbesserte medizinische Diagnostik und Therapie viel von ihrem Schrecken verloren. Allergische Erkrankungen wie Asthma bronchiale und Störungen im Ess- und Freizeitverhalten wie Adipositas nehmen dagegen eindeutig zu. Unfälle sind der Hauptgrund für Tod und Behinderung im Alter von 1 bis 15 Jahren. Die große Anzahl passivrauchender Feten, Säuglinge, Kleinkinder und Kinder als auch die Zahl rauchender Jugendlicher gibt Anlass zur Sorge. Diese Veränderung im Krankheitsspektrum wird auch als „neue pädiatrische Morbidität“ bezeichnet.

Die Problembereiche sind miteinander verbunden; so weist z. B. eine Studie nach, dass eine möglichst lange Stilldauer das Risiko für die Entwicklung einer Adipositas verringert [3]. Ein mindestens viermonatiges ausschließliches Stillen reduziert auch das Risiko, im Kindesalter an Asthma zu erkranken [4].

Diese hier beschriebenen Schwerpunktproblembereiche sind nahezu deckungsgleich mit den von der WHO veröffentlichten Problembereichen. Anlässlich der Konferenz der europäischen Umwelt- und Gesundheitsminister in London 1999 wurde eine Deklaration „Die Gesundheit von Kindern

Neue Zeiten – neue Krankheiten

In den letzten Jahrzehnten hat sich das Krankheitsspektrum in der Pädiatrie verschoben. Insbesondere



Abb. 1: Auslöser von Asthma. Asthma bronchiale gehört zu den Krankheiten, die stark von Umweltreizen beeinflusst werden. Die Leitlinien zur pädiatrischen Umweltmedizin werden sich deshalb auch mit den Auslösern von Asthma und anderen Atemwegserkrankungen beschäftigen.

und die Umwelt“ verabschiedet [2]. Als Hauptproblembereiche nennt sie Verletzungen, Passivrauchen und Asthma. Als Gegenmaßnahme wird die Einhaltung des Vorsorgeprinzips und damit eine Minderung der Exposition gegenüber Umweltschadstoffen gefordert. Aber es wird auch angemahnt, „das allgemeine Bewusstsein für die Zusammenhänge von Umwelt und Gesundheit zu fördern, um es den Familien zu ermöglichen, die Gesundheit der Kinder besser zu schützen“. Dazu schlägt die Weltgesundheitsorganisation Aus- und Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte und andere Gesundheitsfachkräfte zu für Kinder besonders relevanten Fragen des Gesundheitsschutzes sowie Interventionsprogramme und Aufklärungsmaßnahmen vor.

Konzept der Leitlinien

Es gibt in Deutschland ca. 100 Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Umweltmedizin. Diese haben eine qualifizierte und standardisierte Weiterbildung durchlaufen (incl. einem 200 Stunden umfassenden Kurs Umweltmedizin). Da es insgesamt weit über 10.000 Kinderärzte in Deutschland gibt, ist bislang nur ein kleiner Teil der Kinderärzte für Umweltmedizin im besonderen Maße qualifiziert.

Eine verbesserte Qualifikation von Kinderärzten erscheint für diesen wichtigen Kreis von Multiplikatoren mehr als angemessen. Ein sinnvolles Instrumentarium wird die Leitlinie „Pädiatrische Umweltmedizin in der Praxis“ sein, die allen Kinderärzten als Basisinformation und Arbeitshilfe dienen wird. Die Leitlinien werden allen Kinderärzten als elektronische Version frei und kostenlos zugänglich sein.

In den USA existieren zwei Standardwerke, die eben diesen Ansprüchen genügen und als Modell dienen können: Vom US-amerikanischen Netzwerk CEHN wurde das „Training Material – Pediatric Environmental Health: Putting it into Practice“ [5] entwickelt, während die American Academy of Pediatrics das „Handbook of Pediatric Environmental Health“ herausgegeben hat. In 33 Kapiteln werden hier die wichtigsten Themen des Bereiches dargestellt und praktische Tipps für Kinderärzte gegeben [6].

Die WHO hat für Europa eine sehr informative und umfassende Materialsammlung zu diesem Thema vorgelegt [7].

In Deutschland gibt es die Dokumentation zum wissenschaftlichen Symposium in Potsdam 2001 als gute und aktuelle Materialsammlung [8]. Ebenso enthält der Dokumentationsband des Forums Kinderumwelt und Gesundheit 2002 in München hervorragende Texte von Experten und Betroffenen [9]. Sehr viele gute Materialien finden sich auch im Uminfo der Kinderumwelt gmbH (www.uminfo.de).

Inhalte

Die Leitlinien werden entsprechend den Kriterien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Fachgesellschaften, www.awmf.de) erstellt werden und Diagnostik und Therapie im Sinne von „good medical practice“ umfassend und einfach darstellen. In der ersten Stufe wird ein Expertengremium die Leitlinien erstellen. Dieses Gremium wurde aus Vertretern der AG Pädiatrische Umweltmedizin in der GPA und Mitgliedern der Umweltkommission der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin einvernehmlich zusammengesetzt.

Folgende Inhalte sind vorgesehen:

- Prinzipielles Vorgehen bei Verdacht auf umweltbedingte Erkrankungen bei Kindern (mit Anamnesebögen, Adressen und Literaturhinweisen).
- Vom gesundheitlichen Problem zur Differenzialdiagnose Umweltschadstoff: Themen werden Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchitis), Neurodermitis, Verhaltensstörungen, Kopfschmerzen und Infektanfälligkeit sein.
- Vom vermuteten Umweltschadstoff zum gesundheitlichen Problem: Themen werden Stillen, Ernährungsstörungen, Krebs, elektro-magnetische Felder, Blei, Quecksilber/Amalgam, PCB, Asbest, Innenraumluft (Tabak, VOC, Schimmel) und Außenluft (Ozon, Partikel) sein.

Bitte um Mitarbeit

Falls Sie als Leser grundsätzlich Interesse an diesen Leitlinien haben, wäre der Autor dieser Zeilen sehr dankbar für Ihre

Mitarbeit, z.B. in Form einer kurzen E-Mail (Adresse siehe unten).

- Haben Sie Patienten mit pädiatrisch-umweltmedizinischen Fragestellungen?
- Gibt es genügend Arbeitsmaterialien?
- Was sollte Inhalt von Leitlinien sein?
- Für welche Schadstoffe brauchen Sie Information?
- Für welche pädiatrisch-umweltmedizinischen Erkrankungen brauchen Sie Information?

Das Projekt Leitlinien wird gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und durchgeführt vom Netzwerk Kinderumwelt und Gesundheit, c/o Ökologischer Ärztenbund e.V., Fedelhöfen 88, 28203 Bremen, Tel.: 0421-498 42 51, Fax: 0421-498 42 52, E-Mail: oekologischer.aerztebund@t-online.de

*Dr. med. Stephan Böse-O'Reilly
Niedergelassener Kinderarzt,
Allergologie, Umweltmedizin
Lindenschmitzstr. 35, 81371 München
E-Mail: praxis@boese-o-reilly.de*

Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (Hrsg.) (1999): Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit, Bonn, www.apug.de
2. Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1999): Die Gesundheit von Kindern und die Umwelt, Rom, EUR/ICP/EHCO/02 02 05/16, www.euro.who.int
3. von Kries R et al (1999): Breast feeding and obesity: cross sectional study. BMJ 319, 147-50.
4. Oddy WH et al (1999): Association between breast feeding and asthma in 5 year old children: findings of a prospective birth cohort study. MJ 319, 815-9.
5. CEHN (1999): Training Material – Pediatric Environmental Health: Putting it into Practice, San Francisco, www.cehn.net
6. American Academy of Pediatrics (Hrsg.) (1999): Handbook of Pediatric Environmental Health, Elk Grove Village, ISBN 1-58110-029-9, www.aap.org
7. Tamburlini G, v Ehrenstein O, Bertollini R (2002): Children's health and environment: A review of evidence. World Health Organization – Regional Office for Europe, Copenhagen, ISBN 92-9167-412-5, www.euro.who.int/cehrome
8. Robert Koch Institut, Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (Hrsg.) (2001): Kinderumwelt und Gesundheit, Symposium Potsdam, ISBN 3-89606-039-2, www.uminfo.de
9. Bundesamt für Strahlenschutz (2002): Forum Kinderumwelt und Gesundheit. München, www.apug.de oder www.forumkinderumweltgesundheit.de

Allergievorbeugung im zweiten Lebenshalbjahr

Beikost: wann und was?

Viele junge Eltern sind auch ohne zusätzliches Risiko einer familiären Allergiegefährdung verunsichert bezüglich der richtigen Ernährung ihrer Kinder nach dem Stillen bzw. zum Zeitpunkt der Beikosteinführung. Eine gute Beratung über die gesunde Ernährung des Säuglings ist hier sehr wichtig. Dazu gibt es eine Vielzahl empfehlenswerter Informationsangebote für Eltern, auch im Internet, von denen eine herausgegriffen werden soll: die Broschüre „Die Empfehlung für die Ernährung von Säuglingen“, die in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. und dem Bundesforschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) erstellt wurde und die auch über das Internet bestellt werden kann: unter www.fke-do.de/brosch/saegling.html oder unter www.dge.de/pages/navigation/verbraucher_info/schwangere.html (dort unter Broschüren zum Thema).

Kinder mit Allergiegefährdung

Grundsätzlich gelten die Ernährungsempfehlungen für den gesunden Säugling auch für Säuglinge mit einer Allergiegefährdung [1]. Dennoch wird für diese Kinder eine Fülle von strengen, sich zum Teil widersprechenden Ernährungsempfehlungen verbreitet. Dabei gibt es nur wenige Daten, die die Bedeutung einer späten Einführung von Beikost für die Allergieprävention belegen [2, 3, 4]. Insbesondere Langzeiteffekte oder Auswirkungen auf die spätere Entwicklung von Inhalationsallergien, Asthma und allergischer Rhinitis lassen sich nicht eindeutig zeigen [5, 6]. Auch die Daten der GINI-Studie lassen keine endgültigen Schlussfolgerungen über die Beikosternährung zu, da diese Studie nicht in erster Linie für die Untersuchung der Beikosternährung konzipiert wurde.

In dieser Studie mit Allergierisikokindern wurde empfohlen, die Beikost nicht vor dem 6. Lebensmonat einzuführen und

Kuhmilch, Hühnerei, Fisch, Nüsse und Zitrusfrüchte im ersten Lebensjahr zu meiden. In einer kleinen Untergruppe (n = 170) der GINI-Kohorte (n = 2.250) waren bei 14 Prozent der Kinder im ersten Lebensjahr spezifische Antikörper gegen mindestens eines der untersuchten Allergene (Apfel, Banane, Birne, Ei, Erdnuss, Haselnuss, Karotte, Kartoffel, Milch, Eiweiß, Soja und Weizen) gefunden worden. Am häufigsten waren Sensibilisierungen gegen Ei (5,6 %) und Banane (4,7 %). Nur bei den Kindern mit einer Sensibilisierung gegen Ei war eine signifikante Häufung von atopischer Dermatitis zu finden. Sensibilisierungen gegen andere Nahrungsmittel spielten in diesem Alter eine untergeordnete Rolle. Die Beikosternährung schien in diesem speziellen, hypoallergen ernährten Kollektiv keinen oder nur wenig Einfluss auf die Sensibilisierung auf Beikostallergene und die Neurodermitis zu haben. Die frühe Ernährung mit Karotte im Laufe des ersten Lebensjahres führte zu keiner Sensibilisierung in der untersuchten Allergierisiko-Kohorte [7].

Was bedeutet dies nun für die konkrete Beratung betroffener Eltern?

Die Milch

In den ersten sechs Lebensmonaten ist die Empfehlung relativ einfach und für alle, egal welches Allergierisiko in der Familie besteht, sinnvoll und günstig: Die Kinder sollten voll gestillt werden!

Ist Stillen nicht möglich, ergibt sich je nach individuellem familiären Allergierisiko die Empfehlung für eine HA- bzw. stärker hydrolysierte Säuglingsnahrung auf Kuhmilchbasis [4].

Bei Säuglingen in einer Hochrisikogruppe (Mutter atopische Dermatitis, beide Eltern betroffen, zwei Familienmitglieder ersten Grades betroffen) sollte zusammen mit den Eltern individuell entschieden werden, ob eine milchfreie

Ernährung auch im zweiten Lebenshalbjahr sinnvoll erscheint; dabei sollten auch die Kosten einer derartigen Ernährung mit bedacht werden. Ob damit wirklich ein zusätzlicher präventiver Effekt erzielt wird, ist allerdings nicht eindeutig geklärt.

Anders sieht die Situation natürlich bei sensibilisierten, an einer Kuhmilchallergie erkrankten Säuglingen aus. In diesem Falle muss im ganzen ersten Lebensjahr die verträgliche therapeutische Milch eingesetzt werden. Sie eignet sich auch für die Zubereitung von Breien. Milchfreie Fertigbreie stehen ebenfalls zur Verfügung.

Für Kinder ohne Kuhmilchsensibilisierung und mit geringem Allergierisiko können ab dem zweiten Lebenshalbjahr auch adaptierte Kuhmilch oder Säuglingsnahrung auf Kuhmilchbasis für die Zubereitung von Milchbreien und eine nicht hydrolysierte Säuglingsmilch als Milchnahrung verwendet werden.

Es muss jedoch betont werden, dass es derzeit für das zweite Lebenshalbjahr keine ausreichenden Studien und Daten bezüglich der hypoallergenen allergiepräventiven Ernährung gibt, um eine allgemein gültige Empfehlung aussprechen zu können.

Die weitere Beikost

Auf Beikost sollte am besten bis zum Ende des 6. Lebensmonats, zumindest aber bis zum Ende des 4. Lebensmonats verzichtet werden. Für die Beikost werden nur wenige nährstoffreiche Lebensmittel in aufeinander abgestimmten Mahlzeiten benötigt. Gerade für allergiegefährdete Kinder sollte die Variabilität der verwendeten Lebensmittel nicht größer sein als ernährungsphysiologisch erforderlich. Dazu reichen ein bis zwei Gemüse, eine Getreidesorte, eine Fleischart und ein bis zwei Obstsorten.

Grundsätzlich gibt es neben der Kuhmilch nur wenige Nahrungsmittel, die in

Vorschlag eines Nahrungsaufbaus für Kinder mit Nahrungsmittelallergie

Lebensalter	7. LM	8.-9. LM	10.-12. LM	1.-3. LJ	3.-5. LJ
1. Gemüse	Kartoffeln, Frühkartoffeln, Brokkoli, Spinat	Blumenkohl, Mangold, Aubergine, Kohlrabi	Zucchini, Spargel, grüne Bohnen	Steckrüben, Erbsen, Gurke, rote Linsen	Blattsalat, Kohlgemüse
2. Obst	reife Birne, Banane, süßer Apfel	Wasser- u. Honigmelone	Aprikose, Pfirsich	Mango, Papaya	grüne Trauben
3. Getreide	Reis, Hirse		Grieß, Weizen, Grünkern	Hafer, Roggen, Buchweizen	Mais, Dinkel
4. Fleisch	Geflügel, Rind, Kalb, Schwein, Lamm		Wild		
5. Fisch				Süß- und Salzwasserfische	
6. Ei				Ei und Ei-enthaltende Produkte	

Tab. 1, nach Behr-Völtzer Ch (2002) [9]

der Säuglingsernährung normalerweise eingesetzt werden und als hochallergen eingestuft werden müssen. Dazu gehören Eier, Fisch und Nüsse. Auf diese Nahrungsmittel kann nach ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten in diesem Lebensalter grundsätzlich verzichtet werden. In diesem Zusammenhang müssen die Eltern darauf hingewiesen werden, dass gerade Nüsse und Ei in vielen Lebensmitteln versteckt enthalten sein können.

Die oft zu lesende Aufzählung der Zitrusfrüchte in der Liste der zu meidenden Nahrungsmittel steht nicht im Zusammenhang mit deren allergener Potenz, sondern mit einer gelegentlich durch sie hervorgerufenen unspezifischen Hautreizung. Die Vitamin-C-Zufuhr kann aber auch ohne Zitrusfrüchte durch andere Obstsaften und Obstmus gewährleistet werden.

Nahrungsmittel, die sich als gut verträglich und unproblematisch erwiesen haben, sind Karotten, Birnen, Äpfel, Pute und Kartoffeln [7], später dann auch Fenchel, Kohlrabi, Blumenkohl, Brokkoli, Spinat, weitere Fleischsorten und Reis [8].

Eine Aufstellung des Nahrungsaufbaus von Säuglingen und Kindern mit Nahrungsmittelallergie findet sich in einer aktuellen Arbeit von Behr-Völtzer (Tab. 1) [9]. Diese Liste ist auch als Unterstützung für die Nahrungsauswahl für Kinder mit Allergiegefährdung hilfreich.

Auch kommerzielle Säuglingsnahrung ist als Beikost für allergiegefährdete Kinder akzeptabel. Sie ist praktisch pestizidfrei und bietet damit einen zusätzlichen Sicherheitsstandard gegenüber den Nahrungsmitteln des allgemeinen Verzehr. Die Ernährungspläne der Hersteller von Säuglingsnahrung orientieren sich in der Regel am Ernährungsplan für das erste Lebensjahr. Unabhängig von dem auf den Gläschen deklarierten Einsatzalter sollten die Fertigmahlzeiten möglichst zu dem Zeitpunkt, der auf dem Ernährungsplan angegeben ist [1], bzw. auch noch um ein bis zwei Monate verzögert eingesetzt wer-

den [8] – am besten ab dem 6. Lebensmonat.

Individuelle Unterstützung und Beratung wichtig

Die Beratungspraxis zeigt, dass die Verunsicherung der Eltern allergiegefährdeter Säuglinge groß ist und durch zu enge und strenge Verbotpläne zusätzliche Ängste erzeugt werden. Hier ist eine individuelle Beratung unbedingt notwendig. Das Risiko einer Fehl- und Minderernährung der Kinder durch unkontrolliertes Weglassen Nahrungsmittel stellt aus meiner Sicht ein viel größeres Risiko dar als die Gabe einer für Säuglinge empfohlenen Beikost.

Zusätzlich ist die Einhaltung strenger und enger Ernährungsregime in der Praxis und selbst im Rahmen von Studien [10] für die Familien nur schwer durchzuführen und stellt eine enorme Belastung dar.

Die Investition in eine angemessene, ausführliche und individuelle Ernährungsberatung junger Eltern – auch mit Unterstützung durch Ernährungsberater(innen) – ist eine wichtige und entscheidende präventive Aufgabe der Kinder- und Jugendärzte.

*Dr. med. Sabine Schmidt
Kinderumwelt gGmbH
Westerbreite 7, 49084 Osnabrück
Tel.: 0541-9778-900
Fax: 0541-9778-905
E-Mail: sschmidt@uminfo.de*

Literatur

1. Kersting M (2001): Ernährung des gesunden Säuglings – Lebensmittel- und mahlzeitenbezogene Empfehlungen. Monatsschrift Kinderheilkunde 149 (1): 4-10.
2. Wilson AC, Forsyth JS, Greene SA, Irvine L, Hau C, Howie PW (1998): Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. British Medical Journal 316: 21-25.
3. Host A, Dreborg S, Wahn U, Strobel St, Vandenplas Y (1999): Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. Archives of diseases in childhood 81: 80-84.
4. v. Berg A (2002): Primäre Allergieprävention durch nutritive Maßnahmen. Allergologie 54: 33-38.
5. Zeiger R, Heller S, Mellon M, Forsythe A, O'Connor R, Hamburger R, Schatz M (1989): Effect of combined maternal and infant food-allergen avoidance on development of atopy in early infancy: a randomized study. J. Allergy Clin. Immunol. 84 (1): 72-89.
6. Zeiger RS (1995): Secondary prevention of allergic disease: an adjunct to primary prevention. Pediatr. Allergy Immunol. 6: 127-138.
7. Bartels P, Gröbl A, Filipiak B, v. Berg A, Koletzko S, Berdel D, Reinhardt D, Bauer CP (2002): Beikostsensibilisierung und atopische Dermatitis im ersten Lebensjahr. Pneumologie 56: S. 54 v 63.
8. Alexy U, Kersting M (2000): Empfehlungen für die Ernährung von allergiegefährdeten Säuglingen. Pädiatrische Praxis 57: 431-444.
9. Behr-Völtzer Ch (2002): Nahrungsmittelallergie im Säuglings- und Kleinkindalter – Empfehlungen für die Praxis. Kinder- und Jugendmedizin 188 (5): 30-33.
10. Schoetzau A, Gehring U, Franke K, Gröbl A, Koletzko S, v. Berg A, Berdel D, Reinhardt D, Bauer CP, Wichmann HE, Gini Study Group (2002): Maternal compliance with nutritional recommendations in an allergy preventive programme. Arch Dis Child 86(3): 180-184.

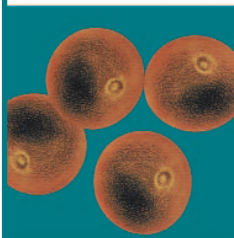
Das Dresdner Manifest: Experten fordern Sofort-Programm für Allergiekranke

Immer mehr Menschen in Deutschland leiden an Allergien, immer mehr bekommen Asthma. Allergische Erkrankungen gelten als die Epidemie des 21. Jahrhunderts. Diese Fakten sind der Politik bekannt. Doch leider wurden die Warnungen der Experten bisher nicht ernst genug genommen. Dies muss sich ändern. Vertreter des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen (ÄDA), der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI), der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) und des Deutschen Allergie- und Asthmabundes (DAAB) haben daher gemeinsam beschlossen, die Politik zum Handeln aufzufordern, und das „Dresdner Manifest“ verfasst.

Das „Dresdner Manifest“ stellt ein Sofort-Programm zur Verbesserung der Lage allergiekranker Menschen vor. Schwerpunkte sind die Früherkennung von Allergien und Asthma in Kindergärten und Schulen, die Optimierung der Therapie gemäß den Empfehlungen der WHO sowie eine verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit. Allergien wie Heuschnupfen dürfen nicht länger bagatellisiert werden, sondern erfordern eine frühzeitige fachgerechte Diagnose und Behandlung. Nur so kann Folgeerkrankungen wie dem Asthma bronchiale vorgebeugt werden. Bereits heute leiden 17,5 Prozent der 13- bis 14-jährigen unter asthmatischen Beschwerden, die sehr oft Ausdruck eine allergischen Erkrankung sind.

In Zeiten knapper Kassen sind viele gesundheitspolitische Forderungen nur schwer durchzusetzen. Das im „Dresdner Manifest“ vorgelegte Sofort-Programm enthält daher Vorschläge, die kurzfristig „bezahlbar“ sind und bereits mittelfristig zu Einsparungen führen.

Wenn Politik wirklich die „Kunst des Handelns zur richtigen Zeit“ bedeutet, dann ist spätestens jetzt dieser Zeitpunkt erreicht. „Wir fordern, dass der Bundestag im Rahmen einer Anhörung seines Ausschusses für Gesundheit das Thema Allergie kurzfristig auf die Tagesordnung setzt und dazu ausgewiesene Allergieexperten einlädt“, so der Präsident des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen, Professor Thomas Fuchs.



Dresdner Manifest

Allergien sind die Epidemie des 21. Jahrhunderts. Allergie-Experten fordern ein Sofort-Programm für die bessere Versorgung allergiekranker Menschen in Deutschland:

- ◆ Aufklärung von Schwangeren und Eltern über Allergieprävention
- ◆ Vorsorgeuntersuchungen in Kindergärten und Schulen zur Früherkennung von Allergien als Grundlage für eine rechtzeitige Behandlung durch Allergologen.
- ◆ Allergologische Schulungsprogramme für Eltern, Erzieher und Lehrer
- ◆ Verstärkte allergologische Weiterbildung der Ärzte
- ◆ Allergologische Beratung von Jugendlichen mit Allergien vor der Berufswahl
- ◆ Konsequente Umsetzung der WHO-Empfehlung: verstärkter Einsatz der kausal wirkenden spezifischen Immuntherapie
- ◆ Bundesweite Anerkennung der spezifischen Immuntherapie als Praxis-Besonderheit bei Ärzten mit allergologischen Fachkenntnissen
- ◆ Integration der Allergologie in das Disease-Management-Programm Asthma bei Kindern und Erwachsenen; Einbeziehung des ÄDA, der DGAI, der GPA und des DAAB in die laufenden DMP-Beratungen
- ◆ Weitere Verstärkung der Forschungsanstrengungen zur Epidemiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie von Allergien
- ◆ Breite Aufklärung der Öffentlichkeit über allergische Erkrankungen

Die Zeit ist reif zum Handeln!

Wir müssen den Anstieg der Allergien *heute* stoppen. Die Teilnehmer des Dresdner Allergologen-Kongresses fordern den Deutschen Bundestag auf, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt seiner 15. Legislaturperiode eine Sitzung des Ausschusses für Gesundheit anzuberaumen. Dabei soll mit Vertretern des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen (ÄDA), der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI), der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) sowie des Deutschen Allergie- und Asthmabundes (DAAB) über die nötigen und möglichen Schritte zur konsequenten Bekämpfung von Allergien diskutiert werden.

Dresden, 13. September 2002

Prof. Dr. Gerhard Schultze-Werninghaus

Deutsche Gesellschaft für Allergologie
und klinische Immunologie (DGAI)

Prof. Dr. Thomas Fuchs

Ärzteverband Deutscher
Allergologen (ÄDA)

Dr. Ernst Rietschel

Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie
und Umweltmedizin (GPA)

mit Unterstützung des Deutschen Allergie- und Asthmabundes (DAAB)

Ausbildung zum Asthmatrainer

Die Asthamakademie Berlin führt im Frühjahr 2003 wieder ein Seminar zur Qualifikation zum Asthmatrainer durch. Der Kurs wird vom 29. Mai bis zum 1. Juni 2003 in der Fachklinik am Hochwald für Kinder und Jugendliche in Langweiler (Rheinland-Pfalz) stattfinden. Anmeldungen nimmt die Pädia Arzneimittel GmbH, Gruhlstr. 53, 50374 Erftstadt, Tel. 02235-871106, Fax 02235-871108, entgegen.

Stellungnahme der GPA zur Wertigkeit eines inhalativen Epinephrin-Präparates für Kinder mit einem Risiko für eine systemische Anaphylaxie

Neben Antihistaminika und Kortikosteroiden ist die systemische Gabe von Epinephrin die wichtigste therapeutische Maßnahme bei einer allergischen Sofortreaktion mit Kreislaufbeteiligung. Ursachen allergischer Schockreaktionen sind im Kindesalter vor allem Insektengift- und Nahrungsmittelallergien. Viele anaphylaktische Reaktionen treten im Kindesalter fernab einer medizinischen Betreuung auf und erfordern deshalb ein Selbstmanagement vor Ort.

In Deutschland ist zur intramuskulären Injektion nur der Fastjekt® ab einem Gewicht von 45 kg zugelassen. Für Kinder ab 15 kg steht ein sogenannter EpiPen jr® (0,15 mg) zur Verfügung, der allerdings über die internationale Apotheke importiert werden muss. Beide Systeme lassen keine individuelle Dosierung zu. Außerdem ist eine intensive Schulung unabdingbare Voraussetzung zur effizienten und auch sicheren Anwendung.

Für Kinder unter 15 kg steht zurzeit kein injizierbares Adrenalin zur Verfügung, da das subkutan applizierbare und individuell dosierbare Anaphylaxie-Besteck® bis auf weiteres vom Markt genommen wurde. Gerade für diese Altersgruppe fehlt zurzeit dringend eine zugelassene Alternative. Primatene Mist®, ein inhalatives Epinephrin-Präparat, ist aufgrund des FCKW-Importverbots nur noch in begründbaren Ausnahmefällen aus den USA beziehbar. Infecotkrupp Inhal® (40 mg/ml) ist zugelassen zur Therapie der akuten Atemnot, wie sie durch Schleimhautschwellung im Bereich der zentralen Atemwege auftreten kann, allerdings nicht zur Therapie des anaphylaktischen Schocks. Die für eine systemische Wirkung notwendige Zahl der Applikationen ist allerdings bisher nicht bekannt. Es muss davon ausgegangen werden, dass mehrmalige Applikationen notwendig sind, um einen wirksamen Plasmaspiegel zu erreichen.

Ein Dosieraerosol mit einer höheren Konzentration wäre eine mögliche Alternative für Kinder unter 15 kg Körpergewicht. Vorstellbar wäre auch die Entwicklung von Trinkampullen. Idealerweise müsste ein individuell einstellbarer Adrenalin-Pen, wie wir ihn für das Insulin kennen, entwickelt werden. Damit könnte man exakt dosieren und bei Bedarf mehrmals gleiche Dosen nachgeben [1].

Literatur

1. Simons F et al (2000): Can epinephrine inhalations be substituted for epinephrine injection in children at risk for systemic anaphylaxis. *Pediatrics* 106: 1040-1044.

GPA-Mitglieder spendeten für Hochwasseropfer

Unter dem Eindruck der Flutkatastrophe in Ostdeutschland wurde während der 5. Jahrestagung der GPA, die am 30. und 31. August in Berlin stattfand, eine Sammelaktion für Betroffene in den Hochwassergebieten durchgeführt. Die Kongress Teilnehmer spendeten insgesamt 850 Euro, die der GPA-Vorstand daraufhin an den Pfarrer und stellvertretenden Bürgermeister von Schmiedeberg in Sachsen, Klaus Geiger, weitergab. Die Gemeinde Schmiedeberg im Osterzgebirge gehört zu den am schwersten vom Hochwasser betroffenen Orten. Massive Regenfälle ließen das Flüsschen Weißeritz am 12.

August binnen kürzester Zeit auf noch nie dagewesene Höchststände anschwellen. Die Flut bahnte sich ihren Weg durch den Ort und riss Autos, Bäume und Schuppen mit sich. Wohn- und Geschäftshäuser, aber auch die örtliche Grundschule stürzten ganz oder teilweise ein. Böschungen und Hänge wurden weggerissen und ergossen sich als Schlamm- und Geröllflut durch das Flusstal. Etliche Personen mussten in teils waghalsigen Aktionen evakuiert oder geborgen werden.



Hochwasser-Notstand in Schmiedeberg.

Nach zwei Tagen Hochwasser blieben allein in Schmiedeberg Schäden im zweistelligen Millionenbereich zurück – eine Summe, die die Möglichkeiten der kleinen Gemeinde und ihrer Bürger weit übersteigt.

Finanzielle Hilfen sind deshalb nach wie vor willkommen. Wenn auch Sie die Hochwasseropfer in Schmiedeberg unterstützen wollen, richten Sie Ihre Spende bitte an die Gemeindeverwaltung Schmiedeberg, Konto 30 4100 0040 bei der Sparkasse Freital-Pirna, BLZ 850 503 00, Kennwort: „Hilfe für Hochwasseropfer“.

GlaxoSmithKline-Forschungsstipendium für Atemwegserkrankungen

Auch in diesem Jahr haben junge Wissenschaftler die Chance, sich für das mit 12.800 Euro ausgestattete und von GlaxoSmithKline, München, gestiftete Forschungsstipendium der Deutschen Atemwegsliga zu bewerben. Mit diesem Stipendium möchten die Deutsche Atemwegsliga und GlaxoSmithKline den wissenschaftlichen Nachwuchs in der Pneumologie fördern. Die Bewerbungsunterlagen (Wissenschaftlicher Lebenslauf, eine Projektbeschreibung von maximal fünf DIN-A4-Seiten, eine Aufstellung der Projektkosten, die nicht überwiegend die

Deckung der Sachkosten darstellen sollen, sowie eine Bestätigung des Klinik-/Institulleiters, dass die Voraussetzungen für die Durchführung des Forschungsvorhabens erfüllt sind), nimmt die Geschäftsstelle der Deutschen Atemwegsliga, Burgstraße 12, 33175 Bad Lippspringe, entgegen. Die Unterlagen müssen umgehend, spätestens bis zum 24.12.2002, eingereicht werden.

Teilnahmeberechtigt sind approbierte Ärzte bzw. junge Wissenschaftler mit einer vergleichbaren naturwissenschaftlichen Qualifikation, z. B.

Pharmazeuten, Biochemiker etc. Die Altergrenze liegt bei 35 Jahren. Die Stipendiaten müssen einer Klinik oder einem Institut in Deutschland angehören und dürfen nicht bereits durch eine andere Institution für das entsprechende Vorhaben gefördert werden. Über die Vergabe des Stipendiums entscheidet ein wissenschaftlicher Beirat. Weitere Auskünfte gibt die Koordinatorin der Deutschen Atemwegsliga, Dr. med. Uta Butt, Tel.: 02732-769470, Fax: 02732-769471, E-Mail: Atemwegsliga.U.Butt@t-online.de



Weltklassenschwimmerin Sandra Völker konnte bei der Hamburger Veranstaltung zum 5. Deutschen Lungentag aus ihren eigenen Erfahrungen als Asthmapatientin berichten.

5. Deutscher Lungentag mit Schwimmstar Sandra Völker

Schwimm-Welt- und Europameisterin Sandra Völker stellte sich am 28. September 2002 auf dem Hamburger Gänsemarkt dem Wettbewerb mit den Besuchern des 5. Deutschen Lungentags. Disziplin: Lungenfunktion. Gleich an sechs Stationen konnten Interessierte ihre Lungenfunktionswerte messen lassen und mit den Werten von Sandra Völker vergleichen. Mit einem Lungenvolumen von 5,78 Litern, 132 Prozent des Sollwertes, hatte der Schwimmstar ordentlich vorgelegt. Und so gelang es auch nur fünf von über 500 Besuchern, Sandra Völker zu überbieten. Die hervorragende Lungenfunktion der Weltklasse-Schwimmerin kann allen Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen Mut machen, denn Sandra Völker leidet seit zwei Jahren selbst an Asthma bronchiale. Dank einer konsequenten Basistherapie mit Fluticason und Salmeterol ist ihre Krankheit aber unter Kontrolle. „Mittlerweile komme ich mit meinem Asthma gut zurecht“, erklärte Sandra Völker. Durch ihre eigene Erkrankung sei ihr bewusst geworden, wie wichtig die fachärztliche Behandlung sei – und die Patientenaufklärung, für die sie sich inzwischen selbst engagiert. Die von ihr gegründete Sandra-Völker-Stiftung hilft asthmakranken Kindern. Der Wettbewerb mit Sandra Völker war ein Höhepunkt der diesjährigen Veranstaltung zum Deutschen Lungentag in Hamburg, die erneut vom Lungen-Informations-Centrum, einem Zusammenschluss von niedergelassenen und in der Lungen- und Bronchialheilkunde spezialisierten Hamburger Fachärzten organisiert wurde. Insgesamt informierten sich allein in Hamburg schätzungsweise 3.000 Besucher über Atemwegserkrankungen.

PAT-Studie bestätigt präventive Wirkung der spezifischen Immuntherapie

Bei frühzeitigem Behandlungsbeginn kann die spezifische Immuntherapie (SIT) das Fortschreiten von allergischen Atemwegserkrankungen aufhalten und Asthma bronchiale verhindern. Dies bestätigen die neuesten Ergebnisse der PAT-Studie (Preventive Allergy Treatment). Die SIT senkt zudem das Risiko von Neusensibilisierungen, reduziert die Symptome und senkt den Medikamentenverbrauch. Allergische Reaktionen nehmen vor allem bei Kindern dramatisch zu. Bereits im Alter von sechs Jahren leiden 13 Prozent an Heuschnupfen und 8 Prozent an Asthma. „Bei Kindern mit allergischer Rhinitis besteht ein hohes Risiko zur Ausweitung der allergischen Atemwegserkrankungen auf die unteren Atemwege. Diese Manifestierung als Asthma bronchiale kann heute jedoch verhindert werden“, erläutert Professor Dr. Ulrich Wahn, Leiter der Abteilung für Pädiatrische Pneumologie und Immunologie des Virchow-Klinikums in Berlin. Um den sog. „allergischen Marsch“ aufzuhalten, stehen drei Behandlungskonzepte zur Verfügung. Die gezielte Allergenkarrenz ist eine wichtige und wirkungsvolle Maßnahme, die jedoch nicht immer konsequent durchführbar ist. Für die symptomatische medizinische Therapie konnte bis jetzt nicht bewiesen werden, dass der Krankheitsverlauf auch auf lange Sicht

günstig beeinflusst wird. Die dritte Möglichkeit ist die spezifische Immuntherapie. Sie bekämpft effektiv und nachhaltig die Beschwerden von Patienten mit allergischer Rhinitis oder allergischem Asthma.

Die präventive Wirkung der SIT ist jetzt in der PAT-Studie erstmals medizinisch exakt belegt worden. In der multizentrischen Studie wurde der Krankheitsverlauf von 205 Kindern im Alter von 6 bis 14 Jahren untersucht, die eine mittlere bis schwere Allergie auf Gräser- und/oder Birkenpollen hatten. Alle Kinder erhielten symptomatisch wirkende Medikamente. Ein Teil der Kinder wurde zusätzlich drei Jahre lang mit einer spezifischen Immuntherapie mit molekular standardisierten Allergenpräparaten (ALK-depot SQ) therapiert. Drei Jahre nach Studienbeginn hatten bereits 44 Prozent der Kinder, die nur symptomatisch behandelt wurden, saisonale Asthmaschwerwerden. Dagegen erkrankten nur 24 Prozent der früh hyposensibilisierten Patienten an Asthma. Die SIT verhinderte somit die Asthmaentstehung bei nahezu jedem zweiten Kind.

Literatur

1. Möller C et al (2002): Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (The PAT-Study). *J Allergy Clin Immunol* 109 (2): 251-6.

Hilfe für Allergiker im Internet: www.allergiecheck.de

Eine neue Möglichkeit der schnellen und kompetenten Hilfe für Allergiker findet sich jetzt im Internet unter der Adresse www.allergiecheck.de. Das neue Allergieforum der ALK-Scherax Arzneimittel GmbH informiert Patienten und Interessierte fachlich fundiert, leicht verständlich und lebensnah über allergische Erkrankungen. Umfangreiche Hintergrundinformationen zu Krankheitsbildern,

Diagnostik und Therapie werden dabei um jahreszeitlich angepasste Hilfen – z. B. die tagesaktuelle Pollenflugvorhersage des Deutschen Wetterdienstes – ergänzt. Daneben finden sich aktuelle Meldungen, Tipps zur Urlaubsplanung, Literaturhinweise und eine Linksammlung. Im umfangreichen Allergie-Lexikon können die Nutzer Begriffs- und Verständnisfragen klären. Unter der

Rubrik „Dialog“ lassen sich schließlich Menschen mit ähnlichen Problemen finden oder Tipps und Erfahrungen im Chatforum austauschen.

Um die Inhalte auf dem neuesten Stand des Wissens zu halten, wird das Portal vierteljährlich aktualisiert. Zusätzlich fließen regelmäßig neue Informationen von Allergiespezialisten aus den Allergologenverbänden mit ein. Erst noch im Aufbau ist eine Arztsuchmaschine. Sie wird es den Allergiepatienten ermöglichen, bequem von zu Hause aus kompetente Hilfe zu finden.



www.allergiecheck.de



Neues vom Buchmarkt

Atemwegserkrankungen im Kindesalter

Th. Zimmermann

Gebunden, 583 S., 124 Abb.; Urban & Fischer München 2002, ISBN 3-437-311110-7; € 79,95



„Die großen Lehrbücher zum Fachbereich Atemwegserkrankungen werden immer umfangreicher und spezialisierter. Bisher fehlt ein Nachschlagewerk für den Alltag eines in der Praxis oder Klinik tätigen Arztes“, schreibt der Autor des vorliegenden Lehrbuchs über kindliche Atemwegserkrankungen. In 19 Kapiteln werden diagnostische Verfahren und vor allem pneumologische Erkrankungen

(Asthma bronchiale, Mukoviszidose, angeborene Fehlbildungen, Interstitielle Lungenerkrankungen, Pleuraerkrankungen, SIDS, obstruktives Schlafapnoesyndrom usw.) dargestellt. Die farbigen Abbildungen am Schluss des Buches zeigen eindrucksvolle laryngoskopische und bronchoskopische Befunde meist angeborener Fehlbildungen der Atemwege. Das Layout des Buches ist ansprechend und führt zur guten Lesbarkeit der einzelnen Kapitel. Ein solches „Ein-Mann-Buch“ wie das vorliegende bietet natürlich den Vorteil der einheitlichen Struktur des Buches, birgt aber auch das Risiko, dass der Autor nicht in allen Gebieten auf dem neuesten Stand der Literatur sein kann. So werden im Kapitel „Mukoviszidose“ fünf Jahre alte Daten der Qualitätssicherung herangezogen, wo doch jedes Jahr ein immer aktueller deutscher Bericht „Qualitätssicherung Mukoviszidose“ erscheint. Auch fehlt in diesem Kapitel z. B. eine Erwähnung des seit zwei Jahren in Deutschland zugelassenen hoch dosierten Tobramycinpräparats Tob[®] zur inhalativen Antibiotikatherapie. Es ist dem Verfasser an einigen Stellen offensichtlich schwer gefallen, seinem selbstgesteckten Ziel, ein praxisrelevantes Lehrbuch für den Alltag zu schreiben, konsequent zu folgen. Vier Seiten zum wissenschaftlich hochaktuellen, aber sehr speziellen Thema „Genetik des Asthma bronchiale“, aber nur eine halbe Seite zum Thema stationäre Rehabilitation (die in der Einleitung leider als „Kurmaßnahme“ bezeichnet wird) zeugen doch eher von einer „Uniklinik-Perspektive“. Sieht man hierüber und über kleinere Flüchtigkeitsfehler (es muss Dennie-Morgan-Falte und nicht Dandy-Morgan-Falte heißen) hinweg, so bietet das vorliegende, gut lesbare und umfassende Buch einen gediegenden Überblick über das Gebiet der pädiatrischen Pneumologie. Diese ist inzwischen ein so rele-

vantes Fach geworden, dass es neben einem deutschsprachigen Standardwerk auch weiterer Lehrbücher bedarf, die interessierten Lesern dienen, die „einen Einstieg in das Fach 'Pädiatrische Pneumologie' suchen“, wie Prof. Zimmermann in seinem Vorwort zurecht schreibt.

Frank Friedrichs, Aachen

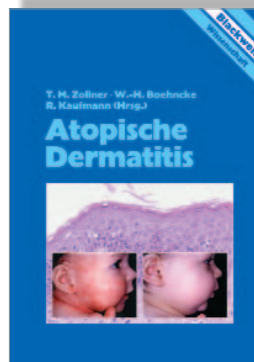
Verlagsmitteilung

Atopische Dermatitis

Th. Zollner, W.-H. Boehncke, R. Kaufmann (Hrsg.)

Gebunden, 248 S., 57 Abb., 51 Tab.; Blackwell Wissenschafts-Verlag Berlin 2002; ISBN 3-89412-494-6; € 64,95, SFr 111,-

In den industrialisierten Ländern nehmen allergische Erkrankungen wie die atopische Dermatitis stetig zu. Es ist daher für Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen äußerst wichtig, diese häufige und für die betroffenen Patienten und ihre Angehörigen oft stark beeinträchtigende Erkrankung besser zu erkennen, zu verstehen und optimal zu behandeln. Den Autoren des Buches ist es wichtig, die Leser praxisbezogen und kompetent zu informieren. Die Kernaussagen der einzelnen Kapitel werden zur rascheren Orientierung übersichtlich in Tabellen und Tafeln zusammengefasst. Einen großen Themenschwerpunkt bildet die Therapie der Erkrankung. Diese ist erfahrungsgemäß schwierig und nur in einer therapeutischen Allianz mit dem Patienten und seinen Angehörigen realisierbar. Hierzu müssen in individuell angemessener Weise die therapeutischen Möglichkeiten der evidenzbasierten Medizin in einem ganzheitlich-integrativen Behandlungsmodell eingesetzt werden. Die medikamentöse Behandlung einschließlich Basis- und spezifischer Immuntherapie wird ebenso ausführlich dargestellt wie die physikalische Therapie, Diät und eine begleitende Psychotherapie sowie präventive Maßnahmen. Das Werk vermittelt außerdem praxisrelevante Einblicke in die Diagnostik, Differenzialdiagnostik, Sonderformen und Komplikationen dieser Ekzemerkrankheit, die durch ein umfangreiches Bildmaterial anschaulich und einprägsam dokumentiert werden.



Elternratgeber jetzt auch im Sammelordner

Seit der ersten Ausgabe der „Pädiatrischen Allergologie in Klinik und Praxis“ gehören die Elternratgeber auf der vorletzten Seite zu den festen Bestandteilen dieser Zeitschrift. Sie sollen den Eltern allergiekranker oder -gefährdeter Kinder die alltäglichen Fragen zur Prävention, Diagnostik und Therapie allergischer Erkrankungen beantworten.

Die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) hat jetzt mit großzügiger Unterstützung der Firma Nestlé eine Zusammenstellung aller bisher erschienenen Elternratgeber in einem praktischen Sammelordner herausgegeben und an alle Mitglieder der GPA versandt. Der Ordner enthält derzeit 16 Ratgeber, die als Kopiervorlage dienen sollen. Auf diese Weise können die Texte gezielt an betroffene oder interessierte Familien weitergegeben werden.

Neu erschienene Elternratgeber werden in jährlichen Ergänzungslieferungen zusammengestellt.

Auch Kinderärzte, die erst nach der Versandaktion Mitglied in einer der vier regionalen pädiatrisch-allergologischen Arbeitsgemeinschaften geworden sind, können den Sammelordner kostenlos beziehen. Schicken Sie bitte eine *schriftliche* Bestellung (Postkarte) an die

Geschäftsstelle der GPA,
Rathausstr. 10, 52052 Aachen.

Sie erhalten dann umgehend den Sammelordner und einmal jährlich die Ergänzungslieferung zugesandt.

Allergie-Vorbeugung in der Schwangerschaft

Liebe zukünftige Eltern,

Allergien und Asthma haben in den letzten Jahrzehnten deutlich an Häufigkeit zugenommen. Dieser Ratgeber möchte Sie darüber informieren, welche Faktoren das Allergierisiko beeinflussen und was Sie bereits in der Schwangerschaft tun können, um dieses Risiko für Ihr Kind zu senken.

Wovon hängt das Allergierisiko ab?

Das Risiko eines Neugeborenen, an einer Allergie oder Asthma zu erkranken, hängt stark von der Allergiebelastung in seiner Familie ab. Ohne allergische Eltern oder Geschwister liegt das Risiko bei 5 bis 15 Prozent, sind beide Eltern Allergiker, bei über 50 Prozent.

Folgende Umweltfaktoren (sog. westlicher Lebensstil) können das Allergierisiko erhöhen: Früher und intensiver Kontakt mit Allergieauslösern, frühes Zufüttern, mangelnde Stimulation des Immunsystems durch Parasiten und andere Infektionserreger, Tabakrauch, hohe Luftschadstoffkonzentrationen des „westlichen Typs“ mit Stickstoffoxiden (NO_x) und Feinstaub einschließlich ultrafeiner Partikel.

Schützende Faktoren sind Stillen, bäuerlicher Lebensstil mit langzeitlichem Aufenthalt im Stall bereits in der Schwangerschaft (wahrscheinlich durch Stimulation des Immunsystems durch Bakteriengifte) sowie anthroposophischer Lebensstil (Gründe unklar). Schutzimpfungen erhöhen die Allergierate nicht!

Wer sollte vorbeugen?

Möglichst alle Neugeborenen sollten gestillt werden und nicht mit Tabakrauch in Kontakt kommen. Risikofamilien, d. h. wenn die zukünftigen Eltern selbst an Al-

lergien oder Asthma leiden oder bereits ein allergisches Geschwister vorhanden ist, sollten alle unten aufgeführten Maßnahmen umsetzen. Im medizinischen Alltag durchführbare Tests (z. B. Gentests), welche die individuelle Risikoabschätzung für das einzelne Kind verbessern könnten, stehen bisher nicht zur Verfügung.

Maßnahmen in der Schwangerschaft

Umweltfaktoren

Tabakrauch beeinträchtigt das Lungenwachstum und erhöht das Risiko für Allergien, Bronchitis, Asthma und den plötzlichen Kindstod. Das Kind darf schon während der Schwangerschaft keinem Tabakrauch ausgesetzt werden, insbesondere soll die schwangere Mutter nicht rauchen.

Ernährung

Die Schwangere sollte sich ausgewogen und abwechslungsreich ernähren. Für den Nutzen einer allergenarmen Ernährung (z. B. Kuhmilch- oder Hühnereiweiß-freie Kost) der Mutter in der Schwangerschaft gibt es keine Hinweise. Da eine Mangelernährung bei der Mutter und dem ungeborenen Kind entstehen kann, muss eindeutig davor abgeraten werden, die Ernährung in der Schwangerschaft einseitig einzuschränken. Für die allgemeine Empfehlung der Einnahme von Probiotika (= Darmbakterien, welche die Darmflora günstig beeinflussen und dadurch das Allergierisiko senken sollen) sind die bisher vorliegenden Forschungsergebnisse noch nicht ausreichend.

Vorbereitung für die Zeit nach der Geburt

Umweltfaktoren

■ Luftschadstoffe: Machen Sie Ihre Woh-

nung schon jetzt zu einer rauchfreien Zone. Es muss alles getan werden, den Luftschadstoffgehalt im Haus und außerhalb des Hauses weiter zu reduzieren.

■ Allergieauslöser: Schaffen Sie keine neuen Fell oder Federn tragenden Haustiere wie Katzen, Hamster oder Vögel an. Das Verbleiben eines bereits vorhandenen Haustieres in der Wohnung ist in Abhängigkeit vom familiären Risiko unter Umständen zu vertreten. Vor allem im Schlafbereich sollte ein für Milben und Schimmelpilze ungünstiges Klima geschaffen werden (z. B. wischbare Böden, regelmäßiges Stoßlüften, waschbares Bettzeug, bei hohem Allergierisiko evtl. milbendichte Matratzenüberzüge, keine Felle ins Bett, Anzahl der Kuscheltiere begrenzen, keine Staubfänger wie schwere Vorhänge).

Ernährung

Insbesondere Kinder aus allergiebelasteten Familien sollten 4 bis 6 Monate voll gestillt werden. Informieren Sie sich daher bereits vor der Geburt über das Stillen. Sollte die Milch in den ersten Tagen nicht richtig fließen, darf nur eine Traubenzuckerlösung, kein Kuhmilch- oder Sojapräparat zugefüttert werden! Falls trotz aller Anstrengung ein ausschließliches Stillen nicht möglich ist, sollte bis zum 6. Monat eine sog. Hydrolysatnahrung zugefüttert werden. Besprechen Sie die Art der Hydrolysatnahrung mit Ihrem Kinderarzt.

Das Wichtigste ist trotz Ihrer Sorge jedoch die Freude auf Ihr Kind! Sollte trotz Ihrer vorbeugenden Maßnahmen eine Allergie auftreten, stehen heute gute Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Dr. Peter J. Fischer
Schwäbisch Gmünd



IN DEUTSCHLAND

Grundkurs Pädiatrische Allergologie

18./19. Januar und 8./9. Februar 2003, Stuttgart

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie Süd
Information: Dr. Dieter Bulle, Seestraße 43, 88214 Ravensburg
Tel.: 0751/23750, Fax: 0751/17286

Fortbildung zum/zur Präventionsassistenten/in

24./25. Januar und 21./22. Februar 2003, Osnabrück

Information: Dr. Thomas Lob-Corzilius, Kinderhospital Osnabrück,
lburger Str. 187, 49082 Osnabrück, E-Mail: lob@kinderhospital.de

2. Workshop Pädiatrische Allergologie

25. Januar 2003, Köln

Nur für WAPA-/GPA-Mitglieder!
Information: DI-Text, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erfstadt,
Tel.: 02235-922494, Fax: 02235-922495

5. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung

13./14. Februar 2003, Halle (Saale)

Leitung: Prof. Dr. Ulrich Wahn, Charité, Berlin
Information: DI-Text, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erfstadt,
Tel.: 02235-922494, Fax: 02235-922495

13. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter

14./15. Februar 2003, Halle (Saale)

Leitung: Dr. Wolfgang Lässig, Städt. Krankenhaus Martha Maria, Halle
Information: DI-Text, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erfstadt,
Tel.: 02235-922494, Fax: 02235-922495

14. Gaißacher Tage

14.-16. März 2003, Gaißach b. Bad Tölz

Leitung/Information: Prof. Dr. C. P. Bauer, Fachklinik Gaißach der LVA Ober-
bayern, 83674 Gaißach, Tel.: 08041-798-221, Fax: 08041-798-222, E-Mail:
info@fachklinik-gaissach.de

8. Grundkurs Pädiatrische Allergologie der WAPA

22./23. März und 5./6. April 2003, Köln

Information: DI-Text, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erfstadt,
Tel.: 02235-922494, Fax: 02235-922495

Workshop „Aktuelles für den allergologisch tätigen Kinderarzt“

10. Mai 2003, Karlsruhe

(9. Mai 2003 Vor-Seminar für Arzthelferinnen und Kinderkrankenschwestern)

Themen: Prävention, LGG, Neurodermitistherapie
Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft Päd. Allergologie Süd
Information: DI-Text, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erfstadt,
Tel.: 02235-922494, Fax: 02235-922495

4. Neurodermitistag der WAPA

23./24. Mai 2003, Montabaur

Leitung: Dr. U. Himbert, Dr. J. Laun, Prof. Dr. M. Rister
Information: DI-Text, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erfstadt,
Tel.: 02235-922494, Fax: 02235-922495

Indikation und Durchführung der Hyposensibilisierung – einschl. Notfallübungen

27./28. Juni 2003, Köln

Veranstalter: WAPA
Information: DI-Text, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erfstadt,
Tel.: 02235-922494, Fax: 02235-922495

6. Jahrestagung der GPA

29./30. August 2003, Dresden

Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Leupold, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

21. Allergiesymposium der Arbeitsgemeinschaft allergologisch tätiger Kinderärzte

5./6. September 2003, Schleswig

Information: DI-Text, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erfstadt,
Tel.: 02235-922494, Fax: 02235-922495

Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie Süd

26.-27. September 2003, München

Leitung/Information: Prof. Dr. C. P. Bauer, Fachklinik Gaißach der LVA Ober-
bayern, 83674 Gaißach, Tel.: 08041-798-221, Fax: 08041-798-222, E-Mail:
info@fachklinik-gaissach.de

IM AUSLAND

2nd EAACI-Davos Meeting on Basic Immunology in Allergy and Clinical Immunology

30. Januar - 2. Februar 2003, Davos, Schweiz

Information: SIAF, Obere Strasse 22, CH-7270 Davos
Web: www.siaf.unizh.ch

ATS 2003

16.-21. Mai 2003, Seattle, USA

Information: Deborah Richardt, Director Meetings & Conferences, Ameri-
can Lung Association, ALA/ATS International Conferences, 1740 Broad-
way, New York, NY 10019-4374, USA

XXIIInd Congress of the European Academy of Allergology & Clinical Immunology (EAACI)

7.-11. Juni 2003, Paris, Frankreich

Information: Congress Secretariat, Congrex Sweden AB, P.O. Box 5619,
S-114 86 Stockholm, Tel.: +46-84596600, Fax: +46-86619125
E-Mail: eaaci2003@congrex.se, Web: www.congrex.com/eaaci2003

Titelthema der
nächsten Ausgabe:

Allergie-
prävention

