

Pädiatrische *Allergologie*

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



Positionspapier

Primäre alimentäre Atopie- prävention

**Zur Zahn-
gesundheit
asthmakranker
Kinder und
Jugendlicher**

Vorprogramm

**Allergiekongress
Aachen 2004**

1/2004

Allergologen mit Weiterbildungsbefugnis gesucht



Liebe Kollegin,
lieber Kollege,

führen Sie die Zusatzbezeichnung „Allergologie“? Wenn ja, dann gehören Sie zu den 751 Kinder- und Jugendärzten, die uns die 17 Landesärztekammern auf eine GPA-Umfrage hin kürzlich gemeldet haben (siehe Tabelle unten). 751 von 11.000 in Deutschland tätigen Kinder- und Jugendärzten, die die Zusatzbezeichnung „Allergologie“ führen dürfen. Das sind gerade mal 6,8 Prozent. Reicht das wirklich aus, um 1.000.000 Kinder und Jugendliche mit allergischer Rhinokonjunktivitis, 600.000 mit Asthma bronchiale und ebenso viele Kinder mit atopischem Ekzem adäquat zu behandeln? Das würde bedeuten, dass ein Kinderallergologe für 1.000 Asthmatiker, 1.000 Ekzematiker und 10.000 Kinder mit allergischer Rhinokonjunktivitis zuständig ist. Gut, werden Sie einwenden, nun haben ja viele Kinder eine Kombination aus mehreren der genannten atopischen Erkrankungen. Aber selbst dann bliebe noch ein Verhältnis von fast 1:10.000. Glücklicherweise gibt es ja eine große Anzahl von Kollegen, die auch ohne Zusatzbezeichnung „Allergologie“ eine gute Versorgung atopiekranker Kinder und Jugendlicher gewährleisten. Allerdings wurde auch dieses Engagement bisher nicht gesondert honoriert. Das soll mit dem „EBM 2000 plus“ jetzt anders werden. Über die Grundversorgung hinausgehende Diagnostik soll nur noch von Hautärzten, HNO-Ärzten und Allergologen abgerechnet werden dürfen. Ja, Sie haben richtig gelesen! Dermatologen

und HNO-Ärzte haben die Allergologie voll und ganz in ihre Weiterbildung integriert; Kinder- und Jugendärzte können von den 18 Monaten, die für die Erlangung der Zusatzbezeichnung laut neuer (Muster-)Weiterbildungsordnung nötig sind, zwölf Monate während der Facharztweiterbildung ableisten, vorausgesetzt ein Weiterbildungsbefugter führt diese Ausbildung durch. Da werden Sie natürlich gleich fragen: In welcher deutschen Kinderklinik gibt es denn Weiterbildungsbefugte für Allergologie? Im Bereich der LÄK Nordrhein sind es vier Kinderkliniken und in anderen Kammerbezirken sieht das nicht günstiger aus. Bleibt also doch wieder nur der Umweg über Davos, um die notwendigen 18 Monate nach der Facharztprüfung zu absolvieren?

Der Präsident der Bundesärztekammer hat dieses Jahr in einem Interview – auf diesen Missstand angesprochen – zugesagt, sich dafür einzusetzen, dass die Weiterbildung bei niedergelassenen Kollegen erleichtert werden soll. Finanzielle Anreize sollen geschaffen werden. Aber welcher niedergelassene Kollege hat denn eine vollständige Weiterbildungsbefugnis für Allergologie? Wie man es dreht und wendet, es wird in Zukunft eher weniger Kinderallergologen geben: Von den 751 in Deutschland registrierten pädiatrischen Allergologen sind 444 bei den KVen gemeldet, also theoretisch abrechnungsbe-rechtigt. Allerdings ist über die Hälfte der niedergelassenen Ärzte zwischen 50 und 65 Jahre, das heißt, sie werden schon bald in den Ruhestand treten. Eine Lösung des Problems ist also nicht in Sicht. Vielleicht kann der Appell an Sie alle, die Sie in Klinik und Praxis kinderallergologisch tätig sind, die Weiterbildungsbefugnis zu beantragen, die Situation verbessern.

Ihr

Dr. Ernst Rietschel

Die Geschäftsstelle der GPA hat eine Umfrage unter allen deutschen Landesärztekammern durchgeführt. Mit Stand vom 1. Januar 2004 hatten 751 Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin die Zusatz-

bezeichnung Allergologie erworben. Von den niedergelassenen Vertragsärzten für Kinder- und Jugendmedizin führen 444 die Zusatzbezeichnung Allergologie. Die Zahlen im Einzelnen:

Ärzttekammer	Zahl	Ärzttekammer	Zahl	Ärzttekammer	Zahl
Landesärztekammer Baden-Württemberg	135	Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern	37	Ärzttekammer Schleswig-Holstein	12
Bayerische Landesärztekammer	176	Ärzttekammer Niedersachsen	70	Landesärztekammer Thüringen	10
Ärzttekammer Berlin	58	Ärzttekammer Nordrhein	125	Ärzttekammer Westfalen-Lippe	81
Landesärztekammer Brandenburg	17	Landesärztekammer Rheinland-Pfalz	31	Summe	751
Ärzttekammer Bremen	6	Ärzttekammer des Saarlands	4		
Ärzttekammer Hamburg	32	Sächsische Landesärztekammer	37		
Landesärztekammer Hessen	39	Ärzttekammer Sachsen-Anhalt	16	KBV-Vertragsärzte (Kinderärzte mit Zusatzbezeichnung „Allergologie“)	444

3 Editorial

TOPIC

6 Primäre alimentäre Atopieprävention

Gemeinsames Positionspapier der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e. V. (GPA) und der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie e. V. (DGAI)

12 Zur Zahngesundheit asthmakranker Kinder und Jugendlicher

Eine Dresdner Forschungsgruppe untersuchte, ob Asthmadikamente die Zahngesundheit betroffener Kinder gefährden



LEITLINIE

18 Leitlinie „Rhinitis allergica“

Ärztlich-wissenschaftliche Empfehlungen der GPA

19 Aktuelle Fragen an den Allergologen

Nasale Provokation mit Nahrungsmitteln? Internate für asthma- und neurodermitiskranke Kinder und Jugendliche

20 Die Entdeckung der Anaphylaxie

Aus der Geschichte: Die Forschungen des Charles Richet

22 Allergie-Kongress Aachen 2004

Organisatorische Hinweise, das wissenschaftliche Programm und die Anmeldeformulare zum ersten gemeinsamen Kongress der drei großen allergologischen Fachgesellschaften

UMWELTMEDIZIN

28 „Mehr Demokratie wagen durch ein Wahlrecht von Geburt an“

In einem interfraktionellen Antrag fordern Bundestagsabgeordnete die Einführung des Kinderwahlrechts

KINDERUMWELT

30 Elternfragen zum Thema alimentäre Allergieprävention

Fragen an die Kinderumwelt gGmbH und an pina e. V.

33 Magazin

36 Neues vom Buchmarkt

ELTERN-RATGEBER

39 Asthma bronchiale II – Therapie

42 Termine

Das Titelbild für diese Ausgabe malte Antonia Kaun (7 Jahre) aus Dießen am Ammersee.

IMPRESSUM

Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis. 7. Jg./Nr. 1

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. **Verlagsleitung:** Holger Wurms. Inhaber und Beteiligungsverhältnisse: Beteiligung (gem. § 8 Abs. 3 des Bayer. Pressegesetzes): Holger Wurms 98%, Ingeborg Wurms 2%.

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

Wissenschaftlicher Beirat: Dr. A. von Berg, Dr. D. Bulle, Prof. Dr. J. Forster, PD Dr. G. Frey, Dr. A. Gröbl, 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: info@wurms-pr.de

Bildnachweis: cc (6-7, 29), DAK/Wigger (12), Hetzer (15), Wurms & Partner (21), Verkehrsverein Bad Aachen (22, 24), www.ucd.ie/german/ (34), MSD SHARP & DOHME (35), Fujisawa Deutschland (35), Allergopharma (35), PARI (39).

Anzeigenleitung: Holger Wurms, Tel. 08158-9967-0, Fax 08158-9967-29. Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 1.1.2004.

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: F & W Mediacenter, 83361 Kienberg.

ISSN: 1435-4233

Gemeinsames Positionspapier

der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e. V. (GPA)
und der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie e. V. (DGAI)

Primäre alimentäre Atopieprävention

Während vieler Jahre der Diskussion über Allergieprävention haben sich drei Hauptbereiche von Aktivitäten gebildet. Der erste betrifft die primäre Allergie-Prävention, die darauf abzielt, eine frühe Sensibilisierung und erste allergische Manifestationen (z. B. atopisches Ekzem) zu vermeiden. Der zweite umfasst die sekundäre Allergie-Prävention, mit der man versucht, bereits sensibilisierte Kinder mit frühen Krankheitszeichen mittels präventiver Maßnahmen symptomfrei zu halten und auch den weiteren Fortschritt des so genannten „allergischen Marsches“ mit entsprechenden Maßnahmen zu verhindern oder zumindest zu verlangsamen [27, 46]. Die tertiäre Prävention als dritter Bereich hat das Ziel, bei bereits manifester Erkrankung eine weitere Chronifizierung sowie krankheitsbedingte Folgeerscheinungen zu vermeiden.

Ansätze zur primären Atopieprävention sieht man heute vor allem im inhalativen und nutritiven Bereich, wobei die Bedeutung der Reduktion inhalativer Allergene (z. B. Tierepithelien u. a.) in der häuslichen Umgebung noch diskutiert wird. Da die Atopikerkarriere oft bereits im Säuglingsalter mit einer Nahrungsmittelsensibilisierung beginnt und die gängigste klinische Frühmanifestation in Form des atopischen Ekzems häufig durch eine Nahrungsmittelallergie ausgelöst wird, liegt ein besonderer Schwerpunkt der primären Atopieprävention im Ernährungsbereich.

Eine Möglichkeit der primären alimentären Prävention wird heute neben dem

Stillen vor allem in dem Versuch einer allergenarmen Ernährung in den ersten Lebensmonaten gesehen.

Die Rolle des Stillens in der Atopieprävention

Die Bedeutung des Stillens in der frühen immunologischen Entwicklung des Kindes ist mittlerweile gut bekannt [32]. Bereits vor mehr als zehn Jahren konnte Høst zeigen, dass eine Exposition mit Kuhmilcheiweiß in den ersten Lebensstagen die Inzidenz von Kuhmilcheiweißallergien in der kindlichen Normalpopulation im ersten Lebensjahr praktisch verdoppelt [25, 26]. Diese Befunde wurden durch eine große prospektive, randomisierte und doppelblinde Studie mit mehr als 6.000 Neugeborenen von Saarinen bestätigt [38].

Im Gegensatz dazu wird der präventive Effekt des Stillens in letzter Zeit zum Teil kontrovers diskutiert [8, 41]. Mehrheitlich ist man sich heute aber nach wie vor darüber einig, dass Stillen eine positive Rolle in der frühen Allergieprävention spielt [33, 38] und es wird in allen Präventionsprogrammen empfohlen [23, 40, 46, 48]. Dieser präventive Effekt des Stillens in Bezug auf die Atopiehäufigkeit wurde auch durch die neueren Daten von Schötzau bestätigt [43].



Abb.: Besteht ein familiäres Atopierisiko, sollte Kuhmilch im ersten Lebenshalbjahr strikt gemieden werden. Den schönsten Kuhaugen zum Trotz gilt dann: Abstand halten!

Hydrolysatnahrungen in der Säuglingsernährung

Seit weit über 50 Jahren gibt es stark hydrolysierte Säuglingsnahrungen, so genannte „extensively hydrolysed formulae“ (eHF) in der Therapie von Kuhmilcheiweiß-Allergien (KMPA), aber auch von allgemein multiplen Nahrungsmittelallergien [30]. Im Allgemeinen ist ihre ursprüngliche Allergenität um mindestens den Faktor 1.000 reduziert [10]. Die erste Publikation, in der eine eHF auch in der Prävention eingesetzt wurde, stammt von Zeiger aus dem Jahr 1989 [50].

Bereits seit Anfang der achtziger Jahre wurde eine neue Kategorie von Hydrolysatnahrungen entwickelt, die „partially hydrolysed formulae“ (pHF), die deutlich weni-

ger stark hydrolysiert waren und eine so genannte moderate Hydrolyse durchliefen [17]. Ziel dieser neuen Kategorie war laut Hersteller, durch die nur moderate Hydrolyse zwar noch immer eine ausreichende Reduktion der Sensibilisierungskapazität, aber noch genügend große Mengen an immunogenen Oligopeptiden zu erreichen, die – ähnlich wie im Normalfall intaktes Protein – noch immer eine Induktion oraler Toleranz auf das Ausgangsprotein zumindest im Tiermodell garantierten [17, 19, 20, 35]. Gleichzeitig wurde so versucht, die Geschmacksbeeinträchtigung durch die Hydrolyse, die häufig zu einem relativ starken Bittergeschmack führt, zu reduzieren.

Therapeutische Nahrungen (eHF) werden weltweit nach derselben Definition beurteilt: 90-prozentige Verträglichkeit bei Kindern mit nachgewiesener Kuhmilch-eiweiß-Allergie mit einem 95-prozentigen Konfidenzintervall [10, 15, 16, 30]. Nahrungen zur Prävention von Kuhmilch-eiweißallergie (eHF und pHF) werden unterschiedlich definiert. Während in den USA die AAP (American Academy of Pediatrics) für den Begriff „Hypoallergen“ generell die therapeutische Definition wählt und somit pHF nicht als

„hypo-

allergen“ klassifiziert, sondern nur als „Allergen-reduziert“ oder „teilweise hydrolysiert“ (was semantisch dasselbe bedeutet), wurde in Europa durch die Europäische Säuglingsnahrungsrichtlinie gesetzlich festgelegt, dass der Begriff „Hypoallergen“ mindestens eine Reduktion der ursprünglichen Allergenität des Ausgangsproteins um den Faktor 100 bedeutet, d. h. pHF werden als „hypoallergen“ bezeichnet, wenn sie diese Bedingung erfüllen [15, 37]. Natürlich sind dann auch eHF eingeschlossen. eHF, die nicht der Gesetzgebung für Säuglingsanfangsnahrung in Europa entsprechen, werden auch nicht als solche akzeptiert, sondern als so genannte Spezial-Nahrungen (FSMP = Foods for Special Medical Purposes) eingeordnet [15].

Studien zur Atopieprävention mit Hydrolysatnahrungen

In den vergangenen 15 Jahren wurden verschiedenste Studien mit den unterschiedlichsten Hydrolysatnahrungen (eHF, pHF) zur primären Atopieprävention durchgeführt. Ein Vergleich der einzelnen Studien ist schwierig, da sie sich zum Teil in wesentlichen Punkten des Studiendesigns unterscheiden [23, 42, 46]. Das betrifft zum einen die Definition der untersuchten Risikogruppen: Einige und vor allem ältere

Studien verwenden eine doppelte allergische Familienbelastung oder eine einfache Familienbelastung gemeinsam mit erhöhtem Nabelschnurblut-IgE (NS-IgE), wobei sich hier die Cut-off-Werte im Laufe der Zeit stark verändert haben, angefangen von einem NS-IgE > 1,7 kU/l bis später hinunter zu 0,3 kU/l [21, 27, 46]. Heute hat das Nabelschnur-IgE für die Früherkennung von so genannten Atopie-Risikokindern an Bedeutung verloren und es wird nur noch die einfache oder doppelte allergische Familienbelastung als Risikoparameter ver-

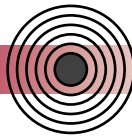
wendet [8, 12]. Zum anderen unterscheiden sich die Studien in der Definition der Endpunkte (Kuhmilch-eiweißallergie und/oder auch andere erste allergische Manifestationen, Erhebung mit oder ohne doppelblind placebo-kontrollierter Nahrungsbelastung (DBPCFC), die Art der Definition der Ernährungsgruppen (ausschließlich Studiennahrung oder auch teilgestillt über unterschiedliche Zeiträume), Kontrolle und Beginn mit Beikost, Zeitpunkte der Erhebungen und gesamte Beobachtungszeit, Angabe der Ergebnisse als Perioden-Prävalenzen oder Inzidenzen etc. [42].

Insofern wurden nicht nur verschiedene Studiendesigns angewendet, sondern auch Neugeborene mit unterschiedlicher Allergie-Risiko-Belastung in die diversen Studien einbezogen. Das führt dazu, dass viele Studien nicht direkt vergleichbar sind, besonders wenig die älteren mit den neueren, wobei man hier lediglich über einen Zeitraum von ca. 15 Jahren spricht. Es wurden in den letzten Jahren einige Übersichten publiziert, in denen man eine kritische Bewertung der Studien und Empfehlungen zur Allergieprävention bis etwa Ende 1999 findet [17, 21, 23, 27, 40, 42, 46].

Auch bei unterschiedlichem Design und unterschiedlich starker genetischer Allergielastung zeigen die meisten dieser Studien tendenziell einen ähnlichen Effekt: In den ersten drei bis fünf Lebensjahren kann zumeist eine ca. 50-prozentige Reduktion erster klinischer allergischer Manifestationen gezeigt werden, wobei der stärkste Effekt in Hinblick auf Nahrungsmittel-Allergien und Hautmanifestationen gefunden wird. Das betrifft sowohl Studien mit verschiedenen eHF (Casein-basiert, Molken-basiert und Soja-basiert) [22, 33, 50, 51, 52] als auch Studien mit einer pHF [5, 11, 33, 45, 49].

Immer wieder wurde gefordert, dass Vergleichsstudien zwischen pHF und eHF notwendig seien, um herauszufinden, welche Kategorie Hydrolysatnahrung die wirkungsvollere sei [48]. Die ersten beiden prospektiven, randomisierten und kontrollierten Vergleichsstudien zwischen pHF und eHF wurden 1997 von Oldaeus und 1998 von Porch und Sörensen publiziert [34, 36]. Beide Studien berichteten über ähnliche Wirkungen der Hydrolysatnahrungen





in der Reduktion erster allergischer Manifestationen im Vergleich zu nicht-hydrolysierten Anfangsnahrungen (18 Monate Beobachtungszeit bei Oldaeus, zwei Jahre bei Sörensen). In der Studie von Oldaeus schnitt bei Zwischenergebnissen mit neun Monaten die verwendete eHF etwas besser ab als die (experimentelle) pHF. Hingegen waren die Sensibilisierungsraten gegen Kuhmilcheiweiß im RAST und auch im Hauttest nach 18 Monaten mit eHF deutlich höher als mit pHF. Besonders über die Oldaeus-Studie wurde in der Folge viel publiziert und diskutiert, da die meisten der Kinder im Durchschnitt drei Monate voll gestillt waren und schon zu Beginn der Randomisierung auf verschiedene Nahrungsarten ein Unterschied zwischen den einzelnen gestillten Gruppen zu sehen war. Insgesamt haben beide Studien keinen definitiven Vorteil für eine der beiden Hydrolysat-Kategorien belegen können [42, 46].

Die prospektive, randomisierte und kontrollierte Vergleichsstudie zwischen eHF und pHF von Halken, Hansen und Høst bei Neugeborenen mit einem familiär erhöhtem Allergierisiko (bifamilial oder unifamilial plus erhöhtes NS-IgE) untersuchte die Präventionswirkung von drei verschiedenen Hydrolysatnahrungen bis zum Alter von 18 Monaten [28, 29]. Dabei wurde eine Casein-basierte eHF (n = 79), eine Molken-basierte eHF (n = 82) und eine pHF (n = 85) in die Studie eingeschlossen. Das Ernährungsregime bestand aus Stillen ohne Diät der Mutter, randomisierter blinder Zuordnung zur Studiennahrung während der ersten vier Lebensmonate. Beikost war während der ersten vier Monate ebenfalls nicht zugelassen. Danach war eine freie Ernährung erlaubt. Die Studiendauer war 18 Monate, wobei klinische Symptome und spezifisches IgE auf Nahrungsmittel-Allergene und inhalative Allergene untersucht wurden. Es wurde jedoch keine Gruppe mit unhydrolysierte Kuhmilch-basierter Säuglingsnahrung ernährt.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen im Vergleich zu Studien derselben Autoren zur Inzidenz von KMPA bei Gabe von herkömmlicher Säuglingsnahrung, dass Kinder mit einem stark erhöhten Allergierisiko unter pHF zwar mehr klinische Manifestationen

in den ersten 18 Monaten als mit eHF entwickeln können (4,7% vs. 0,6%), aber noch immer zu 75 Prozent weniger als mit herkömmlicher Säuglingsnahrung [21, 25, 26].

Die neueste prospektive, randomisierte und kontrollierte Studie zum Vergleich zwischen eHF und pHF ist die so genannte „GINI“-Studie, die „German Infant Nutritional Intervention“ Study. Das Studiendesign wurde bereits 1998 publiziert [6]. Kürzlich wurden die ersten Ergebnisse im Alter von einem Jahr veröffentlicht [7]. Basis der Studie waren ebenfalls Neugeborene (n = 2.252) mit erblich erhöhtem Allergierisiko (bifamilial oder unifamilial), erhöhtes NS-IgE war hier kein Einschlusskriterium mehr. Die Ernährungsempfehlungen umfassten ausschließliches Stillen für vier bis sechs Monate, die Gabe einer Studiennahrung bei Bedarf (eine Casein-eHF (eHF-C), eine Molken-eHF (eHF-W), eine Molken-pHF (pHF-W) und schließlich eine nicht-hydrolysierte reguläre Säuglingsnahrung (CMF)), sowie einen Beginn mit Beikost möglichst erst nach sechs Monaten und dann während des ganzen ersten Lebensjahres wenig allergene Beikostprodukte. Als Endpunkte der Studie wurden definierte allergische Manifestationen an der Haut, am Gastrointestinaltrakt und am Respirationstrakt gewählt. Adjuvanz-Faktoren wurden ebenfalls prospektiv erhoben und in die Analyse einbezogen. Die Evaluation des Ernährungsverhaltens erfolgte prospektiv durch so genannte „Ernährungstagebücher“. Die klinische Untersuchung erfolgte mit 1, 4, 8, 12, 24 und 36 Monaten. Immunologische Parameter wurden bei Geburt, mit 4, 12 und 36 Monaten analysiert (Gesamt-IgE, spezifisches IgE).

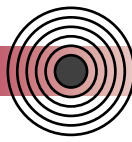
Bei der bisherigen Zwischenauswertung nach zwölf Monaten zeigte sich bei Zusammenfassung aller atopischen Manifestationen, dass klinisch der günstigste Effekt im Vergleich zu Kuhmilch mit dem starken Caseinhydrolysat zu erzielen war (Atopierate 9% vs. 16%). Bei der Auswertung der spezifischen IgE-Sensibilisierung bestand jedoch bei der Gruppe von Kindern, die pHF-W erhielten, die niedrigste Sensibilisierungsraten gegen Kuhmilch.

Bei der häufigsten Atopiemannifestation, dem atopischen Ekzem, zeigte sowohl das

starke Caseinhydrolysat als auch das partielle Molkenhydrolysat eine signifikante Reduktion der Atopiemannifestationsrate im Vergleich zu Kuhmilch. Eine Subanalyse, die die Art der familiären Belastung berücksichtigte, konnte zeigen, dass bei den Kindern mit atopischer Dermatitis in der Familienanamnese das eHF-C tendenziell besser abschnitt als das eHF-W und pHF-W. Bei Kindern mit überwiegend familiären Allergiebelastungen waren alle Hydrolysatnahrungen besser als CMF. Die Autoren ziehen eine erste vorsichtige Schlussfolgerung aus diesen vorläufigen Ergebnissen und stellen fest, dass Hydrolysatnahrungen doch sehr differenziert zu sehen sind. Der Hydrolysegrad alleine scheint wohl kein Kriterium zu sein, sondern die jeweilige Nahrung als Ganzes. Zudem müsse man die Art der familiären Allergiebelastung berücksichtigen, um zu einer angepassten Empfehlung für teil- oder nicht-gestillte Säuglinge zu kommen. Somit ist der Diskussion um eHF und pHF eine weitere Dimension hinzugefügt worden, ohne dass man bereits jetzt definitive Schlussfolgerungen ziehen kann. Fest steht lediglich, dass sowohl pHF wie auch eHF eine protektive Wirkung haben können, aber dass dies nicht unbedingt auf jeden Vertreter dieser Kategorie zutrifft. Es sollten deshalb nur in Studien nachweislich auf ihren präventiven Effekt geprüfte Nahrungen – unabhängig ob eHF oder pHF – empfohlen werden.

Probiotika

Einen völlig neuen Studienansatz stellt die Verwendung von Probiotika in der Allergieprävention dar [28, 29, 31]. Die Basis bildet die Beeinflussung des sich ausbildenden Immunsystems durch die Darmflora. Kalliomäki und Isolauri führten eine doppelblinde, placebo-kontrollierte und randomisierte Studie zum Einfluss der Gabe von Probiotika (LGG) auf das allergische Geschehen in den ersten zwei Lebensjahren durch [29]. Die Probiotika wurden den schwangeren Müttern zwei bis vier Wochen vor Entbindung und nachfolgend für die Dauer von sechs Monaten deren Kindern gegeben. Alle Neugeborenen hatten über ihre Eltern ein familiär erhöhtes Allergierisiko. Beide Gruppen wurden



ähnlich lange gestillt (2,7 Monate exklusiv und 6,4 Monate insgesamt in der Placebo-Gruppe versus 3,0 Monate und 7,2 Monate in der Probiotikagruppe). Nach zwei Jahren hatten nur etwa halb soviel Kinder mit Probiotikagabe ein atopisches Ekzem entwickelt als solche mit Placebo ($p = 0,008$). Die Autoren schließen aus der Studie, dass der Einfluss der Darmflora auf das allergische Geschehen noch immer nicht genügend anerkannt und auch untersucht ist und dass sich hier neue, bisher ungenügend genutzte Möglichkeiten zur Prävention allergischer Erkrankungen bieten.

Bedeutung der Beikost

Der Einfluss der Beikost auf die Entwicklung eines atopischen Ekzems wurde vor allem von Fergusson [18] untersucht. Er fand, dass eine zu frühe Variabilität der Beikost die Entstehung eines späteren atopischen Ekzems fördert. Kinder die mehr als vier unterschiedliche Beikostformen in den ersten vier Lebensmonaten erhielten, bekamen signifikant häufiger ein atopisches Ekzem als Kinder mit einer geringeren Beikostvariabilität. Die Art der Beikost spielte in der Untersuchung von Fergusson jedoch keine Rolle.

Die Frage, inwieweit bestimmte Beikostarten zu einer vermehrten spezifischen IgE-Bildung führen können, wurde teilweise im Rahmen der MAS-Studie und der GINI-Studie untersucht. Bei der GINI-Studie wurde an einem Teilkollektiv die Häufigkeit der IgE-Sensibilisierung gegen verschiedene Beikostarten im Alter von zwölf Monaten untersucht. Spezifisches IgE gegen Hühnereiweiß stellte dabei, wie in der MAS-Studie, die häufigste Sensibilisierung dar, gefolgt von Kuhmilch. Keine Sensibilisierungen wurden dagegen gegen Karotte gefunden, obwohl alle untersuch-

ten Kinder ($N = 112$) Karotten exponiert waren. Ebenfalls äußerst gering war die Sensibilisierungsrate gegen Kartoffel, Birnen und Äpfel.

Da zumindest in den ersten vier Lebensmonaten die Variabilität der Beikost einen Einfluss auf die Entstehung des atopischen Ekzems zu haben scheint und ernährungsphysiologisch die Einführung der Beikost vor dem sechsten Lebensmonat nicht erforderlich ist, sollte bei atopiegefährdeten Kindern nach Möglichkeit von einer Beikosternährung vor dem sechsten Lebensmonat Abstand genommen werden. Bei Beginn der Beikost nach Beginn des sechsten Lebensmonats sollte die Variabilität nicht größer sein als ernährungsphysiologisch erforderlich (z. B. ein bis zwei Gemüse, ein Getreide, ein Fleisch, ein bis zwei Obstsorten). Bei der Auswahl der Beikostbestandteile sollten vorsichtshalber nur Lebensmittel mit einem möglichst geringen IgE-Sensibilisierungspotenzial verwendet werden.

Empfehlungen zur Atopieprävention, Stand 2003:

- Ein erhöhtes Allergierisiko definiert sich über die familiäre Allergiebelastung (Vater, Mutter, Geschwisterkind; mindestens ein Familienmitglied betroffen).
- Die beste Ernährung ist sechsmonatiges ausschließliches Stillen.
- Es wird derzeit weder in der Schwangerschaft noch in der Stillzeit empfohlen, dass die Mutter eine bestimmte Diät einhält. Nur bei Nahrungsmittelallergie der Mutter selbst sind die entsprechenden Nahrungsmittel natürlich zu vermeiden.
- Beginn mit Beikost möglichst im sechsten Lebensmonat. Nur wenn es nicht anders möglich ist, kann nach vier Monaten mit einer Beikost, die über

ein geringes Sensibilisierungspotenzial verfügt, begonnen werden (z. B. Reis, Karotten, Kartoffel, Birne, Apfel, Putenfleisch etc.). Das ganze erste Jahr sollte auf Nahrungsmittel wie Eier, Fisch, Zitrusfrüchte, Nüsse, Soja verzichtet werden.

- Bei nicht- oder teilgestillten Säuglingen wird ausschließlich die Verwendung von Hydrolysat-Nahrungen (eHF oder pHF) empfohlen, die auch in klinischen Präventionsstudien untersucht wurden. Die Stärke der Hydrolyse selbst ist kein Entscheidungskriterium.
- Weitere Studien und zusätzliche Ergebnisse der GINI-Studie müssen zeigen, ob man die Ernährung in Abhängigkeit von der Art der Allergiebelastung in der Familie differenziert betrachten muss.
- Offen ist die Frage, ob eine Ernährung mit Hydrolysatnahrungen nach dem sechsten Lebensmonat (HA-Folgenahrung) aus präventiven Gründen sinnvoll ist. Zu dieser Fragestellung liegen bisher keine Studien vor.
- Die Hinweise auf die Bedeutung von Probiotika für die Atopieprävention stellen einen interessanten Ansatz dar, müssen jedoch vor einer allgemeinen Empfehlung weiter überprüft werden.
- Die Frage, ob eine alimentäre Prävention nicht nur für Risikokinder, sondern für alle Kinder zu empfehlen ist, sollte durch weitere Studien geklärt werden.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Carl Peter Bauer
Kinderklinik u. Poliklinik der TU München, Kölner Platz 1, 80804 München
Fachklinik Gaißach der LVA Oberbayern, 83674 Gaißach
E-Mail: Carl-Peter.Bauer@lva-oberbayern.de

Literatur

[1] AAP Committee on Nutrition (Baker SS, Cochran WJ, Greer FR, Heyman MB, Jacobson MS, Jaksic T, Krebs NF) (2000): Hypoallergenic Infant Formulas. *Pediatrics* 106: 346-9.

[2] Aas K, Aberg N, Bachert C (1997): European Allergy White Paper. Allergic diseases as a public health problem.

Brussels: UCB Institute of Allergy.

[3] Adlerberth I (1999): Establishment of a normal intestinal flora in the newborn infant. In: Hanson LA, Yolken R (Edit.): Probiotics, other nutritional factors and the intestinal flora. NNW Series (42), Raven Press, New York, 63-79.

[4] Baumgartner M, Brown CA, Exl BM, Secretin MC, van't Hof M, Haschke F (1998): Controlled trials investigating the use of one partially hydrolyzed whey formula for dietary prevention of atopic manifestations until 60 months of age: an overview using meta-analytical techniques. *Nutr Res* 18: 1425-42.

- [5] von Berg A, Koletzko S, Grübl A, Schoetzau A, Wichmann HE, Bauer CP, Reinhardt D, Berdel D (1998): GINI. German International Nutrition Intervention Programme. Design and first data on recruitment. *Monatsschrift Kinderheilkunde* (146): P80-300.
- [6] von Berg A, Koletzko S, Grübl A, Filipiak-Pittroff B, Wichmann HE, Bauer CP, Reinhardt D, Berdel D (2003): The effect of hydrolyzed cow's milk formula for allergy prevention in the first year of life: The German Infant Nutritional Intervention Study, a randomised double-blind trial. *J Allergy Clin Immunol* 111: 533-540
- [7] Bergmann RL, Edenharter G, Bergmann KE, Guggenmoos-Holzmann I, Forster J, Bauer CP, Wahn U, Zepp F, Wahn U (1997): Predictability of early atopy by cord-blood IgE and parental history. *Clin Exp Allergy* 27: 752-60
- [8] Bergmann RL, Diepgen TL, Kuss O, Bergmann KE, Kujat J, Dudenhausen JW et al (2002): Breastfeeding duration is a risk factor for atopic eczema. *Clin Exp Allergy* 32: 205-209
- [9] Björsten B (2001): The gastrointestinal flora and the skin – is there a link? *Pediatric Allergol and Immunology* 12 (Suppl. 14): 51-55
- [10] Businco L, Dreborg S, Einarsson R, Giampietro PG, Høst A, Keller KM, Stobel S, Wahn U, Björsten B (1993): Hydrolyzed cow's milk formulae. Allergenicity and use in treatment and prevention. A position paper of ESPACI. *Pediatr Allergy Immunol* 4: 101-11.
- [11] Chandra RK (1997): Five-year follow-up of high-risk infants with family history of allergy who were exclusively breast-fed or fed partial hydrolysate, soy, and conventional cow's milk formulae. *J Ped Gastroent Nutr* 24: 380-8.
- [12] Croner S, Kjellman NIM (1990): Development of atopic disease in relation to family history and cord blood IgE levels. Eleven-year follow-up in 1654 children. *Pediatr Allergy Immunol* 1: 14-20.
- [13] De Weck A, Proost Ph (Edit.) (1997): Epidemiology: Prevalence of allergic diseases. In: *European Allergy White Paper. Allergic diseases as a public health problem*. UCB Institute of Health. Brussels, 14-35.
- [14] De Weck A, Proost Ph (Edit.) (1997 b): Socio-economic costs of allergic diseases. In: *European Allergy White Paper: Allergic diseases as a public health problem*. UCB Institute of Health. Brussels, 98-112.
- [15] (ECC) European Communities Commission Directive amending Directive 91/321/EEC on infant formulae and follow on formulae; II/5769/93-EN-Rev 4; adopted 16.2.96. *Official Journal of the European Communities*. No. L49/39, 1996.
- [16] ESPGHAN Committee on Nutrition (Aggett PJ, Haschke F, Heine W, Herwell O, Koletzko B, Rey J, Rubino A, Schöch G, Senterre J, Strobel S, Tormo R) (1993): Comment on antigen-reduced infant formulae. *Acta Paediatr Scand* 82: 314-9.
- [17] Exl BM (2001): A review of recent developments in the use of moderately hydrolysed whey formulae in infant nutrition. *Nutrition Research* 21: 355-379
- [18] Fergusson M, Horwood J, Shannon FT (1990): Early Solid Feeding and Recurrent Childhood Eczema: A 10-Year Longitudinal Study. *Pediatrics* 86 (4), 541-546
- [19] Fritsché R, Bonzon M (1990): Determination of milk formula allergenicity in the rat model by in vitro mast cell triggering and in-vivo IgE induction. *Int Arch Allergy Appl Immunol* 93: 289-93.
- [20] Fritsché R, Pahud JJ, Pecquet S, Pfeifer A (1997): Induction of systemic immunological tolerance to beta-lactoglobulin by oral administration of a whey protein hydrolysate. *J Allergy Clin Immunol* 100: 266-73.
- [21] Gern JE, Busse WW (2000): The role of viral infections in the natural history of asthma. *J Allergy Clin Immunology* 106: 201-212
- [22] Halken S, Jacobsen HP, Høst A, Holmenlund D (1995): The effect of hypoallergenic formulae in infants at risk of allergic disease. *Eur J Clin Nutr* 49 (Suppl 1): S77-S83.
- [23] Halken S, Høst A, Jacobsen HP, Hansen LG, Østerballe O (1995): Prevention of food allergy in high-risk infants until the age of 5 years. A prospective dietary intervention study. XVI. EAACI; *Allergy* 50 (Suppl 26): Abstract OC-124.
- [24] Hide DW, Matthews S, Taria S, Arshad SH (1996): Allergen avoidance in infancy and allergy at 4 years of age. *Allergy* 51: 89-93.
- [25] Høst A, Husby S, Østerballe O (1988): A prospective study of cow's milk allergy in exclusively breastfed infants. Incidence, pathogenic role of early inadvertent exposure to cow's milk formula, and characterization of bovine milk protein in human milk. *Acta Paediatr Scand* 77: 663-70.
- [26] Høst A (1991): Importance of the first meal in the development of cow's milk allergy and intolerance. *Allergy Proceed* 12: 227-32.
- [27] Høst A (2001): Primary and secondary allergy prevention. *Pediatric Allergy Immunol* 12 (Suppl. 14): 78-84
- [28] Isolauri E (2001): Probiotics in the prevention and treatment of allergic disease. *Pediatr Allergy Immunol* 12 (Suppl. 14): 56-59
- [29] Kalliomäki M, Salminen A, Arvilommi H, Kero P, Koskinen P, Isolauri E (2001): Probiotics in primary prevention of atopic disease: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 257: 1076-1079
- [30] Kleinmann RE, Balma S, Powell GF, Sampson HA (1991): Use of infant formulae in infants with cow's milk allergy. *Pediatr Allergy Immunol* 2: 146-55.
- [31] Majamaa H, Isolauri E (1997): Probiotics. A novel approach in the management of food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 99: 179-185
- [32] Marini A, Agosti M, Motta G, Mosca F (1996): Effects of a dietary and environmental prevention programme on the incidence of allergic symptoms in high atopic risk infants: three year's follow-up. *Acta Paediatr Scand* 85 (Suppl. 414): 1-22
- [33] Oddy WH, Holt PG, Sly PD et al (1999): Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. *Br Med J* 319: 815-819
- [34] Oldaeus G, Anjou K, Björkstén B, Moran JR, Kjellman NIM (1997): Extensively and partially hydrolysed infant formulae for allergy prophylaxis. *Arch Dis Child* 77: 4-10
- [35] Peyquet S, Bovetto L, Maynard F, Fritsché R (2000): Peptides obtained by tryptic hydrolysis of bovine beta-lactoglobulin induce specific oral tolerance in mice. *J Allergy Clin Immunol* 105: 514-521.
- [36] Porch MC, Shahane AD, Leiva LE, Elston RC, Sorensen RU (1998): Influence of breast milk, soy or two hydrolyzed formulae on the development of allergic manifestations in infants at risk. *Nutr Res* 18: 1413-24.
- [37] Report of the Scientific Committee for Food on Infant Formulae claimed to be Hypoallergenic or Hypoantigenic (1991), Brussels, 9.12.1991. *EC Reports Food Science and Techniques*, 1991.
- [38] Saarinen U, Kajosaari M (1995): Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: Prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 346: 1065-9.
- [39] Saarinen KM, Juntunen-Backman K, Järvenpää AL, Kuitunen P, Lope L, Renlund M, Siivola M, Sa-vilahti E (1999): Supplementary feeding in maternity hospitals and the risk of cow's milk allergy: A prospective study of 6209 infants. *J Allergy Clin Immunol* 104: 457-461
- [40] Samartin S, Marcos A, Chandra RK (2001): Food hypersensitivity. *Nutrition Research* 21: 473-497
- [41] Sears MR, Greene JM, Willan AR, Taylor DR, Flannery EM, Cowan JO et al (2002): Longterm relation between breastfeeding and development of atopy and asthma in children and young adults: a longitudinal study. *Lancet* 360: 901-907
- [42] Schoetzau A, Gehring U, Wichmann HE (2001): Prospective cohort studies using hydrolysed formulas for allergy prevention in atopy prone newborns: a systematic review. *Eur J Pediatrics* 160: 323-332
- [43] Schoetzau A, Filipiak-Pittroff B, Koletzko S, Franke K, von Berg A, Grübl A, Bauer CP, Berdel D, Reinhardt D, Wichmann HE (2002): Effect of exclusive breast-feeding and early solid food avoidance on the incidence at 1 year of age. *Pediatr Allergy Immunol* 13: 234-242
- [44] van den Bogaard C, van den Hoogen HJM, Huygen FJA, van Weel C (1991): The relationship between breast-feeding and early childhood morbidity in a general population. *Fam Med* 23: 510-5.
- [45] Vandenplas Y, Hauser B, van den Borre C, Clybourn C, Mahler T, Hachimi-Idrissi S, Deraeve L, Malfroot A, Dab I (1995): The long-term effect of a partial whey hydrolysate formula on the prophylaxis of atopic disease. *Eur J Pediatr* 154: 488-94.
- [46] Vandenplas Y (1999): Primary and secondary prevention of atopic diseases in children. *Singapore Paediatr J* 41: 192-205
- [47] Wahn U (2000): What drives the allergic march? *Allergy* 55: 591-599
- [48] Wahn U, von Mutius E (2001): Childhood risk factors for atopy and the importance of early intervention. *J Allergy Clin Immunol* 107: 567-574
- [49] Willems R, Duchateau J, Magrez P, Denis R, Casimir G (1993): Influence of hypoallergenic milk formula on the incidence of early allergic manifestations in infants predisposed to atopic diseases. *Ann Allergy* 71: 147-50.
- [50] Zeiger RS, Heller S, Mellon MH, Forsythe AB, O'Connor RD, Hamburger RN, Schatz M (1989): Effect of combined maternal and infant food allergen avoidance on the development of atopy in early infancy: a randomised study. *J Allergy Clin Immunol* 84: 72-89
- [51] Zeiger RS, Heller S, Mellon MH, Halsey JF, Hamburger RN, Sampson HA (1992): Genetic and environmental factors affect in the development of atopy through age 4 in children of atopic parents: a prospective randomised study of food allergen avoidance. *Pediatr Allergy Immunol* 3: 110-27
- [52] Zeiger RS, Heller S (1995): The development and prediction of atopy in high-risk children: follow-up at age seven years in a prospective randomised study of combined maternal and infant food allergen avoidance. *J Allergy Clin Immunol* 95: 1179-90

Zur Zahngesundheit asthma-kranker Kinder und Jugendlicher

Gisela Hetzer, Andreas Blume, Gabriele Viergutz, Wolfgang Leupold, Ursula Range, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Gefährden Asthmamedikamente die Zahngesundheit von betroffenen Kindern und Jugendlichen? Nachdem 1998 entsprechende Vermutungen aufgekommen waren, untersuchte eine Forschungsgruppe der Kinderklinik des Universitätsklinikums Dresden den Kariesbefall bei asthmakranken

Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu gesunden Probanden. Die Ergebnisse ihrer Studie, zuerst erschienen in *zm – Zahnärztliche Mitteilungen* 12/2003, S. 46-50, drucken wir im Folgenden mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Ärzteverbandes.

Unter der Überschrift „Schmelzerosionen – Dosieraerosole im Verdacht“ wurde in *zm* 17/1998, S. 22, die Befürchtung geäußert, antiasthmatische Medikamente, insbesondere Pulverinhalate, könnten zu Erosionen am Zahnschmelz führen. Grundlage dieser Meldung war eine dementsprechende Publikation im *British Medical Journal* [13]. Die Arzneimittelkommission Zahnärzte hatte damals die *zm*-Leser gebeten, ähnliche Beobachtungen zu melden.

Tatsächlich kann die Zahngesundheit asthmakranker Patienten durch systemische und lokale Begleitwirkungen der antiasthmatischen medikamentösen Therapie beeinträchtigt werden. So können Antiasthmatica wie β_2 -Sympathomimetika, Cromoglicinsäure, Ipratropiumbromid und Steroide die Speichelzusammensetzung beeinflussen und die Speichelfließrate reduzieren [7, 8, 15, 16]. Damit werden

sowohl die Entstehung von Karies als auch die Entstehung von nicht kariesbedingten Zahnhartsubstanzdefekten gefördert. Ferner führen als Bronchodilatoren wirksame β_2 -Sympathomimetika gegebenenfalls zu einer Entspannung der Muskulatur des Ösophagus und in der Folge zu gastro-ösophagealem Reflux. Daraus ergibt sich ein zusätzlicher ätiologischer Faktor für Erosionen der Zahnhartsubstanzen [14, 17].

Eine weitere mögliche Ursache für erosive Veränderungen an der Zahnhartsubstanz ist der pH-Wert der Antiasthmatica. So haben nahezu alle gebräuchlichen Pulverinhalte einen niedrigeren pH-Wert als entsprechende Aerosolzubereitungen (Tab. 1).

Außerdem enthalten eine Reihe dieser Pulverinhalte Laktose. Bei längerer Verweildauer dieser Medikamente im

Oropharynx kann in Verbindung mit reduziertem Speichelfluss daraus eine erhöhte Kariesgefährdung resultieren.

Schließlich werden auch sekundäre Effekte der medikamentös bedingten Reduktion des Speichelflusses bei Asthmakranken diskutiert. Um der Mundtrockenheit zu begegnen, ist es denkbar, dass diese Patienten gehäuft Getränke mit niedrigem pH-Wert konsumieren.

Studien zum Nachweis einer erhöhten Gefährdung der Zahn-



Abb. 1: Befürchtungen, Asthmamedikamente könnten zu Zahnschäden führen, scheinen nicht ganz unbegründet zu sein. Haben junge Asthmatiker also einen Grund mehr, besorgte Blicke gen Zahnarzt zu richten?

gesundheit asthmakranker Patienten im Vergleich zu gesunden Probanden zeigten uneinheitliche Ergebnisse. Während einige Autoren auf ein erhöhtes Kariesrisiko [1, 6, 9, 10, 15, 16] beziehungsweise auf ein erhöhtes Risiko für nicht kariesbedingte Zahnhartsubstanzverluste bei Asthmatikern hinweisen [9, 17, 18], ließen sich in anderen Studien Zusammenhänge zwischen Asthmaerkrankung und erhöhtem Kariesrisiko nicht bestätigen [2, 4, 8, 11, 19].

Ziel unserer prospektiven Studie war deshalb, Kariesbefall sowie Erosionen, Ab-

rasionen und Attritionen bei asthmakranken Kindern und Jugendlichen zu erfassen und mit entsprechenden Befunden bei gesunden Probanden zu vergleichen [3].

Probanden und Untersuchungsmethoden

Aus den Patientenkarteien der Asthmaambulanz der Kinderklinik des Universitätsklinikums Dresden und einer kinder-pulmologischen Praxis in Dresden wurden randomisiert 350 Patienten ausgewählt, die

zu diesem Zeitpunkt seit mindestens einem Jahr eine tägliche antiasthmatische inhalative Therapie erhielten.

Der Einladung zur Basisuntersuchung (U1) im ersten Quartal 1999 folgten 173 Patienten im Alter von drei bis 20 Jahren. Nach 18 Monaten (U2) konnten 89 Patienten ein zweites Mal untersucht werden. Nur die Daten dieser 89 Patienten wurden in die weitere Auswertung einbezogen. Zur U1 wurden zum Vergleich des Kariesbefalls zwischen Asthmatikern und Gesunden die Daten der jährlichen zahnärztlichen Reihenuntersuchungen der Stadt Dresden aus dem Jahre 1998 (n = 57.608 Kinder und Jugendliche) herangezogen. Die Kontrollgruppe zur U2 rekrutierte sich aus 89 gesunden Kindern und Jugendlichen gleicher Alters- und Geschlechtsverteilung, die im gleichen Zeitraum die Abteilung Kinderzahnheilkunde des Universitätsklinikums aufsuchten.

Alle Patienten beziehungsweise deren Eltern wurden zu Art, Dauer und Dosierung der antiasthmatischen Medikation sowie zu Mundhygiene- und Ernährungsgewohnheiten befragt. Anschließend erfolgte eine klinische Untersuchung hinsichtlich des Kariesbefalls (dft- beziehungsweise DMFT-Index) und nicht kariesbedingter Zahnhartsubstanzverluste entsprechend den Kriterien der „Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie“ [12]. Außerdem wurden bei jedem Patienten Speichelfließrate und Pufferkapazität des stimulierten Speichels bestimmt (Dentobuff® Strip, Vivadent).

Ergebnisse

Zu beiden Untersuchungszeitpunkten bestanden weder im Milchgebiss noch im bleibenden Gebiss signifikante Unterschiede im Kariesbefall zwischen Astmapatienten und gesunden Kindern und Jugendlichen (Abb. 2 und 3). Erosionen fanden sich zur U1 an Labial- und Orallflächen der Zähne bei zwei Patienten und zur U2 bei fünf Patienten und vier gesunden Probanden. Es waren jeweils nur bleibende Zähne betroffen.

Abrasionen/Attritionen kamen sowohl bei Patienten als auch bei Gesunden häufig vor. Im Milchgebiss hatten 81,6 Prozent (U1) beziehungsweise 84,0 Prozent (U2) der Patienten und 80,0 Prozent (U2) der

pH-Werte ausgewählter Medikamente

Präparat	Wirkstoff	Applikation	pH-Wert 1 Hub	pH-Wert 2 Hübe	pH-Wert 3 Hübe
Aarane®	DNCG+Reproterol	Spray	6,52	6,43	6,37
Aeromax®	Salmeterol	Spray	6,79	6,53	6,42
Aeromax®	Salmeterol	Pulver	5,09	4,98	4,94
Allergospasmin®	DNCG+Reproterol	Spray	5,61	5,72	5,71
Atrovent® 0,025% *	Ipratropiumbromid	Fertiglösung	3,26		
Atrovent®	Ipratropiumbromid	Spray	7,66	7,53	7,48
Beclotormant® forte	Beclometason	Spray	7,28	7,27	7,2
Berotec®	Fenoterol	Spray	5,88	5,36	5,09
Bronchospray®	Salbutamol	Spray	8,92	9,29	9,36
Ditec®	DNCG+Fenoterol	Spray	7,18	7,09	7,05
Flutide® 125	Fluticason	Spray	6,07	5,93	5,97
Flutide® 250	Fluticason	Pulver	4,58	4,32	4,21
Intal® 1%	Cromoglicinsäure	Fertiglösung	6,11		
Intal®	Cromoglicinsäure	Spray	6,67	6,59	6,51
Pulmicort® 125 **	Budesonid	Spray	6,19	5,96	5,85
Pulmicort®	Budesonid	Pulver	6,63	6,4	6,14
Salbu® Easyhaler	Salbutamol	Pulver	5,37	5,21	5,1
Serevent®	Salmeterol	Spray	6,82	6,58	6,46
Serevent®	Salmeterol	Pulver	5,46	5,33	5,19
Sultanol® 0,5% *	Salbutamol	Fertiglösung	3,49		
Sultanol®	Salbutamol	Spray	9	8,9	8,78
Sultanol® 200	Salbutamol	Pulver	4,6	4,44	4,36
Tilade®	Nedocromil	Spray	6,09	6,22	6,43
Viani mite®	Salmeterol+ Fluticason	Pulver	5,51	5,27	5,21

Tab. 1: pH-Werte ausgewählter Medikamente; Fettdruck = pH < 5,5

* Lösungen werden in der Regel als Zusatz zu DNCG/NaCl tropfen-/hubweise hinzugegeben (Vernebler)

** enthält das Tensid Sorbitantrioleat mit Auswirkung auf die Glaselektrode

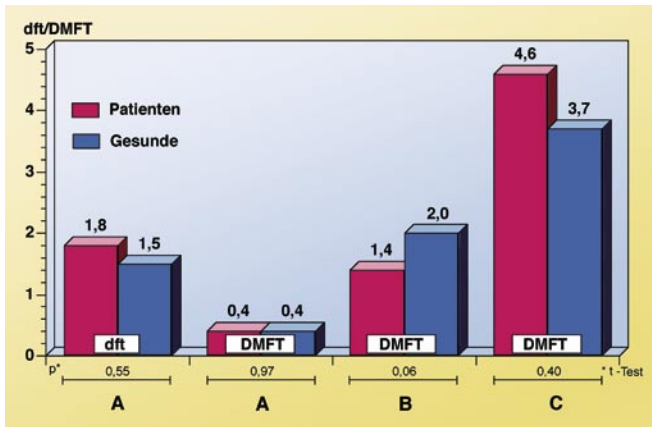


Abb. 2: Kariesprävalenz (U1) bei 89 asthmatischen Patienten im Vergleich zu Gesunden (n= 57.608). Altersgruppen: A 3 bis 10 Jahre – 38 Asthmatiker; 25.136 Gesunde. B 11 bis 14 Jahre – 34 Asthmatiker; 21.763 Gesunde. C 15 bis 20 Jahre – 17 Asthmatiker; 10709 Gesunde

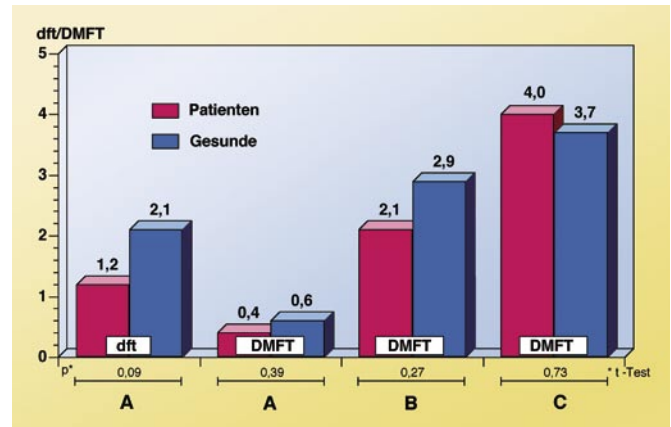


Abb. 3: Kariesprävalenz (U2) bei 89 asthmatischen Patienten im Vergleich zu alters- und geschlechtsidentischer Kontrollgruppe (n= 89). Altersgruppen: A 5 bis 10 Jahre – n= 25; B 11 bis 14 Jahre – n= 35; C 15 bis 22 Jahre – n= 29

Gesunden Zähne mit Zeichen von Abrasionen/Attritionen. Bleibende Zähne waren bei 52,8 (U1) beziehungsweise 58,4 Prozent (U2) der Patienten und bei 52,2 Prozent (U2) der gesunden Probanden von Abrasionen/Attritionen betroffen. Während an den bleibenden Zähnen das Dentin durch Abrasion/Attrition nur selten frei gelegt war, war das an den Milchzähnen bei einem Drittel bis zur Hälfte der Probanden der Fall. Während der Kontrollzeit von 18 Monaten kam es bei den Asthmapatienten zu einer geringfügigen Zunahme des Hartsubstanzverlustes. Weder in der Kind-Prävalenz noch in der Zahn-Prävalenz ergaben sich jedoch signifikante Unterschiede im Vorkommen von Abrasionen/Attritionen zwischen Patienten und Gesunden (Abb. 4).

Die Pufferkapazität und die Sekretionsrate des paraffinstimulierten Speichels, Zahnpflege- und Ernährungsgewohnheiten, das Auftreten eines gastro-ösophagealen Refluxes sowie die Dauer der Anwendung von Pulverinhalatoren wurden unter Berücksichtigung des Lebensalters der Patienten auf mögliche Korrelationen zur Anzahl von Zähnen mit Abrasionen/Attritionen überprüft. Alle geprüften Variablen, einschließlich der Dauer des Gebrauches von Pulverinhalatoren ergaben jeweils keine signifikante Korrelation zur Prävalenz von Abrasionen/Attritionen. Bei Patienten mit Erosionen bestand allerdings eine statistisch signifikante positive Korrelation zu häufigem Verzehr (\geq dreimal täglich) azidogener Getränke.

Diskussion

Die vorliegenden Untersuchungen ergaben im Gegensatz zu einer Reihe anderer Studien keine signifikanten Unterschiede in der Kariesprävalenz und in der Prävalenz nicht kariesbedingter Zahnhartsubstanzverluste zwischen Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale und Gesunden. Zur Erklärung können sowohl die Inanspruchnahme einer regelmäßigen zahnärztlichen Betreuung als auch zahngesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Asthmapatienten herangezogen werden.

In einer vor kurzem publizierten Kohortenstudie an neuseeländischen Jugendlichen ergab sich im Zeitraum zwischen dem 15. bis 18. Lebensjahr ebenfalls kein unterschiedlicher Karieszuwachs zwischen Asthmatikern und asthmafremden Jugendlichen [11]. Auch im Ergebnis des groß angelegten „Third National Health and Nutrition Examination Survey“ der USA (1988 bis 1994) zeigte sich, dass asthmakranke Kinder im Alter von vier bis 16

Jahren einen ähnlich niedrigen Kariesbefall hatten wie Nicht-Asthmatiker. Vier- bis Zehnjährige und Elf- bis Sechzehnjährige mit schwerem Asthma hatten sogar niedrigere DMF-Werte als Gesunde [19]. Die Autoren vermuten, dass chronisch kranke Patienten mit Asthma bronchiale zahnmedizinische präventive Maßnahmen konsequent durchführten und mögliche Nebeneffekte der antiasthmatischen Medikation damit kompensiert wurden. Die hier untersuchte Gruppe asthmakranker Patienten hatte einen hohen Kariessanierungsgrad von 80 bis 83 Prozent. Das lässt auf eine regelmäßige kontrollierte zahnärztliche Betreuung schließen.

Abrasionen/Attritionen traten in der vorliegenden Untersuchung selbst bei den

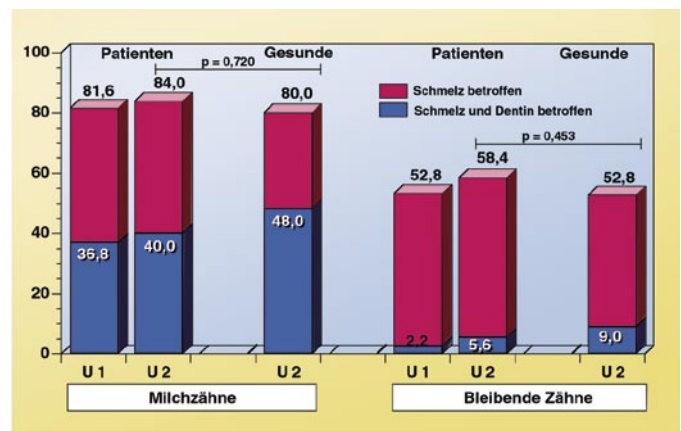


Abb. 4: Kind-Prävalenz in Prozent von Abrasionen/Attritionen, Vergleich zwischen Asthmapatienten und Gesunden (n= 89); U1: Basisuntersuchung; U2: Wiederholungsuntersuchung; p: t-Test

Asthmapatienten, die regelmäßig und über einen längeren Zeitraum Pulverinhalatoren mit niedrigem pH-Wert verwendeten, nicht in verstärktem Maße auf. Auch der gastroösophageale Reflux konnte aufgrund des seltenen Vorkommens bei den untersuchten Patienten als ätiologischer Faktor für nicht kariesbedingte Zahnhartsubstanzverluste vernachlässigt werden.

Etwa die Hälfte der hier untersuchten Patienten hatte bestätigt, unmittelbar nach dem Inhalieren mit Wasser den Mund zu spülen oder sich mit Fluoridzahnpaste die Zähne zu putzen. In einer britischen Studie an 100 asthmakranken Kindern im Alter von vier bis 16 Jahren hatten das nur 22 Prozent der Patienten bestätigt [9]. Bei diesen Patienten ergab sich gegenüber gleichaltrigen Gesunden ein signifikant häufigeres Vorkommen nicht kariesbedingter Zahnhartsubstanzverluste. Es ist anzunehmen, dass durch nachfolgendes Spülen der erosive Effekt der inhalierten Medikamente wenigstens teilweise kompensiert wird, so dass Erosionen bei Asthmatikern nicht gehäuft auftreten müssen. Dagegen könnte durch das Zähneputzen unmittelbar nach dem Inhalieren der Substanzabtrag von Schmelz oder Dentin eher gefördert worden sein. Eine Korrelation zwischen den Zahnpflegegewohnheiten der Asthmapatienten und dem Vorkommen von Abrasionen und Attritionen ergab jedoch keinen Hinweis auf einen derartigen Zusammenhang. Nur in den wenigen Fällen mit typischen Erosionen an den Labial- beziehungsweise Oralflächen der Zähne fand sich eine signifikante Korrelation mit häufigem Verzehr von Getränken mit niedrigem pH-Wert. Vermutlich kommt bei Asthmapatienten im Ursachenkomplex des Zahnhartsubstanzverlustes den Ernährungsgewohnheiten gegenüber der Medikation eine dominierende Rolle zu, so dass sich daraus auch entsprechende Präventionsempfehlungen ableiten lassen.

Schlussfolgerungen

Aus den vorliegenden Untersuchungen ergibt sich, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale gegenüber Gesunden kein erhöhtes Kariesrisiko besteht, wenn die üblichen Präventionsempfehlun-

gen zur Fluoridanwendung, zur Zahnpflege und zur zahngesundheitsbewussten Ernährung eingehalten werden.

Um langfristig auch nicht kariesbedingten Hartschubstanzverlusten vorzubeugen beziehungsweise deren Progression zu verhindern, sollten Patienten mit Asthma bronchiale unmittelbar nach dem Inhalieren den Mund mit Wasser ausspülen [13]. Mundspülungen können bei diesen Patienten auch dazu beitragen, die regelmäßig benutzten kortikoidhaltigen Medikamente rascher aus der Mundhöhle zu entfernen und damit eine auf das gestörte mikroökologische Gleichgewicht zurückzuführende orale Candidiasis zu verhindern.

Zur Stimulation des Speichelflusses sollten Asthmapatienten außerdem häufig zuckerfreien Kaugummi verwenden. In Übereinstimmung mit generellen Empfehlungen zu Prävention von Erosionen [5] sind diesen Patienten zusätzlich zu den häuslichen

Prophylaxemaßnahmen regelmäßige professionell durchgeführte Fluoridapplikationen zu empfehlen.

*Erstabdruck in:
zm 12/2003, S. 46-50*

*Prof. Dr. Gisela Hetzer, Andreas Blume,
OÄ Dr. Gabriele Viergutz, Prof. Dr. Wolfgang Leupold, Ursula Range
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden*

Literatur

- [1] Amrup K, Lundin S, Dahllöf G (1993): Analysis of paediatric dental services provided at a regional hospital in Sweden. *Swed Dent J* 17, 255.
- [2] Bjerkeborn K, Dahllöf G, Hedlin G, Lindell M, Modéer T (1987): Effect of disease severity and pharmacotherapy of asthma on oral health in asthmatic children. *Scand J Dent Res* 95, 159.
- [3] Blume A, Viergutz G, Leupold W, Range U, Hetzer G (2002): Untersuchungen zur Zahngesundheit asthmakranker Kinder und Jugendlicher. *Dtsch Zahnärztl Z* 57, 644.
- [4] Hyypää T, Paunio K (1979): Oral health and salivary factors in children with asthma. *Proc Finn Dent Soc* 75, 7.
- [5] Imfeld T (1966): Prevention of progression of dental erosion by professional and individual prophylactic measures. *Eur J Oral Sci* 104, 215.
- [6] Kankaala TM, Virtanen JI, Larmas MA (1998): Timing of first fillings in the primary dentition and permanent first molars of asthmatic children. *Acta Odontol Scand* 56, 20.
- [7] Kargul B, Tanboga I, Ergeneli S, Karakoc F, Dagli E (1998): Inhaler medication effects on saliva and plaque pH in asthmatic children. *J Clin Pediatr Dent* 22, 137.
- [8] Laurikainen K, Kuusisto P (1998): Comparison of the oral health status and salivary flow rate of asthmatic patients with those of nonasthmatic adults – results of a pilot study. *Allergy* 53, 316.
- [9] McDerra EJC, Pollard MA, Curzon MEJ (1998): The dental status of asthmatic British school children. *Pediatr Dent* 20, 281.
- [10] Milano M (1999): Increased risk for dental caries in asthmatic children. *Tex Dent J* 116, 35.
- [11] Meldrum AM, Thomson WM, Drummond BK, Sears MR (2001): Is asthma a risk factor for dental caries? Findings from a cohort study. *Caries Res* 35, 235.
- [12] Micheelis W, Reich E (1999): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Institut der Deutschen Zahnärzte, Materialienreihe Band 21, Deutscher Ärzte-Verlag, S. 78.
- [13] O'Sullivan EA, Curzon MEJ (1998): Drug treatments for asthma may cause erosive tooth damage. *Brit Med J* 317, 820.
- [14] O'Sullivan EA, Curzon MEJ, Roberts GJ, Milla PJ, Stringer MD (1998): Gastroesophageal reflux in children and its relationship to erosion of primary and permanent teeth. *Eur J Oral Sci* 106, 765.
- [15] Ryberg M, Möller C, Ericson T (1987): Effect of β_2 -adrenoceptor agonists on saliva proteins and dental caries in asthmatic children. *J Dent Res* 66, 1404.
- [16] Ryberg M, Möller C, Ericson T (1990): Saliva composition in asthmatic patients after treatment with two dose levels of a β_2 -adrenoceptor agonist. *Archs Oral Biol* 35, 945.
- [17] Shaw L, Weatherill S, Smith A (1998): Tooth wear in children: An investigation of etiological factors in children with cerebral palsy and gastroesophageal reflux. *J Dent Child* 65, 484.
- [18] Shaw L, Al-Daigan YH, Smith A (2000): Childhood asthma and dental erosion. *J Dent Child* 67, 102.
- [19] Shulman JD, Taylor SE, Nunn ME (2001): The association between asthma and dental caries in children and adolescents: A population-based case-control study. *Caries Res* 35, 240.
- [20] Zahnärztl Mitt 88 (17), 22 (1988).

Rhinitis allergica

Definition und Basisinformation

Entzündliche Erkrankung der Schleimhaut der Nase in zeitlichem Zusammenhang zu einer Exposition gegenüber Inhalationsallergenen bei vorhandener spezifischer Sensibilisierung (meist Gräser- oder Baumpollen, Hausstaubmilben, seltener Tierepithelien oder Schimmelpilze). Ebenso wie bei allen anderen atopischen Erkrankungen Zunahme von Prävalenz und Inzidenz in den letzten Jahren, allerdings große Schwankungen zwischen unterschiedlichen Ländern und Erdteilen.

- ◆ Saisonale Form (Baum-, Gräser-, Kräuterpollen, evtl. Schimmelpilze)
- ◆ Perenniale Form (Hausstaubmilben, Tierepithelien, Schimmelpilze)

Leitsymptome

Nasale Obstruktion (Stockschnupfen, besonders bei perennialer Form), seröse Rhinorrhö, nasaler Pruritus, Niesanfalle (besonders bei saisonaler Form), konsekutiv Mundatmung und nächtliches Schnarchen.

Im Zusammenhang mit einer Rhinitis allergica tritt häufig auch eine Konjunctivitis allergica auf, in ca. 40 Prozent entwickelt sich ein polleninduziertes Asthma.

Diagnostik

Zielsetzung einzelner diagnostischer Verfahren

- ◆ Anamnestischer Nachweis eines zeitlichen Zusammenhangs zwischen Allergenexposition und nasalen Symptomen (ggf. Symptomtagebuch)
- ◆ Hauttestung (Prickverfahren) zum Nachweis einer spezifischen allergischen Sensibilisierung
- ◆ Alternativ: Bestimmung des spezifischen Serum-IgE auf verdächtige Allergene (vor allem bei Kleinkindern und bei Kindern mit ausgeprägter atopischer Dermatitis)
- ◆ In fraglichen Situationen (Diskrepanz zwischen Anamnese und Hauttest bzw. spez. IgE-Bestimmung): spezifische nasale Allergenprovokation

Bewertung einzelner diagnostischer Verfahren

Bei saisonaler Rhinitis allergica ergibt sich die aktuelle Sensibilisierung oft aus der Anamnese.

- ◆ Positive Hauttestreaktion (Prick): Eine Sensibilisierung liegt dann vor, wenn die Allergen-

reaktion (Quaddeldurchmesser) mindestens zwei Drittel der Histaminreaktion ausmacht und > 3 mm ist.

- ◆ Positiver Nachweis von spez. IgE im Serum: Eine Sensibilisierung liegt nur bei einem signifikanten Messwert vor (Grenzwerte für jeweilige Methode beachten).
- ◆ Schleimhautprovokationstest: Indiziert, wenn Anamnese und Hauttest bzw. Serum-IgE kein eindeutiges Ergebnis bringen. Positive Reaktion bei nasaler Provokation (anteriore Rhinomanometrie und/oder klinische Beurteilung) Hinweis: Ein positiver Allergietest (Hauttest oder spez. IgE-Bestimmung) beweist nicht in jedem Fall die klinisch aktuelle Sensibilisierung. Überzeugend ist die Bestätigung des Allergietests durch eine entsprechende klinische Beobachtung in der allergenrelevanten Zeit. Bei eindeutigem Zusammenhang zwischen Exposition und Symptomen sowie gleichzeitigem Nachweis einer spezifischen Sensibilisierung im Hauttest oder durch spezifische IgE-Bestimmung im Serum ist die nasale Provokation entbehrlich.

Ausschlussdiagnostik

Negativer Hauttest auf alle potenziellen Inhalationsallergene bzw. negative spezifische IgE-Bestimmung. Sicherer Ausschluss bei negativer Schleimhautprovokation.

Nachweisdiagnostik

Positiver Allergietest (s. o.) in Kombination mit anamnestisch zeitlichem Zusammenhang zwischen Exposition und Symptomen, bzw. positive nasale Provokation.

Entbehrliche Diagnostik

Bei eindeutigem Zusammenhang zwischen Exposition und Symptomen sowie gleichzeitigem Nachweis einer entsprechenden spezifischen Sensibilisierung im Hauttest oder durch spezifische IgE-Bestimmung im Serum ist die nasale Provokation entbehrlich. Ebenso ist bei positivem Hauttest die Untersuchung des spez. IgE im Serum entbehrlich.

Durchführung der Diagnostik

Allergologisch erfahrener Arzt für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung „Allergologie“.

Therapie

Kausale Therapie

Allergenkarenz.

Symptomatische Therapie

Abschwellende Nasentropfen in der akuten Phase für max. sieben Tage (Vorsicht bei Säuglingen).

Medikamentöse Therapie

- ◆ DNCG nasal (drei- bis viermal täglich, Beginn präseasonal bei saisonaler allergischer Rhinitis, Daueranwendung zur antiinflammatorischen Therapie, akut wenig wirksam!)
- ◆ Nedocromil nasal (lokale Applikation, im Vergleich zum DNCG stärker wirksam, zugelassen ab sechs Jahre)
- ◆ Topische Antihistaminika, als Dauerapplikation zweimal täglich, zugelassen ab sechs Jahre
- ◆ Lokal wirksame Steroide, Daueranwendung je nach Präparat ein- bis zweimal täglich, effektivste Therapie
- ◆ Orale neuere, nicht-sedierende Antihistaminika, geringere Wirksamkeit als lokale Antihistaminika, zugelassen jedoch überwiegend ab dem zweiten bzw. dritten Lebensjahr.
- ◆ Leukotrien-Rezeptorantagonisten (bisher für diese Indikation nicht zugelassen); etwa gleichwertige Reduktion der allergischen Symptome wie durch orale nicht-sedierende Antihistaminika, aber nur bei einem Drittel der Patienten wirksam. Kombination mit Antihistaminika möglich. Leukotrien-Rezeptorantagonisten sind auch positiv auf ein gleichzeitig bestehendes allergenbedingtes Asthma bronchiale wirksam.

Interventionelle Therapie

Systemische Hyposensibilisierung: Subkutane Injektionen des jeweiligen Allergens in ansteigender Konzentration über einen Zeitraum von drei Jahren, beste Ergebnisse bei Weiterführung auch während der Saison in niedrigerer Konzentration. Über sublinguale Applikation liegen bisher zu wenig Daten vor.

Indikation zur Hyposensibilisierung: Pollensensibilisierung mit stärkeren Beschwerden (zusätzlicher präventiver Effekt auf die Entstehung eines Asthma bronchiale in der Diskussion), Hausstaubmilbensensibilisierung mit weiterbestehenden chronischen Symptomen trotz Allergenkarenzmaßnahmen und medikamentöser Lokalthherapie (selten) oder Pollensensibilisierung mit gleichzeitigem Bestehen eines allergeninduzierten Asthmas bronchiale (hierdurch positive Beeinflussung des Asthmas und einer möglichen Ausweitung der Sensibilisierung).

Aktuelle Fragen an den Allergologen

Chirurgische Therapie

Entfällt aufgrund hervorragender Wirksamkeit der lokalen Steroide.

Therapiedurchführung

Allergologisch erfahrener Arzt für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung „Allergologie“. Bei Hyposensibilisierung auf Schockapotheke achten.

Rehabilitation

Entfällt.

Primäre und sekundäre Prävention

Meiden von Inhalationsallergenen (Haustiere, Hausstaubmilbenreduktion) sowie Meiden von Tabakrauchexposition bei genetisch atopie disponierten Individuen, insbesondere im ersten Lebensjahr. Durch die spezifische Immuntherapie kann bei einem Teil der Kinder der so genannte „Etagenwechsel“ (von der allergischen Rhinitis zum Asthma) verhindert werden.

Prof. Dr. med. Frank Riedel
Altonaer Kinderkrankenhaus
Bleickenallee 38, 22763 Hamburg
E-Mail: F.Riedel@uke.uni-hamburg.de

Literatur

[1] The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC), world-wide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 351 (1998): 1225-1232

[2] WHO-Positionspapier (International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis), *Allergy* (1994): Suppl 49

[3] Passali D, Mösges R, Hassan HA et al (1999): International conference on allergic rhinitis in childhood. *Allergy* 54 (Suppl. 55): 4-34

[4] J. Bousquet, van Cauwenberge P, Khaltaev N (2002): Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) – in Collaboration with WHO (Workshop). *Allergy* 57: 841-855

Nasale Provokation mit Nahrungsmitteln?

Dr. D.L. aus K. schickte folgende Fallbeschreibung:

Anamnese:

- Ernährung bis zum dritten Lebensmonat mit Muttermilch und HA-Nahrung, Umstellung auf Humana 1
- mit ca. sechs bis sieben Monaten erste Ekzemstellen präauriculär am Handgelenk (nach Zufütterung von Gläschen)
- RAST: negativ

Diagnostik bei pädiatrischem Allergologen:

- Atopy-Patch-Test: negativ
- Nasale Provokation: Hühnereigelb und Kuhmilch positiv

Therapieempfehlung des Allergologen: Strikte Karenz der oben genannten positiv getesteten Nahrungsmittel

Frage: Ersetzt die nasale Provokation die orale bei Neurodermitis und Verdacht auf Kuhmilch-, Hühnereigelb- und -eigelb-Allergie?

Prof. Dr. Bodo Niggemann, Klinik für Pädiatrie m. S. Pneumologie und Immunologie, Charité Berlin:



Die nasale Provokation mit Nahrungsmitteln gehört nicht zu den etablierten und geprüften diagnostischen Methoden bei Verdacht auf Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit. Über die nasale Provokation liegen für Nahrungsmittel (im Gegensatz zu Inhalationsaller-

genen) keinerlei persönliche Erfahrungen oder Daten in der internationalen Literatur vor. Da die Nase üblicherweise nicht das Erfolgsorgan der klinischen Reaktion einer Nahrungsmittelallergie darstellt, erscheint dieses Verfahren auch nicht sicher prädiktiv.

In dem geschilderten Fall war zudem keine IgE-vermittelte Sensibilisierung nachweisbar und der Atopy-Patch-Test negativ. Dies schließt eine klinisch relevante Allergie zwar nicht gänzlich aus, macht sie aber wenig wahrscheinlich. Der einzig beweisende diagnostische Schritt, der eine einschneidende Diät in diesem Alter rechtfertigen könnte (und das konsequente Weglassen von Kuhmilch stellt beim wachsenden Kind eine einschneidende Diät dar), ist eine kontrollierte orale Provokation. Zwei Faktoren bestärken diese Einschätzung: Zum einen ist bei einer Ekzemverschlechterung als einziges klinisches Zeichen eine Objektivierung besonders schwierig (aber auch besonders notwendig), zum anderen können andere positive Tests in diesem Fall nicht in die Entscheidung einer Diät mit einbezogen werden.

Fazit: Die nasale Provokation ist für die Nahrungsmittelallergie nicht etabliert. In dem geschilderten Fall sollte vor Ein- oder Weiterführung einer kuhmilch- und/oder hühnereifreien Diät eine kontrollierte orale Provokation durchgeführt werden.

Internete für asthma- und neurodermitiskranke Kinder und Jugendliche

Dr. N. G. aus H. fragt:

Ich betreue ein zwölfjähriges Mädchen mit atopischem Ekzem, Nahrungsmittel- und Inhalationsallergien. In der Familie

gibt es erhebliche Probleme. Aufgrund der chronischen Erkrankungen und der familiären Situation möchte die Patientin selber in ein Internat. Ich denke, dass es sinnvoll wäre, wenn dort Erfahrungen mit atopischen Erkrankungen vorhanden wären. Gibt es solche Internate für allergiekranken Kinder und Jugendliche in Deutschland? Können Sie mir mit weiteren Informationen helfen?

Dr. Thomas Spindler, Rehabilitationskinderklinik, Fachkliniken Wangen:



Für Kinder und Jugendliche mit Asthma oder Neurodermitis, bei denen neben der Erkrankung erhebliche Probleme in der Familie oder in der Schule bestehen, gibt es die Möglichkeit eines Internatsaufenthaltes bzw. einer Langzeitrehabilitation. In spezialisierten Internaten werden die Kinder ärztlich und therapeutisch versorgt, sind in Wohngruppen untergebracht und besuchen die Internatsschule. Durch die umfassende Betreuung können die Kinder regelmäßig die Schule besuchen und erreichen dadurch einen angemessenen Schul-

abschluss, der zuhause nicht möglich wäre. Die Schulferien können die Kinder zuhause verbringen.

Kostenträger des Internatsaufenthaltes sind die Sozial- oder Jugendämter. Sie bezahlen den Aufenthalt, ein altersbezogenes Taschengeld und Fahrtkosten. Die Eltern werden in dem Umfang zu den Kosten herangezogen, den sie durch die Abwesenheit des Kindes zuhause einsparen. Dieser Betrag ist einkommensabhängig und von den Familien nach meiner Erfahrung gut zu leisten.

Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn eine ärztlich bestätigte chronische Erkrankung vorliegt, die im häuslichen Umfeld nicht bewältigt werden kann und u. a. zu schulischen Problemen geführt hat. Wenn die körperliche Erkrankung im Vordergrund steht – was bei Asthmatikern der Fall ist –, übernehmen die Sozialämter im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG die Kosten. Liegen die seelischen Probleme im Vordergrund, sind die Jugendämter nach § 35a SGB VIII zuständig. In der Regel entscheidet der Amtsarzt beim Gesundheitsamt, ob die Notwendigkeit gegeben ist und ob Sozial- oder Jugendamt zuständig sind. Da die Kostenübernahme relativ aufwändig ist, ist es am einfachsten, wenn die Eltern die Einleitung der Maßnah-

me gemeinsam mit der Einrichtung vornehmen. Überhaupt wäre der erste sinnvolle Schritt, wenn sich die Eltern mit dem Kind oder Jugendlichen direkt in der Einrichtung vorstellen, damit insbesondere das Kind das Internat kennen lernt und für eine Langzeitmaßnahme motiviert ist.

In Deutschland gibt es zwei Internate, die Langzeitmaßnahmen für asthma- und neurodermitiskranke Kinder und Jugendliche anbieten (das Inselinternat Norderney stellt den Betrieb zum 30.6.2004 ein). Hier die Adressen:

- **Fachkliniken Wangen**
Rehabilitationskinderklinik
Am Vogelherd 4
88239 Wangen/Allgäu
Tel.: 07522-797-1105
Fax: 07522-797-1117
E-Mail: rehabilitationskinderklinik@wz-kliniken.de
Web: www.fachkliniken-wangen.de
- **CJD Asthmazentrum Berchtesgaden**
Buchenhöhe 46
83471 Berchtesgaden
Tel.: 08652-6000-0
Fax: 08652-6000-273
E-Mail: info@asthmazentrum.com
Web: www.cjd-asthmazentrum.de

Aus der Geschichte: Die Forschungen des Charles Richet

Die Entdeckung der Anaphylaxie

Es klingt nach dem Wunschtraum jedes forschenden Mediziners: Auf der Yacht eines reichen Förderers über die Meere segeln, bei dieser Gelegenheit ein medizinisches Phänomen entdecken und dafür den Nobelpreis erhalten. Genau das gelang dem französischen Physiologen Charles Richet: Zusammen mit dem Zoologen Paul Portier fand er 1901, nach einer ozeanographischen Expedition mit Prinz Albert I. von Monaco, die anaphylaktische Reak-

tion. Zwölf Jahre später wurde er für diese Leistung mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet.

Das Gegenteil von Schutz

Eigentlich waren Charles Richet und Paul Portier von Prinz Albert I. eingeladen worden, um an Bord seiner „Princess Alice II.“ nach einem Antiserum gegen das Gift der Portugiesischen Galeere, einer für Bade-

gäste gefährlichen Quallenart, zu suchen. Die beiden Forscher hofften, wie bei der Impfung gegen Infektionskrankheiten auch hier durch die Injektion von subletalen Dosen des Quallengifts eine Schutzwirkung – φυλαξις, phylaxis – zu erzielen. Die Experimente, die Richet und Portier an Hunden durchführten, verliefen jedoch ganz anders: Neptun, eines der Versuchstiere, überstand die erste Injektion ohne Komplikationen und tolerierte auch eine weitere Dosis des

AUS DER **Geschichte**

Gifts, die er drei Tage später erhielt. Als ihm jedoch vier Wochen später erneut eine subletale Giftmenge injiziert wurde, reagierte er aufs heftigste: Neptun bekam Erbrechen und Durchfall, verlor das Bewusstsein und starb 25 Minuten nach der Injektion.

Das Phänomen wiederholte sich bei mindestens sechs weiteren Hunden: Wur-

unter dem Titel „Anaphylaxie“ zusammen. In Anerkennung dieser Arbeiten wurde ihm zwei Jahre später der Nobelpreis für Medizin zuerkannt.

Vielseitige Forschungen

Mit dieser Auszeichnung wurde ein Forscherleben gekrönt, das weit über die Entdeckung der Anaphylaxie hinausreichte. Charles Richet, 1850 in Paris geboren, war zunächst seinem Vater in den Beruf des Chirurgen gefolgt, dann aber bald in die Physiologie gewechselt. Von 1887 bis 1927 Inhaber des Lehrstuhls für Physiologie an der Pariser Sorbonne, arbeitete er unter anderem über



de ihnen zwei oder drei Wochen nach einer ersten Injektion erneut Gift gespritzt, zeigten sie dramatische Reaktionen und starben innerhalb weniger Stunden. Richet und Portier schlossen, dass die Tiere durch die erste Injektion gegen das Gift sensibilisiert wurden – eine Sensibilisierung, die sich in einem Zeitraum von mehreren Tagen aufbaute. Eine erneute Injektion des Giftes rief dann, selbst bei geringer Dosis, die tödlichen Reaktionen hervor. Statt wie erhofft Immunität aufzubauen, war also Immunität beseitigt worden. Es war genau das Gegenteil einer Schutzwirkung, eine *Anaphylaxie*, entstanden. Mit ihrem Aufsatz „De l'action anaphylactique de certains venims“ führten Richet und Portier diesen Begriff 1902 in die medizinische Fachwelt ein.

Anders als Paul Portier setzte Charles Richet seine Forschungen über die Anaphylaxie in den folgenden Jahren noch fort. Er stellte fest, dass nicht nur Toxine, sondern alle Proteine anaphylaktische Reaktionen hervorrufen können, entdeckte die passive Anaphylaxie und entwickelte eine vierstufige Klassifizierung der anaphylaktischen Reaktion. 1911 fasste er seine Erkenntnisse in einer Monographie

das Verdauungssystem, das Nervensystem und die Temperaturregulierung bei Mensch und Tier. Richet gilt zudem als Mitbegründer der Serumtherapie. Neben seinen medizinischen Studien schrieb er aber auch belletristische und philosophisch-pazifistische Werke und widmete sich sogar der Parapsychologie und Metaphysik. Als Anhänger der beginnenden Luftfahrt beteiligte er sich darüber hinaus an der Entwicklung eines der ersten Flugzeuge. 1935 starb Charles Richet im Alter von 85 Jahren in Paris.

Quellen:

[1] La découverte de l'anaphylaxie. www.leplaisirdesdieux.com/LePlaisirDesDieux/AAIHP/InternatDeParis/IDP18ANAPHYLAXIE.html (Oktober 1998).

[2] Rojido GM (2001). One hundred years of anaphylaxis. *Allergol Immunol Clin* 16: 364-368. <http://revista.seaic.es/diciembre2001e/364-368.PDF>

[3] Charles Robert Richet. www.whonamedit.com/doctor.cfm/410.html

[4] L'Anaphylaxie. http://fr.encyclopedia.yahoo.com/articles/jb/jb_2276_p0.html (2001).

15. bis 19. September 2004, Eurogress Aachen

Allergie-Kongress Aachen 2004

1. Gemeinsamer Kongress



28. Kongress des
Ärzteverbandes
Deutscher Aller-
gologen (ÄDA)



23. Tagung der Deutschen
Gesellschaft für
Allergologie und klinische
Immunologie (DGAI)



7. Jahrestagung der
Gesellschaft für Pädia-
trische Allergologie und
Umweltmedizin (GPA)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist uns eine besondere Freude, Sie zum ersten gemeinsamen Kongress der drei großen allergologischen Fachgesellschaften im September 2004 in die Kaiserstadt Aachen einzuladen.

Wir hoffen, dass Sie vom Charme der Stadt und ihrer Umgebung sowie ihren vielfältigen Kontrasten überrascht sein werden, die sich aus der besonderen historischen Tradition zwischen dem Krönungsort der meisten deutschen Kaiser und dem Standort einer der führenden Technischen Hochschulen Europas ergeben.

Wir tagen im Eurogress, dem zentralen Kongressort in Aachen, nur wenige Gehminuten entfernt vom berühmten historischen Zentrum mit dem Dom Karls des Großen und dem heutigen Rathaus, an dessen Stelle früher die Kaiserpfalz des großen Karolingers stand. Unser

Begleitprogramm wird Ihnen in der Stadt einige besonders interessante Orte vorstellen. So werden ein Orgelkonzert im Dom und der Gesellschaftsabend in der Aula Carolina, dem Ort des Karlspreis-Dinners, stattfinden.

Das wissenschaftliche Programm spiegelt die Vielfalt der Themen in der modernen Allergologie wider, aber auch die unterschiedlichen Rahmen, in denen sie vermittelt werden können und wie sie sich in den



Der Dom zu Aachen

vergangenen Jahren in teils unterschiedlicher Gewichtung in den drei Fachgesellschaften etabliert haben. Der gegenwärtige Einfluss gerade Aachener Politiker auf die Gestaltung der Gesundheitspolitik wie auch die eine Woche nach dem Kongress stattfindende Kommunalwahl in Nordrhein-Westfalen legen nahe, auch unser politisches Umfeld auf diesem Kongress zu diskutieren. Am Sonntag öffnen wir die Türen im Rahmen einer pinas-Veranstaltung weit für alle an der Allergie Interessierten. Die Programmübersicht können Sie sowohl diesem Heft als auch in jeweils aktualisierter Form dem Internet (www.allergie-kongress-2004.de) entnehmen. Wir hoffen, dass Ihnen dieses Programm und dieser Ausblick auf den Kongress zusagen und wir Sie im September 2004 in der Kaiserstadt begrüßen dürfen.

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. med. Hans F. Merk Dr. med. Frank Friedrichs

Organisatorische Hinweise

Kongressort

Eurogress Aachen, Monheimsallee 48, 52062 Aachen

Tagungspräsidenten

Univ.-Prof. Dr. med. Hans F. Merk
Klinik für Dermatologie u. Allergologie, Univ.-Klinikum der RWTH Aachen
Dr. med. Frank Friedrichs
Kinderärztliche Praxisgemeinschaft Aachen-Laurensberg

Internet

www.allergie-kongress-2004.de

Kongressorganisation

Service Systems GbR
Carin Fresle und Ursula Raab
ÄDA-Geschäftsstelle, Blumenstr. 14, 63303 Dreieich
Tel.: 06103-63657, Fax: 06103-67674, E-Mail: aeda@sersys.de

Kongresssekretariat Aachen

Elke Dovern
Kinderärztliche Praxisgemeinschaft Aachen-Laurensberg
Rathausstr. 10, 52072 Aachen
Tel.: 0241-171096 (08.30-13.00 Uhr), Fax: 0241-174349
E-Mail: dovern@kinderarztpraxis-laurensberg.de

Anmeldeschluss für Abstracts

Wissenschaftliche Arbeiten, die in Aachen als Vorträge oder Poster präsentiert werden sollen, können bis zum 16. Mai 2004 eingereicht werden.

Hauptprogramm

Das Hauptprogramm wird im August 2004 an alle Mitglieder des ÄDA, der DGAI und der GPA und an die angemeldeten Nichtmitglieder verschickt, auf der Homepage des Kongresses veröffentlicht und kann außerdem bei der Kongressorganisation angefordert werden.

Zertifizierung

Die Tagung wird als Fortbildungsveranstaltung von der Deutschen Akademie für Allergologie und Umweltmedizin (DAAU) und von der Ärztekammer Nordrhein zertifiziert werden.

Wissenschaftliches Programm

Mittwoch, 15. September 2004

Vormittags

Sitzungen der DGAI-Sektionen

Nachmittags

Joint Symposium DGAI/EAACI Immunology Section

abap-Symposium: Allergie-Prävention

Internationales Symposium: Allergy in europe

Vorsitz: *Prof. Dr. Schultze-Werninghaus, N. N.*
Prof. Dr. van Cauwenberge: Allergy research in europe
Prof. Dr. Bousquet: SIT in europe
Prof. Dr. Dr. Ring: Allergie und Umwelt
Prof. Dr. Wahn: Perspektiven der Allergologie in Europa

Vorstandssitzungen ÄDA, DGAI, GPA

Pressekonferenz

Feierliche Eröffnung mit Preisverleihungen der drei Gesellschaften

Eröffnungsfeier im Eurogress

Donnerstag, 16. September 2004

Vormittags

Plenum 1

08.30 - 10.30 Uhr

Molekulare Allergologie

Keynote lecture: *Prof. Dr. Jürgen Knop:*
Regulatorische T-Zellen – Mögliche Bedeutung für die Klinik

Symposien

11.00 - 12.30 Uhr

- | | |
|-------------|--------------------------------------------------------|
| Symposium 1 | Genetik und molekulare Epidemiologie |
| Symposium 2 | Urtikaria und Angioödem |
| Symposium 3 | United Airways: Rhinitis und Asthma |
| Symposium 4 | Erdnussallergie |
| Symposium 5 | Klinische Forschergruppen: Allergologie in Deutschland |

Industriesymposien

13.00 - 14.30 Uhr

Nachmittags

Symposien

- | | | |
|-------------------|--------------|-----------------------------|
| 15.00 - 16.30 Uhr | Symposium 16 | Atopisches Ekzem |
| | Symposium 17 | Virusinfektion und Allergie |
| | Symposium 18 | Hyposensibilisierung I |
| | Symposium 19 | In-vitro-Diagnostik I |

Industriesymposien

15.00 - 16.30 Uhr

Seminare

- | | | |
|-------------------|------------|------------------------------------------------|
| 17.00 - 18.00 Uhr | Seminar 1 | Mastozytose |
| | Seminar 2 | Spezielle Aspekte der Nahrungsmittelallergie |
| | Seminar 3 | Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen |
| | Seminar 4 | Autoimmunerkrankungen |
| | Seminar 5 | Pädiatrische Rehabilitationsmedizin |
| | Seminar 14 | Nasale Provokationstestung |

Freie Vorträge

17.00 - 18.00 Uhr

Politikforum: Allergologie in Deutschland

Teilnehmer: *Dr. Leonard Hansen, Dr. med Rudolf Henke, Prof. Dr. Jörg Dietrich Hoppe, Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach, Frau Bundesministerin Ulla Schmidt* (angefragt)
Eingangsstements: *Dr. Ernst Rietschel, Dr. Josef Wenning*

Kongress-Blues-Night (Livekonzert)

Freitag, 17. September 2004

Vormittags

Plenum 2

08.30 - 10.30 Uhr

Spezifische Immuntherapie

Keynote lecture: *Prof. Dr. Kurt Blaser:*
Immunregulation bei der Spezifischen Immuntherapie

Symposien 11.00 - 12.30 Uhr	Symposium 6	Pharmakotherapie allergischer Erkrankungen
	Symposium 7	Neurogene Mechanismen allergischer Erkrankungen
	Symposium 8	Allergiediagnostik bei Kindern und Jugendlichen
	Symposium 9	Kontaktdermatitis
	Symposium 10	Insektengiftallergie

Industriesymposien
13.00 - 14.30 Uhr

Nachmittags

Symposien 15.00 - 16.30 Uhr	Symposium 20	Asthma bronchiale
	Symposium 21	Hyposensibilisierung II
	Symposium 22	Allergische Alveolitis und allergische bronchopulmonale Aspergillose
	Symposium 23	Anaphylaxie

Industriesymposien
15.00 - 16.30 Uhr

Seminare 17.00 - 18.00 Uhr	Seminar 7	In-vitro Diagnostik II
	Seminar 8	Pädiatrische Immunologie
	Seminar 9	Workshop für Ernährungsfachkräfte und Ärzte
	Seminar 10	Umweltmedizin
	Seminar 11	Aktuelle Entwicklungen in der Allergologie
	Seminar 13	Psychische Aspekte in der Allergologie

Freie Vorträge
17.00 - 18.00 Uhr

Mitgliederversammlung der DGAI
18.00 - 19.00 Uhr

Mitgliederversammlung der WAPA
18.00 - 19.00 Uhr

Orgelkonzert im Dom
(19.00 - 20.00 Uhr)

Gesellschaftsabend in der Aula Carolina
(Beginn 20.00 Uhr)



Das Aachener Rathaus

Samstag, 18. September 2004

Vormittags

Plenum 3 **Prävention atopischer Erkrankungen**
08.30 - 10.30 Uhr
Keynote lecture: *Prof. Dr. Ulrich Wahn*:
Prävention atopischer Erkrankungen 2004

Symposien 11.00 - 12.30 Uhr	Symposium 11	Umweltmedizin
	Symposium 12	Berufsbedingte Allergien
	Symposium 13	Nahrungsmittelallergien
	Symposium 14	Spezifische Immuntherapie
	Symposium 15	Arzneimittelallergien

Posterdiskussion mit Moderation
12.15 - 13.00 Uhr

Industriesymposien
13.00 - 14.30 Uhr

Nachmittags

Plenum 4: Highlights des Jahres 2004

14.45 - 16.45 Uhr

Prof. Dr. Gerhard Schultze-Werninghaus:
Asthma bronchiale und allergische Rhinitis

Prof. Dr. Alexander Kapp: Dermatoallergologie

Prof. Dr. Heidrun Behrendt: Umweltmedizin

Prof. Dr. Thomas Fuchs: Spezifische Immuntherapie

Mitgliederversammlung des ÄDA
12.15 - 13.00 Uhr

Sonntag, 19. September 2004

MSD-pina-Aktionstag – Aachener Allergie-Informationstag –

Veranstalter: pina e.V. und der Allergie-Kongress
2004 Aachen



in Zusammenarbeit mit:

- Aktionsbündnis Allergieprävention e. V. (abap)
- Ärzterverband Deutscher Allergologen e. V. (ÄDA)
- Deutscher Allergie- und Asthmabund e. V. (DAAB)
- Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e. V. (GPA)
- Arbeitskreis Asthma bronchiale im Kindesalter Aachen e. V. (AbiKA)
- Arbeitskreis Neurodermitis im Kindesalter Aachen e. V. (ANIKA)
- Selbsthilfegruppe für Eltern von Kindern mit Neurodermitis Aachen e. V. (SENA)

Plenum
10.30 Uhr *Prof. Dr. Ulrich Wahn*: Vom Heuschnupfen zum Asthma

Dr. Imke Reese: Allergien durch Nahrungsmittel

Prof. Dr. Uwe Gierler: Haut und Seele

Workshops
12.30 - 13.30 Uhr

- Asthma und Heuschnupfen
- Neurodermitis
- „Mein allergischer Enkel“, Seminar für Großeltern allergischer Kinder und Jugendlicher
- Kontaktexzeme
- Nahrungsmittelallergie

Anmeldeformular Allergie-Kongress Aachen 2004



Service Systems
Blumenstraße 14

D-63303 Dreieich

Faxantwort: 06103/697019

Titel, Name	Vorname
Praxis/Institut/Klinik	
Straße	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail
Ich bin Mitglied <input type="checkbox"/> ÄDA <input type="checkbox"/> DGAI <input type="checkbox"/> GPA	Ich möchte Mitglied werden <input type="checkbox"/> ÄDA <input type="checkbox"/> DGAI <input type="checkbox"/> GPA

Teilnehmergebühren	bis 15.08.	danach	Betrag in Euro
Mitglied ÄDA/DGAI/GPA	100 €	125 €	_____
Nichtmitglied	150 €	175 €	_____
Pflegeberuf, Arzthelferin, AiP, Doktorand	15 €	15 €	_____
Tageskarte Mitglied	50 €	65 €	_____
Tageskarte Nichtmitglied	75 €	90 €	_____
Eröffnungsfeier, 15.09.2004 (kostenfrei)			<input type="checkbox"/> ja
Domkonzert, 17.09.2004 (kostenfrei)			<input type="checkbox"/> ja
Gesellschaftsabend, 17.09.2004 (€ 35,00 ohne Getränke, begrenzte Teilnehmerzahl)			_____
Gesamtsumme			=====

Die Bezahlung erfolgt per Überweisung per Verrechnungsscheck

Kontoverbindung:
 Service Systems „Aachen 2004“
 Konto-Nr.: 80 660 6032
 BLZ: 50592200, Volksbank Dreieich
 BIC: GENODE 51 DRE
 IBAN: DE11 50592200 080 6606032

Bitte füllen Sie für jeden Teilnehmer ein separates Anmeldeformular aus!

Bei Sammelüberweisungen bitte die Namen aller Teilnehmer einzeln auflühren, damit die Zahlung zugeordnet werden kann.

Ort, Datum **Unterschrift**

Anmeldeformular Fortbildungsprogramm

Während des Allergie-Kongresses Aachen 2004 findet ein umfangreiches Fortbildungsprogramm für Ärzte und nichtärztliche Mitarbeiter aus Kliniken und Praxen statt. Da die Teilnehmerzahlen für diese Kurse i. d. R. begrenzt sind, bitten wir um gesonderte Anmeldung mit diesem Formular. Bei einigen Seminaren ist die Anmeldung direkt beim Veranstalter erforderlich. Nähere Informationen zu den Kursen finden Sie im gedruckten Kongressprogramm, das im August 2004 verschickt wird, oder auf der Kongress-Homepage unter www.allergie-kongress-2004.de/programm.htm. Von dort kann das ausführliche wissenschaftliche und Fortbildungsprogramm des Kongresses heruntergeladen werden.

Achtung: Diese Anmeldung ist nur mit gleichzeitiger Kongressanmeldung (siehe vorhergehende Seite) gültig!

Titel, Name	Vorname
Praxis/Institut/Klinik	
Straße	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail

Seminar	Gebühr	Betrag in Euro
Allergologie der Erwachsenenmedizin (Donnerstag, 16.9., 8.30-17.00 Uhr)	50 €	_____
Allergologie in der kinderärztlichen Praxis/Ambulanz (Donnerstag, 16.9., 8.30-17.00 Uhr)	50 €	_____
Ernährungsberatung im 1. Lebensjahr (Freitag, 17.9., 14.00-17.00 Uhr)	20 €	_____
Orale Provokationstestung (Samstag, 18.9., 9.00-12.00 Uhr)	20 €	_____
Praktische Aspekte der inhalativen Therapie (Freitag, 17.9., 9.00-12.00 Uhr)	20 €	_____
PARI Inhalationssysteme (Samstag, 18.9., 9.00-12.00 Uhr)	kostenfrei	<input type="checkbox"/> ja
Einführung in die „Gute klinische Praxis“ (Freitag, 17.9., 14.00-18.00 Uhr)	35 €	Anmeldung b. Verant.
Basis- und Aufbau-Seminare Spirometrie (Mittwoch, 15.9., und Donnerstag, 16.9., ganztägig)	25/15/30 €	Anmeldung b. Verant.
Ausbildung zur Allergiefachassistentin (Donnerstag, 16.9., 9.00-18.00 Uhr, Freitag, 17.9., 9.00-18.00 Uhr, Samstag, 18.9., 9.00-12.00 Uhr)	270 €	_____
Ausbildung zum Asthmatrainer (Mittwoch, 15.9., und Donnerstag, 16.9., ganztägig)	595 €	Anmeldung b. Verant.
Ausbildung zum Neurodermitstrainer (Mittwoch, 15.9., und Donnerstag, 16.9., ganztägig)	450 €	Anmeldung b. Verant.
Ausbildung zur Präventionsassistentin (Freitag, 17.9., und Samstag, 18.9., ganztägig)	490 €	Anmeldung b. Verant.
Allergie im Internet, Seminar 1 (Freitag, 17.9., 11.00-12.00 Uhr)	10 €	_____
Allergie im Internet, Seminar 2 (Samstag, 18.9., 13.30-14.30 Uhr)	10 €	_____
Notfallseminar, Seminar 1 (Freitag, 17.9., 14.00-18.00 Uhr)	60 €	_____
Notfallseminar, Seminar 2 (Samstag, 18.9., 9.00-13.00 Uhr)	60 €	_____
Gesamtsumme		=====

Ort, Datum	Unterschrift
-------------------	---------------------

Das „Netzwerk Kindergesundheit und Umwelt“ (www.netzwerk-kindergesundheit.de) hat in der „Kinderagenda 2001 – Vorschläge für eine enkeltaugliche Politik“ u. a. die Einführung des Kinderwahlrechts gefordert. Das Netzwerk sieht das Kinderwahlrecht als einen wesentlichen Grundpfeiler für eine den langfristigen Kinderinteressen verpflichtete Zukunftsgestaltung. Auch innerhalb des Vorstandes der Gesellschaft Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin hat diese Forderung zu einigen Diskussionen geführt mit dem damaligen Ergebnis, die Kinderagenda nicht zu unterschreiben.

In der Tat ist das Kinderwahlrecht sehr facettenreich und deshalb in der Gesamtgesellschaft umstritten. Mit einem interfraktionellen Antrag im Deutschen Bundestag haben sich im September 2003 insgesamt 46 Abgeordnete, der Bundestagspräsident und eine Vizepräsidentin unter dem Titel „Mehr Demokratie wagen durch ein Wahlrecht von Geburt an“ für die Einführung eines Kinderwahlrechts ausgesprochen. Der Antrag enthält kurz gefasst die wesentlichen Begründungen für ein Kinderwahlrecht. Um auch die Diskussion in unserer Fachgesellschaft anzuregen, ist er im Folgenden abgedruckt.
Dr. Thomas Lob-Corzilius

Interfraktioneller Antrag im Deutschen Bundestag

„Mehr Demokratie wagen durch ein Wahlrecht von Geburt an“

Der Bundestag wolle beschließen:

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die demografische Entwicklung in Deutschland gefährdet die Zukunft unserer Gesellschaft. Die Probleme der deutschen Gesellschaft der Zukunft sind nur zu bewältigen, wenn im Generationenvertrag auch die junge Generation berücksichtigt und Kindern und den sie großziehenden Eltern ein ihrer Bedeutung für die Zukunft unserer Gesellschaft angemessener Stellenwert eingeräumt wird. Die Gesellschaft insgesamt muss kinderfreundlicher werden, die Bereitschaft junger Erwachsener, Eltern zu werden, muss gestärkt und die zahlreichen Probleme und Nachteile für Familien mit Kindern müssen abgebaut werden.

Der in Artikel 38 Abs. 2 des Grundgesetzes festgelegte Ausschluss der Kinder und Jugendlichen vom Wahlrecht vereitelt jedoch eine angemessene Berücksichtigung der jungen Generation im politischen Willensbildungsprozess unserer Gesellschaft und passt weder in die Gesamtsystematik unserer demokratischen Ordnung, noch überzeugt er inhaltlich. Das Wahlrecht ist ein in einer Demokratie unverzichtbares Grundrecht. Wer Kindern und Jugendlichen das Wahlrecht grundsätzlich weiter vorenthält, stellt einerseits die prinzipielle Gleichheit der Staatsbürger in Frage und

leistet andererseits einer Politik Vorschub, die zu einer Verlagerung von Lasten auf die nächste Generation tendiert.

Nach Artikel 20 Abs. 2 des Grundgesetzes geht alle Staatsgewalt vom Volk aus und wird vom Volk in Wahlen und Abstimmungen ausgeübt. Das Volk gemäß Artikel 20 des Grundgesetzes ist das Staatsvolk und umfasst alle Deutschen. Dieses Bekenntnis zur Demokratie in Artikel 20 des Grundgesetzes beschränkt das Volk als primären Träger aller Staatsgewalt dem Wortlaut nach also nicht auf die volljährigen Deutschen. Durch die so genannte Ewigkeitsgarantie des Artikels 79 Abs. 3 des Grundgesetzes gehört dieser Artikel 20 zu den einer Änderung nicht zugänglichen Vorschriften unserer Verfassung. In Artikel 38 Abs. 2 des Grundgesetzes wird allerdings das Wahlrecht zum Deutschen Bundestag an die Vollendung des 18. Lebensjahres gebunden. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren – und damit 20 Prozent des Volkes – ist so generell ein Einfluss auf die Ausübung der Staatsgewalt versagt. Dies zu ändern, ist eine politische Entscheidung, deren Umsetzung eine Änderung von Artikel 38 des Grundgesetzes und weiterer einfacher Gesetze bedarf. Dabei sind unterschiedliche Realisierungsvarianten im Detail denkbar.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf

zur Einführung eines Wahlrechts ab Geburt durch Änderung des Artikel 38 des Grundgesetzes und erforderlicher weiterer gesetzlicher Änderungen vorzulegen. Dabei ist ein Wahlrecht ab Geburt dergestalt vorzusehen, dass die Kinder zwar Inhaber des Wahlrechtes werden, dieses aber treuhänderisch von den Eltern bzw. Sorgeberechtigten als den gesetzlichen Vertretern ausgeübt wird. Für den Fall, dass sich die Eltern nicht in der Ausübung des Kinderwahlrechts einigen können, sollte eine einfache und beide Elternteile möglichst gleich berechtigende Regelung vorgesehen sein.

Berlin, den 11. September 2003

Begründung

Unsere Gesellschaft verschiebt finanzielle, soziale und viele andere Lasten in die Zukunft und raubt so den künftigen Generationen ihre Zukunftschancen. Wären die Familien mit ihren Kindern sowie die Kinder und Jugendlichen selbst dank eines Wahlrechts ab Geburt eine bedeutendere politische Größe, bestünde eher die Chance, ihren Interessen im politischen Prozess Geltung zu verschaffen. Politische Entscheidungen in der Demokratie sind nicht nur an ihrer sachlichen Notwendigkeit, sondern auch an der Wählerwirksamkeit orientiert.

Der gesellschaftliche Generationenvertrag ist nicht zuletzt deshalb auf die Generation der Erwerbstätigen und die Generation der nicht mehr Erwerbstätigen beschränkt, weil die Generation der noch nicht Erwerbstätigen von der Relevanz als Wählergruppe weitgehend ausgeschlossen ist.

Höchstrichterliche Entscheidungen der letzten Jahre zeigten die unangemessene Familienbesteuerung und die Benachteiligung von Alleinerziehenden und Familien mit Kindern in der gesetzlichen Pflegeversicherung auf. Diese und andere Formen der Benachteiligung von Familien sind keineswegs zwischenzeitlich rechtlich beseitigt. Die Realität zeigt: Immer noch sind Kinder, insbesondere mehrere, eines der größten Armutsrisiken in Deutschland, vor allem für Alleinerziehende. Doch nicht nur die Familien von heute leiden unter dieser Verteilungsgerechtigkeit, auch die Kinder als die Erwachsenen von morgen finden ihre Interessen in der politischen Wirklichkeit derzeit nicht angemessen berücksichtigt. Eine Generationengerechtigkeit gibt es für Kinder schon lange nicht mehr.

Dabei ist aufgrund der demografischen Entwicklung von einer weiteren erheblichen Verschlechterung der politischen Interessenvertretung der jungen Generation auszugehen. Der Einfluss von Familien auf politische Entscheidungen wird aufgrund ihres abnehmenden Bevölkerungsanteils noch weiter zurückgehen. Bevölkerungswissenschaftler erwarten, dass um das Jahr 2030 jeder dritte Bundesbürger 60 Jahre und älter sein wird. Wir können die Zukunft der Familien und damit unserer ganzen Gesellschaft nur sichern, wenn wir den Familien die Chance geben, auf politische Entscheidungen stärker Einfluss zu nehmen als bisher.

Aufzuheben ist dieser Mangel im politischen System nur durch die Ausweitung der politischen Repräsentation auf die junge Generation, der diese bislang vorenthalten bleibt. In politischen Entscheidungsprozessen stiegen mit dem Wahlrecht ab Geburt die Chancen, familien- und

kinderfreundliche Politik durchzusetzen. Die politischen Parteien würden ihr Handeln deutlicher als jetzt auf diese Wählergruppen ausrichten.

Dabei ist – anders als bei anderen Überlegungen zur Ausweitung des Wahlrechts – nicht von einer grundsätzlichen Verschiebung innerhalb des parteipolitischen Spektrums auszugehen. Die Zahl der Wahlberechtigten würde nach heutiger Bevölkerungsstruktur um ca. 13,8 Millionen steigen. Es geht bei der Verwirklichung eines Wahlrechts ab Geburt mithin zum einen um zentrale Fragen des Demokratieverständnisses – und zum anderen um die Zukunft unserer Gesellschaft.

Das in Artikel 20 Abs. 2 des Grundgesetzes verankerte demokratische Prinzip umfasst die Grundsätze der Allgemeinheit und Gleichheit von Wahlen. Wenn die gesamte im Staat vorhandene Herrschaftsgewalt vom deutschen Volke ausgeht, müssen alle zu diesem Staatsvolk gehörenden Menschen als prinzipiell gleich angesehen und in das Wahlrecht einbezogen werden.

Dass dennoch Kinder und Jugendliche nach Artikel 38 Abs. 2 des Grundgesetzes ausgeschlossen sind, wird damit begründet, dass das Wahlrecht eine gewisse Beurteilungs- und Verstandesreife des Wahlberechtigten voraussetze. Bei Volljährigen wird jedoch diese Beurteilungsfähigkeit generell unterstellt, selbst wenn sie im Einzelfall nicht gegeben sein mag. Insofern wird das Kriterium der Verstandesreife keineswegs konsequent angewendet. Im Übrigen

wird die Beurteilungsfähigkeit in unserer Verfassung nicht grundsätzlich zur Voraussetzung für die Gewährung von Grundrechten gemacht, so beispielsweise bei den Rechten nach den Artikeln 1 bis 3.

Die Rechtsfähigkeit nach § 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs beginnt mit der Vollendung der Geburt, auch wenn die volle Geschäftsfähigkeit erst mit der Volljährigkeit beginnt. Das Problem des Auseinanderfallens von Rechtsinhaberschaft des Kindes bei gleichzeitiger Unfähigkeit, diese Rechte selbst auszuüben, ist in § 1626 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelöst: Sofern es erforderlich ist, nehmen die Eltern als Personensorgeberechtigte die Rechte ihres Kindes in dessen Interesse wahr. Entsprechendes sollte beim Wahlrecht von Geburt an gelten. Eltern sollten bei der Ausübung des Wahlrechtes in Stellvertretung ihres Kindes dessen wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln berücksichtigen. Die Wahlentscheidung sollte von den Eltern, soweit es nach dem Entwicklungsstand des Kindes angezeigt ist, mit dem Kind besprochen werden.

Der allgemein anerkannte Grundsatz der Höchstpersönlichkeit der Wahl kann beim Wahlrecht ab Geburt nicht gewährleistet werden, ist aber auch nicht ausdrücklich in der Verfassung verankert. Die Höchstpersönlichkeit wird auch in der heutigen Praxis bereits durchbrochen. Die Möglichkeiten zur Briefwahl und Beauftragung eines Wahlhelfers sind klare Abweichungen vom Grundsatz der Höchstpersönlichkeit und werden doch nicht in Frage gestellt. Alte Demokratien wie Frankreich oder England gestatten ihren Bürgern bei der Wahl die Vertretung. So ist auch beim Wahlrecht ab Geburt eine Ausnahme von der Höchstpersönlichkeit möglich. Keinesfalls ist der Rechtsgrundsatz der Höchstpersönlichkeit der Wahl aber der prinzipiellen Beteiligung des gesamten Staatsvolkes an der Staatsgewalt in einer Demokratie vorzuziehen.



Zwei Wahlstimmen der Eltern plus eine Stimme für jedes Kind – ergibt das vier Stimmen für eine kinderfreundliche Politik? Abgeordnete aller Bundestagsfraktionen fordern jetzt die Einführung eines Wahlrechts ab Geburt.

Deutscher Bundestag, Drucksache 15/1544 v. 11.09.2003

Elternfragen zum Thema alimentäre Allergieprävention

Fragen an die Kinderumwelt gGmbH und an pina e.V.

Sabine Schmidt, Kinderumwelt gGmbH, Osnabrück

Kostaufbau im zweiten Lebenshalbjahr

? *Ich habe Neurodermitis und eine achtmonatige Tochter. Da ich gehört habe, dass in HA-Nahrung noch unveränderte Kuhmilch enthalten ist, möchte ich dies nicht füttern, will aber abstillen (mein Kind bekommt Muttermilch, milchfreie Breie, Obst/Gemüse/Fleisch.)*

! Da Sie selbst eine Neurodermitis haben, besteht für Ihr Kind ein besonderes Risiko für die Entwicklung einer Neurodermitis. Wenn Ihre Tochter aber bis jetzt keine Allergiesymptome entwickelt hat, haben Sie die wichtigste Zeit (erstes Lebenshalbjahr) für die Allergieprävention gut gemeistert.

Sie sollten jetzt im zweiten Lebenshalbjahr einen vorsichtigen weiteren Kostaufbau durchführen und nur auf häufig und stark allergieauslösende Nahrungsmittel wie Fisch, Hühnerei und Nüsse (auch Erdnüsse) verzichten.

Allergiegefährdete Säuglinge, die bislang keine Kuhmilchallergie entwickelt haben, dürfen ab dem siebten Monat Kuhmilch bekommen. Die Entscheidung darüber sollte allerdings in enger Absprache mit dem Kinderarzt erfolgen. Ob die Verwendung von HA-Milchen – die im ersten Lebenshalbjahr die Allergieentwicklung verringern – im zweiten Lebenshalbjahr einen zusätzlichen vorbeugenden Effekt hat, ist durch Studien nicht belegt.

Sojamilch, Ziegenmilch und andere Milchen von Schaf oder Stute können Kreuzallergene mit Kuhmilch enthalten und selbst

Allergien auslösen. Sie stellen somit bezüglich der Allergievorbereitung keinen Vorteil gegenüber der Kuhmilch dar.

Milchprodukte bei Allergiegefährdung?

? *Da mein Sohn (zwölf Monate alt) durch mich allergiegefährdet ist, habe ich ihn über sechs Monate voll gestillt und mit Einführung der Beikost sämtliche Milchmahlzeiten weiterhin von der Brust gegeben. Da er nun ein Jahr alt ist, möchte ich nun ganz abstillen. Welche Milch sollte ich verwenden? Wie sieht es mit der Einführung anderer Milchprodukte wie Butter, Sahne, Käse usw. aus? Eine Milchunverträglichkeit ist nicht bekannt in der Familie.*

! Eine spezielle allergenreduzierte Milch wäre bei Ihrem Sohn nur notwendig, wenn sich eine Kuhmilchallergie entwickelt haben sollte.

Einen zusätzlich vorbeugenden Effekt hat die Anwendung einer HA-Milch oder einer kuhmilchfreien Milch nach dem zwölften Lebensmonat nicht mehr. Auch andere Milchprodukte können zu seinem Speiseplan gehören.

Die einzige Empfehlung, die noch als Vorsichtsmaßnahme gegeben werden könnte, ist, Fisch und Nüsse auch im zweiten Lebensjahr vorsichtig oder noch gar nicht einzusetzen.

Nur wenn sich Nahrungsmittelallergien bei Ihrem Kind zeigen, ist noch eine spezielle Diät im 2. Lebensjahr erforderlich.

Freuen Sie sich darüber, dass Ihr Sohn

bisher keine Symptome aufweist und sich bisher wahrscheinlich noch nicht sensibilisiert hat, und darüber, dass die Ernährung jetzt deutlich gelockert werden kann.

Verdacht auf Kuhmilchallergie

? *Im zweiten Lebensjahr wollen wir Milchprodukte geben. Ist eine Reihenfolge wichtig? Sind gesäuerte Produkte verträglicher als pure Milch? Ich hatte den Verdacht, dass mein Sohn in der Stillzeit litt, wenn ich Milch zu mir nahm, während Joghurt oder Sahne problemlos waren.*

! Es ist richtig, dass oftmals durch die Bearbeitung von Nahrungsmitteln (Erhitzen, Fermentierung mit Denaturierung der Einweiße) die darin enthaltenen Allergene (Eiweißbausteine) so verändert (zerkleinert) werden, dass der Körper sie nicht mehr als Allergen erkennt und trotz vorhandener Allergie nicht reagiert. Dies ist auch das Prinzip der hypoallergenen Milchen.

Das Gesagte gilt aber nicht für alle Nahrungsmittelallergene und somit nicht für alle Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelallergiker. Deshalb werden bei nachgewiesener Allergie meist strenge Regeln für die Diät aufgestellt.

Im geschilderten Fall sollten Sie wegen der Verdachtsmomente gegen die Milch klären, ob bei Ihrem Sohn eine Kuhmilchallergie vorliegt. Sprechen Sie mit Ihrem Kinderarzt über das weitere Vorgehen.

Liegt eine Kuhmilchallergie vor, sollten zur Sicherheit alle Milchprodukte zumin-

dest für ein Jahr weggelassen werden und erst nach einer Nachtestung und der Bestätigung der Verträglichkeit Milch und Milchprodukte gegeben werden.

Bestätigt sich der Verdacht auf eine Milchallergie nicht, können Sie seinem Alter und seinen Vorlieben entsprechend Milch und Milchprodukte füttern und müssen nicht aus Gründen der Vorbeugung Vollmilch meiden.

Pre-Nahrung oder Vollmilch?

? *Meine Tochter ist sechseinhalb Monate alt. Sie erhält seit zwei Wochen einen Gemüse-Kartoffel-Brei. Als nächstes möchte ich den Milch-Getreide-Brei einführen. Gibt es aus allergologischer Sicht Vorteile, den Brei nicht mit Vollmilch, sondern mit Pre/1-er Nahrung anzurühren? Ich selber habe leichten Heuschnupfen.*

! Zwischen einer Pre/1-er Nahrung oder Vollmilch bzw. H-Milch zur Zubereitung von Breien gibt es aus allergologischer Sicht keine Unterschiede, da beide Milchen unveränderte Kuhmilchallergene enthalten. Auch gängige Milchfertigbreie enthalten Kuhmilch und damit Kuhmilchallergene.

Falls Sie bisher gestillt bzw. hypoallergene Milch gegeben haben, führen Sie mit einem so zubereiteten Brei nun Kuhmilchallergene in die Ernährung ein. Dies wäre im Alter von über sechs Monaten und bei einem eher geringeren Allergierisiko auch vertretbar. Die Daten zeigen keine eindeutige zusätzliche Wirkung einer kuhmilchallergenarmen bzw. -freien Kost auf die Allergievorbeugung über den sechsten Lebensmonat hinaus.

Anders ist die Situation allerdings, wenn eine Kuhmilchallergie vorliegt. In einem solchen Fall dürfen nur kuhmilchfreie verträgliche Nahrungsmittel verwendet werden.

Kann man Ziegenmilch empfehlen?

? *Ich bin verwirrt von den widersprüchlichen Aussagen zu der Möglichkeit, Kinder und Säuglinge mit Ziegenmilch und Babynahrung auf Zie-*

genmilchbasis (Bambinchen) zu ernähren. Wann kann man Ziegenmilchprodukte empfehlen und wann nicht?

! Für junge Säuglinge ist nicht modifizierte, nicht-adaptierte Ziegenmilch nicht geeignet. Ziegenmilch hat im Vergleich zu Frauenmilch vor allem einen höheren Eiweiß- und Mineralstoffgehalt. Die Nährstoffgehalte sind der Kuhmilch ähnlich, jedoch mit einem deutlich niedrigeren Anteil an Folsäure und Vitamin B 12. Die Ernährung von Säuglingen allein mit nicht modifizierter Ziegenmilch hätte das Risiko einer makrozytären hyperchromen Anämie (spezielle Form der Blutarmut) zur Folge [1].

Der Einsatz alternativer Tiermilch als Milchanteil in einer gemischten Kost einschließlich Fleisch (z. B. mit dem „Ernährungsplan für das erste Lebensjahr“) im zweiten Lebenshalbjahr kann bei gesunden Kindern ohne Allergie akzeptiert werden [1]. Auch eine in der Zusammensetzung angepasste und als Säuglingsmilch zugelassene Nahrung auf Ziegenmilchbasis kann eingesetzt werden.

Zur Allergievorbeugung ist diese Ziegenmilch genau wie Schaf-, Stuten- und Sojamilch aber nicht geeignet und bietet keinerlei Vorteile im Vergleich zu hydrolysierten Säuglingsformulanahrungen. Schaf- und Ziegenmilch haben ähnliche Eiweißbestandteile wie Kuhmilch [2]. Diese Milchen können selbst Allergien auslösen und Kinder mit einer Kuhmilcheiweißallergie können auch auf diese Milchen reagieren [1, 2, 3].

Ziegenmilch, aber auch Schaf-, Stuten- und Sojamilch sind somit in der Regel nicht als Ersatz für Kuhmilch bei Kindern mit Kuhmilchallergie einsetzbar. Wie bei allen Ersatzmilchen für kuhmilchallergische Kinder gibt es Patienten, die diese nicht vertragen. Deshalb müssen alle Ersatzmilchen auf ihre Verträglichkeit hin getestet werden [3].

Literatur

[1] Schäfer R, Kersting M (2000): Alternative Tiermilch in der Säuglingsernahrung. pädiat. prax. 88, 642-644 (Quelle im Internet s. u.)

[2] Spuergerin P, Walter M, Schiltz E, Deichmann K (1997): Allergenicity of alpha-caseins from cow, sheep and goat. Allergy 52 (3): 293-298.

[3] Arbeitskreis „Diätetik in der Allergologie“ (2000): Positionspapier zum Thema Nahrungsmittelunverträglichkeit im Säuglings-, Kinder- und Erwachsenenalter: Kuhmilch-freie Ernährung im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter. Allergologie Vol. 23 (11): 519-520.

Link

Alternative Tiermilch in der Säuglingsernahrung → <http://www.fke-do.de/faq/faqtiern.html>

Weitere Informationen

Hilfreiche Internetseiten und Broschüren für die Ernährung von Säuglingen mit und ohne Allergiegefährdung:

- Allergieinformationsdienst *aid infodienst* Verbraucherschutz, Ernährung, Landwirtschaft e. V.
Friedrich-Ebert-Str. 3, 53177 Bonn
Tel.: 0228-8499-0, E-Mail: aid@aid.de,
Web: www.aid.de
Der aid infodienst wird durch das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft gefördert. Informationsmaterialien sind in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. erstellt, z. B.:
 - Allergie (risiko) – Was darf mein Baby essen?
 - Empfehlungen für die Ernährung von Säuglingen
 - Lebensmittelallergie-Neurodermitis. Was darf mein Kind essen?
 Die Internet-Site bietet auch den Download der Broschüren für einen geringen Kostenbeitrag an.
- Sites in Betreuung der Kinderumwelt gGmbH: www.allum.de
- www.pina-infoline.de, die Internet-Site des Präventions- und Informationsnetzwerks Allergie/Asthma e. V.

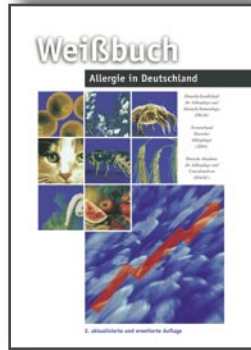
*Dr. med. Sabine Schmidt
Kinderumwelt gGmbH
Westerbreite 7, 49084 Osnabrück
Tel.: 0541-9778-900,
Fax: 0541-9778-905
E-Mail: sschmidt@uminfo.de*

Weißbuch Allergie in Deutschland

Die experimentelle Immunologie und Allergologie brachte in den letzten Jahren eine Fülle neuer Erkenntnisse hervor. Richtig umgesetzt könnten sie vielen allergiekranken Patienten Linderung bringen. Doch werden derzeit nur etwa zehn Prozent der Allergiker in Deutschland ausreichend behandelt. Um die Versorgung Allergiker zu verbessern und die Zunahme von Allergien zu stoppen, sind fachübergreifende Maßnahmen erforderlich. Deshalb stellen die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI) und der Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA) den aktuellen Wissensstand der Allergologie im „Weißbuch Allergie in Deutschland“ dar (336 Seiten, Urban und Vogel Verlag München, 2., aktual. u. erw. Auf. 2004, ISBN 3-89935-182-7, € 34,95). 29 Autoren und 43 Kommentatoren verschiedener Disziplinen vermitteln neben umfassenden Bestandsaufnahmen auch konkrete Lösungsvorschläge für kurz- und mittelfristige Verbesserungen. Das Buch bietet damit eine fundierte Grundlage für die gesundheitspolitische Diskussion.

Sofortprogramm für eine bessere Versorgung Allergiker

In einem Sofortprogramm rufen die Herausgeber außerdem zur gezielten Bekämpfung der Volkskrankheit Allergie und zu einer besseren Versorgung der Patienten auf. Gefordert wird:



- Entbagatellisierung allergischer Krankheiten und finanzielle Sicherung der notwendigen Therapie
- Förderung der Allergiefrüherkennung durch Vorsorgeuntersuchungen und breite Aufklärung in Kindergärten und Schulen
- Umfassende Information der Öffentlichkeit über allergische Erkrankungen und die Möglichkeiten zur Prävention
- Qualitätssicherung der allergologischen Weiterbildung und der Weiterbildungsermächtigten
- Fachgebietsüberschreitende Kompetenz für Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Allergologie
- Aufbau von Lehrstühlen oder Abteilungen für Allergologie und experimentelle Allergologie an deutschen Hochschulen
- Verstärkung der Forschungsanstrengungen zur Epidemiologie, Pathogenese, Diagnostik, Therapie und Prävention von Allergien
- Aufnahme der Allergologie als Pflicht-Querschnittsfach in die medizinische Ausbildung
- Konsequente Umsetzung der WHO-Empfehlungen: Verstärkter Einsatz der kausal wirkenden spezifischen Immuntherapie
- Verbesserter Verbraucherschutz durch geeignete Deklarationsregeln allergierelevanter Produkte

Kostenlose Medizinrechtsberatung der Stiftung Gesundheit

Eine kostenlose juristische Erstberatung in Sachen Medizinrecht bietet die gemeinnützige Stiftung Gesundheit: Ganz ohne Kostenrisiko und in Wohnortnähe können Ratsuchende – Patienten wie Ärzte – sich hier eine kompetente Einschätzung der Rechtslage sowie praktische Hinweise zum weiteren Vorgehen einholen. Die Erstberatungsgespräche werden von den sorgsam ausgewählten Vertrauensanwälten der Stiftung Gesundheit geführt. Im Rahmen des Gesprächs prüft der Anwalt unter anderem, ob der Fall eine rechtliche Dimension hat, wie nach erster Einschätzung die Erfolgsaussichten stehen und welche weiteren Beratungs- und Hilfsangebote zur Verfügung stehen. Das Medizinrechts-Beratungsnetz ist unter der kostenlosen Rufnummer 0800-073 24 83 (Montag bis Freitag von 9.00 bis 17.00 Uhr) sowie im Internet unter www.medizinrechtsberatungsnetz.de erreichbar. Der Service wird kontinuierlich von einer wissenschaftlichen Studie in Zusammenarbeit mit der Universität Kiel begleitet.



Aktuelle Urteile Arbeitsunfähig durch Katzenhaarallergie?

Eine Katzenhaarallergie bewirkt bei einem Versicherungsagenten im Außendienst im Regelfall keine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die Klage eines betroffenen Versicherungsangestellten wurde vom OLG Köln abgewiesen. Die Begründung: Laut Statistik lebten nur in jedem dritten Haushalt Katzen. Um Begegnungen zu vermeiden, könne der Außendienstler vor Hausbesuchen abklären, ob der Kunde Katzen halte. Im Falle des Falles könne er sich dann mit den Kunden außerhalb der Wohnung verabreden. Auch wenn die Tätigkeit des Außendienstmitarbeiters dadurch erschwert werde, sei es nicht unmöglich, sie weiterhin auszuführen.

OLG Köln, AZ 5 U 22/00, bestätigt vom Bundesgerichtshof, AZ IV ZR 233/00

Quelle: www.finanztip.de/recht/versicherungen

22. Allergiesymposium der nappa



nappa

Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft
Pädiatrische Pneumologie und AllergologieSeminare der
Asthmaakademien

Asthma-Akademie Baden-Württemberg

Weiterbildung zum Asthmatrainer:

- Wochenendkurs am 24./25. April und 15./16. Mai 2004 in Freiburg

Information und Anmeldung:

Prof. Dr. J. Forster, Tel.: 0761-2711-2801,
Fax: 0761-2711-2801, Net: www.aabw.de

- Wochenendkurs am 26./27. Juni und 10./11. Juli 2004 in Wangen

Information und Anmeldung:

Dr. T. Spindler, Tel.: 07522-797-1211,
Fax: 07522-797-1117, Net: www.aabw.de

Akademie Luftiku(r)s Osnabrück

Weiterbildung zum Asthmatrainer:

- Wochenkurs vom 3.-7. Mai 2004

Weiterbildung zum Neurodermitistrainer:

- Wochenkurs vom 24.-28. Mai 2004
- Wochenendkurs am 1./2. Oktober und 19./20. November 2004

Information und Anmeldung:

Akademie-Büro, Frau Beate Heße,
Tel.: 0541-56 02 213, Fax: 0541-58 29 985,
E-Mail: hesseakos@uminform.deGPA-Förderpreis
Pädiatrische
Allergologie

Die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA e. V.) vergibt seit 2003 den Förderpreis Pädiatrische Allergologie. Der Preis, gestiftet von Pharmacia Diagnostics Deutschland, besteht aus einer finanziellen Zuwendung von 5.000 Euro, die der weiteren finanziellen Sicherung des gewürdigten Projekts dienen soll. Mit dem Förderpreis sollen Einzelpersonen oder Gruppen ausgezeichnet werden, die sich in herausragender Weise um die Verbesserung der Situation allergiekranker Kinder verdient gemacht haben. Besonders förderwürdig sind Projekte, die der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis dienen. Dies kann sowohl durch wissenschaftliche Aktivitäten, Publikationen in der Fach- oder Laienpresse, Öffentlichkeitsaktionen oder andere Aktivitäten geschehen. Eine Teilung des Preises ist möglich. Die Verleihung des Preises findet jährlich anlässlich der Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin statt. Interessenten richten Ihre Bewerbung oder Vorschläge von Projekten bis zum 30. April 2004 an Dr. Ernst Rietschel, 1. Vorsitzender der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e. V., Klinik und Poliklinik für Allgemeine Kinderheilkunde, Joseph-Stelzmann-Straße 9, 50924 Köln.

Unter dem neuen Namen „nappa“ (Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie e. V.) veranstaltet die bisherige „Arbeitsgemeinschaft allergologisch tätiger Kinderärzte e. V.“ ihr jährlich stattfindendes Allergiesymposium für Kinderärztinnen und Kinderärzte vom 27.-28. August in der schönen Universitätsstadt Oldenburg. Gut erreichbar mit der Bahn über Bremen oder mit dem PKW mit guter Autobahnbindung wird den Besuchern sowohl in der Weser-Ems-Halle wie auch im neugebauten Elisabeth-Kinderkrankenhaus ein umfangreiches Programm zu allergologischen und pneumologischen Fragen geboten. Nach bewährtem Muster finden am Freitag verschiedene, praxisrelevante Arbeitsgruppen und am Samstag Übersichtsreferate zu aktuellen

Ergebnissen aus der Wissenschaft statt. Das Abendprogramm am

Freitag im Schlosssaal kann fortgesetzt werden auf dem Oldenburger Stadtfest.

Neu im Programm ist am Freitagnachmittag ein Fortbildungsangebot für Arzthelfer(innen) zu den Themen Lungenfunktionsprüfung, Allergieteste, Inhalationstechnik und Hautpflege bei Neurodermitis.

Anmeldeformulare werden an alle Mitglieder der nappa versendet oder können bei der Kongressorganisation angefordert werden: DI-Text, Frank Digel, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erftstadt, Tel.: 02235-922494, Fax: 02235-922495, E-Mail: Digel.F@t-online.de

AG Pädiatrische Allergologie Süd
lädt zur 19. Jahrestagung nach Salzburg

Am 22. und 23. Oktober 2004 findet die 19. Jahrestagung der AG Pädiatrische Allergologie Süd in Salzburg statt. Das Programm dieser Fortbildungsveranstaltung soll Kenntnisse auffrischen, aber auch etwas vernachlässigte Randbereiche der pädiatrischen Allergologie abdecken. So werden u. a. Themen wie „Gastrointestinale Manifestationen von Allergien“, „Kontaktallergien im Kindesalter“ und „Dermatologische Differenzialdiagnosen“ von namhaften Referenten aus Deutschland, der Schweiz und Österreich vorgetragen. Der Standort Salzburg soll die Möglichkeit der guten Erreichbarkeit und der kulturellen Attraktivität vereinen. In alter Tradition beginnt die Tagung am Freitag, endet am Samstag mittags und kulminiert kulturell in einer kabarettistischen Hochleistung in festlichem Rahmen. Die beiden Veranstalter, Prof. Dr. Zsolt Szépfalusi und Dr. Isidor Huttegger, würden sich freuen, Sie auch persönlich in Salzburg begrüßen zu dürfen.

Tagungsprogramm

Freitag 22. Oktober 2004

14.00 Eröffnung



Tagungsort mit besonderem Flair: Die barocke Festspielstadt Salzburg

- 14.15 Allergieprävention (primär/sekundär; medikamentös/nutritiv/inhalativ)
Ph. Eigenmann, Genf
- 15.00 Allergisches Kontaktekzem im Kindesalter
P. Höger, Hamburg
- 15.45 Industrieausstellung
- 16.15 Gastrointestinale Manifestation von Nahrungsmittelallergien
H. Hauer, Graz
- 17.00 Spezifische Immuntherapie im Kindesalter – wie lange wirkt sie?
E-M. Varga, Graz

Generalversammlung

Gesellschaftsabend

Samstag 23. Oktober 2004

- 09.00 Insektengiftallergie – Elternberatung und Vorgehen bei Stich
J. Forster, Freiburg – C.P. Bauer, Gaißach
- 09.45 DNA-Vaccine als Therapieoption im Kindesalter?
J. Thalhammer, Salzburg
- 10.30 Industrieausstellung
- 11.00 Urtikaria akut/chronisch – Abklärung in der Praxis
B. Krönke, Graz
- 11.45 Funktionelle Atemstörungen
B. Niggemann, Berlin
- 12.30 Mittagspause
- 14.00 Workshop A:
Allergologische Fragestunde
B. Niggemann, Berlin
- Workshop B:
Wichtige Differenzialdiagnosen in der pädiatrischen Dermatologie
P. Höger, Hamburg

Information und Anmeldung: DI-Text (Adresse siehe oben).

SINGULAIR® Granulat für ganz junge Patienten

Bei einer weiter zunehmenden Zahl asthmakranker Kinder und Jugendlicher steht den guten Therapiechancen weiterhin die verbreitete Unkenntnis über den frühen Beginn chronischer Probleme schon im Säuglings- und Kleinkindalter entgegen. Wie Dr. Hans-Georg Bresser von der Kinderklinik Gilead/Bethel in Bielefeld bei einer Pressekonferenz der MSD SHARP & DOHME GmbH ausführte, leiden in der Gruppe der unter drei Jahre alten Kinder bereits etwa zwanzig Prozent unter bronchialobstruktiven Episoden. Die große Mehrheit der späteren Asthmatiker beginnt ihre Krankheitskarriere schon vor dem fünften Lebensjahr. In der medizinischen Literatur finden sich außerdem vermehrt Hinweise

Erstmals TÜV-Zertifikat für komplettes Encasing-System

Als erster milbendichter Zwischenbezug hat Allergocover®, das unbeschichtete und damit luft- und wasserdampfdurchlässige Encasing des Forschungsunternehmens Allergopharma (Reinbek), das TÜV-Qualitätssiegel „Für Allergiker geeignet“ für das gesamte Encasing-System, also für Matratzen-, Kissen- und Deckenbezug,

erhalten. Die Prüfung wurde vom Rheinisch-Westfälischen TÜV durchgeführt, einem der führenden europäischen Prüfinstitute für medizintechnische Geräte und Medizinprodukte. Erstmals ging in das Prüfverfahren für allergendichte Bettbezüge auch die

Messung des Atemwiderstandes des Bezugstoffes ein, um eine eventuelle Gefährdung durch Ersticken auszuschließen. Der Testansatz wurde entsprechend den Anforderungen eines Schlafenden, auch denen eines Kleinkindes, modifiziert. Das Zertifikat wird nur erteilt, wenn aufgrund einer genügend hohen Luftdurchlässigkeit unter dem Bezug geatmet werden kann. Mit diesem neuen TÜV-Zertifikat hat Allergocover® als bisher einziger Bezug seine Eignung in den Punkten Allergenreduktion und Sicherheit in der Anwendung unter Beweis gestellt.



TÜV-geprüft: Allergocover® Encasings von Allergopharma

auf den Beginn chronischer Umbauvorgänge in der Lunge bereits im frühen Kindesalter. Über die Forderung nach einer frühen Diagnose des Asthma bronchiale hinaus gewinnen für Dr. Bresser deshalb Therapieoptionen an Bedeutung, die bereits bei jungen Kindern eine effiziente Krankheitskontrolle möglich machen. Die wirksame Behandlung der gerade für Kinder wichtigen Symptome wie infektausgelöster Atembeschwerden oder Husten und Luftnot beim Spielen und Toben findet sich auf der Wunschliste



Hilfe kann auch einfach sein: Das neue SINGULAIR® Granulat lässt sich in Speisen einrühren und mit der Nahrung zuführen.

der betroffenen Patienten und deren Eltern dann auch ganz weit vorne.

Neben den inhalativen Kortikosteroiden steht mit dem Leukotrien-Rezeptorantagonisten SINGULAIR® (Montelukast, MSD) ein wirksames, einfach zu handhabendes Medikament für die Therapie des Asthma bronchiale zur Verfügung. Montelukast hat in einer aktuellen Studie (PREVIA-Studie) seine Wirksamkeit hinsichtlich der Prävention infekt-getriggelter Asthmaepisoden eindrucksvoll belegt.

Für Kinder ist die Verabreichung als Kautablette (SINGULAIR® junior 5 mg bzw. SINGULAIR® mini 4 mg) leicht möglich, und die nur einmal tägliche Einnahme fördert langfristig die Therapietreue. Die Nebenwirkungen des Präparates entsprechen denen eines Placebos. Seit Mitte März 2004 ist mit dem SINGULAIR® Granulat zudem eine neue Darreichungsform für ganz junge Patienten (zwischen sechs Monaten und fünf Jahren) auf dem deutschen Markt erhältlich. Das geschmacksneutrale Pulvergranulat kann in warme oder kalte Speisen eingerührt und so mit der Nahrung zugeführt werden.

Feinste Partikel für die kleinen Atemwege

Eine optimale anti-entzündliche Behandlung von Asthma ist nur gewährleistet, wenn eine wirksame Dosis des inhalativen Glukokortikoids die kleinen Atemwege erreicht. Dies erfordert eine besondere Galenik mit extrafeinen Aerosol-Partikeln. Das HFA-BDP-Lösungs-aerosol Junik® ermöglicht eine effektive anti-entzündliche Therapie der ganzen Lunge bei geringer Wirkstoffdosis. Herkömmliche Inhalationstherapien, erläuterte Dr. Thomas Voshaar, Moers, bei einem Pressegespräch der Fujisawa Deutschland GmbH, beschränken sich hauptsächlich auf die großen Atemwege. Der größte Teil der Entzündung bleibt folglich häufig unbehandelt. Dies gilt im Besonderen bei Kindern: Naturgemäß haben ihre Atemwege einen kleineren Durchmesser. Wenn die kleinen Atemwege eines Kindes von einer Entzündung betroffen sind, verringert sich das Lumen zusätzlich. Daher ist gerade für die Behandlung von jungen Kindern ein Aerosol minimaler Partikelgröße erforderlich. Die Entwicklung von HFA-BDP-Lösungs-aerosolen hat es ermöglicht, Partikel mit 1,1 bis 2,1 µm herzustellen, die auch die kleinen Atemwege erreichen. Das hat unter anderem dazu geführt, dass die Glukokortikoid-Dosis bei Verwendung von Junik® gegenüber dem FCKW-BDP halbiert werden konnte [Pedersen et al. (2002)]. Ähnlich ist die Situation im Vergleich zu Budesonid: In einer Studie zur Ermittlung der Erhaltungsdosis

von inhalativen Glukokortikoiden bei asthmakranken Kindern war im Vergleich zu Budesonid nur die halbe Dosis des extrafeinen HFA-BDP erforderlich [Scheinmann et al. (2003)]. Im Vergleich zu Fluticason waren die Erhaltungsdosen gleich [Price et al. (2003)].

Die Deposition von extrafeinem HFA-BDP in der Lunge liegt bei Kindern zwischen fünf und sieben Jahren bei 35 Prozent, bei Acht- bis Zehnjährigen bei 45 Prozent und bei Älteren ist sie mit über 50 Prozent so hoch wie bei Erwachsenen [Devadason et al. (2003)].

Jedoch erzeugen keineswegs alle Lösungs-aerosole extrafeine Partikel. Dazu ist eine besonderes Herstellungsverfahren erforderlich. „Seit dem FCKW-Verbot Anfang 2003 wurden viele FCKW-Aerosole durch HFA-Lösungs-aerosole ersetzt. Viele Hersteller blieben jedoch bei der Partikelgröße des FCKW-Aerosols, weil sonst neue Zulassungsstudien erforderlich gewesen wären“, erläuterte Dr. Voshaar.



Junik® junior

Die „Nachrichten aus der Industrie“ spiegeln nicht die Meinung von Redaktion und Schriftleitung wider.

Neues vom Buchmarkt

Lungenfunktionsdiagnostik bei Kindern

H. Lindemann, W. Leupold

Gebunden. 212 S.; Verlag W. Kohlhammer Stuttgart, 2., überarb. und erweiterte Auflage 2003; ISBN 3-17-017466-0; € 59,-

Etwa zehn Prozent aller Kinder leiden an chronischen Atemwegserkrankungen wie Asthma bronchiale. Lungenfunktionsuntersuchungen gehören zu den basalen diagnostischen Methoden und sind heutzutage aus der pädiatrischen Pneumologie nicht mehr wegzudenken. Dennoch stößt die differenzierte Lungenfunktionsdiagnostik gerade im Kindesalter häufig an ihre Grenzen. Um verlässliche Daten zu erhalten, ist ein hoher personeller Aufwand und vor allem im Säuglingsalter auch ein hoher apparativer Aufwand erforderlich.

Mitarbeitsartefakte erschweren die Interpretation der Messwerte. Oftmals führt erst die kombinierte Betrachtung verschiedener Messmethoden zum Ziel. Dabei nimmt insbesondere die Bodyplethysmographie bei Kinderärzten noch nicht den Stellenwert ein, den sie in der Erwachsenenmedizin besitzt. Vor diesem Hintergrund erschien 1996 die erste Auflage dieses Buches.

Die jetzt vorgelegte zweite Auflage ist in wesentlichen Teilen überarbeitet und aktualisiert, so auch das Kapitel über Lungenfunktionsdiagnostik im frühen Kindesalter. In mittlerweile 18 Kapiteln werden alle Methoden der Lungenfunktionsmes-



sung ausführlich behandelt. Viel Raum wurde der Darstellung von Grundlagen und Methodik der in der Pädiatrie wichtigen Lungenfunktionstests eingeräumt. Neuere Verfahren wie die Impuls-Oszillometrie, die in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben, wurden dabei stärker berücksichtigt.

Ein eigenes Kapitel beschäftigt sich mit nicht-invasiven Methoden zur Objektivierung von Entzündungsprozessen im Respirationstrakt. Hier werden vor allem NO- und CO- Messungen, die als zusätzliche Informationsquelle zunehmend etabliert werden, sowie die Atemkondensatmethode besprochen. Mehr Raum wurde auch der Lungenfunktionsdiagnostik des niedergelassenen Kinderarztes

eingeräumt. Dabei werden insbesondere auch praktische Durchführung, Möglichkeiten und Grenzen der Peak-Flow-Messung erläutert. Aufgrund der klaren Strukturierung bietet das Buch einen effektiven Einblick in sämtliche Methoden der Lungenfunktionsmessung im Kindesalter. Viel Wert wurde dabei auf die theoretischen Grundlagen gelegt. Ergänzend finden sich zu jedem Kapitel aktuelle Literaturhinweise. Ein wenig zu kurz gekommen sind in einigen Abschnitten Hinweise zur praktischen Durchführung der Messungen. Ebenso wären mehr Beispiele zur

Befundinterpretation wünschenswert gewesen. Mehr Farbgebung bei den Tabellen und Abbildungen hätte wohl die Lesbarkeit, aber auch den Preis erhöht. Dennoch kann dieses übersichtlich gestaltete Buch jedem pneumologisch interessierten Kinderarzt, sei es im wissenschaftlichen, klinischen oder niedergelassenen Bereich, empfohlen werden.

Dr. Claus Pfannenstiel, Aachen

Nahrungsmittel und Allergie 2

B. Wüthrich (Hrsg.)

Gebunden. 432 S., 70 Abb., 68 Tab.; Dustri Verlag Dr. Karl Feistle 2002, Ergänztes und überarbeitete Buchausgabe nach *Allergologie*; ISBN 3-87185-314-3; € 71,-

Zum zweiten Mal hat der Dustri-Verlag eine Zusammenstellung von Original- und Übersichtsarbeiten aus der Zeitschrift „Allergologie“ herausgegeben. 38 Artikel der Jahre 1997 bis 2002 wurden, z. T. nach Aktualisierung durch die Autoren, von Brunello Wüthrich thematisch ge-



Photodermatosen und Lichtreaktionen der Haut

E. Hölzle

Gebunden. 376 S., 89 Abb., 62 Tab.; Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart 2002; ISBN 3-8047-1890-6; € 118,-

Die Haut unterliegt als Grenzorgan zur Umgebung in ganz besonderem Maß dem Einfluss von Umweltfaktoren, unter denen Licht einen wesentlichen Anteil bildet. In der vorliegenden Monographie werden die



physiologischen Reaktionen auf Lichtexposition und die pathologischen Photodermatosen, also die gesamten Lichtreaktionen der Haut,

sowie die Möglichkeiten des Lichtschutzes dargestellt. Dem Thema Hautkrebs wird natürlich ein großer Raum in diesem Buch gegeben. Aber auch spezifische Lichterkrankungen, häufig als „Sonnenallergie“ bezeichnet, werden ausführlich besprochen. Physikalische Grundlagen und biologische Wirkung der optischen Strahlung stehen am Anfang des 376 Seiten und 89 Abbildungen umfassenden Buches des Oldenburger Dermatologen. Akute und chronische Lichtschäden

(Malignes Melanom), Lichtdermatosen, chemische Photosensibilisierungen (z. B. Wiesengraserdermatitis), Porphyrien, Lupus erythematoses und die Lichtaggravierung anderer Dermatosen werden in übersichtlich gegliederten Kapiteln besprochen. Im Anschluss findet der Leser Hinweise zum diagnostischen Vorgehen bei Photodermatosen und zum Lichtschutz.

Das Buch richtet sich nicht nur an Dermatologen, betont der Autor, der über umfangreiche, langjährige Erfahrung in diesem Gebiet verfügt. Kinder- und Jugendärzte finden hierin viele aktuelle Information, die den wissenschaftlichen Fortschritt auf dem Gebiet der dermatologischen Photobiologie darstellen. Vielleicht werden sie aber ein Kapitel über photobiologische Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters vermissen.

Dr. Frank Friedrichs, Aachen

ordnet und durch ein Vorwort sowie eine Schlussbemerkung ergänzt. Es finden sich Arbeiten zu immunbiologischen Grundlagen ebenso wie zur Diagnostik und Prävention von Nahrungsmittelallergien. Drei Artikel befassen sich mit Problemen der Nahrungsmitteldeklaration. Durch mehrere Beiträge zu klinischen Aspekten und eine Vielzahl interessanter Kasuistiken wird der Sammelband in lebendiger Weise ergänzt, so dass erneut ein gelungenes „Update“ des aktuellen Wissensstandes zur Nahrungsmittelallergie entstanden ist.

Dr. Claus Pfannenstiel, Aachen.

Exemplare des Heftes nachgedruckt, doch auch diese waren bald nicht mehr erhältlich. Lange Zeit kursierten nur mehr oder weniger vollständige Kopien des genannten Sonderbandes in unterschiedlicher graphischer Qualität. In dieser Situation war es überaus erfreulich, dass der Dustri-Verlag nun eine überarbeitete Version der standardisierten Diätempfehlungen sowie einen kompletten Nachdruck aller mittlerweile verfassten Positionspapiere in Buchform ermöglicht hat. Nach einer Einführung zum Thema „Eliminationsdiäten“ finden sich konkrete Hinweise zur Lebensmittelauswahl bei Hühnerei-, Kuhmilch-, Soja-, Weizen- und (Erd-)Nussallergie, größtenteils getrennt für das Kinder- und das Erwachsenenalter. Dabei werden sehr konkrete Informationen

mit vielen Beispielen und praktischen Tipps geboten. Auch Lücken und Tücken der leidigen Kennzeichnungsverordnung sind erwähnt. Hier hilft es oft nur weiter, sich beim Hersteller nach den verwendeten Zutaten zu erkundigen. Weiterhin finden sich Hinweise zur Pollen- und Latex-assoziierten Nahrungsmittelallergie sowie eine Lebensmittelauswahl zur

Zur Nahrungsmittelallergie: Diätvorschlage und Positionspapiere für Diagnostik und Therapie

Th. Werfel, I. Reese (Hrsg.)

Broschiert. 105 S., zahlreiche Abb. u. Tab.; Dustri Verlag Dr. Karl Feistle 2003, ergänzte und wesentlich überarbeitete Buchausgabe nach *Allergologie* 23, Heft 11; ISBN 3-87185-335-6; € 25,-



Nahrungsmittelallergien bleiben „in aller Munde“. Allerdings glaubt ein wesentlich höherer Anteil der Bevölkerung, unter einer Nahrungsmittelallergie zu leiden, als es tatsächlich der Fall ist. Doch auch der Prozentsatz derer, die in der Tat an einer Nahrungsmittelallergie leiden, ist mit etwa einem Prozent nicht zu unterschätzen. Vor diesem Hintergrund erscheint es umso wichtiger, dass Diagnostik und Therapie der entsprechenden Symptome und Krankheitsbilder in standardisierter Weise erfolgen.

Im Jahr 2000 erfolgte im Bereich der Ernahrungsfachberatung eine Konsensbildung zur Standardisierung von Diatplanen: Die Mitarbeiterinnen des „Arbeitskreises Diätetik in der Allergologie“ einigten sich auf einen umfangreichen Satz konkreter Empfehlungen. Als weitere Initiative besteht seit 1998 die „Arbeitsgemeinschaft Nahrungsmittelallergie“, in der insbesondere Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI), aber auch des Arzteverbandes Deutscher Allergologen (ÄDA) vertreten sind. Dieses Gremium hat in den letzten Jahren Positionspapiere zu verschiedenen Aspekten der Nahrungsmittelallergie erarbeitet, die in den Zeitschriften „Allergo Journal“ und „Allergologie“ veröffentlicht worden sind.

Im November 2000 erschien als Themenheft der Zeitschrift „Allergologie“ eine Zusammenstellung der detaillierten Diatempfehlungen des „Arbeitskreises Diätetik in der Allergologie“ in Verbindung mit den bis dahin vorliegenden Positionspapieren der „Arbeitsgemeinschaft Nahrungsmittelallergie“. Dieser Sonderband war rasch vergriffen. Infolge des anhaltend großen Interesses wurden

pseudoallergenarmen Ernährung. Ein eigener Abschnitt bietet Hinweise zur Calcium-Substitution bei kuhmilchfreier Ernährung. Anschließend folgen konkrete Anweisungen zur Durchführung von Nahrungsmittelprovokationen, wobei auch dargelegt wird, auf welche Weise eine verblindete Durchführung erfolgen kann. Diesbezuglich sind einige hilfreiche Adressen zum Bezug der erforderlichen Zutaten (z. B. Aroma- oder Farbstoffe) genannt.

Die erwähnten Positionspapiere befassen sich mit der Standardisierung von oralen Provokationstests, der In-vitro-Diagnostik und den Therapiemöglichkeiten bei IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergie. Im Weiteren finden sich eine Stellungnahme zur Deklaration „versteckter Allergene“ in Lebensmitteln sowie standardisierte Vorgehensweisen bei vermuteter Nahrungsmittelallergie bei atopischer Dermatitis und bei Verdacht auf pseudo-allergische Reaktionen durch Nahrungsmittelinhaltsstoffe. Auch hier werden praxisnahe Informationen mit vielen aktuellen Literaturhinweisen geboten.

Auch wenn eine qualifizierte und individuelle Ernährungsberatung durch kein Schriftstück zu ersetzen ist, kann das Buch jedem, der sich mit Nahrungsmittelallergien befasst, nur dringend empfohlen werden. Nicht zuletzt aufgrund des ausgezeichneten Preis-Leistungs-Verhältnisses ist diese Zusammenstellung ein „Muss“ für jeden Allergologen!

Dr. Claus Pfannenstiel, Aachen.

Asthma bronchiale

II. Therapie

Liebe Eltern,

Fortschritte in der Asthmatherapie haben zu einer erheblichen Verbesserung der Lebensqualität von Asthmakranken geführt.

Ziele

Die moderne Asthmatherapie hat folgende Ziele:

- Beruhigung der Entzündung in den Bronchien
- Symptomfreiheit mit normaler körperlicher Belastbarkeit
- Altersgerechte körperliche und psychische Entwicklung
- Erhaltung einer bestmöglichen Lungenfunktion
- Vermeidung von Langzeitschäden
- Möglichst keine Nebenwirkungen

Voraussetzungen

Grundlage für eine erfolgreiche Asthmatherapie ist die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt, Patient und dessen Familie. Die Behandlungsmaßnahmen müssen sinnvoll gesteuert und dem Asthma-Schweregrad angepasst werden. Heute stehen die therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung, oben genannte Ziele für fast alle Asthmatiker erreichbar zu machen. Hierfür sind die Information und die Schulung des Patienten, seiner Familie und weiterer Bezugspersonen unbedingte Voraussetzung. Asthmaschulungskurse werden in Praxen und Kliniken angeboten.

Therapie-Bausteine

Die Asthmatherapie besteht aus ganz unterschiedlichen Bausteinen:



Abb.: Die Inhalation Bronchien erweiternder und antientzündlicher Medikamente ist zentraler Bestandteil der meisten Asthmatherapien.

- Information und Schulung
- Vermeidung von Auslösern (z. B. Allergieauslöser, Tabakrauch), evtl. Hyposensibilisierung
- Medikamentöse Behandlung
- Atemtherapeutische Techniken (z. B. dosierte Lippenbremse, atemerleichternde Körperstellungen), Physiotherapie, Sport, Entspannungstechniken u. a.

Asthma-Schweregrade

Die Einteilung in Schweregrade wird nach Häufigkeit und Intensität der Beschwerden sowie nach Lungenfunktionsergebnissen vorgenommen.

- **Schweregrad I: intermittierendes Asthma (wiederholte bronchiale Verengung)**
Das beschwerdefreie Intervall ist länger als zwei Monate. Die Lungenfunktion ist allenfalls im Rahmen akuter Beschwerden eingeschränkt.
- **Schweregrade II bis IV: persistierendes Asthma (geringgradig, mittelgradig, schwergradig)**
Das beschwerdefreie Intervall ist kürzer als zwei Monate. Es treten nach Schweregrad zunehmend auch nächtliche Symptome sowie eine Einschränkung der Lungenfunktion auf.

Medikamentöse Therapie

Man unterscheidet

- ◆ **Akutmedikamente** („Reliever“, Symbol roter Kreis ●), die bei akuten Beschwerden zur Erweiterung der Bronchien eingesetzt werden, und
- ◆ **Dauermedikamente** („Controller“, Symbol grünes Quadrat ■), die in der Langzeittherapie der Bekämpfung der Entzündung und der vorbeugenden Stabilisierung der Bronchien dienen (Tab. 1).

Die Behandlung folgt einem Stufenplan (Tab. 2). Entscheidend ist, dass ab Asthma-Schweregrad II eine antientzündliche Langzeittherapie erforderlich ist. Nur so kann die Überempfindlichkeit der Bronchien wirksam behandelt und eine nicht rückbildungsfähige Gewebsumwandlung mit Narbenbildung in den Bronchien (Remodelling) verhindert werden. Ihr Kinder- und Jugendarzt wird für Ihr Kind einen schriftlichen Behandlungsplan erstellen, auf dem die täglichen Dauermedikamente

Medikamente zur Asthma-Behandlung

1) Akutmedikamente (Bedarfsmedikamente):

- kurz wirkende Beta-Mimetika (z. B. Salbutamol = Sultanol®)
- Ipratropiumbromid (Atrovent®)
- Theophyllin (z. B. Solosin®-Tropfen)
- Kortikoide oral (z. B. Prednisolon = Decortin® H)

2) Dauermedikamente:

- DNCG (z. B. Intal®, Nedocromil (Tilade®))
- inhalative Kortikoide (z. B. Budecort®, Budair®, Flutide®, Junik®, Pulmicort®, Ventolair®)
- lang wirkende Beta-Mimetika (z. B. Foradil®, Serevent®)
- Leukotrien-Antagonisten (Singulair®)
- Theophyllin, lang wirkend (z. B. Bronchoretard®, Euphyllin® retard)
- Kortikoide oral (z. B. Prednisolon = Decortin® H)

Tab. 1

und die Notfallmedikamente festgehalten sind.

Die Therapie wird im Rahmen regelmäßiger Arztbesuche überprüft und bei Bedarf angepasst. In die Therapieplanung fließen selbst wahrgenommene oder von den Bezugspersonen beobachtete Beschwerden, Peak-Flow-Messungen und Lungenfunktionskontrollen (bei stabilem Verlauf z. B. alle drei Monate) ein.

Inhalationstherapie

Die meisten Asthma-Medikamente werden durch Inhalation verabreicht. Sie kommen so direkt an den Wirkort in den Bronchien, die erforderlichen Medikamentenmengen werden im Vergleich zur innerlichen Gabe deutlich reduziert und Nebenwirkungen vermindert. Akut- und Dauermedikamente können bereits ab dem Säuglingsalter mit dem Dosieraerosol (Spray) und einer Vorschaltkammer effektiv inhaliert werden. Ältere Kinder brauchen bei Verwendung eines Akutmedikaments als Spray bei guter Koordination keine Vorschaltkammer mehr. Schulkinder und Jugendliche bevorzugen oft den Pulverinhalator. Vorteil von Dosieraerosol und Pulverinhalator ist eine kurze Inhalationszeit, was vor allem bei einer Dauerbehandlung ein wichtiger Faktor für die konsequente Mitarbeit des Patienten (Compliance) ist. Ein elektrisches

Inhaliergerät (z. B. Pari Boy®) ist von Vorteil, wenn zusätzlich eine Befeuchtung der Atemwege zur Schleimlösung erwünscht ist oder beim schweren Asthmaanfall eine langsame und kontinuierliche Verabreichung eines Medikaments angestrebt wird. Der Erfolg einer Inhalationsbehandlung hängt insgesamt weniger vom verwendeten System als in viel stärkerem Maße von der regelmäßigen und korrekten Anwendung ab.

Nebenwirkungen

Beta-Mimetika und Theophyllin können in hohen Dosen zu einer Beschleunigung des Pulsschlags und Zitterigkeit führen. Für DNCG und Leukotrien-Antagonisten sind keine relevanten Nebenreaktionen bekannt. Kortikoide können ab einer gewissen Schwellendosis den inneren Rhythmus der körpereigenen Kortisonausschüttung stören, zu einer verminderten Knochendichte und zu Wachstumsstörungen führen. Bei der Inhalation von Kortikoiden ist jedoch bei niedriger und mittlerer Dosierung im Gegensatz zur innerlichen Anwendung nicht mit Auswirkungen auf den übrigen Organismus zu rechnen. In diesem Dosisbereich sind die Vorteile der Behandlung bei weitem größer als die möglichen Nachteile.

Der dritte Teil des Elternratgebers Asthma behandelt Atemtherapie, Sport und Prognose.

*Dr. med. Peter J. Fischer
Kinder- und Jugendarzt
Allergologie, Umweltmedizin
Mühlbergle 11
73525 Schwäbisch Gmünd*

Stufenplan der Asthma-Behandlung

Stufe	● Bedarfstherapie	■ Dauertherapie
I	kurz wirkende inhalative Beta-Mimetika	keine
II	wie Stufe I	niedrig dosiertes inhalatives Kortikoid evtl. Versuch mit DNCG, Nedocromil oder Leukotrien-Antagonisten ¹
III	wie Stufe I	mittelhoch dosiertes inhalatives Kortikoid evtl. in Kombination mit: ■ lang wirkendem Beta-Mimetikum ■ Leukotrien-Antagonisten ■ Theophyllin
IV	wie Stufe I	hoch dosiertes inhalatives Kortikoid in Kombination mit: ■ lang wirkendem Beta-Mimetikum ■ Theophyllin ■ oralem Kortikoid

¹ in Deutschland bisher in Monotherapie für das Belastungsasthma zugelassen

Tab. 2



IN DEUTSCHLAND

5. Neurodermitistag der WAPA

15. Mai 2004, Bochum

Leitung: PD Dr. Volker Stephan, St. Josef-Hospital Bochum
Information: DI-Text, Frank Digel, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erftstadt,
Tel.: 02235-922494, Fax: 02235-922495, E-Mail: Digel.F@t-online.de

Frontiers in Allergy and Autoimmunity

21./22. Mai 2004, Mainz

Information: Anja Oberländer, Hautklinik der Johannes-Gutenberg-
Universität Mainz, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz, Tel.: 06131-393 3346,
Fax: 06131-393-3360, E-Mail: Anja.Oberlaender@uni-mainz.de

14. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (APPA)

4.-6. Juni 2004, Ostseebad Wustrow

Information: PD Dr. Jutta Hein, Kerstin Pruter, An der Seenotstation 1,
18347 Ostseebad Wustrow, Tel.: 038220-62115, Fax: 038220-62244,
E-Mail: fischland@t-online.de, Net: www.ostseekurklinik-fischland.de

Kinder- und Jugendärztetag 2004 – 34. Jahrestagung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

18.-20. Juni 2004, Hannover

Thema: Die neuen Kinderkrankheiten
Information: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221-68909-15 od. -16,
Fax: 0221-68909-78

17. Seminar „Indikation und Durchführung der Hyposensibilisierung“ – einschl. Notfallmaßnahmen

25./26. Juni 2004, Köln

Leitung: Dr. Frank Friedrichs, Aachen
Information: DI-Text (siehe oben)

22. Allergiesymposium für Kinderärztinnen und Kinderärzte

27./28. August 2004, Oldenburg

Veranstalter: Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (nappa)
Leitung: Prof. Dr. Jürgen Seidenberg, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Oldenburg
Information: DI-Text (siehe oben)

Allergie-Kongress Aachen 2004

15.-19. September 2004, Aachen

Gemeinsam veranstaltet vom Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA), der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI) und der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA). Mit Fortbildungsveranstaltungen für medizinisches Assistenzpersonal und dem Aachener Allergie-Informationstag.

Leitung: Dr. Frank Friedrichs, Aachen; Prof. Dr. Hans Merk, Univ.-Hautklinik Aachen

Information: Service Systems, Blumenstr. 14, 63303 Dreieich,
Tel.: 06103-63657, Fax: 06103-67674, E-Mail: mail@sersys.de,
Net: www.allergie-kongress-2004.de

12. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Dermatologie

24./25. September 2004, Hamburg

Leitung: Prof. Dr. Peter Höger, Klinik für Dermatologie der Universität Hamburg, PD Dr. Regina Fölster-Holst, Klinik für Dermatologie der Universität Kiel

Themen: Hauterkrankungen bei Kindern vom Neugeborenenalter bis zur Pubertät

Information: DI-Text (siehe oben)

10. Grundkurs Pädiatrische Allergologie der WAPA

30./31. Oktober und 27./28. November 2004, Köln

Leitung: Dr. Ernst Rietschel, Univ.-Kinderklinik Köln
Information: DI-Text (siehe oben)

IM AUSLAND

9th International Symposium on Immunological, Chemical and Clinical Problems of Food Allergy

18.-21. April 2004, Budapest, Ungarn

Information: Chemol Travel, Incoming & Congress Department,
Franciska Morlin, H-1052 Budapest, Deák F. u. 10,
Tel.: +36-1-266-7032, Fax: +36-1-266-7033,
E-Mail: incoming@chemotravel.hu, Net: http://foodallergy.makit.hu

Seminar „Indikation und Durchführung der Hyposensibilisierung“ – einschl. Notfallmaßnahmen

30. April - 1. Mai 2004, Irrsee, Österreich

Information: Dr. Isidor Huttegger, Landesklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, St Johannspital, Müllnerhauptstr 48, A-5020 Salzburg,
Tel.: +43-662-4482-57537, Fax: +43-662-4482-4757,
E-Mail: I.Huttegger@lks.at

XXIIIrd Congress of the European Academy of Allergy & Clinical Immunology (EAACI)

12.-16. Juni 2004, Amsterdam, Niederlande

Information: Congress Secretariat, Congrex Sweden AB, P.O. Box 5619,
S-114 86 Stockholm, Tel.: +46-84596600, Fax: +46-86619125
E-Mail: eaaci2004@congrex.se, Web: www.eaaci.org

Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie Süd

22./23. Oktober 2004, Salzburg, Österreich

Leitung: Dr. Isidor Huttegger, Landesklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Salzburg; Prof. Dr. Zsolt Szépfalusi, Univ.-Kinderklinik Wien
Information: DI-Text (siehe oben)

Titelthema der
nächsten Ausgabe:

Nationale
Versorgungsleit-
linie Asthma

