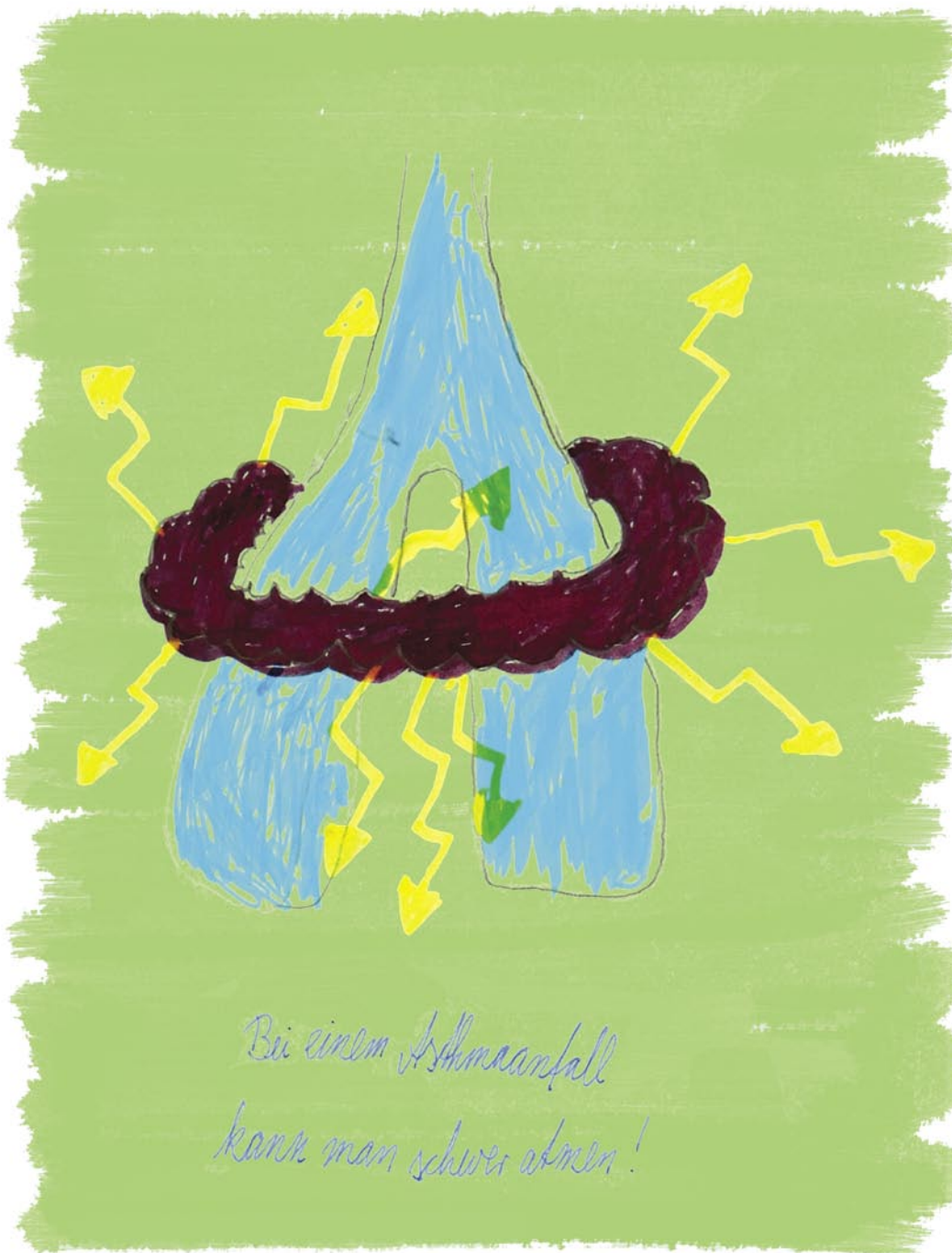


Pädiatrische *Allergologie*

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



*Bei einem Asthmaanfall
kann man schwer atmen!*

Topic

**Die Nationale
Versorgungs-
leitlinie Asthma
bronchiale**

**Aspirin-
Intoleranz im
Kindesalter**

Aktuelle Fragen

**Das „banale“
Problem
der Feucht-
inhalation mit
Kochsalzlösung**

2/2004

**Kongress der
Superlative!
Allergie-Kongress
Aachen 2004**



**Liebe Kollegin,
lieber Kollege,**

der Sommer naht und damit beginnt für uns, die im Vorbereitungskomitee des Aachener Allergie-Kongresses 2004 tätig sind, die Schlussphase. Erstmals tagen die drei großen allergologischen Fachgesellschaften ADA (Ärztverband Deutscher Allergologen), DGAI (Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie) und die GPA gemeinsam. Vom 15. bis 19. September 2004 steht die Allergologie und klinische Immunologie hier in Aachen im Mittelpunkt. Der von Gesundheitspolitikern zu verantwortenden Diskriminierung allergischer Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als Bagatellerkrankung wollen wir gemeinsam entgegenreten (siehe auch die Stellungnahme der drei Gesellschaften zur Verordnungsfähigkeit von anti-allergischen Medikamenten in diesem Heft auf Seite 16).

Der Kongress beginnt am Mittwochnachmittag mit einem internationalen Symposium „Allergy in Europe“, bei dem hervorragende Referenten über die Zukunft der Allergologie, neue Therapien und neue Forschungsschwerpunkte in Europa sprechen. Ebenfalls am Mittwochnachmittag finden zwei interessante Veranstaltungen zur Allergieprävention (abap) und ein Joint-Symposium der EAACI und der DGAI-Sektion Immunologie statt. An den folgenden drei Kongresstagen werden dann alle Bereiche der Allergologie repräsentiert sein. Für Kinderärzte besonders interessant werden sicherlich die Plenen zur Spezifischen Immuntherapie und zur Prävention atopischer Erkrankungen bei Kindern am Freitag- und Samstagmorgen sein. Zahlreiche Symposien und Seminare des Kongresses, der am Samstagabend endet, sind den allergischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen gewidmet (Erdnussallergie und Anaphylaxie, Allergiediagnostik, Nahrungsmittelallergie, Atopisches Ekzem, Virusinfektion und Allergie, Hyposensibilisierung, Allergische Alveolitis, Asthma bronchiale, Pädiatrische Rehabilitationsmedizin, Pädiatrische Immunologie, Umweltmedizin usw.). Den Abschluss des Aachener Allergie-Kongresses, der besonders den Deutschen Kinderschutzbund unterstützen wird, bildet der Aachener Allergie-Informationstag (MSD-pina-Tag) am Sonntag, dem 19. September 2004. Hierzu ist die Aachener Bevölkerung eingeladen.

Während der wissenschaftlichen Tagung finden gantztägig zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und alle weiteren Mitarbeiter aus Klinik und Praxis statt. Neben der wissenschaftlichen Diskussion und erfolgreicher Fortbildung soll Ihnen aber auch das Rahmenprogramm unserer Tagung in Erinnerung bleiben. Am Mittwochabend starten wir mit Jazz und Flamenco, gefolgt von der Kongress-Blues-Night am Donnerstag und dem Orgelkonzert im Aachener Dom sowie Gesangkunst beim Gesellschaftsabend am Freitag. Und nehmen Sie bitte Aachener Printen mit nach Hause! Sie unterstützen hierdurch den Deutschen Kinderschutzbund, der einen Verkaufsstand im Kongressfoyer haben wird.

Das Vorprogramm und später das Hauptprogramm des Aachener Allergie-Kongresses finden Sie immer aktuell auf der Kongress-Homepage www.allergie-kongress-2004.de

Herzlich Willkommen in Aachen!

Ihr

Dr. Frank Friedrichs

ALLERGIE-KONGRESS AACHEN 2004
15.-19. September

1. GEMEINSAMER KONGRESS

DES ÄRZTVERBANDS DEUTSCHER ALLERGOLOGEN
DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ALLERGOLOGIE
UND KLINISCHE IMMUNOLOGIE
DER GESELLSCHAFT FÜR PÄDIATRISCHE ALLERGOLOGIE
UND UMWELTMEDIZIN

Mit Fortbildungsveranstaltungen
für medizinisches Assistenzpersonal
und dem
Aachener Allergie-Informationstag

www.allergie-kongress-2004.de

3 Editorial

TOPIC

6 Die „Nationale Versorgungsleitlinie Asthma bronchiale“ – pädiatrischer Teil

Aktualisierte Empfehlungen zur Therapie des Asthma bronchiale in Anlehnung an neue internationale, evidenz-geprüfte Guidelines

16 Allergische Rhinitis ist keine Bagatel-erkrankung!

Antihistaminika zur Therapie der allergischen Rhinitis sind nicht mehr verordnungsfähig. DGAI, ÄDA, GPA und DAAB protestierten beim gemeinsamen Bundesausschuss.

20 Aspirin-Intoleranz im Kindesalter

Kasuistik, Pathogenese, diagnostisches und therapeutisches Vorgehen

24 Aktuelle Fragen an den Allergologen

Das „banale“ Problem der Feuchtinhalation mit Kochsalzlösung

27 Was bringt der neue EBM?

Ein Überblick über die für allergologisch tätige Kinder- und Jugendärzte abrechenbaren Leistungen

INTERNET

30 Arzt und Internet

Für Pädiater interessante Angebote aus dem WorldWideWeb

UMWELTMEDIZIN

32 Das Curriculum zur „Präventions-assistentin“ – der aktuelle Stand

Die Erfahrungen mit dem Curriculum nach der Evaluation der Pilotkurse des vergangenen Jahres

36 Der Deutsche Allergie- und Asthma-bund e. V. (DAAB)

Der älteste Patientenverband Deutschlands stellt sich vor

37 Magazin

42 Neues vom Buchmarkt

ELTERN-RATGEBER

45 Asthma bronchiale III – Atemtherapie, Sport und Prognose

46 Termine

Das Titelbild dieser Ausgabe malte Roman Gentkow (12 Jahre) in der Maltherapie der Patientenschulung mit Dipl. Psych. Marina Trettin, 1. Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Helios-Klinikum Berlin-Buch.

Dieser Ausgabe  der „Pädiatrischen Allergologie“

liegen die  Ausgabe 8 bei. Weitere Exemplare für Ihr Wartezimmer können Sie bei der pina-Geschäftsstelle, Berlin (Adresse in den pina news), bestellen.

IMPRESSUM

Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis. 7. Jg./Nr. 2

Herausgeber: Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V., Rathausstr. 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.

Schriftleitung: Dr. E. Rietschel, Kinderklinik der Universität Köln, Joseph-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.

Ressortschriftleiter: Dr. P.J. Fischer, 73525 Schwäbisch Gmünd (Elternratgeber); Dr. Th. Lob-Corzilius, Kinderhospital Osnabrück, 49082 Osnabrück (Umweltmedizin); Dr. S. Schmidt, Fachdienst Gesundheit, 49082 Osnabrück (Fragen an den Allergologen); Dr. M. Tiedgen, 21073 Hamburg (Berufspolitik); Prof. Dr. V. Wahn, Klinikum Uckermark, 16303 Schwedt (Pädiatrische Immunologie).

Wissenschaftlicher Beirat: Dr. A. von Berg, Prof. Dr. A. Bufe, Dr. D. Bulle, Prof. Dr. J. Forster, PD Dr. G. Frey, Dr. A. Grübl, PD Dr. J. Kühn, Dr. W. Lässig, Dr. W. Rebien, Dr. S. Scheewe, Dr. K. Schmidt, Prof. Dr. A. Schuster, PD Dr. V. Stephan, 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: privat (3, 24, 41), Maltherapie M. Trettin (17), H. Ott (21), Th. Lob-Corzilius (33, 34), DAAB (36), Klinikum Oldenburg (38), R. Klein (40), Asche Chiesi (44), Penta Arzneimittel (44), Atemwegsliga/DAK (45).

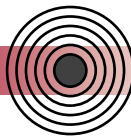
Anzeigenleitung: Holger Wurms, Tel. 08158-9967-0, Fax 08158-9967-29. Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 1.1.2004.

Erscheinungsweise: Die Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis erscheint vierteljährlich jeweils am Ende 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



Die „Nationale Versorgungsleitlinie Asthma bronchiale“ – pädiatrischer Teil –

Dietrich Berdel, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Marien-Hospital Wesel

Entstehungsgeschichte

Für die Therapie des Asthma bronchiale bestanden seitens der deutschsprachigen pädiatrischen Pneumologie drei unterschiedliche, sich zum Teil ergänzende Empfehlungen [1, 2, 3]. Um diese zu vereinheitlichen, wurde schon im Jahr 2000 das „DAS“-Stufenkonzept (Deutschland-Austria-Schweiz) zur Asthmatherapie der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie – in enger Anlehnung an die bis dahin geltenden dritten internationalen pädiatrischen Leitlinien von 1998 – mit drei Schweregraden und Therapiestufen erarbeitet [4, 5]. Dieses „DAS“ wurde dann etwas modifiziert als Kapitel N13 in die Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ) übernommen [6]. Während die internationale pädiatrische Leitlinie, DAS und das Kapitel N13 der Leitlinien der DGKJ nicht evidenzbasiert sind, sind die anschließend gemeinsam für das Erwachsenen- und Kindesalter erschienenen internationalen Leitlinien z. T. evidenzbasiert [7, 8, 9]. Unterschiede zwischen den ausschließlich pädiatrischen und den neueren, kombinierten, evidenzbasierten internationalen Empfehlungen fanden sich vornehmlich in der Anzahl der Schweregrade und Therapiestufen. Die neuen internationalen Leitlinien weisen im Gegensatz zum DAS vier Schweregrade und auch vier Therapiestufen auf. Außerdem gab es Differenzen in den Kriterien für eine

dauerhafte antientzündliche Therapie. In enger Anlehnung an diese neuen evidenzgeprüften, internationalen „Guidelines“ wurde DAS daher im Rahmen der Erstellung der „Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) Asthma bronchiale“ aktualisiert [10]. Diese modifizierte Version wird im Folgenden näher dargestellt und um einige pädiatrische Besonderheiten ergänzt.

Definition

Asthma bronchiale ist eine entzündliche Erkrankung der Atemwege, charakterisiert durch eine bronchiale Hyperreagibilität und variable Atemwegsobstruktion.

Das Asthma bronchiale stellt im Schulalter eine klinisch klar definierte, lungenfunktionsanalytisch meist gut charakterisierbare Entität dar. Im Kleinkindesalter dagegen wird die Diagnose durch mangelnde Untersuchungsmöglichkeiten und unzureichende klinisch experimentelle Daten erschwert. In dieser Altersgruppe verbirgt sich das frühkindliche Asthma bronchiale in einer Gruppe von Kindern mit dem Leitsymptom pfeifende Atmung (wheezing). Meist handelt es sich hierbei um Säuglinge und Kleinkinder, die ohne Grundkrankheit (zystische Fibrose, gastroösophagealer Reflux, Zustand nach broncho-pulmonaler Dysplasie etc.) in der infektreichen Jahreszeit zwei- bis dreimal im Rahmen viraler Infekte eine obstruktive Bronchitis über mehrere Tage durchmachen und nach Abklingen des

Infektes auch im weiteren Verlauf klinisch beschwerdefrei sind. Deshalb wird im DAS und in den Leitlinien der DGKJ bei nicht ausreichend gesicherter Diagnose lediglich von rez. bronchialer Obstruktion gesprochen und erst bei gesicherter Diagnose zwischen episodischem und persistierendem Asthma unterschieden. Im Sinne einer einheitlichen Darstellung in den „NVL Asthma bronchiale“ trat diese Nomenklatur in den Hintergrund und das Konzept der Dreiteilung musste leider zugunsten einer Vierteilung aufgegeben werden (s. a. Kap. Schweregradeinteilung und Stufentherapie).

Epidemiologie

Das Asthma bronchiale ist mit ca. 10 Prozent die häufigste chronische Erkrankung des Kindesalter. Genetische Faktoren und Umwelteinflüsse haben einen wesentlichen Einfluss auf die Manifestation der Erkrankung [7].

Diagnosestellung

Basisdiagnostik

- ▲ Anamnese (andere atopische Erkrankungen, Allergien, Familienanamnese, Umgebungsanamnese, Art, Häufigkeit und Zeitpunkt der Beschwerden).
- ▲ Lungenfunktionsprüfung im beschwerdearmen/-freien Intervall (Spirometrie und Ganzkörperplethysmographie ab ca. 6. Lj.) zur Schweregradeinteilung, zum Nachweis der bronchialen Hyper-

reagibilität durch Provokationstestung (Kaltluftinh., Belastungstest, unspezifische inhalative Provokation z. B. mit Histamin, Metacholin etc.) bzw. zum Nachweis der Reversibilität der Obstruktion nach Betamimetika (Bronchospasmodolysetest).

- ▲ Labordiagnostik: Diff. BB mit Eosinophilen, Immunglobuline G, A, M und E.
- ▲ Nachweis einer atopischen Disposition: spezifisches IgE (RAST) gegen häufige Inhalationsallergene (Nahrungsmittelallergene bei Kleinkindern), Prick-Test, nasale Provokation.
- ▲ Schweißtest z. A. zystische Fibrose.
- ▲ Röntgen-Thorax zwei Ebenen: Beurteilung einer Überblähung, chronisch-entzündlicher Veränderungen, Ausschluss pathologisch anatomischer Ursachen.

Weiterführende Diagnostik

- ▶ Virologische/bakteriologische Diagnostik, z.B. Sputum z.A. infektiöse Genese.
- ▶ pH-Metrie, obere Magen-Darm-Passage zum Nachweis/Ausschluss gastroösophagealer Reflux, Zilienfunktionsprüfung.
- ▶ IgG-Subklassen, bei V.a. Immundefekt Testung mit Einzel-Antigenen (z. B. Tetanus, Diphtherie)
- ▶ Präzipitierende Antikörper bei Restriktion/DD: exogen allergische Alveolitis.
- ▶ Bronchoskopie z.A. pathologisch anatomischer Ursache, Ausmaß der Entzündung.
- ▶ CT, Spiral-CT mit HR-Schnitten, z. B. V.a. Bronchiolitis obliterans und auch Bronchiektasie.

Während die Diagnose im Schul- und im Erwachsenenalter durch die genannten Maßnahmen relativ eindeutig gestellt werden kann, ist dies bei Säuglingen und Kleinkindern nicht der Fall. In dieser Altersphase helfen folgende Kriterien für die Diagnosestellung weiter:

- ▼ Drei Episoden mit pfeifenden Atemgeräuschen in den letzten sechs Monaten.
- ▼ Hospitalisierung wegen Ventilationsstörung der unteren Atemwege.
- ▼ Rhinorrhoe ohne gleichzeitigen Luftwegsinfekt sowie familiäre Asthma- und/oder Atopiebelastung.
- ▼ Atopiemanifestation (z. B. atopisches Ekzem) in der Eigenanamnese bzw. mehrere „Schwachzeichen“ (Minor-Kriterien) der Atopie.
- ▼ Nachweis einer Sensibilisierung in vivo oder in vitro.

Schweregradeinteilung (s. Tab. 1)

In Anlehnung an die jüngsten internationalen Richtlinien erfolgt in dieser, die pädiatrischen Belange hervorhebenden, modifizierten „Nationalen Versorgungsleitlinie“ die klinische Einteilung des Asthmas

in vier Schweregrade. Abweichend von den meisten anderen Empfehlungen kann in dieser Graduierung beim Schweregrad I auch von intermittierender, rezidivierender, bronchialer Obstruktion (wheezing) gesprochen werden, da gerade der Verlauf einer solch sporadisch auftretenden, obstruktiven Ventilationsstörung sehr variabel ist.

Derzeit lässt sich bei behandlungsbedürftiger rezidivierender bronchialer Obstruktion eines Kleinkindes nicht sicher vorhersagen, ob das Kind zu jenen zählt, bei denen die Erkrankung bis zum Schulalter „spontan“ ausheilen wird oder zu jenen, bei denen das Asthma persistiert oder sogar im Sinne eines Remodellings irreversibel voranschreitet. Darüber hinaus muss gerade im Kleinkindesalter die infektgetriggerte, sog. obstruktive Bronchitis noch keine chronische Entzündung der Atemwegsschleimhaut aufweisen, so dass die Definition Asthma bronchiale

Klassifikation der Asthmaschweregrade bei Kindern			
Schweregrad	Symptomatik	Lungenfunktion (LuFu) ^d , % des Sollwertes	Lebensqualität
IV schwergradig persistierend^b	anhaltende tägliche Symptome, häufig auch nächtlich	FEV ₁ < 60 % Variabilität > 30 %	deutlich beeinträchtigt
III mittelgradig persistierend^b	an mehreren Tagen/Woche ^c und auch nächtliche Symptome	auch im Intervall obstruktiv FEV ₁ < 80 % u/o MEF ₂₅₋₇₅ bzw. MEF ₅₀ < 65 %, Variabilität > 30 %	beeinträchtigt
II geringgradig persistierend^b (episodisch symptomatisches Asthma)	Intervall zwischen Episoden < 2 Monate	nur episodisch obstruktiv, LuFu dann patholog.: FEV ₁ < 80 % u/o MEF ₂₅₋₇₅ bzw. MEF ₅₀ < 65 %, Variabilität 20-30 % LFU im Intervall meist noch o. p. B.: FEV ₁ > 80 % u/o MEF ₂₅₋₇₅ bzw. MEF ₅₀ > 65 %, Variabilität < 20 %	nicht beeinträchtigt bzw. teilweise eingeschränkt
I intermittierend (intermittierende, rezidivierende, bronchiale Obstruktion)^a	intermittierend Husten, leichte Atemnot Symptomfreies Intervall > 2 Monate	nur intermittierend obstruktiv, LuFu dann oft noch normal: FEV ₁ > 80 %, MEF ₂₅₋₇₅ bzw. MEF ₅₀ > 65 %, Variabilität < 20 % Im Intervall o. p. B.	nicht beeinträchtigt

a Chronische Entzündung und Vorliegen einer Überempfindlichkeit der Bronchialschleimhaut nicht obligat. Somit definitionsgemäß dann noch kein Asthma (s. o.). Z. B. Auftreten der obstruktiven Ventilationsstörung bei Säuglingen und Kleinkindern infektgetriggert in der kalten Jahreszeit und bei Schulkindern nach sporadischem Allergenkontakt (z. B. bei Bestehen einer seltenen Tierhaarallergie).

b Von einer bronchialen Überempfindlichkeit im symptomfreien Intervall ist bei den Schweregraden II, III u. IV auszugehen.

c Z. B. bei alltäglicher körperlicher Belastung.

d Individuelle Maximalwerte sind zu berücksichtigen. Ggf. Überblähung beachten (FRC > 120 % des Sollwertes) Lungenfunktion im Säuglings- und Kleinkindesalter nur in Spezialeinrichtungen messbar.

Tab. 1

Einteilung der Antiasthmatika (Wirkdauer)

Bedarfsmedikation (Reliever)	Langzeitmedikamente (Controller)
kurz u. lang wirksame (Formoterol) β_2 -Sympathomimetika	Cromone (DNCG, Nedrocromil)
Anticholinergika	vorzugsweise inhalative Glukokortikosteroide (ICS)
wässriges Theophyllin	Antileukotriene
systemische Glukokortikosteroide	lang wirksame β_2 -Sympathomimetika
	retardiertes Theophyllin

Tab. 2

bei diesen Patienten zwar klinisch, jedoch nicht pathogenetisch erfüllt ist. Das Gleiche gilt für Schulkinder, bei denen es nur bei sehr seltenem Allergenkontakt zu einer obstruktiven Ventilationsstörung kommt.

Dagegen geht man beim Schweregrad II, der wegen seines meist episodischen Verlaufes auch als episodisch symptomatisches Asthma bezeichnet werden kann, davon aus, dass eine chronische Entzündung und somit überempfindliche Atemwege vorliegen. Dies wird bei den Schweregraden III und IV erst recht vorausgesetzt.

Therapieziele

Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität. Dabei sind folgende Ziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten anzustreben:

1. Vermeidung von:
 - ▷ akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
 - ▷ einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung,
 - ▷ einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
 - ▷ einer Progredienz der Krankheit,
 - ▷ unerwünschten Wirkungen der Therapie.
2. Anstreben eines normalen Lungenwachstums und der bestmöglichen Lungenfunktion.

3. Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität und der asthmabedingten Letalität.

Grundsätzlich sind diese Ziele durch die Kombination verschiedener Maßnahmen zu erreichen. Die medikamentöse Therapie stellt nur einen Teil des gesamten therapeutischen Konzeptes zur Behandlung des kindlichen Asthma bronchiale dar, wobei eine ausgewogene Pharmakotherapie immer auch die Kenntnis des Nebenwirkungsspektrums der eingesetzten Medikamente voraussetzt. Daneben muss eine möglichst strikte Karenz gegenüber Allergenen, deren krankheitsverursachende Aktualität nachgewiesen ist, eingehalten und eine Expositionsprophylaxe gegenüber unspezifischen Reizen berücksichtigt werden. Auch die Möglichkeit einer spezifischen Immuntherapie (Hyposensibilisierungsbehandlung) sollte bedacht und bei definierter Indikation durchgeführt werden. Darüber hinaus ist unbestritten, dass eine Asthmatherapie ohne sog. Zusatzmaßnahmen zum Scheitern verurteilt ist. Dazu gehören eine intensive Asthaschulung mit Training eines sicheren Self-Managements, die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren sowie der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Patient, Eltern und Arzt. Eine Umgebungsanierung sollte durchgeführt sowie Klimafaktoren und physiotherapeutische Maßnahmen genutzt werden (s. a. Kap. Nichtmedikamentöse Therapie).

Für den Verlauf und die Prognose des Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter spielen die Therapie – v. a. die Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS) –, aber auch das Erreichen einer guten Compliance eine entscheidende Rolle [17, 18].

Stufentherapie

**Medikamentöse Therapie
Einteilung der Antiasthmatika**

Antiasthmatika werden nach ihrer Wirkungsweise in Bronchodilatoren und Entzündungshemmer eingeteilt, wobei die Trennung zwischen diesen beiden Gruppen und einzelnen Medikamenten unscharf ist (s. Tab. 2). So wirken Antileukotriene auch antiobstruktiv und den Theophyllinen sowie den lang wirkenden β_2 -Sympathomimetika wird eine leichte antientzündliche Wirkung nachgesagt. Es bietet sich daher auch eine Einteilung nach der Wirkdauer in Bedarfsmedikamente (Reliever) und Langzeittherapeutika (Controller) an.

**Medikamentöse Therapie
bei Kindern und Jugendlichen
(Stufentherapie) (s. Tab. 3)**

Generell gilt die Devise: So viel wie nötig, so wenig wie möglich!

Da sich die beiden Altersgruppen Säuglinge/Kleinkinder und Schulkinder zwar im Hinblick auf die Pathogenese unterscheiden, nicht wesentlich jedoch in Bezug auf die Symptomatik und Therapie (Einschränkung: Säuglinge und Kleinkinder haben mehr Husten als Atemnot), wird bei der Erstellung der Therapiestufen auf eine altersabhängige Unterteilung verzichtet.

Entsprechend der Schweregradeinteilung gibt es vier Therapiestufen (Dosierungen s. Tab. 4). Asthaschweregrad und Therapiestufe müssen aber nicht übereinstimmen! So kann bzw. sollte ein therapierter Patient unabhängig von der benötigten Therapiestufe optimalerweise in den Schweregrad 1 einzustufen sein.

Die Bedarfstherapie ändert sich von Stufe zu Stufe nicht. Alternativ können für die kurz wirksamen β_2 -Sympathomimetika das lang wirksame β_2 -Sympathomimetikum Formoterol, das auch einen raschen Wirkungseintritt hat, Anticholinergika und Theophyllin in Lösung – die letzten beiden Wirkstoffgruppen auch zusätzlich – eingesetzt werden. In der Stufe 1 bleibt es der individuellen Entscheidung des Arztes überlassen, vorübergehend eine antientzündliche Therapie z. B. mit einem niedrig dosierten ICS begleitend zu der broncho-

Medikamentöse Stufentherapie bei Kindern und Jugendlichen

Stufe 4: schwergradig persistierend**

Bedarfstherapie:	Dauertherapie:
Inhalatives kurz wirksames β_2 -Sympathomimetikum*	hohe ICS-Dosis, sonst wie in 3 (Ausnahme:****). Zusätzlich intermittierend oder dauerhaft orale Kortikosteroide

Stufe 3: mittelgradig persistierend**

Bedarfstherapie:	Dauertherapie:
Inhalatives kurz wirksames β_2 -Sympathomimetikum*	mittlere ICS-Dosis, falls keine Besserung: Dosissteigerung (um 50-100% = hohe ICS-Dosis = Stufe 4) bzw. add-on lang wirksame β_2 -Sympathomimetika**** u/o Montelukast u/o Theophyllin

Stufe 2: geringgradig persistierend

Bedarfstherapie:	Dauertherapie:
Inhalatives kurz wirksames β_2 -Sympathomimetikum*	Therapie der 1. Wahl: Niedrig dosierte inhalative Kortikosteroide (ICS). Vorher Versuch mit Montelukast***** oder Cromonen (DNCG o. Nedocromil) für 4-8 Wo. möglich

Stufe 1: intermittierend

Bedarfstherapie:	Dauertherapie:
Inhalatives kurz wirksames β_2 -Sympathomimetikum*	keine***

* Alternativen: Anticholinergika (z. B. Ipratropiumbromid), Theophyllin in Lsg., Anticholinergika evtl. auch in Kombination mit kurz wirksamen β_2 -Sympathomimetika.
 ** Vor Dosissteigerung des ICS bzw. vor add-on-Therapie oder Gabe oraler Kortikosteroide: Vorstellung in einem allergologisch-pneumologischen Schwerpunkt (Praxis/Zentrum).
 *** Eine vorübergehende anti-entzündliche Therapie z. B. bei rezidivierenden, infekttgetriggerten Bronchialobstruktionen im Säuglings- oder Kleinkindesalter sowie bei kurzfristigem Allergenkontakt älterer Kinder (z. B. Birkenpollen, sporadischem Tierkontakt) ist möglich.
 **** Im Vorschulalter kaum Wirksamkeits- oder Sicherheitsdaten, deshalb hier nur in Ausnahmefällen.
 ***** Bei Belastungsasthma als Monotherapie zugelassen, für Stufe 4 nicht zugelassen.

dilatatorischen Therapie durchzuführen. In der Stufe 2 sollten dann niedrig dosierte ICS primär zur Anwendung kommen. Versuchsweise können antientzündlich wirksame Cromone (Cromoglicinsäure/Nedocromil) oder Antileukotriene (Montelukast) für vier bis acht Wochen gegeben werden. Jedoch sollte bei unzureichendem Therapieerfolg dann auf niedrig dosiertes ICS übergegangen werden. Immer sollte bei den ICS die kleinste noch wirksame Dosis ausgetriert werden!

In der Stufe 3 erfolgt eine Therapie mit ICS in mittlerer Dosis. Bei ausbleibendem Therapieerfolg kann die Dosis des ICS verdoppelt oder verdreifacht werden mit der Konsequenz, dass dann eine hohe Dosis verabreicht wird, bei der es zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen kommen kann. Um dies zu vermeiden, kann an Stelle der ICS-Dosiserhöhung eine add-on-Therapie mit lang wirksamen β_2 -Sympathomimetika und/oder Antileukotrienen und/oder retardiertem Theophyllin erfolgen.

Verlaufsorientierte Therapieanpassung (s. Abb. 1)

Entscheidend für die Langzeittherapie ist es, dass bei Therapieversagen die Medikamente nicht zu rasch gesteigert und bei Therapieerfolg nicht zu rasch reduziert werden. So sollte das ICS normalerweise nur um 50 bis 100 Prozent reduziert bzw. gesteigert werden. Es empfiehlt sich ein Vorgehen, wie es in Abb. 1 skizziert ist. Für die verlaufsorientierte Therapieanpassung sind neben der punktuell durchgeführten Lungenfunktionsprüfung die Symptome und die regelmäßig gemessenen Peak-Flow-Werte in der Zwischenanamnese von großer Bedeutung. Auf diese Weise wird es dem Patienten langfristig möglich, mit Hilfe eines vom behandelnden Arzt aufgestellten Asthmabehandlungsplans auch zwischen den Vorstellungsterminen in der Asthmaambulanz eine Therapieanpassung vorzunehmen.

Interessant sind im Zusammenhang mit der Therapieanpassung Untersuchungen, die zeigen, dass eine kurzfristige Erhöhung des ICS genauso effektiv ist wie eine langfristige [11, 12].

Tab. 3

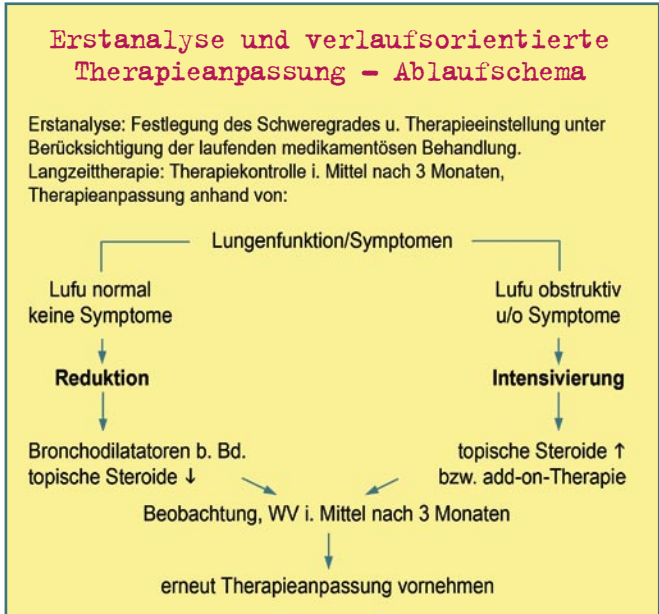


Abb. 1

Besonderheiten der medikamentösen Therapie

Bei Säuglingen und Kleinkindern unter 2 Jahren mit leichten obstruktiven Bronchitiden können Kurzzeit- β_2 -Sympathomimetika (z. B. Terbutalin, Salbutamol), abends auch lang wirkende β_2 -Sympathomimetika (z. B. Clenbuterol, Tulobuterol) oral gegeben werden. Bei Auftreten mehrerer Rezidive sollte auf eine Inhalationstherapie mittels Dosieraerosol mit Inhalationshilfe oder Kompressorvernebler übergegangen werden. Eine länger dauernde Monotherapie mit β_2 -Sympathomimetika ist obsolet. Es sollte dann in der oben genannten Altersklasse auch gleichzeitig – zumindest vorübergehend – eine antientzündliche Inhalationstherapie mit ICS eingeleitet werden. In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass es bei Säuglingen evtl. zu einem paradoxen Effekt von β_2 -Sympathomimetika kommen kann.

Dinatriumcromoglycikum wird v. a. in der Langzeitprophylaxe des leichten Pollenasthmas angewendet. Es kann auch im Anschluss an eine Behandlung mit ICS zur Langzeitprophylaxe verwendet werden (in diesem Fall β_2 -Sympathomimetika bei Bedarf).

Bei Säuglingen zeigt Ipratropiumbromid gelegentlich eine bessere Wirkung als die Kurzzeit- β_2 -Sympathomimetika. Darüber hinaus sollte es bei Toleranzentwicklung gegenüber β_2 -Sympathomimetika eingesetzt werden. Auch bei Kindern mit Unverträglichkeit gegenüber diesen Substanzen werden sie bevorzugt angewendet. Außerdem werden sie als Kombinationstherapeutika erfolgreich eingesetzt [13]. Dabei wird vermutet, dass zwischen β_2 -Sympathomimetikum und Anticholinergikum ein funktioneller Synergismus besteht.

Lang wirkende β_2 -Sympathomimetika können genauso wie die Antileukotriene und die retardierten Theophylline als add-on-Therapie in Stufe 3 eingesetzt werden (s. oben). Darüber hinaus haben sie ihren Platz bei speziellen Asthmaformen wie nächtlichem Asthma trotz adäquater Therapie sowie Anstrengungsasthma. Im Gegensatz zu kurz wirkenden β_2 -Sympathomimetika nehmen die neuen lang

Dosierungen der Antiasthmatika in der Dauertherapie

Substanz	Tagesdosis	Bemerkungen	< 6. Lj.	> 6. Lj.
überwiegend antiobstruktiv				
Salmeterol	2x50 µg (Maximald.)	Toleranzentwicklung möglich, nicht ohne inhalatives Steroid, wenig pädiatrische Daten	bei ausgewählten Patienten DA + Vorschaltkammer	Pulver DA + Vorschaltkammer
Formoterol	2x12 µg (Maximald.)	wie Salmeterol, evtl. als Reliever einsetzbar, dafür aber noch nicht zugelassen	bei ausgewählten Patienten DA + Vorschaltkammer 2x12 µg	Pulver 2x12 µg u. 2x6 µg
Theophyllin	12-16 mg/kg	Reservesubstanz, Drug-monitoring, Serumspiegel therapeutisch bei 5-15 µg/l	gewichtsabhängig	gewichtsabhängig
überwiegend antientzündlich				
DNCG	bis 80 mg	weites Dosis-/Wirkungsspektrum, Pulverapplikation ungünstig, niedrig dosiertem Steroid unterlegen	DA + Vorschaltkammer, Feuchtinhalation mit Druckvernebler möglich	DA + Vorschaltkammer
Nedocromil	2x4 mg	wenig publizierte Daten, evtl. bei cough-variant Asthma	DA + passende Hülse eines anderen DA + Vorschaltkammer, z. B. Fisonair	DA
Montelukast	altersabhängig	gute Safetydaten, weniger Daten im Vergleich zu anderen Antiasthmatika, Demaskierung eines Churg-Strauss-Syndroms bei Kortisonreduktion möglich	4 mg	5 mg > 14 Lj. 10 mg/die
Äquivalenz- (Schwellen-) Dosierungen**				
Substanz	Äquivalenz- (Schwellen-) Dosierungen**	Bemerkungen	< 6. Lj.	> 6. Lj.
Beclo-methason	400 µg/d	mögliche Wachstumsretardation		Pulver
Beclo-methason (Lösung)***	200 µg/d	Sicherheitsdaten fehlen	DA + Vorschaltkammer	DA + Vorschaltkammer, Autohaler
Budesonid*	400 µg/d	gute Datenlage, keine Langzeitnebenwirkungen	DA + Vorschaltkammer	Pulver
Fluticason	200 µg/d	gute Datenlage, keine Langzeitnebenwirkungen	DA + Vorschaltkammer, Vernebler	Pulver
Mometason	200 µg/d?	keine ausreichenden klinischen Daten bei Kindern < 12 J., keine Langzeitdaten, Complianceförderung durch 1 x tgl. Dosierung		Pulver

* Auch als Inhalationslösung im Handel

** Entsprechen den mittleren Dosierungen in der Stufentherapie, bei denen unerwünschte Arzneimittelwirkungen nicht zu erwarten sind. Niedrige, d. h. sichere Dosierungen liegen darunter, hohe darüber.

*** Die Dosisreduktion auf die Hälfte gilt nur für extrafeines HFA-Aerosol in Lösung mit einer durchschnittlichen Wirkstoffpartikelgröße < 3 µm und einer dadurch bedingten höheren Lungendeposition (> 50 %).

Tab. 4

**Optimale Atemmanöver
für unterschiedliche Inhalationssysteme**

Treibgasdosieraerosol	langsame tiefe Inspiration mit längerer Atempause
Pulverdosierraerosol	rasche tiefe Inspiration vom Residualvolumen aus
Vernebler	langsame tiefe Inspiration mit kurzer Atempause
Treibgasdosieraerosol mit Inhalationshilfe (Spacer)	langsame tiefe Inspiration mit längerer Atempause

Tab. 5

wirkenden β_2 -Sympathomimetika Formoterol und Salmeterol eine Sonderstellung zwischen Controllern und Relievern ein, weil sie mit einer bronchodilatatorischen und bronchoprotektiven Wirkdauer von 8 bis 12 Stunden auch eine lang anhaltende Controllerfunktion besitzen, ohne eine stärkere antientzündliche Wirkung zu zeigen. Inzwischen sind die Ergebnisse mehrerer Studien im Erwachsenenalter publiziert, die den besseren Effekt einer Kombination aus ICS und lang wirkenden β_2 -Sympathomimetika gegenüber einer höher dosierten Monotherapie aus ICS insbesondere im Hinblick auf die Lungenfunktion und die Asthmaexazerbationsrate belegen können [14]. Im Kindesalter konnte dieser Effekt nicht klar gezeigt werden [15, 16].

Fixe Kombinationspräparate

Über den Einsatz von fixen Kombinationspräparaten wird in der Asthmathherapie des Kindesalters seit langem kontrovers diskutiert. Aufgrund der verschiedenen Vor- und Nachteile haben fixe Kombinationspräparate aus Bronchodilatoren und Entzündungshemmern so lange eine Berechtigung, wie eine kombinierte Therapie aus einem β_2 -Kurzzeit- oder Langzeitsympathomimetikum und einem Entzündungshemmer (DNCG oder ICS) indiziert ist. Sie haben somit in der Einstellungsphase der Dauerbehandlung oder in

der Behandlungsphase 3 ihren Platz. Die fixen Kombinationspräparate aus einem β_2 -Langzeitsympathomimetikum und einem ICS sind wirksamer als die Monotherapie mit dem jeweiligen inhalativen Kortikosteroid und genauso wirksam wie die kombinierte Therapie mit den Einzelsubstanzen (Stand: Erwachsenenstudien). Es stehen derzeit zwei fixe Kombinationen zur Verfügung: Salmeterol/Fluticason und Formoterol/Budesonid. Der Einsatz fixer Kombinationen aus zwei Bronchodilatoren mit unterschiedlichem Angriffspunkt ist aufgrund des resultierenden funktionellen Synergismus sinnvoll (s. oben).

Besonderheiten der Inhalationstherapie

Das Atemmanöver ist für die bronchiale Deposition entscheidend. Die optimalen Atemmanöver für die verschiedenen Systeme sind in Tab. 5 zusammengestellt. Wenn möglich sollte für die Dauertherapie nur ein Inhalationssystem (nur ein Typ eines Dosierraerosols bzw. eines Pulverinhalators) verordnet werden.

Beim Umgang mit dem Stufentherapieplan ist zu beachten, dass nicht nur dem Schweregrad der Erkrankung, sondern auch v. a. dem Alter des Kindes Rechnung getragen werden muss. Dabei sind sowohl die Auswahl des passenden Inhalationssystems als auch die Dosierung der einzelnen Substanzen zu berücksichtigen. Ziel der Inhalationsbehandlung ist es, ein Medikament möglichst ubiquitär auf die intrathorakale Atemwegschleimhaut zu deponieren. Dazu eignen sich folgende Inhalationsmöglichkeiten:

Dosierraerosole, über so genannte Inhalationshilfen (Spacer) appliziert, sind in ihrem Einsatz auch bei Säuglingen und Kleinkindern erfolgreich, wenn die Patienten

Therapieempfehlung für Kinder unter 5 Jahren

Alter	Inhaliersysteme	Bronchodilatoren	Entzündungshemmer
0-2 Jahre	Dosierraerosol mit Spacer und Maske	Salbutamol 200 µg alle 6 h (1 mg alle 3 h)	Budesonid 200 µg (600 µg) alle 12 h
		Ipratropiumbromid 40 µg alle 6 h (80 µg alle 3 h)	Fluticason 50-125 µg (250 µg) alle 12 h
	Düsenvernebler mit Kompressor (Maske)	Salbutamol 2,5 mg alle 6 h (alle 3 h)	Budesonid bis 1.000 µg alle 12 h
		Terbutalin 2,5-5 mg alle 6 h (alle 3 h) Ipratropiumbromid 250 µg alle 6 h	DNCG 20 mg alle 6-8 h
> 2-5 Jahre	Dosierraerosol mit Spacer	Salbutamol 200 µg alle 6 h (1 mg alle 3 h)	Beclometason 50-200 µg (800 µg) alle 12 h
		Ipratropiumbromid s. 0-2 J.	Fluticason 25-125 µg (250 µg) alle 12 h
	Düsenvernebler mit Kompressor (Mundstück)	Salbutamol 2,5-5 mg alle 6 h (alle 3 h)	Budesonid 200 µg (600 µg) alle 12 h
		Terbutalin 5-10 mg alle 6 h (alle 3 h) Ipratropiumbromid s. 0-2 J.	DNCG bis 10 mg alle 6-8 h

Tab. 6: Die Werte in Klammern stehen für die Maximaldosis und die kürzestmöglichen Intervalle.

ten die Atmung über das Mundstück oder die weiche Gesichtsmaske des Spacers tolerieren. Die Umstellung von der Gesichtsmaske auf das Mundstück sollte dabei so früh wie möglich erfolgen. Das gilt für Bronchodilatoren und auch für Entzündungshemmer. Für die Akuttherapie kann bei der Heimtherapie günstig und technisch bequem ein Düsenvernebler wie der Inhalierboy (Pari, Starnberg) oder der Prodomo (Heyer, Bad Ems) eingesetzt werden (z. B. Leihgerät für zehn Tage).

Bei Kindern ab dem Vorschulalter ist die Pulverinhalation zu bevorzugen, mit der es möglich ist, die Medikamente ohne zusätzliche Treibmittel zu inhalieren. Zur Pulverinhalation stehen unterschiedliche Systeme zur Verfügung: Einzelkapselsysteme (z. B. Spinhaler, Aerolizer), Multi-revolverkapseln (z. B. Rotadisk), Systeme für multiple Einzeldosen (z. B. Diskus) oder Gesamtreservoirs (z. B. Turbohaler, Novolizer), aus denen jeweils gleiche Dosen aktiviert werden. Bei allen Pulverinhalationssystemen kommt es entscheidend darauf an, dass der Inspirationsfluss initial hoch ist. Eine initial langsame und dann rasche Inhalation führt zu einer vermehrten Disposition im Oropharynx. Die optimalen Inspirationsflüsse sind in Abhängigkeit des Widerstandes der Inhalatoren („high“ oder „low resistance“) für die einzelnen Geräte unterschiedlich. Ein Atemfluss von 60 l/min führt bei allen Systemen zu einer guten Wirkstoffdeposition im Bronchialsystem.

Nichtmedikamentöse Therapie

Umgebungssanierung

Die Maßnahmen der Expositionsprophylaxe richten sich nach dem familiären Allergierisiko (Anamnese) und nach den Ergebnissen der allergologischen Untersuchungen. Mit der Reduktion der Allergene im Umfeld des Kindes kann im Sinn einer Sekundär- und/oder Tertiärprävention nicht nur die Symptomatik reduziert werden, es können darüber hinaus auch zusätzliche Sensibilisierungen verhindert oder zumindest verzögert werden. Im Vordergrund stehen Maßnahmen zur Allergen- und Schadstoffreduktion: Luftfeuchtigkeit < 50 %, Zimmertemperatur im Schlafzimmer < 18 °C und in den Wohn-

räumen < 21 °C; Verzicht auf Haustiere und Grünpflanzen; Encasing der Matratze: Die milbendichten Bezüge sollten zweibis dreimal im Jahr bei 60 °C gewaschen werden; kein Rauchen innerhalb der Wohnung; Verhinderung der Entwicklung großer Staubmengen (keine Staubfänger).

Immuntherapie (Hyposensibilisierung)

Ergänzend zur Expositionsprophylaxe und zur medikamentösen Therapie kann bei einigen Kindern die Durchführung einer spezifischen Immuntherapie erwogen werden. Die Indikation kann nur nach sorgfältiger allergologischer Abklärung und unter Berücksichtigung der Kontraindikation gestellt werden. Die Durchführung muss gemäß den entsprechenden Richtlinien vorgenommen werden und verlangt Erfahrung bei der Betreuung dieser Patienten sowie die Kenntnis über die Symptome und Therapie von Nebenwirkungen. Es gibt verschiedene Formen der Immuntherapie. Mit der subkutanen Immuntherapie besteht die größte Erfahrung – sie ist erwiesenermaßen am ehesten erfolgreich. Bei der sublingualen Immuntherapie liegen bei Kindern bisher noch sehr wenige Studien vor. Bei Erwachsenen ist ihre Anzahl größer.

Berücksichtigung psychosozialer Faktoren

Besonders bei den multifaktoriellen schweren Verlaufsformen des Asthma bronchiale spielt oft eine psychische Komponente eine Rolle. Immer ist es wichtig, das psychosoziale Umfeld des Kindes in die Beurteilung mit einzubeziehen und die Therapie entsprechend zu ergänzen.

Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität ist für die Entwicklung der Kinder von großer Bedeutung. Asthma sollte deshalb nicht zur Sonderbehandlung der Patienten im Sinn eines Sportverbotes oder einer Minderung des Sports führen. Im Gegenteil, körperliche Aktivität ist bei Asthmatikern zu empfehlen. Die Art der Aktivität sollte den individuellen Bedürfnissen angepasst werden. Schwimmen und Intervallsportarten sind besonders geeignet. Bei noch nicht aus-

reichend eingestelltem Asthma ist die Inhalation eines β_2 -Sympathomimetikums 15 min vor körperlicher Anstrengung zu empfehlen.

Schul- und Berufsberatung

Die Schulleistung kann bei Asthmatikern aufgrund ihres Leidens beeinträchtigt sein (gestörte Nachtruhe, Ängste, soziale Spannungen). Der entwicklungspädiatrischen Beurteilung ist deshalb besonderes Augenmerk zu schenken. Rechtzeitig vor der Berufswahl müssen eine Standortbestimmung und evtl. eine erweiterte Allergiediagnostik vorgenommen werden.

Physiotherapie

Bei ungenügender Atemtechnik und/oder schwerem Asthma muss den Kindern das korrekte Atmen mit Atemhilfen etc. beigebracht werden. Das bewusste Einsetzen der Zwerchfellatmung, das Erlernen einer entspannten Körperhaltung und das Einsetzen der Lippenbremse tragen dazu bei, im Asthmaanfall die Atemnot zu lindern.

Kontrollen und Compliance fördernde Maßnahmen

Ein Asthma im Kindesalter unter Therapie sollte anfangs wenigstens alle drei Monate kontrolliert werden (Zwischenanamnese, Lungenauskultation, Perzentilenverlauf für Gewicht und Körperhöhe, Kontrolle der Inhalationstechnik und Inspektion der Inhalationsutensilien/Hygiene). Bei Kindern mit stabilisiertem Verlauf oder bei Kindern, die nach Reduktion bzw. Absetzen der Therapie beschwerdefrei bleiben, genügen Kontrollen im Abstand von sechs bis zwölf Monaten. Lungenfunktionsuntersuchungen sollten entsprechend dem Verlauf wiederholt werden. Ausführliche Gespräche mit den Eltern, insbesondere auch über die Angst vor Behinderung und die Angst vor Kortison, eine gute Eltern-Kind-Instruktion (Asthmaschulung) und das Führen eines Symptomkalenders helfen mit, die Compliance zu verbessern.

Rehabilitationsmaßnahmen

Rehabilitationsmaßnahmen erfassen den Menschen in seiner Gesamtheit (Organe, Persönlichkeit, soziales Umfeld) und

bedingen dadurch eine fächerübergreifende Behandlung (Ärzte, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Ernährungstherapeuten, Psychologen, Schule, Kindergarten, Sozialpädagogen, Pflege). Ziel der Rehabilitation ist die Integration in den normalen Alltag von Kindern und Jugendlichen. Sie soll den Patienten und seiner Umgebung (Schule, Beruf, Freizeit) einen besseren Umgang mit dem Asthma ermöglichen. Rehabilitationsmaßnahmen können ambulant durchgeführt werden. Gelegentlich bedürfen sie eines umfassenden stationären Aufenthaltes in entsprechenden Fachkliniken.

Kooperation und Konsultation

Ein pneumologisch erfahrener Kinderarzt sollte hinzugezogen werden, wenn:

- ◀ Zweifel an der Diagnose bestehen, z. B. in den ersten drei bis vier Lebensjahren bei unklärbarem, persistierendem Husten;
- ◀ die Behandlung schwierig und der Erfolg nicht zufrieden stellend sind, z. B.

- wenn Symptome trotz Steroidinhalation und Dosissteigerung bestehen bleiben;
- ◀ sich plötzlich schwere Asthmaanfälle ereignen oder/und eine orale Langzeitbehandlung mit Steroiden erforderlich ist;
- ◀ Patienten trotz Behandlungsanpassung in ihrer Aktivität eingeschränkt sind;
- ◀ Krankenhaus- oder Notfallbehandlung wegen Asthma unmittelbar vorausgegangen sind.

*Prof. Dr. med. Dietrich Berdel
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
am Marien-Hospital Wesel
Pator-Janßen-Str. 8-38
D-46483 Wesel
E-Mail: Dietrich.Berdel@marien-hospital-wesel.de*

Literatur

- [1] Berdel D et al. (1998): Therapie-Empfehlungen der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie zur Behandlung des Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen. Monatszeitschrift Kinderheilkunde 146: 492-497
- [2] Frischer Th et al. (1999): Konsensus-Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. Monatszeitschrift Kinderheilkunde 8: 788-791
- [3] Amacher A et al. (2000): Asthma bronchiale bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Schweizer Ärztezeitung 81: 406-411
- [4] Berdel D et al. (2002): DAS Stufenkonzept zur Asthmatherapie der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie. Monatszeitschrift Kinderheilkunde 150: 766-774
- [5] Warner JO et al. (1998): Third International Pediatric Consensus Statement on the Management of Childhood Asthma. Pediatric Pulmonology 25: 1-17
- [6] Berdel D et al. (2002): Asthma bronchiale. Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin Kapitel N 13. Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Urban & Fischer Verlag
- [7] Global Initiative for Asthma (2002): Global Strategy for Asthma Management and Prevention. National Institutes of Health
- [8] National Asthma Education and Prevention Program (2002): Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma Update on Selected Topics. Journal of Allergy and Clinical Immunology 5: 110
- [9] British Guideline on the Management of Asthma (2003). Thorax 58 Suppl 1
- [10] Nationales Programm für Versorgungsleitlinien (2003): Asthma bronchiale. Diskussionspapier 14.10.2003. www.leitlinien.de
- [11] Foresi A et al. (2000): Low Dose Budesonide With the Addition of an Increased Dose During Exacerbations Is Effective in Long-term Asthma Control. CHEST 117: 440-446
- [12] Vogelmeier C et al. (2003): Adjustable dosing with budesonide/formoterol in a single inhaler provides similar quality of life improvements at a lower overall dose than fixed dosing – results from ATACO study. Amer. Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 7: 1967-1974
- [13] Qureshi F et al. (1998): Effect of Nebulized Ipratropium on the Hospitalization Rates of Children with Asthma. NEJM 1030 S
- [14] Pauwels et al. (1997): Effect of inhaled Formoterol and Budesonide on Exacerbations of Asthma. NEJM 337: 1405-1411
- [15] Verbene AA et al. (1998): Addition of salmeterol versus doubling the dose of beclomethason in children with asthma. The Dutch Asthma Study Group. Am J Respir Crit Care Med. 158(1): 213-9
- [16] Tal A et al. (2002): Budesonide/Formoterol in a single inhaler versus inhaled Corticosteroids alone in the treatment of asthma. Pediatr Pulmonol. 34 (5): 342-50
- [17] Goodman DC et al. (1999): Has asthma medication become more frequent, more appropriate, or both? Pediatrics 104: 187-194
- [18] Beimfohr C, Maziak W, von Mutius E (2001): The use of antiasthmatic drugs in children: results of a community-based survey in Germany. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 10: 315-321

Gemeinsame Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAI),
des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen (ÄDA), der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie
und Umweltmedizin (GPA) und des Deutschen Allergie- und Asthmabundes (DAAB)

Allergische Rhinitis ist keine Bagatellerkrankung!

Die Kostenübernahme rezeptfreier Arzneimittel ist seit dem 1. April 2004 eindeutig geregelt. Viele Antihistaminika, notwendig zur Behandlung der allergischen Rhinokonjunktivitis, werden von den Krankenkassen nicht mehr erstattet, wenn der Patient älter als 12 Jahre alt ist.

Der gemeinsame Bundesausschuss (g-BA), gegründet nach §91 Abs. 5 SGBV (www.g-ba.de), der sich aus Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Leistungserbringer) zusammensetzt, hatte zum 1. Januar 2004 den Verordnungsausschluss so genannter OTC-Präparate („over the counter“, nicht verschreibungspflichtige und damit nicht erstattungsfähige Arzneimittel) beschlossen.

Mit Wirkung zum 1. April 2004 wurden Ausnahmen von dieser Regelung zugelassen und zwar dann, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Schwerwiegend wurde mit lebensbedrohlich gleichgesetzt

bzw. wenn auf Grund der Schwere der durch die Erkrankung verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt ist. Ausgenommen von dieser Regelung sind Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen – was immer das bedeuten mag.

Antihistaminika dürfen jetzt nur noch in Notfallssets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengiftallergien, zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urtikarien und bei schwerwiegendem Pruritus verschrieben werden. Zur Therapie der allergischen Rhinokonjunktivitis, die die Lebensqualität der Betroffenen auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen kann, besteht somit keine Möglichkeit mehr, Antihistaminika zu verordnen. GPA, DGAI, ÄDA und der DAAB haben deshalb in einer gemeinsamen Stellungnahme den g-BA aufgefordert, seine Entscheidung für die allergische Rhinokonjunktivitis zu revidieren.

Dr. Ernst Rietschel, Vorsitzender der GPA

**An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Herrn Dr. Hess, Vorsitzender
Auf dem Seidenberg 3 a
53721 Siegburg**

Bochum, 04.03.2004

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

wie zu hören ist, soll die allergische Rhinitis durch den Gemeinsamen Bundesausschuss als „Bagatellerkrankung“ eingestuft werden, mit den entsprechenden Konsequenzen für die Qualität der Versorgung, die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln, den finanziellen und

auch gesundheitlichen Konsequenzen für die Betroffenen. Die Deutschen Allergologenverbände protestieren gegen diese Absichten und möchten diese Auffassung nachfolgend begründen.

Die allergische Rhinitis (saisonale allergische Rhinokonjunktivitis [„Heuschnupfen“] oder ganzjährige allergische Rhinitis) ist keine Bagatellerkrankung!

Im Gegensatz zum viralen Schnupfen handelt es sich bei der allergischen Rhinitis nicht um eine selbstlimitierende, meist folgenlose Erkrankung, sondern um eine wesentliche, chronische Atemwegserkrankung mit erheblicher Komorbidität

und weit reichenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Patienten. Insbesondere ist hervorzuheben, dass Klein- und Schulkinder mit einer allergischen Rhinitis in bis zu 40 Prozent ein Asthma entwickeln, wobei beide Erkrankungen die Patienten meist lebenslang begleiten. Die allergische Rhinitis ist daher eine chronische Krankheit und keine geringfügige Gesundheitsstörung!

Die Initiative der WHO definiert die allergische Rhinitis als bedeutende chronische Atemwegserkrankung!

In krassem Gegensatz zu der offensichtlichen Einschätzung der allergischen

Rhinitis durch den Bundesausschuss hat die ARIA-Initiative mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation WHO [6] betont, dass es sich bei der allergischen Rhinitis nicht um eine banale Erkrankung handelt, sondern um eine „major chronic respiratory disease“ mit systemischen Auswirkungen und mit häufigem Übergang („Etagenwechsel“) in ein Asthma in ca. einem Drittel der Fälle [3, 7, 25, 26]. Auch bei allergischer Rhinitis ohne manifestes Asthma liegen bereits entzündliche Reaktionen der Bronchien vor bzw. treten bei allergischer Symptomatik der Nase gleichzeitig auf [8]. Die allergische Rhinitis kann zu einer Chronifizierung, verbunden mit irreversiblen Umbauvorgängen der Nasen- und Nasennebenhöhenschleimhaut führen [4].

Die WHO [6] klassifiziert die allergische Rhinitis als „bedeutende chronische Atemwegserkrankung“ aufgrund:

- ihrer Prävalenz,
- ihres Einflusses auf die Lebensqualität,
- ihres Einflusses auf Leistungsfähigkeit und Produktivität in Beruf und Schule,
- der durch sie hervorgerufenen volkswirtschaftlichen Kosten,
- ihrer Verbindung zum Asthma,
- ihrer Assoziation mit der Sinusitis und anderen Begleiterkrankungen wie der Konjunktivitis.

Insbesondere wird die allergische Rhinitis explizit als Risikofaktor für die Entstehung eines Asthmas bezeichnet, wobei ein ca. drei- bis vierfach erhöhtes Risiko einer Beteiligung der unteren Atemwege gegenüber nasengesunden Personen besteht.

Die Erkrankung erfordert daher eine konsequente antientzündliche Therapie, um die Schlafstörungen und die Beeinträchtigung täglicher Aktivitäten zu vermindern und damit Schul- bzw. Arbeitsfähigkeit zu erhalten, und den Übergang in ein Asthma und eine lokale Ausweitung zu einer chronischen Kieferhöhlenentzündung zu verhindern [6,12].

Die Trivialisierung der allergischen Rhinitis würde unseres Erachtens zu einer erhöhten Morbidität und zur Ausweitung und Chronifizierung der Atemwegserkrankungen führen, langfristig mit den entsprechenden Mehrkosten für das Sozialsystem (Kran-

kenkassen, Renten). Eine solche Maßnahme würde auch den Zielen der Qualitätssicherung und Prävention diametral entgegenwirken. Aufgrund der derzeit erfassten Häufigkeit der allergischen Rhinitis (Prävalenz ca. 23 Prozent) ist eine Asthmaentwicklung in einem Drittel der Fälle eine äußerst beunruhigende Entwicklung.

Prävalenz der allergischen Rhinitis und des Asthma

Allergische Krankheiten haben in den letzten Jahren in erschreckender Weise an Häufigkeit zugenommen. Der Trend zur

2,1 bzw. 4,4 Prozent angegeben [23, 11].

Im Kindesalter beträgt die Prävalenz der allergischen Rhinitis bei 6- bis 7-Jährigen 2,9 (Greifswald) bzw. 6,0 Prozent (Münster), bei 13- bis 14-Jährigen 11,7 (Greifswald) bzw. 21,1 Prozent, die Prävalenz des Asthmas beträgt bei 6- bis 7-Jährigen 3,6 Prozent, bei 13- bis 14-Jährigen 5,7 Prozent [ISMC Bericht Allergien]. Bei ca. 35 Prozent der Patienten liegt ein persistierendes Krankheitsbild vor [2], mit und ohne saisonale Beschwerdezunahme; bei der saisonalen Form der Erkrankungen infolge Pollenallergie kann es durch den Pollenflug von Januar bis August zu Be-



Allergische Rhinitis – eine Bagatellerkrankung?

weiteren Zunahme ist ungebrochen [18]. Die Prävalenz aller allergischen Krankheiten wird bei Erwachsenen unterschiedlicher Altersgruppen mit 50,9 bis 26,9 Prozent (West) bzw. 40,7 bis 14,2 Prozent (Ost) angegeben [21].

Nach neuesten Erhebungen leiden 23 Prozent der europäischen Erwachsenen an einer allergischen Rhinitis. Davon sind 50 Prozent ganzjährig erkrankt. 27 Prozent der Erwachsenen mit allergischer Rhinitis leiden zusätzlich an einem Asthma bronchiale. Nach einer europaweiten Erhebung bei 20-jährigen Erwachsenen wird die Prävalenz der allergischen Rhinitis in Deutschland mit 13,4 (Erfurt) bzw. 23,6 Prozent (Hamburg), die des Asthma mit

schwerden über bis zu acht Monate kommen, zeitweilig häufig in so massiver Form, dass Kortisonpräparate eingesetzt werden müssen.

Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass Asthma und Rhinitis häufig beim gleichen Patienten auftreten; eine Rhinitis besteht bei ca. 75 bis 100 Prozent der allergischen und bei mehr als 80 Prozent der nicht-allergischen Astmapatienten [6]. Bei atopischen Patienten scheint das Eintrittsalter der ersten allergischen Symptome die weitere Entwicklung anzudeuten: Treten diese vor dem 6. Lebensjahr auf, entwickelt sich häufig ein Asthma, im späteren Kindesalter bleibt es häufig bei einer saisonalen Rhinitis [27, 28]. Die

Prävalenz eines Asthmas bei bestehender AR scheint von deren Dauer und Schweregrad abzuhängen: Patienten mit saisonaler intermittierender Rhinitis haben in 10 bis 15 Prozent ein Asthma, Patienten mit schwerer und persistierender Rhinitis dagegen in 25 bis 40 Prozent [Bousquet J et al, Publikation im Druck].

Eine durch den Arzt festgestellte allergische Rhinitis im Kleinkindesalter verdoppelte das Risiko der Asthmaentwicklung bis zum 11. Lebensjahr in der sog. Children's Respiratory Study [29]. In der an der Berliner Charité durchgeführten MAS-Studie entwickelten 5-jährige Kinder mit einer Graspollen-Allergie in 34 Prozent innerhalb von zwei Jahren ein Asthma, 7-jährige in 32,7 Prozent [16]. Ein erhöhtes Risiko besteht selbst noch im Erwachsenenalter [30], bei allergischer wie auch bei nicht-allergischer Rhinitis.

Das allergische Asthma gehört zu den schwerwiegendsten Krankheitsbildern aller Altersstufen. Jährlich sterben in Deutschland Menschen an Asthma, 1995 wurde die Zahl mit 5.546 Personen (6,8 je 100.000 Einwohner) angegeben [23]; in der Altersgruppe der 5- bis 34-Jährigen betrug die Asthmasterblichkeit 0,3/100.000. Des Weiteren verursacht Asthma häufig Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit [15].

Mindestens 25 Prozent der Asthmatiker leiden an einem schweren oder mittelschweren Asthma, die eine ständige Medikation benötigen [15], in ca. 75 Prozent liegt ein leichteres Asthma vor; von diesen Fällen wird ca. ein Drittel medikamentös behandelt [15]. Auch bei vorwiegend saisonaler Asthmasymptomatik können außerhalb der Saison infolge der bronchialen Hyperreagibilität, dem charakteristischen Befund des Asthmas, Anfälle auftreten, so dass ganzjährig Asthamedikamente verfügbar sein müssen.

Die Therapie der allergischen Rhinitis reduziert Asthmabeschwerden!

Intranasale Kortikoide reduzieren neben den Nasenbeschwerden auch gleichzeitig bestehende asthmatische Symptome [13, 24]. Besonders eindrucksvoll und bedeutsam sind neuere Studien an mehre-

ren Tausenden Patienten, die zeigen, dass es bei antientzündlicher Behandlung der allergischen Rhinitis zu einer deutlichen Reduktion von Notfallbehandlungen wegen eines gleichzeitig bestehenden Asthmas kommt [1, 10, 13]. Dabei kann das Risiko einer kostenintensiven Notfallbehandlung bei Asthmapatienten, die wegen ihrer Rhinitis behandelt werden, um bis zu 50 Prozent gesenkt werden gegenüber unbehandelten Patienten. Durch frühzeitige Spezifische Immuntherapie lassen sich der „Etagenwechsel“ und weitere Sensibilisierungen verhindern [19, 20]. Die Bedeutung der Spezifischen Immuntherapie ist durch eine WHO-Initiative herausgestellt worden [5]. Die Kosten-Nutzen-Relation der Spezifischen Immuntherapie ist belegt [9, 14, 17].

Die logische Konsequenz – auch aus budgetären Überlegungen – ist daher die konsequente Behandlung der allergischen Rhinitis, und nicht deren Bagatellisierung.

Allergiker sind eine vulnerable Gruppe mit besonderem Schutzbedürfnis!

Der Sachverständigenrat für Umweltfragen [22] hat in seinem Sondergutachten 1999 dargelegt, dass das individuelle Schutzkonzept des Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz den Gesetzgeber verpflichtet, bei Maßnahmen zum Schutz der menschlichen Gesundheit vulnerable Gruppen zu berücksichtigen. Nach der Stellungnahme des Rates stellen Allergiker grundsätzlich eine solche vulnerable Gruppe dar, deren besonderem Schutzbedürfnis bei der Rechtsetzung Rechnung getragen werden muss. Und weiter: „Im Übrigen rechtfertigen sowohl die Schwere der akuten Erkrankungen als auch die Chronifizierungstendenzen im Krankheitsverlauf die Berücksichtigung von Allergikern als vulnerable Gruppe. Innerhalb der Gruppe der Allergiker sind im Hinblick auf die Bewertung von Inhalationsallergenen Kinder als eine eigenständige vulnerable Gruppe anzusehen.“ Dieser Einschätzung können wir uns nur anschließen.

Schlussfolgerungen

Es kann aus Sicht der Deutschen Allergologenverbände keinen Zweifel daran geben, dass die hier genannte allergische Rhinitis neben anderen allergischen Erkrankungen eine schwerwiegende chronische Krankheit darstellt. Diese Einstufung muss sowohl bei der Bewertung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen einschließlich der Allergiediagnostik sowie bei der Verordnungsfähigkeit von Antihistaminika und topischen Glukokortikoiden (Arzneimittel-Richtlinien, Anlage 8) und Spezifischer Immuntherapie (Therapiestandard) Berücksichtigung finden.

Ihrer Antwort sehen die Deutschen Allergologenverbände mit deutlichen Erwartungen entgegen. Diese Stellungnahme wird auch vom Deutschen Allergie- und Asthmabund DAAB, der größten Organisation der betroffenen Patienten, unterstützt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. G. Schultze-Werninghaus
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie

Prof. Dr. Th. Fuchs
Präsident des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen

Dr. E. Rietschel
Vorsitzender der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin

Frau A. Wallrafen
Deutscher Allergie- und Asthmabund

Literatur

1. Adams RJ, Fuhlbrigge AL, Finkelstein JA, Weiss ST (2002): Intranasal steroids and the risk of emergency department visits for asthma. *J Allergy Clin Immunol* 109: 636-42
2. Bauchau V, Durham SR, Strachan DP (2003): Epidemiology of allergic rhinitis: Clinical aspects in a population-based sample of adults from six European countries. EAACI 2003 Paris (abstract)
3. Borish L (2003): Allergic rhinitis: systemic inflammation and implications for management. *J Allergy Clin Immunol* 113: 1021-31
4. Bousquet J, Jacquot W, Vignola AM, Bachert C, van Cauwenberge P (2004): Allergic rhinitis: a disease remodelling the upper airways? *J Allergy Clin Immunol* 113: 43-9
5. Bousquet J, Lockey R, Malling HJ (1998): Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic disease. A WHO position paper. *Allergy* 53 (Suppl. 44): 4-42
6. Bousquet J, van Cauwenberge P, Khaltaev N (Hrsg.) (2001): Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. ARIA Workshop Report. *J Allergy Clin Immunol* 108: S147-334
7. Bousquet J, Vignola AM, Demoly P (2003): Links between rhinitis and asthma. *Allergy* 58: 691-706
8. Braunstahl GJ, Prins JB, Kleinjan A, Overbeek SE, Hoogsteden HG, Fokkens WJ (2003): Nose and lung cross-talk in allergic airways disease. *Clin Exp All Rev* 3: 38-42
9. Büchner K, Siepe M (1995): Nutzen der Hyposensibilisierung unter wirtschaftlichen Aspekten. *Allergo* J 4: 156-163
10. Crystal-Peters J, Neslusan C, Crowne WH, Torres A (2002): Treating allergic rhinitis in patients with comorbid asthma: the risk of asthma-related hospitalizations and emergency department visits. *J Allergy Clin Immunol* 109: 57-62
11. DGAI, ADA, DAAU (Ring J, Fuchs T, Schultze-Werninghaus G, Hrsg.) (2004): Weißbuch Allergie in Deutschland, 2. Aufl. Urban und Vogel München
12. DGAI: Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Allergische Rhinitis“ der Sektion HNO der DGAI (2003): Allergische Rhinokonjunktivitis. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI). *Allergo* J 12: 182-94
13. Fuhlbrigge AL, Adams RJ (2003): The effect of treatment of allergic rhinitis on asthma morbidity, including emergency department visits. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 3: 29-32
14. Greiner W, Schulenburg JM, Gillissen A (2002): Kosten und Nutzen der Hyposensibilisierung bei allergischem Asthma und Rhinitis. *Gesundh ökon Qual manag*, 179-186
15. Konietzko N, Fabel H (2001): Weißbuch Lunge 2000. Georg Thieme Verlag, Stuttgart; Aktualisierung 2001, www.multimedica.de/private/html/thieme/
16. Lau S, Nickel R, Niggemann B, Gruber C, Sommerfeld C, Illi S, Kulig M, Forster J, Wahn U, Groeger M, Zepp F, Kamin W, Bieber I, Tacke U, Wahn V, Bauer CP, Bergmann R, von Mutius E; Mas-Group (2002): The development of childhood asthma: Lessons from the German Multicentre Allergy Study (MAS). *Paediatr Respir Rev* 3: 265-72
17. Märtens P, Lobermeyer K (2001): Krankheitskosten-Studie und Kosten-Nutzen-Analyse der spezifischen Immuntherapie bei Asthma. *Allergo* J 10: 341-347
18. Maziak W, Behrens T, Brasky TM, Dehme H, Rzehak P, Weiland SK, Keil U (2003): Are asthma and allergies in children and adolescents increasing? Results from ISAAC phase I and phase III surveys in Munster, Germany. *Allergy* 58: 572-9
19. Möller C, Dreborg S, Ferdousi HA, Halken S, Høst A, Jacobsen L, Koivikko A, Koller DY, Niggemann B, Norberg LA, Urbanek R, Valovirta E, Wahn U (2002): Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (The PAT-Study). *J Allergy Clin Immunol* 109: 251-6
20. Pajno GB et al (2001): Prevention of new sensitizations in asthmatic children monosensitized to house dust mite by specific immunotherapy. A six-year follow-up study. *Clinical and Experimental Allergy* 31: 1392-97
21. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter-, Fehlversorgung; <http://www.svr-gesundheit.de>.
22. Der Rat von Sachverständigen für Umweltfragen (1999): Sondergutachten Umwelt und Gesundheit. Risiken richtig einschätzen. Metzler-Poeschel, Stuttgart 1999; Kap. 3.3; pp. 107-154
23. Spezialbericht Allergien, Teil 4; Metzler-Poeschel, Stuttgart 2000.
24. Taramarcz P, Gibson PG (2004): Intranasal corticosteroids for asthma control in people with coexisting asthma and rhinitis. *Cochrane Review*. The Cochrane Library 2004, Ausgabe 1. www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab003570.htm
25. Togias A (2003): Rhinitis and asthma: evidence for respiratory system integration. *J Allergy Clin Immunol* 111: 1171-83
26. Togias A (2004): Systemic effects of local allergic disease. *J Allergy Clin Immunol* 113 (Suppl 1): S8-14
27. Peat JK, Salome CM, Woolcock AJ (1990): Longitudinal changes in atopy during a 4-year period; relation to bronchial hyperresponsiveness and respiratory symptoms in a population sample of Australian schoolchildren. *J Allergy Clin Immunol* 85 (1 Pt 1): 65-74.
28. von Mutius E, Weiland SK, Fritzsche C, Duhme H, Keil U (1998): Increasing prevalence of hay fever and atopy among children in Leipzig, East Germany [see comments]. *Lancet* 1998; 351 (9106): 862-6.
29. Wright AL, Holberg CJ, Martinez FD, Halonen M, Morgan W, Taussig LM (1994): Epidemiology of physician-diagnosed allergic rhinitis in childhood. *Pediatrics* 94 (6 Pt 1): 895-901.
30. Guerra S, Sherrill DL, Martinez FD, Barbee RA (2002): Rhinitis as an independent risk factor for adult-onset asthma. *J Allergy Clin Immunol* 109 (3): 419-25

Aspirin-Intoleranz im Kindesalter

Kasuistik, Pathogenese, diagnostisches und therapeutisches Vorgehen

Hagen Ott, Harald Brost, Univ.-Kinderklinik der RWTH Aachen

Kasuistik

Ein zwölfjähriger marokkanischer Junge stellte sich aufgrund häufig rezidivierender asthmatischer Beschwerden sowie einer häufig behinderten Nasenatmung in unserer allergologisch-pneumologischen Ambulanz vor. Andere Symptome wurden nicht geschildert, insbesondere seien keine Urtikaria oder Angioödem aufgetreten.

In der körperlichen Untersuchung zeigte sich neben einer leichtgradigen Konjunktivitis ein ausgeprägtes nasales Schleimhautödem bei livider Mukosa, urtikarielle oder ekzematöse Effloreszenzen waren nicht zu beobachten. Bei mäßiggradiger Tachypnoe wies der Patient interkostale Einziehungen auf, auskultatorisch fanden sich ein verlängertes Expirium und bilaterales Giemen. Die transkutan gemessene Sauerstoffsättigung war mit 94 % normwertig, im Differenzialblutbild zeigte sich bei ansonsten unauffälligen Befunden eine ausgeprägte Eosinophilie mit 34 % eosinophiler Granulozyten, das Eosinophile Cationische Protein (ECP) war mit 95,2 µg/l stark erhöht (Normwertbereich 4,4-11,3 µg/l). Die Analyse der Serum-Immunglobuline, der Komplementaktivität sowie der Lymphozyten-Subpopulationen ergaben keine pathologischen Befunde und die Bestimmung allergenspezifischer IgE-Antikörper mittels Enzym-Immunoassay erbrachte keinen Hinweis auf eine Typ-1-Sensibilisierung gegen inhalative oder nutritive Allergene. Die Lungenfunktionsdiagnostik zeigte eine mäßiggradige Bronchialobstruktion mit vollständiger Reversibilität nach inhalativer Bronchospasmodolyse ohne Nachweis einer pulmonalen Restrik-

tion oder Überblähung. Das Vorliegen einer Mukoviszidose konnte bei normwertiger Schweiß-Iontophorese, unauffälliger Genetik des CFTR-Genlokus und normwertiger Messung der intestinalen Leitfähigkeit (Rektumbiopsie) ausgeschlossen werden. In der Röntgenaufnahme des Thorax fanden sich bilateral peribronchiale Infiltrate, während die thorakale Computertomographie geringgradig ausgeprägte Bronchiektasen im Bereich des rechten Lungen-Unterlappens zeigte. Zusätzlich ließ sich mittels Nasennebenhöhlen-CT eine ausgeprägte Polyposis nasi bei hyperplastischer Pansinusitis nachweisen. Bei unauffälliger Bronchiallavage zeigten Bronchialbiopsien in der elektronenmikroskopischen Untersuchung ein Fehlen der inneren Dynein-Arme und eine numerische Aberration der peripheren Mikrotubuli, so dass wir bei unserem Patienten zunächst die Diagnose einer primären ciliären Dyskinesie (PCD) stellen konnten.

Wir begannen daraufhin eine Kombinationstherapie mit kurz wirksamen β_2 -Sympathomimetika, Budesonid (800 µg), Montelukast (5 mg) sowie einem Theophyllin-Retardpräparat (700 mg) entsprechend den Richtlinien der In-

ternational Pediatric Asthma Consensus Group (1998). Hierunter stellte sich jedoch im weiteren Verlauf keine anhaltende Beschwerdebesserung ein, so dass der Junge innerhalb von 18 Monaten insgesamt siebenmal aufgrund akuter Atemnot stationär behandelt werden musste. Einmalig wurde eine maschinelle Beatmung erforderlich, da sich 30 Minuten nach Einnahme von 500 mg Paracetamol ein Status asthmaticus mit respiratorischer Globalinsuffizienz entwickelte. Zusätzlich ergab sich retrospektiv der Verdacht, dass einige Wochen zuvor Ibuprofen per os ebenfalls zu einem akuten Asthma-Anfall geführt habe, der wenige Minuten nach Medikamenteneinnahme aufgetreten sei.

Die aufgrund dieser anamnestischen Hinweise zusätzlich durchgeführte Haut-Prick-Testung mit Paracetamol, Aspirin und Ibuprofen war negativ, der „cellular allergen stimulation test“ (CAST-ELISA) mit Aspirin-Lysin, Aspirin-Lysin + Komplementfaktor C5a, Paracetamol und Rofecoxib ergab ebenfalls keinen pathologischen Befund.

Nach Erhalt o. g. Untersuchungsergebnisse führten wir eine doppelblinde, placebo-kontrollierte orale Provokationstestung mit Aspirin durch. Aus Sicherheitsgründen wurde ein modifiziertes dreitägiges Protokoll zugrunde gelegt (Tab. 1), das unter stationärem Monitoring der Vitalparameter sowie Peak-Flow-Messungen vor und nach Einnahme der Testsubstanz umgesetzt wurde. An Tag 2 klagte der Patient 40 Minuten nach Applikation von 50 mg ASS per os über akute Atemnot, nasale Kongestion und starkes Augentränen. Hierbei kam es zu einem Peak-Flow-Abfall um 50 % bei gleichzeitig verringerter transkutaner Sauerstoffsät-

Orales Provokationsschema für Aspirin und Rofecoxib (modifiziert nach [9, 15])

	Tag 1	Tag 2	Tag 3
Aspirin	0,5 mg 50 mg	5,0 mg 500 mg	10 mg
Rofecoxib	1,25 mg 5,0 mg	5,0 mg 25 mg	1,25 mg

Tab. 1

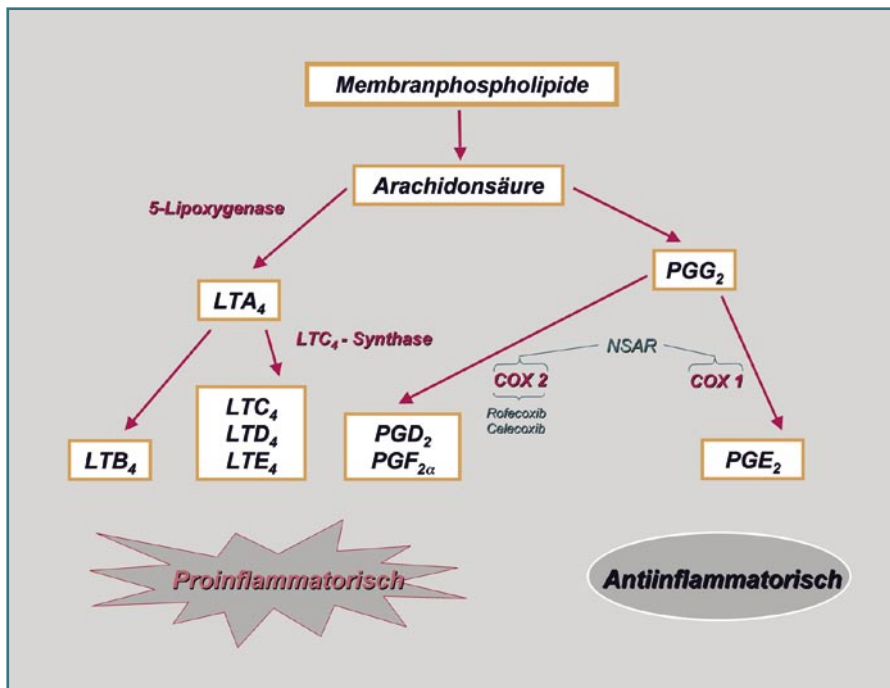


Abb. 1

tigung (88 %). Erst nach Sauerstoffgabe, bronchodilatativer Inhalationstherapie und systemischer Prednisolon-Gabe stellte sich innerhalb von zwei Stunden eine Beschwerdebesserung ein. Eine Kreuzreaktivität mit dem selektiven COX₂-Inhibitor Rofecoxib konnte mit Hilfe einer weiteren doppelblinden, placebo-kontrollierten Provokationstestung ausgeschlossen werden (Tab. 1). Im weiteren Verlauf kam es unter strikter „NSAR-Karenz“ zu keinen akuten respiratorischen Beschwerden und der Patient erreichte unter der Kombinationstherapie mit Budesonid 800 µg, Formoterol 12 µg sowie Montelukast 10 mg eine weit gehende bronchopulmonale Beschwerdefreiheit.

Diskussion

Der Legende nach wurde die Acetylsalicylsäure (ASS) vor mehr als 120 Jahren von einem jungen deutschen Apotheker namens Felix Hoffmann zur antiphlogistischen Therapie der rheumatoiden Arthritis seines Vaters entwickelt. 1899 brachte die Firma Bayer, bei der Hoffmann angestellt war, das Präparat Aspirin® in den Handel, das bis heute zu den meistverkauften Pharmakotherapeutika zählt [1].

Erst 23 Jahre später berichteten Widal et al. erstmalig von dem Phänomen der Aspirin-Intoleranz [2], das aktuellen epidemiologischen Erhebungen zufolge bei bis zu 34 Prozent der erwachsenen Asthmatiker auftritt und vorwiegend mit höhergradigen asthmatischen Beschwerden sowie einer Polyposis nasi assoziiert ist (sog. Samter Triade) [3, 4]. Während ein Prävalenz-Gipfel im dritten und vierten Lebensjahrzent als gesichert gelten kann, liegen genaue Angaben zur Häufigkeit dieser Erkrankung im Kindes- und Jugendalter nicht vor. Verschiedene Autoren gehen jedoch davon aus, dass die ASS-Intoleranz im Verlauf der ersten zehn Lebensjahre selten ist, während für Schulkinder und Adoleszenten in Abhängigkeit vom untersuchten Patientenkollektiv Prävalenzen zwischen 1,7 und 28 Prozent berichtet wurden [5, 6]. Jenkins et al. weisen in einer erst kürzlich erschienenen Übersichts-

arbeit darauf hin, dass die mittels oraler Provokationstestungen ermittelte Prävalenz der NSAR-Intoleranz im Kindesalter mit durchschnittlich 5 Prozent angegeben werden kann [7].

Lange Jahre war die Ätiologie der ASS-Intoleranz unbekannt, bis Vane et al. zeigen konnten, dass der Cyclooxygenase (COX) eine pathogenetische Schlüsselrolle zukommt [8]. Dieses Enzym existiert in zwei Isoformen: COX₁ katalysiert als konstitutives Enzym die Synthese antiinflammatorischer Prostaglandine (v. a. PGE₂), wohingegen COX₂ im Rahmen akuter oder chronischer Entzündungsreaktionen proinflammatorische Zytokine (u. a. PGD₂, PGF_{2α}) induziert. ASS und andere nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) inhibieren nun unselektiv den COX-Signalweg, so dass der Arachidonsäure-Metabolismus in Richtung des Cysteinyl-Leukotriens A₄ (Cys-LTA₄) umgeleitet und gleichzeitig die Synthese des „Leukotrien-Antagonisten“ PGE₂ inhibiert wird. Cys-LTA₄ konvertiert in einem weiteren Schritt mit Hilfe der LTC₄-Synthase in das stark proinflammatorische Cys-LTC₄, das nach Bindung an Leukotrienrezeptoren u. a. zu Bronchialobstruktion, Eosinophilenchemotaxis und bronchialer Hypersekretion führen kann (Abb. 1).

Die hieraus resultierenden klinischen Manifestationsformen werden nach ihrer Lokalisation klassifiziert (Tab. 2) und

Klinische Klassifikation der Aspirin-Intoleranz (modifiziert nach [4])		
Typ	Rel. Häufigkeit	Symptomatik
A	15 %	Respirationstrakt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asthma bronchiale ▪ Chronische Rhinosinusitis ▪ Polyposis nasi
B	75 %	Typische Hautmanifestationen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urtikaria ▪ Angioödem
C	sehr selten	Sonstige: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erythema exsudativum multiforme ▪ Stevens-Johnson-Syndrom ▪ Lyell-Syndrom

Tab. 2

sind so vielfältig, dass die ASS-Intoleranz zunehmend als Multiorganerkrankung verstanden wird [9]. Eine Assoziation der NSAR-Intoleranz mit einer primären ziliären Dyskinesie, wie sie bei unserem Patienten zu beobachten war, wurde bisher jedoch nicht beschrieben.

Akute Intoleranzreaktionen können nach Einnahme unterschiedlicher nicht-steroidaler Antirheumatika (NSAR) auftreten, die sich jedoch in ihrer Affinität zu den COX-Isoenzymen und somit in ihrer Pathogenität signifikant unterscheiden. So sind die unselektiven NSAR (z. B. ASS, Ibuprofen, Diclofenac, Indometacin) vergleichsweise häufig für Intoleranzreaktionen verantwortlich, während die neueren COX₂-selektiven Präparate (Celecoxib, Rofecoxib) aktuellen Untersuchungen zufolge auch bei Patienten mit ASS-Intoleranz sicher zur antiphlogistischen Therapie eingesetzt werden können [10].

Die diagnostische Abklärung der ASS-Intoleranz ist dadurch erschwert, dass es sich nicht um eine IgE-vermittelte Soforttypreaktion handelt und somit Haut-Prick-Testungen keine positiven Ergebnisse erwarten lassen. Auch die Bestimmung der Cysteinyl-Leukotriene nach ex-vivo-Stimulation peripherer Leukozyten mit ASS oder anderen NSAR (sog. CAST-ELISA) hat sich aufgrund einer zu geringen Spezifität nicht als zuverlässige Methode etablieren können [11]. Somit stellen titrierte Provokationstestungen den aktuellen Goldstandard

in der Detektion ASS-intoleranter Patienten dar. Neben der am weitesten verbreiteten oralen Exposition sind auch nasale oder bronchiale Provokationen möglich, für die jeweils etablierte Protokolle publiziert sind [12, 13].

Zur Therapie der NSAR-Intoleranz kann eine orale Desensibilisierung erforderlich werden, die bei mehr als der Hälfte der betroffenen Individuen zu einer deutlichen Besserung asthmatischer und rhinitischer Beschwerden führt. In folgenden Fällen ist gemäß aktueller Empfehlungen eine solche Desensibilisierung indiziert:

- 1) schweres Aspirin-induziertes Asthma bronchiale, das hoch dosiert und kontinuierlich mit systemischen Kortikosteroiden therapiert werden muss;
- 2) wiederholte Polypektomien und/oder Nasennebenhöhlen-Operationen;
- 3) rheumatische oder thromboembolische Grunderkrankung, die einer NSAR-Therapie bedarf [14].

Auch Leukotrienrezeptor-Antagonisten (Montelukast, Zafirlukast) wurden als wirksame Therapeutika in der symptomatischen Behandlung des Aspirin-induzierten Asthma bronchiale beschrieben, obwohl nicht alle Patienten von einer Behandlung profitierten [15].

Zusammenfassend muss die ASS-Intoleranz auch bei Kindern und Jugendlichen mit chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankungen als wichtige Differenzialdia-

gnose berücksichtigt werden. Vor allem Patienten mit zusätzlicher Polyposis nasi und/oder persistierender „intrinsischer“ Rhinitis sollten bei Beschwerdepersistenz trotz konventioneller Therapie einer kontrollierten Provokationstestung mit ASS unterzogen werden. Ein Therapieversuch mit Leukotrienrezeptor-Antagonisten ist auch bei klinischem Verdacht auf eine ASS-Intoleranz gerechtfertigt, während eine orale ASS-Desensibilisierung bei strenger Indikationsstellung in dieser Altersgruppe eine Ausnahme darstellen dürfte.

*Dr. med. Hagen Ott,
Dr. med. Harald Brost
Universitätsklinikum der RWTH Aachen,
Kinderklinik, Funktionsbereich Pädiatrische Allergologie
Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen
Tel.: 0241-80-88785
Fax: 0241-80-82599
E-Mail: Hagen_Ott@gmx.de*

Literatur

- [1] Dreser H (1899): Pharmacologisches über Aspirin (Acetylsalicylsäure). Arch Gesamte Physiol Menschen Tiere 76: 306-318.
- [2] Widal MF, Abrami P, Lenmoyez J (1922): Anaphylaxie et idiosyncrasie. Presse Med 30: 189-192.
- [3] Samter M, Beers RF (1968): Intolerance to aspirin. Clinical studies and consideration of its pathogenesis. Ann Intern Med 68 (5): 975-983.
- [4] Schiavino D, Nucera E, Milani A, Del Ninno M, Buonomo A, Sun J et al (2000): The aspirin disease. Thorax 55 (Suppl 2): 66-69.
- [5] Hussein A (1989): The incidence of analgesics intolerance in asthmatic children detected by history and inhalation challenge with lysine acetylsalicylate. Klin Pädiat 201: 1-5.
- [6] Porto Arceo JA (2003): [Special features of NSAID intolerance in children]. Allergol Immunopathol (Madr) 31 (3): 109-125.
- [7] Jenkins C, Costello J, Hodge L (2004): Systematic review of prevalence of aspirin induced asthma and its implications for clinical practice. BMJ 328 (7437): 434.
- [8] Vane JR (1971): Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs. Nat New Biol 231 (25): 232-235.
- [9] Babu KS, Salvi SS (2000): Aspirin and Asthma. Chest 118: 1470-1476.
- [10] Szczeklik A, Nizankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Nagraba F, Mejza F (2001): Safety of a specific COX₂-inhibitor in aspirin-induced asthma. Clin Exp Allergy 31: 219-225.
- [11] Pierzchalska M, Mastalerz I, Sanak M, Zazula M, Szczeklik A (2000): A moderate and unspecific release of cysteinyl-leukotrienes by aspirin from peripheral blood leukocytes precludes its value for aspirin-sensitivity testing in asthma. Clin Exp Allergy 30: 1785-1791.
- [12] Meillo G, Balzano G, Bianco S (2001): Oral and inhalation provocation tests for the diagnosis of aspirin-induced asthma. Allergy 56: 899-911.
- [13] Milewski M, Mastalerz I, Szczeklik A (1998): Nasal provocation test with lysine-aspirin for diagnosis of aspirin-sensitive asthma. J Allergy Clin Immunol 101: 581-586.
- [14] Szczeklik A, Stevenson D (2003): Aspirin-induced asthma: Advances in pathogenesis, diagnosis and management. J Allergy Clin Immunol 111: 913-921.
- [15] Stevenson D, Simon RA, Christiansen SC (2000): Montelukast is only partially effective in inhibiting aspirin responses in aspirin-sensitive asthmatics. Ann Allergy Asthma Immunol (85): 477-482.

Aktuelle Fragen an den Allergologen

Das „banale“ Problem der Feuchtinhalation mit Kochsalzlösung

Dr. B. M. aus H. fragt:

In Klinik und Praxis wird weiterhin auch bei größeren Kindern die Feuchtinhalation angewendet. Streitpunkt ist immer wieder: Anwendung von NaCl 0,9% aus Einzelampullen für jede Inhalation (Preis, Unfallgefahr) oder 100 ml/500 ml bei Emser Salz Durchstichampulle mit Kanüle/Spritze oder Mini-Spike Plus mit Filter-Tropfen oder Entnahme mit Spritze (jedes Mal neu?). Was ist auch bei Inhalationen im Haushalt hygienisch vertretbar? Das Thema ist vergleichsweise banal, aber steht täglich mehrmals an und ist auch ein finanzielles Problem (Richtgrößen).



Dr. Holger Köster,
Abteilung für
Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Klinikum Oldenburg;

1.) Wie wirksam ist die Kochsalzinhalation?

Feuchtinhalationen mit Salzlösungen werden eingesetzt

- a) zur Verbesserung der Sekretolyse,
- b) aufgrund eines postulierten „bronchialprophylaktischen“ Effektes und
- c) als Trägerlösung für Wirksubstanzen (z. B. Salbutamol, Ipratropium).

Bei Mukoviszidose gehört die regelmäßige Feuchtinhalation bisher zum Therapiestandard.

In der Literatur fehlt meines Wissens allerdings für Krankheitsbilder wie akute Bronchitis, Asthma bronchiale und Mukoviszidose der sichere Nachweis einer klinischen Wirksamkeit. Es finden sich keine schlüssigen Daten, die eine sekretolytische Wirksamkeit von isotoner Kochsalzlösung belegen. Neuere In-vitro-Untersuchungen zeigten einen nur marginalen Effekt auf

die Sputum-Rheologie von CF-Sputum [Sun 2002]. Bei einer für gängige Feuchtinhalatoren anzunehmenden Atemwegsdeposition von ca. 10 Prozent [Griese 1996] kommt nur eine geringe Flüssigkeitsmenge (0,2 - 0,5 ml!) in den Atemwegen an, von der man angesichts der vielfach höheren Perspiration und der Gesamtoberfläche der Atemwege, wenn überhaupt, nur einen geringen objektivierbaren Effekt erwarten kann. Bei suboptimaler Inhalationstechnik, insbesondere bei Feuchtverneblung über Maske, ist mit erheblichen Verlusten und dadurch einer weiteren Wirkungseinschränkung zu rechnen.

Für Emser Sole gibt es einzelne Untersuchungen, die einen günstigen Effekt auf Flimmeraktivität und Sputumrheologie in vitro und einen antiobstruktiven Effekt in vivo nachweisen [Cegla 1986, Wolf 1991, App 1996]. Hypertone Kochsalzlösung (3 - 5,8%), für die ein hygroskopischer Effekt angenommen werden kann und die bewährtermaßen erfolgreich zur Sputuminduktion eingesetzt wird, kann eine Verbesserung der Lungenfunktion bei CF herbeiführen [Riedler 1996], allerdings mit dem Risiko von Bronchospasmus und Verstärkung einer bronchialen Hyperreagibilität bei Langzeitanwendung [Cataldo 2001].

Sinnvoll erscheint die Anwendung von isotoner Kochsalzlösung vor allem als Trägersubstanz für Bronchospasmolytika in der Asthma- oder Mukoviszidose-therapie.

2.) Welche Hygienemaßnahmen werden für die Feuchtinhalation mit Kochsalzlösung empfohlen?

Von Krankenhaushygienikern wird die Verwendung steriler Lösungen aus frisch geöffneten Einmalbehältnissen empfohlen. Alternativ ist aus Sicht von Prof. Daschner, Institut für Krankenhaushygiene Freiburg, die Mehrfachentnahme mittels Spike aus verschlossenen Großbehältnissen für bis zu 24 Stunden erlaubt. Dies würde ausdrück-

lich auch für den häuslichen Bereich gelten, wo eine solche Art der Anwendung aus ökonomischen Gründen keinen Sinn macht.

Begründet werden diese Empfehlungen damit, dass Einmaldosisbehältnisse mit Kochsalzlösung nach Öffnen rasch mit Keimen kontaminiert sein können, auch wenn es dazu wenige systematische Untersuchungen gibt. In einer kürzlich an der Charité durchgeführten hausinternen Untersuchung war von 76 herumstehenden Behältnissen jedes fünfte kontaminiert, drei davon stark. Zum Langzeitgebrauch von Großflaschen mit Mini-Spike kann nach Aussage dortiger Mikrobiologen davon ausgegangen werden, „dass jede fünfte derartige Flasche und jeder vierte Mini-Spike kontaminiert ist“ [Klinikreport 1, Ärztezeitung 2004]. In unserem eigenen Klinikum gab es einen schweren Zwischenfall mit Todesfolge durch injizierbares Röntgenkontrastmittel, das nach zwölf-tägiger Entnahme mittels Mini-Spike massiv mit *Pseudomonas aeruginosa* kontaminiert war. Diesen Beobachtungen steht eine „Sicherheitsstudie“ mit Emser® Lösung (500 ml-Flaschen) entgegen, die über den Zeitraum von drei Monaten nach wiederholter Entnahme mittels Mini-Spike aus 20 getesteten Flaschen keine Kontaminationen zeigte [Prüfbericht vom Labor Biochem, 2002].

Über die Infektionsgefährdung durch Feuchtinhalatoren im häuslichen Bereich wurde wiederholt berichtet, wobei insbesondere eine falsche hygienische Aufbereitung der Inhalationsgeräte angeschuldigt wurde. Allerdings konnte für den häuslichen Bereich auch eine Kontamination von Vorratsflaschen, angebrochenen Ampullen und Inhalationslösungen (vor Inhalationsbeginn) gezeigt werden [Kober 1996]. Von allen Verfassern wird unisono die Verwendung steriler Inhalationslösungen aus Einmalampullen gefordert, die Mehrfachentnahme aus Großbehältern abgelehnt [Exner 1983, Schön 1991, Kober 1996].

3.) Inwieweit ist eine Kontamination der Inhalationslösungen klinisch relevant?

In der Vergangenheit wurde wiederholt auf schwere Atemwegsinfektionen, teilweise mit Todesfolge, durch kontaminierte Vernebler aufmerksam gemacht. Verantwortliche Erreger waren *Pseudomonas aeruginosa* und *Burkholderia cepacia* [Hamill 1995, Cobben 1997]. Auch eine nosokomiale Legionelleninfektion mit mehrfacher Todesfolge (neun von zwölf Patienten), verursacht durch kontaminierte Inhalationslösungen, wurde beschrieben [Mastro, 1991]. Systematische Untersuchungen von Inhalatoren im Heimgebrauch von CF-Patienten zeigten zu einem hohen Prozentsatz Kontaminationen mit *Staph. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Burkholderia cepacia* und *Stenotrophomonas maltophilia* [Hutchinson 1996, Rosenfeld 1998], also mit potenziell bei dieser Krankheit pathogenen und gefährlichen Keimen.

Gleichwohl sind solche Berichte – insbesondere für den häuslichen Bereich – selten. Ältere Publikationen beziehen sich auch häufig auf heute nicht mehr ge-

bräuchliche, schwer zu reinigende Inhalationssysteme, während sich die modernen Feuchtvernebler in der Regel gut aufbereiten und desinfizieren lassen.

Bei Mukoviszidose, bei der die oben beschriebenen Erreger mit Infektexazerbationen und einer deutlich schlechteren Langzeitprognose assoziiert sind, sollte ebenso wie bei Erkrankungen des Immunsystems eine inhalationsbedingte Infektion der Atemwege sicher vermieden werden. Inwieweit das auch für das unkomplizierte Asthma bronchiale gilt, kann aus der vorhandenen Literatur nicht sicher beantwortet werden. Die Dunkelziffer einer inhalationsbedingten Pathologie ist sicher hoch, und letztlich kann im Einzelfall nicht beantwortet werden, ob das asthmakranke Kind eine Pneumonie trotz oder aufgrund der Feuchtinhalation entwickelt hat.

Meines Erachtens ist für Patienten mit erhöhtem Risiko für Infektionen mit Problemkeimen, z. B. mit Störung der mukoziliären Clearance (Mukoviszidose, primäre Ziliendyskinesie), mit primären oder sekundären Immundefekten oder mit Tracheostoma, auch im häuslichen Bereich ein Maximum

an Hygiene, d. h. auch der Gebrauch steriler Inhalationslösungen aus frisch geöffneten Einmalampullen anzustreben. Kompromisse, z. B. mit Mehrfachentnahme aus Großbehältnissen über Mini-Spike, sind unter der Voraussetzung, dass hygienische Grundregeln eingehalten werden, für akute Bronchialerkrankungen und das unkomplizierte Asthma bronchiale denkbar, wenn auch von Hygienikern nicht empfohlen.

4.) Welches ist die ökonomisch günstigste Inhalationsart?

Eine Kostenaufschlüsselung der verschiedenen Verschreibungsmöglichkeiten (Tab. 1 u. 2) zeigt, dass das hygienisch unbedenklichste Vorgehen, nämlich Einmalampullen (z. B. 3-ml-Ampullen der Fa. Pari), mit den relativ höchsten Kosten verbunden ist, die sich allerdings in Hinsicht auf die Preise für manche andere Inhalationsmedikamente (z. B. Pulmozyme® oder Tobi®) in Grenzen halten: 0,32 Euro pro Einzelinhalation, somit bei drei Inhalationen Tagestherapiekosten von ca. 1 Euro. Bei der (hygienisch nicht empfohlenen) Vielfachentnahme aus größeren Flaschen

Apothekenpreise für Einzelposten der Inhalationstherapie*

Salzlösungen

Braun NaCl 0,9%, 10 Amp. à 2 ml	Glas	3,40 € = 0,34 €/Amp.
10 Amp. à 10 ml	Miniplasco	4,94 €
1 Flasche à 100 ml	Glas	4,03 €
Pari NaCl 0,9%, 20 Amp. à 3 ml	Plastik	5,13 € = 0,26 €/Amp.
Emser, 20 Amp. à 5 ml	Plastik	9,89 € = 0,49 €/Amp.
100 Amp. à 5 ml		40,95 € = 0,41 €/Amp.
500 ml (Mehrfachentnahme)		24,95 €

Nicht rezeptpflichtig. Mit Stand 4/2004 für Patienten > 12 Jahre nicht mehr erstattungsfähig.

Verbrauchsmaterialien

Mini-Spike	2,53 €
10 Spritzen à 2 ml	0,27 €
10 Spritzen à 5 ml	0,60 €
10 Spritzen à 10 ml	0,87 €
Kanülen 0,9 x 40 mm 10 Stück	0,33 €

Hilfsmittel, zusammen mit den Inhalationslösungen erstattungsfähig.

Salbutamol

Salbutamol-Inhalationslösung 10 ml (ratiopharm)	12,44 €
Salbutamol-Inhalationslösung 10 x 10 ml (~)	37,99 €
Salbutamol-Fertiginhalat 50 Amp.	22,75 €
Salbutamol-Dosieraerosol 200 ED (ct)	14,44 €
2 x 200 ED	19,22 €

Rezeptpflichtig, damit in jedem Lebensalter erstattungsfähig.

Inhalationsgeräte

1 Pari Turboboy N komplett	140,77 €
1 Aerochamber gelb	28,44 €
Pariboy leihweise pro Tag	ca. 1,89 €/d
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preisunterschiede der Leihgebühren unterschiedlich, je nach Kasse und Apotheke ▪ nach > 3 Monaten (durchgehend) geht Gerät in Besitz des Patienten über ▪ Verbrauchsmaterial (z. B. „Yearpack“) muss gesondert (1 x pro Patient) verordnet werden 	
Pari „Yearpack LC plus“	32,36 €

Hilfsmittel, erstattungsfähig.

* Informationen zur Preisberechnung: Rote Liste I/2004, Langer-Apotheke Oldenburg, Apotheke am Brommygrün Wilhelmshaven.

Tab. 1

Kosten der Inhalationstherapie mit Salzlösung (pro Einzelinhalation)

A) Feuchtinhalation Einzelbehälter (hygienisch empfohlen)		C) Feuchtinhalation NaCl, 100-ml-Flasche, Mini-Spike (hygienisch nicht empfohlen)	
1 Amp. NaCl à 3 ml (Pari)	0,26 €	1 Flasche à 100 ml (4,03 €), pro Entnahme à 2 ml	0,08 €
Spritze 2 ml	0,03 €	Mini-Spike (1,88 €), pro 1/50 Entnahmen	0,04 €
Kanüle	0,03 €	Spritze	0,03 €
Summe	0,32 €	Summe	0,15 €
B) Feuchtinhalation 10-ml-Ampullen, aufgeteilt (hygienisch nicht empfohlen)		D) Feuchtinhalation Emser®-Inhalationslösung, 500-ml-Flaschen, Mini-Spike (laut Firma zulässig)	
1 Amp. à 10 ml, verteilt auf 3 Inhalationen (0,49 €/3)	0,16 €	1 Flasche à 500 ml (24,95 €), pro Entnahme à 2 ml	0,10 €
1 Spritze à 10 ml	0,09 €	Mini-Spike (1,88 €), pro 1/250 Entnahmen	0,01 €
1 Kanüle	0,03 €	Spritze	0,03 €
Summe	0,28 €	Summe	0,14 €

Zusätzliche Kosten bei allen Feuchtinhalationen: Anschaffungskosten für das Inhalationsgerät: 140,77 € *oder* tägliche Leihkosten 1,89 €/d
 → bei ca. 90 angenommenen Inhalationstagen 1,56 €/d + einmalige Anschaffung eines Pari „Yearpacks“ 32,36 €

Tab. 2

(z. B. 100 ml) lassen sich diese Kosten etwa halbieren. Die Verteilung einer 10-ml-Ampulle über den Tag bietet keine eindeutigen Einsparmöglichkeiten.

Eine Mehrfachentnahme aus 500-ml-

Flaschen Emser®-Inhalationslösung mittels Mini-Spike ist nach Angaben der Herstellerfirma erlaubt und entspricht kostenmäßig der günstigen Variante: 0,14 Euro pro Inhalation, 0,42 Euro Tagestherapiekosten.

Dieses Vorgehen setzt allerdings ein korrektes hygienisches Handling voraus!

Seit Beginn dieses Jahres werden die Kosten für Salzlösungen für Kinder ab 12 Jahren nicht mehr von den gesetzlichen

Kosten der Inhalationstherapie mit Betamimetikum (Salbutamol)

Zum Vergleich herangezogene Äquivalenzmenge: 5 Tr. Inhalationslösung = 1,25 mg Salbutamol, entspricht der Menge im Fertiginhalat; Äquivalenzdosis für Dosieraerosol und Pulver unter Berücksichtigung der anzunehmenden Lungendeposition [Griese 1996] berechnet.

A) Feuchtinhalation Einzelbehälter NaCl + Salbutamol-Lösung

5 Tropfen Salbutamol, 0,062 €/Tr.	0,31 €
1 Amp. NaCl à 3 ml (Pari)	0,26 €
Spritze 2 ml	0,03 €
Kanüle	0,03 €
Summe	0,63 €

Voraussetzung: vollständiger Verbrauch der Salbutamollösung innerhalb der Haltbarkeit nach Anbruch!

B) Feuchtinhalation Salbutamol-Fertiginhalat

1 Amp. Fertiginhalat	0,44 €
Spritze 2 ml	0,03 €
Kanüle	0,03 €
Summe	0,50 €

Vorteil: nicht angebrochene Ampullen über gesamte Haltbarkeitsdauer einsetzbar

C) Salbutamol-Dosieraerosol

An zusätzlichen Kosten entstehen (A und B):	
Anschaffungskosten für das Inhalationsgerät:	140,77 €
→ bei ca. 90 angenommenen Inhalationstagen	1,56 €/d
<i>oder</i> tägliche Leihkosten	1,89 €/d
+ einmalige Anschaffung eines Pari „Yearpacks“	32,36 €

D) Pulverinhalation

Salbutamol-DA	14,44 €/200 Dosen	0,28 €
(4 Hübe äquivalent zu 5 Tropfen)		
<i>bei Langzeittherapie:</i>		
Salbutamol-DA	19,22 €/400 Dosen	0,19 €
An zusätzlichen Kosten entstehen:		
ggf. Aerochamber (zur Optimierung der Deposition)		28,44 €
→ bei ca. 90 angenommenen Inhalationstagen		0,32 €/d
Ventilastin®-Novolizer	18,12 €/200 Dosen	0,45 €
(5 Hübe äquivalent zu 5 Tropfen)		
<i>bei Langzeittherapie:</i>		
Ventilastin®-Novolizer	26,68 €/400 Dosen	0,34 €
(5 Hübe äquivalent zu 5 Tropfen)		

An zusätzlichen Kosten entstehen: keine

Tab. 3

Kostenträgern übernommen. Diese müssen dann von den Patienten selbst gezahlt werden. Letztlich müssen daher der Patient bzw. seine Eltern selbst zwischen den Alternativen „höhere hygienische Sicherheit – höhere Kosten“ versus „zusätzliches Hygienierisiko – geringere Kosten“ entscheiden können. Eingesetzte Hilfsmittel, z. B. die Anschaffungs- bzw. Leihgebühren für den Inhalator, fallen dagegen weiterhin unter das Hilfsmittelbudget.

5.) Gibt es bessere Alternativen als die Feuchtinhalation?

Bei einer Kostenaufschlüsselung für die Inhalation von Salbutamol (Tab. 3) zeigt sich, dass die Verwendung von Fertiginhalat preiswerter ist als Zugabe der Wirkstofflösung in Einzeltropfen. Fertiginhalat lässt allerdings keine Variation der eingesetzten Dosis (1,25 mg) zu. Die bei weitem preisgünstigsten Varianten sind die Verwendung von Dosieraerosol (ohne oder mit Spacer) oder Trockenpulverinhalator.

Cochrane-Reviews [Cates 2003] hierzu haben gezeigt, dass bei leichtem bis mittelschwerem akutem Asthma die Inhalation mit Dosieraerosol und Inhalierhilfe

in jedem Lebensalter der Feuchtinhalation ebenbürtig bzw. überlegen ist. Das Hygieneproblem entfällt bei der Inhalation mit Dosieraerosol oder Trockenpulver weitgehend. Ein weiterer Vorteil ist die deutlich kürzere Inhalationszeit (ca. ein Zehntel der Feuchtinhalationszeit) und damit eine Verbesserung von Lebensqualität und Therapieadhärenz. In angelsächsischen Ländern wird die Asthmatherapie – auch bei Säuglingen und kleinen Kindern – überwiegend mit Sprays durchgeführt.

Zusammenfassung

- Aufgrund der hohen Behandlungskosten, der Hygieneproblematik und der relativ geringen objektivierbaren Wirksamkeit sollte die Indikation zur Feuchtinhalation mit Salzlösungen überprüft werden. Auch gängige Therapieschemata, z. B. die routinemäßige NaCl-Inhalation bei Mukoviszidose, sind in Hinsicht auf diese Problempunkte zu überdenken. Eine bessere Studienlage diesbezüglich wäre wünschenswert.
- Emser®-Inhalationslösung ist in Hinblick auf wenige vorhandene Publikationen möglicherweise wirksamer als

physiologische Kochsalzlösung.

- Zur Sputuminduktion oder zur Verbesserung der Sekretolyse ist zeitlich begrenzt die Anwendung hypertonischer Kochsalzlösung sinnvoll.
- Hygienisch korrekt und von Fachleuten empfohlen, aber mit höheren Therapiekosten verbunden ist die Verwendung von Einmalampullen. Für Emser®-Inhalationslösung erscheint auch die kostengünstigere Entnahme aus Großflaschen (über drei Monate) vertretbar, sofern der Patient kein erhöhtes Infektionsrisiko aufweist.
- Bei Anwendung von Betamimetika (Salbutamol) ist der Inhalation mit Dosieraerosol über Spacer aus mehreren Gründen (Lungendeposition, Kosten, Hygiene, Lebensqualität) der Vorzug zu geben.

Literatur beim Verfasser.

*Dr. Holger Köster
Klinikum Oldenburg, Abteilung für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie
Dr.-Eden-Str. 10, 26131 Oldenburg
E-Mail: Koester.Holger@klinikum-oldenburg.de*

Was bringt der neue EBM?

Martin Tiedgen, Hamburg

Am 13. Mai 2004 war das Richtfest des neuen EBM-Gebäudes. Der gemeinsame Bewertungsausschuss hat den Einzugsstermin, nachdem er mehrfach verschoben wurde, festgelegt: Wir dürfen, nein: wir müssen zum 1. Januar 2005 einziehen. Sehr kurzfristig wurden noch einmal wesentliche Teile des Konzeptes – insbesondere die Regelungen zur Mengenbegrenzung – verändert. Der komplette aktuelle Text des EBM steht im Netz unter www.kbv.de/home/3956.htm

Der EBM 2005

Erstmals werden die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin in einem eigenen Kapitel beschrieben, das ausschließlich von unserer Fachgruppe abrechenbare Leistungen enthält:

Abschnitt III: Arztgruppenspezifische Leistungen; Kapitel 4: Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin (Ziffern 04xxx).

Hier finden sich z. B. die allergologische Basisdiagnostik (04340) und die Spirometrie (04330). Die hausärztlich tätigen Kinder- und Jugendärzte bekommen also ein kleines eigenes Zimmer im neuen Gebäude und müssen nicht mehr mit einer Ecke im Zimmer des großen allgemeinmedizinischen Bruders vorlieb nehmen.

Anders die schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendärzte. Sie müssen auf internistische Leistungen (Ziffern 12xxx) zugreifen. Im Kapitel 4.4. ist aufgelistet,

welche Leistungen das sind. Dort ist aber auch festgelegt, dass die Leistungslegenden den besonderen Bedürfnissen unseres Faches noch angepasst werden. Ein eigenes Kapitel wird es erst dann geben, wenn die neue Weiterbildungsordnung in allen Landesärztekammern verabschiedet ist.

Neben diesem eigenen Bereich werden auch Leistungen aus anderen Kapiteln des EBM abgerechnet:

Abschnitt II: Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen

Dort finden sich im Kapitel 1 z. B. Notfall-Leistungen, Besuche und Berichte, aber leider auch die Kindervorsorgen (Kapitel 1.7.1., Ziffern 01710-20). Im Kapitel 2: Allgemeine diagnostische und therapeutische Leistungen (Ziffern 02xxx) steht u. a. die kleine Chirurgie.

Abschnitt IV: Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen

Hier sind qualifikationsabhängige Leistungen aufgeführt. Neben der Allergologie im Kapitel 30.1. (Ziffern 301xx) z. B. die Sonographie (Ziffern 330xx). Die hier aufgeführten umfangreichen, aber dafür auch deutlich besser bewerteten allergologisch-diagnostischen Komplexe (Ziffern 30110,30111) sind für Kinder- und Jugendärzte nur mit der Zusatzbezeichnung Allergologie abrechenbar. Der Berufsverband bemüht sich weiterhin, eine Gleichstellung mit Hals-Nasen-Ohren-, Hautärzten und internistischen Pneumologen zu erreichen. Die dürfen – auf Grund ihrer Facharztweiterbildung – auf alle Ziffern zugreifen.

Nur die Hyposensibilisierung (Ziffer 30130) ist für jeden Kinder- und Jugendarzt abrechenbar.

In Tab. 1 sind einige für einen allergologisch tätigen Kinder- und Jugendarzt wichtige Ziffern aufgeführt. Nicht alle

Einzelheiten des neuen EBM (z. B. Abrechnungsausschlüsse) können hier aufgelistet werden. In Tab. 2 ist aber ein Abrechnungsbeispiel aufgeführt.

Die KBV hat zugesagt, dass (kleinere) Anpassungen an die Erfordernisse der einzelnen Fachgruppen noch vor der Einführung möglich sein sollen.

EBM und Mengengrenzung

Der EBM hat zwei Aufgaben:

1. Er definiert, welche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.
2. Er legt die relative Bewertung der Leistungen untereinander fest.

Weil der EBM nur die relative Wertigkeit der Leistungen festgelegt, und nicht deren

absoluten Wert, wird die Bewertung in Punkten (Muschelgeld) und nicht in Euro angegeben.

Ursprüngliches Ziel des EBM war es, die Bewertungen der Leistungen betriebswirtschaftlich nachvollziehbar zu kalkulieren. Es wurde versucht, für jede einzelne Leistung sowohl den technischen Aufwand (inklusive Helferinnen-Honorar = TL) und die vom Arzt aufzubringende Zeit (AL – in Tab. 1 aufgelistet) festzulegen.

Selbst wenn für die ärztlichen Leistungen nur ein Minuten-Preis von 0,78 Euro kalkuliert wird (dieser Minutenpreis ergibt bei einer Arbeitswoche von 42,5 Stunden das Jahresgehalt eines nach BAT bezahlten Oberarztes), reicht das zur Verfügung stehende Gesamthonorar nicht aus!

Eine valide betriebswirtschaftlich fundierte Kalkulation wird auch dadurch unmöglich, dass das Morbiditätsrisiko noch bei uns, den Leistungserbringern liegt, und nicht dort, wo es hingehört: bei den Kostenträgern. Nach den derzeitigen Vorgabe des GMG sollen die Kassen das Morbiditätsrisiko ab 2007 übernehmen.

Der Mangel muss verwaltet werden. Dazu sind mengenbegrenzende Maßnahmen unumgänglich, egal ob diese nun als Budget, Regelleistungsvolumen oder Quoten bezeichnet werden.

Mengenbegrenzende Maßnahmen

Die mengenbegrenzenden Maßnahmen sollen die zu honorierenden Leistungen dem vorhandenen Honorarvolumen anpassen. Sie beeinflussen aber gleichzeitig auch das Abrechnungsverhalten des einzelnen Arztes: Nicht oder schlecht honorierte Leistungen werden verständlicherweise seltener erbracht als vollständig vergütete Leistungen. Erst wenn man das Zusammenspiel dieser men-

Auswahl einiger für den allergologisch tätigen Kinder- und Jugendarzt wichtiger Ziffern			
		AL (Min.)	Summe Punkte
04000	HA-Pauschale	0	90
04005	versorgungsspezifische Bereitschaft	0	320
04010	Ordinationskomplex bis 5 J	10	155
04011	Ordinationskomplex ab 6 J	10	145
04210	Behandl. u. Betr. eines Pat. mit Asthma	21	450
04015	Konsultationskomplex	2	30
04020	Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	10	150
04311	Ganzkörperstatus	12	300
01601	Arztbrief		200
04330	Spirographische Untersuchung	3	165
04334	Atemwegswiderstand (Resistance)	2	200
04340	Allergologische Basisdiagnostik	5	215
13650	Pneumologisch-Diagnost. (Body-) Komplex	16	1.210
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	3	260
30110	Allergologiediagnostik I – Kontaktallergie	40	1.715
30111	Allergologiediagnostik II – Soforttyp (Typ I)	30	1.245
30120	Rhinomanometrischer Provokationstest	5	175
30121	Subkutaner Provokationstest	2	460
30123	Oraler Provokationstest	2	460

grün für alle Kinder- und Jugendärzte
rot nur mit Zusatzbezeichnung Allergologie
gelb nur mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie

Tab. 1

genbegrenzenden Maßnahmen mit dem neuen EBM kennt, kann eine Aussage über das Einkommen des einzelnen Arztes nach dem 1. Januar 2005 gemacht werden.

Die Leistungsmengensteuerung wird auch im HVM (Honorarverteilungsmaßstab) geregelt. Die HVM sind aber regionale Regelungen, die bisher von der Vertreterversammlung und jetzt vom KV-Vorstand zusammen mit den Kassenvertretern beschlossen werden.

Ursprünglich war die Zeit als wesentlicher Faktor der Mengengrenzung vorgesehen (zeitgesteuertes Regelleistungsvolumen): Jedem Arzt sollte ein gleiches Zeitbudget für die Versorgung seiner Patienten zur Verfügung gestellt werden. Dies hätte den Vorteil gehabt, dass es wieder möglich wäre, chronisch kranke Patienten intensiver zu betreuen, ohne Honorar-Einbußen befürchten zu müssen. Gleichzeitig würden aber auch die „Faulen“ belohnt. Modellrechnungen hatten gezeigt, dass die großen Versorger-Praxen, insbesondere in den Flächenstaaten, massive Honorareinbrüche erleiden würden. Deshalb wurde die zeitgesteuerte Mengengrenzung verlassen.

Nach der aktuellen Beschlusslage ist jetzt wieder die Fallzahl des aktuellen Quartals Grundlage der Vergütungen (bis zu einer Obergrenze von 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe). Der Vorteil ist, dass es mehr Geld für die „Fleißigen“ gibt. Der Nachteil: Belohnt wird ein Arzt mit vielen gesunden Patienten bzw. schnellem Griff zum Überweisungsschein. Die Betreuung chronisch Kranker lohnt sich nicht mehr – wie gehabt!

Eine Fallzahlzuwachsbeschränkung auf 3 bis 5 Prozent ist vorgesehen.

Übergangsphase

Als Folge des neuen EBM und der mengengrenzenden Maßnahmen wird es zu Umverteilungen zwischen den Fachgruppen und auch innerhalb der Fachgruppen kommen. Diese können regional – in Abhän-

Abrechnungsbeispiel			
		AL (Min.)	Punkte
Mit Zusatzbezeichnung Allergologie			
04000	HA-Pauschale		90
04005	versorgungsspezifische Bereitschaft		320
04011	Ordinationskomplex ab 6 J	10	145
04020	Beratung, Erörterung	10	150
04311	Ganzkörperstatus	12	300
04330	x2 Spirographische Untersuchung	6	330
04334	x2 Atemwegswiderstand	4	400
30111	Allergologiediagnostik II	30	1.245
Summe		72	2.980
Ohne Zusatzbezeichnung Allergologie:			
.....	wie oben
04340	Allergologische Basisdiagnostik	5	215
Summe		47	1.950

Nach der Logik der EBM-Kalkulation ergibt sich für beide Varianten bei einem Punktwert von 5 Cent ein Umsatz von 124 Euro/Std AL. Dennoch bestehen gravierende Unterschiede in der abgerechneten Punktzahl. Was davon letztendlich vergütet wird, regelt die Mengengrenzung!

Tab. 2

gigkeit vom HVM – aber sehr unterschiedlich ausfallen. Eine genaue Vorhersage der Einkommensentwicklung der Kinder- und Jugendärzte ist bisher reine Kaffesatzleserei. Glücklicherweise darf sich jeder schätzen, der seinen Umsatz aus den Vorjahren halten kann.

Um die Auswirkungen der EBM-Einführung in der Einführungsphase zu begrenzen, werden die bisherigen Arztgruppenöpfe bis 31. Dezember 2005 beibehalten. (Innerhalb einer Fachgruppe wird es schon ab 1. Januar 2005 zu Umverteilungen kommen.)

Ab 2006 ändert sich dann auch der Anteil, den eine Fachgruppe am Honorar-Topf erhält: Grundlage für den neuen Anteil am Gesamthonorar ist der Soll-Umsatz, der sich aus der Anzahl der Ärzte einer Fachgruppe (am 1. Oktober 2004), dem Kostenprofil der Arztgruppe sowie dem kalkulatorischen Arztlohn (für alle gleich) ergibt:

$$\text{Sollumsatz}_{\text{Arztgruppe}} = \text{Kosten}_{\text{Arztgruppe}} + 95.593,- \text{ €} \times \text{Arztzahl}$$

Die Trennung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Honoraranteil bleibt weiter bestehen. Verschiebungen zwischen Allgemeinmedizinern und Kinder- und Jugendärzten sind deshalb möglich. Der derzeitige Entwurf sieht die Möglichkeit lokaler Anpassungen vor, um massive Verschiebungen zu vermeiden. Auch ist eine Evaluation vorgesehen, aus der sich noch notwendige Veränderungen am EBM ergeben könnten.

Bis 2007, wenn das Morbiditätsrisiko wieder auf die Krankenkassen übergehen soll (Stichwort: morbiditätsorientiertes Regelleistungsvolumen), erscheint es aber politisch sinnvoller, den Wert der ärztlichen Leistung einigermaßen stabil zu halten (Zielvorgabe: etwa 5 Cent pro Punkt). Das heißt, lieber weniger Leistung zu einem ver-

nünftigen Punktwert, als mehr Leistungen zu einem nicht kostendeckenden niedrigen Punktwert. Diese rechnerischen Überlegungen haben derzeit ohnehin so gut wie keine Auswirkung auf das tatsächliche Einkommen!

Das „neue“ Regelleistungsvolumen ab 1. Januar 2005 wird dem alten Praxisbudget sehr ähnlich sein.

Was bringt der neue EBM?

- ◆ Sicher viel zusätzlichen Verwaltungsaufwand.
 - ◆ Sicher kein zusätzliches Honorar.
 - ◆ Eine Verbesserung der Patienten-Versorgung ist nicht erkennbar.
- Der EBM bleibt eine Baustelle.

*Dr. med. Martin Tiedgen
Kinder- und Jugendarzt, Allergologie
Deichhausweg 2, 21703 Hamburg
E-Mail: Martin@Tiedgen.de*

Arzt und Internet

Stefan Müller, Universitäts-Kinderklinik Köln

Eine aktuelle Untersuchung der Universität Witten/Herdecke zeigt, dass das Internet mittlerweile einen erheblichen Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis haben kann. So gaben 86,5 Prozent von 775 Befragten an, in den vergangenen sechs Monaten im Internet nach Gesundheitsinformationen gesucht zu haben. Etwa ein Drittel davon hatte schon einmal Infos aus dem Internet mit zum Arzt genommen und mit ihm darüber gesprochen. Dabei führen die unüberschaubare Masse des Internet-Angebots sowie die zum Teil sehr schlechte Qualität fast zwangsläufig zu Widersprüchen zwischen den Auskünften des Arztes und denen aus dem Netz. So bestätigten fast 36 Prozent der Befragten, bereits einmal Gesundheitsinformationen im Internet gelesen zu haben, die im Widerspruch zu den Angaben des behandelnden Arztes standen. Erschreckend ist dabei der Glaubwürdigkeitsvorsprung für das Internet, denn nur 28 Prozent glauben ihrem Arzt mehr als dem Internet. Allerdings sprachen 61 Prozent den Arzt nicht auf die gefundenen Widersprüche an, 6 Prozent wechselten kommentarlos die Praxis.

Offensichtlich besteht also ein großer Bedarf der Patienten nach zusätzlicher Information zum jeweiligen Krankheitsbild. Die Autoren betonen, dass die Ärzte an diesem Punkt ihre Chance nutzen und den Patienten qualitativ gute Websites direkt empfehlen sollten. Denn – so die Studie weiter – fast 98 Prozent der Patienten befolgen eine solche Empfehlung. Die Zufriedenheit von Patienten, die die Auskünfte ihres Arztes anschließend „schwarz-auf-weiß“ im Internet bestätigt sehen, ist dem Behandler gewiss. Immer sollte der Arzt aber die empfohlenen Websites, zumindest aber de-

ren grundsätzliche Ausrichtung, selbst überprüft haben, und den Patienten versichern, dass er im Falle von widersprüchlichen Internet-Informationen beim nächsten Besuch zu weiteren Gesprächen bereit ist.



Gesundheitsinformationen aus dem Internet sind sicher nicht für alle Patientengruppen unbedingt notwendig, aber gerade chronisch Kranken und ihren Eltern sind zusätzliche Anlaufstellen für Infomaterial oft willkommen. Deshalb an dieser Stelle einige für Betroffene empfehlenswerte Websites zum Thema „Asthma“. Hierbei spielt die pina-Website (www.pina-infoline.de) natürlich eine herausragende Rolle, denn mit pina-infoline stellt sie für Eltern viele wertvolle, gut verständliche Hinweise zu den Themen Asthma und Allergie bereit. Darüber hinaus bietet sie über eine Formularseite eine individuelle Beantwortung von Fragen per E-Mail an. Auch die hier vollständig enthaltene Online-Version des Ratgebers „Allergien bei Kindern und Jugendlichen“ von Dr. Peter J. Fischer kann als Highlight der pädiatrisch-allergologischen Information im Internet gelten.



Von ebenso hoher Qualität ist auch das Informationsangebot von www.allum.de rund um den Themenkomplex „Allergie, Umwelt und Gesundheit“. Diese Website – inhaltlich getragen von der kinderumwelt gGmbH (vormals DISA/DISU) in Osnabrück – richtet sich ebenfalls an Eltern, betroffene Familien und Patienten, die mehr über Allergien, ihre Auslöser sowie Umweltschadstoffe erfahren möchten.

Ein schönes Beispiel aus dem Bereich der Selbsthilfe ist die Internetpräsenz des „Deutschen Allergie- und Asthmabundes“ www.daab.de. Hier erhalten Rat Suchende leicht verständliche, grundlegende Informationen rund um Asthma und Allergie, darüber hinaus natürlich auch zu den Vorzügen einer Mitgliedschaft im DAAB. Ein ähnliches Konzept verfolgt naturgemäß die „Deutsche Hilfsorganisation für Allergie und Asthma e. V.“ (www.dhaa-hamburg.de). Auch hier finden sich vielfältige Informationen, Veranstaltungshinweise und auch gedruckte Broschüren und Ratgeber zum Bestellen.

Eine echte Innovation unter Ausnutzung des Mediums Internet bietet das Online-Asthaschulungsprogramm von Forum-Telemedizin (www.asthmax.de). Bereits seit dem Jahr 2000 können hier

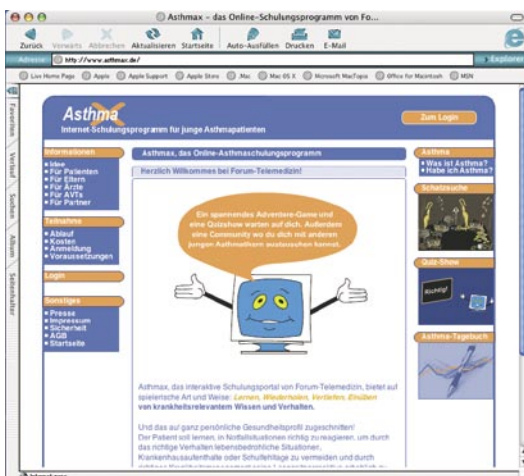
junge Asthma-Patienten zwischen 8 und 18 Jahren über sechs Monate hinweg von zu Hause ein Asthma-Schulungsprogramm absolvieren und dabei individuell und altersgerecht mehr über ihre Krankheit und den Umgang damit lernen. Mit den Inhalten der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. und erprobt vom Asthmazentrum Buchenhöhe (Berchtesgaden) bietet sich somit eine Möglichkeit zur gezielten Nachschulung von Patienten, die bereits eine herkömmliche Vor-Ort-Schulung mitgemacht haben. Aber auch Patienten, die aus logistischen oder zeitlichen Gründen nicht an einer persönlichen Schulung teilnehmen können, profitieren von der Online-Schulung. Die Anmeldung erfolgt über den behandelnden Arzt, der genaue Angaben zum Zustand des Patienten macht (Asthmaschweregrad, Medikation, Lungenfunktion etc.). Die Teilnahmegebühr in Höhe von 150 Euro wird – mit Unterstützung der Ver-

anstalter – von der Mehrzahl der Kassen übernommen, für Versicherte der Barmer Ersatzkasse ist die Teilnahme aufgrund eines Kooperationsvertrages kostenfrei. Auch wenn eine Schulung am Computer die persönliche Teilnahme an einer Asthmaschulung nicht ersetzen kann, ist dieses Angebot für manche Kinder sicher eine wertvolle Möglichkeit.

Auch die Website www.luft-zum-leben.de bietet Jugendlichen und jungen Erwachsenen Informationen zum Thema Asthma und Allergie, und das auf recht unterhaltsame Art. Die grundlegenden Informationen sind grafisch schön aufbereitet – was sicher am großzügigen Budget der Fa. GlaxoSmithKline liegt – die Tipps und Hinweise zu Behandlungsformen und gesunder Lebensweise erscheinen vernünftig, zwei

gut besucht, hier können Betroffene miteinander diskutieren oder den Rat zweier Experten (Dr. Barczok, Ulm, Prof. Virchow, Rostock) einholen.

Übrigens: Eine Suchanfrage bei www.google.de nach „Asthma Kinder“ ergibt bereits einige gute Treffer. Fast noch wichtiger aber sind die Links in der rechten Spalte („Anzeigen“), denn diese sind es, die das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten können: www.allergie-immun.de, www.asthma-heilen.de, www.buteyko-method.com, www.sun4fun.ch usw. Der richtige Umgang mit Eltern, die solche und ähnliche Informationen mit zur Sprechstunde bringen, erfordert vom behandelnden Arzt viel Geschick und Verständnis, denn auch diese Sorgen gilt es ernst zu nehmen. Den Eltern die Sinnlosigkeit vieler solcher Verfahren zur Diagnostik und Therapie verständlich zu machen, ohne dass diese sich vor den Kopf gestoßen oder nicht ernst genommen fühlen, ist dann oft nicht einfach.



Online-Spiele laden zum Verweilen auf der Seite ein. Zusätzlich kann man kostenfrei eine Pollenflug-Vorhersage per SMS bestellen und sich per Handy an Medikamenteneinnahme und Arzttermine erinnern lassen. Auch das Experten-Forum ist

*Dr. med. Stefan Müller
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/
Medizinische Informatik
Ärztlicher Berater bei der msg systems
AG in Hürth
E-Mail: stefan@bal612.de*

Das „Netzwerk Kindergesundheit und Umwelt“ (www.netzwerk-kindergesundheit.de) hat in der Ausgabe 2/02 der „Pädiatrischen Allergologie“ ausführlich ein Curriculum zur „Präventionsassistentin“ vorgestellt, das im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geförderten Modellprojekts 2002 entwickelt und 2003 in zwei Pilotkursen eingesetzt wurde. In diesem Jahr haben in Osnabrück und München zwei weitere Durchläufe stattgefunden, so dass bislang 95 Kinderarthelferinnen und Kinderkrankenschwestern das Fortbildungsangebot genutzt haben.

Für das Jahr 2004 ist noch ein weiterer Kurs „Ausbildung zur Präventionsassistentin“ vorgesehen und zwar am 17. und 18. September 2004 beim großen Allergie-Kongress von ADA, DGAI und GPA in Aachen. Anmeldungen sind über die obige Homepage und per E-Mail an thlob@uminfo.de möglich

Der folgende Artikel präsentiert wesentliche Teile des Abschlussberichtes an das BMGS und gibt so einen Einblick in Inhalt und bisherige Erfahrungen mit dem Curriculum.

Dr. Thomas Lob-Corzilius

Das Curriculum zur „Präventionsassistentin“ – der aktuelle Stand

I. Inhalte

Das „Netzwerk Kindergesundheit und Umwelt“ hat aus der Fülle der möglichen Präventionsaufgaben für eine nachhaltige Kindergesundheit in den entwickelten Industrieländern diejenigen Präventionsfelder ausgesucht, die nach übereinstimmender Meinung nationaler wie internationaler Experten im Laufe der Säuglings-, Kleinkinder-, Kinder- und Jugendzeit bedeutsam sind:

- Prävention des Plötzlichen Säuglingstods
- Schutz vor Infektionskrankheiten durch Impfungen
- Förderung der Zahngesundheit durch Kariesprophylaxe
- Gesunde Ernährung, Bewegungsförderung und Vermeidung von Übergewicht
- Allergieprävention und Schutz vor Tabakrauchbelastung
- Prävention von kindlichen Unfällen in Haus, Freizeit und Verkehr
- Suchtprävention vor allem in der Adoleszenz und besonders bei legalen Drogen wie Tabak und Alkohol

II. Prioritäre Aufgaben in der Kinder- und Jugendarztpraxis

Aufgrund der analysierten Patientenstruktur und Inanspruchnahme von Vor-

sorgeuntersuchungen bei Kinder- und Jugendärzten ist die Häufigkeit von Kinderarztkontakten in den ersten Lebensjahren mit über 80 Prozent recht hoch, um dann mit steigendem Alter deutlich zu sinken, teilweise unter 20 Prozent eines Jahrgangs bei der Jugendvorsorgeuntersuchung (J1).

Für das Curriculum zur Präventionsassistentin wurden deshalb die Präventionsthemen der ersten sechs bis acht Lebensjahre in die Prioritätenliste aufgenommen, da für diesen Zeitabschnitt weitergebildete Arzhelferinnen und Kinderkrankenschwestern die meisten Kinder und Eltern mit den Präventionsangeboten erreichen können. Zudem erfordern Jugendthemen der Suchtprävention wie auch der Sexualaufklärung besonders spezialisierte Vermittlungskennntnisse und -fertigkeiten.

Ohnehin mussten folgende methodisch-didaktische Schwerpunkte in das Curriculum integriert werden:

- Entwicklungspsychologische Kenntnisse über Meilensteine kindlicher Entwicklung
- Gesundheits- und Krankheitskonzepte von Kindern und Jugendlichen
- Lernen am Modell und Bedeutung der didaktischen Reduktion
- Systemisches Denken und Verhaltenskonzepte
- Bedeutung der Gesprächsführung
- Gruppendynamik und Rollenspiele

- Wahrnehmungsförderung für psychosoziale Probleme
- Interdisziplinäres Arbeiten im Team

III. Zeitbudget und Finanzierung

In Anlehnung an die seit zehn Jahren erprobten Fortbildungsangebote zu qualifizierten Schulungstrainern in der Patientenschulung von Kindern und Familien bei chronischen Krankheiten wie Asthma, Diabetes und Neurodermitis wurde für das Präventionscurriculum ein Zeitbudget von primär 40 Stunden als realistisch, akzeptabel und finanzierbar eingeschätzt. Schon die beiden ersten Pilotkurse 2003 in Osnabrück und München haben allerdings einen höheren Zeitbedarf deutlich gemacht, den besonders die Teilnehmerinnen selbst artikulierten (siehe unten).

Die Konsequenz daraus war die Durchführung eines zusätzlichen zehnstündigen Nachbereitungsseminars ca. sechs Monate nach dem Hauptseminar, in dem die bisherigen Praxiserfahrungen diskutiert und einzelne Themen vertieft wurden. Im Ergebnis führt dies zusammen mit einer zehnstündigen Hausarbeit, in der eine Info-Box zu Präventionsangeboten in der Region erstellt werden soll, zu einer Gesamtdauer des Curriculums von 60 Stunden.

Dies ist mit einer Eigenfinanzierung in einer Größenordnung von 490 Euro ver-

einbar, aber auch leistbar, wie die Anmeldezahlen gezeigt haben. Höhere Kosten werden allerdings von den zumeist allein zahlenden Kinderärzten zumindest solange nicht akzeptiert, wie eine gesicherte Finanzierung von Präventionsleistungen in der Kinder- und Jugendarztpraxis noch aussteht. Natürlich soll dies in Analogie zur schon existierenden zahnärztlichen Präventionsleistung das mittelfristige Ziel sein.

IV. Kooperationspartner

Meist in der Funktion als Dozenten konnten Vertreter von verschiedenen Berufsverbänden und Fachgesellschaften als Kooperationspartner für das Curriculum gewonnen werden, so von der/dem

- Gesellschaft Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin
- Berufsverband der Kinderkrankenpflege

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands
- Berufsverband der Arzthelferinnen
- Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin und Prävention des plötzlichen Kindstods
- Ökologischer Ärztenbund
- Kinderumwelt gGmbH
- Bundesvereinigung für Gesundheit
- National Coalition für die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention
- pina

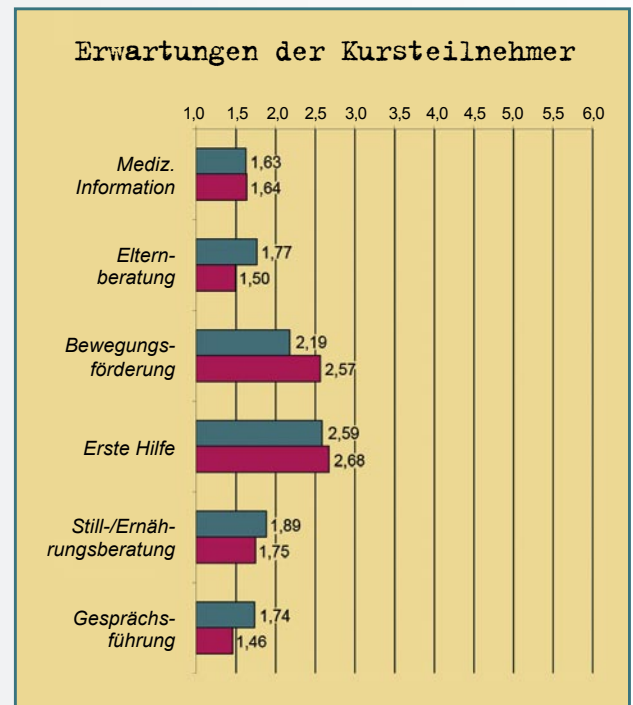


Abb. 2. Grüne Balken: Kurs Osnabrück – rote Balken: Kurs München

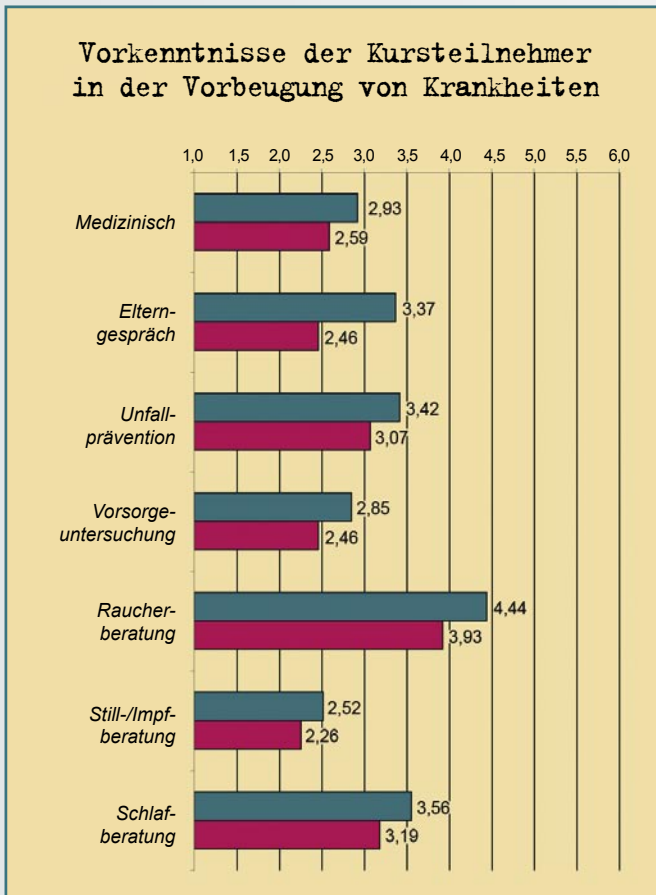


Abb. 1. Grüne Balken: Kurs Osnabrück – rote Balken: Kurs München

- Konsensusgruppe Adipositas-schulung
- Diätarbeitskreis Neurodermitisschulung
- ◆ Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz)
- ◆ Bundesinstitut für Risikobewertung

V. Evaluation der Pilotkurse 2003

Von folgenden Institutionen wurde das Curriculum mit zahlreichen Materialien unterstützt:

- ◆ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- ◆ Landeszentralen für gesundheitliche Aufklärung
- ◆ Allgemeiner Informationsdienst (AID)
- ◆ Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder

Die 55 Teilnehmerinnen der beiden Pilotkurse haben am Ende des Curriculums einen Fragebogen zur Bewertung des Kurses wie der Dozenten erhalten. Ähnliche Evaluationsinstrumente werden seit zehn Jahren erfolgreich zur fortlaufenden Qualitätskontrolle von Asthma- und Neurodermitisakademien genutzt und auch bei zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen der Akademien für ärztliche Fortbildung auf Länderebene eingesetzt.

Die wesentlichen Ergebnisse – siehe die drei Abbildungen – werden im Folgenden kommentiert. Dabei entsprechen die grünen Balken dem Pilotkurs in Osnabrück und die roten Balken dem Kurs in München. Die Dozenten waren an beiden Orten nur zu einem kleinen Teil identisch. Die dokumentierten Ergebnisse beanspruchen keine statistische Signifikanz oder Validität, sollen aber einen aussagefähigen Trend darstellen.

- Abb. 1 zeigt die selbsteingeschätzten Vorkenntnisse der Kursteilnehmerinnen zur Prävention: In den Bereichen medizinisches Wissen, Vorsorgeuntersuchungen sowie Still- und Impfberatung fühlen sie sich relativ gut vorgebildet, am wenigsten Vorbildung besteht bei Raucherberatung, gefolgt von Schlafberatung und Unfallprävention.
- Die Erwartung der Teilnehmerinnen an den Kurs zeigt die Abb. 2: Hier wünschen sie sich ein Mehr an Qualifizierung bei Elternberatung und Gesprächsführung, aber auch die Bereiche medizinische Information, Still- und Ernährungsberatung sollen vertieft werden, Themen wie Bewegungsförderung oder Erste Hilfe schneiden eingangs schlecht ab.
- Die Bewertung der einzelnen Themenfelder des Curriculums erfolgte entspre-

chend dem Stundenplan. Die überwiegende Anzahl der Themen wird nach Inhalt und Präsentation durch den Dozenten zwischen sehr gut und gut bewertet. Dies betrifft sowohl inhaltliche Themen wie Plötzlicher Kindstod, Unfallprävention oder gesunde Ernährung als auch methodisch-didaktische Einheiten wie Krankheitskonzepte von Kindern oder Elternrunden.

- Abb. 3 zeigt die zusammenfassende Bewertung nach Abschluss des Seminars: Primär hervorzuheben ist die eindeutige Aussage aller Teilnehmerinnen, dass sie keinen vergleichbaren Gewinn durch eine persönliche Lektüre zuhause im stillen Kämmerlein gehabt hätten. Dazu korrespondiert die Aussage, dass die Teilnahme am Curriculum als wichtig bis sehr wichtig eingeschätzt wird.

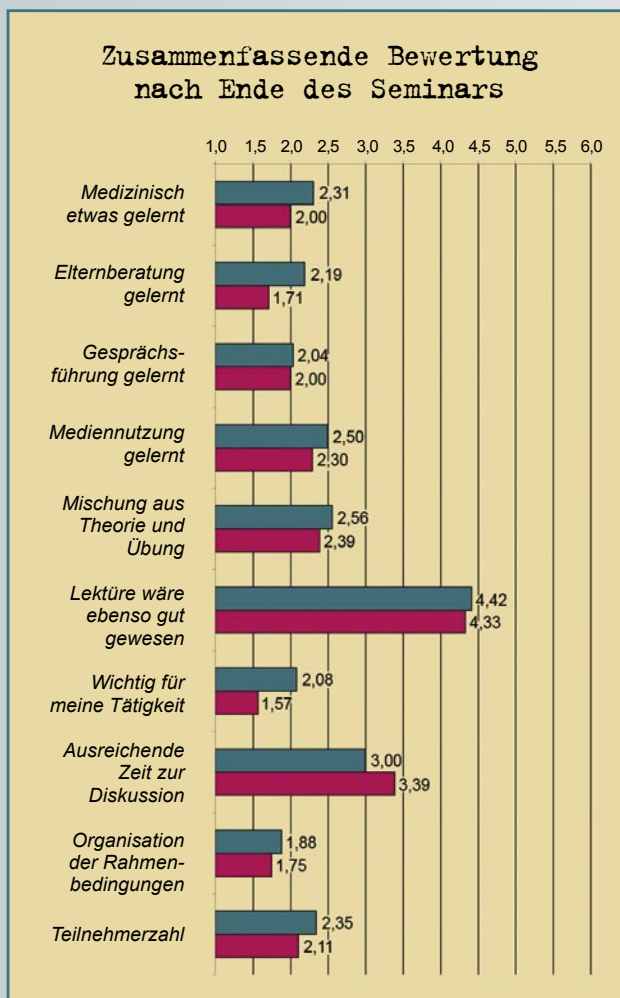


Abb. 3. Grüne Balken: Kurs Osnabrück – rote Balken: Kurs München

Fülle von Themen anbieten zu müssen. Dies hat schon in beiden Pilotkursen dazu geführt, dass sich die Teilnehmerinnen selbst ein zusätzliches Nachbereitungstreffen ca. sechs Monate später gewünscht haben.

VI. Konsequenzen

Welche Konsequenzen für eine Verstärkung und ein flächendeckendes Angebot des Curriculums zur Präventionsassistentin sind erkennbar?

1. Es muss eine förmliche Anerkennung dieser Fortbildung bei der Bundesärztekammer erreicht werden. Die dafür notwendige Mindeststundenzahl von 60 Ausbildungsstunden ist schon jetzt umgesetzt. Vorbild dafür ist der Weiterbildungsgang der Prophylaxehelferin in der Zahnmedizin! Diese Bemühungen könnten dadurch entscheidend unterstützt werden, dass ein eindeutiges Votum seitens der Gesundheitspolitik darin besteht, die kinder- und jugendärztliche Prävention ebenso finanziell zu unterstützen wie die kurativen Behandlungsmaßnahmen analog der zahnärztlichen Prophylaxe und Therapie. Diese Leistungserbringung wäre dann aber umgekehrt von einer Fortbildung im Sinne der Präventionsassistentin abhängig

2. Auf Dauer benötigt das Netzwerk „Kindergesundheit und Umwelt“ für die konkrete Organisation einen größeren Kooperationspartner aus den Reihen der Berufsverbände der Kinder- und Jugendärzte wie der Arzthelferinnen und Kinderkrankenschwestern.

3. Für die jugendärztliche Prävention müsste ein zusätzliches Fortbildungsmodul entwickelt und erprobt werden. Die fachliche Kompetenz hierzu besteht seitens des Netzwerks und der oben dargestellten Kooperationspartner.

*Dr. Thomas Lob-Corzilius
Projektleiter für
das Curriculum
Präventionsassistentin*

Besonders hoch wird der Lern- und Kompetenzzuwachs in der Elternberatung und der Gesprächsführung eingeschätzt. Auch die Nutzung von Print- und elektronischen Medien in der Präventionsberatung sowie zum eigenen Wissenserwerb wird wertgeschätzt. Die relative Unzufriedenheit mit der fehlenden Diskussionszeit reflektiert die Tatsache, im Curriculum aus den oben genannten Gründen sehr verdichtet eine

DAAB und GPA arbeiten zusammen!

In einer Zeit, in der einerseits die Häufigkeit allergischer Erkrankungen dramatisch zunimmt, andererseits die Entscheidungen der Gesundheitspolitik vernünftige allergologische Diagnostik und Therapie zunehmend erschweren, wird eine enge Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Fachgesellschaften umso dringlicher. So dürfen Leitlinien für die Diagnostik und Therapie nicht mehr im wissenschaft-

lichen Elfenbeinturm entstehen, sondern müssen mit den Betroffenen diskutiert werden, um durch deren Erfahrung bereichert eine hohe Akzeptanz und damit auch Umsetzbarkeit zu erlangen. Betroffene und Fachgesellschaften müssen gemeinsam gesundheitspolitische Entscheidungen mitbestimmen – und nicht nur angehört werden.

Wir haben deshalb den „Deutschen Allergie- und Asthmabund“ (DAAB) gebeten, seine Arbeit im Folgenden vorzustellen.

Dr. Ernst Rietschel, Vorsitzender der GPA

Allergien, Asthma und Neurodermitis im Fokus:

Der Deutsche Allergie- und Asthmabund e. V. (DAAB)

Der Deutsche Allergie- und Asthmabund e. V. (DAAB) ist der älteste Patientenverband Deutschlands. Er wurde 1897 als Heufieberbund auf Helgoland gegründet. Ziel war und ist es, Brücken zwischen Patient, Arzt, Forschung und Gesundheitswesen herzustellen. Heute engagieren sich 18.000 Mitglieder im DAAB.

18 hauptamtliche, überwiegend wissenschaftliche Mitarbeiter aus den Bereichen Ökotrophologie, Biologie, Chemie und Pädagogik helfen den Rat Suchenden durch Beratung, Recherchen, Hilfsangebote, Informationen und Gremienarbeit.

Beratung als Kernkompetenz – Konkrete Hilfe im Alltag

Die seriöse Beratung der Rat Suchenden ist ein wichtiger Schwerpunkt in der Arbeit des DAAB. So beantwortet die zentrale Beratungsstelle des DAAB in Mönchengladbach jährlich rund 40.000 Anfragen aus der Bevölkerung. Die Beratung setzt hierbei bewusst nach der ärztlichen Diagnose ein. Primär steht der Alltag des Einzelnen im Vordergrund. So erfährt der Rat Suchende beim DAAB zum Beispiel, wo „sein“ Allergen versteckt ist und wie er es meiden kann. Hierfür recherchiert der DAAB zu den Themen Allergien, Asthma, COPD und Neurodermitis in Datenbanken,

bei Unternehmen und Institutionen sowie bei Partnerorganisationen im Ausland.

Die jahrzehntelange Auseinandersetzung mit den Krankheitsbildern führt zu einem großen Informationsfundus, auf den die Mitarbeiter des DAAB zurückgreifen können. Hinzu kommt der Austausch mit Tausenden Betroffenen. Deren Erfahrungen mit Empfehlungen, Medikamenten und Produkten fließen ebenfalls in die Datensammlung des DAAB und auf diesem Wege in die Beratung ein.

Der DAAB bietet Interessenten und Mitgliedern über seine Ratgeber, Recherchelisten, Informationsreihen und über das Gesundheitsmagazin „Allergie konkret“ Aktuelles aus Wissenschaft und Forschung sowie zu den unterschiedlichsten Aspekten von Allergien, Asthma, COPD und Haut.

Engagement für die Zielgruppe

Ein weiterer Schwerpunkt in der Arbeit des DAAB ist das Engagement im Verbraucherschutz, um die Wünsche und Anliegen der Betroffenen an relevanter Stelle einzubringen. So zum Beispiel gegenwärtig in der Gesundheitspolitik durch die

Mitarbeit bei der Erstellung der Disease-Management-Programme Asthma/COPD, aber auch bei Themen wie Positivliste, Verordnungspraxis, Ausnahmeliste.

Ziel dieses Engagements ist es auch, sinnvolle Diagnostik und Therapie für den Patienten zu ermöglichen, aber auch für den Arzt realisierbar zu machen.

Zum Einsatz für den Endverbraucher gehört auch der konstante Dialog mit Unternehmen, um neue, bezahlbare Produkte für Menschen mit Allergien, Asthma



Allergie konkret, das Gesundheitsmagazin des Deutschen Allergie- und Asthmabundes



ma und Neurodermitis zu initiieren. Dies sind beispielsweise Produktlinien, die frei sind von Duftstoffen, Konservierungsmitteln und Farbstoffen. Hierzu führt der DAAB seit Jahren Zielgruppen-Befragungen durch, die Aufschluss über die Bedürfnislage von Menschen mit Allergien, Asthma oder Hautproblemen geben.

In diesem Kontext überprüft der DAAB auch Allergiker-Produkte, um den Sinn solcher Angebote zu hinterfragen.

Multiplikatoren und Netzwerke im DAAB

In Netzwerken zu arbeiten, Multiplikatoren einzubinden oder Synergien zu nutzen ist seit vielen Jahren Philosophie des DAAB. Bei seiner Aufklärungs- und Beratungstätigkeit arbeitet der DAAB so in einem partnerschaftlichen Verhältnis mit Ärzten sowie Wissenschaftlern unterschiedlicher Disziplinen zusammen. Mehr als 1.000 Vertreter medizinischer Berufe sind Mitglied im DAAB und unterstützen seine Arbeit vor Ort.

Für Apotheker, medizinisches Fachpersonal, Ernährungsberater und Hebammen führt der DAAB Fortbildungen sowie Aktionstage durch.

Für Ernährungsfachkräfte hat der DAAB ein Netzwerk aufgebaut, in dem über 200 auf Allergien spezialisierte Ökotrophologen und Diätassistenten erfasst sind. Diese werden gefördert durch Informationen und Fortbildungen. Hierdurch kann der DAAB betroffenen Nahrungsmittelallergikern Adressen von qualifizierten Ernährungsfachkräften in ihrer Nähe vermitteln.

Zur Netzwerkstruktur des DAAB gehören bundesweit auch 150 ehrenamtliche Mitarbeiter, die für Mitglieder und Interessierte vor Ort Themenabende, Kurs- und Schulungsangebote organisieren. Der DAAB unterstützt diese Gruppen logistisch, finanziell sowie durch Fortbildungen. Ziel der Gruppen ist es, Angebote vor Ort zu realisieren und Austausch zu ermöglichen sowie die Compliance zu stärken. Vermieden werden soll jedoch eine Laienberatung, bei der auf der Basis individueller Erfahrungen therapeutische Empfehlungen ausgesprochen werden.

Kinder im Fokus

Der DAAB organisiert Angebote für jede Altersgruppe. Mit einem bundesweiten Kinder- und Jugendkongress wurde 1997 der

Startschuss gesetzt für ein Kinder-Netzwerk. Darüber hinaus widmet sich der DAAB dem kindlichen Umfeld durch Elterngruppen sowie durch Fortbildungsangebote für Lehrer und Erzieher.

An über 5.000 Schulen führte der DAAB eine Befragung zum Thema „Umgang mit Asthma-Kindern im Sportunterricht“ durch. Dazu erfolgte eine parallele Befragung von Eltern asthmakranker Kinder sowie eine Befragung von über 5.000 Schülern und Schülerinnen zu ihren Erfahrungen und Wünschen hinsichtlich Asthma und Allergien in der Schule und im schulischen Kontext.

Hieraus resultierten Projektstage an Schulen sowie ein Lehrerhandbuch zum Umgang mit Asthma-Kindern in der Schule.

Kontakt:

Deutscher Allergie- und Asthmabund e. V.
(DAAB)

Fliethstr. 114

41061 Mönchengladbach

Tel.: 02161-81494-0

Fax: 02161-81494-30

E-Mail: info@daab.de

Internet: www.daab.de

MAGAZIN

Schimmelpilzallergie kann im Sommer schwere Asthmaanfälle auslösen

Bei allergischen Atemwegsproblemen im Sommer muss auch an eine Allergie auf den Schimmelpilz *Alternaria* gedacht werden. Der Pilz wächst vor allem auf trockenen Pflanzen und Getreidekörnern, Symptome treten deshalb häufig bei Gartenarbeiten oder Spaziergängen auf. *Alternaria*sporen fliegen hauptsächlich im Juli und August, also zur gleichen Zeit wie Gräser- und Beifußspollen. „Bei Patienten, die vom Mai bis September über allergische Beschwerden klagen, denkt man meist an eine Pollenallergie. Die Symptome können aber auch durch *Alternaria*, seltener auch durch den Pilz *Cladosporium* hervorgerufen werden“, berichtet Dr. Uta Rabe vom Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA). Eine Sensibilisierung gegen *Alternaria* ist assoziiert mit einem hohen Asthmarisiko [1]. Zudem verlaufen *Alternaria*-induzierte Asthmaanfälle häufig sehr schwer. Das Risiko für einen lebensbedrohlichen Asthmaanfall ist bei *Alternaria*-Allergikern um das 200-fache erhöht [2].

Vor allem bei Kindern frühzeitig SIT erwägen

Die Arbeitsgruppe von Uta Rabe im Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen hat zwischen August 1993 und Dezember 1994 1.125 Patienten untersucht, die wegen allergischer Beschwerden des Respirationstrakts behandelt wurden. 58 (5,2%) der Patienten waren gegen *Alternaria* sensibilisiert. Etwa ein Drittel der Betroffenen war zwischen sechs und zehn Jahren alt, ein weiteres Drittel zwischen elf und 20 Jahren. Unter den 58 Sensibilisierten fanden sich 37 Asthmatiker und 43 Patienten, die auch gegen Graspollen sensibilisiert waren. „Vor allem bei jungen *Alternaria*-Allergikern sollte frühzeitig eine Spezifische Immuntherapie (SIT) erwogen werden, um schwere Asthmaanfälle während der Sporenflugzeit zu vermeiden“, empfiehlt Uta Rabe. Viele Patienten leiden zudem unter ganzjährigen Beschwerden, denn *Alternaria* wächst auch in Wohnungen auf Textilien, Tapeten, Blumenerde und Lebensmit-

teln. Weil der Schimmelpilz so weit verbreitet ist, ist eine Allergenkarrenz nicht möglich.

In Allergietests ist der Nachweis von Schimmelpilz-Allergenen oft schwierig. Sicherheit geben der Prick-Test und Provokationsteste. Symptome treten bei *Alternaria*-Allergikern etwa ab einer Sporenkonzentration von 100 pro m³ Luft auf; starke Allergiker reagieren schon bei niedrigeren Werten. Leider wird *Alternaria* in den Pollenflugvorhersagen kaum berücksichtigt. „Das wäre aber insbesondere für Ärzte hilfreich, die Symptome einordnen und Therapieentscheidungen treffen müssen“, so Rabe.

[1] Zureik M, Neukirch C, Leynaert B, Liard R, Bousquet J (2002): Sensitisation to airborne moulds and severity of asthma: cross sectional study from European Community respiratory health survey. *BMJ* 325: 411-414

[2] Murray C, Simpson A, Custovic A (2004): Allergens, Viruses, and Asthma Exacerbations. *Proc Am Thorac Soc* 1: 99-104

In eigener Sache ...

Dank an den wissenschaftlichen Beirat unserer Zeitschrift

Alle Übersichtsartikel, Elternratgeber und viele weitere Texte unserer Zeitschrift „Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis“ werden regelmäßig von den Mitgliedern unseres wissenschaftlichen Beirats kritisch unter die Lupe genommen. Diese wichtige Arbeit, die häufig während der Abendstunden oder am Wochenende erledigt wird, geschieht für den Leser unbemerkt im Hintergrund.

Wir möchten an dieser Stelle noch einmal den bisherigen Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats danken. Dies sind: Dr. Andrea von Berg, Dr. Dieter Bulle, Prof. Dr. Johannes Forster, PD Dr. Günther Frey, Dr. Armin Grübl, Dr. Wolfgang Lässig, Dr. Wolfgang Rebien, Prof. Dr. Antje Schuster und PD Dr. Albrecht Tacke.

Neu hinzugekommen sind in diesem Jahr: Prof. Dr. Albrecht Bufe, PD Dr. Joachim Kühr, Dr. Sibylle Scheewe, Dr. Kornelia Schmidt und PD Dr. Volker Stephan.

Neue Ressortschriftleiter

Seit Beginn dieses Jahres sind neben den Schriftleitern Dr. Frank Friedrichs, Dr. Ernst Rietschel und Prof. Jürgen Seidenberg weitere Redaktionsmitglieder für besondere Bereiche unserer Zeitschrift als Ressortschriftleiter verantwortlich:

Dr. Peter J. Fischer	Eltern-Ratgeber
Dr. Thomas Lob-Corzilius	Umweltmedizin
Dr. Sabine Schmidt	Fragen an den Allergologen
Dr. Martin Tiedgen	Berufspolitik
Prof. Dr. Volker Wahn	Pädiatrische Immunologie

Neue Serien

In der Vergangenheit sind in unserer Zeitschrift regelmäßig Artikel zu bestimmten allergologischen Themenbereichen erschienen. Prof. Dr. Albrecht Bufe verfasste eine große Zahl von interessanten Artikeln in der Rubrik „Allergenkunde“. Unsere Leser werden in Kürze in jedem Heft Artikel zu den beiden neuen Themenbereichen „Pädiatrische Immunologie“ (Koordination: Prof. Dr. Volker Wahn, Schwedt) und „Grundlagen der Allergologie“ (Koordination: Prof. Dr. Eckhard Hamelmann, Berlin) finden.

22. Allergiesymposium der nappa für Kinderärztinnen und Kinderärzte

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Es lohnt sich immer, die Universitätsstadt Oldenburg in Oldenburg mit ihrer reizvollen Innenstadt zu besuchen. Insbesondere am 27. und 28. August: als Teilnehmer unseres 22. Allergiesymposiums! Einige der sehr praxisorientierten Seminare am Freitag Vormittag finden im neuen Elisabeth-Kinderkrankenhaus statt, das sie dabei besser kennen lernen können. Die weiteren Arbeitsgruppen am Freitag und die Hauptreferate am Samstag werden in der Weser-Ems-Halle durchgeführt. Freitag abends ist der Schlosssaal für Sie reserviert und danach ... vielleicht zum berühmten Oldenburger Altstadtfest?

Neu im Programm ist ein zusätzliches Seminar am Freitag für Ihre Arzthelfer/innen über die wichtigsten Themen einer pneumo-allergologisch ausgerichteten Kinderarztpraxis. Nehmen Sie Ihre Mitarbeiter mit, doch ist Eile geboten: Wir haben nur 30 Plätze.

Ich freue mich auf die – wie immer – sehr anregenden und lebhaften Diskussionen mit Ihnen und wünsche eine gute Anreise.

Prof. Dr. Jürgen Seidenberg
Tagungspräsident

Programm

Freitag, 27. August 2004: Arbeitsgruppen

09.30-10.00 Uhr Führung durch das neue Elisabeth-Kinderkrankenhaus

10.30-12.00 Uhr

- A 1 Praxis der Lungenfunktionstestung
- A 2 Praxis der Atemphysiotherapie für Asthma und Sekretolyse
- A 3 Praxis der Lokalthherapie der verschiedenen Neurodermitis-Stadien
- A 4 Praxis der Diätberatung bei Nahrungsmittelallergie
- A 5 Therapieresistente Neurodermitis – Ursachen und Therapieansätze
- A 6 Praxis der Hyposensibilisierung
- A 7 Notfalltherapie der anaphylaktischen Reaktion

13.30-14.30 Uhr

- B 1 Thorakoverbrale Fehlbildungen
- B 2 Ist Spirometrie ausreichend? Gibt es bessere Messparameter?

- B 3 Neue Daten zur sublingualen Hypo-sensibilisierungstherapie
- B 4 Maßnahmen zur Förderung der Compliance
- B 5 Klinik und Therapie der atypischen Mykobakteriosen

15.00-16.00 Uhr

- C 1 Bewertung neuer Asthmamedikamente
- C 2 Therapie der chronischen Rhinitis
- C 3 Neues in der CF-Therapie
- C 4 Besonderheiten der Atemprobleme im Übergang zum jungen Erwachsenen
- C 5 Gelungene Arzt-Patient-Kommunikation: wie?

16.30-17.30 Uhr

- D 1 Probleme und Therapie der Beatmungslunge ehemaliger Frühgeborener
- D 2 Angeborene Lungenfehlbildungen
- D 3 Leitlinien „Pädiatrische Umweltmedizin in der Praxis“
- D 4 Asthmatherapie beim Kleinkind
- D 5 Der neue EBM: Allergologie

17.45-18.30 Uhr

Mitgliederversammlung

20.00 Uhr

Gesellschaftsabend



Das neue Elisabeth-Krankenhaus

Samstag, 28. August 2004: Hauptvorträge

- 09.00-09.15 Uhr Begrüßung und aktuelle Informationen
- 09.15-09.45 Uhr DMP Asthma – was kommt auf uns zu?
- 10.15-10.45 Uhr Allergieentstehung oder Toleranzentwicklung?
- 10.45-11.30 Uhr Autoimmunerkrankungen der endokrinen Organe
- 12.00-12.30 Uhr Aktueller Disput bei den Präventionsempfehlungen
- 12.30-13.15 Uhr Verschiedene Formen der gastro-intestinalen Allergien

Freitag 27. August 2004:

Arzthelfer/innen-Seminar (mit Unterstützung der Fa. Schwarz Pharma)

- 10.30-11.15 Uhr Inhalationstherapie bei Asthma, Inhalationshilfen
- 11.30-12.15 Uhr Allergiediagnostik, Prick-Test etc.
- 13.15-14.00 Uhr Spirometrie, Peak-Flow, Hygiene
- 14.15-15.00 Uhr Hautpflege bei Neurodermitis



ALLERGIE-KONGRESS AACHEN 2004 15.-19. September

Der Countdown zur ersten gemeinsamen Tagung der drei großen allergologischen Fachgesellschaften läuft. Vom 15. bis 19. September laden der Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA), die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI) und die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) zum Allergie-Kongress 2004 nach Aachen. In Ergänzung des Vorprogramms, das bereits in der vergangenen Ausgabe der „Pädiatrischen Allergologie“ abgedruckt war, folgt hier eine Übersicht über die vier Plenen des Allergie-Kongresses. Das gesamte Tagungsprogramm findet sich auf der Kongress-Homepage www.allergie-kongress-2004.de.

Die Plenen (Auszug aus dem Hauptprogramm)

Donnerstag, 16.9.2004, 08.30-10.30 Uhr

Plenum 1 Molekulare Allergologie

Vorsitz: Prof. Dr. G. Schultze-Werninghaus, Prof. Dr. A. Kapp
 Prof. Dr. E. Th. Rietschel: Endotoxin und angeborene Immunität
 NN: IgE-assoziierte Allergie und molekulare Allergenstruktur
 Prof. Dr. H. U. Weltzien: Aktivierung von T-Zellen durch Kontaktallergene
 Prof. Dr. J. Knop: Key-note-lecture: Regulatorische T-Zellen – Mögliche Bedeutung für die Klinik

Freitag, 17.9.2004, 08.30-10.30 Uhr

Plenum 2 Spezifische Immuntherapie

Vorsitz: Prof. Dr. T. Fuchs, Dr. J. Wenning
 Prof. Dr. J. Saloga: Neue immunmodulierende Strategien bei SIT
 Prof. Dr. R. Valenta: SIT mit rekombinanten Allergenen
 Prof. Dr. L. Klimek: Modifizierte SIT-Protokolle im Vergleich
 Prof. Dr. K. Blaser: Key-note-lecture: Immunregulation bei der SIT

Samstag, 18.9.2004, 08.30-10.30 Uhr

Plenum 3 Prävention atopischer Erkrankungen

Vorsitz: Dr. E. Rietschel, Dr. F. Friedrichs
 PD Dr. E. von Mutius: Was macht unsere Kinder allergisch?
 Dipl.Stat. S. Illi: Der atopische Marsch: Folgt der AD das Asthma bronchiale?
 PD Dr. G. Hansen: Der Traum der Allergologen: Toleranzinduktion
 Prof. Dr. U. Wahn: Key-note-lecture: Prävention atopischer Erkrankungen '04

Samstag, 18.9.2004, 14.45-16.45 Uhr

Plenum 4 Highlights des Jahres 2004

Vorsitz: Prof. Dr. H. F. Merk, Prof. Dr. U. Wahn
 Prof. Dr. H. Behrendt: Highlights des Jahres 2004: Umweltmedizin
 Prof. Dr. A. Kapp: Highlights des Jahres 2004: Dermatoallergologie
 Prof. Dr. G. Schultze-Werninghaus: Highlights des Jahres 2004: Asthma bronchiale und allergische Rhinitis
 Prof. Dr. T. Fuchs: Highlights des Jahres 2004: SIT

GPA-Förderpreis für den saarländischen Qualitätszirkel

Im Rahmen des deutschen Allergie-Kongresses Aachen 2004 verleiht die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e. V. (GPA) am 15. September den „Förderpreis Pädiatrische Allergologie 2004“ an den saarländischen Qualitätszirkel „Allergologie, Pneumologie und Asthmaschulung im Kindesalter“. Mit der von Pharmacia Diagnostics gestifteten Auszeichnung werden einmal jährlich Projekte oder Einzelpersonen gewürdigt, die in besonderer Weise zur Verbesserung der Situation von allergiekranken Kindern und Jugendlichen beitragen. Der Qualitätszirkel „Allergologie, Pneumologie und Asthmaschulung im Kindesalter“ wurde 1997 von Dr. Wolfgang Wahlen gegründet und zählt inzwischen 42 Mitglieder aus dem gesamten Saarland. Seit 1999 leitet Dr. Roland Klein, Saarbrücken, die bundesweit bekannte Ärzteguppe. Der Teilnehmerkreis setzt sich vorwiegend aus niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten zusammen. Vertreter der sieben saarländischen Asthmaschulungsgruppen und Ärzte aus den fünf saarländischen Kinderkliniken nehmen ebenfalls regelmäßig an den Sitzungen teil, die alle acht Wochen in Saarbrücken im „Haus der Ärzte“ stattfinden. Die ausführlichen und lehrreichen Sitzungsprotokolle des Qualitätszirkels sind allen interessierten Ärzten durch die Veröffentlichung in PädInform und im „Saarlandordner“ der Kas-

senärztlichen Vereinigung des Saarlands zugänglich. Die Sitzungen des Qualitätszirkels sind als zertifizierte Fortbildungsveranstaltung anerkannt. Ziele des Qualitätszirkels sind die Weiterentwicklung und die Qualitätsverbesserung der ärztlichen Versorgung im gesamten Saarland. Qualitätszirkel dienen der kritischen Überprüfung der eigenen Tätigkeit durch einen auf den Erfahrungen der Teilnehmer aufbauenden Lernprozess. Sie fördern die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis. Der saarländische Qualitätszirkel dient darüber hinaus der Qualitätssicherung der Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche an den sieben Schulungsstätten. Die GPA verleiht den „Förderpreis Pädiatrische Allergologie 2004“ an den Qualitätszirkel „Allergologie, Pneumologie und Asthmaschulung im Kindesalter“ in besonderer Würdigung seines Vorbildcharakters. Die Versorgung von Millionen allergiekranken Kindern und Jugendlichen erfordert bereits in der primär versorgenden Kinderarztpraxis ein hohes Maß an kinder-

allergologischer und kinderpneumologischer Kompetenz. Der ausgezeichnete Qualitätszirkel hat in den vergangenen Jahren bewiesen, dass mit hohem Engagement und durch eine intensive Auseinandersetzung mit aktuellen allergologischen Themen der Brückenschlag zwischen Praxis und Klinik möglich ist.

Die GPA freut sich daher, mit dem von Pharmacia Diagnostics gestifteten Preisgeld von 5.000 Euro die weitere Arbeit des Qualitätszirkels unterstützen zu können.

Dr. Ernst Rietschel
für das Preis-Kuratorium



Mitarbeiter des saarländischen Qualitätszirkels (v.l.n.r.): sitzend: B. Mischo, J. Hagenbourger, W. Plathner, Ch. Neumann, S. Bitsch, M. Enders-Cornberg; stehend: R. Bollbach, R. Kühn, A. Niethammer, B. Boßlet, K. Kühn, B. Meger, B. Ulrich, K. Fricke, M. Mischo, O. Steinmetz, M. Breitenmoser, R. Krämer, R. Klein, M. Lagemann, W. Meier, J. Mößeler, G. Holbeck



Neuer Vorstand der GPP gewählt

Im Rahmen der diesjährigen Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP) in Hamburg wurde am 25. März 2004 der neue Vorstand für die Jahre 2004 bis 2008 gewählt. Er setzt sich wie folgt zusammen:

Vorsitzender

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

Stellvertretender Vorsitzender

Prof. Dr. med. Josef Riedler
Kinderspital Salzburg
E-Mail: J.Riedler@lkasbg.gv.at

Schriftführer

Prof. Dr. med. Matthias Griese
Dr. von Haunersches Kinderspital
München
E-Mail: Matthias.Griese@med.uni-muenchen.de

Schatzmeister

Prof. Dr. med. Joachim Freihorst
Med. Hochschule Hannover
E-Mail: Freihorst-Achim@mh-hannover.de

Weitere Vorstandsmitglieder

Dr. med. Christoph Runge
Kinder- u. jugendärztliche Gemeinschaftspraxis, CF-Zentrum Altona
E-Mail: Dr.Runge@centermail.net

Prof. Dr. med. Gesine Hansen
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
E-Mail: Gesine.Hansen@medizin.uni-halle.de

Prof. Dr. med. Stefan Zielen
Univ.-Kinderklinik Frankfurt am Main
E-Mail: Stefan.Zielen@kgu.de

Schwerpunkte des neuen Vorstandes sind:

- die Unterstützung und Koordination der Grundlagenforschung in der pädiatrischen Pneumologie
- die Unterstützung der jeweiligen Ausrichter wissenschaftlicher Tagungen
- die Weiterführung der Bemühungen um die inhaltliche Gestaltung der nun beschlossenen Zusatzweiterbildung/Schwerpunktbezeichnung „Pädiatrische Pneumologie“
- die Mitgestaltung der Übergangsregelung „Pädiatrische Pneumologie“ für bereits vor Verabschiedung der neuen Bezeichnung im Schwerpunkt pädiatrisch-pneumologisch tätige Kinder- und Jugendärzte
- die Neugestaltung der Vereinssatzung unter Berücksichtigung der aktuellen berufspolitischen Entwicklungen und Bedürfnisse
- die Weiterentwicklung von Behandlungsleitlinien
- die inhaltliche Mitgestaltung der in den Bereich der GPP fallenden Entwicklungen wie des DMP Asthma bronchiale

In diesem Zusammenhang sei auf die Internet-Auftritte der GPP verwiesen (www.paediatriche-pneumologie.de).

Aus der Sicht der Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Kinderpneumologen in der GPP (Sprecher: Christoph Runge) kann 2004 ein turbulentes Jahr werden, da erhebliche berufspolitische Probleme anstehen, auf die man sich einstellen müssen:

- Der neue EBM 2000+, in dem sich nun zwar ein rein kinderärztliches Kapitel befindet, das aber unter anderem auch der pädiatrisch-pneumologischen Realität überhaupt noch nicht entspricht. (Der jeweils aktuelle Stand kann unter <http://www.kbv.de/home/3956.htm> eingesehen werden.)
- Eine reale Regressbedrohung: Gerade niedergelassene Kinderärzte sind durch viel zu schmale Medikamenten-Budgets in ihrer fachärztlichen Arbeit erheblich bedroht. Die vom Bundesausschuss beschlossene „Over the Counter“ (OTC)-Regelung (www.g-ba.de/pdf/OTC_Liste.pdf) setzt die allergologisch/pneumologisch tätigen Kinderärzte zusätzlich unter einen für die tägliche Arbeit inakzeptablen Druck. Es gibt mittlerweile millionenschwere Regresseinforderungen gegen



Der neue Vorsitzende der GPP, Prof. Dr. Frank Riedel

spezialisierte kinderärztliche Praxen, die aber noch nicht exekutiert sind.

- Das DMP Asthma bronchiale, auf das man sich wahrscheinlich einstellen werden muss. Die Kinderpneumologen könnten sich dann in der 2. - 3. Versorgungsebene wiederfinden, was zu einer erheblichen Veränderung ihres Arbeitsumfeldes führen könnte. Ob das DMP tatsächlich eingeführt wird, ist aber noch nicht sicher, da es dem Gesundheitsministerium und den Krankenkassen nun zu dämmern scheint, dass ein DMP Asthma bronchiale viel Geld kosten könnte.
 - Die Zusatzbezeichnung bzw. der Schwerpunkt Pädiatrische Pneumologie, die vom Ärztetag 2003 in die Weiterbildungsordnung aufgenommen wurden. Für die bereits pädiatrisch-pneumologisch tätigen Pädiater wird die Umsetzung der Übergangsbestimmungen nun von besonderer Bedeutung sein.
- Hier wird ein enger Schulterschluss der GPP mit den verschiedenen, ebenfalls betroffenen pädiatrischen Fachgesellschaften wie der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V., dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands e. V., der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e. V. und der Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. gefordert sein, um weiteren Schaden von einer qualitativ hochwertigen pädiatrisch-pneumologischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in unserem Land abzuwenden.
- Christoph Runge

Bronchoskopiekurs Hannover 2005

Zur Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP) 2005 in Hannover plant die Arbeitsgruppe Bronchoskopie in der GPP einen Kurs in flexibler pädiatrischer Bronchoskopie. Ziel des Kurses soll es sein, pneumologisch tätigen Kinderärzten den Einstieg in die flexible Bronchoskopie zu erleichtern und einen Baustein der Ausbildung zum pädiatrischen Pneumologen anzubieten.

Zeitraum: 30./31. März 2005 (vor Beginn der GPP-Jahrestagung)

Teilnehmerzahl: 32 in zwei Gruppen

Kosten: ca. 250 Euro

Kursinhalte:

- Übungen zu zweit mit einem Betreuer am Phantom (Olympus-Endoskope)
- Theorie:
 - Gerätekunde: Chipendoskope, Fiber-

- endoskope. Vor-/Nachbereitung, Hygiene
- Anästhesie/Sedierung, Überwachung
- Anatomie: Nase, Kehlkopf, Trachea, Bronchien
- Indikation, flexibel oder starr?
- BAL: Indikation, Durchführung
- Cytologie
- Bronchoskopien auf der Intensivstation, fiberoptische Intubation
- Befunddokumentation

Bei Interesse an einer Teilnahme bitte eine kurze Nachricht, möglichst per E-Mail, an:

Dr. Bernd Hinrichs
UK Eppendorf, Kinderklinik
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
E-Mail: Hinrichs@uke.uni-hamburg.de

Das endgültige Programm wird im Herbst 2004 verschickt.

Neues vom Buchmarkt

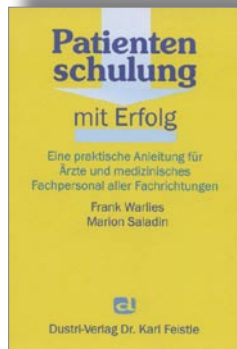
Patientenschulung – mit Erfolg

F. Warlies, M. Saladin

Broschiert. XVIII + 146 S., 14 Abb., 20 Tab., 1 CD; Dustri Verlag Dr. Karl Feistle München-Deisenhofen 2002; ISBN 3-87185-321-6; € 25,-

Dieses Buch richtet sich an Ärzte und Ärztinnen und alle anderen in der Medizin arbeitenden Menschen, die Patienten schulen. Es ist ein detaillierter Leitfaden, mit dem man Patientenschulungen vorbereiten und durchführen kann. Es klärt Fragen wie beispielsweise: Warum schulen wir? Wen und wann wollen wir schulen? Welche persönlichen Voraussetzungen muss das Schulungspersonal erfüllen? Was ist vorzubereiten? Wie erzeugt man Vertrauen und Begeisterung?

Wie redet und überzeugt man? Wie sollte die Schulung ablaufen? Wie geht man mit Schwierigkeiten der Schulungsteilnehmer um? Alle Punkte werden Schritt für Schritt in einer einfachen und leicht verständlichen Sprache besprochen. Zu jedem Abschnitt gibt es einen grau unterlegten Kasten mit einer stichpunktartigen Zusammenfassung, der das Auf- und Wiederfinden bestimmter Themen sehr erleichtert. Außer-



dem wird der Inhalt jedes Kapitels an Beispielen verdeutlicht, die in der Regel aus dem Bereich der Asthmaschulung stammen. Zusätzlich sind am Ende eines jeden Abschnitts freie Notizzettel gedruckt, auf die man seine eigenen Anmerkungen schreiben kann.

Im Anhang findet man eine nützliche Liste von Adressen und Bezugsquellen für Schulungsmaterial und ein ausführliches Literaturverzeichnis. Dem Buch liegt eine CD-ROM mit einer Reihe von MS-Word-Dateien bei, darunter beispielsweise der Entwurf eines Antrags an eine Krankenkasse auf Kostenerstattung für die Schulung, Einladungsschreiben an die zu schulenden Patienten, verschiedene Checklisten und anderes mehr. Das Buch ist in erster Linie für die Schulung erwachsener Patienten geschrieben worden. Die

Autoren weisen darauf hin, dass die Schulung der asthmakranken Kinder aufwändiger ist und dass sie einer speziellen Ausbildung bedarf. Hilfreich ist hier der Hinweis auf das „Handbuch für Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern“, herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter.

Die beiden Autoren haben langjährige Erfahrung in der Asthmaschulung. Dies merkt man dem Buch deutlich an. Es ist kein abstraktes Werk, das nur an einem Schreibtisch entstanden ist, sondern eine alltagstaugliche Anleitung zur Patientenschulung. Das Buch kann jedem, der Patientenschulungen vorbereitet und durchführt, sehr empfohlen werden.

Gabriele Wiener-Hemme, Aachen

Antiallergika und antiallergische Therapie

H. F. Merk, W. Schmutzler (Hrsg.)

Broschiert. 254 S., 33 Abb., 47 Tab.; Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart 2003; ISBN 3-8047-1916-3; € 44,-, SFr 70,40

Zielgruppe des Buches sind Ärzte und Apotheker. Unter den 17 Autoren aus verschiedenen Disziplinen finden sich zwei Pädiater (D. Reinhardt, München, und R. Urbanek, Wien). Eine kurze Einleitung beschreibt das aktuelle Wissen über die immunologischen Abläufe bei den verschiedenen Typen der allergischen Reaktionen. Das Werk gliedert sich dann in zwei Hauptteile: Im Teil I „Pharmakologie“ werden Pharmakologie, Wirkungen und mögliche Nebenwirkungen von Antihistaminika, Antisense-Oligodesoxynukleotiden (in Entwicklung befindliche

Verlagsmitteilung

Wolke 7 Schulungshefte

Th. Spindler, B. Nisius, P. Linse

Schulungshefte sind die unverzichtbare Basis einer qualifizierten Asthmaschulung. Schulungsexperten der Fachkliniken Wangen legen mit der Reihe „Wolke 7“ nun völlig neu gestaltete Hefte für den Einsatz in Schulungsteams vor. Autoren der Hefte sind die langjährigen Asthmatrainer Dr. Thomas Spindler (Kinderarzt), Bianca Nisius (Gesundheitspädagogin) und Peter Linse (Sportlehrer MA). In Zusammenarbeit mit der Kinderbuchillustratorin Anja Güthoff haben sie drei altersgerechte Kinderarbeitsbücher sowie ein Elternbegleitheft entworfen. Ermöglicht wurde das Projekt durch die Unterstützung der Firma Fujisawa Deutschland. Die Arbeitshefte wurden komplett werbefrei gehalten. Ziel war es, eine breite Akzeptanz und Anwendbarkeit für Schulungen in Kliniken und Praxen zu erreichen.

Die Inhalte der Schulungshefte entsprechen den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter, die im neu überarbeiteten QM-Handbuch festgelegt sind. Die vier Schulungshefte bilden die Inhalte einer qualifizierten Asthmaschulung altersgerecht und didaktisch hochwertig ab.

- 4 Schulungshefte, maßgeschneidert für drei Altersstufen und für Eltern/Bezugspersonen
- Jedes Schulungsheft mit Sachinformationen, Aufgaben und Spielen speziell für die entsprechende Altersstufe
- Ideale Hilfsmittel zur Schulung asthmakranker Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien



Die Hefte können direkt beim CARE LINE Verlag oder über die Außendienstmitarbeiter der Fujisawa München bezogen werden.

- Asthmaschulung MINI für 5- bis 8-Jährige, Bestellnr. 110774
- Asthmaschulung MIDI für 9- bis 12-Jährige, Bestellnr. 110775
- Asthmaschulung MAXI für 13- bis 18-Jährige, Bestellnr. 110776
- Asthmaschulung XXL für Eltern von Kindern mit Asthma, Bestellnr. 110777

CARE LINE Verlag
Fichtenstr. 2,
82061 Neuried
Tel.: 089-745551-0,
Fax: 089 745551-13
E-Mail: verlag@care-line.de
Web: www.care-line.de

Inhibitoren der Translation, die z. B. die Bildung von Zytokinen hemmen können), Leukotrienantagonisten, Beta-Sympathomimetika, Glukokortikoiden und Allergenextrakten zur Hyposensibilisierung dargestellt. Im Teil II „Therapeutischer Einsatz“ werden Klinik und Behandlung der Urtikaria, allergischer Erkrankungen am Auge, der Rhinitis allergica, des Asthma bronchiale, des atopischen Ekzems, der Kontaktdermatitis sowie allergischer Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts vorwiegend aus der Sicht der Erwachsenenmedizin abge-



handelt. Den Abschluss bildet das knappe 13 Seiten umfassende Kapitel „Behandlung allergischer Erkrankungen im Kindesalter“. Die pädiatrische Unterrepräsentanz führt z. B. dazu, dass im Kapitel „Atopisches Ekzem“ als Maßnahme der Allergieprävention von der Unterbringung in einer Kinderkrippe abgeraten wird, wo man aus heutiger Sicht doch mehr Infektkontakte in der frühen Kindheit empfehlen müsste.

Kleinere Unstimmigkeiten sind der Erstauflage eines Mehrautorenwerks nachzusehen. So ist z. B. im Asthma-Kapitel zu lesen: „Akarizide ... können nach heutigem Kenntnisstand nicht zur Milbensanierung empfohlen werden“, im Kapitel „Atopisches Ekzem“ findet sich zur Verminderung der Hausstaubmilben-Allergenbelastung dagegen der Rat: „Gegebenenfalls Anwendung von Akariziden“. Für den allergologisch tätigen Pädiater ist das Werk weniger als Einstieg, jedoch zur Vertiefung insbesondere des pharmakotherapeutischen Wissens geeignet.

Dr. Peter J. Fischer,
Schwäbisch Gmünd



Budair® auch bei Asthma-Kindern effektiv

Die Behandlung mit einem Budesonid-Dosieraerosol ist auch bei Kindern und Kleinkindern mit Asthma bronchiale eine effektive und gut verträgliche Therapieoption. Das zeigt eine retrospektive Analyse der Therapieerfahrungen bei 646 Kindern, die in 116 deutschen Praxen für mindestens vier Wochen mit dem FCKW-freien Dosieraerosol Budair® 0,2 mg behandelt wurden. Die Daten wurden jetzt anlässlich des Deutschen Pneumologenkongresses in Frankfurt vorgestellt.



Budair® mit dem Jetspacer

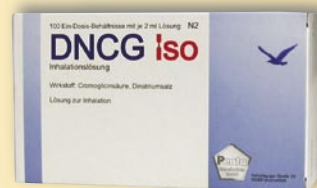
Nach Angaben von Dr. Dr. Joachim Körner, Mediziner bei Asche Chiesi, Hamburg, waren mehr als die Hälfte der 646 Kinder höchstens sechs Jahre alt. Rund 70 Prozent der Kinder wurden mit 0,4 mg Budesonid täglich behandelt, 14 Prozent der Kleinkinder und 21 Prozent der Schulkinder sogar mit 0,8 mg. Die Inhalation des Budesonid bewirkte eine Verbesserung des FEV₁ und des Peak-Flow-Wertes, der bei den Kleinkindern im Mittel von 120 auf 163 l/s und bei den Schulkindern von 237 auf 300 stieg. Parallel wurde eine deutliche Besserung der Symptomatik – der Dyspnoe, des Giemens, des schnellen Atmens und des Hustens – gesehen. Der Summenscore der Symptomatik fiel bei den Kleinkindern von anfangs 7,13 auf 1,02, bei den Schulkindern von 5,98 auf 0,73. Das Kortikoid erwies sich dabei als gut verträglich; gravierende Nebenwirkungen wurden nach Körner nicht gesehen. Die Untersuchung zeigt nach seinen Angaben, dass Budair® 0,2 mg eine effektive und gut verträgliche Behandlungsoption

für Kinder und Kleinkinder darstellt, mit der sich die Symptomatik deutlich lindern und die Lungenfunktion eindeutig bessern lässt.

DNCG iso

Die Penta Arzneimittel GmbH hat ihre Produktpalette um ein weiteres Arzneimittel ergänzt: DNCG iso ist die einzige Inhalationslösung mit Cromoglicinsäure-Dinatriumsalz in isotonscher Kochsalzlösung zur Behandlung asthmatischer Erkrankungen. Isotone DNCG-Lösungen reduzieren den inhalationsbedingten Hustenreiz nachweislich besser als hypotone Lösungen, vermindern die Bronchokonstriktion und hemmen in höherem Maße den Abfall der FEV₁-Werte. Das Präparat ist in drei Packungsgrößen erhältlich: 50 Ein-Dosis-Behältnisse à 2 ml (22,14 Euro), 100 Ein-Dosis-Behältnisse à 2 ml (40,16 Euro) und 200 Ein-Dosis-Behältnisse à 2 ml (72,77 Euro, jeweils AVP inkl. MwSt).

Die Penta-Arzneimittel GmbH mit Sitz in Ursensollen/Bayern vertreibt Arzneimittel im Bereich der inhalativen Asthma-Therapie



DNCG iso

(Wirkstoffe: Salbutamol, Natriumcromoglicat, NACI-isoton) und ist Hersteller von verschiedenen ophthalmologischen Benetzungslösungen (z. B. Hyaluronsäurepräparate, HPMC, PVP und reine Kochsalzlösungen). Alle Darreichungsformen werden in unkonservierten, einzeldosierten Kunststoff-Behältnissen angeboten.

Studie empfiehlt Hochdosierung der SLIT

Bei der Durchführung der Sublingualen Immuntherapie (SLIT) sprechen sich sämtliche Empfehlungen für eine Hochdosistherapie aus. Die kumulierten Allergendosen sollen mindestens um den Faktor 100 über denen der Subkutanen Immuntherapie liegen. Ein klarer Beweis fehlte aber bisher.

Eine neue Studie gibt jetzt starke Unterstützung für die Hochdosistherapie. André et al. [1] behandelten 110 Patienten mit allergischer Rhinitis randomisiert, plazebo-kontrolliert und doppelblind mit einer SLIT mit einem standardisierten Ambrosia-Pollenextrakt in Tropfen- und Tablettenform. Im Vergleich zur Standard-Subkutantherapie erhielten die Patienten eine bis zu 450-fach höhere kumulative Dosis.

Die Studie zeigte für alle Patienten der Verumgruppe signifikante Verbesserungen in der Beur-

teilung durch Arzt und Patient sowie in objektiven Kriterien (Hautreaktivität, spezifisches IgE und IgG4). Trotz der hohen kumulativen Dosis traten keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse auf. Die Patienten mit der hoch dosierten SLIT zeigten nicht nur im Vergleich zur Plazbogruppe, sondern auch zu den Patienten mit niedrigeren Dosierungen hoch signifikante Verbesserungen in den Rhinitis- und Konjunktivitis-Scores. Sie mussten zudem weniger Kortikosteroide einnehmen. Präparate wie Staloral® von Stallergenes mit einer hohen Dosierung entsprechen damit den aktuellen Empfehlungen und vereinfachen das Behandlungsregime der Sublingualen Therapie.

1 André C et al (2003): A double-blind placebo-controlled evaluation of sublingual immunotherapy with a standardized ragweed extract in patients with seasonal rhinitis. Int Arch Allergy Immunol 131: 111-118

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

Asthma bronchiale

III. Atemtherapie, Sport und Prognose

Liebe Eltern,

der letzte Teil des Ratgebers beschäftigt sich mit Atemtherapie, Sport und Prognose des Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen.

Atemtherapeutische Techniken

Jedes Kind mit Asthma bronchiale sollte mindestens eine atemerleichternde Körperstellung (z. B. Kutschersitz, Torwartstellung) beherrschen. Durch Ausatmung mit der dosierten Lippenbremse fallen die Bronchien nicht so leicht zusammen und bleiben länger offen.

Asthma und Sport

Die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten führt zu einer Verbesserung der Lungenfunktion. Ein plötzlicher Kaltstart birgt am ehesten die Gefahr, einen Asthmaanfall auszulösen und sollte daher vermieden werden. Eine ausreichend lange Aufwärmphase von mindestens zehn Minuten wirkt hingegen stabilisierend. Ein asthmakrankes Kind soll nicht vom Schulsport befreit werden, muss jedoch beim Einsetzen von Beschwerden abbrechen dürfen. Die individuelle Belastbarkeit kann durch einen Laufbelastungstest mit Lungenfunktionsmessung beim Arzt und durch Symptombeobachtung und Peak-Flow-Messung beim Sport bestimmt werden. Evtl. wird der Kinder- und Jugendarzt vor Sport z. B. die Inhalation eines Beta-Mimetikums empfehlen. An vielen Orten gibt es Asthmasport-Gruppen.

Komplikationen

Ein nicht oder unzureichend behandeltes Asthma bronchiale kann erhebliche Konsequenzen haben: Atemprobleme, Sau-

erstoffmangel und gestörter Schlaf führen zu chronischer Müdigkeit und Leistungsabfall, Wachstums- und Entwicklungsstörungen. Wird die chronische Entzündung in den Bronchien nicht ausreichend behandelt, ist eine nicht mehr rückbildungsfähige Narbenbildung in den Bronchien die Folge. Bei einem schweren Asthma bronchiale kann sich der Brustkorb verformen und eingezogen werden. Die Brustmuskeln verkürzen sich zudem, was zu einem Rundrücken führt. Kann die Ausatemluft über einen längeren Zeitraum nicht mehr vollständig entweichen, kommt es zu einer andauernden Überblähung der Lungen mit einem fassförmigen Brustkorb. Eine starke chronische Überblähung kann vor allem bei Jugendlichen mit mangelnder Selbstwahrnehmung in Verschlechterungsphasen leicht zu bedrohlichen Asthmakrisen führen. Von einem Status asthmaticus spricht man, wenn länger als zwölf Stunden Atemnot in Ruhe besteht und auf die Inhalation von Beta-Mimetika keine Besserung erfolgt. Ein bedrohlicher Warnhinweis ist eine Blauverfärbung der Lippen. In diesen Fällen ist eine sofortige Klinikbehandlung erforderlich.

Verlauf und Prognose

Das Asthma bronchiale ist eine chronische Erkrankung. Es ist heute zwar in den allermeisten Fällen gut zu behandeln, jedoch nicht heilbar. Die Bereitschaft der Bronchien, überempfindlich zu reagieren, bleibt das ganze Leben mehr oder weniger stark bestehen. Grob vereinfacht kann man von folgenden Zahlen ausgehen:

- Bei einem Drittel der Kinder verliert sich das Asthma bis auf geringe Restsymptome,
- bei einem Drittel bessert sich das Asthma,
- bei einem Drittel bleibt das Asthma un-

verändert oder es verschlechtert sich sogar.

Die beste Prognose haben Kinder mit einem nicht-allergischen Asthma, das hauptsächlich durch Virusinfekte ausgelöst wird (Infektasthma). Schlechtere Chancen auf Besserung haben Kinder und Jugendliche, bei denen das Asthma bereits sehr früh begonnen hat, die in früher Kindheit bereits ein sehr schweres Asthma hatten, bei denen Allergien oder eine Neurodermitis bestehen und die aktiv oder passiv Tabak-



Asthmakranke Kinder sollen Sport treiben. Die individuelle Belastbarkeit kann durch Symptombeobachtung und Peak-Flow-Messung bestimmt werden.

rauch ausgesetzt sind. Jugendliche, die in der Pubertät nicht erscheinungsfrei sind, werden ihre Beschwerden im Erwachsenenalter wahrscheinlich nicht verlieren. Daher sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen so wichtig.

Weitere Informationen, Links und Literaturtipps finden Sie unter www.pina-info.de.

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



IN DEUTSCHLAND

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, Frank Digel, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erfstadt, Tel.: 02235-922494, Fax: 02235-922495, E-Mail: Digel.F@t-online.de

100. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin

9.-12. September 2004, Berlin

Gemeinsam mit der 42. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und der Tagung der Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger

Leitung: Prof. Dr. Gerhard Gaedicke, Prof. Dr. Ulrich Wahn, Charité Berlin, Campus-Virchow-Klinikum

Information und Anmeldung: DER-CONGRESS Congress Organisation, Bundesallee 56, 10715 Berlin, Tel.: 030-85 79 03-0, Fax: 030-85 79 03-26, E-Mail: der@der-congress.de, Web: www.kinderaerztekongress-berlin-2004.de

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 in der DGG

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

Information: DI-Text (siehe oben)

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

1./2. Oktober 2004, Karlsruhe

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie Süd

Leitung: PD Dr. Joachim Kühr, Kinderklinik Karlsruhe

Information: DI-Text (siehe oben)

1. Tagung „Kartagener Syndrom und Primäre Cilien Dyskinesie“

9. Oktober, Nürnberg

Leitung und Information: Dr. Horst Seithe, Klinikum Nürnberg Süd, Kinderklinik, Breslauer Str. 201, 90471 Nürnberg, Tel.: 0911-398-2512 oder -2290, Fax: 0911-398-5107, E-Mail: Seithe@klinikum-nuernberg.de

10. Grundkurs Pädiatrische Allergologie der WAPA

9./10. Oktober und 27./28. November 2004, Köln

Leitung: Dr. Ernst Rietschel, Univ.-Kinderklinik Köln

Information: DI-Text (siehe oben)

3. Jahrestagung der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter (Süd)

13. November 2004, Rosenheim

Leitung: Dr. Otto Laub, Rosenheim

Information: DI-Text (siehe oben)

1. Neurodermitistag der Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie

19./20. November 2004, Westerland/Sylt

Leitung: Dr. Sibylle Scheewe, Fachklinik Sylt, Westerland; Dr. Rüdiger Szczepanski, Kinderhospital Osnabrück

Information: DI-Text (siehe oben)

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

3./4. Dezember 2004, Köln

Leitung: Dr. Frank Friedrichs, Aachen

Information: DI-Text (siehe oben)

Titelthema der
nächsten Ausgabe:

Therapie mit
Anti-IgE

IM AUSLAND

18. 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)

4th European Conference on Paediatric Asthma & Allergy

22./23. November 2004, Amsterdam, Niederlande

Information: MA Healthcare Ltd, St. Jude's Church, Dulwich Road, Herne Hill, London SE24 0PB, UK, Tel. +44(0)20-7738-5454,

E-Mail: conferences@markallengroup.com, Web: www.mahealthcare events.co.uk

