

Pädiatrische *Allergologie*

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



Topic

**Disease Management
Programm
Asthma bronchiale:
Wie läuft es an?**

ISAAC-Studie

**Atopische
Erkrankungen
im Kindes- und
Jugendalter:
Häufigkeiten und
Trends weltweit**

Umweltmedizin

**Feinstaub und Allergien
im Kindesalter**

3/2007



**Fruchtbare
Zusammenarbeit**



Liebe Kollegin, lieber Kollege,

in Lübeck haben sich die allergologischen Fachgesellschaften DGAKI, ÄDA und GPA zusammengefunden, um den großen deutschen Allergologiekongress zum zweiten Mal gemeinsam auszurichten. Bereits im Vorfeld wurde ein ausgewogenes Angebot an Fortbildungen zusammengestellt vom theoretisch-naturwissenschaftlich geprägten Bereich der Grundlagenforschung bis hin zu kleinen Seminaren zum Austausch über praxisrelevante Fragen aus der täglichen Arbeit. Von der präkonzeptionellen Allergieprävention bis zu Optionen für therapieresistente Fälle erstreckt sich das Themenangebot für klinikorientierte, aber auch für niedergelassene Allergologen. Die Mischung aus Dermatologen, Pneumologen, HNO-Kollegen und Pädiatern trägt dazu bei, dass jeder von den Sichtweisen und Erfahrungen der anderen Disziplin profitieren kann und neue Kontakte auch vor Ort geknüpft werden können. Wir laden herzlich zu diesem Austausch ein.

Auch die Einführung des Disease Management Programms Asthma bronchiale in die tägliche Praxis bewirkt durch neu zu etablierende Versorgungsstrukturen eine neue Auseinandersetzung im Umgang mit altbekannten Themen. Die Qualität

der Betreuung asthmakrankter Kinder und Jugendlicher soll durch Zuweisung zu speziell geschulten Ärzten auf drei unterschiedlichen Versorgungsstufen verbessert werden. Sowohl Allgemeinärzte und Pädiater als auch Pneumologen sind angesprochen, das Projekt gemeinsam zu bewältigen. Dass eine Umstellung von dieser Dimension nicht reibungslos vonstatten geht, ist zu erwarten. Einen ersten Einblick über die unterschiedliche Entwicklung des DMPs können die hier dargestellten Erfahrungsberichte geben. Sie mögen anregen zur Diskussion und zur Optimierung mit dem Ziel, eine bedarfs- und patientengerechte, sinnvolle Kooperation zu finden, um die Versorgung der uns anvertrauten asthmakranken Kinder und Jugendlichen wirklich zu verbessern. In diesem Sinne wünscht sich eine fruchtbare Zusammenarbeit

Ihr

Prof. Dr. Jürgen Seidenberg

Die Brücke zwischen Klinik und Praxis

Viermal jährlich aktuelle Informationen: Neue Therapien, Qualitätssicherung, Fortbildung, Elterninformationen, Fachliteratur, Seminar-/Kongresstermine



Abonnementbestellung

Bitte hier ausschneiden und im Fensterumschlag senden

Ich bestelle die Zeitschrift „Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis“ ab sofort zum Abo-Vorzugspreis von 36,00 € (für Studenten bei Vorlage einer Bescheinigung 27,00 €) für vier Ausgaben. Das Abonnement verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn ich nicht acht Wochen vor Ablauf schriftlich kündige.

Vorname/Name _____ E-Mail _____

Straße/Hausnummer _____ PLZ/Ort _____ Tel./Fax _____

Ich wünsche folgende Zahlungsweise: Bankeinzug gegen Rechnung

Bankleitzahl: _____ Geldinstitut: _____

Kontonummer: _____

Datum, 1. Unterschrift des Abonnenten

Diese Bestellung kann ich binnen einer Woche nach Bestelldatum (rechtzeitige Absendung genügt) durch schriftliche Mitteilung an die nebenstehende Adresse widerrufen.

Datum, 2. Unterschrift des Abonnenten

**An die
Geschäftsstelle der GPA
Herrn Dr. Frank Friedrichs
Rathausstraße 10
52072 Aachen**

3 Editorial

Topic

- 6 Disease Management Programm Asthma bronchiale: Wie läuft es an?**
 - 7 Das DMP in der Region Nordrhein**
 - 13 Das DMP in Westfalen-Lippe**
 - 15 Übersicht der Abschlüsse zum DMP Asthma bronchiale**
 - 18 Das DMP in Bremen**
 - 18 Das DMP in Niedersachsen**
-
- 22 Die Relativitätstheorie in der Allergologie**
Ab wann beeinflussen Umweltfaktoren das Allergierisiko eines Kindes?
 - 23 Atopische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter: Häufigkeiten und Trends weltweit**
Die Internationale Studie zu Asthma und Allergien bei Kindern (ISAAC)
 - 30 Aktuelle Fragen an den Allergologen**
Kopfschmerzen nach SIT? Anti-IgE als Therapie des akuten Asthmaanfalls?
 - 33 Ösophago-Gastroskopie bei pulmonalen Krankheitsbildern**



Tagungen

- 35 Jahrestagung der APPA mit Schüleraktion gegen das Rauchen**
Bericht von der 17. Jahrestagung der APPA in Jena

Internet

- 38 Nützliches im WorldWideWeb**

Umweltmedizin

- 40 Feinstaub und Allergien im Kindesalter**

- 44 Magazin**

Elternratgeber

- 47 Kontaktallergie**
- 49 Neues vom Buchmarkt**
- 50 Termine**

Das Titelbild dieser Ausgabe malte Iris Mattheas (10 Jahre) aus Kaufering.

IMPRESSUM

Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis, 10. Jg./Nr. 3

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: Prof. Dr. C. P. Bauer, Rehabilitationszentrum Gaißach, Dorf 1, 83674 Gaißach, Fax 08041-798-222, E-Mail: carl-peter.bauer@drv-bayernsued.de; Dr. F. Friedrichs, Rathausstr. 10, 52072 Aachen, Fax 0241-174349, E-Mail: Frank.Friedrichs@t-online.de; Dr. E. Rietschel, Kinderklinik der Universität Köln, Kerpener Str. 62, 50924 Köln, Fax 0221-478-3330, E-Mail: ernst.rietschel@uk-koeln.de; Prof. Dr. J. Seidenberg, Elisabeth-Kinderkrankenhaus, Dr.-Eden-Str. 10, 26133 Oldenburg, Fax 0441-403-2887; E-Mail: seidenberg.juergen@klinikum-oldenburg.de

Ressortschriftleiter: Dr. P. J. Fischer, 73525 Schwäbisch Gmünd (Elternratgeber); Prof. Dr. J. Forster, St.-Josefskrankenhaus, 79104 Freiburg (Leitlinien); Prof. Dr. P. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, 22149 Hamburg (Pädiatrische Dermatologie); PD Dr. M. Kopp, Universitätskinderklinik Freiburg, 79104 Freiburg (Fragen an den Allergologen); Dr. Th. Lob-Corzilius, Kinderhospital Osnabrück, 49082 Osnabrück (Umweltmedizin); Prof. Dr. V. Wahn, Charité Campus Virchow, Klinik m. S. Pädiatrische Pneumologie und Immunologie, 13353 Berlin (Pädiatrische Immunologie)

Wissenschaftlicher Beirat: Dr. A. von Berg, Prof. Dr. A. Bufe, Prof. Dr. J. Forster, PD Dr. G. Frey, Dr. A. Grübl, Prof. Dr. J. Kühn, Dr. W. Lässig, Dr. W. Rebien, Dr. S. Scheewe, Dr. K. Schmidt, PD Dr. Sebastian Schmidt, Prof. Dr. A. Schuster, PD Dr. V. Stephan.

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, 30, 32, 46), Hagen/Altenhofen/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (8, 10–12), Matthias Bornemann/Patientenschulung Helios-Klinikum Berlin-Buch/Marina Trettin (20), piccolina/www.photocase.com (22), Büchele/ISAAC (27–29), Köster/Seidenberg (33–34), H.-G. Schröder (36), Ch. Dopfer (38), APPA/S. Finke/S. Heinrich (38), GSF (40–41), Hermal (44), William/Henzgen/Rajakulasingham (44), Nestlé (45), Allergopharma (45), Bayer. StMUGV (46), Höger (47–48)

Anzeigenleitung: Holger Wurms, Tel. 08158-9967-0, Fax 08158-9967-29. Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 10 vom 1.1.2007.

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

Bezugspreise: Einzelheft: 12,50 €, Jahresabonnement: 36,00 €, Jahresabonnement für Studenten (bei Vorlage einer Bescheinigung) 27,00 € (jeweils zuzügl. Versandkosten). Für Mitglieder der vier regionalen pädiatrisch-allergologischen Arbeitsgemeinschaften ist das Abonnement im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Druck: F & W Mediencenter, 83361 Kienberg.

ISSN: 1435-4233

Disease Management Programm Asthma bronchiale: Wie läuft es an?

Jürgen Seidenberg, Kinderklinik Oldenburg

Die Umsetzung des Disease Management Programms (DMP) Asthma bronchiale erfolgt länderspezifisch sehr unterschiedlich. Die Bayern waren die schnellsten und verhandelten besser als die Niedersachsen, die das Vertragswerk erst am 1. März 2007 in Kraft setzten. Nicht nachvollziehbar ist die unterschiedliche Handhabung in vielerlei Aspekten, sei es im Bereich der qualitativen Anforderungen oder der Vergütung der erbrachten zusätzlichen Dokumentationsleistungen, z. B. beim Versorgungsebene-2-Arzt. In einigen Ländern wird dies kostenfrei erwartet. Die Vertreter der Fachgesellschaften hatten bei den Verhandlungen oft nicht einmal beratende Funktion, mehrfache Gesprächsangebote an die verhandelnden Krankenkassen oder kassenärztlichen Vereinigungen (KV) blieben ohne positive Resonanz.

Kaum war das Gesetz im Land verabschiedet, wurden schon viele Patienten durch die Krankenkassen über die hervorragende Qualitätsverbesserung ihrer zukünftigen Versorgung informiert, bevor mehr als eine Handvoll Ärzte den Antrag auf Versorgungsebene-1-Arzt ausgefüllt hatte. Verwirrte Patienten befragten ihren Arzt, der selbst noch nicht ausreichend informiert war und deshalb eine Einschreibung in diesem Fall für nicht so notwendig erachtete. Auf Nachfrage bei der Krankenkasse nach der nächsten Schulungsmöglichkeit erhielten die Patienten eine Adresse am anderen Ende der Stadt. Sie müssten aber erst DMP-Patient bei jenem Arzt werden und könnten nicht gleichzeitig bei ihrem bisherigen Arzt wohnortnah betreut werden. Das

war sicher nicht im Sinne der Schulungsärzte, die ihr Angebot den Kollegen ohne Patientenübernahme anbieten wollten.

Ist der Bedarf plötzlich gedeckt?

Während sich die Kinder- und Jugendärzte in dem einen Bundesland rasch zusammensetzten und eine kooperative Versorgungsstruktur für Ebene 1 bis 3 entwickelten, wird anderswo das Ziel der „besseren Qualität der Versorgung“ der asthmakranken Kinder und Jugendlichen hinter persönliche Interessen zurückgestellt. Zahlreiche langjährige Asthmaschuler oder frischgebackene Kinderpneumologen werden plötzlich aus der Behandlung asthmakranker Kinder ausgeschlossen, da sie nicht Vertragsarzt der KV sind, sondern als Kinderklinikarzt erst von der KV hierzu ermächtigt werden müssen. Der Bedarf sei gedeckt – kann dieses Argument wirklich gelten angesichts der Tatsache, dass das DMP Asthma ins Leben gerufen wurde, um die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/01 festgestellte deutliche Unter- und Fehlversorgung asthmakranker Kinder und Jugendlicher zu korrigieren? Wird die endlich erfolgreiche Bemühung, die speziellen Fähigkeiten kinderpneumologisch arbeitender Ärzte nun auch durch die Weiterbildungsordnung anerkannt zu haben, durch kinder- und jugendärztliche Kollegen in der Praxis unterlaufen? Die Mehrheit der asthmakranken Kinder wird auch heute noch nicht leitliniengerecht behandelt und selbst schwerranke Kinder erhalten nicht die notwendige

Überweisung zu Fachkollegen mit den entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Das hehre Ziel des DMP, die Verbesserung der Versorgung der asthmakranken Kinder, sollte aufgegriffen und nicht durch eitles Konkurrenzdenken blockiert werden.

Wer hat die primäre Zuständigkeit?

Dieser Appell ist auch an unsere internistischen Kollegen gerichtet. Selbstverständlich war und ist es noch weiterhin notwendig, dass Pneumologen ohne kinder- und jugendärztliche Ausbildung die vorhandenen Versorgungslücken schließen und viele Kinder fachpneumologisch betreuen. Aber ist es denn notwendig oder gar fachgerecht, dass im Nordwesten Deutschlands auf Antrag eines Pneumologen einem Kinderallergologen/-pneumologen und Asthmaschuler mit sofortiger Wirkung die Ermächtigung zur Durchführung der Lungenfunktion und Allergieteste entzogen wird, da der Internist den Bedarf allein ausreichend abdecken könnte? Setzt man die Quertalszahlen des Kinderarztes mit ca. 60 Patienten den nach eigenen Angaben 750 betreuten Kindern des Pneumologen entgegen, kann es wohl nicht eine ernstzunehmende Sorge um die Existenz der Praxis sein, die zu solch unkooperativem Verhalten Anlass gab. Eventuelle Einwände, besser pneumologisch ausgebildet zu sein, müssen anhand der fehlenden Aus- und Weiterbildung in der Kinderheilkunde und des bekannt großzügigen Einsatzes systemischer Steroide bei Kindern durch den Pneumologen

zumindest für diese Altersgruppe relativiert werden. Doch da dies kein Einzelfall ist: Hand aufs Herz, liebe internistische Kollegen, wer von Ihnen würde die geforderten Kenntnisse zu den Differenzialdiagnosen des Kleinkind-Asthas wie der transienten obstruktiven Bronchitis, dem Postbronchiolitis-Syndrom, der New-BPD, angeborenen Fehlbildungen, Mukoviszidose etc. mit Leichtigkeit darstellen können? Und wie geläufig sind Ihnen Medikamentendosierungen und Intubation bei einem anaphylaktischen Notfall eines Sechsjährigen nach einer Hyposensibilisierung? Auch Asthaschulungen für Kinder können im DMP nur mit entsprechender Ausbildung gemäß den Richtlinien der AG Asthaschulung im Kindesalter erfolgen. Mit Entzug der Ermächtigung darf der erwähnte Pädiater nun auch nicht am DMP teilnehmen und hierüber ambulante Schulungsleistungen erbringen. Somit ist das bisher einzige Schulungsangebot für

Kinder in dieser Region blockiert. Bedarf ausreichend abgedeckt?

Während die Anforderungen des DMP an Ebene-3-Ärzte (zur stationären Versorgung in der Kinderklinik) die kinder- und jugendärztliche Weiterbildung voraussetzen, ist diese klare Zuordnung der Kinder zu Kinder- und Jugendärzten dem Vertragswerk für Versorgungsebene 1 und 2 nicht sicher zu entnehmen. Der Deutsche Bundestag hat in seiner Sitzung am 27. Juni 2002 einstimmig den Beschluss gefasst, „... die primäre Zuständigkeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen liegt aufgrund seiner speziellen Ausbildung beim Pädiater“. Die Nationale Versorgungsleitlinie Asthma bronchiale wurde speziell für Kinder und Jugendliche von Pädiatrischen Pneumologen erstellt, ebenso die AWMF-Leitlinie Asthma bronchiale für Kinder und Jugendliche. Entsprechend sollten die KVen umdenken und sicherstellen, dass für Ebene 2 primär ein

entsprechend ausgebildeter Pädiater zur Verfügung steht und erst der zusätzliche Bedarf durch unsere internistischen Kollegen ergänzt wird. Die neu entwickelte intensive Zusammenarbeit zwischen den internistischen und pädiatrischen Fachgesellschaften sowohl in der Pneumologie als auch in der Allergologie, z. B. bei Kongressen und der Leitlinienerstellung, sollte Vorbild sein für die Kooperation in der Betreuung der Patienten vor Ort.

Weitere Erfahrungsberichte und Stellungnahmen zur Umsetzung des DMPs sind erwünscht.

*Prof. Dr. med. Jürgen Seidenberg
Klinik für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Neonatologie und Intensivmedizin, Zentrum für Kinder und Jugendmedizin, Klinikum Oldenburg
Dr.-Eden-Str. 10, 26131 Oldenburg
E-Mail: seidenberg.juergen@klinikum-oldenburg.de*

Das DMP in der Region Nordrhein

Die Situation der Kinder und Jugendlichen bei Einschreibung

Bernd Hagen, Lutz Altenhofen, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln

Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Genetische Faktoren und Umwelteinflüsse sind sehr bedeutsam für die Manifestation der Erkrankung. Ein Hauptanliegen des Disease Management Programms (DMP) Asthma bronchiale/Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD) ist es, über die Förderung von Selbstmanagement und Verhaltensänderungen bei den Patienten den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Hierbei können, wie der DMP-Vertrag

[1] ausführt, eine „adäquate Betreuung und der kompetente Umgang der Patienten mit der Erkrankung“ den Gesundheitszustand und die Lebensqualität verbessern und das Auftretensrisiko von Folgeerkrankungen vermindern. Eine möglichst „frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Patientenbetreuung sowie eine individualisierte Therapie“ sollen darüber hinaus auch helfen, die Behandlungskosten zu verringern.

Das DMP verfolgt die Ziele:

1. Vermeidung/Reduktion von
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen,
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
 - einer Progredienz der Krankheit,

- unerwünschten Wirkungen der Therapie bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität;
2. Reduktion der asthmabedingten Letalität.

Kinder und Jugendliche als besonderer Schwerpunkt

Die Erkrankung an Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter unterscheidet sich hinsichtlich Auslösern, Auftretenshäufigkeit, Behandlung und Krankheitsverlauf zum Teil ausgeprägt von dem Asthma im Erwachsenenalter. Bezüglich ihrer Prävalenz wird angenommen, dass diese unter Kindern mit zehn Prozent etwa doppelt so groß ist wie unter Erwachsenen mit ca. fünf Prozent und weiter zunimmt. Deshalb wurde bereits im zweiten Absatz der Präambel des DMP-Vertrags festgelegt, dass der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen sei. Die nachfolgenden Darstellungen versuchen vor diesem Hintergrund, einen ersten Überblick über die Situation der Kinder und Jugendlichen bei Einschreibung in das DMP zu geben.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist auch Inhalt der halbjährlich an alle teilnehmenden Praxen versandten Feedback-Berichte. Diese werden vom Zentralinstitut für die kassenärzt-

liche Versorgung produziert. Den aktuellen Feedback-Bericht für das DMP Asthma bronchiale erhalten insgesamt 1.871 Ärzte, die mindestens zwei Patienten in das DMP eingeschrieben haben. Neben einer allgemeinen Übersicht der Ergebnisse in allen Praxen finden die teilnehmenden Ärzte in dem Bericht eine individuelle Auswertung der Ergebnisse ihrer Patienten. Alle nachfolgenden Darstellungen finden sich auch in dem aktuellen Feedback-Bericht für Ärzte, die ausschließlich Kinder und Jugendliche im DMP Asthma bronchiale betreuen.

Keine Unterscheidung nach Schweregraden

Zugrunde liegen die Daten aller 4.624 Kinder und Jugendlichen, die bis zum 30. Juni 2007 in das DMP eingeschrieben wurden. Diese werden von insgesamt 659 Ärzten aus 478 Praxen betreut. Im Mittel sind dies etwa zehn Patienten pro Praxis. 1.391 (37,1%) dieser Patienten sind Mädchen. 879 (19,0%) Patienten kann aufgrund der vorliegenden Informationen kein Geschlecht zugeordnet werden, von fünf (0,1%) Patienten ist die Erkrankungsdauer unbekannt. Abb. 1 zeigt die Verteilung der Altersgruppen.

Die meisten Kinder und Jugendlichen (74,2%) wurden über eine diagnose-spezifische Regelmedikation in das DMP eingeschrieben. Alternativ oder ergänzend hierzu erfolgte bei 33,8 Pro-

zent dieser Patienten die Einschreibung über einen Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika, bei 32,6 Prozent über den Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität.

Luftnot verursachende Begleiterkrankungen sind unter den jungen Asthma-bronchiale-Patienten sehr selten und lediglich bei 1,3 Prozent zu beobachten. Das Dokumentationsschema für eine asthmatische Symptomatik gestattet im Rahmen des DMP keine Unterscheidung zwischen den unterschiedlichen Asthma-Schweregraden. Hierzu müssten, wie z.B. in der Nationalen Versorgungsleitlinie dargestellt, nächtliche getrennt von tagsüber auftretenden Symptomen, die Sekundenkapazität der Lunge (FEV₁), Beeinträchtigungen der körperlichen Aktivität sowie bei erwachsenen Asthmatikern auch der tägliche Medikationsbedarf genauer erfasst werden. Stattdessen kann lediglich die Symptom-Häufigkeit dokumentiert werden. Hierbei ist aber zu beachten, dass aus den Dokumentationen nicht der Zeitraum hervorgeht, auf den sich die angegebene Symptomatik bezieht. Abb. 2 zeigt, dass bei etwa nur jedem zehnten Patienten eine tägliche Asthma-Symptomatik dokumentiert ist.

Entwicklung bis zur Folgedokumentation

Bis zum 30. Juni 2007 lagen von 2.439 (52,7%) Kindern und Jugendlichen ak-

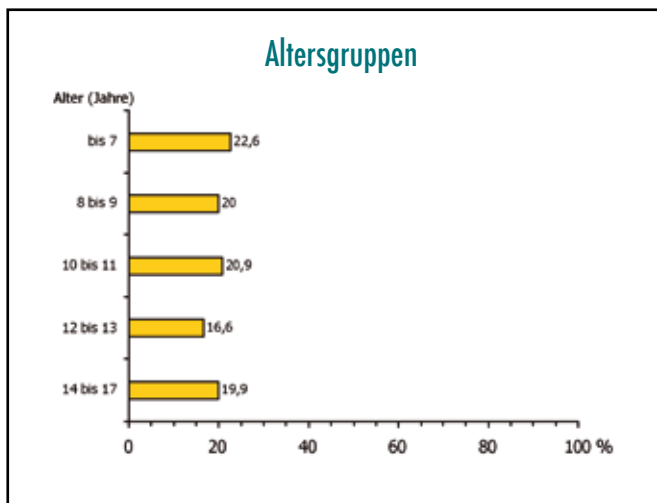


Abb. 1

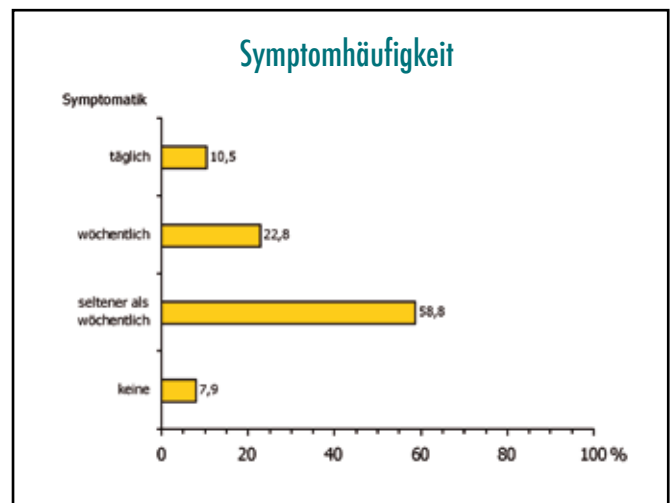


Abb. 2

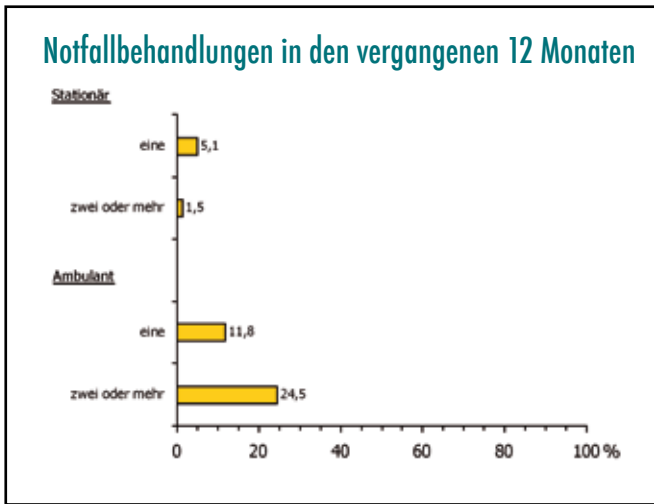


Abb. 3

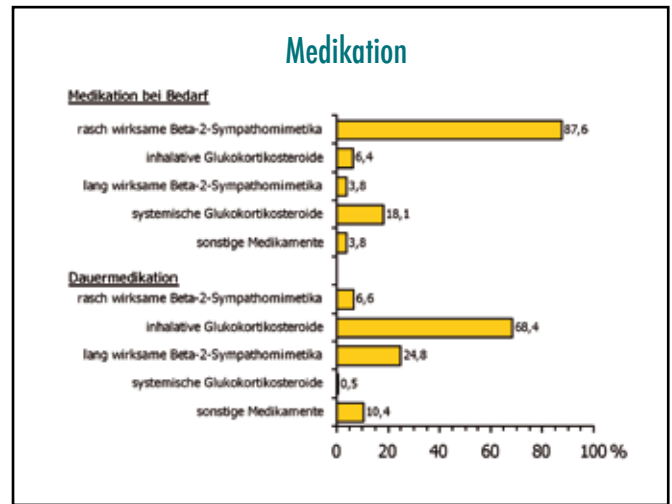


Abb. 4

tuelle Folgedokumentationen vor. In der Zeit zwischen Einschreibung und Folgedokumentation, die momentan im Mittel bei 4 ± 2 Monaten liegt, hat sich bei 40,4 Prozent dieser Patienten die Asthma-Symptomatik verbessert, bei 50,2 Prozent treten die Asthma-Symptome mit gleicher Häufigkeit auf und bei 9,3 Prozent der Patienten hat sich die Symptomatik verschlechtert.

Rauchen und Übergewicht sind als wichtige Begleitfaktoren für eine Verschlechterung einer Asthma-Symptomatik anzusehen. Insgesamt sind jedoch sehr wenige, nämlich 85 (1,8%) aller jungen Asthma-Patienten als Raucher dokumentiert. Deutlich übergewichtig sind 16,8 Prozent der Kinder und Jugendlichen. Als weiterer Befund kann auf dem Dokumentationsbogen die Veränderung des durchschnittlichen Peak-flow-Wertes vermerkt werden. Überwiegend wird hiervon bislang aber kein Gebrauch gemacht oder der Peak-flow-Wert erstmalig dokumentiert. Bei 34,7 Prozent aller Kinder und Jugendlichen wurde der mittlere Peak-flow-Wert wiederholt gemessen. Bei 29,3 Prozent dieser Patienten hat er sich verbessert, bei 13,3 Prozent verschlechtert. Genauere Aussagen zur Veränderung des durchschnittlichen Peak-flow-Wertes werden offensichtlich erst im weiteren Verlauf des DMP möglich sein, wenn Vergleichswerte zu der erstmaligen Dokumentation in größerer Menge vorliegen.

Die Vermeidung notfallmäßiger Asthma-Behandlungen ist das erste DMP-Qualitätsziel. Abb. 3 zeigt, dass stationäre Notfallbehandlungen eher selten erfolgen, ambulante jedoch bei etwa einem Drittel aller Patienten dokumentiert sind.

Medikation

Wir möchten an dieser Stelle keine allgemeine Einführung in die Asthma-Behandlung von Kindern und Jugendlichen geben, da hierzu bereits eine Vielzahl aktueller Veröffentlichungen vorliegen [u. a. 4, 5, 7, 10–12]. Ebenfalls erfolgt hier keine separate Ausführung zu Auslösern und Risikofaktoren, der kinderspezifischen Prävalenz und Differenzialdiagnostik, den Effekten der Schulungen auf die Fähigkeit zum Selbstmanagement oder zu den verschiedenen Präventionsansätzen. Auch zu diesen Themen findet der interessierte Leser mühelos eine umfangreiche Menge neuerer Beiträge [z. B. 2, 3, 6, 8, 9, 13, 14].

Bei der medikamentösen Therapie des Asthma bronchiale wird zwischen Langzeittherapeutika (long-term control medications) und Bedarfstherapeutika (quick-relief medications) differenziert. Gemäß den Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zählen zu den Dauermedikamenten vorrangig inhalative Glukokortikosteroide (syn. Kortikoide, ICS). Als erweiterte Dauerme-

dikation kommen lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (syn. Beta-Agonisten, LABA) in Betracht, in begründeten Fällen daneben systemische/orale Glukokortikosteroide (OCS), Antileukotriene oder Theophyllin mit verzögerter Wirkstofffreisetzung. Als Bedarfstherapeutika werden primär rasch wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika (SABA) empfohlen. In begründeten Fällen kommen auch rasch wirksame Anticholinergika, Theophyllin mit rascher Wirkstofffreisetzung und für maximal ein bis zwei Wochen systemische Glukokortikosteroide in Betracht.

Als wirksamste Bronchodilatoren bei der symptomatischen Behandlung der Atemwegsobstruktion und Dyspnoe sind die rasch wirksamen Beta-2-Sympathomimetika anzusehen. Inhalative Glukokortikosteroide gelten als derzeit wirksamste Langzeittherapeutika des Asthma, deren antiinflammatorische Wirkung vielfach belegt ist. Bei der Langzeittherapie sind dosisabhängig allerdings Auswirkungen auf die Nebennierenrinde, das Osteoporose-Risiko und (bei Kindern) das Körperwachstum zu beachten.

Insgesamt erhalten 90,2 Prozent aller Kinder und Jugendlichen eine Medikation bei Bedarf und 75,0 Prozent eine Dauermedikation. 66,3 Prozent aller Kinder und Jugendlichen erhalten eine Kombination aus Bedarfs- und Dauermedikation. Nicht medikamentös werden nur 1,1 Prozent dieser Patienten

Die derzeit häufigsten Kombinationsverordnungen bei Kindern und Jugendlichen im DMP Asthma bronchiale Nordrhein

	abs.	in %
SABAb + ICSD	1.397	30,2
SABAb	935	20,2
SABAb + ICSD + LABAd	532	11,5
SABAb + OCSb + ICSD	292	6,3
SABAb + OCSb + ICSD + LABAd	266	5,8

b: bei Bedarf; d: dauerhaft; alle anderen Kombinationen liegen unter 5 Prozent;
 SABA: Short Acting Beta Agonists (kurz wirksame Beta-Agonisten), ICS: Inhaled Corticosteroids (inhalative Kortikoide), LABA: Long Acting Beta Agonists (lang wirksame Beta-Agonisten), OCS: Oral Corticosteroids (orale Kortikoide)

Tab. 1

behandelt. In Abb. 4 ist dargestellt, mit welcher Verordnungshäufigkeit Kinder und Jugendliche bei Einschreibung in das DMP die einzelnen Präparategruppen erhalten.

Die Ergebnisse zeigen, dass inhalative Kortikoide zusammen mit lang wirksamen Beta-Agonisten die dominierende Rolle in der Dauertherapie spielen. Orale Kortikoide sind hier dagegen von eher untergeordneter Bedeutung. Dieser Befund sollte bei der Interpretation der beiden, auf die genannten Therapien bezogenen DMP-Qualitätsziele berücksichtigt werden.

Tab. 1 beschreibt die fünf derzeit im DMP Asthma bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten zu beobachtenden Kombinationsverordnungen aus den beiden häufigsten Bedarfs- und sämtlichen Dauermedikationen. Als klinisch kritisch zu bewerten wäre unter den genannten Kombinationen vor allem eine Verordnung rasch wirksamer Beta-Agonisten bei Bedarf und lang wirksamer als einziger Dauermedikation ohne Einschluss inhalativer Kortikoide in der Dauerbehandlung. Dies Muster findet sich jedoch nur bei 5,5 Prozent der Patienten.

Eine Dauermedikation hängt mit der Asthma-Symptomatik zusammen: 87,3 Prozent der Patienten mit täglich auftretenden Symptomen erhalten eine Dauermedikation, hingegen nur 70,1 Prozent der Patienten, bei denen Symptome seltener als wöchentlich auftreten. Pati-

enten, die unter einer täglichen Asthma-Symptomatik leiden, erhalten nur selten rasch wirksamen Beta-Agonisten bei Bedarf. Unter allen Patienten ist dies bei 2,9 Prozent der Fall.

Schulungen

Im Rahmen fast aller DMPs wird von den eingeschriebenen Patienten eine aktive Teilnahme an Schulungen erwartet. Entsprechend wurde auch im DMP Asthma bronchiale als ein Qualitätsindikator festgelegt, den Anteil der Patienten zu erhöhen, die nach einer Schulungsempfehlung an einer solchen teilgenommen haben. Ergänzend hierzu sollte bei einer Neuerkrankung oder Medikationsumstellung eine Überprüfung der Inhalationstechnik erfolgen. In Abb. 5 wird gezeigt, in welchem Ausmaß bei der Einschreibung bereits eine Schulung erfolgt war bzw. eine Schulungsempfehlung ausgesprochen und/oder die Inhalationstechnik überprüft wurde.

Neben der Patientenschulung kann ein körperliches Training sowie bei übergewichtigen Asthmatikern eine Gewichtsreduktion zu einer Verringerung der Asthma-Symptomatik beitragen. Von großer Bedeutung hierfür sind auch ein Vermeiden des aktiven und passiven Rauchens sowie psychosoziale Behandlungskonzepte, zumal Asthma auch häufig psychosoziale Beeinträchtigungen bei den Patienten hervorruft. In diesem

Schulungen

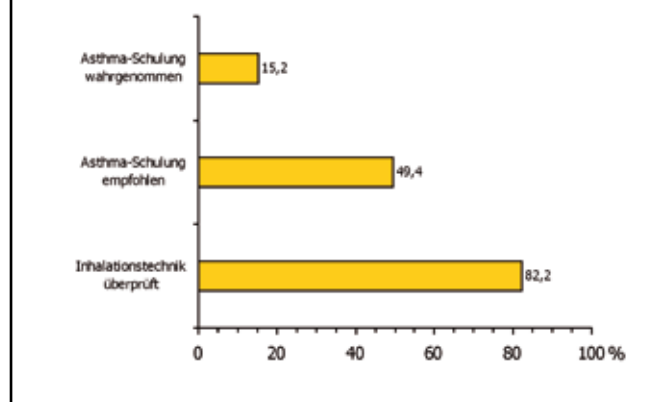


Abb. 5

Kontext ist auch das Qualitätsziel einer möglichst hohen Anzahl an Patienten zu sehen, die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan einsetzen. Dieser sollte Hinweise geben zur Dauer-, Bedarfs- und Notfallbehandlung sowie zum Peakflow-Grenzwert. Abb. 6 stellt dar, in welchem Ausmaß Rauchern bzw. Nicht-Rauchern ein Rauchverzicht bzw. das Vermeiden des Passivrauchens nahegelegt wurde, ein Selbstmanagement-Plan ausgegeben wurde und wie häufig hausärztliche betreute Patienten überwiesen wurden.

Qualitätssicherung

Laut Anlage 9 des DMP-Vertrags soll die Qualitätssicherung gewährleisten, dass die zentralen Programmziele umgesetzt werden. Nach den entsprechenden Ausführungen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung müssen dabei die folgenden Bereiche abgedeckt werden:

- Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen
- Einhaltung der in Verträgen vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität
- Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation
- Aktive Teilnahme der Versicherten

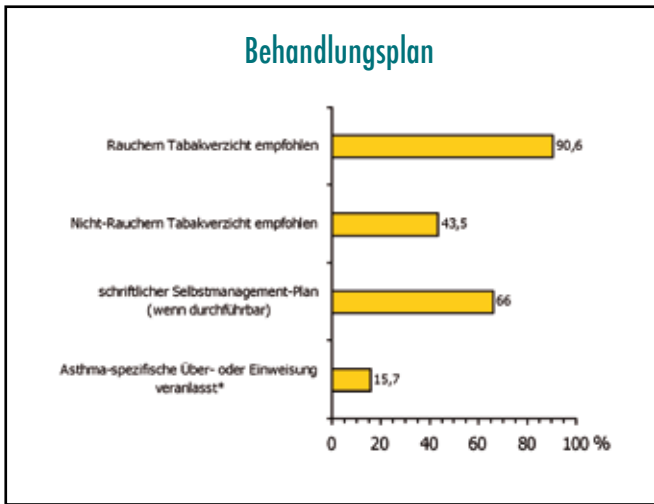


Abb. 6: Mehrfachnennungen möglich; Raucher: 85, Nicht-Raucher: 4.539, Patienten, bei denen ein Selbstmanagement-Plan durchführbar ist: 4.438
* nur bei hausärztlich betreuten Patienten: 2.935

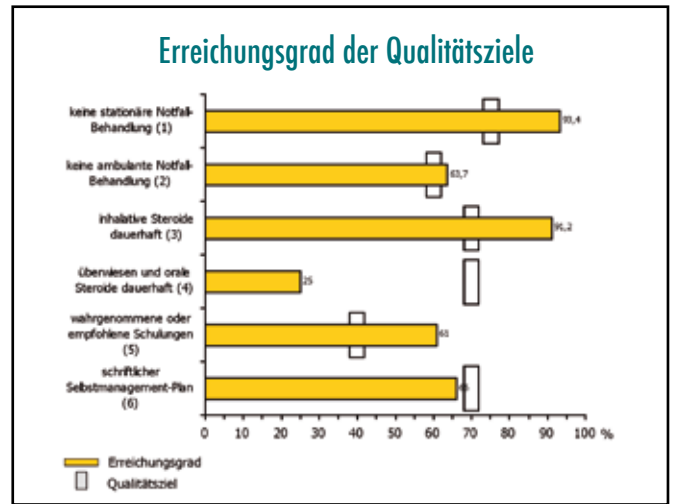


Abb. 7: Bezugsbasis: 1, 2 und 5: alle Patienten; 3: Patienten mit einer Dauermedikation; 4: hausärztlich betreute Patienten, denen orale Kortikoide als Dauermedikation verordnet werden; 6: Patienten, bei denen dieser durchführbar ist.

Im Vordergrund stehen bei den Qualitätszielen im DMP Asthma neben der medikamentösen antiasthmatischen Therapie insbesondere nicht medikamentöse Maßnahmen. Hierzu zählen das Erstellen eines Selbstmanagement-Plans und körperliche Aktivitäten ebenso wie Schulungsmaßnahmen. Diese Maßnahmen setzen eine aktive Teilnahme der Versicherten voraus.

Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Verringerung notfallmäßiger stationärer und ambulanter Behandlungen. Hier schränken die Autoren allerdings ein, dass die derzeitige Studienlage nur ei-

ne grobe Abschätzung darüber erlaubt, in welchem Ausmaß eine leitliniengerechte Therapie tatsächlich die Anzahl notfallmäßiger Behandlungen reduzieren kann.

Die in Tab. 2 genannten Qualitätsziele wurden für das DMP Asthma bronchiale, unabhängig vom Alter der Patienten, definiert.

Aufgrund der noch sehr kurzen Vertragslaufzeit sind erst wenige Patienten in das DMP Asthma bronchiale eingeschrieben. Nachfolgend wird auf der Basis der Situation bei Einschreibung ein erster Versuch unternommen, zu klären,

inwieweit die in den Qualitätszielen definierten Aspekte erreicht werden. Die Darstellung in Abb. 7 hat aber vor dem Hintergrund der eingeschränkten Datenbasis vorrangig eine orientierende Bedeutung.

Die Darstellung zeigt, dass bei den Kindern und Jugendlichen bereits zum Zeitpunkt der Einschreibung in das DMP vier von sechs Zielen (vermindern ambulanter und stationärer Notfallbehandlungen, inhalative Steroide dauerhaft verordnen, empfohlene Schulungen wahrnehmen) erreicht werden und ein Ziel (Selbstmanagement-Plan ausge-

Die Qualitätsziele im DMP Asthma bronchiale	
Notfallmäßige stationäre Behandlungen: Der Anteil der Versicherten ohne eine stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthma bronchiale in den vergangenen zwölf Monaten soll im ersten Jahr des DMP 75 Prozent oder mehr, im zweiten Jahr 85 Prozent oder mehr und im dritten Jahr 90 Prozent oder mehr betragen.	Überweisung bei Beginn einer Dauertherapie mit oralen Glukokortikosteroiden: Von den Versicherten, bei denen eine Dauertherapie mit oralen Kortikoiden begonnen wird, sollen im ersten Jahr des DMP 70 Prozent oder mehr, im zweiten Jahr 80 Prozent oder mehr und im dritten Jahr 90 Prozent oder mehr zum Facharzt überwiesen werden.*
Notfallmäßige ambulante Behandlungen: Der Anteil der Versicherten ohne eine ambulante notfallmäßige Behandlung des Asthma bronchiale in den vergangenen zwölf Monaten soll im ersten Jahr des DMP 60 Prozent oder mehr, im zweiten Jahr 70 Prozent oder mehr und im dritten Jahr 75 Prozent oder mehr betragen.	Wahrgenommene bei empfohlener Schulung: Von den Versicherten, denen eine Schulung empfohlen wurde, sollen bis zur nächsten Dokumentation im ersten Jahr des DMP 40 Prozent oder mehr, im zweiten Jahr 50 Prozent oder mehr und im dritten Jahr 60 Prozent oder mehr diese wahrgenommen haben.*
Inhalative Glukokortikosteroide als Dauermedikation: Von den Versicherten mit einer Dauermedikation sollen im ersten Jahr des DMP 70 Prozent oder mehr, im zweiten Jahr 80 Prozent oder mehr und im dritten Jahr 90 Prozent oder mehr inhalative Kortikoide erhalten.	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan: Der Anteil der Versicherten, die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan einsetzen, soll im ersten Jahr des DMP 70 Prozent oder mehr, im zweiten Jahr 80 Prozent oder mehr und im dritten Jahr 90 Prozent oder mehr betragen.

Tab. 2: * Da diese Ziele explizit auf Veränderungen bezogen sind, kann hier nur näherungsweise ein Ausgangszustand bei Einschreibung dargestellt werden.

ben) nur knapp verfehlt wird. Lediglich bei der Überweisung von Patienten mit dauerhafter Verordnung oraler Steroide wird das Ziel unterschritten. Dies betrifft aber mit 0,5 Prozent aller Patienten ein nur sehr kleines Patientenkollektiv.

Fazit

Als Fazit ist festzuhalten, dass mit dem DMP Asthma bronchiale in Nordrhein

erstmalig eine allgemeine Übersicht der Erkrankungssituation von Kindern und Jugendlichen gegeben werden kann, die in ein DMP eingeschrieben wurden. Im Sinne der DMP-Qualitätsziele zeigt sich eine sehr gute Zielerreichung bereits bei Einschreibung. Zukünftige Analysen werden darüber Auskunft geben, inwieweit sich die Gesundheitssituation der Teilnehmer verändert bzw. verbessert und in welchem Ausmaß sich

beispielsweise die Bereitschaft erhöht, Schulungen wahrzunehmen bzw. einen Selbstmanagement-Plan auszugeben.

Dr. phil. Bernd Hagen, Dr. rer. soc. Lutz Altenhofen
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, DMP Projektbüro
Sedanstr. 10–16, 50668 Köln
E-Mail: bhagen@kbv.de

Literatur

- [1] AOK Rheinland, Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW, Innungskrankenkasse Nordrhein, Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW, Knappschaft, Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. Landesvertretung NRW, Verband der Arbeiter Ersatzkassen e.V. Landesvertretung NRW, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein u.a. (Hg.): Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale und COPD. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf 2006.
- [2] Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, Busse WW, Clark TJH, Pauwels RA, Pedersen SE for the GOAL Investigators Group: Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma control study (GOAL). *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2004, 170 (8), 836–844.
- [3] Bel EH: Severe asthma. *Review. Breathe* 2006, 3 (2), 129–139.
- [4] Berdel D, Forster J, Gappa M, Kiosz D, Leupold W, Pfeiffer-Kascha D, Rietschel E, Schuster A, Sitter H, Spindler T, Wahlen W, Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (Hg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. Leitlinie. Erstellt 1998, letzte Überarbeitung 2006. Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, Hamburg 2006.
- [5] Buhl R, Berdel D, Criée CP, Gillissen A, Kardos P, Kroegel C, Leupold W, Lindemann H, Magnussen H, Nowak D, Pfeiffer-Kascha D, Rabe K, Rolke M, Schultze-Werninghaus G, Sitter H, Ukena D, Vogelmeier C, Welte T, Wettengel R, Worth H: Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Asthma. Hg. von der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. *Pneumologie* 2006, 60 (3), 139–183.
- [6] Eder W, Ege MJ, von Mutius E: The asthma epidemic. *New England Journal of Medicine* 2006, 355 (21), 2226–2235.
- [7] Global Initiative for Asthma GINA (Hg.): Global strategy for asthma management and prevention 2006. Global Initiative for Asthma, Hamilton, Ontario 2006.
- [8] Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM: Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 2003, 326 (7402), 1308–1309.
- [9] Kaiser T, Walthering A, Franz H, Sawicki PT, Arbeitsgruppe Praktische evidenzbasierte Medizin, DiEM Institut für evidenzbasierte Medizin: Entscheidungsgrundlage zur evidenzbasierten Diagnostik und Therapie bei Disease Management Programmen für Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen. DiEM – Institut für evidenzbasierte Medizin, Köln 2004.
- [10] Nowak D, von Mutius E: Asthma bronchiale im Kindes- und Erwachsenenalter: Risikofaktoren, Diagnose, Standardtherapie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2004, 129 (10), 509–516.
- [11] Rees J, Kanabar D: ABC of Asthma, 5th ed. (1. Aufl. 1984). London: British Medical Journal Books/Blackwell 2006.
- [12] Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN (Hg.): British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline. SIGN publication number 63. Royal College of Physicians, Edinburgh 2005.
- [13] Sears MR, Greene JM, Willan AR, Wieczek EM, Taylor DR, Flannery EM, Cowan JO, Herbison GP, Silva PA, Poulton R: A longitudinal, population-based, cohort study of childhood asthma followed to adulthood. *New England Journal of Medicine* 2003, 349 (15), 1414–1422.
- [14] Tattersfield A, Knox A, Britton J, Hall I: Asthma. *Review. Lancet* 2002, 360 (9342), 1313–1322.

Das DMP in Westfalen-Lippe

Berend Feddersen, Rhede

Das Disease Management Programm Asthma bronchiale (und COPD) wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe offiziell zum 1. April 2006 gestartet. Im Landesverband des Berufsverbandes der Kinder- und

Jugendärzte (bvjk) wurden intensive Diskussionen geführt, da viele Kollegen sehr skeptisch bezüglich der Teilnahme waren und sind.

Der hiesige Kinderpneumologe wurde als DMP-Beauftragter gebeten, über

seine praktischen Erfahrungen zu berichten, um den Kollegen eine Entscheidungsgrundlage für oder gegen die Teilnahme zu geben. Er begann daher ab Juli 2006, Patienten in das DMP einzuschreiben.

Seit der Einführung des DMP wurden in Westfalen-Lippe 4.540 Kinder und Jugendliche eingeschrieben. Hiervon sind bei den Kinder- und Jugendärzten 3.773 Patienten (83,1 %) eingeschrieben [interforum, Stand Mai 2007]. Von praktischen Ärzten bzw. Allgemeinärzten wurden immerhin 529 (11,6%!!), von Internisten 103 (2,2%) sowie von Lungenärzten (Erwachsenen-Pneumologen) 135 (3%) der Kinder und Jugendlichen eingeschrieben. Damit liegt die absolute Zahl deutlich unter den Daten aus Bayern [nach Otto Laub, Rosenheim, „bis Ende 2006 an die 10.000 Einschreibungen“].

Kein DMP-Honorar für die 2. und 3. Ebene

Im März 2007 sind von den 529 niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten 184 (34,7 %) in Ebene 1 zugelassen (davon nur acht Kollegen zugleich in der fachärztlichen Ebene der DMP-Versorgung). Dies spiegelt die Skepsis der Kollegen wider. Desweiteren zeigt sich auch, dass eindeutig ein Versorgungsengpass in der fachärztlichen 2. Ebene

besteht. Dies mag einerseits an der noch geringen Zahl der Kinderpneumologen liegen (wobei diese Zusatzbezeichnung in Westfalen-Lippe deutlich häufiger erworben wurde als in anderen ÄK-Bereichen). Andererseits ist auch kein Anreiz gegeben, diese Aufgabe zu übernehmen, da es in Westfalen-Lippe keinerlei DMP-Honorare für die 2. Ebene gibt. Nach dem DMP-Vertrag sollen Kinder und Jugendliche auf der 2. Ebene nur von Kinderpneumologen betreut werden. Nur in absoluten Ausnahmefällen dürfen Patienten von Erwachsenenpneumologen betreut werden. Es steht zu befürchten, dass diese Ausnahme in der jetzigen Situation zur Regel wird.

In Westfalen-Lippe sind insgesamt 13 Kliniken, davon nur sechs Kliniken für Kinder und Jugendliche, zur stationären DMP-Ebene 3 zugelassen. Auch hierin spiegeln sich mangelndes Interesse oder mangelnde Information wider. Angesichts der fehlenden DMP-Honorierung auch in diesem Bereich ist dies allerdings durchaus verständlich.

Ausstieg überlegt

Da die Forderungen des bvjk-Landesverbandes Westfalen-Lippe an die KV zur Verbesserung der DMP-Bedingungen praktisch nicht erfüllt wurden, führte Dr. Dieter Göhler, Havixbeck, im Auftrag des Landesverbandes im Juni 2007 eine Umfrage unter den Kinder- und Jugendärzten durch. Es sollte geklärt werden, ob generell ein Ausstieg aus dem Programm zu empfehlen wäre. Die Umfrage zeigte jedoch, dass die Mehrzahl (65 %) der Pädiater, die sich ins DMP eingeschrieben haben, dort verbleiben wollen. Letztlich bleibt es jedem Kollegen selber überlassen, ob er zu den jetzigen Bedingungen am DMP teilnimmt oder nicht. Ein genereller Boykott wurde nicht empfohlen.

Zwischenzeitlich wurde vom bvjk-Landesverband Westfa-

len-Lippe eine erneute Befragung über die Bereitschaft zum DMP-Ausstieg initiiert, da die pädiatrischen Forderungen von der KV Westfalen-Lippe allesamt abgelehnt wurden.

Nach der einjährigen Stillhaltephase haben wir im lokalen Qualitätszirkel beschlossen, am DMP teilzunehmen, da dies durchaus Vorteile für die Patienten und auch für uns Kinder- und Jugendärzte hat. Darüber hinaus ist zu befürchten, dass in Zukunft bestimmte Verträge der integrierten Versorgung von einer DMP-Teilnahme abhängig gemacht werden.

DMP-Patienten keine Praxisbesonderheit!

Von Beginn an wurde diskutiert, ob die Arzneimittelverordnungen für DMP-Patienten im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Richtgrößenüberschreitung per se als Praxisbesonderheit herausgerechnet werden. Eigene Erfahrungen und schließlich die offiziellen Antworten der KV Westfalen-Lippe und der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen der Ärzte und Krankenkassen zeigen, dass dies nicht der Fall ist. Dies ist nicht tolerierbar. DMP-Patienten sind eine Praxisbesonderheit!

Laut KV Westfalen-Lippe (Antwort von Dr. Flume, Ordnungsmanagement der KV, 1. Juni 2007) trifft dies aber nur zu, wenn ein echter zahlenmäßiger Schwerpunkt vorliegt. Dann besteht die Möglichkeit einer Berücksichtigung bei einer Prüfung; die Patienten sind durch die DMP-Einschreibung dann eindeutig und leicht identifizierbar.

Die Fragen an die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen der Ärzte und Krankenkassen wurden wie folgt beantwortet (Abteilungsleiter Hr. Gräber, 8. August 2007):

1. Werden im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung die Medikamentenverordnungen für DMP-Patienten im Sinne einer Praxisbesonderheit berücksichtigt? Ist dies grundsätzlich ebenso möglich für Praxen, die zum Beispiel nur 30 bis 40 Patienten in das DMP Asthma bronchiale eingeschrieben haben?

Honorierung in Westfalen-Lippe

Ersteinschreibung	25,00 €
Folgedokumentation	15,00 €
Zuschlag/Quartal für die Teilnahme ≥ 1 Jahr Muss hierzu eine Ziffer selber eingesetzt werden?	10,00 € Nein (Vergütung automatisch)
Arztwechsel mit Folgedokumentation	15,00 €
Belohnungsvergütung für schnelle Befundübermittlung	10,00 €

KEINE Vergütung von Instruktionen der teilnehmenden Patienten im Rahmen der täglichen Sprechstunde mit den Inhalten: Überprüfung der Inhalationstechnik, Beratung bzgl. Unterscheidung der Akut-/Dauermedikation, Notfallplan/atemerleichternde Mittel, Einweisung/Übung und Kontrolle der Peak-flow-Technik (KVNO: delegierbar, Honorar 10,00 €).

Leider werden für einen Bericht der Ebene 2 an Ebene 1 (KVNO 15,00 €) und für die zur Einschreibung führende Diagnostik ebenfalls KEINE Honorare vergütet.

Übersicht der Abschlüsse zum DMP Asthma bronchiale

Zusammengestellt von Dr. Martin Tiedgen, Hamburg
Stand: 1.7.2007. Alle Angaben ohne Gewähr.

	Baden-Württemberg (Werte in Klammern: AOK)	Bayern	Brandenburg Berlin	Bremen
Koord. Arzt Ebene 1 Strukturqualität				
anerkannte Fortbildung oder QZ	alle 2 Jahre	alle 3 Jahre	1 x/Jahr	1 x/Jahr
Apparative Ausstattung	Spirometrie/FV	Spirometrie/FV (A)	Spirometrie (A)	Spirometrie/FV (A)
Vergütung (€)				
Ersteinschreibung	30,00	30,00	25,00	25,00
Folgedokumentation	15,00	20,00	20,00	20,00
Zuschläge (Betr. /Instr.)	13,00		10,00	
Durchschnitt. im Q. 5 Jahre	28,75	20,50	30,25	20,25
Qualifizierter KJA Ebene 2				
Q-Kriterien	Kinder-Pneumol. oder Allergologie oder Schulungs-Berechtigung oder 12 Monate WB oder Abrechnung 13650	Kinder-Pneumol. oder Allergologie oder Schulungs-Berechtigung	Kinder-Pneumol. oder Allergologie oder Schulungs-Berechtigung oder 12 Monate WB oder Abrechnung 13650	Kinder-Pneumol. oder Allergologie
anerkannte Fortbildung oder QZ	alle 2 Jahre	Fortbildung alle 3 Jahre	1 x/Jahr	QZ 2/J. oder Asthma-spez. Fortbildung 2/J. oder spez. Arzneimittelberatung 1x/J
Apparative Ausstattung				
Spirometrie FV	Spirometrie/FV-Kurve	FV-Kurve	Spirometrie	Spirometrie
Atemwiderstand	AW-Widerstand oder Body	Atemwiderstand	Atemwiderstand	Atemwiderstand
Pulsoxymetrie/BGA	Pulsoxymetrie oder BGA	Pulsoxymetrie	Pulsoxymetrie	
unspec. Povokation/Lauftest	Provokation, z.B. Lauftest	Provokation, z.B. Lauftest		unspezifische Provokation
Allergolog. Diagnostik	Diagnostik und spez. Immuntherap.	Diagn. und Therap.	Allergolog. Diagnostik	Allergolog. Diagnostik (A)
Rö-Thorax			Rö-Thorax (A)	Rö-Thorax (A)
Vergütung (€)				
Erstdiagn. zur Einschreibung	50,00	GOP 13650/51 Extrabudgetär PK		
Brief zur Einschreibung		20 € Brief EK		
Betreuungspauschale/Instrukt. Therapieplan	50,00		10,00	
Häufigkeit	2 x/Jahr		1 x/Quartal	
Schulung				
pro h	23,00 (25,00)	25,00	22,50	19,00
max./Pat.	690,00 (750,00)	750,00	675,00	570,00
Sachkosten	9,00	9,00	10,00	9,50
Nachsulung/Std.	23,00 (25,00)	25,00	22,50	19,00
Nachsulung/Pat.	69,00 (75,00)	200,00	90,00	19,00
Zusatzprotokoll Berücksichtigung Med. Kosten				(A) auch als Auftragsleistung

Ziele und Vorteile des DMP Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter

Ziele des DMP sind:

- Der Anteil geschulter Patienten soll erhöht werden.
- Der Anteil der Patienten mit schriftlichem Therapieplan soll erhöht werden.
- Die Zahl der Notfallbehandlungen auf Grund von Asthma soll verringert werden.
- Der Anteil der Patienten mit einer Therapie durch inhalative Kortikosteroide soll erhöht werden.

Vorteile für unsere Patienten:

- Die Versorgung auf der Grundlage der aktuellen Leitlinie wird garantiert.
- Hilfsmittel (allergendichte Bezüge, PariBoy, Spacer) werden genehmigt.
- Die Teilnahme an Asthaschulungen ist ohne Einzelantragstellung bei der Krankenkasse möglich.
- (Dies impliziert aber auch Nachteile für die NICHT eingeschriebenen Patienten.)

Vorteile für uns als Kinder- und Jugendärzte:

- Gute Patientenbindung.
- Erhöhung der Compliance durch regelmäßige Therapieerfolgskontrollen.
- Besserer Therapieerfolg durch Schulungen und Rehabilitation.
- Erleichterter Zugang zu den Schulungen.
- Extrabudgetäre Vergütung für die Dokumentation und Schulungen.
- Teilnahme für alle Kinder- und Jugendärzte möglich (auch ohne Zusatzbezeichnung).
- Profilierung gegenüber den nicht-pädiatrischen Kollegen.
- Demonstration unserer fachärztlichen Kompetenz gegenüber Krankenkassen und Patienten.
- Die Vernetzung unserer Praxen wird angebahnt (auch zu anderen Schwerpunktthemen möglich...!).

➤ *Ja, aber nur wenn überdurchschnittlich viele Asthma-/DMP-Patienten betreut werden; die Verordnungen der eingeschriebenen Patienten werden gemeinsam mit den Verordnungen der nicht eingeschriebenen Asthmapatienten betrachtet.*

2. Werden dann alle Medikamente dieser Patienten berücksichtigt (also auch Medikamente, die nicht zur Therapie des Asthma bronchiale verordnet wurden)?

➤ *NEIN! Es werden auch nur die notwendigen Mehrkosten berücksichtigt, die durch den im Vergleich zur Fachgruppe höheren Anteil an Asthmapatienten entstehen.*

3. Werden die Medikamente nur im Budget der Ärzte berücksichtigt, die den Patienten selber eingeschrieben haben?

➤ *JA (oder auch bei Ärzten, die den Patienten mitbehandeln – relevant für den überwiesenen Patienten, der bereits eingeschrieben ist!)*

Hier wird die Einschreibung in das DMP gar nicht zur Kenntnis genommen; der Patient wird als normaler Asthmapatient betrachtet.

Weiterhin Pflicht zur wirtschaftlichen Ordnungsweise

Grundsätzlich wird bei jeder Richtgrößenprüfung festgestellt, ob eine Unwirtschaftlichkeit vorliegt; dies ist der Fall, wenn mit den Arzneimittelkosten das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 Prozent überschritten wird.

Einen Praxis-/Verordnungsschwerpunkt kann man in dem Prüfverfahren laut Herrn Gräber, Abteilungsleiter der Prüfungseinrichtungen, nur durch erkennbare Besonderheiten der Arzneimittelverordnung begründen (und zwar unabhängig davon, ob der Patient im DMP eingeschrieben ist). Dennoch ist man auch im Verordnungsschwerpunkt nicht von der Verpflichtung der wirtschaftlichen

Verordnungsweise entbunden. Im Bereich der KV Westfalen-Lippe gibt es keine fachgruppenspezifische Diagnosenstatistik. Die Kennzeichnung der DMP-Patienten erleichtert nur die interne Statistik. Durch die Abrechnung der Leistungsziffern des DMP-Vertrages kann im Prüfverfahren allerdings bewiesen werden, dass qualitätsgesicherte Asthmathherapie in der Praxis durchgeführt wird. Dies kann dann als zusätzliches Kriterium in der sog. Intellektuellen Prüfung dazu dienen, eine Praxisbesonderheit zu begründen (Dr. Flume, Ordnungsmanagement der KV).

Die KV Westfalen-Lippe hat allerdings keine Daten über die Zahl der eingeschriebenen Kinder und Jugendlichen; die o.g. Zahlen stammen von Interforum, der gemeinsamen Datenstelle der Krankenkassen.

Eine Ausnahme stellen die Krankenkassen AOK, BEK und DAK dar! Diese sehen erforderliche und notwendige Arzneimittel für DMP-Patienten komplett als Praxisbesonderheit an. Damit entsteht eine höhere Sicherheit in der Arzneimittelverordnung. Notwendige Mehrkosten, die durch eine höhere Morbidität im Patientenklintel entstehen, werden so leichter von den Prüfungsgremien anerkannt. Das heißt aber auch, dass man zunächst in die Prüfung gerät. Der Arzt wird NICHT aus seiner Verpflichtung entlassen, wirtschaftlich zu verordnen. Auch innerhalb der Praxisbesonderheit wird die Kostenstruktur beurteilt. Es erfolgt also eine Anerkennung der Morbidität im Patientenklintel unter Beibehaltung der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung!

*Dr. med. Berend Feddersen
Kinder- und Jugendarzt, Kinderpneumologie, Naturheilverfahren
Asthmaschulung Luftkurs Kreis Borken
Hardtstr. 11, 46414 Rhede
E-Mail: berend.feddersen@uminfo.de*

Übersicht der Abschlüsse zum DMP Asthma bronchiale

Zusammengestellt von Dr. Martin Tiedgen, Hamburg
Stand: 1.7.2007. Alle Angaben ohne Gewähr.

	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen
Koord. Arzt Ebene 1 Strukturqualität				
anerkannte Fortbildung oder QZ	1 x/Jahr	1 x/Jahr	1 x/Jahr	4 Punkte/Jahr
Apparative Ausstattung			Verfügbarkeit der erforderl. diagn. u. therap. Verfahren	z.B. Spirometrie
Vergütung (€)				
Erstinschreibung	25,00	25,00	25,00	36,00
Folgedokumentation	15,00	15,00	20,00	15,00
Zuschläge (Betr./Instr.)	7,50	5,00		10,00
Durchschnitt. im Q. 5 Jahre	23,00	21,00	20,25	18,55
Qualifizierter KJA Ebene 2				
Q-Kriterien	Kinder-Pneumol. oder Allergologie oder Abrechnung 13650	Kinder-Pneumol. oder Allergologie oder Schulungs-Berechtigung oder 12 Monate WB oder 25 AsthmaPat/Q	Kinder-Pneumol. und möglichst Allergologie	Kinder-Pneumol. oder Allergologie oder 12 Monate WB oder 50 AsthmaPat/Q
anerkannte Fortbildung oder QZ	8 Punkte/Jahr	1 x/Jahr		
Apparative Ausstattung				
Spirometrie FV	Spirometrie	Spirometrie/Body (A)	Spirometrie	Spirometrie/FV-Kurve
Atemwiderstand	Atemwiderstand		optional Body	
Pulsoxymetrie/BGA		BGA (A)	BGA	
unspez. Provokation/Lauftest	Provokation, z.B. Lauftest			
Allergolog. Diagnostik		Allergolog. Diagn. (A)		
Rö-Thorax		Rö-Thorax (A)	Rö-Thorax (A)	
Vergütung (€)				
Erstdiagn. zur Einschreibung	25,00			
Brief zur Einschreibung		17,50		
Betreuungspauschale/Instrukt. Therapieplan	25,00			20,00 (Voraus.: Pulsoxy (A), 8 Fortbildungspunkte/Jahr)
Häufigkeit	2 x/Jahr			1 x/Jahr
Schulung				
pro h	20,00	22,50	22,50	19,50
max./Pat.	600,00	675,00	675,00	585,00
Sachkosten	9,50	Kasse übernimmt		9,50
Nachschulung/Std.	20,00	22,50	18,00	19,50
Nachschulung/Pat.	100,00	45,00	54,00	39,00
Zusatzprotokoll Berücksichtigung Med. Kosten	Die Kassen verzichten bei leitliniengemäßer Verordnung auf Regresse wegen off-label-Verordnung und Ausgabensteigerung bei Medik.			(A) auch als Auftragsleistung

Das DMP in Bremen

Wolfgang Soldan, Bremen

Seit 1. April 2006 gibt es das DMP Asthma bronchiale in Bremen, das einzige DMP, in das wir Kinder- und Jugendärzte Patienten einschreiben können. Bisher gab es dazu drei Informationsveranstaltungen des Berufsverbandes, zwei in Bremen mit Schulung der Helferinnen und eine in Bremerhaven. Die Veranstaltungen wurden alle gut angenommen, so dass nach einem Jahr über 80 Prozent der Kinder- und Jugendärzte in Bremen am DMP teilnehmen. In Bremerhaven sind es sogar 91 Prozent.

Aktuell sind in Bremen 874 und in Bremerhaven 169 Kinder eingeschrieben, das entspricht ca. 22 Prozent aller in Bremen eingeschriebenen DMP-Patienten. Im vergangenen Jahr fanden ca. 20 Asthmaschulungen statt, so dass man von einer Schulungsrate von ca. 15 Prozent der eingeschriebenen Kinder ausgehen kann. Ein gutes Ergebnis, das die Kooperation der niedergelassenen Kinder- und

Jugendärzte widerspiegelt. Dennoch sind die Krankenkassen von der Zahl der eingeschriebenen Patienten enttäuscht, bedeutet doch jeder Patient bares Geld für die einzelne Krankenkasse. Dies führte dazu, dass die Verhandlungen zur Instruktion wieder aufgenommen wurden und wir mit einem guten Ergebnis für die Bremer Ärzte rechnen können.

Motiviertere Patienten

Wie sind aber nun die Erfahrungen an der Basis? Die einzelnen Bedenken bezüglich der Motivation der Patienten sind unbegründet. Viele Eltern sind froh, wenn die Behandlung nach einem Plan verläuft, auch wenn ihr Kind vor Einführung des DMP genau so behandelt wurde. Die Bereitschaft zur Schulung hat sich eindeutig verbessert, wir schulen jetzt wesentlich motiviertere Patienten. Die Kontrolle der Asthmatiker ist einfacher

geworden, da über DMP-Listen alle gut zu erfassen sind. Der einzelne DMP-Bogen ist gut geeignet, um als Check-Liste das Arztgespräch zu strukturieren, so dass nichts vergessen wird. Die Verordnungen von Inhalierhilfen sind völlig unproblematisch. Und schließlich hält sich der bürokratische Aufwand in Grenzen, mittels e-DMP entfallen sogar die etwas lästigen Korrekturen.

Zusammenfassend stellen wir in Bremen fest, dass das DMP die Versorgung der Asthmatiker vielfach erleichtert hat und der Aufwand für uns niedergelassene Kinder- und Jugendärzte relativ gering ist.

*Dr. med. Wolfgang Soldan
Kinder- und Jugendarzt, Kinder-Lungenheilkunde und Allergologie
Hemmstr. 212, 28215 Bremen
E-Mail: info@kinderarzt-drsoldan.de
Web: www.kinderarzt-drsoldan.de*

Das DMP in Niedersachsen

Ein Erfahrungsbericht eines Pädiatrischen Pneumologen aus Soltau-Fallingbostel (KV-Bezirk Verden)

Michael Abend, Heidekreis-Klinikum Soltau

Viele Jahre haben wir Pädiater uns die Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit den Allgemeinmediziner und Internisten teilen müssen. Aus politischer Sicht wurde immer wenig berücksichtigt, dass die ärztliche Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausschließlich von Kinder- und Jugend-

medizinern erfolgen sollte. Durch den zusätzlichen Erwerb entsprechender Subspezialisierungen (Allergologie, Neonatologie, Neuropädiatrie etc.) ist es für den Pädiater sehr wichtig geworden, darzustellen, dass er als Spezialist für die Kinder und Jugendlichen zuständig sein sollte. Ein Tatbestand, der im Grunde

schon die Beschreibung eines weißen Schimmels widerspiegelt.

Vorrang für Pädiatrische Pneumologen?

Seit der Einführung der Qualifikation „Pädiatrische Pneumologie“ in Nie-

Übersicht der Abschlüsse zum DMP Asthma bronchiale

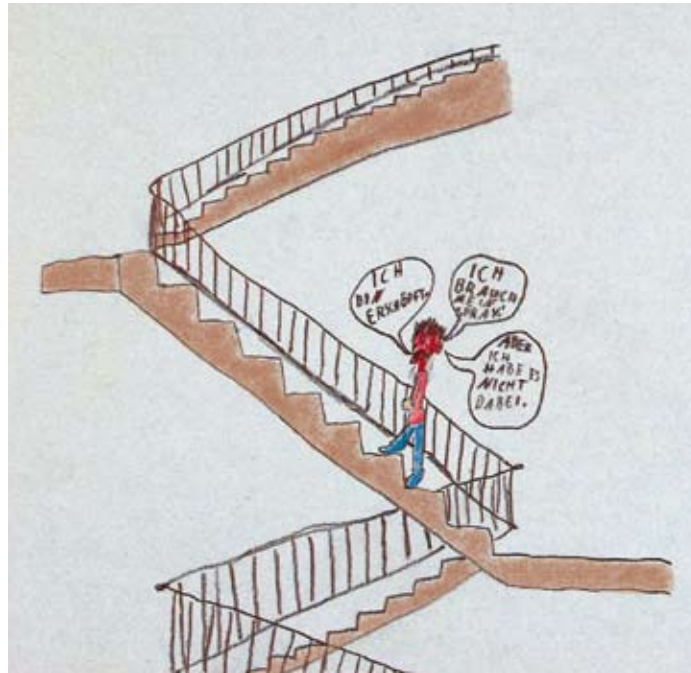
Zusammengestellt von Dr. Martin Tiedgen, Hamburg
Stand: 1.7.2007. Alle Angaben ohne Gewähr.

	Nordrhein	Rheinland-Pfalz	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein
Koord. Arzt Ebene 1 Strukturqualität				
anerkannte Fortbildung oder QZ	4 asthma-spez. Punkte/Jahr	1 x/Jahr	alle 3 Jahre	4 asthma-spez. Punkte/Jahr
Apparative Ausstattung				
Vergütung (€)				
Ersteinschreibung	25,00	30,00	45,00	25,00
Folgedokumentation	15,00	20,00	27,50	15,00
Zuschläge (Betr./Instr.)	10,00			5,00
Durchschnitt. im Q. 5 Jahre	20,50	20,50	28,38	20,50
Qualifizierter KJA Ebene 2				
Q-Kriterien	Kinder-Pneumol. oder Allergologie oder Schulungs-Berechtigung	Kinder-Pneumol. oder Allergologie oder Schulungs-Berechtigung oder Abrechnung 13650	Kinder-Pneumol. oder Allergologie oder Schulungs-Berechtigung oder 12 Monate WB oder 25 AsthmaPat/Q	Schulungsberechtigung und Kinder-Pneumol. oder Allergologie oder 12 Monate WB oder 50 AsthmaPat/Q
anerkannte Fortbildung oder QZ	Mind. 4 asthma-spez. Fortbildungsp. und spezifischen QZ mind. 1x/J.	1 x/Jahr	1 asthma-spez. Fortbildung/Jahr oder QZ	Fortbildung oder QZ insgesamt 8 Punkte
Apparative Ausstattung				
Spirometrie FV	Spirometrie	Spirometrie/FV-Kurve	Spirometrie	Spirometrie
Atemwiderstand		AW-Widerstand oder Body		
Pulsoxymetrie/BGA	BGA	Pulsoxymetrie (A) oder BGA	BGA	BGA oder Pulsoxymetrie
unspez. Provokation/Lauftest		bronchiale Provokation		
Allergolog. Diagnostik	Allergolog. Diagn. (A)	Diagnostik (A) und spez. Immuntherap.	Allergolog. Diagn. (A)	Allergolog. Diagn. (A)
Rö-Thorax	Rö-Thorax (A)		Rö-Thorax (A)	Rö-Thorax (A)
Vergütung (€)				
Erstdiagn. zur Einschreibung			50,00	18,00
Brief zur Einschreibung	15,00	10,00		
Betreuungspauschale/Instrukt. Therapieplan	10,00	5,00	50,00	12,00
Häufigkeit	2 x/Jahr	1 x/Quartal	1 x/Jahr	1 x/Quartal
Schulung				
pro h	22,50	20,00	20,00	
max./Pat.	675,00	600,00	600,00	560,00
Sachkosten	9,00	9,00	9,00	
Nachschulung/Std.	22,50	20,00		
Nachschulung/Pat.	90,00	80,00		87,00
Zusatzprotokoll Berücksichtigung Med. Kosten			(A) auch als Auftragsleistung	Es ist vorgesehen, dass die Medikamente im DMP außerhalb der Richtgröße verordnet werden können.

dersachsen im Jahr 2005 ist es für uns besser möglich, die Versorgung pneumologischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen den Pädiatern zuzuordnen. Im Rahmen von Übergangsregelungen konnten wir in Niedersachsen seit 2005 mehr und mehr Pädiatrische Pneumologen (aktuell über 30) hinzugewinnen. Ziel sollte es sein, dass die Versorgung durch die Pädiatrischen Pneumologen flächendeckend sichergestellt werden kann. Hierfür ist die kontinuierliche Weiterbildung zum Pädiatrischen Pneumologen in entsprechenden pädiatrischen Zentren erforderlich.

Nun ist aber nicht alles vom Pädiatrischen Pneumologen zu leisten.

Zum 1. März 2007 ist das DMP-Asthma in Niedersachsen eingeführt worden. Einerseits soll die finanzielle Honorierung der oft aufwändigen Untersuchungen gesichert werden. Andererseits wird mit der Teilnahme am DMP Asthma die effiziente und effektive Behandlung der Versicherten der Krankenkassen garantiert. Sämtliche Krankenkassen unterstützen dieses Programm. In den Statuten des DMP Asthma ist verankert, dass die Versorgung asthmakrankter Kinder und Jugendlicher in unterschiedlichen Stufen organisiert ist. Damit wird den Pädiatern strukturiert und qualitätsorientiert ermöglicht, die Behandlung der Kinder und Jugendlichen zu übernehmen. Kinder- und jugendärztliche Hausärzte (Level-1-Arzt) und Pädiatrische Pneumologen (Level-2-Arzt) können das gesamte Spektrum des DMP Asthma im Kindes- und Jugendalter übernehmen. Die Asthmaschulung gemäß dem Curriculum der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (AGAS) ergänzt die vollständige Versorgung der Kinder. Kritisch anzumerken bleibt jedoch, dass das DMP Asthma lediglich



Asthma bronchiale führt zu beschwerlichen Wegen – offenbar nicht nur für die Patienten.

für Kinder ab 5 Jahren gültig ist und jüngere Kinder entsprechend nicht partizipieren können. Dennoch ist das DMP in der Theorie und unter Berücksichtigung der teilnehmenden Kostenträger ein großer Schritt für die Versorgung der Kinder und Jugendlichen durch uns Pädiater!

Zulassungsausschuss als Hürde

Die Teilnahme eines Arztes am DMP Asthma wird vom zuständigen Zulassungsausschuss geregelt. Vorgesehen sind primär die vertragsärztlich tätigen Ärzte. Sollte die Versorgung im Zuständigkeitsbereich einer KV-Bezirksstelle nicht gegeben sein, so kann ein Krankenhausarzt ermächtigt werden.

Im Planungsbereich für Vertragsärzte in Soltau-Fallingbostal ist aus kinder- und jugendärztlicher Sicht eine Überversorgung von 130 Prozent zu verzeichnen. Keiner dieser Kollegen trägt jedoch die Zusatzbezeichnung Allergologie oder Pädiatrische Pneumologie. Dafür ist der in diesem Planungsbereich tätige Krankenhausarzt Allergologe und Pädiatrischer Pneumologe. Er ist für den pneumologisch-diagnostischen Komplex in der vertragsärztlichen Ver-

sorgung ermächtigt. Das angeschlossene Krankenhaus bietet seit 1997 regelmäßig ambulante Asthmaschulungen gemäß dem Curriculum der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter an. Der Krankenhausarzt als Leiter des Schulungsteams war langjährig Landes-Qualitätsbeauftragter der AGAS in Niedersachsen. Sein Antrag beim zuständigen Zulassungsausschuss, am DMP Asthma als Level-2-Arzt teilnehmen zu dürfen, wurde aber zweimal abgelehnt.

Die Ablehnung aus Verden (Bezirksstelle der KV) wurde dadurch begründet, dass die Versorgungsstufe 2 des DMP Asthma in Zukunft durch eine nieder-

gelassene pädiatrische Kollegin übernommen werden soll. Ebenso würde die ambulante Asthmaschulung für Soltau-Fallingbostal demnächst von ihr übernommen werden. Das DMP Asthma schreibt aber vor, dass der Arzt der Versorgungsstufe 2 eine „Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus mit einem pneumologischen Tätigkeitsfeld bzw. pädiatrisch-pneumologischen Tätigkeitsfeld“ vorweisen muss.

Die weiteren Recherchen ergaben, dass die Kollegin, wenn sie denn die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Versorgungsstufe 2 erfüllen sollte (sie ist keine Allergologin und keine Pädiatrische Pneumologin), weder mit dem ortsansässigen Krankenhaus mit pädiatrisch-pneumologischem Tätigkeitsfeld (inkl. der vorhandenen apparativen pneumologischen Ausstattung) kooperiert noch ambulante Asthmaschulungen anbietet.

Erwachsenen-Pneumologen profitieren

Neuere statistische Zahlen haben ergeben, dass längst nicht mehr jedes zehnte Kind, sondern schon jedes

achtes Kind an einem Asthma bronchiale leidet. Eine flächendeckende Versorgung der Kinder in Soltau-Fallingbostel auf der 2. Versorgungsstufe des DMP Asthma erscheint durch die erwähnte Beschlussfassung des Zulassungsausschusses unrealistisch. Die Kinder werden in Zukunft weiter zu den Erwachsenen-Pneumologen überwiesen, die mit großem Fleiß am DMP Asthma teilnehmen und berechtigt sind, die Kinder und Jugendlichen in der Versorgungsstufe 2 zu behandeln. Die Pfründe, über die sich die Pädiater angeblich streiten, werden von den Nicht-Pädiatern abgeschöpft!

Der betroffene Krankenhausarzt hat gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses Widerspruch eingelegt. Die Landesvertretungen der Krankenkassen in Niedersachsen und die niedersächsische KV sind über die Situation informiert.

Derzeit funktioniert das DMP Asthma in Soltau-Fallingbostel im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin eben nicht! Wenn in anderen Zulassungsausschüssen der niedersächsischen KV-Bezirkstellen ähnliche Beschlussfassungen erfolgen, droht das DMP Asthma bei den Pädiatern zu scheitern. bvkj, GPP und GPA mögen aufmerksam das Verhalten der KVn beobachten, damit die Kinder und Jugendlichen auch tatsächlich von Pädiatern versorgt werden.

*Dr. med. Michael Abend
 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
 Allergologie, Pädiatrische Pneumologie
 Heidekreis-Klinikum Soltau
 Kinderabteilung
 Oeninger Weg 30, 29614 Soltau
 E-Mail: Abend@heidekreis-klinikum.de*

Übersicht der Abschlüsse zum DMP Asthma bronchiale

	Thüringen	Westfalen-Lippe
Koord. Arzt Ebene 1 Strukturqualität		
anerkannte Fortbildung oder QZ	1 x/Jahr	Mind. 4 spezifische Punkte/Jahr und 1 x QZ
Apparative Ausstattung	Spirometrie	
Vergütung (€)		
Ersteinschreibung	25,00	25,00
Folgedokumentation	15,00	20,00
Zuschläge (Betr./Instr.)	12,50	
Durchschnitt. im Q. 5 Jahre	28,50	20,25
Qualifizierter KJA Ebene 2		
Q-Kriterien	Kinder-Pneumol. oder Allergologie oder Schu- lungs-Berechtigung oder 12 Monate WB	Kinder-Pneumol. oder Allergologie
anerkannte Fortbildung oder QZ	1 x/Jahr + 1 x/Jahr QZ	Mind. 4 asthma-spez. Fort- bildungsp. und spezifischen QZ mind. 1 x/Jahr
Apparative Ausstattung		
Spirometrie FV	Spirometrie	Spirometrie
Atemwiderstand		
Pulsoxymetrie/BGA	BGA	BGA (A)
unspec. Provokation/Lauftest		Hyperreagibilitätstestung (A)
Allergolog. Diagnostik	Allergolog. Diagn. (A)	Allergolog. Diagn. (A)
Rö-Thorax	Rö-Thorax (A)	Rö-Thorax (A)
Vergütung (€)		
Erstdiagn. zur Einschreibung		
Brief zur Einschreibung		
Betreuungspauschale/Instrukt. Therapieplan		
Häufigkeit		
Schulung		
pro h	18,00	19,00
max./Pat.	540,00	570,00
Sachkosten	9,00	??
Nachschulung/Std.	18,50	19,00
Nachschulung/Pat.	55,50	
Zusatzprotokoll Berücksichtigung Med. Kosten		(A) auch als Auftragsleistung

Ab wann beeinflussen Umweltfaktoren das Allergierisiko eines Kindes?

Die Relativitätstheorie in der Allergologie

Gesine Hansen, Medizinische Hochschule Hannover

Während die Pharmakotherapie des Asthma bronchiale eine effektive Kontrolle der Symptome bei fast allen Patienten ermöglicht, fehlen kausale Therapiekonzepte, so dass eine Heilung dieser chronischen Erkrankung bisher nicht möglich ist. Präventiven Maßnahmen kommt eine herausragende Bedeutung zu, da sie derzeit die einzige Chance darstellen, der zunehmenden Inzidenz allergischer Erkrankungen effektiv zu begegnen. Eine der großen Herausforderungen der allergologischen Forschung stellte in den letzten Jahren die Identifikation von protektiven Faktoren und Risikofaktoren für die Entstehung allergischer Erkrankungen dar. Eine neue Dimension ist ganz aktuell in den Mittelpunkt des Interesses gerückt: die Zeit.

Immunologische Prägung bereits vor der Geburt...

Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass sich das zeitliche Fenster, in dem das Asthma- und Allergie-Risiko des Kindes durch Umgebungsfaktoren beeinflusst werden kann, sehr früh öffnet – und möglicherweise auch wieder schließt. Einige Studien sprechen dafür, dass schon die ersten sechs bis zwölf Monate für die immunologische Prägung entscheidend sind [1, 2]. Aktuelle Daten verlegen die prägende Phase zeitlich sogar noch weiter nach vorn, nämlich vor die Geburt [3]. Bereits während der Schwangerschaft scheinen sich Umgebungseinflüsse der Mutter auf das

Noch vor der Geburt auf dem Bauernhof – die beste Allergieprävention?

© piccolina/photocase



Allergie-Risiko Ihres noch ungeborenen Kindes in utero auszuwirken.

So konnte gezeigt werden, dass die Exposition der schwangeren Frau mit mikrobiellen Komponenten aus der Umgebung – z. B. beim Leben auf dem Bauernhof – vor der Entstehung einer atopischen Sensibilisierung bei den Kindern schützen kann. Dieser protektive Effekt der mikrobiellen Exposition wurde auf die differenzielle Regulation von Rezeptoren des angeborenen Immunsystems zurückgeführt [3].

Darüber hinaus gibt es direkte Hinweise für den Einfluss von Umweltallergenen auf die Immunantwort des noch ungeborenen Kindes. Lymphozyten, die direkt nach der Geburt aus Nabelschnurblut gewonnen wurden, proliferierten nach Stimulation mit inhalativen Allergenen als Zeichen einer Sensibilisierung des noch ungeborenen Kindes bereits in utero [4]. In murinen Asthma-Modellen konnte gezeigt werden, dass die prä-

natale Exposition gegenüber Endotoxinen vor und während der Schwangerschaft den Nachwuchs vor der Entstehung eines Allergen-induzierten Asthma bronchiale schützt [5]. Wir konnten zeigen, dass immunologische Toleranz gegen ein potenzielles Allergen, die während der Schwangerschaft durch mukosale Applikation des Allergens bei der Mutter induziert wurde, auf die Nachkommen übertragen wird und diese vor der Entstehung von Asthma nach Allergenexposition schützt [6].

...oder gar vor der Konzeption?

In einer weiteren Studie konnten wir demonstrieren, dass sich das immunologische Fenster für die Prägung des kindlichen Immunsystems möglicherweise sogar noch deutlich früher öffnet, nämlich bereits vor der Konzeption. In einem murinen Asthma-Modell hatte der Immunstatus der Mutter vor der

Konzeption bereits einen wesentlichen Einfluss auf das Allergierisiko ihrer Nachkommen [6]. Dies spricht dafür, dass das immunologische Gedächtnis der Mutter, das sie vor der Konzeption erworben hat, möglicherweise die Immunantwort ihres zukünftigen Kindes beeinflusst.

Befindet sich also die zukünftige Mutter zur rechten Zeit am rechten Ort, also zum Beispiel vor und während einer Schwangerschaft auf dem richtigen Bauernhof, dann schützt sie damit ihre Nachkommen und vielleicht sogar auch die Nachkommen dieser Nachkommen vor der Entstehung einer allergischen Erkrankung. Und damit ist es in der Allergologie wie überall im Leben: Eine der wesentlichen Herausforderung ist

es, zur rechten Zeit am rechten Ort zu sein, denn der richtige Zusammenhang zwischen Raum und Zeit kann über die Zukunft bestimmen. Sollte sich unsere Beobachtung, dass der Immunstatus der Mutter vor der Schwangerschaft das Allergie-Risiko ihres zukünftigen Kindes mit bestimmt, weiter bestätigen, kommt der Prävention eine noch größere Bedeutung zu, denn in diesem Fall dient sie sogar mehr als einer Generation.

*Prof. Dr. med. Gesine Hansen
Med. Hochschule Hannover, Pädiatrische
Pneumologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
E-Mail: Hansen.Gesine@mh-hannover.de*

Literatur

- [1] Ball TM et al.: Siblings, day-care attendance, and the risk of asthma and wheezing during childhood. *N Engl J Med* 2000; 343: 538–43
- [2] Riedler J et al.: Exposure to farming in early life and development of asthma and allergy: a cross-sectional survey, *Lancet*, 2001, 358: 1129–33
- [3] Ege MJ et al.: Prenatal farm exposure is related to the expression of receptors of the innate immunity and to atopic sensitization in school-age children. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 117: 817–23
- [4] Piccinni MP et al.: Aeroallergen sensitization can occur during fetal life. *Int Arch Allergy Immunol* 1993; 102: 301–3
- [5] Gerhold K et al.: Prenatal initiation of endotoxin airway exposure prevents subsequent allergen-induced sensitization and airway inflammation in mice. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 118: 666–73
- [6] Polte et al., submitted

Atopische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter: Häufigkeiten und Trends weltweit

Eine Literaturlauswahl zur Internationalen Studie zu Asthma und Allergien bei Kindern (ISAAC)

Gisela Büchele, Gudrun Weinmayr, Jon Genuneit, Gabriele Nagel, Andrea Kleiner, Richard Peter, Institut für Epidemiologie, Universität Ulm

Einleitung

Die atopischen Krankheitsbilder Asthma bronchiale, Rhinokonjunktivitis und Neurodermitis stellen weltweit und vor allem in den westlichen Industrienationen ein großes gesundheitliches Problem dar. Asthma bronchiale ist in

Deutschland und in anderen Ländern die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter [1]. Zwar haben viele Studien in letzter Zeit beschrieben, dass Asthma und Allergien in den letzten Jahrzehnten zugenommen haben [2, 3, 4], jedoch gibt es auch andere Ergebnisse [4, 5]. Insgesamt mangelt es für die eindeutige

Beurteilung einer Zu- oder Abnahme der Krankheitsbilder an Studien, die mit standardisierten Methoden (v. a. betreffend der Stichprobenziehung und der Erhebungsinstrumente) valide Daten liefern können.

Asthma bronchiale ist eine klinische Diagnose, die durch körperliche Un-

Gliederung der ISAAC-Studie			
Studienphase	Zielsetzung	Hauptzeitraum	Anzahl Studienzentren und Länder
I [7]	Die Phase I wurde entwickelt, um bei 6- bis 7-jährigen und 13- bis 14-jährigen Kindern in möglichst vielen definierten Populationen mit einfachen, aber validen Methoden die Prävalenz und Schwere von Asthma, allergischer Rhinokonjunktivitis und atopischer Dermatitis zu bestimmen.	1994/1995	156 Zentren in 56 Ländern
II [8]	Die Phase II hat zum Ziel, bei 8- bis 12-jährigen Kindern in ausgewählten Populationen die Ergebnisse der Phase I mit weiteren objektiven Parametern (u.a. Lungenfunktion, atopische Sensibilisierung) zu bestätigen und genauere Kenntnis über die Risikofaktoren dieser Erkrankungen zu erhalten.	1996–2000	30 Zentren in 22 Ländern
III [9]	Die Phase III wiederholt die Prävalenzstudien aus Phase I nach mindestens fünf Jahren, um weltweit die zeitlichen Veränderungen der Prävalenz und Schwere von Asthma und Allergien bei Kindern zu quantifizieren.	2002/2003	107 Zentren in 56 Ländern

Tab. 1

tersuchungen und objektive klinische Parameter gestützt werden kann. Im Gegensatz dazu fehlen in der epidemiologischen Forschung, die durch eine große Anzahl von größtenteils gesunden Studienteilnehmern bei gleichzeitig extrem knappen finanziellen Ressourcen gekennzeichnet ist, eine einheitliche Definition und eine klare und einfache diagnostische Möglichkeit zur eindeutigen Bestimmung von Asthma. Erschwert wird diese Situation durch die verschiedenen Phänotypen des Asthma bronchiale, z. B. allergisches oder nicht-allergisches Asthma, mit oder ohne Sputumbildung, mit oder ohne extreme plötzliche Anfälle von Atemwegsobstruktion [6].

Mit diesem Hintergrund wurde die Internationale Studie zu Asthma und Allergien im Kindesalter (ISAAC) ins Leben gerufen. Die Studie gliedert sich in drei Phasen mit unterschiedlicher Zielsetzung (Tab. 1).

Durchgeführt wurde die ISAAC-Studie in Form von Querschnittsstudien, in denen einheitliche, standardisierte Fragebögen und Messmethoden zum Einsatz kamen, um so regional und zeitlich vergleichbare Daten zu erlangen. Zusätzlich

wurden im Rahmen der ISAAC-Phase-II-Studie in Deutschland einzelne Satellitenstudien durchgeführt.

Patienten und Methoden

In der Phase I wurden in den teilnehmenden Zentren 463.801 Kinder im Alter von 13 bis 14 Jahren und 257.800 Kinder im Alter von 6 bis 7 Jahren bzw. deren Eltern befragt. Für die Phase II wurden 30 informative Zentren aus den Phase-I-Studienzentren ausgewählt und dabei 54.439 Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren befragt. Die Phase III der ISAAC-Studie wurde an 304.679 13- bis 14-jährigen und 193.404 6- bis 7-jährigen Kindern mit den Erhebungsbogen der Phase I sowie zusätzlichen Fragen zu Risikofaktoren durchgeführt.

Im Rahmen der Phase II wurde 1995/1996 in den deutschen Studienzentren München und Dresden eine eingebettete Fall-Kontroll-Studie an 2 x 300 Kindern durchgeführt. Im Jahre 2003 nahmen 3.929 Kinder aus diesen Zentren in der SOLAR-Studie (cohort study on occupational allergy risk) an einer Nachuntersuchung teil.

Fragebogen

Symptome und Diagnosen zu Asthma, Rhinokonjunktivitis und Neurodermitis wurden per standardisiertem Fragebogen erhoben. Im Folgenden ist eine Auswahl der wichtigsten Fragen im deutschen Originaltext wiedergegeben:

- *Asthmasymptom „Wheeze“*: „Hattest Du / Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb?“
- *Asthmasymptom-Schweregrad*: „Wie oft bist Du / Wie oft ist Ihr Kind im Durchschnitt in den letzten 12 Monaten wegen pfeifender oder keuchender Atmung aufgewacht?“
- *Asthma*: „Hattest Du / Hatte Ihr Kind irgendwann einmal Asthma?“
- *Heuschnupfensymptom*: „Hattest Du / Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Niesanfälle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl Du / es nicht erkältet warst / war?“

Wenn ja: „Hattest Du / Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit diesen Nasenbeschwerden juckende oder tränende Augen?“

- *Heuschnupfen*: „Hattest Du / Hatte Ihr Kind irgendwann einmal Heuschnupfen?“
- *Neurodermitissymptom*: „Hattest Du / Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen juckenden Hautausschlag, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat?“
- *Neurodermitis*: „Hattest Du / Hatte Ihr Kind irgendwann einmal Neurodermitis (Atopisches Ekzem, Endogenes Ekzem)?“

Objektive Untersuchungen

In der Phase II wurden (teilweise an Substichproben von je 100 Kindern mit und ohne das Asthmasymptom „Wheeze“) auch objektive Messmethoden eingesetzt [8]. Die einzelnen Methoden sind im Folgenden kurz charakterisiert:

- *Haut-Prick-Test*: Extrakte von sechs üblichen Allergenen (*D. pteronyssinus*, *D. farinae*, Katzenhaar, *Alternaria tenuis* sowie gemischte Baum- und Gräserpollen) wurden bei allen Kindern ver-

wendet. Schaben und andere Allergene, die lokal von großer Bedeutung sind, konnten hinzugefügt werden. Eine Quaddelbildung von mindestens 3 mm Durchmesser (nach Abzug der Negativkontrolle) wurde als positive Reaktion gewertet.

– *Immunglobulin E (IgE)*: In Serum-Blutproben wurden das Gesamt- sowie das spezifische IgE gegen eine Reihe üblicher inhalativer Allergene sowie einige Nahrungsmittelallergene bestimmt. Ein Messwert über 0,35 IU/ml wurde als Sensibilisierung gewertet.

- *DNA/Genotypisierung*: Die Blutproben der Kinder wurden hinsichtlich aller bekannten genetischen Polymorphismen, die mit Asthma und Allergien in Zusammenhang gebracht werden, genotypisiert.
- *Lungenfunktion*: Gemessen wurde der Ausgangs-FEV₁-Wert (forced expiratory value after 1 second). Mindestens zwei Spirogramme wurden aufgezeichnet und der höhere von zwei reproduzierbaren Werten als Messwert genommen.
- *Bronchiale Hyperreagibilität*: Das Vorliegen einer Bronchialen Hyperreaktivität (BHR) wurde definiert als ein Abfall von mindestens 15 Prozent des FEV₁-Wertes vom Ausgangswert [10] während einer bronchialen Provokation mit hypertoner (4,5%) Kochsalzlösung in einem mehrstufigen Provokationsprotokoll (mit zunehmenden Inhalationsdauern von 0,5, 1, 2, 4 und 8 Minuten).
- *Untersuchung auf Dermatitis*: Anhand eines detaillierten Fotoprotokolls wurden definierte Regionen auf das Bestehen einer Dermatitis hin untersucht.
- *Staubanalysen*: Staubproben wurden von der kindlichen Matratze und vom Wohnzimmerboden gesammelt und die Endotoxin-Konzentration sowie die Konzentration der Allergene *D. pteronyssinus*, *D. farinae*, Hund und Katze bestimmt.

Ergebnisse der ISAAC-Phase-I-Studien				
6- bis 7-jährige Kinder	Spannweite der Prävalenz		Deutsche Zentren	
	Niedrigste Werte	Höchste Werte	Greifswald	Münster
Asthasymptom „Wheeze“ in den letzten 12 Monaten	4,1% Indonesien	32,1% Costa Rica	7,2%	9,6%
Asthma	1,4% Estland	27,1% Australien	2,9%	4,1%
Schlafstörungen durch „Wheeze“	0,3% Hongkong	5,8% Brasilien	1,2%	2,1%
Symptome von Rhinokonjunktivitis in den letzten 12 Monaten	1,5% in einem indischen Zentrum	41,8% in einem argentin. Zentrum	10,4%	12,5%
Heuschnupfen	0,0% Indonesien	28,8% Brasilien	2,9%	6,0%
Symptome des atopischen Ekzems in den letzten 12 Monaten	1,1% Iran	18,4% Schweden	6,7%	6,8%
Neurodermitis	1,3% Singapur	57,2% Japan	9,7%	13,7%
13- bis 14-jährige Kinder	Niedrigste Werte	Höchste Werte	Greifswald	Münster
Asthasymptom „Wheeze“ in den letzten 12 Monaten	2,1% Indonesien	32,2% Großbritannien	13,3%	14,1%
Asthma	1,6% Indonesien	28,2% Australien	4,2%	7,0%
Schlafstörungen durch „Wheeze“	0,1% Russland	5,7% Kuwait	1,1%	1,3%
Symptome von Rhinokonjunktivitis in den letzten 12 Monaten	3,2% in einem äthiopischen Zentrum	66,6% Paraguay	29,3%	28,7%
Heuschnupfen	0,0% Indonesien	54,4% in einem australischen Zentrum	11,7%	21,7%
Symptome des atopischen Ekzems in den letzten 12 Monaten	0,8% Albanien	17,7% Nigeria	6,6%	7,1%
Neurodermitis	1,3% Albanien	48,0% Schweden	5,8%	10,0%

Tab. 2

Ergebnisse

ISAAC Phase I

Eine Auswahl der wichtigsten Ergebnisse der ISAAC-Phase-I-Studien ist in Tab. 2 wiedergegeben. Für Asthma/-symptome, Rhinokonjunktivitis/-symptome und Neurodermitis/-symptome zeigten sich große Unterschiede zwischen den teilnehmenden Zentren und Ländern – in beiden befragten Altersgruppen.

Asthma [11]: Die Prävalenz des Asthasymptoms „Wheeze“ variierte von 2,1 bis 32,2 Prozent mit besonders hohen Raten in englischsprachigen Ländern und Lateinamerika. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern waren größer als zwischen verschiedenen

Ergebnisse der ISAAC-Phase-II-Studien bei 8- bis 12-jährigen Kindern

6- bis 7-jährige Kinder	Spannweite der Prävalenz		Deutsche Zentren	
	Niedrigste Werte	Höchste Werte	Dresden	München
„Wheeze“ in den letzten 12 Monaten	0,8% Ecuador	25,6% Brasilien	7,9%	8,3%
Positiver Haut-Prick-Test	1,7% Ghana	45,3% Hongkong	25,7%	22,3%
Erhöhte IgE-Werte	16,7% Estland	48,5% in einem spanischen Zentrum	37,0%	37,4%
Atopisches* „Wheeze“	0,2% Ecuador	13,4% Neuseeland	4,5%	4,3%
Nicht-atopisches „Wheeze“	0,4% in einem chinesischen Zentrum	20,9% Brasilien	3,2%	4,1%
Bronchiale Hyperreagibilität	2,1% Albanien	47,8% Indien	10,5%	17,9%

Tab. 3

*positiver Haut-Prick-Test

Zentren eines Landes. Die Prävalenz von „Wheeze“ der 6- bis 7-Jährigen und der 13- bis 14-Jährigen waren stark miteinander korreliert ($r=0,71$, $p<0,0001$).

Rhinokonjunktivitis [12]: Bei einer ebenfalls sehr großen Spannbreite der Prävalenz waren insgesamt höhere Raten von Rhinokonjunktivitisssymptomen in den letzten zwölf Monaten bei 13- bis 14-Jährigen zu beobachten.

Neurodermitis [13]: Höhere Prävalenzen wurden in Australasien und Nord-europa, niedrigere Raten in Ost- und Zentraleuropa sowie in Asien berichtet.

ISAAC Phase II

Die Häufigkeiten von „Wheeze“, positivem Haut-Prick-Test und erhöhten IgE-Werten variierten sehr stark zwischen den einzelnen Zentren (s. Tab. 3) [14]. Der Anteil der „Wheeze“-Prävalenz, der auf eine atopische Sensibilisierung zurückzuführen ist, variierte extrem von 0 Prozent in der Türkei bis zu 93,8 Prozent in einem chinesischen Zentrum (Dresden: 54,2%, München: 39,4%). Deutliche Unterschiede waren dabei zwischen wohlhabenden (lt. Definition der Weltbank: Bruttonationalprodukt ≥ 9200 \$ pro Kopf pro Jahr) und nicht wohlhabenden Län-

dern zu beobachten (40,7 vs. 20,3%). Auf Länderebene war die Prävalenz von atopischem „Wheeze“ stark mit dem Bruttonationalprodukt korreliert ($\rho=0,6$, $p<0,01$).

Noch stärker war die Korrelation des Anteils an „Wheeze“, der innerhalb der Population auf eine atopische Sensibilisierung zurückzuführen ist, mit dem Bruttonationalprodukt ($\rho=0,74$, $p<0,001$).

Die Häufigkeit von bronchialer Hyperreagibilität (BHR) variierte ebenfalls sehr stark zwischen den Zentren (s. Tab. 3) und hohe Raten waren nicht nur auf wohlhabende Länder beschränkt (Indien, Ghana) [15]. Auf Länderebene bestand nur in den wohlhabenden Ländern eine moderate Korrelation zwischen BHR und „Wheeze“ ($\rho=0,47$, $p=0,08$), während durchaus eine nennenswerte positive Assoziation auf Individualebene zu beobachten war (Odds ratio für wohlhabende Länder: OR=3,6, für nicht wohlhabende Länder: OR=2,9).

In ersten Analysen zu Risiko- und protektiven Faktoren zeigte sich, dass Stillen der Kinder insgesamt mit einer reduzierten Prävalenz vom Asthmasymptomen sowohl in wohlhabenden (OR=0,91; 95% KI: 0,82–0,99) als auch in ärmeren Ländern (OR=0,81; 95% KI: 0,70–0,95) assoziiert war [16]. Ein protektiver Zusammenhang war beson-

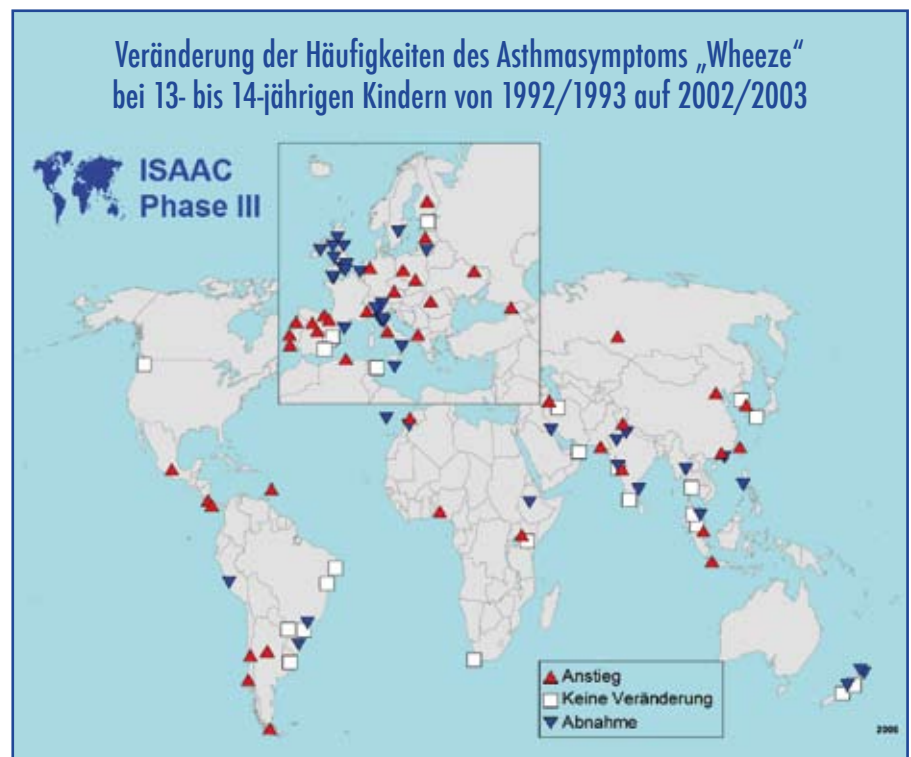


Abb. 1

Ergebnisse der ISAAC-Phase-III-Studien									
	„Wheeze“			Rhinokonjunktivitis			Neurodermitis		
	Anzahl Zentren mit ...			Anzahl Zentren mit ...			Anzahl Zentren mit ...		
	↑	↓	↔	↑	↓	↔	↑	↓	↔
6- bis 7-jährige Kinder	25	14	27	44	9	13	44	8	12
13- bis 14-jährige Kinder	42	40	24	48	26	32	47	32	26
Veränderung in Münster (Anstieg der Prävalenz in Prozentpunkten pro Jahr):									
6- bis 7-jährige Kinder	+0,65			+0,30			+0,23		
13- bis 14-jährige Kinder	+0,68			+0,12			+0,12		

Tab. 4 ↑: Zunahme der Prävalenz, ↓: Abnahme der Prävalenz, ↔: Nur leichte Veränderung der Prävalenz

ders stark für nicht-atopisches Asthma in den ärmeren Ländern vorhanden (OR=0,69; 95 % KI: 0,53–0,89). Weiterhin zeigte sich eine leichte Risikoerhöhung für „Wheeze“, sofern mit offenem Feuer gekocht wurde – allerdings nur in nicht wohlhabenden Ländern, in denen diese Art der Innenraumluftverschmutzung noch häufiger vorliegt (OR=1,25; 95% KI: 0,81–1,92) [17]. Eine Subgruppenanalyse von atopischen Kindern in diesen Zentren zeigte eine signifikante Risikoerhöhung für „Wheeze“ (OR=1,93; 95% KI: 1,50–2,48).

ISAAC Phase III

Die Veränderung in den Prävalenzen von Asthmasymptomen sind in Abb. 1 dargestellt [9]. Insgesamt lässt sich beobachten, dass es in beiden Altersgruppen für Symptome von Asthma, Rhinokonjunktivitis und Neurodermitis häufiger zu einem Anstieg der Häufigkeiten als zu einer Abnahme gekommen ist (s. Tab. 4). Am häufigsten fand eine Prävalenz-Zunahme für Rhinokonjunktivitis statt. Im deutschen Studienzentrum Münster konnte eine Zunahme für alle drei Krankheitsbilder in beiden Altersgruppen festgestellt werden.

ISAAC-II-Kohortenstudie – SOLAR

Bei der zehn Jahre späteren Nachuntersuchung der deutschen Phase-

II-Kinder im Alter von 16 bis 18 Jahren lag der Anteil der inzidenten Fälle mit Asthmasymptomen bei 13 Prozent, mit Rhinokonjunktivitis bei 27 Prozent und mit Neurodermitis bei sechs Prozent [18]. Die Zehn-Jahres-Prognose von Asthma und Allergien bei den damals 9- bis 11-Jährigen ist in Abb. 2 dargestellt.

Dass Rauchen für die Entwicklung von Asthma einen relevanten Risikofaktor darstellt, ist bekannt. In der SOLAR-Studie konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass aber gerade bei nicht-atopischen Jugendlichen das Risiko, „Wheeze ohne eine gleichzeitige Erkältung“ neu zu entwickeln, größer ist als bei atopischen Jugendlichen [19] (siehe dazu Abb. 3). Die

Ergebnisse zeigen außerdem erstmals, dass die Inzidenz von „Wheeze“ zunimmt bei abnehmenden α1-Antitrypsin-Spiegeln bei Jugendlichen, die bei der Ausgangsuntersuchung atopisch waren und das Rauchen begonnen hatten.

Diskussion

Durchführung und Ergebnisse der ISAAC-Studien haben gezeigt, dass ein solches Rahmenprogramm das Potenzial hat, die Belastungen und Ursachen von Asthma, Rhinokonjunktivitis und Ekzemen auf globaler Ebene zu untersuchen. Einzigartig ist die große Fallzahl an Ländern, Zentren und untersuchten Kindern weltweit. Durch den Einsatz von standardisierten Erhebungsinstrumenten sind regionale und internationale Vergleiche sowie – durch die Wiederholung der Querschnittstudien zehn Jahre später – auch zeitliche Trendanalysen möglich. Das breite Spektrum an objektiven Messmethoden sowie ein in Phase II eingesetzter ausführlicher Fragebogen zu Risikofaktoren bieten die Datengrundlage für eine Vielzahl von Fragestellungen zur Ätiologie von Asthma und allergischen Erkrankungen. Die deutsche Kohortenstudie gibt darüber hinaus Auskunft über die Prognose und Inzidenz der atopischen Krankheitsbilder.

Alle drei Krankheitsbilder – sowohl deren Symptome als auch die Erkrankung selbst – zeigten in den Phase-I-Studien

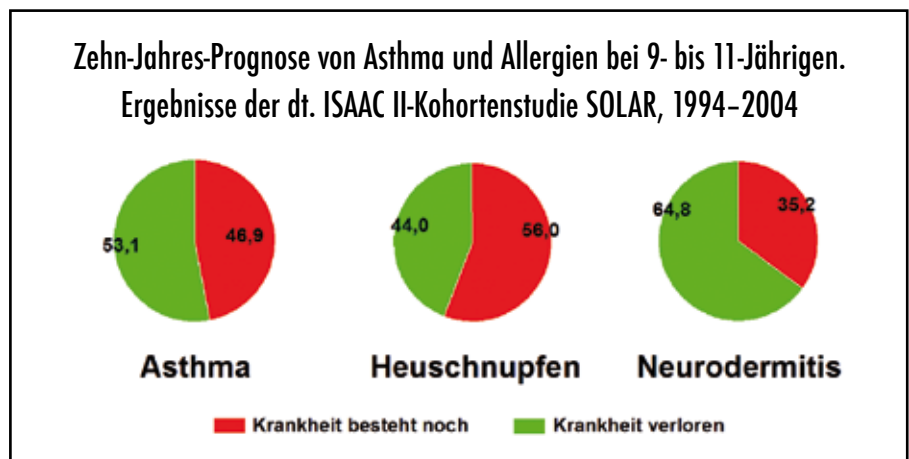


Abb. 2

Neuerkrankungsrate für das Asthmasymptom „Wheeze“ ohne gleichzeitige Erkältung in Relation zu Rauchen für atopische und nicht-atopische Jugendliche

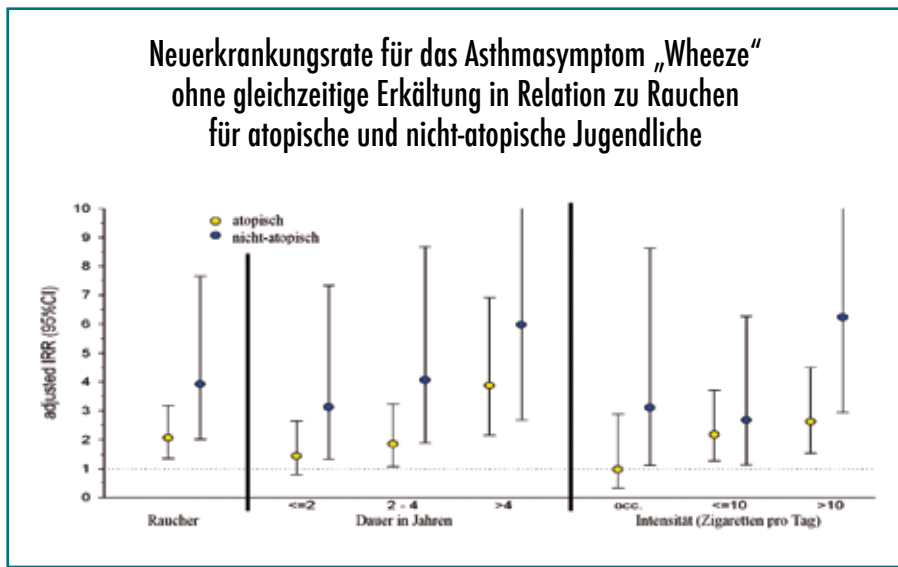


Abb. 3

weltweit eine extrem große Variabilität mit mehr als 20-fachen Unterschieden. Diese Unterschiede zeigten sich nicht nur im Vergleich verschiedener Länder auf verschiedenen Kontinenten, sondern auch bei benachbarten Ländern bzw. zwischen verschiedenen Zentren des gleichen Landes mit gleichen oder ähnlichen ethnischen Gruppen. Dadurch wird die Bedeutung der Umweltfaktoren und der Gen-(Gen-)Umweltinteraktionen verstärkt herausgehoben.

Aus den Ergebnissen der Phase II lässt sich u. a. schließen, dass die Anteile der Prävalenz von „Wheeze“, die auf eine atopische Sensibilisierung zurückzuführen sind, sowie die Stärke der Assoziation zwischen „Wheeze“ und einer atopischen Sensibilisierung mit dem steigenden ökonomischen Wohlstand einer Gesellschaft zunehmen.

Der Anstieg der Symptom-Prävalenzen in vielen Ländern gilt als Besorgnis erregend. So zeigten in der Phase

III die meisten Zentren eine Veränderung der Krankheitsprävalenzen von einem oder mehr Standardfehlern für mindestens eine der Erkrankungen. Eine Zunahme konnte doppelt so häufig wie eine Abnahme beobachtet werden, wobei die Zunahme der Raten häufiger bei den 6- bis 7-jährigen Kindern als bei den 13- bis 14-jährigen auftrat. Eine Ausnahme stellt dar, dass bei der Prävalenz von „Wheeze“ bei 13- bis 14-Jährigen in mehr Zentren eine Abnahme beobachtet werden konnte.

Gerade aus den Daten der Phase II zu den objektiven Parametern und zu den Risikofaktoren sowie aus der deutschen Kohortenstudie dürfen in nächster Zeit noch spannende Ergebnisse erwartet werden.

Widmung

Unser besonderes Gedenken gilt Prof. Dr. Stephan K. Weiland†, dem Initiator und Koordinator der ISAAC-Phase II-Studie.

Korrespondenzadresse:

Gisela Büchele MPH
 Universität Ulm
 Institut für Epidemiologie
 Helmholtzstr. 22, 89081 Ulm
 E-Mail: gisela.buechele@uni-ulm.de

Literatur

[1] Berdel D, Forster J, Gappa M, Kiosz D, Leupold W, Pfeiffer-Kascha D, Rietschel E, Schuster A, Sitter H, Spindler T, Wahlen W: Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter – S2-Leitlinie der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA), der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter (AGAS) und der Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation. *Pädiatrische Allergologie* 2/06: 6–19

[2] Duhme H, Weiland SK, Keil U: *Toxicology Letters* 1998; 102: 307–16

[3] Burr M et al: Changes in Asthma prevalence: two surveys 15 years apart. *Arch Dis Child* 1989; 64: 1452–6

[4] Eder W, Ege MJ, von Mutius E: The asthma epidemic. *N Engl J Med* 2006; 23; 355 (21): 2226–35

[5] Zöllner IK, Weiland SK, Piechotowski I, Gabrio T, von Mutius E, Link B, Pfaff G, Kourou B, Wuthe J: No increase in the prevalence of asthma, allergies, and atopic sensitisation among children in Germany: 1992–2001. *Thorax* 2005 Jul; 60 (7): 545–8

[6] Menz G, Buhl R, Gillissen A, Kardos P, Matthys H, Pfister R, Russi EW, Simon HU, Vogelmeier C, Wettengel

R, Worth H, Rabe KF: Schwieriges Asthma: Klinische Phänotypen und Prinzipien der Therapie. *Pneumologie* 2002; 56: 132–7

[7] Asher MI, Keil U, Anderson HR, Beasley R, Crane J, Martinez F, Mitchell EA, Pearce N, Sibbald B, Stewart AW, et al.: International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods. *Eur Respir J* 1995; 8 (3): 483–91

[8] Weiland SK, Björkstén B, Brunekreef B, Cookson WO, von Mutius E, Strachan DP: Phase II of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC II): rationale and methods. *Eur Respir J* 2004 Sep; 24 (3): 406–12

[9] Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, Williams H: ISAAC Phase Three Study Group: Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* 2006; 26; 368 (9537): 733–43

[10] Büchele G, Rzehak P, Weinmayr G, Keil U, Leupold W, von Mutius E, Weiland SK: Assessing bronchial responsiveness to hypertonic saline using the stepwise pro-

ocol of Phase Two of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC II). *Pediatr Pulmonol* 2007; 42 (2): 131–40

[11] The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee: Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J* 1998; 12 (2): 315–35

[12] Strachan D, Sibbald B, Weiland S, Ait-Khaled N, Anabwani G, Anderson HR, Asher MI, Beasley R, Björkstén B, Burr M, Clayton T, Crane J, Ellwood P, Keil U, Lai C, Mallol J, Martinez F, Mitchell E, Montefort S, Pearce N, Robertson C, Shah J, Stewart A, von Mutius E, Williams H: Worldwide variations in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Pediatr Allergy Immunol* 1997; 8 (4): 161–76

[13] Williams H, Robertson C, Stewart A, Ait-Khaled N, Anabwani G, Anderson R, Asher I, Beasley R, Björkstén B, Burr M, Clayton T, Crane J, Ellwood P, Keil U, Lai C, Mallol J, Martinez F, Mitchell E, Montefort S, Pearce N, Shah J, Sibbald B, Strachan D, von Mutius E, Weiland SK: Worldwide variations in the prevalence of symptoms

of atopic eczema in the International Study of Asthma and Allergies in Childhood. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103: 125–38

[14] Weinmayr G, Weiland SK, Björkstén B, Brunekreef B, Büchele G, Cookson WO, Garcia-Marcos L, Gotua M, Gratziau C, van Hage M, von Mutius E, Riiikjær MA, Rzehak P, Stein RT, Strachan DP, Tsanakas J, Wickens K, Wong GW: Atopic Sensitisation and the International Variation of Asthma Symptom Prevalence in Children. *Am J Respir Crit Care Med* 2007 Jun 15

[15] Büchele G, Weinmayr G, Nagel G, Björkstén B, Brunekreef B, Cookson WOC, von Mutius E, Strachan DP, Weiland SW and the ISAAC Phase Two Study Group: Worldwide variations in bronchial responsiveness in the

ISAAC Phase Two Study. *Am J Respir Crit Care Med Abstracts Issue* 2006; 173: A158

[16] Nagel G, Weinmayr G, Büchele G, von Mutius E, Weiland SK and the ISAAC Phase Two Study Group: Zusammenhang des Stillverhaltens mit Asthma und Allergien im Kindesalter. Phase Two International Study on Allergies and Asthma in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J* 2006; 28 (Suppl. 50): 836s

[17] Weinmayr G, Büchele G, Nagel G, Björkstén B, Brunekreef B, Cookson WOC, von Mutius E, Strachan DP, Annesi-Maesano I, El Sharif N, Wickens K, Weiland SK: Indoor air pollutants from heating and cooking in relation to asthma symptoms in children: results from Phase II of the International Study of Asthma and Allergy

in Childhood (ISAAC II). *Epidemiology* 2006; 17 (6) Suppl: 231s–232s

[18] Radon K, Dressel H, Hümmer S, Riu E, Nowak D, Weinmayr G, Genuneit J, Weiland SK, Vogelberg C, Leupold W, Windstetter D, Mutius von E, Kupfer J: Berufliche Allergierisiken. Die SOLAR-Kohortenstudie. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH 2005 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht)

[19] Genuneit J, Weinmayr G, Radon K, Dressel H, Windstetter D, Rzehak P, Vogelberg C, Leupold W, Nowak D, von Mutius E, Weiland SK: Smoking and the incidence of asthma during adolescence: results of a large cohort study in Germany. *Thorax*. 2006 Jul; 61 (7): 572–8

Aktuelle Fragen an den Allergologen

Kopfschmerzen nach SIT?

Herr S. aus L. fragt:

Eine 16-jährige Patientin klagt im Zusammenhang mit einer Hyposensibilisierungstherapie gegen Gräserpollen über Kopfschmerzen. Ist hier tatsächlich ein Zusammenhang mit der SIT anzunehmen?



Prof. Dr. Radvan Urbanek, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitäts-Klinikum Freiburg:

Kopfschmerzen werden zwar als Nebenwirkung der Hyposensibilisierungstherapie angegeben, von Kindern und Jugendlichen werden sie aber kaum berichtet. Pathogenetisch spekuliert man, dass mit der spezifischen Immuntherapie eine Vermehrung von zirkulierenden Immunkomplexen entsteht, wodurch vaskuläre Schmerzen Stunden bis zwei Tage später auftreten können.

Um die Immunogenität der Hyposensibilisierung zu verstärken, werden allergene Extrakte an Aluminiumhydroxid gekoppelt. Theeten und Mitarbeiter haben berichtet, dass mit hohem Aluminiumgehalt nicht nur eine verstärkte Häufigkeit von lokalen Reaktionen, sondern auch vermehrtes Vorkommen von Müdigkeit und Kopfschmerz assoziiert ist [4]. Eine ähnliche Beobachtung haben Astarita und Mitarbeiter gemacht, wenn sie eine Hyposensibilisierungsbehandlung mit enzymatisch potenzierten Lösungen durchgeführt haben. Die stärkere Wirksamkeit der spezifischen Immuntherapie wurde bei zwei von 20 Behandelten mit längeren Kopfschmerzen erkaufte [1].

Eine prospektiv durchgeführte Hyposensibilisierung mit Insektengiften hatte bei sieben von 97 Patienten Kopfschmerzen zur Folge. Vor allem die Steigerung während der Rush-Hyposensibilisierung war mit dieser Nebenwirkung verbunden [2]. Aus diesen Ausführungen kann geschlossen werden, dass Kopfschmerzen als eine Nebenwirkung bei der Hyposensibilisierungstherapie vorkommen können. Ihre Frequenz ist vielleicht in der Pädiatrie unterschätzt, weil die Kinder und Jugendlichen spontan weniger darüber berichten und nur selten gezielt danach gefragt wird.

Andererseits wurde von Mortimer und Mitarbeitern berichtet, dass Kopfschmerzen und Migräne bei Kindern mit Atopie bzw. mit atopischen Erkrankungen häufiger vorkommen. Vor allem bei Kindern mit einer Rhinitis wurden Kopfschmerzen öfter berichtet [3].

Vor der Beendigung einer Hyposensibilisierungstherapie würden wir empfehlen, mit einem Beschwerdetagebuch

den Zusammenhang zwischen SIT und Kopfschmerzen möglichst genau zu erfassen und ggf. symptomatische Maßnahmen (Schmerzmittel) gegen die Kopfschmerzen zu ergreifen.

Prof. Dr. med. Radvan Urbanek
Universitätsklinikum Freiburg
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Mathildenstraße 1, 79104 Freiburg
E-Mail: radvan.urbanek@uniklinik-freiburg.de

Literatur

- [1] Astarita C et al.: Enzyme-potentiated desensitization in children with asthma and mite allergy. *J Invest Allergol Clin Immunol* 1996; 6: 248–55
- [2] Laurent J et al.: Safety of Hymenoptera venom rush immunotherapy. *Allergy* 1997; 52: 94–6
- [3] Mortimer MJ et al.: The prevalence of headache and migraine in atopic children. *Headache* 1993; 33: 427–31
- [4] Theeten H et al.: Effects of lowering aluminium content of a dTpa vaccine and its immunogenicity and reactogenicity when given as a booster to adolescents. *Vaccine* 2005; 23: 1515–21.

die Rubrik „Fragen an den Experten“ lebt von Ihren Zuschriften und Diskussionsbeiträgen. Daher freuen wir uns über alle Zuschriften, die uns erreichen, wenn Sie Fragen aus der allergologischen Praxis haben. Ihre Anfragen richten Sie bitte an:
PD Dr. Matthias Kopp,
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin,
Mathildenstr. 1, 79106 Freiburg, E-Mail:
matthias.kopp@uniklinik-freiburg.de

Anti-IgE als Therapie des akuten Asthmaanfalls?

Herr M. aus S. fragt:

Eine 15-jährige Patientin wurde mit einem schweren Asthma-Anfall in die Klinik eingewiesen. Ist es sinnvoll, die Patientin in dieser Situation mit Omalizumab (Anti-IgE) zu behandeln?



PD Dr. Matthias Kopp, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitäts-Klinikum Freiburg:

Omalizumab ist der erste monoklonale

Anti-IgE-Antikörper, der in der Therapie des schweren Asthma bronchiale zugelassen ist. Die Wirkungsweise dieses Medikaments ist dadurch charakterisiert, dass Omalizumab zirkulierende IgE-Moleküle „abfängt“ und so die Interaktion von IgE mit dem IgE-Rezeptor auf den Effektorzellen verhindert. Die Absenkung von zirkulierenden IgE-Molekülen bewirkt dabei gleichzeitig eine Herabregulation von IgE-Rezeptoren auf Basophilen und Mastzellen.

Omalizumab hat sich in der Therapie des schweren Asthma bronchiale als sehr wirksam erwiesen. Die subkutane Applikation von Omalizumab führt u. a. zu einer Senkung des Bedarfs an inha-

lierten Steroiden und zu einem signifikanten Rückgang der Anzahl der Asthmaexazerbationen.

Für den Einsatz von Omalizumab im akuten Asthmaanfall gibt es jedoch keine Indikation. Der Abfall der frei zirkulierenden IgE-Moleküle erfolgt zwar auch nach s.c. Injektion rasch. Der zweite wichtige Wirkmechanismus, der Rückgang der IgE-Rezeptoren auf den Effektorzellen, dauert jedoch bis zu einigen Wochen. Nach s.c. Gabe von Omalizumab wird daher auch empfohlen, das klinische Therapieansprechen nach 16 Wochen zu überprüfen. Omalizumab ist daher in der Dauertherapie des schweren Asthma bronchiale indiziert und zwar bei Patienten ab zwölf Jahren mit einer allergischen Sensibilisierung gegen ein perenniales Allergen, einer IgE-Konzentration von 30–700 kU/l und häufigen Asthmaexazerbationen trotz leitliniengerechter Therapie. Im akuten Asthmaanfall stellt Anti-IgE jedoch keine Therapieoption dar.

Literatur

- [1] Humbert M, Beasley R, Ayres J, Slavin R, Hebert J, Bousquet J, Beeh KM, Ramos S, Canonica GW, Hedgercock S, Fox H, Blogg M, Surrey K: Benefits of omalizumab as add-on therapy in patients with severe persistent asthma who are inadequately controlled despite best available therapy (GINA 2002 step 4 treatment): INNOVATE. *Allergy* 2005; 60: 309–16
- [2] Milgrom H, Berger W, Nayak A, Gupta N, Pollard S, McAlary M, Taylor AF, Rohane P: Treatment of childhood asthma with anti-immunoglobulin E antibody (omalizumab). *Pediatrics*. 2001; 108: E36
- [3] MacGlashan DW Jr, Bochner BS, Adelman DC, Jardieu PM, Togias A, McKenzie-White J, Sterbinsky SA, Hamilton RG, Lichtenstein LM: Down-regulation of FcεRI expression on human basophils during in vivo treatment of atopic patients with anti-IgE antibody. *J Immunol* 1997; 158: 1438–45
- [4] Matz J, Townley R, Buhl R, O'Brien J, Fox H, Thirlwell J, Gupta N, Della Cioppa G: The anti-IgE antibody omalizumab reduces exacerbations and steroid requirement in allergic asthmatics. *Eur Respir J* 2001; 18: 254–61

PD Dr. med. Matthias Kopp
Leiter der Arbeitsgruppe Allergologie,
Pneumologie & Cystische Fibrose
Universitätsklinikum Freiburg
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Mathildenstraße 1, 79104 Freiburg
E-Mail: matthias.kopp@uniklinik-freiburg.de

Ösophago-Gastroskopie bei pulmonalen Krankheitsbildern

Holger Köster, Jürgen Seidenberg, Klinikum Oldenburg

Einführung

Bronchopulmonale Probleme können durch einen gastroösophagealen Reflux verursacht oder verstärkt werden, auch andere gastrointestinale Erkrankungen können in Assoziation mit bronchopulmonalen Problemen auftreten. Bei der Abklärung rezidivierender oder persistierender Atemwegsprobleme mit einer Bronchoskopie bietet sich daher häufig an, in gleicher Narkose bzw. Sedierung eine Spiegelung des oberen Gastrointestinaltraktes (Ösophago-Gastroskopie) durchzuführen.

Indikationen

Bei den folgenden Krankheitsbildern bzw. Symptomen wird in unserer Abteilung die Indikation zur begleitenden Ösophago-Gastroskopie im Rahmen einer notwendigen Bronchoskopie gestellt:

- ◆ therapieresistentes Asthma
- ◆ rezidivierende Pneumonien
- ◆ chronischer Husten
- ◆ rezidivierender Krupp
- ◆ Hinweis für Aspirationsereignisse
- ◆ schwere Cerebralparese
- ◆ Zustand nach Ösophagusatresie

Auswertung

Retrospektiv wurden alle an der Oldenburger Kinderklinik von Anfang 2004 bis Ende 2006 durchgeführten Bronchoskopien und begleitenden Ösophago-Gastroskopien anhand vorhandener Protokolle ausgewertet.

Ergebnisse

Bei 277 von 512 dokumentierten Bronchoskopien wurde gleichzeitig eine Ösophago-Gastroskopie durchgeführt. 127 Untersuchungen (46%) zeigten einen oder mehrere pathologische Befunde (s. Tab.). Als häufigste Auffälligkeiten fanden sich dabei

- ◆ bei 47 Patienten (17%) eine Cardiainsuffizienz und/oder Hiatushernie
- ◆ bei 32 (12%) eine Refluxösophagitis
- ◆ bei 18 (6%) eine Gastritis (davon viermal durch Helicobacter mit positivem Ureasetest)

Durchgeführte Untersuchungen und erhobene Befunde			
	2004 – 2006	% der Begleit-Gastroskopien	% der patholog. Befunde
Bronchoskopien	512	–	–
Gastroskopien insgesamt	346	–	–
Begleit-Ösophagogastroskopien	277	100	–
Normalbefund	150	54,2	–
Auffällige Befunde Patienten	127	45,8	–
Auffällige Befunde gesamt (mehrere Nennungen/Fall möglich)	173	–	100
Cardiainsuffizienz/Hiatushernie	47	17,0	27,2
Refluxösophagitis	32	11,6	18,5
Soorösophagitis	20	7,2	11,6
Gastritis (erosiv/HP)	14 / 4	5,1 / 1,4	8,1 / 2,3
Gefäßanomalien	8	2,9	4,6
Zst. n. Fundoplicatio	7	2,5	4,0
Begleitende Zöliakiediagnostik	5	1,8	2,9
Sonstiges	32	11,6	18,5

Tab. 1





Abb. 2: Refluxösophagitis bei Hiatushernie mit wiederholten pulmonalen Aspirationen

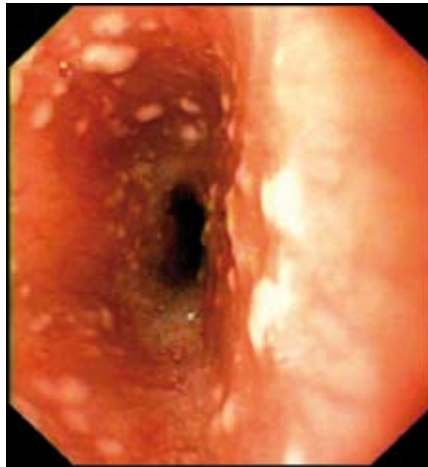


Abb. 3: Soor-Ösophagitis bei inhalativer Steroidtherapie (Feuchtinhalation)



Abb. 4: Dorsal den Ösophagus einengendes Gefäß (A. lusoria) bei Aspirationsneigung

- ◆ bei 20 (7%) eine Soorösophagitis als Folge einer inhalativen Steroidtherapie
- ◆ bei 8 (3%) eine ösophageale Gefäßkompression.

Unter dem Punkt „Sonstiges“ wurden so interessante Diagnosen subsumiert wie Spastik des oberen Ösophagussphincters mit Aspiration, eosinophile Ösophagitis, narbige Ösophagusstenose, Achalasie, galliger Reflux, paraösophageale Hernie und Lageanomalie des Magens nach Gastroschisis.

Es konnten drei Risikogruppen mit einem besonders hohen Anteil pathologischer Befunde, v.a. in Hinsicht auf einen erhöhten gastroösophagealen

Reflux und dessen Folgeerkrankungen, identifiziert werden:

1. Infantile Cerebralparese mit Mehrfachbehinderung bzw. Tetraspastik
2. Operierte Ösophagusatresie und
3. Mukoviszidose.

Die Lage der im Rahmen einer Refluxabklärung (im Anschluss an die Endoskopie) gelegten pH-Metrie-Sonden wird bei uns in der Regel gleich endoskopisch kontrolliert, so dass auf eine Röntgendiagnostik verzichtet werden kann. In einem Teil der Fälle konnte die Endoskopie auch für weitere Frage- bzw. Aufgabenstellungen genutzt werden wie zur Neuanlage einer PEG bzw. zum PEG-Wechsel oder zur begleitenden Zö-

liakiediagnostik. Aus den Befunden ergaben sich u. a. folgende therapeutische Konsequenzen:

- ◆ Beginn der Behandlung mit Omeprazol bei Cardiainsuffizienz und/oder Refluxösophagitis
- ◆ Triple-Therapie bei Helicobacter-Infektion
- ◆ Behandlung mit Nystatinsuspension bei Ösophagussoor
- ◆ Fundoplicatio bei Hiatushernie und/oder therapieresistentem Reflux mit Ösophagitis
- ◆ Operation der Thoraxgefäße bei Gefäßring durch doppelten Aortenbogen.



Abb. 5: Hiatusgleithernie mit rezidivierender Hämatinaspiration bei Tetraspastik



Abb. 6: Paraösophageale Hernie bei beidseitiger Stimmbandparese und Gedeihstörung



Abb. 7: Granuläre Helicobactergastritis. Hier besonders gut erkennbares Pflastersteinrelief durch Blutung nach Biopsie. Nebenbefund bei chronischer Bronchitis.

Der Befund einer Soorösophagitis ohne klinische Symptome veranlasste uns im Einzelfall zur Umstellung der inhalativen Steroidanwendung von Feuchtinhalation auf Pulver oder Dosieraerosol und Spacer sowie zum Präparatewechsel (z.B. Wechsel auf Ciclenosid). Die Empfehlungen zur Soorprophylaxe bei inhalativer Steroidanwendung haben wir mittlerweile dahingehend geändert, dass wir nach der Inhalation Trinken statt Mundspülung empfehlen.

Zusammenfassung

1. Bei persistierenden oder rezidivierenden bronchopulmonalen Problemen trotz adäquater Therapie der Atemwege ist eine endoskopische Abklärung des oberen Gastrointestinaltraktes zu erwägen und liefert häufig erklärende Befunde.
2. Der Anteil an pathologischen Befunden bei der Ösophago-Gastroskopie war hoch. Die Ergebnisse zogen oft wichtige therapeutische Konsequenzen mit positiven Auswirkungen auch hinsichtlich der pulmonalen Situation nach sich.
3. Bei drei Risikogruppen fand sich besonders häufig eine Assoziation von bronchopulmonalen und gastrointestinalen Problemen: Infantile Cerebralparese bzw. Mehrfachbehinderung, operierte Ösophagusatresie und Mukoviszidose.
4. Der überraschend häufige Befund einer klinisch weitgehend symptomlosen Soorösophagitis führte an unserer Klinik zu veränderten Empfehlungen bei der Anwendung inhalativer Steroide.

*Prof. Dr. med. Jürgen Seidenberg
Klinik für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Neonatologie und Intensivmedizin, Zentrum für Kinder und Jugendmedizin, Klinikum Oldenburg
Dr.-Eden-Str. 10, 26131 Oldenburg
E-Mail: seidenberg.juergen@klinikum-oldenburg.de*

20.–22. April 2007: 17. Jahrestagung der APPA in Jena

Jahrestagung der APPA mit Schüleraktionen gegen das Rauchen

Jochen Mainz, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Ein zentrales Thema der diesjährigen APPA-Tagung in Jena waren „Rezidivierende Infektionen der Atemwege“. Die Bedeutung der oberen Atemwege als Infektionsherd und ihre Relevanz für die unteren Atemwege wurde von PD Dr. Andreas Müller, Gera, erläutert. Im Anschluss gab Dr. Stefan Illing aus Stuttgart unter dem Thema „Das infektfähige Kind“ eine strukturierte Übersicht zur immunologischen Diagnostik und der klinischen Bedeutung von Immundefekten. Wiederholte Infektionen der oberen und unteren Atemwege sind

auch ein typisches Symptom der Mukoviszidose. Hier bereitet die Erfassung von Grenzfällen mit initial mildem Verlauf häufig Schwierigkeiten. Dr. Jochen Mainz aus Jena stellte Patienten mit einer atypischen Mukoviszidose vor und andere, die fälschlicherweise eine CF-Diagnose erhielten. Beachtenswert ist, dass die Lungenschädigungen bei einigen CF-Patienten mit vermeintlich milder Erkrankung – auch infolge fehlender Anbindung an CF-Zentren – bis zur Lungentransplantationspflichtigkeit fortschritten.

Asthma: Risiken und Spätfolgen

Ein weiterer Schwerpunkt der Tagung betraf Asthma und Atopie als häufigste chronische Erkrankungen im Kindesalter. Es wurde ein zeitlicher Bogen von Einflüssen in der Pränatalzeit bis zu den Spätfolgen im Erwachsenenalter gespannt. PD Dr. Volker Stephan aus Bochum leitete den Themenkomplex mit einem Vortrag zu pränatalen und frühkindlichen Atopie-Risiken ein. Die Bedeutung des Stillens, frühkindlicher Infekte und Antibiotikabehandlungen für die Atopie-



Die Preisträgerin PD Dr. Andrea Heinzmann mit dem Vorsitzenden der APPA, Dr. Wolfgang Lässig (rechts), und Dr. Herman Libertus vom Sponsor MEDA Pharma GmbH & Co. KG.

Hans-Joachim-Dietzsch-Preis 2007 für PD Dr. Andrea Heinzmann

Die Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie e.V. (APPA) schreibt in loser Folge den „Hans-Joachim-Dietzsch-Preis“ für praxisrelevante wissenschaftliche Projekte aus den Fachgebieten der Pädiatrischen Pneumologie und Pädiatrischen Allergologie aus. Erstmals wurde er im Rahmen der 13. Jahrestagung der APPA im August 2003 in Dresden verliehen. Für die diesjährige Preisverleihung waren wieder erfreulich viele und qualitativ hochwertige Arbeiten eingereicht worden. Die Auszeichnung ging schließlich an PD Dr. Andrea Heinzmann aus Freiburg für ihr Forschungsprojekt „Identifizierung von Kandidatengenen in der Entwicklung einer bronchopulmonalen Dysplasie (BPD)“. Seit kurzer Zeit mehrten sich die Hinweise, dass neben Frühgeburtlichkeit und klinischen Parametern, wie dem Ausmaß der intensivmedizinischen Intervention, auch genetische Faktoren eine Rolle bei der Entwicklung einer bronchopulmonalen Dysplasie spielen. In eigenen Studien hat PD Dr. Heinzmann bereits erste Ergebnisse erzielt, nunmehr soll die Aufmerksamkeit besonders auf Gene der Inflammationsmediatoren und der Lungenentwicklung gelenkt werden. Letztendlich könnte die Identifikation von ursächlichen Genen eine Prävention und möglicherweise auch eine bessere Pharmakotherapie der BPD ermöglichen. Das dankenswerterweise auch in diesem Jahr von der Firma MEDA gestiftete Preisgeld wird der weiteren Arbeit an diesem Projekt zugute kommen. In seiner Laudatio betonte Dr. Wolfgang Lässig, dass die APPA die weiteren Untersuchungen aufmerksam verfolgen wird und die Preisträgerin zu einem späteren Zeitpunkt gern zu einem Bericht über neue Ergebnisse einladen möchte.



Die thüringische Universitätsstadt Jena war Konferenzort der 17. APPA-Jahrestagung.

häufigkeit und Möglichkeiten der Prävention wurden diskutiert. Es folgte ein provokativer psychologischer Blick auf „Die überprotektive Mutter als Risikofaktor des kindlichen Asthmas“. Einen besonderen Stellenwert hatten bei unserer Tagung die Einschätzung des Rauchens als Risikofaktor und die Chancen einer Rauch-Prävention, vorgetragen vom Suchtbeauftragten des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, *Dr. Wolf-Rüdiger Horn aus Gensbach*. Nachdem Dr. Christian Vogelberg aus Dresden aktuelle Studienergebnisse zur Berufswahl von Jugendlichen mit atopischen Erkrankungen diskutierte, besprach *Prof. Dr. Dr. Claus Kroegel, Jena*, als Vertreter der internistischen Pneumologie die Spätfolgen obstruktiver Atemwegserkrankungen im Erwachsenenalter einschließlich der COPD.

Sonderpreis für nichtrauchende Schüler

Der Themenkomplex Atopie, Rauchen und Umweltbelastungen wurde auch im Rahmenprogramm thematisiert. Oberstufen-Schüler der Jenaplanschule Jena hatten zur Tagung Grafiken und Objekte erstellt, die im Foyer präsentiert wurden (s. Abb. S. 38). In der Vorbereitung des Projektes hatten sie sich intensiv mit Fragen der Umwelt, der Biologie der Atemwege und Allergien beschäftigt. Eine andere Klasse der gleichen Schule berichtete von ihrer Beteiligung am internationalen Schüler-Nichtraucher-Wettbewerb „be smart – don't start“. Der Klassenlehrer hatte vor einigen Jahren mit seinen Schülern gewettet, dass innerhalb der

Folgejahre ein relevanter Teil der Klasse rauchen werde. Eine aktuelle anonyme Erhebung der Schüler, deren Ergebnisse als Powerpoint-Präsentation vorgestellt wurden, zeigte, dass zwar einige Schüler inzwischen probiert hatten, die Rate der aktiven Raucher jedoch erheblich unter den europäischen Durchschnittswerten lag. Der Vorstand der APPA entschloss sich, die Klasse mit einem Sonderpreis von 100 Euro zu versehen.

Posterpreis geht nach Dresden

Ein zentrales und sehr aktuelles berufspolitisches Thema für die Pädiatrische Pneumologie und Allergologie stellt die Einführung des DMP Asthma dar, das zunehmend Anwendung findet. *Dr. Martin Tiedgen aus Hamburg*, der selber an der Gestaltung des Programms mitgewirkt und schon im Vorfeld in der Zeitschrift „Pädiatrische Allergologie“ zum Thema berichtet hatte, präsentierte die Eckpunkte und den aktuellen Stand der Umsetzung in den verschiedenen Bundesländern.

Aus den thematisch vielfältigen freien Vorträgen und der Postervorstellung, die im Rahmen der APPA erstmals durch Kurzvorträge im Plenum ergänzt wurde, wählte der APPA-Vorstand den grundlegenden Beitrag zum Einfluss des Kollektormaterials auf den pH-Wert im Atemkondensat von *A. Knötzsch, K. Marx, A. Böhm, U. Range, J. Roesler und C. Vogelberg aus Dresden* als Träger des diesjährigen APPA-Posterpreises.

Den mit 5.000 Euro dotierten und von der Fa. Meda gestifteten Hans-Joachim-

Dietzsch-Preis überreichte der Vorsitzende der APPA, Dr. Wolfgang Lässig (Halle), an PD Dr. Andrea Heinzmann aus Freiburg für ihr Forschungsprojekt „Identifizierung von Kandidatengen in der

Entwicklung einer bronchopulmonalen Dysplasie“

Neben Plenarvorträgen und der Posterausstellung wurden praktische Kurse zur Lungenfunktion und zur Reanimation

– mit Schwerpunkt anaphylaktische Reaktion – angeboten. Den Abschluss der Tagung bildete eine Reihe von klinisch relevanten Grundlagenthemen zu den Themen „Atopische Dermatitis“ (PD Dr. Joachim Fluhr, Jena), „Insektengifthyposensibilisierung“ (PD Dr. Margot Henzgen, Jena) und zur „Differenzialdiagnose des gniemenden Kleinkindes“ von Dr. Wolfgang Kamin aus Mainz.

Die Tagung fand in den zu einem modernen Hörsaalkomplex ausgebauten ehema-

ligen Werkshallen der Firma Carl Zeiss im Zentrum Jena statt und wurde von den über 170 Teilnehmern und der Industrie sehr gut angenommen. Zum Gesellschaftsabend unter musikalischer Begleitung des Weimarer Salonorchesters traf man sich im Turmrestaurant in der Spitze des ehemaligen Universitätsturmes, 128 Meter über der Stadt. Einer APPA-Tradition folgend, wurde für alle Teilnehmer der Tagung eine Grafik erstellt. In diesem Jahr war dies eine Lithographie von André Nawrotzki mit einer Stadtansicht über die Türme und Berge Jena.

Wir danken Herrn Prof. Dr. Lothar Jäger, dem emeritierten Gründer des Lehrstuhls für Immunologie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, für seine Festrede zur Geschichte der Allergologie.

Dr. Jochen Mainz
Leiter des Arbeitsbereiches Pädiatrische Pneumologie und Allergologie / Mukoviszidosezentrum der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Kochstraße 2, 07740 Jena
E-Mail: Jochen.Mainz@med.uni-jena.de



Zwei Grafiken des Kunstprojekts der Jenaplanschule Jena zu den Themen Umwelt, Allergie und Rauchen für die APPA-Tagung 2007: Links „cool – geteert“ von Sebastian Finke, rechts „Pollenfolgen“ von Susanne Heimrich.

Nützliches im WorldWideWeb

Stefan Müller-Bergfort, Hürth

Unter der zunächst ungewöhnlich „cool“ anmutenden Internetadresse www.my-air.tv meldet sich der vom CJD Asthmazentrum Berchtesgaden gemeinsam mit der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter gestaltete Webaufttritt für Kinder und Jugendliche mit Asthma. Vor allem für Patienten, die bereits eine Asthmaschulung mitgemacht haben, werden hier zielgruppengerecht,

spielerisch und locker die Schulungsinhalte wiederholt und darüber hinaus weitere Informationen bereitgestellt. Das Programm wurde von GlaxoSmith-Kline und der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) gefördert, die Kosten der Teilnahme werden von der DAK und einigen anderen Krankenkassen übernommen. Zur Anmeldung faxt der betreuende Arzt einen Überweisungs-

schein an my-air.tv. Trägt die Kasse des Patienten die Kosten, erhält der Arzt 15 Euro.

Eine für Medizinstudenten und kinderchirurgisch interessierte Nicht-Pädiater, aber auch Eltern sehenswerte Website bietet die Kinderchirurgie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (www.klinik.uni-mainz.de/Kinderchir/). Hier

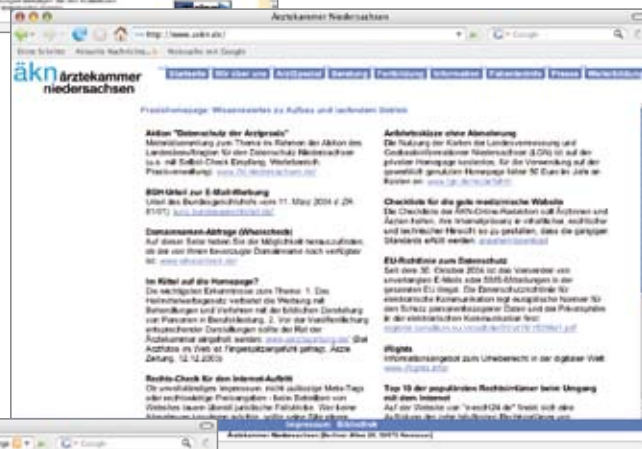
können audio-visuelle Vorlesungen von Prof. Schier zu insgesamt 19 Themen, von Appendektomie über Kryptorchismus und Pylorushypertrophie bis zur Zwerchfellhernie, abgerufen werden. Die durchweg in sehr ruhiger, ansprechender und auch laien-verständlicher Form vorgebrachten Referate werden durch anschauliche Grafiken ergänzt. Zur Ansicht ist die Installation des (kostenlosen) RealPlayers erforderlich.



Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat auf die immer lauter werdende generelle Kritik an Schutzimpfungen – die ja durch das Medium Internet eine immer größere Verbreitung findet – mit einer Sammlung von 20 Einwänden und Antworten reagiert (www.rki.de, Rubrik „Infektionsschutz“, weiter mit „Impfen“, dann „Bedeutung“). Hier finden sich viele der häufig vorgebrachten „Argumente“ gegen Schutzimpfungen („Überlastung des Immunsystems“, „Nicht-Existenz der Erreger“, „Finanzielle Interessen der Pharmaindustrie“ etc.) und die wissenschaftlich fundierten Einwände des RKI. Auch wenn diese gelegentlich so formuliert sind, dass eine unbearbeitete Weitergabe z. B. an Eltern eher ungünstig ist, bilden Sie doch eine schöne Basis für entsprechende Diskussionen.



vertrag (MDStV). Diese umfangreiche Vorschriftensammlung gilt für alle gewerblichen Internetsseiten. Und im Sinne dieses Gesetzes sind auch Arzthomepages „gewerblich“. Das



Neue Regeln für die Praxis-Homepage: Seit dem 1. März 2007 ist das Telemediengesetz (TMG) in Kraft. Es ersetzt gleich drei Vorläufer: das Teledienstegesetz (TDG), das Teledienstedatenschutzgesetz (TDDSG) und den Mediendiensteleistungs-



TMG schreibt auch die Regeln mit Blick auf den Umgang mit personenbezogenen Daten fort: Im Kern muss nun jeder Besucher der Praxis-Homepage über die Verwendung seiner personenbezogenen Daten sofort zu Beginn informiert werden. Um dem Geiste des Gesetzes Genüge zu tun, sollte man auf die Startseite der Homepage gleichrangig mit dem Knopf zum (schon länger vorgeschriebenen) „Impressum“ den Button „Datenschutz“ setzen. Dieser führt dann zu einer Seite mit einer geeigneten Datenschutzerklärung (Beispiel dafür unter www.bfd.bund.de). Viele nützliche Informationen zu rechtlichen Aspekten, aber auch zum sinnvollen Aufbau einer Praxis-Homepage finden sich bei der Ärztekammer Niedersachsen: www.aekn.de (Rubrik „ArztSpezial“, weiter mit „Praxis“, dann „Praxishomepage“).

Dr. med. Stefan Müller-Bergfort
 Facharzt für Kinder- und Jugend-
 medizin/Medizinische Informatik
 50354 Hürth
 E-Mail: stefan@hal612.de

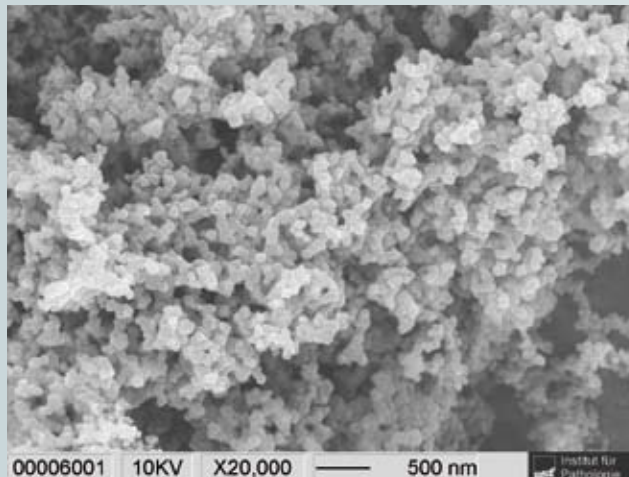
Feinstaub und Allergien im Kindesalter

Joachim Heinrich, GSF-Institut für Epidemiologie, Neuherberg

Einleitung

Die gesundheitlichen Wirkungen des Feinstaubes wurden in den letzten fünf Jahrzehnten intensiv wissenschaftlich untersucht. Verschiedene exzellente Reviews fassen den aktuellen Kenntnisstand zusammen [10, 14, 18, web-links]. Es besteht mittlerweile kein Zweifel daran, dass die Feinstaubexposition die Sterblichkeit und dabei insbesondere die kardiopulmonale Sterblichkeit erhöht, möglicherweise zu Lungenkrebs führt, die Lungenfunktion beeinträchtigt, einen erhöhten Medikamentenbedarf bei Asthmatikern hervorruft und durch verschiedene Atemwegssymptome die Befindlichkeit einschränkt. Neueste Untersuchungen weisen darauf hin, dass kurzzeitige Expositionen mit Luftschadstoffen aus dem Straßenverkehr daran beteiligt sind, Herzinfarkte auszulösen [13]. Ferner ist der Grad der Koronarsklerose bei Langzeit-Expositionen gegenüber verkehrsabhängigen Luftschadstoffen erhöht [9].

Die gesundheitlichen Gefährdungen sind nicht in allen Altersgruppen gleich. Ältere und Personen mit vorgeschädigten Atemwegen, Herzranke und Diabetiker gelten einerseits als Risikogruppen. Andererseits werden Kinder, Säuglinge und neuerdings auch Föten als suszeptibel für die Feinstaubwirkungen angesehen [11, 16, 17]. Während experimentelle Studien zeigen konnten, dass Feinstaub und dabei insbesondere Dieselpartikel allergische Sensibilisierungen auslösen können bzw. eine ad-



Elektronenmikroskopische Aufnahme nicht verbrannten Kohlenstoffs aus einem Dieselfahrzeug.

juvante Rolle spielen, sind die epidemiologischen Befunde bislang nicht konsistent [8]. Diese Übersicht fasst deshalb insbesondere die neuesten Ergebnisse epidemiologischer Studien zu Feinstaub und Allergien zusammen.

Was ist Feinstaub?

Partikuläre Außenluftschadstoffe sind eine Mischung aus festen und flüssigen Partikeln, die das atmosphärische Aerosol bilden. Gase können in den Wassertröpfchen gelöst sein und gehören auch zu diesem Aerosol. Dieses Aerosol variiert in der Partikelmasse, der Partikelanzahlkonzentration, der -größe, der -form, der -oberfläche, der chemischen Zusammensetzung, den physikalischen Eigenschaften, der Löslichkeit und den Quellen. Ungeachtet dieser zahlreichen Eigenschaften des Umweltaerosols wird die größenbezogene Masse als die entscheidende Eigenschaft herausgegriffen, um das partikuläre Außenluftaerosol zu charakterisieren: Als Feinstaub wird

in die öffentliche Diskussion in Deutschland die Feinstaubmasse von Partikeln mit einem aerodynamischen Durchmesser kleiner als 10 μm (PM_{10} -Feinstaub) verstanden. PM_{10} Partikel können eingeatmet werden und werden deshalb auch als inhalierbare Partikel bezeichnet. Feinstaub kann natürliche Quellen haben und anthropogenen Ursprungs (industrielle Emissionen, Straßenverkehr) sein. Der Anteil des PM_{10} -Feinstaubes aus dem Straßenverkehr variiert von Ort zu Ort und wird zwischen 20 und 40 Prozent veranschlagt.

Ist Feinstaub eine besondere gesundheitliche Gefährdung für Kinder?

Feinstaub stellt eine besondere Gefährdung für Kinder dar, weil Kinder im Vergleich zu Erwachsenen höher exponiert sind, eine andere Toxikokinetik haben, die Lungen von Säuglingen und Kleinkindern unreif und demzufolge besonders empfindlich für toxische Substanzen sind und das Immunsystem von Säuglingen und Kleinkindern noch nicht voll entwickelt ist [7].

Feinstaub und Allergien

Bei der Klärung des Zusammenhangs von Feinstaub und Allergien ist die Rolle des Feinstaubes im Hinblick auf die Frage, inwieweit Feinstaubexpositionen adverse gesundheitliche Wirkungen bei einer bereits bestehenden allergischen Erkrankung haben, zu unterscheiden von der Frage, ob Feinstaubexposition

nen allergische Erkrankungen auslösen können. Als allergische Erkrankungen werden hier ausschließlich IgE-vermittelte Allergien betrachtet und dabei insbesondere Asthma und Heuschnupfen sowie spezifische allergische Sensibilisierungen, die durch Haut-Prick-Testung oder den Nachweis von spezifischem Immunglobulin E im Blut ermittelt werden.

Feinstaub bei bestehender Allergie

Verschiedene Panelstudien mit Asthmatikern haben gezeigt, dass die Expositionen mit Feinstaub (und auch mit ultrafeinem Staub) mit den Veränderungen der Lungenfunktion, der Atemwegsbeschwerden und des Medikamentenbedarfs korrelieren [14]. Zahlreiche experimentelle Studien haben darüber hinausgehend den adjuvanten Effekt von Feinstaub (bei diesen Studien wurden meist Dieselpartikel bzw. $PM_{2,5}$ -Feinstaub eingesetzt!) auf die vermehrte IgE-Bildung und eine allergeninduzierte IgE-Antwort nachgewiesen. Eine kürzlich erschienene Arbeit von Allesandrini und Mitarbeitern (2006) hat im Mausmodell zeigen können, dass die Exposition mit ultrafeinen Kohlenstoffpartikeln vor der Allergenbelastung einen starken adjuvanten Effekt auf die Manifestation der allergischen Atemwegsentszündung hat. Sie schlussfolgerten, dass Individuen mit einer allergischen Sensibilisierung empfindlicher gegen ultrafeine Partikel sein könnten.

Feinstaub als Verursacher von Allergien

Zwei Übersichtsartikel zum Thema Feinstaub (aus dem Straßenverkehr) und Allergien fassen die einschlägigen Veröffentlichungen, die etwa bis Ende des Jahres 2004 publiziert wurden, zusammen [8, 18]. Das WHO-Review fasst die Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

„Laboratory studies indicate that transport-related air pollution increase the risk of developing an allergy and can exacerbate symptoms, particularly in susceptible subgroups. The evidence from population studies, however, does not consistently support this notion.“

Tatsächlich ist die Evidenz für eine Verursachung von Allergien durch Feinstaub (insbesondere aus dem Verkehr) bzw. Dieselpartikel durch mehrere sorgfältig durchgeführte experimentelle Studien gut belegt [18]. Dennoch waren die epidemiologischen Ergebnisse, die bis zum Jahre 2004 publiziert wurden, letztendlich nicht schlüssig. Eine neuere Publikation zum Thema $PM_{2,5}$ -Feinstaub und allergische Sensibilisierung, die den umfangreichen Datensatz der europaweit durchgeführten Asthma-Studie bei Erwachsenen (European Respiratory Health Survey, ECRHS) nutzte, hat gleichfalls keine weitere Klärung gebracht. Beim Vergleich der Häufigkeit der allergischen Sensibilisierungen von mehreren tausend Erwachsenen aus etwa 20 Städten Europas zeigte sich keine Assoziation zwischen Feinstaubkonzentrationen (hier $PM_{2,5}$) auf der Ebene

der einbezogenen Städte und der Häufigkeit der allergischen Sensibilisierung [2]. Die fehlende Assoziation könnte durch unberücksichtigte Ursachen für Unterschiede im Gesundheitszustand innerhalb der einbezogenen europäischen Städte bedingt sein, schlussfolgern die Autoren. Trotz vieler positiver Aspekte hat diese Studie die gleichen Limitierungen wie viele Vorgängerstudien: Die Schätzung der Exposition mit Feinstaub erfolgt auf der Grundlage von Daten einer Messstation, die als repräsentativ für alle Bewohner der Kommune angesehen wird. Das ist zweifellos eine grobe Vereinfachung, die die teils widersprüchlichen Ergebnisse zum Thema Feinstaub und Allergien mit bedingt haben könnte. Modernere Methoden schätzen die Exposition mit Feinstaub auf individueller Basis. Dazu gehören die Dispersionsmodelle, die land use regression models (Modelle, die Daten der Geographischen Informationssysteme (GIS) wie Landnutzung, Populationsdichte und Straßennetze nutzen) sowie Kombinationsmodelle aus kleinräumigen Messungen und Regressionsmodellen mit GIS-Daten wie das TRAPCA-Modell [3, 12]. Diese Modelle erlauben, Assoziationen zwischen verschiedenen Feinstaubexpositionen innerhalb einer Kommune im Hinblick auf das Auftreten von Allergien zu untersuchen. Angewandt auf Geburtskohortenstudien wie die deutschen Studien GINI und LISA zeigten sich signifikante Assoziationen mit Wheeze, Symptomen der oberen und unteren Atemwege und der allergischen Sensibilisierung [3, 5, 12]. Die Kinder dieser Geburtskohorte sind bislang noch zu jung, um das Auftreten von Asthma valide einschätzen zu können. Allerdings sind in naher Zukunft auch Veröffentlichungen zur Assoziation mit Asthma zu erwarten.



Feinstaub-Messstation an einer belebten innerstädtischen Straße.

Fotos: GSF

Diskussion und Schlussfolgerungen

Der Zusammenhang zwischen Feinstaub und Allergien wird häufig auf dem Hintergrund der Ost-West-Unterschiede fatal fehlgedeutet: Im Osten Deutschlands waren die Staub-Immissionen allgemein und dabei vor allem die Grobstaubkonzentrationen bis zur deutschen Wiedervereinigung teils extrem hoch, aber allergische Erkrankungen wie Asthma, Heuschnupfen sowie die allergische Sensibilisierung waren im Vergleich mit Westdeutschland deutlich niedriger [19]. Schlimmer noch: Die lufthygienische Situation hat sich im Osten Deutschlands nach der Wiedervereinigung deutlich verbessert, aber die Häufigkeit von Asthma und Heuschnupfen sowie der allergischen Sensibilisierung hat deutlich zugenommen [6]. Diese Argumentation ignorierte die Unterschiede a) der Größenverteilung des Gesamtstaubes in Ost und West sowie deren Angleichung nach der Wiedervereinigung, b) der Quellen von Partikeln in Ost- und Westdeutschland, c) die möglicherweise unterschiedliche

Eigenschaften dieser Partikel und vor allem d) die offensichtlich unterschiedlichen Lebensumstände und Lebensstilfaktoren wie häufigeren Krippenbesuch, größere Familien, Innenraumfaktoren wie Crowding, höheren Parasitenbefall im Osten Deutschlands, Unterschiede in der Ernährung und in den medizinischen Versorgungssystemen u. a. m. Wichmann hat Mitte der 1990er Jahre ein komplexes Erklärungsmodell publiziert, das auch Luftschadstoffe berücksichtigt, aber in den Kontext mit anderen Lebensstil-abhängigen Faktoren stellt [19]. Er prognostizierte seinerzeit einen Anstieg der Häufigkeit von Allergien bei ostdeutschen Kindern und eine Angleichung an das Niveau der alten Bundesländer. Die kürzlich publizierten Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey, in das über 17.000 Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren einbezogen wurden, geben ihm recht: Es gibt keine Unterschiede mehr in der Häufigkeit von Asthma und Heuschnupfen sowie der allergischen Sensibilisierung bei Kindern, die in Ost- und Westdeutschland leben [15]. Dabei spie-

len die zwischen Ost- und Westdeutschland angeglichenen Lebensstilfaktoren vermutlich die entscheidende Rolle.

Die verbesserten Methoden der individualspezifischen Expositionsschätzungen lassen in naher Zukunft neue Ergebnisse erwarten, die die adjuvante Rolle des Feinstaubes bei der Induktion von allergischen Sensibilisierungen und klinischen Manifestationen von Allergien betreffen.

Dr. Joachim Heinrich
GSF-Institut für Epidemiologie
Ingolstädter Landstr. 1
85764 Neuherberg
E-mail: joachim.heinrich@gsf.de

Weblinks

<http://cfpub.epa.gov/ncea/cfm/nceapubtopics.cfm?ActType=PublicationTopics>

http://www.euro.who.int/air/publications/20030616_1

http://www.gsf.de/neu/Aktuelles/Zeitschriften/m_1_04_web.pdf

[http://www.iiasa.ac.at/rains/CAFE_files/Cafe-Lot1_FINAL\(Oct\).pdf](http://www.iiasa.ac.at/rains/CAFE_files/Cafe-Lot1_FINAL(Oct).pdf)

<http://www.umweltbundesamt.org/fpdf-l/2352.pdf>; <http://www.umweltbundesamt.de/uba-info-presse/hintergrund/feinstaub.pdf>

Literatur

[1] Alessandrini F, Schulz H, Takenaka S, Lentner B, Karg E, Behrendt H, Jakob T: Effects of ultrafine carbon particle inhalation on allergic inflammation of the lung. *J Allergy Clin Immunol* 2006 Apr; 117 (4): 824–30. Epub 2006 Mar 3

[2] Bedada GB, Heinrich J, Gotschi T, Downs SH, Forsberg B, Jarvis D, Luczynska C, Soon A, Sunyer J, Toren K, Kunzli N: Urban background particulate matter and allergic sensitization in adults of ECRHS II. *Int J Hyg Environ Health* 2006 Dec 14; [Epub ahead of print]

[3] Brauer M, Hoek G, Van Vliet P, Meliefste K, Fischer P, Gehring U, Heinrich J, Cyrys J, Bellander T, Lewne M, Brunekreef B: Estimating Long-Term Average Particulate Air Pollution Concentrations: Application of Traffic Indicators and Geographic Information Systems. *Epidemiology* 2003; 14: 228–239

[4] Brauer M, Hoek G, Smit HA, de Jongste JC, Gerritsen J, Postma DS et al.: Air pollution and the development of asthma, allergy and infections in a birth cohort. *Eur Respir J* 2007

[5] Gehring U, Cyrys J, Sedlmeir G, Brunekreef B, Bellander T, Fischer P, Bauer CP, Reinhardt D, Wichmann HE, Heinrich J: Traffic-related air pollution and respiratory health during the first 2 yrs of life. *Eur Respir J* 2002; 19: 690–698

[6] Heinrich J, Hoelscher B, Frye C, Meyer I, Wjst M, Wichmann HE: Trends in prevalence of atopic diseases and allergic sensitization in children in Eastern Germany. *Eur*

Respir J 2002 Jun; 19 (6): 1040–6

[7] Heinrich J, R Slama: Fine particles, a major threat to children. *Int J Hyg Environ Health* 2007, in press

[8] Heinrich J, Wichmann HE: Traffic related pollutants in Europe and their effect on allergic disease. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2004; 4: 341–348

[9] Hoffmann B, Moebus S, Mohlenkamp S, Stang A, Lehmann N, Dragano N, Schermund A, Memmesheimer M, Mann K, Erbel R, Jockel KH; for the Heinz Nixdorf Recall Study Investigative Group: Residential Exposure to Traffic Is Associated With Coronary Atherosclerosis. *Circulation* 2007 Jul 16 [Epub ahead of print]

[10] Kappos AD, Bruckmann P, Eikmann T, Englert N, Heinrich U, Hoppe P, Koch E, Krause GH, Kreyling W G, Rauchfuss K, Rombout P, Schulz-Klemp V, Thiel W R, Wichmann HE: Health effects of particles in ambient air. *Int J Hyg Environ Health* 2004 Sep; 207 (4): 399–407

[11] Lacasana M, Esplugues A, Ballester F: Exposure to ambient air pollution and prenatal and early childhood health effects. *Eur J Epidemiol*. 2005; 20 (2), 183–99

[12] Morgenstern V, Zutavern A, Cyrys J, Brockow I, Gehring U, Koletzko S, Bauer CP, Reinhardt D, Wichmann HE, Heinrich J: Respiratory health and individual estimated exposure to traffic-related air pollutants in a cohort of young children. *Occup Environ Med* 2007; 64: 8–16

[13] Peters A, von Klot S, Heier M, Trentinaglia I, Hormann

A, Wichmann HE, Lowel H: Cooperative Health Research in the Region of Augsburg Study Group Exposure to traffic and the onset of myocardial infarction. *N Engl J Med* 2004 Oct 21; 351 (17): 1721–30

[14] Pope CA III, Dockery DW: Health effects of fine particulate air pollution: lines that connect. *J Air Waste Manag Assoc* 2006 Jun; 56 (6), 709–42

[15] Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W: Allergic diseases. Results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007 May; 50 (5–6): 701–10

[16] Slama R, Morgenstern V, Cyrys J, Zutavern A, Herbarth O, Wichmann HE et al.: Traffic-related Atmospheric Pollutants Levels During Pregnancy and Offspring's Term Birth Weight: an Approach Relying on a Land-Use Regression Model. *Environ Health Perspect* 2007 (in press) (doi:10.1289/ehp.10047)

[17] Sram RJ, Binkova B, Dejmejk J, Bobak M: Ambient air pollution and pregnancy outcomes: a review of the literature. *Environ Health Perspect* 2005 Apr; 113 (4), 375–82

[18] WHO: Health Effects of transport-related air pollution. Krzyzanowski M, Kuna-Dibbert B, Schneider J (Eds.) WHO regional publications 2006, Denmark.

[19] Wichmann HE: Possible explanation for the different trends of asthma and allergy in East and West Germany. *Clin Exp Allergy* 1996 Jun; 26 (6): 621–3



Pruritus: Wirksamkeit und gute Verträglichkeit von Polidocanol-Harnstoff-Lotion belegt

Wie andere trockene Dermatosen geht Neurodermitis mit starkem Juckreiz einher. Zur Juckreizminderung sind gerade bei Kindern Präparate gefordert, die gut wirksam und gut verträglich sind. Ein kürzlich veröffentlichtes multizentrisches Drug-Monitoring mit insgesamt 911 Patienten mit juckenden und trockenen Hauterkrankungen aus 196 dermatologischen Facharztpraxen bestätigt neben der sehr guten Wirksamkeit die gute Verträglichkeit einer Polidocanol-Harnstoff-Lotion.

Schwerer Juckreiz um 96 Prozent reduziert
Untersucht wurde das Handelspräparat Optiderm® Lotion. Die vorwiegend an Neurodermitis und Exsikkationsekzemen leidenden Patienten, darunter 59 Kinder unter 12 Jahren, behandelten die befallenen Hautareale ein- bis zweimal täg-

lich mit der Lotion. Vor der Behandlung wiesen 283 Patienten „schwere“ bzw. „sehr schwere“ Hauterscheinungen auf. Nach einer mittleren Therapiedauer von fünf Wochen zeigten nur noch 31 Patienten diese Schweregrade der Hauterkrankung. Besonders positiv fiel die gesonderte Auswertung der 623 Patienten aus, die keine Begleitmedikation erhielten. In dieser Patientengruppe konnten die oben aufgeführten Schweregrade der Hauterscheinungen um 94 Prozent verringert werden. Eine Juckreizminderung verspürten 42 Prozent der Patienten sofort nach der Anwendung. Während zu Beginn der Behandlung 36,8 Prozent der Patienten (n=229)



in der Subgruppe ohne Begleitbehandlung über starken Juckreiz klagten, waren dies bei Abschluss der Therapie nur noch 1,6 Prozent (n=10). Dies entspricht einer Reduktion um 96 Prozent.

Auch Begleitsymptome wie Hauttrockenheit, Schuppung, Rötung und Exkoration besserten sich signifikant. Die Verträglichkeit der Lotion bewerteten Dermatologen und Patienten fast durchweg als „sehr gut“ oder „gut“. Durch die schnelle Juckreizminderung wurde erstmalig auch ein erleichtertes Einschlafen durch die Anwendung von Optiderm® dokumentiert. Unter der Behandlung mit der Polidocanol-Harnstoff-Lotion konnten bei 74,5 Prozent der Patienten weitere Therapeutika, vor allem topische Kortikoide und Antihistaminika, eingespart werden. Neben einer Kostenverminderung wird dadurch auch das potenzielle Risiko für die Entstehung von Nebenwirkungen bei längerfristigem Einsatz von Kortikoiden reduziert.

ALLERGOVIT® verbessert Symptome und Lebensqualität auch im dritten Therapiejahr weiter

Zahlreiche Richtlinien zur spezifischen Immuntherapie (SIT) empfehlen zur Erreichung eines zufriedenstellenden Behandlungserfolges eine Therapiedauer von drei bis fünf Jahren. Allerdings ist die Studienlage dazu immer noch unzureichend, da die meisten klinischen Studien zur SIT bisher auf eine Dauer von ein bis zwei Jahren beschränkt waren. Mediziner in London und Jena konnten nun nachweisen, dass eine Fortführung der Therapie mit dem hypoallergenem, hochdosierten Depotpräparat ALLERGOVIT® über drei Jahre einen weiteren signifikanten Nutzen für die Patienten bewirkt. Dazu erfolgte im Anschluss an eine randomisierte, doppelblinde, placebo-kontrollierte Multizenterstudie mit 154 Gräserpollen-allergischen Patienten bei 61 Patienten der Aktivgruppe eine Fortführung der Therapie für ein drittes Jahr. Für die Kurzzeit-Immuntherapie wurde das hochdosierte, hypoallergene 6-Gräserpollen-Allergoid ALLERGOVIT® (25 µg_{eq} Gräser Gruppe 5-Allergen pro Injektion à 0,6 ml der Stärke B,

Allergopharma Joachim Ganzer KG) präseasonal appliziert. Die fortgeführte Behandlung mit ALLERGOVIT® 6-Gräserpollen resultierte in einer signifikanten weiteren Reduktion des Symptom-Medikationsscores (p=0,0155). Fast die Hälfte aller Patienten (42,6 %) benötigte keine antiallergische Medikation mehr. Die Lebensqualität verbesserte sich im Vergleich zum ersten und zweiten Therapiejahr weiter. Darüber hinaus wurde die Therapie mit ALLERGOVIT® gut vertragen. Die Autoren der Studie betonen, dass die Resultate der Studie die Empfehlungen von nationalen und internationalen allergologischen Fachverbänden bestätigen: Obwohl bereits nach den ersten beiden Therapiejahren eine signifikante Reduktion der allergischen Symptome und des Verbrauchs antiallergischer Medikation erreicht wurde, konnte durch ein drittes Jahr der präseasonalen Anwendung von ALLERGOVIT® ein zusätzlicher Nutzen für die Patienten erreicht werden.

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

Allergopharma Award 2007 für Dr. Carsten Schmidt-Weber

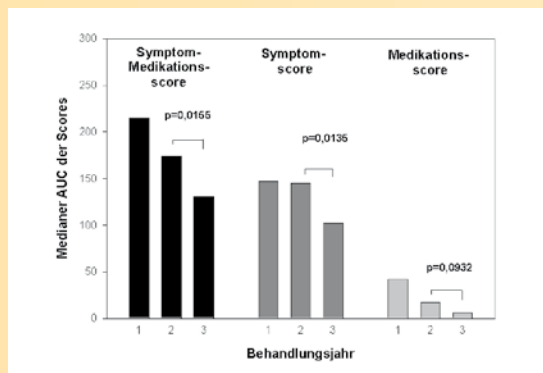
Der Allergopharma Award ist in Zusammenarbeit mit der European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) geschaffen worden, um hervorragende Forschungen jüngerer Mitglieder der Akademie auf dem Gebiet der Mechanismen der allergischen Entzündung sowie der allergenspezifischen Immuntherapie zu würdigen. Der siebente Award wurde während des XXVI. Kongresses der Akademie in Göteborg von ihrem Präsidenten, Prof. Anthony Frew, an Dr. Carsten Schmidt-Weber vom Schweizer Institut für Allergie- und Asthma-Forschung in Davos verliehen.

Dr. Schmidt-Weber forschte zunächst in Brigham und Harvard, seit 1998 auch in Davos zu den Toleranz- und Regulationsmechanismen der T-Zell-Differenzierung. Es gibt inzwischen verstärkte Hinweise darauf, dass regulatorische T-Zellen eine wichtige Rolle bei der Kontrolle der Immunantwort auf Allergene spielen. Eine unzureichende allergenspezifische Antwort der regulatorischen T-Zelle erlaubt das Auftreten von Th2-Lymphozyten, die ihrerseits die Expression des allergischen Phäno-

Quelle:

[1] Williams A, Henzgen M, Rajakulasingham K: Additional benefit of a third year of specific grass pollen allergoid immunotherapy in patients with seasonal allergic rhinitis. Eur Ann Allergy Clin Immunol 2007; 39: 123–126.

Symptom-Medikationsscore (SMS), Symptomscore und Medikationsscore während der Behandlungsjahre 2002 bis 2004, bei Patienten, die mit dem hypoallergenem Präparat präseasonal behandelt wurden. Medianwerte. Full-Analysis-Set (FAS) (n=61) [1].



Neue extensive Hydrolysatnahrung zur diätetischen Therapie der Kuhmilchallergie

Für nicht gestillte Säuglinge mit Kuhmilchallergie wird als Ersatz für eine normale Säuglingsmilch an erster Stelle eine extensive Hydrolysatnahrung (eHF) empfohlen [ESPACI/ESPGHAN, 1999]. Grundvoraussetzung ist, dass diese Hydrolysatnahrung bei ausschließlicher Ernährung in den ersten vier bis sechs Lebensmonaten normales Wachstum gewährleistet und bei mindestens 90 Prozent der Säuglinge mit Kuhmilchallergie keine allergische Reaktion provoziert. Nestlé hat eine neue eHF entwickelt, Althera, die auf dem gleichen ultrafiltriertem Molkenproteinhydrolysat basiert wie das neue Alfaré. Dank einer modernen Proteintechnologie ist die Qualität dieses Hydrolysats im Vergleich zu dem früher verwendeten deutlich verbessert:

- Der Restgehalt an antigenen Determinanten ist noch weiter minimiert, was die Sicherheit für Patienten mit Kuhmilchallergie erhöht.
- Das Aminosäurenmuster ist besser an das von Frauenmilchprotein angepasst.
- Althera ist sehr angenehm im Geschmack (weniger bitter).

Weitere Charakteristika:

- Althera ist die erste therapeutische eHF mit Laktose. Laktose
 - fördert die Kalziumresorption.
 - fördert Wachstum von Bifidusbakterien.

○ Althera ist mit LC-PUFA angereichert. Ein modernes Verfahren gewährleistet, dass die Laktose nicht mit intakten Milchproteinen kontaminiert ist.

Alle Anforderungen erfüllt

In einer prospektiven, randomisierten, kontrollierten Multizenter-Studie mit Säuglingen mit Kuhmilchallergie (DBPCFC positiv oder schwere allergische Reaktion auf Kuhmilch in der Anamnese) wurde die Wirkung von Althera auf Wachstum, allergische Symptome und Routine-Laborwerte im Vergleich zu einer Nahrung auf Basis freier Aminosäuren (AA) untersucht [1]. Bei 81 (Althera) bzw. 70 Prozent (AA) der Kinder war die Kuhmilchallergie mit atopischer Dermatitis assoziiert. Die Studienahrungen wurden mindestens 90 und maximal 180 Tage gegeben. Bei Bedarf wurde zusätzlich Reisbrei gefüttert. Die wesentlichen Ergebnisse:

- Althera löste beim oralen

Provokationstest (DBPCFC) wie AA bei keinem der Kinder eine allergische Reaktion aus.

- Es bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Gruppen in der durchschnittlichen Trinkmenge (jeweils 600 ml/Tag) und den Wachstumsparametern (Z-Scores für Gewicht, Länge, Kopfumfang, BMI).
 - Bis zum 90. Behandlungstag bestand zu keinem Untersuchungszeitpunkt ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen im durchschnittlichen SCORAD-Index.
 - Unter Ernährung mit Althera trat signifikant seltener Erbrechen auf.
- Das Fazit: Althera erfüllt alle Anforderungen, die von der ESPACI/ESPGHAN an eine Hydrolysatnahrung zur diätetischen Therapie von Säuglingen/Kleinkindern mit Kuhmilchallergie gestellt werden. Althera wird sehr gut toleriert und ist preiswerter als AA.



Quelle:

[1] Niggemann et al, PAI, in press



Preisträger Dr. Carsten Schmidt-Weber (links) mit Joachim Ganzer von Allergopharma.

typs begünstigen. Man geht davon aus, dass der Erfolg der allergenspezifischen Immuntherapie von der Induktion solcher regulatorischen T-Zellen abhängt. Dr. Schmidt-Weber ist aufgrund seiner Arbeit über die molekularen Mechanismen, die der Induktion von FOXP3, eines wesentlichen Transkriptionsfaktors in menschlichen T-Lymphozyten, zugrunde liegen, für den Allergopharma Award ausgewählt worden. Seine Forschung erbrachte neue Einblicke in die Induktionsmechanismen des Transkriptionsfaktors sowie die Rolle, die er für regulatorische T-Zellen und die Förderung der Immuntoleranz spielt.

Cochrane-Metaanalyse bestätigt Wirksamkeit der spezifischen Immuntherapie bei allergischer Rhinitis

Pünktlich zur Pollensaison 2007 veröffentlichte die Cochrane Collaboration eine Metaanalyse, welche die Wirksamkeit und Sicherheit der subkutanen spezifischen Immuntherapie (SCIT) bestätigt. Das Fazit: Eine SCIT reduziert die Symptome einer saisonalen allergischen Rhinitis signifikant, senkt den Medikamentenbedarf und erhöht die Lebensqualität der Patienten. Die spezifische Immuntherapie ist die einzige kausal wirkende Therapiemöglichkeit gegen die allergische Rhinitis. Um die Wirksamkeit dieser Therapiemethode zu bewerten, erarbeiteten Calderon et al. 2007 eine systematische Metaanalyse. 51 Studien mit 2.871 Patienten erfüllten hierfür die Einschlusskriterien: doppel-blind, plazebo-kontrolliert und randomisiert. Die Verum-Gruppe, 1.645 Patienten, erhielt eine subkutane SIT aufgrund saisonaler allergischer Rhinitis gegen Baum-, Gräser- oder Kräuter-Pollen. Die Auswertung erfolgte nach der so genannten Standardised Mean Difference (SMD)-Methode. Sie standardisiert die Mittelwerte heterogener Studien und schafft daraus die Grundlage zur Kompensation von Unterschieden in den Auswertungsverfahren.

SMD-Werte sprechen für sich

„Die in der Cochrane-Metaanalyse ermittelten SMD-Werte weisen auf einen klinisch und statistisch signifikanten Effekt hin. Sie zeigen, dass

die SCIT eine sehr wirksame Therapiemöglichkeit ist“, erläutert PD Dr. Eike Wüstenberg, Leiter der Medizinisch-Wissenschaftlichen Abteilung bei ALK-SCHERAX. „ALK-Präparate haben die Ergebnisse stark beeinflusst. Denn immerhin wurden diese in ca. 70 Prozent der analysierten Studien mit handelsüblichen Allergen-Präparaten eingesetzt.“

15 der insgesamt 51 eingeschlossenen Studien erfüllten die streng methodischen Regeln der Cochrane Collaboration für eine Metaanalyse hinsichtlich der Symptomreduktion. Die Auswertung dieser Untergruppe ergab einen SMD-Wert von -0,73. Eine SCIT reduziert somit signifikant die Symptome. 13 auswertbare Studien zeigten eine signifikante Reduktion des Medikamentenverbrauchs mit einem SMD-Wert von -0,57. Und anhand von fünf Studien konnte eine gesteigerte Lebensqualität der Patienten nach einer abgeschlossenen Therapie (SMD von -0,52) belegt werden. Die aufgetretenen Nebenwirkungen hatten keine Langzeitfolgen. Die SCIT mit handelsüblichen intakten Allergenen ist eine wirksame und auch sichere Therapiemethode gegen allergische Rhinitis.

Quelle:

Calderon MA et al.: Allergen injection immunotherapy for seasonal allergic rhinitis (Review). The Cochrane Library 2007; Issue 1

GSK-Forschungsstipendium für Atemwegserkrankungen

Bis zum 7. Dezember 2007 haben junge Wissenschaftler erneut die Chance, sich für das mit 10.000 Euro ausgestattete und von GlaxoSmithKline, München, gestiftete Forschungsstipendium für Atemwegserkrankungen zu bewerben. Mit diesem Stipendium möchte GlaxoSmithKline zusammen mit der Deutschen Atemwegsliga den wissenschaftlichen Nachwuchs in der Pneumologie fördern.

Die Bewerbungsunterlagen (Wissenschaftlicher Lebenslauf, eine Beschreibung des Projekts von maximal fünf DIN-A4-Seiten, eine Aufstellung der Projektkosten sowie eine Bestätigung des Klinik-/Institutsleiters, dass die für die Durchführung des Forschungsvorhabens notwendigen Voraussetzungen erfüllt sind) nimmt die Geschäftsstelle der Deutschen Atemwegsliga, Im Prinzenpalais, Burgstraße, 33175 Bad Lippspringe, entgegen. Da mit dem Stipendium eine Person gefördert werden soll, dürfen die Sachkosten höchstens die Hälfte der gesamten Projektkosten ausmachen.

Teilnahmeberechtigt sind approbierte Ärzte bzw. junge Wissenschaftler mit einer vergleichbaren naturwissenschaftlichen Qualifikation, z.B. Pharmazeuten, Biochemiker etc. Die Altersgrenze liegt bei 35 Jahren. Die Stipendiaten müssen einer Klinik oder einem Institut in Deutschland angehören und dürfen für das entsprechende Vorhaben nicht bereits durch eine andere Institution gefördert werden.

Die eingereichten Projektvorschläge sollten einen klinischen Bezug haben. Über die Vergabe des Stipendiums entscheidet nach Ablauf der Einreichungsfrist eine wissenschaftliche Beirat. Weitere Auskünfte gibt Dr. Uta Butt, Tel.: 0 27 32-76 94 70, E-Mail: Atemwegsliga.U.Butt@t-online.de

Förderpreis Pädiatrische Allergologie für Prof. Dr. Erika von Mutius

Die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e. V. verleiht ihren Förderpreis dieses Jahr an Frau Prof. Dr. Erika von Mutius.

Prof. Dr. Erika von Mutius ist seit vielen Jahren engagierte Kinder- und Jugendärztin und



Prof. Dr. Erika von Mutius

Pädiatrische Allergologin an der Universitätskinderklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Sie leitet dort die Allergie- und Asthmaambulanz und wurde 2004 zur Professorin für Pädiatrie an der LMU berufen.

Der Schwerpunkt ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit liegt in der Erforschung der potenziellen Rolle genetischer und umweltbedingter Faktoren allergischer Erkrankungen im Kindesalter. Sie kann auf eine langjährige Erfahrung in der Entwicklung, Durchführung und Datenanalyse sowohl nationaler als auch internationaler interdisziplinärer Forschungsprojekte zurückgreifen und hat an großen epidemiologischen Studien zu Atemwegs- und allergischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mitgewirkt. Ihre Arbeitsgruppe zählt somit nicht nur national, sondern auch international zu einer der aktivsten allergologischen Forschergruppen, was sich auch in zahlreichen hochrangigen Publikationen zeigt.

Die Forschungsergebnisse von Prof. Dr. Erika von Mutius tragen wesentlich zum Verständnis der Entstehung von allergischen Erkrankungen bzw. ihrer Prävention bei und haben deshalb auch für die praktische Arbeit bei der Betreuung allergiekranker Kinder einen hohen Stellenwert.

Fortbildungen

Neurodermitisakademie Erlangen

Ausbildung zum Neurodermitistrainer

- 27./28. Oktober 2007 und 19./20. Januar 2008 (inkl. späterer 10-stündiger Hospitation und Supervision)

Information und Anmeldung:

E-Mail: Andrea.Strasser@derma.imed.uni-erlangen.de, Tel.: 09131-853 38 50 (vorm.)

Aktionsprogramm Ambrosiabekämpfung in Bayern

Die aus Nordamerika eingeschleppte Beifuß-Ambrosie ist allergieauslösend und ein potenzieller Landwirtschaftsschädling. Die Pflanze, die sich inzwischen stark ausbreitet, soll in Bayern möglichst frühzeitig bekämpft werden.



Größere Ambrosiabestände (mehr als ca. 100 Pflanzen) sollten mit dem entsprechenden Meldformular und mit aussagekräftigen, beschrifteten Photos bei der örtlich zuständigen Kreisverwaltungsbehörde (Landratsamt, Stadtverwaltung) gemeldet und erst nach Bestätigung und Beratung durch die Behörde bekämpft werden. Einzelpflanzen und Nester mit weniger als 100 Pflanzen reißt jeder Finder selbst aus. Kleinere Bestände (unter ca. 100 Pflanzen) außerhalb von Hausgärten können im Rahmen eines vom Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz veranlassten Forschungsprojekts an folgende Adresse gemeldet werden: Projektgruppe Biodiversität und Landschaftsökologie, Hinter'm Alten Ort 9, 61169 Friedberg, Tel.: 0 60 31-160 92 64.

Weitere Empfehlungen, Hinweise und alle Formulare finden sich im Internet unter www.stmugv.bayern.de/gesundheits/umweltgesund/ambrosia/index.htm

Dr. Beckmann Pharma setzt auf Forschung und Entwicklung



Mit der erfolgreichen Einführung moderner Präparate für die spezifische Immuntherapie hat Dr. Beckmann Pharma Ende Juni 2007 in Kooperation mit Roxall Medizin ein sehr gutes Geschäftsjahr abgeschlossen.

Schon mehr als 13.000 Patienten wurden im Marktsegment der spezifischen Immuntherapie mit den Präparaten ROXOID®, CLUSTOID®, SULGEN® und Deposit® behandelt. Die Kooperationspartner Dr. Beckmann und Roxall gehören damit zu den Anbietern mit den höchsten Zuwachsraten.

Zudem ist der Adrenalin-Autoinjektor ANAPEN® für viele Allergologen mit Anaphylaxie-

gefährdeten Patienten das Notfall-Medikament der ersten Wahl.

Derzeit schafft Dr. Beckmann Pharma die Voraussetzungen für zukunftsweisende Forschung und Entwicklung im Bereich der Allergologie. Mit Dr. Enrique Fernández-Caldas hat das Seefeldler Unternehmen einen international renommierten Forschungsleiter gewonnen. In Zusammenarbeit mit Universitäten und Forschungsinstituten begleitet Dr. Beckmann Pharma innovative Projekte. Eigene Forschungs- und Entwicklungsprojekte werden darüber hinaus in einem modern ausgestatteten Labor verfolgt.

Kontaktallergie

Liebe Eltern,

die Kinderhaut ist einer Vielzahl von möglichen Allergieauslösern wie Duftstoffen in Körperpflegeprodukten, Nickel in Modeschmuck oder Farbstoffen in Tattoos ausgesetzt. Dies kann zu akuten und chronischen Entzündungen der Haut führen. Dieser Ratgeber möchte über Ursachen, Symptome, Behandlung und Vorbeugung von Kontaktallergien informieren.

Was ist eine Kontaktallergie bzw. ein Kontaktekzem?

Als Ekzem bezeichnet man eine nicht ansteckende Entzündung der Haut. Wird diese Entzündung durch äußerlich einwirkende Auslöser hervorgerufen, so spricht man von einem Kontaktekzem, bei allergischen Auslösern von einem allergischen Kontaktekzem oder einer Kontaktallergie. Etwa sieben Prozent der Bevölkerung leiden an einer Kontaktallergie.

Symptome

• Akutes Kontaktekzem

Das akute Kontaktekzem (= Kontaktdermatitis) äußert sich im mildesten Fall als Hautrötung. Meist entstehen jedoch stark juckende Bläschen, die aufplatzen können; die Haut nässt und es bilden sich Krusten.

Die Reaktion erfolgt innerhalb von Stunden nach Kontakt mit dem Auslöser. Die Hauterscheinungen sind meist auf die Stellen beschränkt, an denen die Haut mit dem Auslöser in Kontakt gekommen ist, können sich jedoch auch darüber hinaus ausdehnen. Wenn der Auslöser nur kurz einwirkt, heilt die Entzündung wieder vollständig ab.



Abb. 1: Allergisches Kontaktekzem auf ein Henna-Tattoo.

• Chronisches Kontaktekzem

Wirken die Reize längere Zeit auf die Haut ein, so wird sie trocken-schuppig, rissig und verdickt (= lichenifiziert). Die Entzündung heilt nur noch schwer ab. Das häufigste chronische Kontaktekzem ist das Handekzem.

Wie entsteht eine Kontaktallergie?

Bei der Kontaktallergie läuft bei entsprechend veranlagten Personen nach Kontakt mit einer allergieauslösenden Substanz (= Allergen) eine allergische Reaktion vom Spättyp (Typ IV, vermittelt durch T-Lymphozyten) ab. Der Allergieentstehung geht in der Regel über einen längeren Zeitraum ein wiederholter Kontakt mit dem Auslöser voraus. Ist ei-

ne Allergie entstanden, zeigen sich meist erst 24 Stunden nach einem erneuten Allergenkontakt die beschriebenen Hauterscheinungen. Bei Kindern sind Kontaktallergien seltener als bei Erwachsenen, da sie den typischen Allergieauslösern noch weniger ausgesetzt sind und das Immunsystem längeren Kontakt mit den Allergenen braucht, bis sich eine allergische Reaktion entwickelt. Gefährdet sind vor allem Personen, die mit den unten genannten Substanzen regelmäßig umgehen, beispielsweise im Haushalt, im medizinischen Bereich durch häufiges Händewaschen oder bei Friseuren.

Auslöser

Die häufigsten Auslöser von Kontaktallergien (= Kontaktallergene) bei Kindern sind in Tab. 1 aufgeführt. Der bedeutendste Auslöser ist weiterhin Nickel. Immer häufiger werden Kontaktallergien auf Henna-Tattoos zum Problem. Der Allergieauslöser ist hierbei nicht das Henna selbst, sondern das zur Steigerung der Farbtintensität und Haltbarkeit zugesetzte Paraphenyldiamin (PPD). Bei Erwachsenen spielen berufsbezogene Stoffe eine große Rolle.

Die häufigsten Kontaktallergene im Kindesalter

- **Metalle:** insbesondere Nickel (in Modeschmuck, Metallknöpfen, Gürtelschnallen, Ösen und anderen) und Kobalt
- **Duftstoffe,** z.B. Duftstoffmix, Perubalsam
- **Medikamente:** Lokalanästhetika (Neomycin, Bacitracin), Bufexamac, Lokalanästhetika
- **Wollwachsalkohole** in Cremes und Lotionen
- **Farbstoffe:** Kaliumdichromat in Leder, PPD in Henna
- **Konservierungsmittel:** Thiomersal, Formaldehyd, Paraben, Quaternium-15, Kathon CG
- **Hilfsstoffe bei der Gummierstellung,** z.B. Thiurame, Carbaverbindungen
- **Klebstoffe,** z.B. Kolophonium
- **Desinfektionsmittel,** z.B. Formaldehyd
- **Pflanzen,** häufig in Kombination mit Sonnenlicht

Tab. 1

Sonderformen der Kontaktallergie

- Bei einer starken Nickel-Allergie kann auch z.B. durch Kochtöpfe freigesetztes und mit der Nahrung aufgenommenes Nickel auf dem Blutweg in die Haut gelangen und das Ekzem verschlechtern.
- Kommen die Allergieauslöser, z.B. Pollen, über die Luft mit der Haut in Kontakt, spricht man von einer aerogenen Kontaktdermatitis.
- Bei der Photokontaktallergie muss neben der auslösenden Substanz (z.B. Arzneimittel oder Kosmetika) zusätzlich Sonnenlicht auf die Haut einwirken, damit es zur allergischen Immunreaktion und Kontaktdermatitis kommt. Eine Photokontaktallergie zeigt sich innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen.

Nicht allergische Kontaktekzeme

Gelegentlich sind nicht Allergieauslöser, sondern andere Reize für ein Kontaktekzem verantwortlich.

● Irritativ-toxisches Kontaktekzem

Das irritativ-toxische Kontaktekzem kommt durch eine Schädigung der Haut durch chemische und physikalische Reize zustande. Es kann bei entsprechender Dosis und Einwirkungsdauer bei jeder Person auftreten. Allergische Reaktionen laufen im Anfangsstadium nicht ab. Durch Verlust der Schutzfunktionen der Haut kann jedoch im weiteren Verlauf eine Kontaktallergie dazukommen und das schon bestehende Ekzem weiter verschlechtern.

Die wichtigsten Auslöser eines irritativ-toxischen Kontaktekzems sind Wasser, Seifen, Reinigungsmittel, Säuren, Laugen und Lösungsmittel. Eine mechanische Hautreizung kann den Prozess der Hautschädigung verstärken. Der Windelausschlag beim Säugling ist ein Beispiel einer irritativ-toxischen Kontaktdermatitis. Er wird durch den Kontakt mit Urin, Stuhl und eventuellen Resten von Reinigungsmitteln hervorgerufen und kann durch eine zusätzliche Infektion mit Pilzen kompliziert werden. Auch häufiges

und ausgedehntes Schaumbaden kann eine irritativ-toxische Kontaktdermatitis auslösen. Ein weiteres Beispiel bei Kindern ist das durch Speichel hervorgerufene Leckekzem am Mund.

● Photokontaktdermatitis

Bestimmte Substanzen bewirken zusammen mit Sonnenlicht eine nicht allergische Entzündung der Haut. Die häufigste nicht allergische Ursache bei Kindern sind Furocumarine in Pflanzen, z.B. im Wiesenbärenklau. Eine Photokontaktdermatitis zeigt sich innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen nach Kontakt mit der auslösenden Substanz.

Diagnose

Die entscheidenden Hinweise liefert bereits die Vorgeschichte zur Krankheitsentwicklung und zu möglichen auslösenden Substanzen, mit denen die Haut in Berührung gekommen ist. Bei der körperlichen Untersuchung erkennt der erfahrene Arzt die typischen Zeichen des Ekzems. Beim Verdacht auf eine Allergie wird ein Pflastertest (= Patchtest) durchgeführt, bei dem die möglichen Auslöser auf der Haut getestet werden. Eine Rötung mit Bildung von Bläschen und Knötchen zeigt, dass die Haut allergisch auf die betreffende Substanz reagiert.

Therapie

Bei jeder Kontaktdermatitis ist das oberste Prinzip die Meidung des Auslösers, ansonsten ist keine Heilung möglich. Dies ist bei einer Nickelallergie durch Modeschmuck noch relativ einfach zu



Abb. 2: Irritative Kontaktdermatitis: Windelausschlag

bewerkstelligen. Schwieriger wird es bei beruflichen allergischen und nicht allergischen Auslösern. Wo kein Schutz z.B. mit Handschuhen möglich ist, muss unter Umständen sogar der Arbeitsplatz gewechselt werden. Bei der Photokontaktdermatitis muss die Sonne gemieden werden bzw. ein (möglichst textiler) Sonnenschutz verwendet werden.

Im Akutstadium der Kontaktdermatitis werden kühlende feuchte Umschläge z.B. mit Eichenrindezusatz mehrmals täglich für zehn bis fünfzehn Minuten verabreicht. Bei schweren Fällen müssen unter Umständen kurzzeitig Kortisoncremes angewendet werden. Die weitere Behandlung erfolgt dann mit einer Pflegecreme oder -salbe. Die Windeldermatitis wird mit einer Zinkpaste behandelt.

Vorbeugung

Die Vorbeugung allergischer Erkrankungen an der Haut beginnt bereits im Säuglingsalter. Zur Hautreinigung genügt meist Wasser ohne Seife. Zum Baden ist ein Badezusatz normalerweise nicht erforderlich. Bei Bedarf kann zur Hautreinigung eine milde Babyseife oder ein Syndet verwendet werden. Ein guter Duft ist nicht unbedingt das beste Auswahlkriterium bei solchen Präparaten.

Auch nach dem Säuglings- und Kindesalter sollte bei Hautreinigungs- und Pflegemitteln auf allergenarme Präparate geachtet werden. Viele Duft- und Konservierungsstoffe sind potenzielle Allergieauslöser. Ein sorgfältiges Abtrocknen der Hände nach dem Händewaschen verhindert feuchtigkeitsbedingte Hautreizungen. Schmuck oder Ohrstecker (bei Kindern am besten sowieso vermeiden) sollten aus hochwertigen allergenarmen Materialien gefertigt sein. In gefährdeten Berufen (z.B. Friseuren) sollte mit Hautschutz und Handschuhen gearbeitet werden.

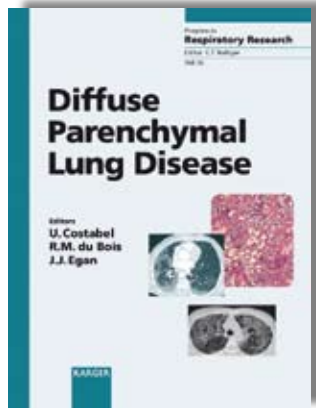
*Dr. med. Peter J. Fischer
Kinder- und Jugendarzt
Allergologie · Kinderpneumologie ·
Umweltmedizin
Mühlbergle 11
73525 Schwäbisch Gmünd*

Diffuse Parenchymal Lung Disease

Progress in Respiratory Research, Vol. 36

U. Costabel, R.M. du Bois, J.J. Egan

Gebunden; 348 + X S., 144 Abb., 47 Tab.; Karger Verlag Basel 2007; ISBN 978-3-8055-8153-0; € (D) 164,50, SFr 230,-



schaulicher Bilder präsentiert. Zusätzlich erklärt es dem weniger spezialisierten Pneumologen bzw. Kinder-Pneumologen die Grundlagen der Klassifikation und den diagnostischen Zugang zur Abklärung der diffusen Lungenerkrankung mittels zahlreicher CT-Bilder und Hinweisen zu notwendigen Laboruntersuchungen. Zwei Kapitel betrachten die Ergebnisse der Lungentransplantation und die speziellen Besonderheiten der diffusen Lungener-

Dieses 348 Seiten umfassende Buch ist eine sehr gute Zusammenstellung der verschiedenen Krankheitsbilder, die dem Kliniker als generalisierte Lungenparenchymerkrankung erscheinen, häufig auch bezeichnet als interstitielle Lungenerkrankung. Das Spektrum der Ursachen ist groß und viele der Krankheitsbilder sind nach wie vor als idiopathisch zu bezeichnen, so dass eine genauere Klassifikation nur mit Hilfe verschiedener Parameter einschließlich der Histologie gelingt. Der Herausgeber konnte zahlreiche Autoren gewinnen, die sich seit Jahren speziell mit den diffusen Lungenerkrankungen beschäftigen. Das Buch bietet einen kompletten Überblick über den aktuellen Wissensstand und die neueste Klassifikation der Erkrankungen. Jedes einzelne Krankheitsbild wird übersichtlich mit neuesten Literaturdaten dargestellt und auch mittels an-

krankungen im Kindesalter. Insofern ist dieses Buch auch für Kinder-Pneumologen von großem Interesse. Diffuse Lungenerkrankungen sind im Kindesalter zwar seltener als im Erwachsenenalter, aber keinesfalls von untergeordneter Bedeutung. Auch gibt es spezielle Formen, die nur für das Kindesalter beschrieben sind, sowie Erkrankungen, die im Kindesalter einen anderen Verlauf zeigen als im Erwachsenenalter. Zusammenfassend ist diese aktuelle Zusammenfassung der diffusen parenchymalen Lungenerkrankungen auch aufgrund spärlicher weiterer Übersichtsliteratur eine wertvolle Unterstützung für jeden Kinder-Pneumologen und für alle Ärzte, denen Patienten zur Abklärung einer Lungenerkrankung vorgestellt werden.

Prof. Dr. Jürgen Seidenberg, Oldenburg

Neuerscheinungen

Kinderdermatologie

Differenzialdiagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen

P. Höger (mit einem Geleitwort von J. Harper)

Gebunden; 576 S., ca. 571 Abb. u. 272 Tab.; Schattauer Verlag Stuttgart; 2., korr. u. aktual. Aufl. 2007; ISBN 978-3-7945-2489-1; € (D) 129,00, € (A) 132,70

Praxisbuch Lebensmittelallergie

Der sichere Weg zur richtigen Diagnose und optimalen Therapie bei Allergien und Unverträglichkeiten

A. Constien, I. Reese, Ch. Schäfer

Paperback; 160 Seiten; Südwest Verlag München 2007; ISBN: 978-3-517-08286-8; € (D) 16,95, € (A) 17,50, SFr 30,90

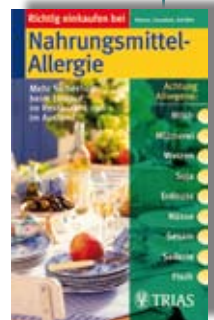


Richtig einkaufen bei Nahrungsmittel-Allergien

Mehr Sicherheit beim Einkauf, im Restaurant und im Ausland

I. Reese, A. Constien, Ch. Schäfer

Broschiert; 127 Seiten m. Farbfotos; Trias Verlag Stuttgart 2007; ISBN: 978-3-8304-3351-4; € (D) 9,95, SFr 18,70



Asthma und Sport

Theoretische Grundlagen und praktische Handlungsanleitungen

J. Lecheler, A. Biberger, B. Pfannebecker

Gebunden; 117 Seiten; Ina Verlag Berchtesgaden; 3., verb. u. erg. Aufl. 2006; ISBN: 978-3-939389-21-7; € (D) 19,80

Verlagsveröffentlichung

Ratgeber „Sublinguale Immuntherapie“ für das Praxisteam

Die spezifische Immuntherapie und damit auch die moderne sublinguale Immuntherapie (SLIT) ist eine anerkannte Behandlung für Patienten mit allergischer Rhinitis und allergischem Asthma. Ausschlaggebend für den Behandlungserfolg ist die Mitarbeit der Patienten. Einen wichtigen Beitrag für die Patienten-Compliance liefert das Praxisteam, das die Patienten in die Behandlung einweist und dann die Dauertherapie kompetent begleitet. Im Rahmen des Staloral®-Praxis-Service stellt die Firma Stallergenes interessierten Praxen einen Ratgeber für das Patientenmanagement zur Verfügung. Das Büchlein bietet neben allgemeinem Grundlagenwissen zur sublingualen Immuntherapie auch ein Kapitel, das alltägliche Fragen der Patienten beantwortet und damit besonders hilfreich für das Praxisteam



ist: Was ist beispielsweise zu tun, wenn der Patient seine Nachbestellkarte verloren hat, den Folgetermin verpasst, sich impfen lässt, eine Zahnextraktion vor sich hat oder schwanger wurde? Was muss getan werden, wenn Nebenwirkungen auftreten oder die Therapie unterbrochen wurde? Diese und viele andere Fragen werden allergologisch fundiert beantwortet und bieten dem Praxisteam so die Möglichkeit, auch bei

der spezifischen Immuntherapie sicher und kompetent im Umgang mit dem Patienten zu werden.

Der Staloral®-Praxis-Service kann kostenlos angefordert werden bei: Stallergenes GmbH & Co. KG, Stichwort „Staloral®-Praxis-Service“, Fax 02842-9040-2127, E-Mail: skohlschmann@stallergenes.de

IN DEUTSCHLAND

Allergietherapie 2007: Ärztliche Kunst im Nutzen-/Risiko-/Kosten-Dreieck

13. Oktober 2007, Berlin

Fortbildungsveranstaltung der ADA-Regionalgruppe Berlin (früher Berliner Allergologisches Wochenende/Wolff-Eisner-Kongress)
Leitung: Prof. Dr. Harald Enzmann, Charité; PD Dr. Jörg Kleine-Tebbe, Allergie- und Asthma-Zentrum Westend
Information und Anmeldung: PD Dr. Jörg Kleine-Tebbe, Allergie- und Asthma-Zentrum Westend, Spandauer Damm 130, Haus 9, 14050 Berlin, Tel.: 030-30202910, Fax: 030-30202920, E-Mail: kleine-tebbe@allergie-experten.de

21. Jahrestagung der AGPAS

19.–20. Oktober 2007, Wangen im Allgäu

Leitung: Dr. Armin Grübl, München; Dr. Thomas Spindler, Wangen; Otto Laub, Rosenheim
Information: Wurms & Partner PR GmbH, Bernrieder Str. 4, 82327 Tutzing, Tel. 08158-9967-0, Fax 08158-9967-29, E-Mail: info@wurms-pr.de

Fachtagung NRW-Niedersachsen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.

27. Oktober 2007, Bochum

Leitung: Dr. Jürgen Funck, Neuss; Sylvia Meier, Bochum (Landesqualitätszirkel NRW)
Information und Anmeldung: Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im St. Josef-Hospital, Frau Sylvia Meier, Alexandrinenstr. 5, 44791 Bochum, Fax: 0234-509 2820, E-Mail: Fachtagung2007@email.de, Web: www.asthmaschulung.de

14. Jahrestagung der WAPPA

2./3. November 2007, Trier

Leitung: Dr. Michael Collet, Dr. Stefan Weis, Trier
Information: DI-Text, Frank Digel, Butjadinger Straße 19, 26969 Butjadingen-Ruhwarden, Tel.: 04736-102 534, Fax: 04736-102 536, E-Mail: Digel.F@t-online.de, Web: www.di-text.de

1. Jahrestagung der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP) in Verbindung mit der 10. Jahrestagung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd)

22.–24. November 2007, Bielefeld

Leitung: Prof. Dr. Claudia Hornberg, PD Dr. Rainer Fehr, Bielefeld

Information: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Martin Singer, Tel.: 03641-353312, E-Mail: Ghup2007@conventus.de, Web: www.conventus.de/ghup2007

Grundkurs „Ausbildung zum Prüfarzt/Prüfartzassistenten“

23./24. November 2007, Hüttgenwald-Vosseneck bei Aachen

Information und Anmeldung: NETSTAP e. V., Frau Eike Stöckmann, Forschungszentrum Borstel, Parkalle 35, 23845 Borstel, Fax: 04537-188 747, Web: www.netstap.de

5. Pädiatrie zum Anfassen des bvjk, Landesverband Bayern

24./25. November 2007, Bamberg

Leitung: Prof. Dr. C. P. Bauer, Gaißach/München
Information: DI-Text (siehe oben)

WAPPA-Seminar „Indikation und Durchführung der Hyposensibilisierung“

30. November – 1. Dezember 2007, Köln

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

5. gemeinsame Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. (AGAS) und der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e. V. (AGNES)

29. Februar/1. März 2008, Osnabrück

Leitung: Dr. R. Szczepanski, Osnabrück; Prof. Dr. Th. Werfel, Hannover
Information: DI-Text (siehe oben)

Kompaktkurs „Pädiatrische Allergologie/Pädiatrische Pneumologie“ der nappa

25./26. April und 30./31. Mai 2008, Georgsmarienhütte

Leitung: Dr. Rüdiger Szczepanski, Kinderhospital Osnabrück
Information und Anmeldung: Akademie Luftiku(r)s e.V. am Kinderhospital Osnabrück, Beate Hesse, Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück, Tel.: 0541-560 23 12, Fax: 0541-582 99 85, E-Mail: hesseakos@uminfo.de

IM AUSLAND

EAACI • ERS Pediatrics Joint Meeting

20.–23. Oktober 2007, Lissabon, Portugal

Information: SPAIC Secretariat, Luisa Carvalho, Rua Manuel Rodrigues da Silva, 7 C, escritório 1, 1600-503 Lisboa, Portugal
Tel.: +351-21-715-2426, Fax: +351-21-715-2428, E-Mail: spaic@sapo.pt, Web: www.spaic.pt, www.eaaci.net, www.ersnet.org

World Allergy Congress 2007

2.–6. Dezember 2007, Bangkok, Thailand

Information: Congrex Sweden AB, Attn. WAC 2007, P.O. Box 5619 SE-114 86 Stockholm, Schweden, Tel.: +46 8 459 66 00, Fax: +46 8 661 91 25, E-Mail: wac2007@congrex.se, Web: www.wac2007.com

XXVII Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology (EAACI 2008)

7.–11. Juni 2008, Barcelona, Spanien

Information: Congrex Sweden AB, Attn. EAACI 2008, P.O. Box 5619 SE-114 86 Stockholm, Schweden, Tel.: +46 8 459 66 00, Fax: +46 8 661 91 25, E-Mail: eaaci2008@congrex.se, Web: www.eaaci2008.com/

Titelthema der nächsten Ausgabe:

Atopisches Ekzem – Update Therapie

Die Ausgabe 3/07
erscheint am 22. Dezember 2007

