



pina news



Tabakprävention - eine kinderärztliche Aufgabe

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

was haben wir Pädiater und Kinderärztinnen mit der Tabakprävention zu tun? Eine Umfrage in PädInForm im vergangenen Jahr zeigte, dass in ihrer Sprechstundentätigkeit weniger als die Hälfte aller Kinderärzte regelmäßig und dass viele nur selten oder praktisch nie über dieses Thema sprechen.

Natürlich gehört dieser Aspekt zu unseren Aufgaben, wenn wir uns um Wohl und Gesundheit unserer Patienten kümmern, denn wir schreiben ja die Prävention gerne auf unsere Fahnen und wir wollen Jugendmediziner sein. Bei allen Gesprächen mit unseren jugendlichen Patienten muss das Thema Rauchen mit bedacht und angesprochen werden. Dass auch Passivrauchen für unsere Patienten schädlich ist, ist klar erwiesen. Verdoppelung der Inzidenz des plötzlichen Kindstodes in Raucherhaushalten, vermehrtes Auftreten von Asthma, Bronchitis, Mittelohrentzündungen sind eindeutig nachgewiesene Folgen. Tabakrauch ist die faktisch bedeutendste teratogene Noxe. Der Nebenstromrauch enthält zahlreiche Krebs erregende Substanzen. Jede Schule, jeder Arbeitsplatz, jedes öffentliche Gebäude würde geschlossen werden, wenn aus der Bausubstanz derartige Stoffe abgegeben würden.

Trotz aller Aufklärung, trotz der Hinweise auf allen Verpackungen, trotz der Prozesse gegen die Zigarettenhersteller: Es wird unvermindert weiter geraucht. Dabei hat in den letzten 20 Jahren die Zahl insbesondere der Mädchen und jungen Frauen zugenommen. Dass das so ist, liegt an zwei Faktoren: Nikotin ist eine Droge mit starkem Suchtpotential und mit dem Anbau, der Produktion und dem Vertrieb von Tabakwaren wird viel Geld verdient. An dieser Stelle mag klar gesagt werden: Pecunia olet, dieses Geld stinkt.

Der Suchtbeauftragte des BVKJD, Rüdiger Horn, hat einen Tabakleitfaden verfasst, der als Anleitung für Kinderärzte für den Umgang mit diesem herausfordernden Thema konzipiert ist. Der Tabakleitfaden wird noch in diesem Jahr gedruckt und ausgesendet werden. Er ist amüsant und spannend geschrieben. Lesen und beherzigen wir ihn!

Abschließend sei noch ein Hinweis in eigener Sache angefügt: Warum gerade aus der KINDERUMWELT dieser Leitartikel kommt, das kann auf S. 4 dieser pina-news nachgelesen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Abschließend sei noch ein Hinweis in eigener Sache angefügt: Warum gerade aus der KINDERUMWELT dieser Leitartikel kommt, das kann auf S. 4 dieser pina-news nachgelesen werden.

Prof. Dr. K. E. von Mühlendahl
Kinderumwelt gGmbH

Erste Ergebnisse der GINI-Studie

Unterstützt durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung wurden in der GINI (German Infant Nutritional Intervention)-Studie drei unterschiedliche hypoallergene Säuglingsnahrungen mit herkömmlicher Kuhmilchnahrung hinsichtlich ihrer atopiepräventiven Wirkung verglichen.

Über 2.000 Allergierisikokinder wurden untersucht. Auf dem 20. EAACI-Kongress – Mai 2001 in Berlin – präsentierte Dr. Andrea von Berg, Wesel, stellvertretend für die Studiengruppe die ersten Ergebnisse.

tation – definiert als atopische Dermatitis und/oder Nahrungsmittelallergie mit Manifestation am Gastrointestinaltrakt und/oder allergischer Urtikaria – im ersten Lebensjahr signifikant reduziert. Im Gegensatz dazu zeigten beide Molkenhydrolysate einen geringeren Effekt: das schwache Molkenhydrolysat (BEBA HA) reduzierte eine allergische Manifestation um 35%, das starke Molkenhydrolysat (HIPPA HA*) nur um 10% im Vergleich zur Kuhmilch.

Können Sie aus diesen Ergebnissen bereits eine neue generelle Ernährungsempfehlung zur Atopieprävention ableiten?

Dr. von Berg: Ich denke, es ist derzeit zu früh, aus den 1-Jahres-Ergebnissen eine neue generelle Ernährungsempfehlung abzuleiten. Allergische Manifestation im Kindesalter besteht nicht nur aus den oben genannten Manifestationen, sondern es müssen natürlich auch das Wheezen bzw. das frühkindliche Asthma und die Sensibilisierung berücksichtigt werden. Daher sollten wir die 3-Jahres-Ergebnisse der Studie abwarten. Allerdings

Frau Dr. von Berg, sehen Sie nach der Auswertung des ersten Studienjahres bereits Unterschiede hinsichtlich der Atopieentwicklung bei den mit verschiedenen Milchformularen ernährten Allergierisikokindern?

Dr. von Berg: Wir sehen Unterschiede insofern, als das starke Kaseinhydrolysat (Nutramigen) im Vergleich zur Kuhmilch eine atopische Manifestation

Inhalt

- 2 pina-Aventis-Forschungsstipendium: Erste Ergebnisse
- 2 Fragen an die pina-Helpline
- 3 Passivrauchexposition – das Kinderumweltthema Nr. 1
- 4 Die Kinderumwelt gGmbH

Impressum

pina news, Ausgabe 3/Herbst 2001.
Herausgeber: pina – Präventions- und Informationsnetzwerk Allergie/Asthma e.V., c/o Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie/Immunologie, Charité, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin. Redaktion: F. Friedrichs, A. Grübl, K. Kaniecki-Loop, U. Wahn. Fotos: bbm, DAK. Textbearbeitung, Gestaltung, Herstellung: Wurms & Partner PR GmbH, Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing.

➤ *läßt sich aus den bisherigen Ergebnissen insofern ein neuer Aspekt für die primäre Prävention bei Kindern mit Atopierisiko ableiten, als wir gesehen haben, dass für den Effekt der Nahrungen auf die Reduktion der atopischen Manifestation im ersten Lebensjahr die individuelle Familienanamnese einen entscheidenden Einfluss hat. So konnten wir sehen, dass alle drei Hydrolysatnahrungen gleichermaßen einen Effekt zwischen 40 und 50% hatten, wenn in der Familie keine atopische Dermatitis vorhanden war, sondern andere allergischen Manifestationen vorlagen. Wenn hingegen eine atopische Dermatitis bei Eltern oder Geschwistern bestand, war der Effekt von Nutramigen annähernd unverändert, der von BEBA HA jedoch deutlich geringer. HIPP HA zeigte keinen Effekt im Vergleich zur Kuhmilchformula. Wir interpretieren dieses Er-*

gebnis dahingehend, dass die Wirkung eines Hydrolysats abhängig ist von der individuellen Familienanamnese, d.h. vom Phänotyp der Atopie in der Familie.

Wie geht es weiter mit GINI?

Dr. von Berg: Die Ergebnisse des 2. und des 3. Lebensjahres sind derzeit in der Auswertung. Die jüngsten Kinder der Studie sind jetzt 3, die ältesten werden demnächst 6 Jahre alt. Mit 6 Jahren ist eine erneute klinische Untersuchung der Kinder einschließlich Lungenfunktion und allergologischer Diagnostik vorgesehen.

** das in der Studie verwendete HIPP HA ist nicht identisch mit dem unter dem gleichen Namen erhältlichen HIPP HA, das sich jetzt im Handel befindet.*

1. pina-Aventis Forschungsstipendium

Erste Trends - erste Ergebnisse

»Einfluss von Endotoxin auf die Allergieentwicklung im frühen Lebensalter in einem murinen Modell für das allergische Asthma bronchiale«, so lautet das Thema des Projekts von Kerstin Gerhold, Ärztin an der Berliner Charité und Stipendiatin des pina-Aventis-Forschungsstipendiums. Erste Trends und Ergebnisse kann sie bereits präsentieren:

»Epidemiologische Studien der letzten zwei Jahre haben gezeigt, dass Kinder, die auf einem Bauernhof aufwachsen, selten allergische Erkrankungen entwickeln (1). Eine Ursache hierfür ist möglicherweise der in früher Kindheit beginnende, häufige Kontakt mit Bakterienwandbestandteilen, den sog. Lipopolysacchariden (2). Diese lassen sich in hohem Maße in Tierställen nachweisen. In einem Asthma-Mausmodell wird derzeit untersucht, inwieweit LPS die Entwicklung einer Allergie beeinflussen kann. Mäuse erhalten das Modellallergen Ovalbumin (Hühnereiweiß). Den so behandelten (sensibilisierten) Tieren wird das Allergen anschließend direkt über die Atemwege verabreicht (Allergenprovokation), um die für Asthma typische Entzündung und Überempfindlichkeit der Atemwege hervorzurufen. LPS wird nun vor der Sensibilisierung oder vor der Allergenprovokation über die Atemwege verabreicht. Erste Ergebnisse zeigen, dass durch LPS die allergische Atemwegsentszündung und -überempfindlichkeit vermindert wird. Ein abschließendes Urteil über den LPS-Effekt, insbesondere auf den Mechanismus der Allergieentwicklung, steht derzeit noch aus.

(1) Von Ehrenstein, O., E. von Mutius, S. Illi, L. Baumann, O. Bohm und R. von Kries. 2000. Reduced risk of hay fever and asthma among children of farmers. Clin. Exp. Allergy. 30:187 - 193.

(2) Von Mutius, E., C. Braun-Fahrlander, R. Schierl, J. Riedler, S. Ehlermann, S. Maisch, M. Waser und D. Nowak. 2000. Exposure to endotoxin or other bacterial components might protect against the development of atopy. Clin Exp Allergy. 30:1230-1234.

pina - HELPLINE

pina-Helpline, die telefonische Beratung bei Fragen zu Allergien und Asthma, richtet sich an direkt Betroffene, insbesondere junge Familien und werdende Eltern. Werktags von 9 bis 12 Uhr beraten unter der Nummer **0 18 05 - 74 62 33** (27 Pf./Min.) Fachleute mit mehrjähriger Erfahrung in der Allergieambulanz fundiert und neutral. Das pina-helpline-Angebot wird vor allem von jungen Müttern und von Schwangeren intensiv genutzt. Hier wieder zwei Beispiele für typische Fragen an die pina-helpline-Mitarbeiter:

Kann man gegen Allergien und Asthma erfolgreich impfen?

Die spezifische Immuntherapie (SIT) – auch Hyposensibilisierung genannt – kann bei Allergikern der Entwicklung eines Asthma bronchiale vorbeugen und die Symptomatik langfristig – auch noch Jahre nach Therapieende – verbessern. Die SIT wurde von der WHO als therapeutische Allergie-Impfung bezeichnet und empfohlen.

Ergebnisse der PAT-Studie (Preventive Allergy Treatment) mit 208 Kindern im Alter von 7-13 Jahren bestätigen diesen Trend. Bei dieser Multizenter-Studie wurde die eine Hälfte der Kinder mit allergischer Rhinitis über drei Jahre hyposensibilisiert, die andere mit symptomatischen Arzneimitteln behandelt. Asthma galt in beiden Gruppen als Ausschlusskriterium. Fünf Jahre nach Therapiebeginn war die Asthmahäufigkeit in der SIT-behandelten Gruppe um 60 Prozent geringer als in der Kontrollgruppe. Auch die bronchiale Hyperreaktivität und die Neusensibilisierung wurden in der SIT-Gruppe deutlich reduziert. Ebenso kann eine SIT bei Heuschnupfen und anderen allergischen Erkrankungen die Symptomatik deutlich reduzieren. Viele Kinderärzte führen diese Therapie durch. Fragen Sie danach.

Was versteht man unter »künstlich hergestellten« (rekombinanten) Allergenen?

Die heute für die Spezifische Immuntherapie (SIT) verwendeten Allergenpräparate werden aus biologischem Material hergestellt und enthalten ein Gemisch potenzieller Allergene. Allergiker reagieren unterschiedlich auf die verschiedenen Isoformen von Allergenen. Daher sind für die SIT Allergenpräparate von Vorteil, in denen nur die tatsächlich benötigten Allergene in möglichst aktiver und reiner Form vorliegen. Hier bietet die biotechnologische Forschung mit der Entwicklung sogenannter rekombinanter Allergene einen Lösungsansatz. Diese gleichen dem natürlichen Allergen, decken aber hinsichtlich ihrer Aktivität das breite Spektrum der Isoallergene ab. Die Moleküle lassen sich gezielt verändern, so dass sie nur noch in geringem Maße die Ausschüttung von Histamin fördern und somit die Nebenwirkungsrate senken. Außerdem lassen sich rekombinante Allergene in hoher Qualität herstellen. Die klinische Wirkung muß künftig in Studien gezeigt werden.

Die Köpfe von pina

Vorstand

Prof. Dr. Ulrich Wahn, Berlin
1. Vorsitzender
Dr. Frank Friedrichs, Aachen
2. Vorsitzender
Dr. Susanne Lau, Berlin
Schriftführerin / Schatzmeisterin
Prof. Dr. Karl E. Bergmann, Berlin
Kerstin Kaniecki-Loop, Freiburg
Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl, Osnabrück
Prof. Dr. Dietrich Reinhardt, München
Prof. Dr. Jürgen Seidenberg, Oldenburg

Beirat

Prof. Dr. Carl Peter Bauer, München/Gaibach
Dr. Andrea von Berg, Wesel
Prof. Dr. Karl-Christian Bergmann, Bad Lippspringe
Prof. Dr. Joachim W. Dudenhausen, Berlin
Dr. Hans-Joachim Mansfeld, Davos
Prof. Dr. Günter Mau, Braunschweig
Karin Niederbühl, Siegburg
Prof. Dr. Bodo Niggemann, Berlin
Prof. Dr. Klaus Rabe, Leiden

Prof. Dr. Christian Rieger, Bochum
Prof. Dr. Dr. Johannes Ring, München
Prof. Dr. Wolfram Sterry, Berlin
Dr. Rüdiger Szczepanski, Osnabrück
Prof. Dr. Radvan Urbanek, Wien
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hubertus von Voß, München
Prof. Dr. Heinrich Worth, Fürtth

Sponsoren

Aventis Pharma Deutschland
Dr. Beckmann GmbH
Glaxo Smithkline GmbH & Co KG
Delius GmbH
Milupa GmbH & Co. KG
Pharmacia Diagnostics
UCB Pharma GmbH

pina-Geschäftsstelle

Frau S. Meyer, Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie/Immunologie, Charité, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Tel. 0 30-450 566 843 (dienstags 11-18 Uhr; mittwochs 12-18 Uhr),
Fax 0 30-450 566 943

Passivrauchexposition - das Kinderumweltthema Nr. 1

Sabine Schmidt (1), Thomas Lob-Corzilius (2), Ursel Heudorf (3)

Warum sind die Gefahren der Passivrauchexposition Thema dieser pina-news?

Zum Thema Rauchen und Passivrauch ist wohl alles bekannt und gesagt. Doch mit welchem Erfolg? Auch die Einflussmöglichkeiten des behandelnden Kinderarztes scheinen begrenzt zu sein. Diese pina-news wollen Mut machen, sich trotzdem immer wieder im Sinne der Prävention für die Kinder einzusetzen, und sie wollen Hilfestellungen für diese wichtige Aufgabe geben! Aus unserer Sicht gibt es zur Zeit keine effektivere Strategie zur Prävention von Atemwegserkrankungen und plötzlichem Kindstod.

Rauchverhalten und Passivrauchexposition von Kindern

Tabakrauch ist mit Abstand der bedeutendste und gefährlichste Innenraumschadstoff. Von den im Zigarettenrauch nachgewiesenen tausenden Inhaltsstoffen sind viele im Nebenstromrauch, den der Passivraucher einatmet, in höheren Konzentrationen vorhanden als im Hauptstromrauch, den der Raucher selbst inhaliert. Aus dem Wissen, dass Passivrauch schadet, resultiert jedoch nicht zwingend ein geändertes Verhalten, wohl auch wegen des Suchtpotentials des Nikotins. Dies zeigt der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (1):

- Im Jahre 1998 rauchten in der Gruppe der 18-24-Jährigen 49 % der Männer und 44 % der Frauen. Dies ist die Gruppe der zukünftigen Eltern.

- Das Alter bei Beginn des Rauchens lag bei 86% der Männer und 80 % der Frauen unter 20 Jahren. Je früher mit dem Rauchen begonnen wird, desto geringer ist die Chance für den späteren Ausstieg.
- Immer mehr junge Frauen rauchen. Viele dieser Frauen sind oder werden Mütter.

Die Zahlen belegen, dass Kinder in Deutschland in hohem Maße einer Passivrauchexposition ausgesetzt sind: Ca. 50% der Kinder leben in Raucherhaushalten, und ca. 20% der Mütter rauchen (2, 3). Trotz aller bisherigen Informationen und Patientenschulungen sind auch Kinder mit Asthma nicht weniger exponiert!

Evidenz der Schädlichkeit der Passivrauchexposition

Die gesundheitlichen Risiken der Passivrauchbelastung für Kinder sind kürzlich in verschiedenen Metaanalysen publiziert worden (zusammengefasst in 4). Es ließ sich zeigen, dass sich das Risiko für

- Mittelohrerkrankungen bei Kleinkindern,
- Atemwegssymptome und -erkrankungen inkl.

Asthma bei Klein- und Schulkindern sowie

- den plötzlichen Kindstod signifikant erhöht (Tab. 1).

Es ließen sich ebenfalls negative Auswirkungen auf Lungenfunktionsparameter und die bronchiale Reagibilität zeigen. Für die Zusammenhänge zwischen der Passivrauchexposition und der Allergieentwicklung sowie der Erhöhung des Krebsrisikos gibt es klare Hinweise, aber die Daten sind nicht eindeutig.

Zentrale Rolle der Prävention

Die gesundheitliche Belastung von Embryonen, Neugeborenen, Klein- und Schulkindern durch Passivrauch ist somit belegbar. Angesichts der vielen Betroffenen kann von der Umwelttoxine Nr. 1 gesprochen werden. Entsprechende präventive Strategi-



Eltern, die in der Umgebung ihrer Kinder rauchen, gefährden nachweisbar deren Gesundheit.

en sind dringend notwendig, wobei aus vielen bisherigen, oft erfolglosen Anstrengungen die Erkenntnis formuliert werden kann: Die Trendwende zur Vermeidung von Passivrauchbelastung wird es erst geben, wenn die »Konzertierung« aller Bemühungen gelingt.

Auf der:

- politischen Ebene
 - Verabschiedung eines »Nichtraucherschutzgesetzes«
 - Verbot der Tabakwerbung
- gesellschaftlichen Ebene
 - Vernetzung der Bemühungen von verschiedenen Nichtregierungsorganisationen (NGO)
- Ebene der medizinischen Verbände
 - Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst oder regionalen, von Ärzten unterstützten Initiativen.
 - In der gynäkologischen Praxis mit intensiver Information der Schwangeren (5, 6).
 - In der kinderärztlichen Praxis mit angemessener Beratung und Aufklärung (s.u.).
- Ebene der persönlichen Initiative der Eltern mit kreativen Rauchvermeidungsstrategien.

Was kann der einzelne Kinderarzt tun?

Alle bisherigen Erfahrungen (Lit. bei 3) belegen den hohen Stellenwert des Arzt-Patient-Eltern-Kontakts mit dem Ziel, eine Sensibilisierung für die Gefahren des Passiv- wie des Aktivrauchens zu fördern. Bislang machen Kinderärzte von ihrer Kompetenz viel

Erkrankung/ Symptome	Studien	Gepoolte Daten OR adjustiert (95%CI)
Mittelohrerkrankungen	Rez. Otitis	1,48 (1,08-2,04)
Erkrankungen der unteren Atemwege		
Säuglinge/Kleinkinder	1 Elternteil raucht	1,49 (1,40-1,58)
	Mutter raucht	1,64 (1,55-1,73)
Bronchitis/Pneumonie	1 Elternteil raucht	1,46 (1,35-1,59)
	Mutter raucht	1,56 (1,43-1,71)
Giemen	1 Elternteil raucht	1,54 (1,27-1,66)
	Mutter raucht	1,98 (1,71-2,30)
Asthma bei Schulkindern	Eltern rauchen	1,50 (1,29-1,73)
	Mutter raucht	1,36 (1,20-1,55)
Plötzlicher Kindstod	Mutter raucht (pränatal)	2,08 (1,82-2,38)
	Mutter raucht (postnatal)	1,94 (1,55-2,43)

Eine Odds Ratio (OR) von über 1 gibt einen Hinweis auf eine Auswirkung (Risikoerhöhung) des untersuchten Einflusses auf die untersuchte Erkrankung. Liegen die 95%-Intervalle (95% CI) ebenfalls beide über 1, so ist der Einfluss signifikant. Signifikanz bedeutet nicht automatisch »ursächlich«.

Tab 1: Zusammenhänge zwischen Passivrauchexposition und kindlichen Erkrankungen (Daten aus Metaanalysen nach 4).

zu wenig Gebrauch. Nur 8% aller Eltern von asthmakranken Kindern geben an, vom Kinderarzt auf das Rauchverhalten angesprochen worden zu sein (3)! Diese Eltern nehmen klare ärztliche Stellungnahmen und Aufforderungen zur Rauchvermeidung mehrheitlich nicht übel! Eine pädiatrische Anamnese sollte deshalb immer die Rauchbelastung mit umfassen, in der Praxis wie in der Klinik (7). Aufforderungen, mit dem Rauchen aufzuhören, sind wenig erfolgreich; eher gelingt dies durch Tipps, wie das Umfeld (v.a. das Familienauto) »rauchfrei« werden können. Bei jugendlichen Gelegenheitsrauchern sind Belohnungsstrategien – wenn von ihnen gewünscht in Absprache mit den Eltern – sinnvoller als Verbote. Dazu bedarf es entsprechender Ärztetrainings (z.B. in Qualitätszirkeln) und spezieller jugendärztlicher Sprechstunden.

Welche Tipps werden Kinderärzten angeboten?

Der Kinderarztkollege Horn, Suchtbeauftragter des BVKJD, hat einen praxisnahen Beratungsleitfaden zur Tabakprävention in Kinder- und Jugendarztpraxen erarbeitet (8). Die zentrale Botschaft aller Interventionen ist die Vermeidung jeder Vorwurfshaltung, das konstruktive Werben für eine gesunde

Wohnumgebung bzw. Lebensführung sowie das Lob auch für kleine Veränderungen, die Eltern bzw. Jugendliche erreichen. Der Leitfaden soll in diesem Herbst erscheinen und zumindest allen niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten zur Verfügung gestellt werden. Jeder Pädiater kann auch bei der BZgA Broschüren (9, 10) anfordern und als Vorbereitung zum Gespräch auslegen. Hingewiesen sei zudem auf verschiedene Bemühungen des Berufsverbands, überzeugendere Strategien für die Jugendmedizin zu entwickeln, bei denen auch die Suchtprävention einen zentralen Stellenwert einnimmt. Im UMINFO-ADIZ-ALLINFO-PÄDIFORM gibt es eine Vielzahl von Informationen dazu, ferner in dem von der Bundesvereinigung für Gesundheit betriebenen »Netzwerk Nichtraucher«, das auch über das Onlinesystem UMINFO-ADIZ-ALLINFO erreichbar ist.

- 1 Sabine Schmidt ist Kinderärztin, Allergologin und Mitarbeiterin der Kinderumwelt gGmbH.
- 2 Thomas Lob-Corzilius ist Oberarzt am Kinderhospital Osnabrück, Allergologe, Umweltmediziner und Mitinitiator der Arbeitsgruppe Pädiatrische Umweltmedizin. Diese Arbeitsgruppe kümmert sich innerhalb der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) intensiv um umweltmedizinische Themen und hat innerhalb des Informationssystems UMINFO-ADIZ-ALLINFO ein eigenes Diskussionsforum.

3 Ursel Heudorf ist Kinderärztin, Allergologin, Umweltmedizinerin und in der Abteilung Umweltmedizin und Hygiene am Gesundheitsamt Frankfurt tätig. Sie ist eine der vielen engagierten MitarbeiterInnen des ÖGD, die sich intensiv für die Verbesserung der Kindergesundheit einsetzen. Sie arbeitet in der Umweltkommission der DAK mit. Mitarbeiter des ÖGD sind neben den Kinderärzten die zweitstärkste Nutzergruppe des Informationsverbands.

Literatur

Junge B; Nagel M: Robert-Koch-Institut, Berlin: Das Rauchverhalten in Deutschland Ergebnisse des Bundes-Gesundheits surveys 1998. In: WHO-Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit, Beiträge 1999/2000; Koalition gegen das Rauchen Dez. 2000. Internet: www.weltnichtrauchertag.de.

Kabesh M; v. Mutius E: Adverse health effects of environmental tobacco smoke exposure in childhood. *ACI International* (2000) 12 (4): 146-152.

Szczepanski R; Hillen P: Minderung der Passivrauchexposition von Kindern – elterliches Verhalten, Änderungsmöglichkeiten und deren Determinanten. *Pneumologie* (1999) 53: 37-42.

Heudorf U: Passivrauchen bei Kindern. Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen. *Päd. Praxis* (2001) 60 (1): 185-195.

Lackmann GM; Salzberger U; Hecht SS; Töllner U: Rauchen während der Schwangerschaft. *Dt. Ärzteblatt* (1999) 96:A 2080-2083.

BIPS ab 1999: Stop smoking-Newsletter. www.bips.uni-bremen.de

Dickerhoff R; Rücker A v: Die Zigarette und die Pädiatrie. *Pädiat.Praxis* (1998) 54: 539-545.

Horn WR: Rauchen bringt's! Beratungsleitfaden zur Tabakprävention in Kinder- und Jugendarztpraxen. Fassung 2000 in Druck.

BZgA 1999: Ich bekomme ein Baby. Rauchfrei für mein Baby.

BZgA 1999: Das Baby ist da. Rauchfrei für mein Baby.



Die Kinderumwelt gGmbH

K.E. von Mühlendahl

Die Kinderumwelt bzw. ihre Vorläufer DISU und DISA haben in den vergangenen zehn Jahren einen gut und stabil funktionierenden Online-Verbund mit einer bedeutenden Teilnehmerzahl geschaffen. Unter den deutschen medizinischen EDV-basierten Informationssystemen haben wir die meisten aktiven, in den verschiedenen Foren auch interaktiv partizipierenden Teilnehmer, und wir halten den größten Fundus an abrufbaren, seriösen Informationsmaterialien bereit. Schwerpunkte liegen dabei auf den Gebieten der Pädiatrie, der Umweltmedizin und der Allergologie.

Die Unabhängigkeit von Sponsoren, Parteien oder ideologisch festgelegten Gruppen und von staatlichen Instituten sowie die Trägerschaft durch die DAK sind wichtig für Prestige und Glaubwürdigkeit der Kinderumwelt. In den vergangenen vier Jahren und bis Ende 2001 sind Einrichtung und Betrieb durch eine verkappte Institutsförderung seitens des BMG finanziert worden (im Einvernehmen mit dem BMG als Projektförderung etikettiert). Die Teilnahme ist unentgeltlich. Das ist von besonderer Bedeutung für die beiden Hauptgruppen der Nutzer: Kinderärzte und kinderärztliche Verbände sowie Amtsärzte und Gesundheitsämter.

Die Basiskosten für Telekommunikationsgebühren, Mieten und die für Betrieb und Wartung notwendigen Personalkosten liegen bei etwa 150.000 DM

p.a. Mit Auslaufen der Förderung durch das BMG ist die Kinderumwelt gGmbH gehalten, durch eigene Einkünfte für eine Fortführung des Betriebs zu sorgen.

Hinsichtlich des basalen Netzwerkes – darauf sind wir wiederholt seitens des BMG hingewiesen werden – sollten wir zusehen, dass wir über Benutzergebühren eine Kostendeckung erzielen. In der fehlenden Reaktion auf die vorangegangenen Anfragen an die kinderärztlichen Verbände (Ausnahme: der nicht weiterführende Brief von Herrn Eßer für den BVKJD) und in dem Eindruck, der von der Delegiertenversammlung in Fulda ausging, ist zu erkennen, dass in diesem Punkt eine Unterstützung von pädiatrischer Seite nicht zu erwarten ist. Die Situation bei den Gesundheitsämtern ist ähnlich.

Für mich persönlich erhebt sich die Frage, ob und warum die DAK überhaupt an einem Fortbestehen und an einer Weiterführung der Kinderumwelt interessiert ist.

Kinderumwelt gGmbH
 Westerbreite 7, 49084 Osnabrück
 Tel.: 0541-9778-900 (Zentrale, Umweltmedizin)
 0541-9778-903 (Allergologie)
 Fax: 0541-9778-905
 Internet: www.uminfo.de, www.kinderumwelt.de

Termine

26.-28. Oktober 2001, München

4. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V. (GPA).
 Leitung: Prof. Dr. C.P. Bauer, München/Gaißach,
 Prof. Dr. R. Urbanek, Wien.

28. Oktober 2001, München

2. pina-Eltern-Informationstag
 Breit angelegte Info-Veranstaltung des pina e.V. im Klinikum rechts der Isar. Angeboten werden ab 10.00 Uhr Vorträge und Workshops zur Allergieprävention. Jedermann ist herzlich eingeladen. Der Eintritt ist frei.

7.-8. Dezember 2001, Bochum

37. Tagung der Gesellschaft für Lungen- und Atmungs-forschung e.V. in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie
 Tagungspräsident: Prof. Dr. Ch. Rieger, Bochum

13.-16. März 2002, Bochum

43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP), gemeinsam mit der 22. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI)
 Tagungspräsident: Prof. Dr. G. Schultze-Werninghaus, Bochum

