



pina

news



Prof. Dr. C. P. Bauer

Rehabilitation als dritte Säule des Therapiekonzepts

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Chronische Erkrankungen bekommen in der kinderärztlichen Praxis eine immer größere Bedeutung. Dies trifft vor allem für Erkrankungen des atopischen Formenkreises wie Asthma bronchiale und atopisches Ekzem zu. Es ist davon auszugehen, dass ca. 10 Prozent aller Kinder von einem Asthma bronchiale und 10 bis 15 Prozent aller Kinder bei der Einschulung von einem atopischen Ekzem betroffen sind. Der Verlauf dieser Erkrankungen ist in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass sich Phasen scheinbarer Stabilität mit Phasen akuter Verschlechterungen abwechseln. Die Ursachen der Verschlechterungen sind individuell unterschiedlich und können von Allergenexposition, Wittereinflüssen (z.B. neblig-nasskalt), Infekten, der körperlichen Belastung, psychischen Faktoren und anderem abhängen.

Da diese Erkrankungen nicht kurzfristig geheilt werden können, liegt ein Schwerpunkt der Betreuung neben der Diagnostik auf dem langfristigen Therapiemanagement. Hier müssen der Patient und bei jüngeren Kindern seine Eltern lernen, die Therapie den täglichen individuellen Bedürfnissen anzupassen, d.h. es muss frühzeitig und adäquat auf veränderte Verhältnisse wie vermehrte Allergenexposition, Wetterwechsel etc. reagiert werden. Zum Therapiemanagement gehören neben Allergenvermeidung und Applikation von Medikamenten in Einzelfällen auch psychologische Unterstützung und Betreuung, Krankengymnastik und Sporttherapie bei Asthma bronchiale. Ein weiteres wichtiges Element des Therapiemanagements ist die Vermittlung von Hilfen zur Krankheitsbewältigung wie die Unterstützung bei krankheitsbedingten Schulproblemen oder Berufsberatung für die entsprechenden Altersgruppe. Diese Aspekte müssen in Abhängigkeit vom individuellen Krankheitsbild berücksichtigt werden.

Falls die erforderlichen Maßnahmen ambulant nicht durchzuführen sind bzw. das individuelle Therapieziel ambulant nicht erreicht werden kann, ist eine Rehabilitationsbehandlung angezeigt. Die Rehabilitation mit der interdisziplinären Betreuung durch Ärzte, Krankenschwestern, Pädagogen, Psychologen, Physiotherapeuten, Sportlehrer, Diätassistenten und andere Fachleute stellt heute neben der ambulanten und akut stationären Behandlung die dritte Säule im Betreuungskonzept chronisch kranker Kinder und Jugendlicher dar.

Prof. Dr. C. P. Bauer

Inhalt.....

- 2 Allergie-Checkliste Rhinitis und Asthma**
- 2 Es geht auch ohne FCKW-haltige Dosieraerosole**
- 3 Wohnortferne und wohnortnahe Rehabilitation**
- 4 Daten für Studie über Anaphylaxien gesucht**
- 4 Neues Video: Kinder geben Empfehlungen zur Allergieprävention**

Impressum

pina news, Ausgabe 6/Frühjahr 2003.
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. Bilder: bbm, GlaxoSmithKline, Fachklinik Gaißach der LVA Obb., privat. Textbearbeitung, Gestaltung, Herstellung: Wums & Partner PR GmbH, Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing.

Disease-Management-Programm Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter

In den Planungen zur Qualitätssicherung und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen spielt die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, sog. Disease-Management-Programme (DMPs), eine wesentliche Rolle. Nach der aktuellen Beschlusslage gehört Asthma bronchiale im Erwachsenen-, aber auch im Kindes- und Jugendalter zu den Krankheitsgruppen, für die ein DMP entwickelt werden soll. Obwohl bis jetzt noch nicht erkennbar ist, wann und wie ein solches DMP etabliert wird, haben die zuständigen pädiatrischen Fachgesellschaften – der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands (BVKJ), die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ), die Gesellschaft für Pä-

diatrische Pneumologie (GPP), die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA), die Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter und die Fachgesellschaft für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin – eine Stellungnahme zum DMP für Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter vorgelegt. Die Fachgesellschaften antworten damit auf erste Entwürfe von Kostenträgerseite, in de-



➤ nen sich die Meinung der kinder- und jugendärztlichen Vereinigungen nicht ausreichend widerspiegelt. Dabei berufen sich die Gesellschaften auf die primäre Zuständigkeit der Kinder- und Jugendärzte für die Behandlung der jungen Patienten.

Die 90-seitige Stellungnahme der pädiatrischen Fachgesellschaften ist kostenlos bei der Geschäftsstelle der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V., Rathausstr. 10, 52072 Aachen, Fax 0241-9800-259, sowie über folgende Internet-Seiten erhältlich:

- www.kinderaerzte-im-netz.de
- www.gpaev.de
- www.med.uni-muenchen.de/gpp
- www.asthmaschulung.de

Termine

24.-26. April 2003, Wien

25. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP)

Leitung: Prof. Dr. Frischer, Prof. Dr. Szepfalusi, Wien

29.-30. August 2003, Dresden

6. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA)

Leitung: Prof. Dr. Leupold, Dresden

pina-GlaxoSmithKline-Nachwuchsstipendium vergeben

Präventiver Ansatz in der Therapie des allergischen Asthmas ausgezeichnet

Das pina-GlaxoSmithKline-Nachwuchsstipendium wurde am 20. September 2002 an Dr. Katja Beier von der Klinik für Pädiatrie m. S. Pneumologie und Immunologie der Charité Berlin verliehen. Die junge Ärztin erhielt die mit 12.800,- Euro dotierte Auszeichnung im Rahmen des pina-Symposiums bei der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Leipzig.

Ausgezeichnet wurde die Forschungsarbeit Dr. Beiers zum neu entdeckten kostimulatorischen T-Zell-Molekül ICOS, das die Möglichkeit bietet, gezielt präventiv oder modulierend in die Prozesse einzugreifen, die für die Entwicklung des allergischen Asthmas verantwortlich sind. „Anstatt Symptome zu behandeln, könnte man mit ICOS an der Ursache angreifen und die Entstehung der Atemwegs-entzündung und -verengung verhindern“, erläuterte die Preisträgerin ihren wissenschaftlichen Ansatz. „Erste Vorexperimente an Mäusen zeigten die Expression von ICOS im Verlauf einer asthmatischen Erkrankung und weisen damit auf eine Beteiligung des Moleküls bei der Einleitung und Unterhaltung der allergischen Reaktion hin.“

Das Stipendium zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Pneumologie wurde im vergangenen Jahr zum zweiten Mal vergeben und erstmals von GlaxoSmithKline unterstützt.



Gratulierten der Preisträgerin Dr. Katja Beier (Mitte): Dr. Marion Wencker, Leiterin CoE Pulmologie bei Glaxo-SmithKline (links), und der 1. Vorsitzende von pina, Prof. Dr. Ulrich Wahn.

Es geht auch ohne FCKW-haltige Dosieraerosole

Alternativpräparate verfügbar

Seit Januar 2003 dürfen in Deutschland für inhalative Steroide keine FCKW-haltigen Treibgase mehr verwendet werden. Alle entsprechenden Dosieraerosole wurden zum Jahreswechsel vom Markt genommen. Für Patienten, die bislang auf solche Asthmasprays angewiesen waren, stehen inzwischen aber wirksame Alternativpräparate zur Verfügung.

FCKW, die Fluor-Chlor-Kohlenwasserstoffe, zerstören die schützende Ozonschicht der Erde und sind deshalb seit 1995 in Deutschland verboten. Ihre Verwendung in Dosieraerosolen war nur noch über eine befristete Ausnahmegenehmigung erlaubt, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) jetzt nicht mehr verlängert wurde. Das Verbot trifft alle FCKW-haltigen Präparationen der Wirkstoffe Beclometason, Budesonid, Dexamethason, Flunisolid, Fluticason und Triamcinolon.

Ausschlag gebend für die Entscheidung des BfArM war auch der Umstand, dass Asthma-Patienten mittlerweile sichere und erprobte Alternativpräparate ohne FCKW angeboten werden. Neben zahlreichen Pulverinhalatoren, die den Betroffenen allerdings eine gewisse Umgewöhnung abverlangen, gibt es auch schon Dosiersprays mit dem für die Ozonschicht unbedenklichen Treibgas Hydrofluoralkan 134a (HFA).

Detaillierte Informationen zum Verbot von FCKW in inhalativen Steroiden und eine Auflistung der Alternativpräparate bieten aktuell die neueste Ausgabe der Zeitschrift „Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis“ (1/2003) sowie das Internet-Angebot der Kinderumwelt gmbH, www.paedinform.de

Allergie-Checkliste Rhinitis und Asthma

Welche Symptome? Welche Fragen? Welche Untersuchungsbefunde? Welche Allergene? Symptomprofile in der Allergiediagnostik sollen helfen, rasch und sicher eine allergische Ursache zu erkennen:

Rhinitis

Symptome:

- Wässriger Schnupfen
- Häufiges Räuspern
- Niesanfälle, besonders morgens nach dem Aufstehen oder an bestimmten Orten
- Mundatmung aufgrund der blockierten Nasenatmung

Fragen:

- ♦ Erkältungen oder Allergie?

Zu untersuchen:

- Auftreten der Symptome
- Nachts oder tagsüber?
- Saisonal oder ganzjährig?
- Zuhause oder während der Arbeit?
- Bei Kontakt mit Tieren?
- Andere atopische Erkrankungen?

Besonders häufige Allergene:

- + Birke, Lieschgras, Beifuss, Alternaria

Asthma

Symptome:

- Pfeifende Atemgeräusche und Atemnot.
- Husten durch spezifische Auslöser (Allergene) oder unspezifische Reize (Anstrengung, kalte Luft, Infekte usw.)

Fragen:

- ♦ Allergisches Asthma mit Möglichkeit der Allergenkenz?
- ♦ Intrinsisches Asthma?
- ♦ Kombination von intrinsischem und allergischem Asthma?

Zu untersuchen:

Anamnese:

- Atopie in der Familie?
- Andere allergische Erkrankungen in der Eigenanamnese?
- Beschwerden nach Kontakt mit Tieren, Pollen, Hausstaubmilben, Schimmelpilzen usw.?
- Saisonale oder ganzjährige Beschwerden?
- Beschwerden bei körperlicher Belastung?

Besonders häufige Allergene:

- + Hausstaubmilben, Katze, Hund, Schimmelpilzmischung

Wohnortferne und wohnortnahe Rehabilitation

Interview mit Dr. Hans-Joachim Mansfeld, Davos, und Dr. Rüdiger Szczepanski, Osnabrück

Was versteht man unter wohnortferner bzw. wohnortnaher Rehabilitation?

Dr. Mansfeld: Stationäre Rehabilitation stellt eine „weiterführende Therapiemaßnahme“ dar, falls die Rehabilitationsziele mit wohnortnah zur Verfügung stehenden Mitteln nicht erreicht werden können. Wohnortferne Maßnahmen in klimabegünstigter Lage sowie mit entsprechenden personellen und apparativen Voraussetzungen sind eine grundsätzliche Möglichkeit zur Sicherung der Rehabilitationsziele.

Dr. Szczepanski: Unter wohnortnaher Rehabilitation versteht man Rehabilitationsmaßnahmen, die maximal 60 bis 80 km vom Wohnort des Patienten entfernt angeboten werden (Anfahrtszeit maximal 45 bis 60 Minuten). „Ambulant“ bedeutet, dass der Rehabilitant zu Hause schläft.

Welche Patienten sollen für die wohnortferne bzw. stationäre und welche für die wohnortnahe bzw. ambulante Reha-Maßnahme angesprochen werden?

Dr. Szczepanski/Dr. Mansfeld: Nach Ausschöpfung der Möglichkeiten wohnortnaher Rehabilitation werden stationäre klimaunterstützte Maßnahmen – z. B. bei allergischen Atemwegs- und Hauterkrankungen – als medizinisch indiziert angesehen, ...
... wenn eine suffizient und konsequent durchgeführte medikamentöse Therapie wohnortnah zu keiner ausreichenden Beeinflussung des Atemwegs- oder Hautleidens geführt hat;
... wenn die Entwicklung eines progredienten Atemwegs- oder Hautleidens mit irreversiblen Organschädigungen droht bzw. zu beobachten ist;
... wenn die für die langfristige Krankheitsprognose wichtige Schulung mit Vermittlung von Krankheitsmanagement und Verhaltenstraining wohnortnah nicht ausreichend gewährleistet ist.

Welche Aufgaben und Ziele hat die wohnortferne bzw. wohnortnahe Rehabilitation hinsichtlich Diagnostik und Therapie? Welcher Stellenwert kommt dabei der Patientenschulung zu?

Dr. Mansfeld: Die Diagnostik in der stationären Rehabilitation soll indikationsbezogen den Schweregrad und die individuellen Auslöser aktualisieren. Hinzu kommen Leistungs- und Funktionsdiagnostik z. B. hinsichtlich Medikamentenapplikation, Inhalation oder Hautpflege, verhaltensbezogene Fähigkeitsdiagnostik hinsichtlich der Therapieflexibilität beim Auftreten klinischer Symptomatik, und die Diagnostik von Co-Morbiditäten wie Asthma und Adipositas.
Die Patientenschulung bzw. Elternschulung ist für den Krankheitsverlauf und die langfris-

tige Krankheitsprognose von eminenter Bedeutung. Altersgerechte, qualifizierte und krankheitsspezifische Schulungsprogramme müssen daher eine wesentliche Qualifikation der Rehabilitationseinrichtung sein.

Dr. Szczepanski: Vor jeder Rehabilitation sollten die Diagnose gesichert und eine optimale medikamentöse Dauertherapie gefunden worden sein. Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation können die Elemente dieser Therapie bezüglich ihrer Alltagstauglichkeit überprüft werden, aber auch darauf hin, ob die Dauertherapie ausreicht oder gar eine Übertherapie vorliegt. Die Patientenschulung ist von der Gesetzgebung her ein Element der wohnortnahen ambulanten Rehabilitation und wird bereits jetzt gemäß der gesetzlichen Vorgaben honoriert (§ 43 Abs. 2 SGB V). Eine ambulante Rehabilitation umfasst per se die Schulung aller Altersgruppen (Eltern bei Kindern unter 6 Jahren, Vorschul-, Schulkinder und Jugendliche).

Wie sieht die Evaluation/Therapiekontrolle der wohnortfernen bzw. wohnortnahen Rehabilitation aus? Welche Studien zur Evaluation gibt es, welche sind dazu geplant oder notwendig?

Dr. Mansfeld: Hinsichtlich der Strukturqualität gelten die vom Leistungsträger gestellten Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative indikationsspezifische Ausstattung der Einrichtung. Die Prozessqualität wird entscheidend durch individuelle Rehabilitationspläne mit Orientierung an erprobten Reha-Konzepten (Behandlungsstandards) sowie durch qualifiziertes, regelmäßig fortgebildetes Personal gefördert.
Wichtiges Element zur Kontrolle der Ergebnisqualität sind regelmäßige Patienten- und Elternbefragungen, die speziellen Kriterien und unterschiedlichen Bewertungsmaßstäben bei Kindern, Jugendlichen und Begleitpersonen Rechnung tragen.



Die sportliche Betätigung in günstigem Klima ist bei vielen chronischen Krankheiten, auch bei Asthma bronchiale, wichtiger Bestandteil der Rehabilitation.
Foto: Fachklinik Gaißach



Dr. Hans-Joachim Mansfeld



Dr. Rüdiger Szczepanski

Was die Studien angeht, sollten rehabilitationswissenschaftliche Forschungsaktivitäten zum Standard von Rehabilitationseinrichtungen gehören.

Dr. Szczepanski: Der Gesetzgeber hat die ambulante Rehabilitationsform ebenso vorgegeben wie die Verknüpfung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen mit stationären. Allerdings ist diese Vorgabe bisher nur für Erwachsene weitestgehend ausgeführt – für den kinder- und jugendmedizinischen Bereich gibt es nur Regelungen zum Rehabilitations- und Asthmasport und zur Asthmaschulung.

Welchen Stellenwert haben die wohnortferne und die wohnortnahe Rehabilitation zurzeit und welchen Stellenwert sollten sie in Zukunft haben?

Dr. Mansfeld: Stationäre Rehabilitation für atopiebelastete Kinder und Jugendliche ist aus Gründen der Prävention und zur Erreichung der Therapieziele für bestimmte Patientengruppen unabdingbar – ihr Nutzen konnte durch Evaluationsstudien kurz- und mittelfristig belegt werden. Die sozialrechtliche Gleichstellung mit der Erwachsenen-Rehabilitation ist bisher nicht erreicht und bleibt deshalb eine nachdrückliche politische Forderung. Qualitätsrichtlinien für alle an der Rehabilitation Beteiligten (Antragsteller, Leistungsträger, Gutachter) sind zu erarbeiten, Ergebnis- und patientenorientierte Rehabilitationskonzepte zu entwickeln.

Dr. Szczepanski: Zurzeit ist die ambulante Rehabilitation nur mit zwei Standbeinen – dem Asthmasport und der Patientenschulung – vertreten. Die Patientenschulung ist noch nicht flächendeckend etabliert, aber es werden derzeit so viele Schulungsplätze angeboten, dass etwa 20 bis 40 Prozent eines Jahrgangs asthmabetroffener Kinder eine Schulung erhalten können (ambulante, stationäre und stationär rehabilitative Schulungsplätze zusammen). Dies gilt es natürlich weiter auszubauen.

Das aus meiner Sicht wichtigste Element ist leider noch nicht so weit gediehen, wie es sollte: Die Etablierung einer arbeitsfähigen

➤ Rehabilitationskette, die die Vorteile der wohnortfernen stationären Rehabilitation (und hiermit ist nicht die Kur alter Art gemeint) mit den Möglichkeiten und Vorteilen einer wohnortnahen Rehabilitation verknüpft, um langfristig eine höhere Effektivität der Rehabilitation und eine bessere ökonomische Effizienz zu erreichen.

Daten für Studie über Anaphylaxien gesucht

Anaphylaktische Reaktionen stellen die schwerste Form der allergischen Reaktion dar. Sie manifestieren sich in unterschiedlichen Schweregraden, können rasch fortschreiten und sind potenziell lebensbedrohlich.

Gerade über anaphylaktische Reaktionen im Kindesalter ist aber immer noch sehr wenig bekannt. Neueste Berichte lassen gerade einmal vermuten, dass sie weit häufiger sind als allgemein angenommen und sich öfter in Alltagssituationen als in einem ärztlichen Umfeld ereignen.

Mit einer bundesweiten Erhebung wollen Prof. Dr. Bodo Niggemann und Dr. Anne Mehl von der Berliner Charité (Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie und Immunologie) deshalb die Häufigkeit und den Verlauf anaphylaktischer Reaktionen bei Säuglingen und Kindern untersuchen. Ziel dieser von pina und der Firma Infectopharm finanziell unterstützten Studie ist es, über eine sichere Datengrundlage das Erkennen und die Behandlung von Anaphylaxien für Ärzte und Patienten zu erleichtern und zu optimieren.

Prof. Dr. Niggemann und Dr. Mehl bitten Kinderärzte und Allergologen in ganz Deutschland um Mitteilung, ob sie in den letzten 12 Monaten von einer anaphylaktischen Reaktion bei einem Kind bis zum 12. Lebensjahr gehört haben. Ärzte, bei denen dies der Fall ist, mögen sich mit einem kurzen Fax an Prof. Dr. Niggemann (Fax-Nr. 030-450-566931) wenden. Auf dem Fax sollte eine Telefonnummer angegeben werden, über die man für die notwendigen Detailfragen zu erreichen ist.

Einem der häufigsten Auslöser anaphylaktischer Reaktionen wird sich auch die kommende Ausgabe der pina-news (Herbst 2003) widmen: Der allergene Wirkung von Nahrungsmitteln.

Die Köpfe von pina

Vorstand

- Prof. Dr. Ulrich Wahn, Berlin
1. Vorsitzender
- Dr. Frank Friedrichs, Aachen
2. Vorsitzender
- Prof. Dr. Bodo Niggemann, Berlin
Schriftführer/Schatzmeister
- Dr. Andrea von Berg, Wesel
- Dr. Armin Grübl, München
- Kerstin Kaniecki-Loop, Freiburg
- Prof. Dr. Dietrich Reinhardt, München
- Dr. Ernst Rietschel, Köln

Beirat

- Prof. Dr. Carl Peter Bauer, München/Gaißach
- Prof. Dr. Karl E. Bergmann, Berlin
- Prof. Dr. Joachim W. Dudenhausen, Berlin
- PD Dr. Susanne Lau, Berlin
- Dr. Hans-Joachim Mansfeld, Davos
- Karin Niederbühl, Siegburg
- Prof. Dr. Klaus Rabe, Leiden
- Prof. Dr. Christian Rieger, Bochum
- Prof. Dr. Wolfram Sterny, Berlin
- Dr. Rüdiger Szczepanski, Osnabrück
- Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hubertus von Voß, München

Sponsoren

- Dr. Beckmann GmbH
- Glaxo Smithkline GmbH & Co KG
- Milupa GmbH & Co. KG
- MSD Sharp & Dohme GmbH
- Novartis Pharma GmbH
- Pharmacia Deutschland GmbH, Diagnostics Division
- Infectopharm GmbH (Projekt „Anaphylaxie“)

pina-Geschäftsstelle:

Frau S. Meyer, Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie/Immunologie, Charité, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Tel.: 030-450 566 843 (dienstags 11-18 Uhr; mittwochs 12-18 Uhr), Fax: 030-450 566 943

GLOSSAR

5

ESTAR-Studie

Die ESTAR-Studie (Effektivität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit Bronchialasthma) startete im August 1996 und wurde im November 2001 abgeschlossen. Die Studie hatte zum Ziel, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bei 8- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen mit Bronchialasthma zu evaluieren. Als Effektivitätsparameter für den Rehabilitationserfolg wurden die Schwere der Symptomatik, das asthmaspezifische Wissen der Patienten, Fertigkeiten zur eigenständigen Krankheitsbewältigung sowie Selbstwirksamkeitserleben und Angst erhoben. Langfristig sollen darüber hinaus krankheitsbedingte Folgen wie Schulfehltag, Krankenhaus- und Arztbesuche verringert sowie die Lebensqualität erhöht werden.

Die gesamte Stichprobe umfasste zu Beginn der Studie 318 asthmakranke Kinder und Jugendliche, von denen 226 Patienten an einer vier- bis sechswöchigen stationären Rehabilitation teilgenommen haben (Rehagruppe) und 92 ausschließlich ambulant behandelt wurden (Vergleichsgruppe). Insgesamt unterstreichen die zurzeit vorliegenden Befunde die Wirksamkeit der stationären Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale (Ausführliche Info im Internet: www.zrf.uni-bremen.de/zkr/forschung/BERICHT/FB2001/35.pdf).

Neues Video:

Kinder geben Empfehlungen zur Allergieprävention

Auf ungewöhnlichem Wege gibt die AG Allergieprävention im Kindesalter, Delmenhorst, in einem neuen, zwölfminütigen Video Tipps zur Vermeidung von Allergien: Ausschließlich Kinder agieren als Eltern und Berater und vermitteln so spielerisch die aktuellen Empfehlungen zur Allergieprävention.



Das Video entstand im Anschluss an ein zweijähriges Beratungsprojekt in Delmenhorst und soll die oft verunsicherten Eltern neugeborener Kinder mit einfachen Mitteln über Maßnahmen zur Allergievorbereitung informieren. Dass die Empfehlungen dabei von Kindern in Erwachsenenrollen aus-

gesprochen werden, ließ bei der praktischen Erprobung die Aufmerksamkeit der Eltern deutlich ansteigen. Hinweise zur Vermeidung von Tabakrauch und Umweltgiften, zur Verminderung der Hausstaubmilbenbelastung oder zur richtigen Beikostfütterung werden somit eher gehört und akzeptiert. Besonders interessant ist der Film für geburtshilfliche Abteilungen und Hebammenpraxen zur Elterninformation in der Schwangerenbetreuung. Das in Eigenproduktion mit der Medienwerkstatt Potsdam und ohne jedes Sponsoring produzierte Video kann zum Selbstkostenpreis von 10 Euro bzw. als CD für 7 Euro zzgl. Versandkosten bezogen werden bei: APK – AG Allergieprävention im Kindesalter, Kinderklinik, Wildeshäuser Str. 92, 27753 Delmenhorst, E-Mail: boehmann.hans@klinikendelmenhorst.de Weitere Informationen gibt es im Internet unter www.kinderklinik-del.de. Hier kann auch ein kurzer Ausschnitt des Videos abgespielt und heruntergeladen werden.

www.pina-infoline.de

Unter dieser Adresse hat pina mit Unterstützung der Kinderumwelt gGmbH ein eigenes Internetangebot aufgebaut, das aktuelle Informationen zu Allergien und Asthma bietet. Das Angebot wendet sich primär an die interessierte Bevölkerung, bietet aber auch Fachleuten nützliche Hinweise.

pina - HELPLINE

Antworten auf die wichtigsten Fragen zu Allergien und Asthma gibt auch die pina-Helpline. Fachleute mit mehrjähriger Erfahrung in der Allergieambulanz beraten fundiert und neutral unter der Nummer **0 18 05 - 74 62 33** (werktags von 9-12 Uhr, 12 Cent/Min.).

