

Hinsichtlich der Indikationsstellung empfahl Wehrmann, sich an den gängigen Leitlinien und ARIA („allergic rhinitis and its impact on asthma“)-Kriterien zu orientieren. Ein von Wehrmann entwickelter Dokumentationsleitfaden solle mehr Sicherheit bei der Indikationsstellung gewährleisten und die Entscheidung über eine leitliniengerechte SIT auch für den Kostenträger nachvollziehbar machen. Das Formular ist auf der AEDA-Website unter www.aeda.de/uploads/media/Dokumentationsbogen_SIT.pdf abrufbar.

Norbert K. Mülleneisen, Leverkusen, warnte vor einer zu sorglosen sublingualen Immuntherapie (SLIT) ohne fachkundige Instruktion und Aufklärung des Patienten einschließlich der Verordnung eines Adrenalinautoinjektors: So etwas könne nicht „mal eben so“ verschrieben werden. Vor diesem Hintergrund sei die auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag beschlossene, faktische Abschaffung der Weiterbildung Allergologie als schwerer Rückschlag für die Versorgung von Allergiepatienten zu betrachten.

Häufige Fehler bei der SIT seien versehentliche Überschreitung von Erhaltungs- und Höchstdosen, Namensverwechslungen oder Infektionen durch kontaminierte Lösungen. Letzteres könne vermieden werden, indem die Therapielösung mit einem autoklavierten Spatel geöffnet werde und Restbestände nicht mit neuen Inhalten vermischt werden. Die Injektion solle immer der Arzt selbst vornehmen. *Dr. Thomas M. Heim*

AllergoActive „Dokumentation, Regress- und Fehlervermeidung bei der SIT“

Allergologie unter Druck

„Allergien werden in Deutschland unzureichend behandelt“, erklärte Julia Blumentritt, Erfurt. Eine Versorgungsstudie aus den Jahren 2007–2010 habe gezeigt, dass die Häufigkeit von Rhinitis und Asthma zunehme, die Anzahl der allergologisch tätigen Praxen jedoch um fast ein Drittel abgenommen habe. Nur 7 % der Menschen mit allergischer Rhinitis und 5 % der Asthmapatienten erhielten eine spezifische Immuntherapie (SIT) [Müller T. Allergo J. 2014;23:48].

Zudem konstatiert Blumentritt einen Mangel an Praxen mit allergologieaffinen Facharztspezialisierungen in vielen Regionen – zudem fehle es an entsprechendem Nachwuchs. Auch die Erleichterung bestimmter facharzt-spezifischer Honorarleistungen wie Hautkrebsscreening oder ambulantes Ope-

rieren trage zur Verdrängung der Allergologie bei. Durch den zunehmenden Anteil älterer Patienten nehme die Diagnostik und Behandlung von Tumorerkrankungen einen immer größeren Stellenwert ein. Insgesamt seien die Anforderungen an die Praxen im Hinblick auf Organisation und Lenkung der Patientenströme gewachsen. „Aktuell haben noch 70 % der Dermatologen die Zusatzbezeichnung Allergologie“, berichtete Blumentritt. Unter jüngeren Kollegen jedoch sei der Anteil wegen des fehlenden wirtschaftlichen Anreizes bereits deutlich niedriger.

Dennoch ist Blumentritt der Ansicht, dass Allergologie trotz voller Praxis gelingen kann, wenn einige Dinge beachtet würden. Ein eigenes Labor beispielsweise sei aus wirtschaftlicher Sicht ratsam. Die Versorgung

von Patienten mit Akutsymptomen und Patienten mit elektiven Terminvergaben müsse im Zeitmanagement klar getrennt werden. Geregelte Abläufe seien das A und O in einer hoch frequentierten Praxis – auch um Fehler zu vermeiden, etwa bei der SIT. An Blumentritts Zentrum werden die Präparate dafür bereits am Vortag vom Praxispersonal herausgesucht und bereitgestellt. Erst nachdem ein festgelegter Katalog an Fragen vom Patienten entsprechend beantwortet wurde, werden die Spritzen aufgezogen. Die eigentliche Injektion sollte dabei ausnahmslos durch den Arzt selbst erfolgen. Blumentritt riet dringend dazu, sich unmittelbar vor der Injektion noch einmal genügend Zeit für den Abgleich von Patientennamen und Präparat zu nehmen. *Dr. Thomas M. Heim*

AllergoCompact „Was macht Allergologie sexy?“

Gezielte Exposition versus Allergenmeidung

Prof. Bianca Schaub, München, verwies in ihrem Plädoyer pro gezielte Allergenexposition auf die aktuelle Ausgabe der S3-Leitlinie zur Allergieprävention. Allerdings, so fügte sie einschränkend hinzu, hänge die Frage, ob eine Allergenexposition angemessen ist, entscheidend vom jeweiligen Allergen und der Zielgruppe ab.

So gebe es derzeit keine Belege dafür, dass Allergien vorgebeugt werden könne, indem potente Nahrungsmittelallergene bei der Einführung der Beikost für Säuglinge vermieden werden. Am besten sei es, wenn Kinder die Nahrungsmittel zu sich nehmen, die in ihrer Familie und ihrem Kulturkreis verzehrt werden. Lediglich bei Säuglingen mit mittel-

schwerer bis schwerer atopischer Dermatitis solle vor dem ersten Kontakt mit potenten Nahrungsmittelallergenen ein Allergietest erfolgen. Auch die zur Primärprävention der Hausstaubmilbenallergie verwendeten Matratzenüberzüge können laut Schaub nicht empfohlen werden. Ebenso schütze der frühe Kontakt von Kindern zu Hunden eher vor einer Sensibilisierung gegen Aeroallergene, als dass er schade. Familien mit einem erhöhten Allergierisiko sollten jedoch auf die Haltung einer Katze verzichten, da sich hier laut Studien Risikoeffekte abzeichnen.

Prof. Dr. Torsten Schäfer, Immenstadt, erinnerte in seinem Gegenstatement daran, dass weder für alle Patientensubgruppen,

noch für alle Erkrankungsformen und Allergene eindeutig sei, ob eine gezielte Exposition oder eine Allergenmeidung hilfreicher sei. So sei bei Risikokindern, die nicht oder nur wenig gestillt werden könnten, in den ersten vier Monaten die Gabe von partiell oder extensiv hydrolysierten Säuglingsnahrung zu empfehlen, da dies nachweislich das Risiko für atopische Dermatitis senke. Die Inzidenz der Chromatkontaktallergie unter Bauarbeitern sei signifikant rückläufig, seitdem der Chromatgehalt reguliert wird. Auch bei der Insektenstichallergie sei bislang unklar, ob eine gezielte Exposition präventiv wirksam sei. *Kathrin von Kieseritzky*

AllergoArena „Allergieprävention: Gezielte Exposition bringt mehr als Allergenmeidung?“