

Das Laborkompensum [Dtsch Arztebl 2014; 111 (13): A-555] ist eine Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die am 1. April 2014 in Kraft getreten ist. Es richtet sich an Ärzte, die im ambulanten vertragsärztlichen Bereich Laborleistungen veranlassen oder diese durchführen, sowie an Kassenärztliche Vereinigungen, die die Abrechnung von Laboruntersuchungen

beurteilen. Die GPA hat im Vorfeld Stellung zu den Hinweisen im Laborkompensum bezogen, die die allergologischen Laborleistungen (Gesamt-IgE GOP 32426, Spezifische IgE GOP 32427) betreffen. Die Empfehlungen der GPA wurden jedoch nicht berücksichtigt. Wir drucken die Stellungnahme der GPA im Folgenden ab.  
*Dr. med. Frank Friedrichs, Aachen*

# Stellungnahme der GPA zum Laborkompensum

Hiermit nimmt die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) zum geplanten „Laborkompensum“ Stellung. Durch die im Bereich der allergologischen Diagnostik (GOP 32426 und 32427) vorgeschlagene Regelung muss eine erhebliche Beeinträchtigung der Diagnostik von allergisch kranken Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen, befürchtet werden.

## Ziffer 32426 Quantitative Bestimmung des Gesamt-IgE

### Kritisierte Passage:

„Nach dem Beschluss Nr. 823 der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen vom 10.09.2007 setzt die Erbringung und/oder Auftragserteilung zur Durchführung von Laborleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32426 und 32427 grundsätzlich das Vorliegen der Ergebnisse vorangegangener Haut- und/oder Provokationstests voraus, ausgenommen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.“

### Kritikpunkte:

■ Die Bestimmung des Gesamt-IgE ist

*Das Laborkompensum der KBV bringt neue Regelungen im Bereich der serologischen allergologischen Diagnostik mit sich. Die GPA befürchtet, dass es dadurch zu Beeinträchtigungen in der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Allergien kommt.*



Bild: Thermo Fisher/Phacia

durch keine andere Methode ersetzbar – schon gar nicht durch einen Haut-Prick-Test.

■ Ein deutlich erhöhtes Gesamt-IgE kann eine Atopiebereitschaft nachweisen und ein komplett normales Gesamt-IgE eine Atopiedisposition unwahrscheinlich machen.

■ Die Bestimmung des Gesamt-IgE ist zur Indikationstellung einer Therapie mit Anti-IgE sowie für die Diagnostik nicht primär allergischer Erkrankungen notwendig, wie z. B. der allergischen Aspergillose [2].  
■ Erst das Verhältnis (Ratio) von spezifischem IgE zu Gesamt-IgE kann – z. B.

bei extrem hohen Gesamt-IgE – die klinische Relevanz der Höhe der spezifischen Sensibilisierungen einschätzen lassen.

### **Forderung:**

Die Bestimmung des Gesamt-IgE muss auch jenseits des 6. Lebensjahres möglich sein, ohne dass zuvor Haut- und/oder Provokationstests durchgeführt wurden, die ohnehin nicht zur Ermittlung dieses Atopie- und Krankheitsmarkers geeignet sind.

### **Ziffer 32427**

### **Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline in Einzelansätzen (Allergene oder Allergengemische), je Ansatz**

### **Kritisierte Passage:**

„Nach dem Beschluss Nr. 823 der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen vom 10.09.2007 setzt die Erbringung und/oder Auftragserteilung zur Durchführung von Laborleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32426 und 32427 grundsätzlich das Vorliegen der Ergebnisse vorangegangener Haut- und/oder Provokationstests voraus, ausgenommen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.“

### **Kritikpunkte:**

- Die Bestimmung des spezifischen IgE im Serum und der Haut-Prick-Test weisen leider auf das Individuum bezogen eine schlechte Übereinstimmung auf – bis hin zu komplett falsch negativen oder falsch positiven Befunden des jeweiligen einzelnen Verfahrens [4].
- Für den Haut-Prick-Test stehen für die Testung mit Nahrungsmitteln keine standardisierten und validierten Allergenextrakte zur Verfügung [3]. Die Testung mit nativen Nahrungsmitteln ist als Screening-Methode aufgrund des extrem hohen Aufwandes der ständigen Bereithaltung von verschiedenen frischen Nahrungsmitteln völlig unangemessen.

- Einige Haut-Prick-Test-Extrakte und bestimmte frische Nahrungsmittel (z. B. Tomate) können irritative Reaktionen hervorrufen und damit falsch positive Ergebnisse ergeben.
- Haut-Prick-Testungen sind bei Kindern und Jugendlichen (sowie Erwachsenen) mit Atopischem Ekzem oft nicht möglich (entzündlich veränderte Haut, Einbringen von Staphylokokken in die Haut, falsch negative Ergebnisse bei mit Steroiden vorbehandelter Haut) [2].
- Eine antiallergische Medikation mit Antihistaminika, die oft längerfristig notwendig ist, verbietet die Durchführung eines Haut-Prick-Testes.
- Bei vorausgegangener systemischer allergischer Reaktion (z. B. Anaphylaxie) ist die Durchführung eines Haut-Prick-Testes aufgrund einer möglichen systemischen Reaktion auf den Allergenextrakt kontraindiziert [1, 3, 5]. Dies gilt sowohl für Inhalations- als auch Nahrungsmittelallergene. In diesen nicht seltenen Situationen kommt ausschließlich eine serologische IgE-Diagnostik in Frage.
- Die indirekten Kosten für einen Haut-Prick-Test sind – v. a. durch Personalkosten – hoch, die oft beim Vergleich der beiden Verfahren nicht mit berücksichtigt werden.
- Der Haut-Prick-Test wird auch von Kindern > 6 Jahre viel schlechter akzeptiert als eine einmalige Blutentnahme für die serologische Diagnostik.
- Die immer wichtiger werdende Komponenten-basierte Allergiediagnostik im Bereich der Nahrungsmittel- und Inhalationsallergien ist ausschließlich serologisch möglich.
- Es ist (nicht nur) im Kindes- und Jugendalter unethisch, erst eine Organprovokation durchzuführen, bevor serologisch eine Sensibilisierung überprüft wird.

### **Forderung:**

Die serologische Bestimmung des spezifischen IgE muss auch ohne einen vorherigen Haut-Prick-Test oder Provokation jenseits des 6. Lebensjahres möglich sein.

*Prof. Dr. med. Bodo Niggemann  
Charité, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Pädiatrie m. S. Pneumologie und Immunologie  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin  
E-Mail: bodo.niggemann@charite.de*

*Dr. med. Frank Friedrichs  
Kinderarztpraxis Laurensberg  
Rathausstr. 10, 52072 Aachen  
E-Mail: frank.friedrichs@t-online.de*

### **Literatur**

- [1] Bagg A, Chacko T, Lockes R. Reactions to prick and intradermal skin tests. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2009; 102: 400–402.
- [2] Eigenmann PA, Atanasakovic-Markovic M, O'B Hourihane J, Lack G, Lau S, Matricardi PM, Muraro A, Namazova Baranova L, Nieto A, Papadopoulos NG, Rethy LA, Roberts G, Rudzeviciene O, Wahn U, Wickman M, Høst A. Testing children for allergies: why, how, who and when. An updated statement of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) Section on Pediatrics and the EAACI-Clemens von Pirquet Foundation. *Pediatr Allergy Immunol* 2013; 24: 195–209.
- [3] Heinzerling L, Mari A, Bergmann KC, Bresciani M, Burbach G, Darsow U, Durham S, Fokkens W, Gjomarkaj M, Haahtela T, Bom AT, Wöhrl S, Mai-bach H, Lockey R. The skin prick test – European standards. *Clin Transl Allergy* 2013; 3: 3
- [4] Mehl A, Niggemann B, Keil T, Wahn U, Beyer K. Skin prick test and specific serum IgE in the diagnostic evaluation of suspected cow's milk and hen's egg allergy in children: does one replace the other? *Clin Exp Allergy* 2012; 42: 1266–1272.
- [5] Norman G, Fälth-Magnusson K. Adverse reactions to skin prick testing in children – Prevalence and possible risk factors. *Pediatr Allergy Immunol* 2009; 20: 273–278.