

Pädiatrische *Allergologie*

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



Titelthema

Urtikaria

*Die endgültige Fassung
des ÄZQ-Entwurfs*

Qualitäts- sicherung in der Allergologie

Neue Serie:

Allergenkunde

2/1998

Qualitätssicherung Allergologie – Quo vadis?



Seit Jahren diskutieren Fachgremien und Expertenkommissionen über eine Qualitätssicherung im Bereich Allergologie. Bis vor kurzem hatte sich ein 3-Stufen-Konzept herauskristallisiert. Danach sollte in der Stufe 1 jeder approbierte Arzt zur Basisdiagnostik auf Grund von allgemeiner Anamnese, zur Überweisung zu Standard- bzw. Spezialleistungen (Stufe 2 u. 3), zur Weiterführung einer Hyposensibilisierung sowie zur symptomatischen Therapie allergischer Erkrankungen berechtigt sein.

Die Stufe 2 war für Ärzte mit allergologischer Weiterbildung – auch ohne Zusatzbezeichnung Allergologie – vorgesehen. Zum Leistungsspektrum dieser Gruppe sollte eine umfassende Diagnostik im Fachgebiet (ausgenommen Risikotestungen) ebenso zählen wie allergologische Schulungsmaßnahmen und – falls erforderlich – das Veranlassen fachspezifischer Laborleistungen.

Ärzten der Stufe 3 – ausschließlich solche mit der Zusatzbezeichnung Allergologie – sollte es vorbehalten bleiben, Risikotestungen (bronchiale, orale, parenterale Provokationstestungen) und Haut-Testungen mit hochpotenten Allergenen wie Insektengiften, Lokalanästhetika und Medikamenten durchzuführen.

Dieses 3-Stufen-Konzept wurde von der ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung 1998 auf ein 2-Stufen-Konzept reduziert und vom Vorstand der Bundesärztekammer und dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgesegnet. Demnach sind allergologische Leistungen nach Facharztstandard – entsprechend den Vorgaben der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung – zu erbringen. Eine Zusatzbezeichnung Allergologie ist für die Durchführung spezieller allergologischer Leistungen nicht erforderlich. In dieser neuen Fassung wird besonderer

Wert auf den Nachweis von Kenntnissen in der Notfallmedizin sowie auf eine umfangreiche apparative Ausrüstung gelegt. So ist jetzt neben Intubationsbesteck und Beatmungsmöglichkeit bei Hyposensibilisierungen auch ein Defibrillator erforderlich. Ebenso werden regelmäßige Weiterbildungen allergologisch tätiger Ärzte in der Notfallmedizin gefordert. Diesem Anliegen tragen die von unseren Arbeitsgemeinschaften angebotenen Kurse bereits seit längerem Rechnung.

Über die Notwendigkeit eines Defibrillators läßt sich sicher streiten, aber die verschiedensten Einwände gegen diese Bestimmung haben keinen Erfolg gezeigt, und wir werden mit den Vorgaben zunächst leben müssen. Deshalb werden unsere Arbeitsgemeinschaften versuchen, bei entsprechendem Bedarf auch einen gemeinsamen Einkauf zu organisieren; das senkt zumindest die Kosten. Sicher bringt die neue Richtlinie den Vorteil, daß jetzt verbindliche Anforderungen an Prozeß- und Strukturqualität im Bereich der Allergologie bestehen. Leider wurden jedoch die von den verschiedensten Experten vorgetragenen Empfehlungen nicht ausreichend berücksichtigt. Ob dieser Vorschlag eingeführt und bezüglich der Abrechnung auch umgesetzt wird, hängt von den Verhandlungen mit den Krankenkassen ab, die im Auftrag des Vorstandes der Bundesärztekammer und des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geführt werden. Abzuwarten ist auch, inwieweit diese Richtlinien im Rahmen künftiger einheitlicher EG-Normen im vollen Umfang Bestand haben werden.

Univ.-Prof. Dr. C. P. Bauer
Vorsitzender der GPA

IMPRESSUM

Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis. 1. Jg./Nr. 2

Herausgeber: Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie e.V., Rathausstraße 1A, 52072 Aachen.

Verlag: WURMS & PARTNER Public Relations GmbH, Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing. Geschäftsführer: Holger Wurms

Schriftleitung: Prof. Dr. med. C.P. Bauer, Fachklinik Gaißbach der LVA Obb., 83674 Gaißbach bei Bad Tölz, Fax 08041/798-222, Dr. F. Friedrichs, Rathausstraße 1A, 52072 Aachen, Fax 0241/174349

Wissenschaftlicher Beirat: Dr. D. Bulle, Prof. Dr. J. Forster, PD Dr. G. Frey, Dr. W. Lässig, Dr. W. Rebien, Dr. E. Rietschel, PD Dr. A. Schuster, Prof. Dr. J. Seidenberg, Dr. R. Szczepanski, PD Dr. A. Tacke, PD Dr. St. Zielen, Prof. Dr. Th. Zimmermann.

Redaktion: Ingeborg Wurms M.A., Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing, Tel. 08158/9967-0, Fax 08158/9967-29. Grafik: Renate Müller

Bildnachweis: Bauer (1,7,8,10), Digel (20), PPG Hellige (14), privat (3,5), Radisson SAS Hotel Hamburg (20)

Anzeigenleitung: Holger Wurms, Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing, Tel. 08158/9967-0, Fax 08158/9967-29.

Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 1 vom 1.1.1998.

Erscheinungsweise: Die Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis erscheint vierteljährlich jeweils zu Beginn des Quartals.

Bezugspreise: Einzelheft: 22,50 DM, Jahresabonnement: 70,00 DM, Jahresabonnement für Studenten (bei Vorlage einer Bescheinigung) 50,00 DM (jeweils zuzügl. Versandkosten). Für Mitglieder der vier regionalen pädiatrisch-allergologischen Arbeitsgemeinschaften ist das Jahresabonnement im Mitgliedsbeitrag enthalten

Druck: Druck- und Verlagshaus Alois Erdl KG, Trostberg

ISSN: 1435-4233

3 Editorial

TOPIC

6 Urtikaria

Pathophysiologie, Ätiologie, Diagnostik, Therapie

12 Epinephrin bei Anaphylaxie s.c. oder i.m.?

13 Qualitätssicherung in der Allergologie

Top-aktuell: Die endgültige Fassung des Entwurfs für die Richtlinie der Bundesärztekammer

16 Standpunkt: Gescheiterte EBM-Reform 1999

Was wäre gewesen, wenn.... Eine Stellungnahme zur abgelehnten Vorlage der KBV.

AUS DEN AGs

18 Nahrungsmittelallergie und atopische Dermatitis

8. Jahrestagung der APPA in Neubrandenburg

19 Allergiekurs mit Notfallübungen

Kurs der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie Süd

22 Serie Allergenkunde (1)

Begriffe, Infos, Hintergründe

DISA AKTUELL

24 Teebaumöl – gibt es Bedenken aus allergologischer Sicht?

26 Magazin

28 Neues vom Buchmarkt

ELTERN-RATGEBER

29 Nesselausschlag – was tun

Infos und Ratschläge rund um das Thema Nesselausschlag. Eine wertvolle Informationsquelle für die Eltern Ihrer Patienten.

30 Termine

Tagungen, Seminare und Kurse im In- und Ausland.

Vorstellung Beirat (2)

Aus zwölf Mitgliedern besteht der wissenschaftliche Beirat dieser Zeitschrift. Je drei aus den vier pädiatrisch-allergologischen Arbeitsgemeinschaften: der Arbeitsgemeinschaft allergologisch tätiger Kinderärzte e.V., der Westdeutschen Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Allergologie e.V., der Arbeitsgemeinschaft Pneumologie und Allergologie e.V. und der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie Süd e.V.

(Adressen und Kontakte s. Seite 27). In den ersten drei Ausgaben der Zeitschrift möchten wir Ihnen die Beiratsmitglieder vorstellen. Sie sind es, die die Inhalte begutachten und – nach Rücksprache mit den Autoren – gegebenenfalls andere Meinungen einbringen. Ziel ist, Ihnen, den Lesern unserer Zeitschrift, fachlich fundierte Informationen anzubieten, die auf einem möglichst breiten Konsens basieren.



Prof. Dr. J. Seidenberg
Klinik für Kinder und Jugendliche,
Oldenburg



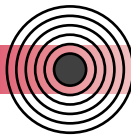
Dr. habil. G. Frey
Helios Klinikum Aue,
Aue



Dr. E. Rietschel
Kinderklinik der
Universität Köln,
Köln



Dr. D. Bulle
Ravensburg



Urtikaria

U. Wahn

Urtikaria (»Nesselsucht«) und Angio-Ödem (Quincke-Ödem) sind unterschiedliche Manifestationsformen derselben Erkrankung. Es ist anzunehmen, daß etwa 20% der Bevölkerung irgendwann im Leben urtikarielle Symptome entwickeln (Champion et al. 1985). Dabei scheinen Atopiker häufiger betroffen zu sein. Während die akute Urtikaria (Dauer einzelner Schübe meist nicht länger als einige Tage) in jedem Lebensalter auftritt und am häufigsten das Kindesalter betrifft, findet sich die chronische Urtikaria (in der Literatur nicht einheitlich definiert, Dauer mindestens 6 Wochen) bevorzugt im jungen Erwachsenenalter. Eine chronische Urtikaria scheint sich nicht aus einer wiederholt aufgetretenen akuten Urtikaria zu entwickeln, was die Vermutung nahelegt, daß es sich um eine mit einer primären Disposition verbundene Erkrankung handelt und nicht um ein bestimmtes Stadium einer progredienten Krankheit.

1 Pathophysiologie

Eine zentrale Rolle bei der Entstehung urtikarieller Veränderungen spielt Histamin, ein Mediator, der aus Mastzellen (oder basophilen Leukozyten des Blutes) auf unterschiedliche Stimuli hin freigesetzt wird. Dabei ist die IgE-vermittelte Freisetzung im Verlaufe einer anaphylaktischen Reaktion zwar am besten verstanden und untersucht worden, in der Klinik jedoch nur für eine Minderheit der Patienten von Bedeutung.

Ebenso wie über einen Allergen-IgE-Kontakt kann die Histaminfreisetzung durch Spaltprodukte der Komplement-Aktivierung (die Anaphylatoxine C3a und C5a) induziert werden. Auch ein direkter Einfluß bestimmter Drogen sowie physikalischer Faktoren kann zur Freisetzung

von Mediatorsubstanzen aus Mastzellen und Basophilen führen. Es ist wahrscheinlich, daß neben Histamin andere Mastzellmediatoren wie Prostaglandine und Leukotriene für die Krankheitssymptome einer Urtikaria verantwortlich sind. Es gibt experimentelle Befunde, die die Vermutung nahelegen, daß die spontane Freisetzungsfähigkeit (Releasability) von Mastzellen und Basophilen, die in keiner Weise stimuliert worden sind, bei bestimmten Untergruppen von Urtikaria-Patienten erhöht ist.

Die Wirkung der Mediatorsubstanz Histamin erfolgt an der Haut nicht nur über H1-, sondern auch über H2-Rezeptoren.

2 Ätiologie

In der Regel ermöglicht das klinische Bild der urtikariellen Hautveränderungen keine ätiologischen Rückschlüsse. Lediglich bei der Urtikaria pigmentosa, bei der kutane Mastzelltumoren als Pigmentflecken imponieren oder bei der cholinergischen Urtikaria, die charakteristischerweise mit kleinen Quaddeln von wenigen Millimetern Durchmesser auftritt, ist eine Einordnung hinsichtlich der Ätiologie oft leicht möglich. Bei allen weiteren Urtikaria-Formen ist eine Einteilung nach auslösenden Mechanismen schwierig und immer willkürlich.

2.1 Immunologisch vermittelte Reaktionen

Unter den immunologisch ausgelösten Urtikariaformen dominieren jene, die Folge einer IgE-vermittelten Sofortreaktion sind. Als Auslöser kommen Inhalationsallergene von Pollen und Tierepithelien sowie alimentäre Allergene in Betracht. Letztere führen nicht selten zu einer auffallenden Schwellung der Lippen

mit pharyngealem Juckreiz, was oft ein wertvoller differentialdiagnostischer Hinweis sein kann. Unter denjenigen Nahrungsmitteln, die im Kindesalter häufig zu Sensibilisierungen führen, sind vor allem Kuhmilch, Ei, Nüsse, Fisch, Hülsenfrüchte und Obst zu nennen. Bei der durch Insektengifte ausgelösten Reaktion tritt die Symptomatik häufig neben anderen Erscheinungen der Anaphylaxie wie Asthma, Blutdruckabfall, Kollaps usw. auf.

Von den Medikamenten, die zu durch IgE-vermittelten Reaktionen Anlaß geben, ist Penicillin die am besten untersuchte Substanz.

Reaktionen, die mit einer Aktivierung des Komplementsystems einhergehen, können über die Entstehung der Anaphylatoxine C3a und C5a Mediatoren aus Mastzellen freisetzen und somit urtikarielle Erscheinungen der Haut induzieren. Beispiele dafür sind die Urtikaria nach Bluttransfusion sowie die Urtikaria nach Gabe von Röntgenkontrastmitteln, wengleich bei letzterer Form auch eine direkte, nichtimmunologisch bedingte Freisetzung von Histamin durch Kontrastmittel angenommen wird.

Im Rahmen einer Reihe von Krankheitsbildern wird die Urtikaria über eine Komplementaktivierung bzw. ein Immunkomplexgeschehen ausgelöst. So kann die Serum-Krankheit, die als Typ-III-Reaktion über Antigen-Antikörper-Komplexe induziert wird, von einer Urtikaria begleitet sein. An die Möglichkeit einer symptomatischen Urtikaria im Rahmen einer Autoimmunerkrankung wie SLE muß gedacht werden.

2.2 Infektionen

In der Vergangenheit wurden häufig entdeckte Infektionen als Auslöser einer



Urticaria factitia bei einem Kleinkind.

chronischen Urtikaria diskutiert. Insbesondere wurden Assoziationen mit »fokalen« Infektionen wie Sinusitis, Zahnwurzelprozeß, Tonsillitis oder bei Erwachsenen, Cholecystitis beschrieben. Vermutlich sind viele dieser Assoziationen koinzident. Aufwendige radiologische Untersuchungen zum Nachweis „okkult“ Infektionen sind nicht gerechtfertigt.

Gut dokumentiert ist eine Assoziation der akuten Urtikaria mit viralen Infektionen (EBV, Hepatitis, Coxsackie) sowie

parasitären Infektionen (Ascaris, Echinokokkus, Toxocara etc.). Auch gibt es Hinweise auf eine Entstehung einer akuten Urtikaria im Rahmen einer Staphylokokken- oder Streptokokken-Infektion.

2.3 Exazerbierende nicht-immunologische Faktoren

Eine Acetyl-Salicylsäure-Intoleranz kann im Einzelfall Ursache einer chronischen Urtikaria sein, wenngleich diese in erster Linie Patienten im Adoleszenten- oder

Erwachsenenalter betrifft. Die Unverträglichkeit beruht nicht auf einer antikörpervermittelten Sensibilisierung, sondern auf einem pharmakologischen Effekt. Betroffene Patienten zeichnen sich durch eine besondere Sensitivität gegenüber Zykllooxygenase-inhibierenden Drogen aus, sie reagieren mit einer verstärkten Produktion von Lipooxygenase-Produkten.

2.4 Physikalische Auslöser

Unterschiedliche physikalische Faktoren sind in der Lage, an der Haut urtikarielle Effloreszenzen auszulösen. Sie sind vor allem bei Patienten mit chronischen Krankheitsverläufen differentialdiagnostisch zu bedenken.

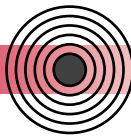
2.4.1 Dermographismus (Urticaria factitia)

Unter dieser Diagnose wird eine in sich nicht homogene Gruppe verschiedener Erkrankungen zusammengefaßt, die sich dadurch auszeichnet, daß eine mit Juckreiz einhergehende Quaddel-Rötungsreaktion durch Bestreichen oder Kratzen der Haut ausgelöst werden kann. Unter den betroffenen Patienten unterscheiden sich die Latenzzeiten, die Dauer der Symptomatik sowie die Ausprägung von Juckreizsymptomen erheblich. In einem Teil der Fälle konnte aufgezeigt werden, daß die Reaktionsfähigkeit passiv übertragbar ist, so daß ein IgE-abhängiger Mechanismus unterstellt werden muß.

2.4.2 Thermisch-induzierte Urtikaria

a) Lokalisierte Hitze-Urtikaria

Die lokalisierte Form der Hitze-Urtikaria entwickelt sich ausschließlich an Orten der Hitzeapplikation. Sie kann als Sofortreaktion oder als verzögerte Urtikaria auftreten. Die pathophysiologischen Grundlagen sind nicht befriedigend verstanden. Einige Untersuchungen legen die Vermutung nahe, daß Anomalien im Komplementsystem eine pathogenetische Rolle spielen.



b) **Generalisierte oder cholinergische Urtikaria**

Dieses Krankheitsbild tritt vor allem bei Adoleszenten auf und ist durch kleine stecknadelkopfgroße Quaddeln von nur wenigen Millimetern Durchmesser charakterisiert. Die Quaddeln entwickeln sich auf einem Erythem, welches vor allem Brust, Rücken und Extremitäten betrifft, in einzelnen Fällen werden zusätzlich systemische Symptome (Kopfschmerzen, Schwindel, Bauchschmerzen, Luftnot) beobachtet. Der natürliche Krankheitsverlauf ist dadurch charakterisiert, daß die Symptomatik im Adoleszentenalter im Mittel über 6 Jahre persistiert. Als Auslöser sind neben sportlichen Aktivitäten heißes Duschen, Schwitzen und Angst von Bedeutung. Die Symptomatik führt zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität und oft zu schweren psychischen Belastungen der betroffenen Patienten. Pathogenetisch wird eine „Überempfindlichkeit“ gegenüber cholinergen Mediatoren vermutet. Das Auftreten der Symptomatik wird von erhöhten Plasma-Histaminspiegeln begleitet.

Die typischen Effloreszenzen können durch einen Belastungstest (Laufbandbelastung über 6 min.) in einem warmen Raum reproduziert werden, in besonderen Fällen auch durch intrakutane Injektion von 0,05 ml einer 0,02% igen Metacholinlösung.

c) **Kälte-Urtikaria**

Die Patientengruppe, die nach Kälte-Exposition urtikarielle Symptome entwickelt (durch 10minütiges Auflegen eines Eiswürfels auf der Volarseite des Unterarmes reproduzierbar), ist nicht homogen. Ein Teil der Patienten zeichnet sich durch die Gegenwart von Kryoproteinen wie Kälte-Agglutininen, Kryoglobulinen und Kryofibrinogen sowie Donath-Landsteiner-Antikörpern aus. Die

isolierten Proteine scheinen die Kälteempfindlichkeit übertragen und bei In-vitro-Inkubationen mit normalem Plasma die Komplementkaskade aktivieren zu können. Somit wäre die Entwicklung von Quaddeln über eine kälteabhängige Anaphylatoxinfreisetzung zu deuten.

Eine weitere Patientengruppe zeichnet



Typische Erscheinungsform von cholinergischer Urtikaria.

sich durch das Fehlen von abnormen Plasmaproteinen wie Kryoglobulinen in der Zirkulation aus. Bei ihnen wurde dafür ein IgE-abhängiger Mechanismus belegt: Wenn Patientenserum intradermal einem normalen Empfänger injiziert wird, so wird der Eiswürfeltest an der Injektionsstelle 48 Stunden später positiv. Selbstverständlich sind solche Passiv-Transfer-Untersuchungen in der Klinik heute obsolet!

2.4.3 Licht-Urtikaria

Die Entwicklung von Quaddeln Minuten nach einer Exposition gegenüber Sonnenlicht ist charakteristisch für die Urtikaria solaris, von der heute verschiedene, teilweise mit dem Serum passiv übertragbare Unterformen abgegrenzt werden. Sie umfassen Patienten mit einer Reaktionsbereitschaft auf UV-A, UV-B-Strahlen oder sichtbares Licht. Die Differenzierung der Einzelformen erfolgt durch eine Bestrahlung der Haut mit Licht unterschiedlicher Wellenlänge.

2.4.4 Druckinduzierte Urtikaria

Das Krankheitsbild unterscheidet sich von den meisten anderen Urtikariaformen dadurch, daß die Symptome typischerweise erst 4-6 Stunden nach einem Druck-Reiz auf die Haut auftreten. Es gibt Hinweise darauf, daß bei diesem gut charakterisierten Krankheitsbild Nahrungsmittelallergene als Kofaktoren auslösende Bedeutung für die Symptomatik haben.

Bei der »aquagenen Urtikaria« sowie der teilweise familiär auftretenden lokalen Hitze-Urtikaria und dem vibratorischen Angio-Ödem handelt es sich um im Kindesalter sehr seltene Formen der physikalischen Urtikaria.

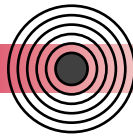
2.5 Hereditäre Erkrankungen

Autosomal dominant vererbt wird das hereditäre angioneurotische Ödem, welches sich durch intermittierende Schwellungen der Haut und Schleimhäute, die z.B. in Zusammenhang mit Traumata auftreten und charakteristischerweise nicht jucken, manifestiert. Eine Urtikaria tritt dabei in der Regel nicht auf. Häufigste Todesursache dieser Patienten ist ein Larynx-Ödem. Obwohl die genetisch vermittelte Anomalie von Geburt an präsent ist, beginnen Attacken nur zu etwa 50% im Kindesalter. Die individuelle Attacke verläuft in der Regel über 48-72 Stunden.

2.6 Urtikaria pigmentosa

Zum klinischen Spektrum der Mastozytose, welches auch das solitäre Mastozytom, die systemische Verlaufsform und die diffuse kutane Mastozytose umfaßt, gehört die Urtikaria pigmentosa, die zu über 90 % in den ersten 6 Lebensmonaten manifest wird.

Die Patienten fallen durch gelblich-braune Pigmentierungen auf, wobei sich im Bereich dieser Areale bei mechanischer Irritation (Druck, Reibung) reizdiverend Quaddeln bilden. Diese disseminierte kutane Form der Mastozytose, wie sie bei Kindern unter 10 Jahren beobachtet wird, verläuft in der Regel be-



nigne und mündet nach einigen Jahren in eine Spontanremission.

Tritt die Urtikaria pigmentosa jenseits des 10. Lebensjahres auf, so ist das Risiko eines systemischen Befalles höher. Hier können Mastzell-Akkumulationen in Knochen, Leber, Milz, Lymphknoten sowie anderen parenchymatösen Organen gefunden werden. Alle Kinder mit einer Erstmanifestation der Symptomatik jenseits des 10. Lebensjahres bedürfen daher einer intensiven klinischen Untersuchung (Leber, Milz, Lymphknoten) und diagnostischen Abklärung (ggf. Knochenmarkpunktion). Insgesamt ist die Langzeitprognose bei Spätmanifestation ungünstiger.

nekrotisierendes, perivaskuläres, mononukleäres Zellinfiltrat mit einer Akkumulation von Mastzellen. Kürzlich konnte nachgewiesen werden, daß die Mehrzahl dieser Patienten im Serum Autoantikörper gegen die Alpha-Kette des hochaffinen IgE-Rezeptors ($Fc_\epsilon RI_\alpha$) aufweist, der eine Mediatorfreisetzung vermitteln kann. Dies bedeutet, daß ein großer Teil der chronisch-idiopathischen Urtikariaformen als Autoimmunerkrankung einzuordnen ist (Tong).

3 Diagnostik

Für das diagnostische Vorgehen in der Praxis ist zu bedenken, daß die im Kin-

Tagebuch der Kinder mit Diätprotokoll, besondere Bedeutung zu. Ein Vorschlag zum diagnostischen Vorgehen bei chronischer Urtikaria ist im nebenstehenden Flußdiagramm aufgeführt. Lediglich bei besonderen Indikationen sind aufwendige allergologische Untersuchungsverfahren, eine Testung auf Kälte-Antikörper, differenzierte immunologische Tests oder gar eine Hautbiopsie indiziert.

Mögliche Ursachen der Urtikaria im Kindesalter

I. Immunologisch vermittelte Reaktionen

- a) IgE-vermittelt
 1. Nahrungsmittel
 2. Medikamente (z. B. Penicillin)
 3. Inhalationsallergene
 4. Insektengifte
- b) Über Aktivierung des Komplementsystems
 1. Transfusionsreaktionen
 2. Reaktion auf Röntgenkontrastmittel (?)
- c) Im Rahmen von Systemerkrankungen
 1. Kutane Vasculitis
 2. Serumkrankheit

II. Infektionen

1. Bakterien (?)
2. Parasiten (IgE-vermittelt?)
3. Viren: Hepatitis B (Typ III-vermittelt), infektiöse Mononukleose, andere (?)
4. Pilze (?)

III. Exazerbierende nicht-immunologische Faktoren

1. Acetylsalicylsäure
2. Tartrazin (Azo-Farbstoffe)
3. Benzoesäure
4. Alkohol

IV. Physikalische Auslöser

- (einige Formen immunologisch vermittelt)
1. Dermographismus (Urticaria factitia)
 2. Thermisch-induzierte Urtikaria
 - a) Lokalisierte Hitze-Urtikaria
 - b) Generalisierte oder cholinergische Urtikaria
 - c) Kälte-Urtikaria
 4. Licht-Urtikaria
 5. Druck-induzierte Urtikaria
 6. Aquagene Urtikaria
 7. Lokale Hitze-Urtikaria
 8. Vibratorisches Angio-Ödem

V. Hereditäre Erkrankungen

1. Hereditäres angioneurotisches Ödem (HANE)
2. Komplement-Faktor-I-Mangel
3. Familiäre Kälte-Urtikaria

VI. Urtikaria pigmentosa (Mastozytose)

VII. Chronische idiopathische Urtikaria



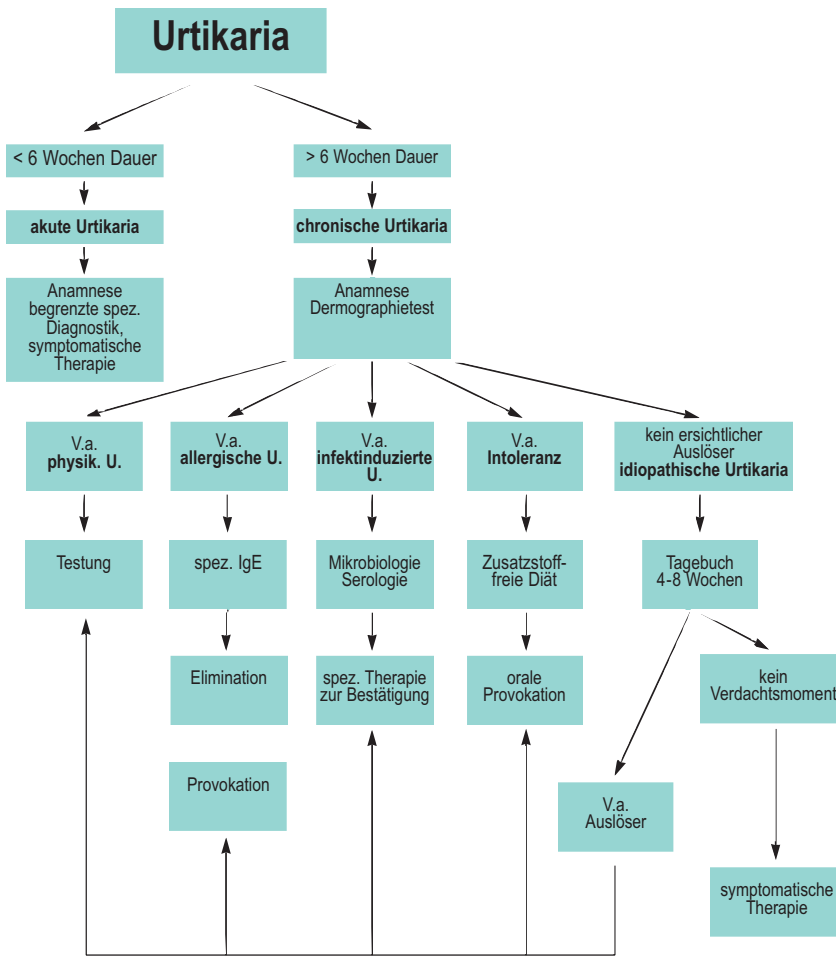
Urtikaria pigmentosa tritt zu 90% in den ersten sechs Lebensmonaten auf.

2.7 Chronisch-idiopathische Urtikaria

Die Gruppe der Patienten mit chronischer Urtikaria, die einem definierten Krankheitsbild zuzuordnen ist, ist noch immer klein und liegt, je nach Patientengut, zwischen 5 und 30%. Die Mehrzahl jener Patienten, bei der die Ätiologie unklar bleibt, ist nicht atopisch und keiner der oben beschriebenen Gruppen zuzuordnen. Sie zeigt histologisch ein nicht

desalter häufigere akute Form der Urtikaria, sofern sie nicht mit Quincke-Ödem oder Atemwegssymptomen einhergeht, eine gutartige, vorübergehende Erkrankung ist. Allein die Anamnese und die klinische Untersuchung ermöglichen oft die Erkennung der auslösenden Anlässe, so daß aufwendige Untersuchungen meistens unterbleiben können.

Bei chronischen oder häufig rezidivierenden Formen kommt einer genauen Anamnese, ergänzt durch ein Symptom-



Flußdiagramm zum diagnostischen Vorgehen bei Urtikaria.

4 Therapie

Bei schwerer akuter Urtikaria wird in der Regel ein H1-Antihistaminikum, nötigenfalls in Kombination mit einem Kortikosteroid verabreicht. Treten jenseits der Hautsymptome Zeichen einer Anaphylaxie auf, so ist die Gabe eines Adrenalin-Präparates indiziert.

Eine gezielte Therapie der chronischen Urtikaria wird nur möglich sein, wenn eine differenzierte Zuordnung der Krankheitssymptomatik nach pathogenetischen Gesichtspunkten gelungen ist. In den vielen Fällen einer chronisch-idiopathischen Urtikaria sollte der Patient zunächst auf ein geeignetes Tages-Antihistaminikum (z.B. Cetirizin, Loratadin, Telfast) eingestellt werden, bei unzureichender Wirkung ggf. in Kombination mit einem Beta-2-Mimetikum. Bei

nicht befriedigendem Therapieeffekt kann zusätzlich, jedoch nicht ausschließlich, ein H2-Antihistaminikum gegeben werden. Kortikosteroide sind effektiv, jedoch nach unseren Erfahrungen im Kindesalter nur selten erforderlich. Eine Ausnahme stellt hierbei die verzögerte Druck-Urtikaria dar, die meist steroidbedürftig ist.

Bei allergisch bedingten Formen kommt der Allergenkarenz entscheidende Bedeutung zu, ebenso bei Intoleranzreaktionen auf Medikamente oder Konservierungsstoffe.

Die Therapie der Wahl bei cholinergischer Urtikaria besteht in der Gabe von hochdosierten H1-Blockern, Danazol oder Hydroxin-Hydrochlorid, nötigenfalls in Kombination.

Bei Urtikaria solaris sollte eine starke Sonnenexposition gemieden werden, zudem empfiehlt sich die Verwendung von

Aspekte, die anamnestisch erfragt werden sollten

1. Frequenz und Dauer der Urtikaria
2. Abhängigkeit von der Tageszeit
3. Form, Größe und Verteilung der Quaddeln
4. assoziierte Angioödeme
5. assoziierte subjektive Empfindungen
6. Familienanamnese bzgl. Urtikaria, Atopie
7. frühere oder zur Zeit bestehende Allergien, Infektionen, Systemerkrankungen
8. Auslösung durch physikalische Reize
9. Arzneimitteleinnahme (einschl. Injektionen, Impfungen und „Hausmittel“)
10. Nahrungsmittelunverträglichkeiten
11. Freizeitbeschäftigung
12. Bezug zu Wochenenden, Ferien, Auslandsreisen
13. Reaktionen auf Insektenstiche
14. Ansprechen auf bisherige therapeutische Maßnahmen

Schutzcremes mit hohem Sonnenschutzfaktor. Eine Lichtbestrahlung mit aufsteigender Dosierung unter kontrollierten Bedingungen kann in Einzelfällen zur Toleranzentwicklung führen.

Für die Kälte-Urtikaria wird neben dem Einsatz von H1-Blockern auch die Behandlung mit Danazol befürwortet. Zusätzlich kann versucht werden, eine Kälte-Toleranz mit täglicher Kaltwasserexposition (Absteigen der Temperaturen) unter Antihistaminikagabe zu induzieren.

Literatur

- Champion, R. H., S. O. B. Roberts, R. G. Carpenter, J. H. Roger: Urticaria and angioedema. A review of 544 patients. *Brit. J. Derm.* 81, 5S8 (1969).
- Champion, R. H., M. W. Greaves, A. Kobza Black, R. J. Pye (Eds.): *The Urticarias* Churchill Livingstone, New York (1985).
- Czarnetzki, B., Grabbe, J.: *Urtikaria - Klinik, Diagnostik, Therapie*. Berlin-Heidelberg, New York-Tokyo (1993)
- Kontou-Fili, K. Borici-Mazi, R., Kapp, A., Matjevic, L.J., Mitchell, B.: Physical urticaria: classification and diagnostic guidelines. *EAACI position paper. Allergy* 52: 504-513 (1997)
- Tong Li J., Balakrishnan, G., Kochan, J., Kinét, JP., Kaplan AP.: Assessment of autoimmunity in patients with chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 99: 461-465 (1997)

Gesicherte Daten fehlen noch

von C.P. Bauer

Der Einsatz von Adrenalin steht bei der Therapie des anaphylaktischen Schocks neben der Volumengabe an erster Stelle. Aus diesem Grund wird Adrenalin bzw. Epinephrin zur s.c. oder i.m. Applikation in Fertigspritzen (Fastjekt oder Anaphylaxiebesteck) für eine sogenannte »Notfallapotheke« zur Selbstmedikation durch Patient oder Eltern verordnet. Alternativ dazu wurde besonders bei Kindern der »Adrenalin Medihaler« verschrieben. Dieses Adrenalin Dosieraerosol ist jedoch nicht mehr erhältlich, so daß zur Zeit eine Lücke in den Möglichkeiten der Pharmakotherapie entstanden ist.

Das neue auf den Markt gekommene Präparat Infektokrupp-Inhal hat als Hauptindikation die stenosierende Laryngotracheitis. Nach bisher berichteten Einzelerfahrungen hat es hier eine klinische Wirksamkeit gezeigt. Vorstellbar ist auch, daß mit diesem Präparat allergisch bedingte Ödembildungen im Larynxbereich behandelt werden können. Für die Therapie eines anaphylaktischen Schockgeschehens liegen jedoch keine Daten bezüglich Deposition, systemischer Wirkung, Dosis und klinischer Wirksamkeit vor, so daß hierzu derzeit keine Empfehlungen abgegeben werden können.

Als DA entsprechend dem früheren Adrenalin-Medihaler ist zur Zeit nur Primatene MIST über die internationale Apotheke

beziehbar. Das Präparat ist jedoch in Deutschland nicht zugelassen.

Gabe von Epinephrin im Notfall s.c. oder i.m.?

In Einzelfällen wird für die »Notfallapotheke« bei Insektengiftallergien im Kindes- und Jugendalter auch ein Anaphylaxiebesteck oder ein Fastjekt verordnet. Die Applikation muß hier durch Eltern oder Patient im Notfall erfolgen. Prinzipiell sollte deshalb mit Verordnung eines solchen Präparats auch eine praktische Schulung in der Anwendung mit Placebo erfolgen, um im Bedarfsfall eine sichere Applikation zu erzielen. Die Art der Epinephrin-Applikation (s.c. oder i.m.) wird in Abhängigkeit vom Präparat unterschiedlich empfohlen. So gilt für das Anaphylaxiebesteck eine strenge s.c. Applikation, für den Fastjekt die i.m. Gabe. Der Fastjekt sollte jedoch nicht bei Kindern unter 45 kg Körpergewicht laut Hersteller angewendet werden!

Nach der Arbeit von Simons et al. (s. unten) ist die s.c. Applikation bezüglich der Wirksamkeit kritisch zu sehen, so daß Epinephrin-Präparate im Notfall nicht s.c., sondern nur noch i.m. gegeben werden sollten.

J Allergy Clin Immunol 1998 Jan;
101(1 Pt 1): 33-37

Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis.

Simons, F.E., Roberts, J.R., Gu, X., Simons, K.J.
Department of Pediatrics and Child Health, Faculty of Medicine,
University of Manitoba, Winnipeg, Canada.

BACKGROUND: Prompt injection of epinephrine is the cornerstone of systemic anaphylaxis treatment. The rate of epinephrine absorption has not been reported previously in allergic children. OBJECTIVE: Our objective was to study the clinical pharmacology of epinephrine in this population. METHODS: We performed a prospective, randomized, blinded, parallel-group study in 17 children with a history of anaphylaxis to food, Hymenoptera venom, or other substances. We injected 0.01 ml/kg epinephrine solution (maximum 0.3 ml [0.3 mg]) subcutaneously, or 0.3 mg epinephrine intramuscularly from an autoinjector. Plasma epinephrine concentrations, heart rate, blood pressure, and adverse effects were monitored. RESULTS: In nine children who received epinephrine sub-

cutaneously, the mean maximum plasma epinephrine concentration (+/- SEM) was 1802 +/-214 pg/ml, achieved at a mean time of 34 +/-14 minutes (range, 5 to 120 minutes). Only two of the nine children achieved maximum plasma concentrations by 5 minutes. In eight children who received epinephrine intramuscularly, the mean maximum plasma concentration was 2136 +/-351 pg/ml, achieved at a mean time of 8 +/-2 minutes, which was significantly faster than the mean time at which maximum plasma concentrations were achieved after subcutaneous epinephrine injection ($p < 0.05$). Six of the eight children achieved maximum plasma concentrations by 5 minutes. The terminal elimination half-life was 43 +/-15 minutes. No serious adverse effects were noted in any child. CONCLUSIONS: In children, recommendations for subcutaneous epinephrine injection are based on anecdotal experience, and should be reevaluated in view of our finding of delayed epinephrine absorption when this route is used. This delay might have important clinical implications during an episode of systemic anaphylaxis. The intramuscular route of injection is preferable.

Publication Types:

- Clinical trial
 - Randomized controlled trial
- PMID: 9449498, UI: 98109552

Qualitätssicherung in der Allergologie

Ende 1995 beauftragten die Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung die ÄZQ mit der Erarbeitung von Vorschlägen zur Qualitätssicherung in der Allergologie. Dabei sollten nach Vorstellung der KBV insbesondere Kriterien zur Beurteilung der Prozeßqualität und aus Sicht der BÄK die Interessen der Arzneimittelsicherheit und Vorgaben der Weiterbildungsordnung berücksichtigt werden. Man erhoffte sich weiterhin die Präzisierung des Begriffs »allergologisch erfahrene Ärzte«, der in Warnhinweisen des Paul Ehrlich-Instituts (nach § 28 AMG) verwandt wird. Auf der Grundlage eines von der Geschäftsführung der ÄZQ erstellten Thesenpapiers »Defizitanalyse Qualitätssicherung in der Allergologie« berief die Planungsgruppe unter Leitung von W. Mohr einen Expertenkreis Allergologie, der im Herbst den ersten Entwurf eines Qualitätssicherungskonzeptes vorlegte. Diese Empfehlungen wurden im Dezember 1996 interessierten Kreisen mit der Bitte um Stellungnahme zugänglich gemacht und im Rahmen des Ärztlichen Qualitäts-Forums Berlin im Januar 1997 öffentlich diskutiert. Unter Berücksichtigung der Änderungsvorschläge überarbeitete der Expertenkreis seine Konzeption und verabschiedete im April sein endgültiges Qualitätssicherungskonzept Allergologie. Die Planungsgruppe beschloß im Herbst, hieraus einen Entwurf für eine Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Allergologie zu entwickeln, dessen endgültige Fassung vom 28. 1. 1998 wir im folgenden vorstellen:

Entwurf

für die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Allergologie

1. Ziel und Inhalt der Richtlinien

1.1. Ziel

Ziel der vorliegenden Richtlinie ist es, die Qualität der Patientenbetreuung im Rahmen der allergologischen Versorgung sicherzustellen und kontinuierlich zu verbessern.

Dabei gilt, daß gleiche allergologische Behandlungsmaßnahmen unter stationären und ambulanten Bedingungen

- (a) zu vergleichbaren Behandlungsergebnissen führen,
- (b) unter gleicher Risikovermeidung durchgeführt werden und
- (c) gleiche Kriterien zur Qualitätssicherung erfordern.

1.2. Inhalt

Inhalt der Richtlinie sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Diagnostik und Therapie bei Verdacht bzw. Nachweis allergischer Erkrankungen auf der Grundlage des ärztlichen Berufsrechts. Die Pflicht zur Erfüllung gesetzlicher Bestimmungen bleibt unberührt.

2. Begriffsdefinitionen

(1) Unter Allergenen im Sinne dieser Richtlinie werden krankmachende Überempfindlichkeiten als Folge einer spezifischen Änderung der Immunitätslage verstanden. Dabei richten sich die Überempfindlichkeiten meist gegen exogene, nichtinfektiöse Stoffe. Allergien führen zu den unterschiedlichsten klinischen Zustandsbildern wie anaphylaktischer Schock, allergische Konjunktivitis, Heuschnupfen, allergisches Asthma bronchiale, oropharyngeale Ödeme, Urtikaria, allergische Gastroenteritis, Serumkrankheit, Alveolitiden, atopische Dermatitis, Kontaktekzem.

(2) Unter Hyposensibilisierung (Synonyme »Desensibilisierung«, »Immuntherapie«) im Sinne dieser Richtlinie ist die Zufuhr subklinischer Dosen des spezifisch auslösenden Antigens zu verstehen, und zwar mit dem Ziel, einen Zustand transitorischer oder dauernder Unter- oder Unempfindlichkeit herbeizuführen. Der Wirksamkeitsnachweis einer Hyposensibilisierungstherapie erfolgt aufgrund klinischer Kriterien (Symptome, Medikamentenverbrauch, gegebenenfalls

Rückgang von Hauttest- und Provokationstestreaktionen). Plazebo-Effekte spielen eine nicht unerhebliche Rolle.

(3) Unter allergenspezifischen Provokationstestungen im Sinne dieser Richtlinie wird die Exposition des erkrankten Organes gegenüber dem Verdachtsallergen verstanden, um den kausalen Zusammenhang zwischen zuvor nachgewiesener Sensibilisierung und Organerkrankung zu prüfen. Die wichtigsten Provokationstestungen in der Praxis sind konjunktivale, nasale, bronchiale, orale und parenterale Provokationen.

3. Allgemeine Anforderungen an die Strukturqualität

3.1. Persönliche Qualifikation allergologisch tätiger Ärzte

(1) Allergologische Leistungen sind nach Facharztstandard – entsprechend den Vorgaben der jeweils gültigen (Muster-)Weiterbildungsordnung sowie der gültigen (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung der Bundesärztekammer – zu erbringen.

(2) Der allergologisch tätige Arzt hat sich auf

dem Gebiet der Allergologie und der praktischen Notfallmedizin regelmäßig fortzubilden. Er muß in der Lage sein, entsprechend den berufsrechtlichen Regelungen diese fachspezifischen Fortbildungsaktivitäten gegenüber der Ärztekammer nachzuweisen.

3.2. Qualifikation des Assistenzpersonals

Der allergologisch tätige Arzt ist dafür verantwortlich, daß mitwirkendes Assistenzpersonal eine geeignete Qualifikation besitzt.

3.3. Anforderungen an die Notfallausstattung allergologisch tätiger Ärzte

Jeder Arzt, der allergologische Hauttestungen und/oder Hyposensibilisierungstherapien durchführt, muß notfallmedizinische Praxis haben und hat zur Behandlung möglicher anaphylaktischer Notfälle infolge der diagnostischen oder therapeutischen Applikation von Allergenen die in Anlage 1 festgelegte Mindestausstattung vorzuhalten.

4. Anforderungen an die Prozeßqualität

4.1. Diagnostische Verfahren

4.1.1. Allgemeines

(1) Für diagnostische Verfahren sind ausschließlich geeignete, wissenschaftlich abgesicherte Methoden zu verwenden (siehe hierzu Entwurf einer Richtlinie der Bundesärztekammer zu Qualitätssicherung der allergologischen Labordiagnostik¹).

(2) Die Diagnose einer Allergie umfaßt vier Schritte, die sich gegenseitig ergänzen – Anamnese, Hauttestung, In-vitro-Allergie-Diagno-

stik, Provokationsteste. Sie hat zu beinhalten:

- (a) die gesicherte Auslösung der klinischen Symptome durch ein Allergen
- (b) den Nachweis einer spezifischen Sensibilisierung
- (c) den Ausschluß anderer Möglichkeiten der Unverträglichkeit gegenüber exogenen, nicht-infektiösen Stoffen.

(3) Testverfahren – das gilt für Hautteste ebenso wie für In-vitro-Untersuchungen und für Provokationsteste – sollen nur nach gezielter Anamnese durchgeführt werden. Ein blindes Screening ist kontraindiziert.

4.1.2. Hauttestungen

(1) Eine Hauttestung ist nur bei begründetem klinischen Verdacht zum Zweck der Diagnosebestätigung oder zum Ausschluß spezieller Allergene gerechtfertigt.

(2) Die Auswahl des Verfahrens wird bestimmt durch den vermuteten Allergie-Reaktionstyp, die Risiko-/Nutzen-Abwägung und die Belastbarkeit des Patienten sowie durch die zur Verfügung stehenden Testsubstanzen. Je größer die Gefährdung/der Sensibilisierungsgrad des Patienten eingeschätzt werden muß, um so weniger invasiv ist das Testverfahren zu wählen.

(3) Das alleinige Vorliegen eines positiven Hauttests erlaubt nicht, die Diagnose »Allergie« oder »allergische Erkrankung« zu stellen, da positive Hauttests ohne klinische Symptome ebenso vorkommen können wie falsche positive Testergebnisse.

(4) Bei Hauttestungen – insbesondere bei der Intracutan-Testung – kann es zu Komplikationen in Form von starken Lokalreaktionen oder von Allgemeinreaktionen im Sinne der Anaphylaxie kommen. Deshalb dürfen Allergietestungen nur bei Ärzten durchge-

führt werden, die für eventuelle Notfälle gerüstet sind (Anlage 1). Besondere Vorsicht ist bei Arzneimitteltestungen geboten. Nach Applikation eines Hauttests ist eine Überwachung des behandelten Patienten für die Dauer von mindestens einer halben Stunde indiziert (sogenannte Wartezeit).

4.1.3. Provokationstestungen

(1) Eine Provokationstestung ist nur bei begründetem klinischen Verdacht zum Zweck der Diagnosebestätigung oder zum Ausschluß spezieller Allergene gerechtfertigt.

(2) Die Provokation hat unter kontrollierten Bedingungen zu erfolgen. Zur Provokationstestung gehören grundsätzlich negative, wenn möglich, auch positive Kontrolltestungen.

4.1.4. In-vitro-Untersuchungen

(1) Zusätzlich zu Haut- und Provokationstestungen stehen In-vitro-Untersuchungen auf IgE-Antikörper zur Verfügung. Sie können vor dem Hintergrund der Anamnese und körperlichen Untersuchung eine sinnvolle Alternative oder Ergänzung zu Hauttestungen darstellen und sind insbesondere bei hochgradiger Gefährdung des Patienten vorrangig anzuwenden.

(2) Die selektive Verwendung von IgE-in-vitro-Untersuchungen ist gerechtfertigt

- bei Patienten, die die Durchführung von Hauttestungen ablehnen;
- bei Patienten unter Pharmakotherapie, die Hauttestungen beeinflussen oder die eine Kontraindikation zur Notfalltherapie bei Testkomplikationen darstellen;
- bei Patienten mit ausgeprägter Dermatitis und/oder Dermographismus;
- in der Regel bei Kindern unter 6 Jahren.

(3) Voraussetzung für die Durchführung der In-vitro-Untersuchungen ist die eigene oder die Beteiligung des beauftragten Labors an entsprechenden internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen.

4.2. Spezifische therapeutische Verfahren

4.2.1. Allgemeines

Für therapeutische Verfahren sind ausschließlich geeignete, wissenschaftlich abgesicherte Methoden zu verwenden.

4.2.2. Allergenkarenz

(1) Die Allergenkarenz, d.h. die Meidung des die allergische Reaktion hervorrufenden Allergens, stellt den ersten Schritt einer anti-allergischen Therapie dar.

(2) Es ist ärztliche Pflicht, gegebenenfalls auf



Ein Defibrillator gehört nach dem hier veröffentlichten Entwurf zur Mindestausstattung bei der Behandlung anaphylaktischer Reaktionen.

die Möglichkeit und Notwendigkeit einer Karenz hinzuweisen, auch wenn diese nur unvollständig durchführbar ist.

4.2.3. Diät

(1) Therapeutische Diäten dienen zur Elimination eines spezifischen Allergens oder zur Einhaltung einer additivfreien Diät. Voraussetzung für eine therapeutische Diät ist in jedem Fall der Nachweis einer allergischen

on einsetzen, können auf eine beginnende Anaphylaxie hinweisen. Nach jeder Allergen-Applikation ist deshalb Überwachung des behandelten Patienten für die Dauer von mindestens einer halben Stunde indiziert (sogenannte Wartezeit).

(2) Systemische Nebenwirkungen der Hyposensibilisierungen sind als unerwünschte Arzneimittelwirkungen – entsprechend den berufsrechtlichen Regelungen – der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zu melden.

(3) Die Indikationsstellung und Rezeptur jeder Art der Hyposensibilisierungstherapie ist dem allergologisch weitergebildeten Arzt vorbehalten. Hierbei sind die entsprechenden Leitlinien der Bundesärztekammer zu berücksichtigen. Die Entscheidung für oder gegen eine Hyposensibilisierungsbehandlung und über die Dauer der Therapie muß vom Allergiker auf der Grundlage einer sorgfältigen Beratung durch den behandelnden Allergologen individuell getroffen werden.

(4) Bezüglich der Kontraindikationen zur Hyposensibilisierungsbe-

des Leidens ist integraler Bestandteil des allergologischen Therapiekonzeptes.

(2) Die Informationen müssen fachlich qualifiziert vermittelt werden, und zwar unter Berücksichtigung des Alters, der individuellen Situation und der Aufnahmefähigkeit des Patienten.

(3) Sofern vorhanden, sollte die Beratung auf der Basis strukturierter und evaluierter Patientenschulungsprogramme erfolgen.

5. Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität

5.1. Allergiepaß

Allergien und Pseudoallergien sollten in ausgewählten Fällen (Arzneimittel, Nahrungsmittel, Kontaktallergien, Insekten) mit Angabe der Nachweismethoden und ggf. Angaben zur klinischen Symptomatik in einem Allergiepaß dem Patienten bescheinigt werden.

5.2. Dokumentation

(1) Eine sorgfältige allergologische Dokumentation hat u.a. folgende Inhalte zu berücksichtigen:

- Indikationsstellung zur Hyposensibilisierung
- Formen, Termine und Effekte von Hyposensibilisierungsbehandlungen
- unerwünschte Arzneimittelwirkungen nach Hyposensibilisierung inklusive Angabe des(r) verwendeten Allergens(e), der Symptome und Behandlung sowie des Verlaufs

(2) Der allergologisch tätige Arzt muß in der Lage sein, seine Dokumentation zum Zweck der Qualitätssicherung der für ihn zuständigen Ärztekammer vorlegen zu können.

Systemische Nebenwirkungen von Hyposensibilisierungen		
Schweregrad°	Symptome	Klinische Zeichen°°
0	keine	
1	unspezifische:	Unwohlsein, Kopfschmerzen, Arthralgien, Nervosität
2	leichte systemische Reaktionen:	Milde Rhinitis, geringe asthmatische Beschwerden (gut therapierbar)
3	schwere, nicht lebensbedrohliche systemische Reaktion:	Urtikaria, Angioödem oder schweres Asthma (therapierbar)
4	Anaphylaktischer Schock	Schnelle Entwicklung von Juckreiz, Flush, Erythem, Bronchialobstruktion etc. (Intensivbehandlung notwendig)

°Schweregrad entsprechend den Symptomen innerhalb der ersten 30 Minuten nach Allergenapplikation.
 °°Typ der systematischen Reaktion im Zeitraum 30 Minuten bis 48 Stunden nach Allergenapplikation: Unspezifische Symptome (US), Urtikaria (U), Ekzem (E), Rhinokonjunktivitis (RK), Angioödem (AO), Asthma (A)

oder pseudoallergischen Unverträglichkeit.

(2) Jede Diät Empfehlung sollte beachten, daß eine im Hinblick auf die essentiellen und nichtessentiellen Nährstoffe qualitativ und quantitativ ausreichende Ernährung gewährleistet sein muß.

4.2.4. Hyposensibilisierung

(1) Risiken: Die Injektion von Allergenen, gegen die ein Patient IgE-Antikörper gebildet hat, kann verschiedene und unterschiedlich schwere Arten von lokalen und systemischen Nebenwirkungen – bis hin zum anaphylaktischen Schock – auslösen (s. Tabelle). Nebenwirkungen der spezifischen Hyposensibilisierung können im Verlauf der Behandlung zu jedem Zeitpunkt auftreten. Lokalisierte Reaktionen auf die Injektion (Schwellung, Rötung, Juckreiz etc.) sind unvermeidlich.

Systemische Reaktionen (wie Rhinitis, Urtikaria, Asthma, Angioödem), die überwiegend innerhalb von 30 Minuten nach Injekti-

handlung sind die entsprechenden Leitlinien der Bundesärztekammer zu berücksichtigen.

(5) Ebenso wie die Indikationsstellung zur Hyposensibilisierung ist die Erstbehandlung allergologisch weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten vorbehalten. Die Weiterführung der Hyposensibilisierungsbehandlung kann grundsätzlich durch jeden Arzt – in Absprache mit dem Erstbehandelnden – erfolgen.

(6) Der Arzt ist nach den Vorgaben der Berufsordnung verpflichtet, die ihm im Rahmen einer Hyposensibilisierungstherapie bekanntwerdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen.

4.2.5. Patienteninformation, Patientenschulung

(1) Umfassende Information des Allergikers und seiner Angehörigen über alle Aspekte der Allergie, ihrer Prävention, Diagnostik, Therapie und über Techniken zur Bewältigung

ANLAGE 1:

Mindestausstattung zur Behandlung anaphylaktischer Reaktionen

1. Medikamente
 - Adrenalin
 - Antihistaminika
 - Kortikosteroide
 - Beta-2-Mimetikum als Dosieraerosol und zur intravenösen Injektion
 - Theophyllin-Präparat zur Injektion oder Infusion
 - Infusionslösungen: Vollelektrolytlösung, Isotonische Kochsalzlösung, Plasmaexpander
2. Geräte
 - Stethoskop und Blutdruckapparat
 - Infusionsbesteck, großlumige Verweilkanülen, Verweilkatheter, Infusionsständer
 - Intubationsbesteck und Beatmungsmöglichkeit
 - Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung
 - EKG (Monitor) und Defibrillator

Standpunkt:

Gescheiterte EBM-Reform 1999

Ein weiser Beschluß der VV - was wäre sonst für die Kinderärzte in Bezug auf die Kinderallergologie und -pneumologie herausgekommen?

von Frank Friedrichs

Nachdem – wie wohl jedem inzwischen bekannt – die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit einer Stimme Mehrheit die Vorlage der KBV zur EBM-Reform 1999 (Stichwort: Leistungskomplexe) abgelehnt hat, reagierte der Vorsitzende der KBV, Dr. med. Schorre, »sichtlich betroffen« (Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 22, 29. Mai 1998 (17)) und beklagte die Handlungsunfähigkeit der ärztlichen Selbstverwaltung.

Aus der Sicht eines kinderallergologisch und -pneumologisch tätigen Kinderarztes kann man über dieses vernünftige Votum der VV nur dankbar sein.

Die Verhandlungen mit den KBV-Mitarbeitern, Dr. med. Köhler und Dr. rer. nat. Ennenbach, der inzwischen das Handtuch geworfen hat und zum 1.9.98 zur Techniker Krankenkasse wechselt (!), zeichneten sich durch hektische Betriebsamkeit (Termine wurden regelmäßig wenige Tage vor der Sitzung bekanntgegeben) und durch den mangelnden Willen aus, eine langfristige, solide Gebührenordnung zu schaffen. Diese sollte sich an medizinisch Notwendigem und Sinnvollem orientieren. Statt dessen mußten sich die Vertreter des Honorar Ausschusses des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin und die begleitenden Vertreter der »Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Kinderpneumologen« und der GPA Belehrungen von sachkundigen KBV-Mitarbeitern anhören: »Wenn ein pädiatrischer

Facharzt, zum Beispiel ein Kinderpneumologe, davon allein nicht existieren kann, dann ist offensichtlich kein Bedarf am Markt« (Dr. Ennenbach).

Die Kinderallergologen und -pneumologen haben in den letzten Monaten in enger Kooperation mit dem Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Dr. Hartmann) ein Konzept für die entsprechenden Kapitel der EBM-Reform 1999 erarbeitet. Es hätte zum einen die Möglichkeit beinhaltet, daß der allgemeinpädiatrisch tätige Kinderarzt die erbrachten Leistungen aus dem Bereich der pädiatrischen Allergologie und Pneumologie abrechnet (Beispiel: Allergiediagnostik, Spirometrie), und zum anderen geholfen, den vor allem in diesem Schwerpunkt tätigen Kollegen das wirtschaftliche Überleben ihrer Praxen zu sichern (teilweise haben sich Kollegen jetzt schon als fachärztliche Kinderärzte einstufen lassen, um weiterhin kinderpneumologisch und -allergologisch tätig sein zu können). Diese Vorschläge wurden, wie viele andere auch, von den »Experten« der EBM-Reform 1999 nicht einmal diskutiert! Statt dessen wurde eine mit heißer Nadel gestrickte EBM-Reform vorgelegt, die nicht ohne Witz ist: Mit der Ziffer 4036 soll zum Beispiel die »Phototherapie eines Neugeborenen« im Kapitel 30 »Physikalische Therapie« vergütet werden. Aber nur, wenn man »einen entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter (staatlich geprüften Masseur,...) angestellt hat (...)«.

Dr. Hartmann faßt das zusammen, was gegen die Vorlage der KBV spricht:

◆ Sie schafft leistungsfeindliche Fallpauschalen (siehe Ziffer 2244: Kardio-angio-pneumologischer Diagnostikkomplex, Anmerkung des Autors).

◆ Sie wirkt sich qualitätsmindernd aus (hin zur Barfußmedizin).

◆ Sie führt zu einer fehlenden Darstellung des Leistungsgeschehens und der Leistungsanforderungen durch die Patienten in den Praxen.

Zu den Gebieten Pneumologie und Allergologie im einzelnen sah die gescheiterte Reform unter anderem folgendes vor:

◆ Das Kapitel IV (Arztgruppenübergreifende qualifikationsgebundene Leistungen) enthält unter Punkt 30 (»Versorgungsschwerpunkte Allergologie«) Ziffern zur allergologischen Diagnostik und Therapie (siehe Kasten). Nach dem Willen der EBM-Reform-Autoren sollten diese Leistungen Kinderärzten ohne Zusatzbezeichnung »Allergologie« nicht mehr offenstehen. Als Ersatz hierfür sollte der hausärztlich tätige Kinderarzt ohne Zusatzbezeichnung die Grundpauschale seines Kapitels akzeptieren. Angesichts der Tatsache, daß inzwischen über 30% unserer kinderärztlichen Patienten

Atopiker sind, zeugt eine solche Regelung von ausgesprochener Ignoranz. Es liegt im Interesse der Kinderallergologen, daß die flächendeckende Versorgung atopischer Kinder durch in fachärztlicher Weiterbildung und berufsbegleitender Fortbildung ausgebildete Kinderärzte sichergestellt wird (primäre und sekundäre Prävention). Die Kooperation mit einem schwerpunktmäßig tätigen Kinderallergologen/-pneumologen in Praxis oder Klinik führt darüber hinaus zur Verbesserung der Versorgungssituation der Patienten (tertiäre Prävention) und stärkt die Pädiatrie insgesamt.

◆ Im Kapitel 11 (Pneumologie) fällt erfreulicherweise auf, daß erstmals die Kinderpneumologen berücksichtigt werden (siehe Kasten)! Daß ein Kinderarzt, der kinderpneumologisch tätig ist, dann aber »in mindestens 70% aller kurativ-ambulanten Fälle eine ganzkörperplethysmographische Untersuchung« durchführen muß, leuchtet nicht ein. Soll denn auch der Kinderpneumologe die Eltern von Säuglingen und Kleinkindern mit rezidivierenden obstruktiven Bronchitiden und Asthma vor die Tür setzen, wie die internistischen Pneumologen das so gerne tun – nur, weil diese Patienten keiner Apparatedizin zugänglich sind?

Diese EBM-Reform 1999 war eine extrem unreife Frühgeburt, die auch mit modernster Medizintechnik nicht lebensfähig gewesen wäre. Daß einer der beiden Väter dieser »Reform« gleich zur Techniker Kasse wechselte, macht die familiäre Situation im Haus der KBV sicher nicht leichter. Hoffen wir, daß die nun auszuarbeitende Vorlage in Ruhe und mit Sachverstand entwickelt werden kann und zu einer wirklichen Reform des EBM, und damit der Ablösung der Budgets, führt.

Auszüge aus der Vorlage der KBV

2244

Kardio-angio-pneumologischer Diagnostikkomplex für hausärztliche Kinderärzte, die die apparativen Voraussetzungen zur Erbringung von mindestens einer der nachfolgend aufgeführten - Leistungen nachweisen können und nach § 9 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung Leistungen der Liste nach § 6 desselben Vertrages bis zum 31.12.2002 berechnen dürfen: Überprüfung des Batteriezustandes eines Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, Funktionsanalysen von Ein- oder Zweikammerschrittmachern oder implantierten Kardiovertern bzw. Defibrillatoren, Mikroherzkatheteruntersuchungen oder temporäre transvenöse Elektrostimulation des Herzens, Aufzeichnung eines Langzeit-EKGs von mindestens 18 Stunden Dauer, Messungen des Arterien-drucks, zentralen Venendruckes, Herzzeitvolumens und/oder Kreislaufzeiten mittels Indikatorverdünnungsmethoden, Messung der Compliance mittels Ösophaguskatheter, ergospirometrische Untersuchung(en), Bestimmung der Diffusionskapazität, Blutgasanalyse.
Die Leistungen nach den Nrn. 2243 und 2244 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

11.I. Pneumologie

Die in diesem Abschnitt aufgeführten Leistungen können ausschließlich von fachärztlichen Internisten mit dem Schwerpunkt Pneumologie berechnet werden.

Die mit der Berechnung der Zuschläge verbundenen Behandlungsleitlinien sind in Anhang 3 zum EBM aufgeführt.

Fachärztlichen Internisten ohne Schwerpunkt und/oder fachärztlich tätigen Ärzten für Kinderheilkunde ist auf einen entsprechenden Antrag bei ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung hin die Berechnung der Leistungen dieses Abschnittes zu ermöglichen. Nach Erteilung der Genehmigung können diese Vertragsärzte Leistungen aus anderen Abschnitten der Kapitel 11 und 12 nicht berechnen.

Der fachärztliche Internist ohne Schwerpunkt und/oder der fachärztliche Kinderarzt muß in seinem Antrag nachweisen, daß er in mindestens 70% aller kurativ-ambulanten Fälle eine ganzkörperplethysmographische Untersuchung durchgeführt hat.

Grundpauschale für fachärztliche Internisten mit dem Schwerpunkt Pneumologie, die einen Überweisungsanteil von mindestens 70% und in mindestens 70% aller Behandlungsfälle eine ärztliche Mitteilung nach den Nrn. 1030 bis 1032 erstellt haben, einschl. aller nicht in arztgruppenübergreifenden und nicht in diesem Kapitel aufgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, auch zur Behandlung akuter Lungenerkrankungen und/oder zum differentialdiagnostischen Ausschluß nicht pulmonaler Erkrankungen.

IV. Arztgruppenübergreifende qualifikationsgebundene Leistungen 30. Versorgungsschwerpunkte A. Allergologie

4000

Allergologisch-diagnostischer Komplex für Vertragsärzte mit der Gebietsbezeichnung Dermatologie, HNO-Heilkunde, Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie, Kinderärzte und/oder Lungenärzte, die die Zusatzbezeichnung Allergologie führen, einschl. aller notwendigen Testverfahren, einmal im Behandlungsfall.

4001

Allergologisch-diagnostischer Komplex für Vertragsärzte mit der Gebietsbezeichnung Dermatologie, HNO-Heilkunde, Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie, Kinderärzte und/oder Lungenärzte oder für Vertragsärzte mit anderen Gebietsbezeichnungen, die die Zusatzbezeichnung Allergologie führen, einschl. aller notwendigen Testverfahren, einmal im Behandlungsfall.

4002

Konjunktivaler, nasaler oder subkutaner Provokationstest, in mindestens 3 Stufen (Leerwert, Kochsalz, Allergen), ggf. beidseitig, zum Aktualitätsnachweis von Allergenen, mit Einzel- oder Gruppenextrakt, ggf. in unterschiedlichen Konzentrationen, je Test (höchstens zwei Tests pro Tag)...

4003

Bronchialer Provokationstest in mindestens 3 Stufen (Leerwert, Kochsalz, Allergen) zum Aktualitätsnachweis von Allergenen, mit Einzel- oder Gruppenextrakt, ggf. in unterschiedlichen Konzentrationen, einschl. mindestens zweier ganzkörperplethysmographischer Untersuchungen, Nachbeobachtung von mindestens 3 Stunden Dauer, je Test (höchstens ein Test pro Tag).
Die Leistung nach der Nr. 4003 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 2166 bis 2168 berechnungsfähig.

4004

Oraler Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Leerwert oder Trägersubstanz, Allergen) zur Ermittlung von allergischen oder pseudoallergischen Reaktionen auf nutritive Allergene oder Arzneimittel, je Test (höchstens ein Test pro Tag).

4005

Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en), einschl. Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer, je Sitzung.

Voraussetzung für die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 4002 bis 4005 ist die Erfüllung der in der Präambel zu Kapitel 25 genannten notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine ggf. erforderliche Schockbehandlung. (Evtl. Streichung nach Maßgabe ÄZQ.)



8. Jahrestagung der APPA in Neubrandenburg

Schwerpunkte: Nahrungsmittelallergie und Atopische Dermatitis

Vom 08. bis 10. Mai 1998 tagte in Neubrandenburg zum achten Mal die Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (APPA).

Der Eröffnungsabend stand im Zeichen des 750. Gründungstags von Neubrandenburg, der in diesem Jahr gefeiert wird. Cornelia Nenz nahm dies zum Anlaß, über die Stadtgeschichte und besonders über den großen niederdeutschen Dichter Fritz Reuter zu berichten, der in Neubrandenburg seine glücklichsten und schaffensreichsten Tage verbrachte.

Der Tradition entsprechend erhielten die Teilnehmer der APPA eine Grafik. Diesmal hatte Wolfgang Lässig den Maler und Grafiker Hans-Joachim Triebisch gewonnen, eine Radierung mit berühmten halbeschen Ärzten anzufertigen. Ein interessierter Teil der Kollegen hatte die Möglichkeit, den Künstler zu seinem Leben und Werk zu befragen.

Im fachlichen Teil standen die Nahrungsmittelallergie und die atopische Dermatitis als Hauptthemen auf dem Programm.

B. Niggemann (Berlin) gab eine Übersicht über diagnostisches Vorgehen und Therapie bei atopischer Dermatitis. Er wies auf die unterschiedliche Vorgehensweise und Aussagefähigkeit ambulanter und stationärer Diagnostik hin. Während Frühreaktionen meist einem bestimmten Nahrungsmittel zuzuordnen sind, gibt es bei Spätreaktionen oft diagnostische Probleme. Die orale, titrierte, doppelblinde und placebo-kontrollierte Nahrungsmittelprovokation ist bei unklaren Reaktionen sicher nur unter stationären Bedingungen möglich. Sie ist aber not-

wendig, um sinnlose Diäten zu verhindern. Abzulehnen sind in jedem Fall Diättempfehlungen, die auf alleiniger Grundlage von Haut- bzw. In-vitro-Testungen ausgesprochen werden.

R. Szczepanski (Osnabrück) wies anhand von Fallbeispielen auf die Schwierigkeiten der Differentialdiagnostik von Nahrungsmittelallergien hin und W. Rebien (Hamburg) versuchte, Licht in das Kapitel der Pseudoallergien zu bringen. Während die Anzahl vermuteter pseudoallergischer Reaktionen mit 17 % relativ hoch ist, kann durch Provokation nur in 0,3 % die vermutete Substanz als

Auslöser einer Pseudoallergie verantwortlich gemacht werden.

Doris Staab (Berlin) referierte über die Epidemiologie und Pathogenese der atopischen Dermatitis. Die genetische

Disposition und dabei vor allem die hohe Prävalenz (70 %) bei gleicher allergischer Symptomatik der Eltern sei besonders auffällig. Als Triggerfaktoren sind neben Nahrungsmitteln (Milch, Ei) in erster Linie Superinfektion der Haut mit Staphylokokken bzw. Kontakt zu Umweltallergenen (Hausstaubmilbe, Tierepithelien) verantwortlich. Sie wies darauf hin, daß die klinische Aktualität einer Sensibilisierung nur durch gezielte Provokation nachweisbar ist. Da sich bei 60 % die atopische Dermatitis bereits im ersten Lebensjahr manifestiert, hob Doris Staab nochmals die Bedeutung des Stillens hervor und der damit möglichen Präventionen. Bei Stillunfähigkeit empfiehlt die Referentin bei ausgeprägter atopischer Dermatitis die Therapie mit hochhydrolysierten Säuglingsnahrungen.

R. Stachow (Fachklinik Sylt) und Silke Herold (Schloß Friedensburg, Leuten-

berg) trugen zwei unterschiedliche Therapiekonzepte bei stationär betreuten Kindern mit atopischer Dermatitis vor. Während R. Stachow sehr umfangreiche Therapieschemata zur lokalen Behand-

WAPA-Seminartagung: Management der atopischen Dermatitis in der kinderärztlichen Praxis

Kaum eine Erkrankung aus dem atopischen Formenkreis stellt in der kinderärztlichen Praxis eine höhere Herausforderung dar als die atopische Dermatitis. Schon an der Zahl der synonymen Bezeichnungen ahnt man, welche Vielzahl von Erklärungsmodellen und vor allem Therapieansätzen es hierzu gibt.

In der Seminartagung werden Übersichtsvorträge, Diskussionsrunden, Kleingruppenarbeit mit zwölf Teilnehmern, Falldiskussionen und vieles mehr angeboten. Es wurden die Schwerpunkte Grundlagen, Diagnostik, Patientenführung, Ernährung, Externtherapie, Scores und Einzelfallbesprechungen ausgewählt. Die Referenten sind in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit atopischer Dermatitis und der Betreuung ihrer Eltern erfahrene Kinderärzte, Psychologen und Ernährungsberater. Eine Produktpräsentation der Firmen wird in den Pausen zur Verfügung stehen.

Der nächste Kurs:

19./20.09.1998 Bad Neuenahr

Informationen:

Ditext, Frank und Heidi Digel
Gregor-Vosen-Straße 46
50374 Erftstadt-Bliesheim
Tel. 02235-922494, Fax 02235-922495



lung der verschiedenen Formen der Neurodermitis vertrat, ohne dabei die Notwendigkeit der Schulung von Patienten und deren Eltern sowie Streßbewältigungsstrategien und Entspannungstechniken außer Acht zu lassen, betonte Silke Herold besonders die ganzheitsmedizinische Ausrichtung ihrer Klinik und damit die Möglichkeit des vollständigen Verzichts auf kortisonhaltige Externa und Interna sowie weitestgehend auch auf Antihistaminika. Als Fazit blieb, daß sehr individuelle, zeitaufwendige und oft von Rezidiven begleitete Therapiemaßnahmen notwendig sind. Dabei sollten Pädiater und Dermatologen eng zusammenarbeiten.

Über die Bedeutung des erhöhten Linolsäureverbrauchs (in Margarine und Pflanzenölen) in den hochindustrialisierten Ländern als mögliche Ursache einer Zunahme der Prävalenz von Asthma und anderen allergischen Krankheiten sprach Th. Hirsch (Dresden). Aus Linolsäure entsteht Arachidonsäure und diese ist wiederum Ausgangspunkt für Prostaglandine und Leukotriene, zwei potente Mediatoren der allergischen Entzündungsreaktion.

Elke Köhler (Magdeburg) schlußfolgerte aus Urinkonzentrationsbestimmungen bei Kindern, daß die in den Dosieraerosolen enthaltene Dosis von 2 mg DNCG für eine effektive Therapie des Asthma bronchiale zu gering ist und plädierte für eine Erhöhung der Cromoglicinsäure auf 5 bis 10 mg in den Dosieraerosolen, wie es auch in anderen europäischen Ländern üblich ist.

Marielle Hering (Dresden) berichtete, daß nach der Sanierung von Plattenbauten in Dresden und der damit einhergehenden Veränderung des Raumklimas ein signifikanter Anstieg der Milbenkonzentrationen in Matratzen und Teppichen zu verzeichnen war. Die Deutsche Schabe sei kein Hauptrisikofaktor für die Entstehung bzw. das Auslösen von Asthma und allergischer Rhinitis in der Dresdener Region, referierte Chr. Stappenbeck (Dresden).

D. Baumgartner (Dresden) reihte sich mit seinen Untersuchungen in die Reihe derer ein, die für das Ketotifen bei vorwiegend allergisch bedingter Obstruktion dreijähriger Kinder eine Bedeutung bei der Asthmaprophylaxe nachwiesen.

H.-J. Smith (Berlin) stellte mit der Im-

puls-Oszillometrie ein neues Verfahren zur Lungenfunktionsuntersuchung vor, das keine wesentliche Kooperation benötigt und deshalb bereits bei kleineren Patienten (besser als die üblicherweise verwendete, forcierte Spirometrie) einsetzbar ist. Das Verfahren erlaubt die Differenzierung in zentrale und periphere pulmonale Veränderung. Insgesamt wird es als eine ideale Ergänzung zur Spirometrie gesehen. Beim Nachweis des GÖR als Ursache bronchopulmonaler Erkrankungen kann die Sonographie, v.a. beim älteren Kind, falsche negative Ergebnisse bringen und muß deshalb durch die pH-Metrie ergänzt werden, erklärte Jana Lorenz (Greifswald).

U. Kragl (Berlin) berichtete von Kindern mit pulmonalen Nitrofurantoin-Nebenwirkungen. S. M. Schmidt (Greifswald) wies auf die Kontinuitätsnotwendigkeit von Sporttherapie bei Asthmapatienten hin.

Abgerundet wurden die Vorträge durch Fallbeispiele zur tuberkulösen Meningitis, zum akuten Lungenödem nach Aspiration von zitronensäurehaltigem Instantpulver, zur Aspergillose-Infektion der Lunge bei CF und zur Asthmaschulung von Lehrern und Eltern.

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie Süd

Allergiekurs mit Notfallübungen

Im Herbst 1997 hat die AGPAS an der Kinderfachklinik in Gaißach den ersten Kurs »Hyposensibilisierung und Notfallmanagement« für niedergelassene Kinderärzte mit und ohne Zusatzbezeichnung »Allergologie« durchgeführt.

Nach den einführenden Vorträgen von Prof. C. P. Bauer konnten die 20 am Kurs teilnehmenden kinderärztlichen, niedergelassenen Kollegen am Samstagvormittag ausführlich über Probleme der Indi-

kation und Durchführung von Hyposensibilisierungsbehandlungen auch in Bezug auf Insektengiftallergien diskutieren.

Die neuerliche intensive Beschäftigung mit dem Problem Hyposensibilisierung und auch Notfallmanagement ist sowohl für den Kinderarzt mit



Zusatzbezeichnung »Allergologie« (ca. 10% der niedergelassenen Kinderärzte) als auch für den Kollegen ohne diese Zusatzbezeichnung aufgrund der neuen Richtlinien zur Qualitätssicherung notwendig geworden. Dieser Entwurf »Richtlinien zur Qualitätssicherung in der Allergologie« bedeutet zwar nicht, daß der Kinderarzt ohne Zusatzbezeichnung »Allergolo-



Praktische Übungen sind wichtiger Bestandteil der Allergiekurse.

gie« diese Therapie nicht mehr durchführen darf; er muß aber die fachlichen Kenntnisse, auch in der Notfallbehandlung, nachweisen. Aus diesem Grund schloß sich auch am Nachmittag eine Fortbildung über »Notfallmaßnahmen in der kinderärztlichen Fachpraxis« an. Ein Team von Rettungssanitätern informierte über Sofortmaßnahmen und stellte die Möglichkeit zu praktischen Übungen sicher.

Die AGPAS möchte im Rahmen dieser Seminare die Gelegenheit bieten, Fachwissen über Hyposensibilisierung und Notfälle und deren Management zu vertiefen. Sie wird aus diesem Grund weitere Veranstaltungen anbieten: Am 10. Oktober 1998 in Gaißach (Prof. C. P. Bau-

er), am 6. Dezember 1998 in Donaueschingen (Prof. J. Forster, Dr. Bulle).

Die AGPAS führt außerdem am 17./18. und am 24./25. Oktober 1998 ihren ersten »Allergologie Grundkurs« in München durch. Dieser Kurs bietet sowohl Ärzten in der Klinik, als auch niedergelassenen Kollegen die Möglichkeit, sich auf dem Gebiet der Allergologie umfassend zu informieren und Probleme zu diskutieren. Der Kurs umfaßt 40 Stunden und wird an zwei Wochenenden durchgeführt. Er ist so konzipiert, daß nach theoretischen Einführungen sehr viel Zeit für praktische Übungen, sowohl auf dem Gebiet der Allergentests, als auch z.B. für Übungen zur Lungenfunktionsprüfung oder zur praktischen Durchführung von Provokationstests, bleibt. Die Teilnehmerzahl ist aus diesem Grund auf 40 beschränkt. Dieser Kurs kann natürlich nicht die zweijährige Weiterbildung Allergologie ersetzen, er ist jedoch Gelegenheit zum Erwerb spezifischen Wissens.

Anfragen oder Voranmeldungen zu diesen Kursen können unter der Fax-Nr. 0751/17286 (Praxis Dr. Bulle) erfolgen.

1. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie (GPA)

Die erste Jahrestagung der Gesellschaft für pädiatrische Allergologie wird dieses Jahr zusammen mit

dem 16. Allergiesymposium für Kinderärzte stattfinden. Tagungspräsidenten sind Prof. Dr. Frank Riedel und Dr. Wolfgang Rebiel. Der Kongreß wird vom 04. bis 05. 09. 1998 im Radisson Hotel Hamburg stattfinden.

Zu den Hauptthemen gehören Allergieentstehung und Prävention, neue Therapie-



ansätze beim Asthma, neue Erkenntnisse bei der Hyposensibilisierung und die Qualitätssicherung in der Allergologie. Am Freitag wird Fortbildung in prax-

isorientierten Arbeitsgruppen angeboten; die Hauptvorträge am Samstag werden von namhaften Referenten aus Deutschland, Österreich und Dänemark gehalten. Weitere Auskunft über die Tagung erteilt SCC Seeland, Christel Seeland, Försterweg 3, 22889 Tangstedt, Tel. 04109/64 27, Fax 04109/1919.

Begriffe, Infos, Hintergründe

A. Bufo

Es ist unumstritten, daß Allergene die entscheidenden Auslöser allergischer Erkrankungen sind. Ebenso eindeutig, wenn auch in der Art und Weise ungeklärt, ist der Einfluß der genetischen Prädisposition auf das Erscheinen der Allergien. Weniger verstanden, aber häufig klinisch eindeutig, ist die Bedeutung der sogenannten unspezifischen Faktoren, die da sind: Infektionen, hormonelle Faktoren, Umweltschadstoffe, psychische Einflüsse.

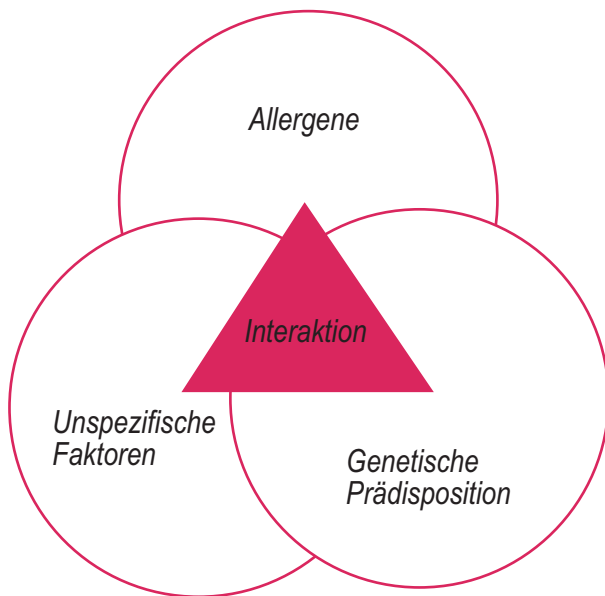


Abb. 1: Schematische Darstellung der Interaktion zwischen Allergenexposition, nichtspezifischen, sogenannten „adjuvanten“ Faktoren und der genetischen Prädisposition gegenüber allergischen Erkrankungen (modifiziert nach B. Björkstén).

Vor diesem sich ständig neu formierenden, komplexen Hintergrund muß der tätige Arzt seine diagnostischen und therapeutischen Werkzeuge immer wieder hinterfragen. Er wird von einer unglaublichen Menge an Informationen überhäuft und hat dabei das Problem, die Datenflut so zu sortieren, daß er zum Nutzen des Patienten handlungsfähig bleibt.

Die in diesem Heft begonnene Serie mit dem Thema »Allergenkunde« hat sich vorgenommen, dem ärztlichen Bedürfnis zu folgen und die wichtigsten Begriffe, Informationen, Hintergründe und neueren wissenschaftlichen Entwicklungen rund um die Allergene vorzutragen und auf ihre praktische Bedeutsamkeit hin zu filtern. Dabei sind die Allergene oder Allergenextrakte deshalb so wichtig, weil das spezifische Allergen natürlich bei der Diagnose der Erkrankung eine entscheidende Rolle spielt, und weil das therapeutische Vorgehen davon abhängig ist, in welchem Maße

die Symptome eines Patienten auf ein spezifisches Allergenmolekül zurückzuführen sind. Das Allergen wird sich also als Leitfaden durch diese Serie hindurchziehen.

Den thematischen Bogen kann man am folgenden Inhaltsverzeichnis erken-

nen, welches versucht, eine gewisse Systematik einzuhalten:

Die Kapitel der Serie im einzelnen:

Namen und Kürzel – Die Nomenklatur

Das kleine Allergenlatinum – Herkunft und Extraktionsverfahren

Die allergene Relativität – Standardisierungsverfahren für Allergenextrakte

Die Grenze zum IgE und zum T-Zell Rezeptor – Was ist ein Epitop ?

Wer ist denn nun eigentlich schuld ? - Die Kreuzreaktivität

Allergene mit 3-D-Brille – Müssen wir die Allergenstruktur kennen ?

Gentechnische und synthetische Allergene – Nutzen für Diagnostik und Therapie ?

Schöne Zeit, Pollenzeit ! – Die Pollenallergene.

Je mehr Haus, desto mehr Allergen. – Indoorallergene: Tierhaare und Milben

Sie sticht mich, sie sticht mich nicht. – Insektengiftallergene

Die schwierigen Allergene – Pilze, Nahrungsmittel

Die Chemie stimmt nicht – Arzneimittelallergene und sonstige Haptene

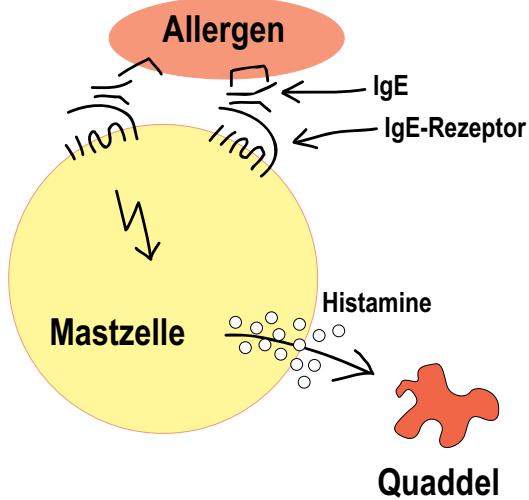
Cave Allergene! – Die Allergenkarrenz

Die heilsame Spritze – Die spezifische Immuntherapie und ihre Möglichkeiten

Die Soziologie der Allergene – Zur Pathophysiologie der spezifischen allergischen Antwort.

Schlußbetrachtungen

**Einmal von IgE erkannt.
Wirst Du ein Allergen genannt.
Soll Allergenität erwachen
Mußt Du auch eine Quaddel machen.**



**Du wirst nun bestens unterschieden
Nach taxonomischem Belieben:
Der Genus trägt die ersten drei
Buchstaben zu dem Namen bei.
Die Species hängt Dir sodann
Ihr'n ersten Letter hinten dran.
Als Zahl wird nun zu guter Letzt
Die Gruppennummer zugesetzt.
Ein Gen aus Lolium perenne
ich deshalb Lol p 1 benenne.
Die Biene Apis mellifera
Heißt Api m, spricht hier der Lehra.**

Genus + Spezies + Gruppe

Gen s X

Lolium perenne Gruppe 1

Lol p 1

**Willst Du Major1 sein, sei's bewußt
Die Mehrheit Du an Dich binden mußt.
Könn' Dich nur wenig Bodies sehn
Bist Du ein Minorallergen.**

Majorallergen

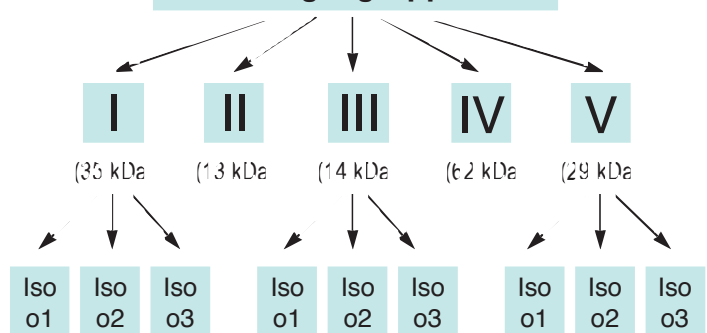
Mehr als 50% aller Patienten erkennen das Allergen mit ihren IgE-Körpern

Minorallergen

Weniger als 50% aller Patienten erkennen das Allergen mit ihren IgE-Körpern

**Nun mußt die Gruppe Du verwalten.
Nimm doch dazu die Kilodalton.
Damit kannst Du die Größe seh'n
Von Deiner Gruppe, Allergen!
Wenn ich die Brüder hier erwähne.
Sag ich nur: Isoallergene.
Willst Du die Isoform benennen.
Mußt' die Aminosäuren kennen.
Mit 2 von 3 soll'n sie sich gleichen.
Das ist das Isoformenzeichen.**

Allergengruppen



**Bist nun getauft mit Deinem Namen.
Allergologen sagen Amen.**

**So einfach ist in der Natura
Die Allergen-Nomenclatura.**

Dokumentations- und Informationsstelle für Allergiefragen im Kindesalter

Aktuelles aus der DISA

Im Jahr 1996 ist die Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V. vom Bundesgesundheitsministerium in einem Modellprojekt mit dem Aufbau einer „Dokumentations- und Informationsstelle für Allergiefragen im Kindesalter“ beauftragt worden. Sie hat die praktische Durchführung des Projekts an Dr. Sabine Schmidt, Prof. K. E. v. Mühlendahl und die allergologische Abteilung des Kinderhospitals Osnabrück (Dr. R. Szczepanski, Dr. Th. Lob-Corzilius) übertragen.

Die Aufgaben der DISA: Sie soll den jeweiligen wissenschaftlichen Stand zu allergologischen Themen im Kindes- und Jugendalter erfassen, zusammenfassen und ggf. kommentiert verfügbar machen; sie soll Anfragen schnell und kompetent beantworten; sie soll mit bestehenden Informationsangeboten von pädiatrischen Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen kooperieren; sie soll Auskunftsuchende schnell an kompetente Angebote weiterverweisen.

In dieser Rubrik werden Sie regelmäßig aktuelle, von der DISA erarbeitete Statements lesen können und Hinweise auf aktuelle Literatur erhalten. Außerdem werden interessante Anfragen an die DISA abgedruckt. Anfragen und Antworten sind in der Mailbox der DISA, dem ALLINFO, jederzeit abrufbar. Dort können auch Fragen gestellt werden. Nähere Informationen: **Dr. Sabine Schmidt, DISA, Iburger Straße 200, 49082 Osnabrück, Tel.: 0541-5848621, Fax: 0541-5848621 e-mail: sschmidt@uminfo.de**

Frage an die DISA

Immer mehr Eltern interessieren sich für Teebaumöl – gibt es Bedenken aus allergologischer Sicht?

Stellungnahme der Dokumentations- und Informationsstelle für Allergiefragen im Kindes- und Jugendalter DISA.

Schriftleitung: Sabine Schmidt; unter Mitarbeit von Mitgliedern des wissenschaftlichen Forums der DISA: A. Buße, D. Bulle, J. Forster, G. Frey, W. Lässig, Th. Lob-Corzilius, H. Müsken, W. Rebien, E. Rietschel, A. Schuster, J. Seidenberg, R. Szczepanski, Th. Zimmermann.

Teebaumöl wird aus den Blättern des australischen Teebaums (*Melaleuca alternifolia*) gewonnen. Es ist ein ätherisches Öl, das in sehr unterschiedlicher Zusammensetzung hergestellt wird. Ein Australischer Qualitätsstandard (AS 2782) von 1985 für Teebaumöle sieht vor, daß ein solches Öl nicht mehr als 15% Cineol und nicht weniger als 30% Terpinen-4-ol enthalten darf. Neben den genannten, enthält Teebaumöl eine Vielzahl weiterer Terpene, wie z.B. α -Pinen oder α -Terpinolen, γ -Terpinen, α -Terpinen, Limonen. Daneben auch Sesquiterpene.

Die Zusammensetzung des Öls variiert von Plantage zu Plantage sehr stark, aber auch Ernten einer Plantage können unterschiedlich ausfallen. Dies ist von Klimafaktoren und dem Erntezeitpunkt abhängig.

Der Inhalt an Terpenen begründet die antibakterielle und fungizide Wirkung des Öls, das von den Aborigines und später von den Engländern zur Behandlung von Hautinfektionen verwendet wurde und wird.

In Deutschland gibt es bisher noch kein zugelassenes oder registriertes Arzneimittel mit Teebaumöl. Die in Reformhäusern und Naturkostläden angebotenen Präparate können verkauft werden, wenn die rechtlichen Auflagen eingehalten werden und damit ein Verkauf als Kosmetikum möglich bleibt (33). Über das Internet können ebenfalls zahlreiche Präparate bestellt werden, die zur

äußerlichen Anwendung (z.B. zur Aknebehandlung (2), als Shampoo zur Therapie gegen Kopfhautschuppen oder als Mundwasser zur Beseitigung von Mundgeruch, aber auch zur innerlichen Anwendung als Tee zur Behandlung von Erkältungskrankheiten dienen. Auch 100% reines Öl wird angeboten. Teebaumöl wird in Listen pflanzlicher Präparate geführt, die in der »unkonventionellen« Therapie des Asthmas wirken sollen. Anwendung findet es ebenfalls in der Aromatherapie.

Vergleichsuntersuchungen zur Wirkung von Teebaumöl und anderen antimykotischen und antibakteriellen Zubereitungen erbrachten zwar keine einheitlich positiven Ergebnisse (z.B. 16,19), das Öl zeigte sich aber zum Beispiel bei der Behandlung von Onychomykosen gleich wirksam wie ein Antimykotikum (5).

Die keimwachstumshemmende Wirkung konnte ebenfalls wissenschaftlich in Laborversuchen nachgewiesen werden (7,10,18,19,28,29). Klinische Untersuchungen zur Effektivität in der Akne- (2), Vaginitis- (4), Tinea pedis-Behandlung (34) sowie anderer Onychomykosen (5) waren erfolgreich.

Auf der anderen Seite stehen Berichte über toxische Wirkungen (9,32,36) und Vergiftungsfälle bei Ingestion größerer Mengen des Öls (11,21). Als sehr lipophiles ätherisches Öl, wird das Teebaumöl sehr gut und schnell resorbiert und kann systemische toxische Wirkungen entfalten. Die akut toxische Dosis (LD 50 dermale Toxizität Kaninchen und LC 50 orale Toxizität Ratten) für die hauptsächlichsten Terpene des Öls liegt zwischen 2-5 g/kg Körpergewicht. Diese Toxizität wird als mäßig eingestuft und ist mit der von Terpinolöl vergleichbar.

Weiterhin sind mehrere Fälle von Kontaktdermatitiden und -allergien nach Anwendung insbesondere des reinen Öls beschrieben worden (1,3,13,14,23,24,30,35). Auslöser waren unterschiedliche Komponenten des Öls. Eine Kreuzreakibilität zu Colophonium und Perubalsam besteht (30). Reaktionen auf andere Öle mit gleichen Inhaltsstoffen sind ebenfalls zu erwarten (20). Als Allergene können einige der Inhaltsstoffe wirken. Je nach Untersuchung oder beschriebenem Fall wurden verschiedene verantwortliche Allergene identifiziert (35). Knight und Hausen (22) konnten in ihrer Untersuchung an sieben sensibilisierten Patienten d-Limonen als Hauptallergen feststellen. Auch 1,8-Cineol und α -Terpinen besitzen eine sensibilisierende Wirkung (20).

In den meisten Fällen wird eine Anwendung in den empfohlenen Dosierungen oder Verdünnungen ohne Gefahr möglich sein. Für atopisch belastete Patienten ist aber, wie bei vielen anderen ätherischen Ölen, mit einem höheren Risiko der Sensibilisierung zu rechnen. Kinder, insbesondere Säuglinge, sind ebenfalls aufgrund der toxischen Wirkungen und guten Resorbierbarkeit gefährdet; die Anwendung sollte hier nicht unkritisch erfolgen.

Insgesamt ist die Häufigkeit von allergi-

schen Kontaktallergien noch gering. Bei anhaltender Popularität und regelmäßigeren Testungen, wird die Zahl der Fälle aber sehr wahrscheinlich zunehmen (20).

»Terpene sind zwar 'evolutionär geprüfte' Naturstoffe, zugleich aber auch organische Chemikalien mit nachgewiesenermaßen toxischen Wirkungen. Dies

sollte uns gelegentlich den allzu akribischen Umgang ('Nullemission!') mit anderen uns umgebenden Verbindungen im Sinne des viel beschworenen und auch hier zitierten Arztes, Naturforschers und Philosophen, genannt Paracelsus, erleichtern: 'die Menge macht's!'« (Zitat aus 26).

Quellen:

- Apted, J.H.: Contact dermatitis associated with the use of tea-tree oil [letter] *Australas J Dermatol*; 32(3) 1991:177.
- Bassett, I.B.; Pannowitz, D.L.; Barnetson, R.S.: A comparative study of tea-tree oil versus benzoylperoxide in the treatment of acne. *Med J Aust*; 153(8) 1990:455-8.
- Bhushan, M.; Beck, M.H.: Allergic contact dermatitis from tea tree oil in a wart paint. *Contact Dermatitis* 36(2) 1997:117-8
- Blackwell, A.L.: Tea tree oil and anaerobic (bacterial) vaginosis [letter] *Lancet*; 337(8736) 1991:300.
- Buck, D.S.; Nidorf, D.M.; Addino, J.G.: Comparison of two topical preparations for the treatment of onychomycosis: *Melaleuca alternifolia* (tea tree) oil and clotrimazole. *J Fam Pract*; 38(6) 1994:601-5.
- Carson, C.F.; Riley, T.V.: The antimicrobial activity of tea tree oil [letter]. *Med J Aust*; 160(4) 1994:236
- Carson, C.F.; Hammer, K.A.; Riley, T.V.: Broth microdilution method for determining the susceptibility of *Escherichia coli* and *Staphylococcus aureus* to the essential oil of *Melaleuca alternifolia* (tea tree oil). *Microbios*; 82(332) 1995:181-5.
- Carson, C.F.; Riley, T.V.: Antimicrobial activity of the major components of the essential oil of *Melaleuca alternifolia*. *J Appl Bacteriol*; 78(3) 1995:264-9.
- Carson, C.F.; Riley, T.V.: Toxicity of the essential oil of *Melaleuca alternifolia* or tea tree oil [letter; comment] *J Toxicol Clin Toxicol*; 33(2) 1995:193-4.
- Carson, C.F.; Cookson, B.D.; Farrelly, H.D.; Riley, T.V.: Susceptibility of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* to the essential oil of *Melaleuca alternifolia*. *J Antimicrob Chemother*; 35(3) 1995:421-4.
- de Groot, A.C.; Weyland, J.W.: Systemic contact dermatitis from tea tree oil. *Contact Dermatitis*; 27(4) 1992:279-80
- de Groot, A.C.; Weyland, J.W.: Contact allergy to tea tree oil [letter]. *Contact Dermatitis*; 28(5) 1993:309.
- de Groot, A.C.: Airborne allergic contact dermatitis from tea tree oil. *Contact Dermatitis*; 35(5) 1996:304-5
- Del Beccaro, M.A.: *Melaleuca* oil poisoning in a 17-month-old. *Vet Hum Toxicol*; 37(6) 1995:557-8
- Elliott, C.: Tea tree oil poisoning [letter] [see comments]. *Med J Aust*; 159(11-12) 1993:830-1.
- Faagali, J.; George, N.; Leditschke, J.F.: Does tea tree oil have a place in the topical treatment of burns? *Burns* 23(4) 1997:349-51
- Hackzell-Bradley, M.; Bradley, T.; Fischer, T.: A case report. Contact allergy caused by tea tree oil. *Lakartidningen* 94 (47), 1997:4359-61.
- Hammer, K.A.; Carson, C.F.; Riley, T.V.: In vitro susceptibility of *Malassezia furfur* to the essential oil of *Melaleuca alternifolia*. *J Med Vet Mycol*; 35(5) 1997:375-7
- Hammer, K.A.; Carson, C.F.; Riley, T.V.: Susceptibility of transient and commensal skin flora to the essential oil of *Melaleuca alternifolia* (tea tree oil). *Am J Infect Control*; 24(3) 1996:186-9.
- Hausen, B.M.; Brinkmann, J.; Dohn, W.: *Melaleuca alternifolia*. *Lexikon der Kontaktallergene* 3. Erg.-Lfg. 1996: 183-186.
- Jacobs, M.R.; Hornfeldt, C.S.: *Melaleuca* oil poisoning [see comments] *J Toxicol Clin Toxicol*; 32(4) 1994:461-4.
- Knight, T.E.; Hausen, B.M.: *Melaleuca* oil (tea tree oil) dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 30 [3] 1994:423-427.
- Knight, T.E.; Hausen, B.M.: *Melaleuca* oil (tea tree oil) dermatitis. *J Am Acad Dermatol*; 30(3) 1994:423-7.
- Kränke, B.: Die allergisierende Potenz von Teebaumöl. *Hautarzt* 8(3) 1997:203-4
- Mennie, A.: An essential and ancient oil. *Nurse Times* 93(47), 1997:31
- Mohr, S.: Neue Lasten durch ökologische Baustoffe? Vorkommen und Bewertung von Terpenen in der Innenraumluft. In: *Aspekte der Wohnmedizin: Gesundes Wohnen durch ökologisches Bauen*. B. Behrends (Hrsg.). Gesundheitsamt Hannover informiert. *Hannoversche Ärzte-Verlags-Union*: 61-101.
- Moss, A.: Tea tree oil poisoning [letter; comment]. *Med J Aust*; 160(4) 1994:236.
- Nenoff, P.; Hausteil, U.F.; Brandt, W.: Antifungal activity of the essential oil of *Melaleuca alternifolia* (tea tree oil) against pathogenic fungi in vitro. *Skin Pharmacol*; 9(6) 1996:388-94
- Raman, A.; Weir, U.; Bloomfield, S.F.: Antimicrobial effects of tea-tree oil and its major components on *Staphylococcus aureus*, *Staph. epidermidis* and *Propionibacterium acne*. *Lett Appl Microbiol*; 21(4) 1995:242-5
- Selvaag, E.; Eriksen, B.; Thune, P.: Contact allergy due to tea tree oil and cross-sensitization to colophony. *Contact Dermatitis*; 31(2) 1994:124-5.
- Shapiro, S.; Meier, A.; Guggenheim, B.: The antimicrobial activity of essential oils and essential oil components towards oral bacteria. *Oral Microbiol Immunol*; 9(4) 1994:202-8.
- Soderberg, T.A.; Johansson, A.; Gref, R.: Toxic effects of some conifer resin acids and tea tree oil on human epithelial and fibroblast cells. *Toxicology*; 107(2) 1996:99-109.
- Stiftung Warentest. *Handbuch »Die Andere Medizin«*. 4. Auflage 1996: 126-127.
- Tong, M.M.; Altman, P.M.; Barnetson, R.S.: Tea tree oil in the treatment of tinea pedis. *Australas J Dermatol*; 33(3) 1992:145-9.
- van der Valk, P.G.; de Groot, A.C.; Bruynzeel, D.P.; Coenraads, P.J.; Weijland, J.W.: [Allergic contact eczema due to 'tea tree' oil] *Ned Tijdschr Geneesk*; 138(16) 1994:823-5.
- Villar, D.; Knight, M.J.; Hansen, S.R.; Buck, W.B.: Toxicity of *Melaleuca* oil and related essential oils applied topically on dogs and cats. *Vet Hum Toxicol*; 36(2) 1994:139-42.

Allergologie im Internet

Der online-Dienst multimedia und das Unternehmen Synthelabo Arzneimittel haben unter der Internet-Adresse <http://www.multimedia.de> eine neue Infoline zum Thema »Allergien« eingerichtet.

Angeboten werden Basisinformationen zu allergologischen Erkrankungen und neuen Therapiemöglichkeiten, Kongreßmeldungen sowie Pollenflugwettervorhersagen. Komplizierte Krankheitsfälle können in einem Diskussionsforum mit Experten besprochen werden. Volltextausgaben deutschsprachiger Fachzeitschriften stehen ebenfalls zur Verfügung. Nähere Informationen erhält man unter der E-mail-Anschrift: info@multimedia.de.

Worauf man bei der Allergie-Diagnostik achten sollte!

Fundsache aus den
Aachener Nachrichten vom 18.7.1998, Seite 21

Nach Allergie-Test in Panik geraten

Aachen/Düren (hl) - Bei einem Allergietest wurden einer überzeugten Vegetarierin auch Fleischsubstanzen unter die Haut geritzt. Nun fürchtet die Dürenerin, an BSE zu erkranken und verklagte ihren Hautarzt auf Schmerzensgeld.

Die Patientin hatte sich zu ihrem Hautarzt begeben, um endlich Klarheit über den Ursprung ihres Leidens zu gewinnen. Der Schock war groß, als die Frau später in der Palette der verabreichten Substanzen auch solche vom Schaf und vom Rind entdeckte. Der Arzt habe doch genau gewußt, daß sie strenge Vegetarierin sei, empörte sich die Patientin. Zudem sah sie sich nun der potentiellen Gefahr ausgesetzt, an BSE zu erkranken. Auf eigene Faust forschte sie nach und ermittelte einen Viehbetrieb in Schleswig-Holstein als Lieferanten für das Fleisch. Doch die verängstigte Frau blieb skeptisch. Der Händler könne seine Tiere letztendlich ja auch aus England bezogen haben, argumentierte sie.

Ihr Leben habe sich durch den Test völlig verändert, so die Frau. Sie zog vor die 11. Zivilkammer des Aachener Landgerichts und verklagte ihren Hautarzt auf die Zahlung eines Schmerzensgelds. Die Richter schätzten den Streitwert auf 4.000 Mark und verwiesen die Sache weiter an die Zivilabteilung des Dürener Amtsgerichts.

1. Deutscher Lungentag im September

Zum erstenmal findet am 26. September ein Deutscher Lungentag statt.

Im Mittelpunkt wird die chronische Bronchitis mit ihren Folgeschäden stehen. Sie zählt in Deutschland mit sechs Millionen Betroffenen zu den häufigsten Erkrankungen.

Da viele Patienten, zu 90 % Raucher, wenig über ihre Krankheit wissen und oft auch nicht ausreichend behandelt sind, will der erste Deutsche Lungentag mit mehr als 100 bundesweiten Veranstaltungen Informationen und praktische Tips anbieten. Die Betroffenen, ihre Familienmitglieder und Interessierte sollen lernen, die Symptome der chronischen Bronchitis zu erkennen und für eine regelmäßige Therapie gewonnen werden.

Der Lungentag steht unter der Schirmherrschaft von Christiane Herzog und wird von sechs gemeinnützigen Organisationen, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, der Atemwegsliga, dem Bundesverband der Pneumologen, der Christiane Herzog Stiftung, der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie und der Deutschen Lungenstiftung gemeinsam veranstaltet. Wie der Pneumologie und Allergologe Prof. Karl-Christian Bergmann, Bad Lipp-springe, Mitglied des Koordinationsausschusses der Veranstaltung mitteilte, soll der Deutsche Lungentag künftig jährlich stattfinden.



Bencard erwirbt SmithKline- Geschäftsbereich

Das Unternehmen SmithKline Beecham Pharma GmbH teilt mit, daß das Managementteam von Bencard in Deutschland unter der Leitung von Dr. Klaus Limburg den BENCARD-Geschäftsbereich von SmithKline Beecham erworben hat.

Das neue Unternehmen firmiert als »Bencard Allergie GmbH« und ist in die in London ansässige »Allergy Therapeutics Ltd« eingebunden. Weitere Informationen kann man unter der Telefonnummer 089 / 360 441 33 erhalten.

Allergopharma Fastjekt- Spritzen wieder verfügbar

Das Unternehmen »Allergopharma Joachim Ganzer KG«, Reinbek bei Hamburg, teilt mit, daß die Fastjekt - (Adrenalin) Notfallspritzen, von denen die Chargennummern 7C8381 sowie 7C8381/1 zurückgerufen wurden, wieder zur Verfügung stehen.

Glaxo erweitert seine Produktpalette

Mit der Einführung des Flutide® mite 100 Diskus und des Flutide® forte 500 Diskus hat Glaxo Wellcome seine Asthma-Produktpalette komplettiert. Das Programm erlaubt somit die Asthma-Behandlung von Kindern ab dem 4. Lebensjahr (Flutide® junior Diskus und Flutide® mite Diskus bis 200 µg/Tag) sowie von leichtem, mittelschwerem und schwerem Asthma.

Die pädiatrisch-allergologischen Arbeitsgemeinschaften

Arbeitsgemeinschaft allergologisch tätiger Kinderärzte e.V.

Vorsitzender: Prof. Dr. J. Seidenberg, Elisabeth-Kinderkrankenhaus, Klinik für Kinder und Jugendliche, Cloppenburg
Straße 363, 26133 Oldenburg

Westdeutsche Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Allergologie e. V. (WAPA)

Vorsitzender: Dr. Ernst Rietschel, Universitäts-Kinderklinik Köln, Joseph-Stelzmann-Straße 9, 50927 Köln

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie e.V. (APPA)

Vorsitzender: Prof. Dr. Wolfgang Leupold, Universitäts-Kinderklinik, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie Süd e.V.

Vorsitzender: Prof. Dr. C.P. Bauer, Fachklinik Gaißach der LVA Obb. 83674 Gaißach b. Bad Tölz u. Kinderklinik Schwabing der TU München, Kölner Platz 1, 80804 München

Die Mitgliedschaft in einer der vier AGs beinhaltet die kostenlose Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie e.V. (GPA).



Bitte hier ausschneiden und im Fensterumschlag senden

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich möchte Mitglied werden in der

- Arbeitsgemeinschaft allergologisch tätiger Kinderärzte e.V.
- Westdeutschen Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Allergologie e. V.
- Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie e.V.
- Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie Süd e.V.

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____ Fax _____

An die
Geschäftsstelle der GPA
Herrn Dr. Frank Friedrichs
Rathausstraße 1A
52072 Aachen

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Neues von Buchmarkt

In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen vier neue bzw. neu aufgelegte Fachbücher zum Themenkreis Allergologie vor. Die Texte basieren auf Verlagsangaben. Ausführliche Rezensionen dieser und anderer Werke folgen in den nächsten Ausgaben.

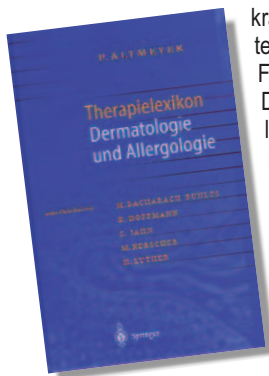
Therapielexikon Dermatologie und Allergologie

P. Altmeyer, Universität Bochum

Unter Mitarbeit von M. Bacharach-Buhles, K. Hoffmann, S. Jahn, M. Kerscher, H. Luther

1998. XVI, 1081 S., 5 Abb., 456 Tab., Geb., DM 98,-; ÖS 716,-; SFr 89,50
ISBN 3-540-61932-1

Mit der Therapie von Hautkrankheiten werden auch Ärzte nicht-dermatologischer Fachrichtungen konfrontiert. Der Rückgriff auf ein aktuelles Nachschlagewerk ist daher unerlässlich. In diesem Therapielexikon werden alle wichtigen Therapieverfahren systematisch und prägnant dargestellt. Der Dermatologe erhält mit diesem Buch ein praktisches Nachschlagewerk, der Praktiker und niedergelassene Arzt anderer Fachrichtungen einen ausführlichen Ratgeber.



Allergologie

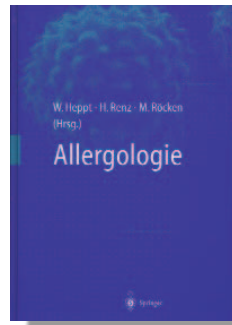
W. Heppt, Karlsruhe, H. Renz, Humboldt-Universität Berlin, M. Röcken, München (Hrsg.)

1998. XVI, 310 S., 145 z. Teil farbige Abb., 67 Tab., Geb., DM 168,-; ÖS 1227,-; SFr 152,-; ISBN 3-540-61914-3

Allergien verschiedenster Art nehmen zu. So ist es nicht nur unerlässlich, sondern wird überdies auch immer schwieriger, sich einen Überblick über die aktuelle Allergologie zu verschaffen. Hier setzt das vorliegende Buch, herausgegeben von HEPPT (HNO), RENZ und RÖCKEN (Immunologie, Dermatologie) an: Knapp und prägnant dargestellt, vermittelt es die erweiterten pathophysiologischen Kenntnisse und Therapiepläne für alle Gebiete der Allergologie. Der Leser – gleich welcher medizinischen Fachrichtung – erhält eine umfassende Allergiedarstellung, die sich durch

Prägnanz und Praxisnähe auszeichnet. Zahlreiche Illustrationen, Tabellen, Flußdiagramme sowie eine teilweise steckbriefartige Darstellung geben dem Werk den Charakter eines Lehrbuchs, das sich zum schnellen Nachschlagen gleichermaßen eignet. Die Kapitel:

1. Epidemiologie allergischer Erkrankungen
2. Genetik allergischer Erkrankungen
3. Molekulare und immunologische Grundlagen allergischer Erkrankungen
4. Allergene
5. Diagnostik
6. Therapie
7. Klinik

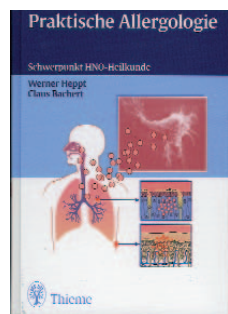


Praktische Allergologie Schwerpunkt HNO-Heilkunde

W. Heppt, C. Bachert (Hrsg.)

1998. 296 S., 199 Abb., 139 Tab., 28 Farbt., Geb., DM 168,-; ÖS 1226,-; SFr 149,-
ISBN 3-13-106811-6

Der Schwerpunkt dieses Buches liegt auf der praktischen Umsetzung von Diagnostik und Therapie allergologischer Erkrankungen in die tägliche Praxis. Der Übersicht über die Epidemiologie und Immunologie schließt sich Allergikunde mit ausführlichem Lexikon an. Abgerundet wird dieser Beitrag durch eine Übersicht über klinisch relevante Kontaktallergene. Die Diagnostik enthält Angaben zu Anamnesetechnik, Allergieidentifikation und Extrakterstellung, Provokationstests, In-vitro-Diagnostik sowie Zytologie



und Histologie. Die Therapierichtlinien umfassen Angaben zu Allergenkarrenz, Medikamentöser Therapie, Spezifischer Immuntherapie, Therapie des anaphylaktischen Schocks, Ernährungstherapie, rhinochirurgischen Eingriffen und komplementären Methoden. Ein zentrales Anliegen dieses Buches ist die fächerübergreifende Darstellung allergologischer Krankheitsbilder aus den Bereichen Dermatologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Ophthalmologie, Pädiatrie, Pneumologie, Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde mit Schwerpunkt HNO-Heilkunde.

Allergische Erkrankungen im Kindesalter

S. Illing

1997. 370 S., 23 Abb., 40 Tab., Paperback, DM 78,-; ÖS 569,-; SFr 71,-
ISBN 3-7773-1192-8

Allergische und atopische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Problemen in der Kinderarztpraxis, und bei Jugendlichen zählen sie zu den wichtigsten Gesundheitsstörungen überhaupt. Dieses Buch enthält aktuelle Informationen zu allen allergischen bzw. atopischen Erkrankungen, Testverfahren, Differentialdiagnostik und Therapie. Sonderprobleme wie Medikamentenallergien, Impfungen und Operationen bei Allergikern, Insektengiftallergie etc. sind abgehandelt. Ein praktischer Leitfaden zur Diagnostik bei Verdacht auf immunologische Störungen fehlt ebenfalls nicht. Kapitel über Umwelteinflüsse, Alternativmedizin und psychosoziale Probleme helfen bei der Diskussion dieser kontroversen Themen. Eine klare Gliederung, übersichtliche Tabellen sowie beigefügte Merkblätter für Patienten erhöhen den praktischen Nutzen dieses Werkes.



Nesselausschlag – was tun?

Liebe Eltern,

bei Ihrem Kind ist ein Nesselausschlag aufgetreten. Wir möchten Ihnen einige wichtige Informationen über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten geben.

Was ist ein Nesselausschlag?

Ein Nesselausschlag (auch Nesselsucht oder Urtikaria genannt) kommt meistens plötzlich und unerwartet. Man versteht darunter flüchtige, juckende, beetartige Erhebungen der Haut (=Quaddeln), die aussehen, als sei man in Brennesseln gefallen. Die Quaddeln und die umgebende Rötung können stecknadelkopf- bis handteller groß sein und den Ort rasch wechseln. Meist besteht ein ausgeprägter Juckreiz.

Man unterscheidet einen akuten Nesselausschlag, der plötzlich auftritt und in der Regel nach einigen Tagen wieder verschwunden ist von einem chronischen Nesselausschlag, der über einen längeren Zeitraum immer wieder in Erscheinung tritt.

Ist ein Nesselausschlag gefährlich?

Ist der Nesselausschlag nur auf die Haut beschränkt, ist er zwar lästig, aber ungefährlich. Tritt er jedoch im Rahmen einer Allgemeinreaktion z.B. bei einer Insektengift- oder Nahrungsmittelallergie gemeinsam mit Atemnot, Zungenschwellung, Kreislaufschwäche oder anderen bedrohlichen Symptomen auf, ist rasche ärztliche Hilfe und Abklärung der Ursache unbedingt erforderlich.

Was sind die Ursachen eines Nesselausschlags?

Unterschiedliche Auslöser führen durch Freisetzung von Histamin und anderen Botenstoffen zu Ausschlag und Juckreiz. Diese Auslöser können durch direkten

Kontakt mit der Haut oder aber von innen heraus wirksam werden. Es kommt auch vor, daß mehrere Faktoren zusammenwirken müssen, damit sich eine Urtikaria zeigt: z.B. Virusinfekt + Antibiotikum, körperliche Anstrengung + Nahrungsmittel. Die wichtigsten Ursachen für einen Nesselausschlag bei Kindern und Jugendlichen sind:

◆ **Infektausgelöster Nesselausschlag**

Dies ist bei Kindern die mit Abstand häufigste Form. Sie tritt akut im Rahmen von ganz unterschiedlichen Infektionen wie grippalen Infekten, Mittelohr- oder Rachenentzündungen auf und verschwindet mit Ausheilen des Infekts wieder. Oft werden zu Unrecht Medikamente, die wegen des zugrundeliegenden Infekts gegeben werden, als Auslöser angeschuldigt. Ein Medikament (z.B. ein Antibiotikum) und ein Infektionserreger können jedoch ursächlich zusammenwirken.

◆ **Allergischer Nesselausschlag**

Eine Vielzahl von Allergieauslösern kann einen Nesselausschlag verursachen. In Frage kommen vor allem Nahrungsmittelallergene wie Kuhmilch oder Hühner-eiweiß, Insektengift-, Arzneimittel-, Inhalations-, und Tierallergene.

◆ **Pseudoallergischer (allergieähnlicher) Nesselausschlag**

Pseudoallergische Reaktionen gibt es vor allem auf Medikamente, Konservierungs- und Farbstoffe.

◆ **Toxischer Nesselausschlag**

z.B. durch Hautkontakt mit Brennesseln oder Quallen.

◆ **Nesselausschlag durch physikalische Einflüsse**

Kratzen, Druck, Wärme, Kälte, Licht u.a. können eine meist chronisch verlaufende Nesselsucht auslösen.

◆ **Würmer und andere Parasiten**

können einen hartnäckigen Nesselausschlag verursachen.

Diagnostische Maßnahmen bei Nesselausschlag

Tritt ein Nesselausschlag einmalig im Rahmen eines Infektes ohne sonstige Begleitsymptome auf und verschwindet nach einigen Tagen wieder, braucht das Kind nicht mit weiteren Untersuchungen belastet zu werden. Ist ein Nesselausschlag jedoch von Symptomen wie Atemnot, Zungenschwellung oder Kreislaufschwäche begleitet oder treten häufige Schübe auf, ist eine eingehende Ursachenabklärung einschließlich Allergietestung erforderlich.

Was kann bei einem Nesselausschlag getan werden?

- ◆ Bei einem örtlich begrenzten Nesselausschlag genügt u.U. zur Linderung das Auflegen eines kühlen, feuchten Tuches.
- ◆ Bei ausgedehnter Nesselsucht werden innerlich einzunehmende Antihistaminika (z.B. Fenistil®, Lisino®, Tavogil®, Telfast®, Zyrtec® u.a.) verabreicht.
- ◆ Bei bekannten Insektengift- oder schweren Nahrungsmittelallergien wird die vom Arzt verordnete Notfallapotheke angewendet.
- ◆ Bei Allgemeinsymptomen (s.o.) muß unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden.
- ◆ Bekannte Auslöser müssen natürlich möglichst streng gemieden werden.

Der Elternratgeber wurde zusammengestellt von:
Dr.med.Peter J. Fischer,
Facharzt für Kinderheilkunde –
Allergologie – Umweltmedizin,
Mühlberge 11,
73525 Schwäbisch Gmünd



IN DEUTSCHLAND

16. Allergie-Symposium für Kinderärzte und 1. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie

4.-5. September 1998, Hamburg

Informationen: Prof. Dr. Frank Riedel, Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel. 040-88908201
Kongreßorganisation: SCC Seeland, Congress+Communication, Försterweg 3, 22889 Tangstedt, Tel. 04109-6427, Fax 04109-1919/-6427

25. Kongreß des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen

18.-19. September, Göttingen

Informationen: Service Systems, Carin Fresle, Ursula Raab, Blumenstr. 4, 63303 Dreieich, Tel. 06103/63657, Fax 06103/67674

WAPA-Seminartagung: Management der atopischen Dermatitis in der kinderärztlichen Praxis

19.-20. September 1998, Bad Neuenahr

Informationen: Ditext, Frank und Heidi Digel, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erftstadt-Bliesheim, Tel. 02235-922494, Fax 02235-922495.

1. Deutscher Lungentag:

eine Gemeinschaftsaktion der deutschen Gesellschaft für Pneumologie, der Atemwegsliga, des Bundesverbandes der Pneumologen, der Christiane Herzog Stiftung, der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie und der Deutschen Lungengründung.

26. September 1998 (s. auch Seite 26)

Informationen: Koordinationsausschuß Deutscher Lungentag, Prof. Karl-Christian Bergmann, Bad Lippspringe.

Allergiekurs mit Notfallübungen der AG Pädiatrische Allergologie Süd e.V.

10. Oktober 1998, Gaißach bei Bad Tölz

Leitung /Information: Prof. Dr. C.P. Bauer, Fachklinik Gaißach, 83674 Gaißach bei Bad Tölz, Tel. 08041/798-221

Grundkurs Pädiatrische Allergologie der AG Pädiatrische Allergologie Süd e.V.

17./18. und 24./25. Oktober 1998, München

Information/Leitung: Dr. D. Bulle, Dr. Grübl, Tel. 0751/23750, Fax 0751/17286

5. Jahrestagung der Westdeutschen AG für Pädiatrische Allergologie (WAPA)

13.-14. November 1998, Bochum

Wiss. Leitung/Informationen: Prof. Dr. C. Rieger, Kinderklinik St. Josef-Hospital, 44721 Bochum, Tel. 0234/5092612

Indikation und Durchführung der Hyposensibilisierung – einschließlich Notfallübungen (WAPA)

20.-21. November 1998, Schloß Velen, Velen (Westfalen)

Information: Ditext, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erftstadt-Bliesheim, Tel. 02235-922495, Fax 02235-922494

Jahrestagung der AG Pädiatrische Allergologie Süd

28./29. November 1998, Ravensburg

Tagungsleitung/Information: Dr. D. Bulle, Tel. 0751/23750, Fax 0751/17286

Grundkurs Pädiatrische Allergologie der WAPA

5.-6. Dezember 1998/16.-17. Januar 1999, Hürth (bei Köln)

Information: Ditext, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erftstadt-Bliesheim, Tel. 02235-922495, Fax 02235-922494

Allergiekurs mit Notfallübungen der AG Pädiatrische Allergologie Süd

6. Dezember 1998

Leitung: Prof. Dr. J. Forster, Dr. D. Bulle
Information: Dr. D. Bulle, Tel. 0751/23750, Fax 0751/17286

21. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie

18.-20. März 1999, Salzburg/Bad Reichenhall

Tagungsleitung/Information: Univ.-Doz. Dr. Josef Riedler, Pädiatrische Pneumologie, Kinderspital, Müllner Hauptstr. 48, Tel. 0043/662/4482-2601, Fax-2604

IM AUSLAND

EAACI 99 (XVIIIth Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology)

03.-07. July 1999, Brussels, Belgium

Information:
<http://www.congex.com/eacci99>,
Tel. +46 8 459 66 00;
Fax +46 8 661 91 25; Congrex
Sweden AB, Attn. EAACI '99,
P.O. Box 5619,
SE-11486 Stockholm, Sweden

ERS annual meeting

19.-23. September 1998,
Genf/Schweiz

Information: ERS Paris Office, 60
rue de Vaugirard, 75006 Paris,
France, Tel. +33 1 45 44 85 84,
Fax +33 1 45 44 34 11

Titelthema der nächsten Ausgabe:

Asthma

Neuer Asthma-Stufenplan
Neue Medikamente

