

Datum: September 2011

Hyposensibilisierungen

Bei der Durchführung von Hyposensibilisierungsbehandlungen stellen sich in der vertragsärztlichen Praxis häufig Fragen nach der Indikation, Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Insbesondere tritt die Frage der Nachhaltigkeit der Behandlung angesichts der verursachten Therapiekosten in den Vordergrund. In den letzten drei Jahren sind eine Vielzahl von Studien zur Wirksamkeit einer spezifischen Immuntherapie (SIT) publiziert worden. Empfehlungen zur Hyposensibilisierungsbehandlung allergischer Erkrankungen müssen nach den jetzt vorliegenden Ergebnissen teilweise neu bewertet werden. Auch die Therapieallergenverordnung bewirkt einige Veränderungen. Medikamente, die nach dieser Verordnung zugelassen werden, müssen höhere Anforderungen an die Standardisierung der Extrakte und auch den Wirksamkeitsnachweis in klinischen Studien erfüllen. In einer Übergangszeit haben Firmen, die keine Zulassung beantragt haben, noch die Möglichkeit, bis Ende 2011 alte Präparate zu verkaufen. Daher kann der Zulassungsstatus eines Allergenpräparates auch Hinweise auf die bestehenden Daten und Wirksamkeitsnachweise geben. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat in enger Abstimmung mit Allergologen und Kinder- und Jugendmedizinern als Ergänzung zu den bestehenden Leitlinien einige praxisrelevante Ratschläge kurz zusammengefasst.

Diagnosen, Indikation und Dokumentation

Die Durchführung einer Hyposensibilisierung setzt voraus, dass es sich bei den zu behandelnden Erkrankungen um eine IgE-vermittelte Allergie vom Soforttyp, z. B. allergische Rhinokonjunktivitis, allergisches Asthma bronchiale, Insektengiftallergie handelt. Ergänzend ist bei der Indikationsstellung der Schweregrad der Symptomatik und die Effektivität der Therapie zu berücksichtigen. Nach den ARIA-Kriterien (ARIA-Kriterien, Anlage 1) stellen zumindest die moderate und die schwere Rhinokonjunktivitis eine Indikation zur SIT dar.

Prof. Wehrmann hat einen Dokumentationsleitfaden (Anlage 2) entworfen, der die Therapieentscheidung für eine Hyposensibilisierungsbehandlung und deren Art leitliniengerecht nachvollziehbar macht.

Entscheidungsfindung zwischen subkutaner (SCIT) und sublingualer Immuntherapie (SLIT)

Die Wirksamkeit der subkutanen Hyposensibilisierung bei der allergischen Rhinokonjunktivitis durch Pollen und Milben ist in Studien gut belegt.

Heute ist auch die Wirksamkeit der sublingualen Hyposensibilisierung bei der allergischen Rhinokonjunktivitis durch Gräserpollen-Allergene in plazebokontrollierten Doppelblindstudien bei Erwachsenen und Kindern belegt. Für andere Allergiequellen (Frühblüherpollen, Hausstaubmilben, Tierepithelien, Schimmelpilzsporen) existieren bisher weniger gut belegte und teilweise methodisch unzureichende Studien. Abgesehen von dieser grundsätzlichen Unterscheidung sollte bei der Auswahl des Präparates auch der tatsächliche Allergengehalt der Lösung berücksichtigt werden (Anlage 3). Eine Hilfestellung bietet die Arbeit von Sander et. al., in der SLIT-Präparate auf ihren Allergengehalt überprüft wurden (Stand 2008; mittlerweile haben Hersteller Präparate geändert – TOL plus, SLIT one plus – bzw. es existieren neue Präparate auf dem Markt, z. B. Oralair). Wichtig ist auch, dass allein mit den Leitallergenen Birke und Gräser wegen der Kreuzallergenitäten eine Therapie auch der weiteren Frühblüherpollen bzw. Gräser/Getreidepollen erfolgen kann. Zusammenfassend ist nach der derzeitigen Datenlage nicht die Methodik (SCIT oder SLIT) bei der Auswahl der Hyposensibilisierungsbehandlung entscheidend, sondern die Wirksamkeit des jeweiligen Präparats.

Altersgrenzen in der Therapie

Der Patient muss ausreichend motiviert sein, die Behandlung über mehrere Jahre konsequent durchzuführen, und Kinder sollten mindestens 5-6 Jahre alt sein (Ausnahme: bedrohliche Insektengiftallergien).

Bei potentiell lebensbedrohlichen Insektenallergien sollte die Indikation prinzipiell altersunabhängig gestellt werden. Aufgrund klinischer Erfahrungen ist die früher übliche Altersbeschränkung der subkutanen Therapie auf Patienten bis 50 Jahre heutzutage nicht mehr gerechtfertigt, sodass ein höheres Alter keine Kontraindikation mehr für die Durchführung einer SIT ist. Die präparatespezifischen Gebrauchsinformationen sind im übrigen rechtlich bindend.

Hinweise zur Wirtschaftlichkeit

Eine grundsätzliche Aussage, ob eine subkutane oder sublinguale Immuntherapie wirtschaftlicher ist, lässt sich anhand der vorliegenden Studien nicht ableiten. Im Einzelfall sollte die Auswahl immer nach dem Evidenzgrad und Wirkstoffgehalt (Studienlage) erfolgen. Kostengünstig bedeutet nicht immer auch wirtschaftlich im Sinne des Sozialgesetzbuches.

Die SIT ist eine wirksame Therapie für die betroffenen Patienten. Daher ist eine konsequente Identifizierung der in Frage kommenden Patienten und Fokussierung auf die Behandlung dieser Risikogruppen nach den oben erwähnten evidenzbasierten Kriterien (z. B. Sander et. al. Allergy: 2009 Oct; 64 (10):1486-92. Epub 2009 Apr 6.) und den bekannten Leitlinien notwendig.

Nähere Informationen finden Sie beispielsweise in der S2-Leitlinie Spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen (www.awmf-online.de)).

Die Information entstand in Zusammenarbeit und unter fachlicher Beratung von Herrn Dr. Ernst und Herrn Prof. Dr. Wehrmann, Münster.

Anlage 1: ARIA-Kriterien Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). Allergy 2008; 63 (Suppl 86): 8-160:

Anlage 2: Dokumentationsleitfaden Prof. Dr. Wehrmann