

Hinweise zu Präanalytik und Abrechnung					
Probenmaterial	1 ml Serum				
Probentransport	Standardtransport				
Methode	FEIA, EIA, Biochip				
	EBM		GOÄ	1-fach	1,15-fach
IgE gesamt*	32426	€ 4,60	3572	€ 14,57	€ 16,76
Spezifisches IgE*	32427	€ 7,10	3891	€ 14,57	€ 16,76
Inhalationsscreen sx1	32427	€ 7,10	3891	€ 14,57	€ 16,76
Asthma / Rhinitis	8x32427	€ 56,80	8x3891	€ 116,56	€ 134,08
Perennial Screen	8x32427	€ 56,80	8x3891	€ 116,56	€ 134,08
Spätsommer	8x32427	€ 56,80	8x3891	€ 116,56	€ 134,08
Allergen-Kinderprofil (für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr)	15x32427	€ 106,50	-	-	-
Immuno Solid-Phase Allergen Chip (ISAC)	-	-	5xA3894	€ 262,30	€ 301,65

\*Bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr beträgt die maximale Anzahl 15 spezifische IgE und IgE gesamt, gleichzeitig ist die Budgetbefreiungskennziffer 32009 anwendbar.  
**Höchstwertregel:** Unter Berücksichtigung der Änderungen des EBM ist die Allergiediagnostik für Ihre Patienten anwendbar: maximale Anzahl von 8 spezifischen IgE und IgE gesamt nur einmal im Behandlungsfall (1 x im Quartal).

**Ihr Ansprechpartner:**  
**Prof. Dr. med. Cassian Sitaru**  
 Fachbereich Allergologie  
 E-Mail: [c.sitaru@mvz-clotten.de](mailto:c.sitaru@mvz-clotten.de)  
 Telefon: +49 761 31905-314

Autorin:  
 Dr. med. Jana Schuster, Limbach Gruppe  
 Literatur:  
 1. Leitlinie der DGA: Allergische Rhinokonjunktivitis. Allergo J 2003 (12): 182-94.  
 2. S2k-Leitlinie: Rhinosinusitis. DGHNO-KHC/DEGAM (Hrsg.) 2017  
 3. Bergmann K-Ch, Heinrich J, Niemann H: Current status of allergy prevalence in Germany. Allergo J Int 2016 (25): 6-10.

Stand: März/2020

# Allergische Rhinokonjunktivitis

Die allergische Rhinokonjunktivitis (AR) ist eine IgE-vermittelte Entzündung der Nasenschleimhaut und der Bindehaut des Auges. Unterschieden werden die saisonale AR, auch Heuschnupfen genannt, die perenniale AR, auch als Hausstauballergie bekannt, sowie die berufsbedingte AR.

Die saisonale AR wird in den meisten Fällen durch Pollen verursacht. Man unterteilt in drei Allergengruppen:

- Baumpollen
- Gräserpollen
- Kräuterpollen

### Ätiologie

Die AR ist eine symptomatische Überempfindlichkeit, induziert durch eine IgE-vermittelte Entzündung der Nasenschleimhaut. Nach Coombs und Gell zählt man die AR zur Typ-I-Allergie, auch als sogenannter Soforttyp bekannt.

Nach dem Erstkontakt mit einem Allergen erfolgt eine Sensibilisierung, ohne dass Symptome auftreten. Dabei erfolgt eine Aktivierung und Differenzierung von Immunzellen. Die von Lymphozyten produzierten IgE-Antikörper sind gegen spezifische Allergene gerichtet und binden an Mastzellen. Infolge einer wiederholten Allergenexposition kommt es zur Ausschüttung verschiedener Mediatoren wie zum Beispiel Histamin und gegebenenfalls zur typischen allergischen Symptomatik.

### Das Wichtigste auf einen Blick

Die allergische Rhinokonjunktivitis (AR) zählt weltweit zu den häufigsten atopischen Erkrankungen. Im Durchschnitt weisen erwachsene Patienten mit AR ein dreifach höheres Risiko auf, an Asthma zu erkranken, als Gesunde.

Für ein optimales Therapiemanagement sollten generell Sensibilisierungen gegen native Allergene, speziesspezifische und kreuzreaktive Allergenkomponenten identifiziert werden.

### Epidemiologie

Die AR zählt weltweit zu den häufigsten atopischen Erkrankungen. Eine Prävalenzzunahme sowohl bei den allergischen Sensibilisierungen als auch bei der AR wurde beobachtet. In Europa liegt die Prävalenz der AR in der erwachsenen Bevölkerung zwischen 28,5% (Belgien) und 16,9% (Italien), wobei Deutschland in einer großen internationalen Studie mit ca. 24% einen mittleren Platz einnimmt. Für Heuschnupfen liegt die Lebenszeitprävalenz für Erwachsene in Deutschland bei 14,8%.

### Klinik

Zu den primären Symptomen der AR zählen:

- Niesen
- Sekretion
- Juckreiz
- Obstruktion

Von der WHO wurde eine Klassifikation nach Dauer der Symptomatik vorgeschlagen (siehe Tabelle 1). Erste Untersuchungen nach neuer Definition zeigen, dass etwa ein Drittel aller Patienten unter einer persistierenden Form und zwei Drittel unter einer intermittierenden AR leiden.

**Tabelle 1: Klassifikation der allergischen Rhinokonjunktivitis (ARIA-Dokument der WHO)**

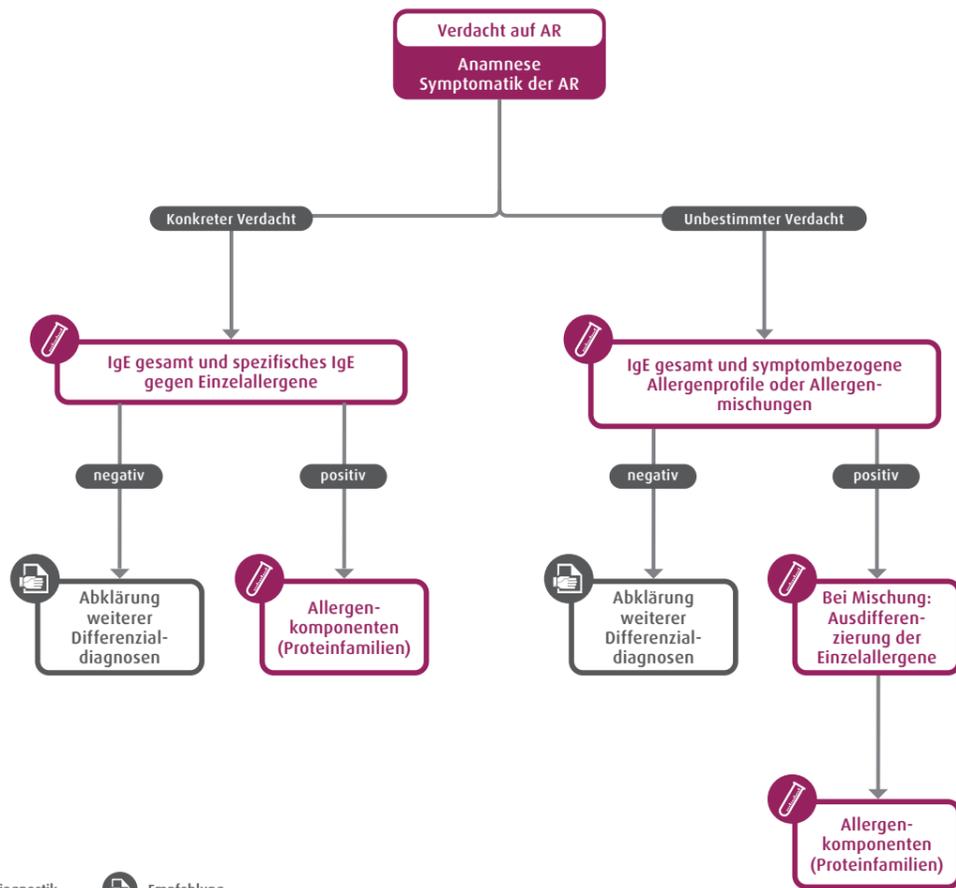
Intermittierend	Persistierend
Weniger als 4 Tage pro Woche oder	Mehr als 4 Tage pro Woche und
Weniger als 4 Wochen	Mehr als 4 Wochen

Die Begleiterkrankungen der AR sind vielfältig und beeinträchtigen die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit des Patienten oftmals sehr. Zu den häufigsten Komorbiditäten zählen Pharyngitis, Konjunktivitis, Sinusitis und atopisches Ekzem. Eine der wichtigsten Begleiterkrankungen, die zur Morbidität der Patienten beiträgt, ist das Asthma bronchiale. Im Durchschnitt weisen erwachsene Patienten mit AR ein dreifach höheres Risiko auf, an Asthma zu erkranken, als Gesunde.

**Labordiagnostik**

Die Diagnosefindung umfasst eine Kombination aus Anamnese, klinischer Untersuchung und Labordiagnostik. Der Nachweis spezifischer IgE-Antikörper in vitro stellt hierbei einen wesentlichen Bestandteil der Diagnostik dar. Die Konzentration spezifischer IgE-Antikörper sollte idealerweise unter Berücksichtigung des Gesamt-IgE bewertet werden (siehe diagnostischer Pfad). Gerade im Hinblick auf die Auswahl einer geeigneten spezifischen Immuntherapie (SIT) wird der Nachweis spezifischer IgE-Antikörper empfohlen.

Kann aufgrund der Anamnese keine gezielte Allergenauswahl getroffen werden, eignen sich symptombezogene Allergenprofile oder Allergenmischungen als Suchtest (Tabelle 2). Allergenmischungen wie z. B. der Inhalationsscreen sx1 können bei positivem Ergebnis in Einzelallergene aufgeschlüsselt werden. Mit Hilfe der Komponentendiagnostik besteht zusätzlich die Möglichkeit, eine Sensibilisierung gegen speziesspezifische und kreuzreaktive Allergene zu identifizieren.



Labordiagnostik Empfehlung

**Tabelle 2: Labordiagnostische Abklärung eines Allergieverdachts bei allergischer Rhinokonjunktivitis durch symptombezogene Profile oder Allergenmischungen**

Symptombezogenes Profil (sIgE)	Einzelallergene
Asthma / Rhinitis	d1 Hausstaubmilbe (D. pteronyssinus), g6 Lieschgras, e1 Katzenschuppen, e5 Hundeschuppen, t3 Birke, w1 Ambrosie (beifußblättrig), mx1 Schimmelpilze, w6 Beifuß
Perennial Screen	d1 Hausstaubmilbe (D. pteronyssinus), d2 Hausstaubmilbe (D. farinae), d72 Vorratsmilbe (Tyrophagus putrescentiae), e1 Katzenschuppen, e5 Hundeschuppen, m6 Alternaria alternata, m2 Cladosporium herbarum, m1 Penicillium chrysogenum
Spätsommer	w1 Ambrosie (beifußblättrig), t208 Linde, w6 Beifuß, w9 Spitzwegerich, w20 Brennnessel, m6 Alternaria alternata, m2 Cladosporium herbarum, g6 Lieschgras
Allergenmischung	Einzelallergene
Inhalationsscreen sx1	d1 Hausstaubmilbe (D. pteronyssinus), e1 Katzenschuppen, e5 Hundeschuppen, g6 Lieschgras, g12 Roggen, m2 Cladosporium herbarum, t3 Birke, w6 Beifuß
Kinderprofil	g6 Lieschgras, f2 Milcheiweiß, t3 Birke, f3 Kabeljau (Dorsch), w6 Beifuß, f4 Weizenmehl, e1 Katzenschuppen, e5 Hundeschuppen, f13 Erdnuss, f14 Soja, d1 Hausstaubmilbe (D. pteronyssinus), f31 Karotte, m6 Alternaria alternata, f85 Sellerie, f1 Hühnereiweiß

**Therapie**

Die AR-Therapie hat die Linderung der Symptome, das Abklingen der Entzündungsreaktion, die Genesung der betroffenen Schleimhäute sowie die Wiedererlangung der durch die AR bedingten eingeschränkten Lebensqualität zum Ziel.

**Karenzmaßnahmen**

Eine der besten Therapieformen ist die Karenz des auslösenden Allergens, zum Beispiel durch Urlaubsempfehlungen oder Baumaßnahmen. Bei Hausstaubmilbenallergikern konnte z. B. auch ein Encasing für Matratzen, Kissen und Bettdecken die Allergenbelastung und die damit verbundenen Beschwerden reduzieren.

**Topische Steroide**

Topische Steroide gelten als Therapeutika der ersten Wahl. Bei akuter, rezidivierender und chronischer AR erfolgt eine lokale Kortikoid-Anwendung.

**Dekongestiva**

Abschwellende Nasensprays sollten nicht länger als sieben Tage angewendet werden.

**Kortikosteroide**

Die Therapie mit systemischen Kortikosteroiden kann in Einzelfällen bei der chronischen AR erwogen werden.

**Antihistaminika**

Orale und topische Antihistaminika haben einen guten Effekt auf die nasalten Symptome der durch saisonale und perenniale Allergene bedingten AR.

Nach einer individuell ausgerichteten allergologischen Diagnostik sollte möglichst früh mit einer adäquaten Therapie begonnen werden. Zum Management gehört laut Leitlinie neben Karenzmaßnahmen und Pharmakotherapie nach entsprechender Indikationsprüfung auch die SIT.