

Allergologie: Fehlervermeidung im Alltag

Dtsch Arztebl 2015; 112(9): [24]

Mülleneisen, Norbert

Schwachstellen erkennen, Risiken minimieren, Fehler prospektiv verhindern. Erfahrungen aus der täglichen Praxis eines Allergologen.



Foto: Fotolia/Coloures-pic

Es gibt eine Reihe von Theorien, wie im Rahmen der Patientenversorgung Fehler entstehen und warum sie gemacht werden. Zudem existieren in vielen Kliniken inzwischen internet-basierte Fehlermeldesysteme, die Schwachstellen in Prozessen und Strukturen offenlegen. Da die Allergologie aber überwiegend ein ambulantes Fach ist, betreffen Fehler häufiger den niedergelassenen Bereich. Einige der nachfolgend dargestellten Fälle sind mir selbst passiert, einige sind mir von Firmen zugetragen worden, wieder andere habe ich von der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein erhalten. Dabei geht es nicht um Schuldzuweisungen, sondern um die Klärung der Sachverhalte, um Wiederholungen zu vermeiden.

Fehler in der Diagnostik

- Eine Allergie erkennt man durch Anamnese, Sensibilisierung im Pricktest und/oder im EAST plus einem positiven Ergebnis einer Organprovokation – zum Beispiel im bronchialen Provokationstest oder oralen Provokationstest. Oft wird der Pricktest „eins zu eins“ in den Allergiepass übertragen. Wer dem Patienten einen Nachweis darüber geben will, was spezifisch getestet wurde, sollte dem Betreffenden eine Kopie des Allergietests mitgeben. Ein Allergiepass ist ein Dokument, in dem nachweislich krank machende Allergene mit der Art und der Schwere der Reaktion, die sie hervorrufen, verzeichnet werden sollten. Sonst kommt es dazu, dass Patienten alles meiden, worauf sie scheinbar allergisch reagieren, obwohl es sich nur um eine Sensibilisierung handelt.
- Ein weiterer häufiger Fehler bei der Dokumentation des Allergietestes besteht darin, dass die Informationen unvollständig sind. Häufig werden nur die positiven Reaktionen im Computer oder auf dem Testbogen eingetragen; in diesen Fällen weiß man später nicht, was alles getestet wurde; oder man vergisst bei der Positiv- und Negativkontrolle einen Vermerk zu machen. Dann kann ein weiterbehandelnder Arzt nicht nachvollziehen, ob überhaupt eine normale Reaktionsbereitschaft bestand.
- Vielfach wird auf dem Pricktest-Formular nicht angegeben, welche **Herstellersubstanzen** zum Einsatz kamen. Dies ist jedoch eine wichtige Information, denn die Ergebnisse variieren je nachdem, ob mit Milbenlösungen der Firma A oder B getestet wurde.
- Außerdem ist empfehlenswert, auf jedem Testbogen eine eventuelle **Begleittherapie** (Kortison, Antihistaminika etc.) zu vermerken.
- Im Allergiepass sollte auch die **Art der Reaktion** auf ein Allergen vermerkt werden (Zum Beispiel: ASS, Diclofenac – Asthma oder Birkenpollen – Heuschnupfen oder Wespe – Anaphylaxie).
- Zudem sollten nicht nur die zu meidenden Substanzen, sondern auch die verträglichen aufgeführt werden. Wichtig ist zudem, dass Intoleranzen (Laktose, Histamin, Fruktose) dokumentiert werden.
- Zum Nachweis einer Nahrungsmittelallergie wird immer noch eine ausdehnte **IgG-Diagnostik** betrieben, obwohl die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) davon abrät. IgG-Werte weisen nur nach, dass das Immunsystem mit dem einen oder anderen Nahrungsmittel in Kontakt gekommen ist. Dies **allein beweist jedoch keine relevante Nahrungsmittelallergie**.
- Nicht selten ist das Haltbarkeitsdatum der Pricktestlösungen abgelaufen. Es empfiehlt sich daher, für die Praxis einen Pricktestbogen anzulegen, auf dem die Ablaufbeziehungsweise **Mindesthaltbarkeitsdaten** der jeweiligen Lösung eingetragen werden. Ansonsten sollte die Haltbarkeit regelmäßig einmal im Quartal überprüft werden.

Differenzialdiagnose „Allergie“ in der Notfallambulanz

Bei jeder unerwünschten Hautreaktion, Durchfall, rezidivierenden Kopfschmerzen, bei jedem Schnupfen oder Asthma wird gerne eine Allergie als Ursache unterstellt. Selbstverständlich ist es richtig, daran zu denken, aber **nicht jede Urtikaria entspricht einer Allergie**. Leider wird in Krankenhäusern und Notfallambulanzen bei vermuteter Allergie gerne vergessen, eine genaue Anamnese zu erheben oder eine genaue Dokumentation – inklusive Foto der Hautveränderung – vorzunehmen. Für den Patienten ist alles eine „Allergie“. Für die weitere medizinische

Versorgung ist es jedoch wichtig, zwischen einer Urtikaria mit Quaddeln oder einem morbiliformen Exanthem zu unterscheiden.

Bei Verdacht auf Medikamentenreaktionen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten oder Narkosen ist ein ausführlicher Arztbrief für den Allergologen erforderlich; darin sollten alle Medikamente vermerkt werden, die zur Anwendung kamen: Fand eine Kortison- oder Antihistaminikabehandlung statt? In welcher Reihenfolge wurden welche Medikamente gegeben? Wann traten welche Reaktionen auf? Eine Kopie des Narkoseprotokolls ist für den Allergologen sehr hilfreich. Leider ist es oftmals sehr schwierig, diese Protokolle von den Krankenhäusern trotz Nachfrage zu erhalten.

Beispiel 1

In diesem realen Fall einer Hyposensibilisierungsbehandlung ist fast alles „schief gelaufen“: Ein 26 Jahre alter türkischer Patient kommt zum Allergologen und bittet nach Umzug um Fortsetzung der „Hyposensibilisierungsbehandlung auf Katze und Milben“ sowie um eine Verordnung des Wirkstoffs Salbutamol, mit dem er seine langjährige „Atemnot in Griff“ habe.

Der Allergologe setzt die Hyposensibilisierungsbehandlung ohne erneute Untersuchung respektive Testung fort. Über eineinhalb Jahre erhält der Patient Injektionen sowie regelmäßig Salbutamol-Rezepte (Dreierpack). Die Injektionsmengen werden gesteigert. Immer wieder kommt es zu Lokalreaktionen, die in der Kartei als 5 cm und 8 cm große Schwellung beschrieben werden. Eine weitere Dosissteigerung ist nicht möglich.

Im Zeitraum von drei Jahren erhält der Patient achtmal ein Rezept über eine Dreierpackung Salbutamol (das entspricht 9,6 Hub pro Tag), aber nur zweimal für inhalative Steroide (Beclomethason).

Am vorletzten Tag der Hyposensibilisierungsbehandlung wird eine 8-cm-Schwellung und Juckreiz dokumentiert. Einen Monat später erhält der Patient die gleiche Dosis und verlässt rasch die Praxis. Er geht 800 m zur Apotheke, um Salbutamol zu holen. Dort bricht der Patient bewusstlos zusammen. Nach sechs Minuten trifft der Rettungswagen ein und beginnt mit der Reanimation. Nach acht Minuten Wiederkehr der spontanen Zirkulation, die Pupillen weit und entrundet, im Verlauf des Transports werden sie etwas enger. Nach einem Jahr bestehen ein apallisches Syndrom mit Epilepsie und Myoklonien, eine spastischen Tetraparese mit Kontrakturen, eine Dysphagie, eine Harn- und Stuhlinkontinenz und eine critical-illness Neuropathie.

Fehleranalyse:

- Es wurde weder die Indikation überprüft, noch die Unterlagen des vorbehandelnden Arztes angefordert. Dann wäre aufgefallen, dass der Patient nur eine Allergie auf Katze (nicht aber auf Milben) hatte. Zudem war der Umzug vorgetäuscht. Tatsächlich hatte der vorbehandelnde Arzt die Behandlung wegen Unzuverlässigkeit des Patienten abgebrochen.
- Darüber hinaus wurden die Kontraindikationen nicht beachtet. Schweres Asthma („Atemnot“) ist die einzig wirklich ernst zu nehmende Kontraindikation für eine Hyposensibilisierungsbehandlung.

- Ein Patient, der über neun Hub Salbutamol/Tag benötigt, muss einem Allergologen auffallen. Es muss eine Lungenfunktion erfolgen, diese war über eineinhalb Jahre bei diesem Patienten nicht erfolgt.
- Nach heftiger Lokalreaktion muss bei der nächsten Injektion die Dosis reduziert werden. Hierzu gibt es von allen Firmen Vorschriften.
- Zu allem Überfluss lag bei diesem Patienten keine schriftliche Aufklärung und Einwilligung zur Hyposensibilisierung vor (die Schadenssumme betrug erst 1,5 dann drei jetzt neun Millionen Euro). Alle Ärzte, die eine Hyposensibilisierung durchführen, sollten die Deckungssumme ihrer Haftpflichtversicherung überprüfen!

Beispiel 2

In einem anderen Fall startet ein Patient im zweiten Behandlungsjahr eine Immuntherapie mit Pollenextrakten. Der behandelnde Arzt verabreicht das Produkt versehentlich i. v. statt subkutan. Dem Patienten ging es daraufhin nicht gut, er kam ins Krankenhaus. Der Patient hat das Ereignis gut überstanden, die weitere Behandlung erfolgte subkutan unter besonderer Überwachung ohne Probleme.

Beispiel 3

Auch passiert es, dass ein falsches Volumen gespritzt wird. Zum Beispiel 1,0 mL Purethal statt die Höchstdosis 0,5 mL. Besondere Vorsicht ist bei Doppelhyposensibilisierungen mit zwei Produkten (zum Beispiel mit ALK SQ) angebracht. Unterschiedliche Therapieschemata führen nämlich leicht zu Verwechslungen. Zur Erinnerung daher nachfolgend die **Höchstdosis für die Erhaltungstherapien** einiger Lösungen :

- ALK depot SQ 1,0 mL
- AVANZ 0,5 mL
- Allergovit 0,6 mL
- Purethal 0,5 mL
- Novo-Helisen Depot 1,0 mL
- Roxoid 0,5 mL
- Depigoid 0,5 mL
- Pollinex Quatro 1,0 mL

Beispiel 4

Nach jeder subkutanen Immuntherapie können Lokalreaktionen auftreten. Hierbei stellt sich die Frage, welches Ausmaß als „noch tolerabel“ einzustufen ist. Im vorliegenden Fall hatte eine Patientin eine leichte Lokalreaktion entwickelt, die mit Coolpack und Fenistil-Gel behandelt wurde. Vor der nächsten (um zwei Dosissschritte reduzierten Injektion) erfolgte präventiv die Gabe einer Tablette Cetirizin, allerdings ohne Erfolg. Denn es handelte sich um eine Reaktion auf das Coolpack in Form einer Kälteurtikaria (*Foto*). Weitere Injektionen mit höheren Dosierungen erfolgten unter Schutz von H₁- und H₂-Blockern. Für den Notfall wurde der Patientin eine Tablette Decortin H 50 mitgegeben.



Kälteurtikaria: Das klinische Bild wird durch Mastzellen hervorgerufen, die nach ihrer Aktivierung degranulieren und hierbei Histamin sowie andere proentzündliche Mediatoren ausschütten. Es kommt zur lokalen Gefäßerweiterung Foto: PENTAXImages

Beispiel 5

Nach Angaben der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein stellen Komplikationen nach Injektionen von Depotkortison im Bereich des Gesäßes der mit Abstand häufigste Vorwurf eines Behandlungsfehlers in der Allergologie dar. Zur Erinnerung: Wird nicht tief genug injiziert, kann es zu einer Lipomatopie kommen.

TABELLE

Schweregradskala zur Klassifizierung anaphylaktischer Reaktionen (modifiziert nach [26])^a

Grad	Haut- und subjektive Allgemeinsymptome	Abdomen	Respirationstrakt	Herz-Kreislauf
I	Juckreiz Flush Urtikaria Angioödem	–	–	–
II	Juckreiz Flush Urtikaria Angioödem	Nausea Krämpfe Erbrechen	Rhinorrhö Heiserkeit Dyspnoe	Tachykardie (Anstieg >20/min) Hypotension (Abfall >20 mmHg systolisch) Arrhythmie
III	Juckreiz Flush Urtikaria Angioödem	Erbrechen Defäkation	Larynxödem Bronchospasmus Zyanose	Schock
IV	Juckreiz Flush Urtikaria Angioödem	Erbrechen Defäkation	Atemstillstand	Kreislaufstillstand

^aDie Klassifizierung erfolgt nach den schwersten aufgetretenen Symptomen (kein Symptom ist obligatorisch).
Quelle: Allergo J Int 2014;23:99

Tabelle

Schweregradskala zur Klassifizierung anaphylaktischer Reaktionen

Bild vergrößern Alle Bilder

Hilfreiche Informationen

Der Ärzteverband deutscher Allergologen hat einen Dokumentationsleitfaden zur spezifischen Immuntherapie mit Allergenen auf seiner Homepage veröffentlicht (www.aeda.de). Dieser trägt dazu bei, Fehler bei der Dokumentation und Indikationsstellung zu vermeiden.

Die aktuelle Leitlinie zur Spezifischen Immuntherapie mit Allergenen ist unter www.awmf.org veröffentlicht. ■

Norbert Mülleneisen

Asthma- und Allergiezentrum, Leverkusen

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.