

1 STICHREAKTION (TRIAGE)

Gesteigerte Lokalreaktion:

Schwellung > 10 cm
Dauer > 24 h

- › Keine systemische Allergie
- › Keine Allergiediagnostik
- › Keine VIT-Indikation

Systemische Reaktionen (Anaphylaxie)

Klassifikation der Grade nach Ring & Messmer:

- I. Haut (Pruritus, Flush, Urtikaria, Angioödem)
- II. Übelkeit, Krämpfe, Rhinorrhoe, Heiserkeit, Dyspnoe, Hypotonie, Tachykardie
- III. Erbrechen, Defäkation, Larynxödem, Bronchospasmus, Zyanose, Bewusstlosigkeit, Schock
- IV. Atemstillstand, Kreislaufstillstand

- › **Abklärung obligat bei jeder systemischen Reaktion**

Kinder:

Bei Anaphylaxie vom Grad I (nur Hautsymptome) ist in der Regel keine venomspezifische Immuntherapie und kein Notfallset erforderlich, da es nur in 20 % der Fälle zu erneuten systemischen allergischen Reaktionen kommt. Diese sind dann meist wiederum von leichter Ausprägung.



Notfallset (siehe Punkt 7) und Allergiepass:

- Ab Grad I: Allergiepass
- Adrenalin zur Selbstbehandlung bei Grad II–IV obligat
- Bei Grad I individuell (Exposition, Komorbiditäten, Versorgungssituation)

2 ALLERGOLOGISCHE DIAGNOSTIK

Zeitpunkt:

Serologische Testung jederzeit möglich.

Bei negativen Testergebnissen
< 2 Wochen nach Stich:
Wiederholung nach 4–6
Wochen.



Standarddiagnostik:

1. Gesamt-IgE
2. Spezifisches IgE (Biene, Wespe)
3. Bei unklarer Serologie:
Hauttest (Prick, Intrakutan)
4. Basale Serumtryptase (BST)
 - < 11,4 µg/l: unauffällig
 - ≥ 11,4 µg/l: Mastozytose abklären

Erweiterte Diagnostik (bei Bedarf):

Bei Doppelsensibilisierung oder unklarer Befundlage:
Spezifisches IgE (sIgE) gegen Giftkomponenten

- Biene: Api m 1, 2, 3, 4, 10
 - Wespe: Ves v 1, 5
- › Ggf. Basophilenaktivierungstest (BAT) erwägen

3 INDIKATION ZUR VENOM-IMMUNTHERAPIE (VIT)

Grad II–IV › VIT empfohlen

Grad I › Keine Routine-Indikation

VIT dennoch erwägen bei:

- Hoher Stich-Exposition
- Risikofaktoren (z. B. Mastozytose)
- Erheblicher Einschränkung der Lebensqualität

Effektivität:

- Bienengift Immuntherapie: 82–98 %
- Wespengift Immuntherapie: 96–99 %

Kontraindikationen:

- Unkontrolliertes Asthma
- Maligne neoplastische Erkrankungen mit aktuellem Krankheitswert
- Schwere aktive Autoimmunerkrankungen/Immundefekte
- Unzureichende Compliance
- Unbehandelte chronische Infektionen, wie HIV, HCV

HINWEIS



Tryptase kann auch nach Anaphylaxie vorübergehend ansteigen: basale Tryptase (nicht akut) bestimmen.

4 VIT – AUFBAUTHERAPIE (INITIALPHASE)

Konventionell:

3–4 Monate ambulant

Rush:

3–5 Tage stationär

Ultra-Rush:

1–2 Tage stationär (schneller Schutz)

5 ERHALTUNGSTHERAPIE

1. Jahr: alle 4 Wochen:

danach: Verlängerung des Intervalls auf 5–6 Wochen möglich

Dosierung:

- Standard: 100 µg oder Äquivalente
- 200 µg erwägen bei:
 - Mastozytose
 - Hohem Expositionsrisiko
 - System. Stichreaktionen während oder nach VIT mit 100 µg

Bei wiederholten systemischen Nebenwirkungen unter VIT kann eine Off-label-Therapie mit einem Anti-IgE-Antikörper erwogen werden.



Depotpräparate (Aluminium):

- Aluminiumhydroxid als Adjuvans enthalten
- Nutzen-Risiko-Abwägung individuell
- Eignen sich nicht zur beschleunigten Aufdosierung
- Nicht für Einzeldosen > 100 µg zugelassen



6 THERAPIEDAUER



Mindestens 3, besser 5 Jahre

Dauerhafte Therapie erwägen bei:

- Mastozytose
- Schwersten systemischen Reaktionen (Grad IV)

Verlängerte Therapie bei:

- Erhöhter Stichexposition (für die Dauer der Exposition, z. B. bei Imker:innen)

7 PATIENTEN-NOTFALLSET

- Adrenalin zur Selbstbehandlung als Autoinjektor (AAI) oder intranasal
- H1-Antihistaminikum
- Glukokortikoid
- β 2-Agonist bei Asthma

› Patientenschulung obligat



HINWEIS



Die Leitlinie empfiehlt eine individualisierte Therapiestrategie basierend auf Anamnese, Ergebnissen der Diagnostik, individuellen Risikofaktoren und Expositionsrisiken.

Bei der Präparatwahl berücksichtigen.

8 EXPERTENHINWEISE

Api m 1, 2, 3, 4, 10:

- Bestandteile der molekularen Diagnostik bei Bienengiftallergie
- Können zur Differenzierung unterschiedlicher Sensibilisierungsprofile beitragen

Wichtig bei:

- Unklarer Befundlage
- Doppelsensibilisierung
- Individueller Präparatwahl

Wissenschaftliche Beratung:

Univ.-Prof. Dr. med. Thilo Jakob, Klinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum der Justus-Liebig-Universität, Gießen.

Hinweis: Diese Karte basiert auf der Leitlinie Diagnose und Therapie der Bienen- und Wespengiftallergie (07/2023, AWMF 061-020). Sie ersetzt nicht die Leitlinie. Bitte beachten Sie stets die aktuelle S2k-Leitlinie.



Online-Kittelkarte



Leitlinie Volltext