

## Erstversorgung anaphylaktischer Reaktionen nach Neuraltherapie

Kurz zum Hintergrund der Neuregelung durch die 10. Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV): Anfang 2009 wurde das H1-Antihistaminikum Dimetinden (Fenistil®) zur parenteralen Anwendung unter die Verschreibungspflicht gestellt. Es wurde bis dato von Heilpraktikern zur Therapie möglicher anaphylaktischer Notfälle in der Praxis vorgehalten. Mit Inkrafttreten der Rezeptpflicht entstand insbesondere für Heilpraktiker, die invasiv-medikamentöse Behandlungsmethoden wie die Neuraltherapie anwenden, ein therapeutischer Versorgungsengpass bei möglichen anaphylaktischen Notfällen in der Praxis.

Um Heilpraktikern eine ihrer Sorgfaltspflicht entsprechende Therapieoption zur Verfügung zu stellen, musste zunächst der für Verschreibungspflicht zuständige Sachverständigenausschuss im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Thematik sensibilisiert werden.

In diesem 15-köpfigen Fachgremium ist auch die Heilpraktikerschaft durch Karl F. Liebau mit einem Sitz vertreten. Und dem Kollegen gelang es mit großem Sachverstand, diplomatischem Geschick und einer gehörigen Portion Beharrlichkeit eine Ausnahmeregelung für die Heilpraktiker zu erringen. Der Ausschuss entschied sich, dem Bundesgesundheitsministerium zu empfehlen, für die Behandlung anaphylaktischer Reaktionen nach Neuraltherapie geeignete Arzneimittel rezeptfrei zur Verfügung zu stellen. (siehe dazu den Verordnungstext in der Bekanntmachung der AMK)

Die Vorgehensweise bei der (medikamentösen) Therapie anaphylaktischer Notfälle ist in der Leitlinie „Akuttherapie anaphylaktischer Reaktionen“ der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF-Leitlinie, Stand April 2007) aufgezeigt.

Laut vorgegebenem Algorithmus sollen bei Schweregrad I H1-Antihistaminika und Kortikosteroide intravenös verabreicht werden. Bei Schweregrad II mit vorwiegender kardiovaskulärer Symptomatik ist die Behandlung mit Antihistaminika aufgrund des verzögerten Wirkungseintritts nicht mehr ausreichend und es wird die frühzeitige primäre Gabe von Adrenalin empfohlen. Bei Schweregrad III ist initial Adrenalin einzusetzen.

Im Folgenden wird ein kurzer Abriss der zur Verfügung stehenden Arzneimittel und deren leitliniengerechter Einsatz gegeben.

Das Erkennen eines (anaphylaktischen) Notfalls, die Pathophysiologie und klinische Symptomatik, sowie die Basismaßnahmen bei Schock werden bei einem praktizierenden Heilpraktiker als Wissen vorausgesetzt; ebenso Fertigkeiten in Injektions- und Punktionstechniken, insbesondere wenn invasiv-medikamentöse Verfahren angewendet werden (zumal diese Bereiche zum verbindlichen Gegenstand der amtsärztlichen Überprüfung gehören).

**Antihistaminika:** Aufgrund ihrer therapeutischen Breite und der Blockade der Histaminwirkung sollten sie bei anaphylaktischen Reaktionen bereits im Anfangsstadium gegeben werden.

Hier steht für Heilpraktiker nur noch das H1-Antihistaminikum Clemastin (Tavegil® Injektionslösung) zur parenteralen Anwendung als nicht verschreibungspflichtig zur Verfügung.

Der Einsatz ist bereits ab Schweregrad I (Juckreiz, Urtikaria, Flush, Angioödem, Kopfschmerz) indiziert. Die intravenöse Applikation soll möglichst langsam (1 Amp. über 2 Minuten) erfolgen.

Ab Schweregrad II reicht ein Antihistaminikum zur alleinigen Behandlung allerdings nicht mehr aus; hier ist vor allem bei kardiovaskulärer Symptomatik Adrenalin primär indiziert.

**Kortikosteroide:** Alle in Frage kommenden Arzneimittel unterstehen der Verschreibungspflicht. Eine Empfehlung für die Anwendung eines bestimmten Wirkstoffes wird in der AWMF-Leitlinie nicht gegeben. Zu bevorzugen sind Fertigpräparate in bereits gelöster Form, um die Notwendigkeit der Zubereitung der Injektionslösung im Notfall zu vermeiden. Solche Zubereitungen, die für die Therapie der Anaphylaxie zugelassen sind, stehen in nennenswerter Zahl insbesondere mit dem Wirkstoff Dexamethason zur Verfügung, welcher allerdings über eine lange Halbwertszeit verfügt. Dennoch stellt die bessere Praktikabilität der Fertiglösungen im Notfall einen entscheidenden Vorteil dar. Deshalb hat der Ordnungsgeber diese Darreichungsform von der Rezeptpflicht entbunden. In der Notfallbehandlung wird die Gabe von 40 bis 100 mg Dexamethasondihydrogenphosphat intravenös empfohlen.

Heilpraktikern stehen zur einmaligen Anwendung Ampullen bzw. Fertigspritzen mit 40 mg Wirkstoff und bis zu maximal 3 Packungseinheiten (entsprechend 120 mg Wirkstoff) zur Verfügung. Bei einmaliger Gabe sind keine Auswirkungen auf den internen Kortikoidstoffwechsel zu erwarten, die eine Nichtanwendung bei anaphylaktischen Reaktionen rechtfertigen würden. Die Anwendung wird bereits bei Schweregrad I empfohlen, um vor allem weiteren Ödembildungen und Entzündungsreaktionen entgegenzuwirken. Grundsätzlich in Kombination mit einem Antihistaminikum zu verabreichen, da Kortikoide selbst auch histaminliberierend wirken können. Die intravenöse Applikation soll langsam erfolgen.

**Adrenalin:** Insgesamt antagonisiert Adrenalin die wesentlichsten pathogenetischen Mechanismen, die zur Anaphylaxie führen (Hypovolämie, Blutdruckabfall, Bronchospasmus etc.) und wird deshalb auch zu deren Therapie eingesetzt. Heilpraktikern steht die einmalige intramuskuläre Applikation von Epinephrin mittels eines Autoinjektors zur Verfügung. Zur intramuskulären Injektion sind auf dem deutschen Markt derzeit mehrere verschreibungspflichtige epinephrinhaltige Autoinjektoren erhältlich, die zur Notfallbehandlung akuter allergischer Reaktionen durch Patienten selbst entwickelt wurden. Der Ordnungsgeber hat diese Applikationsform von der Rezeptpflicht entbunden, da sie eine gut praktikable und leitliniengerechte Versorgung von Patienten bis zum Eintreffen des Notarztes ermöglicht. Die Handhabung des Autoinjektors ist in leicht verständlicher Form im Beipackzettel der Hersteller beschrieben. Zum Einsatz kommt Epinephrin primär bei Symptomatik Schweregrad II mit kardiovaskulären Symptomen (Tachykardie, Hypotonie, Arrhythmie). Bei Schweregrad III (Bronchospasmus, Schock) ist initial Epinephrin zu geben, gefolgt von Dexamethason-Injektion.

Der Ordnung halber wird darauf hingewiesen, dass die erweiterte Notfallmedikation keinesfalls von der Pflicht zum Notruf entbindet. Sollten sich nach Absetzen des Allergens die präklinischen Symptome (Parästhesien, Kribbeln im Mund, metallischer Geschmack, Kopfschmerzen, Unwohlsein) nicht binnen weniger Minuten zurückbilden bzw. bei Schweregrad I nach i.v.-Applikation von Clemastin und ggf. Dexamethason die Symptome sich nicht rasch verbessern, ist unverzüglich der Notarzt zu rufen. Die Basismaßnahmen bei Schock (Lagerung, venöser Zugang, Volumensubstitution per infusionem, Sicherung und ständige Kontrolle der Vitalfunktionen etc.) sind vorzunehmen und bei fortschreitender Symptomatik die Medikation wie oben beschrieben weiterzuführen. Alle Symptome, die Stadium I überschreiten, müssen einer stationären Überwachung zugeführt werden.

Die AWMF-Leitlinie „Akuttherapie anaphylaktischer Reaktionen“ ist zu finden unter:  
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/061-025.html>

*Ursula Hilpert-Mühlig  
Mitglied des Gesundheitsbeirates*