

phylaktische Reaktionen mit Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Stillstand wurden von 9% beschrieben, schwere anaphylaktische Reaktionen mit Atemnot und/oder Ohnmacht von 68% der Befragten entwickelt. In 70% der Fälle trat eine anaphylaktische Reaktion mehr als einmal auf.

80% der Betroffenen ist der Auslöser der Anaphylaxie bekannt, 63% haben mindestens einen Allergietest (Haut-, Blut- und/oder Provokationstest) erhalten. Der Allergologe war dabei lediglich bei 39% der Fälle der diagnostizierende Arzt. Erster Ansprechpartner im anaphylaktischen Notfall ist der Notarzt (39%) und die verschiedenen Bereiche einer Klinik (gesamt 49%, stationär 31%, intensiv 14%, ambulant 10%). Ob von hier eine konsequente Empfehlung an den Allergologen erfolgt, ist fraglich. Von 115 durch Notarzt und Klinik im Notfall betreuten Patienten wurden weniger als die Hälfte – lediglich 44% – von einem Allergologen diagnostiziert.

Behandelt wurde die Anaphylaxie im Notfall überwiegend mit Cortison (61%), gefolgt von Antihistaminika (41%). Lediglich 33% der Befragten

wurde Adrenalin als Notfallmedikament verabreicht. 58% der Patienten erhielten nach der anaphylaktischen Reaktion ein Notfallset, das sehr unterschiedlich zusammengesetzt war, so war nur in drei von vier Sets ein Adrenalin-Autoinjektor enthalten. Allgemeine Hinweise zur Vermeidung anaphylaktischer Reaktionen erhielt die Hälfte aller Patienten unabhängig vom Auslöser. Spezielle Tipps, wie Maßnahmen zur Vermeidung von Insektenstichen bei Insektengiftallergikern oder Diät bei Lebensmittelallergikern, wurden seltener (32–40%) gegeben. So gaben 95 von 100 Lebensmittelallergikern an, eine Diät zu halten, obwohl nur 40 von ihnen im Rahmen der Therapie einen Diätplan zur Vermeidung des allergenen Lebensmittels erhalten hatten. Nur gut einem Drittel der Insektengiftallergiker (39%) wurde eine SIT als Therapiemaßnahme empfohlen. Die Hälfte der Befragten gibt an, durch die Anaphylaxie eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität zu erfahren, tendenziell noch stärker eingeschränkt waren Medikamenten- und Nahrungsmittelallergiker.

**Schlussfolgerungen und Forderungen:** Die Untersuchung zeigt, dass Versor-

gungslücken bestehen hinsichtlich:

- geschulter Ansprechpartner zur Diagnose von Anaphylaxien;
- Hinweisen auf Therapieoptionen wie der SIT bei Insektengiftallergie;
- Aufklärung zur Minimierung des Anaphylaxierisikos im Alltag durch geeignete Karenzmaßnahmen.

Die konsequente Verschreibung von Notfallmedikation zur Selbstapplikation ist ebenso wie eine einheitliche Regelung ihrer Zusammensetzung unbedingt notwendig. Ihre Anwendung im Notfall sollte in Form von Schulungen praxisorientiert eingeübt werden. Ziel von Aufklärungs- und Schulungsprogrammen sollte der Rückgang multipler auftretender anaphylaktischer Reaktionen im deutlich überwiegenden privaten Umfeld, der Abbau von Ängsten und damit die Erhöhung der Lebensqualität des Patienten sein. Bewusstsein für die Erkrankung zu schaffen und Handlungsstrategien zu entwickeln, ist sowohl auf privater, sozialer als auch auf professioneller, medizinischer sowie auf politischer Ebene – Problempunkte beispielsweise Situation in Schulen und Lebensmittelkennzeichnung – dringend notwendig.

## GAIN – Ga<sup>2</sup>Len Initiative on Anaphylaxis in Europe

K. Beyer, U. Wahn

*Department of Pediatrics, Humboldt University, Berlin*

Anaphylaxis is the most severe allergic reaction and potentially life threatening. The most important causative allergens are food, venom, and drugs. In general, allergic disorders have reached epidemic proportions, and anaphylaxis is an increasingly common event. However, exact prevalence rates are still missing throughout Europe. Although anaphylaxis is a medical emergency requiring immediate recognition and treatment, there is still insufficient knowledge on its treatment requirements. Most anaphylactic reactions happen outside a clinic and it has been shown that the patients and care givers are badly prepared. Moreover, involved health care professionals either in the emergency

room or in private practice have inadequate knowledge on emergency treatment and patient's education. In addition, the overall awareness of anaphylaxis in the community is low, resulting in an increased risk for our patients in day care or school settings, restaurants, and other public places.

This initiative within Ga<sup>2</sup>len will address three major aims:

1. It will create an educational program for
  - health care professionals,
  - allergic adults at risk for anaphylactic reactions and their partners,
  - allergic children at risk for anaphylactic reactions and their care givers.

2. We plan an awareness program for the general population.

3. We will start an European registry for anaphylactic reactions.

We will build on some very successful national initiatives from patients as well as health care professionals such as the “French Allergy Vigilance Network”, the “Dutch anaphylaxis network”, and the Italian “Food Allergy Italia” and the “Anaphylaxis Campaign” in the U. K. as well as the working group within EAACI.

Within the Ga<sup>2</sup>len initiative we plan to coordinate the individual activities on a European level. The countries involved will be Germany, Italy, Belgium, France, United Kingdom, Netherlands, Ireland, and Switzerland. Moreover, in many European countries, national initiatives on anaphylaxis do not exist. Through this European network we plan to spread our knowledge also to these countries.