

Evidenz und Praxis

Spezifische Immuntherapie bei Pollenallergie

Die spezifische Immuntherapie, auch Desensibilisierung genannt, ist die einzige kausale Therapie der Allergie. Durch regelmässige Gabe von Allergendosen wird eine immunologische Toleranz induziert. Das Verfahren ist sicher, schwere Reaktionen sind selten. Dr. Tina Eggmann-Trachsel, Fachärztin für Allergologie und klinische Immunologie, erläuterte die Evidenz der Therapie und die konkrete Durchführung in der Praxis.

Durch die spezifische Immuntherapie (SIT) erreicht man meist eine Reduktion der Symptome um 50–70% nach drei Jahren Therapie, was zu einem geringeren Medikamentenbedarf und weniger Arztbesuchen führt (1). Der Mechanismus beruht auf der Induktion einer immunologischen Toleranz, mit einer Reduktion der spezifischen IgE und einem Anstieg von IgG4 (2,3). In der Regel wird die Therapie während dreier Jahre durchgeführt. Falls die Wirkung nach Jahren nachlässt, kann ein Boosterzyklus evaluiert werden.

Der Nutzen der Immuntherapie ist erfolversprechender bei kurzer Krankheitsdauer, allerdings empfiehlt es sich, frühestens nach Persistenz der Symptome über zwei Jahre zu starten (4). Positive Faktoren sind auch ein junges Alter der Kinder und eine gute Therapie-Adherence, bei Gräser- und Birkenpollen gibt es besser Daten als bei Hausstaubmilben (5–8). Das Mindestalter ist fünf Jahre (je nach Präparatewahl). Die Regelmässigkeit ist wichtig für den Therapieerfolg (9–11).

Bei Kindern mit allergischer Rhinokonjunktivitis und entsprechenden Risikofaktoren kann die Immuntherapie das Risiko für einen Etagenwechsel zum Asthma bronchiale reduzieren.

Anamnese

Für die Diagnose ist eine sorgfältige Anamnese wichtig. Die Betroffenen sollen das zeitliche Auftreten ihrer Beschwerden in einem Symptomenkalender dokumentieren. Diese Informationen können dann mit dem lokalen Pollenkalender verglichen werden (12,13). Bei den Frühblühern sind Hasel, Erle und Birke kreuzreaktiv. Nicht aber die Esche, sie muss daher bei der Immuntherapie separat behandelt werden.

Differenzialdiagnostisch sind saisonale von perennialen Beschwerden abzugrenzen. Bei ganzjährigen Symptomen sollte an Hausstaubmilben, Tierepithelien, Schimmelpilze oder allergene Hauspflanzen als auslösende Allergene gedacht werden.

Spezifische Diagnostik

Die spezifische Diagnostik erfolgt entweder mittels Pricktest oder Messung der spezifischen IgE im Blut. Der Pricktest liefert das Ergebnis innert weniger Minuten, ist kostengünstig und weist eine hohe Sensitivität auf. Voraussetzung

sind das vorgängige Absetzen von antiallergischen Medikamenten (insb. Antihistaminika) sowie eine gesunde Haut im Testbereich. Stets müssen eine Positiv- (Histamin) und eine Negativkontrolle (NaCl) mitgeführt werden. Die Messung der spezifischen IgE im Blut kann unabhängig von der Medikation und auch bei schwerem Ekzem durchgeführt werden. Nachteilig sind das verzögerte Ergebnis und die höheren Kosten. Wichtig: Die Höhe des IgE-Werts korreliert nicht zwingend mit der Intensität der Beschwerden. Zeigt sich ein positiver Befund, ohne dass die Symptome zeitlich oder klinisch dazu passen, liegt eine Sensibilisierung ohne klinische Relevanz vor – und keine manifeste Allergie (14).

Molekulare Allergiediagnostik – Beispiel Birke

Allergene bestehen aus verschiedenen Komponenten – sogenannten Major- und Minorallergenen. Bei der Birkenallergie ist das Majorallergen Bet v 1 klinisch am bedeutsamsten und bei über 95% der Betroffenen nachweisbar. Die Minorallergene Bet v 2 und Bet v 4 sind seltener, können jedoch Kreuzreaktionen mit anderen, botanisch nicht verwandten Pflanzen verursachen. Für die Praxis gilt: Eine Komponentendiagnostik ist initial nicht zwingend erforderlich. Die Immuntherapie kann gestartet werden, wenn eine Sensibilisierung auf das Gesamtextrakt des Allergens nachgewiesen ist. Bleibt der Therapieerfolg aus, sollte eine Reevaluation mit Bestimmung der Minorallergene erfolgen (15).

Therapie der Pollenallergie

Die Allergenvermeidung ist bei Pollenallergie nicht komplett möglich. Man kann jedoch mit einfachen Massnahmen wie Kleider ausserhalb des Schlafzimmers ablegen, Haarewaschen am Abend, Pollenfilter die Pollenbelastung reduzieren.

Bei leichten Beschwerden kann eine symptomatische anti-allergische Therapie in Form von Nasenspray, Augentropfen oder Tabletten/Suspension verschrieben werden. Insbesondere wenn dies nicht ausreicht, sollte man weiter abklären und eine spezifische Immuntherapie in Erwägung ziehen.

Spezifische Immuntherapie

Grundsätzlich kann die Immuntherapie subkutan (SCIT) oder sublingual (SLIT) durchgeführt werden. Beide Verfahren zeigen eine vergleichbare Wirksamkeit.

Punkto Langzeitnutzen ist ein ganzjähriges Therapieschema besser als ein kürzeres Therapieintervall, aber manchmal sind die Patienten einfacher für das kürzere Therapieschema zu überzeugen. Grundsätzlich wird zwei bis vier Monate vor der erwarteten Pollensaison begonnen.

Für beide Verfahren gilt, dass man sie während interkurrenten Infekten/Krankheiten aussetzen sollte, bis die Symptome verschwunden sind.

SLIT

Bei der SLIT wird nur bei der ersten Dosis in der Praxis eine anschliessende Überwachung durchgeführt, die weiteren Dosen können dann täglich zu Hause eingenommen werden, es gibt Dosierungen als Sublingual-Tabletten oder Sublingual-Sprays. Bei sehr jungen Kindern kann es eine Herausforderung sein, dass sie die Flüssigkeit zwei bis drei Minuten lang im Mund behalten, besonders wenn es juckt. Allgemein ist die Adherence bei der SLIT ein wichtiges Thema bezüglich Therapieerfolg.

Bei Jugendlichen, die intensiv trainieren, kann unter Umständen eine SLIT besser umsetzbar sein, da die Empfehlung bezüglich körperlicher Aktivität weniger restriktiv sind als nach der SCIT (8,16). Sind zwei Immuntherapien durchzuführen, werden diese nach separatem Beginn, entweder morgens und abends, oder auch im Abstand von mindestens fünf bis fünfzehn Minuten eingenommen (17).

SCIT

Bei der SCIT werden die Injektionen immer in der Praxis durchgeführt. Nach einer Injektion muss der Patient min. 30 Minuten lang überwacht werden. Eine Notfallausrüstung für die Behandlung einer Anaphylaxie muss in der Praxis vorhanden sein. Eine allergische Reaktion kann immer auftreten, auch wenn frühere Injektionen problemlos verliefen. Um eine intravasale Injektion auf alle Fälle zu vermeiden, sollte stets aspiriert werden.

Bei der SCIT gilt in der Aufdosierung meist ein 7–14-tägiges Intervall, beim ganzjährigen Schema werden die Injektionen nach der Aufdosierung im 4–6-Wochen-Intervall durchgeführt und während der Pollensaison gewöhnlich die Erhaltungsdosis reduziert (9). Die Herstellerangaben sind zu beachten. Sind zwei Immuntherapie gleichzeitig durchzuführen, werden diese gewöhnlich in den linken und rechten Oberarm appliziert.

Nebenwirkungen

SLIT und SCIT sind sichere Verfahren. Systemische Reaktionen treten bei der SCIT häufiger als bei der SLIT auf (4). Bei der SLIT kann es zu lokalem Juckreiz im Mund mit Schwellung der Schleimhaut an den Lippen oder unter der Zunge kommen. Hier kann ein Eiswürfel helfen oder die Einnahme eines Antihistaminikums 30–60 Minuten vorher. Bei Bauchschmerzen wird die Einnahme häufig besser toleriert, wenn sie nicht auf nüchternen Magen oder gerade kurz vor der Mahlzeit erfolgt. Selten kann eine eosinophile Ösophagitis ausgelöst oder getriggert werden, diese kann sich mit Schluckbeschwerden zeigen (Kontraindikation für Fortfüh-

rung der Therapie). Systemische Reaktionen sind sehr selten (9,16). Bei der SCIT kommt es häufig zu Schwellungen an der Injektionsstelle mit Schmerzen und lokaler Rötung. Durch Kühlen der Injektionsstelle oder vorgängige Antihistaminikumeinnahme kann dies gelindert werden. Tritt eine sehr starke Lokalreaktion auf, sollte die nächste Dosierung gemäss Herstellerangaben angepasst werden. Eine Dosisreduktion kann auch nötig sein, wenn es aufgrund einer interkurrenten Erkrankung zu einem verlängerten Therapieintervall von über 14 Tagen kommt (16). Es können sich auch subkutane Fremdkörpergranulome entwickeln. Es kann bei ausgeprägtem oder störendem Befund ein Therapieversuch mit lokalen Steroiden erfolgen (ggf. okklusiv). Der Patient ist aufzuklären, dass die Granulome lange bestehen bleiben können. Eine Umstellung auf ein aluminiumfreies Präparat oder eine SLIT gilt es zu evaluieren.

Aktuelle Empfehlungen

Die «Aktuelle Übersicht und Empfehlungen für die allergenspezifische Immuntherapie (AIT) bei Kindern in der Schweiz» ist derzeit in Überarbeitung, sollte aber in Kürze neu publiziert werden.

Spezialfall Esche: Für die Allergie auf Esche gibt es zurzeit kein zugelassenes Allergenextrakt in der Schweiz. Besteht gleichzeitig eine Allergie auf Birke, sollte diese zuerst behandelt werden. Bei einer Monoallergie auf Esche bei einem hohen Leidensdruck kann entweder eine patientenspezifische Rezeptur (Formula magistralis) für eine SLIT verwendet werden oder man kann ein Präparat für die SCIT importieren, für Letzteres muss aber eine Kostengutsprache eingeholt werden (aktueller Stand).

Die wichtigsten Kontraindikationen der SIT

- Überempfindlichkeit gegen einen der Hilfsstoffe
- schlecht kontrolliertes Asthma (FEV₁ < 70%)
- nicht kontrollierte schwere Autoimmunerkrankungen, Immundefekte
- entzündliche, fieberhafte Erkrankungen

Zusätzlich bei SLIT: Entzündungen oder offene Läsionen in der Mundhöhle, eosinophile Ösophagitis.

Fazit

- Die SIT ist die einzige kausale Therapie bei der Pollenallergie – wirksam, sicher und langanhaltend.
- Die SCIT und die SLIT sind vergleichbar. Man muss mit den Kindern und Jugendlichen besprechen, welche Therapieform besser in ihr Umfeld passt.
- Eine wichtige Kontraindikation bei beiden Immuntherapien ist das instabile Asthma. □

Barbara Elke

Quelle: KIS Online Frühlingstagung, 19. März 2026: «Spezifische Immuntherapie bei Pollenallergien – Evidenz und Praxis», Dr. med. Tina Eggmann-Trachsel, Fachärztin für Allergologie und klinische Immunologie, Kinder- und Jugendmedizin, Youkidoc Kindergesundheit, Basel

Referenzen:

1. Bager P et al.: The effectiveness of pollen allergen immunotherapy on allergic rhinitis over 18 years: A national cohort study in Denmark. *Allergy*. 2024;79(4):1028-1041. doi:10.1111/all.16026
2. Akdis CA et al.: Mechanisms of allergen-specific immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;127(1):18-29. doi:10.1016/j.jaci.2010.11.030
3. Durham SR, Walker SM, Varga EM, et al. Long-term clinical efficacy of grass-pollen immunotherapy. *N Engl J Med*. 1999;341(7):468-475. doi:10.1056/NEJM199908123410702
4. Asllani E et al.: Allergen immunotherapy adverse events in adults with respiratory allergies-data from ADER: An EAACI task force report. *Allergy*. 2025;80(3):775-784. doi:10.1111/all.16286
5. Jacobsen L et al.: Specific immunotherapy has long-term preventive effect of seasonal and perennial asthma: 10-year follow-up on the PAT study. *Allergy*. 2007;62(8):943-948. doi:10.1111/j.1398-9995.2007.01451.x
6. Creticos PS et al.: Allergen Immunotherapy: The Evidence Supporting the Efficacy and Safety of Subcutaneous Immunotherapy and Sublingual Forms of Immunotherapy for Allergic Rhinitis/Conjunctivitis and Asthma. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024;12(6):1415-1427. doi:10.1016/j.jaip.2024.04.034
7. Wöhrl S: Allergenspezifische Immuntherapie (AIT) in Österreich [Allergen-Specific Immunotherapy (AIT) in Austria]. *hautnah*. 2020;19(4):157-61. German. doi:10.1007/s12326-020-00406-6
8. Durham SR et al.: Treatment effect of sublingual immunotherapy tablets and pharmacotherapies for seasonal and perennial allergic rhinitis: Pooled analyses. *J Allergy Clin Immunol*. 2016;138(4):1081-1088.e4. doi:10.1016/j.jaci.2016.04.061
9. Roberts G et al.: EAACI Guidelines on Allergen Immunotherapy: Allergic rhinoconjunctivitis. *Allergy*. 2018;73(4):765-798. doi:10.1111/all.13317
10. Valovirta E et al.: Results from the 5-year SQ grass sublingual immunotherapy tablet asthma prevention (GAP) trial in children with grass pollen allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2018;141(2):529-538.e13. doi:10.1016/j.jaci.2017.06.014
11. <https://ginasthma.org/2024-report/>
12. www.pollenundallergie.ch
13. <https://www.meteoschweiz.admin.ch/klima/klima-der-schweiz/polleninformationen.html>
14. CK Care Merkblatt. https://ck-care.ch/wp-content/uploads/2025/03/CKC_MB_Allergenspezifische_Immuntherapie_03-1.pdf
15. Shamji MH et al.: Biomarkers for monitoring clinical efficacy of allergen immunotherapy for allergic rhinoconjunctivitis and allergic asthma: an EAACI Position Paper. *Allergy*. 2017;72(8):1156-1173. doi:10.1111/all.13138
16. Epstein T et al.: Current Evidence on Safety and Practical Considerations for Administration of Sublingual Allergen Immunotherapy (SLIT) in the United States. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2017;5(1):34-40.e2. doi:10.1016/j.jaip.2016.09.017
17. Maloney J et al.: Sequential Treatment Initiation with Timothy Grass and Ragweed Sublingual Immunotherapy Tablets Followed by Simultaneous Treatment Is Well Tolerated. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2016;4(2):301-9.e2. doi:10.1016/j.jaip.2015.11.004