



Ernährungstherapie bei Nahrungsmittelallergien

Hintergrund

Lebensmittelallergien sind nicht nur zu einer bedeutenden Volkskrankheit geworden, sie sind vor allem populär und so stark in den Medien präsent, dass weit mehr Menschen glauben, unter ihnen zu leiden, als es tatsächlich der Fall ist. Eine fundierte Diagnostik zur sicheren Diagnose ist daher unerlässlich. Nicht immer ergeben Krankengeschichte und allergologische Testbefunde ein so eindeutiges Bild, dass die Diagnose „Lebensmittelallergie“ gesichert werden kann.

Diagnostischer Teil der Ernährungstherapie

Ist die Diagnose (noch) nicht eindeutig gestellt, richten sich die ernährungs-therapeutischen Maßnahmen vorerst auf die Untermauerung oder aber auf die Entkräftung der Verdachtsdiagnose mittels diagnostischer Maßnahmen [1, 2]. Primär muss über eine ausführliche Ernährungsanamnese und ggf. über ein Ernährungs- und Symptomprotokoll sichergestellt werden, dass die berichteten Symptome reprovozierbar sind, d. h. bei jedem Kontakt mit dem verdächtigen Lebensmittel auftreten (■ Abb. 1). Dabei sollten Augmentationsfaktoren bedacht werden. Diese können zu einer Verstärkung der allergischen Reaktion führen, sind aber in einigen Fällen, wie z. B. bei der weizenabhängigen anstrengungsinduzierten Anaphylaxie (WDEIA – wheat dependent exercise induced anaphylaxis), sogar obligatorisch für das Auftreten von Symptomen. Bekannte Augmentationsfaktoren sind körperliche Anstrengung, die Einnahme nicht-steroidaler Entzündungshemmer (NSAID), Alkohol, Fieber, akute Infektionen und

allergische Beschwerden während der Pollensaison [3, 4]. Ist der Auslöser identifiziert, muss u. a. über Lebensalter, Symptomatik und Art des Auslösers zwischen allergischen und nicht-allergischen Unverträglichkeiten differenziert werden. Sind letztere plausibler (z. B. Laktoseintoleranz statt Kuhmilchallergie bei einem Erwachsenen mit Bauchschmerzen), erfolgt eine entsprechende Differenzialdiagnostik.

Oftmals werden im Rahmen der allergologischen Diagnostik auch Sensibilisierungen auf Lebensmittel festgestellt, die bisher nicht bekannt waren oder „nicht ins Bild passen“. Oder es sind keine Sensibilisierungen nachweisbar, obwohl die Anamnese eindeutig erscheint. Anhand einer ausführlichen Ernährungsanamnese und/oder eines Ernährungs- und Symptomprotokolls kann die Bedeutung vorliegender oder fehlender Sensibilisierungen relativiert oder bestätigt werden. Durch diese Maßnahmen ist es in vielen Fällen möglich, auf eine spezifische orale Provokationstestung zu verzichten.

Aufgaben und Ziele der Ernährungstherapie

Spätestens wenn eine Lebensmittelallergie als Ursache akuter oder chronischer Beschwerden sicher diagnostiziert ist, sollte eine Zuweisung zu einer allergologisch erfahrenen Ernährungsfachkraft erfolgen¹, um den Betroffenen und ggf. sein familiäres Umfeld mit dem

vielschichtigen Krankheitsmanagement (■ Abb. 2) vertraut zu machen [2, 5, 6].

a. Karenz

Die einzige Therapieform mit nachgewiesener Wirksamkeit ist die Karenz [1]. Bei einer frisch diagnostizierten Lebensmittelallergie geht es anfangs vor allem darum, dass der Betroffene und ggf. sein familiäres Umfeld lernen, diagnostizierte Auslöser zu identifizieren und strikt zu meiden. Doch die Ernährungstherapie ist nicht auf eine Beratung zur Meidung des Auslösers zu reduzieren. Therapeutisch geht es um weit mehr als um das Unterbinden zukünftiger Beschwerden.

b. Berücksichtigung individueller Verträglichkeiten

Die Meidungsempfehlungen sollten individuell angepasst sein, sodass keine unnötigen Verbote aufrechterhalten werden. Dieser Aspekt findet seit einigen Jahren insofern besondere Beachtung, als dass sich immer stärker herauskristallisiert, dass einige Allergene in bestimmten Zubereitungsformen von einem Großteil der Allergiker vertragen werden. Diese Beobachtung stellt nicht nur die Empfehlung zur vollständigen Meidung in Frage, ein regelmäßiger Verzehr (ohne Symptome!) kann offenbar die natürliche Toleranzentwicklung günstig beeinflussen.

c. Berücksichtigung von Augmentationsfaktoren

Falls individuelle und allgemeine Augmentationsfaktoren für das Auftreten von Beschwerden eine Rolle spielen, wie es häufig bei pollenassoziierten Nahrungsmittelallergien, aber auch bei vielen chronischen Krankheitsbildern (wie z. B. bei

¹ Therapeutisch indizierte Ernährungsberatungen werden von den meisten Krankenkassen nach § 43 SGB V „Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“ bezuschusst, wenn eine schriftliche Zuweisung des Arztes erfolgt.

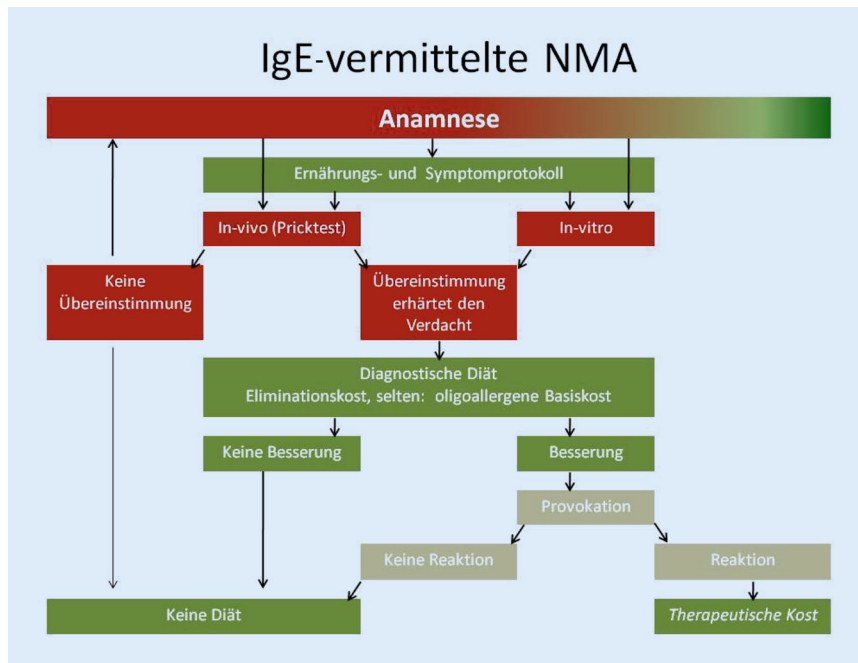


Abb. 1 ▲ Zusammenarbeit von Allergologe (rot) und allergologisch versierter Ernährungsfachkraft (grün) bei der Diagnostik und Therapie einer IgE-vermittelten Nahrungsmittelallergie. Abbildung entnommen aus *Allergologie* [19], mit freundl. Genehmigung des Dustri-Verlags

- atopischer Dermatitis, chronischen Bauchbeschwerden etc.) zu beobachten ist, reicht es nicht, allgemeine Karenzempfehlungen auszusprechen. Bei diesen Patienten muss individuell herausgearbeitet werden, welche Einflüsse das Risiko für allergische Reaktionen erhöhen, sodass die therapeutischen Maßnahmen entsprechend angepasst werden können.
- d. Sicherung der Bedarfsdeckung/ altersgerechte Ernährung
Jede Einschränkung des Speiseplans birgt das Risiko einer unzureichenden Zufuhr lebenswichtiger Makro- und Mikronährstoffe. Abhängig davon, ob es sich bei dem zu meidenden Auslöser um ein Grundnahrungsmittel (z. B. Kuhmilch) handelt oder lediglich um einen oder zwei gut zu kompensierende Vertreter einer großen Lebensmittelgruppe (z. B. Apfel und Karotte) ist eine Karenz mit einem hohen oder niedrigen Risiko für Nährstoffdefizite verbunden.
- e. Bewahrung einer hohen Lebensqualität
Muss ein Grundnahrungsmittel oder ein weit verbreitetes, häufig eingesetztes Lebensmittel (z. B. Nüsse, Erdnüsse, Sellerie etc.) oder müs-

sen gar diverse Auslöser gemieden werden, ist die Einschränkung des Speiseplans oftmals so groß, dass sich neben dem Risiko eines Nährstoffdefizits auch der Leidensdruck der Betroffenen beträchtlich erhöht. Dieser hohe Leidensdruck kann erheblich durch ein effizientes Krankheitsmanagement im Alltag reduziert werden.

- f. Erhaltung vorhandener Toleranz
Während die ernährungstherapeutischen Maßnahmen bisher vorrangig vor dem Hintergrund der Sicherheit (kein Allergenkontakt, kein Nährstoffdefizit) gesehen wurden, hält das Thema Toleranzerhalt inzwischen auch Einzug in die therapeutischen Ziele. Eine vorhandene Toleranz sollte auf jeden Fall erhalten werden, indem vertragene Lebensmittel gezielt im Speiseplan verbleiben.

Karenz

Umfassende und regelmäßig aktualisierte Diätvorschläge für die wichtigsten Lebensmittelallergien und diverse Kombination sind in dem Ringbuch „Diätetik in der Allergologie“ zu finden [7]. Die Diätvorschläge liefern eine Einteilung

der verschiedenen Lebensmittelgruppe in die Kategorien „Nahrungsmittel, die das jeweilige Allergen nicht enthalten“ und „Nahrungsmittel, die das jeweilige Allergen enthalten können“. Auf der Basis dieser Diätvorschläge sollte eine individuelle Beratung erfolgen.

Ein wichtiger Aspekt bei der Aufklärung zur Identifizierung und Meidung des relevanten Auslösers ist die Thematisierung der Allergenkennzeichnung gemäß Lebensmittelinformationsverordnung (LMIV). Die in der Infobox genannten Auslöser von Allergien und daraus hergestellte Erzeugnisse sowie Sulfite müssen als Zutaten von verpackten und nicht-verpackten (lose verkauften) Lebensmitteln vollständig deklariert werden. Dabei versteht der Gesetzgeber unter Zutat ein bewusst und rezepturgemäß zugegebenes Lebensmittel. Unbeabsichtigte Allergeneinträge in verpackter und loser Ware fallen nicht unter die Allergenkennzeichnung. Dennoch wird häufig freiwillig auf diese – aus Haftungsgründen – in Form eines „Warnhinweises“ oder „Spurenhinweises“ hingewiesen. Aufgrund fehlender Grenzwerte, wieviel Allergen in einem Lebensmittel vorkommen darf, ohne deklariert zu werden, ist die Höhe der Kontamination, also die tatsächlich vorhandene Allergenmenge, bei Vorhandensein eines „Warnhinweises“ nicht abzuschätzen. Andererseits bedeutet auch ein fehlender Warnhinweis nicht zwangsläufig, dass ein unbeabsichtigter Allergeneintrag ausgeschlossen ist. Dies schränkt das Lebensmittelangebot für Allergiker drastisch, aber in vielen Fällen vollkommen unnötig ein [8]. Ausführlich wurde auf das Thema bereits im vorhergehenden Schwerpunktthema unter „Rechtliche Regelungen“ eingegangen.

Berücksichtigung individueller Verträglichkeiten

Trotz bestehender Sensibilisierung muss es nach Verzehr des entsprechenden Nahrungsmittels nicht zur Ausbildung einer allergischen Reaktion kommen. Deshalb ist es wichtig, im Rahmen der Diagnostik die klinische Relevanz zu überprüfen und das Vorliegen einer stummen Sensibilisierung auszuschließen [1]. Aber auch

bei Vorhandensein einer klinischen Relevanz treten die Reaktionen möglicherweise nur unter bestimmten Bedingungen auf.

So ist seit einigen Jahren bekannt, dass die Hauptauslöser im Kindesalter, Kuhmilch und Hühnerei, in verbackener Form (Muffins) von vielen kleinen Kuhmilch- bzw. Hühnereiallergikern frühzeitig vertragen werden [9, 10]. Eine Aufnahme in den Speiseplan – selbstverständlich nach negativer Provokation unter Arztaufsicht – ermöglicht nicht nur eine Ausweitung des Speisenangebots und damit einen Gewinn an Lebensqualität, sondern hat bei regelmäßigem Verzehr offenbar einen positiven Einfluss auf die natürliche Toleranzentwicklung [11, 12].

Auch bei Allergien gegenüber hitzeempfindlichen Allergenen, zu denen viele pollenassoziierte Nahrungsmittel gehören, ist keine vollständige Karenz erforderlich. So werden die meisten birkenpollenassoziierten Nahrungsmittel in ausreichend erhitztem Zustand problemlos vertragen. Allerdings sollte bei Patienten mit atopischer Dermatitis und Pollensensibilisierung bedacht werden, dass Hautverschlechterungen auch nach Erhitzten kreuzreaktiver Nahrungsmittel möglich sind, da T-Zell-vermittelte Reaktionen offensichtlich nicht von der Hitze einwirkung betroffen sind [13].

Mögliche Kreuzreaktionen und ihre individuelle Relevanz sind nicht nur bei den pollenassoziierten Nahrungsmitteln zu bedenken. Auch die Sensibilisierung auf Latex, Vogelfedern oder Nahrungsmittel selbst kann zu Kreuzreaktionen gegenüber anderen Lebensmitteln führen. Diese sollten in der Beratung bedacht werden, ohne den Patienten zu verunsichern und ohne unnötige Karenzempfehlungen auszusprechen.

Berücksichtigung von Augmentationsfaktoren

Wenn allergische Reaktionen nur bei Vorliegen bestimmter Begleitumstände hervorgerufen werden, sind diese nicht nur diagnostisch schwierig zu identifizieren, auch therapeutisch stellt die Berücksichtigung von Augmentationsfaktoren eine besondere Herausforderung dar.

Bundesgesundheitsbl DOI 10.1007/s00103-016-2369-9
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

I. Reese

Ernährungstherapie bei Nahrungsmittelallergien

Zusammenfassung

Eine therapeutische Diät ist dann indiziert, wenn die eindeutige Diagnose Lebensmittelallergie vorliegt. Ist die Diagnose (noch) nicht sicher gestellt, richten sich die ernährungstherapeutischen Maßnahmen vorerst auf die Untermauerung oder aber Entkräftung der Verdachtsdiagnose mittels diagnostischer Maßnahmen (Krankengeschichte, Ernährungsanamnese, Ernährungs- und Symptomprotokoll). Die Ernährungstherapie bei gesichertem Vorliegen einer Lebensmittelallergie hat verschiedene Ziele: Allen voran stehen die Identifizierung und konsequente Meidung des oder der Auslöser(s) in verpackter und loser Ware, wobei individuelle Verträglichkeiten Berücksichtigung finden sollten. Vor allem dann, wenn Grundnahrungsmittel gemieden werden müssen, ist eine ausreichende Nährstoffzufuhr zur täglichen Bedarfsdeckung aller Mikro- und Makronährstoffe zu sichern.

Darüber hinaus ist es ein Anliegen der allergologisch orientierten Ernährungsfachkraft, die Lebensqualität auf hohem Niveau zu erhalten. Bei der Erstellung therapeutischer Empfehlungen sollten ggf. allgemeine und individuelle Augmentationsfaktoren sowie Kreuzreaktionen berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollten ernährungstherapeutische Maßnahmen derart gestaltet sein, dass eine bestehende Toleranz erhalten und nicht durch freiwilligen bzw. unnötigen Verzicht negativ beeinflusst wird. Inwieweit das Krankheitsmanagement im Alltag effektiv gemeistert wird, ist maßgeblich von der Qualität der Ernährungstherapie abhängig.

Schlüsselwörter

Nahrungskarenz · Nährstoffdefizit · Krankheitsmanagement · Lebensqualität · Toleranzerhaltung

Dietary management of food allergies

Abstract

A therapeutic diet is only indicated if the diagnosis of food allergy is certain. In the case of an unproven suspicion everything should be done to confirm or disprove the diagnosis by diagnostic measures (patient history, diet history, food and symptom protocol etc.). In the case of proven food allergy there are different aims of nutritional therapy. Most importantly the patient should learn how to identify his eliciting agent in pre-packed and non-prepacked food and how to avoid it. The elimination diet should take into account the individual condition of the patient. In particular, if basic foods have to be eliminated from the diet, safe alternatives have to be determined to maintain a nutritionally balanced diet and to maintain a high quality of life. To ensure the nutritional adequacy of the diet, micro- and

macronutrient intake should be analysed and improved, if necessary. For pollen-associated food allergy and certain chronic conditions it might be necessary to be aware of possible triggering factors as well as potential cross-reactions. Moreover, individual tolerance should be maintained during elimination diets and not jeopardized by voluntary and unnecessary self-denial of certain foods. An effective individual management of food allergies by the patient is considerably dependent on the quality of the nutritional education and therapy.

Keywords

Avoidance · Dietary needs · Nutritional management · Quality of life · Maintenance of tolerance

Am bekanntesten ist die anstrengungsinduzierte Anaphylaxie, insbesondere die bereits erwähnte WDEIA, bei der Reaktionen nach Verzehr von Weizenprodukten nur in Kombination mit körperlicher Aktivität (Anstrengung) und ggf. weiteren Augmentationsfaktoren ausgelöst werden [14].

Viel häufiger spielen Augmentationsfaktoren bei Personen mit pollenassoziierten Lebensmittelallergien eine Rolle, allerdings in der Regel nicht mit derart schweren Symptomen, wie sie bei der WDEIA bekannt sind. So berichten viele Betroffene, dass sie insbesondere zur Pollenflugzeit Symptome nach Verzehr kreuzreaktiver Lebensmittel beob-

Infobox 1 Laut Lebensmittelinformationsverordnung (LMIV) Anhang II deklarierungspflichtige Stoffe oder Erzeugnisse, die Allergien oder Unverträglichkeiten auslösen, als Zutaten von verpackten und nicht-verpackten Lebensmitteln

1. Glutenthaltiges Getreide, namentlich Weizen, Roggen, Gerste, Hafer, Dinkel, Kamut oder Hybridstämme davon, sowie daraus hergestellte Erzeugnisse, ausgenommen
 - a. Glukosesirupe auf Weizenbasis einschließlich Dextrose²,
 - b. Maltodextrine auf Weizenbasis²,
 - c. Glukosesirupe auf Gerstenbasis,
 - d. Getreide zur Herstellung von alkoholischen Destillaten einschließlich Ethylalkohol landwirtschaftlichen Ursprungs,
2. Krebstiere und daraus gewonnene Erzeugnisse,
3. Eier und daraus gewonnene Erzeugnisse,
4. Fische und daraus gewonnene Erzeugnisse, außer
 - a. Fischgelatine, die als Trägerstoff für Vitamin- oder Karotinoidzubereitungen verwendet wird,
 - b. Fischgelatine oder Hausenblase, die als Klärhilfsmittel in Bier und Wein verwendet wird,
5. Erdnüsse und daraus gewonnene Erzeugnisse,
6. Sojabohnen und daraus gewonnene Erzeugnisse, außer
 - a. vollständig raffiniertes Sojabohnenöl und -fett²,
 - b. natürliche gemischte Tocopherole (E306), natürliches D-alpha-Tocopherol, natürliches D-alpha-Tocopherolacetat, natürliches D-alpha-Tocopherolsukzinat aus Sojabohnenquellen,
 - c. aus pflanzlichen Ölen gewonnene Phytosterine und Phytosterinester aus Sojabohnenquellen,
 - d. aus Pflanzenölsterinen gewonnene Phytostanolester aus Sojabohnenquellen,
7. Milch und daraus gewonnene Erzeugnisse (einschließlich Laktose), außer
 - a. Molke zur Herstellung von alkoholischen Destillaten einschließlich Ethylalkohol landwirtschaftlichen Ursprungs,
 - b. Lactit,
8. Schalenfrüchte, namentlich Mandeln (*Amygdalus communis* L.), Haselnüsse (*Corylus avellana*), Walnüsse (*Juglans regia*), Cashewnüsse (*Anacardium occidentale*), Pekannüsse (*Carya illinoensis* [Wangenh.] K. Koch), Paranüsse (*Bertholletia excelsa*), Pistazien (*Pistacia vera*), Macadamia- oder Queenslandnüsse (*Macadamia ternifolia*) sowie daraus gewonnene Erzeugnisse, außer Nüssen zur Herstellung von alkoholischen Destillaten einschließlich Ethylalkohol landwirtschaftlichen Ursprungs,
9. Sellerie und daraus gewonnene Erzeugnisse,
10. Senf und daraus gewonnene Erzeugnisse,
11. Sesamsamen und daraus gewonnene Erzeugnisse,
12. Schwefeldioxid und Sulfite in Konzentrationen von mehr als 10 mg/kg oder 10 mg/l als insgesamt vorhandenes SO₂, die für verzehrfertige oder gemäß den Anweisungen des Herstellers in den ursprünglichen Zustand zurückgeführte Erzeugnisse zu berechnen sind,
13. Lupinen und daraus gewonnene Erzeugnisse,
14. Weichtiere und daraus gewonnene Erzeugnisse.

achten. Aber auch die Menge des verzehrten Allergens kann beeinflussen, ob es bei pollenassoziierten Kreuzreaktionen zu Symptomen kommt oder nicht. Hier sind auch kumulative Effekte möglich,

wenn mehrere kreuzreaktive Lebensmittel gleichzeitig gegessen werden.

Spiele Augmentationsfaktoren eine Rolle, geht es nicht allein darum, den Speiseplan in „erlaubt“ und „verboten“ einzuteilen, sondern in diesen Fällen ist es sinnvoll, eine dritte Spalte zu erarbeiten, in der Lebensmittel benannt werden, die nur unter bestimmten Umständen erlaubt bzw. verboten sind.

² und daraus gewonnene Erzeugnisse, soweit das Verfahren, das sie durchlaufen haben, die Allergenität, die von der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) für das entsprechende Erzeugnis ermittelt wurde, aus dem sie gewonnen wurden, wahrscheinlich nicht erhöht.

Sicherung der Bedarfsdeckung/altersgerechte Ernährung

Bei dem Wunsch nach Vermeidung zukünftiger allergischer Reaktionen gerät der Aspekt, dennoch eine bedarfsgerechte Ernährung sicherzustellen, nicht selten in Vergessenheit. Oftmals steht im Vordergrund, geschmacklich akzeptierte Alternativen zu finden. Die längerfristige therapeutische Meidung eines Lebensmittels bzw. einer ganzen Lebensmittelgruppe oder gar diverser Lebensmittel darf aber nicht dazu führen, dass die Zufuhr einiger lebenswichtiger Makro- oder Mikronährstoffe unzureichend ist [2, 6]. Insbesondere bei kuhmilchallergischen Säuglingen oder Kleinkindern, die eine therapeutische Nahrung (Aminosäureformula oder Extensivhydrolysat) erhalten, wägen sich Eltern und Therapeuten oftmals in Sicherheit, obwohl die notwendige Formulamenge, um den kindlichen Bedarf zu decken, gar nicht (mehr) aufgenommen wird [15].

Werden Grundnahrungsmittel gemieden oder ist der Speiseplan des Betroffenen deutlich eingeschränkt, müssen alternative Nährstofflieferanten gefunden werden, die keine Reaktionen auslösen, geschmacklich akzeptiert werden und sich in ausreichender Menge in den Speiseplan integrieren lassen. Ob therapeutische Empfehlungen in Hinblick auf eine ausreichende Nährstoffzufuhr in der Praxis sinnvoll umgesetzt werden, kann durch ein mehrtägliches Ernährungsprotokoll ermittelt werden. Ergibt die Analyse der Makro- und Mikronährstoffe keine Deckung des täglichen Bedarfs, müssen die therapeutischen Empfehlungen entsprechend optimiert werden. Bei enger ernährungstherapeutischer Betreuung sind keine Nährstoffdefizite zu erwarten [16].

Bewahrung einer hohen Lebensqualität

Je stärker die Lebensmittelauswahl begrenzt ist, desto mehr steigt auch der Leidensdruck der Betroffenen. Dieser kann allerdings erheblich durch ein effizientes Krankheitsmanagement im Alltag reduziert werden. Aufklärung hinsichtlich einer vollständigen Meidung und damit für

Aufgaben und Ziele der Ernährungstherapie

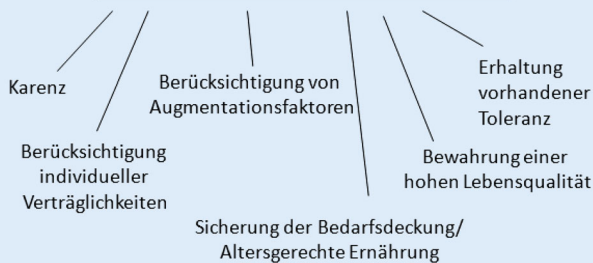


Abb. 2 ◀ Aufgaben und Ziele der Ernährungstherapie

Sicherheit, Überprüfung der Nährstoffzufuhr, konkrete Handlungsempfehlungen für den Umgang mit der Lebensmittelallergie im Alltag, Aufklärung über wohlschmeckende Alternativen und Ersatzprodukte und nicht zuletzt die enge Betreuung in der sensiblen Phase der Ernährungsumstellung schaffen die Voraussetzungen dafür, die Lebensqualität von Personen mit Lebensmittelallergien auf einem hohen Niveau zu halten.

Erhaltung vorhandener Toleranz

Ein relativ neuer Aspekt im Rahmen der Ernährungstherapie ist der Erhalt einer bestehenden Toleranz. Um diesem Ziel gerecht zu werden, ist es entscheidend, darauf zu achten, dass nicht aus Unsicherheit oder falsch verstandener Vorsicht Lebensmittel gemieden werden, die bisher problemlos toleriert wurden. Das schließt auch ein, dass diagnostisch durchgeführte Eliminationsdiäten nur für einen klar definierten Zeitraum durchgeführt werden. In der Sk2-Leitlinie zum „Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien“ wird empfohlen, den maximalen Zeitraum von zwei Wochen auch bei Vorliegen einer atopischen Dermatitis nur in Ausnahmefällen zu überschreiten [1]. Ebenso sollten Allergiker und deren Familien nach einem negativen Provokationsergebnis darin bestärkt werden, das Lebensmittel zukünftig regelmäßig zu verzehren. Die Ergebnisse der LEAP-Studie (LEAP: Learning Early About Peanut allergy) haben gezeigt, dass die Manifestation einer Erdnussallergie durch regelmäßigen

frühzeitigen Verzehr verhindert werden kann [17]. Dies traf auch für die Fälle zu, bei denen bereits eine Erdnussensibilisierung – ohne klinische Relevanz – festzustellen war. Wurde Erdnuss hingegen konsequent gemieden, manifestierte sich bei einem Drittel der sensibilisierten Teilnehmer eine Erdnussallergie. Dies bestärkt die Beobachtung, dass sich durch längerfristigen Verzicht bei bestehender stummer Sensibilisierung eine klinische relevante Allergie manifestieren kann [18].

Dauer therapeutischer Maßnahmen

Therapeutische Empfehlungen sind in der Regel längerfristig, aber nicht immer lebenslang gültig. So ist bekannt, dass insbesondere Allergien auf Grundnahrungsmittel, die im frühen Kindesalter auftreten, in den meisten Fällen noch während des Kindesalters wieder verschwinden. Daraus ergibt sich die Empfehlung, die Indikation für eine therapeutische Diät (im Kindesalter) regelmäßig zu reevaluieren, um diätetische Einschränkungen nicht länger als notwendig aufrecht zu erhalten [1]. Leiden Personen dagegen unter pollenassoziierten Lebensmittelallergien, ist eine Ausweitung der Bandbreite kreuzreaktiver Lebensmittel deutlich wahrscheinlicher als eine rückläufige Entwicklung [1].

Schlussbemerkung

Ein erfolgreiches Krankheitsmanagement im Alltag wird maßgeblich von der Qualität der Ernährungstherapie

beeinflusst. Doch auch diagnostisch ist die Kooperation zwischen Allergologen und allergologisch tätigen Ernährungsfachkräften vorteilhaft. Die ernährungstherapeutische Beratung zielt auf die konsequente Meidung klinisch relevanter Auslöser unter Berücksichtigung individueller Verträglichkeiten und Augmentationsfaktoren. Dabei sollte eine bedarfsgerechte Ernährung bei Erhalt einer hohen Lebensqualität sichergestellt werden. In jüngster Zeit finden Aspekte wie Unterstützung der natürlichen Toleranzentwicklung und Toleranzerhalt durch regelmäßigen Verzehr zunehmend Beachtung.

Korrespondenzadresse

Dr. I. Reese

Ernährungsberatung und -therapie,
Schwerpunkt Allergologie
Ansprengerstr. 19, 80803 München,
Deutschland
reese@ernaehrung-allergologie.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. I. Reese gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Worm M, Reese I, Ballmer-Weber B et al (2015) S2 Leitlinie Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien. Allergo J 24:38 doi:10.1007/s15007-015-0929-1
2. Venter C, Laitinen K, Vlieg-Boerstra B (2012) Nutritional aspects in diagnosis and management of food hypersensitivity-the dietitians role. J Allergy 2012:1–11. doi:10.1155/2012/269376
3. Worm M, Babina M, Hompes S (2013) Causes and risk factors for anaphylaxis. J Dtsch Dermatol Ges 11:44–50
4. Niggemann B, Beyer K (2014) Factors augmenting allergic reactions. Allergy 69:1582–1587
5. Groetch M, Nowak-Wegrzyn A (2013) Practical approach to nutrition and dietary intervention in pediatric food allergy. Pediatr Allergy Immunol 24:212–221
6. Meyer R, Venter C, Fox AT, Shah N (2012) Practical dietary management of protein energy malnutrition in young children with cow's milk protein allergy. Pediatr Allergy Immunol 23:307–314
7. Reese I, Schäfer C, Werfel T, Worm M (2013) Diätetik in der Allergologie. Dustri, München
8. Reese I, Holzhauser T, Schnadt S, Dölle S, Kleintebe J, Raithe M, Worm M, Zuberbier T, Vieths

- S (2015) Allergen and allergy risk assessment, allergen management, and gaps in the European Food Information Regulation (FIR). *Allergo J Int* 24:180–184
9. Lemon-Mule H, Sampson HA, Sicherer SH, Shreffler WG, Noone S, Nowak-Wegrzyn A (2008) Immunologic changes in children with egg allergy ingesting extensively heated egg. *J Allergy Clin Immunol* 122:977–983 (e971)
10. Nowak-Wegrzyn A, Bloom KA, Sicherer SH et al (2008) Tolerance to extensively heated milk in children with cow's milk allergy. *J Allergy Clin Immunol* 122:342–347 (e341–342)
11. Peters RL, Dharmage SC, Gurrin LC et al (2014) The natural history and clinical predictors of egg allergy in the first 2 years of life: a prospective, population-based cohort study. *J Allergy Clin Immunol* 133:485–491
12. Kim JS, Nowak-Wegrzyn A, Sicherer SH, Noone S, Moshier EL, Sampson HA (2011) Dietary baked milk accelerates the resolution of cow's milk allergy in children. *J Allergy Clin Immunol* 128:125–131 (e122)
13. Bohle B, Zwolfer B, Heratizadeh A et al (2006) Cooking birch pollen-related food: divergent consequences for IgE- and T cell-mediated reactivity in vitro and in vivo. *J Allergy Clin Immunol* 118:242–249
14. Brockow K, Kneissl D, Valentini L et al (2015) Using a gluten oral food challenge protocol to improve diagnosis of wheat-dependent exercise-induced anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 135:977–984 (e974)
15. Reese I, Schäfer C (2013) Einsatz von therapeutischen Spezialnahrungen im Säuglingsalter – Bedarfsdeckung unter veränderten Voraussetzungen. *Allergologie* 36:502–509
16. Berry MJ, Adams J, Voutilainen H, Feustel PJ, Celestin J, Jarvinen KM (2015) Impact of elimination diets on growth and nutritional status in children with multiple food allergies. *Pediatr Allergy Immunol* 26:133–138
17. Toit G du, Roberts G, Sayre PH et al (2015) Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *N Engl J Med* 372:803–813
18. Flinterman AE, Knulst AC, Meijer Y, Bruijnzeel-Koomen CA, Pasmans SG (2006) Acute allergic reactions in children with AEDS after prolonged cow's milk elimination diets. *Allergy* 61:370–374
19. Reese I, Schäfer C (2012) Algorithmen zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen bei Verdacht auf Nahrungsmittelunverträglichkeit. *Allergologie* 35:351–358