

Antrag

der Abgeordneten Dr. Bettina Hoffmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Lisa Badum, Matthias Gastel, Sylvia Kotting-Uhl, Christian Kühn (Tübingen), Renate Künast, Steffi Lemke, Gerhard Zickenheiner und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Die hohe individuelle und gesellschaftliche Belastung durch Allergien mit einem Aktionsprogramm reduzieren und die Versorgungssituation der Allergikerinnen und Allergiker verbessern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Allergien haben den Rang einer „Volkskrankheit“ erreicht. In der aktuellen Ausgabe „Weißbuch Allergie in Deutschland“ wird der Anteil der Bevölkerung in Deutschland, der unter allergischem Asthma, allergischer Rhinitis (Heuschnupfen), Kontaktallergien, Nahrungsmittelallergien, Pollen-, Insektengift- oder Hausstaubmilbenallergien leidet, auf rund 20 bis 30 Prozent beziffert.

Rund 50 Prozent der Erwachsenen und 40 Prozent der Kinder und Jugendlichen sind zudem von einer „Sensibilisierung“ betroffen, d. h. der Organismus hat bereits spezifische Antikörper auf bestimmte Umweltallergene entwickelt, ohne dass Symptome einer Allergie bereits aufgetreten sein müssen. Für die sensibilisierten Personen besteht ein hohes Risiko, dass sie bei einem intensiven Kontakt mit allergenen Stoffen eine akute allergische Reaktion entwickeln. Damit sind für die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland Maßnahmen der Primärprävention zum Schutz vor potenten Allergieauslösern wichtig. Ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland ist auf Sekundärprävention von Allergien angewiesen für ein möglichst beschwerdefreies Leben, Lernen, Arbeiten.

Für die Entstehung allergischer Erkrankungen gibt es viele Faktoren: Genetisch individuelle Prädisposition, aber auch Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung, flüchtige organische Verbindungen (VOC) und Tabakrauch, Auswirkungen des Klimawandels mit hoher und längerer Allergenbelastung oder neuen Allergenen oder übertriebene Hygiene spielen eine Rolle.

Lebensmittel können erhebliche Unverträglichkeitsreaktionen hervorrufen, die sich in Form von Hautveränderungen, Übelkeit und Atemnot bis hin zu Kreislaufversagen mit Todesfolge zeigen. Bei solchen Extremreaktionen des Immunsystems auf harmlose

Lebensmittelbestandteile spricht man von einer Nahrungsmittelallergie. In Deutschland sind ca. 5 Prozent aller Jugendlichen und Erwachsenen von einer Nahrungsmittelallergie betroffen (ca. 3,5 Millionen Menschen). Bei 60 Prozent davon ist die Nahrungsmittelallergie das Resultat einer Kreuzreaktion, bei der Pollenallergiker oder Menschen mit Neurodermitis auf so genannte pollenassoziierte Nahrungsmittel reagieren.¹

Die Forschungsergebnisse der letzten Jahre liefern Erkenntnisse über Mechanismen, die zu Allergien führen. Auch in der Pharmakotherapie und der spezifischen Immuntherapie (SIT) gibt es wichtige Neuerungen. Doch diese wissenschaftlichen Errungenschaften kommen in der Versorgung der Patient und Patientinnen nicht in ausreichendem Maße an.² Der Zugang zu den diagnostischen Leistungen hat sich in den letzten Jahren verschlechtert, die Zahl der spezialisierten Dermatologen oder Pneumologen nimmt ab.³ Nur noch 1,5 Prozent der niedergelassenen Ärzte bieten allergologische Leistungen an. Die Patientinnen und Patienten warten oft monatelang auf eine Diagnose oder eine Behandlung. Die Fortschritte der Allergieforschung zu Therapiekonzepten und modernen Medikamenten kommen laut Weißbuch Allergie nicht bei allen Patientinnen und Patienten in Deutschland an.

Im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit (APUG), einer von BMU, BMG und BMELV getragenen Initiative zur Information und Aufklärung der Bevölkerung sowie zur Förderung der Zusammenarbeit aller verantwortlichen Stellen und Verwaltungsebenen, werden allergische Erkrankungen bisher kaum berücksichtigt. Eine Ausnahme bilden Ambrosia-Programme zur Minimierung der Ausbreitung dieser hochallergenen Pflanze.^{4,5}

Eine Verharmlosung allergischer Erkrankungen kann gravierende Folgen haben. Denn schlecht eingestellte oder nicht behandelte allergische Erkrankungen können weitreichende Komplikationen nach sich ziehen, wie z. B. einen „Etagenwechsel“ von Heuschnupfen zu einer Asthmaerkrankung.

Allergische Erkrankungen stellen eine große individuelle sowie volkswirtschaftliche Belastung dar. Inadäquat behandelte allergische Erkrankungen verursachen indirekte jährliche Kosten für die Abwesenheit am Arbeitsplatz bzw. durch Reduktion der Arbeitsproduktivität und -leistung, die auf 55 bis 151 Milliarden Euro geschätzt werden. Das sind 2.405 Euro pro unzureichend diagnostiziertem/-er und unzureichend behandeltem/-er Patienten bzw. Patientin pro Jahr. Eine Therapie der allergischen Erkrankungen mit der SIT würde jährlich rund 125 Euro pro Patientin und Patient kosten und damit rund 5 Prozent der Gesamtkosten.⁶

Viele Medikamente, die für die Behandlung der Symptome essenziell sind wie bspw. Nasentropfen und Antihistaminika müssen von den Betroffenen selbst bezahlt werden. Dadurch wird oft die notwendige Medikation vernachlässigt, was zu schweren Krankheitsverläufen und hohen Behandlungskosten zu Lasten von Krankenversicherungen führen kann.

¹ www.allergieinformationsdienst.de/immunsystem-allergie/allergene/nahrungsmittel.html

² Weißbuch Allergie in Deutschland 2019: www.springer.com/de/book/9783899353129

³ Wasem-Studie Biermann J, Merk H, Wehrmann W, Klimek L, Wasem J. Allergische Erkrankungen der Atemwege – Ergebnisse einer umfassenden Patientenkohorte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. *Allergo J* 2013; 22: 366-373 <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs15007-013-0350-6>

⁴ www.umweltbundesamt.de/themen/klima-energie/klimafolgen-anpassung/werkzeuge-der-anpassung/projekt-katalog/aktionsprogramm-ambrosia

⁵ Aktionstag gegen Ambrosia www.umweltbundesamt.de/presse/pressemitteilungen/allergie-alarm-aktionstag-gegen-ambrosia

⁶ Zuberbier T, Lötval J, Simoons S, Subramanian S.V, Church M.K. Economic burden of inadequate management of allergic diseases in the European Union: a GA2LEN review: *Allergy* 69 (2014) 1275-1279, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/all.12470>

Problematisch für viele Allergiker ist die unzureichende Erkennbarkeit von Allergenen beispielsweise in Lebensmitteln, Kosmetika, Bedarfsgegenständen, aber auch in Raumluft. So reicht beispielsweise die derzeitige Allergenkennzeichnung für Lebensmittel für viele der ca. 3,5 Millionen Menschen mit Nahrungsmittelallergien nicht aus. So gibt es keine gesetzliche Regelung zur Verwendung des Warnhinweises „kann Spuren von xyz enthalten“, der häufig vorsorglich und aus haftungstechnischen Gründen verwendet wird und damit zu einer weiteren, unnötigen Einschränkung von Allergikern führt. Unzureichend ist zudem weiterhin die Allergenkennzeichnung für lose Ware, beispielsweise in Bäckereien, Imbissen und Restaurants.

Die fortschreitende Klimaerhitzung sowie die Schadstoffbelastung der Luft haben einen Einfluss auf die allergischen Reaktionen bei Personen mit hyperreagiblen Atemwegen (Betroffene von Heuschnupfen, COPD oder Asthma).⁷ Infolge der steigenden Jahresdurchschnittstemperatur mit Extremhitzeperioden und hohen Schadstoffbelastungen ändert sich die Quantität und Qualität der Pollen.⁸ Die extremen klimatischen Bedingungen führen dazu, dass bestimmte Bäume und Gräser länger blühen und höhere Mengen an Pollen freisetzen. Für die betroffenen Asthmatiker und Asthmatikerinnen, Pollenallergikerinnen und Pollenallergiker bedeutet ein veränderter Pollenflug, der früher beginnt, länger andauert und zum Teil eine deutlich stärkere Ausprägung hat, eine längere und intensivere Leidenszeit. Eine Veränderung der Pollenproduktion wird sowohl bei Birke als auch bei Hasel und Erle beobachtet.

Seit Jahren beobachten Biologinnen und Biologen die zunehmende Verbreitung neuer invasiver Pflanzenarten, die an die Klimaänderungen gut angepasst sind und dadurch günstige Lebensbedingungen vorfinden, wie z. B. Ambrosia, Götterbaum, Essigbaum, Blumen-Esche. Sie konkurrieren mit der einheimischen Flora und können eine Bedrohung für die Pflanzenvielfalt darstellen. Aufgrund ihrer allergenen Eigenschaften sind sie ein gesundheitsrelevantes Problem.

Es gibt bereits europäische Aktionsprogramme, die bei allergischem Asthma erfolgreich umgesetzt wurden mit dem Ziel, die Versorgungssituation und Lebensqualität der betroffenen Asthmatikerinnen und Asthmatiker zu verbessern und die Krankheitskosten zu reduzieren. Auf Initiative des finnischen Gesundheitsministeriums wurde im Jahr 1994 ein „Finnish National Asthma Programme“⁹ ins Leben gerufen. Das Konzept setzte auf die Entwicklung eines multidisziplinären Aktionsprogramms, das nicht nur Präventions- und Behandlungsrichtlinien umfasste, sondern auch ihre detaillierte Implementierung inklusive Ergebniskontrolle. Der Fokus des Programms lag auf der Optimierung der Frühdiagnose, der Unterstützung des Selbstmanagements der Betroffenen, der aktiven Behandlung von Entzündungen und der Vernetzung von Ärztinnen bzw. Ärzten und Pharmazeutinnen bzw. Pharmazeuten. Ein ähnliches Modell wird seit 2008 in Polen umgesetzt. Das erfolgreiche „National Asthma Programm“ POLASTMA, mit rechtzeitiger Diagnose und antientzündlicher Behandlung, zielt auf Verminderung von schweren Asthmaverläufen, Senkung der Mortalität und Reduktion von Krankheits- und Fehltagen.¹⁰

Allergieprävention und Aufklärung in allen Bereichen bringen großen Nutzen. Um die allergiesensiblen und -sensibilisierten Personen angemessen zu schützen und die individuelle Krankheitslast sowie die gesellschaftlichen Krankheitskosten zu minimieren, braucht es deshalb eines umfassenden Aktionsprogramms Allergien.

⁷ Frei T, Globale Klimaerwärmung und deren Auswirkung auf die Gesundheit, *Allergologie*, J. 40 (2017) 320-26

⁸ Höflich C; Klimawandel und Pollen-assoziierte Allergien der Atemwege, UMID 1/2014 www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/377/publikationen/umid_01_2014_gesamt_0.pdf.

⁹ Finnisch National Asthma Programme www.researchgate.net/publication/6908320_A_10_year_asthma_programme_in_Finland_Major_change_for_the_better

¹⁰ Nationaler Aktionsplan Allergie www.gpau.de/media/2015/pdfs/AfA_Aufruf.pdf

- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,
1. im Sinne des vorsorgenden Gesundheitsschutzes ein umfassendes Aktionsprogramm Allergien zu initiieren. Dieses Aktionsprogramm soll zum effektiven Schutz der Bevölkerung vor Allergien und allergischem Asthma beitragen, indem
 - a) die Relevanz der allergischen Erkrankungen durch ein umfassendes, angemessenes Informationsangebot rund um Entstehung von Allergien, zu Präventionsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten sowie zum Alltagsmanagement durch das Bundesgesundheitsministerium und nachgeordnete Behörden bekannt gemacht wird;
 - mit umfassender Aufklärung der Familien durch Kinderärztinnen und Kinderärzte, Hebammen, öffentlichen Gesundheitsdienst und Patientenorganisationen über vermeidbare Risiken für Kinder durch Exposition gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln, Tabakrauch und flüchtigen Schadstoffen in Innenräumen (Wohnräume, Schulen, Kindertagesstätten);
 - mit zielgruppengerechten mehrsprachigen Informationsangeboten für Familien und Patientinnen und Patienten mit Migrationsgeschichte;
 - durch umfassende Aufklärung des Personals in Kindergärten und Schulen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst und Patientenorganisationen über Bedürfnisse der allergiekranken Kinder;
 - b) evidenzgesicherte Maßnahmen der Allergieprävention (die z. B. in Leitlinien zu Asthma, allergischer Rhinitis, Kontaktallergien, Nahrungsmittelallergien und zur Primärprävention allergischer Erkrankungen veröffentlicht wurden) umgesetzt werden und durch Versorgungsforschung flankiert werden;
 - c) Allergieprävention in das Präventionsgesetz (PrävG) bzw. in die angekündigte Weiterentwicklung des PrävG aufgenommen wird mit konkreten Vorgaben und Handlungsempfehlungen wie Stillempfehlung, die eine anerkannte Allergiepräventionsmaßnahme ist sowie Pflegeempfehlungen für Säuglinge;
 - d) die Multizentrischen Allergiepräventionsstudien und Allergiemonitoringstudien bei Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen ausgeweitet bzw. verstetigt sowie die Effektivität bestimmter Maßnahmen zur Prävention von Allergien, Neurodermitis und Asthma erfasst, dokumentiert und wissenschaftlich ausgewertet wird;
 - e) zur Stärkung des Verbraucherschutzes im Hinblick auf allergene Stoffe beigetragen wird durch
 - Regelungen zur Kennzeichnung für unbeabsichtigte Allergeneinträge („kann Spuren von ... enthalten“) und Einführung von gesundheitsrelevanten Referenzdosen als Schwellenwerte;
 - Schließen von Lücken in der Allergeninformation verpackter Lebensmittel (Informationen zu Zutaten auf Einzelverpackungen aus Großgebinden und Hinweis auf allergenrelevante Rezepturänderungen) sowie Transparenz zu allergenen Inhaltsstoffen z. B. bei Verwendung von Süßmolkenpulver, Casein als Zutaten;
 - konsequentes Umsetzen der Allergeninformation bei nicht vorverpackten Lebensmitteln insbesondere in Restaurants, Eisdielen, Gemeinschaftsverpflegung, Krankenhäusern etc., inklusive Kontrolle der Umsetzung dieser Kennzeichnungspflicht, indem die Bundesregierung die Länder bei der Lebensmittelüberwachung durch gesetzliche Rahmenbedingungen unterstützt;

- Meldepflicht für anaphylaktische Reaktionen auf Lebensmittel verbunden mit der Information der Lebensmittelsicherheitsbehörden und Kommunikation von gesundheitsrelevanten Funden unbeabsichtigter nicht deklarerter Allergeneinträge an Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Patientenorganisationen;
 - Verbote von potenten allergieauslösenden Stoffen in Kinderkosmetik, Bastel-, Schulmaterialien und in weiteren Produkten, die für Kinder bestimmt sind wie Beißringe, Schnuller u. Ä. sowohl auf europäischer Ebene ggf. als nationale Regelung;
 - Hinwirken auf eine Verschärfung der Spielzeugrichtlinie auf der EU-Ebene, indem bekannte allergene Stoffe (allergene Duftstoffe, Konservierungsstoffe, Farbstoffe, Nickel, Chrom) für die Verwendung in Spielzeug und Basalmaterialien ausgeschlossen werden;
 - Ergänzung der Konzeption der Bundesregierung zur Verbesserung der Luftqualität in Innenräumen aus dem Jahr 1992 bzw. 2005¹¹ durch Verbot von Beduftung von öffentlichen Räumen bzw. Verpflichtung zur Transparenz des Duftstoffeinsatzes mit vollständiger Deklaration der Inhaltsstoffe und Kennzeichnung von allergenen Inhaltsstoffen (Duftstoffen, Konservierungsstoffen);¹²
 - Verbot von Beduftung in Arztpraxen, Krankenhäusern und Pflegeheimen, öffentlichen Verkehrsmitteln, Kindergärten, Schulen oder Behörden;
 - Transparenz der Zusammensetzung bzw. der Inhaltsstoffe in Bedarfsgegenständen, Textilien, Spielzeug, Bekleidung, Büro- und Schulmaterialien, Medizinprodukten, Arzneimitteln (durch Angaben auf den Produkten bzw. im Internet), indem folgende Verordnungen und Gesetze entsprechend angepasst werden: Bedarfsgegenständeverordnung (BedGgstV), Textilkennzeichnungsgesetz, Spielzeugverordnung, Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte; bzw. Hinwirken auf entsprechende Umsetzung der Vorgaben auf EU-Ebene;
 - Hinwirken auf bessere Transparenz der allergenen Inhaltsstoffe auf der EU-Ebene durch Allergiehinweise auf Kosmetika, Wasch- und Reinigungsmitteln (z. B. „enthält Duft- und Konservierungsstoffe“ oder mit einem entsprechenden Piktogramm), durch Ergänzung der Kosmetikverordnung und der Detergenzien Verordnung;
 - Kennzeichnungspflicht für Allergene in Bau- und Renovierungsprodukten;
2. die Versorgung der Allergikerinnen und Allergiker, Asthmatikerinnen und Asthmatiker, Neurodermitikerinnen und Neurodermitiker zu verbessern und den Zugang zu effektiven Behandlungskonzepten zu ermöglichen, indem sie
- a) die Aufklärung der Patientinnen und Patienten über gesundheitliche Relevanz von regelmäßig wiederkehrenden Symptomen durch die Hausärztinnen bzw. Hausärzte und Gesundheitsämter fördert, um eine Chronifizierung und Verschlechterung der Erkrankung zu verhindern wie „Etagenwechsel“ zum Asthma oder Entwicklung von multiallergischen Erkrankungen;
 - b) verpflichtende Fortbildungsprogramme zur Relevanz und Epidemiologie der allergischen Erkrankungen für Hausärztinnen und Hausärzte, Kinderärz-

¹¹ Bericht „Verbesserung der Luftqualität in Innenräumen – Ausgewählte Handlungsschwerpunkte aus Sicht BMU, www.apug.de/archiv/pdf/BMU_bericht_innenraumluft_2005.pdf

¹² www.bvl.bund.de/DE/03_Verbraucherprodukte/02_Verbraucher/02_SonstigeBedarfsgegenstaende/01_WasSindSonstigeBedarfsgegenstaende/bgs_Def_sonstige_BGS_node.html

- tinnen und Kinderärzte, Dermatologinnen und Dermatologen, Pneumologinnen und Pneumologen sowie und HNO-Ärztinnen und -Ärzte in der medizinischen Ausbildung etabliert, um so den Zugang zu leitliniengerechter Versorgung der Betroffenen zu sichern und sie in Disease-Management-Programme wie „DMP Allergie“ zu integrieren;
- c) darauf hinwirkt, dass durch mehr spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, Fachkliniken und Allergiezentren die leitliniengerechte Versorgung durch allergologisch spezialisierte Ärztinnen bzw. Ärzte mit effizienten Versorgungsstrukturen eine hohe Qualität der Behandlung auch in unterversorgten Regionen gesichert wird;
 - d) darauf hinwirkt, dass eine Aufklärung über Vorteile von und Förderung der spezifischen Immuntherapie (SIT) als kausale und wirtschaftlich angemessene Therapieform für bestimmte Allergieformen wie Insektengiftallergie, Pollenallergie, Milbenallergie stattfindet;
 - e) darauf hinwirkt, dass Patientenschulungsangebote für Asthma, Anaphylaxie und Neurodermitis für Erwachsene, Kinder und ihre Familien durch Ärzte bzw. spezialisierte Schulungsteams flächendeckend angeboten werden mit Übernahme der Kosten durch alle Krankenkassen sowie, dass Neurodermitis-Schulungsprogramme wie AGNES und ARNE flächendeckend angeboten und von allen Krankenkassen vollumfänglich erstattet werden;
 - f) darauf hinwirkt, dass Inhalationsgeräte zur Asthmatherapie und Adrenalin-Autoinjektoren auf die SubstitutionsAusschlussListe gesetzt werden, damit sie nicht in der Apotheke gegen wirkstoffgleiche aber anders zu handhabende Produkte ausgetauscht werden, da eine Umstellung der Handhabung für die Patientinnen und Patienten im Notfall kritisch ist und erst wieder erlernt werden muss;
 - g) darauf hinwirkt, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Patienten-compliance-managements (Therapietreue) etabliert werden, um die Patientinnen und Patienten zur konsequenten Umsetzung der Therapieschritte mit Medikamenteneinnahme und Präventionsmaßnahmen zu motivieren, dazu gehört eine umfassende Aufklärung der Patientinnen und Patienten z. B. im Rahmen von Disease-Management-Programmen DMP;
 - h) darauf hinwirkt, dass die Diagnostik ein Bestandteil des DMP Allergien ist und dass interdisziplinär arbeitende Zentren für Diagnostik, Therapie, Beratung und Schulung im Bereich der allergischen Erkrankungen etabliert werden und die Verfügbarkeit von Diagnostikallergenen für die Versorgung allergologischer Patienten und Patientinnen sichergestellt wird;
 - i) das öffentliche Angebot von Notfallversorgung von Anaphylaxie in Kindergärten, Schulen fördert, indem Adrenalin-Autoinjektoren in Schulen, Kitas, Horten vorgehalten werden inkl. Schulungsangebot für Kinderbetreuer, wie die Autoinjektoren richtig angewendet werden müssen sowie Integration der Anaphylaxie in die Ausbildung von Ersthelfern und in Erste-Hilfe-Kursen sowie die Schulung und Gewährleistung der allergischen Notfallversorgung durch Lehrerinnen bzw. Lehrer sowie Erzieherinnen und Erzieher sichert;
 - j) darauf hinwirkt, dass Kinder einen erleichterten Zugang zu neuen Therapien erhalten;
 - k) darauf hinwirkt, dass neue Konzepte und Arzneimittel zur Behandlung von Lebensmittelallergien und Lebensmittelunverträglichkeiten etabliert werden;
 - l) sich für die Prävention und Behandlung von allergischen Erkrankungen im Berufsleben konsequent einsetzt, indem sie

- Vorgaben im Arbeitsschutzgesetz macht für effektive und bewährte Schutzmaßnahmen beim Umgang mit allergenen Stoffen in der Ausbildung und am Arbeitsplatz;
 - die Aufklärung der Beschäftigten und Auszubildenden über Sinn bestimmter Maßnahmen wie das Tragen von Schutzkleidung, Hautpflegen, regelmäßige Untersuchungen durch Betriebsärzte fördert;
 - dafür sorgt, dass im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) die Hautschutzmaßnahmen am Arbeitsplatz sowie Information der Beschäftigten über Risiken von Arbeitsstoffen und mögliche Präventionsmaßnahmen verankert werden;
3. die Finanzierung der Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Forschung sichern und an den Bedarf der Allergikerinnen und Allergiker, Asthmatikerinnen und Asthmatiker, Neurodermitikerinnen und Neurodermitiker anzupassen indem sie
- a) darauf hinwirkt, dass die Kosten für Medikamente (Antihistaminika und Glukokortikoide) und leitlinienkonforme Basistherapie bei Neurodermitis als erstattungsfähig durch die Leistungsträger auch für Patient*innen nach dem 12. Lebensjahr ausgewiesen wird sowie die Erstattung von Encasings (milbendichte Überzüge) für Hausstaubmilbenallergiker durch die gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen wird;
 - b) dafür sorgt, dass die allergischen Erkrankungen im Hinblick auf die Zuzahlungen wie chronische Erkrankungen behandelt werden und die Zuzahlungen mittelfristig mit der Bürgerversicherung entfallen;
 - c) darauf hinwirkt, dass die Entwicklung von Testsubstanzen für die Diagnostik von allergenen Neophyten durch entsprechende Rahmenbedingungen für Forschung zu neuen Testsubstanzen vorangetrieben wird;
 - d) in das nächste Rahmenprogramm Gesundheitsforschung die Erforschung, Entwicklung, klinische Prüfung und Herstellung von (neuen) Diagnostikallergenen aufnimmt;¹³
 - e) sich für Vergütungssysteme durch die Kassenärztlichen Vereinigungen einsetzt, die den erhöhten Zeitbedarf für das Patientenmanagement insbesondere von Kindern berücksichtigen;
 - f) sich für Kostenübernahme für qualifizierte Ernährungstherapie für Patient*innen und Patienten mit einer Lebensmittelallergie und -unverträglichkeit durch allergologisch versierte Ernährungsfachkräfte durch die gesetzliche Krankenversicherung einsetzt;
 - g) sich für Forschung und Entwicklung von kausalen Immuntherapien für die Behandlung von Lebensmittelallergien einsetzt;
 - h) sich für ein regelmäßiges Allergiemonitoring im Rahmen einer NCD-Surveillance (Surveillance von nichtübertragbaren Erkrankungen) einsetzt und eine langfristige Finanzierung sicherstellt;
4. umfassende Maßnahmen zur Minimierung der Auswirkungen von Klimaänderung auf die Entwicklung und den Verlauf von allergischen Erkrankungen umzusetzen, indem sie
- a) in Ballungsregionen Empfehlungen an die Kommunen für die Neupflanzungen für Baum- und Straucharten herausgibt, die ein geringes Allergierisiko tragen. Bei der Städteplanung und Städtebegrünung muss die allergene Re-

¹³ Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung;
www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Rahmenprogramm_Gesundheitsforschung.pdf

levanz der klima- und hitzeresistenten Pflanzen stärker berücksichtigt werden. Die sollte auch in den Klimaanpassungsplänen der Bundesregierung¹⁴ wie der Deutschen Anpassungsstrategie an den Klimawandel (DAS)¹⁵ und in konkreten Maßnahmen des Aktionsplans Anpassung (APA) berücksichtigt werden. Konkrete Vorschläge sollten in kommunale Maßnahmen umgesetzt werden;¹⁶

- b) im Rahmen der Deutschen Anpassungsstrategie an den Klimawandel eine gezielte Aufklärung und Beratung der Grünflächenämter der Städte und Kommunen zu Pflanzen mit allergener Potenz und zu unproblematischen Alternativen etabliert mit dem Ziel, Pflanzen, die Pollen mit hoher Allergie-relevanz produzieren, wie Birken oder Haselsträucher, als Stadtpflanzen zu reduzieren. Diese Aufklärung sollte durch Umweltämter gewährleistet werden;
- c) die Aufklärung der Verbraucherinnen und Verbraucher zu Risiken durch neue allergene Pflanzen wie Zedern oder Olivenbäume sowohl durch Gesundheitsämter als auch unabhängige Beratungsstellen der Patientenorganisationen oder Verbraucherzentralen fördert;
- d) sich für eine zeitnahe Umsetzung der Empfehlungen aus der Deutschen Anpassungsstrategie und der Handlungsempfehlungen des Aktionsplans Anpassung (APA) einsetzt.¹⁷ Die Inhalte des Aktionsplans müssen um konkrete Maßnahmen gegen allergieauslösende Neophyten und klimabedingte Auswirkungen auf Entstehung und Behandlung von allergischen Erkrankungen ergänzt werden. Der Aktionsplan muss gezielte Empfehlungen für Allergikerinnen und Allergiker und das medizinische Personal beinhalten, sowohl zur Primärprävention von allergischen Erkrankungen auf neue Allergene als auch zur Diagnostik und Karenz der Allergieauslöser. Die Inhalte des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit müssen um konkrete Maßnahmen zur Reduktion der Belastung der Bevölkerung mit allergenen Pollen ergänzt werden.

Berlin, den 12. Mai 2020

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

¹⁴ Klimaschutzplan 2050, www.bmu.de/fileadmin/Daten_BMU/Download_PDF/Klimaschutz/klimaschutzplan_2050_bf.pdf

¹⁵ Deutsche Anpassungsstrategie an den Klimawandel: www.bmu.de/fileadmin/bmu-import/files/pdfs/allgemein/application/pdf/das_gesamt_bf.pdf

¹⁶ www.umweltbundesamt.de/themen/klima-energie/klimafolgen-anpassung/anpassung-an-den-klimawandel-0#textpart-2

¹⁷ Umweltbundesamt: Aktionsplan Anpassung der Deutschen Anpassungsstrategie, www.umweltbundesamt.de/themen/klima-energie/klimafolgen-anpassung/anpassung-auf-bundesebene/aktionsplan-anpassung#textpart-1

Begründung

Zu 1.

Allergische Erkrankungen gehören in Deutschland zu den häufigsten Krankheiten überhaupt. Damit verbunden ist sowohl eine hohe individuelle Krankheitslast (disease burden) als auch hohe direkte und indirekte Kosten, die durch diese Erkrankungen hervorgerufen werden.¹⁸

Als Berufskrankheit zeigen allergische Reaktionen wie chronisches Handekzem und allergisches Asthma eine steigende Tendenz. Beim Hautekzem sind die gemeldeten Krankheitsfälle von 4.400 jährlich im Jahr 2008 auf 23.033 im Jahr 2016 gestiegen.¹⁹ Die volkswirtschaftlichen jährlichen Folgekosten durch berufliche Ekzemerkrankungen in Deutschland (hauptsächlich durch Produktivitätsausfall) werden auf rund 1,8 Milliarden Euro beziffert. Kontaktallergien sind nicht heilbar und haben daher gravierende Auswirkungen wie Ausfall von qualifizierten Arbeitskräften in Betrieben, eine berufliche Neuorientierung der Betroffenen. Durch Aufklärung im Sinne der Primärprävention z. B. durch das Tragen von Schutzhandschuhen und angemessene Hautpflege und durch frühe dermatologische Maßnahmen sind die Entwicklung von Hautentzündungen und der Wechsel vom irritativen zum allergischen Ekzem vermeidbar.

Die Kostenlast für Diagnostik und akute Behandlung der allergischen Rhinitis sowie des allergischen Asthmas und der Neurodermitis in Deutschland sind nach Einschätzung der Sozioökonomien hoch.²⁰ Beispielsweise liegen die jährlichen Kosten für das System der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) für die allergische Rhinitis bei 600 Euro pro Patienten bzw. Patientin und insgesamt bei 1,2 Mrd. Euro für die direkten Kosten. Direkte Kosten sind medizinassoziiert und umfassen alle Ausgaben für medizinische Leistungen zur Behandlung der Krankheiten. Die indirekten Kosten werden auf 800 Euro pro betroffene/n Patientin bzw. Patienten bzw. insgesamt auf 1,6 Mrd. Euro beziffert und quantifizieren den gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsverlust durch Krankheit mit Arbeitsausfall, Verminderung der Arbeitsleistung, vorzeitige Berufsunfähigkeit, Fehltag, Rehabilitationsmaßnahmen oder Tod.

Für die jährlichen Ausgaben der dermatologischen Behandlung der Neurodermitis wurden die mittleren Therapiekosten von rund 2.200 Euro und mittlere indirekte Kosten von 1.200 Euro pro behandelte Person ermittelt.²¹ Das entspricht rund 1,7 Milliarden Euro Gesamtkosten mit 1,1 Mrd. Euro für direkte und 0,6 Mrd. Euro für indirekte Kosten.²²

Die volkswirtschaftlichen Kosten allergischer Erkrankungen der Atemwege in Europa wurden im Jahr 2008 auf 36,7-385,1 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt.²³ Fortgeschrittene Erkrankungen sind kompliziert und bedürfen einer umfangreichen Behandlung, die mit höheren Therapiekosten einhergeht. Die Gesamtkosten je Patientin bzw. Patient mit leichtem Asthma werden auf 1.670 Euro pro Jahr geschätzt, bei einem schweren Asthma sind es rund 6.000 Euro.²⁴ Bei allergischer Rhinitis betragen die jährlichen Kosten für Arzneimittel, Hospitalisierung und Rehabilitation pro Erwachsenen 1.543 Euro und 1.089 pro Kind bzw. Jugendlichen. Beim schweren Asthma in Kombination mit Rhinitis lagen die jährlichen Kosten bei 7.928 Euro pro Kind bzw. Jugendlichen und bei 9.287 Euro pro Erwachsenen.²⁵

¹⁸ Bergmann KC, Heinrich J, Niemann H. Aktueller Stand zur Verbreitung von Allergien in Deutschland. Positionspapier der Kommission Umweltmedizin am Robert Koch-Institut. *Allergo J Int* 2016; 25:6-10
www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/UmweltKommission/Stellungnahmen_Berichte/Downloads/allergien_deutsch.pdf?__blob=publicationFile

¹⁹ John SM. Hauterkrankungen am Arbeitsplatz: Frühzeitig alle Register ziehen. *Dtsch Ärztebl* 2018; 115: 18
www.aerzteblatt.de/archiv/198014/Hauterkrankungen-am-Arbeitsplatz-Fruehzeitig-alle-Register-ziehen

²⁰ Augustin M, Sozioökonomische Bedeutung allergischer Erkrankungen. *Weißbuch Allergie in Deutschland*. Springer Medizin, 2018

²¹ Augustin M, Sozioökonomische Bedeutung allergischer Erkrankungen. *Weißbuch Allergie in Deutschland*. Springer Medizin, 2018

²² AtopicHealth2, Aktuelle noch nicht beendete Versorgungsstudie zu Neurodermitis, www.atopichealth.de/wp-content/uploads/AtopicHealth2_study-protocol.pdf und www.derma-forum.com/aktuell/gehoff-0118/

²³ Zuberbier T, Lötval J. Allergies have a socioeconomic impact: a model calculation. *Allergy* 2008; 63:612-21

²⁴ Schulenburg JM von der, Greiner W, Molitor S, Kielhorn A. Kosten der Asthmatherapie nach Schweregrad. Eine empirische Untersuchung. *Medizinische Klinik* 1996; 91: 670-6

²⁵ Schramm B, Ehlken B, Smala A. Cost of illness of atopic asthma and seasonal allergic rhinitis in Germany: 1-yr retrospective study. *Eur Respir J* 2003; 21: 116-22 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12570119

Allergische Erkrankungen haben gravierende persönliche Auswirkungen auf den Alltag der betroffenen Allergikerinnen und Allergiker sowie Asthmatikerinnen und Asthmatiker bis hin zu lebensbedrohlichen anaphylaktischen Reaktionen. Die geltenden Regelungen und Gesetze reichen nicht aus, um die Sicherheit und Lebensqualität der Betroffenen positiv zu beeinflussen. Beispielsweise zeigte eine Untersuchung der Verbraucherzentrale Hamburg aus dem Jahr 2017, dass die Kennzeichnungspflicht für allergene Inhaltsstoffe in Speisen, die seit 2014 auch in Restaurants und Gaststätten gilt, in 55 Prozent der untersuchten Restaurants nicht umgesetzt wurde. Auskünfte zu Allergenen in den angebotenen Speisen waren zum Teil falsch bzw. erfolgten nur mündlich.²⁶ Hier sind sowohl die Aufklärung der Restaurantbetreiberinnen und Restaurantbetreiber als auch des Küchenpersonals notwendig als auch bessere Überwachung der der Einhaltung der Gesetze durch amtliche Lebensmittelüberwachung.

Die Wirtschaftlichkeit von bestimmten Maßnahmen ergibt sich aus dem Nutzen der Behandlung im Vergleich zu den finanziellen Aufwendungen. Das ökonomische Potential bei allergischen Erkrankungen liegt darin, rechtzeitig präventive Maßnahmen einzuleiten und eine sachgerechte Behandlung der Erkrankungen durchzuführen. Bei allergischer Rhinitis gilt die spezifische Immuntherapie (SIT bzw. AIT Allergen-Immuntherapie, Hyposensibilisierung) anderen Therapieformen im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit als überlegen.

Die positiven Erfahrungen beispielsweise aus der Finnischen Asthma Studie zeigen, dass mit einem multidisziplinären Aktionsprogramm, das sowohl umfassende Präventions- und Behandlungsrichtlinien realisiert inklusive detaillierter Implementierung und Ergebniskontrolle eine Verminderung von schweren Asthmaverläufen erreicht werden kann mit Senkung der Mortalität und Reduktion von Krankheits- und Fehltagen. Ein solches multidisziplinäres und zugleich konzentriertes Programm fehlt in Deutschland.

Zu 2.

Nur ca. 10 Prozent der allergischen Patientinnen und Patienten werden derzeit entsprechend den aktuellen Leitlinien behandelt. Die WASEM-Studie zur Versorgungssituation der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten mit allergischen Atemwegserkrankungen hat gezeigt, dass im Zeitraum von 2007 bis 2010 die Anzahl der durchgeführten diagnostischen Untersuchungen um 30% zurückgegangen ist.²⁷ Nicht adäquat behandelte PatientInnen mit allergischer Rhinitis haben ein höheres Risiko, ein allergisches Asthma zu entwickeln.²⁸

Je nach Schweregrad der Neurodermitis müssen sich die Patienten 1-3 Mal pro Tag großflächig eincremen. Basistherapie wird nicht von den Krankenkassen erstattet, die Kosten für die Hautpflegemittel können über 100 Euro pro Monat betragen. Das führt dazu, dass Patienten mit einem schlechten sozioökonomischen Status ihre Hautpflege vernachlässigen und schneller auf kostentreibende rezeptpflichtige Medikamente angewiesen sind, die wiederum von Krankenkassen erstattet werden. Ausnahmeregelung für die Erstattung der Kosten für Basistherapeutika gibt es für Kinder bis zum 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr.

Ein wichtiger Baustein der Behandlung des atopischen Ekzems sind Patientenschulungen, in denen die Betroffenen bzw. die Eltern neurodermitischer Kinder über die einzelnen Stufen der Erkrankung und die notwendigen Maßnahmen aufgeklärt und zum Selbstmanagement der Erkrankung angeleitet werden.²⁹

Leider gibt es derzeit keine DMP zu chronischen Allergieerkrankungen wie allergische Rhinitis, Neurodermitis oder Kontaktallergien. Ein umfassendes Behandlungsprogramm mit langfristigen Behandlungskonzepten würde den betroffenen Chronikern eine angemessene Versorgung bieten.

Die Versorgungssituation der gesetzlich versicherten Allergikerinnen und Allergiker ist weder ausreichend noch angemessen. Viele Leistungen wie die freiverkäuflichen Antihistaminika und Basistherapien bei Neurodermitis sind aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen und müssen von den Versicherten selbst bezahlt werden.

²⁶ VZ Hamburg: Allergen Kennzeichnung in Restaurants der Hamburger Innenstadt und Hafencity, Ergebnisse des Restaurantchecks 2017: www.vzh.de/themen/lebensmittel-ernaehrung/mogeleien-restaurants/allergisch-allein-gelassen

²⁷ Biermann J, Merk H, Wehrmann W, Klimek L, Wasem J. Allergische Erkrankungen der Atemwege – Ergebnisse einer umfassenden Patientenkohorte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. *Allergo J* 2013; 22: 366-373 <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs15007-013-0350-6>

²⁸ KiGGS-Studie, 2007: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_03_2018_KiGGS-Welle2_Gesundheitliche_Lage.pdf?__blob=publicationFile

²⁹ www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/patientenschulungen/patientenschulungen_1.jsp, www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patientenschulung/2015_05_07_GEP_atopisches_Syndrom_Fassung_21_04_2015.pdf

Die Probleme der Budgetierung der behandelnden Ärzte bestehen bei privat versicherten Patienten in der Regel nicht, je nach Tarifvertrag müssen aber von den Patienten Teilkosten für die Diagnostik und Behandlung übernommen werden – was sich ebenfalls negativ auf die Inanspruchnahme dieser Leistungen und damit auf den Krankheitsverlauf auswirken kann.

Zu 3.

Allergische Erkrankungen zeigen eine große Vielfalt an unterschiedlichen Beschwerden und Symptomen und sind je nach individueller Empfindlichkeit auch unterschiedlich ausgeprägt. Oft leiden die Patientinnen und Patienten an mehr als einer Allergie, was die Diagnostik und auch die Behandlung kompliziert. Die Diagnostik allergischer Erkrankungen basiert auf Anamnese d. h. Befragung der Patientinnen und Patienten zu Entstehung und Verlauf der Erkrankung. Weitere Aspekte der Diagnostik sind die klinische Untersuchung des Krankheitsbildes sowie die Durchführung von Hauttests wie Epikutantests oder Kutantests (Prick-, Intrakutan-, Scratch- oder Reibtest). Hauttestungen sind die klassischen In-vivo-Untersuchungen, schnell und relativ kostengünstig durchführbar. Zum Standard der Diagnostik gehören auch diverse In-vitro-Methoden³⁰ wie der Nachweis spezifischer IgE-Antikörper im Serum, in der Regel zusammen mit einem Provokationstest. Denn ein Nachweis von Antikörpern im Blut ist nur ein Hinweis auf Sensibilisierung und reicht für das Feststellen der allergischen Erkrankung nicht aus. Erst ein Provokationstest zeigt, ob die Patientinnen und Patienten auf die allergenen Substanzen mit allergischen Beschwerden reagieren.

Sowohl für die Hauttestungen als auch für die Provokationstestungen werden bedarfsgerechte In-vivo-Diagnostikallergene benötigt. Sie werden als Arzneimittel eingestuft (§ 2 des AMG). Für die Zulassung muss für die Diagnostikallergene entsprechend den aktuellen EU- und nationalen Vorgaben die angemessene Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit sowie ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis der Präparate belegt werden. Die Hersteller der Diagnostikallergene müssen umfangreiche Dossiers erstellen. Auf Basis der Richtlinie 2010/84/EU sind die Anforderungen an die Diagnostikallergene verschärft worden (Zulassung, Inverkehrbringen, Anforderungen an die Gute Herstellungspraxis GMP, die Gute Distributionspraxis GDP, die Fälschungssicherheit).³¹ Diese Vorgaben haben zu einer deutlichen Erhöhung der Kosten bei der Herstellung von Allergenprodukten geführt. Da der höhere Aufwand nicht durch eine angemessene Kostenerstattung gedeckt ist, werden in Deutschland immer weniger Allergenpräparate zur In-vivo-Diagnostik zugelassen. Diese Situation wird dadurch verschärft, dass einige Hersteller die zugelassenen Diagnostikallergene aus ihrem Sortiment nehmen. Das hat zu einer drastischen Reduktion der Testsubstanzen geführt. Im Zeitraum 2011 bis 2018 ist die Zahl der Zulassungen bei Pricktestlösungen von 522 auf 419 zurückgegangen, die Zahl der Substanzen für Provokationstestungen von 354 auf 122. Bei den Intrakutantestlösungen ist die Zahl von 208 im Jahr 2012 auf aktuell 11 Substanzen zurückgegangen.³² Bereits jetzt ist die Anzahl der durchgeführten In-vivo-Diagnostikuntersuchungen um 30 % zurückgegangen.³³ Die gestiegenen Anforderungen der europäischen Gesetzgebung in Bezug auf die Neuzulassung, Qualität, Pharmakovigilanz, d. h. Überwachung der Sicherheit von Testallergenen und ihre Risikobewertung führt zur Reduktion des Angebotes an Diagnostikallergenen für In-vivo-Allergietests. Die Allergiediagnostik ist weitgehend im Regelleistungsvolumen der Ärzte budgetiert, die Kosten für die Diagnostikallergene werden von den Ärzten und Ärztinnen bezahlt, was bei steigenden Preisen für die Testpräparate zu sinkenden Zahlen der durchgeführten Diagnosen führt.³⁴

Für eine gezielte Therapie sind die betroffenen Allergikerinnen und Allergiker auf eine sorgfältige Diagnostik sowie auf individuelle an ihre Krankheitsbilder angepasste Behandlungskonzepte angewiesen. Dazu gehören kausale (ursächliche) und symptomatische (Beschwerden lindernde) Therapieverfahren und bei Bedarf auch zusätzliche Behandlungen von Begleiterkrankungen wie Infektionen.

³⁰ S1-Leitlinie „In-vitro-Allergiediagnostik“AWMF-Registernr. 061-017, wird derzeit überprüft: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/061-017_S1_In-vitro-Allergiediagnostik_abgelaufen.pdf

³¹ Weißbuch Allergie in Deutschland, Springer Medizin Verlag 2018, Kap. Problematik der Diagnostikallergene

³² Klimek L, Hammerbacher AS, Werfel T, Vogelberg C, Bieber T: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 113, Heft 5, 2016: www.aerzteblatt.de/archiv/174729/Allergiediagnostik-Einschraenkungen-gefaehrden-die-Patientenversorgung

³³ Biermann J, Merk H, Wehrmann W, Klimek L, Wasem J. Allergische Erkrankungen der Atemwege – Ergebnisse einer umfassenden Patientenkohorte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. *Allergo J* 2013; 22: 366-373 <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs15007-013-0350-6>

³⁴ Biermann J, Merk H, Wehrmann W, Klimek L, Wasem J. Allergische Erkrankungen der Atemwege – Ergebnisse einer umfassenden Patientenkohorte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. *Allergo J* 2013; 22: 366-373 www.aeda.de/fileadmin/user_upload/PDF/Aktuelles/2013/Wasem-Studie_dt.pdf

Eine kurzfristige Linderung der Symptome ist durch den Einsatz von Medikamenten möglich, eine langfristige Behandlung setzt auf Karenz also das Vermeiden der Allergieauslöser sowie auf Erhöhung der Toleranz gegenüber den Allergieauslösern durch Hyposensibilisierung (SIT/AIT).

Der primäre Ansatz bei der Behandlung von Allergien besteht im Meiden der Allergieauslöser (Allergenkarenz). Grundlage der Allergenkarenz ist eine sorgfältige Diagnostik sowie Information der Patientinnen und Patienten, wo die Allergieauslöser vorkommen können. Maßnahmen der Allergenkarenz können u. a. Innenraumsanierung bei Hausstaubmilbenallergie bzw. Schimmelpilzallergie sein, Ernährungsdiät, Auswahl von Allergen-freien Kosmetika, Putzmitteln, Bekleidungsprodukten. Vorteile der Karenz sind: sie ist kurzfristig umsetzbar, bringt einen schnellen Erfolg (Symptombefreiheit) und hat keine Nebenwirkungen sowie keine Kosten. Nachteile sind, dass der Erfolg dieser Behandlung hauptsächlich von den betroffenen Allergikern abhängt, das Meiden der Allergieauslöser im Alltag oft schwer umsetzbar ist und zum Teil deutliche Einschränkungen mit sich bringt. Bei bestimmten Allergie-Typen wie der Pollen-, Milbe-, Insektengiftallergie, ist das Meiden der Allergieauslöser kaum realisierbar.

Die Allergen-spezifische Immuntherapie (ASIT, AIT, Hyposensibilisierung³⁵, SIT = Spezifische Immuntherapie) ist derzeit die einzige kausale Behandlungsform von Allergien und wird als Standardbehandlung von der Weltgesundheitsorganisation WHO empfohlen.³⁶ In Folge dieser Behandlung wird der Körper an das Allergen gewöhnt bzw. erwirbt eine höhere Toleranz gegenüber dem Allergieauslöser. Hyposensibilisierung ist für die Behandlung von bestimmten Typ-I-Sensibilisierungen geeignet wie der Insektengiftallergie, Pollenallergie, Schimmelpilzallergie, Hausstaubmilbenallergie. Ziel der Therapie ist es, die Allergiebeschwerden zu lindern. Eine erfolgreiche Hyposensibilisierung kann auch den Medikamentenverbrauch und das Risiko für einen „Etagenwechsel“ zum allergischen Asthma senken. Vorteile der Hyposensibilisierung sind eine dauerhafte Verbesserung der allergischen Beschwerden bis hin zum Verschwinden der Allergie, keine Einschränkung im Alltag, Etagenwechsel kann verhindert werden, Kostenübernahme durch die Krankenkassen und langfristige Wirkung der Therapie. Nachteile: lange Dauer der Therapie (3-5 Jahre), örtliche Nebenwirkungen wie Juckreiz und Schwellung im Mundbereich, Entzündung der Einstichstelle. Aktuell sind zudem Verfahren bei Lebensmittelallergien mittels oraler Gabe bzw. Applikation des Allergens über die Haut im Gespräch, die als zusätzlicher Therapieansatz für Nahrungsmittelallergiker eine Option der Behandlung darstellen können.

Die immunmodulierenden nicht allergenspezifischen Therapieverfahren setzen auf moderne Biologika, hier werden synthetische Antikörper gegen bestimmte Botenstoffe unter die Haut gespritzt. Sie sind beständig und über einen längeren Zeitraum im Körper wirksam. Beispielsweise wird Dupilumab bei mittelschwerer und schwerer Neurodermitis, Omalizumab wird bei schwerem allergischem Asthma eingesetzt. Derzeit kommen Biologika nur bei bestimmten allergischen Erkrankungen zum Einsatz und dienen als Ergänzung zu den durchgeführten Therapien. Diese Therapie ist nicht für alle Patienten geeignet und mit vergleichsweise hohen Kosten verbunden.³⁷

Zu den Therapieverfahren gehört die symptomatische, medikamentöse Therapie mit antientzündlichen, juckreizstillenden, bronchienerweiternden oder abschwellenden Medikamenten in Form von Tabletten, Augentropfen, Nasensprays, Salben oder Asthma-Sprays. Für die Behandlung akuter allergischer Beschwerden kommen Antihistaminika infrage. Sie sind rezeptfrei und werden von den Patientinnen und Patienten selbst bezahlt. Sie sind relativ nebenwirkungsarm und kurzfristig effektiv. Bei starken Beschwerden werden verschreibungspflichtige hochwirksame Kortisonpräparate verordnet. Vorteile der medikamentösen Behandlung ist die hohe Wirksamkeit und schnelle Besserung der Symptome. Medikamente haben allerdings Nebenwirkungen. Kortikosteroide wirken wenig zielgerichtet und beeinflussen viele Vorgänge des Immunsystems gleichzeitig. Weitere Nachteile sind die hohen Kosten, die Medikamente müssen kontinuierlich eingenommen werden, sie bewirken keine nachhaltige Besserung der Beschwerden und können eine Verschlechterung der Allergie bzw. des Asthmas nicht verhindern. Liegt das Risiko einer systemischen allergischen Reaktion (Anaphylaxie) vor z. B. bei Allergien gegen Lebensmittel, Insektengifte oder Latex, kommt Adrenalin als Notfallmedikament in Form eines Autoinjektors zum Einsatz. Das Medikament ist für die Anwendung durch medizinische Laien konzipiert, sollte aber in seiner

³⁵ Allergen-spezifische Immuntherapie bei IgE vermittelten allergischen Erkrankungen vom 2014, gültig bis 09.10.2019, wird derzeit überarbeitet www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/061-004l_S2k_SIT_2014-12-abgelaufen.pdf

³⁶ Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA)2008 update (in collaboration with the WHO, GA2LEN and AllerGen). *Allergy* 2008; 63: 8-160 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1398-9995.2007.01620.x>

³⁷ Allergieinformationsdienst des HelmholtzZentrum München: Antikörper-Therapien, www.allergieinformationsdienst.de/therapie/medikamente/antikoerper-therapien.html

Handhabung trainiert werden – nicht nur von betroffenen Patientinnen und Patienten, sondern auch durch das Umfeld, insbesondere bei Kindern sind dies Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrern.

Allergische Erkrankungen wie allergische Rhinitis, allergisches Asthma, Neurodermitis, Nahrungsmittel- und Kontaktallergien haben einen chronischen Verlauf, bei dem ein langfristiges Behandlungskonzept und interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedenen Therapeuten sinnvoll ist. Bis jetzt wurden nur wenige Disease-Management-Programme (DMP) im Bereich Allergologie realisiert. DMP sind zentral organisierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Sie stützen sich auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin. DMP gibt es für Asthma bronchiale, Brustkrebs, COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Koronare Herzerkrankungen. Im Rahmen von DMP schließen die Gesetzlichen Krankenversicherungen Verträge mit Leistungserbringern. Versicherte treten dem Programm bei, im Rahmen des Risikostrukturausgleichs werden die standardisierten Kosten dieser Versicherten gegenüber der betreffenden Krankenkasse ausgeglichen.³⁸ Das DMP³⁹ für Patienten mit Asthma und COPD ist am 1. April 2018 vom Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA aktualisiert worden und wird seit dem 1. April 2019 in den Praxen umgesetzt. Entsprechend der Aktualisierung können Kinder bereits ab dem zweiten Lebensjahr am DMP teilnehmen. Auch die therapierelevanten Begleiterkrankungen werden in jetzt stärker berücksichtigt und das Therapiemanagement bei Multimorbidität wird durch ein strukturiertes Medikamentenmanagement ergänzt.

Das etablierte und evaluierte standardisierte Schulungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Anaphylaxie und Eltern bzw. Betreuerinnen und Betreuer von Anaphylaxie-gefährdeten Kindern wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) nicht hinsichtlich einer Kostenerstattung anerkannt, da „Anaphylaxie“ nicht als chronische Erkrankung gilt.

Zu 4.

Als Maßnahme zur Anpassung auf die klimatischen Änderungen wird die Neupflanzung klimaresistenter Baumarten in Städten praktiziert, die unter Umständen zur Verbreitung neuer allergener Pflanzen beiträgt. Ein bedenklicher Trend in privaten Gärten und auf öffentlichen Grünflächen ist die Pflanzung wärmeresistenter Bäume wie der Japanischen Zeder (Sicheltanne, Sugi), die als Quelle der Hauptallergene in Japan gilt oder Olivenbäume, die Hauptallergene in Südeuropa sind.⁴⁰

³⁸ Kritik der Ärzte/KBV aus 2002: www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2001/daz-32-2001/uid-1202

³⁹ www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/

⁴⁰ Interview mit Prof. Zuberbier, Leiter des Allergie-Centrums der Berliner Charité, 2017: www.aerzteblatt.de/nachrichten/74400/Forscher-warnt-vor-neuen-Pflanzen-als-Allergenausloeser

