

Allergologische Versorgung in Deutschland: ein Paradoxon

Medical Care for Allergic Disorders in Germany: a Paradox

Autoren

M. Lommatzsch¹, D. Koschel², T. Welte³

Institute

¹ Abteilung für Pneumologie und Interdisziplinäre Internistische Intensivmedizin, Universitätsklinikum Rostock

² Abteilung für Pneumologie, Fachkrankenhaus Coswig

³ Klinik für Pneumologie, Medizinische Hochschule Hannover

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1359000>
Pneumologie 2013; 67: 659–661
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0934-8387

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Marek Lommatzsch
Abteilung für Pneumologie und
Interdisziplinäre Internistische
Intensivmedizin
Zentrum für Innere Medizin
Universitätsklinikum Rostock
Ernst-Heydemann-Str. 6
18057 Rostock
marek.lommatzsch@med.uni-
rostock.de

Zusammenfassung

Trotz weiter steigender Prävalenz allergischer Erkrankungen nimmt die Versorgung allergologischer Patienten in Deutschland ab. Das Ausmaß und die Ursachen dieses Paradoxons werden in diesem Artikel beleuchtet. Des Weiteren wird die Bedeutung dieses Phänomens für das Fachgebiet der Pneumologie und die Diagnostik und Therapie von Asthma bronchiale im Speziellen diskutiert.

Einleitung

Die Prävalenz allergischer Erkrankungen in Deutschland ist hoch. Im Kindes- und Jugendalter leiden 5–10% an einem allergischen Asthma, >10% an einer allergischen Rhinitis und bis zu 15% an einer atopischen Dermatitis [1]. Im Erwachsenenalter liegt die Prävalenz von Asthma bei 5–10% [2], der allergischen Rhinitis bei ca. 20% [3] und der atopischen Dermatitis bei ca. 2% [4]. Hinzu kommen Patienten mit Nahrungsmittelallergien (bis zu 5% der Bevölkerung), Kontaktallergien (bis zu 8% der Bevölkerung), Insektengiftallergien (bis zu 3% der Bevölkerung) und Medikamentenallergien [5]. Allergische Erkrankungen betreffen somit in Deutschland mehr als 20% der Bevölkerung und gehören demzufolge zu den großen Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen [5].

Das Paradoxon der deutschen allergologischen Versorgung

Die allergische Rhinitis und das allergische Asthma zeigen sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter eine hohe Prävalenz und sind daher von besonderer gesundheitsökonomischer Bedeutung. Die aktuelle deutsche Prävalenz- und Versorgungs-Studie zu allergischen

Abstract

Medical care for allergic patients in Germany is decreasing, although the prevalence of allergic disorders continues to rise. This article describes the magnitude and the causes of this paradox. In addition, the consequences of this phenomenon for respiratory medicine and for the diagnosis and therapy of asthma are discussed.

Erkrankungen, die vom Essener Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem geleitet und kürzlich publiziert wurde, zeigte einen weiteren Anstieg der Asthma- und Rhinitis-Prävalenz zwischen den Jahren 2007–2010 in Deutschland [6]. Trotz dieser steigenden Prävalenzen hat paradoxerweise die Anzahl der Praxen, die allergologische Prozeduren (Diagnostik & Therapie) in Deutschland durchführen, im gleichen Zeitraum um ca. 30% abgenommen. Die Anzahl an Patienten, bei denen allergologische Prozeduren durchgeführt wurden, hat um 13% abgenommen, die Anzahl an Patienten, bei denen eine spezifische Immuntherapie durchgeführt wurde, hat um 6–13% abgenommen [6]. Diese Diskrepanz zwischen steigender Prävalenz von Rhinitis und Asthma und sinkender spezifischer allergologischer Versorgung lässt sich nicht mit einer Zunahme nicht-allergischer Formen dieser Erkrankungen erklären. Auffällig ist auch, dass die Anzahl der allergologisch tätigen Praxen stärker abnimmt als die Anzahl allergologisch versorgter Patienten. Somit zeigt sich, dass paradoxerweise trotz steigender Prävalenz allergischer Erkrankungen in Deutschland die Anzahl allergologisch tätiger Ärzte abnimmt. Dies führt zu einer zunehmenden Unterversorgung von Patienten mit allergischen Erkrankungen. Ein Beispiel dafür ist die spezifische Immuntherapie, als bislang einzige kausale Therapieform bestimmter allergologischer Erkrankungen wie

der allergischen Rhinitis. Die spezifische Immuntherapie ist eine zentrale Therapiesäule der allergischen Rhinitis, mit hoher Evidenz und starkem Empfehlungsgrad in den aktuellen Leitlinien [7,8]. Trotzdem werden aktuell nur 7% der Patienten mit Rhinitis mit einer spezifischen Immuntherapie behandelt [6]. Würden alle Patienten mit Rhinitis leitliniengerecht [7,8] diagnostiziert und therapiert werden, müsste der Anteil an Rhinitis-Patienten, die eine spezifische Immuntherapie erhalten, höher sein.

Die allergologische Versorgungslandschaft in Deutschland

Da es in Deutschland keinen eigenständigen Facharzt für Allergologie gibt, verteilt sich die Zuständigkeit für erwachsene allergologische Patienten auf die Fachärzte der 3 Einzel-Disziplinen (Pneumologen, Dermatologen, HNO-Ärzte) bzw. für pädiatrische allergologische Patienten auf Pädiater, die jeweils die Zusatzbezeichnung „Allergologie“ für ihr Fachgebiet erworben haben. Für Patienten mit Nahrungsmittelallergien, Insektengiftallergien oder Medikamentenallergien gibt es keine klare Zuordnung, bei diesen Patienten werden Allergologen aller Fachgebiete tätig. Die konkreten Ausbildungs-Inhalte für die Zusatzbezeichnung „Allergologie“ werden in der aktuellen Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de) neu geregelt. Auch mit der neuen MWBO wird es jedoch aufgrund der fachspezifischen Besonderheiten der Einzel-Fächer keine komplett einheitliche Fortbildung geben. Somit wird auch in Zukunft in Deutschland, zumindest bei Erwachsenen, sich jedes Fachgebiet primär um die entsprechende Organerkrankung kümmern (Pneumologe: allergisches Asthma; HNO-Arzt: allergische Rhinitis; Dermatologe: atopische Dermatitis, Kontaktallergien) und die Patienten mit Nahrungsmittelallergien, Medikamentenallergien und Insektengiftallergien (je nach Expertise und Interesse) mitversorgen. Dem Hausarzt kommt eine wichtige Rolle zu, da dieser oft den initialen Verdacht auf eine allergologische Erkrankung stellt und mit der Überweisung zu einem allergologisch tätigen Facharzt die Weichen stellt.

Ursachen suboptimaler Versorgung

Die Qualität der Behandlung von Patienten mit allergologischen Erkrankungen in Deutschland ist nicht zufriedenstellend. Dies hat vor allem folgende Gründe:

1. Wird seitens des Hausarztes eine Allergie als Ursache der Organerkrankung nicht vermutet oder beachtet, bleibt eine Überweisung zum Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Allergologie“ aus, und somit auch eine spezifische allergologische Diagnostik und Therapie. Wird seitens des Hausarztes ein Allergietest durchgeführt, der durch diesen aber nicht richtig interpretiert werden kann, kann eine Fehleinschätzung der Erkrankung die Folge sein.
2. Fachärzte der Einzel-Disziplinen verfügen oft nicht über die Zusatzbezeichnung „Allergologie“ oder haben keinen Schwerpunkt ihrer fachlichen Interessen in allergologischen Untersuchungen und Therapien. Zudem nimmt die Zahl allergologisch tätiger Ärzte in Deutschland in den letzten Jahren deutlich ab [6]. Dies führt dazu, dass oft nur eine Basis-Therapie der Organerkrankung erfolgt (die sowohl für allergische und nichtallergische Formen der Organerkrankung gilt), jedoch keine spezifische allergologische Diagnostik und Therapie.

3. Allergologische Erkrankungen eines anderen Fachgebietes werden durch Fachärzte einzelner Organdisziplinen oft mitbehandelt (z. B. ein Asthma durch einen HNO-Arzt), obwohl oft keine spezifische Expertise für die Organerkrankung des anderen Fachgebietes vorliegt. Andererseits können begleitende allergische Erkrankungen eines anderen Organs auch vollständig übersehen werden bzw. unbeachtet bleiben: Dies führt dazu, dass diese allergischen Organerkrankungen überhaupt nicht therapiert werden.
 4. Das Bewusstsein für die Art, Bedeutung und Behandelbarkeit allergologischer Erkrankungen ist in der deutschen Bevölkerung schwach ausgeprägt. Trotz typischer Beschwerden erfolgt daher oft keine Vorstellung beim Arzt. Auch bei Ärzten wird das Vorliegen von Allergien oft bagatellisiert. Hierzu trägt bei, dass einige anti-allergische Medikamente (wie z. B. bestimmte Anti-Histaminika) nicht verschreibungspflichtig sind.
 5. Auch bei leitliniengerechter allergologischer Diagnostik und Therapie-Empfehlung kommt es oft durch eine mangelnde Compliance des Patienten (z. B. durch Nichterscheinen zur regelmäßigen spezifischen Immuntherapie) zu einer verminderten Qualität der allergologischen Behandlung.
- Zusammenfassend ist die Qualität der allergologischen Versorgung in Deutschland vor allem durch (1) das mangelnde Bewusstsein für die Notwendigkeit einer spezifischen und kompetenten allergologischen Betreuung, (2) die Aufsplitterung in die einzelnen ärztlichen Fachdisziplinen und (3) fehlende ökonomische Anreize eingeschränkt.

Hindernisse auf dem Weg zu einer besseren Versorgung

Es gibt in Deutschland eine Reihe an Hemmnissen, die eine bessere Versorgung allergologischer Patienten behindern [9]. Einige sollen nachfolgend aufgezählt werden:

1. Im Medizinstudium wird das Querschnittsfach Allergologie kaum berücksichtigt. Die allergologische Grundausbildung erfolgt (wenn überhaupt) verteilt auf die einzelnen Fachgebiete (Pneumologie, Dermatologie, HNO, Pädiatrie). Einen generellen allergologischen Pflichtkurs, der die Allergologie systematisch behandelt, gibt es im deutschen Medizinstudium nicht.
2. Die Zusatzbezeichnung „Allergologie“ wird offiziell durch eine 18-monatige Weiterbildung erworben. Ein Großteil dieser Weiterbildungszeit kann jedoch bereits als Teil der generellen Facharzt-Ausbildung anerkannt werden, sodass nur eine spezifische Zusatzausbildung von 6 Monaten notwendig ist. Falls also eine allergologische Ausbildung in der Facharzt-Ausbildung nicht erfolgt, stehen nur 6 Monate für die spezifische allergologische Ausbildung der zukünftigen „Allergologen“ zur Verfügung. Dies ist angesichts des breiten und immer weiter wachsenden Spektrums allergologischer Diagnose- und Therapieverfahren zu wenig.
3. Die Vergütungsregelungen für ambulante allergologische Leistungen sind unübersichtlich, regional unterschiedlich und werden dem Aufwand oft nicht gerecht. So kommt es aufgrund der Vergütungsregelungen oft zum Paradoxon, dass Ärzte ohne allergologische Zusatzweiterbildung eine höhere Vergütung für die Behandlung allergologischer Erkrankungen erhalten als Ärzte mit Zusatzbezeichnung [9]. Dies hat der Attraktivität der allergologischen Weiterbildung in Deutschland geschadet.

4. Die Vergütung stationärer allergologischer Diagnostik und Therapie (im Rahmen des DRG-Systems) ist im Vergleich zu anderen Prozeduren, die im Krankenhaus angeboten werden, deutlich geringer [10]. Die stationäre Allergologie ist daher aus Sicht der Krankenhausmanagements wirtschaftlich uninteressant. Daher werden allergologische Leistungen in Krankenhäusern (wie Provokationstestungen oder Einleitungen spezifischer Immuntherapien) oft nicht mehr angeboten oder in zeitlich verkürzter Form durchgeführt. Letzteres Vorgehen geht zu Lasten der Sicherheit und der Qualität allergologischer Prozeduren.
5. Nach Arzneimittelgesetz (AMG) sind auch Diagnostika Arzneimittel. Daher müssen neue allergologische Diagnostika (z. B. rekombinante Allergene, die der besseren Identifizierung des führenden Allergens dienen) die hohen Hürden pharmakologischer Zulassungsverfahren nehmen. Diese können so kostenintensiv sein, dass sie spätere Gewinnerwartungen übersteigen, und somit die Entwicklung kommerzieller Tests unmöglich machen. Eine geplante AMG-Novelle bedroht zudem die individuelle allergologische Diagnostik mit nativen Allergenen (wie z. B. mit Nahrungsmitteln oder Cremes, die vom Patienten mitgebracht wurden): Da die Verwendung nativer Allergene in Epikutantestkammern diese Allergene formal zu Arzneimitteln macht, sollen auch diese Allergene den AMG-Regelungen unterworfen werden. Dies wäre das Ende individueller Hauttestungen [11].

Ausblick

Parallel zum Rückgang an stationär behandelten Patienten mit Asthma bronchiale in den letzten zwanzig Jahren ist auch ein Rückgang an allergologischer Diagnostik und spezifischer allergologischer Therapie im ambulanten Sektor festzustellen. Es ist daher kaum verwunderlich, dass die Zahl der Pneumologen, die eine Zusatzweiterbildung zum Allergologen machen, zurückgeht. Aber auch Allgemeinärzte und Internisten kommen während ihrer Ausbildung immer seltener mit allergologischen Fragestellungen in Berührung.

Nach wie vor ist Asthma bronchiale jedoch eine der häufigsten Erkrankungen, nicht nur in der pneumologischen, sondern auch in der hausärztlichen Praxis. Eine spezifische allergologische Diagnostik und Therapie ist in der Asthmatherapie unverzichtbar. Beides kann nicht HNO-Ärzten und Dermatologen, denen das notwendige pneumologische Wissen fehlt, überlassen werden. Und wer sollte eine allergologische Grundausbildung für den Allgemeinmediziner und Internisten anbieten, wenn nicht der Pneumologe?

Pneumologische Kliniken müssen in Zukunft der Allergologie wieder einen höheren Stellenwert zuschreiben. Die allergologische Diagnostik und Therapie muss Grundbestandteil der Ausbildung zum Pneumologen sein, möglicherweise brauchen wir Kooperationsmodelle zwischen allergologisch orientierten niedergelassenen Praxen und Kliniken, um diese Ausbildung zu gewährleisten. Eine weitere Vernachlässigung dieses wichtigen Teils der Pneumologie würde einen großen Verlust für unser Fach mit sich bringen.

Interessenkonflikt



Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W. Allergische Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 701–710
- 2 Sembajwe G, Cifuentes M, Tak SW et al. National income, self-reported wheezing and asthma diagnosis from the World Health Survey. Eur Respir J 2010; 35: 279–286
- 3 Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. Eur Respir J 2004; 24: 758–764
- 4 Worm M, Forschner K, Lee HH et al. Frequency of atopic dermatitis and relevance of food allergy in adults in Germany. Acta Derm Venereol 2006; 86: 119–122
- 5 Langen U, Schmitz R, Steppuhn H. Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2013; 56: 698–706
- 6 Biermann J, Merk HF, Wehrmann W et al. Allergische Erkrankungen der Atemwege – Ergebnisse einer umfassenden Patientenkohorte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Allergo J 2013; 22: 366–373
- 7 Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. Rhinology 2012; 50: 1–12
- 8 Kleine-Tebbe J, Bufe A, Ebner C et al. Die spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen. Allergo J 2009; 18: 508–537
- 9 Rueff F, Wehrmann W, Schnuch A et al. Der Niedergang der Allergologie in Deutschland. Allergologie 2012; 35: 473–479
- 10 Treudler R, Meier F, Schöffski O et al. Abbildung der stationären allergologischen Expositionstestungen im deutschen DRG-System. Allergologie 2012; 35: 480–483
- 11 Schnuch A, Mahler V, Elsner P et al. Der Allergie-Diagnostik mit dem Epikutantest droht das Aus: Gemeinsame Stellungnahme zur Novellierung des Arzneimittelgesetzes von DGAKI, DDG, DKG, ADA, ABD, BVDD, GPA und IVDK. Allergo J 2012; 21: 68–69