



## **Wortprotokoll** der 120. Sitzung

### **Ausschuss für Gesundheit**

Berlin, den 25. November 2020, 14:00 Uhr  
als Kombination aus Präsenzsitzung  
(Reichstag, Großer Protokollsaal 2 M001) und  
WebEx-Meeting\*.

\*Die Zugangsdaten zum WebEx-Meeting werden an  
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### **Tagesordnungspunkt**

### **Seite 5**

- a) Antrag der Abgeordneten Dr. Wieland Schin-  
nburg, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weite-  
rer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Allergien und Unverträglichkeiten wirksam vor-  
beugen und Therapien und Aufklärung verbessern**

**BT-Drucksache 19/24373**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenab-  
schätzung



- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Bettina Hoffmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter 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**

**BT-Drucksache 19/19865**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft

Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14:03 Uhr

### Vor Eintritt in die Tagesordnung

Vorsitzender **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, sehr verehrte Vertreter der Bundesregierung, ich begrüße alle ganz herzlich zu unserer gemischten Sitzung wieder in Präsenz und Onlineformat. Es ist die 120. Sitzung des Ausschusses, die wir heute durchführen. Ich bitte die Sachverständigen und auch die Kolleginnen und Kollegen, die nicht im Raum sind, sich über Webex anzumelden, damit wir auch verifizieren können, wer teilnimmt. Außerdem wie immer Mikrofone stummschalten. Wir beschäftigen uns heute mit zwei Anträgen und zwar mit dem Antrag der Fraktion der FDP „Allergien und Unverträglichkeiten wirksam vorbeugen und Therapien und Aufklärung verbessern“ sowie dem Antrag 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“. Meine Damen und Herren, nach Darstellung der FDP-Fraktion erkrankten rund 30 Prozent der Menschen in Deutschland im Laufe ihres Lebens an einer Allergie, was deutlich über dem EU-Durchschnitt von 17 Prozent liege. Allergien und Unverträglichkeiten könnten demnach je nach Ausprägung erheblichen Einfluss auf das alltägliche Leben haben. Die Fraktion fordert daher von der Bundesregierung die Vorlage eines Gesamtkonzeptes zur Vermeidung und Behandlung von Allergien, dass insbesondere die Verbesserung der Aufklärungs- und Präventionsarbeit im Bereich der Allergien und die Gewährleistung einer frühzeitigen Allergiediagnostik bei Kindern unter anderem durch eine bessere Integration in die U-Untersuchungen einbezogen werden. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sehen in Allergien ebenfalls eine weit verbreitete Volkskrankheit für deren Bekämpfung Handlungsbedarf bestehe. Sie fordern daher die Bundesregierung im Sinne des vorsorgenden Gesundheitsschutzes auf, ein umfassendes Aktionsprogramm Allergien zu initiieren, welches zum effektiven Schutz der Bevölkerung vor Allergien und allergischem Asthma beiträgt. Dieses solle unter anderem ein angemessenes Informationsangebot rund um die Entstehung

von Allergien zu Präventionsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten sowie zum Alltagsmanagement durch das BMG und nachgeordneten Behörden umfassen. Ich freue mich auf eine spannende Diskussion und viele Fragen an unsere Sachverständigen. Bevor ich jetzt beginne: Die Anhörung dauert 90 Minuten. In dieser Zeit werden die Fraktionen in der Reihenfolge abwechselnd ihrer Stärke immer eine Frage an die Sachverständigen stellen. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Frage- und Antwortzeit sind insgesamt auf drei Minuten beschränkt. Nach 60 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Ich bitte die Sachverständigen, bei der Beantwortung der Fragen ihre Mikrofone einzuschalten und sich mit ihrem Namen und Verband vorzustellen. Das erleichtert die Protokollierung der Anhörung. Zum anderen können die Zuschauerinnen und Zuschauer die Sachverständigen den jeweiligen Verbänden und Institutionen zuordnen. Den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, möchte ich herzlich danken. Des Weiteren bitte ich die Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro für einen guten Zweck. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem können Sie die Anhörung in der Mediathek des Bundestages abrufen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Bundestages veröffentlicht.

Abg. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Ich habe die erste Frage an den Einzelsachverständigen (ESV) Prof. Dr. Augustin. Können Sie bisher betreffs Allergieprävention und Behandlung ein Gesamtkonzept der Bundesregierung erkennen? Was fehlt in der Prävention bisher?

ESV **Prof. Dr. Matthias Augustin**: Ohne Zweifel und im Konsens aller Expertinnen und Experten können wir sagen, dass auf der Datenlage die wir haben, die sehr gut ist, und die wir auch publiziert haben, kein Zweifel besteht, dass Allergieprävention von essentieller Bedeutung ist und wir einen hohen Bedarf nach einer nationalen Allergiepräventionsprogramm haben. In der Primärpräven-



tion gilt dies insbesondere bei den vielen verfügbaren Informationen, die besser als bisher dann auch transferiert werden müssen. Die Risikogruppen müssen gut definiert werden. Es muss ihnen auch klar sein, dass sie dazugehören mit Botschaften, die an sie adressiert sind. Hier ist es auch wichtig, dass wir eine Unterstützung brauchen als Fachgesellschaften für die wissenschaftliche Leitlinie zur Allergieprävention, die gar nicht mehr aktualisiert werden konnte. All das ist ein sehr umfangreiches Werk, bei dem ich auch eine Unterstützung erwarte. In der Sekundärprävention geht es um die frühzeitige Identifizierung der Risikopersonen in der Gesellschaft und die Einleitung frühzeitiger qualifizierter Maßnahmen. Wir haben viel zu verpassen, wenn wir nicht rechtzeitig Diagnostik und Therapie einleiten. Auch das ist ein Anliegen, das wir haben. In der Tertiärprävention sehen wir große Lücken darin, die bereits bekannten Erkrankten zum Beispiel mit Schulungsprogrammen und mit arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen zu versorgen. Ich erinnere daran, dass es evidenzbasierte und leitliniengerechte Schulungsprogramme bei Neurodermitis gibt, die leider bisher nicht kostenerstattet werden, die aber hochgradig wirksam sind. Auch hier gilt es, aktiv zu werden. Das Gleiche gilt in den betrieblichen Maßnahmen. Die Tertiärprogramme sind auch dort evidenzbasiert und werden nicht hinreichend umgesetzt und incentiviert. In allen Fällen geht es darum, dass wir konzertiert und mit einem nationalen Allergiepräventionsplan vorgehen, den es bisher noch nicht gibt.

**Abg. Dr. Bettina Hoffmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Meine Frage richtet sich an die ESVe Prof. Dr. Traidl-Hoffmann als Ärztin und Wissenschaftlerin. Sie stellen eine Zunahme von Allergien fest. Welchen Einfluss haben Umweltfaktoren, die Klimakrise und Schadstoffe auf das Allergiegesehen?

**ESVe Prof. Dr. Claudia Traidl-Hoffmann:** Umweltfaktoren, die Klimakrise und Schadstoffe haben wirklich einen massiven Einfluss auf das Allergiegesehen. Die wissenschaftliche Basis und Evidenz dafür ist bedrückend groß. Lassen Sie mich einige wenige Beispiele nennen. Kinder, die an einer befahrenen Straße wohnen, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit an einer Neurodermitis zu er-

kranken. Neurodermitis bedeutet für die Betroffenen schlaflose Nächte und juckende Haut. Sie können sich somit gar nicht konzentrieren, geschweige denn konzentriert arbeiten. Wir wissen sogar jetzt genau, wie Schadstoffe auf das Allergiegesehen wirken. Zum einen durch einen direkten Effekt auf den Menschen. Schadstoffe machen unsere Haut und unsere Schleimhäute durchlässig wie ein Sieb. Erst dann kann eine Allergie entstehen, weil Allergene, Proteine durch die Haut dringen und eine Allergie auslösen. Unsere Lungen und Schleimhäute werden durch die Schadstoffe empfindlich und empfänglich gemacht für eine allergische Entzündung. So kann der sogenannte atopische Marsch starten. Das ist genau das, was Herr Augustin gerade sagte. Wir müssen Prävention machen, damit dieser atopische Marsch nicht startet. Kinder, die eine Neurodermitis haben, und das sind derzeit 20 Prozent, entwickeln dann eine Nahrungsmittelallergie, später einen Heuschnupfen und dann ein Asthma. Das ist die negative Karriere des Allergikers. Lassen Sie mich einen anderen Aspekt nennen. Schadstoffe und auch gerade die Klimaerwärmung wirken auf Pflanzen und Pollen. Pollen werden durch Schadstoffe wie Stickoxide, CO<sub>2</sub>-Partikel aggressiver. Die Pollen fliegen nunmehr das ganze Jahr. Wir registrieren durch die Klimakrise mehr und neue Pollen. Das bedeutet mehr Schnupfen, mehr Asthmaanfälle, mehr Augenjucken und weniger produktive Schüler und arbeitende Menschen in Deutschland. Einen anderen Aspekt will ich noch zum Schluss nennen. Es verändern sich Ökosysteme. Dafür fallen sogar Rückzugszonen für medizinische Rehabilitation weg. Alpine Regionen gelten als allergenarm und das ändert sich gerade durch Veränderung der Ökosysteme. Das zusammen bedeutet, dass der Tsunami an Krankheiten zunimmt.

**Abg. Alexander Kraus (CDU/CSU):** Meine Frage richtet sich an den ESV Prof. Dr. Martin. Allergische Erkrankungen können sehr unterschiedlich sein. Wie beurteilen Sie die aktuelle Versorgungssituation der Patienten? Bitte gehen Sie auf interdisziplinäre, ganzheitliche Versorgungsansätze ein.

**ESV Prof. Dr. David Martin:** Ich möchte erstens betonen, dass Patienten viel besser geschult werden als früher bezüglich Vermeidung und auch medikamentöser Symptomkontrolle, sodass auch meine



kinder- und jugendärztlichen Kollegen in den Praxen viel weniger Notfälle sehen. Desensibilisierungen in Bezug auf Einzelallergene sind vielfach erfolgreich. Wir sehen viel weniger Notfälle bei Kindern und auch bei Erwachsenen, dreimal weniger Todesfälle als vor zwanzig Jahren. Das ist sehr erfolgreich. Es fehlt jedoch, wie auch schon meine Vorredner gesagt haben, an vielen Interventionen für die komplexen Erkrankungen. Forschungsförderung und Klinik sind unzureichend belegt mit komplexen Interventionen. Die Klinik zeigt, dass Neurodermitis, Asthma oder auch Heuschnupfen auch durch integrativmedizinische Behandlungen entscheidend gebessert werden können. Es gibt sehr gute Ansätze zu einer Rekonstruktion gesunder Toleranz. Was mir bisher oft in den Diskussionen fehlt, ist, dass diese Verhältnisse auch rückgängig gemacht und nicht nur symptomatisch behandelt werden können. Erfolgreiche multimodale Ansätze sollten unbedingt weiter erforscht werden. Dazu gehören, wie wir auch schon gehört haben, Ernährung, Psyche, Stressbewältigung, Kunst, Umfeldgestaltung, Bewegung, Atemtechniken, Probiotika, pflanzliche Medikamente wie Bitterstoffe, die sich sehr interessant erweisen. Zusammenfassend sind Akutversorgung und Symptommanagement besser geworden. Es fehlt aber an Ausbildung, Zeit und Anreizen, sich ganzheitlich mit diesem multifaktoriellen Erkrankungsspektrum in Klinik und Forschung auseinanderzusetzen und ebenso interprofessionell als HausärztInnen, FachärztInnen, Ernährungsberater etc. gemeinsam mit Betroffenen, mit Eltern zusammen einen Weg zu suchen, der oft auch viel Geduld und Ausdauer braucht.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin. Die Antragsteller fordern auch Maßnahmen zur Prävention von allergischen Erkrankungen im Berufsleben. Wie bewerten Sie die gegenwärtigen Regelungen zum Schutz von Beschäftigten, die bei ihren Tätigkeiten allergenen Stoffen ausgesetzt sind? Sehen Sie weitergehenden Handlungsbedarf?

SV **Prof. Dr. Hans Drexler** (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)): Zunächst muss man auf die Erfolge verweisen dürfen. In den 90er-Jahren hatten wir große Probleme mit der Latexallergie. Bis zu 20 Prozent

aller im Krankenhaus Beschäftigten haben darunter gelitten. Viele mussten ihren Beruf aufgeben. Oder das Hautekzem bei Frisörberufen hervorgerufen durch die saure Dauerwelle. In beiden Fällen konnte durch Rücknahme dieser Allergene durch eine Selbstbeschränkung und durch eine gesetzliche Vorschrift diese Erkrankung zum Verschwinden gebracht werden. Der erste Schritt ist sicher. Wir brauchen Forschung, um die auslösenden Allergene zu identifizieren. Hier verschlechtert sich die Situation in der Praxis leider dramatisch. In der Vergangenheit konnte ein niedergelassener Arzt jeden einzelnen Test abrechnen. Jetzt gibt es eine Pauschale. Das führt dazu, dass zunehmend weniger Hautärzte die gesamte Palette der Allergene zur Verfügung haben. Das heißt, spezielle Testblöcke für den Arbeitsplatz wie Metalle oder Kühl- und Schmierstoffe oder Lacke und Plastikkleber werden nur noch in speziellen Zentren zur Verfügung gestellt. Wenn ein Allergen nicht identifiziert wird, kann man keine effektive Primärprävention machen.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an die BÄK. In dieser Anhörung wird auch über Weiterbildung im Bereich Allergien gesprochen. Halten Sie neue verpflichtende Fortbildungsprogramme für Hausärzte, Kinderärzte, Dermatologen und so weiter für erforderlich?

Sve **Dr. Petra Bubel** (Bundesärztekammer (BÄK)): Allergiediagnostik und -therapien sind in den Facharztweiterbildungen integriert. Mit der Facharztausbildung ist eine hochwertige Versorgung durch die Ärzteschaft gesichert. Die Inhalte für Fort- und Weiterbildungen werden ständig überprüft. 2018 ist die Weiterbildungsordnung neu überarbeitet worden. Sie kann jederzeit den Gegebenheiten angepasst und bei Bedarf überarbeitet werden. Wir halten eine verpflichtende Weiterbildung für nicht erforderlich, weil die Thematik Bestandteil der Facharztweiterbildung ist. Die Fortbildungsprogramme werden ständig überarbeitet und das in Rede stehende Thema wird auch angeboten.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die KBV. Ich würde an den Punkt anknüpfen. Welche Fortbildungsangebote gibt es in dem





Bereich von Allergien bereits? Sehen Sie den Vorschlag als richtig an, dass man dort verpflichtende Fortbildungsangebote noch zusätzlich ergänzt?

**SV Dr. Ludwig Hofmann** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir schließen uns an der Stelle der Stellungnahme der BÄK an und halten eine Verpflichtung nicht für erforderlich. Die Kollegin hat schon ausgeführt, dass es in den entsprechenden Weiterbildungsordnungen verankert ist. Gerade im hausärztlichen Bereich wäre es gar nicht umsetzbar, weil angesichts der Themenfülle, mit der Hausärzte zu tun haben, könnten sie dann am Ende nur noch Fortbildungen besuchen und kämen gar nicht mehr zur Patientenversorgung, wenn man für alle Bereiche verbindliche Fortbildungen ansetzen würde. Im vertragsärztlichen Bereich ist es so, dass die Leistungen zur Allergiediagnostik ohnehin nur von den Facharztgruppen erbracht werden können, die im Rahmen ihrer Weiterbildungsordnung besondere Qualifikationen im Bereich der Allergien besitzen. Das sind die Hautärzte, die Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, die Kinder- und Jugendärzte sowie die Pneumologen oder andere Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Allergologie. Da können Sie davon ausgehen, dass in dem Bereich durchaus schon Verständnis für die Epidemiologie und die Behandlung von Allergien vorhanden ist. Ansonsten gibt es Fortbildungsprogramme von Fachgesellschaften. Die DGAKI hat jährlich ihr „Allergologie Kompakt“, das über zwei Tage geht. In Mannheim gibt es, auch aus diesem Kreis, das Allergologie-update, das schon seit mehreren Jahren stattfindet. Das sind Programme, die jetzt zunehmend auf Onlineformate setzen. Das ist vielleicht eine angenehme Nebenerscheinung der Pandemie. Damit erreichen sie immer mehr Kolleginnen und Kollegen. Also verpflichtende Fortbildungen an der Stelle? Nein.

**Abg. Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Meine Frage geht an den ESV Dr. Strömer. Wie bewerten Sie die im Antrag der FDP-Fraktion genannten Aspekte eines Gesamtkonzepts?

**ESV Dr. Klaus Strömer**: Wenn man das vergleicht mit den für Patienten auch wahrnehmbaren Effekten durch Programme, die von der Bundesregierung bei anderen Volksprogrammen wie Diabetes, Rū-

ckenschmerzen oder Kreislauferkrankungen initiiert werden, dann muss man feststellen, dass es eine Reihe von Hinweisen gibt, dass in der Versorgung noch einiges verbessert werden könnte. Wir haben zwar spätestens seit Mitte der 90er Jahre immer wieder Ansätze in der Politik, dass die Förderung der Allergie in der Gesundheitsaufklärung unter verbesserter Forschung stattfinden soll, nur die Umsetzung bleibt auf der Strecke. Man kann also sagen, dass das Problem erkannt ist. Man könnte aber despektierlich zusammenfassen: Kaum sind 25 Jahren herum, schon ist kaum etwas passiert. Anders als bei anderen Volkserkrankungen gibt es beispielsweise keinen Arbeitsschwerpunkt zu Allergien bei der BZgA. Es gibt zu dem Thema kein Disease-Management-Programm (DMP). Das halte ich für längst überfällig. Es gibt nicht einmal die Erstattung der erforderlichen Medikamente zur Behandlung durch die GKV. Auch die Testsubstanzen sind kommerziell nicht mehr erhältlich, weil die Auflagen dafür immer höher werden. Obwohl wir gute epidemiologische Studien haben, KiGGS I und KiGGS II, die von unverdächtigter Stelle kommen und sehr robust sind, haben wir hier immer noch die Situation, dass Allergien zunehmen. Der volkswirtschaftliche Impact, der an anderer Stelle schon erwähnt wurde, ist immens was die Folgen dieser Erkrankung angeht. Von dem Gesamtkonzept zur Allergieprävention oder Versorgung von Allergikern sind wir in Deutschland noch ein Stück entfernt, oder wenn man es korrekter formuliert, wir haben noch episches Potenzial. Auch die Ärzte, die sich mit dem Feld beschäftigen, für die wird es derzeit leider dermaßen unattraktiv, dass sich immer mehr Kolleginnen und Kollegen anderen Betätigungsfeldern zuwenden. Man sieht das zum Beispiel am Erwerb der Zusatzbezeichnung Allergologie. Das haben wir in den Landesärztekammern abgefragt. Von 2007 bis 2014 hat sich die Zahl der Antragsteller für die Zusatzbezeichnung halbiert. Das heißt, dass die Attraktivität in dem Bereich verlorengeht. Dadurch geht an der Stelle Versorgung verloren. Da kann man zum Beispiel mit einem DMP oder anderen umfassenden konzertierten Aktionen Hilfestellungen für unsere Patienten, die dringend notwendig sind, leisten.

**Abg. Harald Weinberg** (DIE LINKE): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie. Ich möchte





gerne von Ihnen wissen, wie sich die Zahl der Allergien in den letzten zwanzig Jahren entwickelt hat und welche Ursachen dafür in der Wissenschaft diskutiert werden.

**SV Prof. Dr. Thomas Werfel** (Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI)): Es gab in den letzten zwanzig Jahren nochmal eine Zunahme bestimmter atopischer Erkrankungen. Wenn man noch weiter zurückgeht, die letzten 40/50 Jahre war das dramatisch. Es war eine Vervielfachung dieser Erkrankungen, also die Neurodermitis, allergischer Heuschnupfen und allergisches Asthma. Das muss externe Ursachen haben, da kann kein genetischer Hintergrund alleine, der auch immer eine Rolle bei der Anlagebereitschaft zur Allergie spielt, ausschlaggebend sein. Das sind die Umweltfaktoren, die Frau Prof. Dr. Traidl-Hoffmann auch schon angesprochen hat. Das ist also eine Veränderung der allergenen Umwelt, also auch der natürlichen Umwelt, die zum Beispiel, das ist für die Baumpollen ganz gut untersucht, sich verändert hat hinsichtlich der Quantität der Allergene, die uns umher sind. Das sind natürlich in Bezug auf andere allergische Erkrankungen im Bereich der Arbeitsmedizin, die wir auch schon angesprochen haben, eine Veränderung auch der Chemikalien, mit denen wir es zu tun haben und auch den Arbeitsbedingungen, in denen wir zum Teil arbeiten müssen.

**Abg. Harald Weinberg** (DIE LINKE): Nochmal eine Frage an die DGAKI. Bitte legen Sie uns doch kurz dar, wie sich die Verteilung von Allergieerkrankungen in Abhängigkeit vom Sozialstatus darstellt und welche Ursachen Sie dafür sehen.

**SV Prof. Dr. Thomas Werfel** (Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI)): Das muss man unterscheiden, je nachdem welche allergische Erkrankung man betrachtet. Es gibt ganz gute Daten zur Neurodermitis und auch zu anderen inhalativen Erkrankungen, wonach der Sozialstatus in dem Sinne, dass ein höherer Sozialstatus eher zur Allergie prädisponiert, reproduziert werden konnte. Das hängt mit der Hygienetheorie zusammen, dass unter Lebensbedingungen, in denen ein höherer Sozialstatus gewährleis-

tet ist, weniger Infekte in der frühen Kindheit auftreten, die bei der Ausbildung von Allergien wahrscheinlich schützend sind. Das erklärt, dass bestimmte Allergien mit einem höheren Sozialstatus assoziiert sind. Auf der anderen Seite muss man sagen, die Schwere allergischer Erkrankungen, also dann, wenn die Krankheit bereits manifest ist, korreliert wieder anders herum mit dem Sozialstatus. Das heißt, je ärmer, je benachteiligter die Patienten sind, desto schlechter sind sie in der Lage, sich selbst zu behandeln. Wir haben schon gehört, dass nicht alle Medikamente von den Kostenträgern übernommen werden, dass präventive Programme nicht komplett diesen Patienten angeboten werden. Das erklärt, das steht auch im Weißbuch Allergie in Deutschland, dass die Schwere von allergischen Erkrankungen mit dem niedrigen Sozialstatus korreliert.

**Abg. Dr. Bettina Hoffmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie. Wie ist aus Ihrer Sicht die Versorgungssituation der Allergiker und Allergikerinnen, insbesondere von Kindern? Wie können da Mängel angegangen werden? Wir haben als Grüne einen umfassenden Aktionsplan vorgeschlagen. Wie stehen Sie dazu?

[Es antwortet ESV Prof. Dr. Hamelmann]

**ESV Prof. Dr. Eckard Hamelmann**: Die allergischen Erkrankungen sind Volkskrankheiten. Das haben wir schon mehrfach gehört. Aber es sind auch keine einfachen Volkskrankheiten, keine Bagatelerkrankungen, sondern es sind Systemerkrankungen, die auch verschiedene Organsysteme betreffen können und durchaus auch sehr schwere Verläufe nehmen können. Anaphylaktische Reaktionen mit tödlichem Ausgang, schweres allergisches Asthma, das sind alles keine einfachen Erkrankungen, die bedürfen einer besonders guten Behandlung. Wir sind der Meinung, dass wir ein gutes abgestuftes Versorgungskonzept brauchen, was auch eine breite Versorgung in der Fläche, aber auch eine Spitzenversorgung in allergologischen Zentren, in solchen Comprehensive-Allergies-Centers einschließt. Wir brauchen ein abgestuftes Versorgungs-



konzept im Sinne eines DMP. Wir brauchen Anreizprogramme für die Versorgung von allergischen Patienten. Wir können die Weiterbildung nicht ausdünnen und damit versuchen, mehr Versorgende zu bekommen, sondern wir müssen die Weiterbildung weiter hochhalten, dafür aber auch die Anreize schaffen. Wir brauchen letztendlich einen nationalen Aktionsplan, der umgesetzt wird. Deswegen begrüßen wir das als wissenschaftliche Fachgesellschaft sehr, dass Sie diesen Plan vorgelegt haben und würden uns wünschen, dass wir in Zukunft gemeinsam helfen können, die Versorgung der Patienten in eine bessere Situation zu bringen.

**Abg. Dr. Bettina Hoffmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Meine Frage richtet sich an die ESVe Schnadt. Wo sehen Sie die dringendsten Probleme bei der Versorgung der allergischen PatientInnen und was ist in der Praxis notwendig, um diese Versorgung zu verbessern?

**ESVe Sabine Schnadt:** Wir vom Deutschen Allergie- und Asthmaverband freuen uns sehr, als Vertreter von Patienten mit Allergien, Asthma und Neurodermitis zu dieser Anhörung des Ausschusses für Gesundheit eingeladen worden zu sein. Wir begrüßen sehr die Initiative, ein Aktionsprogramm zur Reduktion von individuellen und gesellschaftlichen Belastungen durch Allergien ins Leben zu rufen. Patientenrelevante Themenbereiche umfassen das ganze Spektrum. Das beginnt bei der Prävention, über die Diagnose und die Therapie, aber natürlich auch besonders das Alltagsmanagement, was häufig aus Sicht der Betroffenen leider vergessen wird, aber sehr wesentlich ist. Lassen Sie mich exemplarisch drei Bereiche herausgreifen. Für Patienten startet die Reise mit der Diagnose. Dazu haben wir schon einiges gehört. Hier wird die Basis gelegt. Wir sehen es eher skeptisch und mit Bedauern, dass die Weiterbildung für Ärzte in dem Bereich der Allergologie immer weiter reduziert wird, denn der Komplexität des Krankheitsbildes wird das nicht gerecht. Daher sollten wir überlegen, das wieder zu erweitern, um auch eine patientenzentrierte Diagnostik gewährleisten zu können. Im Rahmen von Therapie und Alltagsmanagement gibt es zahlreiche Einsätze. Diese sind in Ihrem Antrag bereits erwähnt und sind wichtige Aspekte, die wir auch sehr begrüßen. Beim DAAB erhalten wir die

meisten Anfragen von Patienten im Bereich Lebensmittelallergien und Asthma. Auch hier zwei Beispiele, bei denen die Politik für bessere Rahmenbedingungen sorgen kann und auch sollte. Das eine ist die Betreuung von Kindern in Kitas und Schulen. Erstmal richtet sich unser Dank an alle Einrichtungen, die das Thema bereits jetzt schon mit vorbildlicher Weise angehen. Aber leider erreichen uns zahlreiche Anfragen von verzweifelten Eltern, die berichten, dass ihre Kinder ausgeschlossen werden, dass die Betreuung oder die Versorgung auch komplett abgelehnt wird. Da ist es notwendig, Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Teilhabe von Kindern mit Lebensmittelallergien gar nicht erst infrage stellen, sondern gewährleisten. Ein weiteres wichtiges Thema bei unseren Anfragen ist die Allergenkennzeichnung von Lebensmitteln. Hier besteht die größte Unsicherheit bei Verbrauchern darin, die Spurenkennzeichnung richtig einzuschätzen. Hier ist es dringend notwendig, die aktuell nicht geregelte Beurteilung und Kennzeichnung der unbeabsichtigten Allergeneinträge anhand gesundheitsrelevanter Grenzwerte, die Allergiker schützen, gesetzlich zu verankern. Ich könnte noch viele weitere Ansätze nennen. Ich würde mich freuen, auch zum weiteren Dialog eingeladen zu werden. Ich möchte aber auch sagen, dass es wirklich wichtig ist, dass alle Beteiligten, wenn es um die konkrete Umsetzung geht, an einen Tisch geholt werden, um das zu bearbeiten. Die Realisierung eines solchen Aktionsprogrammes, die wir sehr begrüßen, ist last but not least auch deshalb notwendig, um ein größeres Bewusstsein für das Krankheitsbild zu schaffen und damit verbunden auf die individuellen und gesellschaftlichen Folgen hinzuweisen, um dieser bestehenden Bagatellisierung zu begegnen, die zurzeit noch besteht.

**Abg. Marja-Liisa Völlers (SPD):** Die Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie. Wir würden gern von Ihnen Ihre Vorschläge zur Einrichtung interdisziplinärer und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen erfahren. Wir bitten Sie, diese näher zu erläutern und dabei auch auf bereits bestehende Zentrumsstrukturen einzugehen.

[Es antwortet ESV Prof. Dr. Hamelmann]



**ESV Prof. Dr. Eckard Hamelmann:** Für die DGAKI sagen wir, dass das eine sehr wichtige Frage ist, weil wir denken, dass diese Systemerkrankungen so komplex sind und so schwer werden können, dass wir ein abgestuftes Behandlungsprogramm benötigen. Wir persönlich setzen uns für ein Drei-Stufen-Programm der Versorgung ein. Das heißt in der Breite eine große Anzahl von Ärztinnen und Ärzten, die sich auch mit allergologischen Fragestellungen auskennen. Dazu gehört auch, dass man das Fach Allergologie in das Curriculum der ärztlichen Ausbildung nimmt. Das heißt, die Studenten und Studentinnen erfahren im Moment nur stückchenweise, wo überhaupt Allergien mal eine Rolle spielen. Es gibt nicht das Curriculumfach Allergologie. Dafür würden wir uns stark einsetzen. Zum zweiten brauchen wir die Fachärzte, die genannten Facharztgruppen, die sich gut auskennen. Da ist in der Facharztweiterbildung natürlich ein erheblicher Anteil von Allergologie drin. Dann brauchen wir als Drittes Spitzenzentren, tertiäre Versorgungsstrukturen. Wir haben die Comprehensive Allergy Centers genannt. Da haben wir auch einige bereits zertifiziert, ins Leben gerufen. Das muss kein universitäres Zentrum sein. Es müssen aber Zentren sein, wo diese interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgung eines allergischen Patienten gewährleistet wird, um den Schwerkranken, den multimorbiden Patienten gut mit einem möglichst breiten Ansatz, zum Beispiel mit Ernährungsberatern, Physiotherapie, Psychotherapie, alle diese Dinge, zu versorgen. Dieses abgestufte Konzept würden wir uns wünschen mit einem DMP versehen zu bekommen und in einem nationalen Aktionsplan zu verwirklichen.

**Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU):** Als seit der Kindheit Betroffener Rhinitis-Patient und mit zwei Asthma-Patienten in der Familie ist mir das Thema enorm wichtig. Ich bin froh, dass Sie Comprehensive Allergy Centers angesprochen haben. Die Frage geht an KBV zu DMP. In der vorherigen Antwort war die Rede von den interdisziplinären Versorgungsstrukturen. Vielleicht können Sie das nochmals etwas stärker ausführen und uns auch Aufklärung geben, wie sehr so ein interdisziplinärer und interprofessioneller Ansatz sich im niedergelassenen Bereich realisieren lässt?

**SV Dr. Ludwig Hofmann (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)):** Wir würden die Idee eines DMP durchaus begrüßen. Die KBV favorisiert dieses Modell der Förderung von leitliniengerechter, interdisziplinärer und intersektoreller Versorgung. Wir halten auch die Umsetzungsmöglichkeit für ein DMP für allergische Erkrankungen durchaus für gegeben. Ein kleiner Wermutstropfen ist, dass auch für die Programme, die durch den Gesetzgeber als DMPs aufgesetzt worden sind, obwohl sie vom G-BA beschlossen worden sind, bisher noch die Umsetzung in den Ländern krankt. Allein die Vorgabe eines DMPs Allergien heißt noch nicht, dass am Ende da auch etwas ankommt. Da müssten eventuell noch andere Ansatzmechanismen verändert werden, um auch tatsächlich die Umsetzung auf Landesebene zu gewährleisten. Ansonsten würden im DMP viele von den Punkten sein, die auch in den Anträgen vorhanden sind, also beispielsweise Patientenschulungsprogramme oder die Verbesserung der innerdisziplinären Versorgung.

**Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU):** Die Frage geht an den ESV Prof. Dr. Martin. Ich möchte gern auf die Auslöser von Allergien zu sprechen kommen. Ist es möglich, uns kurz zu skizzieren, welche grundsätzlichen Möglichkeiten und Präventionsansätze es gibt, um Allergien vorzubeugen?

**ESV Prof. Dr. David Martin:** Diese Frage ist sehr wichtig. Ich sehe die Bemühungen um eine bessere Behandlung. Allergien sind nur die Spitze des Eisbergs und Störungen der Immunregulation und Autoimmunerkrankungen, die in den letzten 40 Jahren um ein Mehrfaches zugenommen haben. Die vielen Faktoren sind größtenteils schon benannt worden, und wenn man sie zusammen anschaut, dann entsteht das Bild, dass wir eine totale Umwandlung eigentlich unseres Umganges mit der Natur, mit uns Selbst und miteinander brauchen. Also ein naturgewandter Lebensstil mit biologischer, biodynamischer Ernährung, zurückhaltendem Einsatz von Antibiotika, Antipyretika. Das ist nachgewiesenermaßen allergievermindernd. Hier gibt es zwar noch viele zu erforschende Fragen, und ich staune immer wie wenig wir auf diesem Gebiet machen. In einigen, vor wenigen Wochen publizierten vergleichende finnische Studien, wurde Waldboden in mehrere städtische Kindergärten getragen und er-



staunlicherweise hatte die Maßnahme eine messbare Auswirkung auf das Mikrobiom der Kinder, auch das Hautmikrobiom, das dazu beiträgt die Infekthäufigkeit und das Allergierisiko zu senken. Auch im Blut waren die Immunmodulatoren merklich zu Gunsten einer Besserung verändert. Gleiches gilt für Waldkindergärten. In diesem Bereich sind bedeutende Möglichkeiten der Allergieprävention gegeben, die noch nicht ausgeschöpft sind. Prävention fängt bereits in der Schwangerschaft an. Tierkontakt reduziert die Allergierate, während Depression, Traumata, Rauchen, Antibiotika sie erhöhen und per Kaiserschnitt geboren zu werden, erhöht das Risiko für Asthma und Allergien um circa 20 Prozent, wie eine Studie 2015 an circa 2 Millionen Kindern in Dänemark gezeigt hat. Derzeit liegt die Kaiserschnitttrate in Deutschland doppelt so hoch, wie von der WHO empfohlen. Also die Kliniken mit den niedrigsten Sectio-Raten in Deutschland, die ich sehr gut kenne, zeigen uns, dass die gegenwärtige Kaiserschnitttrate von etwa 30 Prozent auf 15 Prozent zurückgehen könnte, ohne Nachteil für Mütter oder Kinder. Hinzu kommt, dass weltweit bei jedem Kaiserschnitt der Mutter und damit auch dem Kind vor der OP Antibiotika verabreicht werden. Um all das gründlicher aufzuarbeiten, brauchen wir Ausschreibungen für vergleichende Langzeitstudien. Ich möchte in diesem Zuge würdigen, dass das nationale Gesundheitsziel rund um die Geburt des BMG eigentlich vieles formuliert, von dem was mir wichtig erscheint. Die Politik könnte nationale Gipfel zur Geburt mit allen beteiligten Frauenärzten, Hebammen, Neonatologen, Elternverbänden, Allergologen initiieren, um so dieses nationale Gesundheitsziel entscheidend voranzubringen, um von der Geburt an einer nachhaltigen Lebensweise zu arbeiten und gemeinsam anzustoßen.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin und greift nochmal das Thema Allergieprävention auf. In welcher Form sollten allergiepräventive Maßnahmen Teile der U-Untersuchungen werden?

SV **Prof. Dr. Christian Vogelberg** (Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA)): Die U-Untersuchungen sind eigentlich die ersten und fest implementierten Untersuchungen

im frühen Säuglings- und Kleinkindesalter und dienen ganz besonders der Früherkennung von Erkrankungen und entsprechender Gegensteuerung. Insofern ist es wichtig, dass gerade auch das Thema Allergie und allergische Erkrankungen in diesem Rahmen mit implementiert werden. Wichtig ist, dass man Kinder, die ein Risiko durch die atopische Familienanamnese erkennbar mitbringen, besonders detailliert untersucht, dass man auf frühe Symptome atopischer Erkrankungen, wie das atopische Ekzem und die Nahrungsmittelallergie anamnestisch hin untersucht. Es ist nicht notwendig, dass man flächendeckend und unspezifisch mit Sensibilisierungsdiagnostik diese Kinder untersucht. Es ist aber notwendig, diejenigen Kinder, die identifizierbare Symptome zeigen oder einen Verdacht haben, frühzeitig diagnostiziert, also eine sinnvolle und damit auch eine ressourcenschonende Diagnostik durchführt. Weiterhin dass man eine Aufklärung gezielt der Angehörigen vornimmt, auf welche Dinge zu achten ist und dass bei Vorhandensein der atopischen Erkrankungen dann auch eine sinnvolle und gezielte Therapie durchgeführt wird, die insbesondere auch daraufhin angelegt ist, dass unsinnige Empfehlungen, insbesondere im diätetischen Bereich, nicht getätigt werden und umgekehrt. Eine notwendige Therapie ist, insbesondere auch zur Vermeidung eines schwereren Verlaufes, insbesondere auch bei den allergischen Atemwegserkrankungen, frühzeitig zu initiieren, um damit auch den weiteren klinischen Verlauf positiv zu beeinflussen.

Abg. **Paul Victor Podolay** (AfD): Meine Frage geht an die KBV. Von den Antragstellern wird die Kostenübernahme durch die GKV für Antihistaminika auch bei über 80-jährigen Patienten gefordert. 100 Tabletten eines solchen Antihistaminikums, nämlich Loratadin, kann man heute für 6,02 Euro kaufen. Halten Sie die Forderung der Antragsteller angesichts von sechs Cent Therapiekosten pro Tag für sinnvoll oder sollten wir unser Augenmerk stattdessen auf dringendere Probleme legen?

SV **Dr. Ludwig Hofmann** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Es wundert mich gerade, woher Sie diesen Preis haben. Ich habe eben parallel mal geguckt. Die Apothekenabgabepreise für 100 Tabletten Loratadin beginnen bei 23 bis 24 Euro. Sechs Euro erscheinen mir sehr niedrig.





Es ist ja auch nicht so, dass es dabei stehen bleibt. Also selbst wenn der Einzelpreis scheinbar niedrig ist, kommen ja auch noch andere Medikamente oder andere Pflegeprodukte und Ähnliches hinzu. Bei einer oft gegebenen familiären Häufung kommt schnell ein hoher Betrag zusammen. Die OTC-Problematik, also der Verordnungsausschluss von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten, muss man allerdings noch etwas differenzierter betrachten. Regelmäßig endet die Verordnungsfähigkeit dieser Medikamente mit dem 12. Lebensjahr und bis zum 18. Lebensjahr wäre es nur bei Entwicklungsstörungen verschreibungsfähig. Einige dieser Medikamente befinden sich auf einer Ausnahmeliste, aber manche eben nicht. Insbesondere gibt es keine Ausnahme für Augentropfen, Nasentropfen und Produkte zur Pflege eines atopischen Ekzems. Die Pflegeprodukte haben zum Teil noch nicht einmal eine Arzneimittelzulassung und wären somit in keiner Form verordnungsfähig. Da müssten dann auch andere Regelungen getroffen werden. Das ist ein schwieriges Problem. Aber einige der Medikamente, die zur Behandlung von Allergien eingesetzt werden, sind in der Ausnahmeliste der Arzneimittel-Richtlinie enthalten.

**Abg. Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den **ESV Prof. Dr. Martin**. Sie haben in ihrem Statement eben ausgeführt, dass auch die Abgabe von Antibiotika insbesondere im Kindesalter einen Einfluss auf die Entwicklung von Allergien haben kann. Welche Maßnahmen schlagen Sie nun konkret vor, um den Einsatz von Antibiotika noch weiter zu senken?

**ESV Prof. Dr. David Martin**: Die Verschreibung von Antibiotika hat in der Allgemeinpraxis in den letzten Jahren glücklicherweise nicht mehr zugenommen aber auch noch nicht abgenommen. Es ist natürlich gut, wenn wir als Kinderärzte es mühsam geschafft haben in den vergangenen zehn Jahren, zehn Prozent weniger Antibiotika in der Pädiatrie einzusetzen. Aber noch besser wäre es, wenn entsprechende Leitlinien das auch vermehrt empfehlen würden, wie zum Beispiel der RKI-Ratgeber bei Streptokokken-Tonsillitis. In 2018 erfolgten immer noch 668 zumeist unnötige Antibiotikaverordnungen pro 1 000 Versicherte im Alter von zwei bis fünf Jahren, obwohl diese Kinder zu 95 Prozent virale Infekte hatten. Fachleute sind sich einig, dass

Antibiotikaverschreibungen weiter reduziert werden können. Aus meiner Sicht sind hier für zwei Ressourcen zu wenig berücksichtigt worden. Die Ressource Fieber und die Ressource integrative Medizin. Beide sind in den Action Plans der WHO und der EU nicht erwähnt. Mit Unterstützung des BMBF und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und des Berufsverbands der Kinder- und Jugendmedizin und mit Hinweisen auf die BZgA haben wir die sogenannte Feverapp entwickelt, die Patienten hilft, Fieber erstmal als eine immunologische Wache gegen Erreger zu verstehen und zu unterstützen, anstatt Fieber einfach mit Paracetamol oder Ibuprofen, die übrigens beide auch das Risiko für Asthma erhöhen, zu unterdrücken. Dadurch haben Eltern und Patienten auch weniger Druck, unbedingt und zu früh ein oft unnötiges Antibiotikum einzunehmen, was wiederum den Arzt entlastet, weil der Arzt oft aus Zeitdruck oder aus Druck vom Patienten oder aus Angst vor gerichtlichen Repressalien Antibiotika verschreibt. Auf dieser Basis haben wir auch eine Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zum Fiebermanagement im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und mit Beiräten von vielen weiteren Gesellschaften angemeldet. Auch Menschen aus diesem Kreis sind eingeladen, mitzuwirken. Dabei versuchen wir die integrative Medizin evidenzbasiert einzubeziehen, denn ganzheitlich arbeitende Ärzte verschreiben bei gleicher Sicherheit, höhere Zufriedenheit und weniger Nebenwirkungen sowie weniger Rückfällen deutlich weniger Antibiotika. Nicht nur die Allergieentwicklung, sondern auch die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen hat der Trend der delete prescription hervorgerufen, was die App auch unterstützt. Bei allen Erkrankungen, die nicht nachweislich sofort ein Antibiotikum brauchen, also bei den meisten akuten Infekten, sollten Ärzte darin geschult werden die Patienten zu beraten und gegebenenfalls auch ergänzende Ansätze einzusetzen und darauf hinzuweisen und erst wenn diese nicht ausreichend ansprechen auf Antibiotika zu rekurrieren. Eine solche integrative Medizin beugt Allergien und Antibiotikaresistenzen vor und ist langfristig auch kosteneffektiver. Es braucht mehr Ausschreibungen, ein Innovationsfonds beispielsweise vom BMBF in diese Richtung.



Abg. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Ich habe eine Frage an die BÄK. Können im Ergebnis Kosten gespart werden, wenn die frühe Allergiediagnostik und -therapie intensiviert wird? Oder andersherum ausgedrückt, die Kosten, die man dort investiert, rentieren sich ja. Abgesehen vom menschlichen Leid, was wir reduzieren, ist es auch volkswirtschaftlich günstiger, bereits früh mit Allergiediagnostik und -therapie zu beginnen und es intensiver zu machen.

SVe **Dr. Petra Bubel** (Bundesärztekammer (BÄK)): Es ist sicher so, dass je eher eine Allergie therapiert wird, umso eher ist auch das Fortschreiten der Erkrankung in den Griff zu bekommen. Wenn ich jetzt von einer allergischen Rhinitis ausgehe, auch die Ausbildung von Asthma kann verhindert werden beziehungsweise ist die Ausbildung von Folgeerkrankungen nicht so schwer. Damit lassen sich einmal die Kosten bei den Medikamenten und zum anderen auch die Folgekosten wegen Krankschreibung, Schulausfall usw. reduzieren. Um nochmal auf das Thema der Medikamente zurückzukommen. Es wäre günstiger, wenn diese Kosten für die Allergiemedikamente, die Antihistaminika von der GKV übernommen werden würden, weil dann wahrscheinlich auch viele Patienten frühzeitig ihren Arzt konsultieren würden. Sie würden somit einer erfolgreichen Diagnostik und Therapie zugeführt werden. Bei der Kostenabschätzung muss man auch auf mehrere Jahre blicken. Das kann man nicht von heute bis morgen beurteilen. Ich denke, dass sicherlich fünf Jahre betrachtet werden müssen, um eine Kostenreduktionsabschätzung vorzunehmen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht auch an die BÄK. Sie beschreiben ja teils schwerwiegende Funktionsstörungen bei Adrenalin-Autoinjektoren. Inwiefern sehen Sie hier Nachbesserungsbedarf bei der Zulassung dieser Produkte?

SVe **Dr. Petra Bubel** (Bundesärztekammer (BÄK)): Es hat in der letzten Zeit, in der letzten Saison Lieferengpässe gegeben für Adrenalin-Autoinjektoren. Es gibt sehr wenige Hersteller dafür. Bei den Herstellern gab es Probleme bei der technischen Umsetzung. Die Nadeln sind nicht richtig ausgefahren.

Es gab rote Handbriefe, dass Injektoren zurückgezogen werden mussten. Das hatte zur Folge, dass die anderen Hersteller dieses Defizit nicht ausgleichen konnten. Es war einfach zu wenig da. Das Problem war, dass wir den Patienten, die so einen Autoinjektor brauchen, weil sie gefährdet waren, durch Insektengiftallergien, durch Stiche von Wespen eine anaphylaktische Reaktion zu bekommen, dass die keinen Schutz selber hatten. Das ist also sehr gefährlich und kann bei Anaphylaxie auch zum Tode führen. Hier sollte nachgebessert werden, dass die Hersteller von Adrenalin-Autoinjektoren verpflichtet werden, eine gewisse Qualität zu liefern und eine gewisse Menge vorzuhalten, dass solche Engpässe nicht mehr passieren können.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie die Forderungen nach einer Kostenübernahme für eine qualifizierte Ernährungstherapie durch die GKV bei Patientinnen und Patienten mit einer Lebensmittelallergie oder Lebensmittelunverträglichkeit?

SV **Dr. Bernhard Egger** (GKV-Spitzenverband): Mit dem Problem Lebensmittelallergie ist insofern umzugehen, dass die Ernährung umgestellt wird auf eine Ernährung, die das Auslösen der Allergien meidet. Das ist nach unserer Auffassungen in der Versorgungspraxis im wesentlichen Aufgabe der betreuenden Ärztinnen und Ärzte, weil letztendlich der Verlauf der Erkrankung, der Symptome immer eng abgestimmt und eng abgeglichen werden muss, konkret mit dem, was die Betroffenen jeweils gerade zu sich genommen haben und wie ihr Essverhalten ist. Die klassische Ernährungstherapie als verordnungsfähiges Heilmittel, was wir auch im System haben, zielt auf ganz andere Gruppen. Da geht es eher um die seltenen, angeborenen Stoffwechselerkrankungen. Die werden derzeit von den Regelungen des G-BA nicht erfasst. Es gibt allerdings einzelne Krankenkassen, die im Rahmen von Satzungsleistungen durch spezialisierte Ökotrophologen, Diätassistenten auch entsprechende Ernährungstherapieempfehlungen, Ernährungsberatungen anbieten. Ein spezielles Thema ist vielleicht noch dieses Thema mit der hypoallergenen Säuglingsnahrung. Primär ist wichtig, dass eigentlich immer angestrebt werden sollte, dass gestillt wird.



Das ist auch das, was in den Präventionsprogrammen, auch in der Primärprävention, die von den Krankenkassen gefördert wird, im Vordergrund steht. Die Kostenübernahme für die hypoallergene Säuglingsnahrung ist derzeit im Rahmen der geltenden gesetzlichen Regelungen durch die Kassen nicht möglich. Das ist aus meiner Sicht auch nicht unbedingt sinnvoll, weil diese Hypoallergene Säuglingsnahrung auch nicht so wesentlich teurer ist als normale Säuglingsnahrung. Zum Teil liegen auch wissenschaftliche Daten, wie groß der Vorteil ist, die diese spezielle Säuglingsnahrung erbringt, noch nicht so richtig vor.

**Abg. Dr. Bettina Hoffmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Meine Frage richtet sich nochmal an die ESVe Prof. Dr. Traidl-Hoffmann. Wir haben von dieser AllergikerInnen-Karriere gehört. Mit welchen Maßnahmen kann denn eine bessere primäre und sekundäre Allergieprävention gelingen oder gewährleistet werden?“

**ESVe Prof. Dr. Claudia Traidl-Hoffmann:** Vieles ist schon genannt worden. Ich will das nennen, was noch nicht genannt wurde. Wir müssten die Prävention stärken. Die Prävention kann gestärkt werden, wenn man allein ein Kind mit einer Basistherapie versorgt. Allein die Herstellung der Barriere der Haut kann eine Prävention schaffen. Dementsprechend ist es sinnvoll und wir fordern, dass diese Basistherapie übernommen wird von den Krankenkassen. Dann müssen wir auch bei der Natur anfangen. Wir müssten eine vernünftige Städteplanung machen. Ein Negativbeispiel ist der Potsdamer Platz in Berlin, wo eine Birke neben der anderen steht. Das heißt also, wir müssen unbedingt mit den Städteplanern sprechen und natürlich hier keine allergene Bäume pflanzen, sondern eben Bäume, die nicht allergen sind. Die Ausbildung der Ärzte, das ist gesagt worden, das kann ich nur nochmal unterstützen. Aber was wir unbedingt auch noch brauchen auf der Seite der Natur, ist eine flächendeckende Polleninformationsstrategie. Wir brauchen Polleninformationen für die Patienten, dass sie über ein App informiert werden und somit ihr Verhalten und auch ihre Medikation anpassen können. Das Letzte, was ich noch unbedingt nennen möchte, was auch noch nicht ausreichend gesagt wurde, wir brauchen mehr koordinierte Forschung im Bereich der Allergie. Wir müssen hier

Ausschreibungen haben vom BMBF, die ganz gezielt in Richtung Prävention gehen, weil wir nämlich uns die 40 Prozent Allergiker einfach irgendwann nicht mehr leisten können sozioökonomisch und außerdem beeinträchtigt das die Lebensqualität und auch die mentale Gesundheit unserer Patienten. Hiermit möchte ich nochmal sagen, Primärprävention ist das Wichtige.

**Abg. Marja-Liisa Völlers (SPD):** Es klang ja eben schon an, Fachkräftemangel in der Thematik. Meine Frage richtet sich an die KBV. Welche Maßnahmen halten Sie für erforderlich, um eine Versorgung durch allergologisch spezialisierte Ärztinnen und Ärzte auch in unterversorgten beziehungsweise insbesondere in ländlichen Räumen zu gewährleisten?

**SV Dr. Ludwig Hofmann (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)):** Man muss erstmal konstatieren, dass wir im internationalen Vergleich nicht so schlecht dastehen. Auch wenn die Kollegin vorhin gesagt hat, dass die Anträge auf die Zusatzbezeichnung Allergologie rückläufig sind, so haben wir doch knapp 5 000 Ärzte, die hier entsprechend qualifiziert sind, plus eine flächendeckende Versorgung durch Facharztgruppen, bei denen allergische Kompetenz wesentlicher Bestandteil der Weiterbildung ist. Ansonsten ist es natürlich eher ein allgemeines Problem, was Sie da aufmachen, also wie wir fachärztliche Versorgung auch in strukturschwachen Gebieten sicherstellen. Da kann man nur eigentlich keine spezifisch allergologischen Antworten geben. Da ist letztlich viel Standort- und Strukturpolitik dabei. In Krankenhäusern haben wir das gleiche Problem, entsprechend qualifizierte Ärzte zu rekrutieren. Was helfen könnte, ist der Ausbau von Telemedizin und von mehr Videokonferenzen, was natürlich entsprechend einen Breitbandausbau voraussetzt. Wir müssen auf jeden Fall Kooperationen fördern. Auch hier wäre das DMP sicherlich eine ganz gute Maßnahme. Ansonsten einfach die gleichen Maßnahmen, die die Attraktivität für alle Beteiligten in diesen Räumen erhöhen.





Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie die aktuelle Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten im Bereich der allergischen Erkrankungen?

SV **Dr. Bernhard Egger** (GKV-Spitzenverband): Wenn man sich die Zahlen der gut ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzte im ambulanten Bereich ansieht, dann steht Deutschland im internationalen Vergleich wirklich gut da mit vielen Dermatologen, HNO-Ärzten, Kinder- und Jugendärzten, Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie und, wie Herr Dr. Hofmann es schon sagte, etwa 5 000 Kolleginnen und Kollegen, die über die Zusatzbezeichnung Allergologie verfügen. Ganz wichtig ist mir dabei auch noch, dass die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Allergien natürlich nicht nur ein rein fachärztliches Problem ist und auch kein Allergologen-Problem, sondern letztendlich muss die Kooperation mit der hausärztlichen Versorgung, zu denen ja auch Kinder- und Jugendärzte gehören, gestärkt werden. Ich möchte noch erwähnen, dass wir auch viele spezialisierte allergologische Ambulanzen an den Kliniken, insbesondere an den Unikliniken haben, sodass ich in der Gesamtbeurteilung sagen würde, dass die Versorgungssituation in Deutschland gut ist. Im internationalen Vergleich, finde ich, auch deutlich besser als in den allermeisten anderen europäischen Ländern und dass die Schwierigkeit vielleicht eher darin liegt, dass wir die Zusammenarbeit der einzelnen Versorgungsebenen noch einmal stärken sollten, um damit letztendlich auch die Inanspruchnahme der spezialisierten Allergologen auf das zwingend notwendige zu begrenzen.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an die BÄK. In der Forderung wird zum Beispiel ein öffentliches Angebot der Notfallversorgung von Anaphylaxie in Kindergärten, Schulen und Horten angeregt. Adrenalin-Autoinjektoren sollen vorgehalten und die Kinderbetreuer geschult werden. Wäre es nicht besser, dass man diese Injektoren den Individuen vorhält und nicht der Allgemeinheit und vor allen Dingen, dass man in diesem Fall das Betreuungspersonal für das einzelne Kind individuell besser ausstatten sollte und informieren müsste? Wie bewerten Sie die Forderung, das allgemein als Notfallversorgung bereitzustellen?

SVe **Dr. Petra Bubel** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die allgemeine Zurverfügungstellung von Autoinjektoren halte ich für bedenklich. Bisher ist es so, dass die Kinder, die betroffen sind, zwei Autoinjektoren haben, wobei nur einer von der GKV bezahlt wird. In den Kindereinrichtungen und in den Schulen werden die entsprechenden Betreuer, Erzieher, Lehrer geschult. Das erfolgt durch Aufklärungsmaterial, das erfolgt durch uns Ärzte und das erfolgt auch durch die Eltern. Zum Teil sind die Kinder auch selber geschult. Aber ich warne davor, das einer breiten Basis zur Verfügung zu stellen, weil auch damit sehr viel Missbrauch gemacht werden kann. Ich halte eine individuelle Schulung von Betroffenen für wichtiger.

Der **Vorsitzende**: Damit sind wir am Ende der Anhörung angekommen. Ich danke allen für Fragen und Antworten, wünsche gute Beratungen und schließe diese Anhörung.

Schluss der Sitzung: 15:08 Uhr

Erwin Rüdell, MdB  
**Vorsitzender**