

Allergische Rhinitis ist keine Bagatellerkrankung!

Gemeinsame Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAI),
des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen (ÄDA), der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie
und Umweltmedizin (GPA) und des Deutschen Allergie- und Asthmabundes (DAAB)

Die Kostenübernahme rezeptfreier Arzneimittel ist seit dem 1. April 2004 eindeutig geregelt. Viele Antihistaminika, notwendig zur Behandlung der allergischen Rhinokonjunktivitis, werden von den Krankenkassen nicht mehr erstattet, wenn der Patient älter als 12 Jahre alt ist.

Der gemeinsame Bundesausschuss (g-BA), gegründet nach §91 Abs. 5 SGBV (www.g-ba.de), der sich aus Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Leistungserbringer) zusammensetzt, hatte zum 1. Januar 2004 den Verordnungsausschluss so genannter OTC-Präparate („over the counter“, nicht verschreibungspflichtige und damit nicht erstattungsfähige Arzneimittel) beschlossen.

Mit Wirkung zum 1. April 2004 wurden Ausnahmen von dieser Regelung zugelassen und zwar dann, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Schwerwiegend wurde mit lebensbedrohlich gleichgesetzt

bzw. wenn auf Grund der Schwere der durch die Erkrankung verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt ist. Ausgenommen von dieser Regelung sind Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen – was immer das bedeuten mag.

Antihistaminika dürfen jetzt nur noch in Notfallssets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengiftallergien, zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urtikarien und bei schwerwiegendem Pruritus verschrieben werden. Zur Therapie der allergischen Rhinokonjunktivitis, die die Lebensqualität der Betroffenen auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen kann, besteht somit keine Möglichkeit mehr, Antihistaminika zu verordnen. GPA, DGAI, ÄDA und der DAAB haben deshalb in einer gemeinsamen Stellungnahme den g-BA aufgefordert, seine Entscheidung für die allergische Rhinokonjunktivitis zu revidieren.

Dr. Ernst Rietschel, Vorsitzender der GPA

**An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Herrn Dr. Hess, Vorsitzender
Auf dem Seidenberg 3 a
53721 Siegburg**

Bochum, 04.03.2004

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

wie zu hören ist, soll die allergische Rhinitis durch den Gemeinsamen Bundesausschuss als „Bagatellerkrankung“ eingestuft werden, mit den entsprechenden Konsequenzen für die Qualität der Versorgung, die Verordnungsfähigkeit

von Arzneimitteln, den finanziellen und auch gesundheitlichen Konsequenzen für die Betroffenen. Die Deutschen Allergologenverbände protestieren gegen diese Absichten und möchten diese Auffassung nachfolgend begründen.

Die allergische Rhinitis (saisonale allergische Rhinokonjunktivitis [„Heuschnupfen“] oder ganzjährige allergische Rhinitis) ist keine Bagatellerkrankung!

Im Gegensatz zum viralen Schnupfen handelt es sich bei der allergischen Rhinitis nicht um eine selbstlimitierende, meist folgenlose Erkrankung, sondern um eine

wesentliche, chronische Atemwegserkrankung mit erheblicher Komorbidität und weit reichenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Patienten. Insbesondere ist hervorzuheben, dass Klein- und Schulkinder mit einer allergischen Rhinitis in bis zu 40 Prozent ein Asthma entwickeln, wobei beide Erkrankungen die Patienten meist lebenslang begleiten. Die allergische Rhinitis ist daher eine chronische Krankheit und keine geringfügige Gesundheitsstörung!

Die Initiative der WHO definiert die allergische Rhinitis als bedeutende chronische Atemwegserkrankung!

In krassem Gegensatz zu der offensichtlichen Einschätzung der allergischen Rhinitis durch den Bundesausschuss hat die ARIA-Initiative mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation WHO [6] betont, dass es sich bei der allergischen Rhinitis nicht um eine banale Erkrankung handelt, sondern um eine „major chronic respiratory disease“ mit systemischen Auswirkungen und mit häufigem Übergang („Etagenwechsel“) in ein Asthma in ca. einem Drittel der Fälle [3, 7, 25, 26]. Auch bei allergischer Rhinitis ohne manifestes Asthma liegen bereits entzündliche Reaktionen der Bronchien vor bzw. treten bei allergischer Symptomatik der Nase gleichzeitig auf [8]. Die allergische Rhinitis kann zu einer Chronifizierung, verbunden mit irreversiblen Umbauvorgängen der Nasen- und Nasennebenhöhlenschleimhaut führen [4].

Die WHO [6] klassifiziert die allergische Rhinitis als „bedeutende chronische Atemwegserkrankung“ aufgrund:

- ihrer Prävalenz,
- ihres Einflusses auf die Lebensqualität,
- ihres Einflusses auf Leistungsfähigkeit und Produktivität in Beruf und Schule,
- der durch sie hervorgerufenen volkswirtschaftlichen Kosten,
- ihrer Verbindung zum Asthma,
- ihrer Assoziation mit der Sinusitis und anderen Begleiterkrankungen wie der Konjunktivitis.

Insbesondere wird die allergische Rhinitis explizit als Risikofaktor für die Entstehung eines Asthmas bezeichnet, wobei ein ca. drei- bis vierfach erhöhtes Risiko einer Beteiligung der unteren Atemwege gegenüber nasengesunden Personen besteht.

Die Erkrankung erfordert daher eine konsequente antientzündliche Therapie, um die Schlafstörungen und die Beeinträchtigung täglicher Aktivitäten zu vermindern und damit Schul- bzw. Arbeitsfähigkeit zu erhalten, und den Übergang in ein Asthma und eine lokale Ausweitung zu einer chronischen Kieferhöhlenentzündung zu verhindern [6,12].

Die Trivialisierung der allergischen Rhinitis würde unseres Erachtens zu einer erhöhten Morbidität und zur Ausweitung und Chronifizierung der Atemwegserkrankungen führen, langfristig mit den entsprechenden

Mehrkosten für das Sozialsystem (Krankenkassen, Renten). Eine solche Maßnahme würde auch den Zielen der Qualitätssicherung und Prävention diametral entgegenwirken. Aufgrund der derzeit erfassten Häufigkeit der allergischen Rhinitis (Prävalenz ca. 23 Prozent) ist eine Asthmaentwicklung in einem Drittel der Fälle eine äußerst beunruhigende Entwicklung.

Prävalenz der allergischen Rhinitis und des Asthma

Allergische Krankheiten haben in den letzten Jahren in erschreckender Weise an Häufigkeit zugenommen. Der Trend zur weiteren Zunahme ist ungebrochen [18]. Die Prävalenz aller allergischen Krankheiten wird bei Erwachsenen unterschiedlicher Altersgruppen mit 50,9 bis 26,9

Prozent (Hamburg), die des Asthma mit 2,1 bzw. 4,4 Prozent angegeben [23, 11].

Im Kindesalter beträgt die Prävalenz der allergischen Rhinitis bei 6- bis 7-Jährigen 2,9 (Greifswald) bzw. 6,0 Prozent (Münster), bei 13- bis 14-Jährigen 11,7 (Greifswald) bzw. 21,1 Prozent, die Prävalenz des Asthmas beträgt bei 6- bis 7-Jährigen 3,6 Prozent, bei 13- bis 14-Jährigen 5,7 Prozent [ISMC Bericht Allergien]. Bei ca. 35 Prozent der Patienten liegt ein persistierendes Krankheitsbild vor [2], mit und ohne saisonale Beschwerdezunahme; bei der saisonalen Form der Erkrankungen infolge Pollenallergie kann es durch den Pollenflug von Januar bis August zu Beschwerden über bis zu acht Monate kommen, zeitweilig häufig in so massiver Form, dass Kortisonpräparate eingesetzt werden müssen.



Allergische Rhinitis – eine Bagatellerkrankung?

Prozent (West) bzw. 40,7 bis 14,2 Prozent (Ost) angegeben [21].

Nach neuesten Erhebungen leiden 23 Prozent der europäischen Erwachsenen an einer allergischen Rhinitis. Davon sind 50 Prozent ganzjährig erkrankt. 27 Prozent der Erwachsenen mit allergischer Rhinitis leiden zusätzlich an einem Asthma bronchiale. Nach einer europaweiten Erhebung bei 20-jährigen Erwachsenen wird die Prävalenz der allergischen Rhinitis in Deutschland mit 13,4 (Erfurt) bzw. 23,6

Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass Asthma und Rhinitis häufig beim gleichen Patienten auftreten; eine Rhinitis besteht bei ca. 75 bis 100 Prozent der allergischen und bei mehr als 80 Prozent der nicht-allergischen Asthmapatienten [6]. Bei atopischen Patienten scheint das Eintrittsalter der ersten allergischen Symptome die weitere Entwicklung anzudeuten: Treten diese vor dem 6. Lebensjahr auf, entwickelt sich häufig ein Asthma, im späteren Kindesalter bleibt es häufig bei

einer saisonalen Rhinitis [27, 28]. Die Prävalenz eines Asthmas bei bestehender AR scheint von deren Dauer und Schweregrad abzuhängen: Patienten mit saisonaler intermittierender Rhinitis haben in 10 bis 15 Prozent ein Asthma, Patienten mit schwerer und persistierender Rhinitis dagegen in 25 bis 40 Prozent [Bousquet J et al, Publikation im Druck].

Eine durch den Arzt festgestellte allergische Rhinitis im Kleinkindesalter verdoppelte das Risiko der Asthmaentwicklung bis zum 11. Lebensjahr in der sog. Children's Respiratory Study [29]. In der an der Berliner Charité durchgeführten MAS-Studie entwickelten 5-jährige Kinder mit einer Graspollen-Allergie in 34 Prozent innerhalb von zwei Jahren ein Asthma, 7-jährige in 32,7 Prozent [16]. Ein erhöhtes Risiko besteht selbst noch im Erwachsenenalter [30], bei allergischer wie auch bei nicht-allergischer Rhinitis.

Das allergische Asthma gehört zu den schwerwiegendsten Krankheitsbildern aller Altersstufen. Jährlich sterben in Deutschland Menschen an Asthma, 1995 wurde die Zahl mit 5.546 Personen (6,8 je 100.000 Einwohner) angegeben [23]; in der Altersgruppe der 5- bis 34-Jährigen betrug die Asthmasterblichkeit 0,3/100.000. Des Weiteren verursacht Asthma häufig Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit [15].

Mindestens 25 Prozent der Asthmatiker leiden an einem schweren oder mittelschweren Asthma, die eine ständige Medikation benötigen [15], in ca. 75 Prozent liegt ein leichteres Asthma vor; von diesen Fällen wird ca. ein Drittel medikamentös behandelt [15]. Auch bei vorwiegend saisonaler Asthmasymptomatik können außerhalb der Saison infolge der bronchialen Hyperreagibilität, dem charakteristischen Befund des Asthmas, Anfälle auftreten, so dass ganzjährig Asthamedikamente verfügbar sein müssen.

Die Therapie der allergischen Rhinitis reduziert Asthmapbeschwerden!

Intranasale Kortikoide reduzieren neben den Nasenbeschwerden auch gleichzeitig bestehende asthmatische Symptome

[13, 24]. Besonders eindrucksvoll und bedeutsam sind neuere Studien an mehreren Tausenden Patienten, die zeigen, dass es bei antientzündlicher Behandlung der allergischen Rhinitis zu einer deutlichen Reduktion von Notfallbehandlungen wegen eines gleichzeitig bestehenden Asthmas kommt [1, 10, 13]. Dabei kann das Risiko einer kostenintensiven Notfallbehandlung bei Asthmapatienten, die wegen ihrer Rhinitis behandelt werden, um bis zu 50 Prozent gesenkt werden gegenüber unbehandelten Patienten. Durch frühzeitige Spezifische Immuntherapie lassen sich der „Etagenwechsel“ und weitere Sensibilisierungen verhindern [19, 20]. Die Bedeutung der Spezifischen Immuntherapie ist durch eine WHO-Initiative herausgestellt worden [5]. Die Kosten-Nutzen-Relation der Spezifischen Immuntherapie ist belegt [9, 14, 17].

Die logische Konsequenz – auch aus budgetären Überlegungen – ist daher die konsequente Behandlung der allergischen Rhinitis, und nicht deren Bagatellisierung.

Allergiker sind eine vulnerable Gruppe mit besonderem Schutzbedürfnis!

Der Sachverständigenrat für Umweltfragen [22] hat in seinem Sondergutachten 1999 dargelegt, dass das individuelle Schutzkonzept des Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz den Gesetzgeber verpflichtet, bei Maßnahmen zum Schutz der menschlichen Gesundheit vulnerable Gruppen zu berücksichtigen. Nach der Stellungnahme des Rates stellen Allergiker grundsätzlich eine solche vulnerable Gruppe dar, deren besonderem Schutzbedürfnis bei der Rechtsetzung Rechnung getragen werden muss. Und weiter: „Im Übrigen rechtfertigen sowohl die Schwere der akuten Erkrankungen als auch die Chronifizierungstendenzen im Krankheitsverlauf die Berücksichtigung von Allergikern als vulnerable Gruppe. Innerhalb der Gruppe der Allergiker sind im Hinblick auf die Bewertung von Inhalationsallergenen Kinder als eine eigenständige vulnerable Gruppe

anzusehen.“ Dieser Einschätzung können wir uns nur anschließen.

Schlussfolgerungen

Es kann aus Sicht der Deutschen Allergologenverbände keinen Zweifel daran geben, dass die hier genannte allergische Rhinitis neben anderen allergischen Erkrankungen eine schwerwiegende chronische Krankheit darstellt. Diese Einstufung muss sowohl bei der Bewertung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen einschließlich der Allergiediagnostik sowie bei der Verordnungsfähigkeit von Antihistaminika und topischen Glukokortikoiden (Arzneimittel-Richtlinien, Anlage 8) und Spezifischer Immuntherapie (Therapiestandard) Berücksichtigung finden.

Ihrer Antwort sehen die Deutschen Allergologenverbände mit deutlichen Erwartungen entgegen. Diese Stellungnahme wird auch vom Deutschen Allergie- und Asthmabund DAAB, der größten Organisation der betroffenen Patienten, unterstützt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. G. Schultze-Werninghaus
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie

Prof. Dr. Th. Fuchs
Präsident des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen

Dr. E. Rietschel
Vorsitzender der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin

Frau A. Wallrafen
Deutscher Allergie- und Asthmabund

Literatur

1. Adams RJ, Fuhlbrigge AL, Finkelstein JA, Weiss ST (2002): Intranasal steroids and the risk of emergency department visits for asthma. *J Allergy Clin Immunol* 109: 636-42
2. Bauchau V, Durham SR, Strachan DP (2003): Epidemiology of allergic rhinitis: Clinical aspects in a population-based sample of adults from six European countries. *EAAACI 2003 Paris* (abstract)
3. Borish L (2003): Allergic rhinitis: systemic inflammation and implications for management. *J Allergy Clin Immunol* 113: 1021-31
4. Bousquet J, Jacquot W, Vignola AM, Bachert C, van Cauwenberge P (2004): Allergic rhinitis: a disease remodelling the upper airways? *J Allergy Clin Immunol* 113: 43-9
5. Bousquet J, Lockey R, Malling HJ (1998): Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic disease. A WHO position paper. *Allergy* 53 (Suppl. 44): 4-42
6. Bousquet J, van Cauwenberge P, Khaltaev N (Hrsg.) (2001): Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. *ARIA Workshop Report*. *J Allergy Clin Immunol* 108: S147-334
7. Bousquet J, Vignola AM, Demoly P (2003): Links between rhinitis and asthma. *Allergy* 58: 691-706
8. Braunstahl GJ, Prins JB, Kleinjan A, Overbeek SE, Hoogsteden HG, Fokkens WJ (2003): Nose and lung cross-talk in allergic airways disease. *Clin Exp All Rev* 3: 38-42
9. Büchner K, Siepe M (1995): Nutzen der Hyposensibilisierung unter wirtschaftlichen Aspekten. *Allergo J* 4: 156-163
10. Crystal-Peters J, Neslusan C, Crowne WH, Torres A (2002): Treating allergic rhinitis in patients with comorbid asthma: the risk of asthma-related hospitalizations and emergency department visits. *J Allergy Clin Immunol* 109: 57-62
11. DGAI, ÄDA, DAAU (Ring J, Fuchs T, Schultze-Werninghaus G, Hrsg.) (2004): *Weißbuch Allergie in Deutschland*, 2. Aufl. Urban und Vogel München
12. DGAI: Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Allergische Rhinitis“ der Sektion HNO der DGAI (2003): Allergische Rhinokonjunktivitis. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI). *Allergo J* 12: 182-94
13. Fuhlbrigge AL, Adams RJ (2003): The effect of treatment of allergic rhinitis on asthma morbidity, including emergency department visits. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 3: 29-32
14. Greiner W, Schulenburg JM, Gillissen A (2002): Kosten und Nutzen der Hyposensibilisierung bei allergischem Asthma und Rhinitis. *Gesundh ökon Qual manag*, 179-186
15. Konietzko N, Fabel H (2001): *Weißbuch Lunge 2000*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart; Aktualisierung 2001, www.multimedia.de/private/html/thieme/
16. Lau S, Nickel R, Niggemann B, Gruber C, Sommerfeld C, Illi S, Kulig M, Forster J, Wahn U, Groeger M, Zepp F, Kamin W, Bieber I, Tacke U, Wahn V, Bauer CP, Bergmann R, von Mutius E, Mas-Group (2002): The development of childhood asthma: Lessons from the German Multicentre Allergy Study (MAS). *Paediatr Respir Rev* 3: 265-72
17. Märtens P, Lobermeyer K (2001): Krankheitskosten-Studie und Kosten-Nutzen-Analyse der spezifischen Immuntherapie bei Asthma. *Allergo J* 10: 341-347
18. Maziak W, Behrens T, Brasky TM, Dehme H, Rzehak P, Weiland SK, Keil U (2003): Are asthma and allergies in children and adolescents increasing? Results from ISAAC phase I and phase III surveys in Munster, Germany. *Allergy* 58: 572-9
19. Möller C, Dreborg S, Ferdousi HA, Halken S, Høst A, Jacobsen L, Koivikko A, Koller DY, Niggemann B, Norberg LA, Urbanek R, Valovirta E, Wahn U (2002): Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (The PAT-Study). *J Allergy Clin Immunol* 109: 251-6
20. Pajno GB et al (2001): Prevention of new sensitizations in asthmatic children monosensitized to house dust mite by specific immunotherapy. A six-year follow-up study. *Clinical and Experimental Allergy* 31: 1392-97
21. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Band III: Über-, Unter-, Fehlversorgung; <http://www.svr-gesundheit.de>.
22. Der Rat von Sachverständigen für Umweltfragen (1999): *Sondergutachten Umwelt und Gesundheit*. Risiken richtig einschätzen. Metzler-Poeschel, Stuttgart 1999; Kap. 3.3; pp. 107-154
23. *Spezialbericht Allergien, Teil 4*; Metzler-Poeschel, Stuttgart 2000.
24. Taramarcz P, Gibson PG (2004): Intranasal corticosteroids for asthma control in people with coexisting asthma and rhinitis. *Cochrane Review*. The Cochrane Library 2004, Ausgabe 1. www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab003570.htm
25. Togias A (2003): Rhinitis and asthma: evidence for respiratory system integration. *J Allergy Clin Immunol* 111: 1171-83
26. Togias A (2004): Systemic effects of local allergic disease. *J Allergy Clin Immunol* 113 (Suppl 1): S8-14
27. Peat JK, Salome CM, Woolcock AJ (1990): Longitudinal changes in atopy during a 4-year period; relation to bronchial hyperresponsiveness and respiratory symptoms in a population sample of Australian schoolchildren. *J Allergy Clin Immunol* 85 (1 Pt 1): 65-74.
28. von Mutius E, Weiland SK, Fritzsche C, Duhme H, Keil U (1998): Increasing prevalence of hay fever and atopy among children in Leipzig, East Germany [see comments]. *Lancet* 1998; 351 (9106): 862-6.
29. Wright AL, Holberg CJ, Martinez FD, Halonen M, Morgan W, Taussig LM (1994): Epidemiology of physician-diagnosed allergic rhinitis in childhood. *Pediatrics* 94 (6 Pt 1): 895-901.
30. Guerra S, Sherrill DL, Martinez FD, Barbee RA (2002): Rhinitis as an independent risk factor for adult-onset asthma. *J Allergy Clin Immunol* 109 (3): 419-25