Dr. phil. Jan Breitkreuz
Dipl.-Psych. Christine Witte, MPH
Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

Saisonale Pollenallergien bei Kindern und Jugendlichen – Inanspruchnahme und Therapiepersistenz der spezifischen Immuntherapie

Zusammenfassung

Saisonale Pollenallergien gehören im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Sie können nicht nur belastende Symptome und damit Einbußen der Lebensqualität bedingen, sondern auch Folgeerkrankungen wie Asthma bronchiale. Auf Grundlage der anonymisierten Abrechnungsdaten der AOK Nordost wurden die Inanspruchnahme und Therapiepersistenz der spezifischen Immuntherapie bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 17 Jahren untersucht. Innerhalb dieser Versichertengruppe beträgt die 3-Jahresprävalenz pollenbedingter Allergien 9,5%. Mit der spezifischen Immuntherapie steht für die saisonalen Pollenallergien eine kausale Therapie mit gut belegtem Nutzen zur Verfügung. Innerhalb von 5 Jahren nach erstmaliger Diagnosestellung nimmt sie mit 12% jedoch nur die Minderheit der Kinder und Jugendlichen mit einer ärztlich dokumentierten Diagnose in Anspruch. In Abhängigkeit von der Definition des Therapieabbruchs bricht zudem etwa die Hälfte (55% oder 48%) diese vorzeitig ab, obgleich der Therapieerfolg maßgeblich von der Persistenz beeinflusst wird.

Schlüsselwörter

AOK Nordost, GeWINO, Kinderheilkunde, Pädiatrie, spezifische Immuntherapie, Therapieadhärenz, Versorgungsforschung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2120

Die pollenbedingte allergische Rhinitis (Heuschnupfen) gehört zu den häufigsten allergischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Schmitz et al. 2017). In Deutschland beträgt die 12-Monats-Prävalenz eines ärztlich diagnostizierten Heuschnupfens bei den 3 bis 17-Jährigen 9,9% (Poethko-Müller et al. 2018). Dabei kommt es zu einer allergischen Reaktion der Nasenschleimhaut sowie der Augenbindehaut auf bestimmte Pollen, zum Beispiel die der Birke, welche unter anderem zu vermehrter Sekretion, Niesen, Einschränkungen bei der Nasenatmung und Juckreiz führt. Obwohl die Symptome einer Pollenallergie sehr belastend sein und die Lebensqualität und auch den schulischen Erfolg sehr einschränken können, werden sie häufig bagatellisiert (Greiner et al. 2011). Darüber hinaus werden der allergischen Rhinitis und deren Folgeerkrankungen, zum Beispiel Asthma bronchiale und später COPD, hohe direkte und indirekte volkswirtschaftliche Kosten zugeschrieben (Pfaar et al. 2014).

>> Kinder und Jugendliche leiden häufig an mehreren atopischen Erkrankungen gleichzeitig oder entwickeln im Verlauf unterschiedliche Ausprägungen einer solchen. So ist ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von pollenbedingter allergischer Rhinitis, Asthma bronchiale und Neurodermitis bekannt (Jacob et al. 2016). Insbesondere pollenbedingte allergische Rhinitis und Asthma bronchiale treten häufig gemeinsam auf. Das Risiko, an Asthma bronchiale zu erkranken, ist beim Vorliegen einer allergischen Rhinitis etwa vierfach erhöht (Shaaban et al. 2008). Wichtig ist es deshalb, zum einen über präventive Möglichkeiten aufzuklären und zum anderen allergische Erkrankungen besonders im Kindes- und Jugendalter angemessen zu versorgen, so lassen sich Folgeerkrankungen und Kosten positiv beeinflussen. Als einzige kausale Therapie gegen die pollenbedingte allergische Rhinitis steht die spezifische Immuntherapie (SIT) zur Verfügung. Sie kann zu einer deutlichen Symptomreduktion führen und es konnten zudem tertiärpräventive Effekte, zum Beispiel die Reduktion von Neusensibilisierungen, und ein vermindertes Asthmarisiko nachgewissen werden (Pfaar et al. 2014). Für die SIT gegen die pollenbedingte allergische Rhinitis stehen Produkte zu Verfügung, die subkutan durch Spritzen (SCIT) oder sublingual, zum Beispiel durch Tabletten oder Tropfen (SLIT), verabreicht werden können (Pfaar et al. 2014). Obwohl die SIT die einzige kausale Therapie darstellt und ihr Nutzen als gut belegt gilt, nimmt sie nur die Minderheit der Kinder und Jugendlichen mit einer ärztlich bestätigten Diagnose in Anspruch. Bei den 11 bis 17-Jährigen erhielten in der zweiten Erhebungswelle der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) etwa 30% der betroffenen Kinder und Jugendlichen eine spezifische Immuntherapie (Poethko-Müller et al. 2018).

Entsprechend der Leitlinien sollte eine SIT über drei Jahre durchgeführt werden, wobei die Therapieadhärenz als entscheidender Faktor für den Therapieerfolg gilt (Pfaar et al. 2014). Jedoch ist der Anteil derjenigen, die eine Therapie vorzeitig abbrechen, hoch. Eine Analyse von GKV-Verordnungsdaten von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 18 Jahren ermittelte eine Persistenzrate von 44,1% im 3. Therapiejahr (Eberle et al. 2013). Um Ansätze für die Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer pollenbedingten allergischen Rhinitis zu finden, wurden die Inanspruchnahme der spezifischen Immuntherapie in den Nordost Regionen sowie die Faktoren, welche die Inanspruchnahme und die Therapieadhärenz beeinflussen, untersucht.

Studienpopulation und Methodik

Grundlage der Analysen ist die anonymisierte Forschungsdatenbasis der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse mit ihren rund 1,8 Millionen Versicherten. Die vorgestellten Ergebnisse basieren auf den GKV Abrechnungsdaten der Jahre 2010 bis 2017. Alle Versicherten der AOK Nordost, die im jeweiligen Analysejahr mindestens 6 und höchstens 17 Jahre alt, während des betrachteten Jahres vollständig versichert waren und in den drei Bundesländern Berlin, Brandenburg beziehungsweise Mecklenburg-Vorpommern lebten, sind Teil der Studienpopulation. Im Jahr 2010 umfasst die Studienpopulation circa 128 Tausend versicherte Kinder und Jugendliche, bis zum Jahr 2017 stieg deren Anzahl auf etwa 148 Tausend an.

Auf Basis der Studienpopulation wurden verschiedene Analysen durchgeführt. Dazu zählen neben der Bestimmung von Prävalenz und Inzidenz saisonaler allergischer Rhinopathien auch deren Therapie in Form von Hyposensibilisierungen sowie die entsprechende Therapiepersistenz. Ferner fand eine Betrachtung ausgewählter Einfluss-

faktoren auf die Therapiepersistenz statt, um diese gegebenenfalls positiv beeinflussen zu können.

Bei den zugrunde liegenden Analysen wurden saisonale Allergien betrachtet, die im Rahmen dieser Untersuchung anhand des ICD10-GM-Kataloges wie folgt definiert sind: H10.1 (Akute allergische Konjunktivitis), J30.1 (Allergische Rhinopathie durch Pollen), J30.2 (Sonstige saisonale allergische Rhinopathie). Aufgrund der Chronizität dieser Erkrankung sowie der lückenhaften Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bei noch geringem Leidensdruck und der erwähnten Bagatellisierung allergischer Erkrankungen wurde eine 3-Jahresprävalenz gebildet. Versicherte gelten dabei als von einer saisonalen allergischen Rhinopathie betroffen, wenn bei ihnen binnen dreier Analysejahre mindestens eine gesicherte ambulante oder eine stationäre Haupt- oder Nebendiagnose mit einem der oben genannten ICD10-GM-Codes dokumentiert wurde.

Während des gesamten Zeitraumes mussten sie bei der AOK Nordost vollversichert sein. Gleiches gilt für die Inzidenzbestimmung, wobei hier eine Diagnose als inzident gilt, wenn in den drei Jahren vor dem Quartal der Erstdiagnose keine derartige Diagnose erfasst wurde. Diese Prävalenz- und Inzidenzbestimmungen bilden die Grundlage für alle weiterführenden Analysen.

Zur Analyse der Behandlungen wurden die ATC-Codes aus Tabelle 1 betrachtet, die für SIT gegen saisonale Allergene in Frage kommen. Der ATC-Code V01AA20 subsumiert verschiedene Allergene. Hier wurden die tatsächlich verordneten Präparate auf PZN-Ebene betrachtet und auf saisonale Allergene eingegrenzt (Tab. 1).

Für das Jahr 2017 erfolgten Analysen hinsichtlich der Therapieform subkutan (SCIT) oder sublingual (SLIT). Hierfür wurden die relevanten ATC-Codes selektiert und die Informationen zur Darreichungsform auf PZN-Ebene ausgewertet.

ATC-Codes für SIT	
ATC-Code	**Allergen**
V01AA02	Gräserpollen
V01AA05	Baumpollen
V01AA10	Blüten
V01AA20	Verschiedene

Tab. 1: ATC-Codes für SIT bei saisonalen, allergischen Rhinopathien.

Zur Analyse der Therapiepersistenz wurden zunächst Versicherte mit saisonaler allergischer Rhinitis selektiert. Die hiervon betroffenen Versicherten bilden die Basis zur Bestimmung derer, die eine Hyposensibilisierung (SCIT oder SLIT) begannen. Die Persistenz wurde dabei lediglich für SCIT bestimmt. Die Entscheidung für die ausschließliche Betrachtung der SCIT erfolgte, da bei dieser die Therapiepersistenz exakter zu bestimmen ist. SLIT ließen sich zwar grundsätzlich anhand der verordneten Präparate identifizieren. Hierbei kann jedoch keine Aussage zur Therapiepersistenz getroffen werden. Ferner ist eine genaue Unterscheidung der verschiedenen Schemata (präsaisonal, ganzjährig) nicht möglich, wodurch die Persistenz der SLIT nur näherungsweise zu bestimmen wäre. Zumal die SLIT wesentlich seltener durchgeführt wird (siehe Ergebnisse).

Die Operationalisierung der SCIT erfolgte anhand der tagesgenau abgerechneten Gebührenordnungsposition (GOP) 30130 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018) Diese umfasst Hyposensibilisierungsbehandlungen (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en). Selbige GOP deckt allerdings auch SCIT gegen perennierende Allergene ab. Daher wurde ferner eruiert, ob die jeweiligen Versicherten im Quartal der SCIT selbst oder den beiden Quartalen zuvor einen für die SCIT bei saisonalen Allergien relevanten ATC Code erhielten.

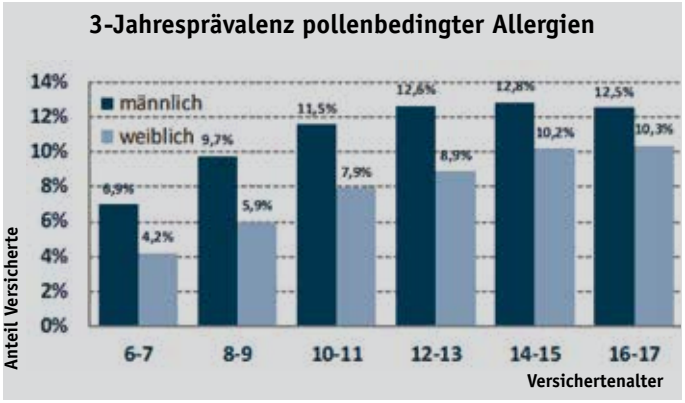


Abb. 1: 3-Jahresprävalenz pollenbedingter Allergien nach Alter und Geschlecht (2014-2016)

Ergebnisse

Prävalenz

Bei der Studienpopulation (Alter: 6 bis 17 Jahre) liegt die 3-Jahresprävalenz pollenbedingter Allergien bei 9,5%. Mit dem Alter steigt bei Kindern und Jugendlichen auch die Rate allergischer Erkrankungen, ferner sind Unterschiede zwischen den Geschlechtern offenkundig. Wie Abbildung 1 veranschaulicht, liegt die 3-Jahresprävalenz bei 6-7-jährigen Jungen bei 6,9%, bei den gleichaltrigen Mädchen beträgt die Erkrankungsrate lediglich 4,2%. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenzrate sukzessive an und liegt ab dem 12. Lebensjahr bei den männlichen Versicherten bei mehr als 12%, bei den weiblichen Versicherten bei 8,9%. Allerdings steigt die Erkrankungsrate bei den weiblichen Versicherten zwar zunächst weniger stark, dafür aber länger an und erreicht den Höchstwert unter den betrachteten Altersklassen mit 10,3% erst bei den 16 bis 17-Jährigen.

Offenkundig sind dabei regionale Unterschiede: Vor allem im südlichen Brandenburg, im Osten Mecklenburg-Vorpommerns, wie auch im Osten Berlins werden Prävalenzraten von mehr als 11% verzeichnet. In ausgedehnten Gebieten im Westen Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns hingegen sind die Erkrankungsraten mit weniger als 9% durchweg unterdurchschnittlich (vgl. Abbildung 2). Ebenso sind in den küstennahen Gebieten – abgesehen von Rostock und dessen Umland – beinahe flächendeckend unterdurchschnittliche Prävalenzraten zu erkennen.

Inanspruchnahme der spezifischen Immuntherapie und Verordnungsgeschehen

Die einzige kausale Therapie allergischer Erkrankungen und gleichzeitige Möglichkeit der Sekundärprävention bieten Hyposensibilisierungen. Je früher eine SIT begonnen wird, desto wahrscheinlicher und größer ist dabei der Therapieerfolg. Ausgehend von den Versicherten mit inzidenter Allergiediagnose im Jahr 2013 – dies waren 1.845 Personen – wurde analysiert, wie viele Versicherte anteilig eine SIT begannen. Als Therapiebeginn wurde das Einlösen von Rezepten relevanter Therapeutika definiert. Als relevant gelten dabei Präparate, die bei pollenbedingten Allergien für eine SIT indiziert sind.

Abbildung 3 veranschaulicht, dass nur wenige Kinder und Jugend-

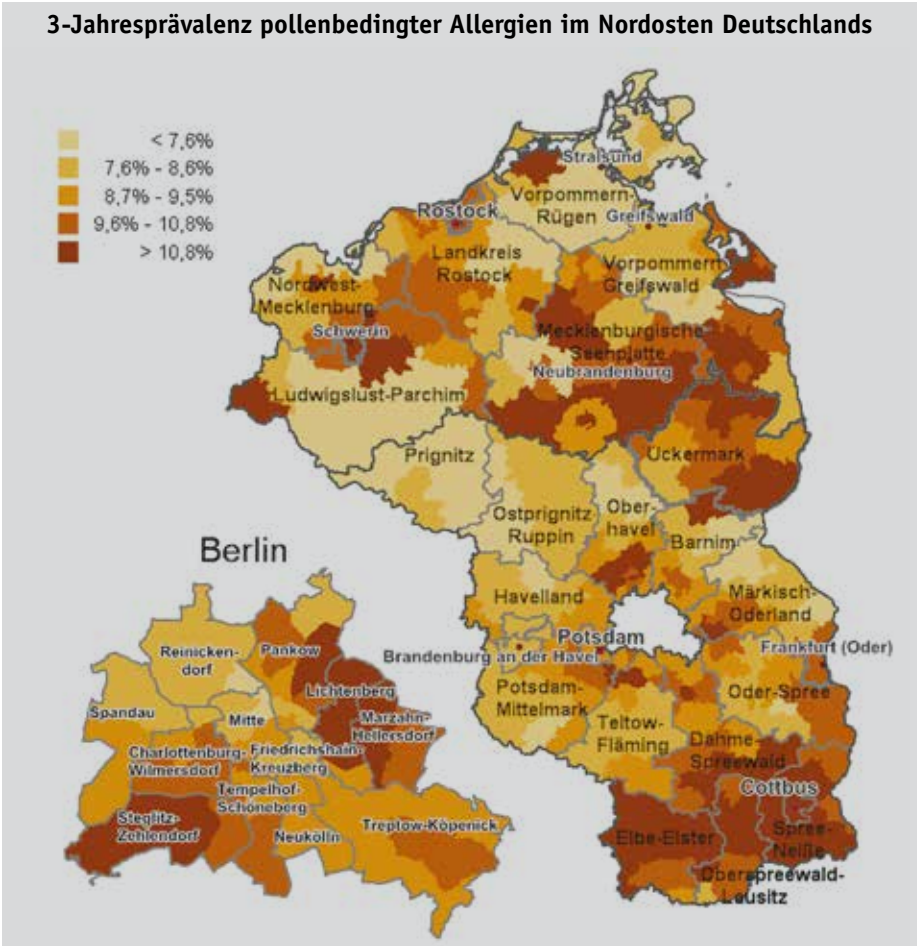


Abb. 2: 3-Jahresprävalenz (2014-2016) saisonaler Pollenallergien, alters- und geschlechtsstandardisiert, räumlich geglättet.

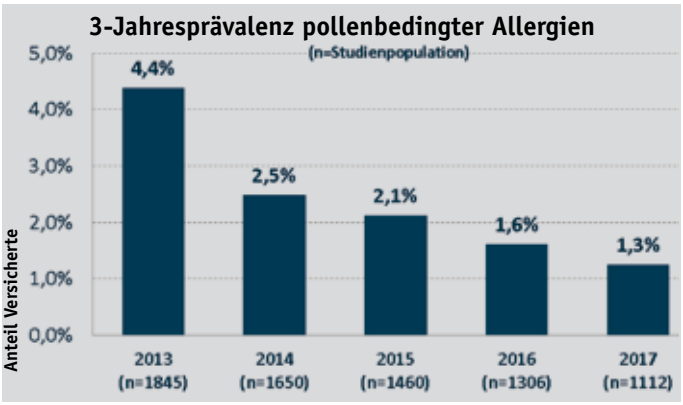


Abb. 3: Anteil Versicherter mit Erstdiagnose pollenbedingter, saisonaler Allergie im Jahr 2013 und dem Anteil der Therapiebeginner nach Jahren.

liche binnen fünf Jahren ab dem Jahr der Erstdiagnose eine SIT beginnen. Sind dies im Jahr der Erstdiagnose noch 4,4%, so sinkt die Therapiebereitschaft mit der Zeit sukzessive. Im Jahr 2017 begannen lediglich 1,3% der in diesem Jahr noch zur Studienpopulation gehörigen Versicherten eine SIT.

Zwar werden auch in den Folgejahren noch weitere Versicherte eine SIT beginnen, jedoch scheint die Therapiebereitschaft vergleichsweise gering und mit der Zeit rückläufig. Innerhalb von 5 Jahren nehmen also ca. 12% aller in 2013 erstmals diagnostizierten Kinder und Jugendlichen eine SIT in Anspruch.

Einblicke hinsichtlich der Therapieoptionen und Präferenzen ärztlicher Fachgruppen liefert eine Betrachtung des aktuellen Verordnungsgeschehens: Analysen der Studienpopulation des Jahres 2017 mit einer SIT-Verordnung ergaben, dass Pädiater die SIT Therapie am häufigsten einleiten. Bei der untersuchten Altersgruppe führen Kinderärzte mehr SIT durch als alle anderen Fachgruppen zusammen. Verglichen mit den HNO-Ärzten – hinsichtlich der Verordnungshäufigkeit die zweitwichtigste Fachgruppe – verordnen sie mehr als doppelt so vielen Patienten Präparate für eine SIT. Insgesamt führen Pädiater 55% aller SIT durch, gefolgt von den HNO-Ärzten (25%) und den Dermatologen (10%). Für die verbleibenden 10% der Patienten mit einer SIT-Verordnung zeichnen die verbleibenden Fachgruppen verantwortlich. Für einige Folgeanalysen wurden lediglich Fachgruppen mit nennenswerten Verordnungsanteilen ausgewiesen, also Pädiater, HNO-Ärzte und Dermatologen. Die beiden erstgenannten Fachgruppen führen zusammen bereits mehr als 80% sämtlicher SIT durch.

Deutliche Disparitäten im Verordnungsverhalten bestehen bei einer differenzierteren regionalen Betrachtung: Wie erwähnt, erhalten Kinder und Jugendliche in 55% der Fälle ihre Verordnung für eine SIT vom Pädiater. Während dieser Anteil in Berlin mit 58% und 63% in Brandenburg übertroffen wird, fällt die Relevanz der Pädiater in Mecklenburg-Vorpommern (MV) mit 37% diesbezüglich deutlich ab (vgl. Abb. 4).

Ohnehin ist das Verordnungsverhalten der Fachgruppen in MV deutlich diverser als in den beiden anderen Bundesländern. In Berlin dominieren Pädiater und HNO das Verordnungsverhalten deutlich und versorgen gemeinsam 86% der Versicherten mit SIT-Verordnung. In Brandenburg vereinen beide Fachgruppen 80% auf sich. Gründe für die Unterschiede im Verordnungsverhalten können etwa in der Erreichbarkeit sowie der Verfügbarkeit der Facharztgruppen für die Versicherten liegen.

Die beiden hinsichtlich der Durchführung von SIT relevantesten Facharztgruppen, Pädiater und HNO-Ärzte, sollen im Folgenden genauer beleuchtet werden. Abbildung 5 visualisiert dafür die Versicherten mit einer SIT-Verordnung, anteilig differenziert nach SCIT und SLIT (siehe Abb. 5).

Zunächst ist zu erkennen, dass – über die drei Bundesländer hinweg – Pädiater mit 83% deutlich häufiger SCIT durchführen als HNO-Ärzte (66%). Besonders hoch ist deren Quote mit 92% in Berlin, am geringsten mit zwei Dritteln in MV. Des Weiteren ist über beide Fachgruppen hinweg ein regionaler Gradient ersichtlich: Berlin hat bei jeweils den höchsten Anteil an subkutanen Therapien und MV den geringsten. Brandenburg hat die mittlere Position inne. Augenfällig ist bei dieser Darstellung der vergleichsweise hohe Anteil von SLIT-Therapien in Mecklenburg-Vorpommern, vor allem bei HNO-Ärzten, wo diese einen Anteil von 43% erreichen. Beim Einbeziehen weiterer Fachgruppen wie Dermatologen und Pneumologen verfestigt sich dieses Bild: Über alle Facharztgruppen erreichen die SLIT in Mecklenburg-Vorpommern mit 36% den höchsten Anteil der drei Bundes-

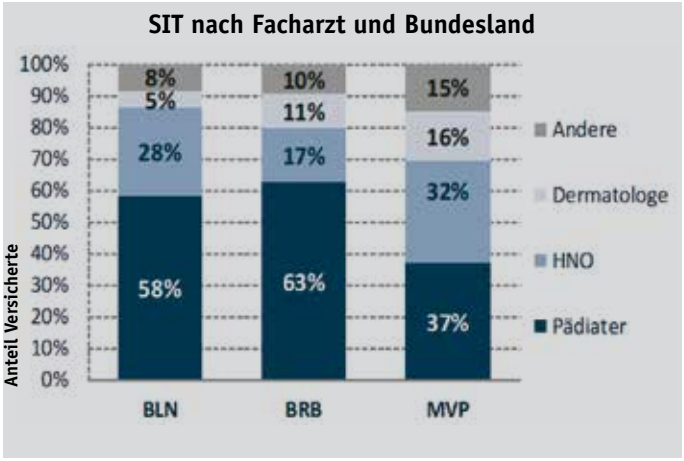


Abb. 4: Versicherte mit einer SIT nach Facharzt und Bundesland im Jahr 2017.

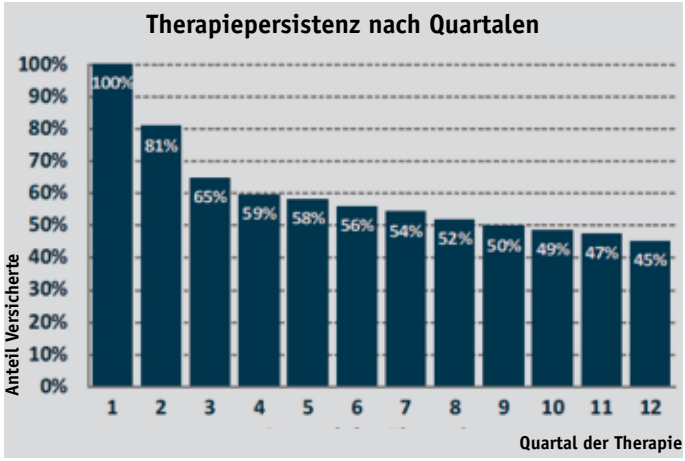


Abb. 6: Therapiepersistenz nach Quartalen ab dem Therapiebeginn.

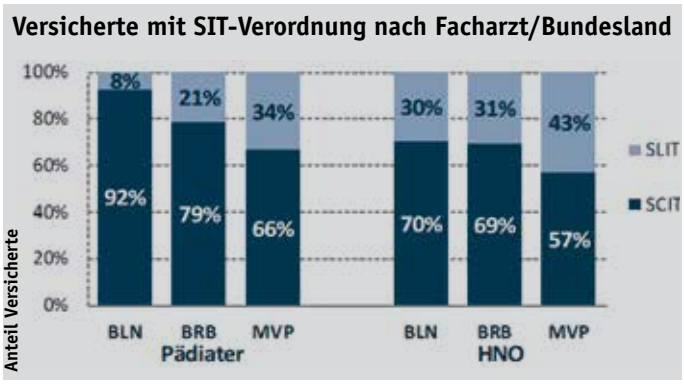


Abb. 5: Versicherte mit Verordnung für eine SIT nach Facharzt und Bundesland im Jahr 2017.

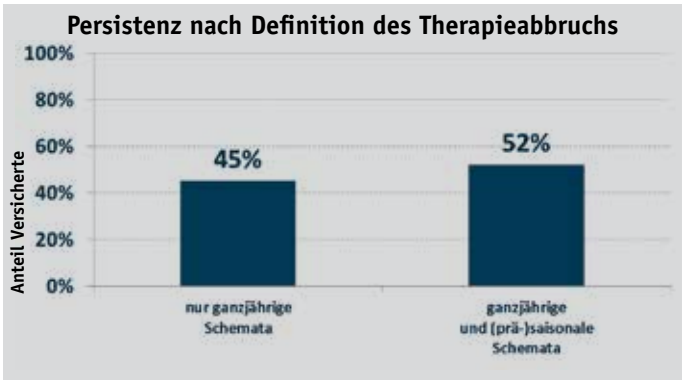


Abb. 7: Therapiepersistenz nach verschiedenen Definitionen des Therapieabbruchs.

länder. Zum Vergleich: in Brandenburg liegt deren Anteil bei 24%, in Berlin bei 14%. In diesem Kontext muss die überwiegend ländliche Prägung in Mecklenburg-Vorpommern berücksichtigt werden. Neben fachgruppenspezifischen Präferenzen kann dies als Antwort auf die weiten Wege und erodierenden Facharztstrukturen in den ländlichen Regionen von MV interpretiert werden.

Zwar bieten SIT die einzige kausale Therapieoption bei allergischer Rhinitis, allerdings sichert nur eine langfristige Therapie bestmögliche Therapieerfolge. Drei Jahre sollte die Therapie daher mindestens durchgeführt werden. Dann ist die SIT langfristig – verglichen mit einer Pharmakotherapie – zugleich kosteneffektiver (Pfaar et al. 2014). Dieser Effekt ist jedoch von der Persistenz abhängig. Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse zum Therapieabbruch einschließlich der Identifikation von Einflussfaktoren können Anhaltspunkte zur Verbesserung der Therapiepersistenz aufzeigen.

Therapiepersistenz bei SCIT

Bei den folgenden Analysen wurden ausschließlich SCIT analysiert. Diese Therapieart dominiert mit 78% gegenüber den SLIT (22%) und hat den Vorteil, dass die Persistenz anhand der Routinedaten exakt bestimmt werden kann. Denn jede einzelne Injektion wird über die GOP 30130 des EBM abgerechnet, wodurch der gesamte Therapieverlauf nachvollzogen werden kann. Die Basis für die folgenden Analysen bilden Versicherte mit einer saisonalen allergischen Rhinitis, die im Analysezeitraum eine SCIT begannen. Zuvor durfte mindestens ein Jahr keine SCIT durchgeführt worden sein, dann galten die jeweiligen Versicherten als therapienaiv. Um quantitativ belastbare Daten zu erhalten, wurden die Kohorten quartalsweise gebildet und anschließend zeitlich übereinander gelegt. Dies betrifft den Beginn der Intervention im Zeitraum von Q1/2011 bis Q3/2014. Ab dem Quartal des Therapiebeginns wurde jeweils die gemäß Leitlinien empfohlene Mindestdauer von drei Jahren (12 Quartale) betrachtet. Damit musste eine Vollversicherung für mindestens vier konsekutive Jahre vorgelegen haben. Auch hier galt die Altersgrenze von 17 Jahren. Die ältesten Versicherten, die in die Analysen eingeschlossen wurden, waren zu Therapiebeginn damit maximal 15 Jahre alt. In Summe konnten so 637 Therapieverläufe betrachtet werden.

Die Analysen sind schrittweise aufgebaut. Das heißt, zunächst erfolgt eine strikte Definition des Therapieabbruchs. Sobald in einem Quartal keine Injektion erfolgte, galt dies als Therapieabbruch. Abbildung 6 zeigt die Ergebnisse hierzu: Die Persistenz liegt am Ende der drei Jahre bei lediglich 45%. Das heißt 55% haben die empfohlene Therapiedauer nicht erreicht und somit – lt. Definition – die Therapie abgebrochen. Besonders auffällig: Die Mehrheit der Therapieabbrüche findet bereits im ersten Jahr statt. Nach einem Quartal brachen bereits 19% die Therapie ab, damit findet mehr ein Drittel aller Abbrüche bereits nach dem ersten Quartal statt. Nach dem ersten Jahr liegt die Persistenz noch bei 59%. In den folgenden beiden Jahren steigt die Abbruchquote deutlich langsamer an. Sieben Prozent der Therapien werden im zweiten Jahr abgebrochen und weitere sieben Prozent im dritten und damit letzten der betrachteten Soll-Therapiedauer.

Die Definition des Therapieabbruchs in Abbildung 6 geht von ganzjähriger SCIT aus, welche auch die überwiegende Anzahl der Versicherten erhält. Neben diesem klassischen ganzjährigen Schema

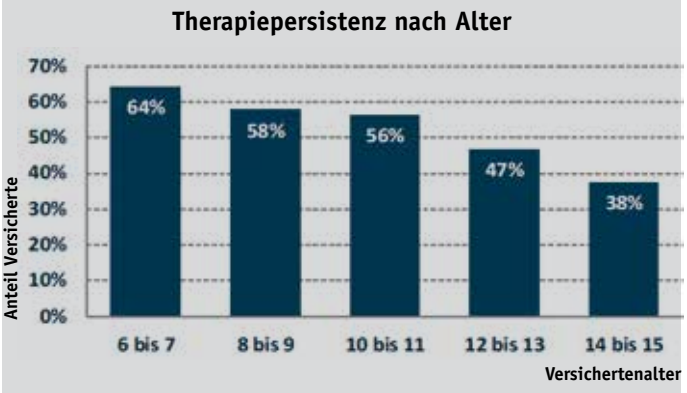


Abb. 8: Therapiepersistenz nach Alter bei Therapiebeginn.

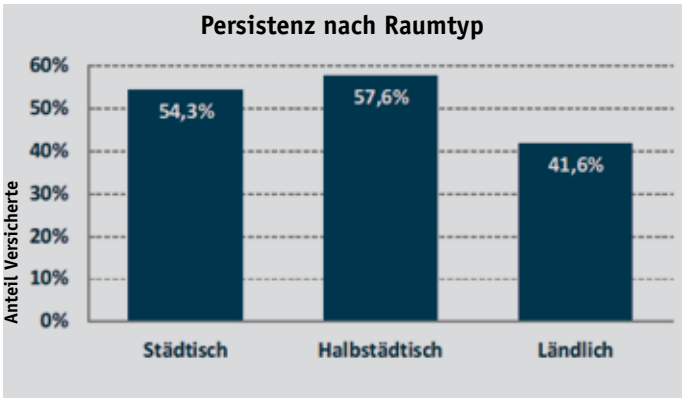


Abb. 9: Therapiepersistenz nach Raumtyp des Versichertenwohnortes bei Therapiebeginn.

gibt es jedoch auch präsaisonale Schemata. Dabei kann die Therapie während der Allergiesaison gänzlich ausgesetzt werden. Im Anschluss an die Allergiesaison wird die Behandlung wieder fortgeführt. Der Goldstandard für die Behandlungsdauer von drei Jahren hingegen unterscheidet sich nicht bei den verschiedenen Varianten (Pfaar et al. 2014).

Die Berücksichtigung der präsaisonalen Schemata bildet die Grundlage der weiterführenden Analysen und Darstellungen und ist wie folgt operationalisiert: Zunächst gilt für sämtliche Schemata, dass ein Wechsel zwischen ganzjährigem und präsaisonalen Schema nicht erlaubt ist. Ferner gilt für die präsaisonalen Schemata, dass zwei konsekutive Quartale ohne Therapie für die Persistenz unschädlich sind.

Bei Anwendung dieser Definition erhöht sich die Therapiepersistenz moderat. Waren es bei der strikten Definition des Therapieabbruches 45% der Versicherten, die die Therapie drei Jahre absolvierten, sind es unter Berücksichtigung der als präsaisonal definierten Schemata 52% (vgl. Abbildung 7). Das Ergebnis der differenzierteren Persistenzdefinition bildet die Grundlage für die folgenden Analysen hinsichtlich verschiedener Einflussfaktoren.

Wie die Analysen zeigen, besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten bei Therapiebeginn und der Persistenzrate. Je jünger die Versicherten sind, desto größer der Anteil derer, die die Behandlung mindestens drei Jahre durchführen. Bei den Sechs- bis Siebenjährigen liegt die Persistenzrate bei 64%. Bei den Jugendlichen ab 12 Jahren hingen fällt diese Rate unter 50%. Bei den 14- und 15-Jährigen liegt sie schließlich bei lediglich 38%. Mit zunehmender Selbständigkeit der Jugendlichen und mutmaßlich abnehmendem Einfluss der Eltern nehmen die Persistenzrate und damit zugleich auch die Therapieeffekte ab. Neben dem Einfluss des Alters wurde von den demografischen Merkmalen auch der Einfluss des Geschlechts überprüft, der allerdings nicht signifikant war.

Neben den bereits beschriebenen demografischen Aspekten fand auch eine Prüfung räumlicher Zusammenhänge statt. Konkret erfolgte eine Analyse der Persistenz in Abhängigkeit vom Raumtypus (Besiedlungsdichte) des Versichertenwohnortes zu Therapiebeginn. Um diesen Faktor näher zu untersuchen, wurden die Gemeinden in der Region Nordost auf Grundlage der Eurostat-Gemeindetypisierung in ländlich, halbstädtisch und städtisch unterteilt. Abbildung 9 visualisiert die Ergebnisse. Auffällig ist der Unterschied zwischen städtischen und halbstädtischen Gebieten einerseits und ländlichen Gebieten andererseits. Während in den dünnbesiedelten ländlichen Gebieten die Persistenz bei 41,6% liegt, beträgt sie in städtischen Gebieten 54,3% und 57,6% in halbstädtischen. Dieser geringe Unter-

Ergebnis der Logistischen Regression			
Merkmal/Merkmalsausprägung	**Odds Ratio**	**95% KI-Grenzen**	
Alter: 12 bis 15 ggü. 6 bis 11	1,738	1,255	2,405
Starthalbjahr: Frühjahr/Sommer ggü. Herbst/Winter	1,589	1,138	2,219
Gemeindetyp: halbstädtisch ggü. städtisch	0,861	0,575	1,290
Gemeindetyp: Ländlich ggü. städtisch	1,532	1,019	2,304

Tab. 2: Ergebnis der Logistischen Regression zu Einflussfaktoren auf den Therapieabbruch. Fläche unter der ROC-Kurve: 0,62.

Literatur

Eberle, P., Schreder, H., Shah-Hossein, K. & Mösges, R. (2013). Medikamenten-Persistenz bei Kindern und Jugendlichen unter einer Langzeit-Hyposensibilisierung mit Gräserpollenextrakten. Ergebnisse einer Versorgungsstudie anhand von Versorgungsdaten. Allergologie, 36 (1), 9-18.
Greiner, A.N., Hellings, P.W., Rotiroti, G., & Scadding, G.K. (2011). Allergic rhinitis. Lancet; 17; 2112-2122.
Jacob, L., Keil, T., & Kostev, K. 2016). Comorbid disorders associated with asthma in children in Germany - National analysis of pediatric primary care data. Pediatr Allergy Immunol; 27(8), 861-866.
Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018). http://www.kbv.de/html/ebm.php (abgerufen am: 27.09.2018).
Pfaar, O., Bachert, C., Bufe, A., Buhl, R., Ebner, C., Eng, P., Friedrichs, F., Fuchs, T., Hamelmann, E., Hartwig-Bade, D., Hering, T., Huttegger, I., Jung, K., Klimek, L., Kopp, M. V. , Merk, H., Raber, U., Saloga, J., Schmid-Grindelmeier, P., Schuster, A., Schwerk, N., Sitter, H., Umpfenbach, U., Wedi, B., Wöhrl, S., Worm, M., Kleine-Tebbe, J. (2014). Leitlinie zur (allergen-) spezifischen Immuntherapie bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen. Allergo Journal International, 23 (282), 28-65.
Poethko-Müller, C., Thamm, M., Thamm, R. (2018). Heuschnupfen und Asthma bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3(1), 55–59.
Schmitz, R.,·Thamm, M.,·Ellert, U.,·Kalcklösch, M., Schlaud, M., & KiGGS Study Group (2014). Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl, 57, 771–778
Shaaban, R., Zureik, M., Soussan, D., Neukirch, C., Heinrich, J., Sunyer, J., Wjst, M., Cerveri, I., Pin, I., Bousquet, J., Jarvis, D., Burney, P.G., Neukirch, F., & Leynaert, B. (2008). Rhinitis and onset of asthma: a longitudinal population-based study. Lancet, 372 (9643), 1049-57.
Sondermann, N., Shah-Hosseini, K., Henkel, K., Schwalfenberg, A., Mösges, R. Erfolgsfaktoren der Adherence bei Hyposensibilisierung. Allergologie 2011; 34:441–6.

schied zwischen halbstädtisch und städtisch erweist sich im logistischen Regressionsmodell auch als nicht signifikant (Tab. 2).

Der Unterschied zwischen den urbanen Gebieten einerseits und den ländlichen andererseits hingegen ist signifikant. Selbiges gilt für die Unterscheidung der Versicherten in die Altersklassen der 6 bis 11-Jährigen einerseits und der 12- bis 15-Jährigen andererseits. Zuletzt wurde mittels des Modells der Startzeitpunkt der Therapie geprüft. Begann eine Therapie im ersten Halbjahr, ist die Adhärenz bei den Versicherten offenbar geringer als bei denen, die die Therapie in der zweiten Jahreshälfte begannen. Die Mehrheit der saisonalen Allergene entfaltet ihre Wirkung parallel in der ersten Jahreshälfte. Therapien sollten zumeist im Anschluss an die Allergiesaison bzw. mit ausreichendem Vorhalt zur nächsten beginnen. Tun sie dies tatsächlich, ist die Persistenz nachweislich signifikant höher.

Diskussion

Unter den Versicherten der AOK Nordost lag die Persistenz – in Abhängigkeit der Definition des Therapieabbruchs – zwischen 45% und 52%. Damit bricht etwa Hälfte der wenigen jungen Versicherten, die eine SIT Therapie beginnen, diese vorzeitig ab, obgleich der Therapieerfolg maßgeblich von der Persistenz beeinflusst wird. Das Erhöhen der Therapiepersistenz gilt auch von ärztlicher Seite als einer der bedeutendsten Aspekte, um die Therapiewirksamkeit gewährleisten zu können (Pfaar et al. 2014). Aus Sicht der Krankenkassen sind SIT ein „Investment", das sich langfristig finanziell auszahlt – vorausgesetzt, die Therapie wird leitliniengerecht absolviert und abgeschlossen.

Ansätze, die Therapietreue zu erhöhen, müssen daher an verschiedenen Punkten ansetzen. Um die Persistenz zu erhöhen, sollte der Fokus besonders auf den Therapiestart bzw. das erste Jahr gelegt werden, da bereits dann ein Großteil der Abbrüche stattfindet. Selektivverträge mit Ärzten (bspw. im Rahmen von AOK Junior bei der AOK Nordost) sind hierfür eine bereits genutzte Option. Genaue Informationen der Versicherten zur Therapie und ihren Nebenwirkungen zählt ebenso dazu wie bspw. ein Terminerinnerungsservice für die Versicherten, um die Therapie in ihrer notwendigen Regelhaftigkeit zu absolvieren. Im Rahmen der Selektivverträge werden Ärzte monetär incentiviert.

Denkbar sind aber auch Möglichkeiten, für die Versicherten Anreize zu schaffen, die Therapie langfristig durchzuführen – zum Beispiel im Rahmen eines Bonus-Programmes. Diese Honorierungen individueller Art haben möglicherweise einen größeren motivationalen Effekt, als vergleichbare Zusatzvergütungen es auf die Praxiseinnahmen haben. Finanziell können sich beide Ansätze für die Krankenversicherungen auch monetär lohnen.

Die Ergebnisse zeigen auch, dass weitere Faktoren einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit haben, mit der Therapien abgebrochen werden. Dazu zählt ein junges Lebensalter. Zugleich profitieren besonders junge Versicherte mit einer noch wenig schwerwiegenden Allergie prospektiv besonders von einer SIT (Pfaar et al. 2014). Hieraus ergibt sich ein zweifach positiver Effekt: Erhöhte Persistenz bei zugleich positiveren Therapieeffekten.

Ferner zeigen die vorliegenden Analysen, dass in dünnbesiedelten, ländlichen Regionen die Persistenz am geringsten ist. Ein bestehender Zusammenhang ist naheliegend. Denn Fahrtwege zum Arzt und der damit verbundene zeitliche Aufwand in ländlichen Gebieten können objektiv größere Hürden darstellen als in städtischen oder halbstädtischen Gebieten. Natürlich trifft dies nicht per se auf alle Versicherten im ländlichen Raum zu. Aber Ärzte sollten diesen Aspekt im Patientengespräch abfragen und bei der Therapiewahl berücksichtigen. Gegebenenfalls kann eine Entscheidung zu Gunsten der weniger zeitintensiven SLIT getroffen werden. Hier verringern sich sowohl die Anzahl der Arztkontakte sowie die Verweildauer beim Arzt, da eine Nachbeobachtung wie bei der SCIT nicht nötig ist. <<

Children and young people with pollen allergy: Utilization and therapy persistence regarding specific immunotherapy

Pollen allergies are one of the most common chronic diseases in childhood and adolescence. They may cause not only severe symptoms resulting in restricted quality of life but also secondary diseases such as bronchial asthma. Use of and compliance with specific immunotherapy among children and young adolescents (6 to 17 years) were analyzed using data from a major regional German statutory health insurance in Northeastern Germany. Results are indicating a 3-year prevalence of 9.5% in the study population. Although a causal evidence based treatment is available, only 12% of children and young adolescents start a specific immunotherapy within 5 years after pollen allergy is diagnosed for the first time. Furthermore, depending on the definition of treatment discontinuation, about half of them (55% or 48%) end therapy early, even though compliance is crucial for a successful therapy.

Keywords

allergen-specific immunotherapy, AOK Nordost, care research, GeWINO, paediatrics, therapy persistence

Zitationshinweis

Breitkreuz, J., Witte, C., Zahn, T.: „Saisonale Pollenallergien bei Kindern und Jugendlichen - Inanspruchnahme und Therapiepersistenz der spezifischen Immuntherapie“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/19), S. 46-52, doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2120

Autorenerklärung

Der Beitrag entstand im Rahmen der Tätigkeit im Gesundheitswissenschaftlichen Institut Nordost der AOK Nordost in Berlin. Dr. J. Breitkreuz führte die Datenanalysen durch und erstellte das Manuskript für diesen Beitrag. C. Witte und Prof. Dr. T. P. Zahn haben an der Interpretation der Ergebnisse sowie der Manuskripterstellung mitgearbeitet.

Dr. phil. Jan Breitkreuz
ist seit 2017 als Spezialist datenbasierter Analysemethoden im Bereich der Versorgungsforschung beim Gesundheitswissenschaftlichen Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost – die Gesundheitskasse tätig. Zuvor befasste er sich als Consultant mit datenbasierter Vertriebsoptimierung bei Unternehmen aus der Pharmabranche.
Kontakt: tp_gewino@nordost.aok.de



Dipl.-Psych. Christine Witte, MPH
ist seit 2014 als Versorgungsforscherin beim Gesundheitswissenschaftlichen Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost tätig. Zuvor arbeitete sie als wissenschaftliche Referentin bei einer Patientenorganisation sowie im Koordinierungszentrum für Klinische Studien an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.
Kontakt: tp_gewino@nordost.aok.de



Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn
ist Leiter des fib Forschungsinstituts der bbw Hochschule und Geschäftsführer des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost – die Gesundheitskasse. Er hat medizinische Informatik, klinisches Management und Wirtschaftsinformatik in Deutschland sowie den USA studiert und promovierte im Fachgebiet Neuroinformatik.
Kontakt: Thomas.Zahn@nordost.aok.de

