Parlamentarisches Frühstück

75 Jahre DGAKI – Höchste Zeit, über Allergien zu reden!

Donnerstag, 12.11.2026 • 07:45 – 09:00 Uhr
Raum PLH 4.900 des Paul-Löbe-Hauses

AGENDA

1. Prof. Dr. Eckard Hamelmann, Präsident der DGAKI
   Sascha van Beek, Schirmherr
   Begrüßung & Einführung
2. Prof. Dr. Martin Wagenmann, Düsseldorf
   Was bedeuten Allergien für Gesundheit und Gesellschaft?
3. Dr. Silvia Pleschka, DAAB
   Was bedeuten Allergien für die Patient*innen?
4. Prof. Dr. Claudia Traidl-Hoffmann, Augsburg
   Was bedeuten der Klimawandel und die Umwelt für Allergien?
5. Prof. Dr. Margitta Worm, Berlin
   Welche Forschung brauchen wir zur Lösung der zukünftigen Probleme?
6. Prof. Dr. Eckard Hamelmann, Bielefeld
   Was müssen wir für Prävention und Früherkennung von Allergien tun?
7. **Diskussion**

ANLAGEN

- Artikel „Allergologie 2030" Hamelmann et al. – Executive Summary der Forderungen
- Preprint des Artikels „Allergologie 2030" Hamelmann et al.
- Informationen zum Nationalen Aktionsplan Allergologie
- Abstract des deutschen Artikels „Nationale und regionale Allergie- und Asthmaprogramme" Köhler et. al.

Kontaktadresse
Geschäftsstelle
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

info@dgaki.de | dgaki.de
Telefon +49 (0)30 – 28 04 71 00
Telefax +49 (0)30 – 28 04 71 01

Allergologie 2030 – 75 Jahre DGAKI: Früher erkennen, wirksamer verhindern, besser behandeln

Positionspapier der DGAKI zu einer präventiven, evidenzbasierten, präzisen und vernetzten Allergologie in Deutschland

erscheint in der nächsten Ausgabe der Verbandszeitschrift Allergologie und englischsprachig in Allergologie Select – siehe Anlage

Autoren: E. Hamelmann, M. Lommatzsch, W. Pfützner, M. Wagenmann, B. Wedi und M. Worm
Geschäftsführender Vorstand der DGAKI

1. EXECUTIVE SUMMARY

Allergische Erkrankungen gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Sie beginnen häufig bereits früh im Leben, können Menschen über die gesamte Lebensspanne begleiten und treten vielfach multimorbid auf. Ihr Spektrum reicht von häufigen chronischen Erkrankungen wie allergischer Rhinitis, Asthma bronchiale und atopischer Dermatitis bis zu schweren und potenziell lebensbedrohlichen Reaktionen wie der Anaphylaxie. Allergien sind damit keine Bagatellerkrankungen, sondern Volkskrankheiten mit hoher individueller, medizinischer und gesellschaftlicher Bedeutung. Die Allergologie muss sich von einer reaktiven zu einer stärker präventiven, evidenzbasierten, präzisen und koordinierten Medizin weiterentwickeln.

Dieser Krankheitslast stehen strukturelle Defizite gegenüber. Allergologische Kompetenz ist in Studium, Fort- und Weiterbildung nicht ausreichend verbindlich verankert, universitäre und wissenschaftliche Strukturen sind begrenzt, spezialisierte Versorgung ist regional unterschiedlich verfügbar, und die Versorgung schwerer, komplexer und multimorbider Erkrankungen ist häufig nicht ausreichend vernetzt. Gleichzeitig erschweren unzureichende strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen die Umsetzung leitliniengerechter Diagnostik und Therapie sowie den Transfer wissenschaftlicher Innovationen in die Versorgung.

Dabei eröffnet die moderne Allergologie neue Möglichkeiten. Fortschritte in Immunologie, Molekularbiologie und Präzisionsmedizin ermöglichen eine zunehmend differenzierte Diagnostik und zielgerichtete Therapie. Prävention und Früherkennung gewinnen ebenso an Bedeutung wie die koordinierte Versorgung komplexer Erkrankungen und die Translation neuer Erkenntnisse in die klinische Praxis. Die Allergologie muss sich deshalb von einer überwiegend reaktiven zu einer stärker präventiven, evidenzbasierten, präzisen und koordinierten Medizin weiterentwickeln.

Dafür braucht Deutschland starke universitäre Strukturen, verlässlich gesicherte allergologische Kompetenz, eine abgestuft und vernetzte Versorgung sowie leistungsfähige Strukturen für Translation, Daten und Implementierung. Diese Aufgaben überschreiten die Zuständigkeit einzelner Fachgebiete, Institutionen und Versorgungsebenen. Die DGAKI fordert deshalb die Entwicklung eines Nationalen Aktionsplans Allergologie für Deutschland und will dessen Entwicklung gemeinsam mit ihren Partnern wissenschaftlich gestalten. Ziel ist, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, allergische Erkrankungen künftig früher zu erkennen, wirksamer zu verhindern und besser zu behandeln.

Sonderdruck zum Deutschen Allergiekongress 2026

Allergologie

Positionspapier
Position paper

©2026 Dustri-Verlag Dr. K. Feistle
ISSN 0344-5062

Allergologie 2030 – 75 Jahre DGAKI: Früher erkennen, wirksamer verhindern, besser behandeln

Positionspapier der DGAKI zu einer präventiven, evidenzbasierten, präzisen und vernetzten Allergologie in Deutschland

E. Hamelmann[1], M. Lommatzsch[2], W. Pfützner[3], M. Wagenmann[4], B. Wedi[5] und M. Worm[6]

[1]Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderzentrum Bethel, Universitätsklinikum OWL, Universität Bielefeld, [2]Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Abteilung Pneumologie, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, [3]Klinik für Dermatologie und Allergologie, Sektion Allergologie, Universitätsklinikum Marburg, Philipps-Universität Marburg, Marburg, [4]HNO-Klinik, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, [5]Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Hannover, [6]Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Allergologie und Immunologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Berlin

Preprint

Schlüsselwörter
Allergie – Allergologie – Prävention – Präzisionsmedizin – Versorgung – Nationaler Aktionsplan – DGAKI

Key words
allergy – allergology – prevention – precision medicine – healthcare – National Action Plan – DGAKI

Allergologie 2030 – 75 Jahre DGAKI: Früher erkennen, wirksamer verhindern, besser behandeln. Positionspapier der DGAKI zu einer präventiven, evidenzbasierten, präzisen und vernetzten Allergologie in Deutschland

Allergische Erkrankungen gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Sie können bereits früh im Leben beginnen, über die gesamte Lebensspanne bestehen, multimorbid auftreten und bis hin zu lebensbedrohlichen Reaktionen reichen. Trotz erheblicher Fortschritte in Immunologie, molekularer Diagnostik, Allergenimmuntherapie und zielgerichteten Therapien bestehen in Deutschland strukturelle Defizite in Studium, Fort- und Weiterbildung, universitären Strukturen, regionaler Verfügbarkeit spezialisierter Versorgung, interdisziplinärer Vernetzung und im Transfer wissenschaftlicher Innovationen in die Versorgung. Dieses Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) formuliert anlässlich ihres 75-jährigen Jubiläums das Zielbild einer „Allergologie 2030“. Die Allergologie soll sich von einer überwiegend reaktiven zu einer stärker präventiven, evidenzbasierten, präzisen und koordinierten Medizin weiterentwickeln. Dafür braucht Deutschland starke universitäre Strukturen, verlässlich gesicherte allergologische Kompetenz, eine abgestufte und vernetzte Versorgung sowie leistungsfähige Strukturen für Translation, Daten und Implementierung. Da diese Aufgaben die Zuständigkeit einzelner Fachgebiete, Institutionen und Versorgungsebenen überschreiten, fordert die DGAKI die Entwicklung eines Nationalen Aktionsplans Allergologie für Deutschland. Dieser soll wissenschaftliche Evidenz und identifizierte Versorgungslücken in gemeinsame Prioritäten, messbare Ziele, Umsetzungsmechanismen und Evaluation überführen. Ziel ist, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, allergische Erkrankungen früher zu erkennen, wirksamer zu verhindern und besser zu behandeln.

Allergology 2030 – 75 Years of the DGAKI: earlier detection, more effective prevention, better treatment

Allergic diseases are among the most common chronic conditions in Germany

Dieser Artikel wird regulär im nächsten Themenheft zum 75. Geburtstag der DGAKI publiziert
Sonderdruck

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Eckard Hamelmann, Präsident der DGAKI, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderzentrum Bethel, Grenzweg 10, 33607 Bielefeld,
Eckard.hamelmann@uni-bielefeld.de



Die Allergologie muss sich von einer reaktiven zu einer stärker präventiven, evidenzbasierten, präzisen und koordinierten Medizin weiterentwickeln

and may affect patients throughout the life course, often with multimorbidity and, in some cases, life-threatening manifestations. Despite substantial advances in immunology, molecular diagnostics, allergen immunotherapy and targeted therapies, allergology in Germany faces structural deficits in education and training, academic infrastructure, regional access to specialized care, interdisciplinary coordination, and the implementation of scientific innovation into routine care. This position paper of the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), published on the occasion of its 75th anniversary, outlines a vision for "Allergology 2030". Allergology should evolve from a predominantly reactive discipline towards a more preventive, evidence-based, precise and coordinated approach. This requires stronger academic structures, reliably secured allergological expertise, tiered and integrated care pathways, and robust infrastructures for translation, data and implementation. Because these challenges extend beyond individual specialties, institutions and sectors of care, the DGAKI calls for the development of a National Action Plan for Allergology in Germany. Together with relevant partners and stakeholders, such a plan should translate scientific evidence and identified unmet needs into shared priorities, measurable objectives, implementation mechanisms and evaluation. The overarching goal is to create the conditions for allergic diseases to be detected earlier, prevented more effectively and treated better.

Die DGAKI fordert die Entwicklung eines Nationalen Aktionsplans Allergologie für Deutschland. Ziel ist, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, allergische Erkrankungen künftig früher zu erkennen, wirksamer zu verhindern und besser zu behandeln

1. Executive Summary

Allergische Erkrankungen gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Sie beginnen häufig bereits früh im Leben, können Menschen über die gesamte Lebensspanne begleiten und treten vielfach multimorbid auf. Ihr Spektrum reicht von häufigen chronischen Erkrankungen wie allergischer Rhinitis, Asthma bronchiale und atopischer Dermatitis bis zu schweren und potenziell lebensbedrohlichen Reaktionen wie der Anaphylaxie. Allergien sind damit keine Bagatellerkrankungen, sondern Volkskrankheiten mit hoher individueller, medizinischer und gesellschaftlicher Bedeutung.

Dieser Krankheitslast stehen strukturelle Defizite gegenüber. Allergologische Kompetenz ist in Studium, Fort- und Weiterbildung nicht ausreichend verbindlich verankert, universitäre und wissenschaftliche Strukturen sind begrenzt, spezialisierte Versorgung ist regional unterschiedlich verfügbar, und die Versorgung schwerer, komplexer und multimorbider Erkrankungen ist häufig nicht ausreichend vernetzt. Gleichzeitig erschweren unzureichende strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen die Umsetzung leitliniengerechter Diagnostik und Therapie sowie den Transfer wissenschaftlicher Innovationen in die Versorgung.

Dabei eröffnet die moderne Allergologie neue Möglichkeiten. Fortschritte in Immunologie, Molekularbiologie und Präzisionsmedizin ermöglichen eine zunehmend differenzierte Diagnostik und zielgerichtete Therapie. Prävention und Früherkennung gewinnen ebenso an Bedeutung wie die koordinierte Versorgung komplexer Erkrankungen und die Translation neuer Erkenntnisse in die klinische Praxis. Die Allergologie muss sich deshalb von einer überwiegend reaktiven zu einer stärker präventiven, evidenzbasierten, präzisen und koordinierten Medizin weiterentwickeln.

Dafür braucht Deutschland starke universitäre Strukturen, verlässlich gesicherte allergologische Kompetenz, eine abgestufte und vernetzte Versorgung sowie leistungsfähige Strukturen für Translation, Daten und Implementierung. Diese Aufgaben überschreiten die Zuständigkeit einzelner Fachgebiete, Institutionen und Versorgungsebenen. Die DGAKI fordert deshalb die Entwicklung eines Nationalen Aktionsplans Allergologie für Deutschland und will dessen Entwicklung gemeinsam mit ihren Partnern wissenschaftlich gestalten. Ziel ist, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, allergische Erkrankungen künftig früher zu erkennen, wirksamer zu verhindern und besser zu behandeln.

2. Allergische Erkrankungen – die unterschätzte Volkskrankheit

Allergische Erkrankungen gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Etwa ein Viertel der Bevöl-

Allergische Erkrankungen sind häufige chronische, vielfach multimorbide und teilweise lebensbedrohliche Erkrankungen. Das deutsche Gesundheitssystem wird dieser Bedeutung nicht ausreichend gerecht

kerung ist von einer allergischen Erkrankung betroffen; bei einem deutlich größeren Anteil lassen sich Sensibilisierungen gegen potenziell allergieauslösende Umweltstoffe nachweisen. Allergien sind damit keine Erkrankungen kleiner Patientengruppen, sondern Volkskrankheiten mit hoher individueller, medizinischer und gesellschaftlicher Relevanz [1, 2].

Allergien beginnen häufig früh – betreffen aber die gesamte Lebensspanne

Die Krankheitslast wird bereits im Kindes- und Jugendalter sichtbar. Deutschlandweite Erhebungen zeigen für Asthma bronchiale und allergische Rhinitis stabil hohe Prävalenzen. In KiGGS Welle 2 (2014 – 2017) wurde für die allergische Rhinitis eine 12-Monats-Prävalenz von 8,8% und für Asthma bronchiale von 3,5% ermittelt; dies entspricht mehr als einer Million beziehungsweise etwa einer halben Million betroffenen Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Für die atopische Dermatitis wurde in KiGGS Welle 1 eine Lebenszeitprävalenz von 14,3% beschrieben. Auch allergische Sensibilisierungen sind bereits im Kindes- und Jugendalter häufig [3, 4].

Der frühe Erkrankungsbeginn ist auch deshalb relevant, weil allergische Erkrankungen häufig nicht isoliert auftreten. Atopische Dermatitis, Nahrungsmittelallergie, allergische Rhinitis und Asthma können im Verlauf einer individuellen Krankheitsbiografie aufeinander folgen oder gleichzeitig bestehen. Allergische Erkrankungen sind deshalb häufig chronische und multimorbide Erkrankungen, deren Manifestationen unterschiedliche Organe betreffen und Patientinnen und Patienten über lange Lebensabschnitte begleiten können [5].

Allergien sind jedoch keineswegs ausschließlich Erkrankungen junger Menschen. Auch im Erwachsenenalter ist ihre Prävalenz hoch. Bundesweit repräsentative Daten zeigen, dass knapp ein Drittel der Erwachsenen im Laufe des Lebens mindestens eine ärztlich diagnostizierte allergische Erkrankung aufweist. Allergische Erkrankungen werden bis ins höhere Lebensalter beobachtet und können auch dort neu auftreten. Allergologie ist deshalb eine Aufgabe über die gesamte Lebensspanne [1, 6].

Von chronischer Krankheitslast bis zur lebensbedrohlichen Reaktion

Neben ihrer Häufigkeit ist die große Spannbreite der Erkrankungsschwere von besonderer Bedeutung. Allergische Rhinitis, Asthma bronchiale und atopische Dermatitis können über Jahre oder Jahrzehnte bestehen und Lebensqualität, Schlaf, Leistungsfähigkeit, Schule, Ausbildung und Beruf erheblich beeinträchtigen [6].

Daneben können allergische Erkrankungen akut schwer oder lebensbedrohlich verlaufen. Die Anaphylaxie stellt die schwerste Manifestation einer allergischen Soforttypreaktion dar; zu ihren wichtigsten Auslösern gehören Nahrungsmittel, Insektengifte und Arzneimittel. Besonders Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen oder mehreren gleichzeitig bestehenden atopischen Erkrankungen benötigen eine koordinierte, fachübergreifende und langfristige Versorgung [7].

Damit umfasst die Allergologie ein Spektrum von sehr häufigen chronischen Erkrankungen bis zu potenziell lebensbedrohlichen Reaktionen. Dieses Spektrum widerspricht der noch immer verbreiteten Wahrnehmung allergischer Erkrankungen als überwiegend saisonale oder geringfügige Beschwerden.

Hohe Krankheitslast – hohe gesellschaftliche Relevanz

Die gesundheitlichen Folgen werden durch erhebliche gesellschaftliche Belastungen ergänzt. Chronische Beschwerden, eingeschränkte Leistungsfähigkeit sowie Fehlzeiten in Schule und Beruf führen neben unmittelbaren Behandlungskosten zu relevanten indirekten und volkswirtschaftlichen Folgekosten. Aufgrund ihrer hohen Prävalenz, ihres häufig frühen Beginns und ihrer teilweise lebenslangen Verläufe reicht die Krankheitslast allergischer Erkrankungen damit weit über die einzelne Diagnose hinaus [8].

Allergische Erkrankungen sind häufige chronische, vielfach multimorbide und teilweise lebensbedrohliche Erkrankungen. Ihrer hohen medizinischen und gesellschaftlichen Bedeutung steht jedoch eine strukturelle Verankerung im deutschen Gesundheitssystem gegenüber, die dieser Krankheitslast bislang nicht ausreichend gerecht wird.

3. Strukturelle Defizite der Allergologie in Deutschland

Der hohen Krankheitslast allergischer Erkrankungen stehen in Deutschland Versorgungs-, Forschungs- und Ausbildungsstrukturen gegenüber, die ihrer medizinischen und gesellschaftlichen Bedeutung nicht ausreichend gerecht werden. Allergologie ist ein interdisziplinäres Querschnittsfach und verbindet unter anderem Dermatologie, Pädiatrie, Pneumologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie weitere klinische und wissenschaftliche Disziplinen. Gerade diese Interdisziplinarität ist eine ihrer Stärken – ohne verbindliche Strukturen kann sie jedoch zugleich zu fragmentierter Verantwortung führen.

In Deutschland ist die Allergologie kein eigenständiges Fachgebiet, sondern als Zusatz-Weiterbildung organisiert. Im europäischen Vergleich bestehen unterschiedliche Modelle der fachärztlichen Verankerung der Allergologie [9, 10].

3.1 Lehre, Fort- und Weiterbildung: allergologische Kompetenz ist nicht ausreichend strukturell verankert

Allergologische Inhalte werden im Medizinstudium überwiegend innerhalb verschiedener Fachgebiete vermittelt; im Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) sind sie nicht als eigenständiger allergologischer Schwerpunkt abgebildet [11].

Auch in der ärztlichen Weiterbildung bestehen strukturelle Herausforderungen. Mit der kompetenzbasierten Weiterbildungsordnung ist die zuvor verbindliche Mindestweiterbildungszeit für die Zusatz-Weiterbildung Allergologie entfallen. Damit kann die Sicherstellung eines einheitlichen Umfangs praktischer allergologischer Weiterbildung zusätzlich an Bedeutung gewinnen. Gleichzeitig ist eine fundierte Weiterbildung auf Einrichtungen angewiesen, die ein ausreichendes Spektrum allergischer Erkrankungen, diagnostischer Verfahren und Therapien tatsächlich anbieten [12, 13, 14].

Da allergologische Kompetenz nicht ausschließlich innerhalb eines einzelnen Fachgebiets erworben werden kann, müssen organbezogene Expertise und übergreifendes allergologisches Wissen zusammengeführt werden. Fehlen geeignete Ausbildungsstätten und strukturierte Weiterbildungsmöglichkeiten, gefährdet dies langfristig den allergologisch qualifizierten Nachwuchs und damit die zukünftige Versorgung.

3.2 Wissenschaft und Translation: hohe Innovationsdynamik trifft auf schwache akademische Strukturen

Die Allergologie hat sich zu einem dynamischen Feld der translationalen Medizin entwickelt. Fortschritte im Verständnis immunologischer Mechanismen sowie neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verändern Prävention, Diagnostik und Behandlung grundlegend.

Dieser wissenschaftlichen Dynamik stehen in Deutschland begrenzte eigenständige akademische Strukturen gegenüber. Allergologische Forschung, Lehre und spezialisierte Versorgung sind überwiegend in verschiedenen klinischen Fachgebieten verankert. Einzelne neu geschaffene Strukturen sind wichtige Entwicklungen, können eine breitere universitäre Verankerung der Allergologie jedoch nicht ersetzen [9, 14].

Fehlende dauerhafte akademische Strukturen erschweren den Aufbau langfristiger Forschungsprogramme, die Entwicklung verlässlicher Karriereperspektiven für wissenschaftlichen Nachwuchs und die kontinuierliche Verbindung von Grundlagenwissenschaft, klinischer Forschung und Patientenversorgung. Damit besteht die Gefahr, wissenschaftliches Potenzial zu verlieren und Innovationen nicht mit der möglichen Geschwindigkeit in die Versorgung zu übertragen.

3.3 Versorgung: zwischen wohnortnaher Regelversorgung und hochspezialisierter Allergologie

Der überwiegende Teil der allergologischen Versorgung findet ambulant und in unterschiedlichen Fachgebieten statt. Diese fachübergreifende Versorgung ist grundsätzlich eine Stärke, setzt jedoch ausreichende allergologische Expertise, geeignete Vergütungsstrukturen und eine funktionierende Vernetzung voraus. Gerade hier bestehen relevante Defizite. Begrenzte Vergütungs-

Es fehlt an verbindlichen, vernetzten und nachhaltig getragenen Strukturen, um vorhandenes Wissen und medizinischen Fortschritt flächendeckend nutzbar zu machen

möglichkeiten erschweren eine zeit- und ressourcenintensive leitliniengerechte Diagnostik und Therapie; zugleich ist qualifizierte allergologische Versorgung regional unterschiedlich verfügbar [14, 15].

Besonders sichtbar werden die strukturellen Grenzen bei Patientinnen und Patienten mit schweren, komplexen oder multimorbiden allergischen Erkrankungen. Sie benötigen häufig die Expertise mehrerer Fachdisziplinen und Zugang zu spezialisierter Diagnostik und Therapie. Die Versorgung ist jedoch zu selten verbindlich zwischen ambulanter, stationärer und universitärer Medizin vernetzt [14].

Mit dem 2014 von der DGAKI initiierten und von mehreren medizinischen Fachgesellschaften unterstützten Netzwerk der Comprehensive Allergy Centers (CAC) existiert bereits eine Struktur für die interdisziplinäre Versorgung komplexer allergologischer Krankheitsbilder. Die Zahl und regionale Verfügbarkeit solcher Zentren ist jedoch begrenzt; zugleich fehlt eine nachhaltige strukturelle Finanzierung der mit interdisziplinärer Versorgung, Vernetzung und Translation verbundenen Aufgaben [16].

Ein weiteres Beispiel für die Diskrepanz zwischen medizinischer Evidenz und Versorgungsrealität ist die Allergenimmuntherapie (AIT). Als krankheitsmodifizierende Therapie besitzt sie eine besondere Stellung in der Allergologie, ihr Potenzial wird in der Versorgung jedoch nicht vollständig ausgeschöpft [17, 18].

3.4 Prävention und Früherkennung: Erkenntnisse erreichen die Versorgung noch nicht ausreichend

Mit evidenzbasierten Empfehlungen zur Allergieprävention und zunehmendem Wissen über Risikofaktoren und frühe Krankheitsmanifestationen bestehen heute Möglichkeiten, allergische Erkrankungen früher zu erkennen und ihre Entwicklung zu beeinflussen. Diese Möglichkeiten sind bislang jedoch nur begrenzt systematisch in bestehende Versorgungsstrukturen integriert [19].

Insbesondere fehlen ausreichend etablierte Strukturen, um Risikokonstellationen frühzeitig zu erkennen, evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen umzusetzen und bei frühen Krankheitsmanifestationen eine qualifizierte Diagnostik und Behandlung einzuleiten. Die Schnittstellen zu Pädiatrie, hausärztlicher Versorgung und weiteren Bereichen der Primärversorgung sind hierfür von besonderer Bedeutung.

Krankheitslast und Strukturen stehen in einem Missverhältnis

Die beschriebenen Defizite verstärken sich gegenseitig:

- Schwache akademische Strukturen beeinträchtigen Forschung, Lehre und Nachwuchsförderung.
- Defizite in der Weiterbildung gefährden zukünftige allergologische Kompetenz; fragmentierte Versorgungswege erschweren die Behandlung komplexer Erkrankungen.
- Fehlende Implementierungsstrukturen verzögern den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in Prävention und Versorgung.

Die zentrale Herausforderung der Allergologie in Deutschland liegt damit nicht in einem Mangel an wissenschaftlichen Erkenntnissen oder medizinischen Möglichkeiten. Es fehlt vielmehr an ausreichend verbindlichen, vernetzten und nachhaltig getragenen Strukturen, um vorhandenes Wissen und medizinischen Fortschritt flächendeckend für Patientinnen und Patienten nutzbar zu machen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich für Deutschland die Frage, welche medizinischen und wissenschaftlichen Fähigkeiten eine zukunftsfähige Allergologie benötigt – und wie eine Allergologie 2030 aussehen muss.

4. Allergologie 2030 – Medizinische und wissenschaftliche Zukunftsaufgaben

Die Allergologie steht an einem Wendepunkt. Fortschritte in Immunologie, Molekularbiologie und Präzisionsmedizin ermöglichen ein zunehmend differenziertes Verständnis allergischer Erkrankungen und eröffnen neue Möglichkeiten für Prävention, Diagnostik und Therapie. Gleichzeitig verändern Multimorbidität, demografische Entwicklungen sowie Umwelt- und Klimaeinflüsse die Anforderungen an die allergologische Medizin.

Eine Allergologie 2030 muss den Anspruch verfolgen, dass der Zugang zu qualitätsgesicherter Diagnostik und leitliniengerechter Therapie nicht vom Wohnort, vom primär behandelnden Fachgebiet oder von vermeidbaren strukturellen Barrieren abhängt

Die Herausforderung der kommenden Jahre besteht deshalb nicht allein darin, bestehende Versorgung zu erhalten. Wissenschaftlicher Fortschritt muss genutzt werden, um allergische Erkrankungen früher zu erkennen und möglichst zu verhindern, wirksame Diagnostik und Therapie verfügbar zu machen, schwere und komplexe Erkrankungen besser zu behandeln und Innovationen schneller in die Versorgung zu überführen. Daraus ergeben sich fünf zentrale Zukunftsaufgaben für die Allergologie in Deutschland.

4.1 Allergische Erkrankungen verhindern und früher erkennen

Viele allergische Erkrankungen beginnen bereits in den ersten Lebensjahren. Für definierte Risikokonstellationen und Krankheitsbilder bestehen Möglichkeiten der evidenzbasierten Prävention. Zugleich können frühe Krankheitsmanifestationen Ansatzpunkte für eine rechtzeitige Diagnostik und Intervention bieten [19].

Die Allergologie muss sich deshalb von einer überwiegend reaktiven zu einer stärker präventiven Medizin weiterentwickeln. Evidenzbasierte Maßnahmen der Primärprävention müssen konsequent genutzt und neue Strategien zur Identifikation von Risikogruppen und zur frühen Intervention wissenschaftlich geprüft werden. Gleichzeitig gilt es, frühe Manifestationen allergischer Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und eine leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung einzuleiten [19].

Dabei ist eine lebensphasenorientierte Perspektive erforderlich: Prävention und Früherkennung haben insbesondere im frühen Kindesalter eine hohe Bedeutung, allergische Erkrankungen können jedoch über die gesamte Lebensspanne neu auftreten oder sich verändern. Ziel muss es sein, vorhandene Möglichkeiten der Prävention konsequent zu nutzen und Krankheitsentwicklung und -progression dort frühzeitig zu beeinflussen, wo hierfür wissenschaftliche Evidenz besteht [19].

4.2 Evidenzbasierte Diagnostik und wirksame Therapie für alle Betroffenen zugänglich machen

Für zahlreiche allergische Erkrankungen stehen evidenzbasierte diagnostische und therapeutische Verfahren zur Verfügung. Dennoch profitieren nicht alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen von diesen Möglichkeiten. Unterschiede in der Verfügbarkeit allergologischer Expertise und Schnittstellen zwischen den beteiligten Fachgebieten können dazu führen, dass Diagnosen verzögert gestellt und leitliniengerechte Therapien nicht oder nicht rechtzeitig eingesetzt werden [14, 18].

Ein besonderes Beispiel ist die Allergenimmuntherapie. Als krankheitsmodifizierende Therapie kann sie bei geeigneten Patientinnen und Patienten über die Symptomkontrolle hinaus in den Krankheitsverlauf eingreifen. Ihr Potenzial sollte entsprechend der vorhandenen Evidenz und Leitlinien genutzt werden. Gleiches gilt für etablierte diagnostische Verfahren und innovative Therapieoptionen [17].

Eine Allergologie 2030 muss den Anspruch verfolgen, dass der Zugang zu qualitätsgesicherter Diagnostik und leitliniengerechter Therapie nicht vom Wohnort, vom primär behandelnden Fachgebiet oder von vermeidbaren strukturellen Barrieren abhängt.

4.3 Schwere, komplexe und multimorbide allergische Erkrankungen koordiniert versorgen

Allergische Erkrankungen können unterschiedliche Organsysteme betreffen und bei derselben Person gleichzeitig oder im Verlauf des Lebens auftreten. Atopische Dermatitis, allergische Rhinitis, Asthma und Nahrungsmittelallergien können miteinander verbunden sein. Hinzu kommen schwere Krankheitsbilder wie Anaphylaxie sowie komplexe Arzneimittel- oder Insektengiftallergien. Die traditionelle Betrachtung einzelner Organerkrankungen wird den Bedürfnissen dieser Patientinnen und Patienten daher häufig nicht gerecht [5, 7].

Schwere, komplexe und multimorbide Erkrankungen benötigen eine Versorgung über die Grenzen einzelner Organsysteme und Fachgebiete hinweg. Diagnostische und therapeutische Entscheidungen müssen koordiniert und spezialisierte Expertise bei Bedarf verfügbar sein.

Neue zielgerichtete Therapien verstärken diese Notwendigkeit. Insbesondere bei Typ-2-inflammatorischen Erkrankungen können gemeinsame immunologische Me-

Die Versorgung schwerer, komplexer und multimorbider Erkrankungen ist eine zentrale Aufgabe der modernen interdisziplinären Allergologie

chanismen verschiedenen klinischen Manifestationen zugrunde liegen. Therapieentscheidungen sollten deshalb zunehmend das gesamte Spektrum der allergologischen und Typ-2-assoziierten Manifestationen sowie die individuelle Krankheitslast berücksichtigen [20].

Die Versorgung schwerer, komplexer und multimorbider Erkrankungen ist damit eine zentrale Aufgabe der modernen interdisziplinären Allergologie.

4.4 Wissenschaftlichen Fortschritt schneller in die Versorgung übersetzen

Die Allergologie gehört zu den dynamischen Innovationsfeldern der Medizin. Biomarker, molekulare Diagnostik, neue Ansätze der Allergenimmuntherapie, Biologika und weitere zielgerichtete Therapien eröffnen Perspektiven für eine zunehmend präzise und individualisierte Medizin [17, 20].

Ihr Nutzen entsteht jedoch erst, wenn wissenschaftliche Erkenntnisse die Patientinnen und Patienten erreichen. Dafür muss die gesamte Translationskette funktionieren: von Grundlagenforschung und klinischen Studien über die Bewertung wissenschaftlicher Evidenz und Leitlinien bis zu deren Implementierung in der Versorgung. Gleichzeitig müssen Erfahrungen und offene Fragen aus der Versorgung in die Forschung zurückfließen.

Umwelt- und Klimaeinflüsse müssen in diesem Kontext als Querschnittsthema berücksichtigt werden. Veränderungen von Allergenexpositionen und weitere Umweltfaktoren können Erkrankungsrisiken und Krankheitsverläufe beeinflussen und erfordern die Verbindung von klinischer Allergologie mit Epidemiologie, Umweltmedizin und Public Health [21].

4.5 Allergologische Kompetenz für die Zukunft sichern

Die Möglichkeiten der modernen Allergologie können nur genutzt werden, wenn die dafür erforderliche Kompetenz nachhaltig verfügbar ist. Allergische Erkrankungen müssen in den verschiedenen Bereichen der medizinischen Versorgung zuverlässig erkannt und leitliniengerecht behandelt werden können; für schwere und komplexe Erkrankungen ist darüber hinaus spezialisierte allergologische Expertise erforderlich.

Dies setzt allergologische Kompetenz im Medizinstudium sowie eine qualifizierte ärztliche Fort- und Weiterbildung voraus. Gleichzeitig benötigt die Allergologie wissenschaftlichen Nachwuchs, der klinische Fragestellungen mit Grundlagenforschung und translationaler Forschung verbindet.

Die Sicherung allergologischer Kompetenz ist damit Voraussetzung für Versorgungsqualität, Patientensicherheit und wissenschaftliche Innovation.

Die fünf Zukunftsaufgaben markieren einen grundlegenden Wandel: Die Allergologie muss sich von einer überwiegend reaktiven zu einer stärker präventiven, evidenzbasierten, präzisen und koordinierten Medizin weiterentwickeln. Damit dieses medizinische Potenzial die Patientinnen und Patienten erreicht, müssen die dafür notwendigen Strukturen geschaffen und nachhaltig gesichert werden.

5. Strukturen für eine zukunftsfähige Allergologie

Die medizinischen Möglichkeiten der Allergologie können ihr Potenzial nur entfalten, wenn Forschung, Qualifikation und Versorgung strukturell miteinander verbunden sind. Eine Allergologie 2030 benötigt deshalb keine isolierten Einzelmaßnahmen, sondern ein abgestimmtes System: von Prävention und wohnortnaher Versorgung über spezialisierte interdisziplinäre Expertise bis hin zur Universitätsmedizin und translationalen Forschung.

Vier Strukturfelder sind hierfür von zentraler Bedeutung.

5.1 Universitäre Allergologie und translationale Forschung strukturell verankern

Eine leistungsfähige Allergologie benötigt sichtbare und dauerhaft etablierte akademische Strukturen. Universitäre Allergologie muss Grundlagenforschung, klinische Forschung, Lehre, spezialisierte Patientenversorgung und wissenschaftliche Nachwuchsförderung miteinander verbinden.

Die Allergologie muss sich von einer reaktiven zu einer stärker präventiven, evidenzbasierten, präzisen und koordinierten Medizin weiterentwickeln

Hierfür braucht es eigenständige allergologische Professuren und wissenschaftliche Arbeitsgruppen ebenso wie eine stärkere Vernetzung bestehender Forschungsstandorte. Interdisziplinäre Forschungsverbünde und klinische Studiennetzwerke müssen die Translation neuer Erkenntnisse in Diagnostik, Prävention und Therapie ermöglichen und zugleich Fragestellungen aus der Versorgung zurück in die Forschung tragen.

Universitäre Allergologie ist damit nicht allein Forschungsstandort, sondern ein zentraler Knotenpunkt für Innovation, Qualifikation und hochspezialisierte Versorgung.

5.2 Allergologische Kompetenz verbindlich sichern

Allergologische Kompetenz muss auf allen relevanten Ebenen der medizinischen Qualifikation verlässlich vermittelt und erhalten werden. Im Medizinstudium sollten grundlegende Kenntnisse zu Prävention, Diagnostik, Therapie und Notfallmanagement allergischer Erkrankungen ihrer epidemiologischen und klinischen Bedeutung entsprechend verankert sein.

Die ärztliche Weiterbildung muss ausreichende praktische Erfahrung mit dem Spektrum allergologischer Erkrankungen, diagnostischer Verfahren und Therapien gewährleisten. Dabei müssen organbezogene fachärztliche Expertise und interdisziplinäre allergologische Kompetenz zusammengeführt werden. Strukturierte Weiterbildungsmöglichkeiten an qualifizierten allergologischen Einrichtungen können hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten [12, 13, 14].

Angesichts der hohen wissenschaftlichen Dynamik bleibt zugleich eine kontinuierliche allergologische Fortbildung unverzichtbar. Klinische Qualifikation, wissenschaftliche Nachwuchsförderung und attraktive Karrierewege müssen zusammengedacht werden, um allergologische Kompetenz langfristig zu sichern.

5.3 Eine abgestufte und vernetzte allergologische Versorgung etablieren

Eine zukunftsfähige Allergologie benötigt eine Versorgungskette mit unterschiedlichen Ebenen allergologischer Expertise. Häufige allergische Erkrankungen müssen wohnortnah qualifiziert diagnostiziert und behandelt werden können. Für schwere, komplexe und multimorbide Erkrankungen muss spezialisierte und interdisziplinäre Expertise erreichbar sein.

Dafür müssen ambulante allergologische Versorgung, beteiligte Fachgebiete, spezialisierte Zentren und Universitätsmedizin durch definierte Schnittstellen und Versorgungspfade miteinander verbunden werden. Patientinnen und Patienten sollten entsprechend der Komplexität ihrer Erkrankung Zugang zur jeweils erforderlichen Versorgungsebene erhalten und nach spezialisierter Diagnostik oder Therapie möglichst wohnortnah weiterbetreut werden können.

Comprehensive Allergy Centers (CAC) können in einem solchen System als Knotenpunkte für komplexe und schwere Erkrankungen fungieren. Neben der interdisziplinären Patientenversorgung können sie insbesondere Aufgaben in Fort- und Weiterbildung, klinischer Forschung und Translation übernehmen und zur Vernetzung allergologischer Expertise beitragen [14, 16].

Prävention und Früherkennung müssen Bestandteil dieser Versorgungskette sein. Insbesondere die Schnittstellen zu Pädiatrie und Primärversorgung bieten die Möglichkeit, Risikokonstellationen und frühe Krankheitsmanifestationen zu erkennen, Präventionsmaßnahmen umzusetzen und bei Bedarf qualifizierte allergologische Diagnostik frühzeitig einzuleiten.

5.4 Eine lernende Allergologie durch Daten, Register und Implementierung ermöglichen

Wissenschaftliche Evidenz verbessert Versorgung erst dann, wenn sie in der klinischen Praxis umgesetzt und ihre Wirkung überprüft wird. Eine Allergologie 2030 benötigt deshalb Strukturen, die Forschung, Leitlinien, Versorgung und Versorgungsdaten in einem kontinuierlichen Lernprozess miteinander verbinden.

Register, klinische Studiennetzwerke und Versorgungsforschung können Krankheitsverläufe und Behandlungsergebnisse erfassen, Versorgungslücken sichtbar machen und die Weiterentwicklung von Leitlinien und Versorgungskonzepten unterstützen. Bestehende allergologische Register und

Starke universitäre Strukturen, gesicherte allergologische Kompetenz, eine abgestufte und vernetzte Versorgung sowie leistungsfähige Strukturen für Translation, Daten und Implementierung sind die notwendigen Bausteine

Netzwerke bilden hierfür wichtige Ausgangspunkte [22].

Digitale Versorgungsdaten können diese Möglichkeiten perspektivisch erweitern. Voraussetzung sind interoperable und qualitativ geeignete Datenstrukturen sowie hohe Standards für Datenschutz und wissenschaftliche Validität. Auch digitale Anwendungen und KI-basierte Verfahren sollten dort eingesetzt werden, wo sie einen nachweisbaren Nutzen für Prävention, Diagnostik, Therapie oder Verlaufskontrolle bieten [23].

Zu einer lernenden Versorgung gehört zugleich die Perspektive der Betroffenen. Qualitativ hochwertige Patienteninformation, Schulung und Unterstützung des Selbstmanagements sind wesentliche Bestandteile einer sicheren und wirksamen Versorgung chronischer und potenziell lebensbedrohlicher allergischer Erkrankungen.

Vom strukturellen Zielbild zum politischen Handeln

Die notwendigen Bausteine einer zukunftsfähigen Allergologie sind damit benannt: starke universitäre Strukturen, gesicherte allergologische Kompetenz, eine abgestufte und vernetzte Versorgung sowie leistungsfähige Strukturen für Translation, Daten und Implementierung.

Viele dieser Elemente existieren in Deutschland bereits, sind jedoch regional unterschiedlich verfügbar, teilweise projektbezogen oder nicht ausreichend miteinander verbunden. Vorhandene Expertise muss deshalb gestärkt, relevante Lücken müssen geschlossen und die einzelnen Elemente zu einem funktionierenden Gesamtsystem verbunden werden.

Dies überschreitet die Zuständigkeit einzelner Fachgesellschaften, medizinischer Disziplinen und Versorgungsebenen. Aus dem strukturellen Zielbild wird damit ein gesundheitspolitischer Auftrag.

6. Vom Zielbild zum politischen Handeln: ein Nationaler Aktionsplan Allergologie

Deutschland verfügt über die wissenschaftlichen Erkenntnisse und medizinischen Möglichkeiten, allergische Erkrankungen früher zu erkennen, wirksamer zu verhindern und besser zu behandeln. Die entscheidende Herausforderung besteht darin, die dafür notwendigen Voraussetzungen in Forschung, Qualifikation und Versorgung nachhaltig zu schaffen.

Die Defizite der Allergologie sind nicht auf ein einzelnes Fachgebiet, eine Versorgungsebene oder eine Institution begrenzt. Entsprechend können sie nicht durch isolierte Einzelmaßnahmen gelöst werden.

Allergologie ist eine gesundheitspolitische Gemeinschaftsaufgabe.

Aus Sicht der DGAKI ergeben sich vier übergeordnete politische Prioritäten:

- Leitliniengerechte allergologische Versorgung strukturell und finanziell ermöglichen: Qualifizierte wohnortnahe Versorgung und spezialisierte interdisziplinäre Versorgung schwerer und komplexer Erkrankungen benötigen Rahmenbedingungen, die leitliniengerechte Diagnostik und Therapie sowie die notwendige Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsebenen ermöglichen.
- Allergologische Kompetenz und akademische Strukturen nachhaltig absichern: Die Krankheitslast allergischer Erkrankungen muss sich angemessen in Studium, ärztlicher Fort- und Weiterbildung sowie in universitären Strukturen und wissenschaftlichen Karrierewegen widerspiegeln.
- Prävention, Forschung und Translation strukturell fördern: Evidenzbasierte Prävention und Früherkennung sowie wissenschaftliche Innovation müssen schneller und systematischer in die Versorgung gelangen. Dafür müssen Forschung, klinische Studien, Versorgungsforschung und geeignete Datenstrukturen langfristig gestärkt werden.
- Die Weiterentwicklung der Allergologie national koordinieren: Prävention, Versorgung, Qualifikation, Forschung und Translation betreffen unterschiedliche Akteure und Zuständigkeiten. Sie benötigen deshalb gemeinsame Prioritäten und einen verbindlichen Rahmen für Umsetzung und Evaluation.

Die entscheidende politische Aufgabe besteht damit nicht darin, weitere Einzelmaßnahmen nebeneinanderzustellen, sondern die notwendigen Veränderungen zu einer gemeinsamen Strategie zusammenzuführen.

Die DGAKI fordert die Entwicklung eines Nationalen Aktionsplans Allergologie für Deutschland

Deutschland braucht einen Nationalen Aktionsplan Allergologie

Deutschland hat in den vergangenen Jahrzehnten wiederholt Initiativen zur Verbesserung von Allergieprävention und -versorgung entwickelt. Dennoch fehlt bislang ein dauerhaft angelegter umfassender nationaler Rahmen, der Prävention, Versorgung, Qualifikation, Forschung und Monitoring in einer gemeinsamen Implementierungs- und Evaluationsstruktur verbindet [24, 25, 26, 27].

Die DGAKI fordert deshalb die Entwicklung eines Nationalen Aktionsplans Allergologie für Deutschland. Ein solcher Aktionsplan darf kein weiterer Katalog wünschenswerter Maßnahmen sein. Er muss auf einer systematischen Analyse der Krankheitslast und der bestehenden strukturellen und versorgungsbezogenen Defizite aufbauen, gemeinsam mit den relevanten Akteuren Prioritäten bestimmen und diese in konkrete und messbare Ziele übersetzen [27].

Die Priorisierung und Operationalisierung konkreter Maßnahmen, Verantwortlichkeiten und messbarer Ziele muss in einem strukturierten gemeinsamen Prozess erfolgen

Zu seiner Entwicklung gehört von Beginn an die Frage, wie priorisierte Ziele umgesetzt, Verantwortlichkeiten definiert, notwendige Ressourcen gesichert und Fortschritte überprüft werden können. Der Aktionsplan sollte bestehende Leitlinien, Netzwerke, Expertise und Versorgungsstrukturen nutzen und miteinander verbinden. Neue Strukturen sind dort erforderlich, wo relevante Lücken mit bestehenden Instrumenten nicht geschlossen werden können [27].

Ein Nationaler Aktionsplan Allergologie ist weder Ersatz für medizinische Leitlinien noch Aufgabe einer einzelnen Fachgesellschaft. Sein Mehrwert liegt darin, wissenschaftliche Evidenz, gemeinsame Prioritäten, Umsetzung und Evaluation in einer langfristigen nationalen Strategie miteinander zu verbinden [27].

Seine Entwicklung erfordert die Beteiligung von Politik, Selbstverwaltung, Wissenschaft, medizinischen Fachgesellschaften und Verbänden, Gesundheitsberufen, Kostenträgern und Patientenvertretungen. Die Priorisierung und Operationalisierung konkreter Maßnahmen, Verantwortlichkeiten und messbarer Ziele muss in einem strukturierten gemeinsamen Prozess erfolgen [27].

75 Jahre nach Gründung der DGAKI ist es Zeit, aus wissenschaftlichem Fortschritt und gewachsener allergologischer Expertise einen gemeinsamen gesundheitspolitischen Auftrag abzuleiten. Deutschland braucht eine nationale Strategie, damit allergische Erkrankungen künftig früher erkannt, wirksamer verhindert und besser behandelt werden können. Der Nationale Aktionsplan Allergologie soll dafür den gemeinsamen Rahmen schaffen.

7. Die DGAKI: Verantwortung für die Zukunft der Allergologie

Seit 75 Jahren steht die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) für die wissenschaftliche und interdisziplinäre Weiterentwicklung der Allergologie in Deutschland. Sie verbindet medizinische Fachgebiete und wissenschaftliche Disziplinen und schafft damit eine Plattform für den Austausch zwischen Grundlagenforschung, klinischer Forschung und Patientenversorgung [28].

Diese Verantwortung reicht über die Bewertung und Weiterentwicklung wissenschaftlicher Evidenz hinaus. Als wissenschaftliche und interdisziplinäre Fachgesellschaft trägt die DGAKI dazu bei, allergologische Forschung zu vernetzen, Leitlinien zu entwickeln, wissenschaftlichen und klinischen Nachwuchs zu fördern, Fort- und Weiterbildung zu unterstützen und neue Erkenntnisse in die Versorgung zu übertragen [28].

Die Zukunft der Allergologie kann nur gemeinsam gestaltet werden

Die in diesem Positionspapier beschriebenen Herausforderungen überschreiten die Zuständigkeit einzelner Fachgebiete, Institutionen und Organisationen. Eine zukunftsfähige Allergologie benötigt deshalb die Zusammenarbeit aller relevanten Akteure.

Die DGAKI sucht dabei ausdrücklich die enge Zusammenarbeit mit den weiteren in der Allergologie engagierten Fachgesellschaften und Verbänden, insbesondere mit der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPAU) und dem Ärzteverband Deutscher Allergologen (AeDA). Ebenso notwendig ist die Einbindung von Patientenvertretungen, Universitätsmedizin, weiteren medizinischen Fachgesellschaften und Gesundheitsberufen, Selbstverwaltung, Kostenträgern und Politik.

Unterschiedliche Perspektiven und Verantwortungsbereiche sind dabei kei-

Auftrag für die Zukunft: allergische Erkrankungen früher erkennen, wirksamer verhindern und besser behandeln – und gemeinsam die Voraussetzungen für eine zukunftsfähige Allergologie in Deutschland schaffen

ne Schwäche, sondern Voraussetzung für tragfähige Lösungen. Entscheidend ist, sie auf gemeinsame Ziele für Prävention, Forschung, Qualifikation und Versorgung auszurichten.

75 Jahre DGAKI – Verantwortung für die Zukunft

Mit „Allergologie 2030" verbindet die DGAKI ihr 75-jähriges Jubiläum bewusst mit einem Blick nach vorn. Die wissenschaftlichen und medizinischen Möglichkeiten, allergische Erkrankungen früher zu erkennen, wirksamer zu verhindern und besser zu behandeln, haben sich in den vergangenen Jahren erheblich erweitert. Jetzt gilt es, die strukturellen und gesundheitspolitischen Voraussetzungen daran anzupassen.

Als wissenschaftliche und interdisziplinäre Fachgesellschaft der Allergologie und klinischen Immunologie will die DGAKI die Initiative für einen Nationalen Aktionsplan Allergologie ergreifen und dessen Entwicklung gemeinsam mit ihren Partnern wissenschaftlich gestalten.

Die DGAKI ist bereit, ihre wissenschaftliche Expertise, ihre interdisziplinäre Struktur und ihre Netzwerke in diesen gemeinsamen Prozess einzubringen.

75 Jahre DGAKI sind damit nicht nur Anlass für einen Rückblick, sondern Auftrag für die Zukunft: Allergische Erkrankungen früher erkennen, wirksamer verhindern und besser behandeln – und gemeinsam die wissenschaftlichen, strukturellen und politischen Voraussetzungen für eine zukunftsfähige Allergologie in Deutschland schaffen.

Essential Sentence

Deutschland braucht eine nationale Strategie, mit der die wissenschaftlichen, strukturellen und gesundheitspolitischen Voraussetzungen geschaffen werden, um allergische Erkrankungen früher zu erkennen, wirksamer zu verhindern und besser zu behandeln.

Autorenbeiträge

E.H. entwickelte die Konzeption und initiierte die Erstellung des Positionspapiers. Alle Autoren wirkten an der inhaltlichen Konzeption, fachlichen Bewertung und Erstellung der ersten Manuskriptfassung mit, E.H. erstellte die finale Manuskriptfassung. Alle Autoren haben die finale Fassung gelesen, überarbeitet und zur Publikation freigegeben.

Finanzierung

Eine externe Finanzierung oder Unterstützung durch kommerzielle Unternehmen erfolgte nicht.

Interessenkonflikt

Alle Autoren erklären nach Offenlegung übereinstimmend, dass bezogen auf dieses Positionspapier kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Die Autorinnen und Autoren danken der DGAKI-Geschäftsstelle, Frau Rudnik und Frau Zeyen, für redaktionelle Unterstützung.

Literatur

[1] *Langen U, Schmitz R, Steppuhn H.* Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013; *56:* 698-706.

[2] *Haftenberger M, Laußmann D, Ellert U, Kalcklösch M, Langen U, Schlaud M, Schmitz R, Thamm M.* Prävalenz von Sensibilisierungen gegen Inhalations- und Nahrungsmittelallergene: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013; *56:* 687-697.

[3] *Thamm R, Poethko-Müller C, Hüther A, Thamm M.* Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. J Health Monit. 2018; *3:* 3-18.

[4] *Schmitz R, Thamm M, Ellert U, Kalcklösch M, Schlaud M; KiGGS Study Group.* Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2014; *57:* 771-778.

[5] *Mrkić Kobal I, Plavec D, Vlašić Lončarić Ž, Jerković I, Turkalj M.* Atopic March or atopic multimorbidity-

overview of current research. Medicina (Kaunas). 2023; *60:* 21

[6] *Bergmann KC, Heinrich J, Niemann H.* Current status of allergy prevalence in Germany: Position paper of the Environmental Medicine Commission of the Robert Koch Institute. Allergo J Int. 2016; *25:* 6-10.

[7] *Ring J, Beyer K, Biedermann T, Bircher A, Fischer M, Fuchs T, Heller A, Hoffmann F, Huttegger I, Jakob T, Klimek L, Kopp MV, Kugler C, Lange L, Pfaar O, Rietschel E, Rueff F, Schnadt S, Seifert R, Stöcker B, et al.* Guideline (S2k) on acute therapy and management of anaphylaxis: 2021 update. Allergo J Int. 2021; *30:* 1-25.

[8] *Stróżek J, Samoliński BK, Kłak A, Gawińska-Drużba E, Izdebski R, Krzych-Fałta E, Raciborski F.* The indirect costs of allergic diseases. Int J Occup Med Environ Health. 2019; *32:* 281-290.

[9] *Fyhrquist N, Werfel T, Bilò MB, Mülleneisen N, Gerth van Wijk R.* The roadmap for the Allergology specialty and allergy care in Europe and adjacent countries. An EAACI position paper. Clin Transl Allergy. 2019; *9:* 3

[10] *Gerth van Wijk R, Eguiluz-Gracia I, Gayraud J, Gutermuth J, Hamelmann E, Heffler E, Popov TA, Schmid-Grendelmeier P, Tomazic PV, Tsilochristou O, Muelleneisen N.* The roadmap for allergology in Europe: The subspecialty of allergology as "stopover" on the way to a full specialty. An EAACI position statement. Allergy. 2018; *73:* 540-548.

[11] Medizinischer Fakultätentag. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM), Version 2.1. Online: https://nklm.de/ (Zugriff: 14.09.2026).

[12] *Bundesärztekammer.* (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 03.07.2026. Berlin: Bundesärztekammer; 2026. Online: https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung (Zugriff: 14.09.2026).

[13] *Bundesärztekammer.* Fachlich empfohlener Weiterbildungsplan für die Zusatz-Weiterbildung Allergologie. Beschlussstand 14./15.12.2023. Berlin: Bundesärztekammer; 2023.

[14] *Hollstein MM, Schober A, Treudler R, Becker S, Epping J, Hamelmann E, Taube C, Wagenmann M, Wedi B, Worm M, Zink A, Buhl T, Werfel T, Traidl S.* Aktuelle Situation der allergologischen Versorgung an deutschen Kliniken. J Dtsch Dermatol Ges. 2023; *21:* 964-972.

[15] *Schober AK, Hollstein MM, Treudler R, Becker S, Epping J, Hamelmann E, Taube C, Wagenmann M, Wedi B, Worm M, Zink A, Buhl T, Werfel T, Traidl S.* Limited reimbursement and underuse of digital healthcare concepts are major barriers to clinical allergological care in Germany. Int Arch Allergy Immunol. 2023; *184:* 598-608.

[16] *Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI).* Comprehensive Allergy Center (CAC): Netzwerk allergologischer Referenzzentren – CAC-Zertifizierung. Informationsflyer. Berlin: DGAKI; o. J.

[17] *Pfaar O, Ankermann T, Augustin M, Bubel P, Böing S, Brehler R, Eng PA, Fischer PJ, Gerstlauer M, Hamelmann E, Jakob T, Kleine-Tebbe J, Kopp MV, Lau S, Mülleneisen N, Müller C, Nemat K, Pfützner W, Saloga J, Strömer K, et al; Commenting participation and process support.* Guideline on allergen immunotherapy in IgE-mediated allergic diseases: S2K Guideline. Allergol Select. 2022; *6:* 167-232.

[18] *Valbert F, Neusser S, Pfaar O, Klimek L, Sperl A, Werfel T, Hamelmann E, Riederer C, Wobbe-Ribinski S, Hillerich V, Neumann A, Wasem J, Biermann-Stallwitz J.* Care with allergen immunotherapy for allergic respiratory diseases in Germany-Predictors and deficits. Clin Exp Allergy. 2022; *52:* 1422-1431.

[19] *Kopp MV, Muche-Borowski C, Abou-Dakn M, Ahrens B, Beyer K, Blümchen K, Bubel P, Chaker A, Cremer M, Ensenauer R, Gerstlauer M, Gieler U, Hübner IM, Horak F, Klimek L, Koletzko BV, Koletzko S, Lau S, Lob-Corzilius T, Nemat K, et al.* S3 guideline Allergy Prevention. Allergol Select. 2022; *6:* 61-97.

[20] *Jappe U, Bergmann KC, Brinkmann F, Faihs V, Gülsen A, Klimek L, Renz H, Seurig S, Taube C, Traidl S, Treudler R, Wagenmann M, Werfel T, Worm M, Zuberbier T.* Biologics in allergology and clinical immunology: Update on therapies for atopic diseases, urticaria, and angioedema and on safety aspects focusing on hypersensitivity reactions. Allergol Select. 2024; *8:* 365-406.

[21] *Bergmann KC, Brehler R, Endler C, Höflich C, Kespohl S, Plaza M, Raulf M, Standl M, Thamm R, Traidl-Hoffmann C, Werchan B.* Impact of climate change on allergic diseases in Germany. J Health Monit. 2023; *8 (Suppl 4):* 76-102.

[22] *Farkic M, Globig P, Alexiou A, Worm M.* Registries in allergy: Structure, target groups, and key findings of allergy-focused registries in Germany. Allergol Select. 2024; *8:* 425-433.

[23] *Feketea G, Paciência I, Chang YS, Alves PB, Cabrera M, Özdemir C, Vassilopoulou E, Wang IJ.* A strategic framework for digital and sustainable transformation in allergy care: An EAACI position paper. Pediatr Allergy Immunol. 2026; *37:* e70270

[24] *Bundesministerium für Ernährung*, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. Aufklären, Informieren, Kennzeichnen – Seehofer stellt Aktionsplan gegen Allergien vor. Pressemitteilung Nr. 43 vom 13.03.2007.

[25] *Aktionsforum Allergologie* (*AFA).* Aufruf zum Nationalen Aktionsplan Allergie. 2015.

[26] *Hoffmann B, Kappert-Gonther K, Klein-Schmeink M et al.* Die hohe individuelle und gesellschaftliche Belastung durch Allergien mit einem Aktionsprogramm reduzieren und die Versorgungssituation der Allergikerinnen und Allergiker verbessern. Deutscher Bundestag, 19. Wahlperiode, Drucksache 19/19865. Berlin; 10.06.2020.

[27] *Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.* National and Regional Allergy and Asthma Programs: A comparative analysis and lessons for a german national action plan for allergology. Unveröffentlichtes Manuskript; 2026. [eingereicht in Allergologie Select.]

[28] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie e. V. (DGAKI): Fachgesellschaftsprofil. Online: https://www.awmf.org/fachgesellschaften/deutsche-gesellschaft-fuer-allergologie-und-klinische-immunologie-e-v-dgaki (Zugriff: 14.09.2026).

Übersicht zum nationalen Aktionsplan (NAP) Allergologie

Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) e.V, der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) e.V. und dem Ärzteverband Deutscher Allergologen (AEDA) e.V.

ZIELE

Allergische Erkrankungen gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen, von denen etwa 30 % der Erwachsenen und 20 % der Kinder im Laufe ihres Lebens betroffen sind. Ihre hohe Prävalenz, potenzielle chronische und schwere Verläufe sowie die Auswirkungen auf Lebensqualität, gesellschaftliche Teilhabe und sozioökomischen Kosten unterstreichen ihre Bedeutung. Der NAP Allergologie hat das Ziel durch Strategien, Handlungsempfehlungen und messbaren Indikatoren die allergologische Versorgung zu optimieren und somit die Krankheitslast der Patient:innen zu reduzieren.

HINTERGRÜNDE

In der Allergologie in Deutschland bestehen zentrale Defizite und ungedeckte Bedarfe. Die gesellschaftliche Wahrnehmung, das Wissen und die Kommunikation über Allergien sind oft unzureichend, zudem verstärken die Umweltbedingungen die Allergiebelastung. Die öffentliche Wahrnehmung muss ausgebaut werden.

Trotz verfügbarer diagnostischer und therapeutischer Verfahren gibt es Lücken in Früherkennung, (Notfall-)Versorgung, evidenzbasierten Therapien, Management und Rehabilitation. Eine bessere interdisziplinäre, sektorale und flächendeckende Koordination sowie nachhaltige und finanzielle Strukturierung sind erforderlich.

In Deutschland ist die Allergologie kein eigenständiges Fachgebiet, was u.a. zu einer fragmentierten Ausbildung führt. Es besteht zudem ein Bedarf an Weiter- und Fortbildungsprogrammen sowie Schulungen für Gesundheitsberufe, Patient:innen und deren Umfeld.
Obwohl Deutschland über hohe Kompetenzen in der allergologischen Forschung verfügt, bestehen strukturelle Defizite im Ausbau von Forschung (u.a. Versorgungsforschung, Epidemiologie, Gesundheitsökonomie, Translation), Datenstrukturen, Standortvernetzung sowie Forschungsnetzwerken und attraktiven Karriereperspektiven.

AKTUELLER STAND

Durch die Recherche und die Analyse bestehender erfolgreicher nationaler und internationaler Programme und Pläne, wurde der Projektplan entwickelt. Nach einer evidenzbasierten Analyse des aktuellen Ist-Zustands sowie Versorgungslücken und Bedarfen werden vier Arbeitsgruppen für die Handlungsfelder Öffentliche Wahrnehmung, Versorgung, Bildung und Forschung gebildet. Diese entwickeln aus den zuvor erarbeiteten strategischen Zielen Maßnahmenoptionen mit Umsetzungsverantwortlichen, Ressourcen und Evaluationsschritten. Durch einen Round Table, verschiedenen Stakeholder-Interviews und einem Integrations-Workshop werden diese Inhalte schrittweise validiert, priorisiert und konsentiert.

Allergologie, Jahrgang 49, Nr. 11/2026, S. 614-640

Positionspapier
Position paper

©2026 Dustri-Verlag Dr. K. Feistle
ISSN 0344-5062

Nationale und regionale Allergie- und Asthmaprogramme: Eine vergleichende Analyse und Erkenntnisse für einen deutschen Nationalen Aktionsplan für Allergologie

C. Köhler[1], B. Kalb[2], S. Becker[3,9], L. Klimek[4,9], L. Lange[5,10], C. Vogelberg[6,10], M. Worm[7,8] und E. Hamelmann[2,8]

[8]Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAKI),
[9]Deutsche Akademie für Allergologie, Immunologie und Umweltmedizin (AeDA),
[10]Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA)

Hintergrund: Allergische Erkrankungen stellen eine erhebliche Belastung für die öffentliche Gesundheit dar. Dennoch fehlt in Deutschland ein dauerhaft etabliertes nationales Rahmenkonzept, das allergologische Versorgung, Prävention, Aufklärung, Forschung und Evaluation koordiniert. Wir analysierten internationale Allergie- und Asthmaprogramme, um Prinzipien für die Entwicklung eines deutschen Nationalen Aktionsplans (NAP) für Allergologie zu identifizieren.

Methoden: Eine strukturierte Literatur- und Dokumentenrecherche identifizierte anhand wissenschaftlicher Datenbanken, grauer Literatur und gesundheitspolitischer Dokumente nationale und regionale Allergie- und Asthmainitiativen. Von 13 identifizierten Initiativen wurden acht in die primäre vergleichende Analyse aufgenommen. Programmmerkmale und berichtete Ergebnisse wurden deskriptiv ausgewertet; die strukturellen Komponenten wurden anhand von neun Analysedimensionen verglichen.

Ergebnisse: Die Programme unterschieden sich in Um- fang, Umsetzung, Steuerung und Evaluation. Wiederkehrende Komponenten waren definierte Prioritäten, Steuerungs- und Verantwortlichkeitsstrukturen, die multidisziplinäre Einbindung relevanter Akteure, die Integration evidenzbasierter Versorgung, die Schulung von Fachkräften und Patient/-innen, Forschung und Dateninfrastruktur, Monitoring sowie eine nachhaltige Ressourcenausstattung. Mehrere etablierte Programme berichteten günstige Veränderungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, beim Krankheitsmanagement, bei der Lebensqualität und bei den Versorgungskosten. Die überwiegend beobachtungsbasierten Evaluationen erlaubten jedoch nur eingeschränkt kausale Schlussfolgerungen. Für die Entwicklung eines deutschen NAP wurden acht miteinander verknüpfte strategische Ziele abgeleitet.

Schlussfolgerungen: Internationale Programme lassen sich nicht unmittelbar auf Deutschland übertragen. Ihre wiederkehrenden Struktur- und Umsetzungsprinzipien können jedoch eine koordinierte nationale Strategie unterstützen, die ungedeckte Bedarfe mit messbaren Zielen, Umsetzungsverantwortlichkeiten, Ressourcen und prospektiver Evaluation verknüpft. Das vorgeschlagene Rahmenkonzept erfordert weitere Priorisierung, Operationalisierung und einen Konsens der relevanten Akteure.

Schlüsselwörter
Allergie – Allergologie – Nationaler Aktionsplan – Gesundheitspolitik – Umsetzung – Integrierte Versorgung

Key words
allergy – allergology – National Action Plan – health policy – implementation – integrated care

Erstpublikation in Allergologie select

Nationale und regionale Allergie- und Asthmaprogramme: Eine vergleichende Analyse und Erkenntnisse für einen deutschen Nationalen Aktionsplan für Allergologie

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Eckard Hamelmann, Abteilung für Pädiatrie, Kinderzentrum Bethel, Universitätsklinikum OWL, Grenzweg 10, 33617 Bielefeld, **Eckard.hamelmann@uni-bielefeld.de**



Allergologie select, Vol. 10/2026 (385-402)

Review

©2026 Dustri-Verlag Dr. K. Feistle
ISSN 2512-8957

National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology

Charlotte Köhler[1], Birgit Kalb[2], Sven Becker[3,9], Ludger Klimek[4,9], Lars Lange[5,10], Christian Vogelberg[6,10], Margitta Worm[7,8], and Eckard Hamelmann[2,8]

[1]Medical School OWL, [2]Department of Pediatrics and Adolescent Medicine, Bethel Children's Center, University Medical Center OWL, Bielefeld University, Bielefeld, [3]Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, University Hospital Tübingen, Eberhard Karls University Tübingen, Tübingen, [4]Allergy Center Wiesbaden, Wiesbaden, [5]Department of Pediatrics and Adolescent Medicine, St. Marien Hospital, GFO Clinics, Bonn, [6]Department of Pediatrics, University Hospital Carl Gustav Carus Dresden, TU Dresden, Dresden, [7]Department of Dermatology, Venereology and Allergology, Charité Universitätsmedizin Berlin, Germany, [8]German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), [9]German Academy of Allergology and Environmental Medicine (AeDA), and [10]Society for Pediatric Allergology and Environmental Medicine (GPAU), Germany

Key words
allergy – allergology – National Action Plan – health policy – implementation – integrated care

Abstract. Background: Allergic diseases impose a substantial public health burden, yet Germany lacks a sustained national framework coordinating allergy-related care, prevention, education, research, and evaluation. We analyzed international allergy and asthma programs to identify principles relevant to a German National Action Plan (NAP) for Allergology. Materials and methods: A structured literature and policy review identified national and regional allergy and asthma initiatives through scientific databases, grey literature, and policy documents. Of 13 identified initiatives, 8 were included in the primary comparative analysis. Program characteristics and reported outcomes were descriptively assessed, and structural components were compared across nine analytical domains. Results: The programs differed in scope, implementation, governance, and evaluation. Recurring components included defined priorities, governance and accountability, multidisciplinary stakeholder involvement, integration of evidence-based care, professional and patient education, research and data infrastructure, monitoring, and sustainable resources. Several established programs reported favorable changes in healthcare utilization, disease management, patient quality of life, and healthcare costs. Predominantly observational evaluations, however, limited causal attribution. Eight interrelated strategic objectives were derived for consideration in the development of a German NAP. Conclusion: International programs cannot be directly transferred to Germany. Their recurring structural and implementation principles may nevertheless inform a coordinated national strategy linking unmet needs to measurable objectives, implementation responsibilities, resources, and prospective

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

Received October 9, 2026; accepted in revised form October 20, 2026
DOI 10.5414/ALX02666E, e-pub: November 5, 2026

Correspondence to: Univ.-Prof. Dr. med. Eckard Hamelmann, Department of Pediatrics, Kinderzentrum Bethel, University Hospital OWL, Bielefeld University, Grenzweg 10, 33617 Bielefeld, Germany,
eckard.hamelmann@uni-bielefeld.de

evaluation. The proposed framework requires further prioritization, operationalization, and stakeholder consensus.

Introduction

Allergic diseases are among the most common chronic non-communicable diseases and represent a substantial and persistent public health burden in Germany. More than 30% of adults and more than 20% of children are affected by at least one allergic disease, including allergic rhinitis, asthma, atopic dermatitis, food allergy, and other potentially severe allergic conditions [1]. Beyond their impact on physical and psychological well-being and quality of life, allergic diseases are associated with considerable healthcare utilization, loss of productivity, and socioeconomic costs [2]. Their future burden may be further influenced by environmental and climatic changes, including prolonged pollen seasons and altered allergen exposure [3].

Despite this high disease burden, allergy care in Germany remains fragmented across different medical specialties and sectors of care. Allergology is not established as an independent medical specialty but is provided by physicians from several disciplines with additional allergological qualification. Regional differences in specialist availability, insufficient reimbursement of allergological services, barriers to guideline-based diagnosis and treatment, and gaps in education and coordination have been identified as potential contributors to suboptimal care, particularly for patients with severe or complex allergic diseases [4, 5, 6, 7, 8, 9]. Previous initiatives have addressed several aspects of allergy prevention and care; however, Germany currently lacks a sustained comprehensive national framework that integrates prevention, diagnosis, treatment, education, research, and health policy within a common implementation and evaluation structure [10].

Clinical guidelines and individual improvement initiatives are essential for evidence-based care but cannot alone address the cross-sectoral and structural challenges associated with allergic diseases. Allergy prevention and management extend beyond specialist medical care and involve primary care, hospitals, pharmacies, schools and childcare facilities, workplaces, patient organizations, public health, environmental and food policy, research institutions, payers, and policymakers [10, 11, 12]. A National Action Plan (NAP) can provide an overarching framework to align these activities around shared priorities and translate them into coordinated measures with defined responsibilities, timelines, resources, and measurable outcomes. Rather than replacing existing guidelines or initiatives, such a framework may facilitate their integration into a coherent and sustainable national strategy [13, 14].

International experience provides an opportunity to inform the design of such a strategy. Over the past decades, several countries and regions have implemented asthma or allergy programs addressing different aspects of prevention, early diagnosis, disease management, professional and patient education, integrated care, research, and monitoring. Some long-term programs have been associated with favorable changes in healthcare utilization, disease management, quality of life, and costs, whereas more recent strategies provide contemporary models of governance, stakeholder involvement, and cross-sectoral coordination [15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23]. However, these initiatives differ substantially in disease scope, healthcare setting, implementation strategy, duration, and evaluation, limiting the direct transfer of individual interventions between healthcare systems.

The aim of this review was therefore to comparatively analyze national and regional allergy and asthma action plans and programs in order to identify recurring structural components, implementation strategies, and lessons relevant to the development of a German National Action Plan for Allergology. Particular attention was given to priority setting, stakeholder involvement, care structures, education, implementation, governance, funding, and monitoring and evaluation. Based on these findings, we sought to derive principles and a proposed strategic framework for a German NAP that can be adapted to the specific structures and needs of the German healthcare system.

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

Materials and methods

Study design

We conducted a structured literature and policy review with a comparative analysis of national and regional action plans, strategies, and implementation programs addressing allergic diseases and/or asthma. The objective was to identify recurring structural and implementation components that may inform the development of a NAP for Allergology in Germany.

Given the heterogeneity of the identified initiatives with respect to geographic scope, disease focus, healthcare setting, duration, implementation approach, and evaluation design, the analysis was not intended to quantitatively compare program effectiveness. Instead, descriptive program characteristics and reported outcomes were extracted separately, while the comparative analysis focused on structural and implementation domains derived from the structured extraction and coding framework.

Search strategy and identification of programs

A structured literature and policy search was conducted to identify published and publicly available national and regional allergy and asthma action plans, strategies, and implementation programs. PubMed/MEDLINE and the Cochrane Library were searched for scientific publications describing the development, implementation, or evaluation of such initiatives. Additional searches using BASE and targeted web searches were conducted to identify grey literature, governmental and policy documents, program reports, and publications from professional societies and relevant national or international organizations.

Reference lists of relevant reviews, program reports, guidelines, and identified publications were additionally screened for eligible initiatives and accompanying implementation or evaluation studies.

Search terms included combinations of terms related to allergic diseases and asthma (allergy, allergic disease, asthma) with terms describing organized health strategies and programs (*national action plan, national program/programme, national strategy, asthma program/programme, allergy program/programme, implementation program, disease management program*) and terms related to implementation and evaluation (*implementation, evaluation, outcome, healthcare utilization, cost, education, stakeholder*).

Scientific publications were complemented by primary policy and program documents where these provided information on program objectives, governance, implementation structures, stakeholder participation, resources, or monitoring that was not available from peer-reviewed publications.

The search was conducted between December 2025 and August 2026. Details of the search strategy, supplementary source assessment, and selection and classification of initiatives are provided in the Supplemental Methods and Supplemental Table S1.

Eligibility and classification of initiatives

Initiatives were considered eligible if they:

- Addressed asthma, allergic diseases, or both;
- Represented an organized strategy or program extending beyond an individual clinical intervention or clinical guideline;
- Were implemented or designed at the national or regional healthcare-system level;
- Included defined objectives and at least one identifiable implementation component; and
- Provided sufficient published or publicly available information to characterize program structure, implementation, or evaluation.

Eligible initiatives were subsequently classified according to their role in the comparative analysis. Initiatives were included in the primary comparative analysis if sufficient documentation was available to characterize their program or strategy structure, implementation approach, and relevant components across the analytical domains. Documents that primarily represented rec-

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

Table 1. Characteristics of national and regional allergy and asthma programs included in the comparative analysis.

Country/region	Program	Period	Level	Disease scope	Main strategic focus	Evaluation status
Australia	National Asthma Campaign (NAC)	from 1990	National	Asthma	Public awareness; professional education; structured asthma management	Observational and survey-based evaluations available [27, 28, 29, 33]
Finland	Finnish Asthma Programme	1994 – 2004	National	Asthma	Early diagnosis and treatment; guided self-management; professional education; integration of primary and specialist care	Long-term observational evaluation available [15, 24]
Finland	Finnish Allergy Programme	2008 – 2018	National	Allergic diseases	Prevention; improved allergy management; education; promotion of tolerance; broader societal involvement	Long-term implementation and outcome evaluation available [16, 25, 26]
Canada/Quebec	Towards Excellence in Asthma Management (TEAM)	1999 – 2007*	Regional	Asthma	Reduction of evidence-to- practice gaps; professional and patient education; self- management; primary care	Program and outcome evaluations available [17, 18]
Brazil/Salvador	Program for Control of Asthma and Allergic Rhinitis (ProAR)	2003 – 2006, 2006 only interim results	Regional	Asthma and allergic rhinitis	Access to guideline-based treatment; medication access; patient education; multidisciplinary care	Clinical, healthcare-utilization, and economic evaluations available [19, 20, 21, 22, 31, 32]
Canada	Primary Care Asthma Pilot Project (PCAPP)	2003 – 2006	Regional/ community-based	Asthma	Implementation of evidence- based asthma care in primary care; self-management; decision support; coordination	Longitudinal pre-post evaluation available [30]
Poland	National Programme of Early Diagnosis and Therapy of Asthma (POLASTMA)	2008 – 2014	National	Asthma	Early diagnosis; professional education; treatment and disease management; research; primary-care capacity	Program description and educational/ implementation reports available [34, 37]
United Kingdom	National Allergy Strategy 2025 – 2035	2025 – 2035	National	Allergic diseases	Cross-sectoral strategy addressing prevention, care, patient safety, workforce, data, research, and policy	Strategy/early implementation phase; outcome evaluation not yet available [23]

NAC = National Asthma Campaign; TEAM = Towards Excellence in Asthma Management; ProAR = Program for Control of Asthma and Allergic Rhinitis; PCAPP = Primary Care Asthma Pilot Project. *The final report describes an eight-year research cycle ending with the second intervention series in 2007; individual preparatory activities had begun earlier.

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

ommendations, calls for action, clinical guidance, or policy proposals without a sufficiently developed implementation framework were retained as contextual sources but were not included as primary programs in the cross-program comparison.

Purely clinical guidelines, individual local interventions without a broader implementation framework, and publications that did not provide sufficient information on program design or implementation were not considered as primary programs for comparative analysis.

Because the identified initiatives differed substantially in scope and maturity, they were classified according to geographic level, disease scope, implementation period, principal strategic focus, and availability of evaluation data. Recently developed strategies for which outcome data were not yet available were included for analysis of contemporary strategy design, governance, and proposed implementation structures but were distinguished from implemented programs with available evaluation data.

Data extraction

For each included initiative, information was extracted from program documents and associated publications using a structured extraction framework. Descriptive characteristics included country or region, program name, implementation period, geographic level, disease scope, principal strategic focus, and availability and type of evaluation data. These characteristics are summarized in Table 1.

Reported program outcomes were extracted separately where available, including changes in healthcare utilization, disease control, morbidity, patient or professional knowledge, quality of life, sick leave or disability, medication use, and healthcare or societal costs. Outcomes were interpreted in relation to the design of the respective evaluation and were not treated as evidence of effectiveness of individual program components.

Comparative analytical framework

Comparative analysis was conducted across 9 overarching analytical domains, corresponding to the framework presented in Table 2. These domains were informed by the structured extraction and coding framework detailed in the Supplemental Methods and Supplemental Table S3:

- **Priority setting and objectives:** Identification of disease burden and/or care gaps, definition of target populations and priorities, specification of program objectives, and translation of objectives into implementation activities.
- **Governance and accountability:** Coordinating organizations or networks, institutional or professional leadership, assignment of implementation responsibilities, and national or regional coordination.
- **Multidisciplinary and multisectoral stakeholder involvement:** Participation of primary care and specialist physicians, other healthcare professionals, professional societies, researchers, patients and patient organizations, healthcare institutions, governmental bodies, and other relevant societal actors.
- **Integration of evidence-based care into routine healthcare:** Approaches to early diagnosis, evidence-based treatment, structured follow-up, written management or action plans, decision support, referral structures, and coordination between primary and specialist care.
- **Professional education:** Continuing education, guideline dissemination, training of healthcare professionals, educational materials, conferences, and other knowledge- transfer activities.
- **Patient education and empowerment:** Patient and family education, self- management support, written action plans, communication strategies, public awareness, and health information.
- **Research, data, and surveillance:** Epidemiological data collection, research activities, registries or reporting systems, use of health-system data for monitoring, and development of data infrastructure.
- **Monitoring and evaluation:** Use of process and outcome indicators, repeated

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

assessment, healthcare-utilization measures, clinical and patient-reported outcomes, and economic evaluation.
– **Resources and sustainability:** Organizational and financial resources, integration into existing healthcare structures, institutional or political support, and funding or resource considerations relevant to continued implementation.

A subject area was considered relevant when it was explicitly described as part of the respective program or strategy in the identified program documentation or associated publications. Presence of a subject area was used to characterize program structure and did not imply evidence of its independent effectiveness. The detailed coding scheme used for the comparative assessment, including the distinction between explicit focus, indirectly addressed, not mentioned, and not applicable, is described in the Supplemental Methods and Supplemental Table S3.

Comparative synthesis and derivation of lessons for Germany

The 9 analytical domains were applied across the included initiatives to identify similarities and differences and to determine which structural and implementation components recurred despite differences in disease scope, healthcare system, geographic level, program duration, and evaluation design.

Findings were synthesized narratively and comparatively. Because most program evaluations used observational designs, including longitudinal, survey-based, or pre-post approaches, and differed substantially in populations, endpoints, and follow-up periods, reported changes were interpreted as program-associated outcomes unless causal effects were supported by the respective study design. No quantitative pooling of outcomes was performed.

Recurring subject areas identified across the programs were subsequently considered as potential transferable design and implementation principles for a German NAP Allergology. Transferability was defined as the potential applicability of an underlying principle within the German healthcare context rather than the direct adoption of an intervention, organizational model, or reported effect from another healthcare system. These principles informed the proposed strategic framework for a German NAP, while their prioritization, feasibility, and operationalization were considered to require subsequent assessment and stakeholder consensus within Germany.

Results

Characteristics of the identified programs

The structured search and supplementary source assessment identified 13 potentially relevant initiatives, including national or regional programs, strategies, policy initiatives, and guideline-based approaches. Eight initiatives met the criteria for inclusion in the primary comparative analysis: the Australian National Asthma Campaign, the Finnish Asthma Programme, the Finnish Allergy Programme, the Towards Excellence in Asthma Management (TEAM) programme (from Canada), the Program for Control of Asthma and Allergic Rhinitis (ProAR) (from Brazil), the Primary Care Asthma Pilot Project (PCAPP) (from Canada), the Polish National Programme of Early Diagnosis and Therapy of Asthma (POLASTMA), and the UK National Allergy Strategy. The remaining initiatives were retained as contextual sources where relevant to the historical or policy background but were not included in the primary cross-program comparison. Details of the identification, classification, and selection of initiatives are provided in the Supplemental Methods and Supplemental Table S1. The 8 included initiatives differed substantially in geographic scope, disease focus, duration, implementation approach, and availability of evaluation data (Table 1). The initiatives included national programs with long-term implementation and follow-up, regional disease-management and primary-care implementation programs, and a recently developed comprehensive national allergy strategy.

Most earlier initiatives focused on asthma, including the Australian National Asthma Campaign (NAC), the Finnish Asthma Programme, the Towards Excellence in Asth-

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

Table 2. Recurring structural and implementation components identified across the reviewed programs.

Analytical domain	Recurring components identified across programs	Programs in which components were identified
Priority setting and objectives	Identification of disease burden and/or care gaps; definition of target populations; specified program objectives; translation of objectives into implementation activities	Finnish Asthma Programme [15, 24]; Finnish Allergy Programme [16, 25, 26]; TEAM [17, 18]; ProAR [19]; PCAPP [30]; POLASTMA [34]; UK National Allergy Strategy [23]
Governance and accountability	Coordinating organizations or networks; institutional or professional leadership; assignment of implementation responsibilities; national or regional coordination	Finnish Asthma Programme [15, 24]; Finnish Allergy Programme [16, 25, 26]; TEAM [17, 18]; PCAPP [30]; POLASTMA [34]; UK National Allergy Strategy [23]
Multidisciplinary and multisectoral stakeholder involvement	Participation of primary care and specialist physicians, other healthcare professionals, professional societies, researchers, patients, patient organizations, healthcare institutions and, depending on program scope, governmental and other societal actors	Australian NAC [33]; Finnish Asthma Programme [15, 24]; Finnish Allergy Programme [16, 25, 26]; TEAM [17, 18]; ProAR [19]; PCAPP [30]; POLASTMA [34]; UK National Allergy Strategy [23]
Integration of evidence- based care into routine healthcare	Early diagnosis; evidence-based treatment; structured follow-up; written management/action plans; decision support; improved referral structures; coordination between primary and specialist care	Australian NAC [33]; Finnish Asthma Programme [24]; TEAM [18]; ProAR [19]; PCAPP [30]; POLASTMA [34]; UK National Allergy Strategy [23]
Professional education	Continuing education; guideline dissemination; training of primary care physicians and specialists; educational materials; conferences and other knowledge-transfer activities	Australian NAC [33]; Finnish Asthma Programme [24]; Finnish Allergy Programme [25]; TEAM [18]; ProAR [19]; PCAPP [30]; POLASTMA [34]; UK National Allergy Strategy [23]
Patient education and empowerment	Patient and family education; self-management support; written action plans; communication strategies; public awareness and health information	Australian NAC [28, 33]; Finnish Asthma Programme [24]; Finnish Allergy Programme [25]; TEAM [18]; ProAR [19]; PCAPP [30]; POLASTMA [34]; UK National Allergy Strategy [23]
Research, data, and surveillance	Epidemiological data collection; research activities; registries/reporting systems; use of health-system data for monitoring; development of data infrastructure	Finnish Asthma Programme [15, 24]; Finnish Allergy Programme [16, 25, 26]; TEAM [17, 18]; POLASTMA [34]; UK National Allergy Strategy [23]
Monitoring and evaluation	Process and outcome indicators; repeated assessment; healthcare-utilization measures; clinical and patient-reported outcomes; economic evaluation	Australian NAC [27-29]; Finnish Asthma Programme [15]; Finnish Allergy Programme [16, 26]; TEAM [17]; ProAR [19, 21, 22, 31, 38]; PCAPP [30]
Resources and sustainability	Organizational resources; integration into existing healthcare structures; institutional or political support; funding or resource considerations for continued implementation	Finnish Asthma Programme [24]; Finnish Allergy Programme [25, 26]; TEAM [18]; ProAR [19]; POLASTMA [34]; UK National Allergy Strategy [23]

NAC = National Asthma Campaign; TEAM = Towards Excellence in Asthma Management; ProAR = Program for Control of Asthma and Allergic Rhinitis; PCAPP = Primary Care Asthma Pilot Project. Presence of a component indicates that it was described as part of the respective program or strategy; it does not imply evidence of effectiveness of that component. Reported program-specific outcomes and evaluation measures are presented in Supplemental Table S3.

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

ma Management programme (TEAM), the Primary Care Asthma Pilot Project (PCAPP), and the Polish National Programme of Early Diagnosis and Therapy of Asthma (POLASTMA). ProAR in Salvador addressed asthma and allergic rhinitis, whereas the Finnish Allergy Programme and the UK National Allergy Strategy covered allergic diseases more broadly. The Finnish Asthma Programme (1994 – 2004) and Finnish Allergy Programme (2008 – 2018) were analyzed separately because they differed in disease scope, objectives, and implementation period [15, 16, 24, 25, 26].

The maturity of the initiatives and the available evidence also differed. Established programs were accompanied predominantly by observational, longitudinal, survey-based, or pre-post evaluations assessing healthcare utilization, disease management, knowledge, quality of life, or economic outcomes [15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 27, 28, 29, 30, 31, 32]. In contrast, the recently developed UK National Allergy Strategy was included to assess contemporary strategy design, governance, and proposed implementation structures; long-term outcome data are not yet available [23].

Program-specific findings

Australian National Asthma Campaign

The Australian National Asthma Campaign, launched in 1990, combined public education and mass-media activities with professional education and promotion of structured asthma management [28, 33]. Evaluations reported increased asthma-related knowledge and use of management plans as well as changes in diagnosis, referral patterns, and healthcare utilization. Reductions in hospital readmissions were observed in some age groups, although findings were not uniform across populations [27, 28, 29].

Finnish Asthma Programme and Finnish Allergy Programme

The Finnish Asthma Programme (1994 – 2004) combined early diagnosis and active treatment with guided self-management, professional education, evidence-based recommendations, and coordination between primary and specialist care [15, 24]. During the program period, reductions in hospital use, disability, and costs were reported despite an increasing number of patients receiving treatment [15].

The subsequent Finnish Allergy Programme (2008 – 2018) broadened the scope to allergic diseases and combined prevention and disease management with professional and patient education and a revised approach to allergen avoidance and tolerance. Implementation involved healthcare institutions, governmental bodies, professional and patient organizations, pharmacies, and other societal actors and was accompanied by defined goals and longitudinal monitoring [16, 25, 26]. Favorable trends were reported for several indicators, including healthcare utilization, occupational allergy, sick leave, and costs [16, 26].

Both programs were evaluated predominantly using population-level observational and temporal data; reported changes were therefore considered program-associated developments rather than evidence of uniform causal effects.

Towards Excellence in Asthma Management

The Canadian TEAM initiative (1999 – 2007) used a population-based disease-management approach to address gaps between evidence-based recommendations and routine asthma care. Its components included identification of regional care gaps, professional education, patient self- management, improved patient–physician communication, and primary-care management approaches [17, 18]. During the eight-year program, improvements in asthma-related knowledge, management, and quality of life and reductions in selected measures of healthcare utilization and sick days were reported.

Program for Control of Asthma and Allergic Rhinitis

ProAR in Salvador, Brazil (2003 – 2006), combined multidisciplinary guideline-based care with patient education, regular follow-

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

up, and access to medication [19]. Following implementation, reductions in emergency visits, hospitalizations, and oral corticosteroid use were reported, together with improvements in asthma control and quality of life in evaluated subgroups [19, 21, 22]. Economic analyses also reported reductions in individual and societal costs [31, 32].

Primary Care Asthma Pilot Project

The Canadian PCAPP (2003 – 2006) implemented an evidence-based asthma-care model in primary care using a community-based participatory approach [30]. The intervention combined professional education, written action plans, self-management and decision support, structured patient contacts, and designated asthma coordinators. In a longitudinal pre-post evaluation, reductions in uncontrolled symptoms, exacerbations, emergency healthcare use, and sick days were reported 1 year after implementation [30].

POLASTMA

POLASTMA (2008 – 2014) aimed to improve asthma diagnosis, treatment, and disease management in Poland through evidence-based recommendations, professional education, and organizational measures, with particular emphasis on strengthening routine asthma care in primary and pediatric care. Program activities included educational materials, professional training, reference-center structures, conferences, e-health approaches, and cooperation with patient organizations and healthcare stakeholders. The available evidence primarily describes program activities and implementation rather than clinical or healthcare outcomes [34].

UK National Allergy Strategy

The UK National Allergy Strategy (2025 – 2035) differs from the predominantly asthma-focused programs in its broad allergy-specific and cross-sectoral scope. It addresses prevention, diagnosis and treatment, patient safety, workforce development, education, data, research, and coordination and involves clinicians, patients, researchers, and other stakeholders [23]. Proposed structural elements include strengthened primary care, improved allergy-related data collection and surveillance, workforce planning, school-related measures, patient involvement, accountability, monitoring, and sustainable funding [23].

Because the strategy is recent, long-term outcome data are not yet available. The strategy was therefore included as an example of contemporary strategy design and proposed governance and implementation structures, not as evidence of effectiveness.

Cross-program comparative findings

Despite substantial differences in disease scope, healthcare setting, geographic level, duration, and evaluation design, comparison of the initiatives identified recurring structural and implementation components (Table 2). These comprised priority setting and defined objectives; governance and accountability; multidisciplinary and multisectoral stakeholder involvement; integration of evidence-based care into routine healthcare; professional education; patient education and empowerment; research, data and surveillance; monitoring and evaluation; and resources and sustainability.

Priority setting and defined objectives

The programs generally linked identifiable problems in disease management, healthcare utilization, access to care, professional knowledge, or patient self-management to defined objectives and implementation activities. The Finnish programs combined national objectives with corresponding measures and longitudinal monitoring [15, 16, 24, 25, 26]. TEAM and PCAPP focused on gaps between evidence-based recommendations and routine care [17, 18, 30], whereas POLASTMA emphasized early

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

diagnosis, professional education, and organization of asthma management [34].

Governance, accountability, and stakeholder involvement

Multidisciplinary stakeholder involvement was a recurring feature, although governance structures differed substantially. Participating groups included primary care physicians, specialists, nurses, pharmacists, professional societies, researchers, patient organizations, healthcare institutions, health authorities, insurers, and governmental bodies [15, 16, 17, 18, 23, 24, 25, 26, 30, 34]. Governance ranged from national coordination, as in Finland, to regional healthcare networks and program-specific structures, as in TEAM and PCAPP, while the UK strategy proposes a broader cross-sectoral framework [15, 16, 17, 18, 23, 24, 25, 26, 30].

Integration of evidence-based care into routine healthcare

Several programs sought to translate evidence-based recommendations into routine care through combinations of early diagnosis, structured follow-up, written action plans, decision support, referral structures, multidisciplinary care, and coordination between primary and specialist care [18, 19, 23, 24, 30, 33, 34]. Primary care was particularly prominent in the Finnish Asthma Programme, TEAM, PCAPP, and POLASTMA [18, 24, 30, 34], whereas ProAR additionally combined guideline-based management with medication access and continued follow-up [19].

Professional and patient education

Professional interventions included continuing education, guideline dissemination, training, educational materials, and other forms of knowledge transfer [18, 19, 23, 24, 25, 30, 33, 34]. Patient-oriented approaches included structured education, self-management support, written action plans, family involvement, public information, and awareness activities [18, 19, 23, 24, 25, 28, 30, 33, 34]. Because these measures were generally embedded within multicomponent programs, their independent contribution to reported outcomes could not be determined.

Research, data, and surveillance

Research and data-related components varied between initiatives and included epidemiological assessment, program-related research, structured data collection, reporting systems, and use of healthcare data for monitoring [15, 16, 17, 18, 23, 24, 25, 26, 34]. These components were particularly prominent in the Finnish programs and are also incorporated into the proposed infrastructure of the UK strategy [15, 16, 23, 24, 25, 26].

Monitoring and evaluation

Evaluation approaches differed considerably between programs. Reported indicators included hospitalizations, emergency visits, disease control, disability or sick leave, knowledge, quality of life, medication use, and healthcare or societal costs [15, 16, 17, 19, 21, 22, 27, 28, 29, 30, 31, 32]. The Finnish programs provided the longest periods of follow-up, whereas other initiatives used survey-based, longitudinal, or pre-post approaches [15, 16, 17, 19, 21, 22, 27, 28, 29, 30]. Heterogeneity in populations, endpoints, study designs, and follow-up periods precluded direct quantitative comparison of program effects.

Resources and sustainability

Implementation required organizational and financial resources for coordination, education, communication, treatment access, data collection, and evaluation. Several initiatives involved governmental bodies, healthcare organizations, professional societies, insurers, or other institutional partners [18, 19, 23, 24, 25, 26, 34]. However, the extent to which funding mecha-

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

nisms and long-term sustainability were explicitly reported varied between programs. Long-term national implementation was most clearly documented for the Finnish programs, whereas the UK strategy explicitly incorporates leadership, accountability, and sustainable funding within its proposed framework [15, 16, 23, 24, 25, 26].

Overall synthesis

No single intervention was consistently present across all initiatives or could be isolated as the principal explanation for reported outcomes. Rather, the recurring characteristic of the more comprehensive programs was the coordination of multiple clinical, educational, organizational, and data-related components through defined objectives, stakeholder involvement, implementation mechanisms, and monitoring.

Discussion

Principal findings and lessons from existing programs

This comparative analysis identified substantial heterogeneity among national and regional asthma and allergy programs with regard to disease scope, healthcare setting, duration, governance, implementation, and evaluation. Nevertheless, recurring structural components were evident across programs, including evidence-based priority setting, defined objectives, multidisciplinary stakeholder involvement, integration of evidence-based interventions into routine care, professional and patient education, data collection, monitoring and evaluation, and organizational structures supporting implementation.

The principal finding is therefore not the superiority of a particular intervention or healthcare model. Rather, the reviewed programs demonstrate different approaches to coordinating multiple complementary interventions within a common framework and linking strategic objectives to implementation and evaluation. The Finnish Asthma Programme and the subsequent Finnish Allergy Programme provide the most comprehensive long-term examples identified in this review [15, 16, 24, 25, 26]. TEAM, ProAR, and PCAPP demonstrate how coordinated approaches can also be implemented at the regional or primary-care level [17, 18, 19, 30], whereas POLASTMA illustrates a professional-society-led approach combining early diagnosis, education, and organizational development [34]. The recently developed UK National Allergy Strategy extends this concept towards a broader cross-sectoral allergy strategy, although its recent development and the absence of long-term outcome data preclude conclusions regarding effectiveness [23].

These differences are important for interpretation. Neither individual interventions nor reported effect sizes can be transferred directly between healthcare systems. Furthermore, most available evaluations were observational or based on temporal or pre-post comparisons. What appears more transferable are the underlying design and implementation principles: identification of relevant care gaps, prioritization of objectives, involvement of those responsible for and affected by implementation, integration into existing care structures, defined responsibilities, and prospective monitoring.

From international experience to unmet needs in Germany

Germany has previously undertaken several allergy-related policy and professional initiatives. The federal “Aktionsplan gegen Allergien” (2007 – 2012) addressed public outreach campaigns, prevention measures, and actions to improve cooperation between affected individuals, policymakers, and other stakeholders [35, 36]. German allergological societies subsequently called for a National Action Plan Allergy, proposing action fields including prevention, education, continuing professional development, timely medical care, and evaluation [10]. In 2020, a further political initiative emphasized prevention, information, evidence-based care, research, and monitoring [11]. Together, these initiatives demonstrate that the need for coordinated national action in

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

allergology has been recognized repeatedly in Germany.

However, Germany currently lacks a sustained comprehensive national framework that integrates allergy-related prevention, healthcare, education, research, and monitoring through jointly defined priorities, responsibilities, implementation mechanisms, and measurable objectives. Importantly, the available evidence allows us to establish the sequence of previous initiatives, but not to determine conclusively why they did not result in such a sustained framework.

This coordination challenge is particularly relevant to allergology. In Germany, allergological care is distributed across several medical specialties and levels of care rather than organized within an independent medical specialty. Prevention, diagnosis, treatment, and long-term management therefore depend on interfaces between primary care, pediatrics, dermatology, otorhinolaryngology, pneumology, specialist allergology, hospitals, and other healthcare professions. Depending on disease and setting, additional interfaces include pharmacies, schools and childcare, workplaces and occupational health, patient organizations, public health, environmental policy, and food-related regulation.

Accordingly, relevant unmet needs are not exclusively clinical. They also concern coordination and continuity of care, access to allergological expertise, availability of diagnostic and therapeutic allergens, availability of approved pediatric medication, professional competencies, patient empowerment, data availability, implementation, and governance. The available German literature and previous initiatives describe deficits in several of these areas, including fragmented care structures and access to allergological expertise [5, 6, 7, 8, 9], limitations in professional education and competencies [4, 5], gaps in guideline-based diagnosis and care [5, 7, 9], and the need for improved monitoring [10, 11]. A German NAP would therefore add value only if it addresses these interfaces and structural gaps rather than duplicating existing clinical guidelines, professional recommendations, or individual initiatives.

Implications for the design of a German NAP Allergology

The international comparison identifies several principles that may distinguish a future NAP from isolated or time-limited initiatives.

First, priority setting should start with systematically identified unmet needs. Disease burden, care gaps, inequalities in access, patient perspectives, and implementation barriers should form the basis for selecting priority areas. This approach would support prioritization according to relevance and feasibility rather than the development of an unrestricted catalogue of desirable activities.

Second, priorities should be translated into measurable implementation targets. Based on the recurring features identified across programs, each strategic objective of a future German NAP should be linked to defined measures, responsible actors, realistic timelines, and indicators. The reviewed programs used heterogeneous outcomes, including healthcare utilization, disease control, knowledge, quality of life, sick leave, and costs [15, 16, 17, 19, 21, 22, 27, 28, 29, 30, 31, 32]. For a German NAP, a limited set of process and outcome indicators should therefore be defined before implementation and supported by baseline data wherever possible.

Third, implementation should be designed concurrently with strategy development. Existing healthcare structures, clinical guidelines, professional networks, educational structures, registries, and data sources should be used wherever appropriate. New structures should primarily address gaps that cannot be covered through existing mechanisms. This may improve feasibility and reduce duplication.

Fourth, stakeholder participation needs to be complemented by governance. Patients and patient organizations, relevant medical specialties, primary care, other healthcare professions, researchers, payers, policymakers, and representatives of relevant non-healthcare sectors should contribute to priority setting and implementation. However, consensus alone does not ensure implementation. Priorities require identifiable leadership, assigned responsibilities, decision-making structures, and accountability.

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation



Figure 1. Proposed strategic objectives for a German National Action Plan for Allergology. Eight interrelated strategic objectives derived from the comparative analysis of national and regional allergy and asthma programs are proposed for consideration in the development of a German National Action Plan for Allergology. The proposed objectives represent a conceptual framework and require further prioritization, operationalization, and stakeholder consensus within the German healthcare context. Intended long-term outcomes include reduced avoidable morbidity and complications, improved quality of life and patient safety, greater equity of care, and more efficient use of healthcare resources.

Fifth, monitoring and evaluation should be integral to the NAP from its inception. Process indicators are required to assess whether agreed measures are implemented, while outcome indicators are needed to determine whether relevant changes in care and patient outcomes occur. Long-term monitoring was particularly prominent in the Finnish programs [15, 16, 25, 26], whereas the heterogeneity of evaluation approaches in other programs illustrates the limitations of retrospective assessment.

Finally, sustainability should be addressed explicitly during program design. Coordination, education, data infrastructure, research, communication, and evaluation require organizational capacity and resources. Political commitment, clearly assigned responsibility, and sustainable financing should therefore be regarded as implementation requirements rather than additions to an otherwise completed action plan.

Based on the recurring domains identified across the reviewed programs and their relevance to the German setting, 8 interrelated strategic objectives are proposed for consideration in the subsequent stakeholder consultation and consensus-building process (Figure 1). These encompass prevention and early detection; equitable access to evidence-based diagnosis and treatment; coordinated care pathways; patient empowerment and health literacy; professional education and allergological competencies; research, data and surveillance; monitoring

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

and evaluation; and governance with sustainable resources.

These objectives should not be interpreted as a finalized or formally agreed German NAP. They constitute a proposed framework derived from the present comparative analysis. Their prioritization and translation into specific measures, responsibilities, timelines, and measurable targets require systematic assessment within the German healthcare system and structured stakeholder consensus.

Importantly, the proposed strategic objectives shown in Figure 1 represent fields of action and mechanisms for change, whereas reduced avoidable morbidity and complications, improved quality of life and patient safety, greater equity of care, and more efficient use of healthcare resources are intended long-term outcomes. These outcomes should be prospectively evaluated rather than assumed as consequences of implementing a NAP.

From strategy to implementation

The comparison also highlights what should distinguish a future German NAP from another collection of recommendations. Its added value would lie in providing an implementation architecture that connects evidence, priorities, consensus, implementation, and evaluation.

For each priority area, the development process should therefore address five fundamental questions: What is the unmet need? What measurable change is intended? Which measures are required? Who is responsible for implementation? How and when will progress be evaluated?

Such an approach would link strategic objectives to accountability and allow measures to be adapted when monitoring demonstrates insufficient implementation or effectiveness. It would also provide a framework for continuity beyond individual projects or policy cycles.

The potential value of a national action plan therefore lies not primarily in introducing individual interventions, but in coordinating evidence-based interventions across sectors within a common framework of priorities, responsibilities, timelines, resources, and measurable outcomes.

Limitations

Several limitations need to be considered. The identified programs were heterogeneous with regard to disease scope, geographic level, healthcare system, target population, duration, and implementation context. Most available evaluations used observational designs, including longitudinal, survey-based, or pre-post approaches, limiting causal attribution of reported changes to the respective programs. Endpoints and follow-up periods differed substantially, precluding quantitative comparison or meta-analysis.

The evidence base may additionally be affected by publication and reporting bias, since well- documented or favorable program experiences may be more likely to be published. Relevant information was partly obtained from grey literature and policy documents with variable reporting standards. Most implementation evidence identified in this review derives from asthma programs; transfer of these principles to the broader and more heterogeneous field of allergology therefore requires empirical validation within the German NAP development process. Conversely, the recent UK National Allergy Strategy provides a contemporary allergy- specific model but does not yet provide evidence of effectiveness [23].

As this was a structured literature and policy review rather than a systematic review, the search may not have identified all relevant initiatives. In addition, no formal risk-of-bias assessment across the heterogeneous program evaluations and policy documents was performed.

Finally, transferability between healthcare systems is inherently limited. The present analysis therefore identifies recurring structural and implementation principles rather than interventions that can be directly adopted in Germany. Their relevance, feasibility, prioritization, and operationalization need to be established within the German healthcare context.

Conclusion

The comparative analysis of national and regional asthma and allergy programs identified recurring structural and implementa-

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

tion principles relevant to the development of a German National Action Plan for Allergology. Despite substantial differences in healthcare systems, program scope, and evaluation, these initiatives illustrate how multiple complementary components can be coordinated within an overarching framework linking priorities, implementation, and evaluation.

For Germany, the added value of a National Action Plan would not lie in creating another catalogue of recommendations, but in providing a framework that translates identified unmet needs into prioritized and measurable objectives, defined responsibilities, implementation mechanisms, and prospective evaluation.

International experience cannot be transferred directly to the German healthcare system. However, the principles identified in this review can inform the structured development of a German NAP Allergology and the subsequent stakeholder consensus-building process. Integrating implementation, governance, resources, and evaluation from the outset will be essential to establish a sustainable and evaluable national strategy and to determine prospectively whether it improves allergy care and patient outcomes.

Ethics approval and consent to participate

None.

Data availability

All data analyzed in this review were obtained from publicly available publications and policy documents cited in the article and its Supplementary Material. The structured comparative coding is provided in Supplementary Table S3.

Use of artificial intelligence

Artificial intelligence (AI) tools were not used in the preparation of this manuscript.

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

Funding

This work was supported by the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), the German Society for Pediatric Allergology and Environmental Medicine (GPAU), and the German Academy of Allergology, Immunology and Environmental Medicine (AeDA), which provided equal financial support to CK. The other authors received no specific funding for this work.

Conflict of interest

Financial interests

EH received grants from the Federal Ministry of Health (BMG) and the Federal Ministry for Research, Technology, and Space (BMFTR) and the Innovation Fonds of the Federal Joint Committee (G-BA). He received honorarium for lectures or advisory boards from ALK, Almirall, AstraZeneca, DBV, Leti, Sanofi.

LK has received research grants from Allergy Therapeutics/Bencard, United Kingdom/Germany; ALK-Abelló, Denmark; Allergopharma, Germany; Aimmune, U.S.; ASIT Biotech, Belgium; AstraZeneca, Sweden; Bionorica, Germany; BioNTech, Germany; Biomay, Austria; Blueprint, U.S.; Boehringer Ingelheim, Germany; Celltrion, South Korea; Circassia, USA; Chiesi, Italy; Cytos, Switzerland; Curalogic, Denmark; HAL, the Netherlands; Lofarma, Italy; Menarini, Italy; Viatris/Mylan, USA; Novartis, Switzerland; Leti, Spain; ROXALL, Germany; GlaxoSmithKline (GSK), United Kingdom; Sanofi, France; Stallergenes, France; Thermo Fisher, USA; and/or served as a speaker or consultant for the pharmaceutical companies listed above.

CV received grants from German Research Foundation and Boehringer Ingelheim and received honorarium for lectures or advisory boards from ALK Abelló, Allergopharma, AstraZeneca, Bencard Allergie, Celltrion, Orion Pharma, Sanofi Aventis, Stallergenes.

BK received grants from the Federal Ministry of Health (BMG) and the German Research Foundation (DFG). She received honorarium for advisory boards and lectures from ALK and Viatris.

MW declares the receipt of honoraria or consultation fees within the last 3 years by the following companies: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, ALK-Abelló Arzneimittel GmbH, Allergopharma GmbH & Co KG, Almirall Hermal GmbH, Amgen GmbH, AstraZenceca GmbH, Bayer AG, Bencard Allergy GmbH, Bioprojet Pharma, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH &Co.KG, Bristol Myers Squibb GmbH & Co. KGaA, Lilly Deutschland GmbH, Galderma Laboratorium GmbH, Infectopharm Arzneimittel und Consilium GmbH, LEO Pharma GmbH, Mylan Germany GmbH (A Viatris Company), Octapharm AG, Pfizer Pharma GmbH, Sanofi-Aventis Deutschland GmbH/Genzyme Europe B. B., Stallergenes GmbH, and HAL Allergy.

Non-financial/professional interests

EH is the President of the DGAKI and President of the German Asthma Net (GAN). MW is the Past-President of the DGAKI. LL is the President, CV the Past-President of the GPAU. LK is currently president of the AeDA, a member of the board of the Governance Committee of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology (EAACI), and editor-in-chief of AllergoJournal and AllergoJournal International. SB is member of the Board of Directors of the AeDA. CK and BK declare no conflicts of interest.

Authors' contributions

CK: Methodology; investigation; data curation; formal analysis; writing – original draft. BK: Validation of coding; writing – review & editing.

SB, LK, LL, CV, MW: Writing – review & editing.

EH: Conceptualization; writing – original draft; writing – review & editing; supervision; project administration.

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

References

[1] *Robert Koch-Institut*. Allergien und atopische Erkrankungen. J Health Monit. 2023; *8 (S4)*. CrossRef
[2] *Pawankar R*. Allergic diseases and asthma: a global public health concern and a call to action. World Allergy Organ J. 2014; *7:* 12. CrossRef PubMed
[3] *Bergmann KC, Brehler R, Endler C, et al*. Impact of climate change on allergic diseases in Germany. J Health Monit. 2023; *8 (S4):* 76-102. PubMed
[4] *Schuppe MC, Lex C, Gliem N, Olgemüller U, Koziolek M, Forkel S, Gupta S, Dombrowski T, Czech-Zechmeister BA, Geier J, Beutner C, Buhl T*. Interdisziplinäre Neukonzeption der Lehre im Querschnittsfach „Allergologie" im Studiengang Humanmedizin. HNO. 2022; *70:* 870-877. CrossRef PubMed
[5] *Lommatzsch M, Koschel D, Welte T*. Allergologische Versorgung in Deutschland: ein Paradoxon. Pneumologie. 2013; *67:* 659-661. CrossRef PubMed
[6] *Klimek L*. Honorierung allergologischer Leistungen weiterhin uneinheitlich. Allergo J. 2022; *31:* 53-57. CrossRef
[7] *Klimek L, Buhai M, Cuevas M*. Zukunft der In-vivo-Allergiediagnostik in Deutschland: Welche Diagnostikallergene sind 2023 noch verfügbar? Allergo J. 2023; *32:* 24-33. CrossRef
[8] *Klimek L, Jakob T, Hötzenecker W*. Komplexität der Allergologie – Herausforderung und Chance. Allergo J. 2026; *35:* 3.
[9] *Hollstein MM, Schober A, Treudler R*. Aktuelle Situation der allergologischen Versorgung an deutschen Kliniken. JDDG. J Dtsch Dermatol Ges. 2023; *21:* 964-972.
[10] *Schumacher B*; *Nationaler Aktionsplan Allergie*. Fachgesellschaften wollen dem Versorgungsmangel nicht mehr länger zusehen. Allergo J. 2014; *23:* 80-82. CrossRef
[11] *Deutscher Bundestag*. Die hohe individuelle und gesellschaftliche Belastung durch Allergien mit einem Aktionsprogramm reduzieren und die Versorgungssituation der Allergikerinnen und Allergiker verbessern. BT-Drs. 19/19865, 2020.
[12] *Kickbusch I*. Health in all policies. BMJ. 2013; *347 (jul03 1):* f4283. CrossRef PubMed
[13] *World Health Organization*. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: WHO; 2013. ISBN 978 92 4 150623 6.
[14] *World Health Organization*. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: A country-led platform for information and accountability. Geneva: WHO; 2011. ISBN 978-92-4-150227-6.
[15] *Haahtela T, Tuomisto LE, Pietinalho A, Klaukka T, Erhola M, Kaila M, Nieminen MM, Kontula E, Laitinen LA*. A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. Thorax. 2006; *61:* 663-670. CrossRef PubMed
[16] *Haahtela T, Valovirta E, Saarinen K, Jantunen J, Lindström I, Kauppi P, Laatikainen T, Pelkonen A, Salava A, Tommila E, Bousquet J, Vasankari T, Mäkelä MJ, Haahtela T, Mäkelä MJ, Hama Salih KA, Csonka P, Hannuksela M, Hellemaa P, von Hertzen L, et al*; *Allergy Program Group*. The Finnish Allergy Program 2008-2018: Society-wide proactive program for change of management to mitigate allergy burden. J Allergy Clin Immunol. 2021; *148:* 319-326. CrossRef PubMed
[17] *Boulet LP, Dorval E, Labrecque M, Turgeon M, Montague T, Thivierge RL*. Towards Excellence in Asthma Management: final report of an eight-year program aimed at reducing care gaps in

asthma management in Quebec. Can Respir J. 2008; *15:* 302-310. CrossRef PubMed

[18] *Boulet LP, Thivierge RL, Amesse A, Nunes F, Francoeur S, Collet JP*. Towards excellence in asthma management (TEAM): a populational disease-management model. J Asthma. 2002; *39:* 341-350. CrossRef PubMed

[19] *Cruz AA, Souza-Machado A, Franco R, Souza-Machado C, Ponte EV, Moura Santos P, Barreto ML*. The impact of a program for control of asthma in a low-income setting. World Allergy Organ J. 2010; *3:* 167-174. CrossRef PubMed

[20] *Kupczyk M, Haahtela T, Cruz AA, Kuna P*. Reduction of asthma burden is possible through National Asthma Plans. Allergy. 2010; *65:* 415-419. CrossRef PubMed

[21] *Ponte E, Franco RA, Souza-Machado A, Souza-Machado C, Cruz AA*. Impact that a program to control severe asthma has on the use of Unified Health System resources in Brazil. J Bras Pneumol. 2007; *33:* 15-19. CrossRef PubMed

[22] *Souza-Machado C, Souza-Machado A, Franco R, Ponte E, Barreto M, Rodrigues L, et al.* Rapid reduction in hospitalisations after an intervention to manage severe asthma. Eur Respir J. 2009; *35:* 515-521. PubMed

[23] *National Allergy Strategy Group*. UK National Allergy Strategy. London: National Allergy Strategy Group; 2026.

[24] *Haahtela T, Klaukka T, Koskela K, Erhola M, Laitinen LA; Working Group of the Asthma Programme in Finland 1994-2004*. Asthma programme in Finland: a community problem needs community solutions. Thorax. 2001; *56:* 806-814. CrossRef PubMed

[25] *Haahtela T, von Hertzen L, Mäkelä M, Hannuksela M; Allergy Programme Working Group*. Finnish Allergy Programme 2008-2018 – time to act and change the course. Allergy. 2008; *63:* 634-645. CrossRef PubMed

[26] *Valovirta E, Haahtela T, Saarinen K, Tommila E, Vasankari T, Mäkelä MJ*. Provision of Care – Implementation of the Finnish Allergy Programme 2008–2018, Implementing Precision Medicine in Best Practices of Chronic Airway Diseases. London: Academic Press, 2019; p. 177-187.

[27] *McCaul KA, Wakefield MA, Roder DM, Ruffin RE, Heard AR, Alpers JH, Staugas RE*. Trends in hospital readmission for asthma: has the Australian National Asthma Campaign had an effect? Med J Aust. 2000; *172:* 62-66. CrossRef PubMed

[28] *Comino EJ, Bauman A, Mitchell CA, Ruffin RE, Antic R, Zimmerman PV, Gutch RC*. The Australian National Asthma Campaign: effects of public education activities based on mass media. Am J Prev Med. 1997; *13:* 251-256. CrossRef PubMed

[29] *Adams R, Ruffin R, Wakefield M, Campbell D, Smith B*. Asthma prevalence, morbidity and management practices in South Australia, 1992-1995. Aust N Z J Med. 1997; *27:* 672-679. CrossRef PubMed

[30] *To T, Cicutto L, Degani N, McLimont S, Beyene J*. Can a community evidence-based asthma care program improve clinical outcomes?: a longitudinal study. Med Care. 2008; *46:* 1257-1266. CrossRef PubMed

[31] *Franco R, Nascimento HF, Cruz AA, Santos AC, Souza-Machado C, Ponte EV, Souza-Machado A, Rodrigues LC, Barreto ML*. The economic impact of severe asthma to low-income families. Allergy. 2009; *64:* 478-483. CrossRef PubMed

[32] *Franco R, Santos AC, do Nascimento HF, Souza-Machado C, Ponte E, Souza-Machado A, Loureiro S, Barreto ML, Rodrigues LC, Cruz AA*. Cost-effectiveness analysis of a state funded programme for control of severe asthma. BMC Public Health. 2007; *7:* 82. CrossRef PubMed

[33] *Woolcock A, Rubinfeld AR, Seale JP, Landau LL, Antic R, Mitchell C, Rea HH, Zimmerman P*. Thoracic society of Australia and New Zealand. Asthma management plan, 1989. Med J Aust. 1989; *151:* 650-653. CrossRef PubMed

[34] *Kuna P, Kupczyk M, Kupryś-Lipińska I*. POLASTMA – the Polish National Programme of Early Diagnosis and Therapy of Asthma. Pneumonol Alergol Pol. 2014; *82:* 597-607. PubMed

[35] *Verbraucherministerium*. Aktionsplan gegen Allergien aufgelegt. Dtsch Arztebl. 2007; *V104:* 749.

[36] *Umweltbundesamt, Bundesamt für Strahlenschutz, Bundesinstitut für Risikobewertung, Robert Koch-Institut.* UMID 3/2007: Allergien. Berlin: Umweltbundesamt; 2007.

[37] *Samoliński B, Fronczak A, Kuna P, Akdis CA, Anto JM, Bialoszewski AZ, Burney PG, Bush A, Czuprygniak A, Dahl R, Flood B, Galea G, Jutel M, Kowalski ML, Palkonen S, Papadopoulos N, Raciborski F, Sienkiewicz D, Tomaszewska A, Von Mutius E, et al; Council on the European Union*. Prevention and control of childhood asthma and allergy in the EU from the public health point of view: Polish Presidency of the European Union. Allergy. 2012; *67:* 726-731. CrossRef PubMed

[38] *De Santis M, Hervas C, Weinman A, Bosi G, Bottarelli V*. Patient empowerment of people living with rare diseases. Its contribution to sustainable and resilient healthcare systems. Ann Ist Super Sanita. 2019; *55:* 283-291. CrossRef PubMed

[39] *Lee TH*. Allergy: the unmet need. Clin Med (Lond). 2003; *3:* 303-305. CrossRef PubMed

[40] *Royal College of Physicians Working P. Allergy*: The unmet need: A blueprint for better patient care: A report of the Royal Colleges of Physicians Working Party on the provision of allergy services in the UK. Royal College of Physicians, 2003; ISBN1860161839, 9781860161834.

[41] *Dombrowski S, Klockenhoff J*. Das Allergie-Internetportal im Aktionsplan gegen Allergien des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. J Verbraucherschutz Lebensmsicherh. 2009; *4:* 31-33. CrossRef

[42] *Dombrowski S, Gibtner M, Klockhoff J, Brandt P*. Das öffentliche Interesse am Allergie-Portal im „Aktionsplan gegen Allergien" des BMELV im Zeitraum September 2007–Oktober 2009: Ein kurzer Statusbericht. J Verbraucherschutz Lebensmsicherh. 2009; *4 (S2):* 3-6. CrossRef

[43] *Bundesministerium für Gesundheit*. Allergieinformationsdienst - Abschlussbericht für den Förderzeitraum 22.07.2016 - 31.12.2019. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. 2020.

[44] *Bundesministerium für Gesundheit*. Allergieinformationsdienst – Das Allergieportal: Kurzbericht, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. 2020.

[45] *Bundesinstitut für Risikobewertung*. Aktionsplan gegen Allergien: Hoher Forschungsbedarf zur allergieauslösenden Wirkung von eingeatmeten Duftstoffen - Protokoll eines Sachverständi-

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation

gengesprächs im BfR vom 26.Mai 2008. Berlin: Bundesministerium für Risikobewertung. 2008.

[46] *Kopp MV, Muche-Borowski C, Abou-Dakn M, Ahrens B, Beyer K, Blümchen K, Bubel P, Chaker A, Cremer M, Ensenauer R, Gerstlauer M, Gieler U, Hübner IM, Horak F, Klimek L, Koletzko BV, Koletzko S, Lau S, Lob-Corzilius T, Nemat K, et al*. S3 guideline Allergy Prevention. Allergol Select. 2022; *6:* 61-97. CrossRef PubMed

[47] *Krishna MT, Mahesh PA, Vedanthan P, Moitra S, Mehta V, Christopher DJ*. An appraisal of allergic disorders in India and an urgent call for action. World Allergy Organ J. 2020; *13:* 100446 CrossRef PubMed

[48] *Mahesh PA, Moitra S, Mabalirajan U, Garg M, Malamardi S, Vedanthan PK, Christopher DJ, Agrawal A, Krishna MT*. Allergic diseases in India - Prevalence, risk factors and current challenges. Clin Exp Allergy. 2023; *53:* 276-294. CrossRef PubMed

[49] *Singh S, Salvi S, Mangal DK, Singh M, Awasthi S, Mahesh PA, Kabra SK, Mohammed S, Sukumaran TU, Ghoshal AG, Barne M, Sinha S, Kochar SK, Singh N, Singh U, Patel KK, Sharma AK, Girase B, Chauhan A, Sit N, et al*. Prevalence, time trends and treatment practices of asthma in India: the Global Asthma Network study. ERJ Open Res. 2022; *8:* 00528-02021. CrossRef PubMed

[50] *Gupta N, Mohan RK, Reddy UN, Volvoikar D, Pujari D, Pandit GS, Daniel J, Surender K, Mahesh PA, Kakkad M, Poddar M, Grover N, Deka NM, Datti RR, Moitra S, Dey S, Bhat S, Ashok SN, Mahalingam S, Nagarajan SA, et al*. Rational Allergy Practice Guidelines by the Indian Academy of Pediatrics (IAP) and IAP-Allergy and Applied Immunology Chapter. Indian Pediatr. 2026; *63:* 391-403. CrossRef PubMed

Köhler C, Kalb B, Becker S, Klimek L, Lange L, Vogelberg C, Worm M, Hamelmann E.
National and regional allergy and asthma programs: A comparative analysis and lessons for a German National Action Plan For Allergology.
Allergol Select.
2026; *10:* 385-402.
DOI 10.5414/ALX02666E
citation