

Heuschnupfen

Einleitung

Heuschnupfen, auch als allergische Rhinokonjunktivitis bezeichnet, zählt sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen zu den häufigsten allergischen Erkrankungen (Schlaud et al. 2007; Schmitz et al. 2012; Langen et al. 2013). Infolge einer allergischen Entzündungsreaktion an Nase (allergischer Schnupfen, allergische Rhinitis) und/oder Augen (allergische Bindehautentzündung, allergische Konjunktivitis) kommt es zu Juckreiz, Niesattacken, verstärkter Tränen- und Schleimsekretion sowie erschwelter Nasenatmung. Mit den für Heuschnupfen typischen Symptomen geht zumeist ein allgemeines Krankheitsgefühl mit Schwäche, Müdigkeit und Abgeschlagenheit einher, das auch die schulische Leistungsfähigkeit beeinträchtigen kann (Interdisziplinäre Arbeitsgruppe »Allergische Rhinitis« der Sektion HNO 2003; Pfaar et al. 2011; Pawankar et al. 2013). Auslöser der Beschwerden sind in erster Linie Baum-, Gräser- und Kräuterpollen, sowie Tierepithelien, aber auch Schimmelpilzsporen oder Hausstaubmilben. Heuschnupfen zählt wie Asthma bronchiale und Neurodermitis zu den Erkrankungen des atopischen Formenkreises. Ihnen gemein ist die Produktion allergenspezifischer Immunglobulin-E-Antikörper. Die Erkrankungen treten familiär gehäuft und oftmals kombiniert auf (Wahn et al. 2005).

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurde die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz (»jemals« und »in den letzten 12 Monaten«) von Heuschnupfen erfasst. Eltern von Kindern, die erstmalig an KiGGS teilgenommen haben, wurden gefragt, ob die Krankheit bei ihrem Kind jemals ärztlich festgestellt wurde, ob die Erkrankung in den letzten 12 Monaten aufgetreten ist und ob ihr Kind in den letzten 12 Monaten dagegen Medikamente angewendet hat. Eltern von erneut teilnehmenden Kindern wurden gefragt, ob ihr Kind die Krankheit seit der ersten KiGGS-Erhebung hatte oder es seitdem dagegen Medikamente angewendet hat, ob die Krankheit in diesem Zeitraum erstmals ärztlich festgestellt wurde, ob die Krankheit in den letzten 12 Monaten aufgetreten ist und ob ihr Kind in den letzten 12 Monaten dagegen Medikamente angewendet hat. Aus der Zusammenführung

dieser Angaben wurden Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen berechnet (Schmitz et al. 2014).

In den Tabellen werden Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen für Heuschnupfen ausgewiesen und dabei nach Geschlecht, Alter und Sozialstatus differenziert.

Kernaussagen

- ▶ Die Lebenszeitprävalenz von Heuschnupfen bei Kindern und Jugendlichen beträgt 12,6 %, die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 9,1 %.
- ▶ Jungen sind signifikant häufiger von Heuschnupfen betroffen als Mädchen. Dies gilt sowohl für die Lebenszeitprävalenz (14,5 % vs. 10,7 %) als auch für die 12-Monats-Prävalenz (10,2 % vs. 7,8 %), wobei die Geschlechtsunterschiede bei den 14- bis 17-Jährigen am stärksten ausgeprägt sind.
- ▶ Mit zunehmendem Alter ist ein kontinuierlicher Anstieg der 12-Monats-Prävalenzen von Heuschnupfen zu beobachten.
- ▶ Zwischen dem Sozialstatus und der Verbreitung von Heuschnupfen bei Kindern und Jugendlichen besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang.

Einordnung der Ergebnisse

Der Vergleich der Daten aus KiGGS Welle 1 mit den rund sechs Jahre zuvor erhobenen Daten aus der KiGGS-Basiserhebung zeigt, dass die 12-Monats-Prävalenz von Heuschnupfen mit Blick auf die gesamte Altersgruppe der 0- bis 17-Jährigen weitestgehend unverändert geblieben ist. Der leichte Anstieg von 8,3 % auf 9,1 % ist nicht statistisch signifikant. Lediglich bei den 0- bis 6-jährigen Mädchen und bei den 0- bis 2-jährigen Jungen ist eine statistisch signifikante Zunahme der Prävalenz zu beobachten, die jedoch auf relativ kleinen Fallzahlen beruht und daher vorsichtig interpretiert werden sollte (Schmitz et al. 2014). Dass Jungen insgesamt häufiger von Heuschnupfen betroffen sind als Mädchen, stimmt mit den Befunden aus der KiGGS-Basiserhebung und anderen Studienergebnissen überein

(Schlaud et al. 2007; Hansen et al. 2013; Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2014). Im Erwachsenenalter tritt Heuschnupfen hingegen bei Frauen häufiger auf als bei Männern (Langen et al. 2013). Im internationalen Vergleich liegt Deutschland nach Angaben der International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC) in Bezug auf die Symptomprävalenz von Heuschnupfen im Mittelfeld der Länder (Asher et al. 2006).

Schmitz R, Atzpodien K, Schlaud M (2012) Prevalence and risk factors of atopic diseases in German children and adolescents. *Pediatr Allergy Immunol* 23 (8): 716–723
Schmitz R, Thamm M, Ellert U et al. (2014) Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 57 (7): 771–778
Wahn U, Seger R, Wahn V et al. (Hrsg) (2005) *Pädiatrische Allergologie und Immunologie*, 4. Auflage. Elsevier, Urban & Fischer Verlag, München

Hinweis: Eine detaillierte Studienbeschreibung sowie methodische Erläuterungen sind auf der Internetseite der KiGGS-Studie www.kiggs-studie.de zu finden sowie bei [Lange et al. \(2014\)](#). Weiterführende Ergebnisse zu Heuschnupfen finden sich bei [Schmitz et al. \(2014\)](#).

Literatur

- Asher MI, Montefort S, Björkstén B et al. (2006) Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* 368 (9537): 733–743
- Hansen TE, Evjenth B, Holt J (2013) Increasing prevalence of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and eczema among schoolchildren: three surveys during the period 1985–2008. *Acta Paediatr* 102 (1): 47–52
- Interdisziplinäre Arbeitsgruppe »Allergische Rhinitis« der Sektion HNO (2003) Allergische Rhinokonjunktivitis. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI). *Allergo J* 12: 182–194
- Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (2014) Zeitreihe zum Indikator: Allergische Atemwegserkrankungen www.gesundheitsplattform.brandenburg.de (Stand: 27.08.2014)
- Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 57 (7): 747–761
- Langen U, Schmitz R, Steppuhn H (2013) Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 56 (5/6): 698–706
- Pawankar RS, Sanchez-Borges M, Bonini S et al. (2013) Allergic rhinitis, allergic conjunctivitis, and rhinosinusitis. In: Pawankar RS, Canonica GW, Holgate ST et al. (Hrsg) *World Allergy Organization (WAO) White Book on Allergy: Update 2013*. WAO, Milwaukee, S 27–33 www.worldallergy.org/definingthespecialty/white_book.php (Stand: 27.08.2014)
- Pfaar O, Hörmann K, Umbreit C et al. (2011) Rhinitis Allergica im Kindesalter. *Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis* 14 (1): 6–13
- Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 701–710

Tabelle 1
Verbreitung von Heuschnupfen bei 0- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter und Sozialstatus

	Lebenszeitprävalenz		12-Monats-Prävalenz	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Mädchen	10,7	(9,6–11,9)	7,8	(6,8–8,9)
Alter				
0–2 Jahre	3,8	(2,0–6,9)	3,4	(1,7–6,7)
3–6 Jahre	7,9	(6,1–10,1)	4,7	(3,3–6,6)
7–11 Jahre	9,0	(6,7–12,0)	6,9	(4,9–9,7)
11–13 Jahre	13,5	(10,8–16,7)	10,6	(8,3–13,5)
14–17 Jahre	16,6	(14,1–19,4)	11,8	(9,8–14,2)
Sozialstatus				
Niedrig	8,1	(5,8–11,4)	5,9	(3,9–8,9)
Mittel	11,8	(10,2–13,5)	8,6	(7,3–10,0)
Hoch	10,0	(8,4–11,8)	7,3	(5,9–9,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	12,6	(11,8–13,5)	9,1	(8,4–9,8)

Tabelle 2
Verbreitung von Heuschnupfen bei 0- bis 17-jährigen Jungen nach Alter und Sozialstatus

	Lebenszeitprävalenz		12-Monats-Prävalenz	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Jungen	14,5	(13,4–15,7)	10,2	(9,3–11,3)
Alter				
0–2 Jahre	4,1	(2,9–5,8)	3,3	(2,2–4,7)
3–6 Jahre	10,8	(8,3–13,9)	6,7	(5,0–8,9)
7–10 Jahre	13,1	(10,6–16,1)	9,4	(7,5–11,7)
11–13 Jahre	16,6	(13,9–19,8)	12,7	(10,3–15,6)
14–17 Jahre	23,7	(21,1–26,5)	16,4	(14,1–19,0)
Sozialstatus				
Niedrig	17,7	(14,3–21,8)	10,2	(7,5–13,6)
Mittel	13,9	(12,6–15,3)	10,6	(9,4–11,9)
Hoch	13,1	(11,0–15,4)	9,6	(7,8–11,7)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	12,6	(11,8–13,5)	9,1	(8,4–9,8)

Redaktion

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Dr. Benjamin Kuntz, Laura Krause,
Panagiotis Kamtsiuris, PD Dr. Thomas Lampert
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin

Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Heuschnupfen. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012. RKI, Berlin
www.kiggs-studie.de (Stand: 27.08.2014)