Asthma bronchiale

Einleitung

Asthma bronchiale stellt eines der häufigsten chronischen Gesundheitsprobleme im Kindes- und Jugendalter dar (Gibson et al. 2013; WHO 2013). Ausgelöst wird es durch eine Überempfindlichkeit der Bronchien gegen verschiedene Reize. Es treten dabei reversible, anfallsartige Verengungen des Bronchialsystems auf, die zu Husten, Atemnot sowie Pfeifgeräuschen beim Atmen führen (Berdel et al. 2007). Bei der Mehrheit der betroffenen Kinder ist Asthma allergisch bedingt, z. B. durch Pollen, Tierhaare oder Hausstaubmilben (Gibson et al. 2013; WHO 2013). Aufgrund von Auswirkungen auf das emotionale Befinden, die körperliche und schulische Leistungsfähigkeit sowie die soziale Interaktion erleben Betroffene die Krankheit häufig als sehr belastend (Berdel et al. 2007; Gibson et al. 2013). Während bei der einen Hälfte der Kinder die asthmatypischen Beschwerden im Laufe der Pubertät abklingen, ist die andere Hälfte der Kinder auch im Erwachsenenalter von symptombedingten Einschränkungen betroffen (Lindemann 2000). Laut Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2008 bei Kindern unter 15 Jahren rund 282 Millionen Euro zur Behandlung von Asthma bronchiale aufgewendet (Statistisches Bundesamt 2014).

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurde die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz (»jemals« und »in den letzten 12 Monaten«) von Asthma bronchiale 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 Asthma bronchiale ausgewiesen und dabei nach Geschlecht, Alter und Sozialstatus differenziert.

Kernaussagen

- Die Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen beträgt 6,3 %, die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 4,1 %.
- Jungen sind signifikant häufiger von Asthma betroffen als Mädchen. Die Geschlechtsunterschiede kommen bei der Lebenszeitprävalenz (7,4 % vs. 5,2 %) noch deutlicher zum Ausdruck als bei der 12-Monats-Prävalenz (4,6 % vs. 3,5 %).
- Unterschiedliche Asthmaprävalenzen in Abhängigkeit vom Geschlecht zeigen sich erst ab dem Schulalter.
- Asthma bronchiale tritt bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus etwas häufiger auf als bei Gleichaltrigen mit hohem Sozialstatus; die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant.

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 es bei der 12-Monats-Prävalenz von Asthma bronchiale zu einem leichten, statistisch signifikanten Anstieg von 3,2 % auf 4,1 % bezogen auf die gesamte Altersgruppe der 0- bis 17-Jährigen gekommen ist (Schmitz et al. 2014). Diese Zunahme ist auf deutlich gestiegene Prävalenzen in der Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen – insbesondere bei Mädchen – zurückzuführen. Methodische Limitationen, wie z. B. eine möglicherweise erhöhte Teilnahmebereitschaft von Eltern, deren Kinder an Asthma leiden, sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen (Schmitz et al. 2014). Auch die Daten der jährlich durchgeführten Schuleingangsuntersuchung in Brandenburg weisen auf einen Anstieg der Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale bei Vorschulkindern im Zeitraum von 2004 bis 2013 hin, wobei

der stärkste Anstieg bereits bis zum Jahr 2008 erfolgte und die Prävalenzen seitdem weitestgehend stagnieren (Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2014). Dass Jungen häufiger von Asthma betroffen sind als Mädchen, stimmt mit den Befunden aus der KiGGS-Basiserhebung und den Schuleingangsuntersuchungen der Bundesländer überein (Schlaud et al. 2007; Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2013; Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2014). Im Erwachsenenalter berichten hingegen Frauen häufiger als Männer, an Asthma erkrankt zu sein (RKI 2012; 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 Asthmaprävalenz im Mittelfeld der Länder (Lai et al. 2009; Gibson et al. 2013). Wie aus der Nationalen Versorgungsleitlinie zu Asthma hervorgeht, existieren bislang kaum evidenzbasierte Maßnahmen zur Primärprävention von Asthma bronchiale, da die spezifischen Ursachen der Erkrankung noch nicht endgültig geklärt sind (BÄK et al. 2013). Uneingeschränkt empfohlen wird die Tabakabstinenz, d. h. die vollständige Vermeidung des aktiven Rauchens und der Exposition gegenüber Passivrauch.

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 Asthma bronchiale finden sich bei Schmitz et al. (2014).

Literatur

Berdel D, Forster J, Gappa M et al. (2007) Leitlinie zum Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. Monatsschr Kinderheilkd 155 (10): 957–967

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg) (2013) Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2009, zuletzt geändert: August 2013 www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma (Stand: 27.08.2014)

Gibson GJ, Loddenkemper R, Sibille Y et al. (Hrsg) (2013) The European lung white book. Respiratory health and disease in Europe. European Respiratory Society, Sheffield www.erswhitebook.org (Stand: 27.08.2014)

Lai CK, Beasley R, Crane J et al. (2009) Global variation in the prevalence and severity of asthma symptoms: phase three of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Thorax 64 (6): 476–483

Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (2014) Zeitreihe zum Indikator: Allergische Atemwegserkrankungen www.gesundheitsplattform.brandenburg.de (Stand: 27.08.2014)

Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2013) Gesundheit von einzuschulenden Kindern in Sachsen-Anhalt: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung der Gesundheitsämter. Update Nr. 1. Untersuchungsjahre 2010–2012 und 5-Jahres-Zeittrend seit 2008. LAV Sachsen-Anhalt, Magdeburg www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.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

Lindemann H (2000) Epidemiologie von Lungenkrankheiten im Kindesalter. In: Petro W (Hrsg) Pneumologische Prävention und Rehabilitation. Ziele – Methoden – Ergebnisse. Springer, Berlin, Heidelberg, S 90–92

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin www.rki.de (Stand: 28.08.2014)

Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 701–710

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

Statistisches Bundesamt (2014) Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes www.gbe-bund.de (Stand: 28.08.2014)

World Health Organization (2013) Asthma. Fact sheet N°307. WHO, Genf www.who.int/mediacentre/factsheets (Stand: 28.08.2014)

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

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

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

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

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) Asthma bronchiale. 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)