Neurodermitis

Einleitung

Die Neurodermitis (atopische Dermatitis, atopisches Ekzem) ist eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung und gehört zu den häufigsten Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (Ring 2011; Bieber et al. 2013). Die Krankheit zählt wie Heuschnupfen und Asthma bronchiale zu den atopischen Erkrankungen, für die die Produktion allergenspezifischer Immunglobulin-E-Antikörper charakteristisch ist. In der Regel geht Neurodermitis mit starkem Juckreiz, trockener, schuppiger und geröteter Haut einher. Die Krankheit tritt mehrheitlich bereits in den ersten beiden Lebensjahren erstmals auf, verläuft schubweise und hat ein vom Lebensalter der Betroffenen abhängiges Erscheinungsbild (Bieber 2008; Bieber et al. 2013). Mit zunehmendem Alter klingen die Symptome oftmals ab (Wahn, Wichmann 2000; Illi et al. 2004). Studien weisen allerdings darauf hin, dass von Neurodermitis betroffene Kinder im späteren Leben ein erhöhtes Risiko für andere allergische Erkrankungen aufweisen, z. B. Asthma bronchiale oder Heuschnupfen (Bieber et al. 2013). Durch den Juckreiz und die sichtbaren Hautausschläge kann Neurodermitis die Psyche und die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigen. Häufig berichtete Folgen sind Schlafstörungen, ein verringertes Selbstwertgefühl sowie Probleme in der Schule und im Umgang mit Gleichaltrigen (Wahn, Wichmann 2000; Bieber 2008).

Indikator

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

Kernaussagen

- Die Lebenszeitprävalenz von Neurodermitis bei Kindern und Jugendlichen beträgt 14,3 %, die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 6,0 %.
- Im Säuglings- und Kleinkindalter ist die 12-Monats-Prävalenz am höchsten.
- Geschlechtsunterschiede in der Verbreitung von Neurodermitis bestehen nicht.
- Neurodermitis ist bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Sozialstatus stärker verbreitet als bei Gleichaltrigen mit niedrigem Sozialstatus. Statistisch signifikante Unterschiede zeigen sich bei Jungen in der Lebenszeitprävalenz.

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 Neurodermitis mit Blick auf die gesamte Altersgruppe der 0- bis 17-Jährigen statistisch signifikant von 7,3 % auf 6,0 % gesunken ist. Am deutlichsten fiel der Rückgang bei den 7- bis 10-Jährigen aus (Schmitz et al. 2014). Anders als bei anderen allergischen Erkrankungen wie Asthma bronchiale und Heuschnupfen sind Jungen von Neurodermitis nicht häufiger betroffen als Mädchen (Schlaud et al. 2007; Schmitz et al. 2014). Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen in Brandenburg wider. In den letzten zehn Jahren lag der Anteil der Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit ärztlich diagnostizierter Neurodermitis bei beiden Geschlechtern relativ konstant bei rund 7 % (Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2014). Im internatio-

nalen Vergleich liegt Deutschland nach Angaben der International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC) in Bezug auf die Symptomprävalenz von Neurodermitis im Mittelfeld der Länder (Asher et al. 2006).

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 Neurodermitis finden sich bei Schmitz et al. (2014).

Literatur

Asher MI, Montefort S, Bjorksten 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

Bieber T (2008) Atopic dermatitis. N Engl J Med 358 (14): 1483–1494

Bieber T, Leung D, El Gamal Y et al. (2013) Atopic eczema. In: Pawankar RS, Canonica GW, Holgate ST et al. (Hrsg) World Allergy Organization (WAO) White Book on Allergy: Update 2013. WAO, Milwaukee, S 44–48 www.worldallergy.org (Stand: 27.08.2014)

Illi S, von Mutius E, Lau S et al. (2004) The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. J Allergy Clin Immunol 113 (5): 925–931

Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (2014) Zeitreihe zum Indikator: Neurodermitis 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

Ring J (2011) Neurodermitis – Atopisches Ekzem. Thieme, Stuttgart

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

Wahn U, Wichmann HE (2000) Spezialbericht Allergien. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Statistisches Bundesamt (Hrsg) Metzler-Poeschel, Stuttgart

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

	Lebenszeitprävalenz		12-Monats-Prävalenz	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Mädchen	**14,3**	**(13,1 – 15,7)**	**6,3**	**(5,5 – 7,3)**
Alter				
0 – 2 Jahre	8,3	(6,3 – 11,0)	7,1	(5,1 – 9,6)
3 – 6 Jahre	13,7	(11,0 – 16,9)	7,9	(6,1 – 10,1)
7 – 10 Jahre	13,1	(10,9 – 15,8)	5,3	(4,0 – 6,9)
11 – 13 Jahre	19,4	(15,9 – 23,5)	6,5	(4,7 – 9,0)
14 – 17 Jahre	15,9	(13,5 – 18,6)	5,3	(4,0 – 7,1)
Sozialstatus				
Niedrig	14,1	(10,7 – 18,5)	4,9	(3,1 – 7,7)
Mittel	13,4	(12,1 – 14,9)	6,6	(5,6 – 7,8)
Hoch	17,2	(15,1 – 19,6)	7,0	(5,8 – 8,4)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	**14,3**	**(13,4 – 15,3)**	**6,0**	**(5,4 – 6,6)**

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

	Lebenszeitprävalenz		12-Monats-Prävalenz	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Jungen	**14,3**	**(13,1 – 15,6)**	**5,7**	**(4,9 – 6,5)**
Alter				
0 – 2 Jahre	10,9	(8,7 – 13,5)	9,1	(7,1 – 11,7)
3 – 6 Jahre	12,9	(10,5 – 15,8)	6,9	(5,1 – 9,3)
7 – 10 Jahre	14,6	(12,3 – 17,2)	5,5	(4,2 – 7,0)
11 – 13 Jahre	15,3	(12,5 – 18,6)	4,1	(2,7 – 6,2)
14 – 17 Jahre	16,7	(14,3 – 19,3)	3,8	(2,8 – 5,3)
Sozialstatus				
Niedrig	10,0	(7,1 – 14,0)	6,2	(3,8 – 9,9)
Mittel	15,1	(13,6 – 16,7)	4,8	(4,1 – 5,6)
Hoch	16,6	(14,8 – 18,5)	7,9	(6,5 – 9,5)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	**14,3**	**(13,4 – 15,3)**	**6,0**	**(5,4 – 6,6)**

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) Neurodermitis. 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: 12.11.2014)