

## 2.2 Allergische Erkrankungen

### Im Überblick

- ▶ Von den Kindern und Jugendlichen in Deutschland leiden aktuell fast 9 Prozent an Heuschnupfen, gut 7 Prozent an Neurodermitis und etwas mehr als 3 Prozent an Asthma.
- ▶ Jungen sind häufiger von Heuschnupfen und Asthma betroffen als Mädchen.
- ▶ Allergiker-Eltern haben vermehrt allergiekranker Kinder. Deshalb sollten Kinder allergiekranker Eltern z. B. eine spezielle Säuglingsnahrung bekommen, falls das Stillen nicht möglich ist.
- ▶ Alle werdenden Eltern sollten schon vor der Geburt ihres Kindes über die Möglichkeiten der Allergieprävention aufgeklärt werden.
- ▶ Obwohl Tabakrauch zu den Risikofaktoren des Asthmas zählt, wird bei einem Drittel der asthmakranken Jungen und Mädchen zu Hause geraucht, und ein Fünftel der erkrankten Jugendlichen raucht selbst.
- ▶ Vor allem bei sozial benachteiligten Familien mit asthmakranken Kindern sollte verstärkt auf den Tabakverzicht hingewirkt werden.

#### 2.2.1 Einführung: Relevanz für die Gesundheitspolitik

In den vergangenen Jahrzehnten haben allergische Erkrankungen in den westlichen Industrienationen deutlich zugenommen. Bereits im Kindes- und Jugendalter stellen sie ein bedeutendes Gesundheitsproblem dar. Je nach Ausmaß und Verlauf können sie für betroffene Kinder und deren Familien zu erheblichen Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben führen. Die Vorbeugung von Allergien ist daher ein besonderes Anliegen der Gesundheitspolitik.

Im Rahmen des Aktionsbündnisses Allergieprävention (abap) wurden unter Projektförderung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) 2003 erstmals evidenzbasierte Leitlinien erarbeitet ([www.allergiepraevention.de](http://www.allergiepraevention.de)). Diese haben zum Ziel, das Auftreten allergischer Erkrankungen bzw. deren Verschlimmerung zu verhindern und Folgeschäden zu minimieren [1]. Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) stellte 2007 einen »Aktionsplan gegen Allergien« auf, um durch verschiedene Maßnahmen des Verbraucherschutzes die Lebensqualität Betroffener zu erhöhen und volkswirtschaftliche Kosten zu senken ([www.aktionsplan-allergien.de](http://www.aktionsplan-allergien.de)). Dieser Aktionsplan ist in der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kinderge-

sundheit als Maßnahme zur Reduzierung des Allergierisikos festgehalten [2].

Umfangreiche Informationen zu Allergien und deren Prävention sind im »Weißbuch Allergie in Deutschland« [3] unter Mitwirkung von zahlreichen Fachverbänden gesammelt. Zudem bieten Institutionen und Fachgesellschaften wie beispielsweise »pina e.V. Präventions- und Informationsnetzwerk Allergie/Asthma« ([www.pina-infoline.de](http://www.pina-infoline.de)), die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V. ([www.gpaev.de](http://www.gpaev.de)), der deutsche Allergie- und Asthmabund ([www.daab.de](http://www.daab.de)) oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ([www.bzga.de](http://www.bzga.de)) weitere Aufklärungsangebote.

In KiGGS wurden erstmals bundesweit repräsentative Daten zu den allergischen Erkrankungen Heuschnupfen, Neurodermitis und Asthma bei Kindern und Jugendlichen in allen Altersgruppen erhoben. Damit lassen sich Betroffenenengruppen besser als bisher beschreiben.

#### 2.2.2 Definition, Häufigkeit und Altersbezug

Als Allergie wird eine übermäßige Reaktionsbereitschaft des Immunsystems gegenüber körperfremden, eigentlich unschädlichen Substanzen (den so genannten Allergenen) bezeichnet. Die Ursachen für das Auftreten von Allergien sind in vieler Hinsicht noch nicht ausreichend verstanden. Man geht jedoch von einem multifaktoriellen Ursachengefüge aus, das neben einer erblichen Anlage auch Umwelteinflüsse sowie bestimmte Merkmale des Lebensstils umfasst.

Besondere Bedeutung kommen den so genannten atopischen Krankheitsbildern Heuschnupfen, Neurodermitis und Asthma zu. Mit dem Begriff Atopie werden jene allergischen Erkrankungen bezeichnet, die mit einer vor allem erblich bedingten Überproduktion der gegen Allergene gerichteten Antikörper (IgE-Antikörper) einhergehen. Beim Heuschnupfen (allergische Rhinokonjunktivitis) kommt es zu einer allergischen Reaktion in den Bindehäuten und in der Nase mit vermehrter Tränen- und Schleimsekretion, Niesreiz und behinderter Nasenatmung. Er kann saisonal durch Pollen oder jahreszeitlich unabhängig z. B. durch Katzenhaare ausgelöst werden. Die Neurodermitis (atopisches Ekzem, atopische Dermatitis) ist eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung, die meist in Schüben verläuft und mit einer Rötung der Haut sowie starkem Juckreiz verbunden ist. Das Asthma (Asthma bronchiale) indes beruht auf einer Übererregbarkeit der Bronchien gegenüber unterschiedlichsten Rei-

zen. Dadurch treten anfallsartige Verengungen des Bronchialsystems auf, die zu Pfeifgeräuschen beim Atmen, Husten und Atemnot führen. Im Kindes- und Jugendalter ist Asthma in der Mehrzahl der Fälle allergisch bedingt. Informationen zu Heuschnupfen, Neurodermitis und Asthma wurden in KiGGS im Rahmen eines ärztlichen Interviews erhoben. Dabei berichteten die Eltern, ob bei ihren Kindern bereits eine der genannten allergischen Erkrankungen von einem Arzt diagnostiziert worden war.

*Häufigkeiten von allergischen Erkrankungen in den 12 Monaten vor der Befragung (>>aktuell<<)*

Den KiGGS-Daten zufolge sind aktuell fast 17% der Kinder und Jugendlichen von mindestens einer atopischen Erkrankung betroffen, d.h. sie litten in den 12 Monaten vor der Befragung laut ärztlicher Diagnose an Heuschnupfen, Neurodermitis oder Asthma [4].

Jedes elfte Kind (8,9%) ist aktuell an Heuschnupfen erkrankt (Abbildung 2.2.2.1). Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl der von Heuschnupfen Betroffenen. Dabei sind Jungen häufiger unter den Heuschnupfenkranken anzutreffen als Mädchen. Dieser Geschlechterunterschied ist jedoch bei den 14- bis

17-Jährigen fast nicht mehr vorhanden. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Heuschnupfen bei Mädchen erst später auftritt oder erst später festgestellt wird.

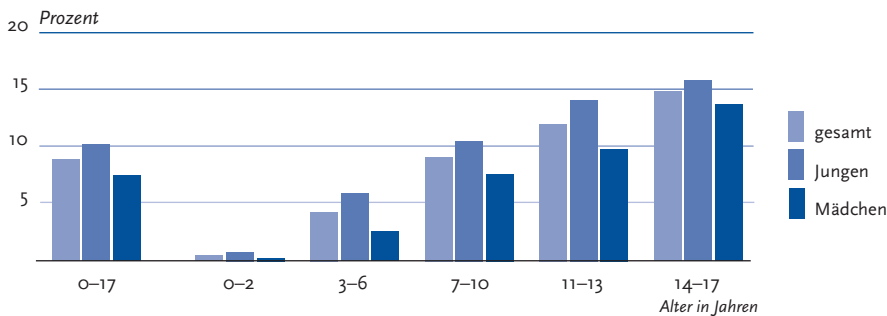
Vier von fünf Kindern mit Heuschnupfen nehmen Medikamente dagegen ein. Bei 7,3% der Betroffenen im Schulalter (7 bis 17 Jahre) verursachte der Heuschnupfen auch Fehlzeiten in der Schule, und zwar durchschnittlich 4 Tage in den 12 Monaten vor der Befragung.

Fast ebenso verbreitet wie Heuschnupfen ist die Neurodermitis. Aktuell leiden daran 7,5% der 0- bis 17-Jährigen. Unter den 0- bis 2-Jährigen sind Jungen häufiger an Neurodermitis erkrankt als Mädchen, bei den 14- bis 17-Jährigen ist es umgekehrt (Abbildung 2.2.2.2). Ansonsten zeigen sich keine geschlechtsabhängigen Differenzen. Zum Jugendalter hin nimmt die Häufigkeit der Neurodermitis ab.

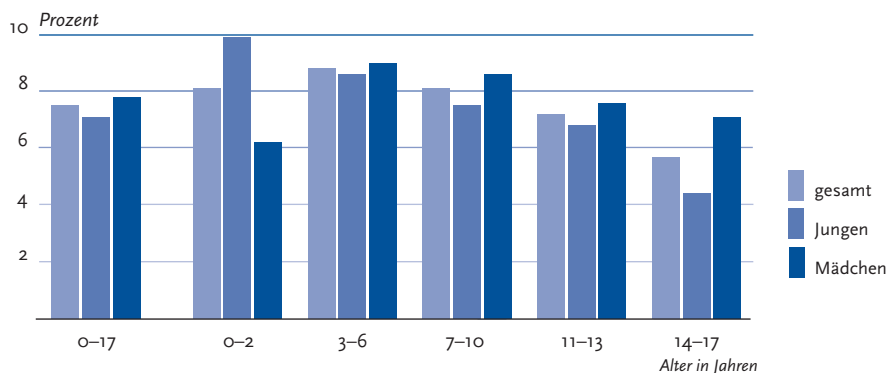
Über 80% der von Neurodermitis betroffenen Kinder und Jugendlichen setzen Medikamente oder Salben gegen die Erkrankung ein.

Hinsichtlich des Asthmas zeigt sich, dass aktuell 3,3% aller Kinder und Jugendlichen davon betroffen sind, Jungen häufiger als Mädchen (Abbildung 2.2.2.3). Der Geschlechterunterschied ist bei den 3- bis 6-Jährigen und den 11- bis 13-Jährigen besonders

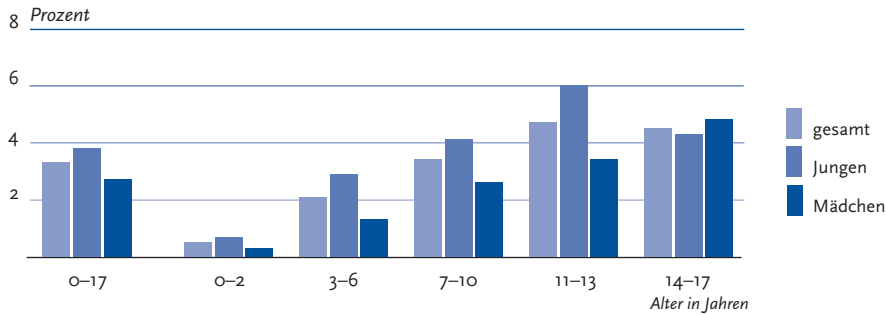
**Abbildung 2.2.2.1**  
Häufigkeit von Heuschnupfen in den letzten 12 Monaten (>>aktuell<<) bei Kindern und Jugendlichen, nach Alter und Geschlecht



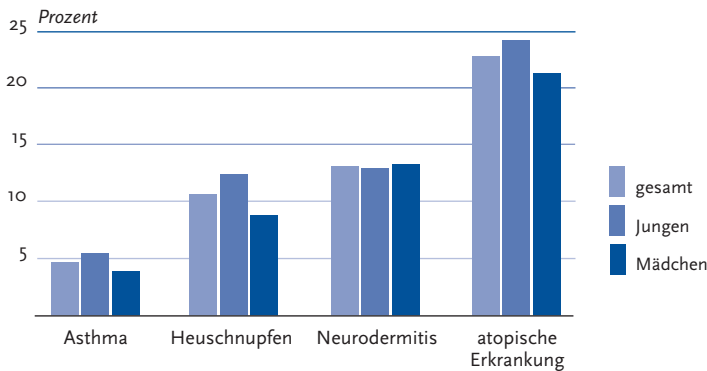
**Abbildung 2.2.2.2**  
Häufigkeit von Neurodermitis in den letzten 12 Monaten (>>aktuell<<) bei Kindern und Jugendlichen, nach Alter und Geschlecht



**Abbildung 2.2.2.3**  
Häufigkeit von Asthma in den letzten 12 Monaten (»aktuell«) bei Kindern und Jugendlichen, nach Alter und Geschlecht



**Abbildung 2.2.2.4**  
Häufigkeiten allergischer Erkrankungen (»jemals«) bei Kindern und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre), nach Geschlecht



ausgeprägt, im späteren Jugendalter allerdings nicht mehr erkennbar. Bis zum Alter von 11 bis 13 Jahren steigt der Anteil der Asthmatiker an und bleibt dann annähernd gleich.

Gegen ihr Asthma nahmen 94,2% der Betroffenen innerhalb des Einjahreszeitraums vor der Befragung Medikamente ein, fast die Hälfte von ihnen (48,2%) war unter der Therapie anfallsfrei.

Von den asthmakranken Kindern und Jugendlichen hatte jeder Zweite innerhalb der 12 Monate vor der KiGGS-Erhebung mindestens einen Asthmaanfall. Von diesen Kindern empfanden 21,4% die Anfälle häufig als bedrohlich, 37,6% manchmal und 41% niemals als bedrohlich.

7,6% der Kinder, die in den 12 Monaten vor der Befragung einen Asthmaanfall erlitten hatten, mussten deshalb in eine Klinik aufgenommen werden, 8,9% wurden notärztlich behandelt, und 58,6% nahmen eine ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch.

Fast 20% der asthmakranken 7- bis 17-Jährigen fehlte wegen der Krankheit in der Schule, und zwar im Mittel 5 Tage im vorangegangenen Jahr.

Obwohl Tabakrauch als ein möglicher Risikofaktor für Asthma diskutiert wird [5, 6] ist in mehr als der Hälfte (51,1%) der Familien mit einem asthma-

kranken Kind mindestens ein Elternteil Raucher. Zuhause sind asthmatische Kinder und Jugendliche mit 33,3% genauso häufig einer Passivrauchbelastung ausgesetzt wie Kinder ohne Asthma. 17,2% der Erkrankten werden sogar täglich oder mehrmals pro Woche durch Passivrauchen in der Wohnung belastet. Vor allem in Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status wird in Gegenwart des asthmakranken Kindes zu Hause geraucht, nämlich in 56,6% der Fälle. Bei Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus liegt der entsprechende Anteil bei 31,0% bzw. 11,0%.

Ein Fünftel der asthmakranken 11- bis 17-jährigen Jugendlichen gibt an, selbst aktiv zu rauchen. 17,6% rauchen sogar täglich oder mehrmals pro Woche. Damit liegt der Raucheranteil unter asthmakranken Jugendlichen genauso hoch wie unter ihren Altersgenossen ohne die Erkrankung.

#### Häufigkeiten von allergischen Erkrankungen im bisherigen Leben (»jemals«)

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, bei denen jemals im bisherigen Leben von einem Arzt eine atopische Erkrankung (Heuschnupfen, Neuroder-

mitis oder Asthma) festgestellt wurde, beläuft sich auf insgesamt 22,9%. Bei Jungen ist die Quote höher als bei Mädchen (Abbildung 2.2.2.4). Im Altersgang nehmen allergische Erkrankungen bis zur Gruppe der 11- bis 13-Jährigen stetig zu. Interessant sind die unterschiedlichen Altersverläufe für die einzelnen Krankheitsbilder.

Laut KiGGS hatten 10,7% aller Kinder und Jugendlichen bereits Heuschnupfen (Abbildung 2.2.2.4). Im Altersverlauf nimmt der Anteil der jemals an Heuschnupfen Erkrankten von 5% bei den 3- bis 6-Jährigen auf 18,4% bei den 14- bis 17-Jährigen kontinuierlich zu. Jungen sind ab der Altersgruppe von 3 bis 6 Jahren durchgängig häufiger betroffen als Mädchen.

An Neurodermitis waren bereits 13,2% aller Kinder und Jugendlichen erkrankt, wobei sich insgesamt keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen erkennen lassen (Abbildung 2.2.2.4). Der Häufigkeitsgipfel ist in der Gruppe der 3- bis 6-Jährigen erreicht, von diesen waren jemals 13,3% von Neurodermitis betroffen.

Bei 4,7% der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen wurde eine Asthma-Diagnose gestellt, und zwar häufiger bei Jungen als bei Mädchen (Abbildung 2.2.2.4). Der Anteil der jemals von Asthma Betroffenen nimmt bis zum Alter der 11- bis 13-Jährigen stetig zu und bleibt dann stabil bei 7%.

### 2.2.3 Zusammenhänge zwischen allergischen Erkrankungen und anderen Merkmalen

Anhand der KiGGS-Daten lassen sich Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von allergischen Erkrankungen und einer Reihe von potenziellen Einflussgrößen untersuchen. Dazu zählen neben Alter und Geschlecht der Sozialstatus, der eventuell vorhandene Migrationshintergrund [7] sowie der Wohnort der Kinder und Jugendlichen. Berücksichtigung fand auch, ob die Untersuchungsteilnehmer als Babys gestillt wurden, ob ihre Eltern Allergiker sind und ob ältere Geschwister im Haushalt leben. Für die Analysen wurden die Daten der Jungen und Mädchen herangezogen, bei denen jemals im bisherigen Leben Heuschnupfen, Neurodermitis oder Asthma diagnostiziert worden war. Dabei gingen die genannten Faktoren zunächst einzeln (bivariate Analyse) und anschließend gemeinsam (logistische Regression) in die Berechnung ein. Die nachfolgenden Tabellen enthalten die wichtigsten Ergebnisse.

Kinder und Jugendliche mit mindestens einem allergischen Elternteil sind bei der separaten Auswertung (bivariate Analyse) deutlich häufiger von Heuschnupfen betroffen als Kinder ohne familiäre Vorbelastung (Tabelle 2.2.3.1). Demgegenüber weisen Kinder, die mit mindestens einem älteren Geschwis-

**Tabelle 2.2.3.1**  
Häufigkeiten und Odds Ratios für das Auftreten von Heuschnupfen (»jemals«)

Einflussfaktoren	Häufigkeiten <sup>1</sup>	Odds Ratio <sup>2</sup>
<b>Geschlecht</b>		
Männlich	12,5 %	1,62
Weiblich	8,9 %	Referenz
<b>Elterliche Allergie</b>		
Ja	15,7 %	3,00
Nein	6,8 %	Referenz
<b>Ältere Geschwister im Haushalt</b>		
Ja	8,9 %	0,73
Nein	14,4 %	Referenz
<b>Sozialstatus</b>		
Niedrig	8,9 %	
Mittel	11,5 %	
Hoch	11,7 %	
<b>Altersgruppe</b>		
Vollendetes Lebensjahr		1,18
0–2 Jahre	0,5 %	
3–6 Jahre	4,9 %	
7–10 Jahre	10,5 %	
11–13 Jahre	14,3 %	
14–17 Jahre	18,4 %	

<sup>1</sup> für die separate Analyse der Merkmale

<sup>2</sup> für die gemeinsame Betrachtung der Merkmale unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Wohnort (Ost/West), 6+ Monate voll gestillt, Migrationshintergrund, Sozialstatus

ter im Haushalt leben, seltener Heuschnupfen auf als Kinder ohne ältere Geschwister. Darüber hinaus zeigt sich in der Einzelbetrachtung, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status seltener an Heuschnupfen leiden als ihre Altersgenossen mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Allerdings verschwindet dieser Zusammenhang bei der gemeinsamen Betrachtung der Merkmale (logistische Regression). Die anderen Zusammenhänge bestätigen sich dagegen. Insbesondere ist das Heuschnupfenrisiko dann erhöht, wenn sich bereits bei den Eltern eine Allergie nachweisen lässt. Das so genannte Odds Ratio (ein Maß für die Stärke eines statistischen Zusammenhangs) liegt beim Vergleich mit Kindern von nicht-allergischen Eltern bei 3. Zudem wird deutlich, dass Heuschnupfen bei Jungen weiter verbreitet ist als bei Mädchen (Odds Ratio: 1,62).

Auch hinsichtlich der Neurodermitis zeigt sich, dass Kinder von allergischen Eltern vermehrt betroffen sind (Tabelle 2.2.3.2). Migrantenkinder dagegen weisen seltener eine Neurodermitis-Diagnose auf als Kinder ohne Migrationshintergrund. Wie beim Heuschnupfen fällt in der separaten Betrachtung zudem auf, dass ein niedriger Sozialstatus mit einer

**Tabelle 2.2.3.2**  
Häufigkeiten und Odds Ratios für das Auftreten von Neurodermitis (»jemals«)

Einflussfaktoren	Häufigkeiten <sup>1</sup>	Odds Ratio <sup>2</sup>
<b>Elterliche Allergie</b>		
Ja	18,0%	1,98
Nein	9,5%	Referenz
<b>Migrationshintergrund</b>		
Ja	8,0%	0,66
Nein	14,3%	Referenz
<b>Sozialstatus</b>		
Niedrig	10,4%	
Mittel	13,7%	
Hoch	16,1%	
<b>Altersgruppe</b>		
Vollendetes Lebensjahr		1,03
0–2 Jahre	8,7%	
3–6 Jahre	13,3%	
7–10 Jahre	15,1%	
11–13 Jahre	14,8%	
14–17 Jahre	12,9%	

<sup>1</sup> für die separate Analyse der Merkmale

<sup>2</sup> für die gemeinsame Betrachtung der Merkmale unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Geschlecht, Wohnort (Ost/West), 6+ Monate voll gestillt, älteren Geschwistern im Haushalt

geringeren Häufigkeit von Neurodermitis einhergeht, was sich bei der gemeinsamen Analyse aller Merkmale (logistische Regression) jedoch nicht bestätigt. Der Effekt des Migrationshintergrundes bleibt dagegen erhalten. Als Erklärung dafür könnte neben einer tatsächlich geringeren Krankheitshäufigkeit unter Migrantenkindern in Betracht kommen, dass Familien mit Migrationshintergrund seltener wegen neurodermitischer Beschwerden einen Arzt konsultieren, was sich entsprechend in einer geringeren Zahl von Neurodermitis-Diagnosen niederschlagen würde.

Bezüglich des Asthmas bestätigt sich erneut der Einfluss einer familiären Vorbelastung. So sind bei separater Betrachtung Kinder von Allergiker-Eltern fast doppelt so häufig von Asthma bronchiale betroffen wie Kinder ohne elterliche Allergie (Tabelle 2.2.3.3). Dieser Zusammenhang bleibt auch in der logistischen Regression erhalten (Odds Ratio: 1,97). Darüber hinaus erweist sich, dass Asthma unter Jungen weiter verbreitet ist als unter Mädchen. Mit steigendem Lebensalter wächst die Wahrscheinlichkeit, dass ein Asthma diagnostiziert wird.

## 2.2.4 Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen

Allergien sind in Deutschland weit verbreitet. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, bei denen je-

**Tabelle 2.2.3.3**  
Häufigkeiten und Odds Ratios für das Auftreten von Asthma (»jemals«)

Einflussfaktoren	Häufigkeiten <sup>1</sup>	Odds Ratio <sup>2</sup>
<b>Geschlecht</b>		
Männlich	5,5%	1,42
Weiblich	3,9%	Referenz
<b>Elterliche Allergie</b>		
Ja	6,2%	1,97
Nein	3,5%	Referenz
<b>Ältere Geschwister im Haushalt</b>		
Ja	4,3% (3,8–4,9)	
Nein	5,5% (4,8–6,3)	
<b>Altersgruppe</b>		
Vollendetes Lebensjahr		1,12
0–2 Jahre	0,5%	
3–6 Jahre	2,7%	
7–10 Jahre	4,7%	
11–13 Jahre	7,0%	
14–17 Jahre	7,0%	

<sup>1</sup> für die separate Analyse der Merkmale

<sup>2</sup> für die gemeinsame Betrachtung der Merkmale unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Wohnort (Ost/West), 6+ Monate voll gestillt, Sozialstatus, Migrationshintergrund, älteren Geschwistern im Haushalt

mals im bisherigen Leben Heuschnupfen, Neurodermitis oder Asthma diagnostiziert wurde, beläuft sich auf insgesamt 22,9%. Aktuell leiden fast 17% der Heranwachsenden an mindestens einer der drei Erkrankungen. Bei Einbeziehung weiterer, in der KiGGS-Studie nicht erfasster Allergieformen, dürfte die Quote sogar noch höher ausfallen. Die Häufigkeit von Allergien und die damit einhergehenden Folgen, wie z. B. ein gesteigerter medizinischer Versorgungsbedarf sowie Fehlzeiten in der Schule, erfordern wirksame Gegenmaßnahmen.

Kinder von Allergiker-Eltern tragen selbst wiederum ein deutlich erhöhtes Allergierisiko. Dies ist aus nationalen und internationalen Studien bekannt und konnte durch die KiGGS-Daten bestätigt werden. Dementsprechend richten sich Präventionsempfehlungen insbesondere an Eltern mit Allergien, in eingeschränkter Form aber auch an die Gesamtbevölkerung.

Gemäß der evidenzbasierten Leitlinie des Aktionsbündnisses Allergieprävention (abap) [1] wird unabhängig von der familiären Vorbelastung empfohlen, Säuglinge mindestens vier Monate ohne Zufütterung von Beikost zu stillen. Als ratsam gilt zudem, Kinder weder vor noch nach der Geburt einer Passivrauchbelastung auszusetzen, sie nach den geltenden Impfeempfehlungen zu impfen sowie ein feuchtes Wohnungsklima mit erhöhter Schimmelpilzgefahr zu vermeiden.

Insbesondere wenn ein gesteigertes Allergierisiko vorliegt, sollte außerdem darauf geachtet werden, dass Kinder nur so genannte hydrolysierte, weniger allergen wirkende Säuglingsnahrung erhalten, falls das Stillen nicht über vier Monate möglich ist. In manchen Fällen könnte es zudem hilfreich sein, wenn die Mutter während der Stillzeit auf bestimmte Nahrungsmittelallergene in ihrer eigenen Ernährung verzichtet. Darüber hinaus sollten keine Haustiere mit Fell (z. B. Katzen) angeschafft und die Belastung mit Hausstaubmilben beispielsweise durch milbendichte Matratzenbezüge und Allergikerbettwäsche gesenkt werden [1].

Vordringliches Ziel ist, diese Empfehlungen vor allem den werdenden und jungen Eltern zu vermitteln. Besonders geeignet hierzu ist das persönliche Gespräch im Rahmen der Betreuung durch Frauen- und Kinderärzte, Hebammen und andere Fachleute, die für das Thema verstärkt sensibilisiert werden müssen. Medien der Elterninformation, etwa die BZgA-Basisbroschüren und das Internetangebot [www.kindergesundheit-info.de](http://www.kindergesundheit-info.de), können hierbei genutzt werden.

Kinder und Jugendliche, die bereits von einer Allergie betroffen sind, müssen nach dem Stand der Wissenschaft behandelt werden. Neben der leitlinienkonformen Therapie können eine gute Patientenführung und die Steigerung des Selbstmanagements im Umgang mit der Krankheit die Lebensqualität der Betroffenen erhöhen. Dabei sind qualifizierte Schulungsprogramme von wesentlicher Bedeutung; sie sollten kostenlos angeboten werden.

Obwohl Tabakrauch zu den möglichen Risikofaktoren des Asthmas gehört, wird laut KiGGS bei einem Drittel der asthmakranken Kinder und Jugendlichen zu Hause von den Eltern geraucht. In Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status ist dies überdurchschnittlich häufig der Fall. Dies macht die Notwendigkeit deutlich, insbesondere Eltern aus der niedrigen Statusgruppe verstärkt zum Nikotinverzicht zu motivieren und über die Risiken des Passivrauchens aufzuklären. Die BZgA stellt hierzu Medien für Eltern von Kleinkindern sowie für Kinderärzte zur Verfügung (siehe Kapitel Passivrauchen bei Kindern und Jugendlichen).

Auch die jugendlichen Asthmatiker selbst sollten besser als bisher in Aufklärungsprogramme zu den schädlichen Folgen des Zigarettenkonsums eingebunden werden. Derzeit liegt der Raucheranteil unter 11- bis 17-jährigen Asthmatikern ebenso hoch wie unter gleichaltrigen Jugendlichen ohne die Erkrankung (siehe Kapitel Rauchverhalten).

Die KiGGS-Ergebnisse liefern erstmals ein bundesweit repräsentatives Bild, wie verbreitet die atopischen Erkrankungen Heuschnupfen, Neurodermitis und Asthma in der heranwachsenden Generation tatsächlich sind. Um sichere Aussagen über die Entwicklung des Krankheitsgeschehens und den Erfolg von Präventionsprogrammen treffen zu können, sollten auch in Zukunft regelmäßig Daten über die Häufigkeit von Allergien im Kindes- und Jugendalter erhoben werden. Erforderlich ist zudem, die genauen Ursachen der einzelnen Erkrankungen besser zu erforschen. Dabei sollten auch Faktoren, die der Entstehung von Allergien entgegenwirken, verstärkt Berücksichtigung finden.

## Literaturverzeichnis

- [1] Schäfer T, Borowski C, Diepgen TL et al. (2004) Allergieprävention. Evidenzbasierte und konsentrierte Leitlinie des Aktionsbündnisses Allergieprävention (abap) – Kurzfassung. *Allergo Journal* 13 (3): 252–260
- [2] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit  
[www.bmg.bund.de/cln\\_110/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/Strategie-Kindergesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Strategie-Kindergesundheit.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/Strategie-Kindergesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Strategie-Kindergesundheit.pdf) (Stand: 23.10.2008)
- [3] Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI), Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA), Deutsche Akademie für Allergologie und Umweltmedizin (DAAU) (Hrsg) (2004) Weißbuch. Allergie in Deutschland. 2. Auflage. Urban & Vogel Medien und Medizin Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, München
- [4] Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 701–710
- [5] WHO (World Health Organization), International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health (1999) World Health Organization, division, editor. WHO, International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health (1999) World Health Organization, division, editor [www.who.int/tobacco/health\\_impact/youth/ets/en/print.html](http://www.who.int/tobacco/health_impact/youth/ets/en/print.html) (Stand: 27.10.2008)
- [6] Wahn U, Seger R, Wahn V (2005) Pädiatrische Allergologie und Immunologie, 4. Auflage. Urban und Fischer, München Jena
- [7] Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

**Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin  
www.rki.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Ostmerheimer Str. 220  
51109 Köln  
www.bzga.de

**Redaktion**

Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und  
Gesundheitsberichterstattung  
Angelika Rieck  
General-Pape-Straße 62–66  
12101 Berlin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Referat Aufgabenplanung und -koordinierung  
Dr. Frank Lehmann, MPH  
Ostmerheimer Str. 220  
51109 Köln

**Grafik/Layout**

Gisela Winter  
Robert Koch-Institut

**Druck**

Oktoberdruck AG, Berlin

**Zitierweise**

Robert Koch-Institut (Hrsg), Bundeszentrale für  
gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008)  
Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von  
Kindern und Jugendlichen in Deutschland.  
RKI, Berlin

Dezember 2008

Berlin: Robert Koch-Institut  
ISBN 978-3-89606-109-7