

Autorin und Autoren:

Roma Schmitz, Ronny Kuhnert,
Michael Thamm

Journal of Health Monitoring · 2017 2(1)

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-011.2

Robert Koch-Institut, Berlin

[Hier gelangen Sie zum Journal of Health Monitoring 2017/1:
»Gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Deutschland«
- kapitelweise](#)

12-Monats-Prävalenz von Allergien in Deutschland

Abstract

Stark gestiegene Krankheitshäufigkeiten in den letzten Jahrzehnten haben Allergien in den Fokus von Public Health gerückt. In der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) gaben 28,1 % der Befragten an, aktuell von einer allergischen Erkrankung außer Asthma betroffen zu sein. Allergien werden häufiger von Frauen als von Männern berichtet und von jüngeren Erwachsenen und Erwachsenen im mittleren Alter häufiger als von Älteren ab 65 Jahre. Erwachsene der oberen Bildungsgruppe geben häufiger als Erwachsene der unteren Bildungsgruppe an, dass sie von Allergien betroffen sind. Allergische Reaktionen treten an verschiedenen Organsystemen auf. Besonders betroffen sind Haut und Schleimhäute, Atemwege und Darm. Allergische Symptome schränken die Lebensqualität der Betroffenen oft erheblich ein. Aus diesem Grund ist eine frühzeitige Diagnostik und angemessene Versorgung für Allergikerinnen und Allergiker von großer Bedeutung.

📌 ALLERGIEN · ERWACHSENE · DEUTSCHLAND · GESUNDHEITSMONITORING · GEDA

Einleitung

Fließschnupfen, Niesattacken, brennende und tränende Augen, Atembeschwerden bis hin zu Atemnot oder quälender Juckreiz der Haut sind bekannte Symptome von Allergien. Ausgelöst werden sie durch überschießende Reaktionen des körpereigenen Immunsystems auf an sich harmlose Stoffe (Allergene) in der Umwelt. Inhalations-, Nahrungsmittel- und Kontaktallergene sind weit verbreitet. Allergene sind typischerweise Eiweiße oder Eiweißverbindungen mit unterschiedlichen chemischen und physikalischen Eigenschaften. Allergische Reaktionen treten in verschiedenen Organsystemen auf. Haut und Schleimhäute (Heuschnupfen, Neurodermitis, allergisches Kontaktekzem) sowie Atemwege (Asthma bronchiale), Mundhöhle und Darm (Nahrungsmittelallergie) sind am häufigsten betroffen. Für Typ-I-Allergien

(„Sofort-Typ“) wie Heuschnupfen und Neurodermitis ist die Produktion allergenspezifischer Immunglobulin-E-Antikörper (IgE) charakteristisch. Sind diese IgE im Blut nachweisbar, spricht man von allergischer Sensibilisierung (Atopie). Bei anderen allergischen Erkrankungsbildern, zum Beispiel dem allergischen Kontaktekzem, werden die allergischen Reaktionen über spezifische weiße Blutkörperchen (T-Zellen) vermittelt, und die Reaktionen finden verzögert statt (Typ-IV-Allergien) [1].

Seit den 1970er Jahren ist die Allergiehäufigkeit in Deutschland stark gestiegen [2–7]. Schätzungen belaufen sich auf insgesamt bis zu 30 Millionen Betroffene, deren individuelle Lebensqualität und Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt sein kann [8]. Chronifizieren allergische Erkrankungen, gehen sie in der Regel mit einem hohen Versorgungsbedarf einher. Wenn eine Allergen-

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamtstichproben - zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (10.872 Männer, 13.144 Frauen)

Response rate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Über Ziele und Inhalte der Studie und den Datenschutz wurden die Teilnehmenden informiert und gaben ihr informiertes Einverständnis zur Studienteilnahme

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

vermeidung nicht oder nur schwer möglich ist, sind Allergikerinnen und Allergiker je nach individueller Ausprägung angewiesen auf die medikamentöse Behandlung ihrer einzelnen Beschwerden sowie die Anwendung der spezifischen Immuntherapie als bislang einzige kausale Therapie. Umfassende Berechnungen der Krankheitskosten für das gesamte allergische Krankheitsgeschehen liegen in Deutschland nicht vor.

Indikator

In der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2014“ (GEDA 2014/2015-EHIS) wird das Vorliegen einer allergischen Erkrankung in den letzten 12 Monaten durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online ausgefüllten [Fragebogen](#) erfasst. Der Indikator wurde definiert durch die positive Beantwortung der Frage „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Allergien, wie Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien (kein allergisches Asthma)?“ Mit diesem Indikator wird also der Anteil der Befragten erfasst, die selbst einschätzen, aktuell von einer allergischen Erkrankung außer Asthma betroffen zu sein (12-Monats-Prävalenz).

Die Analyse basiert auf Angaben von 23.342 Teilnehmerinnen und Teilnehmern ab 18 Jahren mit vorliegenden Angaben zur 12-Monats-Prävalenz von Allergien (674 Teilnehmende mit fehlenden Angaben wurden ausgeschlossen) und wurde mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerung in Deutschland (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Gemeindetyp und Bildung korri-

giert. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/15-EHIS findet sich im Beitrag „[Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa](#)“ [9] in dieser Ausgabe. Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa werden in einem [Focus-Beitrag](#) ebenfalls in dieser Ausgabe ausführlich dargestellt [10].

Ergebnisse und Einordnung

28,1% der Erwachsenen gaben an, aktuell von Allergien (ausgenommen allergisches Asthma) betroffen zu sein. Dabei sind Frauen mit 31,6% deutlich häufiger betroffen als Männer mit 24,5%. Frauen und Männer im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter (bis 65 Jahre) geben häufiger Allergien an als ältere Menschen. Bei Frauen und Männern der oberen Bildungsgruppe ist die Zahl derjenigen, die von Allergien betroffen sind, besonders hoch, vor allem bei Erwachsenen im mittleren Alter von 30- bis 64 Jahren. In den [Tabellen](#) wird die 12-Monats-Prävalenz für Allergien bei 18- bis 79-jährigen Erwachsenen ausgewiesen. Dabei wird nach Geschlecht, Alter und Bildungshintergrund (ISCED-Klassifikation; niedrig, mittel, hoch [11]) stratifiziert.

Allergien werden einerseits durch genetische Faktoren verursacht. Andererseits werden seit Langem verschiedene nicht-genetische Ursachen intensiv erforscht, die in Zusammenhang mit der deutlichen Zunahme allergischer Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten stehen. Dazu zählen eine reduzierte Exposition mit Mikroorganismen und infektiösen Keimen sowie der Rückgang parasitärer Erkrankungen, eine erhöhte Allergenexposition, Umweltverschmutzung und Verände-

Etwa ein Drittel der Frauen und ein Viertel der Männer sind aktuell von Allergien (ausgenommen allergisches Asthma) betroffen.

rungen in der Darmflora, aber auch veränderte Ernährungs-, Wohn- und Reisegewohnheiten [12–14]. Die Ergebnisse der GEDA 2014/2015-EHIS-Studie zeigen, dass laut Selbsteinschätzung etwa ein Drittel der Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren an einer allergischen Erkrankung leidet. Die höhere Allergiehäufigkeit bei Frauen im Vergleich zu Männern sowie bei Personen der oberen Bildungsgruppe gilt als bekannt [15].

Wenngleich keine gezielte Abfrage nach einzelnen allergischen Erkrankungen erfolgte, wird ein beachtliches Krankheitspotenzial deutlich. Es kann davon ausgegangen werden, dass jeder positiven Antwort auf die Abfrage ein gewisser Leidensdruck mit entsprechender medika-

mentöser Behandlung zumindest der Symptome zugrunde liegt. Bei der Einschätzung der Höhe der Prävalenz ist jedoch auch zu beachten, dass die Abgrenzung von Allergien zu sogenannten Pseudoallergien, insbesondere Nahrungsmittelunverträglichkeiten, für medizinische Laien mitunter schwierig ist, da ähnliche Symptome auftreten können. Dies ist einer der Gründe, warum in nationalen und internationalen breit angelegten epidemiologischen Studien neben der Abfrage einzelner allergischer Erkrankungen häufig auch erhoben wird, ob die allergische Erkrankung ärztlich diagnostiziert worden ist. So wurde beispielsweise in der europaweiten ECHRS-Studie (European Community Respiratory Health

Frauen	%	(95%-KI)
Frauen (gesamt)	31,6	(30,5–32,7)
18–29 Jahre	38,7	(36,4–41,0)
Untere Bildungsgruppe	36,2	(30,6–42,2)
Mittlere Bildungsgruppe	39,8	(36,8–42,9)
Obere Bildungsgruppe	37,9	(33,2–42,9)
30–44 Jahre	34,8	(32,5–37,1)
Untere Bildungsgruppe	25,5	(19,6–32,4)
Mittlere Bildungsgruppe	35,3	(32,3–38,5)
Obere Bildungsgruppe	38,5	(35,0–42,2)
45–64 Jahre	32,4	(30,7–34,2)
Untere Bildungsgruppe	32,6	(28,4–37,0)
Mittlere Bildungsgruppe	31,2	(29,0–33,5)
Obere Bildungsgruppe	36,4	(33,6–39,4)
≥ 65 Jahre	23,3	(21,2–25,5)
Untere Bildungsgruppe	21,5	(18,4–24,9)
Mittlere Bildungsgruppe	24,8	(21,8–28,1)
Obere Bildungsgruppe	24,1	(20,1–28,7)
Gesamt (Frauen und Männer)	28,1	(27,3–29,0)

KI= Konfidenzintervall

Männer	%	(95%-KI)
Männer (gesamt)	24,5	(23,4–25,7)
18–29 Jahre	31,4	(28,8–34,1)
Untere Bildungsgruppe	29,4	(23,5–36,0)
Mittlere Bildungsgruppe	32,3	(28,7–36,1)
Obere Bildungsgruppe	32,0	(26,4–38,1)
30–44 Jahre	28,2	(25,9–30,6)
Untere Bildungsgruppe	24,8	(18,2–32,8)
Mittlere Bildungsgruppe	26,4	(23,5–29,5)
Obere Bildungsgruppe	33,2	(29,9–36,7)
45–64 Jahre	23,6	(22,1–25,3)
Untere Bildungsgruppe	21,6	(17,5–26,4)
Mittlere Bildungsgruppe	22,1	(19,9–24,5)
Obere Bildungsgruppe	27,3	(24,9–29,9)
≥ 65 Jahre	16,2	(14,6–18,0)
Untere Bildungsgruppe	15,0	(11,5–19,2)
Mittlere Bildungsgruppe	15,9	(13,5–18,6)
Obere Bildungsgruppe	17,5	(15,0–20,2)
Gesamt (Frauen und Männer)	28,1	(27,3–29,0)



Tabelle 1
12-Monats-Prävalenz für Allergien bei 18- bis 79-jährigen Erwachsenen nach Geschlecht, Alter und Bildungshintergrund (n=23.342)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Der Anteil von Allergikerinnen und Allergikern ist im Erwachsenenalter bis 65 Jahre größer als bei älteren Menschen.

Besonders viele Frauen und Männer der oberen Bildungsgruppe sind von Allergien betroffen.

Survey) oder der für die deutsche Erwachsenenbevölkerung repräsentativen DEGS₁-Studie (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) verfahren.

Die DEGS₁-Daten, die von 2008 bis 2011 im Rahmen eines computerassistierten ärztlichen Interviews erhoben wurden, ergaben eine 12-Monats-Prävalenz von fast 20 % für das Auftreten mindestens einer von sieben abgefragten ärztlich diagnostizierten Allergien (einschließlich Asthma bronchiale) [5]. Prävalenzschätzungen, die auf berichteten ärztlichen Diagnosen beruhen, sind in der Regel niedriger als solche, die auf der Grundlage von Selbsteinschätzungen ermittelt werden, da viele Betroffene mit nur leichten allergischen Beschwerden häufig keinen Arzt aufsuchen.

In Bezug auf den zeitlichen Trend der 12-Monats-Prävalenz, bezogen auf die Selbsteinschätzung, liegen für Erwachsene in Deutschland Daten aus drei Erhebungen seit 1990/92 zu allergischer Rhinitis (Heuschnupfen) vor [4, 16]. Es zeigt sich, dass sich die Prävalenz bis 2008/11 nahezu verdoppelt hat. Aktuell geben ca. 12,3 Millionen Erwachsene in Deutschland an, von einer allergischen Rhinitis betroffen zu sein.

Aufgrund der hohen Betroffenenzahlen sind allergische Erkrankungen von hoher Public-Health-Relevanz. Neben einem kontinuierlichen Allergiemonitoring sowie der weiteren Erforschung potenzieller Risiko- und Schutzfaktoren sollten die Anstrengungen für eine frühzeitige Diagnostik und angemessene Versorgung von Allergikerinnen und Allergikern weiter erhöht werden. Dies ist nicht nur für die Lebensqualität der Betroffenen, sondern auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten wichtig [8].

Literatur

1. Saloga J, Klimek L, Buhl R et al. (Hrsg) (2011) Allergologie-Handbuch. Schattauer, Stuttgart
2. Genuneit J, Grabenhenrich L, Krämer U et al. (2012) Epidemiologische Forschung zu allergischen Erkrankungen in Deutschland: eine Chronologie. *Allergologie* 35(1):3-10
3. Hermann-Kunz E (1999) Häufigkeit allergischer Krankheiten in Ost- und Westdeutschland. *Gesundheitswesen* 61:S100-105
4. Hermann-Kunz E (1999) Heuschnupfenprävalenz in Deutschland. Ost-West-Vergleich und zeitlicher Trend. *Gesundheitswesen* 61:S94-99
5. 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
<https://edoc.rki.de/oa/articles/reSp8JYqnpVo/PDF/2oxkoigE-oFU4w.pdf> (Stand: 02.03.2017)
6. Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 50:701-710
<https://edoc.rki.de/oa/articles/reRhnND9xOGA/PDF/27Kp-okRUqJl.pdf> (Stand: 02.03.2017)
7. 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* 57:771-778
<https://edoc.rki.de/oa/articles/reanlTxmpPiBk/PDF/27CDfhKB-FstMs.pdf> (Stand 27.02.2017)
8. Ring J, Bachert C, Bauer C-P et al. (Hrsg) (2010) Weißbuch Allergie in Deutschland. Urban&Vogel, München
9. Saß AC, Finger JD, Allen J et al. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – neue Daten für Deutschland und Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 83-90
www.rki.de/journalhealthmonitoring

10. A Fehr, C Lange, J Fuchs et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. Journal of Health Monitoring 2(1): 3–23
www.rki.de/journalhealthmonitoring

11. Eurostat (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED).
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 27.01.2017)

12. Arrieta MC, Stiemsma LT, Dimitriou PA et al. (2015) Early infancy microbial and metabolic alterations affect risk of childhood asthma. Sci Transl Med 7(307):307ra152

13. Graham-Rowe D (2011) Lifestyle: When allergies go west. Nature 479:S2–S4

14. Strachan DP (1989) Hay fever, hygiene, and household size. BMJ 299(6710):1259-1260

15. Clough S (2011) Gender and the hygiene hypothesis. Soc Sci Med 72(4):486-493

16. Schmitz R (2015) Trends in der Prävalenz von Asthma bronchiale und allergischer Rhinitis bei Erwachsenen in Deutschland 1997–99 und 2008–11. Fortbildungsveranstaltung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.
http://www.bfr.bund.de/de/presentationen_zu_den_vortraegen_vom_27__maerz_2015-194044.html (Stand: 22.11.2016)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorin und Autoren

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse

Dr. Roma Schmitz
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: SchmitzR@rki.de

Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt für sich und die Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg,
Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Schmitz R, Kuhnert R, Thamm M (2017)
12-Monats-Prävalenz von Allergien in Deutschland.
Journal of Health Monitoring 2(1): 77 – 82
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-011.2
ISSN 2511-2708



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit