

Erhebung allergischer/atopischer Erkrankungen im bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey „KiGGS“



Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Schlaud M, Langen U, Thierfelder W, Hölling H, Kamtsiuris P, Kurth BM

ROBERT KOCH INSTITUT

Robert Koch-Institut, Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung



Einleitung und Fragestellung

Im bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS werden von Mai 2003 bis Mai 2006 über 17.000 Probanden unter 18 Jahren untersucht. Die Datenerhebung umfasst Befragungen und Untersuchungen zu einem breiten Spektrum von Themen der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit.

Für verschiedene atopische Erkrankungen erlaubt die Erhebung eine Operationalisierung mit unterschiedlicher Sensitivität und Spezifität: A) Angaben aus dem Elternfragebogen, B) berichtete Arzt diagnose im Interview, C) berichtete Sensibilisierungen nach Allergietestung, D) quantitativer Nachweis spezifischer IgE-Titer im Serum, E) vom Studienarzt erhobener Hautbefund. Für die folgenden Betrachtungen werden nur Sensibilisierungen gegenüber Aeroallergenen berücksichtigt.

Material und Methoden

Der KiGGS-Pretest wurde von März 2001 bis März 2002 im Sinne einer Machbarkeitsstudie durchgeführt und umfasste eine nicht repräsentative Stichprobe von 1630 Probanden aus 4 Orten.

Ergebnisse

Ergebnisse der orientierenden Auswertungen sind in der Abbildung 1 und in den Tabellen 1 und 2 dargestellt.

Diskussion

Diese Ergebnisse dürfen zwar mangels Repräsentativität nicht auf die Bevölkerung übertragen werden. Sie liefern jedoch Hinweise auf die Potentiale der Survey-Daten und verdeutlichen die differenzierten Möglichkeiten bei der Operationalisierung allergischer/atopischer Erkrankungen.

Es wird vorgeschlagen, für generalisierende Prävalenzschätzungen die von den Eltern berichteten Arzt diagnosen (B) zu Grunde zu legen. Für komplexe Zusammenhangsanalysen dagegen können gegebenenfalls andere Operationalisierungen mit höherer Spezifität gewählt werden, die wegen ihrer geringeren Wahrscheinlichkeit für Fehlklassifikationen deutlicher ausgeprägte Effektschätzer erwarten lassen.

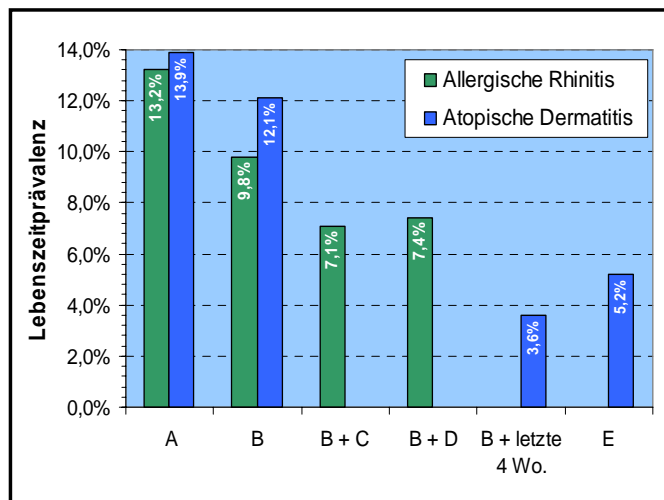


Abbildung 1: Lebenszeitprävalenzen nach verschiedenen Informationsquellen (A Elternfragebogen, B berichtete Arzt diagnose, C berichtete Sensibilisierung, D gemessene Sensibilisierung [IgE], E Hautbefund)

Tabelle 1: Grad an Übereinstimmung (Kappa-Koeffizient) zwischen der Fragebogenangabe bzw. der berichteten Arzt diagnose „Allergische Rhinitis“ (AR) und im Survey gemessener Sensibilisierung gegenüber Aeroallergenen

	gemessene Sensibilis.
Elternfragebogen: AR	Kappa = 0,331
Arzt diagnose: AR	Kappa = 0,342
	gemessene Sensibilis.
berichtete Sensibilisierg.	Kappa = 0,585

Tabelle 2: Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz (berichtete Arzt diagnose) an allergischer Rhinitis nach Sozialschicht der Eltern (Winkler-Index) und an Asthma bronchiale nach Wohnortstruktur (ländlich = unter 100.000 Einwohner)

	Allergische Rhinitis		Asthma bronchiale
Unterschicht	6,5 %	städtisch	6,6 %
Mittelschicht	9,6 %	ländlich	2,5 %
Oberschicht	11,4 %		
Chi ² -Trendtest	p = 0,062	Chi ² -Test	p < 0,001