



Gesundheitsreport Bayern

03/2021 – Asthma bronchiale in Bayern

Hintergrund

Asthma bronchiale ist eine chronische Erkrankung der Atemwege, die durch eine Entzündung sowie übermäßige Empfindlichkeit (Hyperreagibilität) der Bronchien gekennzeichnet ist. Durch die anfallsweise auftretende Verengung der Bronchien entstehen die typischen Asthmasymptome wie Husten, Engegefühl im Brustkorb, pfeifende Atmung, Giemen und Luftnot. Die Hauptformen stellen allergisches und nicht-allergisches Asthma dar. Asthma bronchiale stellt über alle Bildungsschichten hinweg eine der häufigsten regelhaft wiederkehrenden Erkrankungen im Erwachsenen- und vor allem auch im Kindesalter dar.

Die Ursachen für die Entstehung von Asthma bronchiale sind noch nicht abschließend wissenschaftlich geklärt. Man geht von einer multifaktoriellen Genese mit einem Zusammenspiel von genetischen und umweltbedingten Aspekten aus. Das allergische Asthma tritt häufig mit anderen allergischen Erkrankungen wie Heuschnupfen oder Neurodermitis auf. Weitere wichtige **Risikofaktoren** für das Auftreten eines Asthmas sind das Vorhandensein von Allergien oder Asthma in der Familie, Atemwegsinfekte sowie die Exposition gegenüber Reizstoffen in der Luft, wie beispielsweise durch aktives oder passives Rauchen, durch berufliche Belastungen wie z.B. durch Mehl- oder Holzstaub, oder Luftverschmutzung (Bundesärztekammer 2020; Lungeninformationsdienst, Stand November 2019).

Asthma bronchiale wird häufig von weiteren Erkrankungen begleitet, neben den bereits genannten allergischen Erkrankungen unter anderem COPD sowie psychische Erkrankungen wie Angststörungen und Depressionen.

Asthma verursacht **individuelles Leid** und eine deutliche Einschränkung der individuellen und familiären Lebensqualität. Zudem führt es zu hohen **Kosten** im Gesundheitswesen. Die direkten Krankheitskosten für die Behandlung und Versorgung von Asthmapatient/innen wurden vom Statistischen Bundesamt für Deutschland für das Jahr 2015 mit rund 1,9 Mrd. Euro beziffert. Auf die bayerische Bevölkerung übertragen wären das jährlich rund 300 Millionen Euro direkte Krankheitskosten durch Asthma in Bayern. Neuere Daten liegen nicht vor.

Häufigkeit von Asthma bronchiale

Für Bayern weist die GEDA 2019/2020 E-HIS-Erhebung des Robert Koch-Instituts aus, dass 6,7 % der Männer und 6,5 % der Frauen über 18 Jahren im Laufe von 12 Monaten von Asthma bronchiale betroffen waren. Die Prävalenz liegt über alle Altersgruppen hinweg bei Frauen und Männern etwa auf gleichem Niveau (Heidemann et al. 2021).

Überträgt man wiederum die Daten der bevölkerungsrepräsentativen Studien des Robert Koch-Instituts (GEDA für die Erwachsenen, KiGGS für Kinder und Jugendliche) auf die Bevölkerung in Bayern, so sind im Laufe eines Jahres rund 800.000 Menschen von Asthma bronchiale betroffen, darunter knapp 80.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Asthma bronchiale gehört somit zu den „Volkskrankheiten“.

Der GEDA-Studie 2019/2020 des Robert Koch-Instituts zufolge gibt es keine bedeutenden Unterschiede der Asthmaprävalenz nach sozialer Lage, gemessen am **Bildungsstatus**.

Der Großteil der Asthmapatienten wird ambulant behandelt. Im Jahr 2019 gab es in Bayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge knapp 600.000 gesetzlich versicherte Patienten mit Asthma in der **ambulanten Versorgung**. Vor dem Hintergrund, dass gut 10 % aller bayerischen Patienten privatversichert sind, entspricht das in der Größenordnung den oben genannten Daten des Robert Koch-Instituts.

Disease-Management-Programm Asthma

Seit 2002 bieten die Krankenkassen systematische Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten an, sogenannte Disease-Management-Programme (DMP), deren Inanspruchnahme freiwillig ist. Auch für Betroffene mit Asthma steht dieses Behandlungsprogramm zur Verfügung. Die Ziele der DMP bestehen darin, den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, sowie den Patienten eine individualisierte Therapieplanung unter Einbeziehung von Begleiterkrankungen zuteilwerden zu lassen. Seit 2017 können auch Kinder mit Asthma ab dem zweiten Lebensjahr am DMP Asthma bronchiale teilnehmen. In Bayern nahmen zum Stichtag 31.12.2016 138.000 Patienten und über 9.000 koordinierende Ärzte am DMP Asthma bronchiale teil (Donnachie, Kitzing 2018).

Als Hauptdiagnose einer **Krankenhausbehandlung** spielt Asthma kaum eine Rolle. In Bayern gab es im Jahr 2019 gut 4.000 Krankenhausfälle mit der Diagnose Asthma (ICD-Code J45, J46), das entspricht rund 0,1 % aller Krankenhausfälle in Bayern. Mehr als 90 % der asthmabedingten Krankenhausfälle entfielen auf das Asthma bronchiale. Die Zahl der Krankenhausfälle mit Asthma verlief in den vergangenen Jahren ungefähr auf gleichbleibendem Niveau.

Krankenhausfälle mit Asthma (ICD-Code J45, J46), Bayern

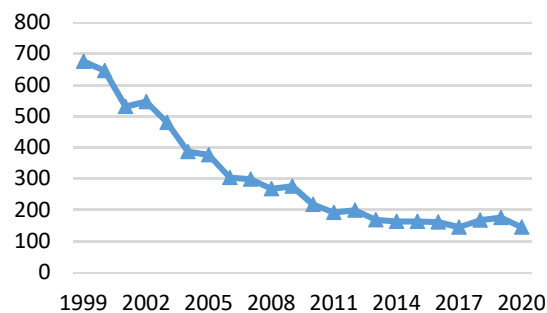
Jahr	2019	2018	2017	2016	2015
Fälle	4.190	4.218	4.195	4.399	4.175

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK zufolge gab es infolge der **Coronapandemie** deutliche Fallzahlrückgänge auch bei den stationären Asthma-Behandlungen (WIdO 2021). Inwiefern dies ambulant aufgefangen werden konnte, ist nicht bekannt.

Asthma bronchiale ist in Deutschland mittlerweile nur noch in seltenen Fällen tödlich. Im Jahr 2020 wurde in Bayern Asthma (J45, J46) in der Todesursachenstatistik in 145 Fällen als „Grundleiden“ dokumentiert, d.h. als wesentliche Todesursache. In den vergangenen 20 Jahren ist ein deutlicher Rückgang der asthmabedingten Sterbefälle in Bayern (von 675 im Jahr 1999 auf 145 im Jahr 2020) zu beobachten.

Sterbefälle infolge von Asthma (ICD-Code J45, J46), Bayern



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Im Jahr 2020 gab es in Bayern 1.643 Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** und sonstige Leistungen zur Teilhabe aufgrund von Asthma (ICD-Code J45, J46).

Reha-Leistungen aufgrund von Asthma (ICD-Code J45, J46) nach Alter, Bayern 2020

	20- unter 20	30- 29-39	40- 40-49	50- 50-59	über 60
512	39	72	198	534	288

Datenquelle: DRV; sowohl stationäre als auch ambulante Leistungen

Der Großteil der Leistungen entfiel auf Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren sowie die Altersgruppe der 50-59-Jährigen. Bedingt durch die Coronapandemie war zwischen 2019 und 2020 ein Rückgang der asthmabedingten Reha-Leistungen um knapp 40 % zu beobachten.

Asthma bei Kindern

Daten zur Häufigkeit von Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen liegen nur bundesweit über die bevölkerungsrepräsentative Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) des Robert Koch-Instituts vor.

Dabei wurde für 4 % der 3- bis 17-Jährigen angegeben, in den 12 Monaten vor der Befragung an einem ärztlich diagnostizierten Asthma bronchiale gelitten zu haben (Jungen: 5 %, Mädchen: 3%). Im Vergleich zur 2003-2006 durchgeführten KiGGS-Basiserhebung hat sich die Gesamtprävalenz von Asthma bronchiale bei Kindern in Deutschland nicht wesentlich verändert (Poethko-Müller 2018). Allerdings ist bei der KiGGS-Studie zu beachten, dass rezidivierende spastische oder obstruktive Bronchitiden nicht abgefragt wurden. Daher ist von einer Unterschätzung der Asthma-Prävalenzraten bei Kindern auszugehen, möglicherweise bei Jungen stärker als bei Mädchen.

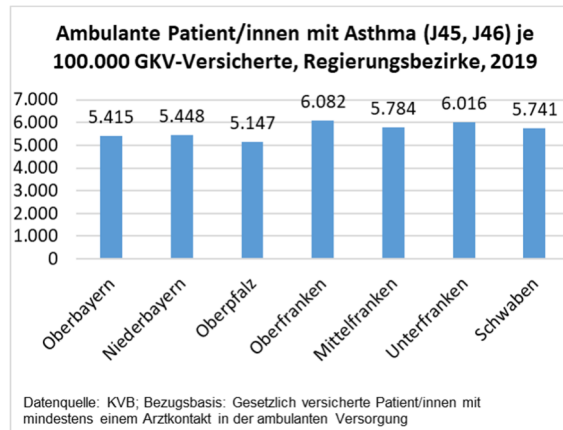
Regionale Unterschiede

In Deutschland sind mit 8,0 % anteilig etwas mehr Menschen von Asthma betroffen wie in Bayern. Während der GEDA-Erhebung zufolge in Bayern die Asthmaprävalenz bei Männern und Frauen nahezu gleich ist, gaben in Deutschland unter den Erwachsenen etwas mehr Frauen als Männer an, in den vergangenen 12 Monaten unter Asthma gelitten zu haben (9,1 % versus 7,0 %; Heidemann et al. 2021). Gründe dafür sind nicht bekannt.

Im Vergleich der Bundesländer weisen die neuen Bundesländer, vor allem Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt, deutlich niedrigere Asthmaprävalenzen auf (Steppuhn et al. 2017). Ländliche Regionen haben allerdings insgesamt ein geringeres Asthma-Neuerkrankungsrisiko (Akmatov MK et al. 2018, Genuneit J/Mutius E.v. 2017).

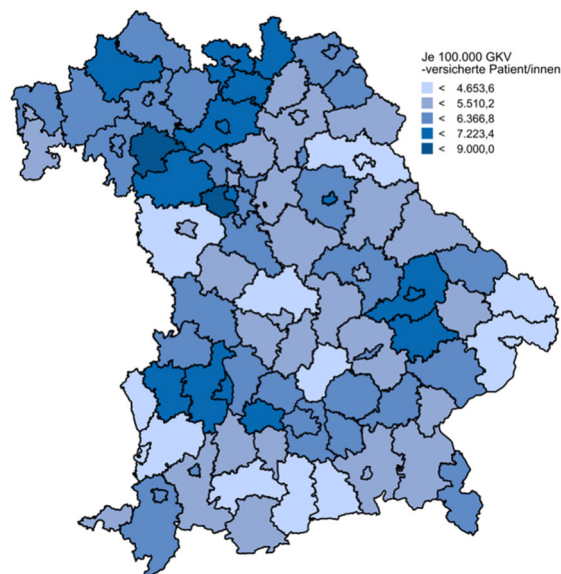
Innerhalb Bayerns zeigen sich im Vergleich der **Regierungsbezirke** in Unterfranken und Oberfranken etwas höhere Raten bei den gesetzlich Versicherten in der ambulanten Versorgung, in der Oberpfalz lagen die Raten etwas niedriger.

Weitere Daten auf Ebene der bayerischen Regierungsbezirke sind dem Tabellenanhang zu entnehmen. Auf Kreisebene zeigen sich teils erhebliche Unterschiede in den ambulanten Diagnosehäufigkeiten, die allerdings keinem erkennbaren regionalen Muster folgen.



Im Stadt-Land-Vergleich zeigen sich dabei auch in Bayern geringfügige Unterschiede zu Ungunsten der bayerischen Städte, was auf die vielfach diskutierten Umwelteinflüsse zurückzuführen sein könnte.

Ambulante Patient/innen mit Asthma (J45, J46), Bayern 2019



Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayern; Berechnung LGL

Therapie und Prävention

Medikamente stellen eine wichtige Säule der Asthma-Therapie dar. Hierbei wird zwischen Bedarfsmedikamenten, die zeitnah akute Beschwerden lindern, und Langzeitmedikamenten, die die ständige Entzündungsbereitschaft der Bronchien durch ihre länger anhaltende Wirksamkeit dämpfen, unterschieden.

Ein Stufenschema zum Gebrauch der Bedarfstherapie und der Langzeittherapie ist in der Nationalen VersorgungsLeitlinie Asthma aufgeführt (Bundesärztekammer 2020).

Die medikamentöse Behandlung soll regelmäßig durch nicht-medikamentöse Therapie- und Präventionsmaßnahmen ergänzt werden. Hierzu zählen unter anderem Schulungen, z.B. zu Selbstmanagement und Selbsthilfemaßnahmen bei Atemnot, körperliches Training, Atemübungen bzw. Atemphysiotherapie, Verminderung der Allergenexposition bei allergischem Asthma, Tabakentwöhnung sowie die Kontrolle des Körpergewichts bei adipösen Menschen. Akupunktur, Homöopathie und Hypnose werden in der Nationalen VersorgungsLeitlinie Asthma hingegen nicht empfohlen (Bundesärztekammer 2020).

Umwelteinflüsse und Asthma

Zu den Ursachen, die Asthma auslösen können, zählen unter anderem auch Umwelteinflüsse wie Stickstoffdioxid. Einer aktuellen Studie zufolge sind in Westeuropa rund 17 % aller neu auftretenden Asthma-Fälle bei Kindern auf die Exposition mit Stickstoffdioxid in der Umwelt zurückzuführen. Insbesondere in Ballungsräumen stellt die Reduzierung der Verkehrsemissionen eine wirksame Strategie zur Asthmaprävention dar (Achakulwisut et al. 2019).

Information

Die Internetplattformen **Lungeninformationsdienst** und **Allergieinformationsdienst** des Helmholtz Zentrums München stellen viele wissenschaftlich fundierte Informationen für Betroffene und Angehörige zur Verfügung: <https://www.allergieinformationsdienst.de> sowie <https://www.lungeninformationsdienst.de>

Das **Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin** veröffentlicht und aktualisiert im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Patienteninformationen auch zu Asthma: <https://www.leitlinien.de/themen/asthma/patientenblaetter>

Auf nationaler Ebene setzt sich der **Deutsche Allergie- und Asthmabund (DAAB)** als Interessenverband für die Belange von Menschen mit Allergien und Asthma ein. Der Verein berät Betroffene, leistet Netzwerkarbeit und engagiert sich in der Forschungsarbeit. Der DAAB finanziert sich überwiegend aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden und ist unabhängig von Pharmaunternehmen und öffentlichen Mitteln. Einige Projekte werden von Krankenkassen bezuschusst. Weitere Informationen unter: www.daab.de

Berufsbedingtes Asthma

Etwa 15 % der neu aufgetretenen Asthmafälle im Erwachsenenalter lassen sich auf berufliche Einflüsse mit Allergenen oder Stoffen, die beispielsweise in Mehlstäuben, Tierhaaren oder Mehr-Komponenten-Klebern enthalten sind, zurückführen (Torén et al. 2009). Die meisten beruflichen Atemwegsallergien sind auf Expositionen gegenüber Mehlen und Backzusatzstoffen zurückzuführen. Weitere Informationen zu beruflichen Allergieauslösern unter: <https://www.atemwegsliga.de/information-material-asthma.html>.

Mithilfe der **Gesundheits-App Kata** unterstützt die AOK Bayern Patienten, die an chronischen Atemwegserkrankungen leiden. Durch den Einsatz von künstlicher Intelligenz bekommen die rund 1.000 an dem einjährigen Pilotprojekt teilnehmenden Patienten Hilfestellung bei der Inhalation der Medikamente. Die App misst dabei die Inhalation über Video- und Audioerkennung und meldet dem Nutzer automatisch Fehler bei der Einnahme des Medikaments. Weiterhin stehen den Nutzern durch die Gesundheits-App Kata auch ausführliche Informationen zu Asthma und COPD zur Verfügung. Weitere Informationen unter: <https://www.aok.de/pk/bayern/inhalt/chronische-atemwegserkrankungen-aok-bayern-bietet-innovative-asthma-app-1>

Asthma weltweit

Weltweit zählt Asthma zu den häufigsten nicht-übertragbaren Krankheiten. Rund 340 Millionen Menschen, also gut 4 % der Weltbevölkerung, sind betroffen.

Unter den chronischen Lungenerkrankungen ist Asthma sogar die häufigste Erkrankung. Global betrachtet starben im Jahr 2015 rund 400.000 Menschen an Asthma (Vos 2017). Zudem wirken sich die Einschränkungen der Lebensqualität insbesondere in Ländern mit weniger guten Gesundheitssystemen stärker aus (Osman 2018).

Die **World Health Organization** (WHO) hat Asthma daher in den WHO Global Action Plan für Prävention und Kontrolle nicht-übertragbarer Krankheiten aufgenommen und unterstützt weltweit zahlreiche Initiativen zur Prävention, Diagnose und Behandlung von Asthma.

Seit 1998 gibt es den Welt-Asthma-Tag, der von der „**Global Initiative for Asthma**“ eingeführt wurde. Der Welt-Asthma-Tag findet jedes Jahr am ersten Dienstag im Mai statt und soll auf den Nutzen frühzeitiger Erkennung, adäquater Behandlung und einen angemessenen Umgang mit Asthma hinweisen. Die „Global Initiative for Asthma“ (GINA) vernetzt darüber hinaus medizinisches Personal weltweit und entwirft globale Strategien zum Asthmanagement und zur Prävention. Weitere Informationen unter: <https://ginasthma.org>

Im **europäischen Vergleich** weisen Befragungsdaten zufolge das Vereinigte Königreich, Finnland und Irland mit gut 9 % die höchsten Asthmaprävalenzen auf, in Bulgarien, Litauen und Rumänien berichteten weniger als 3 % der Befragten Asthma. Deutschland lag zum damaligen Zeitpunkt mit rund 6 % im europäischen Mittelfeld (siehe Tabellenanhang). Allerdings ist die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Ländern eingeschränkt, z.B. wurden teilweise unterschiedliche Altersgruppen befragt und die Unterschiede der Gesundheitssysteme müssen berücksichtigt werden.

Asthma und COVID-19

Einer Erhebung des Robert Koch-Instituts zufolge geht Asthma mit einem moderat erhöhten Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf einher (Rommel et al. 2021). Allerdings ist die Studienlage noch uneinheitlich: Es gibt Hinweise aus internationalen Studien, dass Asthmapatienten weder eine erhöhte COVID-19-Hospitalisierungsrate noch eine erhöhte COVID-19-Sterblichkeit aufweisen (Cao et al. 2021; Lovinsky-Desir et al. 2020). Bei Kindern wertet das Robert Koch-Institut ein gut eingestelltes Asthma bronchiale nicht als Risikofaktor für schwere Verläufe (Vygen-Bonnet et al. 2021). Eine schottische Studie weist darauf hin, dass Kinder und Jugendliche mit schlecht kontrolliertem Asthma besonders vulnerabel für schwere COVID-19-Verläufe sind (Shi et al. 2021).

Fachleute heben die Notwendigkeit hervor, dass die Patient/innen auch während der SARS-CoV-2-Pandemie die verordneten Medikamente wie gewohnt einnehmen sollen. Eine Unterbrechung oder Veränderung der Asthmabehandlung kann die Symptome verschlechtern und Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte verursachen (Allergieinformationsdienst, Stand Juni 2021). Es gibt zudem Hinweise, dass Asthmamedikamente in Bezug auf schwere COVID-19-Verläufe sogar einen protektiven Effekt aufweisen (Izquierdo et al. 2021).

Maskenpflicht und Asthma

Zu den Infektionsschutzmaßnahmen gegen die Verbreitung des Coronavirus zählt unter anderem auch das Maskentragen. Eine Ausnahme von der Maskenpflicht gilt, wenn das Tragen der Maske aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist. Dies kann unter Umständen bei Asthmatikern der Fall sein, die Unzumutbarkeit aus medizinischen Gründen muss jedoch durch eine ärztliche Bestätigung erfolgen. Im Fall akuter Atemnot oder eines akuten Panikanfalls ist die Maske abzunehmen.

Die Deutsche Atemwegsliga stellt Informationen und Forschungsergebnisse unter anderem zum Themenkomplex Maskenpflicht für betroffene Asthmatiker auf ihrer Internetseite zur Verfügung: <https://www.atemwegsliga.de/>

Literatur

1. Achakulwisut, P et al. (2019): Global, national, and urban burdens of paediatric asthma incidence attributable to ambient NO₂ pollution: estimates from global datasets. *Lancet Planet Health* 3: e166-178.
2. Akmatov MK et al. (2018) Diagnoseprävalenz und –inzidenz von Asthma bronchiale – Ergebnisse einer Studie mit Versorgungsdaten aller gesetzlich Versicherten in Deutschland (2009-2016). Bericht Nr. 18/08. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Berlin.
3. Allergieinformationsdienst, Stand Juni 2021. HelmholtzZentrum München. <https://www.allergieinformationsdienst.de/aktuelles/schwerpunktthemen/coronavirus.html#c212031>, zuletzt abgerufen am 14.07.2021.
4. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2020): Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma – Langfassung, 4. Auflage. Version 1.
5. Cao L et al. (2021): Asthma in patients with suspected and diagnosed coronavirus disease 2019. *Ann Allergy Asthma Immunol* 126: 535-541.
6. Donnachie E, Kitzing K (2018): Qualitätsbericht Disease Management Programme in Bayern. Kassenärztliche Vereinigung Bayern, Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern (Hrsg.). München.
7. Genuneit J, Mutius E.v. (2017): Do farm-grown lungs breathe better? *Thorax* 72(3): 202-203.
8. Heidemann C et al. (2021). Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 6(3). DOI: 10.25646/8456.
9. Izquierdo JL et al. (2021). The impact of COVID-19 on patients with asthma. *Eur Respir J* 57: 2003142.
10. Lovinsky-Desir S et al. (2020): Asthma among hospitalized patients with COVID-19 and related outcomes. *J Allergy Clin Immunol* 146 (5): 1027- 1034.
11. Lungeninformationsdienst, Stand November 2019. Helmholtz Zentrum München, Deutsches Zentrum für Lungenforschung. <https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/asthma>, zuletzt abgerufen am 23.07.2021
12. Osman R, et al. (2018): The Global Asthma Report 2018. The Global Asthma Network. Auckland.
13. Poethko-Müller C, Thamm M, Thamm R. (2018): Heuschnupfen und Asthma bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1): 55-59.
14. Rommel A et al. (2021): Bevölkerung mit einem erhöhten Risiko für schwere COVID-19-Verläufe in Deutschland. Auswertungen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *JoHM* 6(S2): 1-15.
15. Shi T et al. (2021): Risk of COVID-19 hospital admission among children aged 5-17 years with asthma in Scotland: a national incident cohort study. *Lancet Respir Med*. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00491-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00491-4)
16. Steppuhn H, Kuhnert R, Scheidt-Nave C. (2017): 12-Monats-Prävalenz von Asthma bronchiale bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3): 36-45.
17. Torén K, Blanc PD. (2009). Asthma caused by occupational exposures is common - A systematic analysis of estimates of the population-attributable fraction. *BMC Pulmonary Medicine* 9:7.
18. Vos T et al. (2017): Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Respir Med* 5: 691-706.
19. Vygen-Bonnet et al. (2021): Beschluss der STIKO zur 7. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung. Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin* 25: 3-13.
20. Wissenschaftliches Institut der AOK (2021). Zahl der Krankenhausfälle auch in dritter Pandemie-welle zurückgegangen. *Deutsches Ärzteblatt*.

Tabellenanhang

Anteil der Personen mit Asthma in 31 europäischen Ländern, 2014	
Vereinigtes Königreich	9,4
Finnland	9,2
Irland	9,0
Island	8,9
Frankreich	8,8
Türkei	7,9
Schweden	7,6
Luxemburg	6,8
Norwegen	6,7
Dänemark	6,5
Deutschland (bis 1990 früheres Gebiet der BRD)	6,1
Europäische Union - 28 Länder (2013-2020)	5,9
Malta	5,8
Niederlande	5,5
Portugal	5,0
Slowenien	5,0
Ungarn	4,9
Italien	4,8
Tschechien	4,5
Spanien	4,5
Griechenland	4,4
Österreich	4,4
Belgien	4,3
Zypern	4,3
Polen	4,1
Slowakei	3,9
Lettland	3,5
Estland	3,1
Kroatien	3,0
Bulgarien	2,7
Litauen	2,7
Rumänien	2,0
Datenquelle: Eurostat, EHIS 2014	

Ambulante Patienten mit Asthma (J45-J46), Regierungsbezirke, 2019						
	insgesamt		Frauen		Männer	
	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000
Oberbayern	198.838	5.415	116.244	5.859	82.592	4.895
Niederbayern	55.966	5.448	31.027	5.725	24.938	5.140
Oberpfalz	47.149	5.147	25.888	5.335	21.261	4.936
Oberfranken	53.929	6.082	31.074	6.530	22.854	5.566
Mittelfranken	85.420	5.784	50.226	6.389	35.194	5.097
Unterfranken	65.977	6.016	36.837	6.326	29.140	5.668
Schwaben	87.748	5.741	49.834	6.130	37.912	5.300
Bayern	595.027	5.611	341.130	6.018	253.891	5.146
Datenquelle: KVB, M2Q-Kriterium; Summe Frauen und Männer ungleich der Anzahl gesamt aufgrund fehlender Geschlechtsangaben						

Impressum

Der Gesundheitsreport ist Teil der bayerischen Gesundheitsberichterstattung nach Art. 10 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes.

Bayerisches Landesamt
für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen
Tel.: 09131/6808-0
www.lgl.bayern.de
poststelle@lgl.bayern.de

Erlangen, Dezember 2021

Frau Prof. Dr. Erika von Mutius, Institut für Asthma- und Allergieprävention (IAP) am Helmholtz Zentrum München, danken wir für Hinweise zu diesem Bericht.

Ihre Ansprechpartner

Johannes Brettner
Tel.: 09131 / 6808-5105
johannes.brettner@lgl.bayern.de
(Gesundheitsberichterstattung)

Dr. Veronika Reisig
Tel: 09131 / 6808-5137
veronika.reisig@lgl.bayern.de
(Präventionsberichterstattung)

Dr. Joseph Kuhn
Tel.: 09131 / 6808-5302
joseph.kuhn@lgl.bayern.de
(Gesundheitsberichterstattung)

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.

In diesem Bericht wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.

Unter Telefon 089 122220 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.